

ΜΕ ΕΞΩΔΙΚΟ στη «δημοκρατία» απάντησε ο πρώην πρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) Γιάννης Τούντας για το ρεπορτάζ που δημοσιεύτηκε στο φύλλο της 19ης Μαρτίου υπό τον τίτλο «Το (μεγάλο) πλιάτσικο της Novartis».

Στην εξώδικη πρόσκληση, ο κ. Τούντας αναφέρει: «Καθ' ο μέρος αφορά το δικό μου πρόσωπο αναφέρατε τα ακόλουθα που είναι ψευδή και προσβάλλουν την προσωπικότητά μου.

1. Οτι, σύμφωνα με πληροφορίες, έγινε "έφοδος στο γραφείο μου" από τις Αρχές, στο πλαίσιο

Η απάντηση του πρώην προέδρου του ΕΟΦ για «το μεγάλο πλιάτσικο της Novartis»

των ερευνών για το σκάνδαλο της Novartis.

2. Οτι κοινοποιήθηκε σ' εμένα, ως τον τότε πρόεδρο του ΕΟΦ, υπόμνημα εν σχέση με το ζήτημα των φαρμάκων Lucentis και Avastin, εγώ δεν έκανα ως πρόεδρος του ΕΟΦ το παραμικρό. Θα ήθελα να πληροφορήσω την εφημερίδα σας όσο και τους αναγνώστες σας ότι αμφότερα τα ανωτέρω είναι ψευδή, διότι ουδεμία

έφοδος μου έχει γίνει από τις Αρχές. Και στο ζήτημα των φαρμάκων Lucentis και Avastin, ο ΕΟΦ, του οποίου εγώ ήμουν πρόεδρος την περίοδο Ιούνιος 2010 - Αύγουστος 2013, δεν είχε καμία ανάμειξη, γιατί οι ενδείξεις για τα φάρμακα δεν δίνονται από τον ΕΟΦ, αλλά από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων, ο οποίος δεν έχει περιλάβει στις ενδείξεις για τη θεραπεία της ωχράς

κηλίδας το ογκολογικό φάρμακο Avastin». Το δημοσίευμα, βέβαια, ήταν πολύ ευρύτερο και αφορούσε κατά βάση το μέγα σκάνδαλο με την εταιρία Novartis και τις πολύ σοβαρές ευθύνες που βαραίνουν πολιτικά πρόσωπα της Ν.Δ. και του ΠΑΣΟΚ, τα οποία χειρίστηκαν επί σειράν ετών το ζήτημα των φαρμακευτικών δαπανών, και όχι το πρόσωπο του κ. Τούντα. Οσον αφορά το θέμα της εφόδου,

για την οποία είχε τεθεί ανάλογο ερώτημα σε προηγούμενο φύλλο της «κυριακάτικης δημοκρατίας» χωρίς τότε να απαντηθεί, καταγράφονται η (καθυστερημένη) διευκρίνιση και η διάψευση της σχετικής πληροφορίας από τον κ. Τούντα. Οσον αφορά το υπόμνημα, εμείς δημοσιεύσαμε αντίγραφο του με την υπογραφή του καθηγητή Οφθαλμολογίας κ. Λαδά. Ανεξάρτητα από το αν είχε αρμοδιότητα ή όχι την περίοδο εκείνη ο ΕΟΦ, ο κ. Τούντας δεν διευκρινίζει αν είναι «ψευδές» και το ότι εστάλη το υπόμνημα αυτό στον ΕΟΦ.

ΥΓΕΙΑ



Γράφει η
ΑΙΜΙΛΙΑ ΣΤΑΘΑΚΟΥ
a.stathakou@realnews.gr

Η Υγεία στο κρεβάτι του Προκρούστη

■ **ΜΕΤΑ-ΑΛΗΘΕΙΑ** (post-truth): Η αλήθεια που υπηρετεί την υποκειμενική πρόσληψη της πραγματικότητας, για να ευνοήσει ένα σύστημα ιδεών με όχημα το θυμικό και τις προσωπικές απόψεις.

ΚΑΜΙΑ ΑΛΛΗ έκφραση δεν αποτυπώνει τόσο επιτυχημένα την πολιτική που ακολουθείται στον χώρο της υγείας όσο η λέξη μετα-αλήθεια (post-truth), που αναδείχθηκε από το βρετανικό λεξικό Oxford ως η λέξη της χρονιάς! Δεν είναι ακριβώς ψέμα, είναι μια διαφορετική πρόσληψη της αλήθειας, μια αντιστροφή της πραγματικότητας βασιζόμενη σε προκαταλήψεις, πεποιθήσεις, θεωρίες συνωμοσίας και ό,τι μιλά στο θυμικό του κόσμου για να προκαλέσει συναίσθημα που θα αποπροσανατολίσει από τα αντικειμενικά γεγονότα.

