

Πηγή:	ΝΑΥΤΕΜΠΟΡΙΚΗ	Σελ.:	26	Ημερομηνία έκδοσης:	26-10-2018
Επιφάνεια:	68.91 cm <sup>2</sup>	Αρθρογράφος:		Κυκλοφορία:	560
Θέματα:	ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ				



[ΚΕΕΛΠΝΟ - 2017]

## «Εκτίναξη» Λοιμωδών Νοσημάτων

Προβληματισμό προκαλούν τα στοιχεία του ΚΕΕΛΠΝΟ για την πορεία των **Λοιμωδών Νοσημάτων** στη χώρα, τα οποία ανακοίνωσε η ΕΛΣΤΑΤ.

Συγκεκριμένα, λοιπόν, σύμφωνα με τα στοιχεία του έτους 2017, τα δηλωθέντα κρούσματα **λοιμωδών νοσημάτων** ανήλθαν σε 5.967 έναντι 4.951 κρουσμάτων του 2016, αύξηση που αντιστοιχεί σε ποσοστό 20,5%! «Οδηγός» αυτής της ανόδου φέρεται να είναι η επανεμφάνιση πέρυσι κρουσμάτων ιλαράς, τα οποία μάλιστα ανήλθαν σε 1.027. Αντιθέτως, τα εργαστηριακά επιβεβαιωμένα κρούσματα της γρίπης μειώθηκαν κατά 3,5% (από 2.622 σε 2.530) συγκριτικά με το 2016.

Τα στοιχεία δείχνουν αύξηση της σαλμονέλλωσης τους καλοκαιρινούς μήνες και ειδικά των Αύγουστο. [SID:12176906]

# Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι το τέλος

Πηγή: ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΗΣ ΛΑΡΙΣΑΣ Σελ.: 7

Ημερομηνία έκδοσης: 26-10-2018

Επιφάνεια: 401.78 cm<sup>2</sup>      Αρθρογράφος:

Κυκλοφορία: 0

Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ



ΗΧΗΡΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ  
ΣΤΗ ΧΘΕΣΙΝΗ ΚΑΜΠΑΝΙΑ  
ΤΟΥ Κ.Υ. ΛΑΡΙΣΑΣ  
ΣΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ  
ΠΛΑΤΕΙΑ ΜΕ ΚΥΡΙΑΡΧΟ  
ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

## Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι το τέλος...

Στέλνοντας σε κάθε γυναίκα το μήνυμα ότι ο καρκίνος του μαστού δεν είναι το τέλος, αλλά η αρχή για μια νέα πραγματικότητα οι μαίες του τμήματος Οικογενειακού Προγραμματισμού, του Κέντρου Υγείας Λάρισας Μαρία Κατσούρα, Ντίνα Νάτσιου, Ζωή Γκριζιώτη, οργάνωσαν χθες το πρωί στην Κεντρική πλατεία ενημερωτική καμπάνια για τον καρκίνο του μαστού.

Μοιράζοντας έντυπο ενημερωτικό υλικό αλλά και τα γνωστά σε όλους ροζ κορδελάκια μίλησαν στις Λαρισαίες για την προστασία του σώματός τους

στρέφοντας το ενδιαφέρον στην έγκαιρη διάγνωση αλλά και στην αποτελεσματική θεραπεία της νόσου.

Συγκεκριμένα οι τρεις μαίες ανέδειξαν την αξία της πρόληψης υποστηρίζοντας την ανάγκη υιοθέτησης ενός τρόπου ζωής που μειώνει τον κίνδυνο και περιλαμβάνει τη σωματική άσκηση, τη σωστή διατροφή, τη διατήρηση του φυσιολογικού βάρους και την αποφυγή αλκοόλ και καπνίσματος ενώ δεν παρέλειψαν να αναφερθούν και στη συμβολή της αυτοεξέτασης στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μα-

στού. Όσον αφορά στην έγκαιρη διάγνωση μίλησαν για την κλινική εξέταση, που είναι μια απλή και γρήγορη εξέταση και αποτελεί σπουδαίο διαγνωστικό εργαλείο αλλά και για τη μαστογραφία, εξέταση που μπορεί αποδεδειγμένα να βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση μειώνοντας τη θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού. Στις εξετάσεις περιλαμβάνονται, όταν κριθεί απαραίτητο το υπερηχογράφημα αλλά και η μαγνητική τομογραφία.

Μαζί με τις τρεις μαίες στην ενημερωτική καμπάνια συμμετείχε και ο επι-



στημονικός υπεύθυνος και χειρουργός κ. Ευάγγελος Γραντζής ενώ το περίπτερο του Κέντρου Υγείας επισκέφθηκε νωρίς το πρωί και ο διοικητής της 5ης ΥΠΕ Νέστορας Αντωνίου.

Μιλώντας στην «Ε» η υπεύθυνη του τμήματος κα Μαρία Κατσούρα υπενθύμισε ότι στο Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού του Κ.Υ. Λάρισας γίνονται 150 τεστ παπ μνηνιώς σε ασφαλισμένες και ανασφάλιστες γυναίκες ενώ 40 γυναίκες μνηνιώς σε περίοδο κύησης παρακολουθούν μαθήματα ανώδυνου τοκετού. Παράλληλα εκπονούνται ενημερωτικά προγράμματα για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, τις μεθόδους αντισύλληψης, την περιποίηση νεογνών στις νέες μητέρες κ.λπ.

Το τμήμα θα μπορούσε να προσφέρει και την υπηρεσία της τοποθέτησης ενδομητρίου σπιρώματος εάν υπήρχε γυναικολόγος και κοιλιακός υπέρηχος, συμπλήρωσε η κα Κατσούρα αποκαλύπτοντας ότι το τμήμα θα συμμετέχει και στην υλοποίηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία του νομού. **Δ.Κ.**

Πηγή:	TACHYΔΡΟΜΟΣ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	Σελ.:	8	Ημερομηνία έκδοσης:	26-10-2018
Επιφάνεια:	493.49 cm <sup>2</sup>	Αρθρογράφος:		Κυκλοφορία:	0
Θέματα:	ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ				



## ΣΕ ΕΞΑΡΣΗ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΑ ΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

# Αύξηση κρουσμάτων μηνιγγίτιδας

Δείχνουν το 2017 για τη Θεσσαλία τα στοιχεία του ΚΕΕΛΠΝΟ που δημοσιοποίησε η ΕΛΣΤΑΤ

**Σ**τη Θεσσαλία καταγράφηκαν τα περισσότερα κρούσματα ιογενούς μηνιγγίτιδας το 2017, σύμφωνα με τα πανελλαδικά στατιστικά που δημοσιοποίησε η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) για τα λοιμώδη νοσήματα, με βάση τα στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ). Σύμφωνα με αυτά, πέρυσι τα κρούσματα λοιμωδών νοσημάτων στη χώρα συνολικά ανήλθαν σε 5.967, έναντι 4.951 κρουσμάτων το 2016.

ανά νομό) καταγράφηκαν στη διάρκεια του 2017 από το ΚΕΕΛΠΝΟ 247 κρούσματα λοιμωδών νοσημάτων. Η μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με το 2016 διαπιστώθηκε στην ιογενή μηνιγγίτιδα (26,7%), με καταγεγραμμένα 36 κρούσματα (135 κρούσματα πανελλαδικά), γεγονός που έδωσε και την «πρωτιά» στη Θεσσαλία στο συγκεκριμένο λοιμώδη νόσημα.

Ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας Ευθύμης Τσάμης ερωτηθείς από τον ΤΑΧΥΔΡΟΜΟ εμφανίστηκε καθησυχαστικός, επισμαίνοντας πως δεν υφίσταται θέμα συναγερμού. Σύμφωνα με τον ίδιο, η ιογενής μηνιγγίτιδα ουσιαστικά είναι μία σοβαρή υποτροπή μίας ίωσης, που ωστόσο δεν καθιστά επιτακτική την ανάγκη για λήψη έκτακτων μέτρων.

Την ίδια περίοδο, στη Θεσσαλία καταγράφηκαν 64 κρούσματα σαλμονέλλας (675 κρούσματα πανελλαδικά), 31 κρούσματα φυματίωσης (467 κρούσματα πανελλαδικά), 12 κρούσματα ηπατίτιδας Α (294 κρούσματα πανελλαδικά), 28 κρούσματα γρίπης (2.530 κρούσματα σ' όλη την επικράτεια), 10 κρούσματα βακτηριακής μηνιγγίτιδας (136 τα κρούσματα πανελλαδικά) και δύο κρούσματα ελονοσίας (107 τα κρούσματα πανελλαδικά).

Σχετικά με την εποχικότητα, διαπιστώνεται ότι η σαλμονέλλωση κορυφώθηκε τους καλοκαιρινούς μήνες και τα περισσότερα κρούσματα κα-



Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ στη Θεσσαλία διαπιστώθηκε η μεγαλύτερη αύξηση (26,7%) κρουσμάτων ιογενούς μηνιγγίτιδας το 2017

ταγράφηκαν τον Αύγουστο.

Τα κρούσματα ελονοσίας παρουσίασαν άνοδο τους καλοκαιρινούς μήνες και μειώθηκαν πάλι το φθινόπωρο. Η φυματίωση δεν παρουσίασε μεγάλη διακύμανση. Η ιογενής μηνιγγίτιδα εμφανίσε τα περισσότερα κρούσματα τους μήνες Ιούνιο και Ιούλιο, ενώ η βακτηριακή μηνιγγίτιδα παρουσίασε έξαρση τον χειμώνα με αρχές άνοιξης. Η ηπατίτιδα Α παρουσίασε αύξηση τους καλοκαιρινούς μήνες και παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα και το φθινόπωρο. Τα κρούσματα της γρίπης κορυφώθηκαν τον Ιανουάριο με σταδιακή μείωση την άνοιξη.

φθεί ο επιπολασμός της και οι θάνατοι έως το 2050.

Η σαλμονέλλωση είναι η κυριότερη τροφιμογενής λοίμωξη. Η μηνιγγίτιδα είναι οξεία λοίμωξη του κεντρικού νευρικού συστήματος και οφείλεται σε ιούς, βακτήρια και σπανιότερα σε μυκητιασικές λοιμώξεις, ενώ η ελονοσία προκαλείται από το παράσιτο «πλασμώδιο» της ελονοσίας και μεταδίδεται κυρίως μέσω τσιμπήματος μολυσμένου κουνουπιού. Παρότι είχε εξαλειφθεί στην Ελλάδα μέχρι το 1974, επανεμφάνισσε τα τελευταία έτη λόγω αύξησης των ταξιδιών και μετακινήσεων πληθυσμών (εισερχόμενοι ταξιδιώτες, μετανάστες από ενδημικές χώρες). Η οξεία ηπατίτιδα Α εμφανίζεται πιο συχνά σε περιοχές χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, με ανεπαρκές δίκτυο ύδρευσης-αποχέτευσης, με μετανάστες από χώρες υψηλής ενδημικότητας καθώς και σε ομάδες ατόμων με πτωχή ατομική υγιεινή.

ΒΑΣΩ ΚΥΡΙΑΖΗ

**Η «ακτινογραφία» των νοσημάτων**  
Σημειώνεται πως η φυματίωση που παρακολουθείται από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου των Νόσων και δηλώνεται μέσω ειδικού δελτίου του ΚΕΕΛΠΝΟ, εξακολουθεί να είναι ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας, παρότι έχει τεθεί ως στόχος να εξαλει-

Τα στοιχεία αφορούν στην ελονοσία, τη σαλμονέλλωση, την ιογενή μηνιγγίτιδα, τη βακτηριακή μηνιγγίτιδα, την ηπατίτιδα Α, τη φυματίωση και την γρίπη, με αναλυτική καταγραφή ανά Περιφέρεια. Επίσης δημοσιοποιήθηκαν και συγκεντρωτικά στοιχεία για την επανεμφάνιση της Ιλαράς, για το σύνολο της επικράτειας και όχι ανά γεωγραφικό διαμέρισμα. Συγκεκριμένα, το 2017 επανεμφανίστηκαν κρούσματα Ιλαράς, τα οποία ανήλθαν σε 1.027. Την ίδια ώρα, τα εργαστηριακά επιβεβαιωμένα κρούσματα της γρίπης μειώθηκαν κατά 3,5% (από 2.622 σε 2.530) συγκριτικά με το 2016, σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠΝΟ.

### Ο χάρτης των λοιμωδών νοσημάτων στη Θεσσαλία

Συνολικά στη Θεσσαλία (δεν γίνεται αναφορά



1 ΣΤΟΥΣ 10 ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ

## Εκρηξη διαβήτη στην Ελλάδα

**Α**νεξέλεγκτες διαστάσεις λαμβάνει ο σακχαρώδης διαβήτης σε συνδυασμό με την παχυσαρκία. Τα τελευταία 30 χρόνια ο διαβήτης στην Ελλάδα έχει τετραπλασιαστεί ενώ εκτιμάται ότι το 8%-9% του πληθυσμού πάσχει από τη νόσο. Επίσης, υπάρχει και ένα ποσοστό 3%-4% που δεν γνωρίζει ότι έχει διαβήτη. Τα στοιχεία της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας είναι αποκαρδιωτικά:

- ▶ Ο διαβήτης τύπου 1 αυξάνεται κατά 3% κάθε χρόνο στα παιδιά και στους εφήβους. Επίσης ο διαβήτης τύπου 2 προσβάλλει πλέον όλο και μικρότερες ηλικίες, νέους και παιδιά.

- ▶ Ο διαβήτης έχει υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης στο δυτικό κόσμο, πράγμα που σχετίζεται με τη διατροφή και την καθιστική ζωή.

- ▶ Οι διαβητικοί παρουσιάζουν ίδιο κίνδυνο εμφράγματος μυοκαρδίου με αυτόν των μη διαβητικών που είναι μεγαλύτεροι κατά 15 χρόνια. Ο διαβήτης δηλαδή γηράσκει πρόωρα τον καρδιά.

### ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ: 3.000 ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΙ ΕΤΗΣΙΩΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ισως η πιο βαριά επιπλοκή των διαβητικών ασθενών είναι το «Διαβητικό πόδι». Δηλαδή, το έλκος ή η γάγγραινα στα κάτω άκρα που οδηγεί σε ακρωτηριασμό. Υπολογίζεται ότι οι διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν 10-20 φορές μεγαλύτερα ποσοστά ακρωτηριασμών αν παρουσιάσουν βλάβες στα πόδια, συγκρινόμενοι με μη διαβητικά άτομα. Παγκόσμια οι ακρωτηριασμοί διαβητικών αυξάνονται με ανησυχητικό ρυθμό. Υπολογίζεται ότι κάθε 20 δευτερόλεπτα ακρωτηριάζεται κάποιος διαβητικός ασθενής στον κόσμο.

Στην Ελλάδα πραγματοποιούνται περίπου 3.000 ακρωτηριασμοί διαβητικών ασθενών ετησίως, με ένα συνολικό κόστος 30-180 εκατ. ευρώ. Κόστος που αυξάνεται κατά 70% μετά τον ακρωτηριασμό, καθώς ο πάσχων χρήζει βοήθειας από τρίτο πρόσωπο, ενώ προστίθενται και κοινωνικές παροχές (σύνταξη αναπηρίας).

### Η ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ

Περίπου 50.000 άτομα με διαβήτη στον ελληνικό χώρο εμφανίζουν άμεσο κίνδυνο ακρωτηριασμού, αν δεν τύχουν εξειδικευμένης φροντίδας.

### ΝΕΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ



ΠΕΡΙΠΟΥ 50.000  
ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ  
ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ  
ΧΩΡΟ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ  
ΑΜΕΣΟ ΚΙΝΔΥΝΟ  
ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ,  
ΑΝ ΔΕΝ ΤΥΧΟΥΝ  
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗΣ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Όλο και πιο ευνοϊκό περιβάλλον για την αντιμετώπιση του διαβήτη διαμορφώνουν οι νέες θεραπείες, ενώ η βελτίωση των μεθόδων λήψης ινσουλίνης καθιστά τους ασθενείς πιο συννεπείς στην εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.

Σύμφωνα με την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, υπάρχουν φάρμακα τουλάχιστον 8 κατηγοριών, που θα μπορούσαμε κι αυτές να τις εντάξουμε σε δύο μεγαλύτερες ομάδες. Είναι η ομάδα με τα φάρμακα που διευκολύνουν την ινσουλίνη να «δουλέψει», όπως είναι η μετφορμίνη και η πιογλιταζόν και επίσης τα φάρμακα που βοηθούν τον οργανισμό να βγάλει παραπάνω ινσουλίνη, όπως είναι οι παραδοσιακές θεραπείες με τις σουλφονουριές και κάποιοι ινκρετινικές αγωγές που εδώ και κάποια χρόνια έχουν έρθει στο προσκήνιο. Επίσης τα τελευταία χρόνια έχουν κυκλοφορήσει και νέα φάρμακα τα οποία βοηθούν στην απέκκριση του σακχάρου της γλυκόζης με τα ούρα.

### ΝΕΟΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΓΥΡΩ ΑΠ' ΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

Η Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία επιστημαίνει ότι στόχος της επιστημονικής έρευνας είναι:

- ▶ να υπάρχουν ινσουλίνες οι οποίες θα χορηγούνται εύκολα,
- ▶ θα χρειάζεται μόνο μία ένεση την ημέρα,
- ▶ θα μπορεί κάποιος να την κάνει μόνο του και
- ▶ θα είναι προβλέψιμη η δράση ώστε να περιορίζεται ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας.

Επίσης, η πένα χορήγησης να είναι φιλική προς το χρήστη και να δρα έτσι ώστε να μη χρειάζονται πολλαπλές ενέσεις. Τέτοια έκδοχα ινσουλίνης έχουμε πολλά. Μια επανάσταση ήταν η λεγόμενη γλαργινική ινσουλίνη που κυκλοφόρησε πριν από 10 χρόνια, ενώ η εξέλιξη σήμερα πάει ένα βήμα παραπέρα με τη γλαργινική ινσουλίνη U300 που είναι σε πιο μικρή ποσότητα, πιο «φιλική» προς τον ασθενή και η δράση της διαρκεί περισσότερες ώρες.

### ΜΕ ΧΑΠΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΑΠΟ ΤΟ 2020

Μπορεί το προσδόκιμο ζωής για τους διαβητικούς να έφτανε τα

τρία χρόνια πριν από την ανακάλυψη της ινσουλίνης το 1921, ωστόσο από τότε μέχρι σήμερα οι αλλαγές είναι τεράστιες στην αντιμετώπιση του διαβήτη. Οι θεραπευτικές επιλογές πληθαίνουν και αυτή τη στιγμή δοκιμάζονται αρκετές φαρμακευτικές ουσίες στα εργαστήρια.

Μία νέα κατηγορία φαρμάκων που απευθύνεται σε διαβητικούς τύπου 2 (μη ινσουλινεξαρτώμενοι ασθενείς), οι οποίοι αποτελούν το 90% των πασχόντων, δηλαδή την πλειονότητα, είναι οι GLP-1 αγωνιστές. Επί της ουσίας πρόκειται για μία ορμόνη που διεγείρει το πάγκρεας να παράγει ινσουλίνη όταν χρειάζεται. Προς το παρόν διατίθεται μόνο σε ενέσιμη μορφή μία φορά την ημέρα ή μία φορά την εβδομάδα, αλλά το 2020 αναμένεται να κυκλοφορήσει σε χάπι, όπως ανακοινώθηκε πρόσφατα από τη φαρμακευτική Novo Nordisk. Από τα μέχρι στιγμής αποτελέσματα των κλινικών μελετών, προκύπτουν ενδείξεις για αποτελεσματικότητα της ουσίας εξίσου σημαντική με την ενέσιμη. Νωρίτερα φέτος παρουσιάστηκαν θετικά δεδομένα της φάσης III, το πρόγραμμα της οποίας λήγει μέσα στο 2019, οπότε αναμένεται η κατάθεση του φακέλου προς έγκριση στον FDA και στον ΕΜΑ. Πρόκειται για μία ιδιαίτερα σημαντική εξέλιξη, δεδομένης της ισχυρής προτίμησης των ασθενών στα χάπια έναντι των ενέσεων, κάτι που όπως είναι ευνόητο θα συμβάλει και στην καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία. Οι ειδικοί χαρακτηρίζουν την κατηγορία των GLP1 στη θεραπεία του διαβήτη κορυφαία επιλογή κι αυτό γιατί προσφέρει πολύ καλή ρύθμιση των τιμών του σακχάρου, σε συνδυασμό με απώλεια βάρους, μείωση των καρδιαγγειακών επιπλοκών και μείωση της αρτηριακής πίεσης.



## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΛΙΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Η αντλία ινσουλίνης είναι μια μικρή ηλεκτρονική συσκευή, στο μέγεθος ενός κινητού τηλεφώνου που μπορεί εύκολα να φορεθεί στη ζώνη, σε μια τσέπη ή ακόμα και να τη στερεώσετε σε ένα σπληνόδεσμο κι έτσι να είναι κυριολεκτικά άρατα στους άλλους, επιτρέποντάς σας μια πολύ διακριτική θεραπεία.

Η αντλία μπορεί να σας βοηθήσει να μιμηθείτε τον τρόπο που ένα υγιές πάγκρεας λειτουργεί: η αντλία, μέσω της συνεχούς υποδόριας έγχυσης ινσουλίνης (CSII), υποκαθιστά την ανάγκη για συχνές ενέσεις, χορηγώντας ακριβείς δόσεις ταχείας δράσης ινσουλίνης, 24 ώρες το 24ωρο ώστε να ταιριάζει στις ανάγκες του οργανισμού σας.

## ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Η θεραπεία με αντλία ινσουλίνης προσφέρει πολλαπλά κλινικά οφέλη συγκριτικά με το πολλαπλό σχήμα ενέσεων, όπως:

- ▶ καλύτερο έλεγχο της HbA1c (γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη),
- ▶ λιγότερα υπογλυκαιμικά επεισόδια,
- ▶ μείωση των γλυκαιμικών διακυμάνσεων.

Μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη προσαρμογή των δόσεων ινσουλίνης, ιδιαίτερα στα γεύματα και κατά τη διάρκεια της νύκτας και με αυτό τον τρόπο να συμβάλει στην επίτευξη καλύτερης γλυκαιμικής ρύθμισης. ■



## ΟΤΑΝ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΔΙΑΒΗΤΗ

### Αντλίες για παιδιά

**ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** πρόσφατων μελετών δείχνουν ότι οι αντλίες ινσουλίνης μπορεί να είναι τόσο ασφαλείς όσο και αποτελεσματικές για τα νήπια και τα μικρά παιδιά, δεδομένου ότι οι γονείς τους έχουν και τη γνώση και το κίνητρο να χρησιμοποιήσουν τη συσκευή. Μια αντλία ινσουλίνης μπορεί να κάνει την εργασία της εξισορρόπησης της ινσουλίνης και της γλυκόζης ευκολότερη και επίσης να βοηθήσει στη μείωση των υπογλυκαιμιών. Πολλές κλινικές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι οι ασθενείς όλων των ηλικιών με διαβήτη τύπου 1 οι οποίοι μεταβαίνουν από τις πολλαπλές καθημερινές ενέσεις σε θεραπεία με αντλία ινσουλίνης αναφέρουν βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και μεγαλύτερη ικανοποίηση με τη θεραπεία τους.

### ΦΙΛΙΚΕΣ ΑΝΤΛΙΕΣ ΣΤΟ ΝΕΑΡΟ ΧΡΗΣΤΗ

Οι αντλίες ινσουλίνης τελευταίας γενιάς διαθέτουν πολλές λειτουργίες και ρυθμίσεις που μπορεί να είναι ιδανικές για τους νεαρούς χρήστες. Το λογισμικό τους λαμβάνει υπόψη τις προηγούμενες δόσεις ινσουλίνης που έχουν χορηγηθεί και βρίσκονται ακόμα στον οργανισμό, έτσι ώστε οι υπολογισμοί των επιπλέον δόσεων να είναι πιο ακριβείς. Διαθέτουν λειτουργία κλειδώματος για παιδιά η οποία απενεργοποιεί τα κουμπιά της αντλίας, έτσι ώστε η χρήση ινσουλίνης να μην προγραμματίζεται κατά λάθος. Το τηλεχειριστήριο είναι επίσης διαθέσιμο προκειμένου οι γονείς να έχουν τον αποκλειστικό έλεγχο.

### ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΧΕΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΤΗΝ ΑΝΤΛΙΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΤΟΥ;

Αυτή είναι μια από τις πρώτες και πιο συχνές ερωτήσεις που κάνουν οι γονείς. Στην πραγματικότητα, η αντλία μπορεί εύκολα να προσαρτηθεί σε μια ζώνη ή να μεταφερθεί σε μια τσέπη.

### ΑΝΤΛΙΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΣΗ

Διατίθενται συχνά ερωτήσεις για το πώς φοριέται η αντλία κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων όπως σπορ, χορός ή πάρτι. Συχνά, η αντλία μπορεί να παραμένει συνδεδεμένη χωρίς να ενοχλεί κατά τη διάρκεια αυτών των δραστηριοτήτων. Η αντλία μπορεί και να αποσυνδεθεί (έως και 60 λεπτά) για ντους, κολλήμι ή έντονη δραστηριότητα. Επειτα πρέπει να ξανασυνδεθεί και σε περίπτωση που η αντλία έχει αποσυνδεθεί για περισσότερο από μία ώρα, ίσως πρέπει να γίνουν κάποιες προσαρμογές δόσης. Οι γονείς πρέπει να συζητήσουν με το γιατρό τους προκειμένου να καθορίσουν τις σωστές ρυθμίσεις για το παιδί τους.

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

Η διασκέδαση και το παιχνίδι με τους φίλους είναι ένας από τους καλύτερους τρόπους για να παραμείνει ένα παιδί χαρούμενο και υγιές. Με την αντλία ινσουλίνης η κοινωνική ζωή του παιδιού μπορεί να είναι τόσο ευέλικτη όσο απαιτεί το πρόγραμμά του. Οι πιο εξελιγμένες αντλίες διαθέτουν σετ έγχυσης και αυτόματα εργαλεία εισαγωγής κατάλληλα για όλες τις ηλικίες (περιλαμβανομένων των βρεφών) ώστε να βοηθούν στη διασφάλιση της αποτελεσματικής παροχής ινσουλίνης και να επιτρέπουν στα παιδιά να συνεχίζουν φυσιολογικά τις καθημερινές τους δραστηριότητες. ■



## ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ 2: ΜΑΘΕΤΕ ΝΑ ΤΟΥΣ ΞΕΧΩΡΙΖΕΤΕ

**Η ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ** ίσως παρανόηση στη διαχείριση του διαβήτη έχει να κάνει με τον τύπο της νόσου (1 και 2) που είναι τελικά αυτός ο οποίος καθορίζει και τη θεραπεία.

Με απλά λόγια, οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη: είτε έχουν απόλυτη έλλειψη ινσουλίνης (σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1), είτε παράγουν πολύ λίγη ινσουλίνη ή δεν μπορούν να τη χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά (σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2). Η ινσουλίνη παράγεται από ειδικά κύτταρα του παγκρέατος. Διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό των υδατανθράκων του οργανισμού, εμπλέκεται στη διατήρηση των αποθεμάτων ενέργειας και δρα σε όλους τους ιστούς του σώματος (κυρίως σε σκελετό, μυς και λιπώδη ιστό) βοηθώντας στην πρόσληψη της γλυκόζης από τα κύτταρα).

### ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ 2

Ο διαβήτης τύπου 1 (παλαιότερα ονομαζόταν νεανικός ή ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης) αντιπροσωπεύει το 5-10% των ατόμων που πάσχουν από διαβήτη. Στο διαβήτη τύπου 1 το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού καταστρέφει τα κύτταρα που απελευθερώνουν ινσουλίνη με αποτέλεσμα να εξαλείφουν τελικά την παραγωγή ινσουλίνης από το σώμα. Χωρίς ινσουλίνη, τα κύτταρα δεν μπορούν να απορροφήσουν το σάκχαρο (γλυκόζη), το οποίο είναι απαραίτητο για την παραγωγή ενέργειας. Ο διαβήτης τύπου 2 (παλαιότερα ονομαζόταν των ενηλίκων ή μη ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης) μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Εμφανίζεται πιο συχνά κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής, αλλά σημαντική αύξηση παρατηρείται πλέον και στα παιδιά. Ο διαβήτης τύπου 2 αφορά στη

συντριπτική πλειοψηφία των ανθρώπων που πάσχουν από διαβήτη, καθώς είναι υπεύθυνος για το 90-95%.

Η ανάπτυξη του διαβήτη τύπου 2 οφείλεται στο συνδυασμό γενετικών παραγόντων και τρόπου ζωής. Στο διαβήτη τύπου 2 ο οργανισμός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την ινσουλίνη με σωστό τρόπο. Αυτό ονομάζεται αντίσταση στην ινσουλίνη. Όμως, καθώς ο διαβήτης τύπου 2 επιδεινώνεται, το πάγκρεας παράγει ολοένα και λιγότερη ινσουλίνη. Αυτό ονομάζεται ανεπάρκεια ινσουλίνης.

### ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1

- ▶ Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται στην παιδική ηλικία ή κατά την ενηλικίωση. Συνήθως οι ασθενείς το μαθαίνουν αφού αναζητήσουν επείγουσα ιατρική βοήθεια, λόγω των σοβαρών συμπτωμάτων της ξαφνικής αύξησης του σακχάρου στο αίμα.
- ▶ Τα επεισόδια υπογλυκαιμίας (χαμηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα) είναι συχνά σε αυτούς τους ασθενείς.
- ▶ Δεν μπορεί να προληφθεί.

### ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2

- ▶ Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 μπορεί να είναι ασυμπτωματικά πριν από τη διάγνωση.
- ▶ Συνήθως η νόσος εκδηλώνεται στην ενήλικη ζωή, αλλά ένας αυξανόμενος αριθμός παιδιών διαγιγνώσκεται πλέον με τη νόσο.
- ▶ Τα επεισόδια υπογλυκαιμίας δεν είναι συχνά, εκτός και αν ο ασθενής παίρνει συγκεκριμένα αντιδιαβητικά δισκία ή κάνει ινσουλίνη.
- ▶ Μπορεί να προληφθεί ή να καθυστερήσει η εμφάνισή του υιοθετώντας έναν υγιεινό τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένης της διατήρησης ενός υγιούς σωματικού βάρους, σωστής διατροφής και τακτικής άσκησης. ■

## Ο ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΞΕΑΝΤΛΕΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΟ ΞΥ

**ΟΜΩΣ,** ο διαβήτης έχει και μια άλλη όψη, εκείνη του οικονομικού κόστους για την αντιμετώπισή του. Σύμφωνα με μελέτες της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, ο ρυθμιζόμενος ασθενής έχει ετήσιο κόστος 983 ευρώ, ενώ ο αρρυθμιστός 1.570 ευρώ (60% υψηλότερο κόστος θεραπείας για τους μη ρυθμισμένους ασθενείς). Άρα το συνολικό κόστος για την αντιμετώπιση των διαβητικών ασθενών στην Ελλάδα (περίπου 800.000 έως 1.000.000) ξεπερνά το 1,3 δισ. ευρώ, δηλαδή το 6,4% των συνολικών δαπανών για την Υγεία. Εάν συνοπλογοποιηθούν και οι δαπάνες για την αντιμετώπιση των υπολοίπων της νόσου (σύμφωνα με διεθνείς μελέτες αντιστοιχούν στο 50-60% του συνολικού κόστους), τότε το μέσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή είναι περίπου 2.900 ευρώ. Ως εκ τούτου, οι συνολικές δαπάνες για το διαβήτη φτάνουν στα 2,3 δισ. ευρώ ετησίως, δηλαδή το 12-15% των συνολικών δαπανών για την Υγεία. Σε μελέτη διερεύνησης (τηλεφωνική επικοινωνία 600 ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη) της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στην αντιμετώπιση των ασθενών διαπιστώθηκε:

- ▶ Μόνο το 13% θεωρεί την ποιότητα περιθαλψής ικανοποιητική, το 34% μέτρια και το 47% κακή έως απαράδεκτη.
- ▶ Το 53% πιστεύει ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει δυσμενώς την ποιότητα διατροφής. ■



ΠΡΟΛΗΨΗ

## Γιατί είναι απαραίτητος ο εμβόλια

Ανατρέχοντας στη ρήση του Ιπποκράτη «κάλλιον του θεραπεύειν του προλαμβάνειν», συνειδητοποιεί κανείς ότι τα εμβόλια αποτελούν ίσως τη σημαντικότερη εφεύρεση της ιατρικής. Αποτελούν το μέσο ενεργητικής ανοσοποίησης απέναντι σε ιούς και βακτήρια

Γράφει η **Γεωργία Παπαγεωργίου**, παιδίατρος

**Τ**α συστατικά που περιέχουν τα εμβόλια διεγείρουν την άμυνα του οργανισμού ώστε να παραχθούν κύτταρα μνήμης που σε ενδεχόμενη μελλοντική συνάντηση με τον ιό ή μικρόβιο θα παραγάγουν ικανή αμυντική αντίδραση και θα τον εμποδίσουν να προσβάλει τον άνθρωπο. Κατά περίπτωση προλαμβάνουν, μειώνουν τη σοβαρότητα συμπτωμάτων και ίσως εξαλείφουν ασθένειες σε επίπεδο κοινότητας.

