

Αγαπητές φίλες και φίλοι,

Επηρεασμένο από την ραστώνη του καλοκαιριού και τον πυρετό των δημοτικών εκλογών που ακολούθησαν τις κινητοποιήσεις των φοιτητών, το τρέχον τεύχος δεν έχει αφιέρωμα, νέα του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων και ειδήσεις από το Πανεπιστήμιο.

Η στήλη εκπαίδευση φιλοξενεί δύο άρθρα των Διευθυντών της Παθολογικής και Χειρουργικής κλινικής του νοσοκομείου «Χατζηκώστα», ένα για την αλλεργία που προκαλείται από τα αντιβιοτικά και ένα για την λαπαροσκοπική χειρουργική του καρδίου του ορθού, αντίστοιχα με ενδιαφέρον εκτός των ορίων των ειδικοτήτων που εκπροσωπούν.

Στα ειδικά άρθρα περιλαμβάνονται ένα άρθρο εφ' όλης της ύλης για την συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση ενός επίτιμου πανεπιστημιακού δασκάλου. Επίσης, φιλοξενούμε την προσέγγιση ενός ειδικευόμενου συναδέλφου για το θέμα των εφημεριών στα νοσοκομεία και τα ζητήματα που ανοίγει η εφαρμογή του Π.Δ. που επιβάλλει ανώτερο όριο εργασιμών ωρών ανα εβδομάδα και στους γιατρούς.

Το πρόσωπο του τεύχους αυτού είναι ένας άνθρωπος που γράφει ιστορία με το δικό του τρόπο και αν και παρουσιάζει περιορισμένη εθνική διασημότητα απολαμβάνει την παγκόσμια αναγνωρισιμότητα στον τομέα του,. Είναι ο βραβευμένος με την μέγιστη παγκόσμια διάκριση στην τέχνη τη φωτογραφίας, ο γιαννιώτης Γιάννης Κόντος.

Στη στήλη «What's new in medicine» επιλεγμένα άρθρα μεταξύ αυτών που αλλάζουν τον τρόπο άσκησης της ιατρικής και δημοσιεύτηκαν τους τελευταίους μήνες σε κάποιο από τα 5 κορυφαία κλινικά ιατρικά περιοδικά διεθνώς παρουσιάζονται περιληπτικά. Η περιληπτική δημοσίευση περιλαμβάνει μόνο τα αποτελέσματα και τις προεκτάσεις τους στην κλινική πράξη και η επιλογή των άρθρων γίνεται με γνώμονα την ευρύτητα του ενδιαφέροντος των ευρημάτων και την κατανόηση των αποτελεσμάτων. Στόχος είναι να παρέχουμε την νεοπαραγόμενη ιατρική γνώση σε εύκολα κατανοητή γλώσσα και με σύντομο τρόπο στους αναγνώστες του περιοδικού μας.

Κλείνοντας, καλούμε όλους τους συναδέλφους για μια ακόμη φορά να συνδράμουν με άρθρα, προτάσεις και παρατηρήσεις στον εμπλουτισμό και την βελτίωση της ύλης του περιοδικού.

Με εκτίμηση

Στέφανος Μπέλλος Ιωάννης Γιαννακάκης

γράμμα

της σύνταξης

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,

Τα τελευταία χρόνια η αύξηση του ιατρικού δυναμικού στη χώρα μας πέρα από τις ανάγκες σε φροντίδα υγείας δημιουργεί ολοένα και οξυνόμενα προβλήματα, οικονομικής, κοινωνικής και ηθικής φύσεως.

Έχει περάσει μια πενταετία περίπου από όταν πρωτοεμφανίστηκαν στα μητρώα ανεργίας του ΟΑΕΔ ειδικευμένοι γιατροί, ενώ σήμερα αριθμούνται σε κάποιες εκατοντάδες. Πολλοί νέοι συνάδελφοι υποαπασχολούνται σε αθλητικούς συλλόγους και κέντρα αισθητικής ενώ ακόμα περισσότεροι εργάζονται εκτός του χώρου της υγείας για να εξασφαλίσουν τα έξοδα διαβίωσης τους. Τέλος, οι χρόνοι αναμονής για εισαγωγή στις περισσότερες ειδικότητες υποχρεώνουν τους νέους ιατρούς να βρίσκονται στην ανεργία για διάστημα ίσο περίπου με αυτό που εργάζονται κατά την διάρκεια της πιο δημιουργικής περιόδου της ζωής τους.

Οι παραπάνω οικονομικοί παράμετροι που αφορούν περισσότερο προσωπικά τους γιατρούς, δεν μπορούν παρά να επηρεάσουν και το σύστημα υγείας. Η πολυφαρμακία, η αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας και εργαστηριακών εξετάσεων και η ολοένα και αυξανόμενη ιδιωτική δαπάνη από την πλευρά των πολιτών στην υγεία, αποτελούν την μακροσκοπική θεώρηση των παραπάνω προβλημάτων.

Στο παραπάνω πλαίσιο τα Ιπποκρατικά ιδανικά της άσκησης της ιατρικής χάνονται στην καθημερινότητα των προβλημάτων, της οικονομικής δυσπραγίας και του ανταγωνισμού των γιατρών. Δεν θα μπορούσε να ασφαλώς να μείνει ανεπηρέαστη και η ποιότητα της ιατρικής εκπαίδευσης σε όλα της τα επίπεδα και η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στους πολίτες, με τα ποσοστά ιατρικού σφάλματος να παραμένουν σταθερά τις τελευταίες δεκαετίες παρόλη την πρόοδο που έχει συντελεστεί στα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα.

Οι συνέπειες του πολυσύνθετου αυτού προβλήματος δεν θα μπορούσαν παρά να αντανακλώνται και στην λειτουργία των συλλογικών μας οργάνων. Οι Ιατρικοί Σύλλογοι έχουν πάψει να αποτελούν το πεδίο έκφρασης της συναδελφικότητας και το χώρο επίλυσης συλλογικών προβλημάτων. Η συναδελφική αλληλεγγύη έχει αντικατασταθεί από έναν αδυσώπητο ανταγωνισμό με αποδέκτες μεταξύ άλλων και τον Ιατρικό Σύλλογο που συχνά βρίσκεται στην δυσάρεστη θέση να διευθετεί διενέξεις και κατηγορίες μεταξύ συναδέλφων.

Λύσεις που θα εκτονώσουν τον άκρατο ανταγωνισμό μεταξύ των συναδέλφων μας και θα επαναφέρουν λίγο από το χαμένο ιδεαλισμό και κύρος του επαγγέλματος του γιατρού, θα πρέπει άμεσα να αναζητηθούν.

Τελικά, οι Ιατρικοί Σύλλογοι προδευτικά διαπίστωσαν να εκπίπτει το κύρος τους και να αποδυναμώνεται η δυνατότητα παρέμβασής τους. Πρέπει να γίνει βαθειά πεποίθηση πως η αναζωογόνηση των Συλλόγων περνά μέσα από την ίδια τη συνείδηση των μελών τους πρώτα και μετά δια μέσου της θεσμικής τους αναβάθμισης. Αυτό είναι και το ζητούμενο στην τρέχουσα φάση. Αποτελεί την συνεχή και επαναλαμβανόμενη έκκλησή μου τον τελευταίο καιρό προς τους συναδέλφους. Οψόμεθα...

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



στήλη
του προέδρου

Καταφανώς ανήθικη «Νομολογία»

Του
Δρ. Γιώργου Χρ. Παππά
Συνταξιούχου Γιατρού

Όταν στο τέλος τον 2003 θεώρησα σκόπιμο να συνταξιοδοτηθώ από το Τ.Σ.Α.Υ. κι' άρχισα να μαζεύω τα «χαρτιά» μου ώστε ν' αρχίσει η συνταξιοδότησή μου από την 1/1/2004, δεν φανταζόμουν ότι θα βρεθώ μπροστά σε μια τέτοια έκπληξη και πικρία συνάμα.

Την μεταφέρω στο «Δελτίο» μας, διότι χρήζει τακτοποιήσεως και σύντομα μάλιστα, αν κάποιος της δώσει την απαιτούμενη σημασία. Ως γνωστό το 1986, όταν ένας χειρουργός στα 56 τον χρόνια βρίσκεται στον κολοφώνα της αποδόσεως του, συνταξιοδοτήθηκα αναγκαστικά από το Δημόσιο πρόωρα, λόγω καταργήσεως για γνωστούς και άγνωστους λόγους της Κρατικής Κλινικής την οποία διεύθυνα. Είχα, όμως, για καλή μου τύχη και κακή των εμπνευστών αυτής της απρέπιας, συμπληρώσει ήδη εικοσαετία πραγματικής υπηρεσίας μου στα Νοσοκομεία. Σ' αυτή την ηλικία δεν ήταν δυνατό να διανοηθώ να μη διατηρήσω το ιδιωτικά μου ιατρείο, καταβάλλοντας, βεβαίως, τις συνδρομές μου προς το ταμείο μας το Τ.Σ.Α.Υ. Κάποια στιγμή, στην ετήσια προκήρυξη που έκανε το Τ.Ε.Β.Ε. για τους ασφαλισμένους του, έλαβα μέρος και προσλήφθηκα ως θεραπευτής ιατρός ουρολόγος, δεχόμενος τους ασθενείς στο ιατρείο μου με σύμβαση έργου και πάγια μηνιαία αντιμισθία, η οποία ορίζονταν ρητά στην σύμβαση ότι δεν αναγνωρίζονταν στον ευρύτερο Δημόσιο τομέα για συνταξιοδοτικούς σκοπούς.

Οι κρατήσεις που γίνονταν υποχρεωτικά από το Τ.Ε.Β.Ε. ήταν οι εξής τρεις: Ο φόρος εισοδήματος, ολόκληρη η συνδρομή μου για το Τ.Σ.Α.Υ. και το επικουρικό ταμείο.

Και ... κράτηση υπέρ του Μετοχικού Ταμείου Πολιτικών Υπαλλήλων, δηλαδή ... υπέρ της αεροπορίας, που λένε. Αυτές οι κρατήσεις, σύμφωνα με το εκκαθαριστικό που λάβαινα κάθε μήνα από την Εθνική Τράπεζα, αποδίδονταν εξ ολοκλήρου στα αρμόδια ταμεία, όπως, άλλωστε βεβαιώνονταν και από το ετήσιο βεβαιωτικό του Τ.Ε.Β.Ε. Αυτή η ετήσια σύμβαση με το Τ.Ε.Β.Ε., αποτέλεσμα της συμμετοχής μου σε κάποια κρίση την κάθε φορά, επαναλήφθηκε για εφτά χρόνια, μιας και αμοιβαία υπήρξε αγαστή συνεργασία.

Έκπληκτος λοιπόν αντιμετώπισα έναν υπάλληλο του Τ.Σ.Α.Υ., ο οποίος μου γνώρισε ότι χρωστώ τις συνδρομές μου εφτά ετών τις οποίες έπρεπε να καταβάλλω, μαζί με τις προσαυξήσεις, πρόστιμα, προκειμένου να προχωρήσει η συνταξιοδότηση μου.

Χαμογέλασα και τον διαβεβαίωσα ότι διαθέτω στο γραφείο μου όλα τα σημειώματα της Εθνικής Τράπεζας και ότι είμαι σε θέση να προσκομίσω πιστοποιητικό κρατήσεων από το Τ.Ε.Β.Ε. Όλα αυτά εστάλησαν, διότι υπήρχαν, αλλά δυστυχώς χωρίς αποτέλεσμα.

Ανώτατο στέλεχος του Τ.Σ.Α.Υ. με ενημέρωσε ότι υπάρχει ... νομολογία, σύμφωνα με την οποία, εφ' όσον σ' αυτό το διάστημα

έπαιρνα σύνταξη από το Δημόσιο και παρά την καταβολή των οφειλών μου από το Τ.Ε.Β.Ε. και την είσπραξή τους από το Τ.Σ.Α.Υ. έπρεπε να τις είχα καταβάλλει κι' εγώ για δεύτερη φορά! Πρωτοφανές και μάλιστα η άγνοιά μου αυτής της «νομολογίας» είχε ως αποτέλεσμα πρόστιμα συσσωρευμένα για όλη την εφταετία, που έφταναν σε σημαντικά ποσά. Μπορούσαν να με διευκολύνουν εάν έστελνα μια επιστολή προς το Δ.Σ. του Τ.Σ.Α.Υ. αναφέροντας ότι αγνοούσα αυτήν την νομολογία - την αλήθεια δηλαδή - κι' εκείνο πιθανώς εν τη μεγαλοψυχία του θα μου χάριζε τις προσαυξήσεις των προστίμων. Αυτό και έγινε. Ταυτόχρονα όμως γνώρισα στο Δ.Σ. του Τ.Σ.Α.Υ. ότι τα εφτά χρόνια που εργάστηκα στο Τ.Ε.Β.Ε. ήταν όλα πάνω από τα 39 υποχρεωτικά χρόνια που απαιτούνταν για την πλήρη συνταξιοδότηση μου από το Τ.Σ.Α.Υ. Χαμένα λόγια! Τα λεφτά για να πάρεις σύνταξη. Δεν θέλησα ν' αντιδικήσω με το ταμείο μας, δεδομένου του ότι η σοβαρότητα και η ειλικρίνεια του προαναφερθέντος ανώτερου στελέχους το Τ.Σ.Α.Υ. ήταν αναμφισβήτητες. Έδωσα τα χρήματα όλων των ετών και συνταξιοδοτήθηκα. Παρά ταύτα θεωρώ άδικη και παράλογη αυτή την αξίωση, έστω κι' αν εκπορεύεται από μια τέτοια «νομολογία» - ανήθικη κατά την γνώμη μου - που απαιτεί να εισπραχθεί δυο φορές το ίδιο πράγμα κι' από την άλλη να μην προσφέρει ούτε ένα μικρό «μπόνους» στην σύνταξη ή το εφάπαξ όταν εισπράττονται τόσο σημαντικά ποσά, πέρα από αυτά που εισπράχτηκαν για την κανονική και πλήρη συνταξιοδότηση.

Ίδου κάτι στο οποίο θα πρέπει να εγκύψουν οι νεότεροι συνδικαλιστές του κλάδου μας, ζητώντας και τις απαραίτητες νομικές συμβουλές.

Ο καιρός κατά τον οποίο γιατροί εγκατέλειπαν τον μάταιο τούτο κόσμο στα ιατρεία τους, χωρίς συνταξιοδότηση, παρείλθε νομίζω ανεπιστρεπτί και το Τ.Σ.Α.Υ. έχει «συλλέξει» τέτοιες αχρεώστητες συνδρομές ούκ ολίγες, ώστε η ηθική, τουλάχιστον, τάξη να επιβάλει διαφορετική συμπεριφορά προς τους ασφαλισμένους του.

Εξάλλου προ ετών, για να σταματήσει κάποια απεργία των φαρμακοποιών, το Κράτος κατάργησε ένα ποσό που εισπράττονταν ως κοινωνικός πόρος σε αντικατάσταση του παλαιού «ιατρόσημου» στις συνταγές, με την υπόσχεση ότι το ποσό αυτό θα καταβληθεί από τον προϋπολογισμό και μάλιστα αναδρομικά.

Δεν φαντάζομαι να περίμενε κάποιος ότι το Ελληνικό Δημόσιο θα ήταν συνεπές σ' αυτή του την υπόσχεση. Εν τούτοις κάποιοι τέτοιοι πόροι άλλων ταμείων - των δικηγόρων επί παραδείγματι - αντιπροσωπεύουν τεράστια ποσά και εισπράττονται προκαταβολικά και υποχρεωτικά για μια υπογραφή και μόνον !

Είναι καιρός να σταματήσει να πιπιλίζεται η καραμέλα περί των ευκατάστατων γιατρών, που αρχίζουν να εργάζονται, όσοι είναι τυχεροί, ύστερα από υπερδεκαπενταετείς κοπιώδεις σπουδές για να μπορέσουν να συντηρήσουν στοιχειωδώς μια οικογένεια, κι' ας γίνει κατανοητό ότι καθένας παίρνει σύνταξη σύμφωνη με αυτά που κατέβαλε ο ίδιος στη ζωή του από τη δουλειά του κι' όχι από καμιά «βρύση» σε βάρος άλλων. Αυτό ισχύει παγκοσμίως.

Όσο για το «εφ' άπαξ» δεν θα ντραπώ ν' αναφέρω ότι ανήλθε στο ... ιλιγγιώδες ποσό των 2000 Ευρώ. Χωρίς να θέλω να υποτιμήσω την δουλειά κανενός θα πρότεινα να ερωτηθούν οι ... παλουκομπήχτες της Δ.Ε.Η. και του Ο.Τ.Ε. πόσο εφάπαξ παίρνουν, αφήνοντας τους άλλους Δ.Υ. και τους απλούς τραπεζοϋπαλλήλους.

Εδώ σταματώ και περιμένω δράση.

Αγωνιστικά ως παλιός συνδικαλιστής και συναδερφικά

ΓΙΩΡΓΟΣ ΠΑΠΠΑΣ

Roumie CL, Elasy TA, Greery R, Griffin MR, Liu X, Stone WJ, Wallston KA, Dittus RS, Alvarez V, Cobb J, Speroff T.

Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education: a cluster randomized trial.

Ann Intern Med. 2006 Aug 1;145(3):165-75.

Οι συγγραφείς χώρισαν τυχαία επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με υπέρτασικούς ασθενείς στους οποίους εφάρμοσαν 3 κατηγορίες εκπαιδευτικών παρεμβάσεων: 1) σύνδεση στο διαδίκτυο με την ιστοσελίδα της Επιτροπής για την Πρόληψη, Διάγνωση, Αξιολόγηση και Θεραπεία της Υπέρτασης (Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure), 2) σύνδεση στο διαδίκτυο σε συνδυασμό με ένα σύστημα αυτόματης ειδοποίησης μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή για την αρτηριακή πίεση των ασθενών τους και 3) την σύνδεση στο διαδίκτυο, το σύστημα ειδοποίησης μέσω Η/Υ και ένα γράμμα στους ασθενείς τους για τους τρόπους που μπορούν να ελέγχουν από μόνοι τους την αρτηριακή τους πίεση. Οι ασθενείς των επαγγελματιών της τρίτης κατηγορίας είχαν καλύτερο έλεγχο της αρτηριακής τους πίεσης.

Sanchez-Fructuoso AI, Marques M, Prats D, Conesa J, Calvo N, Perez-Contin MJ, Blazquez J, Fernandez C, Corral E, Del Rio F, Nunez JR, Barrientos A.

Victims of cardiac arrest occurring outside the hospital: a source of transplantable kidneys.

Ann Intern Med. 2006 Aug 1;145(3):157-64.

Το Ισπανικό Δίκαιο επιτρέπει στους γιατρούς να διατηρούν την κυκλοφορία του αίματος σε ασθενείς με καρδιακή ανακοπή μέχρι να καταστεί εφικτό να έρθουν σε επαφή με τους συγγενείς τους προκειμένου να δοθεί συγκατάθεση για να αφαιρεθούν τα ζωτικά όργανα για μεταμόσχευση. Σε σειρές ληπτών μεταμοσχευμένων νεφρών από την Μαδρίτη, η επιβίωση σε 1 και σε 5 χρόνια από την μεταμόσχευση δεν διέφερε μεταξύ των 320 ληπτών από δότες που δεν είχαν διατηρηθεί στην κυκλοφορία μετά την ανακοπή ("non-heart-beating") και στους 458 λήπτες από δότες που είχαν διατηρηθεί στην κυκλοφορία μετά την ανακοπή ("heart-beating donors").

Arnlov J, Pencina MJ, Amin S, Nam BH, Benjamin EJ, Murabito JM, Wang TJ, Knapp PE, D'Agostino RB Sr, Bhasin S, Vasan RS.

Endogenous sex hormones and cardiovascular disease incidence in men.

Ann Intern Med. 2006 Aug 1;145(3):176-84.

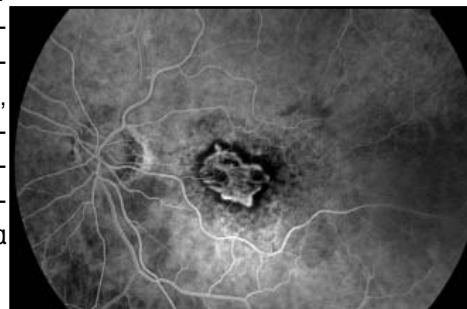
2 κούρτες 2084 ανδρών από την μελέτη Framingham Heart Study μέτρησαν οιστρογόνα, τεστοστερόνη και δεϋδροεπιανδροστερόνη (DHEA-S) και παρακολούθηθηκαν για 10 χρόνια για καρδιαγγειακά συμβάματα. Τα επίπεδα τεστοστερόνης και DHEA-S δεν συνδυάστηκαν με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, αλλά τα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων συσχετίστηκαν με χαμηλό κίνδυνο. Ο σχετικός κίνδυνος για καρδιαγγειακά συμβάματα στους άνδρες με επίπεδο οιστρογόνων στο ανώτερο τεταρτημόριο της κατανομής ήταν 0,68 (95% CI, 0.50 to 0.92) σε σχέση με τους άνδρες που είχαν επίπεδο οιστρογόνων στο χαμηλότερο τεταρτημόριο.

Wong TY, Klein R, Sun C, Mitchell P, Couper DJ, Lai H, Hubbard LD, Sbarrett AR;

Atherosclerosis Risk in Communities Study Age-related macular degeneration and risk for stroke.

Ann Intern Med. 2006 Jul 18;145(2):98-106

Οι συγγραφείς μελέτησαν 10.405 άτομα ηλικίας 49 έως 73 ετών χωρίς ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου ή στεφανιαίας νόσου. Τα άτομα με πρώιμο σταδίου εκφύλιση της ωχράς κηλίδας είχαν υψηλότερη αθροιστική επίπτωση εγκεφαλικού επεισοδίου. Αυτοί που έκαναν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είχαν υψηλότερη συστολική αρτηριακή πίεση, σε μεγαλύτερο ποσοστό έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη, κάπνιζαν περισσότερο και έπαιρναν σε μεγαλύτερο ποσοστό αντιυπερτασική αγωγή. Από στατιστική ανάλυση που συμπεριέλαβε και τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο δεν άλλαξε η συσχέτιση του με την εκφύλιση της ωχράς, υποδηλώνοντας πως η τελευταία είναι παράγοντας κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.



Boudville N, Prasad GV, Knoll G, Muirhead N, Thiessen-Philbrook H, Yang RC, Rosas-Arellano MP, Housawi A, Garg AX; Donor Nephrectomy Outcomes Research (DONOR) Network.

Meta-analysis: risk for hypertension in living kidney donors.

Ann Intern Med. 2006 Aug 1;145(3):185-96.

Η ανασκόπηση βρήκε 10 μελέτες που συνέκριναν την αρτηριακή πίεση των δωρητών νεφρού σε σχέση με αυτή υγιών ενηλίκων της ίδιας ηλικίας, φύλου και εθνικότητας. Μεταξύ 5 και 10 ετών μετά την δωρεά νεφρού, οι δότες νεφρού είχαν μέση αρτηριακή πίεση κατά μέσο όρο 5 mm Hg υψηλότερη από ότι αναμένονταν λόγω της αύξησης της ηλικίας

Berkowitz RI, Fujioka K, Daniels SR, Hoppin AG, Owen S, Perry AC, Sothorn MS, Renz CL, Pirner MA, Walch JK, Jasinsky O, Hewkin AC, Blakesley VA; Sibutramine Adolescent Study Group.

Effects of sibutramine treatment in obese adolescents: a randomized trial.

Ann Intern Med. 2006 Jul 18;145(2):81-90

Οι συγγραφείς συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα της σιβουτραμίνης σε σχέση με την εικονική φαρμακευτική θεραπεία σε 498 ασθενείς που όλοι τους συμμετείχαν σε θεραπεία για τροποποίηση της συμπεριφοράς. Το μέσο βάρος των συμμετεχόντων ήταν 98 Kg. Μετά από 1 έτος θεραπείας, οι συμμετέχοντες που ελάμβαναν σιβουτραμίνη είχαν μεγαλύτερη μείωση στο Δείκτη Μάζας Σώματος και στο σωματικό βάρος από αυτούς που λάμβαναν την εικονική φαρμακευτική θεραπεία. Η διαφορά στην αλλαγή του βάρους ήταν 8 κιλά.

van Dam RM, Willett WC, Manson JE, Hu FB.

The relationship between overweight in adolescence and premature death in women.

Ann Intern Med. 2006 Jul 18;145(2):91-7.

Από 102.400 γυναίκες της κοόρτης Nurses' Health Study II, αυτές με υψηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος κατά την ηλικία των 18 ετών είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για παχυσαρκία κατά την ενηλικίωση και για πρώιμο θάνατο, ανεξάρτητα από την ύπαρξη άλλων παραγόντων κινδύνου όπως το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και η ελαττωμένη φυσική άσκηση. Οι συγγραφείς τονίζουν όμως πως οι διαφορές στον Δείκτη Μάζας Σώματος στην εφηβεία μπορεί μόνο εν μέρει να αιτιολογήσει τον αύξηση της συχνότητας των πρώιμων θανάτων.



Douglas K, O'Malley PG, Jackson JL.

Meta-analysis: the effect of statins on albuminuria.

Ann Intern Med. 2006 Jul 18;145(2):117-24. Review

Σε 13 από 15 Τυχαιοποιημένες Κλινικές Μελέτες που συμπεριλάμβαναν 1384 ασθενείς, οι στατίνες βρέθηκε να περιορίζουν την πρωτεϊνουρία και την αλβουμινουρία. Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα αποτελέσματα αυτά δεν αποτελούσαν πρωταρχικούς στόχους των 15 παραπάνω μελετών, χρειαζόμαστε μεγαλύτερες μελέτες που να εστιάζουν στην επίδραση των στατινών στις παραπάνω νεφρικές παραμέτρους και στην πρόοδο της νεφρικής νόσου.

Estruch R, Martinez-Gonzalez MA, Corella D, Salas-Salvado J, Ruiz-Gutierrez V, Covas MI, Fiol M, Gomez-Gracia E, Lopez-Sabater MC, Vinyoles E, Aros F, Conde M, Lahoz C, Lapetra J, Saez G, Ros E; PREDIMED Study Investigators.

Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial.

Ann Intern Med. 2006 Jul 4;145(1):1-11

Οι συγγραφείς χώρισαν τυχαία 772 συμμετέχοντες σε 2 ομάδες: στην πρώτη ομάδα δόθηκε διαίτα με χαμηλά λιπαρά και στην άλλη 1 από 2 διαθέσιμες Μεσογειακές δίαιτες που εστίαζαν στην κατανάλωση ελαιόλαδου ή ξηρών καρπών. Έπειτα μέτρησαν τις αλλαγές στο σωματικό βάρος, την αρτηριακή πίεση, το λιπιδαιμικό προφίλ, τα επίπεδα γλυκόζης και τον βαθμό παρουσίας φλεγμονωδών κυττάρων. Οι 2 Μεσογειακές δίαιτες είχαν πιο ευεργετικό αποτέλεσμα στις περισσότερες από τις παραπάνω εκβάσεις μετά από 3 μήνες, συγκρινόμενες με την διαίτα χαμηλών λιπαρών.

Scharf HP, Mansmann U, Streitberger K, Witte S, Kramer J, Maier C, Trampisch HJ, Victor N.

Acupuncture and knee osteoarthritis: a three-armed randomized trial.

Ann Intern Med. 2006 Jul 4;145(1):12-20.

Οι συγγραφείς χώρισαν τυχαία ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα του γόνατος σε 3 ομάδες: στην πρώτη προσέφεραν φυσιοθεραπεία και την συνοδευτική αντιφλεγμονώδη αγωγή, στην δεύτερη παραδοσιακό κινέζικο βελονισμό και στην τρίτη ψεύδο-βελονισμό. Και οι 2 παρεμβάσεις που περιλάμβαναν βελονισμό είχαν καλύτερα αποτελέσματα στις 26 εβδομάδες όπως μετρήθηκαν με ειδική κλίμακα [Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)], αλλά δεν διέφεραν μεταξύ τους. Τα παρατηρούμενα αποτελέσματα μπορεί να είναι λόγω της επίδρασης του φαινομένου placebo, λόγω διαφορών στην ένταση και την ποιότητα της σχέσης με τον θεραπευτή, ή και λόγω της επίδρασης του ίδιου του βελονισμού στην νευροφυσιολογία του ανθρώπου.

Cook NR, Buring JE, Ridker PM.

The effect of including C-reactive protein in cardiovascular risk prediction models for women.

Ann Intern Med. 2006 Jul 4;145(1):21-9

Ο συνυπολογισμός της υψηλής ευαισθησίας C-Αντιδρώσας Πρωτεΐνης [high-sensitivity C-reactive protein (hsCRP)] σε ένα καθολικό μοντέλο πρόγνωσης καρδιακού κινδύνου, βελτιώνει την ταξινόμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου, ιδιαίτερα για γυναίκες μεσαίου κινδύνου.

Knight CL, Fibn SD

Update in general internal medicine.

Ann Intern Med. 2006 Jul 4;145(1):52-6

Κατά τη διάρκεια του έτους 2005, αρκετές σημαντικές μελέτες άλλαξαν την καθημέρα κλινική πράξη και αντιμετώπιση για πολλές καταστάσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Το άρθρο αυτό συζητά τέτοιες αλλαγές και νέα ερευνητικά δεδομένα για τη στεφανιαία νόσο, την Βιταμίνη Ε, την γυναικολογική υγεία, την περιεγχειριτική συμβουλευτική, το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, την διαλογή του HIV, τον καρκίνο του παχέως εντέρου, το πεπτικό έλκος, την άνοια, τον ανθεκτικό στην μεθικιλίνη σταφυλόκοκκο, τον έρπητα ζωστήρα και την υπέρταση.

Kremer JM, Genant HK, Moreland LW, Russell AS, Emery P, Abud-Mendoza C, Szechinski J, Li T, Ge Z, Becker JC, Westhovens R.

Effects of abatacept in patients with methotrexate-resistant active rheumatoid arthritis: a randomized trial.

Ann Intern Med. 2006 Jun 20;144(12):865-76.

Η Abatacept είναι το πρώτο φάρμακο που χρησιμοποιεί την αναστολή της ενεργοποίησης των T-λεμφοκυττάρων σαν μια θεραπευτική στρατηγική. Σε αυτήν την 1-έτους, τυχαίοποιημένη κλινική μελέτη που συμπεριελάμβανε 116 κέντρα και 652 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, η Abatacept μείωσε την ενεργότητα της νόσου, σε σχέση με την εικονική θεραπεία, κατά τρόπο ανεξάρτητο από την λήψη μεθοτρεξάτης. Το εν λόγω φάρμακο είναι αποτελεσματικό, αλλά για να προσδιοριστεί ο πραγματικός τρόπος δράσης του θα χρειαστούν μεγαλύτερες μελέτες σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών.

Tirosh A, Mandel D, Mimouni FB, Zimlichman E, Shochat T, Kochba I.

Autoimmune diseases in asthma.

Ann Intern Med. 2006 Jun 20;144(12):877-83.

Στην μελέτη 488.841 στρατευμένων νέων, σημαντικά περισσότερες γυναίκες από ότι άνδρες είχαν κάποιο αυτοάνοσο νόσημα. Συγκρίνοντας γυναίκες με άσθμα με γυναίκες χωρίς άσθμα, οι τελευταίες είχαν υψηλότερο επιπολασμό όλων των αυτοάνοσων διαταραχών με εξαίρεση το αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο. Ο τύπου 1 σακχαρώδης διαβήτης, η αγγειίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ήταν λιγότερο συχνές σε άνδρες με άσθμα από ότι σε αυτούς χωρίς άσθμα. Η παρουσία άσθματος μπορεί να σχετίζεται με τον υψηλό επιπολασμό των κυριότερων αυτοάνοσων νοσημάτων. Το προϋπάρχον άσθμα φαίνεται όμως να προστατεύει έναντι της ανάπτυξης αυτοάνοσων διαταραχών σε διαφορετικούς βαθμούς μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Messerli FH, Mancina G, Conti CR, Hewkin AC, Kupfer S, Champion A, Kolloch R, Benetos A, Pepine CJ.

Dogma disputed: can aggressively lowering blood pressure in hypertensive patients with coronary artery disease be dangerous?

Ann Intern Med. 2006 Jun 20;144(12):884-93

Λόγω του ότι η ροή αίματος στις στεφανιαίες αρτηρίες αυξάνει κατά την διαστολική φάση της καρδιακής λειτουργίας, η ύπαρξη αυξημένου κινδύνου για στεφανιαία νόσο είναι λογικό να συσχετίζεται με την μεγάλη μείωση της διαστολικής αρτηριακής πίεσης. Η υπόθεση αυτή δεν έχει αποδειχθεί. Δευτερογενής (Secondary) ανάλυση δεδομένων από μια μεγάλη τυχαίοποιημένη μελέτη 2 αντιυπερτασικών φαρμάκων σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο δείχνει ότι ο κίνδυνος για την κύρια μελετώμενη έκβαση (θάνατος από κάθε αιτία και έμφραγμα του μυοκαρδίου) αυξάνονταν όσο μειώνονταν η διαστολική αρτηριακή πίεση. Η σχέση αυτή δεν επιβεβαιώθηκε όταν η κύρια έκβαση που μετρήθηκε ήταν το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Salpeter SR, Buckley NS, Ormiston TM, Salpeter EE.

Meta-analysis: effect of long-acting beta-agonists on severe asthma exacerbations and asthma-related deaths.

Ann Intern Med. 2006 Jun 20;144(12):904-12

Ομαδοποιημένα (Pooled) αποτελέσματα από 19 μελέτες με 33.826 ασθματικούς ασθενείς δείχνουν ότι οι β-αγωνιστές μακράς δράσης αύξησαν τις κρίσεις που χρειάζονταν νοσοκομειακή αντιμετώπιση και τις απειλητικές για τη ζωή κρίσεις, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Οι εισαγωγές στο νοσοκομείο επίσης σε στατιστικά σημαντικό βαθμό αυξήθηκαν με την χρήση σαλμετερόλης και φορμετόλης και στα παιδιά και στους ενήλικες. Ο κίνδυνος θανάτου από άσθμα αυξήθηκε κατά (pooled risk difference) 0.07% (95% CI, 0.01% to 0.1%).

Philip P, Taillard J, Moore N, Delord S, Valtat C, Sagaspe P, Bioulac B.

The effects of coffee and napping on nighttime highway driving: a randomized trial.

Ann Intern Med. 2006 Jun 6;144(11):785-91

Οι συγγραφείς μέτρησαν την ικανότητα νυχτερινής οδήγησης στον αυτοκινητόδρομο 12 νεαρών ανδρών αμέσως μετά την λήψη καφέ (περιεκτικότητας 200 mg καφεΐνης) ή decaffeinate ροφήματος (περιεκτικότητας 15 mg καφεΐνης) ή ενός σύντομου ύπνου 30 λεπτών. Όταν μέτρησαν την ικανότητα οδήγησης στον αυτοκινητόδρομο την νύχτα σε σχέση με την ημέρα, το 75% οδηγούσε το ίδιο καλά μετά τη λήψη καφέ, το 66% οδηγούσε το ίδιο καλά μετά το σύντομο ύπνο 30 λεπτών αλλά μόνο το 13% μετά τη λήψη decaffeinate ροφήματος οδηγούσε το ίδιο καλά. Η λήψη καφέ και ο σύντομος ύπνος, μείωσαν σημαντικά, την δυσκολία οδήγησης σε αυτοκινητόδρομο κατά τη διάρκεια της νύκτας.

Arora V, Dunphy C, Chang VY, Ahmad F, Humphrey HJ, Meltzer D.

The effects of on-duty napping on intern sleep time and fatigue.

Ann Intern Med. 2006 Jun 6;144(11):792-8.

Κατά τη διάρκεια 1-μηνός εκπαίδευσης ειδικευομένων σε κλινική (inpatient rotation), οι ειδικευόμενοι ακολούθησαν για 2 εβδομάδες ένα πρόγραμμα εφημερίας που επέτρεπε περισσότερο ύπνο (nap schedule) και για 2 εβδομάδες το συνηθισμένο πρόγραμμα (standard call schedule). Το πρόγραμμα εφημερίας που επέτρεπε περισσότερο ύπνο (nap schedule), προσέφερε στους εφημερεύοντες επιπλέον κάλυψη και από άλλο γιατρό από τα μεσάνυκτα μέχρι τις 7 το πρωί, ώστε να μπορούν να τελειώσουν τις δουλειές τους γρηγορότερα και να κοιμηθούν περισσότερο. Οι ειδικευόμενοι που ακολούθησαν το πρόγραμμα κάλυψης κοιμόντουσαν κατά μέσο όρο 41 λεπτά περισσότερο από ότι στο συνηθισμένο πρόγραμμα εφημεριών. Παρόλη τη σύντομη διάρκεια του ύπνου, οι ειδικευόμενοι αυτοί παρουσίασαν μικρότερου βαθμού κόπωση, απ' ότι στο συνηθισμένο πρόγραμμα εφημερίας. Μια τέτοιου είδους κάλυψη κατά την διάρκεια των εκτεταμένων ωραρίων εργασίας μπορεί να αυξήσει τον ύπνο και να μειώσει την κόπωση.