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ στο δημόσιο σύστημα υγείας μοιάζει με το παιχνίδι της μαγικής εικόνας

ΠΟΡΟΙ
Ο υγειονομικός τομέας διέρχεται σοβαρή κρίση, εξαιτίας της δραματικής μείωσης των ανθρώπινων, οικονομικών και τεχνολογικών πόρων

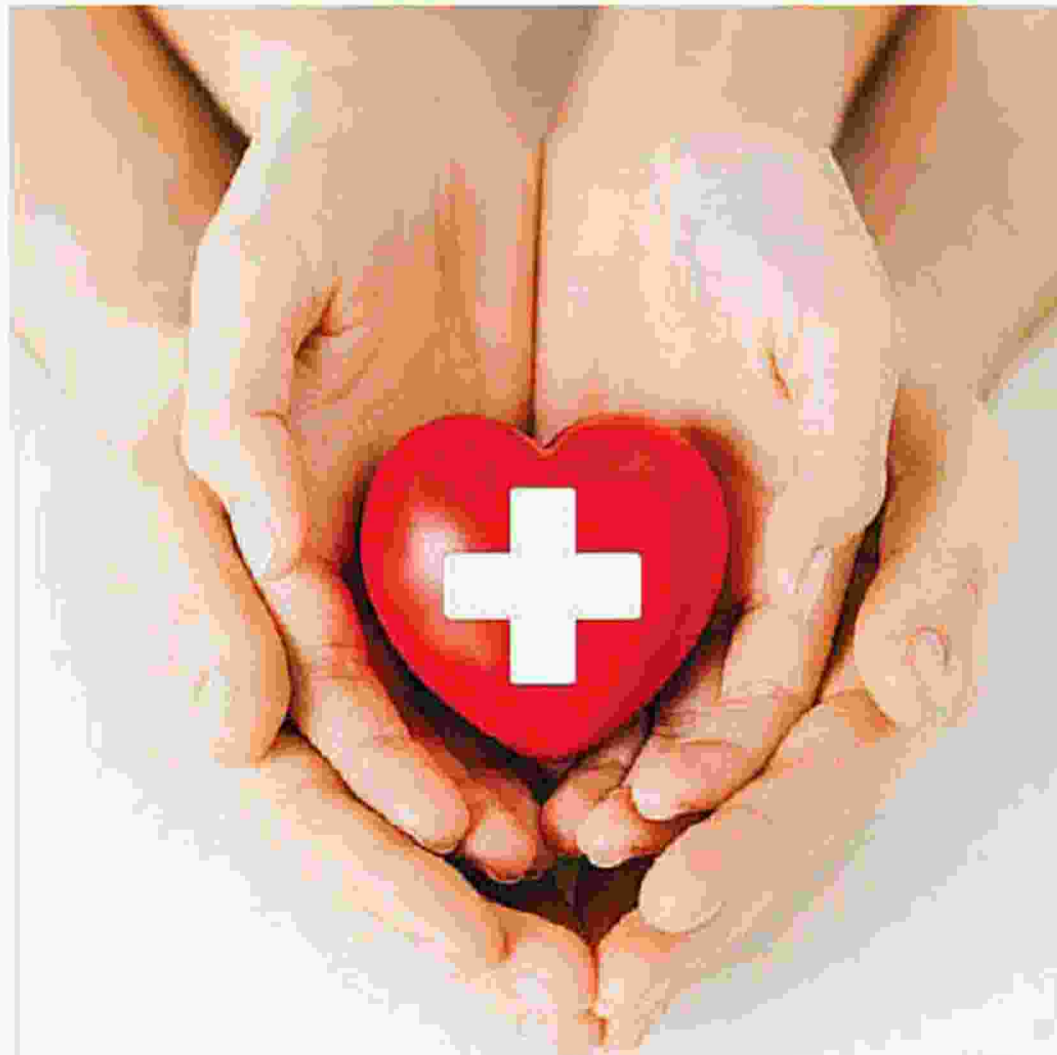
που παίζουν τα παιδιά. Από τη μια μεριά είναι η απόλυτη κατάρρευση που βιώνουν οι ασθενείς και οι υγειονομικοί και από την άλλη είναι η εικονική πραγματικότητα που παρουσιάζεται από τους θύνοντες και περιλαμβάνει εκατοντάδες προσλήψεις, αναβάθμιση υποδομών και ένα ολόκληρο καινούργιο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με νέες δομές, το οποίο όποιο να 'ναι πρόκειται να λειτουργήσει!

Ο ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ διέρχεται σοβαρή κρίση, εξαιτίας της δραματικής μείωσης των ανθρώπινων, οικονομικών και τεχνολογικών πόρων. Εδώ οδηγηθήκαμε γιατί δεν έγιναν οι απαραίτητες δομικές αλλαγές που θα οδηγούσαν σε εξοικονόμηση πόρων και εξυγίανση του συστήματος. Ωστόσο, αυτές προϋπέθεταν πολιτικό κόστος που κανείς δεν ήθελε να αναλάβει. Λεφτά στο σύστημα υγείας υπήρχαν και ίσως ακόμα να υπάρχουν. Αυτά που λείπουν είναι το όραμα και η βούληση

για μια σοβαρή πολιτική. Αντίθετα έγιναν... ψευδομεταρρυθμίσεις! Δηλαδή μαγειρέματα και πασαλείμματα για να βγουν οι αριθμοί και να ξεγελαστεί ο «μπαμπούλας» της τρόικας. Η παιδαριώδης αυτή τακτική δυναμίτισε τα θέματα του συστήματος υγείας και οδήγησε στη σημερινή κατάρρευση του.

ΤΗ ΔΥΣΚΟΛΗ αυτή ώρα, αντί να υπάρξει συνένωση και αξιοποίηση όλων των δυνάμεων, η πολιτική που χαράζεται είναι ιδεολογική και... αυτιστική! Μια αδικαιολόγητη εσωστρέφεια αποκλείει από το τραπέζι τους εμπλεκόμενους φορείς, με αποτέλεσμα να έχουν γίνει σοβαρά λάθη και αδικαιολόγητες παραλείψεις.