Ο **εμβολιασμός** προστατεύει το άτομο παρέχοντάς του ανοσία αλλά και όταν εμβολιαστεί ικανό μέρος του πληθυσμού, η προστασία απέναντι στη νόσο λειτουργεί και σε επίπεδο κοινότητας. Παρέχει δηλαδή την ανοσία αγέλης. Σε περίπτωση επιδημίας, αν υπάρχει ικανή εμβολιαστική κάλυψη, η ανοσία αγέλης λειτουργεί σαν ασπίδα. Η ιδιαιτερότητα αυτή του εμβολιασμού ως ιατρικής πράξης είναι ότι εφαρμόζεται με μαζικό τρόπο σε απόλυτα υγιή άτομα με λίγες εξαιρέσεις. Οι όποιες τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες επιφέρουν δυσάρεστα και αμφισβήτηση ως προς τη χρησιμότητά του.

Γνωρίζοντας την αξία του εμβολιασμού όλα τα κράτη έχουν αναθέσει στην αντίστοιχη εθνική επιτροπή εμβολιασμού τη δημιουργία κατάλληλου προγράμματος εμβολιασμού έναντι νοσημάτων συχνών ή μεταδοτικών και επικίνδυνων για τη δημόσια υγεία. Το πρόγραμμα αυτό διαφέρει από χώρα σε χώρα ανάλογα με την επιδημιολογία των νοσημάτων. Η επιλογή των συγκεκριμένων εμβολίων εξαρτάται από την ισορροπία του κινδύνου νόσησης από την ασθένεια, την ασφάλεια του εμβολίου και την ωφέλεια για την ατομική ή δημόσια υγεία. Επίσης το πρόγραμμα αυτό τροποποιείται ανάλογα με την ηλικία του εμβολιασθέντος λόγω του διαφορετικού κινδύνου νόσησης ανά ηλικία και της ωριμότητας του ανοσοποιητικού του συστήματος. Στην Ελλάδα ο εμβολιασμός είναι υποχρεωτικός και απαραίτητος για την εγγραφή των παιδιών στο σχολείο.

Με την πρόοδο της τεχνολογίας των εμβολίων και την παράλληλη επιδημιολογική καταγραφή σταδιακά αυξήθηκε ο αριθμός των εμβολίων που πρέπει να ολοκληρωθεί το κάθε παιδί ή και ο ενήλικας. Κάποια από αυτά τα εμβόλια είναι επιδημιολογικά σημαντικά μόνο στη βρεφική-πρώτη παιδική ηλικία, π.χ. το

εμβόλιο του αιμόφιλου influenza συστήνεται μέχρι την ηλικία των 4 ετών γιατί μέχρι αυτή την ηλικία τα βρέφη και μικρά παιδιά κινδυνεύουν από επιπλοκές του όπως σπληνία, επιγλωττίτιδα κ.ά. Η ηλικία έναρξης εμβολιασμού, 2 μόλις μηνών, συμπίπτει με τον χρόνο πτώσης προστατευτικών τίτλων αντισωμάτων που χορηγήθηκαν από τη μητέρα στο έμβρυο στην εγκυμοσύνη. Τα πολυσακχαριδικά εμβόλια για να προκαλέσουν κατάλληλη ανοσιακή απάντηση χρήζουν περισσότερων δόσεων όσο μικρότερο είναι το βρέφος. Ο λόγος που δεν περιμένουμε να μεγαλώσουν περισσότερο για να γίνουν λιγότερες δόσεις, είναι γιατί ο κίνδυνος νόσησης είναι πολύ μεγαλύτερος στις μικρότερες ηλικίες. Παλιότερα δεν υπήρχε τεχνολογία για την παρασκευή πολυσακχαριδικών εμβολίων όπως πνευμονιόκοκκου ή άλλων όπως HPV που προστέθηκαν στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού και καλύπτουν νοσήματα με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα στον πληθυσμό. Η απόφαση να ενταχθούν στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού έλαβε υπόψη την ωφέλεια που θα προκύψει από την πρόληψη των νοσημάτων αυτών σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο και το κόστος της κάλυψης των εμβολίων σε οικονομικό επίπεδο.

Ενα παράδειγμα συλλογικής ωφέλειας είναι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός για το MMR με δύο δόσεις σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Μόνο με τον εμβολιασμό των πολύ μικρών παιδιών αποκτά η κοινότητα τείχος προστασίας απέναντι στην ερυθρά για να προστατευτούν οι έγκυες. Ο ασυμπτής εμβολιασμός επί 15 χρόνια των μικρών παιδιών οδήγησε στην επιδημία ερυθράς στην Ελλάδα του 1993 με 7.842 κρούσματα υποχρεωτικά δηλωθέντα και τη γέννηση 25 βρεφών με συγγενή ερυθρά (κώφωση, τύφλωση, συγγενή καρδιοπάθεια, νοητική υστέρηση, σπασμούς). Ενα παράδειγμα οικονομικής ωφέλειας είναι το εμβόλιο για τον Rota ιό που προκαλεί γαστρεντερίτιδα. Ο ιός αυτός προκαλεί έντονα συμπτώματα με υψηλό πυρετό, διάρροιας, εμέτους, αδυναμία σίτισης με διάρκεια 3-5 ημέρες και οδηγεί με συχνότητα 1/40 βρέφη και μικρά παιδιά <2 ετών σε νοσηλεία στο νοσοκομείο λόγω σοβαρής αφυδάτωσης. Το αντίστοιχο εμβόλιο είναι εύρηστο, πόσιμο, με ελάχιστες παρενέργειες και προλαμβάνει τις νοσηλείες και τις αντίστοιχες χαμένες ώρες εργασίας των γονιών. Με βάση αυτά τα στοιχεία και τη μεγάλη συχνότητα εμφάνισής του ειδικά σε παιδικούς σταθμούς, ο εμβολιασμός για τον Rota ιό είναι ωφέλιμος για την ατομική, δημόσια

υγεία αλλά και με οικονομικά κριτήρια, έστω κι αν δεν πεθαίνει κανείς από γαστρεντερίτιδα πλέον.

Η αξία του υποχρεωτικού εμβολιασμού γίνεται αντιληπτή σε επίπεδο καθημερινότητας. Π.χ. αν κάποιος είναι κατά της χρήσης αντιβιοτικών λόγω πεποίθησης και κάποια ασθένειά από σοβαρή λοίμωξη, όπως πνευμονία, το πιθανότερο είναι ότι θα δεχτεί θεραπεία με αντιβιοτικά. Παρά τις πεποιθήσεις του, έχει καθημερινή βιοματρική εμπειρία ότι τα αντιβιοτικά καταπολεμούν τις λοιμώξεις με άμεσο τρόπο. Από την άλλη, η επιδημία ευλογιάς με 200.000.000 θάματα κατά τον 20ο αιώνα (ωοο που υπολογίζει κανείς τους επιζήσαντες με μόνιμες παραμορφώσεις) καταπολεμήθηκε χάρη στον εκτεταμένο υποχρεωτικό εμβολιασμό μόλις το 1980. Η ιστορική αυτή πληροφορία ακούγεται σαν παραμύθι από έναν θιασώτη του αντιεμβολιαστικού κινήματος που δεν έχει καμία προσωπική εμπειρία στην καθημερινότητά του από την ευλογιά. Κάποιος εύκολα πιστεύει σε μια ιατρική εφεύρεση με καθημερινά άμεσα αποτελέσματα και πολύ λιγότερο σε μια με έξι μην εντυπωσιακά αποτελέσματα, που η λειτουργία της επιτελείται σε επίπεδο κοινότητας και σε βάθος χρόνου.

Παραδοσιακά όσο εξαλείφεται μια ασθένεια σε μια κοινότητα, παράλληλα αρχίζουν να ακούγονται φωνές αμφισβήτησης κατά του εμβολιασμού που ολοένα δυναμώνουν και μπορεί να επιτύχουν τον περιορισμό του. Όταν υπάρχει ένα επακόλουθο ρήγμα στην ανοσία αγέλης και τελικά προκύψει επιδημία, όλοι αρχίζουν να εμβολιάζονται ξανά μαζικά. Η απομάκρυνση από το βίωμα της νόσου δημιουργεί ένα εσφαλμένο αίσθημα ασφάλειας και εστιάζεται στο αρνητικό κοντινότερο βίωμα του εμβολιασμού: ο φόβος, η μεγάλη βελόνα, το επικείμενο τρύπημα, ο πόνος στο χέρι. Τον φόβο αυτό διαδέχεται ευγνωμοσύνη για την ύπαρξη του εμβολίου σε περίπτωση που βιώσει επιπλοκές από τη νόσο στον εαυτό του ή το περιβάλλον του.

Φόβο δημιουργεί και η αίσθηση ότι ενίεται μια άγνωστη ουσία στον οργανισμό που περιέχει τόσο το αντιγόνο, δηλαδή το τμήμα αυτό που θα πυροδοτήσει την ανοσιακή απάντηση, όσο και κάποια συντηρητικά ή αντιβιοτικά. Το αντιγόνο αποτελείται από τον ίδιο τον μικροοργανισμό, είτε νεκρό είτε ζωντανό αλλά πολύ εξασθενημένο, ή από πρωτεϊνικά του τμήματα με κοινή ιδιότητα να είναι ικανά ώστε να διεγείρουν έντονη ανοσιακή απάντηση και να ενεργοποιήσουν τα κύτταρα μνήμης. Πολλοί βλέπουν με καχυποψία και αμφισβή-



# σμός των ευπαθών ομάδων

τούν την ασφάλεια των εμβολίων, αν και σχεδόν όλες οι μελέτες καταγράφουν με λεπτομέρεια τις παρενέργειες οι οποίες είναι ήπιες σε σχέση με το όφελος που παρέχουν. Οι κυριότερες παρενέργειες είναι πυρετός, πόνος, ερυθρότητα στο σημείο της ένεσης, κακουχία, εξάνθημα, που αντανακλούν την επακόλουθη διέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος. Αυτό είναι το ζητούμενο. Εμβόλια με σοβαρές παρενέργειες αποκλείονται ήδη από τη διαδικασία παρασκευής και έγκρισής τους από μελέτες που πιστοποιούν την ποιότητά τους, και επαληθεύουν τη δράση τους σε ζωικά μοντέλα αλλά και σε ανθρώπους.

Υπάρχουν κατά καιρούς δημοσιευμένες μελέτες για παρενέργειες των εμβολίων που αφορούν ασθένειες σπάνιες και σοβαρές. Πολλές από αυτές τις μελέτες κατέγραψαν πράγματι τις ασθένειες αυτές σε αυτούς που έκαναν το εμβόλιο αλλά δεν συνέκριναν τη συχνότητα εμφάνισής τους σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Π.χ. το σύνδρομο Guille Barre που προκαλεί εκτεταμένη παράλυση διά άνοσου μηχανισμού έχει συχνότητα 10-20 άτομα /1.000.000 γενικού πληθυσμού, ενώ στους εμβολιασθέντες για τη γρίπη η αντίστοιχη συχνότητα είναι 1/1.000.000. Προφανώς το Guille Barre δεν μπορεί να θεωρηθεί παρενέργεια του εμβολίου έστω και αν η μία αυτή περίπτωση εμφανίστηκε εβδομάδες μετά τον αντιγριπικό εμβολιασμό. Σε μια παλαιότερη μελέτη που έγινε, σχετίστηκε το εμβόλιο MMR με 8 περιπτώσεις αυτισμού. Επακόλουθες μελέτες με κατάλληλο σχεδιασμό έδειξαν ότι η συχνότητα του αυτισμού είναι ίδια στους εμβολιασθέντες και τους μη εμβολιασθέντες. Τα παιδιά με αυτισμό σε κάποιες περιπτώσεις έχουν φυσιολογική ψυχοκινητική ανάπτυξη μέχρι την ηλικία των 15-18 μηνών και μετά σταδιακά η συμπεριφορά τους παλινδρομεί και χάνουν τις όποιες δεξιότητες είχαν αποκτήσει. Η σύμπτωση εμβολιασμού-εμφάνι-

σης συμπτωμάτων δεν αποδεικνύει αιτιολογική σχέση. Η μελέτη αυτή αποσύρθηκε από το ίδιο το περιοδικό καθώς τα συμπεράσματά της ήταν λανθασμένα. Σε κάποια εμβόλια έχουν κατηγορηθεί ως βλαπτικά συστατικά τους όπως η θειομεράλλη, ο υδράργυρος, το αλουμίνιο, η ζελατίνη, η φορμαλδεύδη. Ερευνες επιστημονικά τεκμηριωμένες έδειξαν ως αμελητέα την ποσότητά τους σε σχέση με την καθημερινή τους πρόσληψη από το περιβάλλον και άρα μη βλαπτική.

Υπάρχει η άποψη ειδικά για τα βρέφη ότι είναι επιζήμιο να εκθέτουμε το παιδί ταυτόχρονα σε τόσο πολλά αντιγονικά ερεθίσματα τόσο νωρίς. Το βρέφος έρχεται σε επαφή σε καθημερινό επίπεδο με χιλιάδες αντιγονικά ερεθίσματα μέσα στο οικείο περιβάλλον του, δέκα επιπλέον ερεθίσματα δεν θα κάνουν καμία διαφορά στη βιολογική του ισορροπία. Από τη στιγμή που γεννήθηκε έπαψε να ζει σε αποστειρωμένο περιβάλλον. Ο

εμβολιασμός θα το βοηθήσει να προλάβει ή να αντιμετωπίσει επικίνδυνα νοσήματα που είναι πολύ πιο πιθανό να του συμβούν στη βρεφική ηλικία σε σχέση με έναν ενήλικα.

Η συμμόρφωση με το υποχρεωτικό πρόγραμμα εμβολιασμού προσθέτει στη δημόσια και ατομική υγεία. Η ενημέρωση για τη συχνότητα των ασθενειών που εμβολιαζόμαστε, τις τυχόν επιπλοκές τους, το εμβολιαστικό τους σχήμα, τις τυχόν παρενέργειες πρέπει να γίνεται από επαγγελματίες υγείας. Οι όποιες απορίες πρέπει να αναφέρονται σε έγκυρες μελέτες που αφορούν πληθυσμό εμβολιασθέντων και γενικού πληθυσμού και όχι σε προσωπικές εμπειρίες. Τέλος, είναι σημαντικό τα βρέφη και παιδιά να εμβολιάζονται έγκαιρα σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα του εθνικού προγράμματος εμβολιασμού, οι δε ενήλικες να μην παραλείπουν τα δικά τους εμβόλια και ο εμβολιασμός τους να γίνεται ιδανικά παρουσία των παιδιών τους.



**Ο εμβολιασμός προστατεύει το άτομο παρέχοντάς του ανοσία, αλλά και όταν εμβολιαστεί ικανό μέρος του πληθυσμού, η προστασία απέναντι στη νόσο λειτουργεί και σε επίπεδο κοινότητας**

Δίπλα σε κάθε άνθρωπο.  
Μπροστά από κάθε αύριο.



abbvie

AbbVie Φαρμακευτική Α.Ε. Μαρину Αντύπα 41-45, Νέα Ηράκλεια, Τηλ. +30 214416 5555



Είμαστε μία παγκόσμια βιοφαρμακευτική εταιρεία προσλημμένη στην αντιμετώπιση των μεγαλύτερων προκλήσεων στον τομέα της υγείας.

Με δέσμευση και πάθος αξιοποιούμε την έρευνα, την επιστήμη και την καινοτομία για να συνεισφέρουμε θετικά στη ζωή των ανθρώπων.

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ:**

Ανοσολογία, Ογκολογία, Ιαολογία, Νευρολογία

**70+**

Χώρες Δραστηριοποίησης

**22**

Κέντρα Έρευνας, Ανάπτυξης & Παραγωγής

**17%**

του κύκλου εργασιών μας επενδύεται σε Έρευνα & Ανάπτυξη

**29.000+**

Εργαζόμενοι σε ολόκληρο τον κόσμο

**115+**

Εργαζόμενοι στην Ελλάδα

Μάθετε περισσότερα στο [abbvie.gr](http://abbvie.gr)

People.  
Passion.  
Possibilities.®

GR/ABV/0818/02378

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

# Η ακτινοθεραπεία και ο καρκίνος του μαστού

Η ακτινοθεραπεία είναι μια μέθοδος αποτελεσματικής και ασφαλούς αντιμετώπισης νεοπλασιών. Μέσω της εξωτερικής χορήγησης ιοντίζουσας ακτινοβολίας καταστρέφεται το γενετικό υλικό (DNA) των καρκινικών κυττάρων και περιορίζεται η ικανότητά τους για αναπαραγωγή.

Γράφει η **Σοφία Κοσμιδή**, ακτινοθεραπεύτρια ογκολόγος, αναπληρώτρια διευθύντρια Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας Νοσοκομείου «Υγεία»



**Η ακτινοθεραπεία συμβάλλει στο να αποφευχθεί ένας θάνατος από καρκίνο του μαστού για κάθε 4 τοπικές υποτροπές οι οποίες αποφεύγονται**

Ερευνες έχουν δείξει ότι η ακτινοθεραπεία έπειτα από χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο επανεμφάνισης της νόσου στον μαστό, ενώ έχει θετικές επιδράσεις και στην επιβίωση των ασθενών.