Kearon C, Ginsberg JS, Douketis J, Turpie AG, Bates SM, Lee AY, Crowther MA, Weitz JI, Brill-Edwards P, Wells P, Anderson DR, Kovacs MJ, Linkins LA, Julian JA, Bonilla LR, Gent M; Canadian Pulmonary Embolism Diagnosis Study (CANPEDS) Group.

An evaluation of D-dimer in the diagnosis of pulmonary embolism: a randomized trial.

Ann Intern Med. 2006 Jun 6;144(11):812-21.

Σε νοσηλευόμενους ασθενείς με χαμηλή κλινική πιθανότητα για πνευμονική εμβολή και αρνητικό το τεστ των D-dimer, η περεταίρω διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων δεν αύξησε την διαγνωστική πιθανότητα φλεβικής θρομβοεμβολής (venous thromboembolism) κατά τη διάρκεια του follow-up. Χαμηλή κλινική πιθανότητα και αρνητικά D-dimer παρουσιάζονται στο 50% εξωτερικών ασθενών και στο 20% νοσηλευόμενων ασθενών που υπάρχει υποψία πνευμονικής εμβολής.

Diez Roux AV, Ranjit N, Powell L, Jackson S, Lewis TT, Shea S, Wu C.

Psychosocial factors and coronary calcium in adults without clinical cardiovascular disease.

Ann Intern Med. 2006 Jun 6;144(11):822-31.

Οι συγγραφείς μελέτησαν την σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων και υποκλινικής μορφής στεφανιαίας αθηροσκλήρυνσης σε ένα πολυεθνικό δείγμα ενηλίκων στην κοινότητα. Ο επιπολασμός και η έκταση των στεφανιαίων αποτιμώνσεων ήταν ουσιαστικά η ίδια καθ' όλο το φάσμα της αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας καθώς και της επιβάρυνσης με χρόνια άγχος, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Καταθλιπτικά συμπτώματα, θυμός, άγχος και χρόνια επιβάρυνση με άγχος δεν σχετίζονται με αυξημένη αποτίτρωση σε ασυμπτωματικούς ενήλικες.

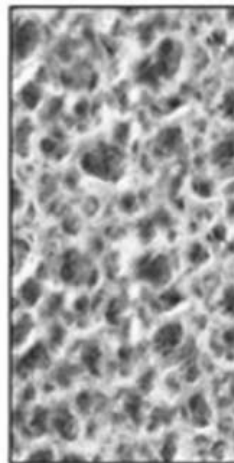
Nayak S, Olkin I, Liu H, Grabe M, Gould MK, Allen IE, Owens DK, Bravata DM.

Meta-analysis: accuracy of quantitative ultrasound for identifying patients with osteoporosis.

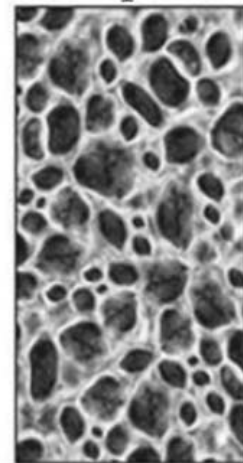
Ann Intern Med. 2006 Jun 6;144(11):832-41.

Μελέτες γύρω από τα χαρακτηριστικά και την αποτελεσματικότητα του τεστ της ποσοτικής μέτρησης ασβεστίου με υπερήχους (calcaneal quantitative ultrasound) ως μεθόδου διαλογής (screening), δεν μπορεί να αποκλείσει ή να επιβεβαιώσει με σιγουριά την οστεοπόρωση όπως διαγιγνώσκεται με την χρήση μεθόδου – χρυσού κανόνα (dual-energy x-ray absorptiometry). Επιπρόσθετη έρευνα χρειάζεται ώστε να μπορέσει εφαρμοστεί με αποδεδειγμένη την αποτελεσματικότητα της η ποσοτική μέτρηση ασβεστίου οστών με υπερήχους, ως μέθοδος επιλογής, σε προγράμματα διαλογής για την οστεοπόρωση.

Normal Bone



Osteoporosis



O'Brien PE, Dixon JB, Laurie C, Skinner S, Proietto J, McNeil J, Strauss B, Marks S, Schachter L, Chapman L, Anderson M.

Treatment of mild to moderate obesity with laparoscopic adjustable gastric banding or an intensive medical program: a randomized trial.

Ann Intern Med. 2006 May 2;144(9):625-33

Οι συγγραφείς χώρισαν τυχαία 80 ενήλικες (με δείκτη μάζας σώματος από 30 έως 34 kg/m²) σε 2 ομάδες: στην πρώτη που λαπαροσκοπικά εφαρμόστηκε γαστρικός δακτύλιος και στην δεύτερη μη χειρουργική εντατική θεραπεία με διάφορα μέσα. Η απώλεια βάρους και με τις 2 θεραπείες ήταν η ίδια κατά το πρώτο εξάμηνο. Στους επόμενους 18 μήνες η ομάδα που υπεβλήθη σε χειρουργική θεραπεία διατήρησε την απώλεια βάρους ενώ η ομάδα σύγκρισης ξανακέρδισε βάρος. Οι χειρουργικές τεχνικές μπορούν να είναι αποτελεσματικές στην επίλυση προβλημάτων και την βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών με μεταβολικό νόσημα.

Edwards P, Roberts I, Green J, Lutchmun S.

Deaths from injury in children and employment status in family: analysis of trends in class specific death rates.

BMJ. 2006 Jul 15;333(7559):119. Epub 2006 Jul 7.

Οι θάνατοι και οι δηλητηριάσεις παιδιών μειώθηκαν στην Αγγλία και την Ουαλία, σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες κατά την διάρκεια των τελευταίων 20 ετών, αλλά όχι και στα παιδιά των οικογενειών που δεν εργάζεται κανένας ενήλικας. Οι συγγραφείς ανέλυσαν δεδομένα των 3ων τελευταίων δεκαετιών. Συνολικά οι θάνατοι για τις φτωχότερες οικογένειες είναι 13 φορές πιο συχνόι από ότι για τις πλουσιότερες, με τις ανισότητες να γίνονται ακόμα μεγαλύτερες για θανάτους από πυρκαγιές στο σπίτι και από τροχαία ως πεζοί.

Tiihonen J, Wahlbeck K, Lonnqvist J, Klaukka T, Ioannidis JP, Volavka J, Haukka J.

Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study.

BMJ. 2006 Jul 29;333(7561):224. Epub 2006 Jul 6.

Η αποτελεσματικότητα των 1ης και 2ης γενιάς αντιψυχωσικών φαρμάκων στην θεραπεία της σχιζοφρένειας και των σχιζοσυναισθηματικών διαταραχών διαφέρει αρκετά στις πραγματικές συνθήκες θεραπείας. Οι συγγραφείς παρακολούθησαν, για ένα μέσο διάστημα 3.6 έτη, 2230 συνεχόμενους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν πρώτη φορά επειδή έπασχαν από σχιζοφρένεια. Οι ασθενείς που θεραπεύτηκαν με περφεναζίνη, κλοζαπίνη ή ολανζαπίνη, είχαν πιο χαμηλό κίνδυνο για επανεισαγωγή στο νοσοκομείο και για εμφάνιση όλων των αιτιών διακοπής της θεραπείας, σε σχέση με τους ασθενείς που θεραπεύτηκαν με αλλοπεριδόλη. Αυξημένη θνητότητα εμφανίστηκε σε ασθενείς που δεν ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή.



Harnden A, Grant C, Harrison T, Perera R, Brueggemann AB, Mayon-White R, Mant D.

Whooping cough in school age children with persistent cough: prospective cohort study in primary care.

BMJ. 2006 Jul 22;333(7560):174-7. Epub 2006 Jul 7.

Ένα σημαντικό ποσοστό εμβολιασμένων παιδιών σχολικής ηλικίας που εμφανίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα με επίμονο βήχα είναι πιθανό να έχουν πρόσφατη λοίμωξη από *Bordetella pertussis*. Στην μελέτη συμμετείχαν 179 παιδιά ηλικίας από 5 έως 16 ετών (από 18 ιατρεία στη Μεγ. Βρετανία) που είχαν βήχα για 2 ή περισσότερες εβδομάδες. Ορολογικές αντιδράσεις θετικές για πρόσφατη λοίμωξη με *Bordetella pertussis* βρέθηκε στο 37% των παιδιών, και το 86% αυτών των παιδιών είχαν εμβολιαστεί πλήρως. Ασφαλής διάγνωση του βήχα του κοκκύτη μπορεί να κάνει τους γονείς να νιώθουν λιγότερο ανήσυχoi και να προφυλάξει από άχρηστες διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπείες, καταλήγουν οι συγγραφείς.

Macintosh MC, Fleming KM, Bailey JA, Doyle P, Modder J, Acolet D, Golightly S, Miller A.

Perinatal mortality and congenital anomalies in babies of women with type 1 or type 2 diabetes in England, Wales, and Northern Ireland: population based study.

BMJ. 2006 Jul 22;333(7560):177. Epub 2006 Jun 16

Η περιγεννητική θνησιμότητα και ο επιπολασμός συγγενών ανωμαλιών σε μωρά γυναικών με προ της κύησης διαβήτη τύπου 2 είναι τόσο υψηλά όσο και σε μωρά γυναικών με διαβήτη τύπου 1. Στην μελέτη αυτή, περισσότερες από 2300 κυήσεις παρακολούθηθηκαν καθώς και οι εκβάσεις κυήσεων γυναικών με τύπου 1 ή 2 σακχαρώδη διαβήτη. Η περιγεννητική θνησιμότητα ήταν παρόμοια και στις δυο ομάδες γυναικών (περίπου 32/1000) και περίπου 4-πλάσια από αυτή του γενικού πληθυσμού. Οι συγγενείς ανωμαλίες ήταν περίπου 46/1000 γεννήσεις, ποσοστό περίπου 2-πλάσιο από αυτό του γενικού πληθυσμού.

du Toit J, Hamilton W, Barraclough K.

Risk in primary care of colorectal cancer from new onset rectal bleeding: 10 year prospective study.

BMJ. 2006 Jul 8;333(7558):69-70. Epub 2006 Jun 21

Ο κίνδυνος για τους ασθενείς την πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας άνω των 45 ετών με πρωτοεμφανιζόμενη αιμορραγία από το ορθό να έχουν νεοπλασία του παχέως εντέρου, μπορεί να είναι 1 προς 10, ακόμα και χωρίς άλλα συμπτώματα. Για πάνω από μία δεκαετία οι συγγραφείς πραγματοποιούσαν έλεγχο του εντέρου, σε όλους τους ασθενείς που έρχονταν στο ιατρείο τους με πρωτοεμφανιζόμενη αιμορραγία από το ορθό. Από τους 265 ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενη αιμορραγία από το ορθό οι 15 (5.7 %) διαγνώστηκαν με καρκίνο του παχέως εντέρου και 13 (4.9 %) είχαν κάποιο αδένωμα. Μόνο 2 από τους ασθενείς με καρκίνο είχαν και διάρροια.

Winkley K, Ismail K, Landau S, Eisler I.

Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.

BMJ. 2006 Jul 8;333(7558):65. Epub 2006 Jun 27. Review.

Από μετανάλυση 21 τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών προκύπτει ασθενές αλλά σημαντικό δεδομένο ότι οι ψυχολογικές θεραπείες βελτιώνουν το έλεγχο της γλυκόζης σε παιδιά και εφήβους με τύπου 1 σακχαρώδη διαβήτη, ενώ δεν υπάρχει ένδειξη επίδρασης για τους ενήλικες. Σε 10 μελέτες με παιδιά και εφήβους η ανά ομάδες μείωση στην γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ήταν 0.5% μεγαλύτερη όταν υπήρχε και ψυχολογική υποστήριξη. Η επιτυχία της ψυχολογικής παρέμβασης μπορεί να αιτιολογηθεί από το υψηλότερο επίπεδο ψυχολογικής πίεσης στα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη και στις οικογένειές τους, από ότι συμβαίνει στην περίπτωση των ενηλίκων.

Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JA.

A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality.

BMJ. 2006 Jul 1;333(7557):15. Epub 2006 Jun 21. Review.

Η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα για τη γενικότερη υγεία και υγιεινή συμπεριφορά. Μετανάλυση 21 περιγραφικών μελετών κατέγραψε την θνητότητα και την καλή ή κακή συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή περισσότερων από 45.000 συμμετεχόντων. Σε ασθενείς με καλή συμμόρφωση στην εικονική ή πραγματική φαρμακευτική θεραπεία, ο κίνδυνος θανάτου ήταν ο μισός σε σχέση με αυτή των ασθενών με κακή συμμόρφωση. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την ύπαρξη «υγιούς συμμορφουμένου με τη φαρμακευτική αγωγή» (a "healthy adherer"), υποστηρίζουν οι συγγραφείς.

el Moussaoui R, de Borgie CA, van den Broek P, Hustinx WTN, Bresser P, van den Berk GE, Poley JW, van den Berg B, Krouwels FH, Bonten MJ, Weenink C, Bossuyt PM, Speelman P, Opmeer BC, Prins JM.

Effectiveness of discontinuing antibiotic treatment after three days versus eight days in mild to moderate-severe community acquired pneumonia: randomised, double blind study.

BMJ. 2006 Jun 10;332(7554):1355.

Διακοπή της θεραπείας με αμοξικιλίνη μετά από 3 μέρες δεν είναι χειρότερη από την διακοπή της ύστερα από 8 ημέρες σε ενήλικες που μεταφέρθηκαν στο νοσοκομείο με μέσου ή σοβαρού βαθμού πνευμονίας, που έδειξε σημαντική αλλαγή, μετά τις 3 πρώτες ημέρες θεραπείας. Στην έρευνα αυτή οι συγγραφείς κατέγραψαν την κλινική και ακτινολογική βελτίωση σε 119 ασθενείς, την 10η και 28η ημέρα από την ημέρα που ξεκίνησαν 3 ημέρες θεραπεία με ενδοφλέβια αμοξικιλίνη και στη συνέχεια χωρίστηκαν τυχαία σε 2 ομάδες: την πρώτη που συνέχισε να παίρνει αμοξικιλίνη και την δεύτερη που συνέχισε να παίρνει το εικονικό φάρμακο, για 5 ακόμα ημέρες. Τα ποσοστά επιτυχίας ήταν παρόμοια. Μια συντομότερη σε διάρκεια θεραπεία, μπορεί όμως να έχει και ως αποτέλεσμα την αυξανόμενη αντίσταση των παθογόνων μικροοργανισμών του αναπνευστικού συστήματος.

Rao M, Clarke A, Sanderson C, Hammersley R.

Patients' own assessments of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: cross sectional study.

BMJ. 2006 Jul 1;333(7557):19. Epub 2006 Jun 22.

Μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς, αξιολογούν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας σε αυτούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με τρόπο που διαφέρει από αυτόν που προκύπτει από ανεξάρτητες και αντικειμενικές μετρήσεις. Η περιγραφική αυτή μελέτη, μέτρησε την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας σε περισσότερους από 30000 ασθενείς ηλικίας 18 έως 65 ετών σε 18 ιατρεία της Αγγλίας. Οι συσχετίσεις μεταξύ, των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τους ασθενείς και των αντικειμενικά παρατηρούμενων μετρήσεων που βασίζονται στις αρχές της «καλής κλινικής πρακτικής» ("good clinical practice") ήταν 0.22 για την παρακολούθηση της υπέρτασης, 0.30 για τον έλεγχο της υπέρτασης, και - 0.05 για το εμβόλιο της γρίπης.

Ebrahim S, Sung J, Song YM, Ferrer RL, Lawlor DA, Davey Smith G.

Serum cholesterol, haemorrhagic stroke, ischaemic stroke, and myocardial infarction: Korean national health system prospective cohort study.

BMJ. 2006 Jul 1;333(7557):22. Epub 2006 Jun 6.

Η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ, θα μπορούσε να εξηγεί την σχέση μεταξύ της χαμηλής χοληστερόλης και του αυξημένου κινδύνου για αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η παρούσα μελέτη συσχετίζει τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και δεδομένα θνησιμότητας και θνητότητας για περισσότερους από 750.000 δημόσιους υπαλλήλους Κορεάτες, ηλικίας 30 έως 64 ετών για περίοδο 11 ετών. Το αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο συσχετίστηκε αρνητικά με την χοληστερόλη του ορού, αλλά αυτή η αντίστροφη συσχέτιση ήταν λιγότερη ξεκάθαρη σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση. Όταν διαστρωματώνουμε ως προς τη γ-γλουταμική τρανσφεράση (γ-GT), η συσχέτιση εμφανίζονταν μόνο σε υψηλές συγκεντρώσεις γ-GT.

Tonelli M, Jose P, Curhan G, Sacks F, Braunwald E, Pfeffer M; Cholesterol and Recurrent Events (CARE) Trial Investigators.

Proteinuria, impaired kidney function, and adverse outcomes in people with coronary disease: analysis of a previously conducted randomised trial.

BMJ. 2006 Jun 17;332(7555):1426. Epub 2006 May 19.

Ο συνυπολογισμός των αποτελεσμάτων των λειτουργικών δοκιμασιών του νεφρού και της γενικής ούρων, μπορεί να βελτιώσει την ακρίβεια των μετρήσεων για την ολική θνητότητα (all cause mortality) σε πάσχοντες από στεφανιαία νόσο. Οι συγγραφείς ανέλυσαν δεδομένα για την πρωτεϊνουρία, την νεφρική λειτουργία και την ολική θνητότητα (all cause mortality) 4098 ενηλίκων με έμφραγμα του μυοκαρδίου στο παρελθόν. Συγκρίνοντας την ομάδα των ασθενών με πρωτεϊνουρία και επηρεασμένη νεφρική λειτουργία με την ομάδα που δεν είχε κανένα από τα 2 χαρακτηριστικά, η πρώτη βρέθηκε σε υψηλότερο κίνδυνο (hazard ratio 2.39, 95% CI 1.72 to 3.30), ενώ αυτοί που είχαν μόνο ένα από τα 2 παραπάνω παθολογικά ευρήματα, βρισκόνταν σε ενδιάμεσο κίνδυνο για θάνατο.

Sturmer T, Hasselbach P, Amelang M.

Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population based cohort.

BMJ. 2006 Jun 10;332(7554):1359. Epub 2006 May 10

Η πεποίθηση των ανθρώπων ότι η έναρξη και η πορεία μιας νόσου προκαλείται από την συμπεριφορά τους, μπορεί να συνδέεται με μικρότερο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου, αλλά όχι και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή καρκίνου. Η «αίσθηση πίεσης χρόνου» ("time urgency") μπορεί να συσχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο καρκίνου αλλά όχι και καρδιαγγειακών νοσημάτων. Οι συγγραφείς της μελέτης ανέλυσαν την παρουσία χρόνιων νόσων σε περισσότερους από 5000 ενήλικες 7 έως 10 χρόνια μετά την συμπλήρωση ερωτηματολογίου από αυτούς γύρω από χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς και της ψυχολογίας τους, τον τρόπο ζωής τους και την συνοσηρότητα με άλλες νόσους. Τα περισσότερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας δεν είχαν ιδιαίτερη επίδραση στην επίπτωση και την θνητότητα του καρκίνου και των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Walker GM, Neilson A, Young D, Raine PA.

Colour of bile vomiting in intestinal obstruction in the newborn: questionnaire study.

BMJ. 2006 Jun 10;332(7554):1363. Epub 2006 May 31

Για την διάγνωση της εντερικής απόφραξης, είναι προτιμότερο να ρωτάμε τους ασθενείς για το χρώμα των εμετών τους από το να τους ρωτάμε αν οι εμετοί τους περιείχαν χολή, υποστηρίζουν οι συγγραφείς. Έφτιαξαν ένα ερωτηματολόγιο που διαμοιράστηκε σε γονείς, γενικούς ιατρούς, νοσηλεύτριες και μαίες, σχετικά με το «ποιο χρώμα κατά την γνώμη τους, είναι το χρώμα της χολής». Τα αποτελέσματα δεν ήταν σε συμφωνία. 23 από τις 41 μητέρες παιδιών και 12 από τους 47 γενικούς ιατρούς που ερωτήθηκαν δεν ήξεραν ότι τα πράσινο χρώμα στους εμετούς σημαίνει την ύπαρξη χολής. Το γεγονός αυτό μπορεί να σημαίνει σημαντική καθυστέρηση στην παραπομπή σε χειρουργό, καταλήγουν οι συγγραφείς.



Habne SJ, Charlett A, Purcell B, Samuelsson S, Camaroni I, Ehrbard I, Heuberger S, Santamaria M, Stuart JM.

Effectiveness of antibiotics given before admission in reducing mortality from meningococcal disease: systematic review.

BMJ. 2006 Jun 3;332(7553):1299-303. Review.

Η αποτελεσματικότητα της χορήγησης αντιβιοτικών πριν την διακομιδή στο νοσοκομείο σε παιδιά με μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο, παραμένει θολή και οι περιγραφικές μελέτες που υπάρχουν μέχρι σήμερα δεν καταλήγουν σε συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Οι συγγραφείς οργάνωσαν μια ανασκόπηση 14 μελετών κοόρτης, προ-νοσοκομειακής θεραπείας. Φαίνεται ότι η από του στόματος προνοσοκομειακή θεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική ενώ σε κάποιες μελέτες η παρεντερική χορήγηση αντιβίωσης είχε αρνητικά αποτελέσματα. Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι τα αποτελέσματα αυτά εξαρτώνται από την βαρύτητα της νόσου, που δύσκολα μπορεί να εξαιρεθεί από την ανάλυση και ότι μόνο μια τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη θα μπορούσε να δώσει απάντηση στο ερώτημα.

Kearney PM, Baigent C, Godwin J, Halls H, Emberson JR, Patrono C.

Do selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors and traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs increase the risk of atherothrombosis? Meta-analysis of randomised trials.

Η χρήση των εκλεκτικών COX 2 αναστολέων (COX 2 inhibitors) σχετίζεται με 1,4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο και θάνατο από αγγειακά νοσήματα σε σχέση με το εικονικό φάρμακο. Υψηλές δόσεις δικλοφαινάκης (diclofenac) και ιμπουπροφαίνης (ibuprofen) συσχετίζονται επίσης με αυξημένο κίνδυνο, ενώ η ναπροξένη (naproxen) όχι. Σε μεταανάλυση 138 τυχαιοποιημένων μελετών με 150 000 συμμετέχοντες, οι συγγραφείς δεν είχαν αρκετά δεδομένα για να διαπιστώσουν αν οι παραπάνω κίνδυνοι είναι δόσοεξαρτώμενοι, αλλά ο κίνδυνος δεν διαπιστώθηκε μόνο σε μακρά χρήση.

Birkhead JS, Weston C, Lowe D.

Impact of specialty of admitting physician and type of hospital on care and outcome for myocardial infarction in England and Wales during 2004-5: observational study.

BMJ. 2006 Jun 3;332(7553):1306-11. Epub 2006 May 16.

Ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου που διακομίστηκαν στο νοσοκομείο υπό την επίβλεψη καρδιολόγου έτυχαν πιο κατάλληλης για την περίπτωσή τους φαρμακευτικής αγωγής και είχαν στατιστικά σημαντική μικρότερη θνητότητα στις 90 μέρες μετά το έμφραγμα ενώ ήταν νεότεροι και είχαν μικρότερη συνοσηρότητα σε σχέση με αυτούς που διακομίστηκαν από μη ειδικό καρδιολόγο. Οι συγγραφείς ανέλυσαν εθνικά στοιχεία από 90.000 διακομιδές στο Ην. Βασίλειο για τα έτη 2004 και 2005. Μόλις το 1/3 των διακομιδών έγιναν υπό την επίβλεψη ειδικού καρδιολόγου και το 1/5 διακομίστηκε σε νοσοκομείο με δυνατότητες εφαρμογής παρεμβατικών μεθόδων στα στεφανιαία αγγεία (coronary interventional facilities.)

Truby H, Baic S, deLooy A, Fox KR, Livingstone MB, Logan CM, Macdonald LA, Morgan LM, Taylor MA, Millward DJ.

Randomised controlled trial of four commercial weight loss programmes in the UK: initial findings from the BBC "diet trials".

BMJ. 2006 Jun 3;332(7553):1309-14. Epub 2006 May 23. Erratum in: BMJ. 2006 Jun 17;332(7555):1418.

Η εφαρμογή κάποιας από 4 διαθέσιμες και στην αγορά δίαιτες (Atkins', Weight Watchers, Slim-Fast, and Rosemary Conley's) σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο μειώνει το σωματικό βάρος και την περιεκτικότητα σε λίπος μετά από 6 μήνες εφαρμογής της σε σχέση με την μη-δίαιτα. 300 υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ενήλικες, κατά τα άλλα υγιείς, χωρίστηκαν τυχαία σε μία από τις παραπάνω δίαιτες ενώ δημιουργήθηκε και μια 5η ομάδα που η διαιτητική παρέμβαση κανονίστηκε σε επόμενο χρόνο. Η μέση απώλεια βάρους μετά από 6 μήνες ήταν 5,9 κιλά και η απώλεια λίπους 4,4 κιλά. Η δίαιτα Atkins εμφανίστηκε ως η πιο αποτελεσματική κατά την διάρκεια των πρώτων 4 εβδομάδων, αλλά το τελικό διαιτητικό αποτέλεσμα, δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων που ακολούθησαν διάφορες δίαιτες.

Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, Libersa C, Goudemand M.

Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study.

BMJ. 2006 May 27;332(7552):1241-5.

Το να τηλεφωνεί κανείς σε ασθενείς που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας ένα μήνα μετά το εξιτήριο τους από το τμήμα επείγοντων όπου νοσηλεύτηκαν, βοηθά στο να μειωθεί ο αριθμός αυτών που ξανά αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν μέσα στον επόμενο χρόνο. 605 άτομα με απόπειρα αυτοκτονίας, χωρίστηκαν τυχαία σε 2 ομάδες: στην πρώτη έγινε τηλεφωνική παρέμβαση στον 1 ή στους 3 μήνες μετά τα συμβάν (με περιεχόμενο την επιτυχία της φαρμακευτικής αγωγής και πιθανά προβλήματα από τη λήψη της) και στην δεύτερη ακολούθηθηκε η συνηθισμένη διαδικασία που περιλαμβάνει τις περισσότερες φορές παραπομπή στο γενικό τους γιατρό. Η πρώτη ομάδα που δέχτηκε το τηλεφώνημα ένα μήνα μετά την πρώτη απόπειρα αυτοκτονίας εμφάνισε σε στατιστικά σημαντικά μικρότερο ποσοστό καινούρια απόπειρα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, αλλά αυτοί που δέχτηκαν τηλεφώνημα τον τρίτο μήνα μετά την πρώτη απόπειρα αυτοκτονίας, δεν διέφεραν σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ως προς το παραπάνω ποσοστό.

Tolstrup J, Jensen MK, Tjonneland A, Overvad K, Mukamal KJ, Gronbaek M

Prospective study of alcohol drinking patterns and coronary heart disease in women and men.

BMJ. 2006 May 27;332(7552):1244-8. Epub 2006 May 3.

Η αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ λήψης αλκοόλ και στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) φαίνεται να είναι ανεξάρτητη από την συχνότητα λήψης αλκοόλ για τις γυναίκες, αλλά όχι και για τους άνδρες. Μελετήθηκε μια κοόρτη από 50000 γυναίκες μέσης ηλικίας, χωρίς καρδιαγγειακή νόσο κατά την εισαγωγή τους στη μελέτη, ως προς τις συνήθειες λήψης αλκοόλ. Μετά από μέσο διάστημα παρακολούθησης 6 ετών, οι γυναίκες που έπιναν αλκοόλ τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, είχαν μειωμένο κίνδυνο ΣΝ σε σχέση με την ομάδα που έπινε αλκοόλ με μικρότερη συχνότητα, αλλά η συνολική ποσότητα λήψης φαίνεται να παίζει μεγαλύτερο ρόλο από την συχνότητα. Μεταξύ των ανδρών η συχνότητα λήψης φαίνεται να παίζει πιο σημαντικό ρόλο, με το μικρότερο κίνδυνο ΣΝ σε όσους λάμβαναν αλκοόλ καθημερινά.

McDowell SE, Coleman JJ, Ferner RE.

Systematic review and meta-analysis of ethnic differences in risks of adverse reactions to drugs used in cardiovascular medicine.

BMJ. 2006 May 20;332(7551):1177-81. Epub 2006 May 5. Review

Ασθενείς από διαφορετικές εθνικές ομάδες έχουν διαφορετικούς κινδύνους για παρενέργειες από τη λήψη καρδιαγγειακών φαρμάκων. Έγινε μεταανάλυση 24 μελετών που περιείχαν πληροφορία για παρενέργειες καρδιαγγειακών φαρμάκων σε τουλάχιστον 2 διαφορετικές εθνικές ομάδες. Μεταξύ των άλλων διαφορών, βρέθηκε ότι οι μαύροι ασθενείς είχαν σχετικό κίνδυνο ανάπτυξης αγγειο-οιδήματος από ΑΜΕΑ ή πρόκλησης ενδοκρανιακής αιμορραγίας, 3 και 1,5 αντίστοιχα, σε σχέση με τους ασθενείς που δεν ήταν μαύροι. Συνοψίζοντας οι συγγραφείς προτείνουν να αναφέρονται πιο συχνά οι φυλετικές διαφορές στις παρενέργειες των φαρμάκων.

Nijis KA, de Graaf C, Kok FJ, van Staveren WA.

Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial.

BMJ. 2006 May 20;332(7551):1180-4. Epub 2006 May 5.

Το είδος και ο τρόπος λήψης των οικογενειακών γευμάτων μπορεί να βοηθήσει στην διατήρηση του επιπέδου ποιότητας ζωής, την φυσική δραστηριότητα και το σωματικό βάρος, σε νοσηλεύτριες που έπασχαν από χρόνια νοσήματα. 178 νοσηλεύτριες με χρόνιες νόσους (μέση ηλικία 77 έτη) από 5 νοσηλευτικά ιδρύματα της Γερμανίας μελετήθηκαν σε μια αθροιστική τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (cluster randomised trial). Οι συμμετέχουσες της ομάδας που δέχτηκε την παρέμβαση, λάμβαναν τα γεύματά τους σε οικογενειακό στυλ, ενώ η ομάδα ελέγχου ελάμβανε τα γεύματα ατομικά. Οι διαφορές των ομάδων αυτών ως προς την ποιότητα ζωής, την εκτέλεση λεπτών κινήσεων και του σωματικού βάρους ήταν στατιστικά σημαντικές.

Purandare N, Burns A, Daly KJ, Hardacre J, Morris J, Macfarlane G, McCollum C.

Cerebral emboli as a potential cause of Alzheimer's disease and vascular dementia: case-control study.

BMJ. 2006 May 13;332(7550):1119-24. Epub 2006 Apr 28

Τα σποραδικά εγκεφαλικά εμβολικά επεισόδια σχετίζονται σημαντικά με την νόσο του Alzheimer και την άνοια αγγειακής αιτιολογίας καθώς συμμετέχουν στην παθοφυσιολογία και των 2 νόσων. Στην μελέτη συγκρίνονται η εμφάνιση σποραδικών εγκεφαλικών επεισοδίων και αρτηριοφλεβωδών επικοινωνιών σε 170 ασθενείς με άνοια (νόσο του Alzheimer ή άνοια αγγειακής αιτιολογίας) και 150 ασθενείς ως ομάδα ελέγχου. Για τη ομάδα των σποραδικών εγκεφαλικών εμβολικών επεισοδίων βρέθηκαν υψηλοί λόγοι αναλογιών 2.70 και 5.36 για την νόσο του Alzheimer και την αγγειακή άνοια αντίστοιχα, ενώ δεν ήταν σημαντικοί οι λόγοι αναλογιών για της αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα εμβολικά του εγκεφάλου μπορούν να αποτελούν μια αναστρέψιμη αιτία των διαφόρων τύπων άνοιας.

Bachmann LM, Puban MA, ter Riet G, Bossuyt PM.

Sample sizes of studies on diagnostic accuracy: literature survey.

BMJ. 2006 May 13;332(7550):1127-9. Epub 2006 Apr 20. Review.

Μελέτες διαγνωστικής ακρίβειας των δοκιμασιών σπάνια αναφέρουν το πώς καθορίστηκε το μέγεθος του δείγματος και τα δείγματα που χρησιμοποιούν τείνουν να είναι μικρά. Βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών διαγνωστικής ακρίβειας δοκιμασιών, που δημοσιεύθηκαν σε 8 μεγάλα ιατρικά περιοδικά κατά το έτος 2002 επέλεξε να αναλύσει 43 μελέτες, από τις οποίες μόνον 2 αναφέρονταν στο τρόπο επιλογής του δείγματος τους. Ο αριθμός των συμμετεχόντων στις περισσότερες μελέτες ήταν μικρός και δεν μπορούσε να προσεγγιστεί η διαγνωστική ακρίβεια των δοκιμασιών σε υποομάδες, καταλήγουν οι συγγραφείς.

Heal C, Buettner P, Raasch B, Browning S, Graham D, Bidgood R, Campbell M, Cruikshank R.

Can sutures get wet? Prospective randomised controlled trial of wound management in general practice.

BMJ. 2006 May 6;332(7549):1053-6. Epub 2006 Apr 24.

Η μη κάλυψη των χειρουργικών τομών και η επαφή με το νερό κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά από ελάσσονες επεμβάσεις του δέρματος μπορεί να μην αυξάνει τον κίνδυνο μικροβιακών λοιμώξεων. Οι συγγραφείς χώρισαν τυχαία γύρω στους 800 ασθενείς σε 2 ομάδες, την «στεγνή» ομάδα, που είχαν τις τομές τους καλυμμένες και χωρίς να έρχονται σε επαφή με το νερό και την «υγρή» ομάδα που αφαίρεσαν την επικάλυψη του τραύματος μετά τις 12 πρώτες ώρες και έκαναν κανονικά μπάνιο. Από την στιγμή που τα ράμματα αφαιρέθηκαν η επίπτωση δερματικών λοιμώξεων ήταν 8%-9% και για τις 2 ομάδες. Οι συγγραφείς επισημαίνουν πως επειδή η έρευνα διεξήχθη σε μια τροπική περιοχή, τα αποτελέσματά της μπορεί να μην μπορούν να γενικευτούν σε άλλους πληθυσμούς, καθώς η αυξημένη εφίδρωση που προκαλείται σε τροπικά κλίματα, μπορεί να μειώνει την αποτελεσματικότητα των όποιων επικαλύψεων των τραυμάτων ενάντια στην ανάπτυξη βακτηρίων.

Costa J, Borges M, David C, Vaz Carneiro A.

Efficacy of lipid lowering drug treatment for diabetic and non-diabetic patients: meta-analysis of randomised controlled trials.

BMJ. 2006 May 13;332(7550):1115-24. Epub 2006 Apr 3. Review.

Τα αντι-λιπιδαιμικά φάρμακα, μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά στην μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με διαβήτη από ότι στους άλλους ασθενείς. Μετανάλυση 25 τυχαιοποιημένων μελετών με παρακολούθηση των ασθενών για τουλάχιστον 3 έτη, αξιολόγησαν την μείωση στα επίπεδα λιπιδίων στο αίμα σε ασθενείς με ή χωρίς Διαβήτη τύπου 2. Η μείωση των κινδύνων στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη ήταν ο ίδιος αλλά ως η αποτελεσματικότητα ήταν ελαφρά μεγαλύτερη στην ομάδα των διαβητικών ασθενών.

Young R, Sweeting H, West P.

Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study.

BMJ. 2006 May 6;332(7549):1058-61. Epub 2006 Apr 13.

Νέοι που ασπάζονται την κουλτούρα Γκόθικ (Goth culture) σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό επιχειρούν αυτοτραυματισμό ή αυτοκτονίες σε σχέση με τους συνομηλίκους τους. Σε διαχρονική μελέτη με 1258 παιδιά που παρακολούθηθηκαν από την ηλικία των 11 μέχρι την ηλικία των 19, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός του αυτοτραυματισμού και της απόπειρας αυτοκτονίας ήταν 53% και 47% αντίστοιχα, σε παιδιά που ασπάζονταν την κουλτούρα Γκόθικ. Τα παραπάνω ποσοστά για το γενικό πληθυσμό ήταν 7% και 6%, αντίστοιχα.



Patsopoulos NA, Ioannidis JP, Analatos AA.

Origin and funding of the most frequently cited papers in medicine: database analysis.

BMJ. 2006 May 6;332(7549):1061-4. Epub 2006 Mar 17.

