

Αγαπητές φίλες και φίλοι,

Αποτελεί μεγάλη τιμή για τη συντακτική ομάδα του περιοδικού και για τον Ιατρικό Σύλλογο Ιωαννίνων η ευρεία αποδοχή και οι θετικές κρίσεις των μελών του ΙΣΙ - και όχι μόνο - για το «Περί την... Ιατρική». Ιδιαίτερα εξαιρετική είναι η τιμή για τα σχόλια και κυρίως για τις προτάσεις βελτίωσης και εμπλουτισμού της ύλης του περιοδικού από τον Καθηγητή κ. Χ. Μουτσόπουλο. Με βάση λοιπόν τις προτάσεις του κ. Μουτσόπουλου ενσωματώνουμε εφεξής στη δομή του περιοδικού δύο σημαντικές ενότητες, τα «Νεώτερα στην Ιατρική» και τις κλινικοπαθολογικές συζητήσεις. Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζονται επιλεγμένα άρθρα από τα πιο πρόσφατα τεύχη των περιοδικών, New England Journal of Medicine, Lancet, JAMA, BMJ, Annals of Internal Medicine. Την επιμέλεια της ενότητας αυτής έχει αναλάβει η κ. Σταυρούλα Τσιάρα. Μετά από ευγενική παραχώρηση του περιεχομένου των συζητήσεων ενδιαφερουσών κλινικών περιπτώσεων από την ομάδα εργασίας του κ. Μουτσόπουλου καθίσταται ικανή και η δημοσίευσή τους στο περιοδικό. Οφείλουμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τον κ. Ν. Σύψα, συνεργάτη του καθηγητή ο οποίος επιμελήθηκε την ηλεκτρονική επεξεργασία των παρουσιάσεων.

Θεωρούμε επίσης πολύ σημαντικό να γνωρίζει η ιατρική κοινότητα την ιατροβιολογική γνώση που παράγεται από τους ερευνητές της περιοχής. Για αυτό το λόγο επιθυμούμε τη δημοσίευση σε μορφή συνόψεων στο περιοδικό της νέας ερευνητικής δραστηριότητας.

Ρίχνοντας μια γρήγορη ματιά στα θέματα του περιοδικού θα διαπιστώσετε ότι ο τίτλος «Περί την... Ιατρική» αποδίδει ακριβώς το νόημα της έκδοσης του περιοδικού. Θα συναντήσετε πράγματι άρθρα με θέματα εξειδικευμένης Ιατρικής γνώσης, υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευσης, μεθοδολογίας ιατρικής εκπαίδευσης όμως παράλληλα θα περιηγηθείτε σε πεδία ευρύτερου χαρακτήρα, όπως θρησκεία και ιατρική και τέχνη και ιατρική.

Το αφιέρωμα του συγκεκριμένου τεύχους, Ιατρική στο Μέλλον, είναι μια διαφορετική αντίληψη που αξίζει να την αναγνώσει κάποιος μιας και αναδύονται ιδέες και λογικές νεοφανείες και ενδιαφέροντες για την άσκηση της Ιατρικής και παρουσιάζονται υποθετικές συνθήκες για την εξέλιξη της στο μέλλον.

Το περιοδικό φιλοδοξεί να αποτελέσει το βήμα για όλα τα μέλη που θέλουν να κοινοποιήσουν τις απόψεις τους στην ιατρική κοινότητα, να εκφράσουν τα σχόλια και την κριτική τους ή να εκδηλώσουν την αντίθεσή τους για ποικίλα θέματα. Είναι προφανές πως ο σκοπός του περιοδικού ξεφεύγει, τουλάχιστον αυτή την ώρα, από τη λογική της θεσμοθέτησης δια-

γράμμα της σύνταξης

δικασίας peer-review για την κρίση και αξιολόγηση των υπό δημοσίευση άρθρων. Εξυπακούεται πως τα άρθρα εκφράζουν τις απόψεις των συγγραφέων και σε καμιά περίπτωση τις απόψεις της συντακτικής ομάδας ή του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων.

Για λόγους οικονομίας το τρέχον τεύχος όπως και τα επόμενα 2, θα διανεμηθούν στον χώρο εργασίας των ιατρών του Νομού και όχι στην διεύθυνση αλληλογραφίας που έχουν δηλώσει. Ζητούμε εκ των προτέρων την κατανόηση των συναδέλφων και παρακαλούμε σε κάθε περίπτωση που δεν λάβετε το περιοδικό, να το παραλάβετε από τα γραφεία του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων.

Η σύνταξη του περιοδικού ευχαριστεί θερμά τους συναδέλφους που ως συγγραφείς συμβάλλουν στην διαμόρφωση πλούσιας θεματογραφίας του περιοδικού με αποτέλεσμα να διατηρείται υψηλό το ενδιαφέρον του αναγνωστικού κοινού.

Με βαθιά εκτίμηση προς όλα τα μέλη του ΙΣΙ που περιέβαλαν με την εμπιστοσύνη τους την προσπάθεια για την εκπόνηση του «Περί την... Ιατρική»!

Στέφανος Μπέλλος

Ιωάννης Γιαννακάκης

Οδηγίες προς τους συγγραφείς

Τα άρθρα που πρόκειται να δημοσιευτούν στην στήλη «Άρθρο Γνώμης» δεν πρέπει να ξεπερνούν τις 1500 λέξεις και τους 3 πίνακες ή γραφήματα ενώ για τις υπόλοιπες στήλες του περιοδικού δεν πρέπει να ξεπερνούν τις 2500 λέξεις και τους 5 πίνακες ή γραφήματα. Πίνακες ή γραφήματα δεν πρέπει να ξεπερνούν την μία σελίδα και πρέπει να φέρουν υποχρεωτικά λεζάντα.

Οι βιβλιογραφικές αναφορές πρέπει να ακολουθούν το σύστημα «Vancouver» (οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο αριθμούνται με αύξοντα αριθμό κατά τη σειρά εμφάνισής τους. Με την ίδια σειρά και τον ίδιο αριθμό αναφέρονται και στο βιβλιογραφικό κατάλογο, ο οποίος περιέχει όλες τις παραπομπές του κειμένου και μόνο αυτές).

Προτείνεται η ηλεκτρονική αποστολή των εργασιών στην ταχυδρομική διεύθυνση του Περιοδικού είτε στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις των μελών της συντακτικής επιτροπής με πλήρη τα στοιχεία επικοινωνίας των συγγραφέων.

Η συντακτική επιτροπή προτρέπει τους συγγραφείς να ακολουθούν τις οδηγίες του Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, N Engl J Med 1991; 324:424-428 και διατηρεί το δικαίωμα απόρριψης ή αλλαγής των άρθρων μετά από συνεννόηση με τον πρώτο συγγραφέα.

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η ιδιαίτερα θετική ανταπόκριση που είχε η ανανεωμένη επανεμφάνιση του περιοδικού μας αποτελεί το καλύτερο κίνητρο όχι απλά για την συνέχιση αλλά και την εξέλιξη του. Οφείλω βέβαια, να τονίσω και πάλι, την αναγκαιότητα για την επι της ουσίας διεύρυνση τόσο της συντακτικής ομάδας αλλά και του ενδιαφέροντος για συγγραφική συμμετοχή με άρθρα από τους συναδέλφους του νομού.

Το περιοδικό «Περί την Ιατρική» δεν διαθέτει Δείκτη Επιρροής και δεν ταξινομείται στις διεθνείς βάσεις βιβλιογραφίας. Δίνει όμως δυνατότητες άμεσης επικοινωνίας με όλους τους συναδέλφους του νομού σε ότι αφορά ερευνητικά επιτεύγματα και εξελίξεις, εκπαιδευτικά θέματα, πολιτιστικά θέματα και συνδικαλιστικά ζητήματα.

Σε μια εποχή που οι λύσεις αναζητούνται ολοένα και περισσότερο με ατομικές παρά συλλογικές προσεγγίσεις, εμείς οφείλουμε να ισχυροποιούμε την φωνή μας και να διεκδικούμε διεξόδους και λύσεις για τα φλέγοντα ζητήματα του κλάδου μας όπως: ο υπερπληθωρισμός των ιατρών, η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η υποβάθμιση των υπηρεσιών του ΤΣΑΥ και η ιατρική δεοντολογία. Τα μόνα μέσα διεκδίκησης που μπορούμε να έχουμε στα χέρια μας είναι η αύξηση της συμμετοχικότητας και η καλλιέργεια της συλλογικότητας.

Το περιοδικό μας, ως ο καθρέπτης της φυσιογνωμίας και των επιδιώξεών μας, οφείλει να είναι η αφορμή για προσεγγίσεις που θα βοηθήσουν να χτίσουμε νέους διαύλους επικοινωνίας και συνεννόησης μεταξύ μας. Ας μην χάσουμε και αυτή την ευκαιρία.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς
Ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων
Χρήστος Ν. Μαντάς



στήλη
του προέδρου

Δημοσιεύουμε τις απαντήσεις στα ερωτήματα του κ. Φερεντίνου, που τέθηκαν στο προηγούμενο τεύχος του περιοδικού, όπως αυτές διατυπώθηκαν από τους υπευθύνους του Ταμείου Σύνταξης Αυτασφάλισης Υγειονομικών (ΤΣΑΥ). Ελπίζουμε οι απαντήσεις αυτές να ικανοποιήσουν τους συναδέλφους που μοιράζονται τα ίδια ερωτηματικά και ανησυχίες.

Η στήλη μας, παραμένει πάντα ανοιχτή για την δημοσιοποίηση ερωτημάτων, σχολίων ή παρεμβάσεων σας που να διατυπώνονται το πολύ σε 300 λέξεις και να υπόκεινται στους κανόνες της δημοσιογραφικής δεοντολογίας.

α. Ποιές είναι οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησής μας;

Οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησης των υγειονομικών (παλαιών ασφαλισμένων) για το έτος 2006 είναι οι ακόλουθες:

1. 35 έτη ασφάλισης και ηλικία 60 ετών για άνδρες και 58 για γυναίκες
2. 15 έτη πραγματικής ασφάλισης ή 20 αν συνταξιοδοτούνται από άλλη πηγή και ηλικία 65 χρονών για άνδρες και γυναίκες.
3. 30 έτη ασφάλισης και ηλικία 63,5 για τους άνδρες (Το όριο αυτό ισχύει για το έτος 2006 και αυξάνεται κατά ένα εξάμηνο για κάθε χρόνο και μέχρι την συμπλήρωση των 65 ετών της ηλικίας).
4. 19,5 έτη ασφάλισης και ηλικία 60 ετών για τις γυναίκες. (Το όριο αυτό ισχύει για το έτος 2006 και αυξάνεται κατά ένα εξάμηνο για κάθε χρόνο και μέχρι την συμπλήρωση των 25 ετών ασφάλισης)
5. Ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας με 37 έτη ασφάλισης που προέρχεται από ανεξάρτητη απασχόληση σε φορείς κύριας ασφάλισης ελεύθερων επαγγελματιών και ανεξάρτητα απασχολούμενων.
6. 65 ετών ηλικία και 11,5 έτη ασφάλισης μέχρι 31-12-2007 που προέρχεται από ανεξάρτητη απασχόληση σε φορείς κύριας ασφάλισης ελευθέρων επαγγελματιών και ανεξάρτητα απασχολούμενων εφόσον δεν λαμβάνουν και δεν δικαιούνται να λάβουν σύνταξη από οποιοδήποτε άλλο φορέα.

Αν έχει προηγηθεί συνταξιοδότηση και από άλλο φορέα τότε απαιτείται η συμπλήρωση των 65ου έτους της ηλικίας, εκτός αν θεμελιωθεί ταυτόχρονα δικαίωμα συνταξιοδότησης και στους δύο φορείς ή μέσα σε διάστημα έξι μηνών από την έκδοση της συνταξιοδοτικής απόφασης από τον πρώτο φορέα και έχει υποβληθεί η σχετική αίτηση, οπότε θα εφαρμοστούν τα ανωτέρω όρια. Αν έχουν συνταξιοδοτηθεί και από άλλο φορέα και δεν έχουν υποβάλλει την αίτηση εντός εξαμήνου από την έκδοση της συνταξιοδοτικής απόφασης, μπορούν να συνταξιοδοτηθούν με τις προϋποθέσεις που απαιτούνται στις περιπτώσεις όσων συνταξιοδοτούνται μόνο από το ΤΣΑΥ με μειωμένη τη σύνταξη κατά 3% για κάθε έτος που υπολείπεται μέχρι την συμπλήρωση του 65ου έτους ηλικίας, υπολογιζομένης της μείωσης από το επόμενο της υποβολής της αιτήσεως έτος (Ν.3232/04 αρθ.18).

Οι μητέρες αναπήρων τέκνων με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω, καθώς και σύζυγοι αναπήρων με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω, εφόσον έχουν διανύσει τουλάχιστον δεκαετή έγγαμο βίο, ασφαλισμένοι σε φορείς κύριας ασφάλισης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων θεμελιώνουν δικαίωμα συνταξιοδότησης με την συμπλήρωση 7.500 ημερών εργασίας ή 25 ετών ασφάλισης ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας και ανεξαρτήτου χρόνου υπαγωγής στην ασφάλιση.

Οι ασφαλισμένοι που έχουν 15 χρόνια πραγματική ασφάλιση και πάσχουν από α) παραπληγία-τετραπληγία β) τύφλωση γ) νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου δ) έχουν κάνει μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων (καρδιά, πνεύμονες, ήπαρ, πάγκρεας) που βρίσκονται σε συνεχή ανοσοκαταστολή, εφόσον για τις περιπτώσεις αυτές συντρέχει ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67% ε) αιμορροφιλία τύπου Α ή Β και στ) οι πάσχοντες από Β ομόζυγο μεσογειακή ή δρεπανοκυτταρική αναιμία με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67% που υποβάλλονται σε μετάγγιση, δικαιούνται σύνταξη των 35 ετών χωρίς όριο ηλικίας (Ν.612/77, Ν.2227/94 άρθρο 16, Ν.1902/90, Ν 3075/02 άρθρο 2, Ν.3232/04 άρθρο 5).

β. Ποιό είναι το ύψος της συντάξεώς μας;

Το ύψος της σύνταξης για τους απλούς συνταξιούχους είναι μεικτά ευρώ 737,43 για τα 25 έτη ασφάλισης, ευρώ 1198,16 για τα 35 έτη ασφάλισης και ευρώ 1374,68 για τα 39 έτη ασφάλισης (ανώτατη σύνταξη).

Το ύψος της σύνταξης για τους μονο-συνταξιούχους είναι μεικτά ευρώ 1106,12 για τα 25 έτη ασφάλισης, ευρώ 1797,24 για τα 35 έτη ασφάλισης και ευρώ 2062,02 για τα 39 έτη ασφάλισης.

γ. Τι ισχύει με ένα μεγάλο αριθμό συναδέλφων που εργάζεται στο ΙΚΑ, είτε μόνιμοι είτε με σύμβαση αορίστου χρόνου άνω των 18 ετών;

Οι μόνιμοι υγειονομικοί του ΙΚΑ δικαιούνται συντάξεως από το ΙΚΑ και το ΤΣΑΥ με την συμπλήρωση των προϋποθέσεων των αντίστοιχων φορέων. Οι συμβασιούχοι του ΙΚΑ εφόσον δεν δικαιωθούν τελικά συντάξεως από το φορέα αυτό, δικαιούνται την σύνταξη του ΤΣΑΥ με την συμπλήρωση των προβλεπόμενων προϋποθέσεων.

δ. Τι είναι καλύτερα; Τα χρόνια του στρατού να τα αναγνωρίσουμε στο ΙΚΑ ή στο ΤΣΑΥ;

Τα χρόνια τον στρατού εφόσον αναγνωριστούν στο ΤΣΑΥ με την προβλεπόμενη διαδικασία προσαυξάνουν τα συντάξιμα έτη οπότε αυξάνεται και το ύψος της σύνταξης επί του οποίου υπολογίζονται και οι ετήσιες αυξήσεις.

ε. Για νοσηλεία σε ιδιωτικό θεραπευτήριο το Τ.Σ.Α.Υ. τι δαπάνες καλύπτει;

Το ΤΣΑΥ καλύπτει τις δαπάνες νοσηλείας σε ιδιωτικό θεραπευτήριο, σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο. Οι δαπάνες των φαρμάκων κατά τη νοσηλεία καλύπτονται εξ ολοκλήρου.

ζ. Όσον αφορά την υπαγωγή μας στους μονοσυνταξιούχους, τι επιπλέον εισφορές χρειάζεται, τι χρονικά περιθώρια απαιτεί και πότε συμφέρει;

Σύμφωνα με την παρ. 8α τον άρθρον 7 τον Ν. 982/79 «Ασφαλισμένοι του ΤΣΑΥ μη υπαγόμενοι εις έτερον φορέα κύριας ασφαλίσεως ή το Δημόσιον, δικαιούνται προσαυξήσεως της εκάστοτε καταβαλλομένης αυτοίς συντάξεως εφ' όσον ήθελον δηλώσει εντός διετίας από της ενάρξεως ισχύος τον παρόντος ότι επιθυμούν την υπαγωγή των εις την τοιαύτην ρύθμισιν.

Της αυτής ως άνω προσαυξήσεως δικαιούνται και οι υπαγόμενοι εις έτερον φορέα κύριας ασφαλίσεως ή το Δημόσιον εφ' όσον διακοπεί η παρ' αυτοίς ασφάλις των ή αποχωρήσουν εκ της θέσεώς των χωρίς να δικαιωθούν συντάξεως και δηλώσουν εις το ΤΣΑΥ εντός έτους από της διακοπής

ή της αποχωρήσεως των ότι επιθυμούν την υπαγωγή των εις την ως άνω ρύθμισιν.

Επί ασφαλιζομένων εις το ΤΣΑΥ μετά την έναρξιν ισχύος τον παρόντος Νόμον και μη υπαγομένων εις έτερον φορέα κύριας ασφαλίσεως ή το Δημόσιον η κατά τα ανωτέρω δήλωσις περί εις τας διατάξεις της παρούσης παραγράφου υποβάλλεται εντός δύο (2) ετών από της εγγραφής των εις το Ταμείον άλλως εντός έτους από της διακοπής της ασφαλίσεως ή αποχωρήσεως εκ της θέσεώς των.

Κατά πάσαν περίπτωσιν οι ανωτέρω υποχρεούνται εις την καταβολήν των εισφορών και δια τον προηγούμενον χρόνον καθ' ον εξηρούντο της ασφαλίσεως βάσει του ασφαλιστρού του ισχύοντος κατά τον χρόνον της καταβολής.»

Στην παρ. 8β στο ίδιο άρθρο αναφέρεται: «Οι ανωτέρω υποχρεούνται εις την καταβολήν προς το ΤΣΑΥ μηνιαίας εισφοράς υπολογιζομένης εις ποσοστόν 3% επί τον εκάστοτε βασικού μισθού δημοσίου πολιτικού υπαλλήλου επί βαθμῷ 2^ω, οι εξ αυτών δε έμμισθοι δι ους δεν τυγχάνει νόμω επιτρεπτή και η ελευθέρα άσκησις του επαγγέλματος, υποχρεούνται εις την καταβολήν του ημίσεος της ως άνω εισφοράς.

Η εν λόγω εισφορά καταβάλλεται εις το Ταμείον κατά τα εκάστοτε προβλεπόμενα δι' εισφοράς του Κλάδου Συντάξεως εν περιπτώσει δε καθυστερήσεως αναπροσαρμόζεται ως προς το ύψος αυτής το ισχύον κατά τον χρόνον της καταβολής, επιβαρυνομένη άμα δια των εκάστοτε προσθέτων επιβαρύνσεων των προβλεπομένων δια τον Κλάδον Συντάξεως.

Εις περίπτωσιν καθ' ην πρόσωπον τι εκ των εν τω προηγούμενω εδαφίω αναφερομένων ήθελε τύχει εντάξεως παρ' έτερον φορέως ή παρά του Δημοσίου επιστρέφονται αυτώ ατόκως αι καταβληθείσαι εισφοραί».

Ο Νόμος 1539/85 στο άρθρο 29 παρ. 1 αναφέρει: Το εδάφιο α' της παραγράφου 8 τον άρθρου 7 του Ν. 982/1979 (ΦΕΚ 239 τ. Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«α) Ασφαλισμένοι ή ασφαλιζόμενοι στο ΤΣΑΥ, που δεν υπάγονται σε άλλο φορέα κύριας ασφάλισης ή το Δημόσιο, δικαιούνται να έχουν προσαύξηση της σύνταξης που παίρνουν κάθε φορά από το Ταμείο. Την ίδια προσαύξηση δικαιούνται όσοι υπάγονται σε άλλο φορέα κύριας ασφάλισης ή το Δημόσιο, σε περίπτωση που διακοπεί η ασφάλισή τους σ' αυτά ή αποχωρήσουν από

τη θέση τους χωρίς να συμπληρώσουν προϋποθέσεις για σύνταξη. Για την υπαγωγή στις πιο πάνω διατάξεις χρειάζεται να υποβληθεί σχετική αίτηση, σε κάθε δε περίπτωση οι υπαγόμενοι υποχρεώνονται στην καταβολή και των προηγούμενων εισφορών, περιλαμβανομένων και εκείνων των χρόνων κατά των οποίων είχαν εξαιρεθεί από την ασφάλιση».

Στο άρθρο 18 του Ν. 1976/91 αναφέρεται: 1. Το εδάφιο α' της παραγράφου 8 του άρθρου 7 του ν. 982/1979 (ΦΕΚ 239 Α'), όπως αντικαταστάθηκαν από τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 29 του ν. 1539/1985 (ΦΕΚ 64 Α') αντικαθίσταται ως εξής: «α) Οι ασφαλισμένοι του ΤΣΑΥ, εφ' όσον δεν υπάγονται στην ασφάλιση άλλου φορέα κύριας ασφάλισης ή το Δημόσιο, δικαιούνται προσαύξηση του ποσού της σύνταξης που λαμβάνουν κάθε φορά από το Ταμείο σύμφωνα με τις διατάξεις των επόμενων περιπτώσεων, ως εξής: αα) Οι ήδη ασφαλισμένοι του ΤΣΑΥ μέχρι την 31-12-1990, που δεν έχουν επιλέξει μέχρι την ημερομηνία αυτή την υπαγωγή τους στο καθεστώς μονοσυνταξιούχων του Ταμείου, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής, όπως αντικαταστάθηκε από τις διατάξεις του άρθρου 29 του ν. 1539/1985, καθώς και όσοι υπάγονται στην ασφάλιση του Ταμείου, από την 1-1-1991 δικαιούνται την πιο πάνω προσαύξηση, εφόσον υποβάλουν σχετική αίτηση και παραμείνουν στην ασφάλιση 4 έτη, από την ημερομηνία της υπαγωγής τους στο καθεστώς των διατάξεων αυτών, που αυξάνονται κατά ένα έτος για κάθε διετία από την 11-1992 και στο εξής μέχρι τη συμπλήρωση 15 ετών.

ββ) Την πιο πάνω προσαύξηση, ύστερα από αίτησή τους δικαιούνται και οι ασφαλισμένοι του ΤΣΑΥ, που υπάγονται ως έμμισθοι στην ασφάλιση άλλου φορέα κύριας ασφάλισης ή το Δημόσιο και διακόπτουν την ασφάλισή τους ή αποχωρούν από τη θέση τους, χωρίς να θεμελιώσουν δικαίωμα σύνταξης, ανεξάρτητα από το χρόνο υπαγωγής τους στην ασφάλιση του ΤΣΑΥ. Τα πρόσωπα για να λάβουν την προσαύξηση, θα πρέπει να παραμείνουν στην ασφάλιση τουλάχιστον 5 έτη, από την ημερομηνία υπαγωγής τους στο καθεστώς μονοσυνταξιούχων του Ταμείου».

2. Το εδάφιο β' της παραγράφου 8 του άρθρου 7 του ν. 982/1979 αντικαθίσταται ως εξής: «β) Η εισφορά, που καταβάλλεται από τα πρόσωπα του προηγούμενου εδαφίου για την προσαύξηση της σύνταξής τους ως μονοσυνταξιούχων, είναι ίση με το 50% της εισφοράς του κλάδου κύριας σύνταξης του Ταμείου, όπως αυτή ισχύει κάθε φορά. Η αύξηση αυτή ισχύει από 1-1-1991.

Οι πιο πάνω εισφορές καταβάλλονται στο Ταμείο, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν

κάθε φορά για την καταβολή των εισφορών του κλάδου κύριας σύνταξης και σε περίπτωση καθυστέρησης αναπροσαρμόζονται στο ύψος του ποσού της εισφοράς, που ισχύει κάθε φορά κατά το χρόνο της καταβολής και επιβαρύνονται επίσης με τις πρόσθετες επιβαρύνσεις, που προβλέπονται για τις εισφορές του κλάδου κύριας σύνταξης.

Σε κάθε περίπτωση υπαγωγής στο καθεστώς μονοσυνταξιούχων του Ταμείου, για τη χορήγηση της προσαύξησης είναι απαραίτητο να καταβληθούν όλες οι προηγούμενες εισφορές, περιλαμβανομένων και εκείνων που αντιστοιχούν σε χρονικά διαστήματα, κατά τα οποία ο ασφαλισμένος υπάγεται στην ασφάλιση άλλου φορέα κύριας ασφάλισης ή στο Δημόσιο.

Οι εισφορές αυτές υπολογίζονται από την ημερομηνία υπαγωγής στην ασφάλιση του Ταμείου ή αν αυτή προηγείται της 1-1-1980, από την ημερομηνία αυτή, με βάση το ασφαλιστρο που ισχύει κατά το χρόνο της καταβολής».

3. Το εδάφιο γ' της παραγράφου 8 του άρθρου 7 του ν. 982/1979 αντικαθίσταται ως εξής: «γ) Το ποσοστό προσαύξησης των μονοσυνταξιούχων του Ταμείου, που προβλέπεται από τις διατάξεις του εδαφίου α' της παραγράφου αυτής, καθορίζεται ως εξής:

αα) Για όσους θεμελιώνουν συνταξιοδοτικό δικαίωμα από 1-1-1991 και στο εξής σε 37,5%.

ββ) Το ποσό της σύνταξης των μονοσυνταξιούχων του Ταμείου, που συνταξιοδοτήθηκαν από την ίδρυση αυτού μέχρι την 31-12-1981 προσανζάνεται κατά 2,5% από 1-1-1991.

