

**Ο** εμβολιασμός για τη γρίπη είναι ο μεγαλύτερος σύμμαχος των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι επιστήμονες συνιστούν προσοχή σε όσες γυναίκες κυοφορούν, γιατί μέσα στο επόμενο χρονικό διάστημα θα ξεκινήσει η επιδημία της γρίπης.

Σχετικά με το ποια εμβόλια μπορούν να κάνουν οι έγκυες και πώς μπορούν να προστατευθούν από την εποχική γρίπη μιλά ο **Γιώργος Φαρμακίδης**, καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας και Εμβρυομητρικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Stony Brook NY USA, εξειδικευμένος στις κυήσεις υψηλού κινδύνου:

«Η περίοδος της εποχικής γρίπης είναι από τον Οκτώβριο έως τον Απρίλιο. Η γρίπη προκαλείται από ιό της ομάδας RNA με δύο τύπους, τον Α και τον Β. Η περίοδος επώασης είναι 1-5 ημέρες, ενώ κάθε χρόνο έχουμε διαφορετικό τύπο ιού.

Οι εγκυμονούσες, πολλές φορές, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από γρίπη, η οποία μπορεί να καταλήξει ευκολότερα σε πνευμονία από ό,τι στις μη έγκυες. Τα συμπτώματα δεν διαφέρουν, ωστόσο χρειάζεται προσοχή προκειμένου η γρίπη να μην κάνει ως επιπλοκή βακτηριδιακή πνευμονία, οπότε χρειάζεται αντιβίωση και διαφορετική θεραπεία.

Εάν χρειαστεί, μπορεί να γίνει ακτινογραφία θώρακος με επικάλυψη του εμβρύου. Πρέπει να επισημανθεί ότι η γρίπη δεν προκαλεί συγγενείς ανωμαλίες, αποβολές και παλίνδρομες κυήσεις. Εάν όμως η μητέρα έχει οξεία ίωση, τότε το νεογέννητό της μπορεί να προσβληθεί από νεογνική γρίπη λόγω της επαφής του με τη μητέρα. Επίσης, μπορεί η μητέρα να οδηγηθεί σε πρόωρο τοκετό. Η θνησιμότητα από τη γρίπη είναι μεγαλύτερη στις έγκυες από ό,τι στις μη έγκυες γυναίκες.

## Ευάηλωτες στη γρίπη οι έγκυες

Ο εμβολιασμός προστατεύει τη μητέρα και το μωρό



**Ο Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας και Εμβρυομητρικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Stony Brook NY USA Γιώργος Φαρμακίδης**



### Ο εμβολιασμός

Το κλειδί για να αποφευχθούν όλες αυτές οι καταστάσεις είναι ο εμβολιασμός, ο οποίος θα προστατεύσει και το νεογνό από τη γρίπη. Το εμβόλιο είναι ασφαλές να χορηγηθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πρέπει να γίνεται ενδομυϊκά και να περιέχει ανενεργό ιό. Οι μητέρες δύνανται να θηλάσουν μετά τον εμβολιασμό.

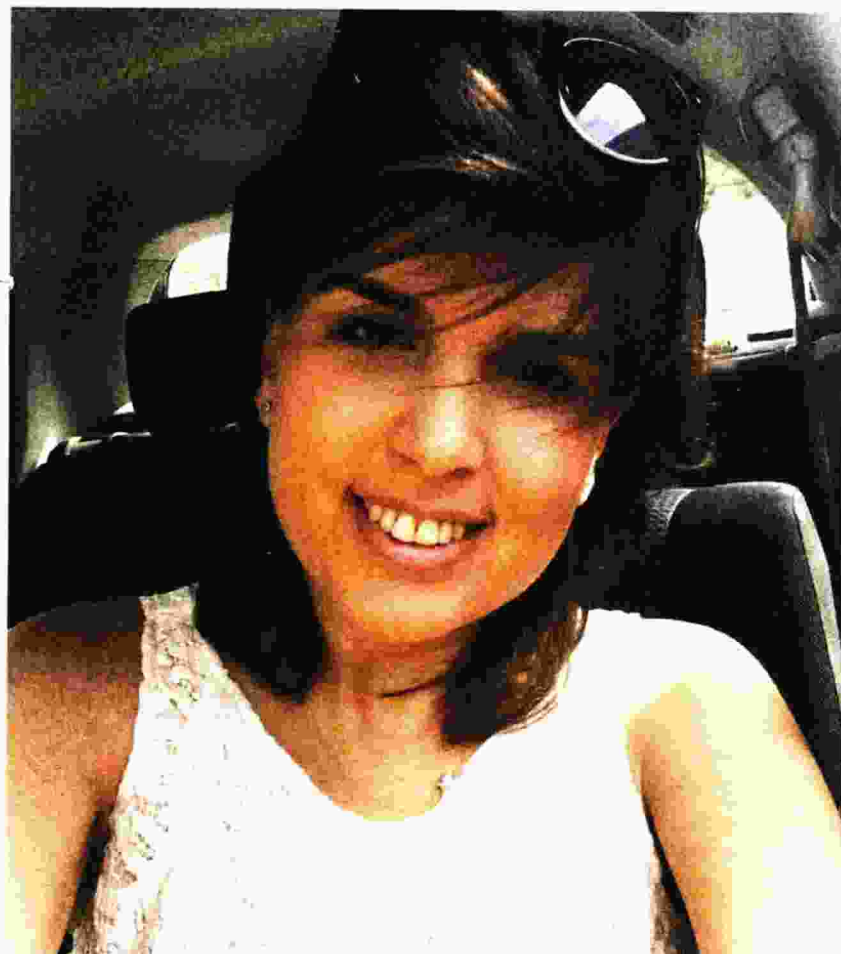
### Η θεραπεία

Η έγκυος, εάν κριθεί απαραίτητο, μπορεί να λάβει αντιικά φάρμακα. Η συμπτωματική θεραπεία συνίσταται σε ανάπαυση, υγρά και ακεταμινοφαίνη για τον πυρετό. Θα πρέπει να γίνει άμεση αξιολόγηση εάν τα συμπτώματα χειροτερεύουν ή εάν εμφανιστεί πρόωρος τοκετός.

### Ο εμβολιασμός στην εγκυμοσύνη

Πρέπει να επισημανθεί ότι δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος στο έμβρυο από εμβόλια με ανενεργούς ιούς ή εμβόλια με βακτήρια ή τοξοειδή. Η έγκυος, λοιπόν, μπορεί να κάνει και τα εμβόλια του τετάνου, της διφθερίτιδας και του κοκίτη. Το τριπλό εμβόλιο πρέπει να γίνεται μεταξύ 27ης έως 36ης εβδομάδας, ώστε τα αντισώματα να πάνε στο νεογνό. Μάλιστα, το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων - Γυναικολόγων συνιστά ο εμβολιασμός να γίνεται σε κάθε εγκυμοσύνη, ώστε να προφυλάσσονται το έμβρυο και η μητέρα. Αντίθετα, η μητέρα δεν πρέπει να εμβολιάζεται με ενεργούς ιούς όπως η ερυθρά, η παρωτίτιδα και η ανεμοβλογιά, αν και ο κίνδυνος για το έμβρυο είναι, μέχρι στιγμής, θεωρητικός».





## ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ ΔΙΝΟΥΝ ΑΙΜΑ ΓΙΑ ΝΑ ΜΑΣ ΣΩΣΟΥΝ ΤΗ ΖΩΗ

Δραματική είναι η κατάσταση που επικρατεί στα νοσοκομεία. Ασθενείς αποκαλύπτουν πως όταν οι μονάδες από συγγενείς και φίλους δεν επαρκούν, τα μέλη του προσωπικού γίνονται αιμοδοτές, καθώς υπάρχει ο κίνδυνος να αναβληθούν τα χειρουργεία

**ΤΗΣ ΜΑΡΙΝΑΣ ΖΙΩΖΙΟΥ**  
marina@pegasus.gr

**Κ**ΑΘΕ ΜΕΡΑ δεκάδες ασθενείς, παιδιά που νοσηλεύονται σε ογκολογικές κλινικές, άνθρωποι με χρόνιες παθήσεις, καρκινοπαθείς και πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία παρακαλούν συγγενείς και φίλους να δώσουν αίμα για να καλύψουν τις ανάγκες τους. Κάποιοι τα καταφέρνουν, άλλοι πάλι όχι... Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών -ακόμη και καρκινοπαθών- που από τα νοσοκομεία τους ασκήθηκε αφόρητη πίεση προκειμένου να συγκεντρώσουν μονάδες αίματος για να συνεχιστεί η θεραπεία τους. Μάλιστα, το τελευταίο διάστημα σε κάποια νοσοκομεία έχουν αναβληθεί μέχρι και προγραμματισμένα χειρουργεία.

Είναι χαρακτηριστικό ότι τους τελευταίους 4 μήνες το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού (ΜΚΙΕ) σε συνεργασία με την Τράπεζα Αίματος «Δημήτρης Βλων» βοήθησαν τουλάχιστον πέντε καρκινοπαθείς, των οποίων τα προγραμματισμένα χειρουργεία δεν έγιναν επειδή είχαν εξαντλήσει τους αιμοδοτές συγγενείς τους και δεν μπορούσαν να καλύψουν τις μονάδες αίματος.

Αυτό που προκαλεί εντύπωση στον κ. Βίχα, καρδιολόγο και εμπνευστή του ΜΚΙΕ, είναι ότι ορισμένα νοσοκομεία ζητούν πλέον και τη συγκεκριμένη ομάδα αίματος που χρειάζεται ο ασθενής, κάτι που δεν ίσχυε στο παρελθόν. Στον αγώνα αναζήτησης έχουν επιστρατευτεί μέχρι και τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης, καθώς οι εκκλήσεις για αίμα και αιμοπετάλια είναι πλέον καθημερινό φαινόμενο.

**Μείωση των εθελοντών.** Οι υπηρεσίες αιμοδοσίας έχουν υποστεί μεγάλη «σφαίμαξη» λόγω της κρίσης και πλέον σπκώνουν τα χέρια ψηλά, ενώ έχει μειωθεί αισθητά και ο αριθμός των εθελοντών αιμοδοτών. Παρότι γίνονται προσπάθειες για να καταφέρει η χώρα μας να καλύψει μόνη της τις ανάγκες που υπάρχουν σε αίμα, απ'ότι φαίνεται αυτό δεν είναι αρκε-

τό. Ετσι συνεχίζεται η εισαγωγή περίπου 20.000 με 30.000 μονάδων αίματος τον χρόνο από την Ελβετία, με το κόστος να αγγίζει τα 4 έως 5 εκατ. ετησίως!

Κι ενώ η αιμοδοσία εκπέμπει SOS, όπως αποκαλύπτει στο «Εθνος της Κυριακής» ο πρόεδρος της Πα-

νελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων Εθελοντών Αιμοδοτών Χρ. Πρωτόπαπας, το Εργοστάσιο Κλασματοποίησης Πλάσματος, που βρίσκεται στις εγκαταστάσεις του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας και ξεκίνησε να κατασκευάζεται το 1999, δεν έχει λειτουργήσει ποτέ, αν και έχουν δαπανηθεί γι' αυτό περίπου 12 εκατ. ευρώ. Πρόσφατα η ηγεσία του υπουργείου Υγείας ζήτησε από εμπειρογνώμονα να εκτιμήσει το κόστος που θα απαιτηθεί για να ξεκινήσει να λειτουργεί.

«Ζητάμε από τον υπουργό Υγείας να μας ενημερώσει για το αποτέλεσμα της πραγματογνωμοσύνης» σημειώνει ο κ. Πρωτόπαπας. Για τον πρόεδρο της ΠΙΟΣΕΑ εξίσου σοβαρό είναι και το γεγονός ότι υπάρχουν μονάδες αίματος που καταστρέφονται εξαιτίας της κακής οργάνωσης του συστήματος αιμοδοσίας. «Δυστυχώς υπάρχει

### ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ 600.000 ΜΟΝΑΔΕΣ

Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας, για την πλήρη κάλυψη των αναγκών της χώρας μας χρειάζονται ετησίως περίπου 600.000 μονάδες αίματος. Οι 320.000 μονάδες προσφέρονται από τους εθελοντές αιμοδοτές και οι υπόλοιπες 280.000 από τους συγγενείς ασθενών, τα Σώματα Ασφαλείας και τον Ελβετικό Ερυθρό Σταυρό.



**Κάθε χρόνο εισάγονται 20.000 με 30.000 μονάδες αίματος από την Ελβετία με κόστος 4 έως 5 εκατ. ευρώ!**

**Η Αλεξάνδρα Κολοκουθά, που νίκησε τη λευχαιμία, τονίζει πως η αιμοδοσία θα έπρεπε να διδάσκεται από το Δημοτικό. Για την κάλυψη των αναγκών της χώρας μας χρειάζονται ετησίως περίπου 600.000 μονάδες αίματος.**



μια κατασπατάληση μονάδων αίματος από συγκεκριμένες κλινικές, διότι ενώ θα μπορούσαν να κάνουν οικονομία, αυτό δεν γίνεται. Επιπλέον υπάρχουν μέθοδοι που θα μπορούσαν να αξιοποιούν σε πολλές περιπτώσεις την προσφορά αίματος από τους ίδιους τους ασθενείς μέσω της αυτόλογης μετάγγισης αίματος, η οποία γίνεται πολύ σπάνια ή και ποτέ».