Η ακαδημαϊκή προέλευση των συγγραφέων είναι η πλέον συνήθης στις δημοσιεύσεις των πιο γνωστών ιατρικών περιοδικών. Παρόλ' αυτά η βιομηχανία χρηματοδοτεί το μεγαλύτερο της μέρος και σε αρκετές περιπτώσεις εξ' ολοκλήρου. Στη μελέτη αυτή, καταγράφηκαν οι προελεύσεις και οι πηγές χρηματοδότησης από τις 289 πιο συχνά αναφερόμενες στη βιβλιογραφία μελέτες (cited) στην ηλεκτρονική βιβλιογραφική βάση Web of Knowledge. 60% των δημοσιεύσεων την περίοδο 1994-2003 που μετρήθηκαν ως προς της αναφορές στο τέλος του 2004 είχαν χρηματοδοτηθεί από τα κράτη ή δημόσιους φορείς αλλά το ποσοστό της έρευνας που χρηματοδοτείται από την βιομηχανία ολοένα και αυξάνει με το χρόνο. 18 από τις 32 πιο πολυαναφερόμενες (cited) μελέτες που δημοσιεύτηκαν μετά το 1999, είχαν χρηματοδοτηθεί από την βιομηχανία αποκλειστικά.

Houston TK, Person SD, Pletcher MJ, Liu K, Iribarren C, Kiefe CI.

Active and passive smoking and development of glucose intolerance among young adults in a prospective cohort: CARDIA study.

BMJ. 2006 May 6;332(7549):1064-9. Epub 2006 Apr 7. Erratum in: BMJ. 2006 Jun 3;332(7553):1298.

Το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα, μπορεί να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη δυσανεξίας στη γλυκόζη που παρατηρείται σε νεαρούς έφηβους. Οι συγγραφείς μελέτησαν 4600 νέους και νέες ηλικίας 18 έως 30 ετών, χωρίς δυσανεξία στη γλυκόζη κατά την εισαγωγή τους στη μελέτη, που μπορεί να ήταν καπνιστές, πρώην καπνιστές, ποτέ-καπνιστές, με ή χωρίς έκθεση σε παθητικό κάπνισμα. Μετά από 15 χρόνια, η επίπτωση στη δυσανεξία προς τη γλυκόζη ήταν υψηλότερη μεταξύ των καπνιστών (22%), ακολουθούμενη από αυτή των ποτέ-καπνιστών που εκτίθονταν όμως σε παθητικό κάπνισμα (17%) και με χαμηλότερη αυτή των ποτέ-καπνιστών που δεν εκτίθονταν σε παθητικό κάπνισμα. (11%).

Wardle J, Brodersen NH, Cole TJ, Jarvis MJ, Boniface DR.

Development of adiposity in adolescence: five year longitudinal study of an ethnically and socioeconomically diverse sample of young people in Britain

BMJ. 2006 May 13;332(7550):1130-5. Epub 2006 May 5

Η επιμένουσα παχυσαρκία στους εφήβους μπορεί να εγκατασταθεί για τα καλά πριν την ηλικία των 11. 5800 μαθητές ηλικίας 11-12 ετών, μελετήθηκαν και βρέθηκε το 25% αυτών να είναι παχύσαρκα. Κατά την διάρκεια 5 ετών παρακολούθησης, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας αυξήθηκε εις βάρος του ποσοστού των υπέρβαρων ενώ όσοι είχαν Δείκτη Μάζας Σώματος εντός φυσιολογικών ορίων, παρέμειναν στην ομάδα αυτή. Οι προσπάθειες για περιορισμό της παχυσαρκίας λοιπόν, θα πρέπει να εστιαστούν στην παιδική ηλικία, υποστηρίζουν οι συγγραφείς.

Vasterling JJ, Proctor SP, Amoroso P, Kane R, Heeren T, White RF.

Neuropsychological outcomes of army personnel following deployment to the Iraq war.

JAMA. 2006 Aug 2;296(5):519-29.

Οι νευροψυχολογικές συνέπειες της επιστράτευσης σε εμπόλεμη ζώνη, δεν είναι ξεκάθαρα μελετημένες. Δημοσιεύονται τα αποτελέσματα μια μελέτης κοόρτης που συνέκρινε τα αποτελέσματα νευροψυχολογικών δοκιμασιών σε στρατιώτες πριν και μετά την επιστράτευση τους στο Ιράκ καθώς και τα δικά τους αποτελέσματα σε σχέση με στρατιώτες που δεν επιστρατεύτηκαν εκτός χώρας. Η μελέτη δείχνει ότι μετά την αποστολή στο Ιράκ οι στρατιώτες εμφάνισαν έκπτωση σε διάφορες διαστάσεις των νευροφυσιολογικών δοκιμασιών που υποβλήθηκαν συμπεριλαμβανομένου των: διατήρηση της συγκέντρωσης, μνήμη, σύγχυση, ένταση ενώ βρέθηκε βελτίωση στους χρόνους αντίδρασης. Σε σχετικό γράμμα της σύνταξης συζητείται η σημασία των ευρημάτων αυτών στην καθημέρα κλινική πράξη.

Hasbemi F, Khosboud K, Desai MM, Falahati F, Kasl S, Southwick S

Anxiety, depression, and posttraumatic stress in Iranian survivors of chemical warfare.

JAMA. 2006 Aug 2;296(5):560-6.

Για να εκτιμηθούν τα μακροχρόνια αποτελέσματα ενός χημικού πολέμου στην ψυχική υγεία οι συγγραφείς μελέτησαν επιζήσαντες του πολέμου Ιραν-Ιράκ (1980-1989) που είχαν εκτεθεί είτε σε συμβατικά όπλα μόνο, είτε και σε συνδυασμό με χημικά. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι αυτοί οι οποίοι είχαν εκτεθεί είτε σε επιθέσεις με υψηλής έντασης (high-intensity) συμβατικά όπλα σε συνδυασμό με χημικά όπλα είχαν υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής και αυξημένη συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης, σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν εκτεθεί σε επιθέσεις με συμβατικά όπλα μόνο (υψηλής ή χαμηλής έντασης) (high-intensity or low-intensity).

Eliassen AH, Colditz GA, Rosner B, Willett WC, Hankinson SE.

Adult weight change and risk of postmenopausal breast cancer.

JAMA. 2006 Jul 12;296(2):193-201.

Σκοπός της μελέτης είναι να ελέγξει την υπόθεση ότι η εναπόθεση λίπους είναι ένας παράγοντας που μπορεί να προδιαθέσει σε ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Μελετήθηκαν προοπτικά οι αλλαγές στο σωματικό βάρος από την ηλικία των 18 μέχρι την εμμηνόπαυση σε μεγάλη κοόρτη γυναικών. Η αύξηση του βάρους κατά την ενήλικη ζωή, ιδιαίτερα κατά την εμμηνόπαυση, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, ενώ η απώλεια βάρους κατά την εμμηνόπαυση σχετίζεται με μείωση του κινδύνου.

International Early Lung Cancer Action Program Investigators; Henschke CI, Yip R, Miettinen OS.

Women's susceptibility to tobacco carcinogens and survival after diagnosis of lung cancer.

JAMA. 2006 Jul 12;296(2):180-4.

Πρόσφατα βρέθηκε ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα από ότι άνδρες ίδιας ηλικίας και ιστορικού καπνίσματος. Στη μελέτη αυτή μελετήθηκαν προοπτικά υγιείς ασυμπτωματικοί εθελοντές που υπεβλήθησαν σε εξέταση διαλογής με αξονική τομογραφία. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι γυναίκες αναπτύσσουν σε μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνο του πνεύμονα από άνδρες ίδιας ηλικίας και ιστορικού καπνίσματος αλλά έχουν μικρότερη θνητότητα οφειλόμενη στον καρκίνο. Στο γράμμα της σύνταξης συζητείται ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει το φύλο στην καρκινογένεση και την επιβίωση από τον καρκίνο.

van Griensven F, Chakkraband ML, Thienkrua W, Pengjuntr W, Lopes Cardozo B, Tantipivatanaskul P, Mock PA, Ekassawin S, Varangrat A, Gotway C, Sabin M, Tappero JW; Thailand Post-Tsunami Mental Health Study Group

Mental health problems among adults in tsunami-affected areas in southern Thailand.

JAMA. 2006 Aug 2;296(5):537-48

Thienkrua W, Cardozo BL, Chakkraband ML, Gnadamuz TE, Pengjuntr W, Tantipivatanaskul P, Sakornsatian S, Ekassawin S, Panyayong B, Varangrat A, Tappero JW, Schreiber M, van Griensven F; Thailand Post-Tsunami Mental Health Study Group.

Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand.

JAMA. 2006 Aug 2;296(5):549-59.

Η συμπτωματολογία ψυχικών διαταραχών μεταξύ κατοίκων των περιοχών της Ταϊλάνδης που υπέστησαν τις καταστροφές από το τσουνάμι τον Δεκέμβριο του 2004, μετρήθηκε σε δυο επιδημιολογικές μελέτες γενικού πληθυσμού. Τόσο στην πρώτη μελέτη που ασχολείται με τους ενήλικες, όσο και στην δεύτερη μελέτη που ασχολείται με παιδιά ηλικίας 7 έως 14 ετών παρατηρείται αυξημένο ποσοστό μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, άγχους και κατάθλιψης τόσο στις 8 εβδομάδες μετά την καταστροφή όσο και στους 9 μήνες, παρόλο που στην περίπτωση των ενηλίκων παρατηρείται ελαφρά μείωση με την πάροδο του χρόνου. Στο γράμμα της σύνταξης που ακολουθεί τη δημοσίευση των παραπάνω αποτελεσμάτων γίνεται συζήτηση για την δια-πολιτισμική αξιολόγηση των μετατραυματικών συμπτωμάτων από την ψυχική σφαίρα όπως και για την αναγκαιότητα ανάληψης σχετικών πρωτοβουλιών ιδιαίτερα για τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Havik OE, Kvale G, Nielsen GH, Nordbus IH.

Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial.

JAMA. 2006 Jun 28;295(24):2851-8.

Προηγούμενες μελέτες προτείνουν συνδυαστική φαρμακοθεραπεία και συμπεριφορική θεραπεία για την αϋπνία. Πολύ λίγες μελέτες ωστόσο ασχολήθηκαν με την σχετική αποτελεσματικότητα των 2 αυτών μεθόδων, ιδιαίτερα σε ασθενείς μεγαλύτερους σε ηλικία με χρόνια πρόβλημα αϋπνίας. Η τυχαίοποιημένη αυτή μελέτη, μετρήσε την βραχυχρόνια και μακροχρόνια σχετική αποτελεσματικότητα 6 εβδομάδων Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (CBT) και φαρμακοθεραπείας 6 εβδομάδων με ζοπικλόνη (zopiclone) ή εικονικό φάρμακο σε μεγαλύτερους σε ηλικία ενήλικες με χρόνια αϋπνία. Οι συγγραφείς βρήκαν ότι η CBT – που περιλάμβανε πληροφόρηση για την υγιεινή του ύπνου, περιορισμό του ύπνου, τη διαμόρφωση του υπνωδωματίου, γνωσιακή θεραπεία και τεχνικές χαλάρωσης- είναι αποτελεσματικότερη από τη φαρμακοθεραπεία τόσο στα βραχυπρόθεσμα όσο και στα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα σε ότι αφορά την θεραπεία της αϋπνίας σε ασθενείς μεγαλύτερους σε ηλικία.

Kurth T, Gaziano JM, Cook NR, Logroscino G, Diener HC, Buring JE.

Migraine and risk of cardiovascular disease in women.

JAMA. 2006 Jul 19;296(3):283-91.

Η ημικρανία, ειδικά αυτή που συνοδεύεται από αύρα, έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου αλλά για το εάν σχετίζεται και με άλλα ισχαιμικά αγγειακά συμβάματα, δεν είναι γνωστό. Προοπτική μελέτη υγιών γυναικών μέσης ηλικίας, μελέτησε την σχέση ημικρανίας και το σχετικό με αυτή καρδιαγγειακό κίνδυνο συγκεκριμένων καρδιαγγειακών εκδηλώσεων. Οι συγγραφείς βρήκαν ότι οι γυναίκες με ιστορικό ημικρανιών είχαν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων σε σχέση με γυναίκες χωρίς αντίστοιχο ιστορικό. Η ενεργός ημικρανία με αύρα συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο σοβαρού στεφανιαίου συνδρόμου (major CVD), ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, εμφράγματος του μυοκαρδίου, θανάτου από καρδιαγγειακή νόσο, στεφανιαίας επαναγγείωσης (coronary revascularization) και στηθάγχης, ενώ η ενεργός ημικρανία χωρίς αύρα δεν συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Σε σχετικά γράμμα της σύνταξης συζητώνται πιθανές αιτιολογίες και κλινικές προεκτάσεις των παραπάνω ευρημάτων.



Hron G, Kollars M, Binder BR, Eichinger S, Kyrle PA.

Identification of patients at low risk for recurrent venous thromboembolism by measuring thrombin generation.

JAMA. 2006 Jul 26;296(4):397-402.

Η παραγωγή θρομβίνης αποτελεί κομβικό σημείο στην διαδικασία της αιμόστασης και εύκολα μπορεί να μετρηθεί. Η υπόθεση που εξετάζεται στην μελέτη αυτή είναι ότι η δημιουργία θρομβίνης μπορεί να είναι ένα δείκτης επαναλαμβανόμενων φλεβικών θρομβοεμβολικών επεισοδίων (ΦΘΕ)(recurrent venous thromboembolism). Η υπόθεση ελέγχθηκε σε μια κοόρτη ασθενών που είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία μετά από ένα πρώτο ΦΘΕ και παρακολούθηθηκαν για μέση διάρκεια 47 μηνών στη συνέχεια. Επαναλαμβανόμενες ΦΘΕ παρατηρήθηκαν σε 11% των ασθενών. Οι συγγραφείς βρήκαν ότι οι ασθενείς με μέγιστη τιμή της θρομβίνης μικρότερη από 400 nM είχαν μικρότερο κίνδυνο για επαναλαμβανόμενα ΦΘΕ σε σχέση με ασθενείς που είχαν υψηλότερες τιμές.

Vogel VG, Costantino JP, Wickerham DL, Cronin WM, Cecchini RS, Atkins JN, Bevers TB, Febrenbacher L, Pajon ER Jr, Wade JL 3rd, Robidoux A, Margolese RG, James J, Lippman SM, Runowicz CD, Ganz PA, Reis SE, McCaskill-Stevens W, Ford LG, Jordan VC, Wolmark N; National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP).

Effects of tamoxifen vs raloxifene on the risk of developing invasive breast cancer and other disease outcomes: the NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 trial.

JAMA. 2006 Jun 21;295(23):2727-41. Epub 2006 Jun 5.

Land SR, Wickerham DL, Costantino JP, Ritter MW, Vogel VG, Lee M, Pajon ER, Wade JL 3rd, Dakbil S, Lockhart JB Jr, Wolmark N, Ganz PA.

Patient-reported symptoms and quality of life during treatment with tamoxifen or raloxifene for breast cancer prevention: the NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 trial.

JAMA. 2006 Jun 21;295(23):2742-51. Epub 2006 Jun 5

Οι 2 μελέτες αυτές αποτυπώνουν τα αποτελέσματα της National Surgical Breast and Bowel Project Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) κλινικής δοκιμής, όπου 19.747 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού χωρίστηκαν τυχαία να λάβουν είτε ταμοξιφαίνη (20 mg/dl) είτε ραλοξιφαίνη (60 mg/dl) με μέγιστο χρόνο λήψης τα 5 έτη. Στο πρώτο άρθρο παρουσιάζονται οι κύριες κλινικές εκβάσεις. Η ραλοξιφαίνη ήταν το ίδιο αποτελεσματική με την ταμοξιφαίνη στη μείωση του διηθητικού καρκίνου του μαστού αλλά οι γυναίκες που ελάμβαναν ραλοξιφαίνη εμφάνισαν σε μη στατιστικά σημαντικό επίπεδο αύξηση του μη διηθητικού καρκίνου του μαστού. Η χρήση ραλοξιφαίνης συνδυάζεται με λιγότερα θρομβοεμβολικά επεισόδια και καταρράκτη ενώ εμφάνιζε σε συγκρίσιμο σε σχέση με την ταμοξιφαίνη ποσοστό άλλους καρκίνους, κατάγματα, ισχαιμική καρδιοπάθεια και εγκεφαλικά επεισόδια. Στο δεύτερο άρθρο αναφέρονται οι συγκρίσεις στην συμπτωματολογία και την ποιότητα ζωής των ασθενών που λαμβάνουν ένα από τα 2 φάρμακα. Ειδικότερα η αυτοαναφερόμενη σωματική και ψυχική υγεία εμφάνισε την ίδια περίπου μικρή πτώση και στις 2 ομάδες ασθενών. Οι γυναίκες που λάμβαναν ταμοξιφαίνη, ανέφεραν καλύτερη σεξουαλική λειτουργία αλλά περισσότερα γυναικολογικά προβλήματα, αγγειοκινητικά συμπτώματα, κράμπες κάτω άκρων και προβλήματα ελέγχου της ουροδόχου κύστης. Από την άλλη η ομάδα των ασθενών που ελάμβανε ραλοξιφαίνη ανέφερε περισσότερα μυοσκελετικά προβλήματα, δυσπαρεύνια και αύξηση σωματικού βάρους. Στο σχετικό γράμμα της σύνταξης συζητούνται τα παραπάνω αποτελέσματα

Klein BE, Klein R, Lee KE, Grady LM.

Statin use and incident nuclear cataract.

JAMA. 2006 Jun 21;295(23):2752-8.

Οι στατίνες έχουν και αντιοξειδωτική δράση και το οξειδωτικό στρες έχει ενοχοποιηθεί σαν παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καταρράκτη στους ηλικιωμένους. Η σχέση μεταξύ λήψης στατινών και της εμφάνισης καταρράκτη μελετήθηκε σε μια περιγραφική μελέτη του γενικού πληθυσμού. Μετά από 5-ετή παρακολούθηση βρέθηκε ότι ασθενείς που ελάμβαναν στατίνες είχαν σε μικρότερο ποσοστό εμφάνιση πυρηνικού καταρράκτη σε σχέση με αυτούς που δεν ελάμβαναν. Η εμφάνιση καταρράκτη του φλοιού ή οπίσθιου υποκάψιου καταρράκτη δεν επηρεάζονταν από τη χρήση στατινών στη μελέτη.

Manini TM, Everhart JE, Patel KV, Schoeller DA, Colbert LH, Visser M, Tylavsky F, Bauer DC, Goodpaster BH, Harris TB.

Daily activity energy expenditure and mortality among older adults.

JAMA. 2006 Jul 12;296(2):171-9

Είναι γνωστό ότι η σωματική άσκηση σχετίζεται με την μακροβιότητα αλλά το εάν η κατανάλωση ενέργειας από κάθε είδους δραστηριότητα συσχετίζεται με την μακροβιότητα δεν έχει αποδειχθεί. Οι συγγραφείς της μελέτης μέτρησαν την συνολική κατανάλωση ενέργειας, τον μεταβολισμό ηρεμίας και την θερμική επίδραση της τροφής (thermic effect of food) σε 302 υψηλής λειτουργικότητας ηλικιωμένους άνδρες (70-82 ετών κατά την εισαγωγή στη μελέτη) που ζούσαν στην κοινότητα. Από τις παραπάνω μετρήσεις υπολόγισαν την ημερήσια κατανάλωση ενέργειας για κάθε συμμετέχοντα. Μετά από παρακολούθηση 6 ετών οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η αυξημένη κατανάλωση ενέργειας που δεν προέρχεται από άσκηση, συνδυάστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας για τους συμμετέχοντες. Στο γράμμα της σύνταξης συζητείται η συνεισφορά της άσκησης και της θερμογένεσης σε ηρεμία στην ημερήσια κατανάλωση ενέργειας καθώς και την αναγκαιότητα για αντικειμενικές μετρήσεις του ποσού και της έντασης της φυσικής δραστηριότητας.

Ingelsson E, Bjorklund-Bodegard K, Lind L, Arnlov J, Sundstrom J.

Diurnal blood pressure pattern and risk of congestive heart failure.

JAMA. 2006 Jun 28;295(24):2859-66

Η υπέρταση αναγνωρίζεται ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη Συμφορητικής Καρδιακής Ανεπάρκειας (ΣΚΑ), αλλά το εάν οι μεταβολές της αρτηριακής πίεσης κατά τη διάρκεια της μέρας σχετίζονται με την ΣΚΑ, δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο. Μελέτη κοόρτης στο γενικό πληθυσμό, μέτρησε επί 24-ώρου την αρτηριακή πίεση σε ηλικιωμένους Σουηδούς χωρίς ΣΚΑ, παθήσεις των βαλβίδων ή υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, κατά την εισαγωγή τους στη μελέτη. Κατά την παρακολούθηση για 9.1 έτη κατά μέσο όρο, βρέθηκε ότι η αυξημένη Συστολική Αρτηριακή Πίεση (ΣΑΠ) κατά τη διάρκεια της νύχτας και ο λόγος «ΣΑΠ κατά τη διάρκεια της νύχτας» προς «ΣΑΠ κατά τη διάρκεια της μέρας» μεγαλύτερος του 1 σχετίζονταν με την ανάπτυξη ΣΚΑ ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη ΣΚΑ, τη λήψη αντιυπερτασικής θεραπείας και το ύψος της αρτηριακής υπέρτασης.

Psaty BM, Rennie D.

Clinical trial investigators and their prescribing patterns: another dimension to the relationship between physician investigators and the pharmaceutical industry.

JAMA. 2006 Jun 21;295(23):2787-90.

Andersen M, Kragstrup J, Sondergaard J.

How conducting a clinical trial affects physicians' guideline adherence and drug preferences.

JAMA. 2006 Jun 21;295(23):2759-64.

Δεν είναι γνωστό σε τι βαθμό οι ιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) που συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες που χρηματοδοτούνται από εταιρείες, επηρεάζονται σε ότι αφορά τις θεραπευτικές τους επιλογές ή τις προτιμήσεις φαρμάκων. Περιγραφική μελέτη συνέκρινε γιατρούς που συμμετείχαν σε μια μελέτη στην ΠΦΥ για το άσθμα με συναδέλφους τους που δεν είχαν συμμετοχή σε αντίστοιχη έρευνα, ως προς την συμφωνία της κλινικής τους πρακτικής με τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) και την επιλογή φαρμάκων. Οι δυο ομάδες γιατρών δεν διέφεραν ως προς το βαθμό που ακολουθούσαν τα guidelines στην κλινική τους πράξη αλλά οι γιατροί που είχαν συμμετάσχει στην έρευνα προτιμούσαν να συνταγογραφούν τα φάρμακα της εταιρείας που την χρηματοδότησε, περισσότερο από τους γιατρούς που δεν συμμετείχαν.



Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, Pike KM, Devlin MJ, Woodside B, Roberto CA, Rockert W.

Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial.

JAMA. 2006 Jun 14;295(22):2605-12

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα συχνά συνταγογραφούνται σε ασθενείς με νευρογενή ανορεξία κατά την οξεία φάση της νόσου, παρόλο που δεν υπάρχουν δεδομένα που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους στην νόσο αυτή. Τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή μέτρησης αποτελεσματικότητας της φλουοξετίνης (fluoxetine) σε σχέση με εικονικό φάρμακο στην νευρογενή ανορεξία έδειξε ότι η φλουοξετίνη δεν συνεισφέρει στην διατήρηση του σωματικού βάρους, ούτε μειώνει την εμφάνιση υποτροπών της νόσου κατά τη διάρκεια 12 μηνών παρακολούθησης. Στο γράμμα της σύνταξης συζητούνται τα νεότερα δεδομένα για την θεραπεία και την πρόληψη της νευρογενούς ανορεξίας.

Brouwer LA, Zock PL, Camm AJ, Bocker D, Hauer RN, Wever EF, Dullemeijer C, Ronden JE, Katan MB, Lubinski A, Buschler H, Schouten EG; SOFA Study Group.

Effect of fish oil on ventricular tachyarrhythmia and death in patients with implantable cardioverter defibrillators: the Study on Omega-3 Fatty Acids and Ventricular Arrhythmia (SOFA) randomized trial.

JAMA. 2006 Jun 14;295(22):2613-9.

Υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι οι μακρές αλυσίδες των ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων (omega-3 PUFAs), που υπάρχουν στα ψάρια και στο κρέας, σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Πολυκεντρική τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της λήψης συμπληρώματος από λάδι ψαριού σε σχέση με το εικονικό φάρμακο στην εμφάνιση κοιλιακής ταχυκαρδίας ή θανάτου σε ασθενείς με εμφυτευμένο βηματοδότη. Κατά τη διάρκεια παρακολούθησης ενός έτους οι συγγραφείς καταλήγουν ότι η αυξημένη λήψη ω-3 τριγλυκεριδίων δεν προφυλλάσει από τον κίνδυνο κοιλιακής ταχυκαρδίας ή θανάτου σε ασθενείς με βηματοδότη.

Aoyama H, Shirato H, Tago M, Nakagawa K, Toyoda T, Hatano K, Kenjo M, Oya N, Hirota S, Shioura H, Kumieda E, Inomata T, Hayakawa K, Katoh N, Kobashi G.

Stereotactic radiosurgery plus whole-brain radiation therapy vs stereotactic radiosurgery alone for treatment of brain metastases: a randomized controlled trial.

JAMA. 2006 Jun 7;295(21):2483-91

Στην τυχαίοποιημένη αυτή μελέτη σε ασθενείς με 1 έως 4 μεταστάσεις αξιολογήθηκε αν η προσθήκη ακτινοθεραπείας [up-front whole-brain radiation therapy (WBRT)] στην στερεοτακτική ακτινοχειρουργική (stereotactic radiosurgery) (SRS) βελτιώνει την επιβίωση, τον έλεγχο του όγκου και προφυλάσσει την νευρολογική λειτουργία σε σχέση με την στερεοτακτική ακτινοχειρουργική από μόνη της. Οι συγγραφείς βρήκαν ότι η προσθήκη WBRT στην SRS δεν βοήθησε στην επιβίωση και τη διατήρηση της νευρολογικής λειτουργίας των ασθενών αλλά οι υποτροπές του όγκου εντός της ενδοκρανιακής κοιλότητας (intracranial relapse) ήταν λιγότερο συχνές στους ασθενείς που συμπληρωματικά είχαν δεχθεί WBRT. Σε σχετικό γράμμα της σύνταξης συζητούνται οι θεραπευτικές επιλογές σε ασθενείς με 1 ή περισσότερες εγκεφαλικές μεταστάσεις.

Miech RA, Kumanyika SK, Stettler N, Link BG, Phelan JC, Chang VW.

Trends in the association of poverty with overweight among US adolescents, 1971-2004.

JAMA. 2006 May 24;295(20):2385-93

Ο επιπολασμός της εφηβικής παχυσαρκίας έχει αυξηθεί κατά τη διάρκεια των 3ων τελευταίων δεκαετιών, αλλά το εάν οι οικονομικές ανισότητες μεταξύ των παχύσαρκων αυξήθηκαν, μειώθηκαν ή έμειναν το ίδιο στο πέρασμα του χρόνου, δεν είναι γνωστό. Αναλύοντας αντιπροσωπευτικά ως προς το γενικό πληθυσμό δεδομένα από το 1971 έως το 2004, οι συγγραφείς καταλήγουν ότι οι οικονομικές ανισότητες μεταξύ των παχύσαρκων παιδιών έχουν αυξηθεί στο ηλικιακό εύρος 15-17 ετών, αλλά όχι στο ηλικιακό εύρος 12-14 ετών.

Loeb M, Carusone SC, Goeree R, Walter SD, Brazil K, Krueger P, Simor A, Moss L, Marrie T.

Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia: a randomized controlled trial.

JAMA. 2006 Jun 7;295(21):2503-10.

Ένοικοι σε προνοιακές δομές με νοσηλευτική φροντίδα (γηροκομεία, οικοτροφεία κ.α.) (Nursing home residents) με πνευμονία συχνά διακομίζονται στο νοσοκομείο για νοσηλεία, κάτι που συνεπάγεται κινδύνους επιπλοκών, αυξημένα κόστη και επηρεασμός της ποιότητας ζωής. Σε τυχαίοποιημένη μελέτη οι συγγραφείς συνέκριναν την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος διάγνωσης και αντιμετώπισης της πνευμονίας και των υπολοίπων λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού στις προνοιακές δομές, χωρίς μεταφορά και νοσηλεία στο νοσοκομείο σε σχέση με την συνήθη διαδικασία διακομίδης και νοσηλείας στο νοσοκομείο. Η ομάδα των ασθενών που αντιμετωπίστηκε εκτός νοσοκομείου είχε συγκρίσιμη κλινική έκβαση και μικρότερη πιθανότητα για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία σε σχέση με τους ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με τον συνηθισμένο τρόπο, ενώ τα κόστη υγείας στην πρώτη περίπτωση ήταν σαφώς χαμηλότερα.

Lin OS, Kozarek RA, Schembre DB, Ayub K, Gluck M, Drennan F, Soon MS, Rabeneck L

Screening colonoscopy in very elderly patients: prevalence of neoplasia and estimated impact on life expectancy.

JAMA. 2006 May 24;295(20):2357-65.

Singh H, Turner D, Xue L, Targownik LE, Bernstein CN.

Risk of developing colorectal cancer following a negative colonoscopy examination: evidence for a 10-year interval between colonoscopies.

JAMA. 2006 May 24;295(20):2366-73.

Τα 2 αυτά άρθρα αναφέρονται στα οφέλη που προκύπτουν από την εφαρμογή της κολονοσκόπησης ως μεθόδου διαλογής. Στο πρώτο άρθρο αναλύονται περιγραφικά δεδομένα ασθενών που είχαν κάνει κολονοσκόπηση και υπολογίζονται τα κερδισμένα χρόνια ζωής (life-years saved) όταν η κολονοσκόπηση δείχνει καρκίνο του παχέως εντέρου σε νεότερους και σε γηραιότερους ασθενείς. Παρότι ο καρκίνος του παχέως εντέρου είναι πιο συχνός σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, η κολονοσκόπηση σε άτομα μεγαλύτερα των 80 ετών προσφέρει μόνο το 15% των κερδισμένων ετών ζωής που κερδίζονται στην ηλικιακή ομάδα 50 έως 54 ετών. Στο επόμενο άρθρο παρουσιάζεται μια αναδρομική ανάλυση δεδομένων από μεγάλα κέντρα καταγραφής πληροφοριών για τον καρκίνο (Manitoba Health claims and Manitoba Cancer Registry data) από όπου υπολογίζεται ο βαθμός και η διάρκεια για την οποία επισυμβαίνει η μείωση του κινδύνου για καρκίνο του παχέως εντέρου μετά από αρνητική κολονοσκόπηση. Η αρνητική κολονοσκόπηση σημαίνει μείωση κατά 60-70% του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του παχέως εντέρου και η μείωση αυτή ισχύει για περισσότερα από 10 χρόνια. Στο γράμμα της σύνταξης συζητάτε τη συμβολή τέτοιου είδους μελετών προς την κατεύθυνση της απάντησης ερωτημάτων που σχετίζονται με τα οφέλη από τη διενέργεια της κολονοσκόπησης.

Plevritis SK, Kurian AW, Sigal BM, Daniel BL, Ikeda DM, Stockdale FE, Garber AM.

Cost-effectiveness of screening BRCA1/2 mutation carriers with breast magnetic resonance imaging.

JAMA. 2006 May 24;295(20):2374-84.

Η Μαγνητική τομογραφία (MRI) διαγιγνώσκει τον καρκίνο του μαστού πολύ πιο γρήγορα από την κοινή μαστογραφία σε γυναίκες υψηλού κινδύνου αλλά είναι πολύ ακριβότερη σε χρηματικό κόστος. Η μελέτη αυτή προσπαθεί να προσεγγίσει την σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας στην διαλογή γυναικών με μεταλλάξεις στα BRCA1 ή BRCA2 στην συνδυαστική χρήση μαστογραφίας και MRI σε σχέση με την μαστογραφία από μόνη της. Η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας αυτών των τεχνικών διαφέρει ανά ηλικιακή ομάδα. Παίρνοντας ως όριο θετικής σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας τα \$100 000 για κάθε έτος ζωής σταθμισμένο ως προς την ποιότητα ζωής (quality-adjusted life-year), η συνδυαστική χρήση επίσης MRI με μαστογραφία μπορεί να είναι αποτελεσματική σε σχέση με το κόστος για γυναίκες με μεταλλάξεις στο BRCA1 γονίδιο που βρίσκονται στην ηλικία μεταξύ 35 και 54 έτη, ενώ για γυναίκες της ίδιας ηλικίας με μετάλλαξη στο BRCA2 γονίδιο η αποτελεσματικότητα σε σχέση με το κόστος διατηρείται όταν η ετήσια μαστογραφία συνδυάζεται με ανά διετία MRI.

Andersen LB, Harro M, Sardinha LB, Froberg K, Ekelund U, Brage S, Anderssen SA.

Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study).

Lancet. 2006 Jul 22;368(9532):299-304.

Σε μελέτη επιπολασμού οι συγγραφείς μέτρησαν την σωματική δραστηριότητα 9χρονων και 15χρονων παιδιών και την συνδύασαν με τα επίπεδα διαφόρων παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η φυσική δραστηριότητα αρχίζει να προσφέρει προστασία από τους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο όταν γίνεται για πάνω από 1 ώρα που είναι και η μέχρι στιγμής διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά.

Baird G, Simonoff E, Pickles A, Chandler S, Loucas T, Meldrum D, Charman T.

Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP).

Lancet. 2006 Jul 15;368(9531):210-5

Στόχος της μελέτης αυτής είναι η καταγραφή του επιπολασμού του αυτισμού και των διαταραχών στο φάσμα του αυτισμού σε παιδιά στο Ηνωμένο Βασίλειο. 38,9 και 77,2 ανά 10.000 κατοίκους είναι ο επιπολασμός του αυτισμού και των υπολοίπων διαταραχών στο φάσμα του αυτισμού, αντίστοιχα, ποσοστά που μειώνονται στο 24,8 ανά 10.000 κατοίκους αν χρησιμοποιήσουμε πιο στενούς ορισμούς του αυτισμού. Η αύξηση του επιπολασμού του αυτισμού που μπορεί να οφείλεται εν μέρει και στην αλλαγή των διαγνωστικών κριτηρίων και την μεγαλύτερη δυνατότητα ανίχνευσης από το σύστημα υγείας σήμερα, σημαίνει ότι οι υπηρεσίες εκπαίδευσης, υγείας και κοινωνικής πρόνοιας θα πρέπει να είναι έτοιμες να καλύψουν τις ανάγκες παιδιών με αυτισμό που ανέρχονται στο 1% περίπου των παιδιών.

ACTIVE Writing Group on behalf of the ACTIVE Investigators; Connolly S, Pogue J, Hart R, Pfeffer M, Hohnloser S, Chrolavicius S, Pfeffer M, Hohnloser S, Yusuf S.

Clopidogrel plus aspirin versus oral anticoagulation for atrial fibrillation in the Atrial fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesartan for prevention of Vascular Events (ACTIVE W): a randomised controlled trial.

Lancet. 2006 Jun 10;367(9526):1903-12.

7000 ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή και έναν ακόμα παράγοντα κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο χωρίστηκαν τυχαία σε 2 ομάδες, όπου η πρώτη έλαβε από του στόματος αντιπηκτική αγωγή (με στόχο INR μεταξύ 2 και 3) και η δεύτερη συνδυασμό κλοπιδογρέλης (75 mg ανά μέρα) και ασπιρίνης (75 έως 100 mg ημερησίως) και μελετήθηκαν ως προς την εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, εμφράγματος του μυοκαρδίου, εμβολή εκτός ΚΝΣ και θάνατο από αγγειακά αίτια. Η μελέτη σταμάτησε πρώιμα λόγω προφανούς πλεονεκτήματος της από του στόματος αντιπηκτικής αγωγής έναντι του συνδυασμού κλοπιδογρέλης και ασπιρίνης [σχετικός κίνδυνος 1,44 (1,18–1,76; p=0.0003)]. Επίσης οι ασθενείς που βρίσκονταν ήδη σε θεραπεία με από του στόματος αντιπηκτική αγωγή, είχαν μικρότερο κίνδυνο αγγειακών συμβαμάτων και σημαντικής αιμορραγίας σε σχέση με τους ασθενείς που άρχισαν να λαμβάνουν την θεραπεία αυτή από την αρχή της μελέτης.

Booth GL, Kapral MK, Fung K, Tu JV.

Relation between age and cardiovascular disease in men and women with diabetes compared with non-diabetic people: a population-based retrospective cohort study.

