

Ελευθεροεπαγγελματίας ιατρός



ΤΕΥΧΟΣ 44 - ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2017

ΕΤΗΣΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ-ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

www.eelia.org

ΕΝΩΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Ε.Ε.Ι.Α.



ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ

- Το επενδυτικό ενδιαφέρον των Αυστραλών για την Ελλάδα τονίστηκε στο Σίδνεϊ σε εκδήλωση για τον τουρισμό υγείας υπό την αιγίδα του ΙΣΑ
- Διμερίδα για την ανάδειξη της Ελλάδας σε κορυφαίο προορισμό τουρισμού υγείας στη Μελβούρνη υπό την αιγίδα του ΙΣΑ και της ΚΕΔΕ
- Ο Πρωθυπουργός της πολιτείας Βικτώρια της Αυστραλίας ένωσε τη φωνή του με τον Πρόεδρο του ΙΣΑ και της ΚΕΔΕ για την επιστροφή των Γλυπτών του Παρθενώνα
- Σύμφωνα συνεργασίας με το Παγκόσμιο Ινστιτούτο Ελλήνων Ιατρών υπέγραψε ο Ελληνικός Ιατρικός Σύλλογος Αυστραλίας
- Συνάντηση του ΙΣΑ με τον Αντιπρόεδρο του ΕΦΚΑ
- Ημερίδα του ΙΣΑ για τον εξωδικαστικό μηχανισμό και τα χρέη προς τράπεζες και δημόσιους οργανισμούς
- Διαμαρτυρία του ΙΣΑ για την αιφνιδιαστική και εκβιαστική απόφαση του συμψηφισμού των οφειλών του Φορέα με το ποσό Rebate και Clawback
- Συνάντηση του ΙΣΑ στο Υπουργείο Οικονομικών και Ανάπτυξης για επιδότηση ΕΣΠΑ - Ενίσχυση των ιατρείων και πολυιατρείων
- Εκτακτη σύσκεψη του ΙΣΑ με Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας για τη μεταρρύθμιση της νομοθεσίας των Ιατρικών Συλλόγων
- 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιαματικής Ιατρικής με θέμα «Οι ευσίωνες προοπτικές του ιαματικού τουρισμού» υπό την αιγίδα του ΙΣΑ και της ΚΕΔΕ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- Θυλακίτιδα ώμου: Συμφυτική θυλακίτιδα - Υπακρωμιακή ορογονοθυλακίτιδα
- Αστάθεια ώμου: Ανατομία, εμβιομηχανική, παθοφυσιολογία, ταξινόμηση, θεραπεία
- Αστάθεια της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης: Βασικές αρχές παθοβιομηχανικής και φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης
- Αρθρίτιδες ώμου
- Διακρανική μαγνητική διέγερση: Διαγνωστικές και θεραπευτικές ενδείξεις - Ο ρόλος της στην κατάθλιψη

1

Δισκίο
την ΗΜΕΡΑ¹

Brivir®

BRIVUDIN

Αποτελεσματικά + Γρήγορα¹

2. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΩΤΙΚΗ ΣΥΜΦΩΝΕΣ: Κάθε δισκίο περιέχει 125mg Brivudin. Έκδοσης με ημερήσιο δόση μονοδύναμη κοκτέιλ. Κάθε δισκίο περιέχει 37mg μονοδύναμη κοκτέιλ. Για τη πλήρη κατάλληλη των εκδόσεων (Άλλε παραπάνω 6.1) **4.3. Αντενδείξεις:** Το Brivir δεν πρέπει να χορηγείται σε περιπτώσεις υπερευαισθησίας στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοσά του αναφέροντα στη παράγραφο 6.1. **Διάρκεια υπό επείγουσα χρήση:** Η χρήση του Brivir αντενδείκνυται σε ασθενείς υπό ομακωπή αντιμεταβολική συμπερίληψη, ιδίως εάν λαμβάνουν 5-Fluorouracil (5-FU), συμπεριλαμβανομένης και των οικιακών τους χρήσεων, των προσαρτημένων το οποίο μεταβιβάζονται σε 5-Fluorouracil (π.χ. capecitabine, floxuridine, tegafur) και προϊόντων που περιέχουν ανδρισόνη αυτών των δραστικών ουσιών ή άλλων 5-Fluoropyrimidines (Άλλε σελίδα par. 4.4 και 4.5). **Διάρκεια υπό συμπτωματική διακοπή με εμμεταβολή:** Η χρήση του Brivir αντενδείκνυται σε ασθενείς υπό συμπτωματική διακοπή με φθινιακή χρήση αυτή είναι προ-φάρμακο της 5-Fluorouracil (5-FU). **Διάρκεια με ανοσοκαταστολή:** Η χρήση του Brivir αντενδείκνυται σε ασθενείς με ανοσοκαταστασία όπως π.χ. αυτοί υπό ομακωπή αντιμεταβολική συμπερίληψη, 5-Μη ανοσοκαταστατική πινγκ. **Παράρ. 4.4.3. Αντενδείξεις εντέρους:** Το Brivir αντενδείκνυται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τις γαλακτικές (Άλλε σελίδα par. 4.6). **4.4 Αντενδείξεις εντέρους:** Η βιβιδινά κεραινήται σε παραρτηριακό από 3000 ασθενείς σε κλινικές μελέτες. Η πιο σοβαρή ανεπιθύημα, που αποτελεί ανεπιθύημα, ήταν η ηπατίτιδα. Έτσι, αυτή η ανεπιθύημα δεν κατηγορείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αν είναι πάει εκτός του εκδόσων με το εντερικό σύστημα και τις φθινιακές διαταραχές SIRS. Ένα σπάνιο φαινόμενο από το οποίο θα πρέπει να εξαιρεθεί η βιβιδινά αντέρα σε ΚΝΣ. Διαταραχές του Ωζουτος και του αυτιού που είναι από τον ορισμό κατά τη διάρκεια της κλινικής χρήσης του προϊόντος, όπως ένα φαινόμενο από το οποίο μιλούν με τη βιβιδινά. Η ανεπιθύημα και το σπάνιο των ανεπιθυμητών ανεπιθυμητών συμπτωμάτων σε αυτές που εμφανίζονται σε άλλο σπάνιο κεκλιμαξία της ίδιας κατηγορίας. **Πινγκας των ανεπιθυμητών εντέρους:** Δεν παρακάτω πινγκας αναφέρονται οι ανεπιθυμητές ανεπιθυμητές της βιβιδινά αναφέρονται με το αρχικό σύστημα από βιβιδινά. Διαταραχές του αυτιού και του αυτιού αναφέρονται. Οι ασθενείς (21/1000 έως <1/100): Ανοσοκαταστολία, πυρετός, αμυγδαλίτις, λευκοκυττάρωση, μολυσματικές, Σύνδεση (21/10.000 έως <1/1000): Βραδυκαρδία, διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι ασθενείς (21/1.000 έως <1/100): Αλλεργικές ανεπιθυμητές συμπεριληψίας (παραρτηριακό από τον ορισμό της γλωσσας, κόπωση, διάρροια, διάρροια και διάρροια, κίτρινα, ερυθρότητα, αυξημένη ευαισθησία, θλάση, δύσπνοια, βρογχίτιδα), διαταραχές του μεταβολισμού και της όρασης. Οι ασθενείς (21/1.000 έως <1/100): Αρτηρία, ψυχιατρικές διαταραχές. Οι ασθενείς (21/1.000 έως <1/100): Αιμία, αμυγδαλίτις. Σύνδεση (21/10.000 έως <1/1000): Παραρτηριακό, αυξημένη κόπωση, διαταραχές του εντερικού συστήματος. Οι ασθενείς (21/1.000 έως <1/100): Κοκκωδίαση, πόνος, διάρροια, υπέρταση. Σύνδεση (21/1.000 έως <1/100): Αγγειοίτιδα, αυξημένη κόπωση, διαταραχές του εντερικού συστήματος. Οι ασθενείς (21/10.000 έως <1/1000): Πονος στο αυτί, Αγγειακές διαταραχές. Οι ασθενείς (21/1.000 έως <1/100): Ψύχωση. Σύνδεση (21/10.000 έως <1/1000): Ψύχωση. Με ημερήσια δόση μπορούν να συμπεριληφθούν με βάση το διαθέσιμο δεδομένο: Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος. Σύνδεση (21/1000 έως <1/100): Νέφους. Οι ασθενείς (21/1.000 έως <1/100): Διαταραχή, ζάχαση, κόπωση όλη, διάρροια, κίτρινα, ψυχοκινητική, διαταραχές του ήπατος και του σπλινός. Οι ασθενείς (21/1000 έως <1/100): Αμυγδαλίτις, διάρροια, αυξημένα επίπεδα γλυκόζης. Σύνδεση (21/10.000 έως <1/1000): Ηπατίτιδα, αυξημένη κόπωση, διάρροια, διάρροια και το αυτιού στο αίμα. Με ημερήσια δόση μπορούν να συμπεριληφθούν με βάση το διαθέσιμο δεδομένο: Οξεία ηπατική ανεπάρκεια, διαταραχές του Ωζουτος και του αυτιού στο αίμα. Με ημερήσια δόση μπορούν να συμπεριληφθούν με βάση το διαθέσιμο δεδομένο: Επιδήμιση πονόλαιμους (κόπωση, ανοσοποιητική διαταραχή, κοιλιακό γρήγορο, αυξημένο Steven's Johnson, διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος). Σύνδεση (21/10.000 έως <1/1000): Οπτικό όραμα. Τριμής διαταραχές και κοκκωδίαση της ίδιας κατηγορίας. Οι ασθενείς (21/1.000 έως <1/100): Επιδήμιση, κόπωση, γρήγορη ανδρισόνη-πρόσληψη κοκκωδίαση, κίτρινα, κίτρινα, πλάση.

Έγκαιρη θεραπεία
του Οξέος Έρπητα
Ζωστήρα σε ενήλικες
ανοσοεπαρθείς
ασθενείς¹

Βιβιδινά, 1. Σεντς Βιβινά[®].



Ιδιαίτερες προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση

Το Brivir[®] και η 5-Fluorouracil συμπεριλαμβανομένης και των οικιακών τους χρήσεων ή των προσαρτημένων το οποίο μεταβιβάζονται σε 5-Fluorouracil (π.χ. capecitabine, floxuridine και tegafur) ή προϊόντων που περιέχουν ανδρισόνη αυτών των δραστικών ουσιών και άλλων 5-Fluoropyrimidines π.χ. floxuridine δεν πρέπει να χορηγούνται ταυτόχρονα και πρέπει να παρεμφάγια διάστημα τουλάχιστον 4 εβδομάδων πριν αρχίσει η θεραπεία με φάρμακα της ομάδας 5-Fluoropyrimidine. Ως μια επιπλέον προφύλαξη, πρέπει να ελέγχεται η δραστηριότητα του ενζύμου DPD (Διοξαοριμεθάνης οξειδωτικός) πριν αρχίσει οποιαδήποτε θεραπεία με φάρμακα της ομάδας της 5-Fluoropyrimidine σε ασθενείς που προσέρχονται σταθερά Brivir[®].



Για περισσότερες συνταγογραφικές πληροφορίες απευθυνθείτε στη Menarini Hellas.

MENARINI HELLAS A.E.

Αν. Δαμβέργη 7, 104 45 Αθήνα, Τηλ.: 210 83 16 111 -3, Fax: 210 83 17 343, e-mail: menarini@otenet.gr

Μετατρέποντας τον κώδικα της ζωής σε καινοτόμα φάρμακα

Στην Amgen πιστεύουμε ότι οι απαντήσεις στα πλέον επιτακτικά ιατρικά ζητήματα είναι καταγεγραμμένες στο DNA μας.

Ως ηγέτιδα εταιρεία στο χώρο της βιοτεχνολογίας παγκοσμίως, η Amgen χρησιμοποιεί τη βαθιά κατανόηση του κώδικα του DNA για την ανάπτυξη στοχευμένων θεραπειών που καλύπτουν τις ανάγκες των ανθρώπων με σοβαρές ασθένειες και βελτιώνουν σημαντικά τη ζωή τους.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την Amgen, το πρωτοποριακό επιστημονικό της έργο και τα καινοτόμα φάρμακά της, επισκεφθείτε το www.amgen.com και το www.amgen.gr.

AMGEN[®]

OTOSAN[®] T H R O A T S P R A Y FORTE

SPRAY ΓΙΑ ΤΟ ΠΟΝΟΛΑΙΜΟ

ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΦΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑΣ

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ:

4 ψεκάσμοι
4 φορές την ημέρα



6 ΔΡΑΣΕΙΣ σε 1 ΨΕΚΑΣΜΟ

Αντιφλεγμονώδες • Αντιβακτηριακό • Απολυμαντικό
Καταπραϋντικό • Βλεννοπροσκολλητικό • Αναισθητικό



ΟΞΕΙΑ ΦΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ - ΛΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ - ΕΡΕΘΙΣΜΕΝΟΣ ΛΑΙΜΟΣ - ΑΠΩΛΕΙΑ ΦΩΝΗΣ

2 φορές το χρόνο κατά μέσο όρο
θα προσβληθεί από κοινό κρυολόγημα
με πονόλαιμο ένας ενήλικας¹

7,5% του παγκόσμιου πληθυσμού
πάσχει μία φορά κάθε 3 μήνες από
πονόλαιμο και φαρυγγίτιδα²

100% των ανθρώπων θα αντιμετωπίσει
κάθε χρόνο κάποιο είδος φλεγμονής της
στοματοφαρυγγικής κοιλότητας³

KITE HELLAS COMMUNICATIONS

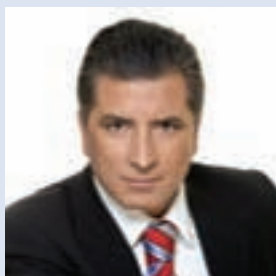
 **KITE**
HELLAS LTD

1. <https://www.webmd.com/cold-and-flu/common-cold-overview> 2. Jones, Roger (2004). Oxford Textbook of Primary Medical Care. Oxford University Press. p. 674. ISBN 9780198567820. 3. Graham Worrall, Acute sore throat. Can Fam Physician. 2011 Jul; 57(7): 791-794.

The GLOBAL HEALTH STORE



Shop at www.Healthy-Scoop.com



Ο Ιατρικός Τουρισμός μπορεί να αποτελέσει κεντρικό μοχλό ανάπτυξης της Ελληνικής Οικονομίας

Ο Ιατρικός Τουρισμός μπορεί να αποτελέσει κεντρικό μοχλό ανάπτυξης της Ελληνικής Οικονομίας – Αναγκαία μια ολοκληρωμένη εθνική στρατηγική ανάπτυξης του κλάδου.

Ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί έναν ταχέως αναπτυσσόμενο κλάδο διεθνώς κατά τα τελευταία 15 χρόνια. Είναι αδιαμφισβήτητο ότι ο ιατρικός τουρισμός έδωσε την ευκαιρία σε χώρες εντελώς διαφορετικού προφίλ να εξελιχθούν σε σημαντικούς ιατρικούς προορισμούς. Η Ελλάδα έχει τη δυνατότητα να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στο ταχέως αναπτυσσόμενο τμήμα της «μεσαίας κυρίως αγοράς» του ιατρικού τουρισμού, αφού διαθέτει μια σειρά από πλεονεκτήματα που της το επιτρέπουν, όπως είναι π.χ. το συγκριτικά χαμηλό κόστος των υπηρεσιών σε συνδυασμό με την υψηλού επιπέδου επιστημονική επάρκεια και εμπειρία του ιατρικού προσωπικού και τις σύγχρονες υποδομές υγείας. Λείπει δυστυχώς μια ολοκληρωμένη εθνική στρατηγική ανάπτυξης του κλάδου.

Προτείνουμε συγκεκριμένες δράσεις και στρατηγικές ανάπτυξης μέσω των οποίων μπορεί να επιτευχθεί ο στόχος της δημιουργίας ιατρικού τουρισμού.

- Να καθοριστεί εθνική στρατηγική για την ανταγωνιστική τοποθέτηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά ιατρικού τουρισμού, με συγκεκριμένη εστίαση σε προϊόντα και αγορές.

- Να δημιουργηθεί ισχυρό brand και φήμη της Ελλάδας ως ελκυστικού προορισμού ιατρικού τουρισμού.

- Να καθιερωθούν σύγχρονες πρακτικές στη διασφάλιση ποιότητας, την αδειοδότηση, και το πλαίσιο ελέγχων, ιδίως στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, που να περιλαμβάνει μητρώο ασθενών και διαδικασιών.

- Να αξιοποιηθούν διεθνή δίκτυα για την προσέλκυση ασθενών.

Υπάρχουν οι βασικοί παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά και να λειτουργήσουν ως πολλαπλασιαστές ισχύος της εθνικής αυτής προσπάθειας για την ενίσχυση του Ιατρικού Τουρισμού για την Ελλάδα. Η φυσική και πολιτιστική κληρονομιά μας, το κλίμα μας, η έντονη διαφοροποίηση του φυσικού περιβάλλοντός, η υψηλή επισκεψιμότητα της χώρας μας ως τουριστικού προορισμού, ο τρόπος ζωής και διατροφής των κατοίκων της Πατρίδας μας και ο συγχρονισμός των υποδομών, αποτελούν ορισμένα μόνο παραδείγματα.

Ο ΙΣΑ, το Παγκόσμιο Ινστιτούτο Ελλήνων Ιατρών, το Διεθνές Κέντρο Τουρισμού Υγείας, η Κεντρική Ένωση Δήμων Ελλάδος πραγματοποιούν μία σειρά σημαντικών δράσεων και επαφών με την απανταχού Ελληνική ομογένεια, συμμετέχουν σε διεθνείς επαφές με στόχο την ανάδειξη της χώρας μας ως διεθνούς αναγνωρισμένου τουρισμού υγείας προορισμού. Το Ιατρικό Σώμα και η Εθνική μας Οικονομία θα ωφεληθούν από την ανάπτυξη του Ιατρικού Τουρισμού.

Γιώργος Πατούλης
Εκδότης Ε.Ε.Ι.Α.
Πρόεδρος Ι.Σ.Α.



Υπάρχει αύριο για τον Ελευθεροεπαγγελματία Ιατρό;

Χωρίς υπερβολές η οικονομική κρίση έδωσε τη χαριστική βολή σε ένα σύστημα υγείας που ήδη νοσούσε. Κι ενώ θα περίμενε κανείς ότι αυτή η κρίση θα λειτουργήσει σαν μια ευκαιρία για να δημιουργηθεί ένα σύστημα υγείας που θα προχωρούσε στον εξορθολογισμό των αλόγιστων δαπανών που έγιναν στο παρελθόν και στην προσφορά σωστών υπηρεσιών στο πραγματικό τους κόστος, αποδεικνύεται ότι κι αυτή η ευκαιρία χάθηκε λόγω έλλειψης σχεδιασμού, βιαστικών επιλογών και βεβαίως της ασφυκτικής πίεσης από την τρόικα.

Ο τομέας της δημόσιας υγείας αποτελεί έναν από τους πρώτους τομείς που έχουν πληγεί με επιπτώσεις στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, αλλά και με επιβάρυνση της «λεπλατημένης» τσέπης των ασφαλισμένων. Οι πολιτικές του Υπουργείου Υγείας που ακολουθήθηκαν όλα αυτά τα χρόνια είχαν αποκλειστικά λογιστικό χαρακτήρα και αγνόησαν πλήρως την ανθρωπιστική και κοινωνική παράμετρο της υγείας. Το αποτέλεσμα είναι οι τελούσες υπό κατάρρευση δομές υγείας να διαλυθούν πλήρως, να απαξιωθούν οι λειτουργοί της υγείας μέσα από τη διαπόμπευση και οικονομική εξαθλίωσή τους, να μείνουν τα νοσοκομεία χωρίς γιατρούς σε ένα γερασμένο ΕΣΥ, να οδηγήσουν τους νέους εξειδικευμένους γιατρούς αναγκαστικά να μεταναστεύσουν στο εξωτερικό κατά χιλιάδες, με τελευταίο «κατόρθωμα» την πλήρη υποβάθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας, που είναι και ο πυλώνας ενός σωστού συστήματος υγείας. Και οι πειραματισμοί δεν έχουν τέλος. Με τελευταίο χωρίς σχεδιασμό εγχείρημα την ίδρυση του ΠΕΔΥ και των ΤΟΜΥ.

Οι προσπάθειες που γίνονται είναι χωρίς σχέδιο και πυξίδα. Δεν γνωρίζουν που πάει το σύστημα, ένα σύστημα δηλαδή που δεν κατάφερε να διαχειριστεί τις υποχρεώσεις του προς τους ασφαλισμένους, πολύ δε περισσότερο στους παρόχους υγείας στους οποίους ενώ εκκρεμεί η καθυστέρηση οφειλών από το 2010 τους επιβαρύνει και με τα νέα χαράτσια του rebate και του claw back. Λήγουν οι συμβάσεις με τον Οργανισμό και δεν γνωρίζουν τι θα γίνει νέες συμβάσεις δεν πραγματοποιούνται για τους νεοειδικευμένους που το επιθυμούν. Υπάρχει μεγάλη κρίση στην οργάνωση και για αυτό δεν ξέρουν ούτε τον αριθμό των ανασφάλιστων πόσω δε μάλλον τον αριθμό των εχόντων ασφαλιστική ικανότητα.

Οι ελευθεροεπαγγελματίες ιατροί είμαστε υπέρ της διαφάνειας της αξιοκρατίας και της παραπομπής στη Δικαιοσύνη όλων αυτών που αμαυρώνουν το κύρος του ιατρού. Η μόνη λύση για όλους εμάς είναι να συνασπιστούμε και να οργανωθούμε ούτως ώστε να μπορέσουμε να ξεπεράσουμε τον ανταγωνισμό των οργανωμένων επιχειρηματικών ιατρικών κέντρων για να έχει δικαίωμα η Πολιτεία να απαιτήσει, πρέπει πρώτα να σταθεί απέναντί μας και να δώσει αυτά που δικαιούμαστε.

Ζητάμε:

1. Να μη δίδεται φαρμακευτικό σκεύασμα χωρίς συνταγή γιατρού
2. Πλήρη ισοτιμία της υπογραφής μας με το συνάδελφο του Δημοσίου Νοσοκομείου
3. Άμεση αποπληρωμή των δεδουλευμένων από τα Ασφαλιστικά Ταμεία.
4. Συλλογική σύμβαση των ιατρών που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ κατά πράξη και περίπτωση.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Γιάννης Δατσέρης

Πρόεδρος Ε.Ε.Ι.Α.

naviblef®

Η ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΦΗΜΗΣ **ANTIDEMODEX** ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΒΛΕΦΑΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕ **TEA TREE OIL**

intensive care

ROUND 1: ΣΠΑΣΙΜΟ
ΚΥΚΛΟΥ ΖΩΗΣ DEMODEX
2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ



150 χρήσεις | 6 μήνες | 14.48€

Μια βλεφαρίδα που δείχνει 8 ενήλικα Demodex,
τα οποία εξουδετερώθηκαν σε χρονικό διάστημα
26 – 99 λεπτών με τη χρήση NAVIBLEF®

daily care

ROUND 2:
DEMODEX FREE
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΥΓΙΕΙΝΗ &
ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ



150 χρήσεις | 6 μήνες | 12.96€

THE FINAL COUNTDOWN

47% των ασθενών που
επισκέπτονται τον οφθαλμίατρο
πάσχουν από Βλεφαρίτιδα και
Demodex¹

84% του πληθυσμού άνω των 60 ετών
πάσχει από το Demodex, το οποίο προκαλεί
διάφορες παθήσεις της οφθαλμικής
επιφάνειας όπως Βλεφαρίτιδα και MGD²

100% των ασθενών άνω των 70 ετών
που θα υποβληθούν σε οφθαλμική
επέμβαση, έχουν ανάγκη αντιμετώπισης
της βλεφαρίτιδας πριν το χειρουργείο²

 **KITE**
HELLAS LTD



Η απαξίωση της υγείας

Ο εφιάλτης της φτωχοποίησης έχει γίνει πλέον καθημερινότητα για τη μεσαία και κατώτερη τάξη. Οι άνθρωποι έχουν πάψει να ανησυχούν για το μέλλον και εστιάζουν στην καθημερινότητα, με την ελπίδα η αυριανή μέρα να μην είναι χειρότερη από τη σημερινή. Η κατάντια αυτή έχει μετατραπεί σε όπλο της πολιτείας και εξυπηρετεί τους στόχους της διότι έτσι χειραγωγούν τους ήδη εξαθλιωμένους συμπολίτες μας.

Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται μέχρι και τα κανάλια της κρατικής τηλεόρασης, όπου προβάλλουν διαρκώς επιλεγμένα προγράμματα που αναδεικνύουν μορφές χειρότερης εξαθλίωσης και δυστυχίας, ανα την υφήλιο, για να περάσει το μήνυμα «δόξα τω θεω, εμείς στην Ελλάδα ζουμε καλύτερα».

Τα ιδιωτικά ιατρεία μέσα σε αυτό τον κυκεώνα καλούνται να προσφέρουν υπηρεσίες υψηλού επιπέδου σε ανθρώπους οι οποίοι δεν έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν ούτε καν τη συμμετοχή στα φάρμακά τους. Παράλληλα, το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών στρέφεται προς τα νοσοκομεία, τα οποία εδώ και πολύ καιρό έχουν υπερβεί τις δυνατότητές τους.

Θύμα της όλης κατάστασης είναι η δημόσια υγεία και ο άνθρωπος.

Εάν είχε νομοθετηθεί και υλοποιηθεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, τον οποίο έχουμε προτείνει προ τετραετίας, η περίθαλψη θα ήταν υψηλότερου επιπέδου με μικρότερο κόστος και με ταχύτερους ρυθμούς.

Δυστυχώς, επειδή η συγκεκριμένη πρόταση δεν προήλθε από τα κομματικά επιτελεία των νυν κυβερνήσεων δεν έχει υλοποιηθεί.

Ευχόμεθα, να ανοίξουν άμεσα τα μάτια και τα αυτιά των υπευθύνων και επιτέλους να λειτουργήσουν με γνώμονα το κοινωνικό και οικονομικό όφελος της χώρας μας

Στέφανος Τσιπουράκης
Ιατρός Γαστρεντερολόγος
Γενικός Γραμματέας Ε.Ε.Λ.Ι.Α.



Οι ιατροί ως πολύτιμοι δημόσιοι λειτουργοί

Ο ιατρός δεν ασκεί ένα οποιοδήποτε επάγγελμα. Για να μπορέσει να φθάσει στο σημείο αυτό πρέπει να έχει από μικρή ηλικία άριστες επιδόσεις, να ολοκληρώσει τις πλέον μακροχρόνιες πανεπιστημιακές σπουδές και συνήθως να ακολουθήσει για άλλα τέσσερα έως έξι χρόνια εκπαίδευση για να αποκτήσει ένα τίτλο ειδικότητας. Δεν είναι, όμως, μόνο ο χρόνος που απαιτείται για την επαγγελματική του κατάρτιση που τον

διαφοροποιεί από άλλους επιστήμονες. Η φύση της εργασίας του απαιτεί συνεχή ενημέρωση, συχνή υπέρβαση του εργασιακού του ωραρίου και εργασία σε αργίες και εορτές. Η ίδια η εργασία του είναι αυτονόητο ότι είναι πολύ πιο επικίνδυνη από πολλές άλλες. Το σημαντικότερο όμως είναι ότι η αποστολή του ιατρού είναι η θεραπεία ή η ανακούφιση του ασθενή. Απαραίτητη λοιπόν προϋπόθεση για να ανταπεξέλθει σωστά στα καθήκοντά του είναι η ψυχική και σωματική του υγεία.

Απαραίτητη προϋπόθεση, όμως, για την σωστή άσκηση του λειτουργήματός του είναι επίσης και μια καλή σχέση με τον ασθενή. Πώς μπορεί όμως αυτό να συμβαίνει όταν ο ιατρός στα δημόσια νοσοκομεία έχει καταλήξει να αντιμετωπίζεται ως ένας χαμηλόμισθος εργαζόμενος με πολλές υποχρεώσεις αλλά λίγα δικαιώματα από τον οποίο απαιτείται εργασία που υπερβαίνει κατά πολύ το μέτρο που θεωρείται ασφαλές από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και την Ευρωπαϊκή Ένωση;

Σε ότι αφορά τον ελεύθερο επαγγελματία το ΙΑΤΡΕΙΟ του έχει εδώ και πολλά χρόνια μετονομασθεί από το επίσημο κράτος σε Πρωτοβάθμιο Φορέα Υγείας και ο ιατρός αντιμετωπίζεται ως επιχειρηματίας. Αυτό δεν είναι μόνο αλλαγή ορολογίας για τυπικούς λόγους, αλλά μέθοδος ισοπέδωσης. Επιπλέον τον επιβαρύνουν συνεχώς με νέες γραφειοκρατικές διαδικασίες και δυσβάσταχτες ασφαλιστικές εισφορές.

Οι ιατροί στο σύνολό τους έχουν στοχοποιηθεί και ακούμε συχνά να ασκούν κριτική στους ιατρούς αναφέροντας τον όρκο του Ιπποκράτη άτομα που δεν τον έχουν διαβάσει ποτέ. Όταν κάποιος προσφεύγει στον ιατρό ζητώντας τη βοήθειά του δεν επιτρέπεται να μην τον σέβεται. Δεν μπορεί κανείς να απαιτεί με θράσος από τον άλλο αυτό που δεν μπορεί να κάνει ο ίδιος. Ακόμη και αν είναι ισχυρός, γιατί σ αυτή την περίπτωση το αποτέλεσμα είναι δεδομένο.

Οι νέοι και ικανοί θα φύγουν, ενώ οι ηλικιωμένοι και όσοι για διάφορους λόγους δεν μπορούν να φύγουν θα υπολειτουργούν χωρίς διάθεση. Σε αυτή την περίπτωση θα υπάρξει αύξηση της ζήτησης ιατρικών πράξεων που στον δημόσιο τομέα θα αυξήσει τη διαφθορά, ενώ στον ιδιωτικό την έκρηξη των τιμών και το τελικό αποτέλεσμα θα είναι η ταλαιπωρία των ασθενών και η μείωση του επιπέδου των παροχών υγείας.

Για να μη συμβεί αυτό θα πρέπει κάποια στιγμή οι υπεύθυνοι της πολιτείας να αντιληφθούν ότι δεν πρέπει να αντιμετωπίζουν τους ιατρούς σαν εχθρούς, αλλά σαν πολύτιμους δημόσιους (όχι απαραίτητα κρατικούς) λειτουργούς.

Κωνσταντίνος Κουμάκης
Ανιπρόεδρος Α Ε.Ε.Ι.Α.



ΕΛΕΥΘΕΡΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΙΑΤΡΟΣ

ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ - ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ • ΤΕΥΧΟΣ 44 • ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2017

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΝΩΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ (Ε.Ε.Ι.Α.)

Αγ. Γεωργίου 4, 153 42 Αγ. Παρασκευή, Τηλ. - fax: 210 6753918 Τηλ.: 6945 333334, 6944 542664 e-mail: info@eelia.org website: www.eelia.org

ΕΚΔΟΤΗΣ - ΙΔΡΥΤΗΣ: ΠΑΤΟΥΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Ορθοπαιδικός, Επίτιμος Πρόεδρος Ε.Ε.Ι.Α.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Ε.Ε.Ι.Α.

Πρόεδρος ΔΑΤΣΕΡΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
Γενικός Γραμματέας ΤΣΙΠΟΥΡΑΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ
Αντιπρόεδρος Α ΚΟΥΜΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
Αντιπρόεδρος Β ΑΓΓΕΛΟΥ ΜΙΧΑΗΛ
Ταμίας ΚΟΡΑΚΗΣ ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗΣ

Μέλη ΔΣ ΓΟΥΛΕΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΓΚΟΥΜΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΚΑΛΛΙΕΡΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΚΟΥΛΑΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ
ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ ΦΩΤΙΟΣ
ΧΑΝΤΖΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΓΟΥΛΕΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Διευθυντής Επιστημονικής Σύνταξης
.....	..... Ρευματολόγος, Επιστημ. Συνεργάτης Πανεπιστημίου Αθηνών
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΗΦΟΡΟΣ	..... Καθηγητής Ψυχιατρικής, Αθήνα
ΑΓΓΟΥΛΕΣ ΑΝΤΩΝΗΣ	..... Ορθοπαιδικός, Επιστημονικός Συνεργάτης Πανεπιστημίου Αθηνών
ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ	..... Βιοπαθολόγος Μικροβιολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης Πανεπιστημίου Αθηνών
ΒΑΓΙΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	..... Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
ΒΟΤΤΕΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ	..... Καρδιολόγος, Δ/ντής Καρδιολογικής Κλινικής Λαϊκού Νοσοκομείου
ΓΟΝΕΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	..... Παθολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Πανεπιστημίου Αθηνών
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ-ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	..... Καθηγητής Θεραπευτικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
ΚΑΡΡΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	..... Ρευματολόγος, Π.Δ/ντής Ρευματολογικής Κλινικής ΝΙΜΤΣ
ΚΑΤΣΑΜΠΑΣ ΑΝΔΡΕΑΣ	..... Καθηγητής Δερματολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
ΚΟΥΜΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	..... Νευρολόγος, Δ/ντής Νευρολογικού Τμήματος «Ευρωκλινική»
ΚΟΥΡΑΚΛΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ	..... Χειρουργός, Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών
ΚΟΥΣΚΟΥΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	..... Καθηγητής Δερματολογίας, Δ.Π.Θ.
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	..... Χειρουργός, Επ. Καθηγητής, Δ/ντής Γενικής Χειρ/κής, Λαπαροσκοπικής Χειρ/κής και Εφαρμογών Laser Ιατρικού Κέντρου Αθηνών
ΜΑΛΛΙΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	..... Καρδιολόγος, Επ. Καθηγητής Δ/ντής Α Καρδιολογικής Κλινικής Νοσοκομείου «Υγεία»
ΜΑΥΡΙΚΑΚΗΣ ΜΥΡΩΝ	..... Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ	..... Καθηγητής Παθοφυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
ΜΠΟΥΡΑΣ ΝΙΚΑΝΔΡΟΣ	..... Καθηγητής Ψυχιατρικής, Λονδίνο
ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΠΑΝΤΕΛΗΣ	..... Ορθοπαιδικός, Δ/ντής Ορθοπαιδικής Κλινικής-Αθλητικές Κακώσεις, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	..... Καθηγητής Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
ΠΑΤΟΥΛΙΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	..... Χειρουργός, Επιμελητής Νοσοκομείου «Υγεία»
ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	..... Ουρολόγος, Δ/ντής Ουρολογικής Κλινικής Νοσοκομείου «Metropolitan»
ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	..... Ορθοπαιδικός, Αν. Καθηγητής Α.Π.Θ.
ΠΙΚΑΖΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	..... Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
ΡΟΥΣΙΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	..... Μικροβιολόγος-Ανοσολόγος, Λέκτορας Πανεπιστημίου Αθηνών
ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ ΣΑΒΒΑΣ	..... Ορθοπαιδικός, Επιμελητής Νοσοκομείου «Υγεία»
ΣΤΑΥΡΙΑΝΕΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	..... Καθηγητής Δερματολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	..... Χειρουργός, Νοσοκομείο «Υγεία» Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	..... Επ. Καθηγητής Δερματολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
ΣΤΡΙΓΓΑΡΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ	..... Αν. Καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Τομέαρχης Ιατρικών Εργαστηρίων Νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν»
ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ ΝΙΚΟΣ	..... Διαβητολόγος, Επ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών
ΤΖΙΒΡΑΣ ΜΙΧΑΗΛ	..... Γαστρεντερολόγος, Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών
ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	..... Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημιακής Κλινικής Ιπποκράτειου Νοσοκομείου
ΤΣΙΜΠΙΔΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	..... Χειρουργός Οφθαλμιάτρος
ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΗΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ	..... Ηπατολόγος, Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

ΒΟΗΘΟΙ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	..... ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΗ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ, Βιολόγος ΜSc
.....	..... ΜΑΪΣΗ ΝΑΤΑΛΙ, Ειδικεύομενη Ιατρός
.....	..... ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ, Ειδικεύομενη Ιατρός
.....	..... ΣΥΝΤΗΛΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ, Ειδικεύομενη Ιατρός
.....	..... ΚΟΥΡΝΕΤΑΣ ΠΑΥΛΟΣ, Φυσικοθεραπευτής

ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΑΤΟΥΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	..... Επίτιμος Πρόεδρος Ε.Ε.Ι.Α.
ΔΑΤΣΕΡΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	..... Πρόεδρος Ε.Ε.Ι.Α.
ΑΓΓΕΛΟΥ ΜΙΧΑΗΛ	..... Αντιπρόεδρος Β Ε.Ε.Ι.Α.
ΚΟΥΜΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	..... Αντιπρόεδρος Α Ε.Ε.Ι.Α.
ΑΓΓΕΛΟΥ ΜΙΧΑΗΛ	..... Εκλέκτορας για την Ομοσπονδία
ΚΟΡΑΚΗΣ ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗΣ	..... Εκλέκτορας για την Ομοσπονδία

ΝΟΜΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣ	..... Δικηγόρος
ΠΕΠΠΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ	..... Δικηγόρος
ΧΑΤΖΗΝΑΡΣΕΝΙΟΥ ΜΙΧΑΗΛ	..... Δικηγόρος

ΦΟΡΟΤΕΧΝΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΒΑΝΤΑΡΑΚΗΣ ΛΕΥΚΩΝ ΟΡΕΩΝ 4, 152 34 ΧΑΛΑΝΔΡΙ, ΑΘΗΝΑ
--------------------	--

ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ
DOCTORS
media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr

Η Συντακτική Επιτροπή επισημαίνει ότι οι στήλες του περιοδικού είναι ανοικτές για κάθε συνεργασία συναδέλφου που θα αφορά σε θεραπευτικό θέμα, ανασκόπηση, βιβλιογραφική ενημέρωση ή σε προσωπική εμπειρία γύρω από επίκαιρα ή κλασικά ιατρικά θέματα.

Όσοι ελεύθεροεπαγγελματίες ιατροί επιθυμούν να αποστείλουν υλικό για το περιοδικό παρακαλούνται να επικοινωνήσουν με τη γραμματεία στο τηλέφωνο 210 6538508 ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση: info@doctorsmedia.gr.

Ελευθεροεπαγγελματίας



ιατρός

ΕΤΗΣΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

ΕΝΩΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΤΕΥΧΟΣ 44 • ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2017

5 EDITORIAL

Ο Ιατρικός Τουρισμός μπορεί να αποτελέσει κεντρικό μοχλό ανάπτυξης της Ελληνικής Οικονομίας

6 ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Υπάρχει αύριο για τον Ελευθεροεπαγγελματία Ιατρό;

8 ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΤΟΥ ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ

Η απαξίωση της υγείας

9 ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΤΟΥ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΥ Α

Οι ιατροί ως πολύτιμοι δημόσιοι λειτουργοί

11 ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ

30 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

- Θυλακίτιδα ώμου: Συμπτωτική θυλακίτιδα - Υπακρωμιακή ορογονοθυλακίτιδα
- Αστάθεια ώμου: Ανατομία, εμβιομηχανική, παθοφυσιολογία, ταξινόμηση, θεραπεία
- Αστάθεια της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης: Βασικές αρχές παθοβιομηχανικής και φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης
- Αρθρίτιδες ώμου
- Διακρανιακή μαγνητική διέγερση: Διαγνωστικές και θεραπευτικές ενδείξεις - Ο ρόλος της στην κατάθλιψη

ΟΔΗΓΙΕΣ για τη σύνταξη εργασιών στο περιοδικό Ε.Ε.Ι.Α.

Οι εργασίες που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να αποστέλλονται σε ηλεκτρονική μορφή είτε: α) σε CD με το κείμενο σε αρχείο Word και τις φωτογραφίες σε μορφή jpg σε υψηλή ανάλυση (300 dpi) ή τυπωμένες σε φωτογραφικό χαρτί (glossy), β) στην ηλεκτρονική διεύθυνση info@doctorsmedia.gr με την ένδειξη «Για το περιοδικό Ε.Ε.Ι.Α.». Το κείμενο που αποστέλλεται πρέπει να αποτελείται από τα εξής στοιχεία: α) Σελίδα τίτλου (περιλαμβάνει τον τίτλο και στοιχεία των συγγραφέων: ονοματεπώνυμο, ιδιότητα, διεύθυνση, τηλέφωνο, fax, e-mail), β) Σύντομη περίληψη ελληνική και αγγλική (υποχρεωτικά), γ) Βιβλιογραφία, δ) Πίνακες - Σχέδια (σε ξεχωριστό φύλλο το καθένα), ε) Υπότιτλοι εικόνων. Προσοχή: Κείμενο δημοσιευμένα ή μη, καθώς και σχήματα, φωτογραφίες, διαφάνειες και CD δεν επιστρέφονται. Παρακαλώ αποστείλετε το υλικό προς δημοσίευση στην εξής διεύθυνση: ΠΡΟΣ: Περιοδικό Ε.Ε.Ι.Α. DOCTORS MEDIA, υπόψη Γραμματείας, Μεσογείων 330, 153 41 Αγ. Παρασκευή, Τηλ.: 210-6538508, e-mail: info@doctorsmedia.gr, www.doctorsmedia.gr

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Ι.Σ.Α.

Το επενδυτικό ενδιαφέρον των Αυστραλών για την Ελλάδα τονίστηκε στο Σίδνεϊ σε εκδήλωση για τον τουρισμό υγείας υπό την αιγίδα του ΙΣΑ



24/11/2017

Οι προοπτικές επένδυσης στην Ελλάδα και τα ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα της χώρας μας, στον τομέα του τουρισμού υγείας, παρουσιάστηκαν στο πλαίσιο εκδήλωσης που διοργανώθηκε στο Σίδνεϊ της Αυστραλίας από το Διεθνές Κέντρο Τουρισμού Υγείας και το Παγκόσμιο Ινστιτούτο Ελλήνων Ιατρών, σε συνεργασία με την Ελληνική Λέσχη Σίδνεϊ, υπό την αιγίδα του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών και της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδος, στις 24 Νοεμβρίου 2017.

Στην εκδήλωση συμμετείχε ο Γενικός Πρόξενος της Ελλάδας στο Σίδνεϊ **Σταύρος Κυρίμης** και κορυφαίες προσωπικότητες από τον επιχειρηματικό και επιστημονικό κόσμο της ομογένειας και της Αυστραλίας, μεταξύ των οποίων ο διευθυντής της Τράπεζας του Σίδνεϊ **Μίλτος Μιχαλάς**. Τη διοργάνωση υποστήριξαν η γνωστή ομογενής ηθοποιός και συγγραφέας **Μαίρη Κούστα** και οι επιχειρηματίες **Γ. Πέτσας** και **Γ. Γαβριηλίδης**.



Κλιμάκιο επιστημόνων από την Ελλάδα, με επικεφαλής τον **Γιώργο Πατούλη**, πρόεδρο του ΙΣΑ, της ΚΕΔΕ και του Διεθνούς Κέντρου Τουρισμού Υγείας, παρουσίασε τις δυνατότητες της Ελλάδας στον τουρισμό υγείας και τις ευκαιρίες που παρουσιάζονται για επενδύσεις.

Τονίστηκε ότι η Αυστραλία είναι μια αγορά στην οποία η χώ-

ρα μας μπορεί να στοχεύσει με πολύ καλές προοπτικές. Μάλιστα στην αρχή του επόμενου έτους θα ξεκινήσει η επεξεργασία Συμφωνίας Ελεύθερου Εμπορίου που πρόκειται να υπογραφεί μεταξύ Ευρώπης και Αυστραλίας, με στόχο τη διευκόλυνση των επενδυτικών διαδικασιών.

Στη σημαντική ευκαιρία για τη χώρα μας, αναφέρθηκε η σύμβουλος Οικονομικών και Εμπορικών Υποθέσεων του Γενικού Προξενείου της Ελλάδας στο Σίδνεϊ **Κάτια Γκίκιζα**.