«Εάν όλοι οι υγιείς Έλληνες, από 18 μέχρι 65 ετών, δώσουν εθελοντικά αίμα μία φορά τον χρόνο, λύνουμε οριστικά τα προβλήματά μας. Αλλά δυστυχώς ακόμα δεν το έχουμε καταλάβει...» σημειώνει ο κ. Πρωτόπαπας.

Η Τράπεζα «Δημήτρης Βλων» ξεκίνησε τον Μάιο του 2012 με 15 εθελοντές αιμοδότες και σήμερα αριθμεί πάνω από 700.

Όπως σημειώνει ο Γιάννης Βλων, εκπρόσωπος της Τράπεζας Αίματος, «πρέπει τα παιδιά από 18 ετών να έχουν στο μυαλό και στην ψυχή τους το στοιχείο της αιμοδοσίας, αλλιώς δεν υπάρχει άλλος τρόπος να τα καταφέρουμε».

**Επάνω:** Ο πρόεδρος της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Εθελοντών Αιμοδοτών Χρ. Πρωτόπαπας.

**Κέντρο:** Ο Γ. Βλων, εκπρόσωπος της Τράπεζας Αίματος «Δημήτρης Βλων».

**Κάτω:** Ο καρδιολόγος Γ. Βήκας.



## Η ΑΓΩΝΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ

### «Θυμάμαι την απόγνωση της μητέρας μου ψάχνοντας αιμοδότες»

Η ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ Κολοκυθά διαγνώστηκε με λευχαιμία τον Ιούνιο του 2013. Αν και η ίδια χρειάστηκε να αναμετρηθεί πολλές φορές με την ασθένεια, δεν πέρασε ούτε στιγμή από το μυαλό της η σκέψη να τα παρατήσει. Και σήμερα πλέον νικήτρια, αφού κατάφερε και βρήκε μόσχευμα, μιλάει για τις δυσκολίες που αντιμετώπισε ως ασθενής, αλλά και για την αγωνία των δικών της ανθρώπων να της εξασφαλίζουν μονάδες αίματος για να κρατηθεί στη ζωή.

Όταν η ασθένεια της χτύπησε την πόρτα ήταν 20 ετών και φοιτήτρια στα Ναυτιλιακά. Το συγκλονιστικό είναι ότι έναν χρόνο πριν από τη δική της διάγνωση, η Αλεξάνδρα έχασε τον πατέρα της από πολλαπλό μυέλωμα. Η Αλεξάνδρα, η μητέρα της και η αδελφή της δεν μπορούσαν να φανταστούν ότι η μοίρα θα έπαιζε αυτό το περιεργό παιχνίδι... Ούτε και οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό του Λαϊκού που φρόντιζαν τον πατέρα της και λίγο καιρό μετά έδωσαν αγώνα για να σώσουν την Αλεξάνδρα.

«Είναι ένα άγχος τόσο για τον ασθενή όσο και για τους δικούς του ανθρώπους να μπορεί να βρίσκει αίμα και αιμοπετάλια. Είναι ένα επιπλέον βάρος στο ήδη μεγάλο φορτίο

της ασθένειας» λέει η Αλεξάνδρα. «Εναν χρόνο έμεινα στο νοσοκομείο και θυμάμαι την απόγνωση των γιατρών αλλά και της μητέρας μου να ψάχνουν για αιμοπεταλιοδότες και εθελοντές αιμοδότες μέσα στο καλοκαίρι. Πολλοί γιατροί και νοσηλευτές αναγκάζονταν να δίνουν αίμα για να μας σώσουν τη ζωή. Αν και είχαμε αναπτύξει ένα δίκτυο φίλων και συγγενών που έδιναν συχνά αίμα, κάποια στιγμή ζητήσαμε βοήθεια από την Τράπεζα Αίματος "Δημήτρης Βλων" και ευτυχώς μας κάλυψαν. Η αιμοδοσία θα έπρεπε να διδάσκεται από το Δημοτικό» προσθέτει η Αλεξάνδρα.

**«Δεν υπάρχει προσφορά».** Ανάλογη είναι και η άποψη του κ. Βήκας. «Όταν δεν υπάρχει προσφορά αίματος από τους εθελοντές αιμοδότες, τα νοσοκομεία είναι λογικό να πιέζουν συγγενείς και φίλους του ασθενούς να δώσουν αίμα. Αυτό θα λυθεί μόνο εάν η Πολιτεία αναπτύξει αιμοδοτική συνείδηση στους πολίτες. Το αίμα, το ίαμα και η μαία έχουν τα ίδια γράμματα, είναι αναγραμματισμοί, αλλά κρύβουν την πραγματική αξία του να δίνει κάποιος αίμα. Δίνω αίμα σημαίνει θεραπεύω και χαρίζω ζωή σε κάποιον...».



**Η έλλειψη αίματος θα λυθεί μόνο εάν η Πολιτεία αναπτύξει αιμοδοτική συνείδηση στους πολίτες, τονίζει ο κ. Βήκας, εμπνευστής του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού**



ΥΓΕΙΑ

# Εμβόλιο για τον πνευμονιόκοκκο σε όλους άνω των 65 ετών

Η πνευμονιοκοκκική νόσος έχει χαρακτηριστεί ως η πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως που μπορεί να προληφθεί με τον εμβολιασμό

**Α**σπίδα προστασίας απέναντι στην πνευμονιοκοκκική νόσο με τον εμβολιασμό συνιστούν οι επιστήμονες σε όλους τους ενήλικες άνω των 65 ετών, καθώς και σε όλους όσοι ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Η πνευμονιοκοκκική νόσος έχει χαρακτηριστεί ως η πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως που μπορεί να προληφθεί με τον εμβολιασμό λόγω της μεγάλης της επίπτωσης, αλλά και της αποδεδειγμένης υψηλής αντοχής του πνευμονιόκοκκου στα αντιβιοτικά.

Σύμφωνα με τους επιστήμονες, η πνευμονία είναι μια απειλητική για τη ζωή λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, που προσβάλλει παιδιά και ενήλικες σε ολόκληρο τον κόσμο. Ειδικότερα, η πνευμονιοκοκκική πνευμονία συνιστά τον πλέον συνηθισμένο τύπο βακτηριακής πνευμονίας της κοινότητας, με θνητότητα στους ενήλικες που κυμαίνεται από 6,4% έως άνω του 40%. Η ανάρρωση των ασθενών από πνευμονιοκοκκική πνευμονία περιλαμβάνει πολυήμερη νοσηλεία, ενώ μπορεί να περάσουν αρκετοί μήνες πριν αποκατασταθεί πλήρως η υγεία τους, ειδικά αν πρόκειται για ηλικιωμένους. Στα συμπτώματα της πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας περιλαμβάνονται ο πυρετός, ο βήχας, τα ρίγη, το θωρακικό άλγος και η δυσκολία στην αναπνοή.

Κάθε χρόνο καταγράφονται στην Ευρώπη 3 εκατομμύρια περιστατικά πνευμονίας, από τα οποία το 1 εκατομμύριο χρήζει νοσηλείας στο νοσοκομείο. Η πνευμονιοκοκκική πνευμονία κοστίζει κάθε χρόνο στην Ε.Ε. των 28 περίπου 10 δισεκατομμύρια ευρώ. Στην Ελλάδα, η πνευμονία προκαλεί σχεδόν ίσο αριθμό θανάτων με εκείνους που οφείλονται στα τροχαία δυστυχήματα και 90 φορές περισσότερους θανάτους από τη γρίπη.

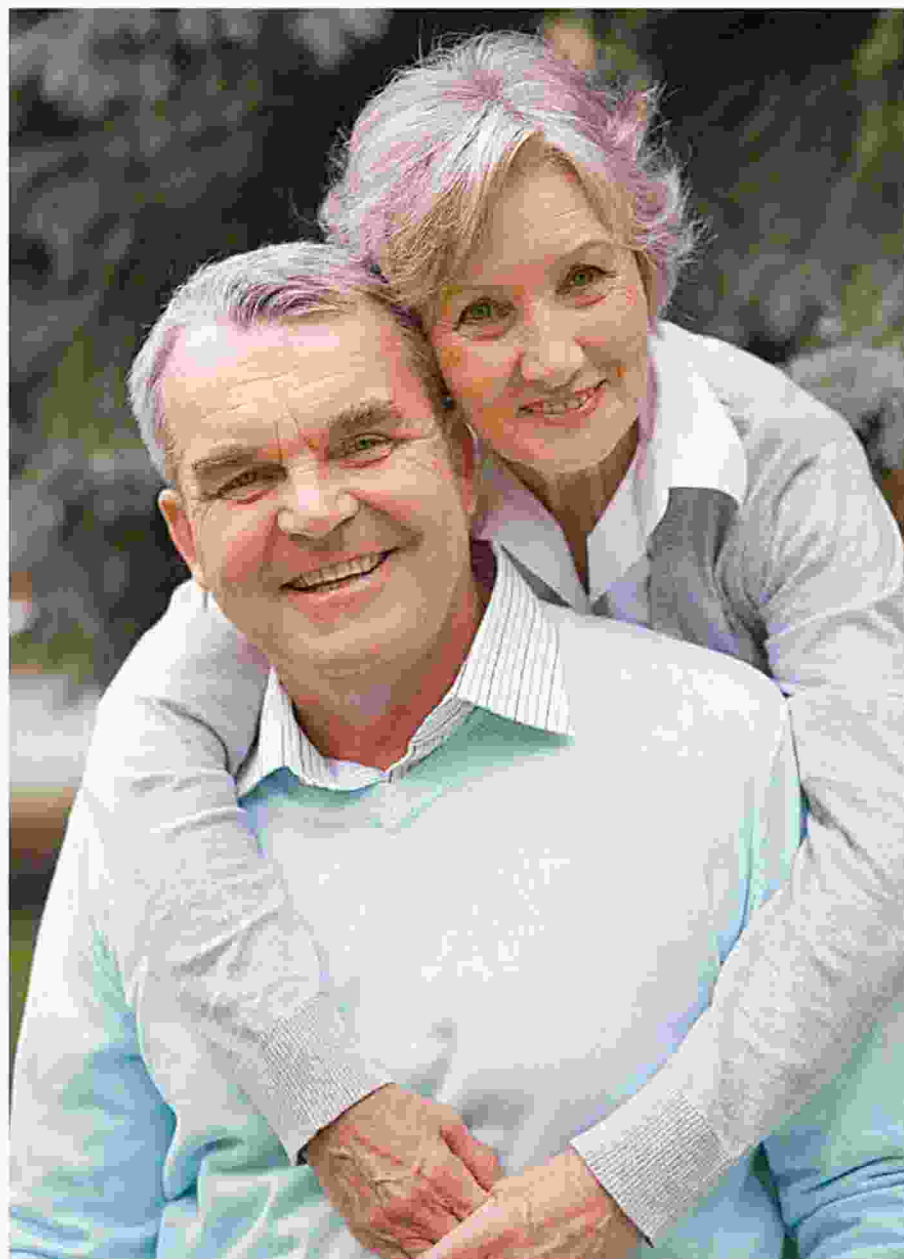
## Εμβολιασμός

Ο εμβολιασμός είναι μία από τις σημαντικότερες πράξεις που πραγματοποιούνται για το συμφέρον των ανθρώπων, προκειμένου να προστατευτούν



## νοσηλεία

**Η ανάρρωση των ασθενών από πνευμονιοκοκκική πνευμονία περιλαμβάνει πολυήμερη νοσηλεία, ενώ μπορεί να περάσουν αρκετοί μήνες πριν αποκατασταθεί πλήρως η υγεία τους, ειδικά αν πρόκειται για ηλικιωμένους**



από σοβαρά λοιμώδη νοσήματα. Προλαμβάνει 2-3 εκατ. θανάτους κάθε χρόνο και αποτελεί μία από τις πλέον επιτυχημένες και αποδοτικές από άποψη κόστους παρεμβάσεις δημόσιας υγείας. Ο εμβολιασμός παρέχει την καλύτερη προστασία σε ασθενείς που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε σοβαρά προβλήματα υγείας, με ό,τι συνεπάγεται αυτό και σε οικονομικό επίπεδο.

Στην Ελλάδα, ο εμβολιασμός για την πρόληψη της πνευμονιοκοκκικής νόσου είναι ενταγμένος στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕ) και παρέχεται δωρεάν για όλους τους ενήλικες άνω των 65 ετών, καθώς και για τα άτομα 18 έως 64 ετών που ανήκουν στις ομάδες κινδύνου, όπως οι συστηματικοί καπνιστές, οι ασθενείς με χρόνια καρδιακά, μεταβολικά και αναπνευστικά νοσήματα και οι ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς. Το 13δύναμο συζευγμένο εμβόλιο κατά του πνευμονιόκοκκου κυκλοφόρησε πριν από λίγα χρόνια στην Ελλάδα και παρέχει προστασία από τους 13 πιο σημαντικούς ορότυπους που προκαλούν την πνευμονιοκοκκική νόσο. Ο εμβολιασμός των ενηλίκων είναι ένας από τους βασικούς πυλώνες της υγιούς γήρανσης και αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία όσο ο πληθυσμός γερνάει και το ανοσοποιητικό του σύστημα φθίνει, αλλά και όσο αυξάνει η μικροβιακή αντοχή (ειδικά στη χώρα μας), που καθιστά την αντιμετώπιση της πνευμονιοκοκκικής νόσου ολοένα και πιο δύσκολη. Ο εμβολιασμός μειώνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής.