Lancet. 2006 Jul 1;368(9529):29-36

Ο σακχαρώδης διαβήτης πιστεύεται πως αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την καρδιαγγειακή νόσο ανεξάρτητα από την ηλικία. 400.000 πάσχοντες από διαβήτη και 9 εκ υγιείς ενήλικες παρακολούθηθηκαν για 6 περίπου χρόνια ώστε να διαπιστωθεί η ηλικία που παρουσιάζεται ο μεγαλύτερος κίνδυνος (10ετής κίνδυνος της τάξης του 20% ή ίσος με τον κίνδυνο που αντιστοιχεί σε προηγούμενο έμφραγμα του μυοκαρδίου) για καρδιαγγειακά συμβάματα (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή θάνατος από οποιαδήποτε αιτία). Οι διαβητικοί άνδρες και γυναίκες μπαίνουν στην υψηλότερη κατηγορία κινδύνου στα 48 και 54 έτη κατά μέσο όρο, 15 χρόνια νωρίτερα από ότι ίδιου φύλου υγιείς, αντίστοιχα. Σε χαμηλότερες ηλικίες (<40 ετών) δεν φαίνεται να υπάρχει ιδιαίτερη επιβάρυνση στον κίνδυνο των διαβητικών ανδρών και γυναικών για καρδιαγγειακά συμβάματα.

Gruen RL, Bailie RS, Wang Z, Heard S, O'Rourke IC.

Specialist outreach to isolated and disadvantaged communities: a population-based study.

Lancet. 2006 Jul 8;368(9530):130-8.

Η επίσκεψη εξειδικευμένων ιατρών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) έχει σαν στόχο να καταργηθούν τα εμπόδια στην προσβασιμότητα των εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας ιδιαίτερα για τους ανθρώπους που ζουν σε αγροτικές και απομονωμένες περιοχές, αλλά η αποτελεσματικότητά τους σε ότι αφορά την προσβασιμότητα των ασθενών, την μείωση των παραπομπών, και τα κλινικά αποτελέσματα δεν έχει ποτέ προσεγγιστεί. Η οργάνωση ιατρείων από ιατρούς ειδικοτήτων (specialist outreach) στην ΠΦΥ είχε ως αποτέλεσμα ο συνολικός αριθμός παραπομπών σε νοσοκομεία να μειωθεί και όσες έλαβαν χώρα να γίνουν σε καλύτερο χρόνο.

Thomas RE, Croal BL, Ramsay C, Eccles M, Grimsbaw J

Effect of enhanced feedback and brief educational reminder messages on laboratory test requesting in primary care: a cluster randomised trial.

Lancet. 2006 Jun 17;367(9527):1990-6.

370 ιατροί Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) παρακολούθηθηκαν για 1 έτος σε τυχαίοποιημένη μελέτη για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων (περιοδική καταγραφή της συχνότητας καθ' όλη την διάρκεια της κλινική πράξης και εκπαιδευτικά μηνύματα υπό τύπου υπενθύμισης για 9 εργαστηριακές εξετάσεις), για τον περιορισμό των μη-απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων. Βρέθηκε ότι οι εργαστηριακές εξετάσεις και με τις δυο παρεμβάσεις μειώθηκαν στον ίδιο περίπου στατιστικά σημαντικό βαθμό (περίπου 10-15%) σε σχέση με την ομάδα των ιατρών που δεν δέχτηκε καμία παρέμβαση. Η δυνατότητα να εφαρμοστούν τέτοιου είδους περιοδικές καταγραφές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις υπάρχει στα περισσότερα συστήματα υγείας.



Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J.

Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study.

Lancet. 2006 Jul 8;368(9530):119-23.

Η μελέτη επιπολασμού αυτή ασχολείται με τις αυτοκτονίες μετά την αποφυλάκιση.

Το ποσοστό των αποφυλακισθέντων που αυτοκτονεί ένα έτος μετά την αποφυλάκισή του (περίπου 1,5% του συνόλου των αποφυλακισθέντων) είναι σημαντικά μεγαλύτερο από αυτό του γενικού πληθυσμού, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με το ένα πέμπτο αυτών να επισυμβαίνει τις πρώτες 4 εβδομάδες. Οι προσφάτως αποφυλακισμένοι έχουν ιδιαίτερες και πολυεπίπεδες ανάγκες σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

ESPRIT Study Group; Halkes PH, van Gijn J, Kappelle LJ, Koudstaal PJ, Algra A.

Aspirin plus dipyridamole versus aspirin alone after cerebral ischaemia of arterial origin (ESPRIT): randomised controlled trial.

Lancet. 2006 May 20;367(9523):1665-73.

3000 περίπου ασθενείς, που είχαν υποστεί στο τελευταίο εξάμηνο παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο ή ελάσσων εγκεφαλικό επεισόδιο αρτηριακής αιτιολογίας (minor stroke of presumed arterial origin), χωρίστηκαν τυχαία σε 2 ομάδες όπου η πρώτη λάμβανε μόνο ασπιρίνη (30 έως 325 mg ημερησίως) και η δεύτερη ασπιρίνη σε συνδυασμό με διπυριδαμόλη (200 mg δυο φορές τη μέρα) και παρακολούθηθηκαν για 3 χρόνια κατά μέσο όρο. Τα αποτελέσματα της μελέτης, σε συνδυασμό με τα δεδομένα μετανάλυσης προηγούμενων μελετών δείχνουν σαφή υπεροχή του συνδυασμού των παραπάνω φαρμάκων ως προς την προστασία από θανάτους από αγγειακά αίτια, έμφραγμα του μυοκαρδίου και αιμορραγίες. Πιο συχνά οι ασθενείς που έπαιρναν το συνδυασμό των φαρμάκων δυσκολεύονταν να τον ακολουθήσουν σε σχέση με αυτούς που ελάμβαναν μόνο ασπιρίνη, λόγω πονοκεφάλου.

Owan TE, Hodge DO, Herges RM, Jacobsen SJ, Roger VL, Redfield MM.

Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction.

N Engl J Med. 2006 Jul 20;355(3):251-9.

Σε αναδρομική μελέτη νοσηλευόμενων ασθενών, ο επιπολασμός της καρδιακής ανεπάρκειας με διατήρηση του κλάσματος εξώθησης (preserved ejection fraction) αυξήθηκε σημαντικά μεταξύ του 1987 και του 2001, όπως επίσης και το ποσοστό των ασθενών που διατηρούσαν το κλάσμα εξώθησης (with preserved ejection fraction). Η επιβίωση ήταν ελαφρώς καλύτερη ανάμεσα στους ασθενείς που διατηρούσαν το κλάσμα εξώθησης τους σε σχέση με αυτούς που δεν το διατηρούσαν, αλλά η πρόγνωση 15ετίας βελτιώθηκε μόνο σε αυτούς με μικρό κλάσμα εξώθησης.

Bhatia RS, Tu JV, Lee DS, Austin PC, Fang J, Haouzi A, Gong Y, Liu PP.

Outcome of heart failure with preserved ejection fraction in a population-based study.

N Engl J Med. 2006 Jul 20;355(3):260-9.

Μεταξύ 2802 νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, το 31% διατηρούσε το κλάσμα εξώθησης. Οι ασθενείς αυτοί σε σχέση με αυτούς που είχαν μειωμένο κλάσμα εξώθησης ήταν πιθανότερο να είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία, γυναίκες, και να εμφανίζουν ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής και υπέρτασης. Τα κλινικά συμπτώματα, οι επιπλοκές, οι επανεισαγωγές στο νοσοκομείο και οι δείκτες θνησιμότητας ήταν παρόμοιες μεταξύ των 2 ομάδων.

Jagsi R, Guancial EA, Worobey CC, Henault LE, Chang Y, Starr R, Tarbell NJ, Hylek EM.

The "gender gap" in authorship of academic medical literature--a 35-year perspective.

N Engl J Med. 2006 Jul 20;355(3):281-7.

Στην μελέτη αυτή αναλύθηκαν οι δημοσιεύσεις 6 κορυφαίων περιοδικών του ιατρικού τύπου και βρέθηκε ότι το ποσοστό των γυναικών που εμφανίζονται ως πρώτες συγγραφείς στις δημοσιεύσεις αυξήθηκε από 6% το 1970 σε 29% το 2004 και το ποσοστό των γυναικών που εμφανίζονται ως τελευταίες συγγραφείς από 4% σε 19% αντίστοιχα. Αυτές οι μεταβολές συμβαίνουν σε μια χρονική περίοδο που παρατηρείται μεγάλη αύξηση στον αριθμό των γυναικών που γίνονται γιατροί- περίπου το 50% των φοιτητών ιατρική σήμερα είναι γυναίκες σε σχέση με το 6% το 1960.

Lee DS, Pencina MJ, Benjamin EJ, Wang TJ, Levy D, O'Donnell CJ, Nam BH, Larson MG, D'Agostino RB, Vasan RS.

Association of parental heart failure with risk of heart failure in offspring.

N Engl J Med. 2006 Jul 13;355(2):138-47.

Σε μελέτη επιπολασμού της κοόρτης απογόνων συμμετεχόντων σε μεγάλη μελέτη (offspring cohort of the Framingham Heart Study), η κλινικά διαπιστωμένη καρδιακή ανεπάρκεια σε έναν τουλάχιστον από τους 2 γονείς συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα υπερηχογραφικών δεδομένων δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας, αύξηση μάζας της δεξιάς κοιλίας και αυξημένων διαστάσεων της αριστεράς κοιλίας στους απογόνους

Barrett-Connor E, Mosca L, Collins P, Geiger MJ, Grady D, Kornitzer M, McNabb MA, Wenger NK; Raloxifene Use for The Heart (RUTH) Trial Investigators.

Effects of raloxifene on cardiovascular events and breast cancer in postmenopausal women.

N Engl J Med. 2006 Jul 13;355(2):125-37

Στην πολυκεντρική αυτή τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα της ραλοξιφαίνης σε σχέση με το εικονικό φάρμακο σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες υψηλού κινδύνου για στεφανιαίο επεισόδιο. Βρέθηκε ότι η χρήση ραλοξιφαίνης δεν είχε καμιά σημαντική επίδραση στον κίνδυνο εκδήλωσης μείζονων στεφανιαίων επεισοδίων (primary coronary events), μείωσε τον κίνδυνο εμφάνισης διηθητικού καρκίνου του μαστού και καταγμάτων στην σπονδυλική στήλη και αύξησε τον κίνδυνο για θανατηφόρο εγκεφαλικό επεισόδιο και φλεβικό θρομβοεμβολικό επεισόδιο. Η απόφαση για τη χρήση ή μη της ραλοξιφαίνης πρέπει να παίρνεται λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες και κινδύνους για κάθε ασθενή.

Teng W, Shan Z, Teng X, Guan H, Li Y, Teng D, Jin Y, Yu X, Fan C, Chong W, Yang F, Dai H, Yu Y, Li J, Chen Y, Zhao D, Shi X, Hu F, Mao J, Gu X, Yang R, Tong Y, Wang W, Gao T, Li C.

Effect of iodine intake on thyroid diseases in China.

N Engl J Med. 2006 Jun 29;354(26):2783-93.

Η χαμηλή ή υψηλή λήψη ιωδίου, μπορεί να οδηγήσει σε δυσλειτουργίες του θυρεοειδούς. Στη μελέτη αυτή ο επιπολασμός του κλασσικού και υποκλινικού υποθυρεοειδισμού όπως και της αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας, αυξήθηκαν με την αύξηση της πρόσληψης ιωδίου σε ανθρώπους που ζούσαν στην Κίνα τόσο σε περιοχές με σχετική έλλειψη ιωδίου (μέση αποβολή ιωδίου με τα ούρα 84 µg per liter), όσο και σε περιοχές με επαρκή αποθέματα ιωδίου (μέση αποβολή στα ούρα, 243 µg per liter) ή και αυξημένα αποθέματα ιωδίου (μέση αποβολή στα ούρα, 651 µg per liter).

Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, Thompson JN, Van de Velde CJ, Nicolson M, Scarffe JH, Lofts FJ, Falk SJ, Iveson TJ, Smith DB, Langley RE, Verma M, Weeden S, Chua YJ, MAGIC Trial Participants.

Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer.

N Engl J Med. 2006 Jul 6;355(1):11-20

Στην τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη αυτή, η συνολική επιβίωση ασθενών με καρκίνο του στομάχου που επιδέχονταν χειρουργική επέμβαση ήταν μεγαλύτερη σε αυτούς που δέχτηκαν συνδυαστικά προ και μετά το χειρουργείο χημειοθεραπεία, σε σχέση με αυτούς που δέχτηκαν μόνο τη χειρουργική θεραπεία.

McMabon JA, Green TJ, Skeaff CM, Knight RG, Mann JI, Williams SM.

A controlled trial of homocysteine lowering and cognitive performance.

N Engl J Med. 2006 Jun 29;354(26):2764-72

Σε περιγραφικές μελέτες έχουν κατά το παρελθόν βρεθεί υψηλά επίπεδα ομοκυστεΐνης στον ορό ασθενών που πάσχουν από τη νόσο του Alzheimer's και αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της ομοκυστεΐνης και των επιδόσεων σε τεστ γνωστικής λειτουργίας σε ηλικιωμένους που κατοικούν στην κοινότητα (community-dwelling older adults). Σε αυτή την τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη σε ηλικιωμένους ασθενείς με ανεβασμένα επίπεδα ομοκυστεΐνης, η χορήγηση επί διετίας φυλλικού οξέος και βιταμινών B12 και B6, μείωσε τα επίπεδα ομοκυστεΐνης στο πλάσμα, αλλά δεν βελτίωσε την γνωστική ικανότητα των συμμετεχόντων.

Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, Koutsky LA.

Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women.

N Engl J Med. 2006 Jun 22;354(25):2645-54

Στην προοπτική αυτή μελέτη φοιτητριών σε πανεπιστήμια των ΗΠΑ οι ερευνητές βρήκαν ότι η σταθερή χρήση προφυλακτικών από τους άρενες συντρόφους από την αρχή της σεξουαλικής δραστηριότητας μιας γυναίκας, μειώνει την πιθανότητα λοίμωξης με τον ιό του ανθρώπινου θηλώματος (Human Papilloma Virus, HPV). Η επίπτωση του HPV στο γεννητικό σύστημα μειώθηκε από 89,3% (για την ομάδα των γυναικών που δήλωνε 5% χρήση προφυλακτικού από το σύντροφο) σε 37,8% (για την ομάδα των γυναικών που δήλωνε 100% χρήση προφυλακτικού από το σύντροφο)

Tashkin DP, Elashoff R, Clements PJ, Goldin J, Roth MD, Furst DE, Arriola E, Silver R, Strange C, Bolster M, Seibold JR, Riley DJ, Hsu VM, Varga J, Schraufnagel DE, Theodore A, Simms R, Wise R, Wigley F, White B, Steen V, Read C, Mayes M, Parsley E, Mubarak K, Connolly MK, Golden J, Olan M, Fessler B, Rothfield N, Metersky M; Scleroderma Lung Study Research Group.

Cyclophosphamide versus placebo in scleroderma lung disease.

N Engl J Med. 2006 Jun 22;354(25):2655-66.

Η διάμεση πνευμονοπάθεια αποτελεί κοινή επιπλοκή της συστηματική σκλήρυνσης, αλλά δεν υπάρχει κοινώς αποδεκτή θεραπεία. Η τυχαιοποιημένη μελέτη αυτή συγκρίνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με κυκλοφωσφαμίδη για ένα χρόνο σε σχέση με το εικονικό φάρμακο. Η κυκλοφωσφαμίδη σε σχέση με το εικονικό φάρμακο παρουσιάζει μια μικρή αλλά στατιστικά σημαντική βελτίωση στην αναπνευστική λειτουργία και τη συμπτωματολογία, αλλά οι παρενέργειες της θεραπείας ακόμη είναι άγνωστες.

Graham TE, Yang Q, Bluber M, Hammarstedt A, Ciaraldi TP, Henry RR, Wason CJ, Oberbach A, Jansson PA, Smith U, Kahn BB.

Retinol-binding protein 4 and insulin resistance in lean, obese, and diabetic subjects.

N Engl J Med. 2006 Jun 15;354(24):2552-63

Στην μελέτη αυτή τα επίπεδα στον ορό της retinol-binding protein 4, ενός μορίου που εκκρίνεται από τα λιποκύτταρα, σχετίζεται με τον βαθμό αντίστασης στην ινσουλίνη σε συμμετέχοντες με παχυσαρκία, μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη ή διαβήτη τύπου 2 και σε μη-παχύσαρκα άτομα με ισχυρό οικογενειακό ιστορικό διαβήτη τύπου 2. Τα επίπεδα του μορίου αυτού στο πλάσμα αυξάνονται πριν την ανάπτυξη κλινικής μορφής διαβήτη και μπορεί να χρησιμεύσουν στην διαπίστωση αύξησης ανοχής στην ινσουλίνη και συνδεδεμένους με αυτή παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

Cooper WO, Hernandez-Diaz S, Arbogast PG, Dudley JA, Dyer S, Gideon PS, Hall K, Ray WA.

Major congenital malformations after first-trimester exposure to ACE inhibitors.

N Engl J Med. 2006 Jun 8;354(23):2443-51

Στη μελέτη αυτή παρουσιάζεται μια σημαντική αύξηση του κινδύνου για συγγενείς διαμαρτίες (συμπεριλαμβανομένων διαταραχών στη διάπλαση του καρδιαγγειακού και του κεντρικού νευρικού συστήματος) ανάμεσα σε παιδιά μη διαβητικών γυναικών που έλαβαν Αναστολείς Μετατρεπτικού Ενζύμου Αγγειοτενσίνης (AMEA) κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης (κάτι που δεν παρατηρήθηκε στα παιδιά γυναικών που έλαβαν άλλα αντιυπερτασικά φάρμακα κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης). Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι οι AMEA δεν μπορούν να χορηγούνται με ασφάλεια κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης.

Guilbert TW, Morgan WJ, Zeiger RS, Mauger DT, Boehmer SJ, Szeffler SJ, Bacharier LB, Lemanske RF Jr, Strunk RC, Allen DB, Bloomberg GR, Heldt G, Krawiec M, Larsen G, Liu AH, Chinchilli VM, Sorkness CA, Taussig LM, Martinez FD.

Long-term inhaled corticosteroids in preschool children at high risk for asthma.

N Engl J Med. 2006 May 11;354(19):1985-97.

Τα παιδιά που αρχίζουν να αναπνέουν με συριγμό (begin to wheeze) βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη άσθματος. Στην μελέτη αυτή, που χρηματοδοτήθηκε από κρατικούς πόρους (NIH-sponsored study), παιδιά με άσθμα ηλικίας 2 έως 3 ετών πήραν είτε εικονικό φάρμακο είτε εισπνεόμενο κορτικοστεροειδές για 2 έτη. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας υπήρχε καλύτερος έλεγχος του άσθματος, ο έλεγχος αυτός όμως δεν συνεχίζονταν μετά το πέρας της θεραπείας.

Hsu J, Price M, Huang J, Brand R, Fung V, Hui R, Fireman B, Newhouse JP, Selby JV.

Unintended consequences of caps on Medicare drug benefits.

N Engl J Med. 2006 Jun 1;354(22):2349-59.

Στην μελέτη αυτή ασφαλισμένοι στο σύστημα ασφάλισης υγείας των ΗΠΑ (Medicare) εντάχθηκαν στο Kaiser Permanente πρόγραμμα ασφάλισης κατά υπηρεσία (managed-care program) το 2003 όπου χωρίστηκαν τυχαία σε 2 ομάδες και στη μία υπήρχε ετήσιο όριο ασφαλιστικής κάλυψης για τη φαρμακευτική αγωγή τα \$1,000 ενώ στην άλλη ομάδα δεν υπήρχε τέτοιο οικονομικό όριο. Η εφαρμογή ετήσιου ασφαλιστικού ορίου για τη φαρμακευτική αγωγή συσχετίστηκε με χαμηλότερα κόστη φαρμακευτικής αγωγής, υψηλότερα κόστη νοσοκομειακής φροντίδας και παρόμοιο συνολικό κόστος. Επίσης στην ομάδα που εφαρμόστηκε το παραπάνω ασφαλιστικό όριο, η συμμόρφωση με την προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή καθώς και η διαχείριση της αρτηριακής πίεσης, των λιπιδίων και της γλυκόζης πλάσματος ήταν χειρότερη σε σχέση με την ομάδα που δεν επεβλήθει το παραπάνω ασφαλιστικό όριο των \$1,000.



Park-Wyllie LY, Juurlink DN, Kopp A, Shab BR, Stukel TA, Stumpo C, Dresser L, Low DE, Mamdani MM.

Outpatient gatifloxacin therapy and dysglycemia in older adults.

N Engl J Med. 2006 Mar 30;354(13):1352-61. Epub 2006 Mar 1

Η Γατιφλοξαίνη (Gatifloxacin) έχει συνδυαστεί τόσο με υπό όσο και με υπέρ-γλυκαιμία. Στη μελέτη αυτή μελετώνται τα σχετιζόμενα με τις διαταραχές της γλυκόζης προβλήματα σε ασθενείς άνω των 66 ετών που προκαλούνται από διάφορα αντιβιοτικά φάρμακα. Σε σχέση με άλλα αντιβιοτικά ευρέως φάσματος, συμπεριλαμβανομένου και άλλων φθοριοκινολών, η Γατιφλοξαίνη σχετίζεται ξεκάθαρα με επακόλουθη υπό ή υπέρ-γλυκαιμία.

Jacobson BC, Somers SC, Fuchs CS, Kelly CP, Camargo CA Jr.

Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women.

N Engl J Med. 2006 Jun 1;354(22):2340-8.

Η παχυσαρκία θεωρείται από τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για τη Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση (ΓΟΠ). Ανάλυση δεδομένων πάνω από 10,000 γυναικών από την μελέτη Nurses' Health Study, έδειξε ότι ο Δείκτης Μάζας Σώματος συσχετίζεται με συμπτώματα ΓΟΠ τόσο σε φυσιολογικού βάρους όσο και σε παχύσαρκες γυναίκες. Επίσης η αύξηση βάρους συσχετίζεται με την ανάπτυξη συμπτωμάτων ΓΟΠ ακόμα και σε γυναίκες με φυσιολογικό σωματικό βάρος κατά την εισαγωγή τους στη μελέτη (at baseline).

Schmidt B, Roberts RS, Davis P, Doyle LW, Barrington KJ, Ohlsson A, Solimano A, Tin W; Caffeine for Apnea of Prematurity Trial Group.

Caffeine therapy for apnea of prematurity.

N Engl J Med. 2006 May 18;354(20):2112-21

Σε νεογνά με πολύ χαμηλό βάρος γέννησης που έχουν άπνοια λόγω της πρόωρης γέννησης (apnea of prematurity), η θεραπεία με καφεΐνη, μειώνει τον κίνδυνο βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας που παρατηρείται 36 εβδομάδες μετά τον τοκετό (assessed at 36 weeks of postmenstrual age). Η καφεΐνη παροδικά μείωσε την αύξηση βάρους αλλά δεν επηρέασε τα ποσοστά θανάτων, τα υπερηχογραφικά σημεία βλάβης του εγκεφάλου ή τα επεισόδια νεκρωτικής εντεροκολίτιδας. Αυτά τα πρώιμα δεδομένα καταδεικνύουν τα σημαντικά οφέλη της θεραπείας σε νεογνά με καφεΐνη αλλά η τελική επιβεβαίωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας αυτής θα έρθει με την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της μακροχρόνιας παρακολούθησης αυτής της κοόρτης παιδιών που έλαβαν καφεΐνη.



Kennedy CR, McCann DC, Campbell MJ, Law CM, Mullee M, Petron S, Watkin P, Worsfold S, Yuen HM, Stevenson J
Language ability after early detection of permanent childhood hearing impairment.

N Engl J Med. 2006 May 18;354(20):2131-41

Οι συγγραφείς μελέτησαν παιδιά με μόνιμες αμφοτερόπλευρες βλάβες στην ακοή που είχαν διαγνωστεί σε διαφορετικές φάσεις της ζωής τους. Στα παιδιά που είχε γίνει έλεγχος διαλογής με την γέννησή τους ή που είχαν διαγνώσει το πρόβλημά τους πριν την ηλικία των 9 μηνών εμφανίστηκαν σημαντικά καλύτερες γλωσσικές ικανότητες σε σχέση με τα παιδιά που δεν είχαν υποστεί έλεγχο διαλογής με τη γέννησή τους ή που είχαν διαγνωστεί μετά την ηλικία των 9 μηνών, ενώ τα σκορ για τον έλεγχο της ομιλίας δεν διέφεραν σημαντικά. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πρώιμη διάγνωση διαταραχών της ακοής στα παιδιά μπορεί να έχει πολλά οφέλη.

Centanni M, Gargano L, Canetti G, Viceconti N, Franchi A, Delle Fave G, Annibale B.

Thyroxine in goiter, *Helicobacter pylori* infection, and chronic gastritis.

N Engl J Med. 2006 Apr 27;354(17):1787-95.

Η μελέτη σχεδιάστηκε για να απαντήσει στο ερώτημα του κατά πόσο η μειωμένη έκκριση γαστρικού οξέος οδηγεί σε αύξηση των αναγκών λήψης θυροξίνης σε ευθυροειδικούς ασθενείς με πολυοζώδης βρογχοκήλη. Βρέθηκε ότι για να διατηρηθούν ευθυροειδικοί οι ασθενείς αυτοί που επιπλέον έπασχαν από σχετιζόμενη με *H. pylori* γαστρίτιδα, ατροφική γαστρίτιδα ή συνδυασμό τους, χρειάζονταν 22 – 34% περισσότερη θυροξίνη σε σχέση με την ομάδα που δεν έπασχε από προβλήματα με το στομάχι. Η φυσιολογική έκκριση γαστρικού οξέος λοιπόν, είναι απαραίτητη για την απορρόφηση της από του στόματος θυροξίνης.

Rumbold AR, Crowther CA, Haslam RR, Dekker GA, Robinson JS; ACTS Study Group.

Vitamins C and E and the risks of preeclampsia and perinatal complications.

N Engl J Med. 2006 Apr 27;354(17):1796-806.

Στη πολυκεντρική αυτή μελέτη βρέθηκε ότι η προσθήκη Βιταμίνης C και E κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν προφυλάσσει από τον κίνδυνο προεκλαμψίας, διαταραχής της ενδομήτριας ανάπτυξης, πρώιμο ενδομήτριο θάνατο και άλλες δυσμενείς καταστάσεις για τα νεογνά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Bhatt DL, Fox KA, Hacke W, Berger PB, Black HR, Boden WE, Cacoub P, Cohen EA, Creager MA, Easton JD, Flather MD, Haffner SM, Hamm CW, Hankey GJ, Johnston SC, Mak KH, Mas JL, Montalescot G, Pearson TA, Steg PG, Steinbubl SR, Weber MA, Brennan DM, Fabry-Ribaud L, Booth J, Topol EJ; CHARISMA Investigators

Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic events.

N Engl J Med. 2006 Apr 20;354(16):1706-17. Epub 2006 Mar 12

Η μελέτη για την κλοπιδογρέλη στον υψηλό κίνδυνο Αθηροθρόμβωσης και τη Σταθεροποίηση, Διαχείριση και Πρόληψη της Ισχαιμίας [The Clopidogrel for High Atherothrombotic Risk and Ischemic Stabilization, Management, and Avoidance (CHARISMA) trial] συνέκρινε την αποτελεσματικότητα της κλοπιδογρέλης συνδυαστικά με την ασπιρίνη σε σχέση με την ασπιρίνη από μόνη της στην μείωση του ποσοστού του εμφράγματος του μυοκαρδίου, του εγκεφαλικού επεισοδίου ή του θανάτου από καρδιαγγειακές αιτίες σε ασθενείς με σταθεροποιημένη καρδιαγγειακή νόσο ή πολλαπλούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου. Δεν υπήρχε διαφορά στις παραπάνω μελετώμενες εκβάσεις μεταξύ των 2 ομάδων.



Γιάννης Κόντος

Φωτοειδησεογράφος

Τις φυσικές καταστροφές και τον θάνατο δεν θέλω να τα φαντάζομαι αλλά ούτε και να τα φιλοσοφώ. Ο θάνατος για κάποιον που τον έχει δει και τον έχει καταγράψει δεν προσφέρεται για φιλοσοφία ούτε για αναπόληση στον ελεύθερο χρόνο του. Ο θάνατος και η ζωή είναι πιο κοντά από όσο μπορούμε να φανταστούμε...

Ένα παιδί από την επαρχία ξεκινάει να σπουδάσει σε ένα ΑΕΙ στην Αθήνα, όπως πολλά άλλα παιδιά και ... σε 10 χρόνια γυρνά όλον το κόσμο και βραβεύεται ως ο καλύτερος φωτορεπόρτερ στον κόσμο. Πώς έγινε αυτό; Πείτε μας κάποια πράγματα για να γνωριστούμε καλύτερα...

Βρέθηκα στον χώρο εντελώς τυχαία μα πολύ συνειδητά επέλεξα να μείνω, επενδύοντας τα πάντα, απόλυτα αφοσιωμένος στην φωτοειδησεογραφία. Στην αρχή ξεκίνησε σαν ενασχόληση, σαν ένα παιχνίδι, στην πορεία όμως κατάλαβα ότι υπήρχαν σοβαρές προοπτικές. Ξεκίνησα να φωτογραφίζω επαγγελματικά το 1992 στη Θεσσαλονίκη σ' ένα πολύ μικρό γραφείο, σ' ένα πατάρι στην Αγία Σοφίας, ενώ ακόμη σπούδαζα στην Γυμναστική Ακαδημία. Τελειώνοντας τις σπουδές μου στα ΤΕΦΑΑ αποφάσισα να σπουδάσω φωτογραφία στο ΤΕΙ Αθήνας για να διευρύνω περισσότερο τις γνώσεις μου σε θεωρητικό επίπεδο. Δοκιμάζοντας διάφορα είδη φωτογραφίας, όπως studio, μόδα, καλλιτεχνική, σύντομα συνειδητοποίησα ότι αυτό που ήθελα, αυτό που με γέμιζε τελικά ήταν το ρεπορτάζ. Θεωρώ ότι ο συνδυασμός της ενέργειας που είχα ως πρωταθλητής αλλά και η ανάγκη για δημιουργική έκφραση με οδήγησαν σε αυτή την απόφαση. Παράλληλα με τις σπουδές φωτογραφίας συνεργάστηκα για κάποια χρόνια με ένα αθηναϊκό πρακτορείο. Όταν ένιωσα ότι είχα πλέον έναν αξιοπρεπή όγκο δουλειάς και ότι πατάω καλά στα πόδια μου, αποφάσισα να κινηθώ έξω από τα στενά ελληνικά πλαίσια. Το 1998 βρέθηκα στο Γαλλικό Σγγρα, ένα από τα μεγαλύτερα φωτοειδησεογραφικά πρακτορεία της εποχής για να με δοκιμάσουν. Το πρώτο crash test ήταν ο πόλεμος στο Κόσοβο. Τα πήγα πολύ καλά, ήρθε και το πρώτο εξώφυλλο κι έτσι άνοιξε ο δρόμος... Ήμουν απόλυτα συνειδητοποιημένος σε αυτό που έκανα. Αφοσιώθηκα, έδωσα ότι είχα και δεν είχα, άρχισα να διαβάζω, να μελετώ το έργο μεγάλων φωτογράφων και εικαστικών, να αναζητώ την τεχνική και αισθητική αρτιότητα... Σήμερα μετά από 14 χρόνια σκληρής δουλειάς, είμαι ο μοναδικός Έλληνας freelancer (ελεύθερος επαγγελματίας) που ασχολείται με την μάχιμη φωτοειδησεογραφία.

Ποτέ μου δεν μετάνιωσα για την επιλογή αυτή.

Τι είχατε και τι κάνατε παραπάνω και τι δεν είχατε και δεν κάνατε ως παιδί και μετέπειτα έφηβος σε σχέση με τα άλλα παιδιά της ηλικίας σας;

Την παιδική και εφηβική μου ηλικία την καθόρισε η ενασχόλησή μου με τον πρωταθλητισμό στην κωπηλασία. Οι απαιτήσεις του αθλήματος ήταν πολύ μεγάλες και οι στέρσεις επίσης. Μέχρι τα 20 μου έκανα ασκητική ζωή... Δεν είχα χρόνο να διαβάσω τα βιβλία που ήθελα... ατέλειωτες ώρες προπόνησης όταν τα άλλα παιδιά έπαιζαν... Δεν υπήρχε χρόνος ούτε για ταξίδια του μυαλού και της ψυχής. Ο στόχος μου ήταν υψηλός και ήμουν βαθιά προσηλωμένος. Η ζωή μου όλη ήταν η αρχή και το τέλος της λίμνης.

Παρόλα αυτά θεωρώ τον εαυτό μου ιδιαίτερα ωφελημένο από αυτή την περίοδο. Ισχυροποιήθηκε ο χαρακτήρας μου, απέκτησα αυτοπεποίθηση, πάτησα στα πόδια

μου. Στον αθλητισμό αγωνίζεσαι να ξεπεράσεις τον εαυτό σου, να φτάσεις στα όρια κι έτσι γνωρίζεις τις αντοχές σου. Όλα αυτά με βοήθησαν αργότερα να αντεπεξέλθω στις αντιξοότητες του ρεπορτάζ.

Σαν πρωταθλητής ήμουν ακόρταγος, ήθελα να φτάσω στην απόλυτη διάκριση. Τελικά κατάφερα να πετύχω τον στόχο μου και έτσι έκλεισε αυτός ο κύκλος.

Πρόσφατα βραβευτήκατε με το World Press Photo Award (Παγκόσμιο Βραβείο Τύπου). Τι σημαίνει αυτό το βραβείο; Πείτε μας 2 λόγια...

Το πρώτο βραβείο στον διαγωνισμό του World Press Photo είναι η απόλυτη καταξίωση για ένα φωτοειδησεογράφο. Είναι η διάκριση και το όνειρο που ο καθένας από μας αναζητά από την πρώτη στιγμή της ενασχόλησής του με το επάγγελμα. Νομίζω δικαίως κάποιοι το έχουν χαρακτηρίσει ως το "Όσκαρ" της φωτογραφίας αν αναλογιστεί κανείς τον τεράστιο αριθμό των συμμετοχών. Αυτή τη χρονιά η δουλειά μου βραβεύτηκε ανάμεσα σε 83.044 συμμετοχές, 4.448 επαγγελματιών από συνολικά 122 χώρες του κόσμου.

Προσωπικά είμαι πολύ χαρούμενος γιατί το βραβείο αυτό δίνει πολύ σημαντική ώθηση στην καριέρα μου και είναι η επιβράβευση πολλών ετών σκληρής δουλειάς. Είναι η διάκριση που πάντα αναζητούσα και έλειπε από την συλλογή των 17 διεθνών βραβείων μου.

Ποια τα σχέδια για το μέλλον σας;

Τελειώνοντας το μεταπτυχιακό μου στην φωτοειδησεογραφία και στη συνέχεια ελπίζω το διδακτορικό, με υποτροφία από το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών (IKY), θα ήθελα να ακολουθήσω ακαδημαϊκή καριέρα. Θέλω να διδάξω την γνώση και την εμπειρία μου σε νέους ανθρώπους που αναζητούν ότι αναζητούσα και εγώ στην αρχή της σταδιοδρομίας μου. Δεν την έχω αρνηθεί ποτέ σε κανέναν μέχρι σήμερα.

Ποια θεωρείτε την σημαντικότερη, ποια την ομορφότερη και ποια την πιο δυσάρεστη εμπειρία της επαγγελματικής σας ζωής; Ποιες από αυτές απαθανάτιστε με το φακό σας;

Η σημαντικότερη εμπειρία ήταν η στιγμή που μου ανακοινώσανε την μεγάλη διάκριση στο διαγωνισμό του World Press Photo. Ένωσα απόλυτα δικαιωμένους.

Η ομορφότερη, ήταν η γέννηση του ανιψιού και της ανιψιάς μου. Είναι όμορφο να έρχονται νέα μέλη στην οικογένεια.

Τέλος, δυσάρεστες ήταν όλες εκείνες οι εμπειρίες που για λίγα εκατοστά δεν έθεσαν τέρμα στην ζωή μου.

Καμία από τις παραπάνω εμπειρίες δεν έχω απαθανάτισει με το φακό μου.

Κατάγεστε από τα Ιωάννινα όπου και μεγαλώσατε. Έχετε πλέον μια αναγνώριση σε Πανελλήνιο και διεθνές επίπεδο και μολαταύτα δεν είστε ιδιαίτερα γνωστός στη γενέτειρά σας. Πως το σχολιάζετε αυτό;

Η αναγνώριση ως άνθρωπος δεν έχει ιδιαίτερη σημασία. Σημασία έχει να αναγνωριστεί η δουλειά σου και να εκτιμήσουν κάποιοι άνθρωποι την αξία του έργου σου.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει ορίσει ως Αίτια Υγείας «την αποφυγή από το άγχος του πολέμου, τις ίσες ευκαιρίες για όλους, την κάλυψη βασικών αναγκών (νερό, τροφή, κατοικία κ.ά.) και την πολιτική Βούληση και λαϊκή υποστήριξη» Στο δυτικό πολιτισμό πολλοί μάλλον αγνοούν αυτό το σκεπτικό ή το θεωρούν θεωρητικό και συμβολικό. Μιας και έχετε την εμπειρία από πολλά μέρη στον πλανήτη θα ήταν πολύ χρήσιμα τα σχόλιά σας.

