



ΠΕΡΙ... ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΕΥΧΟΣ 7 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2009



ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ	B
PORT PAYÉ	
Ιωαννίνων 2 Αρ. Α5. 1	
ΕΛΛΑΣ-HELLAS	

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Φιλοσοφία του περιοδικού	7
Γράμμα Προέδρου	9
ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ	
Έκδοση ταυτοτήτων & νέος κατάλογος μελών του Ι.Σ.	10
Συζητήσεις & εργασίες σχετικά με την Ευρωπαϊκή οδηγία για το χρόνο εργασίας	11
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	14
ΔΙΑΦΟΡΑ	
Γιατροί χωρίς σύνορα	16
ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ	
Χρήσιμες πληροφορίες για τη νέα γρίπη τύπου Α/Η1Ν1	20
Αναξιόπιστες Ιατρικές Οδηγίες	24
Τοπική Νόσος: Χειρουργική καρκίνου μαστού	26
Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Υπάρχουσα κατάσταση, δυσκολίες και προβληματισμοί	32
Ο ρόλος της υπερηχογραφικής απεικόνισης του μυοσκελετικού στη ρευματολογία	34
ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΔΡΟΜΕΣ	
Για να θυμούνται οι παλιοί και να μαθαίνουν οι νέοι: Αλβέρτος Σβάϊτσερ	38
ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	
Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005 ΦΕΚ Α' 287/28.11.2005)	40

“Περί... την Ιατρική”
Τριμηνιαία Έκδοση του
Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων



ΤΕΥΧΟΣ 7

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ -
ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2009

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ:

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Γ. Παπανδρέου 2 - Τ.Κ. 454 44

Τηλ: 26510 25324 - Fax: 26510 32907

www.is-i.gr - email: info@is-i.gr

ISSN: 1790-6962

Εκδότης - Διευθυντής: Καρέντζος Κων/νος,
Πρόεδρος Ι.Σ.Ι.

Συντακτική Επιτροπή (αλφαβητικά):
Καρέντζος Κωνσταντίνος, Διευ/ντής ΩΡΛ ΓΝ Χατζηκώστα

Κάτσηνος Κωνσταντίνος, Ειδικευόμενος Ιατρός ΩΡΛ

Μαλάμου-Μήτση Βασιλική, Καθηγήτρια Παθολογικής
Ανατομικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Νίκας Σπυριδών, Ιατρός Παθολόγος

Ξενάκης Θεόδωρος, Καθηγητής Ορθοπαιδικής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Διοικητικό Συμβούλιο Ι.Σ.Ι.

Πρόεδρος:	Καρέντζος Κων/νος
Αντιπρόεδρος:	Κάτσηνος Κων/νος
Γραμματέας:	Τσιάρα Σταυρούλα
Ταμίας:	Σιόντη-Ευταξία Αλεξάνδρα
Μέλη:	Εξάρχκος Γεώργιος
	Μαλάμου-Μήτση Βασιλική
	Μασσαλάς Κωνσταντίνος
	Μήλιος Κωνσταντίνος
	Νίκας Σπυριδών
	Ξενάκης Θεόδωρος
	Παππάς Χαράλαμπος
	Τσιάμη Ελευθερία
	Χαμηλομάτης Παναγιώτης

Εξελεγκτική Επιτροπή

Κωτσόβολος Ηλίας, Μπούμπα-Βασιλείου Ανθούλα, Παπα-
δήμας Λάμπρος

Αναπληρωματικά Μέλη: Γεωργίου Χρήστος,
Θανάσης Ευάγγελος, Μαντζαβίνης Γεώργιος,

Πειθαρχικό Συμβούλιο

Μαντάς Ν. Χρήστος, Πρόεδρος
Τζιάλλα-Δάφνη Βασιλική, Αντιπρόεδρος
Τακτικά Μέλη: Λάζαρος Αυρήλιος, Ζερβού Ελευθερία,
Κουμπανιού Χριστίνα, Πίκου-Πηλιχού Βασιλική, Τόλης
Χρήστος, Ψύχος Δημήτριος

Εκπρόσωποι του Ι.Σ.Ι. στον Π.Ι.Σ.

Βίκας Κων/νος, Γιαννακάκης Ιωάννης,
Γκόλας Ευάγγελος, Μπέτζιος Ιωάννης, Κατσαράκης Νικό-
λαος, Κουμπανιού Χριστίνα, Κωστούλα-Τσιάρα Αγγελική,
Μαντάς Κ. Χρήστος, Νίκας Σπυριδών,
Τσιμογιάννης Ιωάννης

ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:
Ιοιάν Εκδοτική Ε.Π.Ε.
Ιατρικές Εκδόσεις

*Τα ενυπόγραφα άρθρα εκφράζουν τις απόψεις των συγγραφέων
τους και σε καμία περίπτωση δεν εκπροσωπούν τις απόψεις του Δ.Σ.
του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων ή της Συντακτικής Επιτροπής του
περιοδικού.

Φιλοσοφία του Περιοδικού



Κρατάτε στα χέρια σας το δεύτερο τεύχος του νέου κύκλου ζωής του περιοδικού του Ι.Σ.Ι., με το οποίο προσπαθήσαμε να παραμείνουμε πιστοί στο πνεύμα που παρουσιάσαμε και στο προηγούμενο τεύχος, για το οποίο τα σχόλια που μεταφέρθηκαν σε μας ήταν άκρως κολακευτικά, ώστε μας γεμίζουν με δύναμη, αλλά και ευθύνη. Μη θέλοντας λοιπόν να παρεκκλίνουμε από τις αρχές, όπως τις ορίσαμε πριν περίπου τρεις μήνες, βασική μας επιδίωξη και τώρα ήταν το περιοδικό να αποτελέσει ευχάριστη, ενημερωτική παρέα, έχοντας έναν χαρακτήρα περισσότερο κοινωνικό παρά αυστηρά ιατρικό...

Στις «Ιστορικές Αναδρομές» θα βρείτε στοιχεία για τη ζωή και το έργο του σπουδαίου ανθρωπιστή Ιατρού Αλβέρτου Σβάιτσερ, ο οποίος παρουσίασε σημαντική δράση σε θέματα περιθαλψής, μα και πρόληψης, σε εποχές δύσκολες και σε περιοχές ακόμη πιο δύσκολες, ακόμη και για τα τωρινά δεδομένα. Σε συνέχεια αυτής της αναφοράς μας σε ανθρώπους της προσφοράς και του κοινωνικού καθήκοντος, υπάρχει στο τεύχος αυτό η παρουσίαση των «Γιατρών Χωρίς Σύνορα» και του κοινωνικού τους έργου από την κα Μαρία Σκουλά, Υπεύθυνη εθελοντών της οργάνωσης. Ας μην ξεχνάμε, άλλωστε, ότι πρόσφατα διοργανώθηκε στην πόλη μας, και συγκεκριμένα στο χώρο του Ι.Σ.Ι., ημερίδα με αντικείμενο τη δράση της οργάνωσης και έπεται και ανάλογη συνέχεια στο μέλλον.

Επιπλέον, η όμορφη αυτή ενότητα ολοκληρώνεται με το Άρθρο 2 του Κώδικα Δεοντολογίας μας, περί της «Ασκήσεως της Ιατρικής ως λειτούργημα».

Επειδή όμως και τα επιστημονικά θέματα είναι πάντα στα μελήματά μας, το περιεχόμενο του περιοδικού έχει διανθιστεί με μια σειρά ενδιαφερόντων άρθρων από ανθρώπους καταξιωμένους και εξειδικευμένους, οι οποίοι μας περιγράφουν με τρόπο κατανοητό σε όλους θέματα που αφορούν μεν την ειδικότητά τους, αλλά σίγουρα απευθύνονται στο σύνολο του ιατρικού κόσμου. Ο κ. Χαράλαμπος Μπάτσης, Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής, αναφέρεται στον καρκίνο του μαστού και τις τεχνικές χειρουργικής αντιμετώπισης. Ο κ. Σπύρος Ν. Νίκας, Ρευματολόγος, μας γράφει για το ρόλο της υπερηχογραφικής απεικόνισης του μυοσκελετικού στη ρευματολογία, τον λεγόμενο «ρευματολογικό» υπέρηχο, όχι ακόμη ευρέως διαδεδομένο, αλλά άξιο προσοχής, όπως θα δείτε και στο άρθρο του!

Η επικαιρότητα δεν θα μπορούσε να μας αφήσει αδιάφορους, γι' αυτό η κα Σταυρούλα Τσιάρα, Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας και Γραμματέας του Ι.Σ.Ι., σε ένα περιεκτικό και άκρως αναλυτικό άρθρο, μας ενημερώνει για τη νέα γρίπη, H1N1.

Σε άλλο ύφος και πεδίο μας μεταφέρει ο Ψυχιατρικός Τομέας του Γ.Ν. Γ. Χατζηκώστα, που αρθρογραφεί σχετικά με την μεταρρύθμιση στο χώρο της ψυχιατρικής και μοιράζεται μαζί μας τους προβληματισμούς και την εμπειρία της κας Φωτιάδου, του κου Πρίφτη και της κας Ηλιοπούλου.

Είμαστε βέβαιοι ότι θα βρείτε απολαυστικά τα σχόλια του κου Πιτσιλίδη σε ένα «αιρετικό» άρθρο του με τίτλο «Αναξιόπιστες Ιατρικές Οδηγίες» (!), που αναδημοσιεύουμε από την εφημερίδα Διάγνωση, κατόπιν αδειάς του.

Σε όλα αυτά περιμένουμε και τους δικούς σας σχολιασμούς και προβληματισμούς, γιατί όχι και εγγράφως, για να δημοσιευτούν στο επόμενο τεύχος, το οποίο θα είναι σύντομα κοντά σας. Πάγια θέση μας είναι το περιοδικό να αποτελεί βήμα για όλους τους συναδέλφους του Ι.Σ.Ι., ώστε να είναι πάντα αντιπροσωπευτικό, επίκαιρο και προπαντός να πηγάζει από όσον το δυνατόν περισσότερους από εμάς! Γι' αυτό λοιπόν ανανεώνουμε την πρόσκληση, προς οποιονδήποτε ενδιαφέρεται να φιλοξενηθεί στις σελίδες του περιοδικού μας, να απευθύνεται στην εκδοτική επιτροπή και οι σκέψεις, οι δράσεις και τα γεγονότα θα καταγραφούν στα τεύχη που θα ακολουθήσουν!

Η σημερινή επιστολή αφορά πρωτίστως τους νέους συναδέλφους.

Η μεγαλύτερη έλλειψη στο Σύστημα Υγείας της χώρας είναι η απουσία ενός Υγειονομικού Χάρτη που θα αποτυπώνει τις παρούσες και τις μελλοντικές ανάγκες στις διάφορες περιοχές της. Η υγεία πρέπει να χτίζεται σε γερά θεμέλια και όχι στην πρόσκαιρη και ανώδυνη υποσχαιολογία, που μόνο σε συσσώρευση χρόνιων προβλημάτων οδηγεί. Και αυτό αποτελεί ευθύνη πρωτίστως της Πολιτείας, αλλά και πεδίο δράσης των Ιατρικών Συλλόγων με επικεφαλής τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Η πολύχρονη αναμονή για την έναρξη ειδικότητας προκαλεί κόπωση, αγανάκτηση και συχνά στροφή σε άλλες ενασχολήσεις. Εκφράζοντας προσωπική άποψη, θα έλεγα ότι οι εξετάσεις (αντικειμενικές και σε πανελλήνια κλίμακα) είναι απαραίτητες, ώστε οι νέοι ιατροί να έχουν κίνητρο για συνεχή μελέτη και να μην απομακρύνονται από το αντικείμενο των σπουδών τους χάριν της «επετηρίδας».

Μετά, βέβαια, ακολουθεί το σπουδαιότερο θέμα της ιατρικής εκπαίδευσης και κυρίως της ποιότητας του εκπαιδευτικού προγράμματος.

Σήμερα, οι νέοι ιατροί είναι εκ των πραγμάτων καλύτερα «πληροφορημένοι», έχοντας δυνατότητες άμεσης και συνεχούς πρόσβασης στην πληροφορία, κάτι αδιανόητο για τους παλαιότερους εξ ημών. Από φοιτητές, ήδη, αποκτούν μεγαλύτερη ανεξαρτησία σκέψης, σε σύγκριση με τη δική μας εποχή. Τότε κυριαρχούσε η «Ιατρική Αυθεντία», η οποία, βέβαια, σε ένα ποσοστό ίσχυε (μεγάλες μορφές, όπως ο Βαλτής, ο Μερίκας κ.ά., άφησαν εποχή και τους μνημονεύουμε με συγκίνηση και ευγνωμοσύνη). Αυτό που ζητούν σήμερα οι νέοι ιατροί -και οι φοιτητές βέβαια- είναι να τους βοηθήσουν οι «εκπαιδευτές» τους να αναγνωρίζουν το ουσιαστικό και να αξιολογούν την πληροφορία.

Με το νέο νομοσχέδιο για το Ε.Σ.Υ. (το κουτσουρεμένο, όπως έχει καθιερωθεί, χωρίς καμία μνεία για την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη) υπήρξαν ορισμένες βελτιώσεις και επιλύθηκαν κάποια χρόνια αιτήματα, όπως το αφορολόγητο για το επίδομα βιβλιοθήκης. Οι Αναβαθμίσεις και το Πολυδιευθυντικό Σύστημα νομοθετήθηκαν, αλλά για τους ειδικευόμενους ιατρούς καμία αναφορά!

Ζητήθηκε, και ελπίζω να πραγματοποιηθεί σύντομα, αύξηση του αριθμού των ειδικευόμενων ιατρών. Το αναπάντητο ερώτημα, βέβαια, είναι εάν θέλουμε ειδικευόμενους «λαντζέρηδες», που θα βγάζουν τη δουλειά στην εφημερία, τα εξωτερικά ιατρεία και τα τμήματα, ή ικανοποιητικά εκπαιδευόμενους.

Στο παρόν τεύχος υπάρχει αφιέρωμα στον Albert Schweitzer και τους «Ιατρούς χωρίς Σύνορα». Κάποιοι ρομαντικοί ιδεαλιστές ίσως αποφάσισαν να γίνουν ιατροί παρακινούμενοι από τέτοια παραδείγματα, όπως και από τα βιβλία του ιατρού Joseph Archibald Cronin («Άγουρα χρόνια», «Κάστρο», «Τα αστέρια κοιτάζουν τη Γη» κ.ά.), που τα διάβασαν ως μαθητές μέσης εκπαίδευσης. Αφορμή για την αναφορά στον Schweitzer και τον Cronin στάθηκαν οι αρνητικές απαντήσεις νέων συναδέλφων σε ερώτησή μου εάν γνωρίζουν κάτι γι' αυτούς.

Οι νέοι ιατροί καλό θα είναι να δουν το επάγγελμα (το αποκαλώ επάγγελμα, γιατί νηστικό αρκούδι δεν χορεύει και επιπλέον η ιατρική δεν είναι για ερασιτέχνες...) που επέλεξαν και ως λειτούργημα, ως κοινωνική προσφορά, και να αποφύγουν τα κακά παραδείγματα κάποιων παλαιότερων εξ ημών.



**Καρέντζος
Κωνσταντίνος**
Πρόεδρος Ι.Σ.Ι.

ΕΚΔΟΣΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΝΕΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ Ι.Σ.Ι.



Κυκλοφόρησε ο νέος κατάλογος μελών Ι.Σ.Ι. Ζητούμε την κατανόησή σας για τυχόν λάθη και παραλήψεις. Απευθυνθείτε στη γραμματεία του Ι.Σ.Ι. για τη διόρθωση των στοιχείων σας, ώστε ο επόμενος κατάλογος να είναι πληρέστερος.

Για την έκδοση των νέων ταυτοτήτων των μελών του Ι.Σ.Ι. μπορείτε να συμπληρώσετε την αίτηση που υπάρχει στον Ι.Σ.Ι., επισυνάπτοντας μια πρόσφατη έγχρωμη φωτογραφία τύπου διαβατηρίου.

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ Π.Ι.Σ.

Αθήνα, 8 Μαΐου 2009

Το χρόνια άλυτο πρόβλημα, που 18 και πλέον χρόνια κρατά σε εργασιακή ομηρία, επαγγελματική και επιστημονική εξαθλίωση τους εργαστηριακούς ιατρούς και κλινικούς ιατρούς που εκτελούν ιατρικές πράξεις, έρχεται να **ισοπεδώσει** οικονομικά η **Οδηγία-Απαγόρευση** των Διοικητικών Υπηρεσιών του ΟΠΑΔ που αναφέρεται σε εγκύκλιό του. Η Εγκύκλιος αυτή αναφέρει ότι ιατρικές πράξεις που δεν συμπεριλαμβάνονταν στην κοστολόγηση των τιμών του ΦΕΚ του 1991, ενώ μέχρι σήμερα εξοφλούνταν με τιμές που είχαν αποδεχθεί τα Ασφαλιστικά Ταμεία, διότι ήταν απαραίτητες και σύγχρονες, δεν θα εξοφλούνται πλέον και δεν θα αναγνωρίζονται.

Η **Οδηγία-Απαγόρευση** αυτή καθιστά την περίθαλψη των ασφαλισμένων πολιτών προβληματική και ανεπαρκή και από τους ιατρούς στερεί τη δυνατότητα της χρήσης ιατρικών διαγνωστικών μεθόδων προς όφελος του ασθενούς. Έχουμε φτάσει δηλαδή στο σημείο, ενώ η εξέλιξη της Ιατρικής καλπάζει και οι διαγνωστικές τεχνικές και μέθοδοι ανανεώνονται, οι αρμόδιοι Φορείς της Πολιτείας να εμμένουν στην εφαρμογή και χρήση μεθόδων **25ετίας** και μάλιστα σε τιμές που δεν καλύπτουν ούτε τα αναλώσιμα υλικά.

Ζητούμε από τους **αρμόδιους Φορείς** να δουν και να επιλύσουν άμεσα το πρόβλημα της αναπροσαρμογής και ανακοστολόγησης των διαφόρων ιατρικών πράξεων, αλλά κυρίως από τον **Υπουργό Οικονομικών** να συνυπογράψει το Προεδρικό Διάταγμα που έχουν ετοιμάσει το Υπουργείο Υγείας & Κοινων. Αλληλεγγύης και το Υπουργείο Απασχόλησης & Κοινωνικής Προστασίας.

Δικαιολογίες τύπου οικονομικής δυσπραγίας των Ταμείων δεν υφίστανται. Η περίθαλψη και η ασφάλεια των πολιτών υπερέχει. Προτάσεις για καταστολή σάς έχουν γίνει. Εφαρμόστε τις!

Άλλως, θα βρεθούμε στη δυσάρεστη θέση ο Ιατρικός κόσμος να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών που δεν καλύπτονται και θα τους προτείνουμε να αμείβονται απευθείας από τους ασφαλισμένους, χωρίς αυτό το μέτρο να παραβιάζει τις συμβατικές τους με τα Ταμεία υποχρεώσεις.

Για τη Δ.Ε. του Π.Ι.Σ.

Η Πρόεδρος
Βαρβάρα Ανεμοδουρά

Ο Γεν. Γραμματέας
Κωνσταντίνος Γιαννακόπουλος

ΘΕΩΡΗΣΗ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΩΝ ΤΟΥ Ν. 1729/1987

Ιωάννινα, 08.05.2009

ΠΡΟΣ: Ιατρικό Σύλλογο Ιωαννίνων
(Με παράκληση να ενημερωθούν τα μέλη)

Προκειμένου η υπηρεσία μας να τηρεί μητρώο συνταγολογίων ναρκωτικών και για δική σας εξυπηρέτηση, παρακαλούνται όσοι ιατροί έρχονται να θεωρήσουν συνταγολόγια ναρκωτικών, σε κάθε εκ νέου θεώρηση να προσκομίζουν και το προηγούμενο συνταγολόγιο για έλεγχο.

Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ Δ/ΝΣΗΣ
ΟΛΓΑ ΖΗΣΗ
ΕΠΟΠΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΥΖΗΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΔΗΓΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Όπως είναι γνωστό, ο Π.Ι.Σ. συμμετέχει στις εργασίες των Ευρωπαϊκών Οργανώσεων COMITÉ PERMANENT DES MÉDECINS EUROPÉENS (ΜΟΝΙΜΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ) (CPME) και FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SALARIÉS (ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΜΜΙΣΘΩΝ ΙΑΤΡΩΝ) (FEMS).

Στο πλαίσιο αυτό γίνονται συζητήσεις σχετικά με την Ευρωπαϊκή Οδηγία για το Χρόνο Εργασίας. Σας παραθέτουμε τα σχετικά Δελτία Τύπου προς ενημέρωσή σας.

Η πρόεδρος

Βαρβάρα Ανεμοδουρά

Ο Γεν. Γραμματέας

Κωνσταντίνος Γιαννακόπουλος

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΜΟΝΙΜΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (CPME) ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΔΗΓΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (EWTD)

Οι διαδικασίες Συμβιβασμού για την EWTD προχωρούν στην επόμενη φάση: Οι Αντιπροσωπείες του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, η Ευρ. Επιτροπή και το Συμβούλιο συνεχίζουν τις συζητήσεις τους για την τροποποίηση της Ευρωπαϊκής Οδηγίας, η οποία εκπροσωπεί τον ακρογωνιαίο λίθο της προστασίας της εργασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Προειδοποιούμε το Συμβούλιο και την Επιτροπή να μην ακολουθήσουν το δρόμο της αποδυνάμωσης της βασικής προστασίας του σκληρά εργαζόμενου προσωπικού στη βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης. Ιατροί και Νοσηλευτικό προσωπικό δικαιούνται αξιοπρεπές ωράριο εργασίας, δίκαιο διακανονισμό υπερωριών και κανονισμούς προστασίας της υγείας κατά τις εφημερίες.

Οι προτάσεις της Επιτροπής και του Συμβουλίου αποτελούν επίθεση στα εργασιακά δικαιώματα. Η εισαγωγή των «ανεργών» χρόνων κατά τη διάρκεια των εφημεριών αποτελεί μια προσπάθεια να εργάζονται οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό μέχρι 70 ώρες και περισσότερο την εβδομάδα. Αυτό όχι μόνο διακυβεύει την υγεία αυτών των σκληρά εργαζομένων ανθρώπων, αλλά θέτει επίσης σε κίνδυνο τους ασθενείς, οι οποίοι βρίσκονται αντιμέτωποι με καταπονημένους και κουρασμένους ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό.

Παροτρύνουμε την Αντιπροσωπεία του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου να παραμείνει σταθερή στις πεποιθήσεις της. Ο χρόνος της εφημερίας θα πρέπει να υπολογίζεται ως χρόνος εργασίας. Δεν υπάρχει χώρος για επικίνδυνες παρεκκλίσεις.

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΔΗΓΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (EWTD)

Το Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο δεν κατόρθωσαν να βρουν μια συμβιβαστική λύση: στην εθελούσια επιλογή εξαίρεσης από τη μέγιστη εβδομαδιαία διάρκεια εργασίας (ρήτρα opt-out), στο χρόνο εφημερίας (on-call) και πολλαπλές συμβάσεις. Ήταν η πρώτη φορά που δεν μπόρεσε να επιτευχθεί συμφωνία στο στάδιο του Συμβιβασμού από την έναρξη ισχύος της Συνθήκης του Άμστερνταμ που επέκτεινε σημαντικά το πεδίο της διαδικασίας συναπόφασης. Η Επιτροπή Συμβιβασμού, που αποτελείται από τις αντιπροσωπείες του Κοινοβουλίου και του Ευρ. Συμβουλίου, αποφάσισε ότι δεν ήταν δυνατό να επιτευχθεί συμφωνία. Αυτή η απόφαση ψηφίστηκε με συντριπτική πλειοψηφία στην αντιπροσωπεία του Ευρωκοινοβουλίου (15 ψήφοι υπέρ, 5 αποχές και 0 κατά). Ο κύριος φραγμός ήταν η ρήτρα opt-out.

ΕΘΕΛΟΥΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΓΙΣΤΗ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΡΗΤΡΑ OPT-OUT)

«Δυστυχώς, μετά από πέντε έτη διαπραγματεύσεων, δεν κατέστη δυνατό να επιτευχθεί συμφωνία. Η ομάδα διαπραγμάτευσης του Ευρωκοινοβουλίου έκανε διάφορες προτάσεις σχετικά με τη ρήτρα opt-out, προκειμένου να καταστεί «έκτακτη και προσωρινή». Η opt-out δεν μπορεί να ισχύει για πάντα. Από την πλευρά του Συμβουλίου, οποιαδήποτε προσπάθεια να μπει ένα τέλος στην opt-out δεν έγινε αποδεκτή», ανέφερε ο Mechthild Rothe, προεδρεύων της Αντιπροσωπείας του Ευρωκοινοβουλίου. «Αυτό είναι πολύ λυπηρό. Εντούτοις, μια κακή συμφωνία θα είχε επιδεινώσει την κατάσταση των εργαζομένων γενικά και των ιατρών ιδιαίτερα. Έχουμε αφήσει ανοικτό το μέλλον και ελπίζουμε να έχουμε μια λύση με τη νέα Ευρ. Επιτροπή και το νέο Ευρ. Κοινοβούλιο», είπε ο Alejandro Cercas, εισηγητής. «Παρ' όλες τις προσπάθειές μας από το Κοινοβούλιο, η παρούσα απόφαση καθιστά σαφές ότι μια μειονότητα των Κρατών Μελών θέλουν να θάψουν κάποιες θεμελιώδεις αξίες, που υπάρχουν από τη σύσταση και ανάπτυξη του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού μοντέλου», είπε ο Jose Silva Peneda, εισηγητής της ομάδας. «Είναι κρίμα. Θα ήθελα το Ευρ. Συμβούλιο να έχει προχωρήσει στο ζήτημα της opt-out και να έχειβάλει τέλος σε αυτή», είπε ο Jan Andersson, Πρόεδρος της Επιτροπής Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων και επίσης μέλος της Ομάδας Διαπραγμάτευσης.

ΧΡΟΝΟΣ ΕΦΗΜΕΡΙΩΝ (ON CALL-TIME) ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τις αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου, ο χρόνος εφημερίας θα πρέπει να θεωρείται χρόνος εργασίας. Αυτή τη θέση την υπερασπίστηκε το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, στη σχετική ψηφοφορία στις 17 Δεκεμβρίου 2008. Οι προτάσεις της Ευρ. Επιτροπής και του Ευρ. Συμβουλίου σχετικά με το ζήτημα του χρόνου εφημεριών πήγαν πίσω σε σύγκριση με τις αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου, είπαν οι Ευρωβουλευτές. Ούτε για το ζήτημα των πολλαπλών συμβάσεων δεν μπόρεσε να επιτευχθεί συμφωνία. Για τους εργαζόμενους που καλύπτονται με περισσότερες από μία συμβάσεις εργασίας, οι Ευρωβουλευτές θεωρούν ότι ο χρόνος εργασίας θα πρέπει να υπολογίζεται ανά εργαζόμενο και όχι ανά σύμβαση.

ΕΠΟΜΕΝΑ ΒΗΜΑΤΑ

Είναι η πρώτη φορά που δεν επετεύχθη συμφωνία, μέσω των συναντήσεων συμβιβασμού, από την Συνθήκη του Άμστερνταμ, η οποία επέκτεινε σημαντικά το πεδίο της διαδικασίας συναπόφασης. Κατά τη διάρκεια της Ολομέλειας της επόμενης εβδομάδας, ο Αντιπρόεδρος Mechthild Rothe θα κάνει μια δήλωση και θα ακολουθήσει συζήτηση (Δευτέρα, 4 Μαΐου). Δεδομένου ότι δεν υπάρχει καμία συμφωνία, η Ευρ. Οδηγία παραμένει εν ισχύ, εν τούτοις η Επιτροπή θα συντάξει μια νέα πρόταση από την αρχή. Θα χρειαστεί μια νέα νομοθεσία για να λάβει υπόψη τις αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου πάνω στο χρόνο εφημερίας.

CPME PRESS RELEASE

European Working Time Directive

The Conciliation Process of the EWTD goes into the next round: Delegations of the European Parliament, the Commission and the Council are continuing their talks to amend the European Directive that represents the cornerstone of labour protection in the European Union.

