ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ – ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ (ΙΕΔΕΠ)

ΤΟΜΟΣ 27ος • ΤΕΥΧΟΣ 2ο • ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2008

Οδηγίες στους συγγραφείς

Instructions to authors

Γράμμα του Διευθυντή της Σύνταξης

Άρθρο Σύνταξης
- Αντιμετώπιση εκρηκτικών και συμπιεστικών καταγμάτων οσφυικής μοίρας σπονδυλικής στήλης με ελάχιστα επεμβατικές (minimal invasive) χειρουργικές τεχνικές: Κυφοπλαστική με μπαλόνι και βραχεία σπονδυλοδεσία

Ανασκοπήσεις
- Αιτιοπαθογένεια και παθοφυσιολογία του προεκλαμπτικού συνδρόμου
- Έχει θέση η ακτινοθεραπεία στην αντιμετώπιση των καλοήθων παθήσεων; Ένα αντικείμενο ιδιαίτερου προβληματισμού

Quiz

Κλινικές Μελέτες
- Ιστοπαθολογικά ευρήματα σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με μητρορραγία
- Αξιολόγηση πηγών ιατρικής ενημέρωσης

Γνωστό Άγνωστο
- Δηλητηρίαση από μέλι: Ο πιό γλυκός καρδιακός αποκλεισμός

Απάντηση στα Quiz

Ενδιαφέρουσα Περίπτωση
- Σύγχρονη πυγμαχία: Ολυμπιακό άθλημα ή βαρβαρότητα;
- Ενδομητρίωση κοιλιακού τοιχώματος. Παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας
- Οξεία ραβδομυόλυση από κατανάλωση ορτυκιών (ορτυκίαση)

Ο Θεραπευτής Γιατρός
- Καρδιολογικά φάρμακα και τρίτη ηλικία

Νοσηλευτικά και Άλλα
- Υπερλειτουργικές διαταραχές φωνής: Πρόληψη και φωνητική υγιεινή

Ιστορία της Ιατρικής
- Η αιτιολογία του λοιμού των Αθηνών ή του«Συνδρόμου του Θουκυδίδη»

Ειδικό Άρθρο
- Το Ιατρικό Σφάλμα: Σημείο τομής Ιατρικής και Νομικής επιστήμης

Ενημέρωση
- Λίγα λόγια για τους γιατρούς του κόσμου

Ευχαριστήριο

Ευρετήριο 27ου τόμου

Ευρετήριο συγγραφέων

Ενημέρωση
- 8ο ΠΑΜΠΕΛΟΠΟΝΗΣΣΙΑΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΟΜΟΣ 27 • ΤΕΥΧΟΣ 2ο • ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2008

ΑΔΕΣΦΟΙΚΟ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΡΓΟΣΤΕΛΙΑΚΗ ΝΕΟΛΑΙΑ

ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΕΚΔΟΣΗ
ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ – ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
(ΙΕΔΕΠ)

ΙΕΔΕΠ

Η Ιατρική Εταιρεία Δυτικής Ελλάδος - Πελοποννήσου (ΙΕΔΕΠ) προήλθε από τη διεύρυνση της Ιατρικής Εταιρείας Πατρών η οποία μετά την Ιατρική Εταιρεία Αθηνών είναι η μακροβιότερη Ιατρική Εταιρεία της Χώρας μας.

*Η **Ιατρική Εταιρεία Πατρών** ιδρύθηκε το 1912 στην Πάτρα με σκοπό την επιμόρφωση των ιατρών, τον προβληματισμό των μελών της σε θέματα δημόσιας υγείας και τη μελέτη αυτών από επιστημονικής πλευράς καθώς και τη σύσφιξη των σχέσεων μεταξύ των μελών της.*

Το 1969 γίνεται η πρώτη διεύρυνση για να περιλάβει στους κόλπους της και το Ιατρικό δυναμικό των όμορων Ιατρικών Συλλόγων (Αιγίου, Αμαλιάδας, Πύργου, Αγρινίου, Ζακύνθου, και Κεφαλληνίας) μετονομαζόμενη σε Ιατρική Εταιρεία Δυτικής Ελλάδος (Ι.Ε.Δ.Ε). Το 2003 έγινε η δεύτερη διεύρυνση για να περιλάβει όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους της Πελοποννήσου και έτσι μετονομάστηκε σε Ιατρική Εταιρεία Δυτικής Ελλάδος - Πελοποννήσου (Ι.Ε.Δ.Ε.Π.).

Από την αρχή έχει διαχωρίσει τους στόχους της και τις δραστηριότητές της με αυτές του Ιατρικού Συλλόγου (του καθαρά συνδικαλιστικού Ιατρικού οργάνου).

Η ΙΕΔΕΠ έχει σαν κύρια Δραστηριότητα την πραγματοποίηση επιστημονικών εκδηλώσεων (Στρογγυλές τράπεζες, Ημερίδες, Διαλέξεις, Συνέδρια κ.λπ.) στην έδρα της και περιοδικώς σε άλλες πόλεις της δικαιοδοσίας της.

*Από το 1975 η ΙΕΔΕΠ εκδίδει το επιστημονικό περιοδικό **ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ** με συνεργασία ιατρών από την Πελοπόννησο και όλη την Ελλάδα.*

Η ΙΕΔΕΠ συνέβαλλε σημαντικά στην ίδρυση και εγκατάσταση της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών (1975) με την οποία συνεργάζεται στενά.

*Το **1986** θέσπισε την **Προκήρυξη Ιατρικών Βραβείων** επί θεμάτων Παθολογίας, Χειρουργικής, Ιστορίας της Ιατρικής καθώς και πρόσφατα βραβείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .*

*Τον ίδιο χρόνο ανέλαβε πρωτοβουλία για την ίδρυση **Μουσείου της Ιατρικής** στους χώρους του Παλαιού Νοσοκομείου Πατρών το οποίο είναι ακόμα σε εξέλιξη.*

*Το **1994** η ΙΕΔΕΠ ξεκίνησε τον θεσμό του **Παμπελοποννησιακού Ιατρικού Συνεδρίου** με συνδιοργανωτές τους Ιατρικούς Συλλόγους ολόκληρης της Πελοποννήσου και γίνεται κάθε δύο χρόνια με μεγάλη επιτυχία.*

*Επίσης έχει καθιερώσει κάθε χρόνο να γίνονται εναλλάξ οι **Αχαϊκές Ημέρες Παθολογίας** και **Αχαϊκές Ημέρες Χειρουργικής.***

ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΕΚΔΟΣΗ
ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ – ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
(ΙΕΔΕΠ)

Εκτός αυτών σε συνεργασία με διάφορες ειδικότητες, κλινικές και φορείς διοργανώνει πλήθος άλλων ***επιστημονικών εκδηλώσεων*** *όλο τον χρόνο καθώς και* ***κοινωνικές εκδηλώσεις, εκδρομές*** *εντός και εκτός Ελλάδος για τη γνωριμία, επικοινωνία και σύσφιξη των σχέσεων μεταξύ των μελών της.* ***Απονέμει τιμητικές διακρίσεις*** *σε συναδέλφους της δικαιοδοσίας της οι οποίοι διέπρεψαν με την εν γένει προσφορά τους στην ιατρική επιστήμη*

Έχει έδρα την Πάτρα και διοικείται από 13μελές Διοικητικό Συμβούλιο τριετούς θητείας που εκλέγεται από ενιαίο Ψηφοδέλτιο.

Το νέο ΔΣ που προέκυψε πρόσφατα είναι:

Δ.Σ. ΙΕΔΕΠ

Πρόεδρος:
Γώγος Χαράλαμπος, *Παθολόγος*

Αντιπρόεδρος:
Θεοδωρόπουλος Παναγιώτης, *Νεφρολόγος*

Γενικός Γραμματέας:
Γελαστοπούλου Ελένη, *Ιατρός - Επιδημιολόγος*

Ειδικός Γραμματέας:
Τσίρος Γεώργιος, *Γενικός ιατρός*

Ταμίας:
Χατζηαλεξάνδρου Ανδρέας, *Γενικός ιατρός*

Μέλη:
Ακτύπη Ανθή, *Αιματολόγος*
Γαλανόπουλος Νικόλαος, *Παθολόγος*
Κούνης Νικόλαος, *Καρδιολόγος*
Κουρελέας Σωτήριος, *Χειρουργός*
Μητρόπουλος Ανδρέας, *Ρευματολόγος*
Τσολάκης Ιωάννης, *Αγγειοχειοχειρουργός*
Τσούνης Βασίλειος, *Παθολόγος*
Χρυσανθόπουλος Κων/νος, *Παθολόγος*

ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΕΚΔΟΣΗ
ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ – ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
(ΙΕΔΕΠ)

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΑΧΑΪΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Διευθυντής Σύνταξης: Κούνης Νικόλαος, *Καρδιολόγος*

Αναπλ/τές Διευθυντές Σύνταξης: Τσολάκης Ιωάννης, *Αγγειοχειρουργός*
Χρυσανθόπουλος Κων/νος, *Παθολόγος*

Μέλη: Γελαστοπούλου Ελένη, *Ιατρός - Επιδημιολόγος*
Καραΐνδρος Ιωάννης, *Παθολόγος*
Μητρόπουλος Ανδρέας, *Ρευματολόγος*
Τσίρος Γεώργιος, *Γενικός Ιατρός*

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΧΑΪΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Καθηγητής, Αλεξόπουλος Δημήτριος, *Καρδιολόγος – Πάτρα*
Διευθυντής, Ασημακόπουλος Γεώργιος, *Παθολόγος – Σπάρτη*
Καθηγητής, Γαρταγάνης Σωτήριος, *Οφθαλμίατρος – Πάτρα*
Καθηγητής, Γκούμας Παναγιώτης, *ΩΡΛαρυγγολόγος, τ. Αντιπρύτανης – Πάτρα*
Καθηγητής, Γώγος Χαράλαμπος, *Παθολόγος – Πάτρα*
Καθηγητής, Δουγένης Δημήτριος, *Καρδιοθωρακοχειρουργός, Αντιπρύτανης – Πάτρα*
Καθηγητής, Ζούμπος Νίκος, *Παθολόγος - Αιματολόγος, τ. Πρύτανης – Πάτρα*
Καθηγητής, Καλφαρέτζος Φώτης, *Χειρουργός, Πρόεδρος Ιατρικού Τμήματος – Πάτρα*
Διευθυντής, Κροκιδάς Γεώργιος, *Παιδίατρος – Πάτρα*
Διευθυντής, Κοροβέσης Παναγιώτης, *Ορθοπαιδικός – Πάτρα*
Καθηγητής, Μανταγός Στέφανος, *Παιδίατρος – Πάτρα*
Καθηγητής, Μαραζιώτης Θεόδωρος, *Νευροχειρουργός – Πάτρα*
Παναγιωτόπουλος Κων/νος, *Καρδιολόγος – Άργος*
Αν. Καθηγητής, Παπαθανασόπουλος Παναγιώτης, *Νευρολόγος – Πάτρα*
Διευθυντής, Φερέτης Διονύσιος, *Οφθαλμίατρος – Πάτρα*
Διευθυντής, Χριστόπουλος Παναγιώτης, *Νευρολόγος - Ψυχίατρος – Πύργος*

Περιεχόμενα

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ (ΙΕΔΕΠ)

ΤΟΜΟΣ 27ος ΤΕΥΧΟΣ 2ο ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2008

Οδηγίες στους συγγραφείς 92

Instructions to authors 94

Γράμμα του Διευθυντή της Σύνταξης 95

Άρθρο Σύνταξης
Αντιμετώπιση εκρηκτικών και συμπιεστικών καταγμάτων οσφυικής μοίρας σπονδυλικής στήλης με ελάχιστα επεμβατικές (minimal invasive) χειρουργικές τεχνικές: Κυφοπλαστική με μπαλόνι και βραχεία σπονδυλοδεσία 96
Παναγιώτης Κοροβέσης

Ανασκοπήσεις
Αιτιοπαθογένεια και παθοφυσιολογία του προεκλαμπτικού συνδρόμου 101
Ιωάννης Θανασάς, Κωνσταντίνα Μπουρσιάνη, Μαρία Μπουρσιάνη, Αναστασία Φούκα

Έχει θέση η ακτινοθεραπεία στην αντιμετώπιση των καλοήθων παθήσεων; Ένα αντικείμενο ιδιαίτερου προβληματισμού 107
Δημήτριος Βόμβας, Μαρία Πομώνη, Βασιλική Βλαχοπούλου, Διονυσία Λίτου, Βασίλειος Βασιλείου, Δημήτριος Καρδαμάκης

Quiz 113

Κλινικές Μελέτες
Ιστοπαθολογικά ευρήματα σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με μητρορραγία 114
Ανδρέας Πολυδώρου, Άννα Σαρχιανάκη, Γιώργος Δημητρακόπουλος, Γιάννης Μπηλίατης, Εμμανουέλα Σαρχιανάκη, Κωνσταντίνα Σώτηρα, Αναστασία Πουλημένου

Αξιολόγηση πηγών ιατρικής ενημέρωσης 119
Γεώργιος Τσίρος, Παναγιώτα Βοΐλα, Γεώργιος Καρδάτος, Χριστίνα Βόσσου, Αναστασία Τσίρου, Ελένη Γελαστοπούλου, Κωνσταντίνος Χρυσανθόπουλος

Γνωστό Άγνωστο
Δηλητηρίαση από μέλι: Ο πιό γλυκός καρδιακός αποκλεισμός 128

Απάντηση στα Quiz 130

Ενδιαφέρουσα Περίπτωση
Σύγχρονη πυγμαχία: Ολυμπιακό άθλημα ή βαρβαρότητα; 131
Παναγιώτης Σπίνος, Μελπομένη Παρθένη, Κωνσταντίνος Κωνσταντογιάννης, Φώτης Τζωρτζίδης, Νίκος Καραγεώργος, Θεόδωρος Μαραζιώτης

Περιεχόμενα

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ (ΙΕΔΕΠ)

ΤΟΜΟΣ 27ος ΤΕΥΧΟΣ 2ο ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2008

Ενδομητρίωση κοιλιακού τοιχώματος. Παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας 135
Ιωάννης Θανασάς, Κωνσταντίνα Μπουρσιάνη, Χαράλαμπος Δρίτσας, Μαρία Μπουρσιάνη, Σταύρος Κραββαρίτης, Ευαγγελία Παπακωνσταντίνου, Αλεξάνδρα Ζαχάκη, Αναστασία Φούκα

Οξεία ραβδομυόλυση από κατανάλωση ορτυκιών (ορτυκίαση) 140
Δημήτρης Γιαννόπουλος, Στεφανία Βουλιώτη, Δούκας Δούκας, Ανδρέας Αρβανίτης, Μαρία Χρονοπούλου, Δημήτρης Βαρβαγιάννης

Ο Θεραπευτής Γιατρός
Καρδιολογικά φάρμακα και τρίτη ηλικία 144
Κωνσταντίνος Καρόγιαννης

Νοσηλευτικά και Άλλα
Υπερλειτουργικές διαταραχές φωνής: Πρόληψη και φωνητική υγιεινή 152
Σοφία Ν. Κούνη

Ιστορία της Ιατρικής
Η αιτιολογία του λοιμού των Αθηνών ή του«Συνδρόμου του Θουκυδίδη» 156
Νέαρχος Γαλανάκης

Ειδικό Άρθρο
Το Ιατρικό Σφάλμα: Σημείο τομής Ιατρικής και Νομικής επιστήμης 166
Αχιλλέας Γ. Κουτσουράδης

Ενημέρωση
Λίγα λόγια για τους γιατρούς του κόσμου 183
Καραδήμα Βασιλική

Ευχαριστήριο 186

Ευρετήριο 27ου τόμου 187

Ευρετήριο συγγραφέων 189

Ενημέρωση
8ο ΠΑΜΠΕΛΟΠΟΝΗΣΣΙΑΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ 191

ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ
ΕΚΔΟΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ ΚΑΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Γενικά

Η ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ (Αχ Ιατρ) είναι το περιοδικό με κριτές (Peer – reviewed journal) και αποτελεί το επίσημο περιοδικό της Ιατρικής Εταιρείας Δυτικής Ελλάδος και Πελοποννήσου. Δημοσιεύει εργασίες που υποβάλλονται από τα μέλη και μη μέλη της εταιρείας.

Οι εργασίες αφορούν όλες τις ειδικότητες της Ιατρικής και επιλεκτικά συναφείς επιστήμες που συμβάλλουν στην ενημέρωση πάνω στις τελευταίες εξελίξεις που αφορούν στη διάγνωση, στην πρόληψη και στη θεραπεία των διαφόρων νόσων.

Είδη Εργασιών

Η ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΡΤΙΚΗ δημοσιεύει τα πιο κάτω είδη εργασιών:

1) Άρθρα σύνταξης: μέχρι 4 διπλού διαστήματος δακτυλογραφημένες σελίδες με μέχρι 10 σύγχρονες βιβλιογραφικές παραπομπές.
   Τα άρθρα σύνταξης γράφονται με πρόσκληση του διευθυντού σύνταξης.
2) Ανασκοπήσεις: μέχρι 10 διπλού διαστήματος δακτυλογραφημένες σελίδες.
3) Κλινικές και πειραματικές εργασίες: μέχρι 10 διπλού διαστήματος δακτυλογραφημένες σελίδες.
4) Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις: μέχρι 6 διπλού διαστήματος δακτυλογραφημένες σελίδες με μέχρι 10 βιβλιογραφικές παραπομπές.
5) Ο θεραπευτής γιατρός: κάθε γιατρός άσχετα εάν εργάζεται ελεύθερα ή είναι γιατρός ασφαλιστικού ιδρύματος ή νοσοκομείου ενθαρρύνεται να υποβάλει προς δημοσίευση, ενδιαφέρουσες περιπτώσεις που αντιμετώπισε στην καθημερινή του πράξη με ασυνήθη, περίεργη, απρόβλεπτη, παράξενη ή ακόμη χιουμοριστική εξέλιξη.
   Μέχρι 5 διπλού διαστήματος δακτυλογραφημένες σελίδες.
6) Νοσηλευτικά και άλλα: Επιστήμονες από συναφείς επιστήμες υγείας ενθαρρύνονται να υποβάλλουν εργασίες μέχρι 5 δακτυλογραφημένες διπλού διαστήματος σελίδες.
7) Φοιτητικά και άλλα: Οι φοιτητές της Ιατρικής και των άλλων τμημάτων των επιστημών υγείας ενθαρρύνονται να υποβάλλουν σκέψεις, απόψεις αλλά και εργασίες ακόμη, μέχρι 5 διπλού διαστήματος δακτυλογραφημένες σελίδες.

Επίσης δημοσιεύονται επιστολές προς τη σύνταξη, quizzes, γνωστά άγνωστα και τα νέα της Ιατρικής Εταιρείας Δυτικής Ελλάδος και Πελοποννήσου.

Δομή εργασιών

Τα δακτυλογραφημένα χειρόγραφα κάθε εργασίας πρέπει να έχουν την εξής δομή:

1) Πρώτη σελίδα: περιλαμβάνονται ο τίτλος της εργασίας, τα ονόματα των συγγραφέων με την ειδικότητα τους, τα νοσοκομεία, κλινικές ή εργαστήρια ή άλλα ιδρύματα όπου πραγματοποιήθηκε η εργασία ή εργάζονται οι συγγραφείς και η πόλη. Επίσης στο κάτω μέρος της σελίδας η πλήρης ταχυδρομική διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail ή fax του πρώτου συγγραφέα (ή του συγγραφέα προς επικοινωνία).

2) Δεύτερη σελίδα: αυτή περιλαμβάνει την περίληψη της εργασίας και 3-5 λέξεις ευρετηρίου. Η περίληψη πρέπει να αποτελείται από λιγότερες από 200 λέξεις και στην περίπτωση των κλινικών ή πειραματικών εργασιών να είναι δομημένη στις εξής τέσσερεις επώνυμες παραγράφους: Εισαγωγή, Μέθοδοι, Αποτελέσματα, Συμπεράσματα. Χρησιμοποιείται το πρώτο Πρόσωπο (Ερευνήσαμε, βρήκαμε, συμπεραίνουμε κ.λπ.)
3) Οι επόμενες σελίδες: αυτές περιλαμβάνουν την οργάνωση του κυρίως κειμένου με εξής διάταξη: Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδος, Αποτελέσματα, Συζήτηση.
   Στις ενδιαφέρουσες περιπτώσεις η οργάνωση του κυρίως κειμένου είναι: Εισαγωγή, Περιγραφή της περίπτωσης, Συζήτηση.
4) Ακολουθούν οι τυχόν πίνακες και εικόνες σε ξεχωριστές σελίδες με υπότιτλους στο κάτω μέρος του κάθε πίνακα ή εικόνας.
5) Περίληψη στα αγγλικά: Η αρχική περίληψη στα ελληνικά πρέπει να μεταφράζεται στα αγγλικά μαζί με τον τίτλο εργασίας, συγγραφείς, introduction, material and methods, results, discusion, conclusion.
6) Η τελευταία σελίδα: Αυτή περιλαμβάνει τη βιβλιογραφία όπως στα πιο κάτω παραδείγματα κατά το σύστημα Vancouver. Τα ονόματα των περιοδικών γράφονται με την καθιερωμένη στον index medicus σύντμηση. Όλοι οι συγγραφείς πρέπει να περιλαμβάνονται.

Α) Άρθρα σε περιοδικά:

1) Siegel-Axel DI. Cervastatin: A cellular and molecular drug for the future? Cell Mol Life SCI 2003;60:144-164.

Β) Βιβλία:

2) Hudson R. Cardiovascular Pathology, 1st edition. Edward Arnold (Publishers) Ltd, London, 1965; 1341-1350.

Γ) Κεφάλαια σε βιβλία:

3) Opie LH. Mechanism of cardiac contractions and relaxation. In: Braunwald E, editor. Heart disease, 5th ed. Philadelphia: Saunders; 1997;360-393.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Η αναφορά στην Ελληνική βιβλιογραφία είναι υποχρεωτική. Η διερεύνηση της Ελληνικής βιβλιογραφίας μπορεί να γίνει, γι' αυτούς που διαθέτουν Η/Υ με modem, με απευθείας σύνδεση με τη βάση δεδομένων BIBI της IATROTEK που είναι εγκατεστημένη στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών. Προϋπόθεση για την απευθείας χρησιμοποίηση της BIBI είναι η καταβολή ετήσιας συνδρομής στην IATROTEK (Σισίνη 5, Αθήνα 115 28) για απόκτηση σχετικού κωδικού αριθμού και σύνδεση με το δίκτυο Hellas Pack του ΟΤΕ (Μέγαρο ΟΤΕ, β΄ πτέρυγα, 3ος όροφος, Γραφείο 17, Λεωφ. Κηφισίας 99, Μαρούσι, τηλ. 210 6118990).

Υποβολή των εργασιών

Οι εργασίες υποβάλλονται στην Ελληνική γλώσσα αλλά και εργασίες στην Αγγλική γλώσσα μπορεί να γίνουν αποδεκτές.

Οι εργασίες αποστέλλονται στον διευθυντή σύνταξης του περιοδικού Καθηγητή Νικόλαο Κούνη, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: ngkounis@otenet.gr Οι συγγραφείς μπορούν επίσης να υποβάλλουν τα άρθρα τους σε δισκέτα ή CD στη διεύθυνση: Αράτου 7, Πλατεία Όλγας, Πάτρα 262 21.

ACHAIKI IATRIKI

OFFICIAL PUBLICATION OF THE MEDICAL SOCIETY
OF WESTERN GREECE AND PELOPONNESUS

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

General

ACHAIKI IATRIKI (Ach Iatr) is a peer-reviewed journal and constitutes the official publication of the Medical Society of Western Greece and Peloponnesus. It publishes papers of members of the Society. Contributions from non members are also welcomed. These articles deal with scientific developments from all fields of medicine.

Types of articles

The journal publishes the following type of articles:

1. **Editorials**: up to 4 typed double-space pages with no more than 10 contemporary references. Editorials are written after invitation of the Editor.
2. **Comprehensive Reviews**: Up to 10 typed double-space pages
3. **Clinical or experimental papers**: Up to 10 typed double-space pages
4. **Case reports**: Up to 6 typed double-space pages with no more than 10 references.
5. **"The general Practitioner":** Every physician working privately or in any institution is strongly encouraged to submit for publication any interesting case or subject which he has encountered in his everyday practice of unusual, strange, peculiar or even humorous course and ending, up to 5 typed double-space pages.
6. **Nursing and allied disciplines**: Every scientist working in nursing or allied sciences is encouraged to submit papers of no more than 5 types double-space pages.
7. **Student and other news**: medical students and students of other health disciplines are also strongly encouraged to submit thoughts, views or even scientific work up to 5 typed double-space pages.

ACHAIKI IATRIKI also publishes letters to the editor, interesting images, scientific quizzes, vignettes and the news of the society of western Greece and Peloponnesus.

Manuscript format

1. **First page**: Include a brief and descriptive title of the article, the author's full names with academic degrees, hospital and academic affiliations and the name, address, telephone, fax, e-mail of the author responsible for correspondence.
2. **Second page**: Include a brief structure abstract of no more than 200 words as follows: Objective and background, methods, results and conclusion in case of clinical or experimental articles. List 3-5 key words for indexing.
3. **Following pages**: Include introduction, material and methods, results and discussion for clinical or experimental studies. For case reports include, introduction, report of the case, discussion, conclusion.
4. Include any relevant table or figure.
5. **The last page**: Include numbered references in the order in which they are cited in the text according to the Vancouver system as the following examples:

- Journal article: Zavras GM, Papadaki PJ, Kokkinis SE, Kalokairinou K, Kouni SN, Batsolaki M, Gouvelou-Deligianni GV and Koutsojannis CM. Kounis syndrome secondary to allergic reaction following shellfish ingestion. Int J Clin Pract 2003; 57:622-624.
- Textbook: Hudson R. Cardiovascular Pathology, Ist edition. Edward Arnold (publisher) Ltd, London, 1965; 1341-1350.
- Book chapter: Opie LH. Mechanism of cardiac contraction and relaxation. In: Braunwald E, editor. Heart Disease, 5th ed. Philadelphia: Saunders; 1997; 360-393.

Paper Submission

Submit papers electronically to the following address: ngkounis@otenet.gr

Manuscripts can also be submitted with computer disk or CD and the submitting letter to: the Editor, Prof Nicholas G. Kounis MD, FESC, FACC, 7 Aratou Street, Queen Olgas Square, Patras 262 21, Greece.

Γράμμα του Διευθυντή της Σύνταξης

Νίκος Κούνης, MD, FESC, FACC

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ιατρικής Εταιρείας Δυτικής Ελλάδος και Πελοποννήσου βρίσκεται στην ευχάριστη θέση να πληροφορήσει τα μέλη της εταιρείας και τους αναγνώστες της ΑΧΑΪΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ότι από το τρέχον τεύχος το περιοδικό μπορεί να διαβάζεται και on line στην ηλεκτρονική διεύθυνση: **www.iedep.gr**

Στην ως άνω ιστοσελίδα υπάρχουν πληροφορίες για την ιστορία της εταιρείας, το Διοικητικό Συμβούλιο, το καταστατικό, την αίτηση για την εγγραφή μέλους, τις ανακοινώσεις, τις δραστηριότητες, τις μελλοντικές επιστημονικές εκδηλώσεις, αλλά και σύνδεσμοι με ιατρικούς συλλόγους π.χ. της Θεσσαλονίκης όπου οι νεώτεροι συνάδελφοι μπορούν να πληροφορούνται τα νέα για καινούργιες θέσεις και για τις ειδικότητες και τον χρόνο αναμονής τους.

Στο τρέχον τεύχος της ΑΧΑΪΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ δημοσιεύονται, εκτός των άρθρων στα τακτικά τμήματα του περιοδικού, και ενδιαφέροντα ειδικά άρθρα που αφορούν το *ιατρικό σφάλμα*, τους θεραπευτές ιατρούς για *τα καρδιολογικά φάρμακα που χορηγούνται σε άτομα της τρίτης ηλικίας*, αλλά και την ιστορία της Ιατρικής για την *αιτιολογία του λοιμού των Αθηνών ή του «Συνδρόμου του Θουκυδίδη»*.

Σύμφωνα με τις οδηγίες του περιοδικού οι συνάδελφοι ιδιώτες ιατροί ενθαρρύνονται να υποβάλλουν, στο τμήμα του περιοδικού με τίτλο «*Ο Θεραπευτής ιατρός»,* σκέψεις, απόψεις αλλά και την εμπειρία τους που σαν ιατροί «στην πρώτοι γραμμή του πυρός» μόνο αυτοί κατέχουν και που είναι τόσο διαφορετική από την νοσοκομειακή ιατρική εμπειρία!

Οι εργασίες του 8^{ου} Παμπελοποννησιακού συνεδρίου αρχίζουν στις 3 και τελειώνουν στις 5 Οκτωβρίου 2008, με συμμετοχή εκλεκτών ομιλητών, στη μαγευτική Νεάπολη Λακωνίας.

Ελπίζω και εύχομαι να συναντηθούμε όλοι εκεί!

Αντιμετώπιση εκρηκτικών και συμπιεστικών καταγμάτων οσφυικής μοίρας σπονδυλικής στήλης με ελάχιστα επεμβατικές (minimal invasive) χειρουργικές τεχνικές: Κυφοπλαστική με μπαλόνι και βραχεία σπονδυλοδεσία

Δρ Παναγιώτης Κοροβέσης

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Ζυρίχης, Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος, Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Τα εκρηκτικά και συμπιεστικά σπονδυλικά κατάγματα της ΟΜΣΣ στους ενήλικες αντιμετωπίζονται χειρουργικά με πρόσθια, οπίσθια ή συνδυασμένη σπονδυλοδεσία. Το κύριο πρόβλημα που καλείται να αντιμετωπίσει ο χειρουργός είναι η ανάγκη για παροχή στήριξης στην πρόσθια κολώνα (= το σπονδυλικό σώμα) που αποτελεσματικά μπορεί να επιτευχθεί κλασικά με την πρόσθια προσπέλαση[1-3] (με χρήση μοσχεύματος, κλωβών τιτανίου και πλακών) μόνη της ή σε συνδυασμό με οπίσθια σπονδυλοδεσία. Πρόκειται όμως για απαιτητικές επεμβάσεις, εξαιρετικά παρεμβατικές, με σημαντική απώλεια αίματος, παρατεταμένη νοσηλεία και αποκατάσταση και αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα ιδίως στους ηλικιωμένους[1]. Για αυτό το λόγο είναι εμφανής στη διεθνή βιβλιογραφία μια προσπάθεια υιοθέτησης λιγότερο παρεμβατικών μεθόδων αντιμετώπισης αυτών των καταγμάτων είτε με τη διενέργεια μόνο οπίσθιας σπονδυλοδεσίας, είτε με την προσπάθεια έμμεσης στήριξης της πρόσθιας κολώνας χωρίς πρόσθια προσπέλαση[4,5].

Η εφαρμογή μόνο οπίσθιας περιορισμένης σπονδυλοδεσίας με χρήση διαυχενικών βιδών, αν και μειώνει το χειρουργικό χρόνο και τραύμα, φαίνεται να συνδέεται με υψηλά επίπεδα αποτυχίας[6]. Η οστεοπόρωση και η ανεπαρκής στήριξη της πρόσθιας κολώνας λόγω εισαγωγής δισκικού υλικού στο σπονδυλικό σώμα είναι λόγοι που επιβάλουν και την ενίσχυση της πρόσθιας κολώνας έστω και με έμμεσες μεθόδους όπως η κυφοπλαστική με μπαλόνι ή η σπονδυλοπλαστική[7,8].

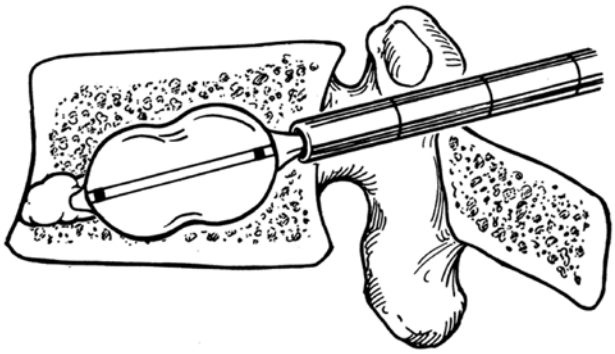
Αυτές οι τεχνικές σε συνδυασμό με τη minimal invasive μέθοδο εισαγωγής διαυχενικών βιδών προσφέρουν ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού πόνου, της νοσηρότητας και των χειρουργικών κινδύνων, γρηγορότερη επάνοδο του ασθενούς στις καθημερινές του δραστηριότητες ενώ ταυτόχρονα προσδίδουν την απαιτούμενη σταθερότητα στην

Αλληλογραφία:
Παναγιώτης Κοροβέσης
Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν.Π. «Ο Άγιος Ανδρέας»
Τσερτίδου 1, 26335 ΠΑΤΡΑ
Τηλ: 2610 315824, Fax: 2610 361596
e-mail: korovess@otenet.gr

αντιμετώπιση αυτών των καταγμάτων. Η χρήση πολυμεθυλμεθακρυλικού τσιμέντου (PMMA) για τη διενέργεια της κυφοπλαστικής λόγω των πιθανών επιπλοκών σε περίπτωση διαρροής εκτός του σπονδυλικού σώματος[9,10] τείνει να αντικατασταθεί σε πολλές περιπτώσεις από το βιολογικό τσιμέντο που περιέχει φωσφορικό ασβέστιο (calcibon) που παρουσιάζει παρόμοιες μηχανικές ιδιότητες χωρίς όμως να είναι ερεθιστικό για τους περιβάλλοντες ιστούς.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ

Ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση πάνω σε ειδικό πλαίσιο στήριξης. Ακόμη και με τη σωστή τοποθέτηση του ασθενούς επιτυγχάνεται ανάταξη της μετατραυματικής τοπικής κύφωσης[11]. Με χρήση ακτινοσκοπικού μηχανήματος C-ARM εντοπίζεται το επίπεδο του κατάγματος και διαδερμικά γίνεται εισαγωγή οδηγού σύρματος διαυχενικά στους σπονδύλους ένα επίπεδο επάνω και κάτω από το κάταγμα. Τα σημεία εισόδου ενώνονται κατόπιν με δύο μικρές παράμεσες τομές και γίνεται διήνηση με το δάκτυλο των παρασπονδυλικών μυών μέχρι να εντοπιστούν οι μικρές σπονδυλικές διαρθρώσεις. Διαμέσου των οδηγών τοποθετούνται διαυχενικά αυλοφόρες πολυαξονικές βίδες (5,5 - 7,5mm) και κατόπιν αφαιρούνται οι οδηγοί. Ακολουθεί η είσοδος δια των αυχενων του σπόνδυλου που έχει υποστεί το κάταγμα, ζεύγους ειδικών βελόνων-trocar διαμέτρου 2mm διαμέσου των οποίων εισάγονται στο σπονδυλικό σώμα τα μπαλόνια της κυφοπλαστικής. Προηγουμένως είναι δυνατόν να ληφθεί, εφόσον χρειάζεται, υλικό από το σπονδυλικό σώμα για ιστολογική εξέταση. Υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο φουσκώνονται τα μπαλόνια με σκιαγραφικό υλικό, οπότε αποκαθίσταται το ύψος του σπονδύλου (Σχήμα 1). Κατόπιν αφαιρούνται τα μπαλόνια και το κενό που έχει δημιουργηθεί στο σπονδυλικό σώμα γεμίζεται με φωσφορικό ασβέστιο (Calcibon) που είναι υποκατάστατο οστικού τσιμέντου. Δύο κοντές βίδες 30mm τοποθετούνται διαυχενικά στον σπόνδυλο που έγινε η κυφοπλαστική για να αυξηθεί η σταθερότητα του συστήματος, το οποίο ολοκληρώνεται με την τοποθέτηση δυο ράβδων τιτανίου διαμέσου ειδικών οδηγών επέκτασης που τοποθετούνται επί των βιδών. Τέλος αφαιρούνται όλοι οι οδηγοί και τοποθετείται αλλομόσχευμα με αυτόλογους αυξητικούς παράγοντες



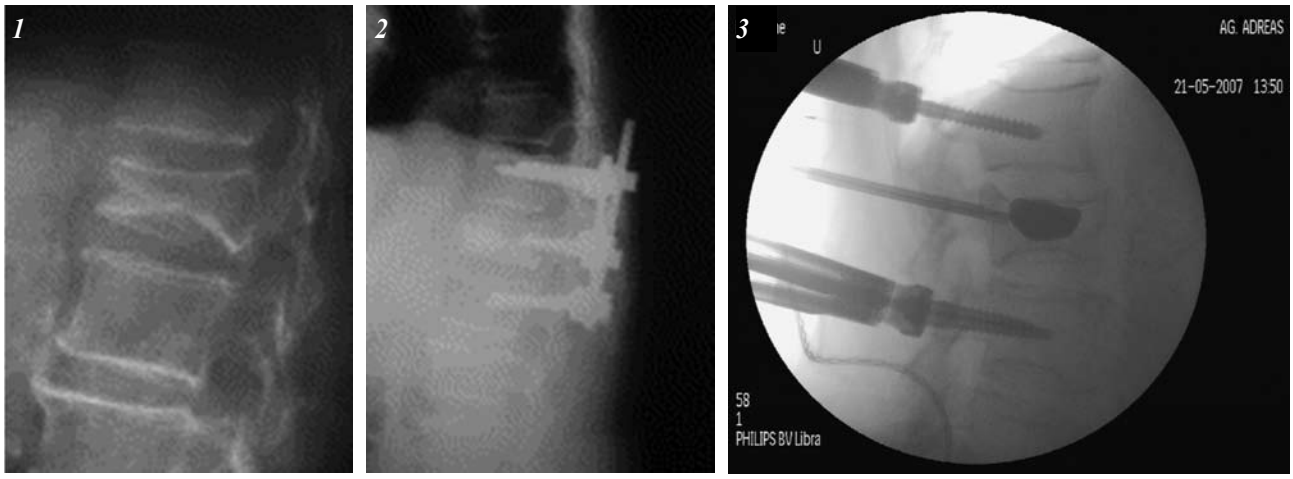
Σχήμα 1. *Φαίνεται η μέθοδος της κυφοπλαστικής με μπαλόνι και η ανάταξη του κατάγματος με το μπαλόνι που περιέχει σκιαγραφικό.*

που λαμβάνονται μετά από φυγοκέντρηση δείγματος 60cc αίματος του ασθενούς. Καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης εκτός του ακτινοσκοπικού ελέγχου γίνεται συνεχής νευροφυσιολογικός έλεγχος (ΗΜΓ, προκλητά κινητικά δυναμικά με κατάλληλα ηλεκτρόδια που διασφαλίζει την ασφαλή τοποθέτηση των υλικών (Εικόνες 1 - 3).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σε όλες τις δημοσιευθείσες μελέτες,[5,12-14] όπως και σε μια δική μας μελέτη[15] 23 ασθενών, με μέση ηλικία 63 έτη και κάταγμα οσφυϊκού σπονδύλου τύπου A2 ή A3 κατά AO, η διάρκεια της επέμβασης κυμαίνεται από 40-70 λεπτά, οι απώλειες αίματος είναι κατά μέσο όρο 50cc, και ο χρόνος νοσηλείας 2 μέρες. Η διόρθωση της κύφωσης κυμαίνεται στη βιβλιογραφία από 64% έως 105%[5,12,13] ενώ στη δική μας μελέτη[15] ήταν 88%. Οι Verlaan και συν.[14] παρουσίασαν σε μια σειρά 20 ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με κυφοπλαστική με μπαλόνι και περιορισμένη οπίσθια σπονδυλοδεσία, 91% αποκατάσταση του πρόσθιου ύψους του σπονδυλικού σώματος και διαφυγή οστικού τσιμέντου χωρίς όμως κλινική σημασία σε ποσοστό 25%. Τα αντίστοιχα ποσοστά στη δική μας μελέτη[15] ήταν 87% και 22% αντίστοιχα. Η απώλεια της διόρθωσης κατά τη μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών είναι κατά μέσο όρο 1-5° [1-3,5].

Σε θεωρητικό επίπεδο με την κυφοπλαστική επιτυγχάνεται άμεση αποκατάσταση του ύψους του σπονδυλικού σώματος με την εφαρμογή δυνάμεων τοπικά



Εικόνες 1-3. *Αντιμετώπιση εκρηκτικού κατάγματος Ο2 σπονδύλου σε άνδρα 72 ετών με κυφοπλαστική Ο2 και minimal σπονδυλοδεσία με διαυχενικές βίδες Ο1-Ο3.*

στην πρόσθια κολώνα από την έκπτυξη των μπαλονιών εντός του σπονδυλικού σώματος. Έτσι αποφεύγεται η εφαρμογή εμμέσων δυνάμεων ελκυσμού σε περισσότερα σπονδυλικά επίπεδα όπως στη συνδεσμόταξη που συχνά οδηγεί σε απώλεια της οσφυϊκής λόρδωσης. Η εισαγωγή των διαυχενικών βιδών με την προαναφερθείσα τεχνική σε σύγκριση με την κλασική οπίσθια σπονδυλοδεσία έχει το πλεονέκτημα της μη αποκόλλησης των παρασπονδυλικών μυών, του μικρότερου τραύματος και της ελαχιστοποίησης του μετεγχειρητικού πόνου.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Στη βιβλιογραφία[16,17] περιγράφονται συχνότερα η λανθασμένη τοποθέτηση των βιδών και η διαφυγή τσιμέντου κατά τη διενέργεια κυφοπλαστικής που μπορούν να οδηγήσουν σε νευρολογικές επιπλοκές καθώς και συστηματικές επιπλοκές όπως πνευμονική εμβολή (4,6%)[18], εν τω βάθει λοίμωξη[19], σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων (ARDS)[20] ακόμη και θάνατος[21]. Η χρήση ακτινοσκοπικού μηχανήματος και νευροφυσιολογικού monitoring κατά τη διάρκεια της επέμβασης ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο νευρολογικής βλάβης από τραυματισμό της ιππουρίδος ή των ριζών. Η αντικατάσταση του PMMA από Calcibon που έχει παρόμοιες μηχανικές ιδιότητες[22], ελαχιστοποιεί τις επιπλοκές από την τυχόν διαρροή του εκτός του σπονδυλικού σώματος κατά τη διενέργεια της κυφοπλαστικής. Το βιολογικό τσιμέντο στερεοποιείται γρηγορότερα και χωρίς εξώθερμη αντίδραση[9], δύο πλεονεκτήματα σημαντικά σε περίπτωση διαρροής πλησίον ζωτικών ανατομικών δομών ενώ έχει φανεί ότι και τα ποσοστά πνευμονικής εμβολής λόγω εισόδου στην κυκλοφορία είναι λιγότερα συγκριτικά με το PMMA.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ελάχιστα επεμβατική χειρουργική μπορεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα να εφαρμοστεί στον απαιτητικό τομέα της χειρουργικής της σπονδυλικής στήλης για την αντιμετώπιση πρόσφατων εκρηκτικών και συμπιεστικών καταγμάτων οσφυϊκών σπονδύλων. Ο συνδυασμός κυφοπλαστικής με μπαλόνι με χρήση βιολογικού τσιμέντου (Calcibon) μαζί με βραχύ σύστημα οπίσθιας σπονδυλοδεσίας με αυλοφόρες διαυχενικές βίδες μπορεί να αποκαταστήσει το ύψος του σπονδυλικού σώματος και να ελαχιστοποιήσει την τμηματική τοπική κύφωση που δημιουργείται μετά το κάταγμα. Με τη χρήση της κυφοπλαστικής επιτυγχάνεται αιτιολογική θεραπεία από εμβιομηχανικής άποψης του κατάγματος, καθώς ενισχύεται η πρόσθια κολώνα που πάσχει, ενώ ταυτόχρονα αποφεύγονται οι επιπλοκές και τα μειονεκτήματα που θα είχε για τον ίδιο σκοπό η πρόσθια προσπέλαση. Ο συνδυασμός με minimal βραχεία οπίσθια σπονδυλοδεσία αυξάνει τη σταθερότητα του συστήματος και εγγυάται τη σε βάθος χρόνου διατήρηση της ανάταξης. Η σημαντική μείωση του μετατραυματικού άλγους και το βελτιωμένο λειτουργικό αποτέλεσμα

είναι αποδεδειγμένα πλεονεκτήματα της μεθόδου σε αρκετές μελέτες.

Οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας, που έρχονται σε επαφή είτε στην πρωτοβάθμια είτε στη δευτεροβάθμια περίθαλψη με το πρόβλημα του επώδυνου κατάγματος οσφυϊκού σπόνδυλου, θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τη δυνατότητα ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής αντιμετώπισης. Γνωρίζοντας τα πλεονεκτήματα που αυτή προσφέρει ακόμη και στους πιο ηλικιωμένους ασθενείς, όσον αφορά την εξασφάλιση καλής ποιότητας ζωής χωρίς πόνο και ανικανότητα, θα μπορούν να τους καθοδηγήσουν γρήγορα και υπεύθυνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kaneda K, Taneichi H, Abumi K, et al. Anterior decompression and stabilization with the Kaneda device for thoracolumbar burst fractures associated with neurological deficits. J Bone Joint Surg [Am] 1997;79:69-83.
2. Korovessis P, Baikousis A, Zacharatos S, et al. Combined anterior plus posterior stabilization versus posterior short-segment instrumentation and fusion for mid-lumbar (L2-L4) burst fractures. Spine 2006;31:859-68.
3. McDonough PW, Davis R, Tribus C, et al. The management of acute thoracolumbar burst fractures with anterior corpectomy and Z-plate fixation. Spine 2004;29:1901-9.
4. Alanay A, Acaroglu E, Yazici M, et al. Short-segment pedicle instrumentation of thoracolumbar burst fractures: does transpedicular intracorporeal grafting prevent early failure? Spine 2001;26:213-7.
5. Toyone T, Tanaka T, Kato D, et al. The treatment of acute thoracolumbar burst fractures with transpedicular intracorporeal hydroxyapatite grafting following indirect reduction and pedicle screw fixation: a prospective study. Spine 2006;31:208-14.
6. Kramer DL, Rodgers WB, Mansfield FL. Transpedicular instrumentation and short-segment fusion of thoracolumbar fractures: a prospective study using a single instrumentation system. J Orthop Trauma 1995;9:499-506.
7. Verlaan JJ, van Helden WH, Oner FC, et al. Balloon vertebroplasty with calcium phosphate cement augmentation for direct restoration of traumatic thoracolumbar vertebral fractures. Spine 2002;27:543-8.
8. Oner FC, van der Rijt RR, Ramos LMP, et al. Changes in the disc space after fractures of the thoracolumbar spine. J Bone Joint Surg Br 1998;80:833-9.
9. Deramond H, Wright N, Belkoff S. Temperature elevation caused by bone cement polymerization during vertebroplasty. Bone 1999;25:17-21.
10. Togawa D, Kovacic J, Bauer TW, et al. Radiographic and histologic findings of vertebral augmentation using polymethylmethacrylate in the primate spine: percutaneous vertebroplasty versus kyphoplasty. Spine 2006;31: E4-E10.
11. Voggenreiter G. Balloon kyphoplasty is effective in deformity correction of osteoporotic vertebral compression fractures. Spine 2005;30:2806-12.
12. Shen WJ, Liu TJ, Shen YS. Nonoperative treatment versus posterior fixation for thoracolumbar junction burst fractures without neurologic deficit. Spine 2001;26:1038-45.
13. Li KC, Hsieh CH, Lee CY, et al. Transpedicle body augmenter: a further step in treating burst fractures. Clin Orthop 2005;436:119-25.
14. Korovessis P, Hadjipavlou A, Repantis T. Minimal Invasive Short Posterior Instrumentation Plus Balloon Kyphoplasty With Calcium Phpsphate for Burst and Severe Compression Lumbar Fractures. Spine 2008;33:658-67
15. Verlaan JJ, Dhert WJ, Verbout AJ, et al. Balloon vertebroplasty in combination with pedicle screw instrumentation: a novel technique to treat thoracic and lumbar burst fractures. Spine 2005;30:E73-E79.
16. Laredo JD, Hamze B. Complications of percutaneous vertebroplasty and their prevention. Skel Radiol 2004;33:493-505.
17. Nussbaum DA, Gailloud P, Murphy K. A review of complications associated with vertebroplasty and kyphoplasty as reported to the Food and Drug Administration medical device related web site. J Vasc Interv Radiol 2004;15:1185-92.
18. Choe DH, Marom EM, Ahrar K, et al. Pulmonary embolism of polymethylmethacrylate during percutaneous vertebroplast and kyphoplasty. Am J Roentenol 2004;183:1097-102.
19. Yu SW, Chen WJ, Lin WC, et al. Serious pyogenic spondylitis following vertebroplasty: a case report. Spine 2004;29:E209-E211.
20. Yoo KY, Jeong SW, Yoon W, Lee J. Acute respiratory distress syndrome associated with pulmonary cement embolism following percutaneous vertebroplasty with polymethylmethacrylate. Spine 2004;29:E294-E297.
21. Chen HL, Wong CS, Ho ST, et al. A lethal pulmonary embolism during percutaneous vertebroplasty. Anesth Analg 2002;95:1060-2.
22. Bai B, Jazrawi LM, Kummer FJ, et al. The use of an injectable, biodegradable calcium phosphate bone sub-

stitute for the prophylactic augmention of osteoporotic vertebrae and the management of vertebral compression fractures. Spine 1999;24:1521-6.

23. Li KC, Li Anna F-Y, Hsieh CH, et al. Transpedicle body augmenter in painful osteoporotic compression fractures. Eur Spine J 2007;16:589-98.

Αιτιοπαθογένεια και παθοφυσιολογία του προεκλαμπτικού συνδρόμου

Ιωάννης Θανασάς,
Κωνσταντίνα Μπουρσιάνη,
Μαρία Μπουρσιάνη,
Αναστασία Φούκα

Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η προεκλαμψία η οποία χαρακτηρίζεται από την γνωστή τριάδα συμπτωμάτων: υπέρταση, λευκωματουρία και οιδήματα – αν και τελευταία η παρουσία του οιδήματος δεν αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο για τη νόσο – αποτελεί συχνή επιπλοκή της εγκυμοσύνης. Εμφανίζεται πάντα μετά την 20η εβδομάδα και ιδιαίτερα στο τελευταίο τρίμηνο. Γνωστό ότι η αιτιολογία της παραμένει ακόμη άγνωστη, αναφέρεται συχνά και ως η «νόσος των θεωριών». Παρά την εκτεταμένη προσπάθεια και τις πολλές ερευνητικές μελέτες που είδαν το φως της δημοσιότητας τα τελευταία χρόνια πολλοί από τους μηχανισμούς που εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια και παθοφυσιολογία του συνδρόμου δεν έχουν πλήρως αποσαφηνισθεί. Στην παρούσα εργασία με βάση τα σύγχρονα βιβλιογραφικά δεδομένα επιχειρείται η σύντομη ανασκόπηση της αιτιοπαθογένειας και των παθοφυσιολογικών μηχανισμών του προεκλαμπτικού συνδρόμου. ***Αχ Ιατρ 2008; 27:101-106.***

Λέξεις κλειδιά: Αιτιοπαθογένεια, παθοφυσιολογία, προεκλαμψία, υπερτασική νόσος της κύησης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συνύπαρξη λευκώματος στα ούρα της υπερτασικής εγκύου αποτελεί «ειδική» υπερτασική κατάσταση η οποία σύμφωνα με τη National High Blood Pressure Education Program καλείται ως προεκλαμψία και εκδηλώνεται σε έγκυο με φυσιολογική αρτηριακή πίεση μέχρι την 20η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Ως πρωτεϊνουρία ορίζεται η παθολογική εκείνη κατάσταση κατά την οποία στα ούρα εικοσιτετραώρου ανιχνεύεται λεύκωμα πάνω από 300 mg ή όταν σε δύο διαδοχικές μετρήσεις οι οποίες έχουν διαφορά η μία από την άλλη έξι τουλάχιστον ώρες η πυκνότητα του λευκώματος υπερβαίνει το 1 gr/lt. Σε αντίθεση με την πρωτεϊνουρία, η

Αλληλογραφία:
Ιωάννης Κ. Θανασάς
Συνοικισμός Αγίας Τριάδας 3
42100 Τρίκαλα
Τηλ.: 24310 29103 / 6944 766469
E-mail: thanasasg@hotmail.com

Υποβλήθηκε: 5/4/08
Αναθεωρημένη έγινε δεκτή 29/6/08

παρουσία οιδήματος σήμερα δεν θεωρείται απαραίτητο κλινικό εύρημα για να τεθεί η διάγνωση του προεκλαμπτικού συνδρόμου, καθόσον αυτό διαπιστώνεται με την ίδια σχεδόν συχνότητα και σε γυναίκες των οποίων η εγκυμοσύνη δεν παρουσιάζει επιπλοκές.[1]

Το προεκλαμπτικό σύνδρομο, με όλες τις δυνατές επιπτώσεις που αυτό μπορεί να έχει στο μητρικό και περιγεννητικό αποτέλεσμα είναι γνωστό από πολύ παλιά. Ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη, η εκλαμψία ήταν γνωστή ως μία εν δυνάμει θανατηφόρος νόσος ικανή να πλήξει τις έγκυες. Παρόλα αυτά όμως, μόλις κατά την πρώτη δεκαετία του 20ου αιώνα κατέστη δυνατή η αναγνώριση του προεκλαμπτικού συνδρόμου ως προειδοποιητικό σημείο της εκλαμψίας η οποία ήταν γνωστή ως «δυσλειτουργία συνοδευόμενη από υπέρταση, λευκωματουρία και σπασμούς».

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η υπέρταση και η λευκωματουρία είναι μη ειδικές καταστάσεις, καθόσον μπορεί να προκληθούν είτε από την ίδια την εγκυμοσύνη όπως συμβαίνει στην προεκλαμψία, είτε να είναι το αποτέλεσμα παθολογικών καταστάσεων που δεν σχετίζονται με την κύηση, αλλά συμπίπτουν με αυτή όπως είναι η ιδιοπαθής υπέρταση και η νεφρική νόσος. Έτσι γίνεται αντιληπτό ότι η υπέρταση της κύησης και η προεκλαμψία είναι δύο νοσολογικές οντότητες διαφορετικές μεταξύ τους. Η πρώτη αποτελεί παθολογική κατάσταση αυτής ταύτης της εγκύου, ενώ η προεκλαμψία αντιπροσωπεύει ένα ετερογενές σύνδρομο που οφείλεται σε πλήθος παραγόντων μητρικής και εμβρυϊκής προέλευσης[2] και χαρακτηρίζεται από κλινικό πολυμορφισμό με σοβαρή επίπτωση τόσο στο μητρικό, όσο και στο περιγεννητικό αποτέλεσμα.[3]

Παρά την εκτεταμένη προσπάθεια και τις πολλές ερευνητικές μελέτες που είδαν το φως της δημοσιότητας τα τελευταία χρόνια, πολλοί από τους μηχανισμούς που εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια της υπερτασικής νόσου στην κύηση δεν έχουν αποσαφηνισθεί πλήρως. Ορισμένοι παράγοντες σχετικού κινδύνου, όπως η ηλικία, ο τόκος, το οικογενειακό ιστορικό, το ατομικό αναμνηστικό και η πολυδυμία (Πίνακας 1), αν και αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης του προεκλαμπτικού συνδρόμου δεν μπορούν ωστόσο να θεωρηθούν εξειδικευμένοι δείκτες ανίχνευσης της προεκλαμψίας και να χαρακτηρίσουν μια εγκυμοσύνη ως υψηλού κινδύνου.[4]

Πίνακας 1. *Παράγοντες κινδύνου του προεκλαμπτικού συνδρόμου.*

1. Ηλικία
2. Οικογενειακό ιστορικό
3. Χρόνια αρτηριακή υπέρταση
4. Παρουσία προυπαρχουσών της κύησης παθολογικών καταστάσεων, όπως:
   - νεφρική νόσος
   - σακχαρώδης διαβήτης
   - ανοσολογικές διαταραχές
   - δρεπανοκυτταρική αναιμία
   - σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
5. Πολύδυμη εγκυμοσύνη

Η ηλικία της εγκύου φαίνεται να έχει σχέση με τη συχνότητα εμφάνισης του προεκλαμπτικού συνδρόμου. Ο Cunningham και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι η συχνότητα εμφάνισης της προεκλαμψίας είναι τρεις φορές μεγαλύτερη σε γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών, συγκριτικά με αυτή που παρατηρείται σε νεαρότερες έγκυες.[5] Το γεγονός αυτό αποδόθηκε όχι τόσο στην παρουσία μιας μη διαγνωσθείσας χρόνιας υπέρτασης, αλλά στην αύξηση της ποσότητας του κολλαγόνου των μυϊκών ινών των αρτηριολίων. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη μειωμένη παροχή αίματος προς την εμβρυοπλακουντιακή μονάδα λόγω των ατροφικών αλλοιώσεων που συμβαίνουν στο επίπεδο των πλακουντιακών αγγείων.