Σύμφωνα με την **κ. Γκίκιζα** το επόμενο χρονικό διάστημα το προξενείο θα εντάξει τον τουρισμό υγείας ως νέα κατηγορία στην εκστρατεία ενημέρωσης των ταξιδιωτικών πρακτόρων της Αυστραλίας.

Στο πλαίσιο της ομιλίας του, ο πρόεδρος του ΙΣΑ **Γ. Πατούλης** ανέφερε μεταξύ άλλων τα εξής:

«Η ελληνική επιχειρηματικότητα αποτελεί ένα από τα μεγάλα συγκριτικά πλεονεκτήματα που διαθέτει η χώρα μας για να ενισχύσει τη θέση της στην αγορά του τουρισμού υγείας. Το αναπτυξιακό σοκ που έχει ανάγκη η Ελλάδα μπορεί να προέλθει μόνο από την ενίσχυση της εξωστρέφειας και την προσέλκυση νέων επενδύσεων σε τομείς που διαθέτουν υψηλή προστιθέμενη αξία όπως ο τουρισμός υγείας».

Στην ανάγκη απλοποίησης των διαδικασιών στην Ελλάδα αναφέρθηκε ο πρόεδρος της Ελληνικής Λέσχης Σίδνεϊ **Γιάννης Κομινός**, ο οποίος επεσήμανε ότι ενώ υπάρχει επενδυτικό ενδιαφέρον, η γραφειοκρατία είναι αποτρεπτικός παράγοντας.

ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ Ι.Σ.Α.

Διμερίδα για την ανάδειξη της Ελλάδας σε κορυφαίο προορισμό τουρισμού υγείας στη Μελβούρνη υπό την αιγίδα του ΙΣΑ και της ΚΕΔΕ

25/11/2017

Η ανάδειξη της Ελλάδας σε κορυφαίο προορισμό στον παγκόσμιο χάρτη του τουρισμού υγείας είναι ο στόχος σημαντικής διμερίδας που διοργανώνουν στη Μελβούρνη της Αυστραλίας, το Διεθνές Κέντρο Τουρισμού Υγείας και το Παγκόσμιο Ινστιτούτο Ελλήνων Γιατρών, σε συνεργασία με την Ελληνική Κοινότητα Μελβούρνης και τον Ελληνικό Ιατρικό Σύλλογο Μελβούρνης, υπό την αιγίδα του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών και της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδος, στις 25 και 26 Νοεμβρίου 2017.



Πρόκειται για τον τέταρτο σταθμό, μετά την Νέα Υόρκη, το Μόντρεαλ και το Σικάγο όπου πραγματοποιήθηκαν με μεγάλη επιτυχία ανάλογες εκδηλώσεις πριν από μερικούς μήνες. Στο συνέδριο συμμετέχουν επιφανή μέλη της επιστημονικής και επιχειρηματικής κοινότητας της Ελλάδας και της Αυστραλίας, μέλη της κυβέρνησης της Αυστραλίας, εκπρόσωποι εταιριών που δραστηριοποιούνται στο χώρο του τουρισμού και της υγείας καθώς και ΜΜΕ από την Ελλάδα και το εξωτερικό.

Οι ομιλητές τόνισαν τα συγκριτικά πλεονεκτήματα της χώρας μας και ανέπτυξαν το σχέδιο δράσης για την αύξηση του μεριδίου της Ελλάδας στο τζίρο της παγκό-

σμιας αγοράς του τουρισμού υγείας, ο οποίος όπως έδειξαν νεότερες έρευνες, ξεπερνά σε ετήσια βάση τα 100 δισεκατομμύρια δολάρια ενώ αναμένεται ετήσια αύξηση κατά 15%-25%.

Ο **Γ. Πατούλης** πρόεδρος του ΙΣΑ, της ΚΕΔΕ, του Διεθνούς Κέντρου Τουρισμού Υγείας και του Παγκόσμιου Ινστιτούτου Ελλήνων Γιατρών, τόνισε την ανάγκη εκπόνησης ενός ολοκληρωμένου στρατηγικού σχεδίου για την ανάπτυξη του τουρισμού υγείας στην Ελλάδα, στο οποίο θα γίνεται χαρτογράφηση του ανταγωνισμού αλλά και των συγκριτικών πλεονεκτημάτων της πατρίδας μας. Αναφέρθηκε επίσης στην ανάγκη δημιουργίας ενός οδικού χάρτη μέσω του οποίου θα προτείνονται συγκεκριμένες πολιτικές, με σκοπό την προώθηση των εθνικών μας στόχων πάνω στον τομέα αυτό. *«Η δημιουργία ισχυρού brand και φήμης της Ελλάδας ως ελκυστικού προορισμού τουρισμού υγείας είναι κρίσιμη για την επιτυχία της νέας στρατηγικής. Θέτουμε ως προτεραιότητα την κινητοποίηση και ενθάρρυνση της συμπαράστασης του απόδημου Ελληνισμού, με σκο-*

πό οι Έλληνες του εξωτερικού, να συνδράμουν σαν πρέσβεις καλής θέλησης, καταναλωτές, πάροχοι, χορηγοί, επενδυτές», τόνισε ο κ. Πατούλης.

Από την πλευρά του, ο πρόεδρος της Ελληνικής Κοινότητας Μελβούρνης **Βασίλης Παπαστεργιάδης**, επισήμανε ότι η Αυστραλία είναι μια δυναμική αγορά από την οποία η Ελλάδα μπορεί να επωφεληθεί καθώς πολλοί Αυστραλοί ασθενείς ταξιδεύουν στο εξωτερικό. Επίσης ανέφερε ότι η συνεργασία των δύο χωρών είναι άριστη και σε αυτό έχει συμβάλει η δυναμική ελληνική κοινότητα, η οποία θα στηρίξει την προσπάθεια ανάπτυξης του ιατρικού τουρισμού που αποτελεί εθνικό στόχο.

Χαιρετισμό απηύθυναν μεταξύ άλλων η **Χριστίνα Σημαντιράκη**, Γενική Πρόξενος της Ελλάδας στη Μελβούρνη, η οποία χαρακτήρισε τον τουρισμό υγείας βασικό πυλώνα ανάπτυξης και τόνισε ότι έχει ήδη ξεκινήσει εκστρατεία ενημέρωσης στην Αυστραλία για την προώθηση του θεματικού τουρισμού.

Επίσης ο **Marinis Pirpiris**, πρόεδρος της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας της Αυστραλίας, ο **Arthur Baoustanos**, πρόεδρος του Ελληνοαυστραλιανού Εμπορικού και Βιομηχανικού Επιμελητηρίου, ο **Κωνσταντίνος Δήμησας**, Γενικός Διευθυντής «ΑΠΟΣΤΟΛΗ» κ.α

Στο περιθώριο του συνεδρίου, ο πρόεδρος του ΙΣΑ και της ΚΕΔΕ **Γ. Πατούλης** είχε συνομιλίες με ομογενείς, μέλη της κυβέρνησης και της τοπικής αυτοδιοίκησης



της Αυστραλίας που συμμετείχαν στη διημερίδα. Ειδικότερα θέματα κοινού ενδιαφέροντος συζητήθηκαν με τον πρώην υπουργό Τουρισμού και Πολιτισμού της Βικτώριας **Ιωάννη Πανταζόπουλο**, το βουλευτή της έδρας του Oakleigh **Σταύρο Δημόπουλο** και το μέλος της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Βικτώριας, πρώην Δήμαρχο του Fitzroy, Δημοτικό Σύμβουλο του Manninham **Μιχάλη Ζαφειρόπουλο**.

Στη συνέχεια σε κλίμα συναισθητικής φόρτισης ζευγάρια που έγιναν γονείς με εξωσωματική γονιμοποίηση που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, διηγήθηκαν την εμπειρία τους και εξέφρασαν την ευγνωμοσύνη τους στους Έλληνες επιστήμονες.

Ο **Κωνσταντίνος Πάντος**, αντιπρόεδρος του Παγκόσμιου Ινστιτούτου Ελλή-

νων Ιατρών και Γενικός Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Αναπαραγωγικής Ιατρικής επισήμανε ότι: «Οι Έλληνες επιστήμονες που δραστηριοποιούνται σε διάφορες χώρες του κόσμου και ανήκουν στον Παγκόσμιο Ινστιτούτο Ελλήνων Ιατρών είναι αυτοί που με την αξιοπιστία τους βοηθούν στην εδραίωση της εμπιστοσύνης του διεθνούς κοινού για τις υπηρεσίες που προσφέρει η Ελλάδα στο κομμάτι του ιατρικού τουρισμού.»

Στη συνέχεια επιφανή μέλη της επιστημονικής κοινότητας έκαναν τοποθετήσεις σχετικά με το υψηλό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και τις δυνατότητες που μπορούν να αξιοποιήσουν οι πολίτες της Αυστραλίας.

ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ Ι.Σ.Α.

Ο Πρωθυπουργός της πολιτείας Βικτώρια της Αυστραλίας ένωσε τη φωνή του με τον Πρόεδρο του ΙΣΑ και της ΚΕΔΕ για την επιστροφή των Γλυπτών του Παρθενώνα

26/11/2017

Η καρδιά της Ελλάδας χτύπησε στη Μελβούρνη της Αυστραλίας, σε μια συγκινητική εκδήλωση στο πλαίσιο της οποίας ο Πρωθυπουργός της Πολιτείας Βικτώρια της Αυστραλίας Daniel Andrews ένωσε τη φωνή του με τον πρόεδρο του ΙΣΑ και της ΚΕΔΕ Γιώργο Πατούλη για την επιστροφή των Γλυπτών του Παρθενώνα στην Ελλάδα.

Εκπρόσωποι της κυβέρνησης της Αυστραλίας και της τοπικής αυτοδιοίκησης, καθώς και πλήθος κόσμου συμμετείχαν στην εκδήλωση για την παρουσίαση πιστού αντιγράφου τμήματος της ζωφόρου του Παρθενώνα που τοποθετήθηκε στην είσοδο του κτιρίου της Ελληνικής Κοινότητας Μελβούρνης, η οποία

συμπλήρωσε 120 χρόνια από την ίδρυσή της.

Η εκδήλωση συνέπεσε με το Συνέδριο για τον Τουρισμό Υγείας στην Ελλάδα που διοργανώνουν το Διεθνές Κέντρο Τουρισμού Υγείας και το Παγκόσμιο Ινστιτούτο Ελλήνων Γιατρών, σε συνεργασία με την Ελληνική Κοινότητα Μελβούρνης και τον Ελληνικό Ιατρικό Σύλλογο Μελβούρνης, υπό την αιγίδα του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών και της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδος, στις 25 και 26 Νοεμβρίου 2017.

Ειδικότερα, ο Πρωθυπουργός της πολιτείας Βικτώρια της Αυστραλίας **Daniel Andrews** δήλωσε:

«Ζητάμε την επιστροφή των Μαρμάρων του Παρθενώνα στην πατρίδα τους και θα συνεργαστούμε μαζί σας για να βοηθήσουμε την Ελλάδα στο δίκαιο αίτημά της. Απαιτούμε την αποκατάσταση της αδικίας που έγινε εις βάρος της χώρας σας»

Από την πλευρά του ο Γ. Πατούλης, πρόεδρος του ΙΣΑ και της ΚΕ



ΔΕ τόνισε τα εξής:

«Δίνουμε μάχη για να επιστρέψουμε τα Γλυπτά του Παρθενώνα στην πατρίδα τους, στην Αθήνα. Ενώνουμε τη φωνή μας με τους φιλέλληνες ανά τον κόσμο για το μεγάλο αυτό εθνικό σκοπό. Βρήκαμε ισχυρούς συμμάχους στα μέλη της κυβέρνησης της Αυστραλίας, μιας χώρας στην οποία η μεγάλη ελληνική κοινότητα κρατά ζωντανό το πνεύμα του ελληνισμού».

Σε ανάλογο πνεύμα ήταν οι δηλώσεις και άλλων αξιωματούχων της κυβέρνησης της Αυστραλίας όπως ο αρχηγός της Αξιωματικής Αντιπολίτευσης της Βικτώρια **Hon Matthew Guy** και ο αναπληρωτής Υπουργός Οικονομικών **Michael Sukkar** που διαβεβαίωσαν ότι θα στηρίξουν το αίτημα της Ελλάδας για την επιστροφή των Γλυπτών του Παρθενώνα στην Αθήνα.

ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ Ι.Σ.Α.

Σύμφωνο συνεργασίας με το Παγκόσμιο Ινστιτούτο Ελλήνων Ιατρών υπέγραψε ο Ελληνικός Ιατρικός Σύλλογος Αυστραλίας

27/11/2017

Σύμφωνο συνεργασίας με το Παγκόσμιο Ινστιτούτο Ελλήνων Ιατρών υπέγραψε ο Ελληνικός Ιατρικός Σύλλογος Αυστραλίας, συμμετέχοντας ενεργά στη γέφυρα επικοινωνίας και συνεργασίας που οικοδομείται μεταξύ των Ελλήνων επιστημόνων ανά τον κόσμο.

Η υπογραφή του Συμφώνου έγινε στο πλαίσιο του Συνεδρίου για τον Τουρισμό Υγείας στην Ελλάδα που διοργάνωσαν στη Μελβούρνη της Αυστραλίας, το Διεθνές Κέντρο Τουρισμού Υγείας και το Παγκόσμιο Ινστιτούτο Ελλήνων Γιατρών, σε συνεργασία με την Ελληνική Κοινότητα Μελβούρνης και τον Ελληνικό Ιατρικό Σύλλογο Μελβούρνης, υπό την αιγίδα του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών και της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδος, στις 25 και

26 Νοεμβρίου 2017. Το Παγκόσμιο Ινστιτούτο Ελλήνων Ιατρών που αποτελεί πρωτοβουλία του Προέδρου του ΙΣΑ **Γ. Πατούλη**, αποτελεί διεθνή κόμβο για τη διασύνδεση όλων των Ελλήνων ιατρών ανά τον κόσμο με κύριους στόχους, την ανταλλαγή απόψεων, την ανάπτυξη επιστημονικού διαλόγου και τη μετάδοση τεχνογνωσίας, τη διευκόλυνσή τους στην ανεύρεση εργασίας, τη δημιουργία κινήτρων με στόχο την επιστροφή τους και





**MADE
IN
GREECE**

Παραγωγή στην Ελλάδα... για όλο τον κόσμο!

Στη Boehringer Ingelheim, **τη μόνη πολυεθνική φαρμακευτική εταιρεία** που συνεχίζει να διατηρεί εργοστάσιο στην Ελλάδα, υλοποιούμε ένα ευρύ επενδυτικό σχέδιο, με στόχο να πραγματοποιείται στην Ελλάδα, **η παραγωγή των νέων αντιδιαβητικών μας φαρμάκων για τις περισσότερες χώρες του κόσμου.**

Υπολογίζουμε ότι περισσότερες από 27.000.000 συσκευασίες θα παραχθούν στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2014 - 2019.

Έτσι, η εταιρεία μας, θα συνεισφέρει με ποσοστό πλέον του **2,5%** **στο σύνολο των ελληνικών εξαγωγών**, πραγματοποιώντας ένα άλμα εξωστρέφειας, για την ανάπτυξη και το μέλλον της χώρας μας.



▶ την επαγγελματική τους δραστηριοποίηση στην Ελλάδα, την εθελοντική παροχή εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών από Έλληνες ιατρούς σε περιστατικά που χρήζουν άμεσης και αντικειμενικής ανθρωπιστικής βοήθειας ανά τον κόσμο, τη καθιέρωση και απονομή Βραβείων Αριστείας για τους Έλληνες Ιατρούς με διεθνώς αναγνωρισμένη δράση κ.α. Στο πλαίσιο του Συμφώνου Συνεργασίας που υπέγραψε με τον Ελληνικό Ιατρικό Σύλλογο Αυστραλίας ο οποίος αριθμεί 600 μέλη, προβλέπεται μεταξύ άλλων, η ανταλλαγή φοιτητών Ιατρικής στα Πανεπιστημιακά Ιδρύματα των δύο χωρών και η συμμετοχή τους σε μεταπτυχιακά προγράμματα.

Σχολιάζοντας το θέμα ο πρόεδρος του ΙΣΑ και του Διεθνούς Κέντρου Τουρισμού Υγείας **Γ. Πατούλης**, τόνισε τα εξής:

«Ο μεγάλος αριθμός των Ελλήνων ιατρών συνθέτουν ένα επιστημονικό δυναμικό υψηλής ποιότητας, με αναγνωρισμένες διεθνώς περγαμνές και ικανότητες, με τεράστια εμπειρία και μεγάλη κοινωνική προσφορά. Αυτό το αξιόλογο δυναμικό είναι διασκορπισμένο σε όλα τα σημεία της υπηλίου και αποτελούν τον καλύτερο πρεσβευτή της Ελλάδος. Θέλουμε να αναδείξουμε την ιατρική επιστήμη και τον Έλληνα ιατρό ως ένα από τα συγκριτικά πλεονεκτήματα της νέας Ελλάδας που πρέπει να δημιουργήσουμε».



Από την πλευρά του ο πρόεδρος του Ελληνικού Ιατρικού Συλλόγου Αυστραλίας, **Μαρίνης Πιρπιρής** δήλωσε τα εξής:

«Είναι ιδιαίτερη τιμή για εμάς η ευκαιρία να συμβάλλουμε στη συνεχή ενημέρωση και στην εκπαίδευση Ελλήνων Ιατρών, παγκοσμίως, προωθώντας έτσι το πνεύμα της Ελληνικής επιστήμης. Ως Έλληνες της διασποράς στη μεγαλύτερη πόλη Ελληνόφωνων εκτός Ελλάδας, ευχόμαστε επιτυχία στην προσπάθεια για την προώθηση του τουρισμού υγείας στην Ελλάδα και δεσμευόμαστε για την υποστήριξή μας».

Στο πλαίσιο του συνεδρίου για τον τουρισμό υγείας παρουσιάστηκε από τον **Πέτρο Μαμαλάκη**, Γενικό Γραμματέα του

Διεθνούς Κέντρου Τουρισμού Υγείας ένα διαδικτυακό μαγαζίνο το **GREEKSNET**, που φιλοδοξεί να ενώσει τους Έλληνες ανά τον κόσμο καθώς θα μπορούν να διαβάσουν σημαντικά νέα από τη ομογένεια και την Ελλάδα, δράσεις για τον τουρισμό υγείας και ελληνικές πρωτοπορίες στην επιστήμη.

Παράλληλα ανακοινώθηκε η διοργάνωση του 1^{ου} συνεδρίου του Παγκόσμιου Ινστιτούτου Ελλήνων Γιατρών που θα γίνει στη Κω τον ερχόμενο Μάιο, σηματοδοτώντας προς κάθε κατεύθυνση την οικουμενικότητα της ελληνικής επιστήμης.
ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ Ι.Σ.Α.

Τοποθέτηση του Προέδρου του ΙΣΑ στη Βουλή για το νομοσχέδιο για τις εργασιακές σχέσεις των ιατρών

8/11/2017

Γ. Πατούλης: Ο ΙΣΑ θα συνεχίσει να δίνει μάχη για τη δημόσια υγεία, τον ασθενή και το ιατρικό σώμα.

Την αγανάκτηση του ιατρικού σώματος για την αυθαιρεσία του Υπ. Υγείας που επιχειρεί να περάσει το νομοσχέδιο έκτρωμα για τις εργασιακές σχέσεις των γιατρών με απολυταρχικές και αντιδημοκρατικές διαδικασίες εξέφρασε ο πρόεδρος του ΙΣΑ **Γ. Πατούλης** κατά τη σημερινή συζήτηση στη Βουλή.

Ειδικότερα ο κ. Πατούλης τόνισε ότι η κυβέρνηση προκειμένου να παρακάμψει το 48ωρο επινοεί την ρήτρα αυτοεξαίρεσης.

Σύμφωνα με τον κ. Πατούλη το νομοσχέδιο αυτό έχει σχέση με την επίθεση που δέχονται οι ιατροί για φακελάκια. «Ρωτώ ευθέως, ένας ιατρός βουλευτής υπουργός υγείας πόσα χρήματα παίρνει και πόσα ένας ιατρός του ΕΣΥ;

Αυτά πρέπει να τεθούν υπόψη εκείνων που μιλούν κρίνοντας εξ ιδίων τα αλλότρια για τους νοσοκομειακούς ιατρούς»

Επίσης, σχολιάζοντας τις καταγγελίες του αναπληρωτή υπουργού Υγείας **Π. Πολάκη** δήλωσε χαρακτηριστικά:

«Να κατατεθούν τα στοιχεία από τον αρμόδιο υπουργό πε-



ρί χρηματισμού του 80% των νοσοκομειακών ιατρών. Αν δεν τα έχει να ζητήσει συγγνώμη. Παρακαλώ όσους κάνουν μαθήματα ιδεολογίας να μην έχουν την μνήμη χαλαρή.

Είναι ακόμα στα αυτιά μου οι φωνές του κ. Πολάκη ως συνδικαλιστή να υποστηρίζει τα αντίθετα από αυτά που σήμερα εισπνέεται ως υπουργός. Σήμερα πήγε στην αντίθετη όχθη. Αυτή του βουλευτή των 8.000 ευρώ.», κατέληξε ο κ. Πατούλης. ▶



«Αναπτύσσουμε, Επενδύουμε, Στηρίζουμε»

Συνεχίζονται σε υψηλούς ρυθμούς οι διεργασίες για την επέκταση του εργοστασίου της φαρμακοβιομηχανίας **Boehringer Ingelheim** στο Κορωπί, σύμφωνα με το νέο επενδυτικό πλάνο που πρόσφατα εξαγγέλθηκε από την εταιρεία.



Σύμφωνα με το επιχειρησιακό πλάνο της επένδυσης, ο συνολικός όγκος παραγωγής των αντιδιαβητικών φαρμάκων θα ανέλθει από 3 εκ. συσκευασίες στις 24,66 εκ. μέχρι το 2021, ενώ η συνολική παραγωγή του εργοστασίου θα ανέλθει από τα 49,09 εκ. στα 70,11 εκ. συσκευασίες.

Όπως δήλωσε ο Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος της **Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε., κ. Δημήτρης Αναγνωστάκης** (φωτο) για την πραγματοποίησή του, απαιτείται η μετεξέλιξη του εργοστασίου σε ένα πολύ σημαντικό κόμβο (hub) παραγωγής με στόχο να καλυφθεί το 70% της παγκόσμιας παραγωγής για τα φάρμακα που προορίζονται για τη θεραπεία του

Σακχαρώδη Διαβήτη, συμπεριλαμβανομένης και της αγοράς των Η.Π.Α.

Η υπάρχουσα παραγωγική μονάδα έχει έκταση 51.134 τμ, και λειτουργεί ανελλιπώς από το 1975, παράγοντας **45 εκατομμύρια συσκευασίες φαρμάκων ετησίως** (645 Κωδικοί).

Απασχολεί 170 εργαζόμενους, (αποτελώντας 37,7% του συνόλου των 450 συνολικά εργαζομένων που απασχολούνται στην εταιρεία) οι περισσότεροι από τους οποίους είναι υψηλού γνωσιακού επιπέδου.

Το εργοστάσιο αποτελεί εξαγωγικό κέντρο για 68 χώρες παγκοσμίως.

Η **Boehringer Ingelheim** είναι ηγέτης στις εξαγωγές φαρμάκων ενώ αντιπροσωπεύει το 1% των συνολικών εξαγωγών της χώρας. Ο δείκτης αυτός,

σύμφωνα με τα πλάνα της εταιρείας αναμένεται να αυξηθεί στο 2,5% των συνολικών εξαγωγών της χώρας με το πέρας της επέκτασης του εργοστασίου, λόγω ακριβώς της ανάληψης της παραγωγής των καινοτόμων αντιδιαβητικών της φαρμάκων. Η επένδυση αυτή, αναμένεται να αυξήσει τις θέσεις εργασίας στο εργοστάσιο από 170 σε 220, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό και στην ελαχιστοποίηση της διαφυγής πολύτιμου εργατικού δυναμικού στο εξωτερικό.

«Αναπτύσσουμε, Επενδύουμε, Στηρίζουμε»

είναι το τρίπτυχο της πρότασης αιεφόρου ανάπτυξης της **Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε.**



Επίσκεψη του Προέδρου του ΕΟΠΥΥ Σωτήρη Μπερσίμη στον ΙΣΑ για να συζητηθούν τα καίρια ζητήματα του κλάδου

2/11/2017

Τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών επισκέφθηκε σήμερα ο Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ Σωτήρης Μπερσίμης, προσκεκλημένος του Δ.Σ του ΙΣΑ, για να συζητηθούν τα καίρια ζητήματα του κλάδου.

Ο Πρόεδρος Γ. Πατούλης και το Δ.Σ του ΙΣΑ, επεσήμαναν στον Πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ ότι οι γιατροί της Αθήνας οδηγούνται με μαθηματική ακρίβεια στον επαγγελματικό αφανισμό και ζήτησαν από το Φορέα να υπάρξουν δίκαιες ρυθμίσεις που να διασφαλίζουν την βιωσιμότητα του ιατρικού κόσμου.

Ειδικότερα ξεκαθάρισαν ότι κόκκινη γραμμή για τον ΙΣΑ αποτελεί η αποπληρωμή των ληξιπρόθεσμων οφειλών καθώς είναι απαραίτητη προϋπόθεση ώστε οι γιατροί να έχουν την δυνατότητα καταβολής μέσα από την διαδικασία των 120 δόσεων.

Επίσης, τόνισαν ότι είναι απαράδεκτο να έχει γίνει υποκοστολόγηση ιατρικών εξετάσεων έως και 70% και να επιβάλλεται η παρακράτηση Clawback και Rebate από τις επόμενες υποβολές, με τις οποίες είναι αδύνατο φυσικά λόγω της υποκοστολόγησης να αντεπεξέλθουν στην πληρωμή οι ιατροί και τα πολυιατρεία.

Σημειώνεται ότι σε πρόσφατη απόφασή του το Σ.τ.Ε ακυρώνει ως μη νόμιμες τις αποφάσεις του Δ.Σ του ΕΟΠΥΥ για τη μείωση των τιμών των εργαστηριακών πράξεων και ως εκ τούτου πρέπει να γίνει νέος υπολογισμός και Clawback και Rebate. Ερωτηθείς για το θέμα ο Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ Σ. Μπερσίμης επιφυλάχθηκε να απαντήσει λέγοντας χαρακτηριστικά ότι είναι θέμα νομικής διερεύνησης. Μάλιστα ο ΙΣΑ έχει κάνει συμπληρωματικό υπόμνημα για το θέμα στην υποβληθείσα αναφορά στο Συνήγορο του Πολίτη.

Ο κ. Σ. Μπερσίμης ανέφερε ότι είναι μνημονιακή υποχρέωση, η είσπραξη του rebate και clawback των προηγούμενων ετών, ωστόσο προκειμένου να εξασφαλιστεί η οικονομική βιωσιμότητα των παρόχων γίνεται διαπραγμάτευση με την τρέκα για την είσπραξη σε δόσεις στο μέγιστο δυνατό.

Σχετικά με τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των ταμείων προ του

2012 που έχουν παραμείνει για εκκαθάριση στον ΕΟΠΥΥ (ΟΠΑΔ ΤΑΥΤΕΚΩ) ο κ. Μπερσίμης διαβεβαίωσε ότι έχει ξεκινήσει η αποπληρωμή τους και στόχος είναι μέχρι το τέλος του έτους να έχει ολοκληρωθεί στο μεγαλύτερο μέρος τους.

Για τις τρέχουσες οφειλές του ΕΟΠΥΥ ανέφερε ότι έχουν αποπληρωθεί οι πρώτοι πέντε μήνες του 2017 και το 80% του Ιουνίου, ενώ μέχρι τα τέλη του έτους πρόθεση του Οργανισμού είναι να αποπληρώσει τους επόμενους δύο μήνες.

Για το θέμα της αναγραφής φαρμάκων με δραστική ουσία ο Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ δήλωσε ότι σέβεται την απόφαση του Σ.τ.Ε. Ο ΙΣΑ επισημαίνει ότι βάσει αυτής της απόφασης επιτρέπεται η συνταγογράφηση, με εμπορική ονομασία και πέραν του 15% που προβλέπει το σύστημα της ΗΔΙΚΑ, το οποίο θα πρέπει να προσαρμοστεί καταλλήλως.

Ο Πρόεδρος του ΙΣΑ Γ. Πατούλης χαρακτήρισε εποικοδομητική τη συνάντηση και τόνισε ότι θα πρέπει να βρεθούν οι διαδικασίες και οι βέλτιστες πρακτικές επ' ωφελεία των ασφαλισμένων και των ιατρών.

«Οι ληξιπρόθεσμες οφειλές πρέπει άμεσα να αποπληρωθούν και να διασφαλιστεί η συνέχεια του κράτους».

Ο ΙΣΑ είναι διατεθειμένος να συμβάλει στη διαδικασία για ταχύτερη εκκαθάριση και αποπληρωμή των ιατρών της Αθήνας, μέσα από τη διαδικασία διάθεσης προσωπικού στον ΕΟΠΥΥ».

Στη συνεδρίαση του Δ.Σ. του Ι.Σ.Α. παρευρέθησαν ο Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ κ. Σ. Μπερσίμης, ο Πρόεδρος του ΙΣΑ κ. Γ. Πατούλης, ο Αντιπρόεδρος του ΙΣΑ κ. Ε. Μπιλιράκης, ο Γενικός Γραμματέας του ΙΣΑ κ. Α. Βασιλείου, ο Ταμίας του ΙΣΑ κ. Φ. Πατσουράκος και τα Μέλη κ. Γ. Βήχας, κ. Ι. Δατσέρης, κ. Γ. Ελευθερίου, κ. Α. Θωμόπουλος, κ. Σ. Καλιαμπάκος, κ. Γ. Μαρίνος, κ. Α. Ρέντης κ. Σ. Τσοούκαλος και κ. Π. Ψυχάρης.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών
Ο Πρόεδρος Ο Γεν. Γραμματέας
Γ. Πατούλης Αλεξ. Βασιλείου



MSD

INVENTING FOR LIFE

ΝΑ ΓΙΑΤΙ ΑΝΑΚΑΛΥΠΤΟΥΜΕ ΝΕΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

ΣΤΗΝ MSD ΑΝΑΚΑΛΥΠΤΟΥΜΕ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ ΖΩΗ

Αναζητούμε συνεχώς νέες θεραπείες, γιατί έχουμε έναν σκοπό. Θέλουμε οι ανακαλύψεις μας να προσφέρουν περισσότερη και καλύτερη ζωή σε όσο το δυνατό περισσότερους ανθρώπους παγκοσμίως.

Στην MSD πρωτοπορούμε στην έρευνα γιατί χρειαζόμαστε ακόμα θεραπείες για τον καρκίνο, τη νόσο Αλτσχάιμερ, τον ιό HIV και τόσες άλλες παθήσεις που ταλαιπωρούν ανθρώπους και ζώα σε όλο τον κόσμο.

Στοχεύουμε τις πιο δύσκολες ασθένειες, γιατί θέλουμε να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να απαλλαγούν από αυτές, ώστε να μπορούν να δημιουργούν, να απολαμβάνουν και να ζουν μια καλύτερη ζωή.

MSD. **Inventing** for Life.

Για να μάθετε περισσότερα για τις επιστημονικές μας ανακαλύψεις επισκεφθείτε το msd.gr ή ακολουθήστε μας στο Twitter.

Συνάντηση του ΙΣΑ με τον Αντιπρόεδρο του ΕΦΚΑ

14/11/2017

Στις 13/11 έγινε συνάντηση του ΙΣΑ με τον Αντιπρόεδρο του ΕΦΚΑ κ. Δ. Τσακίρη. Τον Πρόεδρο του ΙΣΑ κ. Γ. Πατούλη εκπροσώπησε ο ταμίας κ. Φ. Πατσουράκος. Στην συνάντηση επίσης παρευρέθηκε και η προϊστάμενη της νομικής υπηρεσίας του Ι.Σ.Α. κ. Ε. Παπαευαγγέλου.

Η συνάντηση είχε θέμα την αποπληρωμή των ληξιπροθέσμων που έχει αναλάβει ο ΕΦΚΑ και την υλοποίηση της έκπτωσης του 50% για όσους ασφαλισμένους έχουν κλείσει 40 χρόνια ασφάλισης.

Στη συνάντηση ο κ. Τσακίρης μας διαβεβαίωσε για τα κάτωθι:

(α) ότι έχει δρομολογηθεί η μηνιαία εκταμίευση χρημάτων για την αποπληρωμή των ληξιπροθέσμων στους ιατρούς για τα ταμεία τα οποία έχει αναλάβει ο ΕΦΚΑ για την εκκαθάρισή τους. Αρχικά θα καταβληθούν τα ποσά που έχουν εκκαθαριστεί και πιθανολογεί ότι το σύνολο των οφειλομένων θα έχουν καταβληθεί έως 30.6.2018

(β) Η πρόθεση της Διοίκησης του ΕΦΚΑ είναι να δημιουργηθεί μία ενιαία πλατφόρμα για την εκκαθάριση των οφειλών όλων των ασφαλισμένων τόσο με βάση τα εισοδήματα του 2017 όσο και για εκείνους που έχουν περισσότερα από 40 έτη ασφάλισης και έχουν υποβάλει σχετικό αίτημα για μείωση κατά 50% της εισφοράς στον ΕΦΚΑ όπως προβλέπει ο νόμος. Στόχος είναι τον Ιανουάριο του 2018 να έχει υλοποιηθεί η σχετική εφαρμογή του νόμου και όσα ποσά έχουν παρακρατηθεί ενώ έχει υποβληθεί το αίτημα για μείωση 50% θα συμψηφιστούν με τις μέλλουσες εισφορές.

Παράλληλα, ο ΙΣΑ απέστειλε επιστολή στον Πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ κ. Μπερσίμη με την οποία ζητά την άμεση εφαρμογή της απόφασης του ΣτΕ που ακυρώνει τις αποφάσεις σχετικά με τους τρόπους αποζημίωσης των συμβεβλημένων παρόχων

υγείας και τις νέες τιμές των διαγνωστικών εξετάσεων. Επιπλέον, ο ΙΣΑ αιτήθηκε την καταβολή των ληξιπροθέσμων οφειλών ετών 2010-2011-2012 από τον ΕΟΠΥΥ στους ιατρούς-μέλη του, πριν αυτοί καταβάλλουν οποιοδήποτε ποσό στον ΕΟΠΥΥ για τον συμψηφισμό με το clawback.

Ο πρόεδρος του ΙΣΑ Γ. Πατούλης τόνισε ότι θα πρέπει να βρεθούν οι διαδικασίες και οι βέλτιστες πρακτικές επ' ωφελεία των ασφαλισμένων και των ιατρών.

«Οι ληξιπροθέσμες οφειλές πρέπει άμεσα να αποπληρωθούν και να διασφαλιστεί η συνέχεια του κράτους και η εφαρμογή των νόμων που έχουν ψηφιστεί. Ο ΙΣΑ θα συνεχίσει τις πιέσεις για την πρακτική εφαρμογή του νόμου προς όφελος των ιατρών μελών του.»

Για το Διοικητικό Συμβούλιο
Του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών
Ο Πρόεδρος Ο Γεν. Γραμματέας
Γ. Πατούλης Αλεξ. Βασιλείου

Συγκέντρωση υγειονομικών φορέων για συμψηφισμό οφειλών 2012-2015 Προτάσεις για λειτουργία ΕΟΠΥΥ

7/11/2017

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών εξ αρχής αντιμετώπισε με σοβαρότητα το θέμα του συμψηφισμού του rebate και clawback οφειλών 2012-2015. Ο ΙΣΑ χαρακτήρισε τον προτεινόμενο συμβιβασμό, όπως αρχικά τέθηκε «τελεσίγραφο».

Πραγματοποιήθηκε, ως εκ τούτου, συγκέντρωση με όλους τους υγειονομικούς φορείς στην οποία συζητήθηκε διεξοδικώς ο συμψηφισμός των οφειλών ετών 2012 έως 2015.

Ο Πρόεδρος του ΙΣΑ κ. Γεώργιος Πατούλης ενημέρωσε τους παριστάμενους σχετικά με τις δράσεις του ΙΣΑ που αφορούν το συγκεκριμένο ζήτημα.

Και ειδικότερα:

Επέτυχε την παράταση της προθεσμίας. Ο ΙΣΑ αισθανόμενος την κρισιμότητα των στιγμών προσέφυγε στον Συνήγορο του Πολίτη για τα πορίσματα του οποίου θα ενημερωθούν τα μέλη μας άμεσα.

Ο ΙΣΑ απέστειλε συγκεκριμένα ερωτήματα στον ΕΟΠΥΥ, τα ακόλουθα:

1. Πότε και με ποιο ακριβώς τρόπο θα κληθούν να καταβάλουν το υπερβάλλον οι πάροχοι εκείνοι οι οποίοι, μετά τον κατά τον παραπάνω υπολογισμό του ΕΟΠΥΥ, έχουν οφειλή. Παραμένει ερώτημα ποια θα είναι η αντιμετώπιση του οφειλέτη παρόχου αν αποδεχθεί ή αν δεν αποδεχθεί τον προτεινόμενο συμβιβασμό. Αιτηθήκαμε σε κάθε περίπτωση, οι δό-



σεις να είναι τουλάχιστον 120, τηρώντας ίσο μέτρο με εκείνο που ισχύει και για τους λοιπούς οφειλέτες του δημοσίου.

2. Ποιες θα είναι οι συγκεκριμένες συνέπειες απόρριψης της προτάσεως συμβιβασμού για τον πάροχο.

3. Πώς και πότε θα αποδοθούν τα οφειλόμενα σε εκείνους από τους παρόχους που έχουν να εισπράξουν από τον ΕΟΠΥΥ μετά τον συμψηφισμό.

Σαφείς και ξεκάθαρες απαντήσεις στα παραπάνω δεν έχου-

ό π ό



ΠΡΟΣΑΡΜΟΤΗ: S&G Advertising

Lundbeck π ό π ό ό .
ό έ υ , π ïό , π έ .
ό ό υ υ .
πό π π ό
ζ θ π π υ π υ πό υ
υ .



με λάβει.

Οι σχετικές πάντως διατάξεις προβλέπουν είσπραξη με τη διαδικασία που προβλέπεται από τον Κώδικα Είσπραξης Δημοσίων Εσόδων (ΚΕΔΕ, δηλαδή μέσω ΚΕΑΟ) και αναστολή της ισχύος της σύμβασης μέχρι την αποπληρωμή.

Στην συζήτηση επίσης αναφέρθηκαν τα ζητήματα τα οποία αφορούν στον υπολογισμό του rebate και clawback σύμφωνα με ποιόν αλγόριθμο υπολογίζεται, καθώς επίσης και τι θα συμβεί σε περίπτωση που δεν προβεί κάποιος στον σχετικό συμψηφισμό.

Κοινό αίτημα όλων των φορέων είναι ο προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ να είναι βάσει πραγματικών αναγκών, έτσι ώστε κάθε παραπεμπτικό που εκδίδεται να πληρώνεται για να καταργηθούν τα επαίσχυντα μέτρα του clawback και rebate.

Επίσης, επισημάνθηκε από τους φορείς ότι δεν προκύπτει η προθεσμία κατάθεσης των ενστάσεων. Οι φορείς επίσης ανέδειξαν το ζήτημα ότι η αναδρομικότητα ισχύος του rebate και clawback τους προξενεί τεράστιο πρόβλημα βιοπορισμού και τους θέτει σε δυσμενή θέση εν συγκρίσει με την θέση στην οποία θα βρίσκονταν αν ο συμψηφισμός γινόταν προ τριετίας. Είναι εύκολο να αντιληφθεί κανείς ότι είναι ευκολότερο να αποπληρώσει κάποιος το ποσό για ένα έτος και όχι συνολικά για τριετία. Με βάση τα ανωτέρω οι φορείς αποφάσισαν ότι η ατομική προσφυγή στην Δικαιοσύνη αποτελεί τον πρόσφορο τρόπο για να αποφευχθεί η καταστροφή των φορέων ΠΦΥ εξαιτίας αυτής της απόφασης.

Με αίσθημα ευθύνης και πλήρη επίγνωση ότι καμία περίπτωση δεν είναι όμοια, ο ΙΣΑ δεν θα παροτρύνει και δεν θα προτείνει στα μέλη του να κινηθούν προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση. Πως θα μπορούσε εξάλλου να είναι ενιαία η ορθότερη στάση για εκείνους που με τον συμβιβασμό θα εισπράξουν και για εκείνους που φέρονται να οφείλουν λίγα ή περισσότερα ή πάρα πολλά. Κάθε περίπτωση είναι μοναδική.

Θα εξαντλήσουμε κάθε περιθώριο για την πληρέστερη ενημέρωσή σας προκειμένου να αποφασίσετε έγκυρα και έγκαιρα επί του προτεινόμενου συμψηφισμού, αλλά και για μία ορθολογική και σύμφωνη με τα συναλλακτικά ήθη αντιμετώπιση του κάθε αντισυμβαλλόμενου του ΕΟΠΥΥ παρόχου (ιατρού μέλους μας ή ιατρικής εταιρείας).

Στην συγκέντρωση παραστάθηκαν ο Ταμίας του ΙΣΑ και πρόεδρος και της ΠΟΣΚΕ κ. Φώτιος Πατσουράκος, το μέλος ΔΣ του ΙΣΑ και Πρόεδρος του ΣΕΥΠ-ΕΟΠΥΥ και ΠΟΣΕΥΠ-ΕΟΠΥΥ Αττικής κ. Παναγιώτης Ψυχάρης, ο Πρόεδρος της ΠΟΣΙΠΥ κ. Θ Χατζηπαναγιώτου και η Αντιπρόεδρος κ. Καλαμάρη, ο Πρόεδρος της ΠΕΕΒΙ κ. Σπυρίδων Κραμποβίτης, ο Γενικός Γραμματέας της Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Ενόπλων Δυνάμεων και Ασφαλείας κ. Ανάργυρος Πλακιάτης, ο Πρόεδρος της Πανελληνίας Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Ακτινολόγων κ. Θεόδωρος Γεωργακόπουλος, η Πρόεδρος της Επαγγελματικής Ένωσης Ακτινολόγων κ. Λεονάρδου Πολυτίμη και τα Μέλη κ. Παπανδρέου και κ. Δ. Τριανταφύλλου, ο Πρόεδρος της Ένωσης Πνευμονολόγων Ελλάδας κ. Αναστάσιος Τσάτσος, το Μέλος της Επαγγελματικής Ένωσης Ρευματολόγων κ. Νίκος Φραγκάκης, ο Αντιπρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης κ. Σταμούλης, το Μέλος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας κ. Μαρκάκη, ο Πρόεδρος της Πανελληνίας Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Φυσικοθεραπευτών κ. Τσαγρής, ο Αντιπρόεδρος του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών κ. Μαρμαράς, ο Πρόεδρος της Πανελληνίου Συνδέσμου Ιατρικών Διαγνωστικών Κέντρων κ. Βουγιούκας, ο Πρόεδρος της Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Αγγειοχειρουργών κ. Χρονόπουλος και ο Γραμματέας της Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Καρδιολόγων κ. Γιώργος Κορωνιώτης.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών
Ο Πρόεδρος Ο Γεν. Γραμματέας
Γ. Πατούλης Αλεξ. Βασιλείου

Αναφορά του ΙΣΑ στον Εισαγγελέα Πρωτοδικών Αθηνών Ζητώντας να καταθέσει ο Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας για το χρηματισμό των ιατρών στο ΕΣΥ

09/11/2017

Η πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας πλήττει την εμπιστοσύνη των ασθενών στο ΕΣΥ προς όφελος των μεγάλων ιδιωτικών συμφερόντων

Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών έκανε αναφορά στον Εισαγγελέα Πρωτοδικών Αθηνών για τις ανυπόστατες και συκοφα-

ντικές δηλώσεις του αναπληρωτή Υπουργού Υγείας Παύλου Πολάκη, για τους γιατρούς που παίρνουν φακελάκια.