We are warning the Council and the Commission not to proceed along their path of diluting basic protection of hard working personnel in the health-care industry. Doctors and nurses deserve decent working hours, fair regulation of overtime and health protecting rules of on-call-duties.

The propositions of the Commission and the Council are an attack on labor rights. The introduction of “inactive” times during on-call-duties constitutes an attempt to let nurses and doctors work up to 70 hours and more a week. This not only puts the health of these hard working people at risk, it also endangers patients who find themselves confronted with overworked and tired doctors and nurses.

We urge the Delegation of the European Parliament to remain firm in their convictions. All time spent on call must be counted as working time. There is no room for dangerous derogations.

EUROPEAN PARLIAMENT PRESS RELEASE

No agreement reached on the Working Time Directive

Parliament and Council could not find a compromise on three crucial points: the opt-out, on-call time and multiple contracts. This is the first time that no agreement could be reached at the Conciliation stage since the entry into force of the Amsterdam Treaty which significantly extended the scope of the codecision procedure. The Conciliation Committee, composed of delegations from Parliament and Council decided that it was not possible to reach an agreement. This decision was adopted by an overwhelming majority within the EP delegation (15 votes in favour, 5 abstentions and 0 against). The main stumbling block was the opt-out.

OPT-OUT

“Unfortunately, after five years of negotiations, it was not possible to reach an agreement. The EP negotiation team made several proposals on the opt-out so that it would become “exceptional and temporary”. The opt-out cannot be forever. On the Council side, any attempt to put an end to the opt-out was not acceptable”, said Mechtild Rothe (PES, DE), leading the EP delegation.

“This is very sad. However, a bad agreement would have worsened the situation of workers in general and of doctors in particular. We have left the future open and hope to have a solution with the new Commission and the new Parliament”, said Alejandro Cercas (PES, ES), rapporteur.

“Despite all efforts from the Parliament, this decision makes it clear that a minority of Member States wants to bury some fundamental values that have existed since the origin and the development of the European social model”, said the EPP-ED group shadow rapporteur Jose Silva Penada (PT).

“It’s a pity. I wished that the Council has moved on the opt-out to put an end to it», said Jan Andersson (PES, SV), Chair of the Employment and Social Affairs Committee, also member of the negotiation team.

ON CALL-TIME AND MULTIPLE CONTRACTS

According to rulings by the European Court of Justice, on-call time should be regarded as working time. This position was defended by the European Parliament, in its vote on 17 December 2008. The proposals from the Commission and the Council on the issue of on-call time went backward in comparison to ECJ rulings, MEPs said.

No substantive agreement on the issue of multiple contracts could be reached either. For workers covered by more than one employment contract, MEPs considered that working time should be calculated per worker and not per contract.

NEXT STEPS

This is the first time that no agreement could be found via conciliation since the Amsterdam Treaty which significantly extended the scope of the codecision procedure. During next week’s plenary session, Vice-President Mechtild Rothe will make a statement which will be followed by a debate (on Monday 4 May).

Since there is no agreement, the current directive remains into force, though the Commission can draft a new proposal from scratch. Such new legislation would need to take account the rulings of the European Court of Justice on-call time.

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ Π.Ι.Σ.

Αθήνα, 8 Μαΐου 2009

Το χρόνιο άλυτο πρόβλημα, που 18 και πλέον χρόνια κρατά σε εργασιακή ομηρία, επαγγελματική και επιστημονική εξαθλίωση τους εργαστηριακούς ιατρούς και κλινικούς ιατρούς που εκτελούν ιατρικές πράξεις, έρχεται να **ισοπεδώσει** οικονομικά η **Οδηγία-Απαγόρευση** των Διοικητικών Υπηρεσιών του ΟΠΑΔ που αναφέρεται σε εγκύκλιό του. Η Εγκύκλιος αυτή αναφέρει ότι ιατρικές πράξεις που δεν συμπεριλαμβάνονταν στην κοστολόγηση των τιμών του ΦΕΚ του 1991, ενώ μέχρι σήμερα εξοφλούνταν με τιμές που είχαν αποδεχθεί τα Ασφαλιστικά Ταμεία, διότι ήταν απαραίτητες και σύγχρονες, δεν θα εξοφλούνται πλέον και δεν θα αναγνωρίζονται.

Η **Οδηγία-Απαγόρευση** αυτή καθιστά την περίθαλψη των ασφαλισμένων πολιτών προβληματική και ανεπαρκή και από τους ιατρούς στερεί τη δυνατότητα της χρήσης ιατρικών διαγνωστικών μεθόδων προς όφελος του ασθενούς. Έχουμε φτάσει δηλαδή στο σημείο, ενώ η εξέλιξη της Ιατρικής καλπάζει και οι διαγνωστικές τεχνικές και μέθοδοι ανανεώνονται, οι αρμόδιοι Φορείς της Πολιτείας να εμμένουν στην εφαρμογή και χρήση μεθόδων **25ετίας** και μάλιστα σε τιμές που δεν καλύπτουν ούτε τα αναλώσιμα υλικά.

Ζητούμε από τους **αρμόδιους Φορείς** να δουν και να επιλύσουν άμεσα το πρόβλημα της αναπροσαρμογής και ανακοστολόγησης των διαφόρων ιατρικών πράξεων, αλλά κυρίως από τον **Υπουργό Οικονομικών** να συνυπογράψει το Προεδρικό Διάταγμα που έχουν ετοιμάσει το Υπουργείο Υγείας & Κοινων. Αλληλεγγύης και το Υπουργείο Απασχόλησης & Κοινωνικής Προστασίας.

Δικαιολογίες τύπου οικονομικής δυσπραγίας των Ταμείων δεν υφίστανται. Η περίθαλψη και η ασφάλεια των πολιτών υπερέχει. Προτάσεις για καταστολή σάς έχουν γίνει. Εφαρμόστε τις!

Άλλως, θα βρεθούμε στη δυσάρεστη θέση ο Ιατρικός κόσμος να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών που δεν καλύπτονται και θα τους προτείνουμε να αμείβονται απευθείας από τους ασφαλισμένους, χωρίς αυτό το μέτρο να παραβιάζει τις συμβατικές τους με τα Ταμεία υποχρεώσεις.

Για τη Δ.Ε. του Π.Ι.Σ.

Η Πρόεδρος
Βαρβάρα Ανεμοδουρά

Ο Γεν. Γραμματέας
Κωνσταντίνος Γιαννακόπουλος

ΘΕΩΡΗΣΗ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΩΝ ΤΟΥ Ν. 1729/1987

Ιωάννινα, 08.05.2009
Αριθμ. Πρωτ.: Οικ./3375

ΠΡΟΣ: Ιατρικό Σύλλογο Ιωαννίνων
(Με παράκληση να ενημερωθούν τα μέλη)

Προκειμένου η υπηρεσία μας να τηρεί μητρώο συνταγολογίων ναρκωτικών και για δική σας εξυπηρέτηση, παρακαλούνται όσοι ιατροί έρχονται να θεωρήσουν συνταγολόγια ναρκωτικών, σε κάθε εκ νέου θεώρηση να προσκομίζουν και το προηγούμενο συνταγολόγιο για έλεγχο.

Μ.Ε.Ν.
Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ Δ/ΝΣΗΣ
ΟΛΓΑ ΖΗΣΗ
ΕΠΟΠΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΙΑΤΡΟΙ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΟΡΑ



Οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα (ΓΧΣ) είναι ένας διεθνής ανεξάρτητος ανθρωπιστικός ιατρικός οργανισμός. Σκοπός μας είναι η παροχή ιατρικής βοήθειας οπουδήποτε υπάρχει ανάγκη, ανεξάρτητα από φυλή, θρησκεία, πολιτικές πεποιθήσεις ή φύλο. Επίσης, σκοπός μας είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τους πληθυσμούς που βρίσκονται σε κίνδυνο. Για την ανθρωπιστική τους δράση οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα βραβεύτηκαν με το Νόμπελ Ειρήνης το 1999.

Τα προγράμματα που πραγματοποιούν οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα σε αναπτυσσόμενες χώρες στοχεύουν στην κάλυψη των επειγουσών και χρόνιων αναγκών με παροχή ιατρικής φροντίδας σε θέματα πρωτοβάθμιας και δημόσιας υγείας.

Σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης, καθώς και στις μετέπειτα περιόδους, οι ΓΧΣ αποκαθιστούν και θέτουν σε λειτουργία νοσοκομεία και κλινικές, καταπολεμούν επιδημίες, πραγματοποιούν εμβολιασμούς, εγκαθιστούν κέντρα σίτισης για υποσιτισμένα παιδιά και προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη. Όταν κρίνεται απαραίτητο, οι ΓΧΣ υποστηρίζουν υποδομές για παροχή καθαρού πόσιμου νερού και διανέμουν κουβέρτες και άλλα αναγκαία για τη διαβίωση και υγιεινή υλικά.

Μέσα από μακροχρόνια προγράμματα, οι ΓΧΣ περιθάλπουν ασθενείς που έχουν προσβληθεί από μεταδοτικές ασθένειες, όπως η φυματίωση, η ασθένεια του ύπνου και HIV/AIDS, και παρέχουν ιατρική και ψυχολογική φροντίδα σε περιθωριοποιημένες ομάδες ανθρώπων, όπως σε άστεγους (παιδιά, πρόσφυγες κτλ.).

Εργαζόμενοι με πνεύμα ουδετερότητας και με πλήρη αμεροληψία, οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα διεκδικούν, στο όνομα της παγκόσμιας ιατρικής ηθικής και του δικαιώματος στην ανθρωπιστική προσφορά υπηρεσιών, την πλήρη και απόλυτη ελευθερία στην άσκηση των δραστηριοτήτων τους.

Οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα είναι υποχρεωμένοι να σέβονται τις δεοντολογικές αρχές του επαγγέλματός τους και να διατηρούν την πλήρη ανεξαρτησία τους απέναντι σε οποιαδήποτε εξουσία ή σε οποιαδήποτε θρησκευτική, πολιτική ή οικονομική δύναμη. Σύμφωνα με την αρχή της ανεξαρτησίας της ανθρωπιστικής μας δράσης και ενίσχυσης των δεσμών της οργάνωσης με την κοινωνία, αγωνιζόμαστε να κρατήσουμε σε υψηλό επίπεδο το σύνολο των εσφορών από ιδιώτες.

Πάνω από 80% των εσόδων των ΓΧΣ προέρχονται από ιδιωτικές πηγές. Το 2007, τα εξωτερικά ιατρεία των ΓΧΣ δέχτηκαν, σε 69 χώρες παγκοσμίως, 8.447.106 ασθενείς, ενώ νοσηλεύτηκαν στις κλινικές 340.689 ασθενείς. Οι ένοπλες συγκρούσεις και οι επιδημίες ήταν τα πιο συνήθη αίτια ανθρωπιστικών και ιατρικών κρίσεων που αντιμετωπίστηκαν. Η δράση μας εκτείνεται σε τέσσερις ηπείρους και η πλειοψηφία των προγραμμάτων μας λαμβάνει χώρα στην Αφρική και, σε μικρότερο βαθμό, σε Ασία, Αμερικανική Ήπειρο, Ευρώπη και Μέση Ανατολή.

Τον τελευταίο χρόνο, διεθνώς, πάνω από 2.000 εθελοντές, γιατροί, νοσηλευτές, τεχνικοί εργασθηριών, ειδικοί ψυχικής υγείας, τεχνικοί και οικονομικοί διαχειριστές, σε συνεργασία με 22.500 άτομα τοπικό προσωπικό, συμμετείχαν σε αποστολές ιατρικής βοήθειας σε περισσότερες από 69 χώρες.

Οι ΓΧΣ ιδρύθηκαν το 1971 από ομάδα γιατρών και δημοσιογράφων και σήμερα αποτελούν μία διεθνή οργάνωση με παραρτή-



ματα σε 19 χώρες και ένα διεθνές συντονιστικό γραφείο στην Ελβετία. Το Ελληνικό Τμήμα των ΓΧΣ ιδρύθηκε το 1990 και εξελίχθηκε σε μία οργάνωση που έχει τη δυνατότητα να παρέχει άμεση υποστήριξη και παρέμβαση σε μείζονες, αλλά και αποσιωπημένες κρίσεις, κερδίζοντας με το έργο της τον σεβασμό και την εκτίμηση της κοινής γνώμης.

Σήμερα, το Ελληνικό Τμήμα συνεργάζεται μαζί με το Ισπανικό Τμήμα των ΓΧΣ μέσα από το Κοινό Επιχειρησιακό Κέντρο Βαρκελώνης-Αθήνας (OCBA). Μέσα στα πλαίσια αυτής της συνεργασίας, συντονίζουμε τις αποστολές στη Λιβερία, στη Ζάμπια, στην Ελλάδα, στο Νίγηρα, στο Κονγκό, στην Παλαιστίνη, στο Σουδάν κτλ.

Στις αποστολές των ΓΧΣ συμμετέχουν γιατροί, νοσηλευτές και άλλα επαγγέλματα υγείας, καθώς και οικονομικοί διαχειριστές και τεχνικοί. Τα κριτήρια συμμετοχής για τις αποστολές των ΓΧΣ είναι:

- Προϋποθέσεις συμμετοχής σε αποστολή
- αναγνωρισμένο στη χώρα έκδοσής του πτυχίο,
- τουλάχιστον 12 μήνες διαθεσιμότητα παραμονής στον τόπο της αποστολής,
- καλή γνώση αγγλικών και γαλλικών ή/και αραβικών,
- άνεση στη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή,
- καθώς και επαγγελματική εμπειρία (τουλάχιστον 2ετής κλινική εμπειρία).

Οι γιατροί αναλαμβάνουν τόσο τη θεραπευτική φροντίδα των ασθενών όσο και μια σειρά εκπαιδευτικών/διοικητικών καθηκόντων. Οι εκπαιδευτικές και διοικητικές αρμοδιότητες περιλαμβάνουν την επίβλεψη και εκπαίδευση του τοπικού υγειονομικού προσωπικού, τον σχεδιασμό ιατρικών προγραμμάτων, την παραγγελία του ιατρικού υλικού, την κατάρτιση μηνιαίων αναφορών των ιατρικών δραστηριοτήτων του προγράμματος και επαφές με τις τοπικές υγειονομικές αρχές.

Η εξειδικευμένη γνώση στη Δημόσια Υγεία, Τροπική Ιατρική, Επιδημιολογία, Λοιμωξιολογία θεωρείται επιπρόσθετο προσόν για την κάλυψη των αναγκών των προγραμμάτων μας.

(Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να ανατρέξετε στην ιστοσελίδα της οργάνωσης www.msf.gr ή να τηλεφωνήσετε στο 210-5 200 500).

Μαρία Σκουλά
Υπεύθυνη Εθελοντών

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΕΑ ΓΡΙΠΗ ΤΥΠΟΥ Α/Η1Ν1

Στ. Τσιάρα

Παθολόγος-Επίκουρος Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Τις πρώτες δύο εβδομάδες του Απριλίου, του τρέχοντος έτους, εμφανίστηκε στο Μεξικό και τη Νότια Καλιφόρνια των ΗΠΑ μια νέα, άτυπη μορφή γρίπης τύπου Α. Ακολούθως, διαπιστώθηκε ότι ο ιός που την προκάλεσε ανήκει στους ιούς της ομάδας Η1Ν1 και το γενετικό του υλικό προήλθε από ανασυνδυασμό του γενετικού υλικού ιών που προκαλούν γρίπη στον άνθρωπο, τα πτηνά και τους χοίρους.

Σύντομα έγινε διαθέσιμη εργαστηριακή εξέταση, με τη μέθοδο PCR, που κατέστησε δυνατή την ανίχνευση του ιού σε ασθενείς με άτυπα συμπτώματα που μοιάζουν με εκείνα της γρίπης.

Το γεγονός αυτό αποτέλεσε σημαντικό εφόδιο για τους κλινικούς γιατρούς και τους επιδημιολόγους, ώστε να ιχνηλατήσουν την πιθανή εκδήλωση πανδημίας και να προσδιορίσουν τη σοβαρότητα των κρουσμάτων της νόσου.

Επιπλέον, άρχισε σύντομα εκστρατεία ενημέρωσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και του κοινού, έτσι ώστε να περιορισθεί, κατά το δυνατό, ο κίνδυνος εμφάνισης πανδημίας.

Ο όρος πανδημία αναφέρεται στην διασπορά της λοίμωξης από άνθρωπο σε άνθρωπο σε δύο τουλάχιστον χώρες, σε μια περιοχή που εποπτεύεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Οι πανδημίες γρίπης που συνέβησαν τον 20ο αιώνα εμφανίστηκαν το 1918, το 1957 και το 1968. Στις πανδημίες αυτές παρατηρήθηκε υψηλή θνητότητα μεταξύ του πληθυσμού.

Τα τελευταία έτη τα θύματα της εποχικής γρίπης κυμαίνονται από 250.000-500.000 άτομα κάθε χρόνο.

Για τον ιό της νέας γρίπης τύπου Α εικάζεται ότι είναι δυνατό να προκαλέσει νόσο σε πολύ μεγάλο τμήμα του γενικού πληθυσμού, επειδή πολλά άτομα δεν θα εμφανίζουν ανοσία.

Σε περίπτωση πανδημίας από την νέα γρίπη τύπου Α ανα-

μένεται να νοσήσει το 70% των παιδιών και στους ενηλίκους το ποσοστό αναμένεται να κυμανθεί από 35-50%.

Τα συνήθη κλινικά συμπτώματα και σημεία της νόσου είναι:

- Αιφνίδια έναρξη πυρετού >38οC που συνοδεύεται από ρίγος ή φρίκια
- Βήχας
- Κυνάγχη ή πόνος στο λαιμό
- Δύσπνοια
- Μυαλγίες
- Κεφαλαλγία
- Κακουχία και κόπωση
- Διάρροιες

Για να τεθεί σοβαρή υπόνοια νόσου από τη νέα γρίπη τύπου Α, εκτός από τα παραπάνω, πρέπει να υπάρχει και ιστορικό επιδημιολογικής έκθεσης στον ιό, δηλαδή, εντός των προηγούμενων 7 ημερών από την έναρξη των συμπτωμάτων, ο ασθενής να έχει ταξιδέψει:

- Στο Μεξικό, στις ΗΠΑ ή σε άλλη χώρα με επιβεβαιωμένα κρούσματα ή να έχει:
 - Στενή επαφή (απόσταση 1-2 m) με άτομο με επιβεβαιωμένο κρούσμα νέας γρίπης τύπου Α κατά τη φάση της μεταδοτικότητας της νόσου
 - Στενή επαφή με ζώο που έχει επιβεβαιωμένη ή πιθανή λοίμωξη από τον ιό τύπου Α/Η1Ν1
 - Στενή επαφή με άτομο που εμφάνισε οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού και ταξίδεψε έως και 7 ημέρες πριν σε χώρα όπου έχουν αναφερθεί επιβεβαιωμένα κρούσματα της γρίπης τύπου Α/Η1Ν1 σε ανθρώπους
- Πάντοτε πρέπει να έχουμε κατά νου ότι ενήλικα κυρίως άτομα μπορεί να εμφανίζουν ήπια νόσο, αν έχουν προηγούμενη έκθεση στον ιό.

Ο (πιθανός) χρόνος επώασης της νόσου στον άνθρωπο είναι 1-7 ημέρες.

Η περίοδος μεταδοτικότητας της νόσου είναι μία ημέρα πριν την έναρξη των συμπτωμάτων και 7 ημέρες μετά από την εμφάνισή τους για τους ενήλικους. Για τα παιδιά ο χρόνος αυτός παρατείνεται μέχρι 14-21 ημέρες.

Η νόσος μεταδίδεται από άτομο σε άτομο μέσω σταγονιδίων, άγνωστο πόσο εύκολα.

Για να μεταδοθεί η λοίμωξη πρέπει να υπάρχει στενή επαφή (1-2 m).

Επίσης, η νόσος είναι δυνατό να μεταδοθεί από την επαφή με μολυσμένες επιφάνειες.

Η μετάδοση της νόσου από τους επιπεφυκότες και το γαστρεντερικό είναι αβέβαιη, όμως όλα τα βιολογικά υγρά πρέπει να θεωρούνται μολυσματικά.

Η νόσος ΔΕΝ μεταδίδεται:

- Κατά την παρασκευή και τη βρώση χοιρινού κρέατος
 - Από την πόση εμφιαλωμένου νερού
 - Από την πόση φυσικού νερού από δεξαμενές και υδραγωγεία, εφόσον είναι επαρκής η χλωρίωση
 - Από την κολύμβηση σε πισίνες με επαρκή χλωρίωση
- Η νόσος δεν είναι επαρκώς γνωστό αν διαδράμει βαρέως στο γενικό πληθυσμό.

Οι συνηθεις επιπλοκές της νόσου είναι:

- Παρόξυνση χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας
- Οξεία μέση πυώδης ωτίτιδα, ιγμορίτιδα ή λαρυγγίτιδα
- Πνευμονία ή βρογχολίτιδα
- Μυοκαρδίτιδα ή και περικαρδίτιδα
- Ραβδομύολυση
- Εγκεφαλίτιδα
- Toxic shock syndrome

Τα άτομα που θεωρείται ότι ευρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση επιπλοκών είναι:

- Παιδιά ηλικίας <5 έτη
- Ηλικιωμένα άτομα >65 έτη
- Ασθενείς που λαμβάνουν ασπιρίνη (κίνδυνος εμφάνισης σ. Reye)
- Έγκυες
- Τρόφιμοι γηροκομείων ή άλλων δομών ημερήσιας νοσηλείας
- Ασθενείς με ανοσοκαταστολή ή AIDS

- Ασθενείς με ΧΑΠ (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια)
- Ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
- Ασθενείς με μεταβολικά νοσήματα
- Ασθενείς με ηπατικά νοσήματα ή κίρρωση
- Ασθενείς με αιματολογικά νοσήματα
- Ασθενείς με νευρολογικά νοσήματα

Ασθενείς που πρέπει οπωσδήποτε να ελεγχθούν αν πάσχουν από το νόσημα είναι:

- Εκείνοι που εμφανίζουν σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας του ενήλικου
 - Όσοι θα εμφανίσουν σημεία σήψης και shock
 - Ασθενείς που έχουν εμπύρετη νόσο που μοιάζει με γρίπη τύπου A/H1N1 και έχουν ένδειξη νοσηλείας
 - Άτομα που εάν νοσήσουν από τη γρίπη A/H1N1 είναι δυνατό να εμφανίσουν σοβαρή νόσο με επιπλοκές
- Για νοσηλεία θα παραπεμφθούν ασθενείς με:
- Υποκείμενα νοσήματα
 - Βαρέως πάσχοντα άτομα

Εξέταση ασθενούς

ο οποίος είναι ύποπτος για γρίπη A/H1N1

Ο ασθενής πρέπει να εξετασθεί σε απομονωμένο σχετικά χώρο ή στο σπίτι του και πρέπει να φοράει μάσκα. Ο ιατρός πρέπει να φοράει χειρουργική μάσκα ή μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας, γάντια και ποδιά. Πρέπει να αξιολογήσει αν ο ασθενής μπορεί να παραμείνει για νοσηλεία στο σπίτι ή να οδηγηθεί για περαιτέρω έλεγχο ή, ενδεχομένως, και νοσηλεία στο νοσοκομείο.

Αν ο ασθενής μπορεί να παραμείνει για νοσηλεία στο σπίτι, πρέπει να ενημερώσει το ΚΕΕΛΠΝΟ και να πάρει τα δείγματα (καλλιέργειες ρινοφαρυγγικού) για την ταυτοποίηση του ιού. Αν ο ασθενής πρέπει να νοσηλευθεί ή να διερευνηθεί σε νοσοκομείο ή δεν υπάρχει δυνατότητα να ληφθούν άμεσα τα δείγματα για την ταυτοποίηση του ιού, πρέπει να ενημερώσει το ΕΚΑΒ ή το Νοσοκομείο που θα υποδεχθεί τον ασθενή για το περιστατικό για να μεταφερθεί ο ασθενής εκεί με ασφάλεια και μικρό κίνδυνο μετάδοσης της νόσου σε άλλα άτομα.

Μέτρα πρόληψης της μετάδοσης της γρίπης στο οικιακό περιβάλλον

Ασθενείς που πάσχουν από γρίπη A/H1N1 και βήχουν ή πταρνίζονται, πρέπει να χρησιμοποιούν μαντήλια μιας

χρήσης, τα οποία πρέπει ακολούθως να απορρίπτονται. Τα χέρια πρέπει να πλένονται συχνά, καλά, για 15 sec με νερό και σαπούνι (πάντοτε μετά από τον βήχα) και να απολυμαίνονται με οινόπνευμα.

Αν υπάρχει υπόνοια ότι τα χέρια μπορεί να είναι μολυσμένα, μην αγγίζετε την μύτη, τα μάτια ή το στόμα.

Απαραίτητο είναι να αποφεύγετε τον συνωστισμό και τους κλειστούς χώρους, διότι ο κίνδυνος μετάδοσης είναι μεγαλύτερος.

Αν κάποιος είναι ασθενής, είναι καλύτερο να παραμένει στο σπίτι του και να μην πάει στην εργασία του ή να ευρίσκεται σε άλλος δημόσιους χώρους όπου υπάρχει συνωστισμός. Οι χώροι παραμονής ενός ασθενούς πρέπει να είναι καλά αεριζόμενοι και σχετικά απομονωμένοι από τους χώρους που χρησιμοποιούν τα άλλα άτομα της οικογένειας. Κατά τη φροντίδα ασθενών στο σπίτι, ιδιαίτερα όταν αυτά είναι μικρά παιδιά, το άτομο που τα φροντίζει πρέπει να φοράει χειρουργική μάσκα ή μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας.

Οι ασθενείς μέχρι την ανάρρωσή τους δεν πρέπει να εξέρχονται από το σπίτι, αν αυτό είναι απαραίτητο, τότε πρέπει να φορούν χειρουργική μάσκα ή μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας. Οι επισκέψεις στα σπίτια ασθενών πρέπει να είναι περιορισμένες και να πραγματοποιούνται μόνο αν υπάρχει σοβαρός λόγος.

Συνήθη απολυμαντικά μέσα

Τα ενδύματα και τα κλινικοσκεπάσματα των ασθενών πρέπει να συλλέγονται με προσοχή και ο χειρισμός να γίνεται με πολύ ήπιες κινήσεις. Το πλύσιμο πρέπει να γίνεται με κοινά απορρυπαντικά στους 71°C για τουλάχιστον 25 λεπτά.

Για την απολύμανση επιφανειών ή άλλων αντικειμένων πρέπει να χορηγούνται διαλύματα χλωρίνης σε αραιώση με νερό σε αναλογία 1/10 ή διάλυμα αλκοόλης 70%.

Φαρμακευτική αγωγή για ασθενείς με υποψία νόσου ή νόσο από τον ιό γρίπης A/H1N1

Ο ιός της νέας γρίπης τύπου A/H1/N1 είναι ευαίσθητος στα αντι-ϊικά φάρμακα zanamivir (Relenza®) και oseltamivir (Tamiflu®) που είναι αναστολείς της νευραμινιδάσης.

Τα φάρμακα αμανταδίνη και ριμανταδίνη δεν είναι δρα-

στικά έναντι του ιού αυτού.

Η oseltamivir (Tamiflu®) πρέπει να χορηγείται για προφύλαξη και θεραπεία σε ενήλικα άτομα που είναι ύποπτα για νόσηση ή νοσούν από τον ιό A/H1N1 σε δόση 75 mg, δύο φορές την ημέρα, για 5-7 ημέρες.

Οι συνηθεις παρενέργειες της χορήγησης oseltamivir (Tamiflu®) είναι ναυτία, έμετοι, διάρροια και κοιλιακός πόνος. Το φάρμακο σπάνια διακόπτεται εξαιτίας παρενεργειών.

Σχόλιο

Η ιατρική κοινότητα, αλλά και ο πληθυσμός, πρέπει να είναι επαρκώς ενημερωμένοι για την κλινική εικόνα, τους τρόπους μετάδοσης, τις επιπλοκές, τα μέτρα περιορισμού της μετάδοσης και τη θεραπεία της νόσου.