## Χαμηλή επίγνωση

Παρά τη σοβαρότητα της πνευμονίας, λίγοι είναι εκείνοι που γνωρίζουν τι μπορεί να προκαλέσει και ακόμη λιγότεροι εκείνοι που ξέρουν ότι μπορούν με ένα εμβόλιο να προστατευθούν

από τη λοίμωξη και τις επιπλοκές της.

Όπως έδειξε η έρευνα PnevVUE (Adult Pneumonia Vaccine Understanding in Europe), που πραγματοποιήθηκε σε 9.000 ενήλικες από 9 χώρες της Ε.Ε. (ανάμεσά τους και η Ελλάδα), ενώ 9 στους 10 ερωτηθέντες μεγαλύτερης ηλικίας ισχυρίζονται ότι γνωρίζουν τι είναι η πνευμονία, μόνο το 43% γνωρίζει ότι αυτή μπορεί να μεταδοθεί από άτομο σε άτομο. Επιπλέον, το 54% θεωρεί ότι έχει μικρό κίνδυνο να προσβληθεί, έτσι μόλις το 48% γνωρίζει για τον προληπτικό εμβολιασμό και μόλις το 21% των ατόμων υψηλού κινδύνου έχει εμβολιαστεί.

Δυστυχώς, το 27% των ηλικιωμένων που έλαβαν μέρος στη μελέτη (από το σύνολο των χωρών) δήλωσαν ότι αποφεύγουν τα εμβόλια, επειδή δεν πιστεύουν ότι είναι ασφαλή.

Στην Ελλάδα, κραταιά είναι επίσης η αντίληψη ότι η πνευμονία δεν μπορεί να προσβάλει τα υγιή άτομα (ποσοστό 28% έναντι, π.χ., 9% στη Μεγάλη Βρετανία). Το 98% των συμμετεχόντων φαίνεται να πιστεύουν ότι με το να διατηρούν τη γενική τους υγεία, μπορούν να αποφύγουν την πνευμονία. Το 95% θεωρεί πως τα ίδια αποτελέσματα μπορεί να έχει κόβοντας το τσιγάρο ή φορώντας ζεστά ρούχα (82%), ενώ μόλις 7 στους 10 θεωρούν αποτελεσματικό μέτρο προστασίας τον εμβολιασμό.

Ο ρόλος των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας, όπως των νοσοκόμων και των φαρμακοποιών, στην ευαισθητοποίηση των ασθενών, κυρίως δε στις ομάδες υψηλού κινδύνου, είναι σημαντικός. Από αυτούς που έχουν εμβολιαστεί, το 50% αναφέρουν ότι το έκαναν επειδή τους το σύστησε ο γιατρός. Πιο ευαισθητοποιημένοι σε σχέση με τον εμβολιασμό μοιάζουν να είναι οι ασθενείς που πάσχουν ήδη από κάποια χρόνια πνευμονολογική πάθηση.

## ΛΑΒΕΤΕ ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΣΑΣ

- ▶ Οι τακτικοί ιατρικοί έλεγχοι, η υγιεινή διατροφή και ένας δραστήριος τρόπος ζωής μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να παραμένουν υγιείς.
- ▶ Η καλή υγιεινή, περιλαμβανομένου του τακτικού πλυσίματος των χεριών, συμβάλλει επίσης στην πρόληψη των λοιμώξεων.
- ▶ Αν είστε ενήλικες ηλικίας άνω των 65 ή νεότεροι αλλά με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα ή κάποια χρόνια πάθηση, π.χ. ΧΑΠ, διαβήτη ή άσθμα, συμβουλευτείτε τον γιατρό σας σχετικά με το εάν το εμβόλιο του πνευμονιόκοκκου είναι κατάλληλο για εσάς. Εκτός από τον εμβολιασμό για τον πνευμονιόκοκκο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά επίσης τον εμβολιασμό των ενηλίκων με τα εμβόλια κατά της γρίπης, του τετάνου και του κοκίτη.



ΥΓΕΙΑ

# Τον διαβήτη και τα... μάτια σας!

Νέα έρευνα αλληλάζει τα δεδομένα για τους ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και κινδυνεύουν από απώλεια όρασης

**Η** απώλεια όρασης είναι μία από τις σοβαρές επιπλοκές του διαβήτη που μπορεί να προληφθεί με τη σωστή παρακολούθηση του ασθενούς, καθώς μια συνηθισμένη διαταραχή που προκαλείται από την ασθένεια είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Εκπνέεται ότι 1 στους 3 ασθενείς με διαβήτη -δηλαδή, 93 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο- εμφανίζει διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, η οποία σε πολλές περιπτώσεις, εάν ο ασθενής δεν λάβει την απαραίτητη θεραπεία, προκαλεί απώλεια όρασης.

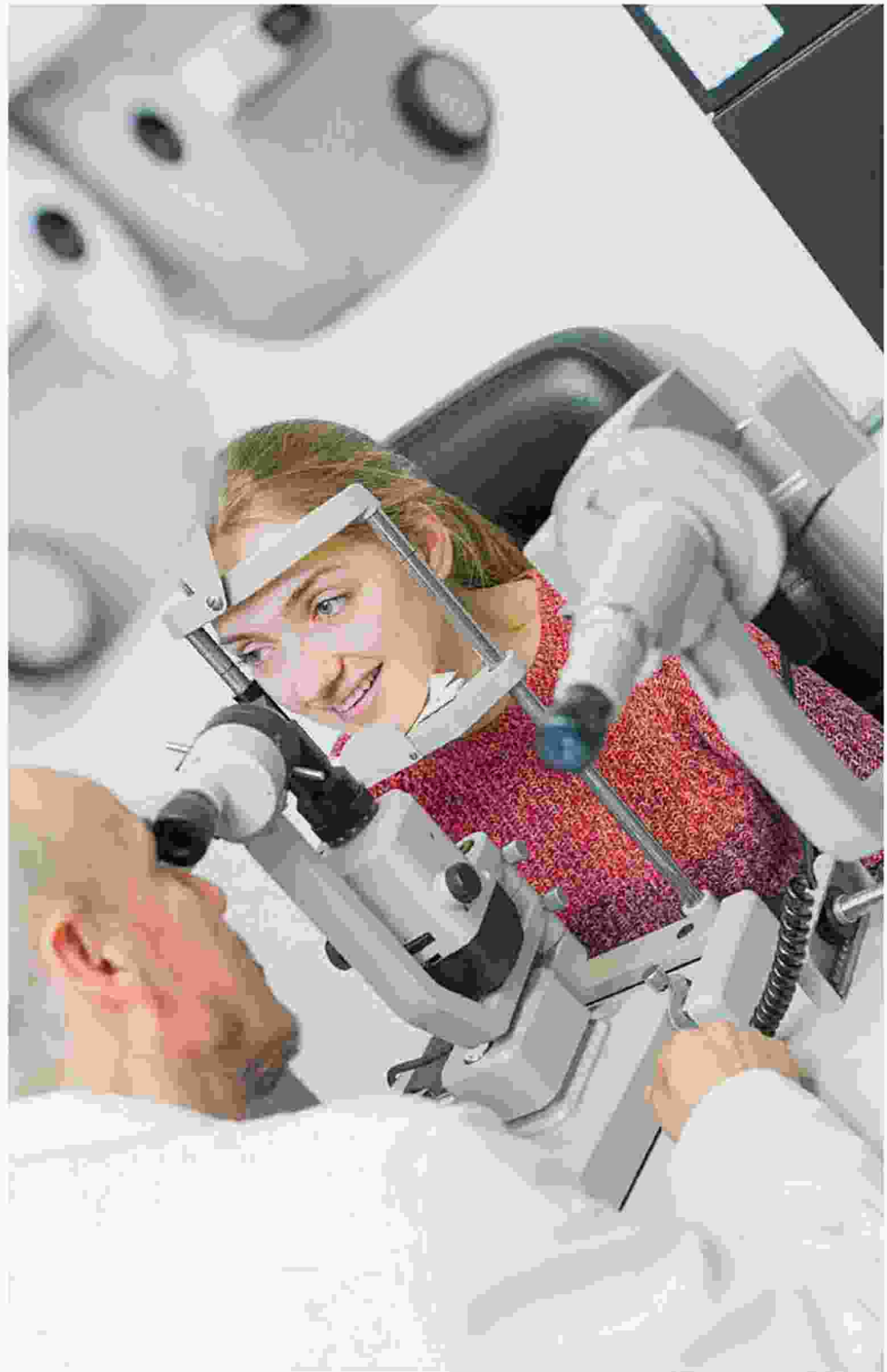
Οι διαταραχές της όρασης των ασθενών έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη γενικότερη υγεία και τη ποιότητα ζωής τόσο του ασθενούς όσο και των οικείων του.

Η έρευνα «Βαρόμετρο για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια» (Diabetic retinopathy barometer), η οποία διεξήχθη σε 41 χώρες και σε 7.000 ασθενείς, έφερε στην επιφάνεια τη μεγάλη ανάγκη για ξεκάθαρες θεραπευτικές κατευθύνσεις και ανάλογη ανταπόκριση από την πλευρά των συστημάτων υγείας, υπογραμμίζοντας την ίδια στιγμή τη σημασία της πρόληψης, έτσι ώστε να προλαμβάνονται στον μέγιστο βαθμό οι περιπτώσεις απώλειας όρασης εξαιτίας του διαβήτη.

### Τα ευρήματα της έρευνας

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, οι ασθενείς με διαβήτη φοβούνται το ενδεχόμενο απώλειας της όρασής τους σε διπλάσιο βαθμό από ό,τι άλλες επιπλοκές της ασθένειας (π.χ. καρδιαγγειακή νόσος ή εγκεφαλικό επεισόδιο,) ενώ ένας στους τέσσερις ασθενείς δεν συμβουλευεται εξειδικευμένο ιατρό σχετικά με τις επιπλοκές στην όρασή του. Ταυτόχρονα, ένα μεγάλο ποσοστό επισκέπτεται έναν εξειδικευμένο ιατρό όταν τα συμπτώματα έχουν κάνει ήδη την εμφάνισή τους.

Παρ' όλα αυτά, όπως αποδεικνύουν τα ευρήματα της έρευνας, τα προβλήματα στην όραση των ασθενών με διαβήτη δυσχεραίνουν σε με-



## ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ

### «Βαρόμετρο για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια»

Το «ΒΑΡΟΜΕΤΡΟ για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια» είναι μια παγκόσμια πρωτοβουλία της Διεθνούς Ομοσπονδίας για τον Διαβήτη (International Diabetes Federation, IDF), του Διεθνούς Οργανισμού για την Πρόληψη της Τύφλωσης (International Agency for the Prevention of Blindness, IAPB), της Διεθνούς Ομοσπονδίας για τον Γήρασμα Πληθυσμό (International Federation on Ageing, IFA) και της Ιατρικής Ακαδημίας της Νέας Υόρκης, με σκοπό την αξιολόγηση της τρέχουσας κατάστασης σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης και τη διαχείριση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Το έργο πραγματοποιήθηκε με την υποστήριξη και τη χρηματοδότηση της Bayer AG, η οποία επίσης υποστηρίζει τη διάδοση και προώθηση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Τα αποτελέσματα του «Βαρόμετρου για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια» υπογραμμίζουν τις ανάγκες των ασθενών προβάλλοντας ως συμπέρασμα τον συνδυασμό των δράσεων που θα οδηγήσουν στη βελτίωση της καθημερινότητάς τους: τόσο η ενημέρωση όσο και η ευαισθητοποίηση των ασθενών και της επιστημονικής κοινότητας για τις διαταραχές της όρασης που συνδέονται με τον διαβήτη μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση του ποσοστού των έγκαιρων διαγνώσεων, γεγονός που συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες επιτυχούς διαχείρισης της νόσου και μείωση του κινδύνου απώλειας όρασης. Την ίδια στιγμή, απαιτούνται ξεκάθαρες θεραπευτικές κατευθύνσεις και αποτελεσματικά συστήματα υγείας που εξασφαλίζουν εύκολα προσβάσιμη θεραπεία για τους ασθενείς.

γάλο βαθμό την καθημερινότητά τους.

Το 79% των ασθενών με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι καθημερινές δραστηριότητες, όπως οι δουλειές του σπιτιού και η οδήγηση, γίνονται πιο δύσκολες ή και αδύνατες λόγω των προβλημάτων στην όρασή τους.

Επίσης, το 20% των συμμετεχόντων με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και διαβητικό οίδημα ωχράς κηλίδας θεωρούν ότι τα προβλήματα στην όρασή τους δυσκολεύουν τη συνολική διαχείριση της ασθένειάς τους. Μάλιστα,

**Το 79% των ασθενών με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια δήλωσαν ότι καθημερινές δραστηριότητες γίνονται πιο δύσκολες ή και αδύνατες**

περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια χαρακτήρισαν την κατάσταση της υγείας τους ως «κακή έως μέτρια».

Οι οφθαλμίατροι, από την πλευρά τους, κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου τονίζοντας ότι περίπου τα 2/3 των ασθενών κάνουν οφθαλμολογικό έλεγχο μόνο όταν έχουν ήδη ξεκινήσει οι διαταραχές στην όραση, με αποτέλεσμα να χάνουν την ευκαιρία της πρόληψης. Σύμφωνα, επίσης, με ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των γιατρών που συμμετείχαν στο βαρόμετρο, όσο καθυστερεί η διάγνωση μειώνονται και οι πιθανότητες αποτελεσματικής θεραπείας.