Ο ΙΣΑ εκτιμά ότι οι συγκεκριμένες δηλώσεις προσβάλλουν βάνουσα το ιατρικό σώμα πλήττουν την εμπιστοσύνη των ασθενών και τερπιλίζουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας προς όφελος των μεγάλων ιδιωτικών συμφερόντων.

Η πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγεί-

ας έχει τεράστιες ευθύνες για την κατάρρευση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των δημόσιων νοσοκομείων.

Το Δ.Σ. του ΙΣΑ καλεί τον αναπληρωτή υπουργό Υγείας στα γραφεία του ΙΣΑ για να παρουσιάσει τα στοιχεία για τα φακελάκια που επικαλείται στις δηλώσεις του.

Σε περίπτωση που οι καταγγελίες του κ. Πολάκη ευσταθούν, με δεδομένο ότι έχει την ευθύνη για την εύρυθμη λειτουργία

των δημόσιων νοσοκομείων, πρέπει να λογοδοτήσει στον ασθενή και στον ελληνικό λαό για τα φαινόμενα της διαφθοράς που επί των ημερών του -όπως ισχυρίζεται- έχουν γιγαντωθεί.

Ο ΙΣΑ εκτιμά ότι η επίθεση στους γιατρούς του ΕΣΥ έγινε εκ του πονηρού για να αποπροσανατολιστεί η κοινή γνώμη από το νομοσχέδιο-έκτρωμα, για τις εργασιακές σχέσεις των νοσοκομειακών γιατρών που οδηγεί σε εργασιακό μεσαίωνα.

Την ώρα μάλιστα που απειλούνται με κατάρρευση τα εργαστήρια, με την επιβολή του clawback ενώ το ιατρικό σώμα οδηγείται στην ανεργία και στη μετανάστευση. Για όλα αυτά η πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας έχει τεράστιες ευθύνες.

Ειδικότερα, στην αναφορά του ΙΣΑ στον Εισαγγελέα αναφέρεται ότι οι απρόκλητες επιθέσεις που δέχεται συλλήβδην και αδιακρίτως το σύνολο σχεδόν των ιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας από τον αναπληρωτή υπουργό Υγείας Π. Πολάκη έχουν προκαλέσει την οργή και την αγανάκτηση των ιατρών.

«Οι ιατροί του ΕΣΥ με μειωμένες αποδοχές, εξαντλητικά ωράρια, απροστάτευτοι από την πολιτεία από επιθέσεις ασθενών και άλλες, με αυταπάρνηση παρέχουν τις υπηρεσίες τους στον πολίτη αυτής της χώρας, παραμένοντας στα δύσκολα χρόνια της οικονομικής κρίσης προσπληρωμένοι στο καθήκον τους, με σοβαρές ελλείψεις ακόμη και στο απαραίτητο υγειονομικό υλικό.

Ο Παύλος Πολάκης, αναπληρωτής υπουργός Υγείας, όμως, αν και ιατρός, αν και γνωρίζει και όφειλε να γνωρίζει όλα τα παραπάνω, επέλεξε με σειρά δημοσίων δηλώσεών του τις τελευταίες ημέρες στα ΜΜΕ αλλά ακόμη και στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής στο πλαίσιο συζήτησης νομοσχεδίου για την οργάνωση του χρόνου εργασίας των γιατρών του ΕΣΥ να καταγγέλλει αορίστως το 80% των νοσοκομειακών ιατρών ως διεφθαρμένους, επιμένοντας ότι «το 80% των γιατρών τα «παίρνει».

Οι παραπάνω όμως επαναλαμβανόμενες και εμφαντικά διατυπωμένες δηλώσεις

του κ. Πολάκη, πέραν του ότι θίγουν βάναυσα το κύρος του συνόλου των ιατρών που υπηρετούν στο ΕΣΥ, επιπλέον και κυρίως αποτελούν ένα σοβαρό πλήγμα για την ίδια τη δημόσια υγεία στο μέτρο που η εμπιστοσύνη των ασθενών προς τους ιατρούς αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την επιτυχή άσκηση οποιασδήποτε πολιτικής δημόσιας υγείας για την πρόληψη αλλά και για την αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή κάθε ασθενή. Η δημόσια υγεία πλήττεται καίρια.

Ο ΙΣΑ ζητά από τον Εισαγγελέα να κληθεί ο κ. Πολάκης να αποδείξει όλα αυτά για τα οποία επιμένει να λέει δημοσίως καθώς και να διερευνήσει την εκ μέρους του τέλεση αυτεπαγγέλτως διωκομένων εγκλημάτων, με γνώμονα την πράσιση της δημόσιας υγείας και του κύρους των ιατρών που υπηρετούν στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο
Του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών
Ο Πρόεδρος Ο Γεν. Γραμματέας
Γ. Πατούλης Αλεξ. Βασιλείου

Αναγνώριση του δικαιώματος του ιατρού να συνταγογραφεί με τη δραστική ουσία ζητά ο ΙΣΑ

1/11/2017

Προς τον κ. Τάγαρη
ΗΔΙΚΑ, Λυκούργου 10, Αθήνα
ΑΠ 23814

Θέμα: Ο ΙΣΑ ζητά να αναγνωριστεί το δικαίωμα του ιατρού να συνταγογραφεί με τη δραστική ουσία αναφέροντας παράλληλα και το προτεινόμενο σκεύασμα με την εμπορική του ονομασία σύμφωνα με την απόφαση του ΣτΕ

Κύριοι,

Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών ευθύς εξαρχής ζήτησε την τροποποίηση της με αριθμ. πρωτ. ΔΒ4Γ/12768/11.9.2017 εγκυκλίου του ΕΟΠΥΥ, η οποία φαίνεται να παραγνωρίζει τη φύση του ιατρικού λειτουργήματος, τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενή, την ευθύνη του ιατρού, αλλά και όποιου επιχειρεί να τροποποιήσει την προταθείσα εξατομικευμένη φαρμακευτική θεραπευτική αγωγή, αλλά και τη σαφή επί του θέματος θέση του ΣτΕ (πρβλ. σχετ. 3802/14 Ολομ. ΣτΕ -σκ 18). Σύμφωνα με την κρίση του ΣτΕ είναι σαφές ότι κάθε ιατρός «δεν εμποδίζεται να υποδείξει στον ασθενή του συγκεκριμένο φάρμακο αναφοράς, το οποίο θεωρεί καταλληλότερο σε

σχέση με το αντίστοιχο γενόσημο, και σε περιπτώσεις, που δεν εμπίπτουν στις εξαιρέσεις, οι οποίες προβλέπονται στην προσβαλλόμενη ή υπερβαίνουν το ποσοστό του 15%, με συνέπεια, στην περίπτωση αυτή, την επιβάρυνση του ασθενή - ασφαλισμένου, σύμφωνα με την προσβαλλόμενη ΕΜΠ4/17.11.2012 απόφαση του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας, με τη διαφορά μεταξύ της λιανικής και της ασφαλιστικής τιμής, χωρίς, πάντως, να απαγορεύεται η εκτέλεση της συνταγής».

Με το εύσχημο πρόσχημα της «Παροχής Οδηγιών» φαίνεται ο ΕΟΠΥΥ να επιχειρεί εκ νέου να φέρει μεγάλη αναστάτωση στο χώρο της υγείας. Σε επικοινωνία με τον ΕΟΠΥΥ φαίνεται το ζήτημα να δημιουργείται μέσα από το σύστημα σας. Όμοιες αντιδράσεις υπήρξαν και από άλλους φορείς που επίσης ζήτησαν η εγκύκλιος αυτή να αποσυρθεί.

Για ύστατη φορά σας καλούμε, όπως σε συνεργασία με τον ΕΟΠΥΥ, ενεργήσετε με βάση την αρχή της νομιμότητας, επιφυλασσόμενοι παντός νομίμου δικαιώματος των ιατρών μελών μας που με αυταπάρνηση παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους πολίτες της χώρας, ασθενείς τους και ασφαλισμένους σας.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών
Ο Πρόεδρος Ο Γεν. Γραμματέας
Γ. Πατούλης Αλεξ. Βασιλείου

Ημερίδα του ΙΣΑ για τον εξωδικαστικό μηχανισμό και τα χρέη προς τράπεζες και δημόσιους οργανισμούς

4/11/2017

Με επιτυχία πραγματοποιήθηκε η Ημερίδα του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών και του ΟΠΕΜΕΔ με θέμα: Ο Νόμος για τον Εξωδικαστικό μηχανισμό και πως μπορεί να εφαρμοστεί για τα χρέη των ιατρών και των ιατρικών εταιριών. Ο ρόλος του διαμεσολαβητή- συντονιστή στην εξωδικαστική επίλυση της διαφοράς.

Στην ημερίδα απεύθυνε χαιρετισμό ο κ. Γεώργιος Πατούλης Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών.

Συμμετείχαν ως εισηγητές ο κ. Φώτιος Κουρμούσης Ειδικός Γραμματέας Διαχείρισης Ιδιωτικού Χρέους, ο κ. Νικόλαος Κανελλόπουλος Γενικός Γραμματέας του Οργανισμού Προώθησης Εναλλακτικών Μεθόδων Επίλυσης Διαφορών (ΟΠΕΜΕΔ), η κ. Χαρίκλεια Απαλαγάκη Γενική Γραμματέας της Ελληνικής Ένωσης Τραπεζών και ο κ. Φώτιος Πατσουράκος Ταμίας του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών ενώ τον συντονισμό έκανε η κ. Κατερίνα Φραγκάκη Δικηγόρος και Νομική Σύμβουλος του ΙΣΑ.

Στην ημερίδα επίσης παρευρέθηκαν τα μέλη του ΙΣΑ ο κ. Ευστάθιος Τσούκαλος και Παναγιώτης Ψυχάρης, καθώς επίσης ο κ. Θεόδωρος Γεωργακόπουλος Πρόεδρος της Πανελληνίας Ένωσης Ακτινολόγων, η κ. Λυδία Μουζάκα Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρίας Μαστολογίας, ο Πρόεδρος της Πανελληνίας Ένωσης Φοροτεχνικών Αττικής κ. Δημήτρης Τσαμόπουλος και ο κ. Ανάργυρος Πλακίωτης Γραμματέας της Ένωσης Στρατιωτικών Ιατρών.

Ο Πρόεδρος του ΙΣΑ τόνισε: «Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών με τον ΟΠΕΜΕΔ συνεργάζονται για την αντιμετώπιση των προβλημάτων εξωδικαστικά μέσω της διαμεσολάβησης. Ο ΙΣΑ πιστεύει στον θεσμό της διαμεσολάβησης και ήδη από το 2014 διοργάνωσε επιτυχημένη ημερίδα με θέμα Η εμπλοκή των ιατρών με τη Δικαιοσύνη και ο ρόλος της Διαμεσολάβησης. Πιστεύοντας λοιπόν σε αυτό τον θεσμό συμμετέχουμε ως ιδρυτικά μέλη στον ΟΠΕΜΕΔ».

Ο Πρόεδρος του ΙΣΑ κ. Πατούλης ανέφερε: «Γνωρίζοντας σε βάθος τα προβλήματα υπερχρέωσης που αντιμετωπίζουν οι ιατροί και τα εργαστήρια τα οποία αφορούν στα χρέη τους προς το δημόσιο και τις τράπεζες αποφασίσαμε να δι-



οργανώσουμε τη σημερινή ημερίδα. Το κύριο όμως έναυσμα για αυτή την ημερίδα αποτέλεσε η πρόσφατη απόφαση του ΕΟΠΥΥ που αφορούσε το clawback και το rebate όπου τα μέλη μας καλούνται να πληρώσουν υπέρογκα ποσά γεγονός που θα έχει ως αποτέλεσμα το κλείσιμο πολλών ιατρείων. Θέλοντας λοιπόν να βρούμε διεξόδους αποφασίσαμε να ενημερώσουμε τα μέλη μας για τον Νόμο που αφορά τον Εξωδικαστικό Μηχανισμό ρύθμισης οφειλών».

Στην ημερίδα τονίστηκε ότι ο ΙΣΑ έκανε αγώνες ώστε να μπορέσουν να ενταχθούν στον Νόμο και οι ελεύθεροι επαγγελματίες γεγονός που τελικά επετεύχθη μόνο σε έναν βαθμό. Βέβαια η βούληση μας είναι να διασαφηνιστεί ότι πρέπει και οι ελεύθεροι επαγγελματίες να μπορούν να διαγράψουν και να ρυθμίσουν τα χρέη τους προς τις τράπεζες μέσω του εξωδικαστικού μηχανισμού.

Οι ομιλητές ενημέρωσαν τόσο για τη δυνατότητα ρύθμισης των χρεών των ιατρικών εταιριών όσων και των ελεύθερων επαγγελματιών ιατρών.

Ειδικότερα αναφέρθηκε ότι υφίσταται το Νομικό Πλαίσιο για τη διαχείριση όλων των χρεών των ιατρών, καθώς και των εταιριών τους (κλινικές, εργαστήρια κλπ).

Περιλαμβάνονται χρέη προς:

- τράπεζες (τόσο ενεργές όσο και υπό εκκαθάριση), ακόμη και αν αυτά έχουν γγύηση ελληνικού δημοσίου

- ΑΑΔΕ (ΔΟΥ, Τελωνεία, ΟΤΑ κλπ)
- ασφαλιστικά ταμεία (ΕΦΚΑ)
- ιδιώτες (π.χ. προμηθευτές, εργαζομένους κλπ)

Το νομικό πλαίσιο προβλέπει:

- Ελάχιστο ποσό μηνιαίας αποπληρωμής (δηλ. 40 €)
- Αποπληρωμή σε μακροχρόνιες δόσεις (μέγιστο 120 για το δημόσιο)
- Διαγραφή («κούρεμα») του υπολοίπου ποσού, είτε αποτελεί πρόστιμα και προσαυξήσεις δημοσίου ή τόκους και κεφάλαιο δανείων.

Οι ιατροί χωρίζονται σε 3 ξεχωριστές κατηγορίες, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία:

1. Αυτοί που είναι φυσικά πρόσωπα (μισθωτοί, άνεργοι, συνταξιούχοι) και δεν διαθέτουν βιβλία στην Εφορία (δηλ. δεν θεωρούνται ατομικές επιχειρήσεις)
2. Αυτοί που διαθέτουν μια ατομική επιχείρηση δηλαδή οι ελεύθεροι επαγγελματίες (π.χ. ιατρείο, εργαστήριο)
3. Αυτοί που έχουν μια ιατρική εταιρία (π.χ. πολυιατρεία).

Για καθεμία κατηγορία ιατρών υπάρχει και μια ξεχωριστή λύση.

1. Αυτοί που είναι φυσικά πρόσωπα (μισθωτοί, άνεργοι, συνταξιούχοι) και δεν διαθέτουν βιβλία στην Εφορία (δηλ. δεν θεωρούνται ατομικές επιχειρήσεις):



Από το 1960
στην Ελλάδα



Όταν χαμογελάς, χαμογελάω.

Στην **Pfizer**, μία από τις κορυφαίες βιο-φαρμακευτικές εταιρίες στον κόσμο, ανακαλύπτουμε από το 1849 πρωτότυπα φάρμακα προσφέροντας στους γιατρούς τα μέσα να θεραπεύουν εκατομμύρια ανθρώπους.

Όταν συνεχίζετε να εμπιστεύεστε τα φάρμακά μας, συνεχίζουμε να ανακαλύπτουμε νέες θεραπείες.



Μαζί για έναν υγιέστερο κόσμο™

PFIZER HELLAS A.E. • Λ. Μεσογείων 243, 15451
Ν. Ψυχικό, τηλ.: 210 6785800 • www.pfizer.gr

- Μπορούν να κινηθούν εξωδικαστικώς ή δικαστικώς:
- Εξωδικαστικώς μπορούν να ρυθμίσουν τα τραπεζικά χρέη:
 - κάνοντας αίτηση απευθείας στην τράπεζα (ή τον εκκαθαριστή), με χρήση του Κώδικα Δεοντολογίας Τραπεζών
- Δικαστικώς μπορούν να ρυθμίσουν όλα τα χρέη, τόσο τραπεζικά όσο και δημόσιο – ασφαλιστικά ταμεία:
 - κάνοντας αίτηση στο Νόμο Κατσέλη
 - Σταθάκη, δηλώνοντας ότι αποτελούν υπερχρεωμένο νοικοκυριό

2. Αυτοί που διαθέτουν μια ατομική επιχείρηση (π.χ. ιατρείο, εργαστήριο), το οποίο δεν αποτελεί νομικό πρόσωπο:

- Μπορούν να κινηθούν εξωδικαστικώς ή δικαστικώς:
- Εξωδικαστικώς μπορούν να ρυθμίσουν

όλα τα χρέη, τόσο τραπεζικά όσο και δημόσιο – ασφαλιστικά ταμεία:

- κάνοντας αίτηση απευθείας στην τράπεζα (ή τον εκκαθαριστή), με χρήση του Κώδικα Δεοντολογίας Τραπεζών
- έως τέλος Δεκεμβρίου 2017 θα μπορούν κάνουν αίτηση απευθείας στην ΑΑΔΕ για χρέη προς δημόσιο, με χρήση του Νόμου εξωδικαστικού μηχανισμού
- έως τέλος Δεκεμβρίου 2017 θα μπορούν κάνουν αίτηση απευθείας στον ΕΦΚΑ για χρέη προς ασφαλιστικά ταμεία, με χρήση του Νόμου εξωδικαστικού μηχανισμού
- Δικαστικώς μπορούν να ρυθμίσουν όλα τα χρέη, τόσο τραπεζικά όσο και δημόσιο – ασφαλιστικά ταμεία:
 - κάνοντας αίτηση στο Νόμο Κατσέλη – Σταθάκη, δηλώνοντας ότι αποτελούν μικρο-

επιχειρηματίες χωρίς πτωχευτική ιδιότητα

3. Αυτοί που διαθέτουν ιατρική εταιρεία (π.χ. πολυιατρεία κλπ):

- Μπορούν να κάνουν αίτηση στο Νόμο Εξωδικαστικού Μηχανισμού και να ρυθμίσουν όλα τα χρέη, τραπεζικά, δημόσιο – ασφαλιστικά ταμεία και προμηθευτές
- Ο ΙΣΑ θα συνεχίσει να ενημερώνει τα μέλη του και να παρεμβαίνει στην πολιτική ηγεσία για τη διευθέτηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο
Του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών
Ο Πρόεδρος Ο Γεν. Γραμματέας
Γ. Πατούλης Αλεξ. Βασιλείου

Διαμαρτυρία του ΙΣΑ για την αιφνιδιαστική και εκβιαστική απόφαση του συμψηφισμού των οφειλών του Φορέα με το ποσό Rebate και Clawback

23/10/2017

Δεν αποδεχόμαστε καμία καταβολή από τους ιατρούς εάν δεν αποπληρωθούν πρώτα όλες οι ληξιπρόθεσμες οφειλές από το 2010

Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών διαμαρτύρεται έντονα και δηλώνει την αγανάκτηση του, για την αιφνιδιαστική και εκβιαστική απόφαση, για το συμψηφισμό των οφειλών του Φορέα, με το ποσό rebate και clawback που οφείλει ο κάθε πάροχος για τα έτη 2013 και εφεξής. Πρόκειται για μια απόφαση που θα οδηγήσει στον αφανισμό των εργαστηρίων καθότι αδυνατούν πλέον να ανταπεξέλθουν ενόψει των οφειλών του ΕΟΠΥΥ και της φορολογικής και ασφαλιστικής λαίλαπας.

Ο ΙΣΑ τονίζει ότι όλα τα ταμεία που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ έχουν αφήσει μεγάλα ποσά ληξιπρόθεσμα προς τους ιατρούς, για τα οποία φέρει την αποκλειστική ευθύνη ο ΕΟΠΥΥ ως καθολικός διάδοχος. Οφείλει λοιπόν πρώτα να προβεί σε ολική αποπληρωμή των ληξιπρόθεσμων και αφού αποπληρωθούν ΠΛΗΡΩΣ τα ληξιπρόθεσμα να ξεκινήσει η καταβολή 120 δόσεων, όπως ισχύει και για τους λοιπούς οφειλέτες του δημοσίου.

Τονίζουμε ότι είναι απαράδεκτο να έχει γίνει υποκοστολόγηση ιατρικών εξετάσεων έως και 70% και να επιβάλλεται η παρακράτηση Clawback και Rebate από τις επόμενες υποβολές, με τις οποίες είναι αδύνατο φυσικά λόγω της υποκοστολόγησης να αντεπεξέλθουν στην πληρωμή οι ιατροί και τα πολυιατρεία.

Ο ΙΣΑ επισημαίνει ότι πρόκειται να συνδράμει και να καλύψει τα μέλη του, σε όποιες διεκδικήσεις αποφασίσουν ενώ απέστειλε μια ακόμα επιστολή στον πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ, στην οποία αναφέρονται τα εξής:

«Ήδη έχουν παρέλθει τέσσερις ημέρες από την κοινοποίηση σε εσάς της πρώτης επιστολής μας με αριθμ. πρωτ 23460/19-10-2017 και ακόμα δεν έχουμε λάβει απάντηση στα καίρια ερωτήματα τα οποία σας θέσαμε και τα οποία αφορούν στην αιφνιδιαστική και εκβιαστική απόφαση για τον συμψηφισμό των οφειλών του Φορέα, με το ποσό rebate και clawback που οφείλει ο κάθε πάροχος για τα έτη 2013 και εφεξής.

Η πρόταση αυτή είναι αιφνιδιαστική, εκβιαστική και αόριστη κατά περιεχόμενο για τους ακόλουθους συγκεκριμένους λόγους:

- Η προθεσμία των 3 ημερών είναι ασφυκτική ειδικά για τα μικρά εργαστήρια και πολυιατρεία που δεν διατηρούν διπλογραφικά βιβλία. Καθιστά οποιαδήποτε προσπάθεια ελέγχου της ορθότητας των στοιχείων που αναρτήθηκαν πρακτικά αδύνατη.
- Δεν προκύπτει πότε και με ποιο ακριβώς τρόπο θα κληθούν να καταβάλουν το υπερβάλλον οι πάροχοι εκείνοι οι οποίοι, μετά τον κατά τον παραπάνω υπολογισμό του ΕΟΠΥΥ, έχουν οφειλή. Αιτούμαστε, σε κάθε περίπτωση, οι δόσεις να είναι τουλάχιστον 120, πληρώνοντας ίσο μέτρο με εκείνο που ισχύει και για τους λοιπούς οφειλέτες του δημοσίου.
- Δεν προκύπτει ποιες θα είναι οι συνέπειες απόρριψης της προτάσεως συμβιβασμού για τον πάροχο

Με νεότερη επιστολή μας σας δηλώσαμε ότι είναι απαράδεκτο να έχει γίνει υποκοστολόγηση ιατρικών εξετάσεων έως και 70% , σύμφωνα με την ΥΑ Α3(γ)/οικ.76492/2016 (ΦΕΚ 3458/2016) και να επιβάλλεται την παρακράτηση Clawback και Rebate από τις επόμενες υποβολές με τις οποίες είναι αδύνατο φυσικά λόγω της υποκοστολόγησης να αντεπεξέλθουν στην πληρωμή οι ιατροί και τα πολυιατρεία.

Με την παρούσα και αναμένοντας την άμεση απάντησή σας στις δυο προηγούμενες επιστολές μας αιτούμαστε όπως λάβετε υπόψη σας ότι όλα τα ταμεία που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ έχουν αφήσει

μεγάλα ποσά ληξιπρόθεσμα προς τους ιατρούς για τα οποία φέρει την αποκλειστική ευθύνη ο ΕΟΠΥΥ ως καθολικός διάδοχος! Οφείλετε λοιπόν πρώτα να προβείτε σε ολική αποπληρωμή των ληξιπρόθεσμων του Οργανισμού σας και αφού αποπληρώσετε ΠΛΗΡΩΣ τα ληξιπρόθεσμα να ξεκινήσει η καταβολή των 120 δόσεων. Πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι η κατάσταση αυτή οδηγεί αυτομόνη στον αφανισμό τους καθότι αδυνατούν πλέον να ανταπεξέλθουν ενόψει των οφειλών του ΕΟΠΥΥ και της φορολογικής και ασφαλιστικής λαίλαπας.

Το αίτημά μας για τις 120 δόσεις είναι εύλογο και νόμιμο καθότι υπάρχει ρητή πρόβλεψη και για τους ελεύθερους επαγγελματίες στον Ν. 4469/2017 και ειδικότερα στο άρθρο 15 παρ.21 καθότι οι οφειλές έχουν βεβαιωθεί πριν την 31/12/2016.

Ως εκ τούτου δεν υπάρχει λόγος να μην δύνανται οι ιατροί ως ελεύθεροι επαγγελματίες να ενταχθούν σε μεγάλο αριθμό δόσεων. Πρέπει να τηρήσετε ίσο μέτρο με εκείνο που ισχύει και για τους λοιπούς

οφειλέτες του δημοσίου και θα ήταν ορθό και δίκαιο ενόψει του κουρέματος που έχουν υποστεί λόγω της υποκοστολόγησης των ιατρικών εξετάσεων, αντίστοιχα να οριστεί κούρεμα και στο Clawback και Rebate, με σκοπό να συνεχιστεί η λειτουργία των εργαστηρίων και των πολυιατρείων και να μην αναγκαστούν να διακόψουν την λειτουργία τους καθότι πλέον δεν θα είναι βιώσιμα.

Οφείλετε να διασαφηνίσετε τα παραπάνω και να θέσετε μεγαλύτερη προθεσμία από αυτή των 3 ημερών. Άλλως δίδεται η εντύπωση ότι η διαδικασία αυτή αποτελεί το μέσο για το μαρασμό των ιδιωτικών φορέων ΠΦΥ, πλην ολίγων ισχυρών».

Για το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών
Ο Πρόεδρος Ο Γεν. Γραμματέας
Γ. Πατούλης Αλεξ. Βασιλείου

Σύμφωνο συνεργασίας για την ενίσχυση του Τουρισμού Υγείας στην Ελλάδα

14/07/2017

χώρα του Ιπποκράτη».

Σύμφωνο συνεργασίας, για την ενίσχυση του Τουρισμού Υγείας στην Ελλάδα και την αξιοποίηση των δομών της χώρας μας από τους ομογενείς του Σικάγου, υπέγραψε ο Πρόεδρος του ΙΣΑ και της ΚΕΔΕ Γ. Πατούλης, με τον Πρόεδρο της Ομοσπονδίας Ελληνικών Σωματείων Σικάγου Κώστα Χανιωτάκη.

Με το Σύμφωνο Συνεργασίας δίνεται η δυνατότητα στους ομογενείς του Σικάγου να επωφελούνται των ιατρικών δομών της χώρας μας, μέσω των πιστοποιημένων υπηρεσιών του Τουρισμού Υγείας. Το Σύμφωνο αποτελεί μέρος των σημαντικών πρωτοβουλιών που δρομολογούνται σε παγκόσμιο επίπεδο προκειμένου να αναπτυχθεί ο Τουρισμός Υγείας στη χώρα μας.

Σχολιάζοντας το θέμα ο πρόεδρος του ΙΣΑ και της ΚΕΔΕ Γ. Πατούλης ανέφερε τα εξής:

«Η επιστημονική κοινότητα της χώρας ενώνει τις δυνάμεις της με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και ανοίγουν το δρόμο προς την εθνική ανάπτυξη. Ο Ιατρικός Τουρισμός αποτελεί έναν νέο σημαντικό πυλώνα ανάπτυξης για τη χώρα μας συμβάλλοντας στη διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών για την αξιοποίηση του σημαντικού ιατρικού δυναμικού. Η Ελλάδα διαθέτει επιστήμονες υψηλού επιπέδου, ενώ οι ιατρικές υπηρεσίες έχουν από τις πιο υψηλές προδιαγραφές παγκοσμίως. Τη σημαντική αυτή δυναμική η χώρα μας μπορεί και πρέπει να αξιοποιήσει, δημιουργώντας ελκυστικές παροχές υγείας, με στόχο να φέρουμε όλο και περισσότερους ασθενείς στη

Από την πλευρά του ο Πρόεδρος της Ελληνικής Ομογένειας του Σικάγου Κ. Χανιωτάκης εξήρε την ελληνική επιστημονική κοινότητα που όπως είπε χαρακτηριστικά είναι παγκόσμιας εμβέλειας.

«Αυτό είναι το πρόσωπο της δημιουργικής Ελλάδας που μας κάνει περήφανους που αντιστέκεται και επιμένει. Θα στηρίξουμε την προσπάθεια για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού γιατί και εμείς θα ωφεληθούμε και την πατρίδα μας θα βοηθήσουμε», τόνισε ο κ. Χανιωτάκης

Σε δηλώσεις του ο Πρόεδρος του ΙΣΑ και της ΚΕΔΕ τόνισε τα εξής:

«Η χώρα μας δεν πρέπει να μείνει κλεισμένη στο καβούκι της. Αν θέλουμε να την οδηγήσουμε στο δρόμο της ανάπτυξης οφείλουμε να δράσουμε με στόχο την τόνωση της εξωστρέφειας της ενώ απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί και η αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων του συγκεντρωτικού κεντρικού κράτους. Η Ελλάδα πρέπει να προχωρήσει μπροστά. Θα συνεχίσουμε με την ίδια όρεξη και αισιοδοξία την πορεία μας».

Ειδικότερα, μέσω του Συμφώνου Συνεργασίας δίνεται η δυνατότητα στους ομογενείς από το Μόντρεαλ να επισκέπτονται την Ελλάδα για ιατρικές υπηρεσίες, μέσω των πιστοποιημένων υπηρεσιών του Τουρισμού Υγείας σε συνέχεια των δράσεων που έχουμε ξεκινήσει σε παγκόσμιο επίπεδο με σκοπό τη δημιουργία ενός διεθνούς πλαισίου για την ανάπτυξη του Τουρισμού Υγείας στη χώρα μας, υπογράψαμε με την Ελληνική Κοινότητα Μείζονος του Μόντρεαλ μια σημαντική συμφωνία. Ο Ιατρικός Τουρισμός αποτε-



λεί έναν νέο σημαντικό πυλώνα ανάπτυξης για τη χώρα, που προέρχεται μέσα από το ιατρικό μας δυναμικό.

Η Ελλάδα διαθέτει επιστήμονες υψηλού επιπέδου, ενώ οι ιατρικές υπηρεσίες έχουν από τις πιο υψηλές προδιαγραφές παγκοσμίως. Τη σημαντική αυτή δυναμική η χώρα μας μπορεί και πρέπει να αξιοποιήσει, δημιουργώντας ελκυστικές παροχές υγείας, με στόχο να φέρουμε όλο και περισσότερους ασθενείς στη χώρα του Ιπποκράτη. Η πρωτοβουλία μας να ενισχύσουμε τον Τουρισμό Υγείας στη χώρα μας έχει εθνικό χαρακτήρα και πολλαπλά οφέλη και για τις τοπικές κοινωνίες. Θα συνεχίσουμε την προσπάθεια με την ίδια όρεξη.

ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ Ι.Σ.Α.

Συνάντηση του ΙΣΑ στο Υπουργείο Οικονομικών και Ανάπτυξης για επιδότηση ΕΣΠΑ - Ενίσχυση των ιατρείων και πολυιατρείων

24/09/2017

Συνάντηση πραγματοποιήθηκε στο Υπουργείο Οικονομίας και Ανάπτυξης με την Ειδική Γραμματέα Διαχείρισης Τομεακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων ΕΤΠΑ&ΤΑ κ. Ευγενία Φωτονιάτα για τα προγράμματα ΕΣΠΑ και την ενίσχυση των ιατρείων και πολυιατρείων. Στη συνάντηση τον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών κ. Γεώργιο Πατούλη εκπροσώπησε ο ταμίας του ΙΣΑ κ. Φώτιος Πατσουράκος και η νομική σύμβουλος κ. Αικατερίνη Φραγκάκη.

Στη συνάντηση κατατέθηκε πρόταση του ΙΣΑ για την ανάγκη σχεδιασμού και την προκήρυξη στοχευμένων προσκλήσεων στο πλαίσιο υλοποίησης ΕΣΠΑ, που θα απευθύνονται αποκλειστικά στον Τομέα Υγείας και ειδικότερα στις επιχειρή-

σεις που δραστηριοποιούνται στον τομέα της ΠΦΥ.

Ο Πρόεδρος του ΙΣΑ δήλωσε: «Οι σημαντικότερες ανάγκες εντοπίζονται στον τομέα του εκουχρονισμού των τεχνολογικών υποδομών των επιχειρήσεων της ΠΦΥ. Με την ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών στον τομέα της ΠΦΥ μεγάλο μέρος της φροντίδας που παρέχεται στα νοσοκομεία και στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας, θα μεταφερθεί στο μέλλον στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, σε εξειδικευμένους ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα. Κρίνεται λοιπόν αναγκαίο να επανδρωθούν οι φορείς ΠΦΥ με σύγχρονο εξοπλισμό για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας».

Σήμερα σε πολλές περιπτώσεις η τεχνολογική ανεπάρκεια και ο φόρτος των μο-

νάδων ΠΦΥ ωθεί τον πληθυσμό στην δευτεροβάθμια φροντίδα (νοσοκομεία, κλινικές) με αντίστοιχες επιπτώσεις αναφορικά με το κόστος της παροχής της υγείας και την υπερφόρτωση των υποδομών.

Η Ειδική Γραμματέας αποδεχομένη την πρόταση του ΙΣΑ ενημέρωσε ότι θα προωθηθεί πρόγραμμα αμιγώς για την υγεία στις αρχές του επόμενου έτους σχετικά με τον Ιατρικό Μηχανολογικό Εξοπλισμό των ιατρείων.

Ο ΙΣΑ θα συνεχίσει κάθε δυνατή ενέργεια προκειμένου να ενισχυθούν όλοι οι ιατροί που έχουν οικονομική αδυναμία.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο
Του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών
Ο Πρόεδρος Ο Γεν. Γραμματέας
Γ. Πατούλης Αλεξ. Βασιλείου

Έκτακτη σύσκεψη του ΙΣΑ με Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας για τη μεταρρύθμιση της νομοθεσίας των Ιατρικών Συλλόγων

1/09/2017

Την προσπάθεια φίμωσης και υποβάθμισης των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας με ένα Σχέδιο Νόμου που αποτελεί ταφόπλακα για τον ιατρικό κόσμο κατήγγειλαν οι πρόεδροι και οι εκπρόσωποι των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας που συμμετείχαν σε έκτακτη σύσκεψη που συγκάλεσε ο ΙΣΑ στα γραφεία του.

Οι συμμετέχοντες που εκπροσωπούσαν άνω του 65% του ιατρικού σώματος της χώρας μίλησαν για ιστορική ευθύνη απέναντι στις επόμενες γενεές να διατηρήσουν δυνατή τη φωνή του ιατρικού σώματος την κρίσιμη αυτή περίοδο που διανύει η χώρα. Κοινός τόπος ήταν ότι το Σχέδιο Νόμου περιλαμβάνει αντιδημοκρατικές και αναχρονιστικές διατάξεις που οδηγούν στην σταδιακή υποβάθμιση των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας. Όπως τονίστηκε ο Γεν. Γραμματέας του ΠΙΣ Δημήτρης Βαρνάβας εκπροσωπώντας τον επονεϊδίστο κυβερνητικό συνδικαλισμό ασκεί ανήθικο μπούλινγκ σε όσους τολμούν να υπερασπιστούν τα δίκαια αιτήματα του ιατρικού σώματος και να προβάλουν αντιστάσεις στην αυθαιρεσία της πολιτικής ηγεσίας, αποσκοπώντας στην εγκαθίδρυση ενός συγκεντρωτικού και ελεγχόμενου από την πολιτική εξουσία συστήματος εκπροσώπησης των γιατρών.

Οι συμμετέχοντες τόνισαν επίσης ότι το Σχέδιο Νόμου διατηρεί αντιδημοκρατικές και αναχρονιστικές διατάξεις όπως για παράδειγμα η μη αναλογικότητα στην εκπροσώπηση στον ΠΙΣ και το Βασιλικό Διάταγμα του 1957 που δεν επιτρέπει την επικοινωνία των Ιατρικών Συλλόγων με τους Φορείς ενώ εισάγει ρυθμίσεις που αποτελούν το Δούρειο Ίππο για την υποβάθμιση των Ιατρικών Συλλόγων.



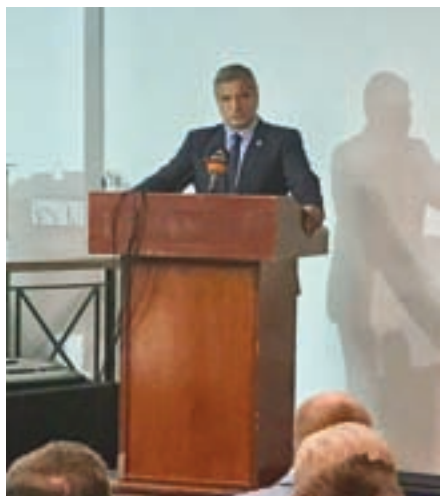
Οι συμμετέχοντες επεσήμαναν ότι ο ΠΙΣ δεν έχει μέλη ιατρούς και δεν μπορεί να χορηγεί πιστοποιητικά good standing, χωρίς σχετική βεβαίωση του οικείου ΙΣ.

Επισημάνθηκε ότι οι Ιατρικοί Σύλλογοι προτίθενται να διεκδικήσουν η οικονομική συμμετοχή των Συλλόγων να γίνεται με βάση την εκπροσώπησή τους στον ΠΙΣ.

Οι Πρόεδροι και οι εκπρόσωποι των Ιατρικών Συλλόγων που συμμετείχαν στη σύσκεψη κατέληξαν ότι από κοινού θα διεκδικήσουν μια δημοκρατική και κοινώς αποδεκτή αναμόρφωση και μεταρρύθμιση του νομικού πλαισίου που διέπει τους Ιατρικούς Συλλόγους διασφαλίζοντας ότι θα παραμείνει ισχυρή η φωνή του ιατρικού σώματος.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών
Ο Πρόεδρος Ο Γεν. Γραμματέας
Γ. Πατούλης Αλεξ. Βασιλείου

3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιαματικής Ιατρικής με θέμα «Οι ευοίωνες προοπτικές του ιαματικού τουρισμού» υπό την αιγίδα του ΙΣΑ και της ΚΕΔΕ



9/10/2017

Οι ευοίωνες προοπτικές που ανοίγονται για τη χώρα μας από τη αξιοποίηση του ιαματικού τουρισμού ήταν το θέμα του 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ιαματικής Ιατρικής που πραγματοποιήθηκε στα Καμένα Βούρλα στις 6-8 Οκτωβρίου 2017. Το συνέδριο συνδιοργάνωσε η ΚΕΔΕ, Ελληνική Ακαδημία Ιαματικής Ιατρικής και η Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδος, υπό την αιγίδα του υπουργείου Οικονομίας και Ανάπτυξης, του ΠΙΣ, του ΙΣΑ και σε συνεργασία με την Τσεχική Πρεσβεία.

Ομιλητές ήταν αξιόλογα μέλη της επιστημονικής κοινότητας που κάλυψαν μια ενδιαφέρουσα θεματολογία, ενώ συμμετείχαν εκπρόσωποι του πολιτικού κόσμου και της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στην Ελλάδα σε 752 διαφορετικά γεωγραφικά σημεία αναβλύζουν πηγαία νερά πλούσια σε μεταλλικά στοιχεία. Ωστόσο, ο πλούτος αυτός έχει μείνει αναξιοποίητος, καθώς μόνο 109 πηγές είναι ενεργοποιημένες και οι 43 είναι αναγνωρισμένες με Φ.Ε.Κ. για θεραπευτικές ενδείξεις και αντενδείξεις.

Όπως τόνισαν οι ομιλητές η αξιοποίηση των πολλών σημαντικών ιαματικών πηγών μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο για την ανάπτυξη του ιαματικού τουρισμού και να συντελέσει στην ανάκαμψη της ελληνικής οικονομίας

Είναι χαρακτηριστικό ότι η Ευρώπη έχει



1.400 ανεπτυγμένες λουτροπόλεις, στις οποίες απασχολούνται 750.000 άτομα με ετήσιο τζίρο 45 δις. ευρώ από τις 180 εκατομμύρια διανυκτερεύσεις.

Στο πλαίσιο της ομιλία του, ο πρόεδρος του ΙΣΑ και της ΚΕΔΕ Γ. Πατούλης τόνισε τα εξής: «Η χώρα μας έχει μεγάλο πλούτο σε ιαματικές πηγές ωστόσο ο «θισσαυρός» αυτός παραμένει αναξιοποίητος σε μεγάλο βαθμό. Ο Ιαματικός Τουρισμός αποτελεί έναν ταχέως αναπτυσσόμενο κλάδο διεθνώς τα τελευταία 15 χρόνια αλλά για να συμμετέχει και η Ελλάδα στην παγκόσμια αυτή αγορά χρειαζόμαστε όραμα, σχέδιο και εθνική συστηματική προσπάθεια για την αναπτυξιακή αναγέννηση. Κάνουμε βήματα μπροστά για να καταστήσουμε τον τουρισμό υγείας μοχλό ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας και ανάδειξης της Ελλάδας σε κορυφαίο τουριστικό προορισμό 12 μήνες το χρόνο. Στο πλαίσιο αυτό συστήσαμε, το Διεθνές Κέντρο Τουρισμού Υγείας, που έχει στόχο την προώθηση του τουριστικού μας προϊόντος, αξιοποιώντας τις πλέον αποδοτικές πολιτικές προβλεπόμενες και μάρκετινγκ και συμβάλλοντας παράλληλα στον τομέα της παροχής συστηματικής και δομημένης εκπαίδευσης και κατάρτισης σε όλους τους τομείς του Τουρισμού Υγείας. Στόχος μας είναι να προσελκύσουμε επενδύσεις, που θα δημιουργήσουν χιλιάδες νέες θέσεις εργασίας και νέα εισοδήματα σε μια χώρα που δοκιμάζεται τα τελευταία οκτώ χρόνια από μια δομική κρίση».

Από την πλευρά του ο Καθηγητής Δερματολογίας-Νομικός Κωνσταντίνος Κου-

σκούκης, πρόεδρος της Ελληνικής Ακαδημίας Ιαματικής Ιατρικής τ. Αντιπρύτανης τόνισε επεσήμανε ότι: «Η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη σε ποιότητα και μοναδικότητα των ιαματικών φυσικών πόρων, έχει απεριόριστη δυναμική ανάπτυξης των κέντρων θαλασσοθεραπείας, λόγω της τεράστιας ακτογραμμής της και του εξαιρετικού βιοκλίματος. Μπορεί να παρέχει υπηρεσίες όλου του φάσματος της Ιαματικής Ιατρικής και των εναλλακτικών μορφών τουρισμού. Σε συνδυασμό με την πλούσια πολιτιστική και ιστορική κληρονομιά της, σε ένα εξαιρετικά όμορφο φυσικό περιβάλλον βιώσιμης και αειφόρου ανάπτυξης και τη φημισμένη μεσογειακή διατροφή θα μπορούσε να αποτελεί τον ιδανικό προορισμό».

Τις εργασίες του συνεδρίου παρακολούθησε πλήθος κόσμου ενώ χαιρετισμό απηύθυναν μεταξύ άλλων οι κ.κ. Στέργιος Πιτσιόρλας Υφυπουργός Οικονομίας και Ανάπτυξης, Ε. Καραϊσκος Αντιπεριφερειάρχης ΠΣΕ, Ι. Συκιώτης Δήμαρχος Μώλου-Αγίου Κωνσταντίνου, ο Δ. Μπίνος Δήμαρχος Αλμωπίας, αντιπρόεδρος Συνδέσμου Ιαματικών Πηγών Ελλάδος.

