

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) • Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος 2011 • τεύχος
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

19



Η καταστολή στην Ευρώπη

Ευρωπαϊκές τιμές
ενδοσκοπήσεων

Το εργαστήριο στις ΙΦΝΕ

Καθαμά θα πάτε;

Όξινο Γαστρικό Περιβάλλον;

Αποδράστε

Zurcazol[®]
pantoprazole
40mg

Άρθρο Σύνταξης



Βιώνουμε το τελευταίο διάστημα μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης το δράμα του ιαπωνικού λαού από τον τελευταίο καταστροφικό σεισμό. Ο άνθρωπος παρουσιάζεται ανίσχυρος για άλλη μια φορά απέναντι στη μανία της φύσης, ανίκανος να προβλέψει τις επιπτώσεις των φυσικών φαινομένων, ανεπαρκής να δαμάσει τις επιπλοκές του ίδιου του πολιτισμού. Εντούτοις, μόνο θαυμασμό μπορεί να προκαλέσει η στωικότητα, η πραότητα, η αυταπάρνηση, η συλλογικότητα, η καρτερικότητα, η αξιοπρέπεια με τις οποίες η ιαπωνική ψυχή, δοκιμασμένη και σμιλευμένη πολλές φορές από μεγάλες καταστροφές, αντιμετωπίζει το παρόν και ατενίζει με ελπίδα και αισιοδοξία το μέλλον.

Για εμάς τους Έλληνες, που μας διακρίνει ένας έντονος συναισθηματισμός και μία άκρατη παρορμητικότητα επιδεινούμενη συνήθως από τηλεοπτικά δελτία παραπληροφόρησης, κινδυνολογίας και πανικού, είναι σχεδόν αδιανόητο να αντιληφθούμε ότι δεν είναι ένδειξη αδυναμίας, η έκφραση των συναισθημάτων πίσω μόνο από κλειστές πόρτες και η συνειδητοποίηση της θλίψης και του πόνου που μπορεί να φωνάζει βουβός. Επίσης, δεν είναι πάντα εύκολα κατανοητό, ότι δεν είναι εκδήλωση υποταγής ή ανελευθερίας η αποδοχή ότι το συλλογικό καλό είναι σημαντικότερο από το ατομικό και ότι οι νόμοι δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν μέσο καταπίεσης, αλλά να λειτουργούν σαν αρωγοί για αρμονική, ισορροπημένη και δημιουργική συμβίωση.

Φαίνεται ότι ζούμε μια περίοδο που οι αντοχές των λαών δοκιμάζονται, καθώς καλούνται να υποκριθούν «επί σκηνής χωρίς πρόβα» σε ποικίλα σενάρια κρίσεων, οικονομικών κοινωνικών, πολιτικών, φυσικών. Σίγουρα δεν επαρκεί πλέον ο στείρος ηθικοπλαστικός μηρυκασμός, η καθολική αμφισβήτηση, οι ατέρμονοι προβληματισμοί, η άπραγη κριτική. Ίσως να ήρθε η ώρα για το σύνολο και το άτομο, να σταματήσουμε τις φωνές του στόματος και να αφουγκραστούμε τις βουβές φωνές της σκέψης...

Νικολέττα Μάθου



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	06
ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ	10
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	12
Το εργαστήριο στις ΙΦΝΕ	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	16
Διάγνωση TBC λοίμωξης σε ανοσοκατασταλμένους	
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΙΑΤΕ;	18
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	20
Η ζωή μετά, η καθημερινότητα και το σύστημα	
ΕΞΩΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	22
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	26
Καλαμάτα θα πάτε;	
ΤΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	30

Ιδιοκτήτης:
Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων
(ΕΠ.Ε.Γ.Ε)

Εκδότης & Υπεύθυνος παρά τη νόμω:
Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Νταϊλιάνας Απόστολος

Έδρα:
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα
Τηλ.: 210 6727531-3
Fax: 210 6727535
Website: www.epege.gr
e-mail: contact@epege.gr

Διευθυντής σύνταξης:
Μάθου Νικολέττα

Συντακτική Επιτροπή:
Γιαννακόπουλος Αθανάσιος
Γούλας Σπύρος

Ζωγράφος Κωνσταντίνος
Καραβίτης Παναγιώτης
Κογεβίνας Αντώνης
Κουβαράς Στέργιος
Μπομπόση Νάγια
Μπουζάκης Ηλίας
Νικολόπουλος Αντώνης
Σκλάβος Παντελής

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:
Πρόεδρος: Νταϊλιάνας Απόστολος
Αντιπρόεδρος: Κασαπίδης Παναγιώτης
Γεν. Γραμματέας: Μπομπόση Νάγια
Ειδ. Γραμματέας: Ψιλόπουλος Δημήτρης
Ταμίας: Χρησιτίδου Αγγελική
Μέλη: Αρμόνης Α., Οικονόμου Μ.
Γραμματεία: Γεναδοπούλου Μαρία

Διευθυντής Δημιουργικού:
Σκούρας Μίλτος

Δημιουργική Επιμέλεια:
Ιωάννα Βαρδαξόγλου

Εικονογραφισή Εξωφύλλου:
Μ.Σ.

Υπεύθυνος Διαφήμισης:
Σκούρας Μίλτος

Απαγορεύεται ρητά η αναδημοσίευση, η αναπαραγωγή, η αντιγραφή και γενικότερα η μετάδοση με οποιοδήποτε τρόπο ή μέσο, μέρους ή ολόκληρης της ύλης του περιοδικού, καθώς επίσης και των κατηγοριοποιήσεων και των τίτλων τους, χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη.

Το περιεχόμενο του κάθε άρθρου εκφράζει την άποψη του συγγραφέα, η οποία δεν είναι υποχρεωτικά αποδεκτή από τη συντακτική επιτροπή.

JUST

Περιεχόμενα



**Το εκλεκτικό αντιβιοτικό
για το γαστρεντερικό σύστημα.**

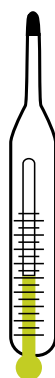


Lormyx®
Rifaximin 200mg



FARAN LABORATORIES s.a.

FARAN A.B.E.E. ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ & ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ. ΕΔΡΑ: Αχαΐας & Τροιζηνίας, Τ.Κ. 145 64, Ν. ΚΗΦΙΣΙΑ, ΑΘΗΝΑ.
Τηλ.: 210 6269200, Fax: 210 8071688. ΓΡΑΦΕΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ: 9ο χλμ. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ-ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ, Τ.Κ. 570 01 ΠΥΛΑΙΑ,
Τηλ.: 2310 818064, Fax: 2310 823695, e-mail: faran@faran.gr, www.faran.gr



Νομοσχέδιο - εξελίξεις στο χώρο της Υγείας

Οι θέσεις και οι προτάσεις του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ για τις αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (που μπορείτε να διαβάσετε στις επιστολές), δημοσιοποιούνται στην ιστοσελίδα της εταιρίας www.erege.gr, αφού ο χρόνος που μεσολαβεί μέχρι τη συλλογή της ύλης, την εκτύπωση και τη διανομή του περιοδικού «ενδοσκοπήσεις», κάνει πολλά από τα «νέα του ΔΣ» να μην είναι τόσο νέα. Την ώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές ο ΙΣΑ και άλλοι φορείς προτείνουν την αμοιβή των ιατρών με απόδειξη παροχής υπηρεσιών σε επίπεδα κρατικού τιμολογίου. Η οικονομική δυσπραγία του κράτους και του ΟΠΑΔ δεν επιτρέπει δυστυχώς ιδιαίτερη αισιοδοξία για το άμεσο μέλλον και οδηγεί σε ανακολουθία και καθυστερήσεις των κρατικών αποφάσεων.

9η διημερίδα ΕΠΕΓΕ. Γαστροοισοφαγική Παλινδρομική Νόσος - Η Σύγχρονη Γνώση στην Κλινική Πράξη

Στοχεύοντας και πάλι στην αποτελεσματική συνεχιζόμενη εκπαίδευση, φέτος η διημερίδα θα είναι αφιερωμένη στη Γαστροοισοφαγική Παλινδρομική νόσο. Ο χειρισμός των ασθενών που πάσχουν από το κοινό αυτό πρόβλημα δεν είναι πάντα απλός. Η διημερίδα θα είναι ένα εντατικό φροντιστήριο που θα ξεκαθαρίσει τις γκρίζες ζώνες. Πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής θα είναι ο κ. Α. Μαντίδης, του οποίου είναι γνωστή η ικανότητα να μεταδίδει τις γνώσεις του. Δομημένο πάνω στις ανάγκες του σύγχρονου μάχιμου γαστρεντερολόγου, το πρόγραμμα θα περιλαμβάνει:

- Βιντεοσκοπημένη λήψη ιστορικού με επεξηγήσεις και έξυπνες λύσεις για την επικοινωνία με τον ασθενή.
- Παρουσιάσεις που θα απαντούν συγκεκριμένα, πρακτικά ερωτήματα και θα προσφέρουν σκέψεις ειδικών και γνώσεις που θα μπορούν να ενσωματωθούν από την επομένη ημέρα στην κλινική πράξη.
- Χειρισμό δύσκολων περιπτώσεων και ειδικών υποομάδων ασθενών.
- Η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα και η σχέση της με τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.
- Όσα θέλετε να μάθετε για τον οισοφάγο Barrett.
- Οι αναγκαίες τεχνικές για αξιόπιστη ενδοσκοπική εκτίμηση της παλινδρόμησης και του Barrett. Ποιος είναι ο ρόλος της ενδοσκόπησης;
- Οι σύγχρονες ενδοσκοπικές θεραπείες- επίδειξη από ειδικούς.

Όπως κάθε χρόνο, θα προηγηθεί το σεμινάριο καταστολής (23 και 24 Σεπτεμβρίου), από το αναισθησιολογικό τμήμα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.



Επιτροπή μελέτης των ιδιωτικών ασφαλειών

Το ΔΣ αποφάσισε να συγκροτήσει επιτροπή που αποτελείται από τους κ. Π. Κασσιπδή, Δ. Ψιλόπουλο, Ν. Νασιακόπουλο, Μ. Πάνο και Σ. Γεωργόπουλο με στόχο να χαρτογραφηθεί η τρέχουσα πραγματικότητα. Αρχικά θα καταγραφούν οι ισχύουσες τιμές για τις ενδοσκοπικές πράξεις στα επί μέρους ιδιωτικά νοσηλευτήρια από τις διάφορες ασφαλιστικές εταιρίες, και στη συνέχεια θα αναζητηθούν τρόποι παρέμβασης για την ομογενοποίηση των τιμών. Κίνητρο για τη δημιουργία της επιτροπής είναι τα κρούσματα που έχουν ήδη παρατηρηθεί με εξευτελιστικές αμοιβές σε συναδέλφους για ενδοσκοπήσεις, χαμηλότερες και από αυτές των δημοσίων ταμείων, που προκαλούν προφανή βλάβη στους υπολοίπους μέσω αθέμιτου ανταγωνισμού. Σημαντικό κίνητρο αποτελεί εξ άλλου και η αντιμετώπιση των αυθαιρεσιών των ασφαλιστικών εταιριών και των επιτροπών διαιτησίας, χωρίς τη συμμετοχή γαστρεντερολόγου.

Νέα από τη UEMS σχετικά με την καταστολή

Η εκπρόσωπος της Σλοβενίας Sasha Markovic ρώτησε μέσω e-mail τους εκπροσώπους των άλλων χωρών σχετικά με τη χρήση της καταστολής κατά την ενδοσκόπηση στην κάθε χώρα. Η ίδια αναφέρει ότι έχουν προβλήματα με τους αναισθησιολόγους στη χώρα της που απαιτούν εκπαίδευση στην καταστολή για 3 εβδομάδες. Απάντησαν οι κάτωθι ως εξής:

Στη Δανία και στη Νορβηγία χρησιμοποιούν Dormicum και όχι προποφόλη, δεν υπάρχει υποχρεωτική εκπαίδευση για την καταστολή και αυτή χορηγείται από το γαστρεντερολόγο και τη νοσηλεύτρια.

Στην Σουηδία το ίδιο, όμως πρόκειται άμεσα να αρχίσουν τη χορήγηση προποφόλης και υπάρχει διαφωνία ως προς την εκπαίδευση που πρέπει να έχει το νοσηλευτικό προσωπικό.

Στη Φινλανδία και Πορτογαλία χρησιμοποιούν καταστολή σε 20-30% των περιπτώσεων με μιδαζολάμη. Δεν απαιτείται ειδική εκπαίδευση για την καταστολή. Ο ενδοσκόπος είναι υπεύθυνος για την καταστολή και τον βοηθούν 1-2 νοσηλευτές. Προποφόλη χορηγούν μόνο αναισθησιολόγοι. Στην περίπτωση αυτή υπάρχει και ειδικός νοσηλευτής εκπαιδευμένος στην αναισθησία.

Στη Σερβία αναισθησιολόγοι χορηγούν προποφόλη σε Πανεπιστημιακά κέντρα και σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Το ίδιο ισχύει και για τους ιδιώτες, που όμως χορηγούν καταστολή πιο συχνά.

Στη Γαλλία καταστολή χορηγούν με προποφόλη αναισθησιολόγοι και νοσηλευτές εκπαιδευμένοι στην αναισθησία.

Στη Σλοβακία η καταστολή δεν καλύπτεται οικονομικά από τις ασφάλειες. Δεν υπάρχει κάποιου είδους εκπαίδευση, ούτε κατευθυντήριες οδηγίες. Προποφόλη χορηγείται μόνο από αναισθησιολόγους.

Στη Γερμανία υπάρχουν από τον Νοέμβριο του 2008 κατευθυντήριες οδηγίες που επιτρέπουν την καταστολή με τη δέουσα προσοχή. Σε βαθιά καταστολή είναι απαραίτητη η παρουσία αναισθησι-



Νέα & Επίκαιρα

ολόγου, ενώ σε ασθενείς με ASA score >3 απαιτείται η παρουσία και δεύτερου ιατρού. Η προποφύλη μπορεί να χορηγείται με την εντολή ιατρού από εξειδικευμένο νοσηλευτή.