Χρειάζεται υπευθυνότητα κατά την αξιολόγηση ενός ατόμου ως υπόπτου ή ασθενούς. Η λήψη μέτρων όπως ταχεία διάγνωση, επιδημιολογική ιχνηλάτηση και αν χρειάζεται επιβολή καραντίνας, από την οποία θα ωφεληθεί η κοινότητα γιατί θα μειωθεί ο κίνδυνος διασποράς, είναι επιβεβλημένη.

Χρειάζεται, επίσης, η χορήγηση θεραπείας σε ύποπτα κρούσματα και ασθενείς, ώστε να μειωθεί η μεταδοτικότητα και να περιορισθούν οι επιπλοκές της νόσου, ώστε να ωφεληθεί ο κάθε ασθενής.

Τα συστατικά επιτυχούς έκβασης της μάχης εναντίον της πανδημίας από τη γρίπη A/H1N1 είναι η αναγνώριση των υπόπτων και των ασθενών που βοηθάει στον περιορισμό της μετάδοσης, επαγρύπνηση του συστήματος υγείας για την ταχεία λήψη μέτρων και ενημέρωση της ιατρικής κοινότητας και κυρίως του κοινού. Άλλωστε, σε μερικούς μήνες είναι πιθανό να υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο, ώστε να αποτραπεί η εμφάνιση πανδημίας, οπότε οι πιθανότητες για γενίκευση της νόσου θα μειωθούν ακόμη περισσότερο.

Βιβλιογραφία

- Οδηγίες για την αντιμετώπιση της γρίπης A/H1N1 από το ΚΕΕΛΠΝΟ
- Swine Influenza A/H1N1 MMWR 2009;58:400-2
- H1N1 Influenza A disease NE JM 2009;399:1-2
- Influenza A/H1N1 Questions and answers BMJ 2009;338:1104-6
- www.cdc.gov/h1n1flu
- www.who.int/en
- www.idsociety.org

ΑΝΑΞΙΟΠΙΣΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΥΠΟΨΙΑΣΜΕΝΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ, ΟΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΠΕΧΟΥΝ ΘΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΟΥ (Αναδημοσίευση από την εφημερίδα ΔΙΑΓΝΩΣΗ)

Του Μιχάλη Πιτσιλίδη

Ζούμε υπό το ζυγό ενός φρικαλέα πολύπλοκου συστήματος νόμων και αποφάσεων. Κι επειδή η άγνοια νόμου δεν είναι αποδεκτή, ο καθένας κινδυνεύει να υποστεί τις συνέπειες από μια παράβαση για την οποία αγνοεί το νόμο ή την κανονιστική διάταξη, γενικότερα. Η πολιτεία εδώ είναι αναγκαστικά κουτοπόνηρη: αν επιτρέπεται η άγνοια νόμου, τότε ο καθένας θα την επικαλείτο. Αλλά δεν είναι μόνο η νομοθετική εξουσία που παράγει ακατάπαυστα περιοριστικές ή κανονιστικές διατάξεις που φιλοδοξούν να ελέγξουν τη ζωή των ανθρώπων. Το ίδιο κάνει και η ιατρική εξουσία, η οποία προσπαθεί να εξαπλώσει την κυριαρχία της στο σύνολο της κοινωνίας: στους γιατρούς οι οποίοι καλούνται να λειτουργήσουν και λειτουργούν ως εκτελεστικός βραχίονας, στο νοσηλευτικό προσωπικό, στους κυβερνώντες, αλλά και στους απλούς πολίτες. Εδώ θα περιοριστούμε σε έναν από τους τρόπους με τους οποίους η ιατρική εξουσία ασκείται επί των ιατρών. Σήμερα, η ιατρική θυμίζει πολύ έντονα στρατό. Διαθέτει πολλές βαθμίδες ιατρικής ιεραρχίας/εξουσίας, αλλά και γενικά επιτελεία στα οποία καταστρώνονται τα σχέδια για να κατατροπωθεί ο εχθρός, ο οποίος είναι, υποτίθεται, η νόσος. Στις περισσότερες περιπτώσεις, όπως και στον στρατό, τελικά αποδεικνύεται ότι στόχος είναι η έγκριση των «στρατιωτικών δαπανών» και όχι ο εχθρός, ο οποίος αναδεικνύεται, εν τέλει, σε... σύμμαχο. Η ιατρική εξουσία παράγει ακατάπαυστα κάθε είδους οδηγίες (guidelines) στις οποίες καλούνται να συμμορφωθούν όλοι. Η παραβίαση των οδηγιών έχει ως αποτέλεσμα όχι μόνο την επιστημονική απαξίωση των παραβατών, αλλά ακόμα και τη δικαστική τους δίωξη, στις περιπτώσεις εκείνες όπου οι ιατρικές οδηγίες έχουν υιοθετηθεί από την πολιτεία, ως ο ενδεδειγμένος τρόπος του πράττειν. Από τη συντριπτική πλειονότητα των γιατρών, οι οποίοι ανήκουν στις χαμηλές βαθμίδες της ιατρικής εξουσίας (κανένας Έλληνας γιατρός δεν μετέχει στα κονκλάβια όπου λαμβάνονται οι αποφάσεις), οι οδηγίες θεωρούνται ως το απαύγασμα της πανταχόθεν εκθειαζόμενης ιατρικής που βασίζεται σε αποδείξεις (Evidence Based Medicine). Για τους λιγότερο υποψιασμένους γιατρούς, οι Οδηγίες επέχουν θέση θεραπευτικού ευαγγελί-

ου. Οι οπαδοί μιας πιο κριτικής στάσης έχουν προσέξει μια πολύ σημαντική λεπτομέρεια: Οι Οδηγίες ταιριάζουν γάντι στις ανάγκες που διαμορφώνονται στην αγορά ή, με άλλα λόγια, έρχονται να ικανοποιήσουν τα συμφέροντα φαρμακευτικών και άλλων εταιρειών που δραστηριοποιούνται στο χώρο της ασθένειας. Πόσο αξιόπιστες είναι, ωστόσο, αυτές οι Οδηγίες;

Για περισσότερα από 20 χρόνια, οι μεγάλες καρδιολογικές εταιρείες, το American College of Cardiology (ACC) και η American Heart Association (AHA), εκδίδουν οδηγίες για την αντιμετώπιση ασθενών με καρδιακά νοσήματα. Από το 1984 μέχρι το Σεπτέμβριο του 2008 εκδόθηκαν 53 Οδηγίες σε 22 θέματα, στις οποίες περιέχονταν, ούτε λίγο ούτε πολύ, 7.196 συστάσεις! Ας εμβαθύνουμε όμως λίγο περισσότερο, καθώς το πρόβλημα δεν υφίσταται μόνο στην ποσότητα αλλά, κυρίως, στην ποιότητα. Οι συστάσεις αυτές ταξινομούνται ως προς τη βαρύτητά τους, την αξιοπιστία τους, με ένα σύστημα ταξινόμησης (Level of Evidence A, B και C). Οι συστάσεις που αξιολογούνται ως Α θεωρείται ότι βασίζονται σε πολλές και άρτιες κλινικές μελέτες, ενώ ως C θεωρούνται οι συστάσεις που βασίζονται κυρίως σε προσωπικές απόψεις. Μια πολύ σημαντική εργασία, η οποία δημοσιεύτηκε στις 25 Φεβρουαρίου 2009 στο διεθνούς φήμης ιατρικό περιοδικό JAMA (Journal of the American Medical Association, «Scientific Evidence Underlying the ACC/AHA Clinical Practice Guidelines»), έδειξε ότι οι περίφημες επίσημες Οδηγίες δεν αποτελούν τίποτα περισσότερο από ένα συνονθύλευμα προσωπικών απόψεων. Πράγματι, μόλις το 11% των συστάσεων βασίζονται σε level A δεδομένα, ενώ το 48% αποτελούν προσωπικές (level C). Διαπιστώνεται, με άλλα λόγια, ότι οι θεωρούμενες πολύ σοβαρές ιατρικές οργανώσεις ACC και AHA, ο λόγος των οποίων είναι νόμος για τους καρδιολόγους, εκδίδουν οδηγίες οι οποίες επηρεάζουν αμεσότητα την ιατρική πρακτική και την υγεία των ανθρώπων, βασιζόμενες, δυστυχώς, κυρίως σε προσωπικές απόψεις ειδικών και «ειδικών». Και, βέβαια, δεν αποτελούν πλέον ειδήσεις οι καθημερινές αποκαλύψεις για το συστηματικό χρηματισμό ειδικών από τους ενδιαφερόμενους να επηρεάσουν προς όφελός τους τις Οδηγίες...

ΤΟΠΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Χαράλαμπος Μπάτσης
Χειρουργός, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Εισαγωγή-Ιστορική αναδρομή

Από το 1894, όταν ο Halsted εισήγαγε τη ριζική μαστεκτομή ως την καθοριστική μέθοδο θεραπείας του καρκίνου μαστού, έχει παρατηρηθεί αξιοσημείωτη πρόοδος όσον αφορά στον τοπικοπεριοχικό έλεγχο της νόσου. Η ριζική μαστεκτομή συνίστατο στην en block εκτομή του μαστού, του δέρματος του μαστού, του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός και όλου του συστοίχου μασχαλιαίου λίκου μετά των εντός αυτού μασχαλιαίων λεμφαδένων.¹

Ο Halsted έτσι δημιούργησε μία νέα κατάσταση στη θεραπεία του καρκίνου μαστού, ο οποίος έως τότε θεωρείτο πρακτικά μη εγχειρήσιμος.

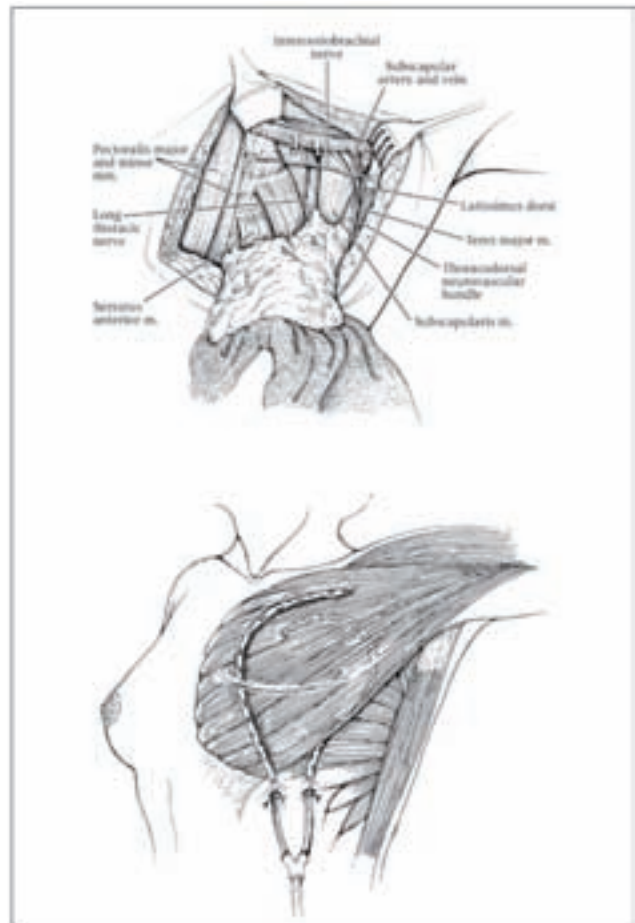
Η ριζική μαστεκτομή προκάλεσε τότε μεγάλη αίσθηση, αφού οι περισσότερες γυναίκες εμφανίζονταν με τοπικά προχωρημένο καρκίνο μαστού, που καθιστούσε αναγκαία μία ριζική μέθοδο εκτομής, παρά την προκαλούμενη δυσμορφία και την αυξημένη νοσηρότητα (λεμφοίδημα, άλγος-δυσκινησία, νευρικές-αγγειακές κακώσεις, ύγρωμα).

Οι σύγχρονες αντιλήψεις τότε για τη διασπορά της νόσου ήταν ότι ο όγκος μεθίσταται προοδευτικά από την αρχική εστία στο μαστό προς τα περιοχικά λεμφαγγεία αρχικά και στα αιμοφόρα αγγεία μετά. Ο Halsted έτσι έκανε τη σκέψη ότι η ευρεία εκτομή του μαστού και των περιοχικών λεμφαγγείων-λεμφαδένων θα προλάμβανε την αιματογενή διασπορά, παρατείνοντας τη διάρκεια ζωής της ασθενούς. Αν και η θεωρία του Halsted ανασκευάσθηκε, η ριζική μαστεκτομή κατά Halsted ωστόσο παρέμεινε ο ακρογωνιαίος λίθος πάνω στον οποίο βασίσθηκε, για περισσότερα από πενήντα χρόνια, η μετέπειτα χειρουργική θεραπεία του καρκίνου μαστού.

Το 1948 οι Patey-Dyson δημοσίευσαν ανακοίνωσή τους για την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, ως μεθόδου με μικρότερη νοσηρότητα, όπου ο μείζων θωρακικός μυς διεσώζετο.²

Οι Auchincloss-Madden πρότειναν τη δική τους τροποποίηση το 1963, κατά την οποία διτηρείτο και ο ελάσσων θωρακικός μυς, ενώ εκτέμονταν μόνον τα δύο κατώτε-

ρα επίπεδα των μασχαλιαίων λεμφαδένων, με μείωση της συχνότητας του λεμφοιδήματος του συστοίχου άκρου.³ Η τροποποίηση αυτή είναι η μέθοδος που ακολουθούν ακόμη και σήμερα πολλοί χειρουργοί στην τρέχουσα αντιμετώπιση του καρκίνου μαστού.



ΕΙΚΟΝΑ 1. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1970, η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή ήταν η αποδεκτά καθιερωμένη χει-

ρουργική θεραπεία για τον πρώιμο καρκίνο του μαστού, έναντι της οποίας όλες οι άλλες θεραπείες έπρεπε να συγκριθούν (εικόνα 1).

Η παρατήρηση ότι, παρά τον ικανοποιητικό τοπικοπεριοχικό έλεγχο, ακόμη και σε ασθενείς χωρίς μικροσκοπικά διήθηση των λεμφαδένων, παρέμενε ένα σχετικά υψηλό ποσοστό απομακρυσμένων μεταστάσεων, οδήγησε τον Fisher στη διατύπωση ότι η νόσος είναι συστηματική εξαρχής κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Ετέθησαν έτσι ερωτήματα και επιφυλάξεις όσον αφορά στην καταλληλότητα της μαστεκτομής ως προσφορότερου τρόπου τοπικοπεριοχικού ελέγχου της νόσου για όλες τις περιπτώσεις.

Μέσα σε ένα τέτοιο κλίμα, και αφού ήδη έχουν αρχίσει οι πρώτες μελέτες που δείχνουν την ευεργετική δράση των διαφόρων μορφών συστηματικής θεραπείας από τους Fisher και Bonadonna, ξεκίνησαν αρκετές τυχαίοποιημένες προοπτικές δοκιμές που καθιέρωσαν την εφαρμογή συντηρητικών μεθόδων χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου με διατήρηση του μαστού. Οι Fisher και Veronesi και άλλοι μελετητές έδειξαν ότι η επιβίωση σε ασθενείς με καρκίνο μαστού που αντιμετωπίζονταν με μαστεκτομή ήταν παρόμοια με αυτή ασθενών που αντιμετωπίζονταν με συντηρητική χειρουργική-διατήρηση του οργάνου και ακτινοθεραπεία.^{4,5}

Έτσι, η εισαγωγή της συντηρητικής χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου μαστού με διατήρηση του οργάνου έχει καθιερωθεί ως πρώτη επιλογή στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο αρχικών σταδίων, καθώς οι χειρουργοί έχουν πεισθεί για την επάρκεια και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου από μια σειρά μεγάλων προοπτικών τυχαίοποιημένων δοκιμών, καθώς και από πληθώρα αναδρομικών μελετών που έδειξαν την ισοδυναμία των δύο μεθόδων όσον αφορά στο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Από τη στιγμή που τίθεται η διάγνωση του καρκίνου μαστού, η θεραπευτική προσέγγιση σκοπεύει σε δύο κατευθύνσεις:

- Τοπικοπεριοχικός έλεγχος της νόσου
- Συστηματική θεραπεία της νόσου

Γενικές αρχές χειρουργικής θεραπείας καρκίνου μαστού

Ο τοπικοπεριοχικός έλεγχος περιλαμβάνει τη χειρουργική εκτομή όλου του όγκου, με

ικανό περίξ αυτού τμήμα φυσιολογικού παρεγχύματος, με ελεύθερα όρια εκτομής εκ της νόσου. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί χειρουργικά με δύο τρόπους:

- Μαστεκτομή (με ή χωρίς ταυτόχρονη αποκατάσταση)
- Ογκεκτομή (ευρεία τοπική εκτομή ή τεταρτεκτομή) σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία (συντηρητική χειρουργική θεραπεία διατήρησης μαστού-ΣΘΔΜ)

Λόγω της ετερογένειας της νόσου, της πολυσύνθετης εξέλιξής της, της διαθεσιμότητας πολλαπλών θεραπευτικών επιλογών και της αναγκαιότητας εξατομίκευσης της αντιμετώπισης για κάθε ασθενή, είναι ουσιώδης μια πολυπαραγοντική προσέγγιση για βελτιστοποίηση της θεραπείας.

Η συζήτηση και η αξιολόγηση για την τοπικοπεριοχική θεραπεία του καρκίνου του μαστού πρέπει να ταξινομείται σε δύο μέρη, τα οποία περιλαμβάνουν:

- θεραπεία του διηθητικού καρκίνου μαστού,
- θεραπεία του ενδοεπιθηλιακού καρκίνου μαστού, δεδομένου ότι είναι δυο διαφορετικές κλινικές οντότητες. Επιπλέον, η αντιμετώπιση του διηθητικού καρκίνου μαστού πρέπει να υποδιαιρείται σε:
 - θεραπεία των πρώιμου σταδίου καρκίνων μαστού (στάδια I-II).
 - θεραπεία των προχωρημένου σταδίου καρκίνων μαστού (στάδια III-IV).

Χειρουργική αντιμετώπιση διηθητικού καρκίνου μαστού σταδίου I-II

Η τοπική θεραπεία καρκίνου μαστού είναι πολύ σημαντική στα πρώιμα στάδια, αφού στην περίπτωση αυτή μπορεί από μόνη της να επιφέρει ίαση. Οι χειρουργικές θεραπευτικές επιλογές σε καρκίνο μαστού σταδίου I-II περιλαμβάνουν, όπως έχει προαναφερθεί, είτε την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (TPM) με ή χωρίς αποκατάσταση του μαστού, είτε τη συντηρητική θεραπεία (ογκεκτομή, ευρεία τοπική εκτομή, τμηματεκτομή, τεταρτεκτομή) με διατήρηση του μαστού (ΣΘΔΜ), συνδυαζόμενη με ακτινοθεραπεία (εικόνα 2).



ΕΙΚΟΝΑ 2. Συντηρητική χειρουργική θεραπεία με διατήρηση του μαστού

Οι μελέτες ορόσημα των Fisher-Veronesi, καθώς και άλλων ερευνητών λίγο αργότερα (έξι τυχαίοποιημένες προοπτικές μελέτες και πληθώρα αναδρομικών), έδειξαν την ισοδυναμία των δύο χειρουργικών επεμβάσεων, όσον αφορά στο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα.⁶

Ο χειρουργός πρέπει να έχει υπόψη του ότι η επιλογή της ΣΘΔΜ ή της ΤΡΜ εξαρτάται από κάποια κριτήρια αξιολόγησης. Αυτά περιλαμβάνουν τα εξής:

- Τη δυνατότητα να εξαιρεθεί ο όγκος με υγιή όρια εκτομής.
- Την πιθανότητα να επιτευχθεί αισθητικά ικανοποιητικό αποτέλεσμα.
- Τη δυνατότητα της ασθενούς να ακτινοβοληθεί μετεγχειρητικά και να αξιολογηθεί για την πιθανότητα υποτροπής της νόσου.

Οι περισσότερες γυναίκες με καρκίνο μαστού σταδίου I-II είναι καλές υποψήφιες είτε για ΣΘΔΜ είτε για ΤΡΜ. Πρέπει να συζητηθούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε μεθόδου και η τελική απόφαση πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη και την προτίμηση της ασθενούς μετά από καλή ενημέρωση. Η ΣΘΔΜ είναι λιγότερο ακρωτηριαστική επέμβαση με καλύτερο κοσμητικό αποτέλεσμα. Τα μειονεκτήματα είναι το σχετικά μεγάλο διάστημα που απαιτείται για την ακτινοθεραπεία, οι επιπλοκές της, καθώς και το κάπως υψηλότερο ποσοστό τοπικής υποτροπής (3-20% σε ΣΘΔΜ, έναντι 4-14% της ΤΡΜ).

Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις όπου η συντηρητική χειρουργική δεν αποτελεί την καλύτερη μέθοδο εκλογής στην αντιμετώπιση της νόσου. Αυτές οι ενδείξεις διακρίνονται σε απόλυτες και σε σχετικές.⁷

Απόλυτες ενδείξεις:

1. Εγκυμοσύνη (εκτός από το τρίτο τρίμηνο όπου είναι εφικτή η συντηρητική χειρουργική και η χορήγηση ακτινοβολίας μετά τον τοκετό).
2. Παρουσία πολυκεντρικής νόσου (εμφάνιση περισσοτέρων της μίας εστιών σε διαφορετικά τεταρτημόρια).
3. Ιστορικό παλαιότερης στο παρελθόν ακτινοθεραπείας στην περιοχή των μαστών.
4. Επιμένοντα θετικά όρια μετά από επανειλημμένες, σε λογικό αριθμό, απόπειρες συντηρητικής χειρουργικής.



ΕΙΚΟΝΑ 3. Βιοψία φρουρού λεμφαδένα

Σχετικές ενδείξεις:

1. Ιστορικό νόσου κολλαγόνου (μειωμένη αντοχή στην ακτινοβολία).
2. Παρουσία πολυεστιακής νόσου (περισσότερες της μίας εστίες στο ίδιο τεταρτημόριο).
3. Το μέγεθος του όγκου (όγκος >4 cm), αλλά κυρίως η σχέση του μεγέθους του όγκου με το μέγεθος του μαστού (μεγάλος όγκος σε μικρού μεγέθους μαστό). Ένα ιστοπαθολογικό χαρακτηριστικό που αναφέρεται ότι συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο τοπικής υποτροπής, μετά από συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση και ακτινοθεραπεία, είναι η παρουσία εκτεταμένου ενδοπρωκτικού στοιχείου (ΕΕΣ).

Η παρουσία του ΕΕΣ αποτελεί δείκτη ύπαρξης πιο εκτεταμένης νόσου από ό,τι κλινικά εκτιμάται και αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, ώστε τα όρια της βλάβης στα χείλη της εκτομής να είναι απολύτως βέβαιο ότι είναι ασφαλή. Σύμφωνα με τα κριτήρια ποιοτικής αξιολόγησης της συντηρητικής χειρουργικής, η τοπική υποτροπή πρέπει να διατηρείται σε ποσοστό μικρότερο του 1-2% για κάθε έτος ή μικρότερο του 15% στα 10 χρόνια.⁸ Η ΤΡΜ έχει, επομένως, ένδειξη σε ασθενείς που κρίνονται ακατάλληλες για ΣΘΔΜ ή λόγω επιθυμίας της ασθενούς.

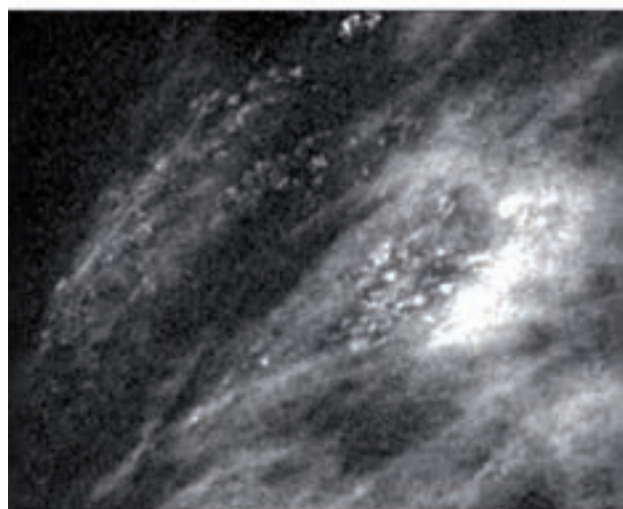
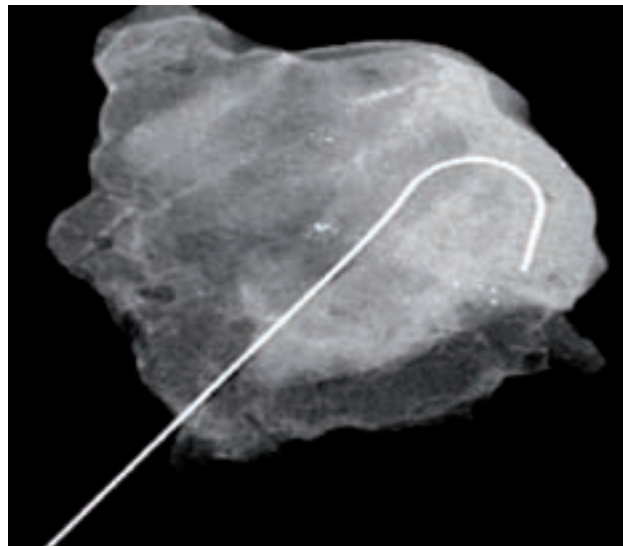
Η καθιερωμένη αποδεκτή μέθοδος αντιμετώπισης των μασχαλιαίων λεμφαδένων σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο μαστού σταδίου I-II είναι, επί του παρόντος, ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης (ΛΚΜ) με εξαίρεση των λεμφαδένων 1ου και 2ου επιπέδου. Με το ΛΚΜ επιτυγχάνεται τόσο η σταδιοποίηση όσο και ο καλύτερος τοπικός έλεγχος της νόσου, εάν οι λεμφαδένες είναι διηθημένοι. Η εξαίρεση λεμφαδένων του 3ου επιπέδου δεν προσφέρει επιπλέον προγνωστική αξία, αφού το ποσοστό μεταστάσεων σε αυτούς, αν οι λεμφαδένες 1ου-2ου επιπέδου είναι αρνητικοί, κυμαίνεται στο 0,5%.⁹ Εξαίρεση λεμφαδένων 3ου επιπέδου γίνεται μόνο σε ένδειξη διήθησής τους. Όσον αφορά στη βιοψία του φρουρού λεμφαδένα (ΒΦΛ), παρότι δεν υπάρχουν αποτελέσματα από μακροχρόνι-

ες τυχαιοποιημένες μελέτες που να συγκρίνουν τη ΒΦΛ με το ΛΚΜ 1ου-2ου επιπέδου ως αρχική παρέμβαση για ιστολογική σταδιοποίηση της μασχάλης, φαίνεται ότι η ΒΦΛ αντανakλά την πραγματική κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, ενώ συνοδεύεται από σημαντικά μικρότερη νοσηρότητα (ύγρωμα, φλεγμονή, νευροαγγειακή κάκωση) σε σχέση με τον τυπικό ΛΚΜ. Για αυτό και σύμφωνα με τα μέχρι στιγμής δεδομένα σε ολοένα και περισσότερα κέντρα, σε ασθενείς με κλινικά αρνητικούς λεμφαδένες, ιδιαίτερα αν η νόσος είναι ανιχνεύσιμη μόνο απεικονιστικά, προτιμάται η ιστολογική σταδιοποίηση της μασχάλης να γίνεται με ΒΦΛ (εικόνα 3).

Αυτό όμως απαιτεί εμπειρία, ικανή καμπύλη εκμάθησης της μεθόδου από το χειρουργό, ενώ παράλληλα η ασθενής θα πρέπει να είναι ενήμερη για το μικρό μεν (2-11%), αλλά υπαρκτό ποσοστό μη ανεύρεσης ΦΛ, όπως και για την πιθανότητα ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων (2-22%).¹⁰ Επίσης, η ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει ότι αν το αποτέλεσμα της βιοψίας είναι θετικό θα πρέπει να υποβληθεί σε νέα επέμβαση ΛΚΜ.