Τα στοιχεία που έχουμε σήμερα δείχνουν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία έχουν μείωση των τοπικών υποτροπών στα δέκα χρόνια κατά 50% σε σχέση με τις ασθενείς που είχαν υποβληθεί μόνο σε ογκεκτομή, ενώ μειώνονται σημαντικά και οι θάνατοι από τη νόσο έπειτα από 15 χρόνια. Να τονιστεί πως η ακτινοθεραπεία συμβάλλει στο να αποφευχθεί ένας θάνατος από καρκίνο του μαστού για κάθε 4 τοπικές υποτροπές οι οποίες αποφεύγονται.

Σε ακτινοθεραπεία υποβάλλονται και γυναίκες έπειτα από μαστεκτομή, με στόχο τη μείωση του ποσοστού τοπικοπεριοχικής υποτροπής αλλά και την αύξηση της ολικής επιβίωσης. Οι γυναίκες που πρέπει να ακτινοβληθούν είναι κυρίως εκείνες που έχουν μεγάλες πιθανότητες επανεμφάνισης της νόσου στην περιοχή του χειρουργείου. Αυτό συμβαίνει, όταν ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 5 εκατοστά, υπάρχουν θετικά χειρουργικά όρια, όταν διηθείται το δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα, όταν υπάρχει πολυεστιακή νόσος ή όταν έχουν θετικούς λεμφαδένες.

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, η ακτινοθεραπεία έπειτα από μαστεκτομή μειώνει κατά 70% την εμφάνιση τοπικών υποτροπών στα 5 χρόνια παρακολούθησης και μειώνει σημαντικά τη θνησιμότητα όταν υπάρχουν πάνω από 4 θετικοί λεμφαδένες.

## Ακτινοθεραπεία μαστού σε σύντομο διάστημα (ταχύρρυθμα σχήματα)

Στην Ελλάδα εφαρμόζονται πλέον νέες τεχνικές ακτινοθεραπείας που είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές. Αρχικά να αναφερθούμε στα υποκλασματοποιημένα σχήματα, στα οποία χορηγούνται υψηλές δόσεις ακτινοθεραπείας σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η ακτινοθεραπεία μειώνεται από 5 σε 3 εβδομάδες και αυτό έχει αποτέλεσμα οι ασθενείς να ξοδεύουν λιγότερο χρόνο στο νοσοκομείο και περισσότερο χρόνο στην οικογένεια και τη δουλειά τους. Παράλληλα εξοικονομούνται χρήματα τόσο από τους ασθενείς όσο και από το σύστημα υγείας.

Μελέτες αναφέρουν ότι ασθενείς που έλαβαν υποκλασματοποιημένα σχήματα δεν είχαν διαφορά στα ποσοστά τοπικής υποτροπής, στα ποσοστά επιβίωσης ή στο κοσμητικό αποτέλεσμα σε σύγκριση με τις γυναίκες που έλαβαν τα κλασικά σχήματα. Μάλιστα στις γυναίκες με υποκλασματοποιημένα σχήματα αναφέρεται μείωση της οξείας και απότερης τοξικότητας.

## Επιταχυνόμενη μερική ακτινοβολήση μαστού

Η επιταχυνόμενη μερική ακτινοβολήση μαστού είναι η χορήγηση υψηλής ακτινοθεραπευτικής δόσης αυστηρά στην κοίτη του όγκου με περιθώριο ενός-δύο εκατοστών γύρω από αυτήν, σε αντίθεση με την ακτινοβολήση ολόκληρου του μαστού όπως συνήθως γίνεται. Η αρχική ιδέα βασίστηκε στο γεγονός ότι στα περιστατικά πρώιμου καρκίνου του μαστού το 85% των τοπικών υποτροπών ύστερα από ογκεκτομή εμφανίζεται στην κοίτη του όγκου. Πραγματοποιείται χρησιμοποιώντας τον κλασικό γραμμικό επιταχυντή με τη μέθοδο της εξωτερικής

ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΣΤΗ ΣΕΛΙΔΑ 18 ➔



ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

# Καρκίνος του μαστού

→ ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΕΛΙΔΑ 16

ακτινοθεραπείας, είτε με τη μέθοδο της βραχυθεραπείας κάνοντας χρήση ειδικών επεμβατικών εξαρτημάτων (καθετήρες) τα οποία φέρουν τις πηγές της ακτινοβολίας μέσα στην κοιλότητα του μαστού όπου προϋπήρχε ο κακοήθης όγκος, χορηγώντας δόση σύμφωνα με το πλάνο θεραπείας.

Με τη μέθοδο αυτή κερδίζουμε χρόνο και μειώνουμε την τοξικότητα αυξάνοντας την ημερήσια δόση ακτινοβολίας. Αυτό συμβαίνει γιατί ολοκληρώνεται η θεραπεία σε λιγότερες συνολικά συνεδρίες, ενώ ταυτόχρονα είναι μικρότερη η περιοχή του μαστού η οποία ακτινοβολείται. Είναι σημαντικό αν σκεφτεί κανείς πως με την επιταχυνόμενη μερική ακτινοβολήση του μαστού η συνολική θεραπεία έχει χρονική διάρκεια έως 5 ημέρες συγκριτικά με τον κλασικό κύκλο ακτινοβολίας ο οποίος διαρκεί περίπου 6 εβδομάδες (30 συνεδρίες).

Η μέθοδος αυτή αφορά ειδική ομάδα ασθενών με πρώιμο καρκίνο του μαστού και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Αναλυτικά, η επιταχυνόμενη μερική ακτινοβολήση μαστού συστήνεται σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών, με μέγεθος όγκου έως 2cm, με αρνητικά χειρουργικά όρια (τουλάχιστον 2mm προς όλες τις κατευθύνσεις), διηθητικό πορογενές καρκίνωμα με θετικούς οιστρογονικά όγκους και χωρίς καρκινικά κύτταρα στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

## Σύγχρονες τεχνικές ακτινοθεραπείας του μαστού

Νέες και αποτελεσματικές τεχνικές ακτινοθεραπείας, όπως είναι η 3D τεχνική, η IMRT-VMAT τεχνική και η ακτινοθεραπεία με έλεγχο αναπνοής (DIBH), εφαρμόζονται στη χώρα μας, επιτυγχάνοντας την ίαση των ασθενών και διασφαλίζοντας άριστη ποιότητα ζωής.

Η σύμμορφη τρισδιάστατη ακτινοθεραπεία (3D conformal radiotherapy - CRT) επιτυγχάνει να προσαρμόσει την περιοχή υψηλής δόσης στον ακριβώς καθορισμένο όγκο-στόχο. Η τεχνική αυτή περιορίζει τη δόση στους παρακείμενους υγιείς ιστούς χρησιμοποιώντας πολλαπλά πεδία ακτινοβολίας ομοιόμορφη ένταση.

Με την ογκομετρικά διαμορφωμένη τοξοειδή ακτινοθεραπεία (IMRT-VMAT) ο ασθενής ακτινοβολείται περιστερφικά και επομένως από πάρα πολλές κατευθύνσεις. Ταυτόχρονα το σχήμα και η ένταση της δέσμης ακτινοβολίας μεταβάλλονται συνεχώς και με τρόπο ώστε να περιορίζεται στο ελάχιστο δυνατό η δόση στα υγιή όργανα, αυξάνοντας παράλληλα τη δόση στον όγκο-στόχο. Με την τεχνική αυτή περιορίζεται η ακτινοβολία σε γειτονικά όργανα, μειώνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης σοβαρών παρενεργειών, όπως η ακτινική πνευμονίτιδα και καρδιολογική νόσος.

Με την πρωτοποριακή ακτινοθεραπεία με έλεγχο αναπνοής (DIBH), η ακτινοβολήση γίνεται σε συγκεκριμένη φάση της αναπνοής προστατεύοντας τόσο την καρδιά όσο και τον πνεύμονα. Η διαδικασία επιτρέπει τη χορήγηση της ακτινοβολήσης στη φάση της εισπνοής κατά την οποία η απόσταση της καρδιάς από τον μαζικό αδένα μεγιστοποιείται, με αποτέλεσμα η δόση ακτινοβολίας που λαμβάνουν η καρδιά και ο πνεύμονας να ελαχιστοποιείται.

Σε ποιες γυναίκες εφαρμόζεται η συγκεκριμένη ακτινοθεραπεία; Στις γυναίκες με καρκίνο στον αριστερό μαστό οι οποίες έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρδιολογικά προβλήματα εξαιτίας της ιδιαίτερης ανατομικής θέσης της καρδιάς, της ανατομίας του θωρακικού κλωβού όπως και εξαιτίας της αναγκαιότητας ακτινοβολήσης μιας ομάδας λεμφαδένων (έσω μαστικοί) οι οποίοι βρίσκονται σε κεντρική θέση του θώρακα. Επίσης προτιμάται η χρήση της σε γυναίκες νεαρής ηλικίας και σε όσες έχουν ιστορικό καρδιαγγειακών παθήσεων. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πρόκειται για μια μη επεμβατική και πάρα πολύ καλά ανεκτή τεχνική από τις ασθενείς.



Η ΤΡΙΑΔΑ ΤΩΝ «ΠΡΕΠΕΙ»

## Προληπτικός έλεγχος, άσκηση, καλή διατροφή

**ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ** καταγράφονται περίπου 5.000-6.000 νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού τον χρόνο, ενώ σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περισσότερες από 1.600.000 γυναίκες διαγιγνώσκονται με το συγκεκριμένο είδος καρκίνου σε ετήσια βάση.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο σε γυναίκες και εκτιμάται ότι μία στις οκτώ γυναίκες θα παρουσιάσει τη συγκεκριμένη κακοήθεια σε κάποια φάση της ζωής της. Ωστόσο, αυτό που δεν πρέπει να ξεχνάει κάποια γυναίκα είναι ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια νόσος που μπορεί να ιαθεί, αρκεί να διαγνωσθεί έγκαιρα.

Η γυναίκα στην ενήλικη ζωή της θα πρέπει να αυτοεξετάζει τους μαστούς της μία φορά τον μήνα. Από την ηλικία των 20 ετών η εξέταση πραγματοποιείται και από τον γυναικολόγο σε ετήσια βάση. Στα 35 έτη συνήθως η γυναίκα υποβάλλεται στην πρώτη μαστογραφία αναφοράς, ενώ μετά τα 40 οι οδηγίες είναι για όλες τις γυναίκες να υποβάλλονται σε μαστογραφία και κλινική εξέταση των μαστών από εξειδικευμένο ιατρό, μία φορά τον χρόνο. Όσο νωρίτερα διαγνωσθεί ένας καρκίνος του μαστού τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες για επιτυχημένη θεραπεία.

Ποιες γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού; Στους παράγοντες κινδύνου συμπεριλαμβάνονται η μεγάλη ηλικία, αφού το 80% των καρκίνων εμφανίζεται σε γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών, και η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού. Επιβαρυνμένο οικογενειακό ιστορικό έχουν οι γυναίκες με έναν ή περισσότερους συγγενείς πρώτου ή δεύτερου βαθμού που εμφάνισε καρκίνο του μαστού σε νεαρή ηλικία. Ο κίνδυνος σχεδόν πενταπλασιάζεται όταν υπάρχουν δύο συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού στο ιστορικό τους.

Στους παράγοντες κινδύνου ανήκουν ακόμη γενετικές μεταλλάξεις σε γονίδια που κληρονομούνται από τους γονείς στα παιδιά, όπως είναι τα γονίδια BRCA-1 και BRCA-2, αλλά και η ύπαρξη σε προηγούμενη βιοψία μαστού διηθητικού ή μη διηθητικού καρκινώματος. Οι γυναίκες που έχουν παρρυσίσει μία φορά καρκίνο του μαστού έχουν μεγαλύτερες

πιθανότητες να εμφανίσουν νέο καρκίνο στον ίδιο ή στον άλλο μαστό.

Επιπλέον, στις γυναίκες υψηλού κινδύνου για να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού είναι όσες είχαν έναρξη της περιόδου σε μικρή ηλικία και παύση της σε μεγάλη ηλικία, όσες λάμβαναν μακροχρόνια αντισυλληπτικά και θεραπευτικά ορμονικής υποκατάστασης, ενώ επιβαρυντικοί παράγοντες θεωρούνται η ατεκνία ή η απόκτηση πρώτου παιδιού σε μεγάλη ηλικία, προηγούμενη ακτινοθεραπεία στον θώρακα πριν από την ηλικία των 30 ετών (συνήθως για τη νόσο του Hodgkin), η μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος και η παχυσαρκία.

Ποια είναι τα σημάδια που πρέπει να ανησυχήσουν τις γυναίκες; Το συνήθισμένο προειδοποιητικό σημείο του καρκίνου του μαστού είναι ένα συμπαγές ογκίδιο που συνήθως δεν μπορεί να μετακινήθει και μπορεί να πονάει ή όχι. Άλλες γυναίκες με καρκίνο του μαστού εμφανίζουν έκκριση ορώδους ή αιμορραγικού υγρού από τη θηλή.

Επίσης, οι γυναίκες πρέπει να ανησυχήσουν όταν η θηλή τους εμφανίζει εισοσκή (είναι στραμμένη προς τα μέσα) ή βγάξει σκουρόχρωμο υγρό και να απευθυνθούν άμεσα σε ιατρό σε περίπτωση που παρουσιάσουν αλλαγή στο σχήμα ή στην εξωτερική καμπύλη του μαστού και σε περίπτωση που το δέρμα πάνω από τον όγκο μοιάζει με φλούδα πορτοκαλιού ή παρουσιάζει εσοχές (κοιλότητες) στις περιοχές όπου έχει εξαπλωθεί ο καρκίνος.

Αν και δεν υπάρχει κάποιος σίγουρος τρόπος να εμποδίσουμε την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, ωστόσο μπορούμε να μειώσουμε τον κίνδυνο ανάπτυξης ή να τον εντοπίσουμε σε αρχικό στάδιο και να έχουμε καλύτερη πρόγνωση. Η αλλαγή του τρόπου ζωής, όπως υγιεινή διατροφή, σωματική άσκηση, αποφυγή παχυσαρκίας και αποφυγή της έκθεσης σε άσκητη ακτινοβολία, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ενώ η τήρηση των κανόνων προληπτικού ελέγχου με τακτική κλινική εξέταση των μαστών και ετήσια μαστογραφία οδηγεί στην έγκαιρη διάγνωση και πολλές φορές στην πλήρη ίαση.

HER2 ΘΕΤΙΚΟΣ ΠΡΩΙΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

# Ευρωπαϊκή έγκριση για νέα επικουρική θεραπεία



**Η** Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε το pertuzumab σε συνδυασμό με trastuzumab και χημειοθεραπεία για τη μετεγχειρητική (επικουρική) θεραπεία των ασθενών με HER2 θετικό πρώιμο καρκίνο του μαστού (eBC) με θετικούς λεμφαδένες ή με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς, που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής.

Η έγκριση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής βασίστηκε στα αποτελέσματα της μελέτης φάσης III APHINITY στην οποία συμμετείχαν περισσότεροι από 4.800 ασθενείς με HER2 θετικό eBC, η οποία έδειξε ότι το σχήμα με βάση το pertuzumab μείωσε στατιστικά σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής του διηθητικού καρκίνου του μαστού καθώς και τον κίνδυνο θανάτου στο σύνολο του πληθυσμού της μελέτης, σε σύγκριση με τη θεραπεία με trastuzumab με χημειοθεραπεία.

**100.000 γυναίκες προσβάλλονται κάθε χρόνο**

Ο HER2 θετικός καρκίνος του μαστού προσβάλλει σχεδόν 100.000 γυναίκες στην Ευρώπη κάθε χρόνο, με την πλειοψηφία αυτών των περιστατικών να διαγιγνώσκονται σε πρώιμο στάδιο. Παρά το γεγονός ότι έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στη θεραπεία του HER2 θετικού eBC, περίπου μία στις τέσσερις ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με trastuzumab

και χημειοθεραπεία θα εμφανίσουν τελικά υποτροπή της νόσου μακροπρόθεσμα ενώ εκτιμάται ότι δύο στα τρία περιστατικά HER2 θετικού προχωρημένου καρκίνου του μαστού (aBC) είναι αποτέλεσμα υποτροπής, σε αντίθεση με την αρχική διάγνωση του aBC.