Στην Ελλάδα, οι εκπρόσωποι μας απάντησαν ότι χορηγείται συχνά μιδαζολάμη και αναλγησία, προποφύλη μόνο σε νοσοκομεία με επίβλεψη αναισθησιολόγου. Δεν υπάρχει μέχρι τώρα υποχρεωτική εκπαίδευση, η Επαγγελματική Ένωση οργανώνει σε συνεργασία με αναισθησιολόγους σεμινάρια καταστολής επείσως και έχει εκδώσει κατευθυντήριες οδηγίες για χορήγηση καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκοπήση. Δεν υπάρχει ακόμη νομικό πλαίσιο, αλλά οι αρχές είναι πιθανό σύντομα, με την πίεση των γαστρεντερολογικών φορέων, να αποδεχθούν τη χορήγηση καταστολής σε νοσοκομεία και ιατρεία με τις κατάλληλες προϋποθέσεις.

Ευρωπαϊκές τιμές ενδοσκοπήσεων

Ο εκπρόσωπος της ΕΠΕΓΕ στην UEMS κ. Σ. Γεωργόπουλος, εν όψει της συνάντησης τριμελούς επιτροπής με τον αντιπρόεδρο του ΚΕΣΥ κ. Δατσέρη, ζήτησε από τους εκπροσώπους των άλλων χωρών να μας γνωστοποιήσουν τις ισχύουσες κρατικές τιμές ενδοσκοπήσεων. Αποκρίθηκαν εκπρόσωποι 10 χωρών και οι απαντήσεις τους συνοψίζονται ενημερωτικά στον κάτωθι πίνακα:

ΧΩΡΑ	ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ (ευρώ)	ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ (ευρώ)
ΑΓΓΛΙΑ	300	300
ΒΕΛΓΙΟ	119	159
ΓΑΛΛΙΑ	96	170
ΔΑΝΙΑ	346	587
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	137	337
ΚΡΟΑΤΙΑ	50	80
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	101,70	174,50
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	50,4	68,5
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	29,61	31,99
ΣΟΥΗΔΙΑ	220	365
ΤΟΥΡΚΙΑ	100	150



Αγγελίες

ΖΗΤΕΙΤΑΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΣΤΕΓΑΣΗ ΣΕ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ 140 m² ΣΤΟ ΚΟΛΩΝΑΚΙ
ΤΗΛ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: 2103611621 ΚΙΝ: 6972880983



Από την υποτροπή
και τη φλεγμονή...

στην κλινική
και ενδοσκοπική ύφεση²

1. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Mezavant 2. Kamm MA, Sandborn WJ, Gassull M, Schreiber S, Jackowski L, Butler T, Lyne A, Stephenson D, Palmen M, Joseph RE Once-daily, high-concentration MMX mesalamine in active ulcerative colitis. Gastroenterology. 2007 Jan;132(1):66-75



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ
ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Mezavant 1200 mg, γαστροανθεκτικά δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης.
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΙΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Κάθε δισκίο περιέχει 1200 mg μεσαλαζίνη (mesalazine). **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ** Γαστροανθεκτικά δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης. Κατανακόκκινο, ελλειψοειδές, επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο, που φέρει χαραγή στη μία όψη με την ένδειξη S476. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** **Θεραπευτικές ενδείξεις** Για την επαγωγή κλινικής και ενδοσκοπικής ύφεσης σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια, ενεργή ελκώδη κολίτιδα. Για τη διατήρηση της ύφεσης. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης** Το Mezavant ενδείκνυται για χορήγηση από το στόμα εφάπαξ ημερησίως. Τα δισκία δεν πρέπει να θρυμματίζονται ή να μασιούνται και θα πρέπει να λαμβάνονται με φαγητό. **Ενήλικες, συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων (>65 ετών)** Για επαγωγή της ύφεσης: Πρέπει να χορηγούνται 2,4 έως 4,8 g (δύο έως τέσσερα δισκία) εφάπαξ ημερησίως. Η μέγιστη δόση των 4,8 g/ημέρα συνιστάται για ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε μικρότερες δόσεις μεσαλαζίνης. Όταν χρησιμοποιείται η μέγιστη δόση (4,8 g/ημέρα) η επίδραση της θεραπείας πρέπει να αξιολογείται σε 8 εβδομάδες. Για διατήρηση της ύφεσης: Πρέπει να χορηγούνται 2,4 g (δύο δισκία) εφάπαξ ημερησίως. **Παιδιά και έφηβοι** Το Mezavant δεν συνιστάται για χρήση σε παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών λόγω ελλείψεως δεδομένων σχετικά με την ασφαλεία και αποτελεσματικότητά του. Δεν έχουν πραγματοποιηθεί συγκεκριμένες μελέτες του Mezavant σε ασθενείς με ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια. **Αντενδείξεις** Ιστορικό υπερευαισθησίας σε σαλικυλικά (συμπεριλαμβανομένης της μεσαλαζίνης) ή σε κάποιο από τα έκδοχα του Mezavant. Σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια (GFR <30 ml/min/1,73m²) και/ή σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση** Αναφορές νεφρικής ανεπάρκειας, συμπεριλαμβανομένης της νεφροπάθειας ελαχίστης αλλοίωσης, και οξεία / χρόνια διάμεση νεφρίτιδα έχουν συσχετιστεί με παρασκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη και προφάρμακα της μεσαλαζίνης. Το Mezavant πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με επιβεβαιωμένη ήπια έως μέτρια νεφρική ανεπάρκεια. Συνιστάται να γίνεται αποτίμηση της νεφρικής λειτουργίας σε όλους τους ασθενείς πριν την έναρξη της θεραπείας καθώς και τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ασθενείς με χρόνια ανεπάρκεια πνευμονικής λειτουργίας, ειδικά με άσθμα, κινδυνεύουν να εμφανίσουν αντιδράσεις υπερευαισθησίας και πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Έχουν αναφερθεί σπάνιες σοβαρές δυσκρασίες του αίματος μετά από θεραπεία με μεσαλαζίνη. Εάν ο ασθενής παρουσιάσει ανεξήγητη αιμορραγία, μώλωπες, πορφύρα, αναιμία, πυρετό ή κινάχνη, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν αιματολογικές εξετάσεις. Εάν υπάρχει υποψία δυσκρασίας αίματος, η θεραπεία θα πρέπει να τερματιστεί. Έχουν αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις καρδιακής υπερευαισθησίας (μυοκαρδίτιδα και περικαρδίτιδα) λόγω αντιδράσεων της μεσαλαζίνης με άλλα παρασκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή στη συντηγογράφηση αυτού του φαρμάκου σε ασθενείς με προϋπάρχοντα αντιπύρετα μυοκαρδίτιδας ή περικαρδίτιδας. Εάν υπάρχει υποψία για αντίδραση υπερευαισθησίας αυτής της μορφής, δεν πρέπει να δοθούν ξανάσκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Η μεσαλαζίνη έχει συσχετιστεί με ένα σύνδρομο οξείας δυσανεξίας που μπορεί να είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί από ανώμαλη εργασία της φλεγμονώδους ασθένειας των εντέρων. Αν και η ακριβής συχνότητα εμφάνισης δεν έχει καθοριστεί, έχει παρουσιαστεί στο 3% των ασθενών σε ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές με μεσαλαζίνη ή σουλφασαλαζίνη (sulfasalazine). Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κράμπες, οξύ κοιλιακό πόνο και αιμορροϊκή διάρροια, κάποιες φορές πυρετό, κεφαλαλγία και εξάνθημα. Εάν υπάρχει υποψία συνδρόμου οξείας δυσανεξίας, απαιτείται άμεση διακοπή της θεραπείας και δεν πρέπει να δοθούν ξανά σκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Έχουν αναφερθεί αυξημένα επίπεδα ηπατικών ενζύμων σε ασθενείς που λαμβάνουν παρασκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Συνιστάται προσοχή κατά τη χορήγηση του Mezavant σε ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή κατά τη θεραπεία ασθενών που έχουν αλλεργία στη σουλφασαλαζίνη λόγω του ενδεχόμενου κινδύνου διασταυρούμενων αντιδράσεων ευαισθησίας μεταξύ της σουλφασαλαζίνης και

της μεσαλαζίνης. Οργανική ή λειτουργική απόφραξη στην άνω γαστρεντερική οδό ενδέχεται να καθυστερήσει την έναρξη της δράσης του προϊόντος. **Ανεπιθύμητες ενέργειες** Περίπου 14% των ασθενών παρουσίασαν ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκου (ADR) που προέκυψαν από τη θεραπεία και οι οποίες σχετίστηκαν με το Mezavant. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας συντήρησης, δεν υπάρχουν νέα συμβάντα με συχνότητα εμφάνισης >1%. Στην πλειοψηφία τους τα συμβάντα ήταν προσωρινά και ήπιας ή μέτριας σοβαρότητας. Δεν αναφέρθηκε καμία μεμονωμένη ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκου σε συχνότητα υψηλότερη από 10%. Οι πλέον κοινά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκου κατά τη διάρκεια της οξείας θεραπείας, ο μετεωρισμός, ναυτία ή κεφαλαλγία, δεν ήταν δόσοεξαρτώμενα και παρουσιάστηκαν σε ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε Mezavant σε ποσοστό μικρότερο του 3%. Άλλα συμβάντα που αναφέρθηκαν με το Mezavant ήταν λιγότερο συχνά και τα περισσότερα παρουσιάζονται παρακάτω: **Διαταραχές του αμιοπισθητικού και του λεμφικού συστήματος** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Μεωμένος αριθμός αιμοπεταλίων **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Συχνές (>1% και <10%): Κεφαλαλγίες Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Ζάλη, υπνηλία, τρόμος **Διαταραχές του ωτός και του λαβυρίνθου** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Πόνος αυτιών **Καρδιακές διαταραχές** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Ταχυκαρδία **Αγγειακές διαταραχές** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Υπέρταση, υπόταση **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Φορηγγοαρτηγικός πόνος **Διαταραχές του γαστρεντερικού** Συχνές (>1% και <10%): Μετεωρισμός, ναυτία Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Κοιλιακή διάταση, κοιλιακός πόνος, κολίτιδα, διάρροια, δυσπεψία, παγκρεατίτιδα, πολύποδος του ορθού, μετός **Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Αυξημένη αμινοτρανσφεράση της αλανίνης, μη φυσιολογικό τεστ ηπατικής λειτουργίας **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Ακμή, αλωπεκία, κνίση, κνισμός, εξάνθημα, κνίδωση **Διαταραχές μυοσκελετικού συστήματος, συνδετικού ιστού και οστών** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Αρθραλγία, πόνος στη μέση **Γενικές διαταραχές της οδού χορήγησης** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Εξασθένιση, οίδημα προσώπου, κόπωση, πυρετός. Η μεσαλαζίνη συσχετίστηκε επίσης με τα ακόλουθα συμβάντα: **Διαταραχές του αμιοπισθητικού και του λεμφικού συστήματος** Ακοκκιοκυττάρωση, απλαστική αναιμία, λευκοπενία, ουδεροπενία, Πανκυτταροπενία, θρομβοκυτταροπενία. **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Νευροπάθεια **Καρδιακές διαταραχές** Μυοκαρδίτιδα, περικαρδίτιδα **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου** Αλλεργική κυψελίτιδα, βρογχόσπασμος **Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων** Χολολιθίαση, ηπατίτιδα **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού** Αγγειοοίδημα **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού** Συστηματικό σύνδρομο παρμόου προς το σύνδρομο του ερυθριματώδους λίκου, μυαλγία **Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών** Διάμεση νεφρίτιδα, νεφρωτικό σύνδρομο. Θα πρέπει να υπάρχει υποψία νεφροτοxicότητας, προκαλούμενης από τη μεσαλαζίνη, σε ασθενείς που εμφανίζουν νεφρική δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της θεραπείας. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** Shire Pharmaceutical Contracts Ltd, Hampshire International Business Park, Chineham, Basingstoke, Hampshire, RG24 8EP. Ηνωμένο Βασίλειο, **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** 64554/13-10-2008. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ** 13/10/2008. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΕΩΘΡΕΨΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ**: 13.10.2008. Για περαιτέρω πληροφορίες απευθυνθείτε στην GENESIS PHARMA S.A. Τρόπος Διανομής: Με Ιατρική συνταγή. Ενδεικτική Λιανική Τιμή: MEZAVANT GR.PR.R.TA. 1200MG/TAB B1x60, 94,01€



Λ. Κηφισίας 274, 152 32 Χαλάνδρι, Αθήνα, Τηλ.: 210 8771500, Fax: 210 6891918
e-mail: info@genesishpharma.com, www.genesishpharma.com

**Προς: τον Πρόεδρο του ΟΠΑΔ
κ. Κ. Σουλιώτη**

Αθήνα, 14 Φεβρουαρίου 2011

Αξιότιμε κύριε Πρόεδρε,

Η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδος, σύμφωνα με το σύνολο του ιατρικού σώματος, θεωρεί ότι η πρόσβαση στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση πρέπει να είναι ελεύθερη σε όλους τους ιατρούς. Όπως ήδη γνωρίζετε η πλειονότητα των γαστρεντερολόγων έχει καταγγείλει τις συμβάσεις με τον ΟΠΑΔ.

Εν όψει του επικείμενου Προεδρικού Διατάγματος που θα καθορίζει τις νέες τιμές των γαστρεντερολογικών πράξεων η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδος θεωρεί αυτονόητη την παράταση της προθεσμίας για τη συμμετοχή των γαστρεντερολόγων στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, καθώς η απόφαση για τη σύναψη νέων συμβάσεων με τον ΟΠΑΔ θα εξαρτηθεί από τις τιμές του Προεδρικού Διατάγματος.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο
της ΕΠΕΓΕ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ



A. NTAIΛIANAS

Η ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ



N. ΜΠΟΜΠΟΤΣΗ

Η θέση του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ για τις εξελίξεις στο χώρο της υγείας

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας (ΕΠΕΓΕ) με ανησυχία παρακολουθεί τις εξελίξεις στο χώρο της Υγείας. Η κινητοποίηση των συλλογικών οργάνων μας βρίσκει απόλυτα σύμφωνους, θα θέλαμε όμως να τονίσουμε τα ακόλουθα:

1. Η δυνατότητα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αποκλειστικά από συμβεβλημένους ιατρούς αποτελεί κατάφωρη παραβίαση της ελεύθερης επιλογής ιατρού από τον ασθενή. Καταργεί την ισοτιμία της ιατρικής υπογραφής και, κυρίως, έρχεται σε πλήρη αντίθεση με την λογική της απελευθέρωσης των «κλειστών» επαγγελμάτων. Είναι δε προφανής ο εκβιασμός που ασκείται στο μη συμβεβλημένο ιατρό προκειμένου να συμβληθεί με όποιους όρους με το νέο φορέα.