Το ποσοστό της προσαύξησης των μονοσυνταξιούχων του Ταμείου, που συνταξιοδοτήθηκαν από 1-1-1982 μέχρι την 31-12-1990 και έχουν υπαχθεί στο καθεστώς των διατάξεων του εδαφίου α' της παραγράφου αυτής, προσανζάνεται κατά 5 εκατοστιαίες μονάδες, από 1-1-1991.

γγ) Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του Ταμείου, τα ποσοστά προσαυξήσεων που ορίζονται στις περιπτώσεις αα' και ββ' του εδαφίου αυτού, είναι δυνατό να αυξάνονται ανάλογα με την οικονομική κατάσταση του Ταμείου, και μέχρι τη συμπλήρωση ανώτατου ορίου προσαύξησης 50%.

Η αύξηση αυτή είναι δυνατό να κορηγείται είτε σταδιακά κάθε έτος είτε εφάπαξ και με τα ίδια ή διαφορετικά ποσοστά ανάλογα με το έτος συνταξιοδότησης του συνταξιούχου.

Εάν ένας ασφαλισμένος ασφαλίζεται στο ΤΣΑΥ από 1/1/80 οφείλει μέχρι 31/12/05 το ποσό ευρώ 31.327,38 και αναλυτικά: Κεφάλαιο ευρώ 24.648,00, πρόσθετα τέλη ευρώ 6.447,27, χαρτόσημο ευρώ 232,10 (σύμφωνα με την ισχύουσα εισφορά μονοσυνταξιούχου του έτους 2005 και τα ισχύοντα πρόσθετα τέλη του 3/06).

Ο κίνδυνος ανάπτυξης λεμφώματος σε αυτοάνοσα νοσήματα.

Μετα-ανάλυση

*E Zintzaras, M Voulgarelis,
HM Moutsopoulos
Arch Intern Med 2005;165:2337-44.*



*Χαράλαμπος Μουτσόπουλος
Καθηγητής Παθολογίας
Παν/μίου Αθηνών*

Πρόλογος

Η συσχέτιση των αυτοανόσων νοσημάτων με τον κίνδυνο εμφάνισης μη Hodgkin λεμφώματος Β σειράς είναι πλέον αδιαμφισβήτητη. Η μετατροπή και εξέλιξη της αυτοάνοσης διαταραχής σε λεμφοϋπερπλαστικό νόσημα αποτελεί μια πολυσταδιακή διαδικασία κατά την οποία ο χρόνιος αντιγονικός ερεθισμός από ενδογενή (αυτοαντιγόνα) ή εξωγενή αντιγόνα παίζει καταλυτικό παθογενετικό ρόλο στην επιλογή και στον πολλαπλασιασμό συγκεκριμένων Β λεμφοκυτταρικών κλώνων¹. Ειδικότερα στην περίπτωση των αυτοανόσων νοσημάτων, η υπερπαραγωγή μορίων που διεγείρουν τον πολλαπλασιασμό των Β λεμφοκυττάρων (BLyS) συμβάλλει επιπρόσθετα στην αναστολή της απόπτωσης των επιλεγμένων Β κλώνων². Απόρροια του φαινομένου αυτού είναι η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης μοριακών λαθών και ογκογενετικών διαταραχών όπως οι χρωμοσωμιακές αναδιατάξεις³, η αδρανοποίηση ογκοκατασταλτικών γονιδίων όπως του p53⁴ και οι μεταλλάξεις του Fas υποδοχέα⁵, που συμβάλλουν στην τελική επικράτηση του λεμφωματικού κλώνου.

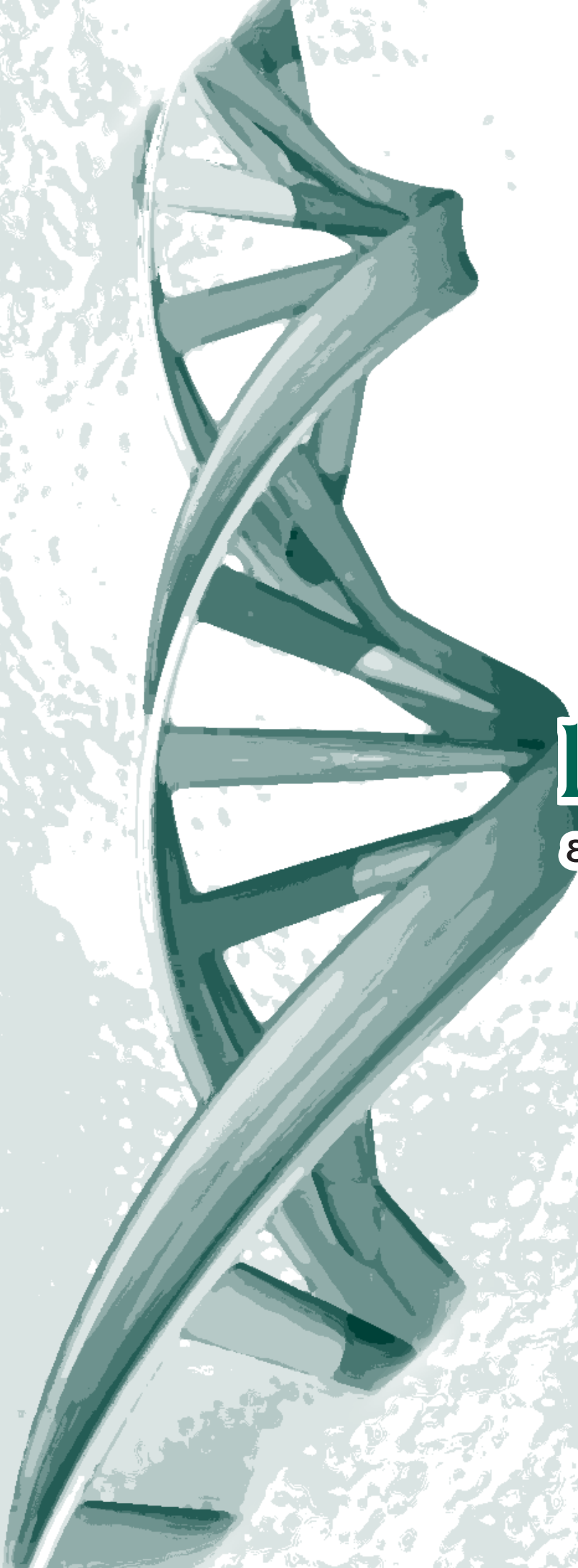
Σκοπός

Ο κίνδυνος ανάπτυξης λεμφώματος σε αυτοάνοσους ασθενείς έχει διερευνηθεί παγκοσμίως σε διάφορες μελέτες κοορτής οι οποίες οδήγησαν σε αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να διερευνηθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης μη Hodgkin λεμφώματος σε αυτοάνοσα νοσήματα και να συγκριθεί με αυτόν του γενικού πληθυσμού.

Μέθοδος

Προχωρήσαμε σε μετα-ανάλυση όλων των διαθέσιμων μελετών που συσχετίζουν τον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ), τη Ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ) και το πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren (ΣΣ) με τον κίνδυνο ανάπτυξης μη Hodgkin λεμφώματος, αποσκοπώντας στην πλήρη διευκρίνιση των συσχετίσεων αυτών.

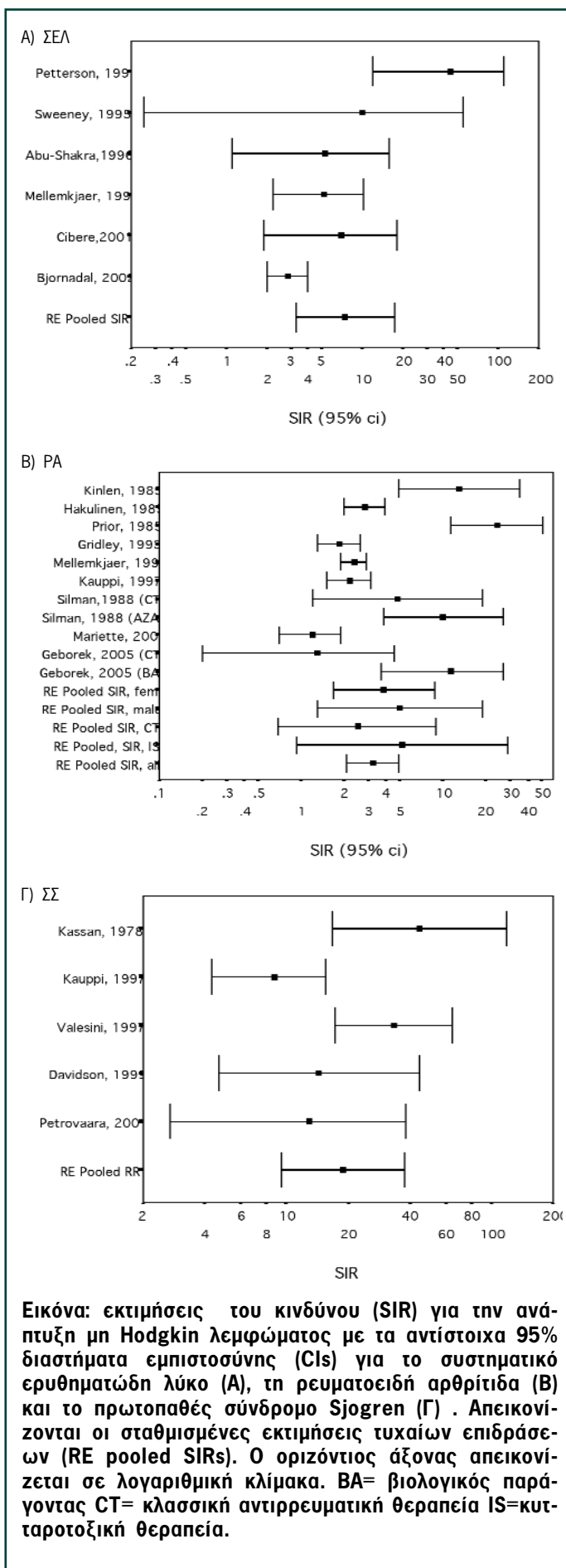
Έχοντας σαν πηγή τη βάση δεδομένων του PubMed (από 1978 μέχρι 2005) αναζητήσαμε μελέτες κοορτής στην Αγγλική γλώσσα χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: systemic lupus erythematosus, SLE, rheumatoid arthritis, RA, Sjogren syndrome, SS, non-Hodgkin lymphoma, relative risk, RR, standardized incidence rate, SIR. Στη μετα-ανάλυση συμπεριλήφθησαν οι μελέτες εκείνες που πληρούσαν αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια για ΣΕΛ, ΡΑ και ΣΣ, παρέιχαν ιστολογική διά-



ΙΑΤΡΙΚΕΣ

ΕΣΕΛΙΞΕΙΣ





Εικόνα: εκτιμήσεις του κινδύνου (SIR) για την ανάπτυξη μη Hodgkin λεμφώματος με τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (CIs) για το συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο (Α), τη ρευματοειδή αρθρίτιδα (Β) και το πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren (Γ). Απεικονίζονται οι σταθμισμένες εκτιμήσεις τυχαίων επιδράσεων (RE pooled SIRs). Ο οριζόντιος άξονας απεικονίζεται σε λογαριθμική κλίμακα. BA= βιολογικός παράγοντας CT= κλασική αντιρρευματική θεραπεία IS=κυτταροτοξική θεραπεία.

γνωση για μη Hodgkin λέμφωμα, και έδιναν προτυποποιημένα ηηλικά επίπτωσης (standardized incidence rate, SIRs).

Αποτελέσματα

Στις 20 μελέτες που τελικά επιλέχθηκαν, 6 αφορούσαν τον ΣΕΛ (8.700 ασθενείς), 9 την PA (95.104 ασθενείς) και 5 το ΣΣ (1.300 ασθενείς). Συνολικά η μετα-ανάλυση έδειξε μεγάλη ετερογένεια μεταξύ των μελετών (P<0.01, I²>70%) και μεγάλο κίνδυνο (σταθμισμένος κίνδυνος τυχαίων επιδράσεων, RE pooled SIR) ανάπτυξης λεμφώματος για το ΣΣ (18.8, 95% CI 9.5-37.3). Ο κίνδυνος για τον ΣΕΛ ήταν μέτριος (7.4 95%CI 3.3-17.0) και μικρός για τη PA (3.9 95% CI 2.5-5.9). Ειδικά στη PA, τα SIR τυχαίων επιδράσεων ήταν για τη συμβατική θεραπεία, την κυτταροτοξική θεραπεία και τη θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες 2.5 (95% CI 0.7-9.0), 5.1 (95% CI 0.9-28.6) και 11.5 (95% CI 3.7-26.9) αντίστοιχα (εικόνα).

Σχόλια

Η αυτοανοσία αποτελεί δυνητικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη λεμφώματος ιδιαίτερα σε ασθενείς με ΣΣ. Η μεγαλύτερη γενετική αστάθεια που παρατηρείται στα βλαστικά κέντρα των λεμφοκυττάρων των ασθενών αυτών λόγω του έντονου πολλαπλασιασμού των Β λεμφοκυττάρων μπορεί οδηγήσει σε αυξημένη πιθανότητα ογκογενετικών διαταραχών και σε μεγαλύτερη επίπτωση μη Hodgkin λεμφώματος, σε σχέση με τους ασθενείς που πάσχουν από ΣΕΛ και PA. Αυτός ο μηχανισμός συμβαδίζει απόλυτα με το ότι οι ασθενείς που πάσχουν από ΣΣ και η κλινικοεργαστηριακή τους εικόνα συνοδεύεται από την παρουσία σπληνομεγαλίας, λεμφαδενοπάθειας, διόγκωση παρωτίδων και μεικτής κρυσφαίρηναιμίας, όλα ενδεικτικά έντονου πολλαπλασιασμού των Β λεμφοκυττάρων, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης λεμφώματος^{6,7}. Από πρακτικής άποψης ο κλινικός ιατρός καλείται να αναμένει σε ασθενείς πάσχοντες από ΣΣ, 320 περιπτώσεις λεμφώματος ανά 100.000 ασθενών ανά έτος. Η εμφάνιση λεμφώματος στους ασθενείς με ΣΣ συσχετίζεται άμεσα με την παρουσία χαμηλού C4 στον ορό, μικτής μονοκλωνικής κρυσφαίρηναιμίας και ψηλαφητής πορφύρας ενώ η

χαμηλή τιμή του C4 κατά την διάγνωση αποτελεί τον πιο σημαντικό προγνωστικό παράγοντα στους ασθενείς αυτούς^{6,8}. Συνεπώς, σε ασθενείς με το συγκεκριμένο αυτοάνοσο νόσημα και παρουσία παραγόντων κινδύνου για ανάπτυξη λεμφοπεριπλαστικού νοσήματος απαιτείται ιδιαίτερος και εκτεταμένος έλεγχος αποκλεισμού.

Καταλήγοντας, ενδιαφέρουσα παρατήρηση αποτελεί το ότι σε ασθενείς με ΡΑ, ο κίνδυνος ανάπτυξης λεμφώματος μετά την χρήση βιολογικών παραγόντων όπως etanercept και infliximab είναι πολύ μεγαλύτερος από εκείνον που παρατηρήθηκε μετά από την κλασική θεραπευτική αγωγή. Παρόλο που ο κίνδυνος λεμφώματος στους ασθενείς αυτούς μπορεί απλά να συνδέεται με τη βαρύτητα και την ενεργότητα της νόσου, χρειάζεται επαγρύπνηση από τους κλινικούς ιατρούς για την εμφάνιση μη Hodgkin λεμφώματος σε αυτήν την κατηγορία ασθενών. Βάσει των προσφάτων επιστημονικών δεδομένων η διαρκής φλεγμονώδη δραστηριότητα που παρατηρείται σε ασθενείς με ενεργό ΡΑ μπορεί να σχετίζεται με την αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης επιθετικού, διάχυτου από μεγάλα Β λεμφοκύτταρα λεμφώματος με παρουσία εξωλεμφαδενικών εστιών⁹. Αντιθέτως, στους ασθενείς με πρωτοπαθή ΣΣ ο κυρίαρχος τύπος λεμφώματος ανήκει στην κατηγορία των ήπιων εξωλεμφαδενικών λεμφωμάτων τύπου MALT (mucosa-associated lymphoid tissue)¹⁰. Γεγονός το οποίο οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ο μηχανισμός δημιουργίας και εκδήλωσης του λεμφώματος στα δύο αυτά νοσήματα είναι πιθανότατα διαφορετικός.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης επιβεβαιώνουν την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης μη Hodgkin λεμφώματος στους ασθενείς που πάσχουν από αυτοάνοσο νόσημα, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό ιδιαίτερα στην περίπτωση του ΣΣ και του ΣΕΛ.

Βιβλιογραφία

1. Bahler DW, Swerdlow SH. Clonal salivary gland infiltrates associated with myoepithelial sialadenitis (Sjogren's syndrome) begin as nonmalignant antigen-selected expansions. *Blood* 1998;91:1864-72.
2. Mariette X, Roux S, Zhang J, Bengoufa D, Lavie F, Zhou T, et al. The level of BLyS (BAFF) correlates with the titre of autoantibodies in human Sjogren's syndrome. *Ann Rheum Dis* 2003;62:168-71.
3. Maes B, Baens M, Marynen P, De Wolf-Peeters C. The product of the t(11;18), an API2-MLT fusion, is an almost exclusive finding in marginal zone cell lymphoma of extranodal MALT-type. *Ann Oncol* 2000;11:521-6.
4. Tapinos NI, Polihronis M, Moutsopoulos HM. Lymphoma development in Sjogren's syndrome: novel p53 mutations. *Arthritis Rheum* 1999;42:1466-72.
5. Gronbaek K, Straten PT, Ralfkiaer E, Ahrenkiel V, Andersen MK, Hansen NE, et al. Somatic Fas mutations in non-Hodgkin's lymphoma: association with extranodal disease and autoimmunity. *Blood* 1998;92:3018-3024.
6. Kassan SS, Thomas TL, Moutsopoulos HM, Hoover R, Kimberly RP, Budman DR, et al. Increased risk of lymphoma in sicca syndrome. *Ann Intern Med* 1978;89:888-92.
7. Skopouli FN, Dafni U, Ioannidis JP, Moutsopoulos HM. Clinical evolution, and morbidity and mortality of primary Sjogren's syndrome. *Semin Arthritis Rheum* 2000;29:296-304.
8. Ioannidis JP, Vassiliou VA, Moutsopoulos HM. Long-term risk of mortality and lymphoproliferative disease and predictive classification of primary Sjogren's syndrome. *Arthritis Rheum* 2002;46:741-7.
9. Baecklund E, Sundstrom C, Ekblom A, Catrina AI, Biberfeld P, Feltelius N, et al. Lymphoma subtypes in patients with rheumatoid arthritis: increased proportion of diffuse large B cell lymphoma. *Arthritis Rheum* 2003;48:1543-50.
10. Voulgarelis M, Dafni UG, Isenberg DA, Moutsopoulos HM. Malignant lymphoma in primary Sjogren's syndrome: a multicenter, retrospective, clinical study by the European Concerted Action on Sjogren's Syndrome. *Arthritis Rheum* 1999;42:1765-72.

Η εμφάνιση λοίμωξης στην κοινότητα αυξάνει τον κίνδυνο πνευμονικής εμβολής και εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης;

(Risk of deep vein thrombosis and pulmonary embolism after acute infection in a community setting)

Lancet 2006; 367: 1075-1079

Η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (ΕΒΦΘ) και η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας.

Οι λοιμώξεις αυξάνουν τον κίνδυνο θρομβωτικών επεισοδίων επειδή προκαλούν ακινητοποίηση φλεβική στάση και υπερπηκτικότητα.

Υπάρχει επίσης η υπόνοια ότι οι λοιμώξεις προκαλούν ενδοθηλιακή δυσλειτουργία.

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν οι λοιμώξεις αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ΕΒΦΘ και ΠΕ.

Υλικό-Μέθοδοι. Σε μια ηλεκτρονική βάση δεδομένων και ιατρικών ιστορικών από την πρωτοβάθμια περίθαλψη στη Μεγ. Βρετανία αναζητήθηκαν ασθενείς που είχαν υποστεί πρώτο επεισόδιο ΕΒΦΘ (n=7278) και ΠΕ (n=3755) μετά από οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού (πνευμονία, βρογχίτιδα, γρίπη) και του ουροποιητικού, κατά τη διάρκεια των ετών 1987-2004. Οι ασθενείς με ΕΒΦΘ είχαν διάμεση ηλικία 67.6 έτη, 41.6% ήταν άνδρες και ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 10.2 έτη. Οι ασθενείς με ΠΕ είχαν διάμεση ηλικία 67.9 έτη, 42.6% ήταν άνδρες και ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 9.6 έτη.

Αποτελέσματα. Από τους ασθενείς με ΕΒΦΘ 46.4% είχαν νοσήσει από ένα ή περισσότερα επεισόδια λοιμώξεων του αναπνευστικού και 31.0% είχαν νοσήσει από ένα ή περισσότερα επεισόδια λοιμώξεων του ουροποιητικού. Από τους ασθενείς που εμφάνισαν ΠΕ 2.7% είχαν νοσήσει από ένα ή περισσότερα επεισόδια λοιμώξεων του ουροποιητικού. Η πιθανότητα εμφάνισης ΕΒΦΘ ή ΠΕ ήταν υψηλότερη κατά τις 2 πρώτες εβδομάδες μετά την λοίμωξη και έβαινε σταδιακά μειούμενη κατά τη διάρκεια του 1ου έτους.

Συμπεράσματα. Οι οξείες λοιμώξεις του ουροποιητικού και του αναπνευστικού αυξάνουν περιστασιακά τον κίνδυνο εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων στην κοινότητα. Δεν είναι γνωστό αν η παροδική αυτή αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ΕΒΦΘ και ΠΕ οφείλεται σε ενεργοποίηση του αγγειακού ενδοθηλίου, των λευκοκυττάρων ή την αφυδάτωση. Η φλεγμονή και τα αυξημένα επίπεδα C- αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) είναι δυνατό να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο. Οποιοσδήποτε και αν είναι ο υποκείμενος παθοφυσιολογικός μηχανισμός, οι λοιμώξεις πρέπει να θεωρούνται παροδικοί προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη θρομβοεμβολικών επεισοδίων (ΕΒΦΘ και ΠΕ).

Ενεργοποίηση του μηχανισμού της θρόμβωσης κατά τη διάρκεια αεροπορικών ταξιδιών

(Activation of coagulation system during air travel: a crossover study) *Lancet 2006; 367: 832-838*

Η εμφάνιση της θρόμβωσης κατά τη διάρκεια ή και μετά από αεροπορικά ταξίδια ήταν από παλαιότερα γνωστή. Ο κίνδυνος εμφάνισης θρομβοεμβολικού επεισοδίου αυξάνεται κατά 2-4 φορές, ιδιαίτερα μετά από πολύωρα ταξίδια. Παράγοντες που διαδραματίζουν ρόλο στο σχηματισμό θρόμβου είναι η πολύωρη ακινητοποίηση και η υποβαρική υποξία.

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν ταξίδια διάρκειας 8 ωρών οδηγούν σε ενεργοποίηση του μηχανισμού της πήξης

Υλικό-Μέθοδοι. Στη μελέτη συμμετείχαν 71 υγιείς εθελοντές, 15 άνδρες και 56 γυναίκες. Σε 11 άτομα υπήρχε ο παράγοντας V Leiden, 15 άτομα ελάμβαναν αντισυλληπτικά, 15 άτομα εμφάνιζαν τον παράγοντα V Leiden και ελάμβαναν ταυτόχρονα και αντισυλληπτικά και 30 ήταν απολύτως υγιείς. Στα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη προσδιορίστηκαν δείκτες ενεργοποίησης του μηχανισμού της θρόμβωσης και της ινωδόλυσης προ, κατά τη διάρκεια και μετά από αεροπορικό ταξί-

δι διάρκειας 8 ωρών. Οι δείκτες που προσδιορίστηκαν ήταν το σύμπλεγμα θρομβίνης αντιθρομβίνης, TAT, τα κλάσματα F1+F2 του ινωδογόνου και τα D-Dimers.

Οι ίδιες παράμετροι προσδιορίστηκαν στα ίδια άτομα κατά τη διάρκεια μαραθώνιας παρακολούθησης κινηματογραφικών ταινιών και κατά τη διάρκεια μίας συνηθισμένης ημέρας.

Αποτελέσματα. Μετά την πτήση διάρκειας 8 ωρών το σύμπλεγμα θρομβίνης αντιθρομβίνης TAT αυξήθηκε κατά 30.1%, ενώ ελαττώθηκε κατά 2.1% και 7.9% μετά από παρακολούθηση κινηματογράφου και κατά την διάρκεια μίας καθημερινής ημέρας αντίστοιχα ($p < 0.0001$). Η αύξηση του συμπλέγματος TAT ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη στα άτομα που έφεραν την μετάλλαξη V Leiden και ταυτόχρονα ελάμβαναν αντισυλληπτικά. Οι μεταβολές στο σύμπλεγμα F1+F2 των κλασμάτων του ινωδογόνου δεν ήταν στατιστικά σημαντικές κατά την διάρκεια του αεροπορικού ταξιδιού, την πολύωρη παρακολούθηση κινηματογράφου και την καθημερινή δραστηριότητα.

Συμπεράσματα. Τα πολύωρα αεροπορικά ταξίδια οδηγούν σε ενεργοποίηση το σύστημα της πήξης και της πρωτοπαθούς ινωδόλυσης σε υγιή άτομα νεαρής ηλικίας. Πιθανότατα στον αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης θρομβοεμβολικών επεισοδίων κατά τη διάρκεια πολύωρων αεροπορικών ταξιδιών συμμετέχουν και άλλοι παράγοντες πλην της ακινητοποίησης.

Σύγκριση της χορήγησης entecavir και λαμβουδίνης σε ασθενείς με HBeAg (+) χρόνια ηπατίτιδα Β

A comparison of entecavir and lamivudine for HBeAg-Positive Chronic hepatitis B

N Engl J Med 2006; 354: 1001-10

Η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ο ιός προσβάλλει 350 εκατομ. άτομα ετησίως παγκοσμίως και περίπου 1 εκατομ. αποθνήσκουν εξαιτίας κίρρωσης ή ηπατοκυτταρικού καρκινώματος.