Σύμφωνα με τον **καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Χρίστο Παπαδημητρίου** «Οι ασθενείς στον πρώιμο καρκίνο του μαστού θα πρέπει να πάρουν την καλύτερη δυνατή θεραπεία προς αποφυγή υποτροπής. Οι γυναίκες με HER2 θετικό πρώιμο καρκίνο του μαστού ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου υποτροπής και θα πρέπει η θεραπεία που θα τους δοθεί να τους προσφέρει μια πραγματική ευκαιρία και ελπίδα. Η θεραπεία με **pertuzumab και trastuzumab για 18 συνολικά κύκλους, ανεξαρτήτως του χρόνου του χειρουργείου, αποτελεί το επόμενο βήμα στη θεραπεία του HER2 θετικού πρώιμου καρκίνου του μαστού με υψηλό κίνδυνο υποτροπής, καθώς φαίνεται να παρέχει έναν πιο ολοκληρωμένο, διπλό αποκλεισμό του υποδοχέα HER2 και συνεπώς μεγαλύτερο όφελος για τους ασθενείς.**

«Η πρόσφατη ανακοίνωση της έγκρισης του συνδυασμού pertuzumab με trastuzumab και χημειοθεραπεία στη θεραπεία του HER2 θετικού πρώιμου καρκίνου του μαστού με υψηλό κίνδυνο υποτροπής **δίνει ελπίδα στις ασθενείς καθώς μειώνει ακόμη περισσότερο τις πιθανότητες υποτροπής**» τονίζει με αφορμή την αδειοδότηση της νέας θεραπείας **ο καθηγητής Παθολογικής - Ογκολογίας του Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών κ. Χαράλαμπος Καλόφωνος** και προσθέτει: «Πιο συγκεκριμένα για τους ασθενείς με νόσο θετικών λεμφαδένων, ο κίνδυνος υποτροπής ή θανάτου μειώθηκε κατά 23% με το σχήμα με βάση το pertuzumab ενώ στους ασθενείς με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς, μειώθηκε ο κίνδυνος υποτροπής ή θανάτου κατά 24%».

**Εναλλακτική λύση**

Παράλληλα, τον Απρίλιο του 2018, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε τη χρήση του pertuzumab με το υποδόριο σκεύασμα του trastuzumab ως εναλλακτική λύση στην προηγούμενα εγκεκριμένη συγχωρήγηση του pertuzumab με το ενδοφλέβιο σκεύασμα του trastuzumab.

**Πλέον με το υποδόριο σκεύασμα του trastuzumab οι ασθενείς μπορούν να λάβουν τη θεραπεία μέσω υποδόριας ένεσης σε διάστημα δύο έως πέντε λεπτών**, σε σύγκριση με το διάστημα 30 έως 90 λεπτών που απαιτείται για το αρχικό ενδοφλέβιο σκεύασμα με παρόμοια αποτελεσματικότητα και ασφάλεια.

Το pertuzumab λειτουργεί σε συνδυασμό με το trastuzumab για την παροχή ενός πιο ολοκληρωμένου, διπλού αποκλεισμού του υποδοχέα HER2, αποτρέποντας έτσι την ανάπτυξη και την επιβίωση των καρκινικών κυττάρων.

Το προφίλ ασφάλειας του pertuzumab σε συνδυασμό με trastuzumab είναι συνε-

πές με την προηγούμενη αναφορά δεδομένων ασφάλειας. Ειδικότερα, στη μελέτη APHINITY οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρήθηκαν ήταν διάρροια, ερύθημα, βλεννογονιτίδα και μικρό ποσοστό καρδιοτοξικότητας. Σε κάθε περίπτωση, τα ανεπιθύμητα συμβάντα είναι εύκολα διαχειρίσιμα και αναστρέψιμα, αν αντιμετωπίζονται από ειδικούς ιατρούς και ακολουθούνται οι κατάλληλες οδηγίες.

**Σχετικά με τον HER2 θετικό καρκίνο του μαστού**

Ο HER2 θετικός καρκίνος του μαστού προσβάλλει σχεδόν 100.000 γυναίκες στην Ευρώπη κάθε χρόνο. Η πλειοψηφία αυτών των περιστατικών διαγιγνώσκονται σε πρώιμο στάδιο, όπου ο στόχος της αγωγής είναι η ίαση.

Ενώ έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στη θεραπεία του HER2 θετικού eBC, περίπου μία στις τέσσερις ασθενείς θα εμφανίσουν τελικά υποτροπή της νόσου μακροπρόθεσμα. Εκτιμάται ότι δύο στα τρία περιστατικά HER2 θετικού προχωρημένου καρκίνου του μαστού (aBC) είναι αποτέλεσμα υποτροπής, σε αντίθεση με την αρχική διάγνωση του aBC. Επί του παρόντος δεν υπάρχει θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού που υποτροπιάζει και φθάνει σε προχωρημένο στάδιο, και η αγωγή στα περισσότερα αυτά αποσκοπεί στην παράταση της ζωής για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

## ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

# Το άγονο παράπονο

Κατάθλιψη, «η νόσος του 21ου αιώνα» (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας). Την τελευταία δεκαετία, τα περιστατικά αυξήθηκαν κατά 18%. 300 εκατομμύρια άνθρωποι πλήττονται ετησίως.

Γράφει ο **Νίκος Σιδέρης**, ψυχίατρος, ψυχαναλυτής, συγγραφέας, επιστημονικός διευθυντής του Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας και Προσωπικής Ανάπτυξης «Γαλήνως» ([www.siderman.gr](http://www.siderman.gr))

Στην Ελλάδα, στη διάρκεια της ζωής τους, 3 στους 10 άνδρες και 7 στις 10 γυναίκες θα εμφανίσουν κατάθλιψη. Οι ειδικοί διαγιγνώσκουν την κατάθλιψη με ακρίβεια 90%. Με ενδεικτική θεραπεία, το 70% θεραπεύεται, τουλάχιστον ως προς τα συμπτώματα. Καθολική ανθρώπινη εμπειρία, η κατάθλιψη εμπνέει δημιουργούς. Στον πίνακα του Α. Ντίρερ, η Μελαγχολία εναντιώνει τον κόσμο με την αίσθηση της πικρής γνώσης. Οντως, η κατάθλιψη βρίσκεται εγγύτητα στην τραγική αλήθεια ότι όλα παρέρχονται – και αυτό που αγαπάς κάποτε θα χαθεί.

## Μορφές

Οι μορφές της κατάθλιψης είναι λεγόμενες: αντιδραστική κατάθλιψη, ενδογενής κατάθλιψη (μελαγχολία), διπολική διαταραχή, κατάθλιψη λοχειάς ή λόγω σωματικής νόσου ή φαρμάκων... Κατάθλιψη εκδηλώνεται επίσης στο 2% των παιδιών και στο 4-8% των εφήβων, η οποία υποτροπιάζει στο 50-70% των περιπτώσεων. Εγκαιρη θεραπεία είναι εδώ κρίσιμη.

## Αντιδραστική κατάθλιψη

Κατάθλιψη της ψυχής, δέσποινα των κατα-

θλίψεων, η αντιδραστική κατάθλιψη διακρίνεται και ποσοτικά και ως προς τη σαφήνεια των ψυχικών μηχανισμών της. Κάθε ψυχή ενδέχεται να βιώσει αντιδραστική κατάθλιψη ως επίπτωση της απώλειας αγαπημένων αντικειμένων (προσώπων, σχέσεων, πραγμάτων, ιδεών...). Και σ' αυτήν θα εστιάσουμε.

## Απώλεια

Η απώλεια αγαπημένων όντων, πραγμάτων ή φανταστικών, είναι καθολική ανθρώπινη εμπειρία. Ηράκλειτος, Βούδας και πλήθος άλλοι επισημαίνουν την παροδικότητα των πάντων. Όπως είπε και η θεία Μαρία: «Τι είμαστε μάνα μου; Μια δροσιά είμαστε».

Είτε αυτή τη φοβερή κουβέντα με ένα γαλήνιο χαμόγελο. Πώς το κατόρθωσε; Επειδή η απώλεια είναι συστατικό της ύπαρξης, ο ψυχισμός είναι εξοπλισμένος ώστε ν' αντεπεξέρχεται. Ο τρόπος με τον οποίο η ψυχή διεργάζεται την απώλεια και ανακάμπτει από το πλήγμα είναι το πένθος. Δηλαδή, η τμηματική απόσυρση των επενδύσεων από το απολεσθέν αντικείμενο και η μετάθεσή τους σε άλλα. Ετσι ώστε, τελικά, με οδύνη και χρόνο, να αγαπήσουμε τον κόσμο ακόμη κι αν τον σημαδεύει η απώλεια

του αγαπημένου όντος. Αν το πένθος επιπλακεί και μπλοκάρει, γεννιέται η κατάθλιψη.

## Πένθος και κατάθλιψη: κοινά

Πένθος και κατάθλιψη έχουν ένα κοινό κορμό ψυχικών εκδηλώσεων: βαθύτατα αλγεινή θλίψη και μαυρίλα, άλγος ψυχής, ψυχalgία. Ψυχοκινητική επιβράδυνση, δηλαδή πτώση του τόνου της ζωής στην ψυχή και το σώμα (ατονία, ανορεξία, αϋπνία, έκπτωση της ικανότητας για ευχαρίστηση...). Και μαύρες σκέψεις για τον εαυτό μου και τον κόσμο, που καθιστούν επώδυνη και άνοστη τη ζωή «δίχως εκείνο». Η κατάθλιψη προκαλείται αν το πένθος καθηλωθεί στην πρώτη αντίδραση στην απώλεια. Που συνίσταται σε αυθόρμητη άρνηση: δεν είναι δυνατόν να έχει γίνει αυτό που έγινε, επειδή δεν το χωράει ο νους. Ο κόσμος δίχως το απολεσθέν είναι αδιανόητος.

## Πένθος και κατάθλιψη: διαφοροποίηση

Το πένθος είναι διαδικασία καθολική και κανονική που ολοκληρώνεται μόνο της. Χρειάζεται μόνο πλαισίωση από τους ανθρώπους και τον πολιτισμό (ήθη, ιδέες, παρηγορίες, τελετουργίες...), όχι θεραπεία. Η κατάθλιψη είναι περιπτώσιακή και παθολογική. Χρειάζεται θεραπεία. Η πιο απτή διαφορά των δύο αναφέρεται στην αυτοεκτίμηση: στο πένθος, αυτό που φτωχώνει με την απώλεια είναι ο κόσμος, όχι ο εαυτός μου. Η αυτοεκτίμηση μου παραμένει άθικτη, ενίοτε δε και προσσυχάνεται από την αξιοπρέπεια του πένθους (Αντιγόνη, μάνα του ήρωα ή του μάρτυρα, χαροκαμένη μάνα...). Στην κατάθλιψη, η αυτοεκτίμηση καταβαρθώνεται. Ο καταθλιπτικός αισθάνεται ένα τίποτα, δεν έχει καμία αξία. Η αίσθηση αναξιοτιμίας συνοδεύεται από αυτομομφές και ενοχές. Οι οποίες μπορεί να φτάσουν στην ιδέα ότι «πρέπει να τιμωρηθώ».

## Ενοχές

Η καταθλιπτική ενοχή είναι αίσθηση μιας ανεξαγόραστης οφειλής που πηγάει από ένα ασυγχώρητο κακό που έχω προκαλέσει.

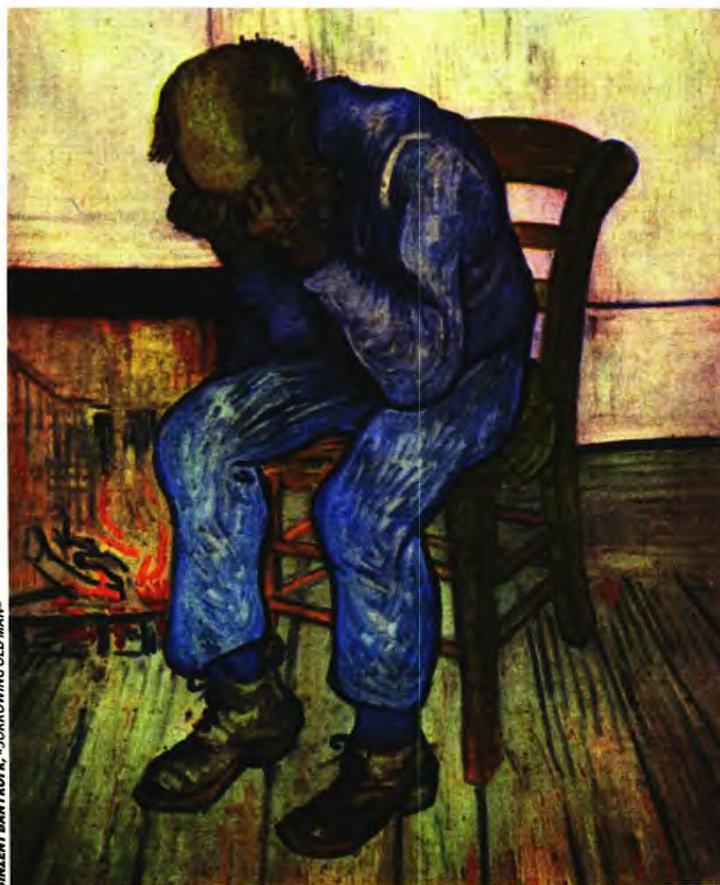
Η ενοχή παράγει αυτομομφές. Το Εγώ κατηγορεί τον εαυτό του ως αιτία του κακού, πηγή των δεινών, υπαίτιο για την καταστροφή του κόσμου.

## Ασάλευτος κόσμος

Στο πένθος, ο χρόνος γιατρεύει. Στην κατάθλιψη δεν υπάρχει εξέλιξη. Ο χρόνος, ο κόσμος, τα πάντα παγώνουν. Η ψυχή βυθίζεται σε μία «κακή αιωνιότητα»: σ' ένα ασάλευτο λουτρό οδύνης όπου πνίγεται ατελείωτα, αλλά ποτέ οριστικά. Εκείνο που χάθηκε μετατρέπεται σε άταφο νεκρό που εμποτίζει με τη χροιά του θανάτου τα πάντα.

Αυτό συμβαίνει επειδή η ψυχή αρνείται να αποδεχτεί την απώλεια και καθηλώνεται στο «Δεν το πιστεύω αυτό που ξέρω». Μου το είπαν, το είδα, αλλά δεν το χωράει ο νους μου. Το ξέρω, αλλά δεν μπορώ να το ξέρω: Ιδού η υπαρξιακή θέση της κατάθλιψης. Λόγια σε ψυχοθεραπεία:

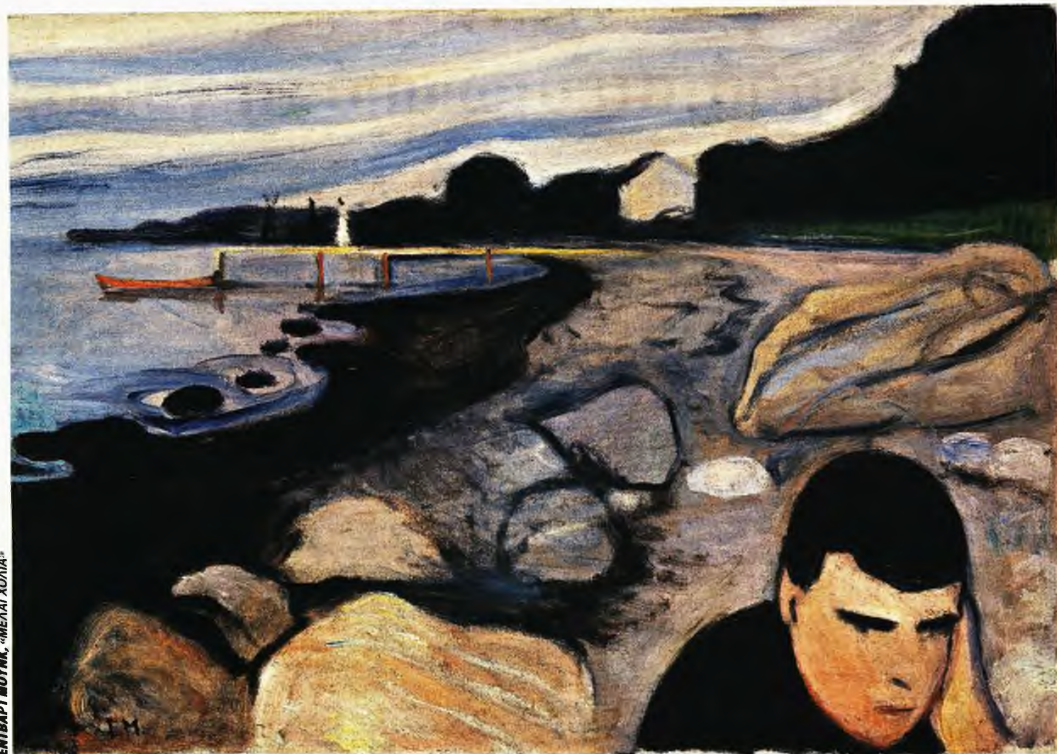
«[...] να νιώθω τόσο ότι είναι εδώ και την ίδια στιγμή να νιώθω πόσο πολύ μου λείπει. Δεν είναι εδώ. Δηλαδή, και είναι και δεν είναι, και χάθηκε και δεν χάθηκε, δεν μπορώ να πάρω



VINCENT VAN GOGH, «SORROWING OLD MAN»



Η θεραπεία της κατάθλιψης έχει τρία συστατικά: φάρμακα, ψυχοθεραπεία, υποστήριξη από την κοινωνία και τον πολιτισμό



ENTHART MOYNIK. «ΜΕΛΙΓΧΟΛΙΑ»

## Θεραπεία

**Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ** της κατάθλιψης έχει τρία συστατικά: φάρμακα, ψυχοθεραπεία, υποστήριξη από την κοινωνία και τον πολιτισμό.