2. Σε πρόσφατο ΦΕΚ (2/2011) επιπρόσθετα, διαγράφεται το εδάφιο που επιτρέπει στους ασθενείς να απευθύνονται σε μη συμβεβλημένους ιατρούς και στη συνέχεια να αποζημιώνονται από το ταμείο τους καταβάλλοντας τα αντίστοιχα δικαιολογητικά. Πρέπει να μας βρει ριζικά αντίθετους η προσπάθεια του Υπουργείου και του ΟΠΑΔ να περιορίσει τις ελευθερίες των ασφαλισμένων, και να περιθωριοποιήσει το μη συμβεβλημένο ιατρό.

3. Οι γαστρεντερολόγοι μετά από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης της ΕΠΕΓΕ στη συντριπτική τους πλειοψηφία έχουν διακόψει τις συμβάσεις με τον ΟΠΑΔ, μετά την ανακοίνωση από τη διεύθυνση του ΟΠΑΔ ότι οι ενδοσκοπήσεις δεν θα αμείβονται με τις τιμές της ΥΑ του 1993 αλλά με αυτές του ΠΔ Ά91. Το νέο νομοσχέδιο προβλέπει αναδρομική και προοπτική ισχύ της υπουργικής απόφασης μέχρι την έκδοση του προεδρικού διατάγματος. Αυτό ανατρέπει τα έως τώρα δεδομένα και δικαιώνει εν μέρει τον αγώνα όσων από τους συναδέλφους αντιτάχθηκαν στις εξευτελιστικές τιμές του παλαιού ΠΔ. Όμως οι τιμές της ΥΑ του 1993 είναι απαράδεκτα χαμηλές και δεν μας επιτρέπουν να επανασυνάψουμε συμβάσεις με τον νέο φορέα.

4. Η έκδοση ΠΔ που θα περιλαμβάνει τις τιμές των βασικών ενδοσκοπήσεων (ελπίζουμε δραστικά αυξημένες), σύμφωνα με το ΚΕΣΥ επίκειται εντός του Φεβρουαρίου. Η προθεσμία όμως για συμμετοχή στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, που προϋποθέτει την σύμβαση με το ταμείο, έληξε στις 18/02/2011 παρά τις αντίθετες εκκλήσεις μας προς τη διεύθυνση του ΟΠΑΔ. Η ανακολουθία αυτή μπορεί να πλήξει τα συμφέροντα συναδέλφων μας που λογικά θα πρέπει να αποφασίσουν για νέες συμβάσεις γνωρίζοντας τους οικονομικούς όρους.

5. Πληροφορηθήκαμε ότι από τη διακοπή των συμβάσεων με τον ΟΠΑΔ πρέπει να παρέλθει διάστημα ενός έτους για τη σύναψη νέας σύμβασης. Σε συναδέλφους γαστρεντερολόγους του ν. Ιωαννίνων η τοπική ΥΠΑΔ ανακοίνωσε ότι για την ειδικότητα των γαστρεντερολόγων πρέπει να παρέλθει διάστημα δύο ετών. Εάν αυτό ισχύει, με δεδομένο ότι ειπώθηκε προφορικά, αποτελεί απαράδεκτη αυθαιρεσία.

6. Η ΕΠΕΓΕ θεωρεί αυτονόητο ότι οι συμβάσεις με το νέο φορέα (ΕΟΠΥΥ) θα πρέπει να είναι κατά πράξη και κατά περίπτωση, με δυνατότητα επιλογής εκτέλεσης και ενδοσκοπήσεων. Οποιοσδήποτε ιατρός επιθυμεί θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να συμβάλλεται με το νέο φορέα. Οι νέες τιμές των ενδοσκοπήσεων θα πρέπει να αποτελούν κίνητρο για να παρέχουμε τις υπηρεσίες μας στο νέο φορέα. Μέχρι να ανακοινωθούν επίσημα είναι προφανές ότι οι γαστρεντερολόγοι θα απέχουν από τις νέες συμβάσεις.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο
της ΕΠΕΓΕ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ



A. NTAIΛIANAS

Η ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ



N. ΜΠΟΜΠΟΤΣΗ

Η διάγνωση των ΙΦΝΕ βασίζεται στο λεπτομερές ιστορικό, στη στενή παρακολούθηση της κλινικής εικόνας, στην αποτίμηση των ενδοσκοπικών - ακτινολογικών ευρημάτων και τέλος στον εργαστηριακό έλεγχο.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις μας μαρτυρούν τη σοβαρότητα της νόσου, πολλές φορές προειδοποιούν για επικείμενη έξαρση πριν ακόμη την εκδήλωση συμπτωμάτων, ενώ ελάχιστα χρησιμεύουν στη διαφοροδιάγνωση ελκώδους κολίτιδας και νόσου Crohn. Αξιοσημείωτη είναι η χρησιμοποίηση εργαστηριακών παραμέτρων, ιδία στους νεότερους πίνακες ενεργότητας, απόδειξη της σημασίας τους.

Η πρόοδος στην κατανόηση της φλεγμονώδους διαδικασίας, η εύρεση παραγόντων ανοσοδιέγερσης, όπως οι κυτοκίνες IL-1, IL-2, IL-3, ο TNF - α και οι διαλυτοί υποδοχείς τους στον ιστό ή στο πλάσμα, καθώς και διάφοροι φλεγμονώδεις διαμεσολαβητές, όπως το λευκοτριένιο LB4, το θρομβοξανθάνιο ή η προσταγλανδίνη PG3 δημιουργήσαν προσδοκίες χρησιμοποίησης και άλλων παραμέτρων στις εξετάσεις ρουτίνας. Η πολυπλοκότητα όμως των μεθόδων μέτρησης τους, καθιστά προς το παρόν τη χρησιμοποίησή τους μη επιτρεπτή.

Γι αυτό και η ανάλυση των κλασσικών ορολογικών φλεγμονωδών παραγόντων είναι ακόμη απαραίτητη.

Άλλες εξετάσεις ρουτίνας

Η ΤΚΕ χρειάζεται συχνή μέτρηση. Αυξάνει με την ηλικία και σε έξαρση και συνεκτιμάται με τα υπόλοιπα ευρήματα. Φυσιολογικές τιμές μπορούν να δημιουργήσουν ψευδές αίσθημα ασφάλειας, ενώ τεχνητά χαμηλές τιμές συναντώνται σε διάφορες καταστάσεις, όπως σε ασθενείς που λαμβάνουν κορτικοειδή.

Ασθενείς με σοβαρότερες μορφές ΙΦΝΕ παρουσιάζουν πτώση της αιμοσφαιρίνης. Η πτώση είναι πολυπαραγοντική και οφείλεται σε απώλεια,

χρόνια έλλειψη σιδήρου, έλλειψη B12 λόγω μειωμένης απορρόφησης από τον ειλεό, όπως και σε τοξική επίδραση στο μυελό. Στη νόσο Crohn, ο Hct είναι ο μόνος εργαστηριακός δείκτης, που περιλαμβάνεται στο CDAI. Επίσης και στην ελκώδη έχει ιδιαίτερη σημασία, αφού η απώλεια αίματος λαμβάνεται υπόψιν καθοριστικά, στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, η δε αύξηση είναι στοιχείο επιτυχούς ανταπόκρισης στη θεραπεία.

Αυξημένες τιμές αιμοπεταλίων σε εξάρσεις είναι συνήθεις και στις δύο μορφές ΙΦΝΕ, χωρίς να έχει δοθεί πειστική εξήγηση. Φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση με το βαθμό έκτασης της βλάβης στο κόλο.

Στην ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων χρήσιμες πληροφορίες μας δίνει η αλβουμίνη. Ο μεγάλος χρόνος ημίσειας ζωής της αποτελεί μειονέκτημα στην παρακολούθηση. Η τιμή της αλβουμίνης προκύπτει από τη σύνθεση στο ήπαρ, την κατανάλωση της στο καταβολισμό και τη διαφυγή της από την κυκλοφορία σε περιοχές φλεγμονής. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει, ότι η συγκέντρωσή της συνδέεται ανάλογα με τη φλεγμονώδη ενεργότητα.

Όσον αφορά στις γ-σφαιρίνες, παρατηρείται μία αντίστροφη σχέση τιμής IgM και μεγέθους φλεγμονής. Επίσης η IgM μπορεί να αυξηθεί σε PSC, το δε κλάσμα τους είναι χρήσιμο σε σοβαρές χρόνιες περιπτώσεις, με ανάπτυξη αμυλοείδωσης.

Η χρόνια απώλεια αίματος και η χρόνια φλεγμονώδης διαδικασία είναι οι κύριες αιτίες μείωσης του σιδήρου. Η μη ισορροπημένη διαίτα, όπως η βρώση μόνο λαχανικών, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση. Η σύγχρονη μείωση φερριτίνης, κορεσμού τρανσφερίνης και MCV είναι αναμενόμενες. Αυτές οι τιμές ομαλοποιούνται με την επιτυχή αντιμετώπιση της νόσου. Εντερικά ή παρεντερικά σκευάσματα σιδήρου λίγα μπορούν να προσφέρουν.

Αυξημένοι παράμετροι χολόστασης θέτουν το ερώτημα της PSC, ειδικά σε ασθενείς με ελκώδη πανκολίτιδα, χωρίς να αποκλείονται οι υπόλοιποι.

Η εκτέλεση ERCP επιβεβαιώνει ή όχι τη διάγνωση. Αυξημένες τιμές τρανσαμινασών εμφανίζονται σχετικά συχνά σε IBD ασθενείς, σαν μία μη ειδική ηπατική διαταραχή, που όμως απαιτεί μία προσεκτική διερεύνηση και εκτίμηση.

Παγκρεατίτιδα δύναται να παρουσιάσουν κάποιοι ασθενείς με Crohn, αν και τα ένζυμα αμυλάσης και λιπάσης μπορεί να είναι αυξημένα χωρίς κλινική συσχέτιση. Υπενθυμίζεται ότι η αζαθειοπρίνη και τα 5-ASA, μπορεί να ερεθίσουν το πάγκρεας. Εξεσημασμένη λευκοκυττάρωση με παθολογική στροφή στην αριστερή σειρά, ευρίσκεται σε τοξικές καταστάσεις με σοβαρή πάθηση του κόλου και στις δύο μορφές της IBD, με ή χωρίς διάταση ή μη ελεγχόμενο απόστημα. Τα αέρια αίματος φανερώνουν μεταβολική οξέωση και έλλειμα βάσης, ενώ μπορεί να συνυπάρχει αύξηση γαλακτικού οξέος και πτώση του ινωδογόνου.

Ανοσολογικός έλεγχος

Στον ανοσολογικό έλεγχο τα p - ANCA, περιapurνικά κυτταροπλασματικά αντιουδετεροφιλικά αντισώματα, έχουν τεθεί στον έλεγχο ρουτίνας για τη διαφοροδιάγνωση μεταξύ των δύο τύπων της IBD, αν και υπάρχει αλληλοεπικάλυψη σε σημαντικό βαθμό. Βρίσκονται σε ποσοστό 80% σε ελκώδη, 25% σε Crohn, σε 88% με IBD και PSC και σε 40% με PSC χωρίς IBD.

Ερευνητές απέτυχαν να συσχετίσουν την ύπαρξη τους με την έκταση και σοβαρότητα της νόσου στην ελκώδη, ενώ δεν εξαφανίζονται σε ασθενείς μετά από κολεκτομή. Τέλος δεν αποδείχθηκε ότι αποτελούν προγνωστικό παράγοντα δυσμενούς εξέλιξης, δεν έχουν σχέση με την αιτιολογία της νόσου, ενώ δεν έχει αποσαφηνισθεί, εάν αποτελούν δείκτη γενετικής προδιάθεσης για ελκώδη κολίτιδα σε συγγενικά πρόσωπα.

Τα ASCA συναντώνται καθ' υπεροχήν στη νόσο Crohn. Έχει δείχθει ότι παιδιά με ενδιάμεση κολίτιδα είναι κυρίως p-ANCA θετικά και ASCA

αρνητικά, που υποστηρίζει την υπόθεση, ότι η ενδιάμεση κολίτιδα στα παιδιά πρέπει να αποτελεί υπότυπο της ελκώδους. Στους ενήλικες αντίθετα σε ποσοστό 83% δεν βρέθηκαν p-ANCA ή ASCA εύρημα που στηρίζει την άποψη, ότι η ενδιάμεση κολίτιδα είναι κλινικός και ορολογικός υπότυπος στην ομάδα των ΙΦΝΕ. Τα αντισώματα έναντι του εξωκρινούς παγκρεατικού ιστού (PAB) ευρίσκονται κατά 39% στην Crohn και 4% στην ελκώδη.

Εξετάσεις στα κόπρανα

Αυξημένες τιμές καλπροτεκτίνης και λακτοφερίνης στα κόπρανα, υποδηλώνουν υποκλινική φλεγμονώδη διαδικασία στον εντερικό βλεννογόνο και φαίνονται χρήσιμες στη διαφοροδιάγνωση από τη λειτουργική διαταραχή του ευερεθίστου εντέρου. Ταυτόχρονα μπορούν να προδικάζουν επικείμενη υποτροπή στους επόμενους μήνες. Η μέτρηση τους είναι εύκολη με ανοσοενζυμικές μεθόδους ELISA.

Η ικανότητα της καλπροτεκτίνης να προβλέψει πιθανή έξαρση δείχνει πολλά υποσχόμενη, με πολύ υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα, πρέπει όμως να προσδιορισθεί συγκεκριμένα το όριο τιμής και σε δεύτερο χρόνο, εάν είναι δυνατόν, ο χρονικός ορίζοντας εμφάνισης της έξαρσης. Ομοίως και για την λακτοφερίνη, όπου όμως απουσιάζουν μελέτες.

Άλλοι δείκτες όπως η μέτρηση ραδιοσημασμένων λευκοκυττάρων με ίνδιο 111 και α1- αντιθρυσίνης στα κόπρανα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν, ως δείκτες της εξιδρωματικής εντεροπάθειας στο έδαφος εντερικής βλάβης, λόγω της φλεγμονής, δεν τυγχάνουν όμως εφαρμογής στην καθημερινή πρακτική. Το ίδιο συμβαίνει και με τη μέτρηση λίπους στα κόπρανα.

