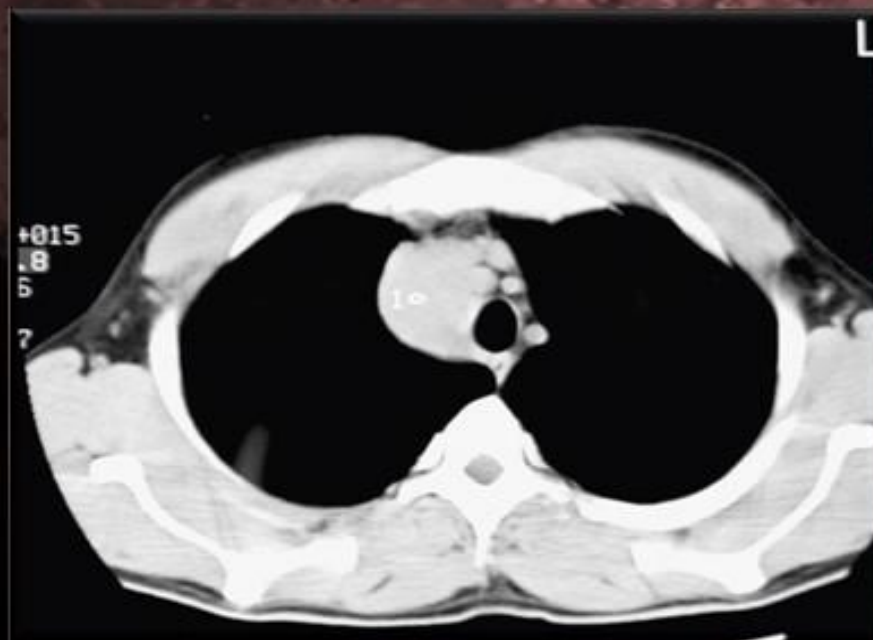


ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

Έκδοση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «Τζάνειο»

Scientific Chronicles



ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: κ. Αντώνιος Καμπέρος, Συντονιστής Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος, Διευθυντής Χειρουργικού Τομέα

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Αθανάσιος Μαρίνης, Επιμελητής Α', Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αγιομαμίτης Γεώργιος, Επιμελητής Α', Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Αντωνόπουλος Σταύρος, Διευθυντής Α' Παθολογικού Τμήματος

Ζαρκωτού Ολυμπία, Επιμελήτρια Α', Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Ζήζη - Σερμπετζόγλου Αδαμαντία, Διευθύντρια, Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Θεοδόσης - Γεωργιάς Αναστάσιος, Επιμελητής Β', Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Κοττορού Δημήτρα, Επιμελήτρια Α', Παιδοψυχιατρική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Μάμαλη Βασιλική, Επιμελήτρια Α', Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Μοσχούρης Ιπποκράτης, Διευθυντής, Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Μπαλατσούρας Δημήτριος, Διευθυντής, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Παπαγιαννακοπούλου Παναγιώτα, Διευθύντρια Φαρμακοποιός, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Παπαδοπούλου Δέσποινα, Νοσηλεύτρια Ουρολογικής Κλινικής, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Παπαζαφειροπούλου Αθανασία, Επιμελήτρια Α', Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Ράλλης Δημήτριος, Επιμελητής Α', Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Σταθοπούλου Χαρά, Νοσηλεύτρια, Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Σταματίου Κωνσταντίνος, Επιμελητής Α', Ουρολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Τριανταφυλλίδης Γεώργιος, Διευθυντής, Παιδιατρική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Τσελέντη Αικατερίνη, Διευθύντρια Βιοχημικού Εργαστηρίου, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Τσελιώτη Παρασκευή, Διευθύντρια, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Χελιώτη Ελένη, Επιμελήτρια Α', Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Θέμελη-Διγαλάκη Καίτη, Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας, Συντονίστρια Διευθύντρια Μικροβιολογικού Εργαστηρίου

Πρεκατές Αθανάσιος, Συντονιστής Διευθυντής ΜΕΘ, Διευθυντής Παθολογικού Τομέα

Πισιμίσης Ευάγγελος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος

Σταθερού Κυριακή, Διευθύντρια Αιματολογικού Εργαστηρίου και Διευθύντρια Εργαστηριακού Τομέα

Καμαράτος Αλέξανδρος, Διευθυντής, Α' Παθολογικό Τμήμα

Χρύσος Γεώργιος, Διευθυντής Β' Παθολογικού Τμήματος & Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων

Σερέτη Αικατερίνη, Διευθύντρια Γ' Παθολογικού Τμήματος

Γρίβας Θεόδωρος, Συντονιστής Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος

Σακελλαρίδης Νικόλαος, Συντονιστής Διευθυντής Νευροχειρουργικού Τμήματος

Καλίκης Δημοσθένης, Διευθυντής Ακτινολογικού Τμήματος

Οικονόμου Σταυρούλα, Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος

Βλαχάκος Νικόλαος, Διευθυντής Α' Χειρουργικού Τμήματος

Φουρνογεράκης Σπυρίδων, Διευθυντής Β' Χειρουργικού Τμήματος

Αλέπη Χρυσούλα, Διευθύντρια Αιμοδοσία

Κατσαντώνης Ιωάννης, Διευθυντής Δερματολογικού Ιατρείου

Κατσουλάκου Σμαράγδα, Διευθύντρια Νευρολογικού Τμήματος

Ξουργιάς Βασίλειος, Διευθυντής Γαστρεντερολογικού Τμήματος

Γερακάρη Στυλιάνα, Συντονίστρια Διευθύντρια Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών

ΤΟΜΟΣ 25, ΤΕΥΧΟΣ 3, 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

EDITORIAL

Βιοηθικά διλήμματα κατά την πανδημία της Covid-19: διαλογή (triage) ασθενών για νοσηλεία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Γεώργιος Κρανιδιώτης

Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

I. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

1. Η τοποθέτηση büllau κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19

Νικόλαος Μπαλταγιάννης, Χρήστος Ντούβλης, Ανδρέας Λαγουδέλλης, Χρυσούλα Πεταλά, Πελαγία Μπατικά, Αντώνιος Χατζημιχάλης

Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

2. Νόσος Castelman's του μεσοθωρακίου: Σύντομη ανασκόπηση

Νικόλαος Μπαλταγιάννης¹, Ανδρέας Λαγουδέλλης¹, Χρήστος Ντούβλης¹, Αφροδίτη Παυλάκου²

¹Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, ²Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

3. Επιδημιολογία και πολιτική του εμβολιασμού κατά του ιού HPV στην Ελλάδα και άλλες χώρες του κόσμου

Ιωάννης Κ. Θανασάς¹, Γιάγκος Λαβράνος², Πηνελόπη Γκόγκου³, Δημήτριος Παρασκευής⁴

¹Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Ελλάδα ²Ιατρική Σχολή και Τμήμα Επιστημών Υγείας, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος, ³Ογκολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Norwich, Μεγάλη Βρετανία, και ⁴Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα

4. Πανδημία COVID-19 κι ανθεκτικά στα αντιβιοτικά βακτήρια: συσχέτιση μεταξύ δυο απειλών για την παγκόσμια υγεία

Αλέξιος Λιοσάτος

Χειρουργός Οδοντίατρος, Πτολεμαΐδα

5. Διακοπή καπνίσματος και καρδιο-αναπνευστικός κίνδυνος

Δημήτριος Μπάκας

Οφθαλμολογική Κλινική, Γ.Ν. Έδεσσας

6. Το χιούμορ ως εκπαιδευτικό εργαλείο κατά τη μαθησιακή διαδικασία

Δέσποινα Παπαδοπούλου

Νοσηλεύτρια ειδικευμένη στη Χειρουργική Νοσηλευτική, Msc Διοίκηση στην Υγεία, Εκπαιδευτρια Ενηλίκων, Δημόσιο Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Δ.Ι.Ε.Κ.), ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

7. Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας-Υπάρχον Νομοθετικό Πλαίσιο και πρόταση Εθνικού Φορέα Διασφάλισης Ποιότητας-Διαμόρφωση Εθνικής Ατζέντας ασφάλειας των ασθενών

Ε. Κουλλιάς¹, Ι. Αποστολάκης², Π. Σαράφης³

¹ ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, ² ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ³ ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

8. Πρόταση ανάπτυξης κατάλληλης δομής υπηρεσιών υγείας και αποθεραπείας-αποκατάστασης για ΑμεΑ στην Περιφέρεια Πειραιά

Συμεών Ναούμ

Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

9. Το δίλημμα μεταξύ ιδιωτικών-δημόσιων νοσοκομείων και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Συμεών Ναούμ

Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

II. ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΑΡΘΡΑ

10. Ο υπέρ-εκλεκτικός εμβολισμός των προστατικών αρτηριών στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου της χρόνιας προστατίτιδας, χρόνιου πυελικού άλγους. Μια πιλοτική προοπτική μελέτη

Κ. Σταματιού¹, Α. Δημάκης², Α. Μαρίνης³, Δ. Ζαβραδινός¹, Ι. Μοσχούρης²

¹ Ουρολογική Κλινική, ² Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, ³ Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

11. Επίδραση της τρίμηνης θεραπείας με αναστολείς SGLT-2 και αγωνιστές GLP-1 στα επίπεδα της 24ωρης καταγραφής αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

Αθανασία Παπαζαφειροπούλου¹, Στυλιανή Παπαντωνίου¹, Μαρία Ραλάτου¹, Ανδρέας Μελιδώνης², Σταύρος Αντωνόπουλος¹

¹ Α' Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»,

² Διαβητολογικό & Καρδιομεταβολικό Κέντρο, Νοσοκομείο Metropolitan, Πειραιάς

III. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

12. Μεικτή συναισθηματική διαταραχή από υψηλή δόση κορτικοστεροειδών. Αναφορά περίπτωσης

Θ. Κυζιρίδης¹, Ι. Νηματούδης²

¹ Επιμελητής Β' ΕΣΥ, και ² Καθηγητής-Διευθυντής, Γ' Ψυχιατρική κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

13. Λειομυοσάρκωμα της ουροδόχου κύστης. Ένας εξαιρετικά σπάνιος όγκος

Κ. Σταματίου, Γ. Σιμάτος

Ουρολογική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

14. Μεμονωμένη συστροφή σάλπιγγος: ένα σπάνιο τυχαίο εύρημα κατά την εκτέλεση καισαρικής τομής

Ιωάννης Κ. Θανασάς,¹ Ευάγγελος Π. Μυργιώτης,¹ Νικολέτα Κουταλιά,¹ Αθανάσιος Χασιώτης,¹ Μαρία Μούσια²

¹ Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική και ² Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Ελλάδα

Βιοηθικά διλήμματα κατά την πανδημία της Covid-19: διαλογή (triage) ασθενών για νοσηλεία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Γεώργιος Κρανιδιώτης

Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πανδημία της COVID-19 ασκεί μεγάλη πίεση στα συστήματα υγείας και ειδικά στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Όταν η ζήτηση για κλίνες ΜΕΘ υπερβαίνει την προσφορά, καθίσταται αναγκαία η διαλογή (triage), δηλαδή ο ιατρός καλείται να αποφασίσει ποιοι ασθενείς θα εισαχθούν στη ΜΕΘ και ποιοι όχι. Παρουσιάζονται τα κριτήρια που έχουν προταθεί για τη διαλογή, η ηθική τους θεμελίωση και οι περιορισμοί τους. Το βασικό επίδικο είναι το αν πρέπει να λαμβάνεται υπόψη μόνον η πρόγνωση της οξείας διαταραχής ή/και η πρόγνωση των χρονίων υποκειμένων νοσημάτων και η ηλικία. Πολλές ευρωπαϊκές χώρες προχώρησαν στην έκδοση σχετικών οδηγιών, οι οποίες διαφέρουν μεταξύ τους.

Λέξεις ευρετηρίου: βιοηθική, Covid-19, διαλογή, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Παραπομπή

Γ. Κρανιδιώτης. Βιοηθικά διλήμματα κατά την πανδημία της Covid-19: διαλογή (triage) ασθενών για νοσηλεία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(3): 399-407

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πανδημία της COVID-19 ασκεί παγκοσμίως μεγάλη πίεση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και ειδικά στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Σε πολύ βραχύ χρονικό διάστημα, ένας τεράστιος αριθμός ασθενών με αναπνευστική ανεπάρκεια που χρήζουν μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής εισάγεται στα νοσοκομεία, υπερκαλύπτοντας τις διαθέσιμες κλίνες ΜΕΘ. Υπάρχει έντονη ανησυχία ότι, σε πολλές χώρες, ασθενείς που θα μπορούσαν να επιβιώσουν ενδέχεται να πεθάνουν λόγω

έλλειψης αναπνευστήρων. Υπ' αυτές τις συνθήκες έκτακτης ανάγκης και ακραίας υπερφόρτωσης του συστήματος υγείας, ανακύπτουν σοβαρά βιοηθικά διλήμματα: Η ηθική υποχρέωση του ιατρού για την παροχή φροντίδας στον καθ' έκαστον άρρωστο συγκρούεται με πολιτικές δημόσιας υγείας που αποσκοπούν στη μεγιστοποίηση του οφέλους για τον μεγαλύτερο αριθμό ασθενών. Όταν η ζήτηση για κλίνες εντατικής θεραπείας υπερβαίνει την προσφορά, καθίσταται αναγκαία η διαλογή (triage), δηλαδή ο ιατρός καλείται να αποφασίσει ποιοι ασθενείς θα εισαχθούν στη ΜΕΘ και

ποιοι όχι. Όμως, ποια είναι τα κριτήρια βάσει των οποίων θα ληφθεί η εν λόγω απόφαση [1]; Παρακάτω παρουσιάζονται τα κριτήρια που προτάθηκαν, η ηθική τους θεμελίωση, καθώς και οι περιορισμοί τους.

Η **μεγιστοποίηση του οφέλους (maximization of benefit)** μπορεί να εξειδικευθεί ως σωτηρία είτε των περισσότερων ατομικών ζώων είτε των περισσότερων ετών ζωής (life-years). Στη μεν πρώτη περίπτωση, λαμβάνεται υπόψη μόνον η πρόγνωση της οξείας διαταραχής, ενώ στη δεύτερη μαζί μ' αυτήν συνεκτιμώνται η πρόγνωση των χρονίων νοσημάτων και η ηλικία του ασθενούς, ήτοι δίνεται προτεραιότητα στους αρρώστους που προβλέπεται πως θα ζήσουν περισσότερα χρόνια μετά την εφαρμογή της θεραπείας. Η απόλυτη **ισότητα (equity)** στην παροχή περίθαλψης θα επέβαλε την εισαγωγή στη ΜΕΘ είτε βάσει της χρονικής σειράς προσέλευσης ("first come, first served") είτε μέσω εντελώς τυχαίας επιλογής, π.χ. με κλήρωση (lottery). Η προαγωγή ή ανταμοιβή της **εργαλειακής αξίας (instrumental value)** των ατόμων, τουτέστιν της χρησιμότητάς τους - λαμβανομένης αντιστοίχως προοπτικά ή αναδρομικά - για την αντιμετώπιση της πανδημίας, οδηγεί στην πρόκριση των επαγγελματιών υγείας και των συμμετεχόντων σε κλινικές δοκιμές. Τέλος, η προτίμηση αυτών που βρίσκονται στη **χειρότερη κατάσταση (worst off)** δυνατόν να υλοποιηθεί ως επιλογή είτε των βαρύτερα νοσούντων είτε των νεωτέρων σε ηλικία, καθώς οι τελευταίοι, αν πεθάνουν χωρίς να τους προσφερθεί θεραπεία, θα έχουν ζήσει τις βραχύτερης διάρκειας ζωές [2].

Η εισαγωγή στη ΜΕΘ βάσει της αρχής "first come, first served" είναι άδικη για τους ασθενείς που τυχαίνει να διαμένουν μακριά από τις υγειονομικές δομές ή η πρόσβασή τους σε αυτές είναι δυσχερής για κοινωνικο-οικονομικούς λόγους ή εξαιτίας αναπηρίας ή άλλων προβλημάτων υγείας ή δυσκολιών στην επικοινωνία και τη μετακίνηση. Επίσης, θα ενθάρρυνε τον συνωπισμό στα νοσοκομεία, ακόμη και τη βία, σε μια περίοδο όπου επιβάλλεται η τήρηση αποστάσεων ασφαλείας. Τέλος, η αρχή αυτή είναι άδικη και για έναν επιπλέον λόγο: Καταλήγει να αποκλείει από τη θεραπεία ανθρώπους οι οποίοι, ένεκα της αυστηρότερης προσήλωσής τους στα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας, συνέβη να αρρωστήσουν αργότερα [2,3]. Η κλήρωση δεν ενέχει τα παραπάνω μειονεκτήματα και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως "tiebreaker" επί ασθενών με όμοιες προγνώσεις [2]. Ωστόσο, το υγειονομικό προσωπικό δεν είναι εξοικειωμένο με τη διαδικασία, πράγμα που πιθανόν να οδηγήσει σε απώλεια πολύτιμου χρόνου [4].

Η πρόκριση των επαγγελματιών υγείας, λόγω της μελλοντικής χρησιμότητάς τους για το σύστημα περίθαλψης και κατ' επέκτασιν για τη σωτηρία της ζωής των συνανθρώπων τους - επιπροσθέτως δε επειδή η αντικατάστασή τους είναι δύσκολη, εξαιτίας της μακράς και ειδικής εκπαίδευσης που απαιτείται - προσκρούει στις εξής αντιρρήσεις: Πρώτον, είναι απίθανο οι επαγγελματίες αυτοί, εφόσον αρρωστήσουν τόσο βαριά ώστε να χρειαστούν εντατική θεραπεία, να επανέλθουν σύντομα στα καθήκοντά τους. Δεύτερον, αν δινόταν προτεραιότητα στους επαγγελματίες υγείας, θα κλονιζόταν η βεβαιότητα της κοινωνίας

για το αδιάβλητο της διαδικασίας διαλογής, σε μια δύσκολη συγκυρία όπου η αξιοπιστία των θεσμών είναι εκ των ων ουκ άνευ [4].

Διχογνωμία επικρατεί σχετικά με το αν ως κριτήριο εισαγωγής στη ΜΕΘ πρέπει να λαμβάνεται υπόψη μόνον η πρόγνωση της οξείας διαταραχής, δηλαδή της νόσου Covid-19 αυτής καθ' εαυτήν στον καθ' έκαστον ασθενή, ή/και η πρόγνωση των χρονίων υποκειμένων νοσημάτων και η ηλικία του.

Κατ' αρχήν, δύο θέσεις απολαύουν, στο θεωρητικό πεδίο, σχεδόν καθολικής αποδοχής: Πρώτον, η εντατική θεραπεία πρέπει να παρέχεται κατά προτεραιότητα στους ασθενείς εκείνους που έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να ωφεληθούν από αυτήν, όπερ σημαίνει ότι πρέπει να προτιμώνται οι άρρωστοι που είναι μεν αρκετά βαριά ώστε δεν θα μπορούσαν να σωθούν άνευ αυτής, αλλά η κατάστασή τους είναι δυνητικά αναστρέψιμη, έναντι αφενός αυτών που θα μπορούσαν να ανανήψουν και χωρίς αυτήν αφετέρου αυτών που είναι απίθανο να επιζήσουν ακόμη και αν τους παρασχεθεί [2,3]. Η θέση αυτή θεμελιώνεται στη βιοηθική αρχή της διανεμητικής δικαιοσύνης (distributive justice) [5]. Δεύτερον, δεν πρέπει να αποκλείονται a priori ολόκληρες κατηγορίες ασθενών βάσει ορισμένης χρονίας νόσου ή αναπηρίας ή ηλικίας (categorical exclusion). Κάτι τέτοιο θα έκανε πολλούς ανθρώπους να αισθανθούν ότι η ζωή τους “δεν αξίζει” να σωθεί, πως αποτιμάται λιγότερο από τη ζωή άλλων συνανθρώπων τους, και θα συνιστούσε διάκριση (discrimination) [1,3,6].

Το βασικό επιχείρημα που επιστρατεύεται υπέρ της κατά προτεραιότητα νοσηλείας των μικρότερων σε ηλικία αρρώστων είναι το εξής: Τα νεαρά άτομα πρέπει να νοσηλευτούν κατά προτεραιότητα, όχι γιατί έχουν μεγαλύτερη αξία ή χρησιμότητα για την κοινωνία, αλλά διότι πρέπει να τους δοθεί ίση ευκαιρία (με τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, που την ευκαιρία αυτή την είχαν, είτε εξ ολοκλήρου είτε μερικώς αλλά πάντως σχετικά περισσότερο) να διεξέλθουν τα διάφορα στάδια της ζωής: παιδική, νεανική, μέση και γεροντική ηλικία (equal opportunity to pass through the stages of life). Οι νεαροί ασθενείς βρίσκονται στη χειρότερη κατάσταση, υπό την έννοια ότι είχαν τη μικρότερη ευκαιρία να ζήσουν έναν πλήρη ημερών βίο· για τον ίδιο λόγο, αν πεθάνουν, θα έχουν υποστεί συγκριτικά και τη μεγαλύτερη βλάβη (harm) [1,3]. Γίνεται, επίσης, επίκληση της ηθικής ενόρασης (moral intuition) της πλειονότητας των ανθρώπων. Η ενόραση αυτή δικαιολογεί να προτιμηθεί ένας ασθενής που πεθαίνοντας θα χάσει 40 χρόνια προσδοκώμενης ζωής από έναν υπερήλικα ή έναν ασθενή με χρόνια νόσο ο οποίος πιθανότατα θα πεθάνει (ένεκα αυτής) εντός ολίγων ετών [1].

Ωστόσο, εκφράζονται και σοβαρές αντιρρήσεις: Κατ' αρχάς, όπως έδειξε η προοπτική μελέτη ELDICUS [7], η οποία διεξήχθη προ 15ετίας σε 11 ΜΕΘ 7 ευρωπαϊκών χωρών, παρά το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν υψηλότερη θνητότητα από τους νέους, το όφελος από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ είναι σχετικά μεγαλύτερο για τους ηλικιωμένους, καθώς στους ασθενείς άνω των 65 ετών κατεγράφη (συγκριτικά με τους κάτω των 65) μεγαλύτερη διαφορά στη θνητότητα ανάμεσα

σε αυτούς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ και σε εκείνους που δεν εισήχθησαν. Ακόμη, έχει βρεθεί ότι η σοβαρότητα της νόσου, εκφραζόμενη δια του SAPS (Simplified Acute Physiology Score), σχετίζεται ισχυρότερα με τη θνητότητα απ' ό,τι η ηλικία [8]. Επιπλέον, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων είναι εξαιρετικά ανομοιογενής. Σε σύγκριση με τα νεώτερα τους άτομα, οι ηλικιωμένοι διαφέρουν περισσότερο μεταξύ τους, όσον αφορά στη φυσική κατάσταση [9]. Συνεπώς, στις αποφάσεις διαλογής, η ηλικία πρέπει να συναξιολογείται με άλλες παραμέτρους και να μην είναι ο μοναδικός καθοριστικός παράγοντας. Μάλιστα, η βιολογική ηλικία είναι σημαντικότερη από τη χρονολογική (physiological vs. chronological age) [10].

Το American College of Physicians ισχυρίζεται ότι η κατανομή των διαθέσιμων θεραπευτικών μέσων, ακόμη και σε καταστάσεις ακραίας υπερφόρτωσης του συστήματος υγείας όπως η τωρινή, οφείλει να αποσκοπεί στη μεγιστοποίηση του αριθμού των ασθενών που θα αναρρώσουν, και όχι του αριθμού των “ετών ζωής” που θα σωθούν. Και τούτο διότι το κριτήριο της μεγιστοποίησης των “ετών ζωής” είναι εγγενώς μεροληπτικό σε βάρος των ηλικιωμένων και των πασχόντων από χρόνια νοσήματα που μειώνουν το προσδόκιμο ζωής [11]. Η “ηθική ενόραση” περί προτεραιότητας των νέων αμφισβητείται, αφού μπορεί να αποτελεί απλώς προϊόν κοινωνικά εδραιωμένων προκαταλήψεων, όπως συνέβαινε παλαιότερα στις ΗΠΑ με τον φυλετικό διαχωρισμό των θαλάμων νοσηλείας, ο οποίος θεωρούνταν αυτονόητος και έχαιρε ευρείας υποστήριξης από το κοινό [12].

Σε αντιδιαστολή με την ωφελμιστική (utilitarian) οπτική που αποβλέπει στη μεγιστοποίηση του οφέλους σε επίπεδο πληθυσμού, η δεοντοκρατική (deontological) προσέγγιση τονίζει την υπέρτατη αξία κάθε ανθρωπίνου προσώπου [13]. Δεοντοκρατικώς, ακόμη και υπό συνθήκες έλλειψης πόρων, η διαδικασία διαλογής των ασθενών στους οποίους θα γίνει κατά προτεραιότητα χρήση των πόρων αυτών δεν πρέπει να θέτει εν αμφιβόλω την υγεία, την ευεξία και την αξιοπρέπεια του εκάστοτε συγκεκριμένου αρρώστου και δη του ηλικιωμένου ή του πάσχοντος από χρόνια νόσο ή αναπηρία.

Οι ηλικιωμένοι εμπλουτίζουν την κοινωνία, γεφυρώνουν το παρόν με το παρελθόν ως φορείς της συλλογικής μνήμης και της παράδοσης και προάγουν τη διαγενεακή ανταλλαγή γνώσεων, δεξιοτήτων και εμπειριών [14]. Η πρόκριση των νέων έναντι των ηλικιωμένων (ή των υγιών έναντι των χρονίως πασχόντων ή μιας διαγνωστικής κατηγορίας ασθενών έναντι κάποιας άλλης) θα έστρεφε τη μία γενεά ή ομάδα εναντίον της άλλης και θα υπέσκαπτε την εμπιστοσύνη στο ιατρικό επάγγελμα, σε μια εποχή μάλιστα όπου η ενότητα της κοινωνίας, η αλληλεγγύη των μελών της και το κύρος της επιστημονικής κοινότητας είναι ουσιώδη για την επιτυχή αντιμετώπιση της πανδημίας [12,14].

Η διαλογή που υπηρετεί τη μεγιστοποίηση του οφέλους, οριζόμενη ως σωτηρία των περισσότερων ετών ζωής, αναγκαστικά λαμβάνει υπόψη της όχι μόνο την πρόγνωση της οξείας διαταραχής, ήτοι την πιθανότητα εξόδου από τη ΜΕΘ, αλλά και τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση του ασθενούς,

δηλαδή το προσδόκιμο ζωής του επί τη βάση των χρονίων νοσημάτων από τα οποία πάσχει. Πέραν των όσων προαναφέρθηκαν σε σχέση με τους ηλικιωμένους και τα οποία βρίσκουν εφαρμογή και επί των πασχόντων από χρόνια νοσήματα, εν προκειμένω εγείρονται επιπλέον αντιλογίες: Κατ' αρχάς, η εκτίμηση της μακροπρόθεσμης πρόγνωσης είναι αβέβαιη και υποκείμενη στην τυχόν προδεδομένη διάθεση του κρίνοντος (bias). Έπειτα, η διαλογή δεν πρέπει να παροξύνει τις εξ αντικειμένου προϋπάρχουσες ανισότητες, τουτέστιν να καθιστά έτι δυσμενέστερη την ήδη μειονεκτική (ως προς το προσδόκιμο ζωής) θέση των χρονίως αρρώστων [3]. Ακόμη, πολλές φορές, η μακροπρόθεσμη πρόγνωση δεν είναι συνάρτηση μόνο της φυσικής ιστορίας της νόσου αυτής τούτης, αλλά και των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών και σχέσεων εντός των οποίων διαβιώνει ο ασθενής· π.χ. η φτώχεια και η έλλειψη πρόσβασης στο σύστημα υγείας επιβαρύνουν την πρόγνωση δραματικά [6].

Οι υπό των ιατρών αξιολογήσεις της ποιότητας ζωής (quality of life) του αρρώστου, είτε της προγενέστερης της παρούσας οξείας νόσησης είτε της προβλεπόμενης μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ, δεν πρέπει να αποτελούν κριτήριο διαλογής. Ο μόνος που δικαιούται να προβεί σε τέτοιες αξιολογήσεις και ενδεχομένως να αποφασίσει τη μη-εισαγωγή του στη ΜΕΘ είναι ο ίδιος ο ασθενής. Οι αξιολογήσεις των ιατρών είναι εν πολλοίς αυθαίρετες, καθώς μπορεί να αντανακλούν τις προσωπικές τους αξίες και προτιμήσεις ή να ενσωματώνουν στοιχεία της κυρίαρχης ιδεολογίας και κοινωνικά στερεότυπα. Ομοίως, συστήματα βαθμολόγησης της

ποιότητας ζωής που υπολογίζουν τα λεγόμενα “έτη ζωής σταθμισμένα με την ποιότητά τους” [quality-adjusted life years (QALYs)] δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται, διότι εξ ορισμού παράγουν διακρίσεις, εκτιμώντας ένα έτος ζωής ενός ατόμου πάσχοντος από χρόνια νόσο ή αναπηρία σαν έχον μικρότερη αξία από ένα έτος ζωής ενός υγιούς ατόμου [3,6,12].

Εν τούτοις, η προβληματικότητα της μακροπρόθεσμης πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής ως κριτηρίων διαλογής δεν οδηγεί αυτομάτως στην υιοθέτηση της εξίσου προβληματικής αντιδιαμετρικής θέσης ότι μόνον η πρόγνωση της οξείας διαταραχής πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Στην πραγματικότητα, η εφαρμογή της ακραίας αυτής θέσης θα απέβαινε σε βάρος των χρονίως αρρώστων που έχουν καλή μεσοπρόθεσμη πρόγνωση και των αναπήρων, αφού, επί παραδείγματι, ένας ασθενής με προχωρημένο μεταστατικό καρκίνο παγκρέατος που αναμένεται να πεθάνει μέσα στις επόμενες εβδομάδες θα είχε ίση προτεραιότητα να νοσηλευτεί στη ΜΕΘ με έναν ασθενή με πολλαπλό μυέλωμα που αναμένεται να ζήσει 5 χρόνια ή με έναν τετραπληγικό [6].

Μία μεσαία λύση θα ήταν η συνεκτίμηση της πρόγνωσης της οξείας διαταραχής με τη μεσοπρόθεσμη πρόγνωση (near-term prognosis), δηλαδή την πιθανότητα επιβίωσης για λίγα ακόμη έτη υπό θεραπευτική αγωγή [6]. Ωσαύτως, προτείνεται το κριτήριο της “επιβιωσιμότητας” (survivability), οριζομένης ως η πιθανότητα να εξέλθει ο ασθενής ζωντανός από το

νοσοκομείο και να παραμένει εν ζωή έναν χρόνο μετά το εξιτήριο [3].

Εν μέσω της πανδημίας της Covid-19, όταν κατέστη φανερό πως η ζήτηση για κλίνες εντατικής θεραπείας θα υπερέβαινε κατά πολύ τη διαθεσιμότητά τους, πολλές ευρωπαϊκές χώρες προχώρησαν στην έκδοση οδηγιών (guidelines) και συστάσεων (recommendations) σχετικά με τη διαλογή (triage) των ασθενών που θα εισάγονταν στις ΜΕΘ [15]. Στην Ιταλία, τη χώρα της οποίας το σύστημα υγείας δέχθηκε τη μεγαλύτερη πίεση [16], ετέθη όριο ηλικίας για την εισαγωγή στη ΜΕΘ, ενώ μαζί με την ηλικία λαμβάνονταν υπόψη οι συννοσηρότητες (comorbidities) και το προϋπάρχον της οξείας νόσου “επίπεδο λειτουργικότητας” (functional status) του αρρώστου, με ρητό σκοπό τη “μεγιστοποίηση του οφέλους για τον μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων” [17]. Επιπροσθέτως, οι ισπανικές συστάσεις [18] θέσπισαν το ηθικώς επιλήψιμο κριτήριο της “κοινωνικής αξίας” (valor social) του ασθενούς. Στην αντίθετη κατεύθυνση κινούνται οι ελβετικές οδηγίες [19], οι οποίες ορίζουν ως αποφασιστικής σημασίας κριτήριο για την εισαγωγή στη ΜΕΘ τη βραχυπρόθεσμη πρόγνωση (short-term prognosis), ήτοι την πιθανότητα εξόδου από το νοσοκομείο, ενώ η ηλικία παίζει μόνον έμμεσο ρόλο, ως μία εκ των παραμέτρων που συγκαθορίζουν τη βραχυπρόθεσμη πρόγνωση. Παρεμφερώς, οι βελγικές οδηγίες [20] επισημαίνουν ότι «καίτοι η μεγάλη ηλικία

συσχετίζεται με χειρότερες εκβάσεις της Covid-19, η ηλικία μόνη της δεν μπορεί να χρησιμοποιείται για αποφάσεις διαλογής, αλλά πρέπει να συναξιολογείται με άλλες κλινικές παραμέτρους». Οι σουηδικές οδηγίες [21] υιοθετούν κατ’ αρχήν το κριτήριο της μεσοπρόθεσμης πρόγνωσης, δίδοντας σε όλους τους ασθενείς με προσδόκιμο ζωής άνω του ενός έτους ίση προτεραιότητα, χρησιμοποιούν όμως τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση και τη βιολογική (όχι τη χρονολογική) ηλικία ως tiebreakers. Ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος απορρίπτει την ηλικία ως μοναδικό κριτήριο λήψης των αποφάσεων, όπως και την αυτόματη προτεραιότητα των νεωτέρων, θεωρεί δε ότι η θέσπιση ορίου ηλικίας για την εισαγωγή στη ΜΕΘ είναι παράνομη και συνιστά εξόφθαλμη διάκριση· προτείνει η διαλογή να βασίζεται στην κλινική αξιολόγηση κάθε ασθενούς χωριστά και στην κατά περίπτωση εκτίμηση της πιθανότητας οφέλους από τη χρήση των διαθεσίμων μέσων [22]. Τέλος, οι ισραηλινές οδηγίες [23] επικεντρώνουν αποκλειστικά στη βραχυπρόθεσμη πρόγνωση (short-term survival) και στην πιθανότητα απογαλακτισμού από τον αναπνευστήρα, ενώ η χρονολογική ηλικία και οι συννοσηρότητες υπεισέρχονται μόνον ως μεταβλητές που επηρεάζουν τα παραπάνω· στόχος είναι η σωτηρία όσο το δυνατόν περισσότερων ανθρώπων χωρίς περαιτέρω διαφοροποιήσεις, καθώς όλοι οι άνθρωποι είναι ίσοι και οι ζωές τους έχουν ίση αξία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA* 2020; 323: 1773-1774.
2. Ezekiel JE, Govind P, Ross U, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med* 2020; 382: 2049-2055.
3. Solomon MZ, Wynia MK, Gostin LO. Covid-19 Crisis Triage - Optimizing Health Outcomes and Disability Rights. *N Engl J Med* 2020; 383: e27.
4. Sprung CL, Joynt GM, Christian MD, et al. Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival. *Crit Care Med* 2020; 48: 1196-1202.
5. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed, Oxford University Press, New York, 2009.
6. Mello MM, Persad G, White DB. Respecting Disability Rights - Toward Improved Crisis Standards of Care. *N Engl J Med* 2020; 383: e26.
7. Sprung CL, Artigas A, Kesecioglu J, et al. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II: Intensive care benefit for the elderly. *Crit Care Med* 2012; 40: 132-138.
8. Brunner-Ziegler S, Heinze G, et al. "Oldest old" patients in intensive care: prognosis and therapeutic activity. *Wien Klin Wochenschr* 2007; 119: 14-9.
9. Levinsky NG. The purpose of advance medical planning-autonomy for patients or limitation of care? *N Engl J Med* 1996; 335: 741-3.
10. Sprung CL, Danis M, Iapichino G, et al: Triage of intensive care patients: Identifying agreement and controversy. *Intensive Care Med* 2013; 39: 1916-1924.
11. American College of Physicians. Non-Discrimination in the Stewardship and Allocation of Resources During Health System Catastrophes Including COVID-19. Approved by the Executive Committee of the Board of Regents on behalf of the Board of Regents on March 26, 2020.
12. Bledsoe TA, Jokela JA, Deep NN, et al. Universal Do-Not-Resuscitate Orders, Social Worth, and Life-Years: Opposing Discriminatory Approaches to the Allocation of Resources During the COVID-19 Pandemic and Other Health System Catastrophes. *Ann Intern Med* 2020; 173: 230-232.
13. Mandal J, Ponnambath DK, Parija SC. Utilitarian and deontological ethics in medicine. *Trop Parasitol* 2016; 6: 5-7.
14. Carrieri D, Peccatori FA, Boniolo G. COVID-19: a plea to protect the older population. *Int J Equity Health* 2020; 19: 72.

15. Joebges S, Biller-Andorno N. Ethics guidelines on COVID-19 triage-an emerging international consensus. *Crit Care* 2020; 24: 201.
16. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med* 2020; 382: 1873-1875.
17. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, et al. Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (SIAARTI). Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in exceptional, resource-limited circumstances. March 16 2020.
18. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia Covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. March 2020.
19. Swiss Academy of Medical Sciences / Swiss Intensive Care Medicine Society. COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. March 24 2020.
20. Meyfroidt G, Vlieghe E, Biston P, et al. Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine – update 26-03-2020.
21. Munthe C. New Swedish Guidelines for ICU Priority Setting in Exceptional Circumstances. March 27 2020.
22. British Medical Association (BMA). COVID-19 ethical issues. A guidance note. April 1 2020.
23. Steinberg A, Levy-Lahad E, Karni T, et al. Israeli Position Paper: Triage Decisions for Severely Ill Patients During the COVID-19 Pandemic. Joint Commission of the Israel National Bioethics Council, the Ethics Bureau of the Israel Medical Association and Representatives from the Israeli Ministry of Health. *Rambam Maimonides Med J* 2020; 11: e0019.

Bioethical dilemmas during the Covid-19 pandemic: triage of patients for admission in the Intensive Care Units

Georgios Kranidiotis

First Department of Internal Medicine, "Tzaneio" General Hospital of Piraeus, Greece

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic overwhelms health care systems and especially Intensive Care Units (ICUs). When demand for ICU beds exceeds supply, triage becomes necessary, i.e. the physician is asked to decide which patients will be admitted to the ICU and which will not. We present the suggested triage criteria along with their ethical foundations and limitations. The main issue is whether, besides the prognosis of acute disorder, prognosis of chronic underlying diseases and/or age should also be considered. Many European countries have launched relevant guidelines that differ from each other.

Keywords: bioethics, Covid-19, triage, intensive care unit

Citation

G. Kranidiotis. Bioethical dilemmas during the Covid-19 pandemic: triage of patients for admission in the Intensive Care Units. *Scientific Chronicles* 2020; 25(3): 399-407

Η τοποθέτηση *bülaui* κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19

Νικόλαος Μπαλταγιάννης, Χρήστος Ντούβλης, Ανδρέας Λαγουδέλλης, Χρυσούλα Πεταλά, Πελαγία Μπατικά, Αντώνιος Χατζημιχάλης

Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κλειστή θωρακοστομία η οποία χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση ενός μετατραυματικού αιμοθώρακα ή πνευμοθώρακα είναι μια επέμβαση που εφαρμόζεται συχνά στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) η οποία δυναμικά δημιουργεί αερόλυμα. Αυτή η βραχεία ανασκόπηση στοχεύει στη περιγραφή βασικών προφυλάξεων που πρέπει να λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων έκθεσης του ιατρικο-νοσηλευτικού προσωπικού κατά την τοποθέτηση, τη διαχείριση και την αφαίρεση του *bülaui*.

Λέξεις ευρετηρίου: σωλήνας θωρακοστομίας, σωλήνας κλειστής θωρακοστομίας, πανδημία, COVID-19

Παραπομπή

Ν. Μπαλταγιάννης, Χ. Ντούβλης, Α. Λαγουδέλλης, Χ. Πεταλά, Π. Μπατικά, Α. Χατζημιχάλης. Η τοποθέτηση *bülaui* κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(3): 408-415

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κλειστή θωρακοστομία η οποία χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση ενός μετατραυματικού αιμοθώρακα ή πνευμοθώρακα είναι μια επέμβαση που εφαρμόζεται συχνά στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) η οποία δυναμικά δημιουργεί αερόλυμα. Αυτή η βραχεία ανασκόπηση στοχεύει στη περιγραφή βασικών προφυλάξεων που πρέπει να λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων έκθεσης του ιατρικο-νοσηλευτικού προσωπικού κατά την τοποθέτηση, τη διαχείριση και την αφαίρεση του *bülaui*.

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Το ποσοστό επιπλοκών μετά την τοποθέτηση *bülaui* από μη έμπειρο και εξειδικευμένο χειρουργό μπορεί να φθάσει και το 40% [1]. Σε πολλά νοσοκομεία, η τοποθέτηση του σωλήνα *bülaui* συνήθως εφαρμόζεται από λειτουργούς πολλών ειδικοτήτων, χειρουργούς, επεμβατικούς ακτινολόγους και ειδικευμένους [2].

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 η τοποθέτηση σωλήνα κλειστής θωρακοστομίας -*bülaui* δεν προσφέρεται για την εκπαίδευση των ειδικευομένων διότι προέχει η διασφάλιση της υγείας του υγειονομικού

προσωπικού. Συνεπώς, η επέμβαση επί ασθενών με γνωστό ή ύποπτο COVID-19 πρέπει να πραγματοποιείται από τα πλέον έμπειρα στελέχη και με τη συμμετοχή ελάχιστων μελών του ιατρικο-νοσηλευτικού προσωπικού. Το βέλτιστον θα είναι να δημιουργηθεί μία ομάδα η οποία θα έχει επικεφαλής καταξιωμένης εμπειρίας θωρακοχειρουργό, έναν επιμελητή χειρουργό θώρακος και μόνον δύο νοσηλεύτριες με προϋπηρεσία σε θωρακοχειρουργική κλινική. Η ολιγομελής αυτή ομάδα οφείλει να ανταποκρίνεται σε όλα τα αιτήματα τοποθέτησης bülau σε ασθενείς με υποψία ή θετικούς ως προς το COVID σε ολόκληρο το νοσοκομείο.

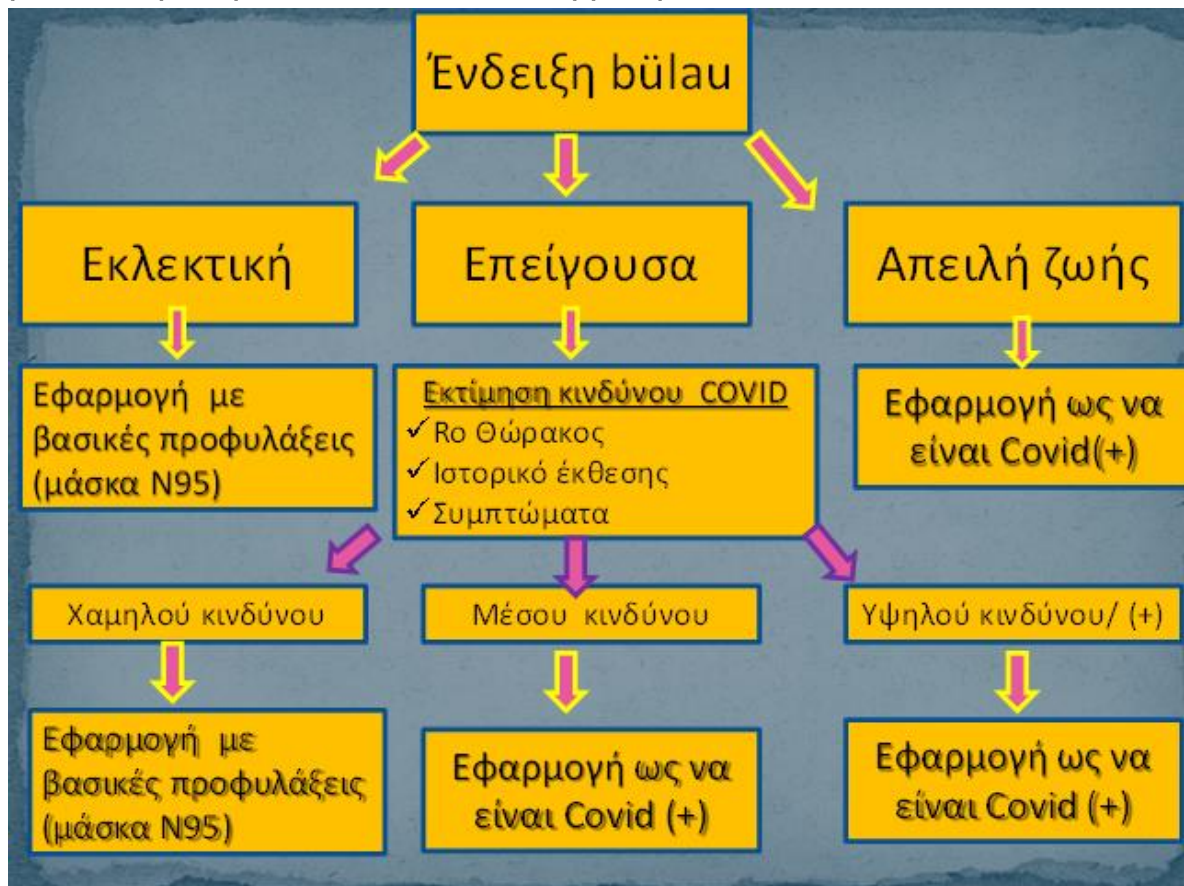
Η συμμετοχή μόνον των δύο εκ των τεσσάρων μελών της ομάδας σε κάθε επέμβαση

ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο της μετάδοσης και την πιθανότητα επιπλοκών.

Η ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΥΕΛΙΚΤΟΥ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Ισχυρή σύσταση αποτελεί, σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα, η εκπόνηση και εφαρμογή αλγόριθμου που θα διέπει τις διαδικασίες τοποθέτησης bülau με βάση την εμπειρία, τη γνώση και τις υποδομές της υγειονομικής μονάδας στην εποχή της πανδημίας.

Ο αλγόριθμος πρέπει να λαμβάνει υπόψη και την επείγουσα κλινική εικόνα και τους κινδύνους που ελλοχεύουν από τους χειρισμούς επί ενός ασθενούς με COVID-19. (Πίνακας 1).



Πίνακας 1. Προτεινόμενος αλγόριθμος τοποθέτησης bülau στην εποχή της πανδημίας

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΒÜLAU

Συνιστάται μετά επιτάσεως να δημιουργήσουμε μία ιατρική τσάντα, παρόμοια με εκείνη της επείγουσας αναζωογόνησης, που όμως θα περιέχει όλον τον εξοπλισμό για τη τοποθέτηση του σωλήνα κλειστής θωρακοστομίας (bülaui) .

Η τσάντα που θα περιέχει τον εξοπλισμό και τα απαραίτητα υλικά για την ασφαλή τοποθέτηση του bülaui θα φυλάσσεται σε κεντρική τοποθεσία (ΜΕΘ ή Θωρακοχειρουργική Κλινική ή Χειρουργείο) έτσι ώστε να είναι απολύτως προσβάσιμη στην ειδική ομάδα που έχει επιφορτισθεί με αυτό το καθήκον.

Μετά από κάθε χρήση ο αναλώσιμος εξοπλισμός της τσάντας που χρησιμοποιήθηκε αντικαθίσταται και λαμβάνονται μέτρα αντισηψίας του περιεχομένου της.

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΘΩΡΑΚΟΣΤΟΜΙΑΣ

Τα συνήθη συστήματα κλειστής παροχέτευσης της υπεζωκοτικής κοιλότητας δεν είναι εφοδιασμένα με ειδικά φίλτρα που να κατακρατούν ιούς.

Κατά συνέπεια, σε οποιαδήποτε διαρροή συνυπάρχουσας υπεζωκοτικής συλλογής ή αέρα, ο ιός από τους πνεύμονες του ασθενούς μπορεί να μεταφερθεί στο κλειστό παροχετευτικό σύστημα του ημιθωρακίου και από εκεί να διαχυθεί στο θάλαμο νοσηλείας του ασθενούς.

Συνιστώνται λοιπόν, ορισμένες τροποποιήσεις που είναι αναγκαίο να εφαρμοσθούν στο σύστημα ώστε να εκμηδενίσουμε τη πιθανότητα ανάπτυξης αερολύματος που θα διευκολύνει τη μετάδοσή του.

1. Σχολαστική προετοιμασία και ρύθμιση του συστήματος παροχέτευσης του ημιθωρακίου.
2. Σχεδόν σε όλα τα συστήματα κλειστής θωρακοστομίας ο θάλαμος περιέχει συνήθως 45-60 mL νερό. Αν προσθέσουμε στο θάλαμο 1 mL διαλύματος υποχλωριώδους Νατρίου (ένα μέρος 5,25% -6,15% υποχλωριώδους Νατρίου -χλωρίνη NaClO-σε 50 μέρη νερού) θα έχουμε ένα ισχυρό αντισηπτικό στη συσκευή μας.
3. Όταν η συσκευή είναι συνδεδεμένη με αρνητική αναρρόφηση η παρεμβολή φίλτρου μεταξύ της συσκευής και του σωλήνα αναρρόφησης προσφέρει επιπρόσθετη προστασία.
4. Όταν ο ασθενής δεν χρειάζεται αρνητική αναρρόφηση η σύνδεση ενός αντϊκού φίλτρου στη συσκευή διασφαλίζει από την μετάδοση του ιού στο θάλαμο νοσηλείας.

Η ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΒÜLAU

Προετοιμασία

Η ειδική ομάδα οργανώνει και ταξινομεί τον απαραίτητο εξοπλισμό για τη τοποθέτηση του bülaui από πριν, έτσι ώστε να μη χρειασθεί να μετακινηθεί κάποιο στέλεχος της ομάδας για να αναζητήσει κάποιο επιπρόσθετο εργαλείο.

Δεν υπάρχουν μελέτες εάν το μέγεθος του σωλήνα ή η μέθοδος τοποθέτησης επηρεάζουν την έκθεση στον ιό.

Κατά συνέπεια, η προτίμηση του επικεφαλής χειρουργού πρέπει να εστιάζεται στην αποτελεσματική τοποθέτηση του σωλήνα κλειστής θωρακοστομίας. Συνήθως χρησιμοποιούμε σωλήνα 12-Fr ή 14-Fr για τις περιπτώσεις πνευμοθώρακα υπό τάση και 24-28 Fr επί μετατραυματικού αιμοθώρακα ή αιμοπνευμοθώρακα (1 French: 1/3 millimeters, 36 F= 12 millimeters) [3].

Επίσης πρέπει να γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με την εξίσωση Fanning, η ποσότητα της απορροής του σωλήνα bülau είναι ευθέως ανάλογη με τη 5^η δύναμη της διαμέτρου του σωλήνα κατά το τύπο:

$$V = \pi^2 r^5 P / f l$$

Όπου V= η ροή, r= η ακτίνα (η εσωτερική διάμετρος του σωλήνα), p= η πίεση, l = το μήκος, f= ο συντελεστής τριβής. [4]

Η επέμβαση

1. Ιδανικό περιβάλλον τοποθέτησης του bülau είναι ο θάλαμος αρνητικής πίεσης.(Airborne Infection Isolation Room -AIIR). [5]

Εάν τέτοιος θάλαμος δεν είναι διαθέσιμος, είναι αναγκαίο να αποφευχθεί η είσοδος στο δωμάτιο τουλάχιστον για 10 min μετά την επέμβαση ώστε να μην υπάρχει φορτίο βιώσιμων ιών στο αερόλυμα.

2. Περιορίστε τον αριθμό των ατόμων που εισέρχονται στο θάλαμο μόνο στο νοσηλευτικό προσωπικό. [6]

3. Την επέμβαση εφαρμόζει ο εμπειρότερος χειρουργός.

Οι ειδικευόμενοι δεν εμπλέκονται εκτός εάν είναι απολύτως απαραίτητο και με στόχο να επιταχυνθεί η διαδικασία της επέμβασης προς αποφυγή περιττών κινδύνων. [7]

4. Μεταφέρετε στο θάλαμο, μόνο τον απαραίτητο εξοπλισμό συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων που ενδεχομένως να χρειαστούν.

Είναι σημαντικό να αποφευχθούν καθυστερήσεις ή διακοπές μετά την έναρξη της διαδικασίας λόγω έλλειψης εξοπλισμού ή ηρεμιστικών φαρμάκων.

5. Βεβαιωθείτε ότι έχετε πρόχειρα προς σύνδεση το αντϊκό φίλτρο [8] (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. Η παρεμβολή ενός αντϊκού φίλτρου στη σύνδεση της συσκευής διασφαλίζει από την μετάδοση του ιού.

6. Ρυθμίστε το σύστημα του σωλήνα κλειστής παροχέτευσης πριν από την έναρξη της διαδικασίας.

7. Απαιτείται σχολαστικό πλύσιμο των χεριών, διπλά γάντια και διπλή αποστειρωμένη αδιάβροχη και ανθεκτική ένδυση.

Το προσωπικό πρέπει να χρησιμοποιεί μάσκα N-95 ή P100, με μια ασπίδα για πλήρη προστασία των ματιών. [9] Αν υπάρχουν οι ειδικές αναπνευστικές συσκευές καθαρισμού αέρα (Powered Air Purifying Respirator- PAPR) συνιστώνται. [10,11] (Εικόνα 2)



Εικόνα 2. Οι ειδικές αναπνευστικές συσκευές καθαρισμού αέρα (Powered Air Purifying Respirator- PAPR), αν υπάρχουν, συνιστώνται κατά τη διάρκεια τοποθέτησης του βύλου.

8. Εάν ο ασθενής αερίζεται μηχανικά, χρησιμοποιήστε πλήρη καταστολή και αναλγησία για πρόληψη του βήχα και επακόλουθη εξάπλωση σωματιδίων.

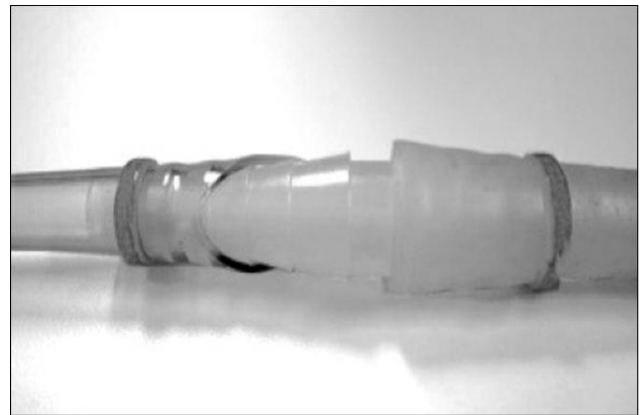
9. Τοποθετήστε τα εργαλεία που θα χρησιμοποιήσετε σε ένα τραπέζι και όχι πάνω

στο κρεβάτι του ασθενούς για να αποφευχθεί ενδεχόμενη μετά από αιφνίδια μετακίνηση, πτώση του εξοπλισμού.

10. Κάντε όσο το δυνατόν μικρότερη τομή στο δέρμα που όμως θα είναι επαρκής για να τοποθετήσετε το σωλήνα.

11. Συνδέστε ιογενή φίλτρα στο σύστημα.

12. Βεβαιωθείτε ότι ο σωλήνας θωρακοστομίας δεν θα αποκολληθεί και το σύστημα αποχέτευσης θα επιτρέπει οπτική επιθεώρηση των συνδέσεων. (Εικόνα 3)



Εικόνα 3. Οι συνδέσεις στο σύστημα του βύλου πρέπει να επιτρέπουν άμεση οπτική επιθεώρηση και προτιμούνται οι καλωδιακές. Οι περιτυλίξεις των σημείων σύνδεσης με ταινίες δεν είναι ασφαλείς.

13. Κλείστε την τομή του δέρματος γύρω από το σωλήνα με επιπλέον ράμματα για την αποφυγή διαρροής υγρών και αέρα γύρω από το σωλήνα.

14. Ελέγξτε σχολαστικά όλες τις συνδέσεις και βεβαιωθείτε ότι η εφαρμογή αρνητικής αναρρόφησης είναι ασφαλής.

15. Δώστε σχολαστικές οδηγίες αντισηψίας και παρακολούθησης του βύλου στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Η ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΒΥΛΑΥ

Απαιτείται σχολαστικό πλύσιμο των χεριών, διπλά γάντια και διπλή αποστειρωμένη αδιάβροχη και ανθεκτική ένδυση.

Το προσωπικό πρέπει να χρησιμοποιεί μάσκα N-95 ή P100, με μια ασπίδα για πλήρη προστασία των ματιών. Αν υπάρχουν οι ειδικές αναπνευστικές συσκευές καθαρισμού

αέρα (Powered Air Purifying Respirator-PAPR) συνιστώνται.

Πριν την αφαίρεση του σωλήνα φροντίστε ο ασθενής να είναι σε θέση βαθείας εισπνοής.

Επιβάλλεται η τοποθέτηση ασφαλούς ραφής - περιπαρησής- πέριξ του στομίου εισόδου η οποία συγκλείεται ταυτόχρονα με την εφαρμογή έλξης προς αφαίρεση του σωλήνα.

Η συρραφή του στομίου σφραγίζεται με δύο ειδικές αποστειρωμένες γάζες ικανού μεγέθους που θα υπερκαλύπτουν το τραύμα. [12]

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Remérand F, Luce V, Badachi Y, Lu Q, Bouhemad B, Rouby JJ. Incidence of chest tube malposition in the critically ill: a prospective computed tomography study. *Anesthesiology*. 2007 Jun;106(6):1112-9.
2. Etoch SW, Bar-Natan MF, Miller FB, Richardson JD. Tube thoracostomy. Factors related to complications. *Arch Surg*. 1995 May;130(5):521-5; discussion 525-6.
3. Zardo P, Busk H, Kutschka I. Chest tube management: state of the art. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015 Feb;28(1):45-9.
4. Baumann MH. What size chest tube? What drainage system is ideal? And other chest tube management questions. *Curr Opin Pulm Med*. 2003 Jul;9(4):276-81.
5. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, *et. al.* Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 2020 Apr 16;382(16):1564-1567.
6. Elizabeth Brindle M, Gawande A. Managing COVID-19 in Surgical Systems. *Ann Surg*. 2020 Jul;272(1):e1-e2.
7. Casanova LM, Rutala WA, Weber DJ, Sobsey MD. Effect of single- versus double-gloving on virus transfer to health care workers' skin and clothing during removal of personal protective equipment. *Am J Infect Control*. 2012 May;40(4):369-74.
8. Howard BE. High-Risk Aerosol-Generating Procedures in COVID-19: Respiratory Protective Equipment Considerations. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020 Jul;163(1):98-103.

9. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *Am J Infect Control*. 2007 Dec;35(10 Suppl 2):S65-164.
10. Gold D. Defining PAPRs and current standards: regulatory perspective. In board on health sciences policy; Institute of medicine. *The use and effectiveness of powered air purifying respirators in health care: workshop summary*. Washington (DC): National Academies Press (US), 2015:7-18.
11. Dalli J, O'Keeffe DA, Khan F, Traynor O, Cahill RA. Powered Air Purifying Respirators (PAPR) for the protection of surgeons during operative tasks: a user perspective assessment. *Br J Surg*. 2020 Aug;107(9):e328-e330.
12. Carvalho EA, Oliveira MVB. Safety model for chest drainage in pandemic by COVID-19. *Rev Col Bras Cir*. 2020;47:e20202568.

The bülaü placement during the COVID-19 pandemic

Nikolaos Baltayiannis, Christos Douvliis, Andreas Lagoudellis, Crysoula Petala, Pelagia Mpatika, Antonios Chatzimichalis

Department of Thoracic Surgery, “Metaxa” Hospital, Piraeus, Greece

ABSTRACT

Closed thoracostomy, which is used to treat a post-traumatic hemothorax or pneumothorax, is a procedure often performed in the emergency department (ICU) that potentially creates an aerosol. This brief review describes the basic precautions to be taken during the COVID-19 pandemic to minimize the risk of exposure of medical staff during placement, management, and removal of bülaü.

Keywords: Tube Thoracostomy, bülaü, COVID-19

Citation

N. Baltayiannis, C. Douvliis, A. Lagoudellis, C. Petala, P. Mpatika, A. Chatzimichalis. The bülaü placement during the COVID-19 pandemic. Scientific Chronicles 2020; 25(3): 408-415

Νόσος Castleman's του μεσοθωρακίου: Σύντομη ανασκόπηση

Νικόλαος Μπαλταγιάννης¹, Ανδρέας Λαγουδέλλης¹, Χρήστος Ντούβλης¹, Αφροδίτη Παυλάκου²

¹Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, ²Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νόσος Castleman's είναι καλοήθης πολλαπλασιασμός της λεμφοκυτταρικής σειράς ο οποίος οδηγεί σε υπερβολική διόγκωση των λεμφαδένων. Η αιτιολογία της νόσου Castleman's είναι άγνωστη αλλά τα συμπτώματα είναι αποτέλεσμα μιας καταιγίδας κυτταροκινών που κυρίως περιλαμβάνει την ιντερλευκίνη-6. Η νόσος του Castleman's μπορεί να εμφανισθεί παντού στο λεμφικό σύστημα. Ωστόσο εντοπίζεται και αναπτύσσεται κυρίως στη θωρακική κοιλότητα. Σε αυτό το σύντομο άρθρο ανασκοπούμε τη κλινική και την ιστολογική εικόνα της νόσου και τις σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές.

Λέξεις ευρετηρίου: Νόσος Castleman's, μεσοθωράκιο

Παραπομπή

Ν. Μπαλταγιάννης, Α. Λαγουδέλλης, Χ. Ντούβλης, Α. Παυλάκου. Νόσος Castleman's του μεσοθωρακίου: Σύντομη ανασκόπηση. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(3): 416-423

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εξήντα πέντε (1954) χρόνια πριν, ο Δρ Castleman [*Benjamin Castleman (1906-1982)*] ένας παθολογοανατόμος στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, περιέγραψε για πρώτη φορά μια σπάνια λεμφοϊπερπλαστική διαταραχή που φέρει τώρα το όνομά του. [1]

Η νόσος Castleman's είναι καλοήθης πολλαπλασιασμός της λεμφοκυτταρικής σειράς ο οποίος οδηγεί σε υπερβολική διόγκωση των λεμφαδένων. [2]

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η αιτιολογία της νόσου Castleman's είναι άγνωστη αλλά τα συμπτώματα είναι αποτέλεσμα μιας καταιγίδας κυτταροκινών που κυρίως περιλαμβάνει την ιντερλευκίνη-6.

Η αιτία της απρόσμενης και ανεξέλεγκτης παραγωγής κυτταροκινών μπορεί να είναι ιογενής, φλεγμονώδης, αυτοάνοση ή νεοπλασματική. [3]

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Πρόκειται για σπάνια νόσο. Η εκτιμώμενη επίπτωση της νόσου Castleman's στην

Ελλάδα είναι περίπου 130-140 περιπτώσεις /ετησίως.

ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Η νόσος του Castleman's μπορεί να εμφανισθεί παντού στο λεμφικό σύστημα. Ωστόσο εντοπίζεται και αναπτύσσεται κυρίως στη θωρακική κοιλότητα (70%).