Η πολιτεία αδυνατεί να επιτελέσει το έργο της, δομώντας ελεγκτικούς μηχανισμούς και καταδικάζει τους ασθενείς



ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ, η ιδεολογία για τον ιδιωτικό τομέα στον οποίο στηρίζεται αναγκαστικά το σύστημα υγείας έχει δυναμίσει την αγορά της υγείας και απειλεί να στερήσει από τον ασθενή σημαντικές υπηρεσίες που το δημόσιο σύστημα δεν μπορεί να παρέχει.

ΤΡΑΝΟ παράδειγμα αποτελούν οι ρυθμίσεις για την κυκλοφορία των νέων φαρμάκων. Είναι κοινός τόπος ότι πρέπει να δομηθούν ασφαλιστικές δικλείδες για να μη γίνεται κατάχρησή τους, όπως είναι ο έλεγχος της συνταγογράφησης, τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, οι μηχανισμοί αξιολόγησης κ.λπ. Παρά το γεγονός ότι όλα αυτά είναι αυτονόητα για τις υπόλοιπες χώρες, εδώ αδυνατούμε να τα εφαρμόσουμε. Αντίθετα εφαρμόζεται ο παραλογισμός τού... πονάει πόδι κόβει πόδι! Επειδή δεν μπορεί να ελεγχθεί η κατάχρησή τους αποκλείονται από την αγορά.

ΣΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ η πολιτεία αδυνατεί να επιτελέσει το έργο της, δομώντας ελεγκτικούς μηχανισμούς και καταδικάζει τους ασθενείς. Το ίδιο σκεπτικό κρύβεται πίσω από την επιβολή των μέτρων για τις υποχρεωτικές εκπαιύσεις και τις επιστροφές στις φαρμακευτικές εταιρείες και στους άλλους παρόχους της υγείας (rebate και claw back).

ΟΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ που λαμβάνονται υπηρετούν το σκεπτικό «ό,τι περισσεύει κόβεται». Ο πέλεκυ πέφτει επί δικαίων και αδικών. Πίσω από τις ερμητικά κλειστές πόρτες της Αριστοτέλους η υγεία έχει μπει στο κρεβάτι του Προκρούστη.

Στον «αέρα» η θεραπεία των παιδιών με αυξητική ορμόνη

Δεκάδες
 μικροί ασθενείς
 διακόπτουν
 την αγωγή
 τους λόγω της
 γραφειοκρατίας
 που βάζει
 εμπόδια στην
 έγκρισή της

Στον «αέρα» βρίσκεται η θεραπεία δεκάδων παιδιών που έχουν ανάγκη χορήγησης αυξητικής ορμόνης και εξαιτίας της γραφειοκρατίας δεν μπορούν πλέον να κάνουν την αγωγή τους. Η απαραίτητη αυτή κατάσταση δημιουργήθηκε τους τελευταίους μήνες, όταν άλλαξε ο τρόπος έγκρισης της χορήγησης του φαρμάκου χωρίς να υπάρχει η απαραίτητη υποδομή στα αρμόδια τμήματα των νοσοκομείων Παιδών για να υποστηρίξει τη νέα διαδικασία.

Το αποτέλεσμα είναι πολλά παιδιά να έχουν διακόψει τη θεραπεία τους με κίνδυνο να ανασταλεί η επίδρασή της. Την αγωνία του εξέφρασε στη Realnews ο πατέρας ενός δεκάχρονου κοριτσιού που περιμένει εδώ και εβδομάδες να εγκριθεί η θεραπεία του παιδιού του. «Ο γιατρός που την παρακολουθεί μας έχει τονίσει ότι η αγωγή πρέπει να γίνεται στο ενδεδειγμένο χρονικό διάστημα, γιατί αλλιώς χάνεται η επίδρασή της. Ωστόσο, ο φάκελός της εκκρεμεί στο νοσοκομείο Παιδών και ο χρόνος περνάει», λέει.

Από την πλευρά της, η **Λιάνα Πολυχρόνη**, παιδίατρος με εξειδίκευση στην Παιδιατρική Ενδοκρινολογία, εξηγεί ότι η αυξητική ορμόνη (GH) είναι μια συνθετική ανθρώπινη ορμόνη που παράγεται με την τεχνολογία του ανασυνδυασμένου DNA. Η ανάπτυξή της έχει αλλάξει ριζικά την εξέλιξη πολλών παιδιών με διαταραχές ανάπτυξης. Οι δύο κύριες χρήσεις της είναι σε παιδιά με ανεπάρκεια GH και σε κορίτσια με σύνδρομο Turner. Η συχνότητα εμφάνισης της ανεπάρκειας GH στα παιδιά είναι 1:4.000.

Επίσης, χορηγείται σε παιδιά με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, με σύνδρομο Prader-Willi και σε παιδιά με ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης, τα οποία δεν απέκτησαν φυσιολογικό ύψος τα 2-3 πρώτα χρόνια της ζωής τους. «Η συνθετική αυξητική ορμόνη είναι πανομοιότυπη με την αυξητική ορμόνη που παράγεται φυσιολογικά από την υπόφυση και διεγείρει την αύξηση των μακρών οστών, ενώ παράλληλα δρα και σε άλλα όργανα, στα οποία είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη και τη λειτουργία τους η χορήγηση της GH, που διαρκεί αρκετά χρόνια και η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται από την ηλικία έναρξης της θεραπείας. Η αποτελεσματικότητα της λήψης GH σχετίζεται με τη συμμόρφωση στη θεραπεία (καθημερινή χορήγηση, οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία του παιδιού).

Σημαντική η συμμόρφωση

Μελέτες έδειξαν ότι το 15-20% των ασθενών δεν είχε πλήρη συμμόρφωση και η συχνή παράλειψη των δόσεων είχε ως αποτέλεσμα την επίτευξη χαμηλότερου τελικού αναστήματος.