Τα φάρμακα, με ιατρική εποπτεία και μόνο, είναι πολύ χρήσιμα: περιορίζουν τα συμπτώματα, εξομαλύνουν κάποιους ζωτικούς ρυθμούς (ύπνος κ.λπ.), βελτιώνουν τη συναισθηματική κατάσταση και την κοινωνική λειτουργία. Όμως, «το χάπι της ευτυχίας» δεν υφίσταται.

Η ψυχοθεραπεία δεν στοχεύει σε κάποια κακώς νοούμενη «θετική σκέψη», η οποία θα έβαζε τις πραγματικές ψυχικές περιπλοκές κάτω από το χαλί κάποιας επίπλαστης ευεξίας, που αρνείται στην οδύνη το ότι υπάρχει, αν και με παράλογο και παθολογικό τρόπο. Σκοπός μιας ουσιαστικής ψυχοθεραπείας είναι η ανάδειξη, επεξεργασία και υπέρβαση των εμπλοκών που αναλύσαμε. Και η απεμπλοκή της ψυχής από το άγονο παράπονο, ώστε να κατορθώσει να επιτελέσει το αναγκαίο για την ίδια την ψυχή πένθος και έτσι να επανακτήσει τη σχέση της με τη ζωή χωρίς το απολεσθέν.

Ο συνδυασμός φαρμάκων και ψυχοθεραπείας είναι ο πιο αποδοτικός. Φάρμακα και λόγος, ωστόσο, είναι ακόμη αποτελεσματικότερα, αν υπάρχει ανθρώπινο και πολιτισμικό περιβάλλον που στηρίζει τον καταθλιπτικό άνθρωπο και ευνοεί την επίτευση του πένθους του.

Και στην κατάθλιψη, λοιπόν, το θάρρος να αντικρίσεις την αλήθεια και να αποδεχτείς την οδύνη της ύπαρξης είναι ο δρόμος της λύτρωσης.



απόφαση, ούτε το ένα, ούτε το άλλο, είμαι ανάμεσα, μετέωρη στα δύο. Τη νιώθω πάντα εδώ γύρω να με βλέπει, να με προστατεύει Σε λίγο θα αρχίσω και να της μιλάω, να της βάζω φαί στο τραπέζι. Δεν μπορώ να αποφασίσω. Να ζήσει ή να πεθάνει;»

### Ενδοβολή

Πώς γίνεται ό,τι έχει χαθεί να μην έχει χαθεί; Μ'έναν παράδοξο χειρισμό της ψυχής: Εκείνο που χάθηκε, το Εγώ το παίρνει και το εγκαθιστά μέσα του! Η ενδοβολή αυτή εικονογραφείται πάλι από λόγια σε ψυχοθεραπεία:

«Νιώθω αυτοί οι δύο να έχουν κατοικήσει μέσα μου. Σαν κάποια κομμάτια μου να έχουν γίνει ένα με αυτούς τους δύο».

«Σκέφτομαι, αν πάρω ένα πιστόλι και πυροβοληθώ πόσα πτώματα θα βρουν; Δύο; Τρελό...».

Το αδιανόητο της απώλειας παράγει λοιπόν μια παράδοξη ψυχική πραγματικότητα: Τε ξέρω ότι χάθηκε, αλλά συνεχίζει να ζει μέσα μου. Σ καταθλιπτικός άνθρωπος μετατρέπεται σε πανοπλία που μέσα της έχει εγκατασταθεί ένας άταφος νεκρός (ή το αντίστοιχό του σε κάθε απώλεια):

«Δηλαδή εγώ κουβαλώ μέσα μου και τους τέσσερις αυτούς που έχουν πεθάνει. Όμως έτσι δεν πεθαίνουν οι πεθαμένοι. Δεν τους πεθαίνουν τους πεθαμένους».

«Πριν σκοτωθεί ο αδερφός μου, ήμασταν πολύ δεμένοι, όλο μαζί. Μετά αρνήθηκα να τον αφήσω να πεθάνει. Τον κουβαλούσα μέσα μου,



EMILY CLARK, DEPRESSION

είχε μπει μέσα μου. Ετσι βρεθήκαμε να είμαστε μισοπεθαμένοι».

«Ποτέ δεν ζούσα τη ζωή μου ολόκληρη. Η μισή μου ζωή ήταν πεθαμένη. Οπως η μητέρα μου, που ήταν πεθαμένη».

### Ακατόρθωτος αποχαιρετισμός

Πένθος σημαίνει καλός αποχαιρετισμός σ' αυτό που χάθηκε: χωρίς παράπονο ή μνησικακία, χωρίς «Γιατί μου το 'κανες;» ή «Γιατί σ' 'μένα;» - ακόμη και αν δεν υπάρχει απάντηση ι' αυτά τα πικρά γιατί.

Η κατάθλιψη είναι η ασάλευτη λίμναση του ακατόρθωτου αποχαιρετισμού. Το αιώνιο, άγονο παράπονο μιας προδομένης αγάπης, που χάθηκε αλλά δεν της αναγνωρίζω το δικαίωμα να χαθεί. Αυτή η παράδοξη γμφυρέπεια στηρίζεται στην ενδοβολή, δηλαδή την ταύτιση του Εγώ με το 'αμένο αντικείμενο. Γι' αυτό και οι μοιρβές κατά του εαυτού μου στοχεύουν το χαμένο αντικείμενο: εκείνη την αγάπη που αδιανόητα με εγκατέλειψε. Η ουσία της ενοχής στην κατάθλιψη λόγω απώλειας είναι αυτή: αν και φαίνεται ότι κατηγορούμενος είμαι εγώ, κατηγορούμενος είσαι εσύ που είμαι εγώ!

Στην ψυχοθεραπεία όντως έρχεται μια στιγμή όπου φανερώνεται το παράδοξο: ιτην αρχή αισθάνομαι ότι ένοχος είμαι γώ που κάπως σε πρόδωσα και είμαι η ιτία παντός κακού. Στην πορεία αποκαλύπτεται ότι ένοχος είσαι εσύ που χάθηκες κι έτσι πρόδωσες την αγάπη μου. Και, καθώς ανημπορώ να δεχτώ την προδοσία, σε βάζω μέσα μου ώστε να μην μπορείς ποτέ να χαθείς, να μην μπορείς να με προδώσεις. Κι έτσι ένας άταφος νεκρός κυβερνά μυστικά τη ζωή μου.

Όλο αυτό το παράξενο σύμπλεγμα εκδηλώνεται τελικά σαν παράπονο (μίγμα πόνου και θυμού), του οποίου όμως ο αποδέκτης είναι κρυφός. Παράπονο που ανακυκλώνεται με απατηλή μορφή και απευθυνση (ενοχές), καθιστάμενο έτσι ασάλευτη αλλοτρίωση, άγονος παραδαρμός.

Η ΧΕΙΜΩΝΙΑΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

# Πώς μπορώ να προστατευτώ από τη γρίπη;

Η γρίπη είναι μία ιογενής λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος που παρουσιάζει έξαρση σε όλες τις ηλικίες κατά τους φθινοπωρινούς και χειμερινούς μήνες. Η γρίπη προκαλείται κατά κύρια βάση από τους τύπους Α' και Β' των ιών της γρίπης. Ο χρόνος μεταξύ της έκθεσης στον ιό και της εμφάνισης των συμπτωμάτων της ασθένειας (περίοδος επώασης) είναι από δύο έως τέσσερις ημέρες.

Γράφει ο **Ιωάννης Νάκος**, παθολόγος



**Τα αντιβιοτικά δεν έχουν καμία απολύτως ένδειξη, καθώς -όπως όλη η ιατρική κοινότητα επισημαίνει- χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για τη θεραπεία λοιμώξεων που προκαλούνται από μικρόβια και όχι από ιούς**

**Ο** ιός της γρίπης μεταδίδονται από άτομο σε άτομο μέσω των αναπνευστικών εκκρίσεων (με βήχα ή φτάρνισμα), είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω των χεριών. Αν κάποιος λοιπόν αγγίξει ένα μολυσμένο αντικείμενο και στη συνέχεια ακουμπήσει τα μάτια, τη μύτη ή το στόμα του, μπορεί να νοσήσει. Ο ψυχρός καιρός και ο συγχρωτισμός (συγκέντρωση πολλών ατόμων σε κλειστούς χώρους) αυξάνουν τη μετάδοση της γρίπης. Αν και το κρύο δεν τις προκαλεί, όσο πέφτουν οι θερμοκρασίες τείνουμε να παραμείνουμε σε κλειστούς χώρους που δεν αερίζονται καλά, με αποτέλεσμα να μεταδίδονται ευκολότερα οι ιοί. Επίσης, μελέτες έχουν υποδείξει ότι ο ιός της γρίπης συγκεντρώνεται εξαπλώνεται ευκολότερα όταν η θερμοκρασία και η υγρασία βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα, συνθήκες που συναντάμε συχνότερα κατά τους φθινοπωρινούς και χειμερινούς μήνες.

Οι ενήλικες μπορεί να μεταδώσουν τη νόσο μία μέρα πριν αρρωστήσουν έως 5-7 μέρες από τη στιγμή που θα εκδηλώσουν τα συμπτώματα. Τα παιδιά και οι ασθενείς με σοβαρή ανοσοκαταστολή μπορεί να μεταδίδουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (έως και δύο εβδομάδες). Το ικό φορτίο, τις μέρες που έχουμε τα συμπτώματα, είναι πολύ μεγαλύτερο.

Τα συμπτώματα της γρίπης αρχίζουν αιφνίδια 1-4 μέρες μετά την προσβολή από τον ιό και περιλαμβάνουν πυρετό, πόνο στις αρθρώσεις, μυαλγίες, πονοκέφαλο, καταρροή, πονόλαιμο, βήχα (συνήθως ξηρός) και πολύ έντονη καταβολή. Ο πυρετός συχνά είναι υψηλός, πάνω από 38 βαθμούς Κελσίου και συνήθως διαρκεί έως τρεις ημέρες. Η κόπωση ενδέχεται να επιμείνει για αρκετό καιρό έπειτα από την ανάρρωση από τα αρχικά συμπτώματα. Τα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν συμπτώματα από το γαστρεντερικό, όπως, ναυτία, εμέτους, διάρροια, ενώ στους ενήλικες τα συμπτώματα αυτά είναι σπάνια. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να χρειαστεί επείγουσα ιατρική φροντίδα. Στους ενήλικες τα συμπτώματα, που θα ανησυχήσουν, είναι ο έντονος πόνος στο στήθος, ο έντονος πονοκέφαλος, η δύσπνοια, η ζάλη, η σύγχυση, ο επίμονος εμετός, ενώ στα παιδιά είναι ο υψηλός και παρατεταμένος πυρετός, η δυσκολία στην αναπνοή, η γρήγορη αναπνοή, η κυάνωση, η ελαττωμένη πρόσληψη υγρών, η υπνηλία, η υπερβολική ευερεθιστότητα και η παρουσία συμπτωμάτων που ενώ βελτιώνονται ξαφνικά χειροτέρευσαν.

Αν είστε υγιείς, η γρίπη δεν θα σας ταλαιπωρήσει ιδιαίτερα. Επειτα από 3 με 4 μέρες, ή μία εβδομάδα το πολύ, τα συμπτώματα θα αρχίσουν να υποχωρούν. Ο βήχας και το αίσθημα κόπωσης ή αδυναμίας μπορεί να διαρκέσει μέχρι και δύο εβδομάδες μετά από την ασθένεια.

Κατά την διάρκεια της εποχής της γρίπης κυκλοφορούν και άλλοι ιοί που προσβάλλουν το αναπνευστικό και προκαλούν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της γρίπης. Σε αυτούς τους ιούς περιλαμβάνονται και οι ρινοϊοί, οι οποίοι είναι η κύρια αιτία του κοινού κρυολογήματος. Ορισμένα από τα συμπτώματα της γρίπης είναι κοινά με το κοινό κρυολόγημα και ειδικά αν το κρυολόγημα που περνάμε είναι βαρύ μπορεί εύκολα να το περάσουμε για γρίπη. Το να διαχωρίσει κανείς τα συμπτώματα του κρυολογήματος από εκείνα της γρίπης μπορεί μερικές φορές να είναι δύσκολο. Σε γενικές γραμμές πάντως τα συμπτώματα

κρυολογήματος είναι πιο ελαφριά και περιορίζονται στο ανώτερο αναπνευστικό (καταρροή, φτάρνισμα, πονόλαιμος), διαρκούν λιγότερο, έχουν πιο σταδιακή έναρξη, ενώ σπάνια συμβαίνουν επιπλοκές.

Οι περισσότεροι υγιείς άνθρωποι ξεπερνούν τη γρίπη χωρίς να παρουσιάσουν επιπλοκές. Ορισμένοι όμως, όπως άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για σοβαρές επιπλοκές από τη γρίπη και κάποιοι μάλιστα μπορεί να χάσουν και τη ζωή τους. Τα άτομα τα οποία κινδυνεύουν περισσότερο να τις εμφανίσουν είναι άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών, παιδιά και ενήλικες με χρόνια καρδιαγγειακά, αναπνευστικά και νευρολογικά νοσήματα, με μεταβολικές διαταραχές (όπως ο σακχαρώδης διαβήτης), με χρόνιες νεφρικές ή ηπατικές νόσους ή με ανοσοκαταστολή.

Επίσης ιδιαίτερα προσεκτικοί θα πρέπει να είναι οι έγκυες γυναίκες ανεξαρτήτως ηλικίας κύησης, οι λεχώνες, οι θηλάζουσες, άτομα πολύ αδύνατα ή πολύ παχύσαρκα και τα άτομα που βρίσκονται σε στενή επαφή με παιδιά μικρότερα των έξι μηνών, ή φροντίζουν άτομα με υποκείμενο νόσημα, τα οποία διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών από τη γρίπη. Επαγρύπνηση χρειάζεται από τους κλειστούς πληθυσμούς (προσωπικό και εσωτερικοί σπουδαστές Γυμνασίων-Λυκείων, στρατιωτικών και αστυνομικών σχολών, ειδικών σχολείων ή σχολών, τρόφιμοι και προσωπικό ιδρυμάτων κ.ά.), και από τους εργαζόμενους σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και λοιποί εργαζόμενοι).

Οι ομάδες υψηλού κινδύνου, αν προσβληθούν, μπορεί να εμφανίσουν ταχεία επιδείνωση της λοίμωξης και σοβαρές επιπλοκές, γιατί για έναν πάσχοντα από οποιοδήποτε χρόνιο πρόβλημα υγείας, η γρίπη είναι απειλητική από το πρώτο κιάλας σύμπτωμα. Μερικές από τις επιπλοκές

είναι η πνευμονία από τον ίδιο τον ιό της γρίπης ή από μικρόβια (κυρίως από πνευμονιόκοκκο), η αφυδάτωση, οι κρίσεις άσθματος στα άτομα που πάσχουν από βρογχικό άσθμα, η παρόξυνση της χρόνιας βρογχίτιδας, η επιδείνωση της καρδιακής ανεπάρκειας ή του σακχαρώδους διαβήτη.

Προκειμένου λοιπόν να περιοριστούν οι πιθανότητες μετάδοσης των ιώσεων θα πρέπει να λαμβάνονται κάποια μέτρα προστασίας, ιδιαίτερα στην περίοδο των εξάρσεων. Είναι πολύ σημαντική η τήρηση των μέτρων υγιεινής, όπως συχνό πλύσιμο των χεριών και αναπνευστική υγιεινή. Το πλύσιμο των χεριών με σαπούνι και ζεστό νερό για τουλάχιστον 20 δευτερόλεπτα βοηθά να καθαρίσουμε τα μικρόβια από το δέρμα. Είναι σημαντικό να έχουμε καθαρά τα χέρια μας, δηλαδή καλό πλύσιμο των χεριών μας όταν ερχόμαστε σε επαφή με επιφάνειες που μπορεί να είναι μολυσμένες, σε δημόσιους χώρους όπως πόμολο, χερούλια σε μέσα μαζικής μεταφοράς. Θα πρέπει πάντοτε να καλύπτουμε το στόμα και τη μύτη μας όταν βήχουμε ή φταρνίζομαστε είτε με ένα χαρτομάντιλο είτε με την εσωτερική πλευρά του αγκώνα μας. Επισημαίνεται επίσης για τα άτομα που έχουν συμπτώματα γρίπης, η ανάγκη οικειοθελούς απομόνωσης και αποφυγής συγχρωτισμού για την αποφυγή μετάδοσης του ιού. Είναι σημαντικό ο κάθε ασθενής να παραμείνει στο σπίτι του μέχρι και 24 ώρες αφότου έχει φύγει ο πυρετός.

