

innohep®

tinzaparin sodium

*αξία ζωής

Προφύλαξη VTE



4.500 anti-Xa IU
0.45 ml

10.000 anti-Xa IU
0.5 ml

14.000 anti-Xa IU
0.7 ml

18.000 anti-Xa IU
0.9 ml

Θεραπεία VTE

ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ



Περιγραφή των χαρακτηριστικών του προϊόντος innohep® 10.000 Anti Xa IU/ml ενέσιμο διάλυμα, σε προγεμεμένη σύριγγα. ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: innohep®, Ενέσιμο διάλυμα 2.500 anti-Xa IU/0,25 ml PF-SYR. innohep®, Ενέσιμο διάλυμα 3.500 anti Xa IU/0,35 ml PF-SYR. innohep®, Ενέσιμο διάλυμα 4.500 anti Xa IU/0,45 ml PF-SYR. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ: 1 ml διαλύματος περιέχει 10.000 anti-Xa IU (tinzaparin sodium). Για το εκδόχο βλέπε Άρθρο 6.1. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ: Ενέσιμο διάλυμα σε προγεμεμένη σύριγγα. Άρθρο η υποκίτρινο υδατικό διάλυμα, χωρίς θολότητα και χωρίς οσμές που καθίζουν ή αιωρούνται. Περιγραφή των χαρακτηριστικών του προϊόντος innohep® 20.000 Anti-Xa IU/ml ενέσιμο διάλυμα, σε προγεμεμένη σύριγγα. ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: innohep®, Ενέσιμο διάλυμα 10.000 anti Xa IU/0,5 ml PF-SYR. innohep®, Ενέσιμο διάλυμα 14.000 anti Xa IU/0,7 ml PF-SYR. innohep®, Ενέσιμο διάλυμα 18.000 anti Xa IU/0,9 ml PF-SYR. 2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ: 1 ml διαλύματος περιέχει 20.000 anti-Xa IU (tinzaparin sodium). Για το εκδόχο βλέπε Άρθρο 6.1. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ: Ενέσιμο διάλυμα σε προγεμεμένη σύριγγα. Άρθρο η υποκίτρινο υδατικό διάλυμα, χωρίς θολότητα και χωρίς οσμές που καθίζουν ή αιωρούνται. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ. Αντενδείξεις: Γνωστή υπερευαίσθησία στα συστατικά. Γενικευμένη αιωροσπαστική τάση, μη ελεγχόμενη σοβαρή υπέρταση, ενεργό γαστρικό έλκος, σπτατική ενδοκαρδίτιδα. Όφρα δοκιμασμένα σε ασθενείς με θετική δοκιμασία in vitro συγκέντρωσης παρούσα τινζαπαρίνη. Σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια. Ουραμία. Όφρα εγκεφαλικό επεισόδιο. Εξάνθημα. Εξάνθημα προεξοφίλης και ιδιαίτερα προεξοφίλης κατά τη χρήση: Το innohep® πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, οι οποίοι υποβάλλονται σε γενική ή ορθοστατική εγχείρηση. Επίσης το innohep® πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια κατά την αιμοκάθαρση. Σε παρόμοιες περιπτώσεις πρέπει να εξετάζεται μείωση της δόσης. Προσοχή στη θεραπεία των ηλικιωμένων. Το innohep® δεν πρέπει να χορηγείται με ενδομυϊκή ένεση εξ αιτίας του κινδύνου δημιουργίας αιματώματος. Το innohep® πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς που πρόσφατα εμφάνισαν ενεργή αιμορραγία, ή παρακαταθήκες ή αιμορραγία, ή παρακαταθήκες ή αιμορραγία, ή παρακαταθήκες ή αιμορραγία, ή παρακαταθήκες ή αιμορραγία. Το innohep® πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με υπερευαίσθησία στην ηπαρίνη ή σε άλλες ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους. Η ηπαρίνη μπορεί να καταστέλλει την έκκριση αλδοστερόνης των επινεφρίδων με αποτέλεσμα υπερωλεμία, ιδιαίτερα σε ασθενείς όπως εκείνοι με σπυραειδίτιδα χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, πρωτεύουσα μετβολική οξέωση, αυξημένο κλάρο που οφείλεται να λαμβάνουν καρδιολογικά φάρμακα. Ο κίνδυνος υπερωλεμίας φαίνεται να αυξάνεται με τη διάρκεια της θεραπείας αλλά αυξημένος είναι ανεπιθύμητος. Το κλάρο που οφείλεται να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με κίνδυνο ηπατικής ανεπάρκειας. Η ανεπάρκεια της ηπαρίνης και οι οποίοι ακολουθούν παρεκτομεία ή νεκρική διατήρηση αν η θεραπεία παρατείνεται πέραν των 7 ημερών περίπου. Ασθενείς που λαμβάνουν innohep® συγχρόνως με σαρολίλη ή επινεφρίνη αναμένεται να πρέπει να παρακολουθούνται στενά για σημεία ή συμπτώματα νεφρολογικής βλάβης. Κάθε υπέρταση κίνδυνος η ηπαρίνη να προκαλέσει θρομβοκυτοπενία με τη μακροχρόνια αντιστάση, σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία ηπαρίνης για περισσότερο από 5 ημέρες πρέπει να μετράται ο αριθμός αιμοπεταλίων και σε εκείνους που αναπτύσσουν θρομβοκυτοπενία να διακοπεί αμέσως η θεραπεία. Επειδή οι φαρμακικές χαμηλού μοριακού βάρους εμφανίζονται μεταξύ τους διαφορές ως προς τον χρόνο παρασκευής τους, το μοριακό βάρος και την έκφραση της δραστηριότητάς τους, επισημαίνεται ότι για αποφυγή λαθών κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής δεν θα πρέπει να γίνεται αλλαγή από ιδιοσκευάσματα της ίδιας εταιρείας σε ιδιοσκευάσματα της άλλης. Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και άλλες μορφές αλληλεπιδράσεων: Συγχρόνη λήψη άλλων φαρμάκων που επηρεάζουν την ηπατική λειτουργία, π.χ. οξυτοσινικό οξύ, αντιπηκτικές βιταμίνες Κ και δεξτρόνη μπορεί να αυξήσει την αντιπηκτική δράση του innohep®. Κύηση και Γαλουχία: Σύμφωνα με τα δεδομένα παραφαρμακικού αριθμού (R37) εγκύων που εκτέθηκαν στο φάρμακο δεν προκύπτει επιπρόσθετος κίνδυνος από την τινζαπαρίνη στην κύηση ή την υγεία του εμβρύου/του νεογνού. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχουν άλλα σχετικά επιδημιολογικά στοιχεία. Σε δύο κλινικές μελέτες παρατηρήθηκε ότι το φάρμακο δεν διαπερνά τον πλακούντα. Από δεδομένα σε παραμαύξια δεν προκύπτει άμεση ή έμμεση επιβλαβής δράση όσον αφορά την εγκυμοσύνη, εμβρυϊκή ανάπτυξη, τον τοκετό ή την ανάπτυξη μετά τη γέννηση (βλέπε Άρθρο 5.3). Απαιτείται προσοχή όταν η τινζαπαρίνη συνταγογραφείται σε εγκύους. Έγκυες ασθενείς με προεξοφίλη καρδιακές βλάβες: Σε εγκύους με προεξοφίλη καρδιακές βλάβες, που λαμβάνουν δόσεις της τινζαπαρίνης και άλλων LMWHs (Ηπαρίνη Χαμηλού Μοριακού Βάρους), ως αντιπηκτική (πλήρης αντιπηκτική σιγή), έχουν αναφερθεί αποτυχίες της θεραπείας. Η τινζαπαρίνη δεν συνιστάται για χρήση σε εγκύους με προεξοφίλη καρδιακές βλάβες. Άσχημα ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ για τη δοσολογία, την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια όσον αφορά την εφαρμογή αντιπηκτικής αγωγής στις ασθενείς αυτής της ομάδας, κάθε σχετική προσέβαση πρέπει να αποβάλλεται μόνο από ιστότυπο με ειδικότητα και εμπειρία στον τομέα αυτόν της κλινικής πρακτικής και μόνο αν δεν είναι διαθέσιμη ασφαλέστερη ενδοκρινική λύση. Δεν είναι γνωστό εάν το innohep® αποκρίνεται στο μητρικό γάλα, ωστόσο ακόμα είναι να διακοπεί ο θηλασμός κατά τη διάρκεια χρήσης του innohep®. Επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανημάτων: Με βάση τη φαρμακοδυναμική εκτίμηση και τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες, το innohep® δεν αναμένεται να έχει επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανημάτων. Ανεπιθύμητες ενέργειες: Αιμορραγία. Κνίδημα. Ανταρσία. Κνίδημα. Παραρτηρικά στο σημείο της ένεσης έχουν παρατηρηθεί δευτερεύοντα εξοφίληματα και μικρότερης σημασίας μώλωπες. Εξαιρετικά σπάνια έχουν αναφερθεί ουλερικές αντιδράσεις. Το innohep®, όπως η ηπαρίνη, έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγίας. Ωστόσο, από αποτελεσματική δοση ο κίνδυνος αυτός είναι μικρός. Όπως με την ηπαρίνη, σπάνια μπορεί να εμφανισθεί θρομβοκυτοπενία. Όπως με την ηπαρίνη, σπάνια εμφανίζεται παροδική οξέωση στα επίπεδα της αμινοταρανσερίνης. Συνήθως δεν απαιτείται διακοπή της θεραπείας. Τα προϊόντα τινζαπαρίνης μπορούν να προκαλέσουν υποαλδοστερονισμό, ο οποίος μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του κλάρου του ορού. Σπάνια, μπορεί να εμφανισθεί κλινικά σημαντική υπερωλεμία, ιδιαίτερα σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και συγχρόνως διαβήτη (βλέπε Εξάνθημα Προεξοφίλης και Προεξοφίλης κατά την Χρήση). Φαρμακικές και νευρικές του δράσεις, έχουν αναφερθεί μόνο σε λίγες περιπτώσεις. Υπερδοσολογία: Βλέπε 4.8. Σε περίπτωση υπεξοφίλης δόσης, η θεραπεία είναι: θετική Γλυκερίνη. ΚΑΤΟΧΟΣ ΔΕΛΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ: LEO Pharmaceutical Hellas S.A. Μελεξίδων 10-14564 Κηφισιά Αττικής, ΤΗΛ. 2106834322.

LEO Pharma Hellas S.A. Μελεξίδων 10, 14564 - Κηφισιά, Τηλ. 210 6834322, fax. 210 6834342
Γραφείο Βορείου Ελλάδος: 10^ο χλμ Θεσσαλονίκης - Βέροιας, Balkan Center, 570 01 - Θεσσαλονίκη, Τηλ. 2310 989221, Fax. 2310 989236, http://www.leo-pharma.gr

ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

ISSN: 1106-3319
ISSN (ON LINE): 1792-3018

ΤΟΜΟΣ 34 • ΤΕΥΧΟΣ 2 • ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2015
VOLUME 34 • ISSUE 2 • OCTOBER 2015

ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ - ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ (ΙΕΔΕΠ)
OFFICIAL PUBLICATION OF THE MEDICAL SOCIETY OF WESTERN GREECE AND PELOPONNESUS

Γράμμα του Διευθυντή της Σύνταξης
- Μερικές βασικές Γενικές αρχές για τα Νέα από του Στόματος Αντιπηκτικά, ο Γενικός γιατρός και ο ειδικός Γιατρός της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας

Letter from the Editor
- Some basic Principles for the New Oral Anticoagulants, the General Practitioner and the Specialty Primary Care Physician

Άρθρο Σύνταξης
- Εξελίξεις στη Διάγνωση και Θεραπεία της Ιδιοπαθούς Πνευμονικής Ίνωσης
- Η ΠΡΟΣΕΥΧΗ. Ανάγκη και Ανάσα της Ψυχής

Editorial
- Advances in the Diagnosis and Treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis
- THE PRAYER. The Need and the Breathing of the Soul

Ερευνητική Μελέτη
- Αξιολόγηση της επικοινωνιακής πολιτικής της Υγειονομικής Αρχής κατά τη διαχείριση της πανδημίας γρίπης H1N1

Research Study
- Evaluation of the communication policy of the Greek Health Authorities during the management of H1N1 influenza pandemic

Ανασκόπηση
- Σπάνιες Εντοπίσεις Λειομυμάτων στο Γεννητικό Σύστημα της Γυναίκας
- Η έγκαιρη διάγνωση καρκίνου πνεύμονα - Νεότερα δεδομένα

Review
- Rare Localizations of Genital Leiomyomas in Woman's System
- The Timely Diagnosis of Lung Cancer: Contemporary Data

Ενδιαφέρουσα Περίπτωση
- Οξεία Ηωσινοφιλική Μυοκαρδίτιδα μιμούμενη Οξείας Έμφραγμα Μυοκαρδίου

Interesting Case
- Acute Eosinophilic Myocarditis Mimicking Acute Myocardial Infarction

Ιστορία της Ιατρικής
- Ιστορία της Αιμοκάθαρσης

History of Medicine
- The History of Hemodialysis

Νέα της ΙΕΔΕΠ
- Αχαϊκές Ιατρικές Ημέρες 2015, Πάτρα 28-29 Μαρτίου 2015
- Προσυνεδριακή Δημερίδα 12ο Παμπελοποννησιακού Ιατρικού Συνεδρίου, 4-5 Δεκεμβρίου 2015, Κάστρο Μονεμβασίας

IEDEP News
- Achaia Medical Days 2015, Patras 28-29 of March 2015
- Precongress Meeting of 12th Panpeloponnese Medical Congress December 4-5, 2015, Kastro - Monemvasia, Greece

Ανακοινώσεις της ΙΕΔΕΠ
Ευρητήριο 34ου Τόμου
Ευρητήριο Συγγραφέων
Ευχαριστήριο 34ου Τόμου

IEDEP Announcements
Glossary-Volume 34, 2015
Authors-Volume 34, 2015
Thanks to Reviewers - Volume 34, 2015

ΤΟΜΟΣ 34 • ΤΕΥΧΟΣ 20 • ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2015

ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

innohep® IS A REGISTERED TRADEMARK OF THE LEO GROUP

©LEO



ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΖΩΗΣ

Biger
ATORVASTATIN 40mg



Atorvastatin
10mg/20mg/40mg
BT x 14/25/30 F.C. TABS

Lozanel plus

Losartan/ HCTZ
50mg/ 12.5mg
100mg/ 12.5mg
BT x 14 F.C. TABS



Lozanel

Losartan

Losartan 100mg
BT x 30 F.C. TABS

Valsart



Co-Valsart

ISROEN[®] 75mg
CLOPIDOGREL



Clopidogrel Bisulfate
75mg
BT x 28 F.C. TABS



Valsartan
80mg
160mg
320mg
BT x 28 F.C. TABS

Valsartan / HCTZ
80, 160, 320 / 12.5mg
BT x 28 F.C. TABS



Αναπαύσεως 6, Τ.Κ. 144 51 Μεταμόρφωση.
Τηλ. 210 5230217-8, Fax: 210 5230219 - www.heremco.gr



ORIZAL PLUS[®]

Olmesartan Medoxomil, Amlodipine Besilate, Hydrochlorothiazide
20/5/12,5mg, 40/5/12,5mg, 40/5/25mg, 40/10/12,5mg, 40/10/25mg¹

ORPLUS/ADV/01/01/2015



1. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος



MENARINI HELLAS A.E.

ΑΝ. ΔΑΜΒΕΡΓΗ 7, 10445 ΑΘΗΝΑ, ΤΗΛ.: 210/8316.111-13, FAX: 210/8317.343, E-MAIL: menarini@otenet.gr



Για να μη
λείψει το όνειρο.

Αισθανόμαστε υπερήφανοι, ως φαρμακευτική βιομηχανία, αναπτύσσοντας, παράγοντας και διανέμοντας προϊόντα υψηλής θεραπευτικής αξίας, πρωτότυπα και γενόσημα, με στόχο την ανακούφιση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Αισθανόμαστε υπερήφανοι, υποστηρίζοντας το έργο των επαγγελματιών υγείας στην καθημερινή τους μάχη με τις ασθένειες, για να μη λείψει το όνειρο.

Αισθανόμαστε υπερήφανοι, υπηρετώντας την ιατρική κοινότητα με πάνω από εβδομήντα (70) σκευάσματα στην Καρδιολογία, την Ορθοπαιδική, την Ογκολογία, τη Νευρολογία-Ψυχιατρική, την Ουρολογία, τη Δερματολογία, τα Μεταβολικά Νοσήματα και την Ακτινολογία.

Αισθανόμαστε υπερήφανοι, ως η ταχύτερα αναπτυσσόμενη φαρμακευτική εταιρεία, επενδύοντας σε μια νέα υπεσύγχρονη παραγωγική μονάδα, καθώς και σε υποδομές ανάπτυξης φαρμάκων.

Αισθανόμαστε υπερήφανοι, για την εμπιστοσύνη που μας δείχνει η ιατρική και φαρμακευτική κοινότητα, αλλά και για τις συνεργασίες μας με μερικές από τις μεγαλύτερες εταιρείες στον χώρο της υγείας.



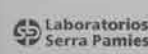
GE Healthcare



Abbott
A Promise for Life



SANDOZ



ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

OFFICIAL PUBLICATION OF THE MEDICAL SOCIETY OF WESTERN GREECE AND PELOPONNESUS



EDITORIAL BOARD OF ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Editor In-Chief

Professor Nicholas G Kounis

*Department of Medical Sciences, Patras Highest Institute of Education and Technology
7 Aratou Street, Queen Olga Square, Patras 262 21, Greece, E-mail: ngkounis@otenet.gr*

Deputy Editors

Professor Ioannis Tsolakis, *Surgery*

Professor Konstantinos Chrysanthopoulos, *Medicine*

Assistant Editors

Assistant Professor Stavros Kakkos, *Vascular Surgery*

Lydia Leonidou, *Attending Physician, Medicine*

Members of the Editorial Committee

Assistant Professor Helen Gelastopoulou,
Public Health and Epidemiology

Andreas Mitropoulos, *Rheumatology*

George Tsiros, *General Practice*

Ioannis Karaindros, *Medicine*

SCIENTIFIC COMMITTEE

Professor Theodoros Alexandridis, *Endocrinologist, Patras, GR*

Professor Dimitrios Alexopoulos, *Cardiologist, Patras, GR*

Vasilios Alivizatos, *Consultant Surgeon, Patras, GR*

George Asimakopoulos, *Consultant Physician, Sparta, GR*

Panagiotis Christopoulos, *Consultant Neurologist-Psychiatrist, Pirgos, GR*

Assistant Professor Periklis Davlouros, *Cardiologist, Patras, GR*

Lecturer Dimitrios Daoussis, *Rheumatologist, Patras, GR*

Professor Dimitrios Dougenis, *Cardiothoracic Surgeon, Patras, GR*

Dionysios Feretis, *Consultant Ophthalmic Surgeon, Patras, GR*

Professor Emeritus Sotirios Gartaganis, *Ophthalmic Surgeon, Patras, GR*

Professor Charalambos Gogos, *Physician, Patras, GR*

Professor Panos Goumas, *ENT Surgeon, Patras, GR*

Professor Fotios Kalfarentzos, *Surgeon, Patras, GR*

Dr Constantinos Karogiannis, *Cardiologist, Patras, GR*

Fotios Karvelas, *Consultant Surgeon, Patras, GR*

George Krokidas, *Consultant Paediatrician, Patras, GR*

Panagiotis Korovesis, *Consultant Orthopaedic Surgeon, Patras, GR*

Professor Stefanos Mantagos, *Paediatrician, Patras, GR*

Professor Emeritus Theodoros Maraziotis, *Neurosurgeon, Patras, GR*

Constantinos Panagiotopoulos, *Cardiologist, Argos, GR*

Professor Panagiotis Papathanasopoulos, *Neurologist, Patras, GR*

Lecturer Helen Solomou-Liosi, *Hematologist, Patras, GR*

Professor Michael Stavropoulos, *Surgeon, Patras, GR*

Ageliki Fragoulia, *Consultant Physician, Patras, GR*

Professor Nicholas Zoumpou, *Hematologist, Volos, GR*

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Zoe Astroulakis, *London, UK*

Thanos Athanasiou, *London, UK*

Murat Biteker, *Instabul, Turkey*

Nikos Bouras, *London, UK*

Cihan Cevik, *Lubbock, TX, USA*

Yong-Mei Cha, *Rochester, MIN, USA*

Kanu Chatterjee, *San Francisco, CA, USA*

Jack Chen, *Atlanta, GA, USA*

Tsung O Cheng, *Washington DC, USA*

Nicolas Chronos, *Atlanta, GA, USA*

Constantinos Chrysostomou, *Pittsburgh, PA, USA*

Nishali Ekanayaka, *Colombo, Sri Lanka*

Ruvan Ekanayaka, *Colombo, Sri Lanka*

John Elefteriades, *New Haven, CT, USA*

Haralambos Gavras, *Boston, MA, USA*

Gabriel Gregoratos, *San Francisco, CA, USA*

George Kallioliias, *New York, USA*

Stamatis Kapetanakis, *London, UK*

Theodore Kondoulis, *London, UK*

Kyriakos Kirou, *New York, USA*

Petri Kovanen, *Helsinki, Finland*

Anil Kumar, *Danville, Pa, USA*

Nicos Labropoulos, *New York, USA*

Miltiadis Leon, *San Angelo, TX, USA*

Arum Maskey, *Kathmandu, Nepal*

Susumu Nakae, *Tokio, Japan*

Andreas Nicolaides, *Nicosia, Cyprus*

Theoharis C Theoharides, *Boston, MA, USA*

Frank J Veith, *New York, USA*

Elio Venturini, *Cecina, Italy*

PAST EDITORS IN CHIEF

Alekos Maraslis

(1975-1985)

Athanasios Diamandopoulos

(1993-1996)

Athanasios Diamandopoulos

(1986-1991)

Mariana Stamatidou

(1997-1998)

Constantinos Chrysanthopoulos

(1991-1992)

Athanasios Diamandopoulos

(1998-2005)

INSTRUCTION TO AUTHORS



General

ACHAIKI IATRIKI (Ach Iatr) is a peer-reviewed journal launched in 1975 and constitutes the official publication of the Medical Society of Western Greece and Peloponnesus, which was founded in Patras in 1912 and, is the most long-lived Medical Society in Greece, after the Medical Society of Athens. It publishes papers of members of the Society. Contributions from non members and international scientists are also welcomed. Papers written in English language are particularly supported and encouraged.

These articles deal with scientific developments from all fields of medicine. The priority in acceptance of manuscripts for publication is given for original, high scientific and academic quality manuscripts. The journal considers papers written in proper Greek language with complete and detailed abstract, authors, departments, key words, and correspondence details in English. The first author of the paper accepted for publication should understand that the Editorial Committee retains the right to make corrections especially grammatical or syntactical, which do not change the text of the manuscript, when these are deemed necessary.

Peer review process

All articles submitted to the ACHAIKI IATRIKI, after an initial assessment by the editors, undergo a thorough peer review process utilising a double-blind system involving two or more reviewers, before a final decision is taken by the Editorial Committee.

Conflict of interest

The authors should disclose at the time of submission any financial arrangement they may have with a company whose product figures prominently in the manuscript or with a company making a competing product. For review articles or editorials, the authors should not have any financial interest in a company or its competitor that makes a product discussed in the article.

Informed Consent

Studies on patients or volunteers require ethics committee approval and informed consent which should be documented in the paper.

Patient photos, name, initials, or hospital numbers, should not be included in video footage, recordings, written descriptions, photographs, and pedigrees unless the information is essential for scientific purposes. In this case, written informed consent for publication in print and electronic form from the patient or relatives is necessary. If such consent is made subject to any conditions, the editorial committee must be made aware of all such conditions. Written consents must be provided to the editor on request.

Statement of Human and Animal Rights

In manuscripts describing human research the authors must indicate clearly that all experimental procedures were carried out in accordance with the ethical standards of the responsible institutional committee for human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000. When reporting on animal research, the authors should also indicate that procedures followed the institutional and national guides for the care and use of laboratory animals.

Ethics

Manuscripts containing original material are accepted for consideration for publication with the understanding that neither the article nor part of the article has been or will be published elsewhere before appearing in the journal. (This restriction does not apply to abstracts; published abstracts, however, should not exceed 300 words). If any of the manuscript's figures or tables have previously been published elsewhere, permission for their use must be obtained from the copyright holder. Accepted papers become the permanent property of the Medical Society of Western Greece and Peloponnesus and may not be reproduced in whole or in part without the written consent of the Society. Statements and suggestions published in manuscripts are under the authors responsibility and do not reflect the opinion of the editor and associates.

Types of papers

The journal publishes the following type of papers:

1. **Editorials:** up to 4 typed double spaced pages with no more than 10 contemporary references. Editorials are solicited by the Editor.

INSTRUCTION TO AUTHORS



2. **Comprehensive Reviews:** Up to 10 typed double-space pages
 3. **Clinical or experimental papers:** Up to 10 typed double space pages
 4. **Case reports:** Up to 6 typed double-space pages with no more than 10 references.
 5. **“The general Practitioner”:** Physicians, irrespectively if they are in private practice or work in an institution, are strongly encouraged to submit for publication any interesting case or subject which he has encountered in his everyday practice of unusual, strange, peculiar or even humorous course and ending, up to 5 typed double spaced pages.
 6. **Nursing and allied disciplines:** Every scientist working in nursing or allied sciences is encouraged to submit papers of no more than 5 types double-space pages.
 7. **Student and other news:** medical students and students of other health disciplines are also strongly encouraged to submit thoughts, views or even scientific work up to 5 typed double spaced pages.
- ACHAIKI IATRIKI also publishes letters to the editor, interesting images, scientific quizzes, vignettes and the news of the society of western Greece and Peloponnesus.
- Manuscript format**
1. **First page:** Include a brief and descriptive title of the article, the author’s full names with academic degrees, hospital and academic affiliations and the name, address, telephone, fax, and e-mail of the author responsible for correspondence.
 2. **Second page:** Include a brief, structured abstract of no more than 200 words as follows: Objective and background, methods, results and conclusion in case of clinical or experimental articles. List 3-5 key words for indexing.
 3. **Following pages:** Include introduction, material and methods, results and discussion for clinical or experimental studies. For case reports include, introduction, report of the case, discussion, conclusion.
 4. **Include any relevant table or figure.**
 5. **The last page:** Include numbered references in the order in which they are cited in the text according to the Vancouver system as the following examples. Listing all authors when there are six or fewer; when there are seven or more, list the first three names, followed by “et al.”:
 - Journal article: Zavras GM, Papadaki PJ, Kokkinis SE, et al. Kounis syndrome secondary to allergic reaction following shellfish ingestion. *Int J Clin Pract* 2003; 57:622-624.
 - Textbook: Hudson R. *Cardiovascular Pathology*, 1st edition. Edward Arnold (publisher) Ltd, London, 1965; 1341- 1350.
 - Book chapter: Opie LH. Mechanism of cardiac contraction and relaxation. In: Braunwald E, editor. *Heart Disease*, 5th ed. Philadelphia: Saunders; 1997; 360-393.
- Paper Submission**
- Submit papers electronically to the following address:
ngkounis@otenet.gr

PRODUCTION:

TECHNOGRAMMA^{med}

380, Messogeion Ave., GR-15341 Ag. Paraskevi, Athens, Greece
 Tel.: +30 210.6000.643 - Fax: +30 210.600.22.95, e-mail: techn@hol.gr

Περιεχόμενα

Contents

Γράμμα του Διευθυντή της Σύνταξης Letter from the Editor	Μερικές βασικές Γενικές αρχές για τα Νέα από του Στόματος Αντιπηκτικά, ο Γενικός γιατρός και ο ειδικός Γιατρός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας 87 Some basic Principles for the New Oral Anticoagulants, the General Practitioner and the Specialty Primary Care Physician 87 <i>Νικόλαος Κούνης, Πάτρα / Nicholas Kounis, Patras, Greece</i>
Άρθρο Σύνταξης Editorial	Advances in the Diagnosis and Treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis..... 90 Εξελίξεις στη Διάγνωση και Θεραπεία της Ιδιοπαθούς Πνευμονικής Ίνωσης 90 <i>Likurgos Kolilekas, Spyros A Papiris, Demosthenes Bouros, Athens, Greece / Λυκούργος Κολιλέκας, Σπύρος Α Παπίρης, Δημοσθένης Μπούρος, Αθήνα</i> Η ΠΡΟΣΕΥΧΗ. Ανάγκη και Ανάσα της Ψυχής 93 THE PRAY. The Need and the Breathing of the Soul 93 <i>Ανδρέας Ι. Μητρόπουλος, Πάτρα / Andreas I. Mitropoulos, Patras, Greece</i>
Ερευνητική Μελέτη Research Study	Αξιολόγηση της επικοινωνιακής πολιτικής της Υγειονομικής Αρχής κατά τη διαχείριση της πανδημίας γρίπης H1N1 98 Evaluation of the communication policy of the Greek Health Authorities during the management of H1N1 influenza pandemic 98 <i>Γεώργιος Καραμπουτάκης, Αθήνα / George Karampoutakis, Athens, Greece</i>
Ανασκόπηση Review	Σπάνιες Εντοπίσεις Λειομυμάτων στο Γεννητικό Σύστημα της Γυναίκας 113 Rare Localizations of Genital Leiomyomas in Woman's System..... 113 <i>Ιωάννης Κ Θανάσας, Μαρία Μπουρσιάνη, Τρίκαλα / Ioannis K Thanasas, Maria Boursiani, Trikala, Greece</i> Η έγκαιρη διάγνωση καρκίνου πνεύμονα - Νεότερα δεδομένα..... 124 The Timely Diagnosis of Lung Cancer: Contemporary Data 124 <i>Ιωάννης Κ Γαλαριώτης, Καλλιόπη Γεωργίτσα-Γαλαριώτη, Πάτρας / Ioannis K Galariotis, Kalliopi Georgitsa-Galarioti, Patras, Greece</i>

Περιεχόμενα

Contents

Ενδιαφέρουσα Περίπτωση Interesting Case	Οξεία Ηωσινοφιλική Μυοκαρδίτιδα μιμούμενη Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου 130 Acute Eosinophilic Myocarditis Mimicking Acute Myocardial Infarction 130 <i>Ευστάθιος Κουλούρης, Ελευθέριος Παπαβασιλείου, Βέροια, Ιωάννης Βογιατζής, Θεσσαλονίκη / Eustathios Koulouris, Eleutherios Papavasiliou, Veroia, Ioannis Vogiatzis, Thessaloniki, Greece</i>
Ιστορία της Ιατρικής History of Medicine	Ιστορία της Αιμοκάθαρσης 137 The History of Hemodialysis 137 <i>Ηλίας Κυρίτσης, Αθήνα, Κωνσταντίνα Τρίγκα, Πάτρας / Ilias Kyritsis, Athens, Konstantina Trigka, Patras, Greece</i>
Νέα της ΙΕΔΕΠ IEDEP News	Αχαϊκές Ιατρικές Ημέρες 2015, Πάτρα 28 & 29 Μαρτίου 2015 142 Achaia Medical Days 2015, Patras 28 & 29 of March 2015 142
Ανακοινώσεις της ΙΕΔΕΠ IEDEP Announcements	Προσυνεδριακή Δημερίδα 12ο Παμπελοποννησιακού Ιατρικού Συνεδρίου, 4-5 Δεκεμβρίου 2015, Κάστρο Μονεμβασιάς 146 Precongress Meeting of 12th Panpeloponnese Medical Congress December 4-5, 2015, Kastro - Monemvasia, Greece 146 Αχαϊκές Ιατρικές Ημέρες 2016, Δημερίδα, 8 – 10 Μαρτίου 2016 Αγορά Αργύρη, Πάτρα 151 Achaia Medical Days 2016, Patras 8 – 10 of March 2016 151 ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ - 12ο Παμπελοποννησιακό Ιατρικό Συνέδριο, Οκτώβριος 2016 151 KORINTHOS MEDICAL ASSOCIATION - 12th Panpeloponnese Medical Congress - October 2016 151
Ευρετήριο 34ου Τόμου Glossary-Volume 34, 2015 149 149
Ευρετήριο Συγγραφέων Authors-Volume 34, 2015 151 151
Ευχαριστήριο 34ου Τόμου Thanks to Reviewers-Volume 34, 2015 152 152

Γράμμα του Διευθυντή της Σύνταξης
Letter from the Editor



Νικόλαος Κούνης, MD, FESC, FACC

Nicholas Kounis MD, FESC, FACC

*Μερικές βασικές Γενικές αρχές
για τα Νέα από του Στόματος Αντιπηκτικά,
ο Γενικός γιατρός και ο ειδικός Γιατρός
της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*

*Some basic Principles for the New Oral Anticoagulants,
the General Practitioner and the Specialty
Primary Care Physician*

Τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά περιλαμβάνουν τον άμεσο αναστολέα της θρομβίνης dabigatran, τους άμεσους αναστολείς του παράγοντα X apixaban, rivaroxaban (τα 3 αυτά φάρμακα κυκλοφορούν ήδη στην Ελλάδα) και edoxaban. Τα αντιπηκτικά αυτά μπορεί να δοθούν και αποτελούν εναλλακτικά φάρμακα των ανταγωνιστών της βιταμίνης K όπως της warfarin, **για τη θεραπεία της μη βαλβιδικής κολπικής μαρμαρυγής σε ασθενείς με κίνδυνο εγκε-**

φαλικού επεισοδίου ή συστηματικών εμβολικών επεισοδίων. Οι γενικοί ιατροί είναι συνήθως από τους πρώτους που έρχονται σε επαφή με ασθενείς που παρουσιάζουν κολπική μαρμαρυγή και πρέπει να γνωρίζουν την κατάλληλη χρήση των νέων από του στόματος αντιπηκτικών αλλά και οι γιατροί με ειδικότητες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που θα χορηγήσουν τα φάρμακα αυτά (στην Ελλάδα είναι συνήθως οι καρδιολόγοι) πρέπει να παρέχουν την

κατάλληλη παρακολούθηση αλλά και την ιατρική φροντίδα στους ασθενείς αυτούς.

ΜΗ ΒΑΛΒΙΔΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ: ΠΟΙΟΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΟΥΝ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Όλες οι οδηγίες, Ευρωπαϊκές και Αμερικάνικες συμφωνούν στο ότι ασθενείς με μη βαλβιδική κολπική μαρμαρυγή και με έναν τουλάχιστον παράγοντα κινδύνου π.χ. μεγάλη ηλικία, σακχαρώδη διαβήτη ή υπέρταση πρέπει να υποβάλλονται σε μακροχρόνια αντιπηκτική αγωγή με ή ανταγωνιστή της βιταμίνης Κ ή με ένα από τα καινούργια από του στόματος αντιπηκτικά. **Ο κίνδυνος του θρομβοεμβολικού επεισοδίου καθορίζεται με το CHADS₂ (Congestive heart failure βαθμός 1, Hypertension βαθμός 1, Age ≥75 years βαθμοί 2, Diabetes βαθμός 1, previous Stroke βαθμοί 2) ή καλύτερα το CHA₂DS₂-VASc (Congestive heart failure βαθμός 1, Hypertension βαθμός 1, Age ≥75 years βαθμοί 2, Diabetes βαθμός 1, previous Stroke βαθμοί 2, Vascular disease βαθμός 1, Age 65-74 years βαθμός 1, Sex category βαθμός 1) δείκτη κινδύνου¹.** Όσο περισσότεροι παράγοντες κινδύνου υπάρχουν τόσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης και οι πιθανότητες για θρομβοεμβολικό επεισόδιο. Οι τελευταίες οδηγίες δεν συνηγορούν πλέον στη χρήση ασπιρίνης για ασθενείς με μέτριο ή υψηλό κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου. Σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, αλλά χωρίς κανένα από τους πιο πάνω παράγοντες κινδύνου π.χ. CHADS₂ or CHA₂DS₂-VASc = 0, δεν συνιστάται να λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή.

ΓΙΑΤΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΤΙΜΗΘΕΙ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ WARFARIN ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΒΑΛΒΙΔΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ;

Η καλά ελεγχόμενη θεραπεία με warfarin είναι αποτελεσματική για την πρόληψη εγκεφαλικού επεισοδίου και συστηματικής εμβολής και προσφέρει ένα **περίπου 64% ελαττωμένο** κίνδυνο σε σύγκριση με placebo. Δυστυχώς όμως **ο καλός έλεγχος της χρήσης της** είναι δύσκολο να επιτευχθεί σε πολλούς ασθενείς. Αυτό οφείλεται σε παράγοντες όπως η κατανάλωση

διαφόρων τροφών π.χ. **φυλλωδών λαχανικών** (πράσα, σπανάκι, μαρούλι, αγκινάρες, κουνουπίδι κ.λπ.) και η συγχορήγηση διαφόρων φαρμάκων που επηρεάζουν την αντιπηκτική δράση της warfarin. Υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι δύσκολα συμμορφώνονται με τις διαιτητικές οδηγίες η μπορεί να χρειάζονται να πάρουν φάρμακα που επηρεάζουν την αντιπηκτική δράση της warfarin. Παρά το ότι η τακτική μέτρηση του INR και η ρύθμιση της δοσολογίας της warfarin μπορεί να λύσουν μερικά από τα ως άνω προβλήματα, η ανάγκη των μηνιαίων ή και συχνότερων εξετάσεων αίματος αποτελεί βάρος και άγχος τόσο για τους αρρώστους όσο και για τους γιατρούς και τα ασφαλιστικά ταμεία!

Αντίθετα, τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά έχουν προβλέψιμες φαρμακολογικές δράσεις που επιτρέπουν στον άρρωστο να τα παίρνει σε σταθερές δόσεις μία (rivaroxaban) ή δύο (dabigatran, apixaban) φορές την ημέρα χωρίς να χρειάζεται τακτική αιματολογική παρακολούθηση της πηκτικότητας. Τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά έχουν λιγότερες αντιδράσεις με κοινά φάρμακα που μπορεί να χρειασθεί να πάρει ο ασθενής, έχουν βραχύτερο χρόνο ημισείας ζωής από τη warfarin, χαρακτηριστικά τα οποία είναι δυνητικά χρήσιμα ή και ζωτικά σε περίπτωση που **θα παρυσιασθεί αιμορραγία. Σε τυχαίοποιημένες μελέτες φάσης III** και τα 4 νέα από του στόματος αντιπηκτικά βρέθηκαν να είναι μη κατώτερα και μη ανώτερα της warfarin για την πρόληψη εγκεφαλικού επεισοδίου και συστηματικής εμβολής, να έχουν μικρότερο κίνδυνο ενδοκράνιας αιμορραγίας και σε μερικές περιπτώσεις βρέθηκαν να προκαλούν σημαντική ελάττωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες (all cause mortality) ως και αιμορραγίας. Το προφίλ του όφελος-κίνδυνος των νέων από του στόματος αντιπηκτικών **ήταν σχετικά συναφές (consistent)** με αυτό της warfarin ανεξάρτητα ηλικίας, φύλου ή παράγοντα κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο, γεγονός που σημαίνει ότι τα φάρμακα αυτά είναι κατάλληλα για ένα ευρύ φάσμα πληθυσμού ασθενών.

ΠΟΙΟΙ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΑΡΟΥΝ ΤΑ ΝΕΑ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ – ΚΑΙ ΠΟΙΟΙ ΟΧΙ

Οι περισσότεροι των ασθενών με κολπική μαρμαρυγή μη βαλβιδικής αιτιολογίας που έχουν ένδειξη να

πάρουν αντιπηκτική αγωγή μπορούν να πάρουν ένα από τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά. Ειδικότερα, οι ασθενείς που προτιμούν να μη υποβάλλονται σε τακτική μέτρηση του INR, που ο έλεγχος του INR είναι δύσκολο να επιτευχθεί, που χρειάζονται φάρμακα που αντιδρούν με τους ανταγωνιστές της βιταμίνης K και που έχουν υποστεί ένα ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο ή αιμορραγικό επεισόδιο ενώ ελάμβαναν ανταγωνιστές της βιταμίνης K θα μπορούσαν να πάρουν αγωγή με ένα από τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά. **Η προτίμηση του ασθενούς είναι το κλειδί της αγωγής σε αυτές τις περιπτώσεις** και οι γιατροί πρέπει να εξηγούν καθαρά τις διαφορές μεταξύ των νέων από του στόματος αντιπηκτικών και της warfarin, ειδικότερα εάν ο ασθενής βρίσκεται ήδη υπό θεραπεία με warfarin.

Τα 4 νέα από του στόματος αντιπηκτικά Dabigatran, rivaroxaban, apixaban, and edoxaban αποβάλλονται μερικώς από τους νεφρούς και για αυτόν το λόγο η νεφρική λειτουργία επηρεάζει την απόφαση όσον αφορά τη δόση ή και ακόμα τη χορήγηση των νέων αυτών φαρμάκων. **Γενικά, τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά ουδέποτε χορηγούνται όταν η κάθαρση της κρεατινίνης είναι κάτω από 15 ml/min και σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει αντένδειξη να χορηγηθούν όταν η κρεατινίνη είναι και κάτω από 30 ml/min.** Οι γιατροί πρέπει να είναι ενήμεροι στο πώς μετρείται η κάθαρση της κρεατινίνης π.χ. με τον τύπο **Cockcroft-Gault**:

$$\frac{(140-\text{ηλικία}) \times \text{σωματικό βάρος} \times (0.85 \text{ σε γυναίκες})}{72 \times \text{κρεατινίνη ορού (σε mg/dL)}}$$

και για τη σημασία της τακτικής παρακολούθησης της νεφρικής λειτουργίας και της τακτικής παρακολούθησης των ασθενών των, ειδικότερα των ηλικιωμένων και αυτών με χρόνιες νεφρικές παθήσεις. Στους περισσότερους ασθενείς ο έλεγχος της κάθαρσης της κρεατινίνης πρέπει να γίνεται κάθε 6-12 μήνες. Το γεγονός ότι δεν χρειάζεται τακτική μέτρηση της ηπικτικότητας με τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά δεν σημαίνει ότι δεν χρειάζεται και η τακτική κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση των ασθενών αυτών. Τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά αντενδείκνυται στην εγκυμοσύνη και σε ασθενείς με ενεργό ή πολύ υψηλό κίνδυνο αιμορραγίας όπως επίσης

δεν πρέπει να συγχωρηγούνται με άλλα αντιπηκτικά (εκτός εάν χρειάζεται αλλαγή –switch αντιπηκτικών). Η συγχωρήγηση με αντιαιμοπεταλιακά και ασπιρίνη πρέπει να δίδεται μόνο όταν υπάρχει απόλυτη ένδειξη όπως επίσης και η συγχωρήγηση με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα πρέπει να αποφεύγεται όπου είναι δυνατόν. Οι άμεσοι αναστολείς του παράγοντα X apixaban, rivaroxaban είναι επίσης ισχυροί αναστολείς των οδών του κυτοχρώματος P450 3A4, CYP3A4 (ομάδα ενζύμων υπεύθυνων για το μεταβολισμό του 40-50% των φαρμάκων μετατρέποντάς τα σε πιο υδρόφιλες ενώσεις) και της πρωτεΐνης της κυτταρικής μεμβράνης P-γλυκοπρωτεΐνης, P-gp (**πρωτεΐνη πολυανθεκτικής αντίστασης 1, MDR1 ή CD243** που αντλεί πολλές ξένες ουσίες έξω από τα κύτταρα) **και δεν πρέπει να συγχωρηγούνται με κοινά φάρμακα** όπως αναστολείς της πρωτεάσης του HIV (π.χ. ritonavir) ή αντιμυκητιασικά αζόλης (π.χ. Ιτρακοναζόλη κ.λπ.). Σημειωτέον ότι μεταβολισμός του dabigatran εξαρτάται μόνο από το P-gp και όχι από το CYP3A4.

Όσον αφορά τυχόν αιμορραγίες από χορήγηση dabigatran η επιτροπή φαρμάκων για ανθρώπινη χρήση (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων χορήγησε ήδη θετική γνωμοδότηση για το idarucizumab, που είναι ένα ειδικό αντίδοτο μονοκλωνικό αντιγόνο που εξουδετερώνει πλήρως την αντιπηκτική δράση του dabigatran. Η επιτροπή βασίστηκε στα ενθαρρυντικά αποτελέσματα κλινικών μελετών² που έδειξαν άμεση, πλήρη και διατηρούμενη αναστροφή της αντιπηκτικής δράσης του dabigatran μετά τη χορήγηση idarucizumab. Επιπλέον, δεν αναφέρθηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, ανοσογονική ή προθρομβωτική δράση που να σχετίζονται με τη χορήγηση του idarucizumab.

REFERENCES

1. Olesen JB, Lip GY, Hansen ML, et al. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ* 2011; 342:d124.
2. Pollack CV Jr, Reilly PA, Eikelboom J, et al. Idarucizumab for Dabigatran Reversal. *N Engl J Med* 2015; 373:511-520.

Editorial

Άρθρο Σύνταξης

Advances in the Diagnosis and Treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis

Εξελίξεις στη Διάγνωση και Θεραπεία της Ιδιοπαθούς Πνευμονικής Ύνωσης

Likurgos Kolilekas¹ MD, PhD,
¹⁷th Pulmonary Department, Athens Chest Hospital,
Greece

Spyros A Papiris² MD, PhD, FCCP,
²²nd Pulmonary Medicine Department, Medical School,
National and Kapodistrian University of Athens, Greece

Demosthenes Bouros³ MD, PhD,
FERS, FCCP
³¹st Department of Pneumology, Medical School,
National and Kapodistrian University of Athens, Greece

Idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) is a specific form of chronic, progressive fibrosing interstitial pneumonia of unknown cause, occurring in adults with radiologic and/or histopathologic patterns consistent with usual interstitial pneumonia (UIP). The definition of IPF requires the exclusion of other forms of interstitial pneumonia including other idiopathic interstitial pneumonias associated with environmental exposure, medication, or systemic disease¹. To date no pharmacologic therapies have been shown to improve survival. Half of the patients die within three years, a prognosis worse than many cancers. Idiopathic pulmonary fibrosis is the most common form of idiopathic interstitial pneumonia, with the pathological and imaging pattern of usual interstitial pneumonia, and is considered as an epithelial-fibroblastic disorder, characterized by abnormal wound healing with excessive fibrosis and little inflammation¹. These emerging data on pathogenesis have focused attention on anti-fibrotic drugs.

While the first guideline on diagnosis and management of IPF published in 2000 was based on the consensus of a few international experts in the field², the ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline on the diagnosis and treatment of IPF published in 2011, reviewed all available evidence and clarified the definition of IPF, provided more precise diagnostic criteria, described the natural course of the disease, and provided evidence-based recommendations for treatment¹.

In this ATS 2011 clinical practice guideline on the diagnosis and management of IPF, the expert panel, using evidence in the published medical literature, recognized that a confident diagnosis of IPF could be established in a substantial number of patients on the basis of a consistent clinical presentation and characteristic high resolution chest computed tomography (HRCT) imaging. However, surgical lung biopsy

Correspondence:

Prof. Demosthenes Bouros MD, PhD, FERS, FCCP
Hospital for Diseases of the Chest "SOTIRIA",
152 Messogion Avenue, Athens 11527, Greece
E-mail: debouros@med.uoa.gr,
debouros@gmail.com

showing changes compatible with UIP would still be required for a confident diagnosis of UIP/IPF if the HRCT is indeterminate¹.

Moreover, in the expert panel we reviewed all available publications and concluded that there was insufficient data supporting the use of any specific pharmacologic agent. The strongest recommendation that was afforded any medical therapy was a conditional (ie. weak) recommendation for monotherapy with either *N*-acetylcysteine, pirfenidone or medical therapy of gastro-esophageal reflux¹. In addition, this most recent statement recanted the prior suggestion that immunosuppressive therapy may be beneficial, not based on any new data, but rather in recognition of the level of evidence required to provide consensus support for any therapy¹. This recommendation was subsequently validated by the results of the NIH-sponsored PANTHER study, which demonstrated that immunosuppressive therapy with azathioprine/steroids/*N*-acetylcysteine not only did not help, but actually appeared to harm patients with IPF by significantly increasing the risk of infection, hospitalization and death³. After stopping the three-drug study arm of the PANTHER-IPF trial, investigators had continued to enroll patients in the acetylcysteine versus placebo trial. However, at 60 weeks patients randomly assigned to receive acetylcysteine did not improve – by lung function, rate of exacerbation or death – than those assigned to receive placebo⁴.

It has more recently become apparent from clinical experience that immunosuppressive/anti-inflammatory therapies did very little, if anything, to arrest the disease process. Therefore, therapies targeted against the fibrotic process began to be evaluated through the implementation of robust, randomized, controlled clinical trials in the early 2000s.

In 2014, for the first time in idiopathic pulmonary fibrosis, two drugs (nintedanib and pirfenidone) were shown to slow decline of lung function in randomized placebo-controlled trials^{5,6}. Nintedanib blocks tyrosine kinase activity associated with various profibrotic growth factors receptors (such as platelet-derived growth factor, fibroblast growth factor, and vascular endothelial growth factor) in collagen-producing fibroblasts⁷. The INPULSIS trials were two randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials that

were conducted simultaneously to evaluate the role of nintedanib, as compared with placebo, in patients with IPF⁵. Patients receiving nintedanib had significant reductions in the rate of decline in forced vital capacity (FVC) at 1 year, the primary end point of the two studies. In one of the studies of this drug, there was a longer time to first IPF exacerbation but this wasn't replicated in the other. The most frequent adverse event in the nintedanib groups was diarrhea, which led to discontinuation of the study medication in <5% of patients. In both studies, there was no significant difference in the self-reported scores for respiratory symptoms. Although these trials were not powered to detect statistically significant differences in mortality, there was a trend toward a reduced mortality among the patients taking nintedanib⁵.

From the other side, the mechanism of action of pirfenidone, an antifibrotic agent, is unknown, but it might also act downstream in the fibrosis pathway. The ASCEND trial randomized 555 patients with centrally-confirmed IPF to receive either oral pirfenidone or placebo for 1 year⁶. The primary end point was the change in FVC or death. Secondary end points were the 6-minute walk distance, progression-free survival, dyspnea, and death from any cause or from IPF. Patients who received pirfenidone had a slower decline in FVC than those with placebo and more of them had no decline at all over one year. Key secondary endpoints also improved with the drug compared with placebo (decline in the 6-minute walk distance and improved progression-free survival). There was no change in respiratory symptom scores, nor in rates of death⁶. However, when these results were pooled with prior studies of pirfenidone in IPF a total of 1,247 patients, pirfenidone reduced the risk of death at 1 year by a relative 48% overall and by 68% for death from IPF^{8,9}. The most common serious adverse event was worsening of IPF. But excluding these events, serious adverse event rates were about similar between pirfenidone and placebo. Gastrointestinal and skin-related adverse events were more common with pirfenidone group than placebo, but these rarely led to treatment discontinuation and none was grade 4. Clinically significant elevations in aminotransferase levels occurred more frequently with pirfenidone but in less than 3% of patients, were reversible, and did

not have clinically significant consequences.

The announcement of the approval of these two antifibrotic agents, nintedanib and pirfenidone, specifically for treatment of IPF by the EMA and the FDA last year, marks a turning point for the IPF community at large, as patients and physicians around the world have, all of a sudden, an option of two pharmacologic agents for the treatment.

The INPULSIS and ASCEND trials herald a new era for treatment of idiopathic pulmonary fibrosis, but some questions remain. Whether the therapeutic effects of pirfenidone and nintedanib persist beyond 1 year is unknown. Moreover, whether an intervention that reduces FVC decline likewise reduces mortality in idiopathic pulmonary fibrosis has yet to be established. ASCEND reported mortality from a pooled analysis with the two previous CAPACITY studies of pirfenidone, but by restricting their analysis to 52 weeks, the investigators could have ignored later convergence of the treatment and placebo groups. Although these results are a major breakthrough for patients with idiopathic pulmonary fibrosis, we should be cautious in extrapolating these findings to patients who fall outside the recruitment criteria for these trials. The studies provide little insight into the use of these drugs in patients with more severe disease (FVC <50% of the predicted value) or with an acute disease exacerbation¹⁰. Another question worth answering is how do these drugs work when used together in patients with IPF.

Significant advances have been made in the clinical management of IPF since the 2011 evidence-based guideline. New evidence for treatment recommendations that had received conditional (ie. weak) recommendations by the committee developing the 2011 guideline have been reviewed carefully and updated recommendations will soon be provided.

Anti-fibrotic drug therapy will not cure or reverse pulmonary fibrosis, but we hope that slowing progression will translate into improved survival. The challenge for future research will be to look upstream at what starts and perpetuates lung scarring in idiopathic pulmonary fibrosis, and to develop drugs to block those pathways as well as the ones that lead to acute and clinically significant deterioration of the disease, the so called until now “acute exacerbation”.

Then the research community might be able to find combinations of drugs that stop disease progression of idiopathic pulmonary fibrosis altogether¹¹⁻¹³.

REFERENCES

1. Raghu G, Collard HR, Egan JJ, et al. ATS/ERS/JRS/ALAT Committee on Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management. *Am J Respir Crit Care Med* 2011; 183:788-824.
2. American Thoracic Society. Idiopathic pulmonary fibrosis: diagnosis and treatment. International consensus statement. American Thoracic Society (ATS), and the European Respiratory Society (ERS). *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161:646-664.
3. The IPF Clinical Research Network authors. Prednisone, Azathioprine, and N-Acetylcysteine for Pulmonary Fibrosis. *N Engl J Med* 2012; 366:1968-1977.
4. The Idiopathic Pulmonary Fibrosis Clinical Research Network. Randomized Trial of Acetylcysteine in Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *N Engl J Med* 2014; 370:2093-2101.
5. Richeldi L, du Bois RM, Raghu G, et al, for the INPULSIS Trial Investigators. Efficacy and Safety of Nintedanib in Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *N Engl J Med* 2014; 370:2071-2082.
6. King TE Jr, Bradford WZ, Castro-Bernardini S, et al, for the ASCEND Study Group. A Phase 3 Trial of Pirfenidone in Patients with Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *N Engl J Med* 2014; 370:2083-2092.
7. Richeldi L, Costabel U, Selman M, et al. Efficacy of a Tyrosine Kinase Inhibitor in Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *N Engl J Med* 2011; 365:1079-1087.
8. Noble PW, Albera C, Bradford WZ, et al. Pirfenidone in patients with idiopathic pulmonary fibrosis (CAPACITY): two randomized trials. *Lancet* 2011; 377:1760-1769.
9. Bouros D. Pirfenidone for idiopathic pulmonary fibrosis. *Lancet* 2011; 377:1727-1729.
10. Bouros D. Idiopathic Pulmonary Fibrosis: The dawn of a new era. *Pneumon* 2014; 27:117-119.
11. Bouros D, Tzouvelekis A. Idiopathic pulmonary fibrosis: on the move. *Lancet Respir Med* 2014; 2:17-19.
12. Tzouvelekis A, Bouros D. Anti-acid treatment for idiopathic pulmonary fibrosis. *Lancet Respir Med* 2013; 1:348-349.
13. Papiris SA, Manali ED, Kolilekas L, Kagouridis K, Triantafyllidou C, Tsangaris I, Roussos C. Idiopathic Pulmonary Fibrosis Acute Exacerbations: Unravelling Ariadne's thread. *Crit Care* 2010; 14:246.

Άρθρο Σύνταξης
Editorial

Η ΠΡΟΣΕΥΧΗ
Ανάγκη και Ανάσα της Ψυχής

THE PRAY
The Need and the Breathing of the Soul

Ανδρέας Ι. Μητρόπουλος

Ρευματολόγος
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
Επίτιμος Πρόεδρος ΙΕΔΕΠ

Dr Andreas I. Mitropoulos

Rheumatologist
Honorary President of IEDEP



Από τα πρώτα βήματα του ανθρώπου η προσευχή ήταν βασική προτεραιότητα, ανάγκη καθημερινή και χρέος απαραίτητο. Ιδιαίτερα οι άνθρωποι της υπαίθρου, με την έμφυτη θεοσέβεια, πριν αρχίσουν κάποια δουλειά και με το τελειωμά της, θα έπρεπε να κάνουν το σταυρό τους.

Στο προσκλητήριο της καινούργιας μέρας του, ο άνθρωπος του μόχθου, με νιμμένο και καθαρό πρόσωπο νωρίς το πρωί, θα έδινε αναφορά στον ανώτερό του Δημιουργό, όπως και το βράδυ πριν κοιμηθεί. Το ίδιο πριν αρχίσει και όταν απόσωνε το φαγητό του. Όταν άρχιζε και όταν τελειωνε το άρμεγμα, τη σπορά, το αλώνισμα, το κούρεμα του κοπαδιού του και γενικά, σε κάθε δουλειά, ήθελε να έχει τη θεϊκή αποδοχή και ευλογία.

Αλληλογραφία:

Ιατρός Ανδρέας Ι. Μητρόπουλος
Πάροδος Δερβενακίων 2, Οβρυά Πατρών 26500
Τηλ.: 2610 433656
Κιν.: 6936 706907
e-mail: andreas.mitropoulos@hotmail.gr

Ακόμα κι όταν περνούσε κοντά από ένα ξωκκλήσι ή εικονοστάσι έκανε το σταυρό του σαν να ήθελε να χαιρετίσει, να συνομιλήσει νοερά με τον Άγιο που συναντούσε. Δεν προσεύχονται μόνο οι Χριστιανοί, αλλά και οι πιστοί όλων των δογμάτων- ο καθένας με το δικό του τρόπο, κάτι που φανερώνει ότι αυτός ο τρόπος αυτογνωσίας και περισυλλογής είναι αναγκαίος για τον Άνθρωπο, όπου γης.

Και από ψυχολογικής απόψεως, μερικές στιγμές αυτοσυγκέντρωσης, απολογισμού, αυτοκριτικής και συνομιλίας με τον εαυτό μας, είναι χρήσιμες και απαραίτητες. Ακόμη και σοβαρές αρρώστιες, παρά τα αντίθετα επιστημονικά δεδομένα και τις δυσοίωνες προβλέψεις, **έχουν πάρει καλύτερη τροπή μέσα από την πίστη και τη δύναμη της προσευχής.** Η καρδιά σε ηρεμία πάλλει καλύτερα, πιο ρυθμικά και σμίγει ό,τι ο νους, σε τρικυμία, χωρίζει.

Η προσευχή είναι η αξίνα που σκάβουμε μέσα μας. Είναι το τραγούδι και το μοιρολόι της ψυχής. Είναι η χαρά και το κλάμα της. Είναι η λόγχη που τρυπάει τον ουρανό, είναι το κυπαρίσσι που ανεβαίνει τ' αφήλου, είναι το θυμίαμα της τσουρουφλισμένης μας ψυχής, είναι η κραυγή και ο αχός του πόνου μας.

Προσευχή είναι να ψιθυρίζεις και να εξωτερικεύεις τον καημό σου, με την προσδοκία ότι κάποιος μπορεί να σ' ακούσει και να νοιαστεί για σένα. Ακόμη κι αν αυτός αδιαφορεί και δεν ακούει το κλάμα της ψυχής σου, εσύ έχεις ξεθυμάνει, έχεις ξαλαφρώσει και συνάμα, με την ταπεινώσή σου, έχεις πάρει δύναμη και έχεις φορτώσει με ελπίδα την ψυχή σου. Αυτή η ελπίδα, τόσο χρήσιμη και τόσο απαραίτητη, είναι το ελιξίριο της ζωής.