Σποραδικές περιπτώσεις έχουν αναφερθεί και στη περιτοναϊκή και οπισθοπεριτοναϊκή κοιλότητα, τη πύελο, τους σκελετικούς μύς, τον εγκέφαλο και τον τράχηλο. [4,5]

Σπανιώτατα παρουσιάζεται και σε εξωλεμφαδενικές θέσεις όπως οι πνεύμονες, οι παρωτίδες και το πάγκρεας. [6]

ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΥΠΟΤΥΠΟΙ

Η νόσος Castleman's έχει δύο κλινικούς υπότυπους:

- τον μονοκεντρικό ή εντοπισμένο (unicentric -localized) και τον
- πολυκεντρικό τύπο (multicentric). [7]

Ο **μονοκεντρικός** αναπτύσσεται σε μία μόνον αλυσίδα περιοχικών λεμφαδένων, συνήθως του μεσοθωρακίου και είναι συχνότερος (80-90%).[8]

Η **πολυκεντρική** νόσος Castleman's αφορά πολλές περιοχές διογκωμένων λεμφαδένων. Ο πολυκεντρικός τύπος προσβάλλει συνήθως ηλικιωμένους και είναι σπάνιος (10-20%). Χαρακτηρίζεται από γενικευμένα συμπτώματα και δυσλειτουργία των οργάνων. [9]

Η πολυκεντρική μορφή είναι συμπτωματική και παρουσιάζει κυρίως γενικευμένα συμπτώματα και αντικειμενικά και εργαστηριακά ευρήματα όπως: αναιμία, νυχτερινούς πυρετούς, απώλεια βάρους, κόπωση, γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, πολυκλωνική υπεργαμμασφαιριναιμία, υποαλβουμιναιμία, θρομβοκυτοπενία, αυξημένη ΤΚΕ, αυξημένη CRP, ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία, περιφερικό οίδημα, διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας, πολυνευροπάθεια. [10]

Η κλινική μορφή, δηλαδή ο κλινικός υπότυπος, συχνά υπαγορεύει και τη πρόγνωση και τη θεραπεία.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η νόσος του Castleman's ταξινομείται με βάση τα ιστολογικά χαρακτηριστικά σε τέσσερις τύπους:

1. Υαλοειδής αγγειακός τύπος (75-90%)

Ο Υαλοειδής αγγειακός τύπος χαρακτηρίζεται από θυλάκια που περιβάλλονται από διευρυμένη ζώνη μανδύα, με υαλοειδές βλαστικό κέντρο και αυξημένη αγγειοβρίθεια. [11]

2. Πλασματοκυτταρικός τύπος (10-25%)

Ο Πλασματοκυτταρικός τύπος χαρακτηρίζεται από υπερπλαστικό βλαστικό κέντρο και ενδοθυλακικά πλασματοκύτταρα.

3. Μικτός τύπος (1-4%)

Ο μικτός τύπος, ο οποίος απαντάται στη πολυκεντρική νόσο, χαρακτηρίζεται από

διάχυτο πολλαπλασιασμό πλασματοκυττάρων στην ενδοθυλακική περιοχή με ηωσινοφιλικές αποθέσεις ινώδους και ανοσοποιητικά σύμπλοκα και διατεταμένους κόλπους. Αλλοιώσεις υαλοειδούς αγγειακού τύπου απουσιάζουν πλήρως.

4. Ανοσοβλαστικός τύπος

Ο πλασμοβλαστικός-ανοσοβλαστικός τύπος χαρακτηρίζεται από μεγάλους ανοσοβλάστες στη ζώνη του μανδύα. [12]

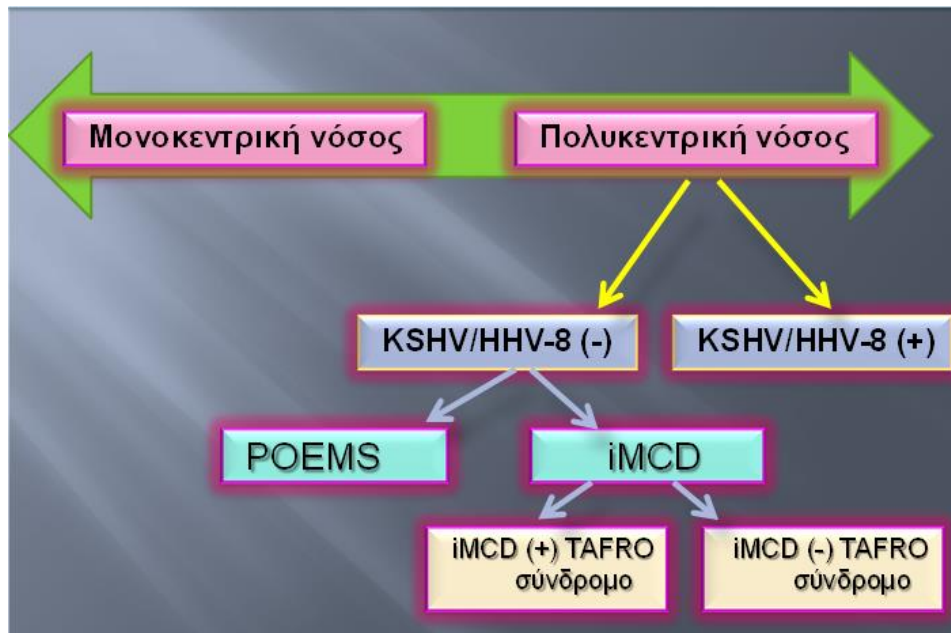
ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ CASTLEMAN'S

Η πολυκεντρική νόσος Castleman's διαίρεται περαιτέρω σε αυτή τη μορφή που συνδέεται με τον ανθρώπινο ιό του έρπητος [Human Herpes Virus-8 (HHV-8)], η οποία προσβάλλει ανοσοκατασταλαμένους ασθενείς και στη μορφή που δεν σχετίζονται με τον ιό και καλείται ιδιοπαθής

πολυκεντρική νόσος Castleman's [idiopathic MCD (iMCD)]. [13] Ορισμένοι ασθενείς με τη μορφή που δεν σχετίζονται με τον ιό του έρπητος, δηλαδή είναι (HHV-8)(-), μπορεί να παρουσιάσουν σύνδρομο POEMS.

Το **σύνδρομο POEMS (polyneuropathy, organomegaly, endocrinopathy, M protein and skin changes)** χαρακτηρίζεται από πολυνευροπάθεια, οργανομεγαλία, ενδοκρινοπάθεια, παραγωγή Μ πρωτεΐνης και δερματικές βλάβες. [14]

Η ιδιοπαθής πολυκεντρική νόσος Castleman's υποδιαιρείται στους ασθενείς με TAFRO σύνδρομο (T-thrombocytopenia, Anasarca, F-fevers, R-reticulin myelofibrosis, O-organomegaly), δηλ. θρομβοκυττοπενία, οίδημα ανά σάρκα, πυρετό, μυελοϊνώση, οργανομεγαλία και φυσιολογικά ή ελαφρώς αυξημένα επίπεδα ανοσοσφαιρίνης και στους ασθενείς που δεν έχουν το σύνδρομο TAFRO. [15, 16] (Πίνακας 1).

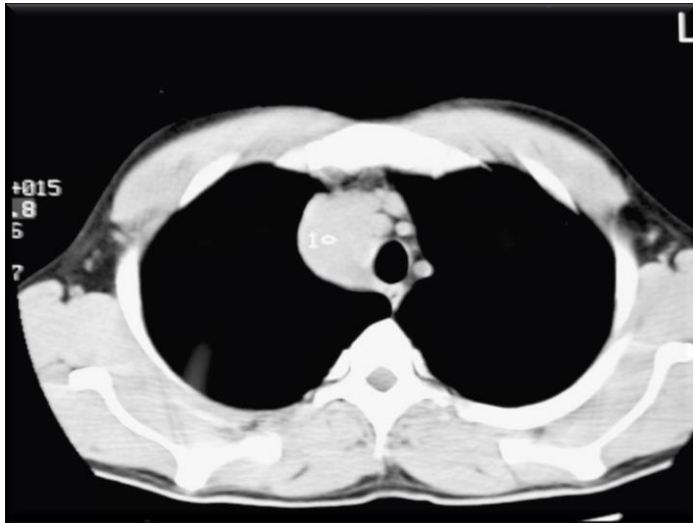


Πίνακας 1. Νόσος Castleman's-Ταξινόμηση.

ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η μονοκεντρική μορφή της νόσου Castleman's προσβάλλει κυρίως ασθενείς 30-40 ετών και συνήθως δεν συνοδεύεται από γενικευμένα συμπτώματα. Τα συμπτώματα συνήθως οφείλονται σε άσκηση πίεσης των διογκωμένων λεμφαδένων επί γειτονικών δομών και συνίστανται σε άλγος, δύσπνοια, βήχα, δυσφωνία, δυσφαγία, απώλεια βάρους και ισχαιμικές εκδηλώσεις λόγω συμπίεσης των μεγάλων αγγείων. [17]

Στη διάγνωση βοηθούν η Rö θώρακος, η CT, η MRI και η PET-CT (Εικόνες 1 και 2).



Εικόνα 1. CT θώρακος, νόσος Castleman's του μεσοθωρακίου.

Στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται η σαρκοείδωση, τα σαρκώματα, η σιλίκωση, οι μεσεγχυματικοί όγκοι, η αμυλοείδωση, τα λεμφώματα, η βηρυλλίωση, οι νευρο-ενδοκρινείς όγκοι, η TBC και οι μεταστάσεις.

Όσον αφορά στην ιστολογική διάγνωση της νόσου η προεγχειρητική βιοψία

αμφισβητείται. Οι περισσότεροι χειρουργοί επί απεικονιστικώς εξαιρεσίμης νόσου δεν την προτιμούν.

Η διεγχειρητική βιοψία είναι ωφέλιμη για τους ασθενείς με μονοκεντρική νόσο διότι η άμεση διάγνωση της ταχείας βιοψίας αποτρέπει μια μη απαραίτητη εκτομή γειτονικών οργάνων που ενδεχομένως να συμφύονται στερρώς με τη καλοήγη νόσο.

Η θεραπεία εκλογής της μονοκεντρικής - εντοπισμένης νόσου είναι η πλήρης εξαίρεση αυτής. Η ριζική εκτομή (R0) πιθανώς διασφαλίζει 5-ετή επιβίωση 100%. Υφολική ή μερική εκτομή προδιαθέτουν σε υποτροπή. [18]

Εάν ο όγκος έχει εκτεταμένη νεοαγγείωση αναπτύσσονται στερρές συμφύσεις με τους γύρω ιστούς και τότε η πλήρης αφαίρεση μπορεί να συνοδεύεται από αξιόλογη περιεγχειρητική αιμορραγία.



Εικόνα 2. Το χειρουργικό παρασκεύασμα μετά την αφαίρεση της νόσου Castleman's του μεσοθωρακίου, επί υγιούς.

Όταν η χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου ενέχει αυξημένο κίνδυνο η ακτινοθεραπεία συνιστά αξιόμαχη θεραπεία με 50% υποστρόφη της νόσου.

Επί αρχικώς ανεγχείρητης νόσου η νεοεπικουρική χημειοθεραπεία (Neoadjuvant) με Rituximab μειώνει τη διηθητικότητα στους ζωτικούς περίξ ιστούς και αυξάνει τη πιθανότητα μιάς οριστικής R0 εκτομής. [19]

Ένας αξιόλογος αλγόριθμος αντιμετώπισης της νόσου, με ιδιαίτερη έμφαση στα φάρμακα που χρησιμοποιούμε για την πολυκεντρική νόσο παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.

Η νόσος Castleman's είναι μία σπάνια, ατελώς περιγραφείσα και πλημμελώς κατανοηθείσα εισέτι νόσος.

Το παγκόσμιο δίκτυο συνεργασίας για τη νόσο, Castleman Disease Collaborative Network (CDCN), το οποίο συνιδρύθηκε από τους Dr. David Fajgenbaum και Dr. Frits van Rhee το 2012 στην ιατρική σχολή του πανεπιστημίου του Αρκάνσας, εργάζεται αόκνως για τη καλύτερη ταυτοποίηση, κατανόηση και αντιμετώπιση της νόσου. [20]



Πίνακας 2. Η αντιμετώπιση της νόσου Castleman's.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Castleman B, Iverson L, Menendez VP. Localized mediastinal lymphnode hyperplasia resembling thymoma. *Cancer*. 1956 Jul-Aug;9(4):822-30.
2. Castleman B, Towne VW. Case records of the Massachusetts General Hospital; weekly clinicopathological exercises; founded by Richard C. Cabot. *N Engl J Med*. 1954 Sep 2;251(10):396-400.
3. van Rhee F, Stone K, Szmania S, Barlogie B, Singh Z. Castleman disease in the 21st century: an update on diagnosis, assessment, and therapy. *Clin Adv Hematol Oncol*. 2010 Jul;8(7):486-98.
4. Zhou LP, Zhang B, Peng WJ, Yang WT, Guan YB, Zhou KR. Imaging findings of Castleman disease of the abdomen and pelvis. *Abdom Imaging*. 2008 Jul-Aug;33(4):482-8.
5. Jiang L, Zhao LY, Liu Y, Zhao YF. Castleman's disease of the neck: report of 4 cases with unusual presentations. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011 Apr;69(4):1094-9.
6. Iaconetta G, Friscia M, Dell'Aversana Orabona G, de Biasi S, Romano A, Piombino P, *et.al*. Castleman's disease mimicking a parotid gland tumor: report of a case and review of the literature. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2014;18(8):1241-6.
7. Newlon JL, Couch M, Brennan J. Castleman's disease: three case reports and a review of the literature. *Ear Nose Throat J*. 2007 Jul;86(7):414-8.
8. Talat N, Schulte KM. Castleman's disease: systematic analysis of 416 patients from the literature. *Oncologist*. 2011;16(9):1316-24.
9. Dispenzieri A, Armitage JO, Loe MJ, Geyer SM, Allred J, Camoriano JK, Menke DM, Weisenburger DD, Ristow K, Dogan A, Habermann TM. The clinical spectrum of Castleman's disease. *Am J Hematol*. 2012 Nov;87(11):997-1002.
10. van Rhee F, Munshi NC. Castleman Disease. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2018 Feb;32(1):xiii-xiv.
11. Frizzera G. Castleman's disease and related disorders. *Semin Diagn Pathol*. 1988 Nov;5(4):346-64.
12. Lu ZH and Wu M: Localized Castleman disease of plasma cell type in the abdomen. *Chin Med J (Engl)* 124,2011: 2789 2791.
13. Oksenhendler E, Boutboul D, Fajgenbaum D, Mirouse A, Fieschi C, Malphettes M, *et al*. The full spectrum of Castleman disease: 273 patients studied over 20 years. *Br J Haematol*. 2018 Jan;180(2):206-216
14. Dispenzieri A. POEMS syndrome: 2017 Update on diagnosis, risk stratification, and management. *Am J Hematol*. 2017 Aug;92(8):814-829.
15. Igawa T, Sato Y. TAFRO Syndrome. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2018 Feb;32(1):107-118.
16. Fajgenbaum DC, Shilling D. Castleman Disease Pathogenesis. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2018 Feb;32(1):11-21.

17. Soumerai JD, Sohani AR, Abramson JS. Diagnosis and management of Castleman disease. *Cancer Control*. 2014 Oct;21(4):266-78.
 18. Talat N, Belgaumkar AP, Schulte KM. Surgery in Castleman's disease: a systematic review of 404 published cases. *Ann Surg*. 2012 Apr;255(4):677-84.
 19. Bandera B, Ainsworth C, Shikle J, Rupard E, Roach M. Treatment of unicentric Castleman disease with neoadjuvant rituximab. *Chest*. 2010 Nov;138(5):1239-41.
 20. CDCN (Castleman Disease Collaborative Network) 2019-2020. Community Update, pages:1-20.
-

Castelman's disease of the mediastinum: A brief review

Nikolaos Baltayiannis¹, Andreas Lagoudellis¹, Christos Douvli¹, Afroditi Pavlaku²

¹ Department of Thoracic Surgery and ² Department of Anesthesiology, "Metaxa" Cancer Hospital, Piraeus, Greece.

ABSTRACT

Castleman's disease is a benign proliferation of the lymphocyte lineage that leads to excessive swelling of the lymph nodes. The etiology of Castleman's disease is unknown but the symptoms are the result of a storm of cytokines that mainly include interleukin-6. Castleman's disease can occur anywhere in the lymphatic system. However, it is located and develops mainly in the thoracic cavity. In this short article we review the clinical and histological picture of the disease and modern treatment options.

Keywords: Castleman's disease, mediastinum

Citation

N. Baltayiannis, A. Lagoudellis, C. Douvli, A. Pavlaku. Castleman's disease of the mediastinum: A brief review. *Scientific Chronicles* 2020; 25(3): 416-423

Επιδημιολογία και πολιτική του εμβολιασμού κατά του ιού HPV στην Ελλάδα και άλλες χώρες του κόσμου

Ιωάννης Κ. Θανασάς¹, Γιάγκος Λαβράνος², Πηνελόπη Γκόγκου³, Δημήτριος Παρασκευής⁴

¹Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Ελλάδα ²Ιατρική Σχολή και Τμήμα Επιστημών Υγείας, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος, ³Ογκολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Norwich, Μεγάλη Βρετανία, και ⁴Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η καθιέρωση του εμβολιασμού έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων αποτελεί μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις της σύγχρονης γυναικολογίας. Σήμερα τα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν υιοθετήσει τον εμβολιασμό έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Πριν από δέκα χρόνια περίπου η κάλυψη του τακτικού HPV εμβολιασμού κυμαινόταν μεταξύ 17% και 81%, με τα μεγαλύτερα ποσοστά (80% έως 81%) να αφορούν στην Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Πρόσφατα εκτιμάται ότι στη Γαλλία η εμβολιαστική κάλυψη των νεαρών εφήβων παραμένει χαμηλή (19%). Στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ισπανία εκτιμάται ότι είναι πάνω από 80%, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και τη Γερμανία τα ποσοστά είναι χαμηλότερα και κυμαίνονται μεταξύ 40% και 50%. Παρόμοια υψηλά εκτιμάται ότι είναι τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης κατά του ιού HPV στην Αυστραλία. Η εμβολιαστική κάλυψη έναντι του ιού HPV σε γυναίκες νεαρής ηλικίας στην Ελλάδα δεν είναι επαρκώς καταγεγραμμένη, με τη γενική εκτίμηση να αποφαινεται ότι τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης κατά του ιού HPV παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα. Στις περισσότερες χώρες το κόστος του HPV εμβολιασμού των γυναικών καλύπτεται πλήρως από τις εθνικές υγειονομικές αρχές. Εξαιρέση αποτελούν η Αυστρία, το Βέλγιο και η Γαλλία. Στην Αυστρία ο HPV εμβολιασμός καλύπτεται ολοκληρωτικά από την κάθε γυναίκα ιδιωτικά, ενώ στο Βέλγιο και τη Γαλλία οι γυναίκες καλούνται να πληρώσουν ιδιωτικά το 75% και 35% του συνολικού κόστους του εμβολιασμού, αντίστοιχα. Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες η εξαρχής υιοθετημένη πολιτική για τον HPV εμβολιασμό αφορούσε μόνο στα κορίτσια. Την εξαίρεση αποτέλεσε η Αυστρία, στην οποία ο πληθυσμός – στόχος ήταν τόσο τα κορίτσια, όσο και τα αγόρια νεαρής ηλικίας. Εκτός από την Αυστρία, πρόγραμμα HPV εμβολιασμού ανεξάρτητα από το φύλο προτείνεται ακόμη στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, στον Καναδά και στην Αυστραλία. Ενώ σε αρκετές από τις Ευρωπαϊκές χώρες οι σχολικές υποδομές είναι υπεύθυνες για τα εθνικά εμβολιαστικά προγράμματα, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής η διάθεση των HPV εμβολίων βασίζεται κυρίως στις παροχές υγειονομικής περίθαλψης και η πολιτική εφαρμογής προγραμμάτων εμβολιασμού ποικίλλει ανά πολιτεία.

Λέξεις ευρετηρίου: HPV, HPV εμβόλια, επιδημιολογία, πολιτική HPV εμβολιασμού

Παραπομπή

Ι.Κ. Θανασάς, Γ. Λαβράνος, Π. Γκόγκου, Δ. Παρασκευής. Επιδημιολογία και πολιτική του εμβολιασμού κατά του ιού HPV στην Ελλάδα και άλλες χώρες του κόσμου. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(3): 424-437

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λοίμωξη από ογκογόνο τύπο του ιού HPV, η εμμονή της HPV λοίμωξης, η ανάπτυξη υψηλόβαθμης τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης και η μετέπειτα εξέλιξη σε καρκίνωμα *in situ* και διηθητικό καρκίνο θεωρείται σήμερα ότι αποτελούν τα απαραίτητα βήματα στην καρκινογένεση του τραχήλου της μήτρας. Εκτιμάται ότι όσο περισσότερο επιμένει η λοίμωξη από στέλεχος υψηλού κινδύνου του ιού HPV, τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα καρκινογένεσης. Ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για την εξέλιξη της HPV λοίμωξης σε νεοπλασία και καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι η επίμονη HPV λοίμωξη από έναν υψηλού κινδύνου γονότυπο του ιού [1]. Προοπτικές μελέτες έχουν καταδείξει ότι η εμμονή της HPV λοίμωξης μειώνει την πιθανότητα της αυτοκάθαρσης και αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης προκαρκινικών αλλοιώσεων [2].

Οι τύποι του ιού HPV που σχετίζονται με τον υψηλότερο κίνδυνο εξέλιξης σε καρκίνο είναι ο HPV 16, ο HPV 18 και οι συγγενείς τύποι του ιού HPV 16. Μετά από μόλυνση με τον ιό HPV 16 εκτιμάται ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι 400 φορές υψηλότερος σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν μολυνθεί από τον ιό και σχεδόν διπλάσιος σε σύγκριση με τις γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό HPV 18. Η μόλυνση από τον ιό HPV 18 αυξάνει κατά 250 φορές περίπου τον κίνδυνο ανάπτυξης πλακώδους καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας σε σχέση με τις μη μολυσμένες γυναίκες [3]. Τα τελευταία περίπου 70 χρόνια (1940 – 2007) οι ογκογόνοι HPV γονότυποι 16 και 18 αποτελούν τους πιο συχνά

ανιχνεύσιμους τύπους στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (HPV16 από 61.5% – 62.1 %, και HPV18 από 6.9% – 7.2%), ενώ μαζί με τα στελέχη 45, 31, 33, 52 και 58 εκτιμάται ότι αντιπροσωπεύουν περίπου το 90% των πλακωδών κυττάρων σε καρκινώματα τα οποία είναι θετικά για τον HPV DNA [3,4].

Έτσι τα τελευταία τριανταπέντε χρόνια περίπου δεν μπορεί να αμφισβητηθεί η σχέση ανάμεσα στον ιό HPV και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ως αποτέλεσμα μιας μακροχρόνιας μη αναστρέψιμης λοίμωξης από συγκεκριμένα στελέχη του ιού [5]. Η διαπίστωση αιτιολογικής συσχέτισης μεταξύ του ιού HPV και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας οδήγησε την επιστημονική κοινότητα στην απόφαση για τη δημιουργία των HPV εμβολίων. Βέβαια κατά την πορεία των ερευνών, αν και πολλά ήταν τα προβλήματα και οι αντιπαραθέσεις που προέκυψαν αναφορικά με τη διάθεση των εμβολίων (κόστος παρασκευής, διασταυρούμενη προφύλαξη, σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας) είναι κοινά αποδεκτό ότι με τον εμβολιασμό κατά του ιού HPV εκτιμάται ότι ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα υγείας βρίσκεται πλέον κοντά στην αποτελεσματική αντιμετώπισή του [6]. Ο εμβολιασμός αλλάζει την φυσική ιστορία της νόσου σε πολύ πρώιμο στάδιο, με αποτέλεσμα να έχει επίπτωση όχι μόνο στην εξέλιξη του καρκίνου, αλλά και στα προκαρκινικά στάδια της νόσου [7,8].

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ HPV ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

Η καθιέρωση του εμβολιασμού έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων αποτελεί μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις της σύγχρονης γυναικολογίας. Το HPV εμβόλιο έχει πάρει έγκριση για χορήγηση σε πάνω από 100 χώρες παγκοσμίως [9,10]. Στην Ευρώπη, σύμφωνα με έρευνα που έγινε από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων τα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν υιοθετήσει τον εμβολιασμό έναντι του ιού HPV [11]. Οργανωμένα πληθυσμιακά προγράμματα εμβολιασμού κατά του ιού HPV που στοχεύουν σε υψηλή εμβολιαστική κάλυψη εκτιμάται ότι μπορούν να οδηγήσουν μακροπρόθεσμα σε μείωση των προκαρκινικών ενδοεπιθηλιακών τραχηλικών αλλοιώσεων σε ποσοστό έως και 90% και των διηθητικών καρκίνων του τραχήλου της μήτρας σε ποσοστό που φαίνεται να ξεπερνά το 70% [12].

Το πρόγραμμα εμβολιασμού κατά του ιού HPV στην Ευρώπη ξεκίνησε το 2006 από την Αυστρία. Το 2007 το πρόγραμμα εισήχθη σε επτά ακόμη Δυτικές Ευρωπαϊκές χώρες, όπως το Βέλγιο, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιταλία, την Πορτογαλία, την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Ένα χρόνο αργότερα (2008) τα HPV εμβόλια εντάχθηκαν στα προγράμματα εθνικού εμβολιασμού σε επτά επίσης χώρες, όπως η Δανία, η Ελλάδα, η Ιρλανδία, το Λουξεμβούργο, η Νορβηγία, η Ρουμανία και η Σουηδία. Το 2009 πρόγραμμα εμβολιασμού κατά του ιού HPV ξεκίνησε και στη Λετονία, τις Κάτω Χώρες και τη Σλοβενία. Το 2010 εκτιμάται ότι η κάλυψη του τακτικού

εμβολιασμού σε τρεις δόσεις κυμαινόταν μεταξύ 17% και 81%. Πιο συγκεκριμένα, στη Γαλλία, το Λουξεμβούργο και τη Νορβηγία το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης ήταν μεταξύ 17% και 30%, στη Δανία και την Ιταλία κυμαινόταν από 56% έως 58%, ενώ στην Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο το ποσοστό κάλυψης του εμβολιασμού κατά του ιού HPV ήταν μεταξύ 80% και 81% [13]. Με βάση τα νεότερα δεδομένα εκτιμάται ότι στη Γαλλία σήμερα η εμβολιαστική κάλυψη των νεαρών εφήβων ηλικίας 16 ετών παραμένει χαμηλή (19%). Στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ισπανία εκτιμάται ότι είναι πάνω από 80%, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και τη Γερμανία τα ποσοστά είναι χαμηλότερα και κυμαίνονται μεταξύ 40% και 50% [14].

Παρόμοια υψηλά εκτιμάται ότι είναι τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης κατά του ιού HPV στην Αυστραλία. Πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη, στόχος της οποίας ήταν η διερεύνηση του τρέχοντος προγράμματος εμβολιασμού όσον αφορά στον ιό HPV, χρησιμοποιώντας το τετραδύναμο εμβόλιο για κορίτσια ηλικίας από 12 έως 13 ετών, έδειξε υψηλή εμβολιαστική κάλυψη, μεγαλύτερη από 70% με 3 δόσεις του εμβολίου στην ηλικιακή ομάδα στόχο σε ετήσια βάση. Η αποτελεσματικότητα της εμβολιαστικής κάλυψης καταφάνηκε μέσα από τη μείωση των HPV λοιμώξεων, τη μείωση σε ποσοστό μεγαλύτερο από 90% των γεννητικών κονδυλωμάτων στις νεαρές έφηβες και τη μείωση των υψηλόβαθμων τραχηλικών ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων (CIN II και CIN III) σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Αυτές οι αξιοσημείωτες αλλαγές σημειώθηκαν άμεσα

μετά την εφαρμογή του HPV εμβολιασμού στην Αυστραλία και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό από την αρχική αναμενομένη πρόβλεψη [15].

Η εμβολιαστική κάλυψη έναντι του ιού HPV σε γυναίκες νεαρής ηλικίας στην Ελλάδα δεν είναι επαρκώς καταγεγραμμένη. Παρόλο που στη χώρα μας το HPV εμβόλιο συμπεριλαμβάνεται στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών από το 2008, γενικά εκτιμάται ότι τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα. Επιδημιολογική μελέτη στην περιοχή της Θεσσαλίας στην Κεντρική Ελλάδα, σκοπός της οποίας ήταν να μελετηθεί η εμβολιαστική κάλυψη έναντι του ιού HPV μεταξύ φοιτητριών σε σχολές επαγγελματιών υγείας (ιατρική σχολή, νοσηλευτική σχολή, σχολή παραϊατρικών επαγγελμάτων) έδειξε ότι το συνολικό ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης ανέρχεται στο 44.3%. Ο κύριος λόγος που δεν υποβλήθηκε σε εμβολιασμό το 74.1% των γυναικών ήταν ο φόβος για την ασφάλεια του εμβολίου, ενώ το 52.8% των φοιτητριών που συμμετείχαν στη μελέτη δήλωσαν ότι είχαν λάβει ανεπαρκή πληροφόρηση ή ότι δεν είχαν λάβει καμία πληροφόρηση σχετικά με την ασφάλεια του εμβολίου. Τη χαμηλότερη εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ αυτών που είχαν λάβει κάποια μορφή ενημέρωσης ήταν αυτοί που είχαν λάβει ενημέρωση μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης [16].

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της μεγάλης προοπτικής συγχρονικής μελέτης «ΛΥΣΙΣΤΡΑΤΗ», στόχος της οποίας ήταν μεταξύ των άλλων να αξιολογήσει τη συμμετοχή των γυναικών στις πρωτογενείς και δευτερογενείς προληπτικές παρεμβάσεις.

Αναφορικά με την αποδοχή του εμβολιασμού τα τελικά αποτελέσματα έδειξαν ότι σε σύνολο 5379 γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη το 81.1% ήταν θετικές στον HPV εμβολιασμό. Οι κύριοι λόγοι άρνησης ήταν η ανεπαρκής ενημέρωση, ο φόβος για τις παρενέργειες και άλλοι λόγοι, όπως οι αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου. Αναφορικά με τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης, η αποδοχή του εμβολιασμού έναντι του ιού HPV φαίνεται ότι υποχώρησε στη διάρκεια της μελέτης (από 85.0% – 89.9% μεταξύ 2005 και 2008 σε 64.4% – 60.5% μεταξύ 2009 και 2010). Αν το εύρημα αυτό συνδυαστεί με το γεγονός ότι η έγκριση του εμβολίου έλαβε χώρα το 2008, φαίνεται από τη μελέτη ότι η αποδοχή του εμβολίου μειώθηκε μετά την έναρξη του εμβολιασμού [17].

Επίσης, στην έρευνα που εκπόνησαν το εργαστήριο κλινικής ιολογίας του Πανεπιστημίου της Κρήτης και η παιδιατρική κλινική του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών προέκυψε ότι η εμβολιαστική κάλυψη των εφήβων ελληνίδων κατά την περίοδο 2008 – 2014 ήταν μόλις 8.9%, ποσοστό ιδιαίτερα χαμηλό σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά της διεθνούς βιβλιογραφίας σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η εμβολιαστική κάλυψη αυξήθηκε από 3.2% το 2008 σε 17.1% το 2011. Ωστόσο όμως, μειώθηκε το 2012 σε 2.1% και έφθασε στο 9.2% και 11.5% το 2013 και το 2014, αντίστοιχα [18].

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΟΥ HPV ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

Ο αυξημένος επιπολασμός της HPV λοίμωξης που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια

προκαλεί έντονο προβληματισμό στην παγκόσμια επιστημονική κοινότητα, αναφορικά με την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού κατά του ιού HPV και τις επιπτώσεις που ενδέχεται να έχουν στη Δημόσια Υγεία. Η πλειοψηφία των πρόσφατων ερευνητικών δεδομένων τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα του HPV εμβολιασμού, όταν μάλιστα αυτός αφορά και στα δύο φύλα και έχει ξεκινήσει πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής των εφήβων. Ο περιορισμός του εμβολιασμού έναντι του ιού HPV μόνο στις γυναίκες, ακόμη και εάν οδηγήσει σε πλήρη ανοσοποίηση του γυναικείου πληθυσμού, η μετάδοση του ιού θα εξακολουθεί να υφίσταται και να διατηρείται εντός του ανδρικού πληθυσμού. Η εφαρμογή συντονισμένης και ολοκληρωμένης στρατηγικής, με στόχο την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των νοσημάτων που προκαλούνται από το ιό HPV στην Ευρώπη και σε ολόκληρο τον κόσμο κρίνεται σήμερα πλέον επιτακτική και αναγκαία για τη διαφύλαξη και την προστασία της Δημόσιας Υγείας [19].

Από τον Μάιο του 2012 τα αρμόδια συμβουλευτικά όργανα σε 22 από τις 29 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είχαν διατυπώσει σύσταση υπέρ του εμβολιασμού κατά του ιού HPV σε σύγκριση με τις 12 από τις 27 χώρες τον Φεβρουάριο του 2008 [20]. Σε 19 χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ισλανδία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λετονία, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Νορβηγία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο) από τις 29 συνολικά χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει εφαρμοστεί πρόγραμμα εμβολιασμού κατά

του ιού HPV. Μάλιστα, στις 10 από τις 19 χώρες υιοθετείται το πρόγραμμα catch - up.

Στις περισσότερες χώρες (πίνακας 1) το κόστος του εμβολιασμού των γυναικών καλύπτεται πλήρως από τις εθνικές υγειονομικές αρχές. Εξαιρέση αποτελούν η Αυστρία, το Βέλγιο και η Γαλλία. Στην Αυστρία ο HPV εμβολιασμός καλύπτεται ολοκληρωτικά από την κάθε γυναίκα ιδιωτικά, ενώ στο Βέλγιο και τη Γαλλία οι γυναίκες καλούνται να πληρώσουν ιδιωτικά το 75% και 35% του συνολικού κόστους του εμβολιασμού, αντίστοιχα. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας και οι σχολικές υγειονομικές υπηρεσίες είναι οι πιο κοινές υποδομές για τη διάθεση των εμβολίων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σε έξι Ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα και Λουξεμβούργο) η διάθεση των HPV εμβολίων γίνεται ολοκληρωτικά ή κυρίως από τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας [21].

Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες η εξαρχής υιοθετημένη πολιτική για τον HPV εμβολιασμό αφορούσε μόνο στα κορίτσια. Την εξαιρέση αποτέλεσε η Αυστρία, στην οποία ο πληθυσμός - στόχος ήταν τόσο τα κορίτσια, όσο και τα αγόρια νεαρής ηλικίας. Γενικά, λίγες είναι οι χώρες σήμερα που συστήνουν την εμβολιαστική κάλυψη των ανδρών, για τον λόγο ότι το πρόγραμμα ενδέχεται να μην είναι οικονομικά αποδοτικό. Σήμερα, εκτός από την Αυστρία, πρόγραμμα HPV εμβολιασμού ανεξάρτητα από το φύλο προτείνεται ακόμη στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, στον Καναδά και στην Αυστραλία. Με βάση τα νεότερα δεδομένα εκτιμάται σήμερα ότι η

βαρύτητα της HPV λοίμωξης στους άνδρες θα αναπροσαρμόσει τη σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας και ότι ο καθολικός εμβολιασμός των ανδρών και των γυναικών ενδέχεται να γίνει οικονομικά αποδοτικός [22]. Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες τα HPV εμβόλια διατίθενται δωρεάν. Η συντριπτική πλειονότητα των Ευρωπαϊκών χωρών χωρίς πρόγραμμα HPV εμβολιασμού προέρχεται από το ανατολικό τμήμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για το οποίο το κόστος των εμβολίων φαίνεται να αποτελεί σημαντικό εμπόδιο [13].

Ενώ σε αρκετές από τις Ευρωπαϊκές χώρες οι σχολικές υποδομές είναι υπεύθυνες για τα εθνικά εμβολιαστικά προγράμματα, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής η διάθεση των HPV εμβολίων βασίζεται κυρίως στις παροχές υγειονομικής περίθαλψης. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής η πολιτική εφαρμογής προγραμμάτων εμβολιασμού ποικίλλει ανά πολιτεία. Οι εκάστοτε νομοθετικές προσπάθειες που έγιναν με σκοπό την ένταξη του HPV εμβολιασμού στις σχολικές δομές έχουν αποτύχει [23]. Μόνο η πολιτεία της Βιρτζίνια και η περιφέρεια της Κολούμπια έχουν επιτύχει τη θέσπιση και την εφαρμογή νομοθεσίας που κατοχυρώνει την HPV ανοσοποίηση από τις σχολικές υπηρεσίες υγείας [24].

Παρόμοια στον Καναδά η δημιουργία και η εφαρμογή προγράμματος για τον εμβολιασμό έναντι του ιού HPV είναι ευθύνη των επιμέρους επαρχιών του ομοσπονδιακού κράτους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία και λειτουργία οκτώ διαφορετικών στρατηγικών εμβολιασμού σε ολόκληρο τον Καναδά, κοινός στόχος των

οποίων είναι η αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης η οποία θα οδηγήσει σε μείωση του επιπολασμού της HPV λοίμωξης [25,26]. Ο εμβολιασμός κατά του ιού HPV στην Αυστραλία χρηματοδοτείται από το δημόσιο, λαμβάνει χώρα στις σχολικές υποδομές και αφορά στην κάλυψη και των δύο φύλων ηλικίας από 12 έως 13 ετών [27]. Το συγκεκριμένο πληθυσμιακό πρόγραμμα για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχει επιφέρει υψηλό επίπεδο εμβολιαστικής κάλυψης, το οποίο έχει μειώσει ουσιαστικά τον επιπολασμό της HPV λοίμωξης και τις επιπτώσεις αυτής σε ολόκληρη τη χώρα της Αυστραλίας [28-30].

Η αντίληψη των γυναικών σήμερα στην Ελλάδα ότι ο εμβολιασμός των ανδρών δεν είναι τόσο απαραίτητος ενδέχεται να οδηγήσει σε χαμηλότερη αποδοχή του HPV εμβολιασμού από τα νεαρά αγόρια και τους άνδρες [31]. Τα στοιχεία παρακολούθησης των συνεχιζόμενων μελετών για τον ιό HPV σε αγόρια και άνδρες θα βοηθήσουν στη διερεύνηση νέων στρατηγικών εμβολιασμού και ενδέχεται να αλλάξουν μελλοντικές συστάσεις σχετικά με τον εμβολιασμό έναντι του ιού HPV σε πολλές χώρες [11]. Σήμερα προτείνεται η πολυεπίπεδη προσέγγιση για την ομαλοποίηση των HPV εμβολίων, ως σημαντική πτυχή της συνολικής υγείας και για τα δύο φύλα. Αυτή η διαδικασία εμπλέκει πολλούς ενδιαφερόμενους φορείς, συμπεριλαμβανομένων των παρόχων, των γονέων, των επαγγελματιών υγείας, των οργανισμών Δημόσιας Υγείας, των υπεύθυνων για τη χάραξη κοινωνικής πολιτικής και των οργανώσεων της κοινότητας [32].

Στην Ευρώπη, η αξιολογη βελτίωση του επιπέδου υγείας που επιτεύχθηκε τον τελευταίο αιώνα είναι το αποτέλεσμα του συνδυασμού των κοινωνικών και οικονομικών μεταβολών - εξελίξεων που αφορούν στη θεραπευτική ιατρική και την πρόληψη. Η πρόληψη εκφράζει τις προσπάθειες των λειτουργών υγείας να προλάβουν την εκδήλωση νόσων και τις συνέπειες αυτών, μέσω προγραμμάτων προαγωγής της υγείας. Η προαγωγή της υγείας είναι ένα από τα νεότερα κινήματα της Δημόσιας Υγείας, η φιλοσοφία της οποίας βασίζεται στη διαπίστωση ότι τα μεγάλα προβλήματα υγείας δεν απαιτούν μόνο ιατρική φροντίδα, αλλά και κοινωνική προσπάθεια. Διεθνείς οργανισμοί σήμερα, όπως είναι η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το Συμβούλιο της Ευρώπης και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα συμφωνούν ότι η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας είναι η πλέον ενδεδειγμένη μέθοδος για την πρόληψη και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της υγείας του ανθρώπου [33,34].

Σύμφωνα με τη διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2006 στη Γενεύη, ο προφυλακτικός εμβολιασμός κατά του ιού HPV, η εκπαίδευση για την υγεία και η συμβουλευτική αποτελούν τις τρεις βασικές στρατηγικές για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας [35]. Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του γυναικείου πληθυσμού παίζουν σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών δευτερογενούς πρόληψης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η υλοποίηση αυτής της παρέμβασης αγωγής της υγείας στοχεύει στην αλλαγή της συμπεριφοράς, μέσω μιας

διαδικασίας ενημέρωσης, με ιδιαίτερη έμφαση στην ατομική απόκτηση γνώσεων σχετικών με τον ιό HPV και τη νόσο που προκαλεί ο ιός. Έτσι, η παροχή συμβουλευτικής, η αγωγή της υγείας στα δημόσια σχολεία και η ενημέρωση του πληθυσμού μέσα από εκδηλώσεις, συζητήσεις και ομιλίες θεωρούνται σήμερα απαραίτητα μέτρα για την ευρύτερη αποδοχή των μεθόδων πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, συμπεριλαμβανομένων και των HPV προφυλακτικών εμβολίων [36].

Η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση του πληθυσμού για την αποδοχή του HPV εμβολιασμού θα πρέπει να ξεκινάει από τις νεαρές ηλικίες, μέσα στο πλαίσιο του σχολικού προγραμματισμού. Η ενημέρωση των γονέων για θέματα που αφορούν στον ιό HPV και στη συσχέτισή του με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα για τους γιατρούς παιδίατρος, παθολόγους και κυρίως τους γυναικολόγους. Η σωστή ενημέρωση σχετικά με την ασφάλεια των HPV προφυλακτικών εμβολίων και η σχολική ενημέρωση αναφορικά με την αναγκαιότητα αποδοχής του HPV εμβολιασμού αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της κατάλληλης διαπαιδαγώγησης του νεανικού πληθυσμού που είναι σεξουαλικά πιο ενεργός. Σε παρόμοια ερευνητική προσπάθεια, ο Wong και ο Sam το 2010 αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους που αφορούσε στη γνώση και τη στάση φοιτητριών πανεπιστημίου έναντι του ιού HPV, πρότειναν ενημερωτικό φυλλάδιο ως προωθητική ενέργεια ενημέρωσης του φοιτητικού πληθυσμού για την HPV λοίμωξη και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μέσα στις πανεπιστημιούπολεις [37].

Η οργάνωση πιλοτικών σχεδίων από την πολιτεία με σκοπό να βρεθούν καλύτερες λύσεις για την αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα μεγίστης σημασίας για την εκπόνηση ενός εμβολιαστικού προγράμματος [38]. Οι λοιμώξεις από τον ιό HPV, αν και δεν ανήκουν στα υποχρεωτικώς δηλούμενα νοσήματα στο πλαίσιο της εθνικής και ευρωπαϊκής επιτήρησης, ωστόσο παρουσιάζουν σημαντικό ενδιαφέρον από πλευράς Δημόσιας Υγείας. Στην Ελλάδα μέριμνα του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) αποτελεί η προάσπιση της Δημόσιας Υγείας στα πρότυπα λειτουργίας άλλων διεθνών οργανισμών με συναφές αντικείμενο, όπως είναι το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ECDC) και το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (CDC). Το ΚΕΕΛΠΝΟ μέσω του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών υλοποιεί συστηματική συλλογή δεδομένων της διαχρονικής εξέλιξης και παρακολούθησης του καρκίνου στην Ελλάδα. Παράλληλα, στο πλαίσιο των προγραμμάτων αγωγής υγείας γίνεται εκστρατεία ενημέρωσης για την αναγκαιότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας [39].

Τέλος, το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών είναι σε λειτουργία πλέον, και από τα τέλη του 2013 η Ελλάδα διαθέτει ένα πολύτιμο εργαλείο για τη μελέτη της επιδημιολογίας του καρκίνου, αυξάνοντας έτσι την αποτελεσματικότητα των δράσεων. Η εισαγωγή πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών στην κλινική πράξη και η επανασυγκρότηση ογκολογικών

συμβουλίων και ογκολογικών επιτροπών στα διάφορα νοσοκομεία της χώρας εκτιμάται ότι θα βελτιώσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, την επίτευξη της αρχής της ισότητας και τον έλεγχο του κόστους. Επίσης, τα ενημερωτικά δελτία του ΚΕΕΛΠΝΟ, μέσα από τον επίσημο καλά σχεδιασμένο και εύχρηστο ιστότοπο του οργανισμού, έχουν σημαντικό ρόλο και προσφορά στην προσπάθεια κατάρριψης των μύθων που αφορούν στον ιό HPV, προβάλλοντας παράλληλα την πραγματικότητα, τη σχετιζόμενη με τον ιογενούς αιτιολογίας καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τον εμβολιασμό κατά του ιού HPV [39].

Χώρα	Εισαγωγή εμβολίου	Ηλικία ομάδα στόχος (έτη)	Χρηματοδότηση εμβολιασμού	Διάθεση εμβολίων	Πολιτική εμβολιασμού
Ελλάδα	2008	13 - 18	Πλήρης κάλυψη από τις εθνικές υγειονομικές αρχές	Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας κατά 70% και Δημόσιες υπηρεσίες υγείας κατά 30%	Γυναίκες πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής
Αυστρία	2006	9 - 15	Πλήρης κάλυψη από την κάθε γυναίκα ιδιωτικά	Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας κατά 100%	Γυναίκες και άνδρες πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής
Γαλλία	2007	15 - 23	Κάλυψη κατά 65% από τις εθνικές υγειονομικές αρχές και κατά 35% κάλυψη από την κάθε γυναίκα ιδιωτικά	Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας κατά 95% και Δημόσιες υπηρεσίες υγείας κατά 5%	Γυναίκες πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής
Βέλγιο	2007	10 - 13	Κάλυψη κατά 75% από τις εθνικές υγειονομικές αρχές και κατά 25% κάλυψη από την κάθε γυναίκα ιδιωτικά	Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας κατά 100%	Γυναίκες πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής
Σουηδία	2008	10 - 12	Πλήρης κάλυψη από τις εθνικές υγειονομικές αρχές	Σχολικές υπηρεσίες υγείας κατά 100%	Γυναίκες πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής
Νορβηγία	2008	12 - 13	Πλήρης κάλυψη από τις εθνικές υγειονομικές αρχές	Σχολικές υπηρεσίες υγείας κατά 100%	Γυναίκες πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής
Δανία	2008	12	Πλήρης κάλυψη από τις εθνικές υγειονομικές αρχές	Δημόσιες υπηρεσίες υγείας κατά 100%	Γυναίκες πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής
Ισπανία	2007	12 - 13	Πλήρης κάλυψη από τις εθνικές υγειονομικές αρχές	Δημόσιες υπηρεσίες υγείας κατά 50% και Σχολικές υπηρεσίες υγείας κατά 50%	Γυναίκες πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής
Ηνωμένο Βασίλειο	2007	11 - 14	Πλήρης κάλυψη από τις εθνικές υγειονομικές αρχές	Δημόσιες υπηρεσίες υγείας κατά 6% και Σχολικές υπηρεσίες υγείας κατά 94%	Γυναίκες πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής
ΗΠΑ	2006	9 - 14	Η χρηματοδοτική κάλυψη ποικίλει ανά πολιτεία	Η διάθεση των εμβολίων ποικίλει ανά πολιτεία.	Γυναίκες και άνδρες πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής
Καναδάς	2006	9 - 14	Η χρηματοδοτική κάλυψη ποικίλει ανά επαρχία	Η διάθεση των εμβολίων ποικίλει ανά επαρχία	Γυναίκες και άνδρες πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής
Αυστραλία	2007	12 - 13	Πλήρης κάλυψη από τις εθνικές υγειονομικές αρχές	Σχολικές υπηρεσίες υγείας κατά 100%	Γυναίκες και άνδρες πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής

Πίνακας 1. Εισαγωγή, χρηματοδότηση, διάθεση και πολιτική του εμβολιασμού κατά του ιού HPV στην Ελλάδα, σε Ευρωπαϊκές χώρες και σε άλλες χώρες του κόσμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Yokoyama M, Iwasaka T, Nagata C, Nozawa S, Sekiya S, Hirai Y, *et al*. Prognostic factors associated with the clinical outcome of cervical intraepithelial neoplasia: a cohort study in Japan. *Cancer Lett*. 2003 Mar 31;192(2):171-9.
2. Plummer M, Schiffman M, Castle PE, Maucort-Boulch D, Wheeler CM; ALTS Group. A 2-year prospective study of human papillomavirus persistence among women with a cytological diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance or low-grade squamous intraepithelial lesion. *J Infect Dis*. 2007 Jun 1;195(11):1582-9.
3. de Sanjose S, Quint WG, Alemany L, Geraets DT, Klaustermeier JE, Lloveras B, *et al*; Retrospective International Survey and HPV Time Trends Study Group. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol*. 2010 Nov;11(11):1048-56.
4. Alemany L, Saunier M, Tinoco L, Quirós B, Alvarado-Cabrero I, Alejo M, *et al*; HPV VVAP study group. Large contribution of human papillomavirus in vaginal neoplastic lesions: a worldwide study in 597 samples. *Eur J Cancer*. 2014 Nov;50(16):2846-54.
5. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol*. 2002 Apr;55(4):244-65.
6. Brookes L (2016). The HPV Vaccine: Then and Now – Human Papillomavirus Vaccination: Why is Coverage So Low in the United States? Ανάκτηση από <http://www.medscape.com/viewarticle/866591>
7. Goldie SJ, Kohli M, Grima D, Weinstein MC, Wright TC, Bosch FX, Franco E. Projected clinical benefits and cost-effectiveness of a human papillomavirus 16/18 vaccine. *J Natl Cancer Inst*. 2004 Apr 21;96(8):604-15.
8. Taira AV, Neukermans CP, Sanders GD. Evaluating human papillomavirus vaccination programs. *Emerg Infect Dis*. 2004 Nov;10(11):1915-23.
9. WHO (2014). Meeting of the Strategic advisory group of experts on immunization, April 2014 – conclusions and recommendations <http://www.who.int/immunization/policy/sage/en/>
10. WHO (2014). Evidence based recommendations on Human Papilloma Virus (HPV) Vaccines Schedules http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/april/1_HPVEvidencebased_recommendationsWHO_with_Appendices2_3.pdf?ua=1
11. European Centre for Disease Prevention and Control (2014). HPV vaccination in EU countries: review of new evidence Available online at: <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/hpv-vaccination-eu-countries-review-new-evidence>
12. Bonanni P, Levi M, Latham NB, Bechini A, Tiscione E, Lai P, Panatto D, Gasparini R, Boccalini S. An overview on the implementation of HPV vaccination in Europe. *Hum Vaccin*. 2011 Jan-Feb;7 Suppl:128-35.

13. Dorleans F, Giambi C, Dematte L, Cotter S, Stefanoff P, Mereckiene J, *et al*; VENICE 2 project gatekeepers group. The current state of introduction of human papillomavirus vaccination into national immunisation schedules in Europe: first results of the VENICE2 2010 survey. *Euro Surveill*. 2010 Nov 25;15(47):19730.
14. Lefèvre H, Moro MR, Lachal J. The New HPV Vaccination Policy in France. *N Engl J Med*. 2018 Mar 22;378(12):1160.
15. Garland SM. The Australian experience with the human papillomavirus vaccine. *Clin Ther*. 2014 Jan 1;36(1):17-23.
16. Papagiannis D, Rachiotis G, Symvoulakis EK, Daponte A, Grivea IN, Syrogiannopoulos GA, *et al*. Vaccination against human papillomavirus among 865 female students from the health professions in central Greece: a questionnaire-based cross-sectional study. *J Multidiscip Healthc*. 2013 Nov 28;6:435-9.
17. Agorastos T, Chatzistamatiou K, Zafrakas M, Siamanta V, Katsamagkas T, Constantinidis TC, *et al*; LYSISTRATA study group. Epidemiology of HPV infection and current status of cervical cancer prevention in Greece: final results of the LYSISTRATA cross-sectional study. *Eur J Cancer Prev*. 2014 Sep;23(5):425-31.
18. Mammas IN, Theodoridou M, Koutsaftiki C, Bertsiias G, Sourvinos G, Spandidos DA. Vaccination against Human Papillomavirus in relation to Financial Crisis: The "Evaluation and Education of Greek Female Adolescents on Human Papillomaviruses' Prevention Strategies" ELEFThERIA Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016 Aug;29(4):362-6.
19. Audisio RA, Icardi G, Isidori AM, Liverani CA, Lombardi A, Mariani L, *et al*. Public health value of universal HPV vaccination. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2016 Jan;97:157-67.
20. Sander BB, Rebolj M, Valentiner-Branth P, Lynge E. Introduction of human papillomavirus vaccination in Nordic countries. *Vaccine*. 2012 Feb 14;30(8):1425-33.
21. European Centre for Disease Prevention and Control (2012). Introduction of HPV vaccines in European Union countries - an update. ECDC GUIDANCE. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm. Available online at: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/20120905_GUI_HPВ_vaccine_update.pdf
22. Stanley M. HPV vaccination in boys and men. *Hum Vaccin Immunother*. 2014;10(7):2109-11.
23. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Chesson HW, Curtis CR, Gee J, *et al*; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Human papillomavirus vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2014 Aug 29;63(RR-05):1-30. Erratum in: *MMWR Recomm Rep*. 2014 Dec 12;63(49):1182.
24. Barraza L, Weidenaar K, Campos-Outcalt D, Yang YT. Human Papillomavirus and Mandatory Immunization Laws: What Can We Learn From Early Mandates? *Public Health Rep*. 2016 Sep;131(5):728-731.
25. Rogers C, Smith RJ. Examining Provincial HPV Vaccination Schemes in Canada: Should We Standardise the Grade of Vaccination or the Number of Doses? *Int Sch Res Notices*. 2015 Apr 12;2015:170236.

26. Bird Y, Obidiya O, Mahmood R, Nwankwo C, Moraros J. Human Papillomavirus Vaccination Uptake in Canada: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Prev Med*. 2017 Sep 14;8:71.
27. Canfell K, Saville M, Caruana M, Gebiski V, Darlington-Brown J, Brotherton J, *et al*. Protocol for Compass: a randomised controlled trial of primary HPV testing versus cytology screening for cervical cancer in HPV-unvaccinated and vaccinated women aged 25-69 years living in Australia. *BMJ Open*. 2018 Jan 26;8(1):e016700.
28. Brotherton JM, Liu B, Donovan B, Kaldor JM, Saville M. Human papillomavirus (HPV) vaccination coverage in young Australian women is higher than previously estimated: independent estimates from a nationally representative mobile phone survey. *Vaccine*. 2014 Jan 23;32(5):592-7.
29. Smith MA, Liu B, McIntyre P, Menzies R, Dey A, Canfell K. Fall in genital warts diagnoses in the general and indigenous Australian population following implementation of a national human papillomavirus vaccination program: analysis of routinely collected national hospital data. *J Infect Dis*. 2015 Jan 1;211(1):91-9.
30. Brotherton JM, Gertig DM, May C, Chappell G, Saville M. HPV vaccine impact in Australian women: ready for an HPV-based screening program. *Med J Aust*. 2016 Mar 21;204(5):184-184e1.
31. Agorastos T, Chatzistamatiou K, Zafrakas M, Siamanta V, Katsamagkas T, Constantinidis T, *et al*; Lysistrata Study Group. Distinct demographic factors influence the acceptance of vaccination against HPV. *Arch Gynecol Obstet*. 2015 Jul;292(1):197-205.
32. Daley EM, Vamos CA, Thompson EL, Zimet GD, Rosberger Z, Merrell L, *et al*. The feminization of HPV: How science, politics, economics and gender norms shaped U.S. HPV vaccine implementation. *Papillomavirus Res*. 2017 Jun;3:142-148.
33. McCaffery K, Irwig L. Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening. *J Med Screen*. 2005;12(3):134-41.
34. Moreira ED Jr, Oliveira BG, Ferraz FM, Costa S, Costa Filho JO, Karic G. Knowledge and attitudes about human papillomavirus, Pap smears, and cervical cancer among young women in Brazil: implications for health education and prevention. *Int J Gynecol Cancer*. 2006 Mar-Apr;16(2):599-603.
35. WHO (2014). Human papillomavirus vaccines: WHO position paper. *Weekly epidemiological record* <http://www.who.int/wer>
36. Sierra-Torres CH, Tying SK, Au WW. Risk contribution of sexual behavior and cigarette smoking to cervical neoplasia. *Int J Gynecol Cancer*. 2003 Sep-Oct;13(5):617-25.
37. Wong LP, Sam IC. Ethnically diverse female university students' knowledge and attitudes toward human papillomavirus (HPV), HPV vaccination and cervical cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010 Jan;148(1):90-5.

38. Piana L, Leandri FX, Jacqueme B, Heid P, Corti J, Andrac-Meyer L, Sancho-Garnier H. Le dépistage organisé des cancers du col utérin pour les femmes en situation médicosociale défavorisée [Organized cervical cancer screening for underprivileged women]. Bull Cancer. 2007 May;94(5):461-7.
39. ΚΕΕΛΠΝΟ, (2016). Μύθοι και αλήθειες σχετικά με τον ιό HPV. Διαθέσιμο στο: <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=5705>

Epidemiology and HPV vaccination policy in Greece and other countries

Ioannis Thanasas,¹ Giagkos Lavranos,² Pinelopi Gogou,³ Dimitrios Paraskevis⁴

¹Department of Obstetrics & Gynecology, General Hospital in Trikala, Trikala, Greece, ²Medical School and Department of Health Sciences, European University Cyprus, Nicosia, Cyprus, ³Clinical Oncology Department, Norfolk and Norwich University Hospital, United Kingdom, ⁴Department of Hygiene Epidemiology and Medical Statistics, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

ABSTRACT

The introduction of human papillomavirus vaccination is one of the most important developments in modern gynecology. Today, most European Union member states have adopted the cervical cancer vaccine. About ten years ago, coverage for regular HPV vaccination ranged between 17% and 81%, with the highest rates (80% to 81%) coming from Portugal and the United Kingdom. It has recently been estimated that in France the vaccination coverage of young adolescents remains low (19%). In the United Kingdom and Spain it is estimated to be over 80%, while in the United States and Germany the rates are lower and range between 40% and 50%. Similarly estimated are the rates of HPV vaccination coverage in Australia. Vaccination coverage against HPV virus in young women in Greece is not sufficiently recorded, with the general assessment that vaccination coverage rates remain low. In most countries the cost of vaccinating women is fully covered by national health authorities. Exceptions are Austria, Belgium and France. In Austria the HPV vaccination is fully covered by each woman privately, while in Belgium and France women are required to pay privately 75% and 35% of the total cost of the vaccination, respectively. In all European countries, the HPV vaccination policy adopted from the beginning only concerned girls. The exception was Austria, where the target population was both girls and young boys. Apart from Austria, a gender-independent HPV vaccination program is also proposed in the United States, Canada and Australia. While in several European countries the school infrastructure is responsible for national vaccination programs, in the United States the availability of HPV vaccines is based primarily on health care benefits and vaccination policy implementation varies from country to country.

Keywords: HPV, HPV vaccines, epidemiology, HPV vaccination policy

Citation

I.K. Thanasas, G. Lavranos, P. Gogou, D. Paraskevis. Epidemiology and HPV vaccination policy in Greece and other countries. *Scientific Chronicles* 2020; 25(3): 424-437

Πανδημία COVID-19 κι ανθεκτικά στα αντιβιοτικά βακτήρια: συσχέτιση μεταξύ δυο απειλών για την παγκόσμια υγεία

Αλέξιος Λιοσάτος

Χειρουργός Οδοντίατρος, Πτολεμαΐδα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο νέος κορωνοϊός και η πανδημία COVID-19 έθεσαν τη δημόσια υγεία στο κέντρο του ενδιαφέροντος, με την ανθρωπότητα ήδη να μετράει ήδη εκατοντάδες χιλιάδες θανάτους. Η επιστημονική κοινότητα έχει καταπιαστεί με πληθώρα ερευνητικών πεδίων, αφενός για την κατανόηση κι αντιμετώπιση της τρέχουσας πανδημίας κι αφετέρου για την καλύτερη προετοιμασία, πρόληψη κι αντιμετώπιση παρόμοιων προκλήσεων για την ανθρωπότητα στο μέλλον. Ένα από τα ζητήματα που μέχρι τώρα δεν έτυχε μεγάλης δημοσιότητας αλλά είναι εξαιρετικά κρίσιμο και συνδέεται άμεσα με την πανδημία COVID-19 είναι το ζήτημα της ανθεκτικότητας στα αντιβιοτικά. Μια σύγχρονη, παγκόσμια και κλιμακούμενη απειλή για τη δημόσια υγεία αποτελούν οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις που οφείλονται σε ανθεκτικά στα αντιβιοτικά βακτήρια. Οι ασθενείς στις ΜΕΘ κινδυνεύουν ιδιαίτερος να προσβληθούν από ενδονοσοκομειακή λοίμωξη, ιδιαίτερος δε οι ασθενείς που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ με πνευμονία, στους οποίους παρέχεται μηχανική υποστήριξη της αναπνοής με αναπνευστήρα. Οι ασθενείς με COVID-19 στις ΜΕΘ των νοσοκομείων κινδυνεύουν με δευτερογενή βακτηριακή ενδονοσοκομειακή λοίμωξη και αυτός είναι ο λόγος που στη συντριπτική πλειοψηφία τους λαμβάνουν αντιβιοτική αγωγή. Τα διαθέσιμα στοιχεία υποδεικνύουν ότι ο αριθμός των θανάτων από τον νέο κορωνοϊό SARS-CoV2 πιθανά αυξάνεται εξαιτίας δευτερογενών λοιμώξεων από βακτήρια τα οποία είναι ανθεκτικά στα αντιβιοτικά. Η ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά σύμφωνα με τον ΠΟΥ αποτελεί μια κλιμακούμενη νέα παγκόσμια επιδημία, που όχι μόνο προκαλεί αυξανόμενο αριθμό θυμάτων, αλλά και αυξάνει τον αριθμό των θανάτων από άλλες ασθένειες που καθαυτές δεν θα είχαν θανατηφόρο αποτέλεσμα. Η χρήση των αντιβιοτικών σε μαζική κλίμακα από τα εθνικά συστήματα υγείας για την αντιμετώπιση των ασθενών με COVID-19 αναμένεται να συμβάλει περαιτέρω στην κρίση των αντιβιοτικών, δυσκολεύοντας στο εγγύς μέλλον ακόμα περισσότερο τόσο την αντιμετώπιση επόμενων πανδημιών όσο και γενικότερα των λοιμώξεων βακτηριακής αιτιολογίας.

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση που ακολουθεί, διερευνούμε τα επιστημονικά δεδομένα που συσχετίζουν την COVID-19 με τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, την ανθεκτικότητα των βακτηρίων στα αντιβιοτικά, και την ανάγκη λήψης αντιβιοτικών από τους σοβαρά νοσούντες από COVID-19 στις ΜΕΘ των νοσοκομείων, καθώς και τα αίτια της μικροβιακής αντοχής, που υποδεικνύουν ταυτόχρονα και ορισμένους πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης του φαινομένου στο εγγύς μέλλον.