Στη χώρα μας υπάρχουν διαθέσιμες συσκευές χορήγησης GH, οι οποίες επιτρέπουν στον γιατρό την παρακολούθηση της σωστής χορήγησης των δόσεων στους μικρούς ασθενείς. Η δοσολογία και το ακριβές πρόγραμμα χορήγησης της GH βασίζονται στην εξατομικευμένη εκτίμηση κάθε ασθενούς.

Η έναρξη της θεραπείας γίνεται μόνο κατόπιν εγκρίσεων από επιτροπή ειδικών, ενώ είναι αναγκαία και η επανεκτίμηση του παιδιού κατά τακτά χρονικά διαστήματα για τη συνέχισή της.

Η νέα διαδικασία

Μέχρι τα τέλη του 2016 υπήρχαν τέσσερις αρμόδιες επιτροπές στα νοσοκομεία Παιδών «Αγία Σοφία», Παιδών «Π. & Α. Κυριακού», Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών και «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης, οι οποίες συνεδριάζαν μία φορά τον μήνα. Από τον Ιανουάριο του 2017 συγχροτήθηκε επταμελής επιτροπή ελέγχου χορήγησης αυξητικής ορμόνης, η οποία έχει καθοριστικό ρόλο στην έγκριση έναρξης θεραπείας και συνεδριάζει μηνιαίως στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας.

Ωστόσο, οι επαναχορηγήσεις αυξητικής ορμόνης στα παιδιά που είναι ήδη υπό θεραπεία έχουν ανατεθεί στην Αθήνα σε κοινή επιτροπή των δύο νοσοκομείων Παιδών, «Αγία Σοφία» και «Π. & Α. Κυριακού», στη Θεσσαλονίκη στο Γ.Ν. «Ιπποκράτειο» και στην Πάτρα στο ΠΓΝΠ «Παναγία η Βοήθεια».

Το πρόβλημα δημιουργήθηκε μετά από την συνένωση των επιτροπών στα δυο μεγαλύτερα νοσοκομεία παιδών της Αθήνας τα οποία δέχονται τον μεγαλύτερο όγκο περιστατικών. Ενώ δηλαδή συνεδρίασαν κανονικά οι επιτροπές έγκρισης και επανεγκρίσης, παρουσιάστηκαν καθυστερήσεις στην αποστολή των εγκριτικών αποφάσεων, με αποτέλεσμα πολλά παιδιά με ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης να διακόψουν για ένα χρονικό διάστημα την θεραπεία τους.

Το πρόβλημα

Ενώ δηλαδή συνεδρίασε η επιτροπή του ΚΕΣΥ κανονικά τον Ιανουάριο 2017, παρουσιάστηκαν καθυστερήσεις από τα Παιδών στην αποστολή των εγκριτικών αποφάσεων, με αποτέλεσμα αρκετά παιδιά με ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης να έχουν σταματήσει τη θεραπεία τους», εξηγεί η κυρία Πολυχρόνη και καταλήγει: «Όλοι εμείς που ασχολούμαστε με τη διάγνωση και τη θεραπεία των παιδιών με ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης ελπίζουμε να υπάρξει συντόμευση της διαδικασίας έγκρισης και επανεγκρίσης με πιθανή αύξηση ανθρώπινου δυναμικού, για καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών και, έμμεσα, καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα».



Η παιδίατρος
Λιάνα Πολυχρόνη

Διάγνωση

Σύμφωνα με την κυρία Πολυχρόνη, η διάγνωση της ανεπάρκειας GH είναι δύσκολη και απαιτεί λεπτομερές ιστορικό, ενδελεχή κλινική εξέταση, παρακολούθηση του ρυθμού ανάπτυξης και της καμπύλης ανάπτυξης του παιδιού για μεγάλο χρονικό διάστημα. Από το ιστορικό του παιδιού παίρνουμε πληροφορίες για πιθανό ιστορικό όγκου, τραυματισμό στην περιοχή, ακτινοβολία ΚΝΣ ή την ύπαρξη συγγενών με ανεπάρκεια GH (αδελφία). Για τη διάγνωση είναι σημαντικό ο γιατρός να γνωρίζει αν στη νεογνική περίοδο παρουσιάστηκαν υπογλυκαιμικά επεισόδια, ίκτερος ή μικρό πέος.

Κλινικά, μπορούμε να δούμε ιδιαίτερα χαρακτηριστικά προσώπεια, κεντρική παχυσαρκία, μικρό πέος, χαρακτηριστική χροιά της φωνής. Ο χαμηλός ρυθμός ανάπτυξης και το χαμηλό ανάστημα του παιδιού είναι οι πιο έγκυροι δείκτες για τη διάγνωση ανεπάρκειας GH.

Οι ασθενείς με Πάρκινσον μπορούν να έχουν ποιότητα ζωής

Σημαντικές είναι οι επιστημονικές εξελίξεις στη θεραπεία της νόσου Πάρκινσον, που αποτελεί μία από τις συχνότερες εκφυλιστικές νόσους του εγκεφάλου. Το ενθαρρυντικό είναι ότι υπάρχουν θεραπείες που βελτιώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Για το θέμα μιλά ο **Γεώργιος Α. Τάγαρης**, νευρολόγος, διευθυντής ΕΣΥ, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς».