Το σχήμα του σταυρού, που συνοδεύει την προσευχή, επεκράτησε από τη σταυρική θυσία του Θεανθρώπου, αφού με αυτήν τη μαρτυρική και γενναία πράξη του, επικύρωσε τις αρχές του. Το σχήμα του σταυρού το κάνουμε και εμείς πάνω στο σώμα μας και σιμά στην καρδιά μας, σαν υπογραφή ενός συμβολαίου τιμής, υπόσχεση και παραδοχή ότι δε θα αποκλίνουμε από τις αρχές μας ή, τουλάχιστον, δε θα κάνουμε στους άλλους ό,τι δε θέλουμε να κάνουν αυτοί σε εμάς.

Εκτός από το σχήμα του σταυρού, υπάρχουν και άλλες θέσεις των χεριών στην ώρα της προσευχής. Μπορεί να είναι υψωμένα στους ουρανούς, να είναι

διπλωμένα χιαστί, να τύπτουν το στήθος, να κρατούν το κεφάλι, οι παλάμες να είναι ενωμένες, να γονατίζουμε και να ακουμπάμε στη γη για να αντλήσουμε, όπως ο μυθικός Ανταίος, δύναμη από αυτήν. Όλα αυτά, συνοδευόμενα με περίλυπο και παρακλητικό ύφος.

Προσωπικά πιστεύω πως, περισσότερη σημασία έχει η στάση της ψυχής μας και η ροή της σκέψης μας σε αυτήν την τελετουργική στιγμή. Αυτή χρειάζεται να προσγειωθεί, να γαληνέψει, να ταπεινωθεί, να ημερέψει, ώστε να συλλογισθεί για να δρομίσει και να πορευθεί ο άνθρωπος καλύτερα.

Προσεύχεσαι όχι για να ζητιανέψεις, όχι για να παρακαλέσεις, όχι για να υποταχτείς, ούτε να γονατίσεις. Αλλά προσεύχεσαι για να αυτοσυγκεντρωθείς, να κουβεντιάσεις με κάποιον που νοιώθεις δίπλα σου. Να πάρεις δύναμη και κουράγιο για να συνεχίσεις το δρόμο, να τρέξεις στο Μαραθώνιο της ζωής. Όπως ακριβώς διαλογίζεται ένας αθλητής στην αφετηρία για το τριπλούν, το άλμα εις ύψος ή το δρόμο αντοχής.

Βέβαια δεν υπάρχει σχέση με τα ορνιθοσκολισματα που κάνουν ορισμένοι αθλητές, όταν μπαίνουν σαν αλλαγή στο γήπεδο, προφανώς από περισσή χαρά, που «έφαγαν» τη θέση κάποιου άλλου. Ούτε και οι μακρόσυρτοι σταυροί έχουν κάποιο αντίκρισμα, αν δε συνοδεύονται και δε μεταφράζονται σε ενάρετη βιωτή. Μόνο που σπαταλάνε ενέργεια και κουράζουν άσκοπα τα χέρια τους με παραπάνω χιλιόμετρα.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να προσευχηθεί κάποιος. Ψιθυριστά ή φωναχτά, χορεύοντας ή τραγουδώντας τραγούδια της τάβλας και της αγάπης, της ξενιτειάς και του μισεμού. Προσεύχεσαι όταν δίνεις το αίμα σου για τους συνανθρώπους σου, όταν χαμογελάς ενώ πονάς, όταν αντιδρομείς στα ρεύματα των καιρών, όταν οργίζεσαι από την αδικία και με κάθε τρόπο την πολεμάς, όπου την απαντήσεις.

Υμνολογούν τον Δημιουργό ο Δάσκαλος με τους μαθητές που συλλαβίζουν, αγωνίζονται και πασχίζουν να αντικαταστήσουν το σκοτάδι με τη γνώση. Προσευχή είναι η αγωνία και η προσπάθεια του γιατρού για να φθάσει στη σωστή διάγνωση. Ιεουργεί και προσεύχεται όταν χειρουργεί ο ειδικός για να σώσει μια ζωή. Δοξολογεί τον Ύψιστο και τη ζωή η αδελφή - νοσοκόμα όταν, με τη φροντίδα της, παραστέκεται δίπλα στον άρρωστο.

Η προσευχή μπορεί να είναι ομαδική, όπως στην

εκκλησία, αλλά και ατομική μέσα στον απέραντο ναό της Φύσης. Ακόμη και όταν την περπατάς και τη θαυμάζεις τη Φύση είναι μια προσευχή. Προσεύχεσαι όταν κλαις από χαρά και όταν δακρύζεις από πόνο. Προσεύχεσαι όταν κοιτάς τον έναστρο ουρανό, όταν μωρώνεις ένα παιδί που κλαίει, όταν σαλαγάς τη στάνη σου και όταν το λες με τη φλογέρα. Προσευχή είναι το νανούρισμα της Μάνας, αλλά και το γοερό της κλάμα όταν της σκοτώνουν το βλαστάρι της αδίστακτοι έμποροι, που καρφώνουν στο μπράτσο του τη σύριγγα της ψεύτικης ευτυχίας και αυτοί που το ντοπάρουν και το μεθάνε με την ηδονή της ταχύτητας. Οι αδηφάγοι Μινώταυροι που, για να κρατήσουν στην εξουσία τους και να συντηρηθούν τα παλάτια τους, θέλουν θυσίες νέων που τους ονοματίζουν ήρωες με πρόσχημα την πατριδολαγνεία. Ηρωισμός δεν είναι να πεθαίνεις καταστρέφοντας, αλλά να ζεις δημιουργώντας.

Ακόμη και αυτός που πάει να πολεμήσει προσεύχεται. Γιατί άραγε; Για να σκοτώσει πιο πολλούς; Μήπως για να σωθεί; Μα αν δε σκοτώσει πως θα σωθεί, αφού αλλιώς θα τον σκοτώσει ο αντίπαλός του; Ο πόλεμος είναι πόλεμος, δεν είναι ιεραποστολή. Είναι η κορύφωση της ανθρώπινης σκληράδας. Ο θάνατός σου, η ζωή μου. Και καλά εκείνοι που αμύνονται (έπος του 1940) ή ξεσηκώνονται και επαναστατούν για το δίκιο τους (ραγιάδες του 1821). Εκείνους που επιτίθενται ποιος αιμοβόρος Θεός θα τους εισακούσει, θα τους στέρξει και θα ευλογήσει το γιαταγάκι τους που, παραδόξως και κατά τραγική αντίφαση, κοσμεύεται και με το καθαγιασμένο σύμβολο του σταυρού;

Αλλά είναι σε όλους γνωστό, ότι οι πιο πολλοί πολεμάνε όχι επειδή το θέλουν, αλλά γιατί τους το επιβάλλουν. Αυτοί μόνο μια προσευχή και μια ευχή έχουν να κάνουν και για ένα μόνο να παρακαλάνε. Να φωτίσει και να συνετίσει ο μεγαλοδύναμος τους πολεμοχαρείς και, τις περισσότερες φορές, ψυχικά διαταραγμένους ηγέτες. Ο Δημιουργός όχι μόνον δεν ανακατεύεται με πολέμους, αλλά τους αντιπαθεί ακόμη και εκείνους που γίνονται, δήθεν, για χάρη του (σταυροφόροι, τζιχαντιστές κ.λπ.).

Προσευχή είναι όταν σπέρνεις το χωράφι σου, όταν φυτεύεις τον κήπο σου, όταν κλαδεύεις και όταν τρυγάς το αμπέλι, όταν αλωνίζεις μέσα στο λιοπύρι και όταν λιχνίζεις τον καρπό της γης και του μόχθου σου. Γι' αυτό τούτος ο τόπος είναι ιερός, γιατί τον

νότισαν με ιδρώτα και τον δούλεψαν αγνοί άνθρωποι, που η πίστη και η αρμονία τους με τη Φύση προηγούντο κατά πολύ από το πενιχρό κέρδος και την όποια απολαβή. Προσευχή είναι όταν δίνεις με το ένα σου χέρι χωρίς να το ξέρει το άλλο, όταν φιλιώνεις εκείνους που άσκοπα μαλώνουν, όταν ονειρεύεσαι έναν καλύτερο κόσμο και όταν προσπαθούμε να τον βελτιώσουμε, αρχίζοντας από τον εαυτό μας. Μην προσδοκούμε, αν δεν αγωνιζόμαστε και αν δεν προσπαθούμε, να μας δοθεί κάτι έτοιμο και ουρανοκατέβато. Ούτε ωφελεί να προσευχόμαστε για να συγχωρεθούν παραπτώματα και συγγνωστές αδικίες και ανομίες μας. Μόνο μέσα από την αυτογνωσία και τον αλληλοσεβασμό θα λυτρωθούμε. Ίσως τη μόνη παραχώρηση που μπορεί να κάνει ο Δημιουργός, είναι να παραβλέψει αν δεν τον πιστέψαμε και αν δεν τον σεβόμαστε τον ίδιο, αλλά ποτέ δεν μας συγχωρεί να προσβάλλουμε τον συνάνθρωπό μας, που είναι και η εικόνα του. Τα συγχωροχάρτια που, για ευνόητους λόγους, άνθισαν κατά τον Μεσαίωνα και για τους ίδιους λόγους, παντοιοτρόπως, συνεχίζονται και σήμερα, φοβάμαι ότι δεν θα μας χρησιμεύσουν.

Προσευχή είναι όταν μαλώνεις με τον εαυτό σου, όταν τον συλλαμβάνεις να κάνει στους άλλους αυτό που ποτέ δε θα ήθελες να κάνουν οι άλλοι σε σένα.

Προσευχή είναι όταν τσακώνεσαι με το Δημιουργό γιατί δεν ισοζυγιάζει τις πίκρες και τις χαρές, γιατί αλλού είναι μίζερος και αλλού γενναιόδωρος, γιατί δεν ισοδιανέμει τα αγαθά, αφού άλλοι πεθαίνουν από το πολύ φαΐ και άλλοι από την πείνα. Όταν του χολιάς για τα καμένα κορμιά στα κρεματόρια, και τις καρβουνιασμένες ψυχές όπου γης. Αν και όλα αυτά δε μοιάζουν να προέρχονται από χέρι και βούληση Θεού, αλλά από ηγεμονισμό και ανοησίες μικρών ανθρώπων, στους οποίους δόθηκε περισσότερη δύναμη και ευθύνη από όση θα μπορούσαν να διαχειρισθούν. Ίσως είναι το μόνο που, ενδεχομένως, να νοιώθει τύψεις και να μετάνιωσε ο Πλάστης. Προσευχή κάνουν όσοι έχουν ένα καλό λόγο για τους κατατρεγμένους, προσφέρουν ένα χάδι στα ζώα, όσοι φυτεύουν ένα δένδρο, όσοι ακούνε ή γράφουν μια μελωδία.

Κι αν εκεί που προσευχόμαστε, αν στην ώρα της περισυλλογής κυλήσει κάποιο δάκρυ, δεν είναι αδυναμία, ούτε ντροπή. Είναι ανάγκη, είναι το ξέσπασμα και το κλάμα της ψυχής. Το χρειάζεται αυτό το δάκρυ,

για να το σμίξει με τον ήλιο και να φτιάξει το ουράνιο τόξο που θα μας συνδέσει μεταξύ μας. Ακόμη και Αυτός στον οποίο προσευχόμαστε, λίγο πριν αρχίσει τη μαρτυρική του πορεία προς το Γολγοθά, λίγο πριν την ώρα της υπέρτατης θυσίας του, ένιωσε την ανάγκη να αποσυρθεί μόνος του ανάμεσα στις ελιές, για να προσευχηθεί, όπως αφηγείται μια ελιά στον Κωστή Παλαμά:

*«Εδώ στον ίσκιο μου από κάτω,
ήλθ' ο Χριστός να αναπαυθεί
κι ακούω τη γλυκιά λαλιά του,
λίγο προτού να σταυρωθεί»*

Γι' αυτό χρειαζόμαστε την προσευχή στην υπέρτατη Δύναμη, όπως τη βλέπει, όπως τη νιώθει και όπως δικαιούται να την πιστεύει ο καθένας. Θρησκευόμενοι και μη, ένθεοι και δύσπιστοι, νηστεύοντες και μη νηστεύοντες, σοφοί και άσοφοι, σε ώρες απόγνωσης και κιοτεμού, θέλουμε όλοι από κάπου να κρατηθούμε, όλοι μας την έχουμε ανάγκη. Για όλους μας είναι χρήσιμη και ευεργετική.

ΠΕΡΑ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΥΧΗ...

Αλλά και όταν νομίζεις πως δεν ωφελεί, ή δε νοιώθεις την ανάγκη να προσευχηθείς, ή ακόμη και αν δε σου ταιριάζει κανένας από τους Θεούς, στους οποίους, κατά καιρούς, από θαυμασμό και δέος στην ενδελέχεια του Σύμπαντος, ή από το ρίγος της μοναξιάς του χρειάστηκε να καταφύγει για αποκούμπι ο χοϊκός άνθρωπος, τότε κουβέντιασε με τον εαυτό σου με το δικό σου τρόπο.

Ανέβα σ' ένα τούμπι, κάθισε σε ένα αγκωνάρι, σ' ένα πεζούλι, ή ακούμπα το κορμί σου σ' ένα δένδρο κι αγνάντεψε γύρω σου. Ξέσφιξε τις φασκίες της ψυχής σου, λευτέρωσε την καρδιά σου, τέντωσε το νου σου, πλάτυνε κι άπλωσε τη σκέψη σου, όσο μπορείς πιο πέρα και στοχάσου: Φώτισε τη μικρή φάτνη της σάρκας σου. Θα δεις ότι είμαστε εφήμερα σκιρτήματα της στιγμής. Θα καταλάβεις αμέσως την ασημαντότητα. Και ώσπου να ανοιγοκλείσουμε τα μάτια μας, η Γη μάς έχει κουβαλήσει, μας έχει ταξιδέψει χιλιόμετρα μακριά. Δοχείο ζωής και κούπα θανάτου, πιστή στο αιώνιο δρομολόγιο και στην καθημερινή περιστροφή της, μεταφέρει ασταμάτητα και αδιαμαρτύρητα το πολύτιμο φορτίο της.

Και μη νομίζεις ότι το μήλο που έφαγες χθες και ένα μέρος του ενσωμάτωσες στα κύτταρά σου και το έκρυψες στο σώμα σου, δε σου το έχει χρεώσει και δε θα σου το ζητήσει πίσω, όταν φθάσεις στην κόψη του καιρού, όταν μαζέψει η κουβαρίστρα. Όταν χρειασθεί καινούργια υλικά για επιχρίσματα τοίχων, όπως έλεγε και ο Σαίξπηρ, ή όταν θέλει να ταΐσει κι άλλους, θα μας καλέσει, τον καθένα μας, με τη σειρά.

Γιατί εκτός από τις γυροβολίες, που με θαυμαστή ακρίβεια κάνει, η μάνα Γη είναι άριστος διαχειριστής και άγρυπνος δραγάτης της ακεραιότητας του υλικού που έχει χρεωθεί. Αυτή χωρίς διακρίσεις και με την ίδια «στοργή» ανακυκλώνει ζώα, φυτά, ανθρώπους, ιδέες. Τα αλέθει στις μυλόπετρες του χρόνου, τα περνά και τα ξαναπερνά από το κορμί της και τα χύνει κάτω, όπως (σε παράφραση) λέει και ο μεγάλος στοχαστής στην Ασκητική του. Ας γινόταν, τουλάχιστον, όταν μας χρειασθεί, να μας βρει κάτω από μian ελιά ή ένα δένδρο γερούς, ήρεμους και γαλήνιους να κάνουμε την προσευχή μας.

Η υμνολογία της εκκλησίας μας έχει άφθονες προσευχές και υμνωδίες, πολλές από τις οποίες είναι καταπληκτικά ποιήματα και θεσπέσιες μελωδίες που, με τα ακούσματά τους απογειώνουν και ανεβάζουν σκάλες ψηλότερα την ψυχή.

Ακόμη και ο ληστής, με τη γενναία υπέρβαση του σωματικού του πόνου, απευθύνθηκε στον συμπάσχοντα Θεάνθρωπο λέγοντας: «Μνήσθητί μου Κύριε όταν έλθεις εν τη Βασιλεία Σου», σε μια ύστατη πράξη λυτρωτικής προσευχής.

Αναλόγου ύφους και ήθους κείμενα, έχουν γράψει ποιητές και λογοτέχνες, τόσο της αρχαίας, όσο και της νεοελληνικής γραμματείας. Ο Ακάθιστος ύμνος, η «Εν πολλές αμαρτίες περιπεσούσα γυνή» από το τροπάριο της Κασσιανής και «Η προσευχή του ταπεινού» του Ζαχαρία Παπαντωνίου που καταλήγει: «Σ' ευχαριστώ Θεέ μου για τα βουνά και για τους κάμπους που είδα», αποτελούν ξεχωριστές δημιουργίες.

Ο Νικηφόρος Βρεττάκος προσεύχεται στο Δημιουργό με διάθεση αυτοκριτικής: «Δεν ξεχέρσωσα όλο το χώρο μου Κύριε. Με ανασκάφτει ο πόνος μου και ο κλήρος μου μεγαλώνει. Ασωτεύω το γέλιο μου σαν ψωμί που μοιράζεται. Ωστόσο... δεν ξοδεύω τον ήλιο σου άδικα. Δεν πετάω ούτε ψίχουλο απ' ότι μου

δίνεις, γιατί σκέφτομαι την ερημιά και τις κατεβασιές του χειμώνα -ευτυχώς που δεν πρόλαβε να τις δει- γιατί θα ᾿ρθει το βράδυ μου Κύριε και πρέπει να ᾿χω κάμει την καλύβα μου εκκλησία για τους τσοπάνηδες της Αγάπης».

Επίσης, ο ποιητής Νίκος Καρούζος έχει γράψει ένα συμβολικό ποίημα με τον τίτλο: «η προσευχή του σκουληκιού» που αποτελεί ένα από τα ωραιότερα ποιήματά του. Ο ταπεινός και μικρός άνθρωπος-σκουλήκι- συναισθάνεται την ασημαντότητα του μέσα στον απέραντο κόσμο που τον περιβάλλει, για να καταλήξει με έναν ύμνο στην Αγάπη:

*«Αγάπη, πράξη και ουσία του Θεού μου
σερνάμενο κι αν είμαι πλέω στη χαρά».*

Αξίζει να αναφερθεί κανείς στο πολύ ωραίο ποίημα του Ζαχαρία Παπαντωνίου που δημοσιεύθηκε το 1931 με τίτλο «Η προσευχή του ταπεινού». Αν και άξιος λογοτέχνης ο Παπαντωνίου, είχε ταυτιστεί με την πολιτική και τα κόμματα της εποχής του. Είχε ωφεληθεί πολλαπλά από αυτό, αφού είχε διορισθεί κατ' επανάληψη νομάρχης και διευθυντής της Εθνικής Πινακοθήκης. Αντίθετα, ο Κώστας Βάρναλης είχε απολυθεί από καθηγητής, εξαιτίας της συμμετοχής του στην εκπαιδευτική μεταρρύθμιση.

Σαν αντίδραση σε αυτήν την άνιση μεταχείριση (όχι πως σήμερα έχει αλλάξει κάτι), ο Βάρναλης, δεινός μάστορας του λόγου κι αυτός, δημοσίευσε το 1932 μια αριστοτεχνική και δηλητηριώδη παρωδία- απάντηση και ανατροπή, στίχο με στίχο, στο ποίημα της πλασματικής και υποκριτικής, κατ' αυτόν, ψυχογραφίας του Παπαντωνίου. Ήταν ένας τρόπος να διακωμωδήσει την αναντιστοιχία λόγου και πράξεων, την απαράδεκτη γι' αυτόν κατάσταση, που την υπογράφει μάλιστα ως Καρχαρίας Φαγαντωνίου ή Καρχαρίας Παπαφαταούλας.

Ένα απόσπασμα από το ποίημα του Ζαχαρία Παπαντωνίου έχει ως εξής:

Η προσευχή του ταπεινού

*Κύριε, σαν ήρθε η βραδιά σου λέω την προσευχή μου.
Άλλη ψυχή δεν έβλαψα στον κόσμο απ' τη δική μου.
Εκείνοι που με πλήγωσαν ήταν αγαπημένοι.
Την πίκρα μου τη βάσταξα. Μού δίνεις και την ξένη...*

*...Τώρα δεν έχω τίποτα, να διώξω ή να κρατήσω.
Δεν περιμένω ανταμοιβή. Πολύ ᾿ναι τέτοια ελπίδα.
Ευδόκησε ν' αφανιστώ, χωρίς να ξαναζήσω...
Σ' ευχαριστώ για τα βουνά και για τους κάμπους που είδα.*

(Από τη Συλλογή: Τα θεία δώρα)

Η απάντηση παρωδία του Κ. Βάρναλη

*Κύριε, σαν ήρθε η βραδιά και μάτι δεν μας βλέπει,
βρέχε σωρό διορισμούς στην ταπεινή μου τσέπη.
Την προσευχή μου, Κύριε, σου λέω με προθυμία
καμία ψυχή δεν έβλαψα, μονάχα τα Ταμεία...*

*...Σ' ευχαριστώ για τα βουνά και για τους κάμπους που είδα.
Αφού το κράτος πλήρωνε, ζήτω η γλυκεία Πατρίδα!
Σ' ευχαριστώ που μου ᾿δωκες χωρίς να μου ανήκει
τη θέση της Εκδοτικής και την Πινακοθήκη.*

*Για την κατατσούνη μου οι εχθροί θα με μισήσουν
ευδόκησε ν' αφανιστούν χωρίς να ξαναζήσουν.
Με τρόπο της ποιήσεως δώσε μου, Κύριε, τώρα
τα πενήντα χιλιάρικά, τ' αληθινά «θεία δώρα».*

Βέβαια σήμερα έχουν ξεχαστεί οι λεπτομέρειες αυτών των έμμετρων αντιπαραθέσεων καθώς και οι δύο ποιητές, καθ' όλα άξιοι, έχουν πάρει ο καθένας τη θέση του στην ιστορία της λογοτεχνίας μας.

Χωρίς αμφιβολία, την καλύτερη προσευχή την λέει ο πονεμένος με την άκρα ταπείνωση. Την τραγουδάει ο βασανισμένος με το κλάμα, τον ιριδισμό και το μοιρολόι της ψυχής του.

Θα έλεγα ότι, ο κόπος και ο χρόνος που διέθεσα κι εγώ για τούτη τη γραφή, ήταν για μένα μια γλυκεία προσευχή.

Ερευνητική Μελέτη
Research Study

**Αξιολόγηση της επικοινωνιακής πολιτικής
της Υγειονομικής Αρχής κατά τη διαχείριση
της πανδημίας γρίπης H1N1**

*Evaluation of the communication policy of the Greek
Health Authorities during the management of H1N1
influenza pandemic*

ABSTRACT

***Evaluation of the communication policy of the Greek Health Authorities
during the management of H1N1 influenza pandemic***

George Karampoutakis

National Health Operation Center, Ministry of Health, Athens Greece, “Henry Dunant Hospital Center”, Athens, Greece

*All crises involve objective, real life events. Their causes as well as their general and specific consequences, but mainly the way they affect personal and group perception are very much created, “manufactured”, directed, increased or decreased by communication mechanisms in regional, national and international level. The way the problem will be communicated during a situation of crisis plays an extremely important role in shaping the psychological state of all parties involved. The present study was carried out in Greece and aims to evaluate the communication policy of the Greek Health Authorities during the management of H1N1 influenza pandemic. The sample was composed of 178 employees in the Greek national health system (medical and non- medical staff), from six regions of Greece (Athens, Sallonica, Edessa, Ioannina, Rhodes, and Lesbos) aged 18 to 65 years. Statistical analysis of the data showed significant differences in the evaluation of the communication policy with regard to the age, the gender as well as the region of the participants. Furthermore, evaluation of the usefulness of information affected significantly the choice to be vaccinated or not. Results and practical applications were discussed in the final section. **Ach Iatriki 2015; 34:98-112.***

Key words: Crisis, crisis communication management, crisis evaluation, evaluation of communication management, demographic factors, H1N1, pandemic

Correspondence: George Karampoutakis, 13 D. Soutsou Street, P.C. 115 21, Mavili Square, Athens, Greece, Tel. & Fax: +30 210 6464791, Tel.: +30 6939005001, +30 6974269999, e-mail: karampoutakis@gmail.com

Submitted 4-9-15, revision accepted 6-10-15

Γεώργιος Καραμπουτάκης

Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας, Υπουργείο
Υγείας, Αθήνα
Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν»

Αλληλογραφία

Γεώργιος Καραμπουτάκης
Δημ. Σούτσου 13, Πλατεία Μαβίλη,
Τ.Κ. 115 21, Αθήνα
Τηλ. & Fax: 210 6464791
Κιν.: 6939 005001 & 6974 269999
E-mail: karampoutakis@gmail.com

Υποβλήθηκε 4-9-15
Αναθεωρημένη έγινε δεκτή 6-10-15

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια κρίση δεν αποτελεί φυσιολογική κατάσταση και, ως εκ τούτου, δεν μπορεί να προβλεφθεί. Αν και οι κρίσεις αφορούν γεγονότα αντικειμενικά, οι αιτίες τους, οι ειδικές και οι γενικότερες επιπτώσεις τους και κυρίως ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζουν την ατομική αλλά και τη συλλογική αντίληψη-κοινή γνώμη εν πολλοίς γεννιούνται, δημιουργούνται, «κατασκευάζονται», κατευθύνονται, αυξάνονται ή μειώνονται από τους μηχανισμούς επικοινωνίας σε τοπικό, εθνικό αλλά και διεθνές επίπεδο. Η επικοινωνία του προβλήματος της κρίσης παίζει τον πλέον κυρίαρχο ρόλο στον ψυχολογικό παράγοντα όλων των εμπλεκόμενων σε μια κρίση, ανάλογα με το πώς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κρίσεις αφορούν γεγονότα αντικειμενικά, οι αιτίες τους, οι ειδικές και οι γενικότερες επιπτώσεις τους και κυρίως ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζουν την ατομική αλλά και τη συλλογική αντίληψη εν πολλοίς γεννιούνται, δημιουργούνται, «κατασκευάζονται», κατευθύνονται, αυξάνονται ή μειώνονται από τους μηχανισμούς επικοινωνίας σε τοπικό, εθνικό αλλά και διεθνές επίπεδο. Η επικοινωνία του προβλήματος της κρίσης παίζει τον πλέον κυρίαρχο ρόλο στον ψυχολογικό παράγοντα όλων των εμπλεκόμενων σε μια κρίση. Η παρούσα έρευνα στοχεύει στην αξιολόγηση της επικοινωνιακής πολιτικής της Υγειονομικής Αρχής κατά τη διαχείριση της πανδημίας γρίπης H1N1. Στην έρευνα συμμετείχαν 178 λειτουργοί υγείας (ιατροί, νοσηλευτικό και διοικητικό και ευρύτερο βοηθητικό προσωπικό) από νοσοκομεία της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης, της Έδεσσας, των Ιωαννίνων, της Ρόδου και της Μυτιλήνης, ηλικίας 18-65 ετών. Τα αποτελέσματα φανέρωσαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην αξιολόγηση της επικοινωνιακής πολιτικής σύμφωνα με το φύλο, την ηλικία και τον τόπο διαμονής. Επιπλέον, η χρησιμότητα των παρεχόμενων πληροφοριών φάνηκε να επιδρά στη διενέργεια ή μη εμβολιασμού. Τα αποτελέσματα και οι προεκτάσεις τους σχετικά με την επικοινωνιακή πολιτική της Υγειονομικής Αρχής συζητιούνται. *Αχ Ιατρική 2015, 34:98-112.*

Λέξεις - κλειδιά: Αξιολόγηση επικοινωνιακής διαχείρισης, δημογραφικοί παράγοντες και αξιολόγηση κρίσης, επικοινωνιακή διαχείριση κρίσης, H1N1, κρίση, πανδημία

επικοινωνούμε, δίνουμε έμφαση ή αποδυναμώνουμε ένα γεγονός, δημιουργούμε πανικό ή -αντιθέτως- καθησυχάζουμε το κοινό και παγιώνουμε συγκεκριμένες αντιλήψεις στην κοινή γνώμη.

Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με την προσφάτως αυξημένη συχνότητα τέτοιων γεγονότων παγκοσμίως, προσδίδουν ιδιαίτερη σημασία στην επικοινωνιακή διαχείριση και αντιμετώπιση των κρίσεων.

Αναφορικά με τον ορισμό της έννοιας «κρίση», οι Rosenthal και Rijnenburg ορίζουν την έννοια της κρίσης συσχετίζοντάς την με καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από σοβαρή απειλή, αβεβαιότητα και την αίσθηση του επείγοντος¹. Ένας ιδιαίτερα πλήρης και ακριβής ορισμός της κρίσης περιλαμβάνεται στο

απόρρητο εγχειρίδιο διαχείρισης κρίσεων του Ελληνικού Υπουργείου Δημοσίας Τάξεως, το οποίο και εκδόθηκε κατά τη διάρκεια των Ολυμπιακών Αγώνων της Αθήνας το 2004². Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, κρίση είναι κάθε «γεγονός», «ενέργεια», «φυσική ή τεχνητή δράση», που απειλεί τις υποδομές της χώρας, την ασφάλεια και ευημερία του κοινωνικού συνόλου, με βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα αποτελέσματα και με ενδεχόμενες δυσμενείς επιπτώσεις για τον φορέα που διαχειρίζεται την κρίση.

Στην πιο ολοκληρωμένη της μορφή, η διαχείριση της κρίσης συμπεριλαμβάνει τη διαχείριση όλων των πλευρών των κρίσιμων καταστάσεων που παρουσιάστηκαν πριν από την εκδήλωσή της, κατά τη διάρκειά της, αλλά και μετά την κρίση. Μια τυπική μορφή διαχείρισης κρίσεως δίνει ισχυρή έμφαση κατά τη φάση της αντιμετώπισης και πολύ μικρή προσοχή πριν και μετά το πέρας της κρίσιμης κατάστασης.