Λέξεις ευρετηρίου: COVID-19, Ανθεκτικότητα στα Αντιβιοτικά, Βακτήρια

Παραπομπή Α. Λιοσάτος. Πανδημία COVID-19 κι ανθεκτικά στα αντιβιοτικά βακτήρια: συσχέτιση μεταξύ δυο απειλών για την παγκόσμια υγεία. Επιστημονικά Χρονικά 2020; 25(3): 438-448

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τον Δεκέμβριο του 2019 η ανθρωπότητα ζει στους ρυθμούς της πανδημίας COVID-19, μιας νόσου του αναπνευστικού συστήματος που προκαλεί ο SARS-CoV2. Ένα ποσοστό των νοσούντων νοσεί βαριά, αναπτύσσοντας πνευμονία, σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο και θάνατο.[1-3]

Η πνευμονία αποτελεί οξεία λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος και μπορεί να προκληθεί τόσο από ιούς όσο και από βακτήρια.[4]

Οι ιογενείς πνευμονίες (όπως αυτή που προκαλεί ο νέος κορωνοϊός) καθιστούν το ανοσοποιητικό σύστημα και τους πνεύμονες πιο ευάλωτους σε δευτερογενή βακτηριακή λοίμωξη.[5-7]

Παράλληλα διάφορα βακτήρια δύνανται να προκαλέσουν πνευμονία. Το πιο συνηθισμένο αίτιο βακτηριακής πνευμονίας είναι ο πνευμονιόκοκκος (*Streptococcus Pneumoniae*), ένα μικρόβιο που φυσιολογικά αποικίζει τη ρινική κοιλότητα και τον φάρυγγα μεγάλου τμήματος του πληθυσμού χωρίς να είναι παθογόνο, υπό προϋποθέσεις όμως μπορεί να προσβάλει το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα και να καταστεί παθογόνο.[8,9]

Μεγάλο ποσοστό δευτερογενών βακτηριακών λοιμώξεων αποτελούν οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, για τις οποίες συχνά ευθύνονται ανθεκτικά στα αντιβιοτικά βακτηριακά στελέχη [10], τα οποία αναπτύσσονται στα νοσοκομεία, που λειτουργούν σαν χώροι-«εργαστήρια» για την ανάπτυξή τους και όπου συνωστίζονται ασθενείς με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα.[11]

Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν παγκοσμίως την τέταρτη αιτία θανάτου.[10] Σημαντικό δε ποσοστό ασθενών που προσβάλλονται από τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις αφορά νοσηλεύομενους στις ΜΕΘ.[10]

Η πνευμονία που σχετίζεται με τη χρήση αναπνευστήρα είναι η πιο κοινή ενδονοσοκομειακή λοίμωξη που σημειώνεται στις ΜΕΘ, με την πιθανότητα εκδήλωσής της να κυμαίνεται μεταξύ 9% και 70% [12-14], με την παράταση της νοσηλείας στις ΜΕΘ μάλιστα να συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα ενδονοσοκομειακής λοίμωξης.[15] Περίπου το 8-28% των ασθενών που θα δεχτούν παρατεταμένη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής (>48 ώρες) θα αναπτύξουν πνευμονία του αναπνευστήρα.[16] Είναι δε γνωστό ότι οι σοβαρά νοσούντες από COVID-19 νοσηλεύονται στις ΜΕΘ και χρήζουν ανάγκης μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής με αναπνευστήρες.[17]

ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19 ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Είναι σημαντικό καταρχάς να επισημάνουμε ότι από την πανδημία H1N1 του 2009 σημειώθηκαν περίπου 300.000 θάνατοι. Ένα υπολογίσιμο ποσοστό αυτών φαίνεται να αποδίδεται σε συνέργεια ιικού και βακτηριακού παράγοντα.[18-21] Το ίδιο ισχύει για τις τρεις προηγούμενες πανδημίες γρίπης (1918, 1957, 1968), με τους περισσότερους θανάτους να αποδίδονται στις δευτερογενείς βακτηριακές λοιμώξεις και στη συνεργική δράση ιών και βακτηρίων [7, 21-

23], είναι δε γνωστό ότι οι δευτερογενείς βακτηριακές λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος αποτέλεσαν πρόβλημα και στο ξέσπασμα της επιδημίας SARS το 2003.[21]

Όσον αφορά στην εν εξελίξει πανδημία COVID-19, στοιχεία μελετών από τη Γουχάν της Κίνας έδειξαν ότι 1 στους 7 νοσηλεύομενους ασθενείς με Covid-19 είχε προσβληθεί από δευτερογενή βακτηριακή λοίμωξη, αλλά και το 50% αυτών που έχασαν τη ζωή τους. Μία από αυτές έδειξε ότι μόνο ένας από τους 137 ασθενείς που επέζησαν είχε προσβληθεί από δευτερογενή βακτηριακή λοίμωξη.[20,24-26]

Η Ιταλία είναι από τις χώρες που πλήρωσαν βαρύτερο φόρο αίματος από την τρέχουσα πανδημία αλλά παράλληλα βρίσκεται και στην κορυφή της ευρωπαϊκής κατάταξης με τους περισσότερους θανάτους από ανθεκτικά στα αντιβιοτικά βακτήρια. Δεν έλλειψαν οι υποθέσεις από ερευνητές ότι αυτή η ανθεκτικότητα μπορεί να τροποποιεί τη θνητότητα της νόσου στην Ιταλία.[27] Άλλωστε εδώ και χρόνια ο ECDC προειδοποιούσε ότι τα ανθεκτικά βακτήρια που έχουν αναπτυχθεί στα ιταλικά νοσοκομεία αποτελούν σοβαρή απειλή για τη χώρα.[28]

Στην Ελλάδα ο γνωστός λοιμωξιολόγος κ. Τσιόδρας, επιστημονικός συνεργάτης του ΕΟΔΥ και επικεφαλής της μάχης του ελληνικού κράτους με την πανδημία, σημείωνε «δεν έχει δημοσιευθεί κάποια μελέτη σχετικά με το εάν ο ιός SARS-COV-2, που προκαλεί τη νόσο COVID-19, προκαλεί αυξημένες βακτηριακές επιπλοκές ή πνευμονίες, αλλά δεν υπάρχει και κανένας

λόγος να μην το κάνει», αφού το ίδιο συμβαίνει και με πολλούς άλλους αναπνευστικούς ιούς.[29]

Τα δεδομένα αυτά φαίνεται να συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι οι δευτερογενείς βακτηριακές λοιμώξεις από ανθεκτικά βακτηριακά στελέχη αποτελούν δυνητικό παράγοντα τροποποίησης της θνητότητας της πανδημίας Covid-19.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΗΣ COVID-19

Λόγω ακριβώς των παραπάνω δεδομένων, που καθιστούν πολύ ισχυρή την πιθανότητα να εγκατασταθεί δευτερογενώς ενδο-νοσοκομειακή λοίμωξη από ανθεκτικά στα αντιβιοτικά μικροβιακά στελέχη στο κατώτερο αναπνευστικό σύστημα των εισηγμένων στις ΜΕΘ ασθενείς με COVID-19, η συντριπτική πλειοψηφία εκ των προσβεβλημένων ασθενών με Covid-19 που νοσηλεύονται με σοβαρά συμπτώματα στις ΜΕΘ νοσοκομείων λαμβάνουν αντιβιοτική αγωγή.[25,26]

Την ανάγκη λήψης αντιβιοτικών από τους ασθενείς αυτούς επιβεβαιώνει και έρευνα που έδειξε ότι ασθενείς σε ΜΕΘ, οι οποίοι δεν έλαβαν επαρκή αντιμικροβιακή κάλυψη, σημείωσαν υψηλότερη θνησιμότητα σε σύγκριση με μια αντίστοιχη ομάδα ασθενών, στην οποία χορηγήθηκαν αντιβιοτικά εντός 8 ωρών από την άφιξή τους στο νοσοκομείο.[7]

Η χορήγηση αντιβιοτικών στους ασθενείς των ΜΕΘ είναι συνήθως άμεση κι εμπειρική, καθώς είναι αδύνατο να γίνει διάγνωση του αιτιολογικού παράγοντα της πνευμονίας (ιός,

βακτήριο, συνέργεια ιού και βακτηρίου) μόνο με κλινικά μέσα, ενώ η εργαστηριακή ανάλυση μέσω καλλιέργειας δεν μπορεί να προσφέρει αποτελέσματα πριν από 48 ώρες.[30-32]

Επιπλέον στις περισσότερες χώρες τα νοσοκομεία τον καιρό της πανδημίας COVID-19 λειτούργησαν σε συνθήκες υπερπληρότητας >50%, με αποτέλεσμα χορηγούνται ακόμα περισσότερα αντιβιοτικά από ό,τι προβλεπόταν.[33]

Εφόσον ο βακτηριακός παράγοντας και τα ανθεκτικά στελέχη φαίνεται ότι εμπλέκονται στην πανδημία και δύνανται να τροποποιήσουν τη θνητότητά της, κι εφόσον τα αντιβιοτικά προσφέρουν στη μάχη κατά της πανδημίας, είναι σημαντικό να εξετάσουμε τι ισχύει σε σχέση με τα αντιβιοτικά.

ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ: ΜΙΑ ΚΛΙΜΑΚΟΥΜΕΝΗ ΕΠΙΔΗΜΙΑ

Η ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά αναγνωρίζεται ως μια από τις μεγαλύτερες απειλές για την παγκόσμια υγεία παγκοσμίως [34], με τον ΠΟΥ να προειδοποιεί πως με την έκταση που έχει πάρει το φαινόμενο της αντοχής στα αντιβιοτικά διατρέχουμε όχι μόνο τον κίνδυνο να απωλέσουμε την όση πρόοδο σημειώθηκε στον τομέα αντιμετώπισης των λοιμωδών νοσημάτων τα τελευταία 100 χρόνια, αλλά και τον κίνδυνο να πεθάνουμε στο μέλλον από απλές μολύνσεις.[35,36]

Η έκθεση του ΟΟΣΑ εκτιμούσε πρόσφατα ότι περίπου 2,4 εκατομμύρια άνθρωποι θα

πεθάνουν σε Ευρώπη, ΗΠΑ και Αυστραλία μεταξύ 2015-2050 από αυτή την αιτία, με τις Ιταλία και Ελλάδα θα έχουν τους περισσότερους νεκρούς λόγω του υψηλού ποσοστού ανθεκτικών μικροβίων στα αντιβιοτικά.[37]

Η Ιταλία είναι η χώρα στην Ευρώπη όπου πεθαίνουν οι περισσότεροι άνθρωποι, σχεδόν 11.000 ετησίως, από ανθεκτικά βακτήρια, με δεύτερη στη σχετική κατάταξη την Ελλάδα.[38,29]

ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ

Ο βασικός λόγος ανάπτυξης ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών είναι η υπερσυνταγογράφηση και υπερκατανάλωση αντιβιοτικών. Η κατάχρηση αντιβιοτικών σχετίζεται άμεσα, σύμφωνα με τους επιστήμονες, με την ανάπτυξη μικροβιακής αντοχής, που στη συνέχεια εξαπλώνεται μεταξύ διαφόρων ειδών βακτηρίων μέσα από τη μεταφορά πλασμιδίων.[40]

Διεθνώς υπολογίζεται πως η χορήγηση του 30%-60% των αντιβιοτικών που συνταγογραφούνται σε ασθενείς ΜΕΘ κρίνεται είτε ως ακατάλληλη είτε ως μη απαραίτητη [41].

Η αμοξυκιλλίνη και ο συνδυασμός αμοξυκιλλίνης / κλαβουλανικού οξέος (πενικιλίνες ευρέος φάσματος) είναι τα πιο χρησιμοποιούμενα αντιβιοτικά παγκοσμίως. Σε 49 χώρες αποτελούν μάλιστα περισσότερο από το 50% των καταναλισκόμενων αντιβιοτικών.[42]

Στην Ελλάδα η ανθεκτικότητα και στις δύο κατηγορίες αντιβιοτικών δείχνει ότι είναι η

μικρότερη στην Ευρώπη, αλλά πιθανά δεν θα εξακολουθήσει να είναι. Διότι σύμφωνα με τον παγκόσμιο χάρτη κατανάλωσης αντιβιοτικών, η Ελλάδα είναι πρώτη σε κατανάλωση αντιβιοτικών στην Ευρώπη και τρίτη στον κόσμο, μακράν πρώτη σε κατανάλωση μακρολιδών στον κόσμο, ενώ όσον αφορά την κατανάλωση πενικιλλινών βρίσκεται στην πρώτη δεκάδα.[43]

Το 9% των ασθενών που νοσηλεύονται στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία αναπτύσσει λοίμωξη, ποσοστό πολύ υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο που είναι 6%.[44] Σύμφωνα με στοιχεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθήνας (ΙΣΑ) στην Ελλάδα το 70% των ανθρώπων καταναλώνουν αντιβιοτικά χωρίς να τα χρειάζονται, όταν στη Φιλανδία αυτό το ποσοστό (των πολιτών που καταναλώνουν άσκοπα αντιβιοτικά) δεν ξεπερνά το 3%.[45]

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ;

Η υπερκατανάλωση αντιβιοτικών προκύπτει ως απόρροια κυρίως των εξής:

1. Η υπερσυνταγογράφηση και η εσφαλμένη συνταγογράφηση των αντιβιοτικών. Υπάρχει μια σειρά αιτιών γι' αυτό, όπως:

- Η πίεση από τις μεγάλες φαρμακοβιομηχανίες, που μεταφέρεται μέσα από διάφορα κανάλια στους κόλπους της επιστημονικής κοινότητας, καθώς διακυβεύονται μεγάλα χρηματικά ποσά από την υπέρμετρη και ακατάλληλη χρήση των προϊόντων τους.[46]
- Η κακή κατάσταση των δημόσιων νοσοκομείων με τις ελλείψεις τους και τη

διαρκή λειτουργία σε κατάσταση υπερπληρότητας, που οδηγούν στην περαιτέρω υπερχορήγηση αντιβιοτικών. [33]

- Τόσο στον προβληματικό δημόσιο τομέα όσο και στον διογκωμένο ιδιωτικό τομέα (με την επιπλέον πίεση του ανταγωνισμού για πιο «προβλέψιμα» αποτελέσματα που αυτός συνεπάγεται) εμπλέκεται ο παράγοντας του χρόνου που αφιερώνεται σε κάθε ασθενή. Μια έρευνα έδειξε ότι οι γιατροί με την περισσότερη δουλειά συνταγογραφούσαν περισσότερα αντιβιοτικά από τους συναδέλφους τους που έβλεπαν λιγότερους ασθενείς. Επίσης η αντιμετώπιση μεγάλου αριθμού ασθενών οδηγεί σε κόπωση τους γιατρούς, με αποτέλεσμα -μεταξύ άλλων- λανθασμένες συνταγογραφήσεις, όπως έδειξε άλλη έρευνα.[47]

2. Η χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων από τα φαρμακεία χωρίς ιατρική συνταγή, κατ' απαίτηση του ασθενή-πελάτη. Η Ελλάδα βρίσκεται στις πρώτες θέσεις της ευρωπαϊκής κατάταξης στην κατανάλωση αντιβιοτικών χωρίς ιατρική συνταγή.[48]

3. Όσο μεγαλύτερες είναι η κοινωνικές ανισότητες και όσο πιο υποβαθμισμένο το δημόσιο σύστημα υγείας, τόσο μεγαλώνει η **τάση των ανθρώπων να καταφεύγουν σε λύσεις «αυτοδιάγνωσης - αυτοϊασης».** Τα αντιβιοτικά είναι εύκολα προσβάσιμα και σχετικά φτηνά και θεωρούνται για τον πολίτη (αν και εσφαλμένα) μια λύση. Επ' αυτού συνηγορεί το αποτέλεσμα σχετικής έρευνας που έγινε σε 15 ευρωπαϊκές χώρες, που έδειξε ότι όσο μεγαλώνουν οι κοινωνικές ανισότητες

τόσο μεγαλώνει η μικροβιακή αντοχή απέναντι στα αντιβιοτικά.[49]

4. Σε σχέση με τα δημόσια συστήματα υγείας, η επιστημονική κοινότητα κάνει ιδιαίτερη μνεία στις σκανδιναβικές χώρες, των οποίων το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης διαθέτει και προβαίνει σε πληθώρα **τεστ για να διαπιστωθεί αν πράγματι πάσχει ο ασθενής από βακτηριακή λοίμωξη αλλά και σε ποιο αντιβιοτικό είναι ευαίσθητο** το συγκεκριμένο βακτήριο, με αποτέλεσμα σε αυτές οι χώρες να παρατηρείται σε πολύ πιο περιορισμένη κλίμακα το φαινόμενο άσκοπων συνταγογραφήσεων.[34]

5. **Η εκτεταμένη χρήση των αντιβιοτικών στη γεωργία, την κτηνοτροφία και τις υδατοκαλλιέργειες.** Μέσα αυτών των οδών τα αντιβιοτικά περνάνε στο έδαφος και στους υδροφόρους ορίζοντες. Μέσω της επαφής ή μέσω της τροφικής αλυσίδας, η έκθεση στα αντιβιοτικά επεκτείνεται στους ανθρώπους, συμβάλλοντας δραματικά στη μεγέθυνση του φαινομένου της μικροβιακής αντοχής.[34,40]

6. **Η δραματική μείωση των επενδύσεων των φαρμακοβιομηχανιών στην έρευνα** για την παραγωγή νέων αντιβιοτικών.[50] Από τις 18 μεγαλύτερες φαρμακευτικές βιομηχανίες διεθνώς, οι 15 έχουν εγκαταλείψει το πεδίο των αντιβιοτικών, ενώ ο αριθμός νέων αντιβιοτικών πέφτει σταθερά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, καθώς πιο επικερδής θεωρείται η αγορά φαρμάκων για χρόνιες ασθένειες.[40]

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο ήδη επιβαρυσμένο τοπίο που διαμορφώνει η κλιμακούμενη ανθεκτικότητα των βακτηρίων στα αντιβιοτικά, ήρθε στις μέρες μας να προστεθεί και ο παράγοντας πανδημία COVID-19, μια πανδημία που δεν ήταν η πρώτη και δεν θα είναι η τελευταία.

Το φαινόμενο της μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά μειώνει την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων που είναι επείγοντως απαραίτητα για την καταπολέμηση βακτηριακών λοιμώξεων κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας, ενώ μπορεί πλέον να αυξηθεί και λόγω των μεγάλων ποσοτήτων αντιβιοτικών που συνταγογραφούνται σε ασθενείς με COVID-19.

Στην επόμενη πανδημία πρέπει ως ανθρωπότητα και ιδιαίτερα ως επιστημονική κοινότητα να επιδείξουμε πολύ μεγαλύτερο βαθμό ετοιμότητας, για να μη θρηνήσουμε ακόμα περισσότερα, και ίσως πολύ περισσότερα, θύματα στο μέλλον.

Αυτός ο βαθμός ετοιμότητας σχετίζεται άμεσα μεταξύ άλλων και με τον τρόπο διαχείρισης, χρήσης και συνταγογράφησης των αντιβιοτικών, που άλλωστε δεν αφορά μόνο τις πανδημίες αλλά και τις απλές καθημερινές μολύνσεις και νοσήματα που οφείλονται σε μικρόβια και μέχρι σήμερα τις αντιμετωπίζαμε τις περισσότερες φορές εύκολα και αποτελεσματικά.

Η Ελλάδα βρίσκεται ψηλά στην παγκόσμια κατάταξη επικινδυνότητας για μη αντιμετωπίσιμες επιδημίες και πανδημίες στο άμεσο μέλλον (είτε αφορούν βακτήρια είτε αφορούν ιούς που μπορούν να οδηγήσουν σε

δευτερογενείς λοιμώξεις από βακτήρια). Μπορεί να μην το πληρώσαμε ακριβά σήμερα, αλλά αυτό δεν διασφαλίζει πως δεν θα το πληρώσουμε πιο ακριβά στο εγγύς μέλλον.

Η ενδεδειγμένη παράθεση πιθανών τρόπων αντιμετώπισης ξεφεύγει από τους σκοπούς της παρούσας ανασκόπησης. Λελογισμένη χρήση και συνταγογράφηση των αντιβιοτικών, εξατομικευμένη αντιμετώπιση του κάθε ασθενή, σχέσεις εμπιστοσύνης και παρακολούθησης μεταξύ ιατρού-ασθενή αντί για άμεση χορήγηση αντιβιοτικού, ενίσχυση του ερευνητικού τομέα για την παραγωγή νέων αντιβιοτικών, ενίσχυση των νοσοκομείων ώστε να λειτουργούν υπό ιδανικές συνθήκες, περιορισμός χρήσης των αντιβιοτικών και στροφή σε βιολογικότερες μεθόδους στην γεωργία και την κτηνοτροφία, εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού και αξιοποίηση των συστημάτων εκπαίδευσης (ώστε να μην καταφεύγει ο πολίτης σε αντιβιοτικά για νοσήματα όπως το κοινό κρυολόγημα, όπως γίνεται σε μεγάλο βαθμό

μέχρι σήμερα), απλοποίηση, εξέλιξη και κυρίως καθολικοποίηση των διαγνωστικών τεστ και τεστ ευαισθησίας, ώστε να χορηγείται -ή όχι- το ενδεδειγμένο και δη στενού φάσματος αντιβιοτικό απέναντι στο υπαίτιο βακτήριο, αντί να χορηγούνται ευρέως φάσματος ή αναποτελεσματικά αντιβιοτικά, αποτελούν ασφαλώς κατά την άποψη του συγγραφέα - και σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν - τμήμα της απάντησης. Αυτή την απάντηση όλοι όσοι ανήκουμε στην επιστημονική κοινότητα, συλλογικά και ατομικά, οφείλουμε αφενός να επεξεργαστούμε και αφετέρου να συνεισφέρουμε στην υλοποίησή της.

Οι προβληματισμοί αυτοί αφορούν άμεσα την οδοντιατρική κοινότητα, καθώς στον κλάδο μας η - συχνά αβίαστη - χορήγηση αντιβιοτικών στους ασθενείς μας αφορά κυρίως την κατηγορία των πενικιλινών (αμοξυκιλλίνη/ αμοξυκιλλίνη-κλαβουλανικό οξύ) και των μακρολιδών, αντιβιοτικών δηλαδή που αποτελούν αντιβιοτικά εκλογής για τους ασθενείς με COVID-19 στις ΜΕΘ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Yang W, Sirajuddin A, Zhang X, Liu G, Teng Z, Zhao Setal. The role of imaging in 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID-19). *EurRadiol*. 2020 Apr 15 :1-9.
2. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ *et al*. The origin, transmission, and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. *Mil Med Res*. 2020; 7:11.
3. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y *et al*. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020 15-21 February; 395(10223): 497-506.
4. Quinton LJ, Walkey AJ, Mizgerd JP. Integrative Physiology of Pneumonia. *Physiol Rev*. 2018 Jul 1; 98(3): 1417-1464.

5. Torres A, Menéndez R, Wunderink RG. Bacterial Pneumonia and Lung Abscess. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 2016: 557–582.e22.
6. Hanada S, Pirzadeh M, Carver KY, Deng JC. Respiratory Viral Infection-Induced Microbiome Alterations and Secondary Bacterial Pneumonia. *Front Immunol.* 2018; 9: 2640.
7. <https://www.cebm.net/covid-19/rapidly-managing-pneumonia-in-older-people-during-a-pandemic/>
8. Brooks LRK, Mias GI. Streptococcus pneumoniae's Virulence and Host Immunity: Aging, Diagnostics, and Prevention. *Front Immunol.* 2018; 9: 1366.
9. https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/Infections_Book.pdf
10. Guggenbichler JP, Assadian O, Boeswald M, Kramer A. Incidence and clinical implication of nosocomial infections associated with implantable biomaterials- catheters, ventilator-associated pneumonia, urinary tract infections. *GMS Krankenhhyg Interdiszip.* 2011; 6(1): Doc18.
11. Μακρή ΕΑ, Λοιμώξεις στη ΜΕΘ από πολυανθεκτικά μικρόβια, Διπλωματική Εργασία, Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης «Διδακτική της Βιολογίας», Τμήμα Βιολογίας ΕΚΠΑ, 2018.
12. Vincent JL. Nosocomial infections in adult intensive-care units. *Lancet.* 2003;361(9374):2068–2077.
13. Mehta RM, Niederman MS. Nosocomial pneumonia in the intensive care unit: controversies and dilemmas. *J Intensive Care Med.* 2003;18(4):175–188.
14. Diaz E, Rodríguez AH, Rello J. Ventilator-associated pneumonia: issues related to the artificial airway. *Respir Care.* 2005;50(7):900–906.
15. A Pietrzyk, Mach JW, Bulanda M, Heczko PB. Hospital Acquired Pneumonia--Analysis of Frequency and Etiology in Polish Hospitals in 1998. *Przegl Epidemiol.* 2000;54(3-4):259-69.
16. Cook DJ, Kollef MH. Risk factors for ICU-acquired pneumonia. *JAMA.* 1998;279(20):1605–1606.
17. Iyengar K, Bahl S, Vaishya R, Vaish A. Challenges and solutions in meeting up the urgent requirement of ventilators for COVID-19 patients. *Diabetes Metab Syndr.* 2020 July-August; 14(4): 499–501.
18. MacIntyre CR, Chughtai AA, Barnes M, Ridda I, Seale H, Toms R, *et al.* The role of pneumonia and secondary bacterial infection in fatal and serious outcomes of pandemic influenza a(H1N1)pdm09. *BMC Infect Dis.* 2018; 18: 637.
19. <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2009/09/cdc-cites-bacterial-infections-some-h1n1-deaths>
20. <https://www.statnews.com/2020/03/23/antibiotic-resistance-hidden-threat-lurking-behind-covid-19/>
21. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5838a4.htm>

22. Morens DM, Taubenberger JK, S. Fauci AS. Predominant Role of Bacterial Pneumonia as a Cause of Death in Pandemic Influenza: Implications for Pandemic Influenza Preparedness. *J Infect Dis.* 2008 Oct 1; 198(7):962-970.
23. <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/bacterial-pneumonia-caused-most-deaths-1918-influenza-pandemic>
24. <https://blogs.scientificamerican.com/observations/antibiotic-resistance-could-lead-to-more-covid-19-deaths/>
25. <https://www.antibioticresearch.org.uk/our-charity-coronavirus-covid-19-bacterial-infection-and-antibiotic-resistance/>
26. <https://www.gavi.org/vaccineswork/antimicrobial-resistance-exacerbating-covid-19-pandemic>
27. <https://sciencenorway.no/antibiotics-crisis-epidemic/multi-drug-resistant-bacteria-when-the-immune-system-during-covid-19-is-attacked-from-two-fronts/1675599>
28. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/ecdc-country-visit-italy-discuss-antimicrobial-resistance-issues>
29. <https://www.healthyliving.gr/2020/03/28/koronoios-emvolio-pneumoniokokkos/>
30. Carter C και Notter J. COVID-19 disease: a critical care perspective. *Clinics in Integrated Care.* 2020 Jul; 1:100003.
31. Inweregbu K, Dave J, Pittard A. Nosocomial infections. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain.* February 2005;5(1):14-17.
32. Phua J, Weng L, Ling L, Egi M, Lim CM, Divatia JV, *et al.* Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *Lancet Respir Med.* 2020 May; 8(5): 506-517.
33. <https://www.sciencemag.org/news/2020/04/antibiotic-treatment-covid-19-complications-could-fuel-resistant-bacteria>
34. Lior C, Bjerrum L. Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. *Ther L Adv Drug Saf.* 2014 Dec; 5(6):229-241.
35. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance#>
36. https://www.wto.org/english/news_e/news16_e/heal_29aug16_e.pdf
37. https://books.google.gr/books?id=ULt2DwAAQBAJ&pg=PA15&lpg=PA15&dq=greece+italy+resistance+antibiotics+2015+2050&source=bl&ots=7jvt-_jBaw&sig=ACfU3U3VDKz31Htx-4tXOIV3gSktuPgnLA&hl=el&sa=X&ved=2ahUKewitmjqjHl4zqAhXnioKHSsQCIcQ6AEwAXoECAoQAQ#v=onepage&q=greece%20italy%20resistance%20antibiotics%202015%202050&f=false

38. Cassini A, Högberg LD, Plachouras D, Quattrocchi A, Hoxha A, Simonsen GS, *et al.* Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis.* 2019 Jan; 19(1): 56–66.
39. Barchitta M, Quattrocchi A, Maugeri A, La Rosa MC, La Mastra C, Sessa L, *et al.* Antibiotic Consumption and Resistance during a 3-Year Period in Sicily, Southern Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Jul; 16(13): 2253.
40. Ventola L. The Antibiotic Resistance Crisis Part 1: Causes and Threats. *P T.* 2015 Apr; 40(4): 277–283.
41. Luyt CE, Brechot N, Trouillet JL, Chastre J. Antibiotic stewardship in the intensive care unit. *Crit Care.* 2014;18(5):480.
42. https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/oms-amr-amc-report-2016-2018-media-note/en/
43. <https://resistancemap.cddep.org/AntibioticUse.php>
44. <http://www.cleoresearch.org/en/news-press/22-2016-en/213-hospital-acquired-infections-in-greece-a-real-but-manageable-problem>
45. <https://www.iatropedia.gr/eidiseis/stoicheia-sok-gia-ti-mikroviaki-antochi-7-stous-10-ellines-katanalonoun-askopa-antiviotika/124460/>
46. Karakonstantis S, Kalemaki D. Antimicrobial overuse and misuse in the community in Greece and link to antimicrobial resistance using methicillin-resistant *S. aureus* as an example. *Journal of Infection and Public Health.* July–August 2019, 12(4): 460–464
47. <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/articles/2017/06/30/why-doctors-prescribe-antibiotics-even-when-they-shouldnt>
48. https://ec.europa.eu/health/amr/news/amr-7-antibiotics-eu-are-taken-without-prescription_en
49. Kirby A, Herbert A. Correlations between Income Inequality and Antimicrobial Resistance. *PLoS One.* 2013; 8(8): e73115.
50. <https://www.pharmaceutical-journal.com/news-and-analysis/features/why-are-there-so-few-antibiotics-in-the-research-and-development-pipeline/11130209.article?firstPass=false>.

COVID-19 pandemic and antibiotic resistance: a relationship between two threats for global health

Alexios Liosatos

Dental Surgeon, Ptolemaida, Greece

ABSTRACT

The novel coronavirus and the COVID-19 pandemic put public health in the foreground of public interest, while humanity is already counting hundreds of thousands of deaths. The scientific community has dealt with a variety of research fields, on the one hand for understanding and confrontation with the current pandemic and on the other hand for a better preparation, prevention, and confrontation with similar challenges for humanity in the future. One of the issues that has not been widely publicized so far but is extremely critical and directly linked to the COVID-19 pandemic is the issue of antibiotic resistance.

A modern, global, and escalating threat to public health is nosocomial infections caused by antibiotic-resistant bacteria. Patients in ICUs are particularly at high risk for a nosocomial infection, especially patients hospitalized in ICUs with pneumonia, who are provided mechanical respiratory support with ventilators. Patients with COVID-19 in hospital ICUs are at high risk for secondary bacterial nosocomial infection and this is the reason why the vast majority of them receives antibiotic treatment. The available data suggest that the number of deaths from the new coronavirus SARS-CoV2 is probably increasing due to secondary bacterial infections that are resistant to antibiotics.

Antibiotic resistance is according to WHO an escalating new global epidemic, which not only causes an increasing number of deaths, but also increases the number of deaths caused by other diseases that themselves would not have a fatal effect. The use of antibiotics on a large scale by national health systems to treat patients with COVID-19 is expected to further contribute to the antibiotic crisis, making it for the humanity even more difficult in the near future to confront with the future pandemics and with bacterial infections in general.

In the following literature review, we investigate the scientific data that correlate COVID-19 with nosocomial infections, resistance of bacteria to antibiotics and the need of seriously ill by COVID-19 patients in hospital ICUs for receiving of antibiotics, as well as the causes of microbial resistance, which also indicate some possible ways to deal with the phenomenon in the near future.

Keywords: COVID 19, Antibiotic resistance, Bacteria

Citation Alexios Liosatos. COVID-19 pandemic and antibiotic resistance: a relationship between two threats for global health. *Scientific Chronicles* 2020; 25(3): 438-448

Συγγραφέας αλληλογραφίας: Αλέξιος Λιοσάτος, E-mail: alexislios@yahoo.gr

Διακοπή καπνίσματος και καρδιο-αναπνευστικός κίνδυνος

Δημήτριος Μπάκας

Οφθαλμολογική Κλινική, Γ.Ν. Έδεσσας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κάπνισμα είναι μια βλαβερή συνήθεια με αρνητική επίδραση σχεδόν σε όλους τους ιστούς, όργανα και συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί ο ρόλος του καπνίσματος στις καρδιαγγειακές και αναπνευστικές παθήσεις και η ευεργετική επίδραση της διακοπής του. Αναζητήθηκαν άρθρα στη βιβλιογραφική βάση δεδομένων PubMed. Επιλέχθηκαν και μελετήθηκαν άρθρα ανασκόπησης σχετικά με το θέμα στην αγγλική γλώσσα και προσφάτως δημοσιευμένα. Το κάπνισμα αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση και εξέλιξη τόσο καρδιαγγειακών (στεφανιαία νόσος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) όσο και αναπνευστικών παθήσεων (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρκίνος του πνεύμονα). Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης νόσου σε υγιή άτομα και βελτιώνει την πορεία της νόσου σε νοσούντες. Συμπερασματικά, η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί ουσιαστικότερο προληπτικό μέτρο και οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να προσφέρουν κάθε δυνατή βοήθεια σε όλους για τη διακοπή του καπνίσματος.

Λέξεις ευρετηρίου: Κάπνισμα, διακοπή καπνίσματος, καρδιαγγειακές νόσοι, στεφανιαία νόσος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρκίνος του πνεύμονα

Παραπομπή

Δ. Μπάκας. Διακοπή καπνίσματος και καρδιο-αναπνευστικός κίνδυνος. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(3): 449-454

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα είναι μια βλαβερή συνήθεια που έχει λάβει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας. Έχει αποδειχτεί ότι βλάπτει σχεδόν όλους τους ιστούς, όργανα και συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου για νόσους του καρδιαγγειακού (στεφανιαία νόσο, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) και του αναπνευστικού συστήματος (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρκίνος

πνεύμονα), ενώ μπορεί να προκαλέσει καρκίνο σε άλλα συστήματα (π.χ. ουροδόχο κύστη, παχύ έντερο, οισοφάγο, στόμαχο), ανδρική και γυναικεία υπογονιμότητα, οστεοπενία, απώλεια οδόντων, ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας του οφθαλμού, μειωμένη ανοσολογική απόκριση του οργανισμού [1]. Στην παρούσα ανασκόπηση θα συνοψίσουμε τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος αλλά και τα οφέλη από τη

διακοπή του όσον αφορά τις καρδιαγγειακές και αναπνευστικές παθήσεις.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε αναζήτηση στη βιβλιογραφική βάση δεδομένων Pubmed για άρθρα ανασκόπησης πλήρους ελεύθερου κειμένου της τελευταίας δεκαετίας με τη χρήση των όρων αναζήτησης “smoking cessation AND chronic obstructive pulmonary disease”, “smoking cessation AND lung cancer”, “smoking cessation AND cardiovascular disease”, “smoking cessation AND stroke”. Ευρέθησαν συνολικά 473 άρθρα, εκ των οποίων έγινε ανάγνωση των περιλήψεων και επελέγησαν τα σχετικότερα με το θέμα. Επίσης χρησιμοποιήθηκε η έκθεση του Υπουργείου Υγείας των Η.Π.Α. του 2014 για το κάπνισμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κάπνισμα και αναπνευστικό σύστημα

Το κάπνισμα αποτελεί βασικό αιτιολογικό παράγοντα της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) [2]. Το 80-90% της θνητότητας από ΧΑΠ αποδίδεται στο κάπνισμα [2,4,6] ενώ υπολογίζεται ότι περίπου το 40% των ασθενών με ΧΑΠ είναι καπνιστές ή πρώην καπνιστές [3]. Έχει αποδειχτεί ότι το κάπνισμα στους ασθενείς με ΧΑΠ αυξάνει τις νοσηλείες, προκαλεί μείωση στην παραγωγικότητα και γενικά μειώνει κατά πολύ την ποιότητα ζωής των ασθενών [4]. Η διακοπή του καπνίσματος παραμένει η πιο αποτελεσματική παρέμβαση που μπορεί να μειώσει την προϊούσα έκπτωση της

πνευμονικής λειτουργίας στη ΧΑΠ [3,5]. Η διακοπή του καπνίσματος έχει σαν αποτέλεσμα μείωση της εξέλιξης της ΧΑΠ, μείωση στην ετήσια πτώση του FEV1, μειωμένη επίπτωση οξέων παροξύνσεων, βελτιωμένη απόκριση στα βρογχοδιασταλτικά φάρμακα και τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή και μειωμένες αναπνευστικές λοιμώξεις [3,4,7,8]. Η διακοπή του καπνίσματος έχει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στην πρόληψη της εμφάνισης ΧΑΠ όσο και στους ήδη πάσχοντες από τη νόσο, αν και οι έρευνες έχουν δείξει ότι παρ’ όλο που όσο μεγαλύτερη η διάρκεια της αποχής τόσο μεγαλύτερη η μείωση της θνησιμότητας αλλά οι πρώην καπνιστές δεν φτάνουν ποτέ τα ποσοστά κινδύνου αυτών που δεν κάπνισαν ποτέ και ακόμη και μετά από 20 χρόνια αποχής υπάρχει επιπλέον κίνδυνος 35,3% [2].

Το κάπνισμα αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για πολλούς τύπους καρκίνου και ιδίως για τον καρκίνο του πνεύμονα [1]. Υπολογίζεται ότι το 30% των θανάτων από καρκίνο οποιουδήποτε τύπου και το 87% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα αποδίδονται στο κάπνισμα [2,9,10,12,13]. Το 80-90% των καρκίνων του πνεύμονα αποδίδονται στο κάπνισμα και ο κίνδυνος θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα στην ηλικία των 73 ετών σε συνεχείς καπνιστές είναι 16%, ενώ δεν υπάρχει κατώτατο όριο κάτω από το οποίο το κάπνισμα δεν αυξάνει τον κίνδυνο [2]. Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα, αλλά και σε ήδη πάσχοντες βελτιώνει κατά 34-37% την 5ετή επιβίωση [13]. Μετά από 10 χρόνια αποχής ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται

στο 30-50% αυτών που συνεχίζουν το κάπνισμα, αν και δεν πλησιάζει ποτέ τον κίνδυνο αυτών που δεν κάπνισαν ποτέ [1,11]. Σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του πνεύμονα, η διακοπή του καπνίσματος έχει πολλαπλά οφέλη: μειώνει τις περιεγχειρητικές επιπλοκές (καλύτερη επούλωση πληγών, μειωμένος χρόνος νοσηλείας, μειωμένη ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα), βελτιωμένη απόκριση σε ακτινοθεραπείες και χημειοθεραπείες (καλύτερος μεταβολισμός φαρμάκων, λιγότερες παρενέργειες) αυξημένος χρόνος επιβίωσης, μειωμένος κίνδυνος επανεμφάνισης, μειωμένος κίνδυνος εμφάνισης άλλης πρωτοπαθούς κακοήθειας, μειωμένος πόνος, βελτιωμένη λειτουργικότητα, βελτιωμένη αναπνευστική λειτουργία και οξυγόνωση, καλύτερη ανοσολογική απόκριση, βελτιωμένη ποιότητα ζωής [2,9,10-12,14,15].

Κάπνισμα και καρδιαγγειακό σύστημα

Το κάπνισμα είναι σημαντική αιτία για εμφάνιση νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρδιαγγειακές νόσους: σχετίζεται με αύξηση κατά 50% του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου ενώ είναι υπεύθυνο για το 10% του συνόλου των καρδιαγγειακών συμβάντων [16,19]. Προκαλεί διαταραχή των λιπιδίων του αίματος (ποσοτική και ποιοτική), αυξάνει την αρτηριακή πίεση, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη, προάγει την φλεγμονή, προκαλεί διαταραχές του ενδοθηλίου των αγγείων, διαταράσσει την πήκτικότητα του αίματος, προκαλεί οξειδωτικό στρες στα αγγεία, προάγει την αθηρογένεση και γενικά

αυξάνει τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και ξαφνικού θανάτου καρδιακής αιτιολογίας [16,17,20]. Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο όχι μόνο σε υγιείς αλλά και σε ήδη πάσχοντες από στεφανιαία νόσο [16-21]. Η διακοπή του καπνίσματος ακόμη και μόλις για 1 χρόνο προκαλεί σημαντική βελτίωση της λειτουργικότητας του ενδοθηλίου και μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου κατά 40% [1,17,18,20]. Ακόμη και σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, η διακοπή μειώνει τον κίνδυνο θνησιμότητας κατά 36%, μετά από 3-5 χρόνια αποχής μειώνει τη θνησιμότητα κατά 50% και μετά από 5-15 χρόνια αποχής μειώνει τον κίνδυνο επανεμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου στα επίπεδα των μη καπνιστών [1,11,17,18,20].

Το κάπνισμα αυξάνει από 2 έως 6 φορές τον κίνδυνο εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) ενώ το 25% όλων των ΑΕΕ αποδίδεται στο κάπνισμα [24-26]. Προκαλεί καρβοξυ-αιμοσφαιριναιμία, διαταραχή στα επίπεδα και τη λειτουργικότητα των αιμοπεταλίων, του ινωδογόνου και της HDL-χοληστερόλης, χρόνια φλεγμονή, ευοδώνει την αθηροσκλήρωση και μειώνει την ροή αίματος στα εγκεφαλικά αγγεία [1,26]. Η διακοπή του καπνίσματος έχει αποδειχτεί ότι μειώνει κατά πολύ τον κίνδυνο εμφάνισης ΑΕΕ: μέσα σε 1 μόλις χρόνο αποχής ο κίνδυνος μειώνεται κατά 50%, ενώ σε 2-5 χρόνια από την διακοπή ο κίνδυνος σχεδόν είναι όμοιος με αυτόν των μη καπνιστών [1,21- 27].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το κάπνισμα αποτελεί την πιο σημαντική τροποποιήσιμη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως [1,6,18,20]. Η θνησιμότητα από το κάπνισμα κατανέμεται ως εξής: το 40% των θανάτων οφείλεται σε καρδιαγγειακή νόσο (στεφανιαία νόσο, ΑΕΕ), το 20% σε καρκίνο του πνεύμονα, το 20% σε ΧΑΠ και το υπόλοιπο σε άλλες παθήσεις (κυρίως άλλους τύπους καρκίνου) [11]. Στην Ελλάδα δε έχουμε τη θλιβερή πρωτιά το 45% του πληθυσμού να είναι ενεργοί καπνιστές [17]. Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί ουσιαστικότερο προληπτικό μέτρο με πολλαπλά οφέλη σε διαφορετικά επίπεδα: όσον αφορά την πρωτοταγή πρόληψη μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιοαναπνευστικού νοσήματος σε υγιή άτομα,

όσον αφορά τη δευτεροταγή πρόληψη περιορίζει τον κίνδυνο εμφάνισης κλινικά έκδηλης νόσου σε άτομα με ανιχνεύσιμες δυσλειτουργίες, ενώ όσον αφορά την τριτοταγή πρόληψη βελτιώνει την επιβίωση και καθυστερεί την εξέλιξη της νόσου σε ήδη πάσχοντες [5]. Ειδικά δε σήμερα όπου ο επαγγελματίας υγείας έχει στη φαρέτρα του πολλαπλά βοηθήματα για τον καπνιστή (φαρμακολογικές παρεμβάσεις, υποκατάστατα νικοτίνης, συμβουλευτική) οφείλει να προσφέρει τόσο στους πάσχοντες ασθενείς όσο και στους καπνίζοντες υγιείς την επιλογή και τη δυνατότητα να απαλλαγούν από αυτή τη συνήθεια και όλους τους κινδύνους που την ακολουθούν [3,6-8].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf [Accessed 28th June 2020].
2. Lee PN, Fry JS, Forey BA. Estimating the decline in excess risk of chronic obstructive pulmonary disease following quitting smoking - a systematic review based on the negative exponential model. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2014 Mar;68(2):231-9.
3. Jiménez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, Tonnesen P, van Schayck CP, Hajek P, *et al*. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J*. 2015 Jul;46(1):61-79.
4. Zuo L, He F, Sergakis GG, Koozehchian MS, Stimpfl JN, Rong Y, *et al*. Interrelated role of cigarette smoking, oxidative stress, and immune response in COPD and corresponding treatments. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol*. 2014 Aug 1;307(3):L205-18.
5. Rennard SI, Drummond MB. Early chronic obstructive pulmonary disease: definition, assessment, and prevention. *Lancet*. 2015 May 2;385(9979):1778-1788.
6. Tashkin DP, Murray RP. Smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med*. 2009 Jul;103(7):963-74.
7. Osthoff M, Jenkins C, Leuppi J. Chronic obstructive pulmonary disease—a treatable disease. *Swiss Med Wkly*. 2013 Apr 11;143:w13777.

8. Safka KA, McIvor RA. Non-pharmacological management of chronic obstructive pulmonary disease. *Ulster Med J*. 2015 Jan;84(1):13-21.
9. Florou AN, Gkiozos IC, Tzagouli SK, Souliotis KN, Syrigos KN. Clinical significance of smoking cessation in subjects with cancer: a 30-year review. *Respir Care*. 2014 Dec;59(12):1924-36.
10. Watanabe M. Smoking: additional burden on aging and death. *Genes Environ*. 2016 Jan 22;38:3.
11. Wu J, Sin DD. Improved patient outcome with smoking cessation: when is it too late? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2011;6:259-67.
12. Andreas S, Rittmeyer A, Hinterthaler M, Huber RM. Smoking cessation in lung cancer-achievable and effective. *Dtsch Arztebl Int*. 2013 Oct;110(43):719-24.
13. Warren GW, Cummings KM. Tobacco and lung cancer: risks, trends, and outcomes in patients with cancer. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2013:359-64.
14. Cataldo JK, Dubey S, Prochaska JJ. Smoking cessation: an integral part of lung cancer treatment. *Oncology*. 2010;78(5-6):289-301.
15. O'Malley M, King AN, Conte M, Ellingrod VL, Ramnath N. Effects of cigarette smoking on metabolism and effectiveness of systemic therapy for lung cancer. *J Thorac Oncol*. 2014 Jul;9(7):917-26.
16. Messner B, Bernhard D. Smoking and cardiovascular disease: mechanisms of endothelial dysfunction and early atherogenesis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2014 Mar;34(3):509-15.
17. Stefanatou A. Smoking cessation in cardiovascular patients. *Hellenic J Cardiol*. 2008 Nov-Dec;49(6):422-31.
18. Gaalema DE, Cutler AY, Higgins ST, Ades PA. Smoking and cardiac rehabilitation participation: Associations with referral, attendance and adherence. *Prev Med*. 2015 Nov;80:67-74.
19. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB. Relation of Smoking With Total Mortality and Cardiovascular Events Among Patients With Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Circulation*. 2015 Nov 10;132(19):1795-804.
20. Prochaska JJ, Benowitz NL. Smoking cessation and the cardiovascular patient. *Curr Opin Cardiol*. 2015 Sep;30(5):506-11.
21. Lee PN, Fry JS, Hamling JS. Using the negative exponential distribution to quantitatively review the evidence on how rapidly the excess risk of ischaemic heart disease declines following quitting smoking. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2012 Oct;64(1):51-67.
22. Lee PN, Fry JS, Thornton AJ. Estimating the decline in excess risk of cerebrovascular disease following quitting smoking--a systematic review based on the negative exponential model. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2014 Feb;68(1):85-95.
23. Paciaroni M, Bogousslavsky J. Primary and secondary prevention of ischemic stroke. *Eur Neurol*. 2010;63(5):267-78.
24. Spence JD. Intensive risk factor control in stroke prevention. *F1000Prime Rep*. 2013 Oct 1;5:42.
25. Romero JR, Morris J, Pikula A. Stroke prevention: modifying risk factors. *Ther Adv Cardiovasc Dis*. 2008 Aug;2(4):287-303.
26. Shah RS, Cole JW. Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2010 Jul;8(7):917-32.
27. Esenwa C, Gutierrez J. Secondary stroke prevention: challenges and solutions. *Vasc Health Risk Manag*. 2015 Aug 7;11:437-50.

Smoking cessation and cardiopulmonary risk

D. Bakas

Department of Ophthalmology, General Hospital of Edessa, Greece

ABSTRACT

Smoking is a harmful habit with a negative effect on almost all tissues, organs and systems of the human body. The aim of this study is to investigate the role of smoking in cardiovascular and respiratory diseases and the beneficial effect of cessation. Articles were searched in the PubMed bibliographic database. English review articles and recently published on the subject were selected and studied. Smoking is a major risk factor for the onset and progression of both cardiovascular (coronary artery disease, stroke) and respiratory diseases (chronic obstructive pulmonary disease, lung cancer). Cessation of smoking reduces the risk of disease in healthy individuals and improves the course of the disease in patients. Stopping smoking is a major preventive measure and health professionals have to offer every possible help to everyone to quit smoking.

Keywords: smoking, smoking cessation, cardiovascular diseases, coronary heart disease, stroke, chronic obstructive pulmonary disease, lung cancer

Citation

D. Bakas. Smoking cessation and cardiopulmonary risk. Scientific Chronicles 2020; 25(3): 449-454

Το χιούμορ ως εκπαιδευτικό εργαλείο κατά τη μαθησιακή διαδικασία

Δέσποινα Παπαδοπούλου

Νοσηλεύτρια ειδικευμένη στη Χειρουργική Νοσηλευτική, Msc Διοίκηση στην Υγεία, Εκπαιδευτρια Ενηλίκων, Δημόσιο Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Δ.Ι.Ε.Κ.), ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το χιούμορ είναι γνωστό κυρίως ως ένας μηχανισμός άμυνας για να αντιμετωπίζει κανείς δυσκολίες και να βλέπει τις καταστάσεις με μια πιο αισιόδοξη ματιά. Έχει επιδράσεις στη βιολογική, την κοινωνική και την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου. Για τις επιστήμες της αγωγής, φαίνεται να επιτελεί άλλη μία σημαντική λειτουργία, όταν χρησιμοποιηθεί με τον κατάλληλο τρόπο, την κατάλληλη χρονική στιγμή, με τη σωστή "δόση" και λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες των μαθητών. Κι αυτή είναι σαφώς, η θετική επίδραση που ασκεί έμμεσα στη μαθησιακή διαδικασία, αφού προκαλεί το ενδιαφέρον των μαθητών, ενδυναμώνει την επικοινωνιακή σχέση εκπαιδευτή-μαθητή και βελτιώνει το παιδαγωγικό κλίμα στη τάξη. Είναι δυνατόν λοιπόν, το χιούμορ να χρησιμοποιηθεί ως ένα σύγχρονο εκπαιδευτικό εργαλείο κατά τη μαθησιακή διαδικασία από όλους τους εκπαιδευτικούς, αφού το προσαρμόσουν στην προσωπικότητά τους και αποφύγουν τις αρνητικές πλευρές του. Σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι: α) να μεταβάλλει παγιωμένες αντιλήψεις και στάσεις της εκπαιδευτικής κοινότητας, μέσα από την ανάδειξη της αξίας του χιούμορ ως εκπαιδευτικού εργαλείου, που διευκολύνει τη διαδικασία της μάθησης και β) να ενσωματώσει καινοτόμες πρακτικές, όπως είναι η εφαρμογή του χιούμορ στη μαθησιακή διαδικασία, προκειμένου να προσελκύσει το ενδιαφέρον των μαθητών και να ενδυναμώσει την παιδαγωγική σχέση δασκάλου-μαθητή.

Λέξεις ευρετηρίου: χιούμορ, εκπαίδευση, μαθησιακή διαδικασία, εκπαιδευτικό εργαλείο

Παραπομπή

Δ. Παπαδοπούλου. Το χιούμορ ως εκπαιδευτικό εργαλείο κατά τη μαθησιακή διαδικασία. Επιστημονικά Χρονικά 2020; 25(3): 455-472

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το χιούμορ είναι ένα βασικότατο στοιχείο στην καθημερινή ζωή μας και συνυπάρχει σε πολλές μορφές, γεγονός που κάνει δύσκολη την προσπάθεια να δοθεί με ακρίβεια ένας ορισμός του. Σαφώς, ο στόχος του χιούμορ είναι να προκαλέσει το γέλιο. Είναι μια

κατάσταση ευθυμίας του πνεύματος, που συχνά επιδεικνύεται από ένα χαμόγελο ή γέλιο, ως απάντηση σε εξωτερικά ερεθίσματα. Είναι αναπόσπαστο στοιχείο της ανθρώπινης επικοινωνίας και περιλαμβάνει βιολογικές,

κοινωνικές, πολιτισμικές και ψυχολογικές διαστάσεις.

Το χιούμορ έχει μελετηθεί σε πολλά γνωστικά πεδία από τις φυσικές έως τις ανθρωπιστικές επιστήμες. Παρουσιάζει έντονο ενδιαφέρον από την αρχαιότητα έως τις μέρες μας. Εκτός από τις θετικές επιδράσεις του στη φυσιολογία του οργανισμού, πετυχαίνει οφέλη τόσο στην ψυχική υγεία όσο και στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Κατέχει σημαντικό ρόλο στην επίτευξη της μακροζωίας και στην αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. Το χιούμορ εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς, όπως βελτιώνει την επικοινωνία, βοηθά να εγκατασταθεί εμπιστοσύνη, διατηρεί και ενδυναμώνει φιλικές και κοινωνικές σχέσεις, βοηθά τους ανθρώπους να ξεκουράζονται και να απελευθερώνουν ενέργεια και τέλος, μπορεί να αποτελέσει μια στρατηγική διδασκαλίας [1].

Η χρησιμοποίηση του χιούμορ κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας είναι υποβοηθητική, γιατί διώχνει τους φόβους και τις εντάσεις από τη μαθησιακή εμπειρία. Καθιστά τους εκπαιδευόμενους πιο ελεύθερους να θέτουν ερωτήματα, που σε άλλη περίπτωση δεν θα ρωτούσαν καθώς και να ακούνε όσα διδάσκονται, που πιθανόν να μην είχαν την υπομονή να ακούσουν. Το χιούμορ, ως καταλύτης στην επίτευξη καλύτερης και πιο άνετης κατανόησης του διδακτικού περιεχομένου, πετυχαίνει σε μεγάλο βαθμό βελτίωση της επικοινωνίας εκπαιδευτή και εκπαιδευόμενου και βελτίωση του μαθησιακού κλίματος στη σχολική τάξη [2,3].

Απρόβλεπτο ή προσχεδιασμένο μπορεί να γίνει οπουδήποτε και οποτεδήποτε. Χρειάζεται όμως την προσοχή μας, γιατί μπορεί να παρομοιαστεί με το χειρουργικό νυστέρι, που αν κάποιος το κρατήσει απρόσεκτα είναι δυνατόν να κάνει τρομερή ζημιά, αντί να ωφελήσει [4]. Είναι δυνατόν να υπάρχει και το ακατάλληλο χιούμορ, το οποίο θα πρέπει φυσικά να αποφεύγεται, όταν δηλαδή γίνεται σε βάρος άλλου ατόμου, ο σαρκασμός, η ειρωνεία, εθνικιστικά, φυλετικά ή πολιτισμικά αστεία και σεξουαλικά υπονοούμενα [5-9]. Αυτό το είδος χιούμορ μπορεί να πληγώσει αισθήματα, να προκαλέσει ανησυχία, να δημιουργήσει εχθρικότητα, ακόμη και να ντροπιάσει.

Παρόλο που το χιούμορ διεθνώς έχει διεξοδικά μελετηθεί σε όλες τις εκφάνσεις του, η ελληνική βιβλιογραφία στο θέμα αυτό φαίνεται να είναι αρκετά φτωχή. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το χιούμορ στη διδασκαλία είναι ένα μοντέρνο σχετικά φαινόμενο, αφού μέχρι το 19ο αιώνα πίστευαν ότι η διδασκαλία πρέπει να ασχολείται μόνο με τα σοβαρά και ότι το χιούμορ δεν πρέπει να έχει θέση μέσα στη σχολική τάξη [10].

ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΟΥ ΧΙΟΥΜΟΡ

Αποσαφήνιση του όρου χιούμορ

Το χιούμορ ως όρος αφορά «μια διάθεση που χαρακτηρίζεται από ευαισθησία και εκτίμηση σε αξιοκατάκριτα, γελοία, φανταστικά, ανάρμοστα ή κωμικά γεγονότα» σύμφωνα με τον McGee, όπως αναφέρεται στο

Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό [11]. «Χιούμορ (αγγλ. humor ή humour) είναι στη βασική του έννοια μία ιδιαίτερη μορφή ανθρώπινης επικοινωνίας, που ως στόχο έχει να προκαλέσει το γέλιο». Το χιούμορ, κατά τον Fry, όπως αναφέρεται στη Νταφούλη [12], είναι ένα ερέθισμα και το γέλιο είναι μια από τις αρκετές συμπεριφορικές αποκρίσεις σε αυτό το ερέθισμα. Η στενή σχέση και αλληλεξάρτηση του χιούμορ με το γέλιο είναι σχεδόν αυτονόητη, ώστε συχνά να ταυτίζονται, αν και το γέλιο αποτελεί μια εκδήλωση αντίδρασης στο χιούμορ. Παρ' όλα αυτά, φαίνεται πως σύμφωνα με την Τσάκωνα [13], το χιούμορ δεν έχει πάντοτε ως αποτέλεσμα την πρόκληση γέλιου καθώς επίσης και ότι το γέλιο δεν προκαλείται πάντα σε σχέση με το χιούμορ.

Το χιούμορ είναι κατά βάση ένα κοινωνικό φαινόμενο. Γελάμε και αστειευόμαστε πολύ πιο συχνά, όταν είμαστε με άλλους ανθρώπους, παρά όταν είμαστε μόνοι μας. Μπορεί να εμφανίζεται σε οποιαδήποτε κοινωνική κατάσταση [14]. Σύμφωνα με τον Argyle, το χιούμορ είναι μια θετική κατάσταση του μυαλού, που δημιουργείται, όταν κάποιος λέει ή κάνει κάτι μη συμβατό, μη αναμενόμενο, ή παράλογο, όπως αναφέρεται στη Νταφούλη [12]. Η μη συμβατότητα είναι συνήθως ανάμεσα σε αυτό που αναμένεται ή αυτό που κανονικά θα πρέπει να συμβαίνει, με αυτό τελικά που συμβαίνει στην πραγματικότητα.

Η λέξη χιούμορ πέρασε στην Νεοελληνική γλώσσα μέσω της Αγγλικής. Οι ρίζες της ξεκινούν από την Παλαιοφραγκική που πήρε τη λέξη από την λατινική (h)umor.

Ουσιαστικά όμως οι ρίζες της λέξης ανάγονται στην ελληνική γλώσσα. Η λέξη χιούμορ αρχικά, δήλωνε τους "χυμούς" ή τα "υγρά" του σώματος, η "κράση" των οποίων καθόριζε την ιδιοσυγκρασία του ανθρώπου και σταδιακά κατέληξε να έχει τη σημερινή του έννοια [1].

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΧΙΟΥΜΟΡ

Στη φυσιολογία του ανθρώπου

Το γέλιο ωφελεί πολλά από τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, όπως το καρδιαγγειακό, μυοσκελετικό, αναπνευστικό, ανοσοποιητικό. Γελώντας 100 φορές την ημέρα λέγεται ότι ισοδυναμεί με 10 λεπτά κωπηλασίας. Το χιούμορ γυμνάζει όχι μόνο τους μυς του προσώπου, αλλά και αυτούς που χρησιμοποιούνται στην κίνηση και την αναπνοή. Κατά τη διάρκεια του γέλιου εκκρίνονται ενδορφίνες, που ευθύνονται για την εμπειρία ευχαρίστησης. Με το γέλιο αυξάνει ο καρδιακός ρυθμός και η πίεση του αίματος. Η αυξημένη πίεση του αίματος ακολουθείται από μια περίοδο ανάπαυσης με μια μεταγενέστερη μείωση της πίεσης κάτω από τα επίπεδα προ του γέλιου. Με το χιούμορ βελτιώνεται ο ρυθμός της πέψης και μειώνεται η μυϊκή ένταση. Στο συντονισμό του γέλιου εμπλέκεται ο υποθάλαμος και ιδιαίτερα η ευχάριστη εμπειρία που παρέχει, πιθανόν να συνδέεται με δραστηριότητες της λίμπιντο [1].

Οι φυσιολογικές επιπτώσεις του χιούμορ είναι η μείωση των ορμονών του στρες (κορτιζόνη και επινεφρίνη), για το λόγο αυτό το χιούμορ και το γέλιο μειώνουν τον κίνδυνο των

νοσημάτων που σχετίζονται με το στρες [15]. Το χιούμορ ενεργοποιεί ταυτόχρονα και τα δύο ημισφαίρια του εγκεφάλου, ενώ αυξάνει την έκκριση ορμονών (κατεχολαμίνες) στις οποίες διακρίνουμε την αδρεναλίνη και έτσι επεξηγείται η αύξηση της προσοχής που επέρχεται ως αποτέλεσμα αυτής, σύμφωνα με τον Berk και τον Coleman, όπως αναφέρεται στο Χανιωτάκη [16].

Στις διαπροσωπικές και εργασιακές σχέσεις

Το χιούμορ θεωρείται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην ευζωία. Η ανάκαμψη από μια ψυχολογική διαταραχή ή σοβαρή ασθένεια χαρακτηρίζεται από ανεβασμένο χιούμορ, που αποτελεί μηχανισμό να ανταπεξέρχεται κάποιος τις δύσκολες καταστάσεις. Μπορεί να μετατρέψει ακόμη και τα αρνητικά συναισθήματα σε θετικά [17].

Η συναισθηματική ισορροπία του ανθρώπου, που αποτελεί ισχυρό στοιχείο της ψυχικής του ανθεκτικότητας, είναι δυνατόν να επιτευχθεί με πολλούς τρόπους, μεταξύ των οποίων και το χιούμορ. Το χιούμορ αποτελεί έναν τρόπο για δημιουργία σχέσεων, εκτόνωσης συγκρούσεων, αντιμετώπισης του άγχους, δημιουργίας ευχάριστου κλίματος και ενδυνάμωσης της συντροφικότητας. Συμπληρωματικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως μέσο αποκλιμάκωσης μιας ανεξέλεγκτης ή επιθετικής συμπεριφοράς [18].

Η επικοινωνία μέσω χιούμορ οδηγεί ιδανικά σε γέλιο, αλλά υπάρχουν και αρκετές άλλες διαφορετικές λειτουργίες που εξυπηρετούνται. Στις θετικές λειτουργίες του συγκαταλέγονται η αύξηση της συνοχής της

ομάδας και η διαχείριση του στρες, ενώ στις αρνητικές, η κοροϊδία και η κοινωνική απομόνωση. Η επικοινωνία μέσω χιούμορ είναι συχνά στρατηγική που καθοδηγείται από στόχους, αλλά τα άτομα μπορεί να έχουν δευτερεύοντες κοινωνικούς στόχους, όταν χρησιμοποιούν χιούμορ πέρα από τη διασκέδαση, ακόμη κι αν δεν το ξέρουν. Η κοινωνική έμμεση επίδραση είναι εμφανής στη διαφήμιση, όπου 25-30% των διαφημίσεων χρησιμοποιούν το χιούμορ για να επηρεάσουν τους καταναλωτές [2].

Το χιούμορ βελτιώνει την επικοινωνία, καταργώντας φραγμούς και κάνοντας τους ανθρώπους να νοιώθουν καλύτερα και κοντά ο ένας στον άλλον. Βοηθά να εγκατασταθεί εμπιστοσύνη και ουδετεροποιεί συναισθηματικά φορτισμένες στιγμές. Χρησιμοποιείται για: α) να καθησυχάσει και να απελευθερώσει συναισθήματα, όπως ο θυμός και β) να διατηρήσει και ενδυναμώσει φιλικές και κοινωνικές σχέσεις [19]. Επίσης, σύμφωνα με τον Davidhizar, το χιούμορ βοηθά τους ανθρώπους να ξεκουράζονται και να απελευθερώνουν ενέργεια, όπως αναφέρεται στην Παπαδοπούλου [1].

Ως συμπληρωματικό μέσο της θεραπείας ασθενών

Το χιούμορ αναμφίβολα βελτιώνει τις σωματικές, νοητικές και πνευματικές λειτουργίες του ανθρώπου. Είναι χρήσιμο στους υγιείς, αλλά και στους ασθενείς, αφού απομακρύνει τη συναισθηματική φόρτιση που προκαλεί μια δυσάρεστη κατάσταση, όπως είναι η απώλεια της υγείας, δίνοντας ανακούφιση κι ελπίδα. Διώχνει το στρες και

την ανησυχία και δίνει στον ασθενή την ευκαιρία να δει την κατάσταση διαφορετικά και να αντιμετωπίζει τη ζωή του από μια λιγότερη σοβαρή πλευρά [20].

