

Αγαπητές φίλες και φίλοι,

Στο τεύχος αυτό η στήλη της εκπαίδευσης φιλοξενεί ένα άρθρο από την γυναικολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για την κολποσκόπηση και ένα άρθρο για την σχέση της σωματικής άσκησης με το ανοσοποιητικό σύστημα από την σκοπιά της αθλητιατρικής.

Το πρόσωπο που φιλοξενείται προέρχεται από το χώρο του εθελοντισμού στα άτομα με ειδικές ανάγκες. Με τον τρόπο αυτό επιλέγουμε να φωτίσουμε τις πτυχές της προσωπικότητας και τη διαδρομή ενός ανθρώπου με πολυετή προσφορά στο χώρο των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων της πόλης μας αλλά και να τιμήσουμε τον ανώνυμο ενεργό πολίτη που διαθέτει τις δυνάμεις του ανιδιοτελώς προς την επίτευξη του κοινού καλού.

Ως ειδικά άρθρα παρουσιάζονται δυο καταγραφές με ιστορική αξία που αφορούν την ιατρική σε παλαιότερες εποχές και που αποσκοπούν στο να δώσουν στοιχεία για την σχέση γιατρού ασθενούς αλλά και να δείξουν τις εναλλακτικές μορφές προσέγγισης της νόσου και της θεραπείας σε εποχές που ο εμπειρισμός κατείχε τη θέση της επιστημονικής γνώσης.

Στο άρθρο γνώμης φιλοξενείται η τεκμηριωμένη και εφ'όλης της ύλης κριτική συναδέλφου μας για το σύστημα υγείας καθώς και οι προτάσεις του για το μέλλον.

Η στήλη «What's new in medicine» συνεχίζει να σας φέρνει σε επαφή με ότι νεότερο στην έρευνα με ενδιαφέρον στην καθημέρα κλινική πράξη. Προσπαθούμε να καλύψουμε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο φάσμα γνωστικών αντικειμένων της ιατρικής με απλή γλώσσα και στο μικρότερο δυνατό χώρο, ώστε να μην επηρεάζεται η αισθητική του περιοδικού μας από την αναπόφευκτη μονοτονία της δημοσίευσης ερευνητικών αποτελεσμάτων.

Οι πολύμηνες κινητοποιήσεις στο χώρο της παιδείας επηρεάζουν και την δική μας στήλη για τα νέα του πανεπιστημίου όπου δημοσιεύουμε την απόφαση της συγκλήτου για το θέμα της αναθεώρησης του άρθρου 16 του συντάγματος. Επίσης στην στήλη αυτή θα βρείτε πληροφορίες για το νεοσύστατο Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογίας Ηπείρου του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε για την ανταπόκριση των συναδέλφων που δειλά-δειλά αρχίζουν να συμμετέχουν στην συγγραφή του περιοδικού. Από την πλευρά μας επίσης, να απολογηθούμε για την καθυστέρηση στην έκδοση του περιοδικού που οφείλεται στον καλώς εννοούμενο «ερασιτεχνισμό» που διέπει την προσπάθειά μας.

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,

Η πρόσφατη προσπάθεια του υπουργείου Υγείας για την διευθέτηση του ωραρίου εργασίας των ιατρών με το Π.Δ. 76/2005 και η σχεδόν ταυτόχρονη ακύρωση της αναδεικνύει τον τρόπο με τον πολλές φορές αντιμετωπίζονται τα προβλήματα στο χώρο της Υγείας από την ελληνική πολιτεία.

Βιασύνη, έλλειψη σχεδιασμού και οικονομοτεχνικών μελετών, ανυπαρξία κοινωνικού διαλόγου, μειωμένη πολιτική βούληση είναι τα κύρια χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης προσπάθειας. Η περιπέτεια αυτή του Π.Δ. 76/2005 αποτελεί για ακόμα μια φορά επιβεβαίωση της πραγματικότητας γύρω από τον τρόπο άσκησης της πολιτικής υγείας στον τόπο μας. Ταυτόχρονα όμως αναδείχθηκαν πολιτικά προβλήματα και πτυχές της εργασιακής καθημερινότητας μας που σε πολλούς ήσαν άγνωστες μέχρι τώρα. Ας δούμε επιγραμματικά μερικά:

- Η συντριπτική πλειοψηφία των συναδέλφων στα δημόσια νοσοκομεία, εργαζόμενη πολλαπλάσιες ώρες από τις προβλεπόμενες στο υπό αναστολή Π.Δ. είναι εκτεθειμένη με αυξημένο κίνδυνο στο ιατρικό σφάλμα, την ίδια στιγμή που δεν υπάρχει κανένας μηχανισμός πρόληψης και καταγραφής των ιατρικών σφαλμάτων παρά μόνο η ετυμηγορία του δικαστηρίου. Εκτός και αν πιστεύουμε ότι η πιθανότητα ιατρικού σφάλματος εμφανίζεται μετά την ισχύ ενός τέτοιου νόμου...
- Δεν υπάρχει κανένας προγραμματισμός για την αύξηση του ιατρικού δυναμικού των δημόσιων νοσοκομείων -κυρίως της περιφέρειας- στο άμεσο μέλλον τουλάχιστον. Αλλιώς ή αναστολή του Π.Δ. θα συνδυάζονταν και με προκήρυξη νέων θέσεων επιμελητών και ειδικευομένων που θα αρκούσαν για να καλύπτουν τα νοσοκομεία με 4 και 2 εφημερίες αντίστοιχα το μήνα.
- Ομοίως δεν υπάρχει κανένας προγραμματισμός -στο άμεσο μέλλον τουλάχιστον- για αύξηση των απολαβών των ιατρών και καλύτερη κατανομή αυτών και για συνακόλουθη αύξηση των δαπανών για την υγεία. Γιατί αν υπήρχε θα ανακοινώνονταν ως ικανή και αναγκαία συνθήκη εφαρμογής του επίμαχου Π.Δ...

Το πιο σημαντικό όμως το έδειξε ο τρόπος με τον οποίο ψηφίστηκε και ταυτόχρονα ανεστάλη το συγκεκριμένο Π.Δ. Τρόπος που κατάφερε να επιφέρει στους ιατρούς των δημόσιων νοσοκομείων σύγχυση και αβεβαιότητα μέχρι και την τελευταία στιγμή και να τους θέσει επί των επαγγελματικών και ηθικών τους ορίων. Τρόπος που αν μη τι άλλο επιδεικνύει περιορισμένο σεβασμό στους νοσοκομειακούς και ειδικευόμενους ιατρούς. Μήπως ανάλογη πρέπει να είναι και η ανοχή μας σε αντίστοιχες καταστάσεις στο μέλλον;

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων  
Χρήστος Ν. Μαντάς



στήλη  
του προέδρου

# Πολιτική Συμπαιγνία

(στην “πλάτη” των προς ειδίκευση ιατρών)

Του  
Στέφανου Μπέλλου  
νέου ιατρού

Εδώ και λίγες μέρες σύμφωνα με την «Τροποποίηση και συμπλήρωση των Α9γ/38800/98 και Υ10δ/οικ.43440/06 Υπουργικών αποφάσεων»,<sup>1</sup> οι ιατροί προς ειδίκευση, σε ειδικότητες 3 σταδίων, μπορούν να δηλώνουν νοσοκομεία για τα 2 τελευταία στάδια ειδικότητας ταυτόχρονα, σε αντίθεση με παλαιότερα όπου είχαν το δικαίωμα να δηλώσουν το τελικό στάδιο της ειδίκευσης τους, αφού είχε έρθει ο διορισμός τους στο προηγούμενο. Αντίστοιχη ρύθμιση αναμένεται και για τις ειδικότητες 2 σταδίων.<sup>2</sup>

Σε αντίθεση με την αντίστοιχη νομοθετική ρύθμιση που έδινε το δικαίωμα για το ίδιο στάδιο ειδίκευσης να εκκρεμούν 2 αιτήσεις, μία σε νοσοκομείο που δίνει πλήρη ειδικότητα και μία σε νοσοκομείο που δεν δίνει πλήρη ειδικότητα, η συγκεκριμένη υπουργική απόφαση δεν εξυπηρετεί την καλύτερη κατανομή των κατά πολύ υπεράριθμων ιατρών προς ειδίκευση. Με την παραχώρηση της δυνατότητας στους προς ειδίκευση ιατρούς να δηλώνουν ταυτόχρονα σε ένα νοσοκομείο που δεν δίνει πλήρη ειδικότητα και σε ένα που δίνει πλήρη ειδικότητα, αξιοποιούνταν μεγάλος αριθμός θέσεων μη-πλήρους ειδίκευσης που έμεναν κενές και χρησιμοποιούνταν στο να καλύπτονται ελλείψεις άλλων κλινικών του ίδιου νοσοκομείου από υπεράριθμους ιατρούς. Με την νέα απόφαση δεν εξυπηρετείται καμιά συλλογική σκοπιμότητα, δεν ανοίγουν νέες θέσεις ειδικότητας και δεν βελτιώνεται σε κανένα σημείο το σύστημα εισαγωγής και εκπαίδευσης κατά την ειδικότητα στη χώρα μας.

Αντίθετα με την «Τροποποίηση και συμπλήρωση των Α9γ/38800/98 και Υ10δ/οικ.43440/06 Υπουργικών αποφάσεων» και την αναμενόμενη επέκτασή της ΚΑΙ για τις ειδικότητες 2 σταδίων:

α) Οι προς ειδίκευση γιατροί καλούνται άμεσα, μετά το τέλος των σπουδών τους, να επιλέξουν το νοσοκομείο ειδίκευσής τους αρκετά χρόνια πριν την έναρξη της ειδικότητάς τους, καθιστώντας την απόφαση αυτή δύσκολη και εκβιαστική.

β) Το σχετικό σύστημα μηχανοργάνωσης του υπουργείου και των νομαρχιών γίνεται ακόμα πιο πολύπλοκο (καθώς πλέον θα βρίσκονται προς εκκρεμότητα για διαχείριση διπλάσιες αιτήσεις προς ειδικότητα), αυξάνοντας την ήδη αυξημένη καθυστέρηση στην διεκπεραίωση των διορισμών που οφείλεται στην γραφειοκρατία και περιορίζοντας στο ελάχιστο την ήδη περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου των παρατυπιών (βλέπε «διπλοαιτήσεις», πλασματικός υπολογισμός του χρόνου αναμονής, εκούσιες καθυστερήσεις στην προώθηση των διορισμών κ.α.)

γ) Αποπροσανατολίζονται οι ενδιαφερόμενοι από την διεκδίκηση ριζοσπαστικών μεταρρυθμίσεων που θα βελτίωναν το σύστημα παροχής ειδικότητας στη χώρα μας (άνοιγμα καινούριων θέσεων

για ειδικότητα, κατάργηση της επετηρίδας και εφαρμογή αξιολογικών μεθόδων για την εισαγωγή στην ειδικότητα, θέσπιση κριτηρίων και αξιολόγηση των κέντρων που παρέχουν ειδικευση στους ιατρούς). Αντ' αυτού λόγω της «τεχνητής αύξησης» της αναμονής στις περισσότερες ειδικότητες παράγεται κλίμα πανικού.<sup>3</sup>

Όλα τα πράγματα όμως έχουν μια αιτία. Δυστυχώς για την συγκεκριμένη Υπουργική απόφαση, παρά τις όποιες αιτιάσεις,<sup>4</sup> η αιτία είναι θλιβερή. Μπορεί να την μαντέψει κανείς αν αναζητήσει τους ωφελημένους από αυτό το νομοθέτημα, που δεν είναι άλλοι από μια ομάδα ημετέρων συγγενών, αυλικών και «βολεψάκηδων» οσφυοκαμπτών συμβουλευτών που έχοντας την πληροφορία εκ των προτέρων, έσπευσαν να δηλώσουν το τελικό στάδιο ειδικότητας, πριν τους συναδέλφους τους. Στην επιτυχία του σχεδίου αυτού βοήθησε και η «εν κρυπτώ» σχεδίαση της απόφασης και η άμεση εφαρμογή της.<sup>5</sup> Και μετά ο πανικός... Εκατοντάδες νέοι γιατροί να στοιβάζονται στα τηλέφωνα των νομαρχιών για να μάθουν τι λέει ακριβώς η νέα νομοθεσία, αν τους αφορά και να πάρουν πληροφορίες ώστε να αποφασίσουν που θα επιλέξουν να ειδικευτούν. Κάθε ώρα που αργούσαν να αποφασίσουν μπορεί να σήμαινε και μια θέση χαμένη από κάποιον που είχε το προνόμιο να... έχει «τις πληροφορίες του».

Αυτή η συμπεριφορά του υπουργείου Υγείας -που δυστυχώς δεν αποτελεί προνόμιο μόνο της συγκεκριμένης πολιτικής ηγεσίας- εκτρέφει τον αμοραλισμό και τη διαφθορά, χωρίς να μπορεί να δώσει καμιά απάντηση στα καυτά προβλήματα της Υγείας. Μήπως η επαναλαμβανόμενη ανοχή μας στην πολιτική απάτη καταντάει συνενοχή;

1. <http://www.cso.auth.gr/Greek/Anakoinosi380.gr.htm>
2. Για παράδειγμα για την ειδικότητα της Ψυχιατρικής, ενώ μέχρι πρότινος για να δηλώσει κάποιος κλινική Ψυχιατρικής θα έπρεπε να έχει έρθει πρώτα ο διορισμός του στην Νευρολογία (τουτέστι 3 με 4 χρόνια από την στιγμή του διορισμού του στην Παθολογία που αποτελεί το προκαταρκτικό στάδιο ειδικότητας), τώρα μπορεί να δηλώσει ταυτόχρονα την Νευρολογία και την Ψυχιατρική και να «ευνοηθεί» από το γεγονός ότι ο χρόνος της αναμονής για την Ψυχιατρική θα «τρέχει» παράλληλα με την αναμονή για την Νευρολογία.
3. Κάποιος που θα τελείωνε το 2007 και θα ήθελε να ειδικευτεί λ.χ. στην Καρδιολογία και θα ξεκινούσε το 2010 την Παθολογία, θα άκουγε πως έχει 4 χρόνια αναμονής για να ξεκινήσει το 2014 την Καρδιολογία στο Πανεπιστημιακό Ιωαννίνων, με την εφαρμογή της νέας Υπουργικής Απόφασης την ίδια ημέρα που θα δηλώσει Παθολογία και Καρδιολογία μαζί, θα ακούσει ότι έχει 3 χρόνια αναμονής για την Παθολογία και 7 χρόνια (!) για την Καρδιολογία
4. Απεμπλοκή του χρόνου αναμονής των διαφόρων σταδίων για μια ειδικότητα από την μεταξύ τους συσχέτιση
5. Παρασκευή 30 Μαρτίου δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα της κυβέρνησης και Μ. Δευτέρα 2 Απριλίου τέθηκε σε εφαρμογή

## Ο νέος κατάλογος μελών του Ι.Σ.Ι.

Προκειμένου να εκδοθεί ο νέος κατάλογος μελών του Ι.Σ.Ι., παρακαλούνται οι συνάδελφοι να δηλώσουν τυχόν αλλαγές στην διεύθυνση κατοικίας τους, το τηλέφωνό τους (σταθερό και κινητό) και την εργασιακή τους σχέση (ιδιότητες - βαθμίδες κ.λ.π.), στη Γραμματεία του συλλόγου, καθημερινά 10<sup>30</sup> - 13<sup>30</sup> και 18<sup>00</sup> - 21<sup>00</sup>

## **«Εξόφληση καθυστερούμενων εισφορών προς το ΤΣΑΥ»**

Σας ενημερώνουμε ότι, στο ΦΕΚ (Α) 272/21.12.2006 δημοσιεύτηκε ο νόμος 3518, με το άρθρο 49 του οποίου παρατείνεται έως 31/3/2007 η ισχύς του προηγούμενου νόμου που αφορά στην εξόφληση καθυστερούμενων εισφορών.

Σε περίπτωση ρύθμισης των οφειλών σε δόσεις, η προκαταβολή ορίζεται σε ποσοστό 5% επί της κεφαλαιοποιούμενης συνολικής οφειλής και οι δόσεις ορίζονται έως 80. Η έκπτωση στα πρόσθετα τέλη ανέρχεται σε 50%.

Εάν η οφειλή εξοφληθεί εφάπαξ η έκπτωση επί των πρόσθετων τελών ανέρχεται σε 80%.

Σε περίπτωση που δοθούν νέες οδηγίες με εγκυκλίους από το εποπτεύον υπουργείο θα σας ενημερώσουμε εκ νέου.

## **Γενικές πληροφορίες θεμάτων ΤΣΑΥ**

**1.** Ο Ασφαλισμένος οφείλει όταν προσέρχεται για οποιοδήποτε λόγο στο ΤΣΑΥ να προσκομίζει το ασφαλιστικό του βιβλιário. Ομοίως οφείλει να ενημερώνει το Ταμείο, εντός έτους, με σχετικές βεβαιώσεις για οποιαδήποτε αλλαγή της εργασιακής του σχέσης (αρ. 29 Ν.Δ. 3348/55). Επίσης θα πρέπει να δηλώνει αν είναι ή αν υπήρξε μέτοχος ή εταίρος σε συγκεκριμένη εταιρεία και το αντίστοιχο χρονικό διάστημα.

**2. α)** Σύμφωνα με την απόφαση αριθ. 348/11.6.2002 και 501/22.6.2005 του Δ.Σ. του ΤΣΑΥ, για ελεύθερους επαγγελματίες δεν διακόπτεται ο ασφαλιστικός δεσμός με το Ταμείο και κατά συνέπεια συνεχίζεται η ασφάλιση τους ακόμη και αν δεν έχουν εκδώσει αποδείξεις παροχής υπηρεσιών μέχρι δύο έτη. Προϋπόθεση είναι να μην έχουν στραφεί σε άλλο επάγγελμα και να μην έχει γίνει διακοπή επαγγέλματος από την αρμόδια Δ.Ο.Υ.

**β)** Για τους υγειονομικούς όλων των κατηγοριών ο χρόνος ανεργίας μέχρι δύο (2) μήνες θεωρείται χρόνος συντάξιμος και καταβάλλονται οι εισφορές του ελευθέρως ασκούντος το επάγγελμα. Πέραντου διμήνου γίνεται διακοπή της ασφάλισης και ο χρόνος αυτός δεν θεωρείται συντάξιμος.

**3.** Για τις γυναίκες υγειονομικούς που κατέχουν έμμισθη θέση ο αμισθί χρόνος άδειας κηίσεως και λοχείας, θεωρείται χρόνος συντάξιμος στο ΤΣΑΥ και καταβάλλεται από τις ίδιες η αντίστοιχη εισφορά του ελευθέρως ασκούντος το επάγγελμα υγειονομικού, σύμφωνα με την αριθμ. 101/7.2.95 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΤΣΑΥ, εφ' όσον προσκομίσουν σχετική βεβαίωση του εργοδότη η οποία θα αναφέρει το ακριβές αυτό χρονικό διάστημα.

**4.** Κατηγορία μονοσυνταξιούχων. Οι ασφαλισμένοι που θα συνταξιοδοτηθούν μόνο από το ΤΣΑΥ μπορούν, εφόσον επιθυμούν, να ενταχθούν στην κατηγορία των μονοσυνταξιούχων υποβάλλοντας σχετική αίτηση. Οι ασφαλισμένοι της κατηγορίας αυτής καταβάλουν επιπλέον ασφάλιστρο ισόποσο με το 50% του εκάστοτε ασφάλιστρου κλάδου Σύνταξης του ασφαλισμένου μέχρι 31-12-92 (Π.Α.) άνωτης 5ετίας και λαμβάνουν σύνταξη αυξημένη κατά 50%, με τις προϋποθέσεις ότι:

α) θα καταβάλλουν εισφορά μονοσυνταξιούχου με τις ανάλογες διαχρονικές αναπροσαρμογές και πρόσθετα τέλη αναδρομι-

**Τα νέα**  
του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων

κά από 1/1/80 μέχρι και την ημερομηνία υποβολής της αίτησης όσοι έχουν ασφαλισθεί πριν από το 1980, ή από την ημερομηνία έναρξης των υποχρεώσεων τους όσοι έχουν ασφαλισθεί μετά την 1/1/1980. Ευνόητο είναι ότι θα συνεχίσουν να καταβάλουν την εισφορά αυτή, μέχρι τη διακοπή της ασφαλίσεως τους.

β) από την υποβολή της αίτησης θα παραμείνουν στην ασφάλιση του ΤΣΑΥ τόσο χρόνο όσος απαιτείται από τις διατάξεις του Ν. 1976/91 (Για αιτήσεις που θα υποβληθούν το 2006 ο χρόνος παραμονής είναι τα δώδεκα (12) χρόνια).

**5.** Χρόνος προαιρετικής ασφάλισης. Οι ασφαλισμένοι μπορούν να αναγνωρίσουν ως συντάξιμο:

- α) Το χρόνο που υπηρέτησαν στο στρατό.
- β) Εκπαιδευτική άδεια άνευ αποδοχών.
- γ) Γονική άδεια άνευ αποδοχών:

**6.** Οι συνταξιούχοι υγειονομικοί των άλλων ασφαλιστικών Οργανισμών Κύριας Ασφάλισης, οι οποίοι εξακολουθούν να ασκούν το ελεύθερο επάγγελμα του υγειονομικού, οφείλουν να καταβάλουν τις εισφορές του ελεύθερου επαγγελματία στο ΤΣΑΥ (Κλάδου Σύνταξης, Πρόνοιας, Στέγης Υγειονομικών και εισφορές Κλάδου Περιθαλψης στην περίπτωση που έχουν επιλέξει την Περιθαλψη του ΤΣΑΥ).

Επισημαίνεται επίσης ότι όσοι από τους ανωτέρω υγειονομικούς εργάζονται παράλληλα στο Δημόσιο ή στον ευρύτερο Δημόσιο Τομέα όπως αυτός έχει οριοθετηθεί με το Ν. 1256/82 πρέπει να το δηλώνουν στο ΤΣΑΥ διότι εκτός από τις εισφορές του ελεύθερου επαγγελματία πρέπει να αποδίδονται στο ΤΣΑΥ κρατήσεις και εργοδοτικές εισφορές από τον εργοδότη σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2320/95 περί παράλληλης λήψης μισθού και σύνταξης

**7.** Ασφαλιστική Ενημερότητα θα χορηγεί το Ταμείο εφόσον οι ασφαλισμένοι τη ζητούν κατά τη διάρκεια του Α' εξαμήνου και δεν υπάρχουν οφειλές μέχρι 31 Δεκεμβρίου του προηγούμενου έτους ή εφόσον τη ζητούν κατά τη διάρκεια του Β' εξαμήνου και δεν υπάρχουν οφειλές μέχρι 30 Ιουνίου τρέχοντος έτους.

Η Ασφαλιστική ενημερότητα ισχύει για ένα έτος από την έκδοση της.

Επίσης σας ενημερώνουμε ότι μπορείτε να καταβάλετε τις ασφαλιστικές εισφορές σας μέσω των κατωτέρω Τραπεζών, καταθέτοντας

μετρητά ή επιταγή στους αντίστοιχους λογαριασμούς

- 1) ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Νο. Λογ. 546162-65
- 2) ASPISBANK Νο. Λογ. 101-05-0006899
- 3) ALPHA BANK Νο. Λογ. 358-00-2002001947
- 4) ΤΡΑΠΕΖΑ ΑΤΤΙΚΗΣ Νο. Λογ. 14298/0068

Ειδικά μέσω της ALPHA BANK μπορείτε να καταβάλετε τις εισφορές σας και με την κάρτα AMERICAN EXPRESS του Υγειονομικού με την αποστολή μέσω FAX στον αριθμό 2103263437, στην αρμόδια υπηρεσία της American Express, του αριθμού της κάρτας και του ειδικού εντύπου της εντολής πληρωμής ασφαλιστικών εισφορών ΤΣΑΥ, το οποίο έντυπο εξάλλου πρέπει να συμπληρώνουν με δική τους ευθύνη για την εξυπηρέτησή τους, όσοι υγειονομικοί καταβάλλουν τις εισφορές με μετρητά ή επιταγές και στις τέσσερις (4) Τράπεζες.

#### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΜΗΤΡΩΟΥ

Σύμφωνα με το άρθ. 18 παρ. 4 του Ν. 3232/04 (ΦΕΚ 48 τ. 12/2/04) οι υγειονομικοί που είναι εταίροι ΟΕ, ΕΕ, ΕΠΕ, μονοπρόσωπης εταιρείας περιορισμένης ευθύνης και μέλη Δ.Σ. ΑΕ με αντικείμενο ιατρικές, οδοντιατρικές, φαρμακευτικές, κτηνιατρικές και χημικές εργασίες καθώς και οι υγειονομικοί που είναι μέτοχοι ή εταίροι εταιρειών ιδιωτικών φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Προεδρικού Διατάγματος 84/01 εφόσον προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νομικό πρόσωπο της εταιρείας χωρίς αμοιβή ασφαρίζονται στο ΤΣΑΥ και καταβάλλουν εισφορές ελεύθερου επαγγελματία. Κατά τον ίδιο τρόπο ασφαρίζονται οι απασχολούμενοι σε ερευνητικά προγράμματα Πανεπιστημίων, Νοσοκομείων ή άλλων ιδρυμάτων, οι συμμετέχοντες σε μεταπτυχιακές σπουδές είτε ως υπότροφοι, είτε χωρίς αμοιβή, όσοι κάνουν πρακτική άσκηση για λήψη άδειας άσκησης επαγγέλματος χωρίς αμοιβή οι απασχολούμενοι ως σύμβουλοι επιχειρήσεων ή οργανισμών, εφόσον η σχέση της δεν είναι εξηρητημένη, όσοι έχουν επιχειρήσεις εμπορίας ή εισαγωγής ειδών ή παροχής υπηρεσιών συναφών με το υγειονομικό επάγγελμα και οι απασχολούμενοι σε μη κυβερνητικές οργανώσεις εντός ή εκτός της Ελλάδος άνευ αμοιβής.

Οι υγειονομικοί που εμπίπτουν στις διατάξεις του ανωτέρω νόμου και δεν έχουν ασφαλισθεί μέχρι την έναρξη της ισχύος του Νόμου (12/2/2004) μπορούν να ζητήσουν την αναδρομική ασφάλιση τους με αίτηση τους

μέσα σε δύο (2) χρόνια από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού καταβάλλοντες τις εισφορές του ελευθέρως ασκούντος το επάγγελμα υγειονομικού.

Σύμφωνα με τον ίδιο νόμο άρθρο. 5 παρ. 4 παρατείνεται επί αόριστον η προθεσμία υποβολής αίτησης για αναγνώριση χρόνου εργασίας στο εξωτερικό των πολιτικών προσφύγων που υπάγονται στον Νόμο 1539/85.

Επίσης παρέχεται η δυνατότητα συνέχισης προαιρετικά της ασφάλισης στο ΤΣΑΥ των εμπίσθων ασφαλισμένων που υπηρετούν στο Δημόσιο, ΝΠΔΔ ή ΔΕΚΟ ανεξαρτήτως πραγματοποιηθέντος χρόνου ασφάλισης σ' αυτό μετά τη συνταξιοδότηση τους από τους ανωτέρω φορείς (Δημόσιο κ.λ.π.) και μέχρι την συμπλήρωση των προϋποθέσεων που απαιτούνται για τη συνταξιοδότηση τους από το ΤΣΑΥ.

Σύμφωνα με αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του ΤΣΑΥ οι ασφαλισμένοι μας μπορούν να αναγνωρίσουν χρόνο ανεργίας μέχρι ένα έτος (1) υποβάλλοντας σχετική αίτηση και καταβάλλοντας τις εισφορές του ελευθέρως ασκούντος το επάγγελμα.

### **Υποχρεώσεις ασφαλισμένων ΤΣΑΥ σχετικά με τη χρήση του συνταγολογίου και βιβλαρίου υγείας**

Σας γνωρίζουμε ότι με το Π.Δ 191/20-9-2005 που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 234/27-9-2005, τεύχος Α', καθορίζονται ενιαία οι υποχρεώσεις των ασφαλισμένων, συνταξιούχων και μελών των οικογενειών τους έναντι των ασφαλιστικών φορέων σχετικά με τη χρήση, θεώρηση και έλεγχο του ατομικού τους συνταγολογίου και βιβλαρίου υγείας κατά την παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης, καθώς και οι κυρώσεις που επιβάλλονται σε περίπτωση μη τήρησης τους. Συγκεκριμένα σύμφωνα με το άρθρο 1 του ως άνω Π.Δ/γματος:

Α. Οι ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι των ασφαλιστικών οργανισμών καθώς και τα μέλη της οικογενείας τους υποχρεούνται:

1. Να χρησιμοποιούν αυστηρά προσωπικά το θεωρημένο από τον ασφαλιστικό τους φορέα βιβλιάριο υγείας και συνταγολόγιο, φροντίζοντας να το διατηρούν σε άριστη κατάσταση, ως δημόσιο έγγραφο.

2. Να προσκομίζουν το συνταγολόγιο τους στους γιατρούς που είναι αρμόδιοι για την παροχή περίθαλψης στους ασφαλισμένους του κάθε φορέα. Το συνταγολόγιο συνοδεύεται απαραίτητα από το βιβλιάριο υγείας του ασφαλισμένου.

3. Να προσκομίζουν για θεώρηση στο αρμόδιο όργανο του φορέα κάθε συνταγή για την οποία, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, απαιτείται θεώρηση, εντός 5 ημερών. Δεν λαμβάνεται υπόψη η ημέρα έκδοσης της συνταγής.

4. Να προσκομίζουν τη συνταγή εντός 5 εργάσιμων ημερών από την ημερομηνία έκδοσης της σε συμβεβλημένο με τον φορέα τους φαρμακείο για την εκτέλεση της.

5. Να προσυπογράφουν στη θέση «παραλήπτης» του συνταγολογίου, υπέχοντας ευθύνη για την παραλαβή των φαρμάκων που αναγράφονται στη σχετική συνταγή, χωρίς να επιτρέπεται αντικατάστασή τους, και για την παραλαβή της αντίστοιχης απόδειξης για την καταβολή του ποσού συμμετοχής.

6. Να μην αφήνουν για κανένα λόγο το συνταγολόγιο τους ή το βιβλιάριο υγείας τους στον ιατρό ή το φαρμακοποιό.

7. Να δηλώνουν αμέσως την απώλεια ή κλοπή του συνταγολογίου στις αρμόδιες υπηρεσίες του ασφαλιστικού τους οργανισμού, υποβάλλοντας σχετική δήλωση και σε περίπτωση μη αυτοπρόσωπου κατάθεσης αυτής, με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής.