Χειρουργική θεραπεία τοπικά προχωρημένου καρκίνου μαστού (σταδίου III-IV)

Η αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο μαστού III-IV σταδίου πρέπει να αποφασίζεται μετά από πολυπαραγοντική αξιολόγηση-συζήτηση από όλες τις συναφείς ειδικότητες. Η εντατικοποιημένη θεραπεία με συνδυασμό χορήγησης προεγχειρητικά νεοεπικουρικής χημειοθεραπείας ή ορμονοθεραπείας συχνά συρρικνώνει τον πρωτοπαθή όγκο, κάνοντας εφικτή μερικές εβδομάδες ή μήνες αργότερα τη χειρουργική αντιμετώπιση. Αν η ανταπόκριση είναι ικανοποιητική, η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει είτε ΣΘΔΜ ή ΤΡΜ. Και στις δύο περιπτώσεις η τοπικοπεριοχική θεραπεία συμπληρώνεται με ακτινοθεραπεία στο θωρακικό τοίχωμα ή στο μαστό, καθώς και στην υποκλείδιο χώρα και τους λεμφαδένες της έσω μαστικής. Αν η νόσος μετά την προεγχειρητική χημειοθεραπεία δεν υποχωρεί, η ακτινοθεραπεία μπορεί να προσφέρει στον τοπικό έλεγχο της νόσου. Η χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών με νόσο σταδίου IV είναι μόνο παρηγορητική, υπό την έννοια είτε της ευρείας τοπικής εκτομής, είτε της απλής μαστεκτομής.



ΕΙΚΟΝΑ 4. Κατευθυνόμενη βιοψία σε μαστογραφικά αποκαλυπτόμενο DCIS υπό μορφή αποτιτανώσεων

Χειρουργική θεραπεία πορογενούς μη διηθητικού καρκινώματος μαστού (ΠΜΔΚ-DCIS)

Η αντιμετώπιση του DCIS συνίσταται μόνο σε τοπική θεραπεία της νόσου. Η απλή μαστεκτομή αποτελεί την καθιερωμένη μέθοδο χειρουργικής αντιμετώπισης έναντι της οποίας πρέπει να συγκρίνονται όλες οι άλλες, λόγω

του υψηλού ποσοστού ίασης (98%) που επιτυγχάνει.¹¹ Η απλή μαστεκτομή με ή χωρίς αποκατάσταση είναι προτιμότερα από τη συντηρητική χειρουργική σε περιπτώσεις όπως:

- ασθενείς με πολυκεντρική νόσο ή με διάχυτες κακοήθους τύπου αποτιτανώσεις,
- ασθενείς με επιμένοντα διηθημένα όρια εκτομής μετά από λογικές προσπάθειες χειρουργικής εκτομής της βλάβης,
- αδυναμία λήψης ακτινοθεραπείας σε περιπτώσεις που είναι απαραίτητη (π.χ. ερυθρηματώδης λύκος),
- όταν είναι επιθυμία της ασθενούς.

Οι ενδείξεις για συντηρητική χειρουργική θεραπεία με διατήρηση του μαστού περιλαμβάνουν:

- DCIS που αποκαλύπτεται μαστογραφικά ή με τη φυσική εξέταση, είναι εντοπισμένο, χωρίς άλλη απόδειξη πολυκεντρικότητας ή διάχυτων εκτεταμένων υπόπτων αποτιτανώσεων.
- Μέγεθος DCIS <4 cm, αν και η δυσκολία μέτρησης του μεγέθους του προκαλεί επιφυλάξεις για τη σύσταση αυτή.¹²

Για το μαστογραφικά αποκαλυπτόμενο DCIS υπό μορφή αποτιτανώσεων, όλες οι ύποπτες αποτιτανώσεις πρέπει να εξαιρεθούν πριν την έναρξη πιθανής ακτινοθεραπείας μετεγχειρητικά (εικόνα 4).

Τα αρνητικά για διήθηση από τη νόσο όρια εκτομής είναι σημαντικά για την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας υποτροπής της νόσου. Διάφοροι ερευνητές έχουν μελετήσει κριτήρια για θεραπεία μόνο με εκτομή της βλάβης και παρακολούθηση. Σχετικά πρόσφατα ο Silverstein και οι συνεργάτες του πρότειναν ως αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης του DCIS την εκτομή μικρής βλάβης με ασφαλή όρια εκτομής, που εκτείνονται σε 1 cm περίξ αυτής σε όλες τις κατευθύνσεις, χωρίς απαραίτητα να απαιτείται συμπληρωματικά ακτινοθεραπεία. Στις περισσότερες ασθενείς με DCIS δεν απαιτείται λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης, αφού λίγες επιπρόσθετες πληροφορίες προσφέρει. Μόνο σε ασθενείς με DCIS >5 cm με ιστολογικό τύπο comedo μπορεί να επιχειρηθεί ΑΚΜ, λόγω της μεγαλύτερης πιθανότητας μικροδιήθησης σε αυτές τις περιπτώσεις.¹³

Τέλος, όσον αφορά στο λοβιακό μη διηθητικό καρκίνωμα μαστού (ΛΜΔΚΜ- LCIS), αποτελεί μια σπάνια παθολογοανατομική οντότητα δύσκολα κατανοητή από τις ασθενείς. Η διάγνωση του LCIS συνήθως προκύπτει ως τυχαίο εύρημα σε βιοψία που έγινε για άλλο λόγο, καθώς δε γίνεται κλινικά αντιληπτό και δε δίνει ιδιαίτερα μαστογραφικά ευρήματα. Παρόλο που η βιολογική του συμπερι-

φορά δεν έχει πλήρως κατανοηθεί, θεωρείται μάλλον ως δείκτης αυξημένου κίνδυνου για την ανάπτυξη καρκίνου μαστού (διηθητικού ή όχι) παρά ως προστάδιο αυτού.¹⁴

Ένα σχετικά υψηλό ποσοστό ασθενών (20-25%) με LCIS θα αναπτύξει διηθητικό καρκίνωμα, συχνότερα πορογενές, εντός 15ετίας, είτε στον ίδιο είτε στον άλλο μαστό. Αν σε ασθενή τεθεί διάγνωση LCIS, τότε οι επιλογές είναι:

- Στενή παρακολούθηση (κλινική εξέταση κάθε 6 μήνες, μαστογραφία κάθε χρόνο).
- Αμφοτερόπλευρη προφυλακτική μαστεκτομή, με ή χωρίς αποκατάσταση.
- Προφυλακτική χρήση χημειοπροφύλαξης (π.χ. χορήγηση tamoxifen).

Βιβλιογραφία

1. Halsted WS. Results of operation for cure of cancer of breast performed at John's Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894. *Ann Surg* 1894;20:497-555.
2. Patey DH, Dyson WH. Prognosis of carcinoma of breast in relation to type of operation performed. *Br J Cancer* 1948;2:7-13.
3. Auckincloss H. Significance of location and number of auxiliary metastases in carcinoma of the breast. A justification for a conservative operation. *Ann Surg* 1963;158:37-46.
4. Fisher B, Bauer M, Margolese R et al. Five years results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1985;312:665-673.
5. Veronesi U, Bunfi A, Del Vecchio M, et al. Comparison of Halsted mastectomy with quadrantectomy, auxiliary dissection and radiotherapy in early breast cancer. Long term results. *Eur J Cancer* 1986;22:1085-1089.
6. Morrow M, Giuliano A, Schnitt HS et al. Standard for breast conservation therapy in the management of invasive breast carcinoma. *Cancer J Clin* 2002; 52:277-300.
7. Consensus conference of the ACOS, ACOR, COAPP, SOSO, ACS. Standards for breast conservation treatment. 1992.
8. Gage J, Schnitt SJ, Nixon AJ et al. Pathologic margin involvement and the risk of recurrence in patients treated with breast conserving therapy. *Cancer* 1996;78:1921.
9. Rosen PD, Kinne DW et al. Discontinuous or skip metastase in breast carcinoma, analysis of 1228 auxiliary dissection. *Ann Surg* 1983;197:276.
10. Rivers A, Hansen N. Auxiliary management after Sentinel Lymph Node Biopsy in Breast Cancer patients. *Surg Clin N Am* 2007;87:365-377.
11. Kinne DW, Petreck JA, Osborn MP et al. Breast carcinoma in situ. *Arch Surg* 1989;124:33.
12. Morrow M, Singletary E et al. Standard for the management of DCIS. *Cancer J Clin* 2002;52:256-276.
13. Silverstein MJ, Lagios MD et al. The influence of margin width on local control of ductal carcinoma in situ of the breast. *N Eng J Med* 1999;340:1455-1461.
14. Page TJ, Kidd TE, Dupont WD et al. Lobular neoplasia of the breast: higher risk for subsequent invasive cancer predicted by more extensive disease. *Hum Pathol* 1991;22:1232.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ: ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Πρίφτης Φ., Ηλιοπούλου Λ., Φωτιάδου Α.
Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου «Γ. Χατζηκώστα»

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση είναι μία συλλογική προσπάθεια της Πολιτείας, των ψυχιάτρων, των άλλων επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας και της κοινωνίας, για την οριστική αντιμετώπιση των αναγκών του ανθρώπου που δημιουργούνται από την ψυχική ασθένεια. Με τον όρο «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» εννοούμε το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη. Να έχει, δηλαδή, μία ζωή εντελώς διάφορη από εκείνη που έχει ο μακροχρόνια έγκλειστος στο Ψυχιατρείο.

Η προσπάθεια για μεταρρύθμιση, αλλά και τον εκσυγχρονισμό της ψυχιατρικής περίθαλψης, που άρχισε στην Ελλάδα από 20ετίας περίπου, συνεχίζεται πιο οργανωμένα, συστηματικά και με ευρύτερη οικονομική και κοινωνική στήριξη.

Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς», που άρχισε να υλοποιείται από όλα τα μεγάλα Νοσοκομεία της χώρας στις αρχές του 2000, στοχεύει στην ουσιαστική αποσυμφόρηση των μεγάλων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων με την μεταστέγαση των χρόνιων αρρώστων σε κοινοτικές δομές (δια των ξενώνων, οικοτροφείων, προστατευμένων διαμερισμάτων). Χρειάστηκαν αρκετά χρόνια για να κοπάσει η διεθνής κατακραυγή για τη Λέρο.

Η σύγχρονη ψυχιατρική περιλαμβάνει στους πρωταρχικούς της στόχους την κοινοτική ψυχιατρική, δηλ. την έμφαση στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αποϊδρυματοποίηση, αφομοίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, τον αποστιγματισμό και την κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων, που έχει επιτευχθεί με λειτουργία Ψυχιατρικών Τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία.

Οι αρχές αυτές εφαρμόζονται ήδη σε όλες τις προηγμένες χώρες, όπως και την Ελλάδα, και αποτελούν βασικό κορμό των Διακηρύξεων Διεθνών Οργανισμών, όπως του ΟΗΕ, της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), του Συμβουλίου της Ευρώπης και των Οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η προσπάθεια που κάνει η Ελληνική Πολιτεία έχει πραγματοποιηθεί στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες πριν ή μετά τη δεκαετία του 1960.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), σε συνεργασία με την Παγκόσμια Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ΠΕΨΚΑ), εξέδωσαν μία Συναινετική Διακήρυξη

για το ζήτημα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Το Γενικό Νοσοκομείο αποτελεί τον ένα πυλώνα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και ήταν πρωταρχικός αποδέκτης της ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχική διαταραχή και της αποϊδρυματοποίησης από την έναρξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Οι μεγάλες ανάγκες για παροχή υπηρεσιών σε χρήστες ψυχικής υγείας που προέκυψαν μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, καθώς και η ανακάλυψη και έναρξη θεραπευτικής αγωγής με τα αντιψυχωτικά (1953-χλωροπρομαζίνη), υπήρξαν ισχυροί συμπαράγοντες για την ευρεία εφαρμογή της Κοινωνικής-Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Η κοινοτική ψυχιατρική, σαν τρίτη εποχή μετά από εκείνη του διαφωτισμού που ακολούθησε τον Μεσαίωνα και τη δεύτερη, της ψυχανάλυσης, από τον Sigmund Freud, έδωσε πια την ευκαιρία για να αποφευχθεί ο ιδρυματισμός, ο αποκλεισμός των ατόμων με ψυχική διαταραχή, και να αντιμετωπισθεί η προκατάληψη και η εσωστρέφεια των κοινωνιών για τους συγκεκριμένους ασθενείς.

Ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας της κοινοτικής ψυχικής υγείας απαιτεί οι υπηρεσίες, προκειμένου να είναι αποτελεσματικές, να είναι ολοκληρωμένες και ισόρροπες, έτσι ώστε οι κατάλληλες θεραπευτικές πρακτικές να είναι διαθέσιμες και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών.

Σε όλες τις φάσεις, και προ της δημιουργίας των μετα-εξωνοσοκομειακών δομών, κατά την δημιουργία τους, αλλά και την μεταγενέστερη, της πλήρους μεταγκατάστασης των συγκεκριμένων ατόμων, που φιλοδοξεί στην απόδοση στην κοινωνία ενεργών πολιτών με ανθρώπινα δικαιώματα και ίσες ευκαιρίες, θα είναι ο χώρος υγειονομικής κάλυψης και αντιμετώπισης τους.

Η κοινωνία, της οποίας είμαστε μέλη, εκφράζεται στο Γενικό Νοσοκομείο, με άμεσους αποδέκτες τους επαγγελματίες υγείας όλων των ειδικοτήτων, και δημιουργείται μεταξύ αυτών και των ασθενών ίσως ένας από τους σημαντικότερους πρώτους κρίκους κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, ώστε να ενισχυθεί το συναίσθημα της ίσης μεταχείρισης και της αυτοεκτίμησης και προσωπικής αποτελεσματικότητας του συχνά λειτουργικά υπολειπόμενου ψυχιατρικού ασθενή.

Ο συσχετισμός Μο.Ψ.Υ., πολιτείας και κοινωνίας οφείλει να χαρακτηρίζεται από αμφίπλευρη δέσμευση και ευθύνη στη διαχείριση. Ο σχεδιασμός θα πρέπει να προσδιορίζει όλες τις ανάγκες του πληθυσμού που αφορούν στην

ψυχική υγεία και να καταγράφει όλους τους διαθέσιμους πόρους, με ευθύνη για το σύνολο της συμμετοχής των πολιτών και των πολιτικών σχηματισμών στη διαδικασία του, την ευαισθητοποίηση των τοπικών κοινωνιών και με ενδίαφέρον τόσο για την πρόληψη, όσο και την θεραπεία.

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας αποτελούν την πύλη εισόδου στην ψυχιατρική περίθαλψη. Είναι εξωνοσοκομειακές δομές και στόχος της λειτουργίας τους είναι η πρόληψη σε όλα τα επίπεδα.

Οι ξενώνες δημιουργήθηκαν στην Α' φάση υλοποίησης του δεκαετούς προγράμματος «Ψυχαργός» και στοχεύουν: στη συρρίκνωση, έως και το τελικό κλείσιμο, των μεγάλων ψυχιατρείων της χώρας και αντικατάστασή τους από δομές στην κοινότητα, ώστε να εξασφαλίζονται:

1. Η σταδιακή αποασυλοποίηση των χρόνιων αυτών ασθενών.
2. Η σταδιακή μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας στα ψυχιατρικά τμήματα κατά 25%.
3. Η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών.
4. Η σταδιακή αποδοχή από τις τοπικές κοινωνίες και η ενσωμάτωση σε αυτές των ατόμων με ψυχική διαταραχή για την καταπολέμηση του στίγματος.
5. Η καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας.

Τα προστατευόμενα διαμερίσματα λειτουργούν και αυτά στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός» και στόχο έχουν την περαιτέρω ανεξαρτητοποίηση και κοινωνική ενσωμάτωση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων.

Στην περιοχή των Ιωαννίνων λειτουργούν οι κάτωθι δομές παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών:

- Ψυχιατρική Κλινική στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο,
- Ψυχιατρικός τομέας Γενικού Νοσοκομείου «Γ. Χατζηκώστα», στα πλαίσια του οποίου λειτουργούν:

- α) Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο,
- β) Κέντρο Ψυχικής Υγείας,
- γ) Κέντρο προεπαγγελματικής αποκατάστασης και ξενώνας,
- δ) 2 ξενώνες μακράς παραμονής και 2 προστατευόμενα διαμερίσματα στα πλαίσια του «Ψυχαργός»,
- ε) Εργαστήριο αργυροχρυσοχοΐας.

Επίσης, εξωνοσοκομειακές δομές (ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα, οικοτροφεία) λειτουργούν από ΝΠΙΔ (ΕΠΡΟΨΥΗ, ΤΑCT, Ε.Ψ.Ε.Π.).

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι οποίες πολλές φορές την κάνουν να περπατά πάνω σε τεντωμένο σκοινί, θα μπορούσαν να εστιαστούν σε πέντε (5) σημεία:

- 1) Κλείνοντας τα ψυχιατρεία, χωρίς να έχουμε δημιουργήσει τις ανάλογες δομές, κινδυνεύουμε να δημιουργηθούν ομάδες άστεγων ασθενών, υπολειμματικών, οι οποίοι πάρα πολλές φορές δεν έχουν ενεργό ψυχοπαθολογία, αλλά ωστόσο ένα ποσοστό μπορεί να έχει. Όπως και μέσα στις φυλακές ένα 30 με 40 τοις εκατό του ποσοστού είναι άρρωστοι, υπολειμματικοί, οι οποίοι σχετίζονται με ψυχική διαταραχή.
- 2) Η δημιουργία του φαινομένου της περιστρεφόμενης πόρτας. Δηλαδή, επανεισαγωγές των ασθενών, οι οποί-

ες πάρα πολλές φορές μπορεί και να είναι απαραίτητες, αλλά και η ταυτόχρονη δημιουργία νέων ασθενών, μπορεί να αφήνουν κάποιους απ' έξω.

3) Οι μεγάλες ανάγκες σε προσωπικό που προέκυψαν με τη δημιουργία όλων αυτών των νέων δομών. Ενώ προβλέφθηκε και υπήρξε διορισμός προσώπων από ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, δεν ήταν ανάλογος των αναγκών και παραμένουν ακόμη εκκρεμότητες. Γι' αυτό, η υποστελέχωση αυτών των δομών είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα.

4) Το θέμα της διάκρισης των ρόλων στις ομάδες του προσωπικού, όπως μεταξύ ψυχολόγων, λοιπών ειδικοτήτων και γιατρών. Η εκπαίδευση δεν ήταν επαρκής, υπήρχε πίεση για να γίνουν οι προσλήψεις γρήγορα και δημιουργήθηκε αυτή η δυσκολία στην διακρίσιμότητα των ρόλων, ένα ζήτημα που παρατηρείται και στην διεθνή πραγματικότητα.

5) Το θέμα των πόρων. Όσον αφορά τη διαχείρισή τους, θα πρέπει να είναι ορθολογιστική, καθώς οι πόροι που χρειάζονται για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι τεράστιοι και συχνά υπολείπομαστε σε αυτούς.

Σε κάθε περίπτωση, πρέπει η αποασυλοποίηση να προχωρήσει. Είναι πραγματικά δικαίωμα των ασθενών στη ζωή και στην ίση μεταχείριση. Εμείς, σαν προασπιστές των ασθενών, πρέπει να προχωρήσουμε την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και να εναρμονίζονται όλες οι υπηρεσίες για τη συνέχισή της.

Βιβλιογραφία

1. Avison WR, Nixon Speechley K: The discharged psychiatric patient: A review of social, social-psychological and psychiatric correlates of outcome. *Am J Psychiatry* 144:10, 1987.
2. Barret J, Rose RM: *Mental Disorder in the Community*. Guilford, New York, 1986.
3. Hess R, Morgan J (Eds): *Prevention in Community Mental Health Centers*, Haworth, New York, 1990.
4. Menninger WW: The chronically mentally ill. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Ed. 5, H.I. Kaplan, BJ Sadock (Eds). p. 2090, Williams and Wilkins, Baltimore, 1999.
5. Shore JH: Community Psychiatry, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Ed 5, H.I. Kaplan, BJ Sadock (Eds), p. 2003, William and Wilkins, Baltimore, 1989.
6. Χριστοδούλου Γ.Ν.: Πρώιμες Παρεμβάσεις στην Προληπτική Ψυχιατρική, Προληπτική Ψυχιατρική, Γ.Ν. Χριστοδούλου, Μ.Π. Οικονόμου, σελ. 5-10, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000.
7. Κονταξάκης Β.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν.: Κοινωνική και Κοινωνική Ψυχιατρική, Προληπτική Ψυχιατρική, Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκης, Μ.Π. Οικονόμου, σελ. 11-15, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000.
8. Cristodoulou GN, Kontaxakis VP, Havaki-Kontaxaki BJ. From the Asylum to sheltered housing in the Community. In Christodoulou GN, Lecic-Tosevski D, Kontaxakis VP (Eds). *Issues in preventive psychiatry*, Basel, Karajer, 1999: 83-89.
9. Henderson AS, Burrons GD. *Handbook of Social Psychiatry*. Elsevier, 1988.
10. Sartorius N. Quality of life of the mentally ill: perspectives for its assessment. *Psychiatriki* 1997, 8: 257-263.
11. WHO (2001). *Recommendations for Mental Health Services in all Countries and Societies*.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Σπύρος Ν. Νίκας
Ρευματολόγος

Εκπαιδευθείς στον U/S μυοσκελετικού
στο Russells Hall Hospital, Birmingham, UK

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικές εξελίξεις στο θέμα της υπερηχογραφικής (U/S) απεικόνισης του μυοσκελετικού, με συνέπεια ο υπέρηχος να αποτελεί σήμερα ένα σημαντικό όπλο του ρευματολόγου στη διάγνωση και αντιμετώπιση μυοσκελετικών προβλημάτων της καθημέρα κλινικής πράξης (1). Αν και ο ακριβής ρόλος του στην τελική διάγνωση και τη θεραπευτική επιλογή δεν έχει ακόμη καθορισθεί, είναι βέβαιο πως μια τέτοια τεχνική επιδεικνύει την ακριβή ανατομική βλάβη, βοηθώντας έτσι στην πιο σωστή προσέγγιση.

Η ανάπτυξη του υπερηχογραφικού ελέγχου του μυοσκελετικού έχει μόλις τα τελευταία χρόνια επιτευχθεί, αφού η χαμηλή συχνότητα των πρώτων κεφαλών (3,5 και 5 MHz transducers) δεν επέτρεπε τη λεπτομερή απεικόνιση επιφανειακών δομών. Η πρόσφατη όμως εξέλιξη στην τεχνολογία των υπερήχων, με τη βοήθεια υψηλής συχνότητας κεφαλών, έχει επιτρέψει την ικανοποιητική απεικόνιση λεπτομερειών < 1 mm. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία πως η μυοσκελετική υπερηχογραφική εκτίμηση χρήζει υψηλής ποιότητας εξοπλισμού, με σχετικά υψηλό κόστος, κάτι που, δυστυχώς, αποτελεί φραγμό στην ευρεία μεταξύ των ρευματολόγων διάδοση και χρήση της τεχνικής αυτής (2).

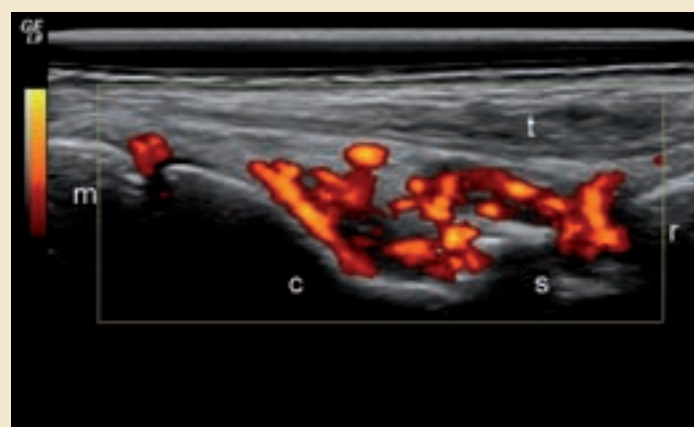
Βασικός εξοπλισμός για U/S έλεγχο μυοσκελετικού στη ρευματολογία

Ο συνήθης ρευματολογικός U/S έλεγχος απαιτεί κεφαλές 7,5-10 MHz τουλάχιστον. Υψηλότερης συχνότητας κεφα-

λές είναι πιο χρήσιμες για τη λεπτομερή απεικόνιση των περισσότερο επιφανειακών και μικρών δομών. Μικρότερης συχνότητας κεφαλές (< 7,5 MHz), οι οποίες χαρακτηρίζονται από χαμηλή ανάλυση, αλλά υψηλή ιστική διεισδυτικότητα, χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση εν τω βάθει δομών (π.χ. ισχίο). Φυσικά, απαιτείται λεπτομερής γνώση της ανατομίας των δομών που εξετάζονται, βασική γνώση των B-mode ευρημάτων, ικανότητα να εκτιμηθούν από τη ρευματολογική άποψη τα ευρήματα, βασική γνώση του Color ή Power Doppler, όπως και του υπερηχογραφικού εξοπλισμού.

Το περισσότερο μέρος του ρευματολογικού μυοσκελετικού U/S ελέγχου γίνεται ουσιαστικά χρησιμοποιώντας

εικόνες με τη διαβάθμιση του γκρι (gray-scale U/S). Ουσιώδης είναι και η χρήση των τεχνικών Doppler, με τις οποίες είναι δυνατό να αναδείξει κανείς την αιματική ροή σε διάφορους ιστούς (π.χ. αρθρικός υμένας, τένοντας), αντικατοπτρίζοντας ουσιαστικά φλεγμονή αρθρώσεων ή μαλακών μορίων (3, 4) (φωτ. 1).



Φωτ. 1: Κarpός. Υμενίτιδα σε ασθενή με RA. Αξιοσημείωτο είναι το θετικό σήμα Power Doppler (κόκκινο). r = κερκίδα, s = μηνοειδές οστό, c = κεφαλωτό οστό, m = 3ο μετακάρπιο, t = τένοντας.

Τεχνική σάρωσης (scanning technique)

Η σωστή ρευματολογική U/S απεικόνιση του μυο-

σκελετικού απαιτεί την ακολούθηση ενός συγκεκριμένου πρωτοκόλλου, συγκεκριμένου για την κάθε περιοχή του σώματος (π.χ. ώμος ή γόνατο), με τον ασθενή να χρειάζεται να λαμβάνει ειδικές θέσεις, προκειμένου να επιτρέπεται η λεπτομερής απεικόνιση των εκάστοτε δομών (φωτ. 2). Για την εκτίμηση μεγάλων ή σε βάθος αρθρώσεων (π.χ. ισχίο ή ώμος) συνιστάται η χρήση κεφαλών με χαμηλή συχνότη-

τα, ώστε να ερευνηθούν οι σε βάθος δομές. Απαραίτητη είναι και η σωστή, σε κάθε περίπτωση, ρύθμιση των διαφόρων παραμέτρων (gain, χάρτης του γκρι, focus, zoom, αρμονική, βάθος), προκειμένου να επιτευχθεί η επιθυμητή εικόνα. Η πλήρης εκτίμηση της εκάστοτε ανατομικής περιοχής χρήζει τη λήψη πολλών, αλλά συγκεκριμένων τομών, μεταξύ των οποίων 2 κάθετες μεταξύ τους τομές (κατά μήκος και εγκάρσια), σύγκριση μεταξύ δεξιού και αριστερού άκρου, καθώς και δυναμική εξέταση (κατά την κίνηση του υπό εκτίμηση μέλους).

U/S εκτίμηση φυσιολογικών ανατομικών δομών

Με τη βοήθεια του υπερήχου, ο ρευματολόγος είναι δυνατό να εκτιμήσει:

A) Αρθρώσεις. Στα υγιή άτομα, η αρθρική κοιλότητα αποτελεί ένα χώρο όπου μικρή ποσότητα αρθρικού υγρού είναι δυνατό να αναδειχθεί σε μερικές αρθρώσεις (μεταταρσοφαλαγγικές, γόνατο, ισχίο). Με τη βοήθεια ενεργητικής ή παθητικής κίνησης της άρθρωσης είναι δυνατό έμμεσα να δει κανείς την κάψουλα της άρθρωσης, χρησιμοποιώντας ως σημεία αναφοράς ανατομικά μέρη της περιοχής, όπως τένοντες, αρθρικό χόνδρο κ.ά. Ειδικά ο τελευταίος είναι εύκολο να απεικονισθεί. Δίνει την εντύπωση ομοιογενούς ανηχοϊκής στιβάδας, με σαφή εξωτερικά και εσωτερικά όρια.