Πάντως ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να προστατευτεί κανείς από τη γρίπη είναι ο έγκαιρος **εμβολιασμός**. Όπως έλεγε και ο πατέρας της σύγχρονης ιατρικής Ιπποκράτης «κάλλιον το προλαμβάνει, παρά το θεραπεύει». Ο **εμβολιασμός** συστήνεται να γίνεται κατά τους μήνες Οκτώβριο-Νοέμβριο, κάθε χρόνο, αλλά μπορεί να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου γρίπης. Όμως θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη



ότι απαιτούνται τουλάχιστον δύο εβδομάδες από τη στιγμή του εμβολιασμού για την παραγωγή αντισωμάτων και αποτελεσματικότερη προστασία κατά της γρίπης. Ο αντιγριπικός εμβολιασμός συνιστάται σε όλα τα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 6 μηνών, ενώ «επιβάλλεται» σε όλους όσοι ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Με το πέρασμα των χρόνων, οι ιοί μεταλλάσσονται ελαφρώς και αυτός είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους παρασκευάζεται κάθε χρόνο διαφορετικό εμβόλιο γρίπης. Ακόμη και αν η σύνθεση του εμβολίου είναι η ίδια με αυτή της προηγούμενης περιόδου, ο εμβολιασμός θα πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο, γιατί η ανοσία από το εμβόλιο εξασθενεί έπειτα από 6 μήνες. Το εμβόλιο της γρίπης περιέχει νεκρούς ιούς γρίπης ή τμήματα του ιού και για τον λόγο αυτό δεν μπορεί να προκαλέσει νόσο.

Δυστυχώς, όπως διαπιστώνεται, παρά τις συστάσεις των ειδικών, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού παραμένει ανεμβολίαστο, με αποτέλεσμα αρκετοί να νοσηλεύονται κάθε χρόνο σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ορισμένοι εκ των οποίων καταλήγουν. Μία από τις αιτίες είναι ότι πολλοί ανησυχούν για την ασφάλεια και τις ενδεχόμενες παρενέργειες των εμβολίων. Οι ανησυχίες είναι αποτέλεσμα ελλιπούς ενημέρωσης. Στην πραγματικότητα, τα εμβόλια είναι εξαιρετικά ασφαλή και μην ξεχνάτε ότι πριν από την κυκλοφορία τους ελέγχονται, πέραν τριών φάσεων κλινικών δοκιμών και πληθούρων αυστηρές προϋποθέσεις.

Να σημειώσουμε ότι για τη γρίπη δεν υπάρχει σήμερα αιτιολογική θεραπεία. Τα αντιβιοτικά δεν έχουν καμία απολύτως ένδειξη, καθώς -όπως όλη η ιατρική κοινότητα επισημαίνει- χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για τη θεραπεία λοιμώξεων που προκαλούνται από μικρόβια και όχι από ιούς. Ετσι αντιβιοτικά θα χορηγηθούν μόνο σε βακτηριακές επιπλοώσεις.

Συστήνεται λοιπόν ξεκούραση και πολλά υγρά, τα οποία βοηθούν στη ρευστοποίηση των φλεγμάτων και των εκκρίσεων. Επιπλέον πρέπει να αποφεύγεται η χρήση αλκοόλ και καπνισμάτων.

Οι ασθενείς μπορούν να πάρουν και κάποια φάρμακα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της γρίπης, όπως αποσυμφορητικά για τη μύτη, παστίλλες ή κάποια διαλύματα για τον λαιμό, αντιπυρετικά για την αντιμετώπιση του πυρετού, αναλγητικά για την αντιμετώπιση των πόνων των μυών και κάποιο αποχρεμπτικό αν είναι παραγωγικός βήχας.

Παιδιά και έφηβοι με συμπτώματα γρίπης, θα πρέπει να αποφεύγουν τη χρήση ασπιρίνης κατά τη διάρκεια της μόλυνσης με γρίπη καθώς μπορεί να προκαλέσει μια σπάνια ασθένεια (Σύνδρομο του Reyes) που πολλές φορές μπορεί να είναι και θανατηφόρα. Τέλος, υπάρχουν κάποια αντικαταθλαστικά (όπως η οσελταμιβίρη) που αν δοθούν έγκαιρα (μέσα σε 2 μέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων) μπορούν να ελαττώσουν τη διάρκεια της γρίπης και να προλάβουν σοβαρές επιπλοκές της.

Η γρίπη εξαπλώνεται στον κόσμο με εποχικές πανδημίες, σκοτώνοντας εκατομμύρια ανθρώπους σε πανδημικά χρόνια και χιλιάδες ανθρώπους σε μη πανδημικά χρόνια. Να θυμίσουμε ότι τον 20ό αιώνα έχουν καταγραφεί τρεις πανδημίες γρίπης, σκοτώνοντας εκατομμύρια ανθρώπους, όπως η γρίπη των χοίρων το 2009, με την κάθε μια των πανδημιών να εμφανίζει τη γρίπη κάθε φορά ως νέο μικροβιολογικό στέλεχος.

Η πρόληψη είναι λοιπόν πολύ σημαντική. Είναι προτιμότερο να προλαμβάνουμε μία ασθένεια παρά να τη θεραπεύουμε. Ένας από τους καλύτερους τρόπους να προστατέψετε τον εαυτό σας και την οικογένειά σας από τη γρίπη είναι να εμβολιαστείτε!



## ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

# «Ορια και κανόνες: τα θέτει ο γονιός και όχι το παιδί!»

Γράφει η **Μαριάννα Κουμαριανού**, εκπαιδευτικός, συγγραφέας, συνεργάτις του Ινστιτούτου «Γαληνός»

**ΚΑΘΕ ΑΝΘΡΩΠΟΣ** σε κάθε οργανισμό, σε κάθε περιβάλλον, δοκιμάζει τη δύναμή του, τις ικανότητές του, τις αντοχές του...

Όταν επιδιώκουμε κάτι, δοκιμάζουμε, μπορεί να αποτύχουμε, να ξαναδοκιμάσουμε... μέχρι το επιθυμητό αποτέλεσμα. Αυτή η υγιής διαδικασία και συμπεριφορά μάς κάνει να πετυχαίνουμε τους στόχους μας, παρ' όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε.

Το ίδιο συμβαίνει και με τα παιδιά. Ερχονται στον κόσμο και δοκιμάζουν συνέχεια και το καθετί! Μόνο που τα παιδιά δεν έχουν ακόμα σαφή αντίληψη και γνώση των δικών τους ορίων. Ετσι, ξεκινώντας, δεν ξέρουν πόση δύναμη πρέπει να βάλουν για να ανοίξουν ένα συρτάρι, ούτε αν θα χτυπήσουν πηδώντας από ψηλά κ.ο.κ.

Γνωρίζοντας αυτό το δεδομένο, αντιλαμβανόμαστε πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος των γονέων ή όσων έχουν τη φροντίδα των παιδιών.

Υπάρχει ανάγκη ο γονέας να επιβλέπει και μερικές φορές να περιορίζει κάποιες ενέργειες των παιδιών που μπορεί να γίνουν επικίνδυνες στο παιδί. Ταυτόχρονα, οφείλει να το βοηθάει να αποκτήσει τα κριτήρια ώστε βαθμιαία να είναι σε θέση να αναγνωρίζει ό,τι είναι επικίνδυνο και από μόνο του να το αποφεύγει, χωρίς να επιβάλλεται παρέμβαση του γονιού.

Ετσι πέραν σε ένα άλλο επίπεδο όπου, ενώ ο γονιός βάζει όρια και σταματάει το παιδί του, ταυτόχρονα του δίνει τον απαραίτητο χώρο ώστε να δοκιμάζει βαθμιαία πιο επικίνδυνες δραστηριότητες και παιχνίδια.

Μέσα από κινητικά παιχνίδια τα παιδιά μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τα όρια του εαυτού τους και να προχωρούν ένα βήμα παραπάνω τη φορά.

Ας πάμε τώρα στη γενικότερη έννοια της οριοθέτησης. Όσον αφορά τα θέματα ασφαλείας που προαναφέραμε, όλα φαίνονται σχετικά απλά και σαφή. Ωστόσο, υπάρχει μια κατηγορία ορίων που δεν αφορούν την ασφάλεια, αλλά γενικότερα θέματα διαπαιδαγώγησης, όπως η ώρα του ύπνου, η ισορροπία ανάμεσα σε υποχρεώσεις (σχολείο, διαβάσματα κ.λπ.) και ελευθερίες, ο χρόνος που μπορούν να παίζουν σε τάμπλετ και αργότερα το πότε ή μέχρι πόσο αργά μπορούν να είναι έξω κ.ο.κ.

Εδώ τα πράγματα φαίνεται να αναμορφώνονται. Η οριοθέτηση ως προς αυτά δείχνει να μην αγγίζει θέματα ασφαλείας, ούτε υπάρχει η απολυτότητα που χαρακτηρίζει την προηγούμενη κατηγορία. Ανά οικογένεια και παιδί τα πράγματα αλλάζουν. Δεν είναι για όλους όλα εξίσου σημαντικά, ούτε τα παιδιά είναι ίδια και με τον ίδιο τρόπο απαιτητικά. Και αυτό ακριβώς δημιουργεί πρόβλημα και μπερδεύει. Δεν υπάρχει ένας σαφής λόγος που να λείπει πόσο συχνά ή πόσο πολύ μπορεί να τρώνει κάποιος παγωτό ή κάθε πότε και μέχρι πόσο αργά μπορεί ένας έφηβος να βγαίνει για βράδυ. Αυτά είναι στην κρίση της οικογένειας -των γονιών- και προκύπτουν από τη δυναμική των σχέσεων.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα παιδιά και οι έφηβοι φαίνεται να έχουν πολλούς τρόπους να επιβάλλουν τα θέλω τους στους γονείς. Δοκιμάζουν, επιχειρηματολογούν, πιέζουν και με κάθε τρόπο προσπαθούν να πετύχουν αυτό που επιθυμούν. Και οι γονείς μπαίνουν σε διαδικασία αμφισβή-

τησης όσων προσπαθούν και δημιουργούνται εντάσεις στις σχέσεις τους με τα παιδιά, ενώ ταυτόχρονα αισθάνονται ενοχές και συχνά υποχωρούν ή αναθεωρούν προκειμένου να αποφύγουν περιπλοκές.

Η οριοθέτηση των παιδιών είναι μία διαρκής διαδικασία, πρώτα και κύρια από τους γονείς. Πριν από κάθε ενέργεια πρέπει ο γονιός να είναι σίγουρος και να έχει ο ίδιος απαντήσει σε κάθε «γιατί» που μπορεί να τεθεί. Ελάχιστα πράγματα είναι αυτονόητα (π.χ. δεν κλέβουμε) και πλέον είμαστε σε κοινωνία όπου τα παιδιά έχουν λόγο με επιχειρήματα και αντιχειρήματα, αν και ενίοτε αυτά είναι καρπός της άγνοιας, της παρανόησης ή και προσχηματικά.

Η σχέση με τα παιδιά μας είναι κάτι δυναμικό που συνεχώς δημιουργείται (ή, αν δεν προσέξουμε κι αν δεν φροντίσουμε, διαλύεται). Είναι λοιπόν αναγκαία η διαρκής εγρήγορση και επαφή μαζί τους, ώστε τα όρια που βάζουμε να έχουν λογική και να προάγουν μελλοντικά την ελευθερία και ολοκλήρωσή τους.

Η θέσπιση ορίων είναι μόνο μία πλευρά της ευρύτερης παιδαγωγικής που αποβλέπει στο να μάθει το παιδί να παίζει με κανόνες, θεμέλιο του κοινωνικού βίου. Στο ποδόσφαιρο, για παράδειγμα, υπάρχουν σαφή όρια, που η παράβασή τους επισύρει συνέπειες (φάουλ, πέναλτι, οφσάιντ, ακόμη και η συμπεριφορά των φιλάθλων επισύρει ποινή για την ομάδα). Ομως, η βαθύτερη λογική και απόλαυση του παιχνιδιού δεν είναι απλώς να σεβόμαστε τα όρια. Είναι να κερδίσουμε παίζοντας με κανόνες. Άρα, τα όρια είναι ένα εργαλείο στην υπηρεσία της γονεϊκής λειτουργίας η οποία, για την καλή πορεία του προς ό,τι επιθυμεί, του παρέχει αγάπη και κανόνες.

# Ελληνικό Φάρμακο η λύση

## για την ΥΓΕΙΑ

- Το Ελληνικό Φάρμακο μπορεί να καλύψει άμεσα το **70%** των αναγκών της **ΠΡΩΤΟΘΑΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ** και το **50%** των αναγκών της **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**
- Η ανάδειξη και στήριξη του Ελληνικού Φαρμάκου είναι **ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ**, με μια **ΕΘΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ** και με **ΚΙΝΗΤΡΑ** σε Γιατρούς & Φαρμακοποιούς
- Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να πετύχουμε:
- **ΜΕΙΩΣΗ** στις άσκοπες εισαγωγές ακριβών φαρμάκων
- **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ** του ελλείμματος στο ισοζύγιο εμπορικών συναλλαγών στα φάρμακα
- **ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ** πόρων για τα καινοτόμα φάρμακα που πραγματικά χρειαζόμαστε

## για την ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Το Ελληνικό Φάρμακο είναι

- **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ** και **ΑΣΦΑΛΕΣ** γιατί πιστοποιείται από τους σημαντικότερους Οργανισμούς Φαρμάκου παγκοσμίως
- **ΠΟΙΟΤΙΚΟ** γιατί παράγεται σε ελληνικά εργοστάσια που ακολουθούν αυστηρά τα διεθνή πρότυπα διασφάλισης ποιότητας
- **ΔΙΕΘΝΩΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ** γιατί εκατομμύρια ασθενείς σε περισσότερες από 85 χώρες το εμπιστεύονται καθημερινά
- **ΠΡΟΣΙΤΟ** για τον Έλληνα ασθενή γιατί μειώνει το κόστος συμμετοχής των ασφαλισμένων

## για την ΑΝΑΠΤΥΞΗ

- Παράγεται σε **27** υπερασύγχρονα ελληνικά **ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΑ**
- Επηρεάζει πάνω από **53.000 ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**
- Κατέχει την **2η ΘΕΣΗ ΣΤΙΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ** της Ελλάδας
- Εξάγεται σε **85 ΧΩΡΕΣ**
- Για κάθε €1.000 δαπάνης το **ΑΕΠ ΕΝΙΣΧΥΕΤΑΙ** κατά €3.420
- Συμβάλει συνολικά με **€2,8 δισ.** το χρόνο στο **ΑΕΠ**
- Η Ελληνική Φαρμακοβιομηχανία επενδύει €30 εκατ. ετησίως σε **80 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ**, έχοντας πραγματοποιήσει συνολικές **ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ €800 εκατ.** την τελευταία 10ετία

**Ελληνικό  
Φάρμακο** 

Αποτελεσματικό | Ασφαλές | Προσιτό

 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ  
ΕΝΩΣΗ  
ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ

Πηγή:	ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ	Σελ.:	21	Ημερομηνία έκδοσης:	26-10-2018
Επιφάνεια:	132.45 cm <sup>2</sup>	Αρθρογράφος:		Κυκλοφορία:	2300
Θέματα:	ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ				



## Άμεση μονιμοποίηση των εργαζομένων του «Philos»

Την άμεση μονιμοποίηση των 27 εργαζομένων με σύμβαση έργου με το πρόγραμμα «Philos» που διαχειρίζεται το **ΚΕΕΛΠΝΟ** και όλων των συμβασιούχων με πλήρη εργασιακά και ασφαλιστικά δικαιώματα, απαιτεί ο Σύλλογος Εργαζομένων Γενικού **Νοσοκομείου** Σάμου.

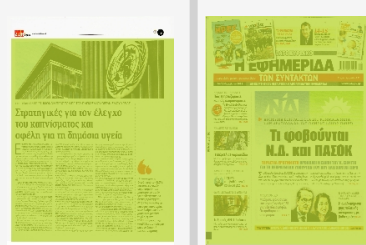
Στην ανακοίνωσή του, ο Σύλλογος Εργαζομένων «καταγγέλλει την απαράδεκτη κατάσταση που επικρατεί στους 27 εργαζόμενους με σύμβαση έργου με το πρόγραμμα "Philos" που διαχειρίζεται το **ΚΕΕΛΠΝΟ** χρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Ένωση, το οποίο πρόγραμμα έχει λήξει από τις 19 Αυγούστου και οι 27 εργαζόμενοι, από τους οποίους οι 11 απασχολούνται στο ΓΝ Σάμου και οι 16 στο ΚΥΤ Σάμου, οι οποίοι καλύπτουν εξολοκλήρου το ιατρικό και ψυχοκοινωνικό έργο, αυτήν τη στιγμή είναι στον αέρα, ενώ συνεχίζουν να προσφέρουν το έργο τους».