Οι έγκυες με χρόνια υπέρταση εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν προεκλαμψία, σε σύγκριση με τις γυναίκες που έχουν φυσιολογική αρτηριακή πίεση. Ο Clapp και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με χρόνια υπέρταση έχουν 25% πιθανότητα να εμφανίσουν προεκλαμψία, πιθανότητα η οποία αυξάνεται και ανέρχεται στο 35% των περιπτώσεων, αν η υπέρταση διαπιστωθεί τουλάχιστον τέσσερα χρόνια πριν την εγκυμοσύνη.[6]

Παρόμοια, η παρουσία ορισμένων παθολογικών καταστάσεων που προϋπήρχαν της κύησης αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης του προεκλαμπτικού συνδρόμου. Ο De Swiet σε μελέτη που περιελάμβανε 334 διαβητικές έγκυες διαπίστωσε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της προεκλαμψίας ανάλογη με τη βαρύτητα και τη χρονική διάρκεια της προϋπάρχουσας νόσου. Πιο συγκεκριμένα, διαπίστωσε αύξηση του

ποσοστού του προεκλαμπτικού συνδρόμου η οποία ανέρχεται στο 10% των περιπτώσεων, έναντι 3,1% στο γενικό πληθυσμό των εγκύων. Επιπλέον, διαπίστωσε ότι η προεκλαμψία αφορά στο 30% των εγκύων όταν ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ινσουλινοεξαρτώμενος, έναντι 9% στις έγκυες των οποίων το σάκχαρο του αίματος ρυθμίζεται με τη δίαιτα.[7]

Επίσης, έγκυες με διαπιστωμένη νεφρική δυσλειτουργία διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης προεκλαμψίας. Ο Von Dadelszen και οι συνεργάτες του σε μελέτη τους που περιελάμβανε 67 έγκυες με κρεατινίνη ορού >1, 4 mg/dl διαπίστωσαν ποσοστό υπέρτασης στο πρώτο και τρίτο τρίμηνο της κύησης 28% και 48%, αντίστοιχα. Παράλληλα διαπίστωσαν βαριά λευκωματουρία (λεύκωμα ούρων 24 ωρου >2 gr) σε ποσοστό 23% στο πρώτο τρίμηνο, ποσοστό το οποίο στην τελειόμηνη εγκυμοσύνη έφτανε το 41% των περιπτώσεων.[8]

Παρόμοια αυξημένη επίπτωση του προεκλαμπτικού συνδρόμου διαπιστώνεται και σε έγκυες με προϋπάρχουσες διαταραχές ανοσολογικού τύπου[9] ή του πηκτικού μηχανισμού,[10] καθώς και σε ετεροζυγώτες στη δρεπανοκυτταρική αναιμία. Αυτές εμφανίζουν τρεις φορές μεγαλύτερο σχετικό κίνδυνο συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό των εγκύων γυναικών.[11]

Η υπερτασική νόσος της κύησης με ή χωρίς πρωτεϊνουρία αποτελεί συχνή επιπλοκή της πολύδυμης εγκυμοσύνης. Στη δίδυμη κύηση η συχνότητα εμφάνισης της προεκλαμψίας κυμαίνεται από 13% έως 37% και κατά άλλους συγγραφείς μπορεί να είναι διπλάσια, τριπλάσια ή και τετραπλάσια σε σχέση με τη μονήρη κύηση.[12] Πολλοί ερευνητές με τεκμηριωμένες μελέτες ισχυρίζονται ότι η επίπτωση της προεκλαμψίας στην τρίδυμη κύηση είναι ακόμη μεγαλύτερη.[13] Επιπλέον, στην πολύδυμη εγκυμοσύνη εκτός από την αυξημένη επίπτωση της νόσου, ενδεικτική είναι η εμφάνισή της σε πιο πρώιμο στάδιο της κύησης, η μεγαλύτερη ένταση και βαρύτητα των συμπτωμάτων καθώς και το υψηλότερο ποσοστό εκδήλωσης εκλαμψίας.[14]

Τέλος, φαίνεται ότι η αποτυχία της φυσιολογικής οργανικής αντίδρασης στην παρουσία του εμβρυϊκού ημι-ομοιομοσχεύματος είναι δυνατό να οφείλεται σε μια γενική αδυναμία αντιμετώπισης του μηνύματος της τροφοβλάστης – υπό την έννοια της ανοσολογικής ανταπόκρισης – και ιδιαίτερα όταν το μήνυμα λαμβάνεται για πρώτη φορά (πρώτη εγκυμοσύνη). Η ανοσολογική ανταπόκριση βρίσκεται υπό γενετική επίδραση και φαίνεται να υπάρχει ισχυρή οικογενειακή κληρονομικότητα όσον αφορά στην προεκλαμψία και στην ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου. Με βάση παλαιότερες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι η επίπτωση της προεκλαμψίας είναι πιο υψηλή στις αδελφές (37%), στις θυγατέρες (26%) και στις εγγονές (16%) γυναικών που εμφάνισαν προεκλαμψία, σε σύγκριση με αυτή που διαπιστώθηκε στις νύφες (6%).[15]

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

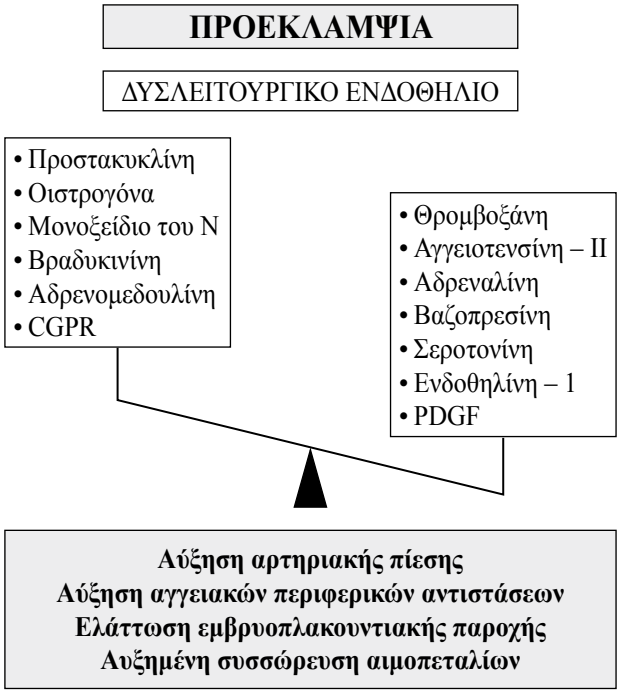
Γενικά σήμερα, οι περισσότεροι από τους ερευνητές που έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με το θέμα πιστεύουν ότι ο πλακούντας αποτελεί τον πλέον ουσιώδη παράγοντα που ευθύνεται για την εκδήλωση του προεκλαμπτικού συνδρόμου. Και αυτό διότι ούτε η μήτρα, αλλά ούτε και το έμβρυο αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την εμφάνιση της προεκλαμψίας, καθόσον η εκδήλωση της νόσου έχει περιγραφεί τόσο σε έκτοπη εγκυμοσύνη, όσο και στη μύλη κύηση.

Στη φυσιολογικά εξελισσόμενη εγκυμοσύνη, προκειμένου η μητρική αρτηριακή πίεση να διατηρηθεί στα φυσιολογικά χαμηλά επίπεδα είναι αναγκαίες οι μορφολογικές φυσιολογικές μεταβολές στο επίπεδο των σπειροειδών αρτηριών που συμβαίνουν κυρίως κατά το πρώτο τρίμηνο και στις αρχές του δευτέρου. Οι φυσιολογικές αυτές μεταβολές είναι αποτέλεσμα της διείσδυσης της τροφοβλάστης στο τοίχωμα των αγγείων και της καταστροφής της λείας μυϊκής στοιβάδας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της διαμέτρου των αγγείων αυτών, τα οποία επιπλέον δεν ανταποκρίνονται στις μητρικές αγγειοσυσπαστικές ουσίες, καθώς και τη σημαντική αύξηση της μητροπλακουντιακής παροχής υπό τις υπάρχουσες συνθήκες χαμηλής πίεσης.[16] Επιπλέον, ενεργοποιείται ένα πλήθος μητρικών βιοχημικών συστημάτων με αποτέλεσμα η έντονα αυξημένη αγγειοδιασταλτική δραστηριότητα των ενδοθηλιακών προστακυκλινών να υπερέχει των αγγειοσυσταλτικών επιδράσεων τόσο του συστήματος ρενίνης – αγγειοτενσίνης – αλδοστερόνης, όσο και της θρομβοξάνης A_2 των αιμοπεταλίων, καθώς και του ενδοθηλιακού αγγειοδραστικού παράγοντα (Σχήμα 1). Η φυσιολογική αγγειοδιαστολή που συμβαίνει στην κύηση, απαραίτητη για την επίτευξη χαμηλής αρτηριακής πίεσης και ικανοποιητικής αιματικής παροχής προς την εμβρυοπλακουντιακή μονάδα θεωρείται αποτέλεσμα της υπεροχής της προστακυκλίνης και του μονοξειδίου

του αζώτου.[17]

Σε περίπτωση όμως μη ομαλής εμφύτευσης και ανάπτυξης του πλακούντα, όπως συμβαίνει στην προεκλαμψία, η ατελής καταστροφή και η αδυναμία εξαφάνισης του ελαστικού χιτώνα των σπειροειδών αρτηριών έχει σαν αποτέλεσμα την υπολειπόμενη διαστολή τους και τη μειωμένη ευαισθησία τους στους αγγειοδραστικούς παράγοντες. Αυτό συνεπάγεται την κλινική εκδήλωση της νόσου[18] η οποία χαρακτηρίζεται από:

- ελάττωση του όγκου του πλάσματος κατά 15 – 35% η οποία θεωρείται υπεύθυνη για την καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου και τον σχηματισμό ολιγαμνίου,
- διαταραχές του αιμοποιητικού συστήματος, όπως για παράδειγμα ελάττωση του αριθμού των αιμοπεταλίων λόγω της αυξημένης καταστροφής τους στα περιφερικά όργανα,
- διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας με κύρια εκδήλωση την ελαττωμένη νεφρική παροχή,
- διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας οι οποίες κυρίως αφορούν τις τρανσαμινάσες και τη γαλακτική δευδρογενάση και λιγότερο την ολική χολυρεθρίνη, και τέλος
- γενικευμένη αγγειοσύσπαση, βασικό αποτέλεσμα της οποίας είναι η αύξηση της αρτηριακής πίεσης και η ελαττωμένη παροχή αίματος στα όργανα στόχους και κυρίως στον πλακούντα.



Σχήμα 1. *Σχηματική παράσταση του παθοφυσιολογικού μηχανισμού της υπερτασικής νόσου στην κύηση: η ανισορροπία των μητρικής προέλευσης αγγειοκινητικών ουσιών με την υπεροχή της προστακυκλίνης και του μονοξειδίου του αζώτου θεωρείται υπεύθυνη για την εκδήλωση του προεκλαμπτικού συνδρόμου.*

Η ισχαιμία του πλακούντα και η απελευθέρωση στην κυκλοφορία τροφοβλάστης, θρομβοπλαστίνης και φωσφολιπιδίων λόγω της γενικευμένης αγγειοσύσπασης και της υποογκαιμίας οδηγεί σε εκφυλιστικές αγγειακές βλάβες των περισσοτέρων οργάνων (πολυοργανική νόσος) και κυρίως των νεφρών. Έτσι, η ισχαιμική βλάβη του αγγειακού νεφρικού σπειράματος είναι δυνατό να προκαλέσει την εκδήλωση λευκωματουρίας ή ακόμη και οξείας σωληναριακής νέκρωσης σε περίπτωση βαριάς προεκλαμψίας – εκλαμψία, ενώ η ελάττωση του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης εκδηλώνεται κλινικά με ολιγουρία (προεκλαμψία) ή και ανουρία (εκλαμψία).[19]

Αν και όπως ήδη προαναφέρθηκε η αιτιολογία της νόσου μέχρι σήμερα παραμένει αδιευκρίνιστη και πολλές απόψεις – θεωρίες έχουν προταθεί («νόσος των θεωριών»), δύο είναι οι πιθανότεροι παθογενετικοί μηχανισμοί: η ανεπαρκής αντικατάσταση του ενδοθηλίου του τοιχώματος των σπειροειδών αρτηριών από την κυτταροτροφοβλάστη και η διαταραχή της λειτουργίας του ενδοθηλίου των σπειροειδών αρτηριών.

Η ατελής αντικατάσταση του αγγειακού ενδοθηλίου από την κυτταροτροφοβλάστη θεωρείται σήμερα από τους περισσότερους ως η γενεσιουργός αιτία της ισχαιμίας στην εμβρυοπλακουντιακή μονάδα. Η ατελής διείσδυση της κυτταροτροφοβλάστης στον αυλό των σπειροειδών αρτηριών και η αδυναμία καταστροφής του ελαστικού και μυϊκού χιτώνα των αρτηριολίων οδηγεί σε ελλιπή αντικατάσταση του ενδοθηλίου προς το μέρος του φθαρτού. Αντίθετα, το τμήμα που βρίσκεται προς το ενδομήτριο παραμένει ανατομικά ακέραιο και δεκτικό στις επιδράσεις των αδρενεργικών αγγειοκινητικών ουσιών που προέρχονται από την έγκυο. Παράλληλα, πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν και τη συμμετοχή της συγκυτιοτροφοβλάστης, όπως και των μικρολαχνών στον μηχανισμό πρόκλησης του προεκλαμπτικού

συνδρόμου.[20] Οι Loke και King αναλύοντας τα αποτελέσματα των ερευνών τους διαπίστωσαν ότι τμήματα τροφοβλάστης βρέθηκαν σε υψηλότερα επίπεδα στις μητριαίες φλέβες προεκλαμπτικών εγκύων, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό των εγκύων γυναικών. Ωστόσο μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στα επίπεδα της τροφοβλάστης και τη βαρύτητα της νόσου.[21]

Η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου των αγγείων η οποία εκφράζεται με την ελαττωμένη παραγωγή προστακυκλίνης και μονοξειδίου του αζώτου μειώνει την ανασταλτική δράση επί της συγκόλλησης των αιμοπεταλίων που βρίσκονται στο εσωτερικό των σπειροειδών αρτηριολίων. Αυτό συνεπάγεται τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων και την έκκριση από αυτά αγγειοσυσπαστικών ουσιών, όπως η θρομβοξάνη και η σεροτονίνη. Αυτό διεγείρει το σύστημα ρενίνης – αγγειοτενσίνης, με αποτέλεσμα την αυξημένη παραγωγή αγγειοτενσίνης – ΙΙ η οποία προκαλώντας αγγειόσπασμο αυξάνει τη μητρική αρτηριακή πίεση και την πίεση του αίματος στην εμβρυοπλακουντιακή μονάδα. Επιπλέον, η χρόνια ισχαιμία του πλακούντα προκαλεί απελευθέρωση στη μητρική κυκλοφορία μεγαλύτερων ποσοτήτων συγκυτιοτροφοβλάστης η οποία καταστρέφει τα ενδοθηλιακά κύτταρα των αγγείων και επιτείνει ακόμη περισσότερο την ήδη υπάρχουσα ανεπαρκή διαδικασία διείσδυσης των κυττάρων της κυτταροτροφοβλάστης στο αγγειακό ενδοθήλιο.[22]

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η προεκλαμψία αντιπροσωπεύει ένα ετερογενές σύνδρομο που οφείλεται σε πλήθος παραγόντων μητρικής και εμβρυϊκής προέλευσης και χαρακτηρίζεται από κλινικό πολυμορφισμό με σοβαρή επίπτωση τόσο στη μητέρα, όσο και στο έμβρυο – νεογνό. Η πρόοδος που σημειώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες στον τομέα της αιτιοπαθογένειας και παθοφυσιολογίας του προεκλαμπτικού συνδρόμου αναμφισβήτητα είναι μεγάλη. Ωστόσο όμως, η υπερτασική νόσος της κύησης εξακολουθεί να αποτελεί ένα ανεπίλυτο πρόβλημα της σύγχρονης μαιευτικής πράξης, για τη λύση του οποίου απαιτείται περαιτέρω επιστημονική έρευνα προκειμένου την καλύτερη δυνατή βελτίωση του μητρικού και περιγεννητικού αποτελέσματος.

SUMMARY

Reasons of pathogenesis and pathophysiology of preclampsia

Ioannis Thanasas, Konstantina Boursiani, Maria Boursiani, Anastasia Fouka

Department of Obstetrics – Gynecology of General Hospital in Lamia

Preeclampsia is characterized by the well known triad of symptoms: hypertension, albuminuria and edema – even though lately the edema presence is not a diagnostic criterion for the disease – and it is a regular complication of pregnancy. It always appears after the 20th week and particularly the last three months of the pregnancy. It is known that its etiology is still unknown, and it is usually mentioned as the theories disease. Despite the extensive effort and the many scientific researches that came in the full blaze of publicity during the last years, many of the mechanisms involved in the causal of pathogenesis and pathophysiology of the hypertension disease during pregnancy have not been totally clarified yet. In this essay it is attempted a brief review, according the contemporary bibliographical data of reasons of pathogenesis and pathophysiology mechanisms of preeclampsia syndrome. ***Ach Iatr 2008; 27:101-106.***

Key words: *Hypertension disease of the gestation, preeclampsia, pathogenesis, pathophysiology.*

Correspondence: *Ioannis K. Thanasas, Settlement of Agia Triada 3, Trikala 42100, Greece, Tel: +30 24310 29103, mobile: +30 6944766469, e-mail: thanasasg@hotmail.com*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. U.S. Department of Health and human services. NIH Publication No 00 – 3029 Originally Printed 1990. Revised July 2000.
2. Dekker GA, Sibai BM. Etiology and pathogenesis of pre – eclampsia: current concepts. Am J Obstet Gynecol 1998;179:1359-1375.
3. Ferrazzani S, Merola A, De Carolis S, Carducci B, Paradisi G, Caruso A. Birth weight in preeclamptic and normotensive twin pregnancies: an analysis of discordance and growth restriction. Human Reprod 2000;15:210-217.
4. Sibai BM, Gordon T et al and the National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal – Fetal Medicine Units. Risk factors for preeclampsia in healthy nulliparous women: a prospective multicenter study. Am J Obstet Gynecol 1995;172:642-8.
5. Cunningham FG, McDonaid PC, Gant NF. Williams Obstetrics. 20th Edition. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange 1997: 732-735.
6. Clapp JF 3rd, Simonian S, Lopez B, Appleby-Wineberg S, Harcar-Sevcik R. The one-year morphometric and neurodevelopmental outcome at age five years of the offspring of women who continued to exercise regularly thoughout pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1998;178:594-599.
7. De Swiet M. Maternal blood pressure and birth weight (editorial). Lanset 2000;355:81-82.
8. Von Dadelszen P, Ornstein MP, Bull SB, Logan AG, Koren G, Magee LA. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: a Meta-analysis. Lancet 2000;355:87-92.
9. Pauzner R, Dulitzky M, Carp H, Mayan H, Kenett R, Farfel Z, Many A. Hepatic infarctions during pregnancy are associated with the antiphospholipid syndrome and in addition with complete to incomplete HELLP syndrome. J Thromb Haemost 2003;1:1758-1763.
10. Said J, Dekker G. Pre-eclampsia and thrombophilia. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2003;17:441-458.
11. Sun PM, Wilburn W, Raynor BD, Jamieson D. Sickle cell disease in pregnancy: twenty years of experience at Grady Memorial Hospital, Atlanta, Georgia. Am J Obstet Gynecol 2001;184:1127-1130.
12. Mastrobattista JM, Skupski DW, Mong, Blakco JD, August P. The rate of severe preeclampsia is increased in triplet as compared to twin gestations. Am J Perinat 1997;14:263-265.
13. Fink JC, Schwartz SM, Benedetti TI, Stehnam-Breen CO. Increased risk of adverse maternal and infant outcomes among women with renal disease.Paediatr Perinat Epidemiol 1998;12:277-287.
14. Newman RB, Luke B. Multifetal pregnancy: A Handbook for care of the pregnant patien. Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia 2000.
15. Pijnenborg R, Anthony J, Davey DA, Rees A, Tiltman A, Vercruysse L, van Assche A. Placental bed spiral arteries in the hypertensive disorders of pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 1991;98:648-655.
16. Bosio PM, McKenna PJ, Conroy R, O'Herlihy C. Maternal central hemodynamics in hypertensive disorders of pregnancy. Obstet Gynecol 1999;94:978-984.
17. Friedman SA. Preeclampsia: a review of the role of prostaglandins. Obstet Gynecol 1988;71:122-137.
18. Sibai BM. Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. Obstet Gynecol 2004;103:981-991.
19. Abraham KA, Kennelly M, Dorman AM, Walshe JJ. Pathogenesis of acute renal failure associated with the HELLP syndrome: a case report and review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003;108:99-102.
20. Bron DW. Preeclampsia: a mistake of trophoblastic cell for tumor cells? Med Hypothesis 1999;52:124-126.
21. Loke YW and King A. Decidual natural killer cell interaction with trophoblast: or cytokine production? Biochem Soc Trans 2000;28:196-198.
22. Brockelsby JC, Anthony FW, Johnson IR, Baker PN. The effects of vascular endothelial growth factor on endothelial cells: a potential role in preeclampsia. Am J Obstet Gynecol 2000;182:176-183.

Έχει θέση η ακτινοθεραπεία στην αντιμετώπιση των καλοήθων παθήσεων; Ένα αντικείμενο ιδιαίτερου προβληματισμού

Δημήτριος Βόμβας,
Μαρία Πομώνη,
Βασιλική Βλαχοπούλου,
Διονυσία Λίτου,
Βασίλειος Βασιλείου,
Δημήτριος Καρδαμάκης

Κλινικό Εργαστήριο Ακτινολογίας, Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Πατρών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται για περισσότερα από εκατό χρόνια στη θεραπεία ασθενών με καλοήθεις ή κακοήθεις παθήσεις. Η πλειοψηφία των ιατρών αντιμετωπίζει τη χρήση της ιοντίζουσας ακτινοβολίας σε ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις με σκεπτικισμό, με αποτέλεσμα η εφαρμογή της σε αυτούς τους ασθενείς να ποικίλει μεταξύ των ακτινοθεραπευτών παγκοσμίως. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι η χορήγησή της ενέχει τον κίνδυνο πρόκλησης γενετικών βλαβών και αυξάνει τον κίνδυνο καρκινογένεσης. Παρ' όλα αυτά, ο κατάλογος των καλοήθων παθήσεων που αντιμετωπίζονται με ακτινοθεραπεία είναι μεγάλος. Στο άρθρο αυτό παρουσιάζουμε τις βασικές κατευθυντήριες γραμμές που ισχύουν σήμερα για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενών και αναφερόμαστε με συντομία στις συχνότερες καλοήθεις παθήσεις που παραπέμπονται σε ένα Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας. ***Αχ. Ιατρ. 2008; 27:107-112.***

Λέξεις κλειδιά: Ακτινοθεραπεία, ιοντίζουσα ακτινοβολία, καλοήθεις παθήσεις

Αλληλογραφία:
Δημήτριος Καρδαμάκης,
Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας,
Π.Γ.Ν. Πατρών, 26504 Ρίον
Τηλ. 2610-999 540
Fax 2610-994 475
e-mail: kardim@med.upatras.gr
d.kardamakis@yahoo.gr

Υποβλήθηκε:20/7/2008
Αναθεωρημένη έγινε δεκτή 25/8/2008

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 1895 ο φυσικός W. Röntgen περιέγραψε τις φυσικές και χημικές ιδιότητες των «ακτίνων Χ» (δηλαδή της ιοντίζουσας ακτινοβολίας) που παράγονται από την ακτινολογική λυχνία και αμέσως ακολουθεί η διαγνωστική και θεραπευτική εφαρμογή τους στην ιατρική. Η Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία είναι κλινική ειδικότητα που χρησιμοποιεί τις ιοντίζουσες ακτινοβολίες μόνες τους ή σε συνδυασμό με άλλες αντινεοπλασματικές θεραπείες κυρίως για την ίαση ή την ανακούφιση

ασθενών που πάσχουν από καρκίνο. Στην καθ' ημέρα κλινική πρακτική, οι περισσότεροι ακτινοθεραπευτές δε χρησιμοποιούν ιοντίζουσες ακτινοβολίες για την αντιμετώπιση καλοήθων παθήσεων, λόγω του ότι η επίδρασή τους στο γενετικό υλικό ενέχει τον κίνδυνο πρόκλησης γενετικών βλαβών που δυνατόν να οδηγήσουν σε εμφάνιση κακοήθων όγκων[1].

Σήμερα, η θεραπεία των καλοήθων παθήσεων με ιοντίζουσες ακτινοβολίες αποτελεί ένα ιδιαίτερο αντικείμενο που προβληματίζει έντονα την ακτινοθεραπευτική κοινότητα. Πρόοδοι στην κατανόηση των μηχανισμών των ακτινοβιολογικών φαινομένων, βελτιστοποίηση των τεχνικών ακτινοθεραπείας και ακρίβεια στον υπολογισμό της απορροφούμενης δόσης στους ιστούς, οδήγησαν σε αναθεώρηση του ενδιαφέροντος για την ακτινοθεραπεία των παθήσεων αυτών[2].

Η πρώτη φορά που η ακτινοθεραπεία εφαρμόσθηκε για την αντιμετώπιση καλοήθους πάθησης ήταν το 1896 από τον αυστριακό δερματολόγο Leopold Freund (1868-1963), στη Βιέννη, για την αντιμετώπιση της δυσμορφίας που προκαλούσε σε τετράχρονο κορίτσι ένας ευμεγέθης τριχωτός σπίλος στη ράχη. Η παιδιατρική αυτή ασθενής υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία με ακτίνες Χ χαμηλής ενέργειας, με αποτέλεσμα να εμφανίσει αλωπεκία τοπικά (που ήταν και ο σκοπός της θεραπείας) αλλά επίσης και εκτεταμένη ίνωση των ακτινοβοληθέντων μαλακών ιστών (δέρματος, υποδορίου). Για την ιστορία, αναφέρουμε ότι το κορίτσι ενηλικιώθηκε και πέθανε από φυσικά αίτια σε βαθύ γήρας. Από αυτή του την εμπειρία, ο Freund συμπέρανε ότι ακτινοθεραπεία διάρκειας 20 ωρών είναι αρκετή για την επίτευξη τριχόπτωσης και ότι μεγαλύτερης διάρκειας ακτινοθεραπεία «δυνατόν να έχει ανεπιθύμητα και ίσως επικίνδυνα αποτελέσματα»[3].

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ

Βασιζόμενοι στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και στην κλινική μας εμπειρία, παραθέτουμε τις παρακάτω κατευθυντήριες γραμμές που θα πρέπει να εφαρμόζονται σε ανάλογα περιστατικά[2,4,5]:

1: Ακριβής και λεπτομερής ενημέρωση του ασθενή και των συγγενών για την ανατομική περιοχή που πρόκειται να ακτινοβοληθεί.
2: Ενημέρωση για το προσδοκώμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα, με ιδιαίτερη έμφαση στην εξέλιξη της νόσου χωρίς θεραπεία.
3: Ενημέρωση για το είδος της ακτινοβολίας (φωτόνια-ηλεκτρόνια), την ημερήσια και ολική δόση, καθώς και για τη τεχνική χορήγησης, με ιδιαίτερη έμφαση στις ακτινοπροστατευτικές τεχνικές.
4: Ενημέρωση για όλες τις πιθανές οξείες ή απώτερες παρενέργειες από τους φυσιολογικούς ιστούς που πρόκειται να ακτινοβοληθούν ή να λάβουν δόση από τη σκεδαζόμενη ακτινοβολία.
5: Ενθάρρυνση του ασθενή να υποβάλλει ερωτήσεις και να αναζητήσει «δεύτερη γνώμη».
6: Χορήγηση ακτινοθεραπείας μόνον εάν όλες οι άλλες θεραπευτικές μέθοδοι αποτύχουν.
7: Υπογραφή εντύπου συγκατάθεσης από τον ασθενή ή νόμιμο εκπρόσωπό του.

ΚΥΡΙΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Θα αναφερθούμε περιληπτικά στις καλοήθεις παθήσεις που αντιμετωπίζονται στο Τμήμα μας.

Οφθαλμοπάθεια νόσου Graves'

Η οφθαλμοπάθεια στη νόσο Graves' είναι κλινικά εμφανής σε ποσοστό 20-40% των ασθενών. Είναι συνήθως αμφοτερόπλευρη, αλλά σε ποσοστό 20% των ασθενών μονόπλευρη. Η νόσος αντιμετωπίζεται με ακτινοβολία με δέσμη φωτονίων χαμηλής ενέργειας. Εφαρμόζονται μικρών διαστάσεων πλάγια, αντίθετα πεδία φωτονίων, που περιλαμβάνουν και τους δύο οπισθοβολβικούς χώρους καθώς και τους οφθαλμικούς μυς. Ιδιαίτερη μέριμνα λαμβάνουμε για την ακτινοπροστασία του φακού του οφθαλμού και του οπτικού νεύρου. Η συνταγογραφούμενη δόση είναι 20 Gy, διαιρεμένη σε 10 συνεδρίες των 2 Gy, σε συνολικό διάστημα δύο εβδομάδων. Δόσεις μεγαλύτερες των 20 Gy δεν βελτιστοποιούν το αποτέλεσμα[6,7].

Έκτοπη - Ετερότοπη Οστεοποίηση (ΕΟ)

Η ΕΟ χαρακτηρίζεται από ασβεστοποίηση των μαλακών μορίων, ασβεστοποιό μυοσίτιδα και περιαρθρική ασβεστοποίηση. Ασθενείς υψηλού κινδύνου για εμφάνιση ΕΟ είναι οι πολυτραυματίες με βλάβη κεντρικού νευρικού συστήματος που παραμένουν κατακεκλιμένοι επί μακρόν ή ασθενείς που υποβάλλονται

σε αρθροπλαστική ισχίου. Η συνολική επίπτωση είναι μεγαλύτερη του 60% σε ασθενείς με επιπλέον παράγοντες υψηλού κινδύνου, όπως υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια, αγκυλωτική σπονδυλίτιδα και διάχυτη ιδιοπαθή σκελετική υπερόστωση. Οι ασθενείς αναπτύσσουν μετεγχειρητική οστεοποίηση στους μαλακούς ιστούς, και ποσοστό 30% εμφανίζουν συμπτώματα όπως, προοδευτικά επιδεινούμενο άλγος και μείωση του εύρους κίνησης της άρθρωσης. Θεραπεία εκλογής της ΕΟ είναι η χειρουργική αλλά υπάρχουν ενδείξεις ότι η υποτροπή μπορεί να προληφθεί με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία 72 ώρες μετά την επέμβαση. Στο Τμήμα μας εφαρμόζουμε προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, με το σχήμα «δόση 7 Gy σε 1 συνεδρία 24 ώρες πριν την επέμβαση». Η θεραπεία μπορεί να χορηγηθεί και κλασματικοποιημένα, σε 3 συνεδρίες των 4 Gy ή σε 5 συνεδρίες των 2 Gy. Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία μετά από χρονικό διάστημα μιας εβδομάδας από την επέμβαση έχει πτωχά αποτελέσματα και δεν πρέπει να εφαρμόζεται[8,9].

Χηλοειδή

Κάποια άτομα εμφανίζουν διαταραχή του επουλωτικού μηχανισμού του δέρματος, δηλ. υπερπαραγωγή ινώδους ιστού πλούσιου σε κολλαγόνο μετά από τραυματισμό, που εξαπλώνεται και πέραν των ορίων του τραύματος, υαλινοποιείται και δεν υποστρέφει αυτόματα. Αυτές οι δερματικές βλάβες ονομάζονται χηλοειδή.

Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να αντιμετωπίζονται αρχικά χειρουργικά και αμέσως μετά να υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, με στόχο να αποτραπεί η ινοβλαστική υπερπλασία που οδηγεί στην υποτροπή. Ανάλογα με τις διαστάσεις της βλάβης, είναι δυνατόν να χορηγηθεί εφ' άπαξ δόση 2 έως 3 Gy ή κλασματικοποιημένη θεραπεία με συνολική δόση 3 – 10 Gy, σε 2 – 3 συνεδρίες ανά εβδομάδα με χαμηλής ενέργειας φωτόνια ή χαμηλής ενέργειας ηλεκτρόνια. Επί αποτυχίας ή υποτροπής, η θεραπεία μπορεί να επαναληφθεί για δεύτερη φορά μετά τη παρέλευση τριμήνου[10,11].

Πρόληψη επαναστένωσης περιφερικών αγγείων μετά από αγγειοπλαστική

Η αποφρακτική αρτηριοπάθεια είναι συχνή νόσος που προσβάλλει ποσοστό περίπου 12% των ενηλίκων. Η Διαδερμική Αγγειοπλαστική (PTA) με τοποθέτηση ενδοαυλικής πρόθεσης (stent) αποτελεί την πλέον κλασική μέθοδο αντιμετώπισης της αποφρακτικής αρτηριοπάθειας των περιφερικών αρτηριών. Η εφαρμογή της μεθόδου για την αποκατάσταση της βατότητας της επιπολής μηριαίας αρτηρίας εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο αμφισβήτησης[12]. Κύριο πρόβλημα όλων των μεθόδων αγγειοπλαστικής είναι η επαναστένωση, που εμφανίζεται 6 – 12 μήνες μετά την επέμβαση[12,13]. Ανάμεσα στις ποικίλες μεθόδους που έχουν εφαρμοσθεί για την πρόληψη της επαναστένωσης, είναι και η ιοντίζουσα ακτινοβολία με την τεχνική είτε της βραχυθεραπείας είτε της εξωτερικής ακτινοβολίας[14].

Σε τυχαιοποιημένη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα μας από τους Ζαμπάκη και συν., παρουσιάσθηκε η αποτελεσματικότητα της εξωτερικής ακτινοθεραπείας για την πρόληψη της επαναστένωσης περιφερικών αγγείων μετά από αγγειοπλαστική. Συνολικά, 60 ασθενείς υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική και στη συνέχεια τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες: 30 έλαβαν ακτινοθεραπεία και 30 δεν έλαβαν. Χρησιμοποιήθηκε γραμμικός επιταχυντής φωτονίων ενέργειας 6 MV και η συνταγογραφούμενη δόση ήταν 24 Gy στην περιοχή της ενδοπρόθεσης, σε 6 συνεδρίες σε χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων. 6 μήνες μετά την επέμβαση, επαναστένωση παρατηρήθηκε στην ομάδα που έλαβε ακτινοθεραπεία σε ποσοστό 30% έναντι ποσοστού 66,7% στην ομάδα που δεν έλαβε ακτινοθεραπεία ($p=0,04$). Τα θετικά αυτά αποτελέσματα για την ομάδα που υποβλήθηκε και σε ακτινοθεραπεία, εξακολουθούσαν να υφίστανται και 3 χρόνια μετά την θεραπεία[15,16].

Μηνιγγίωμα

Τα μηνιγγιώματα αποτελούν το 20% των ενδοκράνιων όγκων. Ποσοτό 95% από αυτά είναι καλοήθη. Τα περισσότερα εξ αυτών είναι μονήρη και μεθίστανται εξαιρετικά σπάνια στους πνεύμονες και τα οστά. Θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική αφαίρεση. Μακροσκοπική αφαίρεση συνεπάγεται 15ετή επιβίωση σε ποσοστό 75% των ασθενών.

Βασιζόμενοι στα αποτελέσματα διαφόρων Ακτινοθεραπευτικών Κέντρων, η ακτινοθεραπεία προτείνεται σαν εναλλακτική της χειρουργικής σε περιπτώσεις ηλικιωμένων ασθενών με συνοδές παθήσεις ή ασθενών με ευμεγέθη μηνιγγιώματα, με σκοπό τη μείωση των

διαστάσεων και την επίτευξη ολικής αφαίρεσης. Σε νεαρούς ασθενείς η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας σαν «ριζικής» θεραπείας εξατομικεύεται[17,18]. Μετεγχειρητικά, οι κύριες ενδείξεις επικουρικής ακτινοθεραπείας είναι σε μερικώς εξαιρεθέντες όγκους, σε μηνιγγιώματα βάσης κρανίου και σε άτυπα ή κακοήθη μηνιγγιώματα (Τύπου ΙΙ ή ΙΙΙ κατά WHO)[19,20].

Η ακτινοθεραπευτική τεχνική που εφαρμόζουμε (σύμμορφη, στερεοτακτική, διαμορφούμενης έντασης) εξαρτάται από τη γενική κατάσταση του ασθενή και τη δυνατότητα συνεργασίας του, τη θέση και το μέγεθος του μηνιγγιώματος και από το εάν η θεραπεία είναι μονοθεραπεία ή επικουρική. Η δόση που χορηγείται είναι της τάξεως των 54 – 60 Gy, σε ημερήσιες δόσεις των 1.8 – 2.0 Gy ή εάν πρόκειται για στεροτακτική ακτινοθεραπεία, το βιολογικό τους ισοδύναμο[21].

Αδενώματα υποφύσεως

Τα αδενώματα της υποφύσεως είναι κυρίως καλοήθεις όγκοι, που δημιουργούνται από τα κύτταρα του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης. Η συμπτωματολογία τους προέρχεται είτε από τα φαινόμενα πίεσης που ο όγκος προκαλεί στους γύρω ανατομικούς σχηματισμούς ή από την υπέρμετρη παραγωγή ορμονών από τα κύτταρα του όγκου.

Αξίζει να αναφερθεί ότι ήδη από το 1939, ο Henderson δημοσίευσε τα αποτελέσματα της θεραπείας σε 338 ασθενείς με αδενώματα υποφύσεως και παρατήρησε ότι από αυτούς που έλαβαν ακτινοθεραπεία μετεγχειρητικά, υποτροπή παρουσίασε ποσοστό 13% έναντι ποσοστού 56% στην ομάδα που δεν έλαβε ακτινοθεραπεία[22].

Όπως και στα μηνιγγιώματα, έτσι και στα αδενώματα της υποφύσεως εφαρμόζουμε ποικίλες ακτινοθεραπευτικής τεχνικές (κλασική, σύμμορφη, στερεοτακτική ακτινοθεραπεία). Βασική αρχή είναι να μην ακτινοβολούμε ασθενείς χωρίς ιστολογική διάγνωση. Ενδείξεις ακτινοθεραπείας είναι μετεγχειρητικά σε αδενώματα ανενεργή ενδοκρινικά, σε αδενώματα που υποτροπιάζουν μετά από χειρουργική αφαίρεση και σε αδενώματα με διήθηση των γύρω ανατομικών δομών. Κύριες παρενέργειες της ακτινοθεραπείας σε αυτούς τους ασθενείς είναι βλάβη του οπτικού χιάσματος, νέκρωση κροταφικού λοβού, υπόφυσης και υποθαλάμου. Η δόση που χορηγούμε εξαρτάται από το μέγεθος του αδενώματος: Αδενώματα διαμέτρου έως 2 εκ. δόση 45-50 Gy, αδενώματα διαμέτρου άνω των 2 εκ, δόση 50-54 Gy, σε 25 - 30 (1,8 Gy) συνεδρίες για 5 εβδομάδες[23,24].

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αντιμετώπιση των καλοήθων παθήσεων με ιοντίζουσα ακτινοβολία αποτελεί αντικείμενο ιδιαίτερου προβληματισμού για τον ακτινοθεραπευτή ογκολόγο. Η χορήγηση ακτινοθεραπείας ενέχει τον κίνδυνο εμφάνισης γενετικών βλαβών με το ενδεχόμενο καρκινογένεσης. Ο προβληματισμός αυτός γίνεται εντονότερος όταν πρόκειται για άτομα νεαρής ηλικίας, όπου λόγω του μεγάλου προσδόκιμου ζωής, οποιαδήποτε γενετική βλάβη έχει περισσότερες πιθανότητες να καταστεί δυνητικά καρκινογόνος.

Σημαντικό πρόβλημα στο ιδιαίτερο αυτό πεδίο της ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας, είναι το ότι υπάρχει σημαντική έλλειψη κλινικών μελετών και ως εκ τούτου και έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών για το πώς πρέπει να αντιμετωπίζονται οι ασθενείς αυτοί. Για το λόγο αυτό παρατηρείται και το μεγάλο εύρος στη συνταγογραφούμενη ημερήσια δόση, στον αριθμό των συνεδριών καθώς και στη συνολική δόση που πρέπει να λάβει ο ασθενής. Σίγουρα, η καλύτερη γνώση των ακτινοβιολογικών δεδομένων που αφορούν τις καλοήθεις παθήσεις, η βελτιστοποίηση των ακτινοθεραπευτικών τεχνικών και της δοσιμετρίας οδήγησε στην αναθεώρηση της άποψης αρκετών ακτινοθεραπευτών ογκολόγων σχετικά με την ακτινοθεραπευτική προσέγγιση των καλοήθων παθήσεων. Υπάρχει πλειάδα ακτινοβιολογικών μελετών που έγιναν σε πειραματόζωα, αλλά τα δεδομένα αυτά δεν είναι ασφαλές να «μεταφερθούν» στον άνθρωπο. Η οφθαλμοπάθεια Graves', η έκτοπη οστεοποίηση, τα χηλοειδή, η πρόληψη της αγγειακής επαναστένωσης μετά από αγγειοπλαστική, τα μηνιγγιώματα και αδενώματα της υποφύσεως, αποτελούν καλοήθεις παθήσεις που έχουν μελετηθεί περισσότερο από κάποιες άλλες. Φαίνεται από τα μέχρι τώρα δημοσιευμένα αποτελέσματα ότι πρόκειται για παθήσεις που μπορούν να αντιμετωπιστούν ακτινοθεραπευτικά με ασφάλεια και ικανοποιητική αποτελεσματικότητα.

Η διενέργεια κλινικών μελετών που θα πραγματεύονται την ακτινοθεραπεία καλοήθων παθήσεων και η δημιουργία κατευθυντήριων γραμμών είναι επιβεβλημένη στην εποχή που η εφαρμογή της ιατρικής πρέπει

να βασίζεται σε ενδείξεις (evidence-based medicine).

Ευχαριστίες

Οι συγγραφείς ευχαριστούν τους φοιτητές Παναγιώτη Ράβδο και Αντουένα Κέρι του Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών για τη βοήθειά τους στην αναζήτηση της βιβλιογραφίας.

SUMMARY

Is ionizing radiation beneficial for the treatment of benign disorders? A subject of further discussion

Dimitrios Vomvas, Maria Pomoni, Vasiliki Vlahopoulou, Dionysia Litou, Vasilios Vasiliou, Dimitris Kardamakis

Clinical Radiology Laboratory, Department of Radiation Oncology, Universirty of Patras medical School

Ionizing radiation has been used to treat a great variety of benign and malignant diseases for over one hundred years. As improved therapies for benign diseases emerge and the long term sequels of ionizing radiation – such as carcinogenesis, are recognized, radiation has limited its applications to the treatment of malignancies. Today, in the era of molecular biology, although, we know more about the radiobiology of normal and malignant tissues, the use of radiotherapy for benign diseases is still regarded with great scepticism. This article reviews the main benign and more often occurring clinical situations where radiotherapy is indicated, the techniques used and the results obtained with this treatment modality. ***Ach Iatr 2008; 27:107-112.***

Key words: *benign diseases, ionizing radiation, radiotherapy*

Correspondence: *Dimitrios Kardamakis, University of Patras Medical School, Department of Radiation Oncology, 26504 Patras, Greece, tel: +30 2610 999540, Fax +30 2610 994 475, e-mail: kardim@med.upatras.gr*

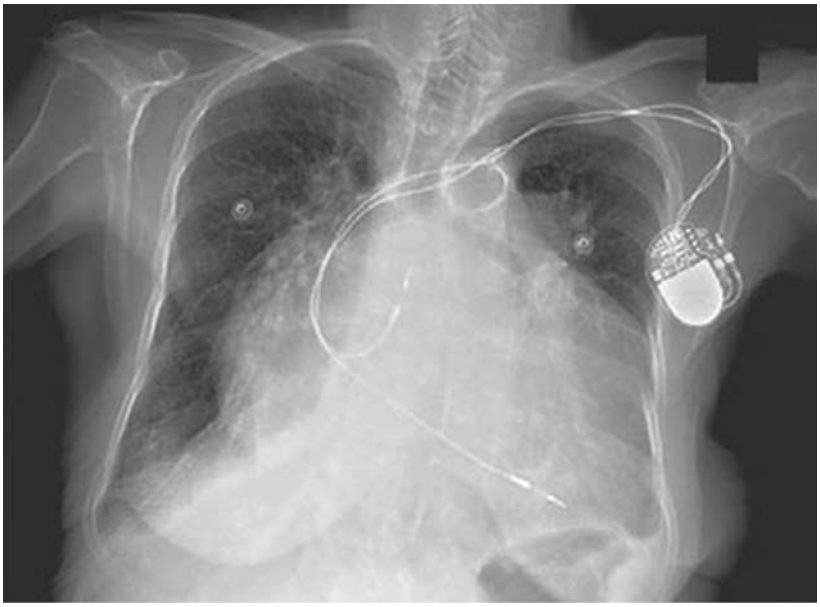
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Akushevich I, Manton KG, Kulminski A, Kovtun M, Kravchenko J, Yashin A. Population models for the health effects of ionizing radiation. Radiats Biol Radioecol 2006; 46:663-674.
2. SE Order, SS Donaldson. Radiation therapy of benign diseases. A clinical guide. Springer-Verlag (publisher), 2nd revised edition, 2003.
3. Καρδαμάκης Δ. Ακτινοβιολογία: Τα εκατό πρώτα χρόνια (1895-1995). Ελληνική Ακτινολογία 1996; 27:147-151.
4. Eng TY, Boersma MK, Fuller CD, Luh JY, Siddiqi A, Wang S, Thomas CR Jr. The role of radiation therapy in benign diseases. Hematol Oncol Clin North Am 2006; 20:523-557.
5. Leer JW, van Houtte P, Seegenschmiedt H. Radiotherapy of non-malignant disorders: Where do we stand? Radiotherapy and Oncology 2007; 83:175-177.
6. Wiersinga WH, Prummel MF. Graves' opthalmopathy: a rational approach to treatment. Trends Endocrinol Metab 2002; 13:280-287.
7. Bradley EA, Gower EW, Bradley DJ, Meyer DR, Cahill KV, Custer PL, Holck DE, Woog JJ. Orbital radiation for graves ophthalmopathy: a report by the American Academy of Ophthalmology. Ophthalmology 2008; 115:398-409.
8. Balboni TA, Gobezie R, Mamon HJ. Heterotopic ossification: Pathophysiology, clinical features, and the role of radiotherapy for prophylaxis. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2006; 65:1289-1299.
9. Andreu Martinez FJ, Martinez Mateu JM, Tormo Ferrero V. The role of radiotherapy for prevention of heterotopic ossification after major hip surgery. Clin Trans Oncol 2007; 9:28-31.
10. Robles DT, Moore E, Draznin M, Berg D. Keloids:

pathophysiology and management. Dermatol Online J 2007; 13:9.
11. Durani P, Bayat A. Levels of evidence for the treatment of keloid disease. J Plat Reconstr Aesthet Surg 2008; 61:4-17.
12. Kandarpa K, Becker GJ, Hunink MG. Transcatheter interventions for the treatment of peripheral atherosclerotic lesions: I. J Vasc Interv Radiol 2001; 12:683-695.
13. Schillinger M, Minar E. Restenosis after percutaneous angioplasty: the role of vascular inflammation. Vasc Health Risk Manag. 2005; 1:73-8.
14. TASC Working Group. Management of peripheral arterial disease. J Vasc Surg 2000; 3:S1-S296.
15. Zabakis P, Kardamakis D, Siablis D, Kalogeropoulou Ch, Karnabatidis D, Malatara G, Dimopoulos IA. External beam radiation therapy reduces the rate of restenosis in patients treated with femoral stenting: results of a randomised study. Radiotherapy and Oncology 2005; 74:11-16.
16. Zambakis P, Karnabatidis D, Kalogeropoulou Ch, Kardamakis D, Katsanos K, Skouras Th, Siablis D. External beam irradiation and restenosis following femoral stenting: long-term results of a prospective randomized study. Cardiovasc Intervent Radiol 2007; 30: 362-369.
17. Milker-Zabel S, Zabel-du Bois A, Huber P, Schlegel W, Debus J. Intensity-modulated radiotherapy for complex-shaped meningioma of the skull base: long-term experience of a single institution. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2007; 68:858–863.
18. Lee JY, Kondziolka D, Flickinger JC, Lunsford LD. Radiosurgery for intracranial meningiomas. Prog Neurol Surg 2007; 20:142–149.
19. Mirimanoff RO, Dosoretz DE, Linggood RM, Martuza RL. Meningioma: analysis of recurrence and progression following neurosurgical resection. J Neurosurg 1985; 62:18–24.
20. Kleihues P, Burger PC, Sheithauer BW. Histologic Typing of Tumors of the Central Nervous System. WHO International Classification of Tumors, ed 2. Berlin: Springer, 1993.
21. Soyuera S, Changa EL, Seleka U, Shib W, Maora MH, DeMonteb F. Radiotherapy after surgery for benign cerebral meningiomas. Radiotherapy and Oncology 2004; 71:85-90.
22. Henderson WR. The pituitary adenomata-follow up study of the surgical results in 338 (Dr. Harvey Cushing's series). Br J Surg 1939; 26:811-921.
23. Colin P, Jovenin N, Delemer B, Caron J, Grulet H, Hecart AC. Treatment of pituitary adenomas by fractionated stereotactic radiotherapy: a prospective study of 110 patients. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2005; 62:333–341.
24. Lillehei KO, Kirschman DL, Kleinschmidt-DeMasters BK, Ridgway EC. Reassessment of the role of radiation therapy in the treatment of endocrine-inactive pituitary macroadenomas. Neurosurgery 1998; 43:432–438.
25. Mackley HB, Reddy CA, Lee SY, Harnisch GA, Mayberg MR, Hamrahian AH, et al. Intensity-modulated radiotherapy for pituitary adenomas: the preliminary report of the Cleveland Clinic experience. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2007; 67:232–239.
26. Minniti G, Jaffrain-Rea M, Osti M, Cantore C, Enrici R. Radiotherapy for nonfunctioning pituitary adenomas: from conventional to modern stereotactic radiation techniques. Neurosurgery 2007; 30:167–176.
27. Δημόπουλος Δ, Μπορονικολός Ν, Βόμβας Δ, Καρδαμάκης Δ. Αδενώματα υποφύσεως: Ακτινοθεραπευτική αντιμετώπιση. Βήμα Κλινικής Ογκολογίας 2005; 4:185-189.

Quiz

Η οπισθοπροσθία αυτή ακτινογραφία θώρακος δείχνει καρδιομεγαλία. Ποίο όργανο όμως είναι διατεταμένο; Η αορτή, ο αριστερός κόλπος, η αριστερή κοιλία, ο δεξιός κόλπος, η δεξιά κοιλία;
(NEJM 2008; 358:2050)



(Η απάντηση βρίσκεται στη σελίδα 130)

Κλινική Μελέτη

*Ιστοπαθολογικά ευρήματα σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με μητρορραγία**

Ανδρέας Πολυδώρου,
Άννα Σαρχιανάκη,
Γιώργος Δημητρακόπουλος,
Γιάννης Μπηλίατης,
Εμμανουελα Σαρχιανάκη,
Κωνσταντίνα Σώτηρα,
Αναστασία Πουλημένου

Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Σκοπός της εργασίας είναι να μελετήσουμε τη σημασία της διαγνωστικής απόξεσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με μητρορραγία. Μέθοδος: Στη δεκαετία 1994-2005 αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας 208 μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς ηλικίας 50-73 ετών με μητρορραγία, οι οποίες υποβλήθηκαν σε διαγνωστική - κλασματική απόξεση. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ηλικιακές ομάδες, η 1η από 50-64 έτη και η 2η από 65-73 έτη. Οι παράμετροι που περιγράφησαν ήταν η ηλικία της ασθενούς, το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε απ'την τελευταία έμμηνο ρύση ως την εμφάνιση της μητρορραγίας, η ηλικία που είχαν την τελευταία εμμηνορρυσία, η ιστοπαθολογική διάγνωση των ξεσμάτων και τέλος ορισμένοι δημογραφικοί παράγοντες, όπως ατοκία, πολυτοκία, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή πίεση, κάπνισμα και χρήση αλκοόλ. Αποτελέσματα: Ο χρόνος που μεσολάβησε από την τελευταία έμμηνο ρύση (ΤΕΡ) ήταν 5,89 έτη (ΜΟ, μέσος όρος), και η ηλικία της εμμηνόπαυσης κυμαινόταν από 50-53 έτη με ΜΟ 52,5 έτη. Η μέση ηλικία με Ca ενδομητρίου ήταν 67,9 έτη και ο ΜΟ εμφάνισης αιμορραγίας από την ΤΕΡ ήταν 18 έτη. Καρκίνος τραχήλου δεν ανευρέθει σε γυναίκες της 2ης ηλικιακής ομάδας, σε αντίθεση με την ηλικιακή ομάδα από 50-64, που είχαμε 3 περιστατικά. Συμπεράσματα: Η συχνότητα εμφάνισης μετεμμηνοπαυσιακής μητρορραγίας ελαττώνεται προϊούσης της ηλικίας. Όταν όμως εμφανίζεται η πιθανότητα καρκίνου είναι αυξημένη. ***Αχ Ιατρ 2008; 27:114-115.***

Λέξεις κλειδιά: Εμμηνόπαυση, μετεμμηνοπαυσιακή μητρορραγία, μητρορραγία

Αλληλογραφία:
Ανδρέας Πολυδώρου.
Χρυσανθου Παγώνη 10
Καλαμάτα 24100
Τηλ. 27210-24700 Fax:27210-24705
E-mail:polydorou@mail.gr

** Η εργασία αυτή έλαβε το βραβείο του Ιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας στο 7ο Παμπελοποννησιακό Ιατρικό Συνέδριο*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μετεμμηνοπαυσιακή μητρορραγία (ΜΕΜ) αποτελεί συχνό αλλά ανησυχητικό σύμπτωμα, μια και συνδέεται με την κακοήθεια που αφορά τα πυελικά γυναικεία γεννητικά όργανα[1,2].

Βιβλιογραφικά δεδομένα αναφέρουν αξιοσημείωτη μείωση της συχνότητας του καρκίνου του ενδομήτριου σε γυναίκες με ΜΕΜ, που οφείλεται στην αύξηση του επιπέδου των ιατρικών υπηρεσιών αλλά και στην καλύτερη ενημέρωση, που έχει ως αποτέλεσμα τη διάγνωση της νόσου σε πρώιμα στάδια[3]. Τελευταία δημοσιεύματα αναφέρουν τη συχνότητα της κακοήθειας σε γυναίκες με ΜΕΜ έως και 14,3%[4-7]. Η συχνότητα είναι αυξημένη γενικά στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες˙ διπλάσια της αντίστοιχης του καρκίνου των ωοθηκών και τριπλάσια της αντίστοιχης του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας[8].

Η μέθοδος που επικρατεί για τη διάγνωση της παθολογίας του ενδομήτριο είναι η διαγνωστική κλασματική απόξεση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη δεκαετία 1994-2005 αντιμετωπίστηκαν στη Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική του Γενικό Νοσοκομείο Καλαματας 208 μετεμμηνοπαυσικές ασθενείς ηλικίας 50-73 ετών με μητρορραγία οι οποίες υποβλήθηκαν σε διαγνωστική κλασματική απόξεση υπό γενική αναισθησία μετά από εισαγωγή στη Μ/Γ κλινική και πραγματοποίηση όλου του κλινικοεργαστηριακού ελέγχου. Το λαμβανόμενο υλικό τοποθετούνταν σε δ/μα φορμόλης 10% και στελνόταν για ιστοπαθολογική εξέταση.

Από αυτές οι 185 (88,9%) είχαν ηλικία από 50-64 ετών (ομάδα Α΄) ενώ οι υπόλοιπες 23 (11,05%) βρισκόταν στην 3η ηλικία (ομάδα Β΄).

Ως ΜΕΜ ορίστηκε κάθε μητρορραγία που εμφανιζόταν ένα τουλάχιστον έτος μετά από την τελευταία έμμηνο ρύση.[9]

Οι παράμετροι που περιγράφηκαν ήταν: η ηλικία της ασθενούς, το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την τελευταία έμμηνο ρύση (ΤΕΡ) ως την εμφάνιση της μητρορραγίας, η ηλικία που είχαν την τελευταία εμμηνορρυσία (μετεμμηνοπαυσιακη ηλικία, ΜΕΗ), η ιστοπαθολογική διάγνωση των ξεσμάτων και τέλος ορισμένοι δημογραφικοί παράγοντες, όπως ατοκία, πολυτοκία, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, κάπνισμα και χρήση αλκοόλ.

Οι ασθενείς που ελάμβαναν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης εξερέθισαν της μελέτης.

Τα ιστοπαθολογικά ευρήματα των ξεσμάτων του ενδοτραχήλου και του ενδομητρίου ταξινομήθηκαν σε 9 κατηγορίες:

1. χωρίς παθολογικά ευρήματα, 2. πολύποδας ενδομήτριου, 3. Υπερπλασία ενδομητρίου, 4. Αδενοκαρκίνωμα ενδομητρίου, 5. Ενδομητρίτις, 6. Φλεγμονώδεις αλλοιώσεις ενδοτραχήλου, 7. Τραχηλικοί πολύποδες, 8. Καρκίνος ενδοτραχήλου, 9. Ανεπαρκές υλικό για παθολογοανατομική εξέταση.

Στην κατηγόρια χωρίς παθολογικά ευρήματα συμπεριλήφθησαν: το ατροφικό ενδομήτριο, το παραγωγικό και εκκριτικό ενδομήτριο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μελετήθηκαν 208 γυναίκες με ΜΕΜ ηλικίας 50 έως 73 ετών (μέση ηλικία 52,5). Ο χρόνος που μεσολάβησε από την τελευταία έμμηνο ρύση κυμαινόταν από 1-23 έτη (ΜΟ, 5,89) και η ηλικία εμμηνόπαυσης κυμαινόταν από 49-56 έτη (μέση ΜΕΗ 52,5 έτη)

Για την Α΄ ομάδα (ασθενείς ηλικίας 50-64 ετών) η ιστοπαθολογία του ενδομήτριου παρουσιάζεται στον πίνακα 1.

Για τη 2η ομάδα η ιστοπαθολογία του ενδομήτριου παρουσιάζεται στον πίνακα 2.

Στην εικόνα 1 παρουσιάζεται το ραβδόγραμμα της κατανομής των ιστοπαθολογικών ευρημάτων σε σχέση

Πίνακας 1. *Ιστοπαθολογικά ευρήματα από το ενδομήτριο για την ηλικιακή ομάδα 50-64 ετών.*

1. Χωρίς παθολογικά ευρήματα	31.8%	(59)
2. Πολίποδας ενδομήτριου	4,32%	(8)
3. Υπερπλασία ενδομήτριου	14,59%	(27)
4. Καρκίνος ενδομήτριου	2,70%	(5)
5. Ενδομητρίτιδα	2,70%	(5)
6. Φλεγμονώδεις αλλοιώσεις ενδοτραχήλου.	9,18%	(17)
7. Τραχηλικοί πολύποδες	22,16%	(41)
8. Καρκίνος ενδοτραχήλου	1,62%	(3)
9. Ανεπαρκές υλικό για στήριξη ιστοπαθολογικής διάγνωσης	11,81%	(20)

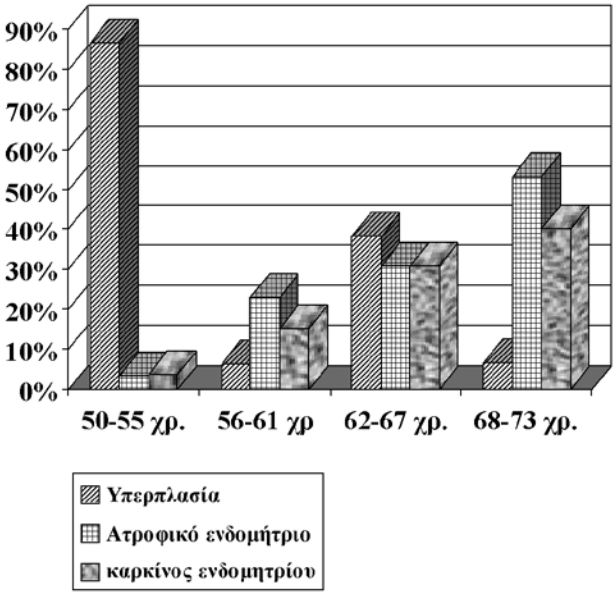
Πίνακας 2. *Ιστοπαθολογικά ευρήματα από το ενδομήτριο για την ηλικιακή ομάδα 65-73 ετών.*

1. Χωρίς παθολογικά ευρήματα	26,08%	(4)
2. Πολύποδας ενδομήτριου	14,28%	(3)
3. Υπερπλασία ενδομήτριου	19,04%	(4)
4. Καρκίνος ενδομήτριου	28,57%	(6)
5. Φλεγμονώδεις αλλοιώσεις ενδοτραχήλου	9,52%	(2)
6. Τραχηλικός πολύποδας	4.34%	(1)
7. Ανεπαρκές υλικό για στήριξη ιστολογικής διάγνωσης	9,52%	(2)

με την ηλικία που εμφανίστηκε η ΜΕΜ. Στην εικόνα 2 παρουσιάζονται το ραβδογραμμα της κατανομής των ιστοπαθολογικών ευρημάτων σε σχέση με το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εμμηνόπαυση μέχρι την εμφάνιση ΜΕΜ.

Η μέση ηλικία των ασθενών με καρκίνο του ενδομήτριου ήταν 67,9 έτη, ενώ στατιστικά σημαντική διάφορα ήταν των υπολοίπων 57,2.

Ο μέσος που μεσολάβησε από την τελευταία έμμηνο ρύση για τις γυναίκες με καρκίνο του ενδομήτριου ήταν 18 έτη, ενώ εξίσου σημαντική διάφορα είχαν οι υπόλοιπες γυναίκες (ΜΟ 9 έτη).