B) Τένοντες. Κατά τον επιμήκη άξονα, οι τένοντες εμφανίζουν τυπική «ινδική» εικόνα, συμβατή με την άθροιση παράλληλων μυϊκών ινών. Στην εγκάρσια τομή, οι τένοντες εμφανίζονται σε σχήμα κυκλικό ή οβάλ, το οποίο περιέχει αριθμό στενά συγκεντρωμένων και ομοιογενώς κατανεμημένων «κουκίδων», που ουσιαστικά αναπαριστούν τις ενδο-τενόντιες ίνες. Το έλυτρο των τενόντων, όπου αυτό υπάρχει, δεν είναι πάντα εύκολα ορατό. Με τη δυναμική κίνηση είναι ίσως δυνατό να διακριθεί ως λεπτή υπερηχοϊκή γραμμή που δεν ακολουθεί την κίνηση των ινών. Η ανάδειξη του φυσιολογικού υγρού ως μια ανηχοϊκή γραμμή περιφερικά του τένοντα απαιτεί τη χρήση κεφαλών πολύ υψηλής συχνότητας. Ο έλεγχος των τενόντων απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, αφού ο άξονας της δέσμης της κεφαλής πρέπει να είναι κάθετος με τον επιμήκη άξονα του τένοντα. Σε αντίθετη περίπτωση, ορισμένες περιοχές αυτού θα απεικονίζονται ανηχοϊκές (ανισοτροπία), δίνοντας την ψευδή εντύπωση ρήξης.

Γ) Οστό. Δυστυχώς, η υπερηχογραφική δέσμη δεν είναι δυνατό να διαπεράσει μέσα από το δοκιδώδες οστό. Η οστική όμως επιφάνεια είναι δυνατό να αναδειχθεί. Παρουσιάζεται ως συνεχής υπερηχοϊκή γραμμή με υποκείμενη ακουστική σκιά.

Δ) Νεύρα. Η τυπική εικόνα ενός φυσιολογικού νεύρου κατά την επιμήκη τομή είναι αυτή του «δεσμιδωτού» προτύπου. Αν και η εικόνα μοιάζει με αυτή ενός τένοντα, η δομή δεν είναι τόσο ομοιογενής.

U/S εκτίμηση παθολογικών καταστάσεων

A) Αρθρώσεις. Η φλεγμονή των αρθρώσεων (αρθρίτιδα) αποτυπώνεται χαρακτηριστικά με τη διάταση της αρθρικής κοιλότητας (φωτ. 3). Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο είναι δυνατό να γίνει ακριβής διάκριση της ενδοαρθρικής παρουσίας υγρού από την υμενική υπερπλασία (συστοιχία «μαλακών» ηχοϊκών μορφωμάτων, με «θαμνώδη» ή «λαχνώδη» εμφάνιση, με συνοδό πάχυνση του υμένα) (5). Ειδικά στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (ΡΑ), χαρακτηριστική είναι η διάταση του μεσάρθριου χώρου, ακόμη και σε πρώιμα στάδια της νόσου. Δεδομένου ότι με τον υπέρηχο είναι δυνατό να έχει κανείς τελικά μια πολυδιάστατη άποψη της άρθρωσης (πλάνα από κάθε πλευρά αυτής, π.χ. έσω, έξω, νωτιαία), η U/S απεικόνιση είναι μέθοδος πιο ευαίσθητη από ό,τι η απλή ακτινογραφία, σχετικά με την παρουσία χαρακτηριστικών για τη νόσο διαβρώσεων (6). Με τον ίδιο τρόπο, οστικές διαβρώσεις είναι δυνατό να διαπιστωθούν και σε άλλα νοσήματα, όπως οι οροαρνητικές σπονδυλαρθροπάθειες ή κρυσταλλογενείς αρθρίτιδες (π.χ. ουρική αρθρίτιδα). Διαταραχές χόνδρου είναι επίσης εύκολο να απεικονισθούν ως μείωση της διαύγασης ή μείωση του πάχους αυτού (π.χ. στην οστεοαρθρίτιδα) (7).

B) Τένοντες. Το σύνολο της παθολογίας των τενόντων (τενοντοϋμενίτιδα, ρήξεις, ίνωση, οίδημα-πάχυνση, παρεκτόπιση, αποτιτανώσεις) είναι δυνατό να γίνει φανερό με τον U/S. Ευρήματα ενδεικτικά παθολογίας τενόντων είναι: διαταραχή στα όρια αυτού, απώλεια της «ινδικής» αρχιτεκτονικής του, παρουσία υποηχοϊκών σχηματισμών (μερική ή πλήρη ρήξη) και διεύρυνση του ελύτρου. Το τελευταίο αποτελεί συχνό εύρημα των ασθενών με ΡΑ. Η φλεγμονή τενόντων χωρίς έλυτρο (π.χ. Αχιλλεύς τένοντος)



Φωτ. 2: Θέση του άνω άκρου για την U/S εκτίμηση του τένοντα του υπερακάνθιου μύος στον ώμο.

ντας) παρουσιάζεται κυρίως στη χρόνια μορφή ως πάχυνση του τένοντα σε συνδυασμό με διαταραχή της αρχιτεκτονικής αυτού.

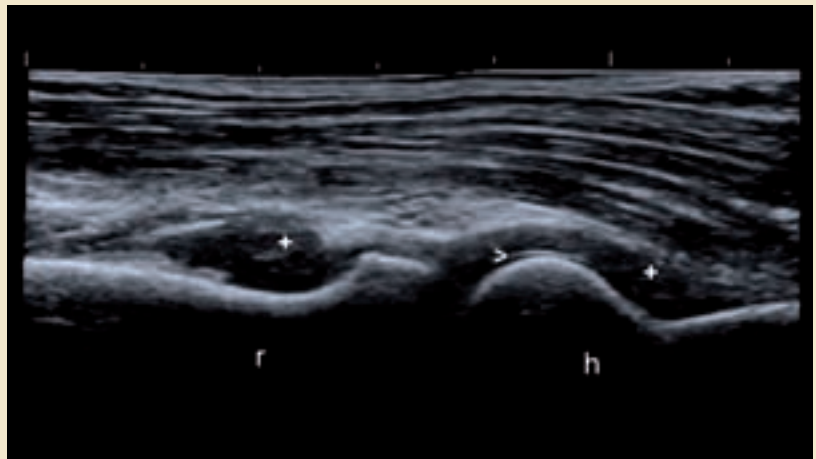
Γ) Οστό. Οποιαδήποτε διαταραχή της οστικής γραμμής εκλαμβάνεται ως παθολογικό εύρημα (π.χ. οστεόφυτα). Ο U/S έλεγχος είναι δυνατό να πληροφορήσει τον κλινικό, ακόμη και σε περιπτώσεις υποψίας κατάγματος (διακοπή της υπερηχοϊκής οστικής γραμμής με πιθανά συνοδό υποηχοϊκό αιμάτωμα των μαλακών μορίων).

Δ) Νεύρα. Η πιο συνήθης κλινική εφαρμογή του U/S ελέγχου είναι η εκτίμηση νεύρων σε περιπτώσεις νευροπαθειών εκ παγιδεύσεως. Ειδικά για το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα (ΣΚΣ), πρόσφατα έχουν προταθεί διαγνωστικά κριτήρια, μεταξύ των οποίων και η ανεύρεση της εγκάρσιας επιφάνειας του μέσου νεύρου $> 10 \text{ mm}^2$ (8). Την ίδια στιγμή, με τη βοήθεια του U/S είναι εύκολο να διαπιστωθεί η αιτία του ΣΚΣ, όπως τενοντοϋμενίτιδα των καμπτήρων τενόντων ή εναποθέσεις ουρικού, ενώ, συγχρόνως, είναι εύκολο και ασφαλές να διηθεί υπό U/S η περιοχή, χωρίς πιθανή κάκωση του μέσου νεύρου.

Κλινική εφαρμογή του μυοσκελετικού U/S ελέγχου

Μυοσκελετικός έλεγχος με U/S από το ρευματολόγο θα πρέπει να γίνεται στην περίπτωση εκείνη που τα ευρήματα, σε συνδυασμό με το ιστορικό και την κλινική εξέταση, θα βοηθήσουν στη σωστή διάγνωση και θεραπεία της υποκείμενης ρευματικής πάθησης. Ακόμη και σε περιπτώσεις πάντως απλών κλινικών εκτιμήσεων (π.χ. υγρό στο γόνατο), ο U/S έχει αποδειχθεί ανώτερος της κλινικής εξέτασης (9). Επιπρόσθετα, μελέτες έχουν δείξει ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην παρακολούθηση και εξέλιξη νοσημάτων (π.χ. ένταση αρθρίτιδας ή διαβρώσεις στη PA) (10). Η κροταφική αρτηρίτιδα είναι ένα από τα ρευματικά νοσήματα όπου η χρήση Power Doppler σε συνδυασμό με το χαρακτηριστικό εύρημα «halo sign» μπορεί να βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση και την αποφυγή ακόμη και της βιοψίας, όταν τα ευρήματα είναι αμφοτερόπλευρα (11). Αλλά και στη ρευματική πολυμυαλγία, η παρουσία υποηχοϊκής «στεφάνης» γύρω από τη μακρά κεφαλή του δικεφάλου στον ώμο αποτελεί χαρακτηριστικό της νόσου (12).

Εκτός από τη διάγνωση, σημαντικός είναι και ο ρόλος του στη θεραπευτική διαφόρων καταστάσεων. Υπό U/S έλεγχου είναι δυνατό με ακρίβεια, αλλά και ασφάλεια, να διηθεί ο ρευματολόγος την ανατομική περιοχή που πάσχει (π.χ. υπακρωμιακό θύλακα, έλυτρο του τένοντα και όχι τον ίδιο τον τένοντα, καρπιαίο σωλήνα, ισχίο). Δίδεται, τέλος, η δυνατότητα της επιβεβαίωσης διήθησης στο σωστό σημείο, αφού η κορτιζόνη, για παράδειγμα,



Φωτ. 3: Αγκώνα. Υμενίτιδα σε ασθενή με PA. Διάταση αρθρικής κοιλιότητας, με συνοδό υπερπλασία του υμένα (+). r = κερκίδα, h = βραχιόνιο οστό.

εμφανίζεται ενδο-βλαβικά ως υπερηχοϊκά σταγονίδια.

U/S μυοσκελετικού και άλλες απεικονιστικές μέθοδοι

Ο U/S έλεγχος μπορεί να συνδυασθεί με τον ακτινογραφικό έλεγχο, προκειμένου να υπάρξει ολοκληρωμένη εκτίμηση των ρευματικών νοσημάτων. Ειδικά στη PA, προσφέρεται η δυνατότητα της απεικόνισης διαβρώσεων σε πιο αρχικά στάδια, εκεί που οι βλάβες δεν είναι ανιχνεύσιμες με απλές ακτινογραφίες (13). Στα περιοχικά επώδυνα σύνδρομα, ο U/S παρέχει περαιτέρω πληροφορίες για την παθολογία των μαλακών μορίων, κάτι που ο απλός ακτινολογικός έλεγχος δεν μπορεί (π.χ. μερική ρήξη υπακράνθου ή παρουσία υγρού στον υπακρωμιακό θύλακο). Συγκριτικά με το μαγνητικό συντονισμό (MRI), ο U/S φαίνεται ότι είναι πιο ακριβής στην απεικόνιση αλλοιώσεων των τενόντων, ενώ την ίδια στιγμή διακρίνεται από σαφώς μικρότερο κόστος εξέτασης, όπως και λιγότερες αντενδείξεις στην εφαρμογή του. Από την άλλη πλευρά, αναμφισβήτητη είναι η ανωτερότητα της MRI, σχετικά με την εκτίμηση παραμέτρων, όπως το οστικό οίδημα (bone oedema) ή το γεγονός ότι πρόκειται για μια σαφώς πιο τυποποιημένη τεχνική.

Εκπαίδευση στον U/S μυοσκελετικού

Διεθνείς οδηγίες σχετικά με την κατάλληλη και απαιτούμενη εκπαίδευση ρευματολόγων στον U/S μυοσκελετικού δεν έχουν ακόμη ανακοινωθεί. Δεν υπάρχει πάντως καμία αμφιβολία ότι, εκτός από την επαρκή γνώση της ανατομίας των σημείων που τα ρευματικά νοσήματα προσβάλλουν, απαιτούνται εξοπλισμός υψηλής τεχνολογίας (υψηλής συχνότητας κεφαλές) και επαρκής και διαρκής εκπαίδευση από έμπειρο προσωπικό πάνω σε ικανοποιητικό αριθμό ασθενών με διάφορες ρευματολογικές καταστάσεις. Το Αμερικάνικο Κολέγιο Ακτινολογίας προτείνει τουλάχιστον 3 μήνες εκπαίδευση υπό καθοδήγηση, συμπεριλαμβανομένων τουλάχιστον 500 σαρώσεων (14). Σε κέντρα

της Γερμανίας και της Ιταλίας, όπου ο U/S μυοσκελετικού αποτελεί μέρος της συνήθους εκπαίδευσης των ρευματολόγων, χορηγείται επάρκεια μετά από ενεργή συμμετοχή στην εκτίμηση τουλάχιστον 200 αρθρώσεων (15).

Μελλοντικές εξελίξεις στον U/S μυοσκελετικού

Μια από τις πιο πρόσφατες εξελίξεις στον U/S είναι η 3D απεικόνιση (4D όταν πραγματοποιείται σε πραγματικό χρόνο), η οποία έχει εφαρμογή και στο μυοσκελετικό. Με τον τρόπο αυτό ο ρευματολόγος είναι σε θέση να παρακολουθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια την προσβολή, για παράδειγμα, του αρθρικού υμένα στη PA, χρησιμοποιώντας Power Doppler, έχοντας συγχρόνως ογκομετρική άποψη της προσβλημένης περιοχής. Τόσο οι διαβρώσεις σε πρώιμη PA όσο και η ενθεσίτιδα ή μερικές ρήξεις τενόντων σε άλλα νοσήματα είναι επίσης πιο εύκολο να διακριθούν (16). Το πιο σημαντικό είναι ίσως ότι το αποτέλεσμα της μεθόδου θεωρείται ανεξάρτητο του παρατηρητή (operator independent) (3).

Τα τελευταία χρόνια παρέχεται η δυνατότητα εφαρμογής και στη ρευματολογία της τεχνικής «Intravenous microbubble echo contrast» (17). Πρόκειται για μια τεχνική όπου ενδοφλέβια χορηγούνται μικροφουσαλίδες (σε μέγεθος ερυθροκυττάρου), με σκοπό τη βελτίωση της ευαισθησίας στην ανάδειξη ιστικής αγγείωσης, όταν χρησιμοποιείται το Power Doppler (έλεγχος φλεγμονής στον αρθρικό υμένα στη PA).

Συμπεράσματα

Αν και η U/S εκτίμηση του μυοσκελετικού από ρευματολόγους βρίσκεται σε αρχικό ακόμη στάδιο, τα πλεονεκτήματα είναι ήδη αρκετά, ώστε η μέθοδος αυτή να αποτελεί σήμερα απαραίτητο εργαλείο για την καλύτερη:

- κατανόηση (π.χ. ανατομική σχέση μέσου νεύρου και καμπτήρων τενόντων στον καρπιαίο σωλήνα),
- διάγνωση (υποκλινική αρθρίτιδα, πρώιμες διαβρώσεις, παθολογία μαλακών μοριών),
- αντιμετώπιση (τοπική διήθηση-ακρίβεια, ασφάλεια) και
- παρακολούθηση (Power Doppler) των διαφόρων ρευματικών νοσημάτων.

Το κύριο ίσως μειονέκτημά του είναι ότι πρόκειται για μέθοδο της οποίας τα ευρήματα εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τον παρατηρητή (poor standardization) (18). Δεδομένου όμως ότι οι κλινικές εφαρμογές του στη Ρευματολογία συνεχώς διευρύνονται και λαμβάνοντας υπόψη ότι πρόκειται για μια τεχνική εύκολα εφαρμόσιμη (ακόμη και σε ιδιωτικό ιατρείο), η οποία παρέχει πλήθος πληροφοριών σε πραγματικό χρόνο, χωρίς ακτινοβολία ή άλλες παρενέργειες για τον ασθενή ή τον κλινικό και με σχετικά μικρό κόστος (MRI), βρισκόμαστε μάλλον στην

αρχή μιας νέας διαγνωστικής μεθόδου στη Ρευματολογία, ανάλογης αυτής ίσως του στηθοσκοπίου πριν αρκετά χρόνια για τον κάθε κλινικό.

Βιβλιογραφία

1. GRASSI W, SALAFFI F, FILIPPUCCI E: Ultrasound in rheumatology. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2005; 19: 467-85.
2. GRASSI W, CERVINI C: Ultrasonography in rheumatology: an evolving technique. Ann Rheum Dis, 1998; 57: 268-71.
3. FILIPPUCCI E, IAGNOCCO A, MEENAGH G, et al. Ultrasound imaging for the rheumatologist. Clin Exp Rheumatol, 2006; 24: 1-5.
4. WAKEFIELD RJ, BROWN AK, O'CONNOR PJ, EMERY P. Power Doppler sonography: improving disease activity assessment in inflammatory musculoskeletal disease. Arthritis Rheum, 2003; 48: 285-8.
5. NAREDO E, BONILLA G, GAMERO F, USON J, CARMONA L, LAFFON A: Assessment of inflammatory activity in rheumatoid arthritis: a comparative study of clinical evaluation with grey scale and power Doppler ultrasonography. Ann Rheum Dis, 2005; 64: 375-81.
6. GRASSI W, FILIPPUCCI E, FARINA A, SALAFFI F, CERVINI C: Ultrasonography in the evaluation of bone erosions. Ann Rheum Dis, 2001; 60: 98-103.
7. GRASSI W, FILIPPUCCI E, FARINA A: Ultrasonography in osteoarthritis. Semin Arthritis Rheum, 2005; 34: 19-23.
8. EL MIEDANY YM, ATY SA, ASHOUR S: Ultrasonography versus nerve conduction study in patients with carpal tunnel syndrome: substantive or complementary tests? Rheumatology, 2004; 43: 887-95.
9. KANE D, BALINT PV, STURROCK R. A comparison of ultrasonography with clinical examination in the diagnosis of soft tissue inflammation of the knee in rheumatoid arthritis. Rheumatology, 2002; 41 (Suppl 1): 76.
10. GRASSI W, FILIPPUCCI E: Is power Doppler sonography the new frontier in therapy monitoring? Clin Exp Rheumatol, 2003; 21: 424-8.
11. KARAHALIOU MARIA, VAIPOULOS GEORGE, PAPANAYROU SPYROS, KANAKIS MELETIOS A, REVENAS KONSTANTINOS AND SFIKAKIS PETROS P. Colour duplex sonography of temporal arteries before decision for biopsy: a prospective study in 55 patients with suspected giant cell arteritis. Arthritis Research & Therapy 2006, 8: R116.
12. FALSETTI PAOLO, FREDIANI BRUNO, STORRI LARA, BISOGNO STEFANIA, BALDI FABIO, CAMPANELLA VALERIA, ACCIAI CATERINA, FILIPPOU GEORGIOS, CHELLINI FRANCESCA, and MARCOLOGO ROBERTO. Evidence for Synovitis in Active Polymyalgia Rheumatica: Sonographic Study in a Large Series of Patients. J Rheumatol, 2002; 29: 123-30.
13. OSTERGAARD M, EJBBERG B, SZKUDLAREK M: Imaging in early rheumatoid arthritis: roles of magnetic resonance imaging, ultrasonography, conventional radiography and computed tomography. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2005; 19: 91-116.
14. SPEED CA, BEARCROFT PW. Musculoskeletal sonography by rheumatologists: the challenges. Rheumatology, 2002; 41: 241-2.
15. MANGER B, KALDEN JR. Joint and connective tissue ultrasonography -a rheumatologic bedside procedure? A German experience. Arthritis Rheum, 1995; 38: 736-42.
16. Wallny TA, Schild RL, Schulze Bertelsbeck D, Hansmann ME, Kraft CN. Three-dimensional ultrasonography in the diagnosis of rotator cuff lesions. Ultrasound Med Biol, 2001; 27: 745-9.
17. Szkudlarek M, Court-Payen M, Strandberg C, Klarlund M, Klausen T, Ostergaard M. Contrast-enhanced power Doppler ultrasonography of the metacarpophalangeal joints in rheumatoid arthritis. Eur Radiol, 2003; 13: 163-8.
18. KANE D, BALINT PV, STURROCK R AND GRASSI W. Musculoskeletal ultrasound -a state of the art review in rheumatology. Part 1: Current controversies and issues in the development of musculoskeletal ultrasound in rheumatology. Rheumatology, 2004; 43: 823-828.

ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΔΡΟΜΕΣ

ΓΙΑ ΝΑ ΘΥΜΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΠΑΛΙΟΙ ΚΑΙ ΝΑ ΜΑΘΑΙΝΟΥΝ ΟΙ ΝΕΟΙ

ΑΛΒΕΡΤΟΣ ΣΒΑΪΤΣΕΡ

K. KAPENTZOS

Ο Albert Schweitzer, M.D., OM (14 Ιανουαρίου 1875-4 Σεπτεμβρίου 1965), γεννήθηκε στο Κάιζερσμπουργκ της Αλσατίας-Λωρραίνης (επαρχίας τότε της Γερμανικής Αυτοκρατορίας), ήταν Ελβετικής καταγωγής και μετά τη νίκη των συμμάχων το 1918 πήρε τη Γαλλική υπηκοότητα, λόγω της Αλσατικής καταγωγής του.

Ήταν Θεολόγος, Φιλόσοφος. Μουσικός εκκλησιαστικού οργάνου και Γιατρός.

Το 1953 του απονεμήθηκε το Νόμπελ Ειρήνης 1952 για τις προσπάθειές του για «την αδελφότητα των λαών» και «το σεβασμό της ζωής», που εξέφρασε με πολλούς τρόπους (πιο γνωστός, η ίδρυση και συντήρηση του Νοσοκομείου στο Λαμπαρενέ της Γκαμπόν, Κ.Α. Αφρική).

Ήταν ο μεγαλύτερος γιος ενός Λουθηρανού πάστορα. Από τον πατέρα του πήρε τα πρώτα μαθήματα μουσικής.

Το 1893 πήγε στο Παρίσι, όπου σπούδασε Φιλοσοφία και Μουσική, και, κατόπιν, επέστρεψε στην Αλσατία για να μελετήσει Θεολογία στο Παν/μιο του Στρασβούργου.

Το 1905 αποφάσισε να εργαστεί ως γιατρός σε μια αποστολή στην Ισημερινή Αφρική. Άρχισε σπουδές (σε ηλικία 30 ετών) και το 1913 αναγορεύτηκε Διδάκτωρ.

Το 1912 νυμφεύθηκε την Helen Bresslau, η οποία εκπαιδεύτηκε ως Νοσοκόμος για να συμμετάσχει στην αποστολή του.

Υπήρξε, όπως αναφέρθηκε, πολυσύνθετη προσωπικότητα.

Θεολογία: Το 1899 παρουσίασε στο Παν/μιο του Tubingen την εργασία του «Η θρησκευτική φιλοσοφία του Κάντ» (The religions Philosophy of Kant), που του χάρισε τον τίτλο του Διδάκτορα (Ph.D.) και παράλληλα χρίστηκε πάστορας στο Στρασβούργο.

Το 1906 απέκτησε μεγάλη φήμη σαν θεολόγος, δημοσιεύοντας το βιβλίο «Η αναζήτηση του χαμένου Ιησού».

Η θεολογία του Σββαίτσερ ενστερνίζεται τον Φιλελεύθερο Χριστιανισμό. Μουσική: Ήταν διάσημος οργανίστας της εποχής του και θεωρείται ιδιοφυΐα στην ερμηνεία του έργου του Γιόχαν Σεμπάστιαν Μπαχ.

Με το βιβλίο του «Γιόχαν Σεμπάστιαν Μπαχ» (1908) υποστήριξε ένα νέο ύφος ερμηνείας, που επηρέασε, σε μεγάλο βαθμό, τον τρόπο που αντιμετωπίζεται σήμερα η μουσική του Συνθέτη.

Έδινε σχετικές Διαλέξεις και Συναυλίες, ηχογραφούσε Δίσκους (υπάρχουν ηχογραφήσεις σε CD που ο Σββαίτσερ παίζει Μπαχ), ώστε να συγκεντρωθούν χρήματα για Ιατρικές προμήθειες.

Φιλοσοφία: Η κοσμοθεωρία του Σββαίτσερ βασιζόταν στην ιδέα του σεβασμού της ζωής «Ehrfucht von dem Leben», την οποία θεωρούσε σαν τη μοναδική μεγάλη συνεισφορά στην ανθρωπότητα.

Πίστευε ακράδαντα πως ο σεβασμός της ζωής είναι το υψηλότερο ιδανικό. Εξυψώνοντας τη ζωή, όπως και ο Φρειδερίκος Νίτσε την ίδια εποχή, ακολούθησε την γραμμή του Λέοντα Τολστόι.

Αρκετοί σύγχρονοι του συνέκριναν τη φιλοσοφία του με αυτή του Αγίου Φραγκίσκου της Ασίζης.

Στο βιβλίο του «Η Φιλοσοφία του Πολιτισμού» έγραψε: Η αληθινή Φιλοσοφία πρέπει να ξεκινάει από την επίγνωση του πιο άμεσου και περιεκτικού δεδομένου «είμαι ζωή που θέλει να ζήσει, εν μέσω ζωής που θέλει να ζήσει».

Η ηθική, σύμφωνα με τον Σββαίτσερ, έγκειται στον εξαναγκασμό κάποιου να σέβεται τη θέληση για ζωή του καθενός όντος όσο και τη δική του θέληση για ζωή.

Ιατρική: Μετά τις σπουδές του, το 1913, εγκαταστάθηκε στη Λαμπαρενέ της Γκαμπόν (Γαλλική Ισημερινή Αφρική), όπου έχτισε στις όχθες του ποταμού Ουγκαονά, με τη βοήθεια των Ιθαγενών, ένα Νοσοκομείο το οποίο εξόπλισε και συντηρούσε από τα προσωπικά του εισοδήματα και αργότερα από δωρεές ιδιωτών και ιδρυμάτων από όλο τον κόσμο.

Κατά τον Α' Παγκόσμιο πόλεμο φυλακίστηκε για ένα διάστημα, το 1914, ως εχθρός Αλλοδαπός (ήταν Γερμανός υπήκοος), και αργότερα, το 1917, μεταφέρθηκε στην Ευρώπη (Προβηγκία, 1918) ως αιχμάλωτος πολέμου σε Στρατόπεδο. Τότε ζήτησε και έλαβε τη Γαλλική υπηκοότητα, ως Αλσατός. Οι εμπειρίες του αυτές τον έκαναν να ασχοληθεί με τα παγκόσμια προβλήματα. Καρπός των σκέψεών του ήταν το βιβλίο «Η φιλοσοφία του πολιτισμού» (Kulturphilosophie, 1923).

Επέστρεψε στην Αφρική, το 1924, και ανοικοδόμησε το ερειπωμένο Νοσοκομείο του, μετακινώντας το σε απόσταση 3 χιλιομέτρων από το ποτάμι.

Αργότερα δημιούργησε και έναν οικισμό για λεπρούς.

Το 1963, το Νοσοκομείο περιέθαλπε 350 ασθενείς με τις Οικογένειές τους και ο Οικισμός των λεπτρών 150 ασθενείς.

Τις 2 εγκαταστάσεις εξυπηρετούσαν περίπου 36 Λευκοί γιατροί και νοσοκόμες και ένας αριθμός Ιθαγενών.

Η δημιουργία του Νοσοκομείου (1913) περιγράφεται γλαφυρότατα από τον Τάσο Αθανασιάδη στη βιογραφία του Σββαίτσερ (1963), στο κεφάλαιο «Ο αγώνας αρχίζει».