Σήμερα στον κόσμο υπάρχουν χώρες και λαοί που τα αγαθά που εμείς οι Δυτικοί θεωρούμε βασικά για αυτούς είναι πολυτέλεια. Σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, περισσότεροι από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι δεν έχουν πρόσβαση σε πόσιμο νερό. Πολλά εκατομμύρια επίσης στερούνται στοιχειώδους διατροφής. Επέστρεψα πρόσφατα από το Νεπάλ, μια χώρα όπου η πλειοψηφία του λαού σπίζετε αποκλειστικά με ρύζι και ζει κάτω από πρωτόγονες συνθήκες στα βουνά των Ιμαλαίων.

Η στοιχειώδης ασφάλεια που απολαμβάνει ο μέσος Δυτικός άνθρωπος σήμερα αποτελεί άπιαστο όνειρο για τον απλό πολίτη της Σιέρα Λεόνε. Σ' αυτή τη δεύτερη πιο φτωχή χώρα στον κόσμο, με μέσο όρο ζωής τα 36 χρόνια και την διαφθορά να βασιλεύει σε όλα τα επίπεδα, οι άνθρωποι αγωνίζονται να επιβιώσουν με ένα ευρώ την ημέρα προσπαθώντας να συγχωρέσουν και να ξεχάσουν τις τραγικές επιπτώσεις ενός από τους χειρότερους εμφυλίους πολέμους που έζησε η ανθρωπότητα. Τέλος, στο Ιράκ σήμερα οι άνθρωποι δεν μπορούν απλά να κυκλοφορήσουν ελεύθερα στο δρόμο.

Πολύς λόγος γίνεται για «τα προτερήματα και τα μειονεκτήματα των Ελλήνων». Έχοντας βιωματική εμπειρία της διεθνούς σκηνής τι κριτική θα κάνατε στην Ελλάδα και στους Έλληνες;

Νομίζω ότι είμαι ο τελευταίος που θα μπορούσα να ασκήσω κριτική στην Ελλάδα και τους Έλληνες. Ο κάθε λαός έχει τα υπέρ του και τα κατά.

Βρεθήκατε κοντά σε μεγάλα ιστορικά γεγονότα της τελευταίας δεκαετίας και ο ιστορικός του μέλλοντος θα ανατρέξει και στο δικό σας υλικό. Υπάρχει αντικειμενική ιστορική αλήθεια ή μήπως την ιστορία την γράφουν οι νικητές; Υπάρχει κάποια περιοδικότητα στην ιστορία και μια μοίρα έξω από την ανθρώπινη βούληση ή μήπως οι

άνθρωποι κρατάνε την ιστορία στα χέρια τους. Θα ήθελα μια θεώρησή σας για την ιστορία;

Η ιστορία συχνά επαναλαμβάνεται. Κάποιοι λένε ότι η επανάληψη είναι μια φάρσα, ένα αστείο, ή τουλάχιστον έτσι εκλαμβάνεται. Παλαιότερα την ιστορία την έγραφε ο νικητής. Σήμερα που οι πηγές πληροφόρησης είναι πολύ περισσότερες από ότι πριν από έναν αιώνα υπάρχει μεγαλύτερη και ουσιαστικότερη πρόσβαση στην ιστορική αλήθεια η οποία σε κάνει πιο υποψιασμένο. Φυσικά σε κάθε πόλεμο υπάρχουν περισσότερες από μία αλήθειες. Εξάλλου, ο κάθε λαός αντιλαμβάνεται διαφορετικά την ιστορία. Οι Αμερικανοί για παράδειγμα συνεχίζουν να πιστεύουν ότι στο Ιράκ ο Σαντάμ Χουσεϊν διέθετε όπλα μαζικής καταστροφής. Κάτι το οποίο δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα.

Όταν λοιπόν ο απλός υποψιασμένος πολίτης έχει πρόσβαση σε πηγές αστείρευτης πληροφόρησης όπως το Internet, του δίνεται απλόχερα και η δυνατότητα της σύγκρισης.

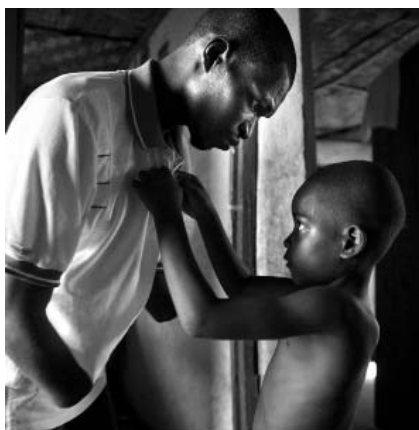
Το 1991, στον Πόλεμο του Κόλπου, υπήρχανε στην Βαγδάτη μόνο τρεις πολεμικοί ανταποκριτές του Αμερικανικού τηλεοπτικού δικτύου CNN. Το 2003, στο Πόλεμο του Ιράκ, υπήρχανε 200 πολεμικοί ανταποκριτές από όλο τον κόσμο.

Συνεπώς, την ιστορία δεν την γράφουν πλέον οι νικητές αλλά οι αυτόπτες μάρτυρες. Ο φωτοειδησεογράφος είναι ένας από αυτούς. Είναι ο ιστορικός της παρούσης στιγμής σε ένα κλάσμα του δευτερολέπτου.

Φανταστείτε μια μεγάλη φυσική καταστροφή, ένα σκηνικό που μυρίζει θάνατο και αναβλύζει απαισιοδοξία. Μια φωνή ακούγεται: «έχει ο θάνατος χαμόγελο; έχει η ζωή ελπίδα; ποιος ξέρει... οι φωτογραφίες και ο χρόνος θα δείξουν...». Σας το αφιερώνω...

Τις φυσικές καταστροφές και τον θάνατο δεν θέλω να τα φαντάζομαι αλλά ούτε και να τα φιλοσοφώ. Ο θάνατος για κάποιον που τον έχει δει και τον έχει καταγράψει δεν προσφέρεται για φιλοσοφία ούτε για αναπόληση στον ελεύθερο χρόνο του.

Ο θάνατος και η ζωή είναι πιο κοντά από όσο μπορούμε να φανταστούμε...



Η εικόνα που βραβεύτηκε στον διαγωνισμό του World Press Photo κρύβει μέσα της μια ολόκληρη ιστορία και αναδεικνύει πολύ ρεαλιστικά την βαρβαρότητα του εμφυλίου πολέμου στην Σιέρα Λεόνε που είχε ως τραγική συνέπεια το θάνατο 75.000 ανθρώπων και τον ακρωτηριασμό τουλάχιστον άλλων 20.000...

Στην βραβευμένη φωτογραφία ο μικρός γιος του Abu, μόλις επτά ετών, βοηθά τον πατέρα του να κουμπώσει το πουκάμισο του. Εκείνος, αναπληρώνει κάθε απαγορευμένο χάδι μόνο με ένα τρυφερό βλέμμα.

Ο Γιάννης Κόντος

Γεννήθηκε στα Ιωάννινα το 1971, υπήρξε Παγκόσμιος Πρωταθλητής στην Κωπηλασία, είναι απόφοιτος της Γυμναστικής Ακαδημίας και του Τμήματος Φωτογραφίας του ΤΕΙ Αθήνας, ενώ είναι κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου από το Παν/μιο Westminster του Λονδίνου. Σήμερα είναι ελεύθερος επαγγελματίας (freelance) φωτοειδησεογράφος. Συνεργάτης των διεθνών Γαλλικών πρακτορείων SYGMA (1998-2000) και GAMMA (2001-2002) αλλά και του Αμερικανικού POLARIS IMAGES μέχρι σήμερα, ταξιδεύει για μεγάλο χρονικό διάστημα καλύπτοντας τα σημαντικότερα γεγονότα σε όλο τον κόσμο.

Πιο συγκεκριμένα έχει καλύψει τους πρόσφατους πολέμους στο Ιράκ, το Αφγανιστάν και το Κόσοβο, την Οκτωβριανή επανάσταση στην πρώην Γιουγκοσλαβία το 2000 αλλά και την πώση από την εξουσία του Slobodan Milosevic, τους καταστροφικούς σεισμούς στην Τουρκία το 1999, τις διαδηλώσεις κατά της παγκοσμιοποίησης στην Γένοβα το 2001, τις πολεμικές συρράξεις για το διαφιλονικούμενο Κασμίρ στα σύνορα Ινδίας-Πακιστάν το 2002, την αποχώρηση των Ισραηλινών στρατευμάτων από τον Νότιο Λίβανο το 2000, την κρίση των πυραμίδων στην Αλβανία το 1997, τους Ολυμπιακούς Αγώνες της Αθήνας, το μεταναστευτικό πρόβλημα στα σύνορα ΗΠΑ-Μεξικού, την κηδεία του Πάπα Ιωάννη Παύλου Β' τις τρομοκρατικές επιθέσεις στο Λονδίνο τον Ιούλιο του 2005 και την ζωή των Μασοιστών ανταρτών στο Νεπάλ.

Ακόμη δεκάδες πολύμηνες αποστολές για θέματα που άπτονται της σύγχρονης ειδησεογραφίας στα "θερμότερα" μέρη του πλανήτη όπως: την Παλαιστίνη, την Αίγυπτο, την Ιορδανία, το Πακιστάν, το Αφγανιστάν, την Π.Γ.Δ.Μ., την Ιαπωνία, την Δυτική Σαχάρα, την Βόρεια Κορέα, το Ιράν, την Κολομβία και τη Σιέρα Λεόνε.

Φωτογραφίες του από εμπόλεμες ζώνες, κείμενα και συνεντεύξεις του, δημοσιεύονται στα μεγαλύτερα έντυπα του κόσμου. Μέχρι σήμερα έχει κερδίσει 17 διεθνή βραβεία και έχει πραγματοποιήσει εκθέσεις στην Ελλάδα και το εξωτερικό.

Εφημερία - Παρανομία: Π.Δ. 76/2005 - Η ώρα της κρίσιμης απόφασης



Του
Στέλιου Φουντουλάκη,
Ειδικευόμενου Ιατρού Παθολογικής
Κλινικής Γ.Ν. Αμαλιάδας,
Υποψήφιου Διδάκτωρος
Παν/μιου Ιωαννίνων

“...είναι ιδιαίτερης σημασίας να γίνουν κατανοητά τα ενδεχόμενα προβλήματα αλλά κυρίως τα οφέλη που θα προκύψουν από την εφαρμογή του Π.Δ., ενώ η πολιτεία οφείλει να δείξει συνέπεια και υπευθυνότητα για την εξασφάλιση των βέλτιστων συνθηκών εργασίας και την αποφυγή της πλήρους απαξίωσης του ιατρικού λειτουργήματος...”

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΤΟ ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ

Αφορμή για το παρόν άρθρο αποτελεί η έντονη συζήτηση που προέκυψε τους τελευταίους μήνες και αφορά στην εφαρμογή του Π.Δ. 76/2005 για το ωράριο εργασίας των ειδικευόμενων ιατρών. Το ανωτέρω Π.Δ. 76/2005 (ΦΕΚ 117') ψηφίσθηκε την 19/5/2005 και τέθηκε σε αναδρομική ισχύ από την 2/8/2004 προς εναρμονισμό της ελληνικής νομοθεσίας με τη σχετική Κοινοτική Οδηγία 2003/88/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου. Από τις 2/8/2004 η Οδηγία αυτή είναι η μόνη που ισχύει για την οργάνωση του χρόνου εργασίας και κατήργησε προηγούμενες οδηγίες (π.χ. 2000/34/ΕΚ), ενσωματώνοντάς τις ρυθμίσεις τους σε ενιαίο κείμενο, διατηρώντας παράλληλα τις προθεσμίες πλήρους ενσωμάτωσης στο εθνικό δίκαιο των κρατών μελών. Η οδηγία αυτή αφορά τόσο τους ειδικούς όσο και τους ειδικευόμενους ιατρούς. Παρακάτω παραθέτονται ορισμένα αποσπάσματά της. Στο άρθρο 6 αναγράφεται πως «τα κράτη μέλη θεσπίζουν τα αναγκαία μέτρα ώστε...ο χρόνος εργασίας να μην υπερβαίνει τις 48 ώρες κατά μέσο όρο, συμπεριλαμβανομένων των υπερωριών». Στο άρθρο 17 υπάρχει εκτενής αναφορά στους ειδικευόμενους ιατρούς καθορίζοντας ανώτατη εβδομαδιαία εργασία 58 ωρών από την 2/8/2004. Για το χρόνο ανάπαυσης (ρεπό) στο άρθρο 5 αναγράφεται: «τα κράτη μέλη θεσπίζουν τα αναγκαία μέτρα ώστε κάθε εργαζόμενος να διαθέτει, ανά περίοδο επτά ημερών, μια ελάχιστη περίοδο συνεχούς ανάπαυσης εικοσιπενταεπτά ωρών, στις οποίες προστίθενται οι ένδεκα ώρες ημερήσιας ανάπαυσης, οι οποίες προβλέπονται στο άρθρο 3».

Η μεταρρύθμιση αυτή όπως είναι κατανοητό αποτέλεσε μια τεράστια τομή στο χώρο της υγείας μιας και απαιτούσε αυξημένο προσωπικό και κατά συνέπεια δαπάνες, οπότε και δόθηκε μία περιο-

δος χάριτος προκειμένου οι χώρες να προετοιμασθούν κατάλληλα. Βέβαια η ρύθμιση, με παρεμφερή διατύπωση χωρίς όμως να αναφέρεται στους ειδικευόμενους ιατρούς, υπήρχε και στο εσωτερικό δίκαιο της χώρας μας, συγκεκριμένα στο Π.Δ. 88/1999 αλλά ποτέ δεν εφαρμόστηκε. Για αυτό το λόγο κατατέθηκε ερώτημα και αναφορά από έλληνα ευρωβουλευτή στην αρμόδια ευρωπαϊκή επιτροπή. Την 18/1/2006 η απάντηση (E-4373/05EL) του επιτρόπου κ. Spidla εξ ονόματος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ήταν πως η επιτροπή ήδη είχε ξεκινήσει διαδικασία επί παραβάσει κατά της Ελλάδας λόγω μη κοινοποίησης εθνικών μέτρων για τη μεταφορά της οδηγίας 2000/34/ΕΚ. Μετά όμως την κοινοποίηση του προεδρικού διατάγματος αριθ. 76/2005, με το οποίο η οδηγία μεταφέρεται στο ελληνικό δίκαιο, η Επιτροπή αποφάσισε να αποσύρει την προσφυγή ενώπιον του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου.

Το Π.Δ. 76/2005 αναφέρει λοιπόν πως ο μέγιστος χρόνος απασχόλησης των ειδικευόμενων ιατρών δεν επιτρέπεται να υπερβαίνει τις 58 ώρες εβδομαδιαίως, κατά μέσο ετήσιο όρο, συμπεριλαμβανομένων των εφημεριών. Τι σημαίνει πρακτικά αυτό; Κάθε ειδικευόμενος επιτρέπεται να εκτελέσει 4 έως 5 εφημερίες κάθε μήνα ανάλογα αν ο μήνας έχει κάποια αργία ή όχι. Αν και το Π.Δ. 76/2005 επιβάλλεται από το νόμο να είναι σε πλήρη ισχύ, δεν εφαρμόζεται παρά σε ελάχιστα νοσοκομεία της χώρας ενώ στα υπόλοιπα εκουσιώς «αγνοείται» ή καταστρατηγείται από τις διοικήσεις. Η κοινοτική αυτή οδηγία ήδη εφαρμόζεται στα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη. Σε πρόσφατο μάλιστα δημοσίευμα (17/9/2006) της εφημερίδας Observer για την Οδηγία αυτή, τόσο ο πρόεδρος της Ένωσης Ιατρών (British Medical Association) όσο και του Βασιλικού Κολλεγίου Ιατρών (Royal College of Physicians) της Μεγάλης Βρετανίας, προαναγγέλλουν το κλείσιμο μικρών μονάδων υγείας ώστε με το προσωπικό τους να εξυγιανθεί η λειτουργία των τριτοβάθμιων νοσοκομείων. Αρμόδιο όργανο για τον έλεγχο της εφαρμογής του Π.Δ. έχει οριστεί η υπηρεσία κοινωνικής επιθεώρησης του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας.

ΟΙ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ.

Στη δυτική Πελοπόννησο και συγκεκριμένα στους νομούς Ηλείας και Αχαΐας έγιναν εντός του έτους 2006 καταγγελίες ειδικευόμενων για κατάφωρη παράβαση του Π.Δ. 75/2006. Μάλιστα σε δύο πρόσφατες (Απρίλιο και Μάιο 2006) γενικές συνελεύσεις των ειδικευόμενων ιατρών του Νοσοκομείου Πατρών «Αγ. Ανδρέας», αποφασίστηκε ομόφωνα η άμεση εφαρμογή του 58ώρου ωραρίου εργασίας, ενώ τονίστηκε πως σε αντίθετη περίπτωση η λύση θα αναζητηθεί με προσφυγές στα αρμόδια ελεγκτικά και δικαστικά όργανα. Παρά τις επανειλημμένες παραινήσεις προς τις διοικήσεις των νοσοκομείων τόσο από τους ιατρούς όσο και από τους επιθεωρητές του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας οι διοικήσεις των νοσοκομείων «κώφευαν», με συνέπεια οι αρμόδιες ελεγκτικές αρχές του Υπουργείου Απασχόλησης να προβούν σε ελέγχους και μηνυτήριες αναφορές εναντίον των διοικήσεων συγκεκριμένων νοσοκομείων, ως άλλωστε όφειλαν μια και το Π.Δ. προβλέπει ποινές σε περίπτωση μη εφαρμογής του. Με την 4282/31-3-06 απόφαση του Διοικητή του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου, κλήθηκαν οι διευθυντές των τμημάτων να διαμορφώσουν τα προγράμματα εφημέρευσης βάσει του Π.Δ. 76/2005. Το ίδιο συνέβη με την απόφαση της 20/6/2006 και στο νοσοκομείο «Αγ. Ανδρέας» Πατρών. Ο διοικητής της Διεύθυνσης Υγειονομικής Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας σε δηλώσεις του στον τοπικό τύπο τάχθηκε υπέρ της αναγκαιότητας εφαρμογής του Π.Δ., ενώ ο νομικός σύμβουλος του Πανελληνίου Ιατρικού συλλόγου σε απάντηση ερωτήματος του Ιατρικού Συλλόγου Αμαλιάδας απήντησε πως παρά το ότι η εφαρμογή του Π.Δ. θα δημιουργούσε προβλήματα στη λειτουργία των νοσοκομείων, είναι σαφής η υποχρέωση των Υπουργείων Απασχόλησης & Κοινωνικής Προστασίας και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την εφαρμογή του. Επίσης με την απόφαση 144/06 (30/5/06) του Α' Τμήματος του Ελεγκτικού Συνεδρίου οι εφημερίες στο νοσοκομείο Πύργου, που υπερέβαιναν τον επιτρεπόμενο από το Π.Δ. 76/2005 αριθμό, κρίθηκαν παράνομες και για την πληρωμή τους δόθηκε η λύση της συγγνωστής πλάνης ενώ ταυτόχρονα επιτράπηκε η πληρωμή όσων παράνομων εφη-

μεριών γίνουν μόνο έως την 31/12/2006.

Ο υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Δημήτριος Αβραμόπουλος όταν ερωτήθηκε για το θέμα σε πρόσφατη επίσκεψη του στην Πάτρα και αφού άκουσε τα τεράστια προβλήματα των ειδικευομένων νοσοκομείου της περιοχής δήλωσε πως το υπάρχον σύστημα εφημεριών οδηγεί τόσο το κράτος όσο και τον ιατρό σε παρανομία και θα πρέπει να δοθεί μια λύση, χωρίς όμως να κάνει κάποια νύξη για το είδος της λύσης αυτής. Σχετικές δημοσιεύσεις μπορεί κανείς να βρει σε πρόσφατα φύλλα εφημερίδων: Ελευθεροτυπία (16/4/06), Αυριανή (23/9/06), Καθημερινή (24/9/06), Αγγελιοφόρος (7/9/06) Πελοπόννησος (20/6/06), Πρώτη (23/3/06).

Στο πρόσφατο παρελθόν (2003) σημαντικοί αγώνα έδωσαν και οι ειδικοί ιατροί της Κορίνθου, της Καλαμάτας και της Ξάνθης καταθέτοντας προσφυγές για τη χωρίς προηγούμενο καταστρατήγηση των κανόνων και διατάξεων της Εθνικής και Κοινοτικής Νομοθεσίας περί του χρόνου εργασίας, της καταβολής των αποζημιώσεων και του σεβασμού των όρων υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων. Εντός των ημερών αναμένεται μάλιστα η έκδοση της απόφασης του ΣτΕ. Τέλος στο πρόσφατο συμβούλιο της ΟΕΝΓΕ (11/10/2006) το ζήτημα συζητήθηκε ενδελεχώς και ζητήθηκε η εφαρμογή του Π.Δ. 76/05 με ταυτόχρονη αναπλήρωση των απωλειών εισοδήματος λόγω της μείωσης των εφημεριών ενώ τονίστηκε η ανάγκη λήψης αποφάσεων που θα χαρακτηρίζονται από σαφήνεια και χρονοδιάγραμμα υλοποίησης.

ΣΧΟΛΙΑ

Μετά την σύντομη παράθεση της ιστορίας του Π.Δ. είναι ιδιαίτερης σημασίας να γίνουν κατανοητά τα οφέλη που θα προκύψουν από την εφαρμογή του και τα ενδεχόμενα προβλήματα.

Οι πιο ουσιαστικές και δικαιολογημένες αντιδράσεις που υπήρξαν από ένα μέρος του ιατρικού κόσμου είναι λόγω της μείωσης του εισοδήματος που θα προέκυπτε από την εφαρμογή του νόμου και τις δυσκολίες στη λειτουργία κάποιων νοσοκομείων. Για το πρώτο θέμα υπάρχει διαφωνία ανάλογα με την ειδικότητα που ασκεί κανείς και το νοσοκομείο όπου εργάζεται. Έτσι όσοι βρίσκονται σε έναν αξιοπρεπή εργασιακό χώρο ή ασκούν ειδικότητες που δεν έχουν τόσο να κάνουν με επείγοντα περιστατικά εκφράζουν τις επιφυλάξεις τους. Ωστόσο ένα μεγάλο μέρος ιατρών τονίζει πως η σωματική και ψυχική καταπόνηση από τις συνεχείς εφημερίες είναι τέτοια που σε καμία περίπτωση δεν αμείβεται με

τις απολαβές των εφημεριών. Απάντηση στο οικονομικό θέμα ίσως δίνουν οι εδώ και 4 μήνες αγώνες των γερμανών ιατρών που πέτυχαν μια εντυπωσιακή αύξηση του μισθού τους και συνεχίζουν τις κινητοποιήσεις.

Όσον αφορά την αναμενόμενη δυσλειτουργία αρκετών μονάδων, είναι επιτέλους χρέος της πολιτείας να μεριμνήσει για την στελέχωσή τους με ικανό αριθμό ιατρών κάτι που αποτελεί πάγια διεκδίκηση εδώ και χρόνια. Είναι αποκαρδιωτικό και εξευτελιστικό οι ιατροί να συζητούν για την ορθότητα του Π.Δ. υπό την κατοχή του φόβου ότι θα αναγκαστούν τελικά να υποκύψουν σε εκβιασμούς ώστε να καλύπτουν και τις ανάγκες που θα προκύψουν από πιθανή μείωση των εφημερευόντων. Η πολιτεία σε τελική ανάλυση είναι ολοφάνερα η μόνη υπεύθυνη για την παροχή των καλύτερων συνθηκών εργασίας στον ιατρό και υγείας στον πολίτη.

Τα οφέλη της εφαρμογής του Π.Δ. είναι πολύ σημαντικά. Για πρώτη φορά μετά την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. δίνεται η ευκαιρία πραγματικής εξυγίανσης ώστε να μπορέσει επιτέλους να προσφέρει στον έλληνα ασθενή τις υπηρεσίες τις οποίες δικαιούται και για τις οποίες φορολογείται.

Είναι πλέον επιτακτική ανάγκη να λυθεί το πρόβλημα των απαράδεκτων αναμονών για ειδικευση που αποτελούν εμπαιγμό για την αξιοπρέπεια των ιατρών χωρίς να ληφθεί υπόψη και η οικονομική-ψυχολογική επιβάρυνση που υφίσταται κάθε νέος-α και η οικογένεια τους έως ότου φέρει εις πέρας τις ιατρικές του σπουδές. Σε άρθρο της 8/10/2006 στην εφημερίδα «Το Έθνος της Κυριακής» δίνονται συγκλονιστικά στοιχεία για τις ελλείψεις 862 (!!!) ιατρών σε 12 νεόδμητα νοσοκομεία της χώρας. Την ίδια στιγμή η ελληνική πολιτεία παράγει χιλιάδες άνεργους ιατρούς κάθε έτος χωρίς να τους παρέχει τη δυνατότητα να στελεχώσουν το Ε.Σ.Υ. Ενδεικτικά αναφέρονται οι χρόνοι αναμονής για έναρξη ορισμένων ειδικοτήτων στα νοσοκομεία των Ιωαννίνων (στοιχεία Σεπτεμβρίου 2006)¹: Ενδοκρινολογία 11 έτη(!!!), Οφθαλμολογία 9 έτη, Πυρηνική ιατρική 8 έτη, Γαστρεντερολογία 7 έτη, Παθολογία 7 έτη, Δερματολογία 7 έτη, Καρδιολογία 5 έτη κ.ο.κ. (χωρίς μάλιστα να υπολογίζεται ο χρόνος αναμονής για το γενικό μέρος της ειδικότητας που συνήθως είναι 1,5 - 2 επιπλέον χρόνια). Η εφαρμογή του Π.Δ. θα επιφέρει την αναγκαστική αύξηση των θέσεων των ειδικευομένων ιατρών ώστε να καλύπτονται έννομα οι εφημερίες των νοσοκομείων.

Επίσης το πιο σημαντικό πρόβλημα είναι η κόπωση των ιατρών και η απαλοιφή κάθε έννοι-

ας προσωπικής ζωής και ελεύθερου χρόνου. Στα τριτοβάθμια νοσηλευτικά ιδρύματα ίσως το πρόβλημα να μην είναι τραγικό λόγω του μεγάλου αριθμού ειδικευόμενων ιατρών, την ύπαρξη ιατρών πολλών διαφορετικών ειδικοτήτων, του κυκλικού ωραρίου με 8ωρες βάρδιες στο τμήμα επειγόντων και την ύπαρξη κλειστών εφημεριών. Όμως στα μικρά επαρχιακά νοσοκομεία η κατάσταση είναι αποκαρδιωτική. Υπάρχουν νοσοκομεία όπου ένας ειδικευόμενος παθολογίας καλείται να φέρει εις πέρας το πρόγραμμα εφημεριών, να εκτελεί υπηρεσία στα επείγοντα και την επομένη της εφημερίας (32 συνεχείς ώρες εργασίας), και να μεριμνά και για τους ασθενείς που έχουν εισαχθεί στην κλινική χωρίς την αρωγή άλλων σημαντικών ειδικοτήτων (καρδιολόγος, νευρολόγος κ.τ.λ). Ενδεικτικά, τα 3 Νοσοκομεία του νομού Ηλείας, σε παγκόσμια πρωτοτυπία, εφημερεύουν καθημερινά σε 24ωρη βάση. Κάτι τέτοιο είναι επικίνδυνο τόσο για τους ασθενείς όσο και για τη σωματική υγεία των ιατρών. (Σε νοσοκομεία της ίδιας περιοχής υπήρξαν περιστατικά λιποθυμιών ιατρών, κρίσεων έλκους κ.τ.λ.). Κατά παράβαση επίσης κάθε έννοιας δικαίου δεν εφαρμόζεται η χορήγηση ρεπό μετά την εφημερία τόσο στους ειδικούς όσο και τους ειδικευόμενους ιατρούς. Θα πρέπει να τονίσουμε με έμφαση το γεγονός της χορήγησης ρεπό στο νοσηλευτικό προσωπικό, όταν εργάζεται 8ωρο, στις αργίες και το Σαββατοκύριακο. Αποτέλεσμα οι ιατροί να έχουν ξεπεράσει κάθε όριο σωματικής και ψυχικής αντοχής με συνέπεια όχι μόνο την εξάντληση αλλά την ουσιαστική εξόντωσή τους, με ό,τι αυτό φυσικά συνεπάγεται.

Σε τρία έγγραφα, οι ειδικευόμενοι της Παθολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Αμαλιάδας έχουν ενημερώσει τους αρμόδιους φορείς για τις απαράδεκτες συνθήκες εργασίας και τους κινδύνους που προκύπτουν από την υπερβολική κόπωση λόγω του εξαντλητικού ωραρίου τόσο για τη δική τους υγεία όσο και για την υγεία των ασθενών. Άλλωστε ίσως κάποτε να πρέπει να ενδιαφερθεί το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εάν ο ιατρός έχει κοιμηθεί καθόλου τις τελευταίες 24 ώρες όταν καλείται να εξετάζει περιστατικά και μάλιστα στο τμήμα επειγόντων. Πόσες ώρες και κάτω από ποιες συνθήκες έχει

εργασθεί; Ποιος είναι σε θέση να εξασφαλίσει την ορθότητα μιας διάγνωσης ή των θεραπευτικών αποφάσεων για την ζωή του ασθενούς, μετά από 24 ή και 32 συνεχείς ώρες εργασίας; Ένα σχετικό άρθρο με τίτλο «Ιατρικό λάθος: Πώς οικοδομείται. Πώς προλαμβάνεται και πώς αμβλύνεται.» μπορεί επίσης να διαβάσει κανείς στο περιοδικό Ιατρική του Σήμερα, τεύχος 42.

Το θέμα αγγίζει τέλος και τους ειδικούς ιατρούς και σε ορισμένες περιπτώσεις με πιο έντονο τρόπο. Η εφημερία συνεπάγεται την 24ωρη παραμονή του ιατρού 12-14 ημέρες το μήνα στο νοσοκομείο χωρίς μάλιστα ρεπό. Για ορισμένες ειδικότητες (μικροβιολογία, κυτταρολογία, πυρηνική ιατρική κ.τ.λ.) ίσως αυτό να είναι κάπως ανεκτό όμως για άλλες ειδικότητες «πρώτης γραμμής» (παθολογία, χειρουργική, καρδιολογία κ.τ.λ.) είναι τουλάχιστον εξοτρωτικό για τον ιατρό και την οικογένειά του. Ας μην κρύβουμε μάλιστα και το μεγάλο μυστικό ότι δηλαδή σε έναν μεγάλο αριθμό νοσοκομείων οι ειδικοί ιατροί μην αντέχοντας τη φυσική και πνευματική εξουθένωση δεν παραμένουν καθ' όλη τη διάρκεια της ενεργούς τους εφημερίας στο νοσοκομείο, με αποτελέσματα τραγικά κάποιες φορές για τον ασθενή, που στερείται τις υπηρεσίες τους και αντιμετωπίζεται από κάποιον ειδικευόμενο ιατρό με σαφώς λιγότερη εμπειρία.

Όπως προκύπτει από την υπάρχουσα πλούσια βιβλιογραφία, η στέρηση ή ο περιορισμός του ύπνου, ως συνέπεια της κακής οργάνωσης της εργασίας (π.χ. διάρκεια της νυκτερινής και της υπερωριακής εργασίας), συμβάλλουν νομοτελειακά στην δημιουργία λαθών, την πρόκληση αναπηριών και τραυματισμών^{2,3,4}. Έχει αποδειχθεί, ότι μακρές περίοδοι νυκτερινής εργασίας, είναι επιζήμιες για την υγεία των εργαζομένων και μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την ασφάλειά τους στην εργασία^{5,6}. Πολλές μελέτες δείχνουν, ότι η ποιότητα της φροντίδας του ασθενή, μπορεί να επηρεασθεί καθοριστικά από τα επίπεδα του στρες του νοσοκομειακού προσωπικού και ιδιαίτερα των ιατρών^{7,8,9,10}. Επίσης γνωρίζουμε, ότι οι νοσοκομειακοί γιατροί υποφέρουν από υψηλά επίπεδα στρες και κατάθλιψης, με κλινικά μάλιστα μετρήσιμα συμπτώματα^{11,12}. Πολλές μελέτες σχετικά με το στρες στην εργασία, μεταξύ των οποίων και η που

εκπόνησαν δύο Πανεπιστήμια της Φινλανδίας (Department of Psychology, University of Helsinki, και Department of Physical Education, University of Jyväskylä), απέδειξαν τους ιδιαίτερους κινδύνους που αυτό έχει για την εκδήλωση καρδιολογικής πάθησης^{13,14,15}.

Είναι ακόμα ανησυχητικό το γεγονός, ότι σύμφωνα με έρευνα εθνικής εμβέλειας, που έγινε στην Αγγλία, με την εποπτεία του Καθηγητή Chris Todd του Πανεπιστημίου του Manchester και της Δρ. Susan Robinson του Νοσοκομείου Addenbrooks, Cambridge για λογαριασμό της Emergency Medicine Doctors Top Stress League, σχεδόν ένας στους δέκα νοσοκομειακούς ιατρούς επειγόντων περιστατικών, ανέφερε, ότι το στρες του δημιούργησε σκέψεις αυτοκτονίας. Τα ευρήματα της έρευνας αυτής προήλθαν από την εξέταση 350 περιπτώσεων νοσοκομειακών Γιατρών επειγόντων περιστατικών από όλη την Αγγλία. Σχεδόν το 45% των ερωτηθέντων, υπέφερε από υψηλού βαθμού στρες, συγκριτικά με το 18% του γενικού εργαζόμενου πληθυσμού.

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

Η πολιτεία οφείλει να δείξει συνέπεια και υπευθυνότητα για την εξασφάλιση των βέλτιστων συνθηκών εργασίας και την αποφυγή της πλήρους απαξίωσης του ιατρικού λειτουργήματος. Αν δεν προσδοκά στην σταδιακή μελλοντική υποβάθμιση του ρόλου του Ε.Σ.Υ., οι ενέργειες οφείλουν να είναι άμεσες μια και η προτεινόμενη και γνωστή από πολλά χρόνια λύση είναι μία: Οι άμεσες προσλήψεις ιατρικού προσωπικού. Προτίθεται άραγε η πολιτεία να εκπληρώσει επιτέλους το χρέος αυτό στον έλληνα ασθενή και τον έλληνα ιατρό;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) <http://www.cso.auth.gr/greek/DrAnamones.gr>
- 2) Williamson A.M. & Feyer A.M. 2000. Moderate sleep deprivation produces impairments in cognitive and motor performance equivalent to legally prescribed levels of alcohol intoxication. *Occup. Environ. Med.* 57: 649-655.
- 3) Feyer A.M. 2001. Fatigue: time to recognise and deal with an old problem. *BMJ.* 322: 908-909.
- 4) Dawson D. & Reid K. 1997. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature.* 388:235-239.
- 5) Arnetz B.B., Akerstedt T., Anderzen I. 1990. Sleepiness in physicians on night call duty. *Work and Stress.* 4:71-73.
- 6) Torsvall L, Akerstedt T. 1988. Disturbed sleep while being on-call; 11:35-38.
- 7) McKee M & Black N. 1993. Junior doctors' work at night: What is done and how much is appropriate? *J. Pub. Health Med.* 15:16-24.
- 8) Taffinder N.J. et al. 1998. Effect of sleep deprivation on surgeons' dexterity on laparoscopy simulator. *Lancet.* 352: 1991-1998.
- 9) BMA Junior Doctors Committee. Implications for health and safety of Junior doctor's working arrangements. London: British Medical Association, 2000
- 10) Firth-Cozens J. 1993. Stress, psychological problems and clinical performance. In: Vincent C., Ennis M. Audley RMJ, eds. *Medical accidents.* Oxford: Oxford University Press.
- 11) Caplan R.P. 1994. Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ.* 309: 1261-1263.
- 12) Karasek R.A. 1979 Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Admin Sci Q.* 24: 285-307.
- 13) Schnall P.L. Landbergis P.S & Baker D. 1994 Job strain and cardiovascular disease. *Ann. Rev. Public Health.* 15: 381-411.
- 14) Sokejima S. & Kagamimori S. 1998. Working hours as a risk factor for acute myocardial infarction in Japan: case-control study, *BMJ.* 317: 775-780.
- 15) Siegrist J. 1996. Adverse health effects of high effort / low-reward conditions. *J. Occupational Health Psychol.* 1: 27-41.

Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση



Του
Δημητρίου Α. Σιδερά
Ομότιμου
Καθηγητή Καρδιολογίας

Οι ικανότητες του ιατρού, αν δεν μετεκπαιδεύεται συνεχώς, μένουν, στην καλύτερη περίπτωση, σταθερές έτσι που διαρκώς μεγαλώνει το χάσμα ανάμεσα στις ικανότητές του και τις δυνατότητες της ιατρικής.