8. Να αντικαθιστούν το συνταγολόγιο τους όταν χρειάζεται στις αρμόδιες υπηρεσίες του φορέα τους και να φυλάσσουν επί εξάμηνο το παλιό συνταγολόγιο, το οποίο θα επιδεικνύουν σε πρώτη ζήτηση.

9. Να μη χρησιμοποιούν το συνταγολόγιο μετά τη λήξη της ασφαλιστικής τους ικανότητας.

10. Να αποδέχονται κάθε έλεγχο σχετικό με τα χορηγούμενα φάρμακα, τη χρήση του συνταγολογίου και του βιβλαρίου υγείας, όπως προβλέπεται από τις διατάξεις του παρόντος και τη νομοθεσία του οικείου ασφαλιστικού οργανισμού.

Β. Σε περίπτωση μη τήρησης των υποχρεώσεων των ασφαλισμένων, επιβάλλονται οι κυρώσεις που προβλέπονται από τους κανονισμούς των ασφαλιστικών οργανισμών. Ειδικά σε παραβάσεις των περιπτώσεων 1,5,6,7,9,10 του παρόντος άρθρου, εκτός των τυχόν ποινικών κυρώσεων, επιβάλλεται στέρηση της χρήσης του συνταγολογίου από τον ασφαλισμένο για 10 ημέρες έως 3 μήνες, ύστερα από αιτιολογημένη απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του αρμόδιου οργάνου κάθε ασφαλιστικού οργανισμού.

Επίσης, ανάλογα με τη σοβαρότητα του παραπτώματος καταλογίζεται η ζημία που υπέστη ο ασφαλιστικός οργανισμός σε βάρος του ασφαλισμένου, μετά από αιτιολογημένη απόφαση του αρμόδιου οργάνου του φορέα.

Η παράλειψη υποβολής δήλωσης για απώλεια ή κλοπή του συνταγολογίου, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην περίπτωση 7 της παρ. Α, συνεπάγεται καταλογισμό εις βάρος του ασφαλισμένου της ζημίας που υπέστη ο ασφαλιστικός οργανισμός από χρήση του συνταγολογίου εκ μέρους τρίτου προσώπου.

Κατόπιν των ανωτέρω παρακαλούμε για την πιστή τήρηση των προβλεπομένων, για την προστασία των συμφερόντων του Ταμείου μας και την αποφυγή κυρώσεων.

## Δελτία τύπου του Π.Ι.Σ.

### 1 Μαρτίου 2007

Συνάντηση με την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είχε το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. Εκτός από τον Υπουργό, κ. Δημ. Αβραμόπουλο, στη συνάντηση συμμετείχαν οι Υφυπουργοί κ.κ. Αθ. Γιαννόπουλος και Γ. Κωνσταντόπουλος, καθώς και οι Γενικοί Γραμματείς του Υπουργείου κ.κ. Αρ. Καλογερόπουλος, Β. Ρίζας και Γ. Φωτεινόπουλος. Η συνάντηση έγινε με πρόσκληση του Υπουργού προς τον ΠΙΣ, ύστερα από την επίμονη προσπάθεια του τελευταίου για επικοινωνία και διάλογο πάνω στα φλέγοντα προβλήματα του ιατρικού κόσμου.

Μέσα σε θετικό κλίμα, έγινε εφ' όλης της ύλης συζήτηση για όλα τα ουσιαστικά προβλήματα που απασχόλησαν και την τελευταία Γενική Συνέλευση του ΠΙΣ.

Ο Υπουργός υποσχέθηκε σύντομα προσλήψεις 1200 ειδικευομένων και 300 ειδικευμένων ιατρών, 2000 νοσηλευτών, 300 στελεχών μη ιατρών για τα ψυχιατρεία, 300 για φορείς εποπτευόμενους από το Υπουργείο. Εξήγησε στους εκπροσώπους του ΠΙΣ ότι έχει δημιουργηθεί ειδικό όργανο μέσα στο πλαίσιο του ΑΣΕΠ, ώστε να προωθούνται οι προσλήψεις εντός τριμήνου, και τόνισε ότι μέσα στο Μάρτιο θα προκηρυχθούν οι θέσεις 1826 νοσηλευτών και 1271 διοικητικών υπαλλήλων στα Νοσοκομεία. Οι 1000 από τους υπό πρόσληψη θα είναι με 8μηνες συμβάσεις και 2000 με 18μηνες μέσω states και θα παίρνουν μοριοδότηση.

Συζητήθηκε επίσης το θέμα των εφημεριών των νοσοκομειακών ιατρών και τα προβλήματα που απορρέουν από το σχετικό Προεδρικό Διάταγμα,

Ο Πρόεδρος του ΠΙΣ, κ. Μ. Καλοκαιρινός, επισημαίνοντας για άλλη μια φορά ότι το μοναδικό θεσμοθετημένο όργανο-σύμβουλος του Υπουργείου Υγείας είναι ο ΠΙΣ και θα πρέπει, γι αυτό, έγκαιρα να ενημερώνεται για οποιοδήποτε θεσμικό μέτρο που αφορά στους ιατρούς, ζήτησε από τον Υπουργό να δοθούν στον ΠΙΣ για μελέτη τα προετοιμαζόμενα -κατά τις εξαγγελίες- νομοσχέδια για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και για τις Προμήθειες των νοσοκομείων, ώστε, αφού πάρει τις απόψεις των τοπικών Ιατρικών Συλλόγων, να διαμορφώσει την τελική πρόταση του που θα σταλεί στο Υπουργείο Υγείας.

Επίσης, ζήτησε το τελικό σχέδιο του Π.Δ. 84

που αφορά στην ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών φορέων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας, υπογραμμίζοντας για άλλη μια φορά την πάγια θέση αρχών του ΠΙΣ για διεύθυνση των φορέων αυτών από όργανα που θα απαρτίζονται κατά πλειοψηφία τουλάχιστον 51% από ιατρούς. «Θέλουμε να ελπίζουμε ότι ο Υπουργός κ. Αβραμόπουλος θα υλοποιήσει όντως αυτά τα οποία προανήγγειλε στο Δ.Σ. του ΠΙΣ», τόνισε ο κ. Καλοκαιρινός.

Τέλος, συζητήθηκε το θέμα των ιατρών που διορίζονται σε Κέντρα Υγείας νησιωτικών περιοχών ως υπόχρεοι υπηρεσίας υπαίθρου και αποσπώνται στα πλοία των ακτοπλοϊκών γραμμών που εξυπηρετούν τη νησιωτική Ελλάδα. Για το θέμα αυτό το Προεδρείο του ΠΙΣ πήρε την πρωτοβουλία και πραγματοποίησε σύσκεψη με τον Γ.Γ. του Υπουργείου Εμπορικής Ναυτιλίας κ. Τζοάννο, ο οποίος έδειξε κατανόηση και καλή διάθεση για την επίλυση των προβλημάτων των ιατρών αυτών.

### 13 Μαρτίου 2007

Συστηματικά, επίμονα και αποφασιστικά κινείται ο Π.Ι.Σ. στην κατεύθυνση της επίτευξης λύσεων στα πολλά και οξυμένα προβλήματα που ταλανίζουν εδώ και χρόνια τον ιατρικό κόσμο.

Ως το μοναδικό θεσμοθετημένο όργανο-σύμβουλος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, απαιτεί να ενημερώνεται έγκαιρα για κάθε θεσμικό μέτρο που αφορά στους ιατρούς, ενώ ταυτόχρονα επεξεργάζεται και προτείνει λύσεις και συγκεκριμένα μέτρα που επιβάλλεται να ληφθούν. Έχοντας τις περισσότερες φορές την πρωτοβουλία σ' έναν διάλογο εφ' όλης της ύλης με τα αρμόδια Υπουργεία, αυξάνει, ταυτόχρονα, το βαθμό αγωνιστικής του ετοιμότητας για τη δυναμική διεκδίκηση των αιτημάτων των Ελλήνων ιατρών.

Είναι χαρακτηριστικό ότι στην πρόσφατη Γενική του Συνέλευση, ο ΠΙΣ διακήρυξε κατηγορηματικά ότι οι Έλληνες γιατροί δεν είναι διατεθειμένοι να αποδεχτούν την περιθωριοποίησή τους και μια παρελκυστική τακτική που αγοράζει χρόνο και παραπέμπει τη λύση των προβλημάτων τους αορίστως στο μέλλον. Και ότι, αν μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα δεν υπάρξουν λύσεις στα χρονίζοντα και οξυμένα προβλήματα, θα κλιμακωθούν οι αντιδράσεις με κάθε πρόσφορο μέσο και τρόπο, όπως 24ωρη προειδοποιητική πανελλαδική πανιατρική απεργία.

Τα παραπάνω υπογραμμίστηκαν σήμερα στη



διάρκεια Συνέντευξης Τύπου που παραχώρησε ο Π.Σ. Ομιλητές ήταν ο Πρόεδρος του Δ.Σ. κ. Μανώλης Καλοκαιρινός και άλλα μέλη της Διοίκησης.

Στη Συνέντευξη Τύπου αναφέρθηκε ότι μέσα στους τελευταίους μήνες, το Δ.Σ. του Π.Σ. πραγματοποίησε διαδοχικές επισκέψεις στους Υπουργούς Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κ. Δημ. Αβραμόπουλο, και Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, κ. Σ. Τσιτουρίδη, καθώς και στον υφυπουργό Οικονομικών κ. Π. Δούκα, Με τους ανωτέρω είχε συζήτηση για πλήθος προβλημάτων, μεταξύ των οποίων για τα Νομοσχέδια για τις Ειδικότητες, τις Προμήθειες στα Νοσοκομεία, την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τα Φάρμακα. Επίσης, για το Π.Δ. 84/2001, για την αναμόρφωση του μισθολογίου των ιατρών του ΕΣΥ βάσει των νέων τιμητικών και δημοσιονομικών δεδομένων, την επιτάχυνση των κρίσεων ιατρών ΕΣΥ και προσλήψεων νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία, την επίλυση των προβλημάτων των ιατρών του Ι.Κ.Α., την αναπροσαρμογή των αμοιβών των ιατρικών πράξεων, την επίλυση των προβλημάτων που σχετίζονται με το ΤΣΑΥ.

Για αρκετά από τα παραπάνω ζητήματα υπήρξε θετική ανταπόκριση και υποσχέσεις ευνοϊκής ρύθμισης. Ωστόσο, επειδή έχει επανειλημμένα αποδειχτεί ότι οι υποσχέσεις, οι διακηρύξεις και οι καλές προθέσεις απέχουν πολύ από το να γίνουν πράξη, οι Έλληνες ιατροί ζητούν να γίνουν άμεσα βήματα προς την κατεύθυνση της ικανοποίησης των -περιωρισμένων, πλέον- αιτημάτων τους για:

- Αναπροσαρμογή των αμοιβών των ιατρικών πράξεων
- Ενσωμάτωση των προτάσεων των Ιατρικών Συλλόγων στο υπό τροποποίηση Π.Δ. 84/2001 (ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών φορέων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας) και, κυρίως, της πάγιας θέσης αρχών του Π.Σ. για διεύθυνση των φορέων αυτών από όργανα που απαρτίζονται κατά πλειοψηφία (τουλάχιστον 51%) από ιατρούς.
- Υπογραφή Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας μεταξύ Υπουργείου Υγείας και Π.Σ. που θα ισχύει για όλους τους επιστήμονες ιατρούς και όλα τα Ασφαλιστικά Ταμεία
- Προώθηση του νόμου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με στόχο τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος που να αξιοποιεί το σύνολο του ιατρικού δυναμικού της χώρας
- Υλοποίηση των δεσμεύσεων του Υπουργείου Υγείας έναντι των νοσοκομειακών γιατρών. Επίσπευση των κρίσεων και των προσλήψεων ιατρικού, καθώς και νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία.
- Αναμόρφωση του Οργανισμού των νοσοκομείων, με σκοπό την πρόβλεψη νέων θέσεων. Προώθηση των θέσεων του Π.Σ. για τις εφημερίες, αύξηση του ωρομισθίου των εφημεριών, θεσμοθέτηση νέου μισθολογίου των νοσοκομειακών γιατρών με αναβαθμισμένες αποδοχές (που παραμένουν καθηλωμένες από το 1997), ισότιμο των Ευρωπαίων συναδέλφων τους.

λογίου των νοσοκομειακών γιατρών με αναβαθμισμένες αποδοχές (που παραμένουν καθηλωμένες από το 1997), ισότιμο των Ευρωπαίων συναδέλφων τους.

- Συμμετοχή εκπροσώπων των Ιατρικών Συλλόγων στα Δ.Σ. των νοσοκομείων
- Επίλυση των χρονιζόντων προβλημάτων των γιατρών του Ι.Κ.Α.
- Εξόφληση των οφειλομένων χρημάτων στους συμβεβλημένους ιατρούς με τον Ο.Π.Α.Δ.
- Λήψη μέτρων από την Πολιτεία για την αντιμετώπιση του τεράστιου προβλήματος της μεγάλης αύξησης των ιατρών και των προβλημάτων των νέων που εισέρχονται στο ιατρικό επάγγελμα, μεταξύ των οποίων η ανεργία και η υποαπασχόληση καλπάζουν (Μόνο η Αθήνα έχει 11,2% άνεργους και 14% υποαπασχολούμενους γιατρούς)
- Αναβάθμιση των συνθηκών εκπαίδευσης, τόσο στο επίπεδο ειδίκευσης όσο και της διάρκειας μετεκπαίδευσης των νέων ιατρών.
- Επίλυση των προβλημάτων του Τ.Σ.Α.Υ., που σχετίζονται τόσο με τη λειτουργία του όσο και με ουσιαστικά ασφαλιστικά ζητήματα των λειτουργών της Υγείας (π.χ. αναγνώριση ως συντάξιμων των χρονικών διαστημάτων που δεν εργάζονται οι ιατροί μέχρι τη λήψη ειδικότητας, βελτίωση των συντάξεων των νέων ασφαλισμένων, δημιουργία Κλάδου Επικουρικής Ασφάλισης, δυνατότητα πλήρους συνταξιοδότησης με 35 και όχι 39 χρόνια κ.λ.π.).
- Ένταξη του Ιατρικού Επαγγέλματος στα βαρέα και ανθυγιεινά
- Αύξηση των δαπανών για την Υγεία στο μέσο Ευρωπαϊκό επίπεδο

## 28 Μαρτίου 2007

Δικαίωση μακρόχρονων αγώνων του ιατρικού κόσμου συνιστά, η απόφαση της Κυβέρνησης να προωθήσει με Προεδρικό Διάταγμα την αύξηση των τιμών των ιατρικών πράξεων, που παραμένουν καθηλωμένες επί 2 σχεδόν δεκαετίες

Η αύξηση των τιμών των ιατρικών πράξεων, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι συνήθεις απλές μικροβιολογικές και απεικονιστικές εξετάσεις (ακτινογραφίες, υπερηχογραφήματα), σε εύλογο, σύμφωνα με τα σύγχρονα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα επίπεδο, αποτελούσε πάγιο αίτημα για το οποίο ο Π.Σ. αγωνιζόταν από το 1991. Αίτημα που συνδυαζόταν με αυτό της αύξησης των αμοιβών των ιατρικών επισκέψεων, το οποίο ικανοποιήθηκε σχετικά πρόσφατα, επί Υπουργίας Νίκ. Κακλαμάνη,

Αξίζει να σημειωθεί ότι εδώ και αρκετά χρόνια (επί Υπουργίας Κ. Στεφανή) το ΚΕΣΥ είχε ταχθεί υπέρ της ικανοποίησης και των δυο παραπάνω αιτημάτων, από-

φαση που, ωστόσο, έμεινε στο επίπεδο του ευχολογίου. Θετικά επίσης έχει ταχθεί και η Ελληνική Δικαιοσύνη) με την 671/2002 απόφαση τον Συμβουλίου της Επικρατείας.

Σήμερα, επιτέλους, με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας Δ. Αβραμόπουλου, του Σ. Τσιτουριδής και του Υφυπουργού Οικονομίας Π. Δούκα, -προωθείται με Προεδρικό Διάταγμα η αύξηση των τιμών των ιατρικών πράξεων -αν και μόνον 100 επί συνόλου 5000 πράξεων. Πρόκειται, πάντως, για μέτρο ουσιαστικής ανακούφισης χιλιάδων ελευθεροεπαγγελματιών ιατρών, οι οποίοι παραμένουν επί χρόνια δέσμοι των εξευτελιστικά χαμηλών κοστολογίων των Ασφαλιστικών Ταμείων -για να μην αναφερθούμε και στις μεγάλες καθυστερήσεις καταβολής έστω και αυτών των μικρών αμοιβών.

Από την άποψη αυτή, ο ΠΙΣ θεωρεί άδικη και μονόπλευρη τη θέση μερίδας του Τύπου που είδε την παραπάνω απόφαση εσκεμμένη κίνηση μετατροπής των Ασφαλιστικών Ταμείων σε αιμοδότες των «πιράνχας» της Υγείας - και συγκεκριμένα των ιδιωτικών Διαγνωστικών Κέντρων (μολονότι οι νέες τιμές θα ισχύουν φυσικά και για το ΕΣΥ).

Είναι βέβαιο ότι το νέο τιμολόγιο των ιατρικών πράξεων θα επιβαρύνει τους προϋπολογισμούς των Ταμείων. Ωστόσο, η λύση για τα οικονομικά τους προβλήματα δεν είναι ούτε η καθήλωση των τιμών σε εξωπραγματικά χαμηλά επίπεδα, ούτε, πολύ περισσότερο, η αφαίμαξη τον ίδιων των ασφαλισμένων που, ως τώρα αναγκάζονταν σε πολλές περιπτώσεις να πληρώνουν από την τσέπη τους είτε μέρος είτε το σύνολο του κόστους εξετάσεων που δεν κάλυπτε ο ασφαλιστικός τους φορέας.

### **Ταμείο Σύνταξης Αυτασφαλίσεως Υγειονομικών Χορήγηση δανείων πρώτης επαγγελματικής εγκατάστασης σε νέους υγειονομικούς το έτος 2007**

Σχετικά με το ανωτέρω θέμα σας πληροφορούμε ότι το Δ.Σ. του ΤΣΑΥ ενέκρινε με την ανωτέρω απόφαση του την αποδέσμευση του ποσού των 1.800.000,00 ευρώ για χορήγηση δανείων πρώτης επαγγελματικής εγκατάστασης ύψους 6.000,00 ευρώ έκαστο με την προϋπόθεση σχετικής έγκρισης από τη Νομισματική επιτροπή.

Όσοι από τους ασφαλισμένους επιθυμούν να τύχουν χορήγησης του εν λόγω δανείου θα πρέπει να υποβάλουν αίτηση μέχρι 30/6/07.

Το αναφερόμενο δάνειο θα χορηγηθεί με σειρά προτεραιότητας των περιοχών Δ, Γ, Β, Α που προβλέπουν οι διατάξεις του άρθρου 3 Ν 1262/82 και με την προϋπόθεση ότι οι υγειονομικοί που έχουν χρόνο ασφάλισης κάτω της 10ετίας από την έναρξη των υποχρεώσεων τους στο Ταμείο ή δεν έχει παρέλθει 10ετία από τη λήψη τίτλου ειδικότητας.

Οι ασφαλισμένοι της περιφέρειας που επιθυμούν να τους χορηγηθεί δάνειο πρέπει μέσα στην ανωτέρω προθεσμία να υποβάλουν την αίτηση τους στο τμήμα, στο γραφείο ή στην αντιπροσωπεία που ανήκουν.

Τα παραπάνω οφείλουν να πρωτοκολλήσουν την αίτηση αναγράφοντας την επωνυμία τους και τον αριθμό πρωτοκόλλου στο σώμα της αίτησης και στην συνέχεια άμεσα να την διαβιβάσουν στην κεντρική υπηρεσία.

Στην αίτηση θα αναγράφεται η πόλη στην οποία, θα εγκατασταθεί επαγγελματικά ο ασφαλισμένος και θα επισυνάπτονται τα κατωτέρω δικαιολογητικά:

1. Φωτοαντίγραφο επικυρωμένο του ασφαλιστικού βιβλιαρίου όπου καταχωρούνται οι εισφορές που έχουν καταβληθεί μέχρι το έτος 2006. Εάν δεν είναι καταχωρημένες για οποιοδήποτε λόγο, φωτοτυπία επικυρωμένη των αποδείξεων πληρωμής.

2. Φωτοαντίγραφο επικυρωμένο άδειας άσκησης επαγγέλματος.

3. Φωτοαντίγραφο επικυρωμένο τίτλου ειδικότητας.

4. Φωτοαντίγραφο επικυρωμένο βεβαίωσης έναρξης εργασιών από τη Δ.Ο.Υ.

5. Υπεύθυνη Δήλωση (άρθρου 8 Ν 1599/86) στην οποία θα δηλώνει ότι:

A) Το δάνειο θα το χρησιμοποιήσει για επαγγελματική εγκατάσταση ή εξοπλισμό του ..... που βρίσκεται στην περιοχή ..... οδός ..... αριθ.....

B) Δεν του έχει χορηγηθεί άλλο δάνειο μέχρι σήμερα από το ΤΣΑΥ.

Οι αλλοδαποί ασφαλισμένοι, πλην των προερχομένων από την Ευρωπαϊκή Ένωση θα πρέπει να προσκομίσουν επιπλέον:

1) Άδεια παραμονής στην Ελλάδα.

2) Υπεύθυνη δήλωση με την οποία θα δηλώνει τη μόνιμη κατοικία του στην Ελλάδα και σε περίπτωση αλλαγής της, ότι υποχρεούται να ενημερώσει εγγράφως το ΤΣΑΥ.

3) Έγγραφο στο οποίο ορίζεται ο αξιόχρεος τριτεγγυητής με περιουσιακά στοιχεία στην Ελλάδα και

4) Αποδεικτικό στοιχείο από το οποίο θα

φαίνεται ότι έχει παρέλθει πενταετία από τη λήψη της άδειας άσκησης επαγγέλματος.

Το δάνειο θα εξοφληθεί σε 36 ισόποσες μηνιαίες δόσεις. Η πρώτη δόση θα καταβληθεί μετά από ένα (1) έτος από τη χορήγηση του δανείου.

Το επιτόκιο καθορίστηκε σταθερό σε ποσοστό 3,70%.

Τέλος σημειώνεται ότι θα απαιτηθεί μετά την έγκριση της αίτησης για τη χορήγηση του εν λόγω δανείου η καταβολή στο Δημόσιο Ταμείο χαρτοσήμου 3% (180 ευρώ) στο ποσό του δανείου πλέον 20% υπέρ ΟΓΑ (36ευρώ) σύνολο 216,00 ευρώ. Το διπλότυπο τύπου Α από το Δημόσιο Ταμείο πρέπει να σταλεί στο ΤΣΑΥ.

---

### **Φορέας: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)**

#### **Θεμα: «Επαναλαμβανόμενη Συνταγή»**

Σας διαβιβάζουμε το υπ' αριθ. Πρωτ. 16/16-1-07 έγγραφο της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Πολιτικών Συνταξιούχων (Π.Ο.Π.Σ.)για την εφαρμογή της παρ,11 του άρθρου 2 του ΠΔ 67/2000 που αφορά την «επαναλαμβανόμενη συνταγή» υπενθυμίζοντας τους ότι η μη τήρηση του Π.Δ/67/2000 επισύρει τις προβλεπόμενες κυρώσεις.

Η Π.Ο.Π.Σ στην οποία κοινοποιείται το παρόν να ενημερώσει τα μέλη της ότι σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του Π.Δ 191/05 απαγορεύεται να αφήνουν το συνταγολόγιο ή το βιβλιάριο υγείας τους στον ιατρό ή τον φαρμακοποιό και ότι η εγκατάλειψη τους επισύρει τις κυρώσεις.

*«Σας μεταφέρουμε έντονες διαμαρτυρίες συναδέλφων συνταξιούχων, ασφαλισμένων στον ΟΠΑΔ, επειδή ορισμένοι, συμβεβλημένοι, ιατροί αρνούνται σε πρώτη επίσκεψη να γράφουν σε 2 ή 3 συνταγές φάρμακα μηνιαίως χορηγούμενα για χρόνιες ασθένειες όπως αρτηριακή υπέρταση, νεφρική ανεπάρκεια, σακχαρώδη διαβήτης, καρδιακές παθήσεις κλπ και αξιώνουν «από τον ασφαλισμένο επίσκεψη κάθε μήνα απλώς και μόνο για τη συνταγογράφηση φαρμάκων του μηνός χωρίς ιατρική εξέταση.*

*Αυτό όμως, εκτός του ότι επιβαρύνει σημαντικά οικονομικά τον ΟΠΑΔ, ταλαιπωρεί και τους, ασφαλισμένους, που αναγκάζονται να πηγαίνουν στα ιατρεία, με οποιοδήποτε καιρό, παρά την ηλικία τους και να περιμένουν ώρες στη σειρά για μια συνταγογράφηση.*

*Και πιθανόν, ορισμένοι, για να αποφύγουν αυτή την ταλαιπωρία, να αφήνουν τα συνταγολόγια στα φαρμακεία για να τους γράψουν τα φάρμακα περαστικοί ιατροί. Θα παρακαλέσουμε λοιπόν κ. Πρόεδρε, να μας γνωρίσετε εάν υπάρχει σχετικός όρος, στις μετά των ιατρών συμβάσεις, για την υποχρέωση τους να συνταγογραφούν για τρεις μήνες φάρμακα χρονίων παθή-*

*σεων και σε περίπτωση αρνήσεως τι θα πρέπει να κάνει ο ασφαλισμένος, ώστε να ενημερώσουμε και δια της εφημερίδας μας τους συνταξιούχους.»*

---

### **Φορέας: Ιατρικός Σύλλογος Ιωαννίνων** **Θέμα: Επιστολή Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων προς τον Ο.Π.Α.Δ.**

Ιωάννινα, 27-3-2007

Κύριε Πρόεδρε,

Με την παρούσα επιστολή ο Ιατρικός Σύλλογος Ιωαννίνων διαμαρτύρεται για την καθυστέρηση καταβολής των δεδουλευμένων επισκέψεων και πράξεων του Δημοσίου στους ιατρούς του Συλλόγου μας από τον μήνα Σεπτέμβριο 2006.

Δεν γνωρίζουμε τα αίτια για αυτή την καθυστέρηση δεδομένου ότι δεν μπορούμε να επικοινωνήσουμε εποικοδομητικά με την αντιπροσωπεία της ΥΠΑΔ στην πόλη μας.

Επικαλούνται φόρτο εργασίας και αδυναμία διεκπεραίωσης των δικαιολογητικών λόγω έλλειψης προσωπικού.

Τούτο έχει σαν αποτέλεσμα οι συνάδελφοι ιατροί να διαμαρτύρονται καθημερινά στο Σύλλογό μας και στον ΥΠΑΔ χωρίς αποτέλεσμα.

Δεδομένου ότι πολύ νέοι συνάδελφοι αντιμετωπίζουν θέμα επιβίωσης και υπάρχουν εκκρεμότητες με οικονομικές υποχρεώσεις και τραπεζικά δάνεια, αντιλαμβάνεστε ότι το πρόβλημα είναι τεράστιο.

Σας παρακαλούμε λοιπόν να επιταχύνετε τις διαδικασίες πληρωμής δεδομένου ότι οι συνάδελφοι είναι σε απόγνωση και να πιέσετε την τοπική αντιπροσωπεία να ρυθμίσει με μεγαλύτερη ταχύτητα τον έλεγχο και την διεκπεραίωση όλων των εκκρεμοτήτων.

Νομίζουμε κύριε Πρόεδρε ότι θα δείτε με την δέουσα προσοχή την παρούσα επιστολή και θα δώσετε άμεσα την προσήκουσα λύση.

Calvin JE, Roe MT, Chen AY, Mehta RH, Brogan GX Jr, DeLong ER, Fintel DJ, Gibler WB, Obman EM, Smith SC Jr, Peterson ED.

### Insurance coverage and care of patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndromes.

Ann Intern Med. 2006 Nov 21;145(10):739-48.

**Ασφαλιστική κάλυψη και φροντίδα σε ασθενείς με οξεία στεφανιαία σύνδρομα χωρίς ανάσπαση του διαστήματος –ST.**

Οι συγγραφείς μελέτησαν την παρεχόμενη φροντίδα σε περίπου 37.000 ασθενείς ηλικίας <65 ετών και 60.000 ασθενείς ηλικίας >65 ετών με οξεία στεφανιαία σύνδρομα χωρίς ανάσπαση του –ST. Οι ασθενείς που ήταν ασφαλισμένοι στην Υπηρεσία Πρόνοιας των ΗΠΑ (Medicaid) ελάμβαναν λιγότερες αγωγές που βασίζονταν σε τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες και είχαν μεγαλύτερη καθυστέρηση στην διενέργεια επεμβατικών τεχνικών, σε σχέση με τους έχοντες ιδιωτική ασφάλιση. Οι διαφορές αυτές ήταν μικρότερες σε ασθενείς που είχαν την Κοινωνική Ασφάλιση των ΗΠΑ (Medicare) αλλά οι καθυστερήσεις ήταν παρόμοιες. Η θνητότητα μέσα στο νοσοκομείο ήταν υψηλότερη για τους ασθενείς που είχαν ασφάλιση Πρόνοιας αλλά όχι και για όσους είχαν Κοινωνική Ασφάλιση, σε σχέση με τους έχοντες ιδιωτική ασφάλιση.

May MT, Sterne JA, Costagliola D, Sabin CA, Phillips AN, Justice AC, Dabis F, Gill J, Lundgren J, Hogg RS, de Wolf F, Fatkenbueher G, Staszewski S, d'Arminio Monforte A, Egger M; Antiretroviral Therapy (ART) Cohort Collaboration.

### HIV treatment response and prognosis in Europe and North America in the first decade of highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis.

Lancet. 2006 Aug 5;368(9534):451-8. Review.

**Ανταπόκριση στην θεραπεία και πρόγνωση του HIV στην Ευρώπη και την Βόρεια Αμερική κατά την πρώτη δεκαετία εφαρμογής της αντιϊκής θεραπείας υψηλής δραστηριότητας**

Μια δεκαετία μετά την εφαρμογή της υψηλής δραστηριότητας αντιϊκής θεραπείας για την λοίμωξη με HIV στην Ευρώπη και την Β. Αμερική, ο κίνδυνος της ανάπτυξης AIDS και του θανάτου παραμένει χαμηλός για όσους ξεκινούν την θεραπεία. Παρόλα αυτά οι ερευνητές απέδειξαν πως ο κίνδυνος του AIDS σε ασθενείς που ξεκίνησαν τη θεραπεία έχει αυξηθεί μετά το 1998, αύξηση που σε μεγάλο βαθμό αποδίδεται στην έξαρση της φυματίωσης.