Επίσης, παρέστησαν εκπρόσωποι πολιτικών κομμάτων, βουλευτές, πρώην υπουργοί καθώς και ο πρέσβης Τσεχικής Δημοκρατίας Bondy Jan, η Χ. Νικολάου Καθηγήτρια Ιατρικής Αντιπρόεδρος ΚΕΣΥ, ο Α. Κατσίκης, Πρόεδρος Πανελληνίας Ένωσης Οδοντιάτρων.

ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ Ι.Σ.Α.

ΕΙΔΙΚΟ ΑΦΙΕΡΩΜΑ ΣΤΟΝ ΕΠΩΔΥΝΟ ΩΜΟ - Μέρος Α

Εισηγητής: Δ. Γουλές, Ρευματολόγος

Θυλακίτιδα Ώμου

Συμφυτική Θυλακίτιδα - Ψυχρός ή παγωμένος ώμος



Ν. ΜΑΪΣΗ^{1,4}, Κ. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ^{2,4}, Δ. ΓΟΥΛΕΣ^{3,4}

¹Ιατρός, Συνεργάτης ΕΕΛΙΑ

²Ιατρός Εργασίας, Συνεργάτης ΕΕΛΙΑ

³Ρευματολόγος, Δ/ντης Σύνταξης ΕΕΛΙΑ, Ιατρείο Σ. Στήλης, Αθήνα

⁴ΕΕΛΙΑ, Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής

Ο παγωμένος ή ψυχρός ώμος (frozen shoulder) ή συμφυτική θυλακίτιδα (adhesive capsulitis) είναι μια επώδυνη και ποικίλης βαρύτητας νόσος. Επινοήθηκε και περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1934 από τον Codman.¹ Χαρακτηρίζεται από σημαντικό περιορισμό των ενεργητικών και παθητικών κινήσεων του ώμου, ιδίως της απαγωγής και της έξω στροφής, απουσιάζουν ειδικά διαγνωστικά και απεικονιστικά ευρήματα και μπορεί να φτάσει μέχρι πλήρους ακινησίας του ώμου.

Εμφανίζεται με προοδευτικό και οδυνηρό τρόπο που οδηγεί σε ινωτική ρίκνωση της αρθρικής κάψουλας. Ο πόνος αρχικά εγκαθίσταται σταδιακά και επιτείνεται τη νύχτα.¹ Προσβάλλει άτομα μέσης ηλικίας, ιδίως τις γυναίκες. Μπορεί να είναι ιδιοπαθής ή δευτεροπαθής και εξελίσσεται σε τρία στάδια ή φάσεις: (α) επώδυνη (β) δυσκαμψίας και (γ) ανάνηψης.²

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Είναι νόσος της μέσης ή μεγάλης ηλικίας (38-80 ετών) και οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τους άνδρες. Η συχνότητα εμφάνισης δεν είναι ακριβώς γνωστή. Ωστόσο, εκτιμάται ότι 2 έως 5% του γενικού πληθυσμού³ αναπτύσσει την ασθένεια αυτή κατά τη διάρκεια της ζωής του και δεν υπάρχει καμία προτίμηση για κάποια φυλή. Στους διδύμους, η συμφυτική θυλακίτιδα (ΣΘ) είναι κατά 2-3 φορές συχνότερη απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Συνήθως, η αμφοτερόπλευρη προσβολή των ώμων είναι σπάνια. Αντίθετα μπορεί να παρουσιάζεται διαδοχικά. Η επίπτωση της συμφυτικής θυλακίτιδας του ώμου είναι πέντε φορές υψηλότερη στον δια-

βητικό πληθυσμό από ότι στο γενικό πληθυσμό, στους οποίους κυμαίνεται από 10% -29%.^{2,4,5}

Προσβάλλει τόσο τον τύπου 1 όσο και τον τύπου 2 ΣΔ, είναι πιο συχνή στους ηλικιωμένους, και μπορεί να είναι αμφίπλευρη.²

Αντίστροφα, μερικοί ερευνητές μελετώντας ασθενείς με παγωμένο ώμο, ανέφεραν υψηλότερη επίπτωση εμφράγματος του μυοκαρδίου σε ασθενείς με τύπου 1 ΣΔ και αυτόνομη νευροπάθειας σε ασθενείς με τύπου 1 και τύπου 2 ΣΔ.²

Η πρωτοπαθής συμφυτική θυλακίτιδα του ώμου θεραπεύεται συνήθως από μόνη της μετά από 2-4 χρόνια. Μερικοί άρρωστοι έχουν συμπτώματα και περιορισμό της κινητικότητας του ώμου, ο οποίος διαρκεί πάνω από 3 χρόνια, ενώ ελάχιστοι αποκτούν μόνιμη, μακροχρόνια αναπηρία.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η συμφυτική θυλακίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί χωρίς εμφανή αιτία, σχετιζόμενη ή υποκειμένη νόσο, δηλαδή είναι άγνωστης αιτιολογίας και στην περίπτωση αυτή ονομάζεται πρωτοπαθής ή ιδιοπαθής.

Η δευτεροπαθής συμφυτική θυλα-

κίτιδα αναπτύσσεται σε έδαφος διαφόρων νοσολογικών καταστάσεων που εμπλέκονται στο μηχανισμό της νόσου ως παράγοντες κινδύνου και αυξάνουν τη συχνότητά της όπως:

- Σακχαρώδης διαβήτης
- Αυχενική ριζοπάθεια - μυελοπάθεια
- Μακροχρόνια ακινητοποίηση
- Κακώσεις του ώμου (τραύμα, αποπιτανώσεις, ρήξεις πετάλου, κατάγματα, χειρουργικές επεμβάσεις στον ώμο)
- Καρδιακές και νευροχειρουργικές επεμβάσεις
- Παθήσεις του θυρεοειδούς
- Εγκεφαλικά επεισόδια
- Αυτοάνοσα νοσήματα
- Νόσος Dupuytren
- Νόσος Parkinson
- Αντι-ιογενή θεραπεία (ιδιαίτερα αναστολείς της πρωτεάσης) για λοίμωξη από HIV

Οι περισσότεροι ασθενείς με ΣΘ έχουν περάσει μια περίοδο ακινητοποίησης του ώμου.

Σε μια μελέτη ακινητοποιημένων ώμων (νευροχειρουργικών ασθενών), η επίπτωση παγωμένου ώμου ήταν 5-9 φορές μεγαλύτερη εκείνης του γενικού πληθυσμού.⁶

ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ-ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η ΣΘ εμφανίζεται με προοδευτικό και οδυνηρό τρόπο, που οδηγεί σε σύγκαμψη και ρίκνωση της αρθρικής κάψουλας (contracture of the joint capsule), η οποία προσκολλάται στην κεφαλή του βραχιονίου, μειώνοντας τον όγκο και τον διαθέσιμο λειτουργικό χώρο για τις κινήσεις της άρθρωσης.²

Η ιστολογική εξέταση του θυλάκου δείχνει πολλαπλασιασμό των ινοβλαστών και μετατροπή τους σε μυοϊνοβλάστες, οι οποίοι παράγουν υπερβολική ποσότητα κολλαγόνου τύπου 1 και τύπου 3. Οι διαπιστώσεις αυτές είναι παρόμοιες με εκείνες της νόσου Dupuytren⁷ χωρίς η ΣΘ να έχει την ίδια δυσμενή πρόγνωση.

Ενδιαφέρον είναι ότι εκτός από την γληνοβραχιόνια κάψα συχνά εμπλέκονται στην απώλεια εύρους κίνησης βλάβες των περιαρθρικών δομών, όπως ο κορακοβραχιόνιος σύνδεσμος, το στροφικό πέταλο, ο υποπλάτιος μυς και ο υπακρωμιακός ορογόνο θύλακας. Περίεργο είναι ότι οι περισσότεροι συγγραφείς δεν περιγράφουν κλινικά σοβαρές συμφύσεις της κάψας ως κυρίαρχο εύρημα της χρόνιας θυλακίτιδας.

Αντίθετα, επιβεβαιώνουν μια ενεργή υπερπλαστική ινοπλασία και υπέρμετρη παραγωγή κολλαγόνου τύπου III που οδηγεί σε συγκάμψεις των προαναφερθέντων μαλακών ιστών. Τα ευρήματα αυτά παρατηρήθηκαν σε χειρουργημένους ασθενείς τελικού σταδίου και δεν μπορούν να βρεθούν σε ασθενείς πρώιμου σταδίου. Παρά τις ιστολογικές ομοιότητες με τις συσπάσεις Dupuytren, η ΣΘ διαφέρει από τη δυσμενή, και προοδευτική έκβαση της πρώτης. Οι παραπάνω βλάβες οδηγούν σε προοδευτική απώλεια εύρους κίνησης της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης, η οποία επηρεάζει την έξω στροφή και απαγωγή, έπειτα την κάμψη, την προσαγωγή και την έκταση με καθοδική σειρά σοβαρότητας.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ

Ανοσολογικές, φλεγμονώδεις και ινώδεις αλλοιώσεις φαίνεται να εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία της ΣΘ.⁸ Η τρέχουσα υπόθεση ξεκινά με την εμφάνιση φλεγμονής στον αρθρικό θύλακο.⁹ Πιθανώς η φλεγμονή αρχίζει μέσα και γύρω από την μασχαλαία πτυχή του θυλάκου και ακολουθείται από δημιουργία συμφύσεων και ίνωση του υμενικού επιθηλίου και της κάψας, η οποία παχαιίνει και συρρικνώνεται.¹⁰

Οι βιοδείκτες του αρθρικού υγρού υποδηλώνουν την παρουσία χρόνιας φλεγμονής.¹¹ Οι παρακάτω βιοδείκτες έχουν εντοπιστεί^{12,13}:

- Διακυττάριο μόριο συγκόλλησης – 1 (ICAM-1, CD54)
- Αυξητικός παράγοντας μετασχηματισμού-β (TGF-β)
- Παράγοντας νέκρωσης των όγκων-άλφα (TNF-α)
- Ιντερλευκίνη-1 (IL-1) άλφα και βήτα
- IL-6
- Αιμοπεταλιακός αυξητικός παράγοντας (PDGF)

Τα ένζυμα, δηλαδή οι μεσοκυττάριας μεταλλοπρωτεϊνάσες εμπλέκονται στην κατασκευή του εξωκυττάριου συνδετικού ιστού (extracellular matrix) και στις διάφορες κυτταροκίνες που ελέγχουν την εναπόθεση κολλαγόνου. Τα φάρμακα που αναστέλλουν τις μεσοκυττάριας μεταλλοπρωτεϊνάσες μπορεί να προκαλέσουν συνθήκες πολύ παρόμοιες με τη ΣΘ και τη νόσο Dupuytren.³ Μικροαγγειακές παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να προκαλέσουν μη φυσιολογική επιδιόρθωση κολλαγόνου, η οποία προδιαθέτει τους ασθενείς για ανάπτυξη ΣΘ.¹⁴

Η νεοαγγείωση με χρώση του αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα (VEGF) έχει επίσης εντοπιστεί σε ιστικά δείγματα διαβητικών ασθενών.³ Η αυξημένη γλυκοζυλίωση της πρωτεΐνης κολλαγόνου, ο αυξημένος σχηματισμός μη φυσιολογικών τελικών προϊόντων γλυκοζυλίωσης και η μετέπειτα συσσώρευσή τους έχουν δυσμενή επίδραση στις κυτταρικές και εξω-



κυττάριας διεργασίες οι οποίες ενδέχεται να διευκολύνουν την ίνωση και τις συμφυτικές διαδικασίες.¹⁵

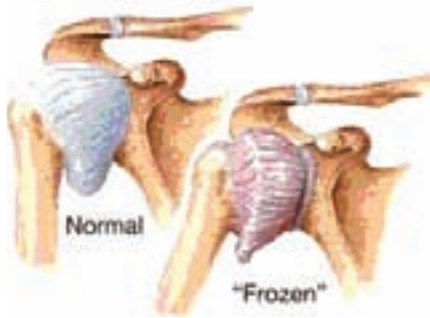
Συμπερασματικά μετά τη φλεγμονώδη διαδικασία του αρθρικού υμένα, εμφανίζεται ένας μεγάλος αριθμός ινοβλαστών και μυοϊνοβλαστών, με παράλληλη παρουσία δεικτών φλεγμονής, ενώ ένζυμα (μεταλλοπρωτεϊνάσες), μικροαγγειοπάθεια νεοαγγειογένεση και η αυξημένη γλυκοζυλίωση του κολλαγόνου διαταράσσουν την παραγωγή του. Όλοι αυτοί οι παράγοντες προάγουν έντονα την ινωτική διεργασία, πάχυνση και ρίκνωση του αρθρικού θυλάκου προκαλώντας κλινικά πόνο και δυσκαμψία.^{13,16}

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τυπικά, ο άρρωστος με συμφυτική θυλακίτιδα έχει μια ποικιλία επώδυνων συμπτωμάτων και δυσκαμψίας του ώμου που συνήθως επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια της νύχτας εμποδίζοντας τον ύπνο ιδίως στην ομόπλευρη κατάκλιση. Η όλη κατάσταση δυσκολεύει τον ασθενή στις καθημερινές, επαγγελματικές και αθλητικές του δραστηριότητες.

Τα συμπτώματα εξελίσσονται διαχρονικά και διαβαθμίζονται από ασθενή σε ασθενή από ήπια έως έντονα και αναπηρικά.

Έχει επικρατήσει η νόσος να διαχωρίζεται σε 3 στάδια (φάσεις), αν και υπάρχουν κατά την γνώμη μας επικαλύψεις και ασάφεια στην προτεινόμενη σταδιοποίηση:



1η φάση: επώδυνη (freezing, παγωμένη) φάση

Οι ασθενείς αρχικά έχουν πόνο με τις δραστηριότητες, τον οποίο συχνά αποδίδουν σε ήπιες κακώσεις και δυσκαμψία η οποία προοδευτικά επιδεινώνεται. Ο πόνος είναι διάχυτος, έντονος έως δραματικός δυσκολεύοντας τον ύπνο.

Συνήθως εμφανίζεται πριν από τον περιορισμό της κινητικότητας, αν και σε μερικές περιπτώσεις ο άρρωστος παρουσιάζεται με κατάργηση της κινητικότητας του ώμου. Η φάση αυτή διαρκεί 10-36 εβδομάδες.

2η φάση: Δύσκαμπτη ή «κατεψυγμένη» (frozen) φάση

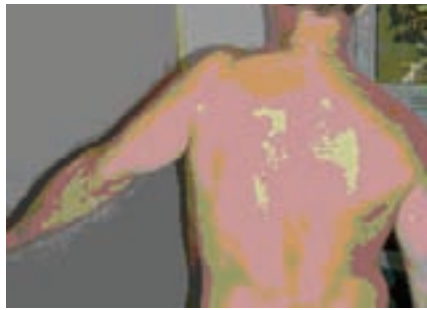
Η «παγωμένη» φάση ακολουθείται από την δύσκαμπτη ή «κατεψυγμένη, δύσκαμπτη» φάση, στην οποία ο πόνος προοδευτικά μειώνεται, αλλά ο άρρωστος συνεχίζει να έχει δυσκαμψία και σοβαρό περιορισμό της κινητικότητας του ώμου. Η φάση αυτή διαρκεί 4-12 μήνες.

3η φάση: Φάση αποκατάστασης ή απόψυξης («thawing»)

Στην φάση αυτή (η οποία διαρκεί 5-24 μήνες), προοδευτικά, η κινητικότητα και λειτουργικότητα του ώμου βελτιώνεται αυτόματα, δηλ. ο ώμος «ξεπαγώνει» από μόνος του.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Οι ασθενείς δυσκολεύονται ή αδυνατούν να φορέσουν το σακάκι, το πουκάμισο, το σπηθόδεσμο (σουτιέν) ή να χτενισθούν, να φέρουν το χέρι τους πίσω από το κεφάλι, ή να βάλουν τα βιβλία στα ψηλά ράφια της βιβλιοθήκης. Κατά την κλινική εξέταση σε σύγκριση με τον υγιή ώμο οι ασθενείς παρουσιάζουν επώδυνη



και σημαντική μείωση των ενεργητικών και παθητικών κινήσεων του ώμου σε πολλά επίπεδα (συνήθως της απαγωγής, της ανύψωσης και της έξω στροφής).

Οι Ραϊ και συν¹⁷ έχουν προτείνει κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση της συμφυτικής θυλακίτιδας του ώμου που περιλαμβάνουν: 1) πόνο στον ώμο για τουλάχιστον ένα μήνα, 2) περιορισμό της ενεργητικής και παθητικής κινητικότητας σε τουλάχιστον τρία επίπεδα, 3)αδυναμία ωμόπλευρης κατάκλισης στον ώμο.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Δεν υπάρχουν εργαστηριακά ή απεικονιστικά ευρήματα διαγνωστικά της συμφυτικής θυλακίτιδας. Η διάγνωση του «παγωμένου» ώμου γίνεται κλινικά με βάση το ιατρικό ιστορικό και την κλινική εξέταση, αφού αποκλεισθούν ο διαβήτης και άλλα νοσήματα που εμπλέκονται με παγωμένο ώμο που ήδη αναφέρθηκαν παραπάνω.

Παρόμοια συμπτωματολογία της θυλακίτιδας μπορεί να προκαλέσουν και άλλες καταστάσεις ή παθήσεις, όπως οι ρήξεις του στροφικού πετάλου, η ασβεστοποιός τενοντίτιδα, η τενοντοελευτρίτιδα του δικεφάλου βραχιονίου, η αρθρίτιδα της γλννοβραχιονίας και της ακρωμιοκλειδικής.

Οι καταστάσεις αυτές μπορεί να προκαλέσουν φανερό περιορισμό του ενεργητικού εύρους κίνησης του ώμου, αλλά δεν προκαλούν πραγματική σύγκαμψη του θυλάκου και περιορισμό των παθητικών κινήσεων του ώμου.

Κλινικά, είναι εύκολο να ξεχωρί-

σουμε την συμφυτική θυλακίτιδα από την οστεοαρθρίτιδα του ώμου ή την αρθρίτιδα του ώμου σε έναν άρρωστο με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η διάγνωση και διάκριση μεταξύ των καταστάσεων αυτών (προσβολή του ώμου στην οστεοαρθρίτιδα, την ρευματοειδή αρθρίτιδα και την συμφυτική θυλακίτιδα) διευκολύνεται με απεικονιστικές μεθόδους και την κλινικοεργαστηριακή εκτίμηση.

Άλλες καταστάσεις που μοιάζουν με «παγωμένο» ώμο

- Αναφερόμενος πόνος από τον αυχένα ή το διάφραγμα
- Εκφυλιστική δισκαρθροπάθεια ΑΜΣΣ
- Ρευματική πολυμυαλγία*
- Κακοήθη νοσήματα (ιδιαίτερα μεταστάσεις και καρκίνος της κορυφής του πνεύμονα)
- Σύνδρομο θωρακικής εξόδου
- Σύνδρομο υπερπλατίου νεύρου

Ένεση στον υπακρωμιακό χώρο

Για την ΔΔ της ΣΘ από υπακρωμιακές τενοντοπάθειες κάνουμε μια ένεση με αναισθητικό στον υπακρωμιακό χώρο. Σε ασθενείς με συμφυτική θυλακίτιδα η ένεση δεν βελτιώνει το εύρος κίνησης και τον πόνο. Στους ασθενείς όμως με πόνο οφειλόμενο σε παθήσεις του υπακρωμιακού χώρου (π.χ. τενοντοπάθεια στροφικού πετάλου, υπακρωμιακή θυλακίτιδα) ανακουφίζει γενικά από τον πόνο και βελτιώνει το εύρος κίνησης.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ

Δεν βοηθούν ιδιαίτερα στη ουσιαστική διάγνωση της νόσου, η οποία τίθεται συνήθως με ευχέρεια με την κλινική εξέταση από τον έμπειρο κλινικό. Μερικές φορές επιβάλλεται να αποκλεισθούν απεικονιστικά άλλα νοσήματα που μιμούνται τη νόσο όπως η οστεονέκρωση, το λανθάνον κάταγμα, η ρήξη του πετάλου, η οστεοαρθρίτιδα κ.α.

Απλές ακτινογραφίες

Οι απλές ακτινογραφίες εκτός από πιθανή οστεοπενία συνήθως δεν



Απόζικροί ήμαστανζπερίεργοιζπ

πναζανακαλύψουμεζποιοξείναιζτοζιο
σημαντικός πράγμαζ στονζ κόσμος
Ότανζτοζβρήκαμεζαποφασίσαμεζνα
κάνουμεζέργοζζωήςζτηνζπροάσπιση
καιζεξασφάλισήζτουζζτηζζυγείαςζ

Είμαστεζ στοζ πλευρόζ τηςζ ιατρικής
κοινοτήταςζπαρέχονταςζφαρμακευ
τικάζ προϊόνταζ υψηλήςζ ποιότητας
προσπαθώνταςζναζέχουνζ πρόσβαση
σεζαυτά ζόλοιζοιζσυνάνθρωποιζμαςζ

Παραμένουμεζ περίεργοι ζ παραμέ
νουμεζαποφασισμένοι ζταραμένουμε
στοζ πλευρόζσαςζμεζτονζενθουσιασμό
καιζτηνζεπιμονήζμικρούζπαιδιούζ

FarmaSyn SA

PHARMACEUTICALS

Αθήνα Μονής Δαύστας 81ΤέΤι | Περιστέρι • ΠηλιτέΤνροΜΜΤπνρπ ήτέΤνροΜ Μ Τπρ6 ήν λ-2 νΤ626Τά ρρπ s δ ά
Γραφείο Β Ελλάδασ Μαιάνδρουδ ρΑδύήτουρέΜτοδέεηΕύοσούρρηΠηλιτέ ΤνρΜνι οδρπ ήτέ ΤνρΜνι ΤΜ ρρ6 ήππ6λλ λ-2ά

- Δείχνουν τίποτα το παθολογικό, αλλά συμβάλουν στον αποκλεισμό άλλων νοσημάτων όπως: λανθάνον κατάγμα, οστεοαρθρίτιδα και οστεονέκρωση (οψιμα).

Μαγνητική τομογραφία

Εάν ο άρρωστος έχει τυπικό ιστορικό και κλινικά ευρήματα, η MRI είναι αχρείαστη, εφ' όσον έχουμε αποκλείσει άλλες νοσολογικές καταστάσεις.

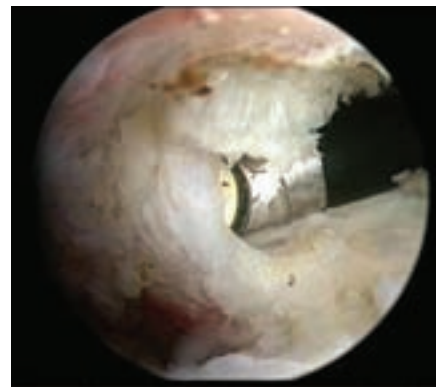
Η MRI με ή χωρίς σκιαγραφικό ή το MRI αρθρογράφημα, μπορεί να αναδείξει έμμεσα ευρήματα όπως η πάχυνση του αρθρικού θυλάκου και του κορακοβραχιόνιου συνδέσμου ή πάχυνση του θυλάκου της μασχαλιαίας πτυχής και ελάττωση του ενδοκαψικού ζωτικού χώρου από τη ρίκνωση του θυλάκου

Το υπερηχογράφημα μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση της συμφυστικής θυλακίτιδας και να αποκλείσει παθολογικές καταστάσεις του στροφικού πετάλου και του αρθρικού θυλάκου του ώμου

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν υπάρχει ομοφωνία για το ποια είναι η καλύτερη θεραπεία του «παγωμένου» ώμου. Η θεραπεία απαιτεί πείρα, χρόνο και δεν είναι εύκολη υπόθεση. Υπάρχουν πολλοί τρόποι και μέθοδοι να «θεραπεύσει» κανείς τον «παγωμένο» ώμο. Δεν υπάρχει όμως ομοφωνία. Πολλές ειδικότητες ασχολούνται με την θεραπεία, όπως οι φυσιοθεραπευτές, φυσίατροι, ρευματολόγοι, ορθοπεδικοί. Συνοπτικά η θεραπεία αποτελείται από αναλγητικά και ΜΣΑΦ, φυσιοθεραπεία, διπλήσεις με κορτικοστεροειδή, οστεοπαθητικούς χειρισμούς και χειρισμούς υπό αναισθησία, και αρθροσκοπική απελευθέρωση. Οι περισσότεροι ασθενείς ανακτούν κανονική λειτουργικότητα – κινητικότητα.¹⁸

Στην φάση προσκόλλησης (adhesive phase), η απελευθέρωση της κάψουλας μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω ήπιων χειρισμών (manipulation) υπό αναισθησία ή χειρουργικώς.^{2,18} Με αυτό το τρόπο βίαια σπάζουν οι



Διατομή Συμφύσεων με RF-Αρθροσκοπική Εικόνα

συμφύσεις και επανέρχεται η κίνηση. Το μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η πιθανότητα κατάγματος στη περιοχή του ώμου, κυρίως σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Νεότερες αντιλήψεις συστήνουν την αρθροσκοπική διατομή του αρθρικού θύλακα και λύση των συμφύσεων στο υπακρωμιακό χώρο. Το πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η ελεγχόμενη διατομή με αποφυγή δημιουργίας κατάγματος. Τα αποτελέσματα είναι αρκετά καλά. Μειονέκτημα είναι η ανάγκη αρθροσκοπικής επέμβασης.

Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς είναι σχετικά εύκολη. Τοποθετείται ανάρτηση του άνω άκρου για μερικές μέρες για ανακούφιση των συμπτωμάτων. Ταυτόχρονα αρχίζει η κινητοποίηση του ώμου (φυσιοθεραπεία) με στόχο την αποκατάσταση του εύρους κινήσεων του ώμου. Αργότερα προστίθεται και η ενδυνάμωση των μυών.

Η χειρουργική απελευθέρωση πραγματοποιείται κατά προτίμηση μέσω της αρθροσκόπησης και όχι με ανοικτή χειρουργική επέμβαση, επειδή με τον πρώτο τρόπο μειώνεται η μετεγχειρητική περίοδος ανάρρωσης.^{2,19}

Αρχική εκτίμηση

- Καλό ιστορικό και σωστή και προσεκτική κλινική εξέταση
- Απλές ακτινογραφίες για να αποκλείσετε άλλες καταστάσεις
- Υπερηχογράφημα ή MRI για να αποκλείσετε παθήσεις του στροφικού πετάλου

κού πετάλου

- Εάν δυσκολεύεστε να βάλετε διάγνωση, κάντε μίαν ένεση κορτιζόνης μαζί με αναισθητικό (π.χ. 20-40 mg ακετονικής τριαμσινολόνης μαζί με 5 mL λιδοκαΐνης 1%) μέσα στη γληνοβραχιόνια άρθρωση

Συντηρητικές θεραπείες

Ένα παυσίπονο, π.χ. ακεταμινοφαίν. Συνδυάστε το και με ένα μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες. Στα αρχικά στάδια της νόσου μπορείτε να δώσετε οπιοειδή αναλγητικά.

Ο άρρωστος μπορεί ακόμα να ανακουφισθεί από τον πόνο και να βελτιώσει την κινητικότητα του ώμου με κορτιζόνη από το στόμα, π.χ. 30 mg πρεδνιζολόνης καθημερινά 3 φορές την εβδομάδα.

Εάν ο άρρωστος έχει μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα η ενδαρθρική ένεση κορτιζόνης ή ενδαρθρική διάταση της άρθρωσης, μια ή περισσότερες ένεσεις κορτιζόνης μέσα στον ώμο μπορεί να ανακουφίσουν τον άρρωστο σας και να βελτιώσουν την κινητικότητα του ώμου για πολλούς μήνες.

Τους επόμενους μήνες:

- Ανάπαυση του ώμου σε συνδυασμό με ήπιες ασκήσεις εύρους κίνησης για την γληνοβραχιόνια άρθρωση
- Εάν ο άρρωστος έχει μικρή βελτίωση ή δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία στη διάρκεια της παρακολούθησης (περίπου κάθε 3-4 εβδομάδες): ενδαρθρική ένεση κορτιζό-



1 ΑΛΦΑ-ΛΙΠΟΪΚΟ ΟΞΥ

2 ΥΠΕΡΟΞΕΙΔΙΟ
ΤΗΣ ΔΙΣΜΟΥΤΑΣΗΣ (SOD)

3 ΑΚΕΤΥΛΟ-Λ-ΚΑΡΝΙΤΙΝΗ

4 ΒΙΤΑΜΙΝΗ Β12

ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΣ 4ΑΠΛΟΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

CombiNERV®

- Λήψη ανεξάρτητα από την τροφή
- Χορήγηση άπαξ ημερησίως

Ειδικά σχεδιασμένο συμπλήρωμα διατροφής για να υποστηρίξει τη νευρική λειτουργία και να βοηθά στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού άλγους.




LIBYTEC
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.

Αποκλειστικός Αντιπρόσωπος:
Λ. Κηφισός 44, MoniMental Plaza - Κηφισό Α, 3ος όροφος
151 25 Μαρούσι, Αθήνα
Τ. 210 9609960 • F. 210 9638438 • Email: info@libytec.gr
www.libytec.gr

LIBYTEC 2018

LIBYTEC 2018

- νης και ασκήσεις στο σπίτι
- Εάν η κατάσταση είναι βελτιωμένη στις επόμενες επισκέψεις: περισσότερο επιθετικές ασκήσεις, για να αυξηθεί το εύρος κίνησης τ
- Περιοδική (κάθε 2-3 μήνες) επανεκτίμηση του εύρους κίνησης του ώμου
- Οι ασθενείς μπορούν να κάνουν περισσότερο εντατικές ασκήσεις στο σπίτι. καλύτερα με φυσιοθεραπευτή

Χειρουργική επέμβαση

Η χειρουργική επέμβαση φαίνεται ότι δεν βελτιώνει την πρόγνωση, γι' αυτό και επιφυλάσσεται για ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη συντηρητική αγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Η ΣΘ είναι μια επώδυνη νόσος ποικίλης βαρύτητας. Σύμφωνα με την πείρα μας η θεραπευτική παρέμβαση με ΜΣΑΦ, 3-6 τοπικές εγχύσεις κορτικοστεροειδών και φυσικοθεραπεία με διατακτικές ασκήσεις λύνουν το επώδυνο σύνδρομο σε 2 εβδομάδες περίπου και σε 4-8 εβδομάδες αποκαθιστούν λειτουργικά τον ασθενή στο 95% των περιπτώσεων χωρίς καμιά επιπλοκή. Οι διαβητικοί ανταποκρίνονται σε βραδύτερους ρυθμούς, χρειάζονται περισσότερη φυσικοθεραπεία και λιγότερη δοσολογία φαρμάκων, ιδίως των

ΜΣΑΦ τα οποία επιβαρύνουν δυνητικά τα νεφρά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Lebedz-Odrobina D, Kay J. Rheumatic manifestation of diabetes mellitus. *Rheum Dis Clin N Am* 2010;36(4):681-99.
- Binder AI, Bulgen DY, Hazleman BL, Roberts S. Frozen shoulder: a long-term prospective study. *Ann Rheum Dis*. 1984 Jun. 43(3):361-4.
- Hsu JE, Anakwenze OA, Warrender WJ, Abboud JA. Current review of adhesive capsulitis. *J Shoulder Elbow Surg*. 2011 Apr. 20(3):502-14.
- Song KD, Kwon JW, Yoon YC, Choi SH. Indirect MR Arthrographic Findings of Adhesive Capsulitis. *AJR Am J Roentgenol*. 2011 Dec. 197(6):W1105-9.
- Carbone S, Napoli A, Gumina S. MRI of adhesive capsulitis of the shoulder: Distension of the bursa in the superior subscapularis recess is a suggestive sign of the pathology. *Eur J Radiol*. 2013 Oct 29.
- Bruckner FE, Nye CJ. A prospective study of adhesive capsulitis of the shoulder («frozen shoulder») in a high risk population. *Q J Med*. 1981 Spring. 50(198):191-204.
- Bunker TD, Anthony PP. The pathology of frozen shoulder. A Dupuytren-like disease. *J Bone Joint Surg Br* 1995;77(5):677-83.
- Ryan V, Brown H, Minns Lowe CJ, Lewis JS. The pathophysiology associated with primary (idiopathic) frozen shoulder: A systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016 Aug 15. 17(1):340.
- Ozaki J, Nakagawa Y, Sakurai G, et al. Recalcitrant chronic adhesive capsulitis of the shoulder. Role of contracture of the coracohumeral ligament and rotator interval in pathogenesis and treatment. *J Bone Joint Surg Am*. 1989 Dec. 71(10):1511-5.

- Neviaser AS, Hannafin JA. Adhesive Capsulitis: A Review of Current Treatment. *Am J Sports Med*. 2010 Jan 28.
- Kim YS, Kim JM, Lee YG, Hong OK, Kwon HS, Ji JH. Intercellular adhesion molecule-1 (ICAM-1, CD54) is increased in adhesive capsulitis. *J Bone Joint Surg Am*. 2013 Feb 20. 95(4):e181-8.
- Rodeo SA, Hannafin JA, Tom J, Warren RF, Wickiewicz TL. Immunolocalization of cytokines and their receptors in adhesive capsulitis of the shoulder. *J Orthop Res*. 1997 May. 15(3):427-36.
- Song A, Higgins LD, Newman J, Jain NB. Glenohumeral corticosteroid injections in adhesive capsulitis: a systematic search and review. *PM R*. 2014 Dec. 6(12):1143-56.
- Siegel LB, Cohen NJ, Gall EP. Adhesive capsulitis: a sticky issue. *Am Fam Physician*. 1999 Apr. 59(7):1843-52.
- Thomas SJ, McDougall C, Brown ID, Jaber MC, Stearns A, Ashraf R, et al. Prevalence of symptoms and signs of shoulder problems in people with diabetes mellitus. *J Shoulder Elbow Surg*. 2007 Nov-Dec. 16(6):748-51.
- Uppal HS, Evans JP, Smith C. Frozen shoulder: A systematic review of therapeutic options. *World J Orthop*. 2015 Mar 18. 6(2):263-8.
- Pal B, Anderson J, Dick WC, Griffiths ID. Limitation of joint mobility and shoulder capsulitis in insulin- and non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Br J Rheumatol* 1986;25(2):147-51.
- Lloyd-Roberts GC, French PR. Periarthritis of the shoulder. A study of the disease and its treatment. *Br Med J*. 1959. 1:1569-71.
- Chi AS, Kim J, Long SS, Morrison WB, Zoga AC. Non-contrast MRI diagnosis of adhesive capsulitis of the shoulder. *Clin Imaging*. 2017 Apr 7. 44:46-50.

Υπακρωμιακή ορογονοθυλακίτιδα

Κ. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ - Ιατρός Εργασίας, Δρ Ι. ΓΟΝΕΟΣ - Παθολόγος
Δρ ΔΗΜ. ΓΟΥΛΕΣ - Ρευματολόγος, Συντακτική Ομάδα ΕΕΛΙΑ

Οι ορογόνοι θύλακες είναι μικροί σάκοι με ορώδες υγρό που βρίσκονται κοντά στις αρθρώσεις σε όλο το σώμα συμπεριλαμβανομένου και του ώμου. Υπολογίζονται στους 170 σε όλο το σώμα. Στον ώμο υπάρχουν 6 ορογόνοι θύλακες.

Ενεργούν ως μαξιλάρια μεταξύ των οστών και των υπερκείμενων μαλακών ιστών. Βοηθούν στη μείωση της τριβής μεταξύ

της ολίσθησης των μυών πάνω στο οστό. Μερικές φορές η υπερβολική χρήση και καταπόνηση οδηγεί σε φλεγμονή και οίδημα του θυλάκου

(bursitis) πχ μεταξύ του στροφικού πετάλου και του ακρωμίου. Η φλεγμονή είναι επώδυνη και παρεμποδίζει τις καθημερινές δραστηριότητες.

Η ωμική ζώνη διαθέτει έξι ορογόνους θύλακες, ανάλογα με τη θέση στην οποία βρίσκονται αυτοί οι ορογόνοι θύλακες παίρνουν και την αντίστοιχη ονομασία όπως τον υπακρωμιακό ή υποδελτοειδή, τον υποπλάτιο, τον υποκορακοειδή, τον κορακοβραχιόνιο, τον υπακάνθιο και τέλος τον δικεφαλικό.

Υπακρωμιακός ή υποδελτοειδής θύλακος έχει το μεγαλύτερο μέγεθος από όλους τους ορογόνους θύλακες και παρατηρείται ανατομικά κάτω από το ακρώμιο και τον δελτοειδή, ενώ από τη μία πλευρά βρίσκεται μεταξύ του υπερακάνθιου και του δελτοειδή και από την άλλη μεταξύ του ακρώμιου και του ακρωμιοκορακοειδούς συνδέσμου.

Ο υποπλάτιος ορογόνος θύλακας παρατηρείται ανάμεσα από τον υποπλάτιο μυ και το πρόσθιο τμήμα του αρθρικού θύλακα του ώμου.

Ο υποκορακοειδής παρεμβάλλεται μεταξύ της κορακοειδούς απόφυσης και του αρθρικού θύλακα, ενώ ο κορακοβραχιόνιος παρατηρείται μεταξύ του κορακοβραχιονίου μυ και της κορακοειδούς απόφυσης.

Ο υπακάνθιος θύλακας βρίσκεται μεταξύ του τένοντα του υπακάνθιου μυ και του αρθρικού θύλακα. Τελικώς, ο δικεφαλικός παρατηρείται ανατομικά στην αύλακα του τένοντα του δικεφαλού.

ΥΠΑΚΡΩΜΙΑΚΗ ΘΥΛΑΚΙΤΙΔΑ

Μερικές φορές η υπερβολική χρήση του ώμου οδηγεί σε φλεγμονή και οίδημα του υπακρωμιακού (υποδελτοειδούς) θύλακου.

Η κατάσταση αυτή είναι γνωστή ως θυλακίτιδα (bursitis) στο χώρο μεταξύ του στροφικού πετάλου και του ακρωμίου.

Οι παρατεταμένες θυλακίτιδες οδηγούν σε φλεγμονή, πόνο και δυσκαμψία.

ΑΙΤΙΑ

Αίτια θυλακίτιδας με σειρά εμφάνισης είναι: Ρήξη, τραυματική φλεγμονή, αντιδραστική θυλακίτιδα από ασβεστοποιό τενοντίτιδα, ρευματοειδής αρθρίτιδα, οροαρνητικές αρθρίτιδες, αμυλοείδωση κ.α. Εκτός της παγίδευσης, μπορούν τα παραπάνω να προκαλέσουν την εμφάνιση της ορογονοθυλακίτιδας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η υπακρωμιακή ορογονοθυλακίτιδα συνίσταται σε φλεγμονή του θύλακου με παραγωγή αντιδραστικού υγρού, με ή χωρίς πρόσμειξη αίματος το οποίο είναι δυνατό να οργανωθεί με εναπόθεση αλάτων ασβεστίου (ασβεστοποιός υπακρωμιακή ορογονοθυλακίτιδα).

Ο φλεγμένω θύλακος είναι τοπικά επώδυνος και παρεμποδίζει και περιορίζει τις κινήσεις του ώμου και τις καθημερινές δραστηριότητες όπως το ντύσιμο, το χτένισμα των μαλλιών κ.α.

Τα συμπτώματα συνίστανται σε πόνο και επώδυνη δυσκαμψία με περιορισμό κινητικότητας του ώμου.

Στην κλινική εξέταση διαπιστώνεται επώδυνο τόξο μεταξύ 60° και 90°, κατά την απαγωγή του άνω άκρου, λόγω προστριβής του φλεγμένω ορογόνου θύλακου στο ακρώμιο.

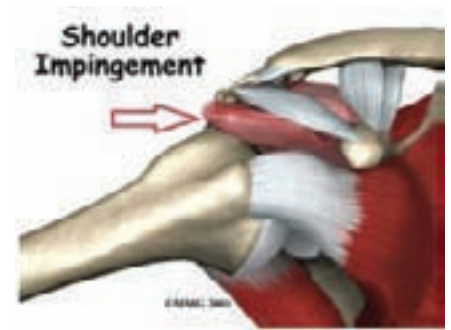
Στην ψηλάφηση διαπιστώνεται τοπική ευαισθησία κατά την πίεση της περιοχής κάτω και εξωτερικά του ακρωμίου.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση μπορεί να επιβεβαιωθεί με δυναμικό υπερηχογράφημα (ΥΧ).

Είναι ιδιαίτερα αξιόπιστη μέθοδος για τη διάγνωση της παθολογίας του στροφικού πετάλου του ώμου, τις τενοντοπάθειες, τις ρήξεις, τις ασβεστώσεις και τη θυλακίτιδα με το οποίο γίνονται και κατευθυνόμενες εγχύσεις.

Η υπερηχοτομογραφία μπορεί να αναγνωρίσει τη συλλογή υγρού ε-



ντός του θύλακου και την υπερτροφία του αρθρικού υμένα, η οποία δυναμικά συνοδεύεται και από αυξημένη αγγείωση.

Κατά τη δοκιμασία απαγωγής μπορούν εύκολα να αναδειχθούν υπερηχογραφικά η πάχυνση του θύλακου και η λίμναση της συλλογής του υποδελτοειδικού θύλακου επί τα εκτός του ακρωμίου

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της υπακρωμιακής ορογονοθυλακίτιδας είναι κυρίως συντηρητική.

Συνίσταται σε αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), φυσικοθεραπεία και τοπικές εγχύσεις στεροειδούς. Τα ΜΣΑΦ χορηγούνται πρώτα επί πόνου και οιδήματος.

Οι τοπικές εγχύσεις στεροειδούς φέρουν άμεσα αποτελέσματα, αλλά μερικές φορές η νόσος υποτροπιάζει. Επιβάλλονται σε περιπτώσεις υπερπλήρωσης του θύλακου ιδίως μετά από εκκενωτική παρακέντηση και αφαίρεση του υγρού.

Φυσικοθεραπεία

Η εφαρμογή φυσικών μέσων (ανάπαυση, πάγος, ανάρτηση, laser, ηλεκτροθεραπεία) έχει ως στόχο την καλύτερη μείωση του πόνου και αναλγησία. Ακολουθεί, αν χρειασθεί, εξατομικευμένο πρόγραμμα μυϊκής άσκησης και ενδυνάμωσης για την καλύτερη δυνατή ενίσχυση και την πλήρη αποκατάσταση της άρθρωσης.

Αστάθεια ώμου

Ανατομία, εμβιομηχανική, παθοφυσιολογία, ταξινόμηση, θεραπεία



ΜΠΟΥΚΟΡΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Επιμελητής Α΄ «ΓΝΑ Ευαγγελισμός»



Ως αστάθεια ώμου ορίζεται η παθολογική κατάσταση η οποία εκδηλώνεται με πόνο ή δυσφορία κατά την διάρκεια ενεργητικής κίνησης του βραχίονα και προκύπτει επειδή οι ανατομικές δομές που περιβάλλουν την άρθρωση του ώμου αδυνατούν να συγκρατήσουν την κεφαλή στην ανατομική της θέση που είναι η ωμογλήνη.

Η επαλληλία των αρθρικών επιφανειών του ώμου μοιάζει με την μπάλα του γκόλφ, όπου η κεφαλή του βραχιονίου έχει περίμετρο περίπου τριπλάσια της ωμογλήνης (εικ.1).

Ο επιχείλιος χόνδρος που περιβάλλει την ωμογλήνη, σκοπό έχει να μεγαλώσει και να εμβαθύνει την επιφάνεια επαφής με την κεφαλή του βραχιονίου. Επιπρόσθετα για την καλύτερη σταθερότητα στην άρθρωση ενεργούν στατικοί και δυναμικοί σταθεροποιητές (Πίνακας 1).