Εξετάσεις διαπερατότητας λεπτού εντέρου

Η μέτρηση αυξημένης εντερικής διαπερατότητας στη νόσο Crohn συνδέεται με το μέγεθος βλάβης



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΤΙΣ ΙΦΝΕ

του λεπτού εντέρου, έχει προγνωστική σημασία και προδικάζει πιθανή υποτροπή. Μπορεί να μετρηθεί με τη μέτρηση 51Cr-EDTA στα ούρα ή της μαννιτόλης και λακτουλόζης μετά από λήψη τους διά της εντερικής οδού, επίσης στα ούρα, εξετάσεις όμως που δε συναντούμε συχνά στην καθημερινή πρακτική.

Εξετάσεις αποκλεισμού λοιμώξεων

Οι λοιμώδεις εντερίτιδες πρέπει να αποτελούν πάντα τμήμα της διαφοροδιάγνωσης και να αποκλείονται με τα κατάλληλα τεστ. Η μικροσκοπική εξέταση κοπράνων για πυοσφαίρια καταδεικνύει τυχόν φλεγμονώδη διάρροια, ενώ η καλλιέργεια και παρασιτολογική κοπράνων, η βιοψία, οι ορολογικές μέθοδοι συχνά βοηθούν. Παθογόνα όπως το *Campylobacter jejuni*, η σαλμονέλλα, η σιγκέλλα, το *Clostridium difficile*, η εντεροδιαδυστοική *E. coli*, πρωκτοκολίτιδα από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* ή *Chlamydia trachomatis* παρουσιάζουν συμπτώματα ομοιάζοντα με UC. Μικρόβια όπως η *Yersinia enterocolitica*, *Mycobacterium tuberculosis* και *Mycobacterium avium* μπορούν να παρασύρουν στη διάγνωση της Crohn. Επίσης διάφορα παράσιτα και πρωτόζωα πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαφοροδιάγνωση όπως *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Balantidium coli*, *Strongyloides stercoralis*, *Isospora belli* και *Cryptosporidia*, οπότε δείγματα κοπράνων, βλέννας και δωδεκαδακτυλικού υγρού πρέπει να διατηρούνται φρέσκα μέχρι την εξέτασή τους. Ιοί όπως ο κυτταρομεγαλοϊός και του έρπητα πιθανόν να πρέπει να διερευνηθούν.

Σε ασθενείς με υψηλό πυρετό λαμβάνονται καλλιέργειες αίματος για τον καθορισμό της φύσης του, εάν δηλαδή οφείλεται στη φλεγμονώδη διεργασία ή σε μικροβιαμία. Τέλος δεν πρέπει να ξεχνούμε, ότι ευκαιριακές λοιμώξεις σε θετικούς HIV ασθενείς, μπορούν να προκαλέσουν διάρροια με αίμα, πυρετό και απώλεια βάρους.

Εργαστηριακή παρακολούθηση ανοχής φαρμάκων

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των IBD μπορεί να εμφανίσει παρενέργειες, που κυρίως αφορούν, είτε ηπατοκυτταρική αντίδραση που εκφράζεται ως χολόσταση ή με αλλαγές στην αιμοποιητική ικανότητα του μυελού.

Επιβάλλεται συχνή παρακολούθηση της γενικής αίματος στην αρχική φάση θεραπείας και έπειτα περιοδικά, αφού είναι δυνατό να προκληθεί καταστολή μυελού σε μακροχρόνια θεραπεία, χωρίς γενετικό υπόβαθρο.

Προσοχή λοιπόν στη χορήγηση αζαθειοπρίνης ή 6-MP σε ασθενείς με έλλειψη του ενζύμου της μεθυλτρανσφεράσης της πουρίνης (TPMT – μετριέται σε εξειδικευμένα εργαστήρια), στη χρόνια χρήση 5-ASA για ενδίαμεση νεφρίτιδα, στα στεροειδή για οστεοπόρωση και στις τυχόν αλληλεπιδράσεις φαρμάκων. Συνήθως η μείωση ή διακοπή της δόσης επαναφέρει τις τιμές στην προτέρα κατάσταση.

Άλλοι δείκτες

Ο θεμέλιος λίθος παρακολούθησης τυχόν δυσπλαστικών αλλοιώσεων είναι η ενδοσκόπηση. Έχουν αναπτυχθεί τεχνικές για μέτρηση διαφόρων βιολογικών δεικτών στις βιοψίες ιστού, όπως το γονίδιο p 14, ενώ ένας άλλος παράγοντας, που φέρεται ελπιδοφόρος, είναι η ποιοτική ανάλυση της σύνθεσης της βλέννης στα goblet cells, στο βλενογόνο περίεξ των αλλοιώσεων.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί η πρόοδος στο γονιδιακό επίπεδο, με την εύρεση του γονιδίου NOD2 στο χρωμόσωμα 16, που είναι υπεύθυνο για τη φαινοτυπική εκδήλωση σε συγκεκριμένο ποσοστό ασθενών με Crohn. Η μέθοδος αυτή απαιτεί γενετικές και μοριακές τεχνικές, που παρέχονται μόνο σε πολύ εξειδικευμένα εργαστήρια. Ελπίζουμε ότι η εξέλιξη στο κόσμο της γενετικής, θα επιτρέψει στο κλινικό ιατρό να προσφέρει τη δυνατότητα μιας πιο εξατομικευμένης θεραπείας στον ασθενή.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ 9^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ



ΓΑΣΤΡΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΙΚΗ ΝΟΣΟΣ Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ 23-24 Σεπτεμβρίου 2011



24-25 Σεπτεμβρίου 2011

Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani-Caravel Αίθουσα Horizon

Γραμματεία:

ΚΕΓΜ ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΕΣ & ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ Α.Ε.
CONGRESS WORLD - Μ. ΠΑΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 ΑΘΗΝΑ • Τ 210-72 100 52, 210-72 10 001 • Φ 210-72 100 51 • www.congressworld.gr • info@congressworld.gr



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΒC ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟΥΣ:

Τι νεώτερο;

Γιάννης Σαραντώνης, Σπύρος Γούλας

Γαστρεντερολογικό Τμήμα Νοσοκομείου «Έλενα Βενιζέλου»

Η συντηρητική θεραπεία των ασθενών με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ) περιλαμβάνει φάρμακα σαλικυλικά, κορτικοειδή, ανοσοκατασταλτικά (αζαθειοπρίνη, 6-μερκαπτοπουρίνη, μεθοτρεξάτη) και τη νεότερη ομάδα των βιολογικών παραγόντων (Infliximab, Adalimumab, Certolizumab). Τα φάρμακα αυτά, με εξαίρεση τα σαλικυλικά, ευοδώνουν την ανάπτυξη λοιμώξεων κοινών και ειδικών όπως είναι η φυματίωση (TB). Ειδικότερα η TB λοίμωξη αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας σε παγκόσμια κλίμακα αλλά και στη χώρα μας. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν αύξηση των κρουσμάτων στον Ελλαδικό χώρο η οποία αποδίδεται κατά κύριο λόγο στην επανενεργοποίηση λανθανουσών μορφών της νόσου σε ηλικιωμένα/ανοσοκατεσταλμένα άτομα λόγω νόσου ή θεραπείας, αλλά και στον αυξημένο επιπολασμό της λοίμωξης στους οικονομικούς μετανάστες που εισέρρευσαν στη χώρα τις δύο τελευταίες δεκαετίες και οι οποίοι διαβιούν κατά κανόνα σε συγχρωτισμό και χαμηλές υγειονομικές συνθήκες.

Μέχρι πρόσφατα η διάγνωση της πνευμονικής TB λοίμωξης γινόταν με την απλή ακτινογραφία θώρακος, το άμεσο παρασκεύασμα πτυέλων με την ειδική χρώση, τη δερμοαντίδραση της φυματίνης (Mantoux) και την καλλιέργεια πτυέλων. Όλες αυτές οι μέθοδοι έχουν σημαντικές αδυναμίες και περιορισμούς: η ακτινογραφία από μόνη της δεν είναι διαγνωστική, η χρώση προϋποθέτει σημαντικό αριθμό μυκοβακτηρίων στο δείγμα των πτυέλων, η δερμοαντίδραση υπολείπεται σε ευαισθησία και ειδικότητα, ενώ τέλος η καλλιέργεια είναι χρονοβόρα¹. Τα τελευταία χρόνια, χάρη στις προόδους της γονιδιακής έρευνας για το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, διατίθενται στα μικροβιολογικά εργαστήρια δύο ανοσοενζυμικές μέθοδοι που φέρονται με τον όρο **IGRA (Interferon Gamma Release Assays)**. Πρόκειται για την μέθοδο **Elispot** που προσδιορίζει τον αριθμό των ειδικών T-λεμφοκυττάρων που παράγουν γ-ιντερφερόνη και τη μέθοδο **Quantiferon** που προσδιορίζει την ίδια την γ-ιντερφερόνη που παράγεται από ειδικά T-λεμφοκύτταρα τα οποία έχουν προηγουμένως ενεργοποιηθεί από ειδικά αντιγόνα του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης. Στο κείμενο αυτό θα

επικεντρωθούμε στη δεύτερη μέθοδο Quantiferon - TB (QFT) η οποία όπως και η **Elispot** γίνεται σε δείγμα αίματος^{1,2,5}. Σύμφωνα με σχετικά βιβλιογραφικά δεδομένα, χαρακτηρίζεται από μεγάλη ειδικότητα, ανώτερη της δερμοαντίδρασης Mantoux. Αυτό σημαίνει ότι μικρότερος αριθμός ατόμων θα χρειαστεί να λάβει μη αναγκαία φαρμακευτική αγωγή με βάση τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα της δερμοαντίδρασης. Η ευαισθησία της για λανθάνουσα TB, όπως και της **Elispot** τεχνικής, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί δεδομένης της απουσίας ενός gold standard. Σε μελέτες ως τέτοια έχουν χρησιμοποιηθεί η ενεργός λοίμωξη και η πρόσφατη έκθεση σε περιβάλλον πάσχοντα από TB. Το Quantiferon εμφανίζει αυξημένη ευαισθησία έναντι της δερμοαντίδρασης και υπερέχει σε ηλικιωμένους ή ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς (πάσχοντες από HIV λοίμωξη, αιματολογικά νοσήματα, χρόνιοι νεφροπαθείς, ηπατοπαθείς κλπ). Αυτό ισχύει και για τους πάσχοντες από αυτοάνοσα νοσήματα που λαμβάνουν θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά ή και βιολογικούς παράγοντες. Σύμφωνα μάλιστα με κάποια δεδομένα η πτώση των επιπέδων του Quantiferon κατά τη διάρκεια της αντι-TB αγωγής συσχετίζεται με επιτυχή έκβαση της TB θεραπείας².

Τα δεδομένα από τη χρήση της νέας αυτής μεθόδου σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά ή βιολογικούς παράγοντες είναι περιορισμένα. Συγκεκριμένα σε μία μελέτη συγκρίθηκαν η μέθοδος Quantiferon με τη δερμοαντίδραση της φυματίνης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που έπαιρναν ή όχι ανοσοκατασταλτική αγωγή. Η ευαισθησία της δερμοαντίδρασης στους ασθενείς που έπαιρναν ανοσοκατασταλτικά ήταν μικρότερη, με πολλά ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα έναντι των ασθενών με ΙBD που δεν έπαιρναν ανοσοκατασταλτικά αλλά και έναντι της ομάδας ελέγχου. Επίσης πολλά ψευδώς θετικά αποτελέσματα σε άτομα που είχαν εμβολιαστεί με BCG ή είχαν ιστορικό λοίμωξης από άλλα μυκοβακτηρίδια, είχαν σαν αποτέλεσμα την περιορισμένη ειδικότητα της δερμοαντίδρασης. Με την εξέταση Quantiferon προσδιορίζεται στο αίμα η ειδική για το αντιγόνο **Ιντερφερόνη γ** η οποία παράγεται από τα T-λεμφοκύτταρα όταν αυτά εκτίθενται σε ειδικά αντιγόνα του μυκοβα-

κτηριδίου της φυματίωσης, διαφορετικά από τα αντιγόνα που χρησιμοποιούνται για το εμβόλιο και διαφορετικά από τα αντιγόνα άλλων μυκοβακτηριδίων. Αυτό σύμφωνα με τους ερευνητές αυξάνει την διαγνωστική ευαισθησία και ειδικότητα της μεθόδου η οποία επιπλέον δεν επηρεάζεται σημαντικά από τη λήψη ανοσοκατασταλτικής αγωγής και άρα πλεονεκτεί στον έλεγχο για TBC σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς με ΙBD. Οι πάσχοντες που εμφανίζουν θετικές δοκιμασίες θα πρέπει να υποβάλλονται σε στοχευμένο πλήρη έλεγχο και ενδεχομένως σε θεραπεία. Ωστόσο κατευθυντήριες οδηγίες που θα ενσωματώνουν τα αποτελέσματα αυτών των εξετάσεων σε ΙBD ασθενείς που παίρνουν ανοσοκατασταλτικά δεν έχουν ακόμη διαμορφωθεί^{3,5}.

Σε άλλη μελέτη εκτιμάται θετικά η συμβολή της εξέτασης Quantiferon στη διαφορική διάγνωση εντερικής φυματίωσης από νόσο Crohn και τονίζεται η χρησιμότητά της ιδιαίτερα σε ασθενείς που έχουν στο παρελθόν εμβολιαστεί για TB. Στη μελέτη γίνεται ανασκόπηση των ακτινολογικών, ενδοσκοπικών και ιστοπαθολογικών χαρακτηριστικών των δύο νόσων και προτείνεται ένας διαγνωστικός αλγόριθμος, ιδιαίτερα χρήσιμος σε περιοχές με ενδημική TB λοίμωξη⁴.

Στο πρόσφατο DDW υπήρχαν 2 ανακοινώσεις σχετικά με τον έλεγχο για TB σε ασθενείς με ΙBD. Ο Guidi et al μελέτησε 101 Ιταλούς ασθενείς και ο Belard et al 265 ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα που έπαιρναν κορτικοειδή. Στο πόρισμα εφιστάται η προσοχή στον κίνδυνο ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων από τη χρήση κορτικοειδών, ιδιαίτερα όταν ο έλεγχος περιορίζεται μόνο στην δερμοαντίδραση.