Πρέπει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι η αποτελεσματική διαχείριση αναζητά τον περιορισμό του μεγέθους και της κλίμακας της ζημιάς πριν επισυμβεί η κρίση, όταν εγκαθίστανται τα κατάλληλα προειδοποιητικά σήματα/ενδείξεις. Αναζητώντας τις πηγές και τη φύση ή μορφή μιας κρίσιμης κατάστασης και αναλύοντας τις επιπτώσεις που προκαλούνται από τέτοιου είδους κρίσεις, μπορούμε να εργαστούμε προς την καλύτερη διαχείριση μιας κρίσης μέσω της μείωσης του κινδύνου και του εξαρχής κατευνασμού της.

Ο σχεδιασμός ενός ολοκληρωμένου προγράμματος επικοινωνιακής αντιμετώπισης κρίσεων, αφενός απαιτεί σημαντική μελέτη συγκέντρωσης στοιχείων, αφετέρου χρειάζεται τη βαθιά κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς για να μπορέσουμε να επικοινωνήσουμε αποτελεσματικά. Επικοινωνία είναι η διαδικασία με την οποία μεταβιβάζονται πληροφορίες και νοήματα από έναν άνθρωπο σε άλλο και γίνονται αμοιβαία κατανοητά. Θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε την επικοινωνία ως τη διαδικασία με την οποία ένας πομπός Α (άνθρωπος, ομάδα) μεταβιβάζει πληροφορίες, σκέψεις, ιδέες, συναισθήματα ή ακόμη και ενέργεια, σε ένα δέκτη Β (άνθρωπος, ομάδα) με στόχο να επενεργήσει προκαλώντας σε αυτόν την εμφάνιση ιδεών, πράξεων, συναισθημάτων, ενέργειας και, σε τελική ανάλυση, να επηρεάσει την κατάσταση και τη συμπεριφορά του.

Το 1948, ο Harold Lasswell περιέγραψε τη διαδικασία της επικοινωνίας με τους εξής σχηματικούς όρους: Ποιος λέει Τι, μέσα από ποιο Κανάλι, σε Ποιον και με τι Επιπτώσεις⁵. Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο, κάθε διαδικασία επικοινωνίας μπορεί να αναλυθεί στα ακόλουθα συστατικά μέρη:

1. έναν πομπό,
2. που κατευθύνει ένα μήνυμα,
3. μέσα από ένα μέσο/μορφή,
4. σε ένα δέκτη και
5. έχει ένα αποτέλεσμα

Η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μεταξύ πομπού-δέκτη αξιολογείται ανάλογα με την επίτευξη του σκοπού του μηνύματος του πομπού προς τον δέκτη. Σε κάθε στάδιο αυτής της επικοινωνίας υπάρχουν εμπόδια, π.χ. ασαφές μήνυμα, αδιαφορία του δέκτη κ.ά. που μπορεί να αφορούν μήνυμα, πομπό ή δέκτη. Η αποτελεσματική επικοινωνία απαιτεί την υπερπήδηση αυτών των εμποδίων, τα οποία είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε αναλυτικά⁵.

Ως επικοινωνία κατά την εκδήλωση ενός έκτακτου περιστατικού ορίζεται η ανταλλαγή, η μορφοποίηση και η οριοθέτηση της πληροφόρησης, η οποία προέρχεται από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη που επιτελούν τον ρόλο τους για την αντιμετώπιση της κρίσης και διοχετεύεται κατάλληλα προς τα κοινά-στόχους, και κυρίως προς την κοινή γνώμη^{3,4}.

Αναφορικά με τις πηγές και τα είδη της κρίσης, αυτά ποικίλλουν και περιλαμβάνουν φυσικές καταστροφές, οικονομικές και περιβαλλοντικές κρίσεις και επείγουσες καταστάσεις απειλής της δημόσιας υγείας. Οι επείγουσες καταστάσεις απειλής της δημόσιας υγείας αναφέρονται σε ραγδαία μεταδιδόμενες ασθένειες οι οποίες απειλούν τη δημόσια υγεία κυρίως λόγω του ταχύτατου ρυθμού εξάπλωσής τους που απαιτεί άμεση διαχείριση προκειμένου να περιοριστούν αμέσως τα κρούσματα.

Τέτοια παραδείγματα αποτελούν οι πανδημίες όπως είναι ο H1N1, ο ιός Ebola κ.ά. Ο 20ός αιώνας γνώρισε επίσης 3 πανδημίες γρίπης. Πρόσφατα, ο κίνδυνος μιας νέας παγκόσμιας πανδημίας γρίπης επανεκτιμήθηκε μετά την εμφάνιση της γρίπης των πτηνών στην Ασία και την εξάπλωσή της παγκοσμίως. Ενώ είναι αδύνατον να προβλεφθεί η χρονική στιγμή του ξεσπάσματος της επόμενης πανδημίας, είναι

δεδομένο ότι οι συνέπειές της θα είναι σημαντικές, όχι μόνο διότι θα προκαλέσει την κινητοποίηση των υπηρεσιών υγείας και των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας αλλά και κοινωνική και οικονομική αναστάτωση. Ο μεθοδικός σχεδιασμός της ετοιμότητας και της αντίδρασης σε επίπεδο Κοινότητας και κρατών-μελών μπορεί να βοηθήσει ώστε να μειωθούν η έκταση και ο αντίκτυπός της.

Η πανδημία του H1N1 αποτελεί μια άτυπη λοίμωξη με σοβαρές επιπλοκές κυρίως σε άτομα με σοβαρό υποκείμενο νόσημα. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας⁶, 5-30 % του παγκόσμιου πληθυσμού διαγιγνώσκεται με λοίμωξη κάθε χρόνο, καθιστώντας τη νόσο μια τεράστια πρόκληση για το δημόσιο σύστημα υγείας όλων των χωρών. Επιπλέον, η λοίμωξη αποτελεί την αιτία για 3-5 εκατομμύρια περιστατικών σοβαρής ασθένειας παγκοσμίως και μέχρι και μισό εκατομμύριο θανάτων⁷.

Τα χαρακτηριστικά του ιού της γρίπης που μπορεί να λάβει και τη μορφή πανδημίας, δηλαδή παγκόσμιων επιδημιών, είναι:

Υπάρχουν 3 αντιγονικοί τύποι του ιού της γρίπης: ο Α, ο Β και ο C. Υποδόχο των ιών τύπου Α της γρίπης – εκτός από τον άνθρωπο που είναι το κύριο υποδόχο για τους υπότυπους που τον προσβάλλουν – είναι διάφορα είδη ζώων, μεταξύ των οποίων τα άγρια πτηνά, οι χοίροι, οι πάπιες, οι όρνιθες, οι γαλοπούλες, τα άλογα, οι φάλαινες και οι φώκιες. Τα άγρια πτηνά συνήθως δεν νοσούν, σε αντίθεση με τα οικόσιτα, όπως οι όρνιθες, οι πάπιες και οι γαλοπούλες, που μπορεί να παρουσιάσουν σοβαρή νόσο εάν μολυνθούν. Επίσης, οι χοίροι όταν νοσήσουν παρουσιάζουν συμπτώματα όμοια με αυτά των ανθρώπων, όπως βήχα, πυρετό και καταρροή. Η νόσος σπάνια μεταδίδεται από τα ζώα στους ανθρώπους. Οι ιοί τύπου Β δεν προσβάλλουν τα ζώα.

Οι τύποι Α και Β του ιού ευθύνονται για τις επιδημίες που συμβαίνουν κάθε χειμώνα, ενώ ο τύπος C προκαλεί συνήθως ήπια νόσο ή καθόλου συμπτώματα και, ως εκ τούτου, δεν έχει τόσο μεγάλη επιδημιολογική σημασία. Ο τύπος Α του ιού της γρίπης υπόκειται συνεχώς σε μικρές αντιγονικές αλλαγές των πρωτεϊνών της επιφανείας του, που ονομάζονται «αντιγονικές μετατοπίσεις» (antigenic drift), και είναι υπεύθυνες για τις περισσότερες αλλαγές του ιού από εποχή σε

εποχή. Ο ιός τύπου Β δεν χωρίζεται σε υπότυπους, ούτε υπόκειται σε αντιγονικές αλλαγές.

Οι ιοί τύπου Α χωρίζονται σε υπότυπους με βάση δύο πρωτεΐνες της επιφανείας τους, την αιμοσυγκολλητίνη (H) και τη νευραμινιδάση (N). Έχουν αναγνωριστεί 16 διαφορετικοί υπότυποι αιμοσυγκολλητίνης, H1-H16 και 9 διαφορετικοί υπότυποι νευραμινιδάσης N1-N9. Από τους ανωτέρω υπότυπους μόνο οι H1, H2 και H3 όσον αφορά την αιμοσυγκολλητίνη και μόνο οι N1 και N2 όσον αφορά τη νευραμινιδάση προσβάλλουν μέχρι τώρα τους ανθρώπους. Οι υπόλοιποι υπότυποι έχουν αναγνωριστεί στους ιούς της γρίπης που έχουν απομονωθεί από νοσούντα υδρόβια πτηνά, άλογα, χοίρους, καθώς και άλλα ζώα. Επίσης έχει πρόσφατα αναγνωριστεί μικρής έκτασης προσβολή ανθρώπων από τους υπότυπους H5, H7 και H9 (που τυπικά προσβάλλουν τα πτηνά), χωρίς όμως να συμβαίνει μετάδοση του ιού από άνθρωπο σε άνθρωπο (εκτός ίσως από πολύ ειδικές συνθήκες).

Τα στελέχη, που κυκλοφορούν παγκοσμίως τα τελευταία χρόνια και απομονώνονται από τους ανθρώπους, είναι το στέλεχος Α (H1N1) και το στέλεχος Α (H3N2).

Η γρίπη μπορεί επίσης να εμφανιστεί με τη μορφή παγκόσμιων επιδημιών, οι οποίες ονομάζονται πανδημίες και οφείλονται σε μεγάλες αντιγονικές αλλαγές του ιού τύπου Α, που ονομάζονται «αντιγονικές μεταθέσεις» (antigenic shift) και είναι ανεξάρτητες από εποχές. Τέτοιες αντιγονικές αλλαγές συμβαίνουν περιστασιακά και τότε εμφανίζεται ένα νέο στέλεχος του ιού, εναντίον του οποίου δεν υπάρχει ανοσία. Ως εκ τούτου, προσβάλλονται μεγάλα τμήματα του πληθυσμού και μπορεί να έχουμε μία πανδημία γρίπης.

Τον Ιούνιο του 2009, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακήρυξε πανδημία φάσης 6 για τη λοίμωξη Α (H1N1), που σημαίνει αυξημένη και συνεχιζόμενη μετάδοση του νέου υποτύπου του ιού στον γενικό πληθυσμό. Ο ιός H1N1 ήταν μια άτυπη λοίμωξη, η οποία μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2009 είχε εξαπλωθεί σε 70 χώρες με περισσότερα από 500.000 επιβεβαιωμένα κρούσματα και πάνω από 3.000 θανάτους⁸.

Η αντίδραση της ιατρικής κοινότητας παγκοσμίως στον H1N1 ήταν η σύσταση για εμβολιασμό του πληθυσμού, ενώ υποχρέωση των κρατών ήταν η εξασφάλιση επαρκούς ποσότητας εμβολίων για

τους πολίτες τους. Η επιτυχία της παγκόσμιας αυτής προσπάθειας καθοριζόταν από την επικοινωνιακή πολιτική των εκάστοτε υγειονομικών Αρχών η οποία και αποφάσιζε πόσα άτομα τελικά θα εμβολιάζονταν έναντι της νόσου.

Ο εμβολιασμός κατά του ιού της γρίπης είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από τη νόσο, ειδικά στις ομάδες υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση επιπλοκών.

Ο σχεδιασμός αντιμετώπισης μιας πανδημίας γρίπης γίνεται συνήθως με βάση την πιθανότητα να νοσήσει το 25% του γενικού πληθυσμού. Ο δείκτης προσβολής μπορεί να είναι της τάξεως του 50%, αναλόγως του χρόνου που θα απαιτηθεί για την ανάπτυξη, δοκιμή, διάθεση και χορήγηση του εμβολίου για το νέο στέλεχος στον γενικό πληθυσμό. Ακόμα και στην περίπτωση που θα υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο κατά του νέου στελέχους, θα απαιτηθούν δύο δόσεις ανά άτομο για να υπάρξει επαρκής ανοσολογική απάντηση, η οποία θα επιτευχθεί σε 6 εβδομάδες μετά την πρώτη δόση. Το εμβόλιο έχει αποτελεσματικότητα 70-90%, επομένως ένα ποσοστό εμβολιασθέντων δεν θα ανταποκριθεί ανοσολογικά⁶.

Πολλά κοινωνικά και γνωστικά θεωρητικά μοντέλα χρησιμοποιούνται προκειμένου να εξηγήσουν εάν και γιατί τελικά κάποια άτομα εμβολιάζονται και άλλα όχι. Το μοντέλο Θεωρίας Σχεδιασμένης συμπεριφοράς του Aizen⁹ αποτελεί ένα από τα μοντέλα της εφαρμοσμένης ψυχολογίας της υγείας με τη μεγαλύτερη αναγνώριση και εφαρμογή. Το μοντέλο αυτό προτείνει ότι ο πιο βασικός παράγοντας που καθορίζει και προβλέπει τη συμπεριφορά ενός ατόμου είναι η «πρόθεση συμπεριφοράς» (behavior intention). Ο όρος «πρόθεση συμπεριφοράς» αναφέρεται στην ετοιμότητα και στον βαθμό που κάποιο άτομο είναι διατεθειμένο να εκφράσει μια συμπεριφορά. Η «πρόθεση συμπεριφοράς» καθορίζεται από τις προσωπικές πεποιθήσεις και στάσεις, από τις κοινωνικές νόρμες αλλά και από τον βαθμό εκτιμώμενου ελέγχου του ατόμου στη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Παρότι πολλές έρευνες^{10,11} έχουν επιβεβαιώσει την εφαρμογή του συγκεκριμένου θεωρητικού μοντέλου σε συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, το μοντέλο αυτό φαίνεται να εξηγεί ότι μόνο το 48% του ποσοστού του πληθυσμού της Βρετανίας εμβολιάστηκε κατά

του H1N1¹².

Το δεύτερο μοντέλο ονομάζεται «μοντέλο πεποιθήσεων» για την Υγεία (Health Belief Model) (60) και προτείνει πως οι πεποιθήσεις των ατόμων τόσο για την ασθένεια όσο και για τις στρατηγικές που στοχεύουν στη μείωση των επιπτώσεών της, καθορίζουν τη συμπεριφορά σε θέματα που αφορούν την υγεία. Το μοντέλο απαρτίζεται από τέσσερις βασικούς παράγοντες: αντιλαμβανόμενος βαθμός ευαλωτότητας στην ασθένεια, αντιλαμβανόμενος βαθμός σοβαρότητας της ασθένειας, αντιλαμβανόμενα εμπόδια και αντιλαμβανόμενα οφέλη στρατηγικών πρόβλεψης ενάντια στην ασθένεια π.χ. εμβολιασμός. Αναφορικά με τον H1N1, έρευνες^{7,8,13}, που εξέτασαν την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής του μοντέλου πεποιθήσεων, έδειξαν ότι η επικοινωνιακή πολιτική της Υγειονομικής Αρχής επιδρά σημαντικά στον αντιλαμβανόμενο βαθμό σοβαρότητας της ασθένειας ο οποίος αποτέλεσε και τον κυρίαρχο παράγοντα για τον οποίο τα άτομα δεν εμβολιάστηκαν.

Επιπλέον, ένας ακόμα λόγος για τον οποίο τα άτομα δεν επέλεξαν να εμβολιαστούν ήταν ότι δεν θεώρησαν ότι ήταν ευάλωτα στην ασθένεια ή ότι κινδύνευε η ζωή τους από αυτήν. Το περιεχόμενο και ο τρόπος μετάδοσης των μηνυμάτων από την Υγειονομική Αρχή, επέδρασαν αρνητικά στο γεγονός ότι τα μηνύματα δεν ήταν αρκετά σαφή και συγκεκριμένα αναφορικά με τις ομάδες κινδύνου, ώστε να μεταφέρουν στο κοινό την ανάγκη για εμβολιασμό. Οι παραπάνω έρευνες πραγματοποιήθηκαν σε χώρες του εξωτερικού. Αντιθέτως, δεν υπάρχουν ανάλογα ερευνητικά δεδομένα για την επικοινωνιακή πολιτική της χώρας μας, και συγκεκριμένα για το αν ο τρόπος διαχείρισης της πανδημίας επέδρασε στην επιλογή του πληθυσμού να εμβολιαστεί ή όχι.

Η παρούσα έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση της αξιολόγησης της επικοινωνιακής διαχείρισης της Υγειονομικής Αρχής για την κρίση της πανδημίας H1N1 από λειτουργούς υγείας και δημοσιογράφους. Πιο συγκεκριμένα, διερευνάται ο βαθμός στον οποίο δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος διαμονής, η εκπαίδευση και το επάγγελμα επέδρασαν στον τρόπο με τον οποίο λειτουργοί υγείας όπως γιατροί, νοσηλευτές, διοικητικό και ευρύτερο προσωπικό, καθώς και δημο-

σιογράφοι αξιολόγησαν την επικοινωνιακή διαχείριση της Υγειονομικής Αρχής για την πανδημία Η1Ν1.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια συγχρονική μελέτη, η οποία στόχο είχε τη συλλογή πληροφοριών από τους συμμετέχοντες σε ατομικό επίπεδο οι οποίες παρέχουν μια αρχική διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων και συγκεκριμένα του τρόπου με τον οποίο οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν την επικοινωνιακή πολιτική της Υγειονομικής Αρχής για τη διαχείριση της κρίσης της πανδημίας γρίπης Η1Ν1.

Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συμπτωματικής ή ευκαιριακής δειγματοληψίας (convenience sampling method). Το προμηθεύον τα δεδομένα δείγμα μας αποτελείται από 178 λειτουργούς υγείας (ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό), διοικητικό και ευρύτερο βοηθητικό προσωπικό που απασχολείται σε Νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης και της περιφέρειας (Εδεσσα, Ιωάννινα, Ρόδος και Μυτιλήνη). Στην έρευνα συμμετείχαν επίσης διαπιστευμένοι δημοσιογράφοι του Υπουργείου Υγείας.

Το μέσο συλλογής δεδομένων ήταν το Ερωτηματολόγιο για την Αξιολόγηση των παρεχόμενων πληροφοριών από την Υγειονομική Αρχή για την πανδημία Η1Ν1 του Walsh (2009), το οποίο μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην ελληνική γλώσσα για τους σκοπούς της έρευνας με τη μέθοδο της ευθείας και αντίστροφης μετάφρασης και προσαρμογής (forward and backward translation and adaptation process).

Από την παραπάνω διαδικασία προέκυψε η Ελληνική Έκδοση του ερωτηματολογίου, στην οποία τελικά χρησιμοποιήθηκαν οι 25 από τις 26 ερωτήσεις του πρωτότυπου ερωτηματολογίου, οι οποίες απαντώνται βάσει εξαβάθμιας κλίμακας τύπου Likert, όπου 1 σημαίνει Διαφωνώ Απόλυτα και 5 Συμφωνώ Απόλυτα, ενώ το 0 αντιστοιχεί στην απάντηση «Δεν ξέρω». Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, που αφορά στη σταθερότητα των μετρήσεων που μπορεί να παρέχει κρίνεται καλή για την ελληνική έκδοση (Cronbach $\alpha=0,87$).

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε πέντε παράγοντες:

1) Γενική Αποτελεσματικότητα της ενημερωτικής

εκστρατείας της Υγειονομικής Αρχής (Ερωτήσεις 1-5).

2) Προτάσεις βελτίωσης της ενημερωτικής εκστρατείας της Υγειονομικής Αρχής (Ερωτήσεις 6-12).

3) Αξιολόγηση Αποτελεσματικότητας Μέσων Επικοινωνίας Υγειονομικής Αρχής (Ερωτήσεις 13-15 και 29-30).

4) Χρησιμότητα των πληροφοριών μετάδοσης από την Υγειονομική Αρχή (Ερωτήσεις 26-28).

5) Προτιμήσεις των οργανισμών για την ποσότητα και τον τρόπο μετάδοσης των μηνυμάτων από την Υγειονομική Αρχή (16-18 και 31-32).

Επιπλέον, προστέθηκαν έξι ερωτήσεις που αφορούσαν την επίδραση των μηνυμάτων και πληροφοριών που μεταδόθηκαν από τα ΜΜΕ στην κινητοποίηση όσον αφορά τον εμβολιασμό ενηλίκων και παιδιών. Εντάσσονται στον ευρύτερο παράγοντα που αναφέρεται στον «Εμβολιασμό» (Ερωτήσεις 19-24).

Τέλος, μια ερώτηση πολλαπλών απαντήσεων αναφέρεται στη σειρά προτεραιότητας σύμφωνα με την οποία τα άτομα αξιολογούν τη συχνότητα χρησιμοποίησης διαφορετικών Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης για την πληροφόρησή τους.

Τα Μέσα που αξιολογούνται στην ερώτηση είναι η τηλεόραση, το ραδιόφωνο, η κινητή τηλεφωνία, το διαδίκτυο γενικά, τα περιοδικά, οι εφημερίδες και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Ερώτηση 25).

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22, τόσο για την περιγραφική όσο και για την επαγωγική στατιστική ανάλυση.

Για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν τα εξής: (α) εάν ο μέσος όρος ήταν διπλάσιος της τυπικής απόκλισης, (β) εάν ο μέσος όρος ήταν ίσος με τη διάμεσο, (γ) οι συντελεστές κύρτωσης και ασυμμετρίας, (δ) ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και (ε) τα διαγράμματα κανονικότητας. Οι παραπάνω έλεγχοι έδειξαν ότι οι προϋποθέσεις για την κανονική κατανομή πληρούνται για όλες τις ποσοτικές μεταβλητές.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμο-

ποιήθηκε ο έλεγχος t (t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με περισσότερες από δύο κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). (Παράρτημα 1).

Στην περίπτωση που περισσότερες από δύο ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές στο επίπεδο 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τους παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Οι πίνακες των αποτελεσμάτων της γραμμικής παλινδρόμησης παρουσιάζουν τους συντελεστές b (beta coefficients), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και τις τιμές p. Τέλος, το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης για τον παράγοντα της Γενικής Αποτελεσματικότητας προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις στο επίπεδο $p < 0,20$ για τις μεταβλητές της ηλικίας και της διαμονής. Για τον λόγο αυτό εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Όπως φαίνεται στον εν λόγω πίνακα, για τη μεταβλητή της ηλικίας, στατιστικώς σημαντικές αρνητικές επιδράσεις

βρέθηκαν για τις κατηγορίες 18-25 σε σχέση με 36-45 και 26-35 σε σχέση με 36-46, γεγονός που φανερώνει ότι αυτές οι δύο ηλικιακές κατηγορίες επιδρούν σημαντικά στον παράγοντα Γενική Αποτελεσματικότητα. Αντίστοιχα για την εξαρτημένη μεταβλητή του τόπου διαμονής, στατιστικώς σημαντική αρνητική επίδραση φάνηκε να έχει η Ρόδος σε σχέση με την Αθήνα.

Από τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης για τον παράγοντα Προτάσεις προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις στο επίπεδο $p < 0,20$ για τις μεταβλητές του εμβολιασμού παιδιών και του τόπου διαμονής. Για τον λόγο αυτό εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 2, ο οποίος δείχνει ότι μόνο ο εμβολιασμός παιδιών αποτελεί στατιστικώς σημαντική επίδραση στη μεταβλητή Προτάσεις.

Από τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης για τον παράγοντα Προτιμήσεις προέκυψε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση στο επίπεδο $p < 0,20$ για τη μεταβλητή της εκπαίδευσης. Για τον λόγο αυτό εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Όπως φαίνεται, η εκπαίδευση Λυκείου και Τεχνικής Σχολής ασκεί στατιστικώς σημαντικές επιδράσεις σε σχέση με τα Α.Ε.Ι. στον παράγοντα Προτιμήσεις. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι Λυκείου φάνηκε να ασκούν αρνητική επίδραση, σε αντίθεση με τους απόφοιτους Τεχνικής Σχολής, που φάνηκε να ασκούν θετική επίδραση.

Από τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυ-

Πίνακας 1. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος stepwise backward) με εξαρτημένη μεταβλητή τη Γενική Αποτελεσματικότητα

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή b
Ηλικία: 18-25 σε σχέση με 36-45	-3,84	-6,27 έως -1,4	0,002
Ηλικία: 26-35 σε σχέση με 36-45	-1,52	-2,94 έως -0,09	0,037
Διαμονή: Ρόδος σε σχέση με Αθήνα	-2,82	-5,1 έως -0,53	0,016

Πίνακας 2. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τις Προτάσεις

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Εμβολιασμός παιδιών σε σχέση με μη εμβολιασμό	1,94	0,3 έως 3,6	0,021

Πίνακας 3. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τις Προτιμήσεις

	<i>Συντελεστής b</i>	<i>95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b</i>	<i>Τιμή p</i>
Λύκειο σε σχέση με Α.Ε.Ι	-3,8	-6,9 έως 0,65	0,018
Τεχνική Σχολή σε σχέση με Α.Ε.Ι	3,12	0,37 έως 5,9	0,027

σης για τον παράγοντα Χρησιμότητα Πληροφοριών προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις στο επίπεδο $p < 0,20$ για τις μεταβλητές του φύλου, της ηλικίας και του εμβολιασμού. Για τον λόγο αυτό, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 4. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες, οι συμμετέχουσες της ηλικιακής κατηγορίας 56-45 ασκούν στατιστικώς σημαντικά θετική επίδραση στην αξιολόγηση της χρησιμότητας των πληροφοριών, ενώ οι συμμετέχοντες που εμβολιάστηκαν με ηλικιακές κατηγορίες 18-25 και 26-25 φάνηκε να ασκούν αρνητική επίδραση.

Από τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης για τον παράγοντα Μέσα Επικοινωνίας προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις στο επίπεδο $p < 0,20$ για τις μεταβλητές της ηλικίας και του εμβολιασμού. Για τον λόγο αυτό, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 5. Όπως προέκυψε από το μοντέλο παλινδρόμησης, οι γυναίκες και οι συμμετέχοντες της ηλικιακής ομάδας 56-65 βρέθηκαν να ασκούν στατιστικώς σημαντική θετική επίδραση

στην αξιολόγηση των Μέσων Επικοινωνίας σε σχέση με τους άντρες, στην ηλικιακή κατηγορία 36-45. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες της ηλικιακής ομάδας 18-25 και εκείνοι που δεν εμβολιάστηκαν φάνηκε να ασκούν στατιστικώς σημαντική αρνητική επίδραση στην αξιολόγηση της μεταβλητής Μέσα Επικοινωνίας.

Από τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης για τον παράγοντα Εμβολιασμό προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις στο επίπεδο $p < 0,20$ για τις μεταβλητές της οικογενειακής κατάστασης, του φύλου, του τόπου διαμονής και του εμβολιασμού. Για τον λόγο αυτό, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 6, οι γυναίκες, οι έγγαμοι και οι συμμετέχοντες με Διδακτορικό δίπλωμα φάνηκε να ασκούν στατιστικώς σημαντικά θετική επίδραση στην απόφαση για εμβολιασμό σε σχέση με τους άνδρες, τους άγαμους και τους απόφοιτους Α.Ε.Ι. αντίστοιχα. Αντιθέτως, αρνητική επίδραση φαίνεται να ασκούν οι συμμετέχοντες που δεν είχαν εμβολιαστεί και οι συμμετέχοντες από τα Ιωάννινα

Πίνακας 4. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη Χρησιμότητα των Πληροφοριών

	<i>Συντελεστής b</i>	<i>95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b</i>	<i>Τιμή p</i>
Γυναίκες σε σχέση με άνδρες	2	0,87 έως 3,2	0,001
18-25 σε σχέση με 36-45	-3,46	-6 έως -0,9	0,008
26-35 σε σχέση με 36-45	-1,36	-2,62 έως -0,1	0,033
56-65 σε σχέση με 36-45	4	0,45 έως 7,6	0,028
Μη εμβολιασμός σε σχέση με εμβολιασμό	-1,6	-2,8 έως -0,34	0,012

Πίνακας 5. Πολυμεταβλητή ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τα Μέσα Επικοινωνίας

	<i>Συντελεστής b</i>	<i>95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b</i>	<i>Τιμή p</i>
Γυναίκες σε σχέση με άνδρες	1,83	0,43 έως 3,23	0,11
18-25 σε σχέση με 36-45	-6,23	-8,85 έως -3,6	<0,001
56-65 σε σχέση με 36-45	5,2	1,29 έως 9,1	0,009
Μη εμβολιασμός σε σχέση με εμβολιασμό	-1,54	-3 έως 0,05	0,043

Πίνακας 6. Πολυμεταβλητή ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον Εμβολιασμό

	Συντελεστής <i>b</i>	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον <i>b</i>	Τιμή <i>p</i>
Γυναίκες σε σχέση με άνδρες	2,42	0,8 έως 4	0,004
Μη εμβολιασμός σε σχέση με εμβολιασμό	-2,95	-4,67 έως -1,24	0,001
Ιωάννινα σε σχέση με Αθήνα	-5,4	-7,84 έως -2,9	<0,001
Έγγαμος σε σχέση με άγαμος	1,74	0,14 έως 3,34	0,033
Διδακτορικό σε σχέση με Α.Ε.Ι.	4,9	1,64 έως 8,12	0,003

σε σχέση με εκείνους που είχαν εμβολιαστεί και τους συμμετέχοντες από την Αθήνα αντίστοιχα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι υπάρχουν αρκετές στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην αξιολόγηση της επικοινωνιακής πολιτικής της Υγειονομικής Αρχής σχετικά με τη γρίπη H1N1, ανάλογα με δημογραφικούς παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, η περιοχή και το φύλο. Όπως φαίνεται, υποκατηγορίες των δημογραφικών παραγόντων αποτελούν στατιστικώς σημαντικούς θετικούς και αρνητικούς προβλεπτικούς παράγοντες στον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τη «Γενική Αποτελεσματικότητα» που αφορά στοιχεία όπως η σαφήνεια, η ακρίβεια και η έγκυρη μετάδοση των μηνυμάτων της Υγειονομικής Αρχής. Τις «Προτάσεις» που αφορούν τον βαθμό στον οποίο τα μηνύματα ενθάρρυναν και προώθησαν τον συντονισμό των επιμέρους εξειδικευμένων μονάδων αλλά και την επικοινωνία με τους πολίτες. Τις «Προτιμήσεις» που αφορούν τις προτιμήσεις των συμμετεχόντων, οι οποίοι κλήθηκαν να αξιολογήσουν εάν ο αριθμός μηνυμάτων, υπενθυμίσεων και καθοδήγησης ήταν επαρκής. Τη «Χρησιμότητα Πληροφοριών» που αφορά τον βαθμό, στον οποίο τα μηνύματα της Υγειονομικής Αρχής για τη γρίπη H1N1 βοήθησαν τους συμμετέχοντες να σχηματίσουν έγκυρη εικόνα και να λάβουν σωστές αποφάσεις για τον τρόπο με τον οποίο θα αντιδράσουν και, τέλος, τα «Μέσα Επικοινωνίας» που αφορούν την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των επιμέρους εργαλείων όπως ιστοσελίδα, τηλεδιασκέψεις, fax κ.ά. Ίσως το πιο σημαντικό εύρημα της παρούσας έρευνας ωστόσο αποτέλεσε η καινοτομία ότι προστέθηκε ένας επιπλέον παράγοντας, ο οποίος αφορά την αποτελεσματικότητα

των μηνυμάτων της Υγειονομικής Αρχής σχετικά με την απόφαση των συμμετεχόντων να εμβολιαστούν οι ίδιοι αλλά και τα παιδιά τους.