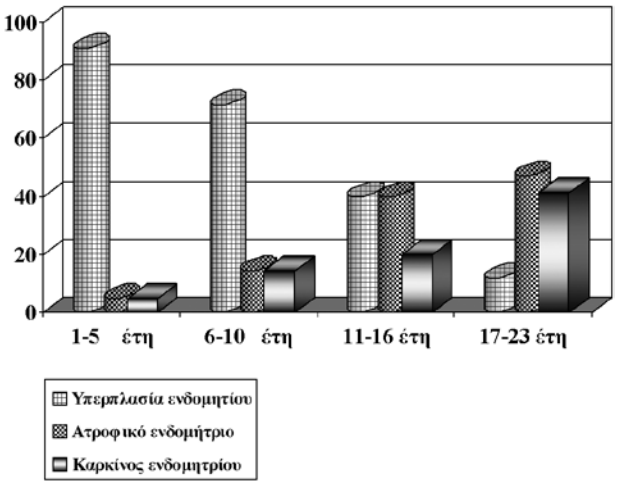


Εικόνα 1. *Παρουσιάζεται το ραβδόγραμμα της κατανομής των ιστοπαθολογικών ευρημάτων σε σχέση με την ηλικία που εμφανίστηκε η ΜΕΜ.*

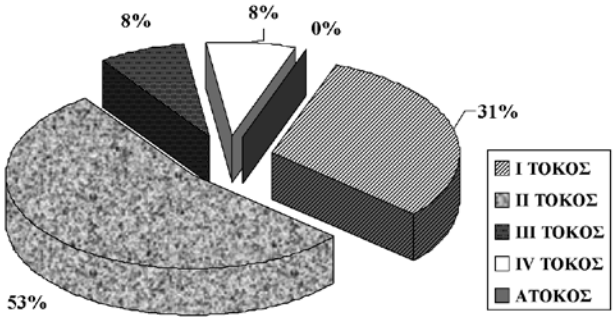
Όσο αφορά το τόκο στο καρκίνο του ενδομήτριου το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν πολύτοκες ενώ καμία δεν ήταν άτοκος, σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφια[10,11] (Εικόνα 3).

Από άλλες μελέτες έχει καταδειχθεί ότι δεν συνδέονται στατιστικά ορισμένοι παράμετροι, όπως η ηλικία εμμηναρχής, μήκος εμμηνορυσιακού κύκλου, αριθμός τεκνών, αριθμός εκτρώσεων και προηγηθείσα ΜΕΜ και απόξεση[7].

Σημαντικοί δημογραφικοί παράγοντες για την επιδημιολογία του καρκίνου του ενδομητρίου θεωρούνται η ηλικία, η φυλή και η γεωγραφική κατανομή. Ο κίνδυνος του καρκίνου του ενδομήτριου είναι αρκετά υψηλός στις εμμηνοπαυσιακές ηλικίες. Η συχνότητα είναι υψηλή στις ΗΠΑ και Καναδά, μέτρια στη δυτική και βόρεια Ευρώπη και χαμηλή στην Ανατολική Ευρώπη, Ασία και Λατινική Αμερική. Διαφοροποιήσεις των συχνοτήτων



Εικόνα 2. *Κατανομή των ιστοπαθολογικών ευρημάτων σε σχέση με το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εμμηνόπαυση μέχρι την εμφάνιση ΜΕΜ.*



Εικόνα 3. *Σχέση τόκου και καρκίνου του ενδομήτριου.*

αναφέρονται και για διάφορες θρησκευτικές και εθνικές ομάδες (Εβραίες, Μουσουλμάνες, Αντβεντιστριες)[12].

Παρατηρήσαμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με καρκίνο του ενδομήτριου είχε Σ/Δ, παχυσαρκία και υπέρταση[7].

Καρκίνος τράχηλου δεν αποκαλύφθηκε στις γυναίκες 3η ηλικίας σε αντίθεση με την ηλικιακή ομάδα 50-64, οπού βρέθηκαν 3 περιστατικά καρκίνου τραχήλου, ποσοστό 1,62%.

Κατά την έρευνά μας διαπιστώσαμε ένα σημαντικό ποσοστό ανεπαρκούς υλικού για στήριξη της ιστοπαθολογικής διάγνωσης και περιλάμβανε το 10,81% για την ομάδα Α και το 4,34% για την ομάδα Β.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι μέθοδοι ελέγχου του πληθυσμού για την πρόληψη και πρώιμη διάγνωση του ασυμπτωματικού καρκίνου του ενδομήτριου δεν είναι τόσο εύκολες και αποτελεσματικές, όσο για τον καρκίνο του τράχηλου της μήτρας[13]. Όταν διερευνούμε τα αίτια μιας μετεμμηνοπαυσιακής μητρορραγίας προσπαθούμε να αποκλείσουμε την ύπαρξη κακοήθειας ή παθήσεων με κίνδυνο εξαλλαγής, όπως η αδενωματώδης υπερπλασία[14].

Η διαγνωστική απόξεση παραμένει χρήσιμη για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του ενδομήτριου. Μεγαλύτερη πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου παρουσίαζαν οι γυναίκες που εμφάνιζαν μετεμμηνοπασιακή μητρορραγία σε μεγάλη ηλικία πολλά χρόνια μετά την τελευταία τους έμμηνο ρύση.

Συμπερασματικά, η συχνότητα εμφάνισης μετεμμηνοπαυσιακής αιμορραγίας ελαττώνεται με την αύξηση της ηλικίας ενώ αυξάνεται η πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου ως υποκείμενη αιτία.

SUMMARY

Histopathological findings in women with post-menopausal uterine bleeding

Andreas Polydorou, Anna Sarchianaki, George Dimitrakopoulos, John Mbiliatis, Emmanuella Sarchianaki, Konstantina Sotira, Anastasia Poulimenou

Department of Obstetrics and Gynecology, Kalamata General Hospital, Kalamata, Greece

Introduction: *The aim of this retrospective study is to report the histopathological finding in woman with post-menopause uterine bleeding.* ***Patients and methods:*** *At time interval 1994 to 2005, two hundred and eight post-menopausal women were admitted with uterine bleeding and were offered a therapeutical curettage. Patients were divided into two groups according to their age. Group A included 185 women (aged 50-64 years) while group B included 23 women (aged 65-73 years). Demographic factors including age , obesity, diabetes mellitus, hypertension, smoking, use alcohol were taken into account.* ***Results:*** *The age of menopause varied from 50-53 years (average 52,5 years). In the first group the histopathology of endometrium was: 31,8% without pathological findings, 4,32% endometrial polyps, 14,59% endometrial hyperplasia, 2,7% endometrial cancer, 2,70% endometritis, 22,1% cervical polyps, 1,62 cervical cancer and 11,81% insufficient material for support a histological diagnosis. In the second group 2nd the histopathology of endometrium was: 26,08% without pathological findings, 8,69% endometrial polyps, 13,04% hyperplasia of endometrial, 26,08% endometrial cancer , 4,34% cervical polyps and 4,34% insufficient material for support a histological diagnosis. Finally we observed that patients with endometrial cancer had obesity, diabetes mellitus and hypertension..* ***Conclusion:*** *The frequency of appearance of uterine bleeding is decreased with advancing age while the probability of existing cancer is increased.* ***Ach Iatr 2008; 27:114-118***

Key words: *Menopause, menopausal haemorrhage, postmenopausal haemorrhage*

Correspondence: *Andrew Polydorou, MD 10 Chrysanthou Pagoni Street, Kalamata 24100, Greece*
Tel: +30 27210 24700, Fax: +30 27210 24705. E-mail: polydorou@mail.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Parazzini F, La Vecchia CM, Bocciolone L,Franceschi S. The epidemiology of endometrial cancer: Gynecol Oncol, 1991;41:1-16.
2. Muto M, Friedman A.The uterine Corpus.Kistner's Gynecology-Principles and Practice. 6th ed, Mosby, USA, 1995:154-165.
3. Czernobilisky B, Lifschitmercer E. Endometrial pathology. Curr Opin Obstet Gynecol 1997;9:52-56.
4. Gresmark T, Krint S, Havel G. Histopathological findings in women with post-menopausal uterine bleeding. Br J Obstet Gynaecol 1995;102:133-136.
5. White CD. Post menopausal bleeding as a risk for endometrial carcinoma. Br Med J 1991;87:15-17.
6. Iatrakis G, Diakakis I, Kourounis G, et al. Postmenopausal uterine bleeding. Exp Obstet Gynecol 1997;24:157.
7. Lidor A, Ismajovich B, Confino E, David MP. Histopathological findings in 226 women with post-menopausal uterus bleeding. Acta Obstet Gynecol Scand 1986;65:41-43.
8. Anonymous. Cervical cancer consesus report. JAMA 1997;277:873.
9. De Albuquerque Neto LC, Sartori MG, Baracat EC, Girao MJ, de Lima GR. Postmenopausal genital bleeding. Sao Paulo Med J 1995;113:987-991.
10. Yamada SD, McGonigle KF. Cancer of the endometrium and corpus uteri. Curr Opin Obstet Gynecol 1998;10:57-60.
11. Brinton LA, Berman ML, Mortel R. Reproductive menstrual and medical risk factors for endometrial cancer: Results from a case control study. Am J Obstet Gynecol 1992;167:1317-1325.
12. Schaffer P. Epidemiology of cervical and endometrial cancer. Bull Acad Natl Med 1997;181:1347-1362.
13. Kawada CY, Song HA. Screening for endometial cancer. Clin Obstet Gynecol 1979;22:713-728.
14. Procope BJ. Aetiology of post menopausal bleeding. Acta Obstet Gynecol Scand 1971;50:311-313.

Αξιολόγηση πηγών ιατρικής ενημέρωσης

Γεώργιος Τσίρος[1], Παναγιώτα Βοΐλα[2], Ιωάννης Λέντζας[1], Γεώργιος Καρδάτος[3], Χριστίνα Βόσσου[4], Αναστασία Τσίρου[5], Ελένη Γελαστοπούλου[5], Κωνσταντίνος Χρυσανθόπουλος[5]

[1]Κ.Υ. Γαστούνης,
[2]Ιδιωτικό Μικροβιολογικό Εργαστήριο
[3]Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών,
[4]Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα
[5]Παν/κό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η αξιολόγηση της προσφοράς και η αποδοχή των πηγών ιατρικής ενημέρωσης από τους συναδέλφους μας, με στόχο την παρουσίαση της επάρκειας και του βαθμού αξιοποίησής τους. Υλικό και Μέθοδος: Συμπληρώθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο από 208 ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται σε δύο νοσοκομεία της Αθήνας (Ναυτικό Νοσοκομείο και Ο Ευαγγελισμός) και ένα περιφερειακό πανεπιστημιακό νοσοκομείο (Π.Γ.Ν. Πατρών). Έγινε αξιολόγηση και ομαδοποίηση των απαντήσεων για συγκρίσεις, κατά φύλο και τομέα ειδικότητας. Αποτελέσματα: Σε σύνολο 208 ιατρών, ερωτήθηκαν 108 (51%) άνδρες (έγγαμοι 44%) και 100 (49%) γυναίκες (έγγαμες 46%) με μέση ηλικία 32,2 και 31,3 ετών αντίστοιχα. Ανά τομέα διακρίνουμε τους ιατρούς: 95 (46%) στον παθολογικό (άνδρ./γυν.: 1/0,83), 59 (28%) στον χειρουργικό (άνδρ./γυν.: 1/0,64), 54 (26%) στον εργαστηριακό (άνδρ./γυν.: 1/1,7). Επί συνόλου ιατρών, μεγαλύτερη προτίμηση παρατηρείται σε: μετεκπαιδευτικά μαθήματα (82%), συνέδρια (79%), περιοδικά (73%), διαδίκτυο (70%), ενώ η χρήση της ιατρικής βιβλιοθήκης καταλαμβάνει το μικρότερο ποσοστό (45%). Ανά φύλο, διαπιστώνεται διαφορά στη χρήση διαδικτύου: άντρες (80%), γυναίκες (60%). Η ιατρική ενημέρωση εντός νοσοκομείου θεωρείται μη ικανοποιητική σε ποσοστό 73% λόγω έλλειψης: κυρίως χρόνου (47%), έπειτα μετεκπαιδευτικών μαθημάτων (34%) και τέλος ενδιαφέροντος από τους εκπαιδευτές (32%). Σαν πιο ενδιαφέρουσες (από τη συνολική εκτίμηση) πηγές ενημέρωσης παρουσιάζονται: διαδίκτυο (58%), συνέδρια (47%), μετεκπαιδευτικά μαθήματα (44%). Η διοργάνωση ιατρικών συνεδρίων με γενικού/ευρέος φάσματος θέματα, κρίνεται αναγκαία από το μεγαλύτερο μέρος των ιατρών σε ποσοστό 78% (λόγω πολυθεματικού χαρακτήρα 35%), ενώ η ιατρική ενημέρωση που προσφέρεται γενικά σε όλους τους ιατρούς κρίνεται επαρκής στο 50%. Συμπεράσματα: Σαν κυριότερες πηγές ενημέρωσης των ιατρών προκύπτουν τα μετεκπαιδευτικά μαθήματα και τα συνέδρια στα οποία συμμε-

Αλληλογραφία:
Γεώργιος Ι. Τσίρος
Κεντρο Υγείας Γαστούνης
Αγ. Τρύφωνος 32, Τ.Κ.: 27200, Αμαλιάδα
Τηλ. 26220-38477, κιν. 6977 01 99 77
e-mail: geotsiro@otenet.gr

Υποβλήθηκε 23/4/08
Αναθεωρημένη έγινε δεκτή 22/5/08

τέχουν με εργασίες, έχοντας βασικό αρωγό το διαδίκτυο και τα περιοδικά. Η ενημέρωση των ιατρών γενικά από τα μέσα που τους προσφέρονται δεν κρίνεται επαρκής, κυρίως λόγω έλλειψης χρόνου και μετεκπαιδευτικών μαθημάτων. ***Αχ Ιατρ 2008; 27:119-120.***

Λέξεις κλειδιά: Πηγές ιατρικής ενημέρωσης, βιοϊατρική τεχνολογία, επάρκεια μέσων ενημέρωσης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιατρική ενημέρωση και εκπαίδευση είναι μια σύνθετη διαδικασία. Απαιτεί το συνδυασμό της γνώσης των τελευταίων επιτευγμάτων της ιατρικής επιστήμης με τις πρακτικές και υλοποιήσιμες εφαρμογές της σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας. Επιπλέον προϋποθέτει το συνδυασμό των τεχνικών γνώσεων και δεξιοτήτων με τις ικανότητες προσέγγισης του ανθρώπου, των αναγκών και των προσδοκιών του[1].

Σε μια εποχή ραγδαίων εξελίξεων, η κοινωνία της γνώσης (The Knowledge Society) ανοίγει νέους ορίζοντες αλλά και προκλήσεις στον ιατρικό χώρο καθώς και σημαντικά τεχνολογικά επιτεύγματα[1]. Επομένως αυξάνονται οι απαιτήσεις τόσο των ασθενών για υπεύθυνη και αποτελεσματική προς αυτούς φροντίδα, όσο και των ιατρών για απόκτηση σύγχρονης γνώσης με βασικό αρωγό την συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση.

Σε πολλά νοσοκομεία της χώρας μας, ειδικότερα σ' αυτά που παρέχουν ειδικότητα σε νέους ιατρούς, εφαρμόζεται μέσω του εκπαιδευτικού συστήματος επιστημονική επιμόρφωση – σε διάφορες μορφές – με στόχο τη συνεχή κατάρτιση και ενημέρωσή τους για τις νεώτερες εξελίξεις της επιστήμης[2,3].

Οι υπάρχουσες μέθοδοι-πηγές αποκόμισης γνώσεων, εντός και εκτός νοσοκομείου, ποικίλλουν, αρκεί να διατίθενται, επισημαίνονται και εφαρμόζονται σωστά[4,5]. Αναγκαία φυσικά κρίνεται η προσπάθεια, η συνεργασία και η θέληση από πλευράς των ιατρών.

Σκοπός της εργασίας μας ήταν η αξιολόγηση σε προσφορά καθώς και η αποδοχή των πηγών ιατρικής ενημέρωσης και πληροφόρησης, από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων εντός και εκτός νοσοκομείου, με στόχο την παρουσίαση της επάρκειας και του βαθμού αξιοποίησής τους από τους συναδέλφους τους σήμερα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στην παρούσα εργασία συμμετείχαν 208 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται σε δύο νοσοκομεία της πρωτεύουσας (Π.Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών) και ένα περιφερειακό πανεπιστημιακό νοσοκομείο (Π.Γ.Ν. Πατρών).

Συμπληρώθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο (παράρτημα Α), ειδικά διαμορφωμένο ώστε να διερευνηθούν:

- Παράγοντες σχετιζόμενοι με τα ατομικά στοιχεία του ιατρού: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, ειδικότητα.
- Συμμετοχή σε: ιατρικά συνέδρια, εργασίες, ανακοινώσεις, δημοσιεύσεις, εταιρίες, μετεκπαιδευτικά μαθήματα, έντυπα-περιοδικά (συνδρομητές).
- Πληροφόρηση μέσω χρήσης ιατρικής βιβλιοθήκης, διαδικτύου (internet).
- Η προσφορά και η αποδοχή της ιατρικής ενημέρωσης εντός και εκτός νοσοκομείου καθώς και η κατά την κρίση τους πιο ενδιαφέρουσα πηγή, ανεξαρτήτως εάν χρησιμοποιείται ή όχι.
- Η αναγκαιότητα ή μη ιατρικών συνεδρίων – γενικού/ευρέος φάσματος θεμάτων – στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
- Η γενική εκτίμηση επάρκειας των προσφερόμενων μέσων ιατρικής ενημέρωσης, συνοδευόμενη από προτάσεις-συμπεράσματα.

Ακολούθως έγινε αξιολόγηση και ομαδοποίηση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου για σύγκριση, κατά:

α) φύλο
β) τομέα ειδικότητας: παθολογικός (π/θ), χειρουργικός (χ/κ), εργαστηριακός (εργ/κ), και επί συνόλου.

Δεν έγινε διάκριση μεταξύ ειδικευόμενων και ειδικευμένων, αφού οι πρώτοι (92%) αποτελούν τη συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος.

Όλα τα στοιχεία καταχωρήθηκαν σε βάση δεδομένων (excel for windows), όπου και επεξεργάστηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Επί συνόλου 208 ιατρών, μελετήθηκαν 108 (51%)

άνδρες (έγγαμοι 44%) και 100 (49%) γυναίκες (έγγαμες 46%) με λόγο φύλου άνδρες/γυναίκες: 1/0,93, ενώ η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 32,2 και 31,3 ετών αντίστοιχα.

Ανά τομέα διακρίνουμε τους ιατρούς: 95 (46%) στον παθολογικό (άνδρ./γυν.: 1/0,83), 59 (28%) στον χειρουργικό (άνδρ./γυν.: 1/0,64), 54 (26%) στον εργαστηριακό (άνδρ./γυν.: 1/1,7).

Συμμετοχή και γενική χρήση πηγών πληροφόρησης

Εκ των 208 ιατρών συμμετέχουν σε: ιατρικά περιοδικά/έντυπα (συνδρομή) 73% (76% άνδρες, 70% γυναίκες), ιατρικές εταιρίες 67% (69%, 64%), συνέδριαημερίδες 79% (79%, 79%), εργασίες-ανακοινώσεις 50% (51%, 48%), μετεκπαιδευτικά μαθήματα 82% (83%, 80%), βιβλιοθήκη 45% (38%, 51%) και ιστοσελίδες διαδικτύου (internet) 70% (80%, 60%) (Πίνακας Ι, Διάγραμμα 1).

Αξιολόγηση ιατρικής ενημέρωσης στο χώρο του Νοσοκομείου

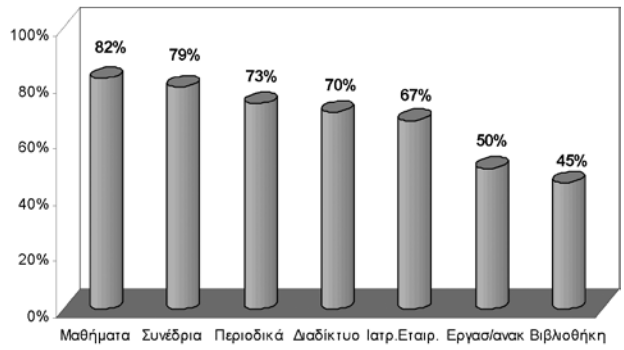
Απ' το σύνολό τους, στο ερώτημα αν θεωρούν ικανοποιητική την ιατρική ενημέρωση που τους προσφέρεται στο νοσοκομείο (μετεκπαιδευτικά μαθήματα, συζήτηση περιστατικών, βιβλιοθήκη, ιατρικοί επισκέπτες), απάντησαν: θετικά 27% (28% άνδρες, 25% γυναίκες) και αρνητικά 73% (72%, 75%). Οι λόγοι των τελευταίων, επισημαίνονται κυρίως στην έλλειψη: χρόνου 47% (45%, 48%), συστηματικών μετεκπαιδευτικών μαθημάτων 34% (31%, 37%), ιατρικής βιβλιοθήκης 14% (12%, 16%), ενδιαφέροντος από εκπαιδευόμενους 13% (8%, 17%) και ενδιαφέροντος από εκπαιδευτές 32% (33%, 31%) (Πίνακας ΙΙ).

Οι πιο ενδιαφέρουσες και συχνά χρησιμοποιούμενες πηγές ενημέρωσης

Οι απαντήσεις αναφέρονται ως εξής: περιοδικά/έντυπα 31% (30% άνδρες, 31% γυναίκες), συνέδριαημερίδες 47% (42%, 51%), μετεκπαιδευτικά μαθήματα 44% (46%, 42%), βιβλιοθήκη 14% (13%, 14%), συζήτηση περιστατικών 31% (28%, 33%) και ιστοσελίδες διαδικτύου (internet) 58% (63%, 52%) (Πίνακας ΙΙΙ).

Αναγκαιότητα ιατρικών συνεδρίων – γενικού/ευρέους φάσματος θεμάτων – στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση

Είναι ενθαρρυντικό το υψηλό ποσοστό ιατρών 78%(79% άνδρες, 76% γυναίκες) που πιστεύουν στην αναγκαιότητα των ιατρικών συνεδρίων σε αντίθεση με το μικρό 22% (21%, 24%) που έχουν αρνητική στάση. Η πλειονότητα του ιατρικού προσωπικού έχει θετική άποψη λόγω: μορφής-περιεχομένου 32% (31%, 32%), πολυθεματικού-διακλαδικού χαρακτήρα 35% (31%, 38%), αθρόας συμμετοχής συνέδρων-διακεκριμένων ομιλητών 20% (20%, 21%) και τέλος ποικίλης



Διάγραμμα 1. *Χρήση πηγών ενημέρωσης από τους ιατρούς.*

Πίνακας 1. *Συμμετοχή και γενική χρήση πηγών πληροφόρησης από τους ιατρούς (%).*

Τομέας	*Παθολογίας*			*Χειρουργικής*			*Εργαστηριακός*			*Μικτός*		
Ιατροί	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*
Περιοδικά	67	69	65	70	75	65	82	85	79	73	76	70
Ιατρ. Εταιρίες	63	65	61	59	61	57	77	80	74	67	69	64
Συνέδρια	84	88	79	86	89	83	67	60	74	79	79	79
Εργασ/ανακ	51	48	54	54	64	44	44	40	47	50	51	48
Μαθήματα	79	79	79	87	86	87	80	85	74	82	83	80
Βιβλιοθήκη	39	36	42	60	58	61	35	20	50	45	38	51
Διαδίκτυο	74	77	70	79	92	65	57	70	44	70	80	60

& ευχάριστης ιατρικής ενημέρωσης 21% (20%, 21%). (Πίνακας IV).

Επάρκεια ιατρικής ενημέρωσης από τα προσφερόμενα μέσα

Στην ερώτηση αν τα προσφερόμενα προς το ιατρικό προσωπικό μέσα ενημέρωσης είναι επαρκή, απαντούν θετικά: 50% (54% άνδρες, 45% γυναίκες) (Πίνακας V).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όσον αφορά τη χρήση πηγών ενημέρωσης από τους ιατρούς όλων των ειδικοτήτων μεγαλύτερη προτίμηση παρατηρείται σε: μετεκπαιδευτικά μαθήματα (82%), συνέδρια (79%), περιοδικά (73%), διαδίκτυο (70%), ενώ η χρήση της ιατρικής βιβλιοθήκης καταλαμβάνει το μικρότερο ποσοστό (45%). Αναφορικά με το φύλο, η μεγαλύτερη διαφορά στις προτιμήσεις παρουσιάζεται στο διαδίκτυο: άντρες (80%), γυναίκες (60%), διαπίστωση που συμβαδίζει πανευρωπαϊκά με την υπεροχή των ανδρών γενικά ως προς τη χρήση του διαδικτύου (source: Jupiter Media Metrix at home panels, January 2002), ενώ στη βιβλιοθήκη παρουσιάζουν ήπια υπεροχή οι γυναίκες (51%) έναντι των αντρών (38%). Ανά ειδικότητες προκύπτουν τα εξής: Οι παθολόγοι προτιμούν για την ενημέρωσή τους τα συνέδρια (84%) και τα μετεκπαιδευτικά μαθήματα (79%) και λιγότερο την βιβλιοθήκη (39%). Οι χειρουργοί επιλέγουν τα μετεκπαιδευτικά μαθήματα (87%), τα συνέδρια (86%) και λιγότερο εργασίες-ανακοινώσεις (54%) με υπεροχή των ανδρών (64%) έναντι των γυναικών (44%). Τέλος οι εργαστηριακοί προτιμούν τα περιοδικά (82%), τα μετεκπαιδευτικά μαθήματα (80%) και λιγότερο τη βιβλιοθήκη (35%) με υπεροχή των γυναικών (50%) έναντι των ανδρών (20%). Επειδή ο αριθμός των ειδικοτήτων στον παθολογικό και χειρουργικό τομέα είναι μεγαλύτερος συγκριτικά με τον εργαστηριακό, είναι αναμενόμενη η αυξημένη διοργάνωση συνεδρίων τους, άρα και η δυνατότητα συμμετοχής των ιατρών των αυτών ειδικοτήτων.

Στα πλαίσια της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, τα μετεκπαιδευτικά μαθήματα αποτελούν ένα ικανό μέσο, που αποσκοπεί στην κάλυψη των ενδιαφερόντων

Πίνακας 2. *Αξιολόγηση ιατρικής ενημέρωσης στο χώρο του Νοσοκομείου (%).*

Τομέας	*Παθολογίας*			*Χειρουργικής*			*Εργαστηριακός*			*Μικτός*		
Ιατροί	*Σύνολο*	*Αρ*	*Θήλ*	*Σύνολο*	*Αρ*	*Θήλ*	*Σύνολο*	*Αρ*	*Θήλ*	*Σύνολο*	*Αρ*	*Θήλ*
Ικανοπ/κή	34	33	35	27	31	22	19	20	18	27	28	25
Έλλειψη	66	67	65	73	69	78	81	80	82	73	72	75
Χρόνου	44	44	44	50	47	52	46	45	47	47	45	48
Μαθημάτων	44	44	44	28	25	30	32	25	38	34	31	37
Βιβλιοθήκης	13	19	7	13	3	22	17	15	18	14	12	16
Ενδ. εκπ/ένων	11	8	14	12	11	13	15	5	24	13	8	17
Ενδ. εκπ/τών	27	31	23	23	19	26	47	50	44	32	33	31

Πίνακας 3. *Οι ποιο ενδιαφέρουσες (ανεξαρτήτως χρήσης) πηγές ιατρικής ενημέρωσης (%).*

Τομέας	*Παθολογίας*			*Χειρουργικής*			*Εργαστηριακός*			*Μικτός*		
Ιατροί	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*
Περιοδικά	33	31	35	25	19	30	35	40	29	31	30	31
Συνέδρια	59	54	63	51	53	48	31	20	41	47	42	51
Μαθήματα	55	52	58	24	25	22	54	60	47	44	46	42
Βιβλιοθήκη	10	13	7	22	22	22	9	5	12	14	13	14
Περιστατικά	31	36	26	37	22	52	23	25	21	31	28	33
Διαδίκτυο	66	67	65	65	78	52	42	45	38	58	63	52

Πίνακας 4. *Αναγκαιότητα ιατρικών συνεδρίων – γενικού/ευρέους φάσματος θεμάτων – στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση (%).*

	Τομέας	*Παθολογίας*			*Χειρουργικής*			*Εργαστηριακός*			*Μικτός*		
	Ιατροί	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*
Αποδοχή		86	83	89	65	64	65	82	90	74	78	79	76
Μη Αποδοχή:		14	17	11	35	36	35	18	10	26	22	21	24
Μορφής		40	36	44	29	31	26	26	25	26	32	31	32
Χαρακτήρα		50	52	47	22	17	26	33	25	41	35	31	38
Συμμετοχής		20	23	16	24	22	26	15	15	15	20	20	19
Ενημέρωσης		28	27	28	15	17	13	18	15	21	21	20	21

Πίνακας 5. *Επάρκεια ιατρικής ενημέρωσης γενικά από τα προσφερόμενα μέσα (%).*

	Τομέας	*Παθολογίας*			*Χειρουργικής*			*Εργαστηριακός*			*Μικτός*		
	Ιατροί	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*	*Σύνολο*	*Αρ.*	*Θήλ.*
Επάρκεια		46	50	42	62	67	57	40	45	35	50	54	45
Μη/επάρκεια		54	50	58	38	33	43	60	55	65	50	46	55

του ιατρού. Εξασφαλίζεται η προσφορά σύγχρονων γνώσεων καθώς και η εκμάθηση δεξιοτήτων και ικανοτήτων για άρτια διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση των ασθενειών. Οργανώνονται συνήθως τόσο από κλινικές-τμήματα νοσοκομείων, όσο και από ιατρικές εταιρίες διαφόρων ειδικοτήτων - υπό την αιγίδα, συντονισμό και εποπτεία ειδικών επιστημονικών επιτροπών.

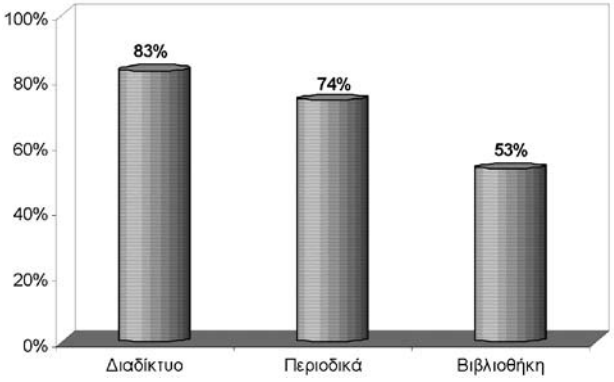
Η συνεχής ενημέρωση σχετικά με τις ιατρικές εξελίξεις, πρόσφατα έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των έγκριτων ιατρικών περιοδικών και εντύπων, σε ελληνική και παγκόσμια κλίμακα, στοχεύοντας στη συστηματική διάδοση της επιστημονικής πληροφορίας και γνώσης[6,7]. Οι εργαστηριακές ειδικότητες (Μικροβιολόγοι, Ακτινολόγοι) ενημερώνονται κυρίως από περιοδικά, επειδή η απεικόνιση χρησιμοποιείται σαν κύρια μέθοδος έρευνας και εκπαίδευσης[8,9].

Επί συνόλου ιατρών που συμμετέχουν σε συνέδρια, λαμβάνουν μέρος σε εργασίες το 62%. Εκ του συνόλου αυτών που συμμετέχουν σε εργασίες ενημερώνονται από: διαδίκτυο το 83%, περιοδικά το 74% και βιβλιοθήκη το 53% (Διάγραμμα 2). Οι ερευνητικές εργασίες και ανακοινώσεις θέτουν τα θεμέλια έγκυρων και ποιοτικών επιστημονικών δημοσιεύσεων, με αποτέλεσμα τόσο την προαγωγή της ιατρικής γνώσης όσο και την απαρχή για νέες μελέτες και ανακαλύψεις καθώς επίσης και την εύρεση κινήτρων για την επιστημονική αναζήτηση και εξέλιξη στο χώρο της Υγείας.

Η συμμετοχή μελών ιατρικών εταιριών σε συνέδρια είναι αυξημένη-82%, όπως άλλωστε αναμενόταν, λόγω της άμεσης ενημέρωσης αναφορικά με τη διοργάνωση και τον προγραμματισμό τους.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ιατρών, αυτή δεν επηρρεάζει τη συμμετοχή τους στα συνέδρια, αφού τόσο οι έγγαμοι όσο και οι άγαμοι συμμετέχουν με ίδιο ποσοστό 81%.

Αναφορικά με την αξιολόγηση της ιατρικής ενημέρωσης στο χώρο του νοσοκομείου επί συνόλου ιατρών, αυτή κρίνεται μη ικανοποιητική σε ποσοστό 73% (εργαστηριακοί: 81%, χειρουργοί: 73%, παθολόγοι: 66%) και αυτό οφείλεται πρωτεύοντος στην έλλειψη



Διάγραμμα 2. *Χρήση πηγών ενημέρωσης από τους ιατρούς που συμμετέχουν σε εργασίες.*

χρόνου (47%) και δευτερευόντως στην έλλειψη: α) μετεκπαιδευτικών μαθημάτων (34%) και β) ενδιαφέροντος από τους εκπαιδευτές (32%). Ανά ειδικότητα προκύπτουν τα εξής: παθολογικές, έλλειψη χρόνου (44%) και μετεκπαιδευτικών μαθημάτων (44%), οι χειρουργικές: κυρίως έλλειψη χρόνου (50%) και οι εργαστηριακές αναφέρουν κατά σειρά: έλλειψη ενδιαφέροντος των εκπαιδευτών (47%) και έλλειψη χρόνου (46%). Η καθημερινή απασχόληση της πλειονότητας των ειδικευομένων εξαντλείται στη διεκπεραίωση της φροντίδας των αρρώστων και της γραφειοκρατικής δουλειάς, κυρίως λόγω έλλειψης ιατρικού προσωπικού. Ελαχιστοποιούνται με τον τρόπο αυτό οι δυνατότητες εκπαίδευσης, αναιρείται η δυνατότητα για επιστημονική επιμόρφωση μέσω των βιβλιοθηκών των νοσοκομείων, ενώ πολλές φορές ο φόρτος εργασίας και το εξαντλητικό πρόγραμμα εφημεριών δεν αφήνουν τα σωματικά και ψυχικά περιθώρια στον ειδικευόμενο να ασχοληθεί ουσιαστικά με τη μόρφωσή του.

Τέλος η πιο ενδιαφέρουσα, σύμφωνα με την κρίση τους, πηγή ενημέρωσης από το σύνολο των ιατρών προκύπτει πως είναι: διαδίκτυο (58%), συνέδρια (47%) και μετεκπαιδευτικά μαθήματα (44%), με τελευταία προτίμηση τη χρήση βιβλιοθήκης (14%). Διαπιστώνουμε ότι, οι παθολογικές και χειρουργικές ειδικότητες θεωρούν πιο ενδιαφέρουσα πηγή ενημέρωσης το διαδίκτυο (με αντίστοιχα ποσοστά 66%, 65%), οι εργαστηριακές θεωρούν τα μετεκπαιδευτικά μαθήματα (54%) ενώ όλοι συμφωνούν ότι η λιγότερο ενδιαφέρουσα πηγή ενημέρωσης είναι η βιβλιοθήκη, διαπίστωση που προκαλεί εντύπωση, αφού αποσκοπεί στη διατήρηση συλλογών βιβλίων, επιστημονικών περιοδικών και οπτικοακουστικού υλικού (κυρίως από τα CD-ROM της Medline) για την κάλυψη των εκπαιδευτικών και ερευνητικών αναγκών στο χώρο της υγείας[10-12]. Προσφέρει επιπροσθέτως υπηρεσίες δανεισμού και φωτοτύπησης υλικού, σύμφωνα με τους διεθνείς κανονισμούς περί πνευματικής ιδιοκτησίας, καθώς και διαδανεισμού στους χρήστες της σε συνεργασία με άλλες βιβλιοθήκες εσωτερικού και εξωτερικού, δηλαδή δυνατότητα παραγγελίας άρθρων ή ολόκληρων επιστημονικών περιοδικών εκδόσεων, μέσω του Εθνικού Δικτύου Συνεργασίας Επιστημονικών Βιβλιοθηκών[13-16]. Η National Library of Medicine (N.L.M.) εδρεύει στο National Institutes of Health στη Bethesda του Maryland. Είναι η μεγαλύτερη παγκοσμίως ιατρική βιβλιοθήκη και έχει αναπτύξει το σύστημα αναζήτησης πληροφοριών - Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLARS), το οποίο παρέχει πρόσβαση στη βιοϊατρική πληροφόρηση μέσω του Internet και του W.W.W. (World Wide Web)[17]. Οι υπηρεσίες του MEDLARS είναι διαθέσιμες παγκοσμίως χωρίς χρέωση.

Η τεχνολογία του διαδικτύου αποτελεί τον σημαντικότερο σύμμαχο όσον αφορά στην ενημέρωση του ιατρού, εφόσον του παρέχει άμεση πληροφόρηση με τρόπο προσιτό και ελκυστικό, κάνοντας εφικτή τη χρήση και ενσωμάτωση στην πληροφορία της κινούμενης εικόνας και ήχου[18-21]. Η MEDLINE (MEDlars onLINE) είναι η πρώτη και πιο γνωστή βιβλιογραφική βάση δεδομένων της N.L.M. Περιέχει βιβλιογραφικές εγγραφές και περιλήψεις από περίπου 3.900 τρέχοντα βιοϊατρικά περιοδικά που εκδίδονται στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και σε 70 άλλες χώρες. Περιέχει κατά προσέγγιση 9 εκατομμύρια εγγραφές από το 1966 μέχρι σήμερα. Κάθε μήνα προστίθενται περισσότερες από 30.000 εγγραφές. Η κάλυψη είναι παγκόσμια αλλά οι περισσότερες εγγραφές είναι από αγγλόφωνες πηγές ή έχουν περιλήψεις στην Αγγλική γλώσσα[22,23].

Η διοργάνωση λοιπόν ιατρικών συνεδρίων με γενικού/ευρέος φάσματος θέματα στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση κρίνεται αναγκαία από το μεγαλύτερο μέρος των ιατρών - σε ποσοστό 78% (λόγω πολυθεματικού χαρακτήρα: 35% και μορφής: 32%), γεγονός που συμβαδίζει με τη σταθερή αύξηση που σημειώνεται ανά έτος, τόσο στον αριθμό διαλέξεων και στρογγυλών τραπεζών όσο και στο σύνολο συμμετεχόντων, στα πανελλήνια συνέδρια διακλαδικού χαρακτήρα[24-26]. Στην κοινή αυτή διαπίστωση συμφωνούν και οι επιμέρους τομείς ως εξής: παθολογικοί 86%, εργαστηριακοί 82% και χειρουργικοί 65%. Το μικρότερο συγκριτικά ποσοστό των χειρουργικών ειδικοτήτων προφανώς οφείλεται στην προτίμηση κυρίως εξειδικευμένων συνεδρίων (χειρουργικές μέθοδοι και τεχνικές)[27,28].

Σχετικά με την ιατρική ενημέρωση που προσφέρεται σε όλους τους ιατρούς, 50% αυτών τη θεωρούν επαρκή. Από τις επιμέρους ειδικότητες προκύπτει ότι, οι ανήκοντες στις χειρουργικές είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την ιατρική τους ενημέρωση (62%), συγκριτικά με τις παθολογικές (46%) και τις εργαστηριακές (40%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Τις βασικότερες πηγές ιατρικής ενημέρωσης αποτελούν τα μετεκπαιδευτικά μαθήματα και τα συνέδρια, λαμβάνοντας υπ ’όψιν ότι οι εργαστηριακές ειδικότητες προτιμούν τα περιοδικά, ενώ γενικότερα η χρήση της βιβλιοθήκης είναι μικρή. Ανά φύλο οι άντρες χρησιμοποιούν το διαδίκτυο πιο πολύ σε σχέση με τις γυναίκες, οι οποίες συγκριτικά προσέρχονται περισσότερο στη βιβλιοθήκη.
- Οι ιατροί θεωρούν αναγκαία την διοργάνωση συνεδρίων στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση (συμπεριλαμβανομένων και αυτών με γενικού/ευρέος φάσματος θέματα), όπου έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν με εργασίες - για την πραγματοποίηση των οποίων σημαντικό αρωγό αποτελούν το διαδίκτυο και τα βιοοατρικά περιοδικά.
- Ανεξαρτήτως δυνατότητας πρόσβασης/χρήσης, το διαδίκτυο θεωρείται η πιο ενδιαφέρουσα πηγή ιατρικής ενημέρωσης και ακολουθούν τα μετεκπαιδευτικά μαθήματα.
- Γενικά η ενημέρωση των ιατρών από τα μέσα που τους προσφέρονται δεν κρίνεται επαρκής, τόσο εντός νοσοκομείου κυρίως λόγω έλλειψης χρόνου, μετεκπαιδευτικών μαθημάτων και ενδιαφέροντος από τους εκπαιδευτές, όσο και εκτός.

Οι σημαντικότερες προτάσεις που δόθηκαν από τους ερωτηθέντες ιατρούς για την βελτίωση της ιατρικής ενημέρωσης και πληροφόρησής τους, κατά σειρά αύξοντος ποσοστού, είναι:

- Περισσότερα μετεκπαιδευτικά μαθήματα
- Καλύτερη οργάνωση του εκπαιδευτικού προγράμματος ειδικευομένων
- Αναβάθμιση και αναπροσαρμογή της ιατρικής βιβλιοθήκης των νοσοκομείων
- Μείωση του κόστους ενημέρωσης (π.χ. συνέδρια, βιβλία)
- Περισσότερα τοπικά ιατρικά σεμινάρια
- Άμεση δυνατότητα πρόσβασης στο διαδίκτυο στο χώρο του νοσοκομείου.
- Επισταμένο ενδιαφέρον για εκπαίδευση των ειδικευομένων από τους ειδικευμένους ιατρούς.

Η καθημερινή εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, τόσο στον κλινικό όσο και στον εργαστηριακό τομέα, επιβάλλει τη συνεχή ενημέρωση του σύγχρονου ιατρού, για την πληρέστερη καθοδήγηση των ασθενών του και την αποτελεσματικότερη θεραπεία των νόσων τους. Έτσι επιβεβαιώνονται τα λεγόμενα του Sir William Osler (1849-1919): «Η μελέτη των φαινομένων της νόσου χωρίς βιβλία είναι σαν να ταξιδεύεις σε μια μη-χαρτογραφημένη θάλασσα, ενώ η μελέτη των βιβλίων χωρίς ασθενείς είναι σαν να μη ταξιδεύεις καθόλου».

SUMMARY

Appreciation of sources of medical information

George Tsiros[1], Panagiota Voila[2], Ioannis Lentzas, George Kardatos[3], Chistina Vossou[4], Anastasia Tsirou[5], Eleni Jelastopoulou[5], Konstantinos Chrisanthopoulos[5]

[1]Gastouni Health Center, [2]Privete Mycrobiological Laboratory, [3]Athens Naval Hospital, [4]Evangelismos General Hospital, Athens, [5]Patras University Hospital, Patras, Greece

Aim: *Appreciation of offering and acceptance of sources of medical information by physicians, targeting on presentation of the adequacy.* ***Material and Method:*** *Anonymous questionaire was completed by 208 doctors of different specialties, working in two hospitals in Athens , in the Regional University Hospital of Patras and in one rural Health Center. Answers were compared for sex and specialty.* ***Results:*** *From 208 doctors (46% pathologists, 28% surgeons, 26% laboratory assistants), who completed the qyestionaire, 108 (51%) were males (married 44%) and 100 (49%) females (married 46%) with an average age 32,2 and 31,3 correspondently. By doctors’summation, higher preference observed in: further-education lessons (82%), congresses (79%), journals (73%), internet (70%), while use of medical library takes a smaller percentage (45%). Difference was noted in using internet per sex: males (80%), females (60%).*

Medical information offered through hospital facilities was considered as no-satisfying by 73%, because of lack: mainly of time (47%), education lessons (34%) and of interest of educators. As more interesting sources of information (no matter of their use) were: internet (58%), congresses (47%), further-education lessons (44%). The organization of medical congresses with topics of general/wide spectrum was considered as needful from most of doctors - 78% (because of polythematic type 35%), but the medical information that was given to all doctors was judged as adequate by 50%. ***Conclusions:*** *Most important sources of information for doctors were considered education lessons, congresses, internet and medical journals. Generally, doctors information was not adequate by means of availability, lack of spare time.* ***Ach Iatr 2008; 27:119-126.***

Key words: *Biomedical technology, medical source adequacy, Sources of medical information*

Correspondence: *George Tsiros, Gastouni Health Center, 32 Agiou Tryfonos Street, Amaliada 27200, Greece*
Tel.: +30 26220 38477, Fax: +30 26220 38476, e-mail: geotsiro@otenet.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Φιλαλήθης Α. Η ιατρική εκπαίδευση και η εκπαίδευση στο Κέντρο Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2003;15:5-8.
2. Bond S. Sources and resources. Nurs Times 1980;76:106-109.
3. Hercova J. Information resources in medicine. Cor Vasa 1993;35:K46-50.
4. Feingold M, Kaufman G. Medicine and the Internet. Harefuah 1997;132:31-34.
5. Weitzel R. Health literature: a neglected resource. World Health Forum 1988;9:569-574.
6. Coomarasamy A, Gee H, Publicover M, Kham KS. Medical Journals and effective dissemination of health research. Health Info Libr J 2001;18:183-191.
7. Krantz KD. Clinical research in general medical journals. N Engl J Med 1979;301:1292-1293.
8. Bruns DE. Storage of information by medical journals. Lancet 1991;337:621.
9. Soffer A. Can you believe what you read in medical journals? Chest 1992;101:1417-1419.
10. Stevens J. How to use libraries and modern information sources. Dent Update 1990;17:250-253.
11. Bishop D. Dispersion of the literature. Bull Med Libr Assoc 1970;58:604-605.
12. Brunch AJ. Using libraries. Physiotherapy 1980;66:337-339.
13. Comelius EH. The provision of bio-medical literature: the present position and future possibilities. Postgrad Med J 1996;42:1-4.
14. Hunter GH. Small medical libraries can help also. Bull Med Libr Assoc 1971;59:262-265.
15. Prendergast ND. The elimination of the requirement for medical libraries in hospitals. NY State J Med 1991;91:168.
16. Parris G. Libraries. Charting unexplored areas of research services. Health Soc Serv J 1984;94:1420.
17. Dusinska H. Information activities of the Central Medical Library. Pol Tyg Lek 1994;49:399-401.
18. Jack D. Popular medical information on Internet. Lancet 1995;346:250.
19. Millman A, Lee N, Kealy K. ABC of medical computing. The Internet. BMJ 1995;311:440-443.
20. Mack J. Quality of medical information of the Internet. JAMA 1997;278:632-633.
21. Dearlove OR, Sharples A, Stone C. Internet is useful for information on rare conditions. BMJ 1997;315:491.
22. Dolin RH. Internet medical resources. Ann Intern med 1996;124:375.
23. Shortliffe EH. Health care and the next generation Internet. Ann Inern Med 1998;129:138-140.
24. De Gracia Roldan J. The future of medical congresses. Arch Bronconeumol 1996;32:265-266.
25. Kovamees A, Forsgren L. Big congresses are valuable. Lakartidningen 1996;93:1321.
26. Wangensteen OH. International medical congresses: opportunities, purposes and responsibilities. Bull Soc Int Chir 1970;29:395-401.
27. Joubert JD. Organization of international congresses. S Afr Med J 1978;53:612.
28. Kapronczay K. Medical congresses at the beginning of the 19th century. Orv Hetil 1986;127(16):961-2.

Παράρτημα Α

ΠΗΓΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλώ σημειώσατε με μπλε στυλό ένα **Χ,** μετά από την απάντηση (στα δεξιά) που επιλέξατε.

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα **2. Ηλικία:**

3. Οικογ. κατάσταση: Έγγαμος Άγαμος **4. Ειδικότητα:**

5. Είστε συνδρομητές σε ιατρικά ενημερωτικά έντυπα-περιοδικά; Ναι Όχι

6. Είστε μέλη ιατρικών εταιριών (με ενημερωτικές εκδηλώσεις); Ναι Όχι

7. Συμμετέχετε σε ιατρικά συνέδρια, σεμινάρια, ημερίδες; Ναι Όχι

8. Λαμβάνετε μέρος σε εργασίες, ανακοινώσεις κατά τα συνέδρια; Ναι Όχι

9. Συμμετέχετε σε μετεκπαιδευτικά μαθήματα στο νοσοκομείο; Ναι Όχι

10. Χρησιμοποιείτε την ιατρική βιβλιοθήκη του νοσοκομείου; Ναι Όχι

11. Ενημερώνεστε από ιατρικές ιστοσελίδες στο διαδίκτυο (ίντερνετ); Ναι Όχι

12. Θεωρείτε ικανοποιητική την ιατρική ενημέρωση που σας προσφέρεται στο νοσοκομείο (μετεκπαιδευτικά μαθήματα, συζήτηση περιστατικών, βιβλιοθήκη, ιατρικοί επισκέπτες,κ.τ.λ);

Ναι

Όχι (Λόγω έλλειψης):
- Χρόνου
- Συστηματικών μετεκπαιδευτικών μαθημάτων
- Ιατρικής βιβλιοθήκης
- Ενδιαφέροντος από εκπαιδευόμενους
- Ενδιαφέροντος από εκπαιδευτές

13. Ποια πηγή ιατρικής ενημέρωσης κρίνετε πιο ενδιαφέρουσα (ανεξαρτήτως χρήσης);

- Έντυπα-περιοδικά
- Συνέδρια- σεμινάρια
- Μετεκπαιδευτικά μαθήματα
- Ιατρική βιβλιοθήκη
- Συζήτηση περιστατικών
- Διαδίκτυο (ίντερνετ)

14. Πιστεύτε στην αναγκαιότητα ιατρικών συνεδρίων - γενικού/ευρέως φάσματος θεμάτων- στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση;

Ναι(λόγω):
- Μορφής / περιεχομένου
- Πολυθεματικού-διακλαδικού χαρακτήρα
- Αθρόας συμμετοχής συνέδρων/διακεκριμένων ομιλητών
- Ποικίλη – ενδιαφέρουσα ιατρική ενημέρωση

Όχι

15. Κρίνετε επαρκή την ιατρική σας ενημέρωση γενικά από τα μέσα που σας προσφέρονται, και <u>τι προτείνετε;</u>

Ναι

Όχι

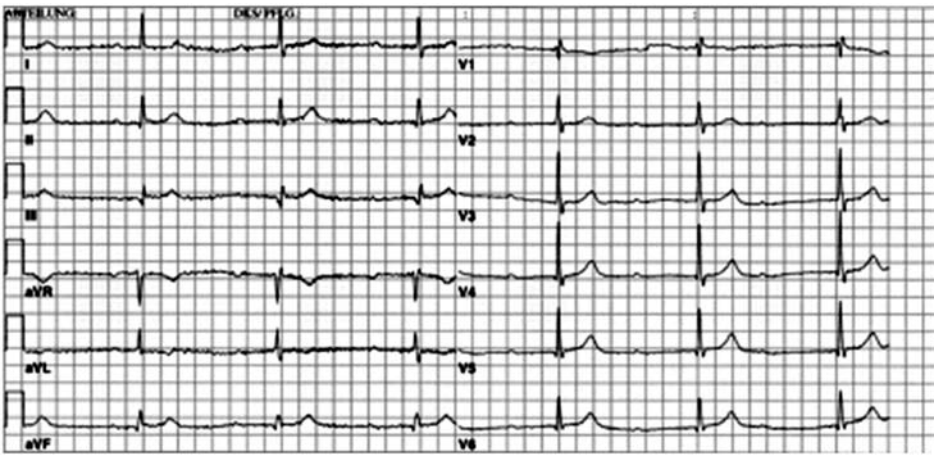
Προτάσεις:

Δηλητηρίαση από μέλι: Ο πιο γλυκός καρδιακός αποκλεισμός

Η δηλητηρίαση από μέλι περιγράφτηκε για πρώτη φορά στο βιβλίο του Ξενοφώντα *"Κύρου Ανάβαση, Η Κάθοδος των Μυρίων»* το 401 π.Χ. όταν οι έλληνες στρατιώτες γύριζαν στην Ελλάδα από την Περσία (όπου είχαν πάει σαν μισθοφόροι του Κύρου εναντίον του αδελφού του Αρταξέρξη όταν αυτός διαδέχθηκε στον θρόνο τον πατέρα του Δαρείο). Οι Έλληνες στρατιώτες περνώντας από την Κολχίδα (κοντά στη σημερινή Τραπεζούντα) έφαγαν μέλι και κερήθρες από μέλι και παρουσίασαν τα εξής συμπτώματα (όπως τα περιγράφει ο Ξενοφώντας): *…Όλοι έχασαν τα λογικά τους και έκαναν εμετό και τους έπιανε διάρροια ώστε κανένας τους δεν μπορούσε να σταθεί όρθιος. Αν έτρωγαν λίγο μέλι έμοιαζαν με πολύ μεθυσμένους, αν έτρωγαν πολύ με τρελούς ή με ανθρώπους που πέθαιναν. Και ήταν κατάχαμα τόσοι πολλοί ξαπλωμένοι, λες και είχαν νικηθεί σε μάχη, και όλους τους είχε πιάσει απελπισία ...*

Το μέλι που παράγεται από το νέκταρ του φυτού ροδόδενδρο (Rhododendron ponticum που φύεται στον Εύξεινο Πόντο στη χώρα των Κόλχων και Rhododendron occidentale, macrophyllium, albiflorum που φύεται στις πολιτείες Oregon και Southern California των ΗΠΑ) περιέχει την ουσία φαιοανατοξίνη (grayanatoxin)[1-3]. Το μέλι αυτό το λένε *μαινόμενο* και έχει χρώμα σκούρο και πικρή γεύση και δημιουργεί τα ίδια συμπτώματα όπως αυτά που αναφέρει ο Ξενοφώντας πιθανώς λόγω βραδυκαρδίας και πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού[4].

Η φαιοανατοξίνη κλειδώνει επιλεκτικά τα κανάλια νατρίου (τα οποία ρυθμίζουν το δυναμικό ενεργείας των καρδιακών κυττάρων) στην ανοικτή τους κατάσταση, και έτσι προκαλείται υπερπόλωση και αύξηση του δυναμικού ενεργείας με αποτέλεσμα τη δημιουργία βραδυκαρδίας, υπότασης και κολποκοιλιακού απο-



Εικόνα. *Το ηλεκτροκαρδιογράφημα δείχνει πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό με ιδιοκοιλιακό ρυθμό διαφυγής 37 κτύπους ανά λεπτό σε ασθενή με δηλητηρίαση με μέλι.*

κλεισμού (εικόνα)[5].

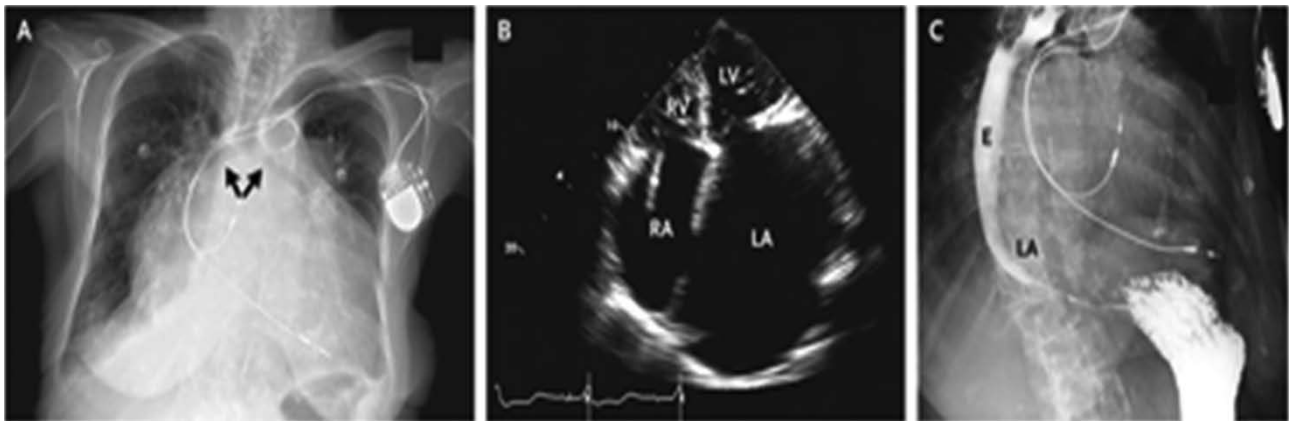
Τα συμπτώματα αυτά ανταποκρίνονται στη θεραπεία με ατροπίνη και δεν απαιτείται καρδιακή βηματοδότηση.

Η δηλητηρίαση με φαιοανατοξίνη πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της βραδυκαρδίας και του καρδιακού αποκλεισμού ειδικά εάν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό κατανάλωσης μελιού[5].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lampe KF. Rhododendrons, mountain laurel, and mad honey. JAMA 1988;259:2009.
2. Biberoglu S, Biberoglu K, Komsuoglu B. Mad honey. JAMA 1988;259:1943.
3. Yavuz H, Ozel A, Akkus I, Erkul I. Honey poisoning in Turkey. Lancet 1991;337:789-790.
4. Maejima H, Kinoshita E, Seyama I, Yamaoka K. Distinct sites regulating grayanotoxin binding and unbinding to D4S6 of Na(v)1.4 sodium channel as revealed by improved estimation of toxin sensitivity. J Biol Chem 2003;278:9464-9471.
5. Eller P, Hochegger K , Tancevski I, Pechlaner C, Patsch JR. Sweet heart block. Circulation 2008;118:319.

Απάντηση στο Quiz



Ο αριστερός κόλπος

Πρόκειται για γυναίκα 83 ετών με χρόνια κολπική μαρμαρυγή, μόνιμη βηματοδότηση, και ιστορικό κολποκοιλιακής κομβικής κατάλυσις που προσήλθε με συμπτώματα επιδεινούμενης καρδιακής ανεπάρκειας. Η φλεβική σφαγιτιδική πίεση ήταν αυξημένη 3,5 cm πάνω από τη στερνική γωνία, υπήρχε ολοσυστολικό φυσημα 2/6 δεξιά παραστερνικά και στην κορυφή, ηπατομεγαλία, ασκίτης και περιφερικό οίδημα. Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν κρεατινίνη 1,4mg/dl, λευκωματίνες 3,6 g/dl, εγκεφαλικό νατριοδιουρητικό πεπτίδιο 526 pg/ml (ΦΤ= 0-100) και φυσιολογικές ηπατικές δοκιμασίες. Η ακτινογραφία θώρακος (Α) έδειξε καρδιομεγαλία (καρδιοθωρακική αναλογία 0,86), ανύψωση του αριστερού κυρίου βρόγχου και πλάτυνση της τρόπιδας (βέλη). Το ηχοκαρδιογράφημα (Β) έδειξε αμφοτερόπλευρο διάταση των κόλπων (με μεγαλύτερη όμως διάταση του αριστερού), φυσιολογική αριστερή κοιλία και λειτουργία και μέτρια ανεπάρκεια της μιτροειδούς και τριγλώχινος (LA=αριστερός κόλπος, LV=αριστερή κοιλία, RA=δεξιός κόλπος, RV=δεξιά κοιλία). Το οισοφαγογράφημα (C) έδειξε πίεση στον οισοφάγο από τον μεγάλο αριστερό κόλπο χωρίς όμως απόφραξη. Η ασθενής εξήλθε λαμβάνουσα συντηρητική αγωγή.