Την ίδια στιγμή, παρουσιάζονται ιδιαίτερα ανησυχητικά προβλήματα στα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο, τα οποία αποθαρρύνουν τους ασθενείς να προβούν στις κατάλληλες ενέργειες για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση των επιπλοκών στην όρασή τους.

Τόσο οι οφθαλμίατροι όσο και οι ασθενείς που συμμετείχαν στο βαρόμετρο ανέφεραν τη «μεγάλη περίοδο αναμονής για ένα ιατρικό ραντεβού» και το κόστος ως σημαντικά εμπόδια, ενώ 1 στους 2 συμμετέχοντες παρόχους υγείας ανέφερε ότι δεν διαθέτει ξεκάθαρα πρωτόκολλα για τη διάγνωση και αντιμετώπιση των προβλημάτων όρασης που σχετίζονται με τον διαβήτη.



**Σ**ημαντικά εμπόδια στη θεραπεία που έχουν ανάγκη αντιμετωπίζουν στη χώρα μας οι ασθενείς με ηπατίτιδα C. Ένα μεγάλο ποσοστό από αυτούς δεν έχει πρόσβαση στις επαναστατικές νέες θεραπείες λόγω του υψηλού κόστους που δεν καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ.

Σχετικά με τα σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μιλά η **Κατερίνα Ματσιούλα**, υπεύθυνη επικοινωνίας του Συλλόγου Ασθενών Ηπατος Ελλάδος «Προμηθέας»:

«Στη χώρα μας σήμερα, οι άνθρωποι που ζουν με ηπατίτιδα C δυστυχώς έρχονται αντιμέτωποι με προκλήσεις που άπτονται σε ζητήματα δυσκαμψίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Όταν το 73,5% αυτών των ανθρώπων και βάσει πρόσφατων στοιχείων δηλώνει πως αντιμετωπίζει εμπόδια στην πρόσβαση στη θεραπεία, επιβεβαιώνεται η ανάγκη αναθεώρησης του υπάρχοντος πλαισίου. Το συντριπτικό αυτό ποσοστό παραπέμπει αυτόματα στην απουσία ενός μηχανισμού που επιτρέπει την ανεμπόδιτη πρόσβαση των νέων θεραπειών για την ηπατίτιδα C. Τα εν λόγω θεραπευτικά σχήματα έφεραν την επανάσταση στον χώρο της υγείας και αισιοδοξία στους ασθενείς, που μέχρι πρότινος είχαν στη διάθεσή τους θεραπευτικούς συνδυασμούς με φτωχή αποτελεσματικότητα που συνοδεύονται από έντονες ανεπιθύμητες ενέργειες. Το χρηματικό κόστος για την απόκτηση των νέων θεραπευτικών σχημάτων είναι υψηλό και δυστυχώς ο ΕΟΠΥΥ δεν έχει τη δυνατότητα της καθολικής κάλυψης.

Για αυτόν τον λόγο θέσπισε περιορισμούς και πρόσβαση σε αυτά έχουν μόνο οι ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένο-τελικό στάδιο ηπατικής βλάβης. Όμως η πραγματικότητα φέρνει στην επιφάνεια ανάγκες, η πλήρωση των οποίων είναι επιτακτική.

Υπάρχουν άνθρωποι που ζουν με ηπατίτι-

# Εμπόδια στη θεραπεία για τους ασθενείς με ηπατίτιδα C

Τα νέα φάρμακα αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ μόνο για όσους είναι σε προχωρημένο στάδιο

δα C και κρίζουν προτεραιότητας, ανεξαρτήτως του σταδίου ηπατικής τους βλάβης. Σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, ειδικά μέριμνα πρέπει να εφαρμοστεί ώστε να ενταχθούν στα κριτήρια αυτά άνθρωποι που ζουν με συλλοίμωξη HIV/ηπατίτιδα C, με αιμορροφιλία, με μεσογειακή αναιμία, καθώς και αυτοί που πάσχουν από κάποιο συνοδό ψυχιατρικό νόσημα. Δυστυχώς, δεν υπάρχει περιθώριο για περαιτέρω αναμονή.

Με τη σύσταση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης Τιμών μεταξύ της φαρμακοβιομηχανίας και του κράτους υπήρξε ένα ψήγμα αισιοδοξίας ότι είμαστε ένα βήμα πιο κοντά στην επίτευξη του στόχου διεύρυνσης των κριτηρίων. Ένας επιμέρους στόχος προς το όραμα εξάλειψης των ιογενών ηπατιτίδων μέχρι το 2030, για το οποίο έχουμε δεσμευτεί επίσημα ως χώρα στην Παγκόσμια Συνέλευση του ΠΟΥ το 2016. Δυστυχώς, η ολοκλήρωση της διαδικασίας διαπραγμάτευσης τιμών δεν έχει πραγματοποιηθεί ακόμα, γεγονός που τόνισε ο Σύλλογος Ασθενών Ηπατος «Προμηθέας» με ανοιχτή επιστολή προς τον υπουργό Υγείας.

## Μητρώο Ασθενών

Τα κακώς κείμενα δεν σταματούν στα εμπόδια πρόσβασης στη θεραπεία. Γεγονός είναι ότι με

τη δημιουργία του Μητρώου Ασθενών για την ηπατίτιδα C, τον Σεπτέμβριο του 2015, δόθηκε η ευκαιρία για συλλογή πολύτιμων δεδομένων, με σκοπό να υπάρξει οργάνωση και αξιοποίησή τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, προκειμένου να καθοριστεί το πλαίσιο χορήγησης των φαρμάκων, καθώς και να αυξηθεί και επιταχυνθεί η πρόσβαση των ασθενών στις συγκεκριμένες θεραπείες. Όμως ο ΕΟΠΥΥ έχει επιλέξει να μη δημοσιοποιεί τα παραπάνω στοιχεία. Η δημοσιοποίηση αυτών θα παρέχει σαφή εικόνα για τον αριθμό των αιτημάτων που έγιναν για πρόσβαση στις καινούργιες θεραπείες, για το ποσοστό των αιτημάτων που τελικά εγκρίθηκαν, για τα αιτήματα που εντέλει απορριφθήκαν και για την αποτελεσματικότητα

των συγκεκριμένων φαρμάκων. Αναπόφευκτα, η έλλειψη διαφάνειας για τις ανωτέρω πληροφορίες γεννά ερωτήματα για τη διαφάνεια της διαδικασίας έγκρισης των νέων θεραπευτικών σχημάτων για την ηπατίτιδα C».





# «Να επιστρέψουν τα φάρμακα υψηλού κόστους στο φυσικό τους κανάλι»

«Το θέμα των ελλείψεων είναι πολυπαραγοντικό και οφείλεται κυρίως σε παθογένειες της βιομηχανίας και σε δυσλειτουργίες των κρατών»



**Τ**ο λάθος μοντέλο ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης που ακολουθεί η πολιτεία έχει δημιουργήσει στρεβλώσεις στην αγορά του φαρμάκου, που έχουν σοβαρές επιπτώσεις για τον κλάδο των φαρμακαποθηκών. Η πρόεδρος του Πανελληνίου Συλλόγου Φαρμακαποθηκάρων **Ειρήνη Μαρκάκη** και ο γενικός γραμματέας **Θεόδωρος Σκυλακάκης** διευκρινίζουν ότι οι παράλληλες εξαγωγές δεν ευθύνονται για τις ελλείψεις φαρμάκων και τονίζουν την ανάγκη να επιστρέψουν τα φάρμακα υψηλού κόστους στο φυσικό τους κανάλι, αυτό της φαρμακαποθηκής-φαρμακείου.

**■ Κυρία Μαρκάκη, πώς κλείνει το 2016 για τον κλάδο των φαρμακαποθηκών;**

**Ε.Μ.:** Η χρονιά έρχεται να προστεθεί σε μία σειρά έξι αιματηρών ετών. Ξεκίνησε με μία μείωση τιμών και αναμένουμε να ολοκληρωθεί με άλλη μία, τη 14η συνεχόμενη. Κατά την άποψή μας, η πολιτεία επιμένει στο λάθος μοντέλο ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης, μέσω οριζόντιων μειώσεων τιμών.

**■ Ποιο είναι, κατά τη γνώμη σας, το ορθό μοντέλο;**

**Ε.Μ.:** Θεωρώ ότι η θέσπιση κινήτρων προς γιατρούς, φαρμακοποιούς, χονδρεμπόρους και ασθενείς για την ταχύτερη διεύθυνση των γενοσήμων στην αγορά του φαρμάκου θα βοηθούσε σημαντικά στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης.

**■ Κύριε Σκυλακάκη, υπάρχει κάτι που θα μπορούσε να αντιστρέψει αυτό το καθοδικό σπινάλ που περιγράφει η πρόεδρος;**

**Θ.Σ.:** Ασφαλώς και υπάρχει και δεν θα πάψουμε να το φωνάζουμε. Αν, επιτέλους, το κράτος αποφασίσει να απαγκιστρωθεί από τις αγκυλώσεις του παρελθόντος και επιστρέψουν τα φάρμακα υψηλού κόστους στο φυσικό τους κανάλι, αυτό της φαρμακαποθηκής-φαρμακείου, η αγορά θα ανακάμψει αργά και σταθερά. Κι αυτό θα συμβεί χωρίς κα-



**ΕΙΡΗΝΗ ΜΑΡΚΑΚΗ** Πρόεδρος Πανελληνίου Συλλόγου Φαρμακαποθηκάρων



**ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΣΚΥΛΑΚΑΚΗΣ** Γενικός γραμματέας Πανελληνίου Συλλόγου Φαρμακαποθηκάρων

μία επιβάρυνση για τα δημόσια ταμεία, αντίθετα θα μεγαλώσει τη φορολογητέα ύλη φαρμακείων και φαρμακαποθηκών.

**■ Το τελευταίο διάστημα γίνεται για πολλοστή φορά πολύς θόρυβος για τις ελλείψεις. Τελικά υπάρχουν τόσες ελλείψεις και αν ναι, ποιος φταίει;**

**Ε.Μ.:** Το θέμα των ελλείψεων είναι πολυπαραγοντικό. Προσφάτως η Ευρωπαϊκή Ένωση κυκλοφόρησε ένα κείμενο που αναφέρει ποιες είναι οι γενεσιουργές αιτίες αυτού του φαινομένου και επιμερίζει τις ευθύνες. Από ένα σύνολο 15 γενεσιουργών παραγόντων, μόνο δύο αναφέρονται στις φαρμακαποθηκές. Ο κύριος όγκος εντοπίζεται σε παθογένειες της βιομηχανίας και σε δυσλειτουργίες των κρατών-μελών της Ε.Ε.

**■ Δηλαδή δεν οφείλονται οι ελλείψεις στις παράλληλες εξαγωγές και στο κνήγι του εύκολου κέρδους;**

**Θ.Σ.:** Ξεκάθαρα όχι. Οι νόμιμες παράλληλες εξαγωγές των φαρμακαποθηκών υπήρχαν από το 1980 και υπάρχουν σε όλη την Ε.Ε. Θα πρέπει να αναρωτηθούμε τι άλλαξε τα τελευταία χρόνια, που παρά τη μείωση των εξαγωγών οι ελλείψεις οξύνθηκαν. Αυτά που άλλαξαν, λοιπόν, είναι αφενός η δραματική μεί-

ωση της τροφοδοσίας της αγοράς από πλευράς βιομηχανίας και αφετέρου η ύπαρξη «κυκλωμάτων» που σκουπίζουν την αγορά από φάρμακα για να τα βγάλουν λαθραία από τη χώρα. Τα κυκλώματα αυτά, όμως, δεν αγοράζουν από τις φαρμακαποθηκές, αλλά από φαρμακεία.