Συνοψίζοντας, από την παρούσα μελέτη προέκυψαν αρκετά σημαντικά ευρήματα με πολύ σημαντική πρακτική εφαρμογή. Πρωτίστως η επικοινωνιακή πολιτική της Υγειονομικής Αρχής συνετέλεσε σημαντικά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον εμβολιασμό ή όχι, των αποδεκτών των μηνυμάτων. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει έμπρακτα και με στατιστικά πλέον στοιχεία την αναγκαιότητα και σημασία του σωστού και κατάλληλου σχεδιασμού μιας επικοινωνιακής πολιτικής στην πρόληψη αλλά και τη διαχείριση μιας υγειονομικής κρίσης όπως αυτή της διαχείρισης του H1N1 στην Ελλάδα. Όπως φάνηκε, τα κατάλληλα μηνύματα τα οποία μεταφέρονται με τρόπο τέτοιο ώστε να επιδρούν στην ψυχολογία του αποδέκτη μπορούν να είναι πολύ αποτελεσματικά όταν συνοδεύονται από μια ρεαλιστική προτεινόμενη δράση όπως στο παράδειγμα της έρευνάς μας ήταν ο εμβολιασμός.

Επιπλέον, η σημαντική διαφοροποίηση που προέκυψε από τα αποτελέσματα αναφορικά με τον τόπο διαμονής και τις επιμέρους παραμέτρους έδειξε ότι, ενδεχομένως, η επικοινωνιακή πολιτική για τη διαχείριση μιας υγειονομικής κρίσης οφείλει να διαφοροποιείται σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά των ατόμων στα οποία απευθύνεται. Όλα τα παραπάνω μας δείχνουν τη μεγάλη σημασία των παραμέτρων της επικοινωνιακής πολιτικής στη διαχείριση της υγειονομικής κρίσης του H1N1.

REFERENCES

1. Rosenthal U, Pijneburg B. Crisis Management and Decision Making, Simulation Oriented Scenarios, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1991.
2. Υπουργείο Δημοσίας Τάξεως. Πλάνο Επικοινωνίας

- και Διαχείρισης Κρίσεων σε Θέματα Ασφαλείας κατά τη διάρκεια των Ολυμπιακών Αγώνων. Αθήνα, 2004.
3. Hovland CI, Janis IL, Kelley HH, *Communication and Persuasion*. New Haven, London: Yale University Press; 1953.
 4. Σκλαβούνης Γ. *Ολοκληρωμένες Δημόσιες Σχέσεις & Ελληνική Πραγματικότητα*, 5^η Έκδοση, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1999.
 5. Bryson L, editor. *The communication of ideas*. Institute for religious and social studies (NY); 1948.
 6. WHO - Pandemic (H1N1) (Internet) 2009 May 1; Available from: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/>
 7. WHO - World Health Statistics (Internet) 2010 May 1; Available from: <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/>
 8. Girard MP, Tam JS, Assossou O, Kieny MP. The 2009 A (H1N1) influenza virus pandemic: A review. *Vaccine* 2010; 28:4895-4902.
 9. Ajzen I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckman S (Eds.). *Action-control: From cognition to behavior*. Heidelberg: Springer; 1985.
 10. Hagger MS, Chatzisarantis NLD, Biddle SJH. A meta – Analytic Review of the Theories Action and Planned Behavior in Physical Activity: Predictive Validity and the Contribution of Additional Variables. *Journal of Sport and Exerc Psychol* 2002; 24:3-32.
 11. Mason TE, White KM. Applying an extended model of the theory of planned behaviour to breast self-examination. *J Health Psychol* 2008; 13:946-955.
 12. Gallagher S, Povey R. Determinants of older adults' intentions to vaccinate against influenza: A theoretical application. *J Public Health (Oxf)* 2006; 28:139-144.
 13. Byrne C, Walsh JC, Kola-Palmer S, Sarma KM. Predicting intention to uptake H1N1 influenza vaccine in a university sample. *Brit J Health Psychol* 2012; 17:582-595.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

- ΕΡΩΤΗΣΗ 1 - Η Υγειονομική Αρχή εξέδωσε σαφή πληροφοριακά μηνύματα κατά την εμφάνιση της γρίπης H1N1, η οποία χαρακτηρίστηκε ως πανδημία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.).
- ΕΡΩΤΗΣΗ 2 - Η Υγειονομική Αρχή εξέδωσε εγκαίρως μηνύματα κατά τη διάρκεια των φάσεων 3-5 (Η περίοδος κατά την οποία παρουσιάζονται κρούσματα γρίπης σε ανθρώπους από ένα νέο υπότυπο του ιού της γρίπης) της πανδημίας κατά τον Π.Ο.Υ.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 3 - Η Υγειονομική Αρχή έθεσε σε προτεραιότητα τις σημαντικότερες πληροφορίες σχετικά με την πανδημία της γρίπης H1N1 για το κοινό ή/και τον οργανισμό σας.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 4 - Τα ιατρικά και μη ιατρικά μηνύματα-πληροφορίες που μετέδωσε η Υγειονομική Αρχή ήταν ακριβή.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 5 - Η Υγειονομική Αρχή εξέδωσε σαφή μέτρα σχετικά με την τήρηση κοινωνικής απόστασης για την αποφυγή μετάδοσης της νόσου.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 6 - Οι γραμμές τηλεφωνικής υποστήριξης της Υγειονομικής Αρχής πρέπει να συντονίζουν δραστηριότητες τηλεφωνικής υποστήριξης με τοπικούς φορείς ψυχικής υγείας και νοσοκομεία.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 7 - Τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και οι ιδιώτες πάροχοι υγείας πρέπει να έχουν ξεχωριστή γραμμή τηλεφωνικής υποστήριξης της Υγειονομικής Αρχής με πληροφορίες για εργαστηριακό έλεγχο ή/και θεραπευτικά πρωτόκολλα.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 8 - Η Υγειονομική Αρχή πρέπει να διαθέτει ένα κοινό κέντρο πληροφόρησης για τον συντονισμό μηνυμάτων κατά τη διάρκεια εκτεταμένων εκδηλώσεων επιδημιών όπως αυτή του H1N1.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 9 - Η Υγειονομική Αρχή πρέπει να εκδίδει πληροφοριακά μηνύματα κατά τη διάρκεια διεθνών/εθνικών εμφανίσεων επιδημιών όπως αυτή του H1N1.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 10 - Η Υγειονομική Αρχή δεν πρέπει να προβεί σε αλλαγές στον τρόπο προώθησης πληροφοριών προς το κοινό ή/και στον οργανισμό σας κατά την προετοιμασία της εποχικής γρίπης και πιθανές εκστρατείες εμβολιασμού.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 11 - Τοπικά παραρτήματα υγείας πρέπει να συνεχίσουν την προσαρμογή των μηνυμάτων/ενημερώσεων της Υγειονομικής Αρχής για τον H1N1 με τοπικές πληροφορίες και στατιστικές.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 12 - Τοπικά παραρτήματα υγείας πρέπει να ανοίγουν τα δικά τους κοινά κέντρα πληροφόρησης κατά τη διάρκεια εθνικών εμφανίσεων επιδημιών, όπως ο H1N1.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 13 - Η μορφή των γραπτών μηνυμάτων της Υγειονομικής Αρχής είναι εύκολο να κατανοηθεί.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 14 - Το Δίκτυο Νοσοκομείων – Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ) – Κέντρο Ελέγχου Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) είναι ένα χρήσιμο εργαλείο επικοινωνίας – ειδοποίησης της Υγειονομικής Αρχής κατά τη διάρκεια της εμφάνισης μιας ασθένειας, όπως ο H1N1.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 15 - Η ιστοσελίδα της Υγειονομικής Αρχής παρείχε έγκαιρες και χρήσιμες πληροφορίες κατά την αντιμετώπιση της πανδημίας γρίπης H1N1.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 16 - Η Υγειονομική Αρχή εξέδωσε υπερβολικά πολλές ειδοποιήσεις – ενημερώσεις, οδηγίες για τον ιό H1N1 κατά τις φάσεις 3-6.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 17 - Η ιστοσελίδα της Υγειονομικής Αρχής πρέπει να ενημερώνεται μια φορά την ημέρα.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 18 - Οι οδηγίες για τους λειτουργούς υγείας πρέπει να αναρτώνται στην ιστοσελίδα της Υγειονομικής Αρχής.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 19 - Η απόφασή σας να εμβολιαστείτε επηρεάστηκε από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 20 - Η απόφασή σας να εμβολιάσετε τα τέκνα σας επηρεάστηκε από τα πληροφοριακά μηνύματα, ειδήσεις που μετέδιδαν τα ΜΜΕ.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 21 - Η απόφασή σας να εμβολιαστείτε επηρεάστηκε από πιθανή συνυπάρχουσα συμπτωματολογία (εμπύρετο, βήχα, ρίγη κ.λπ.) κατά τη διάρκεια των διαφόρων φάσεων της πανδημίας.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 22 - Η απόφασή σας να εμβολιάσετε τα τέκνα σας επηρεάστηκε από πιθανή συνυπάρχουσα συμπτωματολογία (εμπύρετο, βήχα, ρίγη κ.λπ.) κατά τη διάρκεια των διαφόρων φάσεων της πανδημίας.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 23 - Ο τρόπος μετάδοσης των πληροφοριακών μηνυμάτων από τα ΜΜΕ σχετικά με την πανδημία και την αναγκαιότητα εμβολιασμού είχαν αρνητική επίδραση στην ψυχολογία σας.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 24 - Ο τρόπος μετάδοσης των πληροφοριακών μηνυμάτων από τα ΜΜΕ σχετικά με την πανδημία και την αναγκαιότητα εμβολιασμού, σας προκαλούσε φόβο, πανικό, αβεβαιότητα.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 25 - Τα μηνύματα της Υγειονομικής Αρχής τα οποία εξεδόθησαν κατά τη διάρκεια της φάσης 3-5, διαβιβάστηκαν από κατάλληλο προσωπικό στον οργανισμό σας.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 26 - Τα μηνύματα και οι οδηγίες για τον ιό H1N1 από την Υγειονομική Αρχή βοήθησαν τον οργανισμό σας να ανταποκριθεί με επάρκεια στην πανδημία.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 27 - Τα μηνύματα της Υγειονομικής Αρχής επηρέασαν τη απόφαση του Οργανισμού σας για την ενεργοποίηση σχεδίου επείγουσας απάντησης.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 28 - Οι τηλεδιασκέψεις της Υγειονομικής Αρχής για τη γρίπη H1N1 ήταν χρήσιμες για τον Οργανισμό σας.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 29 - Το σύστημα επικοινωνίας με χρήση fax της Υγειονομικής Αρχής με τους εμπλεκόμενους φορείς – οργανισμούς είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος επικοινωνίας κατά την εμφάνιση και αντιμετώπιση ασθένειας, όπως ο H1N1.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 30 - Ο Οργανισμός σας θα προτιμούσε να ενημερώνεται μόνο μια φορά την ημέρα από την Υγειονομική Αρχή, εκτός αν υπάρχουν επείγουσες οδηγίες που απαιτούν άμεση διανομή.
- ΕΡΩΤΗΣΗ 31 - Τα μηνύματα της Υγειονομικής Αρχής προς τους εμπλεκόμενους φορείς-οργανισμούς αντιμετώπισης μιας νόσου, όπως ο H1N1, πρέπει όχι μόνο να γίνεται με ενημερωτικά έγγραφα, αλλά να περιλαμβάνουν και συνδέσμους ιστοσελίδων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 / ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΝΑΛΥΣΕΩΝ

Πίνακας 1. Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των κατηγορικών ανεξάρτητων μεταβλητών που περιλαμβάνονται στην έρευνα

	Απόλυτη Συχνότητα (n)	Σχετική Συχνότητα (%)
Φύλο (n=174)		
Άνδρας	69	39,7
Γυναίκα	105	60,3
Ηλικία (n=165)		
18-25	12	7,3
26-35	55	33,3
36-45	78	47,3
46-55	14	8,5
56-65	6	3,6
Οικογενειακή Κατάσταση (n=175)		
Άγαμος	82	46,9
Έγγαμος	83	47,4
Διαζευγμένος	9	5,1
Χήρος	1	0,6
Τόπος Διαμονής (n=172)		
Ιωάννινα	18	10,5
Θεσσαλονίκη	22	12,8
Έδεσσα	4	2,3
Μυτιλήνη	16	9,3
Ρόδος	15	8,7
Αθήνα	97	56,4
Επάγγελμα (n=175)		
Ιατρός	96	54,9
Νοσηλεύτης	48	27,4
Άλλες ειδικότητες	3	1,7
Δημοσιογράφος	14	8
Διοικητικό Προσωπικό	14	8
Εκπαίδευση (n=175)		
Γυμνάσιο	1	0,6
Λύκειο	12	6,9
Τεχνική Σχολή	12	6,9
ΤΕΙ	36	20,6
ΑΕΙ	83	47,4
Μεταπτυχιακό	19	10,9
Διδακτορικό	12	6,7
Εμβολιασμός (n=166)		
Ναι	51	30,5
Όχι	115	69,5
Εμβολιασμός Παιδιών (n=75)		
Ναι	23	30,7
Όχι	52	69,3

Πίνακας 8. Διμεταβλητή Ανάλυση για τον παράγοντα Γενική Αποτελεσματικότητα

	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,284 ^α
Άνδρας	17,55	3,98	
Γυναίκα	17,94	4,3	
Ηλικία			0,049 ^β
18-25	14,9	3,6	
26-35	17,01	4,54	
36-45	18,46	3,91	
46-55	18,77	3,91	
56-65	17,7	4,8	
Οικογενειακή Κατάσταση			0,118 ^β
Άγαμος	17,15	4,61	
Έγγαμος	18,55	3,6	
Διαζευγμένος	16,4	3,7	
Τόπος Διαμονής			0,126 ^β
Ιωάννινα	17,1	4,54	
Θεσσαλονίκη	17,64	4,2	
Μυτιλήνη	16,68	4,1	
Ρόδος	14,9	4,08	
Αθήνα	18,6	4,03	
Επάγγελμα			0,202 ^β
Ιατρός	18,4	3,55	
Νοσηλεύτης	17,4	5	
Δημοσιογράφος	16	3,63	
Διοικητικό Προσωπικό	17,28	4,7	
Εκπαίδευση			0,184 ^β
Λύκειο	15,83	4	
Τεχνική Σχολή	16,63	5,2	
ΤΕΙ	17,47	5,4	
ΑΕΙ	18,15	3,75	
Μεταπτυχιακό	18,44	3	
Διδακτορικό	19	2,1	
Εμβολιασμός			0,586 ^α
Ναι	18,2	4,05	
Όχι	17,57	4,26	
Εμβολιασμός παιδιών			0,835 ^α
Ναι	17,4	3,51	
Όχι	17,8	3,9	

^αΈλεγχος t, ^βΈλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA)

Πίνακας 9. Διμεταβλητή Ανάλυση για τον παράγοντα Προτάσεις

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,064 ^α
Άνδρας	26,4	4	
Γυναίκα	27,5	4,2	
Ηλικία			0,855 ^β
18-25	14,9	3,6	
26-35	17,1	4,5	
36-45	18,4	3,9	
46-55	18,8	3,9	
56-65	17,7	4,8	
Οικογενειακή Κατάσταση			0,279 ^β
Άγαμος	26,8	4,2	
Έγγαμος	27,6	3,8	
Διαζευγμένος	16,4	3,7	
Τόπος Διαμονής			0,031 ^β
Ιωάννινα	24,2	3,7	
Θεσσαλονίκη	27,3	3,1	
Μυτιλήνη	27,6	3,7	
Ρόδος	28,7	6,1	
Αθήνα	27,3	4,2	
Επάγγελμα			0,565 ^β
Ιατρός	27	3,9	
Νοσηλεύτης	27,7	5,4	
Δημοσιογράφος	29,6	2,16	
Διοικητικό Προσωπικό	27,3	2,7	
Εκπαίδευση			0,675 ^β
Λύκειο	15,8	4	
Τεχνική Σχολή	16,6	5,2	
ΤΕΙ	17,47	5,4	
ΑΕΙ	18,1	3,75	
Μεταπτυχιακό	18,44	3	
Διδακτορικό	19	2,1	
Εμβολιασμός			0,297 ^α
Ναι	27,5	4,5	
Όχι	26,8	4	
Εμβολιασμός παιδιών			0,021 ^α
Ναι	24,7	2,9	
Όχι	26,8	2,9	

^αΈλεγχος t, ^βΈλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA)

Πίνακας 10. Διμεταβλητή Ανάλυση για τον παράγοντα Προτιμήσεις

	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,374 ^α
Άνδρας	18,04	3,5	
Γυναίκα	18,5	3,4	
Ηλικία			0,172 ^β
18-25	14,9	3,6	
26-35	19	3,26	
36-45	18,23	3,6	
46-55	18,3	3,7	
56-65	15,7	4,8	
Οικογενειακή Κατάσταση			0,99 ^β
Άγαμος	18,2	3,1	
Έγγαμος	18,4	3,7	
Διαζευγμένος	18,4	4,7	
Τόπος Διαμονής			0,23 ^β
Ιωάννινα	16,3	4,7	
Θεσσαλονίκη	17,7	3,4	
Μυτιλήνη	17	4,14	
Ρόδος	17,6	3,7	
Αθήνα	19,24	2,83	
Επάγγελμα			0,235 ^β
Ιατρός	18,6	3,14	
Νοσηλεύτης	18	3,8	
Δημοσιογράφος	18	2,8	
Διοικητικό Προσωπικό	18,4	3,9	
Εκπαίδευση			0,144 ^β
Λύκειο	16	5,5	
Τεχνική Σχολή	19,9	2,6	
ΤΕΙ	17,9	3,34	
ΑΕΙ	18,7	3,2	
Μεταπτυχιακό	17,9	3,95	
Διδακτορικό	18,3	1,74	
Εμβολιασμός			0,907 ^α
Ναι	18,4	4,29	
Όχι	18,2	3,04	
Εμβολιασμός παιδιών			0,091 ^α
Ναι	16,64	4,7	
Όχι	18,4	2,7	

^αΈλεγχος t, ^βΈλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA)

Πίνακας 11. Διμεταβλητή Ανάλυση για τον παράγοντα Χρησιμότητα πληροφοριών

	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,037 ^α
Ανδρας	8,4	4,1	
Γυναίκα	9,6	3,8	
Ηλικία			0,002 ^β
18-25	5,2	4,6	
26-35	8,16	3,9	
36-45	10	3,4	
46-55	9,7	4,27	
56-65	9,3	5,3	
Οικογενειακή Κατάσταση			0,4 ^β
Άγαμος	8,5	4	
Έγγαμος	9,7	3,9	
Διαζευγμένος	9,4	3,47	
Τόπος Διαμονής			0,478 ^β
Ιωάννινα	8,9	4,7	
Θεσσαλονίκη	7,8	4,7	
Μυτιλήνη	10	3,2	
Ρόδος	9,25	3,6	
Αθήνα	9,3	3,85	
Επάγγελμα			0,007 ^β
Ιατρός	9,6	3,2	
Νοσηλεύτης	9,6	4,7	
Δημοσιογράφος	6,64	4,5	
Διοικητικό Προσωπικό	8,6	4,23	
Εκπαίδευση			0,188 ^β
Λύκειο	6,9	5,4	
Τεχνική Σχολή	8,63	4	
TEI	9,9	4,64	
AEI	9,2	3,4	
Μεταπτυχιακό	8,1	4,12	
Διδακτορικό	11,1	2,16	
Εμβολιασμός			0,007 ^α
Ναι	10,4	2,9	
Όχι	8,55	4,2	
Εμβολιασμός παιδιών			0,289 ^α
Ναι	8,2	4,7	
Όχι	9,26	3,3	

^αΈλεγχος t, ^βΈλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA)**Πίνακας 12.** Διμεταβλητή Ανάλυση για τον παράγοντα Μέσα Επικοινωνίας

	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,192 ^α
Ανδρας	15,5	4,35	
Γυναίκα	16,3	4,8	
Ηλικία			0,001 ^β
18-25	10,1	6,2	
26-35	15,8	4,6	
36-45	16,8	4	
46-55	15,7	2,6	
56-65	17,8	6	
Οικογενειακή Κατάσταση			0,28 ^β
Άγαμος	15,3	5,4	
Έγγαμος	16,5	3,75	
Διαζευγμένος	16,7	3,9	
Τόπος Διαμονής			0,23 ^β
Ιωάννινα	15,4	4,74	
Θεσσαλονίκη	15,3	6,2	
Μυτιλήνη	15	3,5	
Ρόδος	13,1	4,4	
Αθήνα	16,9	4,18	
Επάγγελμα			0,01 ^β
Ιατρός	16,6	4,1	
Νοσηλεύτης	16	5	
Δημοσιογράφος	12,7	5	
Διοικητικό Προσωπικό	16,1	4,1	
Εκπαίδευση			0,22 ^β
Λύκειο	11,6	6	
Τεχνική Σχολή	15,8	5,44	
TEI	16,5	4,7	
AEI	16,2	4,1	
Μεταπτυχιακό	16,1	4,14	
Διδακτορικό	18	4	
Εμβολιασμός			0,153 ^α
Ναι	16,8	4,7	
Όχι	15,6	4,53	
Εμβολιασμός παιδιών			0,818 ^α
Ναι	15,7	4,07	
Όχι	15,8	3,34	

^αΈλεγχος t, ^βΈλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA)

Πίνακας 13. Διμεταβλητή Ανάλυση για τον παράγοντα Εμβολιασμός

	<i>Μέση τιμή</i>	<i>Τυπική Απόκλιση</i>	<i>Τιμή p</i>
Φύλο			0,093 ^α
Ανδρας	7,3	5,1	
Γυναίκα	8,75	5,6	
Ηλικία			0,349 ^β
18-25	6,5	3,2	
26-35	7,4	5,2	
36-45	8,8	5,5	
46-55	7,5	5,6	
56-65	10,5	8,4	
Οικογενειακή Κατάσταση			0,07 ^β
Άγαμος	7,1	5,2	
Έγγαμος	9,1	5,6	
Διαζευγμένος	8,8	4,6	
Τόπος Διαμονής			0,002 ^β
Ιωάννινα	4,1	3,8	
Θεσσαλονίκη	8,4	4,85	
Μυτιλήνη	6,4	5,14	
Ρόδος	10,25	4,4	
Αθήνα	9,1	5,6	
Επάγγελμα			0,626 ^β
Ιατρός	8,2	5,3	
Νοσηλεύτης	7,4	6,5	
Δημοσιογράφος	6,9	3,5	
Διοικητικό Προσωπικό	9,9	4,5	
Εκπαίδευση			0,144 ^β
Λύκειο	8,9	3,8	
Τεχνική Σχολή	10,9	4,9	
ΤΕΙ	8,65	6,4	
ΑΕΙ	7,5	5,3	
Μεταπτυχιακό	7,06	4,05	
Διδακτορικό	10,45	5,5	
Εμβολιασμός			0,003 ^α
Ναι	10,14	4,7	
Όχι	7,4	5,5	
Εμβολιασμός παιδιών			0,436 ^α
Ναι	9,2	5,1	
Όχι	8,2	5,1	

^αΈλεγχος t, ^βΈλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA)

Οι πίνακες 8, 9, 10, 11, 12 και 13 παρουσιάζουν τα αποτελέσματα διμεταβλητής ανάλυσης ANOVA και t-test για τις μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών (φύλο, ηλικία, επάγγελμα, εκπαίδευση, τόπος διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, εμβολιασμός και εμβολιασμός παιδιών) και των ανεξάρτητων μεταβλητών (τους 6 παράγοντες του ερωτηματολογίου). Οι στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται σε έντονη γραφή (bold).

Ανασκόπηση
Review

**Σπάνιες Εντοπίσεις Λειομωμάτων
στο Γεννητικό Σύστημα της Γυναίκας**

*Rare Localizations of Genital Leiomyomas
in Woman's System*

ABSTRACT

Rare Localizations of Genital Leiomyomas in Woman's System

Ioannis K Thanasas, Maria Boursiani

Department of Obstetrics and Gynecology, Trikala State General Hospital, Trikala, Thessalia, Greece

*Although uterine fibroids are common, localization of leiomyomas in positions outside the uterus body are rare. Cervical fibroid frequently and less frequently fibroma of the ovary are the main unusual leiomyomas in the female genital tract. Vagina fibroids and vulva fibroids are extremely rare. Their diagnosis is difficult. Modern imaging studies play leading role in the diagnostic evaluation of these conditions. Treatment should be individualized based on symptoms, tumor size and the age of the patient. The surgery seems to be the most appropriate treatment option, since it helps to put an accurate diagnosis. This paper is based on current literature review in an effort to present the modern diagnostic and therapeutic approach on cervical leiomyomas, ovarian leiomyomas, vaginal leiomyomas and leiomyomas of the vulva. **Ach Iatriki 2015; 34:113-123***

Key words: cervical leiomyoma, leiomyoma of the vulva, ovarian leiomyoma, vaginal leiomyoma

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

Submitted 24-3-13, revision accepted 24-9-13

Ιωάννης Κ Θανάσας, Μαρία Μπουρσιάνη

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Αλληλογραφία:

Ιωάννης Κ. Θανάσας
Συνοικισμός Αγίας Τριάδας 3
42100 Τρίκαλα
Τηλ.: 24310 29103 / 6944766469
E-mail: thanasag@hotmail.com

Υποβλήθηκε 24-3-13
Αναθεωρημένη έγινε δεκτή 24-9-13

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα λειομύωματα είναι τα συχνότερα καλοήθη νεοπλασμάτα της μήτρας. Είναι καλοήθεις όγκοι με καλή πρόγνωση, ενώ το ποσοστό κακοήθους εξαλλαγής δε φαίνεται να ξεπερνά το 0,2% των περιπτώσεων.¹ Αποτελούνται κυρίως από λείες μυϊκές ίνες διαπλεκόμενες με δεσμίδες συνδετικού ιστού, ανάλογα με τη περιεκτικότητα του οποίου ονομάζονται και λειομύωματα ή μυώματα.² Ανευρίσκονται περίπου στο 20% – 50% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας³ και ευθύνονται για το 60% περίπου των υστερεκτομών που γίνονται ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής.⁴ Εκτιμάται ότι λειομύωματα ανευρίσκονται υπερηχογραφικά στο 35% και 50% περίπου των λευκών και των μαύρων γυναικών, αντίστοιχα.⁵ Ανάλογα με την ανατομική τους θέση σε σχέση με το σώμα της μήτρας τα ινομυώματα διακρίνονται σε

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα ινομυώματα της μήτρας είναι αρκετά συχνά. Οι εντοπίσεις λειομυωμάτων σε θέσεις εκτός του σώματος της μήτρας αποτελούν σπάνιες νοσολογικές οντότητες. Το τραχηλικό ινομύωμα συχνότερα, και λιγότερο συχνά το ινομύωμα της ωοθήκης αποτελούν τις κύριες ασυνήθεις εντοπίσεις λειομυωμάτων στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας. Τα ινομυώματα του κόλπου και τα ινομυώματα του αιδοίου είναι εξαιρετικά σπάνια. Η διάγνωση αυτών των όγκων συνήθως δεν είναι εύκολη. Οι σύγχρονες απεικονιστικές εξετάσεις έχουν τον πρώτο ρόλο στη διαγνωστική διερεύνηση των παθήσεων αυτών. Η θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να εξατομικεύεται με βάση τη συμπτωματολογία, το μέγεθος του όγκου και την ηλικία της ασθενούς. Η χειρουργική επέμβαση φαίνεται να αποτελεί την καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή, καθόσον επιτρέπει ταυτόχρονα σε κάθε περίπτωση την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Στην παρούσα εργασία με βάση τα σύγχρονα δεδομένα επιχειρείται η σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση των τραχηλικών λειομυωμάτων, των ωοθηκικών λειομυωμάτων, των λειομυωμάτων του κόλπου και των λειομυωμάτων του αιδοίου, αναφορικά κυρίως με τη σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση. *Αχ Ιατρική 2015, 34:113-123.*

Λέξεις κλειδιά: Λειομύωμα κόλπου, λειομύωμα αιδοίου, τραχηλικό λειομύωμα, ωοθηκικό λειομύωμα

τρεις μεγάλες κατηγορίες: τοιχωματικά, υπορογόνια και υποβλεννογόνια. Σημαντική αύξηση του μεγέθους των υπορογόνιων και υποβλεννογόνιων ινομυωμάτων συνεπάγεται την εμφάνιση μισχωτών και τεχθέντων ινομυωμάτων της μήτρας, αντίστοιχα.⁶

Στο παρόν άρθρο με βάση τη συστηματική παράθεση και επεξεργασία των σύγχρονων βιβλιογραφικών αναφορών επιχειρείται μια σύντομη ανασκόπηση των τραχηλικών λειομυωμάτων, των ωοθηκικών λειομυωμάτων, των λειομυωμάτων του κόλπου και των λειομυωμάτων του αιδοίου, αναφορικά κυρίως με τη σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.

