



# ΠΕΡΙ... ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΕΥΧΟΣ 8 ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ - ΙΟΥΛΙΟΣ 2009



ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ

PORT PAYÉ

Ιωαννίνων 2

Αρ. Αδ. 1

ΕΛΛΑΣ-HELLAS

**B**

**Η** μεγαλύτερη επιδημία που έχει πλήξει το τελευταίο διάστημα την Ανθρωπότητα (και ειδικότερα τον ελλαδικό χώρο) είναι η ΤΡΟΜΟΛΑΓΝΕΙΑ σχετικά με τον ιό H1N1. Επί 3 μήνες περίπου οι τηλεθεατές των ελληνικής πατέντας τηλεπαραθύρων απειλούνται σε καθημερινή βάση από διάφορους «Ειδικούς Ασχετολόγους» που προβάλλουν σενάρια καταστροφής, εκτός και αν έχει προκύψει κάποια πραγματική καταστροφή ή έχει ξεσπάσει κάποιο σκάνδαλο, οπότε η γρίπη των χοίρων αποτελεί 2ο ή 3ο θέμα.

Εάν δούμε όμως τα πράγματα ψύχραιμα, από τα μέχρι στιγμής δεδομένα, έχουμε μεν έναν ιό με πολύ μεγάλη μεταδοτικότητα ακόμα και τους θερινούς μήνες, όμως τα συμπτώματα της νόσου είναι συνήθως ήπια και είναι πολύ πιθανό να συμβεί το ίδιο και στο μέλλον. Οι ασθενείς με συμπτώματα της γρίπης αξιολογούνται πλέον με βάση την κλινική τους εικόνα, σε αντίθεση με το παρελθόν, που απαιτούνταν και εργαστηριακή επιβεβαίωση. Επίσης, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών αυτών δεν χρήζει νοσοκομειακής περίθαλψης και στο πνεύμα αυτό συνιστάται από το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.) η αντιμετώπισή τους και από ιδιώτες ιατρούς.

Βέβαια, σε ένα σοβαρό κράτος την παρακολούθηση και αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων αναλαμβάνουν οι ΕΙΔΙΚΟΙ (χωρίς εισαγωγικά αυτή τη φορά), κάτι που ευτυχώς συμβαίνει και στη χώρα μας. Πόσο σημαντικό είναι αυτό θα το διαπίστωνε ο οποιοσδήποτε παρακολουθώντας τις αντιδράσεις πρώην τρομοκρατημένων τηλεθεατών μετά την εμφάνιση -σε λίγες δυστυχώς περιπτώσεις- κάποιων πραγματικά υπεύθυνων επιστημόνων που παρουσιάζουν τα πράγματα στις πραγματικές τους διαστάσεις.

Παρακολουθώντας όλο αυτό το διάστημα τις συνεχώς ανανεούμενες οδηγίες της Πολιτείας, που βασίζονται και στις αντίστοιχες του Π.Ο.Υ., είμαι αισιόδοξος για την πορεία της επιδημίας, εφόσον αυτές οι οδηγίες τηρούνται και σε συνδυασμό με τον εμβολιασμό των ομάδων υψηλού κινδύνου.

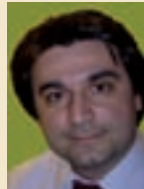
Εξάλλου είμαι βέβαιος ότι οι συνάδελφοι ιατροί, έχοντας πλήρη συναίσθηση της αποστολής τους, θα τιμήσουν τον Όρκο τους σε περίπτωση πανδημίας.



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

## LASER ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

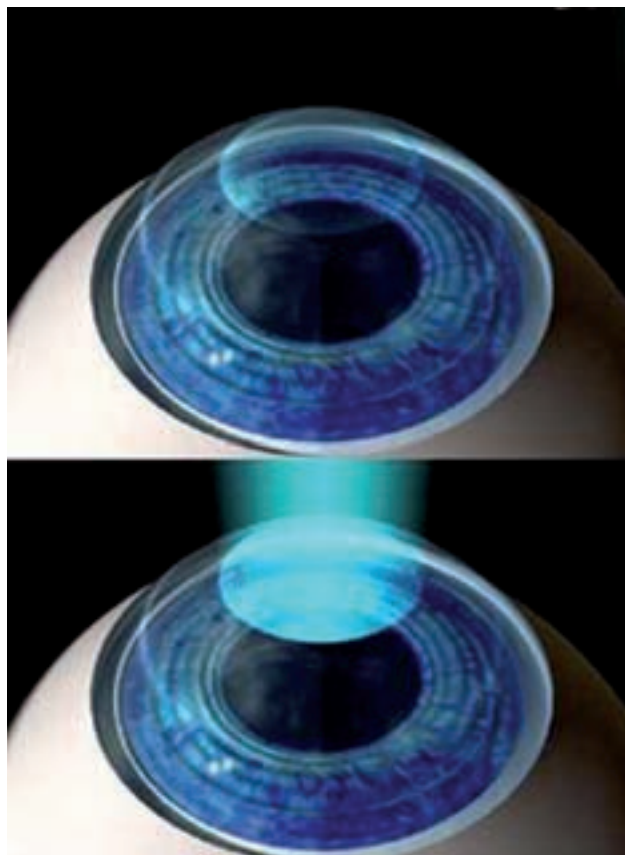
Γκορέζης Σπύρος, MD  
Επιστημονικός Υπεύθυνος Κέντρου Όρασης Ηπείρου  
info@epirusvisioncenter.gr



Οι διαθλαστικές ανωμαλίες αποτελούσαν και αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα κεφάλαια της Οφθαλμολογίας. Οι λόγοι είναι περισσότεροι του ενός, καθώς αφενός μεν αφορούν το 35% του γενικού πληθυσμού διεθνώς, αφετέρου έδωσαν αφορμή για ραγδαία πρόοδο στη σύγχρονη χειρουργική Οφθαλμολογία μέσω της ανάπτυξης μεθόδων αντιμετώπισής τους. Σχεδόν 3,5 εκατομμύρια Ελλήνων φορούν γυαλιά ή φακούς επαφής. Αναλυτικά όσον αφορά το γενικό πληθυσμό, περίπου το 30% παρουσιάζει μυωπία, το 48% υπερμετρωπία, το 50% αστιγματισμό και το 80% (άνω των 45 ετών) πρεσβυωπία. Η ανάγκη αντιμετώπισης των ανωμαλιών αυτών εμφανίζεται συνήθως είτε σε χρήστες φακών επαφής με προβλήματα εξ αυτών ή σε ειδικές κατηγορίες ενδιαφερομένων όπως οι υποψήφιοι παραγωγικών στρατιωτικών σχολών και άλλων σωμάτων, αθλητές, καλλιτέχνες, επαγγελματίες οδηγούς, ή και ακόμη σε όσους απλώς δεν ανέχονται την ταλαιπωρία των φακών επαφής και των γυαλιών.

Η ιστορία της διαθλαστικής χειρουργικής μέσω αλλαγών στον κερατοειδή έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και μακρά πορεία. Ο Sato το 1940 στην Ιαπωνία προσπαθεί να μεταβάλει την καμπυλότητα του κερατοειδή με εσωτερικές τομές χωρίς επιτυχία. Ο Barraquer εφαρμόζει την κερατοσμίλευση το 1963 στην Bogota της Κολομβίας με μερικώς θετικά αποτελέσματα. Ο Fyodorov στη Ρωσία εισάγει την δεκαετία του 1970 την ακτινωτή κερατοτομή με εντυπωσιακά για την εποχή αποτελέσματα. Η επανάσταση όμως ήρθε το 1985 με την υιοθέτηση από τους οφθαλμιάτρους του excimer LASER. Πρωτοπόροι της μεθόδου είναι οι Seiler, Trokel, McDonald, Kaufman και Gimel. Μία «ψυχρή» λεπτή ακτίνα υπε-

ριώδους φωτός χρησιμοποιείται για να διαμορφώσει την επιφάνεια του κερατοειδή ώστε να επιτρέψει στο φως να εστιάζει σωστά στον αμφιβληστροειδή [σχήμα 1]. Η νέα μέθοδος ονομάστηκε «PRK - Photo Refractive Keratectomy» (φωτο-διαθλαστική κερατεκτομή) και άλλαξε τη ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων για πάντα. Κατά την προετοιμασία της επέμβασης αφαιρείται η επιφανειακή στοιβάδα κυττάρων



Σχήμα 1: PRK – Τμήμα του επιθηλίου αφαιρείται και η δέσμη LASER επιδρά στην ελεύθερη επιφάνεια του κερατοειδούς.

που καλύπτει τον κερατοειδή και λέγεται επιθήλιο ώστε το LASER να δράσει στην ελεύθερη επιφάνεια του. Με το πέρας της επέμβασης που διαρκεί δευτερόλεπτα τοποθετείται φακός επαφής στον οφθαλμό. Η επούλωση του επιθηλίου απαιτεί 3 περίπου ημέρες και ευθύνεται για τα ενοχλήματα μετά την επέμβαση που περιλαμβάνουν δακρύρροια, φωτοφοβία και αίσθηση ξένου σώματος. Το 1990 η Ελλάδα πρωτοστατεί και ο Παλλήκαρης παρουσιάζει την LASIK (Laser In situ Keratomileusis). Ένας λεπτός ατελής κρημνός ιστού δημιουργείται με μία ειδική συσκευή που λέγεται μικροκερατόμος [σχήμα 2] και ανασκώνεται από τον χειρουργό προκειμένου να δράσει το LASER. Έπειτα επανατοποθετείται στη θέση του δρώντας σαν φυσικό κάλυμμα στην περιοχή που έγινε η θεραπεία [σχήμα 3]. Η όλη διαδικασία είναι υπόθεση λεπτών, ο ασθενής επιστρέφει στο σπίτι του το πολύ μία ώρα αργότερα και το αποτέλεσμα γίνεται σχεδόν άμεσα αισθητό από τον ασθενή: απουσία ενοχλημάτων - όραση χωρίς την βοήθεια γυαλιών ή φακών από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα - οδήγηση σχεδόν από την επόμενη μετεγχειρητική ημέρα - επιστροφή στην εργασία σε 3 το πολύ ημέρες.

Πάνω από 200.000 άνθρωποι έχουν υποβληθεί στην χώρα μας σε επέμβαση για την διόρθωση μυωπίας, υπερμετρωπίας ή αστιγματισμού, ενώ παγκοσμίως ο αριθμός αυτός ανέρχεται σε 30.000.000 και αυξάνεται συνεχώς. Η LASIK είναι πλέον η κύρια εκπρόσωπος των LASER διαθλαστικών επεμβάσεων. Είναι όμως η φωτοδιαθλαστική χειρουργική κατάλληλη για όλους; Ηλικία από 20 έως σχεδόν 65 ετών με σταθεροποιημένη διαθλαστική ανωμαλία για τον τελευταίο τουλάχιστον χρόνο είναι βασική συνθήκη για την επέμβαση. Το ιστορικό όπως σε όλες τις ιατρικές επεμβάσεις έχει ιδιαίτερη σημασία. Χρόνιες συστηματικές παθήσεις όπως αυτοάνοσα νοσήματα κολλαγόνου ή ιδιομορφίες στην επούλωση του



**Σχήμα 2: Κερατοτόμος εκκρεμοειδούς κίνησης τελευταίας γενιάς (Pendular-Schwind)**

δέρματος (χηλοειδή) αποτελούν απόλυτη αντένδειξη. Το ίδιο ισχύει για προφανείς λόγους και για την περίοδο εγκυμοσύνης ή λοχείας σε βάθος χρόνου 6 μηνών. Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί σχετική αντένδειξη εφόσον δεν παρατηρούνται αλλοιώσεις διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Οφθαλμολογικές αντενδείξεις περιλαμβάνουν τους μονόφθαλμους ασθενείς, τον υποκλινικό και κλινικό κερατόκωνο, το γλαύκωμα καθώς και χρόνιες παθήσεις του κερατοειδούς.

Η ακρογωνιαία λίθος της οφθαλμολογικής εξέτασης συνεχίζει να είναι ο σωστός διαθλαστικός έλεγχος. Η αφαίρεση των μαλακών φακών επαφής από τους χρήστες για διάστημα 10 ημερών είναι αναγκαία για ακριβή αποτε-

λέσματα. Οι μετρήσεις των αυτόματων διαθλασόμετρων έχουν ενδεικτική μόνο αξία. Υποκειμενική αλλά και κυκλοπληγική διαθλαστική μέτρηση πρέπει να συνεκτιμηθούν πριν καθοριστεί ο βαθμός το διαθλαστικού σφάλματος ώστε να αποφευχθούν προβλήματα υπό ή υπέρ-διόρθωσης.

Η τοπογραφία του κερατοειδούς είναι το δεύτερο σημαντικότερο στοιχείο στον έλεγχο του ενδιαφερομένου. Τα τελευταία χρόνια η κλασική placido τοπογραφία έχει συμπληρωθεί από σύγχρονες συσκευές Scheimpflug τοπογραφίας [σχήμα 4] με δεδομένα όχι μόνο από την πρόσθια αλλά και από την οπίσθια επιφάνεια του κερατοειδούς εκεί που προβλήματα όπως ο κερατόκωνος αρχίζουν να εμφανίζονται πρώτα αλλοιώσεις. Γενικός κανόνας είναι πως οποιαδήποτε ανωμαλία στην τοπογραφία του κερατοειδή (π.χ. ασύμμετρη κυρτότητα ή ασύμμετρες αστιγματικές κλεψύδρες) χρήζει επανελέγχου και περαιτέρω μελέτης πριν οποιαδήποτε επέμβαση. Κακή εκτίμηση της τοπογραφίας μπορεί να οδηγήσει στην πλέον σημαντική επιπλοκή των φωτοδιαθλαστικών επεμβάσεων - την εκτασία του κερατοειδούς.



Η παχυμετρία κερατοειδούς αποτελεί την πλέον γνωστή παράμετρο εξέτασης και καταλληλότητας στο ευρύ κοινό. Η υπερηχογραφική παχυμετρία είναι το golden standard εδώ και αρκετά χρόνια με σημαντική όμως εξάρτηση των αποτελεσμάτων από την μεθοδικότητα του ιατρού καθώς η μέτρηση είναι σημειακή. Η φωτοδιαθλαστική χειρουργική ωστόσο εφαρμόζεται σε ευρεία επιφάνεια του κερατοειδη δημιουργώντας την ανάγκη για συσκευές που μελετούν όλη την έκτασή του και μας δίνουν πληροφορίες για το πάχος του σε όλη του την επιφάνεια [σχήμα 5]. Καθώς οι φωτοδιαθλαστικές επεμβάσεις στην πράξη αλλάζουν την καμπυλότητα του κερατοειδούς μέσω εξάχνωσης ιστού γίνεται αμέσως αντιληπτό πόσο σημαντική είναι ακριβής προεγχειρητική αλλά και η μετεγχειρητική εικόνα του πάχους του κερατοειδούς.

Είναι ευρέως γνωστό πως αναλόγως της έντασης του φωτός η διάμετρος της κόρης των οφθαλμών μεταβάλλεται. Έχει λοιπόν ιδιαίτερη σημασία η καταγραφή της συμπεριφοράς της κόρης σε συνθήκες χαμηλού φωτισμού όταν δηλαδή λαμβάνει την μέγιστη διάμετρό της. Έτσι αποφεύγονται ενοχλητικά φαινόμενα όπως η εμφάνιση άλων (halos) ή ακτινικής διασποράς του φωτός (starburst).

Τα τελευταία χρόνια σημαντική προσθήκη στην προεγχειρητική αξιολόγηση αποτελεί η μελέτη του μετώπου κύματος του οφθαλμού (wavefront) [σχήμα 6]. Πιο απλά ελέγχουμε τον τρόπο που το φως συμπεριφέρεται περνώντας από τα διαθλαστικά μέσα του οφθαλμού καταγράφοντας τυχόν «σφάλματα» που οδηγούν σε μειωμένη οπτική οξύτητα

(abberoria). Υπάρχει ακόμη και η δυνατότητα να συμπεριλάβουμε στον σχεδιασμό μας τα σφάλματα αυτά (wavefront guided treatment) προσαρμόζοντας έτσι την θεραπεία αποκλειστικά σε κάθε οφθαλμό.

Η μέτρηση του χρόνου διάσπασης της προκεράτιας δακρυϊκής στοιβάδας και το τεστ διαβροχής ειδικών λωρίδων διηθητικού χαρτιού (Schirmer test) αποκλείουν τυχόν ξηροφθαλμία που μπορεί να επιδεινωθεί σε φωτοδιαθλαστικές επεμβάσεις δημιουργώντας σημαντικά προβλήματα στον ενδιαφερόμενο που δύσκολα αντιμετωπίζονται ακόμη και με μακροχρόνια και συχνή ενστάλαξη τεχνητών δακρύων. Η PRK πάντως προτιμάται έναντι της LASIK σε περιπτώσεις μειωμένης παραγωγής δακρύων καθώς ο σχηματισμός του κρημνού αποχωρίζει τις τελικές απολήξεις των νεύρων του κερατοειδούς ελαττώνοντας σημαντικά την αισθητικότητα του κερατοειδούς και άρα την αντανακλαστική παραγωγή δακρύων. Η κλινική εξέταση ολοκληρώνεται με μέτρηση της πίεσης των οφθαλμών και τέλος μυδρίαση και λεπτομερή έλεγχο του αμφιβληστροειδή. Ευρήματα στον αμφιβληστροειδή απαιτούν προσεκτική αξιολόγηση και αντιμετώπιση. Προτιμάται σε αυτές τις περιπτώσεις επίσης η PRK καθώς η λειτουργία του κερατοτόμου κατά την διαδικασία της LASIK περιλαμβάνει την ακινητοποίηση του βολβού του οφθαλμού μέσω αρνητικής πίεσης που ασκεί δυνάμεις ελκτικές στο υαλοειδές και κατ' επέκταση στον αμφιβληστροειδή.

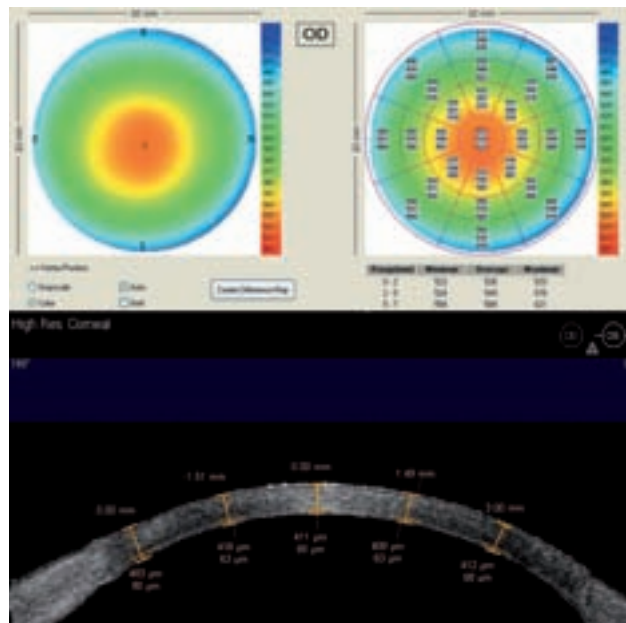
Με την ολοκλήρωση της κλινικής εξέτασης σειρά έχει η ενημέρωση του ενδιαφερομένου. Η συζήτηση όσον αφορά τις προσδοκίες από την επέμβαση



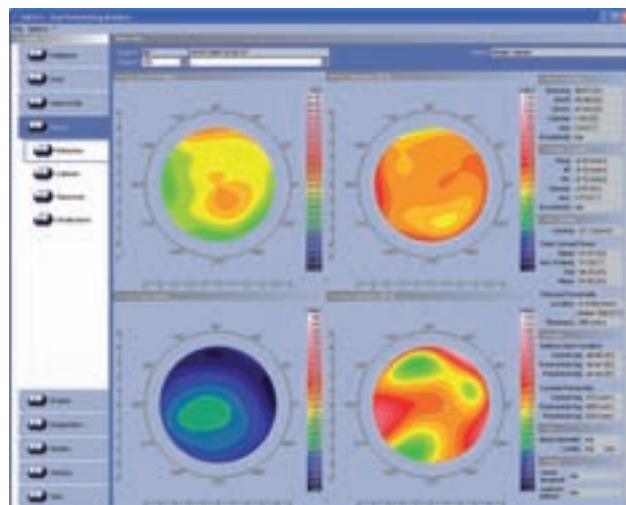
Σχήμα 3: LASIK- Σχηματισμός κρημνού, εφαρμογή LASER, επανατοποθέτηση κρημνού

αλλά και τις απαιτήσεις της επέμβασης πρέπει να είναι εκτενής. Ένα σημαντικό στοιχείο που πρέπει κανείς να γνωρίζει για τη φωτοδιαθλαστική (LASER) χειρουργική είναι ότι δρα θεραπευτικά στα διαθλαστικά προβλήματα και μόνο. Απαλλάσσει μόνο από την ανάγκη χρήσης γυαλιών, φακών επαφής ή άλλων βοηθημάτων. Αυτό πρέπει να γίνεται κατανοητό καθώς ο οφθαλμός διατηρεί μετεγχειρητικά όλα τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά που πιθανώς τον καθιστούν περισσότερο ευάλωτο (π.χ. περιφερικές αλλοιώσεις αμφιβληστροειδούς). Ένα επίσης σημαντικό στοιχείο είναι ότι η προεγχειρητική όραση με γυαλιά είναι η προσδοκώμενη μετεγχειρητική όραση χωρίς γυαλιά. Η υπερ-όραση (supervision) μπορεί συχνά να αποτελεί αντικείμενο διαλέξεων όμως δυστυχώς δεν έχει ακόμη επιτευχθεί. Τυχόν απορίες του ενδιαφερόμενου όπως για παράδειγμα «αν επανέρχεται η μυωπία» ή «αν αυξάνει η μυωπία στην εγκυμοσύνη» δεν πρέπει να μείνουν αναπάντητες. Πρέπει επίσης να συνειδητοποιήσει πως για ένα διάστημα 2 εβδομάδων μετά την επέμβαση οφείλει να περιορίσει τις έντονες δραστηριότητές (γυμναστήριο, κολύμβηση) και να αποφύγει το τρίψιμο και το βάψιμο των ματιών αν πρόκειται για γυναίκα. Η τήρηση των οδηγιών και η συμμόρφωση με την θεραπευτική αγωγή σταγόνων που χορηγείται μετεγχειρητικά είναι βασικά στοιχεία της επιτυχίας της επέμβασης.

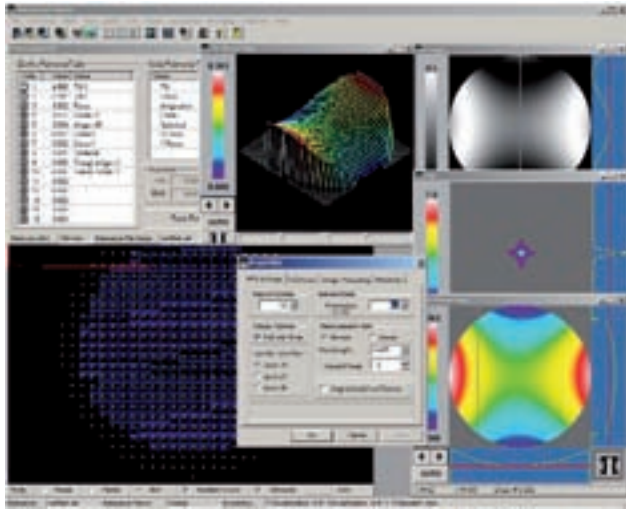
Η επιλογή μεταξύ PRK και LASIK θεωρητικά ανήκει στον ασθενή στην περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος είναι κατάλληλος και για τις δύο επεμβάσεις, ωστόσο ενδείξεις έχουν καθοριστεί όσον αφορά το εύρος των διαθλαστικών ανωμαλιών που χρήζουν διόρθωσης και το είδος της φωτοδιαθλαστικής επέμβασης που χρησιμοποιείται κάθε φορά. Μυωπία από -1,00D έως -7,00D μπορεί να διορθωθεί με PRK ή LASIK. Μυωπία από -7,00D έως -11,00D διορθώνεται κατά προτίμηση με LASIK. Υπερμετρωπία μέχρι +4,00D μπορεί να διορθωθεί με PRK ή LASIK. Υπερμετρωπία +3,00D μέχρι +6,00D διορθώνεται κατά προτίμηση με LASIK. Η αντιμετώπιση του αστιγματισμού παρουσιάζει την μεγαλύτερη πολυπλοκότητα. Ο απλός μυωπικός αστιγματισμός διορθώνεται με PRK ή LASIK, ο σύνθετος μυωπικός αστιγματισμός διορθώνεται με PRK ή LASIK ενώ ο σύνθετος υπερμετρωπικός αστιγματισμός διορθώ-



Σχήμα 5: OCT (τομογραφία οπτικής συνοχής) κερατοειδούς



Σχήμα 4: Scheimpflug ανάλυση κερατοειδούς



Σχήμα 6: Ανάλυση μετώπου κύματος οφθαλμού



Σχήμα 7: excimer laser τελευταίας γενιάς (Mell 80 - Zeiss) στο Κέντρο Όρασης Ηπείρου

νεται με LASIK. Οι 3,00D αστιγματισμού στην PRK και οι 6,00D αστιγματισμού στην LASIK αποτελούν τα αποδεκτά όρια διόρθωσης όταν τα υπόλοιπα κλινικά χαρακτηριστικά είναι τα πλέον ευνοϊκά.

