

Των **ΑΙΜ. ΣΤΑΘΑΚΟΥ & ΑΛ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ**
koinonia@realnews.gr

Μικρόβια-δολοφόνοι έχουν αποικίσει τα δημόσια νοσοκομεία και απειλούν τους ασθενείς που νοσηλεύονται. Οι μεγάλες ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό και υλικά, καθώς και η κατάχρηση αντιβιοτικών έχουν οδηγήσει -όπως δηλώνουν στη Realnews γιατροί και ειδικοί- στη ραγδαία αύξηση των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων στη χώρα μας.

Το θέμα ήρθε στο προσκήνιο με δραματικό τρόπο μετά την τραγική κατάληξη της 40χρονης, μητέρας δύο παιδιών, της **Ελένης Αρβανιτάκη**, στο νοσοκομείο Ζακύνθου. Είχε υποβληθεί σε επέμβαση ρουτίνας και πιθανότατα ο θάνατός της συνδέεται με ενδοноσοκομειακή λοίμωξη, ενώ είχαν προηγηθεί άλλα τέσσερα περιστατικά με ασθενείς του ίδιου νοσοκομείου που κινδύνευσαν.

Σύμφωνα με την εθνική μελέτη για την εμφάνιση και εξάπλωση μικροβίων και την πρόκληση ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων που είχε γίνει το 2012, το ποσοστό των ασθενών που είχε προσβληθεί στα δημόσια νοσοκομεία ήταν 9%, σε σχέση με το 6% του ευρωπαϊκού μέσου όρου.

Ωστόσο, όπως καταγγέλλει η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία (ΠΟΕΔΗΝ), το αντίστοιχο ποσοστό το 2016 εκτινάχθηκε στο 15%. Πρόκειται για μια δραματική εξέλιξη, η οποία, σύμφωνα με την ΠΟΕΔΗΝ, συσχετίζεται με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα δημόσια νοσοκομεία. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, κάθε χρόνο τουλάχιστον 2.000 έως 3.000 ασθενείς χάνουν τη ζωή τους από κάποιο μικρόβιο που κόλλησαν μέσα στο νοσοκομείο. Μόνο την τελευταία διετία περίπου 1.900 ασθενείς κατέληξαν προσβεβλημένοι από τέσσερα επικίνδυνα πολυανθεκτικά μικρόβια που έχουν αποικίσει τα ελληνικά νοσοκομεία.

Η χώρα μας κατέχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά σε ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις στην Ευρώπη και τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία βρίσκονται στην «κόκκινη λίστα» των υγειονομικών υπηρεσιών των άλλων ευρωπαϊκών χωρών.

Είναι χαρακτηριστικό ότι πολλά νοσοκομεία της Ευρώπης υποβάλλουν τους ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί σε ελληνικά νοσοκομεία σε ειδικές εξετάσεις ή τους βάζουν σε «καραντίνα», καθώς θεωρούνται εν δυνάμει φορείς επικίνδυνων μικροβίων που μπορούν να μεταδώσουν στο περιβάλλον τους. Μάλιστα, υπάρχουν πληροφορίες ότι πριν από κάποια χρόνια επρόκειτο να βγει ευρωπαϊκή ταξιδιωτική οδηγία για όσους επισκεφθούν τη χώρα μας και χρειασθεί να νοσηλευθούν σε ελληνικό νοσοκομείο!

Θλιβερή πρωτιά στην Ευρώπη

Ο καθηγητής **Απόστολος Αρμαγανίδης**, διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του νοσοκομείου «Αττικόν», επισημαίνει ότι «το 30%-40% των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ αποικίζονται από ανθεκτικά στα αντιβιοτικά μικρόβια. Το αντίστοιχο ποσοστό σε άλλες χώρες είναι πολύ πιο χαμηλό - π.χ. στην Ολλανδία δεν ξεπερνά το 3%. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, ένας στους τέσσερις ασθενείς που προσβλήθηκε από πολυανθεκτικό μικρόβιο θα καταλήξει! Όσο λιγότερο είναι το προσωπικό, τόσο πιο δύσκολο είναι να ελεγχθούν οι ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις, καθώς δεν μπορεί να αποτραπεί ο κίνδυνος να μεταδοθεί το μικρόβιο και στους άλλους ασθενείς. Στο εξωτερικό η αντιστοιχία νοσηλευτών και ασθενών στις ΜΕΘ είναι ένας προς έναν ή δύο, ενώ στα ελληνικά νοσοκομεία αντιστοιχεί 1 νοσηλευτής για 3 ασθενείς».

Μικρόβια-φονιάδες στα νοσοκομεία!

Ο θάνατος της 40χρονης μητέρας στο νοσοκομείο Ζακύνθου μετά από επέμβαση ρουτίνας, πιθανότατα από ενδοноσοκομειακή λοίμωξη, έφερε με δραματικό τρόπο το πρόβλημα στην επιφάνεια. Η «R» αποκαλύπτει στοιχεία-σοκ: Πάνω από 4.000 οι θάνατοι λόγω λοιμώξεων την τελευταία διετία. Οι ειδικοί αποδίδουν το φαινόμενο στις ελλείψεις προσωπικού και υλικών λόγω της κρίσης



Η 40χρονη Ελένη Αρβανιτάκη που έχασε τη ζωή της μετά από επέμβαση ρουτίνας στο νοσοκομείο Ζακύνθου

Ο καθηγητής **Αθανάσιος Σκουτέλης**, συντονιστής διευθυντής Ε' Παθολογικής Κλινικής στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» και πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων, εξηγεί ότι «δυστυχώς, τη στιγμή που το ποσοστό της μικροβιακής αντοχής στη χώρα μας είναι ένα από τα υψηλότερα παγκοσμίως, οι Έλληνες εξακολουθούμε να είμαστε πρώτοι σε κατανάλωση αντιβιοτικών διεθνώς. Τα αποτελέσματα δημοσκοπήσεων στη χώρα μας δείχνουν ότι σταθερά τα τρία τελευταία χρόνια 1 στους 2 Έλληνες παίρνει αντιβιοτικά, κατά κανόνα χωρίς λόγο, ενώ το 2015 στις οικογένειες με παιδιά κάτω των 18 ετών στο 75% των παιδιών χορηγήθηκε αντιβιοτικό», καταλήγει.

Η διασπορά των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων από πολυανθεκτικά μικρόβια σε όλη την Ελλάδα αποτελεί ζήτημα υψίστης σημασίας για τη δημόσια υγεία.

Για τον λόγο αυτό το 2014 με υπουργική απόφαση έγινε υποχρεωτική η καταγραφή τους. Ωστόσο, από τότε μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για τον εθνικό επιπολασμό αυτών των λοιμώξεων, γεγονός που καθιστά αδύνατη τη χάραξη στρατηγικής για την αντιμετώπιση του σοβαρού αυτού προβλήματος.

Το ΚΕΕΛΠΝΟ

Η «R» απευθύνθηκε στο ΚΕΕΛΠΝΟ, το οποίο δεν έχει στη διάθεσή του επίσημα στοιχεία για την εξάπλωση των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων (εθνικός επιπολασμός) σε πανελλαδικό επίπεδο, παρά το γεγονός ότι από το 2014 έχει νομοθετηθεί η υποχρεωτική καταγραφή. Όπως μας ανέφερε η **Φλώρα Κοντοπήδου**, υπεύθυνη του γραφείου νοσοκομειακών λοιμώξεων και μικροβιακής αντοχής του ΚΕΕΛΠΝΟ, μόλις τον περασμένο μήνα έγινε η καταγραφή αυτών των στοιχείων τα οποία θα είναι διαθέσιμα το επόμενο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων συνεχίζει το παλαιότερο πρόγραμμα «Προκρούστης» για την καταγραφή μιας μορφής σοβαρής επιπλοκής, των βακτηριαμιών, από τέσσερα πολυανθεκτικά μικρόβια. «Οι ενδείξεις από το πρόγραμμα "Προκρούστης" είναι ότι το τελευταίο χρονικό διάστημα στα συγκεκριμένα μικρόβια η πορεία είναι σταθερή», αναφέρει η Φλ. Κοντοπήδου.

Νοσοκομείο Ζακύνθου

Και όλα αυτά ενώ αναμένεται το επίσημο πόρισμα από το ΚΕΕΛΠΝΟ για τον θάνατο της 40χρονης στη Ζάκυνθο. «Η γυναίκα μου μπήκε υγιέστατη στο νοσοκομείο Ζακύνθου και λίγο μετά άφησε την τελευταία της πνοή χωρίς ακόμα να γνωρίζουμε την αιτία», λέει στην «R» ο **Νίκος Αρβανιτάκης**, σύζυγος της 40χρονης, που πέθανε λίγες ημέρες μετά από μία επέμβαση ρουτίνας, κατά την οποία της αφαιρέθηκε λάμα από το πόδι. «Ήταν μια επέμβαση από αυτές που γίνονται καθημερινά. Το χειρουργείο πήγε καλά, ωστόσο μόλις ξύπνησε η γυναίκα μου άρχισαν οι επιπλοκές. Διαισθάνθηκε τον θάνατό της και τα τελευταία λόγια της ήταν: "Δεν γίνεται τίποτα, να προσέχεις τα παιδιά"», λέει συντετριμμένος ο Ν. Αρβανιτάκης.

Οι πρώτες ενδείξεις είναι ότι ο θάνατος της άτυχης 40χρονης και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές που παρουσιάστηκαν σε τέσσερις ακόμα

Οι δύσκολες συνθήκες που επικρατούν στα δημόσια νοσοκομεία, λόγω της υποστελέχωσης και της υποχρηματοδότησης, δυσχεραίνουν την αντιμετώπιση του προβλήματος, σύμφωνα με τον καθηγητή Μικροβιολογίας, **Αθανάσιο Τσακρή**, διευθυντή του Εργαστηρίου Μικροβιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Όπως εξηγεί ο Αθ. Τσακρής «η πρόληψη των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων προϋποθέτει τη σωστή διαχείριση των περιστατικών. Θα πρέπει, δηλαδή, να διασφαλίζονται επαρκείς συνθήκες για να αποτραπεί η μετάδοση των μικροβίων, όπως η απομόνωση των ασθενών. Είναι προφανές ότι αυτό δεν είναι εφικτό όταν υπάρχουν ράντζα στους διαδρόμους ή όταν δεν επαρκούν οι νοσηλευτές για να φροντίσουν τους ασθενείς».

Η κατάχρηση των αντιβιοτικών είναι ένας ακόμα παράγοντας που ενοχοποιείται για την αύξηση της αντοχής και τη δημιουργία των «σούπερ αυτών μικροβίων» που δεν ελέγχονται από τα φάρμακα.

Είναι χαρακτηριστικό ότι η χώρα μας, τουλάχιστον στις κεφαλοπορίνες, έχει εικοσαπλάσια κατανάλωση συγκρινόμενη με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Μάλιστα, ακόμα και μέσα στα ελληνικά νοσοκομεία, το 50%-60% των νοσηλευόμενων ασθενών λαμβάνει αντιβιοτικά όταν ο αντίστοιχος ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι 37,1%. Ετσι η χώρα μας έχει από τα υψηλότερα ποσοστά αντοχής των μικροβίων στα περισσότερα αντιβιοτικά, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να έχουν μοιραία κατάληξη.