**■ Ο ΕΟΦ γνωρίζει για αυτά τα κυκλώματα; Δεν έχει λάβει μέτρα;**

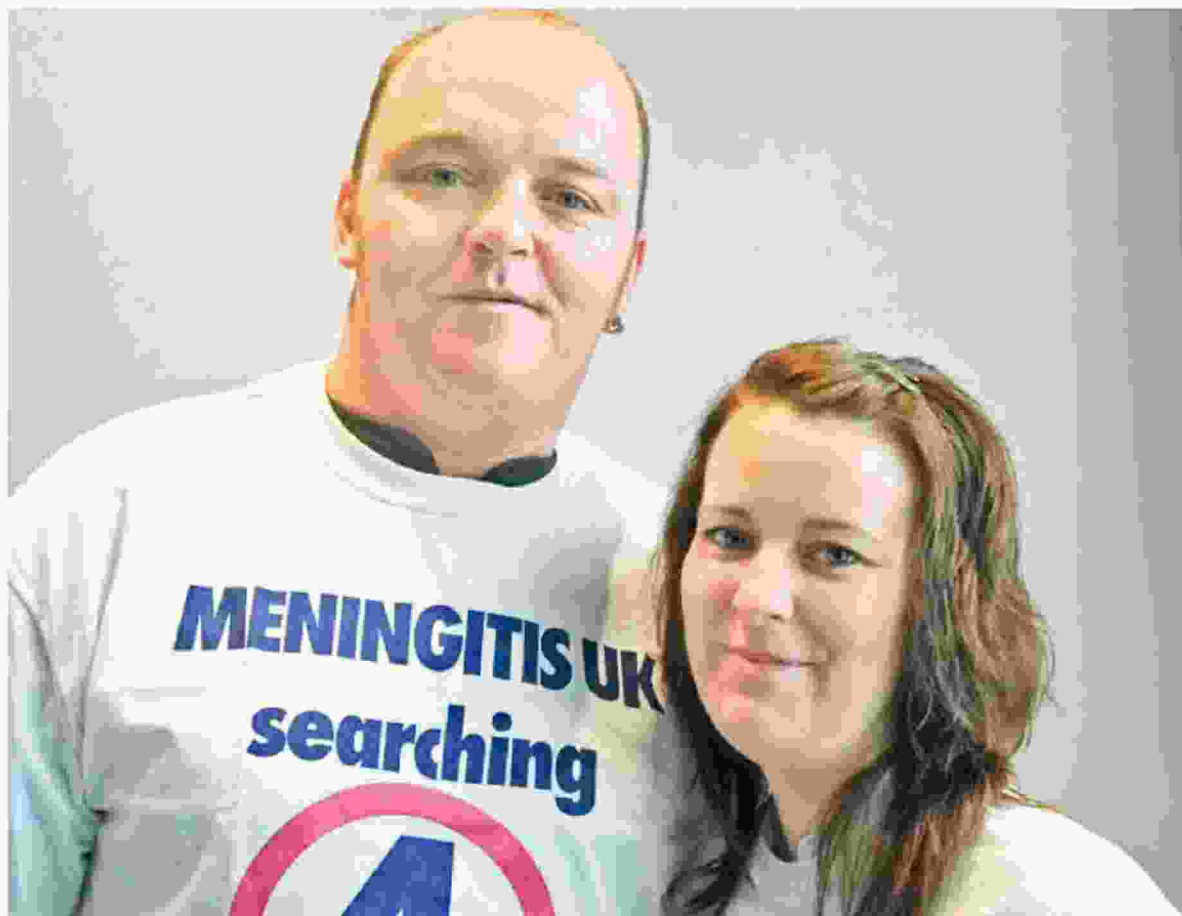
**Ε.Μ.:** Εδώ και έναν χρόνο γίνεται μια εξαιρετική προσπάθεια από τον ΕΟΦ. Τόσο η διοίκηση όσο και οι εργαζόμενοι του οργανισμού έχουν κατανοήσει πλήρως το πρόβλημα. Προσφάτως ενημερωθήκαμε ότι αναμένονται και βαριά πρόστιμα για πληθώρα τέτοιων παράνομων συμπεριφορών. Εμείς, ως κλάδος, έχουμε μια εξαιρετική συνεργασία με τη διοίκηση του Οργανισμού πάνω σε αυτό το θέμα. Πιστεύω ότι αυτή η προσπάθεια -που επαναλαμβάνεται για πρώτη φορά- θα αποδώσει τους καρπούς που όλοι αναμένουμε.

**■ Ποια θεωρείτε ότι είναι η λύση;**

**Θ.Σ.:** Τα πράγματα είναι σχετικά απλά. Αν όλοι οι εμπλεκόμενοι στον κλάδο, δηλαδή οι βιομηχανίες, οι φαρμακαποθηκές και τα φαρμακεία, κατανοήσουν πλήρως τις ευθύνες και τον ρόλο τους, η κατάσταση θα βελτιωθεί άρδην. Εμείς ξεκινήσαμε από πέρυσι μια διαδικασία «αυτοκάθαρσης» του κλάδου, ζητώντας μόνοι μας από τον ΕΟΦ να εντατικοποιήσει τους ελέγχους στις φαρμακαποθηκές. Είναι άραγε οι δύο όμοροι κλάδοι έτοιμοι να πράξουν το ίδιο ή προτιμούν να αναλώνονται σε παλινοδίες και σε κινήγι μαγισιών, κοιτάζοντας πάντα γύρω από το σπίτι τους και ποτέ μέσα σε αυτό; Παρότι έχω τις αμφιβολίες μου επ' αυτού, νομίζω ότι πλέον δεν μπορούν να το αποφύγουν, οπότε έστω και αναγκαστικά θα το πράξουν. Αρα, θα συμφωνήσω με το συμπέρασμα της προέδρου: αυτή η προσπάθεια θα αποδώσει καρπούς επ' ωφελεία της δημόσιας υγείας.



ΥΓΕΙΑ



**Η** συγκλονιστική μαρτυρία ενός ζευγαριού από την Αγγλία, της **Nikki** και του **Tony Busby**, που έχασαν το μόλις μερικών μηνών παιδί τους από μηνιγγίτιδα τύπου B, είναι περισσότερο επίκαιρη από ποτέ, καθώς η επιστημονική κοινότητα στη χώρα μας ζητά την ένταξη του εμβολίου για την ασθένεια στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού (ΕΠΕ).

Οι γονείς του άτυχου βρέφους συμμετέχουν σε εκστρατεία ενημέρωσης και εφιστούν την προσοχή στα συμπτώματα της νόσου, που στέρψε τη ζωή από το αγγελούδι τους. Η μηνιγγίτιδα είναι ιδιαίτερα ύπουλη και επικίνδυνη, αφού έχει ραγδαία εξέλιξη που πολλές φορές δεν μπορούν να αποτρέψουν οι γιατροί.

Ο μικρός **Kadya** λίγες ώρες πριν καταλήξει ήταν χαρούμενος και έπαιζε χωρίς τίποτα να προμηνύει ότι κινδύνευε η ζωή του από μηνιγγιδοκοκκική σπηλαιμία.

«Το πρωί είχαμε πάει βόλτα και όταν γυρίσαμε φαινόταν λίγο κουρασμένος. Είδα ότι είχε βγάλει στο σωματάκι του δύο κόκκινα στίγματα, αλλά νόμιζα ότι ήταν κάποια ίωση. Μέσα σε 40 λεπτά, μέχρι να τον μεταφέρουμε στο νοσοκομείο, είχε κοκκινίσει σε όλο το σώμα του. Το τελευταίο που θυμάμαι είναι να παίρνει μια βαθιά ανάσα και να με φωνάζει όταν τον έπαιρναν για να τον μεταφέρουν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Λίγες ώρες μετά, με ειδοποίησαν ότι δεν τα είχε καταφέρει. Κατέρρευσα στο πάτωμα και φώναξα "γιατί συνέβη αυτό; Τι λάθος έκανα;", λέει συντετριμμένη η μητέρα του άτυχου παιδιού.

**Τα περιστατικά στη χώρα μας**

Με ανησυχία παρακολουθεί η επιστημονική κοινότητα στη χώρα μας τα περιστατικά της νόσου το τελευταίο χρονικό διάστημα. Ειδικότερα, τον Απρίλιο του 2016 η νόσος εκδηλώθηκε σε πέντε βρέφη στο Μενίδι (τα δύο κατέληξαν) και σε τέσσερις φοιτητές (στα Ιωάννινα και στην Πάτρα). Επίσης, πριν από μερικές εβδομάδες ένα 5χρονο κοριτσάκι στην Αθήνα διεγνώσθη με τη νόσο, η οποία εξελίχθηκε ραγδαία εντός 24ώρου σε μηνιγγιδοκοκκική σπηλαιμία.

Μετά από πολυήμερη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, το κοριτσάκι υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση, καθώς η μηνιγγίτιδα τύπου B είχε προκαλέσει εκτεταμένες ισχαιμικές νεκρώσεις στην περιοχή της φτέρνας και των δακτύλων. Λίγες ημέρες μετά, τρία κρούσματα μηνιγγίτιδας σε παιδιά κάτω των 7 ετών καταγράφηκαν στην Κρήτη, μέσα σε διάστημα μόλις 10 ημερών.

**«Να μη καθούν άλλα παιδιά από μηνιγγίτιδα B»**

**Η συγκλονιστική μαρτυρία ενός ζευγαριού από την Αγγλία που έχασε το μόλις μερικών μηνών μωρό του από την ασθένεια**

γίτιδα τύπου B είχε προκαλέσει εκτεταμένες ισχαιμικές νεκρώσεις στην περιοχή της φτέρνας και των δακτύλων. Λίγες ημέρες μετά, τρία κρούσματα μηνιγγίτιδας σε παιδιά κάτω των 7 ετών καταγράφηκαν στην Κρήτη, μέσα σε διάστημα μόλις 10 ημερών.

**Το σωτήριο εμβόλιο**

Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας, στη χώρα μας τα κρούσματα κυμαίνονται μεταξύ 55 και 108 ανά έτος, με μέσο όρο τα 60 κρούσματα. Εκτιμάται ότι κατά μέσο όρο πέντε παιδιά θα χάσουν τη ζωή τους, ενώ οκτώ παιδιά θα εμφανίσουν ως επιπλοκές βαριές αναπηρικές μόνιμες βλάβες. Υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης της νόσου είναι στην ηλικιακή ομάδα 0-4 ετών.

Το εμβόλιο για τη μηνιγγίτιδα τύπου B κυκλοφορεί πάνω από τρία χρόνια στη χώρα μας, αλλά δεν έχει ενταχθεί στο πρόγραμμα του εθνικού εμβολιασμού, με αποτέλεσμα να μην αποζημιώνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Αυτό έχει προκαλέσει την έντονη αντίδραση της επιστημονικής κοινότητας. Ιατρικοί σύλλογοι και ενώσεις παιδιάτρων από την Αττική, τη Λάρισα και την Κρήτη, σύσσωμοι έχουν παρήμει ζητώντας να ενταχθεί το εμβόλιο στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού, προκειμένου να προστατευθούν όλα τα Ελληνόπουλα.

«Σήμερα δημιουργούνται παιδιά δύο ταχυτήτων: αυτά που οι γονείς τους μπορούν να πληρώσουν και να τα εμβολιάσουν και εκείνα που μένουν απροστάτευτα γιατί οι γονείς τους δεν έχουν αυτή την οικονομική δυνατότητα», τονίζει ο **Κώστας Νταλούκας**, πρόεδρος της Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων Αττικής (Ε.Ε.ΠΑΙΔ.ΑΤΤ.).

«Παρότι τα τελευταία χρόνια η επίπτωση της μηνιγγίτιδας έχει μειωθεί σημαντικά χάρη στην εκτεταμένη εφαρμογή των εμβολιασμών έναντι των οροομάδων C, A, W και

Υ, η κύρια αιτία εκδήλωσης μηνιγγιδοκοκκικής μηνιγγίτιδας παραμένει η οροομάδα B, έναντι της οποίας δεν έχει ενταχθεί το εμβόλιο στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού, καθώς ευθύνεται σχεδόν αποκλειστικά για το σύνολο των περιπτώσεων μηνιγγιδοκοκκικής νόσου στην Ελλάδα.

Η αναθεώρηση του θέματος της ένταξης του εμβολιασμού αυτού τουλάχιστον για την ηλικιακή ομάδα κάτω του ενός έτους και για τις ομάδες αυξημένου κινδύνου στο ΕΠΕ είναι επιτακτικής σημασίας, καθώς η πολύ σοβαρή επιβάρυνση της υγείας που προκαλεί η μηνιγγιδοκοκκική νόσος τύπου B δεν μπορεί να μετρηθεί με βάση τον αριθμό των περιστατικών. Ακόμα και ένα παιδί να πεθάνει ή να παρουσιάσει βαριά αναπηρία, είναι αρκετό για να αναλάβει η πολιτεία την ευθύνη που της αναλογεί απέναντι στα παιδιά μας», καταλήγει ο Κ. Νταλούκας.

Από την πλευρά τους, η Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων Λάρισας και ο Ιατρικός Σύλλογος Λάρισας σε κοινή ανακοίνωσή τους αναφέρουν τα εξής:

«Η Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία συστήνει τον εμβολιασμό για τον μηνιγγιδοκοκκό B. Το εμβόλιο σώζει ζωές και η πρόληψη στοιχίζει λιγότερο από τη θεραπεία, είναι αποτελεσματικό και χωρίς σοβαρές παρενέργειες. Πέρα των θανάτων και των αναπηριών αυτών καθ' αυτών των ασθενών, υπάρχει και μεγάλη οικονομική, ψυχολογική και κοινωνική επιβάρυνση των ιδίων, των οικογενειών τους και της κοινωνίας. Πρέπει να αντιληφθούμε ότι δεν πρέπει να επικρατεί η οικονομική άποψη έναντι της επιστημονικής όταν πρόκειται για ζητήματα δημόσιας υγείας. Η κοινωνική ευαισθησία και η ορθή αντίληψη για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας πρέπει να καθοδηγήσουν το υπουργείο Υγείας ώστε να αντιληφθεί την τεράστια -όχι μόνο οικονομική- ευθύνη για την κάθε οικογένεια, που εν μέσω οικονομικής κρίσης δεν μπορεί να ανταποκριθεί στο γονικό της καθήκον και να καλύψει το κόστος του εμβολίου, παρότι θα το ήθελε. Τέλος, πιστεύουμε πως η βαριά εφ' όρου ζωής αναπηρία ή η απώλεια της ζωής, έστω και ενός παιδιού, δεν είναι μόνο βαριά απώλεια για την ίδια την οικογένεια, αλλά και για τη χώρα μας. Τα παιδιά μας είναι το μέλλον αυτής της χώρας».