■ Τι είναι η νόσος του Πάρκινσον και πού οφείλεται;

Η νόσος του Πάρκινσον είναι μια εκφυλιστική νόσος του νευρικού συστήματος. Η κύρια βλάβη είναι η καταστροφή κυττάρων του εγκεφάλου που παράγουν μια ουσία που λέγεται ντοπαμίνη. Η έλλειψη ντοπαμίνης ευθύνεται για τα περισσότερα από τα προβλήματα που προκαλεί η νόσος. Τι ακριβώς προκαλεί την καταστροφή των κυττάρων δεν είναι γνωστό. Σαφής κληρονομικότητα υπάρχει σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών, γύρω στο 5%. Για τη μεγάλη πλειονότητα των ασθενών, η αιτία δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί με βεβαιότητα. Για τους ασθενείς αυτούς υποθέτουμε ότι ευθύνεται κάποιος συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, υπάρχει δηλαδή μια προδιάθεση, η οποία κάνει τα άτομα ευαίσθητα στην επίδραση κάποιου εξωτερικού παράγοντα.

■ Πόσο συχνή είναι η νόσος και σε ποια ηλικία εμφανίζεται;

Υπολογίζεται ότι περίπου 2 στα 1.000 άτομα πάσχουν από αυτή. Αυτό σημαίνει ότι στην Ελλάδα έχουμε γύρω στους 20.000 ασθενείς που πάσχουν από νόσο του Πάρκινσον. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου αυξάνεται με την ηλικία, φθάνοντας το 1% του πληθυσμού πάνω από 60 ετών. Ωστόσο, μπορεί να διαγνωσθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, ακόμα και σε άτομα κάτω των 30 ετών.

■ Ποια είναι τα συμπτώματα της νόσου;

Συνήθως το πρώτο σύμπτωμα που είναι τρόμος (τρέμουλο) σε κάποιο μέλος του σώματος (συνήθως το ένα χέρι). Ο τρόμος συνήθως εμφανίζεται όταν το χέρι είναι χαλαρό και σταματά κατά τη διάρκεια της κίνησης. Σε άλλες περιπτώσεις ο ασθενής δεν τρέμει, αλλά αντιλαμβάνεται ότι οι κινήσεις του γίνονται πιο αργές και το σώμα του γίνεται δύσκαμπτο. Αυτά τα συμπτώματα, το τρέμουλο, η βραδύτητα στις κινήσεις και η δυσκαμψία (που στην ιατρική γλώσσα τα αποκαλούμε αντίστοιχα «τρέμο», «βραδυκίνησια» και «υπερτονία»), είναι τα βασικά συμπτώματα της νόσου. Αν ο ασθενής δεν πάρει θεραπεία, σιγά-σιγά θα παρουσιάσει μια αλλαγή στη στάση και στη βόδιση (ο ασθενής περπατά σκυφτός με μικρά βήματα). Υπάρχουν, επίσης, συμπτώματα που δεν έχουν σχέση με την κίνηση (δυσκοιλιότητα, κατάθλιψη, υπόταση), καθώς και συμπτώματα που αποτελούν παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής.

■ Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση της νόσου του Πάρκινσον είναι δουλειά του ειδικού νευρολόγου. Στα αρχικά στάδια μπορεί να μην είναι εύκολη, καθώς τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν πιο πάνω -και ειδικά το τρέμουλο- μπορεί

Σημαντική είναι η συμβολή των θεραπειών στη βελτίωση της ποιότητας ζωής



ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΟΙ ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ θεραπευτικές προσεγγίσεις αλλά και όσες αναμένονται στο προσεχές μέλλον αποτελούν αντικείμενο της ενημερωτικής ημερίδας που θα διεξαχθεί την Παρασκευή 31 Μαρτίου στο ξενοδοχείο «Caravel» στις 17:00. Η ημερίδα, η οποία απευθύνεται στους ασθενείς και φροντιστές, οργανώνεται από τη Νευρολογική Κλινική του νοσοκομείου «Γεώργιος Γεννηματάς» και την Ακαδημία Νευροεπιστημών.

να εμφανιστούν και σε πολλές άλλες καταστάσεις (άγχος, παθήσεις του θυρεοειδούς, παρενέργεια φαρμάκων). Δεν υπάρχει κάποια εργαστηριακή εξέταση που να οδηγεί με βεβαιότητα στη διάγνωση, ενώ οι συνηθισμένες απεικονιστικές εξετάσεις (αξονική και μαγνητική τομογραφία) δεν έχουν ευρήματα. Η εκφύλιση των κυττάρων της ντοπαμίνης μπορεί να απεικονισθεί με ένα ειδικό σπινθηρογράφημα (DAT-SCAN). Όμως, το αποτέλεσμα και αυτής της εξέτασης πρέπει να αξιολογηθεί από τον ειδικό νευρολόγο.

■ Θεραπεύεται η νόσος του Πάρκινσον και, αν ναι, με ποιον τρόπο;

Όπως συμβαίνει με τα περισσότερα χρόνια νοσήματα, για τη νόσο του Πάρκινσον δεν υπάρχει μια οριστική θεραπεία στην οποία θα μπορούσε να υποβληθεί ο ασθενής και να «γίνει καλά».

Υπάρχουν, όμως, φάρμακα που μπορούν να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τα συμπτώματα της νόσου και που έχουν στόχο να υποκαταστήσουν την ντοπαμίνη, η οποία, όπως είπαμε, λείπει από τον εγκέφαλο του παρκινσονικού ασθενούς. Βάση της θεραπείας αποτελεί μια ουσία που λέγεται λεβοντόπα, η οποία στον εγκέφαλο μετατρέπεται σε ντοπαμίνη.