Συμπερασματικά, η εξέταση Quantiferon, αν και όχι ευρέως διαδεδομένη, έχει αυξημένη ευαισθησία και ειδικότητα στη διάγνωση λανθάνουσας TB λοίμωξης έναντι της δερμοαντίδρασης της φυματίνης. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε ΙBD ασθενείς που λαμβάνουν ή πρόκειται να λάβουν ανοσοκατασταλτικά ή βιολογικούς παράγοντες. Η εξέταση φαίνεται να επηρεάζεται σε μικρότερο βαθμό από την ανοσοκατασταλτική αγωγή και να μην επηρεάζεται από παλαιό εμβολιασμό ή ιστορικό λοίμωξης από άλλα μυκοβακτηρίδια. Προτείνεται να αντικα-

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΒC ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟΥΣ:

Τι νεώτερο;



ταστήσει τη δερμοαντίδραση σε ασθενείς με ΙBD που πρόκειται να αρχίσουν θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά ή βιολογικούς παράγοντες αλλά είναι επίσης χρήσιμη σε εκείνους που λαμβάνουν επί μακρόν τέτοιου τύπου θεραπείες. Στη χώρα μας η εξέταση εκτελείται στο Δημόσιο Τομέα στο γνωστό Τριτοβάθμιο Κέντρο Αναπνευστικών Νοσημάτων. Εκτιμούμε ότι είναι απαραίτητο να ενημερωθούν όλοι οι συνάδελφοι για τη διαθεσιμότητα της εξέτασης αυτής, η οποία γίνεται στο Ειδικό Κέντρο από δείγμα αίματος και να την προτείνουν κατά την κρίση τους στην ευαίσθητη αυτή ομάδα ασθενών μας.

Σχόλιο: παρά τη δυσμενή οικονομική περίοδο την οποία διανύει η χώρα μας τον τελευταίο καιρό, και η οποία θα είναι απρόβλεπτης χρονικής διάρκειας, εκτιμούμε ότι ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να είναι ενήμερος των νεότερων εξελίξεων στο χώρο του και να δρά με βάση τη βέλτιστη σχέση κόστους/οφέλους με κύριο γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) **Al Zamel FA.** Detection and diagnosis of Mycobacterium tuberculosis. Expert Rev Anti Infect Ther 2009;7(9):1099-1108.
- 2) **Mori T.** Usefulness of interferon gamma release assays for diagnosis of TB infection and problems with these assays. J Infect Chemother 2009;15(3):143-55.
- 3) **Schoepfer AM, Flogwerzi B, Fallegger S et al.** Comparison of interferon - gamma release assay versus tuberculin skin test for tuberculosis screening in inflammatory bowel disease. Gastroenterology 2009;136(4):1453-5.
- 4) **Almadi MA, Ghosh S, Aljebreen AM.** Differentiating intestinal tuberculosis from Crohn's disease: a diagnostic challenge. Am J Gastroenterol 2009 104(8):2121-2.
- 4) **Lalvani A, Pareek M.** Interferon gamma release assays: principles and practice. Enferm Infec Microbio Clin 2010;28(4):245-52.



Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

1. Dynamic patient position changes during colonoscopy withdrawal increase adenoma detection: a randomized, crossover trial. J.E. East, P. Bassett, N. Arebi, S. Thomas-Gibson, T. Guenther B. P. Saunders Gastrointest . Endosc 2011; 73: 456-63

Οι αλλαγές της θέσης των ασθενών κατά τη φάση απόσυρσης του κολονοσκοπίου αυξάνουν τα ποσοστά ανίχνευσης αδενωμάτων .

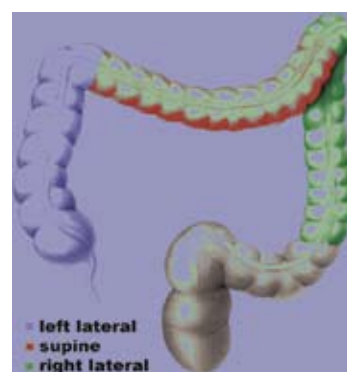
Πρόσφατες αναφορές υποστηρίζουν ότι η προληπτική κολονοσκόπηση και η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή δεν είναι τόσο αποτελεσματικές στη πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, όσο αρχικά πιστεύαμε. Πολλές περιπτώσεις πρώιμου καρκίνου μετά από προληπτική κολονοσκόπηση έχουν αναφερθεί, ενώ αρκετές μελέτες προσδιορίζουν ότι τα επίπεδα προστασίας δεν ξεπερνούν το 50%.

Η μέθοδος των αλλαγών της θέσεως του εξεταζόμενου κατά τη φάση απόσυρσης του κολονοσκοπίου με σκοπό τον καλύτερο έλεγχο του παχέος εντέρου, βασίστηκε αρχικώς στην εμπειρία των ακτινολόγων κατά την εκτέλεση βαριούχου υποκλυσμού ενώ στη συνέχεια υιοθετήθηκε και στη διενέργεια CT κολονογραφίας. Διαπιστώθηκε ότι η αλλαγή της θέσης του εξεταζόμενου διευκόλυνε τόσο την επαρκή διάταση του αυλού όσο και τη μετακίνηση της περισσείας του εντερικού περιεχομένου μακριά από την υπό εξέταση περιοχή του παχέος εντέρου. Ανατομικώς, αυτό στηρίζεται στην αρχή ότι η υπό εξέταση περιοχή θα πρέπει να βρίσκεται στο υψηλότερο σημείο με αποτέλεσμα τα αέρια να ανέρχονται και να πληρούν την περιοχή ενδιαφέροντος, ενώ αντιθέτως, τυχόν υδαρές περιεχόμενο να απομακρύνεται από αυτή. Συνεπώς, ο καλύτερος έλεγχος της ηπατικής καμψής, του ανιόντος και του τυφλού επιτυγχάνεται με τον εξεταζόμενο στη αριστερή πλάγια θέση, του εγκάρσιου κατά την ύπτια θέση ενώ για τον έλεγχο της σπληνικής καμψής και του κατιόντος ο εξεταζόμενος θα πρέπει να βρίσκεται τη δεξιά πλάγια θέση.

Σε αντίθεση με παρόμοιες προηγούμενες μελέτες, σκοπός της παραπάνω μελέτης ήταν η διερεύνη-

ση της κλινικής σημασίας της μεθόδου αυτής εκτιμώντας τα ποσοστά ανεύρεσης πολυπόδων ή/και αδενωμάτων. Από τα εκατόν τριάντα τέσσερα άτομα που τυχαιοποιήθηκαν στη μελέτη, στα 70 η απόσυρση του κολονοσκοπίου έγινε αρχικά κατά την αριστερή πλάγια θέση και στη συνέχεια (αφού προηγήθηκε η επαναπροώθηση του ενδοσκοπίου στο τυφλό) σύμφωνα με το παραπάνω πρωτόκολλο αλλαγών της θέσης. Το αντίστροφο έγινε στα υπόλοιπα 64 άτομα.

Διαπιστώθηκε αύξηση του αριθμού των ατόμων στα οποία ανευρέθησαν περισσότερα από ένα αδενώματα στο εγκάρσιο, σπληνική καμπή και κατιόν, κατά 11% όταν εφαρμόστηκε η μέθοδος αλλαγών θέσης και αύξηση του ποσοστού των πολυπόδων συνολικά κατά 18% στα ίδια τμήματα του παχέος εντέρου. Αντιθέτως, καμία διαφορά δεν



Προτεινόμενες θέσεις του σώματος για τον έλεγχο των αντιστοιχών τμημάτων του παχέος εντέρου

διαπιστώθηκε ούτε στο ποσοστό των ατόμων με αδενώματα ούτε στο συνολικό ποσοστό πολυπόδων στο τυφλό ανιόν και ηπατική καμπή, με την παραπάνω μέθοδο.

Η ευχέρεια αλλαγής της θέσης του εξεταζόμενου σχετίζεται σαφώς με το επίπεδο καταστολής του. Οι αλλαγές θέσης πραγματοποιούνται σε λίγα δευτερόλεπτα όταν ο εξεταζόμενος βρίσκεται σε ήπια παρά σε βαθιά καταστολή ή σε αναισθησία. Στις περιπτώσεις αυτές, επειδή η τοποθέτηση του εξεταζόμενου στη δεξιά-πλάγια θέση μπορεί να είναι δυσχερής, σημαντικό όφελος μπορεί να προκύψει από την αλλαγή του εξεταζόμενου από τη αριστερή-πλάγια στην υπτία θέση αμέσως μετά την έξοδο του ενδοσκοπίου από τη δεξιά κολική καμπή.

Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



2. Concurrent drug use and the risk of perforated colonic diverticular disease: a population-based case control study. D.J. Humes, K.M.Fleming, R.C. Spiller, J. West. Gut 2011;60:219-224

Η χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών και κορτικοειδών από του στόματος αυξάνει τον κίνδυνο διάτρησης των εκκολπωμάτων.

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει πως η χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών και κορτικοειδών μπορεί να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο διάτρησης εκκολπωμάτων. Πρόκειται ωστόσο για μελέτες συχνά αναδρομικές, μικρές σε αριθμό ασθενών και με πολλούς περιορισμούς κατά το σχεδιασμό τους. Για τους σκοπούς της παραπάνω μελέτης, αναγνωρίστηκαν και μελετήθηκαν 899 περιπτώσεις ασθενών με διάτρηση εκκολπώματος, ενώ ως ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκε 10-πλάσιος αριθμός ατόμων. Διαπιστώθηκε πως η χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών σχετιζόταν με διπλάσιο κίνδυνο διάτρησης εκκολπώματος, ενώ ο αντίστοιχος κίνδυνος για αυτούς που έλαβαν κορτικοειδή ήταν τριπλάσιος. Αντιθέτως, η χορήγηση ανταγωνιστών ασβεστίου ή ασπιρίνης δεν φάνηκε να αυξάνει τον κίνδυνο αυτό.

Συνεπώς, με βάση τα αποτελέσματα αυτά, η συνταγογράφηση οπιοειδών αναλγητικών και κορτικοειδών σε ασθενείς με γνωστή εκκολπωματική νόσο του παχέος εντέρου, θα πρέπει να αποφεύγεται εφόσον αυτό είναι δυνατό.

3. Gullstone disease is associated with increased mortality in the United States. C.E. Ruhl and J.E. Everhart Gastroenterology 2011;140:508-516

Η χολολιθίαση σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Οι άμεσες θανατηφόρες επιπλοκές της χολολιθίαςης αλλά και της χολοκυστεκτομής είναι σπάνιες. Υπάρχουν όμως μικρές μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία στις οποίες έχει διαπιστωθεί αυξη-

μένη συνολική θνητότητα μεταξύ των ασθενών με χολολιθίαση ή με χολοκυστεκτομή, όπως επίσης αυξημένη θνητότητα από κακοήθεια ή από καρδιαγγειακά νοσήματα.

Για τους σκοπούς της παραπάνω μελέτης, αναλύθηκαν δεδομένα από 14.228 συμμετέχοντες οι οποίοι υποβλήθηκαν σε υπερηχογράφημα άνω κοιλίας από το 1988 έως το 1994. Χολόλιθοι ανευρέθηκαν στο 7,1% εξ αυτών, ενώ 5,3% των συμμετεχόντων είχαν ήδη υποβληθεί σε χολοκυστεκτομή. Μετά από παρακολούθηση για τουλάχιστον 18 χρόνια, η συνολική θνητότητα από όλα τα αίτια ήταν 16,5%, από καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν 6,7% και από κακοήθη νοσήματα 4,9%. Μεταξύ των ατόμων με χολολιθίαση ή χολοκυστεκτομή οι δείκτες συνολικής θνητότητας ήταν αυξημένοι κατά 30% τόσο κατά τη μονοπαραγοντική όσο και κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση. Ομοίως, η θνητότητα από κακοήθειες ήταν επίσης κατά 30% υψηλότερη στα άτομα με χολολιθίαση ή χολοκυστεκτομή και στις δύο αναλύσεις. Ας σημειωθεί ότι από καρκίνο της χοληδόχου κύστης απεβίωσε μόλις ένας. Όσον αφορά στη θνητότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα, αυτή διαπιστώθηκε να είναι αυξημένη κατά 50% μεταξύ των συμμετεχόντων με χολολιθίαση ή χολοκυστεκτομή κατά την ανάλυση με προσαρμογή της ηλικίας αλλά μόλις μικρότερη κατά τη πολυπαραγοντική ανάλυση. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ο κίνδυνος θανάτου, των ατόμων με χολολιθίαση ήταν ο ίδιος σε σχέση με αυτούς που είχαν υποβληθεί σε χολοκυστεκτομή.

Η ζωή μετά, η καθημερινότητα και το σύστημα



Το βράδυ σινεμά: «Η Ζωή Μετά». Και ποιος δεν θα ήθελε εκ του ασφαλούς να τη δει. Η ταινία είναι του Κλιντ Ίσγουντ. Παραμένει σπουδαίος σκηνοθέτης αλλά στη «ζωή μετά», μια ευαίσθητη και μελαγχολική ταινία, αναδεικνύει φαντάζομαι κυρίως την προσωπική του αγωνία του θανάτου, την αγωνία του ηλικιωμένου ανθρώπου που βλέπει το θάνατο πιο κοντά.

Το επόμενο πρωί ρουτίνα. Κλινικές εξετάσεις και ενδοσκοπήσεις. Ανάμεσα τους μια γαστρορραγία. Γυναίκα, 79 ετών, ταλαιπωρημένη από πρόσφατη επέμβαση για ενδοκοιλιακό απόστημα από εκκολπωματίτιδα, που πριν 2 ώρες είχε κάνει μεγάλη αιματέμεση. Στις περιπτώσεις αυτές η απουσία ηπατικής νόσου που μεταφράζεται σε εν δυνάμει κίρρωση είναι πάντα καθουχαστική. Με συνοπτικές διαδικασίες, στις 2 ξεκίνησε η

γαστροσκόπηση. Αιμοσφαιρίνη 9,8. Αίμα και αιμοπύματα στο στομάχι και η βλάβη βρέθηκε σύντομα στο βολβό. Ένα τεράστιο έλκος στο πρόσθιο τοίχωμα. Μετά την έκπλυση των θρόμβων αποκαλύφθηκε ένα απειλητικό ορατό αγγείο. Σε δευτερόλεπτα το Argon ήταν έτοιμο για χρήση. Με το πρώτο άγγιγμα όμως του Argon, σαν να άνοιξε μια μεγάλη αρτηρία που άρχισε να πετάει αίμα με μανία. Η αδρεναλίνη πλέον δεν έκανε τίποτα.