Η μετεγχειρητική πορεία αξιολογείται σε διάφορα χρονικά στάδια τόσο για την έγκαιρη αντιμετώπιση επιπλοκών όσο και για την παρακολούθηση της διαδικασίας επούλωσης. Η εμφάνιση αντιδραστικής ίνωσης (haze) στην επιφάνεια του κερατοειδούς αποτελούσε στον παρελθόν το μεγαλύτερο πρόβλημα σε επεμβάσεις PRK. Η αποφυγή υψηλών διορθώσεων και τα τελευταία χρόνια η χρήση αντιταβολιτών (mitomycin) έχουν περιορίσει δραστικά την επιπλοκή αυτή. Όσον αφορά την LASIK η διάχυτη στρωματική κερατίτιδα (DLK) και η διείσδυση του επιθηλίου κάτω από τον κρημόν πρέπει να εντοπιστούν νωρίς ώστε να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Σταδιακά σε διάστημα εβδομάδος, μηνός και τριμήνου ελέγχονται επιπλέον η τελική διάθλαση, η ενδοφθάλμια πίεση, το πρόσθιο και το οπίσθιο ημιμόριο.

Πολλοί προβλέπουν στο μέλλον η φωτοδιαθλαστική χειρουργική να εκτοπίζει άλλες μεθόδους αντιμετώπισης των διαθλαστικών προβλημάτων. Το 2010 χαρακτηρίστηκε ως παγκόσμιο έτος LASIK. Με κριτήριο την μετεγχειρητική ικανοποίηση του ασθενούς η LASIK υπερέχει όλων των οφθαλμικών επεμβάσεων. Η ικανοποίηση των ασθενών πλησιάζει το 100% (στην φακοθρυψία το αντίστοιχο ποσοστό είναι 85%). Όμως ειδικά σε μία εποχή όπου οι προσδοκίες των ασθενών λόγω εξέλιξης της τεχνολογίας είναι υψηλές, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η πρακτική των φωτοδιαθλαστικών επεμβάσεων εμπεριέχει σημαντικούς και εν μέρει απρόβλεπτους κινδύνους. Οριακές ή υπερβολικές πρακτικές πρέπει να αποφεύγονται από τους ειδικούς που πρέπει να έχουν στο μυαλό τα λόγια του Χαράλαμπου Ευκαρπίδη, ενός από τους πρωτοπόρους της Διαθλαστικής Χειρουργικής στην Ελλάδα: «Ο ασθενής δεν ευτυχεί με περισσότερα δέκατα αλλά με καλύτερη όραση».



# Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ SCREENING ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Χασταζέρης Κων/νος  
Ουρολόγος

## Η αξία του Screening στον καρκίνο του προστάτη Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο καρκίνος του προστάτη (ΚΠ) είναι πλέον ο συχνότερα εμφανιζόμενος καρκίνος στους άνδρες, με επίπτωση περίπου 30%, ενώ αποτελεί και το δεύτερο αίτιο θανάτου από καρκίνο. Η πιθανότητα διάγνωσης και θανάτου από τον ΚΠ κατά τη διάρκεια της ζωής είναι αντίστοιχα 18% και 3%. Προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της νόσου είναι η κληρονομικότητα, γεωγραφικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες, ο δυτικός τρόπος ζωής, περιβαλλοντικοί παράγοντες και πιθανόν και η σεξουαλική συμπεριφορά. Χαρακτηριστικά, άτομα με συγγενείς α' βαθμού πάσχοντες από ΚΠ, όπως επίσης και οι άρρενες της Αφρο-Αμερικανικής φυλής, έχουν περίπου δύο φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης της νόσου από τον γενικό πληθυσμό. Επίσης αναφέρεται ότι και η συσχέτιση του μεταβολικού συνδρόμου με την ανάπτυξη ΚΠ είναι στενή.

Η αύξηση των περιπτώσεων ΚΠ σχετίζεται άμεσα με τη χρήση του ειδικού προστατικού αντιγόνου-PSA (Prostate Specific Antigen), ειδικά από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Η καθημερινή κλινική πράξη για τον έλεγχο των προστατικών παθήσεων περιλαμβάνει την δακτυλική εξέταση και τη μέτρηση του PSA στον ορό του αίματος. Αν και η χρήση των δύο αυτών εξετάσεων είναι ρουτίνα στην καθ' ημέρα πράξη, εντούτοις είναι ιδιαίτερος αμφιλεγόμενη η αξία τους στη διάγνωση της νόσου και ειδικότερα στο screening.

Ως έλεγχος screening ορίζεται η εξέταση ασυμπτω-

ματικών ατόμων με κίνδυνο για την ανάπτυξη μιας νόσου. Αρχή επομένως εξ ορισμού του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η ελάττωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας μέσα από την πρώιμη διάγνωση της νόσου.

## Μέσα του προσυμπτωματικού ελέγχου στον καρκίνο του προστάτη

### Δακτυλική εξέταση προστάτη (ΔΕΠ)

Η αξία της ΔΕΠ είναι χωρίς αμφισβήτηση ο θεμέλιος λίθος στην προσπάθεια διάγνωσης του προστατικού καρκίνου. Η ΔΕΠ είναι η πρώτη κλινική πράξη για τον έλεγχο του προστάτη και δρα συμπληρωματικά στη διάγνωση του ΚΠ μαζί με το PSA. Παρόλα αυτά, ορισμένοι ερευνητές καταλήγουν σε μια σκεπτικιστική αντιμετώπιση για τη χρησιμότητα της ΔΕΠ σε ασθενείς άνω των 80 ετών ή με πολύ χαμηλό PSA, συνήθως < 1,0 ng/ml. Χαρακτηριστικά αναφέρεται πως η θετική προγνωστική αξία της ΔΕΠ σε ασθενείς με PSA < 4ng/ml είναι μόλις 4-33%, ενώ και η ευαισθησία της εξέτασης σε ασυμπτωματικούς άνδρες είναι από 18-68%. Η μεγάλη κλινική μελέτη ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) παραλείπει την ΔΕΠ και προχωρά σε διορθική βιοψία προστάτη σε άνδρες με PSA > 3,0 ng/ml. Η εγκατάλειψη της ΔΕΠ από την ERSPC εξηγείται από την χαμηλότατη ευαισθησία και ειδικότητά της (χαρακτηριστικά, σε ασθενείς με τιμή PSA < 3,0 ng/ml χρειάζονται 11 βιοψίες για να ανακαλυφθεί ένας καρκίνος), ενώ είναι και κοινά αποδεκτό πως οι προστατικοί καρκίνοι σε ασθενείς με τιμές PSA < 3,0 ng/ml είναι χαμηλής επιθετικότητας. Παρόλα αυτά, η ίδια μελέτη συστήνει τη χρήση της



ΔΕΠ σε επιλεκτικό προσυμπτωματικό έλεγχο των ασθενών με αρνητική προηγηθείσα διορθική βιοψία προστάτη, όπου επί φυσιολογικής ΔΕΠ η βιοψία μπορεί να αναβληθεί χωρίς τον κίνδυνο παράλειψης σημαντικού αριθμού επιθετικών καρκίνων.

Στον αντίλογο η ομάδα του Catalonia συμπεραίνει πως η ΔΕΠ μπορεί μόνη της να διαγνώσει κλινικά σημαντικούς ΚΠ σε ποσοστό 20%, σε ασθενείς με PSA < 4,0 ng/ml. Στην ίδια μελέτη, φαίνεται πως η ΔΕΠ, σε συνδυασμό με το PSA, αυξάνει τη δεκαετή επιβίωση. Αξίζει να επισημανθεί ότι οι άνδρες έχουν μια προκατάληψη με την ΔΕΠ, όμως σε περίπτωση θετικών ευρημάτων και τη σύσταση βιοψίας λίγοι είναι αυτοί που αρνούνται.

## PSA (Prostate Specific Antigen)

### Ειδικό Προστατικό Αντιγόνο

Η χρήση του PSA έχει καταστήσει μια εξέταση ρουτίνας στη διάγνωση του προστατικού καρκίνου. Ο έλεγχος αυτού του δείκτη πρέπει να ξεκινά στην ηλικία των 50 ετών, εκτός εάν υπάρχει πρώτου βαθμού συγγενής με ΚΠ. Η σύσταση σε αυτούς τους άνδρες είναι να ελέγχουν το PSA από την ηλικία των 45 ετών. Τα φυσιολογικά όρια του PSA τείνουν να καταρτηθούν, επειδή μεγάλο ποσοστό ασθενών (15%) που έχουν PSA < 4 πάσχουν από ΚΠ και μάλιστα το 25% παρουσιάζει υψηλόβαθμο Gleason score (> 7). Αυτά τα ευρήματα οδήγησαν πολλούς ερευνητές στο να χαμηλώσουν τόσο το όριο του θεωρούμενου φυσιολογικού PSA στο 2,5 ng/ml όσο και το ηλικιακό όριο στα 40 έτη.

Άλλοι συγγραφείς θεωρούν ότι η ελάττωση των ορίων του PSA οδηγεί στην διάγνωση προστατικών καρκίνων που ουδέποτε θα είχαν εκδηλωθεί κλινικά.

Αυτό το φαινόμενο της «υπερδιάγνωσης», όπως είναι φυσικό, θα οδηγήσει και στην «υπερθεραπεία», αλλά και στην αύξηση του κόστους.

Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η επικράτηση ενός αυστηρά καθορισμένου φυσιολογικού ορίου για το PSA, ανεξάρτητα από την ηλικία και άλλα ευρήματα, δεν είναι ασφαλής.

Καταστάσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση του PSA χωρίς να υπάρχει προστατικό καρκίνωμα είναι, εκτός της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη, η οξεία επίσχεση ούρων, ένα προστατικό έμφρακτο, καθώς και διάφοροι χειρισμοί στον προ-

στάτη. Επίσης, η λήψη φαρμάκων, όπως π.χ. η φιναστερίδη, για μεγάλο χρονικό διάστημα (6-12 μήνες), οδηγεί στη μείωση της τιμής του PSA στο μισό. Αυτό το γεγονός συνεπώς οδηγεί στο να μην είναι δυνατόν να ληφθεί υπόψη το PSA για τη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη.

## Κινητική του PSA

### Συμπληρωματικά συστήματα βελτίωσης της ειδικότητας του PSA

#### Στατικά

PSA density (PSAD)

PSA density της μεταβατικής ζώνης (PSADTZ)

PSA ratio (Σχέση ελεύθερου/ολικού PSA)

#### Δυναμικά

PSA velocity (PSAV)

Χρόνος διπλασιασμού του PSA

## PSA density (PSAD)

Το PSA density βασίζεται σε μελέτες του Benson et al 1989, Stamey κ. McNeal 1992, σύμφωνα με τις οποίες 1 cm<sup>3</sup> καρκινωματούδους προστατικού ιστού απελευθερώνει στον ορό του αίματος 12 φορές περισσότερο PSA από ό,τι 1 cm<sup>3</sup> υπερπλαστικού προστατικού ιστού.

Το PSA density είναι το πηλίκο της τιμής του PSA προς τον όγκο του προστάτη που υπολογίζεται με διορθικό υπερηχογράφημα. Στην κλινική πράξη σε PSAD > 0,15 υπάρχει 60% πιθανότητα ύπαρξης προστατικού καρκίνου. Η παράμετρος αυτή, επειδή ακριβώς εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον χειριστή του διορθικού υπερηχογράφου, η ευαισθησία της είναι χαμηλή και γενικώς δεν θεωρείται χρήσιμη.

Αντίθετα, το PSADTZ (PSA Density Transition zone = PSA μεταβατικής ζώνης) σε ορισμένες μελέτες έχει βρεθεί ότι ξεπερνά σε ευαισθησία το PSA και PSA ratio.

## PSA ratio

Ορίζεται ως ο λόγος του ελεύθερου προς το ολικό PSA. Από μελέτες έχει βρεθεί στατιστικά ότι τιμή μικρότερη του 0,15 παρουσιάζει υψηλή προγνωστική αξία για κακοήθεια. Το PSA ratio συνήθως είναι αντιστρόφως ανάλογο του Gleason score.

Η αξία του εν λόγω δείκτη είναι μεγαλύτερη όταν η τιμή του PSA είναι στην γκριζα ζώνη μεταξύ 2-10ng/ml.

## PSA velocity (PSAV)

Ως PSA velocity ορίζεται η απόλυτη αύξηση του PSA ανά έτος. Η αύξηση της τιμής του PSA πάνω από 0,75 ng/ml/έτος έχει περιγραφεί ως δείκτης πιθανής κακοήθειας (Thiel et al 1998). Η χρήση του PSAV στο screening για τον καρκίνο του προστάτη δεν έχει ιδιαίτερη αξία, διότι απαιτείται η μέτρηση του PSA για ορισμένα χρόνια.

## Άλλοι δείκτες

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι μοριακές ισομορφές του PSA, π.χ. το pro-PSA. Επίσης, έρευνες γίνονται για την αξία ενός μοριακού test PCA3, το οποίο μετρά το mRNA στα ούρα του ασθενούς, αφού προηγηθεί μάλαξη του προστάτη.

## Διορθικό υπερηχογράφημα

Η σημαντικότερη προσφορά του διορθικού u/s είναι στη λήψη βιοψιών από συγκεκριμένα σημεία, με αποτέλεσμα την καλύτερη σάρωση του προστάτη. Η αντίληψη ότι κάθε υποηχοϊκή περιοχή είναι καρκίνος δεν ισχύει, διότι μόνο το 1/3 εξ αυτών κρύβουν κακοήθεια.

## Αποτελέσματα Μελετών Screening

Υπάρχουν μελέτες που αφορούν στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον προστατικό καρκίνο και υποστηρίζουν ότι το ποσοστό των εντοπισμένων καρκίνων αυξάνεται με το screening περίπου στο διπλάσιο (77% vs 37%).

Άλλοι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι με τον προσυμπτωματικό έλεγχο μειώνεται η θνησιμότητα από τον προστατικό καρκίνο κατά 62% (Labrie et al).

Στον αντίποδα αυτών των μελετών υπάρχουν και μελέτες που υποστηρίζουν ότι το 18-85% των ανιχνευθέντων από το screening καρκίνων δεν θα γίνουν ποτέ κλινικά σημαντικοί και μόνο το 1/8 εξ αυτών θα καταλήξουν από το συγκεκριμένο καρκίνωμα.

Γενικά, εκ των ανωτέρω μελετών συνάγεται το συμπέ-

ρασμα ότι το όφελος από το screening για τον καρκίνο του προστάτη δεν είναι ακόμη επιβεβαιωμένο.

Γι' αυτό ακριβώς το λόγο γίνονται προσπάθειες εξεύρεσης δεικτών με μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα από το PSA.

Αυτή την περίοδο είναι σε εξέλιξη μία μεγάλη πολυκεντρική μελέτη στην Ευρώπη, η ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate cancer), με δείγμα 19.970 ανδρών, τα αποτελέσματα της οποίας θα γνωστοποιηθούν περί το 2010.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- CATALONA WJ, ANTENOR JA, ROEHL KA, MOUL JW. Screening for prostate cancer in high-risk population. *J Urol*. 2002 168: 1980-1983.
- LAKKANEN JA, LAAKSONEN DE, NISKANEN L, PYKKALA E, HAKKARAINEN A, SALONEN JT, Metabolic syndrome and the risk of prostate cancer in Finnish men. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004, 13: 1646-1650.
- JEMAL A, SIEGEL R, MURRAY T, XU J, SMIGAL C. *CA Cancer Jclin* 2006, 429: 106-130.
- SCHRODER FH, VAN DER MAAS P, BEEMSTER BOER P, KRUGER AB, HOEDEMAEKER R, RIETBER GEN J, Evaluation of digital rectal examination as a screening test for prostate cancer. *J Nat Cancer Inst* 1998, 90: 1817-1823.
- SCHRODER FH, ROOBOL-BOUTS M, VIS AN, VAN DER KWASTT, KRANSE R. Prostate-specific-antigen based early detection of prostate cancer validation of screening without rectal examination. *Urology* 2001, 57: 83-90.
- LIM LS, SHERIN K. ACPM Prevention Practice Committee. Screening for prostate cancer in U.S. men-ACPM position statement on preventive practice. *Am J Prev Med* 2008, 34: 164-170.
- GOSELAAR C, ROOBOL MJ, ROEMELING S, SCHRODER FH. The role of digital rectal examination in subsequent screening visits in the European randomized study of screening for Prostate cancer. *Eur Urol* 2008.
- OKOTIE OT, ROEHL KA, MISOP L, LOED S, GASHTI SN, CATALONA WJ. Characteristics of prostate cancer detected by digital rectal examination only. *Urology* 2007, 70: 1117-1120.
- YOSSEPOWITCH O. Digital rectal examination remains an important screening tool for prostate cancer. *Eur Urol* 2008.
- GOSELAAR C, ROOBOL MJ, ROEMELING S, VAN DER KWAST TH, SCHRODER FH. Screening for prostate cancer at low PSA range: the impact of digital rectal examination on tumor incidence and tumor characteristics. *Prostate* 2007, 67: 154-161.
- THOMPSON IM, TAGEN CM, GOODMAN PJ. Finastetide improves the sensitivity of digital rectal examination for prostate cancer detection. *J Urol* 2007, 177: 1749-1752.
- LABRIE SM, CANTAS B, CUSAN L, GOMEZ JL, BELANGERA, BROUSSEAU G. Screening decreases prostate cancer mortality: 11-year follow-up of the 1988 Quebec prospective randomized controlled trial. *The prostate* 2004, 59: 311-318.
- Ι.Σ. ΤΥΠΙΤΖΗΣ, Κ. ΣΤΡΑΒΟΔΗΜΟΣ. Η αξία του προσυμπτωματικού ελέγχου στον καρκίνο του προστάτη. 2009, 21-2, 97-104.
- ΗΛΙΑΣ Κ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ. Ουρολογική Ογκολογία.

# ΝΕΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΕΑ ΓΡΙΠΗ

## Επικαιροποίηση των οδηγιών για την αντιμετώπιση της νέας γρίπης

Σταυρούλα Τσιάρα  
Παθολόγος

Επίκουρος Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Η** αντιμετώπιση της νέας γρίπης, H1N1, κατά την παρούσα χρονική περίοδο, έχει περάσει από τη φάση της περιχαράκωσης της νόσου στη φάση προστασίας των ασθενών.

Η προσπάθεια περιχαράκωσης της νόσου είχε σκοπό την αποφυγή της ταχείας εξάπλωσης της νόσου σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού και την ταχεία εμφάνιση πανδημίας. Στην παρούσα περίοδο, της προστασίας των ασθενών που νοσούν από τη νέα γρίπη, H1N1, ο στόχος είναι να ανιχνευθούν άτομα που πάσχουν από σοβαρά υποκείμενα νοσήματα, τα οποία δυνητικά μπορεί να εμφανίσουν βαρεία νόσο, και ασθενείς που εμφανίζουν σοβαρές εκδηλώσεις της νόσου ή παρουσιάζουν σοβαρές επιπλοκές που σχετίζονται με αυτή.

### Ποιοι είναι οι ασθενείς που ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση επιπλοκών

Οι ασθενείς που πάσχουν από σοβαρά υποκείμενα νοσήματα και είναι δυνατό να εμφανίσουν απειλητική για τη ζωή νόσο είναι άτομα που πάσχουν από χρόνιες πνευμονοπάθειες, από καρδιαγγειακά νοσήματα, ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σε εξωνεφρική κάθαρση, ασθενείς με χρόνια ηπατικά νοσήματα, όπως κίρρωση, ασθενείς με νευρολογικές παθήσεις ή και παθήσεις του μυϊκού συστήματος, ασθενείς με μεταβολικά νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ή η νοσογόνος παχυσαρκία, ασθενείς με αιματολογικά νοσήματα και αιμοσφαιρινοπάθειες, ασθενείς με υποκείμενη ανοσοκαταστολή συνεπεία λήψης χημειοθεραπευτικών ή ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων, άτομα που λαμβάνουν μακροχρόνια ασπιρίνη, έγκυες, παιδιά κάτω των 5 ετών, ενήλικα άτομα πάνω από 65 έτη και τρόφιμοι οίκων ευγηρίας ή άλλων δομών ημερήσιας φροντίδας.

### Ποιοι ασθενείς πρέπει να νοσηλεύονται στο σπίτι

Με την πάροδο του χρόνου, την παρατήρηση και την καταγραφή αρκετά μεγάλου αριθμού ασθενών, έγινε κατανοητό ότι η νόσος στην πλειονότητα των ατόμων που δεν εμφανίζουν υποκείμενα νοσήματα ή επιπλοκές αυτής κα-

θαυτής της νόσου διαδράμει με ήπια μορφή και δεν χρειάζεται νοσοκομειακή νοσηλεία ή ειδική αντιμετώπιση.

Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να παραμένουν στο σπίτι τους, να εφαρμόζουν τα συνήθη μέτρα αντιμετώπισης των ιογενών λοιμώξεων και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να συνωστίζονται στις δομές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι τα μέτρα προσωπικής υγιεινής και ατομικής προστασίας, όπως αυτά είχαν περιγραφεί στις προηγούμενες οδηγίες, πρέπει να τηρούνται με σχολαστικότητα.

Κατά αυτόν τον τρόπο θα υπάρχει η δυνατότητα να αναζητούν φροντίδα στις δομές αυτές ασθενείς με γρίπη H1N1 οι οποίοι πάσχουν από υποκείμενα νοσήματα και εμφανίζουν σοβαρές επιπλοκές από το αναπνευστικό ή άλλα συστήματα. Έτσι οι δομές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας θα παραμένουν επικεντρωμένες στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς που πάσχουν από σοβαρά υποκείμενα νοσήματα ή που έχουν εμφανίσει επιπλοκές και χρειάζονται νοσηλεία.

Μια άλλη κατηγορία ασθενών που πρέπει να παραπέμπεται στο νοσοκομείο είναι ασθενείς στους οποίους πρέπει να ληφθεί φαρυγγικό επίχρισμα για την τεκμηρίωση της διάγνωσης.

### Πότε πρέπει να λαμβάνεται φαρυγγικό επίχρισμα

Η διάγνωση της νόσου με τη λήψη φαρυγγικού επιχρίσματος πρέπει να διενεργείται σε ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν σοβαρή και ανεξήγητη κλινική συμπτωματολογία από το αναπνευστικό και χρειάζεται να εισαχθούν στο νοσοκομείο, σε ασθενείς που κατέληξαν από σοβαρή και ανεξήγητη νόσο του αναπνευστικού, σε άτομα που έχουν υψηλό δείκτη υποψίας της ασθένειας και η νόσος εμφανίζεται κατά συρροή, όπως λ.χ. κατασκήνώσεις, φυλακές, στρατόπεδα, ιδρύματα, όπως επίσης και σε ασθενείς που προσέρχονται για επανέλεγχο, όταν δεν έχει ληφθεί επίχρισμα ή το αρχικό επίχρισμα είναι αρνητικό, είτε επειδή η νόσος πατείνεται ή υποτροπιάζει.