ΤΡΑΧΗΛΙΚΟ ΙΝΟΜΥΩΜΑ

Τραχηλικά ονομάζονται τα ινομυώματα που εντοπίζονται στον τράχηλο της μήτρας. Τα τραχηλικά

ινομύωματα μπορεί να είναι μονήρη ή πολλαπλά, πολύ μικρά ή ευμεγέθη. Τα ινομύωματα εντοπίζονται πολύ πιο σπάνια στον τράχηλο από ότι στο σώμα της μήτρας. Τα τραχηλικά ινομύωματα υπολογίζεται ότι αφορούν περίπου στο 0.6% του συνόλου των ινομυωμάτων της μήτρας,⁷ ενώ αναφορές από διάφορα κέντρα καταγράφουν τη συχνότητα εμφάνισης των τραχηλικών ινομυωμάτων έως και στο 10% του συνόλου των περιπτώσεων.⁸ Στην εγκυμοσύνη η συχνότητα εμφάνισης των τραχηλικών ινομυωμάτων είναι λιγότερο από 1%.⁹ Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις τραχηλικό ινομύωμα είναι δυνατόν να αναπτυχθεί μετά από υφολική υστερεκτομή.¹⁰

Η κλινική διάγνωση των τραχηλικών ινομυωμάτων της μήτρας δεν είναι πάντοτε εύκολη. Οι ασθενείς αυτές, όταν τα ινομύωματα είναι μικρά, συνήθως είναι ασυμπτωματικές και η διάγνωση τίθεται τυχαία. Η μητρορραγία ή η εμφάνιση πιεστικών συμπτωμάτων από τα παρακείμενα όργανα, όπως είναι η δυσπαρευνία ή τα πιεστικά συμπτώματα από την ουροδόχο κύστη και από το ορθό χαρακτηρίζουν την παρουσία τραχηλικών ινομυωμάτων μεγάλων διαστάσεων.¹¹ Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η συμβολή των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση των τραχηλικών ινομυωμάτων της μήτρας φαίνεται να είναι καθοριστική. Η ευρεία χρήση σήμερα της διακοιλιακής και της διακολπικής υπερηχογραφίας έχει συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση. Στην κλασική του υπερηχογραφική απεικόνιση (Εικόνα 1) το τραχηλικό



Εικόνα 1. Διακολπική υπερηχογραφική απεικόνιση τραχηλικού ινομυώματος (δική μας περίπτωση).

λειομύωμα αντιστοιχεί με μια υπερηχογενή, συμπαγή, διακριτή, καλά καθορισμένη μάζα με λεπτή υπόηχη περιφέρεια η οποία φαίνεται να εξορμάται από τον τράχηλο της μήτρας και, ανάλογα των διαστάσεων της μπορεί να καταλαμβάνει ολόκληρη την πύελο.¹² Αν και πολλές βιβλιογραφικές αναφορές έχουν δείξει ότι το διακολπικό υπερηχογράφημα, με εξαίρεση τις περιπτώσεις εκείνες που αφορούν σε μεγάλων διαστάσεων ενδοπυελικές μάζες, υπερτερεί έναντι της διακοιλιακής τεχνικής, αποτελώντας την πιο ακριβή και αξιόπιστη μέθοδο για την ανίχνευση παθολογικών ευρημάτων από το γεννητικό σύστημα, ωστόσο όμως πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η διαγνωστική ακρίβεια των υπερήχων μπορεί σήμερα να βελτιωθεί σημαντικά με τη χρήση της 3D υπερηχοτομογραφίας και της διακολπικής Power Doppler υπερηχογραφίας.¹³ Η αξονική τομογραφία (Εικόνα 2) και η μαγνητική τομογραφία στις περισσότερες περιπτώσεις επιβεβαιώνουν τα υπερηχογραφικά ευρήματα και είναι δυνατόν να βοηθήσουν στη δύσκολη διαφορική διάγνωση των τραχηλικών ινομυωμάτων από τους εξαρτηματικούς όγκους.^{14,15} Η ενδοφλέβια πυελογραφία βοηθάει στην απεικόνιση της μορφολογίας των νεφρών και της θέσης των ουρητήρων, η ορθή γνώση της οποίας σε συνδυασμό με την προεγχειρητική τοποθέτηση ου-



Εικόνα 2. CT απεικόνιση τραχηλικού ινομυώματος (δική μας περίπτωση).

ρητηρικών καθετήρων είναι δυνατόν να διασφαλίσει κατά το μέγιστο δυνατό την αποφυγή διεγχειρητικών κακώσεων από το ουροποιητικό σύστημα.¹⁶

Η καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση των τραχηλικών λειομωμάτων της μήτρας θα πρέπει να εξατομικεύεται με βάση τη συμπτωματολογία, τον αριθμό και το μέγεθος του όγκου. Επίσης, θα πρέπει να εξαρτάται και από την ηλικία της ασθενούς, τη γενικότερη κατάσταση της υγείας της, καθώς και από την επιθυμία της για τη διατήρηση της γονιμότητας, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1). Μικρά ασυμπτωματικά τραχηλικά ινομυώματα σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας που επιθυμούν την επίτευξη μελλοντικής εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν μόνο με περιοδική αξιολόγηση (κάθε έξι με δώδεκα μήνες) και απλή παρακολούθηση. Στην εγκυμοσύνη και κατά τη διάρκεια του τοκετού τα τραχηλικά ινομυώματα είναι δυνατόν να προκαλέσουν δυστοκία λόγω μηχανικής απόφραξης του πυελογεννητικού σωλήνα και να αποτελέσουν απόλυτη ένδειξη για καισαρική τομή. Ινομυώματα σχετικά μικρού μεγέθους είναι δυνατόν να αφαιρεθούν κατά τη διάρκεια εκτέλεσης της καισαρικής τομής.¹⁷

Η φαρμακευτική αγωγή στην οποία περιλαμβάνονται παλαιότεροι και νεότεροι φαρμακευτικοί παράγοντες, όπως είναι οι GnRh – αγωνιστές, οι GnRh – ανταγωνιστές, οι εκλεκτικοί τροποποιητές του

Πίνακας 1. Θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης των τραχηλικών ινομωμάτων της μήτρας.

- Αξιολόγηση
- Παρακολούθηση
- Προεγχειρητική προετοιμασία
 - GnRh – αγωνιστές,
 - GnRh – ανταγωνιστές
 - SERMs
 - SPRMs
 - συνθετικά στεροειδή
 - αναστολείς της αρωματάσης
- Εμβολισμός μητριάων αρτηριών
- Ινομωματαεκτομία
- Υστερεκτομία

οιστρογονικού υποδοχέα (Selective Estrogen Receptor Modulators – SERMs), οι εκλεκτικοί τροποποιητές του προγεστερονικού υποδοχέα (Selective Progesterone Receptor Modulators – SPRMs), τα συνθετικά στεροειδή με ανδρογόνο δράση και οι αναστολείς της αρωματάσης¹⁸⁻²⁰ έχει θέση στην προεγχειρητική προετοιμασία της ασθενούς και σε καμία περίπτωση δεν χορηγείται σαν μονοθεραπεία στην αντιμετώπιση των συμπτωματικών ινομωμάτων του γεννητικού συστήματος. Επίσης, στις σύγχρονες συντηρητικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση των τραχηλικών λειομωμάτων της μήτρας περιλαμβάνεται και ο εμβολισμός των μητριάων αρτηριών. Η απόφραξη των μητριάων αρτηριών με τον εκλεκτικό εμβολισμό τους στοχεύει στην υποστρόφη των ινομωμάτων λόγω της ισχαιμίας που προκαλείται τοπικά με αποτέλεσμα την ελάττωση του πόνου, των πιεστικών συμπτωμάτων και της αιμορραγίας.²¹

Η συνεχιζόμενη ανάπτυξη των σύγχρονων συντηρητικών θεραπευτικών μεθόδων, πολλές από τις οποίες έχουν τεκμηριωμένη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα και επιτρέπουν ταυτόχρονα και τη διατήρηση της μήτρας, δημιουργεί έντονο προβληματισμό και διχογνωμία μεταξύ των περισσότερων ερευνητών ως προς τις σύγχρονες ενδείξεις της χειρουργικής αντιμετώπισης των λειομωμάτων της μήτρας γενικότερα.²² Παρόλα αυτά όμως, η κλασική χειρουργική αντιμετώπιση των τραχηλικών ινομωμάτων συνίσταται στη χειρουργική εξαίρεση του όγκου με κοιλιακή ολική υστερεκτομή η οποία μπορεί να είναι ιδιαίτερα δυσχερής σε περιπτώσεις ινομωμάτων αυξημένου μεγέθους.²³ Παρόμοιες τεχνικές δυσκολίες εμφανίζει και η ινομωματαεκτομία τραχηλικού ινομώματος είτε αυτή γίνεται με κοιλιακή, είτε με κολπική, είτε με λαπαροσκοπική προσπέλαση.²⁴

Η πρόγνωση εξαρτάται κυρίως από το μέγεθος του όγκου. Η αιμορραγία που είναι δυνατόν να προκληθεί διεγχειρητικά κατά την προσπάθεια χειρουργικής εξαίρεσης τραχηλικού ινομώματος μεγάλων διαστάσεων, καθώς επίσης και οι διεγχειρητικές κακώσεις της ουροδόχου κύστης ή/και των ουρητήρων αποτελούν τις κύριες επιπλοκές της νόσου οι οποίες συνοδεύονται από σημαντικά αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας.^{25,26}

ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΩΟΘΗΚΗΣ

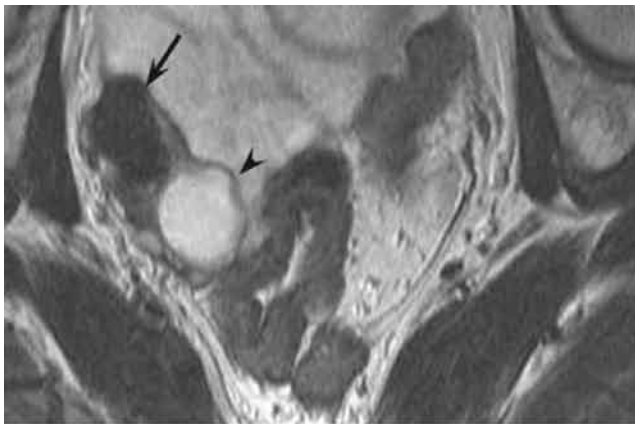
Ωοθηκικά ονομάζονται τα ινομυώματα που εντοπίζονται στις ωοθήκες. Τα ινομυώματα της ωοθήκης είναι σπάνιοι καλοήθεις όγκοι οι οποίοι εκτιμάται ότι αφορούν στο 0.5% – 1% του συνόλου των καλοηθών νεοπλασμάτων των ωοθηκών.²⁷ Λίγες περιπτώσεις ωοθηκικών λειομυωμάτων έχουν περιγραφεί μέχρι σήμερα στη διεθνή βιβλιογραφία.²⁸ Τα περισσότερα από τα ωοθηκικά λειομυώματα είναι όγκοι ετερόπλευροι, έχουν διάμετρο από λίγα χιλιοστά μέχρι μερικά εκατοστά και γενικά αφορούν σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.²⁹ Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα ωοθηκικά λειομυώματα ανακαλύπτονται τυχαία και ότι στο 80% περίπου των ασθενών αφορούν σε γυναίκες προεμμηνοπαυσιακής ηλικίας.^{30,31} Στην παιδική και την εφηβική ηλικία η αμφοτερόπλευρη εντόπιση της νόσου είναι πιο συχνή, ενώ σε ασθενείς άνω των 35 ετών δεν έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία αμφοτερόπλευρη εντόπιση ωοθηκικών λειομυωμάτων.³² Ο Doss και οι συνεργάτες του αναλύοντας τα αποτελέσματα παλαιότερης μελέτης τους που περιελάμβανε μια σειρά από 15 περιπτώσεις ωοθηκικών λειομυωμάτων διαπίστωσαν ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων (78%) τα λειομυώματα της ωοθήκης συνοδεύονται από λειομυώματα του σώματος της μήτρας.²⁷ Αντίθετα, το σύνδρομο του Meigs το οποίο αφορά στη συνύπαρξη ωοθηκικού λειομυώματος με ασκίτη και/ή πλευριτικό υγρό αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια νοσολογική οντότητα.³³

Η κλινική διάγνωση των ινομυωμάτων της ωοθήκης συνήθως δεν είναι εύκολη. Κλινικά οι περισσότεροι ασθενείς με λειομυώματα στη μία ή και στις δύο ωοθήκες είναι ασυμπτωματικοί και οι βλάβες ανακαλύπτονται τυχαία. Στις περιπτώσεις εκείνες που θα εκδηλωθούν συμπτώματα, αυτά συνήθως σχετίζονται με συμπτώματα παρουσίας εξαρτηματικής μάζας, τα οποία συνήθως συνοδεύονται από αίσθημα βάρους στην κοιλιακή χώρα ή από κοιλιακό άλγος. Τα ωοθηκικά ινομυώματα δεν συνοδεύονται από διαταραχές της εμμηνορρυσίας. Η απώλεια βάρους, ο ασκίτης και ο μετεωρισμός της κοιλίας, όταν συνοδεύονται από μεγάλους και γρήγορα αυξανόμενους ωοθηκικούς όγκους χρήζουν περαιτέρω διαγνωστικής διερεύνησης, προκειμένου να αποκλεισθεί η κακοήθεια από τις ωοθήκες. Σπάνια τέτοιοι όγκοι μπορούν να

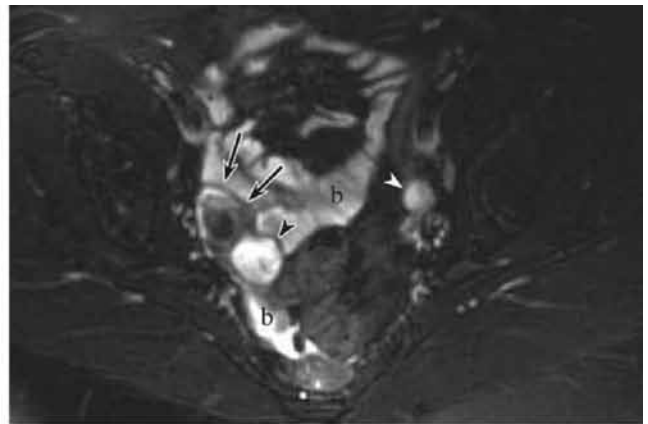
υποστούν συστροφή, αιμορραγία ή νέκρωση. Στις περισσότερες των περιπτώσεων τα ωοθηκικά λειομυώματα είναι ελεύθερα, κινητά, μη συμφυόμενα με τους παρακείμενους ιστούς, ενώ μερικές φορές είναι δυνατόν να προσκολληθούν με το επίπλου, το έντερο ή τη μήτρα.^{34,35}

Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η συμβολή των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση των ωοθηκικών λειομυωμάτων φαίνεται να είναι περισσότερο καθοριστική. Το διακοιλιακό και το διακολπικό υπερηχογράφημα έχουν καλά τεκμηριωθεί στις μέρες μας ως το καλύτερο διαγνωστικό μέσο για τις πυελικές οργανικές μάζες, αλλά στη διαγνωστική προσέγγιση των ωοθηκικών λειομυωμάτων συναντούν ιδιαίτερες δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση των ινομυωμάτων της ωοθήκης από άλλους ωοθηκικούς όγκους. Παρόμοια, η αξονική τομογραφία είναι δύσκολο να ξεχωρίσει το ωοθηκικό λειομύωμα από άλλες ωοθηκικές μάζες, ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που η ωοθηκική μάζα περιγράφεται σαν κακοήθεια.³⁶ Η μαγνητική τομογραφία είναι χρήσιμη για τη διάγνωση των ωοθηκικών λειομυωμάτων, τα οποία όπως και τα ινομυώματα του σώματος της μήτρας έχουν μέτριας έντασης σήμα σε T1 απεικονίσεις και χαμηλής έντασης σήμα σε T2 απεικονίσεις (Εικόνα 3).³⁷ Το ίνωμα της ωοθήκης αποτελεί την πιο σημαντική νοσολογική οντότητα που πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση των ωοθηκικών λειομυωμάτων.³⁸ Η πρωτοπαθής ωοθηκική μάζα πιστοποιείται είτε με την απουσία της ομόπλευρης ωοθήκης, είτε με την παρουσία μικρών ωοθυλακίων να περιβάλλουν τη μάζα, ευρήματα που επίσης όμως ανευρίσκονται και στο ίνωμα της ωοθήκης.³⁹ Ωστόσο, πολλές φορές τα φυσιολογικά ωοθυλάκια μπορεί να μην είναι ορατά, εφόσον αυτοί οι όγκοι σχετίζονται με μη φυσιολογικό ωοθηκικό ιστό, ενώ σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατή η απουσία του ωοθηκικού ιστού.⁴⁰

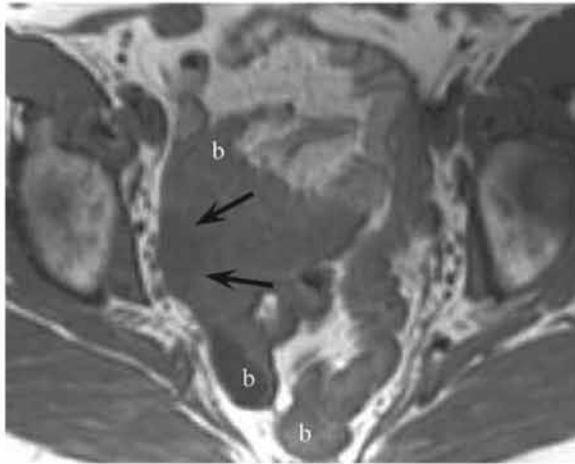
Η θεραπεία εκλογής των ωοθηκικών λειομυωμάτων είναι χειρουργική. Η εξαρτηματεκτομή με ή χωρίς την αφαίρεση της μήτρας, ανάλογα με την ηλικία της ασθενούς, τη γενική της κατάσταση και τη σύσταση του όγκου, φαίνεται να αποτελεί την καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Τα ωοθηκικά ινομυώματα είναι



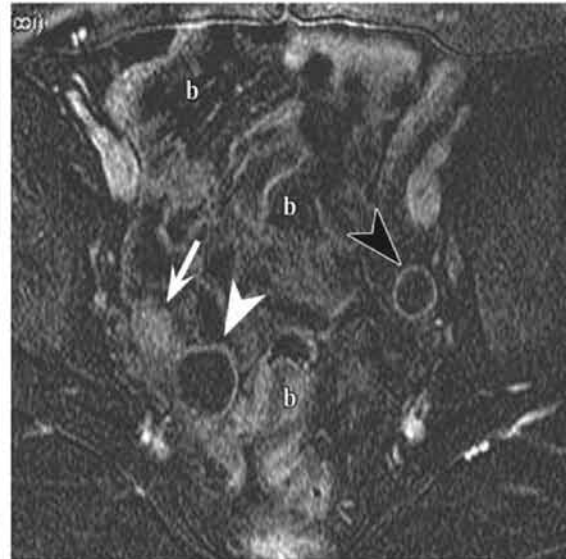
a.



b.



c.



d.



e.

Εικόνα 3. MRI απεικόνιση ωοθηκικού ινομώματος.³⁷

όγκοι ορμονικά εξαρτώμενοι και η ανάπτυξή τους σταματά μετά το τέλος της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας.^{41,42}

ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΚΟΛΠΟΥ

Στα ινομυώματα του κόλπου, όπως φαίνεται και στην παρακάτω εικόνα η εγκατάσταση του όγκου αφορά στο κοιλικό τοίχωμα. Το κοιλικό λειομύωμα συνήθως ξεκινάει από το εξωτερικό κοιλικό τοίχωμα, αλλά δεν σχετίζεται πάντα με τη συνύπαρξη λειομυμάτων από άλλες θέσεις του γεννητικού συστήματος, όπως είναι η μήτρα, ο τράχηλος, η ωθήκη και το αιδοίο.⁴³ Η συνηθέστερη εντόπιση των λειομυμάτων στον κόλπο είναι το πρόσθιο κοιλικό τοίχωμα και ακολουθούν τα πλάγια κοιλικά τοιχώματα.⁴⁴ Επίσης, λειομύματα είναι δυνατόν να εμφανισθούν και στο οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου.⁴⁵ Τα κοιλικά ινομυώματα είναι εξαιρετικά σπάνια. Περίπου 300 περιπτώσεις έχουν περιγραφεί μέχρι σήμερα στην παγκόσμια βιβλιογραφία.⁴⁶

Η διάγνωση του κοιλικού λειομύματος στηρίζεται στο ιστορικό, τα κλινικά ευρήματα και τον απεικονιστικό έλεγχο. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα λειομύματα του κόλπου είναι ασυμπτωματικά. Σε άλλες περιπτώσεις είναι δυνατόν να προκαλέσουν επίσχεση ούρων, δυσπαρευνία, οίδημα στην ουρογεννητική περιοχή συνοδευόμενο από πυώδη κοιλική έκκριση και άλλοτε άλλης έντασης κοιλιακό άλγος. Η παρουσία κοιλικού ινομυώματος στην εγκυμοσύνη είναι δυνατόν να προκαλέσει απόφραξη του πυελογεννητικού σωλήνα κατά τη διάρκεια του τοκετού, με αποτέλεσμα η καισαρική τομή να αποτελεί απόλυτη ένδειξη.⁴⁷ Με την κλινική εξέταση είναι δυνατόν να διαπιστωθεί η παρουσία πυελικής μάζας, αλλά δεν μπορεί να διευκρινισθεί η φύση της. Το υπερηχογράφημα ως πρώτου επιπέδου απεικόνιση μας δίνει σημαντικές πληροφορίες που αφορούν στη θέση του όγκου, στη δομή του, στο μέγεθός του και στη διαφορική διάγνωση των κυστικών από τους συμπαγείς όγκους. Στη βιβλιογραφία προτιμάται η διακολπική προσπέλαση,⁴⁸ αλλά η απεικόνιση ενδέχεται να μην είναι επαρκής για τις περιπτώσεις εκείνες που η μάζα εντοπίζεται στο άνω τριτημόριο του κόλπου. Σε αυτές τις περιπτώσεις καταλληλότερη ενδέχεται να είναι

η εκτέλεση διορθικού υπερηχογραφήματος, όπως φαίνεται και στην παρακάτω εικόνα (Εικόνα 4).⁴⁹ Η αξονική τομογραφία είναι δυνατόν να δώσει σημαντικές πληροφορίες για τη σύσταση του όγκου και τους χαρακτήρες κακοήθειας. Επιπλέον, η μαγνητική τομογραφία (Εικόνα 5) είναι σε θέση να εξασφαλίσει σημαντικά απεικονιστικά ευρήματα αναφορικά με τις δομές του οπίσθιου κοιλικού τοιχώματος μέχρι το οπίσθιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης και να συμβάλει έτσι αποτελεσματικά στην έγκαιρη και ακριβή προεγχειρητική διάγνωση, προκειμένου να επιτευχθεί ο καταλληλότερος σχεδιασμός θεραπευτικής προσέγγισης του κοιλικού ινομυώματος.⁴⁹

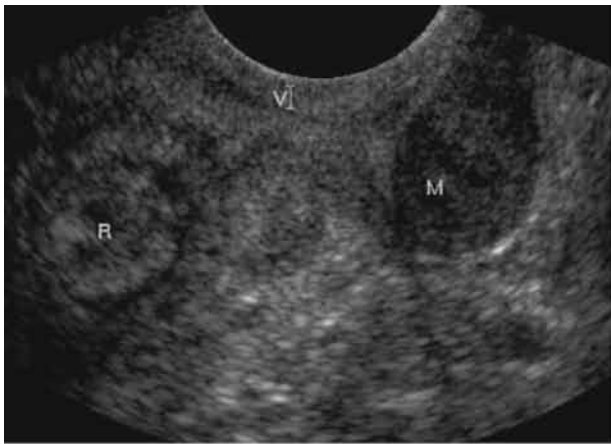
Η αντιμετώπιση των λειομυμάτων του κόλπου είναι κυρίως χειρουργική. Η χειρουργική επέμβαση



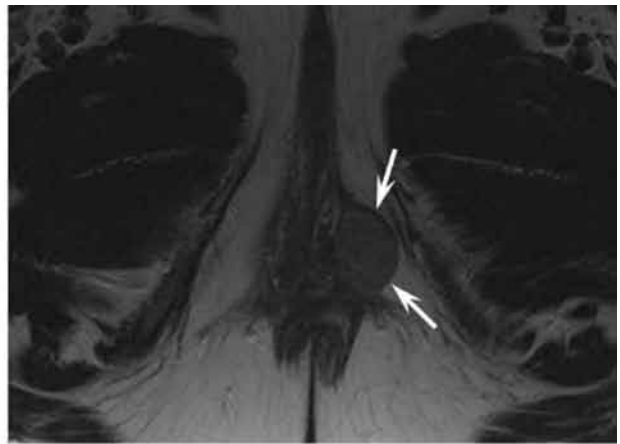
Εικόνα 4. Διορθική υπερηχογραφική απεικόνιση κοιλικού λειομύματος.⁴⁸



Εικόνα 5. MRI απεικόνιση κοιλικού ινομυώματος.⁴³



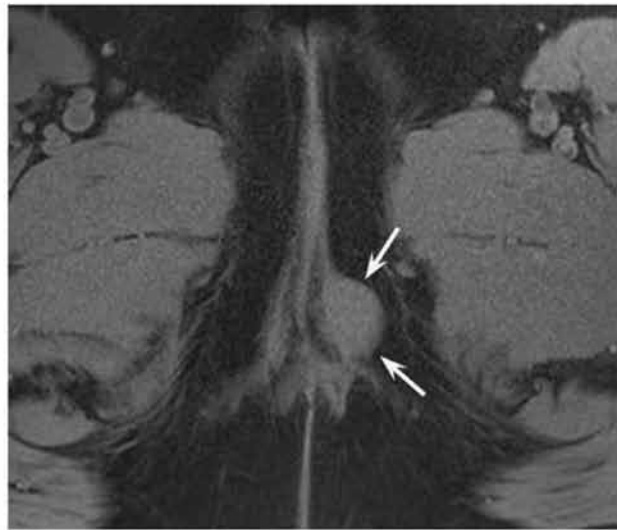
a.



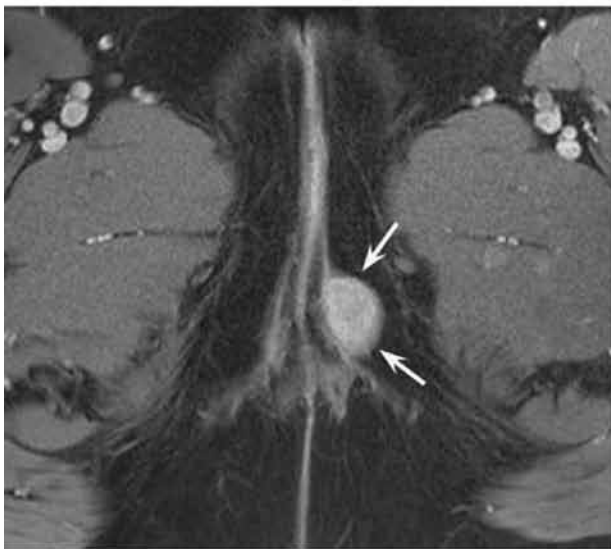
b.



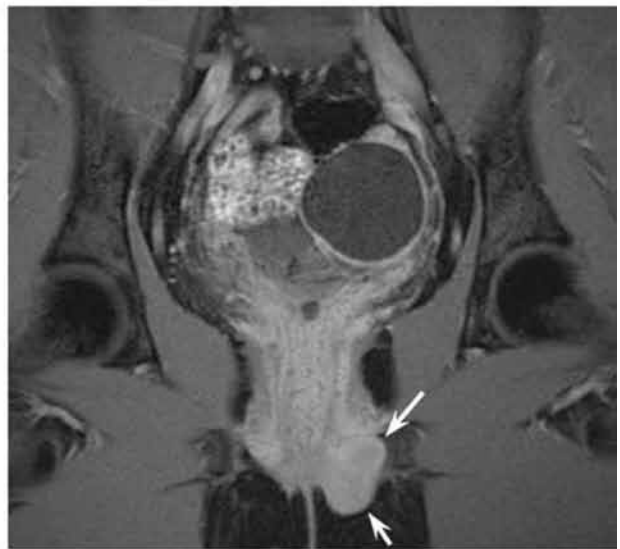
c.



d.



e.



f.