Dagenais GR, Pogue J, Fox K, Simoons ML, Yusuf S.

### Angiotensin-converting-enzyme inhibitors in stable vascular disease without left ventricular systolic dysfunction or heart failure: a combined analysis of three trials.

Lancet. 2006 Aug 12;368(9535):581-8. Review.

**Οι Αναστολείς του Μετατρεπτικού Ενζύμου της Αγγειοτενσίνης (Α-MEA) στη σταθερή αγγειακή νόσο χωρίς συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας ή καρδιακή ανεπάρκεια.**

Τα φάρμακα που δίδονται στην καρδιακή ανεπάρκεια πρέπει να χρησιμοποιούνται σε όλους τους ασθενείς με αθηροσκληρωτικές αλλοιώσεις, σύμφωνα με το άρθρο αυτό. Οι Α-MEA μπορεί να μειώσουν τον αριθμό των προβλημάτων του κυκλοφορικού όπως η καρδιακή προσβολή και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε ασθενείς με αθηροσκλήρωση.

Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, Diaz R, Rasheed W, Freeman R, Jiang L, Zhang X, Yusuf S; INTERHEART Study Investigators.

### Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study.

Lancet. 2006 Aug 19;368(9536):647-58.

**Η χρήση καπνού και ο κίνδυνος εμφράγματος του μυοκαρδίου σε 52 χώρες από την μελέτη INTERHEART.**

Όλα τα είδη χρήσης καπνού άσχετα αν είναι κάπνισμα, παθητικό κάπνισμα ή μάσημα φύλλων καπνού, αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής σύμφωνα με το άρθρο. Οι καπνιστές έχουν τριπλάσιο κίνδυνο για καρδιακή προσβολή σε σχέση με όσους δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Η διακοπή όμως της χρήσης καπνού με το χρόνο μειώνει τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής. Μεταξύ των ελαφρών καπνιστών ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής γίνεται ίδιος με όσους δεν έχουν καπνίσει ποτέ σε 3-5 χρόνια μετά την διακοπή χρήση καπνού. Για όσους όμως είναι μέτριοι ή βαρείς καπνιστές ο σχετικός κίνδυνος για καρδιακή προσβολή παραμένει 22% μεγαλύτερος από ότι σε όσους δεν έχουν καπνίσει ποτέ, ακόμα και 20 χρόνια μετά την διακοπή του καπνίσματος.

Romero-Corral A, Montori VM, Somers VK, Korinek J, Thomas RJ, Allison TG, Mookadam F, Lopez-Jimenez F.

### Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies.

Lancet. 2006 Aug 19;368(9536):666-78. Review.

**Συσχέτιση του σωματικού βάρους με την συνολική θνησιμότητα και τα καρδιαγγειακά συμβλήματα στην Στεφανιαία Νόσο (ΣΝ)**

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) δεν μπορεί αξιόπιστα να προβλέψει την εξέλιξη ασθενών με καρδιακή νόσο καταλήγει το άρθρο, επειδή ο ΔΜΣ είναι αναξιόπιστος δείκτης της παχυσαρκίας, όπως αναφέρουν οι μελετητές. Η μελέτη δείχνει ότι άτομα με χαμηλό ΔΜΣ έχουν υψηλότερο κίνδυνο θανάτου από αυτούς που έχουν φυσιολογικό ΔΜΣ. Οι υπέρβαροι ασθενείς εμφανίζουν καλύτερη επιβίωση και λιγότερα καρδιακά προβλήματα από αυτούς με φυσιολογικό ΔΜΣ. Τα καλύτερα αποτελέσματα για τους υπέρβαρους μπορούν να οφείλονται στο μεγαλύτερο ποσοστό άλιπου ιστού που μπορεί να έχουν σε σχέση με τους έχοντες φυσιολογικό ΔΜΣ. Τα αποτελέσματα δείχνουν την αδυναμία του ΔΜΣ να διαχωρίσει μεταξύ σωματικού μεγέθους και σωματικού λίπους.

Illi S, von Mutius E, Lau S, Niggemann B, Gruber C, Wahn U; Multicentre Allergy Study (MAS) group.

### Perennial allergen sensitisation early in life and chronic asthma in children: a birth cohort study.

Lancet. 2006 Aug 26;368(9537):763-70.

**Η επί μακρού ευαισθητοποίηση με αλλεργιογόνα κατά την έναρξη της ζωής και η ανάπτυξη χρόνιου άσθματος στα παιδιά**

Παιδιά που αποκτούν ευαισθησία σε αλλεργιογόνα όπως το τρίχωμα ζώων και εμφανίζουν αναπνευστικό συριγμό κατά την διάρκεια των 3 πρώτων ετών της ζωής, είναι πιθανότερο να αναπτύξουν άσθμα στη συνέχεια της ζωής τους. Στην μελέτη αυτή το 90% των παιδιών που εμφάνισαν αναπνευστικό συριγμό αλλά δεν είχαν ευαισθητοποιηθεί σε αλλεργιογόνα απώλεσαν τα συμπτώματά τους αυτά κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας. Από την άλλη παιδιά με επαναλαμβανόμενα επεισόδια αναπνευστικού συριγμού που είχαν αναπτύξει ευαισθησία σε αλλεργιογόνα κατά την διάρκεια των 3 πρώτων ετών της ζωής ήταν πολύ πιθανό να αναπτύξουν άσθμα κα απώλεια της αναπνευστικής λειτουργικότητάς τους.



Gandhi TK, Kaebalia A, Thomas EJ, Puopolo AL, Yoon C, Brennan TA, Studdert DM.

### Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims.

Ann Intern Med. 2006 Oct 3;145(7):488-96.

**Λανθάνουσα ή καθυστερημένη διάγνωση στο εξωτερικό ιατρείο: Μελέτη περιπτώσεων αγωγών σε περιπτώσεις ιατρικού λάθους**

Οι συγγραφείς ανασκόπησαν περιπτώσεις δικαστικών αγωγών και αποζημιώσεων για περιπτώσεις ιατρικών λαθών που οδήγησαν σε καθυστερημένη ή λάθος διάγνωση. Μελετήθηκαν 181 περιπτώσεις όπου υπήρχε υψηλή πιθανότητα ένα ιατρικό λάθος να οδήγησε σε καθυστερημένη ή λάθος διάγνωση και αναλύθηκαν ως προς το πού και γιατί έγινε το λάθος. Η πιο συχνά καθυστερημένη ή λάθος διάγνωση ήταν ο καρκίνος και η πιο συχνή αιτία το γεγονός ότι δεν ζητήθηκαν οι κατάλληλες εξετάσεις όπως και η ανεπαρκής παρακολούθηση των εργαστηριακών εξετάσεων. Κατά μέσο όρο 3 διαδικασίες δεν έγιναν σωστά ανά περίπτωση λάθους και 2 ή περισσότεροι ιατροί εμπλέκονταν στο 43% των περιπτώσεων λάθους ή καθυστερημένης διάγνωσης.

*Pimentel M, Park S, Mirocha J, Kane SV, Kong Y.*

### **The effect of a nonabsorbed oral antibiotic (rifaximin) on the symptoms of the irritable bowel syndrome: a randomized trial.**

Ann Intern Med. 2006 Oct 17;145(8):557-63.

**Η αποτελεσματικότητα των μη απορροφήσιμων αντιβιοτικών που λαμβάνονται από το στόμα (ριφαξιμίνη) στα συμπτώματα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου.**

Στην διπλή τυφλή αυτή μελέτη 87 ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου χωρίστηκαν τυχαία είτε να λάβουν ριφαξιμίνη (400mg 3 φορές τη μέρα) ή εικονικό φάρμακο για 10 μέρες. Κατά τη διάρκεια 10 εβδομάδων παρακολούθησης οι ασθενείς που έλαβαν ριφαξιμίνη ανέφεραν γενικότερη βελτίωση των συμπτωμάτων και μείωση των συμπτωμάτων τυμπανισμού συχνότερα σε σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν το εικονικό φάρμακο. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές σε ότι αφορά τον κοιλιακό πόνο, τις διάρροιες και την δυσκοιλιότητα μεταξύ των 2 ομάδων.

*Roberts LM, Pattison H, Roalfe A, Franklyn J, Wilson S, Hobbs FD, Parle JV.*

### **Is subclinical thyroid dysfunction in the elderly associated with depression or cognitive dysfunction?**

Ann Intern Med. 2006 Oct 17;145(8):573-81

**Υπάρχει σχέση μεταξύ της υποκλινικής δυσλειτουργίας του θυρεοειδούς και της κατάθλιψης ή των γνωσιακών διαταραχών σε ηλικιωμένους ασθενείς;**

Οι συγγραφείς μελέτησαν 5868 ασθενείς από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ηλικίας >65 ετών για τους οποίους υπήρχαν δεδομένα και εργαστηριακές εξετάσεις για την θυρεοειδική λειτουργία και προτυπωμένες δοκιμασίες για τη συναισθηματική κατάσταση και τη γνωσιακή ικανότητα. 295 ασθενείς βρέθηκαν να πάσχουν από υποκλινικές μορφές δυσλειτουργίας του θυρεοειδούς. Καμιά συσχέτιση δεν βρέθηκε μεταξύ των διαταραχών αυτών και διαταραχών του ψυχισμού, άγχους και κατάθλιψης ή των γνωσιακών ικανοτήτων.

*Gross CP, McAvay GJ, Krumboltz HM, Paltiel AD, Bhasin D, Tinetti ME.*

### **The effect of age and chronic illness on life expectancy after a diagnosis of colorectal cancer: implications for screening.**

Ann Intern Med. 2006 Nov 7;145(9):646-53.

**Η επίδραση της ηλικίας και των χρόνιων νοσημάτων στο προσδόκιμο επιβίωσης μετά την διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου: συσχέτιση με την διαδικασία ανίχνευσης**

Από κάποιο σημείο και μετά ένα άτομο δεν θα ζήσει αρκετά έτσι ώστε να αποδειχθεί ωφέλιμη η διαδικασία ανίχνευσης καρκίνου σε αυτό. Οι συγγραφείς της μελέτης χρησιμοποίησαν δεδομένα από μεγάλη μελέτη που διεξήχθη στις ΗΠΑ (Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER)) και από το φορέα κοινωνικής ασφάλισης των ΗΠΑ (Medicare) για να υπολογίσουν το προσδόκιμο επιβίωσης ασθενών με νέα διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου σε σχέση με την ηλικία και την συνοσηρότητα τους. Για ασθενείς με 3 ή περισσότερες συνοπάρχουσες χρόνιες νόσους, ηλικία μεταξύ 76 και 81 ετών και σταδίου I καρκίνου του παχέος εντέρου, το προσδόκιμο επιβίωσης είναι λιγότερο από 5 έτη, αρκετά μικρό για να αναμένεται όφελος από την εφαρμογή διαδικασίας ανίχνευσης σε αυτούς τους ασθενείς.

*Bookband V, Olds G, Singh J, Singh P, Chak A, Cooper GS.*

### **Colorectal screening after polypectomy: a national survey study of primary care physicians.**

Ann Intern Med. 2006 Nov 7;145(9):654-9.

**Έλεγχος με Κολοσκόπηση μετά Πολυπεκτομή: εθνική μελέτη στους ιατρούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Οι συγγραφείς μελέτησαν ένα τυχαίο δείγμα οικογενειακών ιατρών για τις συνήθειες πρακτικές τους σε ότι αφορά την σύσταση για κολοσκόπηση μετά την διάγνωση πολύποδα του παχέος εντέρου. Οι συμμετέχοντες ιατροί επέλεξαν την συχνότητα με την οποία θα συνέστηναν κολοσκόπηση σε διάφορες κατηγορίες ασθενών -που παρουσιάστηκαν εικονικά- που θα είχαν υποστεί πολυπεκτομή. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες συνέστησαν κολοσκόπηση με συχνότητα μεγαλύτερη από αυτή που προτείνεται διεθνώς από τις επαγγελματικές εταιρείες και τις εταιρείες ειδικότητας.

Ceglia L, Lau J, Pittas AG.

### Meta-analysis: efficacy and safety of inhaled insulin therapy in adults with diabetes mellitus.

Ann Intern Med. 2006 Nov 7;145(9):665-75.

**Μετα-ανάλυση: Αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της θεραπείας με εισπνεόμενη ινσουλίνη σε ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη.**

Από αυτή τη συστηματική ανασκόπηση 16 τυχαιοποιημένων μελετών σε ενήλικες ασθενείς με τύπου 1 και 2 σακχαρώδη διαβήτη προκύπτει ότι η εισπνεόμενη ινσουλίνη οδήγησε σε ελαφρά μικρότερη μείωση των επιπέδων της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σε σχέση με την υποδόρια ινσουλίνη και σε μεγαλύτερη μείωση σε σχέση με αυτή των από του στόματος αντιδιαβητικών παραγόντων. Οι ασθενείς προτίμησαν την εισπνεόμενη ινσουλίνη σε σχέση με την υποδόρια χορηγούμενη. Οι σοβαρές υπογλυκαιμίες ήταν πιθανότερο να συμβούν με την εισπνεόμενη ινσουλίνη από ότι με τα αντιδιαβητικά δισκία. Ήπιος έως μέτριος ξηρός βήχας και ήπια μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας εμφανίστηκαν συχνότερα σε ασθενείς που ελάμβαναν εισπνεόμενη ινσουλίνη.

Fransen M, Anderson C, Douglas J, MacMabon S, Neal B, Norton R, Woodward M, Cameron ID, Crawford R, Lo SK, Tregonning G, Windolf M; HIPAID Collaborative Group.

### Safety and efficacy of routine postoperative ibuprofen for pain and disability related to ectopic bone formation after hip replacement surgery (HIPAID): randomised controlled trial.

BMJ. 2006 Sep 9;333(7567):519. Epub 2006 Aug 2

**Η χρήση ιβουπροφαίνης ως ρουτίνα μετά την αρθροπλαστική του ισχίου δεν είναι δικαιολογημένη**

Η μετεγχειρητική χορήγηση ιβουπροφαίνης ως ρουτίνας για την προφύλαξη από την έκτοπη οστεοποίηση μετά την αρθροπλαστική του ισχίου, δεν είχε σημαντικά κλινικά οφέλη στους 6 και 12 μήνες μετά το χειρουργείο. Οι συγγραφείς χώρισαν τυχαία 902 ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε προγραμματισμένη αρχική ή δεύτερη αρθροπλαστική του ισχίου σε 2 ομάδες: α) στην πρώτη χορηγήθηκαν 1200 mg ιβουπροφαίνης ανά μέρα για 14 μέρες, εντός 24 ωρών από το χειρουργείο και β) στην δεύτερη χορηγήθηκε εικονικό φάρμακο με τον ίδιο τρόπο και για την ίδια διάρκεια. Παρά τον μειωμένο κίνδυνο για έκτοπη οστεοποίηση, η χορήγηση ιβουπροφαίνης δεν οδήγησε σε σημαντική βελτίωση σε ότι αφορά τον πόνο και την λειτουργικότητα του χειρουργηθέντος ισχίου. Η χορήγηση της συνδυάστηκε με σημαντικές αιμορραγικές επιπλοκές.



Wu JY, Leung WY, Chang S, Lee B, Zee B, Tong PC, Chan JC.

### Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial.

BMJ. 2006 Sep 9;333(7567):522.

**Η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου μειώνει την θνητότητα σε ασθενείς με πολυφαρμακία**

Η τακτική συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου από ένα φαρμακοποιό βελτιώνει την συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή και μειώνει την θνητότητα σε μη-καλά συμμορφούμενους με την φαρμακευτική αγωγή ασθενείς. Οι συγγραφείς χώρισαν τυχαία 442 μη-καλά συμμορφούμενους ασθενείς που έπαιρναν πάνω από 5 χρόνια συνταγογραφούμενα φάρμακα σε 2 ομάδες: α) την πρώτη που δέχτηκε παρέμβαση συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου με στόχο την σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και β) την δεύτερη που δεν δέχτηκε καμία παρέμβαση. Αφού έγινε ανάλυση - λαμβάνοντας υπόψη τυχόν συγχυτικούς παράγοντες - η «ομάδα παρέμβασης» είχε 41% μείωση του κινδύνου θανάτου κατά τα επόμενα 2 χρόνια και μικρότερη χρήση υπηρεσιών υγείας. Η συνεχόμενη φροντίδα είναι απαραίτητα για την αλλαγή της συμπεριφοράς προς την υιοθέτηση στάσεων που προάγουν την υγεία.

Fairhead JF, Rothwell PM.

## **Underinvestigation and undertreatment of carotid disease in elderly patients with transient ischaemic attack and stroke: comparative population based study.**

BMJ. 2006 Sep 9;333(7567):525-7.

### **Θεραπεία ηλικιωμένων ασθενών με ελάσσονα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.**

Ασθενείς ηλικίας >80 ετών με παροδικά ισχαιμικά επεισόδια ή ήπια αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια έχουν αυξημένη επίπτωση συμπτωματικής στένωσης καρωτίδων αλλά παραμένουν σε σημαντικό βαθμό ανεπαρκώς διερευνημένοι και υπο-θεραπευόμενοι. Οι συγγραφείς συνέκριναν την διαχείριση συνολικά περισσότερων από 680000 ασθενών όπου έγινε είτε αγγειακός έλεγχος είτε απεικόνιση των αγγείων ή ο έλεγχος ρουτίνας σε επίπεδο δευτεροβάθμιου νοσοκομείου. Στην ηλικιακή ομάδα των ασθενών που ήταν >80 ετών η συχνότητα της απεικονιστικής διάγνωσης, της καρωτιδικής στένωσης πάνω από 50% και της καρωτιδικής ενδαρτηριακτομής ήταν σημαντικά μικρότερη, στην περίπτωση της κλινικής πρακτικής ρουτίνας.

Diggle L, Deeks JJ, Pollard AJ.

## **Effect of needle size on immunogenicity and reactogenicity of vaccines in infants: randomised controlled trial.**

BMJ. 2006 Sep 16;333(7568):571.

### **Το μήκος της βελόνης και παιδικός εμβολιασμός**

Στην μελέτη αυτή οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι μακρές βελόνες (25 mm) είναι καλύτερες για τον εμβολιασμό βρεφών ηλικίας 2,3 και 4 μηνών. 700 υγιή βρέφη χωρίστηκαν τυχαία σε 3 ομάδες που εμβολιάστηκαν για τέτανο-κοκκύτη-διφθερίτιδα και αιμόφιλο τύπου b και μηνιγγιτιδόκοκκο στην ηλικία των 2,3 και 4 μηνών χρησιμοποιώντας είτε α) μακριά και φαρδιά βελόνη (25 mm, 23 gauge), είτε β) κοντή και λεπτή βελόνη (16 mm, 25 gauge), είτε γ) μακριά και λεπτή βελόνη (25 mm, 25 gauge). Οι μικρές βελόνες σε στατιστικά σημαντικό βαθμό περιόρισαν τις τοπικές αντιδράσεις μετά κάθε δόση και η ανοσοαπόκριση ήταν συγκρίσιμη τόσο στις μακρές όσο και στις κοντές βελόνες. Η διάμετρος της βελόνης δεν έπαιξε κανένα ρόλο στις παραπάνω εκβάσεις.

Thomas KJ, MacPherson H, Thorpe L, Brazier J, Fitter M, Campbell MJ, Roman M, Walters SJ, Nicholl J.

## **Randomised controlled trial of a short course of traditional acupuncture compared with usual care for persistent non-specific low back pain.**

BMJ. 2006 Sep 23;333(7569):623. Epub 2006 Sep 15.

Ratcliffe J, Thomas KJ, MacPherson H, Brazier J.

## **A randomised controlled trial of acupuncture care for persistent low back pain: cost effectiveness analysis.**

BMJ. 2006 Sep 23;333(7569):626. Epub 2006 Sep 15

### **Ο βελονισμός μπορεί να βοηθήσει στον μη-ειδικό οσφυϊκό πόνο**

#### **...και φαίνεται να είναι αποτελεσματικός σε σχέση με το κόστος του σε βάθος χρόνου**

Η παραπομπή σε πιστοποιημένο βελονιστή μπορεί να είναι ασφαλής και αποδεκτή για ασθενείς που υποφέρουν από πόνους στη μέση μη ειδικής αιτιολογίας. 241 ασθενείς με πόνο στη μέση μη ειδικής αιτιολογίας διάρκειας 4 έως 52 εβδομάδων χωρίστηκαν τυχαία σε 2 ομάδες από τις οποίες η μία ακολούθησε 10 συνεδρίες βελονισμού για 3 μήνες και η άλλη έλαβε τη συνήθη θεραπεία. Βρέθηκε ότι η ομάδα που ακολούθησε το πρόγραμμα του βελονισμού είχε κάποιο όφελος στον πόνο της μέσης στους 12 μήνες μετά την θεραπεία ενώ όχι ιδιαίτερα ισχυρά δεδομένα αποδεικνύουν μικρό όφελος στους 24 μήνες. Η ομάδα που υποβλήθηκε σε βελονισμό είχε 10-15% καλύτερο αποτέλεσμα στο τελικό σκορ του πόνου σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Σε μια παράλληλη εκτίμηση του λόγου κόστους-αποτελεσματικότητας οι συγγραφείς συνέκριναν τα κόστη του βελονισμού σε σχέση με την συνήθη θεραπεία ενώ αναλύθηκαν οι παράμετροι αυτοί λαμβάνοντας υπόψη τα κερδισμένα χρόνια ζωής προσαρμοσμένα για την ποιότητά τους [quality adjusted life year (QALY)] για διάστημα 2 ετών μετά το πέρας της θεραπείας. Βρέθηκε ότι τα κόστη του βελονισμού είναι μεγαλύτερα σε σχέση με την συνήθη θεραπεία. Ο βελονισμός φαίνεται να είναι αποτελεσματικός σε σχέση με το κόστος του αν δαπανηθούν περί τα £20 000 για κάθε έτος ζωής προσαρμοσμένο προς την ποιότητά του (QALY).



Hazir T, Nisar YB, Qazi SA, Khan SF, Raza M, Zameer S, Masood SA.

### Chest radiography in children aged 2-59 months diagnosed with non-severe pneumonia as defined by World Health Organization: descriptive multicentre study in Pakistan.

BMJ. 2006 Sep 23;333(7569):629.

**Η γρήγορη αναπνοή δεν είναι αρκετή για την διάγνωση της πνευμονίας της παιδικής ηλικίας**  
Πολλά παιδιά με μη σοβαρή πνευμονία που διαγιγνώσκονται στη βάση του τρέχοντος ορισμού της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας-ΠΟΥ (μόνο με ύπαρξη ταχύπνοιας) δεν έχουν ακτινολογικά ευρήματα πνευμονίας. Στην περιγραφική αυτή μελέτη αξιολογήθηκαν τα ακτινολογικά ευρήματα 1848 παιδιών ηλικίας 2 έως 56 μηνών από εξωτερικά ιατρεία σε 4 πόλεις του Πακιστάν με κλινική διάγνωση μη σοβαρής πνευμονίας σύμφωνα με τον ορισμό της ΠΟΥ. Μόνο στο 14% των ακτινογραφιών υπήρχαν ακτινολογικά ευρήματα πνευμονίας και το 82% αυτών γνωματεύτηκαν ως φυσιολογικές. Οι ορισμοί της ΠΟΥ για την διάγνωση της πνευμονίας πρέπει να συγκεκριμενοποιηθούν κυρίως για την βελτίωση της λογικής χρήσης των αντιβιοτικών, καταλήγουν οι συγγραφείς.

Adams KF, Schatzkin A, Harris TB, Kipnis V, Moww T, Ballard-Barbash R, Hollenbeck A, Leitzmann MF.

### Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old.

N Engl J Med. 2006 Aug 24;355(8):763-78

Jee SH, Sull JW, Park J, Lee SY, Ohrr H, Gnallar E, Samet JM.

### Body-mass index and mortality in Korean men and women.

N Engl J Med. 2006 Aug 24;355(8):779-87.

**Αυξημένο σωματικό βάρος, παχυσαρκία, και κίνδυνος θανάτου σε άτομα ηλικίας 50 έως 71 ετών**  
**Δείκτης μάζας σώματος και θνησιμότητα σε Κορεάτες άνδρες και γυναίκες**

Στην μελέτη αυτή προοπτικά αναλύθηκαν δεδομένα για τον δείκτη μάζας σώματος και την θνησιμότητα από οποιαδήποτε αιτία σε 500.000 άτομα ηλικίας 50 έως 71 ετών. Ο κίνδυνος θανάτου ήταν αυξημένος στις ανώτερες και κατώτερες κατηγορίες με βάση το δείκτη μάζας σώματος τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες αλλά και μεταξύ υπέρβαρων και παχύσαρκων ανδρών και γυναικών που ήταν υγιείς και δεν είχαν καπνίσει ποτέ. Αύξηση του σωματικού βάρους κατά την μέση ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένου και του να είναι κανείς απλώς υπέρβαρος και όχι παχύσαρκος, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θανάτου.

Αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζονται και στην μελέτη κούρτης κορεατών ανδρών και γυναικών με προοπτική παρακολούθηση 12 ετών. Οι λιποβαρείς και παχύσαρκοι έχουν αυξημένη θνησιμότητα σε σχέση με τους έχοντες φυσιολογικό σωματικό βάρος και η συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος και θνησιμότητας διαφέρει ανάλογα με την αιτία θανάτου και την ηλικία, το φύλο και το ιστορικό καπνίσματος



Bertagnoli MM, Eagle CJ, Zauber AG, Redston M, Solomon SD, Kim K, Tang J, Rosenstein RB, Wittes J, Corle D, Hess TM, Woloj GM, Boisserie F, Anderson WF, Viner JL, Bagheri D, Burn J, Chung DC, Dewar T, Foley TR, Hoffman N, Macrae F, Pruitt RE, Saltzman JR, Salzberg B, Sylwestronicz T, Gordon GB, Hawke ET; APC Study Investigators.

### Celecoxib for the prevention of sporadic colorectal adenomas.

N Engl J Med. 2006 Aug 31;355(9):873-84.

**Η Σελεκοξίμνη για την πρόληψη των σποραδικών αδενωμάτων του παχέος εντέρου**

Στη μελέτη αυτή συγκρίνεται η αποτελεσματικότητα της σελεκοξίμνης (celecoxib) σε σχέση με το εικονικό φάρμακο σε ασθενείς που είχαν ιστορικό αφαίρεσης αδενωμάτων του παχέος εντέρου πριν την εισαγωγή στην μελέτη. Η σελεκοξίμνη μείωσε τον κίνδυνο επανεμφάνισης των αδενωμάτων του παχέος εντέρου 3 χρόνια μετά την έναρξη της θεραπείας (σχετικός κίνδυνος 0.67 για την ομάδα που λάμβανε 200mg Celecoxib 2 φορές την ημέρα και 0.55 για την ομάδα που ελάμβανε 400 mg celecoxib 2 φορές την ημέρα) και αύξησε τον κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών καρδιαγγειακών συμβαμάτων (σχετικός κίνδυνος, 2,6 και 3,4 αντίστοιχα)

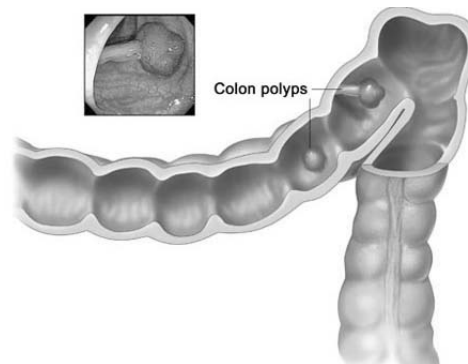
Arber N, Eagle CJ, Spicak J, Racz I, Dite P, Hajer J, Zavoral M, Lechuga MJ, Gerletti P, Tang J, Rosenstein RB, Macdonald K, Bbadra P, Fowler R, Wittes J, Zauber AG, Solomon SD, Levin B; PreSAP Trial Investigators.

## Celecoxib for the prevention of colorectal adenomatous polyps.

N Engl J Med. 2006 Aug 31;355(9):885-95.

**Η Σελεκοξίμπη για την πρόληψη των αδενωματωδών πολυπόδων του παχέος εντέρου**

Ασθενείς με αδενωματώδεις πολύποδες του παχέος εντέρου στο ιστορικό τους, χωρίστηκαν τυχαία να λαμβάνουν 400 mg Σελεκοξίμπης (celecoxib) ή εικονικό φάρμακο μία φορά την ημέρα. Η σελεκοξίμπη μείωσε σε σημαντικό βαθμό τον κίνδυνο ανάπτυξης αδενωμάτων (αθροιστικός κίνδυνος 34% στην ομάδα της σελεκοξίμπης και 49% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου) καθώς και πιο προχωρημένων αδενωματωδών βλαβών (αθροιστικός κίνδυνος 5% και 10% αντίστοιχα)



Bosset JF, Collette L, Calais G, Mineur L, Maingon P, Radosevic-Jelic L, Daban A, Bardet E, Beny A, Ollier JC; EORTC Radiotherapy Group Trial 22921.

## Chemotherapy with preoperative radiotherapy in rectal cancer.

N Engl J Med. 2006 Sep 14;355(11):1114-23.

**Χημειοθεραπεία και προεγχειρητική ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του Ορθού**

Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι συνήθης θεραπεία του καρκίνου του ορθού. Στην μελέτη αυτή μετρήθηκε η αποτελεσματικότητα της προσθήκης χημειοθεραπευτικού σχήματος φλουορακίλης στην προεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε ασθενείς με χειρουργήσιμο καρκίνο του ορθού. Η χημειοθεραπεία δεν είχε επίδραση στην επιβίωση των ασθενών αλλά βελτίωσε τον τοπικό έλεγχο του όγκου

Lunde K, Solheim S, Aakhus S, Arnesen H, Abdelnoor M, Egeland T, Endresen K, Ilebekke A, Mangschau A, Fjeld JG, Smith HJ, Taraldsrud E, Groggaard HK, Bjornerheim R, Brekke M, Muller C, Hopp E, Ragnarsson A, Brinchmann JE, Forfang K.

## Intracoronary injection of mononuclear bone marrow cells in acute myocardial infarction.

N Engl J Med. 2006 Sep 21;355(12):1199-209.