### Πότε πρέπει να χορηγούνται αντι-ιικά φάρμακα

Φάρμακα κατά των ιών δεν πρέπει να χορηγούνται σε όλους τους ασθενείς που νοσούν, ούτε σε όλους τους ασθενείς που εκτέθηκαν στον ιό.

Τα αντι-ιικά φάρμακα πρέπει να χορηγούνται είτε ως προφυλακτική αγωγή, είτε ως θεραπεία επί εκδηλωμένης νόσου.

Οι ενδείξεις χορήγησης προφυλακτικής αγωγής είναι οι παρακάτω:

**1)** Ασθενείς υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη επιπλοκών ή για την εκδήλωση σοβαρής νόσου (όπως περιγράφηκαν παραπάνω), οι οποίοι έχουν εκτεθεί στον ιό, λ.χ. στενή επαφή με ασθενή με επιβεβαιωμένη νόσο.

**2)** Επαγγελματίες υγείας που εκτέθηκαν με στενή και χωρίς τις ενδεδειγμένες προφυλάξεις επαφή με ασθενή που επιβεβαιωμένα νοσεί από την νόσο.

Οι ασθενείς στους οποίους ενδείκνυται η χορήγηση θεραπευτικής αγωγής είναι:

**1)** Ασθενείς με σοβαρές κλινικές εκδηλώσεις της νέας γρίπης ή ασθενείς που έχουν νοσήσει και εμφανίζουν επιπλοκές ή ασθενείς που χρειάζονται ενδονοσοκομειακή νοσηλεία επειδή εμφανίζουν νόσο με σοβαρή κλινική πορεία.

**2)** Άτομα τα οποία νοσούν από γρίπη και είναι πιθανό να εμφανίσουν σοβαρές επιπλοκές ή νόσο με σοβαρές κλινικές εκδηλώσεις σε περιοχές όπου παρατηρείται συνεχής μετάδοση της νέας γρίπης.

Υπενθυμίζεται ότι η οσελταμιβίρη χορηγείται για προφύλαξη μία φορά ημερησίως για δέκα ημέρες και για θεραπεία χορηγείται δύο φορές ημερησίως για πέντε ημέρες. Η στρατηγική αυτή για τη χορήγηση των φαρμάκων σε επιλεγμένους ασθενείς με σημαντικό κίνδυνο για την εμφάνιση επιπλοκών έχει στόχο την αποφυγή ανάπτυξης ανθεκτικών στελεχών στην οσελταμιβίρη.

## **Τι θεωρείται στενή επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα γρίπης**

Στενή επαφή θεωρείται η παροχή φροντίδας σε ασθενή που νοσεί από γρίπη H1N1, η κοινή διαμονή με ασθενή που νοσεί από γρίπη και η επαφή με εκκρίματα ή σωματικά υγρά ασθενούς που νοσεί από γρίπη.

## **Οδηγίες για κατ' οίκον νοσηλεία**

Οι οδηγίες για νοσηλεία στο σπίτι δεν μεταβάλλονται, ισχύουν όπως είχαν περιγραφεί στις προηγούμενες οδηγίες. Οι ασθενείς πρέπει να νοσηλεύονται κατά το δυνατόν απομονωμένοι από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, να έχουν τις λιγότερες δυνατές επαφές με τα υγιή άτομα και κυρίως με εκείνους οι οποίοι έχουν σοβαρά υποκείμενα νοσήματα και, αν προσβληθούν από τη νόσο, είναι δυνατό να εμφανίσουν σοβαρές επιπλοκές. Η έξοδος από το σπίτι πρέπει να γίνεται μόνο για σοβαρούς ιατρικούς λόγους, έτσι ώστε να αποφεύγεται η διασπορά της νόσου.

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην τήρηση των μέτρων ατομικής υγιεινής και προστασίας και κυρίως στο πλύσιμο των χεριών με σχολαστικότητα.

Εδώ πρέπει και πάλι να τονιστεί ότι δεν είναι απαραίτητη η εργαστηριακή επιβεβαίωση της νόσου με τη λήψη φαρυγγικού επιχρίσματος σε όλους τους ασθενείς που θα εμφανίσουν συμπτώματα γρίπης.

## **Πότε απαιτείται μεταφορά του ασθενούς στο νοσοκομείο**

Ασθενείς με συμπτώματα γρίπης και ήπια συμπτωματολογία πρέπει να παραμένουν στο σπίτι χωρίς στενή επαφή με άλλα άτομα.

Τα συμπτώματα και τα σημεία συναγερμού που θα οδηγήσουν έναν ασθενή στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας ή και νοσοκομειακής περίθαλψης είναι:

Ιδιαίτερα έντονη κλινική συμπτωματολογία, παράταση του πυρετού πάνω από 4-5 ημέρες, εμφάνιση δύσπνοιας, κυάνωσης ή και θωρακικού άλγους, η εμφάνιση εμέτων, η ύπαρξη ενδείξεων αφυδάτωσης και οι ενδείξεις συμμετοχής του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως σπασμοί, σφοδρή κεφαλαλγία και διανοητική σύγχυση. Έτσι, ασθενείς με γρίπη, ήπια κλινική συμπτωματολογία και χωρίς υποκείμενα νοσήματα πρέπει να παραμένουν στο σπίτι μέχρι να αποδράμει ο πυρετός ή για επτά ημέρες από την εκδήλωση της νόσου. Οι συνθήκες νοσηλείας στο σπίτι πρέπει να έχουν στόχο την αποφυγή της διασποράς της νόσου. Οι ασθενείς αυτοί δεν πρέπει να λαμβάνουν ειδική φαρμακευτική αγωγή.

Ασθενείς που πάσχουν από σοβαρά νοσήματα, εάν εμφανίζουν ήπια κλινική συμπτωματολογία της γρίπης H1N1, πρέπει να παραμένουν στο σπίτι, σε συνθήκες σχετικής μόνωσης, και να συμβουλευονται το γιατρό τους, είτε τηλεφωνικά, είτε με επίσκεψη, για το ενδεχόμενο της χορήγησης θεραπευτικής αγωγής με οσελταμιβίρη.

Σε περίπτωση επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας τους ή σε εμφάνιση των σημείων συναγερμού, πρέπει να επισκέπτονται άμεσα το θέρáποντα ιατρό τους ή να αναζητούν βοήθεια σε νοσοκομείο.

Η στρατηγική που περιγράφηκε παραπάνω για την αντιμετώπιση των ασθενών με γρίπη H1N1 στοχεύει, κυρίως, στην αποφυγή συσσώρευσης ασθενών με ήπια κλινική συμπτωματολογία στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και των άλλων δομών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έτσι ώστε οι δομές αυτές να είναι έτοιμες και ικανές να υποδεχθούν και να αντιμετωπίσουν περιστατικά της νόσου με σοβαρή κλινική συμπτωματολογία που χρειάζονται νοσηλεία σε τμήματα είτε και σε μονάδες εντατικής παρακολούθησης. Η προσήλωση στην έγκαιρη αναγνώριση, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών με σοβαρή συμπτωματολογία θα βοηθήσει σημαντικά στη μείωση της θνητότητας από τη νόσο.



## ΕΜΒΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΓΡΙΠΗΣ

Ιφιγένεια Μπένου

Ειδικευόμενη Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Νικόλαος Χαλιάσος

Παιδίατρος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ευαγγελία Ντζάνη

Παιδίατρος, Επίκουρη Καθηγήτρια Υγιεινής-Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

### Εισαγωγή

**Τ**ον Απρίλιο 2009 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) ανακοίνωσε την εμφάνιση ενός νέου ιού της γρίπης τύπου A (H1N1) χοίρειας προέλευσης<sup>1</sup>. Η λοίμωξη των ανθρώπων από τη γρίπη των χοίρων είχε ανιχνευθεί σποραδικά από τα τέλη της δεκαετίας του 1950, συνήθως σε άτομα που εργάζονταν σε χοιροστάσια, όμως οι δευτεροπαθείς περιπτώσεις μετάδοσης από άνθρωπο σε άνθρωπο υπήρξαν πολύ σπάνιες<sup>2</sup>. Στην παρούσα φάση, όμως, ο ιός υπήρξε ιδιαίτερα μεταδοτικός, από άνθρωπο σε άνθρωπο και από χώρα σε χώρα, με αποτέλεσμα τον Ιούνιο 2009 η ΠΟΥ να κηρύξει την έναρξη μιας νέας πανδημίας γρίπης<sup>3</sup>. Σύμφωνα με την τελευταία ενημέρωση της ΠΟΥ (16/10/2009), πάνω από 399.232 άνθρωποι έχουν τεκμηριωμένα νοσήσει και περισσότεροι από 4.735 άνθρωποι έχουν πεθάνει από αιτίες σχετιζόμενες με τον ιό. Τα συγκεκριμένα νούμερα αποτελούν μια, κατά προσέγγιση, εκτίμηση της παρούσας κατάστασης, μιας και, από τον Αύγουστο 2009, η διαδικασία επιτήρησης της πανδημίας έχει περάσει από τη φάση περιχαράκωσης του ιού στη φάση προστασίας των ασθενών, όπου η ακριβής καταγραφή όλων των νοσούντων δεν έχει πια νόημα<sup>4</sup>. Επιπλέον, οι πλέον πρόσφατες συστάσεις της ΠΟΥ προειδοποιούν για το ενδεχόμενο ενός δευτέρου κύματος εξάπλωσης της πανδημίας στις χώρες του Βορείου Ημισφαιρίου<sup>5</sup>.

Όσον αφορά στις παραμέτρους που καθορίζουν την νοσηρότητα και θνητότητα από την πανδημία, αξίζει κανείς να αναφέρει, κατ' αρχήν, ότι μέχρι στιγμής η νόσος προκαλείται αποκλειστικά από το ίδιο στέλεχος του ιού, χωρίς ενδείξεις μεταλλάξεων προς πιο λοιμογόνα στελέχη ή στελέχη που επιφέρουν μεγαλύτερη θνητότητα, και με σποραδικές περιπτώσεις

ανθεκτικότητας στην οσελταμιβίρη. Έτσι, ο ιός εξακολουθεί να προκαλεί νόσο ήπιας κλινικής σοβαρότητας, με την ίδια κλινική εικόνα παγκοσμίως, και με μικρό σχετικά αριθμό σοβαρών ή θανατηφόρων περιστατικών<sup>6</sup>. Σε σχέση όμως με την εποχική γρίπη, η παρούσα πανδημία πλήττει σχετικά νεότερες ηλικιακές ομάδες. Για παράδειγμα, μέχρι 31 Ιουλίου 2009 η διάμεση ηλικία των ατόμων που επιβεβαιωμένα είχαν προσβληθεί από τον ιό τύπου A (H1N1) στις Η.Π.Α. ήταν 12 ετών και η μεγαλύτερη επίπτωση παρατηρήθηκε στην ηλικιακή ομάδα 5-24 ετών<sup>7</sup>. Εξάλλου, για τις ΗΠΑ τα αθροιστικά ποσοστά νοσηλείας για τη νέα γρίπη H1N1 για την περίοδο Απρίλιος-Αύγουστος 2009 προσέγγισαν τα ποσοστά της εποχικής γρίπης (τέλος περιόδου), όσον αφορά τα παιδιά σχολικής ηλικίας και τους ενήλικες 18-49 ετών<sup>7</sup>. Στις περιπτώσεις σοβαρής νόσου από H1N1, η προκαλούμενη αναπνευστική ανεπάρκεια τείνει να είναι πολύ σοβαρή με συχνή την ανάγκη εντατικοποιημένης ιατρικής φροντίδας<sup>8</sup> (15% των νοσηλευόμενων για τις χώρες του Νοτίου Ημισφαιρίου). Ειδική μνεία πρέπει, τέλος, να γίνει στην ομάδα των εγκύων που φαίνεται να αναδεικνύεται σε ομάδα υψηλού κινδύνου για την πανδημία γρίπης 2009<sup>9</sup>.

Παρά την συσσωρευμένη εμπειρία από άλλες πανδημίες<sup>10</sup> είναι δύσκολο να προβλέψει κανείς με ακρίβεια την εξέλιξη της πανδημίας γρίπης 2009. Η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου έχει καταθέσει πρόσφατα το πρόγραμμα στρατηγικού σχεδιασμού κατά της πανδημίας, δίνοντας κάποιες εκτιμήσεις για την επίπτωση της πανδημίας στις υπηρεσίες υγείας, όπου αναφέρεται ότι, με βάση το κακό σενάριο, θα εμφανίσει συμπτώματα μέχρι και 30% του πληθυσμού με πιθανές επιπλοκές στο 15% των κλινικών περιστατικών, θα χρειαστεί νοσηλεία μέχρι και 1%

των κλινικών περιστατικών, εκ των οποίων μέχρι 25% πιθανόν να χρειαστούν εντατικοποιημένη φροντίδα, και τέλος το ποσοστό των θανάτων μπορεί να φτάσει μέχρι και 0.1% των κλινικών περιστατικών<sup>11</sup>. Πρέπει, όμως, να σημειώσει κανείς ότι οι εκτιμήσεις αυτές βασίζονται σε παραδοχές που περιλαμβάνονται στο κακό σενάριο έκβασης της πανδημίας και κυρίως ο ακριβής υπολογισμός των ποσοστών επιπλοκών και θανάτων προαπαιτεί ακριβή γνώση του ολικού ποσοστού των νοσούντων, συμπεριλαμβανομένων των ήπιων κλινικών περιπτώσεων, αλλά και του ακριβούς ποσοστού των θανάτων που σχετίζονται με τη νέα γρίπη, παράμετροι που η καταγραφή τους μπορεί να είναι προβληματική. Έτσι, ακόμη και μικρές αποκλίσεις από τα βασικά νούμερα μπορούν να εκτρέψουν το μοντέλο σημαντικά και οι μέχρι τώρα εκτιμήσεις τοποθετούν την αληθή έκβαση της πανδημίας μάλλον προς την κατεύθυνση του καλού σεναρίου<sup>12</sup>. Πράγματι, ανάλυση δεδομένων από το Νότιο Ημισφαίριο (Νέα Ζηλανδία) αναφέρει πολύ μικρότερη θνητότητα<sup>13</sup> (case fatality rate 0.005%). Η συνεχώς ανανεούμενη πληροφορία σχετικά με όλες τις παραμέτρους της πανδημίας είναι ευρέως διαθέσιμη και εύκολα προσβάσιμη τόσο από το κοινό, αλλά και από τους ιατρούς και τις κυβερνήσεις και προέρχεται τόσο από διεθνείς οργανισμούς όσο και από έγκυρα ιατρικά περιοδικά<sup>14-19</sup>. Η παρούσα ανασκόπηση στη συνέχεια θα επικεντρωθεί σε θέματα τροποποίησης της τρέχουσας εμβολιαστικής στρατηγικής ως άμεση συνέπεια της πανδημίας.

## Εμβολιασμός κατά του ιού της γρίπης A H1N1

Τον Ιούλιο 2009, η πολιτική αντιμετώπισης της λοίμωξης από τον ιό της γρίπης H1N1 πέρασε από την φάση περιχαράκωσης του ιού στη φάση προστασίας των ασθενών. Η αναγκαιότητα υιοθέτησης μιας τέτοιας αλλαγής πολιτικής καθορίστηκε από το γεγονός ότι η περαιτέρω εξάπλωση του ιού ήταν αναπόφευκτη και ότι ο ιός της γρίπης H1N1 χρειάστηκε μόλις 6 εβδομάδες για να εξαπλωθεί τόσο ευρέως, όταν άλλοι ιοί της γρίπης σε προηγούμενες πανδημίες είχαν εξαπλωθεί σε 6 μήνες<sup>3</sup>. Ως άμεση συνέπεια της εξέλιξης της πανδημίας, ακολούθησε επαναπροσδιορισμός των προτεραιοτήτων και άμεση σύσταση προς κατασκευή και παράδοση ασφαλών εμβολίων για τον νέο ιό. Η ανάγκη έγκαιρης παρασκευής του εμβολίου κατά του ιού H1N1 προκάλεσε έντονη ανησυχία σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα ενός εμβολίου που θα ακολουθούσε αναγκαστικά ταχεία οδό έγκρισης, δεδομένης της εμπειρίας από προηγούμενες πανδημίες

όπου τα εμβόλια έφτασαν αργά. Πάντως, η πολυετής εμπειρία της ιατρικής κοινότητας σε εμβόλια κατά του ιού της εποχικής γρίπης έχει δείξει ότι η τροποποίηση του στελέχους του ιού, όπως γίνεται περιοδικά, δεν αναμένεται να επηρεάσει την ασφάλεια του εμβολίου.

Η ταχεία εξέλιξη της πανδημίας δυστυχώς προηγείται της συσσώρευσης επαρκών τεκμηρίων που θα επιβεβαίωναν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου. Ούτως ή άλλως, αυτό συμβαίνει ως ένα βαθμό και με όλα τα εμβόλια όπου η έγκριση χορήγησής τους δε σηματοδοτεί το τέλος της επαγρύπνησης για ανεπιθύμητες ενέργειες, αλλά αντίθετα την επιτείνει ιδίως για τις σπάνιες από αυτές. Εξάλλου, για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας δεν μπορούν παρά να χρησιμοποιηθούν στην παρούσα φάση υποκαταστάτες δείκτες, όπως ο τίτλος αντισωμάτων, και όχι ισχυρές κλινικές εκβάσεις, όπως η αποτροπή της νόσου ή των επιπλοκών της. Οι μέχρι τώρα δημοσιευμένες μελέτες ανοσογονικότητας του εμβολίου (φάση II) έχουν γίνει στην Αυστραλία<sup>20</sup> και το Ηνωμένο Βασίλειο<sup>21</sup> και από τα αρχικά αποτελέσματα φαίνεται πως το εμβόλιο κατά του ιού H1N1 προκαλεί τίτλο αντισωμάτων που μάλλον σχετίζεται με κλινική προστασία, χωρίς να παρατηρηθούν σοβαρές άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες, αν και με τα μεγέθη δείγματος των μελετών αυτών δεν μπορεί κανείς να βγάλει ασφαλή συμπεράσματα για σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες συχνότητας 1:1.000 έως 1:10.000. Η αυστραλιανή μελέτη<sup>20</sup> συνέκρινε 2 διαφορετικές δόσεις (15μg ή 30μg) μονοδύναμου μη-συζευγμένου εμβολίου κατά του ιού, ενώ η βρετανική μελέτη<sup>21</sup> συνέκρινε 1 δόση (15μg) έναντι 2 δόσεων (7,5μg, 3,75μg, ή 15μg) μονοδύναμου συζευγμένου εμβολίου που χορηγήθηκαν μεταξύ 7, 14, ή 21 ημερών, σε πληθυσμούς ατόμων χωρίς ιστορικό πιθανής ή βέβαιης λοίμωξης από H1N1. Ενδιαφέρον πάντως είναι πως και στις δύο μελέτες το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν, πριν τον εμβολιασμό, τίτλο αντισωμάτων ικανό να επιφέρει κλινική προστασία (>1:40) κυμαινόταν από 12% έως 32%. Περισσότερες μελέτες σε ενήλικες, καθώς και μελέτες σε παιδιά, έχουν ήδη ξεκινήσει και αναμένονται τα αποτελέσματα, ώστε να διευκρινιστεί το ακριβές δοσολογικό σχήμα του εμβολίου. Η ομάδα των παιδιών χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και αποτελεί αντικείμενο διαφωνιών, διότι, από τη μία, τα παιδιά είναι τεκμηριωμένα ομάδα υψηλού κινδύνου και ταυτόχρονα ομάδα-όχημα διασποράς του ιού, ενώ, από την άλλη, θέματα ασφάλειας και αποτελεσματικότητας χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής στον

παιδιατρικό πληθυσμό. Ήδη προκαταρκτικά αποτελέσματα από παιδιατρικές μελέτες δείχνουν ότι μία δόση εμβολίου για τη νέα γρίπη προκαλεί ικανοποιητική ανοσολογική απάντηση στο 75% των παιδιών 10-18 ετών, ενώ η σχετικά μειωμένη απάντηση σε παιδιά 3-9 ετών (35%) και 6 μηνών-3 ετών (24%) είναι η αναμενόμενη απάντηση, όπως συμβαίνει και με την ανταπόκριση στο εμβόλιο για την εποχική γρίπη, και πιθανά απλώς σηματοδοτεί την ανάγκη και για δεύτερη δόση 21 μέρες αργότερα<sup>22</sup>.

Σύμφωνα με την ΠΟΥ, η τελική απόφαση της ιεράρχησης των ομάδων που θα λάβουν το εμβόλιο θα ληφθεί σε εθνικό επίπεδο και χωρίζει τον πληθυσμό στις ακόλουθες ομάδες: επαγγελματίες υγείας, έγκυες, άτομα ηλικίας άνω των 6 μηνών με χρόνια νόσο, υγιείς ενήλικες 15-49 ετών, υγιή παιδιά, υγιείς ενήλικες 50-64 ετών, υγιείς ενήλικες άνω των 65 ετών<sup>23</sup>. Η Επιτροπή Ασφάλειας της Υγείας της ΕΕ ανακοίνωσε ως ομάδες πρώτης προτεραιότητας για εμβολιασμό τα άτομα ηλικίας άνω των 6 μηνών με χρόνια νόσο, τις εγκύους και τους επαγγελματίες υγείας<sup>24</sup>. Για την Ελλάδα, ο καθορισμός της εθνικής στρατηγικής εμβολιασμού κατά της νέας γρίπης H1N1 βρίσκεται σε τελικό στάδιο κατά τη συγγραφή αυτής της ανασκόπησης. Στις 24 Σεπτεμβρίου, η Εθνική Επιτροπή Αντιμετώπισης της Νέας Γρίπης καθόρισε ως ομάδες πρώτης προτεραιότητας:

- τα άτομα με χρόνια νόσημα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, ηλικίας άνω των 6 μηνών,
- τις εγκύους 2ου και 3ου τριμήνου,
- όσους προσέχουν παιδιά κάτω των 6 μηνών, και
- το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Στη δεύτερη ομάδα εμβολιασμού -που θα ακολουθήσει- περιλαμβάνονται υγιή άτομα ηλικίας 15-40 ετών, ενώ για τα παιδιά κάτω των 15 ετών η Εθνική Επιτροπή Αντιμετώπισης της Νέας Γρίπης αναμένεται να λάβει αποφάσεις άμεσα. Ήδη, πάντως, έχουν παραδοθεί οι πρώτες δόσεις του εμβολίου κατά της νέας γρίπης στη χώρα μας, διαδικασία που αναμένεται να ολοκληρωθεί μέχρι τον Φεβρουάριο 2010.

### Εμβολιασμός κατά του ιού της εποχικής γρίπης

Η εποχική γρίπη αποτελεί γνωστή, σημαντική αιτία νοσηρότητας<sup>25</sup>. Σε χώρες που υπάρχει ικανό δίκτυο καταγραφής, όπως οι ΗΠΑ, κάθε χρόνο 5% έως 20% του πληθυσμού νοσεί από εποχική γρίπη, πάνω από 200.000 άνθρωποι (20.000 παιδιά) νοσηλεύονται λόγω επιπλοκών και περίπου 36.000 άνθρωποι πεθαίνουν<sup>26</sup>. Παρ' όλα αυτά, τα επίπεδα εμβολιαστικής

κάλυψης παραμένουν χαμηλά.