Ιατρός είναι ένας επαγγελματίας που έχει αποκτήσει τις κατάλληλες γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις που του επιτρέπουν να εισδύει στο ανθρώπινο σώμα και πνεύμα, με τη συναίνεση του ενδιαφερομένου, και με σκοπό να προσάψει την υγεία του και/ή να την αποκαταστήσει αν έχει διαταραχθεί. Η απόκτηση των κατάλληλων γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων γίνεται με τη διαδικασία που λέγεται εκπαίδευση. Εκπαίδευση είναι μια διαδικασία που κύριος σκοπός της είναι να επιφέρει μια μεταβολή στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Αποτέλεσμα της εκπαίδευσης είναι μια προσδοκώμενη αλλαγή συμπεριφοράς του μαθητή στη διάρκεια δεδομένης περιόδου¹. Η εκπαίδευση αυξάνει την ελευθερία του εκπαιδευόμενου, ενώ η πλήση εγκεφάλου, με παρόμοιες μεθόδους αποσκοπεί στον περιορισμό των επιλογών του.

Η ιατρική εκπαίδευση μπορεί να διακριθεί σε 3 φάσεις: Στην προπτυχιακή εκπαίδευση, κάτω από την εποπτεία του Υπουργείου Παιδείας, ο εκπαιδευόμενος, μόνος από όλους τους φοιτητές των ΑΕΙ, πρέπει να εκτελέσει επαγγελματικές πράξεις πάνω σε αρρώστους για να μπορεί να πιστοποιηθεί ότι είναι ικανός να τις τελεί. Οι πράξεις αυτές γίνονται με την ευθύνη του εκπαιδευτή του, καθώς ο φοιτητής δεν έχει ακόμη επαγγελματική υπευθυνότητα. Στη φάση της ειδίκευσης, κάτω από την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας πια, μαθαίνει κυρίως τι να κάνει μετά την εισδυση στο ανθρώπινο σώμα ή πνεύμα. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση γίνεται θεωρητικά κάτω από την υψηλή εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, από πλήθος φορέων, τους οποίους επιλέγει ο ίδιος ο ιατρός.

Οι δυνατότητες της ιατρικής αυξάνονται σταθερά με το χρόνο. Οι ικανότητες του ιατρού, αν δεν μετεκπαιδεύεται συνεχώς, μένουν, στην καλύτερη περίπτωση, σταθερές έτσι που διαρκώς μεγαλώνει το χάσμα ανάμεσα στις ικανότητές του και τις δυνατότητες της ιατρικής. Μολονότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση υπόκειται στους ίδιους κανόνες, όπως και κάθε άλλη εκπαίδευση, παρουσιάζει ωστόσο σημαντικές -και συχνά δυσεπίλυτες- ιδιαιτερότητες. Κύριες διαφορές από την προπτυχιακή εκπαίδευση είναι οι ακόλουθες: Οι φοιτητές διαθέτουν συνήθως καλύτερη μνήμη και μεγαλύτερη πειθαρχία από τους ιατρούς, είναι ανεύθυνοι, ενώ οι ιατροί επαγγελματίες, έχουν ανάγκη από γενικές γνώσεις, ενώ οι ιατροί από γνώσεις σε συγκεκριμένα προβλήματα και διαθέτουν περισσότερο χρόνο για εκπαίδευση από τους ιατρούς.

Οι βασικές αρχές για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση είναι οι εξής:

- Προετοιμασία στο προπτυχιακό επίπεδο
- Προσαρμοσμένη στις ανάγκες

- Προσχεδιασμένη
- Ενεργητική
- Με αξιολόγηση
- Οικονομικές θεωρήσεις

Προετοιμασία στο προπτυχιακό επίπεδο

Οι απαραίτητες γνώσεις για το ιατρό είναι τεράστιες και εξακολουθούν να αυξάνονται με ταχύτατο ρυθμό. Παράλληλα, ακυρώνεται πλήθος κεκτημένων γνώσεων. Λέγεται πως ώσπου να τελειώσει το Πανεπιστήμιο ο φοιτητής, θα έχει αλλάξει το μισό από τις γνώσεις που απέκτησε - μόνο που δεν είναι εκ των προτέρων γνωστό ποιο μισό θα είναι αυτό. Εξάλλου το πλήθος των γνώσεων σήμερα δεν είναι αποθηκευμένο στον εγκέφαλο του δασκάλου του, αλλά στα περιοδικά και κυρίως στο διαδίκτυο. Μια από τις θεμελιώδεις ικανότητες που πρέπει να έχει αποκτήσει ο φοιτητής είναι να αναζητεί τις αναγκαίες γνώσεις του στη διεθνή βιβλιογραφία και στο διαδίκτυο. Αυτή η γνώση του θα τον βοηθήσει μετά το πτυχίο να εκσυγχρονίζεται.

Η εκπαίδευση περιλαμβάνει αντικείμενα γνωστικά, δεξιοτήτων και στάσεων. Τα γνωστικά αντικείμενα είναι τα πολυπληθέστερα, αλλά, συνήθως τα πιο εύκολα να αποκτηθούν από ποικίλες πηγές. Τα αντικείμενα δεξιοτήτων απαιτούν να εκτελέσει κάποιος ορισμένες πράξεις για να μάθει να τις εκτελεί. Ενέχουν επομένως μείζονα προβλήματα ευθύνης. Τα αντικείμενα που αφορούν στάσεις μεταβάλλονται με πολύ βραδύ ρυθμό. Σε σημαντικό βαθμό, ισχύουν ακόμη οι στάσεις που καθόρισε πριν από 2,5 χιλιετηρίδες ο Ιπποκράτης. Ωστόσο, ακόμη και σε θέματα στάσεων, στα οποία περιλαμβάνεται και η ιατρική ηθική και δεοντολογία, αρχές που ίσχυαν επί αιώνες τίθενται σήμερα υπό συζήτηση. Η αρχή της ζωής που μπορεί δυνητικά να επηρεασθεί με γενετικές επεμβάσεις και το τέλος της ζωής που μπορεί να αναβληθεί με ποικίλους, εξαιρετικά δαπανηρούς μερικές φορές τρόπους, θέτουν σοβαρά προβλήματα, ενώ ο ίδιος ο ορισμός της αρχής και του τέλους της ύπαρξης αμφισβητείται.

Προσαρμοσμένη στις ανάγκες

Ο εκπαιδευτής τείνει να διδάσκει ό,τι γνωρίζει καλύτερα, ό,τι τον ενδιαφέρει περισσότερο, συχνά τα αποτελέσματα των προσωπικών του ερευνών μάλλον παρά ό,τι πραγματικά έχει ανάγκη ο εκπαιδευόμενος ιατρός. Κανονικά θα πρέπει να διδάξει στον εκπαιδευόμενο ιατρό τα νεώτερα της βιβλιογραφίας και να καλύψει τα γνωστικά κενά του. Το πρόβλημα είναι ότι ο εκπαιδευτής μπορεί να γνωρίζει τι νεώτερο υπάρχει

στη βιβλιογραφία (ενώ ο εκπαιδευόμενος το αγνοεί), αλλά ούτε αυτός, ούτε όμως και ο εκπαιδευόμενος ενδεχομένως, γνωρίζουν τι κενά υπάρχουν στις γνώσεις του τελευταίου. Θα δούμε παρακάτω πώς μπορούν αυτά να εκτιμηθούν. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει αντικείμενα γνωστικά, δεξιοτήτων και στάσεων. Τα γνωστικά αντικείμενα είναι τα πολυπληθέστερα, αλλά, συνήθως τα πιο εύκολα να αποκτηθούν από ποικίλες πηγές. Τα αντικείμενα δεξιοτήτων απαιτούν να εκτελέσει κάποιος ορισμένες πράξεις για να μάθει να τις εκτελεί. Ενέχουν επομένως μείζονα προβλήματα ευθύνης. Τα αντικείμενα που αφορούν στάσεις μεταβάλλονται με πολύ βραδύ ρυθμό. Σε σημαντικό βαθμό, ισχύουν ακόμη οι στάσεις που καθόρισε πριν από 2,5 χιλιετηρίδες ο Ιπποκράτης. Ωστόσο, ακόμη και σε θέματα στάσεων, στα οποία περιλαμβάνεται και η ιατρική ηθική και δεοντολογία, αρχές που ίσχυαν επί αιώνες τίθενται σήμερα υπό συζήτηση. Η αρχή της ζωής που μπορεί δυνητικά να επηρεασθεί με γενετικές επεμβάσεις και το τέλος της ζωής που μπορεί να αναβληθεί με ποικίλους, εξαιρετικά δαπανηρούς μερικές φορές τρόπους, θέτουν σοβαρά προβλήματα, ενώ ο ίδιος ο ορισμός της αρχής και του τέλους της ύπαρξης αμφισβητείται.

Προσχεδιασμένη

Ο προσχεδιασμός κάθε εκπαίδευσης περιλαμβάνει επιτελικό και εκτελεστικό μέρος. Πρώτο στάδιο στο επιτελικό μέρος είναι ο καθορισμός των εκπαιδευτικών αντικειμένων, λεπτομερής καταγραφή δηλαδή του τι θα πρέπει ο εκπαιδευόμενος να μπορεί να κάνει στο τέλος της εκπαίδευσής του, που δεν μπορούσε να το κάνει πριν από αυτήν και πόσο καλά να το κάνει. Το δεύτερο στάδιο είναι ο σχεδιασμός των εμπειριών από τις οποίες πρέπει να διέλθει ο εκπαιδευόμενος για να αποκτήσει τις προδιαγραμμένες ικανότητες, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα δηλαδή. Το πρόγραμμα αυτό διαφέρει ριζικά, ανάλογα με το αν οι επιθυμητές ικανότητες αφορούν σε απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων ή στάσεων. Το τρίτο στάδιο είναι ο σχεδιασμός της αξιολόγησης των εκπαιδευόμενων, του τρόπου δηλαδή που θα εκτιμηθεί, αν έχουν αποκτήσει τις επιθυμητές ικανότητες και σε ποιο βαθμό. Το επιτελικό μέρος μπορεί να καταστρώνεται ερήμην των εκπαιδευόμενων, αν και η γνώμη τους είναι συχνά πολύτιμη. Το εκτελεστικό μέρος γίνεται αναγκαστικά σε επαφή με τους εκπαιδευόμενους και μπορεί να αφορά μονήρη μελέτη (αυτοεκπαίδευση), επικοινωνία ή συζήτηση των εκπαιδευόμενων μεταξύ τους ή επικοινωνία των εκπαιδευόμενων με τον

Θέμα	Γνώσεις	Δεξιότητες	Στάσεις
Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση	1	3	1
Παθοφυσιολογία Αθηροσκληρώσεως	3	1	1
Αιφνίδιος Θάνατος	2	1	3
Αντιμετώπιση βαλβιδοπαθειών	3	1	1
Μυοκαρδιοπάθειες	3	1	1

Εικ. 1. Παράδειγμα υπόδειξης δυναμικού εκπαιδευομένου, που δηλώνει ποια είναι τα ενδιαφέροντά του και βαθμολογεί (ελάχιστο 1, μέγιστο 3), αν το ενδιαφέρον του αφορά σε γνώσεις, δεξιότητες ή στάσεις.

εκπαιδευτή, πάντοτε με την ευθύνη του τελευταίου. Και αφορά το εκτελεστικό μέρος την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος και της αξιολόγησης.

Ειδικά στην περίπτωση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, η γνώμη των εκπαιδευομένων είναι πολύτιμη για να προγραμματισθεί το επιτελικό μέρος της. Ένας τρόπος είναι ο εκπαιδευτικός φορέας (π.χ. η επιστημονική επιτροπή μιας εκπαιδευτικής σειράς) να απευθυνθεί στους δυναμικούς εκπαιδευομένους και να τους αποστείλει ένα έντυπο για συμπλήρωση. Σ' αυτό το έντυπο μπορεί να υπάρχει ένας κατάλογος μεγάλου πλήθους θεμάτων και να τους ζητηθεί να ιεραρχήσουν ποια από αυτά επιθυμούν να περιληφθούν στη σχεδιαζόμενη εκπαίδευση και αν το ενδιαφέρον τους εστιάζεται σε γνωστικά αντικείμενα, δεξιότητες ή στάσεις (εικ. 1).

Σ' αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθούν κάποιες ιδιαιτερότητες για την εκπαίδευση σε δεξιότητες και στάσεις.

Ο Ελληνικός νόμος επιβάλλει τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση με τόση αυστηρότητα όμως, που δεν είναι εξαιρετικά δύσκολο να εφαρμοσθεί. Συγκεκριμένα, «1. Για την άσκηση του ιατρικού... επαγγέλματος απαιτείται συμπλήρωση κάθε πέντε (5) χρόνια οχδόντα (80) ωρών παρακολούθησης μετεκπαιδευτικών μαθημάτων... 2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ανακαλείται η άδεια άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, από το γιατρό... που δεν προσκομίζει... βεβαίωση μετεκπαίδευσης» (N 1397/1983/ άρθρο 41). Στους σκοπούς των εκπαιδευτικών νοσοκομείων εξάλλου περιλαμβάνεται «...η συνεχής εκπαίδευση

και επιμόρφωση γιατρών και λειτουργών άλλων κλάδων υγείας και... η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της ιατρικής και των συναφών επιστημών» (π.χ. Υ.Α. 17781/5.12.88, άρθρο 3). Παράλληλα όμως αναφέρεται στην ίδια Υ.Α. ότι η Ιατρική Υπηρεσία (στα εκπαιδευτικά νοσοκομεία) στελεκώνεται «από πανεπιστημιακούς γιατρούς... από γιατρούς που διορίζονται σε θέσεις κλάδου γιατρών του ΕΣΥ» και ειδικευομένους. Κάθε άλλος γιατρός επομένως, όπως είναι το πλήθος των γιατρών που δεν είναι ούτε στο ΕΣΥ ούτε πανεπιστημιακοί ούτε ειδικευόμενοι αποκλείονται από τις εργασίες του εκπαιδευτικού νοσοκομείου, ενώ στη χώρα μας δεν υπάρχει κανένας άλλος φορέας που μπορεί να παρέχει εκπαίδευση δεξιοτήτων σε γιατρούς. Οι γιατροί όμως έχουν σαφώς ανάγκη από εκπαίδευση σε νέες τεχνικές, π.χ. νέες χειρουργικές ή μη χειρουργικές επεμβάσεις που έχουν αναπτυχθεί. Αναγκάζονται να καταφεύγουν σε κέντρα του εξωτερικού γι' αυτό το σκοπό, ενώ στα Ελληνικά νοσοκομεία που έχουν την υποχρέωση από το Νόμο να προσφέρουν αυτή την υπηρεσία, ακόμη και σε ξένους (που πολύ συχνά το ζητούν) ο ίδιος ο Νόμος, παράνομα, το απαγορεύει!

Το ουσιαστικό πρόβλημα στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε δεξιότητες ιατρών στα εκπαιδευτικά νοσοκομεία είναι η αστική αντιμετώπιση βλαβών σε ασθενείς που θα γίνουν από τους εκπαιδευόμενους. Μια από τις προσφορότερες αντιμετώπισεις του προβλήματος είναι η ασφάλιση του εκπαιδευομένου (από δημόσιο ή ιδιωτικό ασφαλιστικό φορέα) για τέτοιες περιπτώσεις για

όσο διάστημα διαρκεί η εκπαίδευσή του.

Ως προς την εκπαίδευση σε στάσεις, το πρόβλημα είναι διεθνές. Η ιατρική έχει κάνει πολύ σημαντικές προόδους τις τελευταίες δεκαετίες και παρέχει τη δυνατότητα να επηρεασθεί σημαντικά η κατάσταση της υγείας των ασθενών. Ένα πρόβλημα όμως είναι πότε, σε ποιους και κάτω από ποιες συνθήκες μπορούν και πρέπει να εφαρμόζονται οι νέες ιατρικές γνώσεις. Πολύ πρόσφατα παραδείγματα, τυχαία επιλεγμένα από τη διεθνή βιβλιογραφία, εκφράζονται με τα ακόλουθα διλήμματα: Πότε μπορεί να διακόπτεται η τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση του ασθενή; Πώς λαμβάνεται η συναίνεση για την εφαρμογή ή για την άρνηση μιας ιατρικής πράξης όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφραστεί³; Πώς μπορεί να γίνεται η εκπαίδευση φοιτητών πάνω σε ανηλικούς, ώστε ούτε οι ανήλικοι να προσβληθούν, αλλά ούτε και οι φοιτητές να κινδυνεύσουν από κακοήθεις καταγγελίες⁴; Το πρόβλημα αντιμετωπίζεται διεθνώς με διεθνείς οργανισμούς που θεσπίζουν «κατευθυντήριες γραμμές» με βάση την «ιατρική σε τεκμηριωμένη βάση», για να διευκολύνουν τον τρόπο που εφαρμόζουν τις ιατρικές ικανότητές τους οι ιατροί. Οι κατευθυντήριες γραμμές όμως δεν είναι νόμοι. Συνιστούν τι έχει τεκμηριωθεί ότι είναι σωστό να γίνεται και τι είναι σωστό να μη γίνεται, ενώ περιέχουν και μια ευρεία ζώνη αβεβαιότητας. Επιπλέον τονίζουν την ανάγκη να εξατομικεύεται η αγωγή με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε αρρώστου, όπως: φυσιολογικά δεδομένα (φύλο, ηλικία, μέγεθος σώματος κλπ), ιδιοσυγκρασία, γενετικοί παράγοντες, γενική κατάσταση του αρρώστου, ψυχολογική αντίδραση του αρρώστου, συνύπαρξη χρόνιων παθήσεων ιδίως πνευμόνων, νεφρών, ήπατος, καρδιάς κλπ, αποτυχία της αγωγής που εφαρμόστηκε ως τώρα, εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, έλλειψη επαρκών γνώσεων του γιατρού, έλλειψη μέσων κλπ.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες ωστόσο δεν αποκλείεται να βρίσκονται σε αντίθεση με τους τοπικούς νόμους κάθε κράτους. Η ενδεχόμενη ανευθυνότητα κάποιων ιατρών σε συνδυασμό με την ενδεχόμενη ιδιοτέλεια κάποιων ασθενών ή συγγενών τους, αλλά και κάποιων νομικών δημιουργούν ολόένα και πιο συχνά νομικά προβλήματα που φθάνουν στο δικαστήριο. Όχι σπάνια οι ειδικευμένοι στον τομέα δικηγόροι κατακεραυνώνουν τους ιατρούς επισείοντας τον «όρκο του Ιπποκράτη», λησμονώντας προφανώς πως ο «όρκος» δεσμεύει ενδεχομένως το γιατρό να εκτελεί πάνω στον άρρωστο ό,τι επιτάσσει η ιατρική και όχι ό,τι διατάσσει ο εθνικός νόμος, που συνήθως

καθυστερεί να εκσυγχρονισθεί σύμφωνα με τα διεθνή ιατρικά δεδομένα.

Ένα άλλο πρόβλημα με την «ιατρική σε τεκμηριωμένη βάση» είναι ότι στηρίζεται σε δεδομένα πολύ σαφών, αμιγών, περιπτώσεων συνήθως, ενώ οι ασθενείς του ασκούντος ιατρού αντιμετωπίζουν ασθενείς με πολλαπλά παράλληλα προβλήματα, όπως π.χ. ένα οξύ έμφραγμα σε ένα ασθενή με χρόνια βρογχίτιδα, έλκος δωδεκαδακτύλου, και σακχαρώδη διαβήτη. Άλλα επίσημα κείμενα, όπως εθνικά συνταγολόγια, με τη σφραγίδα της νομιμότητας από το ίδιο το κράτος, παρέχουν συχνά ανεπαρκείς ή αντιφατικές πληροφορίες⁵.

Ενεργητική

Η εκπαίδευση σε γνωστικά αντικείμενα μπορεί να γίνει με ποικίλους τρόπους, όπως με διαλέξεις, σημειώσεις, προβολές κλπ. Αυτοί όμως είναι τρόποι παθητικής εκπαίδευσης, που έχουν χαμηλό κόστος, αλλά και πολύ μικρή απόδοση ως προς την απόκτηση γνώσεων. Η αυτοεκπαίδευση, με αναζήτηση πληροφοριών από τη διεθνή βιβλιογραφία, αποτελεί ενεργητική μάθηση, αλλά επίσης έχει χαμηλή απόδοση, ιδίως επειδή απαιτεί ισχυρό κίνητρο από το ιατρό, ενώ η αυτοαξιολόγηση, αν υπάρχει, είναι συνήθως ανεπαρκής. Η εκπαίδευση με θέση προβλημάτων στον εκπαιδευόμενο, που περιλαμβάνει συζήτηση των εκπαιδευόμενων μεταξύ τους και με τον εκπαιδευτή είναι μια από τις πιο αποδοτικές μεθόδους για την απόκτηση γνώσεων στο επίπεδο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Για την απόκτηση δεξιοτήτων απαιτείται συνήθως άσκηση σε οργανωμένες μονάδες, π.χ. εκπαιδευτικά νοσοκομεία ή άσκηση σε ανδρείκελα. Πιο πάνω έγινε λόγος για τα προβλήματα με τη νοσοκομειακή εκπαίδευση σε νοσοκομεία.

Όσον αφορά στην εκπαίδευση σε στάσεις, μπορούν πάντοτε να χρησιμοποιηθούν οι κλασικές μέθοδοι (διαλέξεις, συζητήσεις αντιπαραθέσεων κλπ), αλλά πολύ πιο αποδοτικές είναι και πάλι οι μέθοδοι που συνοδεύονται από ενεργητική συμμετοχή του εκπαιδευόμενου, όπως συζήτηση δεοντολογικών προβλημάτων σε μικρές ομάδες, ομάδες Ballint, συζήτηση πάνω σε κωδικοποιημένα περιστατικά που παρουσιάζονται σε Video, DVD κλπ

Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση είναι το πιο δραστικό μέρος στη διαδικασία της εκπαίδευσης για να επιτευχθεί μια αλλαγή. Αξιολόγηση είναι η διαδικασία με την οποία ερευνάται αν επιτεύχθηκαν οι εκπαιδευτι-

κοί στόχοι, τα εκπαιδευτικά αντικείμενα. Είναι το κύριο εργαλείο για να ληφθούν αποφάσεις στηριγμένες σε αντικειμενικά δεδομένα. Η λήψη αποφάσεων χωρίς να έχει προηγηθεί αξιολόγηση αποτελεί πράξη αυθαιρεσίας ή ακόμη και φασιστικού τρόπου αντιμετώπισης των πραγμάτων. Η αξιολόγηση αφορά τους εκπαιδευόμενους, αλλά και τους εκπαιδευτές και το εκπαιδευτικό σύστημα και μπορεί να έχει ποινικό χαρακτήρα, όχι όμως αναγκαστικά, ενώ έχει πάντοτε εκπαιδευτικό χαρακτήρα.

Ο ποινικός χαρακτήρας αφορά σε προστασία της κοινωνίας από ακατάλληλο επαγγελματία, όπως κατά τη λήψη του πτυχίου της ιατρικής. Στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι δύσκολο να φαντασθεί κανένας αξιολόγηση των ιατρών με ποινικό χαρακτήρα. Η αδυναμία να εφαρμοσθεί ο σχετικός νόμος που προαναφέρθηκε (Ν 1397/1983/ άρθρο 41) μπορεί να σχετίζεται και με τον ποινικό χαρακτήρα του. Ο εκπαιδευτικός χαρακτήρας της αξιολόγησης έχει μεγάλη σημασία. Μπορεί να πληροφορήσει τον κάθε εκπαιδευόμενο (ενδεχομένως ανώνυμα, χωρίς να γίνεται γνωστό σε οποιονδήποτε άλλον το αποτέλεσμα της αξιολόγησης) για το βαθμό στον οποίον πέτυχε τους εκπαιδευτικούς στόχους του. Πληροφορεί επίσης τους υπεύθυνους της εκπαίδευσης για την αποδοτικότητα των εκπαιδευτών και του εκπαιδευτικού προγράμματος που εφαρμόστηκε, κυρίως με το μέσο όρο της βαθμολογίας των εκπαιδευομένων. Η αξιολόγηση του προγράμματος και των εκπαιδευτών μπορεί να γίνεται διαμέσου των εκπαιδευομένων (από τη μέση βαθμολογία τους), αλλά και από τους ίδιους τους εκπαιδευόμενους. Στην τελευταία περίπτωση η επιτυχία του προγράμματος ή των εκπαιδευομένων δεν πρέπει να γίνεται με τη μορφή ανοικτών ερωτήσεων (όχι π.χ. με απάντηση σε ερωτήσεις του τύπου «σας άρεσε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα;»), διότι τέτοιες απαντήσεις αντανακλούν συνήθως το πόσο ευχάριστο ήταν το πρόγραμμα μάλλον παρά τις ικανότητες που απέκτησαν οι εκπαιδευόμενοι. Αντίθετα, πολύτιμες είναι οι απαντήσεις σε δομημένο ερωτηματολόγιο, (όπως π.χ. «είχατε επαρκή πληροφόρηση πριν από το σεμινάριο για το τι προσδοκούσατε να πάρετε από αυτό; Λήφθηκαν υπόψη οι ανάγκες σας για τη σύνταξη του προγράμματος;

Ήταν σωστά κατανεμημένοι ο χρόνος στα διάφορα εκπαιδευτικά αντικείμενα; κλπ»¹.

Οικονομικές θεωρήσεις

Καθώς γίνεται ολοένα και πιο μεγάλο το κόστος της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, δύσκολα μπορεί να το αντιμετωπίσει ο ιατρός μόνος του. Κανονικά επίσημοι εκπαιδευτικοί φορείς οφείλουν να το αναλαμβάνουν σε μεγάλο βαθμό. Το κράτος, είτε ως Υπουργείο Παιδείας-Πανεπιστήμιο είτε ως Υπουργείο Υγείας-Νοσοκομείο θα όφειλε να αναλαμβάνει το κόστος της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Το Πανεπιστήμιο όμως, ο κατεχόμενη εκπαιδευτικός φορέας, περιορίζεται κυρίως στην προπτυχιακή εκπαίδευση. Και το Υπουργείο Υγείας, μολονότι τιμωρεί με βαριές ποινές την έλλειψη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, όχι μόνο δεν την παρέχει, αλλά και, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μερικές φορές την εμποδίζει. Η έλλειψη πόρων είναι η προφανής αιτία. Οι Ιατρικές Εταιρείες και λιγότερο οι Ιατρικοί Σύλλογοι έχουν αναλάβει στην πράξη το κύριο βάρος της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, που αφορά ωστόσο κυρίως σε γνωστικά, όχι αισθητικοκινητικά, αντικείμενα. Και οι Επιστημονικές Εταιρείες βέβαια αντιμετωπίζουν πρόβλημα κόστους. Οι Εταιρείες φαρμάκων και ιατρικών συσκευών διαθέτουν πόρους για εκπαίδευση. Ίσως είναι οι μόνοι φορείς που διαθέτουν επαρκείς πόρους για εκπαίδευση. Οι φαρμακευτικοί αντιπρόσωποι αποτελούν στην πράξη σήμερα την κυριότερη πηγή πληροφόρησης των ιατρών στη συνεχιζόμενη εκπαίδευσή τους. Και η εκπαίδευση που γίνεται είναι εξαιρετικά αποτελεσματική, καθώς εκτελείται με αναλογία δασκάλου προς μαθητή ένα προς ένα και επαναλαμβάνεται με προγραμματισμένο σταθερό τρόπο σαν έμμονη ιδέα. Το πρόβλημα μ' αυτού του είδους την εκπαίδευση είναι ότι νόμιμος στόχος των Εταιριών φαρμάκων και συσκευών είναι όχι η εκπαίδευση, αλλά το κέρδος. Η επίσκεψη του ιατρικού επισκέπτη αποσκοπεί στο να καταστήσει ικανό τον ιατρό να αναγράφει το φάρμακο της αντιπροσωπευόμενης Εταιρίας και όχι άλλο. Είναι προφανές επομένως, ότι αυτή η τόσο αποτελεσματική μέθοδος περιορίζει μάλλον παρά διευρύνει την ελευθερία επιλογής του ιατρού και μοιάζει περισσότερο στην πλήση εγκεφάλου παρά στην εκπαί-

δευση! Το γεγονός ότι την ίδια δουλειά κάνουν και οι αντιπρόσωποι της ανταγωνίστριας Εταιρίας δεν αίρει το χαρακτήρα της πλύσης εγκεφάλου. Ιατρικές μέθοδοι που δεν αντιπροσωπεύονται από κερδοφόρες επιχειρήσεις δεν φθάνουν ως το ιατρό. Για να εξουδετερωνόταν ο ιατρικός επισκέπτης θα όφειλε π.χ. ο ΕΟΦ να πληρώνει για κάθε περιφέρεια ως 17 ιατρικούς επισκέπτες, όσα είναι τα κεφάλαια του Εθνικού Συνταγολογίου, και αυτοί να επισκέπτονταν τους ιατρούς, όπως οι επισκέπτες των ιδιωτικών εταιριών, και να ενημερώνουν τους ιατρούς όχι για τα ιδιοσκευάσματα μιας Εταιρίας, αλλά για τα φάρμακα ενός συστήματος. Η οικονομία που θα προέκυπτε από τη λελογισμένη χρήση των φαρμάκων ίσως θα μπορούσε να καλύψει τη δαπάνη. Ένας εύλογος συμβιβασμός φαίνεται να είναι η οικονομική ενίσχυση από τις ιδιωτικές εταιρίες επιστημονικών φορέων, όπως είναι οι Ιατρικές Σχολές, Νοσοκομειακές Κλινικές, Επιστημονικές Εταιρείες, άλλοι εκπαιδευτικοί φορείς, που οργανώνουν εκπαιδευτικές εκδηλώσεις ανεξάρτητες από το χορηγό. Φυσικά ο τελευταίος ζητά κάποιο αντάλλαγμα. Κι αυτό δεν μπορεί να είναι άλλο από τη δίκαιη διαφημιστική αναγνώρισή του ότι συνέβαλε οικονομικά στην οργάνωση της εκδήλωσης. Ακριβώς όπως στην αρχαιότητα οι εύποροι χορηγοί στις τραγωδίες διαφημιζόνταν, καθώς αναφερόταν το όνομά τους στην παράσταση κι η τελευταία προσφερόταν δωρεάν στο κοινό με περιεχόμενο που το όριζε ο τραγωδός και όχι ο χορηγός. Οι σύγχρονοι χορηγοί όμως δεν περιορίζονται συνήθως στο να χρηματοδοτήσουν μια εκπαιδευτική εκδήλωση που οργανώνει ένας ανεξάρτητος φορέας. Φροντίζουν και για την προσωπική δαπάνη των ιατρών που μετέχουν στην εκδήλωση, εγγραφή στην εκδήλωση, ξενοδοχείο, ψυχαγωγία κλπ. Οι τελευταίες δραστηριότητες των Εταιριών φαρμάκων και συσκευών, εφόσον απευθύνονται στους εκπαιδευόμενους προσωπικά και όχι διαμέσου του επιστημονικού φορέα, είναι συζητήσιμο κατά πόσον είναι δεοντολογικά αποδεκτές. Όσο όμως δεν μεριμνά το κράτος σχετικά, η προσωπική στήριξη της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του ιατρού από τον ιδιωτικό φορέα φαίνεται αναγκαίο κακό. Αν δεν μπορεί το κράτος να στηρίξει οικονομικά τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ιατρού, θα μπορούσε τουλάχιστον να παρέχει πλήρη φορολογική απαλλαγή για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση που το ίδιο απαιτεί!

Συμπερασματικά, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι απαραίτητη για το ιατρό. Κατάλληλοι φορείς για να την αναλάβουν είναι κρατικοί, διεθνείς ή επαγγελματικοί. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση

οφείλει να έχει προετοιμασθεί σε προπτυχιακό επίπεδο, να είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες των ιατρών, να είναι καλά προσχεδιασμένη, ενεργητική και να συνοδεύεται από εκπαιδευτική αξιολόγηση. Τη δαπάνη, μια και δεν φαίνεται να μπορεί να την επωμισθεί το κράτος, μπορούν να την αναλάβουν σε σημαντικό βαθμό ιδιωτικοί φορείς ως χορηγοί, με τον όρο όμως ότι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα και η οργάνωση θα είναι υπό την ευθύνη του ανεξάρτητου φορέα. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες δεν μπορεί να γίνει παρά μόνον σε Νοσοκομείο. Απαραίτητη είναι σ' αυτή την περίπτωση η ασφάλιση του ιατρού για όσο χρόνο διαρκεί η εκπαίδευση, κατά προτίμηση από το κράτος, χωρίς να αποκλείονται και ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς, πάλι διαμέσου ενός ανεξάρτητου εκπαιδευτικού φορέα. Επείγουσα είναι για την τελευταία η αναδιαμόρφωση των σχετικών Υπουργικών Αποφάσεων, ώστε να διευκολύνουν μάλλον, αντί να απαγορεύουν (όπως κάνουν σήμερα) τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση στα νοσοκομεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1. Guilbert JJ: Educational Handbook for Health Personnel. WHO, Geneva 1981.*
- 2. Samanta A and Jo Samanta J: End of life decisions. BMJ 2005;331;1284-1285*
- 3. Corfield L and Granne I: Treating non-competent patients. BMJ 2005; 331: 1353-5*
- 4. Hope T et al: Developing guidelines for medical students about the examination of patients 18 years old. BMJ 2005; 331: 1384-6*
- 5. Liat Vidal et al. Systematic comparison of four sources of drug information regarding adjustment of dose for renal function. BMJ, 2005;331;263-266.*

Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος

«Στη προσπάθεια μου να προσεγγίσω την αλήθεια, αναζήτησα παντού πληροφορίες, αλλά μετά βίας κατάφερα σε μια περίπτωση να βρω ιατρικά αρχεία νοσοκομείου που να επιτρέπουν την σύγκριση δεδομένων»

Florence Nightingale Notes on a Hospital, 1893

Των

Παύλου Καρανίτη
Επιμελητή Καρδιολογικής
Κλινικής
ΓΝΙ «Γ. Χατζηκώστα»

Κωνσταντίνου Σιόγκα
Διευθυντή Καρδιολογικής
Κλινικής
ΓΝΙ «Γ. Χατζηκώστα»

Τι έχει αλλάξει από τότε ;

Ίσως πρέπει να τονιστεί εξ αρχής ότι το άρθρο αυτό δεν είναι τεχνοκρατικό, δεν πρόκειται για άρθρο ενός ειδικού στα πληροφοριακά συστήματα. Η οπτική γωνία που είδαμε το θέμα είναι αυτή ενός ιατρού με μέσου όρου γνώσεις για τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές (HY).

Αφορμή για τη συγγραφή του άρθρου αποτέλεσε ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη ενός απλού στη δομή του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, μιας βάσης δεδομένων όπου καταγράφονται δημογραφικά στοιχεία και ιατρικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Κλινική του ΓΝΙ «Γ. Χατζηκώστα».

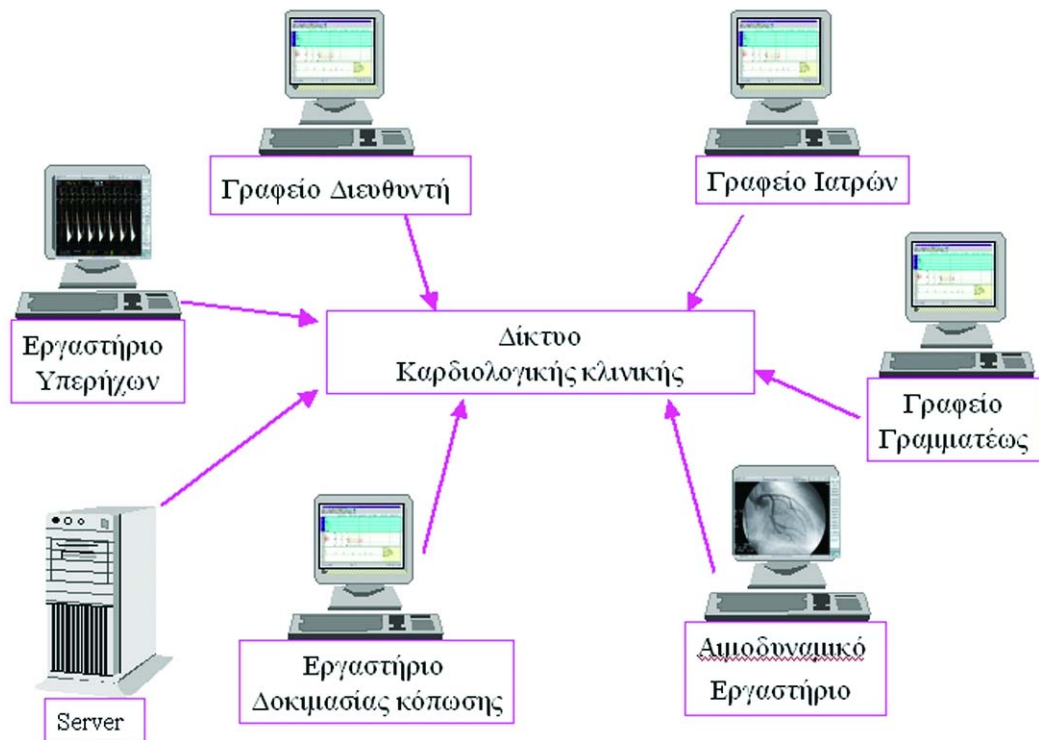
Η ιδέα για τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο και η προσπάθεια υλοποίησής της άρχισε το 1999, ταυτόχρονα με μια συνολική προσπάθεια αναβάθμισής της Καρδιολογικής Κλινικής του νοσοκομείου «Γ. Χατζηκώστα». Κεντρικός στόχος η δυνατότητα παροχής πρότυπων υπηρεσιών υγείας στους καρδιοπαθείς της περιοχής μας, σε συνδυασμό με την άρρηκτα συνδεδεμένη κλινική έρευνα και ιατρική εκπαίδευση. Θεωρούμε ότι το αποτέλεσμα σήμερα δικαιώνει τις προσπάθειές μας για μια σύγχρονη Καρδιολογική Κλινική με αναπτυγμένα τμήματα σε όλα τα γνωστικά αντικείμενα της καρδιολογίας.