Ειδικά για τους χειρουργικούς αρρώστους, και την προεγχειρητική ανησυχία που βιώνουν, λειτουργεί ως αποσπαστικός παράγοντας [21]. Το χιούμορ έχει αναγνωριστεί, ως μηχανισμός αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, ως επιδεξιότητα επικοινωνίας και ως εργαλείο για την προαγωγή της φυσιολογικής θεραπευτικής διαδικασίας. Αξίζει να αναφερθεί, ότι το χιούμορ και το γέλιο δεν υπάρχουν χωρίς τη λύπη, τον πόνο και τα δάκρυα, αφού το ένα εξισορροπεί το άλλο. Γέλιο και κλάμα είναι πολύ κοντά, αφού και τα δυο ανακουφίζουν από την ένταση και προάγουν την κάθαρση του σώματος. Συνήθως οι επαγγελματίες υγείας βλέπουν αυτήν την απελευθέρωση ενέργειας να συμβαίνει με τα δάκρυα του ασθενούς. Όμως, αν και μοιάζουν, το κλάμα στους δυτικούς πολιτισμούς θεωρείται μια πιο ιδιωτική δραστηριότητα, ενώ το γέλιο συνήθως μοιράζεται ανοιχτά, σύμφωνα με τον Erdman, όπως αναφέρεται στην Παπαδοπούλου [1]. Φυσικά, δεν πρέπει να αγνοείται ότι το χιούμορ χρησιμοποιείται ως συμπληρωματικό μέσο και ποτέ ως υποκατάστατο της θεραπείας του ασθενούς.

Επιπρόσθετα, η χρήση του χιούμορ μπορεί να βοηθήσει και τους επαγγελματίες υγείας να συναντήσουν τις δικές τους ανάγκες, προκειμένου να μειώσουν το επαγγελματικό στρες και να προλάβουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης [1].

ΧΙΟΥΜΟΡ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Το χιούμορ ως χαρακτηριστικό του "καλού" εκπαιδευτικού

Συνήθως οι άνθρωποι λειτουργούν περισσότερο ως αποδέκτες και λιγότερο ως παραγωγοί του χιούμορ. Όσοι χρησιμοποιούν το χιούμορ είναι σαφώς πιο ελκυστικοί, συμπαθείς, κοινωνικοί και επικοινωνιακοί. Έχουν δηλαδή ένα πλεονέκτημα, αφού δημιουργούν ευχάριστες καταστάσεις και γίνονται πιο εύκολα αποδεκτοί από τους άλλους. Τα ίδια ισχύουν και στις σχολικές αίθουσες, τόσο για τους εκπαιδευτικούς, που χρησιμοποιούν το χιούμορ με θετικό τρόπο, όσο και για τους μαθητές [16].

Οι μαθητές αποτελούν τον κύριο μέσο αποδέκτη της προσωπικότητας και γενικά της συμπεριφοράς του εκπαιδευτικού. Αρκετές φορές, βλέπουν αλλαγές και τροποποιήσεις της συμπεριφοράς του και ενίοτε, κάνουν και συγκρίσεις μεταξύ των εκπαιδευτικών, αφού είναι τα μόνα άτομα που έρχονται σε στενή επαφή μαζί τους και τους παρατηρούν διαρκώς.

Σε έρευνες που διερευνούν τις απόψεις των μαθητών για τους εκπαιδευτικούς τους, ανάμεσα στα κριτήρια που χρησιμοποιούν, ξεχωρίζουν: α) η γνωστική επάρκεια, β) η καταλληλότητα της κοινωνικής τους συμπεριφοράς και γ) η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης. Ανεξάρτητα από την τακτική που ακολουθούν οι έρευνες, γενικά μπορεί να διαπιστωθεί, πως οι μαθητές προτιμούν τους εκπαιδευτικούς που είναι πλήρως ενημερωμένοι πάνω στο γνωστικό αντικείμενο το οποίο διδάσκουν και έχουν τη δυνατότητα να το προσαρμόζουν στις

συνθήκες της τάξης. Η απονομή δικαιοσύνης έχει μεγάλη σημασία επίσης στην αξιολόγηση των μαθητών, οι οποίοι εκτιμούν ως "καλούς" εκπαιδευτικούς, ιδιαίτερα αυτούς που δεν κάνουν διακρίσεις στους μαθητές, δεν τιμωρούν άδικα, τηρούν τις τιμωρίες τους και έχουν πραγματικά ανθρώπινες ευαισθησίες [22].

Σε άλλη έρευνα της Σαμίκου [23], που αποτυπώνονται οι απόψεις των μαθητών, σχετικά με τον "καλό" δάσκαλο στο πλαίσιο ενός σύγχρονου πολυπολιτισμικού σχολείου, οι μαθητές ξεχώρισαν, ως πάρα πολύ σημαντικό στις απαντήσεις που έδωσαν (ανεξάρτητα της χώρας καταγωγής τους), το χαρακτηριστικό να έχει κάποιος εκπαιδευτικός χιούμορ (75%). Στις αμέσως επόμενες επικρατέστερες απαντήσεις τους, φαίνεται να είναι, το να δείχνει ο εκπαιδευτικός αγάπη για τους μαθητές του (74%), να είναι δίκαιος με όλους (68%), να υποστηρίζει τους αδύνατους μαθητές (68%) και να δείχνει ενθουσιασμό για το μάθημα (30%).

Οι σχολικές τάξεις αποτελούν ετερογενή μέρη, όπου τα πολύπλοκα στοιχεία των ατομικών διαφορών των μαθητών, η προσωπικότητα και το στυλ του εκπαιδευτικού, το κλίμα της τάξης και του σχολείου αλληλεπιδρούν προκειμένου να επηρεάσουν τη μάθηση, τα κίνητρα και την αυτοαντίληψη των μαθητών [18]. Είναι γνωστό ότι το αποτελεσματικό σχολείο συνδέεται σαφώς και με την αποτελεσματικότητα του ίδιου του εκπαιδευτικού. Ανάμεσα στα χαρακτηριστικά που σκιαγραφούν λοιπόν, το προφίλ του αποτελεσματικού δασκάλου, συγκαταλέγεται και το χιούμορ, πέρα από την ακεραιότητα

του χαρακτήρα, τον ενθουσιασμό, την ορθή κρίση, την καλή οργάνωση της σχολικής τάξης, τη σαφήνεια του λόγου, τον καλό σχεδιασμό του μαθήματος, την άρτια γνώση του διδακτικού αντικειμένου, τη συνεχή επανατροφοδότηση και την επιβράβευση των μαθητών του. Είναι άνθρωποι με αίσθηση του χιούμορ, στοργικοί, δραστήριοι, δημιουργικοί, με αγάπη για τη μάθηση, προσιτοί και θετικοί, με υψηλές προσδοκίες για τους μαθητές τους και κυρίως με σεβασμό στην προσωπικότητα των μαθητών τους. Οι δάσκαλοι με χιούμορ είναι ανοιχτόμυαλοι, ευέλικτοι και άμεσοι. Οι μαθητές τους γίνονται πιο δεκτικοί στο μαθησιακό αντικείμενο και εκτιμούν τόσο τον εαυτό τους όσο και το δάσκαλο [24].

Οι επαγγελματίες που ενσωματώνουν το χιούμορ στη διδασκαλία τους, όπως φαίνεται είναι πιθανόν να αξιολογηθούν θετικότερα από τους μαθητές τους. Αναμφισβήτητα, η αυξημένη χρήση του χιούμορ οδηγεί σε αύξηση της αμεσότητας του εκπαιδευτή, με αποτέλεσμα αυτό να αυξάνει την επιθυμία των μαθητών να επιθυμούν να βρεθούν και εκτός τάξης μαζί του. Σε εκπαιδευτές με χιούμορ, φαίνεται ότι οι μαθητές έχουν καλύτερη γνώση και κατανόηση του θέματος που διδάσκεται [25]. Γενικά, η χρήση του χιούμορ στην τάξη θεωρείται ως ένας σημαντικός παράγοντας αμεσότητας του δασκάλου [26].

Τύποι χιούμορ

Έχουν δημιουργηθεί αξιολογικά εργαλεία που μετρούν τις διάφορες διαστάσεις του χιούμορ [27]. Πολύ γνωστή είναι η διάκριση των

Martin *et al.*, όπως αναφέρεται στην Καϊλάρη [28], οι οποίοι ανέπτυξαν την πολυδιάστατη κλίμακα μέτρησης Humor Styles Questionnaire (HSQ) και διαχώρισαν τα δυο θετικά στυλ της χρήσης του χιούμορ από τα δύο αρνητικά, τα οποία υποδηλώνουν συγκεκριμένους τρόπους χρήσης του χιούμορ.

Οι δυο θετικές διαστάσεις του χιούμορ θεωρείται ότι σχετίζονται θετικά με την καλή διάθεση, την κοινωνικότητα, τη διαπροσωπική προσαρμοστικότητα και τη συναισθηματική ευεξία και είναι οι εξής:

α) Το **Φιλικό χιούμορ** (Affiliative humor): Σε αυτή τη διάσταση άτομα με υψηλό δείκτη τείνουν να λένε αστεία πράγματα, προκειμένου να βελτιώσουν τις σχέσεις τους με τους άλλους και να μειώσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις.

β) Το **Αυτοβελτιωτικό χιούμορ** (Self-enhancing humor): Τα άτομα έχουν την τάση να διατηρούν το χιούμορ τους, ακόμα και όταν συναντούν αντιξοότητες στη ζωή, αφού λειτουργεί ως μηχανισμός αντιμετώπισης, αλλά και ως ρυθμιστής των συναισθημάτων τους.

Οι άλλες δύο διαστάσεις, που είναι αρνητικές και οδηγούν στην συναισθηματική εξουθένωση, είναι οι ακόλουθες:

α) Το **Επιθετικό χιούμορ** (Aggressive humor): Σχετίζεται με την ειρωνεία, τον σαρκασμό, τον εμπαιγμό, καθώς και με το σεξιστικό ή ρατσιστικό χιούμορ. Αυτός ο τύπος χιούμορ στοχεύει στη χειραγώγηση και την υποτίμηση των άλλων. Αναφέρεται στις πιο επιθετικές χρήσεις του χιούμορ, που αποσκοπούν στη μείωση των άλλων κι όχι ως ένα συχνά

παιχνιδιάρικο αστείο. Η διαφορά της δύναμης δασκάλου και μαθητή είναι ένας παράγοντας που περιορίζει σημαντικά το αμοιβαίο πείραγμα καθώς οι μαθητές αναγκαστικά το δέχονται χωρίς να μπορούν να αντιδρούν [2].

β) Το **Αυτοσαρκαστικό χιούμορ** (Self-defeated humor): Τα άτομα που χρησιμοποιούν αυτόν τον τύπο χιούμορ κάνουν αστεία πράγματα ή λένε ανέκδοτα, πολλές φορές σε βάρος τους, με αποκλειστικό στόχο να κερδίσουν την εκτίμηση των άλλων. Χρησιμοποιούν συνήθως το χιούμορ για να κρύψουν τα αρνητικά τους συναισθήματα ή να αποφύγουν την εποικοδομητική αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.

Συμπερασματικά, οι Martin *et al.*, όπως αναφέρεται στην Καϊλάρη [28], αξιολογούν δύο διαστάσεις του χιούμορ, που σχετίζονται θετικά (κοινωνικό και αυτοεξυψωτικό) και δύο διαστάσεις, που σχετίζονται αρνητικά (επιθετικό και αυτοκαταστροφικό) με την ψυχική υγεία. Δηλαδή, μια σημαντική διάκρισή τους είναι αυτή, ανάμεσα στο χιούμορ που είναι ευγενικό και καλοπροαίρετο (π.χ. ανεκτικό) και στο χιούμορ που είναι δυνητικά επιβλαβές και τραυματικό, είτε στον εαυτό είτε στις σχέσεις με τους άλλους.

Επιδράσεις του θετικού και αρνητικού χιούμορ στην τάξη

Το θετικό χιούμορ επιτελεί αρκετές λειτουργίες, όπως:

- προάγει τη μάθηση, δημιουργώντας ένα θετικό συναισθηματικό,

ψυχοκοινωνικό μαθησιακό περιβάλλον,

- προάγει την κριτική σκέψη,
- προάγει τη συναισθηματική νοημοσύνη [29],

Από την έρευνα της Chabeli [29], φάνηκε ότι όσο περισσότερο γελούν μαζί δάσκαλος και μαθητής, τόσο μειώνεται η απόσταση τους καθώς και ότι όταν έχει χιούμορ η παρουσίαση του δασκάλου, οι μαθητές δε διστάζουν να κάνουν ερωτήσεις οποτεδήποτε. Οι ερωτώμενοι αισθάνθηκαν ότι το χιούμορ αυξάνει τη συνοχή της ομάδας και μικραίνει την απόσταση δασκάλου-μαθητή. Είναι σημαντικό να παρέχεται γέλιο και παιχνίδι, γιατί τότε οι μαθητές σκέφτονται δημιουργικά, μεγαλώνουν τα όριά τους και το κυριότερο μαθαίνουν με ευχαρίστηση. Όσοι μπορούν να γελούν μαζί, μπορούν να αισθανθούν και άνετα μαζί και ως γνωστόν η άνεση δημιουργεί εμπιστοσύνη. Όταν αισθανθούν άνεση, ασφάλεια και χαρά, τότε μαθαίνουν και χωρίς φόβο.

Το αρνητικό χιούμορ, από την άλλη πλευρά, έχει αρνητική επίπτωση στη μάθηση [29]. Με το αρνητικό χιούμορ, εννοούμε τη στάση που έχει σκοπό να μειώσει, περιγελάσει, στιγματίσει και επηρεάσει αρνητικά τους μαθητές, που μπορεί να τους διχάσει καθώς επίσης και να προκαλέσει αναταραχή. Το χιούμορ μπορεί να γίνει και επικίνδυνη υπόθεση, αφού ο δάσκαλος δεν ξέρει πάντα την προσωπικότητα και τις εμπειρίες των μαθητών και, ως εκ τούτου, μπορεί να γίνει ακατάλληλο. Το ακατάλληλο χιούμορ προσβάλλει ανθρώπους, είναι διασπαστικό, βλάπτει την αυτοεκτίμηση, είναι εχθρικό, ζώδες ή σκληρό και μπορεί να κρύβει

αδυναμία του ίδιου του εκπαιδευτή [30]. Η διακωμώδηση, ακόμη κι αν είναι δικαιολογημένη, μπορεί να επισύρει φθόνο, οργή ή άλλα συναισθήματα, που καθιστούν επώδυνη τη χρήση του αστείου. Δημιουργείται ένα περιβάλλον εχθρικό, με έλλειψη εμπιστοσύνης και μειωμένη αυτοεκτίμηση, που είναι πιθανόν να επιφέρει καταστροφικά αποτελέσματα στην επικοινωνία με τους μαθητές.

Επίσης, θεωρείται αρνητικό το χιούμορ που χρησιμοποιείται σε διάλεξη και ενσωματώνει προκατάληψη, ρατσιστική, σεξιστική και μη επαγγελματική εμπειρία. Ακόμη και οι ίδιοι οι μαθητές όμως, φαίνεται να εκλαμβάνουν ακατάλληλο το χιούμορ που χρησιμοποιούν οι δάσκαλοι και είναι εχθρικό, υποτιμητικό, σεξιστικό ή στοχοποιεί θρησκευτικές ή εθνοτικές ομάδες [25].

ΤΟ ΧΙΟΥΜΟΡ ΣΤΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ

Η επίδραση του χιούμορ στο παιδαγωγικό κλίμα της σχολικής τάξης

Το παιδαγωγικό κλίμα μιας σχολικής τάξης δε διατηρείται πάντα σταθερό, αλλά επηρεάζεται από αρκετούς παράγοντες που μπορεί να συνυπάρχουν, να μεταβάλλονται, να αλληλεπιδρούν σε διαφορετικό βαθμό μεταξύ τους, τόσο από την έναρξη του σχολικού έτους, όσο και κατά τη διάρκειά του. Επηρεάζει σαφώς τη διαδικασία διδασκαλίας και μάθησης, τις σχολικές επιδόσεις των μαθητών, τη διαμόρφωση κοινωνικών και συναισθηματικών σχέσεων μεταξύ τους, τη διάθεση για συμμετοχή στις σχολικές δραστηριότητες. Είναι γεγονός ότι το θετικό

παιδαγωγικό κλίμα οδηγεί σε θετικές συνθήκες και αποτελεσματική μάθηση, αλλά και σε ανάπτυξη των κοινωνικών και συναισθηματικών σχέσεων [31].

Επιηρεάζει τις μαθησιακές επιδόσεις των μαθητών περισσότερο από ορισμένα προσωπικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά ή και από ορισμένα διδακτικά και μεθοδολογικά στοιχεία (μέθοδος διδασκαλίας). Ανάμεσα στους παράγοντες που συγκαταλέγονται σε εκείνους που μπορούν να επηρεάσουν το παιδαγωγικό κλίμα της σχολικής τάξης είναι και ο ίδιος ο εκπαιδευτικός. Η χιούμοριστική διάθεση του μπορεί να αποφορτίσει έντονες καταστάσεις ή και κρίσεις, που πιθανόν να συμβούν στη σχολική τάξη ή να βοηθήσει τους μαθητές να χαλαρώσουν από την έντονη μαθησιακή πίεση που δέχονται. Κάνει τα προβλήματα που υπάρχουν λιγότερο έντονα και σε καμία περίπτωση δεν καλύπτει τα ίδια τα προβλήματα. Δε στρέφεται κατά των μαθητών με κακεντρεχή σχόλια για αυτούς ή τον κωμικό σχολιασμό χαρακτηριστικών, συνηθειών, λόγων ή ενεργειών τους [31].

Από την έρευνα του Askildson [32], φάνηκε ότι η χρήση του χιούμορ δημιούργησε ένα πιο άνετο και ευνοϊκό μαθησιακό περιβάλλον τόσο για τους δασκάλους όσο και για τους περισσότερους μαθητές (82%) που απάντησαν. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι μειώθηκε η ανησυχία, βελτιώθηκε η προσεγγισιμότητα του δασκάλου και αυξήθηκαν τα επίπεδα του ενδιαφέροντος των μαθητών, ως αποτέλεσμα της χρήσης του χιούμορ από τους δασκάλους.

Σε περιβάλλοντα που τα χαρακτηρίζει αυταρχικότητα και πίεση, η σκέψη επιβραδύνεται. Σε αντίθεση, το χιούμορ δημιουργεί μια χαλαρή ατμόσφαιρα που διευκολύνει τη μάθηση. Επίσης, είναι γνωστό, ότι η κριτική σκέψη δεν αναπτύσσεται σε περιβάλλον επικριτικό, απειλητικό, υποτιμητικό, αλλά σε περιβάλλον άνετο, ευχάριστο, ασφαλές, το οποίο υποκινεί. Το χιούμορ είναι ενθαρρυντικό για μια υγιή συμμετοχή όλων των μαθητών, ανεξάρτητα φυλής ή θρησκείας [2]. Ως παιδαγωγικό εργαλείο μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματικό στην παρακίνηση για το θέμα και στην προαγωγή του περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο εκφράζονται κριτική σκέψη, απόψεις και λάθη χωρίς να καταστρέφεται η αυτοεικόνα του μαθητή. Οι δάσκαλοι που δηλώνουν ότι τα λάθη είναι φυσικά και αποδεκτά γελώντας με τα δικά τους, κάνουν τους μαθητές να αισθάνονται λιγότερο ανήσυχoi και πιο άνετοι στην επικοινωνία και να παίρνουν περισσότερα ρίσκα στην επιδίωξη της μάθησης, σύμφωνα με τους ερευνητές Bryant & Zillmann, Cornett και Hill, όπως αναφέρονται στο Banas *et al.* [2]. Επίσης, κάνει τους μαθητές να νοιώθουν ότι δεν απειλούνται, ενδυναμώνει ή διατηρεί τόσο τις καλές σχέσεις ανάμεσα στους εκπαιδευτικούς και τους μαθητές όσο και μεταξύ των ίδιων των μαθητών, σύμφωνα με τους Bryant & Zillmann και τον Ματσαγγούρα, όπως αναφέρει ο Χανιωτάκης [16].

Το κλίμα επηρεάζεται κυρίως αλλά και διαμορφώνεται σαφώς από τις στάσεις, τη συμπεριφορά και τον τρόπο που σχετίζεται ο εκπαιδευτικός με τους μαθητές του. Στους παράγοντες που μπορούν να διαμορφώσουν

θετικό παιδαγωγικό κλίμα, εκτός της μορφής της κοινωνικής οργάνωσης που επιλέγει για την τάξη του, των ευκαιριών που δίνει στους μαθητές του για συμμετοχή στη διδασκαλία και στη λήψη αποφάσεων, του στυλ διδασκαλίας που τον χαρακτηρίζει, της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας του, ένα νέο στοιχείο κερδίζει συνεχώς έδαφος στη βιβλιογραφία και αυτό είναι η χρήση του χιούμορ [16]. Οι μαθητές φαίνεται ότι δεν αξιολογούν πάντα ως σημαντικό το επίπεδο γνώσεων του δασκάλου, αλλά συνήθως το ενδιαφέρον και την προσοχή που δείχνει στους μαθητές του και την ίδια τη σχέση που έχει αναπτύξει μεταξύ τους [2].

Σαφώς, η παρουσία του χιούμορ στις αίθουσες διδασκαλίας θα έβγαζε τους μαθητές από τη βαρετή και μονότονη καθημερινότητα και θα έκανε την ατμόσφαιρα πιο ευχάριστη και πιο διασκεδαστική. Εξίσου αναγκαίο όμως, φαίνεται να είναι και για τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς, αφού η εργασία τους έχει χαρακτηριστεί ως κουραστική και πολλές φορές μονότονη και εξουθενωτική. Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας έχει επανειλημμένα υπογραμμίσει στις εκθέσεις του, ότι η πίεση που σχετίζεται με το επάγγελμά τους έχει επίπτωση όχι μόνο στους ίδιους, αλλά και στην ποιότητα του διδακτικού τους έργου. Η ένταση κι όχι μόνο ο όγκος της εργασίας τους αποτελούν πηγές της νευρικής κόπωσης που αντιμετωπίζουν [33]. Από έρευνα του Tümkaya [34], που μελετούσε τη σχέση χιούμορ και επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out) σε 283 λέκτορες πανεπιστημίων φάνηκε ότι όχι μόνο τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, αλλά και το χιούμορ αποτελούν σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης των διαστάσεων του burn out.

Το χιούμορ, εκτός από μέσο διαμόρφωσης ενός ευχάριστου περιβάλλοντος στην τάξη, και ως ένας δημιουργικός τρόπος επικοινωνίας και βελτίωσης των γνωστικών δεξιοτήτων μαθητών και δασκάλων, μπορεί να λειτουργήσει και ως ένα εργαλείο διαχείρισης της σχολικής τάξης για τους δασκάλους. Έχει παρατηρηθεί ότι συχνά οι δάσκαλοι στρέφονται στο χιούμορ για να διαχειριστούν τους μαθητές που προκαλούν αναστάτωση και γενικά για εκείνους που εκδηλώνουν μη επιθυμητή συμπεριφορά στην τάξη, π.χ. που κουβεντιάζουν, αργοπορούν κλπ. [30].

Τα αποτελέσματα έρευνας της Καϊλάρη [28], έδειξαν πως η αίσθηση του χιούμορ των εκπαιδευτικών που γίνεται αντιληπτή στην τάξη, προβλέπει θετικά την αποτελεσματική διαχείριση της σχολικής τάξης. Ειδικότερα, οι έξι από τις οκτώ υποκλίμακες της κλίμακας αίσθησης του χιούμορ, όπως η απόλαυση του χιούμορ, το χιούμορ στην καθημερινή ζωή, το χιούμορ κάτω από συνθήκες άγχους, το γέλιο, η παιγνιώδης/σοβαρή στάση και η θετική/αρνητική διάθεση, συνδέονται θετικά με την αυτοαποτελεσματικότητα στη διαχείριση της σχολικής τάξης.

Γενικότερα, η χρήση του χιούμορ στη διδασκαλία επιφέρει, σύμφωνα με τον Aboudan: [35]

- βελτίωση του κλίματος στη σχολική τάξη
- βελτίωση σχέσης δασκάλου-μαθητή
- αύξηση ευχαρίστησης
- μείωση έντασης
- διευκόλυνση μάθησης
- ενδυνάμωση της μνήμης

- αύξηση κατανόησης του θέματος
- αύξηση της προσοχής των μαθητών

Η ποσότητα και ο τύπος του χιούμορ φαίνεται να είναι σημαντικά στην αξιολόγηση της επίδρασης του χιούμορ στο κλίμα της τάξης. Επίσης, φαίνεται ότι το πολύ χιούμορ βοηθά το δάσκαλο να εγκαταστήσει ένα μη τυπικό περιβάλλον που μπορεί να θεωρηθεί ως υποστηρικτικό. Ενώ η υπερβολική χρήση επιθετικού χιούμορ συνδέεται με αρνητικό κλίμα της τάξης, με έλλειψη χιούμορ και τυπικότητα [36].

Χιούμορ και επικοινωνία δασκάλου-μαθητή

Ως παιδαγωγική προϋπόθεση για να έχουμε τα αναμενόμενα οφέλη από το γέλιο και το χιούμορ στην τάξη είναι η συνολική θετική συναισθηματική προσέγγιση του μαθητή από τον εκπαιδευτικό, που είναι και στοιχείο ουσιώδες στην παιδαγωγική επικοινωνία, δηλ. στη σχέση δασκάλου-μαθητών. Αυτή η εγγύτητα, που μπορεί να γίνει εμφανής από στάσεις του εκπαιδευτικού που υποδηλώνουν ενδιαφέρον, κατανόηση, υποστήριξη, ενθάρρυνση του μαθητή κλπ. διαμορφώνει μια αρμονική σχέση μεταξύ δασκάλου-μαθητή, αυξάνει πολύ την πιθανότητα το περιεχόμενο της μάθησης να γίνει πιο κατανοητό. Από την άλλη, αν έχουμε αρνητικές συμπεριφορές από το δάσκαλο, όπως αυταρχικότητα, ειρωνεία, επιθετικότητα και έλλειψη συμπαράστασης στους μαθητές επέρχεται αναπόφευκτα διαταραχή στη σχέση τους και παράλληλα διαταράσσεται το γενικότερο κλίμα της τάξης. Οπότε οι μαθητές αντιπαθούν το δάσκαλο ή του δείχνουν αδιαφορία, γεγονός που επηρεάζει και την

πρόσληψη οποιουδήποτε μηνύματος προέρχεται από αυτόν, ακόμη και του αστείου ή κωμικού [16].

Επίσης, ο εκπαιδευτικός δίνοντας τη δυνατότητα στο μαθητή για αυτενέργεια, ανάληψη πρωτοβουλίας, ελεύθερη έκφραση της προσωπικής του άποψης στην τάξη, άσκηση κριτικής και σε γενικότερο πλαίσιο ενεργούς συμμετοχής του μαθητή στην τάξη, συμβάλλει στη διαμόρφωση ενός βελτιωμένου κλίματος. Όταν λοιπόν αυτά συνυπάρχουν στην τάξη, τότε είναι δυνατόν το χιούμορ να μπορεί να έχει μια σημαντική συμβολή και να αξιοποιηθεί κατάλληλα και αποτελεσματικά στη βελτίωση της παιδαγωγικής αλληλεπίδρασης και της μάθησης. Το χιούμορ δηλαδή από μόνο του, είναι πολύ δύσκολο έως αδύνατον, να αποκαταστήσει μια μη ισορροπημένη σχέση επικοινωνίας μεταξύ δασκάλου και μαθητών, να κάνει να ξεχαστεί μια ελλιπής ή ανύπαρκτη συναισθηματική υποστήριξη από μέρους του και ως εκ τούτου να ανατρέψει ένα γενικότερο κακό προφίλ του δασκάλου [16].

Το πιο σημαντικό θεωρητικό πλαίσιο που χρησιμοποιείται από ψυχολόγους και εκπαιδευτές ερευνητές εστίαζε στο χιούμορ ως ένα συστατικό στοιχείο ενός ευρύτερου πλαισίου παραγόντων που έχουν επιπτώσεις στο μάθημα, γνωστές ως συμπεριφορές αμεσότητας. Η αμεσότητα ενισχύει τη μάθηση [26] και το χιούμορ ενισχύει την αμεσότητα, επομένως οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα τη μάθηση [16]. Το χιούμορ συχνά είναι ένα παράδειγμα αμεσότητας του δασκάλου, που ενισχύει τις απόψεις των μαθητών για την αμεσότητα του δασκάλου. Χιούμορ και

αμεσότητα βρίσκονται σε μια σχέση αμφίδρομη [2].

Χιούμορ και μάθηση

Πρακτικά είναι αδύνατον στην καθημερινότητά τους οι μαθητές να έχουν συνεχώς τεταμένη την προσοχή τους στο μάθημα και βέβαια, είναι φυσικό να αδιαφορούν, όταν ο εκπαιδευτικός δεν γνωρίζει καλά το διδακτικό αντικείμενο ή αν η μεθοδολογία του αντικρούει τις αρχές της σύγχρονης διδακτικής μεθοδολογίας. Η αδιαφορία των μαθητών, έχει χαρακτηριστεί από τους εκπαιδευτικούς, ως ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζουν στις σχολικές αίθουσες. Είναι γεγονός, ότι η προσοχή συνδέεται άρρηκτα με τη μάθηση υποστηρίζει ο Gruner (1976), όπως αναφέρεται στους Banas *et al.* [2] και το χιούμορ έρχεται να προσελκύσει και να διατηρήσει την προσοχή, που είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη μάθηση.

Με το χιούμορ αυξάνεται η προσοχή των μαθητών και διατηρείται το ενδιαφέρον αμείωτο, χωρίς διασπάσεις και αυτό συμβαίνει ιδιαίτερα όταν το χιούμορ είναι σχετικό με το αντικείμενο της διδασκαλίας. Αλλά ακόμη και όταν είναι μη σχετικό, έχει θετικές επιδράσεις, αφού λειτουργεί ως ένα μικρό και αναγκαίο διάλειμμα, απαραίτητο για αποφόρτιση της εντάσεως από τη συνεχή νοητική συγκέντρωση. Πιθανόν όμως, ορισμένες φορές, το μη σχετικό χιούμορ να λειτουργήσει διασπαστικά για τη μάθηση. Ακόμη όμως και σε αυτή την περίπτωση, που ο δάσκαλος δεν επιτυγχάνει τους γνωστικούς στόχους του, θα συμβάλλει σαφώς στη

διαμόρφωση ενός πιο ευχάριστου κλίματος και άρα θα επηρεάσει θετικά τη μάθηση με έμμεσο τρόπο [16]. Το κατάλληλο χιούμορ, που είναι και σχετικό με το περιεχόμενο της μάθησης, έλκει την προσοχή, τη συγκρατεί και προάγει ένα άνετο και παραγωγικό μαθησιακό περιβάλλον [37].

Σύμφωνα με τους Kher, Molstad & Donahue, όπως αναφέρεται στο Χανιωτάκη [16], ο εκπαιδευτικός μπορεί να χρησιμοποιήσει το χιούμορ με κατάλληλο τρόπο και στον κατάλληλο χρόνο για να προσελκύσει την προσοχή τους. Ειδικότερα, όταν τους βλέπει αδιάφορους ή απάθει, αλλά ακόμη και σε μαθήματα δύσκολα και απαιτητικά (πχ. μαθηματικά), που οι μαθητές φοβούνται ή είναι άτολμοι ή δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους ή είναι αρνητικοί, λόγω αρνητικών παρελθουσών εμπειριών.

Η δυνατότητα χρήσης πολλαπλών μέσων εκπαιδευτικής τεχνολογίας στη διδασκαλία (PPP, graphics, animation, videos από internet κλπ.) δημιουργεί ποικίλα κανάλια μάθησης. Τα κόμικς συνδέονται με το χιούμορ, αφού ο χαρακτήρας των κόμικς φανερώνει στοιχεία αστείου και θέτει το ζήτημα του χιούμορ, της διασκέδασης και της μάθησης [38]. Αυτός που δημιουργεί χιούμορ, στην ουσία παράγει κάτι νέο, μέσα από τη στιγμιαία ανάμειξη δύο αιτιαστων πλαισίων αναφοράς. Η πρόκληση του χιούμορ απελευθερώνει τη φαντασία και τη δημιουργικότητα, σύμφωνα με τον Λαλούμη, όπως αναφέρεται στο Χανιωτάκη [16]. Ο εκπαιδευτικός μπορεί μέσα από το χιούμορ να ενθαρρύνει τους μαθητές του να απελευθερώσουν τη σκέψη τους και τη δημιουργικότητά τους με πρωτότυπο τρόπο,

όπως υποστηρίζουν οι Powell & Andresen στο Χανιωτάκη [16]. Επίσης, η διαφορετικότητα ενσωμάτωσης του χιούμορ στο εκπαιδευτικό υλικό (καρτούν, κασέτες κλπ) αποτελεί μια δυσκολία σχετικά με την διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για την επίδραση του χιούμορ στη μάθηση[2].

Μια μετα-ανάλυση των Martin *et al.*, όπως αναφέρεται στο Bolkan, Griffin & Goodboy [39], έδειξε σημαντική ετερογένεια στις έρευνες που εξέταζαν την επίδραση του χιούμορ του εκπαιδευτικού στη μάθηση. Το ενσωματωμένο χιούμορ (intergrated humor) είναι αυτό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην τάξη για να εξηγήσει το μάθημα και σχετίζεται άμεσα στην πληροφορία που αναμένεται να αποκτήσουν οι μαθητές.

Η θεωρία Instructional Humor Processing Theory (IHPT) των Wanzer, Frymier & Irwin [40], υποστηρίζει ότι αν το χιούμορ είναι κατάλληλο και σχετίζεται με το μάθημα δημιουργεί θετικά αποτελέσματα στην προσοχή των μαθητών, αυξάνει την ικανότητα και την κινητοποίηση για να γίνουν κατανοητά τα εκπαιδευτικά μηνύματα. Έτσι, οι μαθητές φαίνεται να μαθαίνουν περισσότερο όταν η εκπαίδευσή τους ενσωματώνει σχετικό και κατάλληλο χιούμορ. Ίσως βέβαια, το περιεχόμενο που ενσωματώνει το χιούμορ, αρκετές φορές να τους αποσπά από το να θυμηθούν και να συγκεντρωθούν στην ουσία του μαθήματος. Σε μια μετα-ανάλυση του χιούμορ για τη διαφήμιση του Eisend, όπως αναφέρεται στους Bolkan *et al.* [39], βρέθηκε ότι το χιούμορ επηρεάζει την προσοχή και επιδρά θετικά, αλλά δεν συνδέεται με την κατανόηση και την ανάκληση πληροφοριών.

Σχετικά με το θέμα της ποσότητας του χιούμορ και την ιδανική συνταγή του για την αποτελεσματικότερη μαθησιακή διαδικασία, η ιδανική ποσότητα χιούμορ σε μια διδακτική ώρα, σύμφωνα με το Zin, όπως αναφέρεται στο Χανιωτάκη [16], είναι 3 έως 4 χιουμοριστικές αναφορές, ενώ για τους ερευνητές Kher, Molstad & Donahue, που ασχολήθηκαν με την πανεπιστημιακή διδασκαλία, είναι μία χιουμοριστική αναφορά σε κάθε διδακτική ώρα, όπως αναφέρεται επίσης στο Χανιωτάκη[16]. Στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, δεν είναι τόσο διαδεδομένη η χρήση του χιούμορ, αφού δύο στους δέκα εκπαιδευτικούς δε χρησιμοποιούν καθόλου χιούμορ στη διδασκαλία τους [16]. Σε πειραματικές μελέτες που έγιναν από τους ερευνητές Aria & Tracey, Garner, Williams, οι φοιτητές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, που παρακολούθησαν διδασκαλίες με χιούμορ, φάνηκε ότι είχαν καλύτερες επιδόσεις, σχετικά με τη συγκράτηση πληροφοριών, συγκρινόμενοι με την ομάδα ελέγχου, όπου δεν υπήρχαν καθόλου χιουμοριστικές παρεμβάσεις, όπως αναφέρεται στο Χανιωτάκη [16].

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΧΙΟΥΜΟΡ

Δεν υπάρχουν μαγικές συνταγές για την αποτελεσματική χρήση του χιούμορ, αφού κάθε διδασκαλία είναι μοναδική, μια μοναδική παράσταση, όπου εκπαιδευτικός και μαθητές είναι διαφορετικοί κάθε φορά, κάθε τάξη διαφορετική από τις υπόλοιπες και σε γενικό πλαίσιο θεωρείται ότι οι συνθήκες είναι πάντα διαφορετικές. Χιούμορ, που έχει επιτυχία και είναι αποτελεσματικό στη μία

τάξη, μπορεί να προκαλέσει διαφορετικές αντιδράσεις σε κάποια άλλη [16].

Χιούμορ μπορούν να εντάξουν όλοι οι δάσκαλοι που το επιθυμούν στη διδασκαλία τους, ανεξάρτητα αν πιστεύουν ότι έχουν ή όχι το χιούμορ ως στοιχείο της προσωπικότητάς τους. Δηλαδή, ακόμη και οι δάσκαλοι που δεν έχουν έμφυτη ή φυσική αίσθηση του χιούμορ, μπορούν να τα καταφέρουν, αν το χρησιμοποιήσουν μετά από προσεκτικό σχεδιασμό και σταδιακά στη διδασκαλία τους. Για να αποκτήσουν τη δεξιότητα αυτή, πρέπει να παρατηρούν οι ίδιοι και να υπάρχει ανατροφοδότηση από μαθητές ή συναδέλφους τους του χιουμοριστικού υλικού που χρησιμοποιήθηκε στις διδασκαλίες τους.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθούν δύο θεμελιώδεις προϋποθέσεις, που είναι απαραίτητες για να είναι αποτελεσματικό το χιούμορ στη διδασκαλία: α) να έχουν πειστεί οι εκπαιδευτικοί για την αξία του χιούμορ στη διδασκαλία και να μην έχουν την πεποίθηση ότι αντικρούει στη σοβαρότητα, που απαιτεί ο ρόλος τους και β) να απομακρυνθούν από την αντίληψη ότι το χιούμορ αποτελεί μια έμφυτη ικανότητα, οπότε δεν δικαιούνται όλοι να προσπαθούν παρά μόνο όσοι την έχουν.

Στην ουσία, το ζητούμενο είναι ο εκπαιδευτικός να προσπαθήσει να ενσωματώσει στο προσωπικό και διδακτικό του στυλ ορισμένα μόνο στοιχεία που προσωπικά του ταιριάζουν, πάντα πειραματιζόμενος με διαφορετικές μορφές έκφρασης, μέχρι να καταλήξει σε αυτές, που είναι αποτελεσματικές και στη δική του τάξη.

Είναι σημαντικό και προτιμητέο, το εκπαιδευτικό χιούμορ να έχει σχέση με το αντικείμενο της διδασκαλίας.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι το χιούμορ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να δώσει έμφαση ή διευκρίνιση σε ένα σημείο, στην αρχή για επεξήγηση σύνθετων εννοιών ή θεμάτων αλλά ακόμη και στο κλείσιμο μιας ομιλίας [29]. Οποτεδήποτε όμως κι αν χρησιμοποιηθεί, ο εκπαιδευτικός πρέπει να το χρησιμοποιεί επλεκτικά και με μέτρο, χωρίς υπερβολές, χωρίς να προσβάλλει και χωρίς να είναι σε βάρος των μαθητών του. Να κάνει δηλαδή ορθή χρήση του χιούμορ, χωρίς να χάνει την ταυτότητά του, την προσωπικότητά του, δηλ. να παραμένει στην ουσία ο εαυτός του [41].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το χιούμορ, ως χαρακτηριστικό της ανθρώπινης προσωπικότητας, αλλά και ως εκπαιδευτικό και παιδαγωγικό εργαλείο, δεν οδηγεί πάντα στα επιθυμητά αποτελέσματα, αφού δε χρησιμοποιείται πάντα από τους εκπαιδευτικούς με τον ενδεδειγμένο τρόπο. Όταν κάποιος διδάσκει, πρέπει να λαμβάνει υπόψη του, ότι το χιούμορ πρέπει να χρησιμοποιείται με κατάλληλο τρόπο και να είναι σχετικό και συνοφασμένο με το θέμα ή το περιεχόμενο της μαθησιακής δραστηριότητας. Επιπλέον, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ηλικιακές ιδιαιτερότητες των μαθητών, προκειμένου το αστείο να γίνεται εύκολα αντιληπτό και να επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Δεν πρέπει να συνδέεται με την πρόκληση άβολων καταστάσεων και τη γελοιοποίηση κάποιου

ατόμου (π.χ. αστεία για φυσικά χαρακτηριστικά ή αδυναμίες, σεξιστικά ή ρατσιστικά σχόλια).

Το χιούμορ είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στο δάσκαλο και το μαθητή. Για το λόγο αυτό, η Jeder ισχυρίζεται ότι είναι σημαντικό να δίνεται βαρύτητα στην εξάσκηση των δασκάλων σε αυτή τη δεξιότητα από τη βασική τους ακόμη εκπαίδευση, όπως αναφέρει η Καϊλάρη [28].

Ιδιαίτερα σήμερα, το χιούμορ είναι ίσως ένα κρίσιμο ζήτημα στις σχολικές τάξεις, που πολλές φορές κυριαρχεί η παρουσία των PC και των κινητών τηλεφώνων αφού δρουν αποσπαστικά στην επιθυμητή προσοχή που απαιτεί η μάθηση. Η κατάλληλη χρήση του χιούμορ και η θετική ανατροφοδότηση είναι ένα σημαντικό βήμα προς το χτίσιμο της εμπιστοσύνης ιδιαίτερα των νέων δασκάλων. Υπάρχουν βέβαια και επιφυλάξεις, αφού έχει αναφερθεί από τους Nasiri & Mafakheri [30], ότι υπάρχει αρκετός φόβος και ανησυχία από τους δασκάλους για τη χρήση του χιούμορ ως διδακτικής μεθόδου, μιας και θεωρούν ότι ίσως χαθεί η εξουσία τους στην τάξη και τελικά χάσουν το σεβασμό των μαθητών τους.

Βέβαια, το χιούμορ, όπως εύκολα μπορεί να γίνει αντιληπτό, θέλει μεγάλη προσοχή στη χρήση του, όπως να χρησιμοποιείται με τον κατάλληλο τρόπο και να εναρμονίζεται με

τους διδακτικούς στόχους. Στα σύγχρονα πολυπολιτισμικά μαθητικά περιβάλλοντα, ένα άλλο στοιχείο που δεν πρέπει να αμελείται είναι ότι η χρήση του χιούμορ οφείλει να γίνεται με σεβασμό στην κουλτούρα των μαθητών. Είναι ανάγκη λοιπόν, να υπάρχει ενδιαφέρον για εκπαίδευση δασκάλων σε καλές στρατηγικές ενσωμάτωσης και διαχείρισης χιούμορ στη σχολική τάξη [30]. Δεν έχει ιδιαίτερη σημασία οι εκπαιδευτικοί απλά να χρησιμοποιούν το χιούμορ στη διδασκαλία τους, αλλά το πώς να το χρησιμοποιούν επωφελώς. Και αυτό ακριβώς είναι που καθορίζει και την αποτελεσματικότητά του στην τάξη. Αυτό εξαρτάται από το σωστό τύπο χιούμορ που θα χρησιμοποιηθεί, στο σωστό χρόνο, υπό τις κατάλληλες συνθήκες και με κατάλληλη υποκίνηση των μαθητών.

Σήμερα περισσότερο από ποτέ, οφείλουμε να αναγνωρίσουμε την συμπληρωματική λειτουργία του χιούμορ και του γέλιου μέσα σε ένα πλαίσιο παιδαγωγικής αλληλεπίδρασης, που δημιουργεί συνθήκες για ενεργητική συμμετοχή των μαθητών στη μαθησιακή διαδικασία, ομαδική εργασία και αποτελεσματική επικοινωνία. Το χιούμορ φαίνεται ότι ως παιδαγωγικό εργαλείο είναι ικανό, τόσο να βελτιώσει όσο και να βλάψει το μαθησιακό περιβάλλον της τάξης κι αυτό εξαρτάται τελικά από τη χρήση που θα κάνει ο κάθε δάσκαλος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπαδοπούλου Δ. Το χιούμορ ως θεραπευτικό μέσο. Νοσηλευτική. 2000; 39(4):364-7.
2. Banas JA, Dunbar N, Rodriguez D, Liu SJ. A Review of Humor in Educational Settings: Four Decades of Research. *Communication Education*. 2011; 60(1):115-144.
3. Watson M, Emerson S. Facilitate learning with humor. *J.Nurs.Educ*. 1988;27(2):89-90.
4. Buxman K. Make room for laughter. *AJN*.1991;9(12):46-51.
5. Bellert J. Humor. A therapeutic approach in oncology nursing. *Cancer Nursing*. 1989;12(2):65-70.
6. Erdman L. Laughter therapy for patient in cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1993;11(4):55-67.
7. Gibson L. Healing with humor. *Nursing*.1994; 24(9):56-7.
8. Hunt A. Humor as a nursing intervention. *Cancer Nursing*. 1993;16(1):34-39.
9. Pasero C. Is laughter the best medicine? *AJN*. 1998;98(12):12-14.
10. Κρομμύδα Μ. Το χιούμορ. Διπλωματική εργασία. Α.Σ.ΠΑΙ.ΤΕ. Ιωάννινα 2016.
11. Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό. Τόμος 9. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 1993.
12. Νταφούλη Σ. Οργάνωση και Διοίκηση της Εκπαίδευσης. Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος; 2009.
13. Τοάκωνα Β. Η κοινωνιογλωσσολογία του χιούμορ. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη; 2013.
14. Ρούσσας Ι. Το χιούμορ στα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Διπλωματική εργασία. ΤΕΙ Πελοποννήσου; 2013.
15. Savage BM, Lujan HL, Thipparathi RR & DiCarlo SE. Humor, laughter, learning, and health! A brief review. *Adv Physiol Educ*. 2017;41:341-347.
16. Χανιωτάκης Ν. Παιδαγωγική του Χιούμορ. Εκδόσεις Πεδίο;2011.
17. Ruch W, McGhee PE. Humor Intervention Programs in *The Wiley Blackwell Handbook of Positive Psychological Interventions*. First Edition.2014;179-193.
18. Αντωνίου ΑΣ, Μουτσοπούλου Ε. Αίσθηση του χιούμορ και χαρισματικά παιδιά: Όταν ο έξυπνος περνιέται για «εξυπνάκιας». Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης; 2016.<http://dx.doi.org/10.12681/edusc.419>
19. Levinson D, Amber M. Humor in *Encyclopedia of Cultural Anthropology*. 1st edition. American Reference Publishing Company. Cakerville.1996;(2):618-21.
20. Σταματάκη Π. Το γέλιο και το χιούμορ ως συμπλήρωμα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι πάντα αποτελεσματικό. *Ογκολογική Ενημέρωση*.1999;1(4): 252.
21. Gaberson KB. The effect of humorous distraction on preoperative anxiety. *AORN*.1991;54:1258-63.
22. Ταμίσογλου Χ. Απόψεις μαθητών για τους εκπαιδευτικούς. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*. 1996;88:77-80.
23. Σαμίκου Α. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού. Οι απόψεις των μαθητών σχετικά με τον «καλό δάσκαλο». Μια εμπειρική έρευνα μεταξύ μαθητών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στο πλαίσιο του σύγχρονου πολυπολιτισμικού σχολείου. Η περίπτωση του Ν. Αχαΐας. Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου; 2016.
24. Θωμά Ρ. Παράγοντες σχολικής αποτελεσματικότητας. *Επιστημονικό Βήμα*. 2010;(14):15-24.
25. Nienaber K, Abrams G, Segrist D. The Funny Thing Is, Instructor Humor Style Affects Likelihood of Student Engagement. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning*.2019;19(5):53-60.
26. Gorham J, Christophel DM. The relationship of teachers' use of humor in the classroom to immediacy and student learning. *Communication Education*. 1990;(39): 46-62.

27. Ruch W, McGhee PE. Humor Intervention Programs in The Wiley Blackwell Handbook of Positive Psychological Interventions. First Edition. 2014;179-193.
28. Καϊλάρη Α. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την αποτελεσματικότητα τους να διαχειρίζονται τη σχολική τάξη. Ο ρόλος του χιούμορ και των επικοινωνιακών ικανοτήτων. Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Θεσσαλονίκη; 2019.
29. Chabeli M. Humor: A pedagogical tool to promote learning. *Curationis*. 2008; 31(3):51-59.
30. Nasiri F, Mafakheri F. Higher Education Lecturing and Humor: From Perspectives to Strategies. *Higher Education Studies*. 2015;5(5):26-31.
31. Οικονομίδης Β. Το παιδαγωγικό κλίμα της σχολικής τάξης και ο ρόλος του εκπαιδευτικού. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*. 2018;65:1-17.
32. Askildson L. Effects of humor in the language classroom: humor as a pedagogical tool in theory and practice. *Arizona Working Papers in SLAT*. 2005;(12):45-61.
33. Ηλιού Μ. Συνθήκες εργασίας των εκπαιδευτικών: πίεση (stress) και επαγγελματική κόπωση. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*. 1996;89:27-28.
34. Tümkaya S. Burnout and humor relationship among university lecturers. *Humor: International Journal of Humor Research*. 2007;20(1):73-92.
35. Aboudan R. Laugh and Learn: Humor and Learning a Second Language. *International Journal of Arts and Sciences*. 2009;3(3):90-99.
36. Stuart WD, Rosenfeld LB. Student perceptions of teacher humor and classroom climate. *Communication Research Reports*. 1994;11(1):87-97.
37. Chiang YC, Lee CY, Wang CY. Effects of Classroom Humor Climate and Acceptance of Humor Messages on Adolescents' Expressions of Humor. *Child Youth Care Forum*. 2016; 45:543-569.
38. Τζιφόπουλος Μ. Τα ψηφιακά κόμικς στο σχολείο του 21ου αιώνα: προετοιμάζοντας τους σύγχρονους εκπαιδευτικούς. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*. 2018;65:160-178.
39. Bolkan S, Griffin DJ, Goodboy AK. Humor in the classroom: the effects of integrated humor on student learning. *Communication Education*. 2018;67(2): 144-164.
40. Wanzer MB, Frymier AB, Irwin J. An explanation of the relationship between instructor humor and student learning: Instructional humor processing theory. *Communication Education*. 2010;59:1-18.
41. Hellman S. Humor in the classroom: Stu's seven simple steps to success. *College Teaching*. 2007;55:37-39.

Humor as an educational instrument during the learning process

Despina Papadopoulou

RN, Surgical Specialty, Msc Health Management, Adult Instructor, Public Institute Vocational Training of Nursing, "Tzaneio" General Hospital, Piraeus, Greece

ABSTRACT

Humor is known mainly as a defence mechanism to deal with difficulties and to see situations with a more optimistic look. It has effects on the biological, social and psychological condition of the individual. For the sciences of education, it seems to perform another important function, when used in the appropriate way, at the appropriate time, with the correct "dose" and taking into account the specificities of the students. And this is clearly the positive effect it has indirectly on the learning process, since it arouses the interest of the students, strengthens the communication relationship between the teacher and the student and improves the pedagogical climate in the classroom. It is therefore possible that humor can be used as a modern educational tool during the learning process by all teachers, after adapting it to their personality and avoiding its negative aspects.

The purpose of this review is to change the educational community's established perceptions and attitudes, by highlighting the value of humor as an educational tool that facilitates the learning process and b) to incorporate innovative practices, such as the application of humor into the learning process, in order to attract the interest of students and to strengthen the pedagogical relationship between teacher and student.

Keywords: humor, education, learning process, educational tool

Citation

D. Papadopoulou. Humor as an educational instrument during the learning process. Scientific Chronicles 2020; 25(3): 455-472

Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας-Υπάρχον Νομοθετικό Πλαίσιο και πρόταση Εθνικού Φορέα Διασφάλισης Ποιότητας-Διαμόρφωση Εθνικής Ατζέντας ασφάλειας των ασθενών

Ε. Κουλλιάς¹, Ι. Αποστολάκης², Π. Σαράφης³

¹ ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, ² ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ³ ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ποιότητα στην υγεία αποτελεί πρόσφατα αναγνωρισμένο αγαθό και η διασφάλισή και παροχή της ένα αντικείμενο, υπό μελέτη τα τελευταία 60 χρόνια, διεθνώς. Ως όρος συμβαδίζει με την επιδίωξη της ασφάλειας των ασθενών. Στην Ελλάδα η καθυστέρηση ίδρυσης ενός εθνικού συστήματος υγείας οδήγησε σε καθυστέρηση εφαρμογής ελέγχων ποιότητας των υπηρεσιών. Σημαντικά βήματα έγιναν την τελευταία 20ετία, με τη δημιουργία αντιστοιχού νομοθετικού πλαισίου και την ίδρυση των πρώτων μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας. Ωστόσο, το επόμενο βήμα απαιτεί τη δημιουργία ενός εθνικού φορέα διασφάλισης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, ο οποίος θα δραστηριοποιηθεί σε πολλούς σχετικούς τομείς, όπως η κλινική διακυβέρνηση, η δημιουργία πρωτοκόλλων και προτύπων αξιολόγησης πράξεων και δομών, η πιστοποίηση, η ανάπτυξη εθνικών δεικτών, η ηγεσία, η εκπαίδευση και η ασφάλεια των ασθενών. Στο πλαίσιο της ασφάλειας, η διαμόρφωση μίας σχετικής εθνικής ατζέντας θα συμβάλει στον στρατηγικό σχεδιασμό της επόμενης πενταετίας και την ομαλή και επιτυχή μετάβαση σε μία νέα εποχή ολικής ποιότητας και βέλτιστης αποδοτικότητας στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Απαραίτητες προϋποθέσεις περιλαμβάνουν την εμπλοκή των άμεσα ενδιαφερόμενων, σε όλα τα κλιμάκια, και την εξασφάλιση χρηματοδότησης, καθώς και μηχανισμών εποπτείας και συντονισμού από την ηγεσία.

Λέξεις ευρητηρίου: ποιοτικός έλεγχος, διασφάλιση, κύκλος ποιότητας, διοίκηση ολικής ποιότητας, νομοθετικοί σταθμοί, εθνικός φορέας διασφάλισης ποιότητας, πιστοποίηση, πρωτόκολλα, εθνική ατζέντα, ασφάλεια ασθενών

Παραπομπή

Ε. Κουλλιάς, Ι. Αποστολάκης, Π. Σαράφης. Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας-Υπάρχον Νομοθετικό Πλαίσιο και πρόταση Εθνικού Φορέα Διασφάλισης Ποιότητας-Διαμόρφωση Εθνικής Ατζέντας ασφάλειας των ασθενών. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(3): 473-488

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα, με αντιπροσωπευτικό παράδειγμα τον Όρκο του Ιπποκράτη, ο οποίος έθεσε τις βάσεις της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας. Η άνοδος του βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου των τελευταίων δεκαετιών, με την παράλληλη επιστημονική και τεχνολογική πρόοδο στον τομέα της υγείας, έχει συντελέσει στην καθιέρωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ως βασικό δικαίωμα και ανάγκη κάθε ανθρώπου. Ωστόσο, η μεγέθυνση του πεδίου των γνώσεων και των δυνατοτήτων των υπηρεσιών, σε συνδυασμό με την πολυπλοκότητα οργάνωσης και λειτουργίας των Δομών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΔΠΥΥ) οδηγούν στην εξέλιξη του ορισμού της ποιότητας και του τρόπου αξιολόγησής της. Ο σκοπός των υπηρεσιών υγείας είναι η πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των ασθενειών, μειώνοντας το φορτίο νόσου και αποκαθιστώντας ή διατηρώντας τη λειτουργικότητα του ασθενούς [1-3]. Ο Donabedian όρισε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως τη «μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπ' όψιν τα οφέλη και τις ζημιές της διαδικασίας περίθαλψης και των επιμέρους σημείων της», εστιάζοντας στο μοντέλο «δομή-διαδικασία-έκβαση» ως βάση για την αξιολόγηση της ποιότητας στην υγεία [4,5]. Ένας διαφορετικός ορισμός, περιγράφει την έννοια της ποιότητας ως τον βαθμό, στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς, σύμφωνα με το σύγχρονο επίπεδο επιστημονικών γνώσεων [3], αλλά και τους διαθέσιμους πόρους. Σφαιρικότερος είναι ο

ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος οριοθετεί την ποιότητα ως το βαθμό επίδρασης, που έχουν οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας στην επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων, με τον μικρότερο δυνατό κίνδυνο, τόσο για τους ασθενείς μεμονωμένα, όσο και για τους πληθυσμούς συνολικά. Οι ποιοτικές υπηρεσίες υγείας χαρακτηρίζονται από ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, καθώς και έγκαιρη προσφορά τους με ισότητα πρόσβασης και ανθρωποκεντισμό [6]. Συνοπτικά, η ποιότητα στην υγεία περιγράφει την αποδοτικότητα και ασφάλεια των εφαρμοζόμενων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων, που στόχο έχουν τη διατήρηση της ψυχοσωματικής υγείας του ασθενούς, στο πλαίσιο της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Η επέκταση της έννοιας της ποιότητας αντικατοπτρίζει τις προσπάθειες της ηθικής να συμβαδίσει και χαλιναγωγήσει τα επιστημονικά επιτεύγματα του τελευταίου αιώνα. Παρ' όλ' αυτά, ο ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας δεν ταυτίζεται με τον ορισμό της ποιότητας στη βιομηχανική παραγωγή, αντίθετα διατηρεί ισχυρό το προσωποκεντρικό στοιχείο και δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ασφάλεια του αποδέκτη των υπηρεσιών, ένα από τα σημαντικότερα διακυβεύματα στην προσπάθεια παροχής του αγαθού της υγείας. Κύριο ζητούμενο των σύγχρονων υπηρεσιών είναι η αποφυγή πρόκλησης προλαμβανόμενης βλάβης στον ασθενή,

προσφέροντας του παράλληλα, όσο το δυνατόν μεγαλύτερο όφελος. Η αξία της ασφάλειας του ασθενούς και η ανάγκη προαγωγής της υπογραμμίζεται σε κείμενα διεθνούς εμβέλειας, όπως η Διακήρυξη του Τόκιο [7]. Στο κείμενο αυτό, με εφελτήριο τις πολιτικές υγείας του ΠΟΥ, διαμηνύεται η ανάγκη για δέσμευση των κρατών για υλοποίηση μηχανισμών ελέγχου και διασφάλισης ποιότητας σε όλο το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, από τα ιδιωτικά και περιφερειακά ιατρεία, έως τα νοσοκομεία, με επικέντρωση στην καθολική πρόσβαση σε ασφαλείς και αποδοτικές ιατρικές πρακτικές [7]. Απαραίτητη συνθήκη επίτευξης του στόχου συνιστά η εκπαίδευση, σε κάθε πτυχή της διοίκησης του τομέα υγείας, στη νοοτροπία της ασφαλούς, ανθρωποκεντρικής παροχής υπηρεσιών αλλά και την εμφύσηση μιας κουλτούρας, η οποία εστιάζει στη διασφάλιση, την εξέλιξη και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας, ανάγοντας την σε ευθύνη κάθε εργαζόμενου, στο πλαίσιο της φιλοσοφίας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ).

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικών άρθρων στις Ηλεκτρονικές Βάσεις δεδομένων Medline/Pubmed και GoogleScholar καθώς και σε βιβλία, επιστημονικά περιοδικά και ιστοσελίδες με την βοήθεια λέξεων κλειδιών. Η αναζήτηση έγινε μέσω του εσωτερικού δικτύου του πανεπιστημίου απ' όπου η πρόσβαση σε αρκετές ψηφιακές τοποθεσίες και ψηφιακές βιβλιοθήκες ήταν ελεύθερη. Οι κυριότερες λέξεις - κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: ποιοτικός έλεγχος, διασφάλιση, κύκλος ποιότητας, διοίκηση ολικής ποιότητας, νομοθετικοί σταθμοί,

εθνικός φορέας διασφάλισης ποιότητας, πιστοποίηση, πρωτόκολλα, εθνική ατζέντα, ασφάλεια ασθενών.

Στην παρούσα εργασία θα γίνει αναφορά στη, σχετική με την ποιότητα στο χώρο της υγείας, ελληνική νομοθεσία, έως σήμερα, και θα δοθεί μία πρόταση για την ίδρυση και οργάνωση ενός Εθνικού Φορέα Διασφάλισης Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας, ως πρώτο βήμα διαμόρφωσης μίας Εθνικής Ατζέντας για την Ασφάλεια των Ασθενών στη χώρα μας.

ΟΙ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Στη χώρα μας η ίδρυση ενός εθνικού συστήματος υγείας καθυστέρησε σημαντικά σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Αντίστοιχα, η θεώρηση της υγείας και η καθολική πρόσβαση σε αυτήν, ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, καθιερώθηκε μόλις το 1974. Η επιδίωξη της ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών και η εγκαθίδρυση μηχανισμών ελέγχου και διασφάλισης ποιότητας στην υγεία, μέσα από το κατάλληλο νομοθετικό πλαίσιο, ξεκίνησε μόλις την τελευταία δεκαετία του περασμένου αιώνα με τον Νόμο 2519/21-8-1997 [8]. Στο ΦΕΚ 165Α' ορίζονται όργανα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών και συνίσταται το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας, στα πλαίσια του Εθνικού Κέντρου Ερευνών Υγείας. Σκοπό του αποτελεί η αξιολόγηση και η στατιστική και οικονομική ανάλυση των ιατρικών πράξεων και των υπηρεσιών υγείας, εν γένει, και η υποβολή αντιστοιχών εκθέσεων στο Υπουργείο Υγείας. Επιπλέον, αναλαμβάνει τη

διασφάλιση της ποιότητας και τη χορήγηση ανάλογων πιστοποιητικών στους παρόχους υπηρεσιών υγείας, αλλά και τη συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και ερευνητικά κέντρα σε θέματα υγείας. Παράλληλα, γίνεται προσπάθεια ανασυγκρότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και της αποδοτικότερης λειτουργίας του. Ακολουθώντας, με το Νόμο 2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α/2.3.2001) [9] ιδρύονται τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.) και ορίζονται οι αρμοδιότητες των Διοικητικών Συμβουλίων τους, μεταξύ των οποίων και ο συντονισμός, η παρακολούθηση, καταγραφή και υποστήριξη με προσωπικό και πόρους του έργου των ΔΠΥΥ και η αξιολόγησή του βάσει ποσοτικών και ποιοτικών δεικτών. Επιπλέον, εντός του Πε.Σ.Υ. συνιστάται Επιστημονικό Συμβούλιο με αρμοδιότητα, μεταξύ άλλων, τη σύσταση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας. Ωστόσο, εντός των νοσοκομειακών δομών, κάθε σχετική αρμοδιότητα ανατίθεται στο διοικητή.