ΥΓΕΙΑ



# Ο σύμμαχος των γυναικών ενάντια στον καρκίνο των ωοθηκών

Εξειδικευμένα γενετικά τεστ ανιχνεύουν τις μεταλλάξεις που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της ασθένειας



**Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ** Ερευνών Εργαστηρίου Μοριακής Διαγνωστικής ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος» Δρακούλης Γιαννουκάκος

**Η ΑΠΟΦΑΣΗ** της Αντζελίνας Τζολί να υποβληθεί σε αφαίρεση μαστών και ωοθηκών όταν διαπίστωσε το πρόβλημα έκανε χιλιάδες γυναίκες σε όλο τον κόσμο να ευαισθητοποιηθούν και να εξεταστούν



**Σ**ύμμαχος των γυναικών ενάντια στον καρκίνο των ωοθηκών είναι τα εξειδικευμένα γενετικά τεστ, τα οποία ανιχνεύουν τις μεταλλάξεις που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της ασθένειας.

Η ειδήση ότι η **Αντζελίνα Τζολί** υπεβλήθη σε αφαίρεση μαστών και ωοθηκών όταν διαπιστώθηκε ότι είχε τις συγκεκριμένες μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 έκανε τον γύρο του κόσμου.

Το ενθαρρυντικό είναι ότι τα γονιδιακά τεστ που εντοπίζουν τις συγκεκριμένες μεταλλάξεις γίνονται και στη χώρα μας. Σχετικά με το ποιες γυναίκες πρέπει να τα κάνουν μιλά ο **Δρακούλης Γιαννουκάκος**, διευθυντής Ερευνών Εργαστηρίου Μοριακής Διαγνωστικής ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος»:

«Στην Ελλάδα διαγιγνώσκονται περί τα 600-800 κρούσματα καρκίνου των ωοθηκών κάθε χρόνο. Δεν υπάρχουν, όμως, επίσημα στοιχεία και η παραπάνω εκτίμηση προκύπτει από αναγωγή σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Η μέση ηλικία εμφάνισης του καρκίνου των ωοθηκών είναι τα 64 χρόνια (διακύμανση 50-80 χρόνια), άρα οι γυναίκες που κινδυνεύουν περισσότερο από καρκίνο των ωοθηκών είναι εκείνες που έχουν περάσει το 50ό έτος της ηλικίας τους.

Ο καρκίνος των ωοθηκών παρουσιάζει σημαντικά ποσοστά κληρονομικότητας που φθάνουν το 25%. Σύμφωνα με τις σημερινές γνώσεις, το 18%-20% των περιστατικών καρκίνου των ωοθηκών κληρονομείται και οφείλεται σε μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2, ενώ ένα ποσοστό 5%-6% σχετίζεται με άλλα γονίδια. Οι γυναίκες που φέρουν μετάλλαξη στα γονίδια BRCA1, BRCA2, αλλά και σε άλλα γονίδια έχουν ιδιαίτερα αυξημένο διάβιου κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού που φτάνει το 80% και ωοθηκών που φτάνει το 40%.

Δηλαδή 8 στις 10 γυναίκες που φέρουν μετάλλαξη στα γονίδια αυτά θα αναπτύξουν καρκίνο του

μαστού και 4 στις 10 καρκίνο των ωοθηκών μέχρι την ηλικία των 75 χρόνων. Η διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών γίνεται συνήθως σε προχωρημένο στάδιο. Η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται γύρω στο 40%.

Η ταυτοποίηση, όμως, των μεταλλάξεων αυτών σε υγιείς γυναίκες (συνήθως συγγενείς ασθενών) έχει ως αποτέλεσμα την πρόωπη διάγνωση (μετά από κατάλληλη παρακολούθηση) και την έγκαιρη ωοθηκεκτομή πριν ακόμα δημιουργηθούν οι πρώτες μεταστάσεις. Επιπλέον, η χρήση νεότερης γενιάς φαρμάκων (αναστολείς του ενζύμου PARP) έχει ως αποτέλεσμα την ιδιαίτερα καλή ανταπόκριση των ασθενών που φέρουν μεταλλάξεις στα γονίδια αυτά και τη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης.

### Γονιδιακή ανάλυση

Το κόστος της γονιδιακής ανάλυσης στην Ελλάδα κυμαίνεται γύρω στα 1.000 ευρώ. Στο εξωτερικό ποικίλλει από χώρα σε χώρα και μπορεί να φτάσει τα 3.000 ευρώ. Βέβαια στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ το κόστος καλύπτεται από το σύστημα υγείας. Δυστυχώς στην Ελλάδα οι συγκεκριμένες εξετάσεις δεν καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ.

Ένα θετικό αποτέλεσμα σημαίνει ότι μία γυναίκα έχει αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου μαστού ή ωοθηκών. Άρα θα πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες. Ένα αρνητικό αποτέλεσμα αντίθετα σημαίνει ότι η συγκεκριμένη γυναίκα δεν έχει αυξημένες πιθανότητες. Δεν σημαίνει, βέβαια, ότι δεν έχει καμία πιθανότητα να νοσήσει από καρκίνο. Η εγκυρότητα του αποτελέσματος σχετίζεται κυρίως με την αξιοπιστία του εργαστηρίου που πραγματοποιεί την ανάλυση.

Η ύπαρξη ή όχι οικογενειακού ιστορικού θα πρέπει να εκτιμηθεί από ειδικούς γενετιστές. Δεν σημαίνει ότι δεν έχει ιστορικό μια γυναίκα εάν δεν υπάρχουν ασθενείς με καρκίνο στην οικογένεια. Αυτό μπορεί να συμβεί γιατί μία οικογένεια έχει πολύ λίγα μέλη ή γιατί δεν γνωρίζουν το ιστορικό της οικογένειας γιατί ζουν στο εξωτερικό, ή υπάρχουν πολλοί άνδρες, ή οι γονείς δεν είναι οι βιολογικοί.

Η διαδικασία περιλαμβάνει μια απλή αιμοληψία -περίπου 10 ml αίματος- μετά από έγγραφη συγκατάθεση της ασθενούς. Στη συνέχεια στο εργαστήριο απομονώνεται και αναλύεται το γενετικό υλικό της ασθενούς».



ΥΓΕΙΑ

# Γυναίκες βουλευτές συμμαχούν ενάντια στον καρκίνο του μαστού

Η καθιέρωση Εθνικού Προγράμματος Προληπτικού Ελέγχου για τους γυναικολογικούς καρκίνους είναι στόχος του ελληνικού Κοινοβουλίου



**Η** καθιέρωση Εθνικού Προγράμματος Προληπτικού Ελέγχου του καρκίνου του μαστού είναι ο στόχος που ανέλαβε το ελληνικό Κοινοβούλιο και συγκεκριμένα οι γυναίκες βουλευτές και ευρωβουλευτές, κάτω από την ομπρέλα του υπουργείου Υγείας και της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής.

Για πρώτη φορά στην Ελλάδα δημιουργήθηκε μία συμμαχία σε επιστημονικό, θεσμικό και πολιτικό επίπεδο, προκειμένου οι Ελληνίδες να «θωρακιστούν» όσο γίνεται καλύτερα έναντι των τριών μορφών γυναικολογικού καρκίνου, δηλαδή τον καρκίνο του μαστού, των ωοθηκών και του τραχήλου της μήτρας.

Η σύμπραξη όλων των πολιτικών δυνάμεων με σκοπό την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση των γυναικολογικών καρκίνων έγινε πραγματικότητα σε ειδική εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε στο τέλος Σεπτεμβρίου στο Μέγαρο της Παλαιάς Βουλής, για την επισήμανση του «Οδικού Χάρτη για την Αντιμετώπιση του Καρκίνου του Μαστού».

Η εκδήλωση διοργανώθηκε από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, την Εταιρεία Ογκολόγων - Παθολόγων Ελλάδος και την Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Αντιμετώπισης του Ιού των Θηλωμάτων (HPV), σε συνεργασία με τους Συλλόγους Ασθενών «ΑγκαλιάΖΩ», «Άλμα Ζωής» και «Κ.Ε.Φ.Ι.», στο πλαίσιο της εκστρατείας «for HER» της Roche Hellas για τον καρκίνο του μαστού και τον γυναικολογικό καρκίνο.

Το «παρών» στην εκδήλωση έδωσαν ο πρόεδρος της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής **Νίκος Μανιάς**, η βουλευτής του ΣΥΡΙΖΑ **Θεοδώρα Τζάκρη** και 24 Ελληνες βουλευτές και ευρωβουλευτές.

Ο υπουργός Υγείας **Ανδρέας Ξανθός** σε μήνυμά του προς την εκδήλωση ανέφερε ότι «κρίνονται πιο στοχευμένες παρεμβάσεις στον ευαίσθητο τομέα της πρόληψης, της έγκαιρης διάγνωσης και της θεραπευτικής παρέ-

μβασης στον καρκίνο», ενώ ο βουλευτής του ΣΥΡΙΖΑ **Ν. Μανιάς** ανακοίνωσε ότι η παρούσα Βουλή δεσμεύεται να υπάρξει ειδική συνεδρίαση στο Κοινοβούλιο για τον γυναικολογικό καρκίνο και τις ενέργειες που θα πρέπει να αναληφθούν.

Με τη σειρά του, ο ομότιμος καθηγητής της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας **Ιωάννης Κυριόπουλος** ανέφερε ότι «η διαχείριση του καρκίνου πρέπει να είναι πολιτικό θέμα, δεδομένου ότι απαιτεί μία συνολική αντιμετώπιση, με στόχο τη διασφάλιση της πρόσβασης των ασθενών σε αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις».

Η **Βασιλική Τσιάντου**, εξωτερική επιστημονική συνεργάτις του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, σημείωσε ότι «υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης του προσημπτωματικού ελέγχου και χρειάζεται εκπαίδευση των γυναικών για να εντοπίζουν εγκαίρως τα συμπτώματα». Η **Β. Τσιάντου**, όμως, τόνισε ότι υπάρχει ανάγκη για καθοδήγηση των γυναικών στο σύστημα υγείας από την πρώτη επίσκεψη μέχρι την αποθεραπεία.

Η **Κλεοπάτρα Γαβριλίδου**, πρόεδρος του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», ζήτησε από τις Ελληνίδες βουλευτές και ευρωβουλευτές «να σταθούν στο πλευρό των αρμόδιων φορέων και των συλλόγων καρκινοπαθών. Σε αυτό το δύσκολο ταξίδι υπάρχει τελικά φως στο τούνελ, αλλά μέχρι εκεί θέλουμε ένα χέρι να ακουμπάμε. Σας ζητάμε να μας το δώσετε».

## Οδικός Χάρτης

Τον Οδικό Χάρτη για την Αντιμετώπιση του Καρκίνου του Μαστού με τις προτάσεις πολιτικής υγείας για τη διαχείριση του καρκίνου του μαστού υπέγραψαν 25 γυναίκες βουλευτές και ευρωβουλευτές, μεταξύ των οποίων οι **Θ. Τζάκρη**,

βουλευτής Πέλλας (ΣΥΡΙΖΑ), **Μαρίνα Χρυσοβελώνη**, βουλευτής ΑΝΕΛ, **Ελίζα Βόζεμπεργκ**, ευρωβουλευτής Ν.Δ., **Ελένη Αυλωνίτου**, βουλευτής Β' Αθηνών (ΣΥΡΙΖΑ), **Αννα Βαγενά**, βουλευτής Λάρισας (ΣΥΡΙΖΑ), **Βάλια Βαγιωνάκη**, βουλευτής Χανίων (ΣΥΡΙΖΑ), **Νάντια Γιαννακοπούλου** (εκπροσωπώντας την κυρία **Φώφη Γεννηματά**), **Χρυσούλα Κατσαβριά**, βουλευτής Καρδίτσας (ΣΥΡΙΖΑ), **Χαρούλα Καφαντάρη**, βουλευτής Β' Αθηνών (ΣΥΡΙΖΑ), **Χαρά Κεφαλίδου**, βουλευτής Δράμας (ΠΑΣΟΚ), **Γεωργία Μαρτίνου**, βουλευτής Αττικής (Ν.Δ.), **Θεοδώρα Μεγαλοοικονόμου**, βουλευτής Β' Πειραιώς (Ένωση Κεντρώων), **Εύη Χριστοφιλοπούλου**, βουλευτής Αττικής (ΠΑΣΟΚ). Οι πολιτικές διαχειρίσεις του καρκίνου του μαστού και οι προτάσεις παρέμβασης επικεντρώνονται σε τρεις τομείς:

### ➤ Πρόληψη και διάγνωση:

Παρεμβάσεις κινητοποίησης των δομών δημόσιας υγείας, πρωτοβάθμιας φροντίδας και του οικογενειακού γιατρού, θεσμοθέτηση εθνικού προγράμματος προσημπτωματικού ελέγχου και βελτίωση της πρόσβασης στον γιατρό πρώτης επαφής.

➤ **Διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και παρακολούθηση:** Ανάπτυξη του ρόλου του συντονιστή γιατρού για τον καρκίνο του μαστού, ανάπτυξη ειδικών κέντρων αναφοράς γυναικολογικού καρκίνου, ενίσχυση της προσέγγισης για την ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη της ασθενούς και της οικογένειάς της.

### ➤ Έρευνα και αξιολόγηση:

Συγκρότηση μητρώων ασθενών για τη συλλογή και αξιολόγηση των δεδομένων για τη χάραξη επιστημονικά τεκμηριωμένης πολιτικής για τον καρκίνο του μαστού, αξιολόγηση των διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων ως προς την κλινική αποτελεσματικότητά τους, εξασφάλιση σταθερής χρηματοδότησης για τη διαχείριση της νόσου.