Σύγχρονη πυγμαχία: Ολυμπιακό άθλημα ή βαρβαρότητα;

Παναγιώτης Σπίνος,
Μελπομένη Παρθένη,
Κωνσταντίνος Κωνσταντογιάννης,
Φώτης Τζωρτζίδης,
Νίκος Καραγεωργίου,
Θεόδωρος Μαραζιώτης

Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πυγμαχία είναι ένα δημοφιλές ολυμπιακό άθλημα, που ευθύνεται όμως για έναν αριθμό θανάτων και τραυματισμών νέων αθλητών. Αναφέρουμε δύο περιστατικά νεαρών πυγμάχων που διακομίσθηκαν στην κλινική μας και απεβίωσαν λόγω βαριάς κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης (ΚΕΚ) και εκφράζουμε τις επιφυλάξεις μας για το αν πρέπει η πυγμαχία να αποτελεί άθλημα και πολύ δε περισσότερο ολυμπιακό. ***Αχ Ιατρ 2008; 27:131-134.***

Λέξεις κλειδιά: Κρανιοεγκεφαλική κάκωση, πυγμαχία, υποσκληρίδιο αιμάτωμα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Δύο ερασιτέχνες πυγμάχοι διακομίσθηκαν στο νοσοκομείο μας τα δύο τελευταία χρόνια, μετά από βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση που υπέστησαν κατά τη διάρκεια αγώνων πυγμαχίας.

Περίπτωση 1

Αθλητής, 18 ετών, κατά τη διάρκεια του αγώνα παρουσίασε διαταραχές του επιπέδου συνείδησης και κώμα εντός του αγωνιστικού χώρου. Διακομίσθηκε στο ΤΕΠ ύστερα από 30 περίπου λεπτά, αιμοδυναμικά σταθερός, σε GCS score 7 και ισομεγέθεις κόρες με φυσιολογικό φωτοκινητικό αντανακλαστικό. Διασωληνώθηκε και υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου όπου αναδείχθηκαν οι εξής κακώσεις:

- οίδημα αριστερού ημισφαιρίου
- παρεκτόπιση της μέσης γραμμής προς τα δεξιά
- μικρό οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα αριστερά και
- τραυματική υπαραχνοειδής αιμορραγία.

Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου τοποθετήθηκε ενδοπαρεγχυματικός μετρητής ενδοκράνιας πίεσης. Στη συνέχεια μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ και αντιμετωπίσθηκε συντηρητικά, με ήπιο μηχανικό υπεραερισμό και ενδοφλέβια χορήγηση μαννιτόλης υπό συνεχή παρακολούθηση της

Αλληλογραφία:
Θεόδωρος Μαραζιώτης
Νευροχειρουργική Κλινική,
Πανεπιστημίου Πάτρας, Ρίον
Τηλ.: 2610 999752
Fax: 2610 991521
E-mail: karageorgos@yahoo.gr

Υποβλήθηκε 20/ 11/2007
Αναθεωρημένη έγινε δεκτή 3/2/88

ενδοκράνιας πίεσης, μία περίπου ώρα μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Μία ώρα και σαράντα λεπτά από τη μεταφορά του στη ΜΕΘ, παρουσίασε αιμοδυναμική αστάθεια, αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης και αμφοτερόπλευρη μυδρίαση. Η κλινική εξέταση έδειξε απουσία των αντανακλαστικών του στελέχους. Χρησιμοποιήθηκε επιθετικότερος υπεραερισμός (Pco2 27 mmHg) και επιπλέον χορήγηση 200 ml διαλύματος μαννιτόλης σε ταχεία ενδοφλέβια έγχυση. Η συστολική αρτηριακή του πίεση ήταν σταθερά πάνω από 90 mmHg. Αποφασίσθηκε να διενεργηθεί νέα αξονική τομογραφία, ο ασθενής όμως υπέστη καρδιακή ανακοπή και κατέληξε δέκα λεπτά μετά την αποσταθεροποίησή του.

Περίπτωση 2

Πυγμάχος, 21 ετών, δέκα λεπτά μετά το τέλος του αγώνα παρουσίασε αιφνίδια κεφαλαλγία, ζάλη και απώλεια συνείδησης. Διακομίσθηκε στο ΤΕΠ σε GCS score 3 και διεύρυνση της δεξιάς κόρης χωρίς φωτοκινητικό αντανακλαστικό. Διασωληνώθηκε και υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου όπου αναδείχθηκαν οι εξής κακώσεις:

- οίδημα δεξιού ημισφαιρίου
- μετατόπιση της μέσης γραμμής προς τα αριστερά
- μικρό οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα δεξιάς βρεγματικής χώρας.

Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου τοποθετήθηκε ενδοπαρεγχυματικός μετρητής ενδοκράνιας πίεσης και στη συνέχεια μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ. Με αρχική τιμή ενδοκράνιας πίεσης 21 mmHg παρέμεινε σε βαθειά καταστολή υπό πεντοθάλη. Η ενδοκράνια πίεση υποχώρησε στα 6 mmHg και οι κόρες ελέγχονταν σε μέση θέση με επάνοδο του φωτοκινητικού αντανακλαστικού. Την επόμενη ημέρα ο ασθενής παρουσίασε εμπύρετο λόγω πνευμονίας από εισρόφηση με επιβάρυνση του αναπνευστικού και αποσταθεροποιήθηκε αιμοδυναμικά, οπότε και χρειάστηκε να υποστηριχθεί με ινότροπα. Στα συνοδά του προβλήματα προστέθηκε και η νεφρική δυσλειτουργία. Σε νέα αξονική τομογραφία επανελέγχεται το οίδημα του ημισφαιρίου, χωρίς όμως παρεκτόπιση της μέσης γραμμής, ενώ απορροφήθηκε πλήρως το υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Τις δύο επόμενες ημέρες η ενδοκράνια πίεση παρουσίασε διακυμάνσεις με μέγιστη τιμή τα 40 mmHg η οποία ανταποκρίθηκε ταχέως στην ενδοφλέβια χορήγηση πεντοθάλης. Την πέμπτη ημέρα της νοσηλείας του στη ΜΕΘ ο ασθενής εμφάνισε αμφοτερόπλευρη μυδρίαση. Έγινε νέα αξονική εγκεφάλου που ανέδειξε επιδείνωση του εγκεφαλικού οιδήματος. Ο ασθενής οδηγήθηκε επειγόντως στο χειρουργείο όπου διενεργήθηκε αποσυμπιεστική κρανιεκτομία. Μετεγχειρητικά δεν παρατηρήθηκε καμία μεταβολή των κορών οι οποίες παρέμειναν σε μυδρίαση χωρίς αντίδραση στο φως. Την έκτη ημέρα της νοσηλείας του ο νεαρός αθλητής κατέληξε λόγω καρδιακής ανακοπής.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με την ιστορία, οι Ολυμπιακοί Αγώνες ξεκίνησαν στην Ελλάδα το 776 π.Χ. Η πυγμαχία, ένα από τα αρχαιότερα αγωνίσματα, χρονολογείται από τους Ολυμπιακούς αγώνες του 668 π.Χ. Στην αρχική της μορφή, η πυγμαχία περιλάμβανε λιγότερους κανονισμούς απ΄ ότι σήμερα. Οι αθλητές αγωνίζονταν χωρίς περιορισμό στους γύρους έως ότου κάποιος από τους δύο δε μπορούσε να συνεχίσει τον αγώνα ή παραδεχόταν την ήττα του, σηκώνοντας ένα ή δύο δάχτυλα. Συχνά οι θεατές επενέβαιναν όταν θεωρούσαν ότι απειλείται η ζωή των αγωνιζομένων. Αντί για γάντια, οι αθλητές τύλιγαν τους καρπούς και τις παλάμες τους με λωρίδες από δέρμα, αφήνοντας εκτεθειμένα τα δάχτυλά τους. Ένας από τους διασημότερους πυγμάχους της αρχαιότητας ήταν ο Μελάνομας από την Ικαρία. Ήταν γνωστός για τις πολυάριθμες νίκες του αλλά και για το ήθος του και την τακτική που ακολουθούσε στους αγώνες. Ο Μελάνομας ποτέ δεν είχε τραυματιστεί και ποτέ δεν είχε τραυματίσει αντίπαλο. Θεωρούσε άναδρο το να τραυματίσεις κάποιον κατά τη διάρκεια ενός αγώνα που γινόταν στα πλαίσια της ολυμπιακής εκεχειρίας. Οι θεατές απολάμβαναν να τον βλέπουν να αποκρούει τα χτυπήματα των αντιπάλων χωρίς ο ίδιος να χρειάζεται να τους γρονθοκοπεί, με αποτέλεσμα όλοι οι αντίπαλοί του στο τέλος, εξαντλημένοι, να εγκαταλείπουν τον αγώνα παραδεχόμενοι την ήττα τους.

Η μετέπειτα ρωμαϊκή «εξέλιξη» της πυγμαχίας ήταν το «Καέστους».

Στο «Καέστους» χρησιμοποιούσαν γάντια ενισχυμένα με σίδηρο και μόλυβδο, μετατρέποντας έτσι την ελληνική τέχνη της πυγμαχίας σε μια απάνθρωπη και

θανατηφόρο θηριωδία.

Στη σύγχρονη, πλέον, ιστορία του αθλητισμού, έχουν καταγραφεί 659 θάνατοι εξαιτίας της πυγμαχίας, με ένα μέσο όρο που φτάνει τους 9 θανάτους το χρόνο παγκοσμίως κατά την περίοδο 1918-1997[1].

Παθοφυσιολογικά, ο μηχανισμός τραυματισμού του εγκεφάλου κατά την πλήξη της κεφαλής από τη γροθιά θεωρείται ότι είναι ο εξής: τη στιγμή της πρόσκρουσης η κεφαλή επιταχύνεται πριν από τον εγκέφαλο λόγω της αδράνειας[2]. Όταν η κεφαλή επανέλθει σε θέση ηρεμίας, ο εγκέφαλος συνεχίζει να κινείται πάλι εξαιτίας της αδράνειας. Τα αποτέλεσμα είναι κατά την αρχική φάση να έχουμε πλήξη του εγκεφάλου κάτω από την περιοχή του χτυπήματος και κατά τη δεύτερη φάση τραυματισμό του εγκεφάλου αντιδιαμετρικά από το χτύπημα. Αυτός ο μηχανισμός είναι υπεύθυνος για τις coup και contre coup θλάσεις καθώς και για τις ενδοπαρεγχυματικές εγκεφαλικές αιμορραγίες. Η βίαια διακίνηση του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα διάσεισης, μέσω των προκαλούμενων μεταβολών στη διαπερατότητα της κυτταρικής μεμβράνης των νευρώνων και διαταραχών της πρωτεϊνοσύνθεσης.

Η επιμήκυνση και ρήξη των φλεβών που γεφυρώνουν την επιφάνεια του εγκεφάλου με τους φλεβώδεις κόλπους είναι υπεύθυνες για την πρόκληση οξέος υποσκληριδίου αιματώματος, μια κατάσταση με μεγάλη θνητότητα που ευθύνεται για το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων στην πυγμαχία[3,4]. Το τραύμα της κεφαλής μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικό οίδημα λόγω διαταραχής του εγκεφαλικής αυτορρύθμισης και αγγειοπαράλυσης[5,6]. Μελέτες έδειξαν ότι παροδικές βλάβες του δικτυωτού σχηματισμού του στελέχους κατά τον τραυματισμό μπορεί να ευθύνονται για τις διαταραχές του επιπέδου συνείδησης που παρατηρούνται σε αυτές τις καταστάσεις[7]. Τέλος, οι συνεχείς και επαναλαμβανόμενοι μικροτραυματισμοί που παρατηρούνται στους αθλητές της πυγμαχίας είναι υπεύθυνοι για τη λεγόμενη «νόσο των πυγμάχων΄΄, μια χρόνια εκφυλιστική εγκεφαλοπάθεια με πολλά κοινά κλινικά και παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά με την άνοια τύπου Alzheimer[3,8-10].

Η Παγκόσμια Ένωση Ερασιτεχνικής Πυγμαχίας, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, έχει θεσπίσει προστατευτικά μέτρα για τον κατά το δυνατό περιορισμό των επικίνδυνων και απειλητικών αυτών για τα ζωή καταστάσεων, όπως τον περιορισμό στον αριθμό των αγωνιστικών γύρων, ειδικά προστατευτικά κράνη για τους αθλητές και καλύτερη και πιο εξειδικευμένη άμεση ιατρική φροντίδα εντός των αγωνιστικών χώρων.

Παρ΄ όλα αυτά, η πυγμαχία δεν παύει να αποτελεί ένα αγώνισμα που έχει σαν σκοπό την πρόκληση σωματικής βλάβης στον αντίπαλο και που ουσιαστικά στηρίζεται στην προσπάθεια των «αθλητών» να προκαλέσουν προσωρινή εγκεφαλική βλάβη και να «ρίξουν αναίσθητο» ο ένας τον άλλο. Οι κίνδυνοι και οι πιθανές συνέπειες θα πρέπει αναλυτικά και με σαφήνεια να επεξηγούνται στους νέους αθλητές που προτίθενται να ασχοληθούν με την πυγμαχία αλλά και στους γονείς και τους συγγενείς αυτών, από εξειδικευμένους γιατρούς στον τομέα του αθλητισμού. Βασική παράμετρος στη σωστή επιλογή παραμένει η ουσιαστική πληροφόρηση, που τις περισσότερες φορές είναι ελλιπέστατη όσον αφορά στην ερασιτεχνική πυγμαχία. Έχουμε πολλούς λόγους να αμφιβάλλουμε για τον αριθμό των νέων που θα επέλεγαν σαν ενασχόληση την πυγμαχία στον ελεύθερο χρόνο τους, εάν είχαν τη σωστή πληροφόρηση για τις πιθανές σοβαρότατες συνέπειες και τους κινδύνους που θα μπορούσαν δυνητικά να προκύψουν[11].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η σύγχρονη πυγμαχία αποτελεί ένα δημοφιλές «ολυμπιακό άθλημα» με ρίζες στους αρχαιοελληνικούς χρόνους, διαδεδομένο σε όλο τον κόσμο, ενώ σε πολλές χώρες διεξάγεται και σε επαγγελματικό επίπεδο.

Τα περιστατικά αναφερόμενων θανάτων, όμως, λόγω των προκαλούμενων κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, θέτουν το ερώτημα αν θα πρέπει να αποτελεί άθλημα και πολύ περισσότερο, δε, αν θα πρέπει να περιλαμβάνεται στο ολυμπιακό πρόγραμμα και πνεύμα ένα αγώνισμα που αποδεδειγμένα ευθύνεται για έναν αριθμό θανάτων και για ένα μεγαλύτερο αριθμό αναπηριών νέων, κυρίως, ατόμων.

Πώς αυτό το βίαιο και αντιαθλητικό σκεπτικό θα μπορούσε να συνδυαστεί με το ευγενές και ανθρωποκεντρικό νόημα του αθλητισμού, με την άμιλλα και το πανανθρώπινο ενωτικό πνεύμα του ολυμπιακού ιδεώδους, με τη έννοια της «πάλαι ποτέ» ολυμπιακής εκεχειρίας;

Τελικά, η σύγχρονη πυγμαχία είναι ένας στίβος υπέρβασης σωματικής και ψυχικής ρώμης ή μια σύγ-

χρονη ρωμαϊκή αρένα μονομάχων;

SUMMARY

Contemporary Boxing: Olympic game or brutality?

Spinos Panagiotis, Partheni Melpomeni, Konstantogiannis Konstantinos, Tzortzidis Fotis, Karageorgiou Nikos, Maraziotis Theodoros

University Department of Neurosurgery, University Hospital, Rion, Greece

Boxing is popular in Greece but sometimes is associated with injuries especially in young athletes. We describe two cases who suffered severe craniocerebral injury and died. We are wondering if boxing should constitute athletic activity and especially olympic game. ***Ach Iatr 2008; 27:131-134.***

Key words: *Boxing, craniocerebral injury, subdural hematoma*

Correspondence: *Prof Theodoros Maraziotis, Department of Neurosurgery, University Hospital of Patras, Rion, Patras 26500, Greece, Tel: +30 2610 999752, Fax: +30 2610 991521, E-mail: karageorgos@yahoo.gr*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ryan AJ. Intracranial injuries resulting from boxing. Clin Sports Med 1998;17:155-168.
2. Govons S. Brain concussion and portuse; The knockdown blow of the boxing ring. Confin Neurol 1968;30:77-84.
3. Juul N, Morris GF, Marshall SB. Intracranial hypertension and cerebral perfusion pressure: influence on neurological deterioration and outcome in severe head injury. J Neurosurg 2000;92:1-6.
4. Reganchary S, Ellenbogen R. Closed Head Injury. Principles of Neurosurgery 2005, 300-306.
5. Jordan B, Relkin N, Ravdin L. Apolipoprotein E epsilon 4 associated with chronic traumatic brain injury. JAMA 1997;278:136-140.
6. Kimelberg H. Current concepts of brain edema. J Neurosurg 1995;83:1051-1059.
7. Jordan B, Campbell E. Acute injuries among professional boxers in New York State: two year survey. Physician and Sports Medicine 1988;16:87-91.
8. Serel M, Jaros O. The mechanisms of cerebral concussion in boxing and their consequences. World Neurol 1962;3:351-358.
9. Wilberger JE, Harris M, Diamond DL. Acute subdural hematoma: morbidity, mortality and operative timing. J Neurosurg 1991;74:212-218.
10. Greenberg M. Outcome from Head Trauma. Handbook of Neurosurgery 2001, 671-674.
11. Garfield J. Acute subdural hematoma in a boxer. Br J Neurosurg 2002;16:96-101.

Ενδομητρίωση κοιλιακού τοιχώματος. Παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Ιωάννης Θανασάς,
Κωνσταντίνα Μπουρσιάνη,
Χαράλαμπος Δρίτσας,
Μαρία Μπουρσιάνη,
Σταύρος Κραββαρίτης,
Ευαγγελία Παπακωνσταντίνου,
Αλεξάνδρα Ζαχάκη,
Αναστασία Φούκα

Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά στην εμφάνιση ενδομητρίωσης στην ουλή λαπαροτομίας μετά από καισαρική τομή. Η ασθενής μας έξι χρόνια μετά την τελευταία της καισαρική διενεργηθείσα με μέση κάθετη υπομφάλια τομή προσέρχεται στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας αιτιώμενη πόνο στην περιοχή του ομφαλού με κύρια εντόπιση στο άνω άκρο της ουλής. Διεγχειρητικά διαπιστώνεται συμπαγής ιστός σκληρής σύστασης χωρίς επέκταση στους παρακείμενους ιστούς. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαιώνει τη διάγνωση περιγράφοντας ενδομητρίωση κοιλιακού τοιχώματος με στοιχεία πρόσφατης και παλαιάς αιμορραγίας. Στην παρούσα εργασία γίνεται παρουσίαση του περιστατικού και με βάση τα σύγχρονα βιβλιογραφικά δεδομένα επιχειρείται μια εκτενή ανασκόπηση της σπάνιας αυτής εξωπυελικής εντόπισης της νόσου, αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση και την αντιμετώπισή της. *Αχ Ιατρ 2008; 27:135-139.*

Λέξεις κλειδιά: Ενδομητρίωση, ουλή λαπαροτομίας, αιτιοπαθογένεια, διάγνωση, αντιμετώπιση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ενδομητρίωση είναι μια διηθητική μη νεοπλασματική πάθηση της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία και ανάπτυξη έκτοπου λειτουργικού ενδομητριωσικού ιστού σε περιοχές εκτός των φυσιολογικών ανατομικών ορίων της μήτρας. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου δεν είναι εύκολο να προσδιορισθεί με ακρίβεια λόγω της ανομοιότητας των διαφόρων στατιστικών που εξαρτάται από τη διαφορετική πληθυσμιακή ομάδα γυναικών που μελετάται. Γενικά, υπολογίζεται περίπου στο 10% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας και στο 20 – 40% των υπογόνιμων γυναικών.[1]

Αλληλογραφία:
Ιωάννης Κ. Θανασάς
Συνοικισμός Αγίας Τριάδας 3
42100 Τρίκαλα
Τηλ.: 2431029103 / 6944766469
E-mail: thanasasg@hotmail.com

Υποβλήθηκε 5/4/08
Αναθεωρημένη έγινε δεκτή 11/6/08

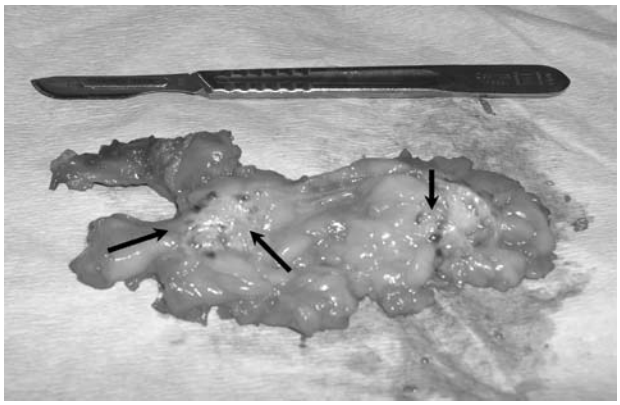
Οι παλαιότερες και οι πιο επικρατέστερες κλασικές αιτιοπαθογενετικές θεωρίες, όπως της μεταπλασίας του ορογόνου πετάλου του περιτοναίου, της διασποράς και εμφύτευσης ενδομητριωσικού ιστού στην περιτοναϊκή κοιλότητα και της επαγωγής, αν και εξηγούν πολλές μορφές ενδομητρίωσης δεν μπορούν ωστόσο να διαφωτίσουν πλήρως την αιτιοπαθογένεια της αινιγματικής αυτής νόσου.[2] Η ενδομητρίωση συνήθως εντοπίζεται στα σπλάχνα της πυέλου και το περιτόναιο. Σπανιότερα είναι δυνατό να βρεθούν εξωπυελικές εντοπίσεις σε κάθε ιστό και όργανο του γυναικείου οργανισμού, συμπεριλαμβανομένων την ουλή λαπαροτομίας, ουλή περινεοτομίας, το αιδοίο, τον βουβωνικό πόρο, το ουροποιητικό σύστημα, τον γαστρεντερικό σωλήνα, την περικαρδιακή κοιλότητα, κ.ά.[3] Σε σχέση με την πυελική νόσο η εξωπυελική ενδομητρίωση συνήθως αφορά σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας και αντιπροσωπεύει λιγότερο από το 12% του συνολικού αριθμού των περιπτώσεων ενδομητρίωσης.[4]

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

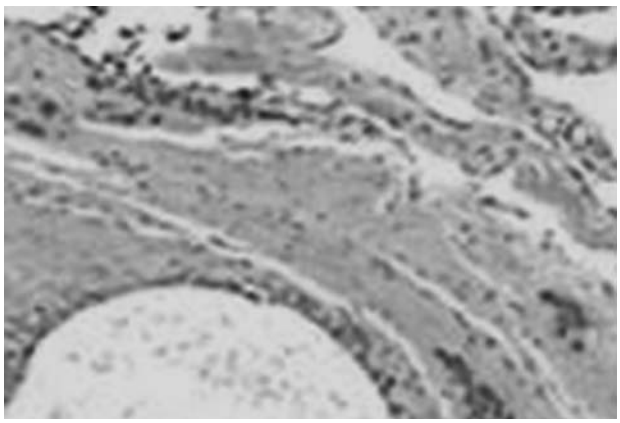
Ασθενής αναπαραγωγικής ηλικίας 35 ετών κατά την 3η ημέρα της εμμηνορρυσίας προσέρχεται στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας αιτιώμενη πόνο περιομφαλικά με κύρια εντόπιση στο κάτω χείλος του ομφαλού. Η ασθενής περιγράφει το σύμπτωμα από 6ετίας, λίγους μήνες μετά την εκτέλεση της τελευταίας καισαρικής τομής με μέση κάθετη υπομφάλια τομή. Με την πάροδο του χρόνου αναφέρει επιδείνωση της κατάστασης κυρίως κατά τις ημέρες της εμμήνου ρύσεως, οπότε και περιγράφει τον πόνο στη μεγαλύτερη έντασή του. Οι πληροφορίες που λαμβάνονται από το ιστορικό πιστοποιούν την εκτέλεση καισαρικής λόγω δις προηγηθείσης χωρίς μετεγχειρητικές επιπλοκές. Το ατομικό αναμνηστικό είναι χωρίς παθολογική σημασία. Με την κλινική εξέταση διαπιστώνεται μια ψηλαφητή επώδυνη εν τω βάθει σκληρία στο άνω άκρο της ουλής. Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο άνω και κάτω κοιλίας δεν παρατηρούνται ευρήματα ενδεικτικά ενδοκοιλιακής πάθησης. Η τιμή του Ca_{125} εμφανίζει μικρή μη αξιολογήσιμη αύξηση.

Με βάση το ιστορικό και τα κλινικά ευρήματα και χωρίς τη διενέργεια περαιτέρω διαγνωστικού ελέγχου τίθεται η διάγνωση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος και αποφασίζεται η χειρουργική διερεύνηση. Διεγχειρητικά διαπιστώνεται συμπαγής ιστός σκληρής σύστασης χωρίς διήθηση του μυϊκού κοιλιακού τοιχώματος και επέκταση στην περιτοναϊκή κοιλότητα (Εικόνα 1). Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαιώνει τη διάγνωση περιγράφοντας ενδομητρίωση κοιλιακού τοιχώματος με στοιχεία πρόσφατης και παλαιάς αιμορραγίας (Εικόνα 2).

Εβδομάδες αργότερα η ασθενής αναφέρει απαλλαγή των συμπτωμάτων της. Τα επίπεδα του Ca_{125} κατά την περίοδο της μετεγχειρητικής παρακολούθησης είναι εντός των φυσιολογικών ορίων. Δεν συστήθηκε περαιτέρω θεραπευτική παρέμβαση καθώς θεωρήθηκε ότι έγινε πλήρης εκτομή της ενδομητριωσικής εστίας



Εικόνα 1. *Μακροσκοπική όψη έκτοπου ενδομητριωσικού ιστού (μαύρα βέλη) στην ουλή λαπαροτομίας μετά καισαρική τομή (δικό μας περιστατικό).*



Εικόνα 2. *Η μικροσκοπική εικόνα του έκτοπου ενδομητριωσικού ιστού στην ουλή λαπαροτομίας.*

από το κοιλιακό τοίχωμα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το κοιλιακό τοίχωμα είναι η πιο κοινή θέση εξωπυελικής ενδομητρίωσης. Παρόλο που στη βιβλιογραφία αναφέρονται περιπτώσεις αυτόματης εκδήλωσης της νόσου σχεδόν πάντα σχετίζεται με προηγούμενη χειρουργική ουλή.[5] Η ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος πιθανότατα είναι ιατρογενής και συνήθως αναπτύσσεται μετά από επεμβάσεις που απαιτούν διάνοιξη της μητριαίας κοιλότητας. Η συχνότητα ανάπτυξης της νόσου εξαρτάται από την ένδειξη της αρχικής χειρουργικής επέμβασης. Γενικά, υπολογίζεται υψηλότερη μετά από μητροτομή για τερματισμό της κύησης από ότι μετά από καισαρική τομή. Πιο συγκεκριμένα, μετά μητροτομή για την αντιμετώπιση αποβολών δευτέρου τριμήνου υπολογίζεται στο 1.08% των περιπτώσεων, ενώ μετά από καισαρική τομή στο 0,03 – 0,04%.[6] Ο Wolf και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι μετά από καισαρική τομή η ενδομητρίωση στην ουλή λαπαροτομίας αφορά στο 0,1% των περιπτώσεων, ενώ στις γυναίκες που υπάρχει υποδεέστερη πυελική νόσος το ποσοστό ανέρχεται στο 25%.[7]

Έτσι, παρόλο που η ενδομητρίωση ουλών έχει αναφερθεί και μετά από γυναικολογικά χειρουργεία σε μη έγκυες γυναίκες, ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου είναι η προηγούμενη υστεροτομή. Ιδιαίτερα ο φθαρτός της πρόωρης κύησης φαίνεται να έχει μια προτίμηση για την ουλή του κοιλιακού τοιχώματος. Εκτός από την άμεση εμφύτευση, η ενδομητρίωση σε χειρουργικές ουλές έχει επίσης εξηγηθεί και από μια μεταπλασία της σπλαχνικής κοιλότητας του εμβρύου. Μερικοί συγγραφείς προτείνουν ότι περιτοναϊκά κομμάτια που περιλαμβάνονται στην ουλή την ώρα του χειρουργείου μπορούν να προκαλέσουν μεταπλασία.[8] Άλλος προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου είναι το λαπαροσκοπικό χειρουργείο στην είσοδο του trocar.[9] Σπανιότερα έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ενδομητρίωσης στο κοιλιακό τοίχωμα μετά από αμνιοπαρακέντηση. Αυτές συνήθως σχετίζονται με επαναλαμβανόμενη είσοδο της βελόνης.[10]

Τα συμπτώματα στην ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος δεν είναι ειδικά και συχνά εμφανίζονται μετά από μήνες ή και χρόνια από την επέμβαση[11] (όπως και στη δική μας περίπτωση). Συνήθως εμφανίζεται μια αργά αναπτυσσόμενη ψηλαφητή επώδυνη μάζα στην περιοχή της ουλής η οποία ενδεχομένως να αυξάνει σε μέγεθος και να γίνεται πιο επώδυνη κατά την έμμηνο ρύση. Ο πόνος αν και κλασικά έχει περιγραφεί ως κυκλικός, ωστόσο με βάση τα πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία σχεδόν στις μισές ασθενείς δεν παρουσιάζει περιοδικότητα.[12] Ο πόνος κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας μπορεί να πάρει ακόμη και τη μορφή οξείας κοιλίας. Ο έντονος πόνος μπορεί να οφείλεται στην ανάπτυξη αυτόνομου έκτοπου λειτουργικού ενδομητρικού ιστού με αισθητήρια νεύρα ο οποίος συντελεί όχι μόνο στην επιδείνωση της συμπτωματολογίας, αλλά και στη διατήρηση της εκτοπικής ανάπτυξης.[13]

Παρόλο που η διάγνωση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος προεγχειρητικά βασίζεται αυστηρά στο ιστορικό και την κλινική εξέταση (δική μας περίπτωση) δεν αμφισβητείται η χρησιμότητα των απεικονιστικών και επεμβατικών μεθόδων. Η βιοψία αναρρόφησης με λεπτή βελόνη (FNA) σε αντίθεση με τις απεικονιστικές μεθόδους μπορεί να αποτελέσει ένα πολύτιμο και αξιόπιστο διαγνωστικό μέσο στη διερεύνηση των ψηλαφητικών μαζών του κοιλιακού τοιχώματος συμβάλλοντας στη γρήγορη και ακριβή προεγχειρητική διάγνωση.[14] Η μέθοδος μπορεί να διαχωρίσει το έκτοπο ενδομήτριο από άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως απόστημα, λίπωμα, αιμάτωμα, σμηγματογόνο κύστη, βουβωνοκήλη, μετεγχειρητική κοιλιοκήλη, ή μεταστατικές διαδικασίες (σάρκωμα, λέμφωμα) που περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση της νόσου.[12] Το διακοιλιακό υπερηχογράφημα αποτελεί μια χρήσιμη, αλλά μη ειδική διαγνωστική μέθοδο. Τα υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά του ενδομητριώματος περιλαμβάνουν μια υποηχογενή ετερογενή δομή με εσωτερικά υπερηχογενείς αντηχήσεις με ακανόνιστα περιθώρια, συχνά παρασχιδοειδείς που διεισδύουν στους γειτονικούς ιστούς.[15,16] Παρά το γεγονός ότι ο υπερηχογραφικός έλεγχος δεν μπορεί να ανιχνεύσει τις περιτοναϊκές ενδομητριωσικές εμφυτεύσεις, η χρήση της διακολπικής υπερηχογραφίας σήμερα είναι χρήσιμη στην διερεύνηση των δομών της πυέλου προκειμένου τη διαπίστωση συνύπαρξης πυελικής νόσου.[17] Η αξονική τομογραφία (CT) και η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI) μπορούν να φανούν χρήσιμες κυρίως στον καθορισμό της έκτασης της βλάβης – ειδικότερα όταν

πρόκειται για υποτροπιάζουσες εκτεταμένες βλάβες – προκειμένου τον καλύτερο σχεδιασμό της επεμβατικής αφαίρεσης.[18,19]

Η ευρεία χειρουργική εκτομή της ενδομητριωσικής εστίας εξακολουθεί να αποτελεί τη θεραπεία εκλογής ακόμη και για τις επαναλαμβανόμενες υποτροπιάζουσες βλάβες του κοιλιακού τοιχώματος.[20] Είναι συνήθως θεραπευτική, και επιπλέον, εξασφαλίζει την επιβεβαίωση της διάγνωσης (δική μας περίπτωση). Αντίθετα, η συντηρητική θεραπεία με ορμονικά σκευάσματα φαίνεται να προσφέρει μόνο προσωρινή ανακούφιση από τα συμπτώματα.[11] Η μετεγχειρητική παρακολούθηση με προσδιορισμό του καρκινικού αντιγόνου 125 (Ca_{125}) κρίνεται απαραίτητη. Το Ca_{125} αποτελεί δείκτη παρουσίας ή επανεμφάνισης της νόσου,[21] αλλά και κακοήθειας, καθόσον έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία περιπτώσεις κακοήθους εξαλλαγής εκτοπικών ενδομήτριων ιστών σε χειρουργικές ουλές.[22]

Τέλος, νέες θεραπευτικές τεχνικές που σκοπεύουν στη μείωση της αγγειωμάτωσης του έκτοπου ενδομητριωσικού ιστού έχουν προταθεί και αναμένεται μελλοντικά να διευρύνουν τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές ως προς την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ενδομητρίωσης, και ειδικότερα της πυελικής μορφής της νόσου.[23]

SUMMARY

Abdominal wall endometriosis. A case report and review of the literature

Ioannis Thanasas, Konstantina Boursiani, Charalampos Dritsas, Maria Boursiani, Evagelia Stavros Kravvaritis, Papakonstantinou, Alexandra Zachaki, Anastasia Fouka.

Department of Obstetrics – Gynecology of General Hospital of Lamia

The presentation of the case regards the occurrence of endometriosis in the point of laparotomy scar after the caesarean section. Our patient, six years after the last caesarean section made by mean vertical infra – umbilical section attends the regular outpatients' clinics, complaining for pain in the umbilical area with main location on the upper part of the scar. Through the operation, a compact tissue of hard composition without extension on the tissues arround. The histological examination of the operative preparation confirms the diagnosis by describing endometriosis of the abdomen wall with elements of recent and old bleeding. In this thesis, a presentation of the case is made and an extended review is attempted, based on the contemporary bibliographic data and concerning this scarce external pelvic location of the disease regarding the etiopathogeny, the diagnosis and its management. ***Ach Iatr 2008; 27:135-139***

Key words: *endometriosis, endometriosis management, laparotomy scar*

Correspondence: *Ioannis K. Thanasas, Settlement of Agia Triada 3, Trikala 42100, Greece, Tel: +30 24310 29103, mobile: +30 6944766469, e-mail: thanasasg@hotmail.com*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βαβίλης Δ. Ενδομητρίωση – Αδενομύωση. Μπόντης Ι. Βασικές γνώσεις Μαιευτικής & Γυναικολογίας. 1η έκδ. University Studio Press 2002:261-266.
2. Witz CA. Current concepts in the pathogenesis of endometriosis. Clin Obstet Gynecol 1999; 42:566-585.
3. Honore GM. Extrapelvic endometriosis. Clin Obstet Gynecol 1999; 42:699-711.
4. Shaw R. Atlas of Endometriosis. The Parthenon Publishing Group Ltd. 1993:33-34.
5. Ideyi SC, Schein M, Niazi M, Gerst PH. Spontaneous endometriosis of the abdominal wall. Dig Surg 2003; 20:246-248.
6. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriosis: report of 8 cases. Am Surg 1999; 65:36-39.
7. Wolf YI, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. Am Surg 1996; 62:1042-1044.

8. Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clincopathologic study of 17 cases. Obstet Gynecol 1980; 56:81-84.
9. Farace F, Gallo A, Rubino C, Manca A, Campus GV. Endometriosis in a trocar tract: is it really a rare condition? A case report. Minerva Chir 2005; 60:67-69.
10. Hughes ML, Bartholomew D, Paluzzi M. Abdominal wall endometriosis after amniocentesis. A case report. J Reprod Med 1997; 42:597-599.
11. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: an under appreciated diagnosis in general surgery. J Am Coll Surg 2000; 190:404-407.
12. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. Am J Surg 2003; 185:596-598.
13. Kocakusak A, Aspinar E, Arikan S, Demirbag N, Tarlaci A, Kabaca C. Abdominal wall endometriosis: a diagnostic dilema for surgeons. Med Princ Pract 2005; 14(6):434-437.
14. Gupta RK, Green C, Wood KP. Fine needle aspiration cytodiagnosis of endometriosis in an abdominal scar after cesarean section. Cytopathology 2000; 11(1):67-68.
15. Francica G, Giardiello C, Angelone G, Cristiano S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall emdometriomas near cesarean delivery scars: sonographic and color Doppler findings in a series of 12 patients. J Ultrasound Med 2003; 22(10):1041-1047.
16. Hensen JH, Van Breta Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. Am J Roentgenol 2006; 186(3):616-620.
17. Brosens J, Timmerman D, Starzinski – Powitz A, Brosens I. Noninvasive diagnosis of endometriosis: the role of imaging and markers. Obstet Gynecol Clin North Am 2003; 30(1):95-114.
18. Haim N, Shapiro – Feinberg M, Zissin R. Incisional endometriomas: CT findings. Emerg Radiol 2005; 11(3):162-163.
19. Balleyguier C, Chapron C, Chopin N, Helenon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis: results of magnetic resonance imaging. Gynecol Obstet Invest 2003; 55(4):220-224.
20. Lai CS, Lin TM, Tsai CC, Lin SD, Su JH. Endometrioma in a caesarean section scar – a case report. Kaohsiung J Med Sci 2001; 17(7):381-384.
21. Cheng YM, Wang ST, Chou CY. Serum CA – 125 in preoperative patients at high risk for endometriosis. Obstet Gynecol 2002; 99(3):375-380.
22. Alberto VO, Lynch M, Labbei FN, Jeffers M. Primary abdominal wall clear cell carcinoma arising in a caesarean section scar endometriosis. Ir J Med Sci 2006; 175(1):69-71.
23. Berkley KJ, Dmitrieva N, Curtis KS, Papka RE. Innervation of ectopic endometrium in a rat model of endometriosis. Proc Natl Acad Sci USA 2004; 101(30):11094-11098.

Οξεία ραβδομυόλυση από κατανάλωση ορτυκιών (ορτυκίαση)

Δημήτρης Γιαννόπουλος,[1]
Στεφανία Βουλιώτη,[1]
Δούκας Δούκας,[1]
Ανδρέας Αρβανίτης,[1]
Μαρία Χρονοπούλου,[1]
Δημήτρης Βαρβαγιάννης[2]

[1]Κέντρο Υγείας Βάρδας Ηλείας
[2]Κέντρο Υγείας Πλωμαρίου Λέσβου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Περιγράφεται μια περίπτωση οξείας ραβδομυόλυσης σε άνδρα 26 ετών μετά την κατανάλωση γεύματος με ορτύκια (ορτυκίαση). Ο ασθενής προσεκομίσθη στο Νοσοκομείο Μυτιλήνης με διάχυτους μυϊκούς πόνους και εργαστηριακά ευρήματα οξείας ραβδομυόλυσης (αύξηση μυοκυτταρικών ενζύμων και μυοσφαιρινουρία). Αντιμετωπίστηκε με δυναμική διούρηση, αλκαλοποίηση των ούρων και ρύθμιση ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών. Ο ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου μετά παρέλευση έξι ημερών σε καλή κατάσταση και πλήρη αποκατάσταση των εργαστηριακών τιμών στα φυσιολογικά επίπεδα. Η αιτιολογία του συνδρόμου δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί. Πιθανολογείται η ύπαρξη τοξινών στα ορτύκια καθώς και η γενετική προδιάθεση. Στη νήσο Λέσβο αναφέρονται κατά καιρούς περιπτώσεις ορτυκίασης κατά τη διάρκεια του φθινοπώρου, εποχή που τα μεταναστευτικά πτηνά σταματούν στη νήσο αλλά και σε άλλα νησιά του ανατολικού Αιγαίου. *Αχ Ιατρ 2008; 27:140-143.*

Λέξεις κλειδιά: Κατανάλωση ορτυκιών, Λέσβος, οξεία ραβδομυόλυση, ορτυκίαση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η «*ορτυκίαση*» είναι ένα σύνδρομο οξείας ραβδομυόλυσης η οποία αναπτύσσεται μετά από κατανάλωση μεταναστευτικών ορτυκιών συνήθως κατά το φθινόπωρο. Περιπτώσεις ορτυκίασης είναι γνωστές από αρχαιοτάτων χρόνων. Στην Παλαιά Διαθήκη αναφέρεται ομαδική δηλητηρίαση των Ισραηλιτών κατά την Έξοδο.[1,2]

Αναφέρονται επίσης ανάλογες περιπτώσεις δηλητηρίασης από τον Δίδυμο τον Αλεξανδρέα, τον Πλήνιο τον Πρεσβύτερο, τον Κασσιανό Βάσσο, τον Γαληνό τον Αβικέντα κ.ά.[3-5]

Τα ορτύκια ταξινομούνται σε τρία υπο-είδη. Το Ευρωπαϊκό υπό-είδος (C. Conturnix coturnix) είναι δυνητικά δηλητηριώδες για τον άνθρωπο.

Αλληλογραφία:
Δημήτρης Γιαννόπουλος,
Συρμπάνι-Βάρδα Τ.Κ.: 27052.
Τηλ: 26233-60023, 6977-641718 (Κινητό)
Fax: 26230-75813
E-mail: digianop@otenet.gr

Υποβλήθηκε 20/8/08
Αναθεωρημένη έγινε δεκτή 28/8/08

Το είδος αυτό συναντάται στις χώρες της Ευρώπης, της Δυτικής Ασίας και της Βόρειας Αφρικής. Αντίθετα το Ασιατικό (C. Conturnix japonica) και το Αφρικανικό (C. Conturnix africana) δεν είναι δηλητηριώδη.

Τα ορτύκια μεταναστεύουν δύο φορές το χρόνο. Στην πρώτη τους μετακίνηση (προς ανατολάς) ακολουθούν μια πορεία από τη Μεγάλη Λίμνη της Ανατολικής Αφρικής, βόρεια προς Αίγυπτο κατά μήκος της κοιλάδας του Νείλου, όπου εκεί το σμήνος διαχωρίζεται στα δύο. Το ένα ακολουθεί ανατολική πορεία προς το Ισραήλ, την Ιορδανία, το Λίβανο, τη Συρία, την Τουρκία και καταλήγουν στη Ρωσία, ενώ το άλλο προς δυτικά διασχίζει τη Μεσόγειο, κινείται κατά μήκος της νησιωτικής Ελλάδας και καταλήγει στη δυτική Ευρώπη.[6] Τα ορτύκια είναι δηλητηριώδη μόνο κατά την κάθοδό τους προς τον νότο το φθινόπωρο. Στην Ελλάδα όλες οι περιπτώσεις δηλητηρίασης από ορτύκια παρατηρούνται κατά τους μήνες Σεπτέμβριο και Οκτώβριο, επειδή σταματούν στη Λέσβο και σε άλλα νησιά του ανατολικού Αιγαίου.[7-9]

Η περίπτωση που περιγράφεται παρακάτω αφορά έναν νεαρό ενήλικα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κατά τα τέλη του Σεπτεμβρίου, απογευματινές ώρες, προσεκομίσθη στο Νοσοκομείο Μυτιλήνης ένας άνδρας 26 ετών με έντονους διάχυτους μυϊκούς πόνους κυρίως στην οσφυϊκή χώρα και τα κάτω άκρα. Ο ασθενής ανέφερε επίσης κόπωση και αδυναμία βάδισης καθώς και αποβολή σκούρων κόκκινων ούρων. Στην αντικειμενική εξέταση δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα ευρήματα εκτός από την ευαισθησία κατά την ψηλάφηση των μυών.

Η θερμοκρασία ήταν 36,6° C, η αρτηριακή πίεση 115/75mmHg, οι σφίξεις 86/min και το ΗΚΓ χωρίς παθολογικά ευρήματα. Από τις εργαστηριακές εξετάσεις ήταν όλα φυσιολογικά εκτός από τα παρακάτω που ανευρέθηκαν τα εξής:

CPK:19.800 IU/L (Φ.Τ. 30-170 IU/L)
LDH:785 IU/L (Φ.Τ. 90-120 IU/L)
AST: 356 IU/L (Φ.Τ. 5-50 IU/L)
ALT: 245 IU/L (Φ.Τ. 10-55 IU/L)
ALP: 302 IU/L (Φ.Τ. 50-135 IU/L)

Η εξέταση ούρων για αίμα και λευκώματα ήταν αρνητική.

Οι απεικονιστικές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακος, υπέρηχοι νεφρών, ήταν φυσιολογικές.

Ο ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική και η αντιμετώπιση του ήταν συμπωματική. Αρχικά χορηγήθηκε παρακεταμόλη για την ανακούφιση από τους πόνους και ο ασθενής παρέμεινε κλινήρης. Έγινε επίσης χορήγηση επαρκούς ποσότητας υγρών-δυναμική διούρηση και αλκαλοποίηση των ούρων με την προσθήκη στους ορούς διττανθρακικών, νατρίου και παρακολούθηση ηλεκτρολυτών.

Ο ασθενής νοσηλεύτηκε συνολικά έξι ημέρες, όπου το πρωί της έκτης ημέρας έλαβε εξιτήριο αφού όλες οι παραπάνω τιμές αποκαταστάθηκαν στα φυσιολογικά επίπεδα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η περίπτωση που περιγράφεται παρουσίασε τις τυπικές κλινικές εκδηλώσεις και τα εργαστηριακά ευρήματα της δηλητηρίασης από κατανάλωση μεταναστευτικών ορτυκιών, που είναι αυτά της οξείας ραβδομυόλυσης. Τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά 1 έως 9 ώρες από την βρώση μεταναστευτικών ορτυκιών το φθινόπωρο.[10] Η μυϊκή κόπωση πριν, αλλά κυρίως μετά το γεύμα, επιταχύνει την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Έτσι τα άτομα που είναι ξεκούραστα εμφανίζουν συμπτώματα μέσα σε 7 ως 9 ώρες μετά το γεύμα ενώ αντίθετα τα άτομα που είναι καταπονημένα μέσα σε 1,5 έως 3 ώρες. Έχει παρατηρηθεί ότι όσο μεγαλύτερη είναι η κόπωση τόσο σοβαρότερη είναι η πορεία του συνδρόμου. Η ανάπαυση μετά τη βρώση μπορεί να περιορίσει η και να προλάβει την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Αυτό ερμηνεύει το γιατί στο 80% των περιπτώσεων τα συμπτώματα εμφανίζονται αμέσως μετά το γεύμα και μόνο στο 20% μετά το δείπνο.[11]

Το σύνδρομο εκδηλώνεται απότομα με οξείς έντονους μυϊκούς πόνους στα άνω και τα κάτω άκρα και τον κορμό (ποτέ στην κεφαλή) και στους μυς με την πρόσφατη δραστηριότητα. Οι πόνοι επεκτείνονται γρήγορα και επιδεινώνονται με κάθε κίνηση.[12] Σε μερικές περιπτώσεις, η διάφορου βαθμού μυϊκή αδυναμία ή η πλήρης παράλυση προηγείται η συνυπάρχει με τους μυϊκούς πόνους. Καστανόχροα ή ερυθρωπά ούρα μπορεί να εμφανιστούν αμέσως και σπάνια σε μερικές βαριές περιπτώσεις να ακολουθείται από εγκατάσταση οξείας

νεφρικής ανεπάρκειας.

Η κλινική εξέταση δεν αποκαλύπτει ιδιαίτερα ευρήματα, εκτός από την ευαισθησία των εγγύς του κορμού μυών των άκρων και πόνο κατά την ψηλάφηση. Τα παθολογικά εργαστηριακά ευρήματα οφείλονται στην βλάβη των σκελετικών μυών, που συνεπάγεται την απελευθέρωση του ενδοκυττάριου περιεχομένου των μυοκυττάρων στο πλάσμα (ραβδομυόλυση). Παρατηρείται αύξηση της CPK, AST, ALT, ALP, LDH και της αλδολάσης του ορού που βελτιώνονται προοδευτικά τις επόμενες μέρες. Επίσης παρατηρείται μυοσφαιριναιμία και μυοσφαιρινουρία. Η μυοσφαιρινουρία υποχωρεί σε μερικές ώρες ενώ τα υπόλοιπα παθολογικά ευρήματα σε 2 έως 10 ημέρες. Η πορεία του συνδρόμου είναι γενικά σύντομη και η πρόγνωση κατά κανόνα καλή. Τα συμπτώματα διαρκούν 3 έως 6 ημέρες. Σε μερικές βαριές περιπτώσεις που επιπλέκονται με οξεία μυοσφαιρινική νεφρική ανεπάρκεια, η διάρκεια του συνδρόμου και της παραμονής στο νοσοκομείο είναι μεγαλύτερη, ιδίως όταν απαιτείται αιμοκάθαρση.

Η διάγνωση της ορτυκίασης δεν είναι δύσκολη και βασίζεται στο λεπτομερές ιστορικό (φθινοπωρινή εμφάνιση των κρουσμάτων, περιοχή, κατανάλωση μεταναστευτικών ορτυκιών) τις κλινικές εκδηλώσεις και κυρίως τα εργαστηριακά ευρήματα. Η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση εντατική θεραπεία μπορεί να προλάβει την εμφάνιση των απειλητικών για την ζωή εκδηλώσεων της οξείας ραβδομυόλυσης, όπως η διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, η υπερκαλιαιμία, η οξεία μυοσφαιρινική νεφρική ανεπάρκεια και η οξεία μυοκαρδιοπάθεια.[13-15] Στην περίπτωσή μας η συμπτωματική αντιμετώπιση υπήρξε απόλυτα επιτυχής.

Η ορτυκίαση έχει υψηλή επίπτωση στη Λέσβο κατά την διάρκεια του φθινοπώρου όπου έχουν σημειωθεί τα περισσότερα κρούσματα (μεταξύ του 1950 και του 1977 περιγράφηκαν 120 περιπτώσεις).

Η παθογενετική βάση της δηλητηρίασης από κατανάλωση μεταναστευτικών ορτυκιών δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη. Αποδίδεται σε γενετική ευαισθησία (κληρονομική έλλειψη ενζύμου) ή και σε τοξική επίδραση, πιθανόν λόγω προηγούμενης κατανάλωσης από τα ορτύκια σπόρων κωνείου. Αυτοί προέρχονται από το φυτό Conium Maculatum, και περιέχουν κωνίνη (conine) και αλλα συγγενή αλκαλοειδή που ασκούν δράση ανάλογη με αυτή του κουραρίου και νικοτινικές δράσεις στα γάγγλια του αυτόνομου νευρικού συστήματος και σπασμογόνο δράση που προσομοιάζει με αυτήν της στρυχνίνης. Παρόλο ότι αυτές οι τοξικές δράσεις είναι γνωστές από αρχαιοτάτων χρόνων, οι μη νευρολογικές εκδηλώσεις, όπως η ραβδομυόλυση έχουν περιγραφεί τις τελευταίες δεκαετίες.[21] Έτσι, η κατανάλωση μεταναστευτικών πουλιών όπως τα ορτύκια που έχουν τραφεί με σπόρους κωνείου, που δεν είναι άμεσα θανατηφόροι για τα ορτύκια, μπορεί να προκαλέσει δηλητηρίαση.[16]

SUMMARY

Acute syndrome of rhabdomyolysis after consumption of quails

Dimitris Giannopoulos[1], Stefania Voulioti[1], Doukas Doukas[1], Andrew Arvanitis[1], Maria Chronopoulou[1], Dimitis Varvagiannis[2]

[1]Health Center of Varda, Helia, [2]Health Center of Plomari, Lesvos, Greece

We describe a non-fatal case of rhabdomyolysis following the consumption of quails in a 26-years old man. The patient was admitted to hospital 5 hours after the consumrtion of quails, with sharp muscular pain, weakness, muscular fatigue and dark urine. Laboratory findings were: elevated serum muscle enzymes (CPK, AST, ALT, ALP, LDH) and myoglobinuria compatible with acute rabdomyolysis. Treatment included bed rest, forced continuous diuresis, urine alkalinization and maintenance of fluid and electrolyte balance. The patient recovered completely after 6 days of hospitalization without any sequelae. The etiology of this syndrome is still unclear. It has been suggested that a toxic effect or a genetic sensitivity plays a major role. It has been well known, since ancient years, that consumption of quail can be deleteri-

ous to health (coturnism) Many cases of quail poisoning have been reported previously on the island of Lesbos during autumn. ***Ach Iatr 2008; 27:140-143***

Key words: *Acute rhabdomyolysis, coturnism, Lesbos Island, quail poisoning.*

Corrispondence: *Dimitris Giannopoulos, Syrbani-Varda Helia, PC 27052 Greece,*
Tel: +30-26233-60023, +30-6977-641718 (Mobile), Fax: 26230-75813, E-mail: digianop@otenet.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βίβλος, ΙΙ Βιβλίο.
2. Rosner F. Biblical quail incident. JAMA 1970; 21:1544.
3. Lucrese, Dela nature, trad. A., Ermont, Les Belles Lettres, Paris 1961.
4. Pline l' ancien. Histoire Nature, trad. E., de Saint Denise, Les Belles Lettres, Paris 1961, Vol XXIII (33):69-73.
5. Cassianos Vassos, Geoponics, Hbeckh, Lipsiae, W. Germany, 1895; XIV, 24.
6. Πετρίκκος Γ, Φραγκίδης Χ, Βουλιώτη Στ, κ.ά. Περίπτωση ορτυκίασης σε παιδί. Ιατρικά Χρονικά 2004, Τόμος ΚΖ΄ (2):107-109.
7. Ουζουνέλλης Θ. Μυοσφαιρινουρία από δηλητηρίαση με ορτύκια 1968; 14:213-217.
8. Καραμάνος Γ. Σύνδρομο εξ ορτύγων. Ιατρική Πρόοδος 1951;99:202.
9. Παπαπετρόπουλος Θ, Ουζουνέλλης Θ. Η οξεία ραβδομυόλυση στην δηλητηρίαση από ορτύκια. Εγκέφαλος 1978; 16:10-12.
10. Ouzounellis T. Some notes on quail poisoning. JAMA 1970; 211:1186-1187.
11. Billis AG, Kastanakis S, Giamarellou H, Daikos GK. Acute renal failure after a meal of quail. Lancet 1971; 2:702.
12. Papapetropoulos T, Hatziyannis S, Ouzounellis T. The pathogenic mechanism of quail myopathy. JAMA 1980; 244:2263-2264.
13. Curry SC, Chang D, Connor D. Drug-and-toxin induced rhabdomyolysis. Ann Emerg Med 1989; 18: 1068-1084.
14. Gabow PA, Kacbny WD, Kelleher SP. The spectrum of rhabdomyolysis. Medicine (Baltimore)1982; 61: 141-152.
15. Grossman RA, Hamilton RW, Morse BM, et al. Non-traumatic rhabdomyolysis and acute renal failure. N Engl J Med 1974; 291: 807-811
16. Sergent E. Les cailles empoisonnneuses dans la Bible et en Algerie des nos jours. Arch Inst Pasteur d' Algerie 1948; 26:249.
17. Papanicolaou I, Durakis S, Papadimitropoulos B et al. Acute rhabdomyolysis after quails consumption. Iatriki (Athens) 1999; 75:60-63
18. Papadimitriou A, Hatzigeorgiou GM, Tsairis P, et al. Myoglobinuria due to quail poisoning. Eur Neurol 1996; 36:142-145.
19. Tzanetea R, Sakellaropoulos N, Hadjopoulos N, et al. Nutrition borns myolysis: an uncommon cause of myolysis in Europe. Ups J Med Sci 2000; 105:255-258.
20. Rizzi D, Di Maggio A, Sabastio A et al. Rhabdomyolysis and tubular necrosis conine (hemlock) poisoning. Lancet 1989; 8677:1461-1462.
21. Giannopoulos D, Voulioti St, Skarpelos A, et al. Quail poisoning in a child. Rural Remote Health 2006; 6: 564

Καρδιολογικά φάρμακα και τρίτη ηλικία

Κωνσταντίνος Καρόγιαννης

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
Ιδιωτικό καρδιολογικό ιατρείο, Πάτρα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα ανασκόπηση περιγράφονται τα συνήθως χορηγούμενα φάρμακα σε ασθενείς της τρίτης ηλικίας με έμφαση τις ενδείξεις, τις αντενδείξεις τη φαρμακολογική δράση και τις παρενέργειες τους. Τονίζεται, κυρίως η μειωμένη ανοχή των ηλικιωμένων σε υπερβάσεις δοσολογίας, πολυφαρμακία και σε όποια άλλα λάθη κατά τη θεραπεία που αποδίδεται σε σειρά φυσιολογικών και παθολογικών μεταβολών του οργανισμού με την αύξηση της ηλικίας. Υπογραμμίζεται, τέλος, η ανάγκη επαγρύπνησης και λήψης των αναγκαίων προφυλάξεων προς αποφυγή δυσάρεστων συνεπειών. *Αχ Ιατρ 2008; 27:144-151.*

Λέξεις κλειδιά: Αντενδείξεις φαρμάκων, ενδείξεις φαρμάκων, τρίτη ηλικία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Λόγω της ραγδαίας αύξησης του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας, θα πρέπει να εντείνουμε το ενδιαφέρον μας γύρω από την ομάδα αυτών των ατόμων και να αναζητήσουμε τις καλύτερες λύσεις στα προβλήματά τους. Ένα από τα προβλήματα αυτά, από ιατρικής πλευράς, είναι και η διαχείριση της φαρμακευτικής και ειδικότερα, εν προκειμένω, της καρδιολογικής φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών της τρίτης ηλικίας.

Από την αρχή πρέπει να τονισθεί, ότι όλα καρδιολογικά φάρμακα είναι κατάλληλα και για τους ασθενείς της τρίτης ηλικίας (άνω των 65 ετών), οι οποίοι ωφελούνται από αυτά όπως και οι νεότεροι. Όμως, όταν αρχίζει η γήρανση, πρέπει τα φάρμακα να χορηγούνται με ιδιαίτερη περίσκεψη και να αναπροσαρμόζεται (πρακτικά να μειώνεται) η δοσολογία τους στην πλειονότητα των περιπτώσεων, για τους λόγους που θα εκτεθούν παρακάτω.

Η απορρόφηση των φαρμάκων, παρά τη μείωση της γαστρικής οξύτητας και της επιφάνειας του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου (επι-

Αλληλογραφία:
Καρόγιαννης Κωνσταντίνος
Αγίου Ανδρέου 6, Πάτρα 26222
Τηλ: 2610 224864, Fax: 2610 224864
E-mail: KKaroyannis@gmail.com

πέδωση των εντερικών λαχνών) που παρατηρούνται στις μεγάλες ηλικίες, δεν διαταράσσεται σημαντικά και είναι κλινικά αμελητέα.

Από εκεί και πέρα, είναι γνωστό ότι στα ηλικιωμένα άτομα επισυμβαίνουν ορισμένες φυσιολογικές μεταβολές στη σύσταση του σώματος. Το ολικό ύδωρ μειώνεται κατά 15% περίπου, όπως μειώνεται και η μυϊκή μάζα· αντίθετα αυξάνει ο λιπώδης ιστός (από 18 σε 36% της σωματικής μάζας στους άνδρες και από 36 σε 48% στις γυναίκες). Αποτέλεσμα αυτών των μεταβολών είναι η αύξηση της πυκνότητας ορισμένων υδατοδιαλυτών φαρμακευτικών ουσιών στο αίμα (και συχνά στους ιστούς) και η αύξηση του χρόνου παραμονής στον οργανισμό των λιποδιαλυτών φαρμακευτικών ουσιών (π.χ. βενζοδιαζεπίνες).