Οι οδηγίες για τον εμβολιασμό κατά του ιού της εποχικής γρίπης δεν έχουν ουσιαστικά τροποποιηθεί, όμως δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην εμβολιαστική κάλυψη<sup>27</sup>. Πρέπει να τονίσουμε ότι το εμβόλιο για την εποχική γρίπη δεν αναμένεται να παρέχει προστασία έναντι του νέου ιού ή αντιστρόφως<sup>28</sup> και είναι πολύ σημαντικό ο εμβολιασμός κατά του ιού της εποχικής γρίπης να μην παρακλυθεί από την πανδημία γρίπης 2009. Έτσι, το εμβόλιο της εποχικής γρίπης πρέπει να χορηγηθεί στις παρακάτω ομάδες<sup>27</sup>:

- Άτομα άνω των 65 ετών.
- Άτομα από ηλικίας 6 μηνών με υποκείμενο νόσημα (χρόνια νοσήματα και δυσλειτουργίες του αναπνευστικού, χρόνια καρδιαγγειακά νοσήματα, χρόνια μεταβολικά νοσήματα, χρόνια νεφρολογικά και ηπατικά νοσήματα, επίκτητη ή συγγενής δυσλειτουργία του ανοσολογικού συστήματος κ.τ.λ.).
- Οι ισχύουσες οδηγίες για την Ελλάδα περιλαμβάνουν και την ομάδα των υγιών παιδιών, ηλικίας 6 μηνών έως 5 ετών.

Ας σημειωθεί ότι στις ΗΠΑ οι οδηγίες για εμβολιασμό κατά της εποχικής γρίπης περιλαμβάνουν όλα τα υγιή άτομα από 6 μηνών έως 18 ετών, επιπλέον των κλασσικών ευπαθών ομάδων<sup>29</sup>.

### Εμβολιασμός κατά του πνευμονιοκόκκου

Η γρίπη προδιαθέτει στην ανάπτυξη βακτηριακής πνευμονίας και κατά τη διάρκεια των πανδημιών γρίπης του 20ού αιώνα η βακτηριακή πνευμονία αποτέλεσε σημαντική αιτία νοσηρότητας και θανάτων, με τον πνευμονιόκοκκο, τον συνηθέστερο αιτιολογικό παράγοντα. Για την πανδημία γρίπης 2009 δεν είναι ακόμη σαφής η σημασία των πνευμονιοκοκκικών λοιμώξεων μεταξύ των ατόμων με σοβαρή νόσο, όπως για παράδειγμα των ατόμων που χρήζουν νοσηλείας.

Στην παρούσα φάση τα ευρέως διαδεδομένα εμβόλια για την πρόληψη των λοιμώξεων από πνευμονιόκοκκο είναι το 7-δύναμο (και πρόσφατα το 10-δύναμο) συζευγμένο πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο και το 23-δύναμο πολυσακχαριδικό πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο. Η Εθνική Επιτροπή για την Πανδημία της Νέας Γρίπης συνέστησε, εκτός από τον εμβολιασμό ρουτίνας σε παιδιατρικούς πληθυσμούς, να χορηγηθεί το εμβόλιο και σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών, καθώς και στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, προκειμένου να θωρακιστούν έναντι του πνευμονιόκοκκου, σε περίπτωση μόλυνσής τους



από τη νέα γρίπη.

Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι η Συμβουλευτική Επιτροπή Εμβολιασμών του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ προτείνει να εμβολιαστούν με μια δόση PPSV23 όλα τα άτομα >65 ετών, τα άτομα μεταξύ 2-64 ετών με χρόνια προβλήματα υγείας (καρδιακή ανεπάρκεια, μυοκαρδιοπάθειες, χρόνια πνευμονική νόσος, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, εμφύσημα, σακχαρώδης διαβήτης, αλκοολισμός, χρόνια ηπατική νόσος, διάρροη ENY, ασπληνία, ανοσοκαταστολή) και οι ενήλικες 19-64 ετών που είναι καπνιστές ή έχουν ιστορικό άσθματος<sup>30</sup>.

## Συμπέρασμα

Η πανδημία γρίπης 2009 αποτελεί την καλλίτερα συντονισμένη, έως τώρα, προσπάθεια αντιμετώπισης πανδημίας από συνασπισμό παγκόσμιων οργανισμών, διεθνών θεσμικών οργάνων, κυβερνήσεων και επιμέρους εθνικών συστημάτων υγείας. Παρ' όλα αυτά, η πανδημία εξαπλώνεται ταχέως και δεν υπάρχει η δυνατότητα ακριβούς εκτίμησης της περαιτέρω εξέλιξης της χωρίς τον κίνδυνο υποεκτίμησης ή υπερεκτίμησης των υπαρχόντων δεδομένων. Είναι, λοιπόν, πολύ σημαντική η προστασία του πληθυσμού από τις επιπλοκές της πανδημίας, αλλά, εξίσου σημαντικά, και η θωράκιση των συστημάτων υγείας, ώστε να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες των πραγματικά σοβαρών περιστατικών. Ο εμβολιασμός αποτελεί θεμελιώδες μέτρο πρόληψης και θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί με όσο το δυνατόν πιο ορθολογιστικό τρόπο. Η αργίτι απόρριψή του, λόγω κυρίως του φόβου των παρενεργειών, αλλά και η αποδοχή του ως αποκλειστικού μέτρου αντιμετώπισης της πανδημίας, αποτελούν σφάλματα που αποπροσανατολίζουν εξίσου τον πληθυσμό και αποδυναμώνουν τις αντιστάσεις κατά της πανδημίας.

Ευχαριστούμε την κα Δέσποινα Κοντοπούλου-Ιωαννίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για τη βοήθειά της.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Influenza-like illness in the United States and Mexico. WHO Pandemic (H1N1) 2009 situation update (24 April 2009). [http://www.who.int/csr/don/2009\\_04\\_24/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/index.html)
2. Zimmer SM, Burke DS. Historical perspective—Emergence of influenza A (H1N1) viruses. *NEJM* 2009;361:279-285.
3. World now at the start of 2009 influenza pandemic. Statement to the press by WHO Director-General Dr Margaret Chan (11 June 2009). [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1\\_pandemic\\_phase6\\_20090611/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/en/index.html)

4. Changes in reporting requirements for pandemic (H1N1) 2009 virus infection. WHO Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 3 (revised). [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1\\_surveillance\\_20090710/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_surveillance_20090710/en/index.html)
5. Preparing for the second wave: lessons from current outbreaks. WHO Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 9 (28/8/2009). [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1\\_second\\_wave\\_20090828/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_second_wave_20090828/en/index.html)
6. Surveillance for pediatric deaths associated with 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infection—United States, April–August 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2009;58:941-947.
7. Use of influenza A (H1N1) 2009 monovalent vaccine recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2009;58:1-8.
8. Chowell G, et al. Severe respiratory disease concurrent with the circulation of H1N1 influenza. *NEJM* 2009;361:674-679.
9. Jamieson DJ, et al. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *Lancet* 2009;374: 451-458.
10. Fraser C, et al. Pandemic potential of a strain of influenza A (H1N1): Early findings. *Science* 2009;324:1557-1561.
11. Department of Health, UK. Swine flu: UK planning assumptions. (3 September 2009). [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_104844](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_104844)
12. ECDC revised pandemic 2009 planning assumptions for Europe. (18/09/2009). <http://www.ecdc.europa.eu>
13. Baker MG, et al. Pandemic influenza A (H1N1)v in New Zealand: the experience from April to August 2009. *Eurosurveillance* 2009;14: 1-6.
14. WHO Pandemic (H1N1) 2009. <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html>
15. ECDC Pandemic (H1N1) 2009. [http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Pages/Influenza\\_A\(H1N1\)\\_Outbreak.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Pages/Influenza_A(H1N1)_Outbreak.aspx)
16. Γρίπη από το νέο ιό A(H1N1). Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. <http://www.keel.org.gr/home/>
17. CDC 2009 H1N1 Flu (Swine Flu). <http://www.cdc.gov/h1n1flu/>
18. NEJM H1N1 Influenza Center. <http://h1n1.nejm.org/>
19. The Lancet's H1N1 Resource Centre. <http://www.lancet.com/H1N1-flu>
20. Greenberg ME, et al. Response after one dose of a monovalent influenza A (H1N1) 2009 vaccine—Preliminary report. *NEJM* 2009;361, published on September 10, 2009.
21. Clark TW, et al. Trial of influenza A (H1N1) 2009 monovalent MF59-adjuvanted vaccine—Preliminary report. *NEJM* 2009;361, published on September 10, 2009.
22. Early results: In children, 2009 H1N1 influenza vaccine works like seasonal flu vaccine. *NIH News* 21 September 2009. <http://www.nih.gov/news/health/sep2009/niaid-21.htm>
23. WHO recommendations on pandemic (H1N1) 2009 vaccines. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 2 (13 July 2009). [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1\\_vaccine\\_20090713/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_vaccine_20090713/en/index.html)
24. Influenza A (H1N1): EU Health Security Committee agrees statement on target and priority groups for vaccination. <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/09/1252>
25. Nicholson KG, Wood JM, Zambon M. Influenza. *Lancet* 2003;362:1733-45.
26. It's flu season: Learn how to protect yourself and your loved ones. CDC features 2009. <http://www.cdc.gov/Features/Flu/>
27. Proposal for a COUNCIL RECOMMENDATION On seasonal influenza vaccination (13/7/2009). [http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats/com/Influenza/docs/seasonflu\\_rec2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/Influenza/docs/seasonflu_rec2009_en.pdf)
28. Hancock K, et al. Cross-reactive antibody responses to the 2009 pandemic H1N1 influenza virus. *NEJM* 2009;361, published on September 10, 2009.
29. Fiore AE, et al. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2009. *MMWR Recomm Rep* 2009;58:1-52.
30. Interim guidance for use of 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine during novel influenza A (H1N1) outbreak. CDC, 9 June, 2009. [www.cdc.gov/h1n1flu/guidance/ppsv\\_h1n1.htm](http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidance/ppsv_h1n1.htm)



# ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΙΜΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

## Επίδραση της αντιρευματικής θεραπείας: προοπτική μελέτη

Αθανάσιος Ν. Γεωργιάδης  
Ρευματολόγος  
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

18ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ, 2004  
ΒΡΑΒΕΥΤΗΚΕ σαν η καλύτερη εργασία του Συνεδρίου.

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός της μελέτης:** Να διερευνήσουμε το λιπιδαιμικό προφίλ και την πάχυνση του ενδοθηλίου των κοινών καρωτίδων (IMT) και τις αλλαγές αυτών με την ανοσοπαρέμβαση, σε ασθενείς με πρώιμη ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ).

**Υλικό και μέθοδοι:** Μελετήσαμε 39 ασθενείς που πληρούσαν τα αναθεωρημένα κριτήρια του Αμερικάνικου Κολεγίου Ρευματολογίας. Όλοι οι ασθενείς είχαν διάρκεια νόσου μικρότερη του ενός έτους, χωρίς να προηγηθεί χρήση τροποποιητικών φαρμάκων της νόσου (DMARDs) ή/και στεροειδών. Αποκλείστηκαν από τη μελέτη ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, θυροειδοπάθεια, νοσήματα του ήπατος και των νεφρών και ασθενείς με σύνδρομο Cushing, υπέρταση και παχυσαρκία. Η λήψη του αίματος έγινε μετά από 12 ώρες νηστεία και τα δείγματα φυγοκεντρήθηκαν και αναλύθηκαν αμέσως τόσο κατά την έναρξη της μελέτης, όσο και ένα χρόνο μετά τη θεραπεία. Η ολική χοληστερόλη (TC), τα τριγλυκερίδια (TG) και η υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (HDL) προσδιορίστηκαν με ενζυμικές μεθόδους. Η χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (LDL) υπολογίστηκε με τη μέθοδο του Friedewald et al. Επιπρόσθετα, όλοι οι ασθενείς είχαν πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Η ενεργότητα της νόσου προσδιορίστηκε με τη μέτρηση της κλίμακας για την ενεργότητα της νόσου σε 28 αρθρώσεις (DAS-28). Η μέτρηση της πάχυνσης του ενδοθηλίου (IMT) έγινε ταυτόχρονα με τη λήψη του αίματος, με ψηφιακή ανάλυση φωτογραφιών των κοινών καρωτίδων, που διενεργήθηκε σε υπερηχοτομογράφο υψηλής ανάλυσης-διπλής διάστασης (7-MHz Acuzon Phillips). Τέλος μετρήθηκαν ο IgM ρευματοειδής παράγοντας, η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) και η ταχύτητα καθίζησης ερυθρών (ΤΚΕ). Οι ασθενείς έλαβαν θεραπεία με DMARDs, σύμφωνα με τυχαίοποιημένο υπολογιστικό σύστημα.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμμετείχαν 30 γυναίκες και 9 άνδρες με ηλικία  $53,6 \pm 15,3$  χρόνια, διάρκειας νόσου  $0,8 \pm 0,3$  χρόνια και μέσο όρο ενεργότητας της νόσου  $5,8 \pm 0,9$ . Μετά από ένα χρόνο θεραπεία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική ελάττωση των επιπέδων TC, LDL και TG ( $233,3 \pm 66,2$  vs  $216,8 \pm 45,3$  mg/dl  $r = 0,67$ ,  $p < 0,0001$ ·  $155,0 \pm 54,5$  vs  $133,9 \pm 32,1$  mg/dl  $r = 0,59$ ,  $p < 0,0001$ ·  $144,1 \pm 62,9$  vs  $135,0 \pm 63,7$  mg/dl  $r = 0,79$ ,  $p < 0,0001$ ) και σημειώθηκε αύξηση στα επίπεδα της HDL ( $48,4 \pm 15,2$  vs  $57,0 \pm 12,6$  mg/dl  $r = 0,54$ ,  $p < 0,001$ ). Επίσης, ο λόγος της TC/HDL χοληστερόλης ήταν σημαντικά αυξημένος πριν τη θεραπεία ( $4,9 \pm 1,3$  vs  $3,8 \pm 0,8$   $r = 0,48$ ,  $p < 0,006$ ). Οι IMT των κοινών καρωτίδων ελαττώθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία (δεξιά κοινή καρωτίδα  $0,772 \pm 0,291$  vs  $0,632 \pm 0,116$   $r = 0,41$ ,  $p < 0,03$  και αριστερή κοινή καρωτίδα  $0,759 \pm 0,258$  vs  $0,632 \pm 0,116$   $r = 0,39$ ,  $p < 0,04$ ). Από την άλλη μεριά, υπήρξε σημαντική βελτίωση του δείκτη ενεργότητας της νόσου DAS-28, της CRP και της ΤΚΕ ένα χρόνο μετά τη θεραπεία ( $5,8 \pm 0,94$  vs  $2,5 \pm 0,82$   $r = 0,33$ ,  $p < 0,03$ ,  $23,7 \pm 6,2$  vs  $3,9 \pm 1,6$   $r = 0,39$ ,  $p < 0,01$ ,  $37,95 \pm 40,0$  vs  $12,38 \pm 7,07$   $r = 0,44$ ,  $p < 0,04$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με πρώιμη ΡΑ παρουσιάζουν διαταραγμένο λιπιδαιμικό προφίλ και βαθμό πάχυνσης του ενδοθηλίου των κοινών καρωτίδων. Οι διαταραχές αυτές βελτιώνονται με την πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση, χωρίς τη χρήση υπολιπιδαιμικών φαρμάκων. Έτσι, ο πρώιμος και επιθετικός θεραπευτικός έλεγχος της ενεργότητας της νόσου μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο της αθηροσκληρωτικής διεργασίας και των καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε ασθενείς με ΡΑ.

**Όροι ευρητηρίου:** ρευματοειδής αρθρίτιδα, δυσλιπιδαιμία, DAS-28, πάχυνση ενδοθηλίου, πρώιμη παρέμβαση

## I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Ε**πιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) χαρακτηρίζεται από αυξημένη θνητότητα και θνησιμότητα, κυρίως από καρδιαγγειακά συμβάματα<sup>1-5</sup>. Οι κλασικοί παράγοντες κινδύνου δεν επαρκούν για να εξηγήσουν την αυξημένη θνησιμότητα των ασθενών με ΡΑ6. Ένας υποθετικός μηχανισμός ίσως είναι η διαταραχή του λιπιδαιμικού προφίλ των ασθενών με ενεργή και αθεράπευτη νόσο, που είναι της από της παράγοντες ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου<sup>7</sup>. Πρόσφατες μελέτες εστιάζουν στο ρόλο της φλεγμονής τόσο στην επιταχυνόμενη αθηροσκλήρυνση<sup>8</sup>, όσο και στην αύξηση του πάχους του ενδοθηλίου των κοινών καρωτίδων που παρατηρήθηκε σε ασθενείς με ΡΑ<sup>10</sup>. Οι κοινές καρωτίδες είναι εύκολα προσβάσιμες με υπερηχογραφικές τεχνικές υψηλής ανάλυσης και ικανές να προσδιορίσουν την αθηροσκλήρυνση σε υποκλινικό στάδιο<sup>11-13</sup>.

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσουμε το λιπιδαιμικό προφίλ και δευτερευόντως να αναδείξουμε την επιταχυνόμενη αθηροσκλήρυνση, σε ασθενείς με πρώιμη ΡΑ πριν και μετά τη θεραπεία με τροποποιητικά της νόσου φάρμακα (DMARDs) ή/και κορτικοστεροειδή.

## II. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

### 1. Ασθενείς

Μελετήσαμε 39 ασθενείς με ΡΑ που πληρούσαν τα αναθεωρημένα κριτήρια του Αμερικανικού Κολεγίου Ρευματολογίας 1987 και με διάρκεια νόσου μικρότερη του ενός έτους<sup>14</sup>. Κανένας ασθενής δεν ελάμβανε κορτικοστεροειδή ή DMARDs κατά την έναρξη της μελέτης. Αποκλείστηκαν από τη μελέτη ασθενείς που ελάμβαναν υπολιπιδαιμικά φάρμακα, οιστρογόνα, ή β-αποκλειστές και ασθενείς, με οικογενειακό ιστορικό δυσλιπιδαιμίας, σακχαρώδη διαβήτη, υποθυρεοειδισμό, παχυσαρκία, νεφρωσικό σύνδρομο, αλκοολισμό, ηπατοπάθειες, σύνδρο-

μο Cushing. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν κατά τακτά χρονικά διαστήματα σύμφωνα με προσχεδιασμένο πρωτόκολλο και για διάστημα 1 έτους στη ρευματολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

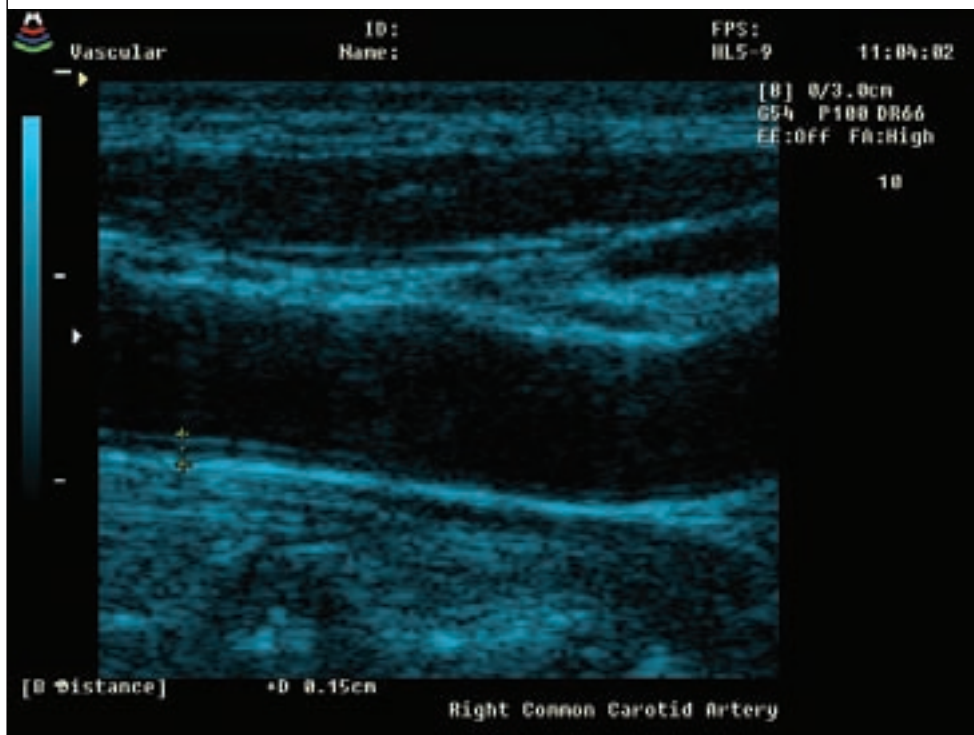
| Πίνακας: Κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με πρώιμη ΡΑ |                      |                           |         |
|--|----------------------|---------------------------|---------|
|  | Στην έναρξη (n = 39) | Μετά τη θεραπεία (n = 31) | p       |
| Φύλο (Α/Γ)   | 9/30                 | 7/24                      |         |
| Ηλικία, έτη  | 53,6 ± 15,3          | 54,6 ± 15,3               | NS      |
| Δείκτης σωματικού βάρους (Kg/m <sup>2</sup> )            | 25,5 ± 3,3           | 24,5 ± 3,3                | NS      |
| RF, +/-  | 30/9                 | 24/7                      | NS      |
| CRP, mg/dl   | 23,7 ± 6,2           | 3,9 ± 1,6                 | <0,01   |
| ΤΚΕ  | 37,9 ± 40,0          | 12,4 ± 7,1                | <0,04   |
| DAS-28   | 5,8 ± 0,9            | 2,5 ± 0,8                 | <0,03   |
| Κάπνισμα   | 0                    | 0                         | -       |
| TC, mg/dl  | 233,3 ± 66,3         | 216,8 ± 45,3              | <0,0001 |
| LDL, mg/dl   | 155,1 ± 54,5         | 133,9 ± 32,1              | <0,0001 |
| HDL, mg/dl   | 48,5 ± 15,3          | 57,0 ± 12,6               | <0,001  |
| TG, mg/dl  | 144,1 ± 63,0         | 135,2 ± 63,7              | <0,0001 |
| TC/HDL   | 4,9 ± 1,3            | 3,8 ± 0,8                 | <0,006  |
| DMARDs (%)   |                      |                           |         |
| Μεθοτρεξάτη  | 20 (51,7%)           | 18 (58,0%)                |         |
| Λεφλουνομίδη   | 10 (25,6%)           | 6 (19,3%)                 |         |
| Κυκλοσπορίνη Α   | 9 (23%)              | 7 (22,5%)                 |         |
| Πρεδνιζόνη < 7,5 mg/day                                  | 39 (100%)            | 31 (100%)                 |         |

### 2. Μετρήσεις

Όλοι οι ασθενείς είχαν πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Συλλέχθηκαν κλινικές παράμετροι, όπως η ενεργότητα της νόσου για 28 αρθρώσεις (DAS-28), η πρωινή δυσκαμψία, ο αριθμός των αρθρώσεων με οίδημα και πόνο, και μετρήθηκαν οι πρωτεΐνες οξείας φάσεως C αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) και ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών (ΤΚΕ). Μετρήσαμε το πάχος του ενδοθηλίου των κοινών καρωτίδων με υπερηχογράφημα υψηλής ανάλυσης ταυτόχρονα με τη λήψη του αίματος. Η λήψη του αίματος έγινε μετά από 12 ώρες νηστεία. Τα δείγματα φυγοκεντρήθηκαν και αναλύθηκαν αμέσως, κατά την έναρξη της μελέτης, και ένα χρόνο μετά τη θεραπεία.

Η ολική χοληστερόλη (TC), τα τριγλυκερίδια (TG) και η υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (HDL) μετρήθηκαν με ενζυμικές μεθόδους. Η χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (LDL) υπολογίστηκε με τη μέθοδο Friedewald et al.<sup>15</sup>. Η ΤΚΕ μετρήθηκε με τη μέθοδο του Westergren, η CRP και ο IgM ρευματοειδής παράγοντας (RF) με νεφελομετρία.

Η εκτίμηση της πάχυνσης του ενδοθηλίου των κοινών καρωτίδων έγινε με υψηλής ανάλυσης υπε-



Υπερηχογράφημα δεξιάς κοινής καρωτίδας πριν τη θεραπεία (IMT = 0,15 cm) (A)

ρηχογράφημα διπλής διάστασης (7 MHz Acuzon, Phillips). Μετρήσαμε την πάχυνση του έσω-μέσου χιτώνα στη δεξιά και αριστερή κοινή καρωτίδα. Οι μετρήσεις έγιναν από τον ίδιο εξεταστή στα σημεία με τη μεγαλύτερη πάχυνση του αρτηριακού τοιχώματος. Μετά την αρχική εκτίμηση όλοι ασθενείς έλαβαν θεραπεία με DMARDs ή/και κορτικοστεροειδή σύμφωνα με το τυχαίοποιημένο υπολογιστικό σύστημα.