**Ενδοστεφανιαία έγχυση μυελοκυττάρων στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.**

Η βελτίωση της αναγέννησης των κυττάρων του μυοκαρδίου μετά το έμφραγμα του μυοκαρδίου, με την ενδοστεφανιαία έγχυση κυττάρων του μυελού των οστών που περιέχουν βλάστες και αρχέγονα βλαστικά κύτταρα διερευνάται στην μελέτη αυτή. Ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, η ενδοστεφανιαία έγχυση κυττάρων του μυελού των οστών δεν είχε καμία επίδραση στην λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας και στο μέγεθος του εμφράκτου, 6 μήνες μετά το έμφραγμα.

Schachinger V, Erbs S, Elsasser A, Haberbosch W, Hambrecht R, Holschermann H, Yu J, Corti R, Mathey DG, Hamm CW, Suselbeck T, Assmus B, Tonn T, Dimmeler S, Zeiber AM; REPAIR-AMI Investigators.

## Intracoronary bone marrow-derived progenitor cells in acute myocardial infarction.

N Engl J Med. 2006 Sep 21;355(12):1210-21.

**Ενδοστεφανιαία έγχυση αρχέγονων βλαστικών κυττάρων στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου**

Η έγχυση αρχέγονων βλαστικών κυττάρων προερχόμενων από το μυελό σε στεφανιαία αγγεία που έχουν υποστεί έμφραγμα συνδυάστηκε με βελτίωση του κλάσματος εξώθησης κατά 5.5%. Για να διαπιστωθεί αν και κατά πόσο η μέτρια αυτή βελτίωση της κοιλιακής λειτουργίας μεταφράζεται σε μακροχρόνια κλινική βελτίωση χρειάζονται μεγαλύτερες μελέτες με μεγαλύτερα διαστήματα παρακολούθησης.

*Assmus B, Honold J, Schachinger V, Britten MB, Fischer-Rasokat U, Lehmann R, Teupe C, Pistorius K, Martin H, Abolmaali ND, Tonn T, Dimmeler S, Zeiber AM.*

### **Transcoronary transplantation of progenitor cells after myocardial infarction.**

N Engl J Med. 2006 Sep 21;355(12):1222-32.

**Διαστεφανιαία μεταμόσχευση αρχέγονων βλαστικών κυττάρων μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου**

Η ενδοστεφανιαία έγχυση αρχέγονων βλαστικών κυττάρων προερχόμενων από τον μυελό των οστών σε ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου σε επούλωση είχε ως αποτέλεσμα ήπια αλλά στατιστικά σημαντική βελτίωση τόσο στην συνολική όσο και στην τοπική λειτουργία της αριστερής κοιλίας. Αρχέγονοι βλάστες από την κυκλοφορία του αίματος, εμφανίζονται με μικρότερη αποτελεσματικότητα. Οι υποκείμενοι μηχανισμοί είναι εν πολλοίς άγνωστοι. Η σχετική βασική έρευνα αν και βρίσκεται στα αρχικά της στάδια είναι πολλά υποσχόμενη για το μέλλον.

*Shapiro AM, Ricordi C, Hering BJ, Auchincloss H, Lindblad R, Robertson RP, Secchi A, Brendel MD, Berney T, Brennan DC, Cagliero E, Alejandro R, Ryan EA, DiMercurio B, Morel P, Polonsky KS, Reems JA, Bretzel RG, Bertuzzi F, Froud T, Kandaswamy R, Sutherland DE, Eisenbarth G, Segal M, Preiksaitis J, Korbutt GS, Barton FB, Viviano L, Seyfert-Margolis V, Bluestone J, Lakey JR.*

### **International trial of the Edmonton protocol for islet transplantation.**

N Engl J Med. 2006 Sep 28;355(13):1318-30.

**Μεταμόσχευση νησιδίων του παγκρέατος στον Τύπου 1 Διαβήτη**

Η μεταμόσχευση νησιδίων του παγκρέατος αποτελεί μια ανερχόμενη θεραπεία στους ασθενείς με τύπου 1 Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) που εμφανίζουν σοβαρές υπογλυκαιμίες ή αρρυθμιστο σακχαρώδη διαβήτη και όλες οι άλλες προσπάθειες να επιτευχθεί ευγλυκαιμία έχουν εξαντληθεί. Στην πολυκεντρική τυχαιοποιημένη αυτή μελέτη επιβεβαιώνεται ότι η μεταμόσχευση νησιδίων με το πρωτόκολλο του Edmonton μπορεί επιτυχώς να αποκαταστήσει την ενδογενή παραγωγή ινσουλίνης σε βάθος χρόνου και να αποκαταστήσει των γλυκαιμικό έλεγχο σε ασθενείς σαν και αυτούς που περιγράφονται παραπάνω, χωρίς βέβαια στις περισσότερες περιπτώσεις να πάψει να χρειάζεται η χορήγηση ινσουλίνης.

*Brown DM, Kaiser PK, Michels M, Soubrane G, Heier JS, Kim RY, Sy JP, Schneider S; ANCHOR Study Group.*

### **Ranibizumab versus verteporfin for neovascular age-related macular degeneration.**

N Engl J Med. 2006 Oct 5;355(14):1432-44.

**Ρανιμπιζουμάμπη και Βερτεπορφίνη στη γεροντική εκφύλιση της ωχράς κηλίδας**

Προηγούμενες μελέτες εμπλέκουν τον ενδοϋαλοειδή αυξητικό παράγοντα του αγγειακού ενδοθηλίου A (VEGF-A) στην νέο-αγγείωση και την συνεπαγόμενη γεροντική εκφύλιση της ωχράς. Στην διπλή τυφλή αυτή ελεγχόμενη κλινική μελέτη συγκρίνεται η Ρανιμπιζουμάμπη, που αδρανοποιεί τα ισομερή του VEGF-A με την συνδυαστική φωτοθεραπεία και χορήγηση βερτεπορφίνης. Η Ρανιμπιζουμάμπη εμφανίζει καλύτερα αποτελέσματα στην κλασική νεοαγγείωση που παρατηρείται πρόδρομα στην γεροντική εκφύλιση της ωχράς.

*Mas JL, Chatellier G, Beyssen B, Branchereau A, Moulin T, Becquemin JP, Larrue V, Lievre M, Leys D, Bonneville JF, Watelet J, Pruvo JP, Albuher JF, Vignier A, Piquet P, Garnier P, Viader F, Touze E, Giroud M, Hosseini H, Pillet JC, Favrole P, Neau JP, Ducrocq X; EVA-3S Investigators.*

### **Endarterectomy versus stenting in patients with symptomatic severe carotid stenosis.**

N Engl J Med. 2006 Oct 19;355(16):1660-71.

**Ενδαρτηριεκτομή έναντι τοποθέτησης πλέγματος (stent) σε ασθενείς με συμπτωματική σοβαρή στένωση καρωτίδας**

Στην τυχαιοποιημένη αυτή μελέτη ασθενείς με συμπτωματική στένωση της καρωτίδας σε ποσοστό >60% που έκαναν χειρουργική επέμβαση (ενδαρτηριεκτομή) παρουσίασαν μικρότερη συχνότητα θανάτων ή εγκεφαλικών επεισοδίων στους 1 και 6 μήνες μετά την θεραπεία σε σχέση με αυτούς που τοποθετήθηκε stent.

Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, Davis SM, Hsiao JK, Ismail MS, Lebowitz BD, Lyketsos CG, Ryan JM, Stroup TS, Sultzer DL, Weintraub D, Lieberman JA; CATIE-AD Study Group.

### **Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease.**

N Engl J Med. 2006 Oct 12;355(15):1525-38.

#### **Αποτελεσματικότητα των άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων σε ασθενείς με νόσο Alzheimer.**

Στην μελέτη αυτή ασθενείς με νόσο του Alzheimer και ψύχωση, επιθετικότητα ή νευρική χωρίστηκαν τυχαία σε ομάδες που έλαβαν είτε ολανζαπίνη, είτε ρισπεριδόνη είτε κουετιαπίνη είτε εικονικό φάρμακο. Και οι 4 ομάδες παρουσίασαν παρόμοια οφέλη μέχρι την διακοπή της αγωγής. Η πιο συχνή αιτία διακοπής της εικονικής θεραπείας ήταν η έλλειψη αποτελεσματικότητας και για τα άτυπα αντιψυχωσικά και η δυσανεξία.

Hladik W, Dollard SC, Mermin J, Fowlkes AL, Downing R, Amin MM, Banage F, Nzaro E, Kataaba P, Dondero TJ, Pellett PE, Lackritz EM.

### **Transmission of human herpesvirus 8 by blood transfusion.**

N Engl J Med. 2006 Sep 28;355(13):1331-8.

#### **Μετάδοση του Ανθρώπινου Ερπητοϊού 8 με μετάγγιση αίματος**

Ο ανθρώπινος ερπητοϊός 8 (HHV-8) είναι η αιτία του σαρκώματος Kaposi, του πιο συχνά συνδυαζόμενου καρκίνου με το AIDS. Στην μελέτη αυτή, δέκτες μεταγγιζόμενου αίματος στην Ουγκάντα εμφάνισαν 2,8 % μεγαλύτερο κίνδυνο ορομετατροπής στον HHV-8, όταν το μεταγγιζόμενο προϊόν ήταν οροθετικό σε σχέση με τις περιπτώσεις που το μεταγγιζόμενο προϊόν ήταν οροαρνητικό.

DREAM Trial Investigators; Bosch J, Yusuf S, Gerstein HC, Pogue J, Sberidan P, Dagenais G, Diaz R, Avezum A, Lanan F, Probstfield J, Fodor G, Holman RR.

### **Effect of ramipril on the incidence of diabetes.**

N Engl J Med. 2006 Oct 12;355(15):1551-62.

#### **Η Ραμιπρίλη στην πρόληψη του Διαβήτη σε άτομα με διαταραγμένη ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης**

Συμμετέχοντες χωρίς καρδιαγγειακή νόσο αλλά με διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας ή δυσανοχή στην γλυκόζη έλαβαν ραμιπρίλη ή εικονικό φάρμακο (με ροζιλιταζόνη ή χωρίς ροζιλιταζόνη, αντίστοιχα) για μέσο διάστημα 3 ετών. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι AMEA μπορούν να βελτιώσουν σε μέτριο βαθμό τον μεταβολισμό της γλυκόζης αλλά όχι να αλλάξουν την συχνότητα θανάτων ή τον αριθμό των νέων διαγνώσεων διαβήτη.

Wing RR, Tate DF, Gorin AA, Raynor HA, Fava JL.

### **A self-regulation program for maintenance of weight loss.**

N Engl J Med. 2006 Oct 12;355(15):1563-71.

#### **Πρόγραμμα αυτο-ρύθμισης για την διατήρηση του χαμηλού σωματικού βάρους**

Το πρόγραμμα αυτό διατήρησης του σωματικού βάρους βασίζεται στην θεωρία της «αυτο-ρύθμισης» και περιλαμβάνει οδηγίες για καθημερινή μέτρηση του σωματικού βάρους από τους ίδιους του συμμετέχοντες στη μελέτη. Οι συγγραφείς έλεγξαν την αποδοτικότητα της διανομής του προγράμματος πρόσωπο-με-πρόσωπο ή μέσω του ίντερνετ σε σύγκριση με την διανομή του μέσω περιοδικών φυλλαδίων. Όλες οι παρεμβάσεις βελτίωσαν την διατήρηση του χαμηλού σωματικού βάρους ιδιαίτερα όταν διενεργούνταν πρόσωπο-με-πρόσωπο.

Haland G, Carlsen KC, Sandvik L, Devulapalli CS, Munthe-Kaas MC, Pettersen M, Carlsen KH; ORAACLE.

### **Reduced lung function at birth and the risk of asthma at 10 years of age.**

N Engl J Med. 2006 Oct 19;355(16):1682-9.

#### **Μειωμένη αναπνευστική λειτουργικότητα κατά την γέννηση και άσθμα στην ηλικία των 10 ετών**

Αυτή η προοπτική μελέτη 802 νεογνών έδειξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μειωμένης λειτουργικότητας των πνευμόνων (μειωμένοι αναπνευστικοί όγκοι και χωρητικότητες) κατά τη γέννηση και τον κίνδυνο ανάπτυξης άσθματος στην ηλικία των 10 ετών. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι αλλαγές στην λειτουργία του αναπνευστικού που σχετίζονται με το άσθμα, μπορούν να γίνουν αντιληπτές και αμέσως μετά την γέννηση.

*International Early Lung Cancer Action Program Investigators; Henschke CI, Yankelevitz DF, Libby DM, Pasmantier MW, Smith JP, Miettinen OS.*

### **Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening.**

N Engl J Med. 2006 Oct 26;355(17):1763-71.

#### **Επιβίωση σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα Σταδίου I, που διαγνώστηκαν σε πρόγραμμα διαλογής με CT**

Περισσότεροι από 30.000 συμμετέχοντες προερχόμενοι από το γενικό πληθυσμό έλαβαν μέρος σε πρόγραμμα διαλογής για τον καρκίνο του πνεύμονα με την διενέργεια σπειροειδούς αξονικής τομογραφίας. Σταδίου I καρκίνος του πνεύμονα διαγνώστηκε σε 412 συμμετέχοντες και η 10-ετής επιβίωση τους μετά την χειρουργική αφαίρεση του όγκου ήταν σχεδόν 90%.

*Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Traxel AB.*

### **Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis.**

JAMA. 2006 Oct 11;296(14):1735-41.

#### **Κίνδυνος εμφράγματος του μυοκαρδίου σε ασθενείς με Ψωρίαση**

Υπάρχουν δεδομένα στη βιβλιογραφία που δείχνουν ότι ασθενείς με ψωρίαση έχουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, συμπεριλαμβανομένου του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Σε μια κοόρτη προερχόμενη από το γενικό πληθυσμό, οι συγγραφείς έλεγξαν την υπόθεση ότι η ψωρίαση είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι οι ασθενείς με ψωρίαση έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου σε σχέση με αυτούς χωρίς ψωρίαση. Η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρότερη όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία και διατηρείται αφού γίνει έλεγχος για όλους τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο.

*Menzies D, Nair A, Williamson PA, Schembri S, Al-Khairalla MZ, Barnes M, Fardon TC, McFarlane L, Magee GJ, Lipworth BJ.*

### **Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places.**

JAMA. 2006 Oct 11;296(14):1742-8.

#### **Αποτελέσματα στην αναπνευστική λειτουργία από την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους**

Παρόλη την τεκμηρίωση της συσχέτισης του παθητικού καπνίσματος και των προβλημάτων υγείας που προκαλεί δεν έχει απαγορευτεί το κάπνισμα σε πολλούς δημόσιους χώρους. Οι συγγραφείς προοπτικά μελέτησαν τα συμπτώματα από το αναπνευστικό, την αναπνευστική λειτουργία και δείκτες φλεγμονής σε ασθματικούς και μη ασθματικούς εργαζόμενους σε μπαρ της Σκωτίας, 1 μήνα πριν και 2 μήνες μετά την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους. Τόσο οι ασθματικοί όσο και οι μη ασθματικοί συμμετέχοντες στην μελέτη βρέθηκαν σε σημαντικό βαθμό βελτιωμένοι ως προς όλους τους παραπάνω δείκτες 2 μήνες μετά την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους.

*Liu JH, Zingmond DS, McGory ML, SooHoo NF, Ettner SL, Brook RH, Ko CY.*

### **Disparities in the utilization of high-volume hospitals for complex surgery.**

JAMA. 2006 Oct 25;296(16):1973-80.

#### **Η χρήση των μεγάλων νοσοκομείων για πολύπλοκες επεμβάσεις**

Οι ασθενείς που πραγματοποιούν πολύπλοκες επεμβάσεις έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε μεγάλα παρά σε μικρότερα νοσοκομεία, αλλά το πόσο επηρεάζουν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά το πού θα γίνει μια πολύπλοκη χειρουργική επέμβαση δεν είναι σαφές. Στην μελέτη αυτή που συλλέχθηκαν δεδομένα αναδρομικά και προοπτικά από την κίνηση των ασθενών μελετήθηκαν η φυλετική προέλευση και η ασφαλιστική κατάσταση των ασθενών που υπεβλήθησαν σε κάποια από 10 πολύπλοκες χειρουργικές επεμβάσεις τόσο σε μεγάλα όσο και σε μικρά νοσοκομεία. Βρέθηκε ότι οι έγχρωμοι ασθενείς που ήταν ασφαλισμένοι στο πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλισης των ΗΠΑ (Medicaid) ή ήταν ανασφάλιστοι είχαν λιγότερες πιθανότητες να νοσηλευτούν σε μεγάλα νοσοκομεία και περισσότερες σε μικρά, για την διενέργεια μιας πολύπλοκης χειρουργικής επέμβασης. Στο γράμμα της σύνταξης συζητείται η δυνατότητα επιλογής νοσοκομείου από τους ασθενείς και αμφισβητείται η υπόθεση ότι η αύξηση του μεγέθους ενός νοσοκομείου βελτιώνει την ποιότητα της παρεχόμενης χειρουργικής φροντίδας.

Go AS, Lee WY, Yang J, Lo JC, Gurwitz JH.

### **Statin therapy and risks for death and hospitalization in chronic heart failure.**

JAMA. 2006 Nov 1;296(17):2105-11.

#### **Θεραπεία με στατίνες και ανεπιθύμητα συμβάματα στην καρδιακή ανεπάρκεια**

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες συσχετίζουν τα χαμηλά επίπεδα λιποπρωτεϊνών του ορού με κακή πρόγνωση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Στην μελέτη αυτή σε ενήλικες με καρδιακή ανεπάρκεια κατάλληλους για έναρξη θεραπείας με στατίνες, βρέθηκε ότι η θεραπεία με στατίνες σχετίζεται με μικρότερη πιθανότητα θανάτου ή νοσηλείας σε νοσοκομείο ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι στεφανιαίας νόσου.

Gheorghiu M, Abraham WT, Albert NM, Greenberg BH, O'Connor CM, Sbe L, Stough WG, Yancy CW, Young JB, Fonarow GC; OPTIMIZE-HF Investigators and Coordinators.

### **Systolic blood pressure at admission, clinical characteristics, and outcomes in patients hospitalized with acute heart failure.**

JAMA. 2006 Nov 8;296(18):2217-26.

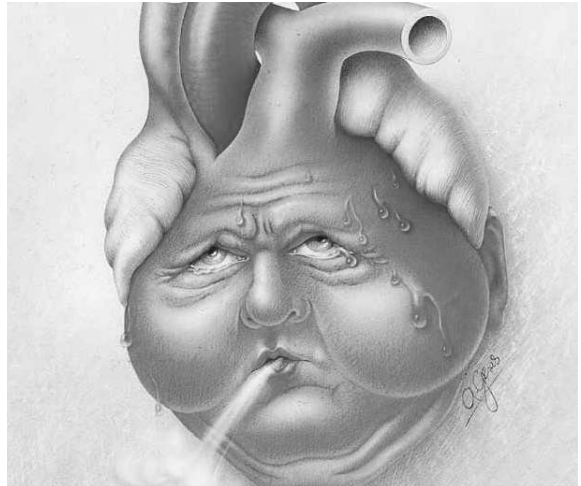
Bursi F, Weston SA, Redfield MM, Jacobsen SJ, Pakhomov S, Nkomo VT, Meverden RA, Roger VL.

#### **Systolic and diastolic heart failure in the community.**

JAMA. 2006 Nov 8;296(18):2209-16.

#### **Κλινικά χαρακτηριστικά και εκβάσεις στην καρδιακή ανεπάρκεια**

Δύο άρθρα εξετάζουν τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Στο πρώτο άρθρο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα μετρήσεων του κλάσματος εξώθησης, της διαστολικής λειτουργίας και του νατριουρτικού πεπτιδίου του εγκεφάλου, BNP σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι συγγραφείς βρήκαν ότι το 55% των ασθενών διατηρούσε το κλάσμα εξώθησης (>50%), 80% εμφάνιζε διαστολική δυσλειτουργία και το 44% εμφάνιζε μόνο διαστολική δυσλειτουργία ενώ οι δείκτες θνητότητας ήταν παρόμοιοι σε ασθενείς που διατηρούσαν και σε ασθενείς που δεν διατηρούσαν το κλάσμα εξώθησης. Η σοβαρότητα της συστολικής και διαστολικής δυσλειτουργίας συσχετίστηκε με ανεξάρτητο τρόπο με υψηλά επίπεδα BNP. Στο δεύτερο άρθρο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μέτρησης της συστολικής αρτηριακής πίεσης και των νοσοκομειακών εκβάσεων σε 48.612 νοσηλευόμενους με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι η συστολική αρτηριακή πίεση κατά την εισαγωγή είναι ανεξάρτητος παράγοντας νοσηρότητας και θνητότητας τόσο σε ασθενείς με μειωμένο κλάσμα εξώθησης όσο και σε ασθενείς που δεν έχει μειωθεί το κλάσμα εξώθησης. Ιδιαίτερα κακή πρόγνωση εμφανίζει η ομάδα των ασθενών με συστολική πίεση κατά την εισαγωγή <120 mmHg.



Kaplan SA, Roehrborn CG, Rovner ES, Carlsson M, Bavendam T, Guan Z.

### **Tolterodine and tamsulosin for treatment of men with lower urinary tract symptoms and overactive bladder: a randomized controlled trial.**

JAMA. 2006 Nov 15;296(19):2319-28.

#### **Θεραπεία των συμπτωμάτων του κατώτερου ουροποιητικού**

Άνδρες με υπερδραστική κύστη ή με άλλα συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό συχνά θεραπεύονται με αντιμускаρινικούς παράγοντες ή α-αδρενεργικούς ανταγωνιστές, ωστόσο η μονοθεραπεία δεν είναι πάντοτε αποτελεσματική. Στην μελέτη αυτή έγινε σύγκριση μεταξύ της χρήσης ενός αντιμускаρινικού παράγοντα (tolterodine), ενός α-αδρενεργικού ανταγωνιστή (tamsulosin), του συνδυασμού ταυτόχρονης χρήσης και των 2 ή της μη χρήσης φαρμάκου (placebo) σε ασθενείς με υπερδραστική κύστη και καλοήγη υπερτροφία προστάτη. Η χρήση συνδυαστικής θεραπείας είχε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό καλύτερα αποτελέσματα από τις άλλες 3 ομάδες, ενώ όλες οι θεραπείες έγιναν καλά ανεκτές από τους ασθενείς και η συχνότητα κατακράτησης ούρων ήταν χαμηλή.

*Thompson IM Jr, Tangen CM, Paradelo J, Lucia MS, Miller G, Troyer D, Messing E, Forman J, Chin J, Swanson G, Canby-Hagino E, Crawford ED.*

### **Adjuvant radiotherapy for pathologically advanced prostate cancer: a randomized clinical trial.**

JAMA. 2006 Nov 15;296(19):2329-35.

#### **Συμπληρωματική ακτινοθεραπεία σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του προστάτη**

Η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του ασθενούς με προχωρημένο καρκίνο του προστάτη μετά την ριζική προστατεκτομή δεν είναι γνωστή. Οι συγγραφείς χώρισαν τυχαία ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του προστάτη σε μια ομάδα που δέχτηκε τοπική ακτινοθεραπεία και σε στην άλλη που δέχτηκε την συνήθη φροντίδα με παρακολούθηση. Κατά τη διάρκεια μέσου χρόνου παρακολούθησης περί τα 15 χρόνια η συμπληρωματική ακτινοθεραπεία δεν βελτίωσε τον ελεύθερο-μεταστάσεων χρόνο επιβίωσης ή τη συνολική επιβίωση αλλά περιόρισε τις υποτροπές της νόσου.

*Walter LC, Bertenthal D, Lindquist K, Konety BR.*

### **PSA screening among elderly men with limited life expectancies.**

JAMA. 2006 Nov 15;296(19):2336-42.

#### **Διαλογή με την μέτρηση του PSA σε ηλικιωμένους**

Η διαλογή για τον καρκίνο του προστάτη με την μέτρηση του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) δεν συστήνεται σε άνδρες με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης. Οι συγγραφείς ανέλυσαν δεδομένα από 597.642 άνδρες ηλικίας >70 ετών που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας των ηλικιωμένων στις ΗΠΑ (Veterans Affairs facilities) μεταξύ του 2002 και 2003. Οι συγγραφείς βρήκαν ότι η συχνότητα εφαρμογής διαλογής με την μέτρηση του PSA δεν μειωνόταν όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία και επιβαρυνόμενη η υγεία των ασθενών τους. Χαρακτηριστικά το 36% των ανδρών με την καλύτερη υγεία και το 34% αυτών με την χειρότερη είχαν πραγματοποιήσει έλεγχο για τον καρκίνο του προστάτη με τη μέτρηση του PSA. Στο σχετικό γράμμα της σύνταξης παρουσιάζονται τα δεδομένα που πρέπει να έχει κανείς υπόψη του όταν ζητά την μέτρηση του PSA σε ασθενείς κάποιας ηλικίας.

*Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD, Skinner JS, Hanscom B, Tosteson AN, Herkowitz H, Fischgrund J, Cammis FP, Albert T, Deyo RA.*

### **Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation: the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) observational cohort.**

JAMA. 2006 Nov 22;296(20):2451-9.

*Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD, Tosteson AN, Hanscom B, Skinner JS, Abdu WA, Hilibrand AS, Boden SD, Deyo RA.*

### **Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation: the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT): a randomized trial.**

JAMA. 2006 Nov 22;296(20):2441-50.

#### **Η θεραπεία της κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου της ΟΜΣΣ**

Στα άρθρα αυτά παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της Μελέτης Εκβάσεων Ασθενών με πάσχουσα Σπονδυλική Στήλη [Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT)], μιας τυχαίοποιημένης μελέτης που αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της τυπικής ανοικτής δισκεκτομής σε σχέση με την συνήθη συντηρητική θεραπεία («συνήθης φροντίδα») για την κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου οσφυϊκής μοίρας ΣΣ. Στο πρώτο άρθρο η ανάλυση αναδεικνύει μικρή και όχι στατιστικά σημαντική βελτίωση στον πόνο και την λειτουργικότητα υπέρ της χειρουργικής αντιμετώπισης κατά την διάρκεια 2 ετών παρακολούθησης. Παρόλα αυτά μεγάλος αριθμός ασθενών μετακινήθηκε ίδια βούληση από την συντηρητική αντιμετώπιση στην χειρουργική και αντίστροφα, γεγονός που δεν επιτρέπει την εξαγωγή στατιστικά σημαντικών συμπερασμάτων υπέρ της μίας ή της άλλης αντιμετώπισης. Στο επόμενο άρθρο μελετώνται τα αποτελέσματα των παραπάνω εκβάσεων σε ασθενείς που δεν αποδέχτηκαν την συμμετοχή τους στην ομάδα που αρχικά τυχαία τοποθετήθηκαν (χειρουργικής αντιμετώπισης ή συνήθους φροντίδας) και παρακολούθηθηκαν σε ξεχωριστή παράλληλη κοόρτη. Μεταξύ των ασθενών αυτών, όσοι επέλεξαν τη χειρουργική θεραπεία είχαν καλύτερα αποτελέσματα σε ότι αφορά τον πόνο και την λειτουργικότητα τους. Στο σχετικό γράμμα της σύνταξης συζητούνται οι μεθοδολογικοί περιορισμοί και ιδιαιτερότητες των τυχαίοποιημένων δοκιμών στη χειρουργική και τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την επιλογή των ασθενών για την αντιμετώπιση της οσφυϊκής κήλης.

Villamor E, Cnattingius S.

### **Interpregnancy weight change and risk of adverse pregnancy outcomes: a population-based study.**

Lancet. 2006 Sep 30;368(9542):1164-70.

**Η αύξηση του σωματικού βάρους κατά την διάρκεια της κύησης και κίνδυνος για ανεπιθύμητα συμβάματα κατά την διάρκεια της κύησης και της λοχείας**

Η αύξηση βάρους μεταξύ των κυήσεων μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές κατά τον τοκετό και κατά την περιγεννητική περίοδο, ακόμα και σε γυναίκες που δεν είναι υπέρβαρες. Η αύξηση του δείκτη μάζας σώματος περισσότερο από 3 μονάδες μεταξύ των κυήσεων συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο προεκλαμψίας, υπέρτασης της κύησης, διαβήτη της κύησης, διενέργειας καισαρικής τομής, θνησιγένειας και παρατεταμένης περιόδου κύησης



DREAM (Diabetes REduction Assessment with ramipril and rosiglitazone Medication) Trial Investigators; Gerstein HC, Yusuf S, Bosch J, Pogue J, Sheridan P, Dinccag N, Hanefeld M, Hoogwerf B, Laakso M, Mohan V, Shaw J, Zinman B, Holman RR

### **Effect of rosiglitazone on the frequency of diabetes in patients with impaired glucose tolerance or impaired fasting glucose: a randomised controlled trial.**

Lancet. 2006 Sep 23;368(9541):1096-105. Erratum in: Lancet. 2006 Nov 18;368(9549):1770.

**Η αποτελεσματικότητα της ροσιγλιταζόνης στην πρόληψη του διαβήτη σε ασθενείς με δυσανεξία στην γλυκόζη ή αυξημένη γλυκόζη νηστείας.**

Στόχος της μελέτης αυτής ήταν να προσεγγίσει την αποτελεσματικότητα της χορήγησης ροσιγλιταζόνης να προλαμβάνει τον Σακχ. Διαβήτη σε άτομα αυξημένου κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου. 8 mg ροσιγλιταζόνης καθημερινά για 3 χρόνια μειώνει την επίπτωση του διαβήτη τύπου 2 και αυξάνει την πιθανότητα επίτευξης νορμογλυκαιμίας σε ενήλικες με αυξημένη γλυκόζη νηστείας ή δυσανεξία στην γλυκόζη.

Paltiel AD, Walensky RP, Schackman BR, Seage GR 3rd, Mercincavage LM, Weinstein MC, Freedberg KA.

### **Expanded HIV screening in the United States: effect on clinical outcomes, HIV transmission, and costs.**

Ann Intern Med. 2006 Dec 5;145(11):797-806.