Ουσιαστική πρόοδος επιτυγχάνεται με το Νόμο 3230/2004 (ΦΕΚ44/Α/11-2-2004) [10], ο οποίος εισήγαγε τη στοχοθέτηση στη διοίκηση, εστιάζοντας στη μέτρηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών. Επιδίωξη του νομοθέτη είναι η αποτελεσματικότερη λειτουργία των υπηρεσιών, μέσω καθορισμού στρατηγικών στόχων από τα ανώτερα κλιμάκια και επιμερισμό ενεργειών στα κατώτερα κλιμάκια. Για την παρακολούθηση της πορείας επίτευξης των στόχων χρησιμοποιούνται γενικοί και ειδικοί δείκτες, καθοριζόμενοι από τον Υπουργό Εσωτερικών και τον αρμόδιο Υπουργό. Επίσης, προβλέπεται η ίδρυση μονάδων ποιότητας και αποδοτικότητας στα Υπουργεία, αλλά και

σε κάθε διεύθυνση ή τμήμα των Περιφερειών, αρμόδιων για μετρήσεις αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών αλλά και κατάρτισης προτάσεων βελτίωσης. Περαιτέρω, ο νομοθέτης μετονομάζει τη μονάδα αποδοτικότητας του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης (ΥΠΕΣΔΔΑ) σε Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας, διευρύνοντας τις αρμοδιότητες της, με δημιουργία τμημάτων τεκμηρίωσης και καλύτερων πρακτικών και ερευνών και μετρήσεων αποδοτικότητας. Το ίδιο έτος, ο Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/Α/18-2-2004) [11] εισάγει καινοτόμες ιδέες για την προαγωγή της υγείας των πολιτών, επιχειρώντας να συνθέσει όλες τις πληροφορίες των ασθενών στον ηλεκτρονικό ιατρικό τους φάκελο και την ηλεκτρονική κάρτα υγείας. Παρ' ότι θα αποτελούσε σημαντικό βήμα για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, δεν προχώρησε η υλοποίησή του, λόγω έλλειψης κονδυλίων, αλλά και κεντρικής πολιτικής βούλησης. Ωστόσο, μικρά βήματα ακολούθησαν μετά από μία πενταετία, με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, προσφέροντας έτσι στους ιατρούς κάποια στοιχεία για τη θεραπευτική αγωγή, που ακολουθούν οι ασθενείς τους. Εννέα χρόνια μετά το συγκεκριμένο νόμο, άρχισαν να δημιουργούνται και να εμπλουτίζονται, σταδιακά, οι πρώτοι ηλεκτρονικοί φάκελοι ασθενών σε κάποια ελληνικά νοσοκομεία, στους οποίους είχαν πρόσβαση μόνο οι ιατροί του ιδρύματος, χωρίς διασυνδεσιμότητα με άλλες δομές. Η δημιουργία των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ) έδωσε νέα ώθηση στη δημιουργία του Ατομικού Ηλεκτρονικού

Ιατρικού Φακέλου (ΑΗΦ) σχεδόν 15 έτη μετά την πρόβλεψη του νομοθέτη. Τέλος, ο συγκεκριμένος νόμος προβλέπει διαδικασίες πιστοποίησης Κέντρων Υγείας, οι οποίες αφορούν τις υποδομές, τον εξοπλισμό, τη στελέχωση, αλλά και την ποιότητα του έργου, της εξυπηρέτησης του κοινού και της τήρησης διαδικασιών. Μάλιστα, προβλέπεται διαδικασία προσωρινού παροπλισμού κέντρων, που δεν πληρούν τις αναγκαίες προϋποθέσεις, μετά τον ετήσιο έλεγχο τους από αρμόδιο φορέα του Υπουργείου Υγείας. Ωστόσο, οι έλεγχοι, όπως και η διαδικασία επέκτασης και στελέχωσης του δικτύου Κέντρων Υγείας, δεν ήταν ανάλογοι του νομοθετικού πλαισίου.

Η επόμενη νομοθετική προσπάθεια προαγωγής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έρχεται με το Νόμο 3329/2005 (ΦΕΚ81/Α'/4-4-2005) [12], που προβλέπει τη δημιουργία τμημάτων βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας, στα πλαίσια της Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αναβαθμίζοντας τον ρόλο των μονάδων ποιότητας και αποδοτικότητας του Νόμου 3230/2004 και αναθέτοντας τους το καθήκον υποστήριξης των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ), της εκάστοτε υγειονομικής περιφέρειας, στη διαδικασία απόκτησης πιστοποίησης ή διαπίστευσης.

Σε συνέχεια του Νόμου 3230/2004 και της ίδρυσης Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας εντός του ΥΠΕΣΔΔΑ, το Προεδρικό Διάταγμα 21/2006 [13] προχωρά σε σύσταση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας στο Υπουργείο Υγείας και

Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) με σκοπό τη μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας και τη διατύπωση προτάσεων για τη βελτίωση της λειτουργίας του υπουργείου και των υπηρεσιών, που υπάγονται σε αυτό. Σκοπός η κεντρική ενορχήστρωση της προσπάθειας συλλογής, καταγραφής, επεξεργασίας, ανάλυσης, αξιολόγησης και αξιοποίησης δεδομένων από τις τοπικές μονάδες ποιότητας και προώθησης λύσεων προβλημάτων, καθώς και η συνεχής βελτίωση ποιότητας, μέσω εισαγωγής αποδοτικότερων και ασφαλέστερων πρακτικών και λήψης ανατροφοδότησης από τους πολίτες. Ως θεσμός προσδίδει ιδιαίτερη ώθηση στην επιδίωξη καθιέρωσης της νοοτροπίας της ποιότητας στο χώρο της υγείας.

Η επόμενη νομοθετική πρωτοβουλία έρχεται το 2010, με το Νόμο 3868/31-7-2010 (ΦΕΚ129/Α'/3-8-2010) [14], μέσω του οποίου παρέχονται κίνητρα για την κάλυψη σε ιατρικό προσωπικό των απομακρυσμένων και νησιωτικών περιοχών, βελτιώνοντας την πρόσβαση των κατοίκων τους σε ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, προβλέπεται η δημιουργία Γραφείου Υποστήριξης Πολίτη σε κάθε νοσοκομειακή δομή και Συμβουλίου Διαβούλευσης, Διαφάνειας και Λογοδοσίας Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας σε κάθε δήμο, με σκοπό την παρακολούθηση της λειτουργίας των υπηρεσιών και την ανάδειξη προβλημάτων και πιθανών λύσεων. Επιπλέον, ο νόμος προσδιορίζει και επεκτείνει τις αρμοδιότητες του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ), όπως αυτές καθορίστηκαν με το Νόμο 3172/2003 (ΦΕΚ197/Α/2003) [15]. Μεταξύ άλλων,

οφείλει να «γνωμοδοτεί για το σχέδιο αξιολόγησης της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας», αλλά και να «διαμορφώνει τη μεθοδολογία και τα κριτήρια ποιοτικού ελέγχου και τεκμηριωμένης αξιολόγησης του επιστημονικού έργου των εποπτευόμενων φορέων και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, στο πλαίσιο του ετήσιου απολογισμού των δραστηριοτήτων τους, και τα κριτήρια για την αξιολόγηση και πιστοποίηση των δραστηριοτήτων κατάρτισης στη δημόσια υγεία». Εκτός αυτών, καθορίζει τα στοιχεία και τους δείκτες σχετικά με την υγεία και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και δρα με στόχο τον έλεγχο και διασφάλιση της. Παρά το διαφορετικό βαθμό απήχησης των πρώτων δύο θεσμών στην ελληνική επικράτεια, το ΕΣΥΔΥ έχει αναπτύξει ευρύτατη δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας από τη σύστασή του.

Τέλος, ο Νόμος 3918/2011 (ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011) [16] εισήγαγε τη συγκρότηση της Επιτροπής Προδιαγραφών στο ΥΥΚΑ, με αρμοδιότητα τον καθορισμό ενιαίων προτύπων ιατροτεχνολογικών προϊόντων και Μητρώου Εγκεκριμένων Προϊόντων και Υπηρεσιών και Μητρώου Εγκεκριμένων Προμηθευτών και Παρόχων Υπηρεσιών, μέσω του Ερευνητικού Κέντρου Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ-πλέον Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης Ποιότητας Τεχνολογίας Υγείας-ΕΚΑΠΤΥ). Παράλληλα, ιδρύεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος αναλαμβάνει τη «θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας» στο δίκτυο

Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), μέσω της Διεύθυνσης Διασφάλισης Ποιότητας.

Τα προαναφερθέντα νομοθετήματα (Πίνακας 1) αποτέλεσαν τα καθοριστικά βήματα για την σταδιακή έναρξη εφαρμογής συστηματικού ελέγχου και διασφάλισης ποιότητας στον χώρο των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, αρχικά με ίδρυση μονάδων ποιότητας και αποδοτικότητας και ακολούθως, Διευθύνσεων Ποιότητας, υπεύθυνων για την εφαρμογή προτύπων και παρακολούθησης δεικτών στο ΕΣΥ. Χαρακτηριστικό της εξέλιξης των νομοθετημάτων είναι ότι η έννοια της ποιότητας και της ανάγκης βελτίωσης της, σταδιακά διαπερνά όλα τα διοικητικά κλιμάκια και, μέσω της στοχοθέτησης, γίνεται ευθύνη του κάθε εργαζόμενου στον τομέα υγείας. Κατάλληλο επόμενο βήμα για την καθιέρωση της κουλτούρας της διοίκησης ολικής ποιότητας στη χώρα μας, θα ήταν η δημιουργία ενός Εθνικού Φορέα Διασφάλισης Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας, ικανού να καλύψει το κενό πιστοποίησης, που υφίσταται σήμερα.

ΠΡΟΤΑΣΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ως υψηλή ποιότητα στο χώρο της υγείας περιγράφεται η επαγγελματικού επιπέδου, ασφαλής, αποδοτική και έγκαιρη παροχή υπηρεσιών με βάση το σύγχρονο επίπεδο θεραπευτικής και διαγνωστικής γνώσης και τεχνολογίας, με επίκεντρο τον πάσχοντα.

Πίνακας 1. Νομοθετήματα σχετικά με την ποιότητα στην υγεία στην Ελλάδα.

N.2519/21-8-1997 (ΦΕΚ165Α')	Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας-Σύσταση Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας
N.2889/Φ.37Α/2.3.2001	Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας
N.3172/2003 (ΦΕΚ197/Α/2003)	Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις-Σύσταση ΕΣΥΔΥ
N.3230/2004 (ΦΕΚ44/Α/11-2-2004)	Καθιέρωση συστήματος διοίκησης με στόχο μέτρηση της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις
Εγκύκλιοι ΥΠΕΣΔΔΑ ΔΟΑ/Φ.01/13237/10.6.2004	Σύσταση Μονάδων Ποιότητας και αποδοτικότητας
N.3235/2004 άρθρα 9-10	Δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου και ηλεκτρονικής κάρτας υγείας-Διασφάλιση της αρχής της εμπιστευτικότητας
N.3329/2005 ΦΕΚ81/Α'/4.4.2005	Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις-Πρόβλεψη Τμημάτων βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας
ΠΔ21/2006	Σύσταση Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας στο Υπουργείο Υγείας
N.3868/31-7-2010 (ΦΕΚ129/Α'/3-8-2010)	Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του ΥΥΚΑ-Επέκταση αρμοδιοτήτων ΕΣΥΔΥ
N.3918/2011 (ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011)	Συγκρότηση Επιτροπής Προδιαγραφών, μητρώο εγκεκριμένων προϊόντων και υπηρεσιών, μητρώο εγκεκριμένων προμηθευτών -Ίδρυση ΕΟΠΥΥ και Διεύθυνσης Διασφάλισης Ποιότητας

Οι προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών οδήγησαν αρχικά στην εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου, σε μία προσπάθεια εντοπισμού προβλημάτων και προγραμματισμού λύσεων τους. Η εξέλιξη

αυτής της προσπάθειας οδήγησε στη δημιουργία ενεργειών και πρότυπων διαδικασιών για την εξασφάλιση του επιπέδου των υπηρεσιών, μεθόδου γνωστής ως διασφάλιση της ποιότητας. Επόμενο βήμα

υπήρξε η ανάπτυξη του πλαισίου συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, με τον συνδυασμό του κύκλου ποιότητας (εκτίμηση προβλήματος, επιλογή προτύπων εφαρμογής, ανάλυση σχετικού τρέχοντος επιπέδου και επιλογή κατάλληλων δράσεων) και της συνεχούς βελτίωσης των προδιαγραφών [17]. Η εφαρμογή αυτής της φιλοσοφίας σε κάθε πτυχή λειτουργίας των ΔΠΥΥ οδηγεί στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Καθοριστικό σταθμό στη δημιουργία αντιστοιχών προτύπων στη χώρα μας θα αποτελούσε η σύσταση ενός εθνικού φορέα πιστοποίησης στο χώρο της υγείας.

Η πρόσφατη εξαγγελία της κυβέρνησης για ίδρυση του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΠΥ) ανανεώνει το ενδιαφέρον για εγκαθίδρυση κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης ποιότητας και ασφάλειας στο χώρο της υγείας. Ο συγκεκριμένος οργανισμός θα αποτελούσε τον καταλληλότερο φορέα υλοποίησης όλων των αναγκών πτυχών για τη διασφάλιση ποιότητας στην υγεία, μέσω ενός πολυτομεακού εθνικού σχεδίου δράσης. Οι προτεινόμενοι τομείς δραστηριοποίησής του περιλαμβάνουν την σύνθεση κατευθυντήριων οδηγιών για την πιστοποίηση ΔΠΥΥ, όπως τα Κέντρα Υγείας, οι ΤΟΜΥ, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, τα κλινικά και απεικονιστικά τμήματα ενός νοσοκομείου, καθώς και τα δημόσια/ιδιωτικά εργαστήρια και εργαστήρια εθνικής αναφοράς. Δράσεις στον τομέα περιλαμβάνουν την ενθάρρυνση και καθοδήγηση των ΔΠΥΥ στη διαδικασία προτυποποίησης των υπηρεσιών τους κατά τα οριζόμενα πρότυπα του ΟΔΠΥ και, ακολούθως και προαιρετικά, κατά τα πρότυπα του Διεθνούς Οργανισμού

Πιστοποίησης (ISO) ή της Οργάνωσης Ενιαίων Ευρωπαϊκών Προτύπων (CEN). Εκτός αυτών, ο ΟΔΠΥ θα ορίζει και τη διαδικασία αξιολόγησης της εφαρμογής των προτύπων, που θα ακολουθείται από τις εποπτεύουσες αρχές (είτε του ΥΓΚΑ είτε ανεξάρτητες), διασφαλίζοντας τη διαφάνειά της.

Ουσιαστικό τομέα δραστηριοποίησης του φορέα αποτελεί η Ανάπτυξη Εθνικών Δεικτών και μεθόδων καταγραφής των αναγκών δεδομένων. Οι μελετώμενοι δείκτες ποιότητας θα αφορούν, κατά Donabedian, τις δομές παροχής υπηρεσιών (π.χ. καταλληλόλητα εγκαταστάσεων, προδιαγραφές εξοπλισμού, προσβασιμότητα, υγιεινή, ρυθμός συντήρησης και βλάβες μηχανημάτων και αντικατάστασή τους), τις διαδικασίες εντός των ΔΠΥΥ (όπως αναμονή, ταχύτητα παροχής υπηρεσιών, αριθμός εξεταζόμενων ασθενών στα τακτικά ιατρεία ή νοσηλεύόμενων στις κλινικές/ημέρα), καθώς και δείκτες έκβασης/αποτελέσματος, όπως είναι οι επιπλοκές (συχνότητα νοσοκομειακών λοιμώξεων, μετεγχειρητικών επιπλοκών, λαθών κατά τη θεραπεία και επανεισαγωγών, έκβαση επιπλοκών), τα ποσοστά και το χρονικό διάστημα επιβίωσης μετά από μια πράξη ή θεραπεία και τα QALYs (Quality-adjusted life years). Η χρήση ενιαίων δεικτών προσφέρει τη δυνατότητα συγκρίσεων μεταξύ των ΔΠΥΥ της χώρας. Οι δείκτες θα προσφέρονται στις ΔΠΥΥ για διενέργεια εσωτερικής αξιολόγησης, αλλά θα αποτελούν και τη βάση για τη δημιουργία εθνικών βάσεων δεδομένων, που θα καθορίζουν τις μελλοντικές στρατηγικές υγείας της χώρας. Τα αποτελέσματα των

αναλύσεων θα υποβάλλονται ανά τακτά διαστήματα στο ΥΥΚΑ.

Εκτός των άλλων, ο εθνικός φορέας θα δύναται να καθοδηγήσει τις ΔΠΥΥ σε ορθές πρακτικές εφαρμογής Κλινικής Διακυβέρνησης, τούτέστιν οργανωμένης προσέγγισης στη δημιουργία και ενημέρωση κλινικών διαδικασιών και πρωτοκόλλων, τα οποία συντάσσονται σε συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό [18,19]. Οι επιμέρους τομείς της κλινικής διακυβέρνησης περιλαμβάνουν τη διαχείριση κινδύνων (όπως οι νοσοκομειακές λοιμώξεις ή οι προκλήσεις διαχείρισης μίας πανδημίας), τη διαχείριση της πληροφορίας (με στόχο την καλύτερη πρόσβαση ασθενών και υγειονομικού προσωπικού), καθώς και τον κλινικό έλεγχο αποτελεσματικότητας των πρακτικών, με έμφαση στη συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού. Μέσω του ΟΔΠΥ ενθαρρύνονται οι διοικήσεις των ΔΠΥΥ να καθορίζουν σαφή πλαίσια κλινικής διακυβέρνησης και να ορίζουν υπεύθυνους εντός της δομής, για την εφαρμογή των οδηγιών. Στόχος είναι η κλινική διακυβέρνηση και η ασφάλεια των ασθενών να λαμβάνεται υπόψιν σε κάθε διοικητική απόφαση. Επιπλέον, ενθαρρύνεται η δημιουργία μηχανισμών ανατροφοδότησης για τη συλλογή δεδομένων από ασθενείς και εργαζόμενους, σε θέματα ασφάλειας και ποιότητας.

Η διασφάλιση και συνεχής βελτίωση της ποιότητας, προϋποθέτει και συνεχή ερευνητική προσπάθεια για την ανάπτυξη και επιλογή των αποδοτικότερων μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας. Σε αυτό τον τομέα, ο φορέας δύναται να προχωρήσει σε

πρωτοβουλίες διασύνδεσης μεταξύ των στελεχών του και αντίστοιχων φορέων πιστοποίησης του εξωτερικού, εισάγοντας τη διεθνή εμπειρία. Παράλληλα, προωθεί και συντονίζει τη μετεκπαίδευση στελεχών του υγειονομικού ή διοικητικού προσωπικού των νοσοκομείων στο εξωτερικό ή σε κέντρα αναφοράς της χώρας μας, αλλά και διοργανώνει εκπαιδευτικές δράσεις με στόχο τη συνεχή επιμόρφωση του προσωπικού σε θέματα ασφάλειας ασθενών και βέλτιστων πρακτικών. Ακόμα, η δημιουργία πρωτοκόλλων κλινικής φροντίδας (Clinical care standards), στηριζόμενων σε διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, συνιστά ένα σημαντικό βήμα για την διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών και της ασφάλειας των ασθενών και του προσωπικού. Παραδείγματα βασικών πρωτοκόλλων είναι η αντιμετώπιση οξέων στεφανιαίων συνδρόμων, η διενέργεια ενδοσκοπικού ελέγχου, η πρόληψη εντωβάθει φλεβοθρόμβωσης και η εποπτεία της χρήσης αντιμικροβιακών. Κάθε πρωτόκολλο μπορεί να συνοδεύεται από αντίστοιχους δείκτες, οι οποίοι θα βοηθήσουν στην τοπική εφαρμογή και την παρακολούθηση των ασθενών. Συν τοις άλλοις, η επιμελής καταγραφή και παρακολούθηση των δεικτών ιατρογενών επιπλοκών και σφαλμάτων προσφέρει τη δυνατότητα στους μηχανισμούς εποπτείας για στοχευμένες παρεμβάσεις στις δομές με τα μεγαλύτερα προβλήματα, αλλά και για ανατροφοδότηση του συστήματος με προτεινόμενες λύσεις.

Στη λογική διαφύλαξης της ασφάλειας των ασθενών, σημαντική θα ήταν η δημιουργία ενός Εθνικού Πλαισίου Διακυβέρνησης Κλινικών Δοκιμών, για τη διαπίστευση των

κέντρων, που συμμετέχουν σε κλινικές δοκιμές φαρμάκων και τεχνικών στην Ελλάδα.

Καθοριστικό ρόλο στην επίτευξη των ανωτέρω, διαδραματίζει η ηγεσία κάθε δομής, η οποία δίνει το στίγμα στην ακολουθούμενη πολιτική ποιότητας. Και σε αυτόν τον τομέα, η καθοδήγηση του φορέα είναι καθοριστική για την υιοθέτηση των κατάλληλων, ανά δομή, κλινική και εργαστήριο, μεθόδων διοίκησης και αντιμετώπισης των προκυπτουσών αναγκών τόσο των ασθενών, αλλά και των εργαζομένων. Ο καθορισμός δεικτών, επί παραδείγματι, σχετικών με την ικανοποίηση των ασθενών, την πληρότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και τη συχνότητα burnout στο προσωπικό, βοηθά στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των διοικητικών πρωτοβουλιών και τη βελτίωσή τους.

Η προώθηση των ανωτέρω τομιακών δράσεων θα μπορεί να γίνεται είτε με την έκδοση οδηγιών και την εθελοντική εφαρμογή τους, με ίδια μέσα, από τις δομές υγείας είτε υπό τη συμβουλευτική εποπτεία στελεχών του φορέα (επί παραδείγματι με τη διδασκαλία σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες ή την καθοδήγηση στη διαδικασία απόκτησης διεθνούς πιστοποίησης τύπου ISO ενός εργαστηρίου). Επιπλέον, οι ΔΠΥΥ, δημόσιες και ιδιωτικές, θα δύνανται να αξιολογούνται από τον φορέα, στα πλαίσια επιθυμίας των διευθύνσεων τους για βελτίωση, ή μετά από αίτημα των εποπτευουσών αρχών για χορήγηση πιστοποίησης. Σε καμία περίπτωση, όμως, ο φορέας δε θα πρέπει να έχει ρόλο ελεγκτή και «τιμωρού». Αντίθετα, αυτές οι διοικητικές αρμοδιότητες οφείλει να

διατηρηθούν από τις υπεύθυνες υπηρεσίες του ΥΥΚΑ, οι οποίες θα ζητούν την επιστημονική συνδρομή του ΟΔΠΥΥ για την εξαγωγή των συμπερασμάτων τους.

Απαραίτητη συνθήκη για την επίτευξη των σκοπών του φορέα διασφάλισης ποιότητας είναι η ανάπτυξη και διατομιακών δράσεων, με έμφαση στην επικοινωνία και το διάλογο τόσο με αντίστοιχους φορείς χωρών του εξωτερικού, όσο και με έτερους φορείς εντός της χώρας μας. Παραδείγματός χάριν, η συνεργασία με τον ΕΟΠΥΥ θα προσέφερε τη δυνατότητα στον ΟΔΠΥΥ για ευκολότερη συλλογή στατιστικών δεδομένων, και αντίστοιχα στον ΕΟΠΥΥ τη δυνατότητα ανάπτυξης πληρέστερων πρωτοκόλλων συνταγογράφησης. Ανάλογες πηγές δεδομένων και τεχνογνωσίας, θα μπορούσαν να είναι τα Εθνικά Παρατηρητήρια, όπως της Άνοιας και νόσου Alzheimer, το Εθνικό Ινστιτούτο Νεοπλασιών και το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Καρκίνου. Αυτού του είδους οι συνεργασίες θα μπορούσαν να συντελέσουν στη δημιουργία ενός Εθνικού Παρατηρητηρίου για την Υγεία, το οποίο θα διατηρεί ανοιχτές γραμμές επικοινωνίας και συλλογής στοιχείων από ιδιωτικές και δημόσιες ΔΠΥΥ και ταμεία ασφάλισης, με στόχο τη δημιουργία Εθνικών Μητρώων Καταγραφής (Registries) δεδομένων σχετικών με νοσήματα όπως καρδιοπάθειες, νεοπλασίες, διαβήτη κ.λπ. Πρόκειται για μία προσπάθεια, που ήδη γίνεται από τον ΕΟΠΥΥ, αλλά χωρίς απτά αποτελέσματα σε πολλές περιπτώσεις, λόγω ανακριβειών και δυσλειτουργιών, που προκύπτουν από τη λειτουργία του ταμείου, ταυτόχρονα, ως αγοραστή υπηρεσιών και ελεγκτή των συμβαλλόμενων με αυτό.

Για τη στελέχωση του ΟΔΠΥ και των υποδιευθύνσεων του μπορεί να χρησιμοποιηθεί έμπειρο προσωπικό από τη Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του ΥΥΚΑ, την αντίστοιχη Μονάδα Ποιότητας του ΥΠΕΣΔΔΑ και τη Διεύθυνση Διασφάλισης Ποιότητας του ΕΟΠΥΥ, καθώς και το ΕΣΥΔΥ. Εξειδικευμένο προσωπικό στους τομείς της διοίκησης πρέπει να αναζητηθεί από τα αντίστοιχα τριτοβάθμια ιδρύματα της χώρας, ενώ οι κατευθυντήριες οδηγίες θα συνταχθούν από επιτροπές αποτελούμενες από μέλη του διδακτικού και επιστημονικού προσωπικού των ιατρικών σχολών και έγκριτων ελληνικών επιστημονικών εταιρειών παθολογίας, καρδιολογίας, χειρουργικής κ.λπ. Πολύτιμη θα είναι η εμπειρία μελών των ISO και CEN, αλλά και οι διάλογοι επικοινωνίας με οργανισμούς, όπως ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ποιότητα (EOQ) και η Αυστραλιανή Επιτροπή Ασφάλειας και Ποιότητας στην Φροντίδα Υγείας (ACSQHC).

ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΤΖΕΝΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η επιδίωξη της ασφάλειας των ασθενών αποτελεί μία προτεραιότητα για τα συστήματα υγείας σήμερα, στα πλαίσια της ιατρικής ηθικής και της Διακηρύξης του Τόκου, αλλά και των ακολουθούμενων στρατηγικών υγείας διεθνών οργανισμών, όπως ο ΠΟΥ και ο ΟΑΣΑ. Από την πεποίθηση του 19ου αιώνα, ότι τα νοσοκομεία είναι επικίνδυνα για την υγεία [20] φτάσαμε, λόγω της επιστημονικής και τεχνολογικής προόδου, στο συμπέρασμα ότι οι ιατρογενείς επιπλοκές είναι σπάνιες [21]. Αυτή η πεποίθηση τέθηκε

υπό αμφισβήτηση κατά τη δεκαετία του 1980 [22,23], οπότε διαπιστώθηκε ότι αρκετοί ασθενείς (έως και 1 στους 10) είναι θύματα ιατρογενών λαθών [24], οφειλόμενων κατά βάση στον τρόπο λειτουργίας των συστημάτων υγείας, παρά τον ανθρώπινο παράγοντα. Ωστόσο, το κόστος των ιατρογενών λαθών δεν είναι μόνο ηθικό, αλλά και οικονομικό (42 δις δολάρια/έτος παγκοσμίως), δεδομένου του αυξημένου κόστους των επανεισαγωγών, των επαναληπτικών χειρουργειών και της αυξημένης νοσηρότητας και θνητότητας, ασκώντας πίεση για την πρόληψη της ιατρογενούς βλάβης και την εμπέδωση πολιτικών ασφάλειας των ασθενών[24]. Με τη δημιουργία μίας εθνικής ατζέντας για την ασφάλεια των ασθενών, επιτυγχάνεται το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση του προβλήματος στη χώρα μας. Την προώθηση της ατζέντας μπορεί να εξυπηρετήσει η σύσταση μίας επιτροπής ασφαλείας ή η σύσταση του ΟΔΠΥ. Προτεινόμενα κύρια θέματα εστίασης της ατζέντας είναι:

Ανάλυση παρούσας κατάστασης ανά ΥΠΕ, σχετικά με το επίπεδο παροχής υπηρεσιών και την ασφάλεια των ασθενών. Διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής για την ασφάλεια των ασθενών με ορίζοντα πενταετίας. Ορισμός περιθωρίου διαμόρφωσης στρατηγικής σε 12 μήνες.

Καθορισμός προτεραιοτήτων άμεσης παρέμβασης. Οι προληπτικές παρεμβάσεις έχουν πολλαπλασιαστικό όφελος, οπότε πρέπει να ξεκινήσουν, έστω σε μικρή κλίμακα, μέσω των γραφείων ποιότητας των ΔΠΥΥ, πριν την ολοκλήρωση του στρατηγικού σχεδίου.

Ανάδειξη του θέματος της ασφάλειας των ασθενών σε μείζον πολιτικό θέμα και συστατικό στοιχείο κάθε απόφασης σχετικής με προϋπολογισμό/αναδιάρθρωση στον τομέα της υγείας.

Καθορισμός πηγών χρηματοδότησης για την υλοποίηση του σχεδίου.

Καθορισμός πρωτοκόλλων αντιμετώπισης επιδημιών και πανδημιών σε εθνικό επίπεδο, ανά Υγειονομική Περιφέρεια και ΔΠΥΥ. Εξασφάλιση αναγκαίου εξοπλισμού προστασίας για τους υγειονομικούς υπαλλήλους και τους ασθενείς.

Δημιουργία Εθνικών Δεικτών σχετικών με την ασφάλεια και σχετικού λογισμικού για την καταγραφή των δεδομένων και αξιολόγησή τους. Συσχέτιση κάθε δείκτη με το οικονομικό όφελος και το όφελος σε QALYs. Ορισμός υλοποιήσιμων στόχων συνολικά και ανά ΔΠΥΥ.

Ανάπτυξη εθνικών πρωτοκόλλων και οδηγιών για κάθε κλινική πράξη. Ανάπτυξη εθνικών προτύπων πιστοποίησης ΔΠΥΥ (κλινικών, απεικονιστικών και εργαστηριακών), ώστε να διασφαλίζεται το επίπεδο ποιότητας σε κάθε δομή της χώρας. Ανάπτυξη Εθνικού Πλαισίου Διακυβέρνησης Κλινικών Δοκιμών.

Προώθηση νοοτροπίας κλινικής διακυβέρνησης σε κάθε διοικητικό κλιμάκιο ως ισάξιας με την οικονομική διοίκηση-διαχείριση.

Δημιουργία διαύλων επικοινωνίας (τηλεφωνική γραμμή, ιστοσελίδα, συλλογή δεδομένων από γραφεία παραπόνων των ΔΠΥΥ) με τους ασθενείς και το

ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για συλλογή εμπειριών και προτάσεων για βελτίωση. Η εμπλοκή τους στη διαδικασία είναι ζωτικής σημασίας για την ευαισθητοποίησή τους.

Δημιουργία Εθνικού Μητρώου Καταγραφής Ιατρογενών Σφαλμάτων. Δημιουργία Επιτροπής Ιατρογενών Σφαλμάτων ανά ΔΠΥΥ, η οποία θα τροφοδοτεί το Εθνικό Μητρώο.

Προώθηση εκπαιδευτικών πρωτοβουλιών στις ΔΠΥΥ για πρόληψη των βασικότερων σφαλμάτων-επιπλοκών, όπως οι νοσοκομειακές λοιμώξεις, η εντωβάθει φλεβοθρόμβωση και πνευμονική εμβολή, τα έλκη κατακλίσεως, οι πτώσεις, τα λάθη στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και οι λάθος ή καθυστερημένες διαγνώσεις. Η Επιτροπή Λοιμώξεων και η Επιτροπή Ιατρογενών Σφαλμάτων θα ηγούνται της προσπάθειας, με τη συνδρομή του ΟΔΙΠΥ και των Ιατρικών και Νοσηλευτικών Σχολών. Προώθηση εμβολιασμών ασθενών και εργαζομένων ΔΠΥΥ, με βάση το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. Καθορισμός διαδικασιών διαχείρισης νοσοκομειακών αποβλήτων και σχετική εκπαίδευση του προσωπικού. Καθορισμός προεγχειρητικών και αναισθησιολογικών λιστών (checklists) για την πρόληψη επιπλοκών.

Προώθηση παρεμβάσεων στις ΔΠΥΥ για την επιτάχυνση παροχής φροντίδας και ταχύτερη εξυπηρέτηση.

Προκλήσεις παρακολούθησης εφαρμογής οδηγιών. Ορισμός εποπτεύουσας και συντονίστριας αρχής αξιολόγησης της πορείας του σχεδίου και την αναπροσαρμογή του. Κοινοποίηση του σχεδίου σε κάθε

εμπλεκόμενο φορέα και ηγεσία ΥΠΕ και ΔΠΥΥ, οι οποίες οφείλουν να εφαρμόσουν τους στόχους του, εξειδικεύοντας καθήκοντα και ευθύνες ανά κλιμάκιο και ανά εργαζόμενο. Διενέργεια εσωτερικών αξιολογήσεων ανά βμηνο. Κοινοποίηση αναφορών στο ΥΥΚΑ και δημοσίευση αποτελεσμάτων ανά έτος.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί έναν αναπτυσσόμενο τομέα τις τελευταίες δεκαετίες. Παγκόσμιοι οργανισμοί, όπως ο ΠΟΥ και ο ΟΑΣΑ προσφέρουν μεθόδους και τεχνογνωσία με βάση τις τρέχουσες ανάγκες και την υλικοτεχνική υποδομή κάθε χώρας. Τα συστήματα υγείας διεθνώς μεταβαίνουν από απλές διαδικασίες ελέγχου σε πρότυπα διασφάλισης ποιότητας, με στόχο τη συνεχή βελτίωση και τη διοίκηση ολικής ποιότητας. Σε κάθε επίπεδο, οι ακολουθούμενες στρατηγικές ποιότητας σκοπεύουν να εμψυχήσουν σε ηγεσίες και λοιπούς εμπλεκόμενους φορείς ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας οφείλει να είναι ασφαλής, ανθρωποκεντρική, επίκαιρη, έγκαιρη, αποτελεσματική και προσβάσιμη στους πολίτες.

Η σχετική νομοθεσία στην Ελλάδα καθυστέρησε να δημιουργηθεί, ωστόσο σημαντικά βήματα έγιναν από το 1997 και μετά, με τη δημιουργία Μονάδων και Γραφείων Ποιότητας σε κάθε δομή ΔΠΥΥ. Παράλληλα, έχει δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στα δικαιώματα των ασθενών με δημιουργία αντίστοιχων γραφείων, ενώ καινοτομίες, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και ο

ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος διευκολύνουν την προσπάθεια καλύτερης παροχής υπηρεσιών υγείας, με πολλά περιθώρια βελτίωσης.

Τα επόμενα βήματα για την καθιέρωση νοοτροπίας ολικής ποιότητας χρειάζεται να γίνουν στα πλαίσια ενός εθνικού φορέα διασφάλισης ποιότητας υπηρεσιών υγείας, όπως ο εξαγγελθείς ΟΔΙΠΥ. Για να είναι επιτυχής, ο φορέας θα χρειαστεί να δραστηριοποιηθεί σε πλειάδα τομέων, δημιουργώντας πρότυπα πιστοποίησης κάθε κλινικής πράξης και κάθε υγειονομικής δομής, πρότυπα κλινικού ελέγχου, διακυβέρνησης και ασφάλειας ασθενών και προσωπικού, καθώς και εθνικούς δείκτες αξιολόγησης δομών, διαδικασιών και αποτελεσμάτων. Παράλληλα, πρέπει να εμπνεύσει και να καθοδηγήσει τις ηγεσίες των φορέων, που θα αναλάβουν να εφαρμόσουν τις οδηγίες του. Πολύτιμος σύμμαχος στην ολοκλήρωση του έργου θα είναι η διεθνής εμπειρία αντίστοιχων φορέων άλλων χωρών, αλλά και η διατομεακή συνεργασία με φορείς του εσωτερικού, όπως ο ΕΟΠΥΥ, το ΕΣΥΔΥ και τα ελληνικά πανεπιστήμια. Σημαντικό είναι ο φορέας να μη δημιουργηθεί με τη λογική του ελεγκτικού μηχανισμού, αλλά να λειτουργεί ως επιστημονικό ίδρυμα παροχής τεχνογνωσίας και οδηγιών. Ο συντονισμός και η εποπτεία πρέπει να διενεργείται από το ΥΥΚΑ.

Όσον αφορά τον τομέα της ασφάλειας, ο συγκεκριμένος φορέας θα μπορούσε να εκκινήσει τη συζήτηση και να συντάξει μία εθνική ατζέντα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, με τα φλέγοντα ζητήματα, που πρέπει να επιλυθούν τα επόμενα έτη.

Απαραίτητη συνθήκη αποτελεί η ανάλυση της παρούσας κατάστασης και ο καθορισμός στρατηγικών στόχων για την ασφάλεια, με προοπτική πενταετίας. Ταυτόχρονα, πρέπει να καθοριστούν τομείς άμεσης παρέμβασης για τη βελτίωση των υπηρεσιών. Τα οφέλη δε θα είναι μόνο ηθικά και πολιτικά, από τη μείωση των ιατρογενών επιπλοκών, αλλά και οικονομικά, για το σύστημα υγείας, καθώς είναι γνωστό ότι τα ιατρογενή σφάλματα κοστίζουν χιλιάδες QALYs και δισεκατομμύρια ευρώ, παγκοσμίως, κάθε χρόνο[24]. Επιπλέον, τα αρχικά οφέλη των παρεμβάσεων θα ενθαρρύνουν την ηγεσία του ΥΥΚΑ και τις ηγεσίες των ΥΠΕ και ΔΠΥΥ, να προχωρήσουν στην εφαρμογή των

μακροπρόθεσμων στόχων του εθνικού σχεδίου δράσης.

Σημαντικός κίνδυνος κάθε τέτοιας πρωτοβουλίας είναι ο αποκλεισμός, από το διάλογο, των άμεσα ενδιαφερομένων, των ασθενών και των εργαζομένων, που μπορεί να καταδικάσει την προσπάθεια σε αποτυχία. Επίσης, είναι αναγκαίο να προβλεφθούν, στη συζήτηση της ατζέντας, οι χρηματοδοτικοί πόροι και οι διαδικασίες ελέγχου και εποπτείας της εφαρμογής του στρατηγικού σχεδίου δράσης, που θα εισάγει τη χώρα μας σε μία νέα εποχή ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, ώστε η προσπάθεια να στεφθεί από επιτυχία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva, Switzerland: WHO Basic Documents; 1948.
2. Dubos R. Mirage of Health. New York: Doubleday Anchor; 1959.
3. Nelson, AR. Measuring performance and improving quality. Sterling, London; 1996.
4. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. I. The definition of quality and approaches to its assessment, 1980; Ann Arbor: Health Administration Press; 1985.
5. Donabedian A. The Quality of Care. JAMA, 1988;260(12):1743-1748.
6. World Health Organization. Continuous quality development: A proposed national policy. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen; 1993.
7. Tokyo Declaration on Patient Safety. Third Global Ministerial Summit on Patient Safety, 14 April 2018, Tokyo, Japan. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204005.pdf> [Accessed 10th June 2020].
8. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν. 2519/21-8-97, ΦΕΚ 165 Α'. «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», 1997.
9. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν. 2889/2001, ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001. «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος υγείας Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις», 2001.

10. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν. 3230/2004, ΦΕΚ 44/Α/11-2-2004. «Καθιέρωση συστήματος διοίκησης με στόχους, μέτρηση της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις», 2004.
11. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν. 3235/2004, ΦΕΚ 53/Α/18-2-2004. «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», 2004.
12. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν.3329/2005, ΦΕΚ 81/Α'/4-4-2005. «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», 2005.
13. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Προεδρικό Διάταγμα 21/2006, ΦΕΚ 17/Α/2006. «Σύσταση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας και Τμήματος Προσβασιμότητας Ατόμων με Αναπηρίες στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», 2006.
14. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν. 3868/2010, ΦΕΚ 129/Α/ 3-8-2010. «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», 2010.
15. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν. 3172/2003, ΦΕΚ197/Α/2003. «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις», 2003.
16. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν. 3918/2011, ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011. «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», 2011.
17. Τούντας Γ. Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2003;20(5):532-546.
18. Καδδά Ο. Κλινική διακυβέρνηση στις υπηρεσίες υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 2019;18(1):1-3.
19. Gauld R, Horsburgh S. Measuring progress with clinical governance development in New Zealand: perceptions of senior doctors in 2010 and 2012. BMC Health Serv Res. 2014;14:547.
20. Starr P. Transformation of defeat: the changing objectives of national health insurance, 1915-1980. American Journal of Public Health, 1982;72(1):78-88.
21. Berwick D M. Era 3 for Medicine and Health Care. JAMA. 2016;315(13):1329.
22. Institute of Medicine. To Err is Human: Building A Safer Health System. 1999. Available from: <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/1999/To-Err-is-Human-Building-A-Safer-Health-System.aspx> [Accessed 11th June 2020].
23. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust. 1995;163(9):458-471.
24. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of Patient Safety. OECD; 2017. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf> [Accessed 11th June 2020].

Healthcare Quality-Current Legislation-Establishment of a National Agency for Quality Assurance and National Patient Safety Agenda

E.Koullias¹, I.Apostolakis², P.Sarafis³

¹ School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, ² School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras /Laboratory of Medical Physics, Medical School, National and Kapodistrian University, Athens, ³ School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras/ Department of Nursing, School of Health Sciences, Technical University of Lefkosia, Cyprus

ABSTRACT

Quality in health services is a newly recognized right and its assurance and provision is an internationally studied object for the past 60 years. As a term it goes hand in hand with the pursuit of patient safety. In Greece, the delayed establishment of a national health system has caused the implementation of quality control services to lag behind. In the last 20 years the creation of a corresponding legal framework and the first quality assurance mechanisms have been important steps. However, the formation of a national organization to ensure the quality of health services constitutes the next stage. This body will operate in many relevant areas, such as clinical governance, protocols and standards for evaluating operations and facilities, certification, development of national indicators, leadership, education and patient safety. In the context of security, the formation of a relevant national agenda will contribute to the strategic planning of the next five years and the smooth and successful transition to a new era of total quality and optimal efficiency in health services in Greece. Necessary conditions include the involvement of those directly concerned, at all levels, and the allocation of financial resources as well as supervision and coordination mechanisms by the leadership.

Keywords: quality control, assurance, quality cycle, total quality management, legislation landmarks, national quality assurance organization, certification, protocols, national agenda, patient safety

Citation

E. Koullias, I. Apostolakis, P. Sarafis. Healthcare quality-current legislation-establishment of a national agency for quality assurance and national patient safety agenda. Scientific Chronicles 2020; 25(3): 473-488

Πρόταση ανάπτυξης κατάλληλης δομής υπηρεσιών υγείας και αποθεραπείας-αποκατάστασης για ΑμεΑ στην Περιφέρεια Πειραιά

Συμεών Ναούμ

Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα άτομα με αναπηρία-ΑμεΑ, αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού, ενώ τα διάφορα είδη και οι ιδιαιτερότητες των αναπηριών τους, καθιστούν επιτακτική την ανάγκη ίδρυσης δομών υγείας και αποθεραπείας-αποκατάστασης για τα άτομα αυτά. Στην περιφερειακή ενότητα Πειραιά, η λειτουργία τέτοιων δομών είναι ανεπαρκής, γεγονός που έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ΑμεΑ. Γίνεται αντιληπτό, πως η πρόταση ανάπτυξης μιας τέτοιας δημόσιας δομής (Κέντρο Αποθεραπείας Αποκατάστασης) στη συγκεκριμένη Περιφέρεια είναι σημαντική για τη βελτίωση της λειτουργίας, της αυτοεξυπηρέτησης και της ποιότητας ζωής των ΑμεΑ. Η επιλογή της καταλληλότερης (βέλτιστης) λύσης-πρότασης στηρίχθηκε στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, ενώ για την εφαρμογή της εκπονήθηκε χρονοδιάγραμμα Gantt. Για τη διασφάλιση της επιτυχημένης εφαρμογής της επιλεγείσας λύσης, προσδιορίζονται οι φορείς που εμπλέκονται (stakeholders) καθώς και ο τρόπος που αυτοί επηρεάζουν την εφαρμογή της. Με βάση τα όσα ισχύουν για την επικοινωνία-διαφήμιση, προσδιορίστηκαν οι επικοινωνιακοί στόχοι για την ενημέρωση-πληροφόρηση και δημιουργία θετικού κλίματος στο ευρύ κοινό, προκειμένου να επιτευχθεί η στήριξη της υλοποίησης και λειτουργίας της προτεινόμενης λύσης. Η λύση που επιλέχτηκε, συνίσταται στη δημιουργία Ελάχιστης Μονάδας Ιατρικής Αποκατάστασης για ΑμεΑ στην περιφερειακή ενότητα Πειραιά, που εκπληρώνει τα κριτήρια επιλογής που τέθηκαν, αποτελώντας μια σχετικά οικονομική, εν μέσω κρίσης, λύση καθώς θα ικανοποιήσει ανάγκες Ατόμων με κινητική αναπηρία στη μεγάλη αυτή περιφέρεια.

Λέξεις ευρετηρίου: άτομα με αναπηρία, υπηρεσίες υγείας και παροχές, κέντρα αποκατάστασης-αποθεραπείας ΑμεΑ, λήψη αποφάσεων

Παραπομπή

Σ. Ναούμ. Πρόταση ανάπτυξης κατάλληλης δομής υπηρεσιών υγείας και αποθεραπείας-αποκατάστασης για ΑμεΑ στην Περιφέρεια Πειραιά. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(3): 489-504

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για την αναπηρία χρησιμοποιούνται συχνά οι όροι «άτομα με ειδικές ανάγκες» ή «άτομα με

ειδικές ικανότητες». Στην Ελλάδα κατά την τελευταία αναθεώρηση του Συντάγματος [1], χρησιμοποιείται ο όρος «άτομα με αναπηρία-ΑμεΑ». Για την αναπηρία, υπάρχουν πολλοί

ορισμοί, οι περισσότεροι των οποίων έχουν ιατρικό προσανατολισμό, τονίζοντας κυρίως την απόκλιση του ατόμου από το «φυσιολογικό», ενώ παραμελούν τους κοινωνικούς παράγοντες που συμβάλουν στον καθορισμό της αναπηρίας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), ενοποιώντας το ιατρικό και το κοινωνικό μοντέλο σε μια «βιο-ψυχο-κοινωνική σύνθεση» [2], υιοθέτησε το πλέον πρόσφατο μοντέλο αναφοράς (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF) [3], που περιγράφει και εκτιμά την υγεία και αναπηρία, αντικαθιστώντας το προηγούμενο μοντέλο Διεθνή Ταξινόμηση Βλάβης, Ανικανότητας και Αναπηρίας (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps-ICIDH). Σύμφωνα με το ICF, **η αναπηρία** ορίζεται ως το αποτέλεσμα οργανικών - περιβαλλοντολογικών αιτιών, οι οποίες δημιουργούν ένα σύνολο εμποδίων σε σημαντικές δραστηριότητες της ζωής, όπως αυτοεξυπηρέτηση, απασχόληση, εκπαίδευση, ψυχαγωγία και η γενικότερη κοινωνική συμμετοχή. Οι αναπηρίες χωρίζονται σε [4]: 1) **κινητική αναπηρία** (εγκεφαλική παράλυση, τετραπληγία, παραπληγία κ.λπ.), 2) **αισθητηριακή αναπηρία** (κώφωση, τύφλωση κ.λπ.), 3) **ψυχική αναπηρία** (μανιοκατάθλιψη, σχιζοφρένεια κ.λπ.), 4) **νοητική αναπηρία** (αυτισμός, σύνδρομο Down, κ.λπ.) και 5) **άλλες αναπηρίες** (βαριές και πολλαπλές αναπηρίες κ.λπ.). Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει επίσημη απογραφή ΑμεΑ, ωστόσο, σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ. και επίσημων κρατικών φορέων, ο αριθμός τους υπολογίζεται γύρω στο 1 εκατομμύριο [5].

Για την ικανοποίηση των αναγκών των ΑμεΑ η, υποστηριζόμενη από τον Π.Ο.Υ., Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία [6] απαιτεί από τις χώρες να εξασφαλίσουν στα ΑμεΑ ότι δεν υφίστανται διακρίσεις στην παροχή περίθαλψης και ότι λαμβάνουν κατάλληλες υπηρεσίες υγείας-αποκατάστασης. Η αποκατάσταση είναι μια διαδικασία που προορίζεται να διευκολύνει τα ΑμεΑ ώστε να επιτύχουν και να διατηρήσουν μια βέλτιστη σωματική, αισθητηριακή, διανοητική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία, παρέχοντας παράλληλα τα μέσα-δραστηριότητες που χρειάζονται για να επιτύχουν την ανεξαρτησία και αυτοδιάθεση τους [7].

Στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες Υγείας - Αποθεραπείας - Αποκατάστασης (rehabilitation) ΑμεΑ, παρέχονται στα Κέντρα Αποκατάστασης-Αποθεραπείας (Κ.Α.Α.), τα οποία, όμως, κρίνονται ανεπαρκή και ελλιπή, καθώς: [8] 1) είναι λίγα, με λίγες διαθέσιμες κλίνες και αδυναμία κάλυψης των περιστατικών, 2) τα περισσότερα Κ.Α.Α. έχουν υποστεί σημαντική φθορά λόγω παλαιότητας, μεγάλου αριθμού εξυπηρετούμενων ΑμεΑ, αλλά και εξαιτίας καταστροφικών τάσεων που εκδηλώνονται από κάποια ΑμεΑ, 3) πολλά Κ.Α.Α., δεν είναι κατάλληλα για φιλοξενία ΑμεΑ και δεν πληρούν προδιαγραφές ασφαλείας και προσπέλασης, 4) δεν υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό για ιδιαίτερες κατηγορίες ΑμεΑ (π.χ φροντίδα ενηλίκων αυτιστικών ατόμων και ατόμων με πολλαπλές αναπηρίες), 5) σε λίγα Κ.Α.Α. λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα, καθώς επίσης 6) υπάρχει και έλλειψη προσωπικού (εργοθεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών, κλπ).

Σκοπός του άρθρου είναι να αναδείξει τη σημασία ανάπτυξης δομών υγείας και υπηρεσιών Αποθεραπείας-Αποκατάστασης για ΑμεΑ, να αναλύσει τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και το είδος αποφάσεων ανάπτυξης τέτοιας δομής στην περιφέρεια Πειραιά, καθώς και να προτείνει ένα ενδεικτικό χρονοδιάγραμμα της υιοθετούμενης λύσης. Επίσης, εντοπίζονται οι εμπλεκόμενοι φορείς και ο τρόπος που επηρεάζουν την ανάπτυξη της δομής και αναλύονται οι επικοινωνιακοί στόχοι για τη δημιουργία καταλλήλου κλίματος στην κοινή γνώμη, προκειμένου να υποστηριχθεί η εφαρμογή της λύσης.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ Κ.Α.Α. ΓΙΑ ΑΜΕΑ

Τα Κ.Α.Α. είναι αυτοτελείς και ανεξάρτητες μονάδες στις οποίες παρέχονται υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς ασθενείς, που πάσχουν από παθήσεις του μυοσκελετικού, νευρικού, κυκλοφορικού, αναπνευστικού συστήματος ή/και από νοητική στέρση, χρησιμοποιώντας τα σύγχρονα μέσα και μεθόδους της ιατρικής αποκατάστασης. Σ' αυτά, μπορούν να λειτουργήσουν και Ξενώνες Αποκατάστασης σε περίπτωση ύπαρξης ασθενών που χρήζουν επανέλεγχου ή ειδικής εκπαίδευσης για την αποκατάστασή τους. Στον σκοπό των Κ.Α.Α. μπορεί να συμπεριλαμβάνεται η επαγγελματική κατάρτιση, ενημέρωση και ψυχαγωγία των ΑμεΑ, η υλοποίηση σχετικών προγραμμάτων, συγχρηματοδοτούμενων από την Ε.Ε. και η διενέργεια ερευνών σχετικών με την επαγγελματική και κοινωνική των

αποκατάσταση. Τα Κ.Α.Α. διακρίνονται σε: 1) Κέντρα Α.Α. Κλειστής Νοσηλείας, 2) Κέντρα Α.Α. Ημερήσιας Νοσηλείας, 3) Ελάχιστη Μονάδα Ιατρικής Αποκατάστασης, 4) Κέντρα Διήμερης Ημερήσιας Φροντίδας (Κ.Δ.Η.Φ.) για ΑμεΑ. [9]

Η σημασία ανάπτυξης Κ.Α.Α. έχει αναγνωριστεί ως ουσιαστικό ζήτημα δημοκρατίας και ανθρωπίνων δικαιωμάτων, σχετιζόμενο με το δικαίωμα συμμετοχής τους στην κοινωνία, δεδομένου ότι όλοι οι άνθρωποι είναι ίσοι και έχουν ίσα δικαιώματα. Ειδικότερα, λόγω της ανεπάρκειας των Κ.Α.Α. στην Ελλάδα, η σημασία ανάπτυξής τους είναι μεγάλη και η ανάγκη επιτακτική. Επιπρόσθετα:

1) Η ανάπτυξη Κ.Α.Α. συμβάλλει ουσιαστικά στην αποκατάσταση και ένταξη των ΑμεΑ στην κοινωνική ζωή και αγορά εργασίας, με τα ακόλουθα κοινωνικο-οικονομικά οφέλη: [10-11]

- Μείωση συνολικού ποσοστού ανεργίας,
- διεύρυνση εργατικού δυναμικού της χώρας,
- μείωση συνολικού ποσοστού φτώχειας,
- αύξηση πόρων του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης,
- αύξηση καταναλωτικής δύναμης ενός μεγάλου τμήματος του πληθυσμού,
- ενίσχυση οικονομικής ανεξαρτησίας και αυτονομίας των ΑμεΑ,
- διεύρυνση κοινωνικοποίησης των ΑμεΑ,
- ολοκλήρωση της προσωπικότητας των ΑμεΑ,
- ελάφρυνση βάρους της οικογένειας των ΑμεΑ.

2) Η ανάπτυξη δικτύου Κ.Α.Α., θα δημιουργήσει συνθήκες ανταγωνισμού συμβάλλοντας στη μείωση των τιμών και βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών, σε όφελος του Ε.Ο.Π.Π.Υ. και των ΑμεΑ. Θα συντελέσει, επίσης, στην αποτροπή δαπανών νοσηλείας στο εξωτερικό και σε συνδυασμό με την ανάπτυξη «ιατρικού τουρισμού», τα οικονομικά οφέλη θα είναι πολλά και η αύξηση θέσεων εργασίας σημαντική.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΙΔΟΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΜΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ-ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΜΕΑ

Επιχειρησιακές Αποφάσεις - Είδη αποφάσεων - Διαδικασία λήψης απόφασης

Ως επιχειρησιακή απόφαση ορίζεται η έκφραση βούλησης ενός ατόμου ή συλλογικού οργάνου, η οποία αφορά (ανάλογα με τη μορφή της και αυτόν που αποφασίζει): [12]

- Στη συμπεριφορά του συνόλου, μιας ομάδας, ή ενός ατόμου μια επιχείρησης.
- Στα κάθε φύσης μέσα που χρησιμοποιεί η επιχείρηση.
- Στις σχέσεις της επιχείρησης με παράγοντες εκτός αυτής.

Οι επιχειρησιακές αποφάσεις μπορούν να διαχωριστούν σε προγραμματισμένες (ρουτίνας) και απρογραμμάτιστες, που επιλύουν έκτακτες καταστάσεις.

Σε όλα τα επίπεδα διοίκησης λαμβάνονται διαφόρων ειδών αποφάσεις:

- **Ανώτερο-Στρατηγικές:** Είναι συνήθως απρογραμμάτιστες, δεσμεύουν σημαντικά κεφάλαια, έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην πορεία ανάπτυξης όλης της επιχείρησης και καθορίζουν τη σχέση της με το εξωτερικό περιβάλλον, ενώ δεν είναι εύκολα αναστρέψιμες.
- **Μεσαίο-Διαχειριστικές** (ή αποφάσεις τακτικής), όπου εξειδικεύονται οι δράσεις για την επίτευξη των στρατηγικών αποφάσεων, είναι συνήθως πιο συγκεκριμένες και σαφείς, προσανατολισμένες σε δράση.
- **Κατώτερο-Λειτουργικές**, που αφορούν τις καθημερινές λειτουργίες και καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο υλοποιούνται οι αποφάσεις τακτικής των μεσαίων στελεχών.

Η λήψη αποφάσεων είναι η διαδικασία επιλογής μεταξύ δύο ή περισσότερων εναλλακτικών, ενώ οι συνθήκες λήψης των αποφάσεων δεν είναι πάντα οι ίδιες. Διαβαθμίζονται ανάλογα με τη δυνατότητα πρόβλεψης των επιπτώσεων σε συνθήκες απόλυτης βεβαιότητας, κινδύνου και αβεβαιότητας.

Η διαδικασία λήψης απόφασης περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

1. Προσδιορισμός προβλήματος.
2. Καθορισμός απαιτήσεων και κριτηρίων απόδοσης, μέσω των οποίων θα αξιολογηθούν οι εναλλακτικές λύσεις και θα ελεγχθεί η ορθότητα της απόφασης.
3. Εναλλακτικές λύσεις: Πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον δύο εναλλακτικές λύσεις συνυπολογιζόμενης και της λύσης «να μην

γίνει τίποτα» και φυσικά αναφερόμαστε σε απόφαση που δεν αναφέρεται σε θέμα ρουτίνας. Η ύπαρξη περισσότερων εναλλακτικών λύσεων διευκολύνει περισσότερο τη λήψη απόφασης.

4. Αξιολόγηση και επιλογή της προσφερότερης (βέλτιστης) λύσης: Η «βέλτιστη» λύση είναι μία λογική επιλογή (rational choice) [13], δηλαδή ικανοποιεί κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα κριτήρια που έχουν τεθεί, πετυχαίνει τους στόχους και λύνει το πρόβλημα, αποφεύγοντας κατά το δυνατόν τις ανεπιθύμητες ενέργειες, όντας οικονομικά και διοικητικά αποδεκτή.

5. Εφαρμογή και υλοποίηση της απόφασης: Εάν είναι εφικτό, η δοκιμαστική (πιλοτική) εφαρμογή βελτιώνει τις πιθανότητες λήψης αποτελεσματικής απόφασης.

6. Αξιολόγηση του αποτελέσματος-Ανατροφοδότηση: Καθόλη τη διάρκεια της εκτέλεσης ελέγχεται η αποτελεσματικότητα με βάση τα κριτήρια και μέσα από μια διαδικασία ανατροφοδότησης γίνονται διορθωτικές κινήσεις, εάν και εφόσον χρειάζεται.

Οι αποφάσεις μπορεί να ληφθούν ατομικά ή ομαδικά. Ακόμη και αν η τελική απόφαση λαμβάνεται από ένα άτομο, ο τρόπος διαφέρει ανάλογα με το βαθμό που το στέλεχος αξιοποιεί ή όχι τους συνεργάτες του κατά τη διάρκεια λήψης μιας απόφασης (αυταρχικός, πειστικός, συμβουλευτικός, δημοκρατικός ή συναποφασιστικός) αλλά και τις εκάστοτε συνθήκες.

ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ Κ.Α.Α. ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΙΡΑΙΑ

Αναγνώριση προβλήματος

Η περιφερειακή ενότητα Πειραιά αποτελείται από τον ομώνυμο δήμο και ακόμα τέσσερις δήμους, με συνολικό πληθυσμό 448.997 κατοίκους [14], αποτελώντας την τρίτη μεγαλύτερη Περιφέρεια της Ελλάδας [15]. Στην Περιφέρεια αυτή, λειτουργούν δύο Γενικά Νοσοκομεία, που δεν διαθέτουν δομές υπηρεσιών υγείας και Αποκατάστασης-Αποθεραπείας, αλλά και γενικότερα δεν υπάρχουν επαρκείς τέτοιες δομές στην ευρύτερη περιφέρεια, με αποτέλεσμα τα ΑμεΑ να μην εξυπηρετούνται και είναι αναγκασμένα να αναζητούν δημόσια Κ.Α.Α. μακριά από τον τόπο κατοικίας τους, με μεγάλους χρόνους αναμονής. Το πρόβλημα είναι ακόμα μεγαλύτερο για τα παραπληγικά και με κινητικά προβλήματα άτομα ενώ, τέλος, η ίδρυση κατάλληλου Κ.Α.Α. αποτελεί και αίτημα των Συλλόγων ΑμεΑ με σκοπό τη βελτίωση της ιατρικής φροντίδας και αποθεραπείας-αποκατάστασης. Με βάση τα παραπάνω, προτείνεται η ανάπτυξη-δημιουργία Κ.Α.Α. δημόσιου χαρακτήρα στην περιφέρεια αυτή.

Καθορισμός απαιτήσεων και κριτηρίων απόδοσης

1. **Κριτήριο-1:** Βαθμός ικανοποίησης των αναγκών για ιατρική φροντίδα, βελτίωσης αυτοεξυπηρέτησης, ανικανότητας και πλήρης ψυχοκοινωνική επανένταξη των ΑμεΑ.

Για την αξιολόγηση του Κ.Α.Α., ως προς το κριτήριο-1, συνεκτιμώνται:

- Το εύρος των παροχών υγείας και ιατρικής φροντίδας και αποκατάστασης
- Η ικανότητα εξυπηρέτησης διαφορετικών κατηγοριών αναπηρίας και ο αριθμός εξυπηρετούμενων ΑμεΑ.
- Η ύπαρξη Ξενώνων Αποκατάστασης.
- Η δυνατότητα παροχής σίτισης.
- Η ύπαρξη ποινας και υποδομών λουτροθεραπείας.

2. Κριτήριο-2: Ελαχιστοποίηση εκτιμωμένου κόστους .