Τα ανέκδοτα αποτελέσματα μας μέχρι σήμερα ήταν υπερβολικά καλά με την αιμόσταση και μετά από τόσα χρόνια την κάνουμε με άνεση σαν μια απλή διαγνωστική πράξη. Όμως εκείνη τη στιγμή δειλιάζεις. Σκέφτεσαι να φωνάξεις βοήθεια, να φύγεις τρέχοντας ή να ξυπνήσεις και να συνειδητοποιήσεις ότι είναι εφιάλτης. Κράτησα την ψυχραιμία του μελλοθάνατου και με φαινομενικά ήρεμη φωνή ζήτησα να ειδοποιηθεί η μονάδα και το χειρουργείο.

Η ανάσα της ασθενούς μέσα σε 3 λεπτά είχε βαρύνει, οι σφύξεις έφθασαν 140 και η ασθενής ήταν

κατάκλωμη. Την επόμενη στιγμή χωρίς αναπνοή και σφύξεις. Το γαστροσκόπιο τραβήχτηκε γρήγορα, κάποιος έψαχνε για δεύτερη και τρίτη φλέβα, η αναισθησιολόγος τη γύρισε ανάσκελα και άρχισε να δίνει οξυγόνο με την Ambu. Όταν καλείται κωδικός μπλε από τα μεγάφωνα τρομάζει όλο το νοσοκομείο. Σε κανένα δεν αρέσει να χάνεται ένας ασθενής. Η εξειδικευμένη ομάδα όμως έχει τον τρόπο της να είναι οπουδήποτε σε λιγότερο από ένα λεπτό. Μόλις έφθασαν, ο έμπειρος διευθυντής της μονάδας άρχισε να δίνει ξεκάθαρες εντολές. Έγινε διασωλήνωση και άρχισαν μαλάξεις. Το καρδιογράφημα έδειξε ηλεκτρομηχανικό διαχωρισμό, τα αέρια αίματος από τη μπηρία ήπια οξέωση και αιμοσφαιρίνη 4 (!) και η ασθενής παρέμενε κατάκλωμη, άσφυγη, χωρίς δική της αναπνοή. Στις μαλάξεις εναλλάσσονταν δύο εξειδικευμένοι νοσηλευτές που πλέον ήταν κάθιδροι.

Κάποιος μέτρησε 18λεπτά μαλάξεων. Δύο αίματα έπεφταν γρήγορα καθώς η περιχειρίδα του πιεσόμετρου τα πίεζε. Τότε μόνο φάνηκε να φτιάχνουν όλα μαζί. Οι αναπνοές, το καρδιογράφημα, οι γρήγορες, αλλά ψηλαφητές στην καρωτίδα σφύξεις. Ο χειρουργός ειδοποιήθηκε και περίμενε στην αίθουσα, καθώς έτυχε να έχει τελειώσει μόλις την προηγούμενη εγχείρηση. Σε ελάχιστο χρόνο η κοιλιά ήταν ανοιχτή, ένα στομάχι γεμάτο αίμα σαν μπαλόνι πρόβαλε και ο αναισθησιολόγος είπε: αιμοσφαιρίνη 3! Κι άλλα αίματα! Τρεις γαστρεντερολόγοι παρακολουθούσαμε ανήμποροι. Ένας συνάδελφος μου είπε: μην ανησυχείς, ο αναισθησιολόγος είναι πολύ καλός! Πώς το κατάλαβες; Ρώτησα γιατί ήξερα ότι ήταν πραγματικά καλός. Μα δεν βλέπεις πόσο γρήγορα και μεθοδικά δουλεύει χωρίς να γκρινιάζει στους άλλους;

Οι χειρουργοί έκαναν το θαύμα τους και η ασθενής μεταφέρθηκε διασωληνωμένη στη μονάδα. Αύριο θα κριθούν όλα, όταν ξυπνήσει, είπε ο αναισθησιολόγος. Η ηλικία της δεν μας επιτρέπει να είμαστε απόλυτα αισιόδοξοι! Όμως το θαύμα έγινε! Αρχικά αντέδρασε σε λεκτικά ερεθίσματα και σε λίγο άρχισε να μιλάει. Την μεθεπόμενη ημέρα που έφυγε από τη ΜΕΘ για το θάλαμο νοσηλείας, ήταν σαν να μην είχε περάσει την περιπέτεια.

Την επισκέπτομαι κάθε μέρα, έχουμε μια ιδιαίτερη σχέση. Της είπα ότι έκανε ανακοπή, την χάσαμε, αλλά ευτυχώς με τη βοήθεια όλων επανήλθε. Και έφθασε η ώρα να της κάνω την ερώτηση: θυμάστε κάτι, τι έγινε; Είδατε κάτι διαφορετικό; Η απάντηση απογοητευτική: δεν θυμάμαι τίποτε. Μόνο που ξύπνησα στη μονάδα και τα αντικείμενα γύρω μου έτρεμαν. Είστε σίγουρη, για προσπαθήστε! Πατρέ, εμένα με ενδιαφέρει πότε θα φύγω από δω, να πάω στο σπίτι μου, βαρέθηκα τα νοσοκομεία!

Η ζωή μετά δεν φαίνεται να μας ανοίγεται εύκολα, αυτό όμως που είναι βέβαιο είναι πως η εμπλοκή πολλών ατόμων, που με εξειδικευμένο τρόπο υπηρετούν ένα κοινό στόχο μπορεί να προσφέρει πολλαπλάσια από μια ανοργάνωτη ατομική προσπάθεια. Το σύστημα ειδικά στην Υγεία είναι απαραίτητο. Το «σύστημα» μέσα στο νοσοκομείο που έχω την τύχη να εργάζομαι, λειτούργησε στην εντέλεια και έσωσε μια ανεκτίμητη ζωή. Αντίθετα, τι αγωνίες περνάμε όσοι έχουμε επιλέξει εκούσια ή ακούσια τον μοναχικό δρόμο της καθημερινής μάχης στο ιατρείο!



Εξωσκοπήσεις

Αντώνης Κογεβίνας, koge@dotenet.gr

Κι όμως, ακόμα καπνίζουν!



Ο γνωστός δημοσιογράφος Σταύρος Θεοδωράκης έγραψε ένα πρωτοσέλιδο άρθρο στο site του www.protagon.gr στις 19 Φεβρουαρίου με τίτλο «Ένας γενναίος άνδρας». **Το άρθρο αναφερόταν στον αγώνα που κάνει ο Γιάννης Στουραίτης**, Διευθυντής Γαστρεντερολογικού στο Νοσοκομείο Ρόδου, για να σταματήσει το κάπνισμα στο νοσοκομείο που δουλεύει. Ο Γιάννης αποφάσισε μετά από ανεπιτυχείς παρεμβάσεις στη Διοίκηση και συστάσεις στους καπνίζοντες, **να βγει και να καταγγείλει επώνυμα σε ένα άρθρο του με τίτλο “Ρόδος: Νοσοκομείο το Ντουμάνι”** αυτούς που καταπατούν το δικαίωμα για καθαρό αέρα στο νοσοκομείο και που περιφρονούν το νόμο, τους ασθενείς και το ιατρικό προσωπικό.

Αναρωτιέται κανείς, γιατί οι ίδιοι άνθρωποι που καπνίζουν μέσα στο νοσοκομείο δεν τολμούν να ανάψουν τσιγάρο μέσα στο αεροπλάνο; Προφανώς, γιατί στο αεροπλάνο «δεν τους παίρνει». Ερχόμαστε λοιπόν στο θέμα της πίεσης και του ελέγχου που ασκείται και στο «γιατί τους παίρνει» να καπνίζουν στο νοσοκομείο.

Θα πρέπει να συμπεράνει λοιπόν κανείς ότι στο Νοσοκομείο Ρόδου, αλλά και σε κάθε άλλο παρόμοιο νοσοκομείο, **μπορούν και καπνίζουν γιατί υπάρχει ανοχή από τη Διοίκηση**. Το άρθρο περιγράφει με πολύ διακριτικό τρόπο όλα τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς ατόμων σε θέσεις κλειδιά που παίζουν επικοινωνιακά παιχνίδια. Ο Διοικητής, όπως αναμενόταν, υπερθεμάτισε για την αναγκαιότητα να τηρηθεί η αντικαπνιστική πολιτική, έδωσε άμεσα εντολή για να σταματήσει το κάπνισμα και ακολούθως δεν ξανα-ασχολήθηκε. Οι κατώτεροι υπάλληλοι ανέλαβαν την αποδυνάμωση και αποδόμηση της εντολής.

Με την μέθοδο αυτή επιτυγχάνεται η ικανοποίηση του καταγγέλλοντος, γιατί αισθάνεται ότι



Ένα ΙΚΑ που θα λέγεται ΕΟΠΥ;

Με τον πρόσφατο ασαφή νόμο για την υγεία δίδεται η εντύπωση ότι **το αποτυχημένο μοντέλο του ΙΚΑ κινδυνεύει να γίνει το πρότυπο για όλη την υγεία**.

εισακούσθηκε άμεσα, η διοίκηση θεωρητικά έπραξε το καθήκον της και οι παραβάτες είναι ευχαριστημένοι γιατί μπορούν να συνεχίζουν να καπνίζουν. Είναι **το γνωστό νεοελληνικό μοντέλο διοίκησης: Οι πολλοί επιβάλλουν τον τσαμπουκά τους επειδή είναι πολλοί και η διοίκηση το ανέχεται για να υπάρχει εργασιακή ειρήνη**. Είναι δυνατόν όμως να εφαρμοστεί οποιαδήποτε πολιτική με τέτοια μυαλά;

Τι γίνεται όμως όταν ο καταγγέλλων δεν αποθαρρύνεται από τη διοικητική ανεπάρκεια και δεν παραιτείται, όπως στην περίπτωση του Γιάννη Στουραίτη; Τότε υπάρχει πρόβλημα.

Ένοχοι όμως πρέπει να αισθάνονται και όσοι δεν μιλούν: Όσοι φοβούνται να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους ακόμα και όταν έχουν το νόμο με τη μεριά τους! Όσοι υποκύπτουν στον εκβιασμό να ανέχονται στις παρέες και στη δουλειά τους ανθρώπους που καπνίζουν σε χώρους που δεν επιτρέπεται, φοβούμενοι μήπως γίνουν δυσάρεστοι ή δημιουργήσουν άσχημο κλίμα εφόσον αντιδράσουν.

Ο Σταύρος Θεοδωράκης τελειώνει το άρθρο του που προαναφέρθηκε ως εξής: «Κόντρα σε όλους λοιπόν, ο Στουραίτης αποφάσισε ευθαρσώς και επωνύμως να ζητήσει δημοσίως τον σεβασμό στους νόμους (και την κοινή λογική). Ένας γενναίος άντρας που αν είχαμε πολλούς σαν κι αυτόν, να τα βάλουν με τις συντεχνίες τους και τα κουσούρια μας, ίσως να μην είχαμε φτάσει στον πάτο που είμαστε σήμερα» .

Όσο για τα στάδια που περνούν τέτοιες επίμονες ειρηνικές προσπάθειες, ιδού η περιγραφή που έδωσε ο **Mahatma Gandhi** για τον δικό του αγώνα : **First they ignore you. Then they laugh at you. Then they fight you. Then you win!**

Δεν θα ήθελα να πιστέψω ότι όσοι συνέταξαν το νομοσχέδιο είναι αφελείς. Παρότι δεν έχει αποσαφηνιστεί τι ακριβώς θα γίνει, μπορεί κανείς και διακρίνει τη λογική όσων συνέλαβαν την ιδέα για τον νέο οργανισμό: **Θα γίνουν συμβάσεις**

Εξωσκοπήσεις



με χαμηλά αμειβόμενους ιατρούς οι οποίοι θα ελέγχονται για να γράφουν φθηνά φάρμακα (τα φθηνότερα από τα φθηνά αντίγραφα) μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης **και λίγες εξετάσεις**. Αναμένεται επίσης ότι **οι άρρωστοι θα συνωστίζονται στις ουρές** του ΕΟΠΥ αφού με τη συγχώνευση των ταμείων θα απευθύνεται εκεί πρακτικά όλος ο πληθυσμός της χώρας.

Πολλοί ασθενείς θα παραιτούνται από τη διαδικασία αναμονής στην ουρά για να λάβουν ανεπαρκείς υπηρεσίες και απηυδισμένοι θα απευθύνονται στους μη συμβεβλημένους ιδιώτες. Όσοι ασθενείς απευθυνθούν στους ιδιώτες θα έχουν δύο επιλογές: Ή θα πληρώνουν από την τσέπη τους τις εξετάσεις και τα φάρμακα ή θα επανέρχονται στον ΕΟΠΥ με τις συνταγές για να τους τις αντιγράψουν. Εκεί, αν αντέξουν την πολύωρη αναμονή σε κάποια ουρά, θα ξαναπαίζεται το γνωστό σενάριο «δεν είμαι εγώ υπάλληλος του τάδε ιατρού για να αντιγράψω τα φάρμακά του».

Λαιμοί μπουκαλιών



Αν το ζητούμενο είναι να εξυπηρετούνται οι ασθενείς θα έπρεπε **να επιτραπεί σε όλους τους ιατρούς να συνταγογραφούν στα βιβλιάρια** και όχι μόνον στους συμβεβλημένους. Τι είναι αυτό που εμποδίζει κάτι τέτοιο; Μήπως δεν θα μπορούσαν να ελεγχθούν και οι μη-συμβεβλημένοι μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για τυχόν υπερβάσεις και να τους επιβάλλονται κυρώσεις που να φθάνουν μέχρι και άρση του δικαιώματος συνταγογράφησης; Όχι δεν είναι αυτό.

Από πίσω κρύβεται η βαθειά ριζωμένη άδικη πεποίθηση, που θέλει τον ιδιώτη ιατρό να είναι ένας κερδοσκόπος που θα κάνει κατάχρηση αυτού του δικαιώματος. Δεν έχει βεβαίως σημασία αν η ζωή απέδειξε ότι η μεγάλη ρεμούλα στην Υγεία γινόταν από συμβεβλημένους, κρατικούς και ταμειακούς ιατρούς. Η πεποίθηση είναι πεποίθηση. Υπάρχει όμως επιπρόσθετα και η γνωστή **εμπάθεια από ορισμένους συμβούλους εναντίον της ελεύθερης ιατρικής**. Οι σύμβουλοι αυτοί δεν θα στενοχωριούνταν αν έβλεπαν τους ιδιώτες να σκοντάφτουν.