Εικόνα 6. MRI απεικόνιση λειομώματος του αιδοίου.³⁷

με κολπική προσπέλαση αποτελεί την καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή.⁵⁰ Στις περιπτώσεις εκείνες που η διάγνωση γίνεται προεγχειρητικά η χορήγηση GnRh – αγωνιστών μπορεί να μειώσει το μέγεθος του όγκου, προκειμένου η χειρουργική εξαίρεση της μάζας να καταστεί ευκολότερη και λιγότερο αιμορραγική.⁴⁴ Παρόμοια, ο εμβολισμός των αγγείων προεγχειρητικά συντελεί στην ομαλότερη έκβαση της χειρουργικής επέμβασης και τη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας.⁵¹

ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΑΙΔΟΙΟΥ

Στα ινομυώματα του αιδοίου η εντόπιση αφορά στην περιοχή του αιδοίου.⁵² Τα λειομυώματα του αιδοίου είναι σπάνια. Εκτιμάται ότι αφορούν στο 0.03% του συνόλου των γυναικολογικών νεοπλασμάτων.⁵³ Σύγχυση δεν θα πρέπει να δημιουργείται με άλλες παθήσεις της περιοχής, όπως είναι η κύστη του Bartholin αδένα, το ίνωμα, το λεμφαγγείωμα ή το σάρκωμα. Σπανιότερα, το λειομύωμα του αιδοίου χρήζει διαφορικής διάγνωσης από άλλους όγκους της περιοχής του αιδοίου, η εκδήλωση των οποίων είναι αποτέλεσμα λοίμωξης από τον ιό Epstein – Barr.⁵⁴

Η κλινική εξέταση και η μαγνητική τομογραφία (Εικόνα 6) συμβάλλουν στη διάγνωση της νόσου, η επιβεβαίωση όμως της οποίας απαιτεί την ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος. Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί κατά τους περισσότερους την προτιμότερη θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση των ινομυωμάτων του κόλπου.⁵⁵

REFERENCES

- Philip Thomason. Leiomyoma, Uterus (Fibroid). Emedicine article. Updated: May 6, 2008 <http://www.emedicine.medscape.com/article/405676-oreview>
- Hildreth CJ, Lynn C, Glass RM. Uterine Fibroids. JAMA 2009; 301:122.
- Lee DW, Gibson TB, Carls GS, Ozminkowski RJ, Wang S, Stewart EA. Uterine fibroid treatment patterns in a population of insured women. Fertl Steril 2009; 91:566-574.
- Merrill RM. Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005. Med Sci Monit 2008; 14:CR24-CR31.
- Voorhis BV. A 41-year-old woman with menorrhagia, anemia and fibroids: Review of treatment of uterine fibroids. JAMA 2009; 301:82-93.
- Θανασάς Ι, Κουμαντάκης Ε, Σηφάκης Σ. Η συμβολή της υπερηχογραφίας στην εκτίμηση του χρόνιου πυελικού άλγους. Υπερηχογραφία 2006; 3:73-91.
- Tiltman AJ. Leiomyomas of uterine cervix: a study of frequency. Int J Gynecol Pathol 1998; 17:231-234.
- Okamoto Y, Tanaka YO, Nishida M, Tsunoda H, Yoshikawa H, Itai Y. MR imaging of the uterine cervix: imaging – pathologic correlation. Radiographics 2003; 23:425-445.
- Straub HL, Chohan L, Kilpatrick CC. Cervical and prolapsed submucosal leiomyomas complicating pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2010; 65:583.
- Chu CM, Acholonu US Jr, Chang-Jackson SC, Nezhat FR. Leiomyoma recurrent at the cervical stump: report of two cases. J Minim Invasive Gynecol 2012; 19:131-133.
- Kshirsagar SN, Laddad MM. Unusual presentation of cervical fibroid: two case reports. IJGPS 2011; 3:38-39.
- Varras M, Hadjilira P, Polyzos D, Tsikini A, Akrivis C, Tsouroulas M. Clinical considerations and sonographic findings of a large nonpendunculated primary cervical leiomyoma complicated by heavy vaginal haemorrhage: a case report and review of the literature. Clin Exp Obstet Gynecol 2003; 30:144-146.
- Krampl E, Bourne T, Hurlen-Solbakken H, Istre O. Transvaginal ultrasonography, sonohysterography and operative hysteroscopy for the evaluation of abnormal uterine bleeding. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:616-622.
- Wilde S, Scott-Barrett S. Radiological appearances of uterine fibroids. Indian J Radiol Imaging 2009; 19:222-231.
- Kawano Y, Takai N, Shimano M, Nasu K, Miyakawa I. Magnetic resonance imaging findings in leiomyoma of the ovary: a case report. Arch Gynecol Obstet 2006; 273:298-300.
- Hyland MA, Lawson JT, O'Doherty A, Kennedy J, Biggart D. MRI findings in a rare cause of bladder outlet obstruction. Ulster Med J 1996; 65:81-83.
- Tian J, Hu W. Cervical leiomyomas in pregnancy: report of 17 cases. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2012; 52:258-261.
- Sankaran S, Manyonda IT. Medical management of fibroids. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2008; 22:655-676.
- Wu T, Chen X, Xie L. Selective estrogen receptor modulators (SERMs) for uterine leiomyomas. Cochrane Database Syst Rev 2007; (4):CD005287.
- Hilario SG, Bozzini N, Borsani R, Baracat EC. Ac-

- tion of aromatase inhibitor for treatment of uterine leiomyoma in perimenopausal patients. *Fertil Steril* 2009; 91:240-243.
21. Kim MD, Lee M, Jung DC, et al. Limited efficacy of uterine artery embolization for cervical leiomyomas. *J Vasc Interv Radiol* 2012; 23:236-240.
 22. Pron G. New uterine – preserving therapies raise questions about interdisciplinary management and the role of surgery for symptomatic fibroids. *Fertil Steril* 2006; 85:44-50.
 23. Garg R. Two uncommon presentations of cervical fibroids. *Case series* 2012; 5:36-38.
 24. Chang WC, Chen SY, Huang SC, Chang DY, Chou LY, Sheu BC. Strategy of cervical myomectomy under laparoscopy. *Fertil Steril* 2010; 94:2710-2715.
 25. Uzal FA, Puschner B. Cervical leiomyoma in an aged goat leading to massive hemorrhage and death. *Can Vet J* 2008; 49:177-179.
 26. Sharma JC, Talukdar R. Rapidly growing cervical fibroid. *IJGPS* 2012; 5:37-40.
 27. Doss BJ, Wanek SM, Jacques SM, Qureshi F, Ramirez NC, Lawrence WD. Ovarian leiomyomas: clinicopathologic features in fifteen cases. *Int J Gynecol Pathol* 1999; 18:63-68.
 28. Safaei A, Khanlari M, Azarpira N, Monabati A. Large ovarian leiomyoma in a postmenopausal woman. *Indian J Pathol Microbiol* 2011; 54:413-414.
 29. Wei C, Lilic N, Shorter N, Garrow E. Primary ovarian leiomyoma: a rare cause of ovarian tumor in adolescence. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008; 21:33-36.
 30. Lerwill MF, Sung R, Oliva E, Prat J, Young RH. Smooth muscle tumours of the ovary: A clinicopathologic study of 54 cases emphasizing prognostic criteria, histologic variants, and differential diagnosis. *Am J Surg Pathol* 2004; 8:1436-1451.
 31. Murakami M, Uehara H, Nishimura M, Iwasa T, Ikawa H. A huge ovarian smooth muscle tumour: A case report. *J Med Invest* 2010; 57:158-162.
 32. Lim SC, Jeon HJ. Bilateral primary ovarian leiomyoma in a young woman: case report and literature review. *Gynecol Oncol* 2004; 95:733-735.
 33. Kurai M, Shiozawa T, Noguchi H, Konishi I. Leiomyoma of the ovary presenting with Meigs' syndrome. *J Obstet Gynaecol Res* 2005; 31:257-262.
 34. Wellmann KF. Leiomyoma of the Ovary. *Can Med Assoc J* 1961; 85:429-432.
 35. Agrawal R, Kumar M, Agrawal L, Agarwal KK. A huge primary ovarian leiomyoma with degenerative changes-an unusual presentation. *J Clin Diagn Res* 2013; 7:1152-1154.
 36. Paladini D, Testa A, Van Holsbeke C, Mancari R, Timmerman D, Valentin L. Imaging in gynecological disease (5): clinical and ultrasound characteristics in fibroma and fibrothecoma of the ovary. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 34:188-195.
 37. Fasih N, Prasad Shanbhogue AK, Macdonald DB, et al. Leiomyomas beyond the uterus: unusual locations, rare manifestations. *Radiographics* 2008; 28:1931-1948.
 38. Tamada T, Sone T, Tanimoto D, et al. MRI appearance of primary giant ovarian leiomyoma in a hysterectomized woman. *Br J Radiol* 2006; 79:126-128.
 39. Siegelman ES, Outwater EK. Tissue characterization in the female pelvis by means of MR imaging. *Radiology* 1999; 212:5-18.
 40. Lim SC, Jeon HJ. Bilateral primary ovarian leiomyoma in a young woman: case report and literature review. *Gynecol Oncol* 2004; 95:733-735.
 41. Daniel Y, Lessing JB, Bar-Am A, Kupferminc MJ, Jossiphov J, Peyser MR. Treatment of bilateral multiple primary ovarian leiomyomas during pregnancy by way of conservative surgery: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 74:125-126.
 42. Seidman JD, Russell P, Kurman RJ. Surface epithelial tumors of the ovary. In: Kurman RJ, editor. *Blaustein's pathology of the female genital tract*. 5th ed. New York: Springer-Verlag; 2002; p. 791-904.
 43. Sim CH, Lee JH, Kwak JS, Song SH. Necrotizing ruptured vaginal leiomyoma mimicking a malignant neoplasm. *Obstet Gynecol Sci* 2014; 57:560-563.
 44. Theodoridis TD, Zepiridis L, Chatzigeorgiou KN, Papanikolaou A, Bontis JN. Vaginal wall fibroid. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 278:281-282.
 45. Gupta V, Arya P, Gupta V, Rawat DS. A rare case of vaginal fibroid presenting as ovarian tumor. *J Obstet Gynecol India* 2006; 56:537-538.
 46. Park SJ, Choi SJ, Han KH, Park KH, Chung H, Song GM. Leiomyoma of the vagina what caused cyclic retention. *Acta Obstetric Gynecologic* 2007; 86:102-110.
 47. Deepti Shrivastava, Sindhu Bhute, Anuradha Kakani, Vijaya Patil, Shubhda Jajjoo, Shikha Joshi. A rare case of vaginal leiomyoma diagnosed postoperatively. *J South Asian Federation Obstet Gynecol* 2011; 3:143-144.
 48. Torreggiani W, Zwirowich C, Lyburn I, et al. Translabial sonography of vaginal fibroids: report of two cases and review of the literature. *J Ultrasound Med* 2001; 20:909-913.
 49. Cramarossa P, Resta L, Scardapane A, et al. US and MR findings in primary vaginal leiomyoma: a case report. *Br J Med Res* 2013; 3:1499-1506.

50. Gowri R, Soundararaghvan S, Oumachigui A, Sistla SC, Iyengar KR. Leiomyoma of the vagina: an unusual presentation. *J Obstet Gynaecol Res* 2003; 29:395-398.
51. Bapuraj JR, Ojili V, Singh SK, Prasad GRV, Khandelwal N, Suri S. Preoperative embolization of a large vaginal leiomyoma: report of a case and review of literature. *Australian Radiology* 2006; 50:179-182.
52. Youssef A, Neji K, M'barki M, Ben Amara F, Malek M, Rezig H. Leiomyoma of the vulva. *Tunis Med* 2013; 91:78-80.
53. Isoda H, Kurokawa H, Kuroda M, et al. Fibroma of the vulva. *Comput Med Imaging Graph* 2002; 26:139-142.
54. Khunamornpong S, Sukpan K, Suprasert P, Shuangshoti S, Pintong J, Siriaunkgul S. Epstein-Barr virus – associated smooth muscle tumor presenting as a vulvar mass in an acquired immunodeficiency syndrome patient: a case report. *Int J Gynecol Cancer* 2007; 17:1333-1337.
55. Nielsen GP, Rosenberg AE, Koerner FC, Young RH, Scully RE. Smooth-muscle tumors of the vulva: a clinicopathological study of 25 cases and review of the literature. *Am J Surg Pathol* 1996; 20:779-793.

Ανασκόπηση
Review

***Η έγκαιρη διάγνωση καρκίνου πνεύμονα -
Νεότερα δεδομένα***

***The Timely Diagnosis of Lung Cancer:
Contemporary Data***

ABSTRACT

The Timely Diagnosis of Lung Cancer: Contemporary Data

Ioannis K Galariotis, Kalliopi Georgitsa-Galarioti

*The timely diagnosis, the chemo-protection with vitamin A, B and carotene, the adequate levels of vitamin D in the blood, constitute the modern modalities of endobronchial treatment that contribute to reducing mortality and increasing survival in patients with lung cancer. The regular follow up with chest radiography and cytological tests of sputum, which was tested for the timely diagnosis, had low results. The timely diagnosis is achieved by monitoring high risk individuals, with lung spiral computerized tomography, cytological tests of sputum and by examining the biological markers. Fluorescence bronchoscopy, endobronchial ultrasound and positron emission tomography increase survival and reduce mortality. **Ach Iatriki 2015; 34:124-129***

Key words: Lung cancer, timely diagnosis, treatment

Correspondence: Ioannis K Galariotis, 124 Kanakari Street, 262 21 Patras, Greece,
Tel.: +30 2610 271322, Fax: +30 2610 222161, e-mail: kgal@otenet.gr

Submitted 18-5-15, revision accepted 1-8-15

Ιωάννης Κ Γαλαριώτης,
Καλλιόπη Γεωργίτσα-Γαλαριώτη

Αλληλογραφία

Ιωάννης Κ Γαλαριώτης,
Κανακάρη 124, Πάτρα,
Τηλ.: +302610271322, Fax: +302610222161,
e-mail: kgal@otenet.gr

Υποβλήθηκε 18-5-15
Αναθεωρημένη έγινε δεκτή 1-8-15

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έγκαιρη διάγνωση, η χημειο-προφύλαξη με βιταμίνη Α, και Β, η καροτίνη, τα επαρκεί επίπεδα της βιταμίνης D στο αίμα και οι σύγχρονοι μέθοδοι ενδοβρογχικής θεραπείας περιορίζουν τη θνησιμότητα και αυξάνουν την επιβίωση από καρκίνο πνεύμονα. Ο περιοδικός έλεγχος με ακτινογραφία θώρακος και η κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων που δοκιμάστηκε για την έγκαιρη διάγνωση είχε πενιχρά αποτελέσματα. Η έγκαιρη διάγνωση επιτυγχάνεται σε άτομα υψηλού κινδύνου, με τη spiral computerized tomography του πνεύμονα, την κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων και την αναζήτηση βιολογικών δεικτών. Η φθορίζουσα βρογχοσκόπηση, ο ενδοβρογχικός υπέρηχος και η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (Positron emission tomography) αυξάνουν την επιβίωση και μειώνουν τη θνησιμότητα. *Αχ Ιατρική 2015, 34:124-129.*

Λέξεις κλειδιά: Βρογχικός καρκίνος, ενδοβρογχικός υπέρηχος, καρκίνος πνεύμονα, φθορίζουσα βρογχοσκόπηση, χημειο-προφύλαξη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος πνεύμονα αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις ανεπτυγμένες χώρες. Η πλειοψηφία των όγκων του πνεύμονα διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Η παρουσία συμπτωμάτων αποκαλύπτει προχωρημένο στάδιο. Το υψηλό ποσοστό θνητότητας έχει επιβάλλει τη διαφορετική προσέγγιση όπως είναι η πρόωπη ή έγκαιρη διάγνωση και η χημειο-προφύλαξη.¹

Α. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

1. Αποφυγή έκθεσης σε γνωστά καρκινογόνα περιβάλλοντος

- Χημικά - Κάπνισμα - Αμιάντος κ.λπ.
- Φυσικά, ιονίζουσα, μη ιονίζουσα ακτινοβολία.
- Βιολογικά ιοί.

2. Χημειο-προφύλαξη

Ορίζεται ως η χρήση ουσιών που αναστέλλουν ή αποτρέπουν την καρκινογένεση και έχει ως στόχο τη θεραπευτική παρεμβολή σε πρώιμα στάδια της καρκινογένεσης προτού εμφανισθεί διηθητικός

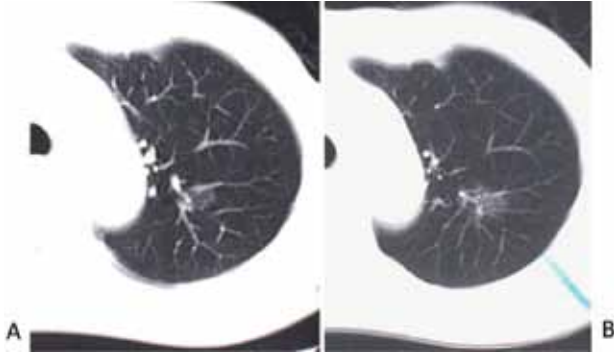
αδενοκαρκίνος. Η χημειο-προφύλαξη είναι μια νέα προσέγγιση στην αντιμετώπιση του καρκίνου.²

Γίνεται χρήση φυσικών και χημικών παραγόντων που έχουν ως σκοπό, την προφύλαξη, αποτροπή, ή την αναστροφή της καρκινογένεσης.

Στο αναπνευστικό το πεδίο καρκινογένεσης είναι το αναπνευστικό επιθήλιο όπου γίνεται μια σειρά από γενετικές βλάβες και μεταλλάξεις από καρκινικούς παράγοντας. Τα στάδια της καρκινογένεσης στο επιθήλιο είναι.

- α. Αντιδραστικές αλλαγές (υπερπλασία-μεταπλασία).
 - β. Χαμηλού βαθμού δυσπλασία HGD (Ηπια - Μέτρια).
 - γ. Υψηλού βαθμού δυσπλασία HGD, καρκίνος in situ.
 - δ. Καρκίνος.
 - ε. Επιθετικός-διηθητικός καρκίνος.³ Τα στάδια, υπερπλασία, μεταπλασία, χαμηλού βαθμού δυσπλασία θεωρούνται αναστρέψιμα. Στο στάδιο καρκίνος in situ εμφανίζονται διαταραχές γονιδίων και χρωμοσωμικές ανωμαλίες.
- Η διαδικασία ξεκινά στο επιθήλιο σταδιακά από ένα μεταλλαγμένο κύτταρο. Το καρκίνωμα (καρκίνος in situ) εντοπίζεται ενδο-επιθηλιακά χωρίς να έχει

διηθήσει σε εσωτερικά στρώματα. Μπορεί να μείνει στην κατάσταση αυτή για πολλά χρόνια και να μην αναπτυχθεί (Εικόνα 1 Α, Β) ποτέ.⁴



Εικόνα 1. (Α) Εικόνα θολής υάλου. (Β) Εικόνα θολής υάλου 5 χρόνια αργότερα, χωρίς καμία μεταβολή στο μέγεθος και στα ακτινολογικά χαρακτηριστικά.

3. Διατροφή πλούσια σε βιταμίνη Α, Β, D και Καροτίνη
4. Αποφυγή της Παχυσαρκίας
5. Περιορισμός αλκοόλ
6. Άθληση
7. Αποφυγή Ορμονοθεραπείας.

Β. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Διάγνωση και θεραπεία προ-νεοπλασματικής και προ-διηθητικής νόσου.

Γ. ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Σημαίνει πρόληψη από την ανάπτυξη δεύτερου πρωτοπαθούς καρκίνου πνεύμονα.

Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου πνεύμονα με περιοδική Ακτινογραφία θώρακος και με την κυτταρολογική εξέταση πτυέλων είχαν αμφίβολα αποτελέσματα.^{5,6}

Για διάγνωση του καρκίνου πριν εκδηλωθεί κλινικά έχουν δοκιμασθεί:

1. Απεικονιστικές μέθοδοι

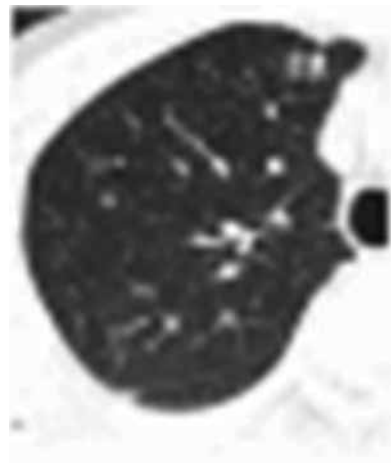
Α. Ακτινογραφία θώρακος

Η ανίχνευση μικρών όζων δεν είναι δυνατή.

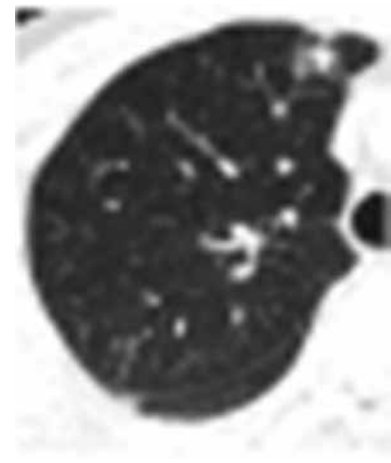
Β. Spiral CT Θώρακος.^{7,8}

Είναι απεικονιστική μέθοδος που χρησιμοποιείται διεθνώς και καθορίζει:

- α. Το μέγεθος του όγκου.
- β. Το περίγραμμα.
- γ. Την εντόπιση.
- δ. Τον ρυθμό ανάπτυξης (αξιόλογος δείκτης για τη φύση του όγκου).
- ε. Τις ασβεστώσεις.
- στ. Την παρουσία κοιλότητας.
- ζ. Το βρογχόγραμμα.
- η. Τη σύσταση του όγκου (Εικόνα 2, 3 θολής υάλου).



Εικόνα 2. Οζίδιο 10 mm με εικόνα. Θολής υάλου (GGO) στο δεξιό άνω λοβό.



Εικόνα 3. Ένα χρόνο μετά Οζίδιο 15mm με ανώμαλη σκιά.

θ. Την ύπαρξη λεμφαδένων ενδοθωρακικά ή εξωθωρακικά.

Γ. Αξονική τομογραφία πνεύμονα με έκχυση σκιαγραφικού παρέχει πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά

Παρέχει πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά ενός όζου. Ο βαθμός πρόληψης του σκιαγραφικού μέσου (μονάδες Hounsfield πάνω από 15 IU) είναι ένδειξη κακοήθειας. Ελέγχει την αγγειοβρίθεια του όζου πριν και μετά την έκχυση.⁹

Δ. PET/CT

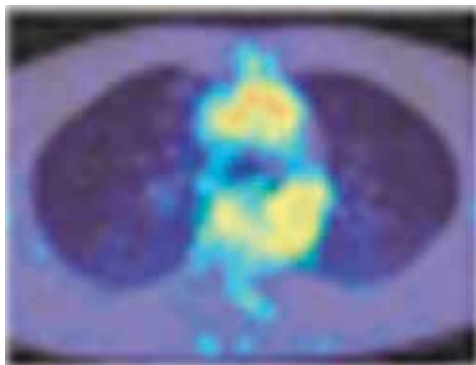
Είναι μια λειτουργική τομογραφική μέθοδος εκπομπής ποζιτρονίων. Ο καρκίνος του πνεύμονα προσλαμβάνει έντονα το ραδιοφάρμακο 18 F-FCD που χρησιμοποιείται στην απεικονιστική μέθοδο Positron emission tomography. Η μελέτη παρέχει πληροφορίες που αφορά τη μεταβολική δραστηριότητα ενός όγκου. Ο βαθμός πρόσληψης του ραδιοφαρμάκου από τον όγκο είναι ένας προγνωστικός παράγοντας.¹⁰

Χρησιμοποιείται σε ευρεία κλίμακα για την ανίχνευση ασυμπτωματικού καρκίνου πνεύμονα (Εικόνα 4, Εικόνα 5).

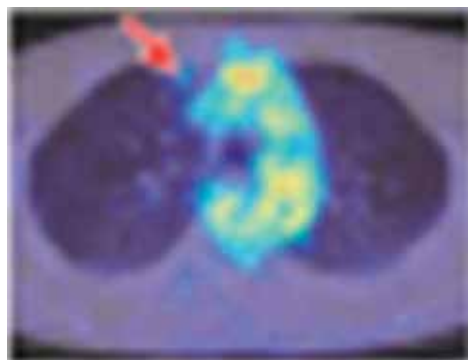
2. Κυτταρολογική εξέταση πτυέλων - Βιολογικοί δείκτες

Ο περιοδικός προσυμπτωματικός έλεγχος με κυτταρολογική εξέταση πτυέλων σε ασθενείς υψηλού κινδύνου συμβάλλει στη διάγνωση όχι όμως στην αύξηση επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα.

Νέοι μέθοδοι έχουν σχεδιασθεί όπως η ανοσοκυτταροχημεία που χρησιμοποιούν την αλυσιδωτή αντίδραση της πολυμεράσης προκειμένου να ανι-



Εικόνα 4. Καμιά πρόσληψη FDG σε οζίδιο 10mm.



Εικόνα 5. Χαμηλή πρόσληψη FDG SUV max 1,2 σε οζίδιο 15 mm ένα χρόνο μετά.

χνεύσουν μοριακές αλλαγές που έχουν σχέση με την καρκινογένεση.

Η ανίχνευση βιολογικών δεικτών της πνευμονικής καρκινογένεσης στα πτύελα ασθενών που είχαν αρνητική ή αμφίβολη κυτταρολογική εξέταση όπως:

- 1) Μεταλλάξεις στα γονίδια p53 και K-ras.
- 2) Υπερέκφραση πρωτεΐνης p53.
- 3) Υπέρ-μεθυλίωση του ογκοκατασταλτικού γονιδίου P16.
- 4) Απώλεια ετεροζυγωτίας για χρωμοσωμικές θέσεις που εντοπίζονται ογκοκατασταλτικά γονίδια.
- 5) Μεταλλάξεις στο μικροδορυφορικό DNA.
- 6) Πρωτεΐνη p31.

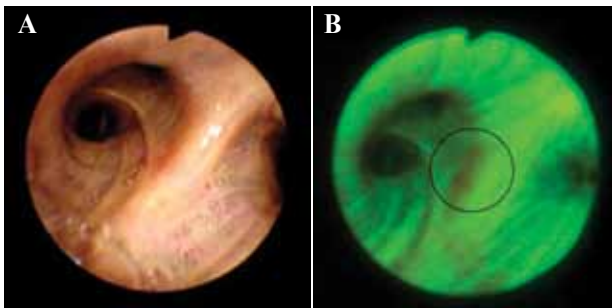
Οι δείκτες αυτοί βρίσκονται στα πτύελα πολλά χρόνια πριν την κλινική διάγνωση αποτελούν μοριακά γεγονότα που λαμβάνουν μέρος στην καρκινογένεση και μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμη μέθοδο πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου πνεύμονα. Οι απεικονιστικές τεχνικές έχουν απόδοση στα περιφερικά καρκινώματα ενώ οι τεχνικές ελέγχου των πτυέλων σε κεντρικά και για καλλίτερη ευαισθησία απαιτείται ο έλεγχος συνδυασμού μοριακών δεικτών στα πτύελα. Το κυτταρολογικό υλικό είναι άριστο μέσο για την εφαρμογή τεχνικών ανίχνευσης υπερέκφρασης και μεταλλαγών του EGFR. Επιτρέπει την ανίχνευση μεταλλάξεων του K-RAS. Παρέχει τη δυνατότητα μελέτης επιγενετικών αλλαγών.¹¹⁻¹³

3. Αυτό-φθορίζουσα βρογχοσκόπηση

Ο φθορισμός των ιστών διαφέρει μεταξύ τους, και διακρίνεται το φυσιολογικό από το παθολογικό. Ο αυτόφθορισμός βασίζεται στην ελαττωμένη φθορίζουσα

ακτινοβολία που εκπέμπουν οι προνεοπλασματικές περιοχές όταν προσπίπτει φως συγκεκριμένου μήκους κύματος.

Εντοπίζει βλάβες σε πρώιμο στάδιο, διακρίνει τα όρια της βλάβης η οποία είναι πολύ μικρή σε μέγεθος (1,5mm-8mm),^{14,15} έχει υψηλή ευαισθησία, αυξάνει το ποσοστό ευαισθησίας της κλασσικής βρογχοσκοπησης -άσπρο φως από 10,6-61,2% (Εικόνα 6 Α, Β).



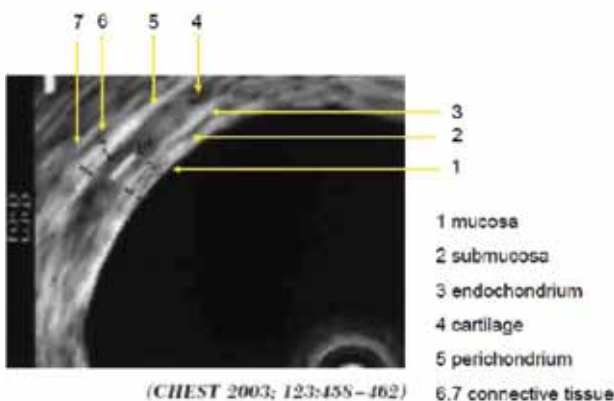
Εικόνα 6. Α. Εικόνα κοινής βρογχοσκοπησης (λευκό φως). **Β.** Η ίδια περιοχή της εικόνας Α, με αυτοφθορισμό ανιχνεύεται καρκίνωμα Situ.