### 3. Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το student-t test και με το Wilcoxon test, όπως και όπου χρειάστηκε.

### III. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών και το λιπιδαιμικό προφίλ περιγράφονται στον πίνακα. Πρόκειται για 30 γυναίκες και 9 άνδρες πριν τη θεραπεία και 24 γυναίκες και 7 άνδρες μετά τη θεραπεία. Η μέση ηλικία ήταν  $53,6 \pm 15,3$  και η μέση διάρκεια νόσου  $0,8 \pm 0,3$  χρόνια.

Τα επίπεδα της CRP και ΤΚΕ ελαττώθηκαν με τη θεραπεία  $23,7 \pm 6,2$  vs  $3,9 \pm 1,6$   $r = 0,39$ ,  $p < 0,01$ ,  $37,95 \pm 40,0$  vs  $12,38 \pm 7,07$   $r = 0,44$ ,  $p < 0,04$ , όπως και ο δείκτης DAS-28  $5,8 \pm 0,94$  vs  $2,5 \pm 0,82$   $p < 0,03$ .

Τα επίπεδα των TC, LDL και TG ήταν σημαντικά ελαττωμένα μετά τη θεραπεία  $233,3 \pm 66,2$  vs  $216,8 \pm 45,3$  mg/dl,  $p < 0,0001$ ,  $155,0 \pm 54,5$  vs  $133,9 \pm 32,1$  mg/dl,  $p < 0,0001$ ,  $144,1 \pm 62,9$  vs  $135,0 \pm 63,7$  mg/dl,  $p < 0,0001$ , σε αντίθεση με την HDL, που παρουσίασε αύξηση  $48,4 \pm 15,2$  vs  $57,0 \pm 12,6$  mg/dl,  $p < 0,001$ . Επιπρόσθετα η σχέση TC/HDL χοληστερόλης ήταν σημαντικά αυξημένη πριν τη θεραπεία  $4,9 \pm 1,3$  vs  $3,8 \pm 0,8$ ,  $p < 0,006$ ). Δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ του δείκτη ενεργότητας της νόσου και των λιπιδαιμικών παραμέτρων.

Είκοσι (51,2%) ασθενείς έλαβαν μεθοτρεξάτη (10-15 mg/εβδομάδα) και συμπλήρωμα φυλλικού οξέος (1 mg/ημέρα). Δέκα (25,6%) ασθενείς έλαβαν λεφλουνομίδη 20 mg/ημέρα και 9 (23%) ασθενείς πήραν πρεδνιζόνη 7,5 mg/ημέρα με σταδιακή μείωση ανάλογα με τη βελτίωση, ενώ οι δόσεις των DMARDs παρέμειναν σταθερές. Μετά το τέλος του ενός έτους, 8 ασθενείς χάθηκαν από τη μελέτη. Συγκεκριμένα, 2 ασθενείς μετακόμισαν, μία ασθενής ήθελε να μείνει έγκυος και διέκοψε την αγωγή με MTX, 3 ασθενείς χρησιμοποίησαν αντιλιπιδαιμικά φάρμακα και βγήκαν από τη μελέτη, ενώ άλλοι δύο ασθενείς αποσύρθηκαν οικειοθελώς.

### 1. Πάχος ενδοθηλίου των κοινών καρωτίδων (IMT)

Ο μέσος όρος  $\pm$  SD IMT ήταν στατιστικά σημαντικά αυξημένος πριν τη θεραπεία, τόσο στη δεξιά όσο και στην αριστερή κοινή καρωτίδα (Εικόνα 1) (δεξιά κοινή καρωτίδα  $0,772 \pm 0,291$  vs  $0,632 \pm 0,116$ ,  $p < 0,03$  και αριστερή κοινή καρωτίδα  $0,759 \pm 0,258$  vs  $0,632 \pm 0,116$   $r = 0,39$ ,  $p < 0,04$ ). Σε έναν ασθενή με PA διαπιστώθηκε καρωτιδική πλάκα.

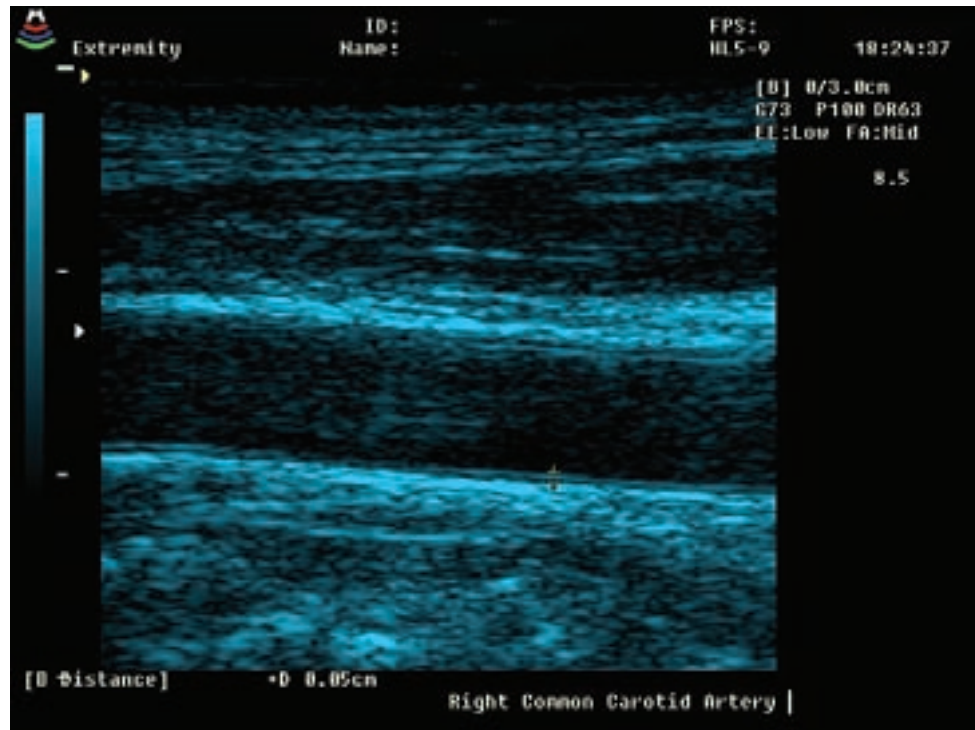
### IV. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πρωταρχικός στόχος της μελέτης ήταν να καθορίσουμε αν η θεραπεία στην πρώιμη RA μπορεί να



τροποποιήσει το παθολογικό λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών και να αναδείξει την επιταχυνόμενη αθηροσκλήρυνση σε υποκλινικό στάδιο. Οι ασθενείς κατά την έναρξη της μελέτης δεν ελάμβαναν κορτικοστεροειδή, DMARDs ή υπολιπιδαιμική θεραπεία. Μετά από ένα χρόνο θεραπείας με DMARDs και κορτικοστεροειδή παρατηρήθηκε ελάττωση στα επίπεδα των λιπιδίων (TC, LDL, TG) και αύξηση στην HDL. Επιπρόσθετα, βελτιώθηκε η πάχυνση του ενδοθηλίου των κοινών καρωτίδων. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι με την πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση ελέγχουμε καλύτερα τη φλεγμονή στη PA και ταυτόχρονα μπορούμε να βελτιώσουμε το διαταραγμένο λιπιδαιμικό προφίλ στους ασθενείς αυτούς.

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της CRP, των λιπιδίων και τη στεφανιαία νόσο, σε ασθενείς χωρίς εμφανή συστηματική φλεγμονή. Στις μελέτες αυτές χρησιμοποιήθηκε η CRP υψηλής ευαισθησίας για να δείξει μικρές διαφορές μέσα στα φυσιολογικά όρια<sup>16, 17</sup>. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι στη φλεγμονώδη διεργασία της PA ο οργανισμός υφίσταται μεταβολικές διαταραχές με αποτέλεσμα την υπερχολεστερολαιμία και μεταβολή της συγκέντρωσης ορισμένων απολιποπρωτεϊνών<sup>18, 19</sup>. Αντίθετα, άλλοι ερευνητές δεν βρήκαν να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του διαταραγμένου λιπιδαιμικού προφίλ και των δεικτών ενεργότητας της νόσου<sup>20</sup>. Η δική μας μελέτη συμφωνεί με τις προηγούμενες<sup>16-19</sup>, με τη διαφορά ότι χρησιμοποιήθηκε η CRP στην καθ' ημέρα πράξη, η οποία ήταν πολλαπλάσια αυξημένη σε σχέση με τις προηγούμενες μελέτες. Παρά το μεγάλο αριθμό μελετών, δεν έχει διευκρινιστεί αν υπάρχει σχέση μεταξύ του βαθμού φλεγμονής και του λιπιδαιμικού προφίλ ή αν η ίδια η φλεγμονή ευθύνεται άμεσα για το διαταραγμένο λιπιδαιμικό προφίλ στους ασθενείς με ενεργή PA. Πρόσφατα, περιγράφηκε ότι η σχέση



και μετά τη θεραπεία (IMT = 0,05 cm) (B). Παρατηρείται μείωση της πάχυνσης του ενδοθηλίου.

των πρωτεϊνών οξείας φάσης με την αντίσταση στην ινσουλίνη και την παρέκκλιση στο μεταβολισμό των λιπιδίων είναι παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου στη PA21. Αυτά τα δεδομένα αποδεικνύουν ότι η γενικευμένη φλεγμονή στους ασθενείς με ενεργή PA διαταράσσει το λιπιδαιμικό τους προφίλ και υποδηλώνει ότι είναι επιβαρυντικός παράγοντας αθηροσκλήρυνσης, τουλάχιστον στο επίπεδο διαταραχής των λιπιδίων.

Επιπρόσθετα, υπάρχουν αναφορές που δείχνουν ότι η TKE και η CRP σχετίζεται άμεσα με την πάχυνση του ενδοθηλίου των κοινών καρωτίδων<sup>10</sup>, ενώ δεν το επιβεβαιώνουν άλλες<sup>22, 23</sup>. Η δική μας μελέτη δείχνει βελτίωση της πάχυνσης του IMT των κοινών καρωτίδων, κάτι το οποίο συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες<sup>10</sup>.

Η TKE είναι μη ειδικός δείκτης φλεγμονής και αντανακλά πρωτίστως σε αυξημένη συγκέντρωση του ινωδογόνου ως απάντηση στη συστηματική φλεγμονή. Το ινωδογόνο, οι ανοσοσφαιρίνες και άλλες πρωτεΐνες του πλάσματος τροποποιούν το ηλεκτροστατικό μικροπεριβάλλον του αίματος, προκαλώντας συσσώρευση των ερυθροκυττάρων και αύξηση της καθίζησης<sup>24</sup>. Η πολυσύνθετη αλληλεπί-



δραση μεταξύ της φλεγμονής και του συστήματος πήξης του αίματος παίζει βασικό ρόλο στη θρομβογένεση<sup>25</sup>. Μελέτες έδειξαν ότι η συσχέτιση μεταξύ του ινωδογόνου, όπως μετράται με την ΤΚΕ, και της ΙΜΤ των κοινών καρωτίδων υποδηλώνει ότι η αλληλεπίδραση φλεγμονής-πήξης είναι σημαντική στην αθηρογένεση<sup>26</sup>. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι ο χρόνος ημίσειας ζωής της ΤΚΕ σε σύγκριση με την CRP και άλλους δείκτες φλεγμονής είναι μεγαλύτερος<sup>27</sup>. Ωστόσο, ο ακριβής συνδυαστικός κρίκος μεταξύ φλεγμονής και αθηροσκλήρυνσης δεν είναι απόλυτα κατανοητός.

Τέλος, η χρόνια φλεγμονή που παρατηρούμε στη ΡΑ μπορεί να θεωρηθεί παράγοντας επιταχυνόμενης αθηροσκλήρυνσης και καρδιαγγειακής νόσου, όσον αφορά το διαταραγμένο λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών. Η υπόθεση αυτή στηρίζεται στο γεγονός ότι προκαταρκτικές μελέτες δείχνουν σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυξημένης ΤΚΕ και αύξησης της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά συμβάματα σε ασθενείς με ΡΑ, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες<sup>28</sup>.

Συμπερασματικά, μέσα από αυτή τη μελέτη φαίνεται ότι η ενεργός πρώιμη ΡΑ συνοδεύεται από διαταραγμένο λιπιδαιμικό προφίλ και πάχυνση του τοιχώματος των κοινών καρωτίδων, η οποία βελτιώνεται με άμεση ανοσοπαρέμβαση και έλεγχο της φλεγμονής. Το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών με ΡΑ μπορεί να βελτιωθεί χωρίς τη χρήση υπολιπιδαιμικής αγωγής. Ο καλός έλεγχος της ΡΑ συνοδεύεται από βελτιωμένο λιπιδαιμικό προφίλ και ελαττωμένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Isomaki HA, Mutru O, Koota K. Death rate and causes of death in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1975, 4: 205-208
2. Mutru O, Laakso M, Isomaki H, Koota K. Ten year mortality and causes of death in patients with rheumatoid arthritis. *BMJ (Clin Res Ed)* 1985, 290: 1797-1799
3. Watson DJ, Rhodes T, Guess HA. All-cause mortality and vascular events among patients with rheumatoid arthritis, osteoarthritis, or no arthritis in the UK General Practice Research Database. *J Rheumatol* 2003, 30: 1196-1202
4. Pinals RS. Survival in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1987, 30: 473-475
5. Wallberg-Jonsson S, Ohman ML, Dahlqvist SR. Cardiovascular morbidity and mortality in patients with seropositive rheumatoid arthritis in Northern Sweden. *J Rheumatol* 1997, 24: 445-451
6. Del Rincon I, Williams K, Stern MP et al. High incidence of cardiovascular events in a rheumatoid arthritis cohort not explained by traditional cardiac risk factors. *Arthritis Rheum* 2001, 44: 2737-2745
7. Park YB, Lee SK, Lee WK et al. Lipid profiles in untreated patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1999, 26: 1701-1704
8. Manzi S, Wasko MC. Inflammation-mediated rheumatic diseases and atherosclerosis. *Ann Rheum Dis* 2000, 59: 321-325
9. Van Doornum S, McColl G, Wicks IP. Accelerated atherosclerosis: an extraarticular feature of rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum* 2002, 46: 862-873
10. Park YB, Ahn CW, Choi HK et al. Atherosclerosis in rheumatoid arthritis: morphologic evidence obtained by carotid ultrasound. *Arthritis Rheum* 2002, 46: 1714-1719
11. Li R, Cai J, Tegeler C et al. Reproducibility of extracranial carotid atherosclerotic lesions assessed by B-mode ultrasound: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Ultrasound Med Biol* 1996, 22: 791-799
12. Salonen JT, Salonen R. Ultrasound B-mode imaging in observational studies of atherosclerotic progression. *Circulation* 1993, 87: 1156-1165
13. Pignoli P, Tremoli E, Poli A et al. Intimal plus medial thickness of the arterial wall: a direct measurement with ultrasound imaging. *Circulation* 1986, 74: 1399-1406
14. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988, 31: 315-324
15. Friedewald WT, Levy RI, Fredrickson DS. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. *Clin Chem* 1972, 18: 499-502
16. Ridker PM, Cushman M, Stampfer MJ et al. Inflammation, aspirin, and the risk of cardiovascular disease in apparently healthy men. *N Engl J Med* 1997, 336: 973-979
17. Ridker PM, Hennekens CH, Buring JE et al. C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med* 2000, 342: 836-843
18. Rossner S, Lofmark C. Dyslipoproteinaemia in patients with active, chronic polyarthritis. A study on serum lipoproteins and triglyceride clearance (intravenous fat tolerance test). *Atherosclerosis* 1977, 28: 41-52
19. Rantapaa-Dahlqvist S, Wallberg-Jonsson S, Dahlen G. Lipoprotein (a), lipids, and lipoproteins in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1991, 50: 366-368
20. Yoo HW. Dyslipoproteinemia in patients with active rheumatoid arthritis: Effects of disease activity, sex, and menopausal status on lipid profiles. *Journal of rheum.* 2004, 31: 1746-1753
21. Dessein PH, Stanwix AE, Joffe BI. Cardiovascular risk in rheumatoid arthritis versus osteoarthritis: acute phase response related decreased insulin sensitivity and high-density lipoprotein cholesterol as well as clustering of metabolic syndrome features in rheumatoid arthritis. *Arthritis Res [Internet]* 2002; [cited May 12, 2004] 4: R5. Available from: <http://arthritisresearch.com/content/4/5/R5>.
22. Jonsson SW, Backman C, Johnson O et al. Increased prevalence of atherosclerosis in patients with medium term rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2001, 28: 2597-2602
23. Kumeda Y, Inaba M, Goto H et al. Increased thickness of the arterial intima-media detected by ultrasonography in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002, 46: 1489-1497
24. Kushner I. Erythrocyte sedimentation rate and the acute phase response. In: Kelley WN, Harris ED Jr, Ruddy S, Sledge CB, editors. *Textbook of rheumatology*. Philadelphia: WB Saunders; 1989, p. 719-727
25. Esmon CT. Does inflammation contribute to thrombotic events? *Haemostasis* 2000, 30 (Suppl 2): 34-40
26. del Rincon I, Williams K, Stern MP et al. Association between carotid atherosclerosis and markers of inflammation in rheumatoid arthritis patients with healthy subjects. *Arthritis Rheum* 2003, 48: 1833-1840
27. Blackburn WD Jr. Validity of acute phase proteins as markers of disease activity. *J Rheumatol Suppl* 1994, 42: 9-13
28. Wolfe F, Hawley DJ, Anderson J. Inflammation as measured by the ESR predicts cardiovascular mortality across all rheumatic disorders: a 25-year prospective study of 5,822 patients. *Arthritis Rheum* 1999, 42 (suppl): S299

# ΕΡΜΗΝΕΙΑ

## ΚΩΔΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

(Ν. 3418/2005 ΦΕΚ Α' 287/28.11.2005)

Χάρης Τ. Πολίτης

Απόσπασμα από το βιβλίο "Νομοθεσία: Λειτουργία Ιατρικών Συλλόγων - Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας"

### Άρθρο 3

**Ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού**

**1. Κάθε ιατρός απολαμβάνει κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, επιστημονικής ελευθερίας και ελευθερίας της συνείδησής του, παρέχει δε τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.**

**2. Ο ιατρός ενεργεί με βάση:**

**α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση,**

**β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και**

**γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης.**

**3. Ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας. Έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση.**

**4. Οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος, η οποία δεν εφαρμόζεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και η εφαρμογή της επιτρέπεται μόνο σύμφωνα με**

**το νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο που διέπει τη διεξαγωγή της επιστημονικής έρευνας.**

*Σχετικές διατάξεις*

*Προϊσχύσας Κ.Ι.Δ.: άρθρ. 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.:*

*Άλλες διατάξεις: άρθρ. 13 Α.Ν. 1565/1939*

1. Ο γιατρός απολαμβάνει, κατά την άσκηση του ιατρικού του επαγγέλματος, της επιστημονικής ελευθερίας και της ελευθερίας της συνείδησής του. Παρέχει δε τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Ενεργεί με βάση α. την εκπαίδευσή του, την πείρα και τη δεξιότητα που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και β. τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης. Ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια επαναδιατυπώνεται. Η επιστημονική ελευθερία δεν αμφισβητείται κατά την άσκηση του εξωνοσοκομειακού επαγγέλματος. Εκεί, ο θεράπων ιατρός απολαμβάνει της ανθρώπινης ελευθερίας του. Στο χώρο του Ε.Σ.Υ. είναι αμφίβολο κατά πόσο η διάταξη μπορεί να έχει εφαρμογή, λ.χ. όταν επιμελητής έχει αντίθετη επιστημονική άποψη και ακολουθεί διαφορετική επιστημονική αγωγή, σε σχέση με αυτή που έχει ακολουθήσει ο διευθυντής της κλινικής, που είναι και επιστημονικά υπεύθυνος για τη λειτουργία της.

2. Ο γιατρός έχει δικαίωμα επιλογής ιατρικής μεθόδου, η οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης για τον ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται για το συγκεκριμένο ασθενή. Ο γιατρός

παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση. Από τη μια πλευρά, δίδεται ο ορισμός της *lege artis* συμπεριφοράς, που αποτελεί και το μέτρο επιμέλειας και που σαφώς είναι η επιλογή της πιο πρόσφορης μεθόδου, βάσει των εκάστοτε δεδομένων της ιατρικής επιστήμης, και η αποφυγή μη ενδεδειγμένων μεθόδων.

3. Σε περίπτωση κατά την οποία ο γιατρός έχει να επιλέξει μεταξύ δύο ισοδύναμων ιατρικών μεθόδων, τότε θα πρέπει να εκτιμηθεί η κατάσταση του ασθενή και, αν αυτή επιβάλλει κάποια από τις δύο, να δοθεί επαρκής ενημέρωση προς τον ασθενή ο οποίος εν συνεχεία θα παράσχει τη συναίνεσή του. Θα πρέπει, εκάστοτε, να γίνεται εκτίμηση κόστους-οφέλους και το κριτήριο της επιλογής θα είναι η διαγνωστική ή θεραπευτική προσέγγιση που θα συμβάλλει περισσότερο στη διαφύλαξη και αποκατάσταση της υγείας του ασθενή.

4. Ως πειραματική, χαρακτηρίζεται η μέθοδος, η οποία δεν εφαρμόζεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Η περίπτωση αυτή αφήνει αρκετή ελευθερία στους γιατρούς, όπως το να επιλέγουν ένα φάρμακο για το οποίο ο Ε.Ο.Φ. έχει δώσει έγκριση για τη χρησιμοποίησή του για αυτή τη νόσο και να χρησιμοποιείται και για άλλη νόσο για την οποία λ.χ. έχει δώσει την έγκρισή της η έγκυρη υπηρεσία «Food and Drugs Administration» (F.D.A).

5. Η νομολογία του Α.Π.Σ.Ι., επί αυτού, ήταν μέχρι τώρα αντίθετη, με βάση το προγενέστερο νομοθετικό πλαίσιο. Η διάταξη του άρθρ. 3 παρ. 4 μπορεί να περιορίζεται από τη διάταξη του άρθρ. 21 παρ. 2 περ. β, που απαιτεί και νομότυπη αναγνώριση και μπορεί να σημαίνει αναγνώριση μόνο από τον Ε.Ο.Φ. ή και το Κε.Σ.Υ. Η ερμηνεία αυτή, όμως, μπορεί να είναι αμφίσημη.

#### **Άρθρο 4**

#### **Εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας**

**1. Ο γιατρός πρέπει να προάγει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ίση κατανομή των**

**πόρων. Οφείλει, επίσης, να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις.**

**2. Ο γιατρός πρέπει να συνεργάζεται αρμονικά με τους συναδέλφους του και το λοιπό προσωπικό και να προβαίνει σε κάθε ενέργεια, προκειμένου να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη, να εξασφαλισθεί η ασφάλεια των ασθενών, να ελαχιστοποιηθεί η σπατάλη των πόρων και να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας υγείας.**

**3. Ο γιατρός οφείλει, χωρίς να περιορίζεται η ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του, και χωρίς να παραβλέπει το όφελος του συγκεκριμένου ασθενή, να συνταγογραφεί και να προχωρεί μόνο στις ιατρικές πράξεις οι οποίες είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας ή της θεραπείας που παρέχεται.**

**4. Ο γιατρός πρέπει, τόσο ατομικά όσο και μέσω των ιατρικών εταιρειών και συλλόγων, να συμβάλλει στη δημιουργία και εφαρμογή μηχανισμών που στοχεύουν στην ενθάρρυνση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.**

*Σχετικές διατάξεις*

*Προϊσχύσας Κ.Ι.Δ.:*

*Προτεινόμενο πρώτο σχέδιο Κ.Ι.Δ.: άρθρ. 2*

*Προτεινόμενο από τον Π.Ι.Σ. σχέδιο Κ.Ι.Δ.: άρθρ. 11*

*Άλλες διατάξεις: Α.Κ. 330 εδ. 2, Π.Κ. 28, Π.Κ. 15, 306, 307, 302, 314, 315.*

1. Στο παρόν άρθρο τίθενται αρχές ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας. Ο γιατρός α. πρέπει να προάγει την ίση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και την ίση κατανομή πόρων, αποφεύγοντας τη διακριτική μεταχείριση, όπως έχει ήδη αναφερθεί και σε προηγούμενο άρθρ. 2 παρ. 3 βάσει και των συσταματικών αρχών των άρθρ. 2 παρ.1, άρθρ. 5 παρ.