Δημόσιος κίνδυνος

ΚΟΙΝΩΝΙΑ



ΤΡΑΓΙΚΕΣ είναι οι εικόνες από την εγκατάλειψη στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς εξαιτίας των ελλείψεων σε προσωπικό αθλά και υλικά έχουν μετατραπεί σε εστίες εξάπλωσης φονικών μικροβίων

ασθενείς οφείλονται σε ενδονοσοκομειακή λοίμωξη. Ωστόσο, ακόμα δεν έχει εξαχθεί τελικό συμπέρασμα. Όπως αποκαλύπτει η νοσηλεύτρια **Κατερίνα Γκαμπιώτη**, μέλος του Δ.Σ. του Συλλόγου Εργαζομένων στο νοσοκομείο της Ζακύνθου «οι πιθανότητες να κρύβεται πίσω από τον θάνατο της άτυχης γυναίκας ένα φονικό μικρόβιο είναι μεγάλες, καθώς οι συνθήκες καθαριότητας είναι τραγικές, καθώς απασχολείται μόνο μία καθαρίστρια, που πρέπει να καθαρίσει 15.000 τετραγωνικά σε μια πρωινή βάρδια!».

«Οι χώροι του νοσοκομείου σπανίως σφουγγαρίζονται, ενώ οι διάδρομοι και οι τουαλέτες τις περισσότερες φορές είναι βρόμικοι. Οι εξωτερικοί χώροι είναι εγκαταλελειμμένοι και περιφέρονται σκυλιά», λέει χαρακτηριστικά η Κ. Γκαμπιώτη και προσθέτει: «Έχουμε διαπιστώσει ότι τα τραύματα μετά τα χειρουργεία δεν κλείνουν, μολύνονται και χρειάζεται να χορηγηθεί στον ασθενή αντιβίωση. Μάλιστα, πριν από έναν μήνα το ίδιο πρόβλημα παρουσιάστηκε σε μια γυναίκα που γέννησε με καισαρική».

Επικίνδυνες ελλείψεις

Ο **Μιχάλης Γιαννάκος**, πρόεδρος της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία, δηλώνει στην «R»: «Τα νοσοκομεία έχουν γίνει εστίες εμφάνισης και εξάπλωσης των μικροβίων λόγω της έλλειψης προσωπικού και των κακών συνθηκών υγιεινής που επικρατούν». Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά «σήμερα στα νοσοκομεία υπάρχει ένας νοσηλευτής για 40 ασθενείς. Είναι αδύνατον, λοιπόν, να τηρηθούν πρωτόκολλα νοσηλείας και πολλές

φορές ο νοσηλευτής δεν προλαβαίνει να κάνει σωστή υγιεινή των χεριών του, τρέχοντας πανικόβλητος από τον έναν ασθενή στον άλλο».

Ακόμη οι τεράστιες ελλείψεις βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού έχουν ως αποτέλεσμα να μη γίνεται απολύμανση στα κρεβάτια και στα μηχανήματα των ΜΕΘ και οι ασθενείς να κάνουν εισαγωγή σε κρεβάτια που δεν έχουν απολυμανθεί από τον προηγούμενο ασθενή.

Επίσης, λόγω της υποχρηματοδότησης υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις σε αντισηπτικά, γάντια, αναλώσιμα υλικά, επιθέματα κατακλίσεων, ακόμα και σε υλικά καθαριότητας και απολύμανσης (χειροπετσέτες, σαπούνια, χαρτιά υγείας κ.ά.).

Ακόμη, υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις ιματισμού. Τα σεντόνια αλλάζουν μία φορά την εβδομάδα, ενώ οι κουβέρτες δεν πλένονται σχεδόν ποτέ. Επίσης, δεν υπάρχουν κρεβάτια, τα οποία να διαθέτουν μηχανισμούς αλλαγής θέσης ασθενών, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται επιπλοκές και λοιμώξεις αναπνευστικού και κατακλίσεις. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα υπάρχοντα κρεβάτια είναι 20ετίας, οι καρέκλες αιμοκάθαρσης διαλυμένες και γεμάτες από αίματα και μικρόβια.

Ο Μ. Γιαννάκος τονίζει μάλιστα ότι λόγω των μειωμένων διαθέσιμων κονδυλίων το απόγευμα και το βράδυ το προσωπικό καθαριότητας είναι ελάχιστο και συχνά παρατηρείται το φαινόμενο οι εργολάβοι καθαριότητας να μην τηρούν τις συμβατικές υποχρεώσεις τους και να μειώνουν παράνομα τις ώρες καθαριότητας, το προσωπικό και τα υλικά (χλωρίνη, χαρτιά, σαπούνια στις τουαλέτες κ.λπ.), που προβλέπουν οι συμβάσεις τους.



Ανοχύρωτοι λόγω κόστους απέναντι στη μηνιγγίτιδα

Την ώρα που οι γιατροί θεωρούν απαραίτητη την ένταξη του εμβολίου κατά της μηνιγγίτιδας τύπου Β στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών, η συνταγογράφηση του σκοντάφτει στο ύψος της δυσβάσταχτης δαπάνης που απαιτείται.
Σελ. 22-23

Ανοχύρωτοι λόγω κόστους απέναντι στη μηνιγγίτιδα

Την ώρα που οι γιατροί θεωρούν απαραίτητη την ένταξη του εμβολίου κατά της μηνιγγίτιδας τύπου Β στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, η συνταγογράφηση του σκοντάφτει στο ύψος της δαπάνης που απαιτείται



Ρεπορτάζ

Μαρία Μπραουδάκη

● Εν συντομία

Παρά το γεγονός ότι το μοναδικό παγκοσμίως εμβόλιο που αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τη μηνιγγίτιδα τύπου Β κυκλοφορεί στην αγορά από την άνοιξη του 2014, δεν έχει ενταχθεί ακόμη στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών.

● Γιατί ενδιαφέρει

Παρά τη μείωση των κρουσμάτων, η μηνιγγίτιδα τύπου Β είναι η μορφή που απαντάται συχνότερα, με ποσοστό 79,6%, και η πιο επικίνδυνη.

Στο παγόβουνο της δύσκολης οικονομικής συγκυρίας και του υψηλού κόστους φαίνεται ότι προσκρούει η απόφαση για τη συνταγογράφηση του εμβολίου κατά της μηνιγγίτιδας τύπου Β (Bexsero). Εκτιμάται ότι το κόστος της ένταξής του στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών αντιστοιχεί στο κόστος όλων των υπόλοιπων εμβολίων μαζί για τα παιδιά και τους έφηβους.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του υπουργείου Υγείας, η συνολική δαπάνη για την εμβολιαστική κάλυψη με Bexsero του βρεφικού πληθυσμού της χώρας, αν επιλεγεί η πρακτική του εμβολιασμού σε τρεις δόσεις που υιοθέτησε η Αγγλία. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ το 2015 είχαμε 91.847 γεννήσεις, γεγονός που δίνει κόστος 27.554.100 ευρώ (στην περίπτωση του εμβολιασμού των βρεφών σε 3 δόσεις) και 36.738.800 ευρώ (στην περίπτωση του εμβολιασμού των βρεφών σε 4 δόσεις, όπως είναι η βασική σύσταση). Σημειώνεται ότι τα βρέφη θεωρούνται

από τους επιστήμονες η πλέον ευάλωτη στη μηνιγγίτιδα Β ηλικιακή ομάδα.

Αδυνατεί έως και η Γερμανία

«Αν η Γερμανία δεν το έχει εντάξει στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών της, πόσο εύκολο είναι να το εντάξουμε εμείς, οι δανειζόμενοι;» Αυτό αναρωτήθηκε θεσμικός συνομιλητής της ηγεσίας του υπουργείου Υγείας, φωτογραφίζοντας ουσιαστικά τις αντικειμενικές δυσκολίες που συναντά η συνταγογράφηση του.

Ο γ.γ. Δημόσιας Υγείας Γ. Μπασκόζος, ερωτηθείς από το Documento αν το υπουργείο Υγείας εξετάζει το ενδεχόμενο μερικής ή ολικής κάλυψης του εμβολιασμού ηλικιακών ομάδων-στόχων (π.χ. των βρεφών), υπογράμμισε μεν ότι η πρόληψη και προστασία του πληθυσμού είναι «προτιμότερη σε σχέση με οποιοδήποτε κόστος θεραπείας», εντούτοις παρέπεμψε στην Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών για τη λήψη οποιασδήποτε απόφασης. Υπενθύμισε, δε, προγενέστερη απόφασή της, η οποία στηρίχθηκε και στην επισήμανση ότι «σε χώρες με υψηλότερη επίπτωση της μηνιγγιδοκοκκικής νόσου δεν έχει εφαρμοστεί μαζί ο εμβολιασμός κατά του μηνιγγιδοκοκκου οροομάδας Β με ένταξη του εμβολίου στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών».

Σε κάθε περίπτωση, γεγονός είναι ότι η εμφάνιση των κρουσμάτων μηνιγγίτιδας στη χώρα μας μειώθηκε το 2015 σε σχέση με το 2014 και το 2013. Όμως γεγονός παραμένει και ότι η μηνιγγίτιδα τύπου Β είναι αυτή που απαντάται συχνότερα μεταξύ των εμφανιζόμενων κρουσμάτων, με ποσοστό 79,6% (για το 2015) έναντι των υπόλοιπων τύπων.

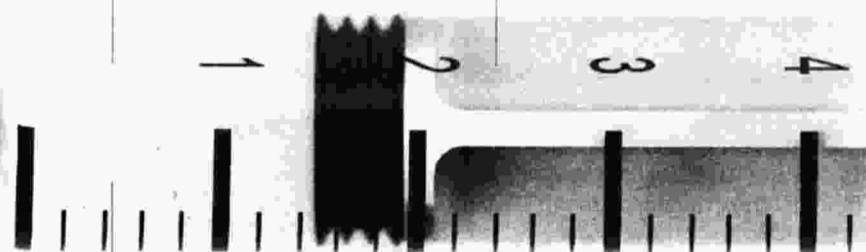
«Μπορεί η κοινωνία να πληρώσει;»

Υπό αυτές τις συνθήκες συνεδριάζει εκ νέου αύριο η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών. Αν και η συνεδρίαση χαρακτηρίζεται τακτική, τα μέλη της Επιτροπής θα επανεξετάσουν το ενδεχόμενο συνταγογράφησης

Το εμβόλιο και το κόστος

Είναι το μοναδικό παγκοσμίως που αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τη μηνιγγίτιδα τύπου Β

Είναι προϊόν εικοσαετούς και πλέον επιστημονικής έρευνας. Σήμερα διακινείται από τη βρετανική Glaxo



Η μηνιγγίτιδα Β, βακτηριακού τύπου, χαρακτηρίζεται ως ο πιο απειλητικός τύπος μηνιγγίτιδας για την ανθρώπινη ζωή. Σύμφωνα με τον πρόεδρο της ΕΠΕ κ. Κωνσταντόπουλο, «10% των προσβληθέντων θα πεθάνουν (δηλαδή 1 στα 10 περιστατικά) και 10-15% θα έχουν βαριές επιπλοκές, ίσως εφ' όρου ζωής»

Η μηνιγγίτιδα Β

του εμβολίου, υπό κάποια συνθήκη έστω (π.χ. συμμετοχή των ασφαλιστικών ταμείων).