**Διευρυμένος έλεγχος διαλογής για τον ιό του HIV στις ΗΠΑ: Αποτελέσματα πάνω στις κλινικές εκβάσεις, την μετάδοση του ιού και τα κόστη.**

Οι συγγραφείς ανέπτυξαν ένα μοντέλο λήψης αποφάσεων (decision model) για την μέτρηση της αποτελεσματικότητας σε σχέση με το κόστος ελέγχου-διαλογής για τον ιό του HIV (same-day rapid-test). Οι μετρούμενες εκβάσεις προκύπτουν από τις εμπειρίες των προσβεβλημένων ατόμων και την σεξουαλική συμπεριφορά τους. Η διαλογή που γίνεται μία φορά (One-time screening) ήταν αποτελεσματική σε σχέση με το κόστος της όταν ο επιπολασμός του ιού είναι περίπου 0,20%, ποσοστό πολύ κοντά στον επιπολασμό που υπολογίζεται να έχει ο ιός στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ. Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν την οδηγία του Κέντρου για την Πρόληψη και των Έλεγχου των Ασθενειών (Centers for Disease Control and Prevention) των ΗΠΑ για να γίνει ο έλεγχος για τον ιό του HIV, έλεγχος ρουτίνας σε κάθε ασθενή ηλικίας 13 έως 64 ετών.

Palareti G, Cosmi B, Legnani C, Tosetto A, Brusi C, Iorio A, Pengo V, Ghirarduzzi A, Pattacini C, Testa S, Lensing AW, Tripodi A; PROLONG Investigators.

### **D-dimer testing to determine the duration of anticoagulation therapy.**

N Engl J Med. 2006 Oct 26;355(17):1780-9.

**Έλεγχος των D-Dimers σε αντιπηκτική αγωγή**

Σε σειρές ασθενών με φλεβική θρομβοεμβολή που βρίσκονταν υπό αντιπηκτική αγωγή για τουλάχιστον 3 μήνες, έγινε έλεγχος των D-Dimers ένα μήνα μετά την διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής. Οι ασθενείς με παθολογική την δοκιμασία των D-Dimers χωρίστηκαν τυχαία είτε να συνεχίσουν την αντιπηκτική αγωγή είτε να μην την συνεχίσουν. Η ομάδα των ασθενών που συνέχισε την αντιπηκτική αγωγή είχε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό χαμηλότερη συχνότητα υποτροπών της φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου και σημαντικών αιμορραγιών.



Regula J, Rupinski M, Kraszewska E, Polkowski M, Pachlewski J, Orlowska J, Nowacki MP, Butruk E.

### Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia.

N Engl J Med. 2006 Nov 2;355(18):1863-72.

#### Κολοσκόπηση για την διαλογή επιπλέον νεοπλασίας σε ασθενείς με καρκίνο του ορθού.

Σε πρόγραμμα διαλογής με κολοσκόπηση σε ασθενείς που διαγνώστηκε καρκίνος του ορθού, και εφαρμόστηκε σε εθνική βάση στη Πολωνία, οι άνδρες βρέθηκε σε διπλάσια συχνότητα από ότι οι γυναίκες να έχουν και κάποια επιπλέον νεοπλασία. Αναλυτικότερα, η ηλικιακή ομάδα 40 – 49 ετών στους άνδρες, βρέθηκε να έχει με την ίδια συχνότητα κάποια επιπλέον νεοπλασία από τον καρκίνο του ορθού, με την ηλικιακή ομάδα 55 – 59 ετών στις γυναίκες. (στις 2 αυτές διαφορετικές ηλικιακές ομάδες μια επιπλέον νεοπλασία βρέθηκε σε κάθε 23 άνδρες και 22 γυναίκες αντίστοιχα)

Halton TL, Willett WC, Liu S, Manson JE, Albert CM, Rexrode K, Hu FB.

### Low-carbohydrate-diet score and the risk of coronary heart disease in women.

N Engl J Med. 2006 Nov 9;355(19):1991-2002.

#### Δίαιτα χαμηλής σε υδατάνθρακες και κίνδυνος Στεφανιαίας Νόσου σε γυναίκες

Κατά την διάρκεια 20 ετών παρακολούθησης των συμμετεχόντων γυναικών στην κοόρτη Nurses' Health Study, οι γυναίκες που καταλάμβαναν τους λιγότερους υδατάνθρακες δεν βρέθηκε να έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης Στεφανιαίας Νόσου. Τα αποτελέσματα αυτά δεν είναι ξεκάθαρο αν μπορούν να εφαρμοστούν και σε περιπτώσεις δίαιτας χαμηλής σε υδατάνθρακες που σκοπεύει στην απώλεια βάρους.

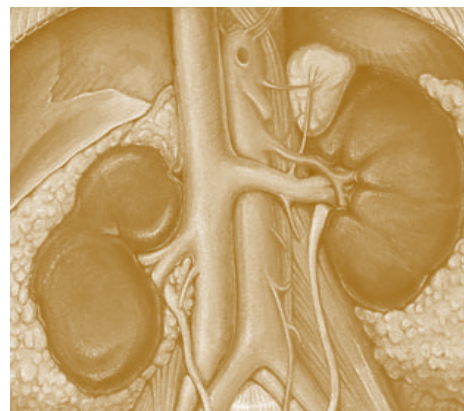
Singh AK, Szczech L, Tang KL, Barnhart H, Sapp S, Wolfson M, Reddan D; CHOIR Investigators.

### Correction of anemia with epoetin alfa in chronic kidney disease.

N Engl J Med. 2006 Nov 16;355(20):2085-98.

#### Διόρθωση της αναιμίας σε ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια

Το αν η διόρθωση της Αναιμίας σε ασθενείς σταδίου 3 ή 4 Νεφρικής Ανεπάρκειας βελτιώνει τις καρδιαγγειακές εκβάσεις, δεν είναι ξεκάθαρο. Στη μελέτη αυτή ασθενείς με πειραματική διήθηση από 15 έως 35 ml ανά λεπτό, και μέση έως σοβαρή αναιμία χωρίστηκαν τυχαία για να λάβουν ερυθροποιητίνη που θα ανέβαζε τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης είτε στα φυσιολογικά είτε σχεδόν στο φυσιολογικό, αντίστοιχα. Η έγκαιρη διόρθωση της αναιμίας στους ασθενείς αυτούς δεν μείωσε τον αριθμό των καρδιαγγειακών συμβαμάτων.



Tramer MR, von Elm E, Loubeyre P, Hauser C.

### Pharmacological prevention of serious anaphylactic reactions due to iodinated contrast media: systematic review.

BMJ. 2006 Sep 30;333(7570):675.

#### Η σοβαρή αλλεργική αντίδραση κατά την χορήγηση σκιαστικού είναι σπάνια και η προφύλαξη δεν βοηθά

Η αγωγή που δίδεται προφυλακτικά σε περιπτώσεις που πρόκειται να χορηγηθεί σκιαστικό δεν φαίνεται να βοηθά ιδιαίτερα. Η συστηματική ανασκόπηση 9 τυχαιοποιημένων μελετών μέτρησης της αποτελεσματικότητας αντισταμινικών και κορτικοστεροειδών έδειξε αφενός μεν ότι η αλλεργική αντίδραση είναι σπάνια, αφετέρου ότι, μολονότι η από του στόματος χορήγηση διπλάσιων δόσεων μεθυλ-πρεδνιζολόνης μπορεί να περιορίσει τέτοιου είδους αντιδράσεις, η χρησιμότητά της τίθεται σε αμφιβολία λόγω του μεγάλου αριθμού ασθενών που χρειάζεται να θεραπευτούν για την πρόληψη μιας αντίδρασης

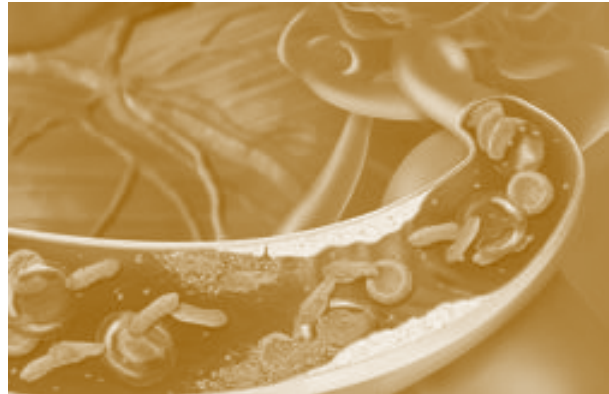
Hallas J, Dall M, Andries A, Andersen BS, Aalykke C, Hansen JM, Andersen M, Lassen AT.

## Use of single and combined antithrombotic therapy and risk of serious upper gastrointestinal bleeding: population based case-control study.

BMJ. 2006 Oct 7;333(7571):726

### Η συνδυαστική αντιθρομβωτική αγωγή μπορεί να είναι επικίνδυνη

Η συνδυαστική χορήγηση αντιθρομβωτικών φαρμάκων συσχετίζεται με υψηλή επίπτωση αιμορραγιών από το Ανώτερο Γαστρεντερικό (ΑΓΕΣ). 1443 περιπτώσεις σοβαρών αιμορραγιών από το ΑΓΕΣ και 55.000 ασθενείς μάρτυρες ελέγχθηκαν για την λήψη αντιθρομβωτικής αγωγής ή συνδυασμού αντιθρομβωτικών φαρμάκων. Η σχετικοί κίνδυνοι που σχετίζονται με την λήψη αντιθρομβωτικών φαρμάκων ήταν μεταξύ 1 και 2 για την λήψη μονήρους θεραπείας με χαμηλές δόσεις ασπιρίνης, κλοπιδογρέλης, διπυριδαμόλης ή ανταγωνιστών βιταμίνης Κ. Οι αντίστοιχοι σχετικοί κίνδυνοι για την ασπιρίνη σε συνδυασμό με την κλοπιδογρέλη τους ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ ή τη διπυριδαμόλη ήταν 7.4, 5.3 και 2.3 αντίστοιχα.



Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB.

## New parents and mental disorders: a population-based register study.

JAMA. 2006 Dec 6;296(21):2582-9.

### Ψυχικές διαταραχές και νέοι γονείς

Οι περισσότερες μελέτες για της επιλόχειες ψυχικές διαταραχές εστιάζουν στην μητέρα και ειδικότερα στις πρώτες μετά τον τοκετό εβδομάδες. Οι ερευνητές παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μιας μελέτης κοόρτης προερχόμενη από το γενικό πληθυσμό στην Δανία όπου υπολόγισαν τον κίνδυνο πρωτοεμφανιζόμενης ψυχικής διαταραχής που χρειάστηκε νοσηλεία ή παραπομπή σε επαγγελματία ψυχικής υγείας μεταξύ νέων γονέων για 12 μήνες μετά την γέννηση του πρώτου τους παιδιού. Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι οι μητέρες και όχι οι πατέρες έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης μετά τον τοκετό, ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο της επιλόχειας περιόδου. Στο σχετικό γράμμα της σύνταξης συζητείται η επιδημιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης και η αξία καθολικής εφαρμογής μεθόδων διαλογής (screening).

Lee JK, Grace KA, Taylor AJ

## Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial.

JAMA. 2006 Dec 6;296(21):2563-71.

### Πρόγραμμα Φαρμακευτικής Φροντίδας – Παρακολούθησης της Φαρμακευτικής Αγωγής και Συμμόρφωση με τη θεραπεία

Στρατηγικές για την βελτίωση της συμμόρφωσης με την φαρμακευτική αγωγή είναι απαραίτητες κυρίως για τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς. Στη μελέτη αυτή προσδιορίζεται η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος Φαρμακευτικής φροντίδας σε σχέση με τη συνήθη φροντίδα ως προς την συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή, την συνέχιση λήψης της φαρμακευτικής αγωγής και 2 κλινικές εκβάσεις – τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και της LDL χοληστερόλης σε ηλικιωμένους ασθενείς που λάμβαναν κατά Μέσο Όρο (SD) 9 (3) φάρμακα χρόνια. Η παρέμβαση περιλάμβανε εκπαίδευση γύρω από την φαρμακευτική αγωγή, τακτική παρακολούθηση του τρόπου λήψης της φαρμακευτικής αγωγής από φαρμακοποιό και διαχωρισμό της φαρμακευτικής αγωγής σε συσκευασίες που αντιστοιχούσαν στο χρονοδιάγραμμα λήψης της αγωγής. Η εφαρμογή του προγράμματος οδήγησε σε σημαντική βελτίωση για όλους τους παραπάνω δείκτες εκτός από την μείωση των επιπέδων της LDL χοληστερόλης, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η διακοπή του προγράμματος είχε σαν αποτέλεσμα μειωμένη συμμόρφωση και αυξημένα ποσοστά διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής. Στο σχετικό γράμμα της σύνταξης συζητώνται παρεμβάσεις που θα μπορούσαν πιθανώς να βελτιώνουν την συμμόρφωση και την συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής και των σχεδιασμό δοκιμών ελέγχου της αποτελεσματικότητάς τους.

# Νατάσσα Μπέγκα

Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρίας Προστασίας Αναπήρων Παιδών  
(ΕΛ.Ε.Π.Α.Π)

*Όλα αυτά τα χρόνια έμαθα πολλά και χρήσιμα. ... Έμαθα ότι η Γυναίκα για να σταθεί σε ένα ανδροκρατούμενο περιβάλλον πρέπει να έχει επάγγελμα. Δεν αρκεί να θέλεις να προσφέρεις όταν είσαι μόνο νοικοκυρά. Δεν έχεις δικαίωμα να προσφέρεις όταν είσαι αργόσχολη κυρία που ανακατεύεσαι στα κοινά.*

**Μια γυναίκα-σε εποχές που η γυναίκα δεν είχε το σημερινό ρόλο – «χειραφετείται» και αρχίζει να δημιουργεί. Σε ποιο πλαίσιο συνέβησαν αυτά; Που διαφέρατε από τα άλλα παιδιά της ηλικίας σας;**  
Γεννήθηκα στις 20 Δεκεμβρίου 1940. Ήμουν το πρώτο παιδί.

Ο πατέρας φιλελεύθερος, δικηγόρος, δίκαιος, φιλόσοφος, μου δίδαξε το πρέπει, το καθήκον να μην υποτάσσομαι.

Η μητέρα μου πανέμορφη, παραχαϊδεμένη, άνθρωπος του πρέπει με την δική της αντίληψη.

Ο πατέρας δεν μου είπε ποτέ ότι πρέπει να σπουδάσω, με άφησε να αποφασίσω μόνη μου για την ζωή μου, με δική μου ευθύνη.

Η μητέρα μου νοικοκυρά θεωρούσε ότι έπρεπε να παντρευτώ γρήγορα. Εγώ η ανήσυχη και ζωηρή έπρεπε να πάω σε άνδρός χέρια για να χαλιναγωγηθώ γρήγορα.

Γνώρισα τον άνδρα μου τον Παναγιώτη Μπέγκα το 1957 και παντρευτήκαμε το καλοκαίρι του 1960. Από τότε ζούμε μαζί σε απόλυτη αρμονία, αγάπη, συνεννόηση, κατανόηση και ελευθερία.

Περάσαμε μαζί όλες τις δυσκολίες, οικονομικές καταστροφές και απογοητεύσεις από τις ανθρωπίνες συμπεριφορές και αγνωμοσύνες.

**...Και η ενασχόληση με τα κοινά πώς προέκυψε;**

Ο άνδρας μου με έσπρωξε να ασχοληθώ με τα κοινά. Είναι για μένα ο σύντροφος, ο δάσκαλος, ο σύμβουλος. Επικρότησε όλες μου τις επιλογές, τις σπήριξε. Με βοήθησε να ξεπεράσω τις δυσκολίες, τις αποτυχίες και τις απογοητεύσεις. Με έσπρωξε να ασχοληθώ με τα κοινά για να είμαι χρήσιμη στην κοινωνία.

Πίστευα και πιστεύω ότι ο Πολιτισμός, η Παιδεία, η Πρόνοια, το Παιδί, η Πρόοδος είναι έννοιες ταυτόσημες, σηματοδοτούν την δική μου φιλοσοφία και πορεία στην ζωή.

Προσπάθησα σε όλη μου την ζωή να συμβάλω στην καλύτερευση της ζωής των πολλών, του κοινωνικού συνόλου.

**Ο πρώτος σταθμός της ενασχόλησής σας με τα κοινά ποιος ήταν; πείτε μας δυο λόγια για την πορεία σας στα κοινά της περιοχής...**

Μετά την πτώση της Δικτατορίας το κλίμα ήταν δημιουργικό. Πολλοί από εμάς που τότε συμμετείχαμε στα κοινά θέλαμε να βοηθήσουμε να αναπυχθεί ο πολιτισμός.

Θέλαμε να βοηθήσουμε να αναπυχθεί οικονομικά ο τόπος.

Το 1976 ήμουν δημοτική σύμβουλος.

Το 1976 έγιναν οι πρώτες πολιτιστικές εκδηλώσεις του Δήμου, τα Ηπειρωτικά.

Το 1976 μια μικρή ομάδα με την συμμετοχή ανθρώπων που κατάγονταν από την περιοχή μας ιδρύσαμε τον Οργανισμό Ηπειρωτικού Θεάτρου, με πάρα πολλές δυσκολίες.

Πιστεύαμε οι ιδεολόγοι ότι το θέατρο διδάσκει, θέλαμε να χαρούνε την διδασκαλία του θεάτρου όλοι, σε κάθε γωνιά της πόλης, σε κάθε χωριό της Ηπείρου. Άλλοι τότε ήθελαν να περάσουν τις κομματικές τους γραμμές και ντιρεκτίβες. Και όταν δεν το μπορούσαν έβαζαν εμπόδια.

Η συμμετοχή μου ως Αντιπροέδρου στον Ο.Η.Θ. σε δίδαξε πολλά. Γνώρισα το καλλιτεχνικό παρασκήνιο, τα καλλιτεχνικά μαχαιρώματα. Την δική μου αγάπη για το θέατρο και την επιτυχία της κοινής προσπάθειας την εκμεταλλεύτηκαν για ίδιο κομματικό όφελος.

Αποχώρησα όταν επικράτησε μια κομματικά γραμμή.



ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Τότε είχα την τύχη να γνωρίσω και να συνδεθώ με τον Σωκράτη Καραντινό, τον πατέρα του ΚΘΒΕ και του Θεατρικού Οργανισμού της Κύπρου. Έμαθα πάρα πολλά, έμαθα να κάνω ότι γεμίζει την καρδιά μου με αγάπη και ικανοποίηση, έμαθα να κάνω το καθήκον μου.

Το 1976 είχα την τύχη να γνωρίσω τον Γιάγκο Πεσμαζόγλου. Ο Γιάγκος Πεσμαζόγλου ήταν ο προοδευτικός, ο έντιμος, ο οραματιστής ιδεολόγος, ο συνεπής πολιτικός. Ήταν ο άνθρωπος που ηγήθηκε των διαπραγματεύσεων για την ένταξη μας στην τότε ΕΟΚ.

Τότε που ΕΟΚ και ΝΑΤΟ ήταν το ίδιο συνδικάτο. Τότε που σύνθημα ήταν έξω από την ΕΟΚ, ο Γιάννης Πεσμαζόγλου αγωνιζόταν να μπει η Ελλάδα στην ΕΟΚ.

Πολλές από τις ιδέες του είναι και σήμερα επίκαιρες. Ο Γιάννης Πεσμαζόγλου με έπεισε να μπω στην πολιτική. Τον ακολούθησα όταν ίδρυσε το ΚΟ.ΔΗ.ΣΟ(Κόμμα Δημοκρατικού Σοσιαλισμού). Αποχώρησα από την ενεργό πολιτική όταν έπαψε να υπάρχει το ΚΟ.ΔΗ.ΣΟ.

Το 1978 ξεκίνησε μια προσπάθεια. Στόχος της ήταν η οικονομική ανάπτυξη της Ηπείρου. Προσπάθεια κοινή και των Ηπειρωτών που ζούσαν στην Αθήνα. Ιδρύσαμε την ΕΤΕΜΠΗ, εταιρία μελετών προγραμμάτων Ηπείρου. Κάποιοι την χρησιμοποίησαν για την πολιτική τους ανέλιξη.

Εγώ ήμουν Ταμίας του Δ.Σ και έμαθα πολλά που ήταν χρήσιμα στην μετέπειτα συμμετοχή μου στον Αστικό Πιστωτικό Συνεταιρισμό « Ο ΣΤΟΧΟΣ», μια μικρή τοπική τράπεζα.

Όραμα μας και στόχος μας ήταν να βοηθήσουμε τους πολλούς και τους μικρούς που δεν είχαν πρόσβαση στο κλειστό τότε τραπεζικό σύστημα. Με επικεφαλής τον Ιωάννη Δούμα, έμπορο και Πρόεδρο του Εμπορικού Επιμελητηρίου αγωνιστήκαμε πολλοί να εδραιώσουμε ένα πρωτόγνωρο θεσμό στον τόπο μας.

Αγωνίστηκα πολύ να διαδώσουμε την ιδέα και τους σκοπούς μας και στην υπόλοιπη Ελλάδα. Ταξίδεψα πολύ για τον σκοπό αυτό σε όλη την Ελλάδα.

Είχαμε την χαρά να δούμε αυτή μας την προσπάθεια να μετεξελίξετε στην Συνεταιριστική Τράπεζα « Ο ΣΤΟΧΟΣ».

Πίστευα τότε ότι δεν μπορεί κανείς να πορεύεται μόνος του όσο δυνατός και αν είναι. Πίστευα ότι πρέπει να υπάρχει παντού και πάντα συνεργασία, κοινή πορεία, για να επιτυγχάνονται οι κοινοί στόχοι.

Αποχώρησα από το Δ.Σ του ΣΤΟΧΟΥ το 1999 ύστερα από 20 χρόνια, όταν η Γενική Συνέλευση δεν ενέκρινε την συμμετοχή του ΣΤΟΧΟΥ στην Κεντρική Συνεταιριστική Τράπεζα, στην Πανελλήνια Τράπεζα.

**Όλα αυτά για να τα κάνει κάποιος σίγουρα χρειάζεται πολύ χρόνο πέρα από το προσωπικό μεράκι και ταλέντο. Εύκολα θα μπορούσε κάποιος να υποθέσει ότι είχατε εξασφαλίσει μια οικονομικά εύρωστη ζωή που σας άφηνε χρόνο να ασχολείστε με τα προσωπικά σας ενδιαφέροντα. Ισχύει κάτι τέτοιο; Μπορεί**

**να συνδιαστεί η εθελοντική ενασχόληση με τα κοινά με τον βιοπορισμό και την επαγγελματική δραστηριότητα;**

Όλα αυτά τα χρόνια έμαθα πολλά και χρήσιμα. Χρήσιμα για την επαγγελματική μου σταδιοδρομία. Έμαθα ότι η Γυναίκα για να σταθεί σε ένα ανδροκρατούμενο περιβάλλον πρέπει να έχει επάγγελμα. Δεν αρκεί να θέλεις να προσφέρεις όταν είσαι μόνο νοικοκυρά. Δεν έχεις δικαίωμα να προσφέρεις όταν είσαι αργόσχολη κυρία που ανακατεύεσαι στα κοινά. Έτσι το 1979 άνοιξα μια βιοτεχνία με πλαστικά. Ήμουν η πρώτη και η μόνη γυναίκα που ασχολήθηκε με αυτόν τον κλάδο. Δούλεψα πάρα πολύ σκληρά. Προσπάθησα να είμαι δίπλα στους εργαζόμενους, να τους βοηθώ, να τους στηρίζω, να μην είναι η σχέση μας εργοδότη-εργαζόμενου.

Απογοητεύτηκα. Όταν ο άνδρας μου ήταν στην εντατική με έμφραγμα μου κατέστρεψαν τα καλούπια. Προσπάθησαν να σταματήσουν την παραγωγή. Αντελπίθηκα ότι η σχέση εργοδότη-εργαζόμενου είναι σχέση ανταγωνιστική, επικρατεί μόνο το συμφέρον.

**Πώς προέκυψε η ΕΛΕΠΑΠ στη ζωή σας; Ποια τα βασικά σας κίνητρα και τα πρώτα σας βήματα;**

Το 1980 είχε ιδρυθεί η Ιατρική Σχολή στα Γιάννενα. Τότε μου ζητήθηκε να αναλάβω την ίδρυση και λειτουργία της ΕΛΕΠΑΠ στα Γιάννενα.

Τότε άλλαξε η ζωή μου. Αυτή η προσφορά χωρίς αντάλλαγμα έγινε η ζωή μου.

Είπα τότε ότι αφού δεν έχω παιδιά θα βοηθήσω τα παιδιά που η φύση τα αδικήσε. Θα προσπαθήσω να απαλύνω τον ανθρώπινο πόνο.

Απέκτησε η ζωή μου νόημα, απέκτησε όραμα και σκοπό.

**Σίγουρα η τοπική κοινωνία έχει κερδίσει αρκετά από την λειτουργία της ΕΛΕΠΑΠ. Εσείς τι κερδίσατε όλα αυτά τα χρόνια;**

Η ΕΛΕΠΑΠ με έκανε να ακούω τις γνώμες των άλλων, να συνεργάζομαι, να μην βάζω ποτέ το εγώ και το θέλω, να αγωνίζομαι για τους άλλους χωρίς να περιμένω αντάλλαγμα, χωρίς να ζητάω για τον εαυτό μου τίποτα.

Μου έδωσε ηρεμία, μου έδωσε αγάπη, εκτίμηση, αποδοχή από την κοινωνία. Όλα αυτά τα χρόνια απέκτησα γνώσεις πολλές και εμπειρίες. Γνώρισα από κοντά τα προβλήματα των αναπήρων παιδιών και των οικογενειών τους.

**Τα μελλοντικά σας σχέδια για την ΕΛΕΠΑΠ ποια είναι;**

Σήμερα το μεγαλύτερο όνειρο μας γίνεται πραγματικότητα. Σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα ολοκληρώνεται το νέο υπερσύγχρονο κτίριο της ΕΛΕΠΑΠ 2.750τ.μ στην Νεοκαισάρεια Ιωαννίνων, σε οικόπεδο που παραχώρησε ο Δήμος Ανατολής και με χρηματοδότηση του 3ου ΚΓΣ.

Έτσι στο νέο αυτό Σπίτι της ΕΛΕΠΑΠ όλοι όσοι υπηρετούμε τους σκοπούς της αποφασίζουμε να την μετεξελίξουμε σε ένα Κέντρο που κάθε παιδί με αναπη-

ρία θα βρίσκει καταφύγιο.

Θέλουμε να κάνουμε την ΕΛΕΠΑΠ καταφύγιο για κάθε μορφής παιδική αναπηρία, σωματική, νοητική, ψυχική, μαθησιακή. Στο καινούριο κτίριο θα έχουμε την ευκαιρία να εφαρμόσουμε νέα πρωτοποριακά προγράμματα για ανάπηρα άτομα παιδικής αλλά και μεγαλύτερης ηλικίας, όπως το πρωτοπόρο Πρόγραμμα Τηλεπρόνοιας για αναπήρους, το οποίο στον Ελλαδικό χώρο εγκρίθηκε από την Κοινωνία της Πληροφωρίας μόνο για την ΕΛΕΠΑΠ Ιωαννίνων.

Όλα όμως αλλάζουν. Η σύγχρονη τεχνολογία είναι σαν ένα τσουνάμι. Αν δεν προσαρμοστείς, θα χαθείς. Αν προσαρμοστείς τότε βλέπεις τους καινούριους δρόμους που ανοίγονται μπροστά σου, μαγεύεσαι με τις καινούριες δυνατότητες και προοπτικές.

Έτσι μαγεύτηκα και εγώ και έβαλα ένα καινούριο στόχο για την ΕΛΕΠΑΠ. Να προσπαθήσω να ηγηθεί στην απομονωμένη Ηπειρο στην τηλεπρόνοια-τηλεσυμβουλευτική-τηλεκπαίδευση-τηλεσυνεργασία, πάντα για τα άτομα με αναπηρίες.

Θέλω να πιστεύω ότι ο Θεός θα μου δώσει ζωή να πετύχω.

**Στο μυαλό πολλών ο εθελοντισμός έρχεται να καλύψει τις αδυναμίες άσκησης οργανωμένων πολιτικών για την επίλυση προβλημάτων. Πολλές φορές ίσως να καθυστερεί και την εκπόνηση πολιτικών με το να απαλύνει ή και να μεταθέτει τα προβλήματα. Από την άλλη ολοένα και συχνότερα προβλήματα λύνονται όχι αποκλειστικά από κεντρικές πολιτικές αλλά από κατά τόπους πρωτοβουλίες ενεργών πολιτών που δίνουν ευελιξία και αμεσότητα στην διαχείριση των προβλημάτων. Η προσέγγιση αυτή βρίσκει εφαρμογή στην ίδρυση πολλών Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων και στη χώρα μας τον τελευταίο καιρό. Ποια η γνώμη σας σχετικά;**

*Η ύπαρξη μη κυβερνητικών οργανώσεων είναι αναγκαία. Δίνει την δυνατότητα συμμετοχής πολλών στην επίλυση κοινωνικών προβλημάτων, τα οποία δεν είναι δυνατόν να γνωρίζει η κεντρική εξουσία.*

*Όμως πρέπει η Πολιτεία να ορίσει σαφώς το πλαίσιο λειτουργίας τους, με διαφάνεια και συνεχή έλεγχο ώστε να μην γίνονται κέντρα κατάχρησης και κατασπατάλησης οικονομικών πόρων.*

**Ο εθελοντισμός έχει μέσα του πολιτική; Και αντίστροφα: Μπορεί ο οργανωμένος εθελοντισμός να ασκεί πολιτική; Στην έννοια της πολιτικής δεν συμπεριλαμβάνω τους πολιτικούς ως πρόσωπα...**

*Και βέβαια ο οργανωμένος εθελοντισμός ασκεί πολιτική πίεση προς την κεντρική εξουσία.*

*Και βέβαια ο οργανωμένος εθελοντισμός μπορεί να συμπληρώνει τα κενά που αφήνει η απρόσωπη κεντρική εξουσία αρκεί να ορίζεται σαφώς το πλαίσιο που μπορεί να κινηθεί.*

## Επεξηγήσεις

ΣΕΟ: Σώμα Ελληνίδων Οδηγών

ΧΕΝ: Χριστιανική Ένωση Νεανίδων

ΕΚΝΔ: Ένωση Κέντρου- Νέες Δυνάμεις- Κόμμα που δημιουργήθηκε αμέσως μετά την μεταπολίτευση με Πρόεδρο τον Γεώργιο Μαύρο

## Η Αναστασία-Νατάσα Μπέγκα

Γεννήθηκε το 1940 και παντρεύτηκε τον κτηνίατρο Παναγιώτη Μπέγκα το 1960.