**Ζωή Γραμματόγλου, Μανιώ Κορρήτη, Ιωάννης Κυριόπουλος, Κλεοπάτρα Γαβριλίδου, Θεόδωρος Αγοραστός, Βασιλική Τσιάντου και Ιωάννης Βαρθαλίτης στην εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε στο Μέγαρο της Παλαιάς Βουλής**



ΥΓΕΙΑ



**Μ**ια σπάνια αλλά σοβαρή νόσος, η οποία πρέπει να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί εγκαίρως για να μην απειλήσει το καρδιαγγειακό σύστημα του ασθενούς, είναι η μεγαλακρία. Η πάθηση εκδηλώνεται με διάφορα συμπτώματα, μεταξύ των οποίων είναι και η αύξηση του μεγέθους των παλαμών και των πελμάτων, ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις καθυστερεί η διάγνωσή της.

Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της μεγαλακρίας μιλά η **Μ. Τζανέλα**, ενδοκρινολόγος, διευθύντρια Ενδοκρινολογικού Τμήματος του Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»:

«Η μεγαλακρία είναι ενδοκρινική νόσος που οφείλεται σε αυξημένη έκκριση της αυξητικής ορμόνης (Growth Hormone, GH). Η αυξητική ορμόνη παράγεται από την υπόφυση, έναν σημαντικό ενδοκρινικό αδένιο που βρίσκεται ανάμεσα στα μάτια και πίσω από τη ρίζα της μύτης.

Στην παιδική ηλικία η ορμόνη είναι απαραίτητη για την αύξηση του ύψους, ενώ έχει και αναβολικές δράσεις τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες. Σε ορισμένες περιπτώσεις τα κύτταρα που παράγουν την αυξητική ορμόνη στην υπόφυση πολλαπλασιάζονται και δημιουργούν αδενώματα, τα οποία υπερεκκρίνουν GH, με αποτέλεσμα εμφάνιση μεγαλακρίας στους ενήλικες και εξαιρετικά σπάνια γιγαντισμού στα παιδιά ή τους εφήβους.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι η μεγαλακρία είναι σκεπτικά σπάνια νόσος με επίπτωση 3-4 ανά 1 εκατομμύριο, άρα στην Ελλάδα θα πρέπει να έχουμε 30-40 νέες διαγνώσεις μεγαλακρίας κάθε χρόνο. Ακόμη πιο σπάνια είναι τα διάφορα γενετικά σύνδρομα με μεγαλακρία, που είναι και οι μόνες περιπτώσεις να κληρονομηθεί η νόσος. Η νόσος είναι συχνότερη στα άτομα μεταξύ 40- 50 ετών και είναι το ίδιο συχνή στους άντρες και στις γυναίκες.

Τα προβλήματα υγείας της μεγαλακρίας προκαλούνται κυρίως από την επίδραση της αυξητικής ορμόνης στον μεταβολισμό. Στις περιπτώσεις που το αδένωμα της υπόφυσης είναι μεγάλο μπορεί να προκληθούν προβλήματα στην όραση και στη λειτουργία των υπόλοιπων ορμονών που εκκρίνει η υπόφυση.

Τα κύρια συμπτώματα της μεγαλακρίας είναι η αύξηση του μεγέθους των παλαμών και των πελμάτων, αρθραλγίες κυρίως στα χέρια, αραίωση των δοντιών, προπέτεια της κάτω γνάθου, υπεριδρωσία, λιπαρότητα στο δέρμα. Σε σημαντικό ποσοστό των ασθενών εμφανίζεται σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, πολύποδες στο παχύ έντερο και διαταραχές της εμμηνόρρυσιας στις γυναίκες. Συχνά, όταν τα αδενώματα είναι μεγάλα, μπορεί να πιέζουν τα οπτικά νεύρα και να δημιουργούν προβλή-

## Η μεγαλακρία απειλεί την καρδιά

**Μια σπάνια αλλά σοβαρή νόσος, η οποία πρέπει να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί εγκαίρως**

ματα στην όραση.

Χαρακτηριστικό είναι ότι ο ασθενής αλλάζει μέγεθος στα παπούτσια και στα δακτυλίδια του και έχει πόνο και δυσκαμψία στις αρθρώσεις των χεριών, που μπορεί να θεωρηθούν σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν και διαταραχές όρασης. Όμως, παρά τη χαρακτηριστική εμφάνιση των ασθενών, υπάρχει καθυστέρηση στη διάγνωση που υπολογίζεται περίπου στα 7 χρόνια. Αυτό έχει μεγάλη σημασία γιατί έχει αποδειχθεί ότι αν δεν αντιμετωπιστούν σωστά οι ασθενείς με μεγαλακρία, έχουν αυξημένη θνησιμότητα κυρίως από καρδιαγγειακά νοσήματα.

Η υποψία της διάγνωσης γίνεται από τις χαρακτηριστικές αλλαγές στο παρουσιαστικό του ασθενούς. Σε πολλές περιπτώσεις, την υποψία έχει θέσει ο οδοντίατρος ή ο οφθαλμίατρος. Η υποψία πρέπει να επιβεβαιωθεί σε ενδοκρινολογικό κέντρο με ειδικούς ορμονικούς προσδιορισμούς. Ο ορμονικός έλεγχος περιλαμβάνει τους δείκτες δραστηριότητας της GH αλλά και των άλλων υποφυσιακών ορμονών που μπορεί να εμφανίσουν διαταραχές όταν τα κύτταρα που τις παράγουν πιέζονται από το αδένωμα. Τέλος, απαραίτητη είναι η μαγνητική τομογραφία υπόφυσης που θα δείξει λεπτομέρειες για το μέγεθος και τη θέση του αδενώματος.

### Η θεραπεία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση έχει στόχο τη βελτίωση των συμπτωμάτων και των μεταβολικών διαταραχών (π.χ., σακχαρώδης διαβήτης) και τη μείωση του μεγέθους του αδενώματος. Όταν η αντιμετώπιση είναι αποτελεσματική, εκτός από τα παραπάνω βελτιώνεται σε κάποιο βαθμό και η εξωτερική εμφάνιση.

Το σημαντικότερο κέρδος για τον ασθενή, όμως, είναι η μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων και η βελτίωση της θνησιμότητας.

Η καλύτερη θεραπεία είναι η αφαίρεση του αδενώματος με ειδική νευροχειρουργική τεχνική που ονομάζεται διασφηννοειδική επέμβαση και στην οποία ο χειρουργός αφαιρεί το αδένωμα από τη μύτη.

Η αποτελεσματικότητα της επέμβασης εξαρτάται από το μέγεθος και τη θέση του αδενώματος και βέβαια από την εμπειρία του νευροχειρουργού. Αν αποτύχει το χειρουργείο, μπορεί να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή. Σήμερα διατίθενται ειδικοί φαρμακευτικοί παράγοντες ενέσιμοι (ανάλογα σωματοστατίνης ή αναστολέας της δράσης της GH) ή από το στόμα (ανάλογα ντοπαμίνης), που μόνοι τους ή σε συνδυασμό μπορούν να θεραπεύσουν σχεδόν όλους τους ασθενείς.

Θα πρέπει όμως να σκεφτεί κανείς ότι η φαρμακευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να συνεχιστεί για όλη τη ζωή του ασθενούς με μεγαλακρία. Επιπλέον, με δεδομένο ότι τα περισσότερα φάρμακα έχουν υψηλό κόστος, η αντιμετώπιση της μεγαλακρίας, αν αποτύχει η χειρουργική επέμβαση, γίνεται εξαιρετικά δαπανηρή.

Είναι λοιπόν απαραίτητο οι ασθενείς με μεγαλακρία να αντιμετωπίζονται σε κέντρα με εμπειρία, ώστε να επιλεγεί ο σωστότερος χειρισμός για κάθε περίπτωση. Στα κέντρα αυτά είναι απαραίτητη η συνεργασία ενδοκρινολόγου, νευροχειρουργού και ακτινολόγου.

Στη χώρα μας, με βάση τα δημοσιευμένα τους δεδομένα, κέντρα με εμπειρία στην αντιμετώπιση της μεγαλακρίας θα πρέπει να θεωρηθούν το Ενδοκρινολογικό Τμήμα του Ευαγγελισμού και του Γενικού Κρατικού (Γ. Γεννηματάς) Αθηνών, καθώς και το Ενδοκρινολογικό Τμήμα του Ιπποκράτειου Θεσσαλονίκης.



ΕΝΑΣ ΜΑΓΕΙΡΑΣ ΣΤΟ ΤΖΑΝΕΙΟ

### **Φαγητό νοσοκομείου και όμως νοστιμότητα**

**«Σεφ, σε ευχαριστούμε για το υπέροχο φαγητό».** Αυτό λένε οι ασθενείς του Τζανείου στον αρχιμάγειρα Ιάκωβο Απέργη, ο οποίος εξηγεί γιατί ήταν χρέος ζωής να παρασκευάζει «πιάτα όχι νοσοκομειακά». **Σελ. 31**



# Ένας σεφ στο Τζάνειο με... όρεξη για προσφορά

Γιατί «δεν χρειάζεται όλοι οι ασθενείς να τρώνε ανάλατα», λέει στην «Κ» ο Ιάκ. Απέργης

Της ΛΙΝΑΣ ΓΙΑΝΝΑΡΟΥ

Πριν από λίγο καιρό, ο Ιάκωβος Απέργης, ο αρχιμάγειρας του Τζάνειο, έφτασε στο νοσοκομείο κουβαλώντας δύο μεγάλα ταψιά. Ήταν η πίτσα που είχε φτιάξει το προηγούμενο βράδυ στο σπίτι. Την πήγαινε στα παιδάκια της παιδοψυχιατρικής κλινικής. «Αυτά τα παιδιά μπορούν να φάνε περίπου τα πάντα. Γιατί να μη φάνε κάτι που τους αρέσει πραγματικά;», λέει. Εφτιαξε την πίτσα στο σπίτι γιατί η κουζίνα του νοσοκομείου δεν διαθέτει μπέικον. Η προμήθεια των πρώτων υλών, όπως σε κάθε δημόσια δομή, γίνεται κατόπιν διαγωνισμών και συμβάσεων με εταιρείες, δεν είναι ακριβώς ευέλικτη διαδικασία. Το μπάτζετ είναι ορισμένο και αυστηρό. «Εάν ζητήσω μπέικον, μπορεί να χάσω κάτι πιο ουσιαστικό και δε λέει. Εντάξει, οκτώ παιδάκια είναι μόνο σε αυτή τη μονάδα, δεν είναι και τίποτα να τους φτιάξω μια φορά μια πίτσα να ευχαριστηθούν».

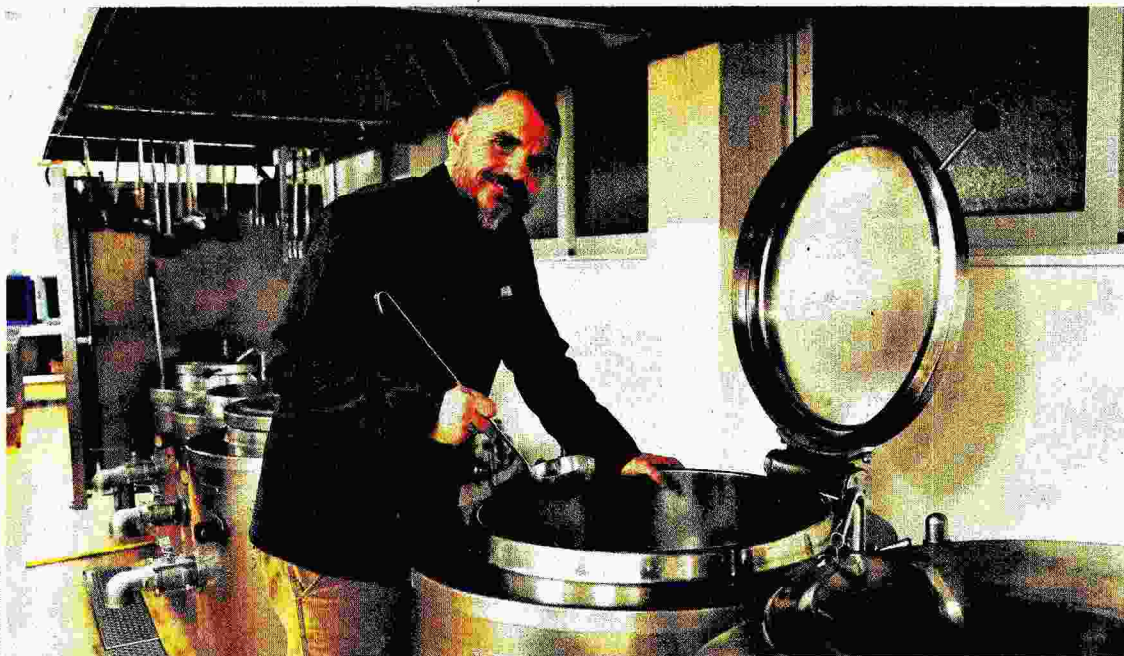
Τέτοια... περίεργα, με την καλή έννοια, συμβαίνουν στο Τζάνειο νοσοκομείο του Πειραιά από τότε που ανέλαβε ο Ιάκωβος, που έχει βαλθεί να καταργήσει τον όρο «νοσοκομειακό φαγητό». «Δεν υπάρχει η έννοια “νοσοκομειακό φαγητό”, ήταν απλά το φαγητό που βόλευε όλους. Είναι πιο εύκολο να βγάλεις ανάλατο φαγητό για όλους, μόνο που δεν χρειάζεται όλοι οι ασθενείς να τρώνε ανάλατα!». Τα τελευταία χρόνια, από την κουζίνα του Τζάνειο βγαίνουν τουλάχιστον δύο διαφορετικά πιάτα κάθε μέρα. «Ποτέ δεν φτιάχνουμε ένα φαί για όλους, εκτός κι αν είναι κάτι που ξέρουμε ότι αρέσει σε όλους. Αλλά δεν θα προσφέρουμε σπανακόρυζο ή ψάρι στα παιδάκια που πολύ συχνά δεν το τρώνε».