Η νόσος «δεν έχει επιδημιολογικό χαρακτήρα, η εμφάνιση κρουσμάτων σε σχέση με το 2014 ακολουθεί φθίνουσα πορεία» μας απάντησε, υπεραμυνόμενη της θέσης της Επιτροπής, η **Μαριλίτσα Τσολιά**, αντιπρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών. Υπογράμμισε μάλιστα ότι απαραίτητες παράμετροι για να εισαχθεί ένα εμβόλιο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι η επιδημιολογία, το κόστος και η ασφάλεια του εμβολίου και ότι όταν λαμβάνονται αποφάσεις για τη δημόσια υγεία πρέπει να τεθεί και το ερώτημα «αν μπορεί η κοινωνία να πληρώσει». Η κ. Τσολιά κρίνει μεν το εμβόλιο «πολύ καλό» και «ασφαλές» για την ατομική υγεία, πλην όμως παρατήρησε ότι σε ένα τέτοιας εμβέλειας γνωμοδοτικό όργανο και με την προϋπόθεση ότι δεν μιλάμε για φάση επιδημίας, εκείνο που λαμβάνεται υπόψη είναι η ασφάλεια επί του συνόλου. Για το συγκεκριμένο εμβόλιο παρατήρησε ότι δεν έχουν εξαχθεί ακόμη συγκεκριμένες πληροφορίες για το εάν εμποδίζει τον αποικισμό του ρινοφάρυγγα,

στοιχείο που έχει μεγάλη σημασία για την εξάπλωση ή μη της νόσου. Οπως εξήγησε, «εάν το εμβόλιο προστατεύει και από τον αποικισμό, επιτυγχάνεται ανοσία της κοινότητας».

«Τα επιδημιολογικά δεδομένα είναι εκείνα που μας οδηγούν στην ένταξη ενός εμβολίου στον εθνικό κορμό εμβολιασμού. Και τα επιδημιολογικά δεδομένα μας δεν δείχνουν κάτι τέτοιο» παρατήρησε σχετικά η **Τζωρτζίνα Τζανακάκη**, επιστημονική υπεύθυνη της παρουσίασης των στατιστικών δεδομένων του Κέντρου Αναφοράς Μηνιγγίτιδας (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας).

Ερωτηθείσα αν το γεγονός ότι η μηνιγγίτιδα τύπου Β απαντάται συχνότερα στη χώρα μας οφείλεται στο ότι δεν έχει προηγηθεί εμβολιασμός (μέχρι πρότινος δεν υπήρχε καν το εμβόλιο), όπως συμβαίνει στις άλλες μορφές, δεν το απέκλεισε. «Θα μπορούσε, δεν μπορώ να σας πω με ασφάλεια. Η μηνιγγίτιδα αυτού του τύπου απαντάται σε όλη την Ευρώπη. Τα κρούσματα είναι λίγα» απάντησε. Η κ. Τζανακάκη πρόσθεσε πάντως ότι τα κρούσματα πέρνουν σε παιδιά κάτω του ενός έτους ήταν μόλις πέντε.



Αύριο συνεδριάζει η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών με θέμα την υπό προϋποθέσεις συνταγογράφηση του Bexsero



Στην ελληνική αγορά διατίθεται από 7/3/2014

Για τα βρέφη και τα παιδιά ηλικίας μέχρι και 4 ετών οι συνιστώμενες δόσεις είναι τέσσερις (2ος, 4ος, 6ος και 12ος μήνας), ενώ για τα μεγαλύτερα παιδιά και τους ενήλικους γίνεται σε δύο δόσεις

Κάθε δόση κοστίζει 104,88 ευρώ

Έχει ενταχθεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας (για τα βρέφη μόνο), της Ιρλανδίας και της Ιταλίας και σε κάποιες περιοχές της Γερμανίας, όπως μας πληροφορεί η Μαριλίζα Τσολιά. Αξιοσημείωτο είναι πάντως ότι το εμβόλιο δεν έχει ενταχθεί μαζικά στο σύστημα υγείας καμίας χώρας

Μπορεί να καταλήξει σε ακρωτηριασμό ή σε εγκεφαλικές βλάβες (π.χ. επιληψία)

Τα περισσότερα κρούσματα μηνιγγιτίδας Β εμφανίζονται σε νεογνά κάτω του ενός έτους

Εκτός από επιθετική θεωρείται και «ύπουλη» νόσος, γιατί τα αρχικά συμπτώματά της συγχέονται συχνά με αυτά μιας ίωσης (ιογενής λοίμωξη)

Όταν εμφανιστεί ανάμεσα σε παιδιά και εφήβους, αναπτύσσεται με ταχείς ρυθμούς

Φαρμακεία: «Οι γονείς αγοράζουν»

«Κατά τη γνώμη μου, ένα εμβόλιο πρέπει να εισαχθεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας επειδή μπορεί να προστατεύσει το άτομο και όχι μόνο όταν συντρέχουν συνθήκες επιδημίας» παρατηρεί ο φαρμακοποιός **Ηλίας Γερασιμόπουλος**, ο οποίος τονίζει ότι αρκετοί γονείς έχουν αναζητήσει το συγκεκριμένο εμβόλιο. Ο ίδιος εκτιμά ότι βασικός ανασταλτικός παράγοντας για τη μη ένταξη του εμβολίου στο εθνικό σύστημα εμβολιασμών είναι η τιμή. «Από την εμπειρία μας δεν έχουν καταγραφεί καν παρενέργειες» τονίζει για την ασφάλεια του εμβολίου, ενώ σημειώνει πως για τα φαρμακεία το κέρδος από τη διάθεσή του είναι ελάχιστο (περίπου 17%), καθώς έχει τιμή αγοράς 86,90 ευρώ και τιμή πώλησης σχεδόν 105 ευρώ. Το φαρμακείο του μέχρι και σήμερα προμηθεύει σταθερά τους γονείς με κάποια εμβόλια ανά μήνα. Η θέση των φαρμακοποιών για τη συνταγογράφηση του εμβολίου, μερική ή ολική, είναι εξάλλου γνωστή.

Αξιοσημείωτο είναι πάντως η επιστολή προς τον **Παναγιώτη Κουρουμπλή**, υπουργό Υγείας τότε (30 Ιουνίου 2015), του πρόεδρου του Φαρμακευτικού Συλλόγου Χανίων **Εμμανουήλ Κατσαράκη**, στην οποία επικα-



λούνταν λόγους δημόσιας υγείας και πρότεινε «την άμεση κάλυψη όλου ή τουλάχιστον μέρους του εμβολίου (με συμμετοχή) από τον ΕΟΠΥΥ, ούτως ώστε να μπορέσουν να εμβολιαστούν οι ελληνικές οικογένειες, για τις οποίες το συνολικό κόστος αρχικού και επαναληπτικού εμβολιασμού είναι απαγορευτικό». Αφορμή για την κινητοποίηση του συλλόγου είχε σταθεί η επιβεβαίωση δύο κρουσμάτων μηνιγγιτίδας της οροσμάδας Β στον νομό Χανίων.

☒ Αρκετοί είναι οι γονείς που σπεύδουν να καλύψουν από την τσέπη τους το κόστος αγοράς του συγκεκριμένου εμβολίου, κάθε δόση του οποίου κοστίζει €105

ΕΠΕ: Αιχμές για τα οικονομικά

Η **Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία (ΕΠΕ)** έχει εντάξει το εμβόλιο στις συστάσεις της, αφήνοντας σαφείς υπαινιγμούς ότι οι εισηγήσεις της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών πέρασαν από τη κοάνη των οικονομικών της χώρας.

«Οι εν λόγω συστάσεις καταρτίστηκαν, εν αντιθέσει με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το οικονομικό κόστος, ώστε να έχουμε την καλύτερη πρόληψη για την εξαφάνιση πολύ σοβαρών μεταδοτικών νοσημάτων» αναφέρεται σχετικά.

Και οι αιχμές συνεχίζονται: «Η **Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία**, χωρίς να παραγνωρίζει τον ρόλο της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών, συμβουλευτικού οργάνου του υπουργού Υγείας, προχώρησε στην επικαιροποίηση των συστάσεών της για τους εμβολιασμούς σε παιδιά λαμβάνοντας υπόψη αποκλειστικά και μόνο τις διεθνείς εξελίξεις και τις επιστημονικές οδηγίες (Παγκόσμια Παιδιατρική Εταιρεία, Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία, CDC, WHO

κ.λπ.), αλλά και τα επιδημιολογικά στοιχεία των λοιμωδών νοσημάτων στη χώρα μας».

Αδυναμία διαπραγμάτευσης: Πάντως μια ενδιαφέρουσα διάσταση για τις διαπραγματευτικές ικανότητες της χώρας μας έδωσε ο πρόεδρος της ΕΠΕ **Ανδρέας Κωνσταντόπουλος**.

Στην ερώτησή μας αν εκτιμά ότι το ελληνικό κράτος έχει τη δυνατότητα να διαπραγματευτεί με τη φαρμακευτική εταιρεία για τη μείωση του κόστους του εμβολίου απάντησε: «Εάν αναλάβει το κράτος, ναι, αλλά ουδέποτε μέχρι σήμερα το έχει κάνει, όπως γίνεται στην Αγγλία, διότι το 70-80% των εμβολίων γίνονται από ιδιώτες παιδίατρος. Αρα μπορεί να διαπραγματευθεί το 20-30% που γίνεται σε κέντρα υγείας ή άλλους δημόσιους φορείς. Πριν από 6 χρόνια είχε γίνει προσπάθεια να τα πάρει όλα το υπουργείο και να διανεμόνται μέσα από τα φαρμακεία των νοσοκομείων. Αυτό κράτησε λίγους μήνες και τα απέρριψαν τα φαρμακεία».



«Η πρόληψη κοστίζει πολύ λιγότερο από τους θανάτους και τις αναπηρίες που θα πληρώνει το κράτος εφ' όρου ζωής»

Πλήρης κυριαρχία των πολυεθνικών στην αγορά των φαρμάκων

Πάνω από 90 δισ. ευρώ έχει πληρώσει το κράτος από το 1990 μέχρι σήμερα για την εισαγωγή τους



80%

από τα φάρμακα που συνταγογραφούνται και αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία είναι εισαγόμενα

20%

είναι ελληνικής παραγωγής

Επιμέλεια

Νίκος Χρήστου

● Εν συντομία

Τα ελληνικής παραγωγής φάρμακα μείωσαν την τιμή τους κατόπιν μνημονιακών επταγών, αλλά η φαρμακευτική πολιτική ευνόησε τα εισαγόμενα φάρμακα των πολυεθνικών.