5, άρθρ. 21 παρ. 3, β. πρέπει να συνεργάζεται αρμονικά με τους συναδέλφους του και το λοιπό προσωπικό και να προβαίνει σε κάθε ενέργεια προκειμένου να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη, να εξασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών, να ελαχιστοποιηθεί η σπατάλη πόρων και να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας της υγείας.

2. Η διάταξη προσπαθεί να προστατεύσει άλλο έννομο αγαθό από εκείνο του άρθρ. 21. Κ.Ι.Δ. (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας), και συγκεκριμένα την ασφάλεια των ασθενών. Πράγματι, έχουμε, ιδίως τον τελευταίο καιρό, περιστατικά ιατρικών σφαλμάτων, τα οποία οφείλονται σε κακές σχέσεις και κακή συνεργασία μεταξύ γιατρών του ίδιου τμήματος ή άλλων τμημάτων. Ο νομοθέτης, κατά της γνώμη μας, θέτει «ιδιώνυμο πειθαρχικό αδίκημα» πέρα από εκείνο της ιατρικής αμέλειας. Θέτει, με άλλα λόγια, ακόμα ένα κριτήριο στην αποτίμηση της ιατρικής αμέλειας, της έλλειψης συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ γιατρών ή ιατρικών ομάδων, το οποίο και τιμωρείται ξεχωριστά.

3. Στο άρθρ. 4 παρ. 3 τονίζεται ότι ο γιατρός πρέπει να διενεργεί μόνο τις αναγκαίες ιατρικές πράξεις που είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας ή θεραπείας που παρέχεται. Αυτό σημαίνει λ.χ. ότι αποτελεί «ιδιώνυμο πειθαρχικό αδίκημα» που τίθεται για πρώτη φορά, η αφαίρεση σκωληκοειδούς απόφυσης χωρίς ιατρική ένδειξη ή η διενέργεια καισαρικής τομής αντί φυσιολογικού τοκετού, χωρίς, επίσης, να υπάρχει ιατρική ένδειξη (βλ. όμως και την παραπάνω ανάλυσή μας υπό άρθρ. 2 Κ.Ι.Δ. αρ. 74).

4. Τέλος, τονίζεται η υποχρέωση συμβολής του γιατρού, τόσο ατομικά όσο και μέσω ιατρικών εταιρειών και συλλόγων, να συμβάλει στη δημιουργία και εφαρμογή μηχανισμών που στοχεύουν στη συνεχή βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας. Πρόκειται, για έκφραση «ευχής» του νομοθέτη θέτοντας δεοντολογικό κανόνα αφηρημένου χαρακτήρα.

5. Ο νομοθέτης, ορθώς, απέφυγε να επαναλάβει, αλλά και δεν κατήργησε ρητώς το άρθρ. 24 Α.Ν. 1565/1939 (κατά τη γνώμη μας, οι διατάξεις των άρθρ. 2 παρ. 2, 3 και άρθρ. 4 έχουν καταργήσει τη διάταξη), το οποίο ανέγραφε τα εξής: «Ο ιατρός οφείλει να παρέχει μετά ζήλου, ευσυνειδησίας και αφοσιώσεως την ιατρικήν αυτού συνδρομήν, συμφώνως προς τας θεμελιώδεις αρχάς της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσης πείρας, τηρών τας ισχύουσας διατάξεις περί διαφυλάξεως των ασθενών και προστασίας των υγιών». Το άρθρο αυτό δημιούργησε ιδιαίτερα προβλήματα, γιατί δόθηκε σε τρίτους η εντύπωση ότι ο νομοθέτης επιθυμούσε να αυξήσει το μέτρο επιμέλειας των γιατρών. Υπήρξαν και δικαστικές αποφάσεις, οι οποίες εξεδόθησαν βασιζόμενες σε αυξημένο μέτρο επιμέλειας, βάσει των διατάξεων του ως άνω άρθρου, εκτίμηση που, κατά την γνώμη μας, ήταν πλήρως εσφαλμένη (βλ. ΑΠ 768/1954, Νοβ 3, 189) και κριτική την οποία ασκήσαμε (Χ. Πολίτης, «Ιατρικό Δίκαιο», 1999, υποσημ. 97, σελ. 123).

6. Βάση της κριτικής είναι ότι το κριτήριο είναι κανονιστικό (normative), το στοιχείο της αμέλειας είναι, καταρχάς, αντικειμενικό και εξετάζονται κάθε φορά τα standards της ιατρικής επιστήμης και το πώς θα ενεργούσε ο μέσος, συνειδητός ειδικευμένος γιατρός υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες και με τα μέσα τα οποία θα είχε στη διάθεσή του. Επίσης, οι όροι «ζήλος», «ευσυνειδησία», «αφοσίωση» πέρα από το ότι αποτελούν αμφίβολης αξίας μετανομικούς όρους, λ.χ. δεν είναι δυνατόν να έχει κυρώσεις ο γιατρός καθηγητής, ο οποίος διενεργεί με δεξιοτεχνία και παντελή επαγγελματική ψυχρότητα μεταμόσχευση καρδιάς κατά τον καθορισμένο χρόνο lege artis, ως εγχείρηση πλέον ρουτίνας (δε θα μπορούσε βεβαίως να κατηγορηθεί για αμέλεια εξαιτίας έλλειψης «ζήλου» ή «αφοσιώσεως», αλλά θα κριθεί και μόνον από το «κανονιστικό», αντικειμενικό κριτήριο του αν η επέμβαση διενεργήθηκε κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, τέχνης και δεοντολογίας).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΗΣ ΩΡΛ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ» κ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΡΕΝΤΖΟΣ

## ΔΩΡΕΑΝ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΧΟΥΜΕ ΜΟΝΟ ΣΤΑ ΧΑΡΤΙΑ

Συνέντευξη

στη Νάνσυ Χρηστιδη

Αναδημοσίευση από την εφημερίδα Διάγνωση φύλλο 144 27 Μαΐου - 2 Ιουνίου

**Ε**να έτος φοίτησης στο τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου της Μπολόνια ήταν... υπεραρκετό για το 40χρονο -σήμερα- φοιτητή, ώστε να εξασφαλίσει το... μεροκάματο στο Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Χατζηκώστα». Εκεί εργαζόταν τρία ολόκληρα χρόνια ως ειδικεύομενος Ορθοπεδικός, προσφέροντας τις υπηρεσίες του στους ασθενείς που τον εμπιστεύονταν...». Η παραπάνω είδηση μάλλον έπέρασε στα ψιλά γράμματα της δημοσιότητας, καθότι, το τελευταίο διάστημα, οι πολιτικές εξελίξεις μονοπωλούν το δημοσιογραφικό ενδιαφέρον. Αυτό, βέβαια, δεν μειώνει καθόλου τη σημασία της.

Με αφορμή το νέο αυτό κρούσμα, που αποδεικνύει την αδράνεια των ελεγκτικών μηχανισμών, η «δ» συνάντησε τον κ. Κωνσταντίνο Καρέντζο, Διευθυντή της ΩΡΛ Κλινικής του Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» και πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου του Νομού Ιωαννίνων. Η συζήτηση, βέβαια, ούτε μπορούσε ούτε θα έπρεπε να μείνει μόνο εκεί. Ο κ. Καρέντζος μιλάει, χωρίς περιστροφές και μισόλογα, για τα προβλήματα του ΕΣΥ στην περιφέρεια, για την έλλειψη πολιτικής βούλησης σε σοβαρά θέματα που απασχολούν τον κλάδο, για τα «σκοτεινά σημεία» της Συλλογικής Σύμβασης των Νοσοκομειακών Γιατρών, για τη διαφθορά του συστήματος που χαρακτηρίζει «δύσκολο αντίπαλο», αλλά και την ανάγκη να υπάρξει από την Πολιτεία ουσιαστική μέριμνα, ώστε οι ειδικεύομενοι γιατροί -πέραν της «λάντζας» και της κάλυψης των εφημεριών- να έχουν πρόσβαση στην ουσιαστική εκπαίδευση».

**Κύριε Καρέντζο, ας ξεκινήσουμε με μια γενική τοποθέτηση. Σύμφωνα με τα στοιχεία, οι δημόσιες δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα υπολείπονται**

**κατά πολύ των ιδιωτικών. Μπορούμε πια να μιλάμε για δημόσιο και δωρεάν σύστημα υγείας;**

Ξεκινώ από τη διαπίστωση ότι όλοι μας διεκδικούμε καλύτερη Υγεία, Παιδεία και πραγματικό Κράτος Πρόνοιας. Πιστεύω ότι η ερώτησή σας είναι η ίδια η πονεμένη ιστορία της Ελληνικής Κοινωνίας και αφορά τα «εθνικά σπορ» της παραοικονομίας, της φοροδιαφυγής και της εισφοροδιαφυγής. Η Ελλάδα δαπανά για την Υγεία περίπου το 10% του ΑΕΠ -50%-50% δημόσιος και ιδιωτικός τομέας, βάσει των όσων έχω διαβάσει. Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο των σκανδιναβικών χωρών, οι οποίες όμως έχουν καλύτερες υπηρεσίες Υγείας και φυσικά ελάχιστη διαφθορά.

Από την άλλη, όπως επισημαίνουν έγκυροι οικονομικοί αναλυτές, εάν η φοροδιαφυγή περιοριζόταν κατά 10%, θα κάλυπτε εξ ολοκλήρου το κόστος για την Υγεία. Η φοροδιαφυγή δεν αφορά μονάχα τους πολίτες, αλλά και το μαύρο χρήμα που διακινείται, τόσο στον Δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Στα χαρτιά έχουμε Δημόσιο και Δωρεάν σύστημα Υγείας, αλλά στην πράξη όχι -τουλάχιστον Δωρεάν. Και να μην ξεχνάμε ότι ο χαρακτηρισμός «Δωρεάν» είναι τουλάχιστον οξύμωρος, όταν ο πολίτης έχει πληρώσει τις παροχές Υγείας με τις ασφαλιστικές εισφορές και τη φορολογία -άμεση-έμμεση- επομένως δικαιούται να διεκδικεί υψηλού επιπέδου υπηρεσίες Υγείας από το σύστημα.

Βέβαια, υπάρχει και το θέμα των Ασφαλιστικών Ταμείων. Στις χώρες με υγιές ασφαλιστικό σύστημα -αν και με τα σημερινά δεδομένα σε όλες ένα ελαφρύ «κρουολόγημα» υπάρχει- τα Ταμεία καλύπτουν το πραγματικό κόστος περίθαλψης των ασφαλισμένων. Στη χώρα μας, εάν η Πολιτεία -ο φορολογούμενος πολίτης δηλαδή- δεν ενισχύει τα Ταμεία

καθιερώνοντας το κλειστό νοσήλιο ή καλύπτοντας τα ελλείμματά τους, αυτά θα είχαν αναστείλει προ πολλού τη λειτουργία τους.

Θα ήθελα να επισημάνω και κάτι άλλο. Στην ερώτησή σας αναφέρετε Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Πιστεύω ότι κακώς το αποκαλούμε έτσι, καθώς το υπάρχον περιλαμβάνει μόνο τη νοσοκομειακή περίθαλψη, με τη «Νοσοκομειακή» Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, γεγονός πρωτοφανές για πολιτισμένη χώρα. Νομίζω ότι η εφαρμογή της Π.Φ.Υ., μαζί με την πρόληψη, θα περιορίσει σημαντικά το θλιβερό φαινόμενο της παραοικονομίας στα νοσοκομεία, γιατί θα λειτουργήσει ως ηθμός. Δεν ισχυρίζομαι ότι θα το εξαφανίσει, γιατί δεν πρέπει να ξεχνάμε σε ποια χώρα ζούμε. Είναι πολλές, άλλωστε, οι παθολογίες περί το Δημόσιο Σύστημα Υγείας, όπως φακελάκια, προμήθειες, μίζες για αναλώσιμα και μη, αναγραφή νεότερων ακριβών φαρμάκων που συχνά χορηγούνται με δυσάρεστες συνέπειες για τους ασθενείς, π.χ. δημιουργία ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών.

Η αλλαγή του συστήματος προμηθειών, η κάρτα υγείας για όλους τους πολίτες, η μηχανοργάνωση και οι αποτελεσματικοί ελεγκτικοί μηχανισμοί, εφόσον υπάρξει πραγματική πολιτική βούληση, θα βοηθήσουν ασφαλώς το σύστημα να ορθοποδήσει. Πάντως, ας μην ξεχνάμε ότι τα κατά Παπαδόπουλον «πιράνχας» είναι δύσκολος αντίπαλος.

**Ποια θα χαρακτηρίζατε ως τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσοκομειακοί γιατροί που εργάζονται στα περιφερειακά νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας;**

Η πόλη μας διαθέτει 2 μεγάλα νοσοκομεία, τα οποία καλύπτουν ικανοποιητικά τις ανάγκες της ευρύτερης περιοχής, αλλά και της γειτονικής Αλβανίας. Αρκετά τμήματα, όμως, δεν έχουν την απαιτούμενη στελέχωση -ακόμη και βάσει των προ 20ετίας οργανογραμμάτων- και αντεπεξέρχονται χάρη στις υπεράνθρωπες προσπάθειες και τον πατριωτισμό των ιατρών.

Επίσης, τα νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής, εάν είχαν στοιχειώδη στελέχωση, θα κρατούσαν κάποια περιστατικά, που αναπόφευκτα καταλήγουν στην πόλη μας. Εκεί που κυριολεκτικά πάσχουμε, όπως και η υπόλοιπη ελληνική επαρχία, είναι η περιβόητη «Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαί-

δευση», κάτι που αναφερόταν στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ, αλλά ποτέ δεν έγινε πράξη.

**Η Συλλογική Σύμβαση υποτίθεται ότι θα έλυne προβλήματα, αλλά βλέπουμε και πάλι τους νοσοκομειακούς γιατρούς σε επισχέσεις. Τι εικόνα έχετε για τα νοσοκομεία του νομού σας;**

Στο νομό μας δεν έγιναν επισχέσεις εργασίας. Υπήρξε σχετική καθυστέρηση πληρωμών, αλλά ήδη άρχισαν να καταβάλλονται οι εφημερίες των πρώτων μηνών του 2009 και θα καταβληθούν και τα αναδρομικά στο τέλος Μαΐου.

Θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι, με τη σημερινή συγκυρία, οι παροχές είναι ικανοποιητικές. Θα σας πω μόνο ότι το αφορολόγητο του επιδόματος βιβλιοθήκης το διεκδικούμε δικαστικά από το 1996. Μια «σκοτεινή» πλευρά της Συλλογικής Σύμβασης είναι η έλλειψη μέριμνας για τους ειδικευόμενους ιατρούς, πέραν της αύξησης του αριθμού τους. Οι νέοι συνάδελφοι, πέραν της «λάντζας» και της κάλυψης των εφημεριών και λοιπών εργασιών των τμημάτων, έχουν ανάγκη από εκπαίδευση. Νομίζω πως αυτό πρέπει να προβληματίσει την Πολιτεία ή και όλους μας. Ένας τρόπος πίεσης θα ήταν να αξιολογούνται οι εκπαιδευτές από τους ειδικευόμενους στο τέλος κάθε έτους, όπως γίνεται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

**Από τη μία οι κρίσεις καθυστερούν, με αποτέλεσμα πολλές κλινικές να παραμένουν ακέφαλες, από την άλλη δεν γίνονται προκηρύξεις για να καλυφθούν οι κενές θέσεις. Πόσο επηρεάζει αυτό την ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων;**

Ασφαλώς θα ήταν καλύτερα να εξελίσσονται γρηγορότερα οι διαδικασίες. Αλλά από τη μία οι ενστάσεις επί ενστάσεων και οι «παράξενες» καμιά φορά δικαστικές αποφάσεις και από την άλλη ο υδροκεφαλισμός -π.χ. κρίσεις μόνο στην πρωτεύουσα για τους Διευθυντές ΕΣΥ- καθυστερούν τις διαδικασίες. Η αποκέντρωση με την πρόσφατη τροποποίηση πιστεύω ότι θα βελτιώσει την κατάσταση, αρκεί να είναι οι κρίσεις αντικειμενικές και δίκαιες και όχι παρεϊστικές.

**Όσον αφορά στην εφαρμογή της Κοινοτικής Οδηγίας για το μέγιστο χρόνο εφημέρευσης, φαίνεται ότι επηρεάζει περισσότερο τα νοσοκομεία της περιφέρειας, όταν οι γιατροί δεν επαρκούν. Πόσο μεγάλη είναι η ανάγκη των δι-**



**κών σας νοσοκομείων για προσλήψεις και πώς έχετε αποφασίσει να κινηθείτε στο θέμα των εφημερίων;**

Ασφαλώς η εφαρμογή της Κοινοτικής Οδηγίας θα επηρεάσει ειδικά τα νοσοκομεία που εφημερεύουν σε καθημερινή βάση και εκεί που υπάρχουν ένας ή δύο ιατροί ανά ειδικότητα. Βέβαια στη χώρα μας υπάρχουν γεωγραφικές ιδιαιτερότητες -πολυάριθμα νησιά, απομακρυσμένες περιοχές- και εκεί είναι δύσκολα τα πράγματα όσον αφορά το αντικείμενο -αριθμός περιστατικών. Όσον αφορά τα νοσοκομεία του νομού μας, υπάρχουν αιτήσεις για προσλήψεις και άλλων ιατρών, προκειμένου να είναι δυνατή η εφαρμογή της οδηγίας. Ελπίζουμε...

**Πολλά νοσοκομεία της περιφέρειας δηλώνουν ελλείψεις σε βασικά αναλώσιμα υλικά και προβλήματα στην εφαρμογή του νόμου περί Προμηθειών. Στο δικό σας νοσηλευτικό ίδρυμα, έχουν καταγγελθεί παρόμοιες ελλείψεις;**

Στο νοσοκομείο που υπηρετώ γενικά δεν είχαμε ιδιαίτερες ελλείψεις σε βασικά αναλώσιμα. Όπως ανέφερα και στην πρώτη ερώτησή σας, ευχής έργον θα ήταν η εφαρμογή ενός σωστού και κυρίως επωφελούς για την Οικονομία συστήματος προμηθειών. Και εδώ ελπίζουμε...

**Πρόσφατα, είδε το φως της δημοσιότητας μια υπόθεση ενός ορθοπαιδικού από το νοσοκομείο σας, ο οποίος εργαζόταν επί χρόνια με πλαστό πτυχίο. Πού εντοπίζετε την αδυναμία του συστήματος, ως προς τον έλεγχο τέτοιων φαινομένων;** Πράγματι υπήρξε αυτό το θλιβερό περιστατικό και φοβάμαι πως δεν είναι το μόνο. Πλέον υπάρχει στη διάθεσή μας το «Ηλεκτρονικό Σύστημα Πληροφόρησης για την Εσωτερική Αγορά» που αφορά τις χώρες της Ε.Ε. και έτσι είναι δύσκολο να διαφύγουν τέτοια περιστατικά. Βέβαια, υπάρχουν και χειρότερα... και αφορούν πρώην καθηγητή πρώτης βαθμίδας, ο οποίος καταδικάστηκε από τα ποινικά δικαστήρια. Ο «ακαδημαϊκός» αυτός δάσκαλος χειρουργούσε σοβαρότατα περιστατικά σε νοσοκομείο της πόλης μας, χωρίς να διαθέτει τίτλο ειδικότητας! Έλαβε τελικά την ειδικότητα αρκετούς μήνες μετά την καταδίκη του σε δεύτερο βαθμό. Εδώ πρόκειται για μια βρόμικη ιστορία, που έχει αναστατώσει το Πανεπιστήμιο, την Ιατρική Σχολή, τους ιατρούς της πόλης

μας και την κοινωνία των πολιτών της, γιατί συνοδεύεται από καταστάσεις και αποφάσεις που προκαλούν το δημόσιο αίσθημα.

**Η πρόσφατη απόφαση του Υπουργείου Οικονομικών να περικόψει τις ιατροφαρμακευτικές δαπάνες περίθαλψης των ασφαλισμένων του Δημοσίου τι προβλήματα δημιούργησε στους συναδέλφους; Έχει συζητηθεί στον Ιατρικό Σύλλογο τι θα σημάνει αυτή η απόφαση στην πράξη;**

Η απόφαση του Υπουργείου Οικονομικών, που αφορά περικοπή ορισμένων ιατροφαρμακευτικών δαπανών περίθαλψης ασφαλισμένων του Ο.Π.Α.Δ., δημιουργεί πρωτίστως προβλήματα στους ίδιους τους ασφαλισμένους και μετά στους συναδέλφους. Η πολιτεία οφείλει να διαθέτει σωστούς ελεγκτικούς μηχανισμούς και να καλύπτει τις πραγματικές ανάγκες των ασφαλισμένων. Ο Ιατρικός Σύλλογος Ιωαννίνων έχει υποβάλλει σχετική διαμαρτυρία και ελπίζουμε να αποσυρθεί η συγκεκριμένη απόφαση. Με αυτή την ευκαιρία θα ήθελα να θίξω και το θέμα της πέραν του εξαμήνου καθυστέρησης στην εξόφληση των οφειλομένων στους συναδέλφους Παθολόγους και Οφθαλμιάτρους από το Υπουργείο Συγκοινωνιών.

**Κλείνοντας, κύριε Καρέντζο, οι πολίτες της χώρας, διαβάζοντας τα όσα γράφονται και παρουσιάζονται από τα Μ.Μ.Ε., δημιουργούν μια εικόνα εγκατάλειψης της Υγείας από την πολιτεία, γεγονός που ενδεχομένως τους οδηγεί στον ιδιωτικό τομέα. Θα ήθελα ένα σχόλιό σας.**

Πιστεύω πως οι πολίτες έχουν εμπιστοσύνη στη Δημόσια Υγεία -τουλάχιστον στην ευρύτερη περιοχή μας. Μερικές φορές διογκώνονται κάποια μεμονωμένα περιστατικά. Ο υπεύθυνος πολίτης πρέπει να είναι πολίτης και να καταγγέλλει υπεύθυνα τα δυσάρεστα αυτά φαινόμενα. Όσον αφορά τους συναδέλφους ιατρούς, θεωρώ ότι η πλειοψηφία τους τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη. Η πολιτεία οφείλει να σκύψει με περισσότερη στοργή στον πολίτη -γιατί όλοι το συνάνθρωπό μας υπηρετούμε- και παράλληλα να ελέγχει σωστά το όλο σύστημα. Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα, και αυτός είναι μέρος του συστήματος. Αν κάποιος νομίζει ότι θα έχει καλύτερη αντιμετώπιση και παράλληλα έχει τις οικονομικές δυνατότητες, μπορεί να προσφύγει σε αυτόν. Άλλωστε, ιατροί τον υπηρετούν και όχι «ανθρωποφάγοι».

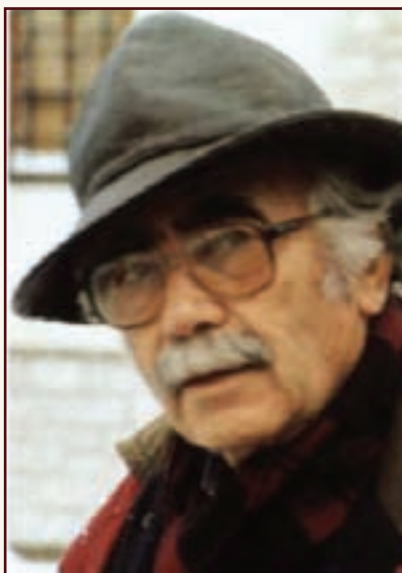
# ΠΑΥΛΟΣ ΒΡΕΛΛΗΣ

**Ο** Παύλος Βρέλλης γεννήθηκε στα Γιάννενα, στις 25 Μάρτη του 1923. Σπούδασε στη Ζωσιμαία Παιδαγωγική Ακαδημία και στο τμήμα γλυπτικής της Ανωτάτης Σχολής Καλών Τεχνών (1949-1954), με πρακτικό και θεωρητικό πτυχίο. Παρακολούθησε μαθήματα τέχνης και τεχνικής της χαλκογλυπτικής στη Φλωρεντία και ψηφοθεσίας στη Ραβέννα.