Υπάρχουν και άλλα φάρμακα που χορηγούνται είτε μόνα τους στην αρχή της νόσου είτε σε συνδυασμό με τη λεβοντόπα, με στόχο την καλύτερη ανταπόκριση του ασθενούς. Στην προχωρημένη νόσο, συχνά η απάντηση στη θεραπεία δεν είναι ομαλή και ο ασθενής εμφανίζει περιόδους ακινησίας ή και ανεξέλεγκτες κινήσεις (υπερκινήσεις), ανάλογα με τη στάθμη του φαρμάκου στο αίμα.

Περίπου 2 στα 1.000 άτομα πάσχουν από τη νόσο του Πάρκινσον. Στην Ελλάδα έχουμε γύρω στους 20.000 ασθενείς

Οι καταστάσεις αυτές αντιμετωπίζονται με προσεκτική ρύθμιση της αγωγής.

Σε ένα ποσοστό των ασθενών η ρύθμιση δεν είναι ικανοποιητική. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτούνται επεμβατικές θεραπείες (χορήγηση φαρμάκων σε συνεχή έγχυση με ειδικές αντλίες, χειρουργική εμφύτευση ηλεκτροδίων στον εγκέφαλο).

Τέλος, σε όλα τα στάδια της νόσου σημαντικός είναι ο ρόλος της φυσικής άσκησης για τη διατήρηση και τη βελτίωση της κινητικότητας του ασθενούς, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί φυσικοθεραπεία.

■ Τελικά, τι μπορεί να περιμένει ο παρκινσονικός ασθενής;

Η νόσος του Πάρκινσον είναι η νευροεκφυλιστική νόσος στην οποία η επιστήμη έχει προχωρήσει περισσότερο αναφορικά με τους μηχανισμούς που την προκαλούν. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει συνεχής εξέλιξη σε ό,τι αφορά νέες θεραπείες και βελτίωση των उपάρχόντων. Ωστόσο, ο παρκινσονικός ασθενής πρέπει να γνωρίζει ότι οι υπάρχουσες θεραπείες είναι ήδη αρκετά αποτελεσματικές και ικανές να προσφέρουν ικανοποιητική ποιότητα ζωής. Η νόσος του Πάρκινσον απαιτεί από τον ασθενή την ενεργό συμμετοχή και τη στενή συνεργασία με τον γιατρό και την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα, έτσι ώστε να αντιμετωπίσει τα συμπτώματά του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και σε βάθος χρόνου.

«Αθωράκιστα» είναι τα Ελληνόπουλα απέναντι στη μηνιγγίτιδα τύπου Β, καθώς το εμβόλιο για τη νόσο δεν έχει ενταχθεί στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού. Η εξαίρεση του εμβολίου από το πρόγραμμα έχει προκαλέσει τις έντονες αντιδράσεις της επιστημονικής κοινότητας. Σημειώνεται ότι κάθε χρόνο στη χώρα μας περισσότερα από 52 άτομα προσβάλλονται από μηνιγγιτιδόκοκκο τύπου Β. Μάλιστα, εκτιμάται ότι τα περιστατικά υποεκτιμώνται κατά 30%.

Οι προβλέψεις του Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μηνιγγίτιδας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας για τα επόμενα χρόνια δεν είναι καθόλου ευαίσθητες. Μέχρι το 2020 τα περιστατικά της νόσου στη χώρα μας θα αυξηθούν κατά 60% και η θνητότητα κατά 40%.

Ηδη από την αρχή του έτους μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί συνολικά 9 κρούσματα της νόσου (Χίος, Βόλος, Σέρρες, Ιωάννινα, Χανιά, Ηράκλειο, Μυτιλήνη). Το πρώτο τετράμηνο του 2016 καταγράφηκαν 30 κρούσματα μηνιγγίτιδας τύπου Β, με αποτέλεσμα δύο νήπια να χάσουν τη ζωή τους και αρκετά παιδιά να ακρωτηριαστούν.

Παρά τη σημαντική επίπτωση της νόσου, η σύσταση της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμού προβλέπει ότι το εμβόλιο θα αποζημιώνεται μόνο για τις ομάδες υψηλού κινδύνου. Η απόφαση αυτή προκάλεσε τις έντονες αντιδράσεις της επιστημονικής κοινότητας. Η Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων Αττικής και οι Ιατρικοί Σύλλογοι Λάρισας και Κέρκυρας έχουν αποστείλει επιστολές στο υπουργείο Υγείας με τις οποίες ζητούν να ενταχθεί το εμβόλιο στο εθνικό πρόγραμμα. Ανάλογες τοποθετήσεις έχουν κάνει και οι Φαρμακευτικοί Σύλλογοι Ρεθύμνου και Ηρακλείου.

Σύμφωνα με τους επιστήμονες, ο εμβολιασμός των ατόμων υψηλού κινδύνου δεν πρόκειται να συντελέσει στη μείωση θανατηφόρων κρουσμάτων, δεδομένου ότι η πλειονότητα των περιστατικών μηνιγγίτιδας αφορά υγιή άτομα, ενώ η θνητότητα σε αυτή την κατηγορία είναι από 5 έως 10 φορές υψηλότερη. Ειδικότερα, η Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων Αττικής σε επιστολή που έστειλε στον υπουργό Υγείας **Ανδρέα Ξανθό** αναφέρει χαρακτηριστικά:

«Ως επιστήμονες θεωρούμε ότι η απόφαση να αποζημιώνεται το εμβόλιο μόνο για τις ομά-