Οι σταθεροποιητές αυτοί συνεργάζο-

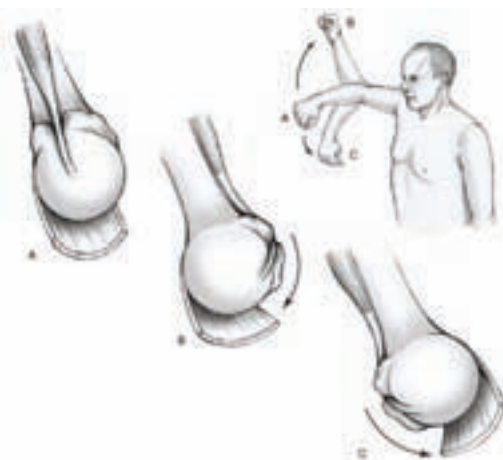
νται και για να προκληθεί αστάθεια δεν αρκεί μόνο η ανεπάρκεια ενός από αυτούς. Με τον ίδιο τρόπο μία βλάβη από μόνη της δεν είναι αρκετή για να προκληθεί αστάθεια.

Η αύξηση της ενδαρθρικής πίεσης μέσω τραυματισμού του αρθρικού θύλακου ή του επιχειλίου χόνδρου προδιαθέτει σε αστάθεια όπως έδειξαν οι

J.P. Warner και Habermeyer. Από τους τρεις γληνοβραχιόνιους συνδέσμους (άνω, μέσος και κάτω), ο σημαντικότερος είναι ο κάτω γιατί στις στροφές που ενεργεί ο βραχίονας όταν είναι σε απαγωγή (εξωτερική και εσωτερική στροφή) λειτουργεί σαν αιώρα και εμποδίζει την παρεκτόπιση της κεφαλής (εικ. 2).

Ο οπίσθιος θύλακος είναι σημαντικός για το οπίσθιο εξάρθημα. Οι μύες του στροφικού πετάλου παίζουν κάποιο ρόλο σε ηλικίες μεγαλύτερες των 35 χρόνων. Είναι πολύ σημαντικό να αποσαφηνιστεί η φυσιολογική χαλαρότητα της άρθρωσης του ώμου από την αστάθεια. Χαλαρότητα είναι η φυσιολογική και ασυμπτωματική παθητική μετατόπιση μεταξύ κεφαλής βραχιονίου και ωμογλήνης προς όλες τις διευθύνσεις. Υπερβολική χαλαρότητα χωρίς αστάθεια υπάρχει όταν η μετατόπιση είναι ακόμη μεγαλύτερη και δεν συνοδεύεται από πόνο κατά την διάρκεια των καθημερινών δρα-

Πίνακας 1	
Στατικοί σταθεροποιητές	
Αρνητική ενδαρθρική πίεση	
Αρθρικός θύλακος και σύνδεσμοι	
Επιχείλιος χόνδρος	
Συνεκτικότητα αρθρικού υγρού	
Δυναμικοί σταθεροποιητές	
Μύες του στροφικού πετάλου (υπερ-,υπακάνθιος, υποπλάτιος)	
Δικέφαλος βραχιονίος	
Δελτοειδής	



Εικ. 2

στηριότητων. Αυτή η χαλαρότητα είναι παρούσα και στους δύο ώμους, αν όμως υπάρχει σημαντική διαφορά (μεταξύ των δύο ώμων) και συνοδεύεται με πόνο κατά την κλινική εξέταση, τότε μιλάμε για αστάθεια.

Εξάρθρωμα και υπεξάρθρωμα είναι δύο έννοιες που δηλώνουν παθολογική μετατόπιση της κεφαλής σε σχέση με την ωμογλήνη. Στο εξάρθρωμα έχουμε πλήρη διαχωρισμό των αρθρικών επιφανειών και είναι αναγκαίος κάποιος ειδικός χειρισμός για να επιτευχθεί ανάταξη, ενώ στο υπεξάρθρωμα έχουμε μερική μετατόπιση της κεφαλής που ανατάσσεται αυτόματα ή με μια απλή κίνηση του άνω άκρου από τον ίδιο τον πάσχοντα.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Σε ποσοστό μεγαλύτερο 95% το εξάρθρωμα είναι πρόσθιο και ανάλογα με την θέση της εξαρθρωμένης κεφαλής διακρίνεται σε υποκορακοειδές, υπογληνοειδές, υποκλείδιο ή ενδοθωρακικό. Ο μηχανισμός της κάκωσης είναι με το χέρι σε απαγωγή και εξωτερική στροφή.

Το οπίσθιο εξάρθρωμα είναι πολύ πιο σπάνιο και συμβαίνει σε νέους αθλητές (αρσιβαρίστες, ποδοσφαιριστές, παίκτες ράγκμπυ), και συμβαίνει όταν ασκείται βία με το χέρι σε προσαγωγή, πρόσθια κάμψη και εσωτερική στροφή. Επίσης μπορεί να συμβεί σε μη ελεγχόμενη μυϊκή σύσπαση κατά τη διάρκεια ηλεκτροπληξίας ή επιληπτικών κρίσεων. Συχνά συνδέεται με αυξημένη οπίσθια κλίση της ωμογλήνης (retroversion), υποπλασία ωμογλήνης ή περίσσεια αρθρικού θυλάκου. Η κυριότερη αιτία είναι επαναλαμβανόμενοι μικροτραυματισμοί που συμβαίνουν με το άκρο τεταμένο μπροστά σε εσωτερική στροφή και προσαγωγή που προκαλούν διατάσεις στα οπίσθια συνδεσμοθυλακικά στοιχεία (π.χ. επόπτης γραμμών σε γήπεδο ποδοσφαίρου).

Ακόμη πιο σπάνια η κεφαλή παρεκτοπίζεται προς τα κάτω και έχουμε

Matsen's classification

• TUBS

- ✓ Traumatic (τραυματικό)
- ✓ Unilateral (ετερόπλευρο)
- ✓ Bankart lesion (βλάβη Bankart)
- ✓ Surgery (συνήθως χρειάζεται χειρουργική αποκατάσταση)

• AMBRII

- ✓ Atraumatic (ατραυματικό)
- ✓ Multidirectional (πολλαπλών κατευθύνσεων)
- ✓ Bilateral (αμφοτερόπλευρο)
- ✓ Rehabilitation primarily required (συνήθως συντηρητική θεραπεία)
- ✓ Inferior capsular shift if surgery needed (ανασήκωμα του κάτω θυλάκου)
- ✓ Interval closure if surgery needed (κλείσιμο του διαστήματος των στροφών)

Πίνακας 2

το «ορθό» εξάρθρωμα, το οποίο θέτει σε κίνδυνο τις νευροαγγειακές δομές του ώμου.

Τέλος, η αστάθεια πολλαπλών κατευθύνσεων μπορεί να συμβεί είτε από πολυσυνδεσμική ανεπάρκεια είτε από μείζονα τραυματισμό.

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται πολλές ταξινομήσεις με επικρατέστερη την ταξινόμηση κατά Matsen (πίν. 2). Ένα πλήρες σύστημα ταξινόμησης πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη του τέσσερις βασικούς παράγοντες (βαθμός αστάθειας, συχνότητα, κατεύθυνση και αιτία), όπως αναφέρεται στον πίνακα 3.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση βασίζεται σε καλή λήψη ιστορικού της αρχικής βλάβης, στην κλινική εξέταση και στον απεικονιστικό έλεγχο. Μερικές φορές η κλινική εξέταση είναι καλό να γίνεται υπο γενική αναισθησία.

Ο ασθενής ερωτάται για τον μηχανισμό της βλάβης, την θέση του άνω άκρου την στιγμή του τραυματισμού, ή αν η έναρξη ήταν σταδιακή και αυξανόμενη σε ένταση χωρίς σαφή τραυματισμό (υπερχαλαρότητα που οδήγησε σε αστάθεια). Ερωτάται επίσης για το αν το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι ο πόνος ή η αίσθηση αστάθειας. Μπορεί να εντοπίσει

τον πόνο; Πώς χειροτερεύει ο πόνος; Χρειάζεται αναλγητικά και τι είδους; Γενικευμένος βαθύς πόνος συνήθως υποδηλώνει οπίσθια αστάθεια. Αν το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι η αστάθεια, πρέπει να σημειωθούν όλα τα επεισόδια εξάρθρωμάτων ή υπεξάρθρωμάτων και να αξιολογηθεί η παρούσα κατάσταση.

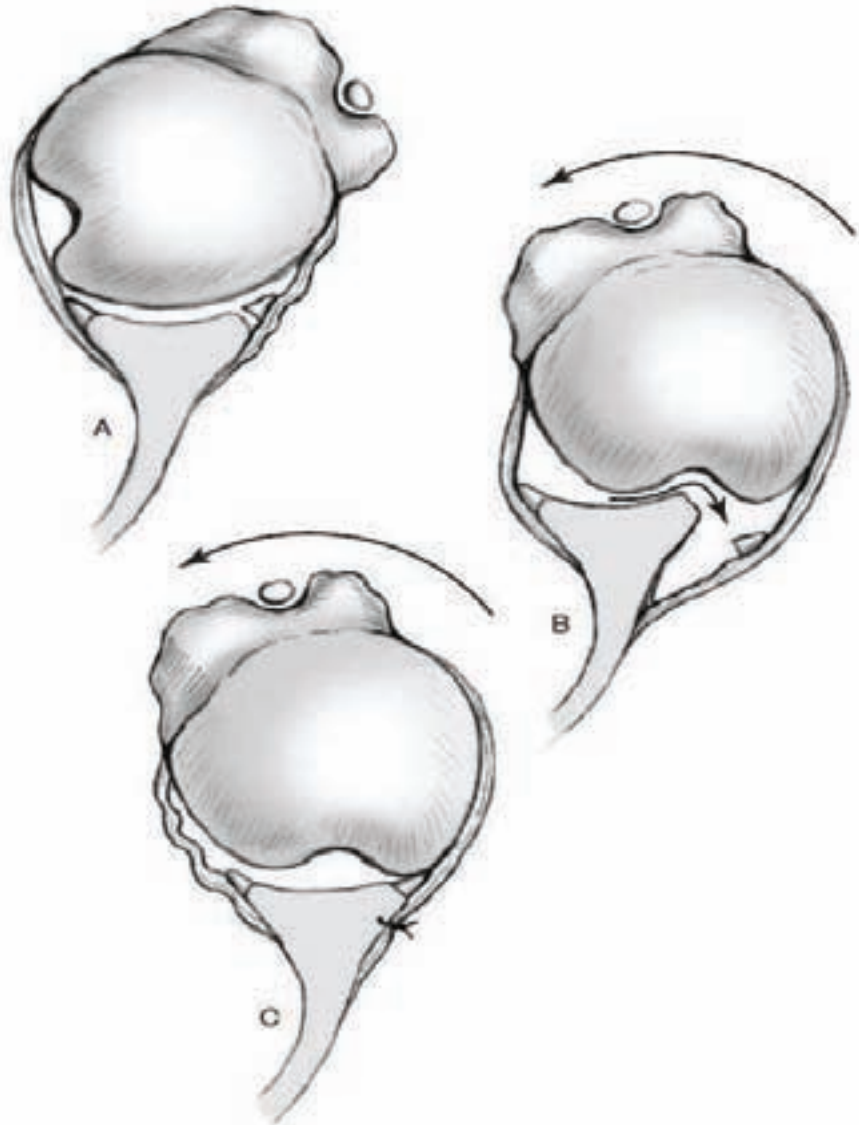
Η κλινική εξέταση ξεκινά με την επισκόπηση της άρθρωσης, συνεχίζεται με την καταγραφή του εύρους κίνησης και τελειώνει με τις διαγνωστικές δοκιμασίες.

1) Το load 'n shift test: ο πάσχων είναι καθιστός και ο γιατρός κρατά το χέρι του σε 20° προσαγωγή και πρόσθια κάμψη και το κατευθύνει με δύναμη πρόσθια και οπίσθια, ενώ έχοντας το άλλο του χέρι του στην κεφαλή του βραχιονίου εκτιμά τον βαθμό μετατόπισης.

2) Το apprehension test: είναι το πιο συνηθισμένο. Ο ασθενής είναι όρθιος ή ξαπλωμένος και ο γιατρός κρατά το χέρι του σε απαγωγή 90° και κάμψη του αγκώνα στις 90° και προσπαθεί να κάνει παθητικά έξω στροφή του βραχιονίου και να πιέσει προς τα εμπρός την κεφαλή.

Η δοκιμασία είναι θετική όταν συμβεί εξάρθρωμα ή υπεξάρθρωμα ή όταν ο πάσχων νοιώσει αίσθημα "φόβου" ότι το χέρι του θα εξαρθρωθεί

Πίνακας 3 Ταξινόμηση αστάθειας ώμου	
I Βαθμός αστάθειας	
A	Εξάρθρωμα
B	Υπεξάρθρωμα
II Συχνότητα	
A	Οξύ
B	Χρόνιο
	Υποτροπιάζων
	Μόνιμο
III Αιτιολογία	
A	Τραυματικό
B	Ατραυματικό
	Εκούσιο (μυϊκό)
	Ακούσιο
Γ	Συγγενές
Δ	Επίκτητο
E	Νευρομυϊκό (παράλυση Erb, εγκεφαλική παράλυση)
IV Κατεύθυνση	
A	Μονής κατεύθυνσης
	Πρόσθιο
	Οπίσθιο
	Κάτω
B	Διπλής κατεύθυνσης
	Πρόσθια-κάτω
	Οπίσθια-κάτω
Γ	Πολλαπλών κατευθύνσεων



και μας αποτρέψει να συνεχίσουμε την δοκιμασία.

3) Το relocation test: με το χέρι σε απαγωγή και εξωτερική στροφή στο σημείο που ο πάσχων αισθάνεται πόνο ή φόβο, ο γιατρός "σπρώχνει" προς τα πίσω τον βραχίονα του και αν υπάρξει άμεση ανακούφιση από τον πόνο σε σημείο που ο πάσχων να μπορεί να ανεχθεί περαιτέρω εξωτερική στροφή του βραχίονα, η δοκιμασία χαρακτηρίζεται ως θετική.

4) Το posterior Jerk test: με τον βραχίονα σε κάμψη, προσαγωγή και εσωτερική στροφή, εφαρμόζεται αξονική δύναμη προς τα πίσω. Η δοκιμασία είναι θετική όταν ο εξεταστής νιώσει ή παρατηρήσει την κεφαλή να ολισθαίνει προς τα πίσω και είναι διαγνωστικό οπίσθιας αστάθειας. Άτομα που έχουν θετική τη δοκιμασία χωρίς πόνο, συνήθως παρουσιάζουν μικρή βλάβη στον επιχείλιο χόνδρο και ανταποκρίνονται καλά σε συντηρητι-

κή αγωγή (φυσικοθεραπεία), ενώ αν υπάρχει πόνος συνήθως συνοδεύεται από μεγάλη αποκόλληση του επιχείλιου χόνδρου (διαγνωσμένη με μαγνητική τομογραφία ή αρθροσκοπικά) και χρειάζεται χειρουργική αντιμετώπιση.

5) Το sulcus sign: εκτιμά την ακεραιότητα του κάτω γληνοβραχιονίου συνδέσμου και πρέπει να γίνεται με τον βραχίονα και σε ουδέτερη και σε εξωτερική στροφή για να εκτιμάται και η ακεραιότητα του διαστήματος των στροφών (rotator interval). Συνήθως είναι θετικό σε αστάθεια πολλαπλών κατευθύνσεων.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Περιλαμβάνει απλές τομογραφίες, αξονική τομογραφία και μαγνητική τομογραφία ενίοτε σε συνδυασμό με αρθρογραφία.

Ο απλός ακτινολογικός έλεγχος που περιλαμβάνει προσθιο-οπίσθια και πλάγια λήψη καθώς και κάποιες ειδικές λήψεις (όπως η αληθινή προσθιο-οπίσθια, σε εσωτερική στροφή, διαθωρακική, μασχαλιαία, διαθωρακική, West point, Stryker notch), μπορούν να αναδείξουν οστικές βλάβες, όπως Hill-Sacks ή οστική Bankart. Χρήσιμο είναι να γίνεται ο έλεγχος υπό γενική αναισθησία και με ακτινοσκοπικό έλεγχο. Η βλάβη Hill-Sacks είναι ▶

mastihatherapy[®] caps

Pistacia lentiscus L., resin 350 mg/cap

🌐 Πρόληψη & Αντιμετώπιση
Ήπιων Δυσπεπτικών
Διαταραχών

Λειτουργική
Δυσπεψία

Γαστροισοφαγική
Παλινδρόμηση

Μείωση Μικροβιακού
Φορτίου *H. pylori*

Βελτίωση Συμπτωμάτων
από τη Νόσο του Crohn

🌐 Φλεγμονές Δέρματος
& Επούλωση Δερματικών Πληγών



1997



2014



EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

2015

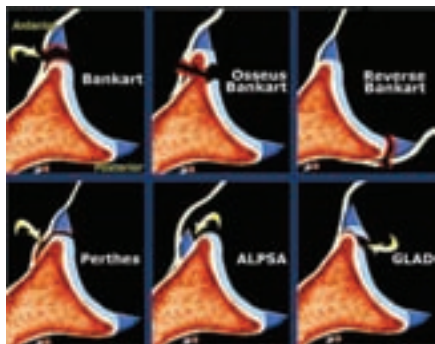
Η Μαστίχα Χίου έχει εγκριθεί από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA)
ως Παραδοσιακό Φάρμακο Φυτικής Προέλευσης

2-4
ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ



IASIS PHARMA HELLAS ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΚΑΛΥΠΤΙΚΩΝ
PHARMACEUTICAL & COSMETICS INDUSTRY

Γραφ. Επιστημ. Ενσημ.: Λ. Καματερού 2-4, 134 51 Καματερό Αττικής,
Τηλ.: 210 23 11 031, Fax: 210 23 15 889,
e-mail: iasis@iasispharma.gr, www.iasispharma.gr



Εικ. 3

το οστικό έλλειμμα που παρατηρείται στο οπίσθιο-εξωτερικό τμήμα της κεφαλής και δημιουργείται κατά την πρόσκρουση της κεφαλής στο πρόσθιο χείλος της ωμογλήνης την στιγμή του τραυματισμού.

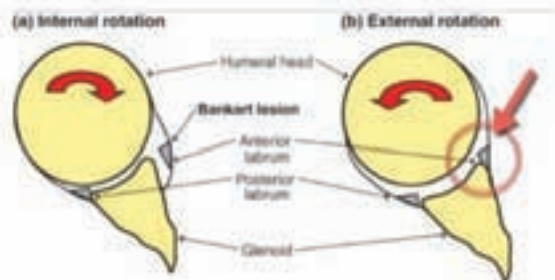
Πρέπει οπωσδήποτε να ληφθεί υπόψη στο σχεδιασμό της χειρουργικής θεραπείας, γιατί όταν υπάρχει συνδυάζεται με πολύ υψηλότερο ποσοστό υποτροπιάζουσας αστάθειας.

Η αξονική τομογραφία θα παράσχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την οστική απώλεια της κεφαλής ή της ωμογλήνης, το σχήμα της ωμογλήνης (ανεστραμμένο αχλάδι;), τον προσανατολισμό ή την υποπλασία της ωμογλήνης και έχει ένδειξη σε άτομα που δεν μπορούν να υποβληθούν σε μαγνητική τομογραφία. Σύμφωνα με τον Callaghan *et al* όταν συνδυαστεί με αρthroγράφημα είναι 100% ακριβής, ευαίσθητη και ειδική για βλάβες του οπισθίου θυλάκου.

Εξέχουσα θέση στον απεικονιστικό έλεγχο ενέχει η μαγνητική τομογραφία και σε εξαιρετικές περιπτώσεις συνδυασμένη με αρthroγράφημα.

Αυτή θα αναδείξει τις κακώσεις του επιχειλίου χόνδρου (Bankart, ALPSA, GLAD, HAGL, Perthes) (εικ. 3).

Η πιο συχνή κάκωση του επιχειλίου χόνδρου είναι η βλάβη Bankart, κατά την οποία το κατώτερο-πρόσθιο τμήμα του μαζί με το περίσθιο αποκολλάται και απομακρύνεται από το πρόσθιο χείλος της ωμογλήνης.



Εικ.4 (Paterson WH, Throckmorton TW, Koester M, Azar FM, Kuhn JE, Position and duration of immobilization after primary anterior shoulder dislocation: a systematic review and a meta-analysis of the literature. JBJS 2010 Dec.)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του εξάρθρηματος του ώμου μπορεί να είναι είτε συντηρητική είτε χειρουργική. Συνήθως συντηρητική θεραπεία συστήνεται σε εξάρθρημα πρώτης φοράς και σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα ανεξάρτητα από το είδος της ανατομικής βλάβης. Αυτή περιλαμβάνει ακινητοποίηση σε φάκελο ανάρτησης. Δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς το χρονικό διάστημα της ακινητοποίησης. Ο Hovelius *et al* παρακολούθησαν 257 ασθενείς (όλοι μικρότεροι των 40 χρόνων) με εξάρθρημα πρώτης φοράς. Οι μισοί ακινητοποιήθηκαν με φάκελο ανάρτησης για 3 εβδομάδες και στους άλλους μισούς ξεκίνησε πρώιμη κινητοποίηση. Μετά από περίοδο 2 ετών το ποσοστό υποτροπής ήταν παρόμοιο και στις δύο ομάδες και ψηλότερο στα νεότερα άτομα ανεξάρτητα από το είδος της θεραπείας. Ο Yoneda *et al* πρότεινε ακινητοποίηση για 5 εβδομάδες και στη συνέχεια περιορισμένο εύρος κίνησης για ακόμη 6 εβδομάδες και παρατήρησε ποσοστό υποτροπής 17.3% μετά από 13 χρόνια παρακολούθηση. Ο Kiviluoto *et al* ανέδειξε ψηλότερο ποσοστό υποτροπής σε νέα άτομα κάτω των 30 χρόνων που ακινητοποιήθηκαν για μία εβδομάδα σε σύγκριση με εκείνους που ακινητοποιήθηκαν 3 εβδομάδες. Αυτοί οι συγγραφείς προτείνουν μεγαλύτερη ακινητοποίηση (περίπου 3 εβδομάδες) σε ασθενείς μικρότερους των 30 χρόνων και μία εβδομάδα σε ασθε-

νείς μεγαλύτερους. Τελευταίες μελέτες έχουν δείξει χαμηλότερο ποσοστό υποτροπής σε ασθενείς που αντιμετώπισθηκαν χειρουργικά (αρθροσκοπικά) σε σχέση με εκείνους στους οποίους ετέθη φάκελος ανάρτησης.

Ένα άλλο θέμα στο οποίο επίσης δεν υπάρχει ομοφωνία είναι η θέση της ακινητοποίησης. Σε αντίθεση με την συμβατική θέση σε εσωτερική στροφή, έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι η ακινητοποίηση πρέπει να γίνεται με τον βραχίονα σε ελαφρά εξωτερική στροφή, γιατί σ' αυτή τη θέση ο επιχειλίου χόνδρος έρχεται σε καλύτερη επαφή με το χείλος της ωμογλήνης και η επούλωση γίνεται σε πιο ανατομική θέση (εικ. 4). Βεβαίως, αυτή η άποψη δεν έχει ακόμη επικρατήσει γιατί δεν φαίνεται να υπερτερεί έναντι της συμβατικής ακινητοποίησης σε εσωτερική στροφή. Μία τελευταία μελέτη που περιλαμβάνει 40 ασθενείς, οι μισοί εκ των οποίων αντιμετώπισθηκαν με ακινητοποίηση σε εσωτερική στροφή και οι άλλοι μισοί σε εξωτερική στροφή για 3 εβδομάδες ανέδειξε ποσοστό υποτροπής 30-40% στην πρώτη ομάδα και 0% στην δεύτερη μετά από διάστημα 15,5 μηνών. Πολλές μελέτες βρίσκονται αυτή τη στιγμή σε εξέλιξη και αν επιβεβαιώσουν αυτή τη θεωρία αναμένεται να αλλάξει ριζικά η αντίληψη ως προς τη θέση ακινητοποίησης μετά από εξάρθρημα του ώμου.

Το πρόγραμμα ασκήσεων ακολουθεί το στάδιο της ακινητοποίησης και ▶

Ipertas®

Olmesartan medoxomil

f.c.tab's 10mg/tab, 20mg/tab & 40mg/tab, Bt x 30 tab's

Η λύση
στην υπέρταση...



10mg/tab

20mg/tab

40mg/tab

30 Επικαλυμένα
με λεπτό μένιο δισκία



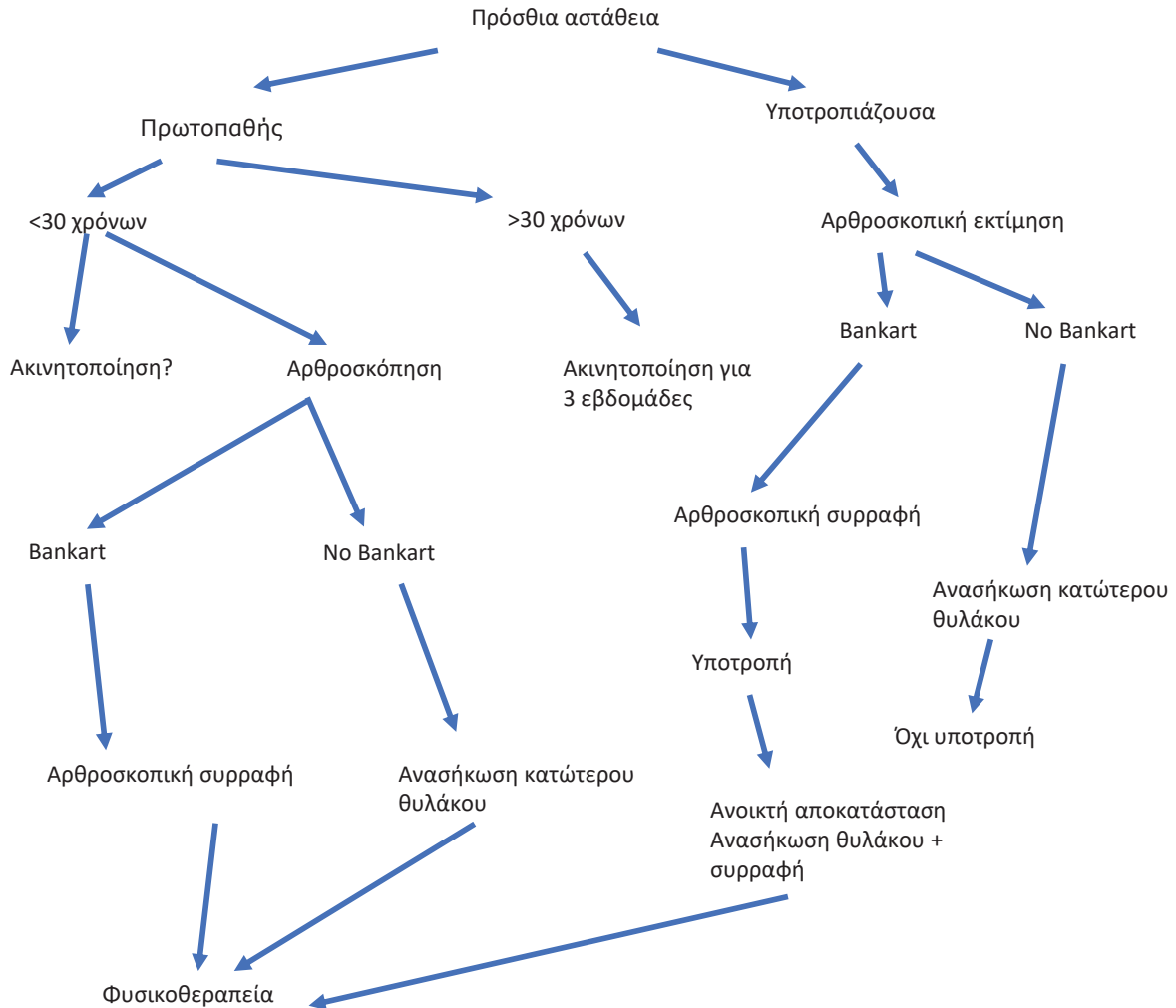
NORMA ΕΛΛΑΣ Α.Ε. Μενιδίου 54, 10431 Αθήνα,
Τηλ: 210 52 22 282, Fax: 210 52 41 368
E-mail: info@normahellas.gr, <http://www.normahellas.gr>

Βεβαιώνει το γνήσιο το φάρμακο του ασφαλή και
Ασφαλές
ΟΛΜΕΣ ή αναθεωρημένη επίσημη για
ΕΛΛΑ να φάρμακο
Συνεργιστήριο της "ΚΟΥΤΣΙΝ ΚΑΡΤΑ"

Υψηλή
Ποιότητα
Ελέγχου



Αλγόριθμος θεραπείας πρόσθιας αστάθειας ώμου



περιλαμβάνει ασκήσεις ενδυνάμωσης για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών σε όλους τους μύες της ωμικής ζώνης, καθώς και ασκήσεις ιδιοδεκτικότητας. Αρχικά γίνονται ασκήσεις ισομετρικές υπό αντίσταση σε εσωτερική στροφή και προσαγωγή (καλό είναι να αποφεύγεται η απαγωγή), και όταν ο πάσχων μπορεί να τις εκτελεί χωρίς πόνο πρέπει να συνεχίζεται η ενδυνάμωση με ισοτονικές ασκήσεις όλων των σταθεροποιητών της ωμοπλάτης κυρίως ασκήσεις κλειστής αλυσίδας (push-ups). Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται στην αποφυγή της απαγωγής γιατί προκαλεί μεγάλη τάση στα πρόσθια-κάτω συνδεμικά και θυλακικά στοιχεία. Πάντοτε ο στόχος της θεραπείας πρέπει να είναι η απο-

κατάσταση πλήρους εύρους κίνησης της άρθρωσης. Η χειρουργική θεραπεία συνιστάται οπωσδήποτε σε νεότερους ασθενείς (κάτω των 30 χρόνων), σε πάσχοντες με χρόνια αστάθεια και αστάθεια πολλαπλών κατευθύνσεων εάν η συντηρητική θεραπεία αποτύχει. Αντενδείξεις για χειρουργείο αποτελούν τα εκούσια εξάρθρηματα, ασθενείς με ιστορικό ψυχιατρικής νόσου, υποπλαστική ωμογλήνη, νευρολογική βλάβη. Οι χειρουργικές τεχνικές διαφέρουν και εξαρτώνται από το είδος της βλάβης. Οι συνθετέστερες περιλαμβάνουν επανακαθίλωση του επιχειλίου χόνδρου στην ωμογλήνη, ανασθήκωση του κατώτερου θυλάκου, οστικά μοσχεύματα σε οστικά ελλείμματα,

θερμική ή με ράμματα θυλακοσυνδεσμική συρρίκνωση, μετάθεση της κορακοειδούς απόφυσης στο πρόσθιο-κατώτερο χείλος της ωμογλήνης, καθήλωση μέρους του υποπλάτιου στο πρόσθιο χείλος της ωμογλήνης κλπ. Η αρθροσκοπική φαίνεται να υπερτερεί έναντι της ανοικτής χειρουργικής, χρειάζεται όμως μεγάλο χρόνο εκπαίδευσης και κατάλληλο εξοπλισμό. Μετεγχειρητικά ο βραχίονας ακινητοποιείται σε φάκελο ανάρτησης για περίπου 3 εβδομάδες και στη συνέχεια αρχίζει η παθητική και η μετάβαση σε υποβοηθούμενη ενεργητική κινητοποίηση. Ακολουθούν ασκήσεις ενδυνάμωσης και ο πάσχων επανέρχεται στο προηγούμενο επίπεδο δραστηριότητας σε διάστημα 3 μηνών περίπου.

Επιπλοκές της χειρουργικής θεραπείας περιλαμβάνουν υποτροπή της αστάθειας, αστοχία ή φλεγμονή των υλικών, περιορισμό του εύρους κίνησης, νευροαγγειακή βλάβη, αρθροπάθεια, ανεπάρκεια υποπλατίου.

ABSTRACT

Glenohumeral instability is a challenging issue for both orthopaedic surgeon and physiotherapist. The purpose of this review is to report anatomical and biomechanical factors that control joint motion and stability, the basic diagnostic and imaging tests, classification and current aspects of therapy. Emphasis is given in current concepts of the position of immobilization of the humerus (in case of conservative treatment). Physiotherapy is also of paramount importance after the initial phase of remedy has been completed (conservative or operative).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abrams JS, Savoie FH 3rd, Tauro JC, Bradley JP. Recent advances in the evaluation and treatment of shoulder instability: anterior, posterior, and multidirectional. *Arthroscopy* 2002;18
- Antonio GE, Griffith JF, Yu AB, Yung PS, Chan KM, Ahuja AT. First-time shoulder dislocation: high prevalence of labral injury and age-related differences revealed by MR arthrography. *J Magn Reson Imaging* 2007;26(4):983-991
- Bottoni CR, Wilkens JH, DeBerardino TM, et al. A prospective, randomized evaluation of arthroscopic stabilization vs non-operative treatment in patients with acute, traumatic, first-time shoulder dislocations. *Am J Sports Med* 2002;30(4):576-580
- Bottoni CR, Smith EL, Berkowitz MJ, Towle RB, Moore JH. Arthroscopic vs open shoulder stabilization for recurrent anterior instability: a Prospective randomized clinical trial. *Am J Sports Med* 2006;34(11):1730-1737
- Burkhardt SS, DeBeer JF. Traumatic glenohumeral bone defects and their relationship to failure of arthroscopic Bankart repairs: significance of the inverted-pear glenoid and the humeral engaging Hill-Sachs lesion. *Arthroscopy* 2000;16(7):677-694
- Burkhardt AC, Debski RE. Anatomy and function of the glenohumeral ligaments in anterior shoulder instability. *Clin Orthop* 2002;400:32-39
- Fucks B, Jost B, Gerber C. Posterior-inferior capsular shift for the treatment of recurrent, voluntary posterior subluxation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am* 2000;82(1):16-25
- Gartsman GM, Roddey TS, Hammerman SM. Arthroscopic treatment of anterior-inferior glenohumeral instability. Two to five year follow-up. *JBS AM* 2000;82-A(7):991-1003
- Hill HA, Sachs MD. The grooved defect of the humeral head. A frequently unrecognized complication of dislocations of the shoulder joint. *Radiology* 1940;35:690-700
- Itoi E, Sashi R, Minagawa H, Shimizu T, Wakabayashi I, Sato K. Position of immobilization after dislocation of the glenohumeral joint. A study with use of magnetic resonance imaging. *JBS Am* 2001;83-A(5):661-667
- Lephart SM, Pincivero DM, Giraldo JL, Fu FH. The role of proprioception in the management and rehabilitation of athletic injuries. *Am J Sports Med* 1997;25(1):130-137
- Matsen FA 3rd, Chebli C, Lippitt S. Principles for the evaluation and management of shoulder instability. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88(3):648-659
- McLaughlin HL, Carallaro WU. Primary anterior dislocation of the shoulder. *Am J Surg* 1950;80:615-621
- Miniaci A, Gish MW. Management of anterior glenohumeral instability with large Hill-Sacks defects. *Tech Shoulder Elbow Surg* 2004;5(3):170-175
- Neviaser TJ. The anterior labroligamentous periosteal sleeve avulsion lesion: a cause of anterior instability of the shoulder. *Arthroscopy* 1993;9(1):17-21
- Neviaser TJ. The GLAD lesion: another cause of anterior shoulder pain. *Arthroscopy* 1993;9(1):22-23
- Snyder SJ. Diagnostic arthroscopy of the shoulder: normal anatomy and variations. In: *Shoulder Arthroscopy*. Philadelphia, PA: Lippincott William & Wilkins, 2003:22-38
- Rockwood CAJ. Subluxation of the shoulder the classification, diagnosis and treatment [abstr]. *Orthop Trans* 1979;4:306
- Sugaya H, Moriishi J, Dohi M, Kon Y, Tsuchiya A. Glenoid rim morphology in recurrent anterior glenohumeral instability. *J Bone Joint Surg Am* 2003;85-A(5):878-884

Κουσκούκης Κωνσταντίνος

Καθηγητής Δερματολογίας - π. Αντιπρύτανης Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΙΑΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΘΕΡΜΑΛΙΣΜΟΣ

Προοπτικές του Θερμαλισμού στην Ελλάδα

Ο Ιαματικός Τουρισμός – Θερμαλισμός, ως κυρίαρχη μορφή του εναλλακτικού τουρισμού υγείας, είναι ιδιαίτερα σημαντικός όχι μόνο για την πρόληψη, διατήρηση και βελτίωση της υγείας, αλλά και για την αντιμετώπιση διαφόρων παθήσεων, ενώ δρα και συμπληρωματικά στην ιατρική καθώς και στις θεραπείες με φάρμακα. Η ύπαρξη σημαντικών ιαματικών πηγών στον ελληνικό χώρο μαζί με το εξαιρετικό φυσικό περιβάλλον και κλίμα, παρέχει μεγάλες δυνατότητες ώστε, με την αξιοποίησή τους, να εξελιχτούν από θεραπευτικά κέντρα που είναι σήμερα σε παραθεριστικά κέντρα υγείας κατά το πρότυπο των μεγάλων κέντρων τουρισμού υγείας της Κεντρικής Ευρώπης, δηλαδή κέντρα υποδοχής ησομένων όλων των ηλικιών για θεραπεία, πρόληψη, ξεκούραση και αναψυχή.

Αγ. Γεωργίου 4, 153 42 Αγ. Παρασκευή
Τηλ/Fax: 210 6777590
www.kafkas-publications.com, email: kafkas@otenet.gr



ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ
KAFKAS
KAFKAS PUBLICATIONS

Αστάθεια της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης

Βασικές αρχές παθοβιομηχανικής και φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΑΛΑΚΑΤΟΥΝΗΣ

Φυσικοθεραπευτής, MSc, π. Καθηγητής Φυσικοθεραπείας Μητροπολιτικού Κολλεγίου

Η αστάθεια ορίζεται ως η μη φυσιολογική κίνηση της κεφαλής του βραχιονίου στην γληνοβραχιόνια άρθρωση η οποία εκφράζεται ως υπεξάρθρωμα ή εξάρθρωμα που λαμβάνει μέρος σε έστω μια κατεύθυνση. Υπεξάρθρωμα ορίζεται ως η απομάκρυνση των αρθρικών επιφανειών της ωμογλήνης και της κεφαλής του βραχιονίου που είναι στιγμιαία και ανατάσσεται αυτόματα. Το εξάρθρωμα αντιθέτως δεν ανατάσσεται αυτόματα, αλλά χρήζει εξωτερικής ιατρικής παρέμβασης (1,2,3).

Η αποκατάσταση της αστάθειας της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης αποτελεί μια σημαντική παράμετρο της αντιμετώπισης της αστάθειας, καθώς συνεισφέρει στην αποφυγή της χειρουργικής παρέμβασης.

ΕΜΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΤΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΓΛΗΝΟΒΡΑΧΙΟΝΙΑΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ

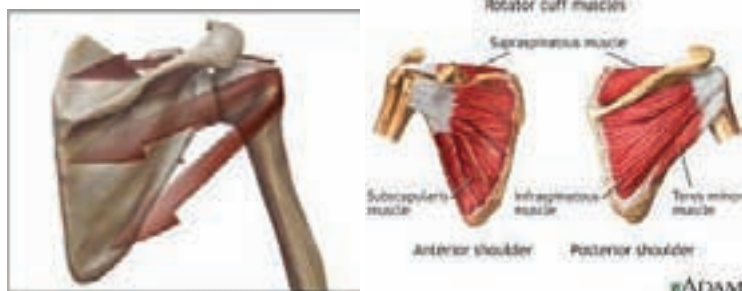
Η γληνοβραχιόνια άρθρωση του ώμου είναι πολυαξονική άρθρωση, επιτρέπει την κίνηση σε κάθε κατεύθυνση. Η ωμογλήνη, η αρθρική επιφάνεια της ωμοπλάτης, σχηματίζει την γληνοβραχιόνια άρθρωση με την κεφαλή του βραχιονίου οστού. Λόγω του μικρού μεγέθους της ωμογλήνης σε σχέση με την κεφα-

λή του βραχιονίου, η σταθερότητα της άρθρωσης είναι περιορισμένη.

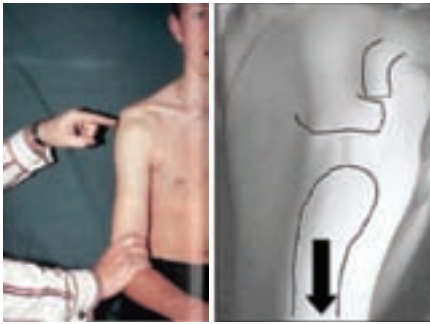
Η σταθερότητα της άρθρωσης διασφαλίζεται από στατικούς και δυναμικούς παραγοντες. Η στατική σταθεροποίηση προκύπτει από το σύνολο της επιφάνειας επαφής των αρθρικών επιφανειών, ο αρθρικός θύλακος, οι σύνδεσμοι και ο επιχείλιος χόνδρος (2). Η επαφή των δυο αρθρικών επιφανειών αντιστοιχεί μόνο στο 25% της επιφάνειας της κεφαλής του βραχιονίου (4). Οι σύνδεσμοι συνεισφέρουν στην σταθερότητα. Ο άνω γληνοβραχιόνιος σύνδεσμος περιορίζει την πρόσθια και ουριαία παρεκτόπιση της κεφαλής, ο μέσος γληνοβραχιόνιος σύνδεσμος περιορίζει την πρόσθια παρεκτόπιση σε κίνηση ανύψωσης του ώμου κάτω των

45 μοιρών, ενώ ο κάτω γληνοβραχιόνιος σύνδεσμος σταθεροποιεί σε κινήσεις ανύψωσης άνω των 45 μοιρών απαγωγής (5). Ο επιχείλιος χόνδρος προσφέρει στην σταθερότητα της άρθρωσης διπλασιάζοντας το βάθος της ωμογλήνης (6,7). Η δυναμική σταθεροποίηση της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης της ωμικής ζώνης επιτυγχάνεται με την δράση κατά κύριο λόγο του πετάλου των στροφέων (Εικόνα 1) που καθηλώνει την κεφαλή του βραχιονίου στην ωμογλήνη και ακολούθως του δελτοειδή και του δικεφαλου βραχιονίου (1,8,9).

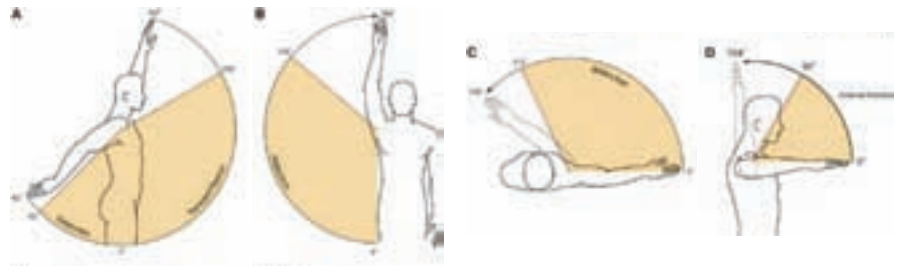
Σταθεροποιητικά δρούν επίσης και οι υπόλοιποι μύες του ώμου, όπως και μυϊκές ομάδες του κορμού που δρούν στον ώμο όπως ο πλατύς ραχιαίος και ο μείζων θωρακικός. Η ωμοπλατοθωρακική άρθρωση δημιουργεί σταθερή βάση κίνησης της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης και άνω στρέφοντας την ωμοπλάτη κατά την απαγωγή εξασφαλίζοντας την σταθερότητα της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης. Οι μυϊκές ομάδες της ωμικής και ωμοπλατοθωρακικής ζώνης συνθέτουν μια λεπτή ισορροπία δυνάμεων με αποτέλεσμα τον συντονισμό των κινήσεων και την δυναμική σταθερότητα της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης (1,2,9)



Εικόνα 1. Το πέταλο των στροφέων. Α. Η σταθεροποιητική δράση των μυών. Β. Οι μύες του στροφικού πετάλου σε πρόσθια και οπίσθια θέωση της ωμοπλάτης, αντίστοιχα.