Τις πρώτες τρεις βδομάδες δυσκολεύτηκε αφάνταστα χωρίς φάρμακα και διερμημένα, ανάμεσα σ' ένα πλήθος από αρρώστους, που ταξίδευαν εκατοντάδες χιλιόμετρα με τις πλώγες τους για να ζητήσουνε το έλεός του. Στις 26 Απριλίου το βράδυ, το σφύριγμα του ποταμόπλοιου που έφερνε τα εβδομήντα κιβώτια με το πολύτιμο υλικό, αντήχησε σαν ένα κάλεσμα εγκαρδίωσης και ελπίδας.

Ο αγώνας του άρχιζε.

Οι ιεραπόστολοι είχαν υποσχεθεί να του κάνουν για νοσοκο-

ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΔΡΟΜΕΣ

μείο μια παράγκα από λαμαρίνα. Όμως, με τις χρυσές δουλειές που είχαν οι ξυλέμποροι εκείνη την εποχή, πλήρωναν τόσο καλά τους ιθαγενείς, ώστε κανένας τους δεν πήγαινε στην ιεραποστολή να δουλέψει για πενταροδεκάρες. Ο ιεραπόστολος Καστλ, ξέροντας από μαραγκοδουλειές, του έκανε σ' ένα τοίχο της παραγκούλας μερικά ράφια. Το φαρμακείο είχε κιάλας στηθεί. Ήταν, ωστόσο, άλυτο πρόβλημα η εξέταση των αρρώστων, αφού για να προφυλαχθεί ένας λευκός από τις μολυσματικές ασθένειες δεν έπρεπε να δέχεται σπίτι του αρρώστου.

Ο Αλβέρτος Σβάιτσερ αναγκάστηκε τότε να εξετάζει στο ύπαιθρο, έτοιμος, ενώ καθάριζε πληγές κάτω απ τον καυτερό ήλιο, να μεταφέρει άρον άρον τις εγκαταστάσεις του στη βεράντα, με το πρώτο ρίπισμα της καταιγίδας που σηκωνόταν μόλις σκοτεινιάζε. Η αγωνία του άρχιζε να ελαττώνει τόσο πολύ την αποδοτικότητά του, ώστε αναγκάστηκε ύστερα από λίγες μέρες να προβιβάσει σε νοσοκομείο το οίκημα που ο προκάτοχός του στην παραγκούλα είχε για κοτέτσι.

Αισθάνθηκε πως είχε αποκτήσει μια πολυτελή εγκατάσταση, όταν μπόρεσε να βάλει στους τοίχους μερικά ράφια, να στήσει ένα ράντζο και να ασβεστώσει το βρωμερό πάτωμα. Με όλη, ωστόσο, την πνιγηρή ατμόσφαιρα σε κείνο το παλιό κοτέτσι, όπου απ' την κακή κατάσταση της στέγης του αναγκαζόταν να φορά κάσκα, ότι μπορούσε να επιδένει πληγές, ενώ έξω μάνιαζε η καταιγίδα, τον έκανε να νιώθει ευτυχισμένος. Δεν άργησε να ανακαλύψει το διερμηνέα, και, σε λίγο, πολύτιμο βοηθό του, στο πρόσωπο του πανέξυπνου Ιωσήφ, ενός αρρώστου ιθαγενή απ' τη φυλή Γκαλόα, παλιού μάγειρα, που μιλούσε τα γαλλικά τέλεια.

Ας είναι ευλογημένος ο Θεός: το χειρουργείο είχε εγκατασταθεί και επανιδρυθεί. Ιδού το ωράριο εργασίας: κάθε πρωί, στις 8.30, όσο η κυρία Σβάιτσερ απολύμεινε τα χειρουργικά της σύνεργα και ο γιατρός έκανε τις τελευταίες του προετοιμασίες, ο Ιωσήφ διάβαζε στους συγκεντρωμένους ιθαγενείς (στη διάλεκτο Γκαλόα και Παχουέν) αυτόν το δυσάρεστο εξάλογο, ενώ εκείνοι, πυκνώνοντας ολοένα τις ουρές μπρος απ' την παράγκα, κουνούσαν τα κεφάλια τους, για να δείξουν πως καταλάβαιναν:

- 1) Απαγορεύεται αυστηρά να φτύνετε έξω απ' το σπίτι του γιατρού.
- 2) Όσοι περιμένετε δεν πρέπει να μιλάτε μεταξύ σας φωναχτά.
- 3) Οι άρρωστοι και οι συγγενείς τους πρέπει να φέρνουν μαζί τους αρκετό φαί για ολόκληρη μέρα, επειδή δεν ξέρουν πότε θα εξεταστούν.
- 4) Όποιοι μένουν τη νύχτα στο σταθμό της ιεραποστολής δίχως άδεια του γιατρού, θα διώχνονται χωρίς φάρμακο. (Συχνά οι άρρωστοι που έρχονταν από μακρινές περιοχές, βγάζανε απ' τις αίθουσες του σχολείου τους μαθητές, για να πάρουνε τις θέσεις τους).
- 5) Πρέπει να επιστρέφονται τα μπουκαλάκια και τα τενεκεδάκια που δίνονται με φάρμακα.
- 6) Μόνο επείγουσες περιπτώσεις θα εξετάζονται απ' τα μέσα του μηνός, όπου ανεβαίνει το βαπόρι και ώσπου

να κατεβεί, γιατί ο γιατρός γράφει στην Ευρώπη να του στείλουν άλλα πολύτιμα φάρμακα. (Το βαπόρι έφερνε την ευρωπαϊκή αλληλογραφία στα μέσα του μηνός και στην επιστροφή του έπαιρνες τις απαντήσεις).

Σπρωχνόταν εκεί, μπρος απ' την παράγκα, κάτω απ' τον εξαντλητικό ήλιο, το πλήθος της κολυμπήθρας του Σιλιάμ: λεπροί, ελονοσιακοί, σκελετωμένοι απ' την αρρώστια του ύπνου, από το μπέρι-μπέρι, πολλοί δυσεντερικοί, άλλοι με γαγγραινιασμένα έλκη, νεφρικοί, φρενοπαθείς, φυματικοί, τραχωματικοί, τραυματισμένοι από τα θηρία, ρευματικοί, πολλοί με καρδιοπάθειες, όγκους, δερματίτιδες, λογιές ψυχασθένειες και καταληψίες. Η εξέταση φοβερά κουραστική, επειδή ο γιατρός έπρεπε να μαντεύει περισσότερα απ' όσα μπορούσε να εκφράσει για την αρρώστιά του ένας πρωτόγονος που συνήθιζε να αποδίνει τα συμπτώματά της και τους πόνους του σ' ένα σκουλήκι κινούμενο.

Στις δώδεκα το μεσημέρι ο Ιωσήφ ανάγγελλε: «ο γιατρός πάει να φάει». Τότε οι άρρωστοι σκορπίζονταν στις γύρω σκιές για να μασουλήσουν τις μπανάνες τους ή τα καπνιστά ψάρια τους. Οι υπόλοιπες όμως τέσσερις ώρες -απ' τις δύο έως τις έξι το βράδυ- δεν ήταν αρκετές για να εξεταστούν όλοι οι άρρωστοι. Έτσι, πολλοί αναγκάζονταν να διανυκτερεύουν, αφού η εξέταση με λάμπα ήταν αδύνατη απ' τα κουνούπια που σηκώνανε σύννεφο γύρω τους. Μ' όλη, ωστόσο, την προσπάθειά τους, δεν πρόφταναν να εξετάσουν περισσότερους από 30-40 τη μέρα. Για ν' αποφεύγεται μια δευτερογενή άσκοπη εξέταση, ο άρρωστος εφοδιαζόταν μ' ένα αριθμημένο στρογγυλό χαρτονάκι, όπου επάνω του σημειωνόταν η αρρώστιά του, όσα φάρμακα είχε πάρει κι οι οδηγίες πώς να τα χρησιμοποιήσει.

Ωστόσο, πάντα ο γιατρός είχε την ανησυχία πως ο άρρωστος θα κατάπινε μονομιάς το φάρμακο ή θα έτρωγε την αλοιφή του.

Μεγάλο αγώνα κάνανε στο ιατρείο -φτάνοντας και σε αυστηρές κυρώσεις- για να αναγκάσουν τους αρρώστους να επιστρέφουν τα μπουκαλάκια και τα κουτιά, αφού μόνο μ' αυτά μπορούσαν να προφυλάξουν τα φάρμακα απ' τη διαβρωτική υγρασία. Μάταια όμως. Οι περισσότεροι -παρακούνοντας και από τη φυσική κλεπτομανία τους- τα κρατούσαν περνώντας τα στο λαιμό τους σαν φυλαχτά. Κι όμως, ύστερα από μια τόσο αφόρητα ζεστή μέρα, που τη διαδεχόταν μια νύχτα το ίδιο ζεστή, χωρίς ένα ποτήρι δροσερό νερό ή μια υποψία φύσημα απ' τη ζούγκλα, ο Αλβέρτος Σβάιτσερ, πέφτοντας κατάκοπος στο κρεβάτι να κοιμηθεί, αισθανόταν τέτοια εσωτερική αγαλλίαση, ώστε να γράψει στην αδελφή του: «Μ' όλα αυτά είμαι πολύ ευτυχής που βρίσκομαι στην πρωτοπορία του βασιλείου του Θεού ...». Μετά από εννιά μήνες μπορούσε πια να αναγγείλει στους φίλους της Ευρώπης πως είχε νοσηλεύσει πάνω από δύο χιλιάδες άτομα.

Ο μεγάλος αυτός ΑΝΘΡΩΠΟΣ και ΓΙΑΤΡΟΣ τιμήθηκε με το Nobel Ειρήνης 1952.

Έχει γράψει και μια σειρά άλλων βιβλίων Φιλοσοφικού-Ουμανιστικού περιεχομένου.

Ιστορικές θεωρούνται 3 ραδιοφωνικές εκκλήσεις από το ραδιόφωνο του Oslo με τίτλο «Ειρήνη ή Ατομικός πόλεμος» (Friede oder Atomkrieg, 1958).

N. 3418/2005 ΦΕΚ Α' 287/28.11.2005 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Άρθρο 2

Η άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα

1. Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο.
2. Ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα. Οφείλει, επίσης, να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει τη συμπεριφορά αυτή όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφρασης της προσωπικότητάς του.
3. Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας.
4. Ο ιατρός σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και κάτω από απειλή και δεν χρησιμοποιεί τις γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού. Δεν συντρέχει ούτε παρέχει υποστήριξη σε βασανιστήρια ή άλλες μορφές εξευτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς, οποιαδήποτε και αν είναι η πράξη για την οποία κατηγορείται ή θεωρείται ένοχος ή ύποπτο το θύμα αυτών των διαδικασιών, σε καιρό ειρήνης ή πολέμου.
5. Ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις.
6. Αν η κρίση του ιατρού ενδέχεται να επηρεασθεί από μια ιατρική κατάσταση από την οποία υποφέρει, καθώς και εάν ο ιατρός πάσχει ή είναι φορέας ενός μεταδοτικού νοσήματος, πρέπει να αναζητήσει συμβουλή από ιατρό εργασίας ή κατάλληλα καταρτισμένους συναδέλφους σχετικά με την αναγκαιότητα ή τον τρόπο αλλαγής παροχής των υπηρεσιών του. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός δεν πρέπει να επαφίεται στην αποκλειστική προσωπική του εκτίμηση σχετικά με την ύπαρξη κινδύνου.

[Ακολουθεί ερμηνεία από το βιβλίο του Χάρη Τ. Πολίτη, "Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας", 2006]

Σχετικές διατάξεις

Προϊσχύσας Κ.Ι.Δ.: άρθρ. 1, 2 Β.Δ. 25.5/6.7.1955

Προτεινόμενο πρώτο σχέδιο Κ.Ι.Δ.: άρθρ. 1, 3

Προτεινόμενο από τον Π.Ι.Σ. σχέδιο Κ.Ι.Δ.: άρθρ. 1, 18

Άλλες διατάξεις: άρθρ. 13 Α.Ν. 1565/1939, ΑΚ 330 εδ. 2, ΠΚ 28, ΠΚ 15, 306, 307, 302, 314, 315.

1. Σύμφωνα με άρθρ. 1 του προϊσχύσαντος Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, Β.Δ. 25.05/06.07.1955, ορίζονται τα εξής: «Γενικά καθήκοντα του ιατρού. Ο ιατρός οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα εντίμου και ανεπίληπτου ατόμου καθ' όλας τας εκδηλώσεις του ιδιωτικού και δημοσίου αυτού βίου ασκών το ιατρικόν λειτούργημα ευσυνειδήτως και συμφώνως προς τους νόμους και να συμπεριφέρεται κατά τρόπον αντάξιον, προς την αξιοπρέπειαν και την εμπιστοσύνην, τας οποίας να εμπνέη το ιατρικόν επάγγελμα. Δια της συμπεριφοράς, της εμφανίσεως, των λόγων, των έργων και του υποδειγματικού τρόπου της ζωής αυτού οφείλει να επισύρη τον σεβασμόν προς την ατομικήν τιμήν και αξιοπρέπειαν αυτού, την τιμήν και αξιοπρέπειαν του ιατρικού σώματος και της ιατρικής ής τυγχάνει λειτουργός. Πάσα πράξις ή παράλειψις αντικειμένη προς το καθήκον τούτο του ιατρού επισύρει κατ' αυτού κυρώσεις αναλόγους προς την βαρύτητα του παραπτώματος και συμφώνως προς τας σχετικές διατάξεις του Κώδικος περί ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος».
2. Για πρώτη φορά, θεσμοθετείται η άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο. (βλ. και πρώτο Σχέδιο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, άρθρ. 1).
3. Σύμφωνα με Μπαμπινιώτη, ό.π., λειτούργημα είναι «1. η δημόσια υπηρεσία που ασκείται υπέρ του κοινού συμφέροντος και της πολιτείας 2. το σύνολο των καθηκόντων που συνεπάγονται στην εκτέλεσή τους κοινωνική προσφορά».
4. Είναι πολύ σημαντική η, για πρώτη φορά, διατύπωση της θέσης του νομοθέτη ότι η ανακούφιση από τον πόνο αποτελεί μέρος της άσκησης της ιατρικής και ότι αποτελεί καθήκον του γιατρού. Είναι θέση την οποία είχαμε εκφράσει επί σειρά

ετών και θα μας απασχολήσει, ιδίως, σε ζητήματα ευθανασίας και παροχής βοήθειας στον επωδύνως θνήσκοντα.

5. Ο νομοθέτης απαιτεί την τήρηση των δεοντολογικών κανόνων, βάσει του Όρκου του Ιπποκράτους, και την αποφυγή πράξεων και παραλείψεων που μπορούν να βλάψουν την τιμή και αξιοπρέπεια του γιατρού και να κλονίσουν την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα (βλ. ως άνω προγενέστερο άρθρ. 1 του Β.Δ. 25.5/6.7.1955). Απαιτεί, επίσης, ο νομοθέτης από το γιατρό τη διατήρηση σε υψηλό επίπεδο της επαγγελματικής του προσφοράς, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγεται το κύρος και η αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Αυτά δε, όχι μόνο κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφρασης της προσωπικότητάς του.

6. Οι διατάξεις του άρθρου αυτού είναι σημαντικές, δεδομένου του ότι αναμένεται να αποτελέσουν τη βάση πειθαρχικών διώξεων σε γιατρούς, οι οποίοι ενεργούν κατά τρόπο που δε συνάδει με το ιατρικό λειτούργημα, λ.χ. γιατρός, ο οποίος εμφανίζεται σε Μ.Μ.Ε. και προβάλλει μεθόδους μη ερειδόμενες σε επιστημονικά ιατρικά δεδομένα, γιατρός ο οποίος κατηγορείται για παθητική δωροληψία κ.ο.κ., έστω και αν υπάρχουν ειδικότερες διατάξεις για αυτό.

7. Το ιατρικό λειτούργημα απαιτεί ο νομοθέτης να ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Οι κανόνες της ιατρικής επιστήμης αλλάζουν κάθε φορά και τα έννομα αγαθά που προστατεύονται είναι τόσο της δημόσιας υγείας, όσο και της διαφύλαξης του κύρους του ιατρικού λειτουργήματος. Βεβαίως, θα πρέπει να εννοηθεί και η λέξη «εκάστοτε». Ο νομοθέτης επιτάσσει έμμεσα και τη διαρκή επιστημονική ενημέρωση και τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, ώστε να ανταποκρίνεται ο εκάστοτε γιατρός στα standards της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτά κάθε φορά ισχύουν.

8. Ο νομοθέτης απαιτεί απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια και απαγορεύεται η διάκριση φύλων, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας. Πρόκειται για αρχές, οι οποίες τέθηκαν από τη Διακήρυξη Δικαιωμάτων του Ανθρώπου το 1948, την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Σύμβαση της Ρώμης), με τα πρωτόκολλα που τη συνόδευσαν, καθώς και τις διεθνείς Διακηρύξεις Δικαιωμάτων του ασθενή, όπως η Διακήρυξη της Λισσαβόνας, της Γενεύης, η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη (Άμστερνταμ 1994). Πρόκειται για σημαντική ρύθμιση, ανταποκρινόμενη και στις συνταγματικές αρχές των άρθρων 5 παρ. 5 και 21 παρ. 3.

9. Ο γιατρός σέβεται την ανθρώπινη ζωή, ακόμη και κάτω υπό απειλή, και δε συντρέχει ούτε παρέχει υποστήριξη σε βασανισμούς ή άλλες μορφές εξευτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς σε καιρό ειρήνης και πολέμου. Οι ρυθμίσεις είναι ορθές και διατυπώνεται η βούληση του νομοθέτη σύμφωνα με τις Αρχές Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και σχετικών Διακηρύξεων του World Medical Association (W.M.A., 1975), καθώς και τις Διακηρύξεις της Γενεύης, του Τόκυο και Ελσίνκι. Επίσης, συνάδει με τις αρχές II-61 επ. της Συνθήκης για τη θέσπιση Συντάγματος της Ευρώπης.

10. Ο γιατρός έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις, στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις. Πρόκειται για νέα διάταξη, η οποία είναι σημαντική, γιατί, αν δεν υπήρχε, με δυσκολία ο γιατρός θα μπορούσε να επικαλεστεί λόγους συνείδησης. Επομένως, νομίμως, λ.χ. γιατρός μαιευτήρας-γυναικολόγος έχει δικαίωμα να αρνηθεί να διακόψει την κύηση, έστω και αν η διακοπή της κύησης είναι νόμιμη υπό προϋποθέσεις που τίθενται βάσει του Π.Κ. 304 παρ. 4. Αυτό όμως δε θα ισχύσει αν λ.χ. πρόκειται για μύλη κύηση ή για κάθε άλλη κατάσταση που μπορεί να επιφέρει αιμορραγία και κίνδυνο ζωής για τον ασθενή.

11. Ζήτημα τίθεται εάν ο γιατρός έχει πεποιθήσεις, οι οποίες αποκλίνουν από τις αρχές της Ορθόδοξης πίστης, λ.χ. μάρτυρες του Ιεχωβά. Νομίζουμε ότι οι απόψεις πρέπει να γίνουν σεβαστές, λ.χ. να μη διακόψει ο γιατρός την κύηση, εφόσον το δόγμα του το απαγορεύει, εκτός αν πρόκειται για παράλειψη επέμβασης, η οποία θα μπορούσε να θέσει σε διακινδύνευση τη ζωή ή την υγεία ασθενή, λ.χ. δεν έχει δικαίωμα να μην παραγγείλει προς την αιμοδοσία την παρασκευή αίματος, έστω και προληπτικά (όπως τροχαία ατυχήματα, ορθοπαιδικές, καρδιολογικές, μαιευτικές επεμβάσεις).

12. Αν η κρίση του γιατρού είναι δυνατόν να επηρεασθεί από τυχόν ιατρική κατάσταση από την οποία υποφέρει, καθώς και αν ο γιατρός πάσχει ή είναι φορέας μεταδοτικού νοσήματος, πρέπει να αναζητήσει συμβουλή από γιατρό εργασίας ή κατάλληλα καταρτισμένους συναδέλφους, σχετικά με την αναγκαιότητα ή τον τρόπο αλλαγής παροχής των υπηρεσιών του. Στις περιπτώσεις αυτές, ο γιατρός δεν πρέπει να επαφίεται στις δικές του προσωπικές εκτιμήσεις, σχετικά με την ύπαρξη κινδύνου.

13. Η άποψη του νομοθέτη είναι ορθή και το έννομο αγαθό που προστατεύεται είναι αυτό της διαφύλαξης της δημόσιας υγείας, της ζωής και της σωματικής ακεραιότητας των ασθενών, λ.χ. είναι επικίνδυνο να ασκεί την ιατρική γιατρός που πάσχει από ψυχική νόσο ή Alzheimer, καθώς και χειρουργός που πάσχει από Parkinson. Είναι σαφές ότι ο γιατρός, επίσης, δεν πρέπει να πάσχει από αερογενώς μεταδιδόμενο νόσημα, ιδίως, όταν οι ασθενείς του είναι υπό ανοσοκαταστολή.

14. Δεν υπάρχει πρόβλημα αν ο γιατρός είναι οροθετικός HIV, HBV, HCV. Όταν όμως ο γιατρός είναι χειρουργός, και από τη φύση της εργασίας του έρχεται σε επαφή με το σώμα του ασθενή με νυστέρι ή σύριγγα, τότε, ανάλογα με τις περιστάσεις και με τη συναίνεση του ίδιου του οροθετικού γιατρού μπορεί να ασκεί ιατρική με λιγότερα επεμβατικά ή περισσότερο ήπια καθήκοντα.

15. Αντίθετα, δεν υπάρχει πρόβλημα για γιατρούς, οι οποίοι βρίσκονται σε καλή κατάσταση και πάσχουν από νοσήματα χρόνια ή κληρονομικά, λ.χ. μεσογειακή, δρεπανοκυτταρική αναιμία, νεφροπάθειες, διαβήτη, κακοήθεις νόσους λ.χ. λευχαιμία, Hodgkin κλπ.

16. Σε παρ. 3 εδ. 1, το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Περιλαμβάνει, ουσιαστικά, δύο διαφορετικές έννοιες. Από τη μια πλευρά, θεωρείται από το νομοθέτη

αυτονόητο ότι δεν επιτρέπεται η διενέργεια προς τον ασθενή οποιασδήποτε μη ενδεδειγμένης, βάσει των εκάστοτε ισχυόντων κανόνων της ιατρικής επιστήμης, ιατροχειρουργικής επέμβασης ενώ, από την άλλη πλευρά, περιλαμβάνει την έννοια της ιατρικής αμέλειας και του ιατρικού σφάλματος.

17. Εκφεύγει από το αντικείμενο του σχολιασμού του παρόντος Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, η εξέταση της ιατρικής αμέλειας ή του τεχνικού σφάλματος, αλλά θα προχωρήσουμε σε εξαιρετικά σύντομη ανάλυση της έννοιάς τους.

18. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να παρέχει προς τον ασθενή υπηρεσίες *lege artis*, κατά τους εκάστοτε, δηλαδή, ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης, τέχνης και δεοντολογίας. Οι υποχρεώσεις αυτές απορρέουν τόσο από την ενδοσυμβατική σχέση του γιατρού με τον ασθενή (εξαιρείται η περίπτωση κατά την οποία ο γιατρός ενεργεί ως διοικητής αλλοτρίων, σύμφωνα με Α.Κ. 730 επ.).

19. Στα πλαίσια της ιδιαίτερης νομικής του υποχρέωσης, ο γιατρός έχει υποχρέωση να παράσχει βοήθεια βάσει των Π.Κ. 15, 300, 306, 307, 441 και βάσει της εγγυητικής ευθύνης που έχει λ.χ. σε ένα ατύχημα, όπως αναλύεται παρακάτω στον παρόντα Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, άρθρ. 2 παρ. 3, (βλ. επίσης Α.Κ. 361, 287 επ., 330, 335, 334), ενώ σύμφωνα με Π.Κ. 28 «από έλλειψη της προσοχής, την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει είτε δεν προέβλεψε το αξιόποινο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δε θα επερχόταν».

20. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ίδια η έννοια του τεχνικού σφάλματος ενέχει το στοιχείο μόνο της αμέλειας, ενσυνείδητης ή μη συνειδητής, και ποτέ το στοιχείο του δόλου, όπως συμβαίνει σε άλλες ελάχιστες περιπτώσεις της ιατρικής πράξης, λ.χ. του βιασμού μιας αναισθητής ασθενή ή της ηθικής αυτουργίας σε απόπειρα αυτοκτονίας του ασθενή (τα οποία αναφέρονται μάλλον θεωρητικά και θεωρούνται αδιανόητα στην ιατρική πράξη), σε περιπτώσεις παθητικής δωροληψίας γιατρού Ε.Σ.Υ., με βάση τις διατάξεις της Π.Κ. 235 και ψευδείς ιατρικές πιστοποιήσεις, με βάση τις διατάξεις της Π.Κ. 221.

21. Η ιατρική αμέλεια θα πρέπει να θεωρηθεί ότι τιμωρείται σύμφωνα με τον παρόντα Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, κατ' αρχήν βάσει αυτής της διάταξης του άρθρ. 2 παρ. 3 του παρόντος Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

22. Η ιατρική αμέλεια κατά το Εθνικό Σύστημα Υγείας τιμωρείται με βάση το άρθρ. 77 παρ. 3 Ν. 2071/1992, που αναφέρεται «σε ατελή και μη εκπλήρωση των καθηκόντων των γιατρών». Επίσης, σύμφωνα με άρθρ. 107 παρ. 1 περ. στ Ν. 2683/1999 του Δημοσιούπαλληλικού Κώδικα, ως πειθαρχικό αδίκημα, θεωρείται «η αμέλεια, καθώς και η αμελής ή η μη έγκαιρη εκπλήρωση του καθήκοντος».

23. Η αμέλεια του γιατρού είναι πάντοτε «αμέλεια», υπό την έννοια που δίδει ο Αστικός και Ποινικός Κώδικας (Α.Κ. 330 εδ. 2 και Π.Κ. 28) και δεν ενέχει στοιχείο δόλου. Αντίθετη θέση προβαίνει, κατά τη γνώμη μας, σε ανεπίτρεπτη διεύρυνση της έννοιας της ιατρικής αμέλειας, δεδομένου του ότι η ατελής και μη έγκυρη εκπλήρωση των καθηκόντων, ουσιαστικά, προϋποθέτει και μπορεί να ενέχει δόλο, με την έννοια, όχι μόνο της μη προσήκουσας παροχής υπηρεσιών, αλλά και της παράλειψης παροχής βοήθειας ή της αδιάφορης συμπεριφοράς έναντι του πάσχοντος.

24. Η ιατρική αμέλεια, και κατά το Δημοσιούπαλληλικό Δίκαιο, θα πρέπει να κρίνεται με βάση τα κριτήρια του Ποινικού Κώδικα, (Π.Κ. 28), και της εν γένει θεωρίας για την ιατρική αμέλεια. Κάθε άλλη διεύρυνση είναι ανεπίτρεπτη. Η ιατρική αμέλεια, είτε εξετάζεται στο Αστικό είτε στο Ποινικό είτε στο Πειθαρχικό Δίκαιο, προϋποθέτει τρία στοιχεία: α. την απόκλιση από το απαιτούμενο μέτρο επιμέλειας, β. την επέλευση ζημιάς-σωματικής βλάβης ή την απώλεια ζωής και γ. τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ της πλημμελούς συμπεριφοράς ή παράλειψης και της επελθούσας ζημιάς.

25. Ένα κρίσιμο στοιχείο κατά την αποτίμηση της ιατρικής ευθύνης είναι α. ότι ο γιατρός δεν υπόσχεται αποτέλεσμα προς τον ασθενή, αλλά μόνο παροχή μέσων (*obligation de moyens*), σε αντιπαράθεση με την υποχρέωση επίτευξης αποτελέσματος (*obligation de resultat*), σύμφωνα με ορθή θεώρηση (*Démogue*), στις αρχές του 20ού αιώνα (1905).