● Γιατί ενδιαφέρει

Τα ασφαλιστικά ταμεία αποζημιώνουν με 2 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως για φάρμακα.

Πάνω από 90 δισεκατομμύρια ευρώ έχει πληρώσει το ελληνικό δημόσιο από το 1990 μέχρι σήμερα για εισαγόμενα φάρμακα, που κυριαρχούν στις συνταγογραφήσεις έναντι των ελληνικών σκευασμάτων. Η βίαιη δημοσιονομική προσαρμογή των μνημονίων έχει αυτήν τη στιγμή ως αποτέλεσμα τα ασφαλιστικά ταμεία να αποζημιώνουν με 2 δισ. ευρώ ετησίως για φάρμακα, την ώρα που παρατηρούνται σημαντικά κενά στην κάλυψη των φαρμακευτικών αναγκών ετησίως.

Πλέον, το ποσοστό των εισαγόμενων φαρμάκων ανέρχεται στο 80% αυτών που συνταγογραφούνται και αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, με τα ελληνικής παραγωγής και φτηνότερα φάρμακα να έχουν περιοριστεί μόλις στο 20%.

Το εντυπωσιακό είναι ότι οι αρμόδιες υπηρεσίες πιστοποιούν τα ελληνικά φάρμακα – η τιμή των οποίων έπεσε τα τελευταία χρόνια – θεωρώντας τα ποιοτικά. Ωστόσο, σταδιακά, από το 1990 και μετά, η πλάστιγγα των συνταγογραφούμενων από τα ασφαλιστικά ταμεία φαρμακευτικών σκευασμάτων γέρνει διαρκώς υπέρ των εισαγόμενων.

Ενώ το 1990 τα 55 στα 100 φάρμακα που καταναλώνονταν ήταν ελληνικής παραγωγής και τα 12 στα 100 συσκευάζονταν από ελληνικές επιχειρήσεις, με τα εισαγόμενα να καλύπτουν το 33% των αναγκών περίθαλψης, σήμερα η εικόνα έχει αλλάξει πλήρως. Συγκεκριμένα, κυρίαρχα πλέον στην αγορά είναι τα εισαγόμενα, και μάλιστα τη δεκαετία 2000-10 η κατανάλωση φαρμάκων εισαγόμενων από πο-

λυεθνικές ήταν στη χώρα μας 40% πάνω από τον αντίστοιχο ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Την τελευταία εικοσαετία, με τακτικές ανάλογες αυτών που ακολουθήθηκαν και στις ΗΠΑ αλλά και σε άλλες χώρες του κόσμου σε βάρος των ντόπιων βιομηχανιών, οι πολυεθνικές κατάφεραν να ελέγξουν τον στρατηγικό τομέα της φαρμακευτικής πολιτικής.

Ετσι και στην Ελλάδα κατάφεραν να επιβάλουν τους όρους τους και τα ταμεία να εξυπηρετούν κάθε χρόνο 60 εκατ. συνταγές, που με τη σειρά τους εξυπηρετούν τους στόχους των πολυεθνικών.

Και με συνταγή... μνημονίου

Καταλυτικό ρόλο στην αντιπροσώπηση των όρων έπαιξαν και οι πολιτικές των μνημονίων, μέσω των οποίων παγιώθηκε η επικυριαρχία των ξένων εταιρειών στην ελληνική φαρμακευτική πολιτική.

Αυτό έγινε με την τιμολογιακή πολιτική που επιβλήθηκε, με θεωρητικό στόχο τη μείωση του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης και την αύξηση της κατανάλωσης γενοσήμων. Βέβαια, ο στόχος αυτός δεν επιτεύχθηκε και μάλιστα τα αποτελέσματα ήταν ακριβώς τα αντίθετα.

Τα φτηνά ελληνικά φάρμακα να μην έγιναν φτηνότερα, αλλά δεν κέρδισαν μεγαλύτερη συμμετοχή στην πίτα της φαρμακευτικής δαπάνης. Ετσι, οι απαιτήσεις των δανειστών υλοποιήθηκαν ως προς τη μείωση των τιμών για να γίνουν πιο ελκυστικά τα γενόσημα, ωστόσο ευνοήθηκαν τα ακριβά εισαγόμενα των πολυεθνικών. Οι πολιτικές που ακολουθήθηκαν ευνόησαν τα ακριβότερα εισαγόμενα φάρμακα αντί για την εγχώρια φτηνή παραγωγή.

Σύμφωνα με τη φαρμακευτική αγορά, παρά το γεγονός πως πολλά ελληνικά φάρμακα που διατίθενται με τιμή 8-10 ευρώ έχουν υποστεί μείωση τιμής έως και 60% την τελευταία πενταετία, τα εισαγόμενα φάρμακα αύξησαν το μερίδιό τους στην αγορά.

Ετσι, σε συνδυασμό με το στρεβλό ανεξέλεγκτο σύστημα της συνταγογράφησης και της διάθεσης φαρμάκων που υπακούει στον στεγνό νόμο της αγοράς και του εν-



2

δισεκατομμύρια ευρώ πληρώνουν ετησίως τα ασφαλιστικά ταμεία για φάρμακα

40%

πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο η κατανάλωση εισαγόμενων φαρμάκων από πολυεθνικές στη χώρα μας τη δεκαετία 2000-10

60

εκατομμύρια συνταγές εξυπηρετούν κάθε χρόνο τα ταμεία στην Ελλάδα

αίου ποσοστού κέρδους είτε αυτά είναι φτηνά ελληνικά είτε ακριβά εισαγόμενα, η συμμετοχή των ελληνικών φαρμάκων δεν αυξήθηκε.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι από τη μια πλευρά οι φαρμακευτικές ανάγκες των πολιτών να μην καλύπτονται και να ενθαρρύνονται οι εκροές χρημάτων στις πολυεθνικές και από την άλλη πλευρά το πρόβλημα των ήδη υπερχρεωμένων ασφαλιστικών ταμείων να διαιωνίζεται, αφού αποζημιώνουν κάθε χρόνο με 2 δισ. ευρώ για φάρμακα σε έναν υποχρεωτικά «κλειστό» προϋπολογισμό.

Υπνωτικό για την ανάπτυξη

Φυσικά, οι παραπάνω πολιτικές αποτελούν ξεκάθαρα ανασταλτικό παράγοντα στη... χιλιοτραγου-

δομένη επιθυμία για ανάπτυξη, αφού δεν ευνοείται ούτε η μείωση της ανεργίας ούτε η αύξηση των εξαγωγών ούτε η βελτίωση της κατάστασης των ασφαλιστικών ταμείων.

Η Ελλάδα της κρίσης, δηλαδή, κάνει για ακόμη μια φορά δώρα στις πολυεθνικές σε βάρος των ελληνικών επιχειρήσεων και μάλιστα χωρίς καμία λογική – ειδίως δεν θα δίνονταν οι ποσοποιήσεις ποιότητας στα ελληνικά φάρμακα.

Φαίνεται ότι υπάρχουν ακόμη αρκετοί κρικοί να προστεθούν στην αλυσίδα της δραματικής και ανεξέλεγκτης αύξησης των εισαγωγών, που έχει ως αποτέλεσμα τη συρρίκνωση των μικρών και μεγάλων εγχώριων επιχειρήσεων, της παραγωγής και των εξαγωγών.

Το φάρμακο εκπέμπει SOS

Αναταραχή επικρατεί στην αγορά λόγω των επικείμενων αλλαγών που προωθεί η κυβέρνηση στη φαρμακευτική πολιτική. Οι φαρμακευτικές εταιρείες χτυπούν το καμπανάκι του κινδύνου και τονίζουν ότι τα νέα μέτρα θα σταθούν εμπόδιο στην απρόσκοπτη πρόσβαση των ελλήνων ασθενών στις αναγκαίες και καινοτόμες θεραπείες.

Σύμφωνα με τους εκπροσώπους του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, η εφαρμογή των προτεινόμενων μέτρων θα καθυστερήσει περαιτέρω την είσοδο νέων θεραπειών και θα πλήξει καιρία την καινοτομία, τη δημόσια υγεία, τη βιωσιμότητα των επιχειρήσεων και τις θέσεις εργασίας.

«Οι προαναγγελθείσες αλλαγές δεν είναι τίποτε άλλο από οριζόντια, φοροεισπρακτικά μέτρα εις βάρος του Έλληνα ασθενούς και της καινοτομίας, που αποτρέπουν κάθε ιδέα για επένδυση και ουδεμία σχέση έχουν με πραγματικές μεταρρυθμίσεις» προειδοποιούν.

Ανάλογα συμπεράσματα προέκυψαν και από την εκδήλωση που πραγματοποίησε την περασμένη εβδομάδα η φαρμακοβιομηχανία Roche Hellas. Η διευθύνουσα σύμβουλος της εταιρείας κυρία **Αν Νις** εξέφρασε την έντονη ανησυχία της για τη βιωσιμότητα του συστήματος Υγείας. *«Ένα σύστημα Υγείας το οποίο δεν εγγυάται τη βιωσιμότητα των παρόχων του θέτει σε κίνδυνο την πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμες θεραπείες, οι οποίες βελτιώνουν τον τρόπο αντιμετώπισης των νόσων»* είπε. Μάλιστα, η διευθύντρια Εταιρικών Υποθέσε-

Ο κλειστός προϋπολογισμός της φαρμακευτικής δαπάνης απειλεί τη βιωσιμότητα του κλάδου και προκαλεί καθυστερήσεις στις θεραπείες των ασθενών

ων κυρία **Ξένια Καπόρη** ανέφερε ότι η λανθασμένη εκτίμηση, οι περιορισμοί και η διαχείριση του κλειστού προϋπολογισμού είχαν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση έντονων καθυστερήσεων στις θεραπείες των ασθενών. Οπως είπε, συυπολογίζοντας το γεγονός ότι η βιωσιμότητα του φαρμακευτικού κλάδου και κατ' επέκταση η καινοτομία τίθενται σε κίνδυνο, είναι πολύ πιθανόν στο μέλλον οι ασθενείς στην Ελλάδα να μην έχουν πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες που αλλάζουν τον τρόπο αντιμετώπισης των νόσων, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και αυξάνουν την επιβίωση.

Στοιχεία που δόθηκαν στη δημοσιότητα δείχνουν ότι η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη το 2016 μειώθηκε κατά 22,3% σε σχέση με το 2015, φθάνοντας στο ποσό των 570 εκατ. ευρώ. Συνολικά για το 2016 εκτιμάται ότι η πραγματική δαπάνη θα ανέλθει σε περίπου 853 εκατ. ευρώ, δηλαδή 49,6% (283 εκατ. ευρώ) υψηλότερα από το όριο του κλειστού προϋπολογισμού και 16,2% υψηλότερα από τη δαπάνη του 2015. Βάσει της αναμενόμενης φαρμακευτικής δαπάνης για το 2016 (853 εκατ. ευρώ), η μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη και ζήτηση εκτιμάται σε περίπου 71 εκατ. ευρώ. Αποτέλεσμα; Ο κλειστός προϋπολογισμός των 570 εκατ. ευρώ επαρκεί για την κάλυψη της ανάγκης των οκτώ πρώτων μηνών του έτους.