Στόχος της θεραπευτικής αγωγής είναι η αναστολή του πολλαπλασιασμού του ιού.

Τα μέχρι στιγμής διαθέσιμα φάρμακα για την αποτροπή του πολλαπλασιασμού του ιού είναι η ιντερφερόνη Α, η πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη Α-2α και τα αντι-ιικά lamivudine, adefovir και entecavir.

Η ιντερφερόνη είναι αποτελεσματική στο 40% περίπου των ασθενών αλλά προκαλεί σοβαρές παρενέργειες. Η lamivudine αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό του ιού στο 17% των ασθενών και επιφέρει ιστολογική βελτίωση στο 50% περίπου των ασθενών. Όμως πολύ συχνά οι ασθενείς αναπτύσσουν αντοχή στο φάρμακο αυτό. Η πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη είναι περισσότερο αποτελεσματική αλλά παρενέργειες οι οποίες μερικές φορές είναι σοβαρές εμποδίζουν τη χρησιμοποίησή της. Η adefovir είναι αποτελεσματική όσον αφορά τη μείωση του HBV DNA, βελτιώνει την ιστολογική εικόνα του ήπατος στο 50% των ασθενών και επάγει την ανάπτυξη αντοχής σε 3-6% των ασθενών.

Η entecavir είναι ισχυρός και εκλεκτικός αναστολέας της HBV DNA πολυμεράσης. Η αποτελεσματικότητά της στη μείωση της εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος και τη βελτίωση της επιβίωσης έχει αποδειχθεί σε προκλινικές μελέτες.

Σκοπός της διπλής τυφλής πολυκεντρικής αυτής μελέτης ήταν η σύγκριση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της entecavir και της lamivudine σε ασθενείς με HBeAg (+) χρόνια ηπατίτιδα Β που δεν είχαν προηγουμένως λάβει αγωγή με νουκλεοσιδικά ανάλογα.

Υλικό-Μέθοδοι. Στη μελέτη συμμετείχαν 715 ασθενείς με HBeAg (+) χρόνια ηπατίτιδα Β που δεν είχαν θεραπευθεί προηγουμένως με νουκλεοσιδικά ανάλογα. Οι ασθενείς ελάμβαναν είτε 0.5 mg entecavir ή 100 mg lamivudine ημερησίως για 52 τουλάχιστον εβδομάδες. Το πρωτεύον τελικό σημείο της μελέτης ήταν η βελτίωση της ιστολογικής εικόνας του ήπατος χωρίς την ανάπτυξη ίνωσης. Δευτερεύοντα τελικά σημεία της μελέτης ήταν η μείωση των επιπέδων του HBV DNA, η ορομετατροπή από HBeAg(+) σε HBeAg(-) και η επιστροφή των επιπέδων της ALT στα φυσιολογικά όρια.

Αποτελέσματα. Στην ομάδα της entecavir συμμετείχαν 314 ασθενείς. Ισάριθμοι ήταν οι ασθενείς που συμμετείχαν στην ομάδα της lamivudine. Βελτίωση στην ιστολογική εικόνα του ήπατος εμφάνισαν 226 ασθενείς στην ομάδα της entecavir και 195 στην ομάδα της lamivudine ($p=0.009$). Το HBV DNA ήταν μη ανιχνεύσιμο με τη μέθοδο PCR στον ορό περισσότερων ασθενών στην ομάδα που

θεραπεύτηκε με entecavir σε σχέση με τη lamivudine ($p < 0.0001$). Τα επίπεδα της ALT ήταν φυσιολογικά σε υψηλότερο ποσοστό ασθενών στην ομάδα των ασθενών που έλαβαν entecavir ($p = 0.02$). Το HbeAg μετατράπηκε σε αρνητικό σε ποσοστό 21% των ασθενών στην ομάδα της entecavir σε σχέση με τη lamivudine ($p = 0.33$). Αντοχή δεν αναπτύχθηκε στους ασθενείς που έλαβαν entecavir και η ασφάλεια χορήγησης ήταν παρόμοια και στα δύο φάρμακα.

Συμπεράσματα. Η θεραπεία με entecavir είναι περισσότερο αποτελεσματική και ασφαλής σε ασθενείς με χρόνια HBeAg(+) ηπατίτιδα Β από τη χορήγηση lamivudine. Η βελτίωση στην ιστολογική εικόνα του ήπατος, στο ιολογικό προφίλ και τις βιοχημικές παραμέτρους είναι στατιστικά σημαντικότερη σε εκείνους που λαμβάνουν entecavir σε σχέση με εκείνους που λαμβάνουν lamivudine.

Σύγκριση της χορήγησης entecavir και λαμβουδίνης σε ασθενείς με HbeAg (-) χρόνια ηπατίτιδα Β

Entecavir versus Lamivudine for patients with HbeAg-Negative Chronic Hepatitis B

N Engl J Med 2006; 354 1011-20

Η αποτελεσματικότητα της entecavir συγκρίθηκε με εκείνη της lamivudine σε ασθενείς με HbeAg (-) χρόνια ηπατίτιδα Β.

Υλικό. Σε μια διπλή τυφλή μελέτη φάσεως III συμμετείχαν 648 ασθενείς που δεν είχαν λάβει προηγούμενη αντι-ϊική αγωγή με νουκλεοσιδικά ανάλογα.

Αποτελέσματα. Entecavir έλαβαν 296 ασθενείς, lamivudine 287 ασθενείς. Η ιστολογική εικόνα ήταν σημαντικά βελτιωμένη μετά από αγωγή τουλάχιστον 48 εβδομάδων στους ασθενείς που θεραπεύτηκαν με entecavir ($p = 0.01$). Το HBV DNA του ιού προσδιορίστηκε με τη μέθοδο PCR στην ομάδα των ασθενών που έλαβαν entecavir και ήταν μη ανιχνεύσιμο σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό ασθενών ($p < 0.001$). Τα επίπεδα της ALT επέστρεψαν στο φυσιολογικό σε στατιστικά σημαντικό υψηλότερο ποσοστό ασθενών στην ομάδα της entecavir σε σχέση με τη lamivudine ($p = 0.045$). Τα επίπεδα του HBV DNA του ιού στον ορό μειώθηκαν σημαντικά στην ομάδα της entecavir ($p < 0.001$). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν παρόμοιες και στις δύο ομάδες και δεν αναπτύχθηκε αντίσταση στη χορήγηση entecavir.

Συμπεράσματα. Οι ασθενείς με HbeAg (-) ηπατίτιδα Β που λαμβάνουν αγωγή με το αντι-ϊικό φάρμακο entecavir για 48 εβδομάδες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική βελτίωση στην ιστολογική εικόνα του ήπατος, το HBV DNA του ορού και τα επίπεδα ALT του ορού σε σχέση με εκείνους που θεραπεύονται με lamivudine. Αντοχή του ιού στο φάρμακο δεν αναπτύχθηκε και οι ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν παρόμοιες και στις δύο ομάδες ασθενών.

Σχόλιο. Από το 1980 και μετά οπότε και εισήχθη στην θεραπευτική το εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β η νόσος έγινε δυνατό να προληφθεί. Από τότε και έως σήμερα υπάρχει σημαντική μείωση του αριθμού των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα Β αλλά επίσης και σημαντική μείωση της επίπτωσης ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

Την τελευταία δεκαετία υπάρχουν διαθέσιμα φάρμακα για την αντιμετώπιση του ιού Β αλλά και για την αναχαίτιση της ηπατοκυτταρικής βλάβης και της ίνωσης. Έτσι η ηπατίτιδα Β εκτός του ότι είναι δυνατό να προληφθεί μπορεί και να θεραπεύεται με επιτυχία.

Η αντι-ϊική αγωγή πρέπει να μπορεί να χορηγείται μακροχρόνια, από του στόματος και να είναι απαλλαγμένη από την εμφάνιση παρενεργειών και αντίστασης του ιού στα φάρμακα. Η χορήγηση των μη νουκλεοσιδικών αντι-ϊικών φαρμάκων είναι μια ελκυστική θεραπευτική προσέγγιση διότι είναι αποτελεσματικά, χορηγούνται εύκολα, δεν εμφανίζουν σοβαρές παρενεργειες διότι δεν είναι απαραίτητη η χορήγησή τους σε συνδυασμούς πολλών φαρμάκων (όπως στην HIV λοίμωξη) και δεν προκαλούν την εμφάνιση αντίστασης του ιού. Τα φάρμακα αυτά μπορεί να χορηγηθούν ως αγωγή πρώτης γραμμής και η θεραπεία να συνεχίζεται επί μακρόν (άγνωστο ποιο είναι το ιδανικό διάστημα).

Με την εισαγωγή και την ευρεία χρήση των φαρμάκων αυτών μια μάστιγα για τη Δημόσια Υγεία όπως η ηπατίτιδα Β κατέστη δυνατό όχι μόνο να προληφθεί αλλά και να θεραπευθεί.

Επίδραση του εμβολίου κατά του πνευμονιοκόκκου στην εμφάνιση λοιμώξεων από ανθεκτικό στέλεχος στρεπτόκοκκου της πνευμονίας

Effect of Introduction of the Pneumococcal Conjugate Vaccine On Drug-Resistant Streptococcus Pneumoniae

N Engl J Med 2006;354:1455-63

Υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι ο εμβολιασμός κατά του πνευμονιοκόκκου μειώνει την επίπτωση σοβαρών πνευμονιοκοκκικών λοιμώξεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που προκαλούνται από ανθεκτικά στελέχη.

Πέντε από τους ορότυπους που περιλαμβάνονται στο επταδύναμο εμβόλιο κατά του πνευμονιοκόκκου είναι κυρίως υπεύθυνοι για την πλειονότητα των σοβαρών πνευμονιοκοκκικών λοιμώξεων.

Το επταδύναμο εμβόλιο κατά του πνευμονιοκόκκου διενεργείται υποχρεωτικά σε παιδιά μικρότερα των δύο ετών και σε παιδιά από 2-4 ετών όταν συνυπάρχει άλλη νοσηρή κατάσταση ή ανοσοκαταστολή.

Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετασθεί η επίδραση του εμβολίου στην επίπτωση σοβαρών πνευμονιοκοκκικών λοιμώξεων.

Υλικό. Το υλικό της μελέτης συγκεντρώθηκε από μια βάση δεδομένων του CDC. Μελετήθηκε η εμφάνιση σοβαρών πνευμονιοκοκκικών λοιμώξεων από το 1996 έως και το 2004 σε οκτώ επιτηρούμενες περιοχές των ΗΠΑ με συνολικό πληθυσμό 16 εκατομ. άτομα από τα οποία 500.000 ήταν παιδιά κάτω των δύο ετών. Ως σοβαρές πνευμονικές λοιμώξεις ορίστηκαν εκείνες στις οποίες απομονώθηκαν στελέχη πνευμονιοκόκκων σε καλλιέργειες αίματος, στο ΕΝΥ και το πλευριτικό υγρό. Μελετήθηκε επίσης η αντοχή των πνευμονιοκόκκων στα αντιβιοτικά και καθορίστηκε επακριβώς ο ορότυπός τους.

Αποτελέσματα. Μελετήθηκαν 28.336 περιπτώσεις πνευμονιοκοκκικών λοιμώξεων. Η επίπτωση των λοιμώξεων από ανθεκτικά στην πενικιλίνη και άλλα αντιβιοτικά στελέχη πνευμονιοκόκκων έβαινε αυξανόμενη μέχρι το 1999 και ακολούθως μέχρι το 2004 έβαινε μειούμενη από 6.3 σε 2.7 περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού και από 4.1 σε 1.7 περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού αντίστοιχα. Η μείωση ήταν 57% και 59% αντίστοιχα για λοιμώξεις από ανθεκτικά στην πενικιλίνη και ανθεκτικά στα άλλα αντιβιοτικά στελέχη. Για τα κάτω των δυο ετών παιδιά η μείωση της επίπτωσης ήταν 80%, ενώ για τα άτομα >65 ετών ή μείωση της επίπτωσης πνευμονιοκοκκικών λοιμώξεων από ανθεκτικά στελέχη ήταν 49%. Η συχνότητα ανθεκτικών λοιμώξεων από στελέχη που περιλάμβανε το εμβόλιο μειώθηκε κατά 87%. Αύξηση παρατηρήθηκε στις λοιμώξεις σε παιδιά <2 ετών από συγκεκριμένο ορότυπο τον 19 A που δεν συμπεριλαμβανόταν στο εμβόλιο.

Συμπεράσματα. Μετά την εισαγωγή του εμβολίου κατά του πνευμονιοκόκκου στα παιδιά <2 ετών μειώθηκε η επίπτωση λοιμώξεων από ανθεκτικά στα αντιβιοτικά στελέχη σε μεγαλύτερα παιδιά, ενήλικες και ηλικιωμένους. Παρατηρήθηκε αύξηση των λοιμώξεων από οροτύπους που δεν συμπεριλαμβανόταν στο εμβόλιο.

Σχόλιο. Από τη μελέτη αυτή και προηγούμενες μικρότερες μελέτες διαπιστώθηκε ότι η χορήγηση αντιπνευμονιοκοκκικού εμβολίου:

1. μειώνει την εμφάνιση σοβαρών λοιμώξεων από τους ορότυπους που περιλαμβάνονται στο εμβόλιο, σε εμβολιασμένα παιδιά
2. μειώνει άλλες λοιμώξεις που οφείλονται στον πνευμονιοκόκκο (μέση πυώδης ωτίτιδα, ιγμορίτιδα)
3. μειώνει τον αποικισμό με ανθεκτικά στελέχη σε εμβολιασμένα παιδιά
4. μειώνει το ποσοστό λοιμώξεων και αποικισμού από ανθεκτικά στελέχη
5. μειώνει την επίπτωση λοιμώξεων από οροτύπους που περιλαμβάνονται στο εμβόλιο σε μη εμβολιασμένα άτομα όλων των ηλικιών
6. αυξάνει τον αποικισμό και την νόσηση από μη ανθεκτικά στελέχη.

Άρα η χορήγηση του εμβολίου κατά του πνευμονιοκόκκου σε παιδιά μειώνει τη φορεία και τη νόσο από ανθεκτικά στελέχη πνευμονιοκόκκου σε άτομα κάθε ηλικίας που ζούν στην κοινότητα άσχετα με το αν έχουν εμβολιασθεί ή όχι με το εμβόλιο.

Ε.Σ.Υ.:

«Ελληνικό Σύστημα Ασθενείας»



Του
Αλέξιου Νίκα
Οφθαλμιάτρου
Μεταπτυχιακού Φοιτητή, Διοίκηση
Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό
Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ)

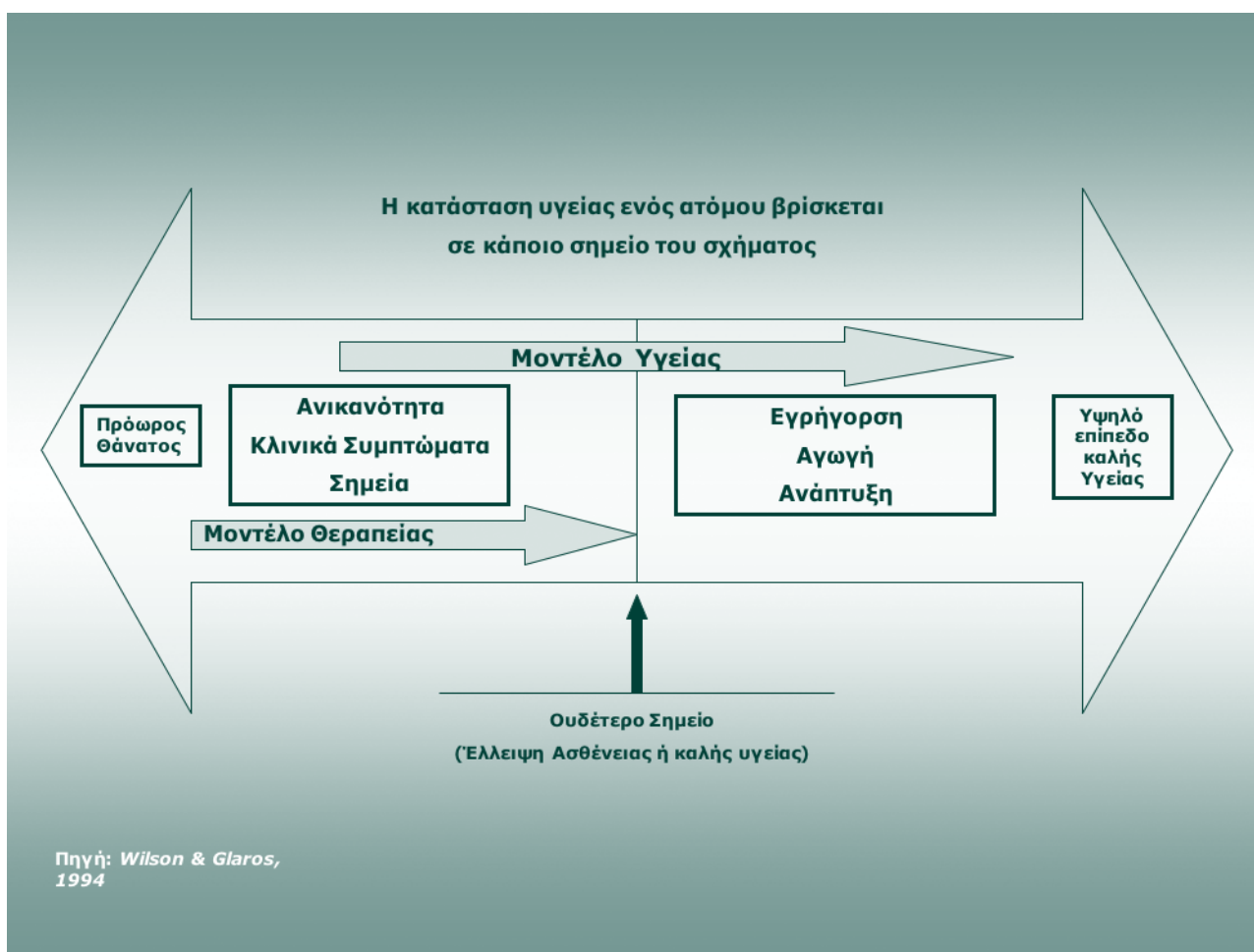
... ανάλογα με το προσανατολισμό του κάθε συστήματος υγείας, προς την φροντίδα υγείας ή την περίθαλψη, μπορεί κανείς να το χαρακτηρίσει ως «σύστημα υγείας» ή «σύστημα ασθενείας», αντίστοιχα...

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αγαθό της υγείας είναι αναντίρρητα ένα από τα βασικότερα για τα οποία πρέπει η πολιτεία να μεριμνήσει. Χρέος της είναι η χρησιμοποίηση κάθε δυνατού πόρου, ανθρώπινου, κοινωνικού και οικονομικού για την επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας. Αυτός είναι ο στόχος της πολιτικής υγείας μίας χώρας η οποία ορίζει το σύνολο των κανόνων και των μέτρων που ρυθμίζουν την παραγωγή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας.¹ Απαραίτητη βέβαια προϋπόθεση εφαρμογής της είναι η συγκρότηση ενός συστήματος υγείας, που θα αξιοποιεί στο έπακρο τις υπάρχουσες δυνατότητες για την κάλυψη και την βελτίωση της υγείας.²

Όπως φαίνεται και από το σχήμα υγείας - ασθένειας (σχ. 1) που περιγράφει τον πιο σύγχρονο ορισμό της υγείας, η αλληλεξάρτηση και «συνύπαρξη» υγείας και ασθένειας είναι δεδομένη. Η κατάσταση της υγείας ενός ανθρώπου, μεταβάλλεται και μετακινείται ανάμεσα στις δύο διαστάσεις της υγείας, αρνητική και θετική, με ζητούμενο βέβαια την «καλή» υγεία.³ Είναι λοιπόν φανερό πως κάθε μοντέλο υγείας και θεραπείας έχει σαν στόχο ένα υψηλό επίπεδο καλής υγείας και όχι απλά την εξουδετέρωση της ασθένειας και την παραμονή στο λεγόμενο «ουδέτερο σημείο». Αυτός πρέπει να είναι και ο στόχος ενός συστήματος υγείας μίας χώρας, δηλαδή η βελτίωση του επιπέδου υγείας, που στοχεύει στην ευεξία και στην όλο και υψηλότερη ποιότητα ζωής.

Οι υπηρεσίες υγείας είναι το αντικείμενο προσφοράς του συστήματος υγείας και περιλαμβάνουν την φροντίδα υγείας και την περίθαλψη. Είναι οι δύο βασικοί άξονες πάνω στους οποίους λειτουργεί ένα σύστημα υγείας. Η φροντίδα υγείας υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και αφορά κυρίως δραστηριότητες που σχετίζονται με την δημόσια υγεία, την πρόληψη, το



Σχήμα 1 : Ο σύγχρονος ορισμός της υγείας

περιβάλλον, την υγειονομική διαφώτιση, την αγωγή και την προαγωγή της υγείας. Από την άλλη πλευρά η περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα που έχουν εκδηλώσει αντικειμενικά ή υποκειμενικά κάποιο πρόβλημα υγείας.⁴

Σύμφωνα με τα παραπάνω φαίνεται πως η φροντίδα υγείας είναι αυτή που μπορεί να προάγει αποτελεσματικότερα την υγεία και την ποιότητα ζωής σε μια κοινωνία, ενώ στόχος της περίθαλψης είναι η αποκατάσταση της υγείας, η θεραπεία του νοσήματος και η μετάβαση στο «ουδέτερο σημείο». Ανάλογα με το προσανατολισμό του κάθε συστήματος υγείας, προς την φροντίδα υγείας ή την περίθαλψη, μπορεί κανείς να το χαρακτηρίσει ως «σύστημα υγείας» ή «σύστημα ασθενείας», αντίστοιχα.

Στη χώρα μας επικρατεί η άποψη πως το σύστημα υγείας έχει περισσότερο χαρακτηριστικά «συστήματος ασθενείας» με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της φροντίδας υγείας και τελικά της ποιότητας ζωής των πολιτών.

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Στη χώρα μας τα τελευταία είκοσι χρόνια περίπου λειτουργεί ένα σύστημα υγείας που από την ίδρυση του είχε σαν σκοπό να υλοποιήσει βασικούς στόχους όπως η ισότητα στην υγεία, η καθολικότητα στην κάλυψη των υπηρεσιών, η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος, η δικαιοτερη κατανομή πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η καθιέρωση του ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (νόμος 1397/1983). Από την καθιέρωσή του βέβαια, καταλογίζονται στον συγκεκριμένο νόμο βασικές ελλείψεις και παραλείψεις όπως α) η αδυναμία να αφομοιώσει και να αξιοποιήσει αποδοτικά την εμπειρία άλλων χωρών αλλά και διεθνών οργανισμών υγείας (π.χ. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας -WHO) β) η έλλειψη μηχανισμού διαχείρισης και χρηματοδότησης και γ) ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος.⁵

Οι ευεργετικές συνέπειες της εφαρμογής του συγκεκριμένου νόμου είναι γνωστές, όμως

αρκετά προβλήματα παραμένουν και μερικοί βασικοί στόχοι δεν έχουν ακόμα επιτευχθεί, ακόμα και μετά από σειρά μεταρρυθμίσεων του συστήματος (νόμος 2071/1992 και νόμος 2194/1994). Αυτό αποδεικνύεται από διάφορες μελέτες που έχουν γίνει αλλά και από επιτροπές εμπειρογνομόνων που κατά καιρούς έχουν αξιολογήσει το εθνικό σύστημα υγείας. Από αυτές διακρίνονται βασικές ελλείψεις οργάνωσης και σχεδιασμού οι οποίες είναι φανερές σε πρακτικό - καθημερινό επίπεδο στον πολίτη. Επίσημα έχει αναφερθεί ότι το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από α) έλλειψη σχεδιασμού, οργάνωσης και αποκέντρωσης, β) αδυναμία εξορθολογισμού της χρηματοδότησης, γ) υποανάπτυκτη δημόσια υγεία, δ) από πληθωρισμό ιατρών ειδικότητας, ε) από αντιδεδοντολογικές συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας και στ) από εξαιρετικά αδύναμη οργάνωση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.^{5,6}

Είναι φανερό από τα παραπάνω ότι πρόκειται για ένα «σύστημα ασθενείας» και όχι υγείας, αφού η φροντίδα υγείας, η πρόληψη και η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι σχεδόν ανύπαρκτα. Είναι ένα σύστημα που αντιμετωπίζει και υπηρετεί την ασθένεια και δεν προάγει την υγεία. Αυτό βέβαια καθρεφτίζεται και στην συνείδηση του Έλληνα πολίτη αφού είναι ο λιγότερο ικανοποιημένος πολίτης της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσον αφορά την υγεία, ενώ η χώρα μας κατέχει την ένατη θέση στον τομέα των εμβολιασμών.⁷

Αίτια του «συστήματος ασθενείας»

α) Στατιστική αποτύπωση της υγείας. Για την παρακολούθηση της κατάστασης και της εξέλιξης της υγείας ενός πληθυσμού χρησιμοποιούνται οι δείκτες υγείας. Αυτοί είναι θετικοί και αρνητικοί και αντίστοιχα αφορούν την γεννητικότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης από την μία και την νοσηρότητα από την άλλη. Σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική οι δείκτες θνησιμότητας (γενική και βρεφική θνησιμότητα) και οι δείκτες νοσηρότητας (κυριότερες αιτίες θανάτου) είναι αυτοί που χρησιμοποιούνται κυρίως για την κατάσταση υγείας μιας χώρας όπως και της δικής μας.⁸ Είναι όμως προφανές πως αυτοί οι δείκτες αφορούν κυρίως το επίπεδο ασθένειας του πληθυσμού και επηρεάζονται κυρίως από

αυτό. Άρα ένα σύστημα υγείας που έχει ως «πλοηγό» αυτούς του δείκτες είναι λογικό να εξυπηρετεί και να υποστηρίζει περισσότερο την ασθένεια και την αντιμετώπισή της. Μόλις την προηγούμενη δεκαετία έγινε πρακτικά μετρήσιμη η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (Kamofski), ενώ ο Π.Ο.Υ. ανέπτυξε ένα εργαλείο (WHOQOL-WHO Quality Of Life) για αυτό τον σκοπό.⁸ Τα συστήματα υγείας όμως, χρειάζονται αρκετά χρόνια για να υιοθετήσουν αυτή την προοπτική ποιότητας ζωής, όπως φυσικά και το δικό μας.