Επάγγελμα: Βιοτέχνης-Έμπορος (βιοτεχνία πλαστικών)

1972-1975: Μέλος του Τοπικού Συμβουλίου του ΣΕΟ

1973: Ιδρυτικό Μέλος της ΧΕΝ Ιωαννίνων και Ταμίας του 1ου Δ.Σ της ΧΕΝ

1975-1978: Δημοτική Σύμβουλος

1976: Ιδρυτικό Μέλος του Ο.Η.Θ (Οργανισμός Ηπειρωτικού Θεάτρου) και Αντιπρόεδρος του Δ.Σ

1977: Ιδρυτικό Μέλος και Ταμίας της ΕΤΕΜΠΗ (Εταιρία Μελετών Αναπτύξεως Ηπείρου)

1978-1982: Δημοτική Σύμβουλος

1976: Ιδρυτικό Μέλος του Αστικού Πιστωτικού Συνεταιρισμού « ΣΤΟΧΟΣ», Γραμματέας του Δ.Σ έως το 1995

1981: Ανέλαβε εθελοντικά την οργάνωση, στελέχωση και λειτουργία της ΕΛΕΠΑΠ Ιωαννίνων – Πρόεδρος της ΕΛΕΠΑΠ Ιωαννίνων έως σήμερα

1990: Αντιπρόεδρος του Δ.Σ ΕΛΟΠΑΣ (Ελληνική Ομοσπονδία Πιστωτικών Αστικών Συνεταιρισμών)

1995-2000: Αντιπρόεδρος της Συνεταιριστικής Τράπεζας

1995-2000: Μέλος του Δ.Σ της Ένωσης Συνεταιριστικών Τραπεζών Ελλάδας

1990-1993: Μέλος του Δ.Σ του ΕΛΚΕΠΑ Ιωαννίνων

1991: Ιδρυτικό Μέλος του Inner Wheel Ιωαννίνων και Πρόεδρος 1997-1998

1995: Ιδρυτικό Μέλος των Φίλων του Βυζαντινού Μουσείου

1997-1999: Πρόεδρος του Δ.Σ των Φίλων του Βυζαντινού Μουσείου. Σήμερα Ταμίας του Δ.Σ.

2001: Ιδρυτικό Μέλος της μη κερδοσκοπικής εταιρίας "Η ΜΕΡΙΜΝΑ", με σκοπό την υλοποίηση Δομών Κοινωνικής Πρόνοιας

2003: Πρόεδρος του τμήματος Εθελοντών Κοινωνικής Πρόνοιας του Ε.Ε.Σ.

## Πολιτική Συμμετοχή-Δράση

1974: Γραμματέας της Τοπικής Επιτροπής της ΕΚΝΔ

1975: Μέλος της Κεντρικής Επιτροπής της ΕΚΝΔ

1976: Υποψήφια βουλευτής της ΕΚΝΔ. Μετά την διάσπαση της ΕΚΝΔ, το 1979 υπήρξα ιδρυτικό Μέλος του ΚΟΔΗΣΟ (Κόμμα Δημοκρατικού Σοσιαλισμού)

1979-1989: Μέλος της Κεντρικής Επιτροπής και του Πολιτικού Γραφείου του ΚΟΔΗΣΟ

1984: Υποψήφια Ευρωβουλευτής με το ΚΟΔΗΣΟ

1994: Υποψήφια Ευρωβουλευτής με τον Συνασπισμό

1994 Αποχώρησα από την πολιτική και αφοσιώθηκα στην ΕΛΕΠΑΠ

# Αυτοδίδακτοι γιατροί της Ηπείρου

(ένα μικρό αφιέρωμα)



Του  
Δημήτρη Γλόγκα

*Το επιτύμβιο επίγραμμα που σκάρωσε ο δικηγόρος του Άργους Βαρδουνιώτης για τον Αρκάδιο αυτοδίδακτο γιατρό κυρ Αντρέα Καραμεσούτη έχει ως εξής:*

*Αυτός που το ανθρώπινο δολοφονούσε γένος  
ο κυρ Ανδρέας ο γιατρός, εδώ είναι θαμμένος  
Φυλάξου, μην τον δέχεσαι στον Άδη Περσεφόνη  
Είν' ικανός και τους νεκρούς να ξαναθανατώνει.<sup>1</sup>*

Είναι 1882 όταν γράφτηκε αυτό το επίγραμμα, 50 περίπου χρόνια μετά την ίδρυση του Πανεπιστημίου Αθηνών και οι γιατροί πλέον είναι απόφοιτοι πανεπιστημιακής σχολής. Η λέξη κομπογιαννίτης, έχει πάρει ήδη την σημερινή έννοια: εμπειρικός γιατρός, ψευτογιατρός, ψευδευπιστήμων, αμαθής.<sup>2</sup> Η Νεοελληνική λογοτεχνία, κυρίως της εποχής εκείνης βρίθει από ποιήματα, πεζά, θεατρικά με σκωπτικές αναφορές σ' αυτό.

«...Τα παχιά κορμιά αχαμνάνει,  
τ' αχαμνά σου τα παχαίνει  
δίνει μάτια των στραβών,  
τους ψηλούς ευθύς χαμλώνει,  
τους κοντούς, κι αυτούς ψηλώνει  
βάνει γλώσσα των βουβών!  
... Όθεν όλους τους γιατρεύει  
πάσαν νόσο θεραπεύει  
με μια χάρη χωριστή.  
Κι όποιον τούτος θα σηκώσει  
πλιό, ο χάρος να σκοτώσει,  
νους να μην το φανταστεί».<sup>3</sup>

όπως γράφει και ο Βηλαράς στο ποίημά του: Ο Μασσούκας ή ο αυτοδίδακτος γιατρός.

Όμως μερικά χρόνια πριν τις αναφορές αυτές, ελλείπει πανεπιστημιακών ιατρών, ο κομπογιαννίτης, η Μασσουκάς, ή Βικογιατρός ή καλογιατρός ή Ζαγοριανός, ήταν το μοναδικό καταφύγιο για κάθε άρρωστο, πονεμένο, τραυματισμένο.

Η ιατρική τέχνη, στην Ελλάδα, από την αρχαιότητα ακόμη, εξα-







σκήθηκε, δοξάστηκε, θεοποιήθηκε, έγινε παγκόσμιο παράδειγμα και υπόδειγμα. Πρώτοι διδάξαντες φαίνεται να είναι οι Κένταυροι, που στην προσπάθειά τους να βρουν καταφύγιο όταν διώχτηκαν από την Όσσα, και το Πήλιο, έφτασαν στην Πίνδο.<sup>4</sup> Ασφαλώς λοιπόν μπορούμε να υποθέσουμε ότι με τα βότανα του Βίκου ο Χείρων διέπρεψε ως πατέρας τη ιατρικής. Στην Πίνδο, όχι μακριά από το Ζαγόρι γεννήθηκε ο Μαχάων, δεύτερος γιος του Ασκληπιού. Απόγονοι αυτών είναι και οι πρακτικοί γιατροί της Ηπείρου. Διέσωσαν από στόμα σε στόμα, από πατέρα σε γιο, μια τέχνη με μυστικά από την αρχαιότητα μέχρι τις αρχές του πρό - περασμένου αιώνα.

Ήταν ακόμη τότε που ο Πουκεβίλ, Γάλος περιηγητής και πρόξενος εν Ελλάδι, γράφει: «Άλλωστε, τα θύματα αυτών δεν είναι περισσότερα από αυτά των εν Παρισίοις Καθηγητών της ιατρικής».<sup>5</sup>

Αναφέραμε πολλά ονόματα για την περιγραφή του ίδιου, του πρακτικού γιατρού. Ας τα εξετάσουμε ένα ένα.

Κομογιαννίτες. Σύνθετη λέξη από το κόμπος και Γιαννίτης - Γιαννιώτης. Κόμπος είναι είτε αυτό που και σήμερα λέμε κόμπο, κόμβο, είτε η ρίζα, είτε η απάτη. Από τις τρεις εκδοχές προτιμώ την πρώτη. Έτσι οι Πρακτικοί γιατροί έδεναν σε κόμπους στο ζωνάρι τους τα βότανα και από τα Γιάννενα πήγαιναν στην υπόλοιπη

επικράτεια.

Ματσουκάδες. Όλοι τους κρατούσαν ένα μπαστούνι, ματσούκι, τόσο για διαφημιστικούς λόγους όσο και για ασφάλεια από τα ζώα κατά την μετακίνησή τους. Σ' αυτά τα μπαστούνια κρεμούσαν τις κοίλες που είχαν εγχειρίσει, ήταν το marketing της εποχής εκείνης. Ταυτόχρονα, αυτά έδιναν στους ασθενείς να δαγκώσουν την ώρα της εγχείρησης.

Βικογιατροί, ονομάστηκαν από την πληθώρα των βοτάνων της χαράδρας του βίκου τα οποία και χρησιμοποιούσαν. Σύμφωνα με τον καθ. Βοτανολογίας του Πανεπιστημίου Θεσ/νίκης, Κων/νου Γκανιάτσα τα θεραπευτικά ή και δηλητηριώδη φυτά του Βίκου, ανέρχονται στα 52 επί συνόλου 219 αυτοφυών φυτών.

Τέλος Ζαγοριανοί ονομάζονται εκ της καταγωγής τους.

Τα βότανα αυτά είναι και σήμερα γνωστά και μας έχουν παραδοθεί σε καταλόγους μέσα από πληθώρα βιβλίων. Έτσι για παράδειγμα, όσον αφορά στο γνωστό φάρμακο «κινίνο» που άρχισε να κυκλοφορεί την εποχή εκείνη, οι πρακτικοί γιατροί έλεγαν και πίστευαν άπαντες πως «αφού ο θεός εδώ έδωσε την αρρώστια, δεν είναι δυνατόν να έδωσε στην κίνα το φάρμακο». Πολλά από τα φάρμακα αυτά είναι γνωστά από την αρχαιότητα και χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα, με άλλη μορφή. Για τους

πόνους έβραζαν φλούδα ιτιάς, κατά τις προταγές του Ιπποκράτη. Αυτό το εκχύλισμα μες δίνει σαλικυλικό οξύ, που σήμερα το παίρνουμε με την μορφή της ασπιρίνης αφού προσθέσαμε και μια ακετυλο- ομάδα. Για τους επίμονους πυρετούς έδιναν μούχλα από βορινό ανήλιο τοίχο. Σας φέρνει στο νου την πενικιλίνη - στρεπτομυκίνη.<sup>6</sup>

Οι πρακτικοί αυτοί γιατροί ήταν διάσημοι όχι μόνο για τα βότανα αλλά και για τις εγχειρίσεις που έκαναν, ακόμα και για τον καταρράκτη.

Από όσες μαρτυρίες συγκέντρωσα υπέρ των πρακτικών αυτών γιατρών θεωρώ κορυφαία αυτή του Ακαδημαϊκού, ιατρού - χειρουργού Δημητρίου Σταματιάδη. Σπούδασε ιατρική στην Ν. Υόρκη, όπου και εργάστηκε στο Δημοτικό Νοσοκ. της Ν. Υόρκης και στη συνέχεια για 45 χρόνια στην Κωνσ/πολη. Αναφέρει στην αυτοβιογραφία του πως σε ηλικία 8 ετών, το 1818, είχε δύο πέτρες στην ουροδόχο κύστη. Την αφαίρεση των οποίων με χειρουργικό τρόπο έκαναν δύο πρακτικοί γιατροί εκ Ζαγορίου με το επώνυμο Πανταζής. Ήταν τόσο γρήγορη που και ακριβείς, που τελικά ήταν και ο λόγος που παρακίνησε τον Σταματιάδη να σπουδάσει Ιατρική.

Είναι πάρα πολλοί οι πρακτικοί αυτοί γιατροί που τα ονόματά τους μνημονεύονται. Από αυτούς μνημονεύσαμε μόνο τον Πανταζή Εξάρχου και τον γιο του που έγιναν γνωστοί μέχρι την Καλκούτα στην Ινδία.<sup>7</sup>

Μας έρχεται λοιπόν αμέσως στο μυαλό ένα ερώτημα. Αφού οι κομπογιαννίτες στην πλειονό-

τητά τους έσωζαν κόσμο παρά το αντίθετο, τι ήταν αυτό που μετέτρεψε σε τόσο σύντομο διάστημα την λέξη αυτή από καλό σε κακό; Ξέρουμε ότι χλευαστικά αυτό το προσωνύμιο ακούγεται μετά το 1830.<sup>8</sup> Κατά τον Βαβαρέτο, μάλλον προέρχεται από την αντιζηλία των γιατρών της εποχής εκείνης. Φέρνει μάλιστα πάμπολλα τέτοια παραδείγματα.<sup>9</sup> Τελειώνει δε γράφοντας: «Και να φυλάει ο θεός από την αντιζηλία των γιατρών»

Ελπίζω να μην σας κουράσαμε με πλατειασμούς. Ελπίζω να αφήσαμε τα λιγότερα δυνατά κενά. Τόσα ώστε να προστρέξετε και 'σεις να αναζητήσετε την αλήθεια.

1 Σκόκος Π. Ημερολόγιο, Αθήνα 1882, σελ. 344

2 «κομπογιαννίτης», Μεγάλη Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, εκδ ΦΟΙΝΙΞ, τ. ΙΔ, σελ. 792

3 Βηλαράς

4 Εξ αιτίας της απόπειρας να αρπάξουν την Ιπποδμία την ώρα που γινόταν οι γάμοι της με τον Βασιλιά των Λαπιθών.

5 «κομπογιαννίτης», Μεγάλη Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, εκδ ΦΟΙΝΙΞ, τ. ΙΔ, σελ. 793

6 Ευ. Μπόγιας, Στήλη «Αθηναίου», εφ. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 31 οκτ. 1947

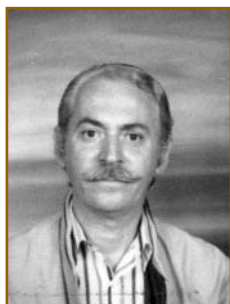
7 Λαμπρίδης Ι. Ηπειρωτικά Μελετήματα, ή, σ 58, 77 επ.

8 Κ. Σάθας. «Η Ιατρική επιστήμη εν Ελλάδι», Περ. ΚΛΕΙΩ, Τεργέστη, κβ, Ιούνιος 1883, αρ. 1146, σ. 1 επ.

9 Γ. Βαβαρέτος, Κομπογιαννίτες Μασσουκάδες, εκδ Ηπειρωτικής εταιρείας Αθηνών, Αθήνα, 1972, σ. 17



## Η... νεκροφάνεια



Του  
Νίκου Γκλίναβλου  
Ιατρού ΩΡΛ

Ξημέρωνε Σάββατο. Ήμουν τότε αγροτικός γιατρός σ' ένα από τα χωριά του ανατολικού Ζαγορίου. Ο ουρανός ήταν βαρυφορτωμένος με πυκνά μαύρα σύννεφα. Ανυπομονούσα να περάσει το πρωινό, γιατί υπολόγιζα κατά το μεσημεράκι να κατέβω στα Γιάννενα, όπως συνήθιζα κάθε Σαββατοκύριακο. Έκανα το ιατρείο μου, πήρα μερικές ευχές κι άλλα τόσα ... μήλα και καρύδια από τις γερόντισσες που εξέτσα και κατά τις 10 σκέφτηκα να πάω μέχρι το ταχυδρομείο για να παρώ την αλληλογραφία του ιατρείου.

Ανηφορίζοντας το καλντερίμι για το ταχυδρομείο συνάντησα τον παπα-Γεράσιμο. Βιβλική φυσιογνωμία ο παπάς. Ψηλός, γύρω στα 70, μαυριδερός, μεπυκνά μακρυά γένεια, αμφίβολης καθαριότητας ράσα και τακτικός πελάτης του ιατρείου λόγω υπερτάσεως, ικανός όμως να καταβροχθίσει για βραδυνό δυο βαθιά πιάτα φασολάδα και μισό ταψί πίττα ζαγορίσια.

«Καλημέρα Δέσποτα!»

«Καλημέρα γιατρέ», απαντά κακόφρονος ο παπα-Γεράσιμος. Βέβαια τον είχα συνηθίσει σκυθρωπό, αλλά εκείνη την ημέρα παραήταν.

«Συμβαίνει τίποτα παπα-Γεράσιμε;» τον ρωτάω.

«Το βράδυ χάσαμε την αδερφή μ'» απαντά. «Πριν φύγ'ς για τα Γιάννενα να φιάκ'ς ένα πιστοποιητικό για να γίν' η κηδεία».

Δέχτηκα βέβαια γιατί ήταν στα καθήκοντά μου, αλλά ζήτησα να εξετάσω τη νεκρή για να γράψω αιτία θανάτου. Ήξερα όμως ότι ο παπάς και η αδερφή του, ανύπαντροι και οι δύο, μάλωναν σαν ο σκύλος με τη γάτα και για κάθε ενδεχόμενο ήθελα να ελέγξω το πτώμα, γιατί απ' το μυαλό μου περνούσαν πολλά.

Ξεκινήσαμε λοιπόν, μπρος ο παπάς, πίσω εγώ και μετά από κανένα δεκάλεπτο ανηφόρας πουμου φούσκωσε τα πνευμόνια σαν αποκρηάτικο μπαλόκι, φτάσαμε στο σπίτι του.

Όπως συνηθίζουν στα χωριά, η νεκρή ήταν στολισμένη με μήλα, καρύδια, αμύγδαλα κ.λπ. πάνω στο στήθος.

Τα έκανα όλα αυτά πέρα, εξέτασα το λαιμό, το κεφάλι, το θώρακα και μη βρίσκοντας τίποτε το ύποπτο απέδωσα το θάνατο σε καρδιακό επεισόδιο.

Κατεβήκαμε στη συνέχεια με τον παπα-Γεράσιμο στο ιατρείο, του έδωσα το πιστοποιητικό και άρχισα να ετοιμάζω τα πράγματά μου. Έπλυνα το τζιπάκι μου, τον ηρωικό Θρασύβουλο, για να κάνω καλή εμφάνιση στα Γιάννενα και κατά τις 12 ήμουν έτοιμος για αναχώρηση.

Την ώρα που ξεκινούσα από το χωριό ξέσπασε η μπόρα. Χοντρή βροχή και συγχρόνως δυνατός αέρας. Πριν περάσω τα τελευταία σπίτια του χωριού άκουσα την καμπάνα που χτυπούσε πένθιμα. Σκέφτηκα ότι τότε θα ξεκινούσε η νεκρική πομπή για

την εκκλησία. Ταξίδεψα περίπου 3 τέταρτα σιγά σιγά γιατί ο χωματόδρομος που οδηγούσα στο χωριό είχε μεταβληθεί σε χείμαρο και πλησίασα στο συνοικισμό Μηλιωτάδες κοντά στο χάνι Καμπέρ Αγά.

Στα δεξιά του δρόμου, κατεβαίνονβτας, υπήρχε ένα καφενείο και μπακάλικο συγχρόνως, ιδιοκτησία του Μήτσο-Λία που έκανε ταυτόχρονα και τον τηλεφωνητή.

Πλησιάζοντας στο μαγαζί του, βλέπω έξω, στη μέση του δρόμου τον Μήτσο-Λία να κρατά τα χέρια ψηλά και να μου κάνει σινιάλο να σταματήσω. Πραγματικά σταμάτησα και ανοίγοντας την πόρτα του τζιπ του λέω:

- Τι συμβαίνει Μήτσο-Λία;

- Κυρ γιατρέ, μου απάντησε, πάνω στο χουργιά είν' όλ' αναστατωμέν', γιατί η αδερφή του παπά δεν πέθανε! Να πάρε στο τηλέφωνο τον πρόεδρο να στα πει ο ίδιος.

Κυττώντας στο πρόσωπο τον Μήτσο-Λία νόμιζα ότι έβλεπα κανένα ξωτικό, γιατί όπως ήταν βρεμένος, με τα λίγα μαλλιά του κολλημένα στο τριγωνικό του κεφάλι, τ' αυτιά πεταμένα προς τα έξω και τα μπροστινά μοναδικά δόντια του να θυμίζουν νεκροκεφαλή, μου έδιναν την εντύπωση ότι είχα πάθει κάποια παραίσθηση.

- Σοβαρά μιλάς; του απάντησα λιγάκι ταραγμένος και πηδώντας έξω από το αυτοκίνητο, έτρεξα προς τον τηλεφωνικό θάλαμο, δίπλα από το μαγαζί.

Άκουσα τότε κατάπληκτος τον πρόεδρο του χωριού και μετά από αυτόν τον αστυνόμο να μου λένε τα ίδια πράγματα. Ότι δηλαδή η αδερφή του παπά δεν πέθανε, ότι το χωριό είναι αναστατωμένο, ότι ο παπάς του διπλανού χωριού που θα έκανε την κηδεία αρνείται να προχωρήσει και άλλα τέτοια εξωφρενικά που με κάνανε να αναρωτιέμαι μήπως δεν είχα ακόμη ξυπνήσει.

Τελικά η ιατρική μου λογική αποκλείοντας

τέτοια περίπτωση νεκροφάνειας μου έδωσε θάρρος καιθυμωμένος λέω στον πρόεδρο: «Κάνε μου τη χάρη και άσε τις σαχλαμάρες. Για μένα η αδελφή του παπά πέθανε και να την θάψετε». Και του κλείνω το τηλέφωνο. Συνέχισα το ταξίδι μου με το μυαλό στο χωριό, τι να συνέβη άραγε;

Τη Δευτέρα επιστρέφοντας στο χωριό έμαθα τα καθέκαστα. Όπως προχωρούσε η νεκρική πομπή από ένα απότομο κατηφορικό μονοπάτι,

γεμάτο λάσπη, σε κάποιο σημείο γλυστράει ένας από τους τέσσερις που κρατούσανε το φέρετρο, ο οποίος κούτσαινε ελαφρώς, και το βάρος του έπεσε στο μπροστινό του. Γλυστράει κι αυτός με τη σειρά του μ' αποτέλεσμα να του φύγει το φέρετρο από τα χέρια του και ν' αδειάσουν τη μακαρίτισσα μέσα σ' ένα διπλανό χαντάκι. Παραδόξως όμως μείνανε με την εντύπωση ότι η νεκρή κουνήθηκε και γι' αυτό χάσανε την ισορροπία.

Τέλος πάντων, την ξανατοποθέτη-

σαν σε κακά χάλια μέσα στο φέρετρο και φθάνουν επιτέλους στην εκκλησία.

Όταν τοποθέτησαν το φέρετρο πάνω στο ειδικό τραπέζι, πλησίασαν οι γυναicoύλες για να την τακτοποιήσουν. Και ξαφνικά μια απ' αυτές μπήγει μια φωνή: «Μωρ' τούτ' είναι ζωντανή!». Καταλαβαίνετε τί σύγχυση επικράτησε από κει και πέρα. Όλοι τραβήχτηκαν πίσω. Οι γυναίκες ούρλιαξαν, ο παπάς του χωριού σταυροκοπίοταν και τελικά δήλωσε σοβαρά: «Εγώ αποκλείεται να τη θάψω. Θα την αφήσουμε εδώ μέχρι αύριο και θα ξανάρθουμε το πρωί». Όπως κι έγινε.

Την άλλη μέρα με την ψυχή στο στόμα, άνοιξαν την εκκλησία, πλην όμως η καημένη η μακαρίτισσα λόγω της βραδυνης παγωνιάς είχε γίνει πιο σκληρή κι από τα ξύλα της κάσας.



# Νεότερα δεδομένα περί κολποσκόπησης και η αντιμετώπισης των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας.

Μαρία Κύργιου, Θωμάς Βρεκούσης,  
Ευάγγελος Παρασκευαΐδης  
Κλινική Μαιευτικής και Γυναικολογίας,  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων  
(Συνοπτική αναδημοσίευση από το περιο-  
δικό Cancer Treatment Reviews 2006)

*Η κολποσκόπηση περιλαμβάνει την υπό μεγέθυνση επισκόπηση του τραχήλου και του κόλπου. Η εξάπλωση της τεχνικής βασίζεται στο χαμηλό κόστος, την σχετικά μικρή διάρκεια της εξέτασης και την δυνατότητα συνδυασμού θεραπείας και διάγνωσης.*

## **Η κολποσκόπηση ως μέθοδος screening**

Πολλοί κλινικοί ιατροί χρησιμοποιούν την κολποσκόπηση σε συνδυασμό με την κυτταρολογική εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος με στόχο την ελάττωση των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων της δεύτερης μεθόδου. Μια ανάλυση των δεδομένων σε Ευρωπαϊκό επίπεδο έδειξε ότι η κολποσκόπηση χρησιμοποιείται ως μέθοδος screening κυρίως σε χώρες της Κεντρικής και της Ανατολικής Ευρώπης όπου δεν υφίσταται εθνικό πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Είναι γεγονός ότι η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου έφερε επανάσταση στον τομέα της πρόληψης του καρκίνου της μήτρας. Παρά ταύτα τα μειονεκτήματά της είναι η ύπαρξη ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων που σημαίνει την εύρεση φυσιολογικής κυτταρολογίας σε έδαφος ενδοεπιθηλιακής ή και διηθητικής βλάβης και η μεταβλητότητα στην ερμηνεία μεταξύ των κυτταρολόγων.

Η γενικευμένη χρήση της κολποσκόπησης για την ανίχνευση των ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών αν και αναμένεται να αναγνωρίζει κάποιες από τις αλλοιώσεις που διαφεύγουν από την κυτταρολογία, εντούτοις αναπόφευκτα θα οδηγήσει σε υπέρμετρη και ταυτοχρόνως ακριβαστή χρήση των κολποσκοπικών μονάδων. Επιπλέον η επανάληψη της κυτταρολογίας σε τριετή ή ακόμη και πενταετή βάση δίνει την ευκαιρία ανίχνευσης τουλάχιστον 2 ή 3 φορές πριν την ανάπτυξη διηθητικού καρκινώματος του τραχήλου, δεδομένης της περίπου 10ετούς φυσικής ιστορίας εξέλιξης της τραχηλικής καρκινογένεσης.

Επιπλέον η εφαρμογή της κολποσκόπησης ως screening φαίνεται μάλλον ανεδαφική, καθώς η πλήρης κάλυψη ενός πληθυσμού σε εθνικό επίπεδο απαιτεί ικανό αριθμό εμπειρών κολποσκόπων και την ανάπτυξη αντίστοιχων κέντρων κολποσκόπησης. Όσο και αν θεωρείται φτηνή ως μέθοδος, σε εθνικό επίπεδο η εφαρμογή της κολποσκόπησης καταλήγει περισσότερο δαπανηρή από την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού



# εκπαιδευτικά διέματα

προγράμματος πρόληψης βασισμένου στην κυτταρολογία.

Ως εκ τούτου η κολποσκόπηση θα πρέπει να θεωρείται ως μέθοδος δεύτερης γραμμής που θα ελέγχει ύποπτα ευρήματα της κυτταρολογίας, υπό τον όρο ότι αυτή τελείται κατά τακτά χρονικά διαστήματα. Πάντως πλέον είναι αποδεκτό το γεγονός ότι η ανά τριετία επανάληψη του κυτταρολογικού ελέγχου κρίνεται εξίσου αποτελεσματική προσφέροντας την ίδια ουσιαστικά προστασία όσο και η εφαρμογή ετήσιου ελέγχου, στα πλαίσια οργανωμένων εθνικών προγραμμάτων πρόληψης.

### **Η διαγνωστική ακρίβεια της κολποσκόπησης**

Η κολποσκόπηση είναι μέθοδος παρατήρησης και ως τέτοια επηρεάζεται από τον υποκειμενικό παράγοντα του παρατηρητή-εξεταστή. Για αυτό το λόγο ειθισται να μην αναφέρεται η κολποσκόπηση ως διάγνωση αλλά ως επί τω πλείστον σε εντύπωση (impression). Η ανεύρεση ήπιων αλλοιώσεων (HPV λοίμωξη) ή ακόμη και φυσιολογικών χαρακτηριστικών όπως η μεταπλασία, αρκετές φορές απαιτούν βιοψικό έλεγχο με μικρο-βιοψίες (runch biopsies). Με τον ίδιο τρόπο αντιμετωπίζονται και καταστάσεις μη ικανοποιητικής κολποσκόπησης, περιπτώσεις δηλαδή που το έσω όριο της ζώνης μετασχηματισμού δεν δυναται να αναγνωριστεί λόγω ενδοτραχηλικής εντόπισης. Τα σύγχρονα δεδομένα παραταύτα στηρίζουν την κολποσκόπηση καθώς σε περιπτώσεις υψηλόβαθμων αλλοιώσεων η κολποσκοπική εντύπωση συμπίπτει με την ιστολογική διάγνωση σε ποσοστό 85%. Το ίδιο δεν συμβαίνει όμως στις περιπτώσεις των χαμηλόβαθμων αλλοιώσεων όπου η συμφωνία περιορίζεται σε ποσοστό 37%.

Τα παραπάνω αποδίδουν στην κολποσκόπηση το ρόλο ενός αξιόλογου εκτιμητή μιας βλάβης του έξω ή του ενδοτραχήλου προσδίδοντας τη δυνατότητα της οπτικά κατευθυνόμενης βιοψίας από τις πλέον άτυπες κολποσκοπικά περιοχές του τραχήλου.

### **Η χρήση του HPV DNA test στην επιλογή των ασθενών που θα υποβληθούν σε κολποσκόπηση**

Η σύγχρονη πρακτική καταδεικνύει ότι το 10% των κυτταρολογικών εξετάσεων παρουσιάζει ήπια ή απροσδιόριστης σημασίας παθολογία (low-grade SIL, ASCUS/AGUS). Αν και είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι γυναίκες με υψηλόβαθμη αλλοίωση στην κυτταρολογική εξέταση πρέ-

πει να υπόκεινται άμεσα σε κολποσκόπηση, εντούτοις οι απόψεις σχετικά με τις χαμηλόβαθμες αλλοιώσεις μάλλον δίστανται. Αυτό συμβαίνει διότι φαίνεται ότι τέτοιου είδους βλάβες υποστρέφουν σε μεγάλο ποσοστό χωρίς παρέμβαση. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την έλλειψη συμμόρφωσης των ασθενών σε επαναλαμβανόμενο κυτταρολογικό έλεγχο καθώς και η πιθανότητα συνύπαρξης διαλαθούσης υποκείμενης υψηλόβαθμης βλάβης σε έδαφος χαμηλόβαθμης αλλοίωσης, οδήγησαν σε αναζήτηση μεθόδων που θα επιλέγουν τις ασθενείς που τελικά θα υποβληθούν σε κολποσκόπηση. Τέτοιες μέθοδοι είναι η επαναλαμβανόμενη κυτταρολογική εξέταση και το HPV DNA test που βασίζεται στην ανίχνευση υψηλού ογκογονικού κινδύνου υποτύπων HPV (high risk) στο κυτταρολογικό επίχρισμα. Τα σύγχρονα δεδομένα επί της εφαρμογής της τελευταίας μεθόδου υποστηρίζουν ότι το HPV DNA test υπερτερεί της κλασσικής κυτταρολογίας σε ευαισθησία (95% vs 82%) ανίχνευσης των γυναικών που θα πρέπει να κολποσκοπηθούν σε περιπτώσεις που η αρχική κυτταρολογία έδειξε ASCUS/AGUS (απροσδιόριστης σημασίας αλλοιώσεις) και η ιστολογική διάγνωση αποδείχθηκε τουλάχιστον CIN II. Η ειδικότητα των μεθόδων από την άλλη δεν διαφέρει σημαντικά. Το ίδιο όμως δεν δυναται να εφαρμοστεί σε περιπτώσεις όπου η αρχική κυτταρολογία και η ιστολογική διάγνωση καταδεικνύουν χαμηλόβαθμη αλλοίωση διότι αποδεικνύεται πλέον ότι η παρουσία του HPV είναι σχεδόν καθολική σε τέτοιες βλάβες και συνεπώς είναι αδύνατη η επιλογή κάποιων ασθενών για να κολποσκοπηθούν.