Στην εκδήλωση μίλησε επίσης ο καθηγητής του Τομέα Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας κ. **Νίκος Μανιαδάκης**, ο οποίος επανέλαβε την ανάγκη εφαρμογής πολιτικών ελέγχου της χρήσης των φαρμάκων με στόχο την καθολική και ισότιμη κάλυψη της υγειονομικής ανάγκης, τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας και τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης. Προς αυτή την κατεύθυνση - τόνισε - θα συμβάλει η σταδιακή οριακή διαχρονική αύξηση του προϋπολογισμού της δημόσιας δαπάνης για ενδονοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά φάρμακα, με βάση τα δημογραφικά και λοιπά δεδομένα της Ελλάδας, σε συνδυασμό με την εφαρμογή δομικών μεταρρυθμίσεων, οι οποίες θα πάψουν να έχουν μόνο δημοσιο-οικονομικό προσανατολισμό και δεν θα είναι οριζόντιες, δημιουργώντας στρεβλώσεις και κινδύνους αναφορικά με την πρόσβαση των ασθενών τόσο σε καινοτόμες όσο και σε φθηνές θεραπείες στο μέλλον.



ΚΩΣΤΑΣ ΜΑΡΚΟΥ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

«Ενιαίο σύστημα εξετάσεων για τους ειδικευόμενους γιατρούς»

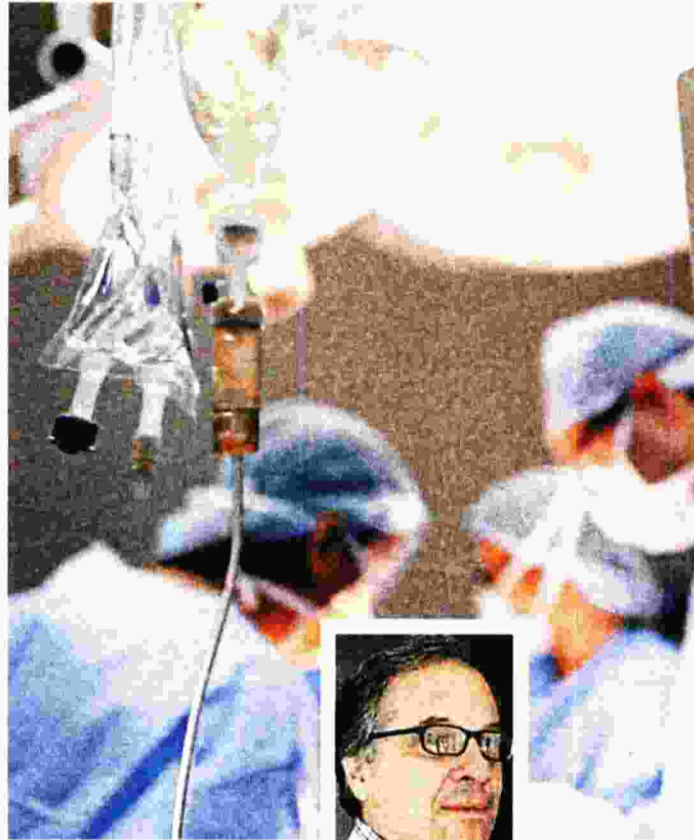
Αλλαγές στη διαδικασία λήψης ιατρικής ειδικότητας και επαναξιολόγηση των εκπαιδευτικών κέντρων θα προτείνουν στην ηγεσία του υπουργείου Υγείας οι εκπρόσωποι του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας. Οπως αποκαλύπτει σε συνέντευξή του προς «Το Βήμα» ο πρόεδρος του ΚΕΣΥ, καθηγητής κ. Κώστας Μάρκου, προτείνεται η εφαρμογή «πανελλαδικών εξετάσεων» προκειμένου να αποκτήσουν οι νέοι γιατροί ειδικότητα. Οι γιατροί θα δίνουν εξετάσεις τρεις φορές τον χρόνο σε δύο εξεταστικά κέντρα, στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη, και θα αξιολογούνται όλοι από την ίδια επιτροπή.

Κύριε Μάρκου, το 2011 είχε προκαλέσει μεγάλη συζήτηση η εισήγηση της Επιτροπής Εκπαίδευσης και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης του ΚΕΣΥ προς τον τότε υπουργό Υγείας, η οποία προέβλεπε, μεταξύ άλλων, ειδικές πανελλαδικές εξετάσεις για την έναρξη ειδικότητας, με απώτερο στόχο την κατάρτιση της ισχύουσας λίστας. Το θέμα αυτό συζητήσατε ξανά ή έχει παγωσει από τότε μετά και τις αντιδράσεις φοιτητών;

«Αυτή τη στιγμή ξανατίθεται το θέμα της αναμόρφωσης της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης των γιατρών, καθώς έχουν συσσωρευτεί πολλά προβλήματα από τη διαίτησιν μιας κατάστασης που μέχρι τώρα δεν θα μπορούσε να την περναί κανείς ορθολογικά και η οποία επιδεινώθηκε λόγω της κρίσης. Θα έλεγα λοιπόν ότι σε αυτή τη φάση τα σημεία της τότε εισήγησης που αναφέρετε δεν συζητούνται, όχι μόνο γιατί δεν πιστεύουμε ότι θα συμβάλουν στην αναβάθμιση της εκπαίδευσης - παρά το γεγονός ότι έτσι φαίνεται με μια πρώτη ματιά, αλλά κυρίως επειδή σήμερα σε ελάχιστες ειδικότητες υπάρχει λίστα αναμονής που δημιουργεί κάποιο πρόβλημα. Στις υπόλοιπες είτε οι ειδικευόμενοι αρχίζουν αμέσως είτε τα κέντρα εκπαίδευσης αναζητούν ειδικευόμενους και δεν βρίσκουν».

Σε ποιες ειδικότητες δεν υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον; «Ως παράδειγμα αναφέρω την αιματολογία, τη νεφρολογία, την αναισθησιολογία και αρκετές άλλες. Ως εκ τούτου, είναι άνευ νοήματος να συζητεί κανείς την εισαγωγή εξετάσεων για την έναρξη ειδικότητας».

Πού οφείλεται το μειωμένο ενδιαφέρον των γιατρών στις ειδικότητες αυτές; «Πολλοί νέοι γιατροί έχουν ως αφετηρία των επιλογών τους την επαγγελματική αποκατάσταση. Δικαίως. Έτσι, υπάρχει



«Σήμερα σε ελάχιστες ειδικότητες υπάρχει λίστα αναμονής που δημιουργεί κάποιο πρόβλημα» λέει ο κ. Κ. Μάρκου (μικρή φωτογραφία)

μεγαλύτερο ενδιαφέρον για ειδικότητες που δημιουργούν ευνοϊκές προϋποθέσεις για κάτι τέτοιο, όπως για παράδειγμα η Δερματολογία, η Παιδιατρική, η Ενδοκρινολογία, η Καρδιολογία και λίγες ακόμη. Με άλλα λόγια, οποιαδήποτε εξεταστική διαδικασία που θα διάλεγε αρίστους (με κάποια εξεταστικά κριτήρια) θα αφορούσε μόνο 4-5 ειδικότητες και για τις υπόλοιπες θα διατίθεντο οι «λιγότερο καλοί» (με συμβατικά κριτήρια), τη στιγμή μάλιστα που ουδείς μπορεί να ισχυριστεί ότι η Αιματολογία έχει λιγότερη σημασία για την ιατρική από ό,τι η Παιδιατρική. Όλες οι ειδικότητες έχουν το δικό τους ειδικό βάρος».

Δηλαδή, θεωρείτε ότι η εκπαιδευτική διαδικασία είναι αυτή που πρέπει; «Δεν λέω κάτι τέτοιο. Η αλήθεια είναι ότι έχουμε μια εκπαιδευτική διαδικασία η οποία αποκλίνει από τους ζητούμενους στόχους σε ό,τι αφορά τους νέους γιατρούς. Έχει οικοδομηθεί σε μια βάση που περισσότερο βλέπει τους νέους γιατρούς ως εργαλείο παραγωγής έργου και κάλυψης εργασιακών κενών και λιγότερο ως εκπαιδευτικά υποκείμενα που βρίσκονται σε μια διαδικασία απόκτησης ειδικών γνώσεων».

«Κορμός η Γενική Ιατρική»

Πώς βλέπετε να υποστηρίζεται από τις μεταρρυθμίσεις αυτές η εξαγγελθείσα από την κυβέρνηση υλοποίηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ);

«Το ζήτημα που τίθεται είναι εξαιρετικά σημαντικό. Η ΠΦΥ είναι ένα υπερόριμο αίτημα των καιρών που αρχίζει να βρίσκει τον δρόμο του. Οπως αντιλαμβάνεστε η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής είναι κορμός αυτού του εγχειρήματος. Γι' αυτό θα δοθεί ιδιαίτερο βάρος σε αυτήν την ειδικότητα. Θα βελτιωθεί το εκπαιδευτικό της πρόγραμμα, θα διευκολυνθούν κατά την εκπαίδευσή τους οι νέοι γιατροί που θα την επιλέξουν, θα υπάρχουν, λόγω της στήριξης από την Πολιτεία της ΠΦΥ, ευνοϊκότεροι όροι επαγγελματικής αποκατάστασης και γενικά η ειδικότητα αυτή θα αναβαθμισθεί».

και την ουσιαστική παροχή της διαδικασίας απόκτησης ειδικών γνώσεων. Αυτή η αντίληψη και η οπτική για τους ειδικευόμενους, σε συνδυασμό με ποικίλου τύπου πελατειακές σχέσεις που στο παρελθόν προτάναναν στην πιστοποίηση των εκπαιδευτικών κέντρων, είχε ως αποτέλεσμα την κατ' ευφημιζόμεν απόκτηση γνώσεων και περισσότερο την κάλυψη κάποιων αναγκών. Η κρίση επιδείνωσε αυτή την κατάσταση, η οποία πρέπει να αναστραφεί».

Έχετε πάρει κάποιες πρωτοβουλίες για να αλλάξει αυτή η κατάσταση;

«Έχουμε πάρει, ως ΚΕΣΥ, εδώ και έξι μήνες. Σε συνεργασία με τα πανεπιστήμια, τις επιστημονικές εταιρείες κορμού (αυτές που εκπροσωπούν τις κύριες ειδικότητες) και τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, είμαστε στην τελική φάση διαμόρφωσης κάποιων κανόνων για τη λήψη της ειδικότητας, την αναμόρφωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, την επαναξιολόγηση των εκπαιδευτικών κέντρων (κάποια από αυτά δεν θα μπορούν να δίνουν ειδικότητα, διότι δεν έχουν τη στοιχειώδη στελεχιακή υποδομή για κάτι τέτοιο)

και την ουσιαστική παροχή της εκπαίδευσης, σε συνδυασμό με επίσημη ποιοτική αξιολόγηση των ειδικευόμενων από τους εκπαιδευτές. Η αξιολόγηση αυτή θα είναι ποιοτική και θα εγγράφεται σε ένα κατάλληλα διαμορφωμένο για κάθε ειδικότητα βιβλίο εκπαίδευσης. Έχουμε ζητήσει επανειλημμένως και τη γνώμη της Ομοσπονδίας των νοσοκομειακών γιατρών, αλλά δυστυχώς ως τώρα δεν βρήκαμε ανταπόκριση».