26. Ας σημειωθεί, ότι πολύς λόγος έχει γίνει, ιδίως από τους επιστήμονες του Αστικού Δικαίου, όσον αφορά στο αν η σύμβαση γιατρού και ασθενή είναι έργου ή εργασίας. Η ελληνική επιστήμη είναι διχασμένη και όλο και περισσότερο εγκαταλείπεται η θεωρία ότι η σύμβαση είναι έργου, ακριβώς γιατί ο γιατρός, σε καμία περίπτωση, δεν μπορεί ούτε να αποβλέπει στο έργο (ίσως σε μερικές περιπτώσεις πλαστικής χειρουργικής και αισθητικών και κοσμητικών επεμβάσεων, αν έχει υποσχεθεί το αποτέλεσμα), δεδομένου του ότι λ.χ. δεν είναι δυνατόν να εφαρμόζεται η διάταξη της Α.Κ. 698, ότι ο εργολάβος (γιατρός) φέρει τον κίνδυνο του έργου, εφόσον, γίνει η παράδοσή του, γιατί, και από την άλλη πλευρά, η «ύλη» (ασθενής) που δίδεται στον εργολάβο (γιατρό) είναι ελαττωματική, ανάλογα με τη φύση της ασθένειας.

27. Είναι φανερό, από τη μια πλευρά, το πόσο αδύναμη έως και παράδοξη μπορεί να είναι η αντιμετώπιση της ιατρικής πράξης, ως σύμβαση έργου. Από την άλλη πλευρά, όμως, και η σύμβαση εργασίας πάσχει εξαιρετικά, εξαιτίας του γεγονότος ότι δεν υπάρχει η σχέση εξάρτησης του γιατρού από τον ασθενή (το αντίθετο μάλιστα), γιατί, βεβαίως, δεν προσδιορίζει ο ασθενής τους όρους με τους οποίους θα παράσχει τις υπηρεσίες του ο γιατρός, αλλά και, βεβαίως, ο γιατρός δεν τελεί υπό τις οδηγίες του ασθενή (η συναίνεση του ασθενή δεν αποτελεί, βεβαίως, οδηγίες που ο νόμος θα θεωρούσε ότι είναι του εργοδότη, αλλά αποτελεί εκδήλωση του δικαιώματός του προς αυτοδιάθεση). Ορθώς, κατά τη γνώμη μας, οι Γάλλοι κάνουν λόγο για ένα ιδιότυπο είδος σύμβασης (*sui generis, contrat innommé*).

28. Όσον αφορά στη γερμανική σχολή, ιδίως, υπό το πρίσμα του γιατρού, ο οποίος συμβάλλεται με τον ασθενή, αλλά χρησιμοποιεί πάλι βάσει σύμβασης τους χώρους και τα χειρουργεία μιας κλινικής, κάνουν λόγο για «εξχωριστή σύμβαση» (*gespaltene Vertrag*).

29. Ο γιατρός δεν έχει καμία σχέση με την ευθύνη του εργολάβου. Η ευθύνη του εργολάβου έγκειται λ.χ. στο να παραδώσει ένα άρτιο σπίτι με την απαιτούμενη, κατά τα συναλλακτικά και χρηστά ήθη, λειτουργικότητα. Αν το σπίτι καταρρεύσει, θα ευθύνεται είτε ο εργολάβος είτε ο μηχανικός που έχει εκπονήσει τη στατική μελέτη είτε ο επιβλέπων μηχανικός είτε η κακή

μελέτη του εδάφους κ.ο.κ.

30. Αυτή την ευθύνη του εργολάβου απαιτεί η έννομη τάξη για μια σειρά επαγγελματών, η παροχή υπηρεσιών των οποίων αποβλέπει στο αποτέλεσμα, λ.χ. υπάρχει απαίτηση να λειτουργούν τα φώτα, όταν ο ηλεκτρολόγος τελειώσει τη δουλειά του ή να μη στάζουν οι βρύσες, όταν θα φύγει ο υδραυλικός.

31. Στην περίπτωση της Ιατρικής τα πράγματα είναι εντελώς διαφορετικά. Υπάρχει πάντα το στοιχείο της επιπλοκής, το οποίο ενέχει κάθε ιατροχειρουργική επέμβαση. Η απλή χορήγηση παρακεταμόλης μπορεί να προκαλέσει ηπατική νέκρωση, η απλή χορήγηση ασπιρίνης μπορεί να προκαλέσει αιμορραγίες του ανώτερου ή κατώτερου γαστρεντερικού, η απλή χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (Μ.Σ.Α.Φ.), όπως νιμεσουλίδη, νιφλουμικό οξύ, ιμπουπροφένη, μπορεί να ευθύνεται για διαβρωτικές γαστρίτιδες ή έλκη στομάχου ή δωδεκαδάκτυλου, η απλή χορήγηση πενικιλίνης μπορεί να προκαλέσει σοβαρό αναφυλακτικό σοκ, ενώ σε αρκετά σπάνιες περιπτώσεις ευρέως διαδεδομένα αντιβιοτικά, τα οποία χορηγήθηκαν *lege artis*, λ.χ. σουλφαμεθοξαζόλη-τριμεθοπρίμη, προκάλεσαν θανάτους και παγκοσμίως και στην Ελλάδα. Είναι γνωστό στον ιατρικό κόσμο, ότι η απλή ενδομυϊκή χορήγηση ξυλοκαΐνης μπορεί να προκαλέσει σοβαρή αναφυλακτοειδή αντίδραση, η οποία μπορεί να επιφέρει ακόμη και το θάνατο.

32. Οι χειρουργικές επεμβάσεις, ως επιπλοκές, μπορούν να έχουν, ενδεικτικά κατά συστήματα σώματος ή κατά το είδος των επεμβάσεων, μόλυνση τραύματος, αιματώματα, σηπτικές επιπλοκές, οξεία απόφραξη ανώτερων αεραγωγών, μετατραυματική αναπνευστική ανεπάρκεια, σηπτική πνευμονία, βρογχοπνευμονία, ατελεκτασία, πνευμονική εμβολή, πνευμονικό οίδημα, λιπώδη εμβολή, διαταραχές αιμόστασης και παραγόντων πήξης, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, μετεγχειρητικές λοιμώξεις, ενδογενείς και εξωγενείς, ενδοσσοκομειακές λοιμώξεις, μεταξύ των οποίων και αποστήματα εγκεφάλου, οπισθοπεριτοναϊκά αποστήματα, σηπτικές θρομβοφλεβίτιδες, λοιμώξεις από καθετήρες κεντρικών φλεβών, μετεγχειρητικές λοιμώξεις του ουροποιητικού, θανατηφόρα σήψη μετά από σπληνεκτομή, αιματώματα, κακώσεις, ρήξεις φλεβών ή συνόδων αρτηριών ή ρήξη θωρακικού πόρου ή πνευμοθώρακα ή ιστική εξαγγείωση υγρών ή εμβολή καθετήρα από ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και τεχνική διατροφή ή διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας (μεταβολική οξέωση ή μεταβολική αλκάλωση, υπεργλυκαιμία, γλυκοζουρία, υπερωσμωτικό κώμα), αναισθησιολογικά συμβάματα, όπως περιαγγειακή διήθηση αναισθητικών, επιπλοκές από τη βατότητα αεραγωγού, λαρυγγόσπασμο, έμετο-εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου στην τραχεία και τους πνεύμονες, αναπνευστική καταστολή, αναπνευστική απόφραξη, σοβαρή υπόταση ή υπέρταση, σπασμούς, μεταναισθητικές επιπλοκές (ατελεκτασία-πνευμονία), υποξία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.) κ.ο.κ.

33. Επίσης, αναμένονται με πιθανότητα μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως διάτρηση οισοφάγου, τραυματισμός σπλήνας ή κάκωση εξωηπατικών χοληφόρων κατά τη διενέργεια γαστρεκτομής, ισχαιμικές βλάβες του γαστρικού κολοβώματος, του εγκαρσίου κόλου, του αριστερού λοβού του ήπατος, ρήξη και διαφυγή από αναστομώσεις ή συρραφές, οξεία γαστρική διάταση, μετεγχειρητικός ειλεός, ισχαιμική απόφραξη ή μετεγχειρητικές συμφύσεις ή συρίγγια λεπτού εντέρου, καρδιολογικές επιπλοκές, όπως έμφραγμα μυοκαρδίου, αρρυθμίες, υπέρταση, μεταβολικές επιπλοκές, σύνδρομο ανεπαρκούς έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης, διαταραχές θυρεοειδούς, μαιευτικές επιπλοκές (θρόμβωση, πνευμονική εμβολή, τραυματική νευρίτιδα, περιτονίτιδα, σηψαιμία, αιμορραγία, ατονία μήτρας, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, νεφρική ανεπάρκεια, εκτροπή μήτρας, συμβάματα κατά τη μετάγγιση αίματος (αιμολυτικές, πυρετικές αντιδράσεις, αλλεργικές αντιδράσεις, κυκλοφορική επιβάρυνση, πνευμονικό οίδημα, υπασβεστιαίμια, υπερκαλιαιμία, ελάττωση του pH, τοξικότητα από κιτρικά, αραιωση αιμοπεταλίων και παραγόντων πήξης, αλλοανοσοποίηση, πορφύρα μετά από μετάγγιση, υπερφόρτιση με σίδηρο, μετάδοση ιών HIV, HBV, HCV κ.ο.κ.

34. Οι επιπλοκές αυτές αναμένονται με βεβαιότητα ότι θα συμβούν και είναι γνωστές στον ιατρικό κόσμο, όχι όμως και στο νομικό και δικαστικό κόσμο. Οι πιθανότητες μπορεί να είναι απειροελάχιστες μέχρι και να φτάνουν κατά περίπτωση, ανάλογα και με την κατάσταση υγείας του ασθενή, το 10-20%. Είναι σαφές ότι η επιπλοκή μιας επέμβασης δεν μπορεί να αποδοθεί στο γιατρό, παρά μόνο αν συνυπάρχει και το στοιχείο της αμέλειας. Ιατρική αμέλεια σημαίνει τη μη *lege artis* συμπεριφορά από πλευράς του γιατρού, τη μη επίδειξη της απαιτούμενης επιμέλειας, η οποία κρίνεται βάσει του πώς θα ενεργούσε σε κάθε περίπτωση ένας μέσος ειδικευμένος γιατρός.

35. Το κριτήριο είναι αντικειμενικό (normative) και σύμφωνα με τα εκάστοτε δεδομένα της ιατρικής επιστήμης. Η ευθύνη κρίνεται *ex tunc*, δηλαδή, ακόμη κι αν έχουν αλλάξει τα ιατρικά δεδομένα κατά τη χρονική στιγμή που ο γιατρός κρίνεται ενώπιον του δικαστηρίου. Η πιθανή αμέλειά του θα κριθεί με βάση τα ιατρικά δεδομένα (standards) της εποχής που διενήργησε την ιατρική επέμβαση.

36. Ο γιατρός έχει το θεραπευτικό «προνόμιο» να επιλέξει την ενδεδειγμένη, κατά περίπτωση ιατρική μέθοδο, λ.χ. εξωτερική, αντί εσωτερικής οστεοσύνθεσης, κατά την αντιμετώπιση ενός κατάγματος, εκτιμώντας τις συνθήκες της στιγμής, την κατάσταση της υγείας του ασθενή και έχοντας, ως γνώμονα, πάντοτε το αληθές έννομο συμφέρον του ασθενή. Ισχύει, δηλαδή, μια ισοδυναμία των θεραπειών (Gleichwertigkeit der Therapien).

37. Σε περίπτωση κατά την οποία ο γιατρός έχει ιδιαίτερες ιατρικές γνώσεις, εξαιτίας μεγάλης εξειδίκευσης, λ.χ. είναι καθηγητής Ιατρικής ή εξειδικευμένος σε ειδικά μέρη του ανθρώπινου σώματος, λ.χ. στην άκρα χείρα ή σε μηνίσκο, θα κριθεί με βάση το υποκειμενικό κριτήριο των ειδικών γνώσεων που διαθέτει.

38. Αντίθετα, αν πρόκειται για αγροτικό γιατρό με περιορισμένα μέσα, θα κριθεί με βάση το πώς θα συμπεριφερόταν στη συγκεκριμένη περίπτωση αγροτικός, μη ειδικευμένος γιατρός υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες και με τα συγκεκριμένα μέσα που θα ήταν υποχρεωμένος να παράσχει τις υπηρεσίες του. Μόνο τότε θα θεωρηθεί ότι υπέπεσε σε σφάλμα ο αγροτικός

γιατρός ή ο γιατρός του Κέντρου Υγείας, όταν δεν παρέπεμψε στον κατάλληλο γιατρό, αν υπήρχε αυτή η δυνατότητα, και αν από τη μεταφορά του ασθενή δεν υπήρχε κίνδυνος περαιτέρω επιδείνωσης.

39. Στις υποχρεώσεις του γιατρού περιλαμβάνεται και η, με κάθε δυνατό τρόπο, αποφυγή των επιπλοκών ή των κινδύνων που περικλείει μια ιατροχειρουργική επέμβαση, με τη λήψη κατάλληλων μέτρων, καταρχάς προληπτικών, λ.χ. κατάλληλη αντισηψία, χορήγηση ικανής δόσης, κατά τα διεθνή standards, αντιβιοτικής αγωγής πριν από την επέμβαση, χορήγηση ορών, ιδίως κρυσταλλοειδών, προς αποκατάσταση του όγκου υγρών, οξυγόνωση του ασθενή προς αποφυγή απώλειας της οξεοβασικής ισορροπίας (λ.χ. υπερκαπνία), παραγγελία προς διασταύρωση κατάλληλης ομάδας αίματος που εκτιμάται, εκ των προτέρων, κατά το είδος της επέμβασης βάσει ιατρικών δεδομένων (καρδιοχειρουργικές, μαιευτικές, ορθοπαιδικές επεμβάσεις), η προληπτική παροχή αντιπηκτικών (λ.χ. κουμαρινικών παραγώγων, ηπαρίνης κλπ.).

40. Ιδιαίτερα σημαντικός για την αποτίμηση της ιατρικής συμπεριφοράς, είναι ο χρόνος που επιλέγεται να γίνει μία ιατροχειρουργική επέμβαση, λ.χ. γιατρός παθολόγος, σε περίπτωση αιμορραγίας του ανώτερου γαστρεντερικού με ιστορικό έλκους θα διατάξει άμεση τοποθέτηση ευρείας γραμμής και διασταύρωσης αίματος και, αμέσως μετά, γαστροσκόπηση με δυνατότητα θεραπευτικής παρέμβασης (αδρεναλίνη, κρυσταλλοειδή), ενώ σε περιπτώσεις κίρσων οισοφάγου θα προσπαθήσει άμεσα με σκληροθεραπεία, βαζοπρεσίνη, συμπίεση με μπαλόνι να προλάβει πιθανό ηπατικό κώμα με νεομυκίνη, λακτουλόζη έως ότου προκληθεί διάρροια. Θα προσπαθήσει δε να ανατάξει το τυχόν υπογαιμικό σοκ. Σε περίπτωση καρδιοαναπνευστικής ανακοπής θα προσπαθήσει να εφαρμόσει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) με απινιδωτή και, αν αυτός δεν υπάρχει, με τεχνητή αναπνοή ή, σε περίπτωση απώλειας σφυγμού, με καρδιακές μαλάξεις και με τη μέθοδο ενός διασώστη (15 x μαλάξεις, 2 x αναπνοές), εφαρμόζοντας παράλληλα το μνημονικό κανόνα ABCDE (όπου A – Airways, B – Breathing, C – Circulation, D – Drugs, δηλαδή, φαρμακευτική αγωγή με αδρεναλίνη, ατροπίνη, λιδοκαΐνη κ.ο.κ., E – Exposure, γύμνωση του ασθενή, αλλά κάλυψή του για να μην υποστεί υποθερμία (σημ. στο D, κατά άλλους συγγραφείς, νοείται η λέξη Disability, που σημαίνει τον έλεγχο του επιπέδου συνείδησης).

41. Η γερμανική νομική θεωρία κάνει λόγο για ένα εξωτερικό κριτήριο *lege artis* συμπεριφοράς και αντιμετώπισης της ασθενείας βάσει των ισχυόντων κανόνων της ιατρικής. Υπάρχει όμως και ένα εσωτερικό κριτήριο επιμέλειας, ως αποτέλεσμα μιας διανοητικής και συναισθηματικής διαδικασίας, η οποία οδηγεί στην επίγνωση του κινδύνου, ώστε να επιτευχθεί μια εξωτερική *lege artis* συμπεριφορά, λ.χ. ο γιατρός είναι σε θέση να σκέφτεται, σε περίπτωση ίκτερου νεογνού, μια ασυμβατότητα Rhesus ή, σε περίπτωση μιας σημαντικής πτώσης της πίεσης του ασθενή που χειρουργείται, μια εσωτερική αιμορραγία. Ο γιατρός, επίσης, μπορεί να γνωρίζει τα υψηλότερα όρια επιβάρυνσης του ασθενή από θεραπευτική ακτινοβολία.

42. Δυστυχώς, δεν υπάρχει δυνατότητα στην παγκόσμια βιβλιογραφία να βρεθούν συγκεκριμένοι κανόνες ή άκαμπτες κατευθυντήριες γραμμές ή οδηγίες, που να αφορούν στο σύνολο των ιατρικών πράξεων, για το ποιο είναι κάθε στιγμή το standard της υποκειμενικής επιμέλειας του γιατρού. Αυτό καθορίζεται από τα εκάστοτε κρατούντα ιατρικά standards και βάσει των αλγορίθμων που δίνει κατά περίπτωση η ιατρική επιστήμη.

43. Ζήτημα δημιουργείται και σε περιπτώσεις, κατά τις οποίες ο γιατρός θέτει εσφαλμένη διάγνωση. Στην περίπτωση αυτή, θεωρείται ότι δεν έχει, καταρχάς, αποκλίνει από το εσωτερικό μέτρο επιμέλειας, δεδομένου του ότι η ιατρική επιστήμη περικλείει ιδιαίτερες διαγνωστικές παγίδες και κινδύνους. Θα λέγαμε ότι το μορφολογικό πρότυπο δυσχέρειας της διάγνωσης είναι η εκτίμηση της οξείας κοιλίας, με άλλα λόγια, η διάγνωση από τι προέρχεται ο οξύς και συνήθως αιφνίδιος κοιλιακός πόνος, εφόσον, γνωρίζουμε, ότι αν η κοιλία χωρισθεί σε 4 τεταρτημόρια με θεωρητικό κέντρο τον ομφαλό, αντιστοιχούν 25 νόσοι ανά τεταρτημόριο. Επομένως, η διάγνωση είναι ιδιαίτερα δυσχερής και απαιτούνται ειδικοί αλγόριθμοι, με σκοπό τη θέση ορθής διάγνωσης, που θα οδηγήσει σε ορθή θεραπευτική αντιμετώπιση. Η εσφαλμένη διάγνωση του γιατρού δε θεωρείται ως σφάλμα περιθαλψής ή ως τεχνικό σφάλμα (*Behandlungsfehler, Kunstfehler*), αλλά ως πλάνη περί τη διάγνωση (*Irrtumsdiagnose*), η οποία δεν έχει ούτε αστικές ούτε ποινικές ούτε πειθαρχικές κυρώσεις, παρά μόνο αν ο γιατρός παραμέλησε το καθήκον του να εφαρμόσει *lege artis* τους κανόνες διαγνωστικής προσέγγισης (λ.χ. σε σκληροκοιλιτίδα, έλεγχο για λευκοκυττάρωση, σημείο Mc Burney, υπερήχους, δακτυλική εξέταση κλπ.).

44. Θα μπορούσε κανείς να περιγράψει ορισμένους τύπους ιατρικής ευθύνης:

45. Μη παροχή θεραπείας, που σημαίνει παράλειψη θεραπείας, παρά το ότι η θεραπεία είναι αναγκαία. Δε γίνεται λόγος για περίπτωση μη παροχής βοήθειας, αλλά λ.χ. εξαιτίας εσφαλμένης διάγνωσης, η οποία οδηγεί το γιατρό στην πεποίθηση του να μην ενεργήσει μια αναγκαία διαγνωστική ή θεραπευτική επέμβαση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, περιλαμβάνεται και η μη ορθή εποπτεία της μετεγχειρητικής κατάστασης του ασθενή, λ.χ. παραμένει μόνος χωρίς ιατρική κάλυψη, επί αρκετή ώρα στο θάλαμο.

46. Εσφαλμένη αγωγή όσον αφορά στον τόπο, χρόνο, ή σε μέρος του σώματος του ασθενή, λ.χ. χειρουργείται άλλος ασθενής αντί άλλου ή αντί του δεξιού άκρου χειρουργείται το αριστερό. Ιατροχειρουργική επέμβαση που αποκλίνει από τα standards της ιατρικής επιστήμης, λ.χ. δίδονται ψυχοφάρμακα σε ασθενή, ο οποίος πάσχει από στένωση της κοιλιακής αορτής, παρά το ότι κατά τους κανόνες της ιατρικής, σε οξεία κοιλία δεν επιτρέπεται η χορήγηση αναλγητικών ή ψυχοφαρμάκων, γιατί μπορεί να αλλοιώσουν την κλινική εικόνα.

47. Υπερβολική Θεραπεία. Συνήθως, συμβαίνει με την υπερβολική δοσολογία φαρμάκων ή ακτινοβολία, η οποία τελικά προκαλεί βλάβη στον ασθενή, λ.χ. μητέρα νεογνήντου αντιμετωπίστηκε για σύφιλη, με αποτέλεσμα το νεογνό να λάβει υπερβολική δόση πενικιλίνης, με αποτέλεσμα να πρέπει η μητέρα να ακρωτηριαστεί στο αριστερό πόδι ή εξαιτίας αιμορραγίας, μετά από επέμβαση αμυγδαλών, δόθηκε υπερβολική δόση παραγώγων αίματος, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη

πνευμονικού οιδήματος, με περαιτέρω βλάβες.

48. Συνοδά σφάλματα. Πρόκειται ιδίως για σφάλματα που αφορούν σε ξένα σώματα στο σώμα του χειρουργούμενου ασθενή, λ.χ. γάζες, χειρουργικά εργαλεία, κομμάτια από νυστέρι κλπ. Η μόλυνση λοίμωξης αποτελεί σύνθηρες πρόβλημα στα νοσοκομεία, αλλά, εν γένει, οι λοιμώξεις πρέπει να είναι απόρροια πλημμελούς συμπεριφοράς, λ.χ. η άσκοπη περαιτέρω παραμονή ουροκαθετήρα σε ασθενή, ο μη διαχωρισμός ασθενών με σοβαρά αερογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα και άλλων, που πάσχουν από μη μεταδοτικά παθολογικά νοσήματα, η μη λήψη κατάλληλων μέτρων αντισηψίας κ.ο.κ.

49. Παράλειψη διαφώτισης ασφάλειας. Ο γιατρός πρέπει να δίδει τις κατάλληλες οδηγίες σε ασθενείς, λ.χ. διαίτα, το πώς να συμπεριφερθούν μετεγχειρητικά, να μη φορτίζουν κάτω άκρο μετά από ορθοπαιδική επέμβαση, τη δοσολογία και τις παρενέργειες φαρμάκων, να συμβουλεύει καρδιοπαθείς να ακολουθούν συγκεκριμένη διαίτα ή να μην εκτίθενται στο ψύχος ή σε ιδιαίτερη σωματική άσκηση κ.ο.κ.

50. Παράλειψη παρακολούθησης της πορείας της υγείας του ασθενή. Ο γιατρός πρέπει να παρακολουθεί την πορεία του ασθενή και να λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα προς αποφυγή επιπλοκών, λ.χ. παρατηρεί ότι σε ασθενή εγκαταστάθηκε λοίμωξη, οπότε λαμβάνει τα απαραίτητα θεραπευτικά μέτρα ή παρατηρεί ότι φάρμακο προκάλεσε τοξικές παρενέργειες στο ήπαρ, αυξημένες τρανσαμινάσες ή συμπτώματα αναφυλακτικού σοκ, οπότε λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα, λ.χ. διακοπή πενικιλίνης και αντικατάστασή της από κεφαλοσπορίνη, διακοπή χορήγησης τετρακυκλίνης κ.ο.κ. Ο γιατρός, αν δει επιπλοκή, είτε υπάρχει είτε δεν υπάρχει ιατρικό σφάλμα (πολλές φορές, εκείνη τη στιγμή δεν έχει τη δυνατότητα να το εκτιμήσει), έχει την υποχρέωση να προσπαθήσει να περιορίσει την έκταση και τις συνέπειες της ζημίας.

51. Σφάλμα κατά την ανάληψη θεραπείας του ασθενή χωρίς να υπάρχουν οι απαραίτητες θεωρητικές και τεχνικές γνώσεις, λ.χ. γενικός χειρουργός διενεργεί τοκετό ή ουρολογική επέμβαση προς αποκατάσταση συστροφής όρχεων. Θεωρητικά μπορεί να το πράξει, γιατί και οι δύο επεμβάσεις άπτονται χειρουργικών ειδικοτήτων. Όμως, είναι περισσότερο βέβαιο ότι ο μαιευτήρας γυναικολόγος θα κάνει τους απαραίτητους χειρισμούς για τον τοκετό, όπως και ο ουρολόγος για την προσήλωση του όρχεος. Γίνεται λόγος στο Ποινικό Δίκαιο για αμέλεια του εγχειρήματος.

52. Οργανωτικό σφάλμα. Γίνεται δεκτό ότι στην ιατρική πράξη, και ιδιαίτερα σε νοσοκομεία, ο διευθυντής είναι υποχρεωμένος να λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα για την κατανομή αρμοδιοτήτων και τη δόμηση της θεραπευτικής διαδικασίας. Είναι υποχρεωμένος, δηλαδή, να θέσει κανονισμό εργασίας, ο οποίος πρέπει να τηρείται, ακόμη και σε περίπτωση συμβαμάτων. Ειδικευμένοι γιατροί-επιμελητές απολαμβάνουν το δικαίωμα ελευθερίας της μεθόδου και των χειρισμών. Αυτό, όμως, δεν ισχύει όσον αφορά στις στενά ιατρικές πράξεις, οπότε πρέπει να τηρείται μια ιεραρχία, λ.χ. δίδεται εσφαλμένως εξιτήριο σε ασθενή, ως μη όφειλε, με αποτέλεσμα αυτός να υποστεί βλάβη.

53. Επεμβάσεις του «αρχάριου» (Anfängeroperation). Αποτέλεσε ζήτημα στη Γερμανία η επέλευση ζημίας, εξαιτίας ανεπαρκούς εποπτείας σε αρχάριο γιατρό. Στη χώρα μας είναι εξαιρετικά σύνθηρες, ιδίως στις εφημερίες, οι ειδικευόμενοι να αναλαμβάνουν την περιθαλψη του ασθενή, πολλές φορές ενεργώντας κατά απόκλιση των οδηγιών του διευθυντή της κλινικής. Ο ειδικευόμενος ή, εν γένει, ο αρχάριος γιατρός θα πρέπει να λειτουργεί πάντοτε υπό εποπτεία.

54. Παρέκκλιση από τα σύγχρονα standards της ιατρικής επιστήμης. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να παρακολουθεί τα εκάστοτε ισχύοντα ιατρικά δεδομένα, λ.χ. η θεραπεία του έλκους, σήμερα, είναι εντελώς διαφορετική μετά την ανακάλυψη του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (Helicobacter Pylori), καθώς και των H2 αναστολέων και των αναστολέων αντλίας πρωτονίων. Ακόμη και μήνας μπορεί να διαδραματίσει ρόλο, λ.χ. τον Οκτώβριο του 1985, μόλυνθηκε στη Ρόδο με HIV ανήλικο κορίτσι, παρά το ότι, ήδη, από τις αρχές του Σεπτεμβρίου του 1985 τα νοσοκομεία θα έπρεπε να εφαρμόζουν έλεγχο του αίματος για HIV. Επίσης, η μη εφαρμογή της μεθόδου μοριακής βιολογίας NAT είχε ως αποτέλεσμα τη μόλυνση 17χρονης ασθενούς και 76χρονου με HIV, γεγονός που το Μάρτιο του 2006 οδήγησε σε εγκύκλιο για την εφαρμογή της NAT σε 16 συνολικά νοσοκομεία της χώρας.