Στο σχέδιο ανάπτυξης της κλινικής η δημιουργία ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου (ΗΙΦ) θεωρήθηκε αναγκαιότητα και ένας από τους βασικούς πυλώνες στήριξης του εγχειρήματος. Αντιληφθήκαμε νωρίς ότι, τουλάχιστον για την εποχή εκείνη, ηλεκτρονικός φάκελος σε επίπεδο Νοσοκομείου ή Περιφέρειας ήταν δύσκολο να εφαρμοσθεί. Οι συνθήκες ήταν ανώριμες, θα πρέπει όμως να αναφερθεί μια σοβαρή προσπάθεια του τμήματος πληροφορικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για τη δημιουργία και λειτουργία ενός κοινού ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου σε συνδυασμό με ασύρματη δικτύωση των καρδιολογικών κλινικών της Ηπείρου, το οποίο δεν είχε συνέχεια.

Ο Ορισμός

«Ο Ιατρικός Φάκελος είναι η "αποθήκη" όλων των πληροφοριών που αφορούν το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς».

Παραδοσιακά ο ιατρικός φάκελος αποτελεί ένα μέσο επικοινωνίας ανάμεσα στο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό αλλά και το σημείο αναφοράς της κατάστασης του ασθενή. Χρησιμεύει και ως «χώρος εργασίας» όπου καταγράφονται ιδέες και εντυπώσεις για το πρόβλημα του ασθενή



Εικ.1

και την πορεία της αντιμετώπισης του. Με την ολοκλήρωση της νοσηλείας, ο ιατρικός φάκελος είναι το μέρος που φυλάσσονται όλα τα δεδομένα για μελλοντική χρήση.

Η σύγχρονη αντίληψη γύρω από τη διοίκηση και διαχείριση απαιτούν τη χρήση όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών, που θα περιέχονται στον ιατρικό φάκελο και που θα λειτουργήσουν υποστηρικτικά σε αποφάσεις που αφορούν τη διαχείριση ενός οργανισμού παροχής ιατρικών υπηρεσιών (π.χ. νοσοκομείο), αλλά και ολόκληρου του συστήματος υγείας μιας περιοχής ή ενός κράτους.

Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος

Ποιο είναι το πρόβλημα ή το κενό που καλείται να λύσει ή να συμπληρώσει η χρήση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου;

Η σημερινή κατάσταση

Καθημερινά «παράγονται» τεράστιες ποσότητες δεδομένων από τα νοσοκομεία, τις κλινικές, τα εργαστήρια. Όμως, ακόμα και σήμερα, παρά την τρομακτική εξέλιξη του τομέα της Πληροφορικής και των Υπολογιστών, τα δεδομένα αυτά τις περισσότερες φορές δεν επεξεργάζο-

νται ηλεκτρονικά, αλλά με τον παραδοσιακό τρόπο, με αποτέλεσμα να μένουν ανεκμετάλλετες πολλές και σημαντικές πληροφορίες.

Η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας στις μέρες μας έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας (e-health). Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να περιγράψει οτιδήποτε έχει σχέση με υπολογιστές, επικοινωνίες και ιατρική.

Στα εργαλεία ή τις λύσεις της ηλεκτρονικής υγείας περιλαμβάνονται προϊόντα, συστήματα και υπηρεσίες μεταξύ των οποίων ακρογωνιαίο λίθο αποτελεί ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος.

Κάποια από τα κύρια χαρακτηριστικά της ηλεκτρονικής υγείας είναι η αποδοτικότητα, η βελτίωση της ποιότητας περίθαλψης, η επιστημονική τεκμηρίωση, η διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφορίας και η ασφάλεια.

Ο όρος «παροχή υπηρεσιών υγείας» περιλαμβάνει μια πληθώρα εμπλεκόμενων προσώπων, φορέων και διακινούμενης πληροφορίας. Αφορά πολίτες, γιατρούς, νοσηλευτές και στελέχη της υγείας, υποδομές, νοσοκομεία, νοσηλευτήρια και μέσα επείγουσας μεταφοράς. Ο συνεκτικός ιστός των παραπάνω εμπλεκόμενων οντοτήτων είναι η πληροφορία που πρέπει να διακινηθεί άμεσα και με ακρίβεια, όπου αυτή είναι απαραί-

τητη.

Η υλοποίηση των παραπάνω, ακολουθώντας τις ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις αλλά διατηρώντας τον ευαίσθητο χαρακτήρα του χώρου της υγείας και της ποιότητας της ζωής, δημιουργεί νέα δεδομένα αλλά και νέα προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά αφορούν θέματα νομικής υφής, καχυποψίας και κουλτούρας αλλά και θέματα τεχνολογικής φιλοσοφίας και κατεύθυνσης.

Τα βασικά προβλήματα που τίθενται, μέρος των οποίων και εμείς κλιθήκαμε εξ

αρχής να αντιμετωπίσουμε στην ανάπτυξη του δικού μας ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, είναι:

1. Η κοινή ορολογία και κωδικοποίηση των ασθενειών. Στον ΗΙΦ της κλινικής μας χρησιμοποιήσαμε την τρέχουσα ταξινόμηση του ΠΟΥ

2. Οι δυσκολίες στην επικοινωνία ανθρώπου - μηχανής (user interface). Δημιουργήσαμε ένα περιβάλλον εργασίας με απλά γραφικά.

3. Η πολυπλοκότητα των ιατρικών δεδομένων. Δημιουργήσαμε πεδία που υποστηρίζουν εισαγωγή πολλών τύπων δεδομένων (δομημένη μορφή - λίστες, μορφή ελεύθερου κειμένου, εικόνες)

4. Η δυσκολία εισαγωγής των δεδομένων. Έγινε προσπάθεια εκπαίδευσης των χρηστών και δοκιμαστική περίοδος χρήσης

5. Τα προβλήματα ασφάλειας των προσωπικών δεδομένων. Η πρόσβαση στον φάκελο της κλινικής μας είναι διαβαθμισμένη.

6. Η δυσκολία προσαρμογής όλων των εμπλεκόμενων σε νέες τεχνολογίες. Οι αρχικοί φόβοι ξεπεράστηκαν με την συνεχή ενασχόληση με το πρόγραμμα και την κατανόηση της σκοπιμότητας του.

7. Η δυσκολία της ανταλλαγής δεδομένων μεταξύ των Πληροφορικών Συστημάτων λόγω μη υιοθέτησης συγκεκριμένων προτύπων διασύνδεσης.

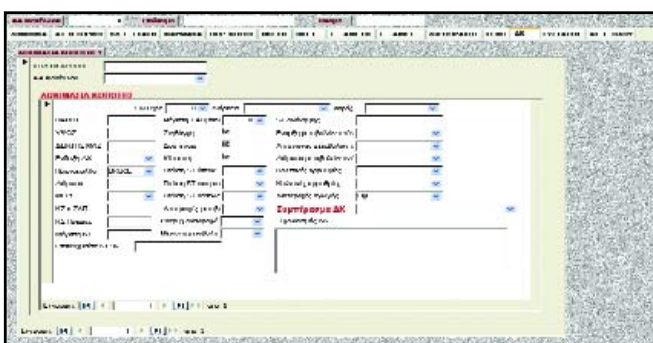
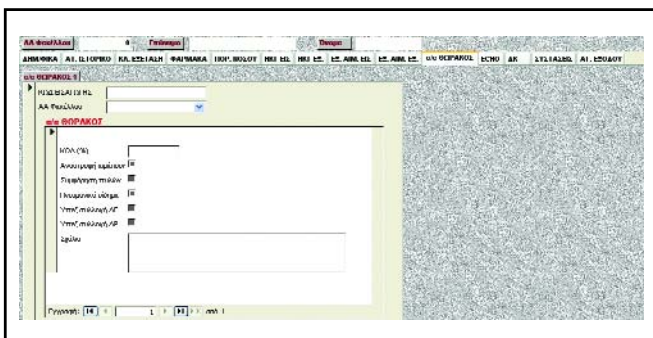
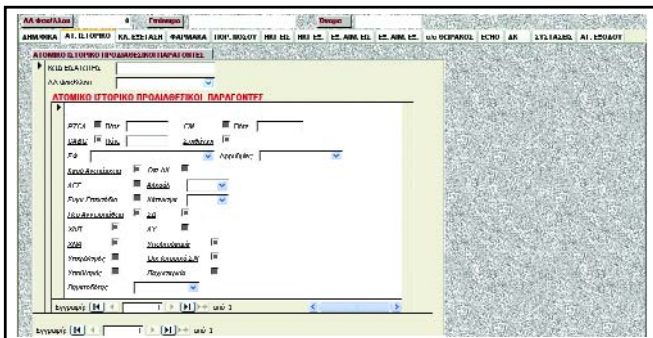
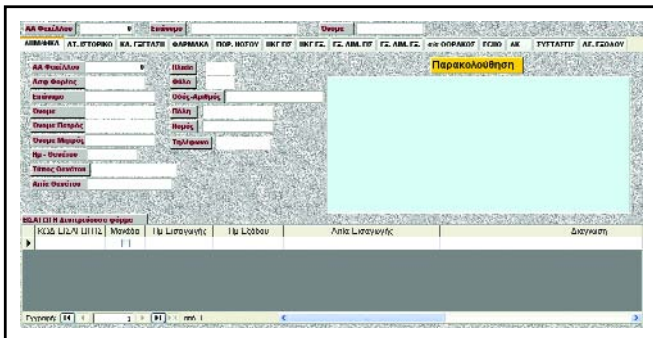
8. Η χρήση ετερογενών συστημάτων λογισμικού και υλικού εξοπλισμού.

9. Η μη ολοκληρωμένη ακόμα αποδοχή από την ιατρική κοινότητα..

10. Ένα κοινό πρόβλημα είναι ότι δεν υπάρχουν ξεκάθαροι στόχοι και σαφείς απαιτήσεις από τα πληροφορικά συστήματα. Υπάρχει μόνο η επιθυμία για την υλοποίηση ενός θολού οράματος για «μηχανογράφηση των πάντων» χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι όποιες ιδιαιτερότητες. Ένα τέτοιο εγχείρημα είναι πιθανόν να αποτύχει. Όπου αυτό επετεύχθη, ήταν αποτέλεσμα πολύχρονων, συστηματικών και μεθοδικών προσπαθειών που έγιναν σταδιακά και βασίστηκαν σε προϋπάρχουσες υποδομές και διαδικασίες.

... στην Καρδιολογική Κλινική του ΓΝΙ «Γ. Χατζηκώστα».

Τι είναι λοιπόν ο ηλεκτρονικός φάκελος που αναπτύχθηκε στην κλινική μας;



Τηρουμένων των αναλογιών θα λέγαμε ότι πρόκειται μια μικρή νησίδα πληροφορικής, από τις αρκετές που βρίσκονται διάσπαρτες στην Ελλάδα (υπάρχουν ελάχιστα Νοσοκομεία που έχουν αναπτύξει ολοκληρωμένο ΗΙΦ).

Σήμερα στην κλινική μας έχει αναπτυχθεί ένα τοπικό δίκτυο ηλεκτρονικών υπολογιστών (εικόνα 1) οι οποίοι βρίσκονται σε κάθε γραφείο και εργαστήριο και είναι συνδεδεμένοι με ένα κεντρικό server όπου βρίσκεται η Βάση Δεδομένων, ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος. Η ευθύνη εισαγωγής των στοιχείων στη βάση δεδομένων έχει επιμερισθεί ανάλογα με τον χαρακτήρα τους. Έτσι τα δημογραφικά στοιχεία εισάγονται από τη γραμματέα, οι βασικές ιατρικές πληροφορίες όπως το ιστορικό, η πορεία νόσου, το καρδιογράφημα, οι αιματολογικές - βιοχημικές εξετάσεις κλπ από τους ειδικευμένους, οι ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις όπως η στεφανιογραφία ή το υπερηχογράφημα από τους ειδικούς καρδιολόγους που τις εκτελούν (εικόνα 2).

Η πρόσβαση στον φάκελο είναι διαβαθμισμένη και μπορεί να πραγματοποιηθεί από οποιοδήποτε ΗΥ της κλινικής. Έτσι οι πληροφορίες που περιέχει ο ΗΙΦ, είναι διαθέσιμες με ασφάλεια, ταχύτητα, είναι έγκαιρα προσβάσιμες στο σημείο όπου απαιτούνται και είναι επεξεργάσιμες για οποιοδήποτε ιατρικό - ερευνητικό σκοπό.

Τέλος και χωρίς επιπλέον κόπο, αφού αποτελεί μέρος της βάσης δεδομένων, εκτυπώνεται ως έκθεση και παραδίδεται στον ασθενή ένα μονοσέλιδο, λιτό αλλά πλήρες ενημερωτικό σημείωμα (εικόνα 3), το οποίο «φωτογραφίζει» ουσιαστικά τη νοσηλεία του ασθενή και περιέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, από τη διάγνωση και την πορεία νόσου μέχρι τις συστάσεις, τη φαρμακευτική αγωγή αλλά και τα αποτελέσματα όλων των εξετάσεων στις οποίες υπεβλήθη.

Ασφαλώς ο ΗΙΦ της καρδιολογικής δεν διεκδικεί δάφνες ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού ιατρικού συστήματος, όμως θεωρούμε ότι η εμπειρία μας, όσον αφορά την δομή τη λειτουργικότητα και τις ιατρικές πληροφορίες που περιέχει, θα μπορούσε μετά από την απαραίτητη επεξεργασία από ειδικούς της πληροφορικής να χρησιμεύσει σαν βάση για την εκπόνηση ενός ολοκληρωμένου κοινού συστήματος μηχανοργάνωσης των καρδιολογικών κλινικών της περιφέρειας. Τα

The screenshot shows a complex web-based form for a medical record. At the top, it identifies the institution as 'Π.Σ.Υ. ΗΠΕΙΡΟΥ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "Τ. ΧΑΛΤΖΗΚΩΣΤΑ" ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Δρ Κ. ΣΙΟΓΚΑΣ'. The main title is 'ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ'. The form is organized into several sections:

- ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ**: A dropdown menu for the reason of admission.
- ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΟΔΟΥ**: A dropdown menu for the discharge diagnosis.
- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ**: Fields for gender, date of birth, and date of admission.
- ΕΚΒΑΣΗ**: A dropdown menu for the outcome.
- ΕΙΣΟΔΟΥ ΗΚΓ ΕΞΟΔΟΥ**: Two columns of dropdown menus for ECG data at admission and discharge.
- ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ**: A grid of checkboxes for various blood tests (GLU, URE, CRE, CHL, HGB, TRG, AST, ALT, vGT, LDH, CK, INR) at both admission and discharge.
- ΕΧΘΟ ΚΑΡΔΙΑΣ**: A section for ECG results, including a dropdown for 'ΕΕ' and a large text area for 'ΤΑΛΛΥ'.
- ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΕΞΟΔΟΥ**: A large text area for recording the medication regimen at discharge.
- ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΚΟΠΩΣΗΣ**: A dropdown menu for exercise test results.
- ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ**: A large text area for the patient's medical history.
- ΕΥΣΤΑΣΕΙΣ**: A large text area for notes or recommendations.

 At the bottom, there is a disclaimer: '* Το παρόν σημείωμα να φυλάσσεται σε καλή κατάσταση και να το φέρει μαζί σας κατά την επιστροφή σας στον Ιατρό.' and fields for 'Επιμελητής' and 'Ειδικευόμενος'.

Εικ.3

άμεσα αποτελέσματα ενός τέτοιου εγχειρήματος θα είναι η ταχύτερη διακίνηση με μικρότερη ταλαιπωρία των ασθενών, και η αποτελεσματικότερη ερευνητική και εκπαιδευτική συνεργασία των νοσοκομείων, και θα μπορούσε να αποτελέσει το πρώτο βήμα για τη μηχανοργάνωση όλων των ιατρικών τμημάτων των νοσοκομείων μας, ένα τομέα που το ΕΣΥ παρουσιάζει σοβαρή υστέρηση. Ασφαλώς η ευθύνη για την οργάνωση και υλοποίηση μιας τέτοιας προσπάθειας ανήκει στην Διεύθυνση Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ) Ηπείρου.

ΥΓ: Ευχαριστούμε το τμήμα πληροφορικής του νοσοκομείου που στάθηκε αρωγός σε αυτή μας την προσπάθεια.

Αλλεργία στα αντιβιοτικά



Του Νικολάου Ακριτίδη
Επίκουρου Καθηγητή Παθολογίας,
Διευθυντή Παθολογικής Κλινικής
Γενικού Νοσοκομείου Χατζηγώστα

Στον ασθενή που καθημερινά μας διδάσκει...

Τα αντιβιοτικά είναι από τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα φάρμακα στην καθημερινή ιατρική πράξη. Τα περισσότερα από αυτά συνταγογραφούνται χωρίς λόγο. Ακόμα και στις ΗΠΑ το 5% των αντιβιοτικών χορηγούνται σε καταστάσεις που δεν υπάρχει ένδειξη. Τα αντιβιοτικά όμως είναι από τις μεγαλύτερες ανακαλύψεις του 20ού αιώνα. Η χορήγησή τους σε λοιμώξεις έχει μειώσει σημαντικά την νοσηρότητα και τη θνησιμότητα.

Παρά την ωφελιμότητά τους οι παρενέργειες των αντιβιοτικών εξακολουθούν να είναι σημαντική αιτία νοσηρότητας και καταλαμβάνουν την τέταρτη θέση στην κατάταξη θνητότητας μετά τα νοσήματα της καρδιάς, τον καρκίνο και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

Οι αλλεργικές αντιδράσεις στα αντιβιοτικά αποτελούν ένα μικρό ποσοστό των παρενεργειών τους. Οι αντιδράσεις αυτές μπορούν να αφορούν οποιοδήποτε όργανο, αλλά αυτές που οδηγούν τον άρρωστο στον γιατρό ή στο Νοσοκομείο πιο συχνά είναι οι εκδηλώσεις από το δέρμα. Μελέτες στις ΗΠΑ έχουν δείξει ότι σε νοσηλευόμενους ασθενείς η συχνότητα των αλλεργικών αντιδράσεων με εκδηλώσεις από το δέρμα είναι 2,2% και οφείλονται συνήθως στη χορήγηση αμπικιλίνης, αμοξικιλίνης ή κεφαλοσπορίνης, που είναι τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα αντιβιοτικά στην κοινότητα και στα Νοσοκομεία.

Ποια είναι τα πιο χαρακτηριστικά σημεία των παρενεργειών;

Οι πιο συχνές αντιδράσεις στα αντιβιοτικά είναι: το κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, το κνιδωτικό εξάνθημα και ο κνησμός (εικόνες 1,2). Αυτές οι αντιδράσεις μπορεί να συμβούν μερικές μέρες ή εβδομάδες μετά τη χορήγηση του φαρμάκου για πρώτη φορά, ενώ μπορεί να συμβούν σε λίγα λεπτά ή μερικές ώρες μετά από την επαναχορήγησή τους.

Πολλά αντιβιοτικά μπορεί να προσβάλλουν άλλα όργανα εκτός από το δέρμα, όπως το ήπαρ και να προκαλέσουν χολόσταση, το νεφρό και να προκαλέσουν διάμεση νεφρίτιδα ή το αιμοποιητικό σύστημα και να προκαλέσουν λευκοπενία, αιμόλυση ή θρομβοπενία. Οι βαριές αλλεργικές αντιδράσεις στα αντιβιοτικά είναι σπάνιες. Υπολογίζεται ότι η συχνότητα των αντιδράσεων κυμαίνεται από 1:5.000 έως και 1:10.000 περι-



Εικόνα 1: Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα από αλλεργία σε αμοξικιλίνη.

πτώσεις χορήγησης αυτών των αντιβιοτικών.

Υπάρχουν ορισμένες κατηγορίες ατόμων που έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης



Εικόνα 2: Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα από αλλεργία σε αμπικιλίνη.

αλλεργικών αντιδράσεων, όπως τα άτομα με επίκτητη ανοσοανεπάρκεια, τα άτομα με κυστική ίνωση, τα άτομα με λοιμώδη μονοπυρήνωση και τα άτομα με χρόνια λεμφογενή λευχαιμία.



Εικόνα 3: Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα από αλλεργία σε κεφαλοσπορίνες.

Υπάρχουν διαγνωστικές δοκιμασίες για την εκτίμηση αυτών των αλλεργιών;

Υπάρχει η δυνατότητα να χρησιμοποιήσουμε δερματικές δοκιμασίες για να ανιχνεύσουμε την ύπαρξη ειδικών IgE αντισωμάτων. Ωστόσο, με εξαίρεση την πενικιλίνη, δεν υπάρχουν για άλλα φάρμακα ειδικά αντιγόνα.

Οι δερματικές δοκιμασίες που υπάρχουν διαθέσιμες για να αναδείξουν την αλλεργία στην πενικιλίνη διενεργούνται είτε με Penicilloyl polylysine, είτε με πενικιλίνη G διαλυμένη σε 10.000 U ανά ml, είτε με μίγμα από μικρούς αντιγονικούς καθοριστές των πενικιλινών όπως benzyl penilloate και benzyl-η-propylamine.

Οι δερματικές δοκιμασίες δεν αναδεικνύουν αλλεργίες που δεν σχετίζονται με τα IgE αντισώματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιούνται άλλες δοκιμασίες όπως η δοκιμασία Coombs, το χαμηλό συμπλήρωμα του ορού και τα επίπεδα τρυπτάσης, μια πρωτεάση των μαστοκυττάρων που επίσης φαίνεται ότι αυξάνει μετά από μία αναφυλακτική αντίδραση. Επίσης σε ορισμένες αντιδράσεις υπερευαισθησίας από φάρμακα μπορεί να ανιχνευθούν ειδικά T-λεμφοκύτταρα με in vitro μεθόδους και αυτές οι μέθοδοι χρησιμοποιούνται πιο πολύ στην Ευρώπη, απ' ό,τι στην Αμερική.

Επιπλέον, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η υπερευαισθησία στο φάρμακο μπορεί να χρησιμοποιηθούν δοκιμασίες έκλυσης της αντίδρασης. Αυτές διενεργούνται με τη χορήγηση 3 έως 6 σταδιακά αυξανόμενων δόσεων του ενοχοποιούμενου για την αλλεργία φαρμάκου. Οι δοκιμασίες αυτές ενέχουν τον κίνδυνο σοβαρών αντιδράσεων στο φάρμακο και για αυτό το λόγο πρέπει να εκτελούνται από έμπειρους στις δοκιμασίες αυτές ιατρούς.

Ορισμένοι γιατροί ωστόσο δεν συνιστούν τη διενέργεια δερματικών δοκιμασιών σε ασθενείς με ιστορικό αλλεργίας στην πενικιλίνη λόγω της ύπαρξης κινδύνου έκλυσης αναφυλακτικής αντίδρασης. Ωστόσο ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος αυτός είναι εξαιρετικά χαμηλός.

Η θετική δερματική δοκιμασία σημαίνει ότι υπάρχει κίνδυνος άμεσης αναφυλακτικής αντίδρασης στη χορήγηση πενικιλίνης.

Επιδημιολογία - αλλεργία στην πενικιλίνη

Η συχνότητα της αλλεργίας στην πενικιλίνη στον γενικό πληθυσμό είναι άγνω-

στη. Η επίπτωση κυμαίνεται από 1-10% και η συχνότητα των επικίνδυνων για τον υγιή άρρωστο αναφυλακτικών αντιδράσεων στο 0,01 - 0,05%.

Κατάταξη των παρενεργειών στην πενικιλίνη.

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι κατάταξης των αλλεργικών αντιδράσεων στα φάρμακα. Από κλινική άποψη η πιο τακτική μέθοδος κατάταξης της αλλεργίας στην πενικιλίνη είναι σε αυτές που οφείλονται σε IgE αντισώματα και σε αυτές που οφείλονται σε T-λεμφοκύτταρα που προκαλούν επιβραδυνόμενου τύπου αντιδράσεις.

Αυτές που προκαλούνται μετά από τη δράση των IgE αντισωμάτων περιλαμβάνουν την οξεία αναφυλακτική αντίδραση, την κνίδωση, το αγγειοοίδημα και το βρογχόσπασμο. Συμβαίνουν εντός λίγων λεπτών έως και εντός 72 ωρών μετά τη χορήγηση του φαρμάκου.

Στις άλλες αντιδράσεις περιλαμβάνονται η αιμολυτική αναιμία, η διάμεση νεφρίτιδα, η θρομβοπενία, η ορονοσία, ο πυρετός από φάρμακα, το κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, το πολύμορφο ερύθημα, το σύνδρομο Steven Johnson και η τοξική επιδερμική νεκρόλυση. Αυτές επισυμβαίνουν μετά από 72 ώρες μετά την χορήγηση του φαρμάκου.

Χρήση των κεφαλοσπορινών σε ασθενείς με ιστορικό αλλεργίας στην πενικιλίνη.

In vitro μελέτες έχουν τεκμηριώσει την ύπαρξη διασταυρούμενων αντιδράσεων ανάμεσα στην πενικιλίνη και τις κεφαλοσπορίνες, οι οποίες μπορεί να οφείλονται στο λακταμικό δακτύλιο ή τις παράπλευρες αλυσίδες του.

Περίπου 10% των ατόμων με αλλεργία στην πενικιλίνη έχουν αλλεργία και στις κεφαλοσπορίνες. Σε μία ανασκόπηση παρατηρήθηκε ότι η συχνότητα των αλλεργικών αντιδράσεων σε λήψη κεφαλοσπορινών σε άτομα με θετικό δερματικό test στην πενικιλίνη είναι 4,4%. Αντίθετα αλλεργία εμφανίζεται μόνο στο 20% αυτών που δεν έχουν θετικό δερματικό test.

Άλλες μελέτες έδειξαν ότι τα άτομα με ιστορικό αλλεργίας στην πενικιλίνη έχουν μικρό κίνδυνο αλλεργικών αντιδράσεων σε χορήγηση κεφαλοσπορινών. Παρόλα αυτά συνιστάται προσοχή στην χορήγηση κεφαλοσπορινών. Σε μία μεγάλη μελέτη από το 1992 έως το 1997 παρατηρήθηκαν 12 θάνατοι μετά την πρώτη χορήγηση κεφαλοσπορινών.

Θεραπεία των αλλεργιών

Σε αλλεργικές αντιδράσεις που οφείλονται σε IgE αντισώματα επιβάλλεται να γίνεται απευαισθητοποίηση όταν το φάρμακο πρέπει να χρησιμοποιηθεί. Η απευαισθητοποίηση γίνεται από άτομα με μεγάλη εμπειρία και κυρίως σε Νοσο-

κομείο. Μελέτες αναφέρουν ότι η απευαισθητοποίηση ήταν εφικτή σε ποσοστό 79% των αρρώστων ενώ σε ποσοστό 19% παρουσίασαν σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις. Η αποτυχία αφορούσε κυρίως σε άτομα με ιστορικό κυστικής ίνωσης.

Σε αλλεργικές αντιδράσεις που δεν οφείλονται σε IgE αντισώματα η αντιμετώπιση εξαρτάται από το είδος των κλινικών εκδηλώσεων των προηγούμενων αντιδράσεων. Παρακολουθούμε τον ασθενή για αντιδράσεις οι οποίες συνήθως είναι αντιμετώπισιμες. Η φύση των αντιδράσεων θα καθορίσει την συνέχιση της χορήγησης του φαρμάκου. Σε κηλιδοβλατιδώδεις βλάβες μπορεί να χορηγηθούν αντιισταμινικά ή μικρές δόσεις κορτικοστεροειδών.

Σε φυσαλιδώδεις βλάβες ή βλάβες στην στοματική κοιλότητα συνιστάται η άμεση διακοπή του φαρμάκου.

Αλλεργία στις σουλφοναμίδες

Σε άτομα με αλλεργία στις σουλφοναμίδες είναι σημαντικό να χορηγούνται με προσοχή μη αντιβιοτικά φάρμακα που περιέχουν την ουσία αυτή στα έκδοχα. Τέτοια φάρμακα είναι τα διουρητικά, οι σουλφονυλουρίες και η Celecoxib.

Σε μία μεγάλη μελέτη παρακολούθησης αρρώστων με αλλεργία στις σουλφοναμίδες, βρέθηκε μεγάλο ποσοστό σοβαρών αλλεργικών αντιδράσεων μετά από λήψη των ανωτέρω σκευασμάτων.

Συμπέρασμα

Σε άτομα με ιστορικό αλλεργίας σε κάποιο αντιβιοτικό απαιτείται προσεκτική εκτίμηση του είδους της αντίδρασης για να καθορίσουμε την πιθανότητα ότι οφείλεται σε IgE αντισώματα ή όχι.

Σε αυτές που οφείλονται σε IgE αντισώματα είναι απαραίτητη η διενέργεια δερματικών δοκιμασιών, όταν αυτές είναι διαθέσιμες. Εάν οι δοκιμασίες είναι αρνητικές τότε μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τα εν λόγω αντιβιοτικά. Εάν οι δοκιμασίες είναι θετικές ή δεν είναι διαθέσιμες, είναι προτιμότερο να μη χρησιμοποιηθεί το φάρμακο ή να γίνει απευαισθητοποίηση.

Βιβλιογραφία

1. Rebecca S. Gruchalla, M.D., Ph.D., and Munir Pirmohamed, Ph.D., *Antibiotic Allergy*, F.R.C.P. , *Engl J Med* 2006 354:601-609.
2. Strom B, Schinnar R, Apter A, et al. *Absence of cross-reactivity between sulfonamide antibiotics and sulfonamide nonantibiotics*. *N Engl J Med* 2003;349:1628-1635.
3. Ordoqui E, Zubeldia J, Aranzabal A, et al. *Serum tryptase levels in adverse drug reactions*. *Allergy* 1997;52:1102-1105.

Η Λαπαροσκοπική χειρουργική στον καρκίνο του παχέος εντέρου



Του Δρ. Ευάγγελου Κ. Τσιμογιάννη,
FACS, FABI
Διευθυντή Χειρουργικής Κλινικής
Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
"Γ.Χατζηγώστα"

Σήμερα με την υπάρχουσα εμπειρία στη λαπαροσκοπική τεχνική και την εξέλιξη της τεχνολογίας, η λαπαροσκοπική κολεκτομή μπορεί να εκτελεσθεί με ασφάλεια μετά από σύντομη καμπύλη εκμάθησης.

Η Λαπαροσκοπική κολεκτομή ή λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη κολεκτομή, παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία το 1991 (1 - 3). Από τότε η συχνότητα εκτέλεσης αυτών των επεμβάσεων αυξήθηκε σημαντικά.

Σήμερα διεθνώς το 5 - 10% των κολεκτομών πραγματοποιείται με λαπαροσκοπική προσπέλαση (4). Οι επεμβάσεις αυτές έχουν δεχθεί αντικρουόμενες κριτικές, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου. Ειδικά τα πρώτα χρόνια, παρατηρήθηκε μεγάλη συχνότητα εμφύτευσης καρκινικών κυττάρων στις θέσεις των trocars (5). Με την καλύτερη εκπαίδευση όμως και την τήρηση, ορισμένων κανόνων όπως: σταθεροποίηση των trocars στο κοιλιακό τοίχωμα ώστε να αποφεύγεται η μετακίνησή τους κατά μήκος του τραύματος, αποφυγή χειρισμών επί του όγκου (non-touch τεχνική), διατήρηση χαμηλής πίεσης στο πνευμοπεριτόναιο, πρόληψη του φαινομένου της καμινάδας, προστασία της μικρής λαπαροτομίας με πλαστικό κάλυμμα, επιμελής πλύση - αναρρόφηση της περιτοναϊκής κοιλότητας, πλύση με Betadine των τραυμάτων των trocars, και της μικρής λαπαροτομίας, αφαίρεση του πνευματοπεριτοναίου με την αναρρόφηση, πριν αφαιρεθούν τα trocars από το κοιλιακό τοίχωμα και σύγκλειση όλων των τραυμάτων με ραφές, η πιθανότητα εμφύτευσης καρκινικών κυττάρων μειώθηκε σε επίπεδα γύρω στο 1% (6-8).

Σήμερα με την υπάρχουσα εμπειρία στη λαπαροσκοπική τεχνική και την εξέλιξη της τεχνολογίας, η λαπαροσκοπική κολεκτομή μπορεί να εκτελεσθεί με ασφάλεια μετά από σύντομη καμπύλη εκμάθησης. Η χρήση της διαθερμίας υπερήχων (ultracision, ή autasonic ultrashears) σε όλα τα βήματα της επέμβασης κάνει την επέμβαση πιο αναίμακτη, πιο γρήγορη (λιγότερες απολινώσεις αγγείων, όχι συχνή αλλαγή εργαλείων), πιο ασφαλή. Η χρήση διαθερμίας Atlas Li-gasure με φαλίδι 10-mm επιτυγχάνει γρήγορη και αναίμακτη διατομή και αιμόσταση. Η χρήση των συρραπτικών εργαλείων βέβαια είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της λαπαροσκοπικής κολεκτομής. Χωρίς τα συρραπτικά εργαλεία λίγες μόνον επεμβάσεις στο παχύ έντερο θα μπορούσαν να γίνουν σήμερα λαπαροσκοπικά.

Βασικές ογκολογικές αρχές κατά την λαπαροσκοπική κολεκτομή για καρκίνο παχέος εντέρου ή ορθού είναι: α) η πρόληψη των μεταστάσεων στις θέσεις εισόδου των trocars καθώς και στο τραύμα αφαίρεσης του παρασκευάσματος, β) η πρώιμη υψηλή απολίνωση των αγγείων, με σκοπό την αποφυγή διαφυγής καρκινικών κυττάρων στη συστηματική κυκλοφορία, από τους χειρισμούς του πάσχοντος τμήματος του εντέρου, γ) ο επαρκής λεμφαδενικός καθαρισμός και δ) η επαρκής απόσταση εκτομής περιφερικά του όγκου.

Η απάντηση στο εγχειρητικό stress έχει βρεθεί να είναι σημαντικά μικρότερη κατά τη λαπαροσκοπική κολεκτομή παρά στην ανοιχτή. Έτσι το μικρό τραύμα έχει σαν αποτέλεσμα τη διατήρηση του ανοσοποιητικού (περιτοναϊκού και συστηματικού) σε φυσιολογικά

επίπεδα. Τα επίπεδα CRP και IL-6 είναι χαμηλότερα μετά από Λαπαροσκοπική κολεκτομή σε σύγκριση με την ανοιχτή κολεκτομή (level of evidence 1b: EAES consensus conference, Lisbon 2002)

Ενδείξεις και Προεγχειρητική Προετοιμασία

Το κατορθωτό και ασφαλές της λαπαροσκοπικής κολεκτομής σε ασθενείς με κακοήθεις όγκους του παχέος εντέρου και ιδιαίτερα με αδενοκαρκίνωμα, είναι ακόμη σε στάδιο ισχυρών αντιθέσεων. Έτσι οι ενδείξεις λαπαροσκοπικής προσπέλασης στον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι ακόμη υπό συζήτηση. Φυσικά όγκοι σταδίου A και B1 δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα κατά τη λαπαροσκοπική προσπέλασή τους, όπως και όγκοι της εξωπεριτοναϊκής μοίρας του ορθού, αρκεί να υπάρχει η κατάλληλη εμπειρία, η οποία μπορεί να αποκτηθεί από τη γενικότερη εμπειρία στη λαπαροσκοπική τεχνική, αλλά και πιο ειδικά από την εμπειρία σε λαπαροσκοπική αντιμετώπιση καλοήθων παθήσεων του παχέος εντέρου.

Ενώ οι ενδείξεις λαπαροσκοπικής αντιμετώπισης καρκίνου του παχέος εντέρου ακόμη συζητούνται, οι αντενδείξεις, απόλυτες και σχετικές, είναι πιο ξεκάθαρες. Έτσι στις απόλυτες αντενδείξεις υπάγονται: α) η έλλειψη εμπειρίας του χειρουργού, β) η έλλειψη κατάλληλων εργαλείων και εξοπλισμού, γ) η συνύπαρξη σοβαρών παθήσεων (διαταραχές μηχανισμών πήξης, ηπατοκυτταρικός ασκίτης κ.α.), δ) η ελεύθερη ενδοπεριτοναϊκή διάτρηση με γενικευμένη περιτονίτιδα και ε) η ισχυρή καθήλωση της προσβληθείσας έλικας.