β) Ιστορικά στοιχεία. Ηλικιακά το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στη χώρα μας είναι σχετικά νέο, αφού εφαρμόστηκε μετά το 1983. Άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας έχουν ιδρυθεί και εξελιχθεί αρκετές δεκαετίες πριν, έχοντας μια οριστική μορφή κυρίως μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο (NHS - Μεγ. Βρετανία, Γερμανία). Εκτός από την σχετική αυτή «ανωριμότητα» του συστήματος πρέπει να σημειωθεί ότι πριν από αυτό δεν υπήρχε κάποια μορφή εθνικού συστήματος υγείας. Οι πόλεμοι, η φτώχεια, η συνεχής διάσπαση και δημιουργία των διάφορων ασφαλιστικών ταμείων ανάλογα με τις ψηφοθηρικές ανάγκες δημιούργησαν μια καώδη κατάσταση, χωρίς συνέχεια και σταθερή πολιτική υγείας.⁹ Αυτό όμως είχε και σαν αποτέλεσμα να μην αναπτυχθεί, τουλάχιστον μέχρι την εποχή της έναρξης του ΕΣΥ, επαρκής και σωστή παιδεία - αγωγή υγείας από τον πολίτη. Συμπερασματικά λοιπόν έχουμε την ύπαρξη ενός νέου συστήματος υγείας αλλά και ενός «απαίδευτου», όσον αφορά την υγεία, πολίτη.

γ) Πολιτικά στοιχεία (πολιτεία-νόμοι). Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, από την ίδρυση του το ΕΣΥ είχε σαν στόχο την δικαιότερη και αποτελεσματικότερη κατανομή των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα την ενδυνάμωση της φροντίδα υγείας και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η κατανομή των υπηρεσιών υγείας δεν έχει επιτευχθεί κυρίως λόγω κακού σχεδιασμού και μη αποφασιστικής εφαρμογής του νόμου.⁹ Κομματικές σκοπιμότητες δεν επέτρεψαν τελικά την σωστή μεταρρύθμιση και αναμόρφωση του ΕΣΥ όταν αυτό έπρεπε. Αυτό φαίνεται και από το γεγονός πως οι ουσιαστικότερες προσπάθειες για πρωτοβάθμια περίθαλψη, πρόληψη και φροντίδα έγιναν κατά τα τελευταία έτη με τους νόμους

3235/2004 και 3172/2003 οι οποίοι προτείνουν αλλαγές του συστήματος υγείας με έμφαση στην πρόληψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα.

δ) Κοινωνικά στοιχεία. Τα συστήματα υγείας, όντας ανοικτά συστήματα, επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες, όπως τα κοινωνικά χαρακτηριστικά. Δεν πρέπει να ξεχνάμε και το ρόλο του πολίτη στην πορεία ενός συστήματος υγείας. Είναι γνωστή η ψυχολογία της «τελευταίας στιγμής» του Έλληνα πολίτη και η διάθεση του για γρήγορη και άμεση λύση. Ο προγραμματισμός και η πρόληψη συνήθως δεν αποτελούν στοιχεία της ιδιοσυγκρασίας του. Αυτό σε συνδυασμό με την έλλειψη αγωγής υγείας αλλά και την περιορισμένη οικονομική ανάπτυξη των τελευταίων δεκαετιών, αποτελούν βασικά συστατικά της υπάρχουσας ποιότητας ζωής του.

στ) Διοικητικά και οικονομικά στοιχεία. Αυτά αποτελούν έναν από τους βασικότερους παράγοντες αποτυχίας του συστήματος υγείας και «εκτροπής» του προς την πλευρά του συστήματος ασθένειας. Μη επαρκής οργάνωση, μη ικανή διοίκηση και κακή εκμετάλλευση του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και γενικά στον δημόσιο τομέα μείωσαν κατά πολύ την παραγωγικότητα και την απόδοση του συστήματος.^{9,10} Από την άλλη οι δαπάνες για την υγεία έχουν αυξηθεί πολλαπλάσια και ειδικότερα οι δαπάνες για φάρμακα.¹¹ Θα μπορούσε κάποιος να συμπεράνει πως αυτό αποτελεί μια ένδειξη μη αποτελεσματικής πρόληψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σε ένα σύστημα υγείας η αποτελεσματική πρόληψη μειώνει το επίπεδο νοσηρότητας και εμμέσως και την κατανάλωση φαρμάκων. Άρα η αύξηση των δαπανών για φάρμακα είναι ένας έμμεσος δείκτης μη επαρκούς πρόληψης, κυρίως όταν αυτό συνδυάζεται με την βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, όπως συμβαίνει στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το σύστημα υγείας της χώρας μας είναι σαφώς προσανατολισμένο προς την αντιμετώπιση της ασθένειας. Δεν μπορεί να καλύψει τις σύγχρονες διαστάσεις της υγείας, όπως αυτή υπηρετεί την ποιότητα ζωής.¹² Φαίνεται ότι πρόκειται για ένα νέο σύστημα που όμως δεν είναι σύγχρονο, αφού δεν ικανοποιεί τους σύγχρονους ορισμούς και διαστάσεις του όρου Υγεία (διακήρυξη Alma-Ata).¹³ Ως βασικά αίτια μπορούμε να απομονώσουμε την ανεπαρκή και άτολμη διαχείριση αλλά και την έλλειψη παιδείας και αγωγής υγείας. Μια νέα πολιτική υγείας με στόχο την καλύτερη ποιότητα ζωής και άξονες την πρόληψη,

την πρωτοβάθμια περίθαλψη και την προαγωγή - αγωγή υγείας μπορεί να βελτιώσει σαφώς την παρούσα κατάσταση σε βάθος χρόνου.

Βιβλιογραφία

- ¹ Σιγάλας Ι. Τα συστήματα υγείας. Μοντέλα και πρότυπα. Στο: Δικαίος Κ. Κουτουζής Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ, Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (management) Υπηρεσιών Υγείας, ΕΑΠ, Πάτρα, 1999, 82-89
- ² Λοπατατζίδης Αθ. Δείκτες μέτρησης αξιολόγησης της υγείας. Στο: Ιωαννίδη Ε, Λοπατατζίδης Αθ, Μάντη Π, Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές, ΕΑΠ, Πάτρα, 1999, 79-87
- ³ Λοπατατζίδης Αθ. Υγεία Προαγωγή υγείας. Στο: Ιωαννίδη Ε, Λοπατατζίδης Αθ, Μάντη Π, Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές, ΕΑΠ, Πάτρα, 1999, 59-69
- ⁴ Σιγάλας Ι. Οι υπηρεσίες υγείας. Στο: Δικαίος Κ. Κουτουζής Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ, Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (management) Υπηρεσιών Υγείας, ΕΑΠ, Πάτρα, 1999, 59
- ⁵ Πολύζος Ν. Ιστορική και κριτική στάθμιση της υγειονομικής περίθαλψης. Στο: Δικαίος Κ. Κουτουζής Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ, Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (management) Υπηρεσιών Υγείας, ΕΑΠ, Πάτρα, 1999, 525-526.
- ⁶ B. Abel-Smith, J. Calltorp, M. Dixon, A. Dunning, R. Evans, W. Holland, B. Jarman, και Η. Μόσιαλος: Έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνομόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Φαρμέτρικα, Αθήνα, 1994.
- ⁷ Μ.Π. «Από Υγεία, ασ τα να πάνε» Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, 03/02/2004
- ⁸ Ιωαννίδη Ε, Μάντη Π. Στατιστική αποτύπωση της υγείας. Στο: Ιωαννίδη Ε, Λοπατατζίδης Αθ, Μάντη Π, Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές, ΕΑΠ, Πάτρα, 1999, 25-29
- ⁹ Mossialos E, Davaki D. Health care developments in Greece: looking back to see forward? LSE Health and Social Care, Draft, Sept 2002, Draft, 2002
- ¹⁰ Παυλόπουλος Π. Σε ομιλία του στην ΕΚΔΔΑ ως υπουργού Εσωτερικών, Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Γραφείο Τύπου υπουργείου ΕΣΔΔΑ, 13/10/2004
- ¹¹ Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών. Εξέλιξη των δαπανών υγείας και φαρμάκων στην Ελλάδα. Νοέμβριος 2003
- ¹² Π. Σουρτζή. Προαγωγή Υγείας: Ιστορική Εξέλιξη. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 1998, 10(4): 179-185
- ¹³ WHO: "Alma-Ata. Primary Health Care" Geneva: WHO, Health for All Series, No 1, 1978.

Κόστος και αποτελεσματικότητα στην Ιατρική



Του
Νικολάου Κώτση
Παθολόγου
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

...το αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, όπως αυτό διαμορφώνεται με την εισαγωγή των, υποσχετικών μεν, αλλά συνάμα δαπανηρών νέων μεθόδων, υπερβαίνει πολύ συχνά τα όρια οικονομικής αντοχής των φορέων υγειονομικής κάλυψης...

Όπως οι περισσότεροι τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, έτσι και η Ιατρική και η εξαρτώμενη απ' αυτήν Ιατρική περίθαλψη εξελίσσονται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. Νέες διαγνωστικές εξετάσεις επινοούνται, σύγχρονες θεραπευτικές αγωγές εισάγονται και όλες αυτές οι εξελίξεις υπόσχονται βελτίωση της διαγνωστικής προσέγγισης των ασθενών και επίλυση δύσκολων, μέχρι πρότινος, θεραπευτικών στόχων.

Όμως τα αναβαθμισμένα αυτά διαγνωστικά και θεραπευτικά συστήματα για να παραχθούν και να τεθούν σε γενική κλινική χρήση συνεπάγονται αυξημένο οικονομικό κόστος αντίστοιχο σε γενικές γραμμές της εργασίας που επενδύθηκε σε ανθρώπινο επιστημονικό δυναμικό, του κόστους διενέργειας εργαστηριακής έρευνας για την ανακάλυψη νέων μορίων, νέων αντιδραστηρίων, νέων τεχνικών, νέων μηχανημάτων και συσκευών, του κόστους σχεδιασμού και διεξαγωγής δαπανηρών κλινικών μελετών αλλά, και του κόστους του σχετιζόμενου με την τοποθέτηση και την προώθηση όλων αυτών των νέων συστημάτων στην αγορά (marketing).

Από την άλλη μεριά τα ποσοστά επί του κρατικού προϋπολογισμού της εκάστοτε πολιτείας, που διατίθενται στο χώρο της υγείας, αλλά και τα αντίστοιχα ποσοστά του προϋπολογισμού των ασφαλιστικών ταμείων που προορίζονται για την κάλυψη των αναγκών περίθαλψης των ασφαλισμένων είναι εξ'ορισμού περιορισμένα και κινούνται εντός συγκεκριμένων ορίων αναπροσαρμογής. Έτσι το αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, όπως αυτό διαμορφώνεται με την εισαγωγή των, υποσχετικών μεν, αλλά συνάμα δαπανηρών νέων μεθόδων, υπερβαίνει πολύ συχνά τα όρια οικονομικής αντοχής των φορέων υγειονομικής κάλυψης (κράτος-ταμεία) και οι φορείς αυτοί αναγκάζονται είτε να προβούν σε αύξηση των ασφαλιστικών τους εισφορών είτε, εάν διατηρήσουν τις ασφαλιστικές εισφορές σε σταθερά επίπεδα, να θεσπίσουν ελεγκτικούς μηχανι-



σμούς επιλεκτικής χρήσης των νέων μεθόδων μέχρι του σημείου να απαγορεύσουν, σε κάποιες περιπτώσεις, την χρήση από τους ασφαλισμένους τους ορισμένων εξ' αυτών των διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων.

Από την πλευρά της η επιστημονική Ιατρική Κοινότητα ανασκοπώντας την μακροχρόνια εμπειρία της στο διαγνωστικό και θεραπευτικό επίπεδο έχει εμπεδώσει, με σαφήνεια και με επιστημονικό τρόπο, το γεγονός ότι παρ'όλη τη ραγδαία εξέλιξη των εντυπωσιακών διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων, από επιδημιολογικής πλευράς, η πλειοψηφία των περιπτώσεων των προβλημάτων υγείας βρίσκει την λύση της με την εφαρμογή στο διαγνωστικό επίπεδο των μεθόδων της κλασικής κλινικής διαγνωστικής και στο θεραπευτικό επίπεδο με την αξιοποίηση καταξιωμένων και λιγότερο δαπανηρών κλασικών θεραπευτικών λύσεων.

Επομένως το τεράστιο αυτό διαγνωστικό και θεραπευτικό οπλοστάσιο στα χέρια της επιστήμης και των επιστημόνων εξ' ύπαρξης συνιστά απλά και μόνο εν δυνάμει ευκαιρία προαγωγής του επιπέδου της δημόσιας υγείας διότι η και στην πράξη προαγωγή εξαρτάται από τον τρόπο χειρισμού και αξιοποίησης των εν λόγω δυνατοτήτων. Διότι όπως και στην στρατιωτική τέχνη, έτσι και στην ιατρική, όπλα, που χρησιμοποιούνται από λάθος χέρια σε λάθος επιχειρήσεις μπορεί να επιφέρουν λανθασμένα αποτελέσματα και να είναι ταυτόχρονα αναποτελεσματικά, ζημιογόνα ή αυτοκαταστροφικά.

Η αμείλικτη πραγματικότητα των περιορισμένων οικονομικών πόρων και η επιστημονική διαπίστωση ότι το αυξημένο κόστος περίθαλψης δεν μεταφράζεται αναγκαστικά σε αναβάθμιση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, ανάγκασε την επιστημονική σκέψη στον χώρο της υγείας να εισάγει κατ'αρχήν την συνιστώσα του Κόστους (Cost) σαν αναπόσπαστο στοιχείο του προβληματισμού της και να διερευνήσει την σχέση αυτού του στοιχείου με το ζητούμενο της περίθαλψης που είναι η Αποτελεσματικότητα (Effectiveness). Οι δύο αυτές μεταβλητές, όπως ανεφέρθη και προηγουμένως, δεν διέπονται αναγκαστικά από μια θετική γραμμική σχέση μεταξύ τους, αυξανόμενης δηλαδή της μιας

(κόστους) να αυξάνεται ταυτόχρονα και η άλλη (αποτελεσματικότητα). Το ποιά μορφή παίρνει η καμπύλη της συνάρτησης των δύο μεταβλητών εξαρτάται από τον τρόπο χειρισμού, εκ μέρους των εκάστοτε συστημάτων περίθαλψης και σε τελική ανάλυση εκ μέρους των λειτουργών της υγείας, των διαθέσιμων διαγνωστικών και θεραπευτικών επιλογών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων διαγνωστικών και θεραπευτικών προκλήσεων. Παραδείγματος χάριν: διαγνωστική πρόκλησις: «Πόνος στο λαιμό, με πυρετό, οξείας έναρξης». Διαθέσιμες διαγνωστικές προσεγγίσεις: 1η απλή κλινική εξέταση, 2η απλή κλινική εξέταση και πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος, 3η όλα τα ανωτέρω και προσθήκη ανοσολογικού ελέγχου με ταυτόχρονη διενέργεια CTπεριοχής σπλαχνικού κρανίου και τραχήλου. Αν η διάγνωση με βάση την κλινική εξέταση είναι οξεία πυώδης αμυγδαλίτις τότε η επιλογή 1η είναι χαμηλού κόστους και τελικά αποδεικνύεται και υψηλής αποτελεσματικότητας με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Οι επιλογές 2η και 3η ενώ αυξάνουν αισθητά και κλιμακωτά το κόστος της διάγνωσης δεν αυξάνουν παράλληλα την αποτελεσματικότητα, εφόσον η θεραπευτική αγωγή και η τελική έκβαση είναι ούτως ή άλλως η ίδια για την συγκεκριμένη διάγνωση.

Έτσι τόσο σε θεωρητικό όσο και σε επίπεδο τρέχουσας πραγματικότητας δεν είναι παράδοξο να συναντώνται ποικίλοι συνδυασμοί κόστους και αποτελεσματικότητας χαρακτηριστικοί διαφόρων προτύπων υγειονομικής κάλυψης (συστήματα). Μπορούν να παρατηρηθούν επί παραδείγματι τα εξής πρότυπα:

- Υψηλού κόστους-χαμηλής αποτελεσματικότητας (σπάταλο μοντέλο),
- Υψηλού κόστους-υψηλής αποτελεσματικότητας (δαπανηρό μοντέλο),
- Χαμηλού κόστους-χαμηλής αποτελεσματικότητας (υποβαθμισμένο σύστημα),
- Χαμηλού κόστους-μέτριας αποτελεσματικότητας (μοντέλο που χρειάζεται ενίσχυση),
- Χαμηλού κόστους-υψηλής αποτελεσματικότητας (επιθυμητό μοντέλο).

Ο ανωτέρω προβληματισμός οδήγησε στην κατανόηση μιας νέας έννοιας στην ιατρική επιστήμη, ενός νέου μεγέθους, της έννοιας που καταχωρήθηκε διεθνώς με τον

επιστημονικό όρο: cost-effectiveness (λόγος κόστους/αποτελεσματικότητας, σε ελεύθερη απόδοση στα ελληνικά). Το μέγεθος αυτό ποσοτικοποιείται και εκφράζεται μαθηματικά με το ηλίκο (cost-effectiveness ratio) = Κόστος / Αποτελεσματικότητα = Το κόστος που δαπανάται για την επίτευξη στοιχειώδους μονάδας αποτελέσματος.

Είναι προφανές ότι τόσο από επιστημονικής όσο και από κοινωνικοοικονομικής άποψης υπάρχει ανάγκη διατήρησης του ως άνω ηλίκου σε όσο το δυνατόν χαμηλότερα επίπεδα. Και τούτο μπορεί να επιτευχθεί χωρίς την αδήριτη ανάγκη μείωσης της αποτελεσματικότητας και υποβάθμισης της παρεχόμενης περίθαλψης. Η συμπίεση του υπό εξέταση ηλίκου μπορεί να γίνει αποτελεσματικά με την περιστολή εκείνων μόνο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ενεργειών οι οποίες εκ των προτέρων δεν αναμένεται να έχουν προφανή επίδραση επί της αποτελεσματικότητας, με άλλα λόγια με την περιστολή εκείνων των ιατρικών πράξεων οι οποίες είναι περιττές για τον χειρισμό του συγκεκριμένου διαγνωστικού και θεραπευτικού προβλήματος.

Ο λειτουργός της υγείας βρίσκεται συνεπώς αντιμέτωπος με την διπλή πρόκληση: Από την μια καλείται να υλοποιήσει την αδιαπραγμάτευτη δέσμευσή του να προσφέρει στον ασθενή του την καλύτερη δυνατή λύση και από την άλλη να διασφαλίσει ότι η συγκεκριμένη λύση είναι ταυτόχρονα εντός αποδεκτών ορίων από κοινωνικοοικονομικής άποψης. Η αποστολή που αναλαμβάνει μπορεί να είναι δύσκολη, δεν συνιστά όμως ανέφικτο στόχο. Διότι η ίδια η ιατρική επιστήμη με τον πλούτο που την διακρίνει έχει να υποδείξει μια σειρά εναλλακτικών διαγνωστικών και θεραπευτικών δρόμων ο καθένας των οποίων οδηγεί με ασφάλεια στο ίδιο θετικό αποτέλεσμα. Η ίδια η ιατρική επιστήμη και ο επιστημονικός ορθολογισμός έρχεται, θεσπίζοντας συγκεκριμένα κριτήρια και ενδείξεις, αλγόριθμους και οδηγίες (guidelines), διαφοροδιαγνωστικά και διαφοροθεραπευτικά πρότυπα, να υποδείξει τον τρόπο με τον οποίο να γίνει η κλιμακωτή αξιοποίηση-επιστράτευση όλου του διαθέσιμου διαγνωστικού και θεραπευτικού οπλοστασίου, αντλώντας τελικά το βέλτιστο για την υγεία αποτέλεσμα και αποφεύγοντας τη σπατάλη πολύτιμων οικονομικών πόρων.

Το μόνο που απαιτείται από τον λειτουργό της υγείας είναι, πρώτον να γίνει κάτοχος αυτού του γνωστικού πλούτου και δεύτερον να συμμερίζεται την απαίτηση της εξοικονόμησης κοινωνικών πόρων. Αν πετυχαίνει στην εκπλήρωση του πρώτου κριτηρίου είναι ευθύνη εκείνων των φορέων,

οι οποίοι εκ τον νόμου απονέμουν τις απαραίτητες πιστοποιήσεις περί της επιστημονικής επάρκειας των ιατρών (ιατρικές σχολές, ιατρικοί σύλλογοι, υπουργείο υγείας), να κρίνουν και να επανακρίνουν, κατά περιόδους, αυτή την επιστημονική επάρκεια. Το αν ο λειτουργός πετυχαίνει η μη στην εκπλήρωση του δεύτερου κριτηρίου είναι υποχρέωση των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας (πολιτεία, ασφαλιστικά ταμεία) να το λάβουν σοβαρά υπ' οψιν, καθορίζοντας τις μελλοντικές συνεργασίες τους με τους λειτουργούς, επιλέγοντας εκείνους οι οποίοι και επιστημονική επάρκεια διαθέτουν και τους οικονομικούς κοινωνικούς πόρους σέβονται στην πράξη. Επί παραδείγματι δεν υπάρχει λόγος συνεργασίας κάποιου ασφαλιστικού ταμείου με κάποιον θεράποντα ορθοπεδικό ο οποίος κατά σύστημα, επί κακώσεων γόνατος, παραγγέλει μαγνητική τομογραφία περιοχής πριν καν προβεί στην κλινική εκτίμηση της πάσχουσας άρθρωσης. Ούτε προκύπτει λόγος διατήρησης περαιτέρω συνεργασίας του εν λόγω ταμείου με άλλον θεράποντα ιατρό όταν αυτός, χωρίς να αξιοποιήσει την δυνατότητα της κλινικής εκτίμησης, κατά στερεότυπο τρόπο παραπέμπει τον ασθενή του για ατέρμονα παρακλινικό έλεγχο. Παρομοίως δεν έχει νόημα η συνεργασία ενός ασφαλιστικού φορέα με θεράποντα ιατρό ο οποίος, προκειμένου να αντιμετωπίσει ασθενή του με νόσο του συνδετικού ιστού, καταφεύγει άκριτα και ανατιολόγητα σε χορήγηση δαπανηρότατων φαρμακευτικών αγωγών (π.χ. βιολογικών παραγόντων), χωρίς προηγουμένως να έχει αξιοποιήσει τη δυνατότητα αλλά και την ασφάλεια που προσφέρουν κλασσικές θεραπευτικές αγωγές.

Ο ιατρός οφείλει να αποδεικνύει με την καθημερινή άσκηση τον καθήκοντός του ότι μπορεί να είναι τόσο αποτελεσματικός (effective) όσο και μη δαπανηρός (non costly). Διότι τότε μόνο δικαιώνει τις προσδοκίες που η κοινωνία επένδυσε στο πρόσωπό του.

Διαβητικές Νευροπάθειες



Του Ιωάννη Σαρομά,
Νευρολόγου,
Επιμελητή Πανεπιστημιακού
Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Η διαβητική νευροπάθεια δεν είναι μια απλή νοσολογική οντότητα αλλά ένα σύνολο διαφορετικών συνδρόμων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) λόγω της μεγάλης επίπτωσης του στον γενικό πληθυσμό αποτελεί τη συχνότερη αιτία νευροπάθειας στο δυτικό κόσμο.

- Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ 20 εκ. άνθρωποι πάσχουν από ΣΔ και ο αριθμός αυτός αυξάνεται κατά 5% κάθε χρόνο. Πάνω από το μισό του πληθυσμού αυτού θα εκδηλώσει κάποιο τύπο διαβητικής νευροπάθειας.

- Γενικά υπάρχει διχογνωμία σε σχέση με την ακριβή επίπτωση της νευροπάθειας.

- Αυτό οφείλεται σε αρκετούς λόγους κυρίως στην ποικιλομορφία της κλινικής έκφρασης των νευροπαθητικών συνδρόμων, την έλλειψη συμφωνίας σε σχέση με τα κλινικά κριτήρια και την έλλειψη ηλεκτροφυσιολογικών κριτηρίων για τον υποκλινικό τύπο.

- Τα συμπεράσματα που απορρέουν από τις επιδημιολογικές μελέτες είναι:

1. Η διαβητική νευροπάθεια είναι πολύ συχνό ιατρικό πρόβλημα.

2. Οι ασθενείς συνήθως είναι ασυμπτωματικοί κατά τη διάγνωση του διαβήτη.

3. Η επίπτωση της νευροπάθειας αυξάνει με τη διάρκεια του διαβήτη.

4. Προσβάλλεται περί το 50% των ασθενών.

5. Συνοδεύεται συνήθως από νεφροπάθεια και αμφιβληστροειοπάθεια.

Το φύλο (οι άνδρες υπερέχουν των γυναικών), το σωματικό ύψος (υψηλοί), η ηλικία (ηλικιωμένοι), η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, η δυσλιπιδαιμία και η υπέρταση είναι οι συνηθέστεροι παράγοντες κινδύνου.

ΚΑΤΑΤΑΞΗ-ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η διαβητική νευροπάθεια δεν είναι μια απλή νοσολογική οντότητα αλλά ένα σύνολο διαφορετικών συνδρόμων (βλ. πίνακα 1). Οι κύριοι τύποι νευροπαθητικών διαταραχών περιλαμβάνουν:

1. Την υποκλινική νευροπάθεια που η διάγνωση γίνεται



εκπαιδευτικά διέματα



μέσω ηλεκτροφυσιολογικών εξετάσεων (ταχύτητες αγωγής, ποσοτική εκτίμηση της αισθητικής και αυτόνομης λειτουργίας).

2. Τις γενικευμένες νευροπάθειες.

3. Τα εστιακά και πολυεστιακά νευροπαθητικά σύνδρομα.

Τα σύνδρομα αυτά όχι μόνο εκδηλώνονται με ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά (ανάλογα τον τύπο των νευρικών ινών που προσβάλλονται) αλλά πιθανότατα να υπάρχουν και ιδιαίτεροι παθογενετικοί μηχανισμοί για την εκδήλωσή τους.