Μια άλλη μεταβολή είναι η συχνά παρατηρούμενη μείωση των λευκωματινών του ορού, η οποία καθίσταται έντονη σε οξείες παθολογικές καταστάσεις (π.χ. λοιμώξεις) και ακόμη σε υποσιτισμό, κακοήθειες κ.α. με αποτέλεσμα το ποσοστό του φαρμάκου, το μη συνδεδεμένο (δραστικό) με τις λευκωματίνες, να αυξάνει, με κίνδυνο να εμφανισθούν τοξικά φαινόμενα. Η διγοξίνη, τα αντιπηκτικά (βαρφαρίνη), η θεοφυλλίνη και η φαινυτοΐνη είναι μερικά παραδείγματα φαρμάκων που συνδέονται με πρωτεΐνες[1].

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι οι συνήθεις θεραπευτικές δόσεις των φαρμάκων, όταν χορηγούνται σε ηλικιωμένα άτομα, μπορεί να οδηγήσουν σε υψηλές συγκεντρώσεις στο αίμα και να προκαλέσουν τοξικά φαινόμενα.

Στο ίδιο αποτέλεσμα μπορεί να οδηγήσει και η επισυμβαίνουσα κατά την τρίτη ηλικία έκπτωση της λειτουργίας του ήπατος (μείωση της μάζας και της αιμάτωσής του), που ευθύνεται κυρίως για το μεταβολισμό των φαρμάκων αλλά και των νεφρών, μέσω των οποίων επιτελείται η απέκκρισή τους.

Ένα άλλο αξιοσημείωτο φαινόμενο είναι οι άλλοτε άλλου βαθμού παρατηρούμενες δομικές μεταβολές στο καρδιοαγγειακό σύστημα (και όχι μόνο), οι οποίες οφείλονται σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις, κυτταρική απόπτωση, ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού, εναπόθεση ασβεστίου κ.λπ. Έτσι, όσον αφορά τα αγγεία, προκαλείται πάχυνση του τοιχώματος των αρτηριών και αλλοιώσεις του ενδοθηλίου αυτών, με αποτέλεσμα τη σκλήρυνση των αρτηριών και την ανάπτυξη συστολικής υπέρτασης, που επιβαρύνει το έργο της καρδιάς. Από το μυοκάρδιο εμφανίζεται ελάττωση της ενδοτικότητας της αριστερής κοιλίας, που επιφέρει διαστολική δυσλειτουργία και καθιστά την καρδιά των υπερηλίκων επιρρεπή σε διαστολική καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ η συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας μειώνεται κατά την αερόβια άσκηση, λόγω κυρίως αδυναμίας ικανής χρονοτροπικής απάντησης και αύξησης του κλάσματος εξώθησης[2].

Ακόμη, παρατηρούνται συχνά διαταραχές στην παραγωγή (ελάττωση των βηματοδοτικών κυττάρων του φλεβοκόμβου) και μετάδοση του ερεθίσματος. Έτσι φάρμακα, που καταστέλλουν τις παραπάνω λειτουργίες, όπως οι β-αδρενεργικοί αποκλειστές (π.χ. Propanolol) και οι μη διυδροπυριδινικοί ανταγωνιστές του ασβεστίου (Diltiazem, Vevapamil) μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές αρρυθμίες (βραδυκαρδίες, αποκλεισμοί) και καρδιακή ανεπάρκεια.

Η μεγάλη ηλικία επιφέρει ακόμα μεταβολή στον τρόπο που αντιδρούν τα όργανα – στόχοι έναντι των φαρμάκων. Αυτό φαίνεται ότι οφείλεται στη μείωση του αριθμού των υποδοχέων, στη μεταβολή της αλληλεπίδρασης υποδοχέα – φαρμάκου και των επακόλουθων βιοχημικών αντιδράσεων. Έτσι π.χ. η μειωμένη απάντηση των β-αδρενεργικών υποδοχέων συνεπάγεται λιγότερη βραδυκαρδία, όταν χορηγούνται β-αδρενεργικοί αποκλειστές και λιγότερη ταχυκαρδία, όταν χορηγούνται β-διεγέρτες σε άτομα της τρίτης ηλικίας[1,2].

Μια άλλη μεταβολή αφορά τους προσαρμοστικούς ομοιοστατικούς μηχανισμούς, των οποίων η ετοιμότητα εκπίπτει στα άτομα αυτής της ομάδας. Χαρακτηριστικό είναι το συνηθισμένο φαινόμενο ορθοστατικής υπότασης από τη χορήγηση αντιϋπερτασικών φαρμάκων.

Εάν στα παραπάνω προστεθεί η πολυφαρμακία, ιδιαίτερα συχνή στους ηλικιωμένους λόγω συννοσήσεων και η αλληλεπιδράση των διάφορων φαρμάκων, το όλο θέμα της φαρμακευτικής αγωγής προσλαμβάνει εδώ ιδιαίτερη σοβαρότητα.

Ας εξετάσουμε τώρα τα κυριότερα από τα συνήθως συνταγογραφούμενα φάρμακα στην καθ' ημέραν πράξη και τις ενδεχόμενες προφυλάξεις, που πρέπει να παίρνουμε, όταν αντιμετωπίζουμε ασθενείς της τρίτης ηλικίας.

Δακτυλίτις

Με κύριο εκπρόσωπο τη διγοξίνη (Digoxin), η δακτυλίτις κυριάρχησε επί μακρόν στη συνταγογραφία των καρδιολόγων. Έχει ένδειξη κυρίως στην καρδιακή ανεπάρκεια (θετική ινότροπη δράση) και στην κολπική μαρμαρυγή, λόγω της βραδυκαρδιακής δράσης της (καθυστερεί τη δίοδο του ερεθίσματος στον κολποκοιλιακό κόμβο και ελέγχει την κοιλιακή συχνότητα). Χορηγείται επίσης στην παροξυντική κολπική ταχυκαρδία.

Το φάρμακο όμως δεν στερείται παρενεργειών, ενίοτε ιδιαίτερα τοξικών και μάλιστα στις μεγαλύτερες ηλικίες. Η διγοξίνη απεκκρίνεται από τους νεφρούς και η κάθαρσή της βαίνει παράλληλα με την κάθαρση της κρεατινίνης, που, ως γνωστόν, μειώνεται σημαντικά με την πρόοδο της ηλικίας. Εκτός από τα κλασσικά συμπτώματα του τοξικού δακτυλιδισμού (ανορεξία, ναυτία, διάρροια, διαταραχές όρασης), μπορούν να εμφανισθούν και σοβαρές ηλεκτρικές διαταραχές στο μυοκάρδιο (αρρυθμίες, αποκλεισμοί) και μάλιστα να προηγούνται των κλασικών συμπτωμάτων.

Η συχνή συγχορήγηση με βεραπαμίλη (Isoptin), αμιωδαρόνη (Angoron) και κινιδίνη επιτείνει την τοξικότητα της δακτυλίτιδας. Το ΗΚΓ/φημα είναι καταλληλότερο από τον προσδιορισμό των επιπέδων της διγοξίνης στον ορό, για την ανίχνευση πρώιμων σημείων τοξικότητας. Οι παραπάνω λόγοι έχουν οδηγήσει στη μείωση της δοσολογίας (το ½ της συνήθους δόσεως χορηγείται στους ηλικιωμένους) και ακόμη στον περιορισμό της χρήσης της.

Σήμερα είμαστε πράγματι σε θέση να αναπληρώσουμε σε μεγάλο βαθμό τις δράσεις της διγοξίνης με άλλα φάρμακα, όπως οι β-αδρενεργικοί αποκλειστές, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγεοτασίνης και τα διουρητικά, αποφεύγοντας συγχρόνως τον κίνδυνο των τοξικών παρενεργειών.

Διουρητικά

Τα κυρίως χρησιμοποιούμενα διουρητικά είναι οι θειαζίδες (Hydrochlorothiazide), τα παρεμφερή χλωροθαλιδόνη (Hygroton), ινδαπαμίδη (Fludex) και τα διουρητικά της αγκύλης, όπως η φουροσεμίδη (Lasix). Οι θειαζίδες και τα παρεμφερή χορηγούνται κυρίως στην υπέρταση. Είναι παλιά, φθηνά και αποτελεσματικά φάρμακα στερούμενα σοβαρών παρενεργειών, τουλάχιστον στις χρησιμοποιούμενες συνήθως χαμηλές δόσεις (υδροχλωροθειαζίδη 12.5 - 25 mg ημερησίως). Στους ηλικιωμένους όμως είναι δυνατόν να προκαλέσουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές και ιδιαίτερα υποκαλιαιμία.

Όταν υπάρχει έστω και ελαφρά έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (σύνηθες φαινόμενο στους ηλικιωμένους), χάνουν τη διουρητική τους δράση. Συνδυαζόμενες με αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης, στις περιπτώσεις αυτές, υπάρχει κίνδυνος να επιδεινώσουν τη νεφρική λειτουργία. Τότε αντικαθιστούμε τη θειαζίδη με φουροσεμίδη (Lasix), η οποία, ενώ δεν έχει αξιόλογη αντιυπερτασική δράση, ενισχύει τη δράση των α-ΜΕΑ, μέσω της προκαλούμενης υπονατριαιμίας και επιπλέον δεν αντενδείκνυται στη νεφρική ανεπάρκεια.

Οι θειαζίδες χρονίως χορηγούμενες και μάλιστα σε μεγαλύτερες δόσεις μπορεί να αυξήσουν την αντίσταση στην ινσουλίνη, να προκαλέσουν άνοδο στα επίπεδα του ουρικού οξέος και ενδεχομένως διαταραχή στο μεταβολισμό των λιποειδών, ιδιαίτερα σε άτομα με προδιάθεση.

Από τα λεγόμενα διουρητικά της αγκύλης η φουροσεμίδη (Lasix) αναγράφεται στη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, όπου αποτελεί βασικό θεραπευτικό μέσο· και εδώ υφίσταται κίνδυνος ηλεκτρολυτικών διαταραχών, ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα· μεταβολικά είναι πιο ουδέτερη από τις θειαζίδες.

Από την κατηγορία των καλιοσυντηρητικών διουρητικών αναφέρουμε την αμιλορίδη, που συνδυάζεται με την υδρουχλωροθειαζίδη στην υπέρταση, την επλερενόνη (Inspra) και τη σπιρονολακτόνη (Aldactone). Τα φάρμακα αυτά έχουν ήπια διουρητική δράση και τα χορηγούμε συνήθως για πρόληψη της υποκαλιαιμίας, εκεί, όπου εφαρμόζεται ισχυρή διούρηση. Τα δύο τελευταία χορηγούνται με ικανοποιητικά αποτελέσματα στην καρδιακή ανεπάρκεια (ανταγωνίζονται την αλδοστερόνη). Σημειωτέον ότι, η συγχορήγηση των καλιοσυντηρητικών διουρητικών με αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγεοτασίνης, ή με αποκλειστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης ΙΙ (αμφότερα έχουν την τάση να αυξάνουν το κάλιο του ορού) εγκυμονεί τον κίνδυνο υπερκαλιαιμίας και γι' αυτό συνιστάται στις περιπτώσεις αυτές τακτικός έλεγχος των ηλεκτρολυτών.

Β-αδρενεργικοί αποκλειστές (b-Blockers)

Οι β-αδρενεργικοί αποκλειστές (Propanolol, Metoprolol, Atenolol, Carvedilol κ.λπ.) μειώνουν την ένταση της καρδιακής συστολής και την ταχυκαρδία. Χορηγούνται κυρίως στη στεφανιαία νόσο (στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου), όπου προκαλούν βελτίωση της συμπτωματολογίας αλλά και της επιβίωσης των ασθενών. Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί μια άλλη ένδειξη ιδιαίτερα στους νεότερους ασθενείς που παρουσιάζουν συγχρόνως και ταχυκαρδία.

Στους ηλικιωμένους, ενώ δεν θεωρείται προβληματική η χορήγησή τους, η απόδοσή τους είναι μειωμένη, λόγω της ανεπαρκούς ανταπόκρισης των β-υποδοχέων στις μεγαλύτερες ηλικίες. Εξ' αυτών οι λιποδιαλυτοί (Propanolol, Metoprolol) διαπερνούν ευκολότερα τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και είναι δυνατόν να προκαλούν ανεπιθύμητες αντιδράσεις από το ΚΝΣ, όπως ζωηρά όνειρα, κατάθλιψη, κόπωση, συμπτώματα πιο αισθητά στα ηλικιωμένα άτομα. Είναι επίσης δυνατόν να επιδεινώνουν προϋπάρχουσες διαταραχές του ρυθμού (βραδυκαρδία, αποκλεισμοί) και τυχόν λανθάνουσα καρδιακή ανεπάρκεια, λόγω της αρνητικής ινότροπης δράσης τους, ιδιαίτερα οι παλιότερης γενιάς· αντίθετα νεότεροι β-αποκλειστές, με όλως ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (Carvedilol, Nebivolol), κατάλληλα χορηγούμενοι συμβάλλουν σημαντικά στη θεραπεία της συμπτωματικής καρδιακής ανεπάρκειας. Προκαλούν επίσης βρογχόσπασμο και επιδείνωση της διαλείπουσας χωλότητας σε περιπτώσεις αποφρακτικής περιφερικής αρτηριοπάθειας.

Αντενδείκνυται η συγχορήγησή τους με μη διϋδροπυριδινικούς ανταγωνιστές ασβεστίου (βεραπαμίλη, διλτιαζέμη), που έχουν ανάλογη δράση με τους β-αποκλειστές, (βραδυκαρδιακή και αρνητική ινότροπη δράση). Μεγάλη προσοχή απαιτείται και όταν χορηγούνται σε άτομα (συνήθως ηλικιωμένα), τα οποία λαμβάνουν κολλύρια, που περιέχουν β-αποκλειστές για τη θεραπεία του γλαυκώματος (αθροιστική δράση).

Σήμερα στην αμιγή υπέρταση των ασθενών της τρίτης ηλικίας οι b-blockers δεν θεωρούνται φάρμακο πρώτης εκλογής[3], εκτός αν συνυπάρχει στεφανιαία νόσος ή/και ταχυκαρδία.

Ανταγωνιστές του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγεοτασίνης (α-ΜΕΑ)

Οι α-ΜΕΑ (Captopril, Enalapril, Lisinopril, Perindopril, Zofenopril κ.λπ.), ελαττώνουν την παραγωγή αγγειοτασίνης ΙΙ και την αποδόμηση της βραδυκινίνης· έτσι προκαλούν αγγειοδιαστολή και μείωση των συστηματικών αγγειακών αντιστάσεων. Κύρια ένδειξή τους είναι η υπέρταση και η καρδιακή ανεπάρκεια. Μειώνουν επίσης τη λευκωματουρία στη διαβητική νεφροπάθεια και καθυστερούν τη νεφροσκλήρυνση με την εκλεκτική διάταση του απαγωγού αρτηριδίου και την επακόλουθη μείωση της πίεσης στα τριχοειδή των αγγειωδών σπειραμάτων.

Αντενδείκνυται στην υπέρταση που συνοδεύεται από έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (κρεατίνη >2.5), λόγω αμφοτερόπλευρης στένωσης των νεφρικών αρτηριών. Τότε προκαλείται επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας, διότι, κάτω από αυτές τις συνθήκες, φαίνεται ότι η σπειραματική διήθηση διατηρείται χάρις στη δράση της αγγειοτασίνης ΙΙ, που προκαλεί σύσπαση του απαγωγού αρτηριδίου και η οποία εξουδετερώνεται από τους α-ΜΕΑ[4]. Δεν έχουν σοβαρές παρενέργειες· ενίοτε προκαλούν ξηρό βήχα και είναι μεταβολικά ουδέτεροι.

Χορηγούνται ανεπιφύλακτα στους ηλικιωμένους (υπέρταση – καρδιακή ανεπάρκεια), αφού εκτιμήσουμε προηγουμένως τη νεφρική λειτουργία. Για το σκοπό αυτό είναι προτιμότερη η κάθαρση της κρετινίνης από τον προσδιορισμό της κρεατινίνης του ορού (και φυσιολογικές τιμές της κρεατινίνης στα ηλικιωμένα άτομα, λόγω φυσιολογικής μείωσης της μυϊκής μάζας μπορεί να υποκρύπτουν λανθάνουσα νεφρική ανεπάρκεια).

Έχουν επίσης την τάση να αυξάνουν τα επίπεδα του καλίου στον ορό, γι' αυτό δεν πρέπει να συγχορηγούνται με καλιοσυντηρητικά διουρητικά (amiloride). Στους ασθενείς δε με καρδιακή ανεπάρκεια, που λαμβάνουν ανταγωνιστές της αλδοστερόνης (σπιρινολακτόνη, επλερενόνη), πρέπει να γίνονται τακτικοί προσδιορισμοί του καλίου του ορού.

Οι αποκλειστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης ΙΙ (Olmesartan, Losartan, Candesartan) έχουν παρόμοια δράση με τους α-ΜΕΑ και μάλιστα προκαλούν λιγότερο βήχα. Χορηγούνται εναλλακτικά με τους τελευταίους και σπανίως σε συνδυασμό με αυτούς.

Οι παραπάνω δύο κατηγορίες φαρμάκων αποτελούν τομή στην καρδιολογική θεραπευτική κυρίως, όσον αφορά την υπέρταση και την καρδιακή ανεπάρκεια.

Αποκλειστές διαύλων ασβεστίου (ανταγωνιστές Ca)

Πρόκειται για σπουδαία ομάδα φαρμάκων που διαθέτουν ισχυρή περιφερική αγγειοδιασταλτική δράση και μειώνουν την αρτηριακή πίεση, μέσω της μείωσης των ολικών περιφερικών αντιστάσεων. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί στη θεραπεία της υπέρτασης και μάλιστα στους ηλικιωμένους, στους οποίους συχνά αποτελούν θεραπεία πρώτης εκλογής.

Διακρίνονται στα παράγωγα της διϋδροπυριδίνης (Nifedipine, Felodipine, Amlodipine κ.λπ.) και στα μη διϋδροπυριδινικά παράγωγα (Diltiazem, Vepapamil). Τα τελευταία επιβραδύνουν την κολποκοιλιακή αγωγή και έχουν αρνητική ινότροπη δράση στο μυοκάρδιο. Δεν συγχορηγούνται με b-blockers. Τα παράγωγα της διϋδροπυριδίνης, έχουν ηπιότερες τις παραπάνω δράσεις, είναι ισχυρότερα αγγειοδιασταλτικά και προκαλούν ενίοτε αντανακλαστική ταχυκαρδία. Συνδυάζονται επιτυχώς με β-αποκλειστές και α-ΜΕΑ.

Η χορήγηση διϋδροπυριδινών ταχείας δράσεως και μάλιστα στην υπογλώσσια μορφή πρέπει να αποφεύγεται, γιατί υπάρχει κίνδυνος υποτασικών φαινομένων και ενδεχομένως οξέων καρδιοαγγειακών συμβαμάτων ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους.

Υπολιπιδαιμικά

Η κατηγορία αυτή εκπροσωπείται κυρίως από τις στατίνες και λιγότερο από τις φιμπράτες . Οι στατίνες (Lovastatin, Fluvastatin, Simvastatin Atorvastatin κλπ.) αναστέλλουν τη δραστηριότητα του ενζύμου HMG – CoA αναγωγάση, που αποτελεί "κλειδί" στη σύνθεση της χοληστερόλης. Μειώνοντας τη σύνθεση και συγκέντρωση της χοληστερόλης εντός του ηπατικού κυττάρου, οδηγούν στην αύξηση του αριθμού και της δραστηριότητας των υποδοχέων της LDLC της επιφάνειας των ηπατοκυττάρων (up regulation) το τελικό αποτέλεσμα είναι η αύξηση του καταβολισμού και της κάθαρσης της LDLC. Η μείωση της τελευταίας φθάνει μέχρι 60%. Προκαλούν επίσης ελαφρά μείωση των τριγλυκεριδίων και μικρή αύξηση της HDLC.

Οι στατίνες χορηγούνται αφειδώς σε όλους τους ενήλικες ασθενείς, μη εξαιρουμένης της τρίτης ηλικίας, γιατί μειώνουν αποδεδειγμένα την καρδιοαγγειακή θνησιμότητα και έχουν αλλάξει σημαντικά τη φυσική ιστορία της στεφανιαίας νόσου.

Στο αποτέλεσμα αυτό, εκτός από τη μείωση της LDLC, συμβάλλουν, όπως φαίνεται, και άλλες παράλληλες δράσεις των στατινών, οι λεγόμενες πλειοτροπικές δράσεις (αντιοξειδωτική, αντιφλεγμονώδης, βελτίωση της ενδοθηλιακής λειτουργίας κ.α.). Στους προδιαθεσικούς παράγοντες συγκαταλέγονται ακόμα η έντονη μυική άσκηση[5] καθώς και η υπερβολική κατανάλωση χυμού γκρέιπ φρουτ (ήπιος αναστολέας του κυττοχρώματος P450).

Οι στατίνες είναι γενικά ασφαλή φάρμακα· μια σοβαρή παρενέργεια (ευτυχώς όχι συχνή) είναι η μυοσίτιδα και η ραβδομυόλυση. Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση μυοπάθειας είναι η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, που παρατηρείται συχνά στους υπερήλικες και μάλιστα όταν συνυπάρχει υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης. Επίσης η ταυτόχρονη με τις στατίνες χορήγηση άλλων φαρμάκων, μπορεί να αυξάνει τα επίπεδα των στατινών στο αίμα και τον κίνδυνο της μυοπάθειας, εφόσον τα φάρμακα αυτά μεταβολίζονται διαμέσου του κυττοχρώματος P450, όπως συμβαίνει και με τις περισσότερες στατίνες. Η ερυθρομυκίνη και άλλα μακρολίδια, τα δικουμαρινικά αντιπηκτικά, η γεμφιμπροζίλη (Lopid) μεταβολίζονται στο κυττόχρωμα P450. Το ίδιο ισχύει και με άλλα, σπανιότερα χορηγούμενα φάρμακα, όπως τα αντιμυκητιασικά, οι αναστολείς της πρωτεάσης, η κυκλοσπορίνη κ.α.).

Σήμα κινδύνου για την εμφάνιση μυοπάθειας είναι οι μυαλγίες, η μυϊκή αδυναμία και η αύξηση της CPK. Οι στατίνες αυξάνουν σε ένα μικρό ποσοστό τις τρανσαμινάσες και γι' αυτό πρέπει να ελέγχονται προ και κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Εκτός από τους νεφρούς και το ήπαρ, κρίνεται σκόπιμο να ελέγχεται και η λειτουργία του θυρεοειδούς, γιατί ο υποθυρεοειδισμός αφ' ενός προδιαθέτει σε μυοπάθεια, αφ' ετέρου αυξάνει τη χοληστερόλη, οπότε σε αυτές τις περιπτώσεις θα ήταν άστοχη η εσπευσμένη χορήγηση στατινών.

Φιμπράτες

Οι φιμπράτες (Gemfimbrosil, Fenofibrate κ.λπ.), μειώνουν τα τριγλυκερίδια του ορού κατά 25 - 50 % και αυξάνουν την HDLC από 10 - 20 % (ενεργοποιούν τη λιποπρωτεϊνική λίπαση). Οι φιμπράτες είναι ιδιαίτερα

χρήσιμες για τη θεραπεία της δυσλιπιδαιμίας σε ασθενείς, όπου συνδυάζεται η αύξηση των τριγλυκεριδίων με μείωση της HDLC. Μειώνουν την καρδιοαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα και διαθέτουν σε κάποιο βαθμό πλειοτροπικές δράσεις παρόμοιες με εκείνες των στατινών, ενδεχομένως δε και άλλες πέραν αυτών. Προκαλούν σε μικρή συχνότητα μυοπάθεια και αύξηση των τρανσαμινασών.

Ο συνδυασμός των φιμπρατών με στατίνες θα ήταν μια πρόκληση για τη θεραπεία των συνεχώς αυξανόμενων μικτών δυσλιπιδαιμιών (μεταβολικό σύνδρομο). Η γεμφιμπροζίλη (Lopid) μειώνει τη σύνδεση των στατινών με το γλυκουρονικό οξύ και κατ' ακολουθίαν μειώνει την κάθαρση των στατινών αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο την τοξικότητά τους. Η φαινοφιμπράτη (Lipidil) συνδυάζεται ασφαλέστερα με τις στατίνες γιατί δεν έχει την προηγούμενη δράση της γεμφιμπροζίλης[6].

Αντιαρρυθμικά

Τα αντιαρρυθμικά διακρίνονται σε τέσσερις κύριες ομάδες.

Ομάδα I (Class I). Τα φάρμακα της πρώτης ομάδας (Class I) αποκλείουν τους διαύλους του νατρίου (σταθεροποιητικά της μεμβράνης) και διαιρούνται σε τρεις υποομάδες.

Στην πρώτη υποομάδα (Class Ia) ανήκουν η κινιδίνη, η δυσοπυραμίδη και η προκαϊναμίδη. Χορηγούνται κυρίως στις υπερκοιλιακές ταχυαρρυθμίες και τείνουν βαθμιαία να εγκαταλειφθούν, γιατί προκαλούν ενίοτε σοβαρές κοιλιακές ταχυκαρδίες (κοιλιακή ταχυκαρδία εν είδει ριπιδίου) και καταστολή του μυοκαρδίου, ιδιαίτερα σε άτομα με κακό ανατομικό υπόστρωμα της καρδιάς, όπως συχνά συμβαίνει στους ηλικιωμένους.

Η δεύτερη υποομάδα (Class Ib) εκπροσωπείται κυρίως από τη λιδοκαΐνη, που έχει περιορισμένη εξωνοσοκομειακή χρήση, για την καταστολή κοιλιακών αρρυθμιών επί οξέων στεφανιαίων συμβαμάτων.

Η προπαφενόνη (Class Ic) είναι το κατεξοχήν αναγραφόμενο φάρμακο στην καθ' ημέραν πράξη για την ανάταξη και πρόληψη της κολπικής μαρμαρυγής. Πρέπει να χορηγείται με μεγάλη προσοχή στους ηλικιωμένους, οι οποίοι λόγω των συνήθως υφισταμένων ανατομικών βλαβών της καρδιάς, είναι επιρρεπείς σε κοιλιακές αρρυθμίες και καταστολή του μυοκαρδίου.

Ομάδα II (Class II). Στην ομάδα αυτή ανήκουν οι b-blockers, για τους οποίους έχει ήδη γίνει λόγος. Χορηγούνται σε υπερκοιλιακές ταχυαρρυθμίες, με σκοπό τον έλεγχο της κοιλιακής συχνότητας (καθυστερούν τη δίοδο του ερεθίσματος από τον κολποκοιλιακό κόμβο) και υποβοηθητικά σε κοιλιακές ταχυκαρδίες (σε συνδυασμό με την αμιωδαρόνη).

Ομάδα III (Class III). Στην ομάδα αυτή τα συχνότερα συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι η αμιωδαρόνη (Angoron) και η σοταλόλη (Sotalol)· αυξάνουν τη διάρκεια του δυναμικού ενέργειας και της επαναπόλωσης.

Η αμιωδαρόνη είναι το αποτελεσματικότερο φάρμακο για την ανάταξη και την πρόληψη της κολπικής μαρμαρυγής, το οποίο μάλιστα δεν επηρεάζει αισθητά τη συστολική λειτουργία της καρδιάς. Πνευμονική ίνωση, διαταραχές λειτουργίας ήπατος, θυρεοειδούς, οφθαλμών και περιφερική νευροπάθεια, αποτελούν τις σπουδαιότερες παρενέργειες και επιβάλλουν στενή παρακολούθηση και χορήγηση της μικρότερης αποτελεσματικής δόσης (≤200mg ημερ.).

Ομάδα IV (Class IV). Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει τους μη διυδροπαριδινικούς ανταγωνιστές Ca (Diltiazem, Verapamil). Ενδείκνυνται για τον τερματισμό των υπερκοιλιακών ταχυαρρυθμιών (ιδιαίτερα το Verapamil επί παροξυντικής κολπικής ταχυκαρδίας) και για τον έλεγχο της κοιλιακής συχνότητας. Δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα στους ηλικιωμένους.

Η διγοξίνη και η αδενοσίνη αποτελούν μια ιδιαίτερη κατηγορία αντιαρρυθμικών φαρμάκων. Για τη διγοξίνη έχει ήδη γίνει λόγος. Η αδενοσίνη προορίζεται για τον τερματισμό παροξυντικών υπερκοιλιακών ταχυαρρυθμιών και είναι κατεξοχήν χρήσεως νοσοκομειακής.

Αντιπηκτικά

Τα από του στόματος χορηγούμενα αντιπηκτικά (Warfarin sodium, Acenocoumarol) αναστέλλουν την παραγωγή προθρομβίνης και χορηγούνται συχνά στους γηριατρικούς ασθενείς, λόγω του μεγάλου επιπολασμού της κολπικής μαρμαρυγής στις προχωρημένες ηλικίες. Ενδείκνυνται επίσης στην εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, την πνευμονική εμβολή και στις μεταλλικές προσθετικές βαλβίδες.

Τα αντιπηκτικά έχουν τρεις αρνητικές ιδιότητες· τη μεγάλη βαθμού σύνδεσή τους με τις πρωτεΐνες, την εξάρτηση του μεταβολισμού τους από το κυττόχρωμα

P450 και το στενό θεραπευτικό τους πλάτος. Οι ιδιότητες αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές αιμορραγίες ιδιαίτερα από το πεπτικό. Προς αποφυγή αυτού του κινδύνου, εκτός από τον σχολαστικό καθορισμό της δοσολογίας, πρέπει να λαμβάνουμε σοβαρά υπόψη και τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα.

Από τα καρδιολογικά φάρμακα η αμιωδαρόνη αυξάνει τη δράση των αντιπηκτικών (αναστολέας του κυττοχρώματος P450), το ίδιο συμβαίνει και με τις στατίνες που μεταβολίζονται μέσω του κυττοχρώματος P450, όπως η σιμβαστατίνη, η φλουβαστατίνη, η λοβαστατίνη και η ατορβοστατίνη.

Η θυροξίνη αυξάνει επίσης τη δράση των αντιπηκτικών. Η πιο συνηθισμένη όμως παγίδα στην καθημερινή άσκηση της Ιατρικής είναι η συγχορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, που αναγράφονται ευρέως σε ορθοπεδικές και ρευματολογικές παθήσεις. Τα φάρμακα αυτά εκτοπίζουν από τις πρωτεΐνες τα συνδεδεμένα με αυτές αντιπηκτικά, με αποτέλεσμα την αύξηση του ελεύθερου κλάσματος των τελευταίων στον ορό (που είναι και το δραστικό) και κατά συνέπεια του κινδύνου αιμορραγιών. Όμως, πρέπει να τονισθεί ότι η τρίτη ηλικία δεν αποτελεί αντένδειξη για χορήγηση αντιπηκτικών αλλά αντίθετα ένα επιπλέον επικίνδυνο παράγοντα, που απαιτεί τη χορήγησή τους.

Η παρακολούθηση της πηκτικότητας του αίματος πρέπει να είναι τακτική (INR 2-3). Υπάρχει ακόμη και το θέμα της αλληλεπίδρασης των αντιπηκτικών με τις διάφορες τροφές. Τα πράσινα λαχανικά και αρκετά φρούτα, ως γνωστόν, λόγω της υψηλής περιεκτικότητας σε βιταμίνη K (την οποία ανταγωνίζονται τα αντιπηκτικά), τείνουν να αυξάνουν την πηκτικότητα του αίματος· όμως η σύσταση για αποφυγή των φρούτων και των πράσινων λαχανικών, που αποτελούν τη βάση της υγιεινής διατροφής, είναι προφανώς άστοχη. Αντίθετα πρέπει να καταναλώνονται ελεύθερα σε σταθερές κατά το δυνατόν ημερήσιες ποσότητες και να προσαρμόζεται κατάλληλα η δόση των αντιπηκτικών.

Γενικά, τα αντιπηκτικά, ενώ χρειάζονται περισσότερο στην τρίτη ηλικία, επιβάλλουν επαγρύπνηση, γιατί αυξάνει ο κίνδυνος των αιμορραγιών (ευαισθησία στομάχου, μειονεκτικότητα αγγείων κ.λπ.).

Αντιθρομβωτικά (αντιαιμοπεταλιακά)

Η κατηγορία αυτή εκπροσωπείται κυρίως από την ασπιρίνη και την κλοπιδογρέλη, τα οποία όλο και περισσότερο χορηγούνται με την αύξηση της ηλικίας. Αναστέλλουν τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων και προλαμβάνουν το σχηματισμό θρόμβου, που είναι ο συνήθης μηχανισμός πρόκλησης οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου και παροδικών ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων.

Και οι μικρές δόσεις ασπιρίνης, που χορηγούνται προληπτικά στην καρδιοαγγειακή νόσο, μπορεί να προκαλέσουν λανθάνουσες αιμορραγίες, συνήθως από το πεπτικό και μάλιστα στους ηλικιωμένους. Η κλοπιδογρέλη ενέχει παρόμοιο κίνδυνο αλλά σε μικρότερο βαθμό· όμως ο συνδυασμός και των δύο, όπως συνιστάται στα οξέα στεφανιαία σύνδρομα και στην τοποθέτηση stents, προκαλεί μεγαλύτερο κίνδυνο αιμορραγιών, ιδιαίτερα επί παρατεταμένης χορήγησης σε άτομα της τρίτης ηλικίας.

Νιτρώδη

Τα νιτρώδη προκαλούν έντονη αγγειοδιαστολή και μάλιστα στο φλεβικό σκέλος και είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για τη διακοπή στηθαγχικής κρίσης (υπογλωσσίως νιτρογλυκερίνη και δινιτρικός ισοσορβίτης) αλλά και την πρόληψη της στηθάγχης (παρατεταμένης δράσης δινιτρικός και μονονιτρικός ισοσορβίτης). Είναι επίσης χρήσιμα για την ανακούφιση των ασθενών με οξεία καρδιακή κάμψη και για τον άμεσο έλεγχο της συστολικής υπέρτασης.

Είναι καλώς ανεκτά στους ηλικιωμένους. Αποκλείεται η χρήση τους σε ασθενείς που έχουν κάνει χρήση Sildenafil και παρόμοιων σκευασμάτων, στην αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια και στο οξύ έμφραγμα της δεξιάς κοιλίας (κίνδυνος shock).

Οι γηριατρικοί ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα παίρνουν συχνά **αγχολυτικά φάρμακα**, λόγω του συνοδού άγχους. Πρέπει να προτιμώνται εκείνα με μικρή ημιπερίοδο ζωής, όπως το Lorazepam (tavor) και το Aprazolam (xanax), προς αποφυγή παρατεταμένης καταστολής του ευαίσθητου ΚΝΣ των ηλικιωμένων.

Από τα **αντικαταθλιπτικά** πρέπει να προτιμώνται οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Fluoxetine, Paroxetine), έναντι των παραγώγων της αμιτριπτυλίνης (Nortriptiline, Doxepin), που έχουν έντονες αντιχολινεργικές ιδιότητες και προκαλούν ενίοτε αρρυθμίες.

Πολύ συχνά οι ασθενείς αυτοί λαμβάνουν φάρμακα της κατηγορίας των a-blockers (Terazosin, Tamsulosin κ.α.) για την καλοήθη προστατική υπερπλασία· επειδή τα τελευταία έχουν και αντιϋπερτασική δράση, απαιτείται προσοχή όταν χορηγούνται αντιϋπερτασικά (αθροιστική δράση).

ΣΥΜΕΡΑΣΜΑ

Συμπερασματικά, τα καρδιολογικά φάρμακα – και όχι μόνο – πρέπει να χορηγούνται στα άτομα της τρίτης ηλικίας με σύνεση και πνεύμα οικονομίας, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες αυτών των ασθενών, όπως εκτέθηκαν σε γενικές γραμμές παραπάνω.

Πρέπει να συνεκτιμώνται οι συνυπάρχουσες παθήσεις και τα φάρμακα που χορηγούνται γι' αυτές. Να γίνεται σχολαστικός έλεγχος των ασθενών προ και κατά τη θεραπεία και να υπάρχει υψηλός δείκτης υποψίας, όσον αφορά τις ενδεχόμενες παρενέργειες.

Να ενθυμούμαστε πάντοτε, ότι η ανοχή των ηλικιωμένων σε υπερβάσεις δοσολογίας, αλόγιστη πολυφαρμακία και σε όποια άλλα λάθη κατά τη θεραπεία είναι σαφώς μειωμένη και υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος να επιπλέξουμε τη θεραπεία της νόσου με την παθολογία της φαρμακευτικής αγωγής.

SU MMARY

Cardiological drugs in the elderly

Karoyiannis Konstantinos

Attending Cardiologist

We describe the commonly used drugs during the every day practice in elderly patients. We emphasize the actions, interactions, side effects and tolerability of these drugs. Polypharmacia and overdose may be harmful in elderly people. There is always inceased risk for complications during treatment and this should be kept in mind when treating such a patients. ***Ach Iatr 2008; 27:144-151.***

Key words: *Elderly people, drug actions-interactions, polypharmacia*

Correspondence: *Karoyiannis Konstantinos, 6 Agiou Andreou Street, Patras 26222, Greece, Tel: +30 2610 224864, Fax: +30 2610 224864, e-mail: KKaroyannis@gmail.com*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Darryl S, Chutka MD, Jonathan M, et al. Drug prescribing for elderly patients. Mayo Clinic Proc 1995; 70:685-693.
2. Lakatta EG, Levy D. Arterial and cardiac aging: Major shareholders in cardiovascular disease enterprises. Part II: The aging heart in health: Links to heart disease. Circulation 2003; 107:346-354.
3. Bradley HA, Wiysonge CS, Volmink JA, et al. How strong is the evidence for use of beta-blockers as first-line therapy for hypertension? Systematic review and meta-analysis. J Hypertens. 2006; 24:2131-41.
4. Schoolwerth AC, Sica DA, Ballermann BJ, et al. Renal considerations in angiotensin converting enzyme inhibitor therapy: a statement for healthcare professionals from the Council on the Kidney in Cardiovascular Disease and the Council for High Blood Pressure Research of the American Heart Association. Circulation. 2001; 104:1985-1991.
5. Bottorf MB. Statin safety and drug interactions: clinical implications. Am J Cardiol. 2006; 97:27C-31C.
6. Prueksaritanont T, Subramanian R, Fang Xet al. Glucuronidation of statins in animals and humans: a novel mechanism of statin lactonization. Drug Metab Dispos. 2002; 30:505-512.

Υπερλειτουργικές διαταραχές φωνής: Πρόληψη και φωνητική υγιεινή

Σοφία Ν. Κούνη

MSc Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Πάτρας, Τμήμα Λογοθεραπείας, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι υπερλειτουργικές διαταραχές φωνής αποτελούν τη μεγαλύτερη κατηγορία προβλημάτων φωνής. Το κυριότερο χαρακτηριστικό των υπερλειτουργικών διαταραχών φωνής είναι η υπερβολική προσπάθεια και πίεση κατά τη φώνηση. Η αιτιολογία αυτής της κατηγορίας διαταραχών σχετίζεται με πολλούς παράγοντες και περιλαμβάνει άτομα που απασχολούνται σε επαγγέλματα όπου υπάρχει υψηλός κίνδυνος κατάχρησης της φωνής, είτε μέσω των απαιτήσεων της ίδιας της εργασίας είτε εξαιτίας του περιβάλλοντος όπου γίνεται η χρήση της φωνής. Η τροποποίηση της φωνητικής συμπεριφοράς και η φωνητική υγιεινή είναι απαραίτητη για την πρόληψη διαταραχών αυτού του είδους. ***Αχ Ιατρ 2008; 27:152-155.***

Λέξεις κλειδιά: Κατάχρηση φωνής, υπερλειτουργικές διαταραχές φωνής, φώνηση, φωνητική υγιεινή

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φωνή αντανακλά κάτι παραπάνω από μια λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Η φώνηση αντανακλά τη σωματική και συναισθηματική κατάσταση του ανθρώπου και λειτουργεί σαν δείκτης προσωπικότητας που χαρακτηρίζει ξεχωριστό τον κάθε άνθρωπο όσο και τα δακτυλικά αποτυπώματα.

Με τον προφορικό λόγο οι άνθρωποι εκφράζουν διανοητικές και ψυχικές διαθέσεις, συναισθήματα και παρορμήσεις. Δεν είναι τυχαίο που ο Σωκράτης έλεγε «Μίλα άνθρωπε, για να μπορέσω να σε γνωρίσω», εννοώντας ότι η φωνή εκφράζει το χαρακτήρα και την προσωπικότητα του ατόμου. Επομένως είναι λογικό οι παθήσεις της φωνής να δημιουργούν προβλήματα τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Η φυσιολογική φωνή παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά:

Αλληλογραφία:
Σοφία Ν Κούνη,
Αράτου 7, Πλατεία Όλγας, Πάτρα 26221,
Τηλ: 2610 222332, Fax: 2610 279579,
e-mail: snkouni@yahoo.gr

Υποβλήθηκε 10/4/08
Αναθεωρημένη έγινε δεκτή 3/7/08

- Γενικά δεν είναι βραχνή, υπερβολικά ασθμαίνουσα, πιεσμένη ή τραχιά. Παρουσιάζει σταθερότητα και δεν σταματάει ακούσια σε ορισμένα τμήματα της εκφοράς.
- Είναι ακουστή σε ένα μεγάλο εύρος ακόμη και όταν υπάρχουν υψηλά επίπεδα θορύβου.
- Παρουσιάζει προσαρμοστικότητα στο ύψος, την ένταση και την ποιότητα.
- Η φυσιολογική φώνηση είναι άνετη.
- Η φυσιολογική φώνηση είναι ανάλογη της ηλικίας και του φύλου[1].

ΥΠΕΡΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΦΩΝΗΣ

Η διαταραχή της φωνής ορίζεται ως «μία κατάσταση στην οποία η λειτουργία της φώνησης δεν γίνεται αποδεκτή από το κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον του χρήστη»[2].

Όσον αφορά τους ενήλικες, η αναζήτηση των αιτιών που ευθύνονται για την παθολογία της φωνής στρέφεται κυρίως στο περιβάλλον και το είδος της εργασίας τους[3]. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτούν όσοι καταπονούν τη φωνή στην εργασία τους, κάτι που συμβαίνει σε μεγάλο εύρος επαγγελμάτων (εκπαιδευτικοί, δικηγόροι, πολιτικοί, τραγουδιστές, ηθοποιοί, παρουσιαστές, ιερείς κ.λπ.). Το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να είναι θορυβώδες, να έχει πολλή σκόνη και όχι σταθερή υγρασία και θερμοκρασία. Αλλά και η ίδια η φύση της εργασίας όταν απαιτεί παραγωγή έντονης και παρατεταμένης φωνής μπορεί να προκαλέσει βλάβες στη φωνητική ικανότητα[4].

Τα φωνητικά προβλήματα αυτών των ατόμων συνδέονται άμεσα με τις υπερλειτουργικές δυσφωνίες. Οι υπερλειτουργικές δυσφωνίες χαρακτηρίζονται από την υπερβολική φωνητική προσπάθεια ή πίεση. Κατά τη διάρκεια παραγωγής φώνησης ένα άτομο με υπερλειτουργική δυσφωνία χρησιμοποιεί υπερβολική ένταση στις ομάδες των μυών που επηρεάζουν τη φώνηση, γι' αυτό και πολλές φορές αυτές οι διαταραχές αναφέρονται ως δυσφωνίες μυϊκής έντασης.

Τα συμπτώματα των υπερλειτουργικών διαταραχών περιλαμβάνουν:

- φωνητική κόπωση και υπερβολική προσπάθεια κατά τη φώνηση
- βράγχος φωνής
- υπερβολική ένταση φωνής
- υπερβολική εσωτερική λαρυγγική ένταση και πίεση (π.χ υπερπροσαγωγή των φωνητικών χορδών, υπερβολικά ανυψωμένο ή χαμηλωμένο λάρυγγα)
- ομιλία (ή τραγούδι) με υπερβολικά χαμηλό ή υψηλό τόνο φωνής
- ερεθισμός του λάρυγγα
- συχνό καθάρισμα λαιμού.

Οι παραπάνω φωνητικές δυσχέρειες και η κατάχρηση φωνής λαμβάνουν χώρα κατά την άσκηση των επαγγελματικών υποχρεώσεων αλλά και ορισμένες φορές ενυπάρχουν κατά τη διάρκεια οικογενειακών και κοινωνικών συναλλαγών.

Οι παράγοντες εμφάνισης των υπερλειτουργικών διαταραχών είναι συμπεριφορές που ερεθίζουν το επιθήλιο του λάρυγγα και αυτές μπορούν να διαχωριστούν ως εξής:

Α) κατανάλωση ουσιών που αφυδατώνουν η ερεθίζουν το βλεννογόνο του λάρυγγα (αλκοόλ, καφεΐνη, ανθρακούχα ποτά, κάπνισμα) και η μειωμένη κατανάλωση υγρών που συμβάλλουν στην ενυδάτωση του λάρυγγα (νερό)

Β) πολύωρη έκθεση σε επιβαρυντικά για τη λειτουργία του λάρυγγα περιβάλλοντα (περιβάλλον πολύ θερμό, πολύ ξηρό ή με χημικές ουσίες, εισπνοή σκόνης)

Γ) φωνητικές συμπεριφορές που επιβαρύνουν το λάρυγγα (ομιλία ή τραγούδι σε περιβάλλον με αυξημένο θόρυβο, άσκοπος βήχας και συνεχές καθάρισμα λαιμού, συνεχής ομιλία ή τραγούδι σε αυξημένα επίπεδα έντασης).

ΠΡΟΛΗΨΗ

Η εξάλειψη των υπερλειτουργικών μηχανισμών φώνησης γίνεται μέσω της εγκαθίδρυσης ενός προτύπου καλής χρήσης φωνής και με την εφαρμογή φωνητικής υγιεινής[5].

Οι λειτουργίες που προάγουν την καλή χρήση φωνής είναι:

- η σωστή στάση σώματος[6]
- η χαλάρωση των μυών που επηρεάζουν τη φώνηση
- η διαφραγματική αναπνοή[7]
- η ήπια έναρξη φώνησης (ομαλή προσαγωγή φωνητικών χορδών)

- η ενίσχυση της φυσικής αντήχησης[8]
- ο έλεγχος του επιπέδου έντασης φωνής.

Η εφαρμογή των κανόνων φωνητικής υγιεινής στοχεύει στην ενυδάτωση των φωνητικών χορδών. Αυτό επιτυγχάνεται με συμπεριφορές που ενισχύουν την φωνητική ενυδάτωση και αποτρέπουν την φωνητική αφυδάτωση. Η ενυδάτωση των φωνητικών χορδών έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην καλύτερη λειτουργία του λάρυγγα[9].

Κανόνες φωνητικής υγιεινής

1) Ιδανικό περιβάλλον με σχετικά σταθερή θερμοκρασία (ούτε πολύ χαμηλή, ούτε πολύ υψηλή) και κανονικά επίπεδα υγρασίας.
   - Αποφυγή χώρων με πολλή ζέστη, καθώς η πολλή ζέστη ξηραίνει την ατμόσφαιρα και κάνει κακό στο βλεννογόνο του λάρυγγα.
   - Όταν κάνει κρύο, να προτιμάται ντύσιμο με ζεστά ρούχα και κασκόλ γιατί κρατά ζεστούς και χαλαρούς τους μύες του λαιμού και των ώμων.
2) Αποφυγή κλειστών (μη καλά αεριζόμενων) χώρων και χώρων με υψηλή συγκέντρωση καπνού και σκόνης.
3) Συμπεριφορές όπως ψίθυρος, ομιλία σε ακατάλληλη ένταση και ύψος να αποφεύγονται διότι είναι παράγοντες που ευνοούν τον ερεθισμό και την αφυδάτωση του φωνητικού ιστού.
   - Αποφυγή ομιλίας σε πολύ θορυβώδες περιβάλλον.
   - Απαγορεύεται το τραγούδι όταν κάποιος έχει φαρυγγίτιδα ή παρόμοιες λοιμώξεις και όταν κατά τη διάρκεια του τραγουδιού υπάρχει πόνος στο λαιμό για οποιοδήποτε λόγο.
4) Περιορισμός άσκοπου βήχα για καθαρισμό του λαιμού. Είναι προτιμότερη η κατανάλωση νερού όταν νιώθουμε εκκρίσεις στο λαιμό.
5) Αποφυγή ομιλίας και ξεκούραση φωνής, όταν η φωνή είναι πολύ βραχνή και κουρασμένη. Έτσι δίνεται χρόνος στους μύες του λάρυγγα να επανακάμψουν πιο γρήγορα και καλύτερα.
6) Καλός και αρκετός ύπνος ώστε οι μύες του σώματος και ιδίως του λαιμού και των ώμων να αποβάλλουν την ένταση και ο λάρυγγας να λειτουργεί καλύτερα.
7) Αποφυγή καυτών/παγωμένων/πικάντικων φαγητών. Τα καυτά και καυτερά φαγητά ερεθίζουν το λαιμό και το στομάχι και ευνοούν την πρόκληση γαστροισοφαγικής παλινδρόμισης.
8) Αποφυγή αφυδατικών ουσιών όπως: αλκοόλ, καφές, τσάι, ανθρακούχα αναψυκτικά.
9) Αποφυγή καπνίσματος και χώρων με πολύ καπνό. Ο καπνός είναι τοξικός για το λάρυγγα και ευθύνεται και για τον καρκίνο του λάρυγγα.
10) Κατανάλωση όσο περισσότερου νερού γίνεται (εάν γίνεται 3-4 λίτρα την ημέρα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την κακή χρήση και κατάχρηση της φωνής μπορούν να αφορούν περιστασιακά καθέναν από εμάς. Η ανάπτυξη μιας φωνητική διαταραχής όπως είναι η υπερλειτουργική διαταραχή φωνής οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο μέγεθος της κατάχρησης καθώς και στην προδιάθεση του ατόμου. Ο κάθε άνθρωπος έχει ένα επίπεδο ιδανικής λαρυγγικής λειτουργίας και ένα όριο πέρα από το οποίο ο λάρυγγας δεν μπορεί να λειτουργήσει πλέον αποδοτικά. Η πρόληψη αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα για την υγιεινή φωνής.

Με καλή χρήση της φωνής και εφαρμόζοντας κανόνες φωνητικής υγιεινής βελτιώνεται η φωνητική ποιότητα, μειώνεται η φωνητική κόπωση και επιτυγχάνεται η ομαλή και φυσιολογική λειτουργία της φώνησης.

SUMMARY

Hyperfunctional voice disorders: Prevention and voice hygiene

Sophia N. Kouni, BSc, MSc

Department of Speech Therapy, Patras Highest Institute of Education and Technology, Patras, Greece

Hyperfunctional voice disorders constitute the largest category of voice problems. The predominant feature of hyperfunctional voice disorders is excessive effort and tension on phonation. The aetiology of this category of voice disorders is multifactorial and includes those who work in occupations where there is a high risk of misusing the voice, either through the demands of the job itself or because of the setting in which voice use takes place. Modification of vocal behavior and voice hygiene is essential to prevent voice disorders of this type. ***Ach Iatr 2008; 27:152-155***

Key words: *hyperfunctional voice disorders, phonation, voice hygiene*

Correspondence: *Sophia N. Kouni, 7 Aratou Street, Queen Olgas Square, Patras 26221, Greece, Tel: +30 2610 222332, Fax: +30 2610 279579, e-mail: snkouni@yahoo.gr*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Greene, MCL, Mathieson, L. The voice and its disorders, 6th edition. Whur Publishers, London and Philadelphia, 2002; 68.
2. Εξαρχάκος, Γ. Η φυσιοπαθολογία της φωνής. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2001; 92.
3. Stemple JC, Stanley J, Lee L. Objective measures of voice production in normal subjects following prolonged voice use. J Voice 1995; 9: 127-33.
4. Vilkman E. Occupational risk factors and voice disorders. Logop Phon Vocology 1996; 21: 137-141.
5. Wai Kai Chan R. Does the voice improve with vocal hygiene education ? A study of some instrumental voice measures in a group of kindergarten teachers. J voice 1994; 8: 279-291.
6. Carding PN, Horsley IA, Docherty GJ. A study of the effectiveness of voice therapy in the treatment of 45 patients with non-organic dysphonia. J Voice 1999; 13:72-104.
7. Hixon TJ, Mead J, Goldman MD. Dynamics of the chest wall during speech production: function of the thorax, rib cage and abdomen. J Speech Hearing Res 1976; 19-297.
8. Stemple JC, Lee L, Damico B, Pickup B. Efficacy of vocal function exercises as a method of improving voice production. J Voice 1994; 8: 270-278.
9. Verdolini-Marston K, Santage M, Titze IR. Effect of hydration treatments on laryngeal nodules and polyps and related voice measures. J Voice 1994; 8: 30-47.

Η αιτιολογία του λοιμού των Αθηνών ή του«Συνδρόμου του Θουκυδίδη»

«ήξει Δωρικός Πόλεμος και λοιμός αμ΄αυτώ»

Νέαρχος Γαλανάκης

Α΄ Παθολογικό Τμήμα,
Γενικο Νοσοκομείο Νίκαιας- Πειραιά
«Άγιος Παντελεήμων»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αιτιολογία του λοιμού των Αθηνών ή «συνδρόμου Θουκυδίδη», συνεχίζει να αποτελεί από μετά από 2500 έτη ένα γρίφο. Οδηγοί για την επίλυσή του είναι το κείμενο του Θουκυδίδου και τα αρχαιολογικά ευρήματα. Από το κείμενό του υπάρχουν πληροφορίες για την κλινική εικόνα και την επιδημιολογία της νόσου. Τα αρχαιολογικά ευρήματα έχουν εξετασθεί με μοντέρνες μικροβιολογικές μεθόδους για την εξακρίβωση του αιτίου. Από την ανασκόπηση της κείμενης βιβλιογραφίας τα κλινικά και επιδημιολογικά στοιχεία, πιθανά αίτια είναι η ευλογιά, ο εξανθηματικός τύφος και η ιλαρά. Από τα παλαιοπαθολογικά ευρήματα η μόνη πιθανή αιτία μπορεί να είναι ο τυφοειδής πυρετός, πλην όμως τα κλινικά και επιδημιολογικά στοιχεία δεν συνηγορούν υπέρ της διαγνώσεως. Ως εκ τούτου το αίτιο του λοιμού συνεχίζει να είναι άγνωστο και ανοικτό για μελέτη. ***Αχ Ιατρ 2008; 27:156-159.***

Λέξεις κλειδιά: Θουκυδίδης, λοιμός των Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Λοιμός των Αθηνών (430-427 π.Χ.) φαίνεται να ήταν μια από κύριες αιτίες της ήττας της Αθηναϊκής συμμαχίας κατά τον Πελοποννησιακό Πόλεμο.

Σύμφωνα με τον ιστορικό του Πελοποννησιακού Πολέμου (Θουκυδίδη) η νόσος είχε ως αποτέλεσμα την καταστροφή του ¼ του Αθηναϊκού Πληθυσμού. Οδήγησε ακόμη στον θάνατο του Περικλέους, ηγέτου της Αθηναϊκής Δημοκρατίας, και είχε επιπτώσεις στην οικονομία και την γενικότερη οργάνωση της ζωής στην Πόλη – Κράτος των Αθηνών[1,2]. Επίσης είχε ολέθριες συνέπειες στα ήθη και τον κοινωνικό ιστό όπως

Αλληλογραφία:
Νέαρχος Γαλανάκης
Παλμύρας 11
165 61 Γλυφάδα
Τηλ: 210 77 82 375
e-mail: ngalanakis@gmail.com

περιγράφεται από τον (Θουκυδίδη)[1]. Αν και το κείμενο του Θουκυδίδη το οποίο δημοσιεύεται εδώ είναι μνημείο περιγραφής μιας νοσολογικής οντότητας και δίδει πολύ αξιόπιστες πληροφορίες για την κλινική εικόνα της νόσου (ο ίδιος ο ιστορικός είχε νοσήσει από τη νόσο) και αποτελεί πηγή επιδημιολογικών πληροφοριών, οι σύγχρονοι ιστορικοί, καθώς και οι γιατροί που ασχολούνται με τις λοιμώξεις και την ιστορία της ιατρικής δεν κατόρθωσαν μέχρι στιγμής να δώσουν μια πειστική εξήγηση του λοιμού[3,4]. Όλες οι προσπάθειες, τουλάχιστον από πλευράς ιατρών, ήταν και είναι να συνδυάζουν τις νοσολογικές (περιγραφή συμπτωμάτων) και τις επιδημιολογικές πληροφορίες του Θουκυδίδη και μέσω αυτού να πιθανολογήσουν το αίτιο του λοιμού. Μερικοί[5,6] προσπάθησαν να αξιοποιήσουν τα ευρήματα της παλαιοανατομίας ή καλύτερα της παλαιοβιολογίας (εξέταση DNA) επί το ορθότερο, με τις Θουκυδίδειες περιγραφές, έτσι ώστε η πιθανολόγησή τους να είναι περισσότερο ισχυρή. Η αδυναμία αυτή οφείλεται σε αρκετούς παράγοντες τους οποίους θα μπορούσε κανείς να συνοψίσει: α) Στη διαφορά εννοιών που δυνατόν υπάρχει στο αρχαίο κείμενο και στην σημερινή εποχή. β) Την αδυναμία των συγχρόνων ιατρών και ιστορικών να κατανοήσουν την έννοια των λέξεων που χρησιμοποιεί ο Θουκυδίδης (πράγμα που εμπεριέχεται κατά τη γνώμη του γράφοντος στο (α)). γ) Στην πιθανή αλλαγή των κλινικών εικόνων των ιδίων νοσημάτων ανάμεσα στους 25 αιώνες που χωρίζουν την εποχή του Πελοποννησιακού Πολέμου και την εποχή μας[3].

Η ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΛΟΙΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΟΥΚΥΔΙΔΗ

Παράθεση του αρχαίου κειμένου όπως αποδόθηκε στη νέα Ελληνική από τον ΕΚ. Βενιζέλο δίδεται παρακάτω. Υπάρχει διάχυτη η φήμη ότι η μετάφραση αυτή δεν είναι απευθείας μετάφραση από αρχαιοελληνικό κείμενο αλλά από τη γαλλική μετάφραση του αρχαιοελληνικού κειμένου. Όσο και αν προσπάθησα δεν κατόρθωσα να επιβεβαιώσω ή να απορρίψω τη συγκεκριμένη φήμη με στοιχεία. Ο γράφων είχε δύο επιλογές: ή να παραθέσει το αρχαιοελληνικό κείμενο και παράλληλα να δώσει τη μετάφραση από το αγγλικό κείμενο στη νεοελληνική ή να χρησιμοποίησει δόκιμο μετάφραση του αρχαιοελληνικού κειμένου. Προτιμήθηκε η μετάφραση του ΕΚ. Βενιζέλου διότι γενικά θεωρείται από τις πλέον δόκιμες μεταφράσεις, αλλά ακόμη και αν δεν ήταν απευθείας από το αρχαίο κείμενο ο μεταφραστής είχε περισσότερη γνώση από τον γράφοντα της αρχαίας Ελληνικής και πιστεύω ότι κατά τη μετάφραση θα χρησιμοποιούσε και το πρωτότυπο στο οποίο ήταν περισσότερο εξοικειωμένος από εμέ.

Παρόλη τη γνώση της Αρχαίας Ελληνικής φαίνεται να μην μπορεί να αποδώσει ορθά την αρχαιοελληνική λέξη «λύγξ», η δε ροή του λόγου δεν είναι πάντοτε επαρκής και αβίαστος, παρά το ρέον του αρχαιοελληνικού κειμένου.