Απροστάτευτα τα Ελληνόπουλα απέναντι στη μηνιγγίτιδα

Έντονες αντιδράσεις έχει προκαλέσει η απόφαση να μην ενταχθεί το εμβόλιο για τον μηνιγγιτιδόκοκκο τύπου Β στο Πρόγραμμα Εθνικού Εμβολιασμού

δες υψηλού κινδύνου δεν θα δώσει επί της ουσίας λύση όσον αφορά την προστασία της Δημόσιας Υγείας, δεδομένου ότι:

- ▶ Η πλειονότητα των περιστατικών μηνιγγίτιδας κυρίως αφορά προηγουμένως υγιή άτομα και όχι άτομα υψηλού κινδύνου.
- ▶ Η θνητότητα είναι σημαντικά υψηλότερη σε υγιή άτομα σε σχέση με τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.
- ▶ Συνεισώς από πλευράς Δημόσιας Υγείας η σύσταση θα έχει μηδενική συνεισφορά στη μείωση τόσο των συνολικών κρουσμάτων όσο και της θνητότητας και άρα τίθεται σε αμφισβήτηση το όφελος αυτής της επένδυσης.

Προκειμένου να προστατευθεί η Δημόσια Υγεία και να μεγιστοποιηθεί το αποτέλεσμα της όποιας απόφασης, η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών πρέπει να συμπεριλάβει στη γνωμοδότησή της και τα βρέφη κάτω του ενός έτους, τα οποία είναι η ομάδα πληθυσμού με τον υψηλότερο κίνδυνο βάσει της επιδημιολογίας.

Εξάλλου, πολύ τακτικά βλέπουμε περιπτώσεις προσβολής παιδιών από μηνιγγιτιδόκοκκο τύπου Β που σίγουρα δεν ανήκουν σε καμία από τις ομάδες υψηλού κινδύνου».

Σχολιάζοντας το θέμα, ο παιδίατρος **Κώστας Νταλούκας**, πρόεδρος της Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων Αττικής, τονίζει ότι η μηνιγγίτιδα αποτελεί μια σημαντική απειλή τόσο για τον γονιό όσο και για τον κλινικό παιδίατρο. Αυτό οφείλεται στις ιδιαιτερότητες της νόσου, που χαρακτηρίζεται από δυσκολία στη διάγνωση,



Η πλειονότητα των περιστατικών μηνιγγίτιδας κυρίως αφορά προηγουμένως υγιή άτομα και όχι υψηλού κινδύνου

ταχεία εξέλιξη και ιδιαίτερη βαρύτητα.

Πρέπει να μπει τέλος στην αδικία που υπάρχει σήμερα με αυτόν τον εμβολιασμό, όπου ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα των γονέων κάποια παιδιά προστατεύονται περισσότερο ή λιγότερο από τα άλλα.

Επιμένουμε στη θέση μας σχετικά με την ανάγκη δίκαιης μεταχείρισης όλων των Ελληνόπουλων όσον αφορά την προστασία της υγείας τους, ειδικά στην Ελλάδα της κρίσης.

Σημειώνεται ότι το θέμα έφτασε και στη Βουλή, καθώς κατά την περίοδο 2015-2016 είχαν κατατεθεί στη Βουλή 28 ερωτήσεις προς τους συναρμόδιους υπουργούς για την ένταξη του εμβολίου κατά της μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου τύπου Β στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού.

Στην Ευρώπη το εμβόλιο αποζημιώνεται χωρίς καμία συμμετοχή από το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιταλία και την Ιρλανδία για την ηλικιακή ομάδα με το υψηλότερο κίνδυνο βάσει επιδημιολογίας, δηλαδή για τα βρέφη κάτω του ενός έτους.

ΜΙΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΝΟΣΟΣ

Η μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος είναι μία σοβαρή νόσος που προκαλείται από το μικρόβιο που λέγεται μηνιγγιτιδόκοκκος. Το μικρόβιο αυτό μπορεί να προκαλέσει μηνιγγίτιδα (φλεγμονή των μεμβρανών που περιβάλλουν τον εγκέφαλο) και σπυραιμία (μόλυνση του αίματος). Η μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος οφείλεται κυρίως στον τύπο Β, ο οποίος ευθύνεται για το 90% των κρουσμάτων στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Περίπου 1 στα 10 άτομα που προσβάλλονται από μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο καταλήγει παρά τη θεραπεία, ενώ 1 στα 5 άτομα που επιβιώνουν εμφανίζει μόνιμες αναπηρίες. Η νό-

σος αυτή είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη, καθώς μπορεί να εμφανιστεί ξαφνικά και να εξελιχθεί πολύ γρήγορα. Είναι χαρακτηριστικό ότι μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο μέσα σε λίγες ώρες (8-15% των περιπτώσεων) ή να προκαλέσει σοβαρές αναπηρίες στους επιζήσαντες, όπως κώφωση, νευρολογικές βλάβες ή ακρωτηριασμό μέλους.

Τα συμπτώματα

Νεογέννητα και παιδιά μικρής ηλικίας

- ▶ Μείωση της όρεξης για φαγητό.
- ▶ Υψίσυχο κλάμα.

- ▶ Ανσυχία.
 - ▶ Υπνηλία.
 - ▶ Υποτονία.
 - ▶ Λήθαργος.
 - ▶ Πυρετός.
- Ενήλικες**
- ▶ Πονοκέφαλος.
 - ▶ Πυρετός.
 - ▶ Αυχενική δυσκαμψία.
 - ▶ Σπασμοί.
 - ▶ Ευερεθιστότητα.
 - ▶ Υπνηλία.
 - ▶ Λήθαργος.