Εναλλακτικές προτάσεις

Για την ανάπτυξη Κ.Α.Α. ΑμεΑ στην Περιφέρεια Πειραιά, εξετάζονται οι ακόλουθες προτάσεις ανάπτυξης:

1. Κ.Α.Α. Κλειστής Νοσηλείας.
2. Κ.Α.Α. Ημερήσιας Νοσηλείας.
3. Ελάχιστη Μονάδα Ιατρικής Αποκατάστασης.
4. Κ.Δ.Η.Φ. για άτομα με ειδικές ανάγκες.
5. Να μη γίνει τίποτα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΛΥΣΗΣ

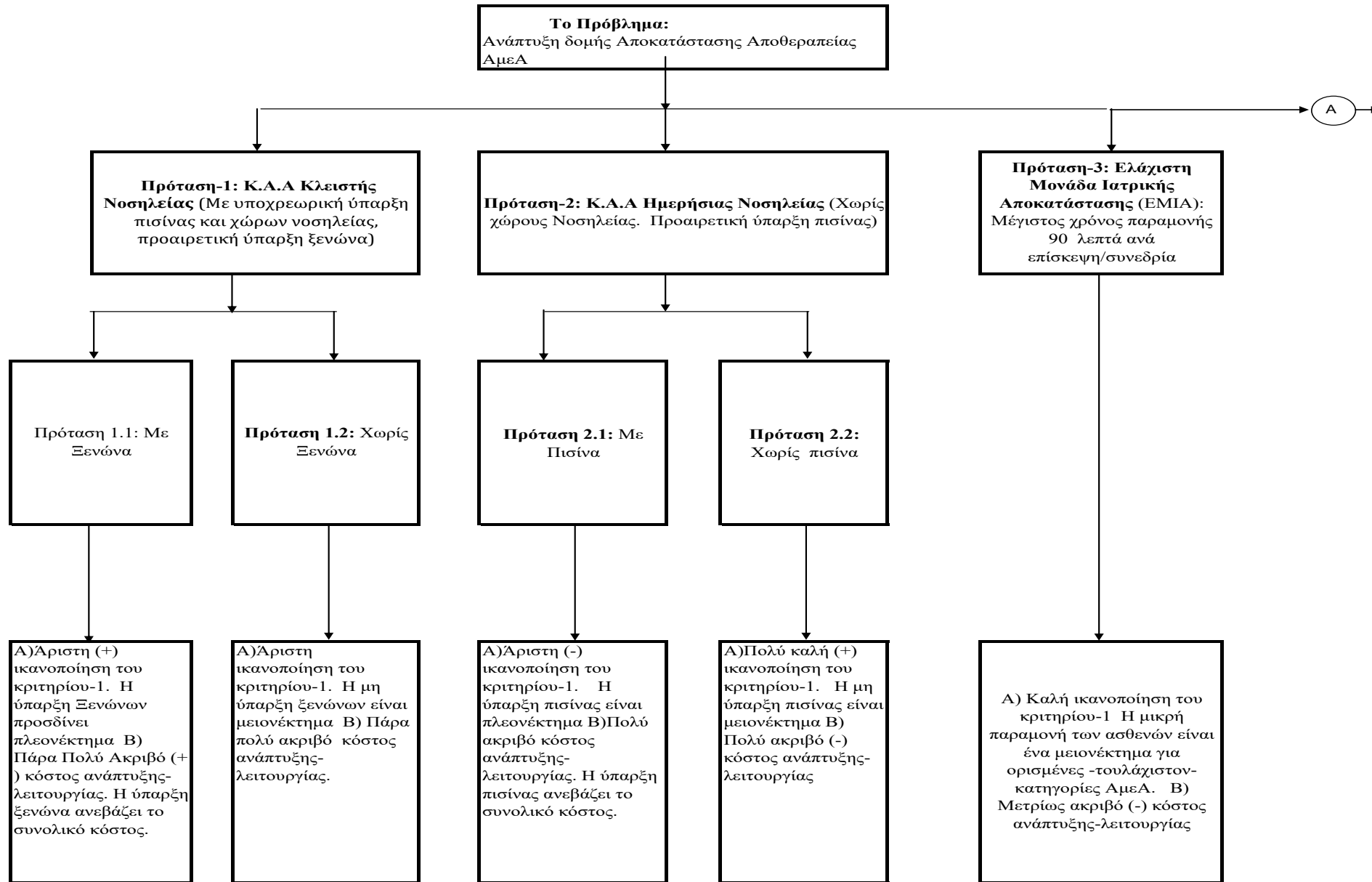
Οι προτεινόμενες προτάσεις δεν επηρεάζονται από τυχαίους παράγοντες. Η απόφαση που πρέπει να παρθεί είναι απρογραμμάτιστη και ανήκει στο είδος των στρατηγικών αποφάσεων, αφού η υλοποίηση

της θα δεσμεύσει σημαντικά κεφάλαια και θα έχει σημαντικές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.

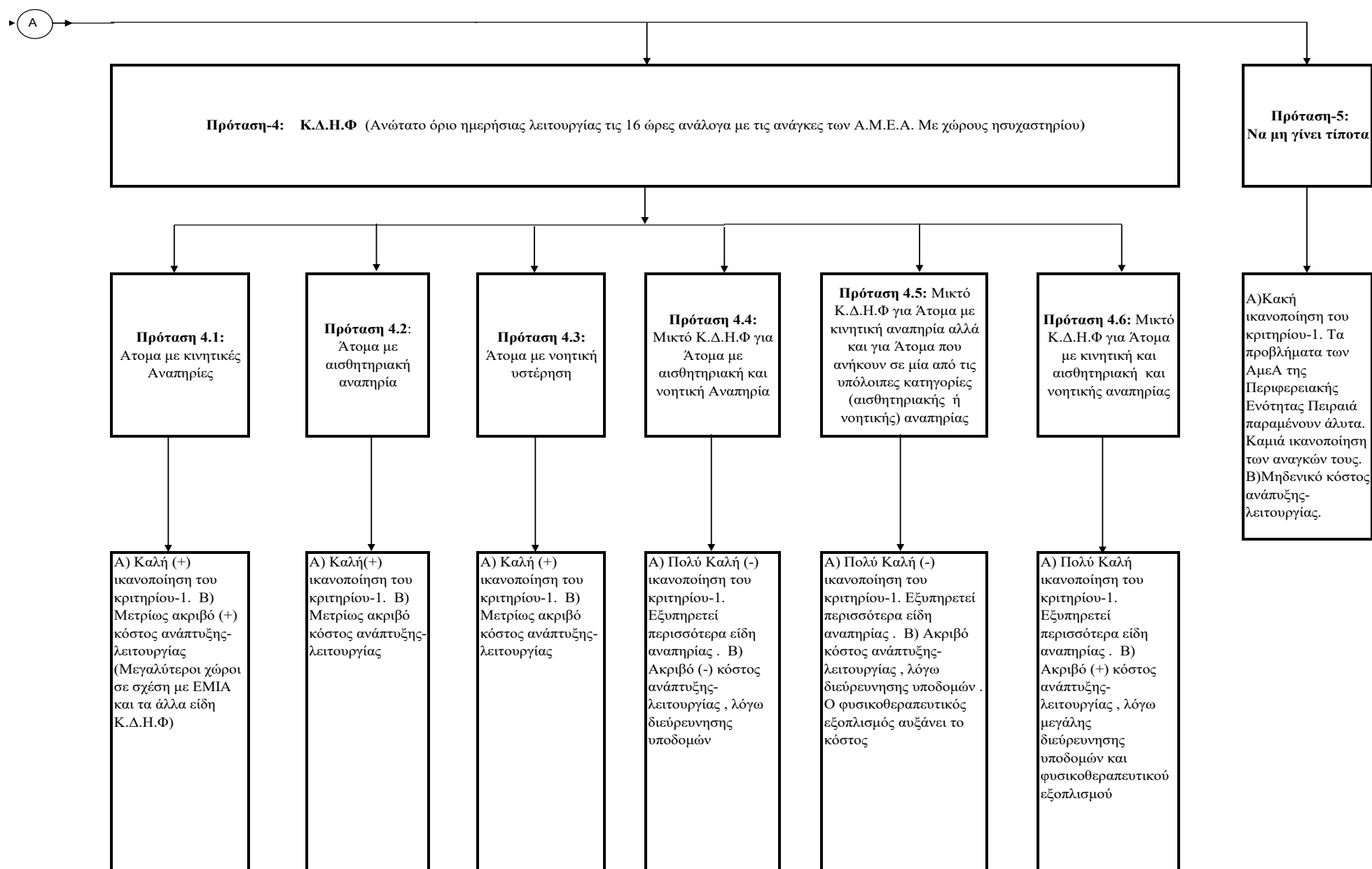
Για την αξιολόγηση των προτάσεων και την επιλογή, θα χρησιμοποιηθεί το υποστηρικτικό εργαλείο «δέντρο αποφάσεων», στο οποίο χρησιμοποιείται μια γραφική απεικόνιση όμοια της μορφής δέντρου, συμπεριλαμβάνοντας όλες τις πιθανές αποφάσεις, τους παράγοντες επιρροής και όλα τα πιθανά αποτελέσματα (Γράφημα 1) [16].

Για την αξιολόγηση των προτάσεων, ως προς την ικανοποίηση των κριτηρίων κατασκευάστηκε ο Πίνακας 1, που παρά τον υψηλό βαθμό υποκειμενικότητας, διευκολύνει την απόφαση, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν πολλές περιπτώσεις προς εξέταση [13]. Επιπλέον, η χρήση EXCEL διευκολύνει τους υπολογισμούς. Τα κριτήρια θεωρήθηκαν «ισοβαρή» και αξιολογήθηκαν-βαθμολογήθηκαν βάσει των λειτουργικών προδιαγραφών των κατηγοριών Κ.Α.Α. που περιγράφονται στη νομοθεσία [17-18].

Προέκυψαν τρεις «ισοδύναμες» προτάσεις-λύσεις και η τελική επιλογή μεταξύ αυτών έγινε με πρόσθετα κριτήρια, όπως: «για ποια κατηγορία ΑμεΑ υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη ανάπτυξης Κ.Α.Α.». Επειδή στην Περιφέρεια απουσιάζουν εντελώς τα δημόσια Κ.Α.Α. για παραπληγικούς και άτομα με κινητικά προβλήματα, η τελική προτεινόμενη λύση είναι: «Πρόταση-3: Ελάχιστη Μονάδα Ιατρικής Αποκατάστασης».



Γράφημα 1. Δέντρο Αποφάσεων.



Γράφημα 1 (συνέχεια). Δέντρο Αποφάσεων.

Πίνακας 1. Λήψη απόφασης καλύτερης εναλλακτικής λύσης. Μέγιστος Μεσοσταθμικός Μ.Ο. = 4, Που αντιστοιχεί στις προτάσεις: Πρόταση 3: Ελάχιστη Μονάδα Ιατρικής Αποκατάστασης, Πρόταση 4.2: Κ.Δ.Η.Φ. για άτομα με αισθητηριακή αναπηρία, Πρόταση 4.3: Κ.Δ.Η.Φ. για άτομα με νοητική υστέρηση.

ΑΠΟΦΑΣΗ	Κριτήριο-1	Κριτήριο-2	Μεσοσταθμικός Μ.Ο
	Συντ. βαρύτητας	Συντ. βαρύτητας	
	1	1	
	Βαθμολογία		
Πρόταση 1.1: Κ.Α.Α. Κλειστής Νοσηλείας με Ξενώνα	6	0	3
Πρόταση 1.2: Κ.Α.Α. Κλειστής Νοσηλείας χωρίς Ξενώνα	5,5	0,5	3
Πρόταση 2.1: Κ.Α.Α. Ημερήσιας Νοσηλείας με πσινα	5	2	3,5
Πρόταση 2.2: Κ.Α.Α. Ημερήσιας Νοσηλείας χωρίς πσινα	4,5	2,5	3,5
Πρόταση 3: Ελάχιστη Μονάδα Ιατρικής Αποκατάστασης	2,5	5,5	4
Πρόταση 4.1: Κ.Δ.Η.Φ. για άτομα με κινητικές αναπηρίες	3	4,5	3,75
Πρόταση 4.2: Κ.Δ.Η.Φ. για άτομα με αισθητηριακή αναπηρία	3	5	4
Πρόταση 4.3: Κ.Δ.Η.Φ. για άτομα με νοητική υστέρηση	3	5	4
Πρόταση 4.4: Κ.Δ.Η.Φ. για άτομα με αισθητηριακή και νοητική αναπηρία	3,5	4	3,75
Πρόταση 4.5: Μικτό Κ.Δ.Η.Φ. για άτομα με κινητικές αναπηρίες αλλά και για άτομα που ανήκουν σε μία από τις άλλες δύο κατηγορίες αναπηρίας	3,5	3,5	3,5
Πρόταση 4.6: Μικτό Κ.Δ.Η.Φ. για άτομα με κινητική, αισθητηριακή και νοητική αναπηρία.	4	3	3,5
Πρόταση 5: Να μη γίνει τίποτα	0	6	3

Ο καθορισμός-προγραμματισμός εργασιών για την υλοποίηση της λύσης είναι αναγκαίος, συντελώντας στην καλύτερη οργάνωση-διοίκησή της. Προς τούτο, προτείνεται το παρακάτω (χρονο)διάγραμμα Gantt (Διάγραμμα 1).

Ενδεικτικό χρονοδιάγραμμα υλοποίησης προτεινόμενης λύσης

Οι βασικές δραστηριότητες για την εφαρμογή της λύσης, η χρονική τους αλληλουχία και ένα ενδεικτικό χρονοδιάγραμμα, παρέχονται στο ακόλουθο διάγραμμα

Gantt, όπου περιγράφονται οι δραστηριότητες-εργασίες που πρέπει να γίνουν σε σχέση με το χρόνο. Σημειώνεται ότι:

1. Πιλοτική εφαρμογή δεν είναι δυνατή να εφαρμοστεί για την ανάπτυξη του Κ.Α.Α.
2. Καθεμία από τις αναφερόμενες δραστηριότητες εμπερικλείει πολλές επιμέρους δραστηριότητες.

Task Name	ID	Start	Finish	Duration	Q1 17		Q2 17			Q3 17			Q4 17			Q1 18			Q2 18			Q3 18			Q4 18			Q1 19			Q2 19		
					Ιαν	Φεβ	Μαρ	Απρ	Μαί	Ιουν	Ιουλ	Αυγ	Σεπ	Οκτ	Νοε	Δεκ	Ιαν	Φεβ	Μαρ	Απρ	Μαί	Ιουν	Ιουλ	Αυγ	Σεπ	Οκτ	Νοε	Δεκ	Ιαν	Φεβ	Μαρ	Απρ	Μαί
ΕΚΔΟΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ	1	2/1/2017	2/3/2017	8,8w	[Blue bar]																												
ΟΙΚΟΔΟΜΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	2	3/3/2017	1/2/2018	48w	[Blue bar]																												
ΥΔΡΑΥΛΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	3	3/7/2017	17/11/2017	20w	[Blue bar]																												
ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	4	1/8/2017	1/1/2018	22w	[Blue bar]																												
ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	5	1/12/2017	8/3/2018	14w	[Blue bar]																												
ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ-ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑμεΑ	6	1/11/2017	10/4/2018	23w	[Blue bar]																												
ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΛΟΙΠΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	7	1/11/2017	10/4/2018	23w	[Blue bar]																												
ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	8	10/4/2018	8/6/2018	8,8w	[Blue bar]																												
ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	9	8/5/2018	16/7/2018	10w	[Blue bar]																												
ΕΝΑΡΞΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ Κ.Α.Α	10	16/7/2018	16/7/2018	0w	[Blue bar]																												

Διάγραμμα 1. Διάγραμμα Gantt

Στην εφαρμογή της λύσης εμπλέκονται διάφοροι Φορείς που επηρεάζουν με

ποικίλους τρόπους την ανάπτυξη του ΚΑΑ και αναφέρονται παρακάτω (Πίνακας 2).

Εμπλεκόμενοι φορείς	Τρόπος επιρροής
Γενική Γραμματεία Πρόνοιας του Υ.Π.Ε.Κ.Α.	Έγκριση και δρομολόγηση των διαδικασιών ανάπτυξης του Κ.Α.Α. Ενημέρωση και εποπτεία της εξέλιξης υλοποίησης του Κ.Α.Α. Παρέμβαση για επίλυση πιθανών προβλημάτων.
Γραφείο Περιφερειάρχη Αττικής	Παροχή διευκολύνσεων για την επίσηυση αδειών ίδρυσης, λειτουργίας, κ.α Ενημέρωση κοινού & Δήμων σχετικά με το Κ.Α.Α.
Γραφείο Δημάρχου του Δήμου, που στα όρια του θα λειτουργήσει το Κ.Α.Α.	Παροχή διευκολύνσεων στη λειτουργία του Κ.Α.Α. Ενημέρωση Δημοτών σχετικά με το Κ.Α.Α.
ΕΣΑμεΑ (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία), ως τριτοβάθμιος κοινωνικοσυνδικαλιστικός φορέας του αναπηρικού κινήματος και κοινωνικός εταίρος, για ενημέρωση και στήριξη της πρωτοβουλίας.	Υποβολή προτάσεων βελτίωσης λειτουργίας του Κ.Α.Α. Ενημέρωση μελών-Συλλόγων ΑμεΑ σχετικά με το Κ.Α.Α.
Αναπηρικοί Σύλλογοι περιοχής	Υποβολή προτάσεων για βελτίωση λειτουργίας του Κ.Α.Α. Ενημέρωση μελών σχετικά με το Κ.Α.Α.

Πίνακας 2. Εμπλεκόμενοι φορείς και ο τρόπος επιρροής τους στην ανάπτυξη της προτεινόμενης λύσης

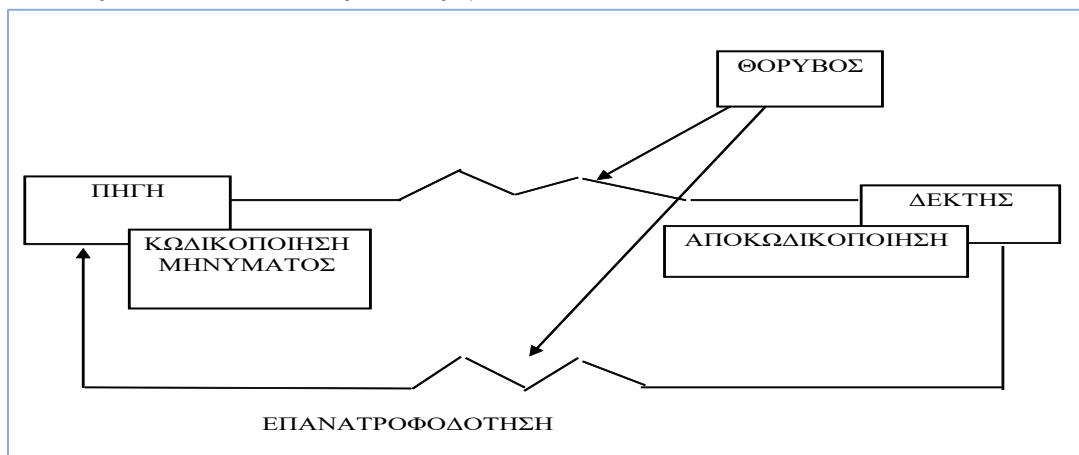
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΛΥΣΗΣ

Η επικοινωνία είναι μια αμφίδρομη διαδικασία ανταλλαγής κατανοητών πληροφοριών μεταξύ δύο ή περισσότερων ανθρώπων (πηγή-πομπός, στόχος-δέκτης). Η πηγή, όπως και ο δέκτης, μπορεί να είναι ένα ή ομάδα ατόμων. Το μήνυμα είναι κωδικοποιημένες πληροφορίες που θέλει να μεταδώσει η πηγή στο δέκτη. Ο πομπός κωδικοποιεί και ο δέκτης αποκωδικοποιεί το μήνυμα, μετατρέποντάς το σε πληροφορία. Ο «θόρυβος» (παρεμβολές) είναι οτιδήποτε εμποδίζει το δέκτη να λάβει ακριβώς το μήνυμα που ο πομπός προσπαθεί να μεταδώσει (Γράφημα 2). Αυτό μπορεί να είναι οτιδήποτε: διαφορές μεταξύ τοπικών διαλέκτων, έλλειψη κατανόησης του μηνύματος από το δέκτη, κλπ. Ο «θόρυβος» στη διαδικασία της επικοινωνίας μπορεί να εμφανιστεί σε διάφορα στάδια: κατά τη μετάδοση, την κωδικοποίηση ή/και αποκωδικοποίηση του μηνύματος [19].

Οι οργανισμοί επικοινωνούν με τους συνεργάτες, το προσωπικό τους ή τις αρχές

και άλλους οργανισμούς, αλλά και για να γνωστοποιήσουν στους πελάτες τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες τους. Σε όλη τη διάρκεια ανάπτυξης της προτεινόμενης λύσης, θα πρέπει να εξασφαλίζεται λεκτική (επιστολές, συναντήσεις, ηλ. μηνύματα, κλπ), διαπροσωπική και οργανωτική επικοινωνία με στόχο την ενημέρωση των φορέων, την παροχή οδηγιών, διευκρινίσεων, κλπ.

Μετά την ανάπτυξη του Κ.Α.Α., θα πρέπει να γίνει επικοινωνία μάρκετινγκ ώστε να γνωστοποιηθεί στο κοινό η ύπαρξή του και να δημιουργηθεί στην κοινή γνώμη υποστηρικτικό κλίμα για την αποδοχή των υπηρεσιών του. Η επικοινωνία μάρκετινγκ είναι ο μηχανισμός κοινοποίησης πληροφοριών προς τον καταναλωτή. Στο χώρο του μάρκετινγκ επικοινωνία σημαίνει προώθηση και στοχεύει να πληροφορήσει, να πείσει ή να υπενθυμίσει στους καταναλωτές-άμεσα ή έμμεσα-τα χαρακτηριστικά των προϊόντων-υπηρεσιών που παρέχουν οι επιχειρήσεις καθώς και να πληροφορεί-ενημερώνει σχετικά με τις δραστηριότητές της [20].



Γράφημα 2. Υπόδειγμα επικοινωνίας

Η διαφήμιση ως διαδικασία βασίζεται στη μεταφορά πληροφοριών από τον πομπό (επιχείρηση) στο δέκτη (καταναλωτής). Σε πρώτο στάδιο, ο δέκτης λαμβάνει πληροφορίες σχετικά με το προϊόν, σε δεύτερο στάδιο ο δέκτης δημιουργεί μια εικόνα για το προϊόν, κατανοεί τις λεπτομέρειές του και προδιατίθεται θετικά (ή αρνητικά) για αυτό. Στο τρίτο στάδιο, διαμορφώνεται η στάση του καταναλωτή απέναντι στο προϊόν και σε περίπτωση θετικής στάσης, ο καταναλωτής προχωρά σε δράση. Η προσπάθεια της επιχείρησης θεωρείται επιτυχημένη όταν επιτύχει να οδηγήσει τον καταναλωτή από την κατάσταση άγνοιας, σε δράση. Το μοντέλο που βασίζεται στην παραπάνω ακολουθία, είναι γνωστό ως ιεραρχική κλιμάκωση αποτελεσμάτων της διαφήμισης. Δεν είναι το μοναδικό μοντέλο, αλλά όλα τα ανάλογα μοντέλα βασίζονται στην υπόθεση ότι οι άνθρωποι περνούν από το γνωστικό στο συγκινησιακό στάδιο, φτάνοντας στην επιθυμητή για την επιχείρηση, δράση [22]. Αν ένα προϊόν-υπηρεσία είναι νέο στην αγορά, στόχος του διαφημιστικού μηνύματος είναι η δημιουργία μιας εικόνας για αυτό, ώστε να αποκτήσει μια θέση στο μυαλό του καταναλωτή (positioning) [22].

Αντίστοιχα λοιπόν, για τη δημιουργία καταλλήλου κλίματος στην κοινή γνώμη, ώστε να υποστηριχθεί η λειτουργία του Κ.Α.Α., προτείνονται οι ακόλουθοι επικοινωνιακοί στόχοι:

- Ενημέρωση για το Κ.Α.Α.: Πληροφορίες σχετικά με το Κ.Α.Α., όπως προσφερόμενες υπηρεσίες, δικαιούχοι των υπηρεσιών του, διεύθυνση, τρόπος

πρόσβασης, τηλέφωνα επικοινωνίας, ώρες λειτουργίας, ιστοσελίδα.

- Δημιουργία θετικής εικόνας για το Κ.Α.Α.: Προβολή των ανακαινισμένων ή νέων εγκαταστάσεων, υποδομών, εξοπλισμού καθώς και του απασχολούμενου προσωπικού (εξειδικεύσεις, προσόντα, εμπειρία, κλπ).
- Διαμόρφωση θετικής στάσης απέναντι στο Κ.Α.Α.: Συνεντεύξεις, αρθρογραφία, κλπ «αξιόπιστων» πηγών (π.χ.: έγκριτοι γιατροί ή άλλες προσωπικότητες) σχετικά με την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών, δημοσιεύσεις θετικών σχολίων από «αρεστές» πηγές, π.χ. ΑμεΑ που έλαβαν υπηρεσίες του ή των συνοδών τους. Η αξιοπιστία των πηγών και η αρέσκεια προς αυτές, επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανεπάρκεια αλλά και οι δυσλειτουργικές δομές υγείας-Κ.Α.Α. ΑμεΑ, δημιουργούν την ανάγκη ανάπτυξής τους καθώς η σημασία τους είναι μεγάλη για τη βέλτιστη σωματική, αισθητηριακή, διανοητική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία των ΑμεΑ, αλλά και για την εθνική οικονομία. Η ανάπτυξη Κ.Α.Α. στην Περιφέρεια Πειραιά αποτελεί μια λογική πρόταση, καθώς αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες Περιφέρειες ενώ η λειτουργία σχετικών δομών είναι ανεπαρκής. Η λήψη απόφασης για την ανάπτυξη Κ.Α.Α., είναι η διαδικασία επιλογής μεταξύ δύο ή περισσότερων εναλλακτικών λύσεων. Οι «βέλτιστες» αποφάσεις λαμβάνονται με την τήρηση πέντε σταδίων. Η αναγνώριση του

προβλήματος (και όχι απλώς των συμπτωμάτων) είναι απαραίτητη, ενώ μεγάλη σπουδαιότητα κατέχει και ο καθορισμός των κριτηρίων αξιολόγησης-απόδοσης. Ακολουθεί η παραγωγή εναλλακτικών λύσεων και η επιλογή της καταλληλότερης (βέλτιστης), έπειτα από αξιολόγηση. Τελευταίο στάδιο αποτελεί η εφαρμογή της απόφασης, που συνοδεύεται από χρονοδιάγραμμα των απαιτούμενων εργασιών. Οι μηχανισμοί ανατροφοδότησης συντελούν στον έλεγχο της εφαρμογής και-εφόσον απαιτείται-στην ανάληψη πρωτοβουλιών για διορθωτικές κινήσεις. Σημαντικός παράγοντας επιτυχίας

για την εφαρμογής της λύσης επίσης αποτελεί και ο προσδιορισμός των εμπλεκόμενων φορέων και του τρόπου επιρροής τους στην υλοποίησή της. Τέλος, απαραίτητο συστατικό για τη γενικότερη επιτυχία του Κ.Α.Α. αποτελεί ο προσδιορισμός των επικοινωνιακών στόχων, με βάση τις αρχές της επικοινωνίας, του μάρκετινγκ και της διαφήμισης με στόχο τη δημιουργία θετικού κλίματος στην κοινή γνώμη, προκειμένου να υποστηριχθεί η υλοποίηση και η καλύτερη λειτουργία της δομής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σύνταγμα της Ελλάδας, όπως αναθεωρήθηκε με το ψήφισμα της 27ης Μαΐου 2008 της Η! Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων (Άρθρο 21 παρ. 6). Διαθέσιμο στο: <http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/8c3e9046-78fb-48f4-bd82-bbba28ca1ef5/SYNTAGMA.pdf>. Πρόσβαση: Ιανουάριος 14, 2017.
2. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil* 2003, 25:565-571.
3. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Available at: <http://www.who.int/classifications/icf/en/> Accessed January 14, 2017.
4. Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. Διαθέσιμο στο: <http://www.esaea.gr/did-you-know?tmpl=component> Πρόσβαση Ιανουάριος 14 2017.
5. ΑμεΑ: Τι και πόσοι είναι; Διαθέσιμο στο: <http://www.noesi.gr/book/amea-kai-posoi-einai>
6. Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (ΑμεΑ), Άρθρα 25, 26 Διαθέσιμο στο: http://www.unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=46
7. WHO. Rehabilitation of people with disabilities. Available at: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>
8. Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. Άτομα με βαριές Αναπηρίες και πολλαπλές ανάγκες εξάρτησης: Οι αποκλεισμένοι ανάμεσα στους αποκλεισμένους. Διαθέσιμο στο: <http://www.esaea.gr/files/december/100/sxedio.pdf>

9. Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Κέντρων Αποθεραπείας και Αποκατάστασης από φυσικά ή Ν.Π.Ι.Δ. Π.Δ.395/1993 - ΦΕΚ 166/Α/28-9-1993. Άρθρα 1,15. Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/perithalipse/pd-395-1993.html>
10. Πρωτοπαπά Α. Η δημιουργία επιπρόσθετων ευκαιριών απασχόλησης για τα άτομα με ειδικές ανάγκες: III μέρος. Εκδόσεις Υπουργείου Εργασίας- Ο.Α.Ε.Δ, Αθήνα, 1988.
11. Χαρτοκόλλης Π. Προβλήματα γύρω από την κοινωνική αποκατάσταση ψυχικών αναπηριών. Εκλογή 1981, 56:119-126.
12. Χολέβας Γ. Αρχές οργάνωσης και διοίκησης επιχειρήσεων. Interbooks, Αθήνα, 1995.
13. Παναγιώτου Ν. Εισαγωγή στην Ανάλυση Αποφάσεων. Στο: Σημειώσεις στο μάθημα Συστήματα Αποφάσεων. ΕΜΠ -Σχολή Μηχανολόγων Μηχανικών, Αθήνα, 2011.
14. ΕΛΣΤΑΤ. Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών 2011/Διαδραστικός Χάρτης. Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr/interactive-map> Πρόσβαση Ιανουάριος 15 2017.
15. Περιφέρεια Αττικής. Χωρική αρμοδιότητα, Διαθέσιμο στο: http://www.patt.gov.gr/site/index.php?option=com_content&view=article&id=2415&Itemid=6.
16. Καμινάρης Σ. Συστήματα αποφάσεων. Στο: Σημειώσεις στο μάθημα Συστήματα αποφάσεων. ΑΤΕΙ Πειραιά-Τμήμα Ηλεκτρολόγων Μηχανικών, Πειραιάς, 2012.
17. Προδιαγραφές λειτουργίας Κέντρων Αποθεραπείας Αποκατάστασης Κλειστής Νοσηλείας. Υπουργική Απόφαση Π3β/Φ.ΘΕΣΜ/Γ.Π.ΟΙΚ. 69144/2005 (ΦΕΚ 973/τ.Β/2005). Διαθέσιμο στο: http://prosvasiamea.gov.gr/central.aspx?sId=108I318I830I646I44I362&lang=el&neTa=cmsn_13295_17479_17489_17512_17531_17539.
18. Προδιαγραφές λειτουργίας κέντρων αποθεραπείας - αποκατάστασης για την παροχή ιατρικών και λοιπών φροντίδων καθώς και για την διημέρευση των ατόμων. Υπουργική Απόφαση Π4α οικ. 4633/1993 (ΦΕΚ 789/τ.Β/1993). Διαθέσιμο στο: http://prosvasiamea.gov.gr/central.aspx?sId=108I318I830I646I44I362&lang=el&neTa=cmsn_13295_17479_17489_17512_18398_19285.
19. Κουτούζης Μ, Σιγάλας Ι, Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ, Πολύζος Ν. Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. ΕΑΠ-Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Πάτρα, 1999:260-270.
20. Ζώτου Γ. Διαφήμιση. University studio press, Θεσσαλονίκη, 2008
21. Κοκκίνης Γ. Εισαγωγή στη Διαφήμιση. Διαθέσιμο στο: http://meagros.iep.edu.gr/uploaded_files/EISAGOGI_STI_DIAFIMISI.pdf
22. Kottler P, Keller K. Marketing Management. Κλειδάριθμος. Αθήνα, 2006.

Proposal for the development of an appropriate structure of Health and Recovery-Rehabilitation Services for people with disabilities in the Piraeus Regional Unit

S. Naoum

116 Combat Wing Health Service, Araxos, Greece

ABSTRACT

People with disabilities constitute a significant proportion of the Greek population, while the different types of their disabilities make it imperative health and well-being-rehabilitation structures be established for these people. In the Piraeus Regional Unit, the function of these structures is inadequate, which has an adverse effect on the quality people with disabilities life. Thus, it is understood that the proposal in order to develop such a public structure (a Rehabilitation Center) in this region is crucial for improving the functioning, self-service and quality of these people's life. The choice of the most appropriate (optimum) solution-proposal was based on the decision-making process, while a Gantt timetable was developed for its implementation. In order to ensure the successful implementation of the chosen solution, stakeholders are identified as well as the manner they influence its implementation. On the basis of what is applicable to communication, communication objectives have been identified to inform and create a positive climate for the general population aiming to support the implementation and operation of the proposed solution. The solution chosen consists in creating a Minimum Disability Medical Rehabilitation Unit in the Piraeus Regional Unit, which meets the selected criteria, constituting a relatively cost-effective solution in the midst of crisis as it will meet the needs of people with severe mobility disabilities.

Keywords: people with disabilities, health services and benefits, Disability Rehabilitation Centers, decision making

Citation

S. Naoum. Proposal for the development of an appropriate structure of Health and Recovery-Rehabilitation Services for people with disabilities in the Piraeus Regional Unit. Scientific Chronicles 2020; 25(3): 489-504

Το δίλημμα μεταξύ ιδιωτικών-δημόσιων νοσοκομείων και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Συμεών Ναούμ

Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη βιβλιογραφία, συχνά αναφέρεται ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι γενικώς πιο αποδοτικά από τα δημόσια γεννώντας την εύλογη απορία αν ενδεχομένως η πολιτική υγείας στην Ελλάδα θα έπρεπε να στραφεί προς τον ιδιωτικό τομέα, όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η ύπαρξη μόνο ιδιωτικών νοσοκομείων θα αυξήσει υπέρμετρα τις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης, αφού δεν θα υπάρχουν δημόσια νοσοκομεία για τον έλεγχο της ζήτησής της και τη συγκράτηση των τιμών, αλλά και δεν θα υπάρχουν μέτρα σύγκρισης για το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) οριοθετείται ως το σύστημα παροχής μιας δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας», λειτουργώντας ως «θυροφύλακας» (gatekeeper), πριν αυτοί προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, μειώνοντας την υπερφόρτιση των νοσοκομείων. Σημειώνεται, ότι ένα αποτελεσματικό σύστημα Π.Φ.Υ σχετίζεται με υψηλή ικανοποίηση του πληθυσμού για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καλύτερο επίπεδο υγείας, χαμηλότερες δαπάνες για τη φροντίδα αλλά και τη χρήση φαρμάκων. Παρά τις όποιες νομοθετικές προσπάθειες που έγιναν, δεν έχει σημειωθεί η αναμενόμενη βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος. Ο Ν.4486/17 επιχειρεί διαρθρωτικές παρεμβάσεις στην Π.Φ.Υ, διευρύνοντας την προσβασιμότητα στην Π.Φ.Υ και δημιουργώντας προϋποθέσεις πρώτης επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας, πριν την πρόσβαση τους στη νοσοκομειακή φροντίδα. Σε γενικές γραμμές, ο Ν. Ν.4486/17 δημιουργεί βάσεις βελτίωσης της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας, αν και εκφράζονται επιφυλάξεις για την αποτελεσματική εφαρμογή του νόμου.

Λέξεις ευρετηρίου: ιδιωτικό νοσοκομείο, αποδοτικότητα, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δαπάνες υγείας

Παραπομπή Σ. Ναούμ. Το δίλημμα μεταξύ ιδιωτικών-δημόσιων νοσοκομείων και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(3): 505-519

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Διακήρυξη της Alma Ata και η Παγκόσμια Στρατηγική «Υγεία για Όλους» του Π.Ο.Υ, αναγνώρισε τη σημασία και αναγκαιότητα της ανάπτυξης δικτύου Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ), καθιστώντας την

αναφαίρετο στοιχείο του συστήματος υγείας κάθε χώρας [1]. Η Π.Φ.Υ «οριοθετείται ως το σύστημα παροχής μιας δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας», [2]

λειτουργώντας ως «θυροφύλακας» (gatekeeper), πριν αυτοί προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, μειώνοντας την υπερφόρτιση των νοσοκομείων» [3]. Σημειώνεται, ότι ένα αποτελεσματικό σύστημα Π.Φ.Υ σχετίζεται με υψηλή ικανοποίηση του πληθυσμού για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καλύτερο επίπεδο υγείας, χαμηλότερες δαπάνες για τη φροντίδα αλλά και τη χρήση φαρμάκων λόγω μείωσης της υπερσυνταγογράφησης, που συνεπάγεται εξοικονόμηση πόρων χωρίς ουσιαστική ποιοτική υποβάθμιση [4]. Επίσης, υπάρχουν αξιολογές ενδείξεις ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα συμβάλλει στη συνολική απόδοση του συστήματος υγείας [5]. Μελέτες έδειξαν, ότι αυτό που κυρίως συντελεί στη βελτίωση της υγείας των πληθυσμών είναι η ύπαρξη των παρακάτω βασικών χαρακτηριστικών στις εφαρμοζόμενες πολιτικές Π.Φ.Υ, τα οποία είναι: α) η καθολική χρηματοοικονομική κάλυψη κάτω από κυβερνητικό έλεγχο ή ρύθμιση, β) η προσπάθεια δίκαιης κατανομής πόρων, γ) η πληρότητα υπηρεσιών, δ) η μηδενική ή χαμηλή συμμετοχή των περιθαλπομένων στις δαπάνες Π.Φ.Υ. Όλα αυτά, σε συνδυασμό, παράγουν καλύτερη Π.Φ.Υ., μεγαλύτερη πρόσβαση και χρήση πρώτων επαφών, περισσότερη φροντίδα σε βάθος χρόνου, μεγαλύτερο εύρος διαθέσιμων και παρεχόμενων υπηρεσιών και καλύτερο συντονισμό της περίθαλψης. Τα αποδεικτικά στοιχεία των πιο πάνω ωφελημάτων δεν περιορίζονται μόνο στις αναπτυγμένες, αλλά υπάρχουν και στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες [6].

ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ - ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΓΑΘΟΥ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στη βιβλιογραφία, συχνά αναφέρεται ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι γενικώς πιο αποδοτικά από τα δημόσια [7, 8] γεννώντας την εύλογη απορία αν ενδεχομένως η πολιτική υγείας στην Ελλάδα θα έπρεπε να στραφεί προς τον ιδιωτικό τομέα, όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας, με τα Ασφαλιστικά Ταμεία και την Κυβέρνηση να εξακολουθήσουν να πληρώνουν για την περίθαλψη, ώστε αυτή να συνεχίσει να είναι δωρεάν. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι, γενικά, πιο αποδοτικά από τα δημόσια, διότι:

1) Οι διοικήσεις των ιδιωτικών νοσοκομείων έχουν μεγαλύτερη ευελιξία στην πραγματοποίηση άμεσων-έκτακτων διαχειριστικών ελέγχων, αποσκοπώντας στον έλεγχο του κόστους, την έγκυρη διαπίστωση φαινομένων κακοδιαχείρισης και τον περιορισμό της διασπάθισης του χρήματος. Στα δημόσια νοσοκομεία, η πραγματοποίηση τέτοιων ελέγχων παρουσιάζει μικρότερη ευελιξία λόγω γραφειοκρατικών αγκυλώσεων, έλλειψης προσωπικού, κλπ με αποτέλεσμα την καθυστέρηση δημιουργίας «εικόνας» σχετικά με τη διαχείριση και την πιθανή αύξηση ελλειμμάτων αποδοτικότητας.

2) Στα δημόσια νοσοκομεία, οι διοικητές πριν την πρόσληψή τους, υπογράφουν σύμβαση αποδοτικότητας και αξιολογούνται βάσει των ετήσιων εκθέσεων προόδου που υποβάλλονται από τη Διοίκηση των Υ.Πε στην Επιτροπή που συστήνεται από τον Υπουργό. Η Επιτροπή μπορεί να εισηγηθεί στον Υπουργό Υγείας «την αυτοδίκαιη-και

χωρίς αποζημίωση-διακοπή της θητείας Διοικητή ή αναπληρωτή Διοικητή βάσει της τεκμηρίωσης και της αποδοχής της ως άνω έκθεσης ή και άλλων στοιχείων» [9]. Ωστόσο, εκφράζονται επιφυλάξεις για το εάν η έκθεση αυτή αξιολογείται αντικειμενικά και χωρίς επιρροή από την πολιτική ηγεσία. Αντίθετα, στα ιδιωτικά νοσοκομεία η απόλυση ανεπαρκών managers είναι άμεση και οι παρεμβάσεις για τυχόν αποτροπή της, σχεδόν μηδαμινές. Συνεπώς, το management των ιδιωτικών νοσοκομείων έχει ισχυρότερους λόγους για περισσότερο αποδοτική διαχείριση.

3) Στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι δυνατόν να εφαρμόζονται-με ευελιξία-πολιτικές κινήτρων στους εργαζομένους τους για αύξηση της απόδοσης ή/και περιορισμού του κόστους, παρέχοντας αυξήσεις μισθών, bonus απόδοσης, κλπ, ενώ στα δημόσια νοσοκομεία δεν είναι το ίδιο εύκολο να εφαρμοστούν αντίστοιχες πολιτικές.

Ωστόσο, το αγαθό-υπηρεσία φροντίδας υγείας (Φ.Υ.), και εν προκειμένω η νοσοκομειακή περίθαλψη, διαθέτει χαρακτηριστικά, που το διαφοροποιούν από άλλες υπηρεσίες-αγαθά, οδηγώντας σε αύξηση της ζήτησης των σχετικών υπηρεσιών και των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων/κρατικού προϋπολογισμού. Τέτοια χαρακτηριστικά, μεταξύ άλλων, είναι: «1) η ασυμμετρία πληροφόρησης, όπου ο καλύτερα πληροφορημένος πάροχος Φ.Υ. έχει κίνητρο να χρησιμοποιήσει την πληροφορία προς όφελός του και εις βάρος του ασφαλιστικού φορέα και 2) ο ηθικός κίνδυνος, όπου κάποιος έχει την τάση να αυξάνει την κατανάλωση Φ.Υ. προς όφελός του, ζημιώνοντας τον

ασφαλιστικό του φορέα λόγω αύξησης των σχετικών δαπανών» [10]. Συμπερασματικά, η ύπαρξη μόνο ιδιωτικών νοσοκομείων θα αυξήσει υπέρμετρα τις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης, αφού δεν θα υπάρχουν δημόσια νοσοκομεία για τον έλεγχο της ζήτησής της και τη συγκράτηση των τιμών, αλλά και δεν θα υπάρχουν μέτρα σύγκρισης για το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών. Ο Ν.2194/94 απαγορεύει την διαφήμιση των ιδιωτικών νοσοκομείων, ωστόσο προκειμένου αυτά να αυξήσουν την προσέλκυση ασθενών-πελατών, είναι δυνατόν να προβούν σε αυξημένες δαπάνες επικοινωνίας-προβολής για βελτίωση της εικόνας τους, με οργάνωση-διεξαγωγή επιστημονικών ημερίδων, παροχή δωρεάν εξετάσεων, δωρεών, υποτροφιών, κλπ, ή σε μεταξύ τους ανταγωνισμό για «ξενοδοχειακές πολυτέλειες», που είναι δυνατόν να αυξήσουν το κόστος και άρα το τιμολόγιο υπηρεσιών, ενώ μπορεί να επιδεινωθούν οι δείκτες υγείας. Επίσης, εμφανίζουν ανελαστικότητα προσαρμογής των παροχών τους προς τα πληθωριστικά δεδομένα, με αποτέλεσμα είτε να υποβαθμίσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες είτε να αυξήσουν τις τιμές τους.

Συνεπώς, η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα δεν πρέπει να στραφεί αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα με τα ασφαλιστικά ταμεία και τον κρατικό προϋπολογισμό να καλύπτουν τα έξοδα περίθαλψης, ειδάλλως οι δαπάνες νοσηλείας θα αυξηθούν πολύ, ενώ και η ποιότητα των υπηρεσιών θα είναι αμφίβολη.

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, υπηρεσίες Π.Φ.Υ παρέχονταν ήδη από το 1923, όπου με το Β.Δ 4, ΦΕΚ 328/τ. Α' /14-11-1923 προβλεπόταν η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ από νομιάτρους και υγειονομικά εργαστήρια [11]. Με το Ν.1397/83 γίνεται ολοκληρωμένη προσπάθεια συγκρότησης ενιαίας Π.Φ.Υ, ενώ έκτοτε και μέχρι σήμερα ψηφίστηκαν πολυάριθμοι νόμοι με σκοπό τη βελτίωση της.

Οι νόμοι που ψηφίστηκαν μετά από το Ν.1397/83, περιλάμβαναν ρυθμίσεις, που ενώ μπορούσαν να δημιουργήσουν μια καλύτερη Π.Φ.Υ, «είτε δεν εφαρμόστηκαν, είτε καταργήθηκαν, είτε δεν είχαν την απαιτούμενη πληρότητα, ενώ υπήρξαν και αλλαγές-παλινωδίες του νομοθετικού πλαισίου, είτε από κυβερνήσεις διαφορετικών κομμάτων λόγω διαφορετικών πολιτικών προσεγγίσεων, είτε από την ίδια κυβέρνηση, με αποτέλεσμα η σχετική νομοθεσία να καθίστανται δυσνόητη και να δημιουργούνται ασάφειες» [11]. Η Π.Φ.Υ ήταν διασπασμένη και παρεχόταν από το Ε.Σ.Υ, τα ασφαλιστικά ταμεία, τους Ο.Τ.Α. και τους ιδιώτες. Με σκοπό την κάλυψη αυτών των αδυναμιών πραγματοποιήθηκαν διάφορες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες. Στους παρακάτω πίνακες (Πίνακες 1-3), επισημαίνονται-σχολιάζονται οι βασικότερες μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις στη λειτουργία της Π.Φ.Υ, από το Ν.3918/2011 (ίδρυση του Ε.Ο.Π.Π.Υ.) μέχρι τον πρόσφατο Ν. 4486/2017, δίνοντας έμφαση στα σημεία που διαφοροποιούν την κατάσταση που αναφέρεται και αφορά η σχετική

μεταρρύθμιση, από αυτήν που ίσχυε πριν την κρίση.

Με σκοπό την παροχή αποτελεσματικότερων και ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας, αλλά και τη συγκράτηση του κόστους των, νομοθετήθηκε ο Ν.4238/2014, που καθιστά τον Ε.Ο.Π.Π.Υ αγοραστή υπηρεσιών υγείας μόνο, καταργώντας το διττό ρόλο του ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας, και στη δημιουργία του Π.Ε.Δ.Υ ως αποκλειστικού παρόχου υπηρεσιών Π.Φ.Υ (Πίνακας 2).

Με το ΦΕΚ Β! 490/01-04-2015 καταργείται η καταβολή εξέταστρου (5€) στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ενώ με το Ν.4368/2016 παρέχεται υγειονομική κάλυψη στους πρόσφυγες και ανασφάλιστους. Με τις παρεμβάσεις αυτές φαίνεται να διευθετείται η κάλυψη των ευπαθών ομάδων και το σύστημα υγείας έρχεται πιο κοντά στη διακηρυγμένη αρχή του Π.Ο.Υ για καθολική και χωρίς αποκλεισμούς παροχή υπηρεσιών υγείας. Με τον πρόσφατο Ν.4486/2017, επιχειρείται μία ακόμα μεταρρύθμιση στη Π.Φ.Υ, όπου επανακαθορίζεται η δομή και λειτουργία της, που συνοπτικά περιγράφεται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 1. Νομοθεσία και μεταρρυθμίσεις για τη λειτουργία της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα (2011-2012)

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ	ΣΧΟΛΙΑ
N.3918/2011	<p>1) Προσδιορίζεται η δομή και η λειτουργία συστήματος προμηθειών υγείας, όπου υπάγονται οι συμβάσεις προμηθειών και υπηρεσιών, όπως και οι συμφωνίες-πλαίσιο για την κάλυψη των αναγκών όλων των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και των αποκεντρωμένων μονάδων τους, καθώς και των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας και των Ν.Π.Δ.Δ. που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Επίσης, συστήνεται «Επιτροπή Προδιαγραφών (Ε.Π.)», ως αυτοτελής δημόσια υπηρεσία με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Μεταξύ των αρμοδιοτήτων της Ε.Π είναι ο καθορισμός ενιαίων προδιαγραφών και προτύπων ιατροτεχνολογικών προϊόντων και υπηρεσιών για τη σύνταξη των Περιφερειακών Προγραμμάτων Προμηθειών και Υπηρεσιών, των προκηρύξεων διαγωνισμών, της συγγραφής υποχρεώσεων, καθώς και των συμβατικών τευχών ή λοιπών συμπληρωματικών εγγράφων της σύμβασης.</p> <p>2) Συστήνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με την συγχώνευση των 4 μεγαλύτερων ταμείων (Ι.Κ.Α.,Ο.Γ.Α.,Ο.Α.Ε.Ε.,ΟΠΑΔ), λειτουργώντας ως αγοραστής και πάροχος υπηρεσιών υγείας. Μεταξύ των σκοπών του είναι ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Ε.Σ.Υ., των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.</p>	<p>Ο Νόμος επιχειρεί να βάλει ένα τέλος στον κατακερματισμό των προμηθειών και την μη τοποποιημένη σύναψη συμβάσεων υπηρεσιών-αγαθών, με σκοπό το περιορισμό της διασπάθισης του δημοσίου χρήματος και την μεγιστοποίηση της αξιοποίησης των προμηθευθέντων ειδών-υπηρεσιών, μέσα από την σύνταξη ενιαίων προδιαγραφών.</p>

Πίνακας 1. Νομοθεσία και μεταρρυθμίσεις για τη λειτουργία της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα (2011-2012) (συνέχεια)

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ	ΣΧΟΛΙΑ
<p>1) Αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ. ΓΥ/148. (ΦΕΚ Β' 545/01.03.2012)</p> <p>2) Υπ. Υγείας Αριθμ. Υ3Γ/ΓΠ 55427/30.05.2012 (ΦΕΚ Β' 1810/08.06.2012)</p> <p>[Τροποποιητική της ΔΥΓ3(α)/οικ. ΓΥ/148.]</p> <p>3) Αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ. ΓΥ/149 (2)/1.3.2012 ΦΕΚ Β 545 / 01.03.2012</p>	<p>1) Υποχρεωτική ηλεκτρονική καταχώριση των συνταγών στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και στους άλλους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης.</p> <p>2) Κάθε ηλεκτρονική καταχώριση συνταγής στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) χρεώνεται με 1 ευρώ και πιστώνεται κάθε μήνα στο λογαριασμό του φαρμακείου από το σύστημα ως διαχειριστική αμοιβή του φαρμακοποιού ενώ συγχρόνως αφαιρείται από τη μισθοδοσία ή τις κατά σύμβαση απαιτήσεις του γιατρού από το σύστημα αντίστοιχα.</p> <p>3) Προώθηση των γενοσήμων φαρμάκων. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ καλύπτει το φθηνότερο φάρμακο και ο ασθενής πληρώνει την διαφορά αν επιλέξει άλλο.</p>	<p>Στόχος των κανονιστικών αυτών διατάξεων ήταν ο έλεγχος της υπερσυνταγογράφησης και ο περιορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης.</p>
<p>N. 4052/2012</p>	<p>1) Γεωγραφική ταύτιση των 7 Υγειονομικών Περιφερειών του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τις 7 Αποκεντρωμένες Διοικήσεις του Προγράμματος Καλλικράτη (Ν. 3852/2010), ώστε να συμπίπτουν τα γεωγραφικά όρια των αρμοδιοτήτων τους, με απώτερο σκοπό την καλύτερη χωρική προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.</p> <p>2) Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορεί να μεταβιβάζονται αρμοδιότητές του σχετικά με τον έλεγχο και εποπτεία των Δ.Υ.ΠΕ. στον Γενικό Γραμματέα Αποκεντρωμένης Διοίκησης.</p> <p>3) Στο άρθρο 11, όπως αντικαταστάθηκε με την περίπτωση 1 της υποπαραγράφου ΙΒ.2. της παραγράφου ΙΑ. του πρώτου άρθρου του ν. 4093/2012 και ισχύει από 12-11-2012, γίνεται αναφορά στο clawback και rebate για τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης.</p>	<p>Στόχος ήταν να συμπίπτουν τα γεωγραφικά όρια των αρμοδιοτήτων των Υγειονομικών Περιφερειών και Διοικήσεων του Καλλικράτη, ώστε να εξασφαλίζεται καλύτερη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Επίσης στόχος ήταν η αποκέντρωση των Δ.Υ.Πε που θα διασφαλιζόταν με τη πρόβλεψη για μεταφορά των αρμοδιοτήτων ελέγχου και εποπτείας των Δ.Υ.ΠΕ στο Γεν Γραμματέα Αποκεντρωμένης Διοίκησης, σε συνδυασμό με τα προβλεπόμενα από το Ν.3852/2010 για μεταφορά των αρμοδιοτήτων των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας από τις Δ.Υ.Π.Ε. στους δήμους και στις περιφέρειες με απόδοση των ανάλογων πόρων για την λειτουργία τους, καθώς και τη μεταφορά των αντίστοιχων υπηρεσιών και οργανικών θέσεων. Μέχρι σήμερα, η αποκέντρωση δεν έχει επιτευχθεί και οι Δ.Υ.Πε εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας.</p>

Πίνακας 2. Νομοθεσία και μεταρρυθμίσεις για τη λειτουργία της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα (2014)

ΝΟΜΟ-ΘΕΣΙΑ	ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ	ΣΧΟΛΙΑ
Ν. 4238/2014	<p>1) Άρθρο-1: Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) συνιστάται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας.</p> <p>2) Άρθρο-2 παρ.2 : Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. και αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους.</p> <p>3) Άρθρο-3: Προβλέπεται η διαδικασία ίδρυσης πολυδύναμων Κ.Υ. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κ.Υ. σχεδιάζεται και αποφασίζεται από την Δ.Υ.Πε και ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.), ενώ γίνεται διασύνδεση του Το.Π.Φ.Υ. με την τοπική αυτοδιοίκηση έτσι ώστε σε κάθε δήμο να αντιστοιχεί τουλάχιστον ένας Το.Π.Φ.Υ. Επιπλέον, προβλέπεται ότι οι δομές του Π.Ε.Δ.Υ δύναται να λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση και 7 ημέρες την εβδομάδα, ενώ οι ημέρες, το ωράριο λειτουργίας, ο τρόπος και η αναγκαιότητα διενέργειας εφημεριών, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια καθορίζονται με αποφάσεις των Υπουργών Υγείας και Οικονομικών.</p> <p>4) Άρθρο-4: Γίνεται αναφορά στους επαγγελματίες υγείας ΠΦΥ του ΠΕΔΥ που είναι: Ο οικογενειακός Ιατρός, ιατροί άλλων ειδικοτήτων, οδοντίατροι, καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας. Επίσης γίνεται αναφορά στη διεπαγγελματική-διεπιστημονική ομάδα ΠΦΥ, που απαρτίζεται από επαγγελματίες υγείας με διακριτούς ρόλους στην διαδικασία προσφοράς υπηρεσιών υγείας.</p> <p>5) Άρθρο 5: Γίνεται μια επιπλέον προσπάθεια ενίσχυσης και συγκεκριμενοποίησης του ρόλου του οικογενειακού ιατρού. Δίνεται η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών κατ'οίκον και καταδεικνύεται ο καθοριστικός τους ρόλος στην παραπομπή των ασθενών είτε σε ιατρούς ειδικότητας είτε σε άλλο επίπεδο υγείας. Ο κάθε ασθενής έχει ελεύθερη επιλογή οικογενειακού ιατρού ενώ δίνεται και η δυνατότητα επιλογής ιατρού του Κ.Υ. ως οικογενειακού.</p> <p>6) Άρθρο 8: Τροποποιείται ο σκοπός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ που εφεξής είναι η αγορά υπηρεσιών υγείας και η θέσπιση κανόνων αξιολόγησης των υπηρεσιών αυτών.</p> <p>7) Άρθρο-27: Προβλέπεται η σύσταση Κινητών Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ως μονάδες των Δ.Υ.Πε. ή των Νοσοκομείων, για την εξυπηρέτηση των αναγκών Υγείας σε περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.</p> <p>8) Άρθρο 51, παρ.4: Θεσπίζεται ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) επικαιροποιώντας παλαιότερες διατάξεις. Ο Α.Η.Φ.Υ συμπληρώνεται από ιατρό του τοπικού δικτύου Π.Φ.Υ. που παρακολουθείται ο ασθενής και ενημερώνεται από όλους όσους εξέτασαν ή άσκησαν θεραπεία.</p>	<p>* Το Άρθρο-1 και η παρ.2 του Άρθρου-2, καταργούνται με το μεταγενέστερο Ν.4486/2017</p> <p>* Η επιλογή του οικογενειακού ιατρού -όπως και σ'όλους τους προηγούμενους νόμους- αποτελεί δικαίωμα και όχι υποχρέωση των πολιτών.</p> <p>* Δεν περιλαμβάνονται οι απαραίτητες διατάξεις ώστε να καθιερωθεί η παροχή ΠΦΥ από ομάδα επαγγελματιών υγείας με σαφή και διακριτά καθήκοντα και ρόλους αλλά και με κοινό πεδίο δράσης και συνεργασίας για την παροχή της βέλτιστης για τον γενικό πληθυσμό φροντίδας</p>

Πίνακας 3. Μεταρρύθμιση Ν.4486/2017: Δομή και λειτουργία Π.Φ.Υ

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ
Ν.4486/2017	<p>1) Καταργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που είχε συσταθεί με τον Ν. 4238/2014 και οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ παρέχονται από ένα ενιαίο, ολοκληρωμένο και αποκεντρωμένου σύστημα που οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) εντασσόμενο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ).</p> <p>2) Καθορίζεται η έννοια των ομάδων υγείας, που συγκροτούνται από ιατρούς γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, από νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση έναν ιατρό γενικής ιατρικής ή παθολογίας, έναν νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο. Επίσης αναλύονται τα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας της Ομάδας Υγείας, ενώ ομάδα εργασίας θεωρείται και η «Τοπική Ομάδα Υγείας» που προβλέπεται στο Ν. 4461/201, που αφορά-μεταξύ άλλων-και στη μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.</p> <p>3) Η πρωτοβάθμια περίθαλψη θα παρέχεται πλέον σε δύο επίπεδα: Στο πρώτο επίπεδο, από: α) τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ), που συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας, αποτελούν το εισαγωγικό επίπεδο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και λειτουργούν στη βάση εγγεγραμμένου πληθυσμού αναφοράς, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής και οργανωμένης πρόληψης και αγωγής υγείας της Π.Φ.Υ. και στελεχώνεται από μία Ομάδα Υγείας. β) Τα Περιφερειακά Ιατρεία, γ) τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, δ) τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία, τα ε) Τοπικά Ιατρεία και στ) επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες σε μονάδες Π.Φ.Υ και ως συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.</p> <p>Στο δεύτερο επίπεδο, παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας (δηλ. υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής και εξειδικευμένης φροντίδας υγείας) από τα Κέντρα Υγείας στα οποία θα περιληφθούν τα κέντρα υγείας αστικού τύπου (άρθρο 17, Ν.1397/1983), υπαίθρου και οι δομές του ΠΕΔΥ (παρ. 3-άρθρο 2, Ν.4238/2014), που θα μετονομαστούν σε Κέντρα Υγείας.</p>

Πίνακας 3. Μεταρρύθμιση Ν.4486/2017: Δομή και λειτουργία Π.Φ.Υ (συνέχεια)

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ
Ν.4486/2017	<p>4) Κάθε Κέντρο Υγείας μαζί με τις υπαγόμενες σε αυτό Το.Μ.Υ, τα υπαγόμενα σε αυτό Περιφερειακά Ιατρεία, Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία και Τοπικά Ιατρεία αποτελεί αποκεντρωμένη οργανική μονάδα των Δ.Υ.Πε. με δική του στελέχωση. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) της οικείας Δ.Υ.Πε. Εντός του Το.Π.Φ.Υ οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ, οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ, τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φαρμακεία, καθώς και τα δημοτικά ιατρεία συνιστούν το Τοπικό Δίκτυο Π.Φ.Υ, ενώ οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ πάροχοι, τα δημοτικά ιατρεία, καθώς και τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ φαρμακεία, μπορεί να συμμετέχουν σε δράσεις προαγωγής υγείας και πρόληψης, υπό την εποπτεία της οικείας Δ.Υ.Πε. Σε κάθε Το.Π.Φ.Υ. συγκροτείται, με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε τριμελής Διοικούσα Επιτροπή. Τα Το.Π.Φ.Υ της κάθε Δ.Υ.Πε συντονίζονται από τον Περιφερειακό Συντονιστή Το.Π.Φ.Υ.</p> <p>5) Η περιοχή ευθύνης των Δ.Υ.Πε. διαιρείται σε Το.Π.Φ.Υ. Σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία Το.Μ.Υ.</p> <p>6) Επαναπροσδιορίζεται ο θεσμός των οικογενειακών ιατρών και καθορίζεται ο ανώτατος πληθυσμός ευθύνης των.</p> <p>7) Σε κάθε Δ.Υ.Πε προβλέπεται η ίδρυση και η λειτουργία:</p> <p>α) Κεντρικών Διαγνωστικών Εργαστηρίων (Κ.Δ.Ε.), που παρέχουν διαγνωστικές υπηρεσίες εργαστηριακής και απεικονιστικής ιατρικής στις διασυνδεδεμένες με αυτά μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. β) Κέντρων Ειδικής Φροντίδας (Κ.Ε.Φ.), όπου παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας, ειδικής αγωγής και αποκατάστασης (κέντρα οδοντοπροσθετικά, παιδοδοντιατρικά, φυσικοθεραπείας, ειδικής αγωγής) σε πληθυσμό ευθύνης ενός ή περισσότερων Το.Π.Φ.Υ.</p> <p>8) Σε κάθε οδοντιατρείο Κέντρου Υγείας συγκροτείται και λειτουργεί η Οδοντιατρική Ομάδα, με ελάχιστη σύνθεση έναν οδοντίατρο και ένα βοηθό οδοντιατρείου ή νοσηλεύτη. Επικουρικά μέλη της Οδοντιατρικής Ομάδας μπορούν να είναι οδοντοτεχνίτες, επισκέπτες υγείας και διοικητικό προσωπικό. Κάθε οδοντιατρείο Κέντρου Υγείας βρίσκεται σε επιστημονική διασύνδεση με τα άλλα οδοντιατρεία των δομών Π.Φ.Υ., τα οδοντιατρεία των νοσοκομείων αλλά και τα Κέντρα Ειδικής Φροντίδας με στόχο την αρτιότερη κάλυψη των οδοντιατρικών αναγκών του πληθυσμού ευθύνης. Σε κάθε Δ.Υ.Πε. ορίζεται, με απόφαση του Διοικητή αυτής, τουλάχιστον ένας Συντονιστής Οδοντίατρος Υγειονομικής Περιφέρειας (Σ.Οδ.Υ.Π).</p>

Πίνακας 3. Μεταρρύθμιση Ν.4486/2017: Δομή και λειτουργία Π.Φ.Υ (συνέχεια)

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ
Ν.4486/2017	9) Προβλέπεται η δυνατότητα ίδρυσης «Δικτύου Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών-Μαιευτών», με έδρα δημόσια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε, που θα διασυνδέεται με τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε και ιδίως με τις Το.Μ.Υ καταρτίζοντας και υλοποιώντας ένα τακτικό πρόγραμμα επισκέψεων σε αυτές.
	10) Οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ οικογενειακοί ιατροί παρέχουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ στα ιατρεία τους ή και κατ' οίκον, με άμεση διασύνδεση με τις υπηρεσίες του Τοπικού Δικτύου του οικείου Το.Π.Φ.Υ, καλύπτουν συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης και έχουν ελάχιστο ωράριο απασχόλησης ανά ημέρα και ανά εβδομάδα. Οι οικογενειακοί ιατροί αμείβονται κατά κεφαλή για το σύνολο του πληθυσμού ευθύνης τους βάσει συντελεστή ηλικιακής ομάδας.
	11) Για τους ιατρούς λοιπών ειδικοτήτων συνάπτεται συλλογική σύμβαση μεταξύ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) και των κατά τόπους ιατρικών συλλόγων. Σε περίπτωση αδυναμίας σύναψης σύμβασης με τους κατά τόπους ιατρικούς συλλόγους και τον Π.Ι.Σ, ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δύναται να συνάπτει ατομικές συμβάσεις. Οι συμβαλλόμενοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ ιατροί λοιπών ειδικοτήτων, αμείβονται κατά πράξη όταν εκτελούν παραπεμπτικό οικογενειακού γιατρού ή με πάγια αντιμισθία και συγκεκριμένο ημερήσιο και εβδομαδιαίο χρόνο απασχόλησης για συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης, με κριτήρια ιδίως τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό και τις τυχόν ιδιαιτερότητες του εκάστοτε Το.Π.Φ.Υ. ή της οικείας Δ.Υ.Πε.
	12) Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μπορεί να συνάπτει συμβάσεις: α) Με ιδιωτικά πολυϊατρεία. Οι διαγνωστικές εξετάσεις και οι ιατρικές πράξεις που συνταγογραφούνται και εκτελούνται εντός του αυτού πολυϊατρείου (αυτοπαραπομπές) αποζημιώνονται, με ειδική τιμή που αντιστοιχεί σε ποσοστό έως 50% των κάθε φορά ισχυουσών τιμών αποζημίωσης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζεται το ύψος της αποζημίωσης και το ποσοστό της έκπτωσης των επισκέψεων, καθώς και κάθε άλλο σχετικό θέμα, β) με ιδιώτες οδοντίατρους και πολυοδοντιατρεία, γ) με φυσικά ή νομικά πρόσωπα που παρέχουν διαγνωστικές υπηρεσίες.

ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ. ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Οι μνημονιακές υποχρεώσεις της Ελλάδας και η ανάγκη μείωσης των δαπανών για την υγεία, οδήγησαν στη σύσταση του Ε.Ο.Π.Π.Υ. (με συγχώνευση των ταμείων Ι.Κ.Α, Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε., ΟΠΑΔ), ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας-και αργότερα ως αγοραστή μόνο-λόγω της ίδρυσης του Π.Ε.Δ.Υ ως παρόχου υπηρεσιών υγείας. Σκοπός, αποτέλεσε η μείωση των λειτουργικών δαπανών των ταμείων και η εξοικονόμηση χρημάτων από την συγκροτημένη προμήθεια υλικών και υπηρεσιών βάσει κοινών προτύπων και διαδικασιών, για όλα τα νοσοκομεία. Επίσης, η ανάγκη μείωσης της πολύ υψηλής φαρμακευτικής δαπάνης, που το 2009 ανερχόταν στο ποσό των πέντε δισεκατομμυρίων ευρώ, [12] οδήγησε στη νομοθέτηση: α) υποχρεωτικής ηλεκτρονικής συνταγογράφησης-παραπεμπτικογράφησης, β) συνταγογράφησης βάσει δραστικής ουσίας, γ) προώθησης των γενόσημων φαρμάκων, δ) του clawback και του rebate, ε) είσπραξης 1 ευρώ από τον Ε.Ο.Π.Π.Υ για την εκτέλεση κάθε ηλεκτρονικής συνταγής κ.α, με αποτέλεσμα, την περίοδο 2009-2016, η φαρμακευτική δαπάνη που επιβαρύνει την κοινωνική ασφάλιση (Ταμεία) να μειωθεί κατά 61,9% [13]. Ωστόσο, διαπιστώνεται αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης (ίδια συμμετοχή των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας) [14], γεγονός που οδηγεί σε μεγαλύτερη ιδιωτικοποίηση του Ε.Σ.Υ. Επίσης, ο Ε.Ο.Π.Π.Υ παρουσιάζει χρέη, καθώς τα «ληξιπρόθεσμα-προς τις επιχειρήσεις της Υγείας-χρέη του, για το μήνα Ιούνιο 2017, αγγίζουν τα 1,214 δισ. ευρώ, αυξημένα κατά

200 εκατ. ευρώ, σε σχέση με το ύψος των χρεών το Μάιο 2017 (1,199 δισ. ευρώ)» [15].

Επιπρόσθετα, παρά τις όποιες νομοθετικές προσπάθειες που έγιναν, δεν έχει σημειωθεί η αναμενόμενη βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος. Μερικές από τις κυριότερες αδυναμίες της Π.Φ.Υ, αποτελούν:

- Ανισότητες στην πρόσβαση Π.Φ.Υ, εξαιτίας μεγάλων αναμονών και γεωγραφικών περιορισμών [16].
- Απουσία ελέγχου ποιότητας υπηρεσιών, χαμηλή αποδοτικότητα και ικανοποίηση των χρηστών [17].
- Ελλιπής χρηματοδότηση με σοβαρά προβλήματα σε υλικοτεχνικές υποδομές και στελέχωσης [18-20].
- Ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του Ε.Σ.Υ. και η έλλειψη προσωπικού, παρεμποδίζοντας τη λειτουργία της Π.Φ.Υ ως «θυροφύλακα» της νοσοκομειακής φροντίδας, ώστε να παρέχονται στους ασθενείς ολοκληρωμένες υπηρεσίες, πριν αυτοί προωθηθούν στα νοσοκομεία και να δημιουργούνται συνθήκες μείωσης της υπερφόρτισης των [21].
- Η σύσταση των Κ.Υ αστικού τύπου, ενώ προβλεπόταν στο Ν.1397/83, δεν είχε εφαρμοστεί στο βαθμό που έπρεπε, με αποτέλεσμα η έλλειψή τους να συντελεί στην υπερφόρτωση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων για παροχή Π.Φ.Υ, στον αποπροσανατολισμό τους από τον κύριο στόχο τους, ο οποίος είναι η παροχή δευτεροβάθμιας/τριτοβάθμιας περίθαλψης, στην επίταση της άνισης κατανομής και

πρόσβασης στην Π.Φ.Υ και στη διάσπαση της συνέχειας στη φροντίδα [22,23].

- Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού μολονότι προβλεπόταν σε όλα τα νομοθετήματα για την Π.Φ.Υ, ελάχιστα αναπτύχθηκε. Στο Ν.4486/17, όπως και σ' όλους τους προηγούμενους η επιλογή του είναι ελεύθερη αποτελώντας δικαίωμα-και όχι υποχρέωση του πολίτη-με αποτέλεσμα την μη ύπαρξη «gatekeeping» στην πρόσβαση στα νοσοκομεία.

Συμπληρωματικά με τα σχόλια για τους σχετικούς νόμους των παραπάνω πινάκων, ο Ν.4486/17 επιχειρεί διαρθρωτικές παρεμβάσεις στην Π.Φ.Υ-και μεταξύ άλλων-προβλέπει την ίδρυση σε κάθε Δήμο ενός τουλάχιστον Κ.Υ και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία Το.Μ.Υ, αποκαθιστώντας την έλλειψη Κ.Υ αστικού τύπου, διευρύνοντας την προσβασιμότητα στην Π.Φ.Υ και δημιουργώντας προϋποθέσεις πρώτης επαφής των ασθενών με το σύστημα

υγείας, πριν την πρόσβαση τους στη νοσοκομειακή φροντίδα. Επίσης, με τον επαναπροσδιορισμό του ρόλου του οικογενειακού ιατρού, της ομάδας υγείας, την πρόβλεψη δημιουργίας οδοντιατρείου σε κάθε Κ.Υ, Δικτύου Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών-Μαιευτών και Κεντρικών Διαγνωστικών Εργαστηρίων, δημιουργούνται προϋποθέσεις αποτελεσματικότερης λειτουργίας των δημόσιων δομών Π.Φ.Υ και καλύτερης παροχής υπηρεσιών. Σε γενικές γραμμές, ο Ν. Ν.4486/17 δημιουργεί βάσεις βελτίωσης της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας, αν και εκφράζονται επιφυλάξεις για την αποτελεσματική εφαρμογή του νόμου και την ανάπτυξη του συστήματος Π.Φ.Υ, αφού η επάρκεια ανθρώπινων και υλικών πόρων αποτελεί βασική προϋπόθεση επιτυχίας, που-όμως-η εξεύρεσή τους καθίσταται δύσκολη στο σημερινό δημοσιονομικό περιβάλλον, που δημιουργεί η οικονομική κρίση [24]. Παρόλα αυτά, είναι νωρίς για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Walley J, Lawn J, Tinker A, de Francisco A, Chopra M, Rudan I et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet*, 2008, 372:1001-1007.
2. Κοντιάδης Ξ, Σουλιώτης Κ. Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας. Εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα, 2005.
3. Βραχάτης Δ, Παπαδόπουλος Α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική* 2012, 51:10-17.
4. Θεοδωράκης Π, Λιονής Χ. Η ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Είναι η γενική ιατρική αποτελεσματική στην έγκαιρη διάγνωση των νοσημάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής; Στο:

- Κυριόπουλος Γ. Λιονής Χ. Σουλιώτης Κ. Τσάκος Γ. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2003:245-258.
5. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010, 10:65.
 6. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac Sanit* 2012, 26(S):20-26
 7. Κονδύλης Η. Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα: χαρακτηριστικά ανάπτυξης, στοιχεία ποιοτικής αξιολόγησης, σύγχρονες τάσεις και προοπτικές. 2009. Θεσσαλονίκη. Διδακτορική διατριβή.
 8. Κονδύλης Η, Αντωνοπούλου Λ, Μπένος Α. Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία. Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στην πολιτική υγείας; *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2008, 25(4):496-508.
 9. Άρθρο 2 και 6 του Νόμου 4052/2012. Διαθέσιμο στο: <https://www.taxheaven.gr/laws/law/index/law/418>
 10. Ναούμ Σ. Χαρακτηριστικά αγαθού και αγοράς υγείας: Η σημασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον έλεγχο φαρμακευτικών δαπανών. *Επιστημονικά Χρονικά* 2019; 24(2): 207-219.
 11. Βελονάκη Σ Β, Αδαμακίδου Θ. Νομοθετικό πλαίσιο της ομάδας υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και στο διεθνές περιβάλλον. Διαθέσιμο στο: https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3315/1/02_chapter_14.pdf
 12. Αιτιολογική έκθεση προς τη Βουλή των Ελλήνων στο σχέδιο νόμου «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση συνταγών». Διαθέσιμη στο: http://www.opengov.gr/minlab/wp-content/uploads/downloads/2010/09/aitiologiki_ek8esi.pdf
 13. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος-IOBE Παρατηρητήριο της Υγείας. Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα Στοιχεία 2015-2016, Αθήνα, 2016.
 14. ΕΛΣΤΑΤ. Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας. Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/->
 15. Health Report. Διαθέσιμο στο: <http://www.healthreport.gr/%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%B2%CE%BB%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B1-%CF%87%CF%81%CE%AD%CE%B7-%CE%B5%CE%BF%CF%80%CF%85%CF%85-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%BF/>
 16. Economou C. Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. *WHO Regional Office for Europe* 2015:1-14.
 17. Πετρέλης Μ, Δομάγερ ΦΡ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2016, 15:365-379.

18. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet* 2014, 383:748-753.
19. Economou C. Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. *WHO Regional Office for Europe*, 2015:1-14.
20. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy* 2014, 115:111-119.
21. Βραχάτης Δ, Παπαδόπουλος Α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική* 2012, 51:10-17.
22. Λιονής Χ, Μερκούρης Μ. Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000,12:7-19.
23. Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2008, 47:320-333.
24. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet* 2014; 383:748-753.

The dilemma between private-public hospitals and the role of primary health care

S. Naoum

116 Combat Wing Health Service, Araxos, Greece

ABSTRACT

In the literature, it is often stated that private hospitals are generally more efficient than public ones, giving rise to the reasonable question of whether health care policy in Greece should be turned to the private sector in terms of providing health services. However, the existence of only private hospitals will greatly increase the cost of hospital care, as there will be no public hospitals to control its demand and price containment, and there will be no benchmarking for the costs of the services provided. Primary Health Care (PHC) is defined as the providing system of a bundle of basic and integrated health care services at an individual and family level and is the first point of contact for patients with the health system, acting as a gatekeeper, reducing hospital overload. It should be noted that an effective PHC system is associated with high population satisfaction with health services, better health, lower health costs and drug use. Despite any legislative efforts made, the expected improvement in the efficiency of the system has not been made. The law 4486/17 attempts structural interventions in the PHC, broadening the accessibility of the PHC and creating conditions for patients' first contact with the health system prior to their access to hospital care. In general, law 4486/17 lays the foundations for improving the efficiency of the health system, although there are reservations about the effective implementation of the law.

Keywords: private hospital, efficiency, primary health care, health cost

Citation S. Naoum. The dilemma between private-public hospitals and the role of primary health care. *Scientific Chronicles* 2020; 25(3): 505-519

Ο υπέρ-εκλεκτικός εμβολισμός των προστατικών αρτηριών στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου της χρόνιας προστατίτιδας, χρόνιου πυελικού άλγους. Μια πιλοτική προοπτική μελέτη

Κ. Σταματίου¹, Α. Δημάκης², Α. Μαρίνης³, Δ. Ζαβραδινός¹, Ι. Μοσχούρης²

¹Ουρολογική Κλινική, ²Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, ³Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με σύνδρομο χρόνιας προστατίτιδας/ χρόνιου πυελικού άλγους (CP/CPPS) υποτροπιάζει παρά την αρχική ανταπόκριση στην θεραπεία. Δεδομένου ότι ο εκλεκτικός προστατικός αρτηριακός εμβολισμός (ΡΑΕ) έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει ορισμένα συμπτώματα της καλοήθους υπερτροφίας του προστάτη που είναι κοινά με το σύνδρομο CP/CPPS, είναι πιθανό να είναι αποτελεσματικός και στις κλινικά επίμονες περιπτώσεις CP/CPPS. Για να διερευνήσουμε την παραπάνω υπόθεση, πραγματοποιήσαμε μια πιλοτική μελέτη σε μικρό δείγμα ασθενών.

Μέθοδοι: Υποψήφιοι για την μελέτη θεωρήθηκαν ασθενείς με επίμονα συμπτώματα CP/CPPS που δεν ανταποκρίνονταν στην θεραπεία ή/και ασθενείς με πολλαπλές υποτροπές CP/CPPS και συνυπάρχουσα υπερτροφία του προστάτη. Η ενόχληση από τα συμπτώματα εκτιμήθηκε κατά την έναρξη και στις 4 και 12 εβδομάδες. Ως κύριο μέτρο ανταπόκρισης στη θεραπεία θεωρήθηκε η σημαντική αλλαγή από την αρχική τιμή στη συνολική βαθμολογία των ερωτηματολογίων NIH-CPSI και IPSS την εβδομάδα 4. Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα περιλάμβαναν βαθμολογίες κλινικού πόνου (οπτική αναλογική κλίμακα) και ποιότητα ζωής την 12η εβδομάδα. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με τα αντίστοιχα ασθενών που την ίδια χρονική περίοδο ακολούθησαν συμβατική φαρμακοθεραπεία.

Αποτελέσματα: Από 11 επιλέξιμους υποβλήθηκαν σε εκλεκτικό ή υπέρ-εκλεκτικό ΡΑΕ 5. Κατά την εβδομάδα 4, δεν σημειώθηκαν σημαντικές διαφορές στη μέση μείωση των συνολικών βαθμολογιών NIH-CPSI και IPSS μεταξύ των ομάδων. Μετά από 12 εβδομάδες, μόνο δύο από τους συμμετέχοντες παρουσίασαν πλήρη επίλυση του πόνου. Οι συνολικές διαφορές στο μέσο πόνο και την ποιότητα ζωής ήταν παρόμοιες.

Συμπεράσματα: Ο υπέρ-εκλεκτικός ΡΑΕ δεν υπολείπεται της συμβατικής φαρμακοθεραπείας στη θεραπεία των συμπτωμάτων της CP/CPPS ενώ μπορεί να αποτελεί μια αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή για τον επίμονο πόνο που σχετίζεται με CP/CPPS σε επιλεγμένους ασθενείς.

Λέξεις ευρητηρίου: χρόνια προστατίτιδα, εμβολισμός των προστατικών αρτηριών, κλινική μελέτη

Παραπομπή

Κ. Σταματίου, Α. Δημάκης, Α. Μαρίνης, Δ. Ζαβραδινός, Ι. Μοσχούρης. Ο υπέρ-εκλεκτικός εμβολισμός των προστατικών αρτηριών στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου της χρόνιας προστατίτιδας, χρόνιου πυελικού άλγους. Μια πιλοτική προοπτική μελέτη. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(3): 520-53

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι λιγότερο από μια δεκαετία που ο υπέρ εκλεκτικός εμβολισμός των προστατικών αρτηριών (ΡΑΕ) χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της καλοήθους υπερτροφίας του προστάτη. Η έως τώρα εμπειρία έδειξε αποτελέσματα όσον αφορά, την ύφεση συμπτωμάτων και την βελτίωση της ποιότητας ζωής [1]. Με δεδομένο ότι τα σύνδρομα της προστατίτιδας και η υπερτροφία του προστάτη συνδέονται αιτιο-παθογενετικά [2], μοιράζονται κοινά συμπτώματα, συχνά αλληλοκαλύπτονται κλινικά [3] και συνυπάρχουν ιστολογικά σε ποσοστό άνω του 50% [4], είναι πιθανό ο υπέρ-εκλεκτικός εμβολισμός των προστατικών αρτηριών να θεραπεύει ασθενείς με σύνδρομο χρόνιας προστατίτιδας/ χρόνιου πυελικού άλγους (CP/CPPS) που υποτροπιάζει παρά την αρχική ανταπόκριση στην θεραπεία και ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία. Σκοπός της μελέτης είναι να ερευνήσει πιλοτικά την παραπάνω υπόθεση σε μικρό δείγμα ασθενών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Υποψήφιοι για την μελέτη θεωρούνται οι ασθενείς με επίμονα συμπτώματα που σχετίζονται με CP/CPPS και δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία ή/και

ασθενείς με πολλαπλές υποτροπές CP/CPPS με συνυπάρχουσα υπερτροφία του προστάτη. Οι επιλέξιμοι ασθενείς ενημερώνονται για την μέθοδο και εφόσον υπογράψουν έντυπο συγκατάθεσης, υποβάλλονται σε υπέρ-εκλεκτικό εμβολισμό των προστατικών αρτηριών. Κριτήρια ένταξης στην μελέτη ήταν τα επίμονα συμπτώματα χρόνιας προστατίτιδας -επί επιβεβαιωμένης απουσίας βακτηριακού παράγοντα- μη ανταποκρινόμενα στην φαρμακευτική αγωγή. Καθώς ο υπέρ-εκλεκτικός εμβολισμός των προστατικών αρτηριών δεν είναι θεσμοθετημένος στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου της χρόνιας προστατίτιδας είναι απαραίτητο οι επιλέξιμοι ασθενείς να έχουν υπερτροφία του προστάτη. Για την περίπτωση της αλληλοκάλυψης των δυο παθήσεων, το κύριο σύμπτωμα τους είναι το χρόνιο ουρογεννητικό άλγος που είναι χαρακτηριστικό της CP/CPPS. Κριτήρια αποκλεισμού αποτελούν καταστάσεις που επηρεάζουν είτε βακτηριακή μολυσματικότητα είτε την απόκριση του ξενιστή (π.χ. ανοσοανεπάρκειες, ανωμαλίες του ουρογεννητικού συστήματος) και η λήψη αντιβιοτικών ή ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων εντός 4 εβδομάδων από την επίσκεψη. Οι επιλέξιμοι ασθενείς υποβάλλονται σε Meyers-Stamey test για την επιβεβαίωση της διάγνωσης του συνδρόμου της χρόνιας προστατίτιδας, χρόνιου πυελικού

άλγους και συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια NIH-CPSI και IPSS.

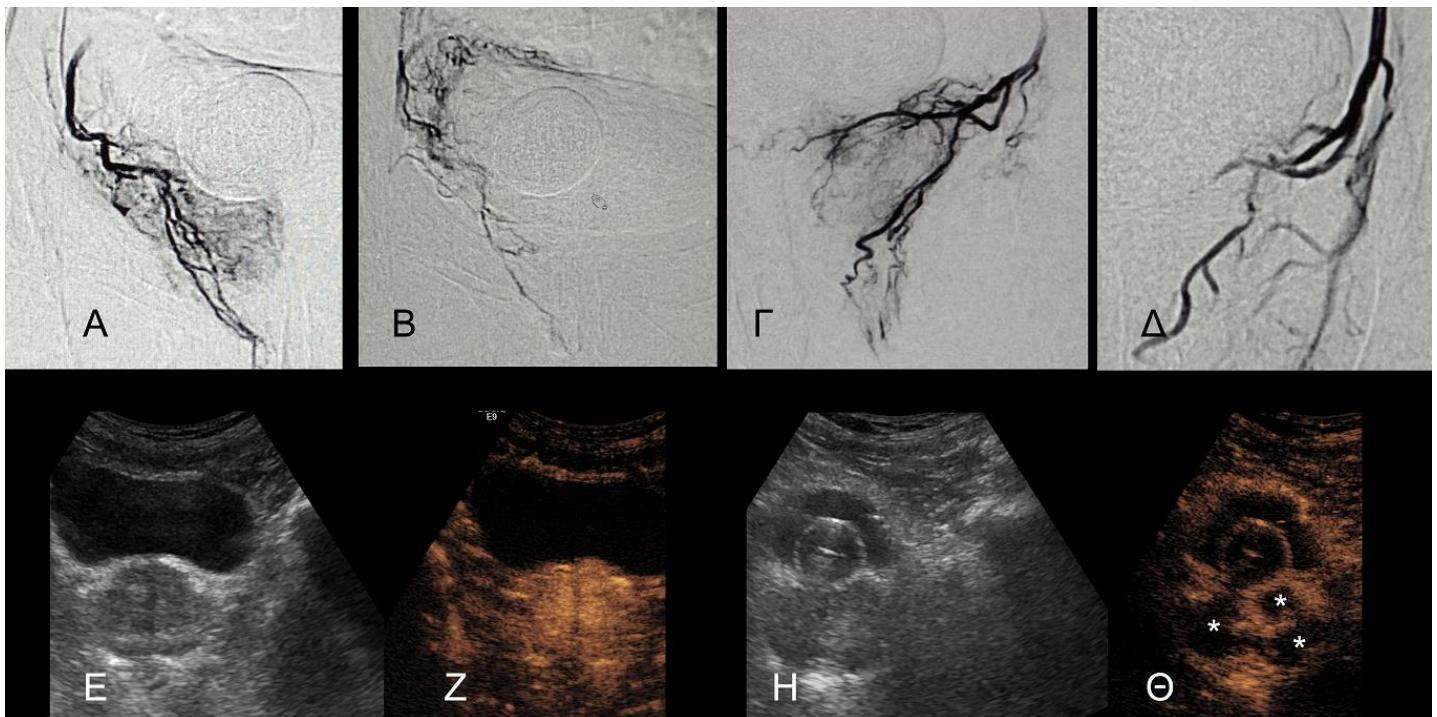
Το τεστ θεωρείται θετικό όταν: 1) αναπτύσσονται παθογόνα βακτήρια στην καλλιέργεια του προστατικού εκκρίματος (EPS) ή του δείγματος ούρων μετά από μάλαξη του προστάτη (VB3) ενώ δεν αναπτύσσονται στα VB1 και VB2 (δείγματα προ-μάλαξης του προστάτη) 2) οι αποικίες βακτηρίων στο VB3 ήταν υψηλότερες από αυτές των δειγμάτων VB1 και VB23. Τα δείγματα ούρων καλλιεργήθηκαν αραιωμένα σε αιματούχο και MacConkey άγαρ (Kallestad Lab., TX, USA) και υποβλήθηκαν σε φυγοκέντρηση για μικροσκοπική εξέταση του ιζήματος. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της καλλιέργειας πραγματοποιήθηκε από δύο ειδικούς μικροβιολόγους, οι οποίοι δεν ενημερώθηκαν για το αρχείο των ασθενών. Η αναγνώριση πραγματοποιήθηκε με συμβατικές μεθόδους και το σύστημα Vitek-2 Compact (bioMerieux, France) και ο έλεγχος ευαισθησίας πραγματοποιήθηκε με διάχυση δίσκου και / ή το σύστημα Vitek-2. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων ευαισθησίας βασίστηκε στις οδηγίες του Ινστιτούτου Κλινικών και Εργαστηριακών Προτύπων (CLSI).

Πριν την διενέργεια του εμβολισμού τοποθετείται καθετήρας Foley (16Fr) στην ουροδόχο κύστη. Υπό τοπική αναισθησία (xylocaine 1%) στα μαλακά μόρια πέριξ της δεξιάς μηριαίας αρτηρίας, διενεργείται καθετηριασμός της με τεχνική Seldinger και εισαγωγή σε αυτήν αγγειακού θηκαριού 5 Fr. Με τη βοήθεια αγγειογραφικού καθετήρα τύπου Cobra 1 (Imager II, Boston Scientific) και υδρόφιλου σύρματος 0.035 (Zipwire,

Boston Scientific) καθετηριάζεται η δεξιά έσω λαγόνιος αρτηρία. Μετά την ανεύρεση της κάτω κυστικής αρτηρίας, προωθείται σε αυτήν μικροκαθετήρας 2,7Fr (Asahi Stride, Asahi) και εκτελείται αρτηριογραφία με έγχυση μικρής ποσότητας σκιαγραφικού (2,5 κ.εκ.). Μετά από καθετηριασμό της έκφυσης της δεξιάς προστατικής αρτηρίας, πραγματοποιείται εμβολισμός με χρήση μικροσφαιριδίων υδρογέλης

διαμέτρου 250μm (CeloNova BioSciences), τα οποία προετοιμάστηκαν σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή και χορηγήθηκαν δια του μικροκαθετήρα, με βραδεία έγχυση και υπό συνεχή ακτινοσκοπικό έλεγχο, μέχρι τη σχεδόν πλήρη διακοπή της ροής εντός της προστατικής αρτηρίας. Ακολουθεί καθετηριασμός της αριστερής έσω λαγονίου αρτηρίας, με τη βοήθεια του ίδιου αγγειογραφικού καθετήρα και του υδρόφιλου σύρματος, ανάδειξη της αγγειακής ανατομίας και εμβολισμός της αριστερής προστατικής αρτηρίας με την ανωτέρω περιγραφείσα τεχνική (Εικόνα 1).

Ως κύριος δείκτης ανταπόκρισης θεωρήθηκε η αλλαγή από την αρχική μέση τιμή στη συνολική βαθμολογία των ερωτηματολογίων NIH-CPSI και IPSS την 4η εβδομάδα. Δευτερεύοντες δείκτες ανταπόκρισης θεωρήθηκαν οι βαθμολογίες πόνου στην οπτική αναλογική κλίμακα και ποιότητας ζωής την 12η εβδομάδα. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με τα αντίστοιχα ασθενών που την ίδια χρονική περίοδο ακολούθησαν συμβατική φαρμακοθεραπεία (αντιφλεγμονώδη ή φυτοθεραπευτικά ή μυοχαλαρωτικά).



Εικόνα 1. **A:** Εκλεκτική ψηφιακή αγγειογραφία (DSA) της δεξιάς προστατικής αρτηρία πριν τον εμβολισμό. **B:** DSA του ίδιου αγγείου αμέσως μετά τον εμβολισμό, αναδεικνύει εξάλειψη της παρεγχυματικής αγγείωσης του δεξιού προστατικού λοβού. **Γ:** DSA της αριστερής προστατικής αρτηρίας πριν τον εμβολισμό. **Δ:** DSA του ίδιου αγγείου αμέσως μετά τον εμβολισμό, αναδεικνύει εξάλειψη της παρεγχυματικής αγγείωσης του αριστερού προστατικού λοβού. **Ε:** Εγκάρσια υπερηχογραφική τομή του προστάτη πριν την επέμβαση. **Z:** Αντίστοιχη τομή του προστάτη μετά έγχυση ενισχυτή ηχογενείας (Contrast-Enhanced UltraSonography, CEUS) κατά τον ίδιο χρόνο, αναδεικνύει ομοιογενή σκιαγράφιση και των δυο προστατικών λοβών. **Η:** Εγκάρσια υπερηχογραφική τομή του προστάτη μια ημέρα μετά τον εμβολισμό. **Θ:** Αντίστοιχη τομή του προστάτη με CEUS κατά τον ίδιο χρόνο, αναδεικνύει μη ενισχυόμενα έμφρακτα (*) αμφοτερόπλευρα.

Το βασικό μειονέκτημα της μελέτης αυτής είναι ο μικρός αριθμός των περιστατικών ωστόσο, χωρίς πρότερη εμπειρία δεδομένης της καινοτομίας της -είναι η πρώτη παγκοσμίως καθώς μόνο μια παρόμοια μελέτη υπάρχει αλλά για τον ρόλο του PAE στην μετακτινική φλεγμονή του προστάτη - μπορούσε να διεξαχθεί μόνο με τη μορφή πιλοτικής μελέτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από 11 επιλέξιμους υποβλήθηκαν σε εκλεκτικό ή υπέρ-εκλεκτικό PAE 5 ασθενείς (ομάδα 1). Η συνολική βαθμολογία των ερωτηματολογίων NIH-CPSI και IPSS συγκρίθηκε με εκείνες δέκα ασθενών που έλαβαν Lornoxicam 8 mg από το στόμα μία φορά την ημέρα για ένα μήνα (ομάδα 2), οκτώ ασθενών που έλαβαν Serenoa repens (SR) 320 mgr δύο φορές ημερησίως για ένα μήνα (ομάδα 3) και εννέα ασθενών που

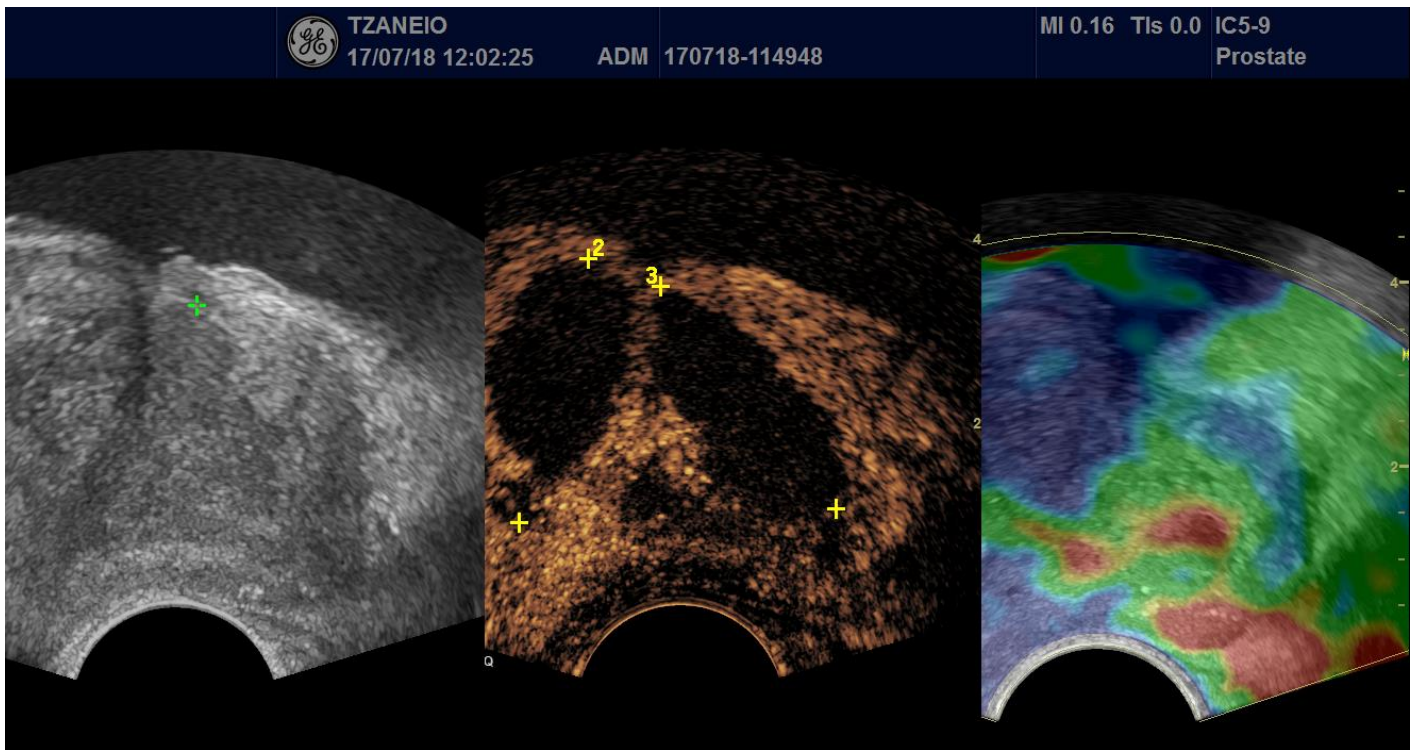
έλαβαν Pregabalin 25 mgr δύο φορές ημερησίως για ένα μήνα (ομάδα 4). Λόγω των κριτηρίων επιλογής των ασθενών της ομάδας του εμβολισμού υπήρξαν σημαντικές διαφορές στην μέση αρχική και την μέση τελική τιμή των ερωτηματολογίων NIH-CPSI και IPSS μεταξύ των ομάδων. Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην μέση

ηλικία ούτε στη μέση μείωση των συνολικών βαθμολογιών NIH-CPSI και IPSS μεταξύ των ομάδων. Μετά από 12 εβδομάδες, μόνο δύο από τους συμμετέχοντες παρουσίασαν πλήρη επίλυση του πόνου. Οι συνολικές διαφορές στο μέσο πόνο και την ποιότητα ζωής ήταν παρόμοιες σε όλες τις ομάδες (Πίνακες 1 και 2).

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά δείγματος

Δείγμα	Group 1	Group 2	Group 3	Group 4	
	PAE	LR	SR	PR	
N	5	10	9	8	-
Ηλικιακό εύρος	28-68	27-64	32-68	36-60	P>0.05
Επιμονή/ Υποτροπή	5/5	0/10	2/9	4/8	-
Ολοκλήρωση αγωγής	5	7	9	7	-
Μέση ηλικία	45.25	40.3	43.75	41.44	P>0.05
Μέσες Τιμές	Group 1	Group 2	Group 3	Group 4	
	AC	LR	SR	PR	
CPSI προ θεραπείας	30.2	16.5	18.2	22.5	-
CPSI μετά θεραπείας	15.2	2.2	8.4	8.6	-
Διαφορά (N)	15	13.8	9.8	13.9	P>0.05
IPSS προ θεραπείας	13.3	7.8	13.3	8.2	-
IPSS μετά θεραπείας	5.2	2.4	5.2	2.3	-
Διαφορά (N)	8.1	5.4	8.1	5.9	P>0.05
Πόνος (0-10 scale)	4.08	3.6	4.5	4.3	P>0.05
Quality of life (0-6 scale)	3	3.85	3.28	3.33	P>0.05

Πίνακας 2.



Εικόνα 2. Ημιοσοτικός προσδιορισμός ελαστικότητας (strain elastography) μετά ΡΑΕ σε ασθενή με παραμονή συμπτωμάτων. Στην διατομή το περισσότερο μέρος του αδένου είναι μπλε (σκληρο) ενώ στην βάση διακρίνεται μια κιτρινη περιοχή (μαλακη).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παλαιότερα γνωστό ως «μη βακτηριακή» προστατίτιδα, το σύνδρομο χρόνιας προστατίτιδας/χρόνιου πυελικού πόνου (CP/CPPS) είναι το πιο συνηθισμένο σύνδρομο κλινικής προστατίτιδας. Στην πραγματικότητα είναι μια αινιγματική κατάσταση που καθορίζεται από την παρουσία επίμονων συμπτωμάτων και την απουσία αντικειμενικών ευρημάτων. Η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη, η φυσική ιστορία δεν έχει καθοριστεί και ως εκ τούτου η θεραπεία -επί του παρόντος- στοχεύει μάλλον στην ανακούφιση των συμπτωμάτων παρά στη θεραπεία του αιτιολογικού παράγοντα. Στο πλαίσιο αυτό εισήχθη η ταξινόμηση UPOINT που κατηγοριοποιεί τους ασθενείς σε υποομάδες ανάλογα με το κυρίαρχο

σύμπτωμα ώστε για κάθε δεδομένο ασθενή, η θεραπεία να προσαρμόζεται με μεγαλύτερη ακρίβεια. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται επιπλέον η διερεύνηση της επιτυχίας των θεραπειών που βασίζονται σε υποομάδες συμπτωμάτων. Αυτές περιλαμβάνουν τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα φυτοθεραπευτικά, τα ορμονικώς δρώντα, τα αντιχολινεργικά τους άλφα-αναστολείς και τα αγχολυτικά [6]. Παρά την ανταπόκριση, με δεδομένο το υψηλό ποσοστό υποτροπών η τακτική αυτή δεν προσφέρει οριστική θεραπεία. Παρά την έλλειψη αιτιολογικών ενδείξεων, έχουν δοκιμαστεί στο πρόσφατο παρελθόν «εναλλακτικές» θεραπείες για τη θεραπεία χρόνιας προστατίτιδας / συνδρόμου χρόνιου πυελικού πόνου όπως η θεραπεία κρουστικών κυμάτων (rESWT) και ο βελονισμός με σχετική αποτελεσματικότητα.

Αντίθετα, ο εκλεκτικός ΡΑΕ δεν έχει δοκιμαστεί μολονότι έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει ορισμένα συμπτώματα της καλοήθους υπερτροφίας του προστάτη που είναι κοινά με το σύνδρομο CP/CPPS. Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο ο ΡΑΕ βελτιώνει τα συμπτώματα αυτά παραμένει ασαφής, ωστόσο είναι πιθανό, η επίδραση της προκαλούμενης ισχαιμίας να χαλαρώνει τον αυξημένο μυϊκό τόνο στο στρωματικό στοιχείο του προστάτη που προκαλεί η χρόνια φλεγμονή [7]. Στην παρούσα μελέτη, η αποτελεσματικότητα του εκλεκτικού ΡΑΕ ποικίλει: βραχυπρόθεσμα βελτίωσε τόσο τα ενοχλήματα ούρησης όσο και το ουρογεννητικό άλγος σε όλους τους ασθενείς αλλά μεσοπρόθεσμα τα συμπτώματα επανήλθαν μειωμένα σε ένα ασθενή (ενοχλήματα ούρησης όσο και το ουρογεννητικό άλγος) και αναλλοίωτα (ουρογεννητικό άλγος) σε έτερο. Δεν υπήρξαν εμφανείς ομοιότητες (μέγεθος προστάτη,

ηλικία, προεξάρχων σύμπτωμα, χρονιότητα) μεταξύ των ασθενών που απέτυχε η θεραπεία. Με βάση την προαναφερθείσα υπόθεση είναι πιθανό η αποτυχία να οφείλεται σε παραμονή του αυξημένου μυϊκού τόνο στο στρωματικό στοιχείο. Η ελαστογραφική μελέτη των προστατών αυτών απέδειξε ποιοτικά την παραπάνω υπόθεση (Εικόνα 2). Δεν υπήρξαν ανεπιθύμητες ενέργειες και γενικά σε όλες τις δημοσιευμένες μελέτες ο ΡΑΕ συσχετίστηκε με σπάνιες και ήπιες επιπλοκές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο υπέρ-εκλεκτικός ΡΑΕ δεν υπολείπεται της συμβατικής φαρμακοθεραπείας στη θεραπεία των συμπτωμάτων της CP/CPPS και μπορεί να αποτελέσει μια αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή για τον επίμονο πόνο που σχετίζεται με CP/CPPS σε επιλεγμένους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stamatiou K. The impact of prostate artery embolization (PAE) on the the physical history and pathophysiology of benign prostatic hyperplasia (BPH). Arch Ital Urol Androl. 2018;90(1):40-43.
2. Adorini L, Penna G, Fibbi B, Maggi M Vitamin D receptor agonists target static, dynamic, and inflammatory components of benign prostatic hyperplasia. Ann N Y Acad Sci. 2010;119(3):146-52.
3. Zhang L, Wang Y, Qin Z, et al. Correlation between Prostatitis, Benign Prostatic Hyperplasia and Prostate Cancer: A systematic review and Meta-analysis. J Cancer. 2020;11(1):177-189.
4. Kryvenko ON, Jankowski M, Chitale DA, et al. Inflammation and preneoplastic lesions in benign prostate as risk factors for prostate cancer. Mod Pathol. 2012;25(7):1023-32.
5. Parikh N, Keshishian E, Sharma A, et al. Prostatic Artery Embolization Is Safe and Effective for Medically Recalcitrant Radiation-Induced Prostatitis. Adv Radiat Oncol. 2020;5(5):905-909.
6. Magri V, Boltri M, Cai T, et al. Multidisciplinary approach to prostatitis. Arch Ital Urol Androl. 2019;90(4):227-248.
7. Stamatiou K. Is there any potential role for the elastography on the evaluation of clinical success of prostate artery embolization (PAE) on the treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH)? Hellenic Urology 2018;29(3):28-33

The super-selective embolization of the prostate arteries in the treatment of the symptoms of the of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. A prospective pilot study

K. Stamatiou¹, A. Dimakis², A. Marinis³, D. Zavradinos¹, H. Moschouris²

¹ Department of Urology, ² Department of Invasive Radiology and ³ First Department of Surgery, Tzaneio General Hospital of Piraeus, Greece

ABSTRACT

Introduction / Purpose: A significant proportion of patients with chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome (CP / CPPS) relapse despite the initial response to treatment. Since selective prostate arterial embolization (PAE) has been shown to improve some of the symptoms of benign prostatic hypertrophy common to CP / CPPS syndrome, it is likely to be effective in clinically persistent CP / CPPS cases. To investigate the above hypothesis, we conducted a pilot study on a small sample of patients.

Methods: Patients with persistent CP / CPPS symptoms who did not respond to treatment and / or patients with multiple CP / CPPS recurrences and concomitant prostatic hypertrophy were considered candidates for the study. Symptom discomfort was assessed at baseline, at 4 and 12 week. The main response to treatment was considered to be the significant change from baseline to the overall score of the NIH-CPSI and IPSS questionnaires at week 4. Secondary outcomes included clinical pain scores (visual analog scale) and quality of life at week 12. The results were compared with those of patients who underwent conventional pharmacotherapy during the same period.

Results: Five out of 11 eligible patients underwent selective or super-selective PAE. On week 4, there were no significant differences in the mean reduction of the total NIH-CPSI and IPSS scores between the groups. After 12 weeks, only two of the participants showed complete pain relief. The overall differences in mean pain and quality of life were similar.

Conclusions: Super-selective PAE is not inferior to conventional pharmacotherapy in the treatment of CP / CPPS symptoms and may be an effective treatment option for persistent CP / CPPS-related pain in selected patients.

Keywords: chronic prostatitis, prostate arterial embolization, clinical study

Citation K. Stamatiou, A. Dimakis, A. Marinis, D. Zavradinos, H. Moschouris. The super-selective embolization of the prostate arteries in the treatment of the symptoms of the of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. A prospective pilot study. *Scientific Chronicles* 2020; 25(3): 520-527

Επίδραση της τριμήνης θεραπείας με αναστολείς SGLT-2 και αγωνιστές GLP-1 στα επίπεδα της 24ωρης καταγραφής αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

Αθανασία Παπαζαφειροπούλου¹, Στυλιανή Παπαντωνίου¹, Μαρία Ραλάτου¹, Ανδρέας Μελιδώνης², Σταύρος Αντωνόπουλος¹

¹ Α' Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», ² Διαβητολογικό & Καρδιομεταβολικό Κέντρο, Νοσοκομείο Metropolitan, Πειραιάς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή. Είναι γνωστό ότι οι αναστολείς SGLT-2 και αγωνιστές GLP-1 εκτός από την αντιυπεργλυκαιμική δράση της παρουσιάζουν ευνοϊκό προφίλ στη μείωση του σωματικού βάρους καθώς της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ).

Σκοπός. Σκοπός, συνεπώς, της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογηθεί η επίδραση τους στα επίπεδα της συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) και διαστολικής ΑΠ (ΔΑΠ) σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

Μέθοδος. Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 74 ασθενείς με ΣΔ2: 42 ασθενείς στην ομάδα των αγωνιστών GLP-1 (ομάδα Α) και 32 ασθενείς στην ομάδα των αναστολέων SGLT-2 (ομάδα Β).

Αποτελέσματα. Τρεις μήνες μετά την έναρξη της αγωγής η μέση τιμή της ημερήσιας ΣΑΠ στην ομάδα Α έναντι της ομάδας Β ήταν: 124,0±7,8 έναντι 128,2±10,4 mmHg (P=0,04) και της ΔΑΠ 73,5±7,8 έναντι 78,3±7,8 mmHg (P=0,05). Όσον αφορά τη νυχτερινή καταγραφή της ΣΑΠ μεταξύ των δύο ομάδων αυτή ήταν 118,6±11,1 (ομάδα Α) έναντι 117,4±9,3 mmHg (ομάδα Β) (P=0,54) και για τη ΔΑΠ 68,1±9,8 (ομάδα Α) έναντι 69,6±7,1 mmHg (ομάδα Β) (P=0,69).

Συμπέρασμα. Η θεραπεία τριών μηνών με αγωνιστές GLP-1 είχε ευνοϊκότερη επίδραση σε σύγκριση με τους αναστολείς SGLT-2 στα επίπεδα της ημερήσιας καταγραφής της ΣΑΠ και ΔΑΠ.

Λέξεις ευρετηρίου: αναστολείς SGLT-2, αγωνιστές GLP-1, αρτηριακή πίεση, σακχαρώδη διαβήτη

Παραπομπή Α. Παπαζαφειροπούλου, Σ. Παπαντωνίου, Μ. Ραλάτου, Α. Μελιδώνης, Σ. Αντωνόπουλος. Επίδραση της τριμήνης θεραπείας με αναστολείς SGLT-2 και αγωνιστές GLP-1 στα επίπεδα της 24ωρης καταγραφής αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Επιστημονικά Χρονικά 2020; 25(3): 528-536

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γνωστό ότι σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2) και αρτηριακή υπέρταση συχνά συνυπάρχουν, και μάλιστα ο

επιπολασμός της υπέρτασης σε ασθενείς με ΣΔ2 είναι ιδιαίτερα υψηλός, φτάνοντας περίπου το 50% τη στιγμή της διάγνωσης του

ΣΔ2 και βαίνει με τη διάρκεια του ΣΔ2 [1, 2]. Η συνύπαρξη ΣΔ2 και αρτηριακής υπέρτασης, ειδικά όταν η τελευταία δεν ελέγχεται, αυξάνει την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα [2].

Οι νεότεροι αντιδιαβητικοί παράγοντες, οι αναστολείς του συν-μεταφορέα νατρίου-γλυκόζης 2 (sodium-glucose cotransporter-2, SGLT-2) και οι αγωνιστές του υποδοχέα του προσομοιάζον με τη γλυκαγόνη πεπτιδίου-1 (glucagon-like peptide-1 receptor agonists, GLP-1 RAs) εκτός από τη μείωση τη γλυκόζης έχουν πλειοτρόπες δράσεις που αφορούν την προστασία του καρδιαγγειακού συστήματος, ακόμη και σε άτομα χωρίς ΣΔ2 [3]. Ανάμεσα στα πλειοτροπικά τους αποτελέσματα είναι και η μείωση της αρτηριακής πίεσης, γεγονός που τονίζεται από τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καρδιολογίας 2019 και της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για τη Μελέτη του Διαβήτη [2].

Ωστόσο, τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα για την επίδραση των αναστολέων SGLT-2 και των GLP-1 RAs στα επίπεδα της 24ωρης καταγραφής της αρτηριακής πίεσης είναι περιορισμένα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σκοπός, συνεπώς, της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η επίδραση στα επίπεδα της συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) και διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΔΑΠ) σε 24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης των αναστολέων SGLT-2 και των αγωνιστών GLP-1 σε ασθενείς με ΣΔ2.

Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 74 ασθενείς με ανεπαρκώς ρυθμιζόμενο ΣΔ2 και με σταθερή αντιδιαβητική αγωγή για τουλάχιστον 12 εβδομάδες πριν την ένταξη τους στην μελέτη: 42 ασθενείς στην ομάδα των αγωνιστών GLP-1 με τη χορήγηση λιραγλουτιδης (ομάδα Α) [20 άνδρες, μέσης ηλικίας (\pm τυπική απόκλιση) 60,6 \pm 9,4 έτη, HbA1c 8,5 \pm 1,1%, δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 37,1 \pm 5,3 Kg/m², διάρκεια ΣΔ2 10,1 \pm 4,3] και 32 ασθενείς στην ομάδα των αναστολέων SGLT-2 με τη χορήγηση εμπαγλιφλοζίνης (ομάδα Β) [16 άνδρες, μέσης ηλικίας 64,8 \pm 7,1 έτη, HbA1c 8,2 \pm 1,3%, ΔΜΣ 32,1 \pm 9,2 Kg/m²]. Όλοι οι συμμετέχοντες έπρεπε να έχουν αρτηριακή υπέρταση και να είναι σε σταθερή αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή για τουλάχιστον έξι εβδομάδες πριν από την ένταξη τους στην μελέτη. Τέλος, από τη μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς με δευτερογενή υπέρταση, ορθοστατική υπόταση, σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία (εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης, eGFR <30 ml/min/1,73 m²), ηπατική δυσλειτουργία και ιστορικό παγκρεατίτιδας ή επιπέδων λιπάσης πλάσματος τουλάχιστον τρεις φορές υψηλότερο από το ανώτερο φυσιολογικό όριο.

Όλοι οι ασθενείς της μελέτης υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινική εξέταση, εργαστηριακό έλεγχο και 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης με την συσκευή Mobil-O-Graph NG (IEM, Stolberg, Germany) τόσο κατά την ένταξη τους στην μελέτη όσο και τρεις μήνες μετά την έναρξη της αγωγής με αναστολείς SGLT-2 και αγωνιστές GLP-1 (η λοιπή αντιδιαβητική αγωγή διατηρήθηκε σταθερή κατά τη διάρκεια της μελέτης).

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας. Οι μεταβλητές με κανονική κατανομή παρουσιάζονται ως μέσες τιμές \pm τυπική απόκλιση. Για τη σύγκριση των διαφορών των ποσοτικών παραμέτρων μεταξύ των ομάδων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το student t-test, ενώ των ποιοτικών χαρακτηριστικών η δοκιμασία χ^2 . Ως στατιστικά σημαντική για όλες τις αναλύσεις, θα θεωρηθεί η τιμή $P < 0.05$. Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ομάδα αγωνιστών GLP-1

Κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη η μέση τιμή της ημερήσιας ΣΑΠ και της ΔΑΠ ήταν αντίστοιχα: $128,0 \pm 11,2$ mmHg και $77,2 \pm 11,0$ mmHg. Τρεις μήνες μετά την έναρξη της λιραγλουτιδης οι παραπάνω τιμές είχαν ως εξής: $124,0 \pm 7,8$ mmHg ($P=0,26$) και $73,5 \pm 7,8$ mmHg ($P=0,05$). Όσον αφορά την νυχτερινή καταγραφή της ΑΠ, η μέση τιμή της ΣΑΠ και της ΔΑΠ ήταν αντίστοιχα: $127,5 \pm 12,6$ mmHg και $73,7 \pm 14,2$ mmHg κατά την έναρξη της μελέτης. Τρεις μήνες μετά την έναρξη της λιραγλουτιδης οι παραπάνω τιμές είχαν ως εξής: $118,6 \pm 11,1$ mmHg ($P=0,009$) και $68,1 \pm 9,8$ mmHg ($P=0,009$). Όσον αφορά τη μέση τιμή της μέσης ΑΠ η μεταβολή που παρατηρήθηκε ήταν $99,5 \pm 9,9$ (μήνας 0)

έναντι $93,2 \pm 6,1$ mmHg ($P=0,02$). Για την πίεση παλμού οι αντίστοιχες τιμές ήταν: $53,9 \pm 8,6$ (μήνας 0) έναντι $50,6 \pm 11,2$ mmHg (μήνας 3) ($P=0,14$) και για τον καρδιακό ρυθμό: $75,9 \pm 10,1$ (μήνας 0) έναντι $77,8 \pm 14,3$ bpm (μήνας 3) ($P=0,36$).

Ομάδα αναστολέων SGLT-2

Κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη η μέση τιμή της ημερήσιας ΣΑΠ και της ΔΑΠ ήταν αντίστοιχα: $129,6 \pm 14,8$ mmHg και $78,1 \pm 9,9$ mmHg. Τρεις μήνες μετά την έναρξη της εμπαγλιφλοζίνης οι παραπάνω τιμές είχαν ως εξής: $128,2 \pm 10,4$ mmHg ($P=0,61$) και $78,3 \pm 7,8$ mmHg ($P=0,91$). Όσον αφορά την νυχτερινή καταγραφή της ΑΠ, η μέση τιμή της ΣΑΠ και της ΔΑΠ ήταν αντίστοιχα: $126,3 \pm 12,5$ mmHg και $74,1 \pm 8,7$ mmHg κατά την έναρξη της μελέτης. Τρεις μήνες μετά την έναρξη της εμπαγλιφλοζίνης οι παραπάνω τιμές είχαν ως εξής: $117,4 \pm 9,3$ mmHg ($P=0,03$) και $69,6 \pm 7,1$ mmHg ($P=0,02$). Για την πίεση παλμού οι αντίστοιχες τιμές ήταν: $52,4 \pm 9,3$ (μήνας 0) έναντι $50,4 \pm 8,0$ mmHg (μήνας 3) ($P=0,28$) και για τον καρδιακό ρυθμό: $75,5 \pm 8,5$ (μήνας 0) έναντι $73,7 \pm 7,4$ bpm (μήνας 3) ($P=0,44$). Τέλος, η θεραπεία με εμπαγλιφλοζίνη είχε μείωσε στην ταχύτητα του κύματος σφυγμού από $9,56 \pm 1,34$ (μήνας 0) σε $8,84 \pm 0,90$ m/sec (μήνας 3) ($P=0,02$).

Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων

Κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη η μέση τιμή της ημερήσιας ΣΑΠ και ΔΑΠ στην ομάδα Α ήταν: $128,0 \pm 11,2$ και $77,2 \pm 11,0$ mmHg. Στην ομάδα Β η μέση τιμή της ημερήσιας ΣΑΠ και της ΔΑΠ ήταν: $129,6 \pm 14,8$ και $78,1 \pm 9,9$ mmHg ($P=0,78$ και $P=0,81$, αντίστοιχα, για τη σύγκριση μεταξύ των δύο

	Ημερήσια καταγραφή			Νυχτερινή καταγραφή		
	Αγωνιστής GLP-1	Αναστολέας SGLT-2	Τιμή P	Αγωνιστής GLP-1	Αναστολέας SGLT-2	Τιμή P
Συστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	128,0±11,2	129,6±14,8	0,78	127,5±12,6	126,3±12,5	0,57
Διαστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	77,2±11,0	78,1±9,9	0,81	73,7±14,2	74,1±8,7	0,67

Πίνακας 1. Μέση τιμή συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ημερήσια και νυχτερινή καταγραφή) κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη.

αγωγών). Όσον αφορά την νυχτερινή καταγραφή της ΑΠ στην ομάδα Α, η μέση τιμή της ΣΑΠ και ΔΑΠ ήταν: 127,5±12,6 και 73,7±14,2 mmHg. Στην ομάδα Β η μέση τιμή της ΣΑΠ και της ΔΑΠ ήταν: 126,3±12,5 και 74,1±8,7 mmHg (P=0,57 και P=0,67, αντίστοιχα, για τη σύγκριση μεταξύ των δύο αγωγών) (Πίνακας 1).

Τρεις μήνες μετά την έναρξη της αγωγής η μέση τιμή της ημερήσιας ΣΑΠ στην ομάδα Α

έναντι της ομάδας Β ήταν: 124,0±7,8 έναντι 128,2±10,4 mmHg (P=0,04) και της ΔΑΠ 73,5±7,8 έναντι 78,3±7,8 mmHg (P=0,05). Όσον αφορά τη νυχτερινή καταγραφή της ΣΑΠ μεταξύ των δύο ομάδων αυτή ήταν 118,6±11,1 (ομάδα Α) έναντι 117,4±9,3 mmHg (ομάδα Β) (P=0,54) και για τη ΔΑΠ 68,1±9,8 (ομάδα Α) έναντι 69,6±7,1 mmHg (ομάδα Β) (P=0,69) (Πίνακας 2).

	Ημερήσια καταγραφή			Νυχτερινή καταγραφή		
	Αγωνιστής GLP-1	Αναστολέας SGLT-2	Τιμή P	Αγωνιστής GLP-1	Αναστολέας SGLT-2	Τιμή P
Συστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	124,0±7,8	128,2±10,4	0,04	118,6±11,1	117,4±9,3	0,54
Διαστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	73,5±7,8	78,3±7,8	0,05	68,1±9,8	69,6±7,1	0,69

Πίνακας 2. Μέση τιμή συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ημερήσια και νυχτερινή καταγραφή) μετά από τρεις μήνες θεραπείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με βάση την 24ωρη καταγραφή της ΑΠ η θεραπεία με λιραγλουτιδίη είχε ευνοϊκή επίδραση στη ΔΑΠ κατά τη διάρκεια της ημέρας και στην ΣΑΠ και ΔΑΠ κατά τη διάρκεια της νύχτας, εύρημα ιδιαίτερα σημαντικό στα άτομα με ΣΔ2. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε καμία επίδραση στον καρδιακό ρυθμό. Όσον αφορά την εμπανλιφλοζίνη, με βάση την 24ωρη καταγραφή της ΑΠ η θεραπεία με εμπανλιφλοζίνη είχε ευνοϊκή επίδραση στη ΣΑΠ και ΔΑΠ κατά τη διάρκεια της νύχτας. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το εύρημα της μείωσης της ταχύτητας του κόματος σφυγμού, που αποτελεί δείκτη της σκλήρυνσης των αγγείων. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε καμία επίδραση στην πίεση παλμού και στον καρδιακό ρυθμό.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έρχονται να επιβεβαιώσουν τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα που δείχνουν ότι οι αναστολείς SGLT-2 και οι αγωνιστές GLP-1 στα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης όπως αυτή καταγράφεται σε 24ωρη καταγραφή [4-9]. Ωστόσο, σε αντίθεση με τα ευρήματά μας, τα αποτελέσματα μιας μελέτης ελεγχόμενης με εικονικό φάρμακο με 18 συμμετέχοντες έδειξαν ότι η θεραπεία 3 εβδομάδων με λιραγλουτιδίη δεν μείωσε τα επίπεδα της ΣΑΠ σε 24ωρη καταγραφή αλλά αύξησε ελαφρώς τα επίπεδα της ΔΑΠ [10]. Σε μία άλλη μελέτη στην οποία συμμετείχαν 41 ασθενείς με στεφανιαία νόσο δεν παρατηρήθηκε σημαντική αλλαγή στα επίπεδα της ημερήσιας καταγραφής της αρτηριακής πίεσης σε 24ωρη καταγραφή μετά από θεραπεία 12 εβδομάδων με λιραγλουτιδίη [11].

Στη μελέτη LEADER, την μελέτη καρδιαγγειακής ασφάλειας της λιραγλουτιδίου, συμμετείχαν 9.340 ασθενείς με ΣΔ2 υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου, βρέθηκε ότι στους 36 μήνες παρακολούθησης η ΣΑΠ ήταν κατά 1,2 mmHg χαμηλότερη και η ΔΑΠ κατά 0,6 mmHg υψηλότερη στην ομάδα της λιραγλουτιδίου από ό, τι στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου σε σχέση με τις τιμές κατά την ένταξη των ασθενών [12]. Σε άλλη πολυκεντρική μελέτη στην οποία η θεραπεία με λιραγλουτιδίη συγκρίθηκε με ινσουλίνη glargine και εικονικό φάρμακο βρέθηκε ότι μετά από 26 εβδομάδες θεραπεία, η μείωση της ΣΑΠ που επιτεύχθηκε με τη λιραγλουτιδίη ήταν στατιστικά σημαντική μόνο έναντι της ινσουλίνης glargine (διαφορά 4,5 mmHg) και όχι έναντι του εικονικού φαρμάκου (διαφορά 2,5 mmHg). Όσον αφορά τη μείωση της ΔΑΠ που επιτεύχθηκε με τη λιραγλουτιδίη, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά και με τις δύο ομάδες ελέγχου [13].

Τα ευνοϊκά αποτελέσματα της εμπανλιφλοζίνης στη μείωση της αρτηριακής πίεσης έχουν φανεί από πολλές κλινικές μελέτες. Στη συνέχεια αναφέρονται εκείνα που αφορούν την 24ωρη καταγραφή και τα οποία είναι σε συμφωνία με ευρήματα της παρούσας μελέτης. Συγκεκριμένα, στη μελέτη EMPA-REG, την μελέτη της καρδιαγγειακής ασφάλειας της εμπανλιφλοζίνης στην οποία συμμετείχαν 7.020 ασθενείς με ΣΔ2 και υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο, η εμπανλιφλοζίνη έδειξε μέση μείωση της ΣΑΠ κατά 4,0 mmHg και της ΔΑΠ κατά 1,5 mmHg σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο [14]. Η δοκιμή EMPA-REG BP αξιολόγησε την επίδραση της εμπανλιφλοζίνης στα επίπεδα της αρτηριακής

πίεσης όπως αυτά μετρώνται κατά την επίσκεψη στο ιατρείο αλλά και με 24ωρη καταγραφή σε ασθενείς με ΣΔ2 και υπέρταση (μέση ΣΑΠ/ΔΑΠ 130-159/80-99 mmHg, αντιστοιχα). Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν εμπαγλιφλοζίνη 10 mg (n=276), εμπαγλιφλοζίνη 25 mg (n=276) ή εικονικό φάρμακο (n=271) μία φορά την ημέρα. Την 12η εβδομάδα, στην ομάδα της εμπαγλιφλοζίνης 10 mg, η μέση διαφορά έναντι του εικονικού φαρμάκου για την ΣΑΠ και την ΔΑΠ από την αρχική τιμή ήταν 3,9 και 1,9 mmHg όπως αυτές μετρώνται κατά την επίσκεψη στο ιατρείο και 3,4 και 1,4 mmHg με την 24ωρη καταγραφή. Για την ομάδα της εμπαγλιφλοζίνης 25 mg, η μέση διαφορά έναντι του εικονικού φαρμάκου για την ΣΑΠ και την ΔΑΠ από την αρχική τιμή ήταν 4,8 και 1,9 mmHg όπως αυτές μετρώνται κατά την επίσκεψη στο ιατρείο και 4,2 και 1,7 mmHg με την 24ωρη καταγραφή. Ασθενείς που στην 24ωρη καταγραφή είχαν επίπεδα αρτηριακής πίεσης $\geq 130/80$ mmHg είχαν τη μεγαλύτερη μείωση της αρτηριακής πίεσης με την εμπαγλιφλοζίνη (ανεξάρτητα δόσης) από ό,τι τα άτομα με αρτηριακή πίεση $<130/80$ mmHg [15].

Τέλος, η μελέτη SACRA ήταν μια διπλά τυφλά τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη κλινική δοκιμή που πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία και διερεύνησε τις αλλαγές στην αρτηριακή πίεση με τη χορήγηση εμπαγλιφλοζίνης σε ασθενείς (n = 132) με ΣΔ2 που ελάμβαναν αντιυπερτασική θεραπεία και παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα ΣΑΠ (≥ 115 mmHg) κατά τη νύχτα. Την 12η εβδομάδα της μελέτης, στην ομάδα της εμπαγλιφλοζίνης παρατηρήθηκε σημαντική μείωση έναντι του εικονικού φαρμάκου στην καταγραφή κατά τη διάρκεια της ημέρας όσον αφορά την ΣΑΠ και την ΔΑΠ (κατά 9,5/3,9 mmHg), κατά τη διάρκεια της νύχτας (κατά 4,3/1,6 mmHg), και κατά τη διάρκεια των 24 ωρών (7,7/2,9 mmHg) [16].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η θεραπεία τριών μηνών με τη λιραγλουτιδίη είχε ευνοϊκότερη επίδραση σε σύγκριση με την εμπαγλιφλοζίνη στα επίπεδα της ημερήσιας καταγραφής της ΣΑΠ και ΔΑΠ. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε καμία διαφορά όσον αφορά την επίδραση των δύο φαρμάκων στα επίπεδα της ΣΑΠ και ΔΑΠ κατά τη διάρκεια της νύχτας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Colosia AD, Palencia R, Khan S. Prevalence of hypertension and obesity in patients with type 2 diabetes mellitus in observational studies: a systematic literature review. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2013;6:327–38.
2. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, ESC Scientific Document Group, *et al.* 2019 ESC guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J.* 2020;41:255–323.
3. McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, Kγber L, Kosiborod MN, Martinez FA, DAPA-HF Trial Committees, and Investigators, *et al.* Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. *N Engl J Med.* 2019;381:1995–2008.
4. Ferdinand KC, White WB, Calhoun DA, *et al.* Effects of the once-weekly glucagon-like peptide-1 receptor agonist dulaglutide on ambulatory blood pressure and heart rate in patients with type 2 diabetes mellitus. *Hypertension.* 2014;64:731-7.
5. Tikkanen I, Narko K, Zeller C, *et al.* Empagliflozin reduces blood pressure in patients with type 2 diabetes and hypertension. *Diabetes Care.* 2015;38:420-8.
6. Townsend RR, Machin I, Ren J, *et al.* Reductions in mean 24-hour ambulatory blood pressure after 6-week treatment with canagliflozin in patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension. *J Clin Hypertens.* 2016;18:43-52.
7. Lambers Heerspink HJ, de Zeeuw D, Wie L, Leslie B, List J. Dapagliflozin a glucoseregulating drug with diuretic properties in subjects with type 2 diabetes. *Diabetes Obes Meab.* 2013;23:79-84.
8. Weber MA, Mansfield TA, Cain VA, Iqbal N, Parikh S, Ptaszynska A. Blood pressure and glycaemic effects of dapagliflozin versus placebo in patients with type 2 diabetes on combination antihypertensive therapy: A randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016;4:211-20.
9. Gill A, Hoogwerf BJ, Burger J, *et al.* Effect of exenatide on heart rate and blood pressure in subjects with type 2 diabetes mellitus: a double-blind, placebo-controlled, randomized pilot study. *Cardiovasc Diabetol.* 2010;9:6.
10. Lovshin JA, Barnie A, DeAlmeida A, Logan A, Zinman B, Drucker DJ. Liraglutidepromotes natriuresis but does not increase circulating levels of atrial natriuretic peptide in hypertensive subjects with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2015;38:132-9.
11. Kumarathurai P, Anholm C, Fabricius-Bjerre A, *et al.* Effects of the glucagon-like peptide-1 receptor agonist liraglutide on 24-h ambulatory blood pressure in patients withtype 2 diabetes and stable coronary artery disease. *J Hypertens.* 2017;35:1070-8.
12. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JF, Nauck MA, LEADER Steering Committee, LEADER Trial Investigators, *et al.* Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2016;375:311–22.