55. Βαριά αμέλεια του γιατρού. Στην περίπτωση αυτή εξετάζονται περιπτώσεις κατά τις οποίες ο γιατρός αποκλίνει σοβαρά από τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, αν και υπάρχει ισχυρή ιατρική ένδειξη και παραλείπει να την ακολουθήσει, λ.χ. μαιευτήρας γυναικολόγος εμμένει στη διενέργεια φυσιολογικού τοκετού, παρά το ότι το έμβρυο βρίσκεται σε ισχιακή προβολή ή δεν προβαίνει σε μερική υστερεκτομή, παρά το ότι διαπιστώνει ότι έχει επέλθει ρήξη μήτρας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, γίνεται δεκτό, ότι το βάρος της απόδειξης δε φέρει πλέον ο ενάγων ασθενής, αλλά ο γιατρός, όσον αφορά στο στοιχείο της υπαιτιότητας και της απόκρουσης του ισχυρισμού ότι υφίσταται αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ συμπεριφοράς και ζημίας.

56. Ευθύνη του γιατρού από όργανα και συσκευές που χρησιμοποιεί. Παλαιότερα υπήρχαν περισσότερες περιπτώσεις, ιδίως, με μηχανήματα διαθερμίας, με τα οποία οι ασθενείς υφίσταντο εγκαύματα. Υπάρχει γενικά η αντίληψη στην έννομη τάξη ότι ο γιατρός είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία και συντήρηση των συσκευών και οργάνων που χρησιμοποιεί. Μπορεί να αποδείξει, βεβαίως, ότι ενήργησε lege artis και την ευθύνη έχει απλώς ο συντηρητής. Το ίδιο, βέβαια, συμβαίνει και σε περιπτώσεις κατά τις οποίες ο γιατρός ενεργεί με βάση την αρχή της εμπιστοσύνης, λ.χ. χορηγεί στον ασθενή άζωτο αντί οξυγόνο, αλλά από την αντλία οξυγόνου, την οποία συνέδεσε από σφάλμα ο υπεύθυνος τεχνικός (βλ. προ ετών περίπτωση Ιπποκρατείου). Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο γιατρός δεν ευθύνεται.

57. Ο γιατρός είναι υπεύθυνος μερικές φορές και για το αποτέλεσμα, το οποίο σε άλλες περιπτώσεις κάθε άλλο παρά στοιχειοθετεί ζημία, λ.χ. η γέννηση παιδιού μετά από επέμβαση στείρωσης (κατά την αμερικανική νομική θεωρία wrongful birth). Κατ' αρχήν δε θεωρείται ιατρικό σφάλμα η γέννηση ενός παιδιού. Στη συγκεκριμένη, όμως, περίπτωση πρέπει να γίνει αποδεκτό, εξαιτίας της ειδικής σύμβασης μεταξύ γιατρού και ασθενή.

58. Ευθύνη της ομάδας. Στις περιπτώσεις συνεργασίας μεταξύ γιατρών (λ.χ. χειρουργού-αναισθησιολόγου, παθολόγου-βιοπαθολόγου) ισχύει η ευθύνη της ομάδας, αλλά θα πρέπει να γίνει δεκτό, ότι κάθε ειδικός γιατρός που συνεργάζεται κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης είναι κατά την αμερικανική σχολή δικαίου, «captain of the ship», δηλαδή, έχει ξεχωριστή ευθύνη ο χειρουργός, ο οποίος είναι υποχρεωμένος να ενεργήσει *lege artis* την επέμβαση, και διαφορετική ευθύνη ο αναισθησιολόγος, ο οποίος παρακολουθεί την πορεία της αναισθησίας και τα ζωτικά σημεία του ασθενή. Αν, επομένως, ο χειρουργός προκαλέσει βλάβη στον ασθενή στο σημείο της επέμβασης, λ.χ. πλήξη νεύρων, δεν ευθύνεται ο αναισθησιολόγος, ενώ, αν από κακή διασωλήνωση του αναισθησιολόγου προκληθεί βλάβη στον ασθενή, λ.χ. εισρόφηση, δεν ευθύνεται ο χειρουργός. Αν, επίσης, μετά την επέμβαση, τον ασθενή ελέγχει ο αναισθησιολόγος, ως προς τις βασικές λειτουργίες του, φέρει αυτός την ευθύνη, ισχύει δηλ. η αρχή του *bettenführenden Arzt*, του γιατρού που κάθε φορά βρίσκεται στο «προσκεφάλι» του ασθενούς.

59. Ως προς τη συνεργασία των γιατρών με τους συναδέλφους τους, γίνεται διάκριση από τη γερμανική σχολή ως κατανομή εργασίας, οριζόντια και κάθετη. Η οριζόντια μπορεί να έχει αρκετές μορφές, λ.χ. δύο ιατρικών ειδικοτήτων που συνεργάζονται, όπως του χειρουργού και του αναισθησιολόγου (αναφέραμε παραπάνω τη σχέση τους), αλλά και του ιατρικού προσωπικού με τις νοσηλεύτριες και νοσηλευτές, καθώς και τους τεχνολόγους οι οποίοι χειρίζονται συσκευές, τους παρασκευαστές κ.ο.κ. Στις περιπτώσεις αυτές θα εξεταστεί μεν αν ασκήθηκε κατάλληλη εποπτεία από το ιατρικό προσωπικό και ιδίως από το διευθυντή της κλινικής, αλλά τα όρια αυτής της ευθύνης σταματούν στο αν έδωσε σωστές οδηγίες και εάν, εκ των υστέρων, διέγνωσε το σφάλμα και προσπάθησε να περιορίσει την έκταση των συνεπειών του, λ.χ. η νοσηλεύτρια, ενώ έχει λάβει οδηγίες να δώσει συγκεκριμένο φάρμακο σε συγκεκριμένη δόση, εσφαλμένως χορηγεί άλλο.

60. Επίσης, η οριζόντια σχέση κατανομής εργασίας μπορεί να περιλαμβάνει γιατρούς από άλλα τμήματα κλινικών, λ.χ. βιοπαθολογικό, ακτινολογικό ή παθολογοανατομικό τμήμα. Μερικές φορές, η ευθύνη μεταξύ των τμημάτων είναι αρκετά ξεκάθαρη. Αν λ.χ. το παθολογοανατομικό τμήμα παρέσχε μια ψευδώς αρνητική ή ψευδώς θετική κατάσταση και εξαιτίας αυτού του γεγονότος ο παθολόγος-ογκολόγος είτε δε διενήργησε αναγκαία χημειοθεραπεία είτε διενήργησε αναγκαία χημειοθεραπεία, καταρχήν δεν έχει ευθύνη. Υπέχει ευθύνη, όμως, στην παρακολούθηση της πορείας του ασθενή και στον επανέλεγχο, καθώς και στη διασταύρωση του αποτελέσματος με νεώτερες παρακλινικές εξετάσεις. Είναι αδύνατο να κριθούν όλα τα περιστατικά παρά μόνο *ad hoc*, δεδομένου του ότι αναγνωρίζεται εν γένει, ότι μεταξύ των ιατρικών τμημάτων, θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία, καλή συναδελφική σχέση και υψηλό αίσθημα ευθύνης. Για παράδειγμα, τα κλινικά εργαστήρια πρέπει να δίνουν προτεραιότητα σε ό,τι τους έρχεται ως επείγον, λ.χ. έλεγχος για αέρια αίματος, λευκοκυττάρωση, καρδιακά ένζυμα, τροπονίνες κλπ., καθώς και οι επεμβατικές μονάδες να αποδέχονται τις επείγουσες επεμβάσεις, λ.χ. παραγγελία άμεσης γαστροσκόπησης για αιμορραγούντες κίρσους οισοφάγου.

Η άμυνα του γιατρού

61. Ο γιατρός έχει αρκετές επιλογές άμυνας, αρκεί κάθε φορά να είναι κατάλληλες και πειστικές προς το δικαστή και να ανταποκρίνονται στα πραγματικά περιστατικά κάθε βιοτικής υπόθεσης. Αμέσως παρακάτω αναφέρονται μερικές ουσιαστικές αρνήσεις της αγωγής των ασθενών και οικείων τους.

62. Επιχείρημα του «ούτως ή άλλως ο ασθενής θα κατέληγε». Πρόκειται για εφαρμογή του «*casus sentit dominus*», ότι η τερματική κατάληξη του ασθενή δεν οφείλεται σε σφάλμα του γιατρού είτε λόγω του ότι, ακόμη κι αν υπήρξε σφάλμα, αυτό δεν επιτάχυνε την πορεία της κατάληξης είτε δεν επέφερε τη σωματική βλάβη, η οποία προκλήθηκε από άλλη αιτία. Αν λ.χ. έλαβε χώρα ιατρικό σφάλμα, αλλά ο ασθενής κατέληξε από σεισμό που ισοπέδωσε την πτέρυγα όπου νοσηλευόταν (προλαμβάνουσα αιτιότητα), τότε ο γιατρός δε φέρει ευθύνη. Κατά την πρόκληση σφάλματος, περισσότερα στα μέτρα της ιατρικής πράξης, σε έναν πολυτραυματία ενεργούν επέμβαση διάφορες ιατρικές ομάδες. Αν ο ασθενής καταλήξει από σφάλμα της αγγειοχειρουργικής ομάδας, παρά το ότι έχει υπάρξει και προγενέστερο ορθοπαιδικό σφάλμα, το οποίο όμως δεν διαδραμάτισε ρόλο στην πορεία της υγείας του ασθενή ούτε και υπήρξε αιτία του σφάλματος των αγγειοχειρουργών, τότε ο ορθοπαιδικός δεν ευθύνεται.

63. Επιχείρημα ότι δεν υπήρξε σφάλμα ούτε αντικειμενικό, εξαιτίας του ότι επρόκειτο για επιπλοκή, η οποία σε μικρό βαθμό ήταν αναμενόμενη, αλλά η συμπεριφορά του γιατρού ήταν *lege artis*, ούτε ότι υπήρξε υποκειμενική απόκλιση από τα standards της ιατρικής επιστήμης, λ.χ. υπήρξε διαγνωστική πλάνη, παρά το ότι ο γιατρός ενήργησε *lege artis*, ως προς τη διαγνωστική διαδικασία.

64. Επιχείρημα του ότι δεν υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος, λ.χ. γιατρός καρδιοχειρουργός προβαίνει σε εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς και ο ασθενής, μετά από μια βδομάδα, καταλήγει, εξαιτίας παραμελημένης προϋπάρχουσας χολοκυτίτιδας. Τα πράγματα δεν είναι πάντοτε τόσο εύκολα. Συνήθως το αυτονόητο είναι και αρκετά δυσχερές, ως προς την απόδειξη του.

65. Επιχείρημα ότι δεν υπάρχει ζημία ή ότι υπάρχει προϋπάρχουσα ζημία. Είναι σαφές ότι ο γιατρός αρνείται την ιστορική βάση της αγωγής του ασθενή ή τα πραγματικά περιστατικά ενώπιον του δικαστηρίου.

66. Επιχείρημα ότι πρόκειται για οικείο πταίσμα του ασθενή, λ.χ. ο γιατρός έδωσε συγκεκριμένες οδηγίες για τη μετεγχειρητική συμπεριφορά του ασθενή κι αυτός τις παραβίασε. Και στην περίπτωση αυτή αναφύονται αποδεικτικές δυσχέρειες για το γιατρό, ο οποίος και φέρει το βάρος της απόδειξης του ισχυρισμού του.

Ανταγωγή του γιατρού.

67. Ο γιατρός αντεπιτίθεται έναντι των κατηγοριών του ασθενή είτε βάσει του άρθρ. 35 παρ. 3 του παρόντος Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας είτε βάσει των διατάξεων Α.Κ. 57 επ., Α.Κ. 914 επ. είτε βάσει των διατάξεων περί ψευδούς καταμήνυσης (Π.Κ. 229), εφόσον, πιστεύει ότι ο ασθενής ή οι οικείοι του εστράφησαν εναντίον του χωρίς να δικαιολογείται από την ιστορική ή τη νομική βάση, και, εν γένει, από τα πραγματικά περιστατικά της βιοτικής περίπτωσης.

Βάρος απόδειξης.

68. Ιδιαίτερα ζητήματα αναφύονται, ιδίως κατά την αστική δίκη, γιατί κατά την ποινική δίκη υπερισχύει πάντοτε η αρχή της «in dubio pro reo» (σε περίπτωση αμφιβολίας υπέρ του κατηγορουμένου), κατά τις οποίες το βάρος απόδειξης δεν αντιστρέφεται ακριβώς (παρά μόνο σε περιπτώσεις κατά τις οποίες ισχύει η αρχή της «res ipsa loquitur» («το πράγμα μιλάει από μόνο του»), λ.χ. κατά την επέμβαση αφαίρεσης φλεγμαινύσας σκληροειδούς απόφυσης, ο γιατρός πλήττει το ισχιακό νεύρο, με αποτέλεσμα να παρουσιάσει ο ασθενής χλωτότητα. Σε αυτή την περίπτωση, επειδή ακριβώς ο ασθενής δε γνωρίζει τις ιατρικές συνθήκες κάτω από τις οποίες έλαβε χώρα η επιπλοκή, αλλά τις γνωρίζει ο γιατρός, μπορεί να θεωρηθεί ότι παρέχεται η διευκόλυνση (Beweiserleichterung) στον ασθενή να αποδείξει το μέγεθος της ζημίας, αλλά και στο γιατρό το ζήτημα της αμέλειας και του αιτιώδους συνδέσμου, λ.χ. ότι επρόκειτο για συγγενή ανατομική ιδιαιτερότητα του ασθενή, την οποία δεν ήταν σε θέση ο γιατρός να προβλέψει.

Εκτιμήσεις.

69. Ως προσωπική μας αποτίμηση της ιατρικής ευθύνης, πρέπει να πούμε ότι τα ελληνικά δικαστήρια απαιτούν από το γιατρό όχι τη μη επιπλοκή (αυτό άλλωστε είναι αδύνατο), αλλά την προσπάθεια, από πλευράς του γιατρού, αποφυγής της επιπλοκής ή της μείωσης των συνεπειών της, λ.χ. παραγγελία για διασταύρωση αίματος, καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, ενέργειες για μεταφορά του ασθενή στο χειρουργείο κ.ο.κ. Θα πρέπει, επίσης, να παρατηρήσουμε ότι με την πάροδο του χρόνου, συνεχώς αυξάνονται οι μηνύσεις, οι αγωγές και οι πειθαρχικές καταγγελίες για ιατρική αμέλεια και, κατά την προσωπική μας εκτίμηση, τα δικαστήρια επιδικάζουν όλο και με πιο αυστηρά κριτήρια και με πολύ μεγαλύτερες αποζημιώσεις από ό,τι στις περιπτώσεις λ.χ. θανάτων και σωματικών βλαβών από αυτοκινητικά ατυχήματα.

70. Μεγάλο κίνδυνο διάπραξης ιατρικών σφαλμάτων έχουν οι χειρουργικές ειδικότητες (κατάληψη γαζών και χειρουργικών εργαλείων στο σώμα του ασθενή), οι μαιευτικές (ανώμαλη εξέλιξη τοκετού, ανοξία εμβρύου, εγκεφαλικές βλάβες νεογνού λόγω υποξίας ή χρήση εμβρουουλκίας, ρήξη μήτρας, ατονία μήτρας, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη από εμβολή αμνιακού υγρού κ.ο.κ), οι ορθοπαιδικές (διαμερισματοποίηση, ισχαιμία, αγγειακή νέκρωση, σπλαιμία, πνευμονική εμβολή, λιπώδης εμβολή, λοιμώξεις, ψευδαρθρώσεις, ισχαιμική συρρίκνωση, δημιουργία κατακλίσεων), γενικές χειρουργικές (πνευμονική εμβολή, δημιουργία συριγγίων, κακή σύγκλιση τραυμάτων, ολιγαϊμικό σοκ, πολυοργανική ανεπάρκεια, ενδαγγειακή πήξη, φλεγμονές, πτώση αγγείων ή νεύρων, διαφυγή ασκίτικου υγρού ή δημιουργία ασκίτη, αποστήματα, εμφράγματα μυοκαρδίου, μετεγχειρητικός ειλεός, πλήξη παλινδρομού λαρυγγικού νεύρου κατά την αφαίρεση θυρεοειδούς κ.ο.κ.), οι ουρολογικές (επίσχεση ούρων ή ακράτεια, ως απόρροια ουρολογικών επεμβάσεων, φλεγμονές, απολίνωση ουρητήρων κλπ.).

71. Επίσης, μπορούν να αναφερθούν σφάλματα ψυχιάτρων (παράνομος εγκλεισμός ασθενών σε ιδρύματα ψυχικών παθήσεων, πλημμελής φύλαξη ψυχικά ασθενών και αυτοκτονία τους κ.ο.κ.), αναισθησιολογικά συμβάματα (λ.χ. πνιγμός ασθενή από αίμα εξαιτίας κακής διασωλήνωσης σε ωτορινολαρυγγολογική (ΩΡΛ) επέμβαση, απόφραξη ανώτερης αναπνευστικής οδού, καρδιακά φυσήματα, αρρυθμίες, υπέρταση, αλλεργικές αντιδράσεις, αδυναμία αναστροφής δράσης μυοχαλαρωτικού, κακοήθης υπερπυρεξία κλπ.), μετάδοση ιών (HIV, HBV, HCV), αιμόλυση από ασυμβατότητα Rhesus κατά τη μετάγγιση αίματος. Επίσης εδώ πρέπει να προστεθούν και περιστατικά αμέλειας που αποδίδονται σε αρκετές ειδικότητες, λ.χ. καθυστερημένη ιατροχειρουργική επέμβαση ή έναρξη θεραπείας, πλημμελής μετεγχειρητική παρακολούθηση, παράλειψη χορήγησης διαφώτισης και ασφάλειας, οργανωτικά σφάλματα σε νοσοκομεία και από αυτή την αιτία εσφαλμένη χορήγηση αγωγής κ.ο.κ.

72. Και η γερμανική και η αμερικανική σχολή θέτουν και το κόστος μιας ιατροχειρουργικής επέμβασης ή θεραπείας ως ένα παράγοντα που θα εκτιμήσει ο γιατρός, σε συνεργασία με τους ασθενείς και τους οικείους του, προκειμένου να διενεργήσει ή όχι παρόμοιου είδους επέμβαση. Κάτι τέτοιο δεν έχει απασχολήσει μέχρι στιγμής την ελληνική νομική επιστήμη, λ.χ. έδινε μέχρι το Μάρτιο 2006 τη δυνατότητα στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων (Μ.Ε.Λ.), για λόγους μείωσης του κόστους εξέτασης του αίματος, προς μετάγγιση μόνο για Elisa τρίτης γενιάς και μετά, σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος, επιβεβαίωση με Western Blot. Με την με αρ. Ε47/24.03.2006 εγκύκλιο του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε 14 Κέντρα Αιμοδοσίας, σε μονήρεις αιμοδοσίες, προστίθεται και η μέθοδος μοριακής βιολογίας NAT (τεχνική νουκλεϊνικών οξέων), η οποία μειώνει το ορολογικό παράθυρο, από 22 περίπου ημέρες της Elisa, σε περίπου 11 ημέρες, μειώνοντας έτσι και την πιθανότητα μόλυνσης από 1 προς 1.930.000 (κόστος περί τα 10 ευρώ) σε 1 προς 1.576.000 (κόστος περί τα 30 ευρώ). Εν πάση περιπτώσει, ο γιατρός που χρησιμοποιούσε Elisa πριν τις 24.03.2006, γιατί αυτή τη μέθοδο του παρείχε το ελληνικό κράτος, δεν έχει ευθύνη, όπως δεν έχει ευθύνη και ο αιμοδότης που δε γνώριζε ότι είναι HIV οροθετικός, ακόμη και αν υπογράφει εσφαλμένα το τυποποιημένο έντυπο που του παραδίδεται (σε αντίθετη περίπτωση, θα είχε τραγικές συνέπειες

για την Εθελοντική Αιμοδοσία στη χώρα μας, ως εξαιρετικά επικίνδυνο αντικίνητρο).

73. Μια προσωπική παρατήρηση, η οποία μάλλον από ανοιχτές θύρες διέρχεται, είναι ότι, ενώ η σύγχρονη ιατρική απαιτεί την όσο το δυνατόν πιο ειδική παραγγελία παρακλινικών εξετάσεων με βάση τη θέση εργασίας του γιατρού και με στόχο να είναι καλά μελετημένη η σκοπιμότητα δαπανηρών εξετάσεων και η ταχύτητα διάγνωσης, το παράδοξο που στην πραγματικότητα συμβαίνει είναι ότι όσο περισσότερο ο γιατρός ασκεί αμυντική ιατρική (λ.χ. η παραγγελία όσο το δυνατόν περισσότερων εξετάσεων προς αποφυγή της ιατρικής ευθύνης), τόσο λιγότερα σφάλματα έχουμε. Η τακτική, δηλαδή, της αμυντικής ιατρικής, η οποία επεκτείνεται και στο χώρο των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων (λ.χ. εγχειρήσεις σκωληκοειδίτιδας σε μεγαλύτερο αριθμό περιπτώσεων απ' ό,τι διεθνώς συμβαίνει, μεγάλος αριθμός τοκετών με καισαρική τομή αντί φυσιολογικού τοκετού), είναι καταστροφική μεν για τον ασθενή και τα ασφαλιστικά ταμεία, ευεργετική όμως για τον ίδιο το γιατρό, από πλευράς (μη εμπλοκής σε ζητήματα) ιατρικής ευθύνης.

74. Το παράδοξο είναι ότι στην πράξη έρχονται ενώπιον των δικαστηρίων περιπτώσεις, κατά τις οποίες έχει καθυστερήσει η ενέργεια λ.χ. σκωληκοειδεκτομής, με αποτέλεσμα περιτονίτιδα, περιπτώσεις ιδιαίτερων επιπλοκών κατά τον τοκετό (λ.χ. ρήξη μήτρας που αποδίδεται σε εντατική οδοντοπονητική αγωγή-χορήγηση οξυτοκινών, προσταγλαδινών, συμβάματα κατά τη χρήση εμβρουσουλκού, ολιγαμικό σοκ), ενώ είναι ελάχιστες, έως και μηδαμινές, οι επιπλοκές στην πράξη κατά τη διενέργεια σκωληκοειδεκτομής ή καισαρικής τομής, οι οποίες, πολλές φορές στη χώρα μας, διενεργούνται χωρίς σοβαρή ιατρική ένδειξη.

75. Θα πρέπει να τονιστεί ότι πολλές φορές στην χώρα μας, ιδίως οι νοσοκομειακοί γιατροί, εισπράττουν τη δυσaréσκεια των ασθενών και των οικείων τους εξαιτίας κακής ξενοδοχειακής υποδομής των νοσοκομείων, του συνωστισμού, της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού κ.ο.κ. Οι ασθενείς, πλέον, προσέρχονται, προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν επιθετικά και με καχυποψία το γιατρό. Ας σημειωθεί ότι σε πρόσφατη έρευνα του «Ευρωβαρόμετρου» (Μάρτιος 2006) αποδείχθηκε ότι περί το 75% των Ελλήνων πιστεύει ότι έχει πέσει θύμα ιατρικού σφάλματος ή φοβάται κάτι τέτοιο, ποσοστό που αποτελεί το μεγαλύτερο σε όλη την Ευρώπη. Αυτό έχει, ως αποτέλεσμα, αρκετοί από τους ασθενείς να προσφεύγουν στα δικαστήρια και να διαχέεται η πεποίθηση ότι χρειάζονται πιο αυστηρές κυρώσεις κατά των γιατρών, προκειμένου αυτοί να «συνετιστούν».

76. Να τονίσουμε, ακόμη, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης των γιατρών, όσον αφορά σε θέματα ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, λ.χ. από την προσωπική μας εμπειρία γιατροί θα είχαν αποφύγει πολλές αγωγές και μηνύσεις αν συμπεριφέρονταν με πιο ευγενικό τρόπο προς τους ασθενείς ή τους οικείους τους και αν δεν εξαφανίζονταν μετά από κάποιο σύμβαμα, μετά από ιατροχειρουργική επέμβαση στα πλαίσια «κρίσης πανικού» ή «φυγής». Ιδίως, εκείνη τη στιγμή, ο ασθενής ή οι οικείοι του έχουν το δικαίωμα να απαιτήσουν ιδιαίτερη φροντίδα και ιδιαίτερο αντικείμενο διαφώτισης.

77. Μερικές ειδικότητες διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο διάπραξης ιατρικού σφάλματος κι αυτό εξαιτίας της ίδιας της φύσης της ειδικότητας, λ.χ. βιοπαθολόγοι, επειδή το διαγνωστικό σφάλμα μπορεί και να οφείλεται σε εγγενές σφάλμα της μεθόδου (ψευδώς αρνητικό ή θετικό αποτέλεσμα), αλλά και επειδή επανέρχονται πολλές φορές προς έλεγχο βιολογικά υγρά του ίδιου του ασθενή ή και επειδή το αποτέλεσμα θα περάσει από την κρίση και άλλων γιατρών, καρδιοχειρουργοί ή χειρουργοί μεταμοσχευτικών ομάδων, δεδομένου του ότι το επίπεδο της ιατρικής ομάδας είναι ιδιαίτερα υψηλό και η κατάσταση του ασθενή πολύ βαριά, όπως και οι παθολόγοι-ογκολόγοι, επειδή πολλές φορές η πορεία της κατάστασης του ασθενή είναι μη αναστρέψιμη και οι οικείοι γνωρίζουν ότι ο γιατρός μόνο παρηγορητική στήριξη μπορεί να προσφέρει.

78. Ας σημειωθεί ότι δε γνωρίζουμε καν να έχουν φτάσει στα δικαστήρια υποθέσεις κατά γιατρών που έχουν συνεδριάσει και συναποφασίσει την περίθαλψη ασθενή, κατά τη διάρκεια ιατρικού συμβουλίου, και αυτό γιατί η κατάσταση του ασθενή είναι, συνήθως, σοβαρή, αλλά και το επίπεδο των γιατρών είναι πάνω από το μέσο όρο του μέσου ειδικευμένου γιατρού, αλλά και το πόρισμα του συμβουλίου, ως προς τις ιατρικές επιλογές, υπερτερεί κατά πολύ του μέσου ειδικευμένου γιατρού.

79. Από την εμπειρία μας, επίσης, ενώπιον τόσο των αστικών όσο και των ποινικών δικαστηρίων, ο δικαστής βρίσκεται υπό ιδιαίτερη πίεση και συναισθηματική φόρτιση, ιδίως, από τους ασθενείς ή τους οικείους τους, που πολλές φορές απαιτούν από το γιατρό ευθύνη εργολάβου. Πολλές φορές, λοιπόν, φαίνεται να αντιστρέφεται στις αίθουσες των δικαστηρίων ακόμη και το αυτονόητο «εν αμφιβολία υπέρ του κατηγορουμένου» και, ουσιαστικά, καλείται ο γιατρός να αποδείξει το λόγο που επήλθε η επιπλοκή, καθώς και να δικαιολογήσει το γιατί ο ίδιος δεν ευθύνεται.

80. Επίσης, πολλές φορές, ο δικαστής πιέζεται από τον ισχυρισμό των ασθενών ή των οικείων του ότι δεν ενημερώθηκαν επαρκώς ή και καθόλου για την πιθανότητα επιπλοκών. Αλλά, βεβαίως, αυτοί οι ισχυρισμοί θα μπορούσαν να ευσταθήσουν μόνο στην περίπτωση κατά την οποία δεν υπήρχε σοβαρή ενημέρωση από πλευράς ασθενή και, βεβαίως, σε επίπεδο ανάλυσης κόστους-οφέλους, ο ασθενής θα μπορούσε να αποφύγει την επέμβαση χωρίς περαιτέρω βλάβη της υγείας, της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητάς του. Χρειάζεται ευαισθητοποίηση των δικαστών, ιδίως, ως προς το γεγονός ότι η ιατρική πράξη σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να κρίνεται από τις επιπλοκές της, ως ευθύνη εργολάβου, αλλά ως αναμενόμενος κίνδυνος μιας επέμβασης. Αν κάθε δικαστής, παγκοσμίως, που δικάζε σε δίκη ιατρικής ευθύνης μπορούσε να παρακολουθήσει τους γιατρούς κατά τη διάρκεια εφημεριών, πιστεύουμε ότι θα ήταν διαφορετική η πορεία της ιατρικής ευθύνης σε παγκόσμια κλίμακα.