Η αξιολόγηση θα γίνεται σε πανελλαδικό επίπεδο;

«Ακριβώς. Σήμερα, οι ειδικευόμενοι δίνουν εξετάσεις σε 7 διαφορετικές πόλεις, σε διαφορετικές εξεταστικές επιτροπές και η κριτική διαδικασία είναι άνοση. Στο εξής, με τη διαδικασία που προτείνουμε, θα δίνουν «πανελλαδικές εξετάσεις» τρεις φορές τον χρόνο σε δύο εξεταστικά κέντρα, στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη. Λέμε ότι θα είναι σαν το σύστημα των πανελλαδικών εξετάσεων, διότι θα αξιολογούνται όλοι από την ίδια επιτροπή. Θέλω να τονίσω ότι η αξιολόγηση που θα γίνεται κατά τη διάρκεια της ειδίκευσης θα παίζει σημαντικό ρόλο στην τελική κρίση της εξεταστικής επιτροπής. Αυτό σημαίνει ότι θα έχουμε ένα σύστημα λιγότερο «εξεταστικοκεντρικό» και περισσότερο ουσιαστικό όσον αφορά την αξιολόγηση κάθε νέου γιατρού».

Σκέφτεστε να θεσπίσετε νέες ειδικότητες;

«Οι καιροί αλλάζουν και η επιστήμη εξελίσσεται. Είμαστε ήδη σε διαδικασία θέσπισης νέων ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων, προσαρμοζόμενοι σε ανάγκες

των καιρών. Υπάρχουν αρκετές προτάσεις, όλες καθ' όλα σεβαστές. Μπορώ να σας πω ότι η Γενετική είναι μια νέα ειδικότητα που περιμένει 15 χρόνια τη θεσμοθέτησή της. Επίσης και η Επείγοντολογία είναι μια απαραίτητη εξειδίκευση η οποία θα δημιουργήσει τα στελέχη που θα στελεχώσουν τα αυτόνομα Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών στα μεγάλα Νοσοκομεία. Η δημιουργία αυτόνομων ΤΕΠ έχει ήδη αποφασιστεί και τώρα φτιάχνονται οι οργανισμοί στα νοσοκομεία».

Πόσες προτάσεις για τη θέσπιση νέων εξειδικεύσεων έχουν κατατεθεί στο ΚΕΣΥ;

«Έχουν κατατεθεί περίπου 15 προτάσεις για τη θέσπιση νέων ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων. Η αξιολόγησή τους είναι προοδικτική. Δεν πρέπει να καταρρακωθούν η Γενική Παθολογία και η Γενική Χειρουργική, που είναι οι στυλοβάτες της ιατρικής επιστήμης. Ως παράδειγμα, αναφέρω τη γηριατρική, αυτή των αγγειακών επεισοδίων, την Αθλητιατρική και την Ιατρική Υπνου και άλλες. Το θέμα αυτό είναι υπό συζήτηση. Πιθανά θα δοθεί σε πολλά από αυτά τα πεδία ειδική δυνατότητα δραστηριότητας μέσα στα νοσοκομεία ως ειδικά κέντρα αναφοράς. Επίσης, συζητείται η ενοποίηση της Κυτταρολογίας με την Παθολογική Ανατομία, αφού αυτός ο διαχωρισμός υπάρχει μόνο στην Ελλάδα».

Μελετάτε την ένταξη και της ομοιοπαθητικής;

«Έχει κατατεθεί αίτημα για άδεια ιατρικής πράξης και το ΚΕΣΥ έχει ζητήσει την άποψη εμπειρογνομόνων».

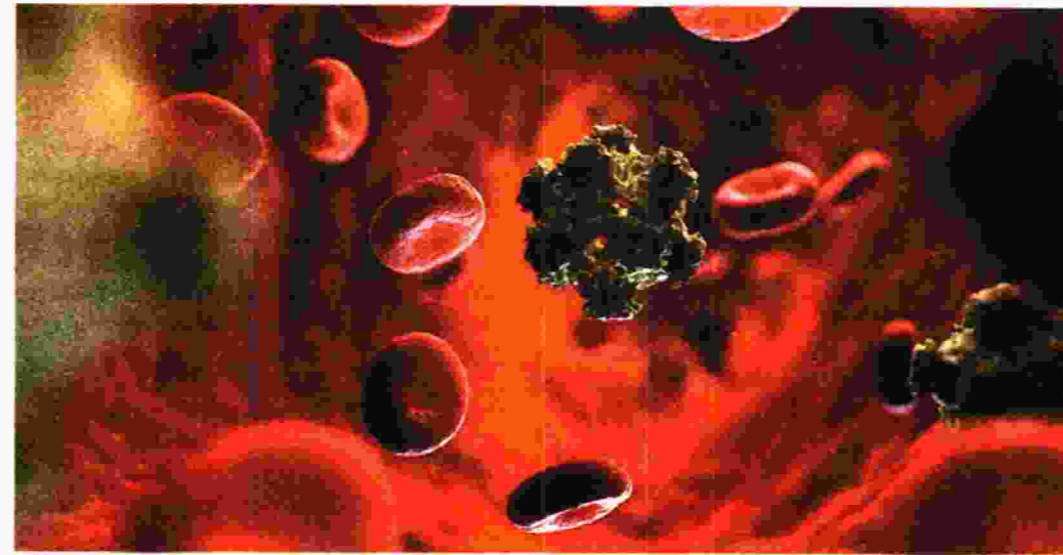
Λοίμωξη HPV και καρκίνος στοματοφάρυγγα - λάρυγγα

Η ζωή είναι από τα πιο εξαιρετικά θαύματα που μας περιβάλλουν και για αυτό θα πρέπει να την προστατεύουμε. Σοβαρά προβλήματα υγείας όμως την θέτουν σε κίνδυνο ή ακόμη και την ακυρώνουν. Πρόκειται, κυρίως, για καρδιαγγειακές παθήσεις, τροχαία ατυχήματα και καρκίνους.

Ο καρκίνος, ειδικότερα, αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα και τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες. Συνήθως προσβάλλει ανθρώπους μεγάλης ηλικίας. Μεταξύ των άλλων περιοχών του σώματός μας αναπτύσσεται και στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου (5% όλων των καρκίνων). Οι άνδρες προσβάλλονται κατά 3-4 φορές συχνότερα από τις γυναίκες. Η εκδήλωση συσχετιζόταν παλαιότερα κυρίως με το κάπνισμα και το αλκοόλ.

Τα δεδομένα αυτά έχουν αλλάξει. Σήμερα πλέον οι λοιμώξεις από τον ιό HPV, με τα επιθετικά καρκινογόνα στελέχη του, ευθύνονται κυρίως για την ανάπτυξη των καρκινωμάτων αυτών. Η μετάδοση γίνεται μέσω της σεξουαλικής επαφής. Ο HPV είναι η κύρια αιτία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και μπορεί να εξαπλωθεί και πέραν των γεννητικών οργάνων, με τη στοματική επαφή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση της καρκινογόνου δράσης του και στον ανδρικό πληθυσμό. Πρόκειται κυρίως για νεότερους ασθενείς και μη καπνιστές. Ευθύνεται δε για το 80%-90% των καρκινωμάτων του στόματος (γλώσσα, αμυγδαλή) και για το 30% των καρκινωμάτων του φάρυγγα και του λάρυγγα.

Επομένως ο πολύ μολυσματικός HPV δεν είναι μόνο γένους θηλυκού. Το 80% του σεξουαλικά δραστήριου πληθυσμού



ΤΟΥ ΔΡΟΣ
ΗΛΙΑ
ΚΑΡΑΠΑΝΤΖΟΥ

θα έρθει σε επαφή με τον ιό σε κάποια στιγμή της ζωής του. Η μόλυνση από τον HPV υποχωρεί στις περισσότερες περιπτώσεις με τη βοήθεια του ανοσοποιητικού συστήματος, χωρίς να προκαλέσει βλάβη. Ενα μικρό ποσοστό, 5% περίπου, καταλήγει σε εμμένουσα μόλυνση, η οποία οδηγεί στον καρκίνο. Ο ιός παραμένει για χρόνια ανενεργός.

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει θεραπεία για την εκρίζωσή του.

Η μόλυνση τώρα από τον επικίνδυνο HPV δεν αρκεί από μόνη της για να οδηγήσει σε καρκίνο. Από τους 150 διαφορετικούς τύπους του HPV, περίπου οι 40 είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενοι. Κυρίως οι τύποι HPV 16 και 18 είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη αυτών των καρκινωμάτων. Οι τύποι 6 και 11 ευθύνονται για την ανάπτυξη των θηλωμάτων.

Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση λοίμωξης HPV στον στοματοφάρυγγα είναι «ο αριθμός των συντρόφων στους οποίους ένας άνθρωπος έχει κάνει στοματικό σεξ». Οι ασθενείς αυτοί που είναι μολυσμένοι από τον ιό έχουν κατά 30% περισσότερες πιθανότητες επιβίωσης από τον καρκίνο συγκριτικά με άτομα των οποίων η νόσος είχε άλλα αίτια, όπως η κατάχρηση αλκοόλ ή καπνού (όπου δεν ανιχνεύεται ο ιός). Άρα η νόσος αυτή χαρακτηρίζεται από μια πριότερη κακοήθεια. Ο ιός HPV έχει ισχυρή παρουσία και στη χώρα μας. Ο θεραπευτικός σκοπός είναι να διατηρηθεί κατά το δυνατόν το προσβληθέν όργανο και η λειτουργία του (κατάποση, ομιλία και αναπνοή).

Η θεραπεία στηρίζεται σε τρεις πυλώνες: Στη χειρουργική αντιμετώπιση, στην ακτινοχειμιοθεραπεία και στη βιολογική θε-

ραπεία (φάρμακα στοχευμένης θεραπείας).

Συχνά, η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση γίνεται με συνδυασμό των παραπάνω θεραπειών.

Για την πρόληψη κατά του καρκίνου, πέρα από την αποφυγή της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και του καπνίσματος, μείζονος σημασίας θεωρείται η προφύλαξη από τον HPV κατά τη σεξουαλική επαφή.

Απαιτείται όμως και μια καλύτερη χρήση των εμβολίων και της πρόληψης στη μάχη κατά του καρκίνου, καθώς η θεραπεία από μόνη της δεν αρκεί για την αντιμετώπιση της νόσου. Οι μισοί άνδρες στον γενικό πληθυσμό είναι πιθανότατα μολυσμένοι με τον ιό HPV. Για αυτό το εμβόλιο για τον HPV πρέπει να χορηγείται ευρέως και στα αγόρια, καθότι ο εμβολιασμός μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου στην περιοχή αυτή. Τα υπάρχοντα εμβόλια έναντι της μόλυνσης από τους τύπους αυτούς του HPV χαρακτηρίζονται από πολύ υψηλή αποτελεσματικότητα και ασφάλεια.