Μετάφραση του αρχαίου κειμένου

§47. Κατά τοιούτον τρόπον έγινεν η τελετή του ενταφιασμού κατά τον χειμώνα τούτον, μετά την λήξιν του οποίου έληξε και το πρώτον έτος του πολέμου. Ευθύς δε με την αρχήν του επομένου θέρους, οι Πελοποννήσιοι και λοιποί σύμμαχοι, με τα δύο τρίτα των δυνάμεών των, όπως και την πρώτην φοράν, υπό την αρχηγίαν του βασιλέως των Λακεδαιμονίων Αρχιδάμου, υιού του Ζευξιδάμου, εισέβαλαν εις την Αττικήν, όπου στρατοπευδεύσαντες ήρχισαν να ερημώνουν την γην. Και πριν παρέλθουν πολλαί ημέραι από της εισβολής, παρουσιάσθη δια πρώτην φοράν εις τας Αθήνας ο λοιμός, ο οποίος ελέγετο μεν ότι είχεν ενσκήψει προηγουμένως πολλαχού, και εις την Λήμνον και εις άλλας χώρας, αλλά πουθενά δεν εμνημονεύετο λοιμώδης νόσος τοιαύτης εκτάσεως, ούτε φθορά ανθρώπων τόσον μεγάλη. Διότι ούτε ιατροί, οι οποίοι, αγνοούντες την φύσιν της ασθενείας, επεχείρουν δια πρώτην φοράν να την θεραπεύσουν, αλλ' απέθνησκαν οι ίδιοι μάλλον, καθόσον και περισσότερον ήρχοντο εις επαφήν με αυτήν, ούτε άλλη καμμία ανθρωπίνη τέχνη ηδύνατο να βοηθήση. Ό,τι αφορά, εξ άλλου, τας προς τους θεούς παρακλήσεις ή τας προς τα μαντεία επικλήσεις και τα τοιαύτα, τα πάντα ήσαν ανωφελή, και επί τέλους οι άνθρωποι, καταβληθέντες από το κακόν παρητήθησαν αυτών.

§48. Η νόσος ήρχισε το πρώτον, ως λέγεται, από την νοτίως της Αιγύπτου κειμένην Αιθιοπίαν, από όπου κατέβη έπειτα εις την Αίγυπτον και την Λιβύην και επεξετάθη εις το πλείστον μέρος της Περσικής αυτοκρατορίας. Εις δε την πόλιν των Αθηνών ενέσκηψεν αιφνιδίως και προσέβαλε κατά πρώτον τους κατοίκους του Πειραιώς, και δια τούτο ελέχθη από αυτούς ότι οι Πελοποννήσιοι είχαν ρίψει δηλητήριον

εις τας δεξαμενάς, διότι κρήναι δεν υπήρχαν ακόμη εκεί. Αλλ' ύστερον έφθασε και εις την άνω πόλιν και από τότε ηύξησε μεγάλως η θνησιμότης. Καθείς δε, είτε ιατρός, είτε άπειρος της ιατρικής, ημπορεί, αναλόγως της ατομικής του κρίσεως, να ομιλή περί της πιθανής προελεύσεώς της και περί των αιτίων, τα οποία νομίζει ικανά να επιφέρουν τοιαύτην διατάραξιν των υγιεινών συνθηκών. Αλλ' εγώ, που και ο ίδιος έπαθα από την νόσον, και με τα ίδια τα μάτια μου είδα άλλους πάσχοντας, θα εκθέσω την πραγματικήν της πορείαν και θα περιγράψω τα συμπτώματά της, η ακριβής παρατήρησις των οποίων θα επιτρέψη ασφαλέστερον εις τον καθένα που θα ήθελε να τα σπουδάση επιμελώς να κάμη την διάγνωσίν της, εάν ποτέ ήθελε και πάλιν ενσκήψει.

§49. Το έτος εκείνο, κατά κοινήν ομολογίαν, έτυχε μέχρι της στιγμής της εισβολής της νόσου να είναι κατ' εξοχήν απηλλαγμένον από άλλας ασθενείας. Εάν όμως κανείς υπέφερε τυχόν προηγουμένως από καμμίαν άλλην ασθένειαν, όλαι κατέληγαν εις αυτήν. Όσοι, εξ άλλου, ήσαν ως τότε υγιείς, χωρίς καμμίαν φανεράν αιτίαν προσεβάλλοντο αιφνιδίως από πονοκέφαλον με ισχυρόν πυρετόν και ερυθήματα και φλόγωσιν των οφθαλμών, και το εσωτερικόν του στόματος, ο φάρυγξ και η γλώσσα εγένοντο ευθύς αιματώδη, και η εκπνοή ήτο αφύσικος και δυσώδης. Κατόπιν των φαινομένων αυτών, επηκολούθουν πτερνισμοί και βραχνάδα, και μετ' ολίγον το κακόν κατέβαινεν εις το στήθος, συνοδευόμενον από ισχυρόν βήχα. Και όταν προσέβαλλε τον στόμαχον, επροκάλει ναυτίαν και ταύτην επηκολούθουν, με μεγάλην μάλιστα ταλαιπωρίαν, εμετοί χολής, όσοι περιγράφονται υπό των ιατρών. Και εις άλλους μεν αμέσως, εις άλλους δε πολύ βραδύτερον, παρουσιάζετο τάσις προς εμετόν ατελεσφόρητος, προκαλούσα ισχυρόν σπασμόν, ο οποίος εις άλλους μεν κατέπαυεν, εις άλλους δε εξηκολούθει επί πολύ. Το σώμα εξωτερικώς δεν παρουσιάζετο πολύ θερμόν εις την αφήν, ούτε ήτο ωχρόν, αλλ' υπέρυθρον, πελιδνόν, έχον εξανθήματα μικρών φλυκταινών και ελκών. Εσωτερικώς όμως εθερμαίνετο τόσον πολύ ώστε οι ασθενείς δεν ηνείχοντο ούτε ελαφρότατα ενδύματα ή σινδόνια, και επέμεναν να είναι γυμνοί, και μεγίστην ησθάνοντο ευχαρίστησιν, αν ημπορούσαν να ριφθούν εντός ψυχρού ύδατος. Πολλοί δε πράγματι, οι οποίοι είχαν μείνει ανεπιτήρητοι, ερρίφθησαν εις δεξαμενάς, διότι κατετρύχοντο από δίψαν άσβεστον, αφού και το πολύ και το ολίγον ποτόν εις ουδέν ωφέλει. Και η αδυναμία των ν' αναπαυθούν, καθώς και η αϋπνία, τους εβασάνιζαν διαρκώς. Και το σώμα, εφόσον η νόσος ήτο εις την ακμήν της, δεν κατεβάλλετο, αλλ' αντείχε καταπληκτικώς εις την ταλαιπωρίαν, ώστε ή απέθνησκαν οι πλείστοι την εβδόμην ή ενάτην ημέραν εκ του εσωτερικού πυρετού, πριν εξαντληθούν εντελώς αι δυνάμεις των, ή, εάν διέφευγαν την κρίσιν, η νόσος κατήρχετο περαιτέρω εις την κοιλίαν και επροκάλει ισχυράν έλκωσιν, και συγχρόνως επήρχετο ισχυρά διάρροια, ούτως ώστε κατά το μεταγενέστερον τούτο στάδιον οι πολλοί απέθνησκαν από εξάντλησιν. Διότι το νόσημα, αφού ήρχιζεν από την κεφαλήν, όπου το πρώτον εγκαθίστατο, εξετείνετο βαθμηδόν εφ' όλου του σώματος, και αν κανείς ήθελε διαφύγει τον θάνατον, προσέβαλλε τα άκρα, όπου άφινε τα ίχνη του. Καθόσον το νόσημα προσέβαλλε και τα αιδοία και τα άκρα των χειρών και ποδών, και πολλοί χάνοντες αυτά εσώζοντο, μερικοί μάλιστα έχαναν και τους οφθαλμούς. Άλλοι πάλιν, ευθύς μετά την θεραπείαν, επάθαιναν γενικήν αμνησίαν και δεν ανεγνώριζαν ούτε εαυτούς, ούτε τους οικείους των.

§ 50. Ο χαρακτήρ τωόντι της νόσου ήτο τοιούτος, ώστε δεν ημπορεί να περιγραφή επαρκώς δια λόγων, και όχι μόνον η σφοδρότης της προσβολής εκάστου κρούσματος υπερέβαινε γενικώς την ανθρωπίνην αντοχήν, αλλά και κατά τούτο απεδείχθη σαφέστατα ότι δεν επρόκειτο δια καμμίαν από τας συνήθεις ανθρωπίνας ασθενείας, καθόσον τα όρνεα και τα τετράποδα, όσα τρώγουν τα ανθρώπινα πτώματα, μολονότι πολλοί νεκροί έμεναν άταφοι, ή δεν επλησίαζαν αυτούς, ή αν έτρωγαν από τα πτώματα, εψοφούσαν. Απόδειξις τούτου είναι η αναμφισβήτητος εξαφάνισις των ορνέων τούτων, τα οποία δεν έβλεπε κανείς ούτε πέριξ των πτωμάτων, ούτε αλλού πουθενά. Ενώ προκειμένου περί των σκύλων, το αποτέλεσμα ήτο ακόμη περισσότερον καταφανές, ως εκ του ότι συμβιούν με τους ανθρώπους.

§ 51. Τοιούτος λοιπόν ήτο ο γενικός χαρακτήρ της ασθενείας, διότι παραλείπω πολλά άλλα ασυνήθη συμπτώματα, κατά τα οποία τα καθέκαστα κρούσματα διέφεραν τα μεν από τα δε. Και εφόσον διήρκει η νόσος, καμμία άλλη από τας συνήθεις ασθενείας δεν παρηνώχλει τους κατοίκους, εάν δε τυχόν παρουσιάζετο κανέν κρούσμα, απέληγεν εις αυτήν. Και άλλοι, μεν απέθνησκαν ένεκα ανεπαρκούς νοσηλείας, άλλοι όμως

μολονότι υπεβάλλοντο εις επιμελεστάτην τοιαύτην. Αλλ' ουδέ και κανέν φάρμακον, δύναμαι σχεδόν να είπω, ευρέθη, του οποίου η χρήσις να είναι αποτελεσματική, διότι εκείνο που ωφελεί τον ένα, αυτό το ίδιον έβλαπτε τον άλλον, και καμμία ιδιοσυγκρασία, όπως απεδείχθη, δεν ήτο αρκετά ισχυρά δια να αντισταθή, ή αρκετά ασθενής, όπως αποφύγη την ασθένειαν, αλλά όλοι αδιακρίτως υπέκυπταν εις αυτήν, και εκείνοι ακόμη, που εθεραπεύοντο με πάσαν ιατρικήν επιμέλειαν. Και το φοβερώτερον εις όλην αυτήν την ασθένειαν ήτο όχι μόνον η αποθάρρυνσις των θυμάτων, όταν αντελαμβάνοντο ότι προσεβλήθησαν από την νόσον (διότι το πνεύμα των παρεδίδετο αμέσως εις απελπισίαν και εγκατέλειπαν εαυτούς εις την τύχην και δεν ανθίσταντο κατά της ασθενείας), αλλά και το γεγονός ότι νοσηλεύοντες ο εις τον άλλον, εμολύνοντο και απέθνησκαν ωσάν πρόβατα. Και τούτο προεκάλει τους περισσοτέρους θανάτους, διότι ή απέφευγαν εκ φόβου να επικοινωνούν προς αλλήλους και οι ασθενείς απέθνησκαν εγκαταλελειμμένοι, εις τρόπον ώστε πολλαί κατοικίαι ερημώθησαν δι' έλλειψιν νοσηλείας, είτε επικοινωνούσαν και απέθνησκαν εκ της μολύνσεως. Η τελευταία αυτή τύχη επεφυλάσσετο ιδίως εις τους οπωσδήποτε αντιποιουμένους ευγένειαν αισθημάτων, διότι, θεωρούντες τούτο καθήκον τιμής, επεσκέπτοντο τους φίλους των, αψηφούντες τον προσωπικόν κίνδυνον, ενώ αντιθέτως οι ίδιοι οι συγγενείς, καταβαλλόμενοι από το μέγεθος της συμφοράς, εβαρύνοντο επί τέλους και παρήτουν και αυτούς τους θρήνους υπέρ των αποθνησκόντων. Ακόμη όμως περισσότερον ευσπλαχνίζοντο τους θνήσκοντας και τους ασθενείς όσοι είχαν θεραπευθή από την νόσον διότι και εγνώριζαν αυτήν εξ ιδίας πείρας και ήσαν του λοιπού οι ίδιοι πλήρεις θάρρους, καθόσον η νόσος δεν προσέβαλλε δις τον ίδιον άνθρωπον, μετά κακής τουλάχιστον εκβάσεως. Και όχι μόνον εμακαρίζοντο αυτοί από τους άλλους, αλλά και οι ίδιοι, ένεκα της υπερβολής της παρούσης χαράς των, είχαν ως προς το μέλλον κάποιαν επιπολαίαν ελπίδα, ότι δεν θ' απέθνησκαν πλέον ούτε από άλλην ασθένειαν.

§ 52. Αλλά την εκ της νόσου ταλαιπωρίαν επηύξησεν η συγκέντρωσις του πληθυσμού της υπαίθρου χώρας εντός της πόλεως. Οι νεωστί ιδίως εισελθόντες υπέφεραν περισσότερον. Διότι δια την έλλειψιν οικιών ηναγκάζοντο να ζουν εντός παραπηγμάτων πνιγηρών ως εκ του θέρους, και οι θάνατοι επήρχοντο εν τω μέσω μεγάλης αταξίας. Νεκροί έκειντο οι μεν επί των δε, και ημιθανείς εκυλίοντο εντός των δρόμων προς όλας τας κρήνας, ως εκ της ασβέστου δίψης, και οι ιεροί περίβολοι, εντός των οποίων είχαν κατασκηνώσει, ήσαν πλήρεις νεκρών, οι οποίοι απέθνησκαν εντός αυτών. Διότι επειδή το κακόν τους κατεβασάνιζεν, οι άνθρωποι, μη γνωρίζοντες ποίον θα είναι το τέλος των, ολιγώρως είχον προς πάντα θείον και ανθρώπινον νόμον. Ως εκ τούτου τα έθιμα, προς τα οποία συνεμορφώνοντο έως τότε, προκειμένου περί ενταφιασμού, κατεπατήθησαν όλα, και καθείς έθαπτε τους νεκρούς του όπως ημπορούσε. Πολλοί μάλιστα, ένεκα ελλείψεως των απαιτουμένων δια την ταφήν υλικών, λόγω του ότι πολλοί εκ της οικογενείας των είχαν ήδη προαποθάνει, προσέφευγαν εις μέσα ταφής βδελυρά. Διότι άλλοι μεν απέθεταν πρώτον τον ιδικόν των νεκρόν επί ξένης πυράς και την ήναπταν, προλαμβάνοντες εκείνους που την είχαν στήσει, άλλοι δε, ενώ νεκρός εκαίετο ήδη, έρριπταν επάνω εκείνον που έφεραν και έφευγαν.

§ 53. Αλλ' η νόσος εισήγαγε προσέτι και άλλας χειροτέρας μορφάς ανομίας εις την πόλιν. Διότι πολλοί, οι οποίοι προηγουμένως απέκρυπταν την επίδοσίν των εις αθεμίτους ηδονάς, παρεδίδοντο ήδη εις αυτάς χωρίς καμμίαν επιφύλαξιν, καθόσον έβλεπαν πόσον αιφνίδια ήτο η μετάπτωσις, αφ' ενός μεν των πλουσίων, οι οποίοι εξαίφνης απέθνησκαν, αφ' ετέρου δε των τέως εντελώς απόρων, οι οποίοι εις μίαν στιγμήν υπεισήρχοντο εις τας περιουσίας εκείνων. Ως εκ τούτου, απεφάσιζαν να χαρούν την ζωήν των όσον ημπορούσαν ταχύτερον, επιδιδόμενοι εις τας απολαύσεις, διότι εθεώρουν και την ζωήν και τον πλούτον εξ ίσου εφήμερα. Και κανείς δεν ήτο διατεθειμένος να υποβάλλεται προκαταβολικώς εις ταλαιπωρίας προς επιδίωξιν σκοπού, τον οποίον ενόμιζεν ενάρετον, αφού εθεώρει αμφίβολον, αν θα επιζήση δια να πραγματοποιήση αυτόν, μόνον δε ό,τι παρείχεν άμεσον απόλαυσιν και ό,τι καθ' οιονδήποτε τρόπον ωδήγει εις τούτο κατήντησε να θεωρήται και ενάρετον και χρήσιμον. Αλλά φόβος των θεών ή νόμος των ανθρώπων κανείς δεν τους συνεκράτει, αφ' ενός μεν διότι βλέποντες ότι όλοι εξ ίσου απέθνησκαν, έκριναν ότι καμμία δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ ευσεβείας και ασεβείας, εξ άλλου δε, επειδή κανείς δεν επίστευεν ότι θα επιζήση, δια να δώση λόγον των εγκλημάτων του και τιμωρηθή δι' αυτά. Τουναντίον, όλοι εθεώρουν ότι

η ήδη κατεψηφισμένη κατ' αυτών και επί των κεφαλών των επικρεμαμένη τιμωρία ήτο πολύ βαρυτέρα, και ότι πριν επιπέση κατ' αυτών, εύλογον ήτο να χαρούν οπωσδήποτε την ζωήν των.

§ 54. Εις τοιαύτην συμφοράν περιπεσόντες οι Αθηναίοι, εταλαιπωρούντο, καθόσον και εντός της πόλεως η θνησιμότης ήτο μεγάλη και εκτός αυτής τα κτήματά των ερημώνοντο. Μερικοί μάλιστα κατά την διάρκειαν της δυστυχίας ενθυμήθησαν, όπως ητο φυσικόν, τον επόμενον στίχον, περί του οποίου οι πρεσβύτεροι απ' αυτούς εβεβαίωναν, ότι εψάλλετο εις παλαιοτέραν εποχήν: "θα έλθη δωρικός πόλεμος και λοιμός μαζί μ' αυτόν". Είναι αληθές ότι αντέτειναν μερικοί ότι ο παλαιός στίχος ωμιλούσε περί λιμού και όχι λοιμού, αλλ' επί του παρόντος επεκράτησε φυσικά η γνώμη ότι η λέξις, της οποίας είχε γίνη χρήσις εις το άσμα, ήτο λοιμός, καθόσον οι άνθρωποι εμνημόνευαν τον στίχον σύμφωνα με τα παθήματά των. Αλλ' εάν ποτέ επέλθη άλλος δωρικός πόλεμος μετά τον σημερινόν, και συμπέση να επέλθη λιμός, μου φαίνεται πιθανόν ότι τον στίχον θα ψάλλουν με την λέξιν αυτήν. Ενθυμήθησαν επίσης, όσοι τον εγνώριζαν και τον προς τους Λακεδαιμονίους χρησμόν, όταν εις ερώτησίν των προς τον θεόν, εάν πρέπη να πολεμήσουν, ούτος απήντησεν, ότι εάν διεξαγάγουν τον πόλεμον με όλας των τας δυνάμεις, θα νικήσουν, βεβαιών συνάμα ότι και αυτός θα τους βοηθήση. Όσον λοιπόν αφορά τον χρησμόν, τα τότε συμβαίνοντα εθεώρουν σύμφωνα με τας προβλέψεις του. Το βέβαιον είναι ότι η νόσος ήρχισεν ευθύς μετά την εισβολήν των Πελοποννησίων, και εις μεν την Πελοπόννησον δεν επεξετάθη, τουλάχιστον εις βαθμόν άξιον λόγου, αλλ' εθέρισε προ πάντων μεν τας Αθήνας, έπειτα δε και μερικούς πολυανθρωποτέρους συνοικισμούς. Τοιαύτη υπήρξεν η πορεία της νόσου.

Η ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΘΟΥΚΥΔΙΔΗ:

Α) Κλινική εικόνα

Αν και ο Θουκυδίδης δεν ήταν, από ότι γνωρίζουμε γιατρός, η περιγραφή της νόσου είναι πολύ επαρκής. Σε μερικά σημεία δεν μπορούμε να είμαστε σίγουροι για τα περιγραφόμενα. Από τα δύσκολα σημεία είναι η περιγραφή του εξανθήματος και αυτό μάλλον οφείλεται στο ότι η έννοια των δερματολογικών βλαβών ήταν διαφορετική από εκείνη που χρησιμοποιείται σήμερα[7].

Έτσι λοιπόν από την περιγραφή του παρατηρητικού ιστορικού προκύπτει ότι πρόκειται περί βαρέως επιδημικού νοσήματος με οξεία έναρξη με κεφαλαλγία, υψηλό πυρετό, φλεγμονή επιπεφυκότων και βλεννογόνων στόματος και φάρυγγος και δυσώδη απόπνοια της αναπνοής. Ακολουθούν επίμονος βήχας, θωρακικός πόνος και πταρμοί ενώ στην συμπτωματολογία μετά την 5-6η ημέρα της νόσου εμφανίζονται λύγξ, ναυτία και χολώδεις εμετοί. Το δέρμα ήταν εξέρυθρο, πελιδνό, με μικρές φλύκταινες και εξελκώσεις που άρχιζαν από το κεφάλι και σταδιακά επεκτείνονταν στον κορμό και στα άκρα. Χαρακτηριστικό του λοιμού ήταν το αίσθημα εσωτερικής θερμότητας που επέβαλλε στους ασθενείς αποβολή ενδυμάτων και κλινοστρωμνής, αλλά και η αίσθηση μεγάλης δίψας, που οδηγούσε τους ασθενείς σε πηγάδια, στέρνες, πηγές, αλλά η πόση του ύδατος ουδόλως ανακούφιζε από την δίψα.

Ο θάνατος επήρχετο την 7η - 9η ημέρα λόγω εσωτερικού πυρετού χωρίς εξάντληση ή από εξάντληση, μετά από έντονη διάρροια.

Σε μερικούς ασθενείς που επέζησαν υπήρχαν μόνιμη (§49) αμνησία, τύφλωση και νεκρώσεις ακρών και αιδοίων (γεννητικών οργάνων).

Β) Επιδημιολογία

Η νόσος ξεκίνησε από την Αίγυπτο, την υπό την Αίγυπτο Αφρική και ήρθε στην πόλη μέσω Πειραιώς, αφού προηγουμένως είχε περάσει από την Περσία (χώρα του Μεγάλου Βασιλέως κατά το αρχαίο κείμενο) και τη Λήμνο, και τα πρώτα κρούσματα εμφανίστηκαν κατά το 2ο έτος του πολέμου λίγες μέρες μετά την εισβολή του Αρχιδάμου στην Αττική. (§47-48). Αμφίβολη ήταν η προσβολή των ζώων (§51). Η νόσος κατέλειπε ανοσία (§51). Από δύο παραγράφους (§50-51) προκύπτει η μεταδοτικότης της νόσου. Η θνησιμότητα της νόσου φαίνεται σε άλλο εδάφιο §56.

Γ) Πολιτικές και Κοινωνικές επιδράσεις του λοιμού

Ο Θουκυδίδης ως γνήσιος ιστορικός κυρίως ενδιαφέρεται περισσότερο για τις κοινωνικές και πολιτικές επιπτώσεις τις οποίες περιγράφει σε τρία εδάφια (§52-53-54). Περιγράφονται με κάθε λεπτομέρεια οι λόγοι της διαλύσεως από τον λοιμό της κοινωνικής ομαλότητας και ιεραρχίας και αυτού που σήμερα ονομάζουμε κοινωνικό ιστό. Ακόμη και τα ταφικά έθιμα των οποίων η παρά-

βαση ήταν ικανή να οδηγήσει στην εσχάτη των ποινών (ναυμαχία των Αργινουσών) δεν γίνονταν σεβαστά στην διάρκεια του λοιμού. Πράγμα που επιβεβαιώνεται και στα ταφικά ευρήματα του Κεραμεικού.

Αιτιολογία Λοιμού

Για την αιτιολογία της νόσου όπως φαίνεται στο πίνακα 1 έχουν προταθεί πλείστα όσα νοσήματα λοιμώδη και μη λοιμώδη, μόνα τους ή σε συνδυασμό. Ως λύση του προβλήματος έχουν ακόμη προταθεί:

α) η νόσος να οφείλετο σε παράγοντα ο οποίος αφού έδωσε την επιδημία που διήρκεσε από το 430 έως το 427 και ακολούθως να εξαφανίστηκε.

β) το νόσημα να άλλαξε κατά τη διάρκεια των ετών.

Η πρώτη πρόταση δεν πρέπει να θεωρηθεί ως εντελώς απίθανος διότι μετά το παράδειγμα του SARS, (2002-2004), ανθρωποζωονόσου οφειλομένης σε corona ιούς[10] μπορεί να υποθέσει κανείς ότι ένα νόσημα μπορεί να προκαλέσει επιδημία και ακολούθως να εξαφανιστεί. Βέβαια η εξαφάνιση (αν πραγματικά υπάρχει για το SARS) πρέπει να αποδοθεί στα έντονα μέτρα ελέγχου που έλαβε η διεθνής κοινότητα[11]. Κατά τη γνώμη του γράφοντος μέτρα ελέγχου τέτοιας έκτασης ήταν αδύνατο να ληφθούν, κατά τη διάρκεια του Πελοποννησιακού Πολέμου, άλλωστε δεν περιγράφεται κανένα μέτρο από το Θουκυδίδη, ο οποίος ως συνεπής παρατηρητής περιγράφει οτιδήποτε υποπέσει στην αντίληψή του και το θεωρήσει ως ουσιώδες. Θέλουμε να πιστεύουμε ότι εάν κάποιο τελεσφόρο ή ακόμη και μη τελεσφόρο μέτρο είχε ληφθεί θα είχε καταχωρηθεί. Έτσι η πιθανότητα να υπήρξε κάποια νόσος που εξαφανίσθηκε αφού έδωσε την επιδημία χωρίς να μπορεί να αποκλειστεί πρέπει να θεωρείται ως απίθανος.

Η μεταβολή της κλινικής εικόνας του νοσήματος δεν μπορεί να αποκλειστεί παντελώς, διότι είναι γνωστό ότι η βαρύτητα της νόσου όσον αφορά άκρως επίνοσο πληθυσμό είναι διάφορος από εκείνη που αφορά πληθυσμό που έχει αναπτύξει ανοσία. Τέτοιο είναι το παράδειγμα της ιλαράς που εκδηλώθηκε στα νησιά Fiji για τα οποία θα αναφερθούμε πιο κάτω[3].

Το γεγονός της αναπτύξεως ανοσίας μετά τη νόσηση μάλλον αποκλείει τη νόσηση από μη λοιμώδη νοσήματα[7]. Τα μη λοιμώδη σκορβούτο και εργοτινισμός πολύ λίγο ταιριάζουν με την κλινική εικόνα του συνδρόμου. Η δε τροφιμογενής τοξική αλευκία που προτάθηκε ως αίτιο του λοιμού από Bellemore και συν[12], και που οφείλεται στις Τ2 μυκοτοξίνες προσομοιάζει σε αρκετά σημεία με την περιγραφή του Θουκυδίδη δεν μπορεί όμως με κανέναν τρόπο να εξηγήσει την εγκατάσταση ανοσίας στους νοσήσαντες.

Έτσι λοιπόν μάλλον η αιτιολόγηση του λοιμού θα πρέπει να περιοριστεί στα λοιμώδη και μόνο νοσήματα και να στηριχθεί από κλινικής απόψεως σε κομβικά

Πίνακας 1. *Θεωρίες για πιθανές αιτίες του Λοιμού των Αθηνών[2,7-9].*

Α) Γνωστά λοιμώδη

Άνθραξ
Βουβωνική πανώλης
Δάγγειος πυρετός
Ερυσίπελας
Εξανθηματικός Τύφος
Ευλογιά
Ελονοσία
Ινφλουέντσα
Μάλη
Οστρακιά
Πυρετός Lassa, Ebola, Marburg
Πυρετός της Rift Valley
Τουλαραιμία
Τοξικό shock
Τυφοειδής πυρετός
Χολέρα

Β) Άγνωστο λοιμώδες πλέον λοιμογόνο διότι αφορά ανοσιακά παρθένο πληθυσμό.

Γ) Γνωστά μη λοιμώδη αιτία

Εργοτινισμός
Σκορβούτο
Τροφιμογενής τοξική αλευκία

Δ) Σύμπτωση δύο νοσημάτων

Ινφλουέντσα επιπλεκομένη από Guillain Bare
Ινφλουέντσα επιπλεκόμενη από τοξικό σύνδρομο
Τυφοειδής και βουβωνική Πανώλης
Τυφοειδής και δυσεντερία
Τυφοειδής και κίτρινος πυρετός
Κίτρινος πυρετός και Σκορβούτο.

Ε) Νοσήματα που άλλαξαν μορφή από της πρώτης αναγνωρίσεως

Στ) Νόσημα που εξαφανίστηκε

συμπτώματα και σημεία όπως αυτά περιγράφονται στον πίνακα 2.

Τυφοειδής πυρετός

Ο τυφοειδής πυρετός είναι η μόνη νόσος που έχει και την υποστήριξη ευρημάτων παλαιοπαθολογίας[5,6]. Ο Παπαγρηγοράκης και οι συνεργάτες του εξετάζοντας τον πολφό από τρία δόντια σκελετών που βρέθηκαν από τη Γερμανική Αρχαιολογική Σχολή στο Νεκροταφείο του Κεραμικού[13] και χρησιμοποιώντας την RCR κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο λοιμός πιθανόν να ήταν τυφοειδής πυρετός. Αν και υπάρχει αμφισβήτηση στο κατά πόσο τα ευρήματα της RCR[14] δεν οφείλονται σε επιμόλυνση από το χώμα του σημείου ταφής το οποίο περιείχε τη *Salmonella typhi* και δεν ήταν πραγματικό αίτιο της νόσου. Κατά τη γνώμη του γράφοντος αλλά και άλλων λοιμωξιολόγων[3,7] η περιγραφή του Θουκυδίδη πολύ λίγα στοιχεία έχει υπέρ του τυφοειδούς πυρετού και εκείνο προέχει, και όχι η πιθανότητα επιμολύνσεως, την οποίαν επίσης αποκρούουν ο Παπαγρηγοράκης και οι συνεργάτες επιτυχώς[15].

Τα μόνα κλινικά στοιχεία υπέρ τυφοειδούς πυρετού είναι ο πυρετός και η διάρροια, ενώ ο τρόπος εγκαταστάσεως της νόσου, η ερυθρότητα οφθαλμών, η ρινική συμφόρηση, η ερυθρότητα του λαιμού και η βραχνάδα, η κάκοσμη αναπνοή, ο λύγκας, το αίσθημα εσωτερικής θερμότητας, το είδος του εξανθήματος (ο τυφοειδής κάνει την τυφική ροδάνθη) και ο χρόνος επελεύσεως του θανάτου είναι όλα τα στοιχεία κατά του τυφοειδούς πυρετού. Ως εκ τούτου η πιθανότητα ο λοιμός να ήτο τυφοειδής πυρετός, από κλινικής τουλάχιστον απόψεως, μάλλον πρέπει να θεωρηθεί απομακρυσμένη[16]. Αν δε το παραταθέν μαθηματικό μοντέλο από τους Morrens & Littman[17] για τη μελέτη της επιδημίας έχει βάση αληθείας, το ενδεχόμενο του τυφοειδούς πυρετού είναι πολύ μικρό.

Πίνακας 2. *Κομβικά κλινικά συμπτώματα και σημεία του λοιμού των Αθηνών σύμφωνα με την περιγραφή του Θουκυδίδη.*

Κλινική εκδήλωση	*Χρόνος εμφάνισης*
Απότομη έναρξη	Αρχικό στάδιο
Πυρετός	Αρχικό στάδιο
Ερύθημα οφθαλμών	Αρχικό στάδιο
Πταρμοί, ρινική συμφόρηση	Αρχικό στάδιο
Εξέρυθρος λαιμός, βραχνάδα	Αρχικό στάδιο
Δύσοσμη αναπνοή	Αρχικό στάδιο
Λύγκας, ναυτία, σπασμός	Μέσο της νόσου
Πελιδνό ερυθρό εξάνθημα (κεφαλή άκρα)	Μέσο της νόσου
Φυσαλίδες και έλκη	Μέσο της νόσου
Αίσθημα εσωτερικής θερμότητας	Τελικό στάδιο
Αϋπνία	Τελικό στάδιο
Διάρροια	Τελικό στάδιο
Γάγγραινα, τύφλωση, απώλεια μνήμης	Τελικό στάδιο

Τροποποιημένο από τον Cuncha[3]

Πανώλης

Είναι άγνωστο αν στην αρχαία Ελλάδα υπήρξε ως νόσος η πανώλη. Όμως όλα τα αναφερόμενα από τον Θουκυδίδη κλινικά ευρήματα δεν συνηγορούν υπέρ της διαγνώσεως της πανώλους.

Εκείνο το οποίο κάνει τη διάγνωση της πανώλους εντελώς απίθανη είναι η απουσία βουβωνικών βλαβών και η παρουσία συμπτωμάτων και σημείων από το ανώτερο αναπνευστικό, τα οποία ουδεμία σχέση μπορεί να έχουν με την πανώλη ακόμη και στην πνευμονική της μορφή. Ένα άλλο στοιχείο που καθιστά μάλλον απίθανη την υπόθεση της πανώλους είναι η μη αναφορά από το Θουκυδίδη νεκρών αρουραίων που είναι σχεδόν παθογνωμονικό πανώλους[18]. Ακόμη και εάν δεν είχε την ικανότητα να συσχετίσει τα γεγονότα πιστεύουμε ότι η παρατηρητικότητά του θα τον είχε οδήγηση στην αναφορά κάτι τέτοιου, όπως συσχετίζει την αποφυγή βρώσεως των νεκρών από τα όρνεα και την αυξημένη θνησιμότητα ζώων που έτρωγαν τα σώματα των νεκρών από τον λοιμό.

Αιμορραγικοί πυρετοί

Οι αιμορραγικοί πυρετοί και ιδιαίτερα ο πυρετός από ιό Ebola θα μπορούσαν να είναι το αίτιο του λοιμού κατά την άποψη του Olson και των συνεργατών (19) διότι χαρακτηρίζεται από οξεία έναρξη, πυρετό, κεφαλαλγία, φαρυγγίτιδα ακολουθούμενα από βήχα, πυρετό, κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα και αιμορραγική διάθεση. Ο πυρετός Ebola χαρακτηρίζεται από υψηλή θνητότητα (έως και 90%) μεταξύ των ασχολουμένων με την φροντίδα των ασθενών. Υπέρ της απόψεως του Ebola είναι η αναφορά του ιστορικού στον λύγγα ο οποίος επί Ebola εμφανίζεται σε ποσοστό 15% και σε

κανένα άλλο λοιμώδες δεν παρατηρείται. Η παντελής έλλειψη αναφοράς αιμορραγικών εκδηλώσεων από τον ιστορικό καθιστά τη διάγνωση των αιμορραγικών πυρετών εντελώς απίθανη. Η συχνότης αιμορραγικών εκδηλώσεων επί αιμορραγικών πυρετών είναι περίπου 70%.

Ευλογιά

Η ευλογιά ήταν η διάγνωση του συρμού για τους ασχολουμένους με το θέμα την δεκαετία του πενήντα[20] και όχι αδίκως, έχει αρκετά συμπτώματα και σημεία τα οποία προσομοιάζουν με τον περιγραφόμενο λοιμό, όπως η απότομη έναρξη, ο πυρετός, οι ερυθροί οφθαλμοί, το πελιδνό ερυθρό εξάνθημα, οι φλύκταινες, και τα έλκη, η αίσθηση εξωτερικής θερμότητας, η γάγγραινα, η απώλεια οράσεως. Κατά της ευλογιάς είναι η απουσία ραχιαλγίας και οσφυαλγίας, ο ρινικός κατάρρους, η δυσώδης αναπνοή, η διάρροια, η υπνηλία, η απώλεια μνήμης και ο θάνατος εν μέσω φαινομένων εξαντλήσεως. Αλλά το ουσιώδες και σχεδόν αποτρεπτικό μιας τέτοιας διαγνώσεως είναι η απουσία αναφοράς ουλών από τις φλύκταινες. Η ουλοποίηση είναι χαρακτηριστικό εύρημα της νόσου και ένας παρατηρητής που αναφέρει τόσα άλλα κατάλοιπα της νόσου δεν θα παρέλειπε να αναφέρει το πιο συχνό και εμφανές σημείο της παρελθούσης νόσου, δηλαδή τις ουλές.

Μια πιθανή εξήγηση θα ήταν η νόσος να μην ήταν συνήθης ευλογιά αλλά κεραυνοβόλος αιμορραγική ευλογιά η οποία καταλήγει ταχύτατα στον θάνατο, και δεν προλαβαίνει να γίνει φλυκταινοποίηση και να επακολουθήσει η ουλοποίηση της δερματικής βλάβης[3]. Κάτι τέτοιο μάλλον είναι απίθανο διότι της νόσου επιβίωσαν τα 2/3 ή 3/4 του πληθυσμού και σε κάποιους από αυτούς θα παρουσιάζονταν οι ουλώδεις βλάβες και σχεδόν είναι βέβαιο ότι θα αναφερόταν στο ιστορικό κείμενο. Για την πιθανότητα της ευλογιάς συμφωνεί το μαθηματικό μοντέλο των Morrens & Littman[17]. Το οποίο όμως θεωρεί εξ ίσου πιθανά και άλλα αίτια. (Εξανθηματικό τύφο και νόσους από ιούς).

Ινφλουέντσα

Η Ινφλουέντσα από μόνη της πολύ δύσκολα θα μπορούσε να δικαιολογήσει το περιγραφέν κλινικό σύνδρομο. Και αυτό διότι η θνητότητα είναι ιδιαίτερα υψηλή και μέχρι σήμερα σε καμιά πανδημία δεν έχει περιγραφεί τέτοια θνητότητα. Ακόμη και στην πλέον θανατηφόρο γρίπη εκείνη του 1918, η θνητότης δεν υπερέβαινε το 1% και η συμπτωματολογία και σημειολογία μερικά μόνον προσομοιάζουν με το Θουκυδίδειο σύνδρομο[21]. Γι' αυτό προτάθηκε η συνύπαρξη δυο παράλληλα παθογόνων του ιού της Ινφλουέντσα και του σταφυλόκοκκου που παράγει εξωτοξίνη και οδηγεί σε τοξικό σύνδρομο[4]. Εναντίον της υποθέσεως αυτής είναι και η εφαρμογή των μαθηματικών μοντέλων[17]. Βέβαια δεν πρέπει να παρορά̀ται το γεγονός ότι το τοξικό σύνδρομο είναι νόσος σπανιότατη, το 1985 υπήρξε αναφορά 200 περιστατικών σε πληθυσμό 200.000.000 κατοίκων αφορά κυρίως γυναίκες και έχει να σχέση με την χρήση γυναικολογικού ταμπόν. Οι άνδρες του Αγνούντος κατά τον ιστορικό είχαν θνητότητα 25% και δεν είχαν κανένα παράγοντα προδιαθεσικό για τοξικό σύνδρομο.

Ιλαρά

Η ιλαρά ως κλινική οντότης έχει πολλά από τα χαρακτηριστικά του Θουκυδίδειου συνδρόμου: την οξεία εκδήλωση, τον πυρετό, το ρινικό κατάρρου, το πελιδνό ερυθρό εξάνθημα, τον ερυθρό λαιμό και βραχνάδα, τη δυσώδη αναπνοή, τον ξηρό βήχα, το αίσθημα εσωτερικής θερμότητας, την υπνηλία και το θάνατο εξ εξαντλήσεως. Κατά της διαγνώσεως της ιλαράς είναι οι φλύκταινες και τα έλκη, η ναυτία και ο λύγκας, η διάρροια, η απώλεια οράσεως και η γάγγραινα των άκρων (σπανιότατη επιπλοκή για την ιλαρά). Εκείνο όμως που θα απομάκρυνε εντελώς από την διάγνωση είναι η πολύ υψηλή θνητότητα που στην περίπτωση του λοιμού ξεπερνά το 25%. Αν δεν υπήρξε το προηγούμενο της ιλαράς στα νησιά Fiji[3] η ιλαρά έπρεπε να αποκλειστεί μόνον εξ αυτού του λόγου. Στην επιδημία όμως ιλαράς στα νησιά Fiji όπου όλος ο πληθυσμός ήταν παρθένος από άποψη επαφής με το ιό της ιλαράς η θνητότητα ήταν πολύ υψηλή ξεπερνώντας και το 25% του λοιμού των Αθηνών[22]. Στην επιδημία ιλαράς των νησιών Fiji του 1875, 40000 από τους 150000 κατοίκους πέθαναν κατά τη διάρκεια επιδημίας ιλαράς. Εάν ο πληθυσμός των Αθηνών ήταν όλος επίνοσος μια τέτοια θνητότητα είναι αναμενόμενη. Θα έπρεπε ακόμη να τονιστεί από άποψη ιστορική ότι η ιλαρά για πρώτη φορά αναγνωρίζεται ως νοσολογική οντότητα από τον Ραζή, τούτο όμως δεν αποκλείει να υπήρχε και πολύ

πιο παλιά. Για όλους αυτούς τους λόγους ο Gunha[3] τη θεωρεί ως πλέον πιθανή αιτία.

Οστρακιά

Η όλη κλινική εικόνα της οστρακιάς ελάχιστα προσομοιάζει με εκείνη του λοιμού. Η περιγραφόμενη από την άλλη πλευρά πολύ υψηλή θνησιμότητα του λοιμού σε σύγκριση με εκείνη της οστρακιάς πρέπει να απομακρύνουν από τη διάγνωση της οστρακιάς ως αιτίου του λοιμού.

Ο εξανθηματικός τύφος

Αρκετά από τα συμπτώματα και σημεία του λοιμού θα μπορούσαν να εξηγηθούν αν γινόταν δεκτή η διάγνωση του εξανθηματικού τύφου[7]. Υπέρ της νόσου συνηγορούν η οξεία έναρξη, ο πυρετός, η ερυθρότητα των οφθαλμών, το εξάνθημα (αν και στις περιπτώσεις) εξανθηματικού τύφου η ύπαρξη του αφορά κύρια τον κορμό), το αίσθημα εσωτερικής θερμότητας, βλάβες (απώλεια μνήμης, οράσεως, γάγγραινα). Κατά θα μπορούσε να θεωρηθεί η μη αναφορά από το Θουκυδίδη καθώς και η ύπαρξη ερυθρού λαιμού, διάρροιας, ρινικού κατάρρου.

Από επιδημιολογικής απόψεως[17] ο εξανθηματικός τύφος μοιάζει πολύ πιθανός διότι η κατάσταση του πολέμου και ο συνωστισμός τόσων ατόμων σε τόσο μικρή έκταση αποτελούν ιδανική συνθήκη για την εξάπλωση της νόσου, γνωστού όντως ότι στην Αρχαία Ελλάδα υπήρχαν ψείρες[23]. Υπέρ της πιθανότητας του εξανθηματικού τύφου είναι και η περιγραφόμενη από τον Θουκυδίδη εγκατάσταση ανοσίας η οποία δεν είναι πλήρης, αλλά μερική η δευτέρα νόσηση αν επισυμβεί είναι εκτρωτική.

Άλλα λοιμώδη

Άλλα λοιμώδη νοσήματα όπως ο πυρετός της κοιλάδας του Rift, η χολέρα, η μάλη, το ερυσίπελας μάλλον δεν έχουν πιθανότητα να είναι τα αίτια του λοιμού διότι η κλινική τους εικόνα ελάχιστα ανταποκρίνεται στο σύνδρομο που περιγράφει ο Θουκυδίδης ή η θνητότητα τους (ο πυρετός της κοιλάδας του Rift) είναι εξαιρετικά μικρή.

Το 2005 ο Έλλην συνάδελφος Ι. Βαλιούλης[24] πρότεινε ως αιτία του λοιμού των Αθηνών τον υπόστροφο πυρετό φθειρών στηριζόμενος σε επιδημιολογικά και κλινικά στοιχεία. Κατά τη γνώμη του γράφοντος η πιθανότητα αυτή είναι ελαχίστη διότι ουσιαστικά δεν υπάρχει το δεύτερο στάδιο της υποτροπής το οποίο είναι αρκετά συχνό έως και υποχρεωτικό, πράγμα που δεν θα είχε διαλάθει της προσοχής του Θουκυδίδη.

Η πιθανότητα να συγχέει την υποτροπή με την εγκατάσταση μερικής ανοσίας και εκτρωτικών μορφών είναι παντελώς αδύνατο διότι η υποτροπή είναι συχνή και η εκτρωτική μορφή σπανιότατη, πράγμα που νομίζω ότι γίνεται εμφανές από την περιγραφή του συγγραφέως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο λοιμός των Αθηνών ήταν ένα λοιμώδες νόσημα με υψηλή θνητότητα (>25%). Από την ανάλυση των κλινικών, επιδημιολογίας και παλαιοπαθολογικών στοιχείων δεν είναι δυνατή η σαφής αιτιολογία του λοιμού. Από την ανάλυση των κλινικών και επιδημιολογικών στοιχείων τα πιθανά αίτια είναι η ευλογιά, ο εξανθηματικός τύφος, και σε μικρότερο βαθμό η ιλαρά.

Από τα παλαιοπαθολογικά στοιχειά η μόνο πιθανή νόσος είναι ο τυφοειδής πυρετός, πλην όμως η περιγραφή του συνδρόμου από τον Θουκυδίδη περιορίζει σημαντικά αυτό το ενδεχόμενο. Αν αλλά παλαιοπαθολογικά ευρήματα δώσουν περισσότερα ευρήματα υπέρ νοσημάτων όπως τα αναφερθέντα παραπάνω ο γρίφος βρει τη λύση του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Θουκιδίδου Ιστορίαι Βιβλίο Β΄, 47-54. Μετάφραση Ελευθερίου Κ. Βενιζέλου. http//microsapoplous.gr/thycy/vivlia/vivlio 2-1.htm. Επίσκεψη στις 30/11/2007.
2. Longrigg I. The plague of Athens Hist. Sci 1980; 18:209-25.
3. Cunha AB. The cause of the plague of Athens: plague, Typhoid, typhus,smallpox or measles. Infect Dis Clin N Am 2004; 18:29-43.
4. Langmuir AD, Worthem TD, Solomon J, et al. The Thucydides syndrome:a new hypothesis for the cause of the plague of Athens. N Engl J Med 1985; 313:1027-30.
5. Papagrigorakis JM, Synodinos NP, Yapijakis C. Ancient typhoid epidemic reveals possible ancestrial strain of Salmonella enterica serovar Typhi Infection, Genetics and Evolution 2007; 7:126-127.
6. Papagrigorakis JM, Yapijakis Ch, Synodinos NP et al.

DNA examination of ancient dental pulp incriminates typhoid fever as a probable cause of Plague of Athens. Intern J Infect. Dis 2006; 10:206-214.
7. Durack TD, Littman JR, Benitez RM, Mackwiak AD. Hellenic Holocaust: A Historical ClinicoPathologic Conference. Am J Med 2000; 109:391-397.
8. Shrewsbury JDF. The plague of Athens. Bull Hist Med 1950; 24:1-24.
9. Scarborough J. Thycydides,Greek medicine and the plague of Athens:a summary of possibilities Episteme 1970; 4:77-90.
10. Thield V (ed) Coronaviruses. Molecular and Cellular Biology, 1st ed, Caisher Academic Press 2005.
11. Naylor DC, Chantler C, Griffiths S. Learning. From SARS in Hong Kong and Toronto. JAMA 2004; 291:2483-87
12. Bellamore J, Plant IM, Cunningham LM. Plague of Athens-fungal poison. J Hist Med Allied Sc 1994; 49:521-545.
13. Bazioropoulou-Valavani A. Mass burial from the Cemetery of Kerameikos in Stamatopoulou M, Yeroulanou M (Eds) Excavating Classical Culture. Recent Archaeological Discoveries In Greece. Studies in Classical Archaelogy. I Bar International Series 1031 Archaeopress, Oxford England, 2002; p. 187-201.
14. Shapito B, Rambant A, Glibert HTP. No proof that typhoid caused The plague of Athens. Intern J Infect Dis 2006; 106:334-335(letter).
15. Papagrigorakis JM, Yapijakis C, Synodinos ND et al. Insufficient phylogenetic analysis not exclude candidacy of typhoid fever a probable cause of Plague of Athens. Infer J Infect Dis 2006; 10:335-336 (Letter).
16. Parry CM, HIEN TT, Vougan G et al. Typhoid fever. N Engl J Med 2002; 347:1770-1782.
17. Morrens DM, Littman RJ. “Thucydides Syndrome” reconsidered: new thoughts on the “Plague of Athens”. Am J Epidemiol 1994; 140:62128.
18. Slack T. The black death past and present II. Some Historical problems. Trans R Soc Med Hyg 1989; 83:461-63.
19. Olson EP, Haunes JC, Benenson SA et al. Thycydides Syndrome:Ebola Deja Vu? (or Ebola Raemergent?). Emerg Infect Dis 1996; 2:155-156.
20. Retief FP, Cillers L. The epidemic of Athens 430-426 BC S. A fr Med J 1998; 88:50-53.
21. Holladay AJ. The Thucydides syndrome: another view. N Eng J Med 1986; 315:1170-1172.
22. Morley CD. Measles in the Developing World. Proc Royal Soc Med 1974;67:1112-1115.
23. Keil H. The louse in Greek antiquity with comments on the diagnosis of the Athenian plague as recorded by Thucydides. Bull Hist Med 1951; 25:305-323.
24. Βαλιούλης Ι. Ο Λοιμός των Αθηνών. Ιατρικά θέματα (ΙΣΘ) 2005, τεύχος 37. http//www.igth.gr/Docthemes37.asp. Επίσκεψη 2 Δεκεμβριου2007.

Ειδικό Άρθρο

Το Ιατρικό Σφάλμα: Σημείο τομής Ιατρικής και Νομικής επιστήμης

Αχιλλέας Γ. Κουτσουράδης

Καθηγητής Αστικού Δικαίου,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
Δικηγόρος Αθηνών στον Άρειο Πάγο

Αλληλογραφία:
Αχιλλέας Γ. Κουτσουράδης
Τηλ: 210 8810703, 2310 447273
Fax: 210 8810703
e-mail: KOUTSOURADIS.A@DSA.GR

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Προεισαγωγικά

Όπως σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δράσης, έτσι και στο χώρο της παροχής υπηρεσιών στο χώρο της υγείας, τα λάθη είναι δυστυχώς, αναπόφευκτα. Λέγεται μάλιστα προσφυώς (όπως το αντιγράφω από το Διαδίκτυο[1]) πως όποιος λέγει πως δεν υποπίπτει σε σφάλματα, ψεύδεται, ακόμη δε και αν είναι ο ίδιος γιατρός!

Για να ανακαλέσω προς συνηγορία των λόγων μου τον **Ιπποκράτη,** η διάσημη διαχρονικά προειδοποίηση του προς τους ομότεχνους του (και όχι μόνο), με την οποία αρχίζει τους «**ΑΦΟΡΙΣΜΟΥΣ**» του: «*..ο δε καιρός οξύς, η δε πείρα σφαλερή η δε κρίσις χαλεπή = Η ευκαιρία φευγαλέα, η πείρα απατηλή, η ορθή κρίση δύσκολη*, αποκαλύπτει τα σπέρματα του ενδεχόμενου αλλά και αποφεύξιμου λάθους, που ενυπάρχουν σε κάθε ιατρική πράξη.

Μάλιστα, όσο η πρόοδος της επιστήμης προσθέτει διαρκώς γνώσεις και νέα όπλα (φάρμακα, μεθόδους, εργαλεία) στην καταπολέμηση των ασθενειών, αλλά και όσο η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας γίνεται ευκολότερη σε ευρέα στρώματα του πληθυσμού σε συνδυασμό με την εμπλοκή μεγάλου αριθμού προσώπων (ιατρικό, παραϊατρικό, τεχνικό και λοιπό προσωπικό) στο τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, όσο ο γιγαντισμός των νοσοκομείων, όσο η αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής, αλλά ταυτόχρονα και οι παθογένειες του σύγχρονου τρόπου ζωής, χαρακτηρίζουν την εποχή μας, τόσο η στατιστική πιθανότητα πρόκλησης μιας επιπλοκής ή εμφάνισης ενός αποτελέσματος που δεν συμπλέει με τις εύλογες προσδοκίες γιατρού και ασθενούς αυξάνει κατακόρυφα.

Μπορεί σε παλαιότερες εποχές, η ιατρική αστοχία να αποτελούσε «Ταμπού» για τους εμπλεκόμενους και τους τρίτους, όμως τα τελευταία χρόνια, έχει εξελιχθεί, τουλάχιστον για τους γιατρούς και τους νομικούς, σε παγκόσμιο επίπεδο, σε έντονα συζητούμενο **πρόβλημα διαχείρισης επαγγελματικού κινδύνου**, με επιπτώσεις για τον διαπράξαντα το λάθος

* Το κείμενο αποδίδει, με τις απαραίτητες συμπληρώσεις, διάλεξη του γράφοντα, που δόθηκε στις 29/3/2008 σε εκδήλωση της Ιατρικής Εταιρίας Δυτικής Ελλάδος και Πελοποννήσου, στην Πάτρα.

γιατρό, για τον ατυχήσαντα αποδέκτη της ιατρικής υπηρεσίας αλλά και για το ευρύτερο-οικογενειακό-επαγγελματικό περιβάλλον του, ενδεχομένως μάλιστα και για το γενικό κοινωνικό σύνολο σε σημείο που σε ορισμένες χώρες να αποκτά διαστάσεις μακροοιονομικού μεγέθους[2].

Δεν είναι λοιπόν τυχαίο, που στις Η.Π.Α, μια μεγάλη χώρα, με νομικές ιδιαιτερότητες και φιλόδικους πολίτες, η αγωνία του νομοθέτη για τη διαχείριση του ιατρικού σφάλματος(medical malpractice), έφθασε μέχρι του σημείου ώστε διευρυμένη οικονομική επιτροπή του Κογκρέσου υπό την προεδρία του αντιπροέδρου του Σώματος **Jim Saxton**, το 2003 συνέταξε και υπέβαλε μια σημαντική ειδική εμπεριστατωμένη μελέτη (Liability for medical malpractice:Issues and Evidence. A joint economic committee study)[3], που περιείχε ανάλυση του ισχύοντος συστήματος κάλυψης του κινδύνου διάπραξης ιατρικού λάθους και προτάσεις για νομοθετική επέμβαση σε ομοσπονδιακό επίπεδο, που θα επέφερε κατά τους συντάκτες της έκθεσης τα ακόλουθα αποτελέσματα: 1) σημαντική εξοικονόμηση δαπανών στον τομέα της υγείας, 2) μείωση μη αναγκαιουσών εργαστηριακών εξετάσεων η θεραπειών, που προέρχονται από τον φόβο νομικών εμπλοκών, 3) ανάσχεση της εξόδου γιατρών από Πολιτείες, όπου ο αριθμός των δικαστικών διαμαχών (σε συνάρτηση με τις επιδικαζόμενες αποζημιώσεις) σε σχέση με διάπραξη ιατρικού λάθους είναι μεγαλύτερος από αλλού, 4) βελτίωση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας ιδίως ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων, 5) εξοικονόμηση ομοσπονδιακών δαπανών, εξαιτίας ιατρικών λαθών, που βαρύνουν η επηρεάζουν τη γενικότερη οικονομική κατάσταση της χώρας, εκτιμώμενου ύψους από 12,1 μέχρι 19,5 δισεκατομμύρια $ και 6) αύξηση του αριθμού των αποδεκτών υπηρεσιών υγείας, που θα προτιμήσουν τη συναφή ασφαλιστική κάλυψη (health insurance), κατά 3,4 εκατομμύρια άτομα.

Στη χώρα μας τώρα, τα τελευταία ιδίως χρόνια, δεν είναι πια σπάνιο, να άγονται ενώπιον των δικαστηρίων υποθέσεις ποινικού η αστικού χαρακτήρα, που σχετίζονται με τη διάπραξη ιατρικού λάθους.

Τη χρονιά λοιπόν που πέρασε, ο Άρειος Πάγος, ασχολήθηκε τρεις φορές (τουλάχιστον με βάση τη δημοσιευμένη νομολογία) με θέματα αστικής ιατρικής ευθύνης, όπου κρίθηκαν οι εξής προβληματισμοί.

Με την υπ αριθμ. **1010/2007** απόφαση του, κρίθηκε ότι οι υπηρετούντες στο Ε.Σ.Υ. γιατροί, και το προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων, δεν ευθύνονται οι ίδιοι αστικώς έναντι των ασθενών, για ζημιά που τους προκάλεσαν κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, με αποτέλεσμα, ο ζημιωθείς ασθενής να μπορεί μεν να παρασταθεί ως πολιτικώς ενάγων σε ποινική δίκη εναντίον τους, αλλά μόνο για υποστήριξη της κατηγορίας[4].

Στην υπ αριθμ. **1226/2007** απόφαση του, έγινε δεκτό, ότι ιδιοκτήτης ιδιωτικής κλινικής, ευθύνεται, με τις διατάξεις της πρόστησης, για αποκατάσταση της ψυχικής οδύνης των μελών της οικογένειας του θανόντα ασθενή, αν ο θάνατός του προήλθε από αμέλεια γιατρού προσφέροντα τις υπηρεσίες του σε αυτή, ακόμη και χωρίς ο τελευταίος να ήταν υπάλληλος του κλινικάρχη, αλλά να συνδέονταν απλά με σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών προς αυτόν[5].

Πιο ενδιαφέρουσα είναι η συνεχόμενη απόφαση υπ αριθμ. **1227/2007**, όπου αναγνωρίζεται, η εφαρμογή των ειδικών διατάξεων της νομοθεσίας για την προστασία του καταναλωτή στα θέματα της παροχής ιατρικών υπηρεσιών και ιδίως η προς όφελος του ζημιωθέντα, αντιστροφή του αποδεικτικού βάρους, ώστε αυτός μεν να βαρύνεται με την απόδειξη μόνο της παροχής σε αυτόν ιατρικών υπηρεσιών, της ζημιάς και του αιτιώδη σύνδεσμου, ενώ αντίθετα ο γιατρός θα πρέπει να επιφορτιστεί, κατά περίπτωση, με τη δύσκολη αρνητική απόδειξη είτε της ανυπαρξίας παρανομίας και πταίσματος είτε της έλλειψης προσφόρου αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ επελθούσας ζημιάς και της παράνομης και υπαίτιας πράξης του, είτε τέλος της ύπαρξης λόγου άρσης η μείωσης της ευθύνης του (π.χ. σφάλμα ασθενούς)[6].

Από την παλαιότερη σχετικά νομολογία των δικαστηρίων της ουσίας, άξια παραδειγματικής αναφοράς, σε σχέση με τις επιδικασθείσες αποζημιώσεις, είναι η υπ αριθ. 2137/2003 απόφαση του Πολυμελούς Πρωτοδικείου Αθηνών, με αφορμή τον θάνατο ασθενούς από αμέλεια των γιατρών ιδιωτικής μαιευτικής-γυναικολογικής κλινικής κατά την επέμβαση αφαιρέσεως κύστεως αριστεράς ωοθήκης. Με την απόφαση επιδικάστηκαν, ως ψυχική οδύνη, το ποσό των 330.000 ΕΥΡΩ χωριστά, για τον σύζυγο και τους γονείς της θανούσας, ενώ παράλληλα, αποζημιώθηκαν για την ίδια αιτία, με το ποσό των 230.000 ΕΥΡΩ, ο καθένας,

οι δύο αδελφές της και η γιαγιά της. Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί, εν όψει των όντως μεγάλων ποσών, τα οποία οι εναγόμενοι όφειλαν εις ολόκληρο μάλιστα, ότι αφενός οι γιατροί είχαν την πρόνοια να ασφαλιστούν αστικώς για ενδεχόμενα σφάλματά τους (γι' αυτό και η ασφαλιστική εταιρία προσεπικλήθηκε στη δίκη) και αφετέρου, ότι, κατά πάγια πια νομολογία, ευθύνεται και ο κλινικάρχης, ως προστήσας (παρόλο που δεν είναι εργοδότης) κατά το άρθρο 922 ΑΚ, αφού, όπως χαρακτηριστικά κατέγραψε μια συναφής προηγηθείσα απόφαση η υπ αριθ. 177/1988 του Εφετείου Αθηνών: *«.... όχι σπάνια επί κεφαλής των διαφόρων τμημάτων της κλινικής ή του ιδρύματος τίθεται ένας ιατρός, συνήθως διαπρεπής που γίνεται πόλος έλξης για τους ασθενείς και από τη χρησιμοποίηση του οποίου, με την πιο πάνω μορφή ελεύθερης συνεργασίας, αποκτά και η κλινική ή το ίδρυμα αίγλη και την εμπιστοσύνη των ασθενών. Και στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να γίνει δεκτό, παρά την ανεξαρτησία του συνεργαζόμενου ιατρού σχετικά με την άσκηση των κύριων ιατρικών του καθηκόντων, ότι υπάρχει εξάρτηση κατά την πιο πάνω έννοια και επομένως και ευθύνη εκείνου που διατηρεί (φυσικού ή νομικού προσώπου) την κλινική ή το ίδρυμα κατά το άρθρο 922 ΑΚ, αφού και τότε η δραστηριότητα του ιατρού γενικά εμπίπτει στον επιχειρηματικό και επαγγελματικό κύκλο δράσης αυτού..»*.