Αιμοληψίες μόνο σε εργαστήρια

Διορία τριών μηνών για να κλείσουν τα «αιμοληπτήρια» που διατηρούν σε απομακρυσμένες περιοχές δίνει στα διαγνωστικά εργαστήρια το υπουργείο Υγείας. Πρόκειται για χώρους εκτός των εγκαταστάσεων των διαγνωστικών εργαστηρίων στους οποίους διενεργούνται αιμοληψίες και φυλάσσονται προσωρινά δείγματα αίματος. Το υπουργείο Υγείας με διάταξη στον πρόσφατα ψηφισθέντα νόμο για την οργάνωση του συστήματος Ψυχικής Υγείας απαγορεύει τη λειτουργία των αιμοληπτηρίων, τα οποία θα πρέπει να

κλείσουν εντός τριών μηνών, με το σκεπτικό ότι, αφενός, διαμορφώνονται συνθήκες αθέμιτου ανταγωνισμού, αφετέρου, προκύπτουν ζητήματα διασφάλισης της δημόσιας υγείας. Εντονή είναι η αντίδραση του Πανελληνίου Συνδέσμου Ιατρικών Διαγνωστικών Κέντρων, που υποστηρίζει ότι με τη συγκεκριμένη διάταξη το υπουργείο Υγείας αφήνει ακάλυπτους χιλιάδες πολίτες κυρίως σε ορεινές δύσβατες περιοχές, οι οποίοι θα πρέπει να διανύουν πολλές δεκάδες χιλιόμετρα για να υποβληθούν σε απλές εξετάσεις.

Πρωταθλήτρια στις καισαρικές η Ελλάδα

Πώς μπορεί να επιτευχθεί ένας φυσιολογικός τοκετός, σύμφωνα με τους ειδικούς

Πρωταθλήτρια στις καισαρικές τομές αναδείχθηκε η χώρα μας σε έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Σύμφωνα με αυτόν, ο αριθμός των καισαρικών τομών στην Ελλάδα υπερβαίνει κατά πολύ τον μέσον όρο των περισσότερων αναπτυγμένων χωρών.

«Ορισμένες τροποποιήσεις από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και η εφαρμογή πρωτόκολλων με τη συνεργασία των μαιών μπορούν να ελαττώσουν τον αριθμό των καισαρικών», εξηγούν ο **Γεώργιος Φαρμακίδης**, καθηγητής Μαιευτικής, Γυναικολογίας και Εμβρυομητρικής Πανεπιστήμιου Stony Brook NY, και η μαιά **Ειρήνη Παρασκευά**.

Ας δούμε ποιους τρόπους προτείνουν για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος:

«Όσο λιγότερες είναι οι παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες ενός φυσιολογικού τοκετού.

Τα ενδεδειγμένα βήματα είναι τα εξής:

➤ Η εισαγωγή της μπτέρας στην αίθουσα τοκετών να γίνεται κατά τη διάρκεια του ενεργού τοκετού, δηλαδή μετά τα 5 εκ. Εάν έχουν σπάσει τα νερά και δεν υπάρχει πρόβλημα στο έμβρυο, η εισαγωγή στην αίθουσα τοκετού μπορεί να καθυστερήσει μέχρι 20 ώρες. Η πλειονότητα των εγκύων θα πάνε μόνες τους σε τοκετό.



➤ Η γυναίκα πρέπει να κινείται και να αποφεύγεται η καθήλωσή της στο κρεβάτι. Αυτό επιτυγχάνεται με τη διαλείπουσα ακρόαση παλμών ή με την ασύρματη καρδιοτοκογραφία. Πρέπει να εκπαιδεύονται οι επίτοκες να χρησιμοποιούν εναλλακτικές μεθόδους για την ελάττωση του πόνου (διάφορες στάσεις, τοκετός στο νερό, μασάζ κ.λπ.).

➤ Οι παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού (κολπικές εξετάσεις,

σπάσιμο των νερών, οξυτοκίνη) να γίνονται μόνο όταν είναι απαραίτητες.

➤ Η εξώθηση εάν το νεογνό δεν έχει πρόβλημα μπορεί να καθυστερεί και μία ώρα μέχρι η μπτέρα να νιώσει την ανάγκη να εξωθήσει. Εναλλαγές στάσεων μπορεί να διευκολύνουν τη μπτέρα στην ελάφρυνση του πόνου, καθώς και στο να γυρίσουν τα έμβρυα με οπίσθια προβολή.

➤ Κατά τη διάρκεια του τοκετού η μπτέρα μπορεί να πίνει υγρά και να τρώει πολύ ελαφρύ φαγητό.

➤ Γυναίκες που είχαν προηγηθείσα καισαρική τομή μπορούν να γεννήσουν φυσιολογικά, αφού ενημερωθούν από τον έμπειρο ιατρό τους για τα υπέρ και κατά του φυσιολογικού τοκετού μετά από καισαρική.

➤ Στις νέες οδηγίες από το Κολέγιο των Μαιευτήρων Γυναικολόγων της Αμερικής, δυστοκία ή μη πρόσδος τοκετού θεωρείται εάν η μπτέρα έχει διαστολή 6 εκ. για 4 ώρες.

➤ Η επισκληρίδιος βοήθη τη γυναίκα να αντεπεξέλθει στους πόνους εφόσον άλλα μέσα δεν τους απαλύνουν.

➤ Η πρόκληση του τοκετού πρέπει να γίνεται μόνο εάν υπάρχουν μαιευτικές ενδείξεις και μετά από κατάλληλη προετοιμασία του τραχήλου».