Ως γλύπτης και συντηρητής, δούλεψε στο Μουσείο Ακρόπολης και στο Αρχαιολογικό Μουσείο Αθηνών, οργάνωσε το τμήμα αναπαραγωγής κλασικών έργων (με δύο δικά του διπλώματα ευρεσιτεχνίας).

Έλαβε μέρος σε ομαδικές εκθέσεις στο εσωτερικό και εξωτερικό. Σε ατομική του έκθεση (Λονδίνο 1972) παρουσίασε τη δουλειά του με θέμα «Αναμνήσεις από την Τανάγρα» και «κινητική γλυπτική». Έργα του (προτομές και συνθέσεις) υπάρχουν σε ιδιωτικές συλλογές της Ελλάδας και του εξωτερικού, καθώς και στην Πινακοθήκη Ιωαννίνων. Έργα του δε (από πέτρα και μάρμαρο) υπάρχουν στο λεκανοπέδιο της πόλης μας.

Το 1960, δημιούργησε (και διατήρησε μέχρι το 1980), στους Μουζακαίους, μονάδα αναπαραγωγής κεραμικών προτομών των μεγαλύτερων προσωπικοτήτων της αρχαίας Ελλάδας -Περικλή, Ασπασίας, Αλέξανδρου, Σοφοκλή, Ευριπίδη,



Αισχύλου, Θουκυδίδη, Σωκράτη, Ιπποκράτη, Σαφούς ... Μελέτησε ιδιαίτερα τη λαϊκή τέχνη, την παράδοση και την αρχιτεκτονική της Ηπείρου. Από το 1973-1981, έκανε στους Μουζακαίους το «Μουσείο Προεπανάστασης 1611-1821» (με κέρινα ομοιώματα), ενώ υπηρετούσε ως καθηγητής Τεχνικών (από το 1958) στα Γιάννενα ή ήταν αποσπασμένος (1971-1977) στην έδρα της Ιστορίας της Τέχνης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, όπου δίδασκε τα Σύγχρονα Ρεύματα Τέχνης. Μέχρι τότε κυκλοφόρησε πέντε ποιητικές συλλογές και τον οδηγό εκείνου του Μουσείου.

Όταν συνταξιοδοτήθηκε, με το βαθμό του γυμνασιάρχη (1981), έψαξε για μεγαλύτερο (απ' αυτό των Μουζακαίων) χώρο, προκειμένου να δημιουργήσει νέο -μεγαλύτερο- μουσείο με κέρινα ομοιώματα. Βρήκε και αγόρασε 17 στρέμματα στη θέση Πλαγούλια-Καταβόθρα της κοινότητας Μπιζανίου, το Φλεβάρη του 1983.

«Έκανα σύναξη ηρώων, σε κτίριο αστικής φρουριακής αρχιτεκτονικής της ενδοχώρας της Ηπείρου του 18ου αιώνα. Δούλεψα ως αρχιτέκτονας και ως κτίστης, ως τεχνίτης και ειδικευμένος εργάτης, ως εργολάβος και ιδιοκτήτης, ως ιστορικός και ως ερευνητής, ως γλύπτης και ζωγράφος, ως λαοδόμος και πολεοδόμος, ως ενδυματολόγος, ..., ως υμνητής της Ελληνικής ψυχής».

Με 36 διαδεχόμενες γλυπτικές συνθέσεις και με 150 κέρινα ομοιώματα σε φυσικό μέγεθος, μέσα σε όγκο 2.500 κυβικών μέτρων, κατάφερε την προσέγγιση 2.500 χρόνων Ελληνικού Πνεύματος.

Για το έργο του, δόθηκαν τιμητικές διακρίσεις από: Πανηπειρωτική Συνομοσπονδία Ελλάδας (1981), Ιστορική και Εθνολογική Εταιρεία Ελλάδας (1982), Φυσιολατρικό Σύνδεσμο Πατρών (1984), Τοπική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων (1991), Δήμο Ιωαννιτών (1992), Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (1992), Σύλλογο Ιωαννιτών Άγιος Γεώργιος (1992), Ροταριανό Όμιλο Ιωαννίνων (1993), VIIIη Μεραρχία (1993), Αναπτυξιακό Σύνδεσμο 13ης Γεωργ. Ενότητας Νομού Ιωαννίνων (1993).

Στις τιμητικές επίσης διακρίσεις πρέπει να συμπεριληφθεί και η απόφαση -παλιών μαθητών και φίλων του- για ίδρυση (1987) συλλόγου με την επωνυμία **«Φίλοι του Μουσείου Παύλου Βρέλλη»**.

*Ευχαριστώ αυτούς που κράτησαν τη Θρησκεία μου, τη Γλώσσα μου και την Εθνικότητά μου, για να είμαι Χριστιανός και να λέγομαι Έλληνας.*

*Η αγάπη και η λατρεία που είχα -από μικρό παιδί- στους ήρωες της Προεπανάστασης και της Επανάστασης του 1821, έγινε αγάπη και θαυμασμός και για τους μετέπειτα ήρωες.*

*Αυτοί σφάχτηκαν, κρεμάστηκαν, γδάρθηκαν, ταπεινώθηκαν ..., για να κερδίσουμε εμείς σήμερα τον τόπο τούτο ελεύθερο -χωρίς σκλαβιά.*

*Αυτός ο μικρός λαός της γης έδειξε την ανδρεία του σε όλες τις εποχές. Αντικατέστησε το δόρυ με το καριοφίλι ή το σύγχρονο όπλο και βροντοφώναξε προς όλους τους λαούς της γης: «Η Ελλάδα ποτέ δεν πεθαίνει».*

*Σαν φόρο τιμής, αγάπης και πίστης στους ανώνυμους και επώνυμους ήρωές μας, έφτιαξα τούτο το Μουσείο Ελληνικής Ιστορίας με κέρινα ομοιώματα, στο χωριό Μπιζάνι Ιωαννίνων.*

*Θέλω να κάνω Ιστορική αγωγή, μνήμη ιερή όλων των ηρωικών μορφών και γεγονότων. Οι συνθέσεις είναι όλες δικές μου. Δούλεψα όχι μόνο με βάση την πλούσια βιβλιογραφία που συγκέντρωσα (για ιστορικά και λαογραφικά στοιχεία) αλλά και τις πληροφορίες -στοιχεία- που πήρα από τα μέρη που περπάτησα, γνώρισα, φωτογράφισα και σχεδίασα (επί χρόνια). Ευχαριστώ όλους τους Έλληνες και ξένους συγγραφείς που στάθηκαν -με τις πηγές τους- πολύτιμοι οδηγοί μου στο δρόμο της δημιουργίας τούτου του έργου, αλλά και στο γράψιμό του βιβλίου που έχετε στα χέρια σας σήμερα.*

*Ένα μεγάλο επίσης ευχαριστώ οφείλω στους καθηγητές και δασκάλους μου στην Ανωτάτη Σχολή Καλών Τεχνών της Αθήνας, για τις γνώσεις που μου έδωσαν στα θεωρητικά και πρακτικά μαθήματα -και που τόσο πολύ με βοήθησαν αυτές οι γνώσεις για την δημιουργία τούτου του έργου.*



Γιάννενα, χειμώνας 1995  
**Πάυλος Π. Βρέλλης** - γλύπτης



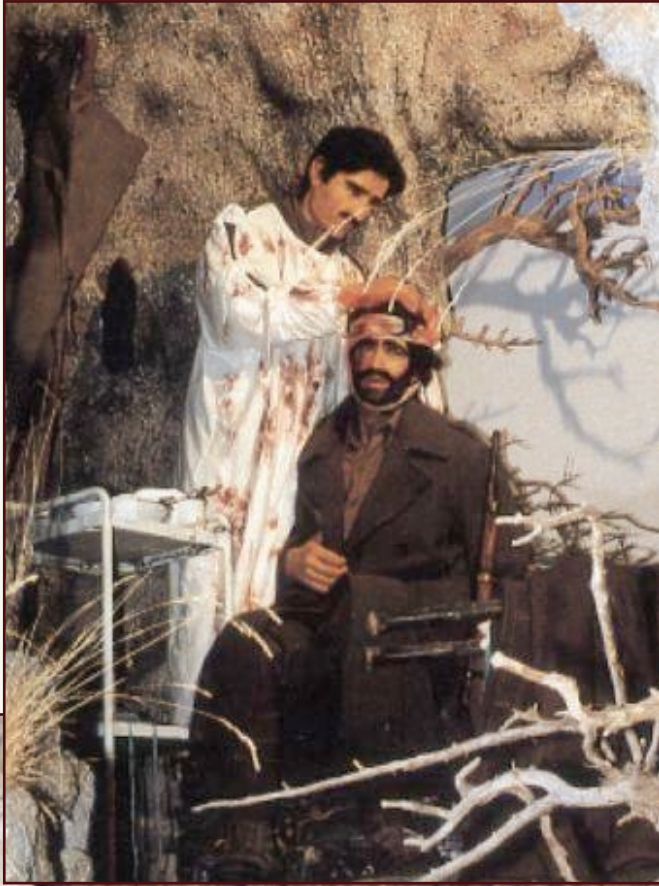
# ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΑ

## Εκθέματα

- Κρυφό σχολειό
- Διονύσιος ο Φιλόσοφος
- Ηπειρώτες Ευεργέτες
- Δάσκαλοι του Γένους
- Η ίδρυση της Φιλικής Εταιρείας
- Κατσαντώνης
- Ο σκλαβωμένος Ελληνισμός στις φυλακές
- Ρήγας Βελεστινλής (Φεραίος)
- Η Ανατίναξη της Αγίας Παρασκευής στο Κούγκι
- Κοσμάς ο Αιτωλός
- Κλέφτες και αρματολοί
- Η σφαγή του Αλή πασά
- Κυρά Βασιλική
- Μακρυγιάννης (1798-1864)
- Πολεμιστές του 1821
- Θεόδωρος Κολοκοτρώνης (1770-1834)
- Νικηταράς Σταματελόπουλος (1781-1849)
- Κωνσταντίνος Κανάρης (1790-1877)
- Ο Κολοκοτρώνης στη φυλακή του Ναυπλίου
- Παύλος Μελάς (1870-1904)
- Μπιζάνι
- Εχθρικά κράνη
- Το στρατηγείο του 1940, στη σπηλιά του Καλπακίου (Ελαία)
- Οι γυναίκες της Πίνδου (1940)
- Γράμμα από το μέτωπο της Αλβανίας
- Παρατηρητήριο-Πολυβολείο
- Ορεινό χειρουργείο
- Ορεινό Πυροβολικό
- Ρούπελ (6 Απρίλη 1941)
- Μάχη της Κρήτης (20-31 Μάη 1941)
- Κυρά της Ρω
- Γερμανικοί Φούρνοι
- Κύπρος
- Μικρά Ασία (1922)
- Βυζάντιο
- Αρχαία Ελλάδα
- Το εργαστήρι μου

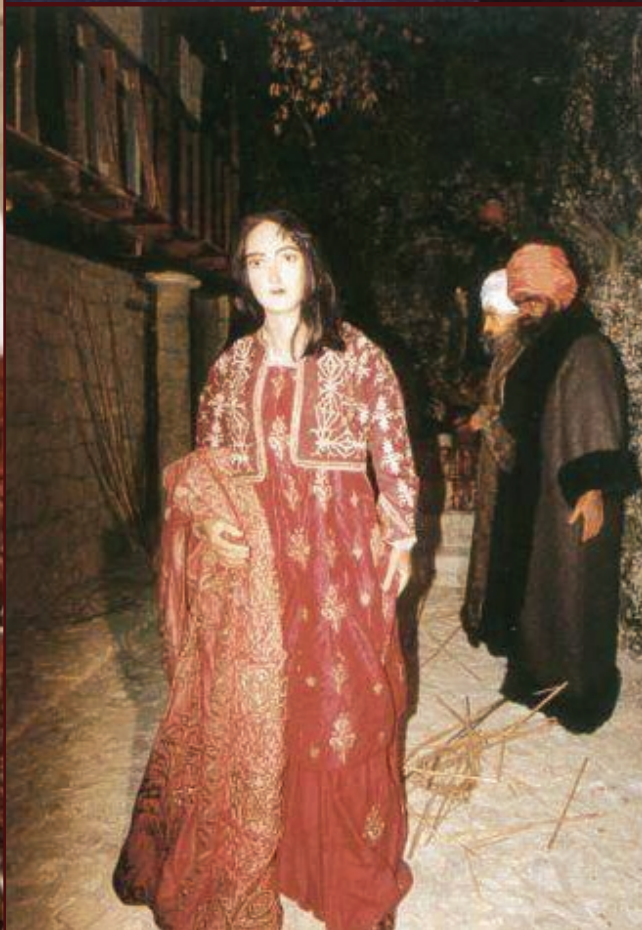








ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΑ







# ΜΟΥΣΕΙΟ της ΑΚΡΟΠΟΛΗΣ

**Ο** Οφθαλμίατρος Γιάννης Μελισσουργός είναι Αναπληρωτής Διευθυντής στην Οφθαλμολογική Κλινική του Γ.Ν.Ι. «Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ».

Ασχολείται με την καλλιτεχνική φωτογραφία πολλά χρόνια. Έχει παρακολουθήσει τα εκπαιδευτικά προγράμματα «ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΣ» και «ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ» του Ινστιτούτου Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων της Γενικής Γραμματείας Εκπαίδευσης Ενηλίκων (Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων). Είναι μέλος της «ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ».

Έχει παρουσιάσει ατομικές εκθέσεις καλλιτεχνικής φωτογραφίας και έχει πάρει μέρος σε ομαδικές εκθέσεις, στα Ιωάννινα και στην Αθήνα.

## **ΣΧΟΛΙΟ για τις φωτογραφίες που ακολουθούν**

Με την ευκαιρία της έκθεσης «ΝΟΣΤΟΙ», είχα την τύχη να βρεθώ στο καινούργιο Μουσείο της Ακρόπολης αρκετούς μήνες πριν την επίσημη έναρξη λειτουργίας του. Διάλεξα πέντε φωτογραφίες, ανάμεσα σε δεκάδες άλλες, που όλες τους τραβήχτηκαν εν μέσω εργασιών και προετοιμασιών για το παγκόσμιας πολιτιστικής σημασίας γεγονός των εγκαίνιων του Μουσείου.











## INTERNATIONAL PRESS

LE MAGAZINE DE L'ORL FRANÇAISE

### Events

Corfou Grèce  
29 au 31 mai 2009

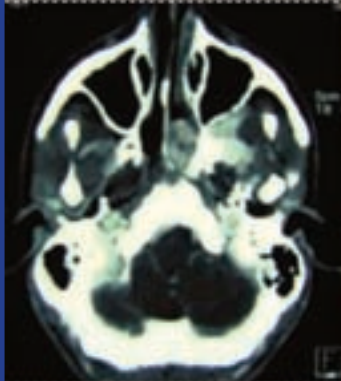
1<sup>er</sup> congrès franco  
hellenique international  
d'ORL et chirurgie  
cervico-faciale



28

Trimestriel

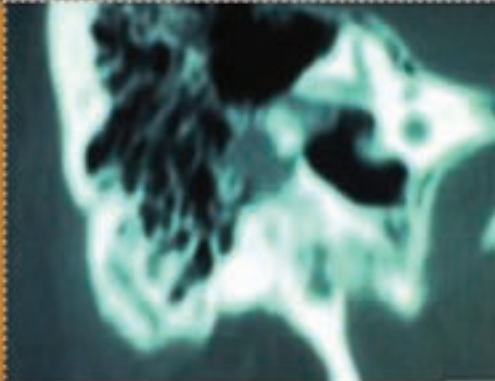
Octobre - Novembre - Décembre 2009



### CAS CLINIQUES

4 cas de tumeur  
rhinosinusienne:  
prise en charge

À propos d'une  
paralysie faciale  
périphérique



### « Hommage à Pascal Bouroukhoff »

Audioprothésiste, président de  
la coopérative Gipa2/Entendre  
pendant plusieurs années jusqu'en  
2007, administrateur de Guildinvest,  
s'est éteint le 27 juin à l'âge de 57 ans.



La journée d'enseignement  
du collège d'ORL et  
chirurgie cervico-faciale

Pathologie de l'oreille interne  
de l'adulte

[www.sforl.org](http://www.sforl.org)

Prix : 7,50 €

SNORL

Compte-rendu  
du Conseil  
d'Administration  
Extraordinaire  
du samedi  
20 juin 2009



FMC

Les cancers des voies  
aéro-digestives  
supérieures (VADS)



ANNONCES

Cours -  
Diplôme  
Inter universitaire



# ORLMAG

ORGANE D'EXPRESSION DES INSTANCES NATIONALES DE  
L'ORL ET DE LA CHIRURGIE CERVICO-FACIALE



Syndicat National  
des Médecins Spécialistes en ORL  
et Chirurgie Cervico-Faciale



Collège Français  
d'ORL et de Chirurgie  
Cervico-Faciale



Société Française  
d'ORL et de Chirurgie  
Cervico-Faciale

1<sup>o</sup> CONGRÈS FRANCO-HELLENIQUE  
D'ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

ORLMAG - Octobre-Novembre-Décembre 2009

Le Magazine de l'ORL Française  
www.orl-mag.com

23

### 1<sup>o</sup> congrès franco-hellénique d'ORL et chirurgie cervico-faciale

CORFOU GRÈCE 29 AU 31 MAI 2009



Le 1<sup>o</sup> congrès franco hellénique international d'ORL et chirurgie cervico-faciale s'est déroulé à Corfou sous la présidence des Prs Dimitrios Assimakopoulos et Jean-Pierre Bébear, congrès qui a permis de nombreux échanges entre les ORL des 2 pays.

#### Corfou Grèce 29 au 31 mai 2009

Le 1<sup>o</sup> congrès franco hellénique international d'ORL et chirurgie cervico-faciale s'est déroulé à Corfou sous la présidence des Prs Dimitrios Assimakopoulos et Jean-Pierre Bébear, congrès qui a permis de nombreux échanges entre les ORL des 2 pays.



#### L'île de Corfou

Les congressistes ont pu profiter d'instantanés privilégiés sur l'île de Corfou à la végétation colorée et luxuriante mêlant des plages pittoresques et des collines recouvertes entièrement d'oliviers.

#### Les séances du congrès

Les congressistes ont assisté à des conférences de grande qualité et des tables rondes faisant le point sur des sujets d'actualité. Les délégués français et francophones étaient nombreux réunis autour des 2 co-



présidents et ont animé des tables rondes sur les brèches ostéoméningées, la surdité de l'enfant, la prise en charge des patients vertigineux, l'infectiologie ORL, les cancers pharyngolaryngés et de la cavité buccale, la pathologie de l'oreille moyenne, le neurinome de l'acoustique, les explorations cochléo-vestibulaires par potentiels évoqués.



Les Prs Bébear, JM Sterkers, O Serkers, Magnan, Chays, Häusler (Suisse), Garabédian, Truy, Rosenfeld (USA), Fliss (Israël), Claros (Espagne), Guernier, Garganios et Lazaras (Grèce), Monfrais-Pfauwadel, Helidonis (Grèce), Panossotti (Luxembourg) ont exposé des mises au point traduites lors de leur exposé. Elles ont été enrichissantes pour l'assemblée des participants.

#### Remise des diplômes et récompenses

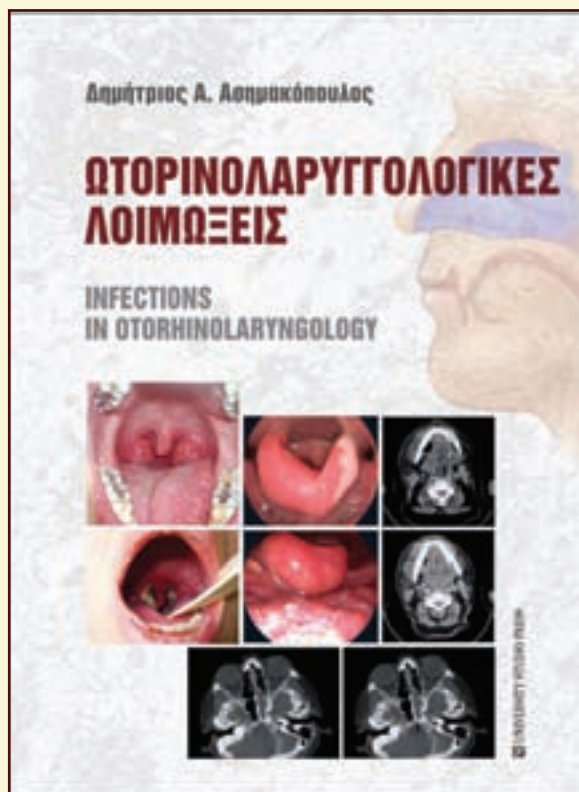


Lors de la soirée de gala, à l'hôtel Corfu Holiday Palace, dans une ambiance conviviale accompagnée des musiques et chants grecs, les Prs D. Assimakopoulos et JP Bébear, en présence du recteur de l'Académie de Ioannina, le Pr Gerothanasios ont remis aux orateurs les récompenses et diplômes en remerciements de leur contribution à la réussite de ce congrès.

Le prochain congrès aura lieu en juin 2011 sur l'île magnifique de Santorin en mer Egée. le congrès de 2013 est programmé à Reims, organisé par le Pr André Chays.



## ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ INFECTIONS IN OTORHINOLARYNGOLOGY



**Δημητρίου Α. Ασημακόπουλου**  
Καθηγητή Ωτορινολαρυγγολογίας

Αποσπάσματα προλόγων  
από τον Ομότιμο Καθηγητή Παθολογίας  
κ. Γ.Κ. Δαΐκο και τους Καθηγητές  
Ch. Bebear και J.P. Bebear.

- Οι λοιμώξεις παρά τις προσδοκίες που προεκάλεσε η ανακάλυψις και η σύνθεσις πληθώρας αντιμικροβιακών ουσιών που δρουν έναντι διαφόρων μικροβίων, εξακολουθούν να αποτελούν πρόβλημα προς λύσιν για όλους τους γιατρούς όλων των ειδικοτήτων. Στην αρχή του πρώτου μέρους εκτίθενται τ' απαραίτητα μικροβιολογικά και επιδημιολογικά δεδομένα των ΩΡΛ λοιμώξεων καθώς και των διαθέσιμων αντιμικροβιακών ουσιών που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπισίν τους, ούτως ώστε ο γιατρός να μη χρειάζεται ν' ανατρέχει σε ειδικά βιβλία. Στο δεύτερο μέρος εκτίθενται τα ιδιαίτερα προβλήματα που παρουσιάζουν οι ΩΡΛ λοιμώξεις στα παιδιά, τα οποία συχνά πάσχουν από τέτοιες λοιμώξεις, κυμαινόμενες από απλές καθημερινές μέχρις άκρως επικίνδυνες και θανατηφόρες. Στο τρίτο μέρος του βιβλίου γίνεται σύνοψις εις τα αγγλικά. Τέλος, παρατίθεται πλούσια βιβλιογραφία. Συγχαίρω τον αγαπητό κύριον Ασημακόπουλον, ελπίζω κι' εύχομαι το βιβλίο να τύχη τις δεούσης προσοχής ώστε να βοηθήσει στην ενημέρωση των γιατρών, στον επιτυχή χειρισμό των ωτορινολαρυγγικών λοιμώξεων και στην άσκηση καλύτερης ιατρικής.