## Χιτ το μπιφτέκι ψαριού

Για να κάνει τα παιδιά να φάνε ψάρι, εμπνεύστηκε το μπιφτέκι ψαριού. Το πιάτο έγινε... μεγάλο χιτ στους ασθενείς. «Μια μέρα μου είπαν ότι με ζητάει ένας ασθενής από την Καρδιολογική Κλινική. Σκέφτηκα ότι θα έχει κάποιο παράπονο με το φαγητό. Τελικά ήθελε να μιλήσω στη γυναίκα του στο τλέφωνο, η οποία δεν τον πίστευε όταν της έλεγε ότι έφαγε μόλις ψάρι σε μπιφτέκι».

Ευχαριστιέται πολύ τα καλά λόγια. Το κοινό του δεν είναι το «κλασικό» κοινό του εστιατορίου. Είναι άνθρωποι πονεμένοι, σε ανασφάλεια, ίσως τρομαγμένοι. «Είναι ακόμα πιο σημαντικό να ακούς “μπράβο σεφ” από αυτούς. Με φωνάζουν “σεφ” και δεν τους διορθώνω, αλλά εγώ είμαι μάγειρας».

Τη μαγειρική την έμαθε από τον παππού του, φούρναρη και μερακλή, με τον οποίο έφτιαχναν αβγά με παστουριά και καναδέζικα πίτσα με πεπερόνι. Τελειώνοντας το σχολείο σπούδασε στη Σχολή Τουριστικών Επαγγελμάτων, με τη σκέψη να γίνει μπάραμν. Εντελώς τυχαία,



«Καμιά φορά λέω ότι δουλεύω σε “πεντάστερο”. Η ικανοποίηση που παίρνω είναι μεγαλύτερη από ένα μαγαζί στο οποίο ο άλλος έχει πληρώσει να πάει. Κι ας είναι όλοι με τις πιτζάμες τους!», σημειώνει ο Ιάκωβος Απέργης.

«Δεν είναι τίποτα να βάλεις το μπιφτέκι πάνω σε ψωμί, με ντομάτα και μαρούλι, να μοιάζει σαν μπεργκερ. Πέντε λεπτά παραπάνω δουλειά είναι. Δεν είναι κακό μία στις τόσες να φτιάξεις γλυκό για τους γιατρούς, δεν είναι καλοπληρωμένοι όλοι».

όμως, έπιασε την πρώτη δουλειά στο «Νέον» του Γιώργου Τσελεμεντέ. «Υπήρχε κενό στην κουζίνα και πήγα. Χρειαζόμουν ένα καρτζιλίκι για να αγοράσω ένα δώρο. Εκεί κόλλησα το μικρόβιο». Εργάστηκε σε διάφορα εστιατόρια, όταν κάποια στιγμή έπεσε στην αντίληψή του ότι άνοιξε θέση μάγειρα στο Τζάνειο. Ήταν σαν να συνωμοτεί το σύμπαν υπέρ του. Στο Τζάνειο είχε αφήσει το 2003 την τελευταία της πνοή η μητέρα του μετά πολυχρόνη περιπέτεια υγείας. «Το παράπονό της πάντα ήταν ότι το φαγητό στο νοσοκομείο είναι καλίο. Αυτό ποτέ δεν μου έφυγε από το μυαλό».

Στάθηκε τυχερός, γιατί έπεσε σε «αλλαγή φρουράς» στην κουζίνα του νοσοκομείου. Εφεύγαν οι παλιότεροι μαζί με τη νοσοτροπία «ανάλατο μπιφτέκι» και έρχονταν νέα παιδιά από τις σχολές μαγειρικής. «Αρχισα να κάνω τα δικά μου, χωρίς να υποχρεώνω κανέναν στην αρχή να με ακολουθήσει. Προσπαθούσα να βρίσκω συνταγές που να τρώνε τα παιδιά, να αλλάζω μορφή και υφή σε γνωστά πιάτα για να τους είναι πιο οικεία και ευχάριστα. Δεν είναι τίποτα να βάλεις το μπιφτέκι πάνω σε ψωμί, με ντομάτα και μα-

ρούλι να μοιάζει σαν μπεργκερ. Πέντε λεπτά παραπάνω δουλειά είναι. Δεν είναι κακό μία στις τόσες να φτιάξεις γλυκό για τους γιατρούς, δεν είναι καλοπληρωμένοι όλοι».

Σιγά σιγά έγινε υπεύθυνος κουζίνας, επικεφαλής μιας δραστήριας ομάδας πέντε καλών μαγειρών που, σε ημέρες εφημερίας, σερβίρουν φαγητό σε 300 άτομα, μαζί με τους γιατρούς. «Η κοτόσουπα απευθύνεται πια μόνο στους ασθενείς που περιμένουν να εγχειριστούν, οι υπόλοιποι θα φάνε και μουςακά και παστίτσιο και γιουβαρλάκια και τα πάντα. Εχουμε πρόγραμμα όπως στο σπίτι. Μάγειρες είμαστε, ίσως με ελλείψεις, αλλά με πολλή τρέλα και πολλή όρεξη να κάνουμε πράγματα και όχι με τη νοσοτροπία Δημόσιο για το Δημόσιο. Με ενοχλεί το βόλεμα, δεν είμαστε όλοι βολεμένοι στο Δημόσιο».

Είναι σημαντικό, λέει, να φεύγει από τη βάρδια και να νιώθει υπερήφανος για τη δουλειά του. «Καμιά φορά λέω ότι δουλεύω σε “πεντάστερο”. Η ικανοποίηση που παίρνω είναι μεγαλύτερη από ένα μαγαζί στο οποίο ο άλλος έχει πληρώσει να πάει. Κι ας είναι όλοι με τις πιτζάμες τους!».

## Ετσι δεν θα μπουν τα catering στα νοσοκομεία

Ο Ιάκωβος Απέργης «ψήνει» και κάτι άλλο τελευταία. Ένα υπόμνημα στο υπουργείο Υγείας, με το οποίο θα ζητεί να γίνονται ενημερωτικά σεμινάρια για τους επαγγελματίες στις κουζίνες των νοσοκομείων. «Χρειάζεται συνεχής ενημέρωση, όπως σε οποιονδήποτε άλλο κλάδο» λέει στην «Κ» ο αρχιμάγειρας του Τζάνειο. «Ότι εγώ μπορεί να μη χρειάζομαι ένα μηχανήμα, δεν σημαίνει ότι δεν πρέπει να ξέρω ότι υπάρχει!». Ο ίδιος κάθε χρόνο καταθέτει αίτημα στις σχολές για νέους μαγείρους. «Δεν χρειάζεται να επα-

ναλαμβάνω την ίδια διαδικασία κάθε χρόνο, το αίτημα είναι πάγιο. Κάθε χρόνο πρέπει τρεις πρωτοετείς μαθητές να έρχονται στην κουζίνα του νοσοκομείου για πρακτική. Στην αρχή θα κάνουν βοηθητικές εργασίες, αλλά τη δεύτερη χρονιά θα είναι κανονικοί μάγειρες. Χαμένοι δεν θα βγουν. Και έτσι θα μείνουν ανοικτά τα μαγειρεία και δεν θα μπουν τα catering στα νοσοκομεία». Δεν είναι ντροπή η δουλειά στο νοσοκομείο, λέει. «Όλοι γίναμε σεφ» προσθέτει με νόημα. «Όμως η ζωή είναι και πατάτα και κολοκύθι και

καθάρισμα και σκούπισμα. Όταν τα νέα τα παιδιά στις σχολές τα προετοιμάζεις λέγοντάς τους ότι θα γίνουν σεφ και δεν θα καθαρίσουν ποτέ στη ζωή τους, έτσι θα συμπεριφερθούν αργότερα. Στο κάτω κάτω είναι μαγκιά να προσπαθήσεις να αλλάξεις τα πράγματα σε ένα νοσοκομείο, παρά να κάνεις κάθε μέρα το ίδιο μενού σε ένα εστιατόριο». Το πάθος του έχει ρίσκο. «Ναι, είναι δυνατόν να δημιουργήσεις αντιπάθειες γιατί μπορεί κάποιους να ξεβολεύεις. Κάποιους άλλους όμως μπορεί και να τους ενθουσιάσεις».



**ΥΓΕΙΑ**



## Ενισχύονται με 4.000 άτομα τα νοσοκομεία

**Στις 12 Δεκεμβρίου αναμένεται να εκδοθεί η προκήρυξη. Πρόκειται για πρόγραμμα ενίσχυσης της απασχόλησης σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ με διασφαλισμένα τα εργασιακά δικαιώματα και τις αμοιβές**

**Τ**ην ταχεία κάλυψη θέσεων νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία και σε άλλες δομές του συστήματος Υγείας, ανακοίνωσε τις προηγούμενες ημέρες ο αναπληρωτής υπουργός Υγείας, **Παύλος Πολάκης**. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον κ. Πολάκη, η προκήρυξη που αφορά στην κάλυψη **4.000** θέσεων εργασίας στις δομές της Υγείας αναμένεται να εκδοθεί στις 12 Δεκεμβρίου. Πρόκειται για δράση με κοινωφελή χαρακτήρα και όχι πρόγραμμα κοινωφελούς εργασίας με την «κλασική» έννοια του όρου, που χρησιμοποιείται στα αντίστοιχα προγράμματα που υλοποιούνται στους δήμους της χώρας.

Ο αναπληρωτής υπουργός Υγείας έχει ξεκαθαρίσει ότι πρόκειται για πρόγραμμα ενίσχυσης της απασχόλησης σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ με διασφαλισμένα τα εργασιακά δικαιώματα και τις αμοιβές των ατόμων που θα προσληφθούν. Τα χρήματα για το πρόγραμμα αυτό, που ήταν να βοεθούν από το διαγωνισμό για τις

τηλεοπτικές άδειες, τελικά βρέθηκαν από ανακατανομή δημοσίων πόρων, τα αποθεματικά του ΟΑΕΔ και τον κρατικό προϋπολογισμό.

### **ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΘΕΣΕΩΝ**

Οι **2.700** θέσεις θα καλυφθούν από νοσηλευτικό προσωπικό πανεπιστημιακής, τεχνολογικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό (πχ. βοηθοί θαλάμου, μεταφορές ασθενών, τραυματιοφορείς κ.λπ.).

Επιπλέον **1.000** θέσεις θα καλυφθούν από προσωπικό εξειδικευμένων υγειονομικών ειδικοτήτων, όπως οδηγοί ασθενοφόρων, ακτινολόγοι, φυσιοθεραπευτές, παρασκευαστές χειριστές ιατρικών συσκευών κ.ά., ενώ **300** ωφελούμενοι θα καλύψουν διάφορες ειδικότητες σε εποπτευόμενους φορείς του υπουργείου Υγείας, όπως είναι το ΕΚΑΒ, το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας, ο ΕΟΦ, το ΚΕ-ΘΕΑ, ο ΟΚΑΝΑ και ο ΕΟΠΥΥ, οι οποίοι αντιμετωπίζουν πρόβλημα υποστελέχωσης.

### **3.150 ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΛΑΒΕΙ ΗΔΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

Την ίδια στιγμή από πέρσι τον Οκτώβρη και μέχρι σήμερα έχουν αναλάβει υπηρεσία στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας της χώρας **3.150** άτομα. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία του υπουργείου Υγείας, έχουν αναλάβει υπηρεσία **220** μόνιμοι γιατροί από παλιές προκηρύξεις, **186** ως πλήρωμα ΕΚΑΒ, **780** από τους **908** περσινής προκήρυξης και πάνω από **200** από το διαγωνισμό του ΑΣΕΠ του '98. Εκτός από το μόνιμο προσωπικό που αθροίζεται σε **1.400** άτομα, είναι **1.200** επικουρικοί γιατροί, **215** νοσηλεύτριες και πάνω από **420** άτομα για λοιπό προσωπικό.

Την ίδια στιγμή σε εξέλιξη βρίσκονται οι προσλήψεις **690** από την προκήρυξη των **1.538** μόνιμου προσωπικού. Οι υπόλοιπες **800** θέσεις από αυτή την προκήρυξη μαζί με άλλες **1.200** πρόκειται να προκηρυχθούν μέσα στο Δεκέμβριο από το ΑΣΕΠ. Τέλος, έχουν προκηρυχθεί και βρίσκονται σε εξέλιξη **760** θέσεις μόνιμων γιατρών στο σύστημα, ενώ το 2017 θα προκηρυχθούν άλλες **2.000** προσλήψεις.