Εικόνα 2. Το σημείο Sulcus



Εικόνα 3. Εύρος κίνησης στις ανατομικές κινήσεις του βραχιονίου.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η αστάθεια της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης του ώμου διαχωρίζεται συνήθως σε:

1. Πρόσθια αστάθεια,
2. Οπίσθια αστάθεια και
3. Πολυαξονική αστάθεια

Σύμφωνα με την ταξινόμηση Stanmore Classification των Lewis et al, (2004), η αστάθεια του ώμου μπορεί να διακριθεί σε τρεις κατηγορίες:

1. Τραυματική με ιστική παθολογία
2. Ατραυματική με ιστική παθολογία
3. Ατραυματική χωρίς ιστική παθολογία, αλλά με διαταραχή στην μυϊκή επιστράτευση και κινητικό έλεγχο (10)

1. ΠΡΟΣΘΙΑ ΑΣΤΑΘΕΙΑ

Πρόσθια αστάθεια ορίζεται η πρόσθια παρεκτόπιση της κεφαλής του βραχιονίου. Η πρόσθια αστάθεια είναι η πιο συχνή αστάθεια. Φθάνει έως και το 95% των ασταθειών του Ωμου (11,1)

Κλινική εικόνα

Η πρόσθια αστάθεια συνοδεύεται από πόνο στην πρόσθια περιοχή της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης και είναι πιθανό να είναι διάχυτος στην ωμική ζώνη. Εμφανίζεται δυσκαμψία με περιορισμένο παθητικό και ενεργητικό εύρος κίνησης της άρθρωσης. Η παθητική ή ενεργητική κίνηση απαγωγής και έξω στροφής δημιουργεί αίσθημα αποφυγής της κίνησης στον ασθενή λόγω του τραυματισμού των περιαρθρικών ιστών και της αναπα-

ραγωγής του μηχανισμού κάκωσης. Η άρθρωση πολλές φορές φλεγμαίνει παρουσιάζοντας οίδημα στην γληνοβραχιόνια άρθρωση, ενώ σε σοβαρούς τραυματισμούς είναι δυνατόν να επηρεαστούν και τα περιφερικά νεύρα όπως το μασχαλιαίο νεύρο, το κερκιδικό ή το μέσο νεύρο (12).

Στην πρόσθια αστάθεια εμφανίζεται συχνά στην κλινική εξέταση η εικόνα του “σκαλοπατιού” ή σημείο sulcus (Εικόνα 2). (13)

Βασικά στοιχεία για τον σχεδιασμό της αποκατάστασης είναι ο χρόνος έναρξης των συμπτωμάτων, ο βαθμός αστάθειας, η συχνότητα εξάρθρωσης ή υπεξάρθρηματος, συνυπάρχοντες τραυματισμοί και τέλος η πρότερη κινητική κατάσταση.

Αποκατάσταση πρόσθιας αστάθειας

Αρχικά προτείνεται η ακινητοποίηση για μια εβδομάδα με το άνω άκρο σε ελαφρά εσω στροφή με χρήση φακέλου ώμου (sling). Η ακινητοποίηση δεν είναι πλήρης ούτε διαρκής. Λαμβάνει μέρος προσεκτική κινητοποίηση της άρθρωσης όπως θα παρουσιαστεί ακολούθως (12,14)

Η αποκατάσταση ακολούθως εστιάζει στην θεραπευτική άσκηση των περιαρθρικών μυών και την αποκατάσταση της δυναμικής σταθερότητας της άρθρωσης. Η έναρξη της θεραπευτικής άσκησης είναι απαραίτητο να είναι σταδιακή και προοδευτική (12). Η άσκηση αρχικά συνίσταται σε λίγες επαναλήψεις με μικρή ένταση και αντίσταση σε εύρος κίνησης

που βρίσκεται κοντά στην ανατομική θέση του άνω άκρου.

Η αποκατάσταση της πρόσθιας αστάθειας αποτελείται από πέντε στάδια (1).

Πρώτο στάδιο

Πρωτεύοντες στόχοι είναι η μείωση του πόνου, ο περιορισμός της φλεγμονής και η σταδιακή αναχαίτιση του μυϊκού σπασμού. Οι στόχοι αυτοί επιτυγχάνονται με την χρήση παγοθεραπείας, TENS και Laser (15).

Άμεσος στόχος επίσης είναι η πρόληψη των συνεπειών της ακινησίας, η προστασία και επούλωση των μαλακών μοριών, ο ερεθισμός των μηχανοϋποδοχών της άρθρωσης και η πρώιμη δυναμική σταθεροποίηση της ωμικής ζώνης. Για την επίτευξη των στόχων αυτών εφαρμόζεται ήπια κινησιοθεραπεία.

Η ήπια κινησιοθεραπεία αποτελείται από παθητική κινητοποίηση χωρίς αναπαραγωγή πόνου, υποβοηθούμενη ενεργητική κινητοποίηση, καθώς και αρχικά στατικές και σταδιακά ισομετρικές ασκήσεις. Τέλος, αναφέρεται ότι ο ηλεκτρικός ερεθισμός των μυών του οπίσθιου πετάλου στροφίων συνεπικουρεί στην ενεργοποίηση και ενδυνάμωση των μυών αυτών (Εικόνα 4). (16)

Η υποβοηθούμενη ενεργητική κίνηση μπορεί να λάβει μέρος με εκκρεμοειδείς κινήσεις, άσκηση σε έξω και έσω στροφές από θέση 0 μοιρών απαγωγής έως και 45 μοιρών. Η άσκηση πάντα πρέπει να εκτελείται σε έυ-



Εικόνα 4. Ηλεκτρικός ερεθισμός μυών οπισθίου πετάλου στροφένων



Εικόνα 5. Έξω και έσω στροφή ώμου



Εικόνα 6. Έκταση ώμου/προσαγωγή ωμοπλάτης, κάμψη ώμου και απαγωγή ώμου

ρος κίνησης που δεν εμφανίζεται πόνος (18,19). Προοδευτικά εφαρμόζονται ασκήσεις συνσύσπασης έξω και έσω στροφής και κάμψης/έκτασης έως και σε 30 μοίρες απαγωγής σε αυτό το στάδιο της αποκατάστασης (Εικόνες 5,6). (1)

Δευτερο Στάδιο

Σε αυτό το στάδιο επιδιώκεται η επίτευξη πλήρους εύρους κίνησης με υποβοηθούμενη ενεργοπαθητική κινησιοθεραπεία. Παράλληλα λαμβάνει μέρος προοδευτική ενδυνάμωση του πετάλου των στροφένων, και σταθεροποίηση της ωμοπλάτης (15). Εκτελούνται ασκήσεις έξω και έσω στροφής σε εύρος κίνησης από 0 έως και σταδιακά 90 μοιρών.

Προτείνονται 5 επαναλήψεις ανά άσκηση με κράτημα/ισομετρική 5 δευτέρων στο τέλος της κίνησης. Το σύνολο των επαναλήψεων αυξάνεται προοδευτικά. Η επανάληψή τους συνίσταται 2 φορές την ημέρα.

Προοδευτικά προστίθενται ασκήσεις ιδιοδεκτικότητας όπως έκκεντρες/πλειομετρικές ασκήσεις, ασκήσεις ρυθμικής σταθεροποίησης, οι οποίες είναι ασκήσεις γρηγορής εναλλαγής κατεύθυνσης κίνησης/διαδοχοκινησίας (Εικόνα 7), καθώς και ασκήσεις κλειστής κινητικής αλυσίδας (Εικόνα 8). (1)



Εικόνα 7. Ασκήσεις εναλλαγής κατεύθυνσης/διαδοχοκινησίας εσω/έξω στροφής

Τρίτο Στάδιο

Σε αυτό το στάδιο έχει επιτευχθεί το πλήρες εύρος κίνησης καθώς επίσης έχει περιοριστεί ο πόνος. Η μυϊκή ισχύς έχει φτάσει το 4/5 στο μυϊκό τεστ σε κάθε μυ της ωμικής ζώνης.

Οι ασκήσεις δυναμικής σταθεροποίησης συνεχίζονται με έμφαση σε δυο παράγοντες. Την βελτίωση του νευρομυϊκού ελέγχου στο τέλος της τροχιάς και την αύξηση της αντοχής των μυών με αύξηση των επαναλήψεων και ισομετρικών ασκήσεων (1).

Τεταρτο και Πέμπτο στάδιο

Πλέον επανεκπαιδεύεται η σταθερότητα της ωμικής ζώνης σε λειτουργικές δραστηριότητες ή στην περίπτωση αθλητών ακολουθεί σταδιακή ενσωμάτωση στην προπόνηση (Εικόνες 8 και 9) (20,21,22).



Εικόνα 9. Ασκήσεις κλειστής κινητικής αλυσίδας με ασταθή στήριξη.



Εικόνα 8. Push-ups 1) όρθια 2) με λυγισμένα γόνατα 3) πλήρη

Filicine

Folic acid 5mg



Χορηγείται με ιατρική συνταγή.
Για περισσότερες πληροφορίες
παρακαλούμε συμβουλευθείτε την
Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος
που διατίθεται από την εταιρεία ADELCO.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα
πιο ασφαλή. Συμπληρώστε την
«ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ».
ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ:
• ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες
για ΟΛΑ τα φάρμακα.



ADELCO A.E. Βιομηχανία Φαρμάκων & Καλλυντικών
info@adelco.gr, www.adelco.gr

Αθήνα, Πειραιώς 37, 183 46 Μοσχάτο, Τηλ.: 210 4819311-13, Fax: 210 4816790
Θεσσαλονίκη, Γ. Θεοτοκά 5, 546 21, Τηλ.: 2310 239260, Fax: 2310 239270

► 2. ΟΠΙΣΘΙΑ ΑΣΤΑΘΕΙΑ

Η οπίσθια αστάθεια της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης του ώμου, παρουσιάζεται με σχετικά μικρή συχνότητα. Η οπίσθια αστάθεια προκύπτει από οπίσθιο εξάρθρωμα ή υπεξάρθρωμα της κεφαλής του βραχιονίου. Η κλινική εικόνα συνίσταται στην παρουσία φλεγμονής της άρθρωσης, πόνου και δυσκαμψίας/περιορισμό εύρους κίνησης.

Στην οπίσθια αστάθεια εφαρμόζονται τα στάδια που προαναφέρθηκαν στην πρόσθια αστάθεια με κάποιες βασικές διαφοροποιήσεις. Στην άσκηση αποφεύγεται η οριζόντια προσαγωγή μεμονωμένα αλλά και σε συνδυασμό με έσω στροφή έως και 6-8 εβδομάδες, χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από αυτήν της πρόσθιας αστάθειας. Ομοίως ισχύει και για τα push-ups (Εικόνα 9). Η θεραπευτική άσκηση στην οπίσθια αστάθεια εστιάζει στην ενδυνάμωση του οπισθίου πετάλου των στροφών και δελτοειδή ενώ εξειδικευμένη άσκηση είναι η άσκηση της οριζόντιας απαγωγής σε πρηνή θέση πάνω σε μπάλα (23,24).

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται είναι η Melbourne Instability Shoulder Score (MISS) και η Western Ontario Shoulder Index (WOSI). Η Melbourne Instability Shoulder Score (MISS) είναι έγκυρη και αξιόπιστη (25,26,27), ενώ η WOSI πέρα από αξιόπιστη και έγκυρη (28) διαθέτει και υψηλή ικανότητα ανίχνευσης μεταβολής στην κλινική εικόνα (26).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η σύγχρονη βιβλιογραφία προτείνει έναν αριθμό θεραπευτικών πρωτοκόλλων στην συντηρητική θεραπεία για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της αστάθειας. Τα προγράμματα που προτείνονται περιλαμβάνουν φυσικά μέσα αρχικά και θεραπευτική άσκηση, η οποία απαιτεί εξειδικευμένη προσέγγιση. Η εξέρ-

ρευση του βέλτιστου και κοινά αποδεκτού προγράμματος θεραπείας, θα μπορούσε να τεθεί ως στόχος για τις έρευνες στο μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Wilk KE, Macrina LC. Nonoperative and Postoperative Rehabilitation for Glenohumeral Instability. *Clin Sports Med* 32 (2013) 865-914
2. Hayes K, Callanan M, Walton J, Paxinos A, Murrell GAC. Shoulder Instability: Management and Rehabilitation. *J Orthop Sports Phys Ther* 2002;32:497-509.
3. Rockwood CA, Matsen FA, Wirth MA, et al. The shoulder. 2nd edition. Philadelphia: Saunders; 1998.
4. Bost FC, Inman VT. The pathological changes in recurrent dislocation of the shoulder. A report of Bankart's operative procedures. *J Bone Joint Surg.* 1942;24A:595-613.
5. O'Brien SJ, Neves MC, Arnoczky SP, et al. The anatomy and histology of the inferior glenohumeral ligament complex of the shoulder. *Am J Sports Med.* 1990;18:449-456.
6. Howell SM, Galinat BJ. The glenoid-labral socket. A constrained articular surface. *Clin Orthop.* 1989;122-125.
7. Wilk KE, Arrigo CA, Andrews JR. Current concepts: the stabilizing structures of the glenohumeral joint. *J Orthop Sports Phys Ther* 1997;25(6):364-79.
8. Itoi E, Newman SR, Kuechle DK, Morrey BF, An KN. Dynamic anterior stabilisers of the shoulder with the arm in abduction. *J Bone Joint Surg Br.* 1994;76:834-836.
9. Inman VT, Saunders DM, Abbott LC. Observations on the function of the shoulder. *J Bone Joint Surg.* 1944;26:1-30.
10. Lewis A, Kitamura T and Bayley JL. (ii) The classification of shoulder instability: new light through old windows! *Curr Orthop*; 2004 18: 97-108.
11. Rowe CR. Prognosis in dislocations of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am* 1956;38(5):957-77.
12. Wilk KE, Macrina LC, Reinold MM. Non-operative rehabilitation for traumatic and atraumatic glenohumeral instability. *N Am J Sports Phys Ther* 2006;1:16-31.
13. Tipton CM, Matthes RD, Maynard JA, et al. The influence of physical activity on ligaments and tendons. *Med Sci Sports* 1975;7(3):165-75.
14. Paterson WH, Throckmorton TW, Koester M, et al. Position and duration of immobilization after primary anterior shoulder dislocation: a systematic review and meta-analysis of the literature. *J Bone Joint Surg Am* 2010;92(18):2924-33.

15. Kibler WB. The role of the scapula in athletic shoulder function. *Am J Sports Med* 1998;26(2):325-37.
16. Reinold MM, Macrina LC, Wilk KE, et al. The effect of neuromuscular electrical stimulation of the infraspinatus on shoulder external rotation force production after rotator cuff repair surgery. *Am J Sports Med* 2008;36(12):2317-21.
17. van Kampen DA, van den Berg T, van der Woude HJ, et al. Diagnostic value of patient characteristics, history, and six clinical tests for traumatic anterior shoulder instability. *J Shoulder Elbow Surg*; 2013 22:1310-19.
18. Haggmark T, Eriksson E, Jansson E. Muscle fiber type changes in human skeletal muscle after injuries and immobilization. *Orthopedics* 1986;9(2):181-5.
19. Dehne E, Torp RP. Treatment of joint injuries by immediate mobilization. Based upon the spinal adaptation concept. *Clin Orthop Relat Res* 1971;77:218-32.
20. Reinold MM, Wilk KE, Reed J, et al. Interval sport programs: guidelines for baseball, tennis, and golf. *J Orthop Sports Phys Ther* 2002;32(6):293-8.
21. Ellenbecker TS, Mattalino AJ. The elbow in sport: injury, treatment, and rehabilitation. Champaign (IL): Human Kinetics; 1997.
22. Wilk KE, Reinold MM, Andrews JR. Postoperative treatment principles in the throwing athlete. *Sports Med Arthrosc Rev* 2001;9(1):69-95.
23. Blackburn TA, McLeod WD, White B. Electromyographic analysis of posterior rotator cuff exercises. *J Athl Train* 1990;25:40-5.
24. Wilk KE, Obma P, Simpson CD, et al. Shoulder injuries in the overhead athlete. *J Orthop Sports Phys Ther* 2009;39(2):38-54.
25. Watson L, Story I, Dalziel R, et al. A new clinical outcome measure of glenohumeral joint instability: the MISS questionnaire. *J Shoulder Elbow Surg*; 2005 14:22-30.
26. Plancher KD, Lipnick SL. Analysis of evidence-based medicine for shoulder instability. *Arthroscopy*; 2009 25:897-908.
27. Kirkley A, Griffin S, McLintock H, et al. The development and evaluation of a disease-specific quality of life measurement tool for shoulder instability: the Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI). *Am J Sports Med*; 1998 26:764-72.
28. Salomonsson B, Ahlstrom S, Dalen N, et al. The Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI): validity, reliability, and responsiveness retested with a Swedish translation. *Acta Orthop*; 2009 80:233-8.

Αρθρίτιδες ώμου

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΠΙΚΑΖΗΣ, Ε. Καθηγητής ΕΚΠΑ - Δρ. ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΓΟΥΛΕΣ, Ρευματολόγος

Οι αρθρίτιδες ώμου διακρίνονται αδρά σε δύο κατηγορίες: τις εκφυλιστικές που είναι συχνότερες και αντιπροσωπεύονται από την οστεοαρθρίτιδα καθώς και τις φλεγμονώδεις οι οποίες είναι σπανιότερες και περιλαμβάνουν: την ρευματοειδή αρθρίτιδα, τις οροαρνητικές αρθρίτιδες, τις λοιμώδεις και τις μεταβολικές αρθρίτιδες.

ΑΝΑΤΟΜΟ-ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΜΟΥ

Η άρθρωση του ώμου (γληνοβραχιόνιος άρθρωση) είναι η πλέον ευκίνητη άρθρωση στο ανθρώπινο σώμα. Ταυτόχρονα όμως και η πιο ευάλωτη σε υπεξαρθρήματα και σε βλάβες των περιαρθρικών και αρθρικών στοιχείων. Αποτελείται από την κεφαλή του βραχιονίου οστού και την αβαθή κοιλότητα της ωμογλήνης που ανήκει στην ωμοπλάτη. Οι αρθρικές επιφάνειες επικαλύπτονται από παχύ προστατευτικό χόνδρο που φτάνει τα 3 χιλ, ο οποίος φθείρεται και λεπτύνεται με την ηλικία αλλά και από την παρέμβαση μηχανικών, εκφυλιστικών και φλεγμονωδών παραγόντων. Οι χόνδροι μαζί με το ιξώδες αρθρικό υγρό μειώνουν τις τριβές και διευκολύνουν τις κινήσεις. Το πάχος του χόνδρου απεικονίζεται ακτινολογικά από το εύρος της μεσάρθριας σχισμής, η ελάττωση του οποίου σηματοδοτεί τη φθορά του και μαζί δε με τις ανωμαλίες στις παρυφές των αρθρικών επιφανειών (φλοιού), προσδιορίζει το είδος και την φύση της αρθρίτιδας.

Η φυσιολογική εμβιομηχανική του ώμου επιτρέπει ένα μεγάλο εύρος κίνησης σε όλες τις κατευθύνσεις. Η άρθρωση του ώμου και ιδιαίτερα η αβαθής κοτύλη, σε αντίθεση με το ισχίο, επιτρέπει μεγάλου εύρους κινήσεις που ελέγχονται και σταθεροποιούνται από το πλούσιο αρθροσυνδεσμικό και τενοντομυώδες σύστημα που την περι-

βάλλει και την στηρίζει. Έτσι, επιτρέπει την ανώδυνη και ανεμπόδιστη κίνηση στις καθημερινές, επαγγελματικές και αθλητικές δραστηριότητες χάριν αυτής της εξειδικευμένης κατασκευής. Η σωστή λειτουργία της ωμικής ζώνης προϋποθέτει την σταθεροποίηση της άρθρωσης από τον θύλακα, τον επιχείλιο χόνδρο και τους μυς. Η ωμοπλάτη θα πρέπει να έχει μια σωστή τοποθέτηση και ευθυγράμμιση πάνω στις πλευρές και τη σπονδυλική στήλη. Τέλος, οι μύες της ράχης ιδίως ο πλατύς ραχιαίος θα πρέπει να έχουν τον κατάλληλο τόνο για να εκλύεται το αντανακλαστικό της ευθυγράμμισης. Αν κάτι από τα παραπάνω διαταραχθεί, τότε η εμβιομηχανική λειτουργία του ώμου αλλάζει και εκδηλώνεται αστάθεια και επώδυνος ώμος.

ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΩΜΟΥ

Η οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) του ώμου εμφανίζεται ως πρωτοπαθής ή ιδιοπαθής εκφύλιση του χόνδρου και ως δευτεροπαθής μετά από τραύμα ή ασθένειες, δηλαδή προσβολή ή επικάλυψη άλλων φλεγμονωδών ή μεταβολικών νοσημάτων. Η ΟΑ είναι τοπική νόσος, σχετικά σπάνια, και χαρακτηρίζεται από φθορά του αρθρικού χόνδρου. Παραμένει, όμως, η πιο συχνή αρθρίτιδα του ώμου στα άτομα τρίτης ηλικίας. Δεν έχει φλεγμονώδη ή συστηματικά χαρακτηριστικά όπως η ρευματοειδή αρθρίτιδα και οι οροαρνητικές σπονδυλίτιδες, αλλά μπο-

ρεί να εμφανίζει τοπικά σημεία ήπιας φλεγμονής.

Η βασική βλάβη της ΟΑ είναι η σταδιακή εκφύλιση, αποδόμηση και φθορά του αρθρικού χόνδρου της κεφαλής βραχιονίου και της ωμογλήνης. Οι αρθρικές επιφάνειες γίνονται σκληρές και τραχείες, με αποτέλεσμα να προκαλείται τριβή, πόνος και δυσκαμψία. Η όλη διαδικασία συνοδεύεται από σκλήρυνση των υποχόνδριων οστικών επιφανειών, ανάπτυξη νέου οστού (οστεόφυτα) στις παρυφές της άρθρωσης καθώς και από ίνωση του αρθρικού θυλάκου. Με την ηλικία, ο μεσάρθριος χώρος (αρθρική σχισμή) περιορίζεται και στενεύει και η κεφαλή του βραχιονίου αποκτά ακανόνιστο σχήμα με σκλήρυνση του φλοιού και ανάπτυξη οστεοφύτων ιδίως στον κάτω πόλο σαν «γένι».

Κλινική Εικόνα

Κλινικά, η οστεοαρθρίτιδα ώμου (γληνοβραχιόνιας άρθρωσης) εκδηλώνεται σταδιακά με:

- δυσκαμψία και πόνο στον ώμο
- περιορισμό του εύρους κίνησης
- αίσθημα και ήχο τριβής των αρθρικών επιφανειών
- πόνος στην ανάπαυση και στον ύπνο.

Αρχικά, τα συμπτώματα είναι ήπια αλλά στην εξέλιξη επιτείνονται.

Ακτινολογικά Ευρήματα

Τα ευρήματα στην απλή ακ/φία σχετίζονται με την εξέλιξη της νόσου. Αρ-

► χικά παρατηρείται ασύμμετρη στένωση της αρθρικής σχισμής (σε αντίθεση με τη συμμετρικότητα και την οστεοπενία της PA και των άλλων φλεγμονωδών αρθριτίδων) η οποία οφείλεται στην απώλεια του αρθρικού χόνδρου. Ακολουθεί οστεοπύκνωση των αρθρικών επιφανειών (φλοιού) με διαβρωτικές οδοντώσεις, οστεόφυτα και υπαρθρικές κύστεις που σχετίζονται με το βαθμό της κλινικής εικόνας και τη χρονιότητα της νόσου και περιλαμβάνουν:

- Σκλήρυνση των αρθρικών επιφανειών
- Στένωση του μεσάρθριου διαστήματος (μικραίνει η απόσταση μεταξύ των αρθρικών επιφανειών)
- Υποχόνδριες οστικές κύστεις
- Οστεόφυτα (σχηματισμός έκτοπου αντιδραστικού οστού)

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΩΜΟΥ

Εμφανίζεται μετά από τραυματικές καταστάσεις στο ώμο: Κακώσεις, κατάγματα ή μετεγχειρητικές βλάβες, οι οποίες αποτελούν βασικές αιτίες ανάπτυξης χονδροπαθειών και κατά συνέπεια δευτεροπαθούς μετατραυματικής αρθρίτιδας. Ανεπανόρθωτες βλάβες στον χόνδρο και στην άρθρωση (καταστροφική αρθροπάθεια) μπορεί να προκληθούν ιδιαίτερα από τα λεγόμενα ενδοαρθρικά κατάγματα ώμου. Διακρίνουμε τις παρακάτω μορφές οστεοαρθρίτιδος:

Οστεοαρθρίτιδα από ρήξη του στροφικού πετάλου: Αυτή η ειδική για τον ώμο αρθρίτιδα εμφανίζεται σε άτομα, συνήθως ηλικιωμένα, που έχουν χρόνια ρήξη του πετάλου και αστάθεια. Με το χρόνο, η κεφαλή του βραχιονίου εκτοπίζεται προς τα πάνω, λόγω απώλειας του κατασπαστικού ρόλου του πετάλου και αρθρώνεται με την κορακοακρωμιαία καμάρα (coracoacromial arch), όπως φαίνεται στην παρακείμενη εικόνα.

Ο αρθρικός χόνδρος προοδευτικά φθείρεται υπερέχει σε πίεση και δι-



αβρώνεται από την τριβή. Στην ρευματολογική βιβλιογραφία η κατάσταση αυτή αναφέρεται στις εναποθέσεις κρυστάλλου υδροξυαπατίτη στο σύνδρομο του Milwaukee.

Οστεοαρθρίτιδα μετεγχειρητικής θυλακοσυραφής: Η αρθροπάθεια αυτή αναπτύσσεται συνήθως σε ασθενείς που έχουν πρόσθια αστάθεια και υποβάλλονται σε χειρουργική συρραφή του θυλάκου, στην οποία η κάψα σφίγγεται υπερβολικά. Αυτή η υπερβολικά σφιγμένη κάψα οδηγεί σε σοβαρό περιορισμό της φυσιολογικής κίνησης, ιδιαίτερα στην εξωτερική στροφή, προκαλώντας την πρόωρη μετατόπιση της βραχιονίας κεφαλής με αποτέλεσμα χονδροπάθεια που ακτινογραφικά, είναι πανομοιότυπη με της ΟΑ.

Διαβρωτική οστεοαρθρίτιδα ώμου: Πρόκειται για σχετικά σπάνια μορφή οστεοαρθρίτιδας με σαφή φλεγμονώδη χαρακτηριστικά, συμμετρική στένωση της αρθρικής σχισμής με χαρακτηριστικές διαβρώσεις των αρθρικών επιφανειών. Μοιάζει της PA αλλά διαχωρίζεται από αυτήν.

Συχνά συνοδεύεται από συμμετρική προσβολή και του άλλου ώμου και των δακτύλων που καταλήγουν σε αγκύλωση, ενώ συχνά προηγείται ή συμπορεύεται με αρθρίτιδα Heberden. Οι δείκτες φλεγμονής είναι αμφίβολοι, ενώ τα ρευματολογικά τεστ είναι αρνητικά.

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΕΣ

Οι φλεγμονώδεις αρθρίτιδες αποτελούν τη δεύτερη μεγαλύτερη κατηγορία αρθριτίδων που προσβάλλουν τον ώμο. Οι παθήσεις αυτές συνήθως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ), η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, η ψωριασική αρθρίτιδα, η λοιμώδης αρθρίτιδα. Πολύ σπάνιες είναι η ουρική αρθρίτιδα, η ψευδο ουρική κ.α.

Οι παθήσεις αυτές χαρακτηρίζονται από τοπικά και συστηματικά ευρήματα φλεγμονής, έχουν ορολογικά θετικούς τους δείκτες φλεγμονής και τα αντίστοιχα ρευματικά τεστ. Συνοδεύονται από διαγνωστικά εξανθήματα (ΣΕΛ, ψωριασική), το αρθρικό υγρό είναι φλεγμονώδες με αντίστοιχη αύξηση των λευκών που στη λοιμώδη αρθρίτιδα μπορεί να υπερβαίνει τις 50.000 κκx. Το πρότυπο των φλεγμονωδών αρθριτίδων είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ). Είναι η πιο συχνή και βασική ασθένεια στην κατηγορία αυτή. Σε μία μελέτη, το 60- 90% των ασθενών με ΡΑ ανέφεραν πόνο στον ώμο και κινητικούς και λειτουργικούς περιορισμούς.

Σε όλες αυτές τις φλεγμονώδεις αρθρίτιδες συμπεριλαμβανομένης της ΡΑ, οι παθολογικές διεργασίες είναι παρόμοιες. Το αρχικό στάδιο της ΡΑ του ώμου συνεπάγεται έντονη υμενίτιδα. Οι φλεγμονώδεις μεσολαβητές που απελευθερώνονται από τον φλεγμονώδη αρθρικό υμένα, όπως οι κολλαγενάσες και οι πρωτεάσες, κυτταροκίνες, οδηγούν σε χρονιότητα της νόσου, διάβρωση και καταστροφή των αρθρώσεων.

Ο φλεγμονώδης αρθρικός υμένας, το αρθρικό υγρό και οι μεσολαβητές φλεγμονής δυναμικά προκαλούν μια οδυνηρή διάταση του αρθρικού θυλάκου, ενώ διαβρώνουν τα αρθροσυνδεσμικά στοιχεία και τον αρθρικό χόνδρο. Μπορεί να υπάρχουν μεγάλες αρθρικές διαβρώσεις, οι οποίες συχνά αλλοιώνουν την θέση, τη μορφολογία ►

boderm™

EXSCAR™

EXSCAR
EXSCAR™

HAIRGEN™

HAIRGEN™
HAIRGEN™

BIONATAR™

BIONATAR™
BIONATAR™

KNESICALM™

KNESICALM™
KNESICALM™

ACNAID™

ACNAID™
ACNAID™

ECZAID™

ECZAID™
ECZAID™

OLIPROX™

OLIPROX™
OLIPROX™

PROTOTYPE™

PROTOTYPE™
PROTOTYPE™

BOSKIN™

BOSKIN™
BOSKIN™

BODERM A.E.

Πάνου Γαβαλά 6, Βιομηχ. Πάρκο Αγίου Στεφάνου, 14565, Αττική,
t: +30 210 7707595, f: +30 210 7716680, e: info@boderm.com

www.boderm.com



► και την εμβιομηχανική λειτουργία της άρθρωσης. Σε πολλούς ασθενείς, η κεφαλή του βραχιονίου υπεξαρθρώνεται, ανυψώνεται σε σχέση με τη ωμογλήνια κοιλότητα. Αυτό πιστεύεται ότι οφείλεται σε απώλεια της αρθρικής επιφάνειας και δεν οφείλεται σε πλήρη ρήξη του πετάλου των στροφένων.

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ, ΑΓΚΥΛΟΠΟΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Είναι χρόνιες φλεγμονώδεις νόσοι που προσβάλλουν ταυτόχρονα και συμμετρικά πολλές αρθρώσεις στο ανθρώπινο σώμα συμπεριλαμβανομένου και του ώμου. Εκδηλώνονται σαν συμμετρική πολυαρθρίτιδα, γεγονός που σημαίνει ότι προσβάλλει την ίδια άρθρωση αμφοτερόπλευρα.

Τα χαρακτηριστικά φλεγμονής, όπως η πολυαρθρίτιδα, οι ορολογικοί δείκτες φλεγμονής, η πρωινή δυσκαμψία μαζί με τα απεικονιστικά ευρήματα της συμμετρικής αρθρικής στένωσης, των διαβρώσεων του φλοιού και της οστεοπενίας με απουσία σκληρυντικών-οστεοφυτικών στοιχείων, διαχωρίζουν διαγνωστικά τα νοσήματα αυτά με σχετική ευκολία. Στη ρευματοειδή αρθρίτιδα ο αρθρικός υμένας φλεγμαίνει έντονα, διογκώνεται και οδηγεί σε πόνο και δυσκαμψία των ώμων. Πρόκειται για αυτοάνοσα νοσήματα. Αυτό σημαίνει ότι το ανοσοποιητικό σύστημα μέσω της φλεγμονώδους αντίδρασης που προκαλεί, καταστρέφει τους φυσιολογικούς ιστούς (χόνδρο, συνδέσμους και οστό).

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΩΝ

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό και στη σχολαστική και συγκριτική εξέταση των ώμων άμφω και του αυχένα, αποκλείοντας αυχενική παθολογία που αντανάκλα στην ωμική ζώνη. Εκτιμούνται ο επώδυνος περιορισμός κινητικότητας του πάσχοντος ώμου ι-

δίως στην στροφή και στην απαγωγή του βραχίονα. Ελέγχεται η παρουσία κριγμού, η έλλειψη τοπικών φλεγμονωδών φαινομένων καθώς και η εστιακή εντόπιση ψηλαφητικά επώδυνης εστίας στην αρθρική σχισμή με πίεση. Θα ελεχθεί κλινικά η κατάσταση του στροφικού πετάλου, των αρθρώσεων, των συνδέσμων και των υπόλοιπων μαλακών μορίων της άρθρωσης και της ενδεχόμενης συμφυτικής θυλακίτιδας. Η απλή ακ/φία ώμου επιβεβαιώνει τη διάγνωση με εκφυλιστικές ή φλεγμονώδεις (συμμετρική ομότιμη στένωση) βλάβες. Η εξέταση θα ολοκληρωθεί με κλινικό έλεγχο του αυχένα για αποκλεισμό ή την αναπαραγωγή αντανάκλαστικού πόνου ή ριζαλγίας, αποκλεισμού τού συνδρόμου υπερπλατίου νεύρου, βλάβη βραχιονίου πλέγματος ή συνδρόμου θωρακικής εξόδου.

Περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος όπως η διενέργεια υπερηχογραφήματος, αξονικής ή μαγνητικής τομογραφίας πιθανόν να χρειασθεί σε περίπτωση που ο ιατρός επιθυμεί να ανιχνεύσει αρχόμενη ή υποκλινική νόσο, να επιβεβαιώσει μια μη τυπική κλινική εικόνα ή πρόκειται να εφαρμόσει συγκεκριμένες αρθροσκοπικές ή χειρουργικές τεχνικές. Στις περιπτώσεις αυτές ο επιπλέον εργαστηριακός έλεγχος κρίνεται αναγκαίος. Η ΜΤ απεικονίζει πρωιμότερα την χονδροπάθεια από την απλή ακτινογραφία και την φλεγμονώδη αποτύπωση τις ΡΑ και των άλλων αρθριτίδων.

ΣΗΠΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Ο όρος σηπτική αρθρίτιδα αναφέρεται σε μικροβιακή προσβολή μίας άρθρωσης. Προκαλείται λόγω αιματογενούς διασποράς συχνότερα το ουροποιητικό, από μικρόβια, αλλά μπορεί και από μύκητες ή από μυκοβακτήρια. Συνήθως είναι μία οξεία δυνητικά καταστροφική αρθρίτιδα. Κύριοι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι: η τρίτη ηλικία, ο σ. διαβήτη, πρόσφατα χειρουργηθείσα ή προσθετική άρθ-

ρωση, ανοσοκαταστολή, χρήση ουσιών και ο αλκοολισμός.

Το κύριο παθογόνο αίτιο είναι ο *S. Aureus* (και ο MRSA) και λιγότερο συχνά ο στρεπτόκοκκος, *neisseria gonorrhoeae*, βρουκέλλα, μήκυτες κλπ. Η προσβολή του ώμου από σηπτική αρθρίτιδα είναι ασυνήθιστη.

ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ

Η οστεονέκρωση, που ονομάζεται επίσης και *avascular necrosis*, συνήθως υποδιαιρείται σε 2 κατηγορίες: τραυματική και μη τραυματική.

Η τραυματική οστεονέκρωση συνήθως αναπτύσσεται σε ασθενείς που υποφέρουν από κάταγμα 3-4ημερών της κεφαλής του βραχιονίου που διαταράσσει την αγγειακή παροχή, κυρίως μέσω του ανιόντος κλάδου της πρόσθιας περισπωμένης αρτηρίας στην κεφαλή του βραχιονίου.

Στη μη τραυματική οστεονέκρωση, η διαταραχή μπορεί να είναι δευτερεύουσα σε μια συγκεκριμένη ασθένεια ή μπορεί να είναι ιδιοπαθής. Συνήθως συνυπάρχουσες καταστάσεις που περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: • Χρήση αλκοόλ • Κάπνισμα • Χρήση στεροειδών • Μεταβολικά προβλήματα (π.χ., ασθένεια Gaucher, ουρική αρθρίτιδα) • Αιματολογικές διαταραχές (π.χ. δρεπανοκυτταρική νόσο, θαλασσαιμία).

Η κοινή οδός φαίνεται να είναι μια διαταραγμένη αιματική ροή στην κεφαλή του βραχιονίου, οδηγώντας σε νέκρωτικές βλάβες του οστού. Έχουν αναπτυχθεί πολλά διαφορετικά συστήματα σταδιοποίησης για την κατηγοριοποίηση της μη τραυματικής οστεονέκρωσης. Το σύστημα ταξινόμησης Cruess, το οποίο σχεδιάστηκε ειδικά για την οστεονέκρωση της κεφαλής του βραχιονίου, έχει ως εξής:

- Στάδιο I: Οι ακτινογραφίες είναι φυσιολογικές. Η μαγνητική τομογραφία μπορεί να αναδείξει αλλοιώσεις
- Στάδιο II: Ακτινογραφικά ευρήματα σκλήρυνσης (σφηνοειδής ή διαστρωμένη απεικόνιση) και οστεοπενία



- Στάδιο III: Οι ακτινογραφίες δείχνουν ένα σημάδι ημισελήνου (υποχονδρικό κάταγμα)
- Στάδιο IV: Κατάρρευση της αρθρικής επιφάνειας της κεφαλής του βραχιονίου. Μπορεί να δει κανείς χαλαρά σωματίδια. Η άρθρωση δεν επηρεάζεται
- Στάδιο V: Οι αρθρικές αλλοιώσεις περιλαμβάνουν και απειλούν την άρθρωση

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ: Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΣΤΙΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΕΣ ΩΜΟΥ

- Σε φλεγμονώδεις και μη αρθροπάθειες ο ρόλος της υπερηχογραφίας, εστιάζεται στην ανάδειξη πάχυνσης του αρθρικού θυλάκου-υμένα και οστικών διαβρώσεων καθώς και στην παρουσία αρθρικού υγρού, εκτός από την εκτίμηση της ακεραιότητας του στροφικού πετάλου και της συμμετοχής στην νόσο του υποδελτοειδικού θυλάκου.
- Το Δυναμικό Υπερηχογράφημα. Η εξέταση μοιάζει με το συνηθισμένο υπερηχογράφημα σώματος, αλλά πρόκειται για υπερηχογράφημα υψηλής ευκρίνειας που επιτρέπει την λεπτομερή απεικόνιση μικρών (αρχόμενων) αλλοιώσεων. Χρησιμοποιεί υπερήχους υψηλής ευκρίνειας (αντί για ακτινοβολία ή μαγνητικό πεδίο) δεν είναι στατική και επιτρέπει την κίνηση σε αντίθεση με τις άλλες μεθόδους
- Έχει μεγάλη αξιοπιστία για την διάγνωση, βαθμονόμηση, παρακολούθηση στις βλάβες και στις αλλοιώσεις εκφυλιστικής και φλεγμονώδους

αρθρίτιδας με τη χρήση συστήματος ποσοτικοποίησης της φλεγμονής (Power Doppler Quantification). Έχει μεγαλύτερη ακρίβεια στην ανίχνευση φλεγμονής και διαβρώσεων στις περιφερικές αρθρώσεις σε σχέση με την κλινική εξέταση και την απλή ακτινογραφία. Επίσης έχει συγκρίσιμη ακρίβεια με αυτή της Μαγνητικής Τομογραφίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό (ενδεικτικά ακρίβεια 89-97% (3)).

- Με το Υπερηχογράφημα είναι δυνατόν να διαγνωστούν πρώιμα αλλοιώσεις αρθρίτιδας σε ενήλικες και σε παιδιά πριν εμφανιστούν στην ακτινογραφία ή όταν τα κλινικά ή αιματολογικά ευρήματα είναι ασαφή ή αμφίβολα. Σε ασθενή με νεοεμφανιζόμενη ή πιθανή (αμφίβολη) αρθρίτιδα, είναι δυνατόν να γίνει εξειδικευμένος υπερηχογραφικός έλεγχος όλων των περιφερικών αρθρώσεων άνω και κάτω άκρων (χαρτογράφηση αρθρώσεων) για καταγραφή των βλαβών και της ενεργότητάς τους. Η εξέταση παρέχει χρήσιμες πληροφορίες στον ρευματολόγο για α) επιβεβαίωση της διάγνωσης (ειδικά σε αμφίβολες περιπτώσεις), β) εντοπισμό κρυφής προσβολής σε αρθρώσεις που δεν έχουν ακόμη εμφανίσει συμπτώματα, ώστε να ξεκινήσει έγκαιρα η θεραπεία γ) βαθμονόμηση έκτασης και ενεργότητας των αλλοιώσεων (με βάση τα ευρήματα έγχρωμου και power Doppler και σύμφωνα με διεθνείς κλίμακες), δ) παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας σε συγκριτικές εξετάσεις, ε) πρώιμη ανίχνευση αλλοιώσεων νεανικής ρευματοειδούς αρθρίτιδας σε παιδιά με πιθανή φλεγμονώδη αρθροπάθεια, στ) διάγνωση συνυπαρχουσών αλλοιώσεων στα περιαρθρικά μαλακά μόρια.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της αρθρίτιδας αρχικά περιλαμβάνει συντη-

ρητικά (μη χειρουργικά) μέτρα όπως:

- Μη Στεροειδή Αντι-φλεγμονώδη Φάρμακα στην ΟΑ και στις φλεγμονώδεις αρθρίτιδες. Η Μεθοτρεξάτη και Βιολογικοί Παράγοντες για τις δύσκολες φλεγμονώδεις αρθρίτιδες
- Φυσικοθεραπευτική αποκατάσταση
- Ασκήσεις
- Ενδοαρθρικές εγχύσεις στεροειδών, Σε προχωρημένη νόσο η θεραπεία είναι μόνο χειρουργική.

Η οριστική αντιμετώπιση της προχωρημένης οστεοαρθρίτιδας επιτυγχάνεται με την εφαρμογή της ολικής αρθροπλαστικής του ώμου, αφού εκτιμηθούν καλά η κατάσταση των τενόντων, τα προσδοκώμενα οφέλη και επιπλοκές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μπαλτόπουλος Π. Ανατομική του Ανθρώπου. Ι. Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2003
2. VanItallie TB: «Gout: epitome of painful arthritis». Metab. Clin. Oct. 2010 Exp. 59 (Suppl 1)
3. Torp-Pedersen: Power and Color Doppler Ultrasound Settings for Inflammatory Flow: Impact on Scoring of Disease Activity in Patients With Rheumatoid Arthritis (pages 386-395) Arthritis Rheumatol. 2015 Feb;67(2):386-95.
4. Chakravarty K.: Shoulder joint movement and its relationship to disability in the elderly. J Rheumatol. 1993;20(8):1359.
5. Alamanos Y, Drosos A.: Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. Autoimmunity Reviews. 2005 Vol4:130-136
6. Lehtinen JT, Kaarela K, Belt EA, Kautiainen HJ, Kauppi MJ, Lehto MU.: Incidence of glenohumeral joint involvement in seropositive rheumatoid arthritis. A 15 year endpoint study. J Rheumatol. 2000;27(2):3476.
7. Shah KN, Racine J, Jones LC, Aaron RK.: Pathophysiology and risk factors for osteonecrosis. Curr. Rev. Musculoskel. Med. 2015 Sep;8(3):201-9
8. Mazieres B.: Osteonecrosis. In Rheumatology, Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, et al. (Eds), Mosby, London 2003. p.1877.
9. Margaretten ME, Kohlwes J, Moore D, Bent S.: Does this adult patient have septic arthritis? JAMA 2007;297(13):1478.
10. Goldenberg DL, Reed JI.: Bacterial arthritis. N Engl J Med. 1985 21;312(12):764.