Ενά λοιπόν στις περιπτώσεις ASCUS/AGUS μπορεί να χρησιμοποιηθεί το HPV DNA test ως μέθοδος επιλογής προς περαιτέρω έλεγχο, το ίδιο δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί αξιόπιστα για τις γυναίκες με χαμηλόβαθμες αλλοιώσεις (I.g.SIL). Ως εκ τούτου η αναγνώριση χαμηλόβαθμης αλλοίωσης στην κυτταρολογία, τελικώς απαιτεί είτε επανάληψη αυτής σε 3-6 μήνες ή άμεση κολποσκόπηση για την αναγνώριση πιθανών υποκείμενων υψηλόβαθμων αλλοιώσεων. Το πρόβλημα αυτό πιθανώς να λυθεί από την ανίχνευση βιολογικών δεικτών καθώς και του ιικού φορτίου του HPV(viral load).

### **Κολποσκόπηση και εγκυμοσύνη**

Η εμφάνιση ενδοεπιθηλιακών βλαβών κατά την εγκυμοσύνη απαιτεί κυρίως παρακολούθηση τόσο με κολποσκόπηση όσο και

με επαναλαμβανόμενη κυτταρολογική εξέταση. Ακόμη και σε κυτταρολογικό εύρημα υψηλόβαθμης αλλοίωσης, τα δεδομένα υποστηρίζουν την επαναλαμβανόμενη κολποσκόπηση ανά 2-3 μήνες προκειμένου να αποκλειστεί πιθανή μικροδιηθητική νόσος στον τράχηλο. Η κολποσκόπηση κατά την εγκυμοσύνη λόγω ακριβώς της μετακίνησης της ζώνης μετάπτωσης προς τον εξωτράχηλο, είναι συνήθως ικανοποιητική και διενεργείται εύκολα ακόμη και στην περίπτωση χαλαρών κολπικών τοιχωμάτων με την χρήση κατάλληλων κολποδιαστολέων. Έχει αποδειχθεί ότι η θεραπεία των ενδοεπιθηλιακών βλαβών κατά την εγκυμοσύνη καλό είναι να αποφεύγεται για δύο λόγους: α. Είναι λίαν πιθανή η επιπλοκή της μεγάλης διεγχειρητικής αιμορραγίας και η ατελής αφαίρεση της βλάβης, και β. Σημαντικό ποσοστό των βλαβών υποτρέφουν πιθανώς λόγω απόπτωσης του τραχηλικού επιθηλίου κατά την διαστολή και εξάλειψη του τραχήλου. Επιτακτικός θεωρείται ο κολποσκοπικός έλεγχος 2 μήνες μετά τον τοκετό και η ενδεδειγμένη κατά περίπτωση αντιμετώπιση.

### **Η κολποσκοπική θεραπεία των ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών του τραχήλου (CIN)**

Η παρατήρηση της επίπτωσης των CIN κατέδειξε ότι οι περισσότερες από αυτές συμβαίνουν σε γυναίκες νεαρής ηλικίας οι οποίες σαφώς δεν έχουν ολοκληρώσει τα σχέδια τους για τεκνοποίηση. Ως εκ τούτου η αντιμετώπιση των CIN είναι λογικό να τελείται υπό το πρίσμα μιας συντηρητικής προσέγγισης.

Η λύση της υστερεκτομής αν και οριστική, σπάνια πλέον αποφασίζεται, κυρίως δε σε μεγαλύτερες γυναίκες με συνυπάρχουσα παθολογία από την μήτρα ή σε γυναίκες που θεωρούν ότι ολοκλήρωσαν την οικογένεια τους. Ακόμη όμως και στην περίπτωση της υστερεκτομής απαιτείται ο έλεγχος για ύπαρξη διηθητικής εξεργασίας στην ζώνη μετασχηματισμού, προκειμένου να αποφασισθεί το είδος της χειρουργικής επέμβασης που επιβάλλεται, δηλαδή ολική υστερεκτομή ή ριζική υστερεκτομή.

Η παλαιότερη συντηρητική μέθοδος αντιμετώπισης των CIN ήταν η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι. Πρόκειται για τη μέθοδο που διατηρεί εν μέρει την ανατομία του τραχήλου, πλην όμως απαιτεί γενική αναισθησία και νοσηλεία. Οι απαιτήσεις αυτές καθώς και οι δυσμενείς επιπτώσεις σε μελλοντική γονιμότητα και έκβαση κύησης τοποθέτησαν αυτή τη μέθοδο στην δεύτερη γραμμή συντηρητικής θεραπείας με ενδείξεις κυρίως επί μεγαλύτερων ασθενών με υποψία μικροδιηθησης, επί αλλοιώσεων αδενικού τύπου σε βαθύ ενδοτράχηλο και σε περίπτωση υπολειπόμενης νόσου.

Οι μέθοδοι εκλογής σήμερα είναι κυρίως μέθοδοι εκτομής ή καταστροφής της ζώνης μετασχηματισμού. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνο-

νται μέθοδοι που μέσω κάποιου φορέα υψηλής ενέργειας (laser ή ηλεκτρικό ρεύμα) αφαιρούν ένα τμήμα σχήματος κώνου που περιλαμβάνει τη ζώνη μετασχηματισμού (η οποία περιέχει και την αλλοίωση). Στην δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται αντίστοιχες διατάξεις πλην όμως δεν υπάρχει εκτομή αλλά καταστροφή επί τόπου της βλάβης. Οι μέθοδοι καταστροφής φαίνεται ότι κρίνονται ευκολότερες στην εφαρμογή τους, πλην όμως η ανυπαρξία μεγάλου τμήματος βιοπτικού υλικού στερεί από τον κολποσκοπό τη δυνατότητα να γνωρίζει εάν καταστράφηκε το σύνολο της βλάβης ή παρέμεινε τμήμα αυτής, ενώ δεν υπάρχει και η αξιόπιστη αποσαφήνιση του βαθμού της βλάβης. Τα στοιχεία αυτά αναδεικνύουν τις μεθόδους εκτομής ως πιο αξιόπιστες. Ο κλασικός εκπρόσωπος αυτών των μεθόδων είναι η LLETZ (Large Loop Excision of the Transformation Zone) η οποία χρησιμοποιεί μια αγκύλη ηλεκτροδιαθερμίας προς αφαίρεση της ζώνης μετασχηματισμού. Είναι φθηνή, γρήγορη και απαιτεί μικρό αριθμό περιστατικών προκειμένου κάποιος να εκπαιδευθεί. Η εκτίμηση του παρασκευάσματος που αφαιρείται με την LLETZ παίζει σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό της παρακολούθησης. Αποδείχθηκε ότι σε περίπτωση που η εκτομή επιτεύχθηκε επί υγιών ορίων η πιθανότητα υπολειπόμενης νόσου είναι μόνο 3-5%. Αντιθέτως επί εκτομής που δεν περιλαμβάνει υγιή όρια και ιδιαιτέρως του ενδοτραχήλου, η πιθανότητα υπολειμματικής νόσου αναφέρεται σε ύψος 30-40%. Οι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα υπολειμματικής νόσου εκτός της εκτομής επί υγιών ορίων είναι: η επέκταση της βλάβης στον ενδοτράχηλο, η μεγάλη ηλικία και η παρουσία δορυφόρων HPV αλλοιώσεων στον εξωτράχηλο.

Παρά την ευκολία της σε μια επίσκεψη διάγνωσης και αντιμετώπισης, τέτοια πολιτική αντιμετώπισης μπορεί να ευθύνεται για υπερθεραπεία σε αρκετά μεγάλο ποσοστό γυναικών, ιδίως σε κέντρα χαμηλής εξειδίκευσης. Στις περιπτώσεις αυτές είναι προτιμότερη η αντιμετώπιση μιας βλάβης σε δυο χρόνους, όπου πρώτα λαμβάνονται κολποσκοπικά κατευθυνόμενες βιοψίες και εν συνεχεία αποφασίζεται η θεραπευτική παρέμβαση.

Στον τομέα της αποτελεσματικότητας τα υπάρχοντα δεδομένα δεν αποδεικνύουν την υπεροχή της μιας μεθόδου απέναντι στις υπόλοιπες. Το γεγονός αυτό πιθανώς να αλλάξει εάν προκύψει στο μέλλον μια κατάλληλα σχεδιασμένη μελέτη που να συγκρίνει προοπτικά τα αποτελέσματα της κάθε μελέτης.

### **Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις της συντηρητικής θεραπείας των CIN στην γονιμότητα και την έκβαση της κύησης**

Μέχρι πρόσφατα η γνώση σχετικά με τις συντηρητικές θεραπείες δεν έδειχνε σημαντικές



επιπτώσεις σε μελλοντική γονιμότητα και έκβαση κυήσεων. Η συγκεκριμένη αντίληψη, συνδυαζόμενη με την ευκολία των εφαρμοζόμενων μεθόδων οδήγησε όμως συχνά σε υπερθεραπεία. Πρόσφατα αθροιστικά δεδομένα από την παγκόσμια βιβλιογραφία διαφοροποιούν αυτή την αντίληψη αποδεικνύοντας ότι οι κύριες μέθοδοι εκτομής ήτοι η κωνοειδής εκτομή με μαχαίρι και δευτερευόντως η LLETZ και η κωνοειδής εκτομή με Laser οδήγησαν σε αυξημένο ποσοστό πρόωρων τοκετών, σε χαμηλό βάρος γέννησης και σε πρόωρη ρήξη υμένων. Επιπλέον φαίνεται ότι οι συγκεκριμένες μέθοδοι εκτός του ότι αυξάνουν το ποσοστό των καισαρικών τομών και της πιθανότητας νοσηλείας των νεογνών σε αντίστοιχη μονάδα εντατικής θεραπείας, φαίνεται ότι υπερδιπλασιάζουν και τον κίνδυνο περιγεννητικής θνησιμότητας. Αντιθέτως οι μέθοδοι καταστροφής δεν φαίνονται να συσχετίζονται με τέτοιες μακροχρόνιες επιπλοκές.

Η παραπάνω διαπίστωση οδηγεί αναπόφευκτα σε σκεπτικισμό την κολποσκοπική ιατρική κοινότητα καθώς ανασύρει τις μεθόδους καταστροφής στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης ενδοεπιθηλιακών βλαβών σε νεαρές γυναίκες με ό,τι θετικό ή αρνητικό αυτό συνεπάγεται. Είναι σαφές ότι στις χαμηλόβαθμες ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις μια πιο ορθολογική αντιμετώπιση θα ήταν η συντηρητική παρακολούθηση δεδομένης της υψηλής πιθανότητας αυτόματης ύφεσης/ίσης όπως αυτή περιγράφεται.

Ακριβέστερα συμπεράσματα θα μπορούσαν μόνο να προκύψουν από προοπτικές κατάλληλου μεγέθους και σχεδιασμού, συγκριτικές κλινικές μελέτες. Ως τότε βεβαίως ισχύουν τα προαναφερθέντα.

### **Η παρακολούθηση μετά από τη θεραπεία για CIN**

Η έννοια της παρακολούθησης μετά τη θεραπεία των CIN αποκτά ιδιαίτερη σημασία δεδομένης της έλλειψης 100% αποτελεσματικής μεθόδου για θεραπεία καθώς και του γεγονότος ότι η πιθανότητα υπολειπόμενης νόσου και συνεπώς υποτροπής είναι πάντα υπολογίσιμη ακόμη και σε περίπτωση εκτομής επί υγιών ορίων. Δεν πρέπει επίσης να ξεχαστεί επίσης το γεγονός ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό για εμφάνιση διηθητικής νόσου μετά από συντηρητική θεραπεία.

Η παρακολούθηση περιλαμβάνει τις ίδιες μεθόδους όπως και η διάγνωση, δηλαδή την κυτταρολογική εξέταση και την κολπο-

σκόπηση με επανελέγχους που αρχικώς είναι πυκνότεροι και εν συνεχεία αραιώνουν, κυρίως διότι οι υποτροπές ανευρίσκονται κυρίως στην πρώτη μετεγχειρητική διατία.

Η περίπτωση αρχικής εκτομής επί μη υγιών ορίων αντιμετωπίζεται με συνδυασμό κυτταρολογίας και κολποσκόπησης από την αρχή. Επί θετικής μετεγχειρητικής κυτταρολογίας και/ή κολποσκόπησης (και βεβαίως και θετικής μετεγχειρητικής ιστολογικής επιβεβαίωσης με μικροβιοψίες) θα χρειασθεί επαναληπτική αφαίρεση, η οποία είναι τακτικότερη σε ευρήματα υπολλειματικών υψηλόβαθμων αλλοιώσεων του πλακώδους ή του αδενικού επιθηλίου. Η παρακολούθηση επίσης σε περιπτώσεις εφαρμογής μεθόδων καταστροφής, λόγω έλλειψης ιστολογικής εκτίμησης των ορίων εκτομής, κατ' ουσίαν απαιτεί πρόγραμμα παρόμοιο με εκείνο των περιπτώσεων με εκτομή επί μη υγιών ορίων.

Η διάρκεια της παρακολούθησης είναι προς συζήτηση. Υπό το πρίσμα των νέων δεδομένων που αποδεικνύουν την ύπαρξη αυξημένου κινδύνου για διηθητικό καρκίνωμα τραχήλου έως και 20 έτη μετά την συντηρητική αντιμετώπιση, προτείνεται πλέον παρακολούθηση για 20ετία μετά την αρχική αντιμετώπιση. Η έλλειψη συμμόρφωσης εν προκειμένω είναι ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα στην εφαρμογή τέτοιου προγράμματος παρακολούθησης. Προς την κατεύθυνση σχεδιασμού πιο ευέλικτου και κυρίως πιο βραχυχρόνιου προγράμματος παρακολούθησης φαίνεται να συμβάλλει το HPV DNA test. Το HPV DNA test φαίνεται πιο ευαίσθητο στην ανίχνευση των πιθανών υποτροπών συγκρινόμενο με την κολποσκόπηση και την κυτταρολογική εξέταση. Εντούτοις η πιθανότητα ψευδώς αρνητικών ευρημάτων δύναται να θέσει γυναίκες υψηλού κινδύνου για υποτροπή σε ελλιπή παρακολούθηση. Ως εκ τούτου η πρόταση αντικατάστασης της κυτταρολογικής εξέτασης από το HPV DNA test κρίνεται μάλλον πρόωρη. Συνδυασμός του HPV DNA test με την κυτταρολογική εξέταση είναι πιθανότερο να ανιχνεύει τις υποτροπές ταχύτερα και εγκυρότερα.

**Συμπέρασμα:** Τα παραπάνω δεδομένα καταδεικνύουν ότι νέα στοιχεία προκύπτουν τόσο σε επίπεδο διάγνωσης, θεραπείας και παρακολούθησης. Δέον είναι τα δεδομένα αυτά να ενσωματωθούν στους αντίστοιχους αλγόριθμους προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα της ανίχνευσης και θεραπείας των CIN. Εκτός αυτού νέοι

μοριακοί και άλλοι δείκτες πρόγνωσης που προκύπτουν στην βιβλιογραφία, θα πρέπει να αξιολογούνται σε συνδυασμό με τα κλινικά δεδομένα για το σχεδιασμό ευέλικτων και εφαρμόσιμων προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας.

### Σχετική βιβλιογραφία:

- (1) Arbyn M. Keynote lecture: An overview of cervical cancer screening systems in Europe. 3rd European Congress for Colposcopy and Cervical Pathology, organised by the European Federation for Colposcopy and the French Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Paris (France), 23-24 January 2004
- (2) IARC Handbook Cervix Cancer Screening, 2005
- (3) Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevaïdis E. Obstetrical and fertility outcomes after conservative treatment for intra-epithelial or early invasive cervical lesions : a systematic review and meta-analysis of the literature. *Lancet* 2006; 367: 489-98.
- (4) Massad LS, Collins YC. Strength of correlations between colposcopic impression and biopsy histology. *Gynecol Oncol* 2003; 89:424-8
- (5) Benedet JL, Maticic JP, Bertrand MA. An analysis of 84244 patients from the British Columbia cytology-colposcopy program. *Gynecol Oncol* 2004; 92:127-34.
- (6) Coleman D, Day N, Douglas G et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Europe against cancer programme. *Eur J Cancer* 1993; 29A Suppl 4: S1-S38.
- (7) Wright TC, Cox JT, Massad LS, Wilkinson EJ. 2001 Consensus guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *JAMA* 2002; 287: 2120-9
- (8) Arbyn M, Paraskevaïdis E, Martin-Hirsch P, Prendiville W, Dillner J. Clinical utility of HPV-DNA detection: triage of minor cervical lesions, follow-up of women treated for high-grade CIN: an update of pooled evidence. *Gynecol Oncol* 2005; 99(3 Suppl 1):S7-11
- (9) Paraskevaïdis E, Kaponis A, Malamou-Mitsi V et al. The natural history of HPV infection of the uterine cervix. Long-term observational and histological data. *Anticancer Res* 2002; 22:1177-81
- (10) Arbyn M, Buntinx F, Van Ranst M, Paraskevaïdis E, Martin-Hirsch P, Dillner J. Virologic versus cytologic triage of women with equivocal Pap smears: a meta-analysis of the accuracy to detect high-grade intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 280-93
- (11) Arbyn M, Dillner J, Van Ranst M, Buntinx F, Martin-Hirsch P, Paraskevaïdis E. Re: Have we resolved how to triage equivocal cervical cytology? *J Natl Cancer Inst* 2004; 96:1401-2
- (12) Paraskevaïdis E, Koliopoulos G, Kalantaridou S et al. Management and evolution of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy and postpartum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;104:67-9
- (13) Paraskevaïdis E, Kitchener H, Adonakis G, Parkin D, Lolis D. Incomplete excision of CIN in conization: further excision or conservative management? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994; 53:45-7
- (14) Paraskevaïdis E, Lolis ED, Koliopoulos G, Alamanos Y, Fotiou S, Kitchener HC. Cervical intraepithelial neoplasia outcomes after large loop excision with clear margins. *Obstet Gynecol* 2000; 95:828-31
- (15) Paraskevaïdis E, Kalantaridou SN, Paschopoulos M et al. Factors affecting outcome after incomplete excision of cervical intraepithelial neoplasia. *Eur J Gynaecol Oncol* 2003; 24:541-3.
- (16) Martin-Hirsch PL, Paraskevaïdis E, Kitchener H. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2):CD001318
- (17) Paraskevaïdis E, Koliopoulos G, Paschopoulos M, Stefanidis K, Navrozoglou I, Lolis D. Effects of ball cauterization following loop excision and follow-up colposcopy. *Obstet Gynecol* 2001; 97:617-20
- (18) Paraskevaïdis E, Davidson EJ, Koliopoulos G, Alamanos Y, Lolis E, Martin-Hirsch P. Bleeding after loop electrosurgical excision procedure performed in either the follicular or luteal phase of the menstrual cycle: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2002; 99:997-1000
- (19) Soutter WP, de Barros Lopes A, Fletcher A et al. Invasive cervical cancer after conservative therapy for cervical intraepithelial neoplasia. *Lancet* 1997 ; 349:978-80
- (20) Colposcopy and programme management. Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme. Publication No 20, NHS Cancer Screening Programmes, 2004
- (21) Soutter WP, Butler JS, Tipples M. The role of colposcopy in the follow up of women treated for cervical intraepithelial neoplasia. *BJOG* 2006; 113:511-4.
- (22) Paraskevaïdis E, Jandial L, Mann EM, Fisher PM, Kitchener HC. Pattern of treatment failure following laser for cervical intraepithelial neoplasia: implications for follow-up protocol. *Obstet Gynecol* 1991; 78:80-3
- (23) Soutter WP, Sasieni P, Panoskaltzis T. Long-term risk of invasive cervical cancer after treatment of squamous cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Cancer* 2006; 118:2048-55
- (24) Kalliala I, Anttila A, Pukkala E, Nieminen P. Risk of cervical and other cancers after treatment of cervical intraepithelial neoplasia: retrospective cohort study. *BMJ* 2005; 331:1183-5
- (25) Paraskevaïdis E, Arbyn M, Sotiriadis A et al. The role of HPV DNA testing in the follow-up period after treatment for CIN: a systematic review of the literature. *Cancer Treat Rev* 2004; 30:205-11.

# Άσκηση και Ανοσοποιητικό

## Του Χρόνη Δρούγια

Χειρουργού Ορθοπαιδικού

Αθλητίατρο: αναγνωρισμένου από τον Βαυαρικό Ιατρικό Σύλλογο, Μετεκπαιδευμένος στην Προληπτική - Αποκαταστατική Αθλητιατρική του Τεχνικού Παν/μίου του Μονάχου.

*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.*

Το υψηλό σωματικό κυρίως stress, στο οποίο υπόκεινται οι αθλητές σε τακτική και χρόνια βάση, (μέχρι και δεκαετίες) επιδρά στην φυσιολογία τους, καί καθιστά την αθλητιατρική, ειδικά όταν αφορά υψηλού επιπέδου αθλητές, πεδίο έρευνας ιδιαίτερα πλούσιο, που η μελέτη του προάγει την ιατρική επιστήμη όχι μόνο όσον αφορά τις ανάγκες των αθλητών, αλλά παρέχοντας πολύτιμα στοιχεία για την αναβάθμιση της ιατρικής μέριμνας και των μή αθλητών.

Ο καθηγητής της αθλητιατρικής του Τεχνικού Παν/μίου του Μονάχου Dieter Jesche, είχε παρομοιάσει τον αθλητή με «αυτοκίνητο formula1», πού μάς δίνει πληροφορίες για την βελτίωση των συμβατικών αυτοκινήτων. Έτσι τα στοιχεία που εκμαιοεί η ιατρική επιστήμη μελετώντας ανθρώπινους οργανισμούς σε τόσο υψηλό και χρόνιο stress δύσκολα μπορεί να αναπαραχθούν με ένα στημένο και σύντομο εργαστηριακό πείραμα.

Τό 1893 γίνεται από τον Γερμανό γιατρό Schultz, η πρώτη αναφορά στην «ασκησιογενή λευκοκυτάρωση» («Experimentale untersuchungen uber das vorkommen und die diagnostische bedeutung der leucocytose» Dtsch, Arch klin med 51-234-281 1893. Πειραματικές εξετάσεις για τό αίτιο και την διαγνωστική σημασία της λευκοκυτάρωσης).

Παρά την πρώιμη ενασχόληση με τό θέμα ανοσοποιητικό και άσκηση μέχρι τό 2002 έγιναν μόνο 650 δημοσιεύσεις έκ των οποίων τό 60% μετά τό 1990, με τις πλείστες αυτών να αφορούν τό οξύ ερέθισμα, (επίδραση μιάς προπόνησης ή ενός αγώνα), πού είναι σάφως ευκολότερο να μελετηθεί. Οι σημαντικές όμως επιδράσεις αφορούν τα χρόνια επαναλαμβανόμενα ερεθίσματα, αντικείμενο μελέτης δύσκολο και με μεγάλες απώλειες στο δείγμα.

Η ασκησιογενής επίδραση στο ανοσοποιητικό αποδείχτηκε τελικά τόσο σημαντική που τό 1993 στο Paderborn της Γερμανίας ιδρύθηκε η διεθνής κοινότητα άθλησης και ανοσολογίας «International society of exercise and immunology».

Τό θέμα «άσκηση και ανοσοποιητικό» είναι πραγματικά χαστικό. Στη συνέχεια δίνονται ορισμένα βασικά στοιχεία που αφορούν τον μέσο όρο, γιατί η ανοσολογική απάντηση στο ασκησιογενές stress είναι εξατομικευμένη.

Ο ανθρώπινος οργανισμός συνθέτει καθημερινά 12-14 gr υψηλής διαφοροποίησης πρωτείνες τις ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ. Σε συνήθειες δραστηριότητες εισπνέονται 6-8lt αέρα / 1 λεπτό φέρνοντας τον αναπνευστικό βλεννογόνο σε επάφη μέ ρύπους, ιούς, μικρόβια κ.τ.λ. Ο αθλητής σε μέτρια άσκηση εισπνέει 80lt αέρα /1 λεπτό, στήν δέ βαριά 130lt αέρα /1λεπτό, με επακόλουθη αυξημένη επάφη νοσογόνων παραγόντων με τον βλεννογόνο, με μεγαλύτερη ταχύτητα, με αποτέλεσμα τον τραυματισμό του και την ξήρανσή του από την υπέρηνοια. Από την άλλη πλευρά υπάρχει στον αθλητή ένας «ανταγωνισμός» στήν σύνθεσης μυικής πρωτείνης και ανοσοσφαιρινών. Ο αθλητής καθίσταται έτσι πιο ευαίσθητος και διαφοροποιεί τις διατροφικές τουλάχιστον ανάγκες του (πρόσληψη πρωτεϊνών).

Τό ανοσοποιητικό επηρεάζεται από την πνευματική εργασία, τό κοι-

ωνικό stress, το σωματικό stress και την διατροφή μέσω νευροδιαβιβαστών, των πρωτεϊνών του stress (ιντραλευκίνη 1&6 1L-1, 1L-6, TNF, ισταμίνη, βραδικινίνη, προσταγλανδίνες, CRP κ.τ.λ.), ορμονών του stress (κατεχολαμίνες, κορτιζόλη, ενδορφίνες, αυξητική ορμόνη) και κίτοκινών («ψυχονευροενδοκρινική ανοσολογία»).

Οι κατεχολαμίνες που βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο της υποθαλαμικής CRF και της υποφυσιακής ACTH και παράγονται κυρίως από τον μυελό των επινεφριδίων, (αδρεναλίνη) και τις συμπαθητικές απολήξεις, (νοραδρεναλίνη), δρούν στους Β-υποδοχείς των μακροφάγων, ουδετεροφίλων, Τ και Β λεμφοκυττάρων ενεργοποιώντας το σύστημα αδενυλκυκλάσης και παράγοντας CAMP. Σε εργοφυσιολογικούς ελέγχους παρατηρήθηκε καμπύλη αύξησης νοραδρεναλίνη παράλληλη με αυτή του γαλακτικού οξέος (Tech.Uni. Munchen 1989 Lorenz, Drougias Rosenberg).

Η επίδραση των κατεχολαμινών στό ανοσοποιητικό είναι ΔΙΦΑΣΙΚΗ.

Σέ μία πρώτη φάση, (ευοδωτική), ελαττώνουν τή σύνδεση των WBC με το ενδοθήλιο του σπληνός, των πνευμόνων και του ήπατος προκαλώντας ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ.

Σέ μία δεύτερη φάση (ανασταλτική) πού μπορεί να εμφανιστεί 60'-120'-180' μετά από άσκηση έντασης 90-95% της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου (VO<sub>2</sub> max), ελαττώνουν την ανταπόκριση σε μιτογόνα προκαλώντας ΛΕΥΚΟΠΕΝΙΑ.

Τά επίπεδα των υποφυσιακών ορμονών αυξάνονται ανάλογα του χρόνου άσκησης. Ακολουθώντας τον κανόνα η αυξητική ορμόνη ευοδώνει το ανοσοποιητικό επιδρώντας κυρίως στά ουδετερόφιλα. Ανεπάρκεια της GH προκαλεί υποπλασία λεμφικού ιστού, ενώ η χορήγηση της τον βελτιώνει.

Από την υπόφυση εκλύεται ένα άλλο πεπτιδιο η προπιομελανοκορτινή πρόδρομος των Β-ενδορφινών (προπιομελανοκορτινή -> Β-λιποτροπίνη -> Β-ενδορφίνη). Οι Β-ενδορφίνες εκλύονται σε εντάσεις πάνω από το 50% τού VO<sub>2</sub>max πολύ μεγάλης διάρκειας, ή μέγιστες εντάσεις μεγαλύτερης διάρκειας των 3'. Δρούν στους υποδοχείς οπιοειδών των Τ-λεμφοκυττάρων και ευοδώνουν τήν δράση των Ν.Κ. (Natural Killers) η δράση τους αναστέλλεται μέ την χορήγηση ναλοξόνης πριν την άσκηση (ανταγωνισμός σε επίπεδο υποδοχέων).

Αντίθετα μέ την GH και τις ενδορφίνες η κορτιζόλη ασκεί κατασταλτική δράση στην ανοσολογική απόκριση. Αν και στην διάρκεια της άσκησης απελευθερώνει πρόσφατα ενεργοποιημένα ουδετερόφιλα προκαλώντας ουδετεροφιλία, στην συνέχεια προκαλεί λεμφοκυττοπενία, μονοκυττοπενία, ηωσινοπενία.

Το αρνητικό δέ ισοζύγιο αζώτου που προκαλεί αναστέλλει την σύνθεση ανοσοσφαιρινών όσο και μυϊκής πρωτεΐνης και άλλων πεπτιδίων.

Η κορτιζόλη εκλύεται σε άσκηση διάρκειας μεγαλύτερης της 1 ώρας, υψηλής έντασης. Το προπονητικό επίπεδο του αθλουμένου μετατοπίζει την εκλυση της στό χρόνο δεξιότερα.

Η κορτιζόλη και οι πρωτεΐνες του stress, αλλοιώνουν τις κυτταρικές μεμβράνες, καθιστώντας τες ευένδοτες σε νοσογόνους παράγοντες. Διαταράσσουν την διαπερατότητα των προκαλώντας οιδήματα και αυξάνουν την αντιγονικότητά των πυροδοτώντας αυτοάνοση συμπεριφορά (αναφορές για Steven Jones και Lupus erythematosus: Helmut Stickl Tech.Uni. Munchen Ιανουάριος 1991).