13. Russell-Jones D, Vaag A, Schmitz O, Sethi B. Liraglutide vs. insulin glargine and placebo in combination with metformin and sulfonylurea therapy in type 2 diabetes mellitus (LEAD-5 met + SU): a randomised controlled trial. *Diabetologia*. 2009;52:2046-55.
14. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, EMPA-REG OUTCOME Investigators, et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2015;373:2117-128.
15. Tikkanen I, Narko K, Zeller C, Green A, Salsali A, Broedl UC, EMPA-REG BP Investigators, et al. Empagliflozin reduces blood pressure in patients with type 2 diabetes and hypertension. *Diabetes Care*. 2015;38:420-8.
16. Kario K, Okada K, Kato M, Nishizawa M, Yoshida T, Asano T, et al. 24-hour blood pressure-lowering effect of an SGLT-2 inhibitor in patients with diabetes and uncontrolled nocturnal hypertension: results from the randomized, Placebo-Controlled SACRA Study. *Circulation*. 2019;139:2089-97.

Effect of 3-month therapy with SGLT-2 inhibitors and GLP-1 agonists on ambulatory blood pressure in patients with type 2 diabetes mellitus

Athanasia Papazafiropoulou¹, Styliani Papantoniou¹, Maria Rallatou¹, Andreas Melidonis², Stavros Antonopoulos¹

¹ First Department of Internal Medicine and Diabetes center, "Tzaneio" General Hospital, Piraeus, Greece

and ² Diabetes and Cardiometabolic Center, Metropolitan Hospital, Piraeus, Greece

ABSTRACT

Introduction. It is known that SGLT-2 inhibitors and GLP-1 agonists, in addition to its antihyperglycemic action, show a favorable profile in the reduction of body weight as well as blood pressure (BP).

Purpose. Therefore, the purpose of this study is to evaluate the effect of SGLT-2 inhibitors and GLP-1 agonists on ambulatory BP in patients with poorly controlled type 2 diabetes (T2D).

Methods. A total of 74 patients with T2D: 42 on GLP-1 agonists (group A) and 32 on SGLT-2 inhibitors (group B).

Results. After 3-month therapy, mean systolic BP (group A versus B) was 124.0±7.8 versus 128.2±10.4 mmHg (P=0.04) and mean diastolic BP, 73.5±7.8 versus 78.3±7.8 mmHg (P=0.05). Regarding nighttime systolic BP was 118.6±11.1 (group A) versus 117.4±9.3 mmHg (group B) (P=0.54) and for mean diastolic BP 68.1±9.8 (group A) versus 69.6±7.1 mmHg (group B) (P=0.69).

Conclusion. 3-month therapy with GLP-1 agonists had a favorable effect of ambulatory systolic and diastolic BP compared to SGLT-2 inhibitors.

Keywords: EFT, SGLT-2 inhibitors, GLP-1 agonists, blood pressure, diabetes

Citation

A. Papazafiropoulou, S. Papantoniou, M. Rallatou, A. Melidonis, S. Antonopoulos. Effect of 3-month therapy with SGLT-2 inhibitors and GLP-1 agonists on ambulatory blood pressure in patients with type 2 diabetes mellitus. *Scientific Chronicles* 2020; 25(3): 528-536

Μεικτή συναισθηματική διαταραχή από υψηλή δόση κορτικοστεροειδών. Αναφορά περίπτωσης

Θ. Κυζιρίδης¹, Ι. Νηματούδης²

¹ Επιμελητής Β' ΕΣΥ, και ² Καθηγητής-Διευθυντής, Γ' Ψυχιατρική κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα κορτικοστεροειδή (ΚΣ) είναι φάρμακα που χρησιμοποιούνται ευρέως σε πλειάδα νοσημάτων. Σχετίζονται με αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες, μεταξύ των οποίων κάποιες αφορούν πρακτικά όλο το φάσμα εκδηλώσεων από την ψυχική σφαίρα: κατάθλιψη και άγχος, αυτοκτονικό ιδεασμό, μανία, γνωστικές διαταραχές και ψύχωση. Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες φαίνεται να είναι συχνότερες με υψηλότερες δόσεις και μεγαλύτερη διάρκεια θεραπείας με ΚΣ, να εμφανίζονται κατά τις πρώτες ημέρες θεραπείας και να είναι, πιθανώς, ανεξάρτητες της οδού χορήγησης. Δεν υπάρχουν σαφώς τεκμηριωμένοι παράγοντες κινδύνου καθώς η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού δεν φαίνεται να σχετίζεται με αυτές ενώ το θήλυ φύλο ίσως να επηρεάζεται περισσότερο.

Περιγράφουμε την περίπτωση γυναίκας που έλαβε υψηλή δόση ΚΣ για την αντιμετώπιση οξέος συμβάματος στα πλαίσια χρόνιου νεφρικού νοσήματος. Τον πρώτο μήνα της αγωγής με ΚΣ παρουσίασε εικόνα ήπιας κατάθλιψης η οποία, μετά από άλλον ένα μήνα, άλλαξε σε εικόνα οργίλης μανίας. Δεν ακολούθησε τις ψυχιατρικές οδηγίες που της δόθηκαν με συνέπεια να μην διαθέτουμε πληροφορίες για την εξέλιξη της ψυχιατρικής διαταραχής.

Εστιάζουμε στην ανάγκη συνεργασίας ψυχιάτρων και ιατρών σωματικών ειδικοτήτων για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση τέτοιων διαταραχών, στη συνεχή φαρμακοεπαγρύπνηση και στην κατάλληλη εκπαίδευση των ασθενών και υπογραμμίζουμε την ανάγκη για διενέργεια συστηματικών μελετών σε ομάδες ασθενών που λαμβάνουν ΚΣ.

Λέξεις ευρετηρίου: Κατάθλιψη, Κορτικοστεροειδή, Μανία, Μεικτή συναισθηματική διαταραχή

Παραπομπή

Θ. Κυζιρίδης, Ι. Νηματούδης. Μεικτή συναισθηματική διαταραχή από υψηλή δόση κορτικοστεροειδών. Αναφορά περίπτωσης. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(3): 537-544

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα κορτικοστεροειδή (ΚΣ) (υδροκορτιζόνη, κορτιζόνη, πρεδνιζόνη και οι μεταβολίτες της), που είναι κυρίως γλυκοκορτικοειδή,

χρησιμοποιούνται συχνά για ποικίλα νοσήματα -αλλεργικά, φλεγμονώδη, αυτοάνοσα- αλλά, όχι σπάνια, σχετίζονται με νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις [1]. Αυτή η σχέση είναι γνωστή εδώ και πολλά χρόνια:



Γράφημα 1. Παθοφυσιολογία ψυχιατρικών ανεπιθύμητων ενεργειών από κορτικοστεροειδή (Parasher et al. 2020).

ήδη, από τη δεκαετία του '50, είχε διαπιστωθεί πως ακόμη και χαμηλές δόσεις ΚΣ μπορούσαν να επάγουν ψυχιατρικές ανεπιθύμητες ενέργειες [2], παρότι ο μηχανισμός αυτής της σχέσης παραμένει ασαφής [3, 4]. Αν και η γνώση σχετικά με τις ανεπιθύμητες επιδράσεις των ΚΣ στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι περιορισμένη, η συσχέτισή τους με νευροψυχιατρικές επιπλοκές οφείλεται στην ευρεία έκφραση και στη μακροχρόνια ρύθμιση των υποδοχέων γλυκοκορτικοειδών στον εγκέφαλο (Γράφημα 1) [5].

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των ΚΣ σχετίζονται με τη δόση (υψηλότερη) και την αθροιστική διάρκεια χρήσης (μεγαλύτερη) [6]. Η εμφάνισή τους είναι συχνά αιφνίδια, μέσα στις πρώτες 2 εβδομάδες από την έναρξη της αγωγής, χωρίς να προϋπάρχει απαραίτητα ψυχιατρική νόσος ή να σχετίζεται με συγκεκριμένη οδό χορήγησης αν και, πιθανώς, είναι λιγότερο συχνές με τα εισπνεόμενα ΚΣ [7]. Ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου είναι πιθανώς οι υψηλότερες δόσεις (πάνω από 40 mg

πρεδνιζόνης ημερησίως ή ισοδύναμης δόσης άλλου ΚΣ) [8-10] και ο κίνδυνος για την εκδήλωση ψυχιατρικών συμπτωμάτων φαίνεται να αυξάνεται με την αύξηση της δόσης των ΚΣ [8]. Συνήθως, είναι εμφανή κατά τις πρώτες ημέρες θεραπείας [11], με μέσο χρόνο εμφάνισης που παλαιότερα είχε υπολογιστεί σε 11,5 ημέρες από την έναρξη της θεραπείας [11]: οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν τα ψυχιατρικά συμπτώματα στις πρώτες 6 εβδομάδες και σχεδόν οι μισοί στις πρώτες 2 [12]. Οι γυναίκες πιθανώς να επηρεάζονται περισσότερο αν και αυτό δεν είναι αποσαφηνισμένο [12].

Περίπου 20% των ασθενών υπό υψηλές δόσεις ΚΣ εκδηλώνουν ψυχιατρικά συμπτώματα για τα οποία είναι απαραίτητη η φαρμακευτική θεραπεία [8, 13] και αυτό το ποσοστό μπορεί να ανέλθει στο 60% [3, 4]. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν διαταραχές της διάθεσης, ευερεθιστότητα, άγχος, αυτοκτονικό ιδεασμό, μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες και ψύχωση, που είναι γνωστή ως «στεροειδική ψύχωση» [4, 6, 7, 10, 11, 13-16], με συχνότερες εκδηλώσεις την υπομανία και τη μανία, την κατάθλιψη, τα μεικτά συναισθηματικά επεισόδια και την ψύχωση [14, 17]. Μετα-ανάλυση μη ελεγχόμενων μελετών έδειξε πως η μέση συχνότητα σοβαρής κατάθλιψης, μανίας ή ψύχωσης ήταν 6% και η αντίστοιχη των χαμηλής ή μέσης βαρύτητας συμπτωμάτων άγγιζε το 28% [11].

Γενικότερα, οι ψυχιατρικές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι μη προβλέψιμες, δύσκολες στην αντιμετώπισή τους και τα συμπτώματά τους μπορούν να επιμείνουν ακόμη και για αρκετές εβδομάδες [17-19]. Η ύφεσή τους συχνά προκύπτει από την ελάττωση της δόσης ή τη διακοπή της θεραπείας με ΚΣ [3, 8]. Πέρα από τη σταδιακή ελάττωση των ΚΣ, για την αντιμετώπισή τους μπορεί να απαιτηθεί η χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων, ιδιαίτερα αν τα πρώτα δεν μπορούν να ελαττωθούν ή να διακοπούν, ή ακόμη και η προφυλακτική θεραπεία σε ασθενείς υψηλού κινδύνου [6, 11].

Σε αντίθεση με τη μανία, η κατάθλιψη φαίνεται να σχετίζεται συχνότερα με μεγαλύτερη διάρκεια θεραπείας [1]. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να είναι συχνότερα και πιο σοβαρά, σε σύγκριση με τα μανιακά συμπτώματα, σε μακροχρόνια θεραπεία με σχετικά χαμηλές δόσεις ΚΣ ενώ οι επιδράσεις της βραχυχρόνιας θεραπείας με υψηλές δόσεις ΚΣ φαίνεται να σχετίζονται πρωταρχικά με μανιακά παρά με καταθλιπτικά συμπτώματα, ντελίριο ή ψύχωση [7]. Μανιακά και υπομανιακά συμπτώματα αναφέρονται συχνότερα σε σύγκριση με καταθλιπτικά συμπτώματα ή ψύχωση [20]. Η βαρύτητά τους εκτιμάται σε μία κλίμακα τριών βαθμών, σύμφωνα με την οποία απαιτείται θεραπεία στους βαθμούς 2 και 3 (Πίνακας 1) [17].

Βαθμός	Συμπτώματα
1	Ήπια ευφορία
2	Οξεία ή υποξεία μανία και/ή ήπια κατάθλιψη
3	Συμπτώματα διπολικής διαταραχής με υποτροπές

Πίνακας 1. Βαρύτητα ψυχιατρικών συμπτωμάτων από κορτικοστεροειδή (Sirois 2003).

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Περιγράφουμε την περίπτωση έγγαμης γυναίκας ηλικίας περίπου 40 ετών με ιστορικό χρόνιας σπειραματονεφρίτιδας, η οποία παραπέμφθηκε για εκτίμηση στο ιατρείο μας ένα μήνα μετά την από του στόματος έναρξη υψηλής δόσης ΚΣ λόγω νεφρωσικού συνδρόμου επειδή αναφέρθηκαν κάποιες μεταβολές στον χαρακτήρα και στη συμπεριφορά της που προβλημάτισαν τον θεράποντα ιατρό. Το λοιπό ατομικό αναμνηστικό για ψυχιατρικά ή άλλα παθολογικά νοσήματα ήταν ελεύθερο. Δεν αναφέρθηκε συστηματική χρήση αλκοόλ ή χρήση άλλων ουσιών και αυτή, σύμφωνα με όσα είπε η ασθενής, ήταν η πρώτη επαφή της με υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Κατά την πρώτη εκτίμηση, η ασθενής παρουσίαζε ήπιο υποθυμικό συναισθημα χωρίς εμφανή παραγωγικά συμπτώματα ή σκέψεις αυτοκτονίας (Beck Depression Inventory=13). Δεν ανέφερε μεταβολές στον ύπνο ή στην όρεξη για φαγητό ούτε ιδιαίτερα επηρεασμένη λειτουργικότητα. Απέδωσε την πτώση της διάθεσής της σε προβλήματα της καθημερινότητας και της συνεστήθησαν αντικαταθλιπτική αγωγή (εσιταλοπράμη) σε χαμηλή δόση, την οποία είναι αμφίβολο αν

τελικά έλαβε η ασθενής λόγω αρνητικής στάσης απέναντι στα ψυχοτρόπα φάρμακα, ψυχοθεραπευτική υποστηρικτική προσέγγιση και επανεκτίμηση σε ένα μήνα.

Στη δεύτερη εκτίμηση, μετά από ένα μήνα, η κλινική εικόνα ήταν εκ διαμέτρου αντίθετη: η ασθενής παρουσίαζε ευερεθιστότητα και, ενίοτε, λεκτική επιθετικότητα, παρανοειδή ετοιμότητα και ορισμένες παραληρητικές ιδέες επιβουλής. Υπήρχαν πληροφορίες για σπατάλη μεγάλων ποσών χρημάτων, διαταραχές ύπνου και επηρεασμένη λειτουργικότητα. Η εναισθησία απουσίαζε πλήρως. Τα παραπάνω οδηγούσαν κλινικά στο συμπέρασμα για επεισόδιο οργίλης μανίας (Young Mania Rating Scale=25). Έγινε συζήτηση για ενδεχόμενη εισαγωγή στην ψυχιατρική κλινική, κάτι που εξόργισε περισσότερο την ασθενή, και το αρνήθηκε. Συνεστήθησαν διακοπή του αντικαταθλιπτικού (το οποίο, αυτοβούλως, λάμβανε περιστασιακά) και έναρξη κουετιαπίνης (άτυπο αντιψυχωσικό). Ταυτόχρονα, έγινε επικοινωνία και ενημέρωση του θεράποντος ιατρού με στόχο την ελάττωση της δόσης των ΚΣ, αν κάτι τέτοιο ήταν εφικτό. Η ασθενής ήρθε άλλη μία φορά μετά από ένα μήνα αλλά παρουσίαζε

ελάχιστη βελτίωση: στο ενδιάμεσο είχε λάβει λίγες μόνο δόσεις κουετιαπίνης και η αγωγή με τα ΚΣ είχε ελαττωθεί. Έκτοτε, δεν έχει επανέλθει ώστε να γνωρίζουμε την πορεία και την έκβαση της συναισθηματικής διαταραχής.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Περιγράψαμε την περίπτωση ασθενούς που παρουσίασε μεικτό συναισθηματικό επεισόδιο λόγω υψηλής δόσης ΚΣ. Παρότι το ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο παρουσιάστηκε λίγο μετά την έναρξη της αγωγής, το σοβαρό μανιακό επεισόδιο φαίνεται να συσχετίζεται περισσότερο ξεκάθαρα με τη λήψη των ΚΣ.

Η υψηλή δόση ΚΣ μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων για τα οποία ο κλινικός γιατρός πρέπει να διατηρεί υψηλό επίπεδο επαγρύπνησης. Η συσχέτιση θεραπείας με ΚΣ με καταθλιπτικά και μανιακά σύνδρομα φαίνεται πως είναι επαρκώς τεκμηριωμένη παρότι υπάρχει ανάγκη για διενέργεια προοπτικών μελετών σε κλινικούς πληθυσμούς που χρησιμοποιούνται συχνά αυτά τα φάρμακα [19]. Δεν μπορέσαμε να παρακολουθήσουμε την πορεία της ασθενούς ούτε να χορηγήσουμε συστηματική αγωγή για να κρίνουμε την αποτελεσματικότητά της παρότι ήταν απαραίτητο.

Χρειάζονται πιο συστηματικές μελέτες όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου για την

εμφάνιση μεικτών συναισθηματικών επεισοδίων από υψηλή δόση ΚΣ καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισής τους. Σε αυτά τα πλαίσια, είναι απαραίτητη η συνεργασία ψυχιάτρων και γιατρών σωματικών ειδικοτήτων που χρησιμοποιούν συστηματικά ΚΣ ως θεραπευτική αγωγή με στόχους:

- Τη συνεχή φαρμακοεπαγρύπνηση και τη διατήρηση υψηλής κλινικής υποψίας για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των ψυχιατρικών ανεπιθύμητων ενεργειών από υψηλή δόση ΚΣ.
- Την έρευνα για τη διαπίστωση παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση τέτοιων ανεπιθύμητων ενεργειών. Παρ' όλα αυτά, από τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, δεν φαίνεται να υπάρχουν ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες [19], που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην ταυτοποίηση των ασθενών που θα ήταν πιο πιθανό να εκδηλώσουν τέτοια συμπτώματα.
- Την αποσαφήνιση της βέλτιστης θεραπευτικής αντιμετώπισης αυτών των ασθενών.

Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται, πριν από την έναρξη της θεραπείας, για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες, να εξετάζονται σε τακτικά χρονικά διαστήματα και να ερωτώνται για συμπτώματα ενδεικτικά συναισθηματικής διαταραχής [5].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Thibaut F. Corticosteroid-induced psychiatric disorders: genetic studies are needed. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019;269(6):623-625.
2. Clark LD, Bauer W, Cobb S. Preliminary observations on mental disturbances occurring in patients under therapy with cortisone and ACTH. *N Engl J Med*. 1952;246(6):205-216.
3. Bolanos SH, Khan DA, Hanczyc M, Bauer MS, Dhanani N, Brown ES. Assessment of mood states in patients receiving long-term corticosteroid therapy and in controls with patient-rated and clinician-rated scales. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2004;92(5):500-505.
4. West S, Kenedi C. Strategies to prevent the neuropsychiatric side-effects of corticosteroids: a case report and review of the literature. *Curr Opin Organ Transplant*. 2014;19(2):201-208.
5. Parasher A, Bez J. Steroid induced psychiatric adverse effects: an overview of risk factors, clinical features and management. *Int J Res Med Sci*. 2020;8(6):2365-2370.
6. Lim SY, Bolster MB. Corticosteroids. In: Cho TA et al (eds) *Neurorheumatology*. Springer Nature Switzerland AG; 2019:p.261-267.
7. Parker C. Adverse psychiatric effects of drugs for other disorders. *Medicine* 2020;in press, <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.09.008>
8. The Boston Collaborative Drug Surveillance Program. Acute adverse reactions to prednisone in relation to dosage. *Clin Pharmacol Ther*. 1972;13(5):694-698.
9. Brown ES, Suppes T, Khan DA, Carmody III TJ. Mood changes during prednisone bursts in outpatients with asthma. *J Clin Psychopharmacol*. 2002;22(1):55-61.
10. Zagaria MA. Systemic Corticosteroid-Associated Psychiatric Adverse Effects. *US Pharm*. 2016;41(7):16-18.
11. Lewis DA, Smith RE. Steroid-induced psychiatric syndromes: a report of 14 cases and a review of the literature. *J Affect Disord*. 1983;5(4):319 -332.
12. Ciriaco M, Ventrice P, Russo G, Scicchitano M, Mazzitello G, Scicchitano F, et al. Corticosteroid-related central nervous system side effects. *J Pharmacol Pharmacotherapeut*. 2013;4(Suppl1):S94-98.
13. Wolkowitz OM. Prospective and controlled studies of the behavioral and biological effects of exogenous corticosteroids. *Psychoneuroendocrinology*. 1994;19(3):233-255.
14. Bhangle SD, Kramer N, Rosenstein ED. Corticosteroid-induced neuropsychiatric disorders: Review and contrast with neuropsychiatric lupus. *Rheumatol Int*. 2013;33(8):1923-1932.
15. Brown ES, Khan DA, Nejtek VA. The psychiatric side effects of corticosteroids. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 1999;83(6 Pt 1):495-504.

16. Young KD, Preskorn SH. Neuroscientific basis of corticosteroid-induced changes in human cognitive and emotional processing: implications for affective illness. *J Psychiatr Pract.* 2013;19(4):309–315.
17. Sirois F. Steroid psychosis: a review. *Gen Hosp Psych.* 2003;25(1):27-33.
18. Gable M, Depry D. Sustained corticosteroid-induced mania and psychosis despite cessation: A case study and brief literature review. *Int J Psychiatry Med.* 2015;50(4):398–404.
19. Patten SB, Neutel CI. Corticosteroid-induced adverse psychiatric effects: incidence, diagnosis and management. *Drug Saf.* 2000;22(2):111–122.
20. Warrington TP, Bostwick JM. Psychiatric adverse effects of corticosteroids. *Mayo Clin Proceed.* 2006;81(10):1361-1367.

Mixed mood disorder induced by high-dose corticosteroid treatment. A case report

Th. Kyziridis¹ and I. Nimatoudis²

¹ Consultant Psychiatrist, and ² Professor & Head, 3rd Department of Psychiatry, AUTH Medical School, AHEPA University Hospital, Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

Corticosteroids (CS) are commonly used drugs for the treatment of various diseases. They are related to many adverse effects, among which some are practically manifestations of the whole spectrum of psychiatric symptoms: depression and anxiety, suicidal ideation, mania, cognitive disorders and psychosis. These adverse effects seem to be more common with higher doses and longer duration of treatment with CS, to manifest during the initial days of the treatment and, possibly, to be independent of the route of administration. There do not exist clear risk factors: psychiatric history does not seem to confer additional risk even though women may be more vulnerable.

We describe a case of a woman who suffered from a chronic renal disease and received high doses of CS for the treatment of an acute condition. After the first month of treatment with CS, she manifested mild depression but, after the second month, the clinical picture changed dramatically to that of severe mania. She did not comply with the psychiatric advice that was given to her, consequently we are not fully aware of the evolution of the psychiatric disorder.

We focus on the need for cooperation between psychiatrists and other physicians in order to achieve timely recognition and treatment of these disorders, on the continuous pharmacovigilance and the proper education of patients and we underlie the need for conducting systematic studies in patients receiving CS.

Keywords: Corticosteroids, Depression, Mania, Mixed mood disorder

Citation

Th. Kyziridis, I. Nimatoudis. Mixed mood disorder induced by high-dose corticosteroid treatment. A case report. Scientific Chronicles 2020; 25(3): 537-544

Λειομυοσάρκωμα της ουροδόχου κύστης. Ένας εξαιρετικά σπάνιος όγκος

Κωνσταντίνος Σταματίου, Γεώργιος Σιμάτος

Ουρολογική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το λειομυοσάρκωμα είναι μια σπάνια μορφή καρκίνου που προέρχεται από λεία μυϊκά κύτταρα. Αυτοί οι όγκοι βρίσκονται πιο συχνά στην κοιλιά (προερχόμενα από κύτταρα λείου μυός της μήτρας, οργάνων του γαστρεντερικού συστήματος ή σπανιότερα της ουροδόχου κύστης) αλλά μπορεί να αναπτύσσονται οπουδήποτε στο σώμα. Είναι συχνά δύσκολο να ανιχνευθούν νωρίς επειδή δεν δίνουν ειδικά συμπτώματα. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, εμφανίζει μη ειδικά συμπτώματα, όπως οίδημα άκρων ή δυσφορία από την πίεση του όγκου στα γειτονικά όργανα και ιστούς. Το κοιλιακό λειομυοσάρκωμα μπορεί να συνοδεύεται από πόνο, απώλεια βάρους, ναυτία ή έμετο. Η πρόγνωση είναι συνήθως πτωχή, λόγω του υψηλού δυναμικού υποτροπής και μετάστασης. Σκοπός της παρουσίασης είναι να αναδείξει ένα περιστατικό λειομυοσάρκωματος της ουροδόχου κύστης και να παραθέσει τη σχετική βιβλιογραφία.

Λέξεις ευρετηρίου: λειομυοσάρκωμα, ουροδόχος κύστη, ιστοπαθολογία

Παραπομπή

Κ. Σταματίου, Γ. Σιμάτος. Λειομυοσάρκωμα της ουροδόχου κύστης. Ένας εξαιρετικά σπάνιος όγκος. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(3): 545-548

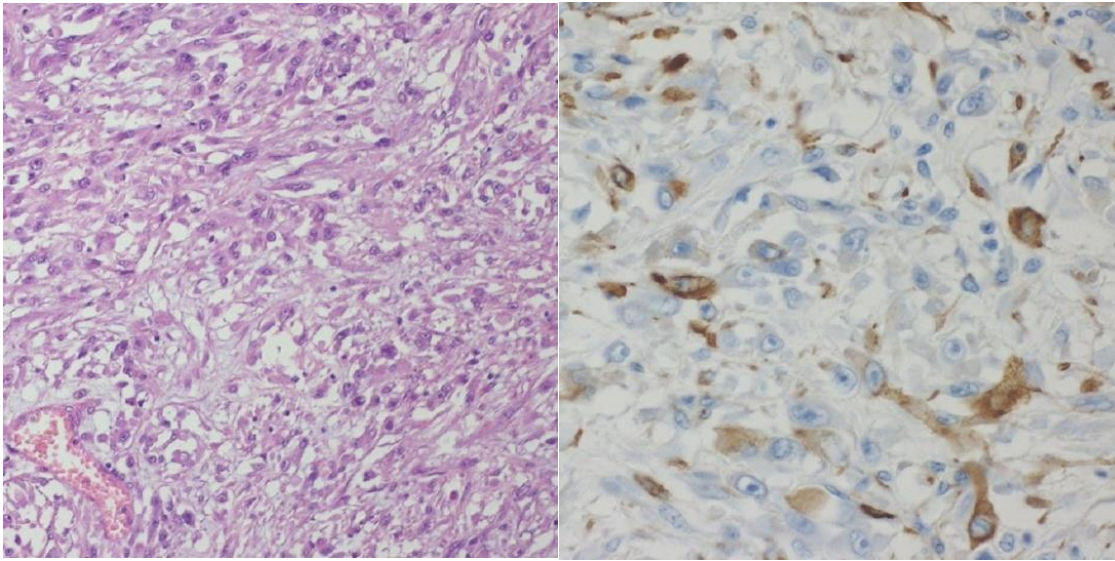
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μη επιθηλιακοί όγκοι της ουροδόχου κύστης αντιπροσωπεύουν λιγότερο από το 5 % των κακοηθειών κύστης συνολικά. Ειδικότερα, το λειομυοσάρκωμα αντιστοιχεί στο 0,1% όλων των καρκίνων της ουροδόχου κύστης [1]. Λόγω της πολύ χαμηλής συχνότητας του, λίγα είναι γνωστά για τη φυσική ιστορία και την πρόγνωση, δεν υπάρχει εμπειρία στην αντιμετώπισή του και δεν έχει καθοριστεί η κατάλληλη θεραπεία. Σκοπός της παρουσίασης είναι να αναδείξει ένα περιστατικό λειομυοσάρκωματος της

ουροδόχου κύστης και να παραθέσει τη σχετική βιβλιογραφία.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Υπεργηρος ασθενής νοσηλευόμενος σε παθολογική κλινική για αδυναμία, καταβολή απώλεια βάρους και αναιμία, εμφανίζει μακροσκοπική αιματουρία. Στην διερεύνησή της με υπερηχογράφημα αποκαλύφθηκε όγκος διαστάσεων 3cm × 3cm στο δεξιό πλάγιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης και υδρονέφρωση του σύστοιχου νεφρού. Η



Εικόνα 1. Ιστοπαθολογική εικόνα λειομυοσαρκώματος της ουροδόχου κύστης με θετική χρώση για α-ακτινίνη και βιμεντίνη

αξονική τομογραφία και το σπινθηρογράφημα των οστών δεν αποκάλυψαν ενδείξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων. Η κοτεοσκόπηση επιβεβαίωσε την παρουσία συμπαγούς μάζας στην ουροδόχο κύστη και ο ασθενής υποβλήθηκε σε διουρηθρική εκτομή του όγκου της κύστης. Η ιστοπαθολογική εξέταση διέγνωσε λειομυοσάρκωμα της ουροδόχου κύστης με βάση την ανοσοϊστοχημική χρώση, η οποία αποκάλυψε θετική χρώση για την α-ακτινίνη των λείων μυών και βιμεντίνη και αρνητική χρώση για κυτοκερατίνη (Εικόνα 1). Λόγω του προχωρημένου της ηλικίας του και της κακής γενικής του κατάστασης δεν έλαβε περαιτέρω επικουρική θεραπεία. Δύο περίπου μήνες μετά την TUR-BT, η κλινική κατάσταση του ασθενούς επιδεινώθηκε με αδυναμία, αιματουρία και συμπτώματα δύσπνοιας. Η ακτινογραφία θώρακα έθεσε την υποψία πολλαπλών μεταστατικών αλλοιώσεων στον πνεύμονα ενώ η επακόλουθη CT διέγνωσε μάζα στην ουροδόχο κύστη και δευτεροπαθείς βλάβες στο ήπαρ. Ο ασθενής απεβίωσε 2

ημέρες αργότερα και υποβλήθηκε σε νεκροψία όπου διαπιστώθηκαν επιπλέον πολλαπλές μεταστατικές αλλοιώσεις στον υπεζωκότα, το διάφραγμα και το περιτόναιο.

ΣΧΟΛΙΟ

Λίγες βιβλιογραφικές αναφορές υπάρχουν για τα λειομυοσαρκώματα της ουροδόχου κύστης και ελάχιστες σειρές αναφέρονται στη βιβλιογραφία [2]. Καθότι εξελίσσονται ταχέως έχουν κακή πρόγνωση και για αυτό θεωρούνται εξαιρετικά επιθετικοί όγκοι που απαιτούν ριζική χειρουργική αντιμετώπιση που περιλαμβάνει ριζική κυστεκτομή και εξεντέρωση με ιδιαίτερη μέριμνα για τα αρνητικά χειρουργικά όρια. Παραταύτα η πενταετής επιβίωση δεν υπερβαίνει το 60% κυρίως λόγω της συχνότατης τοπικής υποτροπής. Οι πιο σύγχρονες αναφορές δείχνουν ότι οι ασθενείς με τοπική υποτροπή έχουν μεγαλύτερη ειδική της νόσου επιβίωση όταν έχουν αντιμετωπιστεί με εισαγωγική και

επικουρική χημειοθεραπεία ωστόσο, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η επίπτωση της χημειοθεραπείας στην ποιότητα ζωής και τη συνολική επιβίωση των ηλικιωμένων ασθενών [3]. Η συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση με εγχύσεις ανοσοθεραπευτικού παράγοντα

ή/και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία έχουν χρησιμοποιηθεί σε περιορισμένο αριθμό ασθενών χωρίς απολύτως σαφή βελτίωση της ειδικής της νόσου επιβίωσης [4].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Fakhoury M, Hwang RR, Silletti J, Bjurlin MA. Bladder Leiomyosarcoma: A Rare, but Aggressive Diagnosis. *Curr Urol*. 2016;9(3):166-168.
2. Zieschang H, Koch R, Wirth MP, Froehner M. Leiomyosarcoma of the Urinary Bladder in Adult Patients: A Systematic Review of the Literature and Meta-Analysis. *Urol Int*. 2019;102(1):96-101.
3. Slaoui H, Sanchez-Salas R, Validire P, Barret E, Rozet F, Galiano M, Cathelineau X. Urinary Bladder Leiomyosarcoma: Primary Surgical Treatment. *Urol Case Rep*. 2014 Jul 2;2(4):137-8.
4. Menon AR, Puthalath RT, Suresh N, Hegde S. Organ preservation in leiomyosarcoma bladder: Case report and review of literature. *Urol Ann*. 2018;10(2):233-236

Bladder leiomyosarcoma. An extremely rare tumor

Konstantinos Stamatiou, George Simatos

Department of Urology, Tzaneio General Hospital of Piraeus, Greece

ABSTRACT

Leiomyosarcoma is a rare type of cancer that affects smooth muscle tissue. These tumors are most common in the abdomen (derived from smooth muscle cells typically of uterine, gastrointestinal organs or rarely of bladder) but can occur anywhere in the body. Are often difficult to detect early because they do not cause specific symptoms. As the disease progresses, unspecific symptoms occur, such as swelling of the limbs or discomfort associated with the pressure on neighboring organs and tissues. Abdominal leiomyosarcoma may be accompanied by pain, weight loss, nausea or vomiting. The prognosis is usually poor, due to the high potential for recurrence and metastasis. The purpose of this study is to present a case of leiomyosarcoma of the bladder and to cite the relevant literature.

Keywords: leiomyosarcoma, bladder, histopathology

Citation K. Stamatiou, G. Simatos. Bladder leiomyosarcoma. An extremely rare tumor. *Scientific Chronicles* 2020; 25(3): 545-548

Μεμονωμένη συστροφή σάλπιγγος: ένα σπάνιο τυχαίο εύρημα κατά την εκτέλεση καισαρικής τομής

Ιωάννης Κ. Θανασάς¹, Ευάγγελος Π. Μυργιώτης¹, Νικολέτα Κουταλιά¹, Αθανάσιος Χασιώτης¹, Μαρία Μούσια²

¹ Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική και ² Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Ελλάδα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά σε έγκυο δευτερότοκο η οποία διανύοντας την 39η εβδομάδα της κύησης εισήχθη στην κλινική μας, προκειμένου να υποβληθεί σε προγραμματισμένη καισαρική τομή λόγω προηγηθείσης καισαρικής. Από το ατομικό ιστορικό ήταν γνωστή η παρουσία ορώδους κύστης στην ανατομική θέση του αριστερού εξαρτήματος από την αρχή της κύησης. Η εξέλιξη της εγκυμοσύνης ήταν ομαλή χωρίς επιπλοκές. Κατά την εισαγωγή στην κλινική η έγκυος ανέφερε έναν ήπιο βύθιο πόνο στην κοιλιακή χώρα διάχυτα από τριημέρου περίπου, χωρίς να διαπιστωθούν σημεία έναρξης τοκετού. Ο προγραμματισμένος προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Διεγχειρητικά, στο αριστερό παραμήτριο διαπιστώθηκε η παρουσία υποστρόγγυλου μορφώματος με καστανέρυθρη χροιά και ομαλή εξωτερική επιφάνεια, κατά μήκος της οποίας πορευόταν η σύστοιχη σάλπιγγα, χωρίς τη συμμετοχή της ωοθήκης. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος έθεσε τη διάγνωση της μεμονωμένης συστροφής σάλπιγγας συνοδευόμενη από παρασαλπγγική κύστη. Μετά από νοσηλεία 5 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η λεχαιδα εξήλθε από την κλινική. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση της σπάνιας αυτής νοσολογικής οντότητας, αναφορικά κυρίως με τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.

Λέξεις ευρητηρίου: παρασαλπγγική κύστη, συστροφή, εγκυμοσύνη, διάγνωση, αντιμετώπιση

Παραπομπή

Ι. Θανασάς, Ε. Μυργιώτης, Ν. Κουταλιά, Α. Χασιώτης, Μ. Μούσια. Μεμονωμένη συστροφή σάλπιγγος: ένα σπάνιο τυχαίο εύρημα κατά την εκτέλεση καισαρικής τομής. Επιστημονικά Χρονικά 2020; 25(3): 549-557

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι εξαρτηματικοί όγκοι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι συχνοί. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ανακαλύπτονται τυχαία κατά την παρακολούθηση εξέλιξης της κύησης.

Συνήθως ανακαλύπτονται κατά το πρώτο ή το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και στο 65% – 80% των περιπτώσεων είναι ασυμπτωματικοί [1]. Η συχνότητα εμφάνισης των εξαρτηματικών μαζών πριν από την 14η εβδομάδα της κύησης κυμαίνεται από 6% – 25%, με τις περισσότερες από αυτές να είναι

λειτουργικές, με αποτέλεσμα να υποστρέφονται και να παραμένουν μόνο στο 0.7% - 1.7% των περιπτώσεων [2]. Γενικά, με βάση τα παλαιότερα δεδομένα η επίπτωση των εξαρτηματικών μαζών στις έγκυες είναι δύσκολο να εκτιμηθεί με ακρίβεια, καθώς η έλλειψη των απαιτούμενων τεχνολογικών εξελίξεων δεν διευκόλυνε την έγκαιρη και ακριβή διάγνωση της παθολογίας στα εξαρτήματα [3]. Σήμερα με την ευρεία εφαρμογή της υπερηχογραφίας στην παρακολούθηση της κύησης τα ποσοστά ανίχνευσης εξαρτηματικών μαζών στις έγκυες έχουν αυξηθεί σημαντικά [4]. Πρόσφατα, οι Hoover και Jenkins αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν ότι οι εξαρτηματικοί όγκοι αφορούν σε 1 ανά 76 έως 1 ανά 2328 γεννήσεις [5].

Οι εξαρτηματικοί όγκοι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συχνά παρουσιάζουν σημαντικά διαγνωστικά και θεραπευτικά διλήμματα. Εκτός από τις περιπτώσεις που επιπλέκονται με οξεία συστροφή ή ρήξη και απαιτούν επείγουσα χειρουργική παρέμβαση, οι περισσότεροι εξαρτηματικοί όγκοι διαγιγνώσκονται τυχαία και συνήθως αφορούν σε νεοπλάσματα των ωοθηκών. Τα σαλπγγικά νεοπλάσματα είναι σπάνια. Διακρίνονται στους καλοήθεις κυστικούς σαλπγγικούς όγκους (παρασαλπγγική ή παραωθητική κύστη, υδατίδα κύστη Morgani) και στον καρκίνο των σαλπγγων ο οποίος είναι ο πιο σπάνιος γυναικολογικός καρκίνος. Οι κυστικοί καλοήθεις σαλπγγικοί όγκοι, αν και δεν έχουν μελετηθεί αρκετά και δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητή η αιτιοπαθογένεια και η παθοφυσιολογία τους πιθανολογείται ότι είναι εμβρυολογικής προέλευσης. Στην πλειονότητα των

περιπτώσεων, ακόμη και με τις σύγχρονες απεικονιστικές μεθόδους η προεγχειρητική διάγνωση είναι δύσκολη έως αδύνατη. Η διάγνωση συνήθως τίθεται διεγχειρητικά ή κατά την παθολογοανατομική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος [6].

Στην παρούσα εργασία μετά την περιγραφή της περίπτωσης μας επιχειρείται με βάση τη συστηματική παράθεση και επεξεργασία των σύγχρονων βιβλιογραφικών δεδομένων μια σύντομη ανασκόπηση της παρασαλπγγικής κύστης στην εγκυμοσύνη, αναφορικά κυρίως με τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση, η άμεση και ορθή εφαρμογή της οποίας είναι σε θέση να διασφαλίσει το καλύτερο προγνωστικό αποτέλεσμα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε έγκυο δευτερότοκο, με ιστορικό προηγηθείσης καισαρικής τομής η οποία με συμπληρωμένη την 38η εβδομάδα της κύησης (38 εβδομάδες και 4 ημέρες) εισήχθη στη Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική του νοσοκομείου μας για προγραμματισμένη καισαρική τομή. Από το ατομικό ιστορικό της ασθενούς ήταν γνωστή η παρουσία ορώδους κύστης μεγίστης διαμέτρου περίπου 80 mm στην ανατομική θέση του αριστερού εξαρτήματος, η οποία διαπιστώθηκε από την αρχή της εγκυμοσύνης, κατά την πρώτη επίσκεψη στο μαιευτικό ιατρείο και διαγνώθηκε ως κύστη αριστερής ωοθήκης. Το κληρονομικό ιστορικό ήταν χωρίς παθολογική σημασία. Η εξέλιξη της εγκυμοσύνης ήταν ομαλή χωρίς επιπλοκές. Κατά την εισαγωγή στην κλινική η έγκυος ανέφερε έναν ήπιο βύθιο πόνο στην κοιλιακή



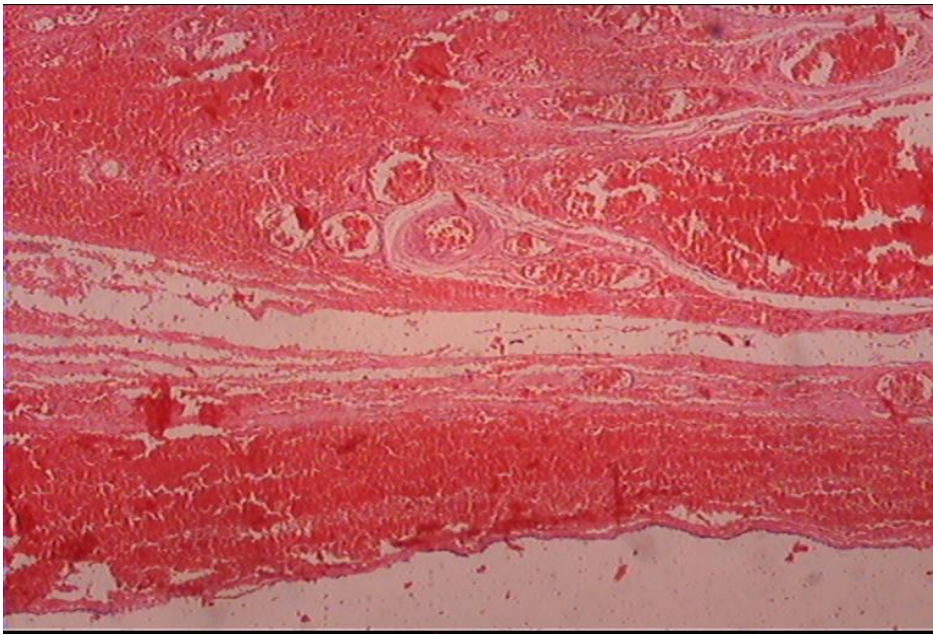
Εικόνα 1. Τυχαίο εύρημα συστραφείας παρασαλπγγικής κύστης κατά την εκτέλεση προγραμματισμένης καισαρικής τομής με δευτερογενή μεμονωμένη συστροφή της σύστοιχης σάλπιγγας (δική μας περίπτωση). Είναι εμφανής η αιμορραγική διήθηση και η ισχαιμική νέκρωση της σαλπγγικής μάζας, η μη συμμετοχή στην εξεργασία της ομόπλευρης ωοθήκης (κόκκινα βέλη), καθώς και η χαρακτηριστική διαγραφή της σύστοιχης σάλπιγγας κατά μήκος της εξωτερικής επιφάνειας του τοιχώματος της κύστης (άσπρα βέλη).

χώρα διάχυτα από τριήμερου περίπου, χωρίς να διαπιστωθούν σημεία έναρξης τοκετού. Κατά τον καρδιοτοκογραφικό έλεγχο δεν διαπιστώθηκαν συσπάσεις από τη μήτρα. Ο προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Οι δείκτες φλεγμονής ήταν αρνητικοί (WBC 7.96×10^3 , NEUT 74.8%), δεν διαπιστώθηκε αναιμία (Hb 14.1 gr/dl) και η πήξη του αίματος ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Ο βιοχημικός έλεγχος και η γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Κατά την εκτέλεση της καισαρικής τομής, μετά την έξοδο του εμβρύου και την συρραφή του τοιχώματος της μήτρας, κατά τον έλεγχο των εξαρτημάτων στην ανατομική θέση του αριστερού παραμητρίου διαπιστώθηκε υποστρόγγυλο μόρφωμα μεγίστης διαμέτρου

περίπου 70 mm, καστανέρυθρης χροιάς και ομαλής εξωτερικής επιφάνειας, κατά μήκος της οποίας πορευόταν η σύστοιχη σάλπιγγα, χωρίς τη συμμετοχή της σύστοιχης ωοθήκης στην εξεργασία (εικόνα 1).

Το αιμορραγικό νεκρωμένο τοίχωμα της κύστης με επικάλυψη από κυβοειδές, αποπλατισμένο ή κροσσωτό επιθήλιο και την αιμορραγικά νεκρωμένη σάλπιγγα, όπως προέκυψε από την μικροσκοπική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση της συστραφείας παρασαλπγγικής κύστης με μεμονωμένη συστροφή της σύστοιχης σάλπιγγας (εικόνα 2). Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Η λεχωίδα εξήλθε από την κλινική μας την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα με αγωγή και



Εικόνα 2. Ιστολογική εικόνα συστραφείας παρασαλπγγικής κύστης (δική μας περίπτωση).

οδηγία για επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο στο τέλος της λοχείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι παρασαλπγγικές ή παραωθηκικές κύστεις δεν είναι συχνές. Εκτιμάται ότι αφορούν περίπου στο 5% - 20% του συνόλου των εξαρτηματικών όγκων και συνήθως εμφανίζονται στην αναπαραγωγική ηλικία, κατά την τρίτη με τέταρτη δεκαετία της ζωής [7]. Οι παρασαλπγγικές κύστεις μιμούμενες τις ωθηκικές είναι δυνατό να υποστούν συστροφή. Οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν σε παιδιατρικούς ασθενείς προκαλώντας δύσκολο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα από την οξεία σκληροκοειδίτιδα [8]. Στους ενήλικες η συστροφή παραωθηκικής κύστης συνοδευόμενη από δευτερογενή μεμονωμένη συστροφή της σύστοιχης σάλπιγγας είναι σπάνια. Παρόμοια σπάνια είναι η εκδήλωση συστροφής

παρασαλπγγικής κύστης στην εγκυμοσύνη η οποία σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της οξείας κοιλίας των εγκύων γυναικών [9].

Οι παρασαλπγγικές κύστεις, αν και δεν έχουν μελετηθεί αρκετά και δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητή η αιτιοπαθογένεια και η παθοφυσιολογία τους πιθανολογείται ότι είναι εμβρυολογικής προέλευσης και αντιπροσωπεύουν υπολείμματα του παραμεσονεφρικού ή μεσονεφρικού πόρου [10]. Οι παραωθηκικές κύστεις, των οποίων η προέλευση εκτιμάται ότι αφορά από τον πόρο του Wolff βρίσκονται στον ευρύτερο σύνδεσμο μεταξύ των ωθηκών και της σάλπιγγας [11] και περιγράφηκαν για πρώτη φορά ως ξεχωριστή νοσολογική οντότητα το 1973 από τους Kariminejad και Scully [12]. Η μεμονωμένη συστροφή της σάλπιγγας χωρίς την ομόπλευρη ωθηκική συμμετοχή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή και σε μη έγκυες γυναίκες συνήθως σχετίζεται με υδροσάλπιγγα, αιματοσάλπιγγα, πυελική

συμφόρηση και πυελική φλεγμονώδη νόσο, προηγούμενη σαλπινγική επέμβαση για την αντιμετώπιση σαλπινγικής παθολογίας ή την εκτέλεση χειρουργικής απολίνωσης των σαλπίγγων, παρασαλπινγική κύστη (δική μας περίπτωση), κύστη Morgani και άλλες εξαρτηματικές αλλαγές ή ακόμη μπορεί να συμβεί και σε μια κατά τα άλλα φυσιολογική σάλπιγγα [13-15].

Η προεγχειρητική διάγνωση των παρασαλπινγικών κύστεων είναι δύσκολη, ιδιαίτερα όταν θα πρέπει να γίνει κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Οι μεταβολές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της φυσιολογικά εξελισσόμενης κύησης και οι συχνά αναφερόμενες από την έγκυο ενοχλήσεις στην κοιλιακή χώρα δυσχεραίνουν τη διάγνωση της παρασαλπινγικής κύστης στις περιπτώσεις εκείνες που η συμπτωματολογία είναι ήπια (δική μας περίπτωση). Στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι παρασαλπινγικές κύστεις είναι ασυμπτωματικές. Το ήπιο, βύθιο, μικρής έντασης κοιλιακό άλγος και η αιφνίδια έναρξη οξέος κοιλιακού πόνου αφορούν σε μεγάλο μέγεθος βλάβες ή σε επιπλοκές, αντίστοιχα, όπως είναι η αιμορραγία, η ρήξη ή η συστροφή της σάλπιγγας [10]. Επιπλέον, η ναυτία, οι έμετοι και τα σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού κατά την ψηλάφηση του κοιλιακού τοιχώματος συνηγορούν υπέρ της μεμονωμένης συστροφής της σάλπιγγας συνοδευόμενη από παρασαλπινγική κύστη [15].

Σε αντίθεση με τα κλινικά ευρήματα, ο απεικονιστικός έλεγχος συχνά είναι χρήσιμος στη διάγνωση των παρασαλπινγικών κύστεων. Το διακοιλιακό και διακολπικό

υπερηχογράφημα αποτελούν σήμερα την εξέταση πρώτης γραμμής για τη διάγνωση των παραωθηθικών κύστεων [16]. Οι απλές παρασαλπινγικές κύστεις συνήθως απεικονίζονται ως μονόχωρες λεπτοτοιχωματικές κύστεις με ομαλά όρια, εντοπιζόμενες μεταξύ της ωοθήκης και της σάλπιγγας. Η απουσία ωθηθικών δομών, η κινητικότητα της μάζας και ο διαχωρισμός της από την ωοθήκη κατά την ώθηση με τη βοήθεια της διακολπικής κεφαλής των υπερήχων αποτελούν σταθερά χαρακτηριστικά υπερηχογραφικά ευρήματα που συνηγορούν υπέρ της διάγνωσης της παρασαλπινγικής κύστης. Η παρουσία μονόχωρων ή πολύχωρων κύστεων με ή χωρίς θηλοειδείς προσεκβολές από το κυστικό τοίχωμα ή με τοιχωματική εξάπλωση από θηλοειδείς προσεκβολές υποδηλώνει όγκο οριακής κακοήθειας [17].

Η διαφορική διάγνωση μεταξύ της κύστης των ωοθηκών και των παρασαλπινγικών κύστεων παραμένει δύσκολη. Παρόλα αυτά όμως είναι εφικτό σήμερα με την διεξοδική υπερηχογραφική εξέταση η διάκριση μεταξύ καλοήθων και κακοήθων εξαρτηματικών όγκων. Πρόσφατα, ο Sokalska και οι συνεργάτες του αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν ότι οι δερμοειδείς κύστεις, οι υδροσάλπιγγες, οι λειτουργικές κύστεις, οι παρασαλπινγικές κύστεις, οι περιτοναϊκές ψευδοκύστεις, τα ινομύωματα και τα ινοθηκώματα διαγνωσμένα υπερηχογραφικά ποτέ δεν είχαν εκλιφθεί ως κακοήθεια από τα εξαρτήματα [18]. Η χρήση της Power Doppler υπερηχογραφίας στη διάκριση των καλοήθων από τους κακοήθεις εξαρτηματικούς όγκους δεν προσέφερε τα αναμενόμενα [19]. Τα απεικονιστικά

ευρήματα του μαγνητικού συντονισμού στις παραωθηκικές κύστεις μέχρι σήμερα δεν έχουν ανακοινωθεί. Η δυνατότητα απεικόνισης φυσιολογικής ομόπλευρης ωοθήκης αναμένεται να αποτελέσει ίσως ένα σημαντικό διαγνωστικό εύρημα [20].

Η διάγνωση των παραωθηκικών κύστεων τίθεται εύκολα στο χειρουργείο. Διεγχειρητικά είναι εμφανής η μη συμμετοχή της ομόπλευρης ωοθήκης στη νεοπλασία και η χαρακτηριστική διαγραφή της σάλπιγγας στην εξωτερική επιφάνεια του τοιχώματος της κύστης (δική μας περίπτωση, εικόνα 1). Επιπλέον, η χειρουργική παρέμβαση (λαπαροσκόπηση, λαπαροτομία) εκτός από την εξασφάλιση της διάγνωσης επιτρέπει και τη ριζική αντιμετώπιση της βλάβης. Η λαπαροσκόπηση με ή χωρίς αφαίρεση του κυστικού υγρού μέσω του λαπαροσκοπίου φαίνεται να αποτελεί σήμερα την πιο συνηθισμένη χειρουργική προσέγγιση στην αντιμετώπιση των ασθενών με παρασαλπγγικές κύστεις [21]. Άλλοι προτείνουν ανοικτή λαπαροτομία και αφαίρεση του συστραφέντος εξαρτήματος [22]. Τέλος, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη αναρρόφηση του κυστικού περιεχομένου απλών κύστεων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ασφαλής, αποτρέπει τη χειρουργική παρέμβαση με όλες τις πιθανές επιπλοκές που αυτή μπορεί να έχει για τη μητέρα και το έμβρυο - νεογνό, και επιπλέον, σε μερικές περιπτώσεις ενδέχεται να αποτελέσει και την οριστική θεραπεία [23].

Η πρόγνωση συνήθως είναι καλή. Αν και στη βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί και περιπτώσεις ανάπτυξης όγκων οριακής

κακοήθειας ή διηθητικά αδενοκαρκινώματα στο εσωτερικό του τοιχώματος των παρασαλπγγικών κύστεων, αυτές κατά κανόνα αποτελούν σπάνια ασυμπτωματικά νεοπλάσματα των σαλπίγγων, χαμηλής δυναμικής κακοήθειας. Στις επιπλοκές των παρασαλπγγικών κύστεων που έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία συμπεριλαμβάνονται η συστροφή η οποία αφορά στο 2% - 16% των περιπτώσεων, η αιμορραγία, η ρήξη, η δευτερογενής μόλυνση και η κακοήθης νεοπλασματική εξαλλαγή στο 2.9% περίπου των περιπτώσεων. Η συστροφή των παραωθηκικών κύστεων είναι τρεις φορές πιο συχνή στις έγκυες, πιθανότατα λόγω της μεγάλης και γρήγορης ανάπτυξης του σώματος της μήτρας κατά τη διάρκεια της φυσιολογικά εξελισσόμενης εγκυμοσύνης [24].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μεμονωμένη συστροφή της σάλπιγγας συνοδευόμενη από παρασαλπγγική κύστη είναι μια σπάνια νοσολογική οντότητα, η οποία ωστόσο πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στη διαφορική διάγνωση των εγκύων με οξύ ή ήπιο, βύθιο, διάχυτο κοιλιακό πόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, και ιδιαίτερα στο τελευταίο τρίμηνο. Η προεγχειρητική διάγνωση δεν είναι εύκολη και κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι δυνατό να προκύψουν σοβαρά διλήμματα και αντιπαραθέσεις. Η πρόωμη αναγνώριση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη νόσο και η σωστή εφαρμογή της σύγχρονης εξελιγμένης τεχνολογίας είναι πιθανό να επιτρέψουν σήμερα την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση εφαρμογή των πλέον

κατάλληλων σύγχρονων διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, προκειμένου να διασφαλιστεί η καταλληλότερη αντιμετώπιση

της νόσου και το καλύτερο δυνατό προγνωστικό αποτέλεσμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hakoun AM, AbouAl - Shaar I, Zaza KJ, Abou - Al - Shaar H, A Salloum MN. Adnexal masses in pregnancy: An updated review. *Avicenna J Med.* 2017; 7(4): 153 - 157.
2. Yazbek J, Salim R, Woelfer B, Aslam N, Lee CT, Jurkovic D. The value of ultrasound visualization of the ovaries during the routine 11 - 14 weeks nuchal translucency scan. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007; 132(2): 154 - 158.
3. Yacobozzi M, Nguyen D, Rakita D. Adnexal masses in pregnancy. *Semin Ultrasound CT MR.* 2012; 33(1): 55 - 64.
4. Hoover K, Jenkins TR. Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 205(2): 97 - 102.
5. Aggarwal P, Kehoe S. Ovarian tumours in pregnancy: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; 155(2): 119 - 124.
6. Runnebaum IB, Stickeler E. Epidemiological and molecular aspects of ovarian cancer risk. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2001; 127(2): 73 - 79.
7. Gupta A, Gupta P, Manaktala U, Khurana N. Clinical, radiological, and histopathological analysis of paraovarian cysts. *J Midlife Health.* 2016; 7(2): 78 - 82.
8. Chauhan S, Blacker C. Paratubal cyst: a case report. *W V Med J.* 2005; 101(4): 176.
9. Phupong V, Intharasakda P. Twisted fallopian tube in pregnancy: a case report. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2001; 1(1): 5.
10. Bohîlțea RE, Cîrstoiu MM, Turcan N, Ionescu CA. Ultrasound diagnostic of mesonephric paraovarian cyst - case report. *J Med Life.* 2016; 9(3): 280 - 283.
11. Asare EA, Greenberg S, Szabo S, Sato TT. Giant Paratubal Cyst in Adolescence: Case Report, Modified Minimal Access Surgical Technique, and Literature Review. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015; 28(5): e143 - 145.
12. Kariminejad MH, Scully RE. Female adnexal tumor of probable Wolffian origin. A distinctive pathologic entity. *Cancer.* 1973; 31(3): 671 - 677.
13. Yalcin OT, Hassa H, Zeytinoglu S, Isiksoy S. Isolated torsion of fallopian tube during pregnancy; report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997; 74(2): 179 - 182.
14. Antoniou N, Varras M, Akrivis C, Kitsiou E, Stefanaki S, Salamalekis E. Isolated torsion of the fallopian tube: a case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2004; 31(3): 235 - 238.
15. Toyoshima M, Mori H, Kudo K, Yodogawa Y, Sato K, Kudo T, Igeta S, Makino H, Shima T, Matsuura R, Ishigaki N, Akagi K, Takeyama Y, Iwahashi H, Yoshinaga K. Isolated torsion of the fallopian tube in a menopausal woman and a pre - pubertal girl: two case reports. *J Med Case Rep.* 2015; 9: 258.

16. Coccia ME, Rizzello F, Romanelli C, Capezzuoli T. Adnexal masses: what is the role of ultrasonographic imaging? *Arch Gynecol Obstet*. 2014; 290(5): 843 – 854.
17. Savelli L, Ghi T, De Iaco P, Ceccaroni M, Venturoli S, Cacciatore B. Paraovarian/paratubal cysts: comparison of transvaginal sonographic and pathological findings to establish diagnostic criteria. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006; 28(3): 330 – 334.
18. Sokalska A, Timmerman D, Testa AC, Van Holsbeke C, Lissoni AA, Leone FP, Jurkovic D, Valentin L. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound examination for assigning a specific diagnosis to adnexal masses. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009; 34(4): 462 – 470.
19. Jokubkiene L, Sladkevicius P, Valentin L. Does three – dimensional power Doppler ultrasound help in discrimination between benign and malignant ovarian masses? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2007; 29(2): 215 – 225.
20. Kishimoto K, Ito K, Awaya H, Matsunaga N, Outwater EK, Siegelman ES. Paraovarian cyst: MR imaging features. *Abdom Imaging*. 2002; 27(6): 685 – 689.
21. Darwish AM, Amin AF, Mohammad SA. Laparoscopic management of paratubal and paraovarian cysts. *JLS*. 2003; 7(2): 101 – 106.
22. Ogburn T, Wurzel J, Espey E, Espey D. Adnexal torsion: experience at a single university center. *J Reprod Med*. 2005; 50(8): 591 – 594.
23. Caspi B, Ben – Arie A, Appelman Z, Or Y, Hagay Z. Aspiration of simple pelvic cysts during pregnancy. *Gynecol Obstet Invest*. 2000; 49(2): 102 – 105.
24. Gedam JK, Rajput DA, Bhalerao MV. Torsion of para – ovarian cyst resulting in secondary torsion of the fallopian tube: a cause of acute abdomen. *J Clin Diagn Res*. 2014; 8(5): OD10 – 1.

Isolated fallopian tube torsion: a rare finding during a cesarean section

Ioannis K. Thanasas,¹ Evangelos P. Myrgiotis,¹ Nikoleta Koutalia,¹ Athanasios Chasiotis,¹ Maria Mousia²

¹Department of Obstetrics – Gynecology and ²Department of Pathology of General Hospital in Trikala, Trikala, Greece

ABSTRACT

This case concerns a secundigravida, during the 39th week of her pregnancy, that was admitted to our clinic to undergo a scheduled caesarean section due to a history of a previous caesarean section. Her medical history included the presence of a serous cyst in the anatomical region of the left appendage known before the beginning of pregnancy. The pregnancy course was uneventful. At the time of her admission to the clinic, she reported a mild deep diffuse abdominal pain lasting about three days without any signs of labor. The planned pre – operative assessment was normal. Intraoperatively, an oval growth with reddish brown color and a smooth outer surface was discovered on the left parametrium. The ipsilateral fallopian tube was running across its outer surface without any ovarian involvement. The histopathological examination of the specimen set the diagnosis of isolated fallopian tube torsion accompanied by a paratubal cyst. The mother was discharged after a five – day hospitalization and an uneventful postoperative course. This case report attempts a brief review of the diagnostic and therapeutic approach of this rare disease entity, according to the latest scientific data.

Keywords: paratubal cyst, torsion, pregnancy, diagnosis, treatment

Citation

I. Thanasas, E. Myrgiotis, N. Koutalia, A. Chasiotis, M. Mousia. Isolated fallopian tube torsion: a rare finding during a cesarean section. *Scientific Chronicles* 2020; 25(3): 549-557