Διακρανιακή μαγνητική διέγερση

Διαγνωστικές και θεραπευτικές ενδείξεις

Ο ρόλος της στην κατάθλιψη



ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΟΥΜΑΚΗΣ
 Νευρολόγος - Ψυχίατρος, Διευθυντής «Ευρωκλινικής» Αθηνών
 Αντιπρόεδρος ΕΕΛΙΑ

Πολλοί ασθενείς με μονοπολική μείζονα κατάθλιψη δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη αγωγή με φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία [1,2] και είναι έτσι υποψήφιοι για μη επεμβατικές διαδικασίες νευροδιαμόρφωσης, συμπεριλαμβανομένης της επαναλαμβανόμενης διακρανιακής μαγνητικής διέγερσης (rTMS, Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation) και ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT, electroconvulsive therapy) [3-5]. Αν και η ECT είναι περισσότερο αποτελεσματική από την επαναλαμβανόμενη TMS [6,7], οι ασθενείς μπορεί να προτιμούν την επαναλαμβανόμενη TMS επειδή είναι καλύτερα ανεκτή και σε αντίθεση με την ECT, η TMS δεν απαιτεί γενική αναισθησία και επαγωγή επιληπτικών σπασμών.

Η κατάθλιψη είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα των σύγχρονων κοινωνιών.

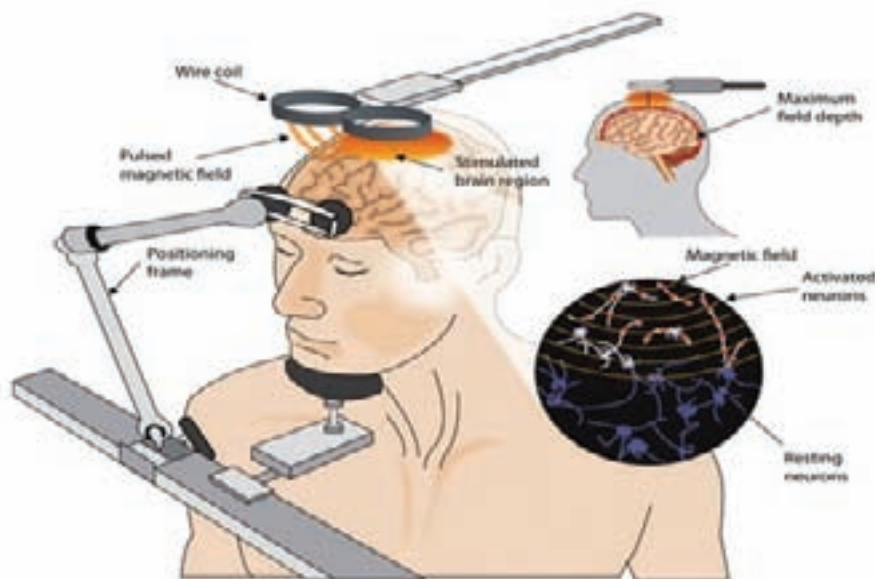
Οι στατιστικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ευρώπη δείχνουν ότι κάθε έτος ο αριθμός των νέων ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη φτάνει στο 7% του γενικού πληθυσμού, ενώ αν συνυπολογισθούν και οι αγχώδεις διαταραχές το μέγεθος ανέρχεται στο 27%.

Σύμφωνα με δημοσιευμένες μελέτες, εξάλλου, ο αριθμός των ασθενών που πάσχουν από φαρμακοανθεκτική κατάθλιψη, που δεν έχουν, δηλαδή, βελτιωθεί αρκετά ενώ έχουν ήδη δοκιμάσει δύο διαφορετικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ανέρχεται στο 2% του γενικού πληθυσμού.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ TMS

Η επαναλαμβανόμενη Διακρανιακή Μαγνητική Διέγερση συνίσταται στη χρήση ενός πηνίου που συνδέεται με ένα ταχέως μεταβαλλόμενο ηλεκτρικό φορτίο δημιουργώντας ηλεκτρομαγνητισμό.

Το ηλεκτρομαγνητικό αυτό πηνίο



τοποθετείται επαναλαμβανόμενα πάνω στο κρανίο με αποτέλεσμα τα ηλεκτρομαγνητικά πεδία να μεταβάλλουν τη λειτουργία των κυττάρων των στοχευμένων εγκεφαλικών περιοχών που εδράζονται κάτω από το κρανίο. Η κατασκευή του πηνίου (Εικ. 1) επιτρέπει τη στόχευση συγκεκριμένων εγκεφαλικών περιοχών με μεγάλη ακρίβεια. Ο μηχανισμός δράσης της ε-

παναλαμβανόμενης TMS είναι άγνωστος. Μία υπόθεση είναι ότι η διέγερση διακριτών περιοχών του φλοιού μεταβάλλει την παθολογική δραστηριότητα ενός δικτύου περιοχών της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου που εμπλέκονται στη ρύθμιση της διάθεσης και συνδέονται με τις στοχευμένες θέσεις διέγερσης του φλοιού [8,9]. Αυτό υποστηρίζεται από λειτουργικές και α-

πικονιστικές μελέτες που δείχνουν ότι η επαναλαμβανόμενη TMS μπορεί να αλλάξει τη δραστηριότητα περιοχών του εγκεφάλου που είναι απομακρυσμένες από τη θέση της διέγερσης [10-12].

Η επαναλαμβανόμενη TMS έχει πολλές μοριακές επιδράσεις συγκρίσιμες με την ECT, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης μετατροπής μονοαμινών και ομαλοποίησης του άξονα υποθαλάμου υπόφυσης [13]. Σε μία νευροαπεικονιστική μελέτη καταθλιπτικών ασθενών, ανεπάρκεια σεροτονίνης στο προμετωπιαίο λοβό κατά την έναρξη ομαλοποιήθηκε μετά τη θεραπεία με επαναλαμβανόμενη TMS.

Η επίδραση της επαναλαμβανόμενης TMS φαίνεται να διαφέρει ανάλογα με τη συχνότητα. Διέγερση υψηλής συχνότητας πιστεύεται ότι διεγείρει τους στοχευμένους νευρώνες (και συνήθως χρησιμοποιείται για να ενεργοποιήσει το αριστερό προμετωπιαίο φλοιό), ενώ η χαμηλής συχνότητας διέγερση φαίνεται να αναστέλλει τη δραστηριότητα του φλοιού

(και συνήθως κατευθύνεται στο δεξιό προμετωπιαίο φλοιό) [9]. Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, μια ανασκόπηση 66 μελετών καταθλιπτικών ασθενών που έλαβαν θεραπεία με TMS που στόχευε το ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό διαπίστωσε ότι η υψηλής συχνότητας TMS γενικά αύξησε τη τοπική εγκεφαλική ροή αίματος, ενώ η χαμηλής συχνότητας TMS μείωσε γενικά τη τοπική εγκεφαλική ροή αίματος [14].

ΧΩΡΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

Εφαρμόζεται στο ιατρείο και δεν απαιτείται νοσηλεία σε κλινική. Κατά τη θεραπεία, ο ασθενής είναι άνετα ξαπλωμένος στο κρεβάτι του ιατρείου. Δε λαμβάνει αναισθησία ή οποιοδήποτε άλλο φάρμακο. Ένα ηλεκτρομαγνητικό πηνίο τοποθετείται σε επαφή με το κρανίο, σε σημείο που επιλέγει ο γιατρός κατά την πρώτη συνεδρία, όπως φαίνεται στην εικόνα που ακολουθεί. Το πηνίο παραμένει στο ίδιο σημείο καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας.

Η θεραπεία αποτελείται από ένα σύνολο ηλεκτρομαγνητικών παλμών χαμηλής έντασης και συγκεκριμένης συχνότητας, που δημιουργούνται από το πηνίο και ενεργοποιούν τα κατάλληλα κέντρα του εγκεφάλου, ώστε να αντιμετωπισθούν τα αρνητικά συναισθήματα και η κακή διάθεση, και να ενεργοποιηθούν τα θετικά συναισθήματα.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

Η πρώτη συνεδρία, κατά την οποία καθορίζονται οι παράμετροι της θεραπείας, διαρκεί περίπου μία ώρα. Κάθε επόμενη συνεδρία διαρκεί περίπου μισή ώρα.

Οι συνεδρίες γίνονται καθημερινά, τις εργάσιμες ημέρες της εβδομάδας. Συνήθως απαιτούνται 15-30 συνεδρίες έως ώτου επιτευχθεί το επιθυμητό κλινικό αποτέλεσμα, και έτσι η συνολική διάρκεια της θεραπείας είναι τρεις έως έξι εβδομάδες.

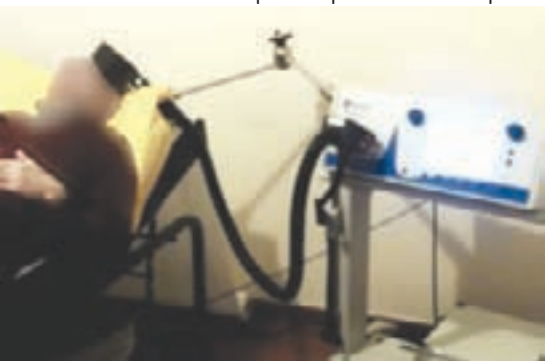
Πρόκειται για μη επώδυνη θεραπεία. Κάθε ηλεκτρομαγνητικός παλμός δίνει την αίσθηση μίας πολύ ελαφριάς και μικρής διάρκειας ηλεκτρικής εκκένωσης, που γίνεται αισθητή στο δέρμα του κρανίου. Μετά τους πρώτους λίγους παλμούς, ο θεραπευόμενος συνηθίζει τη διαδικασία και αισθάνεται άνετα, συνήθως δεν υπάρχει καμία δυσφορία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με τις πλέον πρόσφατες μετα-αναλύσεις, από τους ασθενείς με ανθεκτική κατάθλιψη που βρίσκονταν ήδη υπό αντικαταθλιπτική αγωγή, χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα, και οι οποίοι έλαβαν επιπλέον θεραπεία με TMS, 35-40% πέτυχαν πλήρη ύφεση. Επιπλέον το θεραπευτικό αποτέλεσμα της TMS έχει αντίστοιχη διάρκεια με αυτό άλλων παρεμβάσεων, όπως της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, αφού περίπου 60% των ασθενών στους οποίους επιτεύχθηκε ύφεση αρχικά, συνέχισαν να βρίσκονται σε ύφεση τρεις μήνες μετά το τέλος των συνεδριών TMS.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Πριν από τη θεραπεία με επαναλαμβανόμενη TMS, ο ασθενής πρέπει να αξιολογείται για να επιβεβαιωθεί η πρωταρχική διάγνωση θεραπευτικής ανθεκτικής κατάθλιψης και κατά πόσον η παρέμβαση μπορεί να είναι ασφαλής. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει ένα ψυχιατρικό ιστορικό και εξέταση των νοητικών λειτουργιών, με έμφαση στα καταθλιπτικά συμπτώματα, τη διάρκεια του τρέχοντος καταθλιπτικού επεισοδίου, τους τύπους και πλήθος των αποτυχημένων θεραπειών κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου, καθώς και τον αριθμό, διάρκεια και ιστορικό θεραπείας προηγούμενων καταθλιπτικών επεισοδίων. Επιπλέον, λαμβάνεται ένα γενικό ιατρικό ιστορικό, διενεργείται κλινική εξέταση, καθώς και παραγγέλλονται εργαστηριακές και νευροαπεικονιστικές



► εξετάσεις, σύμφωνα με τα ευρήματα από το ιστορικό και την κλινική εξέταση [15-17]. Το ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να δίνει έμφαση στους παράγοντες κινδύνου για επιληπτικές κρίσεις και σε προϋπάρχουσα νευρολογική νόσο (π.χ., επιληψία, ενδοκρανικές μάζες και αγγειακές ανωμαλίες).

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Η επαναλαμβανόμενη διακρανική μαγνητική διέγερση (TMS) είναι ενδεδειγμένη για ασθενείς με μονοπολική μείζονα κατάθλιψη που έχουν αποτύχει με τουλάχιστον ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο. Σε πολλές μελέτες, οι ασθενείς έχουν αποτύχει με πολλαπλές αγωγές φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας, καθώς και με εφαρμογή ηλεκτροσπασμοθεραπείας [18], ενώ οι περισσότεροι έχουν υποστεί προηγούμενα επεισόδια μείζονος κατάθλιψης [19]. Η χρήση επαναλαμβανόμενης TMS για τη θεραπεία της ανθεκτικής κατάθλιψης είναι σύμφωνη με τις κατευθυντήριες γραμμές θεραπείας από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία [3,4], το Καναδικό Δίκτυο για την διάθεση και θεραπεία άγχους [20], και το Βασιλικό Αυστραλιανό και Νέας Ζηλανδίας Κολλέγιο Ψυχιάτρων [21]. Επιπλέον, η TMS ενδείκνυται για ασθενείς που ανταποκρίθηκαν σε προηγούμενη αγωγή με TMS [19].

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Για τον έλεγχο ασθενών για αντενδείξεις στην εφαρμογή επαναλαμβανόμενης διακρανικής μαγνητικής διέγερσης (TMS), χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με 13 ερωτήματα [22].

Η επαναλαμβανόμενη TMS αντενδείκνυται σε ασθενείς με [23-25]

- Αυξημένο κίνδυνο για επιληπτικές κρίσεις.
- Εμφυτευμένο μεταλλικό υλικό (π.χ., κλιπ σε ανεύρυσμα ή θραύσματα σφαίρας)
- Κοχλιακό εμφύτευμα
- Εμφυτευμένες ηλεκτρικές μικρο-

συσσκευές (π.χ. βηματοδότες, ενδοκαρδιακές γραμμές και αντλίες φαρμάκων)

Η επαναλαμβανόμενη TMS είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια σε καταθλιπτικούς ασθενείς με ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό επιληπτικών σπασμών, εάν η συχνότητα διέγερσης είναι χαμηλή (≤ 1 παλμοί ανά δευτερόλεπτο) και το όριο της συσκευής παρακολουθείται για να εξασφαλιστεί ότι η ένταση της διέγερσης δεν υπερβαίνει το συνιστώμενο εύρος ασφάλειας [26]. Ωστόσο, οι ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο για επιληπτικές κρίσεις θα πρέπει να υποβάλλονται σε επαναλαμβανόμενη TMS μόνο εάν το δυνητικό όφελος υπερτερεί του αυξημένου κινδύνου. Για παράδειγμα, το καταθλιπτικό επεισόδιο δεν έχει ανταποκριθεί σε πολλαπλές (π.χ., έξι) φαρμακευτικές αγωγές, συμπεριλαμβανομένης της μονοθεραπείας και συνδυασμένης θεραπείας, καθώς και ψυχοθεραπείας και ηλεκτροσπασμοθεραπείας.

Τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά (παραισθησίες και ψευδαισθήσεις) δεν είναι αντένδειξη για τη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης με επαναλαμβανόμενη TMS [27], αλλά οι περισσότερες τυχαίοποιημένες μελέτες έχουν αποκλείσει τους ψυχωτικούς ασθενείς [23,28-32].

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Η επαναλαμβανόμενη διακρανική μαγνητική διέγερση (TMS) είναι γενικά ασφαλής και καλά ανεκτή [13,19,23,33]. Για παράδειγμα, σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη 301 ασθενών διαπιστώθηκε ότι η διακοπή της μελέτης λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών ήταν συγκρίσιμη μεταξύ ενεργούς και πλασματικής επαναλαμβανόμενης TMS (5 και 3 %) [23].

ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ

Η πιο σοβαρή παρενέργεια της επαναλαμβανόμενης TMS είναι η γεικουμένη τονικοκλονική επιληπτική

κρίση [19,24,25]. Ωστόσο, ο κίνδυνος επιληψίας φαίνεται να είναι συγκρίσιμος με εκείνο για τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και οι επιληπτικές κρίσεις συμβαίνουν ίσως σε λιγότερο από 0,1 έως 0,5 τοις εκατό ασθενών όταν οι κατευθυντήριες γραμμές ασφάλειας σχετικά με τις παραμέτρους επιλογής και διέγερσης ασθενών τηρούνται [13,19,24]. Οι επιληπτικές κρίσεις που σημειώθηκαν ήταν αυτο-περιοριζόμενες, δεν απαιτούσαν κανένα φάρμακο, και δεν επαναλήφθηκαν.

Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο επιληπτικών σπασμών περιλαμβάνουν:

- Ατομικούς παράγοντες ασθενών
- Ατομικό και οικογενειακό (γονέας, αδελφός, ή παιδί) ιστορικό επιληψίας
- Προϋπάρχουσα νευρολογική διαταραχή (π.χ., προηγούμενος τραυματισμός στο κεφάλι με απώλεια συνείδησης, προηγούμενη χειρουργική επέμβαση στον εγκέφαλο ή συγγενής δυσπλασία του εγκεφάλου)
- Φάρμακα που μειώνουν τον ουδό επιληπτικών κρίσεων (π.χ., barbituric, διεγερτικά, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωτικά και θεοφυλλίνη)
- Πρόσφατη διακοπή αλκοόλ, βενζοδιαζεπινών ή αντιεπιληπτικών
- Στέρηση ύπνου
- Παράμετροι επαναλαμβανόμενης διέγερσης TMS:
- Υψηλή συχνότητα
- Αυξημένη ένταση
- Μικρότερο διάστημα μεταξύ των εφαρμογών της μεθόδου

ΆΛΛΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Υπομανία και μανία έχουν περιγραφεί σε τυχαίοποιημένες μελέτες [34] καθώς και αναφορές περιστατικών με μείζονα κατάθλιψη (μονοπολική και διπολική) που έλαβαν θεραπεία με επαναλαμβανόμενη TMS [35-38]. Ωστόσο, η κλινική σημασία δεν είναι γνωστή γιατί οι ασθενείς με διπολική μείζονα κατάθλιψη μπορούν ►

MULTI-VITAMIN GENERATION

ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ ΠΟΛΥΒΙΤΑΜΙΝΟΥΧΑ ΦΥΣΙΚΑ ΔΑΚΡΥΑ

FEATURED PUBLICATION
ESCRS EUROPEAN SOCIETY OF
CONTACT & REFRACTIVE
SURGERY
LISBON 2017

VISIONLUX PLUS Πολυβιταμινούχα Φυσικά Δάκρυα The Ocular Healer

1-2 σταγόνες 3-5 φορές την ημέρα
για όσο χρειάζεται

B12 Βιταμίνη: Βέλτιστη
αναγέννηση και εννέρωση
του κερατοειδούς και του
επιπεφυκότα¹

B5 Βιταμίνη: Επιτάχυνση
της επώλωσης²

P-Plus™: Ενίσχυση της
ενυδάτωσης και της
παραμονής του διαλύματος
πάνω στον οφθαλμό

0.30% Γαλουρονικό Νάτριο:
Μέγιστη Ενυδάτωση



3 μήνες | 10ml | 8.40€

NAVITAE PLUS Πολυβιταμινούχα Φυσικά Δάκρυα The Ocular Surface Health Restorer

1-2 σταγόνες 3-5 φορές την ημέρα
για όσο χρειάζεται

A Βιταμίνη:
Αντιξηροφθαλμική Δράση^{3,4}

E Βιταμίνη: Δέσμευση
ελευθέρων ριζών και
προστασία

**0.15% Γαλουρονικό
Νάτριο:** Ιδανική Ενυδάτωση



3 μήνες | 15ml | 7.63€

ΝΙΩΣΤΕ ΤΗ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΑΣ

Reference: 1. Romano M.R., et al., 2014. Effects of vitamin B12 on the corneal nerve regeneration in rats. Experimental Eye Research 120 (2014) 109-117. 2. Raczynska K., et al 2003. Clinical evaluation of pro-vitamin B5 drops and gel for postoperative treatment of corneal and conjunctival injuries. Klin Oczna, 2003;105(3-4):175-8. 3. Kobayashi TK., et al 1997. Effect of retinol palmitate as a treatment for dry eye: a cytological evaluation. Ophthalmologica, 1997;211(6):358-61. 4. Kim EC., et al., 2009. A comparison of vitamin A and cyclosporine a 0.05% eye drops for treatment of dry eye syndrome. Am J Ophthalmol.2009 Feb;147(2):206-213.

 **KITE**
HELLAS LTD

The GLOBAL HEALTH STORE


by KITE HELLAS
Shop at www.Healthy-Scoop.com

► να παρουσιάσουν αυξημένη διάθεση σε περίπτωση απουσίας αντικαταθλιπτικής θεραπείας. Μια ανασκόπηση συγκεντρωτικών αποτελεσμάτων από 10 τυχαίοποιημένες μελέτες ασθενών (520 ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη) που παρουσίασαν εναλλαγή διάθεσης σε μανία, διαπίστωσε ότι η εμφάνιση μανίας ήταν συγκρίσιμη μεταξύ ενεργούς επαναλαμβανόμενης TMS και πλασματικής θεραπείας (0,8 και 0,7 τοις εκατό) [34].

Η θεραπεία της μονοπολικής μείζονος κατάθλιψης με επαναλαμβανόμενη TMS δεν φαίνεται να αυξάνει τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή συμπεριφορά [33]. Σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη που συνέκρινε την ενεργό επαναλαμβανόμενη TMS με τη πλασματική θεραπεία σε 323 ασθενείς με μονοπολική μείζονα κατάθλιψη, δεν υπήρξαν αυτοκτονίες, ενώ παρουσιάστηκε αυτοτραυματισμός σε ένα ασθενή στην πλασματική ομάδα [23]. Επιπροσθέτως, αυξημένος αυτοκτονικός ιδεασμός παρουσιάστηκε σε 10 ασθενείς που έλαβαν πλασματική θεραπεία και σε 1 ασθενή στην ομάδα ενεργού θεραπείας.

Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της επαναλαμβανόμενης TMS περιλαμβάνουν [24,25]:

- Πονοκέφαλο και πόνο του τριχωτού της κεφαλής- Μια ανασκόπηση από τυχαίοποιημένες μελέτες ασθενών με μείζονα κατάθλιψη διαπίστωσε ότι η συχνότητα της κεφαλαλγίας μεταξύ ενεργούς θεραπείας και πλασματικής θεραπείας ήταν 28 και 16 τοις εκατό, ενώ η συχνότητα πόνου του τριχωτού της κεφαλής με την ενεργό και πλασματική θεραπεία ήταν 39 και 15 τοις εκατό. Δεν έχουν αναφερθεί ημικρανίες. Ο πονοκέφαλος και ο πόνος του τριχωτού της κεφαλής μπορεί να είναι πιο έκδηλοι όταν χρησιμοποιούνται υψηλότερες συχνότητες διέγερσης και ένταση. Η έγχυση τοπικής λιδοκαΐνης μπορεί να μειώσει τον πόνο του τριχωτού της κε-

φαλής [39]. Η μείωση της έντασης διέγερσης μπορεί να μειώσει την δυσφορία στο τριχωτό της κεφαλής, αλλά αυτό μπορεί επίσης να μειώσει και την αποτελεσματικότητα [40]. Έτσι, για ευαίσθητους ασθενείς, η δόση της TMS μπορεί να τιτλοδοτηθεί προς τα πάνω κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας [19]. Ο πονοκέφαλος και ο πόνος του τριχωτού της κεφαλής υποχωρούν γενικά τις πρώτες δύο εβδομάδες, παρόλο που ορισμένοι ασθενείς μπορεί να χρειαστούν αναλγητικά (π.χ., παρακεταμόλη ή ιβουπροφαίνη) [19].

- Προσωρινή (< 4 ώρες) αύξηση του ακουστικού ουδούς- Προκαλείται από επαναλαμβανόμενους κρότους που παράγονται καθώς το ρεύμα περνά μέσα από το διεγερτικό μαγνητικό πηνίο και μηχανικά το παραμορφώνουν. Η απώλεια ακοής εμποδίζεται με αφρώδεις ωτοασπίδες ή καλύμματα αυτιών προστασίας θορύβου [19].

Μια άλλη πιθανή παρενέργεια είναι η παρασυμπαθητική συγκοπή. Η αντιμετώπιση συνίσταται γενικά σε ενθάρρυνση [19].

Η ανεκτικότητα της επαναλαμβανόμενης TMS μπορεί να είναι καλύτερη με χαμηλότερες παραμέτρους διέγερσης σε σύγκριση με υψηλότερες παραμέτρους [33,41].

Η επαναλαμβανόμενη TMS σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη δεν προσβάλλει τις νοητικές λειτουργίες [23-25,33,42-44]. Αν και πολλές ανεξέλεγκτες μελέτες δείχνουν ότι η νευροψυχολογική λειτουργία μπορεί ενδεχομένως να βελτιωθεί κατά την διάρκεια της θεραπείας, τυχαίοποιημένες μελέτες δείχνουν ότι η βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας δεν διαφέρει σημαντικά μεταξύ της ενεργούς και πλασματικής θεραπείας [25,45].

Για τους κλινικούς ιατρούς που διαχειρίζονται τη διαδικασία για χρόνια, η ασφάλεια και οι μακροχρόνι-

ες δυσμενείς επιπτώσεις από την επαναλαμβανόμενη TMS δεν είναι γνωστές [24].

Άλλες εφαρμογές

Στην παρούσα φάση η θεραπεία με TMS έχει λάβει την έγκριση του Αμερικανικού Οργανισμού Φαρμάκων και Τροφίμων και του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων για τη θεραπεία της ανθεκτικής κατάθλιψης. Ωστόσο, έχει δοκιμαστεί ερευνητικά με επιτυχία σε πολλές άλλες νευρολογικές και ψυχιατρικές παθήσεις, μεταξύ των οποίων οι ακόλουθες:

- Ακουστικές ψευδαισθήσεις που δεν ιόνται με φαρμακευτική αγωγή (σε πάσχοντες από ψυχωτικές διαταραχές/σχιζοφρένεια)
- Εμβοές
- Επιληψία
- Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή

Βιβλιογραφία

1. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1905.
2. Holtzheimer PE, Mayberg HS. Stuck in a rut: rethinking depression and its treatment. *Trends Neurosci* 2011; 34:1.
3. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, third edition. *Am J Psychiatry* 2010; 167 (supplement):1.
4. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, Third Edition, 2010. <http://psychiatryonline.org/guidelines.aspx> (Accessed on April 17, 2012).
5. Kennedy SH, Milev R, Giacobbe P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. IV. Neurostimulation therapies. *J Affect Disord* 2009; 117 Suppl 1:S44.
6. Eranti S, Mogg A, Pluck G, et al. A randomized, controlled trial with 6-month follow-up of repetitive ►

- transcranial magnetic stimulation and electroconvulsive therapy for severe depression. *Am J Psychiatry* 2007; 164:73.
7. Fitzgerald PB. Repetitive transcranial magnetic stimulation is not as effective as electroconvulsive therapy for major depression. *Evid Based Ment Health* 2007; 10:78.
 8. Mayberg, HS. Defining Neurocircuits in Depression: Insights from functional neuroimaging studies of diverse treatments. *Psychiatric Annals* 2006;36(4):258-266.
 9. Baeken C, De Raedt R. Neurobiological mechanisms of repetitive transcranial magnetic stimulation on the underlying neurocircuitry in unipolar depression. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13:139.
 10. Kito S, Fujita K, Koga Y. Regional cerebral blood flow changes after low-frequency transcranial magnetic stimulation of the right dorsolateral prefrontal cortex in treatment-resistant depression. *Neuropsychobiology* 2008; 58:29.
 11. Strafella AP, Paus T, Barrett J, Dagher A. Repetitive transcranial magnetic stimulation of the human prefrontal cortex induces dopamine release in the caudate nucleus. *J Neurosci* 2001; 21:RC157.
 12. Baeken C, De Raedt R, Van Hove C, et al. HF-rTMS treatment in medication-resistant melancholic depression: results from 18FDG-PET brain imaging. *CNS Spectr* 2009; 14:439.
 13. George MS, Post RM. Daily left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation for acute treatment of medication-resistant depression. *Am J Psychiatry* 2011; 168:356.
 14. Noda Y, Silverstein WK, Barr MS, et al. Neurobiological mechanisms of repetitive transcranial magnetic stimulation of the dorsolateral prefrontal cortex in depression: a systematic review. *Psychol Med* 2015; 45:3411.
 15. Freudenreich O, Nejad SH, Francis A, Fricchione GL. Psychosis, mania, and catatonia. In: *Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of the Medically Ill*, Second Edition, Levenson JL (Ed), American Psychiatric Publishing, Washington, DC 2011. p.219.
 16. Work Group on Psychiatric Evaluation, American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines. *Psychiatric evaluation of adults*. Second edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2006; 163:3.
 17. American Psychiatric Association Practice Guideline for the Psychiatric Evaluation of Adults, Second Edition, 2006. http://www.psych.org/MainMenu/PsychiatricPractice/PracticeGuidelines_1.aspx (Accessed on July 18, 2011).
 18. Avery DH, Isenberg KE, Sampson SM, et al. Transcranial magnetic stimulation in the acute treatment of major depressive disorder: clinical response in an open-label extension trial. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:441.
 19. Perera T, George MS, Grammer G, et al. The Clinical TMS Society Consensus Review and Treatment Recommendations for TMS Therapy for Major Depressive Disorder. *Brain Stimul* 2016; 9:336.
 20. Milev RV, Giacobbe P, Kennedy SH, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 4. Neurostimulation Treatments. *Can J Psychiatry* 2016; 61:561.
 21. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2015; 49:1087.
 22. Rossi S, Hallett M, Rossini PM, Pascual-Leone A. Screening questionnaire before TMS: an update. *Clin Neurophysiol* 2011; 122:1686.
 23. O'Reardon JP, Solvason HB, Janicak PG, et al. Efficacy and safety of transcranial magnetic stimulation in the acute treatment of major depression: a multisite randomized controlled trial. *Biol Psychiatry* 2007; 62:1208.
 24. Rossi S, Hallett M, Rossini PM, et al. Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research. *Clin Neurophysiol* 2009; 120:2008.
 25. Loo CK, McFarquhar TF, Mitchell PB. A review of the safety of repetitive transcranial magnetic stimulation as a clinical treatment for depression. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008; 11:131.
 26. Connolly KR, Helmer A, Cristancho MA, et al. Effectiveness of transcranial magnetic stimulation in clinical practice post-FDA approval in the United States: results observed with the first 100 consecutive cases of depression at an academic medical center. *J Clin Psychiatry* 2012; 73:e567.
 27. Ray S, Nizamie SH, Akhtar S, et al. Efficacy of adjunctive high frequency repetitive transcranial magnetic stimulation of left prefrontal cortex in depression: a randomized sham controlled study. *J Affect Disord* 2011; 128:153.
 28. Pallanti S, Bernardi S, Di Rollo A, et al. Unilateral low frequency versus sequential bilateral repetitive transcranial magnetic stimulation: is simpler better for treatment of resistant depression? *Neuroscience* 2010; 167:323.
 29. Rumi DO, Gattaz WF, Rigonatti SP, et al. Transcranial magnetic stimulation accelerates the antidepressant effect of amitriptyline in severe depression: a double-blind placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2005; 57:162.
 30. Grunhaus L, Schreiber S, Dolberg OT, et al. A randomized controlled comparison of electroconvulsive therapy and repetitive transcranial magnetic stimulation in severe and resistant nonpsychotic major depression. *Biol Psychiatry* 2003; 53:324.
 31. Hausmann A, Kemmler G, Walpoth M, et al. No benefit derived from repetitive transcranial magnetic stimulation in depression: a prospective, single centre, randomised, double blind, sham controlled «add on» trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75:320.
 32. Huang ML, Luo BY, Hu JB, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation in combination with

- ▶ citalopram in young patients with first-episode major depressive disorder: a double-blind, randomized, sham-controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46:257.
33. George MS, Lisanby SH, Avery D, et al. Daily left prefrontal transcranial magnetic stimulation therapy for major depressive disorder: a sham-controlled randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:507.
34. Xia G, Gajwani P, Muzina DJ, et al. Treatment-emergent mania in unipolar and bipolar depression: focus on repetitive transcranial magnetic stimulation. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008; 11:119.
35. Dolberg OT, Schreiber S, Grunhaus L. Transcranial magnetic stimulation-induced switch into mania: a report of two cases. *Biol Psychiatry* 2001; 49:468.
36. Garcia-Toro M. Acute manic symptomatology during repetitive transcranial magnetic stimulation in a patient with bipolar depression. *Br J Psychiatry* 1999; 175:491.
37. Nedjat S, Folkerts HW. Induction of a reversible state of hypomania by rapid-rate transcranial magnetic stimulation over the left prefrontal lobe. *J ECT* 1999; 15:166.
38. Rachid F, Golaz J, Bondolfi G, Bertschy G. Induction of a mixed depressive episode during rTMS treatment in a patient with refractory major depression. *World J Biol Psychiatry* 2006; 7:261.
39. Trevino K, McClintock SM, Husain MM. The use of topical lidocaine to reduce pain during repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of depression. *J ECT* 2011; 27:44.
40. Fitzgerald PB, Daskalakis ZJ. A practical guide to the use of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression. *Brain Stimul* 2012; 5:287.
41. O'Reardon JP, Blumner KH, Peshek AD, et al. Long-term maintenance therapy for major depressive disorder with rTMS. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:1524.
42. Loo C, Sachdev P, Elsayed H, et al. Effects of a 2- to 4-week course of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on neuropsychologic functioning, electroencephalogram, and auditory threshold in depressed patients. *Biol Psychiatry* 2001; 49:615.
43. Martis B, Alam D, Dowd SM, et al. Neurocognitive effects of repetitive transcranial magnetic stimulation in severe major depression. *Clin Neurophysiol* 2003; 114:1125.
44. Hausmann A, Pascual-Leone A, Kemmler G, et al. No deterioration of cognitive performance in an aggressive unilateral and bilateral antidepressant rTMS add-on trial. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:772.
45. Moreines JL, McClintock SM, Holtzheimer PE. Neuropsychologic effects of neuromodulation techniques for treatment-resistant depression: a review. *Brain Stimul* 2011; 4:17.

Δρ. Μιχαήλ Γ. Αγγέλου

Οφθαλμίατρος-Χειρουργός, Αντιπρόεδρος ΕΕΛΙΑ



Στο παρόν βιβλίο, πόνημα του οφθαλμίατρου-χειρουργού Μιχαήλ Αγγέλου παρουσιάζεται με τρόπο ακριβή και λεπτομερή η ιατρική, ιδιαιτέρως οι οφθαλμικές παθήσεις μέσα από κείμενα της Αγίας Γραφής.

Αρχικά, ο συγγραφέας προβάλλει τα απαραίτητα για τη μελέτη της Βίβλου στοιχεία, που προσδίδουν λεπτομέρειες και συμβάλλουν στην πλήρη κατανόηση των δεδομένων της εποχής. Επιπλέον, αναφέρει τις σημαντικότερες παθήσεις και τις θεραπείες που οι τότε ιατροί εφήρμοζαν.

Εν συνεχεία, παραθέτει με τρόπο περιγραφικό όλες τις γνωστές ως τις μέρες μας ασθένειες που αναφέρονται στην κύρια πηγή του μελετητή, την Αγία Γραφή. Ο συγγραφέας, για τη διευκόλυνση του αναγνώστη διαχωρίζει τη Βίβλο στα δύο γνωστά της μέρη, την Παλαιά και την Καινή Διαθήκη. Έτσι, αναλύει κάθε σημαντικό στίχο που αναφέρεται στη γραφή και σχετίζεται με τις οφθαλμικές παθήσεις.

Εν κατακλείδι, σε όλο το βιβλίο τονίζεται η σημασία του οφθαλμού και η διαχρονική ανάγκη του ανθρώπου να έχει την αίσθηση της όρασης. Κατά την ανάγνωσή του, αναμφίβολα ο αναγνώστης διακρίνει τη φροντίδα και την επιμέλεια που έχει συνολικά δοθεί από τον συγγραφέα.

Ψωρίαση

Αυτοάνοση νόσος που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη ζωή των ασθενών σε καθημερινή βάση



ΤΟΜΑΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗ-ΔΙΑΣΩΖΟΥΣΑ

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Επιμελήτρια Β', Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η ψωρίαση είναι μια κοινή, μη μεταδοτική, αυτοάνοση νόσος που αφορά μέχρι και το 3% του παγκόσμιου πληθυσμού και μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη ζωή των ασθενών σε καθημερινή βάση. Η συχνότερη κλινική μορφή της (η οποία αντιστοιχεί το 80% περίπου των περιστατικών), είναι η ψωρίαση κατά πλάκας, που χαρακτηρίζεται από ροδόχροες πλάκες, καλυπτόμενες από αργυρόχροα λέπια.

► **Οι περιοχές του σώματος που επηρεάζονται συχνότερα είναι το τριχωτό της κεφαλής, οι αγκώνες, τα γόνατα και ο κορμός. Τα συχνότερα συμπτώματα της ψωρίασης είναι ο κνησμός, η ερυθρότητα και η απολέπιση.**

Η πλειοψηφία των περιπτώσεων ψωρίασης εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 40, τις περισσότερες φορές σε ηλικία 20 έως 30ετών, ενώ παρατηρείται μία ακόμα κορύφωση γύρω από την ηλικία των 50-60 ετών. Το μεγαλύτερο πρόβλημα των ασθενών είναι ότι η νόσος επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα, τόσο της δικής τους ζωής όσο και των συγγενών τους.

Πολλοί από τους ασθενείς πάσχουν από κατάθλιψη, αγχώδη συνδρομή και αυτοκτονικό ιδεασμό. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με ψωρίαση επηρεάζεται αρνητικά πολύ περισσότερο από αυτήν των ασθενών που πάσχουν από π.χ. καρδιοπάθειες, βρογχικό άσθμα ή σακχαρώδη διαβήτη. Αυτό τους δημιουργεί πραγματικό ή φαντασικό κοινωνικό αποκλεισμό και στιγματισμό.

Οι ασθενείς με ψωρίαση δυσκολεύονται στις κοινωνικές, προσωπικές, εργασιακές και σεξουαλικές τους σχέσεις. Ο ρόλος του δερματολόγου είναι κομβικός για την έγκαιρη και σωστή διάγνωση της ψωρίασης, ώστε να αποφασίσει για την κατάλληλη θεραπεία του ασθενούς μέσα από τη θεραπευτική συμμαχία γιατρού-ασθενούς.

Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η συμμόρφωση του ασθενούς στο να ακολουθήσει τη θεραπεία που θα του προτείνει ο γιατρός, καθώς σε περίπτωση διακοπής της, τα συμπτώματα θα επανέλθουν μετά από κάποιο χρονικό διάστημα.

Επίσης, πολλοί ασθενείς ενώ μπο-

ρεί να έχουν λίγες πλάκες, αυτό επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής τους, ιδίως όταν αυτές είναι στο πρόσωπο, στο τριχωτό της κεφαλής και στα νύχια.

Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ασθενής χρήζει να λάβει συστηματική αγωγή, καθώς η σοβαρότητα της νόσου χαρακτηρίζεται ως μέτρια προς σοβαρή. Η ψωρίαση θεωρείται σήμερα μία συστηματική φλεγμονώδης νόσος σχετιζόμενη με την καταγραφί αρκετών συννοσηροτήτων.

Ετσι, σχετίζεται με στεφανιαία νόσο, υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, και σακχαρώδη διαβήτη (μεταβολικό σύνδρομο) και οι ψωριασικοί ασθενείς είναι συχνά παχύσαρκοι, καπνιστές και εμφανίζουν υψηλά ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως στεφανιαία νόσο ή και έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Εχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς με ψωρίαση εμφανίζουν πολύ νωρίτερα τις παραπάνω συννοσηρότητες, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό λόγω της φλεγμονής που υπάρχει στον οργανισμό. Η ψωρίαση είναι μία χρόνια πάθηση που απαιτεί μακροχρόνια παρακολούθηση και θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η θεραπεία εξατομικεύεται για κάθε ασθενή και συνυπολογίζουμε τη βαρύτητα, την έκταση, τη μορφή της νόσου, την ηλικία και την επίδραση στην ποιότητα ζωής.

Οι υπάρχουσες θεραπευτικές προσεγγίσεις ταξινομούνται σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- την εφαρμογή φαρμάκων στο δέρμα (τοπική θεραπεία),
- τη χρήση της υπεριώδους ακτινοβολίας (φωτοθεραπεία), και
- τη χορήγηση φαρμάκων, είτε από το στόμα είτε σε ενέσιμη μορφή, τα

οποία στοχεύουν ευρύτερες ή στοχευμένες φλεγμονώδεις λειτουργίες.

Οι τοπικές θεραπείες συνήθως χρησιμοποιούνται στην ήπια ψωρίαση ενώ οι συστηματικές θεραπείες (κυκλοσπορίνη, μεθοτρεξάτη, βιολογικές θεραπείες) σε μέτρια και σοβαρή ψωρίαση.

Ο συνδυασμός των ανωτέρω θεραπειών αποτελεί συνήθη τακτική. Σήμερα, υπάρχει ουσιαστική ανάγκη για νέες θεραπευτικές προτάσεις για την μέτρια-σοβαρή ψωρίαση, καθώς περίπου το 50% των ασθενών δεν είναι ικανοποιημένοι με τις υπάρχουσες θεραπείες.

Οι προσδοκίες των ασθενών με ψωρίαση έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, καθώς το «καθαρό δέρμα», αποτελεί πλέον τον νέο θεραπευτικό στόχο.

Λόγω των συννοσηροτήτων και της συστηματικής φλεγμονής στους ψωριασικούς ασθενείς, υπάρχει ανάγκη για νέες θεραπείες με χρήση από νωρίς που επιτυγχάνουν και διατηρούν μακροπρόθεσμα «καθαρό δέρμα» σε περισσότερους ασθενείς και παράλληλα αναστέλλουν την εξέλιξη των συνοδών νοσημάτων όπως η ψωριασική αρθρίτιδα.

Πλέον έχουμε στη διάθεσή μας νεότερες στοχευμένες θεραπείες που προσφέρουν ελπίδα και αισιοδοξία στους ασθενείς μας

Σήμερα, οι ασθενείς που ζουν με χρόνια νοσήματα όπως η ψωρίαση και η ψωριασική αρθρίτιδα στην Ελλάδα, έχουν πρόσβαση σε καινοτόμες και ιδιαίτερα αποτελεσματικές θεραπείες.

Και η εμπειρία μας η οποία διαρκώς αυξάνεται, επιτρέπει να είμαστε ιδιαίτερα αισιόδοχοι για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών μας.

Μακροχρόνια Εμπιστοσύνη

Αυτό είναι το δέρμα της
Τόσο καθαρό...

Αυτή είναι η ζωή της
Τόσο διαφορετική...

Αυτό είναι το **Cosentyx**

“ **ΕΝΔΕΙΞΗ**
ΣΤΗ
ΜΕΤΡΙΑ-ΣΟΒΑΡΗ
ΨΩΡΙΑΣΗ ΚΑΤΑ
ΠΛΑΚΑΣ
ΚΑΙ ΤΗΝ
ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ
ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ¹

1. Cosentyx[®] Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

 **NOVARTIS**

Έδρα (Αθήνα)
Novartis (Hellas) A.E.B.E.
Εθνική Οδός Αθηνών Λαμίας,
12ο χλμ. Μεταμόρφωση
Τηλ. 210 28 11 712
Φαξ: 210 28 12 014

Γραφεία Θεσσαλονίκης
Novartis (Hellas) A.E.B.E.
12ο χλμ Εθνικής Οδού Θεσσαλονίκης Ν. Μουδανιών
ΚΤΙΡΙΟ ΒΡΑΝΑ - 2ος όροφος, ΤΚ57001 ΘΕΡΜΗ
Τηλ: 2310 42 10 23/24, 2310 42 40 39
Φαξ: 2310 42 40 59

ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΗΝΣΗ: 210 2897047, 210 2897147, 210 2897220, 210 2828812
(εκτός ωρών γραφείου)



Η χρόνια αυθόρμητη κνίδωση σήμερα



ΚΕΔΙΚΟΓΛΟΥ ΣΥΜΕΩΝ

Δερματολόγος Αφροδισιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ
Α' Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική
Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

Η κνίδωση είναι μια ιδιαίτερα συχνή νόσος και φαίνεται ότι ο επιπολασμός της να έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια συγκριτικά με το παρελθόν. Υπολογίζεται ότι περίπου ένα στα τέσσερα άτομα (25% του γενικού πληθυσμού) μπορεί να εμφανίσει τουλάχιστον μια φορά κατά τη διάρκεια της ζωής του κνίδωση (οξεία ή και χρόνια).