2. Η σχέση γιατρού-ασθενή ως σημείο εκκίνησης

Η σχέση του γιατρού προς τον ασθενή του, είχε ανέκαθεν, ένα ιδιαίτερο, έντονο ηθικό, ψυχολογικό ακόμη και μεταφυσικό, χρωματισμό, κατέχοντας μια ιδιάζουσα θέση στις ποικίλες διαπροσωπικές σχέσεις και ο σύγχρονος νομοθέτης, ιδίως του ισχύοντος Κ.Ι.Δ. την πλαισιώνει με ειδικούς κανόνες[7], τονίζοντας-επιβεβαιώνοντας αυτό που ανέκαθεν τη χαρακτήριζε: Στο έργο «**ΠΕΡΙ ΙΗΤΡΟΥ**» της ιπποκρατείου συλλογής, διαβάζει κανείς τη διαχρονική δικαιολογία της ειδιάζουσας σχέσης ασθενή-γιατρού στη εύηχη ιωνική διάλεκτο: *Προς δε ιητρόν ου μικρά συναλλάγματα τοις νοσούσιν εστίν. Και γαρ αυτούς υποχειρίους ποιέουσιν τοις ιατροίς, και πάσιν ώραν εντυγχάνουσιν γυναιξίν, παθένοις και τοις αξίοις πλείστου κτήμασιν. εγκρατέως ουν δει προς άπαντα έχειν ταύτα. Την μεν ουν ψυχήν και το σώμα ούτω διακείσθαι= Οι σχέσεις των ασθενών προς τον ιατρό είναι πολύ στενές. Αυτοί αποθέτουν τον εαυτό τους στα χέρια των ιατρών και έρχονται κάθε στιγμή σε επαφή με γυναίκες, παρθένους και πράγματα μεγάλης αξίας. Είναι επομένως ανάγκη να δείχνει(ο ιατρός)εγκράτεια απέναντι σε όλα αυτά. Τέτοιος πρέπει να είναι στην ψυχή και το σώμα.*

Ο γιατρός ασκεί το λειτούργημα του μέσα σε ένα περιβάλλον νομικών κινδύνων, όπου η επαγγελματική, οικονομική και επιστημονική, αλλά και η κοινωνική υπόσταση του διακυβεύεται σοβαρά, ανά πάσα στιγμή. Άλλωστε όσο, υψηλότερα βρίσκεται ένα επάγγελμα, στην αξιολογική κλίμακα της κοινωνικής εκτίμησης, τόσο περισσότερο ευάλωτο είναι στις περιπτώσεις αποτυχιών, τόσο οξύτερη η κριτική και τόσο δυσμενέστερες οι συνοδεύουσες συνέπειες. Ανεύθυνος η περιορισμένης ευθύνης γιατρός δεν υπάρχει.

Η αυστηρότητα αυτή εκδηλώνεται inter alia με οικονομικές και επαγγελματικές-πειθαρχικές (ίσως και ποινικές) κυρώσεις. Η κατάφαση της ιατρικής ευθύνης είναι συνεπώς το κατ' αντίδραση αντίτιμο για την εμπιστοσύνη, που επιδείχθηκε, τη διακύβευση έννομων αγαθών και την κοινωνική-νομική αναγνώριση που απολαμβάνει το ιατρικό λειτούργημα.

3. Μερικά ενδεικτικά στοιχεία

Ακριβής αριθμός των όντως διαπραχθέντων, αποφευχθέντων εκ τύχης η απλά καταγγελλόμενων ιατρικών σφαλμάτων, όπως επίσης στατιστική ταξινόμηση και αξιολόγησή τους δεν υπάρχει, τουλάχιστον για τη χώρα μας και στο μέτρο που μπόρεσα να ερευνήσω. Μια ένδειξη μόνο αποτελεί η διαρκώς εντεινόμενη ενασχόληση της Νομολογίας, με θέματα αστικής και ποινικής ιατρικής ευθύνης.

Ένα παράδειγμα πάντως, από μια μεγάλη πληθυσμιακά ευρωπαϊκή χώρα, με υψηλό επιστημονικό επίπεδο παροχής ιατρικών υπηρεσιών, ισχυρών δομών κοινωνικής πρόνοιας και αναπτυγμένη την ιδέα της ασφαλιστικής κάλυψης επαγγελματικών και προσωπικών κινδύνων, με παρόμοιο με μας νομικό σύστημα αστικής ευθύνης, δίδει πιστεύω ένα μέτρο σύγκρισης.

Στη **Γερμανία** λοιπόν, όπως και σε μας, υπάρχουν, κατ' αρχήν, μόνο εκτιμήσεις για τον ακριβή αριθμό των καταγγελλόμενων, σε ετήσια βάση, ιατρικών σφαλμάτων, που πάντως σύμφωνα με νεώτερες πληροφορίες από ιατρικούς συνδικαλιστικούς κύκλους, ανέρχονται 400.000-500.000, λαμβάνοντας φυσικά υπόψη τον

παράγοντα «Έννοια ιατρικού λάθους», αφού ο εννοιολογικός προσδιορισμός των περιπτώσεων εκείνων ιατρικής αστοχίας, που θα θεωρηθούν ως καταλογιστέα στον γιατρό ιατρικά σφάλματα, θα επιτρέψει την ταυτοποίηση και την αριθμητική προσέγγιση των περιπτώσεων[8]. Η κατανομή, στην ίδια χώρα, της συχνότητας των καταγγελλόμενων λαθών, με κριτήριο την ειδικότητα του γιατρού, δείχνει μια ποσοστιαία υπεροχή στις λεγόμενες εκεί «τέμνουσες ειδικότητες» (Schneidende Faecher), δηλαδή στη χειρουργική (40%), ορθοπεδική (15%), γυναικολογία-μαιευτική (14%), και ακολουθούν στο τέλος οι «συντηρούσες» ειδικότητες (Konservative Faecher) της παθολογίας και της γενικής ιατρικής με τα υπόλοιπα μικρότερα ποσοστά.

Εκείνο όμως, που πρέπει να τονιστεί, είναι ότι οι μισές περίπου από τις περιπτώσεις καταγγελίας ιατρικού σφάλματος, αποδεικνύονται τελικά αβάσιμες,ενώ από τις υπόλοιπες, ένα μεγάλο μέρος, που φθάνει μέχρι και το 92% αυτών, επιλύεται εξωδικαστηριακά, στο πλαίσιο ενός σύγχρονου συστήματος διαχείρισης επαγγελματικού κινδύνου, που ενισχύεται από τις ασφαλιστικές εταιρίες, και από άλλους μηχανισμούς ταχείας και αντικειμενικής επίλυσης της διαφοράς (Schlichtungsstellen), με συμμετοχή εξειδικευμένων Νομικών και Ιατρών-πραγματογνωμόνων[9]. Η ασφαλιστική εταιρία DBV-Winthetur, στην οποία είναι ασφαλισμένοι για κάλυψη του επαγγελματικού κινδύνου τους, 122.000 γερμανοί γιατροί, με βάση στοιχεία της για το έτος 2005, ανακοίνωσε, επιβεβαιώνοντας την προηγηθείσα εκτίμηση, ότι της γνωστοποιήθηκαν συνολικά 4.583 περιπτώσεις διάπραξης ιατρικού σφάλματος, από τις οποίες μόνο το 47% ήσαν βάσιμες, ενώ θετικό ήταν στο σύνολό του, το αποτέλεσμα της διαμεσολάβησης-εξώδικου διακανονισμού που έγινε γενικά αποδεκτό από όλους τους εμπλακέντας[10].

ΙΙ. Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΔΙΑΠΡΑΞΗΣ ΕΝΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ (RISK MANAGEMENT)

1. Τα πεδία διαχείρισης

Το ιατρικό σφάλμα είναι μια επί μέρους έκφανση επαγγελματικού κινδύνου και συναφούς ευθύνης. Η αποφυγή διάπραξης ιατρικών λαθών αποτελεί θεμελιώδες καθήκον κάθε γιατρού και σημείο αναφοράς για την ευθύνη του. Η **διαχείριση του (επαγγελματικού)κινδύνου** από την διάπραξη ενός ιατρικού σφάλματος, γίνεται σε διάφορα παράλληλα πεδία, ιδίως σε ιατρικό, νομικό, οικονομικό.

Ειδικότερα:

Στο **ιατρικό** «μέτωπο», άξια αναφοράς είναι καταρχήν, η αμερικανικής προέλευσης, οφειλόμενη σε νομικούς λόγους που έχουν σχέση με το σύστημα απονομής της δικαιοσύνης[11] και την «ποινική» λειτουργία του δικαίου της αποζημίωσης, «**αμυντική ιατρική**», που οδηγεί στην «ανωνυμοποίηση» της σχέσης γιατρού-ασθενή και εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους, όπως λ.χ. μέσω της εκπλήρωσης της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς, που εκφυλίζεται σκόπιμα σε έγγραφη υπερπληροφόρηση με αναφορά των πλέον ακραίων και σπανίων κινδύνων, που μπορεί σε αναφανούν κατά την ιατρική πράξη[12,13], στην αποφυγή εφαρμογής νεώτερων μεθόδων, που υπόσχονται καλύτερα αποτελέσματα και δεν βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο[14], ή τέλος μέσω της υπερβολικής, χρονοβόρου, άσκοπης και αντιοικονομικής υποβολής του ασθενή σε προκαταρκτικές εργαστηριακές εξετάσεις[15].

Πέρα όμως από αυτή την κατακριτέα τακτική, που ορθά πιστεύω, έχει χαρακτηριστεί per se και η ίδια ως ιατρικό σφάλμα[16], επισύροντας τις αντίστοιχες συνέπειες, η ιατρική πρακτική διεθνώς διαμορφώνει μια εναλλακτική **στρατηγική αποφυγής ιατρικών λαθών** (Vermeidungsstrategie)**,** με ανεπίληπτες από πλευράς δεοντολογίας μεθόδους, υποσχόμενες μείωση των ιατρικών σφαλμάτων. Θα αναφέρω αυτές που προτείνονται και εφαρμόζονται στη Γερμανία, με ιπποκράτεια βεβαίως προέλευση[17]:

Με τον τίτλο «Μαθαίνοντας από τα λάθη», (που θεωρούνται κυρίως ως αποτέλεσμα αλυσίδας ατυχών συγκυριών η ενεργειών και όχι μεμονωμένες δράσεις η παραλείψεις που «στοχοποιούν συγκεκριμμένο γιατρό), αποσκοπείται μέσω της δημιουργίας ενός εσωτερικού δικτύου ανώνυμης και αμφίδρομης πληροφόρησης των γιατρών για διαπραχθέντα (accidents) η οριακά αποφευχθέντα (incidents) σφάλματα η προληπτική ενημέρωση των γιατρών. Στο ίδιο μήκος κύματος κινούνται και οι συνιστώμενες εσωτερικές συζητήσεις-κριτική περιπτώσεων μεταξύ των μελών της ιατρικής ομάδας, με υποχρέωση μάλιστα του διευθύνοντα την ιατρική ομάδα, να ανακοινώνει πρώτος τα λάθη στα οποία υπέπεσε, προκείμενου να ενθαρρύνονται οι υφιστάμενοι[18], ενώ άξια αναφοράς είναι τέλος η σκέψη για δημιουργία

αρχείου καταγραφής-ανάλυσης διαπραχθέντων σφαλμάτων (Behandlungsfehlerregister) για μελέτη από τους γιατρούς, που θα έχουν πρόσβαση.

Στο **οικονομικό** επίπεδο, η αντιμετώπιση του ιατρικού λάθους έχει ως σημείο αναφοράς τη διασπορά των οικονομικών συνεπειών του από τον γιατρό και τον ασθενή σε ένα ευρύτερο σύνολο. Η ιδιωτική ασφάλιση εκ μέρους του γιατρού του επαγγελματικού κινδύνου του αποτελεί την κλασικότερη μορφή οικονομικής διαχείρισης του ιατρικού σφάλματος[19]. Στρέφοντας καταρχήν το βλέμμα προς την άλλη πλευρά του Ατλαντικού, θα περιοριστώ σε ένα μόνο από τα στοιχεία από το περιεχόμενο της προαναφερθείσας έκθεσης του Κογκρέσου των Η.Π.Α., που θα πρέπει να τη μελετήσει και ο Έλληνας νομοθέτης και που παριστά αψευδή δείκτη της σοβαρότητας του θέματος. Το 2001 λοιπόν, τα ασφάλιστρα για την κάλυψη του κινδύνου διάπραξης ιατρικού λάθους έφθασαν στο ύψος των 21 δισεκατομμυρίων $, διπλασιασθέντα σε διάστημα μιας δεκαετίας. Ήδη στη χώρα μας η ιδέα της ασφάλισης του γιατρού αρχίζει να κατακτά έδαφος. Μάλιστα αρχίζουν να εμφανίζονται, μέσα από δημοσιευμένες στον ειδικό νομικό τύπο, και δικαστικές αποφάσεις και περιπτώσεις, όπου ενεργοποιούνται οι μηχανισμοί της ασφαλιστικής κάλυψης του επαγγελματικού κινδύνου της διάπραξης ιατρικού σφάλματος[20]. Στο εξωτερικό ενεργοποιούνται, σε θεσμοθετημένο επίπεδο, και άλλοι παράλληλοι μηχανισμοί. Αξία αναφοράς είναι η λύση που εισήχθη το 1975 στη **Σουηδία** με την ίδρυση μιας ειδικής ασφάλισης ασθενών, για κάλυψη ζημιών από ιατρικά λάθη, που δεν μπορούσαν να αποδοθούν σε υπαιτιότητα. Η συλλογική αυτή ασφάλιση υπέρ τρίτων, βασίζεται σε σύμβαση μεταξύ ενός κονσόρτιουμ ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών και των φορέων του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, στους οποίους συμμετέχουν σε ένα μικρό ποσοστό και ιδιώτες γιατροί. Πρόκειται για ένα σύστημα ασφαλιστικής κάλυψης τρίτων (των ασθενών), που προσομοιάζει με την υποχρεωτική κάλυψη ευθύνης από αυτοκίνητα και κοινής κάλυψης κινδύνου αστικής ευθύνης[21]. Παρεμφερές είναι το σύστημα της **Αυστρίας** που καθιερώθηκε με νόμο το 2000, σύμφωνα με τον οποίο όλα τα Ταμεία, που παρέχουν ιατρική περίθαλψη (Fonds-Krankenanstalten), καλύπτουν τις ζημιές από ιατρικά λάθη που διαπράττονται στους ασφαλισμένους τους στα νοσηλευτικά ιδρύματα που διατηρούν, από εσφαλμένη θεραπεία η και από λάθη όπου δεν είναι αποδεδειγμένη η ευθύνη του Φορέα, με τη δημιουργία ενός ειδικού αποθεματικού (patienetnentscaedigungsfonds), που δημιουργείται από την είσπραξη ενός μικρού ποσού (0,76 ΕΥΡΩ), από τον κάθε ασθενή, ανά ημέρα νοσηλείας του.

Στο επίπεδο της **νομικής** αντιμετώπισης του ιατρικού σφάλματος, αν αφήσει κανείς κατά μέρος την ποινική[22] και διοικητική πλευρά, που επικεντρώνεται σε μηχανισμούς επιβολής κυρώσεων κατά του διαπράξαντα το λάθος γιατρού, και που μέσω του τιμωρητικού χαρακτήρα τους, ικανοποιείται και ο στόχος της πρόληψης, το βάρος πέφτει στο αστικό δίκαιο και ιδίως στο δίκαιο της αποζημίωσης (συμβατικό η αδικοπρακτικό), που ρυθμίζει τον τρόπο μετακυλησης της ζημιάς από τον ζημιωθέντα στον ζημιόσαντα η επιπρόσθετα και σε τρίτο, κατά τεκμήριο οικονομικά ισχυρότερο η φερεγγυότερο (π.χ. το Δημόσιο η τον Κλινικάρχη).

Ήδη ο θεμελιωτής της επιστημονικής ιατρικής, στο αποδιδόμενο στον ίδιο, φιλοσοφικότερο ίσως έργο του CORPUS HIPPOCRATICUM, τον **ΝΟΜΟ**, ψηλάφισε την αναπόδραστη σχέση Νομικής και Ιατρικής, όταν κατέκρινε την έλλειψη νομοθετικών ρυθμίσεων στην εποχή του, για τη μεταχείριση των αμαθών άρα επιβλαβών γιατρών, που αντιμετωπίζονταν τότε μόνο με την «Αδοξία», δηλαδή την κοινωνική ανυποληψία, σε βάρος όμως τελικά, του ασθενούς τους[23]. Μερικούς αιώνες αργότερα, όμως, το εκρεμές κινήθηκε προς την αντίθετη κατεύθυνση, όταν ο Ρωμαίος Νομοδιδάσκαλος **ΟΥΛΠΙΑΝΟΣ** προχώρησε σε μια πιο εξισορροπημένη τοποθέτηση, σύμφωνα με την οποία δεν πρέπει μεν να καταλογίζεται στον γιατρό, ό,τι επιβεβαιώνει το θνησιγενές των ανθρώπων (medico imputari eventus mortalitatis non debet), εκτός εάν ενήργησε ο ίδιος από απειρία:

«*Ως επισυμβάς θάνατος δεν πρέπει να αποδίδεται εις τον ιατρόν. Ούτως, ό,τι εξ απειρίας διέπραξε, πρέπει εις αυτόν να αποδίδεται. Υπό το πρόσχημα του ευθραύστου της ανθρωπίνης φύσεως, δεν πρέπει να είναι ατιμώρητον έγκλημα, απατώντος τους ανθρώπους, εν περιπτώσει κνδύνου*»[24].

2. Εξειδίκευση της νομικής-αστικής αντιμετώπισης του ιατρικού σφάλματος

Α) Ο κανόνας.

Στα θέματα της λεγόμενης αστικής **ιατρικής ευθύνης**

η χώρα μας, ανήκει στη μεγάλη πλειοψηφία των κρατών εκείνων, που επαφίενται στη θέσπιση γενικών κανόνων, που καταλαμβάνουν ανεξαίρετα, όλες τις περιπτώσεις συμβατικής και εξωσυμβατικής (αστικής) ευθύνης[25], όπου εντάσσονται αναγκαία και οι περιπτώσεις της ιατρικής ευθύνης, ως μιας μορφής επαγγελματικής ευθύνης, ικανής να ρυθμιστεί κατεξοχήν από το γενικό αστικό δίκαιο. Ακόμη δε και οι νεώτεροι του αστικού κώδικα (ευρωπαϊκής-κοινοτικής προέλευσης)κανόνες για την προστασία του καταναλωτή-αποδέκτη υπηρεσιών (Ν.2251/1994, όπως ισχύει σήμερα μετά τον τελευταίο νόμο 3587/2007 (ΦΕΚ 152 Α'/10-7-2007), ιδίως δεν τα άρθρα 2 και 8 είναι με την παραπάνω έννοια γενικοί και συνεπώς δεκτικοί εφαρμογής και στις σχέσεις γιατρού-ασθενούς, εφόσον αυτός παρέχει κατά ανεξάρτητο τρόπο τις υπηρεσίες του[26].

Η αστική ευθύνη του γιατρού[27], ρυθμισμένη με βάση το γενικό-αστικό δίκαιο, (και την εντεύθεν δικαιοπλαστική επεξεργασία του από τη νομολογία και την θεωρία) δεν μπορεί να εκληφθεί, ως ρυθμιστική παράλειψη, αλλά ως συνειδητή επιλογή του νομοθέτη, να εξισώσει νομικά ασθενή και γιατρό, θέτοντάς τους, στο ίδιο επίπεδο δικαιωμάτων και υποχρεώσεων[28], αν δημιουργούσε αντίθετα ειδικό δίκαιο ιατρικής αστικής ευθύνης.

Β) Οι αποκλίσεις-συμπληρώσεις

Πάντως η γενικότητα των κοινών κανόνων δεν συνεπάγεται και την απεριόριστη εφαρμογή τους χωρίς τις αναγκαίες προσαρμογές σε ειδικές περιπτώσεις. Έτσι η ιδιαιτερότητα της σχέσης γιατρού-ασθενή (Humanitas), που αντανακλά σε πλήθος ρυθμίσεων του Κ.Ι.Δ[29] επιβάλλει ακόμη και contra legem προσεγγίσεις σε βάρος του γιατρού, όπως π.χ. τον αποκλεισμό της ρύθμισης του άρθρου 729ΑΚ σε περίπτωση παροχής ιατρικών συμβουλών[30] η ακόμη αυτής του άρθρου 732ΑΚ, αν δημιουργηθεί ex lege σχέση ασθενούς-ιατρού (Διοίκηση αλλοτρίων)[31] η και του άρθρου 499 ΙΑΚ για την περίπτωση της χαριστικής παροχής ιατρικών υπηρεσιών[32].

Θα πρέπει χάριν της πληρότητας να λεχθεί, επιπρόσθετα, πως ναι μεν, η αστική ευθύνη (ευθύνη προς αποζημίωση κατά κανόνα σε χρήμα[33] και στο πλαίσιο του μονιστικού συστήματος, τείνουσα στην αποκατάσταση και μόνο της προκληθείσας περιουσιακής και κατ'εξαίρεση μη περιουσιακής ζημιάς[34]), στη χώρα μας (και συναφώς στο μέτρο, που εφαρμόζεται ελληνικό δίκαιο), υπόκειται στους κανόνες του αστικού κώδικα για την συμβατική[35] και εξωσυβατική ευθύνη, η αν οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται εντός δημόσιου νοσοκομείου από τις ειδικές ρυθμίσεις για την ευθύνη του Δημοσίου[36], όμως ο Κ.Ι.Δ. (Ν. 3418/2005)[37], ως **ειδικό δίκαιο**, καταθέτει έμμεσα την συμβολή του στο νομικό οικοδόμημα της αστικής ιατρικής ευθύνης, και ιδίως στη διαμόρφωση του εννοιολογικού περιεχομένου του μέτρου της επιμέλειας, που αναμένεται, να επιδειχθεί από τον μέσο γιατρό[38], εμπλουτίζοντας έτσι τη γενική ρύθμιση του άρθρου 330 εδ.2ΑΚ, αλλά και της έννοιας του ιατρικού σφάλματος[39], που αποτελεί το σημείο εκκίνησης.

3. Το ιατρικό σφάλμα. Απόπειρα ενός εννοιολογικού (προ)καθορισμού

Ήδη στο CORPUS HIPPOCRATICUM, βρίσκει κανείς αρκετές αναφορές σε ιατρικά σφάλματα, με χαρακτηριστικό αυτό της εντατικής θεραπείας ενός αποστήματος της μήτρας, που είχε ως παρενέργεια την στείρωση της ασθενούς (*Γυναικείων το Πρώτον*, 65)[40].

Η έννοια του **ιατρικού σφάλματος** είναι κεντρικής σημασίας για το δίκαιο της ιατρικής ευθύνης[41]. Από την κατάφαση της ύπαρξης του, θα κριθούν οι συνέπειες για τον γιατρό και τον ασθενή. Σίγουρο είναι πως κάθε αποτυχία στη ιατρική δεν είναι και ιατρικό λάθος, που αναγκαία πρέπει να προσαφθεί σε γιατρό. Γενικότερα μια ιατρική αστοχία, μια διάψευση της προσδοκίας γιατρού-ασθενή, ως προς το αποτέλεσμα της καταβληθείσας προσπαθείας εκ μέρους του γιατρού, μπορεί να οφείλεται, όπως καταγράφεται από ιατρικής σκοπιάς[42], σε τρεις επί μέρους γενεσιουργές αιτίες, που είτε μεμονωμένα είτε κατά συρροή, μπορεί να την προκαλέσουν: α) Παρενέργειες της νόσου, που ακόμη και στην καλύτερη περίπτωση εξέλιξης της δεν είναι αποτρέψιμες. β) Ανεπιθύμητες, παράπλευρες συνέπειες της θεραπείας, που ωσαύτως δεν είναι πάντοτε αποτρέψιμες και γ) Συνέπειες ανεπαρκούς διάγνωσης η θεραπείας, με μια λέξη εδώ, συνέπειες της παράβασης της lex artis.

Συναφώς υποστηρίζεται, για λόγους καθαρά συστηματικούς, ότι θα πρέπει να γίνεται διάκριση ανάμεσα σε ιατρικό σφάλμα εν στενή και εν ευρεία εννοία. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσει κανείς κάθε ιατρική

συμπεριφορά, κατά την εκτέλεση της ιατρικής πράξης, που αθέλητα, οδηγεί αιτιωδώς (causa adaequata) σε σωματική η ψυχική βλάβη το ασθενούς. Στην κατηγορία αυτή, κατά χρονολογική τάξη ανήκουν λάθη κατά τη λήψη του ιστορικού, τη διάγνωση (πράγμα που εξειδικεύεται σε τρια ειδικότερα λάθη, αυτά σχετικά με τις διατασσόμενες εργαστηριακές εξετάσεις, άσχετες η υπερβολικές, και την εν συνεχεία αξιολόγησή των αποτελεσμάτων τους καθώς και την παραπομπή η μη σε ειδικότερο γιατρό, εκτός εάν η περίπτωση απαιτεί άμεση ιατρική επέμβαση) τους, την προφύλαξη (π.χ. ιατρογενείς μολύνσεις), τη συνταγογράφηση (λάθη ως προς το υποδεικνυόμενο φάρμακο ή τη δοσολογία του), θεραπεία (λανθασμένη ή περιττή) και τέλος κατά την αποθεραπεία.

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν, συνηθέστερα εμφανιζόμενα, λάθη που σχετίζονται με την ενημέρωση του ασθενούς, τη συνδιαλλαγή μαζί του, οργανωτικά λάθη, λάθη εποπτείας επί του παραϊατρικού προσωπικού –συνεργατών, ελέγχου λειτουργίας συσκευών και εργαλείων, αποθεμάτων φαρμάκων και υλικού, διαχείρισης αρχείου ασθενών κ.λπ.

Ανεπίληπτη ιατρική πράξη[43] είναι τώρα εκείνη που διενεργείται με βάση τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης και της εμπειρίας, όπως αυτοί διαμορφώνονται από τα αποτελέσματα της σύγχρονης εφαρμοσμένης επιστημονικής έρευνας, πράγμα που ορίζουν expressis verbis, τα άρθρα 2 ΙΙΙ εδ1, 3 ΙΙΙ εδ.1 και 10 Ι του Κ.Ι.Δ., αλλά και η διατηρηθείσα σε ισχύ διάταξη του άρθρου 24 Α.Ν. 1565/1939[44].

Αντίθετα το ιατρικό σφάλμα στο πλαίσιο ενός ορισμού εργασίας θα μπορούσε να οριοθετηθεί, εννοιολογικά, από **νομική άποψ**η, ως κάθε αποτυχημένη και αντικειμενικά αποκλίνουσα από τους κανόνες της επιστήμης και του δικαίου ιατρική πράξη, που προκαλεσε αιτιωδώς βλάβη (ζημιά) στα έννομα αγαθά του χρήστη ιατρικών υπηρεσιών και μπορεί να καταλογιστεί στον διενεργήσαντα αυτήν γιατρό ή στα πρόσωπα που χρησιμοποίησε[45].

Με άλλη, απλούστερη, αλλά ευρύτερη διατύπωση, ιατρικό σφάλμα είναι ό,τι ένας τακτικός μέσος γιατρός της ίδιας ειδικότητας και υπό τις ίδιες συνθήκες, κατά τον ίδιο χρόνο, δεν θα επέτρεπε στον εαυτό του να πράξει κατά την εκτέλεση μιας ιατρικής πράξης ή ακόμη γενικότερα ότι (ιατρικό) λάθος είναι η μη προσκόμιση-επίδειξη της ορθής –αναμενόμενης εύλογα ιατρικής συμπεριφοράς.

ΙΥ. ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΔΟΓΜΑΤΙΚΗ-ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΤΗΣ «ΕΠΙΔΕΙΚΤΕΑΣ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑΣ ΑΠΟ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ»

1. Γενικά για την αστική ευθύνη

Για μεγάλο χρονικό διάστημα, στη σχετική νομική Φιλολογία, το ιατρικό σφάλμα αποτελούσε (και εξακολουθεί να αποτελεί) τον θεμέλιο λίθο της ιατρικής ευθύνης γενικά, ενώ παράλληλα ταυτίζονταν με την (ιατρική) αμέλεια (negligence)[46]. Σήμερα, διαπιστώνει κανείς, ορθά[47], μια καταρχή αποσύνδεση των δύο εννοιών, όπως καταδείχθηκε από τους ορισμούς του ιατρικού λάθους, που προαναφέρθηκαν.

Η αστική ευθύνη του γιατρού (συμβατική ή/και αδικοπρακτική), από την διάπραξη εκ μέρους του ιατρικού λάθους είναι στο δίκαιό μας, ευθύνη πταισματική[48].

Συμπερασματικά: Ο γιατρός ευθύνεται σε αποζημίωση, μόνο όταν τον βαρύνει πταίσμα, δηλαδή, όταν του προσάπτεται, σπανίως μεν δόλος-βαρεία αμέλεια συχνότερα δε (σε σημείο που να αποτελεί στην πράξη τον κανόνα) ελαφρά αμέλεια[49] κατά τη διενέργεια της ιατρικής πράξης, που κατέληξε σε ιατρικό σφάλμα

2. Η ιατρική αμέλεια ειδικότερα

Α) Η γενική δικαιοπολιτική σταθμιση

Για να γίνει κατανοητή η δικαιοπολιτική στάθμιση στο δίκαιό μας, που κατέληξε σε αυτή τη λύση, αρκεί να αναφερθούν οι άλλες νομοθετικές εναλλακτικές προτάσεις, που θα μπορούσαν να ισχύσουν εδώ, de lege ferenda:

Ο νομοθέτης είχε την ευχέρεια να κινηθεί προς δύο αντίθετες κατευθύνσεις: Είτε να καταστήσει την ευθύνη βαρύτερη, καθορίζοντάς την, ως αντικειμενική[50]-ευθύνη από διακινδύνευση[51] (χωρίς δηλαδή να απαιτείται καν πταίσμα του γιατρού[52]), είτε αντίθετα ελαφρότερη, αν το μέτρο της επιμέλειας προσαρμόζονταν με βάση συγκεκριμένα υποκειμενικά κριτήρια (diligentia quam in suis), όπως γίνεται στο αστικό δίκαιο σε περιπτώσεις σχέσης ιδιαίτερης εμπιστοσύνης, η στις οικογενειακές σχέσεις[53], έτσι ώστε να καλύπτεται και η περίπτωση όπου ο συγκεκριμένος γιατρός υπολείπεται του μέσου

επαγγελματικού standard, αλλά κινείται στα όρια της επιμέλειας που δείχνει στις προσωπικές του υποθέσεις (αρκεί να μην φθάνει στα όρια της βαριάς αμέλειας, όπως ορίζει το άρθρο 333ΑΚ), η ακόμη αν το πταίσμα περιορίζονταν στις βαρύτερες εκφάνσεις του, δηλαδή αυτές του δόλου και της βαρείας αμέλειας.

Όσο και αν η ιατρική είναι λειτούργημα, και η σχέση γιατρού-ασθενή κινείται στη βάση της εμπιστοσύνης, πλαισιωμένη από ειδικά νομοθετημένα η εθιμικά επιβληθέντα καθήκοντα και υποχρεώσεις, δεν πρέπει αυτό να αποβαίνει σε βάρος του γιατρού, δοθέντος ότι, όπως άλλωστε αναγνωρίζεται, είναι μεν το ιατρικό επάγγελμα επιρρεπές σε ζημιές[54], όχι όμως per se και πηγή κινδύνων από την οποία αντλείται όφελος, που θα δικαιολογούσε ευθύνη του γιατρού απεξαρτημένη από πταίσμα του. Εδώ έχουμε τελικά, πιστεύω, βρει, μέσω του εφαρμοστέου στην ιατρική ευθύνη άρθρου 330 ΑΚ τη χρυσή τομή.

Η επιμέλεια του μέσου γιατρού, όπως θα αναλυθεί παρακάτω, αποτελεί το όριο της νομοθετικής ανοχής για την ιατρική αστική ευθύνη, με την έννοια, πως απαλλάσσεται ο γιατρός, αν αποδείξει, παρά την επέλευση της βλάβης, ότι επέδειξε την επιμέλεια του μέσου εκπρόσωπου του κλάδου του. Από ένα γιατρό δεν αναμένει ο νομοθέτης ότι θα επιτύχει οπωσδήποτε τη θεραπεία ή τη βελτίωση της υγείας του ασθενή (medicus curat natura sanat), αλλά οπωσδήποτε ότι θα ενεργήσει επιμελώς σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης του. Έτσι επιτυγχάνεται, αφενός η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος να μην ανάγεται σε επικίνδυνη για τα συμφέροντα του γιατρού άρα αποτρέψιμη δραστηριότητα αν δεν υπάρχει καθόλου πταισματικό όριο στην ευθύνη του, και αφετέρου ο ασθενής να μην προστατεύεται οριακά έως καθόλου, αν ο γιατρός θα ευθύνεται μόνο αν ενεργήσει δόλια η βαρέως αμελώς[55], δηλαδή υπερβαίνοντας κάθε ανεκτό όριο (που κατά το ρωμαϊκό δίκαιο, θα ήταν ισοδύναμο με δόλο=culpa lata dolo aequiparatur).

Από την άλλη πλευρά, οι ειδικές υποχρεώσεις του γιατρού έναντι του ασθενούς, που προβλέπονται με σειρά ρυθμίσεων του Κ.Ι.Δ. και επιβάλλουν υποχρεώσεις επιμελείας, δράσεις lege artis κ.λπ. δημιουργούν, ως διατάξεις δημόσιας τάξης ένα αδιαπέραστο φράγμα για συμβατική παράκαμψη του άρθρου 330 ΑΚ, μέσω συμφωνίας για το ανεύθυνο (απαλλακτική ρήτρα). Γίνεται λοιπόν σωστά δεκτό, ότι συμφωνία γιατρού-ασθενή (πριν εννοείται από τη διενέργεια της ιατρικής πράξης), με την οποία η ευθύνη του γιατρού περιορίζεται μόνο σε δόλο η βαριά αμέλεια του, δεν συγχωρείται[56], ενώ στο ίδιο μήκος κύματος κινείται και η ρύθμιση του άρθρου 8 ΥΙ του Ν.2251/1994 για την προστασία του καταναλωτή-αποδέκτη υπηρεσιών, όπου αποκλείεται ο συμβατικός περιορισμός η αποκλεισμός τη ευθύνης του παροχέα υπηρεσιών. Ακόμη δε και αν λείπει ατομική διαπραγμάτευση μεταξύ γιατρού-ασθενή, γιατί π.χ γίνεται χρήση προδιατυπωμένων Γ.Ο.Σ., (όπως είναι ο κανόνας σχεδόν σε κλινικές του εξωτερικού) πάλι ορθώνει ο νόμος εμπόδιο, στο άρθρο 2 ΥΙΙ Ν.2251/1994, σε προδιατυπωμενες, περιεχόμενες σε ΓΟΣ ρήτρες που περιορίζουν την ευθύνη.

Β) Ο Κανόνας της ΑΚ 330 εδ.2 στο δίκαιο της αστικής ιατρικής ευθύνης και η συμπλήρωσή του από τον Κ.Ι.Δ.

Το ερώτημα, αν ο γιατρός έχει παραβεί μια υποχρέωση επίδειξης ιατρικής επιμέλειας, που οδηγεί, κατά τα λεχθέντα, σε ιατρικό σφάλμα δεν είναι απλά και μόνο θέμα που κρίνεται με βάση τους κανόνες της Ιατρικής επιστήμης (State of art/leges artis), αλλά θέμα, που έχει σχέση (και) με το ακολουθητέο μέτρο αξιολόγησης της εκπλήρωσης των υποχρεώσεων, που πηγάζουν για αυτόν από τη σύμβαση θεραπευτικής αγωγής και γενικότερα από την έννομη σχέση που συνδέει τον ασθενή με τον γιατρό του.

Η **αντικειμενικοποιημένη** επιμέλεια του μέσου-συνήθους συναλλασσόμενου (η αντίστροφη όψη της ελαφράς αφηρημένης αμέλειας), κατά τη βασική ρύθμιση της ΑΚ 330, που απηχεί μακρά νομική παράδοση[57], αποτελεί το σημείο εκκίνησης, **σχετικοποιημένη** στη συνέχεια προκειμένου να προσαρμοστεί στην ιδιαιτερότητα του επαγγέλματος[58].

Το Εφετείο Αθηνών στη υπ αριθμ. 197/1988 απόφασή του, με αφορμή ιατρικό σφάλμα, ως προς την επιλογή θεραπείας (φυσιολογικός τοκετός, ενώ οι σχετικές κλινικές ενδείξεις και η ηλικία της εγκύου συνηγορούσαν υπέρ της καισαρικής τομής) αποφάνθηκε επί λέξει: «*..ο ιατρός οφείλει να παρέχει με ζήλο ευσυνειδησία και αφοσίωση την ιατρική του συνδρομή, σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσας πείρας τηρώντας τις ισχύουσες διατάξεις για τη διαφύλαξη των ασθενών και προστασίας των υγιών.*

Σε συνδυασμό με τα άρθρα 330 και 914 ΑΚ προκύπτει ότι ο ιατρός ευθύνεται σε αποζημίωση αν ενεργήσει από δόλο ή αμέλεια, η τελευταία δε συντρέχει αν ο ιατρός προβεί σε ενέργεια ή παράλειψη κατά παράβαση των διδαγμάτων της ιατρικής επιστήμης, έστω και αν είναι ελαφρά , ενώ ουδεμία ευθύνει φέρει αν ενήργησε κατά τους πιο πάνω κανόνες (lege artis) και ειδικότερα όπως θα ενεργούσε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις και με τα στη διάθεσή του μέσα ο συνετός και επιμελής ιατρός»

Ο αστικός νομοθέτης, στην ΑΚ 330 εδ.2, τολμά, να ορίσει μόνο την λεγόμενη ελαφρά αμέλεια, πράγμα που το πράττει επιλέγοντας μια αρνητική διατύπωση: *Αμέλεια υπάρχει όταν δεν καταβάλλεται η επιμέλεια που απαιτείται στις συνήθεις συναλλαγές*. Θέτει δηλαδή ο νόμος, ως κριτήριο ένα φανταστικό, ιδανικό πρότυπο, αυτό του μέσου επιμελούς εντίμου κοινωνικού συναλλασσόμενου, και κάθε απόκλιση (μεγάλη η μικρή) από αυτό, χωρίς να προσδιορίζει τον βαθμό της, την κατατάσσει στην αμελή (βαρεία η ελαφρά κατά περίπτωση) συμπεριφορά. Ο γιατρός τώρα, όπως και ο οποιοσδήποτε άλλος επαγγελματίας, και εδώ βρίσκεται ο πυρήνας του προβλήματος, δεν (μπορεί να) κρίνεται με βάση αυτό το γενικό (για όλους) κριτήριο, αλλά στο πλαίσιο μιας praeter legem ερμηνείας με βάση ένα άλλο, συνδεδεμένο με το επάγγελμα (Berufsbezogener Masstab), αφού κρίνεται εδώ, όχι η γενική-αστική αλλά η ειδική επαγγελματική ευθύνη του. Από ένα γιατρό, (το ίδιο θα μπορούσε να ισχύσει και για τυχόντα άλλον επαγγελματία), αναμένει κανείς ευλόγως, ότι θα επιδείξει την ανάλογη (προσήκουσα) με το επάγγελμα του επιμέλεια. Οι ρυθμίσεις έτσι του Κ.Ι.Δ. περιγράφοντας υποχρεώσεις, οριοθετούν συνάμα τα αντικειμενικά όρια δράσης του γιατρού και συμπλέουν έτσι με την γενική διάταξη του αρθρ. 330 εδ, 2 ΑΚ. Κατά τη στερεότυπα επαναλαμβανόμενη αιτιολογία στις δικαστικές αποφάσεις, ο ιατρός οφείλει να επιδεικνύει επιμέλεια πέραν εκείνης που απαιτείται από τις διατάξεις του άρθρου 330 ΑΚ[59] (Α), με την προσθήκη, πως δεν φέρει ευθύνη, α) αν ενήργησε κατά τους **κανόνες της επιστήμης** του, όπως επαναλαμβάνει σε τρία σημεία ο Κ.Ι.Δ.[60], και β) όπως θα ενεργούσε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και με τα μέσα που θα είχε στη διάθεση του, ο **μέσος συνετός και επιμελής γιατρός**[61].

Γ) Το νόμιμο πρότυπο του επιμελούς γιατρού (Bonus medicus). Εξειδίκευση

Ας δούμε λοιπόν ποίος είναι αυτός ο **ιδανικός γιατρός**, που βρίσκεται στο απυρόβλητο της αστικής ευθύνης και που αποτελεί μέτρο σύγκρισης αλλά και το νομικό ανάχωμα έναντι του κινδύνου επίρριψης ευθύνης για διάπραξη ιατρικού σφάλματος.

Ο σύγχρονος νομοθέτης, ακολουθεί την κοινή λογική αλλά εδώ και μια μακρότατη νομική παράδοση, που ανατρέχει στον Ρωμαίο νομομαθή **ΠΟΜΠΩΝΙΟ**, που και εκείνος με τη σειρά του επικαλείται τον αρχαίο Έλληνα **ΘΕΟΦΡΑΣΤΟ**: «*Νόμοι πρέπει να γίνονται, ως λέγει ο Θεόφραστος, περί των συνήθως συμβαινόντων, ουχί δε των εξ απροόπτου. Διότι* (συνεχίζει ο **ΚΕΛΣΟΣ**) *προς εκείνα μάλλον δέον να ρυθμίζει ο νόμος, όσα και συχνά και ευκόλως, παρά όσα σπανιότερα συμβαίνουσιν*»[62]. Έχοντας προφανώς επίγνωση του στατιστικού αυτονόητου, ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ανθρώπων, άρα και των γιατρών είναι, όχι οι υπεράνθρωποι και παντογνώστες, αλλά οι μέτριοι, συνδέει το μέτρο σύγκρισης της επιμέλειας προς αυτούς. Ο ομηρικός «Αμήμων ιητήρ=άμεμπτος θεραπευτής, στον οποίο, συν τοις άλλοις, δεν συγχωρούνται αποτυχίες, δεν αποτελεί το πρότυπο για την αστική ευθύνη του.

Για έναν επαγγελματία, ο οποίος μετά από μια επίπονη και μακρόχρονη εκπαιδευτική διαδικασία, του είναι από την συντεταγμένη Πολιτεία επιτρεπτό, να ασκήσει το επάγγελμα που έμαθε, θα πρέπει κανείς εύλογα να αναμείνει να επιδείξει όμως επιμέλεια, που να βαίνει πέραν αυτής του μέσου συναλλασσόμενου, αλλά θα βρίσκεται εντός του στενότερου (ομόκεντρου) κύκλου, που θα τηρούσε υπό τις ίδιες συνθήκες ο μέσος συνετός γιατρός της ίδιας ειδικότητας. Το επαγγελματικό πρότυπο (standard), του μέσου συνετού Έλληνα γιατρού που ειδικεύεται στον αντίστοιχο ιατρικό κλάδο αποτελεί λοιπόν το σημείο αναφοράς[63].

Ο γιατρός δεν απαιτείται να είναι παντογνώστης και ικανός για όλα, αλλά μόνο για όλα όσα (πρέπει να) γνωρίζει, και συναφώς να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει, κατά την κρίσιμη στιγμή (της διάπραξης του ιατρικού λάθους) ένας μέσος-τυπικός εκπρόσωπος του κλάδου.

Επιμέλεια εδώ σημαίνει επίδειξη εκείνης της επιστημονικής περίσκεψης, που αποκτάται με την αντίστοιχη επαγγελματική εκπαίδευση, βελτιώνεται με την εμπειρία

της πράξης και επαυξάνεται (προσαρμόζεται) στο εκάστοτε σύγχρονο επίπεδο επιστημονικής εξέλιξης. Με άλλα λόγια η επιμέλεια θα κριθεί με βάση το ποιοτικό μέτρο σύγκρισης με το οποίο κρίνονται οι μέσοι εκπρόσωποι του συγκεκριμένου επαγγελματικού κλάδου. Για πρόσαψη συνεπώς της μομφής της από πταίσμα διάπραξης επαγγελματικού (και εδώ ιατρικό) λάθους θα γίνεται συνεπώς λόγος όταν, η συμπεριφορά θα αποκλίνει από το παραπάνω μέσο κριτήριο (substandard medical care)[64].

Ο μέσος συνετός και επιμελής γιατρός, που θα ενεργούσε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και την εμπειρία του, είναι έτσι το μέτρο σύγκρισης, λαμβανομένης όμως υπόψη (και εδώ συναντά κανείς την πρώτη απόκλιση) της ιδιαιτερότητας στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος (λειτουργήματος) και ιδίως του στοιχείου της επέμβασης του γιατρού στη σφαίρα αυτοδιάθεσης του ασθενούς. Αυτή η βασική θεώρηση επιβάλλει, αναγκαία δύο περιορισμούς προς αντίθετες κατευθύνσεις: Αν ο γιατρός in concerto, έχει μεγαλύτερες ικανότητες, εμπειρίες η γνώσεις, δεν θα απατηθεί για αυτόν και επαύξηση του μέτρου της επιδεικνυόμενης επιμέλειας εκ μέρους του, ούτε όμως και αντίθετα, ο γιατρός με περιορισμένες ικανότητες και επιδόσεις κατώτερες από αυτές του μέσου εκπροσώπου του κλάδου θα αποτελέσει μέτρο για μείωση ή απαλλαγή της ευθύνης του[65]. Πρόκειται αναμφίβολα για μια ευνοϊκή μεταχείριση του ασκούντα το ιατρικό λειτούργημα εκ μέρους του νομοθέτη, όπως άλλωστε λέχθηκε και προηγουμένως, αφού δεν ζητά από αυτόν να ακολουθεί (να προσαρμοστεί σε) ένα εξιδανικευμένο και πέραν του μέσου όρου κινούμενο επαγγελματικό πρότυπο.

Η θεωρία περιορίζει όμως ακόμη περισσότερο το πεδίο ευθύνης στο οποίο είναι εκτεθειμένος ο γιατρός. Έτσι, με επίκληση και άλλων διατάξεων του αστικού κώδικα, ιδίως δε του άρθρου 652 ΙΙ ΑΚ, που εισάγει, σε σχέσεις εμπιστοσύνης, όπως εδώ στη σύμβαση εξαρτημένης εργασίας ειδικότερα κριτήρια, για την αξιολόγηση της επιδεικνυόμενης επιμέλειας, γίνεται δεκτό, πως πέραν του αντικειμενικού-γενικού κριτηρίου, που προκύπτει από το άρθρο 330 εδ.2 ΑΚ. πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, συνεκτιμώμενη, η φύση της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης, ο βαθμός δυσκολίας της, το κατά πόσο αποτελεί ιατρική πράξη «ρουτίνας», ή είναι εκτελεστέα από ιδιαίτερα εξειδικευμένο γιατρό, η ιδιαίτερη βαρύτητα της κατάστασης του ασθενούς, ιδίως δε οι ιδιαίτερες συνθήκες κάτω από τις οποίες ενήργησε ο γιατρός στη συγκεκριμένη περίπτωση κ.λπ.[66]. Μια στροφή αντίθετα προς «υποκειμενικοποίηση» της επιμέλειας, δείχνει να καταγράφει το άρθρο 3 ΙΙ Κ.Ι.Δ., που μπορεί, σύμφωνα και με τη γνώμη που καταγράφηκε στη νομολογία του Εφ Αθηνών[67], να οδηγήσει σε επίταση της ευθύνης του (συμβατικής κυρίως), αν πρόκειται για εξειδικευμένο γιατρό (spesialiste) και η αμοιβή του, ακριβώς λόγω των ειδικών προσόντων του, ήταν υψηλή. Σε τέτοιες περιπτώσεις το μέτρο επιμέλειας πρέπει να είναι διαφορετικό από εκείνο που προσδοκάται από τον μη ειδικευμένο, γιατί είναι λογικό από ένα ειδικό να ζητείται μεγαλύτερη περίσκεψη και φροντίδα για περιστατικά της ειδικότητάς του, από ένα μη ειδικό[68].

3.Ένας συχνά παραβλεπόμενος παράγων-Το σφάλμα του ασθενούς

Στη ανάλυση που προηγήθηκε θα πρέπει συνυπολογιστεί και ένας ακόμη παράγων, που συχνά υποβαθμίζεται, στη σχετική συζήτηση, δηλαδή το ενδεχομένως συντρέχον **σφάλμα του ασθενούς**[69], πράγμα για το οποίο οι διάδοχοι του Ιπποκράτη, προειδοποιούν διαρκώς, από τα βάθη των αιώνων, τους συναδέλφους του, όταν στο έργο της ιπποκρατείου συλλογής, "**Περί ευσχημοσύνης"**, γίνεται λόγος, με ιδιαίτερα επίκαιρο τρόπο, για τη ζημιογόνο προς τους εαυτούς τους συμπεριφορά των ιδίων των ασθενών: *Επιτηρειν δε δει και τας αμαρτίας των καμνόντων, δι' ων πολλάκις διεψεύσαντο εν τοισι προσαρμασι των προσφερομένων. επεί τα μισητά ποτήματα ου λαμβάνοντες, ή φαρμακευόμενοι ή θεραπευόμενοι ανηρέθησαν. και αυτώ μεν ου προς ομολογίην τρέπεται το ποιηθέν, τω δε ιητρώ την αιτίην προσήψαν=Πρέπει επίσης να στρέφεις την προσοχή σου στα σφάλματα των αρρώστων, που συχνά τους κάνουν να λένε ψέματα εν σχέσει με το εάν πήραν τις τροφές που ορίστηκαν για αυτούς, μη παίρνοντας τα δυσάρεστα ποτά η καθαρτικά τους, ή μη εκτελώντας τις θεραπευτικές οδηγίες, πεθαίνουν και αντί να ομολογήσουν αυτό που έκαναν, επιρρίπτουν την ευθύνη στον γιατρό.*

Κατά το άρθρ. 8 Κ.Ι.Δ. η σχέση γιατρού-ασθενή είναι κατεξοχήν σχέση εμπιστοσύνης, ενώ πριν τον Κ.Ι.Δ., η θεωρία του αστικού δικαίου, κατέτασσε τη σύμβαση ιατρικής αγωγής στις λεγόμενες συμβάσεις

εμπιστευτικών εργασιών (ΑΚ 676). Η αστική έννομη σχέση γιατρού-ασθενούς βαίνει, όπως προηγουμένως τονίστηκε, πέραν ενός απλού ενοχικού δεσμού, εμπλουτισμένη από εξωνομικά στοιχεία (Humanitas), τα οποία μάλιστα σήμερα αναγνωρίζει το άρθρο 8 ΙΙ εδ.2 Κ.Ι.Δ., που αποτελούν εξειδίκευση της προστασίας της προσωπικότητας κατά το Σύνταγμα και το άρθρ. 57ΑΚ[70]. Η ex culpa sua του ασθενούς πρόκληση η επίταση ζημιάς, είναι εντελώς άδικο, να καταλογίζεται μόνο σε βάρος του θεράποντα. Εξάλλου η σχέση εμπιστοσύνης γιατρού-ασθενούς, που ρητά την αναγνωρίζει η προαναφερθείσα διάταξη του Κ.Ι.Δ. λειτουργεί αμφίδρομα[71] και η παράβαση εκ μέρους του ασθενούς της υποχρέωσης του για ενημέρωση του γιατρού και για σύμπραξη, όταν αυτή απαιτείται, για την επιτυχή διενέργεια της ιατρικής πράξης, θα έχει συνέπειες για τον τελευταίο. Η έννομη τάξη θα ήταν ασυνεπής προς εαυτήν, αν για λόγους που τους θεωρεί επαρκείς για την ίδρυση ευθύνης, δεν τους λαμβάνει υπόψη και ως λόγους συνευθύνης (ή και μη ευθύνης)[72]. Έτσι, η γενική ρύθμιση του άρθρου 300ΑΚ, ισχύει πλήρως και στα θέματα της ιατρικής αστικής ευθύνης και ο δικαστής, μπορεί είτε να απαλλάξει εντελώς τον γιατρό είτε να μειώσει την ευθύνη προς αποζημίωση του ασθενούς. Εξάλλου αν κινηθεί κανείς με βάση τις διατάξεις για την προστασία του καταναλωτή-αποδέκτη υπηρεσιών, βρίσκει ρητή επιβεβαίωση της ανωτέρω θέσης στο άρθρο 8 παρ.6 του Ν. 2251/1994, όπου κηρύσσονται εφαρμοστέες οι διατάξεις για συνυπαιτιότητα του αποδέκτη της υπηρεσίας.

4. Η δικαστηριακή αντιμετώπιση

Οι κεντρικές έννοιες της **ιατρικής αμέλειας** (Negligence) (ως μη επίδειξης της προσήκουσας **επιμέλειας)** και του **ιατρικού σφάλματος** (medical malpractice), αποτελούν, ευρισκόμενες μεταξύ τους σε σχέση αιτίου-αποτελέσματος, νομικές έννοιες και οι αντίστοιχες ιατρικές εξειδικεύσεις τους συνιστούν απλά σημεία εκκίνησης[73]. Ακόμη δηλαδή και όταν ο δικαστής, που καλείται να κρίνει, αν ο γιατρός έχει παραβεί in casu την υποχρέωση επιμέλειας που πρέπει να δείχνει, διαπράττοντας έτσι ιατρικό σφάλμα, και για τον σκοπό αυτό, ανατρέχει και σε πραγματογνώμονα κατά τις γενικές δικονομικές διατάξεις[74], πάλι δεν είναι υποχρεωμένος να αποδεχθεί τις κρίσεις-εκτιμήσεις του και γενικότερα να αποδεχθεί τις εννοιολογικές παραστάσεις ενός πραγματογνώμονα-γιατρού[75]. Αυτό προβλέπει σαφώς το άρθρο 387ΚΠολΔ, που εισάγει την ελεύθερη εκτίμηση του πορίσματος της πραγματογνωμοσύνης. Μάλιστα, ο Άρειος Πάγος κατά πάγια νομολογία του, προσθέτοντας ένα ακόμη λιθάρι στην απεξάρτηση του δικαστή από τον πραγματογνώμονα, αποφαίνεται πως η κρίση του δικαστηρίου σχετικά με την εκτίμηση της πραγματογνωμοσύνης, όχι μόνο δεν ελέγχεται αναιρετικά, αλλά και δεν χρήζει αιτιολογίας[76]. Πάντως όμως πρέπει για να μην βληθεί με το ένδικο μέσο της αναίρεσης η απόφαση του (αρθρ. 559 αρ.11 ΚΠολΔ), να μνημονευθεί σε αυτή, ότι λήφθηκε υπόψη το πόρισμα της πραγματογνωμοσύνης.

Σχετικά ασκείται έντονη κριτική στη νομική φιλολογία για τη μεταχείριση της πραγματογνωμοσύνης, με την έννοια ότι αποτελεί λογικό ακροβατισμό, να διατάσσεται ιατρική πραγματογνωμοσύνη, επειδή ο δικαστής, δεν κατέχει τις ειδικές γνώσεις (για να κρίνει π.χ. αν υπάρχει in concreto ιατρική αμέλεια η αιτιώδης συνάφεια μεταξύ ζημιάς-βλάβης της υγείας και ζημιογόνου γεγονότος-ιατρικού λάθους, αν η διάγνωση ήταν εσφαλμένη, η επιλεγείσα θεραπεία ορθή κ.λπ.) και στη συνέχεια ο ίδιος να μην θεωρεί, κατά την κρίση του, αξιόπιστο το πόρισμα και να στηρίζει την κρίση του σε άλλα στοιχεία[77]. Πάντως όμως αντίθετα και η τυφλή δέσμευση του θα οδηγούσε, έμμεσα, στη υποκατάστασή του, στη δικαιοδοτική αρμοδιότητά του, από μη δικαστή. Στο πλαίσιο αυτό άξιο τέλος αναφοράς είναι το παρατηρούμενο, από την μελέτη της νομολογίας μας φαινόμενο, όπου, οι διάδικοι, πέραν της διατασσόμενης από τον δικαστήριο πραγματογνωμοσύνης, προσκομίζουν, εξώδικες ιατρικές γνωματεύσεις-βεβαιώσεις, ενδεχομένως και από το Εξωτερικό, όπου διατυπώνονται γνώμες, μετά από σχετικό αίτημα των ενδιαφερόμενων[78]. Οι γνωματεύσεις αυτές, κατά το άρθρο 390ΚΠολΔ αξιολογούνται ως έγγραφα και το περιεχόμενο τους εκτιμάται και αυτό ελεύθερα από τον δικαστή.

Βέβαια, αυτή είναι η δογματική-νομική αντιμετώπιση του θέματος της ιατρικής πραγματογνωμοσύνης και γενικότερα της απόδειξης, γιατί στην πράξη, ιδίως στα κατώτερα δικαστήρια, που κρίνουν την ουσία της διαφοράς, διαπιστώνεται και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ότι πληροφορική ασυμμετρία στη δίκη για αποζημίωση λόγω ιατρικού σφάλματος, ανάμεσα στον ενάγοντα

(παθόντα) και τον εναγόμενο (γιατρό) συνεχίζει να υφίσταται σε βάρος του πρώτου, με την έννοια, ότι η συνεισφορά των γνώσεων του πραγματογνώμονα-γιατρού, δεν αίρει τελικά, ή δεν μειώνει σε μεγάλο βαθμό την γνωστική μειονεξία του ενάγοντα και αποβαίνει σε βάρος του[79], με μόνη παρηγοριά την αντιστροφή το αποδεικτικού βάρους, όπου αυτή προβλέπεται στον νόμο σε σχέση πάντα με την υπαιτιότητα και μόνο, ως sine qua non προϋπόθεσης για την στοιχειοθέτηση της αστικής ευθύνης.

Υ. ΜΕΡΙΚΕΣ ΤΕΛΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ

Έλεγαν(μάλλον κατά τον Μεσαίωνα) πως η Ιατρική είναι αδελφή της Φιλοσοφίας (*Medicina soror Philosophiae est*)[80]. Οι Ρωμαίοι κλασσικοί νομομαθείς αποκαλούσαν με την σειρά τους την Νομική επιστήμη, Τέχνη του καλού και του επιεικούς (*Jus est ars boni et aequi*).