Το αμινοξύ Γλουταμίνη που είναι απαραίτητο για τον πολλαπλασιασμό των λεμφοκυττάρων και την δραστηριότητα των LAK (leukokine activated killers), παράγεται κυρίως από τους γραμμωτούς μύες. Ένας κουρασμένος μυϊκός ιστός δέν δύναται να αποδώσει επαρκή γλουταμίνη με αποτέλεσμα ανοσολογικό έλλειμμα.

Η σχέση ανοσοποιητικού και ενδοκρινικού συστήματος είναι αμφίδρομη. Δέν δέχεται μόνο επιδράσεις ορμονών και πεπτιδίων αλλά τα κύτταρά του ενίοτε παράγουν ορμόνες. Προσβεβλημένα από ιούς λεμφοκύτταρα παράγουν ACTH. Περισσότερα από 20 πεπτιδια παράγονται από κύτταρα του ανοσοποιητικού (ενδορφίνες, εγκεφαλίνες, προλακτίνη, GH, CRF, κ.τ.λ.)

Πλέον επιρρεπείς σε λοιμώξεις από τους αθλητές εμφανίζονται οι αθλητές αντοχής. (δρομείς και σκιέρ μεγάλων αποστάσεων, τριαθλητές, ποδηλάτες). Η κατηγορία των αθλητών αυτών εκτός από του ενδοκρινικούς μηχανισμούς, εμφανίζει επιρρεπές ανοσοποιητικό και λόγω ελλείψεων σε στοιχεία όπως Fe, Ca, Cr, Mg, Zn. Τα στοιχεία αυτά χάνονται από τον ιδρώτα και από μικροέλη στον πεπτικό σωλήνα και κυρίως από το παχύ έντερο, πού δημιουργούνται από την ανακατανομή του αίματος που προκαλεί υπεραϊμία στους εργαζόμενους μύες και ισχαιμία μέ επακόλουθη νέκρωση και μικροέλη στον πεπτικό σωλήνα (Meyer κοπράνων θετική μετά έντονες μεγάλες προσπάθειες).

Νεαροί αθλητές αντοχής (δρομείς και σκιέρ μεγάλων αποστάσεων) από την ευρύτερη περιοχή της πόλης των Ιωαννίνων εμφάνισαν πολύ χαμηλότερες τιμές των ανωτέρω στοιχείων σε σχέση μέ ταχυδυναμικούς αθλητές και ακόμη περισσότερο μέ τον γενικό πληθυσμό της περιοχής μας (Δρούγιας, Βασάκος, Καλφακάκου Ιουνιος 1997 Θεσ/κη). Ειδικά ο ψευδάργυρος συμμετέχει σε περισσότερους από 200 ενζυμικούς μηχανισμούς, προστατεύει από την υπεροξειδωση και βοηθάει στην ταχύτερη επούλωση των πληγών. στο ήπαρ διεγείρει τον LEM(ενδογενής μεταβιβαστής λεμφοκινών). Σέ προπονήσεις τακτικές μεγαλύτερες των 3 ωρών την ημέρα παρατηρείται μείωση των επιπέδων του.

Η χορήγηση του στίς περιπτώσεις αυτές βελτιώνει την επίδοση (βελτίωση προσωπικού αεροβίου και αναεροβίου κατωφλιού).

## **Τύπος άσκησης και ανοσοποιητικό**

### ***A. Ήπια μέσης και μικρής διάρκειας άσκηση***

Τό οξύ προπονητικό ερέθισμα διάρκειας μικρότερης - ίσης της μίας ώρας επιφέρει:

- αύξηση ουδετεροφίλων
- αύξηση μονοκυττάρων

- αύξηση λεμφοκυττάρων
- αύξηση των CD 8 και CD 4 με ελάττωση της σχέσης CD 4/CD 8
- αύξηση της ιντερλευκίνη 2 με αποτέλεσμα τον πολλαπλασιασμό των CD 16 και CD 56.

25' ποδήλατο στο 80% της VO 2 max (μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου), διεγείρει το ανοσοποιητικό για 90' μετά την άσκηση. Στή συνέχεια εμφανίζεται μία έκπτωση του και επέρχεται ισορροπία 3 ώρες μετά την άσκηση. Έτσι ο οργανισμός εμφανίζεται ιδιαίτερα ανεκτικός σε νοσογόνους παράγοντες για 1.30' μετά την άσκηση. Σταδιακά εξασθενεί μέχρι τις 3 ώρες που επέρχεται ισορροπία.

25' ποδήλατο στο 40% δέν ασκεί επίδραση.

### B. Άσκηση μεγάλης διάρκειας υψηλής έντασης.

Σε αυτού του είδους την καταπόνηση είναι έντονη η δράση της κορτιζόλης με τις ανάλογες συνέπειες.

Αθλητές με όγκο εβδομαδιαίας προπόνησης μεγαλύτερο των 10 ωρών παρουσιάζουν επίταση τις φαγοκυτταρικής δραστηριότητας σε περιόδους αποκατάστασης.

Χαρακτηριστικά οι αθλητές μεγάλων αποστάσεων (δρομείς, χιονοδρόμοι, τριαθλητές και ποδηλάτες) εμφανίζουν υψηλή επίπτωση λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού (Upper Respiratory Track Infections :URTI).

### Γ. Interval training (διαλειμματική προπόνηση):

Πρόκειται για επαναλαμβανόμενα μικρής διάρκειας (15 δευτερόλεπτα έως 10 λεπτά), υψηλής έντασης ερεθίσματα με ανάλογο αυτών διάλειμμα.

Κωπηλάτες υψηλού επιπέδου σε προπονητικό πρόγραμμα 3 εξαλέπτων (3X6') πλήρους έντασης, εμφάνισαν μετά το πρώτο τρίλεπτο διπλασιασμό των WBC, οκταπλασιασμό των NK και διπλασιασμό των λεμφοκυττάρων, ως και 2 φορές εντονότερη δραστηριότητα των NK. Μετά το δεύτερο και το τρίτο 3λεπτο εμφάνισαν σε σχέση με την κατάσταση ηρεμίας WBC, 13 φορές περισσότερα, 4 φορές εντονότερη δραστηριότητα των NK και τετραπλάσιο αριθμό λεμφοκυττάρων. Οι τιμές επανήλθαν στο φυσιολογικό μετά την αποκατάσταση (Nielsen και συνεργ.).

Επίσης δρομείς που έκαναν 15 μονόλεπτα με 1 λεπτό διάλειμμα στο καθένα στο 95% της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου (Hinston & συνεργ.) εμφάνισαν μετά την άσκηση :

- αύξηση των NK
- αύξηση των Ts και ελάττωση των Th, με αποτέλεσμα ελάττωση της σχέσης Th/Ts
- ελάττωση της ανταπόκρισης σε μιτογόνα τα πρώτα 30' της αποκατάστασης.

### ΜΕ ΤΗΝ ΒΑΡΙΑ ΑΣΚΗΣΗ:

- παρατηρείται ελάττωση της φαγοκυττάρωσης,
- ελάττωση του συμπληρώματος,
- ελάττωση των Th λεμφοκυττάρων με ανάλογη ελάττωση της σχέσης Th/Ts

- χρησιμοποιείται πρωτεΐνη για αναδόμηση του μυϊκού ιστού και για ενέργεια, με αποτέλεσμα αρνητικό ισοζύγιο αζώτου.

- εμφανίζεται αυξημένη επίπτωση νόσου και λοιμώξεων

- αυξάνουν οι πρωτεΐνες του stress
- εκπίπτουν λειτουργικά τα ουδετερόφιλα
- ελαττώνεται η ανταπόκριση σε μιτογόνα
- εμφανίζεται λεμφοκυττοπενία
- αυξάνουν τα ηωσινόφιλα

### ΜΕ ΤΗΝ ΕΛΑΦΡΑ ΕΩΣ ΜΕΤΡΙΑ ΑΣΚΗΣΗ:

- ευοδώνεται το ανοσοποιητικό
- ευοδώνεται η φαγοκυττάρωση
- αυξάνουν τα λεμφοκύτταρα
- τα NK εμφανίζουν αυξημένη δραστηριότητα.

### Overtraining και ανοσοποιητικό

Overtraining (υπερπροπόνηση:) πολυσυστηματική συνδρομή ωφειλόμενη σε συνεχόμενα προπονητικά - αγωνιστικά ερεθίσματα ιδιαίτερα επιβαρυντικά με ανεπαρκή χρόνο αποκατάστασης, πού ο οργανισμός του αθλούμενου δέν δύναται να αντιρροπήσει.

Στήν ανωτέρω κατάσταση εμφανίζεται συχνότερη επίπτωση και βαρύτερη έλευση λοιμώξεων και αλλεργιών.

Ιδιαίτερα συχνές είναι γριπώδεις συνδρομές, αγνώστου αιτιολογίας, εμπύρετα και λεμφαδενοπάθειες, ως και εφήμερα κρυολογήματα.

Συχνή είναι η επανενεργοποίηση ερπητικών λοιμώξεων και η εμφάνιση ακμής.

### ΟΙ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ ΕΙΝΑΙ:

Αυτές των ανωτέρων αναπνευστικών οδών (Upper Respirator Track Infections) με κύριους προδιαθεσικούς παράγοντες τους περιβαλλοντικούς ρύπους, τό σχολιατικό διάφραγμα, τις αδενοειδείς εκβλαστήσεις, τήν αλλεργική ρινίτιδα κ.τ.λ. από την μία και την υπερβολική καταπόνηση από την άλλη.

Ακολουθούν οι ουλίτιδες και στίς γυναίκες κυστίτιδες, ωθηκίτιδες, κολπίτιδες. Σπανιότερα εμφανίζονται περι-ενδο-μυοκαρδίτιδες.

Οι κύριες πύλες εισόδου λοιμογόνων παραγόντων είναι η αναπνευστική οδός, η στοματική κοιλότητα και τα μικροέλκη του εντερικού σωλήνα. Τά τελευταία οφείλονται στην ανακατανόμη του κυκλοφορούντος αίματος από τα σπλάχνα στους εργαζόμενους μύες, με εμφάνιση παρατεταμένης ισχαιμίας και νεκρώσεων του εντερικού βλεννογόνου και στην συνέχεια εμφάνιση έλκων. Σέ παρατεταμένη υψηλής έντασης άσκηση η αιματική ροή στο έντερο ελαττώνεται έως και 80%. Από τα έλκη υπάρχει απώλεια αίματος, ανοσοσφαιρινών (κυρίως 1gG) καί άλλων στοιχείων.

ΟΙ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ αφορούν κυρίως δρομείς μεγάλων αποστάσεων, υπερμαρθωνοδρόμους, χιονοδρόμους αντοχής, τριαθλητές,

ποδηλάτες αντοχής. Χαρακτηριστικά είναι τα ευρήματα ερευνών που έγιναν σε 3 μεγάλους αγώνες.

- τό 1982 στον «Two oceans ultramarathon» απόστασης 56km. Στις 2 εβδομάδες που ακολούθησαν μετά τον αγώνα, τό 33% των αθλητών που συμμετείχαν εμφάνισαν «URTI» και μόνο το 15,3% δείγματος γενικού πληθυσμού. Η επίπτωση νόσου και η βαρύτητα της συνδρομής ήταν αντιστρόφως ανάλογη της επίδοσης. (Πιθανώς λόγω έκπτωσης του ανοσοποιητικού από πίο βεβαρημένο προπονητικό πρόγραμμα πριν τον αγώνα και μεγαλύτερη προσπάθεια στην διάρκεια αυτού).

-Ανάλογα ήταν και τα στοιχεία από τον υπερμαραθώνιο του «Korkie» (56km) το ίδιο έτος.

-Στόν Μαραθώνιο του Los Angeles η επίπτωση URTI στην διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών πριν τον αγώνα ήταν μεγαλύτερη σε αθλητές με εβδομαδιαίο χιλιομετρικό όγκο μεγαλύτερο των 97km.

Τα αίτια εμφάνισης URTI σε αυτή την κατηγορία αθλητών είναι η ξηρότητα του βλεννογόνου, η καταστολή του ανοσοποιητικού που εμφανίζουν λόγω της υπερπροπόνησης, ο τραυματισμός του βλεννογόνου από την υπέρπνοια με αποτέλεσμα έκπτωση της δραστηριότητας του κροσσώτου επιθηλίου και του δραστικού στον βλεννογόνο κλάσματος των IgA (SIgA). Μειωμένη εμφανίζεται επίσης η δραστηριότητα, ενζύμων όπως η λυσοζύμη, η περοξειδάση, η λακτοφερίνη ως και των ενδοβρογχικών μακροφάγων.

#### ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ & ΑΣΚΗΣΗ

-Το 0.1% των IgG αποβάλλεται από το έντερο. Η ποσότητα αυτή υπερπολλαπλασιάζεται ευθέως ανάλογα της καταπόνησης (μικροέλλκη).

-Ανταγωνισμός στή σύνθεση μυικής πρωτεΐνης και ανοσοσφαιρινών

-Το αρνητικό ισοζύγιο азώτου οδηγεί σε ελαττωμένη παραγωγή αμοσοσφαιρινών

-Η χρήση NSAD με την καταστολή των προσαγλανδινών ελαττώνει το sIgA κλάσμα στον αναπνευστικό βλεννογόνο και αυξάνει την επίπτωση αμυδαλίτιδας - παραρρινοκολπίτιδας σε καταπονημένους αθλητές (οι προσταγλανδίνες είναι απαραίτητες για την μετατροπή των IgA σε sIgA).

Επιδημιολογικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι οι αθλητές είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε λοιμώξεις σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

-το 1972 στο Holly cross college καταγράφηκαν 97 περιστατικά ηπατίτιδας Α. Τα 90 αφορούσαν αθλητές.

-Στο Meinstein college: εμφανίστηκαν 9 κρούσματα πολυομυελίτιδας και αφορούσαν μόνο αθλητές.

-το 1982 σχεδόν όλοι οι αθλητές των Σοβιετικών εθνικών ομάδων εμφάνιζαν ελάττωση των T λεμφοκυττάρων (Surkina & συνεργ.)

Λόγω της συχνής εμφάνισης URTI σε αθλητές αναζητήθηκε η λύση σε διατροφικά συμπληρώματα. Μελέτες που έγιναν έδειξαν ότι η χρήση αντιοξειδωτικών μάλλον ωφελεί.

-στόν Μαραθώνιο του Comrades το 1990 μετείχαν

2 προς εξέτασιν ομάδες.

Η μέν πρώτη ελάμβανε 3 μήνες προαγωνιστικά 600mg vit C την ημέρα ενώ η δεύτερη ομάδα Placedo.

Από την πρώτη ομάδα το 33% εμφάνισε URTI στις 2 εβδομάδες που ακολουθούσαν τον αγώνα και το 68% στο Placedo group. (θεωρούνται δόκιμοι συνδιασμοί C 600mg + E 400 IU ή C + E + B καρωτένια 18 mgr)

Γενικά σε αθλητές αντοχής προτείνεται η λήψη vit C σε ποσότητα περίπου 1 gr την ημέρα.

Η έντονη και μεγάλης διάρκειας άσκηση αυξάνει τα λιπιδικά υδροπεροξειδία, τή μαλονική διαλδεύδη, τό OH, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, (υπεροξειδίο υδρογόνου) HOCL (υποχλωρίδες) και ROS (Reactive Oxygen Species).

Η βιταμίνη C η E και τα Βκαρωτένια εξουδετερώνουν τις ελεύθερες ρίζες που προέρχονται από την οξειδωτική φωσφορυλίωση. Οι «ROS» εξουδετερώνονται από την C χωρίς μεσολάβηση ενζυμικών μηχανισμών, η δέ συγκεντρωσή της βιταμίνης στά ουδετερόφιλα είναι 50 φορές μεγαλύτερη της εξωκυττάριας.

Συχνά απασχολεί προπονητές ή αθλητές αν ενδεικνυται τα sport στην διάρκεια λοιμώξεων.

Η ελαφρά αερόβια άσκηση σε ήπιες λοιμώξεις ενδεχόμενα ευοδώνει το ανοσοποιητικό. Σίγουρα όμως πρέπει η κάθε περίπτωση να εξατομικεύεται.

Η έντονη άσκηση στή διάρκεια των λοιμώξεων προκαλεί επιπλοκές, γενίκευση της νόσου που διαδράμει βαρύτερη, γίνεται επικίνδυνη όταν εμπλέκεται η καρδιά και το κυκλοφοριακό.

Η άσκηση μετά τις λοιμώξεις πρέπει να έχει μία προοδευτική αύξηση έντασης και διάρκειας λόγω της μεταλοιμώδους καταβολής.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

- εξάγονται τα ακόλουθα
- Προπονητικές μονάδες έντασης μικρότερης του 60% τής VO<sub>2</sub>max και διάρκειας μικρότερης της 1 ώρας,δέν επηρεάζουν ή ευοδώνουν το ανοσοποιητικό.
  - Χρόνια ήπια ερεθίσματα αυξάνουν την δραστηριότητα των NK, των ουδετεροφίλων και των μακροφάγων.
  - Χρόνια και έντονα ερεθίσματα χωρίς τον ανάλογο χρόνο αποκατάστασης προκαλούν ανοσοκαταστολή.
  - Η εμφάνιση νόσου και η βαρύτητα αυτής είναι ευθέως ανάλογα της έντασης και της διάρκειας του προπονητικού ερεθίσματος.
  - Τό πνευματικό stress, η πλημελής διατροφή, η απόλεια βάρους συνοδεύονται με ανοσολογικό έλλειμμα.
  - Τακτική ελεγχόμενη άσκηση βοηθάει πάσχοντες από HIV
  - Η επίπτωση και οι δείκτες θνησιμότητας από κακοήθεις νεοπλασίες είναι χαμηλότερα σε αθλούμενους.
  - Η λειτουργία του ανοσοποιητικού είναι σε γυμνασμένους ηλικιωμένους, βελτιωμένη σε σχέση με τους αγύμναστους.

## Η ίδρυση του Κέντρου Έρευνας και Τεχνολογίας Ηπείρου

Την παρουσίαση του Κέντρου Έρευνας και Τεχνολογίας Ηπείρου πραγματοποίησε στην ολομέλεια του ΕΣΕΤ ο Πρύτανης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, καθ. Ι. Γεροθανάσης. Το Κέντρο Έρευνας, θα λειτουργήσει ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, θα υπάγεται στο Υπουργείο Ανάπτυξης και σε πρώτη φάση θα περιλαμβάνει τέσσερα Ινστιτούτα που είναι τα ακόλουθα:

**Α. Το Ινστιτούτο Έρευνας και Τεχνολογίας Βιοδραστικών Φυσικών Ουσιών** η σκοπιμότητα δημιουργίας του απορρέει από την αναγκαιότητα για παραγωγή επιστημονικά τεκμηριωμένης νέας γνώσης στη φυσικοχημική ανάλυση, στη φαρμακολογική δράση και στη διατροφική αξία βιοδραστικών ουσιών που απομονώνονται από φυσικά προϊόντα που μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη τεχνολογίας και παραγωγής προϊόντων που αναμένεται να έχουν θετικό αντίκτυπο στην ανθρώπινη υγεία. Προς την κατεύθυνση αυτή το Ινστιτούτο μπορεί να συμβάλει στην οικονομική ανάπτυξη της Περιφέρειας Ηπείρου με εκμετάλλευση του φυσικού της πλούτου και την περιφερειακή ανάπτυξη απομονωμένων ορεινών περιοχών και να διευκολύνει την συνεργασία με φαρμακευτικές εταιρίες για την παραγωγή προϊόντων υψηλής προστιθέμενης αξίας.

**Β. Το Ινστιτούτο Διαχείρισης και Προστασίας Υδάτινων Πόρων** η σκοπιμότητα δημιουργίας του απορρέει από τις πολυάριθμες μονάδες υδατοκαλλιεργειών με ανοδική πορεία στη Δυτική Ελλάδα, τα ευαίσθητα, προστατευόμενα υδάτινα οικοσυστήματα στη Δυτική Ελλάδα και από το γεγονός ότι η Δυτική Ελλάδα είναι από σημαντικότερες περιοχές της Ευρώπης σχετικά με την υδρόβια πανίδα της. Στόχος του Ινστιτούτου θα είναι η προστασία Υδάτινων Πόρων και Οικοσυστημάτων και η επίλυση προβλημάτων διαχείρισης υγρών και στερεών αποβλήτων που προκύπτουν από βιομηχανικές μονάδες και αστικές δραστηριότητες.

**Γ. Το Ινστιτούτο Οπτικών και Επιφανειακών Τεχνολογιών** η αναγκαιότητα ίδρυσης του απορρέει από την ανάγκη σε παγκόσμιο επίπεδο για την ανάπτυξη γέφυρας μεταξύ βασικής έρευνας και των απαιτήσεων της παραγωγικής διαδικασίας, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη καινοτόμων βιομηχανικών προϊόντων, την ανάπτυξη προηγμένων μεθόδων ποιοτικού ελέγχου των προϊόντων με υψηλή ταχύτητα, ευαισθησία και αξιοπιστία που θα οδηγήσει στην Παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας για χαρακτηρισμό και πιστοποίηση υλικών και συστημάτων, με στόχο την τεχνολογική αυτάρ-

κεια και βελτίωση της ανταγωνιστικότητας των επιχειρήσεων της περιοχής της Ηπείρου.

**Δ. Το Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Καινοτομίας** ως κύριοι στόχοι του αναφέρονται η παιδαγωγική αξιοποίηση των Τεχνολογιών της Πληροφορίας και των Επικοινωνιών (ΤΠΕ) μέσα από πιστοποιημένες δομές εκπαίδευσης και η ανάπτυξη βασικής και εφαρμοσμένης έρευνας στο πεδίο, με την παράλληλη δημιουργία συναφών προϊόντων.

Το Ινστιτούτο εγκαθίσταται προσωρινά στο Τεχνολογικό Πάρκο Ηπείρου (200 m<sup>2</sup>) και σε επέκταση του Τεχνολογικού Πάρκου Ηπείρου 700 m<sup>2</sup> που θα ολοκληρωθεί ως τον Δεκέμβριο του 2008. Τα σχέδια για την μελλοντική του εγκατάσταση περιλαμβάνουν α) την παραχώρηση οικοπέδου 8 στρεμμάτων από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (απόφαση Πρυτανικού Συμβουλίου 902/24-8-2006) β) την μελέτη ανέγερσης πολυδύναμου κτιρίου 2500 m<sup>2</sup> ύψους 650.000 ευρώ με χρηματοδότηση της ΓΓΠΗπ (χρόνος ολοκλήρωσης 30-11-2008) και γ) την ανέγερση και τον συμβατικό εξοπλισμό του πολυδύναμου κτιρίου ύψους 6.500.000 ευρώ τα οποία θα ενταχθούν στο 4ο ΚΠΣ της ΓΓΠΗπ (χρόνος ολοκλήρωσης 31-12-2010).

Οι περαιτέρω ενέργειες είναι η οριστικοποίηση του Προεδρικού Διατάγματος Ίδρυσης (Φεβρουάριος 2007), η δημοσίευση του Προεδρικού Διατάγματος (Μάιος 2007), η χρηματοδότηση του Υπουργείου Ανάπτυξης (Καλοκαίρι 2007) και τέλος οι προκηρύξεις θέσεων Προέδρου, Διευθυντή, Ερευνητών, Διοικητικού και Τεχνικού Προσωπικού (τέλος 2007).

Σύμφωνα με τον πρύτανη του Παν. Ιωαννίνων κ. Ιωάννη Γεροθανάση, το Ινστιτούτο «ενισχύει την πολιτική εξακτίωσης και περιφερειοποίησης της Έρευνας και της Τεχνολογίας, όπως ακριβώς συνέβη με την περιφερειοποίηση του ακαδημαϊκού χώρου Ανώτατης Παιδείας τη δεκαετία του '60».

### ΨΗΦΙΣΜΑ ΣΥΓΚΛΗΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΡΧΟΜΕΝΗ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 16 ΤΟΥ ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΟΣ

Η Σύγκλητος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, σε συνεδρίασή της (αριθμ. 909/9.1.2007), με αφορμή τη συζήτηση και τις κινητοποιήσεις της πανεπιστημιακής κοινότητας που έχουν γίνει ή προγραμματίζονται να γίνουν με επίκεντρο τις θεσμικές αλλαγές που έχουν προταθεί στο νόμο πλαίσιο και την επικείμενη συζήτηση στη Βουλή για ενδεχόμενη αναθεώρηση του άρθρου 16 του Συντάγματος, συζήτησε το όλο ζήτημα σε όλες του τις πτυχές και αποφάσισε να δημοσιοποιήσει τα ακόλουθα:

1. Απαιτεί την πλήρη εφαρμογή του άρθρου



# δρώμενα

επιστημονικά-πολιτιστικά



16 του Συντάγματος και θεωρεί ότι το ελληνικό δημόσιο πανεπιστήμιο έχει συμβάλει τα μέγιστα στην ανάπτυξη της έρευνας και της διδασκαλίας, στην ελεύθερη διακίνηση των ιδεών και στην εν γένει ανάπτυξη της ελληνικής κοινωνίας.

2. Εκφράζει την αντίθεσή της σε συνταγματική ή νομοθετική ρύθμιση που θα θίγει το χαρακτήρα του δημόσιου ελληνικού πανεπιστημίου, με επιλογές που ενθαρρύνουν την ίδρυση ή αναγνώριση άλλου τύπου μη κρατικών ιδρυμάτων με το πρόσχημα του μη κερδοσκοπικού τους χαρακτήρα. Μια τέτοια εξέλιξη οδηγεί στην αναγνώριση και ανάπτυξη νέου τύπου κέντρων, με καθαρά ιδιωτικο-οικονομικά κριτήρια και τη μετατροπή της έρευνας και της γνώσης σε εμπόρευμα και υπηρεσία.

3. Η Σύγκλητος διαφωνεί ριζικά με οποιαδήποτε αλλαγή του Συντάγματος, η οποία θα επέτρεπε τη λειτουργία μη δημόσιων ανώτατων ιδρυμάτων. Η προοπτική αυτή μας βρίσκει αντίθετους για λόγους αρχής, καθώς πιστεύουμε ότι η παιδεία που παρέχεται από τα δημόσια, αυτοδιοικούμενα και πλήρως κρατικώς χρηματοδοτούμενα πανεπιστήμια αποτελεί ύψιστο κοινωνικό αγαθό. Επίσης, λόγω της σημασίας που έχουν αναγκαίες μεταρρυθμίσεις και θεσμικές αλλαγές, η Σύγκλητος θεωρεί ότι ο προσανατολισμός στη συζήτηση για την ίδρυση μη κρατικών-ιδιωτικών πανεπιστημίων όχι μόνο δεν λύνει κανένα πρόβλημα, αλλά θα πολλαπλασιάσει τις δυσκολίες και θα αποδυναμώσει τις προσπάθειες για την ενίσχυση του Δημόσιου Πανεπιστημίου και την αντιμετώπιση των σοβαρών προβλημάτων του.

4. Το σημερινό ελληνικό πανεπιστήμιο χρειάζεται θεσμικές αλλαγές που να συνδέονται με την ουσιαστική αναβάθμιση της αυτοδιοίκησής του, την ουσιαστική αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης, τη διαδικασία ακαδημαϊκής αξιολόγησής του, έξω από τις ανεξέλεγκτες αρχές και διαδικασίες του ανταγωνισμού της αγοράς.

5. Καλεί τις πολιτικές δυνάμεις του τόπου να συνεργαστούν για τη δημιουργία συνθετικών και βιώσιμων λύσεων στον ευαίσθητο χώρο της παιδείας για την ενίσχυση του δημόσιου χαρακτήρα και την αναβάθμιση της λειτουργίας της Ανώτατης Εκπαίδευσης.

6. Στις 10 και 17 Ιανουαρίου 2007, ημέρες κατά τις οποίες θα συζητείται η ενδεχόμενη αναθεώρηση του άρθρου 16 του Συντάγματος στη Βουλή, αναστέλλεται η εκπαιδευτική, διοικητική και ερευνητική διαδικασία και οργανώνονται, με ευθύνη των Πρυτανικών Αρχών, εκδηλώσεις-συζητήσεις στο Πανεπιστήμιο, όπου θα αναδειχθεί η εν γένει ανάπτυξη του Πανεπιστημίου, οι περαιτέρω προοπτικές ανάπτυξής του και οι θεσμικές αλλαγές που κρίνονται απαραίτητες.

Ιωάννινα, 9.1.2007  
Από την Πρυτανεία

### **Τμήμα Λοιμώξεων - Παθολογική Κλινική Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΞΕΝ. ΗΠΕΙΡΟΣ PALACE - Τετάρτη 09 Μαΐου 2007

18.30-22.00

Πρόεδρος/Συντονιστής: Χαρ. Μπασιάρης, Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμώξεων,

Διευθυντής Τμήματος Λοιμώξεων Παν. Νοσ. Ρίου Πατρών

18.30-19.00 Προσέλευση - Εγγραφές

19.00-19.10 Χαιρετισμός - Χρήστος Μαντάς, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων

19.10-19.30 «Η πορεία της HIV Λοίμωξης» - Χαρ. Γώγος, Καθηγητής Παθολογίας Υπεύθυνος Μονάδος Ειδικών Λοιμώξεων ΠΠΓΝΠ

19.30-20.30 Στρογγυλό Τραπέζι: «Η προσέγγιση του HIV/AIDS από τον μη ειδικό»

19.30-19.50 «Επιδημιολογία & Διάγνωση HIV Λοίμωξης» - Ιουλία Συροκώστα, Επιμελήτρια Παθολογικής Κλινικής Παν. Πατρών

19.50-20.10 «Κλινικές εκδηλώσεις του HIV/AIDS» - Συμεών Μεταλλίδης, Παθολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμ. Λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική ΑΧΕΠΑ

20.10-20.30 «Θεραπευτικές Προσεγγίσεις της HIVΛοίμωξης» - Παύλος Νικολαΐδης, Καθηγητής Παθολογίας, Υπεύθυνος Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων Α' Παθολογικής Κλινικής ΑΧΕΠΑ

20.30-21.00 Συζήτηση

21.00-22.00 Cocktail

Υπό την αιγίδα των: Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων - Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS

Για την καλύτερη οργάνωση της εκδήλωσης, παρακαλείστε να δηλώστε έγκαιρα τη συμμετοχή σας στην Alpha Communications (τηλ. 210 364 4441, e-mail: info@alphacomunications.gr)