- ENT infections are the most frequent infectious diseases. This book presents the microbiology of ENT infections, describing virus and bacteria involved, as well as the main antibiotic families used in the treatment of bacterial infections. Finally, the different clinical syndromes associated with ENT infections, are summarized, with the description, for each of them, of the main etiology and the adapted treatment. This book, very didactic, will bring useful information to all practitioners concerned by ENT infectious diseases. It is edited by Professeur Dimitrios Assimakopoulos, member of the French Society of ENT and Head and Neck Surgery, and Professor of the French College of ENT.

UNIVERSITY STUDIO PRESS  
Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ Αρμενοπούλου 32, 546 35  
Τηλ. 2310 208731 , 2310 209837 Fax 2310 216647  
Email: info@universitystudiopress.gr  
ΑΘΗΝΑ ΣΤΟΑ ΤΟΥ ΒΙΒΛΙΟΥ-Πεσμαζόγλου 5, 10564  
Τηλ. & Fax 210 3211097

www.universitystudiopress.gr

## ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ

Αθήνα, 18.08.2009

Αρ. Πρωτ.: 1285

Προς τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων της Χώρας

Αγαπητή κυρία/Αγαπητέ κύριε Πρόεδρε,

Σας διαβιβάζουμε τις γνωματεύσεις τις οποίες θα πρέπει να χορηγούν οι συνάδελφοι ιατροί, προκειμένου να συνταγογραφήσουν: α) το εμβόλιο κατά του Πνευμονιόκοκκου και τις ομάδες πληθυσμού που ενδείκνυται η χορήγησή του (αρ. πρωτ. ΠΙΣ 1277/14.8.09) και β) τη χορήγηση οσελταμιβίρης (Tamiflu) και ζαναμιβίρης (Relenza), όπως γίνεται και με το συνταγολόγιο που χρησιμοποιείται στις κινολόνες. Επίσης, σας στέλνουμε το υπ' αρ. πρωτ. Υ7α/Γ.Π./οικ. 108080 (Αρ. Πρωτ. ΠΙΣ 1264/12.8.09) του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τη διενέργεια εξετάσεων ιατρικών & οδοντιατρικών ειδικοτήτων, με την παράκληση ενημέρωσης περιοχής ευθύνης των μελών του συλλόγου σας.

Με Συναδελφικούς χαιρετισμούς

Για τη Δ.Ε.

Η Πρόεδρος

Βαρβάρα Ανεμοδουρά

Ο Γενικός Γραμματέας

Κωνσταντίνος Γιαννακόπουλος

### ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Διεύθυνση : Ελέγχου Παραγωγής  
Τμήμα : Ελέγχου Κυκλοφορίας

Αθήνα, 13.08.2009  
Αρ. Πρωτ.: 59610

Προς: ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ

Θέμα: Τρόπος διάθεσης των εμβολίων κατά του πνευμονιόκοκκου

### ΑΠΟΦΑΣΗ

Έχοντας υπόψη:

1. Το άρθρο 6, παρ. ΙΙ, εδ. 8 του Ν. 1316/83, όπως αντικαταστάθηκε από το άρθρο 25 του Ν. 3730/08 (ΦΕΚ 262Α/23.1.2008).
2. Την ανάγκη λήψης έκτακτων μέτρων για την αντιμετώπιση της αυξημένης κατανάλωσης λόγω της πανδημίας της νέας γρίπης.
3. Την ΚΥΑ ΔΥΓ3(α)83657/2005 (ΦΕΚ Β' 59/2006).

### ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Η χορήγηση των ανωτέρω εμβολίων από τα φαρμακεία να γίνεται με **Αιτιολογημένη Ιατρική Γνωμάτευση συνοδευόμενη από Συνταγή**.

Υπόδειγμα της Αιτιολογημένης Ιατρικής Γνωμάτευσης επισυνάπτεται με την παρούσα απόφαση.

Επίσης, το υπόδειγμα είναι διαθέσιμο στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ ([www.eof.gr](http://www.eof.gr)).

Η Αιτιολογημένη Ιατρική Γνωμάτευση και Συνταγή φυλάσσονται επί διετία στα φαρμακεία και είναι διαθέσιμες ανά πάσα στιγμή για έλεγχο.

Επιστάται η προσοχή στη συνταγογράφηση εντός των εγκεκριμένων ενδείξεων. Τονίζεται ότι η χορήγηση των ανωτέρω εμβολίων χωρίς Ιατρική Συνταγή και Αιτιολογημένη Ιατρική Γνωμάτευση αποτελεί παράβαση της φαρμακευτικής νομοθεσίας.

Σε περίπτωση που διαπιστωθεί από τους Υπευθύνους Κυκλοφορίας των εμβολίων ή από Φαρμακαποθήκη υπερβολική ζήτηση των προϊόντων αυτών, να ειδοποιείται άμεσα ο ΕΟΦ.

Η Α' Αντιπρόεδρος ΕΟΦ  
Δ. Παταργιά



## ΟΜΑΔΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

- Άτομα με αυξημένο κίνδυνο για σοβαρές πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις
- Παιδιά ηλικίας 2 μηνών μέχρι 5 ετών (που δεν έχουν ήδη εμβολιασθεί σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. Σημειώνεται ότι σε αυτές τις ηλικίες χορηγείται μονό το συζευγμένο πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο).
- Στις ακόλουθες κατηγορίες ατόμων αυξημένου κινδύνου ηλικίας >5 ετών χορηγείται το 23δύναμο μη συζευγμένο πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο:
  - Άτομα που έχουν μολυνθεί με τον ιό HIV
  - Άτομα με επίκτητη ανοσοκαταστολή εξαιτίας νοσήματος ή θεραπείας
  - Άτομα με συγγενή ανοσολογική ανεπάρκεια
  - Άτομα με λειτουργική ή ανατομική ασπληνία, π.χ. δρεπάνωση, μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία, σπληνεκτομή
  - Άτομα με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
  - Άτομα με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια
  - Άτομα με χρόνιες πνευμονοπάθειες
  - Άτομα με χρόνια ηπατική ανεπάρκεια
  - Άτομα με σακχαρώδη διαβήτη
  - Άτομα με διαφυγή εγκεφαλονωτιαίου υγρού από συγγενείς ή επίκτητες αιτίες
  - Παρουσία κοχλιακού εμφυτεύματος (σε παιδιά ηλικίας <5 ετών χορηγείται το συζευγμένο πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο)
- Άτομα ηλικίας >60 ετών (χορηγείται το 23δύναμο μη συζευγμένο πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο).

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ

Όνοματεπώνυμο Ιατρού/ Ειδικότητα/ Αρ. Μητρώου ΤΣΑΥ:

Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας:

Ιδιωτικό Θεραπευτήριο:

Ιδιωτικό Ίδρυμα:

Ιδιωτικό Ιατρείο:

Διεύθυνση/ Τηλ.:

Όνοματεπώνυμο ατόμου για εμβολιασμό:

Διεύθυνση κατοικίας/Τηλέφωνο:

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ

Αναγράψτε την ομάδα αυξημένου κινδύνου\* για σοβαρές πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις, στην οποία ανήκει το άτομο που κρίνετε ότι πρέπει να εμβολιασθεί:

.....  
.....

Υπογραφή και  
Σφραγίδα Ιατρού

Ημερομηνία

Η Αιτιολογημένη Ιατρική Γνωμάτευση και Συνταγή φυλάσσονται επί  
διετία στα φαρμακεία και είναι διαθέσιμες ανά πάσα στιγμή για  
έλεγχο

**ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΟΣΕΛΤΑΜΙΒΙΡΗΣ (TAMIFLU®) ΚΑΙ ΖΑΝΑΜΙΒΙΡΗΣ (RELENZA®) ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΣ ΑΠΟ ΠΑΝΔΗΜΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΓΡΙΠΗΣ Α(Η1Ν1)**

Όνοματεπώνυμο Ιατρού/ Ειδικότητα/ Αρ. Μητρώου ΤΣΑΥ:

Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας:

Ιδιωτικό Θεραπευτήριο:

Ιδιωτικό Ίδρυμα:

Ιδιωτικό Ιατρείο:

Διεύθυνση/ Τηλ.:

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς:

Διεύθυνση κατοικίας/ Τηλέφωνο:

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ

- 1. Θεραπεία ασθενούς με συμπτώματα γρίπης που έχει σοβαρές εκδηλώσεις ή επιπλοκές
- 2. Θεραπεία ασθενούς με συμπτώματα γρίπης που ανήκει σε ομάδες υψηλού κινδύνου για σοβαρή νόσηση
- 3. Προφύλαξη σε άτομο υψηλού κινδύνου για σοβαρή νόσηση που έχει έλθει σε στενή επαφή με ασθενή με γρίπη
- 4. Προφύλαξη σε επαγγελματία υγείας που ήρθε σε στενή επαφή με ασθενή με συμπτώματα γρίπης χωρίς επαρκή εφαρμογή μέτρων ατομικής προστασίας

Υπογραφή και  
Σφραγίδα Ιατρού

Ημερομηνία

*Σημείωση: οι ανωτέρω ορισμοί αναγράφονται στις οδηγίες του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ (διαθέσιμες στο [www.keelpno.gr](http://www.keelpno.gr))*

Φωτοτυπίες των αιτιολογημένων ιατρικών γνωματεύσεων θα πρέπει να αποστέλλονται εβδομαδιαίως από τα φαρμακεία στο Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του ΚΕΕΛΠΝΟ στο φαξ 2105212106 (Πληροφορίες στα τηλ. 2105212101-104).

Η Αιτιολογημένη Ιατρική Γνωμάτευση και Συνταγή φυλάσσονται επί διετία στα φαρμακεία και είναι διαθέσιμες ανά πάσα στιγμή για έλεγχο.



## ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ Κ.Υ.Α ΑΡΙΘΜ. Υ7α/Γ.Π Οικ. 112498/2009

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ  
ΣΩΜΑ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΤΕΧΝΙΚΗΣ & ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗΣ  
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ιωάννινα, 10 Σεπτεμβρίου 2009

Αριθ. πρωτ. 1074

**Προς:**  
**ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**ΘΕΜΑ: Κοινοποίηση δημοσίευση Κ.Υ.Α. αριθμ. Υ7α/  
Γ.Π. Οικ. 112498/2009**

Σας διαβιβάζουμε συνημμένα προς ενημέρωσή σας φ/α της Κ.Υ.Α. αριθμ. Υ7α/Γ.Π. Οικ. 112498/2009 «Ιατροί Εργασίας-Όροι και προϋποθέσεις για την απόκτηση της ειδικότητας της Ιατρικής της Εργασίας από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων» (Φ.Ε.Κ. 1775/Β'/26-08-2009).

Ο Προϊστάμενος  
Πάυλος Βάγγης  
Ηλεκτρολόγος Μηχανικός

Συνημμένα:

• φ/α της Κ.Υ.Α. Υ7α/Γ.Π. Οικ. 112498/2009 (3 σελίδες).

Υ.Α. Υ7α/Γ.Π. οικ. 112498

ΦΕΚ Β' 1775/26.8.2009

Ιατροί Εργασίας. Όροι και προϋποθέσεις για την απόκτηση της ειδικότητας της Ιατρικής της Εργασίας από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

**1.** Καθήκοντα Ιατρού Εργασίας εκτελούν:

**α)** Οι ιατροί που έχουν την ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας.

**β)** Οι ιατροί οι οποίοι κατά τη δημοσίευση του Ν. 3762/2009 (ΦΕΚ Α' 75/15.5.2009) εκτελούν καθήκοντα ιατρού εργασίας χωρίς να κατέχουν ή να ασκούν τον τίτλο της ειδικότητας της ιατρικής της εργασίας, αλλά τίτλο άλλης ειδικότητας.

**γ)** Οι ιατροί χωρίς ειδικότητα οι οποίοι κατά τη δημοσίευ-

ση του Ν. 3762/2009 (ΦΕΚ Α' 75/15.5.2009) έχουν συνάψει συμβάσεις παροχής υπηρεσιών ιατρού εργασίας με επιχειρήσεις και αποδεικνύουν την άσκηση των καθηκόντων αυτών συνεχώς επί επτά (7) τουλάχιστον έτη.

Οι επιχειρήσεις πρέπει να αναζητούν Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας. Σε Νομούς στους οποίους δεν υπάρχουν εγγεγραμμένοι Ειδικοί Ιατροί Εργασίας στους Ιατρικούς Συλλόγους, οι επιχειρήσεις απευθύνονται στους όμορους Νομούς. Σε περίπτωση που δεν εκδηλωθεί ενδιαφέρον από τους όμορους Νομούς, μετά από βεβαίωση των οικείων Ιατρικών Συλλόγων, αναλαμβάνουν καθήκοντα ιατρού Εργασίας με ετήσιες συμβάσεις ιατροί των περιπτώσεων (β) και (γ). Με την εγγραφή ειδικευμένων Ιατρών Εργασίας στους αντίστοιχους Ιατρικούς συλλόγους, οι ειδικευμένοι Ιατροί Εργασίας αναλαμβάνουν τις θέσεις αυτές.

**2.** Οι ιατροί της παραγράφου 1 περίπτωση (β) που υποβάλλουν αίτηση προς απόκτηση της ειδικότητας της Ιατρικής της Εργασίας στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης οφείλουν να συμπληρώσουν άμεσα τα τμήματα που λείπουν από τη βασική τους ειδικότητα -ως υπεράριθμοι- και να δώσουν εξετάσεις για την απόκτηση του τίτλου της ειδικότητας της Ιατρικής της Εργασίας (είναι άμισθοι λόγω 2ης ειδικότητας).

Οι αιτούντες ιατροί, αναλόγως της ειδικότητας που κατέχουν, οφείλουν να συμπληρώσουν τα γνωστικά αντικείμενα της ειδικότητας της Ιατρικής της Εργασίας, τα οποία δεν είναι κοινά με τη βασική τους ειδικότητα. Οι ανωτέρω ιατροί οφείλουν να συμπληρώσουν τα τμήματα που λείπουν από τη βασική τους ειδικότητα και να δώσουν εξετάσεις για την απόκτηση της ειδικότητας της Ιατρικής της Εργασίας εντός των επομένων οκτώ (8) ετών. Όσοι εξ' αυτών δεν αποκτήσουν, εντός της προαναφερόμενης προθεσμίας, την ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας, δεν θα έχουν δικαίωμα άσκησης καθηκόντων Ιατρού Εργασίας.

**Α.** Οι ιατροί των ειδικοτήτων παθολογίας, ρευματολογίας, πνευμονολογίας, καρδιολογίας, γαστρεντερολογίας, νεφρολογίας οφείλουν να συμπληρώσουν τα τμήματα που λείπουν από τη βασική τους ειδικότητα ως κάτωθι:

**1.** 1 μήνας επείγοντα περιστατικά ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ.

**2.** 2 μήνες ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ.

**3.** 3 μήνες ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ.

**4.** 1 μήνας ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ.

**5.** 2 μήνες ΚΕΠΕΚ (Κέντρο Πρόληψης Επαγγελματικού Κινδύνου).

**6.** 12 μήνες ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΣΔΥ είτε να γίνει σε ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ, όπως ορίζεται από το Π.Δ. 213/1986.

**7.** 6 μήνες ανάλογα ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ή ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ.

**8.** 6 μήνες ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ (να υποβάλλουν εγγράφως τη μέχρι σήμερα ενασχόλησή τους ως «ασκούντες καθήκοντα Ιατρού Εργασίας» σε ποιες επιχειρήσεις, τι υπηρεσίες προσέφεραν στους εργαζόμενους και να αξιολογηθούν από το ΚΕ.Σ.Υ., ούτως ώστε να παρακολουθήσουν την δμηνη πρακτική άσκηση).

Οι ιατροί των ανωτέρω ειδικοτήτων για να δώσουν εξετάσεις για την ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας, ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ είναι να καταθέσουν διπλωματική εργασία και προς διευκόλυνσή τους διπλωματική εργασία στο αντικείμενο των εταιρειών ή της εταιρείας που «ασκούν καθήκοντα Ιατρού Εργασίας» (η διπλωματική εργασία είναι υποχρεωτική εκ του νόμου για την ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας).

**Β.** Οι ιατροί των ειδικοτήτων βιοπαθολογίας, δερματολογίας και κοινωνικής ιατρικής οφείλουν να συμπληρώσουν τα τμήματα που λείπουν από τη βασική τους ειδικότητα ως κάτωθι:

**1.** 1 μήνας επείγοντα περιστατικά ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ.

**2.** 2 μήνες ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ.

**3.** 3 μήνες ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ.

**4.** 1 μήνας ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ.

**5.** 2 μήνες σε ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.

**6.** 12 μήνες ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΣΔΥ είτε να γίνει σε ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ, όπως ορίζεται από το Π.Δ. 213/1986.

**7.** 6 μήνες ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ.

**8.** 3 μήνες ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ.

**9.** 6 μήνες ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ.

Με τις ίδιες προϋποθέσεις όσον αφορά το θεωρητικό κομμάτι, την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας και της πρακτικής άσκησης μπορούν να δώσουν εξετάσεις για την απόκτηση τίτλου Ιατρικής ειδικότητας της Ιατρικής της Εργασίας.

**Γ.** Οι ιατροί της ειδικότητας αναισθησιολογίας οφείλουν να συμπληρώσουν τα τμήματα που λείπουν από τη βασική τους ειδικότητα ως κάτωθι:

**1.** 2 μήνες σε ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.

**2.** 12 μήνες ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΣΔΥ είτε να γίνει σε ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ, όπως ορίζεται από το Π.Δ. 213/1986.

**3.** 1 μήνας επείγοντα περιστατικά ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ.

**4.** 2 μήνες ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ.

**5.** 15 μήνες ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ.

**6.** 3 μήνες ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ.

**7.** 6 μήνες ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ σε επιχειρήσεις.

Με τις ίδιες προϋποθέσεις όσον αφορά το θεωρητικό κομμάτι, την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας και της πρακτικής άσκησης μπορούν να δώσουν εξετάσεις για την απόκτηση τίτλου Ιατρικής ειδικότητας της Ιατρικής της Εργασίας.

**Δ.** Οι ιατροί της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής οφείλουν να συμπληρώσουν τα τμήματα που λείπουν από τη βασική τους ειδικότητα ως κάτωθι:

**1.** 6 μήνες ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ.

**2.** 9 μήνες ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ.

**3.** 2 μήνες σε ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.

**4.** 12 μήνες ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΣΔΥ είτε να γίνει σε ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ, όπως ορίζεται από το Π.Δ. 213/1996 (η θεωρητική εκπαίδευση να γίνει είτε με μοντέλο θερινής παρακολούθησης, είτε με τριήμερα εντατικά μαθήματα).

**5.** 6 μήνες ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ σε επιχειρήσεις.

Με τις ίδιες προϋποθέσεις όσον αφορά το θεωρητικό κομμάτι, την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας και της πρακτικής άσκησης μπορούν να δώσουν εξετάσεις για την απόκτηση τίτλου Ιατρικής ειδικότητας της Ιατρικής της Εργασίας.

**Ε.** Οι ιατροί των ειδικοτήτων Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Ωτορινολαρυγγολογίας, Πλαστικής Χειρουργικής, Ορθοπεδικής, Κυτταρολογίας, Παιδιατρικής, Χειρουργικής Παιδών, Ουρολογίας και Γενικής Χειρουργικής οφείλουν να παρακολουθήσουν όλη την ειδικότητα γιατί κανένα τμήμα της βασικής τους ειδικότητας δεν είναι τμήμα της ειδικότητας της Ιατρικής της Εργασίας.

**ΣΤ.** Οι Ιατροί άνευ ειδικότητας θα πρέπει να ειδικευθούν σύμφωνα με τα Π.Δ. 213/1986 και 415/1994.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 18 Αυγούστου 2009

**ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ**

**ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ  
ΦΑΝΗ ΠΑΛΛΗ-ΠΕΤΡΑΛΙΑ**

**ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΛΕΓΚΑΣ**

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**  
**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**

Αθήνα, 31.7.2009  
Αριθμ. Πρωτ.: Υ1/Γ.Π. 82690  
Σχρετ.: 83639, 84123, 72693, 97506

**ΠΡΟΣ:**

- 1) Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (με την παράκληση να ενημερωθούν όλα τα Ασφ. Ταμεία)
- 2) Όλες τις Νομ/κές Αυτ/σεις, Δ/νσεις Υγείας & Δημόσιας Υγιεινής και Δ/νσεις Υγείας, Πρόνοιας Έδρες τους
- 3) Όλες τις ΥΠΕ (με την παράκληση να ενημερώσουν τα Νοσοκομεία, Κ.Υ., Ι.Α.Κ. και Φορείς Κοινωνικής Φροντίδας αρμοδιότητάς τους)

**ΘΕΜΑ: «Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών: Εμβόλιο κατά του πνευμονιόκοκκου-Συστάσεις για τις δόσεις των βασικών εμβολιασμών».**

- ΣΧΕΤ.:** 1. Το με αρ. πρωτ. Υ1/Γ.Π. 158238/23.1.2008 έγγραφό μας με θέμα «Νέο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών».  
2. Το με αρ. πρωτ. Υ1/Γ.Π. 21868/13.2.2008 έγγραφό μας με θέμα «Επισήμανση αλλαγών στο Νέο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών».  
3. Το με αρ. πρωτ. Γ99/1112/17.6.2009 έγγραφο του ΙΚΑ.

4. Το με αρ. πρωτ. 82690/19.6.2009 έγγραφο του Προέδρου της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών Καθ. Α. Κωνσταντόπουλου.

5. Τα Πρακτικά της 9ης Συνεδρίας (16.7.2009) της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών.

6. Το από 20.7.2009 Ενημερωτικό Σημείωμα προς τον Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας.

Σε συνέχεια των ανωτέρω σχετικών, σας γνωρίζουμε ότι:

A. Ενόψει της κυκλοφορίας νέου δεκαδύναμου συζευγμένου εμβολίου κατά του πνευμονιόκοκκου και σε αναμονή κυκλοφορίας και νέων εμβολίων με πλέον των δέκα οροτύπων, στους υποχρεωτικούς εμβολιασμούς συμπεριλαμβάνονται όλα τα συζευγμένα εμβόλια κατά του στρεπτόκοκκου της πνευμονίας, ανεξαρτήτως αριθμού οροτύπων.

B. Για κάθε εμβόλιο του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών, οι δόσεις που απαιτούνται για το βασικό εμβολιασμό πρέπει να γίνονται με προϊόν της ίδιας φαρμακευτικής εταιρείας, για λόγους ασφάλειας και αποτελεσματικότητας. Ο επαναληπτικός εμβολιασμός μπορεί να γίνει και με προϊόν διαφορετικής φαρμακευτικής εταιρείας απ' αυτήν που χρησιμοποιήθηκε στο βασικό εμβολιασμό.

**Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**  
**ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**B. ΡΙΖΑΣ**

## ΙΑΤΡΟΙ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΑΓΩΝΩΝ

**ΠΕΡ. Δ/ΝΣΗ Π. & Δ. ΕΚΠ/ΣΗΣ ΗΠΕΙΡΟΥ**  
**Δ/ΝΣΗ Δ. ΕΚΠ/ΣΗΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
**ΓΡΑΦΕΙΟ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

Ιωάννινα: 21-9-2009  
Αριθμ. Πρωτ.: Φ6/899

**ΠΡΟΣ:** Ιατρικό Σύλλογο Ιωαννίνων

**Θέμα: «Ιατροί σχολικών αγώνων»**

Το Γραφείο Φυσικής Αγωγής Ν. Ιωαννίνων με την έναρξη της νέας σχολικής χρονιάς 2009-10 και για τις ανάγκες της υπηρεσίας μας (ιατροί σχολικών αγώνων), παρακαλούμε να ενημερώσετε τα μέλη σας που επιθυμούν να μετέχουν στα συγκεκριμένα πρωταθλήματα ως ιατροί

αγώνων να επικοινωνήσουν με το γραφείο μας.  
Δ/ση: Φιλικής Εταιρείας 15Α και Λουκή Ακρίτα  
Τηλ.: 26510-28931-24846-28432

**Απαραίτητα Δικαιολογητικά:**

α. Αίτηση-Ατομικά στοιχεία (δίνεται από την υπηρεσία μας)

β. Πτυχίο ιατρικής (επικυρωμένο ακριβές αντίγραφο)

γ. Εγγεγραμμένα μέλη Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων

**Ο Προϊστάμενος**

**Καμπέρης Κων/νος**