Η κνίδωση όταν διαρκεί λιγότερο από 6 εβδομάδες θεωρείται οξεία, αντίθετα όταν διαρκεί πάνω από 6 εβδομάδες ονομάζεται χρόνια.

Την χρόνια κνίδωση την διακρίνουμε σε δύο κατηγορίες κυρίως:

- Σε **Χρόνια αυθόρμητη**, όταν δεν υπάρχει κάποιος εξωτερικός παράγοντας που να την προκαλεί και εμφανίζεται αυτόματα και απρόβλεπτα.
- Σε επαγόμενη, όταν τα συμπτώματα επάγονται από φυσικά αίτια όπως η πίεση, το ψύχος ή η αυξημένη θερμοκρασία.

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες εκτιμάται ότι ο επιπολασμός της Χρόνιας Αυθόρμητης Κνίδωσης ανέρχεται στο 0,5-1% του γενικού πληθυσμού.

Στα παιδιά ο αντίστοιχος επιπολασμός υπολογίζεται ότι είναι μικρότερος. Η Χρόνια Αυθόρμητη Κνίδωση μπορεί να εμφανισθεί σε όλες τις ηλικίες, όμως η μεγαλύτερη συχνότητα διαπιστώνεται μεταξύ 20-40 ετών, δηλαδή στην πιο παραγωγική ηλικία, ενώ φαίνεται ότι προσβάλλει περισσότερο (τουλάχιστον σε διπλάσιο ποσοστό) τις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες.

Η διάρκεια της Χρόνιας Αυθόρμητης Κνίδωσης ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό, εκτιμάται ότι στους περισσότερους ασθενείς με Χρόνια Αυθόρμητη Κνίδωση η μέση διάρκεια της νόσου είναι 1-5 χρόνια, ενώ ένας σημαντικός αριθμός ασθενών (τουλάχιστον το 20%) παραμένουν συμπτωματικοί 5-10 χρόνια μετά την έναρξη της νόσου.

Η συνολική διάρκεια της Χρόνιας Αυθόρ-

μητης Κνίδωσης φαίνεται ότι μπορεί να είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς που διαθέτουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- αγγειοοίδημα,
- αυτοανοσία και
- συνδυασμό με κάποια άλλη μορφή κνίδωσης.

Οι άνθρωποι με Χρόνια Αυθόρμητη Κνίδωση συχνά εμφανίζουν:

- Πομφούς
- ή / και
- Αγγειοοίδημα

Τα βασικά χαρακτηριστικά του πομφού είναι οίδημα κεντρικά περιβαλλόμενο από ερύθημα, συνδέεται με κνησμό και μερικές φορές με αίσθημα καύσου και η πλήρης αποδρομή των πομφών είναι σε 1 με 24 ώρες.

Από την άλλη, τα βασικά χαρακτηριστικά του αγγειοοιδήματος είναι αιφνίδιο, εξεσημασμένο οίδημα του δέρματος και του υποδόριου ιστού, προκαλεί συχνότερα αίσθημα τάσης παρά κνησμού και προσβάλλει πιο συχνά τα βλέφαρα και τα χείλη. Τέλος, έχει βραδύτερη αποδρομή από τους πομφούς και μπορεί να φτάσει έως και 72 ώρες.

Ποιος είναι ο θεραπευτικός στόχος για έναν ασθενή με κνίδωση;

Αυτό που συστήνουν οι ειδικοί σύμφωνα και με τις κατευθυντήριες οδηγίες, ως θεραπευτικό στόχο στην κνίδωση «**την πλήρη εξάλειψη των συμπτωμάτων της νόσου με τη μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια**».

Στη θεραπεία της χρόνιας αυθόρμητης κνίδωσης τον πρώτο και κύριο λόγο έχουν τα

ΑΛΛΑΖΕΙ ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

44% των ασθενών είναι ελεύθεροι πομφών
και κνησμού με Xolair® 300 mg στις 12 εβδομάδες¹

Δοσολογία:

300 mg με υποδόρια ένεση κάθε 4 εβδομάδες²



ΗΡΘΕ!
στη ΧΡΟΝΙΑ
ΑΥΘΟΡΜΗΤΗ
ΚΝΙΔΩΣΗ

XOL_CSU_ADV_023_Mar_2017 GR1703664/93

1. Maurer M, et al. N Engl J Med 2013;368:924-35
2. Περίληψη των Χαρακτηριστικών Προϊόντος Xolair 2016

Για περαιτέρω πληροφορίες ανατρέξτε στην Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

 **NOVARTIS**

Xolair
omalizumab

Αλλάζει τα δεδομένα στη ΧΑΚ

▶ **αντιισταμινικά φάρμακα.** Τα αντιισταμινικά είναι αποτελεσματικά στον έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου, τόσο στη μείωση του κνησμού όσο και των πομφών.

Η κλινική ανταπόκριση στα 2ης γενιάς αντιισταμινικά ακόμα και σε υψηλές δόσεις δεν ξεπερνά το 50%. Έτσι, η χρήση άλλων παραγόντων είναι επιτακτική στις περιπτώσεις αυτές. Η πρόοδος στην γνώση της παθοφυσιολογίας της χρόνιας αυθόρμητης κνίδωσης οδήγησε στη χρήση ανοσοτροποποιητικών θεραπειών τα τελευταία χρόνια.

Δυστυχώς, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με Χρόνια Αυθόρμητη Κνίδωση δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στις εγκεκριμένες θεραπείες 1ης γραμμής (αντιισταμινικά) με αποτέλεσμα να ταλαιπωρούνται από τα συμπτώματα της νόσου παρόλο που λαμβάνουν θεραπεία. Τα τελευταία χρόνια τα δεδομένα στη θεραπεία της χρόνιας κνίδωσης άλλαξαν δραματικά **υπέρ των ασθενών.**

Σε αυτό συνέτεινε η έλευση νέων ενέσιμων σκευασμάτων που μπορούν να εξασφαλίσουν σημαντική ανακούφιση και καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς με Χρόνια Αυθόρμητη Κνίδωση. Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτήν την απρόβλεπτη και επώδυνη νόσο μπορούν πλέον να βγουν από το αδιέξοδο.

Τα αποτελέσματα από τη χρήση των νέων αυτών σκευασμάτων στην **χρόνια αυθόρμητη κνίδωση** είναι πολύ καλά ακόμα, οδηγώντας σε ύφεση της νόσου και ανακούφιση των ασθενών λόγω της πλήρους εξάλειψης των συμπτωμάτων.

Εκτός, όμως, από τη βελτίωση των συμπτωμάτων, διαπιστώθηκε και βελτίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων και της **ποιότητας ζωής** των ασθενών με Χρόνια Αυθόρμητη Κνίδωση.

Η επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής των ασθενών με Χρόνια Αυθόρμητη Κνίδωση, τόσο σε ψυχολογικό όσο και σωματικό επίπεδο, είναι συχνά πολύ μεγαλύτερη από αυτή που θα περίμενε κανείς συγκριτικά με άλλες δερματικές παθήσεις. Η Χρόνια Αυθόρμητη Κνίδωση επηρεάζει την εμφάνισή των ασθενών και δυσχεραίνει τις καθημερινές τους δραστηριότητες, επηρεάζοντας έτσι συνολικά αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Η επιβάρυνση αυτή μάλιστα είναι σε αρκετές περιπτώσεις εντονότερη από άλλες καταστάσεις

που είναι απειλητικές για τη ζωή τους όπως π.χ το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Έχει φανεί σε μελέτες ότι οι ασθενείς με Χρόνια Αυθόρμητη Κνίδωση παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και ψυχοσωματικών εκδηλώσεων.

Οι ασθενείς με Χρόνια Αυθόρμητη Κνίδωση συχνά υποφέρει από έντονη έλλειψη ύπνου λόγω του κνησμού που έχει ως αποτέλεσμα τα χαμηλά επίπεδα ενέργειας κατά τη διάρκεια της ημέρας. Πολλές φορές αναγκάζονται να απουσιάζουν από την εργασία τους ή το σχολείο. Ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει τη φύση της πάθησής του, αλλά και το γεγονός ότι αυτή δεν είναι επικίνδυνη και απειλητική για τη ζωή του. Πρέπει όμως να τονισθεί ότι η πάθηση, για τους περισσότερους ασθενείς, έχει ημερομηνία λήξης, και η συνεργασία με τον ειδικό ιατρό δερματολόγο, θα οδηγήσει σε ταχύτερο έλεγχο των συμπτωμάτων και τελικά σε ύφεση.

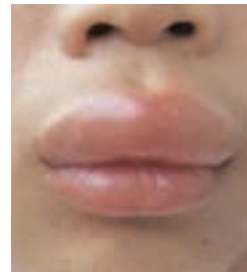
Στην προσπάθεια αντιμετώπισης της Χρόνιας Αυθόρμητης Κνίδωσης και εξάλειψης των συμπτωμάτων, απαιτείται η άμεση και συστηματική συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό σας σε συνδυασμό με στενή και τακτική παρακολούθηση.

Για τη διάγνωση της Χρόνιας Αυθόρμητης Κνίδωσης χρειάζονται τρία απλά βήματα: λήψη εκτενούς ιστορικού, φυσική εξέταση, διαγνωστικός έλεγχος. Αρχικά γίνεται περιορισμένος διαγνωστικός έλεγχος ρουτίνας, ενώ ο εξειδικευμένος έλεγχος πρέπει να βασίζεται στο ιστορικό των ασθενών.

Η θεραπευτική προσέγγιση γίνεται λαμβάνοντας υπόψη το ιστορικό του ασθενούς, τη βαρύτητα της νόσου, την ανταπόκριση του ασθενούς στις θεραπείες που έχει λάβει. Όλα τα ανωτέρω θα πρέπει να συνεκτιμώνται στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του ατόμου.

Για την κλινική εκτίμηση της δραστηριότητας της χρόνιας αυθόρμητης κνίδωσης οι κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν την χρήση εργαλείων όπως το εβδομαδιαίο σκορ δραστηριότητας της νόσου (Urticaria Activity Score, UAS7).

Επίσης, τα ειδικά ερωτηματολόγια (CU-Q2oL) τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια αυθόρμητη κνίδωση, τα οποία βοηθούν επαρκώς στην εκτίμηση της νόσου.



Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι, η Χρόνια Αυθόρμητη Κνίδωση αποτελεί μια χρόνια νόσο με εξάρσεις και υφέσεις που επιβαρύνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και πρέπει να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά, με την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.

Novartis Hellas



Changing the practice of medicine

Στη Novartis, αξιοποιούμε στο έπακρο τη δύναμη της καινοτομίας στην επιστήμη για να αντιμετωπίσουμε ερευρικά από τα σημαντικότερα ζητήματα που απασχολούν την κοινωνία στο χώρο της υγείας.

Δεν σταμάταμε ποτέ να αναζητούμε έμπιστο νέους τρόπους που θα βοηθούν τους ασθενείς να ζουν περισσότερο και καλύτερα.

ΝΕΑ ΕΠΟΧΗ ΣΤΗΝ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ

Πολυβιταμινούχα φυσικά δάκρυα

Η εξέλιξη των τεχνητών δακρύων



Η KITE HELLAS, κολοσσός εμπειρίας & γνώσης πάνω στην επιστήμη της οφθαλμικής υγείας, μετά την 25ετή συνεργασία με την Bausch & Lomb, οδηγήθηκε στην έρευνα και ανάπτυξη της νέας τάσης στα τεχνητά δάκρυα, τα Πολυβιταμινούχα Φυσικά Δάκρυα.

Η νέα γενιά πολυβιταμινούχων φυσικών δακρύων, παρουσιάστηκε στο ESCRS (πανευρωπαϊκό συνέδριο οφθαλμολογίας) και σε όλα εγχώρια επιστημονικά συνέδρια της Ελλάδας με απόλυτη επιτυχία, κερδίζοντας τις καρδιές οφθαλμιάτρων και ασθενών.

ΟΙ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ ΚΑΝΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΦΟΡΑ

Τα πρώτα Πολυβιταμινούχα Φυσικά Δάκρυα **Visionlux Plus & Navitae Plus** δίνουν μια νέα έννοια στην αντιμετώπιση της ξηροφθαλμίας και των οφθαλμικών παθήσεων, προσφέροντας ανεπανάληπτη αίσθηση ανακούφισης σε εκατομμύρια ασθενείς διεθνώς.

VISIONLUX PLUS - Η ΤΕΛΕΙΑ ΕΠΟΥΛΩΣΗ

ΣΥΜΠΛΕΓΜΑ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ Β12 & Β5 + 0.30% ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟ

Η επιτάχυνση της επούλωσης επιτυγχάνεται καλύτερα από ποτέ με την χρήση του **Visionlux Plus** το οποίο αυξάνει την επιθηλιοποίηση, ενυδατώνει και ανακουφίζει άμεσα και για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Το πολυβιταμινούχο φυσικό δάκρυ **Visionlux Plus** αποτελεί την ιδανική λύση σε όλους τους ασθενείς με οφθαλμικούς τραυματισμούς, εγκαύματα στον κερατοειδή, ενδοϋαλοειδικές ενέσεις, μετεγχειρητική επούλωση & αποκατάσταση. Η βιταμίνη Β12 επιταχύνει την επούλωση και εννύρωση του κερατοειδούς.

Η βιταμίνη Β5 ή δεξπανθενόλη που είναι ιδιαίτερα γνωστή για τις επου-

λωτικές της ιδιότητες, αυξάνει την ταχύτητα επιθηλιοποίησης και συμβάλει στην τέλεια επούλωση του κερατοειδή.

Το 0.30% υαλουρονικό αποτελεί την ιδανική συγκέντρωση βάση τελευταίων κλινικών μελετών για την τέλεια ενυδατική θεραπεία των ματιών.

Αξιοσημείωτο είναι ότι είναι ότι 8 στους 10 ασθενείς οι οποίοι δοκιμάζουν το **Visionlux Plus** το προτιμούν από οποιοδήποτε άλλο τεχνητό δάκρυ.

Προτεινόμενη δοσολογία:

- 1-2 σταγόνες **Visionlux Plus** 4 φορές την ημέρα μέχρι την ολοκλήρωση της τέλει επούλωσης

Συστήνεται η συστηματική χρήση του **Visionlux Plus** σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ξηροφθαλμία και σε χρήστες φακών επαφής.

Το **Visionlux Plus** δεν περιέχει συντηρητικό στα μάτια, είναι απόλυτα συμβατό με όλους τους τύπους φακών επαφής και η τιμή των 8.40 Ευρώ

συμβάλει στην ιδανική συμμόρφωση των ασθενών στην αγωγή.

NAVITAE PLUS - ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΛΙΠΙΔΙΚΗΣ ΣΤΟΙΒΑΔΑΣ

ΥΓΡΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗ Α & 0.15%

ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟ

Η σταθεροποίηση της λιπιδικής στοιβάδας με την ευεργετική δράση της υγρής βιταμίνης Α σε συνδυασμό με υαλουρονικό 0.15% καθιστά το **Navitae Plus** ξεχωριστό και ταυτόχρονα ιδιαίτερα αγαπητό σε γιατρούς, ασθενείς. Η αδιαμφισβήτητη θεραπευτική αξία της βιταμίνης Α και του 0.15% υαλουρονικού στην ενυδάτωση των ματιών και την σταθεροποίηση του δακρυϊκού φιλμ, αποτελούν την ιδανική λύση στις παθήσεις της οφθαλμικής επιφάνειας όπως ξηροφθαλμία, βλεφαρίτιδα, χαλάζιο, επιπεφυκίτιδα, κερατίτιδα αλλά και στην μετεγχειρητική επαναφορά της υγείας του δακρυϊκού φιλμ.



Προτεινόμενη δοσολογία:

- 2-3 σταγόνες Navitae Plus 5 φορές την ημέρα

Το Navitae Plus δεν περιέχει συνηρητικό στα μάτια, είναι απόλυτα συμβατό με όλους τους τύπους φακών επαφής και η τιμή των 7.63 Ευρώ συμβάλει στην ιδανική συμμόρφωση των ασθενών στην χρόνια αγωγή.

8 ΣΤΟΥΣ 10 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΡΟΤΙΜΟΥΝ ΤΑ ΠΟΛΥΒΙΤΑΜΙΝΟΥΧΑ ΦΥΣΙΚΑ ΔΑΚΡΥΑ

Τα νέας γενιάς Πολυβιταμινούχα Φυσικά Δάκρυα συστήνονται συνδυαστικά για την τέλεια μετα-τραυματική, μετεχειρτητική επούλωση και σταθεροποίηση του δακρυϊκού φίλμ σε βήθος χρόνου.

NAVIBLEF® ΒΛΕΦΑΡΟΠΛΥΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΒΛΕΦΑΡΙΤΙΔΑ

Η αδιάγνωστη βλεφαρίτιδα, αποτελεί την μάστιγα του 21ου αιώνα με πολλαπλές επιπτώσεις στην οφθαλμική υγεία.

Αν έχετε ξηρά, κνησμώδη ή ερεθισμένα μάτια, το πρόβλημα μπορεί να μην είναι τα μάτια σας αλλά τα βλέφαρα σας. Η διατήρηση της καθημερινής υγιεινής των βλεφάρων και των βλεφαρίδων με Naviblef® βλεφαροπλύσεις οφθαλμικής υγείας, προσφέρει πολλά οφέλη συμπεριλαμβανομένης της δραστικής μείωσης των συμπτωμάτων.

ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΕΞΑΡΣΗΣ ΤΩΝ ΟΦΘΑΛΜΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Η αιτία της έξαρσης των παθήσεων της οφθαλμικής επιφάνειας τα τελευταία χρόνια, όπως:

Ξηροφθαλμία, Βλεφαρίτιδα, Χαλάζιο, Κριθαράκι, Επιπεφυκίτιδα με συμπτώματα όπως κόκκινα κουρασμένα μάτια, μάτια που δακρύζουν, τσίμπλες, σε μεγάλο βαθμό μπορεί να οφείλονται λόγω της έλλειψης καθημερινής υγιεινής μέχρι σήμερα & στο παράσιτο Demodex.



Η ΑΙΤΙΑ: ΔΕΜΟΔΙΚΩΣΗ ΚΑΙ DEMODEX

Τα βλέφαρα μπορούν να παρομοιαστούν με την επιφάνεια από ένα τηγάνι γεμάτο λίπη στην οποία η έκπλυση με νερό δεν θα μπορούσε να αφαιρέσει σε καμία περίπτωση. Η χρόνια συσσώρευση λίπους και βακτηρίων στα βλέφαρα, μπορεί να είναι η κύρια αιτία που προκαλεί την παθογόνα κατάσταση του παράσιτου Demodex που υπάρχει σε όλα τα ανθρώπινα μάτια.

- 30% των ασθενών με χρόνια βλεφαρίτιδα οφείλεται στο Demodex
 - 47% που επισκέπτονται τον οφθαλμίατρο πάσχουν από βλεφαρίτιδα
 - 84% άνω των 60 ετών πάσχει από Demodex, βλεφαρίτιδα, ξηροφθαλμία
- Η καθημερινή χρήση Naviblef® μπορεί να βοηθήσει στη σημαντική μείωση του κινδύνου λοιμώξεων που προκαλούνται από βακτήρια και Demodex παρόντα στα βλέφαρα και τις βλεφαρίδες σε ασθενείς που τους ταλαιπωρούν τα μάτια τους.

ΠΟΙΟΙ ΘΑ ΩΦΕΛΗΘΟΥΝ:

Ασθενείς με ξηροφθαλμία είναι σχεδόν σίγουρο ότι πάσχουν και από βλεφαρίτιδα ταυτόχρονα και οι βλεφαροπλύσεις υγείας κρίνονται απαραίτητες μαζί με την αγωγή των τεχνητών δακρύων που μπορεί να χρησιμοποιούν σε συστηματική βάση.

Γlauκωματικοί & ΗΕΩ ασθενείς πληρούν τα κριτήρια να πάσχουν από χρόνια αδιάγνωστη βλεφαρίτιδα.

Άνδρες και γυναίκες που έχουν επαναλαμβανόμενες αλλεργίες, επιπεφυκίτιδες και κόκκινα μάτια θα ωφεληθούν ιδιαίτερα από την χρήση του Naviblef®.

Η ΛΥΣΗ:

Οι διεθνούς φήμης βλεφαροπλύσεις οφθαλμικής υγείας Naviblef® που παρουσιάστηκαν με απόλυτη επιτυχία στο πανευρωπαϊκό συνέδριο οφθαλμολογίας ESCRS, στα πιο σημαντικά οφθαλμολογικά συνέδρια της Ελλάδας, αλλά και στο Πανελλήνιο Δερματολογικό συνέδριο του 2017 κέρδισε την πρώτη θέση χάρη την κλινικά δοκιμασμένη Tea Tree Oil φόρμουλα η οποία αντιμετωπίζει με επιτυχία όλα τα συμπτώματα αλλά και το αίτιο.

ΤΡΟΠΟΣ ΧΡΗΣΗΣ:

- Στάδιο 1ο: Naviblef® Intensive Care
 - Θεραπεία 2 εβδομάδων
 - 3 φορές την ημέρα για 1 εβδομάδα
 - 2 φορές την ημέρα για 1 εβδομάδα
- Στάδιο 2ο: Naviblef® Daily Care - Καθημερινή Υγιεινή και Προστασία
 - 2 φορές την ημέρα για 1 μήνα
 - 1 φορά την ημέρα για 2 μήνες
 - 2-3 φορές την εβδομάδα για συντήρηση

4.6. Γονιμότητα, κύηση και γαλουχία: Εγκυμοσύνη:

Η χρήση των ανταγωνιστών της αγγειοτασίνης II δεν συνιστάται κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης (βλέπε παράγραφο 4.4). Η χρήση των ανταγωνιστών της αγγειοτασίνης II αντενδείκνυται κατά τη διάρκεια του 2ου και 3ου τριμήνου της κύησης (βλέπε παράγραφο 4.3 και 4.4). Επιδημιολογικά δεδομένα όσον αφορά τον κίνδυνο τερατογένεσης μετά από έκθεση σε αναστολείς ΜΕΑ κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης δεν είναι συμπερασματικά, εντούτοις μία μικρή αύξηση του κινδύνου δεν μπορεί να αποκλειστεί. Ενώ δεν υπάρχουν ελεγχόμενα επιδημιολογικά δεδομένα όσον αφορά τον κίνδυνο με τους ανταγωνιστές της αγγειοτασίνης II, παρόμοιο κίνδυνο μπορεί να υπάρχουν για αυτή την κατηγορία φαρμάκων. Εκτός εάν συνεχίζουμε θεραπεία με ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης θεωρείται απαραίτητη, οι ασθενείς που προγραμματίζουν κύηση πρέπει να αλλάξουν σε εναλλακτικές αντιυπερτασικές θεραπείες, οι οποίες έχουν εξακριβωμένο προφίλ ασφαλείας χρήσης κατά τη διάρκεια της κύησης. Όταν διαγνωσθεί κύηση, η θεραπεία με ανταγωνιστές της αγγειοτασίνης II θα πρέπει να σταματήσει αμέσως, και, αν είναι απαραίτητο, να αρχίσει εναλλακτική θεραπεία. Η έκθεση στη θεραπεία με ανταγωνιστές της αγγειοτασίνης II κατά τη διάρκεια του δεύτερου και του τρίτου τριμήνου είναι γνωστό ότι προκαλεί ανθρωπίνη εμβρυοτοξικότητα (μειωμένη νεφρική λειτουργία, ολιγουδράμιο, καθυστέρηση κρανιακής οστεοποίησης) και την νεογνική τοξικότητα (νεφρική ανεπάρκεια, υπόταση, υπερκαλιαιμία). (βλέπε επίσης 5.3 «Προκλινικά δεδομένα ασφαλείας»). Σε περίπτωση που έχει προκύψει έκθεση σε ανταγωνιστές της αγγειοτασίνης II από το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, πρέπει να ελεγχθεί υπερηχογραφικά η νεφρική λειτουργία και το κρανίο. Τα βρέφη των οποίων η μητέρα τους λάμβανε ανταγωνιστές της αγγειοτασίνης II πρέπει να παρακολουθούνται στενά για υπόταση (βλέπε επίσης παράγραφο 4.3 και 4.4).

Θηλασμός: Η ολμεσαρτάνη αποβάλλεται στο γάλα των επιμωών που θηλάζουν, αλλά δεν είναι γνωστό εάν αποβάλλεται στο ανθρώπινο γάλα. Επειδή δεν υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες όσον αφορά τη χρήση του **Iperlas®** κατά τη διάρκεια του θηλασμού, το **Iperlas®** δεν συνιστάται, και προτείνονται εναλλακτικές θεραπείες με καλύτερα εξακριβωμένο προφίλ ασφαλείας χρήσης κατά τη διάρκεια του θηλασμού, ιδιαίτερα κατά το θηλασμό ενός νεογέννητου ή πρόωρου βρέφους.

4.7. Επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανημάτων: Το **Iperlas®** έχει ελάχιστη ή μέτρια επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανημάτων. Ζάλη ή κόπωση μπορεί να εμφανιστούν περιστασιακά σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιυπερτασική θεραπεία, που μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα αντίδρασης.

4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες:

Περίληψη του προφίλ ασφαλείας: Οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της θεραπείας με μεδοξομική ολμεσαρτάνη είναι κεφαλαλγία (7,7%), συμπτώματα παρόμοια με εκείνα της γρίπης (4,0%) και ζάλη (3,7%). Σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες μονοθεραπείας, η μόνη ανεπιθύμητη ενέργεια η οποία σχετιζόταν αναμφίβολα με τη θεραπεία, ήταν ζάλη (συχνότητα εμφάνισης 2,5% με την μεδοξομική ολμεσαρτάνη και 0,9% με το εικονικό φάρμακο). Η συχνότητα εμφάνισης υπερτριγλυκεριδαίμιας (2,0% έναντι 1,1%) και αύξησης της κρεατινοφωσφοκινάσης (1,3% έναντι 0,7%) ήταν λίγο μεγαλύτερη με την μεδοξομική ολμεσαρτάνη συγκρινόμενη με το εικονικό φάρμακο.

Κατάλογος ανεπιθύμητων ενεργειών σε πίνακα: Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση της μεδοξομικής ολμεσαρτάνης σε κλινικές δοκιμές, μεταγενετικές μελέτες ασφαλείας και αυθόρμητες αναφορές συνομίζονται στον παρακάτω πίνακα. Οι παρακάτω ορολογίες έχουν χρησιμοποιηθεί για την κατηγοριοποίηση των συχνότερων εμφάνισης των ανεπιθύμητων ενεργειών: πολύ συχνές (≥1/10), συχνές (≥1/100 έως <1/10), όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100), σπάνιες (≥1/10.000 έως <1/1.000), πολύ σπάνιες (<1/10.000).

Οργανικό Σύστημα κατά MedDRA	Ανεπιθύμητες ενέργειες	Συχνότητα
Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος	Θρομβοπενία	Όχι συχνή
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος	Αναφυλακτική αντίδραση	Όχι συχνή
Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης	Υπερτριγλυκεριδαμία	Συχνή
	Υπερουριχαιμία	Συχνή
	Υπερκαλιαιμία	Σπάνια
Διαταραχές του νευρικού συστήματος	Ζάλη	Συχνή
	Κεφαλαλγία	Συχνή
Διαταραχές του ωτός και του λαβυρίνθου	Ήλιγγος	Όχι συχνή
Καρδιακές διαταραχές	Σπθθάγγη	Όχι συχνή
Αγγειακές διαταραχές	Υπόταση	Σπάνια
Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου	Βρογχίτιδα	Συχνή
	Φαρυγγίτιδα	Συχνή
	Βήχας	Συχνή
	Ρινίτιδα	Συχνή
Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος	Γαστρεντερίτιδα	Συχνή
	Διάρροια	Συχνή
	Κοιλιακό άλγος	Συχνή
	Ναυτία	Συχνή
	Δυσπεψία	Συχνή
	Έμετος	Όχι συχνή
	Εντεροπάθεια τύπου κοιλιοκάκης (βλέπε παράγραφο 4.4)	Πολύ σπάνια
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού	Εξάνθημα	Όχι συχνή
	Αλλεργική δερματίτιδα	Όχι συχνή
	Κνίδωση	Όχι συχνή
	Εξάνθημα	Όχι συχνή
	Κνησμός	Όχι συχνή
	Αγγειοοίδημα	Σπάνια

Οργανικό Σύστημα κατά MedDRA	Ανεπιθύμητες ενέργειες	Συχνότητα	
Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού	Αρθρίτιδα	Συχνή	
	Οσφυαλγία	Συχνή	
	Σκελετικός πόνος	Συχνή	
	Μυαλγία	Όχι συχνή	
	Μυϊκός σπασμός	Σπάνια	
Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών	Αιματουρία	Συχνή	
	Ουρολοίμωξη	Συχνή	
	Οξεία νεφρική ανεπάρκεια	Σπάνια	
	Νεφρική ανεπάρκεια	Σπάνια	
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης	Άλγος	Συχνή	
	Θωρακικό άλγος	Συχνή	
	Περιφερικό οίδημα	Συχνή	
	Συμπτώματα παρόμοια με εκείνα της γρίπης	Συχνή	
	Κόπωση	Συχνή	
	Οίδημα προσώπου	Όχι συχνή	
	Εξασθένιση	Όχι συχνή	
	Αίσθημα κακουχίας	Όχι συχνή	
	Λήθαργος	Σπάνια	
	Παρακλινικές εξετάσεις	Ηπατικά ένζυμα αυξημένα	Συχνή
		Ουρία αίματος αυξημένη	Συχνή
		Κρεατινοφωσφοκινάση αίματος αυξημένη	Συχνή
Κρεατινίνη αίματος αυξημένη		Σπάνια	

Έχουν αναφερθεί μεμονωμένες περιπτώσεις ραβδομυόλυσης σε χρονική συσχέτιση με την πρόσληψη των αποκλειστών των υποδοχέων της αγγειοτασίνης II.

Πρόσθετες πληροφορίες για ειδικούς πληθυσμούς

Παιδιατρικός πληθυσμός

Η ασφάλεια της μεδοξομικής ολμεσαρτάνης μελετήθηκε σε 361 παιδιά και εφήβους, ηλικίας 1-17 ετών, κατά τη διάρκεια 2 κλινικών μελετών. Ενώ η φύση και η σοβαρότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών είναι παρόμοια με εκείνη των ενηλίκων, η συχνότητα των παρακάτω είναι υψηλότερη στα παιδιά:

- Η επίταξη είναι μια συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια σε παιδιά (δηλ., ≥ 1/100 έως <1/10), η οποία δεν έχει αναφερθεί στους ενήλικες.

- Κατά τη διάρκεια των 3 εβδομάδων διπλής τυφλής μελέτης, η συχνότητα εμφάνισης ζάλης και κεφαλαλγίας σχετιζόμενων με τη θεραπεία σχεδόν διπλασιάστηκαν σε παιδιά ηλικίας 6-17 ετών στην ομάδα της υψηλής δόσης μεδοξομικής ολμεσαρτάνης. Το συνολικό προφίλ ασφαλείας για την μεδοξομική ολμεσαρτάνη σε παιδιατρικούς ασθενείς δεν διαφέρει σημαντικά από το προφίλ ασφαλείας σε ενήλικες.

Ηλικιωμένοι (ηλικίας 65 ετών και άνω)

Στους ηλικιωμένους ασθενείς η συχνότητα εμφάνισης υπότασης αυξάνεται ελαφρώς από σπάνια σε όχι συχνή.

Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών

Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους - κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιοδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω:

Ελλάδα: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων - Μεσογείων 284 - GR-15562 Χολαργός, Αθήνα - Τηλ: + 30 213 2040380/337 - Φαξ: + 30 210 6549585 - Ιστοτόπος: <http://www.eof.gr>

4.9 Υπερδοσολογία

Υπάρχουν περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με την υπερδοσολογία στους ανθρώπους. Το πιθανότερο αποτέλεσμα της υπερδοσολογίας είναι η υπόταση. Σε περίπτωση υπερδοσολογίας, ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται προσεκτικά και να εφαρμόζεται συμπτωματική και υποστηρικτική θεραπεία. Δεν υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με την δυνατότητα αποβολής της ολμεσαρτάνης μέσω αιμοδιύλισης.

5. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ

5.1 Φαρμακοδυναμικές ιδιότητες:

Φαρμακοθεραπευτική κατηγορία:

Ανταγωνιστές της αγγειοτασίνης II, κωδικός ATC: C09C A 08.

Μηχανισμός δράσης/ Φαρμακοδυναμικές επιδράσεις

Η μεδοξομική ολμεσαρτάνη είναι ένας ισχυρός, άρνη από του στόματος, εκλεκτικός, ανταγωνιστής του υποδοχέα (τύπου AT1) της αγγειοτασίνης II. Αναμένεται να αποκλείει όλες τις δράσεις της αγγειοτασίνης II, μέσω του συγκεκριμένου AT1, ανεξάρτητα από την πηγή ή την οδό της σύνθεσης της αγγειοτασίνης II. Ο εκλεκτικός ανταγωνισμός των υποδοχέων (AT1) της αγγειοτασίνης II έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων της ρενίνης και της συγγενήσ της αγγειοτασίνης II και II στο πλάσμα και κάποια ελάττωση των συγκεντρώσεων της αλδοστερόνης στο πλάσμα. Η αγγειοτασίνη II είναι η πρωτογενής αγγειοδραστική ορμόνη του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης και παίζει σημαντικό ρόλο στην παθοφυσιολογία της υπέρτασης μέσω του τύπου 1 (AT1) υποδοχέα.

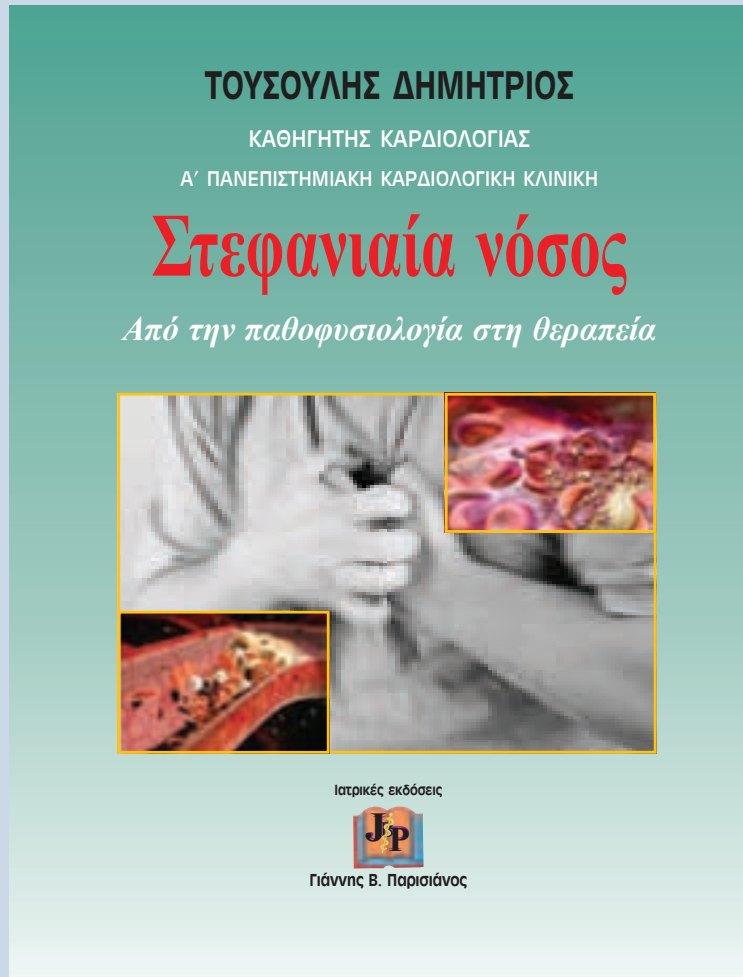
Κλινική αποτελεσματικότητα και ασφάλεια

Στην υπέρταση, η μεδοξομική ολμεσαρτάνη προκαλεί δόσοεξαρτώμενη, μακράς διάρκειας μείωση της αρτηριακής πίεσης. Δεν υπάρχουν ενδείξεις υπότασης με την πρώτη δόση, ταχυφυλαξία κατά τη μακρόχρονη θεραπεία ή φαινόμενο υποτροπής της υπέρτασης μετά από τη διακοπή της θεραπείας. Η χορήγηση μεδοξομικής ολμεσαρτάνης μία φορά την ημέρα παρέχει αποτελεσματική και ομαλή ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, για όλο το 24ωρο. Η χορήγηση μίας άπαξ δόσης ημερησίως επιφέρει την ίδια ελάττωση της αρτηριακής πίεσης όπως και η χορήγηση της ίδιας συνολικής ημερησίας δόσολογίας διηρημένης σε δύο δόσεις. Με συνεχή θεραπεία, οι μέγιστες μειώσεις της αρτηριακής πίεσης επιτυγχάνονται μετά από 8 εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας, παρόλο που ένα σημαντικό ποσοστό της μείωσης της πίεσης του αίματος παρατηρείται ήδη μετά από 2 εβδομάδες θεραπείας. Όταν χρησιμοποιείται μαζί με υδροχλωροθειαζιδίου, επιτυγχάνεται επιπρόσθετη ελάττωση της αρτηριακής πίεσης και η συγχρόνηση είναι καλά ανεκτή. Η επίδραση της ολμεσαρτάνης στη θνησιμότητα και στη νοσηρότητα δεν είναι ακόμη γνωστή. Η μελέτη «Randomised Olmesartan and Diabetes Microalbuminuria Prevention» (ROADMAP) σε 4.447 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, με νορμολευκωματιουρία και τουλάχιστον έναν επιπλέον παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου, διερεύνησε κατά πόσο η θεραπεία με ολμεσαρτάνη θα μπορούσε να καθυστερήσει την έναρξη της μικρολευκωματιουρίας. Κατά την περίοδο παρακολούθησης, μέχρις διάρκειας 3,2 ετών, οι ασθενείς έλαβαν είτε ολμεσαρτάνη ή εικονικό φάρμακο επιπρόσθετα των άλλων αντιυπερτασικών παραγόντων, εκτός από αναστολείς ΜΕΑ ή ΑΥΑ. Για το πρωτεύον καταληκτικό σημείο, η μελέτη έδειξε μια σημαντική μείωση του κινδύνου στο χρόνο έναρξης μικρολευκωματιουρίας, υπέρ της ολμεσαρτάνης. Μετά από προσαρμογή για τις διαφορές στην Αρτηριακή Πίεση η μείωση του κινδύνου δεν ήταν πλέον στατιστικά σημαντική, 8,2% (178 από 2.160) των ασθενών στην ομάδα της ολμεσαρτάνης και 9,8% (210 από 2.139) στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου ανέπτυξαν μικρολευκωματιουρία. Για τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία, εμφανίστηκαν καρδιαγγειακά συμβατά σε 96 ασθενείς (4,3%) με ολμεσαρτάνη και σε 94 ασθενείς (4,2%) με εικονικό φάρμακο. Η επίπτωση της καρδιαγγειακής θνησιμότητας ήταν υψηλότερη με ολμεσαρτάνη συγκριτικά με την θεραπεία με εικονικό φάρμακο [15 ασθενείς (0,7%) έναντι 3 ασθενών (0,1%)], παρά τα παρόμοια ποσοστά για μη θανατηφόρο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο [14 ασθενείς (0,6%) έναντι 8 ασθενών (0,4%)], μη θανατηφόρο έμφραγμα του μυοκαρδίου [17 ασθενείς (0,8%) έναντι 26 ασθενών (1,2%)] και μη καρδιαγγειακή θνησιμότητα [11 ασθενείς (0,5%) έναντι 12 ασθενών (0,5%)]. Η συνολική θνησιμότητα με ολμεσαρτάνη ήταν αριθμητικά αυξημένη 26 ασθενείς (1,2%) έναντι 15 ασθενών (0,7%), η οποία οφειλόταν κυρίως σε έναν υψηλότερο αριθμό θανατηφόρων καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Η μελέτη «Olmesartan

ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Καθηγητής Καρδιολογίας
Α Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

Στεφανιαία νόσος

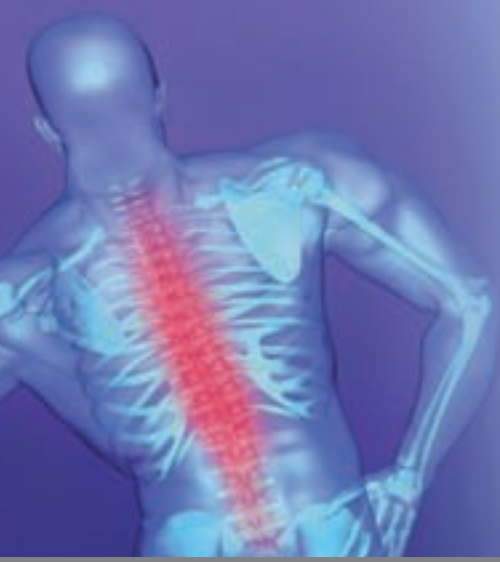
Από την παθοφυσιολογία στη θεραπεία



Καθώς η πρόοδος της καρδιολογίας την τελευταία δεκαετία έχει αλλιάξει ριζικά τον τρόπο κατανόησης και αντιμετώπισης της στεφανιαίας νόσου, στο βιβλίο αυτό παρουσιάζονται τα νεότερα δεδομένα που αφορούν την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία καθώς και οι εξελίξεις στον τομέα της διάγνωσης, θεραπείας και επεμβατικής αντιμετώπισης, τόσο της σταθερής στεφανιαίας νόσου όσο και των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων. Το βιβλίο είναι έγχρωμο, 387 σελίδων, δομημένο με σαφή και εύληπτο τρόπο, με πλούσιο φωτογραφικό υλικό, πίνακες, σχήματα και πίνακα κυρίων όρων ώστε να καλύπτει τις γνωστικές απαιτήσεις των φοιτητών ιατρικής, των ειδικευόμενων και των καρδιολόγων στον τομέα της στεφανιαίας νόσου.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΓΙΑΝΝΗΣ Β. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ
Μικράς Ασίας 76, 115 27, Γουδί, Τηλ.: 210 7475275, Fax: 210 7777999

Πολύτιμα βιβλία
για τον κλινικό ιατρό



Τα βιβλία που
σέβονται τον αναγνώστη

Πληροφορίες
210 6776167

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ



Η Ελληνική Στοματολογία «ταξιδεύει» με επιτυχία και στην Ασία προβάλλοντας την Ελλάδα

Μετά από τις εκδόσεις των Αγγλικών βιβλίων του Αν. Καθηγητή Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Γιώργου Λάσκαρη, στη Νότια Κορέα και Κίνα, πρόσφατα (2014) το βιβλίο του “Pocket Atlas of Oral Diseases” μεταφράστηκε και κυκλοφόρησε στα Ινδονησιακά με τίτλο: “ATLAS SAKU: PENYAKIT MULUT” από τον μεγάλο Ιατρικό Εκδοτικό Οίκο της Ινδονησίας PENERBIT BUKU KEDOKTERAN.