Στις σχετικές αντενδείξεις υπάγονται: α) το διατεταμένο έντερο (μηχανικός ή παραλυτικός ειλεός), β) το πολύ μεγάλου μήκους παχύ έντερο, γ) οι ενδοπεριτοναϊκές συμφύσεις και δ) η φλεγμονή της κάτω κοιλίας.

Η προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς είναι όμοια με αυτή της ανοιχτής χειρουργικής. Πλήρης έλεγχος της γενικής κατάστασης, έλεγχος και βιοψία του όγκου, αζονική τομογραφία και διορθικοί υπέρηχοι για σταδιοποίηση της νόσου, είναι βήματα απαραίτητα.

Η προετοιμασία του παχέος εντέρου με δίαιτα χωρίς υπόλειμμα, καθαρισμός του εντέρου και από το στόμα αντιβιοτικά την παραμονή της επέμβασης, δίνουν στον χειρουργό όσο το δυνατόν πιο καθαρό και με μικρότερη πυκνότητα μικροοργανισμών έντερο.

Η τοποθέτηση επισκληρίδιου καθετήρα την παραμονή της επέμβασης και η έναρξη χορήγησης αναισθητικών φαρμάκων, έχει σαν αποτέλεσμα τη χάλαση του λεπτού εντέρου, και την σημαντική μείωση της διάτασης αυτού με αποτέλεσμα κατά την εγχείρηση το λεπτό έντερο εύκολα να μετακινείται και να παραμένει σε θέση μακράν

της επέμβασης με κίνηση μόνον της χειρουργικής τράπεζας (9). Σε αντίθετη περίπτωση το διατεταμένο έντερο δεν απομακρύνεται από το εγχειρητικό πεδίο, δυσχεραίνοντας σημαντικά την επέμβαση. Το πρόβλημα αυτό στην ανοιχτή χειρουργική δεν είναι έντονο, γιατί η τοποθέτηση μεγάλων γαζών εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας μαζί με την επίθεση χειρών ή αγκίστρων, τοποθετούν το λεπτό έντερο σε θέσεις άνετες για το χειρουργό.

Ο φόβος ανάπτυξης μετεγχειρητικής εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης ή /και πνευμονικής εμβολής, είναι μεγαλύτερος σε ασθενείς καρκινοπαθείς. Η εφαρμογή του πνευμοπεριτοναίου, αυξάνει την ενδοκοιλιακή πίεση με αποτέλεσμα την συμπίεση των λαγονίων φλεβών και τη φλεβική στάση στα κάτω άκρα. Για την πρόληψη φλεβικής θρόμβωσης, οι ασθενείς λαμβάνουν ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους από την ημέρα της εισαγωγής μέχρι την έξοδο από το Νοσοκομείο και για 15 ημέρες κατ' οίκον μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο. Παράλληλα οι ασθενείς λαμβάνουν φλεβοδυναμικά φάρμακα την παραμονή της επέμβασης, δύο ώρες πριν την επέμβαση, ενώ μετεγχειρητικά από το πρώτο 24ωρο μέχρι την έξοδο και 15 ημέρες κατ' οίκον μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο (10). Την ώρα της επέμβασης εφαρμόζονται είτε περικνημίδες εναλλασσόμενης πίεσης, είτε ελαστικές κάλτσες, είτε ελαστικοί επίδεσμοι.

Με την εισαγωγή στην νάρκωση χορηγείται ενδοφλέβια μία δόση αντιβιοτικών, είτε κεφαλοσπορίνες δεύτερης γενεάς σε συνδυασμό με μετρονιδαζόλη και αμινολλυκοσιδές είτε κεφαλοσπορίνη τρίτης γενεάς σε συνδυασμό με μετρονιδαζόλη. Η κάλυψη συνεχίζεται μόνον για 24 ώρες (11).

Εγχείρηση

Ο ασθενής τοποθετείται στην χειρουργική τράπεζα σε θέση ύπτια για επεμβάσεις στο δεξιό κόλον, ενώ για επεμβάσεις στο αριστερό κόλον ο ασθενής τοποθετείται σε θέση λιθοτομής-Trendelenburg.

Λαπαροσκοπικά Υποβοηθούμενη Δεξιά ημικολεκτομή:

Ο χειρουργός και ο βοηθός-χειριστής της κάμερας βρίσκονται αριστερά του ασθενούς (ο χειρουργός μπορεί να μετακινηθεί και μεταξύ των σκελών του ασθενούς), ο δεύτερος βοηθός δεξιά του ασθενούς. Η νοσηλεύτρια απέναντι από το χειρουργό ενώ τα video-monitors ένα δεξιά και ένα αριστερά του ασθενούς.

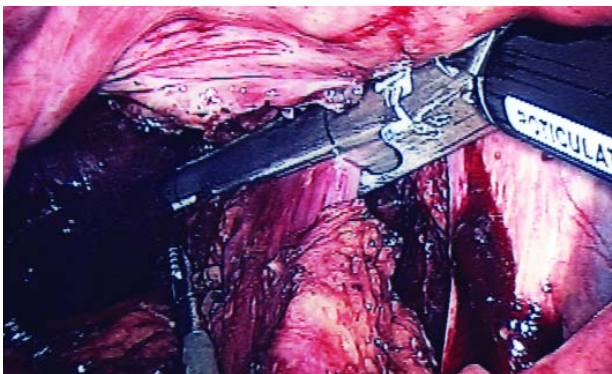
Το πρώτο trocar, 10 mm, τοποθετείται στον ομφαλό με ανοιχτή τεχνική κατά Hasson. Στη συνέχεια με άμεση όραση τοποθετούνται δύο trocars στο αριστερό πλάγιο της κοιλίας, ένα κάτωθεν του επιπέδου του ομφαλού διαμέτρου 5



Εικόνα 1. Θέση ασθενούς στη χειρουργική τράπεζα για αριστερά ημικολεκτομή και χαμηλή πρόσθια εκτομή.



Εικόνα 2. Θέσεις των trocars για αριστερά ημικολεκτομή και χαμηλή πρόσθια εκτομή, καθώς και διατομή του εντέρου περιφερικά με νέας τεχνολογίας αυτόματο συρραπτικό μηχάνημα (Contour).



Εικόνα 3. Διατομή του ορθού περιφερικά με ενδοσκοπικό κοπτορράπτη (endoGIA).

mm και ένα άνωθεν του επιπέδου του ομφαλού διαμέτρου 5 ή 10 mm. Ένα 4ο trocar 10 mm τοποθετείται δεξιά και άνωθεν του επιπέδου του ομφαλού στο δεξιό πλάγιο της κοιλίας στη θέση όπου θα γίνει μικρή εγκάρσια λαπαροτομία για αναστόμωση και αφαίρεση του παρασκευάσματος. Επιπλέον, trocars μπορεί να χρειασθούν ανάλογα με τη θέση του όγκου, την κατασκευή του ασθενή και την εμπειρία του χειρουργού.

Επισκοπείται όλη η περιτοναϊκή κοιλότητα.

Εκτιμάται το στάδιο του όγκου. Αν ο όγκος διηθεί τον ορογόνο χιτώνα ή επεκτείνεται πέραν του παχέος εντέρου και ο ασθενής δεν είναι ενταγμένος σε επίσημο πρωτόκολλο πολυκεντρικής μελέτης, η εγχείρηση μετατρέπεται σε ανοιχτή. Αν ο όγκος δεν διηθεί τον ορογόνο χιτώνα ή η πάθηση είναι καλοήθης, η επέμβαση εξελίσσεται λαπαροσκοπικά.

Για καλύτερη έκθεση του δεξιού κόλου η χειρουργική τράπεζα στρέφεται προς τα αριστερά του ασθενούς και σε αντι-Trendelenburg θέση. Με λαβίδα Babcock έλκεται το τυφλό προς τα άνω, αφού η σύλληψη γίνει από το μεσόκολο και όχι από το έντερο. Αν συμφύσεις εμποδίζουν την ανάσπαση του τυφλού, γίνεται λύση αυτών.

Με την ανάσπαση του τυφλού εκτίθεται σε άριστη θέα το μεσόκολο. Γίνεται διάνοιξη του πετάλου του περιτοναίου χρησιμοποιώντας ψαλίδι ultracision και αποκαλύπτονται τα ειλεοκολικά αγγεία. Παρασκευάζονται τα αγγεία, απολινώνονται χωριστά αρτηρία χωριστά φλέβα είτε με απολινώσεις είτε με ενδοσκοπικούς αιμοστατικούς αγκτήρες και διαχωρίζονται με το ψαλίδι ultracision. Σε περίπτωση μόνον, που περίξ των αγγείων υπάρχει μεγάλου όγκου ιστός σε βαθμό να εμποδίζει την ασφαλή απολίνωση των αγγείων, τότε χρησιμοποιείται αυτόματο λαπαροσκοπικό αγγειακό συρραπτικό (κοπτορράπτης, endo GIA), που απολινώνει και ταυτόχρονα διατέμνει με ασφάλεια τα αγγεία. Με την διατομή των ειλεοκολικών αγγείων διανοίγεται μεγάλο παράθυρο στο μεσόκολο. Μέσα από αυτό συνεχίζει η παρασκευή. Παρασκευάζονται και διατέμνονται μετά από απολινώσεις τα δεξιά κολικά αγγεία. Τα μέσα κολικά αγγεία διατέμνονται μόνον αν ο όγκος βρίσκεται πλησίον τους στο εγκάρσιο κόλον. Η υπόλοιπη κινητοποίηση του μεσοκόλου, του δεξιού παρακολικού περιτοναίου και του ηπατοκολικού συνδέσμου γίνεται πιο εύκολα και αναιμακτα με τη διαθερμία υπερήχων, χρησιμοποιώντας κατά προτίμηση ψαλίδι 5 mm, χωρίς να απαιτηθεί άλλη τοποθέτηση απολίνωσης ή αιμοστατικών αγκτήρων. Η παρασκευή της έκφυσης του μεσοκόλου του τυφλού και του ανιόντος κόλου γίνεται με μεγάλη προσοχή και κύριο μέλημα είναι η αναγνώριση του δεξιού ουρητήρα. Η αποκόλληση του μεσοκόλου από το υποκείμενο δωδεκαδάκτυλο γίνεται επίσης με το ψαλίδι υπερήχων.

Αφού κινητοποιηθεί πλήρως το δεξιό κόλον με την τελική μοίρα του ειλεού, εκτελείται μικρή λαπαροτομία μήκους 3-4 cm για την εξωτερική κούση του παρασκευάσματος. Η τομή αυτή κατά κανόνα γίνεται στο δεξιό πλάγιο της κοιλίας, στη θέση τοποθέτησης trocar για εισαγωγή της λαβίδας Babcock. Αν το παρασκευάσμα είναι πολύ κινητό, για λόγους καθαρά αισθητικών η τομή αυτή γίνεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο ή

πιο χαμηλά προς το εφήβαιο.

Το δεξιό κόλον εξωτερικεύεται σαν μία μακριά έλικα εντέρου. Το τραύμα της τομής καλύπτεται με ειδικό πλαστικό κάλυμα ή αν αυτό δεν είναι διαθέσιμο, ο όγκος τοποθετείται ενδοπεριτοναϊκά σε ειδικό σάκο περισυλλογής και εξωτερικεύεται με τον σάκο. Αν το παρασκεύασμα είναι ογκώδες πιθανόν χρειασθεί μικρή επέκταση της τομής.

Εξωκοιλιακά πλέον εκτελείται η αναστόμωση είτε με το χέρι, είτε με αυτόματα συρραπτικά εργαλεία. Ολοκληρωμένη η αναστόμωση προωθείται ενδοπεριτοναϊκά, τα τραύματα καθαρίζονται και συρράπτονται.

Εναλλακτικά σε ογκώδες παρασκεύασμα και αδυναμίας εξωτερικεύσης αυτού, γίνεται διατομή του τελικού ειλεού, εξωτερικεύεται έτσι πιο εύκολα το παρασκεύασμα και στη συνέχεια συλλαμβάνεται και εξωτερικεύεται το κολόβωμα του ειλεού για την αναστόμωση.

Σπάνια το ένα από τα δύο κολοβώματα του εκταμέντος εντέρου, λόγω μη επαρκούς μήκους μεσεντερίου δεν φθάνει μέχρι το δέρμα. Τότε η αναστόμωση γίνεται ενδοπεριτοναϊκά με λαπαροσκοπική τεχνική, είτε με αυτόματα συρραπτικά μηχανήματα, είτε με το χέρι.

Λαπαροσκοπικά Υποβοηθούμενη Αριστερή Κολεκτομή και Χαμηλή πρόσθια εκτομή: Ο ασθενής σε θέση λιθοτομής - Trendelenburg. (Εικόνα 1) Ο χειρουργός δεξιά του ασθενούς και πλάγια του χειρουργού ο βοηθός χειριστής της κάμερας. Αριστερά του ασθενούς ο δεύτερος βοηθός, ο οποίος στη φάση της αναστόμωσης μετακινείται μεταξύ των σκελών του ασθενούς. Η νοσηλεύτρια μεταξύ των σκελών του ασθενούς απ' όπου απομακρύνεται μόνον στη φάση της αναστόμωσης. Τα video - monitors τοποθετούνται από ένα δίπλα σε κάθε άκρο πόδι του ασθενούς. Το πρώτο trocar διαμέτρου 10mm, τοποθετείται στον ομφαλό με ανοιχτή τεχνική κατά Hasson.

Στη συνέχεια με άμεση όραση τοποθετούνται τα υπόλοιπα trocars και συγκεκριμένα ένα των 12 mm στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, ένα των 5mm δεξιά του ομφαλού και ένα των 10 mm στον αριστερό λαγόνιο βόθρο (Εικόνα 2).

Επισκοπείται η κοιλία. Αν ο όγκος είναι κακοήθης ενδοπεριτοναϊκός, κινητός χωρίς να διηθεί άλλα όργανα, η επέμβαση εξελίσσεται λαπαροσκοπικά. Σε περίπτωση διήθησης γειτονικών οργάνων ή τεχνικής δυσχέρειας, φρόνιμη είναι η μετατροπή σε ανοιχτή χειρουργική επέμβαση, εφόσον φυσικά υπάρχει πλήρης τεχνολογική υποδομή και εμπειρία της χειρουργικής ομάδας.

Η χειρουργική τράπεζα στρέφεται σε θέση Trendelenburg και προς το δεξιό πλάγιο του ασθενούς. Το λεπτό έντερο απωθείται με λαβίδες σύλληψης προς την άνω κοιλία και το δεξιό πλάγιο της κοιλίας. Η επισκληρίδα αναισθησία

από την προηγούμενη ημέρα βοηθά σημαντικά το χειρισμό αυτό λόγω χάλασης του εντέρου.

Το σιγμοειδές ανασπάται με λαβίδα Babcock που εισάγεται από το trocar του αριστερού λαγονίου βόθρου. Η σύλληψη γίνεται από το μεσόκολο. Έτσι εκτίθεται άριστα το μεσοσιγμοειδές. Αν ο ασθενής είναι γυναίκα και η μήτρα εμποδίζει την έκθεση του ορθού, τότε με μια ραφή με ευθεία βελόνη, που εισάγεται προηβικά και κατευθύνεται λαπαροσκοπικά, η μήτρα καθλώνεται στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, αφήνοντας ανοιχτό πεδίο στην ελάσσονα πύελο.

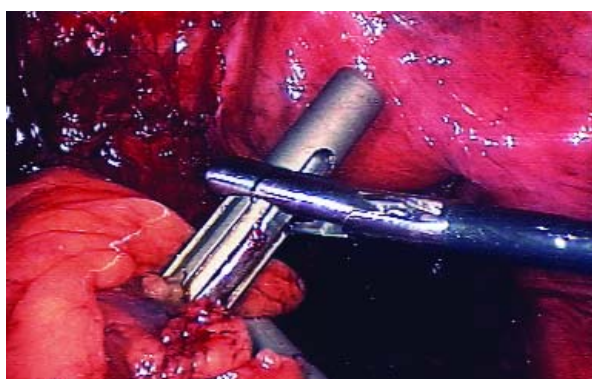
Το περιτόναιο του μεσοκόλου διανοίγεται με τη χρήση ψαλιδιού υπερήχων. Παρασκευάζεται πρώτα η κάτω μεσεντέρια φλέβα και διατέμνεται μεταξύ clips πλησίον του συνδέσμου του Treitz. Τα κάτω μεσεντέρια αγγεία παρασκευάζονται προσεκτικά. Στη συνέχεια αποκολλάται προσεκτικά η βάση του μεσοσιγμοειδούς χρησιμοποιώντας λαβίδα σύλληψης στο αριστερό χέρι και ψαλίδι υπερήχων στο δεξί, μέχρι να αναγνωρισθεί ο ουρητήρας. Ειδικός ουρητηρικός φωτεινός καθητήρας, τοποθετούμενος διακουστικά πριν την επέμβαση, βοηθάει σημαντικά στην αναγνώριση και την προστασία του ουρητήρα. Ο ουρητήρας βρίσκεται κάτωθεν της ρίζας του μεσοσιγμοειδούς και διασταυρώνεται με τα αριστερά λαγόνια αγγεία. Αν προγραμματίζεται να γίνει αναστόμωση στο επίπεδο ή άνωθεν του ιερού οστού, τότε η άνω αιμορροϊδική αρτηρία διατηρείται και διατέμνεται η αριστερά κολική αρτηρία στο σημείο εξόδου της από την κάτω μεσεντερία αρτηρία. Εάν η αναστόμωση πρόκειται να γίνει κάτωθεν του ιερού οστού, η κάτω μεσεντερία αρτηρία διατέμνεται στην έκφυσή της κεντρικά της έκφυσης της άνω αιμορροϊδικής αρτηρίας. Οι διατομές αυτές των αγγείων γίνονται πάντα παρακολουθώντας την πορεία του αριστερού ουρητήρα. Αν ο ιστός πέριξ της κάτω μεσεντερίας αρτηρίας είναι παχύς, η απολίνωση και διατομή αυτής γίνεται με λαπαροσκοπικό αυτόματο συρραπτικό (Εικόνα 3) εργαλείο (κοπτορράπη, endo GIA).

Η έκταση της κινητοποίησης του εντέρου περιφερικά εντός της πύελου εξαρτάται από το ύψος της βλάβης. Ακόμη και σε υψηλή αναστόμωση στο ορθό, σε όγκους του σιγμοειδούς, ενός βαθμού κινητοποίηση αυτού είναι χρήσιμη για την αποφυγή τάσης. Η κινητοποίηση της αριστερής κολικής καμπής και μάλιστα καλύτερα στην αρχή της επέμβασης, βοηθάει σημαντικά, μετά την εκτομή, στη δημιουργία ανατόμωσης ελεύθερης τάσης. Κινητοποίηση χαμηλά στην πύελο δεν χρειάζεται σε όγκους του κατιόντος κόλου ή του σιγμοειδούς σε υψηλή θέση.

Όγκοι χαμηλά στο σιγμοειδές ή το ανώτερο τριτημόριο του ορθού, χρειάζονται περιφερικό όριο εκτομής τουλάχιστον 5 cm (από το περιφερικό άκρο του όγκου μέχρι τη γραμμή διαχωρισμού του εντέρου περιφερικά). Η απόσταση αυτή



Εικόνα 4. Ειδικό προστατευτικό πλαστικό κάλυμμα στο μικρό κοιλιακό τραύμα για αποφυγή ενοφθαλισμού μικροβίων και καρκινικών κυττάρων.



Εικόνα 5. Δημιουργία νέο-ληκύθου ορθού επί του κεντρικού κολοβώματος (κατιόν κόλον) για τη μείωση του μεγάλου αριθμού κενώσεων, που παρατηρούνται μετεγχειρητικά σε πολύ χαμηλή εκτομή του ορθού.



Εικόνα 6. Αναστόμωση λαπαροσκοπικά με κυκλικό αναστομωτήρα

είναι επαρκής για τον επαρκή λεμφαδενικό καθαρισμό.

Όγκοι στο μέσο τριτημόριο του ορθού, όταν απέχουν περισσότερο από 4 cm από τον πρωκτικό δακτύλιο, αντιμετωπίζονται με χαμηλή πρόσθια εκτομή και ολική εκτομή του μεσοορθού. Το περιφερικό όριο εκτομής θα πρέπει να είναι περίπου 2 cm τουλάχιστον, αν και πιο μικρό, όταν είναι αναγκαίο, μπορεί να είναι

επαρκές, ελεγχόμενο με ταχείες βιοψίες για πιθανότητα διήθησης.

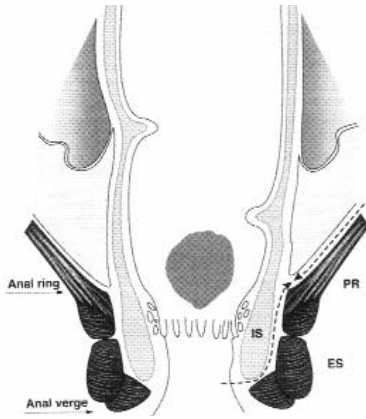
Όγκοι στο κάτω τριτημόριο του ορθού και σε απόσταση μικρότερη των 4 cm από τον πρωκτικό δακτύλιο, αντιμετωπίζονται με κοιλιοπερινεϊκή εκτομή, όπως περιγράφεται πιο κάτω, ή σε επιλεγμένες περιπτώσεις, με διασφιγκτηριακή εκτομή του ορθοσιγμοειδούς (Εικόνα 7) και κολοπρωκτική αναστόμωση (Εικόνα 8).

Η διατομή του ορθού περιφερικά γίνεται με ενδοσκοπικό κοπορράπτη. Ακολουθεί τομή 3-4 cm στον αριστερό λαγόνιο βόθρο ή υπερηβικά, για εξωτερίκευση του παρασκευάσματος, εκτομής του κατάλληλου τμήματος του παχέος εντέρου και εισαγωγής της κεφαλής του κυκλικού αναστομωτήρα έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα. Η μικρή τομή στο κοιλιακό τοίχωμα για την εξωτερίκευση του παρασκευάσματος, προστατεύεται με ειδικό πλαστικό κάλυμμα, για αποφυγή ενοφθαλισμού μικροοργανισμών από το παχύ έντερο και κυρίως καρκινικών κυττάρων (Εικόνα 4).

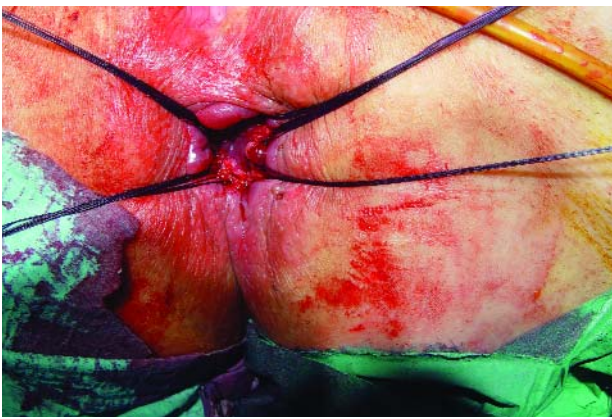
Σε ολική εκτομή του μεσοορθού και κολοπρωκτική αναστόμωση, η αιμάτωση του περιφερικού κολοβώματος είναι μειωμένη και ο κίνδυνος ρήξης της αναστόμωσης αυξημένος. Έτσι η δημιουργία ειλεοστομίας απομονώνει την περιοχή από διέλευση εντερικού περιεχομένου και ελαχιστοποιεί τις συνέπειες πιθανής ρήξης της αναστόμωσης. Η ειλεοστομία αυτή μπορεί να αποκατασταθεί μετά το πρώτο δίμηνο μετεγχειρητικά.

Η πολύ χαμηλή εκτομή του ορθού έχει σαν αποτέλεσμα την κατάργηση της ληκύθου του ορθού, με αποτέλεσμα τον μεγάλο αριθμό κενώσεων μετεγχειρητικά. Ο αριθμός των κενώσεων αρχίζει να μειώνεται μετά το πρώτο εξάμηνο και επανέρχεται στα φυσιολογικά πλαίσια συνήθως μετά τον πρώτο χρόνο. Η δημιουργία νέο-ληκύθου στο κεντρικό κολοβώμα του εντέρου (Εικόνα 5) μειώνει τον αριθμό των κενώσεων τον πρώτο μετεγχειρητικό χρόνο. Η αναστόμωση γίνεται λαπαροσκοπικά, αφού πριν εισαχθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα το κεντρικό κολοβώμα του παχέος εντέρου φέρον την κεφαλή του αναστομωτήρα και επανεγκατασταθεί το πνευμοπεριτόναιο. Ο κυκλικός αναστομωτήρας εισάγεται διορθικά και ενώνεται λαπαροσκοπικά με την κεφαλή (Εικόνα 6).

Λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ορθοσιγμοειδούς. Ο ασθενής τοποθετείται στο χειρουργικό τραπέζι σε θέση γυναικολογική και Trendelenburg. Ο χειρουργός και ο βοηθός χειριστής της κάμερας τοποθετούνται δεξιά του ασθενούς και ο άλλος βοηθός αριστερά του ασθενούς. Η νοσηλεύτρια μεταξύ των σκελών του ασθενούς και τα video-monitors δίπλα στους άκρους πόδες του



Εικόνα 7. Σχηματική παράσταση των ορίων διασφιγκτηριακής εκτομής του ορθού



Εικόνα 8. Αναστόμωση του παχέος εντέρου στον πρωκτό, σε διασφιγκτηριακή εκτομή ορθοσιγμοειδούς.

ασθενούς. Το πρώτο trocar τοποθετείται στο επίπεδο του ομφαλού με ανοιχτή τεχνική κατά Hasson. Στη συνέχεια με άμεση όραση τοποθετούνται άλλα τρία trocars, ένα 10 mm στον αριστερό λαγόνιο βόθρο, ένα 12 mm στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και ένα 5 mm στο δεξιό πλάγιο της κοιλιάς στο επίπεδο του ομφαλού ή λίγο πιο πάνω, ανάλογα με την κατασκευή του ασθενούς. Με στροφή του χειρουργικού τραπεζιού στο δεξιό πλάγιο του ασθενούς, απομακρύνεται το λεπτό έντερο και έλκεται προς το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα το σιγμοειδές. Παρασκευή των αγγείων και διατομή της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας κεντρικά της έκφυσης της άνω αιμορροϊδικής αρτηρίας, αφού πριν αναγνωρισθεί η πορεία του αριστερού ουρητήρα. Με τη χρήση αποκλειστικά των νέων διαθερμιών (υπερήχων ή Ligasure) συνεχίζεται όλη η υπόλοιπη διακοιλιακή παρασκευή χωρίς τη χρήση αιμοστατικών αγκυλών (clips), απολινώσεων ή staplers. Διανοίγεται το πλάγιο του ορθού περιτόναιο επί τα εντός των ουρητήρων, κινητοποιείται πρώτα το οπίσθιο τοίχωμα στο πλάνο της προϊέρās ανάγγειας περιοχής, μέχρι το ύψος των ανεγκτήρων μυών. Ακολουθεί κινητοποίηση των πλαγίων τοιχωμάτων με

διατομή των πλαγίων συνδέσμων και των μέσων αιμορροϊδικών αγγείων. Η διατομή των ανατομικών στοιχείων με το ψαλίδι υπερήχων, ή Ligasure γίνεται εύκολα και με πλήρη ασφάλεια, αποφεύγοντας έτσι την τοποθέτηση clips ή απολινώσεων σε τεχνικά δύσκολη περιοχή λόγω στενότητας χώρου. Τέλος, κινητοποιείται το πρόσθιο τοίχωμα του ορθού στο πλάνο της περιτονίας του Denonvillier, όπως και στην χαμηλή πρόσθια εκτομή. Έλκοντας το ορθό εντός της κοιλιάς, ολοκληρώνεται η παρασκευή μέχρι το έδαφος της πυέλου στο ύψος των ανεγκτήρων μυών.

Το κατιόν κόλον διαχωρίζεται με αυτόματο συρραπτικό μηχάνημα (κοπτοράπτη) κεντρικά του όγκου σε θέση τέτοια που να εξασφαλίζει εξωτερική του κεντρικού κολοβώματος χωρίς τάση, για τη δημιουργία της μόνιμης κολοστομίας. Το παρασκεύασμα ωθείται εντός της ελάσσονος πυέλου, ενώ το κεντρικό κολοβώμα του συλλαμβάνεται με τη λαβίδα Babcock, και συγκρατείται. Το πνευμοπεριτόναιο αναρροφάται και τα trocars παραμένουν στη θέση τους.

Ακολουθεί ο περινεϊκός χρόνος με ανοιχτή πλέον τεχνική, και με τη βοήθεια, σε όλους τους χρόνους, του ψαλιδιού υπερήχων, ή Ligasure, σχεδιασμένων για ανοιχτή χειρουργική. Αφαιρείται το παρασκεύασμα από το περινεϊκό τραύμα, γίνεται αιμόσταση, πλύση, συρραφή με διακεκομμένες ραφές, παροχέτευση της ελάσσονος πυέλου εξερχόμενη μεταξύ των ραφών του περινεϊκού τραύματος.

Μετά την ολοκλήρωση του περινεϊκού χρόνου και την απόφραξη του παροχετευτικού σωλήνα με αιμοστατική λαβίδα, εισάγεται εκ νέου πνευμοπεριτόναιο, ελέγχεται η πίεση για πιθανή αιμορραγία, συρράπεται το περιτόναιο της πυέλου, ή αν υπάρχει τάση παραμένει ανοιχτό. Το κεντρικό κολοβώμα του παχέος εντέρου έλκεται με τη λαβίδα Babcock ελέγχοντας να μην συστραφεί. Η τοποθέτηση της μόνιμης κολοστομίας γίνεται στη θέση του trocar του αριστερού λαγονίου βόθρου αφού πριν διανοίγει ελαφρώς το τραύμα του trocar. Το κολοβώμα του εντέρου έλκεται ώστε τουλάχιστον 3 cm αυτού να εξωτερικευτούν πλήρως. Ακολουθώντας το κολοβώμα καθηλώνεται στο τοίχωμα ώστε η κολοστομία να προβάλλει ελαφρά έξω από το επίπεδο του δέρματος.

Το πνευμοπεριτόναιο αφαιρείται αναρροφώντας και μετά την αφαίρεση των trocars, τα τραύματα αυτών καθαρίζονται επιμελώς με Betadine και συρράπτονται.

Αποτελέσματα

Κατά τη διάρκεια του 10ου Διεθνούς Συνεδρίου της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Λαπαροενδοσκοπικής Χειρουργικής (EAES) στη Λισαβόνα της Πορτογαλλίας το 2002, συζητήθηκαν τα αποτελέσματα των ερευνητικών μελετών αναφορικά με τη

λαπαροσκοπική κολεκτομή και τα αποτελέσματα της (EAES consensus conference, Lisbon, June 2, 2002). Κατά τη συζήτηση αυτή διαπιστώθηκε ότι, με τη λαπαροσκοπική προσπέλαση του καρκίνου του παχέος εντέρου, σε σύγκριση πάντα με την ανοιχτή προσπέλαση, η απάντηση στο stress είναι μειωμένη (Level of Evidence (LE)=1b), η επίδραση της επέμβασης στην πνευμονική λειτουργία είναι μειωμένη (LE=1 2b), η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία μειωμένη (LE=1b), το άλγος και η αναγκαιότητα χορήγησης αναλγητικών είναι μειωμένα (LE=1b), ο εγχειρητικός χρόνος είναι αυξημένος (LE=2a), η έκταση του λεμφαδενικού καθαρισμού και της κολεκτομής ίδια με την ανοιχτή (LE=2b), η θνητότητα ίδια με την ανοιχτή (LE=2b), η κινητοποίηση του εντέρου γίνεται νωρίτερα (LE=2b), και τέλος οι μεταστάσεις στις θέσεις των trocars ανέρχονται σε < 1% (LE=2c).

Σε δημοσιευθείσα, πολύ καλά σχεδιασμένη διπλή τυφλή μελέτη, προερχόμενη από ένα μόνον κέντρο, διαπιστώθηκε ότι, η υποτροπή του όγκου και η επιβίωση σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου σταδίου III, που χειρουργήθηκαν λαπαροσκοπικά, ήταν ίδια με αυτή των ασθενών σταδίου II που χειρουργήθηκαν ανοιχτά. Στην ομάδα των ασθενών σταδίου III, η λαπαροσκοπική τεχνική έδωσε στατιστικά σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα από την ανοιχτή τεχνική αναφορικά και πάλι με την υποτροπή του όγκου, αλλά και την επιβίωση [12].

Αναφορικά με τη λαπαροσκοπική τεχνική στον καρκίνο του ορθού, από τις υπάρχουσες μέχρι σήμερα μελέτες διαπιστώθηκε ότι, το άνω τριτημόριο του ορθού παρουσιάζει τα ίδια τεχνικά προβλήματα με το σιγμοειδές. Το μέσο και κάτω τριτημόριο του ορθού απαιτούν ολική εκτομή του μεσοορθού για τη μείωση της συχνότητας των τοπικών υποτροπών. Η τεχνική αυτή είναι εφικτή και ασφαλής, αλλά απαιτεί επαρκή εμπειρία, ενώ δίνει καλύτερο εγχειρητικό πεδίο και το αποτέλεσμα, προς το παρόν, είναι το ίδιο με αυτό της ανοιχτής τεχνικής, σε follow-up όμως μικρής διάρκειας. Δεν υπάρχουν όμως επαρκείς μελέτες, που να δείχνουν αν υπερτερεί ή όχι της ανοιχτής προσπέλασης [13]. Τέλος αν ο όγκος βρίσκεται σε απόσταση <4 cm από τον πρωκτικό δακτύλιο, η κατάλληλη εγχείρηση είναι η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή, ή σε επιλεγμένες περιπτώσεις (αρχικό στάδιο ή μεγάλου βαθμού υποχώρηση της νόσου μετά προεγχειρητική χημειο-ακτινοθεραπεία), όπου η λαπαροσκοπική τεχνική

του κοιλιακού χρόνου σε συνδυασμό με την κλασική τεχνική του περινεϊκού χρόνου αποτελούν τον ιδεώδη συνδυασμό σήμερα.

Βιβλιογραφία

1. Cooperman AM, Katz V, Zimmon D, Botero G: Laparoscopic colon resection a case report. *Laparosc. Endosc. Surg.* 1991 ;1 :221.
2. Fowler DL, Sharon AW : Laparoscopy assisted sigmoid resection. *Surg. Laparosc. Endosc.* 1991 ;1 :3.
3. Jacobs M, Verdeja JC, Goldestein HS : Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg. Laparosc. Endosc.* 1991 ;1 :144.
4. Brennan EJ, Geis NP: Laparoscopic right colectomy. In Eubanks et al (eds): *Mastery of Endoscopic and Laparoscopic Surgery*. Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia, USA 2000: 364-9.
5. Alexander RJ, Jacyns BC, Mitchell KG: Laparoscopically assisted colectomy and wound recurrences. *Lancet* 1993;341:249.
6. Lezoche E, Feliciotti F, Paganini AM, Guerrieri M, Campagnacci R, De Sanctis A: Laparoscopic colonic resections versus open surgery : a prospective non-randomized study on 310 unselected cases. *Hepato-Gastroenterology* 2000;47:697.
7. Milson JW, Bohm B, Deconini C, Fario VW: Laparoscopic oncologic proctosigmoidectomy with low colorectal anastomosis in a cadaver model. *Surg. Endosc.* 1994;8:1117.
8. Balli JE, Franklin ME, Almeida Ja, Glass JL, Diaz JA, Reymond M : How to prevent port - site metastases in laparoscopic colorectal surgery. *Surg. Endosc.* 2000; 14:1034
9. Bridenbaugh PO, Green NM: Spinal (subarachnoid) neural blockade. In Cousins M, Bridenbaugh P (eds): *Neural Blockade in Clinical Anesthesia and Pain Management*. 2nd ed. Philadelphia, JB Lippincott, 1988, p. 294.
10. Tsimoyiannis EC, Floras G, Antoniou N, Papanikolaou N, Siakas P, Tassis A: Low-molecular-weight heparins and Daflon in prevention of postoperative thromboembolism. *World Journal of Surgery* 1996; 20: 968.
11. Tsimoyiannis EC, Paizis JB, Kabbani Kh, Lekkas ET, Floras GA, Boulis SA: Short term antibiotic cover in elective colorectal surgery. *Chemotherapy* 1991; 37: 66.
12. Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Delgado S, Castells A, Taura P, Pique JM, Visa J: Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial. *Lancet* 2002; 359:2224.
13. Morino M, Parini U, Giraudo G, Salval M, Contul RB, Garrone C: Laparoscopic total mesorectal excision: a consecutive series of 100 patients. *Ann. Surg.* 2003; 237:335.
14. Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H et al, for the MRC CLASICC trial group. Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomized controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 1718.