Το μήνυμα επομένως που πρέπει να περάσει και μέσα από αυτή τη στήλη στον κόσμο είναι ότι:

Ο καρκίνος είναι ένα νόσημα σχεδόν σαν τα άλλα και πολλές φορές μπορεί να θεραπευθεί. Ο ασθενής, όχι μόνο δεν πρέπει να θεωρεί τον εαυτό του μελλοθάνατο αλλά και μετά τη θεραπεία του πρέπει να συνεχίσει να χαιρείται τη ζωή του.

Ο κ. Ηλίας Καραπάντζος είναι χειρουργός ΩΡΛ, χειρουργικής κεφαλής και τραχήλου, τ. επ. καθηγητής ΩΡΛ του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, καθηγητής αν. Ανατομικής Σχολών Υγείας και Πρόνοιας ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Γενική Κλινική Αγίου Λουκά Θεσσαλονίκης. karapant@otenet.gr www.karapantzou.gr

Αντικατάσταση οστών με τρισδιάστατη εκτύπωση

Την πλέον σύγχρονη τεχνολογία της τρισδιάστατης εκτύπωσης για την κατασκευή εξατομικευμένων μεταλλικών εμφυτευμάτων σε ασθενείς με οστικά ελλείμματα χρησιμοποίησαν για πρώτη φορά σε παγκόσμιο επίπεδο ο καθηγητής Ορθοπαιδικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και Διευθυντής της Α' Ορθοπαιδικής Κλινικής στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών» κ. **Παναγιώτης Παπαγγελόπουλος** και η ομάδα του.

Η ιατρική τρισδιάστατη εκτύπωση (Medical 3D Printing) είναι μια νέα τεχνολογία η οποία επιτρέπει τη φυσική, πραγματική εκτύπωση πιστών αντιγράφων ανατομικών οργάνων, όπως απεικονίζονται σε μια τρισδιάστατη αξονική τομογραφία.

Η τρισδιάστατη εκτύπωση μπορεί να κατασκευάσει πλαστικά ανατομικά αντίγραφα των οστών πασχόντων ασθενών τα όποια είναι ιδιαίτερα χρήσιμα στον προεγχειρητικό σχεδιασμό σύνθετων χειρουργικών επεμβάσεων, όπως στην αφαίρεση όγκων, διόρθωση παραμορφώσεων των οστών και της σπονδυλικής στήλης, ή αποκατάσταση φθαρμένων αρθροπλαστικών.

Κυρίως όμως η τεχνολογία αυτή προσφέρει τη δυνατότητα σχεδιασμού και κατασκευής εξατομικευμένων μεταλλικών εμφυτευμάτων για την αντικατάσταση οστών. Το μεταλλικό εμφύτευμα σχεδιάζεται στον ηλεκτρονικό υπολογιστή με βάση τη φυσιολογική ανατομία του



Ο διευθυντής της Α' Ορθοπαιδικής Κλινικής στο Νοσοκομείο «Αττικών» κ. Παναγιώτης Παπαγγελόπουλος επιδεικνύει τρισδιάστατη εκτύπωση

ασθενούς και το οστικό του έλλειμμα και στη συνέχεια εκτυπώνεται από εξειδικευμένα μηχανήματα. Τα εμφυτεύματα αυτά είναι βιοσυμβατά και καλύπτουν με πιστή ακρίβεια το οστικό έλλειμμα του ασθενούς με σκοπό την πλήρη αποκατάσταση και λειτουργικότητά του.

Η μέθοδος εφαρμόστηκε για πρώτη φορά παγκοσμίως από τον καθηγητή κ. Παπαγγελόπουλο σε τρεις νέους ασθενείς με κακοήγη όγκο του ποδιού με σκοπό την αντικατάσταση των παθολογικών οστών και τη διάσωση των άκρων. Αντί του μέχρι τώρα ακρωτηριασμού, πραγματοποιήθηκε

με επιτυχία η αντικατάσταση του οστού του αστραγάλου και της πτέρνας με εξατομικευμένο μεταλλικό εμφύτευμα μέσω τρισδιάστατης εκτύπωσης, έτσι ώστε και οι τρεις ασθενείς να έχουν άριστη λειτουργικότητα του άκρου τους.

Άλλη ασθενής, μετά από 10 αποτυχημένες επεμβάσεις αρθροπλαστικών του ισχίου της και λοίμωξη, υποβλήθηκε σε διάσωση του κάτω άκρου της με αντικατάσταση της οστικής λεκάνης, της άρθρωσης του ισχίου και ολόκληρου του μηριαίου οστού με τη χρήση ειδικής μεταλλικής πρόθεσης. Τέλος, σε νεαρή ασθενή με κα-

κοήγη όγκο του ώμου και της ωμοπλάτης πραγματοποιήθηκε επέμβαση με ολική αντικατάσταση της ωμοπλάτης, του ώμου και του βραχιονίου οστού από τρισδιάστατα εκτυπωμένη μεταλλική πρόθεση, συμβάλλοντας στην πλήρη ίαση της ασθενούς και σε άριστο λειτουργικό αποτέλεσμα.

Η μοναδικότητα αυτών των επεμβάσεων στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών» αναγνωρίστηκε εφέτος σε διεθνές επίπεδο σε συνέδρια του εξωτερικού όπως της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Μυοσκελετικής Ογκολογίας (EMSOS) και της Παγκόσμιας Εταιρείας Διάσωσης Μελών (ISOLS).

Όπως ανέφερε ο καθηγητής κ. Παπαγγελόπουλος, η εφαρμογή της τρισδιάστατης τεχνολογίας ανοίγει πολλούς νέους ορίζοντες για μια «προσωποποιημένη» θεραπεία ασθενών με οστικά ελλείμματα. Η τεχνολογία εφαρμόζεται σε συνεργασία με τη μονάδα ιατρικής τρισδιάστατης εκτύπωσης της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Εργαστήριο Φυσιολογίας αναβαθμίζοντας και την εκπαίδευση των φοιτητών.

Η Α' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών» αποτελεί το κέντρο αναφοράς στην Ελλάδα για τη διενέργεια εξειδικευμένων ορθοπαιδικών επεμβάσεων που παλαιότερα παραπέμπονταν για θεραπεία στο εξωτερικό, προσφέροντας ένα πολύ μεγάλο κοινωνικό έργο και μια σημαντική οικονομική ωφέλεια για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
Στέγνωσαν
από αντιγριπικά
εμβόλια
τα φαρμακεία
» 20-21

Στέγνωσαν από αντιγριπικά εμβόλια τα φαρμακεία της Θεσσαλονίκης. Παρότι φέτος παραγγέλθηκε μεγαλύτερη ποσότητα κατά 10% σε σύγκριση με την περσινή χρονιά (περίπου 103.000 εμβόλια), λόγω της ιδιαίτερα αυξημένης ζήτησης το τελευταίο χρονικό διάστημα τα αποθέματα εξαντλήθηκαν.

Της **Νικολέττας Μπούκα**
nikolettaboutou@yahoo.gr

Μάλιστα οι φαρμακοποιοί αναζητούν εμβόλια από φαρμακείο σε φαρμακείο, για να εξυπηρετήσουν τους πολίτες που σπεύδουν να εμβολιαστούν, ενώ η μία εκ των δύο εταιριών που τα προμηθεύει δεσμεύτηκε να προσπαθήσει να βρει μία επιπλέον μικρή ποσότητα σε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. "Είχαμε ένα κύμα εμβολιασμού εκ μέρους των Θεσσαλονικέων. Πολλοί έρχονται και ζητούν να κάνουν το αντιγριπικό εμβόλιο, διότι νόσησε κάποιος από γρίπη στο οικογενειακό περιβάλλον τους και ανησύχησαν. Επίσης η νοσηρότητα από τη γρίπη ενεργοποίησε τη μνήμη κάποιων πολιτών, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι αμέλησαν να εμβολιαστούν και σπεύδουν να το κάνουν τώρα. Αποτέλεσμα της κατάστασης αυτής είναι να εξαντληθούν τα αποθέματα εμβολίων στα φαρμακεία", δηλώνει στη "ΜΤΚ" ο πρόεδρος του Φαρμακευτικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης (ΦΣΘ) **Κυριάκος Θεοδοσιάδης** και προσθέτει ότι "η μία εκ των δύο εταιριών που προμηθεύει τα αντιγριπικά εμβόλια υποσχέθηκε να προσπαθήσει να αναζητήσει μία επιπλέον μικρή ποσότητα σε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Μέχρι στιγμής δεν είχαμε κάποια εξέλιξη, αλλά, ακόμη κι αν βρεθεί η ποσότητα αυτή, δεν θα καλύψει τις αυξημένες ανάγκες".

ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΓΡΙΠΗΣ

Η γρίπη ήδη έχει κάνει την εμφάνισή της στη χώρα μας. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) μέχρι στιγμής έχουν καταγραφεί τρία σοβαρά κρούσματα εργαστηριακά επιβεβαιωμένης γρίπης, τα οποία νοσηλεύτηκαν σε μονάδα εντατικής θεραπείας, ενώ καταγράφηκε και ένας θάνατος. Ειδικότερα τα τρία κρούσματα που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ ήταν άνδρες με εύρος ηλικίας από 70 έως 72 έτη και ανήκαν σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Ο ιός της γρίπης ήταν τύπου Α και τα δύο εκ των τριών κρουσμάτων ανήκουν στον υπότυπο Α (H3N2). Σύμφωνα με το λοιμωξιολόγο του ΚΕΕΛΠΝΟ **Σωτήρη Τσιόδρα** φέτος ο ιός που φαίνεται να κυριαρχεί είναι ο Α (H3N2), ο οποίος καλύπτεται από το αντιγριπικό εμβόλιο. "Ο H3N2 προτιμά μεγάλες ηλικίες, ενώ ο H1N1 μικρότερες. Όσοι νόσησαν πέρυσι από H1N1

Καταγράφηκαν τα πρώτα κρούσματα γρίπης με έναν νεκρό - Θερίζουν γ

Στέγνωσαν από αντιγριπικά εμβόλια τα φαρμακεία της Θεσσαλονίκης

Ποιοι πρέπει να εμβολιαστούν

Σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠΝΟ ο αποτελεσματικότερος τρόπος πρόληψης έναντι της γρίπης είναι ο εμβολιασμός με το αντιγριπικό εμβόλιο, το οποίο, όταν εφαρμοστεί σωστά και έγκαιρα, καλύπτει σε ποσοστό 70%-90% και προφυλάσσει από τη μετάδοση του ιού της γρίπης ιδιαίτερα τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, δηλαδή ηλικιωμένους και παιδιά. Οι ομάδες υψηλού κινδύνου που πρέπει να εμβολιαστούν με το εμβόλιο της εποχικής γρίπης είναι:

- Άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω.
- Εργαζόμενοι σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και λοιποί εργαζόμενοι).
- Παιδιά και ενήλικες που παρουσιάζουν έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω επιβαρυντικούς παράγοντες ή χρόνια νοσήματα: άσθμα ή άλλες χρόνιες πνευμονοπάθειες, καρδιακή νόσο με σοβαρές αιμοδυναμικές διαταραχές, ανοσοκαταστολή (κληρονομική ή επίκτητη εξαιτίας νοσήματος ή θεραπείας), μεταμόσχευση οργάνων, δρεπανοκυτταρική νόσο (και άλλες αιμοσφαιρινοπάθειες), σακχαρώδη διαβήτης ή άλλο χρόνιο μεταβολικό νόσημα, χρόνια νεφροπάθεια και νευρομυϊκά νοσήματα.
- Έγκυες γυναίκες β' και γ' τριμήνου.
- Παιδιά που παίρνουν ασπιρίνη μακροχρόνια (π.χ. νόσος Kawasaki, ρευματοειδής αρθρίτιδα και άλλα) για τον πιθανό κίνδυνο εμφάνισης

συνδρόμου Reye έπειτα από γρίπη.