Η συχνότερη μορφή διαταραχής είναι η **περιφερική κυρίως αισθητική πολυνευροπάθεια**. Αιμωδία, παραισθησίες, καυστικό άλγος στην αρχή στους άκρους πόδες και στην συνέχεια σε κεντρομελικότερα τμήματα των κάτω άκρων (κυρίως) αποτελούν την βασική συμπτωματολογία. Χαρακτηριστικά τα συμπτώματα εκδηλώνονται εντονότερα τις νυχτερινές ώρες διαταράσσοντας τον ύπνο. Η διαταραχή της επιπολής αισθητικότητας (αφή, πόνος, θερμό-ψυχρό) είναι τυπικό κλινικό εύρημα. Η διαταραχή της εν τω βάθει αισθητικότητας (θέση των μελών στο χώρο, παλλαισθησία) αποτελούν ευρήματα σοβαρής νευροπάθειας. Η απώλεια της αισθητικότητας είναι βασική αιτία δημιουργίας ελκών αυξάνοντας σημαντικά τον κίνδυνο ακρωτηριασμού. Η κινητική μοίρα των περιφερικών νεύρων θίγεται αργότερα στην πορεία της νόσου και εκδηλώνεται με περιφερική αδυναμία και ατροφίες. Πρώιμα εμφανιζόμενη σημαντική μυϊκή αδυναμία θα πρέπει να εγείρει την υποψία νευροπάθειας άλλης

αιτιολογίας.

Η νευροπάθεια των μικρής διαμέτρου νευρικών ινών χαρακτηρίζεται κυρίως από αισθητική συμπτωματολογία στα κάτω άκρα (πόνος, παραισθησίες ανήσυχια πόδια) και συμπτώματα διαταραχής του αυτόνομου (ορθοστατική υπόταση, δυσκοιλιότητα, γενετήσια δυσλειτουργία κλπ). Η αιτιολογία αυτού του τύπου νευροπάθειας είναι πολλαπλή (σ. διαβήτη, συστηματική αμυλοείδωση, κατάχρηση αλκοόλ, σ. Sjogren, τοξικοί ή φαρμακευτικοί παράγοντες, AIDS, κληρονομικής αρχής). Πρόσφατες ανακοινώσεις επισημαίνουν την αναγκαιότητα σε τέτοιους ασθενείς που δεν έχουν σαφές ιστορικό ΣΔ να διενεργείται και δοκιμασία ανοχής γλυκόζης. Τιμές σακχάρου μετά 2 ώρες > 140 mg/dl και <199mg/dl είναι ενδεικτικές αντίστασης στην ινσουλίνη και είναι πιθανότατα η αιτία της νευροπάθειας εάν και ο υπόλοιπος έλεγχος είναι αρνητικός.

Η οξεία επώδυνη διαβητική νευροπάθεια είναι ένα ιδιαίτερο νευροπαθητικό σύνδρομο χαρακτηριζόμενο από μεγάλη απώλεια βάρους (διαβητική καχεξία) που την ακολουθεί έντονο καυστικό άλγος στα περιφερικά τμήματα των κάτω άκρων. Η ανικανότητα στους άνδρες και η μονοφασική της πορεία είναι επίσης κλινικά ευρήματα χαρακτηριστικά του συνδρόμου. Δε σχετίζεται με τη διάρκεια και τη σοβαρότητα (από άποψη επιπλοκών) του διαβήτη. Συνήθως η συμπτωματολογία υποχωρεί με την αποκατάσταση σχετικής ευγλυκαιμίας και την ανάκτηση σωματικού βάρους.

Η αυτόνομη νευροπάθεια

αποτελεί συχνή επιπλοκή του ΣΔ και συνήθως συνυπάρχει με άλλα νευροπαθητικά σύνδρομα. Η ορθοστατική υπόταση, η περιφερική ανιδρωσία και η διαταραχή της στυτικής λειτουργίας αποτελούν συχνές εκδηλώσεις. Η αυτόνομη απονεύρωση της καρδιάς οδηγεί σε ανώδυνη ισχαιμία του μυοκαρδίου και αρρυθμίες αποτελώντας τη συχνότερη αιτία αιφνίδιου θανάτου των διαβητικών ασθενών. Δυσλειτουργία του γαστρεντερικού προκαλεί σοβαρή δυσκοιλιότητα ή διάρροιες. Η αυτόνομη νευροπάθεια όπως και η περιφερική αισθητικοκινητική νευροπάθεια

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΕΣ

- 1.Υποκλινική νευροπάθεια
- 2.Περιφερική συμμετρική πολυνευροπάθεια
 - μικρής διαμέτρου αισθητικών ινών
 - μεγάλης διαμέτρου αισθητικών ινών
- 3.Οξεία επώδυνη νευροπάθεια
- 4.Αυτόνομη νευροπάθεια

ΕΣΤΙΑΚΕΣ - ΠΟΛΥΕΣΤΙΑΚΕΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΕΣ

- 1.Πιεστικές νευροπάθειες (π.χ. σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα)
- 2.Διαβητική μυατροφία
- 3.Κρανιακές νευροπάθειες
- 4.Κορμική νευροπάθεια
- 5.Πολλαπλή μονονευρίτιδα

είναι μη αναστρέψιμα νευροπαθητικά σύνδρομα.

Η αυξημένη ευαισθησία των περιφερικών νεύρων στη μηχανική πίεση στα πλαίσια του ΣΔ αυξάνει την επίπτωση των **πιεστικών νευροπαθειών**. Έτσι πάνω από το 30% των ασθενών εκδηλώνουν σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα. Συχνότερη είναι και η εκδήλωση ωλένιας νευρίτιδας λόγω πίεσης του ωλένιου νεύρου στην περιοχή του αγκώνα ή περνιαίας νευροπάθειας λόγω πίεσης του νεύρου στην κεφαλή της περόνης. Η αντιμετώπιση των νευροπαθειών αυτών δεν διαφέρει αυτής του γενικού πληθυσμού.

Η προσβολή των κρνιακών νεύρων στο ΣΔ είναι συνήθης. Προσβάλλεται κυρίως το κοινό κινητικό, το απαγωγό και το προσωπικό. Στη περίπτωση πάρεσης του κοινού κινητικού (βλεφαρόπτωση, διπλωπία) δε θίγεται η παρασυμπαθητική νεύρωση της κόρης (δεν έχουμε μυδρίαση). Σε αντίθετη περίπτωση επιβάλλεται η διερεύνηση του ενδεχόμενου πίεσης του στελέχους του νεύρου (π.χ. ανεύρυσμα της οπίσθιας αναστομωτικής αρτηρίας). Η συμπτωματολογία της προσβολής εμφανίζεται σχετικά οξείως. Προηγείται συνήθως άλγος στο κόγχο ή περικογχικά. Είναι καλής πρόγνωσης με βαθμιαία αυτόματη αποκατάσταση.

Η διαβητική μυατροφία είναι σχετικά σπάνια διαταραχή που συνήθως εκδηλώνεται σε ασθενείς με Σ Δ τύπου 2. Εισβάλλει υποξέως με πόνο, αδυναμία και ατροφία ασύμμετρης κατανομής στους κεντρομελικούς μύες των κάτω άκρων. Σπανιότερα προσβάλλονται οι περιφερικοί μύες ή οι μύες των άνω άκρων. Η αισθητική συμπτωματολογία είναι ελάχιστη, ο πόνος όμως είναι έντονος και υπαινίσσεται ριζική βλάβη εκφυλιστικής ή άλλης αιτιολογίας ή αγγειακού επεισοδίου (θρόμβωση, εμβολή κάτω άκρου). Η αποκατάσταση είναι βραδεία και διαρκεί 2-3 χρόνια.

Η κορμική νευροπάθεια έχει παρόμοιο παθογενετικό υπόστρωμα με τη διαβητική μυατροφία. Είναι οξείας εγκατάστασης χαρακτηριζόμενη από έντονο πόνο στη περιοχή κατανομής ενός κορμικού νεύρου (θώρακας, κοιλιά). Το σύνδρομο μπορεί να μιμηθεί έρπη ζωστήρα ή βλάβη κοίλου σπλάγχνου.

ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ

Αναλυτική αναφορά στους παθογενετικούς μηχανισμούς δεν μπορεί να γίνει στα πλαίσια αυτού του άρθρου. Οι κυριότερες διαταραχές που έχουν περιγραφεί αναδεικνύονται σχηματικά στην εικόνα 1.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι περισσότεροι τύποι διαβητικής νευροπάθειας

αυτά μπορούν να αναγνωρισθούν από τα κλινικά χαρακτηριστικά τους. Θα πρέπει να έχουμε κατά νου τα εξής:

1. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ταυτόχρονης εκδήλωσης δύο ή περισσότερων τύπων στον ίδιο ασθενή.

2. Η γενικευμένη αισθητικοκινητική νευροπάθεια δεν μπορεί να διακριθεί με σαφήνεια από άλλες πολυνευροπάθειες (κληρονομικής, αυτοάνοσης, τοξικής, μεταβολικής ή στερητικής αρχής).

3. Μέχρι και το 10% των διαβητικών ασθενών μπορεί να εκδηλώσει πολυνευροπάθεια άλλης αιτιολογίας.

4. Η διάγνωση της διαβητικής νευροπάθειας είναι μια διάγνωση εξ αποκλεισμού.

Τις αμφιβολίες περί την διάγνωση μπορούμε να τις περιορίσουμε με τη λήψη ενός καλού ιστορικού, την διενέργεια αιματολογικών εξετάσεων (γεν. αίματος, ΤΚΕ, δείκτες ηπατικής-νεφρικής-θυρεοειδικής λειτουργίας, ηλεκτροφόρηση και ανοσοηλεκτροφόρηση λευκωμάτων, επίπεδα B12 και φυλλικού οξέος) και σε ορισμένες περιπτώσεις ανοσολογικό έλεγχο και οσφυονωτιαία παρακέντηση.

Ο ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος(ταχύτητες αγωγής,ηλεκτρομιογράφημα) θα μας δώσει σημαντικές πληροφορίες για τον τύπο ή τους τύπους της προσβολής.

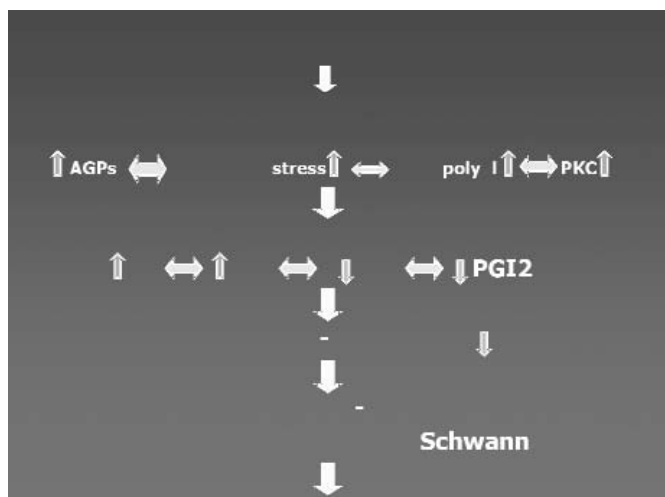
Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι με τον συμβατικό νευροφυσιολογικό έλεγχο δεν είναι δυνατό να ελεγχθούν οι μικρές διαμέτρου νευρικές ίνες οι περισσότερες συχνά θιγόμενες στο ΣΔ. Αυτή η εγγενής αδυναμία της μεθόδου μπορεί να ξεπεραστεί με την εφαρμογή της ποσοτικής εκτίμησης της αισθητικότητας και με την διενέργεια δοκιμασιών λειτουργικότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Η βιοψία νεύρου δεν ενδείκνυται για διαγνωστικούς σκοπούς. Έχει ένδειξη στη περίπτωση που ο τύπος προσβολής έχει τη μορφή της πολλαπλής μονονευρίτιδας οπότε και τίθεται η υποψία της αγγειίτιδας.

Η βιοψία δέρματος για την εκτίμηση των νευρικών απολήξεων της επιδερμίδας αποτελεί μια καινούρια σχετικά προσέγγιση που δεν έχει τόσο διαγνωστική αξία όσο προγνωστική. Επίσης επειδή υπάρχει η δυνατότητα αρκετών επαναλήψεων μπορούμε να εκτιμούμε με τη μέθοδο σε βάθος χρόνου την εξέλιξη ης νευροπάθειας αλλά και τα θετικά ή μη αποτελέσματα μιας θεραπευτικής παρέμβασης.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αιτιολογική θεραπεία των νευροπαθητικών



Εικόνα 1. Συντμήσεις: AGPs(advanced glycosylation end products), PKC (φωσφορική κινάση), ET(ενδοθηλίνη), All(αγγειοτενσίνη), PGI2(προστακυκλίνη).

συνδρόμων σήμερα είναι ανεπαρκής. Η αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας προς το παρόν είναι η μόνη παρέμβαση με την οποία μπορούμε να αλλάξουμε τη φυσική πορεία αυτών των επιπλοκών. Σε πολλές μελέτες έχει αναδειχθεί η σημασία της.

Η αποτελεσματικότητα άλλων προσεγγίσεων δεν είναι σαφής πιθανότατα γιατί κατευθύνονται στην αντιμετώπιση ενός αιτιολογικού μηχανισμού. Φαίνεται όμως ότι οι νευροπαθητικές επιπλοκές είναι πολυπαράγοντικές. Έτσι η χορήγηση αναστολέων της αλδόζης (οδός των πολυολών) δεν αποτελούν επαρκή θεραπεία εάν δε συνδυασθούν με αντιοξειδωτικούς παράγοντες (α-λιποϊκό οξύ) ή με νευροτροφικούς παράγοντες (rhNGF), παράγοντες που βελτιώνουν την ακεραιότητα της νευρωνικής μεμβράνης (γ-λινολεϊκό οξύ) ή τέλος με παράγοντες που εμποδίζουν την δημιουργία γλυκοζυλιωμένων παραγώγων.

Η χορήγηση ανθρώπινης ανοσοσφαιρίνης (IVIg) χωρίς να υπάρχει σαφής επιβεβαίωση φαίνεται να βοηθά στην αντιμετώπιση διαφόρων μορφών διαβητικής νευροπάθειας που πιθανολογείται αυτοάνοσος αγγειϊτιδικός μηχανισμός (διαβητική μυατροφία).

Το νευροπαθητικό άλγος αποτελεί μια σοβαρή παράμετρο υποβάθμισης της ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών. Η αντιμετώπιση του αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική πτυχή της συμπτωματικής θεραπείας.

Η εκφύλιση των περιφερικών δομών του νευρικού συστήματος οδηγεί αφενός στη γένεση έκτοπων δυναμικών ενεργείας

αφετέρου σε μεταβολές της οργάνωσης κεντρικών δομών αγωγής των αλγείνων ερεθισμάτων. Φάρμακα που παρεμβαίνουν σε αυτούς τους μηχανισμούς είναι πρώτης επιλογής.

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (αμιτριπτυλίνη) είναι τα περισσότερο δοκιμασμένα. Θα πρέπει όμως να έχουμε κατά νου τις παρενέργειές τους (αντιχολινεργικές) που σε ασθενείς που ήδη το αυτόνομο σύστημα νοσεί μπορεί να είναι δυνητικά επικίνδυνες (αρρυθμίες, δυσκοιλιότητα, γλαύκωμα).

Τα αντισπασμωδικά φάρμακα (γκαπαπεπτίνη, οξκαρβαζεπίνη, λαμοτριγίνη, τιαγκαμπίνη, τοπιραμάτη) αποτελούν άλλες φαρμακευτικές επιλογές που τείνουν στις ημέρες μας να καταστούν πρώτες.

Τα νεώτερα αντικαταθλιπτικά (σιταλοπράμη, παροξετίνη βενλαφαξίνη) μπορούν να χορηγηθούν ιδιαίτερα σε ασθενείς που παρουσιάζουν και διαταραχές της διάθεσης.

Υπάρχει κάποιος σκεπτικισμός στον ιατρικό κόσμο σε σχέση με τη χορήγηση ναρκωτικών αναλγητικών. Τα φάρμακα αυτά μπορούν να χορηγηθούν με ασφάλεια σε ανθεκτικές περιπτώσεις ασθενών χωρίς σοβαρή κατάθλιψη ή ιστορικό κατάχρησης ουσιών.

Συμπερασματικά οι διαβητικές νευροπάθειες είναι μια ετερογενής ομάδα νευροπαθητικών συνδρόμων σε σχέση με τα κλινικά χαρακτηριστικά, τη φυσική πορεία και πιθανότατα τους υποκείμενους μηχανισμούς. Η αποτελεσματικότερη θεραπεία προς το παρόν είναι η σωστή ρύθμιση του διαβήτη.

Βιβλιογραφία:

1. Diabetic Neuropathies A.I.Vinik, Anahit Mehrabyan. Med Clin N Am 88(2004) 947-999.
2. Diabetic Neuropathies. Michael Sinnereich et al. The Neurologist 2005;11:63-79.
3. Diabetic Neuropathy. Praful Kelkar. Seminars in Neurology /vol.25 Number2 2005 168-173.
4. Microvascular Complicationw of diabetes Zhiheng He, George L King. Endocrinol Metab Clin N Am. 33(2004) 215-238

Ολοένα και περισσότερες Ιατρικές σχολές της χώρας μας ακολουθούν το παράδειγμα του Πανεπιστημίου Κρήτης και εντάσσουν στο πρόγραμμα σπουδών τους μάθημα «Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Στη βιβλιογραφία συναντά κανείς αρκετές μελέτες σύγκρισης αποτελεσματικότητας εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε πρωτοβάθμιες δομές φροντίδας υγείας σε σχέση με την εκπαίδευση στις κλασικές τριτοβάθμιες δομές των πανεπιστημιακών νοσοκομείων. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν πως αν ξεπεραστούν τα οργανωτικά προβλήματα μιας τέτοιας παρέμβασης, η ιατρική εκπαίδευση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μπορεί να είναι εξίσου ή και πιο αποτελεσματική από αυτή του Νοσοκομείου. Σας παραθέτουμε μια κλασική μελέτη τέτοιου τύπου.

BMJ. 2004 Jan 24;328 (7433):207-9

Μελέτη Κοόρτης για την επίδοση στις εξετάσεις προπτυχιακών φοιτητών που εκπαιδεύονται σε Κοινοτικές Δομές.

Στόχος της Μελέτης

Να διαπιστωθεί αν η μετακίνηση του κέντρου βάρους της Προπτυχιακής Ιατρικής Εκπαίδευσης από το Τριτοβάθμιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα σε δομές Ιατρικής της Κοινότητας μπορεί να πληρεί τις ακαδημαϊκές προϋποθέσεις.

Σχεδιασμός Μελέτης Κοόρτης.

Εκπαιδευτική Δομή: 4-ετούς φοίτησης Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Flinders. Κατά το 3ο έτος σπουδών οι φοιτητές διαλέγουν να εκπαιδευτούν είτε στο τριτοβάθμιο Νοσοκομείο στην Αδελαΐδα, είτε σε Περιφερειακά Ιατρεία (rural general practices), είτε στο Royal Darwin Hospital που είναι ένα δευτεροβάθμιο νομαρχιακό Νοσοκομείο (regional secondary referral hospital.)

Συμμετέχοντες: Όλοι οι 371 φοιτητές Ιατρικής που παρακολούθησαν το 3ο έτος σπουδών κατά την περίοδο 1998-2002.

Κύρια μέτρηση αποτελέσματος: Ο μέσος όρος βαθμολογίας των φοιτητών (με άριστα το 100), στις εξετάσεις τους, στο τέλος του 3ου έτους.

Αποτελέσματα:

Οι αδροί μέσοι όροι των βαθμολογιών των φοιτητών σε κάθε μια από τις 3 διαθέσιμες εκπαιδευτικές δομές διέφεραν σημαντικά ($P < 0.001$). Οι μέσοι όροι βαθμολογίας ήταν 65.2 (SD = 0.43) για τους φοιτητές στο νοσοκομείο της Αδελαΐδας, 68.2 (0.83) για τους φοιτητές στο δευτεροβάθμιο νοσοκομείο του Darwin, και 69.3 (0.97) για τους φοιτητές που παρακολούθησαν τα Περιφερειακά Ιατρεία. Οι αντίστοιχοι μέσοι όροι των βαθμολογιών για το 2ο έτος σπουδών βρέθηκαν παρόμοιοι και για τις τρεις ομάδες. Οι μέσοι όροι των βαθμολογιών, πριν και μετά την εκπαίδευση κατά το 3ο έτος σπουδών, προτυποποιημένοι κατά φύλο, ηλικία και βαθμολογία 2ου έτους, έδειξαν ότι η ομάδα των φοιτητών που εκπαιδεύτηκε στα Περιφερειακά Ιατρεία και στο δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο είχαν σημαντικά βελτιωμένη βαθμολογία στο 3ο έτος σπουδών σε σχέση με τους φοιτητές που εκπαιδεύτηκαν στο τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Αδελαΐδας (διαφορά προτυποποιημένων μέσων όρων = 3.08, 95% CI 1.25 έως 4.90, $P < 0.001$ για την ομάδα που εκπαιδεύτηκε στα Περιφερειακά Ιατρεία, και 1.91, 0.47 ως 3.36, $P = 0.001$ για την ομάδα που εκπαιδεύτηκε στο τριτοβάθμιο Νοσοκομείο).

Επίλογος

Τα ευρήματα αυτά δείχνουν πως η ανησυχία ότι η ακαδημαϊκή επίδοση των φοιτητών που εκπαιδεύονται σε μικρά δευτεροβάθμια Νοσοκομεία και δομές κοινοτικής ιατρικής θα ήταν καλύτερες αν εκπαιδεύονταν σε μεγάλα τριτοβάθμια νοσοκομεία, δεν είναι δικαιολογημένη. Αυτό αποτελεί μια πρόκληση για την ορθότητα της θεώρησης της Ιατρικής Εκπαίδευσης σε ένα Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο ως Χρυσό Κανόνα για την Προπτυχιακή Εκπαίδευση των φοιτητών Ιατρικής

Το Περιοδικό μας ξεκινά από αυτό το τεύχος να δημοσιεύει την ανάλυση-συζήτηση κλινικών περιστατικών με ιδιαίτερο εκπαιδευτικό ενδιαφέρον. Ξεκινούμε με την δημοσίευση κλινικοπαθολογικής συζήτησης που είναι ευγενική προσφορά του καθηγητή κ. Χ. Μουτσόπουλου από το Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών.

Με χαρά αναμένουμε αντίστοιχα ενδιαφέροντα περιστατικά συναδέλφων άλλων κλινικών για δημοσίευση.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση θεωρήθηκε σκοπιμότερο να διατηρηθεί η αρχική μορφή της συζήτησης του περιστατικού και γι' αυτό παρουσιάζεται σε πίνακες.