Μετά την παρέμβαση του Συλλόγου Εργαζομένων και τις αλληπάλληλες πιέσεις των 27 εργαζομένων προς το **ΚΕΕΛΠΝΟ** απέσπασαν την υπόσχεση ότι θα καταβληθούν τα δεδουλευμένα τους στις 27 Οκτώβρη και ότι θα πάρουν παράταση των συμβάσεων μέχρι τέλος Δεκέμβρη.

Ο Σύλλογος του **νοσοκομείου** καλεί τους εργαζόμενους του «Philos» να μην καθησυχαστούν απ' αυτή την εξέλιξη και να συνεχίσουν από κοινού τον αγώνα και τις πιέσεις προς το υπουργείο Υγείας και το **ΚΕΕΛΠΝΟ** για την άμεση μονιμοποίησή τους καθώς και όλων των συμβασιούχων με πλήρη εργασιακά και ασφαλιστικά δικαιώματα. Επίσης, ζητά από την κυβέρνηση την άμεση τακτοποίηση πρόσληψης των εργαζομένων, ώστε να συνεχίσουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, οι οποίες είναι απαραίτητες.

Να σημειωθεί ότι μέρος των 27 εργαζομένων απασχολείται στο **Νοσοκομείο** Σάμου, το οποίο στενάζει κάτω από τις τεράστιες ελλείψεις προσωπικού. Οι υπόλοιποι (γιατρός, νοσηλεύτες, διερμηνείς, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος) εργάζονται στο «hot spot» του νησιού και η απόλυσή τους στην ουσία θα σημάνει το κλείσιμο του μοναδικού ιατρείου που υπάρχει στο χώρο, καθώς θα απομείνει μόνο ένας γιατρός.





ΕΠΙΣΤΟΛΗ 72 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟΝ Γ.Γ. ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

## Στρατηγικές για τον έλεγχο του καπνίσματος και οφέλη για τη δημόσια υγεία

Επιστολή στο Γενικό Γραμματέα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) έστειλαν 72 επιστήμονες από σημαντικά διεθνή κέντρα, από 19 χώρες. Ζητούν από τον Οργανισμό να αναλάβει ηγετικό ρόλο στην προώθηση αποτελεσματικών και ταχείας δράσης πολιτικών για τη ρύθμιση της χρήσης του καπνού και της νικοτίνης. Οι επιστήμονες ζητούν επίσης από τον Π.Ο.Υ. και τους εθνικούς οργανισμούς που μετέχουν σε αυτόν, να υιοθετήσουν μια θετική προσέγγιση στις νέες τεχνολογίες και στην καινοτομία, στο βαθμό που αυτή μπορεί να μειώσει την βλάβη από το κάπνισμα και να συμβάλει στον έλεγχο και στη διακοπή του καπνίσματος.

Όπως αναφέρεται στην επιστολή, αναφορικά με τον έλεγχο του καπνίσματος και των επιδράσεων που έχει στη δημόσια υγεία, η κατάσταση έχει βελτιωθεί σημαντικά μετά τη Σύμβαση-Πλαισίον για τον Έλεγχο του Καπνού, που υπογράφηκε το 2003.

Ωστόσο, πλέον είναι αδύνατο να αγνοηθεί η ραγδαία ανάπτυξη των Εναλλακτικών Συστημάτων Παροχής Νικοτίνης. Πρόκειται για ήδη γνωστές, αλλά και νέες τεχνολογίες, με τις οποίες η νικοτίνη παρέχεται στο χρήστη χωρίς καύση των φύλλων και εισπνοή του παραγόμενου καπνού. Αυτές οι τεχνολογίες μπορούν να συνεισφέρουν ουσιαστικά στη δημόσια υγεία, μέσω της «μείωσης της βλάβης» (harm reduction) από τον καπνό.

Οι χρήστες που δεν μπορούν ή επιλέγουν να μη σταματήσουν τη χρήση της νικοτίνης, έχουν τη δυνατότητα να στραφούν από τα προϊόντα υψηλού κινδύνου (κυρίως τσιγάρα) σε προϊόντα που δυνητικά ενέχουν πολύ μί-

κρότερο κίνδυνο για τον χρήστη (π.χ. προϊόντα νικοτίνης χαμηλής τοξικότητας καπνού χωρίς καύση, ηλεκτρονικά τσιγάρα, θερμαινόμενα προϊόντα καπνού).

Οι υπογράφωντες θεωρούν ότι αυτή η στρατηγική θα μπορούσε να έχει ουσιαστική συνεισφορά στον Στόχο Αειφόρου Ανάπτυξης που αφορά στη μείωση των πρόωγων θανάτων από τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα. Στην επιστολή αναφέρονται μερικές κατευθυντήριες αρχές για την ανάπτυξη της επόμενης φάσης του παγκόσμιου ελέγχου του καπνίσματος:

- Η μείωση της βλάβης είναι μια ευρέως διεδεδομένη πρακτική στρατηγική δημόσιας υγείας (π.χ. HIV, χρήση ναρκωτικών, σεξουαλική υγεία) και θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της στρατηγικής ελέγχου και του καπνίσματος.
- Το θέμα της χρήσης καπνού ή προϊόντων νικοτίνης από τους νέους, απαιτεί μια συνεκτική και προσαρμόσιμη στρατηγική, η οποία να επικεντρώνεται στη μείωση της παρούσας και μελλοντικής βλάβης για την υγεία τους.
- Η αβεβαιότητα σχετικά με τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των προϊόντων νικοτίνης δεν θα πρέπει να αποτελεί λόγο στασιμότητας. Αν και δεν είναι διαθέσιμα σήμερα τα πλήρη στοιχεία για τις επιπτώσεις των νέων προϊόντων στην υγεία των χρηστών, υπάρχει επαρκής επιστημονική γνώση για τις φυσικές και χημικές διεργασίες που εμπλέκονται, την τοξικολογία των εκπομπών, καθώς και βιολογικοί δείκτες της έκθεσης που αποδεικνύουν ότι τα προϊόντα μη-καύσης είναι πολύ λιγότερο επιβλαβή από το κάπνισμα.
- Η αυστηρότητα της ρύθμισης ή της φορο-

λόγησης που εφαρμόζεται σε κατηγορίες προϊόντων θα πρέπει να αντανάκλα τον ενδεχόμενο κίνδυνο για την υγεία. Για το παράδειγμα, θα μπορούσαν να επιβληθούν υψηλοί φόροι στα τσιγάρα, αλλά χαμηλή ή καθόλου φορολογία στα προϊόντα μη καύσης.

- Ο ΠΟΥ θα πρέπει να αποφύγει πολιτικές που να καθιστούν τις εναλλακτικές αυτές λύσεις για το κάπνισμα λιγότερο προσβάσιμες, λιγότερο αποδεκτές, πιο ακριβές, λιγότερο φιλικές προς τον καταναλωτή ή φαρμακολογικά λιγότερο αποτελεσματικές, ή να αναστείλουν την καινοτομία και την ανάπτυξη νέων και βελτιωμένων προϊόντων.
- Οι διαπραγματεύσεις για την εφαρμογή της Σύμβασης-Πλαισίου θα πρέπει να είναι ανοιχτές σε περισσότερους ενδιαφερόμενους. Υπάρχουν πολλά ενδιαφερόμενα μέρη, συμπεριλαμβανομένων των καταναλωτών, των μέσων ενημέρωσης, καθώς και εμπειρογνώμονες της δημόσιας υγείας, οι οποίοι θα πρέπει να περιληφθούν στις διαδικασίες.

Τέλος, η επιστολή αναφέρει ότι έχει έλθει η ώρα η στρατηγική του ελέγχου του καπνίσματος να συμπεριλάβει στους κόλπους της τη στρατηγική μείωσης της βλάβης, προς όφελος της δημόσιας υγείας σε διεθνές επίπεδο.

Η επιστολή υπογράφεται από επιστήμονες, ειδικούς στη νικοτίνη και τη δημόσια υγεία από οργανισμούς όπως: Royal College of Physicians, American Cancer Society, American Heart Association, Action on Smoking and Health UK, Institute of Global Health, University of Geneva, Norwegian Institute of Public Health, The National Institute for Health Innovation (NIHI), School of Population Health-The University of Auckland, New Zealand κ.ά



Οι επιστήμονες ζητούν από τον Π.Ο.Υ. και τους εθνικούς οργανισμούς που μετέχουν σε αυτόν να υιοθετήσουν μια θετική προσέγγιση στις νέες τεχνολογίες και στην καινοτομία, στον βαθμό που αυτή μπορεί να μειώσει τη βλάβη από το κάπνισμα και να συμβάλει στον έλεγχο και στη διακοπή του καπνίσματος

# Νέα ρουσφέτια σε νοσοκομεία

Πηγή: ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΤΥΠΟΣ Σελ.: 1,18

Ημερομηνία έκδοσης: 26-10-2018

Επιφάνεια: 262.02 cm<sup>2</sup> **Αρθρογράφος:**

**Κυκλοφορία:** 6345

**Θέματα:** ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ, ΠΟΕΔΗΝ



**Καταγγελίες για  
προσλήψεις - ρουσφέτια  
στο Νοσοκομείο Λήμνου**  
▶ ΣΕΛΙΔΑ 18

## Νέα ρουσφέτια σε νοσοκομεία

**ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ** «ημετέρων» καταγγέλλουν οι εργαζόμενοι και η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ) στο Γενικό Νοσοκομείο Λήμνου. Οι «ρουσφετολογικές πρακτικές» αφορούν σε διαδικασία πρόσληψης δέκα ατόμων επικουρικού προσωπικού, διαδικασία που, σύμφωνα με τους εργαζόμενους, άλλαξε την τελευταία στιγμή προκειμένου να συμπεριληφθούν δύο ακόμη θέσεις - ταυτόχρονα ακυρώθηκαν τρεις θέσεις - ειδικότητων που στην αρχή δεν προβλέπονταν.

Σύμφωνα με ανακοίνωση της ΠΟΕΔΗΝ, η διοίκηση της 2ης ΥΠΕ υπέβαλε αίτημα για πρόσληψη δέκα επικουρικών με σύμβαση δύο ετών. «Η διοίκηση της 2ης ΥΠΕ» ενέκρινε την εισήγηση για την πρόσληψη 10 θέσεων επικουρικού προσωπικού

από τον κατάλογο των υποψηφίων που σχηματίστηκε στη 2η Υγειονομική Περιφέρεια. Ως εκ τούτου επιλέχθηκαν οι δέκα που είχαν τα περισσότερα μόρια. Μάλιστα, 15/10 στάλθηκαν σχετικές επιστολές στους επιτυχόντες για να υποβάλουν τα δικαιολογητικά εντός πέντε ημερών. Όμως, επειδή δεν άρεσαν οι επιτυχόντες επικουρικοί στο Συμβούλιο Διοίκησης του Γ.Ν. Λήμνου με βάση τη μοριοδότηση του ΑΣΕΠ τροποποίησαν τις ειδικότητες με τη δικαιολογία ότι έχουν άλλες ανάγκες και έστειλαν νέο αίτημα στη 2η Υγειονομική Περιφέρεια για πρόσληψη θέσεων επικουρικού προσωπικού. Οι αρχικά επιλεγέντες υπάλληλοι διαμαρτύρονται ενυπόγραφα ότι δεν προσλαμβάνονται αν και ειδοποιήθηκαν να πιάσουν δουλειά και για αυτό παραιτήθηκαν από τις προ-

γούμενες δουλειές τους», σημειώνει η ΠΟΕΔΗΝ.

Όπως προκύπτει από τις πληροφορίες εργαζόμενων μέσα στο νοσοκομείο, το συμβούλιο διοίκησης επιδιώκει την πρόσληψη μιας λογοθεραπεύτριας και μιας παρασκευάστριας στο μικροβιολογικό εργαστήριο. Οι ίδιοι εργαζόμενοι αναφέρουν πως ήταν γνωστές οι ανάγκες στη διοίκηση. Γιατί επομένως, αναρωτιούνται, για αυτές τις δύο ειδικότητες να πάει πίσω όλη η διαδικασία που ήταν στο τέλος της;

Η ΠΟΕΔΗΝ καταγγέλλει, επίσης, «ρουσφετολογικές μετακινήσεις» και στο Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», όπου η διοίκηση καθαίρεσε προϊστάμενο τμήματος και στη θέση του τοποθέτησε τη γραμματέα του διοικητή.

**ΜΑΡΙΑ - ΝΙΚΗ ΓΕΩΡΓΑΝΤΑ**

**ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΕΣ  
ΤΗΣ ΠΟΕΔΗΝ. ΓΙΑ ΝΑ  
ΒΟΛΕΨΟΥΝ ΦΙΛΟΥΣ,  
ΑΝΕΤΡΕΨΑΝ  
ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΓΙΑ 10  
ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΛΗΜΝΟ**



## ΠΥΡΑ ΤΗΣ ΠΟΕΔΗΝ ΓΙΑ ΔΙΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΡΟΥΣΦΕΤΙΑ

Απίστευτες καταγγελίες για το «Γεώργιος Γεννηματάς» και το **Νοσοκομείο Λήμνου**

**Π**ολιτικές διώξεις προσωπικού στο Γενικό Κρατικό Αθηνών «Γεώργιος Γεννηματάς» και ανακλήσεις διορισμών μέσω ΑΣΕΠ, λόγω ρουσφετολογικών «υποχρεώσεων» στο **Νοσοκομείο Λήμνου**, καταγγέλλει η **Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία (ΠΟΕΔΗΝ)**, περιγράφοντας με τα μελανότερα χρώματα την ηλεκτρισμένη ατμόσφαιρα που υπάρχει στα δύο δημόσια θεραπευτήρια εξαιτίας των εξόφθαλμων αδικιών που γίνονται λόγω... των πολιτικών φρονημάτων!

Ειδικότερα, στο **Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς»** Αθήνας καθαιρέθηκε ο προϊστάμενος του Τμήματος Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων, πτυχιούχος με ειδικευση στα οικονομικά της Υγείας, «και στη θέση του τοποθετήθηκε η γραμματέας του διοικητή», όπως αναφέρει χθεσινή ανακοίνωση της **ΠΟΕΔΗΝ**, που επισημαίνει: «Ο νόμος απαγορεύει καθαιρέσεις προϊσταμένων οργανικών μονάδων



Για πολιτικές διώξεις στο «Γ. Γεννηματάς» κάνει λόγο η ΠΟΕΔΗΝ

μέχρι να γίνουν οι κρίσεις των υπαλλήλων από το υπηρεσιακό συμβούλιο».

Επιπλέον, το σωματείο εργαζόμενων του «Γ. Γεννηματάς» σε ανακοίνωσή του ζητεί την ανάκληση του επιτυχημένου προϊσταμένου και επισομαίνει, μεταξύ άλλων, ότι φρόντισε για την καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης των περίπου 700 αξονικών τομογραφιών που γίνονται κάθε μήνα στο **νοσοκομείο**, με αποτέλεσμα το θεραπευτήριο να βάζει στο ταμείο του 170.000 ευρώ τον χρόνο, «κρήματα που στο παρελθόν χάνονταν».

Παράλληλα, η **ΠΟΕΔΗΝ** καταγγέλλει ότι στο **Νοσοκομείο Λήμνου** εγκρίθηκαν από τη 2η Υγειονομική Περιφέρεια (**ΥΠΕ**) 10 θέσεις επικουρικού προσωπικού με διετείς συμβάσεις και επιλέχθηκαν όσοι είχαν τα περισσότερα μόρια μέσω ΑΣΕΠ.

Μάλιστα στις 15 Οκτωβρίου οι επιτυχόντες ειδοποιήθηκαν από τη 2η ΥΠΕ να υποβάλουν τα δικαιολογητικά εντός πέντε ημερών. «Ομως επειδή δεν άρεσαν οι επιτυχόντες επικουρικοί στο συμβούλιο διοίκησης του Γ.Ν. Λήμνου (ντόπιοι είναι, τους γνωρίζουν) με βάση τη μοριοδότηση του ΑΣΕΠ, ακύρωσαν την απόφαση για την πρόσληψή τους» αναφέρει η **ΠΟΕΔΗΝ** και συνεχίζει: «Τροποποίησαν τις ειδικότητες με τη δικαιολογία ότι έχουν άλλες ανάγκες και έστειλαν νέο αίτημα στη 2η **ΥΠΕ** για πρόσληψη θέσεων επικουρικού προσωπικού». Οι πρώτοι επιτυχόντες υπάλληλοι καταγγέλλουν ότι «δεν προσλαμβάνονται, αν και ειδοποιήθηκαν να πιάσουν δουλειά και γι' αυτό παραιτήθηκαν από τις δουλειές τους. Στις νέες ειδικότητες που απέστειλαν γνωρίζουν ότι θα προσληφθούν συριζαίοι γιατί διαθέτουν περισσότερα μόρια»...