- Άτομα που βρίσκονται σε στενή επαφή με παιδιά <6 μηνών ή φροντίζουν άτομα με υποκείμενο νόσημα, τα οποία διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών από τη γρίπη.
 - Οι κλειστοί πληθυσμοί (προσωπικό και εσωτερικοί σπουδαστές γυμνασίων, λυκείων, στρατιωτικών και αστυνομικών σχολών, ειδικών σχολείων ή σχολών, τρόφιμοι και προσωπικό ιδρυμάτων κ.ά.).
 - Οι επαγγελματίες υγείας.
- Ο επίσημος αντιγριπικός εμβολιασμός γίνεται από τις αρχές Οκτωβρίου έως τα μέσα Νοεμβρίου, ώστε τα εμβόλια να μπορέσουν να δράσουν τους μήνες κατά τους οποίους συνήθως εμφανίζεται η γρίπη. Σύμφωνα με τους γιατρούς η περίοδος της εποχικής γρίπης είναι από τον Οκτώβριο έως και τον Απρίλιο, με πιθανή έξαρση μεταξύ Δεκεμβρίου και Μαρτίου. Επιπλέον απαιτούνται περίπου δύο εβδομάδες για την επίτευξη ανοσολογικής απάντησης του εμβολίου, δηλαδή μέχρι να δράσει το εμβόλιο και να δημιουργήσει αντισώματα στον ανθρώπινο οργανισμό. Ωστόσο ακόμη και σήμερα δεν είναι αργά, για να εμβολιαστεί κάποιος, ώστε να θωρακίσει τον οργανισμό του έναντι της γρίπης.



δεν σημαίνει ότι φέτος έχουν ανοσία. Πρέπει να εμβολιαστούν πάλι. Ο εμβολιασμός πρέπει να φτάσει στο 75% του πληθυσμού, ώστε να μην έχουμε επιβάρυνση του συστήματος υγείας", τονίζει ο κ. Τσιόδρας. Σύμφωνα με τους επιστήμονες κάθε χρόνο πεθαίνουν παγκοσμίως 250.000-500.000 άνθρωποι από επιπλοκές της γρίπης, ενώ στην Ευρώπη 40.000. Πέρυσι στη χώρα μας νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ 408 σοβαρά περιστατικά με γρίπη, εκ των οποίων κατέληξαν τα 197. Ο μέσος όρος ηλικίας αυτών που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ ήταν τα 57 χρόνια και όσων κατέληξαν τα 61 έτη. Από αυτούς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ τα 3/4 ήταν άτομα υψηλού κινδύνου και μόνον το 6% είχε εμβολιαστεί.

ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ

Σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠΝΟ τέσσερις είναι οι κατηγορίες των μέτρων πρόληψης κατά της εποχικής γρίπης:

- Τα άτομα με σοβαρά υποκείμενα νοσήματα πρέπει να εμβολιαστούν έστω και τώρα, καθώς σε δέκα ημέρες θα αποκτήσουν αντισώματα.
- Όσοι εμφανίζουν σοβαρά συμπτώματα γρίπης πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία με αντιικά φάρμακα μέσα στις πρώτες 48 ώρες.
- Οι υγιείς, όταν νοσηθούν, πρέπει να απομονώνονται στο σπίτι, να ξεκουράζονται, να λαμβάνουν πολλά υγρά, να παίρνουν παυσίπονα και να κάνουν καλή διατροφή.
- Όλοι να τηρούμε τα γνωστά μέτρα υγιεινής με πλύσιμο χεριών και χρήση χαρτομάντιλου, όταν βήχουμε ή φτερνιζόμαστε.

ΕΞΑΡΣΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΟΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΕΣ

Στο μεταξύ έξαρση παρουσιάζουν οι γαστρεντερίτιδες στη Θεσσαλονίκη, ταλαιπωρώντας κυρίως τα παιδιά και λιγότερο τους ενήλικες. Κύρια συμπτώματα είναι οι διάρροιες, ο πονόκοιλος, ο εμετός και ο πυρετός, που μπορεί να φτάσει έως και τους 38 βαθμούς Κελσίου.

"Έχουμε μεγάλη αύξηση στις ιογενείς γαστρεντερίτιδες, γεγονός που μας ανησυχεί και το παρακολουθούμε. Υπάρχει αυξημένη κίνηση από ασθενείς στις εφημερίες των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ κάποια περιστατικά είναι πιο σοβαρά και χρειάζονται νοσηλεία στο νοσοκομείο. Η ανάρρωση των ασθενών απαιτεί τουλάχιστον τέσσερις-πέντε ημέρες, ενώ, σε περίπτωση που τα συμπτώματα επιμένουν, οι ενήλικες αλλά και οι γονείς για τα παιδιά τους πρέπει να απευθύνονται στο γιατρό", επισημαίνει στη "ΜΤΚ" ο διευθυντής ΕΣΥ στην Α' Παθολογική κλινική του "ΑΧΕΠΑ", παθολόγος-λοιμωξιολόγος **Παναγιώτης Κολλάρας**. Παράλληλα αναφέρει ότι στις

αστρεντερίτιδες και ιώσεις

λια



περιπτώσεις αυτές βασικός κανόνας είναι να διατηρούμε καθαρά τα χέρια μας, αλλά και να προσέχουμε τι τρώμε, αποφεύγοντας βαριά φαγητά και σάλτσες και καταναλώνοντας πολλά υγρά, για να μην πάθουμε αφυδάτωση. Την ίδια στιγμή αυξημένα είναι και τα περιστατικά ιώσεων του ανώτερου αναπνευστικού, που ταλαιπωρούν μικρούς και μεγάλους. Πυρετός, καταρροή και πονόλαιμος είναι τα κύρια συμπτώματα, ενώ στους ενήλικες η ίωση συνήθως κάνει τον κύκλο της σε δύο-τρεις ημέρες.

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΚΙΝΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

Αυξημένη κίνηση καταγράφεται και στα φαρμακεία της Θεσσαλονίκης, τα οποία βρίσκονται στην πρώτη θέση των προτιμήσεων των ασθενών, οι οποίοι, αντί να επισκεφθούν τα εξωτερικά ιατρεία κάποιου νοσοκομείου, επιλέγουν να μείνουν στο σπίτι τους, αγοράζοντας από το φαρμακείο της γειτονιάς τα απαραίτητα, για να αντιμετωπίσουν τις ιώσεις. "Έχουμε μεγάλη ζήτηση σε αντιπυρετικά, σιρόπια για το βήχα, παυσίπονα και αντιβιώσεις, τις οποίες συνταγογραφούν γιατροί. Γαστρεντερίτιδες και ιώσεις του ανώτερου αναπνευστικού είναι σε έξαρση, με τις πρώτες να ταλαιπωρούν κυρίως τα παιδιά και τις δεύτερες τους ενήλικες. Οι περισσότερες ιώσεις αρχίζουν με μεσαίο πυρετό, ο οποίος

μπορεί να φτάσει και τους 40 βαθμούς Κελσίου. Μάλιστα πολλοί εμφανίζουν αμυγδαλίτιδα, φαρυγγίτιδα ή ακόμη και πνευμονία. Αυτό σημαίνει ότι καταλήγουν στο γιατρό, για να τους δώσει αντιβίωση, ώστε να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις των ιώσεων", εξηγεί στη "ΜτΚ" ο πρόεδρος του ΦΣΘ Κυριάκος Θεοδοσιάδης.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

Για την αποφυγή των ιώσεων οι ειδικοί δίνουν μερικές χρήσιμες συμβουλές για παιδιά και ενήλικες:

- Πλένετε συχνά τα χέρια σας. Μπορείτε να κολλήσετε εύκολα ιούς, ακόμη κι όταν κάνετε χειραψία με κάποιον ασθενή ή αν ακουμπήσετε αντικείμενα τα οποία χρησιμοποιήσε προηγουμένως κάποιος ασθενής.
- Αποφύγετε ανθρώπους που ταλαιπωρούνται από κρύωμα, όταν αυτό είναι δυνατό.
- Εάν φτερνίζεστε ή βήχετε, χρησιμοποιήστε ένα χαρτομάντιλο και μετά πετάξτε το στα σκουπίδια, γιατί αποτελεί πηγή μικροβίων.
- Μην αγγίζετε τη μύτη, τα μάτια ή το στόμα σας με βρόμικα χέρια, γιατί τα μικρόβια μπορούν να εισχωρήσουν στο σώμα σας.
- Αν έχετε πάθει γαστρεντερίτιδα, καταναλώστε αρκετά υγρά (νερό, τσάι, κόκα κόλα), ρύζι, πατάτες και αποφύγετε τα όσπρια και τα λαχανικά.

Διαφορές κρουολογήματος και γρίπης

Συμπτώματα	Κοινό κρουολόγημα	Γρίπη
Πυρετός	Σπάνια στους ενήλικες και τα μεγαλύτερα παιδιά. Μπορεί να είναι υψηλός (έως και 39ο C) σε βρέφη και μικρά παιδιά.	Συνήθως υψηλός πυρετός, από 38,5° C έως και 40° C, που συνήθως διαρκεί τρεις-τέσσερις ημέρες.
Πονοκέφαλος	Σπάνια υπάρχει	Απότομη έναρξη. Μπορεί να είναι έντονος.
Μυικοί πόνοι	Μέτριας βαρύτητας	Συνήθως έντονοι.
Αίσθημα κόπωσης	Μέτριας βαρύτητας	Συχνά έντονο. Μπορεί να διαρκέσει δύο ή περισσότερες εβδομάδες.
Έντονη εξάντληση	Όχι	Αιφνίδια έναρξη. Μπορεί να είναι έντονη.
Καταρροή	Συχνά	Μερικές φορές
Φτάρνισμα	Συχνά	Μερικές φορές
Πονόλαιμος	Συχνά	Μερικές φορές
Βήχας	Μέτριας βαρύτητας παροξυσμικός βήχας	Συνήθως έντονος βήχας