Κλινικοπαθολογική Συζήτηση

Περιστατικό

- Άνδρας 70 ετών παρουσιάζει τους τελευταίους τρεις μήνες κεφαλαλγία, απώλεια βάρους, άλγη στα κάτω άκρα (αρθραλγίες) και βραδινή πυρετική κίνηση μέχρι 38,5°C.
- Στην κλινική εξέταση δεν αναδείχτηκαν παθολογικά ευρήματα.
- Ο εργαστηριακός έλεγχος παρουσίαζε ήπια αναιμία χρονίας νόσου, μικρή θρομβοκυττάρωση, τριψήφια ΤΚΕ, αυξημένες σφαιρίνες χωρίς μονοκλωνική μπάντα, ήπια αύξηση των τρανσαμινασών και εκσεσημασμένη αύξηση (πάνω από χίλια ηg/ml) της φερριτίνης. Ο υπόλοιπος βιοχημικός, ανοσολογικός έλεγχος όπως και οι καλλιέργειες αίματος ήταν φυσιολογικά.
- Ο απεικονιστικός έλεγχος με ακτινογραφία θώρακα, CT θώρακα και CT κοιλίας δεν παρουσίαζε ιδιαίτερα ευρήματα. Η CT εγκεφάλου ανέδειξε ένα μικρό έμφρακτο στα βασικά γάγγλια.
- Το ΗΚΓ ήταν φυσιολογικό και ο διαθωρακικός υπέρηχος καρδιάς δεν έδειξε εκπλαστήσεις στις καρδιακές βαλβίδες

ΟΔΗΓΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ

Πυρετός

- **Λοίμωξη**
- **Συστηματικό αυτοάνοσο νόσημα**
- **Νεοπλασία**
- **Φάρμακα**
- **Αυτοφλεγμονώδη σύνδρομα πυρετού**

2

ΟΔΗΓΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Πυρετός

Μελέτη ιστορικού:

Συσχέτιση πυρετού με:

- Έναρξη φαρμακευτικής αγωγής
- Χειρουργικές επεμβάσεις
- Παρουσία ξένων σωμάτων & προθέσεων
- Έκθεση σε ζώα, τοξίνες, λοιμώδεις παράγοντες, νοσούντα άτομα
- Πρόσφατο ταξίδι
- Διαιτητικές συνήθειες
- Σεξουαλικές προτιμήσεις
- Χρήση απαγορευμένων ουσιών κλπ
- Κληρονομικό ιστορικό αυτοάνοσων ή άλλων φλεγμονωδών παθήσεων
- Εθνική προέλευση

3

Κοινές λοιμώξεις και κακοήθειες του Πυρετού Αγνώστου Αιτιολογίας

Λοιμώξεις

Φυματίωση (εξωπνευμονική)
Ενδοκυτταρικά αποστήματα
Πνευλικά αποστήματα
Οδοντικά αποστήματα
Ενδοκαρδίτιδα
Οστεομυελίτιδα
Παραρρινοκολπίτιδα
Λοίμωξη από Κνιτρομογελοϊό
Λοίμωξη από Erstein Barr
Λοίμωξη από HIV
Νόσος του Lyme
Προστατίτιδα

Κακοήθειες

Χρόνια Λευχαιμία
Λέμφωμα
Μεταστατικός καρκίνος
Καρκίνωμα του νεφρού
Καρκίνωμα του παχέος εντέρου
Ηπάτωμα
Μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα
Καρκίνος του παγκρέατος
Σαρκώματα

ΣΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ, ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΣΗΣ:

- Όχι εστία
- Όχι συμβατά απεικονιστικά ευρήματα
- Όχι εκβλαστήσεις
- Κίεες αίματος αρνητικές

4

ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ

Κεφαλαλγία (με πυρετό)

Αιτίες κεφαλαλγίας που παρουσιάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών

Πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες (οι πιο συχνές)

Δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες

- Τραυματικής αιτιολογίας
- Αγγειακής αιτιολογίας
- Λοίμωξη ΚΝΣ
- Μη-αγγειακή ενδοκράνια νόσος
- Μεταβολικές ή τοξικές διαταραχές
- Υπέρτασική εγκεφαλοπάθεια
- Νοσήματα της ΑΜΣΣ
- Νοσήματα των οφθαλμών, οδόντων και ΩΡΛ νόσοι
- Δευτεροπαθώς σε άλλα γενικά ιατρικά νοσήματα

5

Αιτίες κεφαλαλγίας που παρουσιάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών

Πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες

- Ημικρανία με ή χωρίς αύρα
- Αθροιστική κεφαλαλγία και σχετικό σύνδρομο (περιλαμβάνοντας παροξυσμικές ημικρανίες, SUNCT)
- Thunderclap κεφαλαλγία
- Υπνικές κεφαλαλγίες
- Καλοήθειες κεφαλαλγίες κατά την άσκηση ή τη συνουσία
- Κεφαλαλγία από βήχα

- ΧΡΟΝΙΟΙ
- ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΤΗΤΑ
- ΟΧΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΠΥΡΕΤΟ

6

Αιτίες κεφαλαλγίας που παρουσιάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών

Δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες

Τραυματικής αιτιολογίας

- απλή κλειστή κάκωση κεφαλής
- επιπελεγμένη κάκωση με υποσκληριδία/επισκληριδία/υπαραχνοειδή/ενδοεγκεφαλική αιμορραγία

Αγγειακής αιτιολογίας

- υπαραχνοειδής αιμορραγία (ανεύρισμα ή άλλη αγγειακή ανωμαλία)
- μη ρηχθέντα ανευρύσματα
- οξεία εγκεφαλική ισχαιμία (ΠΙΕ ή ΑΕΕ)
- μη-τραυματική υποσκληριδία/επισκληριδία/ενδοεγκεφαλική αιμορραγία
- διαχωρισμός των καρωτιδικών/σπονδυλοβασικών αρτηριών
- εγκεφαλική φλεβική θρόμβωση
- αγγειίτιδα (συμπεριλαμβάνοντας την γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα)

Λοίμωξη ΚΝΣ

- μηνιγγο-εγκεφαλίτιδα (βακτηριακή, ιογενή, μυκητιασική)
- εγκεφαλικά αποστήματα

Μη-αγγειακή ενδοκράνια νόσος

- διαλείπων υδροκέφαλος
- ιδιοπαθής ενδοκράνια υπέρταση
- ενδοκράνια υπόταση (αυτόματη ή μετά από ΟΝΠ)
- ενδοκράνιος όγκος
- Αποπληξία υπόφυσης
- Δυσμορφία Arnold Chiari
- οπτική νευρίτιδα

Μεταβολικές ή τοξικές διαταραχές

- (φαιοχρωμοκύττωμα, θυρεοειδική νόσος, φάρμακα, σύνδρομο στέρησης, υπερκατίνια)

Υπέρταση/εγκεφαλοπάθεια

Νοσήματα της ΑΜΣΣ

Νοσήματα των οφθαλμών, οδόντων και ΩΡΑ νόσοι (π.χ. παραρινκολπίτιδα, οξύ γλαύκωμα)

Δευτεροπαθείς σε άλλα γενικά ιατρικά νοσήματα (π.χ. ισχαιμική καρδιοπάθεια, λοιμώξεις πέραν των κρανιακών επιληψία)

7

Κεφαλαλγία με πυρετό

Αγγειακές νόσοι

- υπαραχνοειδής αιμορραγία ——— 50 %
- μη-τραυματική υποσκληριδία/επισκληριδία/ενδοεγκεφαλική αιμορραγία
- αγγειίτιδα (συμπεριλαμβάνοντας την γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα) ——— 20 %

Λοίμωξη ΚΝΣ

- μηνιγγο-εγκεφαλίτιδα (βακτηριακή, ιογενή, μυκητιασική) ——— 80 %
- εγκεφαλικά αποστήματα

Μη-αγγειακή ενδοκράνια νόσος

- ενδοκράνιος όγκος ——— 2-5 %
- αποπληξία υπόφυσης

Μεταβολικά

- φαιοχρωμοκύττωμα
- θυρεοειδική νόσος

Οδοντικές και ΩΡΑ λοιμώξεις (π.χ. παραρινκολπίτιδα)

Λοιμώξεις πέραν των κρανιακών

8

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ: Οξεία κεφαλαλγία σε άνδρα 70 ετών

Κόκκινες σημείες στην εκτίμηση της οξείας κεφαλαλγίας στους ενήλικες

Κόκκινες σημείες	Διαφορική διάγνωση
Κεφαλαλγία με έναρξη μετά τα 50 έτη	Κροιαφική αρτηρίτιδα, χωροκατακτητική βλάβη
Ξαφνική έναρξη κεφαλαλγίας	Υπαραχνοειδής αιμορραγία, αποπληξία υπόφυσης, αιμορραγία στο εσωτερικό μάζας ή σε αγγειακή δυσμορφία, χωροκατακτητική βλάβη
Κεφαλαλγίες με προοδευτικά αυξανόμενη συχνότητα και βαρύτητα	Χωροκατακτητική βλάβη, υποσκληριδίο αιμάτωμα, κατάχρηση φαρμάκων
Νέας έναρξης κεφαλαλγία σε ασθενή με παράγοντες κινδύνου για HIV λοίμωξη ή καρκίνο	μηνιγγίτιδα (χρόνια ή καρκινωματούδης), εγκεφαλικό απόστημα (περιλαμβάνοντας και την τοξοπλάσμωση), μετάσταση
Κεφαλαλγία με σημεία συστηματικής νόσου (πυρετό, δυσκαμψία, εξάνθημα)	μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα νόσος του Lyme, συστηματική λοίμωξη, νοσήματα του κολλαγόνου
Εστιακά νευρολογικά σημεία ή συμπτώματα νόσου (άλλα πλην της τυπικής αύρας)	Χωροκατακτητική βλάβη, αγγειακή δυσμορφία, ΑΕΕ, νοσήματα του κολλαγόνου, APS
Οίδημα οπτικής θηλής	Χωροκατακτητική βλάβη, ψευδοόγκος του εγκεφάλου, μηνιγγίτιδα
Κεφαλαλγία σε έδαφος κάκωσης κεφαλής	Ενδοκράνια αιμορραγία, υποσκληριδίο αιμάτωμα, επισκληριδίο αιμάτωμα, μετατραυματική κεφαλαλγία

9

Αγγειίτιδες του Νευρικού Συστήματος

- **Πρωτοπαθείς** (περιορισμένες στο νευρικό σύστημα (μονο-οργανική προσβολή / ιδιοπαθής)
 - ΚΝΣ
 - ΠΝΣ
- **Δευτεροπαθείς** (στα πλαίσια μιας συστηματικής διαταραχής ή λοίμωξης που προκαλεί αγγειίτιδα)
 - Αγγειίτιδα του νευρικού συστήματος με απόδειξη συστηματικής αγγειίτιδας (πολυ-οργανική αγγειίτιδα)
 - Αγγειίτιδα περιορισμένη στο νευρικό σύστημα (μονο-οργανική αγγειίτιδα / με γνωστή αιτιολογία)

Εμφάνιση

- Συχνά: **κεφαλαλγία (κάποτε σοβαρή)**
- **Εστιακή ή πολυεστιακή νευρολογική δυσλειτουργία**
- Συχνά: **διάχυτη νευρολογική δυσλειτουργία (διαταραγμένη γνωσιακή λειτουργία ή συνείδηση)**
- **Μη ειδικά απεικονιστικά ευρήματα**
- **Πυρετός: πρωτοπαθής: χαμηλός, δευτεροπαθής: εξαρτάται από την πρωτογενή διαταραχή**
- **Υψηλή ΤΚΕ/CRP: στις δευτεροπαθείς μορφές**

10

Παθογένεση κεφαλαλγίας σε φλεγμονώδεις αγγειίτιδες

- **Υπαραχνοειδής αιμορραγία**
- **Μηνιγγική φλεγμονή**
- **Τοπική ισχαιμία (απόφραξη αρτηριών)**
- **Ενεργοποίηση των αισθητικών ινών μέσα στις φλεγμαίνουσες αρτηρίες (εξωκρανικά)**

11

Κριτήρια για τη διάγνωση της Πρωτοπαθούς Αγγειίτιδας του ΚΝΣ (ΠΑΚΝΣ), (Moore, 1998)

- Κλινικά ευρήματα συμβατά με **πολυεστιακή ή διάχυτη νόσο του ΚΝΣ** με υποτροπιάζουσα ή προσδευτική πορεία (κλινική απόδειξη)
- **Αποκλεισμός υποκείμενης συστηματικής φλεγμονώδους διαδικασίας ή λοίμωξης** με κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις (εργαστηριακή απόδειξη)
- Εξέταση του ENY συμβατή με **φλεγμονή του ΚΝΣ** (αυξημένη πρωτεΐνη και πλεοκυττάρωση) και αποκλεισμός λοίμωξης και νεοπλασίας (εργαστηριακή/ENY απόδειξη)
- Μελέτη με MRI που να συνηγορεί για **αγγειίτιδα του ΚΝΣ** και να αποκλείει άλλες εναλλακτικές διαγνώσεις, ακολουθούμενη από αγγειογραφία του εγκεφάλου που να είναι συμβατή με αγγειίτιδα (απεικονιστική απόδειξη)
- **Βιοψία του εγκεφάλου** επιβεβαιωτική της παρουσίας αγγειακής φλεγμονής αποκλείοντας παράλληλα τη λοίμωξη, τη νεοπλασία ή άλλες αιτίες αγγειακής φλεγμονής (ιστολογική απόδειξη)

Για βέβαιη κλινική διάγνωση της ΠΑΚΝΣ οι **ασθενείς πρέπει να πληρούν όλα τα παραπάνω**

12

Μικροοργανισμοί που σχετίζονται με αγγειίτιδα του νευρικού συστήματος

- **Ιοί**
 - HIV, CMV, VZV, Herpes simplex
 - Hepatitis C virus, Hepatitis B virus
- **Βακτήρια**
 - **Mycobacteria: Mycobacterium tuberculosis**
 - Hemophilus Influenza, pneumococcus, meningococcus.
- **Ρικέτσιες**
 - Rocky Mountain spotted fever, Typhus
- **Σπείροχέτες:**
 - Treponema pallidum (Syphilis)
 - Borrelia burgdorferi (Lyme)
- **Μύκητες**
 - Aspergillus, Coccidioides, Mucormycoses, Histoplasma capsulatum
- **Προτόζωα**
 - Malaria, Toxoplasma

13

Δευτεροπαθής εγκεφαλική αρτηρίτιδα σε πρωτοπαθείς συστηματικές αγγειίτιδες

- **Οξείης πολυαρτηρίτιδα (40% -δύμη εμφάνιση)**
 - Συστηματικές εκδηλώσεις (νεφρικές, μυοσκελετικές, ΠΝΣ, ΓΕ, δέρματος)
 - Προσβολή μικρών αρτηριών: διάχυτη εγκεφαλοπάθεια με γνωστική έκπτωση και επιληψία
 - Προσβολή μέσου μεγέθους αρτηριών: επεισόδια όξινη ΑΕΕ με εστιακά ή πολυεστιακά ευρήματα
 - Αγγειίτιδα των νοτιαίων αρτηριών (σπάνια): προσβολή νοτιαίου μυελού
 - Παράλυσις κρανιακών νεύρων (I, VII, and VIII) παρουσιάζονται σε < 2%
 - Επίσης: ενδοεγκεφαλικές ή υπαραχνοειδείς αιμορραγίες
- **Αρτηρίτιδα Takayasu (30%)**
 - Εγγύς κρανιακοί κλάδοι της αορτής (στενώσεις, ανευρύσματα, αποφράξεις)
 - Νεαρές γυναίκες/ελαττωμένες περιφερικές σφύξεις, ασυμφωνία της αρτηριακής πίεσης στα άνω άκρα, αρτηριακά ψυσήματα
 - Προσβολή ΚΝΣ είναι δευτεροπαθής στη στένωση της καρωτίδας (+εγκεφαλική υποαιμιά και συνδρομο διαφυγής της υποκλείδιας)
- **Σύνδρομο Churg-Strauss (25%)**
 - Συστηματικές εκδηλώσεις (άσθμα, ηωσινοφιλία, πνευμονικές, ΠΝΣ, ΓΕ, δέρμα, pANCA)
 - ΚΝΣ (κύρια): νευροπάθειες κρανιακών νεύρων (κινητικών νεύρων του οφθαλμού, πάρεση προσωπικού και απώλεια ακοής)
 - Ισχαιμική οπτική νευρίτιδα
 - Επίσης: εγκεφαλοπάθεια ή επεισόδια όξινη ΑΕΕ

14

Δευτεροπαθής εγκεφαλική αρτηρίτιδα σε πρωτοπαθείς συστηματικές αγγειίτιδες (συνέχεια)

- **Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα**
 - Άπω κρανιακοί κλάδοι της αορτής
 - Κεφαλαλγία και κροταφική ευαισθησία: 90%
 - ΑΕΕ: 5%
- **Νόσος του Kawasaki (<10%)**
 - Νεαρά παιδιά, δερματοβλενογονίες εκδηλώσεις, λεμφαδενίτιδα, αμφοτερόπλευρη επιπεφυκίτιδα, προσβολή στεφανιαίων
 - Επιληψία, παράλυση προσωπικού, σπάνια εγκεφαλικό έμφρακτο
- **Κοκκιωμάτωση Wegener (<10%)**
 - Συστηματικές εκδηλώσεις (QRF, σπειραματονεφρίτιδα, πνευμονικές, οφθαλμικές, μυοσκελετικές, δερματικές, pANCA)
 - ΚΝΣ: προσβολή του εγκεφάλου και των μηνίγγων (όπως ενδοεγκεφαλική ή υπαραχνοειδής αιμορραγία και θρομβώσεις εγκεφαλικών αρτηριών ή φλεβών)
 - Αιτίες
 - Φλεγμονώδης αγγειίτιδα
 - Αρτηριακή απόφραξη με άμεση διείσδυση από ρινικές ή παραρινίες περιοχές στη βάση του κρανίου
 - Εμβολή από μαραντική ενδοκαρδίτιδα
 - Έμφρακτο δευτεροπαθές σε υπέρταση
 - Άλλες μη σχετικές αιτίες
 - Πάρεση προσωπικού, διπλωπία, απώλεια όρασης και ακοής (από κοκκιωματώδη

15

Συστηματικές φλεγμονώδεις διαταραχές

- **Νόσος του Behcet**
 - Δευτεροπαθής προσβολή του ΚΝΣ
 - νεύρο-ψύχο-παραλλαγή Behcet
 - Θρόμβωση εγκεφαλικού φλεβικού κόλπου
- Συστηματικός ερυθηματώδης
- Σύνδρομο Sjogren
- Ρευματοειδής αγκυίτιδα
- Σκληρόδερμα
- Δερματομυοσίτιδα
- Υποτροπιάζουσα πολυχονδρίτιδα
- Φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου
- Παρφύρα Henoch-Schonlein
- Οικογενής μεσογειακός πυρετός (ΚΝΣ: σπάνια)
 - Νευρολογικές εκδηλώσεις μοιάζουν με αυτές της σκλήρυνσης κατά πλάκας
 - Αγγειίτιδα τύπου PAN (αζώδους πολυαρτηρίτιδας)

16

Αγγειοπάθειες του ΚΝΣ

- **Σύνδρομο Sneddon (APS/δίκτυωτή πελιδνώση/πολλαπλά ισχαιμικά έμφρακτα)**
- **Σύνδρομο Cogan (αγγειοπάθεια των ωτών και οφθαλμών)**
 - Κοχλιοαιθουσαία συμπτώματα (τύπου Meniere)
 - Απώλεια της όρασης οφειλόμενη σε διάμεση κερατίτιδα. επίσης: ραγοειδίτιδα (σπάνια αμφιβληστροειδική αγγειίτιδα)
 - Σε 10-15% συστηματική αγγειίτιδα:
 - Μεγάλων αγγείων (τύπου Takayasu)
 - Μεσείων αγγείων (τύπου PAN)
 - Νευρολογική συνδρομή: σπάνια (αγγειίτιδα: σπάνια)
 - Κεφαλαλγία, ψύχωση, ΑΕΕ, θρόμβωση εγκεφαλικού κόλπου, επιληψία, εγκεφαλοπάθεια, μελοπάθεια, νευροπάθεια κρανιακών νευρών, μονονευροπάθειες, και πολυνευροπάθειες
- **Σύνδρομο Susac (αγγειοπάθεια αυτιών και οφθαλμών)**
 - Αμφιβληστροειδοπάθεια, απώλεια ακοής και εγκεφαλοπάθεια
 - Εγκεφαλοπάθεια: (κυρίως) κεφαλαλγία, γνωσιακές και ψυχιατρικές διαταραχές
 - Νευρολογικά σημεία: διάχυτα, πολυεστιακά και προσδευτικά
 - Χωρίς αγγειίτιδα - μικροέμφρακτα στις περιοχές των τελικών αρτηριολίων (εγκεφάλου, αμφιβληστροειδή και έσω ωτός)

17

Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα (κροταφική γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα ή κρανιακή αρτηρίτιδα, νόσος του Horton)

- Η πιο κοινή μορφή συστηματικής αγγειίτιδας που προσβάλλει ηλικιωμένα άτομα
- Επείγουσα κατάσταση με ενδεχόμενες σοβαρές συστηματικές και οφθαλμικές επιπλοκές
- Ταχέως εξελισσόμενη απώλεια όρασης (μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρη και μόνιμη)
- Η πρόληψη της τύφλωσης εξαρτάται από την άμεση διάγνωση και θεραπεία με συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών

18

Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα

- Κοκκιωματώδης αρτηρίτιδα της αορτής και των μεγάλων κλάδων της (με προτίμηση τους εξωκρανιακούς κλάδους της καρωτίδας)
- Προσβάλλει συχνότερα την κροταφική αρτηρία
- **Κεφαλαλγία και κροταφική ευαισθησία** (μπορεί να είναι περιορισμένη ή διάχυτη)
 - Διέγερση των αισθητικών ινών μέσα στις φλεγμαίνουσες εξωκρανιακές αρτηρίες
- **Χωλότητα κάτω γνάθου**
 - Αρτηρίτιδα της γναθιαίας αρτηρίας (ισχαιμία των μυών της μάσησης)
- **Οπτικά ελλείμματα**
 - Απόφραξη των οπίσθιων ακτινωτών αρτηριών (κύρια)
 - Απόφραξη της κεντρικής αρτηρίας του αμφιβληστροειδή (ενίοτε)
 - Απόφραξη της οφθαλμικής αρτηρίας (σπάνια)

19

Ισχαιμικές εκδηλώσεις της ΓΚΑ από τον οφθαλμό (15-70%)

Απόφραξη των οπίσθιων ακτινωτών αρτηριών (κύρια), της κεντρικής αρτηρίας του αμφιβληστροειδή (ενίοτε) και της οφθαλμικής αρτηρίας (σπάνια)

Οφθαλμικός πόνος
Παροδική αμαύρωση <ul style="list-style-type: none"> • συχνά μονόπλευρη • ως 31% • σημεία επικείμενης τύφλωσης
Διπλωπία <ul style="list-style-type: none"> • 2-15% • ισχαιμία των εξωφθάλμιων μυών, των κινητικών νεύρων του οφθαλμού ή του στελέχους • συνήθως αναστρέψιμη
Οπτικές ψευδαισθήσεις
Μη αναστρέψιμη απώλεια όρασης (μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρη) <ul style="list-style-type: none"> • πρόσθια ισχαιμική οπτική νευρίτιδα (ΠΠΟΝ) • απόφραξη της κεντρικής αρτηρίας του αμφιβληστροειδή • ισχαιμική χοριοειδοπάθεια

20

Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα

- **ΑΕΕ**
 - Σπάνια
 - Δευτεροπαθή σε προσβολή των αρτηριών της οπίσθιας ενδοκράνιας κυκλοφορίας (κλάδοι της καρωτίδας ή των σπονδυλοβασικών αρτηριών)
- **Προσβολή του περιφερικού νευρικού συστήματος**
 - Περιφερική νευροπάθεια
 - Πολλαπλή μονονευρίτιδα

21

Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα – Επιδημιολογία

- Συχνή στον Καυκάσιο πληθυσμό
- Επίπτωση: βόρεια Ευρώπη/ΗΠΑ: 17-18 περιπτώσεις ανά 100,000 άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών)
- Υψηλά HLA-DR1, HLA-DR3, HLA-DR4 και HLA-DR5, με έκφραση ενός HLA-DRB1*04 αλληλόμορφου στην πλειοψηφία των ασθενών
- Σπάνια στους ασιάτες και τους μαύρους (+40-200 times)
- Οι γυναίκες προβάλλονται δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες
- Η επίπτωση αυξάνει με την ηλικία (μέση ηλικία εμφάνισης τα 71 έτη)
- Η αποδειχθείσα με βιοψία ΓΚΑ σε πληθυσμούς ηλικίας άνω των 50 ετών κυμαίνεται μεταξύ 0.5 και 5.4 ανά 100,000
- Θεωρείται πως βρίσκεται σε αύξηση

22

Συστηματικές εκδηλώσεις της ΓΚΑ	%
Κεφαλαλγία	80-90
Γενική αδυναμία-Κόπωση	70
Αναρεξία	70
Χωλότητα κάτω γνάθου	50-65
Ευαισθησία στην κραταφική χώρα	60
Απώλεια βάρους	60
Εγγύς μυαλγία ή ρευματική πολυμυαλγία	35-50
Παθολογικές κροταφικές αρτηρίες (ευαίσθητες, οζώδεις, καλή απουσία σφύξεων)	50
Οπτικά συμπτώματα	40
Πυρετός	20-25
Αρθραλγίες	20
Νυκτερινοί ιδρώτες	20
Αυχενικό άλγος ή άλγος κατά την κατάποση	10
Χωλότητα γλώσσας	10
Μονονευροπάθεια/περιφερική πολυνευροπάθεια των άνω/κάτω άκρων	10
Κατάθλιψη	10
Παροδικά ισχαιμικά επεισόδια/AEE	5

23

- Πυρετός (συνήθως χαμηλός, μπορεί να φτάσει τους 39–40°C) μπορεί να είναι το μοναδικό σύμπτωμα εμφάνισης της ΓΚΑ
- Οι κεφαλαλγίες σε ασθενείς με ΓΚΑ μπορεί να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε θέση
- Η διάγνωση της ΓΚΑ πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε κάθε ασθενή >50 ετών με νέας έναρξης κεφαλαλγία

24

Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα – Εργαστηριακή διερεύνηση

- Αυξημένη ΤΚΕ (≥ 30 mm/hr – συνήθως ≥ 50 mm/hr):
 - σε 90% των ασθενών με αθεράπευτη ΓΚΑ:
 - Μπορεί να είναι φυσιολογική
 - Φυσιολογική ΤΚΕ: σε 5–10% των ασθενών με ΓΚΑ αποδειχθείσα με βιοψία
- Ανακριβή αποτελέσματα της ΤΚΕ:

 - καθυστέρηση > 3 ώρες μεταξύ της συλλογής και της ανάγνωσης της ΤΚΕ
 - Χαμηλή θερμοκρασία δοκιμασίας
- Αυξημένη CRP (>10 mg/L – συνήθως > 30 mg/L)
 - Πιο ευαίσθητη από την ΤΚΕ στην ανίχνευση της ΓΚΑ
 - Σχετίζεται καλώς με θετικό αποτέλεσμα της βιοψίας της κροταφικής αρτηρίας
 - Τα επίπεδα της CRP επιστρέφουν στο φυσιολογικό γρηγορότερα από αυτά της ΤΚΕ με την θεραπεία με στεροειδή
 - Το θετικό αποτέλεσμα εμφανίζεται σε ποικίλες φλεγμονώδεις και λοιμώδεις καταστάσεις
 - ΤΚΕ και CRP φυσιολογικές και οι δύο σε 1.2% των περιπτώσεων
 - Θρομβοκυττάρωση
 - Συσχέτιση με την ΓΚΑ
 - Σταθερή αύξηση των αιμοπεταλίων: μέχρι 1 έτος νωρίτερα της διάγνωσης της ΓΚΑ
 - Ασθενείς με ισχαιμικά συμπτώματα: υψηλά επίπεδα IFN- γ mRNA και IL-1 β mRNA
 - IL-6 αυξημένη σε ασθενείς με προεξάρχοντα συστηματικά συμπτώματα της ΓΚΑ

25

Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα – Βιοψία κροταφικής αρτηρίας

- Το χρυσό πρότυπο της διάγνωσης της ΓΚΑ
- Πρέπει να γίνεται όσο το δυνατό νωρίτερα σε κάθε ασθενή με υποψία ΓΚΑ – χωρίς καθυστέρηση της θεραπείας
- Θα πρέπει να γίνεται στη θέση του πόνου, της κεφαλαλγίας ή της ψηλαφητής αρτηρίας
- Μια θετική βιοψία επιβεβαιώνει τη διάγνωση αλλά ένα αρνητικό αποτέλεσμα αυτής δεν την αποκλείει
- Σε περιπτώσεις που η πρώτη βιοψία είναι αρνητική και η κλινική υποψία για ΓΚΑ παραμένει τότε προτείνεται η βιοψία της αντίθετης κροταφικής αρτηρίας

Η συχνότητα των επιπλοκών είναι χαμηλή

- Μετεγχειρητικό αιμάτωμα και επιμόλυνση της τομής
- Βλάβη στα κρανιακά νεύρα
- Νέκρωση του δέρματος του κρανίου

26

Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα – Βιοψία κροταφικής αρτηρίας