Τους δύο αυτούς διαχρονικά ισχύοντας χαρακτηρισμούς θέτει, κατά κάποιο τρόπο σε δοκιμασία, η αποτυχία της ιατρικής πράξης, που καλεί τις αδελφές επιστήμες (που σημειωτέον και για τις δύο είχε αμφισβητηθεί στο παρελθόν ο χαρακτήρας τους, ως επιστημών) να επιβεβαιώσουν τη δεσπόζουσα θέση τους στην αντίστοιχη αξιολογική κλίμακα, κατά την αντίληψη του μέσου πολίτη (Γιατροί και δικηγόροι).

Ο Νομικός, έχοντας ιδία αντίληψη της έκθεσης σε επαγγελματικό κίνδυνο, καλείται να καταθέσει ex post την συμβολή του, μέσα σε ένα (νομικό)περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από την νομοθετική τάση για συνεχή διεύρυνση των δικαιωμάτων των ασθενών και γενικότερα των καταναλωτών-αποδεκτών υπηρεσιών, τη διευρυνόμενη διαρκώς τάση για διαφάνεια-πληροφόρηση σε όλους τους τομείς και την αλματώδη ανάπτυξη του κλάδου της ασφαλιστικής κάλυψης κινδύνων, αφού το ιατρικό λάθος γίνεται τόσο για τον παροχέα όσο και για τον αποδέκτη της ιατρικής φροντίδας ασφαλίσιμος, επ ανταλλάγματι, κίνδυνος

Η υπαίτια διάπραξη ενός ιατρικού σφάλματος κατά την διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, δεν προκαλεί μόνο προβλήματα στον γιατρό και τον ασθενή, αλλά και στο κοινωνικό σύνολο. Χρειάζεται έτσι να αντιμετωπιστεί με ευρύτητα, αλλά και πνεύμα συνεργασίας .Άλλωστε πρόκειται για **νομικές έννοιες**, όπου ο Νομικός, μόνο με την βοήθεια του Ιατρού πραγματογνώμονα, του τεχνικού συμβούλου, η του ιδιωτικά γνωματεύοντος, κ.λπ. μπορεί να συγκεκριμενοποιήσει.

Λάθη γίνονται και από τους νομικούς.Μπορεί ένας άριστος νομικός να χάσει μια δίκη και αντίθετα να την κερδίσει ένας μετριότατος. Οι δικαστικοί αγώνες δεν κερδίζονται πάντα με τα καλύτερα και εμβριθέστερα δικόγραφα, αλλά και με την τακτική, που θα ακολουθηθεί, το αποτέλεσμα κυρίως της αποδεικτικής διαδικασίας, την συμπεριφορά του αντιδίκου κ.λπ. Αν συνυπολογίσει και τα λάθη, που μπορεί η αμέλεια να προκαλέσει, και που τουλάχιστον στο εξωτερικό, αναλύονται με την ίδια ειλικρίνεια, όπως και τα ιατρικά σφάλματα[81], τότε βρίσκεται ενώπιον μιας κατάστασης παρόμοιας με αυτή του γιατρού, με διαφορετικό όμως μόνο το διακύβευμα. «Κλασικά» δικηγορικά επαγγελματικά σφάλματα είναι για παράδειγμα από το πεδίο της αμέλειας(βαρείας η ελαφράς), η άγνοια βασικής νομοθεσίας και νομολογίας, ιδίως του Αρείου Πάγου και του ΣτΕ, η μη τήρηση ανατρεπτικών προθεσμιών, η μη εμπρόθεσμη άσκηση εφέσεως και άλλων ενδίκων μέσων, η μη κλήση μαρτύρων υπεράσπισης, η μη έγκαιρη υποβολή δικαιοκωλυτικών ενστάσεων, η μη έγκαιρη διακοπή παραγραφής που τρέχει σε βάρος του πελάτη, η μη λήψη υπόψη ουσιωδών πραγματικών περιστατικών, που προσεκόμισε ο πελάτης, ενώ στο πεδίο πια του δόλου συγκαταλέγονται η ποινικά κολάσιμη απιστία δικηγόρου(αρθρ.233 ΠΚ), η σύναψη συμβιβασμού σε βάρος των συμφερόντων του εντολέα, η συμπαιγνία με τον αντίδικο, η παρέλκυση της δίκης κ.λπ.[82].

Ο νόμος επιβάλλει στους γιατρούς και τους δικηγόρους ιδίως την διαμόρφωση και διατήρηση σχέσης αμοιβαίας εμπιστοσύνης με τους τρίτους-πελάτες τους[83]. Θα πρέπει το ίδιο κλίμα συνεπώς να χρωματίζει, κατά λογική και μαθηματική, θα έλεγε κανείς αναγκαιότητα και τις σχέσεις μεταξύ τους. Το νομικό μας σύστημα (απονομή της δικαιοσύνης από επαγγελματίες δικαστές, μη δέσμευση από δικαστικό προηγούμενο, αποκαταστατική λειτουργία της αποζημίωσης) δεν ωθεί, εξ ορισμού, τους δικηγόρους σε εχθρικές προς τους γιατρούς ενέργειες, ούτε τους γιατρούς σε αμυντική ιατρική. Ο δικηγόρος έχοντας όμως σε αντίθεση προς τον γιατρό ως προστατευτικό ανάχωμα, το άρθρο 73 ΕισΝΚΠολΔ, που οριοθετεί την ευθύνη του έναντι του πελάτη μόνο για δόλο και βαρεία αμέλεια, και την

υποστήριξη της Νομολογίας του Αρείου Πάγου, που αποκλείει την εφαρμογή του άρθρου 8 Ν.2251/1994[84], δεν θα πρέπει, απολαμβάνοντας μια οιονεί **"immunity of the bar»,** να παρακολουθεί χαιρέκακα την ιατρική ευθύνη να διευρύνεται σε βάρος των γιατρών και σε τελική ανάλυση και των ασθενών καθώς και του κοινωνικού συνόλου. Η γενική εφαρμογή της ρύθμισης του άρθρου 8 Ν.2251/1994, αποτελεί νομίζω τον κοινό και δίκαιο τόπο συνάντησης της επαγγελματικής ευθύνης μας έναντι των πάσης φύσεως τελικών αποδεκτών-χρηστών υπηρεσιών.

Η οιονεί αντιπαλότητα των δύο επαγγελμάτων, που εκφράζονταν στην εποχή των Ρωμαίων με την κακόβουλη προειδοποιητική υπόμνηση: **Male secum agit aeger, qui medicum haeredem facit** = Κακώς πράττει ο ασθενής που εγκαθιστά κληρονόμο τον γιατρό του! ή σήμερα στον αγγλοσαξωνικό χώρο, παρεμφερώς με την ειρωνική ερωταπάντηση: **Feeling sick? Call your Attorney** = Είσαι άρρωστος; Τηλεφώνησε στον δικηγόρο σου, δεν πρέπει να έχει θέση στη σύγχρονη εποχή.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. http//www. aphorismen. de (7/3/2008)
2. Πρβλ. BUDETTI/BARLETT/WATERS, Medical malpractice law in the United States. Kaiser family Foundation. 2005, 25επ., για την σχέση του γενιού δείκτη τιμών καταναλωτή στις Η.Π.Α. προς το κόστος (αποζημιώσεις-ασφάλιστρα) των ιατρικών λαθών.
3. http: //www. house. gov/jec.
4. ΑΠ 1010/2007 ΝοΒ 55(2007), 2474επ. Πρβλ. συναφώς και ΑΠ 21/2001 ΠοινΧρ ΝΑ 601.
5. ΑΠ 1226/2007 ΝοΒ 55(2007), 2450=ΕφΑΔ 1(2008), 60επ. Η απόφαση αυτή είναι ευνοϊκή για τον θεράποντα ιατρό, αφού μετακυλίει την αστική ευθύνη στη ιδιωτική κλινική, ως προστήσασα, κατά το άρθρο 922ΑΚ, ακολουθώντας την πάγια πλέον νομολογία που έχει διαμορφωθεί. Βλ. ΠΟΥΛΟΥ, Σχόλιο στη ΑΠ 1226/2007 ΕφΑΔ 1(2008), 61επ.
6. ΑΠ. 1227/2007 ΝοΒ 55(2007), 2450.
7. Βλ. αρθρ. 2 ΙΙ Κ.Ι.Δ.: Ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματος του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα. Οφείλει, επίσης, να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει τη συμπεριφορά αυτή όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματος του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφανσης της προσωπικότητας του.
8. Βλ. Aertzliche Behandlungsfehler: Zahlen uebertrieben? http: //www. medizinauskunft. de (14/2/2008).
9. Φυσικά, ο ασθενής, που προσάπτει ιατρικό σφάλμα στον γιατρό, δεν έχει συμβατική (καταρχήν) η νομική υποχρέωση, να προσφύγει στην εξώδικη επίλυση της διαφοράς (που δεν αποτελεί οπωσδήποτε και διαιτησία). Πάντως είναι τόσο ριζωμένη στο νομικό σύστημα της χώρας, η αναγκαιότητα κίνησης του μηχανισμού αυτού, που βρέθηκαν δικαστές, οι οποίοι αρνήθηκαν σε ενάγοντες-ασθενείς την παροχή του ευεργετήματος της πενίας, εφόσον δεν έκαναν προηγουμένως χρήση της δυνατότητας εξώδικης επίλυσης της διαφοράς. Βλ. GIESEN, Arzthaftungsrecht. 3te Aufl. Tuebingen 1990, 15επ., όπου και κριτική. Σε μας, η δυνατότητα απόπειρας εξώδικης επίλυσης προβλέπεται από το άρθρ. 214Α του ΚΠολΔ, ως υποχρεωτικό στάδιο, εφόσον η αγόμενη ενώπιον των πολιτικών δικαστηρίων (αποζημιωτική) διαφορά, είναι μεγαλύτερη από 80. 000 ΕΥΡΩ (Βλ. και αρθρ. 9, 14 ΙΙ, 16 αρ. 7 ΚΠολΔ.). Η δυνατότητα φιλικής επίλυσης της διαφοράς, μέσω της διαδικασίας που προβλέπει η ειδική νομοθεσία για την προστασία του καταναλωτή (αρθρ. 11 Ν. 2251/1994, όπως ισχύει σήμερα), αν θεωρηθεί, ότι η υπερνομοθετική αρχή της προστασίας του καταναλωτή, ισχύει, ως προς όλες τις πτυχές της, και στους αποδέκτες (καταναλωτές) ιατρικών υπηρεσιών, που δεν περιορίζεται μόνο στα άρθρα 2 και 8 του Ν. 2251/1994. βλ. για την εφαρμογή των αρθρ. 2 και 8 Ν. 2251/1994 στους παρέχοντες ανεξάρτητες ιατρικές υπηρεσίες, ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ, Δίκαιο προστασίας καταναλωτή. Αθήνα 2004, 312 επ. Υπαγωγή μιάς αποζημιωτικής διαφοράς μεταξύ γιατρού και ασθενή σε διαιτησία, δεν αποκλείεται μεν, κατά το άρθρ. 867ΚΠολΔ, εφόσον όμως συμφωνηθεί εγγράφως κατά τη συνεχόμενη ρύθμιση του αρθρ. 868-869 ΚΠολΔ. Εκείνο που δεν επιτρέπεται είναι να περιληφθεί σε Γ.Ο.Σ, ρήτρα για υπαγωγή σε διαιτησία, γιατί θεωρείται από το άρθρ. 2 ΥΙΙ αρ. λα Ν. 2251/1994, καταχρηστική. Δεν πρέπει τέλος να αποσιωπηθεί και η χρησιμότητα εμπλοκής του συνήγορου του καταναλωτή κατά τις ειδικότερες ρυθμίσεις του Ν. 3297/2004.
10. Βλ. για τα συστήματα εξώδικης επίλυσης διαφορών (alternative dispute resolution) μεταξύ ασθενών και γιατρών στις Η.Π.Α., BUDETTI/BARLETT/WATERS, Medical malpractice law in the United States. Kaiser family Foundation. 2005, 7.

11. Εκλεγόμενοι δικαστές, σώμα ενόρκων, εργολαβικά δίκης. Πρβλ. και GIESEN, Arzthaftungsrecht. 3te Aufl. Tuebingen 1990, 186
12. Η ενημέρωση του ασθενή γίνεται εγγράφως και ζητείται η υπογραφή του, ότι έλαβε γνώση.
13. GIESEN, Arzthaftungsrecht. 3te Aufl. Tuebingen 1990, 174επ.
14. Ενδεχομένως κατά κατάχρηση της ελευθερίας που παρέχεται από το αρθρο 3 ΙΙΙ και ΙΥ του Κ.Ι.Δ.: Αρθρ. 3 ΙΙΙ. Ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας/Έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση. ΙΥ. Οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος, η οποία δεν εφαρμόζεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και η εφαρμογή της επιτρέπεται μόνο σύμφωνα με το νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο που διέπει τη διεξαγωγή της επιστημονικής έρευνας.
15. Από τις Η.Π.Α. γίνεται γνωστό ότι το 50% των ακτινογραφιών που γίνονται σε ασθενείς είναι περιττές. GIESEN, Arzthaftungsrecht. 3te Aufl. Tuebingen 1990, 186, όπου και παραπομπές.
16. GIESEN, Arzthaftungsrecht. 3te Aufl. Tuebingen 1990, 186.
17. Πρβλ. GOLDER, Hippokrates und das Corpus Hippocraticum. Wuerzburg 2007, 183, που αναφέρει ότι στα έργα: «περί Αγμών», «περί Άρθρων» και «Επιδημιών το πέμπτο», γίνεται ρητή αναφορά στα λάθη, που μπορεί να εμφιλοχωρήσουν κατά την θεραπεία και στη προσπάθεια κοινολόγησης τους σε άλλους γιατρούς, ώστε να αποφευχθεί η επανάληψη τους, πράγμα για το οποίο ο Κέλσος επαινεί τον Ιπποκράτη.
18. Aertzliche Behandlungsfehler: Zahlen uebertrieben? http://www.medizinauskunft. de (14/2/2008)
19. Πρβλ. γενικότερα ΚΟΡΝΗΛΑΚΗ, ΕιδΕνοχΔ. Ι. Αθήνα/Θεσσαλονίκη 2002, 475επ.
20. Βλ. ΠολΠρΑθ. 2137/2003 ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ/ΔΣΑ. Προσεπίκληση ασφαλιστικής εταιρείας, εκ μέρους εναγόμενου γυναικολόγου.
21. Πρβλ. WEYERS, Empfiehlt es sich, im Interesse der Patienten, und Aerzte ergaenzende Regelungen fuer das aerztliche Vertrags-(Standes-) und Haftungsrecht einzufuehren? Gutachten fuer den 52ten deutschen Juristentag. Muenchen 1978, A7ff, 74επ.
22. Στο πλαίσιο της παρούσας ανάλυσης θα περιοριστώ στη αστική και μόνο ευθύνη του γιατρού, αφήνοντας κατά μέρος την ποινική και πειθαρχική. Βλ. ειδικά για την ποινική ευθύνη του γιατρού, ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ-ΚΑΣΤΑΝΙΔΟΥ, Η ποινική ευθύνη των γιατρών με βάση τον νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας. ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ, 10(2006), 68επ. .
23. Βλ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ, Νόμος, 1. «... δια δε αμαθίην των τε χρεωμένων αυτή, και των εική τους τοιούσδε κρινόντων, πολύ δε πασέων ήδη των τεχνών απολείπεται. Η δε των τώνδε αμαρτάς τα μάλιστα μοι δοκέει έχειν αιτίην τοιήνδε . πρόστιμον γαρ ιητρικής μούνης εν τήσι πόλεσιν ουδέν ώρισται, πλην αδοξίης.»
24. D. 1. 18, 6. 7. Sicuti medico imputari eventus mortalitatis non debet, ita quod per imperitiam commisit, imputari ei debet: praetextu humanae fragilitatis delictum decipientis in periculo homines innoxium esse non debet.
25. GIESEN, Arzthaftungsrecht. 3te Aufl. Tuebingen 1990, 1επ.
26. Βλ. χαρακτηριστικά ΑΠ 1227/2007 ΝοΒ 55(2007), 2450. Πρβλ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ, Δίκαιο προστασίας καταναλωτή. Αθήνα 2004, 312επ.
27. Η αντίστοιχη ποινική ευθύνη, προκύπτει τόσο από γενικούς νόμους, όπως τον ΠΚ, όπου πέραν των γενικών διατάξεων για την πρόκληση σωματικών βλαβών, ανθρωποκτονίας κλπ, υπάρχουν και ειδικά αδικήματα(αρθρ. 221, 371), όσο και από ειδικούς νόμους (βλ. π.χ αρθρ. 22 Ν. 2472/1997, αρθρ. 26 Ν. 3305/2005, αρθρ. 20 Ν. 2737/1999). Βλ. ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ-ΚΑΣΤΑΝΙΔΟΥ, Η ποινική ευθύνη των γιατρών με βάση τον νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας. ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ, 10(2006), 68.
28. GIESEN, Arzthaftungsrecht. 3te Aufl. Tuebingen 1990, 1, όπου και παραπ.
29. Ο Κ. Ι. Δ περιέχει τουλάχιστον 11 ειδικές υποχρεώσεις. Βλ. ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ-ΚΑΣΤΑΝΙΔΟΥ, Η ποινική ευθύνη των γιατρών με βάση τον νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας. ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ, 10(2006), 68επ., 70.
30. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, ΕνοχΔΕιδΜ ΙΙ. Αθήνα 2007, 189.
31. KOENNING-FEIL, Das internationale Arzthaftungsrecht. Frankfurt 1992, 72επ. Βλ. όμως αρθρ. 8 ΙΥ στοιχ. ζ Ν. 2251/1994, που θεωρεί την εθελοντική προσφορά της υπηρεσίας, ως συνεκτιμόμενο παράγοντα για την έλλειψη η μείωση του βαθμού υπαιτιότητας του παρέχοντα υπηρεσίες.
32. Βλ. αρθρ. 9 Υ και 19 ΙΙ-ΙΙΙ Κ.Ι.Δ
33. ΑΚ. 297 εδ, 1.
34. Βλ. ΑΚ 298, 932. Βλ. αντί πολλών για τα συστήματα αστικής αποζημίωσης, ΚΟΡΝΗΛΑΚΗ, ΕιδΕνοχΔ. Ι. Αθήνα/Θεσσαλονίκη 2002, 473επ. GEORGIADES,

Punitive damages in Europe and the USA. Doctrinal differences and practical convergence. RHellDI, 58(2005), 145pp. Βλ. γενικότερα για την αστική αποζημίωση στη περίπτωση διάπραξης ιατρικού σφάλματος, GIESEN, Arzthaftungsrecht. 3te Aufl. Tuebingen 1990, 20επ.

35. Η σύμβαση παροχής ιατρικών υπηρεσιών, δεν ρυθμίζεται στο δίκαιο μας, αλλά υπόκειται στις κοινές ρυθμίσεις, ιδίως μάλιστα σε αυτές για τη σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών, ενδεχομένως δε, σε ορισμένες περιπτώσεις και σε αυτές για τη σύμβαση έργου (ΑΚ 681επ.). Βλ. ΕφΑθ 479/1983 ΝοΒ 30 (1983), 527. Σε περίπτωση νοσοκομειακής περίθαλψης, εντός δημόσιου νοσοκομείου, κατά την πάγια νομολογία του ΣτΕ (ΣτΕ 2727/2003 και 160/2001), και την επιδοκιμασία της θεωρίας, δεν υπάρχει χώρος για αστική-συμβατική σχέση γιατρού-ασθενή. Πρβλ. ΠΕΛΛΕΝΗ-ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Ο Κώδικας ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά. ΝοΒ 55 (2007), 2311επ,
36. ΕισΝΑΚ 105-106.
37. Ο Κ. Ι. Δ αντικατέστησε με το άρθρο 37, το Β. Δ της 25-5/6-7-1955 «περί κανονισμού ιατρικής δεοντολογίας, ενώ, παραδόξως, δεν κατάργησε ρητά και τον Α. Ν 1564/1939 «περί κώδικος ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος». Συνεπώς, κατ' εφαρμογή της ΑΚ 2, εφόσον έχουμε νεώτερο νόμο, δηλαδή τον Κ.Ι.Δ, θα κατισχύσουν οι ρυθμίσεις του, εφόσον πρόκειται για το ίδιο ρυθμιζόμενο για το ίδιο θέμα. Η νομολογία μας, και πριν από τον Κ.Ι.Δ., στηρίζονταν στα αρθρα 13 και 24 του Α. Ν 1565/1939, για να στηρίξει την αστική (Βλ. ΕφΑθ 4495/2002 ΔΕΕ 2004, 205), την ποινική (ΑΠ 1659/2003, ΠοινΔικ 2004, 386), ευθύνη του Δημοσίου (ΣτΕ 2727/2003 και 2463/1998) και πειθαρχική ευθύνη (ΣτΕ 4403/1996).
38. Βλ. αρθρ. 2 ΙΙΙ εδ. 1, 3 ΙΙ εδ. 1, 10Ι. Βλ. σχετικά και ΠΕΛΛΕΝΗ-ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Ο Κώδικας ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά. ΝοΒ 55(2007), 2314επ.
39. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, ΕνοχΔΕιδΜ ΙΙ. Αθήνα 2007, 200.
40. GOLDER, Hippokrates und das Corpus Hippocraticum. Wuerzburg 2007, 183.
41. Βλ. εκτενώς για το ιατρικό σφάλμα, ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ, Αστική ιατρική ευθύνη. γενική εισαγωγή-δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση-θεμελιώδεις έννοιες. Αθήνα /Θεσσαλονίκη. 2003, 321επ.
42. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 06/2002, 51επ
43. Βλ. αρθρ. 1 Ι Κ.Ι.Δ. «Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου». Βλ. επίσης αρθρ. 1 ΙΙ-ΙΙΙ Κ.Ι.Δ. Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης. Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή. Πρβλ. γενικότερα για την έννοια της ιατρικής πράξης, αντί άλλων ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ, Αστική ιατρική ευθύνη. Γενική εισαγωγή-δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση-θεμελιώδεις έννοιες. Αθήνα/Θεσσαλονίκη. 2003, 161επ.
44. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, ΕνοχΔΕιδΜ ΙΙ. Αθήνα 2007, 200.
45. Βλ. συναφώς και ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ, ΕνοχΔΕιδΜ ΙΙ. Αθήνα 2007, 199.
46. Πρβλ. BUDETTI/BARLETT/WATERS, Medical malpractice law in the United States. Kaiser family Foundation. 2005, 2 "… medical malpractice cases are an example of one particular type of tort, the tort known as negligence. The concept of negligence is that people should be reasonable careful in what they do, and if they are not, they should be held responsible for the injuries that can be reasonably foreseen as resulting from their negligent conduct". Βλ. επίσης STAUDINGER/NIPPERDAY/MOHNEN, BGB Komm. § 611 Vorb. Rdnr. 188. v. CAEMMERER, Karlsruher Forum, 1961, 21.
47. Πρβλ. π.χ. από τη νομολογία του γερμανικού Ακυρωτικού, RG HRR 31 Nr. 1748. BGHZ 8, 138επ., 140.
48. Βλ. αντί πολλών ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ, Αστική ιατρική ευθύνη. Γενική εισαγωγή-δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση-θεμελιώδεις έννοιες. Αθήνα/Θεσσαλονίκη. 2003, 117επ.
49. Ακόμη παραπέρα, η νομολογία μας (και η θεωρία) δέχεται τη διπλή λειτουργία της αμέλειας, τόσο ως μορφή υπαιτιότητας, κατά τα λεχθέντα, όσο όμως και ως παρανομία, στοιχείο απαραίτητο για τη θεμελίωση της αδικοπρακτικής ευθύνης. Πολύ χαρακτηριστικά, το ΠΠρΘεσ (12598/2003 Αρμ. 58, 141) δέχθηκε πως παρανομία δεν συνιστά μόνο η συμπεριφορά κάποιου προσώπου που αντιβαίνει σε διάταξη νόμου, αλλά και αυτή που παραβιάζει την υποχρέωση επίδειξης επιμέλειας, που πρέπει να επιδεικνύεται προς τον σκοπό αποφυγής πρόκλησης ζημιάς σε έννομα αγαθά άλλων. Το δίκαιο απαγορεύει δηλαδή την αμελή συμπεριφορά(όποιος ενεργεί αμελώς, παραβιάζει τον κανόνα δικαίου, να δείχνει προσοχή και επιμέλεια), και το ιατρικό σφάλμα, αν είναι υπαίτιο, αποτελεί και παράνομη συμπεριφορά Βλ. αντί πολλών ΠΕΛΛΕΝΗ-ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Ο Κώδικας ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά. ΝοΒ 55(2007), 2321, όπου και παραπ. Πρβλ. γενικότερα για τον προβληματισμό αυτό, ΚΟΡΝΗΛΑΚΗ, ΕιδΕνοχΔ. Ι. Αθήνα/Θεσσαλονίκη 2002, 480επ.

50. Νόθο αντικειμενική την κατέστησε ήδη με το άρθρο 8 του Ν. 2251/1994. Αλλά αυτό ισχύει και στην περίπτωση της συμβατικής θεμελίωσης της. Πρβλ. γενικότερα για το θέμα αυτό, ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ, Αστική ιατρική ευθύνη. Γενική εισαγωγή-δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση-θεμελιώδεις έννοιες. Αθήνα/Θεσσαλονίκη. 2003, 138επ.
51. Βλ. και ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ, Αστική ιατρική ευθύνη. Γενική εισαγωγή-δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση-θεμελιώδεις έννοιες. Αθήνα/Θεσσαλονίκη. 2003, 124επ.
52. Ο γιατρός θα απαλλαγεί σε αυτή την περίπτωση, αν αποδείξει πταίσμα του ασθενή, η τρίτων (για τους οποίους δεν ευθύνεται) η ακόμη γεγονός ανώτερης βίας.
53. Βλ. π. χ ΑΚ 823, 746, 1396, 1531, 1937 Ι,
54. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, ΕνοχΔΕιδΜ ΙΙ. Αθήνα 2007, 203.
55. Μια τέτοια περίπτωση, κρίθηκε από το εφετείο Αθηνών (ΕφΑθ 197/1988=Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ/ΔΣΑ), ότι συνέτρεξε, όταν διαπιστώθηκε σφάλμα σχετικό με την επιλογή της θεραπείας. Συγκεκριμένα, θεωρήθηκε, βαρεία αμέλεια, το γεγονός, ότι γιατρός (καθηγητής Μαιευτικής και γυναικολογίας) δεν προχώρησε σε καισαρική τομή, αλλά ανέμενε για πολλές ώρες φυσιολογικό τοκετό, με αποτέλεσμα, τη γέννηση του τέκνου με βαρύτατα και αθεράπευτα προβλήματα υγείας.
56. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, ΓενΕνοχΔ. Αθήνα/Θεσσαλονίκη, 2004, 332.
57. Πρβλ. χαρακτηριστικά D. 9, 2, 31 (ΠΑΥΛΟΣ) με αφορμή την ευθύνη κλαδευτή δέντρου και τον θάνατο, από την πτώση κλάδου, διερχόμενου από το σημείο της εργασίας του δούλου "culpam autem esse, quod, cum a diligente provideri potuerit, non esse provisum=πταίσμα δε υπάρχει, εάν ό,τι παρ έπιμελούς ηδύνατο να προοραθεί δεν προωράθει». Πρβλ. και άλλα παραδείγματα από τις πηγές σε WINDSCHEID (ΑΡΓΥΡΟΥ), Σύστημα ρωμαϊκού δικαίου. Τόμος Α. Εν Αθήναις 1915, 683 σημ. 8.
58. Βλ. ήδη WINDSCHEID (ΑΡΓΥΡΟΥ), Σύστημα ρωμαϊκού δικαίου. Τόμος Α. Εν Αθήναις 1915, 683επ. ιδίως σημ. 8 «Ο συνήθης άνθρωπος είναι γενικότατος τύπος. Εν τη εφαρμογή εν εκάστη περιπτώσει πρέπει να υποκαθίσταται η στενοτέρα έννοια της τάξεως των ανθρώπων, εις ην ανήκει εκείνος του οποίου πρόκειται να κριθεί η στάσις... καθ' ότι όπου πρόκειται περί της στάσεως εν ορισμένη επαγγελματική δράσει, θέτει ως βάσιν το μέτρον του συνήθους εμπόρου, αρχιτέκτονος, ιατρού... »
59. ΑΠ 251/1974, ΝοΒ 22, 1261, ΕφΑθ 479/1983 ΝοΒ 31, 527
60. Βλ. αρθρ. 2 ΙΙΙ Κ.Ι.Δ.: Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. πρβλ. επίσης αρθρ. 3 ΙΙ περ. γ- Κ.Ι.Δ.: Ο ιατρός ενεργεί με βάση. . . . γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης. Αρθρ. 10 Ι Κ.Ι.Δ.: Η άσκηση της ιατρικής γίνεται σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης
61. Εφ Αθ. 197/1988 ΕλλΔνη 29, 1239.
62. D. 1, 3, 3, 4
63. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, ΕνοχΔΕιδΜ ΙΙ. Αθήνα 2007, 200.
64. BUDETTI/BARLETT/WATERS, Medical malpractice law in the United States. Kaiser family Foundation. 2005, 2επ.
65. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, ΕνοχΔΕιδΜ ΙΙ. Αθήνα 2007, 202.
66. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, ΕνοχΔΕιδΜ ΙΙ. Αθήνα 2007, 203, όπου και παραπομπές σε άλλους συγγραφείς.
67. ΕφΑθ 197/1988. Βλ. ΠΕΛΛΕΝΗ-ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Ο Κώδικας ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά. ΝοΒ 55(2007), 2315 και ιδίως σημ. 30. βλ. και ΣυμβΕφΘεσ. 712/2003 ΠοινΧρ 6, 1056
68. Βλ. ΕφΑθ. 7092/2001 ΔΣΑ/ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ: «Ιδιαίτερα θα ληφθεί υπόψη η συνδρομή ειδικότητας στο πρόσωπο του ιατρού, η οποία αποτελεί και το λόγο βαρύτερης ευθύνης του ειδικού αφού η προσφυγή στις υπηρεσίες του, με βαρύτερη οικονομική επιβάρυνση συνήθως του ασθενούς γίνεται ακριβώς λόγω της ειδικότητας του αυτής».
69. Πρβλ. όμως GIESEN, Arzthaftungsrecht. 3te Aufl. Tuebingen 1990, 141επ. όπου και παραπομπές στη γερμανική νομολογία. Βλ. όμως και ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, ΓενΕνοχΔ. Αθήνα/Θεσσαλονίκη 2004, 574. Από την νομολογία, βλ. ΑΠ 476/1960 ΝοΒ 9 165. Ο τραυματισθείς αρνήθηκε να υποβληθεί σε ενδεικνυόμενη εγχείρηση με αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας του.
70. ΠΕΛΛΕΝΗ-ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Ο Κώδικας ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά. ΝοΒ 55(2007), 2314, όπου και παραπ.
71. Αρθρ. 8 ΙΙ Κ.Ι.Δ.: Ο ιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη - ασθενή. Ακούει τους ασθενείς του, τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους
72. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, ΓενΕνοχΔ. Αθήνα/Θεσσαλονίκη 2004, 570.
73. GIESEN, Arzthaftungsrecht. 3te Aufl. Tuebingen 1990, 52επ, όπου και παραπ. στη νομολογία των γερμανικών και αυστριακών δικαστηρίων
74. Αρθρ. 368επ. ΚΠολΔ
75. GIESEN, Arzthaftungsrecht. 3te Aufl. Tuebingen 1990, 53.
76. ΤΕΝΤΕΣ, σε ΚΕΡΑΜΕΑ/ΚΟΝΔΥΛΗ/ΝΙΚΑ, ΕρμηνΚΠολΔ αρθρ. 387. αρ. 2, όπου και παραπ.

77. ΝΙΚΑΣ, ΠολΔ ΙΙ, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2005, 466.
78. Πρβλ. ΕφΑθ 7092/2001 Τράπεζα νομικών πληροφοριών ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ/ΔΣΑ.
79. Πρβλ. WEYERS, Empfiehlt es sich, im Interesse der Patienten, und Aerzte ergaenzende Regelungen fuer das aerztliche Vertrags-(Standes-)und Haftungsrecht einzufuehren? Gutachten fuer den 52ten deutschen Juristentag. Muenchen 1978, A7ff, A69ff.
80. Βλ. όμως ήδη και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ, Νόμος. 1. «Ιητρική τεχνέων μεν πασέων εστίν επιφανεστάτη».
81. Βλ. Rechtsanwaltskammer Nuernburg. Heft 6(2005), Die anwaltliche Berufshaftung., 216ΕΠ. Τα λάθη των δικηγόρων στη γερμανική αγορά, κατηγοριοποιούνται, σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, ως εξής: 44% παράβλεψη κάποιο σημαντικού στοιχείου, 22% απώλεια κάποιας προθεσμίας, 24% νομική πλάνη, 10% ελλειπής διάγνωση του πραγματικού υλικού.
82. Πρβλ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, ΕνοχΔΕιδΜ ΙΙ. Αθήνα 2007, 237.
83. Για τους δικηγόρους, ο ΚωδΔικ(αρθρ. 63 ΙΥ και Υ, 63Α, 95) και η Νομολογία του Α. Π (ΑΠ Ολομ. 21/2004 ΝοΒ 53, 66) δέχονται ότι η σχέση δικηγόρου-πελάτη είναι σχέση απόλυτης προσωπικής εμπιστοσύνης. Βλ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, ΕνοχΔΕιδΜ ΙΙ. Αθήνα 2007, 231επ.
84. Πρβλ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, ΕνοχΔΕιδΜ ΙΙ. Αθήνα 2007, 239επ., όπου και παραπ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ, Δίκαιο προστασίας καταναλωτή. Αθήνα 2004, 309επ.

Λίγα λόγια για τους γιατρούς του κόσμου

Καραδήμα Βασιλική

Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Οι Γιατροί του Κόσμου (Medecins du Monde) είναι μια μη κυβερνητική μη κερδοσκοπική εθελοντική ανθρωπιστική διεθνής οργάνωση. Είναι αυστηρά ανεξάρτητη, καθώς δεν επηρεάζεται από καμία πολιτική εξουσία ούτε έχει κομματικές, θρησκευτικές ή άλλου είδους δεσμεύσεις. Οι επιλογές της γίνονται με μοναδικό κριτήριο τις ανάγκες που εντοπίζει και τις δυνατότητες της να προσφέρει βοήθεια.

ΙΔΡΥΣΗ

Η οργάνωση ιδρύθηκε το 1980 στη Γαλλία από τον Γάλλο γιατρό Bernard Couchner, μετέπειτα προσωρινό διοικητή του ΟΗΕ στην Πρίστινα και υπουργό υγείας και ανθρωπιστικής δράσης της Γαλλίας. Ο Couchner υπήρξε ένας από τους "French doctors", μια ομάδα Γάλλων γιατρών, οι οποίοι το 1968 ήταν οι πρώτοι που αποφάσισαν να παρέμβουν οργανωμένα στο δράμα του λιμού της Μπιάφρα. Συγχρόνως δημοσιοποιούσαν τη βαρβαρότητα και την καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην περιοχή, των οποίων γίνονταν καθημερινά αυτόπτες μάρτυρες. Πάνω σε αυτές τις αρχές στηρίχθηκε η ίδρυση της οργάνωσης "Medecins du Monde".

Από το 1989 και μετά η ιδέα άρχισε να εξαπλώνεται και σε άλλες χώρες. Το 1990 μια ομάδα 150 μελών συγκεντρώθηκε στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, όπου και ίδρυσε το Ελληνικό Παράρτημα των Γιατρών του Κόσμου.

Σήμερα οι Medecines du Monde είναι μια οργάνωση με χιλιάδες μέλη και υποστηρικτές παγκοσμίως. Έχει παραρτήματα σε 15 χώρες σε ολόκληρο τον κόσμο. Όλα μαζί απαρτίζουν τη Medecins du Monde-International. Αντιπροσωπείες από κάθε χώρα συναντώνται τακτικά για να ανταλλάξουν απόψεις και εμπειρίες και να σχεδιάσουν τις κοινές τους δραστηριότητες.

Όλα τα παραρτήματα έχουν κοινή αφετηρία και υπηρετούν μια κοινή ιδέα, το καθένα όμως χαράσσει τη δική του πορεία. Αποφασίζει για τα ζητήματα που το αφορούν, προγραμματίζει τις δράσεις του και αναζητά πόρους για την επίτευξη των στόχων του.

Αλληλογραφία:
Καραδήμα Βασιλική,
Λαρίσης 75, Αθήνα 11524,
Τηλ. 6976812708
e-mail: vasiliki_ _@hotmail.com

ΣΤΟΧΟΙ - ΔΡΑΣΗ

Στόχος των Γιατρών του Κόσμου είναι η έγκαιρη και αποτελεσματική παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας σε όσους την έχουν ανάγκη σε καιρό ειρήνης ή πολέμου. Επικεντρώνεται σε δύο κύριους άξονες:

- την παροχή ιατροφαρμακευτικής και ανθρωπιστικής βοήθειας σε άτομα, πληθυσμούς ή ομάδες πληθυσμών που υποφέρουν από πολέμους, φυσικές καταστροφές, αλλά και όπου υπάρχει πόνος και δυστυχία
- την κατάθεση μαρτυρίας τόσο σε τοπικό όσο και σε διεθνές επίπεδο για την καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ατόμων, ομάδων ατόμων και πληθυσμών, όπως τη βιώνουν ως αυτόπτες μάρτυρες.

Προσφέρουν τη βοήθειά τους σε ευπαθείς ομάδες ή άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης. Δε λαμβάνουν υπόψη διακριτικά όπως η εθνικότητα, το θρήσκευμα, το φύλο ή οι πεποιθήσεις. Αψηφούν τις δυσκολίες που συναντούν και δεν επιδιώκουν προσωπικό όφελος από τις δραστηριότητές τους. Η προσφορά βοήθειας γίνεται πάντοτε με γνώμονα τον αλτρουισμό.

Οι Γιατροί του Κόσμου μέσα από την ιατρική ανθρωπιστική δράση τους είναι σταθεροί υπερασπιστές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Αντιτίθενται αποφασιστικά στο ρατσισμό, στην περιθωριοποίηση ατόμων ή κοινωνικών ομάδων, στην κοινωνική ανισότητα, στην πολιτική της εθνικής κάθαρσης και στην παραβίαση των φυσικών νόμων. Υποστηρίζουν έμπρακτα τα δικαιώματα της γυναίκας και του παιδιού και το δικαίωμα στην ιδιαιτερότητα.

Παρέχουν βοήθεια σε ανθρώπους σε ολόκληρο τον κόσμο που έχουν πέσει θύματα φυσικών καταστροφών, πολέμων, βίαιου εκπατρισμού, υπανάπτυξης, φτώχειας, έλλειψης φυσικών πόρων και βασικών αγαθών, όπως και εκμετάλλευσης από αυταρχικά και δικτατορικά καθεστώτα.

Οι Έλληνες Γιατροί του Κόσμου παρέχουν επίσης ανθρωπιστική βοήθεια στην Ελλάδα σε ομάδες ατόμων που αντιμετωπίζουν τον κοινωνικό αποκλεισμό, την προσφυγιά, τη φτώχεια και την περιθωριοποίηση. Επίσης προσφέρουν προστασία σε εξαρτημένους και θύματα εκμετάλλευσης, σε εθνοτικές και θρησκευτικές μειονότητες και γενικά σε ομάδες ατόμων που δεν έχουν άμεση πρόσβαση στο σύστημα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας της χώρας μας.

Σημαντικό στοιχείο δράσης της οργάνωσης είναι η μαρτυρία: δεν αρκούνται στο ρόλο του απλού παρατηρητή ή έστω του θεραπευτή του ανθρώπινου πόνου. Καταγράφουν, διαμαρτύρονται, καταγγέλλουν. Η καταγγελίες γίνονται με σοβαρότητα και είναι πάντα τεκμηριωμένες και βασισμένες σε πραγματικά γεγονότα και μαρτυρίες των παρατηρητών.

Τα μέλη των Γιατρών του Κόσμου ζουν κοντά στους πληθυσμούς που έχουν ανάγκη, μοιράζονται τα προβλήματά τους, σέβονται τα ήθη και τα έθιμά τους. Με αυτόν τον τρόπο κατανοούν καλύτερα τα προβλήματα που τους απασχολούν και διερευνούν τα βαθύτερα αίτιά τους, ώστε να μπορέσουν να τα αντιμετωπίσουν ριζικά.

Ποτέ δεν στέλνουν ανθρωπιστική βοήθεια σε άγνωστους παραλήπτες. Συνοδεύουν πάντα τα φορτία, επιμένοντας να διασφαλίζουν τη διάφανη και απρόσκοπτη διανομή τους.

Τέλος, σημαντικό στοιχείο της δράσης των Γιατρών του Κόσμου είναι η ουδετερότητα. Δεν συμμετέχουν στις συρράξεις ούτε υποστηρίζουν καμία από τις αντιμαχόμενες πλευρές. Δεν χρησιμοποιούν όπλα και δεν φωτογραφίζονται με όπλα. Μοναδική επιδίωξή τους είναι η ανακούφιση των ανθρώπων που έχουν ανάγκη.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ

Οι Γιατροί του Κόσμου είναι μια μη κερδοσκοπική οργάνωση που στηρίζεται αποκλειστικά στην εθελοντική προσφορά. Πηγές χρηματοδότησης αποτελούν οι συνδρομές και δωρεές μελών και φίλων, χορηγίες εταιρειών και ιδρυμάτων, κρατικοί φορείς και κληροδοτήματα.

Οι Γιατροί του Κόσμου μεριμνούν ιδιαίτερα για την μείωση των λειτουργικών τους εξόδων, έτσι ώστε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο μέρος των εσόδων να διατίθεται για τη χρηματοδότηση των αποστολών.

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Η δράση των Γιατρών του Κόσμου βασίζεται στα μέλη, τους εθελοντές και το έμμισθο προσωπικό. Τα μέλη δρουν συλλογικά σύμφωνα με τις αρχές της οργάνωσης. Η ιδιοτέλεια, η προσωπική προβολή ή η χρησιμοποίηση της οργάνωσης για κοινωνική κατα-

ξίωση είναι ασυμβίβαστα με το πνεύμα των Γιατρών του Κόσμου.

Οι εθελοντές κατέχουν πρωτεύουσα θέση στην ζωή της οργάνωσης. Συμμετέχουν κατά προτεραιότητα σε εκδηλώσεις, συμπόσια και συνέδρια στο εσωτερικό και στο εξωτερικό. Η γνώμη τους λαμβάνεται υπόψη στην επεξεργασία των θέσεων και στη βελτίωση των προγραμμάτων. Επίσης, ανάλογα με την εμπειρία τους έχουν προτεραιότητα στη συμμετοχή σε εκδηλώσεις και αποστολές στο εσωτερικό και το εξωτερικό.

Το έμμισθο προσωπικό των Γιατρών του Κόσμου αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα του ανθρώπινου δυναμικού τους. Πρέπει, όμως, να σημειωθεί ότι από άποψης προσόντων και επαγγελματικής κατάρτισης σε σύγκριση με το ύψος των αμοιβών τους, η εργασία που προσφέρουν ενέχει πολλά στοιχεία εθελοντικής προσφοράς.

Οι αποστολές των Γιατρών του Κόσμου στελεχώνονται από γιατρούς, νοσηλευτές, υγειονομικούς, τεχνικούς υπαλλήλους και γενικό βοηθητικό και διοικητικό προσωπικό. Τα μέλη των αποστολών λαμβάνουν μία αποζημίωση όταν συμμετέχουν σε αποστολές που διαρκούν περισσότερο από ένα μήνα. Από την οργάνωση παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη και καλύπτονται τα εισιτήρια μετάβασης και επιστροφής, καθώς και τα έξοδα διαβίωσης.

Παρ' όλα αυτά, η αποζημίωση είναι δυσανάλογα μικρή ως προς το μέγεθος της προσφοράς αυτών των ανθρώπων. Η προσφορά τους παραμένει εθελοντική με γνώμονα την αγάπη προς τον συνάνθρωπο. Η εθελοντική προσφορά αποτελεί την κινητήρια δύναμη των Γιατρών του Κόσμου και τους καθιστά ικανούς να ανακουφίζουν τον ανθρώπινο πόνο και να θεμελιώνουν ένα καλύτερο αύριο.

ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Οι Έλληνες Γιατροί του Κόσμου ανήκουν στη διεθνή οργάνωση "Medecins du Monde", το οποίο διατηρεί ταυτόχρονα την αυτονομία του, οικονομική και διοικητική με βάση τις ιδιαιτερότητες της χώρας μας. Οι Έλληνες Γιατροί του Κόσμου δεν δίστασαν, όταν αυτό κρίθηκε σωστό, να διαφωνήσουν δημόσια με άλλες εθνικές αντιπροσωπείες.

Πιστεύοντας στη διεθνή προβολή της Ελλάδας της αλληλεγγύης, του ανθρωπισμού και του δικαίου, της Ελλάδας ως κράτους ασύλου και προστασίας των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, χωρίς δείγματα εθνικισμού ή σκοπιμότητες, οι Γιατροί του Κόσμου διοργανώνουν αποστολές βοήθειας αποκλειστικά ελληνικές. Στις αποστολές αυτές επιδιώκουν να προβάλλουν το ελληνικό επιστημονικό δυναμικό και να ενισχύσουν την εικόνα της ελληνικής βιομηχανίας φαρμακευτικού και νοσοκομειακού υλικού.

Σήμερα, μετά από 17 χρόνια δράσης, οι Έλληνες Γιατροί του Κόσμου έχουν καθιερωθεί ως μια αξιόπιστη, υπεύθυνη, αποτελεσματική ελληνική Μη Κυβερνητική Οργάνωση Αρωγής. Αποτελούν ισότιμη εθνική αντιπροσωπεία στους "Medecines du Monde International" με 12 αντιπροσωπίες σε ΗΠΑ, Γαλλία, Καναδά, Ελβετία, Κύπρο, Ιταλία, Αργεντινή, Βέλγιο, Ισπανία και Πορτογαλία.

Οι Γιατροί του Κόσμου συμμετέχουν οικονομικά στη Διεθνή Γραμματεία και παίρνουν μέρος στις τακτικές και έκτακτες συσκέψεις των προέδρων του Medecines du Monde International. Παράλληλα, συνεργάζονται με άλλες Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις Αρωγής που δρουν σε όλα τα μήκη και πλάτη της γης, όπως οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα, η Διεθνής Αμνηστία, η UNICEF, η HELMSIC.

Ευχαριστήριο

Η συντακτική επιτροπή της ΑΧΑΪΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ευχαριστεί τους κάτωθι ιατρούς που πρόθυμα και χωρίς να υπολογίσουν χρόνο και κόπο έκριναν εργασίες που στάλθηκαν για δημοσίευση στο περιοδικό.

Γούμενο Δημήτριο

Γώγο Χαράλαμπο

Διαμαντόπουλο Αθανάσιο

Κούνη Νικόλαο

Μακατσώρη Θωμά

Μαζαράκη Ανδρέα

Μαραγκό Μάρκο

Παπαδόπουλο Βασίλειο

Τσάπανο Βασίλειο

Χάχαλη Γεώργιο

Ευρετήριο 27ου Τόμου

Α
Αγγειοτασίνη 146
Αέτιος 72
Αιμάτωμα 131
Αιμοκάθαρση 46
Αιμολυτική αναιμία 60
Ακτινοβολία 107
Ακτινοθεραπεία 107
Αναιμία 60
Ανταγωνιστές (Α-ΜΕΑ) 147
Αντιαρρυθμικά 149
Αντιβιοτικά 15
Αντιθρομβωτικά 150
Αντιπηκτικά..... 149
Αξονική τομογραφία 67
Αποκλειστές (Β-αδρενεργικοί) 147

Β
Βιοιατρική τεχνολογία 120
Βυζάντιο 72

Γ
Γιατροί του κόσμου 183

Δ
Δακτυλίτις 146
Δηλητηρίαση με μέλι 128
Διαιτητικές συνήθειες 41
Διαταραχές φωνής 152
Δίαυλοι ασβεστίου 148
Διουρητικά 146
Δυναμικά 54

Ε
Εγκεφαλίτιδα 23
Εμμηνόπαυση 114, 116
Ενδομητρίωση 135
Ενδοσκόπηση 67
Ενημέρωση 120

Η
Ηπατικά ένζυμα 60

Θ
Θουκυδίδης 156

Ι
Ιατρική ενημέρωση 119
Ιατρικό σφάλμα 166
Ιογενής εγκεφαλίτιδα 23
Ιοντίζουσα ακτινοβολία 107

Κ
Κατάγματα 96
Κατανάλωση Ορτυκιών 140
Καταρράκτης 69
Κλίμακα Karnofsky 46
Κρανιοεγκεφαλική κάκωση 131
Κύηση 101

Λ
Λαπαροσκόπηση 70
Λαπαρατομία 135
Λεκτικά ερεθίσματα 54
Λέσβος 140
Λοιμός των Αθηνών 156

Μ
Μαθησιακές δυσκολίες 54
Μέλι 128
Μεταμοσχεύσεις 69
Μητρορραγία 114
Μικροβιακή αντοχή 15

Ν
Νανοδιάγνωση 68
Νανοθεραπεία 71
Νανοτεχνολογία 68
Νανορομποτική 68

Νιτρώδη 150
Ντόντης 80, 81, 83

Ο

Ογκογονίδια 71
Ορειβασιος 72
Ορτυκίαση 140

Π

Παύλος Αιγινήτης 72
Περιοδοντική νόσος
Πηγές ιατρική ενημέρωσης 119
Ποιότητα ζωής 46
Προεκλαμψία 60, 101
Προκλητά δυναμικά 54
Προστατικό αντιγόνο 67
Πρόωρος τοκετός 35
Πυγμαχία 131

Ρ

Ραβδομυόλυση 140
Ρομποτική 71

Σ

Σαρκοείδωση 59
Σκλήρυνση κατά πλάκας 10
Σύνδρομο HELLP 60
Σφάλμα 166

Τ

Τεχνολογία 120
Τρίτη ηλικία 144

Υ

Υδροκεφαλισμός 72
Υπέρηχοι 66
Υπέρταση 145
Υπολιπιδαιμικά φάρμακα 148
Υποσκληρίδιο αιμάτωμα 131

Φ

Φιμπράτες 148
Φυσική δραστηριότητα 41
Φωνή 152
Φώνηση 152
Φωνητική υγιεινή 152

Χ

Χρήση αντιβιοτικών 15

Ευρετήριο Συγγραφέων

Α
Αρβανίτης Ανδρέας 140
Αρβανίτης Γεώργιος 60

Β
Βαράκης Ιωάννης 54
Βλαχογεωργίου Δήμητρα 46
Βαρβαγιάννης Δημήτρης 140
Βασιλείου Βασίλειος 107
Βλαχοπούλου Βασιλική 107
Βοιλά Παναγώτα 119
Βόμβας Δημήτριος 119
Βόσσου Χρυσούλα 140
Βουλιώτη Στεφανία 107

Γ
Γαλανάκης Νέαρχος 156
Γελαστοπούλου Ελένη 119
Γιαννόπουλος Δημήτρης 140
Γιολδάσης Γεώργιος 24
Γώγος Χαράλαμπος 15

Δ
Δάικος Γεώργιος 85
Δημητρακόπουλος Γεώργιος 114
Δημητροπούλου Δήμητρα 24
Δούκας Δούκας 140
Δρίτσας Χαράλαμπος 135

Ζ
Ζαχάκη Αλεξάνδρα 135

Θ
Θανασάς Ιωάννης 35, 60, 101, 135

Κ
Καραγεωργίου Νίκος 131
Καραδήμα Βασιλική 183
Καρδαμάκης Δημήτριος 107
Καρδάτος Γεώργιος 119
Καρόγιαννης Κωνσταντίνος 144
Κατσαρού Ειρήνη 46
Κοροβέσης Παναγιώτης 96
Κούβελας Ηλίας 54
Κούνη Σοφία 54, 152
Κουτσουράδης Αχιλλέας 166
Κραββαρίτης Σταύρος 60, 135
Κωνσταντογιάννης Κωνσταντίνος 131

Λ
Λεωνίδου Λεωνιδία 15
Λίτου Διονυσία 107

Μ
Μαραγκός Μάρκος 24
Μαραζιώτης Θεόδωρος 131
Μητρόπουλος Ανδρέας 81
Μπηλιάτης Γιάννης 114
Μπουρσιάνη Κωνσταντίνα 35, 60, 101, 135
Μπουρσιάνη Μαρία 60, 101, 135

Ν
Νικολακοπούλου Νικολέτα 41
Νικολού Ευγενία 72

Π
Παπαθανασόπουλος Παναγιώτης 10
Παπακωνσταντίνου Ευαγγελία 60, 135
Παπουτσάκης Σπύρος 65, 83
Παρθένη Μαρία 131
Πολυδώρου Ανδρέας 114
Πομώνη Μαρία 107
Πουλημένου Αναστασία 114

Σ
Σαρχιανάκη Άννα 114
Σαρχιανάκη Εμμανουέλα 114
Σπίνος Παναγιώτης 131

Σωτήρα Κωνσταντίνα 114

Τ

Τζωρτζίδης Φώτιος 131
Τσίρος Γεώργιος 119
Τσίρου Αναστασία 119
Τρωίζος-Παπαβασιλείου Παύλος 72

Φ

Φούκα Αναστασία 35, 60, 101, 135
Φούκας Λεωνίδας 35

Χ

Χαρταμπάς Τριαντάφυλλος 60
Χρονοπούλου Μαρία 140
Χρυσανθόπουλος Κωνσταντίνος 119

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ - ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
Βότση 42, Τ.Κ. 26221 Πάτρα, Τηλ.: 2610 278866, Fax: 2610275609

8ο ΠΑΜΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΙΑΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
3-5 Οκτωβρίου 2008 – Νεάπολη Λακωνίας

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΒΡΑΒΕΙΩΝ - ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ

Η Ιατρική Εταιρεία Δυτικής Ελλάδος - Πελοποννήσου και η Οργανωτική Επιτροπή στα πλαίσια του 8ου Παμπελοποννησιακού Ιατρικού Συνεδρίου προκηρύσσουν τα κάτωθι βραβεία:

Α) "Βραβείο Παθολογίας"
Β) "Βραβείο Χειρουργικής"
Γ) "Βραβείο Ιστορίας της Ιατρικής"
Δ) "Βραβείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας"

Κάθε βραβείο θα αποτελείται από Δίπλωμα και χρηματικό έπαθλο πεντακοσίων (500) ΕΥΡΩ. Οι εργασίες που θα βραβευθούν θα δημοσιευθούν στο περιοδικό "Αχαϊκή Ιατρική"

ΟΡΟΙ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΥ

Οι συγγραφείς πρέπει να είναι ιατροί που εργάζονται στην περιοχή της Ι.Ε.Δ.Ε.Π. ή φοιτητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών.

Η προθεσμία υποβολής των εργασιών στα γραφεία της Ι.Ε.Δ.Ε.Π. (Βότση 42, Πάτρα) λήγει την **31η Ιουλίου του έτους 2008.** *Τα κείμενα θα υποβληθούν δακτυλογραφημένα σε πέντε αντίτυπα, εκ των οποίων μόνο το ένα θα φέρει τη διεύθυνση και τα ονόματα των συγγραφέων. Σχέδια, πίνακες και φωτογραφίες θα είναι έτοιμα για τυπογραφική αναπαραγωγή.*

Οι υπό κρίση εργασίες θα πρέπει να έχουν εκτελεσθεί αποκλειστικά στο χώρο της Ι.Ε.Δ.Ε.Π. και θα έχουν ως αντικείμενο:

Α) Για το θέμα της Παθολογίας ή της Χειρουργικής, πειραματική ή κλινική μελέτη σε οποιαδήποτε ειδικότητα του Παθολογικού ή του Χειρουργικού Τομέα, όπως αυτόν τον εννοεί ο νόμος περί Ε.Σ.Υ.

Β) Το θέμα της Ιστορίας της Ιατρικής θα αφορά στη μελέτη «Η ιστορία των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων της Δυτικής Ελλάδας και Πελοποννήσου».

Γ) Το βραβείο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα απονέμεται σε γιατρό ή γιατρούς που εργάζονται σε Κέντρα Υγείας ή Αγροτικά Ιατρεία της περιοχής της Ι.Ε.Δ.ΕΠ. και αναφέρεται σε Κλινική Πειραματική ή Επιδημιολογική μελέτη ή στην Προληπτική ή Κοινωνική Ιατρική.

Οι αποφάσεις του Δ.Σ. της Ι.Ε.Δ.Ε.Π. είναι τελεσίδικες. Στην κρίση θα βαρύνουν η πρωτοτυπία, η σαφήνεια, η καλή διατύπωση και τα καλώς εδραιωμένα συμπεράσματα.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθύνεσθε στον Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής κ. Νικόλαο Καλογεράκο, τηλ. 6944 844080 ή στον Πρόεδρο της ΙΕΔΕΠ Καθηγητή Χαράλαμπο Γώγο τηλ. 6944 799784.

ΓΙΑ ΤΟ Δ.Σ. Ι.Ε.Δ.Ε.Π.

Ο Πρόεδρος της ΙΕΔΕΠ
Καθηγητής **ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΓΩΓΟΣ**

Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής
Dr. **ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΑΛΟΓΕΡΑΚΟΣ**
Χειρουργός Μαιευτήρας-Γυναικολόγος

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Η εγγραφή στο Συνέδριο ορίσθηκε:

	Μέχρι 31/7/08	*Μετά τη 31/7/08*
Ειδικευμένοι	80 ευρώ	100 ευρώ
Ειδικευόμενοι	50 ευρώ	70 ευρώ
Νοσηλευτές /Τεχνολόγοι Υγείας	20 ευρώ	30 ευρώ
Φοιτητές	Δωρεάν	Δωρεάν

- **Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:**
  - *Παραλαβή του χαρτοφύλακα με το πρόγραμμα, τον τόμο των περιλήψεων και τα λοιπά έντυπα του Συνεδρίου.*
  - *Παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος.*
  - *Συμμετοχή στη Δεξίωση της επίσημης τελετής έναρξης.*
  - *Συμμετοχή στο Επίσημο Δείπνο.*
  - *Πιστοποιητικό παρακολούθησης του Συνεδρίου.*
- **ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ μέχρι τις 31/7/2008**

- **ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**
  PCO-CONVIN AE
  PCO Conventions & Incentives Ανώνυμος Συνεδριακή Τουριστική Εταιρεία, Κώστα Βάρναλη 29, 152 33 Χαλάνδρι, Τηλ.: 210 6833600, Fax: 210 6847700

ΒΡΑΒΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ

Σύμφωνα με απόφαση της Καταστατικής Επιτροπής των Παμπελοποννησιακών Ιατρικών Συνεδρίων θα απονέμεται από κάθε Ιατρικό Σύλλογο ένα βραβείο 300 ευρώ. Συνολικά θα απονεμηθούν 9 βραβεία όσα δηλαδή και οι Ιατρικοί Σύλλογοι Πελοποννήσου.

Από αυτά, 200 ευρώ θα απονεμηθούν στην καλλίτερη προφορική ανακοίνωση και 100 ευρώ στο καλλίτερο Poster. *Η κρίση και επιλογή των προς βράβευση εργασιών που θα προέρχονται από την περιοχή δικαιοδοσίας του κάθε Ιατρικού Συλλόγου θα γίνει από την Καταστατική Επιτροπή μετά τη λήξη του Συνεδρίου.*

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθύνεστε στον Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής κ. Νικόλαο Καλογεράκο (6944 844080) ή στον Πρόεδρο της Ι.Ε.Δ.Ε.Π. Καθηγητή Χαράλαμπο Γώγο (6944 799784), ή στους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους.

Οι εργασίες που θα βραβευθούν θα δημοσιευθούν στο περιοδικό της Ι.Ε.Δ.Ε.Π. "Αχαϊκή Ιατρική".