Όμως τα αποκλειστικά δικαιώματα, όπως το δικαίωμα στη συνταγογράφηση, δημιουργούν «λαιμούς μπουκαλιών» (bottlenecks). Οι λαιμοί μπουκαλιών με τη σειρά τους δημιουργούν συμφόρηση. Όπου υπάρχει συμφόρηση δημιουργείται γόνιμο έδαφος

Πώς όμως εξασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και όχι μόνον το χαμηλό κόστος; Δεν θα έπρεπε να προβλέπεται ο έλεγχος της ποιότητας; **Ο Υπουργός Υγείας θα έπρεπε να έχει σαν πρώτο μέλημα το πώς θα βελτιώσει τις υπηρεσίες υγείας**. Αυτή η ιδέα ίσως φαντάζει σαν πολυτέλεια κάτω από τις σημερινές οικονομικές συνθήκες, αλλά είναι γνωστό ότι η καλή ποιότητα και οι χαμηλές δαπάνες πηγαίνουν μαζί. Κυνηγώντας μόνον τις δαπάνες καταλήγει κανείς σε πολυέξοδη ιατρική για πολλούς λόγους : Αναξιοπιστία εξετάσεων που θα οδηγήσουν σε περισσότερες εξετάσεις, φάρμακα που δεν είναι δραστικά και συνταγογραφούνται σε μεγαλύτερες δόσεις, αποφυγή εκτέλεσης εξετάσεων με αποτέλεσμα επιδείνωση ασθενειών, επιπλοκές, διακομίσσεις, κατάργηση πρόληψης κτλ. **Η εστίαση μόνον στα οικονομικά ήταν η διαχρονική συνταγή των προσπαθειών στο ΙΚΑ, που έχει απαξιώσει το σύστημα**.

για χρηματισμό, προκειμένου να διευκολυνθεί η γρήγορη προσέλαση του εμποδίου. Γιατί δεν έχει ακουστεί ποτέ άρρωστος να δώσει φακελάκι στο μικροβιολογικό, στο βιοχημικό ή στο ακτινολογικό εργαστήριο, σε αντίθεση με το χειρουργείο ή τον τραυματιοφορέα;

Η μόνη οικονομικά και κοινωνικά συμφέρουσα λύση για το κράτος, για τους ασθενείς και για τους ιατρούς θα ήταν να επιτραπεί ελεύθερα η συνταγογράφηση σε όλους τους ιατρούς. Εκτός του ότι οι άρρωστοι θα εξυπηρετούνται, θα υπάρξει αποσυμφόρηση του ΕΟΠΥ. Όσοι άρρωστοι είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν μιαν επίσκεψη σε έναν ιδιώτη ιατρό δεν θα χρειάζεται να καταφεύγουν στον ΕΟΠΥ για να αντιγράψουν τα φάρμακα και τις εξετάσεις (τα οποία άλλωστε δικαιούνται γιατί τα έχουν προπληρώσει με τις εισφορές μιας ζωής στο ασφαλιστικό τους ταμείο). **Το κράτος θα απασχολεί λιγότερους ιατρούς** και οι ιδιώτες ιατροί θα μπορούν να κάνουν σωστά τη δουλειά τους, χωρίς να δημιουργείται το παράϊατρικό κύκλωμα συνταγογράφησης. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση επιτρέπει να γίνονται έλεγχοι για υπερβάσεις ώστε να υπάρξουν κυρώσεις σε συμβεβλημένους και μη. Το ίδιο μπορεί να γίνει και με τις εξετάσεις. Όλοι θα είναι ευχαριστημένοι εκτός από τους διαπλεκόμενους ιατρούς και φαρμακοποιούς, τις φθινο-φαρμακευτικές εταιρείες και όσους αντιμετωπίζουν με κόμπλεξ την ιδιωτική ιατρική. Τόσο απλό!



Εξωσκοπήσεις

Party για μικρούς



Με την οδηγία του Υπουργείου Υγείας και των Ασφαλιστικών ταμείων για υποχρεωτική προτίμηση του φθηνότερου φαρμάκου **αρχίζει το πάρτι για τις εταιρείες που φτιάχνουν τα φθηνά αντίγραφα φαρμάκων.** Πρόκειται ενίοτε για φάρμακα με ανεξέλεγκτη ποιότητα. Είναι άραγε σε θέση ο ΕΟΦ να εγγυηθεί την αξιοπιστία των αντιγράφων; Στην προσπάθεια να ανταγωνιστούν τα άλλα φθηνά αντίγραφα, δεν θα είναι περίεργο αν κινηθούν με τον τρόπο που χρησιμοποιούσαν μέχρι σήμερα: **Δίνοντας ποσοστά σε ιατρούς για να τα συνταγογραφούν.**

Η αγορά θα καταλήξει να μονοπωλείται από αντι-

Μέθοδος hit and run



“Ο καλύτερος τρόπος για να αποφύγεις τα χτυπήματα είναι να μην είσαι εκεί” λέει μια αρχή του καράτε.

Αυτή η μέθοδος φαίνεται ότι υιοθετήθηκε για να προστατευτεί η φιλομειδής κ. Ξενογιαννακοπούλου, η οποία νομοθέτησε λίγο πριν φύγει την **ενασχόληση των υποστελεχωμένων δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων νοσοκομείων της χώρας με παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας επί 24ώρου βάσεως; (!!!)** Σήμερα όμως, που θα έπρεπε να λογοδοτήσει για την απίστευτη αυτή ανοησία, η πρώην υπουργός βρίσκεται σε άλλο υπουργείο και εξακολουθεί να μειδία αμέριμνα, σαν να μην έγινε τίποτα!

Ο σημερινός Υπουργός δείχνει διατεθειμένος να συγκρουστεί προκειμένου να γίνουν αλλαγές. Αυτό είναι σημαντικό, γιατί η Υγεία έχει υποφέρει πολλά χρόνια από άβουλους, φοβισμένους ή πολιτικάντηδες

γραφα, των οποίων ο τζίρος θα είναι τεράστιος. Οι μεγάλες σοβαρές φαρμακευτικές εταιρείες θα εξοστρακιστούν, αφού δεν μπορούν να μπουν στο παιχνίδι των ποσοστών άλλα ούτε να ρίξουν την ποιότητα των φαρμάκων τους, εξαιτίας του ελέγχου από τις μητρικές εταιρείες. Αναγκάζονται βεβαίως να κατεβάσουν τις τιμές τους, αλλά είναι αδύνατον να ανταγωνιστούν τα αντίγραφα. **Τελικά θα αναγκαστούν να κλείσουν ή να συρρικνωθούν.** Σε ελάχιστο χρόνο θα βρεθούμε να εξαρτόμαστε φαρμακευτικά από μερικές αμφίβολης αξιοπιστίας φαρμακευτικές εταιρείες.

αναποτελεσματικούς υπουργούς. Αλλά όπως λέει το κινέζικο γνωμικό **« Δεν υπάρχει λόγος να βιάζεσαι αν είσαι σε λάθος δρόμο».**

Πώς ξεκινάμε να αλλάζουμε χωρίς να έχουμε αποφασίσει ποιές είναι οι ενδεικνυόμενες αλλαγές, αναρωτιούνται αρκετοί που γνωρίζουν πόσο σύνθετο είναι το πρόβλημα; Είναι βεβαίως ενθαρρυντικό το ότι στο Υπουργείο συμμετέχουν **μερικοί αξιόλογοι συνεργάτες που γνωρίζουν το αντικείμενο. Ο κίνδυνος όμως προέρχεται από την πίεση χρόνου που μπορεί να οδηγήσει σε προχειρότητες,** από την αρνητική ή αμέτοχη στάση των ιατρικών ενώσεων καθώς και από μερικές αγκυλωμένες και εμπαθείς απόψεις εναντίον των ιδιωτών ιατρών, που είτε το θέλουμε είτε όχι, είναι η μεγάλη πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού της χώρας.

1. Πρόκειται για μια δυναμική διεκδίκηση, που έχει πολλές πιθανότητες επιτυχίας.

2. Πρόκειται για μια υπεύθυνη στάση, που αποσκοπεί στην προάσπιση του ιατρικού επαγγέλματος και του δικαιώματος πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας των αρρώστων.

3. Πρόκειται για προσχηματική απεργία.



QUIZ

Το πρόσφατο νομοσχέδιο Υγείας ανάτρεψε με συνοπτικές διαδικασίες και χωρίς διάλογο όσα ισχύουν στην ιδιωτική ιατρική και στις ιατρικές υπηρεσίες των ταμείων. Όταν **ο ΠΙΣ, κεντρικός συνδικαλιστικός φορέας στον οποίο υπάγονται όλοι οι Ιατρικοί Σύλλογοι της χώρας, αποφασίζει σαν αποκορύφωμα της δράσης του να κηρύξει 24ωρη απεργία** την ημέρα κατάθεσης της ψήφισης του Νομοσχεδίου 9-2-2011, τότε τι απ' όλα ισχύει;

Εξωσκοπήσεις



Τι περιμένουν οι ιατροί από τον ΠΙΣ



1. Να έχει μια **ολοκληρωμένη πρόταση για το πώς πρέπει να είναι το σύστημα υγείας.** Ο ΠΙΣ είναι σύμβουλος του Υπουργού Υγείας. Δεν θα έπρεπε να περιορίζεται σε μερικά συνδικαλιστικά αιτήματα.
2. Οι θέσεις να έχουν προκύψει μετά από σοβαρή μελέτη που να ενσωματώνει τη διεθνή εμπειρία μαζί με τις ειδικές συνθήκες στη χώρα μας,
3. Να μην είναι **μόνιμη πηγή άρνησης για οποιαδήποτε αλλαγή** στο σημερινό κακό κατεστημένο αλλά να συμμετέχει με δημιουργική διάθεση στη διαμόρφωση των αλλαγών στην υγεία.
4. Να μην θεωρεί τον εαυτό του **αυτονόητο υπερασπιστή**

των δομημένων συμφερόντων κάποιων ομάδων ιατρών, όταν αυτά δεν συνάδουν με τη σωστή ιατρική.
5. **Να λειτουργεί ουσιαστικά το Πειθαρχικό Συμβούλιο** και να επιβάλλει ποινές στις αναρίθμητες αθέμιτες πρακτικές που συμβαίνουν στον χώρο της υγείας, τις οποίες όλοι γνωρίζουν.
6. Να έχει αξιώσει εδώ και πάρα πολλά χρόνια τη **μηνανοργάνωσή του ΤΣΑΥ,** ώστε να μην είναι δυνατές οικονομικές ατασθαλίες.
7. Να διεκδικεί τις θέσεις του με δυναμικές και όχι προσηματικές κινητοποιήσεις.

Πόσα άραγε απ' όλα αυτά ισχύουν σήμερα;

Συντονιστικό Όργανο Ιατρικών Συλλόγων



Οι Ιατρικοί Σύλλογοι και οι ιατρικός κόσμος ποτέ δεν κλήθηκαν να συζητήσουν «Πώς θα έπρεπε να είναι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα». **Έτσι όχι μόνον δεν έχουν ολοκληρωμένες θέσεις, αλλά δεν έχουν καθόλου θέσεις,** πέρα από μερικά επιμέρους συνδικαλιστικά αιτήματα ή επιμέρους αντιρρήσεις στα νομοσχέδια που κατά καιρούς εμφανίζονται. Αυτό βεβαίως είναι ένα ιδιαίτερα **βολικό περιβάλλον για να επιβάλλονται άνωθεν κυβερνητικές λύσεις.** Ταυτόχρονα όμως είναι πολύ κακό να γίνονται αλλαγές με την απουσία των ιατρών.

Την παθητική στάση του ΠΙΣ όλο τον καιρό, όχι μόνον τώρα, ορισμένοι την αποδίδουν στο ότι η διοίκηση μπορεί και **δαιμονίζει την ύπαρξή της στηριζόμενη όχι στο αποτέλεσμα της δράσης της, αλλά γιατί έχει τη σωστή εκλογική συνταγή.** Η διοίκηση του ΠΙΣ εκλέγεται ως γνωστόν από αντιπροσώπους των Ιατρικών Συλλόγων, οι οποίοι αναδεικνύονται παράλληλα με τις εκλογές για τα ΔΣ. Οι εκπρόσωποι αυτοί δεν δεσμεύονται να μεταφέρουν τις απόψεις αυτών που τους ψήφισαν αλλά ενεργούν κατά το δοκούν πχ κομματικά, φιλικά κτλ

Κάποιοι προτείνουν ότι θα έπρεπε **να συγκροτείται ο ΠΙΣ μόνον από τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων**

SPOT ακριβότερο κατά 363 % στην Ελλάδα



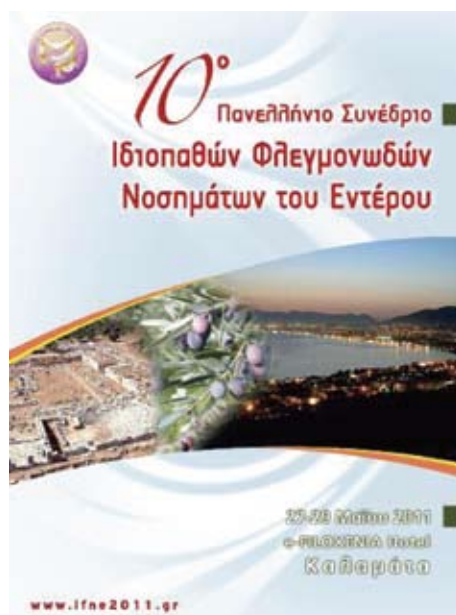
Μήπως γνωρίζει κανένας γιατί στην Ελλάδα το μελάνι ενδοσκοπικού μαρκαρίσματος SPOT στοιχίζει 363 % πιο ακριβά από ότι στις ΗΠΑ;

Στο Gastrointestinal Endoscopy του Οκτωβρίου 2010 αναφέρεται ότι στις ΗΠΑ οι δέκα αμπούλες των 5ml διατίθενται προς \$199. **Δηλαδή η μία αμπούλα**

στοιχίζει \$19,9 (=15,3€) χωρίς ΦΠΑ. Αντίθετα, στην Ελλάδα η μία αμπούλα διατίθεται προς 55,5€ χωρίς ΦΠΑ από τον εδώ αντιπρόσωπο, δηλαδή 363% ακριβότερα.