- **Ψευδώς αρνητικές βιοψίες: σε 5–13% εξαρτώμενες από:**
 - Τον αριθμό των βιοψιών που εφαρμόζονται
 - Το μήκος του υλικού που λαμβάνεται
 - Την παρουσία δερματικών βλαβών (8% των περιπτώσεων)
 - Τις ιστολογικές τεχνικές διατομής
 - Τη διάρκεια της θεραπείας πριν τη βιοψία
- **Ιστοπαθολογική ανάλυση**
 - Τουλάχιστον 2.5 cm τομής της αρτηρίας
 - Πιο στενά διαστήματα τομών (0.25 ή 0.5 mm)
- **Η θεραπεία με στεροειδή μπορεί να μειώσει την πιθανότητα ενός θετικού αποτελέσματος της βιοψίας**
 - Η ευαισθησία δεν επηρεάζεται σημαντικά αν η βιοψία γίνει μέσα σε δύο εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας
 - Οι φλεγμονώδεις αλλοιώσεις της ΓΚΑ μπορεί να αναγνωριστούν μήνες ως χρόνια μετά την έναρξη των κορτικοστεροειδών

27

Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα – Διάγνωση

Διαγνωστικά κριτήρια ACR (American College of Rheumatology) (1990) (χρυσό πρότυπο)

- | |
|---|
| • Ηλικία έναρξης τα 50 έτη ή μεγαλύτερη |
| • Έναρξη νέας κεφαλαλγίας |
| • Ευαισθησία ή μειωμένες σφύξεις στην κροταφική αρτηρία |
| • Αυξημένη ΤΚΕ (≥ 50 mm/hr με τη μέθοδο Westergren) |
| • Ιστολογική αιόδειξη της νεκρωτικής αρτηρίτιδας στην κροταφική αρτηρία με κύρια διήθηση με μονοπύρηνια ή κοκκιοματώδη φλεγμονή συνήθως με πολυπύρηνια γιγαντοκύτταρα |

Η διάγνωση της ΓΚΑ μπαίνει όταν συναντώνται τουλάχιστον 3 από τα 5 κριτήρια. Η παρουσία άνω των 3 κριτηρίων εμφανίζει ευαισθησία 93.5% και ειδικότητα 91.2%

28

- Πιθανότερη Διάγνωση
Κροταφική αρτηρίτιδα
- Διαγνωστική εξέταση
 - Βιοψία δεξιάς Κροταφικής αρτηρίας (και έναρξη αγωγής)
 - Επί αρνητικού αποτελέσματος: επανάληψη αριστερά

Επί συνέχισης πυρετού: πλήρης επανεκτίμηση
+ Διοισοφάγειο U/S βαλβίδων

29

Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα – Θεραπεία με στεροειδή

- Ασθενείς με πιθανή ΓΚΑ συνήθως αρχίζουν θεραπεία με πρεδνιζολόνη από το στόμα 1 mg/kg/ημέρα
- Χαμηλότερες δόσεις μπορεί να είναι επαρκείς για ασθενείς που παρουσιάζονται μόνο με ιδιοσυγκρασιακά συμπτώματα
- Σε ασθενείς που παρουσιάζονται με ιστορικό παραδοχικής αμαύρωσης, πλήρη ή εκσεσημασμένη απώλεια της όρασης του ενός οφθαλμού ή πτώμα σημεία προσβολής του δεύτερου οφθαλμού ή συμπτώματα AEE
 - υψηλότερες δόσεις (80–100 mg/ημέρα)
 - ΕΦ υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών (1 g μεθυλπρεδνιζολόνη ημερησίως για 3 ημέρες)

30

Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος

Συγκροτήθηκε σε σώμα το νέο Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. που προέκυψε μετά τις αρχαιρεσίες της 12ης Φεβρουαρίου. Έτσι, το νέο Προεδρείο απαρτίζεται από τους:

Πρόεδρος: Εμμανουήλ Καλοκαιρινό
Α' Αντιπρόεδρος: Γεώργιο Καραντανά
Β' Αντιπρόεδρος: Χρήστο Ρογκότη
Γεν. Γραμματέα: Σταμάτιο Πίνη
Ταμιά: Ευαγγελία Κουσκούνη

Τα υπόλοιπα μέλη του Δ.Σ. είναι οι: Κ. Αλεξανδρόπουλος, Αν. Βασιάδης, Ν. Γαλανόπουλος, Ι. Καπρίνης, Π. Κοντολέων, Σ. Μπαράτσης, Γρ. Ροκαδάκης, Αν. Σπανός, Β. Σωτηρακόπουλος, Δ. Χριστογιάννης.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. υπό τη νέα του σύνθεση έγινε δεκτό από το νέο Υπουργό Υγείας κ. Δ. Αβραμόπουλο, σε μια επίσκεψη γνωριμίας, η οποία ταυτόχρονα έδωσε την ευκαιρία να υποβληθεί στον Υπουργό υπόμνημα με τα φλέγοντα ζητήματα που απασχολούν τον ιατρικό κόσμο και που η λύση τους θα πρέπει, σύμφωνα με τον Π.Ι.Σ., να προωθηθεί κατά προτεραιότητα.

Τα ζητήματα που περιλαμβάνονται στο υπόμνημα είναι η προώθηση για ψήφιση των Νομοσχεδίων για τις Ειδικότητες, για τις Προμήθειες στα νοσοκομεία, για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και για τα Φάρμακα, η διαμόρφωση του μισθολογίου των ιατρών του Ε.Σ.Υ., η επιτάχυνση της πρόσληψης νοσηλευτών στα νοσοκομεία, η επιτάχυνση των κρίσεων για τους γιατρούς του Ε.Σ.Υ. και η διεκπεραίωση της τοποθέτησής τους, το Π.Δ. 84/2001 και η αύξηση των αμοιβών των ιατρικών πράξεων.

Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος

«Απόφαση Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα»

Σας κοινοποιούμε την 95/2002 απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, η οποία μας διαβιβάστηκε με το υπ' αριθμ. 3747/10.10.05 έγγραφό της. Η απόφαση αυτή αφορά την αποφυγή ενεργειών που προσβάλλουν την ιδιωτικότητα των ασθενών, και καταργούν το ιατρικό απόρρητο.

Επειδή υπάρχουν καταγγελίες για περι-

στατικά δημοσίευσης φωτογραφιών ασθενών, σε διάφορα επιστημονικά ιατρικά συγγράμματα ή επιστημονικά συνέδρια, χωρίς να διασφαλίζεται η μη αναγνωρισιμότητα του πάσχοντος προσώπου, παρακαλούμε όπως προβείτε σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες προς ενημέρωση των μελών ιατρών ευθύνης του Συλλόγου σας, και καταστήσετε σαφές ότι: **Ιατροί οι οποίοι τυχόν παραβαίνουν τις αρχές αυτές, πρέπει να καταγγέλλονται ονομαστικώς προς τον οικείο Ιατρικό Σύλλογο προς πειθαρχικό έλεγχο.**

Η Αρχή με την 95/2002 απόφαση, η οποία είναι δημοσιευμένη στην ιστοσελίδα της, και την οποία σας επισυνάπτουμε, έκρινε ότι: «Η φωτογραφική απεικόνιση προσώπου που πάσχει από ορισμένης ασθένειας σε ιατρικό σύγγραμμα, ιατρική ανακοίνωση ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο, κατά τρόπο που δεν διασφαλίζεται η μη αναγνωρισιμότητά του, συνιστά παραβίαση ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 7 του ν. 2472/1997. Αν για επιστημονικούς ή διδακτικούς λόγους είναι αναγκαία η απεικόνιση αυτή θα πρέπει να γίνεται συγκάλυψη ή αλλοίωση των χαρακτηριστικών του προσώπου». Απηύθηγε δε σύσταση σε μέλος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, όπως κατά τη δημοσίευση παρόμοιων ιατρικών περιστατικών, διασφαλίζει κατά τη φωτογραφική ή άλλη απεικόνιση, τη μη αναγνωρισιμότητα του πάσχοντος προσώπου.

Παρά το γεγονός αυτό και τη σαφή διατύπωση των απόψεων της Αρχής, σύμφωνα με καταγγελίες, σε επιστημονικά ιατρικά συγγράμματα ή επιστημονικά συνέδρια χρησιμοποιούνται ακόμα φωτογραφίες ασθενών, στις οποίες δεν γίνεται συγκάλυψη των χαρακτηριστικών του προσώπου τους, ώστε να είναι δυνατή η αναγνωρισιμότητά τους, και χωρίς προηγουμένως να έχουν αυτοί ενημερωθεί και δώσει τη ρητή συγκατάθεσή τους.

Για τους λόγους αυτούς παρακαλούμε όπως ενημερώσετε τα μέλη για την ανωτέρω απόφαση της Αρχής και την αποφυγή ενεργειών που προσβάλλουν την ιδιωτικότητα των ασθενών, δοθέντος ότι, οι ενέργειες αυτές συνιστούν και ποινικώς ενδεχομένως παραβάσεις.

Παρακαλούμε να μας γνωστοποιήσετε τις σχετικές σας ενέργειες.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

«Παράταση του χρόνου προσαρμογής στις διατάξεις του Π.Δ.84/01 των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».

Όπως γνωρίζετε ο χρόνος προσαρμογής όλων των ιδιωτικών φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις διατάξεις του Π.Δ. 84/01, που ήδη λειτουργούσαν κατά τη δημοσίευσή του, έχει παραταθεί, μέχρι σήμερα, τρεις φορές.

Επειδή η τελευταία παράταση λήγει στις 10-4-06 και ακόμη δεν έχει ολοκληρωθεί η προωθούμενη τροποποίηση του εν λόγω Προεδρικού Διατάγματος, σας πληροφορούμε ότι πρόκειται να δοθεί εκ νέου παράταση μέχρι τέλους του χρόνου.

Με την ψήφιση και δημοσίευση της σχετικής τροπολογίας θα σας αποσταλεί το σχετικό τεύχος της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως.

Υπηρεσία Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου στα Μέλη του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων

Ο Ιατρικός Σύλλογος Ιωαννίνων σε όλα τα μέλη του προσφέρει δωρεάν διευθύνσεις ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail). Σε κάθε μέλος του Συλλόγου εστάλει ταχυδρομικά συγκεκριμένο «όνομα χρήστη» (username) και «κωδικός χρήστη» (password) και ο έλεγχος της διεύθυνσης μπορεί να γίνεται είτε με την χρήση ειδικού προγράμματος ηλεκτρονικής αλληλογραφίας (π.χ. Outlook), είτε από το διαδίκτυο στην ηλεκτρονική διεύθυνση του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων (www.medai.gr), από όπου και παρέχονται περισσότερες πληροφορίες για την χρήση των e-mail.

Στόχοι της παρέμβασης αυτής μεταξύ άλλων είναι η εξοικείωση των συναδέλφων με την χρήση του Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου και η ταχύτερη, μαζικότερη και φθηνότερη αποστολή πληροφοριών και ενημερωτικού υλικού που κοινοποιείται στον Ιατρικό Σύλλογο Ιωαννίνων σε όλα τα μέλη μας. Σεβόμενοι βέβαια τους συναδέλφους που έχουν περιορισμένη πρόσβαση στην ηλεκτρονική πληροφορία, θα συνεχίσουμε να στέλνουμε και ταχυδρομικά τα σημαντικότερα γεγονότα και ανακοινώσεις του συλλόγου μας.

Συλλόγος Τσεπελόβου ο «Τσούφλης»

Κύριε πρόεδρε με την παρούσα επιστολή θέλουμε να σας ενημερώσουμε ότι τοποθετήθηκε το μνημείο στο χώρο της τελευταίας κατοικίας του ποιητή και ιατρού Ιωάννου Βηλαρά στο Τσεπέλοβο και να ευχαριστήσουμε ολόψυχα τον ιατρικό

Τα νέα
τού Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων



τοπική κοινωνία. Ο ποιητής πέθανε στο χωριό μας στις 28/12/1823 και ετάφη στο πίσω μέρος της κεντρικής εκκλησίας όπου ήταν τότε νεκροταφείο και σήμερα αποτελεί τον προαύλιο χώρο του «Τσούφλειου Φαρμακείου». Στο γνωστό ποίημα του ο Βηλαράς γράφει. (...πουλάκι ξένο ξενιτεμένο, κυνηγημένο, που να σταθώ/ που να καθίσω να ξενυκτίσω να μη χαθώ...). Αυτό το λιτό μνημείο και η μεγάλη αγκάλη των Τσεπελοβιτών που τον φιλοξένησε ας είναι μια «φωλιά» στον ξενιτεμένο και ανήσυχο ποιητή και μια υπόσχεση ότι δεν θα «καθεί» το πνεύμα του στην λήθη του χρόνου. Θέλουμε επίσης να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή καλών τεχνών κ. Μιχάλη Οικονομίδη που αφιλοκερδώς φιλοτέχνησε το μνημείο και επέβλεψε των εργασιών της κατασκευής του.

Κύριε πρόεδρε ο σύλλογος σε συνεργασία με το πανεπιστήμιο προγραμματίζει μια ημερίδα προς τιμήν του ποιητή και του ομοϊδεάτη του Αθανάσιου Ψαλίδα που φέρεται να είναι και ο συγγραφέας της «Ελληνικής Νομαρχίας». Στην εκδήλωση αυτή η παρουσία σας θα είναι τιμή για εμάς.

*Ο πρόεδρος
Ράπτης Περικλής*

σύλλογο Ιωαννίνων για την ευγενική του χειρονομία να χρηματοδοτήσει την κατασκευή του. Τέτοιες ενέργειες αναδεικνύουν την κοινωνική πρόσφορα των ιατρών και τιμούν τον Ιπποκράτειο όρκο τους. Σας στέλνουμε και σχετικές φωτογραφίες του μνημείου.

Είναι γνωστό ότι ο ποιητής μαζί με τον δάσκαλο του γένους Αθανάσιο Ψαλίδα κατέφυγαν στο Τσεπέλοβο στην περίοδο της πολιορκίας των Ιωαννίνων από τον Χουρσιτ-πάσα από όπου και κατηύθυναν επαναστατικό κίνημα για την απελευθέρωση του γένους. Οι Τσεπελοβίτες άνοιξαν την αγκαλιά τους και τους φιλοξένησαν και αυτοί εντάχθηκαν στην



ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ Τ.Σ.Α.Υ. έτους 2006

Σας κοινοποιούμε τις νέες ασφαλιστικές εισφορές του Τ.Σ.Α.Υ. του έτους 2006, προκειμένου να τις έχετε υπόψη σας.

Επίσης σας πληροφορούμε ότι λόγω εγκατάστασης ON LINE συστήματος στην Αντιπροσωπεία μας, οι εισφορές του Τ.Σ.Α.Υ. θα εισπράττονται μόνο τις πρωινές ώρες από 9:00 έως 13:00. Όπως γνωρίζετε η εξόφληση των ασφαλιστικών σας εισφορών πρέπει να πραγματοποιείται για το Α' εξάμηνο μέχρι 30 - 6 - 2006 και για το Β' εξάμηνο μέχρι 31 - 12 - 2006. Για την καλύτερη εξυπηρέτησή σας, παρακαλούμε να προσέρχεστε για την εξόφληση των εισφορών σας το δυνατόν συντομότερο και όχι τις τελευταίες ημέρες του μήνα.

Παλαιοί ασφαλισμένοι (ΜΕΧΡΙ 31 - 12 -1992)		
Μηνιαία Εισφορά (Μ.Ε.)	167,5 X 6 =	1005 €
Νοσοκομειακής Περίθαλψης (Ν.Π.)	40,9 X 6 =	245,4 €
Στέγη Υγειονομικού (Σ.Υ.)	2 X 6 =	12 €
Σύνολο	210 X 6 =	1262,4 €
Κλάδος Πρόνοιας (Κ.Π.): 35,22 € το έτος		
Εισφορά Μονοσυνταξιούχου: 83,7 X 6 = 502,2		

Νέοι ασφαλισμένοι (ΑΠΟ 1 - 1 - 1993) κάτω 5ετίας		
Μ.Ε.	76,2 X 6 =	457,2 €
Ν.Π.	40,9 X 6 =	245,4 €
Σ.Υ.	2 X 6 =	12 €
Κ.Π.	25,4 X 6 =	152,4 €
Σύνολο	144,5 X 6 =	867 €

Νέοι ασφαλισμένοι (ΑΠΟ 1 - 1 - 1993) άνω 5ετίας		
Μ.Ε.	126,9 X 6 =	761,4 €
Ν.Π.	40,9 X 6 =	245,4 €
Σ.Υ.	2 X 6 =	12 €
Κ.Π.	25,4 X 6 =	152,4 €
Σύνολο	195,2 X 6 =	1171,2 €
Εισφορά Μονοσυνταξιούχου: 83,7 X 6 = 502,2 €		

ΕΙΣΦΟΡΑ ΝΕΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ 2006				
Ασφαλιστικές Κατηγορίες	ΠΟΣΟ	ΚΛΑΔΟΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	ΚΛΑΔΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	ΚΛΑΔΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
1η κάτω 5ετίας	634,57 €	76,2 €	40,9 €	25,4 €
1η άνω 5ετίας	634,57 €	126,9 €	40,9 €	25,4 €
2η	780,35 €	156,1 €	50,3 €	31,2 €
3η	925,16 €	185 €	59,7 €	37 €
4η	1069,54 €	213,9 €	69 €	42,8 €
5η	1207,78 €	241,6 €	77,9 €	48,3 €
6η	1313,95 €	262,8 €	84,8 €	52,6 €
7η	1416,6 €	283,3 €	91,4 €	56,7 €
8η	1519,27 €	303,9 €	98 €	60,8 €
9η	1621,92 €	324,4 €	104,6 €	64,9 €
10η	1724,6 €	344,9 €	111,2 €	69 €
11η	1827,26 €	365,5 €	117,9 €	73,1 €
12	1929,91 €	386 €	124,5 €	77,2 €
13η	2032,58 €	406,5 €	131,1 €	81,3 €
14η	2135,24 €	427,1 €	137,7 €	85,4 €

Ο Πρύτανης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Καθηγητής κ. Γεώργιος Ηλ. Δήμου ορίστηκε μέλος της Ολομέλειας της Ελληνικής Εθνικής Επιτροπής για την Unesco.

Η UNESCO είναι ένας διακυβερνητικός Οργανισμός, που ιδρύθηκε στις 16 Νοεμβρίου 1945 αμέσως μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο στο πλαίσιο του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών και έχει ως έδρα το Παρίσι. Μέχρι τον Μάρτιο του 2005 αριθμούσε 191 Κράτη-μέλη και έξη συνδεδεμένα μέλη στα πεδία της εκπαίδευσης, της επιστήμης, του πολιτισμού και της επικοινωνίας. Αποστολή της UNESCO είναι η συνεισφορά στην παγκόσμια ειρήνη και ασφάλεια μέσω της προώθησης της συνεργασίας των εθνών μέσα από την εκπαίδευση, τις επιστήμες και τον πολιτισμό.

Επιστημονική εκδήλωση στο πλαίσιο της Ημέρας της Γυναίκας

Στο πλαίσιο του εορτασμού της Παγκόσμιας Ημέρας της Γυναίκας, η Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική σε συνεργασία με το Μιχαηλίδειο Καρδιολογικό Κέντρο και την Ενδοκρινολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων οργάνωσαν εκδήλωση με θέμα: «Η γυναίκα στην εμμηνόπαυση».

Η εκδήλωση πραγματοποιήθηκε την Τετάρτη 8 Μαρτίου 2006, στις 8 μ.μ., στο Πνευματικό Κέντρο του Δήμου Ιωαννιτών. Στα πλαίσια αυτής της εκδήλωσης, η κινητή μονάδα Πρόληψης Γυναικολογικού Καρκίνου βρισκόταν έξω από την αίθουσα του Πνευματικού Κέντρου για δωρεάν γυναικολογική εξέταση, λήψη τεστ Παπανικολάου, διενέργεια γυναικολογικών υπερήχων και έλεγχο οστεοπόρωσης από την Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική του ΠΠΓΝΙ.

Η Μονάδα Ιατρικής Τεχνολογίας και Ευφυών Πληροφοριακών Συστημάτων

του Τμήματος Πληροφορικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, στα πλαίσια του συγχρηματοδοτούμενου Προγράμματος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, «NOESIS: Platform for wide scale integration and visual representation of medical intelligence», που υλοποιείται από τεχνολογικούς, ιατρικούς και πανεπιστημιακούς φορείς στην Κύπρο, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιταλία, στην Αυστρία και στην Ελλάδα (Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων), οργάνωσε το ετήσιο τεχνικό σεμινάριο του έργου NOESIS, την Παρασκευή, 17 Μαρτίου, 2006 στο Ε.ΤΕ.Π.Η.

(Επιστημονικό & Τεχνολογικό Πάρκο Ηπείρου), με θέμα: Κλινικά Συστήματα Υποστήριξης Απόφασης (Clinical Decision Support Systems): Εργαλεία και Πλαίσια εργασίας.

Η Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική και η Καρδιολογική Κλινική του Γ.Ν.Ι «Γ. Χατζηκώστα» διοργανώνει **την πρώτη Δευτέρα κάθε μήνα** επιστημονική εκδήλωση για την «Ενημέρωση του Κλινικού Καρδιολόγου». Στην πρόσφατη εκδήλωση, η οποία πραγματοποιήθηκε την Δευτέρα 3 Απριλίου 2006 στο Αμφιθέατρο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στις 20.30, παρουσιάστηκαν Διοχονωμίες στην Καρδιολογία με θέμα: «Πρέπει σε όλους τους ασθενείς με κλάσμα εξώθησης κάτω από 30% να εμφυτεύεται αυτόματος απινιδωτής;»

Η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Ηπείρου, διοργάνωσε Συνέδριο με θέμα: «Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στην Κοινότητα», στις 6-7 και 8 Απριλίου 2006 στους Ασπραγγέλους Ζαγορίου στο Ξενοδοχείο «Ντοβρά».

Τα εγκαίνια της έκθεσης ζωγραφικής του κου Άρη Λιάκου, ομότιμου καθηγητή ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων πραγματοποιήθηκαν την Τετάρτη 12 Απριλίου 2006 στο Κέντρο Πολιτισμού Μονής Περιστεράς - Δουρούτης, στα πλαίσια των πολιτιστικών εκδηλώσεων υπό την αιγίδα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και της Επιτροπής του Κέντρου Πολιτισμού Μονής Περιστεράς - Δουρούτης. Η έκθεση Ζωγραφικής του Κου Λιάκου θα λειτουργεί και κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού.

Αποτελέσματα Πρυτανικών Εκλογών 2006

Την Πέμπτη 18 Μαΐου 2006, πραγματοποιήθηκαν στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων οι πρυτανικές εκλογές. Σύμφωνα με την καταμέτρηση των ψήφων, έλαβαν: Ιωάννης Γεροθανάσης: 566, Φίλιππος Πομώνης: 368, Λευκά: 34, Άκυρα: 29.Ψήφισαν: 997. Εγγεγραμμένοι: 1076.

Νέος Πρύτανης εξελέγη ο νυν Αντιπρύτανης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Καθηγητής κ. Ιωάννης Γεροθανάσης και Αντιπρυτάνεις οι: κ. Σωτήριος Λουκάς, Καθηγητής του Τμήματος Μαθηματικών, κ. Γεώργιος Παπαγεωργίου, Καθηγητής του Τμήματος Ιστορίας-Αρχαιολογίας, κ. Δημήτριος Στεφάνου, Αναπληρωτής Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής.

Οι νέες πρυτανικές αρχές θα αναλάβουν καθήκοντα την 1η Σεπτεμβρίου 2006 και η θητεία τους θα διαρκέσει τέσσερα ακαδημαϊκά έτη.

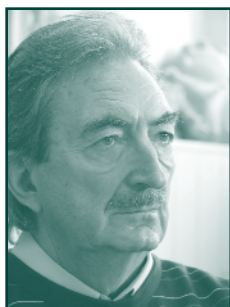


δρώμενα

επιστημονικά-πολιτιστικά

Ψύχωση και Τέχνη

... άτομα που έζησαν το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους στα ψυχιατρεία ή ακόμη όταν έχουν γεννηθεί μέσα σ' αυτά είναι ικανά να παράγουν συγκλονιστικά έργα τέχνης ...

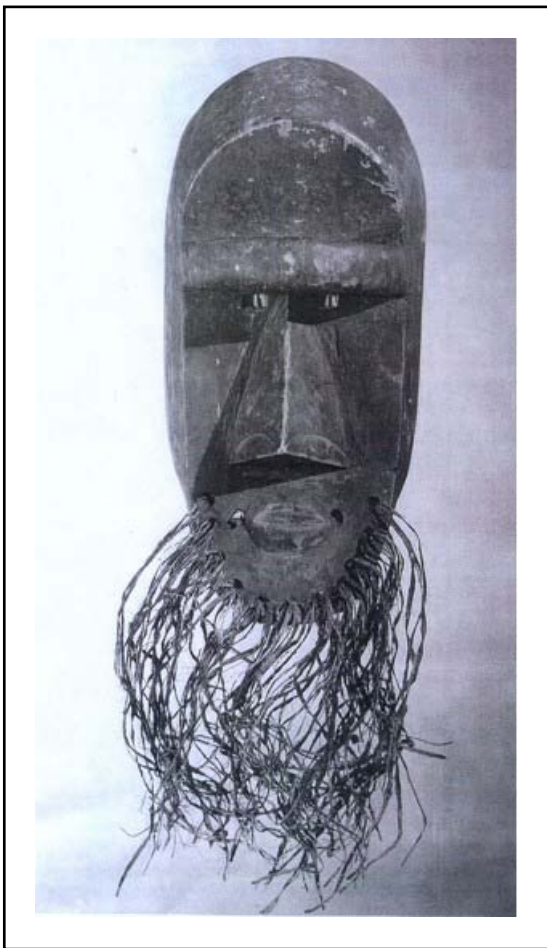


Του Άρη Λιάκου
Ομότιμου Καθηγητή
Ψυχιατρικής
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

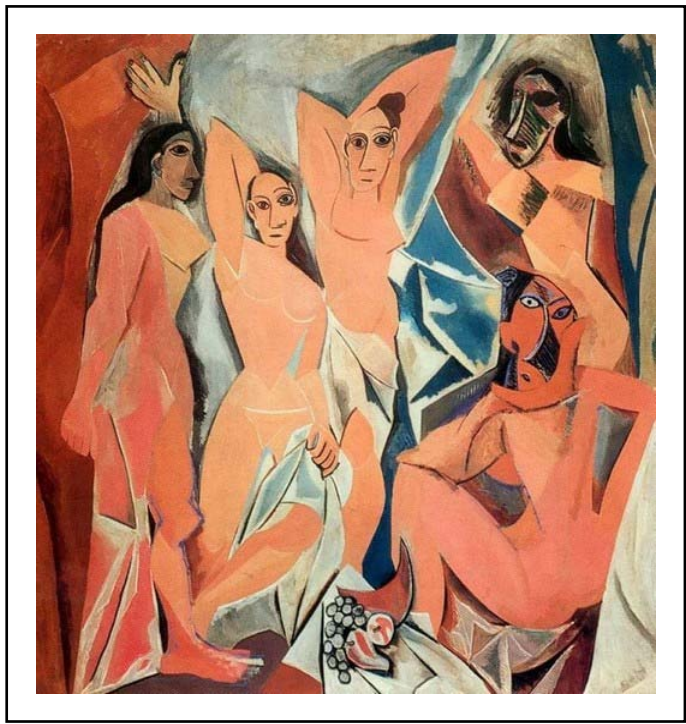
Η σημασία της Τέχνης που δημιουργείται από άτομα που πάσχουν από ψύχωση, έγινε αντικείμενο προσοχής στις αρχές του 20ου αιώνα. Αναφέρομαι κυρίως στην καλλιτεχνική αξία των ζωγραφικών έργων των ασθενών και όχι τόσο στη μελέτη των έργων αυτών, που γίνεται από ψυχιάτρους και στόχο έχουν τη μελέτη της ψυχοπαθολογίας και της συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών. Τέτοιες μελέτες υπάρχουν πολλές στην Ψυχιατρική Βιβλιογραφία και οι στόχοι μου δεν είναι η ανασκόπηση των μελετών αυτών. Η τέχνη των ψυχωσικών έχει επίσης χρησιμοποιηθεί διαγνωστικά και θεραπευτικά από την ψυχιατρική επιστήμη.

Ο Klee ήταν ένας από τους πρωτοποριακούς καλλιτέχνες της αρχής του 20ου αιώνα που επισήμανε την καλλιτεχνική αξία των έργων αυτών. Την ίδια εποχή εξελίσσεται και η επανάσταση των καλλιτεχνών στην εικονική τέχνη που διδάσκονταν στις Ακαδημίες Τέχνης του Παρισιού και ακολούθησε την Τέχνη της Αναγέννησης. Τα διάφορα πρωτοποριακά κινήματα με αρχή τον Ιμπρεσιονισμό και όσα τον ακολούθησαν, όπως Κυβισμός, Φωβισμός, Εξπρεσιονισμός κτλ. άρχισαν να εξελίσσονται στην Ευρώπη σαν ξεκίνημα της Μοντέρνας Τέχνης. Δεν είναι τυχαίο κατά τη γνώμη μου ότι το ενδιαφέρον πολλών πρωτοπόρων καλλιτεχνών στράφηκε ταυτόχρονα στην πρωτόγονη τέχνη της Αφρικής και Νότιας Αμερικής όπως και στην παλαιότερη τέχνη της Κίνας και Ιαπωνίας. Η σημασία της πρωτόγονης τέχνης στην εξέλιξη της μοντέρνας τέχνης διακρίνεται όταν παρατηρήσουμε μια τελετουργική μάσκα (εικ.1) και το περίφημο έργο του Picasso, πρωτοπόρου της κυβιστικής Τέχνης «Δεσποινίδες της Αβινιόν» (εικ.2). Η ομοιότητα των προσώπων του έργου με την «πρωτόγονη» μάσκα είναι καταφανής. Η ίδια ομοιότητα γίνεται φανερή στο σημαντικό εξπρεσιονιστικό έργο «Προφήτης» (εικ.3). Η απαρχή δηλ. της μοντέρνας Τέχνης συμπίπτει με το ενδιαφέρον των καλλιτεχνών για την πρωτόγονη τέχνη και την τέχνη των ψυχωσικών ασθενών. Την ίδια εποχή επίσης ο Dubuffet, ψυχιατρος-καλλιτέχνης επρότεινε τον όρο Art-Brut για να περιγράψει την κατηγορία των έργων των ασθενών, σαν μια ιδιαίτερη μορφή τέχνης, ξεχωριστή μορφολογικά και αισθητικά, που μπορεί να σταθεί αυτοδίκαια μεταξύ των άλλων μορφών σύγχρονης τέχνης.

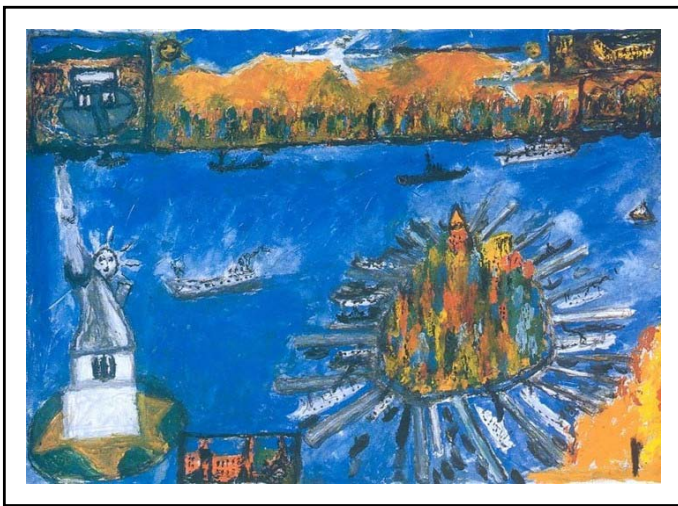
Είναι εκπληκτικό το γεγονός ότι άτομα που έζησαν το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους στα ψυχιατρεία ή ακόμη όταν έχουν γεννηθεί μέσα σ' αυτά είναι ικανά να παράγουν συγκλονιστικά έργα τέχνης που είναι ζηλευτά και από μεγάλους καλλιτέχνες. Πολλοί από αυτούς τους Αυτοδίδακτους Ζωγράφους έχουν δημιουργήσει καλλιτεχνική καριέρα χωρίς ποτέ να βγουν από το ψυχιατρείο. Παραδείγματα μπορώ να αναφέρω πολλά, όπως τον Ιταλό Carlo Zinelli και ακόμη ενός δικού μας ασθενή που έζησε στο ψυχιατρείο της Πέτρας Ολύμπου, του Ονούφριου, ένα χαρακτηριστικό έργο του οποίου βλέπουμε στην εικ.4. Σήμερα υπάρχουν επίσης αρκετές Πινακοθήκες στη Γαλλία, Ελβετία, Γερμανία, Ρωσία και σε άλλες χώρες



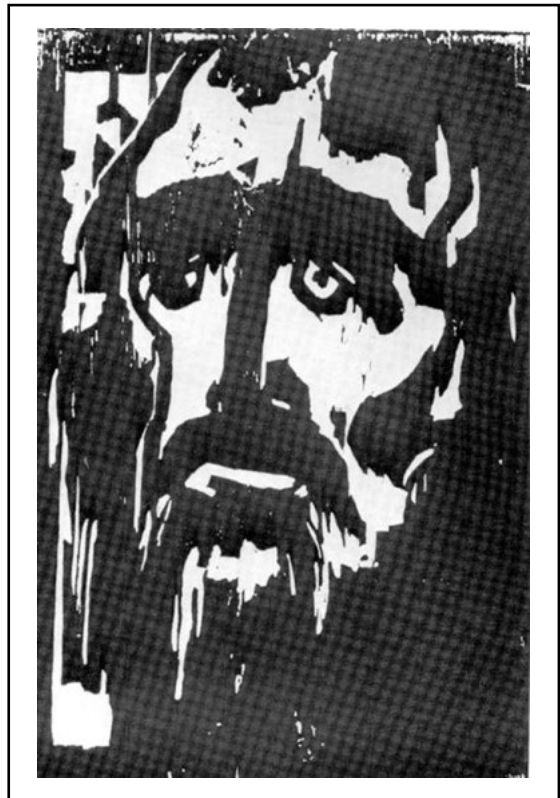
Εικ. 1: Ivory Coast Mask, in Naprstek Museum, Prague³



Εικ. 2: Pablo Picasso «Les Femmes d'Alger» (1907), The Museum of Modern Art N.Y.



Εικ.4: Ονούφριος, Χωρίς τίτλο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρα Ολύμπου.⁴



Εικ.3: Emil Nolde «Prophet» (1912), Kunstmuseum der Stadt Dusseldorf

που φιλοξενούν αποκλειστικά έργα ψυχωσικών, τα οποία θεωρούνται καλλιτεχνικά αριστουργήματα. Χαρακτηριστικά τέτοια έργα εικονίζονται στις εικόνες 5,6,7 και 8.

Ποια είναι επομένως η ερμηνεία του φαινομένου αυτού; Εκ πρώτης όψεως θα έλεγε κανείς ότι η ψύχωση που βαθμιαία καταργεί την κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου θα έπρεπε να είναι και εμπόδιο στην καλλιτεχνική δημιουργία.

Η καθημερινή εμπειρία όμως μας δείχνει το αντίθετο. Σημαντική από αισθητικής πλευράς τέχνη δημιουργείται από ασθενείς σε πλήρη κοινωνική απόσυρση, και συχνά γίνεται και θεραπευτικό εργαλείο για την επάνοδο των κοινωνικών δεξιοτήτων και της επικοινωνίας τους με το περιβάλλον.

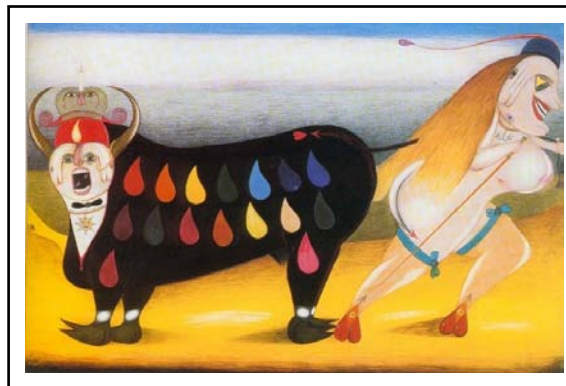
Στην προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου, έχω αναζητήσει ερμηνείες για τη σημασία και τις



Εικ.5: Aloise, Χωρίς τίτλο, Collection Philippe Etermad-Jean David Mermod, Lausanne⁴



Εικ.7: Gerard Sendran, Χωρίς τίτλο.(Δεπτομέρεια), The Stadshot Collection Dr Guislain Museum, Guent, Belgium.⁴



Εικ.6: Friedrich Schröder-Sonnenstern «Ανδρόγυνο Διπλωμάτων» (1955). Musée National d'Art Moderne Centre Pompidou, Paris⁴

πηγές της τέχνης όπως και της εξέλιξης της συμπεριφοράς αυτής του ανθρώπου, που είναι προϊόν του νου, όπως έχει διαμορφωθεί μέχρι σήμερα.

Οι μελέτες των Ανθρωπολόγων αποκάλυψαν ότι ο Άνθρωπος από την αρχή της υπάρξεώς του είχε μια έμφυτη ικανότητα να ανταλλάσσει διάφορα αντικείμενα, όπως εργαλεία, όπλα κτλ., τα οποία του χρησίμευαν στην πάλη για την καθημερινή επιβίωση. Η ικανότητα αυτή μαζί με την ικανότητα καταγραφής των συναλλαγών αυτών μπορούμε να πούμε ότι αποτελούν μια κατεξοχήν ανθρώπινη ιδιότητα που αποτελεί τη ρίζα του σημερινού εμπορίου και ξεχωρίζει τον Άνθρωπο από τα υπόλοιπα ζώα. Η διαδικασία της ανταλλαγής και καταγραφής των αποτελεσμάτων είναι δυνατόν να μελετηθεί και μελετάται και σήμερα σε πληθυσμούς των οποίων η ανάπτυξη βρίσκεται πολλές χιλιάδες χρόνια πίσω. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι οι Aboriginies της Αυστραλίας που θεωρείται ότι βρίσκονται 20.000 χρόνια πίσω πολιτισμικά και αναπτυξιακά.

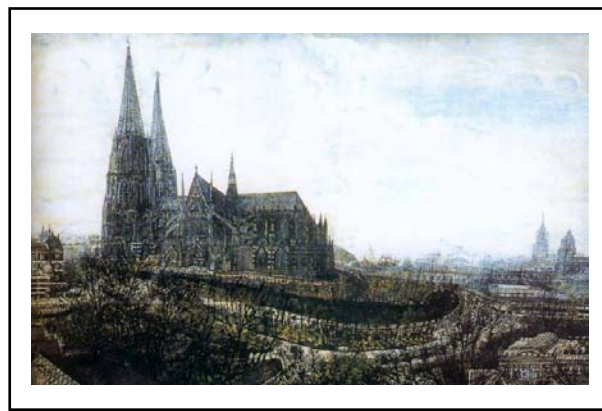
Τα προς ανταλλαγή αντικείμενα ήσαν κυρίως χρηστικά. Σε κάποιο σημείο όμως της εξέλιξης του Ανθρώπου οι ανταλλαγές αυτές άρχισαν να περιλαμβάνουν μη χρηστικά αντικείμενα και συγκεκριμένα χρώματα και χάντρες. Τα ίχνη τέτοιων αντικειμένων, έχουν καταγραφεί σε ευρήματα στην σημερινή Τουρκία και είναι ηλικίας 40.000 ετών, στην εποχή που τοποθετείται και η αρχή του πολιτισμού. Παρόμοια ευρήματα υπήρξαν πρόσφατα στην Αφρική και είναι ηλικίας 70.000 ετών περίπου. Τα υλικά αυτά, δηλαδή τα χρώματα και οι χάντρες δεν είναι άμεσα αναγκαία για την επιβίωση. Χρησίμευαν και χρησιμεύουν

ακόμα και σήμερα σε πολιτισμικά και εξελικτικά καθυστερημένους πληθυσμούς για το στολισμό του προσώπου και του σώματος, συνήθεια που έχει επιβιώσει μέχρι σήμερα. Ένα τέτοιο σύγχρονο παράδειγμα φαίνεται στην εικ.9.

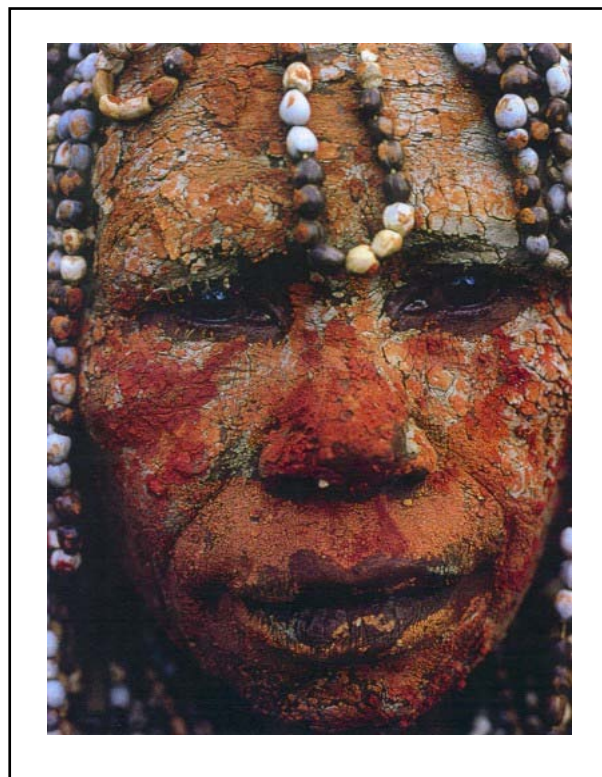
Πώς εξυπηρετούσε την επιβίωση ο στολισμός αυτός; Κατ'αρχήν βοηθούσε στην προσέγγιση του άλλου φύλλου, ικανοποιούσε δηλαδή το ένα από τα δυο βασικά ένστικτα με τα οποία μας έχει εφοδιάσει η φύση, το ένστικτο της αναπαραγωγής. Επίσης με το κύρος και τη συμβολική σημασία των στολισμάτων αυτών όπως π.χ. δόντια άγριων θηρίων, προσέδιδαν δύναμη και συμβόλιζαν μια θέση ψηλά στην κοινωνική ιεραρχία. Το κύρος και η δύναμη ικανοποιούσε το ένστικτο της επιθετικότητας, κυριαρχίας, επιβολής, το δεύτερο δηλαδή σημαντικό ένστικτο επιβίωσης με το οποίο μας έχει επίσης προικίσει η φύση.

Μπορεί να θεωρηθεί ότι η ικανότητα αυτή του στολισμού του σώματος είναι και η απαρχή της τέχνης. Ιδιαίτερα με την επέκταση της σε ικανότητα δημιουργίας βραχογραφιών και ειδωλίων (εικ.10). Μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι σύμφωνα με τους κανόνες της εξέλιξης κάποια στιγμή οι ικανότητες αυτές εμπεδώθηκαν στο γενετικό υλικό, διότι η ύπαρξή τους προσέδιδε επιπρόσθετες δυνατότητες επιβίωσης. Είναι γνωστό ότι οι καλλιτεχνικές δεξιότητες είναι εμφανείς από τη μικρή ηλικία και στη σημερινή εποχή χαρακτηρίζονται ως «ταλέντο». Το ταλέντο δε, όταν αναπτυχθεί, προσδίδει μέχρι σήμερα ευχερέστερη πρόσβαση στο άλλο φύλλο όπως και κοινωνική ισχύ και κύρος. Δεν έπαψε δηλ. να ικανοποιεί το δυο βασικά ένστικτα που θεωρείται ότι αποτελούν τη κινητήριο δύναμη της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Οι προσπάθειες ορισμών της τέχνης έχουν μέχρι σήμερα αποτύχει. Οι διάφοροι ορισμοί που κατά καιρούς δόθηκαν ποικίλουν από το «Δεν υπάρχει τέχνη παρά μόνο καλλιτέχνες»¹ μέχρι το «Τέχνη είναι ότι ονομάζουν οι καλλιτέχνες»². Παρόμοια κατάσταση υφίσταται και στην προσπάθεια ορισμού της ψύκωσης. Όλοι γνωρίζουμε ότι η αιτιολογία της ψύκωσης μας διαφεύγει μέχρι σήμερα. Έτσι η ψυχιατρική προσέγγιση είναι κατ'ανάγκη φαινομενολογική και ακούγονται απόψεις διάφορες από ψυχιάτρους, μέχρι τη θέση ότι δεν πρόκειται για νόσο με την ιατρική έννοια. Ως γνωστόν τη θέση αυτή υποστήριζαν αντιψυχίατροι (Lang κ.α.). Επιπλέον η λειτουργία του ψυχικού οργάνου δηλ. του αποτελέσματος της λειτουργίας του Νευρικού Συστήματος, δεν έχει ακόμη εξιχνιαστεί. Η συμπεριφορά του ανθρώπου, στην οποία συγκαταλέγεται ο πολιτισμός και η



Εικ.8: Willen van Genk Kenen. The Stadshot Collection The Stadshot Collection Dr Guislain Museum, Guent, Belgium.⁴

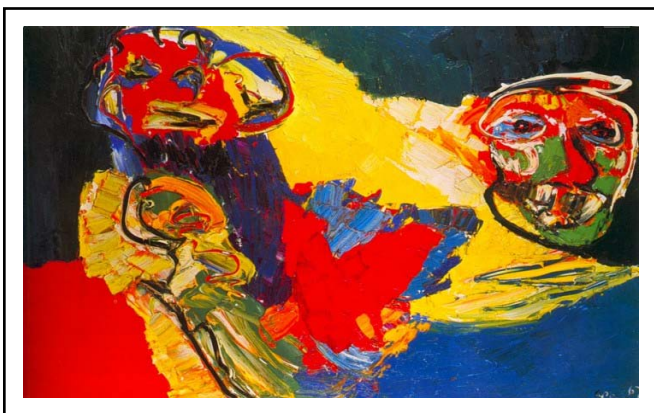


Εικ.9: Face decorasion of woman from Asar / wataburg⁵

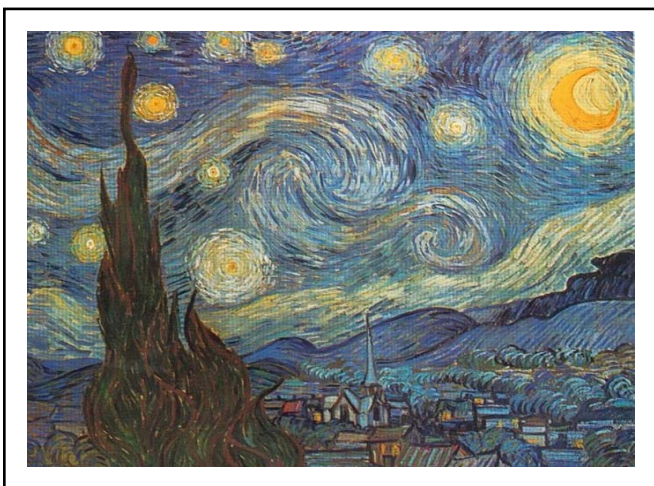


Εικ.10: Chinese Horse (13.000 B.C.), Axial Gallery, Lascaux Durdogne France⁶

τέχνη, παραμένει ακόμη κατά μέγα μέρος ανεξήγητη. Η θεωρία του Freud και η θεωρία της Εξέλιξης των Ειδών είναι από τις πιο αποδεκτές στη διάρκεια του χρόνου που υπάρχει η Επιστήμη.



Εικ.11: KAREL APPEL «Angry Landscape» (1967), Collection Jimmy J Younger Houston⁷



Εικ.12: Vincent Van Gogh «The starry night» (1886), The Museum of Modern Art NY⁷

Κινητήριες δυνάμεις θεωρούνται τα «ένστικτα» ή ενορμήσεις με τα οποία είμαστε προικισμένοι μέσω των γονιδίων.

Θα πρέπει να επισημάνουμε επίσης ότι ένα μεγάλο μέρος της ψυχικής μας δραστηριότητας και των κανόνων που την διέπουν βρίσκονται στο ασυνείδητο. Η εξελικτική θεωρία μας διδάσκει ότι ο εγκέφαλος διατηρεί πρώιμες συμπεριφορές, όπως επίσης διατηρεί αναλλοίωτο το αποτύπωμα του εξελικτικού παρελθόντος μας. Ασυνείδητες λειτουργίες του εγκεφάλου περιλαμβάνουν τη λειτουργία των ενστίκτων, του τρόπου που αντιλαμβανόμαστε τον κόσμο, τη λειτουργία δηλαδή των αισθήσεων όπως και τη λειτουργία των συναισθημάτων. Όλες αυτές οι λειτουργίες προηγούνται εξελικτικά της λογικής και είναι αναμφισβήτητα σημαντικές για τη δημιουργία «Τέχνης».

Από τη περιγραφή των εκδηλώσεων της ψύχωσης, γνωρίζουμε επίσης ότι τα ένστικτα και συναισθήματα είναι απελευθερωμένα από τις κοινωνικές συμβάσεις, η φαντασία είναι ενισχυμένη, η αντίληψη συχνά

παραμορφωμένη και πλούσια σε αισθήσεις εκτός του υπαρκτού αισθητικά κόσμου, όπως και μια προσωπική (παραληρητική) αντίληψη της πραγματικότητας. Μήπως οι παραπάνω εκδηλώσεις της ψύχωσης διευκολύνουν τη παραγωγή τέχνης; Εάν κανείς παρατηρήσει μερικές μορφές σύγχρονης τέχνης («οργισμένο τοπίο» εικ.11), θα έλεγε ότι αυτό είναι ίσως το ζητούμενο στην μοντέρνα τέχνη. Η εμπειρία επίσης, μας δείχνει ότι το έργο καλλιτεχνών που ασθένησαν από ψύχωση, συχνά βελτιώνεται μετά την ασθένεια. Η εικ. 12, μας δείχνει ένα από τα σημαντικότερα έργα του VanGogh που έγινε μετά την έναρξη της ψύχωσης. Είναι επίσης γνωστό ότι ο Έλληνας γλύπτης Χαλεπάς, παρήγαγε τα αριστουργήματά του μετά την έναρξη της ψύχωσής του.

Είναι λοιπόν δυνατό να συμπεράνουμε ότι η ψύχωση, απελευθερώνει τις ψυχικές δυνάμεις σημαντικές για τη παραγωγή τέχνης, απελευθερωμένης από τις συμβάσεις που επιβάλλει η κοινωνικοποίηση μας και η λογική. Αυτό βέβαια δεν συμβαίνει σε όλα τα άτομα που πάσχουν από ψύχωση αλλά σε εκείνα που έχουν γεννηθεί με το «ταλέντο» της καλλιτεχνικής δημιουργίας, που λόγω της εξελικτικής του «παλαιότητας» λειτουργεί όπως το ένστικτο και συχνά ωθεί το άτομο σε δημιουργία σημαντικής, από καλλιτεχνικής πλευράς, τέχνης. Η δε ώθηση αυτή έχει την ικανότητα να επιβιώσει και να εκφράζεται παρά τις καταστροφικές επιδράσεις της ψύχωσης σε ορισμένα μέρη του ψυχισμού του ατόμου. Η τέχνη που παράγεται ξεχωρίζει σαν μια ιδιαίτερη τέχνη μορφολογικά με σημαντική καλλιτεχνική αξία, η οποία σήμερα αναγνωρίζεται διεθνώς.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. E.H. Gombrich, «Το χρονικό της Τέχνης», Μορφωτικό Ίδρυμα Εθνικής Τράπεζας, 1991
2. A.C. Danto «Η Μεταμόρφωση του κοινότοπου, METAIXMIO 2004
- 3 «The World of MASKS», Erich Herold HAMLYN (1992), Aventinum, PRAGUE
- 4 «ΣΤΗΝ ΑΛΛΗ ΟΧΘΗ», Υπουργείο Πολιτισμού, 2004
5. «MAN AS ART», Clonicle Books, San Francisc, Copyright 1981 by Malcolm Kirk
6. GARDNER'S ART THROUGH THE AGES (9th Edition 1991), Horst de la Croix, Rishart G. Tansed, Diane Kirkpatrick, Harcourt Brace Jovanovich N.Y. edition
7. MODERN ART H.N. Arnanson (1986). History of Modern Art, Painting, Sculpture, Architecture, Photography. Third Edition Revised and updated by David Weeler, Prentice Hall Inc, Harry N. Abrams Inc.