Μήπως άραγε το SPOT που έρχεται στην Ελλάδα είναι καλύτερης ποιότητας από αυτό που κυκλοφορεί στις ΗΠΑ, αναρωτιούνται μερικοί; Μήπως πρόκειται για κάποιο πιο ακριβό απόσταγμα; Ποιος ξέρει!

Καλαμάτα θα πάτε;



Αν φέτος αποφασίσετε να παρακολουθήσετε το 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου θα πρέπει να είστε 27-29 Μαΐου στην πρωτεύουσα της Μεσσηνίας, την Καλαμάτα, στο παραθαλάσσιο ξενοδοχείο Filoxenia.

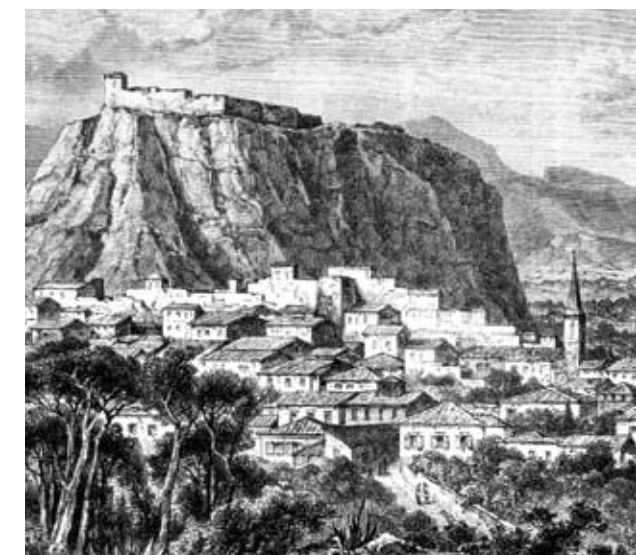
Χτισμένη στην καρδιά του μεσσηνιακού κόλπου, πιθανότατα εκεί που βρίσκεται σήμερα το φράγκικο κάστρο, η Καλαμάτα λεγόταν στα ομηρικά χρόνια Φαραί. Δεν αποτελούσε πόλη ιδιαίτερης σημασίας μιας και επισκιαζόταν από τη Σπάρτη και τη Λακωνική κυριαρχία και στη συνέχεια, μετά από την απελευθέρωση των Μεσσήνιων συνέχισε να βρίσκεται στη σκιά της νέας πρωτεύουσας της Μεσσήνης. Ο περιηγητής Πausanias αναφέρει τις Φαρές στα οδοιπορικά του (160-170μ.Χ.) αλλά μετά υπάρχει ένα κενό στην ιστορία μέχρι τα μεσοβυζαντινά χρόνια. Πάνω στα ερείπια των ανακτόρων των Φαρών οι Χριστιανοί έχτισαν μια εκκλησία που καθώς λέγεται αφιέρωσαν μία εικόνα της Παναγίας με μαύρα ωραία «καλά» μάτια. Η

Παναγία αναφερόταν ως Καλομάτα απ' όπου με αφομοίωση του όμικρον σε άλφα προήλθε η σημερινή ονομασία της πόλης σε Καλαμάτα. Η πόλη άρχισε να ακμάζει μετά την 4η Σταυροφορία, όταν επί Γουλιέλμου Βιλεαρδουίνου το κάστρο έγινε το κέντρο της αναπτυσσόμενης περιοχής και άλλες κοντινές πόλεις όπως η Κορώνη, ανέπτυξαν επίσης ισχυρές οχυρώσεις. Από το κάστρο εκτός από τους Σπαρτιάτες και τους Παλαιολόγους πέρασαν οι Ενετοί, οι Φράγκοι, οι Τούρκοι και οι Ιταλοί που έκοψαν και τα δέντρα για να έχουν καλή ορατότητα προς την πόλη της Καλαμάτας. Σήμερα το κάστρο είναι επισκέψιμο μέσα από τα τείχη περιμετρικά και όχι στο κέντρο του λόγω ασφαλείας. Διαθέτει και τιμμεντένιο αμφιθέατρο όπου διοργανώνονται θερινές εκδηλώσεις. Μπορεί κανείς από εκεί να θαυμάσει τη θέα στο Μεσσηνιακό κάμφο, όπως έπραξε εντυπωσιασμένος το 1905 και ο Γάλλος δημοσιογράφος Κλεμανσώ, μετέπειτα πρωθυπουργός της Γαλλίας και δήλωσε ότι εκεί «φυσικά θα πρέπει να κατοικούσαν θεοί των αρχαίων Ελλήνων»!

Ακριβώς κάτω από το κάστρο εκτείνεται το ιστορικό κέντρο της πόλης που οριοθετείται από το Νέδοντα ποταμό δυτικά και το νεκροταφείο ανατολικά. Χαρακτηριστικά είναι τα στενά σοκάκια του, τα λουλούδια και τα σπίτια με τις κεραμοσκεπές. Εκεί θα βρείτε και την εκκλησία των Αγίων Αποστόλων, το σύμβολο της πόλης, μια μικρή βυζαντινή εκκλησία (μέσα 11ου-12ος αι.) με μερικές τοιχογραφίες του 14ου αι. Εκεί ξεκίνησε στις 23 Μαρτίου 1821 η Ελληνική επανάσταση όπου ευλογήθηκε η σημαία της επανάστασης σε πανηγυρική δοξολογία με παρόντες τους Κολοκοτρώνη, Πετρόμπεη Μαυρομιχάλη και Παπαφλέσσα. Εκτός από την ιστορική αξία της Βόλτας, μπορείτε να σταθείτε σε κάποιο από τα ταβερνάκια ή τα μπαρ που έχουν ανοίξει στην περιοχή.

Στα πλαίσια μιας επίσκεψης μην παραλείψετε την εκκλησία της Υπαπαντής του Σωτήρος που γιορτάζεται στις 2 Φεβρουαρίου. Είναι η επίσημη εορτή της πόλης και τότε γιορτάζουν οι Καλαματιανοί «Παναγιώτηδες». Το μοναστήρι καλογραιών που βρίσκεται εκεί έχει ένα αξιοσημείωτο εργαστήριο αργαλειών και φημίζεται για τα μεταξωτά του μαντήλια.

Το αρχικό οικιστικό σχέδιο κατά το 1830 δεν περιελάμβανε επέκταση προς την παραλία αλλά η γοργή



βιομηχανική ανάπτυξη προς το τέλος του 19ου αι. έστρεψε το πρόσωπο της πόλης προς την παραλία. Ο σημερινός πεζόδρομος της Αριστοτέλους, το γνωστό εμπορικό κέντρο της Καλαμάτας ήταν τότε ο «εθνικός δρόμος Καλαμών- παραλίας». Το λιμάνι θεμελιώθηκε το 1882 και ολοκληρώθηκε το 1901. Έτσι αναπτύχθηκε ένα νέο κομμάτι της πόλης, η παραλιακή ζώνη με βιομηχανικές μονάδες, προξενεία, ναυτιλιακά και ασφαλιστικά πρακτορεία και πολυτελή ξενοδοχεία. Τα 1905 το ρυμοτομικό σχέδιο θα ενοποιήσει την επάνω πόλη με τη παραλία. Η επόμενη πολεοδομική παρέμβαση έγινε μετά τον καταστροφικό σεισμό του 1986, αλλοιώνοντας κάπως το παραδοσιακό πρόσωπο της πόλης, τουλάχιστον για όσους την γνώριζαν από παλιά.

Αν δεν μπορείτε να φανταστείτε τουριστική επίσκεψη χωρίς μουσεία, η Καλαμάτα μπορεί να σας καλύψει και σε αυτόν τον τομέα. Σημαντικά αρχαιολογικά ευρήματα από την εποχή του Χαλκού μέχρι τους Ρωμαϊκούς χρόνους εκτίθενται στο κτίριο που δώρισε στην Αρχαιολογική Υπηρεσία ο Αντώνιος Μπενάκης, ιδρυτής του ομώνυμου αθηναϊκού μουσείου. Λειτουργήσε για πρώτη φορά το 1971, όμως υπέστη μεγάλες ζημιές από το σεισμό του 1986. Η συντήρηση του κτιρίου και η μελέτη επανέκθεσης των ευρημάτων διήρκεσαν έως το 1995, οπότε εγκαινιάσθηκε η έκθεση του ισογείου.

Αν και λίγο πιο έξω από την πόλη της Καλαμάτας, ο αρχαιολογικός χώρος της Αρχαίας Μεσσήνης είναι μια από τις σημαντικές σε μέγεθος, μορφή και διατήρηση πόλεις της αρχαιότητας, που έχει ακόμη πολ-



Συνέδρια



λά να προσφέρει. Δεν διαθέτει μόνον ιερά και δημόσια οικοδομήματα, αλλά και οχυρώσεις επιβλητικές, κατοικίες και ταφικά μνημεία. Διαθέτει, εκτός των άλλων, το σπάνιο προνόμιο να μην έχει καταστραφεί ή καλυφθεί από νεότερους οικισμούς και να βρίσκεται σε ένα κατ' εξοχήν μεσογειακό αλώβητο φυσικό περιβάλλον. Το φυσικό αυτό περιβάλλον συνδυάζει την ορεινή μεγαλοπρέπεια των Δελφών και την πεδινή παραποτάμια γαλήνη της Ολυμπίας. Αξίζει τον κόπο να τον επισκεφθείτε.

Γυρίζοντας και πάλι μέσα στην πόλη, βρίσκουμε το λαογραφικό μουσείο που ιδρύθηκε από τον τοπικό Σύλλογο «ηρος Διάδοσιν των Γραμμάτων», με σκοπό τη συγκέντρωση αρχειακού υλικού και αντικειμένων που αφορούν στην Επανάσταση του 1821, καθώς και τη διάσωση και προβολή αντικειμένων του νεότερου πολιτισμού της ευρύτερης περιοχής. Το μουσείο λειτούργησε για πρώτη φορά το 1973 στο αρχοντικό Κυριακού (παραδοσιακό κτίριο των αρχών του 19ου αι.). Επαναλειτούργησε το 2002, όταν αποκαταστάθηκαν οι βλάβες που είχε υποστεί από το σεισμό του 1986.

Η παραλία από το δυτικό της άκρο με τη μαρίνα, μέχρι ανατολικά στα ξενοδοχεία Elit και Filoxenia έχει να σας προσφέρει πολλές επιλογές για φαγητό και διασκέδαση. Το καλοκαίρι, η θάλασσα με τα κρυστάλλινα νερά, βρίσκεται ακριβώς «κάτω από τα πόδια των κατοίκων». Πρόκειται για μία από τις ελάχιστες μεγαλουπόλεις που μπορεί κανείς να κάνει μπάνιο μέσα στο κέντρο της. Το Μάιο τα νερά θα είναι λίγο δροσερά ακόμα, αλλά προκλητικά διαθέσιμα...

Αν θέλετε να ψωνίσετε τοπικά προϊόντα το παζάρι αποτελεί αξιοθέατο αλλά και πρόσβαση στους παραγωγούς της περιοχής. Εκτός από ελιές και λάδι, μπορείτε να προμηθευτείτε χειροποίητα ζυμαρικά, ξερά σύκα και παστέλια, ενώ ένα μεταξωτό μαντήλι ως δώρο θα δώσει σε όλους να καταλάβουν ότι ήσασταν στην Καλαμάτα.

Η εποχή του συνεδρίου είναι εξαιρετική για να περιηγηθεί κανείς στα χωριά νότια της Καλαμάτας, Στούπα, Καρδαμύλη, Αβία, Κιτριές, στη μεσσηνιακή Μάνη ενώ μπορεί να αποτελέσει αφορμή για να τα επιλέξετε ως προορισμό για τις θερινές σας διακοπές.

Καλό σας ταξίδι!



Δημιουργώντας υγεία.

Είναι κι αυτή μία μορφή Τέχνης.

Πάθος και προσήλωση. Εμμονή στη λεπτομέρεια. Και όραμα, για να δημιουργήσεις κάτι που θα φτάσει σε όσο το δυνατόν περισσότερους αποδέκτες. Αυτές είναι, όπως και στην Τέχνη, οι αξίες της LIBYTEC®. Είμαστε μια νέα εταιρεία, που διαθέτει ένα αξιόλογο portfolio:

- ποιοτικών γενόσημων φαρμάκων, υψηλής θεραπευτικής αξίας με χαμηλό κόστος
- καινοτόμων δραστικών ουσιών, που κάνουν τη διαφορά στη θεραπευτική τους κατηγορία.

Ήδη, η «υπογραφή» μας είναι αναγνωρίσιμη, κερδίζοντας την εκτίμηση των επαγγελματιών Υγείας και την εμπιστοσύνη των ασθενών.

Αντιεθκωτικά • Αντιμυκητιασικά • Αντιαίμοπεταθιακά

Για την οστεοπόρωση • Για την οστεοαρθρίτιδα


LIBYTEC®
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.

Το εξώφυλλο από μέσα



Όπως είδατε στη σελίδα 15, αυτό είναι το εικαστικό θέμα της αφίσας για τη γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο. Παλινδρόμηση λοιπόν, φλέγον θέμα που προκαλεί πόνο οξύ. Υπό αυτή την έννοια και εκτός ορίων της ιατρικής, θα μπορούσαμε να πούμε ότι όλη η Ελλάδα παλινδρομεί σαν φλεγόμενο γιογιό. Ποιά είναι η αντιμετώπιση αυτής της νόσου άραγε?

Μίλος Σκούρας

Ρυθμίστε...

με αποτελεσματικότητα

ibutin® 300

Υπεύθυνος Άδειας Κυκλοφορίας:

Galenica α.ε.
• Ελευθερίας 4, 145 64, Κηφισιά, Αθήνα,
Τηλ. Κέντρο: 210 5281700

Συμπρώθηση με την εταιρεία:

JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.
Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000,
www.janssen.com.gr

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:
Συμπληρώστε την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»
Αναφέρατε:
• **ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα φάρμακα [N]
• Τις **ΣΟΒΑΡΕΣ** ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γνωστά φάρμακα

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF *johnson-johnson*

Salofalk[®]

Granu-Stix 1000mg



Galenica α.ε.

ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

Ελευθερίας 4, 145 64 Κηφισιά, Τηλ.: 210 52 81 700 - Κουντουριώτου & Φασιανού 2, Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 54 26 85
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: ΤΗΛ.: 210 5281731 - ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗΣ ΤΗΛ.: 210 5281805