4. Ενδοβρογχικός υπέρηχος (EBUS) (Εικόνα 7)

Το EBUS έχει ένδειξη:

- Για την ανίχνευση καρκίνου πρώιμου σταδίου
- Για την ακριβή εντόπιση του όγκου στο τραχειοβρογχικό δένδρο
- Για την ακριβή προσδιορισμό της θέσης της βλάβης
- Για την αναγνώριση των ορίων του όγκου.¹⁶

Υπερηχογραφικές στοιβάδες του βρογχικού τοιχώματος



Εικόνα 7. Υπερηχογραφικές στοιβάδες του βρογχικού τοιχώματος.

5. Γενετικό προφίλ

Ο καρκίνος πνεύμονα έχει σε ένα ποσοστό γενετική βάση δηλαδή βλάβες στο DNA. Η εξάπλωση των γενετικά test, η αποθήκευση τους σε μεγάλες βάσεις δεδομένων θα αποβούν χρήσιμα δια την έγκαιρη διάγνωση και μείωση της θνητότητας.

6. Πρότυπα υπολογισμού του κινδύνου ανάπτυξης Καρκίνου Πνεύμονα

Η αξιολόγηση ακτινο-μορφολογικών χαρακτηριστικών, μέγεθος, περιθώρια, περίγραμμα, εσωτερικά χαρακτηριστικά είναι χρήσιμα για τη διαφοροποίηση των κακοήθων και καλοήθων βλαβών για να αποτραπεί περαιτέρω δαπανηρή εκτίμηση.

Η εκτίμηση του ρυθμού ανάπτυξης ενός οζιδίου, το μέγεθος, η ηλικία του ασθενούς, η εντόπιση, το ιστορικό προηγούμενης κακοήθειας που παρουσιάζει συμπτώματα, το ιστορικό καπνίσματος, η αξονική τομογραφία θώρακος με σκιαγραφικό (τιμές άνω από 20 HU είναι ενδεικτικό κακοήθειας), η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων και η αξονική τομογραφία πνεύμονα με το ποσοστό θολής υάλου σε ένα οζίδιο είναι χρήσιμα στη διάγνωση και διαχείριση ενός οζιδίου. Η Bayesian ανάλυση αυτών των στοιχείων επιτρέπουν τον ακριβή προσδιορισμό της πιθανότητας της κακοήθειας.

ΑΤΟΜΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

1) Καπνιστές και πρώην καπνιστές

Αναφέρουν υπάρχει σαφής συσχέτιση της ποσότητας έκθεσης στο καπνό και εκφράζεται με τον δείκτη Pack Years (αριθμός τσιγάρων ημερησίως × αριθμός ετών καπνίσματος).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι ανάπτυξη του καρκίνου σχετίζεται περισσότερο με τον χρόνο καπνίσματος.

2) Περιβαλλοντική έκθεση

Οι κάτοικοι των πόλεων διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο από τους κατοίκους της επαρχίας.

3) Επαγγελματική έκθεση

Ο επαγγελματικός καρκίνος πνεύμονα εμφανίζεται συχνά σε νεώτερη ηλικία, δεν χρειάζεται συνεχή έκ-

θεση στο καρκινογόνο και δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη ιδιομορφία.

4) Γενετικοί παράγοντες

Οι γενετικοί παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου αποτελούν:

- Ο Πολυμορφισμός στα ένζυμα που παράγουν την καρκινογένεση.
- Γενετική βλάβη στα γονίδια που επιδιορθώνουν το DNA.
- Διαταραχή στο γονίδιο καταστολής p53.

5) Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)

Ο ασθενής που πάσχει από ΧΑΠ λόγω του τσιγάρου διατρέχει πενταπλάσιο κίνδυνο να εκδηλώσει καρκίνο πνεύμονα.

6) Χρήση αλκοόλ

Το αλκοόλ είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Ο συνδυασμός τσιγάρου και αλκοόλ πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου πνεύμονα.

7) Οικογενειακό ιστορικό

Πολλοί οι παράγοντες: Κάπνισμα, καρκινογόνα στον οικιακό χώρο, κληρονομικότητα.

8) Άτομα που έχουν χειρουργηθεί από καρκίνο πνεύμονα

9) Τα χαμηλά επίπεδα της βιταμίνης D3 στο αίμα¹⁷

Η πρόωμη διάγνωση του καρκίνου πνεύμονα και οι σύγχρονοι μέθοδοι ενδοβρογχικής θεραπείας (φωτοδυναμική PDT, ηλεκτροκαυτηριασμός Laser, κρυοθεραπεία), η χημειοπροφύλαξη και τα επαρκή επίπεδα της βιταμίνης D3 θα μειώσουν τη θνησιμότητα και θα αυξήσουν την επιβίωση.

REFERENCES

1. Καλομενίδης Ι. Προ-συμπτωματικός έλεγχος των ασθενών υψηλού κινδύνου για βρογχογενή καρκίνο. Πνεύμων 2000; 13:196-208.
2. Κωταντούλα Γ, Winterhalder RC. Χημειοπροφύλαξη στο καρκίνο πνεύμονα. Πνεύμων 2003; 16:189-198.
3. Weinberg PA. How cancer arises. Scientific American. September 1996; pp. 67-70.
4. Yatabe Y, Borczuk AC, Powell CA. Do all lung adenocarcinoma follow a stepwise progression Lung Cancer 2011; 74:7-11.
5. Fontana RS, Sanderson DR, Taylor WF, et al. Early lung cancer detection. Results of the initial radiological and cytologic screening in the Mayo clinic study. Am Rev Resp Dis 1984; 130:549-554.
6. Flehinger BJ, Melamed MR, Zaman MB, Heelan RT, Perchick WB, Martini N. Early lung cancer detection Memorial Sloane-Ketering study. Am Rev Resp Dis 1984; 130:555-560.
7. Kaneko M, Eguchi K, Ohmatsu H, et al. Peripheral lung cancer screening and detection with low-dose spiral CT versus radiology 1996; 201:798-802.
8. Sone S, Takashima S, Li F Yang Honda T, et al. Mass screening for lung cancer with mobile spiral CT. Lancet 1998; 351:1242-1245.
9. Kaneko M, Eguchi K, Ohmatsu H, et al. Lung nodule enhancement at CT multicenter study. Radiology 2000; 214:73-80.
10. Sakata I, Ozeki Y, Tamura K, Ishida J, Aida S, Abe Y. A case of early lung cancer screening with positron emission tomography. Oncol Lett 2012; 3:297-299.
11. Hirsch FR, Franklin WA, Gazdar AF, Bunn PA Jr. Early detection of lung cancer. Clinical perspectives of recent advances in biology and radiology, Clin Cancer Res 2001; 7:5-22.
12. da Cunha Santos G, Saieg MA, Geddie W, Leigh N. EGFR gene status in cytological samples of nonsmall-cell lung carcinoma: Controversies and opportunities. Cancer Cytopathol 2011; 119:80-91.
13. da Cunha Santos G, Liu N, Tsao MS, Kamel-Reid S, Chin K, Geddie WR. Detection of EGFR and KRAS mutations in FNA aspirates stored on Whatman FTA cards is the tool for biobanking cytological samples in the molecular era. Cancer Cytopathol 2010; 118:450-456.
14. Πασσαλίδου Ε. Πρόωμη διάγνωση καρκίνου πνεύμονα με την φθορίζουσα βρογχοσκόπηση Πνεύμων 2002; 15:247-249.
15. Woolner LB. Pathology of cancer detected cytologically. In: Atlas of early lung cancer, National Cancer Inst. Coop. ELCG. Tokyo Igaku-Shoin, pp. 107-213.
16. Herth F, Ernst A, Schulz M, Becker H. Endobronchial ultrasound reliably differentiates between airway infiltration and compression by tumor. Chest 2003; 123:458-462.
17. Meng H, Chen G, Zhang X, et al. Stromal LRP1 in lung adenocarcinoma predicts clinical outcome. Clin Cancer Res 2011; 17:2426-2433.

Ενδιαφέρουσα Περίπτωση
Interesting Case

Οξεία Ηωσινοφιλική Μυοκαρδίτιδα μιμούμενη Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου

Acute Eosinophilic Myocarditis Mimicking Acute Myocardial Infarction

ABSTRACT

Acute Eosinophilic Myocarditis Mimicking Acute Myocardial Infarction

Eustathios Koulouris, Eleutherios Papavasiliou, Ioannis Vogiatzis

Department of Cardiology, General Hospital of Veroia, Greece

*The clinical manifestations of acute myocarditis range from an asymptomatic condition to progressive cardiac dysfunction or sudden unexpected death. Myocarditis can mimic acute myocardial infarction (AMI) with chest pain, electrocardiographic abnormalities, serum creatinine kinase elevation, and hemodynamic instability. Eosinophilic myocarditis (EM) is a rare form of myocarditis. It is characterized pathologically by diffuse or focal myocardial inflammation with eosinophilic infiltration, often in association with peripheral blood eosinophilia. We report a case of eosinophilic myocarditis mimicking acute myocardial infarction. A 25-year-old male with a history of allergic bronchial asthma, presented to the emergency department of our hospital with chest pain and dyspnoea. Evaluations revealed that he had peripheral blood eosinophilia and elevated CKMB enzyme. Electrocardiographic findings were specific of acute myocardial infarction with Q waves at the II, III, aVf leads with negative T waves at the former leads and poor progression of R wave at the V1-V3 leads and negative T waves at the V4, V6 leads. His electrocardiographic findings, elevated cardiac enzyme, CKMB and positive qualitative Troponin T blood test, pointed to a ST-elevated myocardial infarction. Echocardiogram showed a very good left ventricular systolic function (E.F. =65%). Coronary angiogram showed nonobstructive coronary artery disease. This was not followed by an endomyocardial biopsy. But, the early initiation of steroid therapy resulted in the patient's substantial clinical improvement and survival. Eosinophilic myocarditis (EM) can present like an acute myocardial infarction and should be considered in the differential diagnosis of acute coronary syndrome in patients with a history of allergy, asthma or acute reduction of the left ventricular function with or without peripheral eosinophilia. Early diagnosis of eosinophilic myocarditis and its treatment with steroid agents in some patients can lead to a favourable outcome. *Ach Iatriki* 2015; 34:130-136*

Key Words: Acute eosinophilic myocarditis, myocarditis, myocardial Infarction

Correspondence: Ioannis Vogiatzis, 3a Stougiannaki str, Panorama, 552 36 Thessaloniki, Greece
Tel.: +30 2310 345709 / 6944 276230, e-mail: ivogia@hotmail.gr

Submitted 6-8-15, revision accepted 25-9-15

**Ευστάθιος Κουλούρης,
Ελευθέριος Παπαβασιλείου,
Ιωάννης Βογιατζής**

Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Βέροιας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κλινικές εκδηλώσεις της οξείας μυοκαρδίτιδας ενδέχεται να ποικίλλουν: από μία ασυμπτωματική πάθηση μέχρι μία προοδευτική καρδιακή δυσλειτουργία ή ένα ξαφνικό, απροσδόκητο θάνατο. Η μυοκαρδίτιδα μπορεί να μιμηθεί το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) παρουσιάζοντας πόνο στο στήθος, ηλεκτροκαρδιογραφικές ανωμαλίες, αυξημένα επίπεδα της κρεατινικής κινάσης του ορού, και αιμοδυναμική αστάθεια. Η ηωσινοφιλική μυοκαρδίτιδα (ΗΜ) είναι μια σπάνια μορφή μυοκαρδίτιδας. Χαρακτηρίζεται, παθολογοανατομικά, από διάχυτη ή εστιακή φλεγμονή του μυοκαρδίου με ηωσινοφιλική διήθηση, συχνά σε συνδυασμό με περιφερική ηωσινοφιλία στο αίμα. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση ηωσινοφιλικής μυοκαρδίτιδας μιμούμενη το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ένας, 25 ετών άνδρας, με ιστορικό αλλεργικού βρογχικού άσθματος, παρουσιάστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας με πόνο στο στήθος και δύσπνοια. Οι εργαστηριακές εξετάσεις αποκάλυψαν περιφερική ηωσινοφιλία στο αίμα και αυξημένη ενζυμική CKMB. Τα ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα ήταν ειδικά για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με κύματα Q και αρνητικά κύματα T στις II, III, aVF απαγωγές των άκρων παράλληλα με κακή εξέλιξη του κύματος R στις V₁-V₃ απαγωγές και αρνητικά κύματα T στις V₄, V₆ απαγωγές. Τα ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα, η αύξηση των μυοκαρδιακών ενζύμων, CKMB και η θετική ποιοτική εξέταση αίματος της τροπονίνης T, αποτέλεσαν ισχυρά ενδεικτικά σημεία για έμφραγμα του μυοκαρδίου με αυξημένο ST διάστημα. Το υπερηχοκαρδιογράφημα έδειξε μια πολύ καλή συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας (E.F.=65%). Η στεφανιαία αγγειογραφία δεν κατέδειξε αποφρακτική νόσο των στεφανιαίων αρτηριών. Ωστόσο, αυτό το πόρισμα δεν ακολουθήθηκε από μία ενδομυοκαρδιακή βιοψία. Όμως, η πρόωμη έναρξη της θεραπείας με στεροειδή οδήγησε σε ουσιαστική κλινική βελτίωση και επιβίωση του ασθενούς. Η Ηωσινοφιλική μυοκαρδίτιδα (ΗΜ) μπορεί να παρουσιαστεί σαν ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου σε ασθενείς με ιστορικό αλλεργίας, άσθματος ή οξεία μείωση της λειτουργίας της αριστερής κοιλίας με ή χωρίς περιφερική ηωσινοφιλία. Η έγκαιρη διάγνωση της ηωσινοφιλικής μυοκαρδίτιδας και της θεραπείας της με στεροειδείς παράγοντες σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να οδηγήσει σε ένα ευνοϊκό αποτέλεσμα. *Αχ Ιατρική 2015, 34:130-136.*

Λέξεις κλειδιά: Μυοκαρδίτιδα, οξεία ηωσινοφιλική μυοκαρδίτιδα, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου

Αλληλογραφία
Ιωάννης Βογιατζής
Στουγιαννάκη 3^ο, Πανόραμα
552 36 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310345709 / 6944276230
e-mail: ivogja@hotmail.gr

Υποβλήθηκε 6-8-15
Αναθεωρημένη έγινε δεκτή 25-9-15

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Loffler ήταν ο πρώτος που ανέφερε τη σχέση μεταξύ της ηωσινοφιλίας και της καρδιακής νόσου σε μία παρατήρηση που έκανε μεταξύ της ενδοκαρδίτιδας *parietalis fibroplastica* με συνοδό περιφερική ηωσινοφιλία¹. Ανεξάρτητα από το γεγονός ότι η ηωσινοφιλική μυοκαρδίτιδα, έχει περιγραφεί καλώς, λόγω της μη ειδικής της κλινικής παρουσίασης και της ταχείας θανατηφόρας πορείας της, οι περισσότερες περιπτώσεις συνήθως διαγιγνώσκονται στη νεκροψία. Η ενδομυοκαρδιακή βιοψία παραμένει το χρυσό πρότυπο της διάγνωσης και ο θεραπευτικός οδηγός σε αυτές τις περιπτώσεις²⁻⁴.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ανδρας 25 ετών, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, αιτιώμενος μη αντανακλώμενο άλγος στο στήθος, δύσπνοια και συνοδό προοδευτική κόπωση από δεκαπενθημέρου. Το άλγος ήταν διάχυτο και εντοπισμένο στον θώρακα. Διαρκούσε για λίγα λεπτά μετά από σωματική άσκηση και συνοδευόταν από δύσπνοια. Η φυσική δραστηριότητα χειροτέρευε τη δύσπνοια και το άλγος στο στήθος.

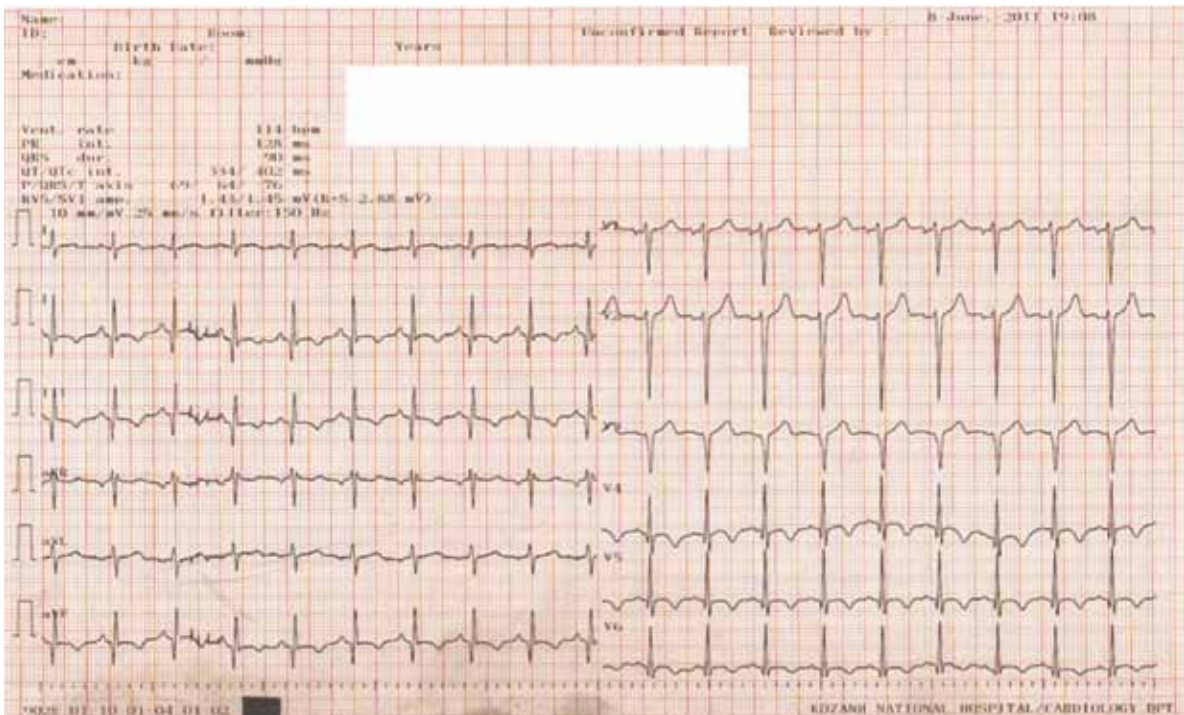
Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς κατεδείκνυε ένα μακροχρόνια αλλεργικό βρογχικό άσθμα. Αρνήθηκε οποιαδήποτε χρήση κοκαΐνης. Δεν είχε καπνίσει ποτέ και ούτε έπινε αλκοόλ. Δύο μήνες πριν από την τρέχουσα παρουσίαση, ο ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο για επτά ημέρες λόγω πνευμονίας.

Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μας, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης ήταν φυσιολογική, 115/70 mmHg, των καρδιακών παλμών ήταν 114 παλμούς ανά λεπτό παρουσιάζοντας φλεβοκομβική ταχυκαρδία, ενώ ο ασθενής βρισκόταν σε κατάσταση ηρεμίας. Η θερμοκρασία του ασθενούς ήταν 36,2°C. Η ακρόαση των πνευμονικών πεδίων αποκάλυψε ήπιο εκπνευστικό συριγμό και μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα στις βάσεις των πνευμόνων αμφοτερόπλευρα. Η ακρόαση της καρδιάς αποκάλυψε μια φυσιολογική καρδιά χωρίς φύσημα, ή καλπαστικό ήχο. Η διάγνωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου, με ανάσπαση του ST διαστήματος, θεωρήθηκε βάσιμη αρχικά, σύμφωνα με το ηλεκτροκαρδιογράφημά του, το οποίο έδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με, δεξιά απόκλιση του άξονα,

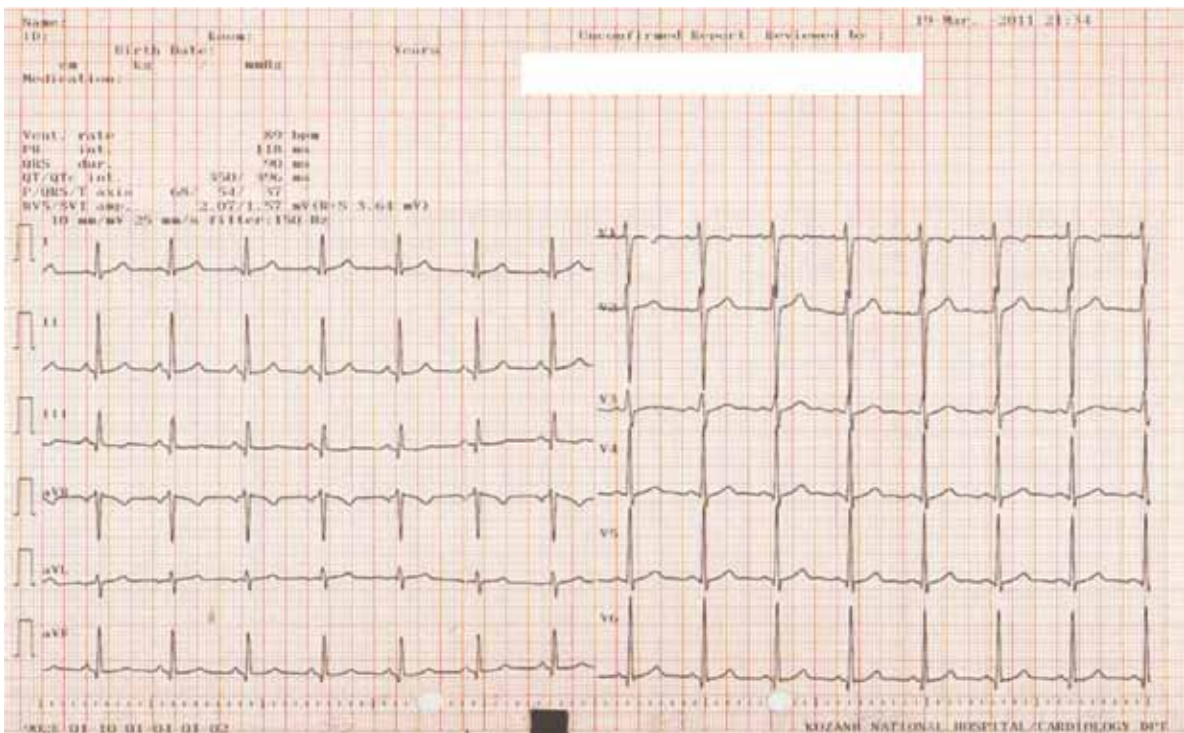
κύματα Q και αρνητικά κύματα T στις II, III, aVF απαγωγές των άκρων παράλληλα με κακή εξέλιξη του κύματος R στις V₁-V₃ απαγωγές και αρνητικά κύματα T στις V₄, V₆ απαγωγές (Εικόνα 1). Παράλληλα παρατηρήθηκε κινητοποίηση και αύξηση των μυοκαρδιακών ενζύμων. Σε αντίθεση, με ένα φυσιολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) που είχε ο ασθενής, όταν νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο για πνευμονία, δύο μήνες πριν (Εικόνα 2).

Η ακτινογραφία θώρακος ήταν φυσιολογική με υπεζωκοτική συλλογή στην αριστερή πλευροδιαφραγματική γωνία (Εικόνα 3). Οι εργαστηριακές εξετάσεις αίματος έδειξαν W.B.C. 14,97 K/ul (φυσιολογικό εύρος: 4,2 έως 11,0), με απόλυτο αριθμό ηωσινόφιλων 6,16 K/ul (41,1%) (ανώτερο φυσιολογικό όριο = 0,4 K/ul, 1-6%), ταχύτητα καθίζησης (ΤΚΕ) 44 mm/hr (φυσιολογικό εύρος: 15-20), και CPK 96 IU/L (φυσιολογική <190), CKMB 34 IU/L (φυσιολογική <24), D-διμερή 430 ng/ml (φυσιολογικά <255 ng/ml), CRP 1,4 mg/dl (φυσιολογική <0,5 mg/dl). Οι ηλεκτρολύτες, η ολική χοληστερόλη, η HDL, η LDL, τα τριγλυκερίδια και το ουρικό οξύ ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Η ποιοτική εξέταση της τροπονίνη T στο αίμα ήταν θετική (+). Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα (ΤΤΕ) (Εικόνα 4), κατέδειξε πολύ καλή λειτουργικότητα και συσταλτικότητα της αριστερής κοιλίας με κλάσμα εξώθησης (ΚΕΑΚ) 65% χωρίς ένδειξη υποκινησίας στα διάφορα τοιχώματα της αριστερής κοιλίας. Η τελοδιαστολική διάμετρος της αριστερής κοιλίας ήταν 52,7 mm. Η δεξιά κοιλία ήταν φυσιολογική σε μέγεθος και με καλή συστολική λειτουργία. Επίσης, η διάμετρος του δεξιού και αριστερού κόλπου ήταν φυσιολογική. Η μιτροειδής βαλβίδα ήταν φυσιολογική χωρίς παλινδρόμηση (επίσης, E>A και με TDI E>A). Επιπλέον, η αορτική βαλβίδα ήταν φυσιολογική, τρίπτυχη, χωρίς πίδακα παλινδρόμησης. Η τριγλώχινα βαλβίδα παρουσίαζε ήπια παλινδρόμηση αίματος. Το περικάρδιο ήταν «ελεύθερο» από περικαρδιακό υγρό.

Η αρχική φαρμακευτική αγωγή στον ασθενή περιλάμβανε: κλοπιδογρέλη 75mg, 40mg στατίνη και βήτα-αναστολείς. Ο ασθενής ανέφερε ότι ήταν αλλεργικός στην ασπιρίνη και ως εκ τούτου, δεν έγινε προσθήκη 100mg ακετυλοσαλικυλικού οξέος. Επίσης, έγινε προγραμματισμός για στεφανιογραφία. Κατά τη



Εικόνα 1. Ηλεκτροκαρδιογράφημα που παρουσιάζει φλεβοκομβική ταχυκαρδία, δεξιά απόκλιση του άξονα και πιθανό οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

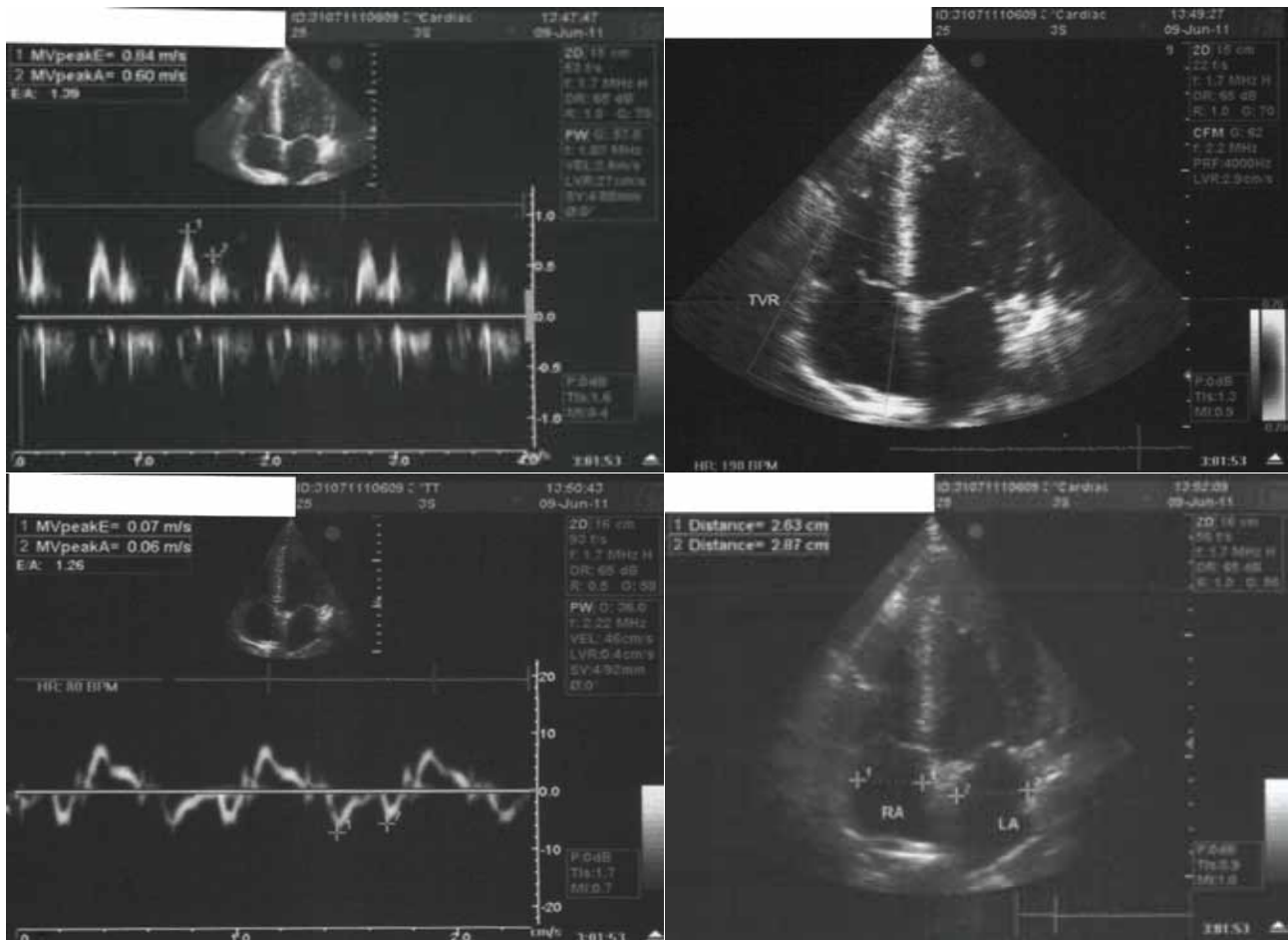


Εικόνα 2. Φυσιολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα που δείχνει φλεβοκομβικό ρυθμό, δεξιά απόκλιση του άξονα, με μη-ισχαιμικές ηλεκτροκαρδιογραφικές ανωμαλίες.



Εικόνα 3. Ακτινογραφία θώρακος με υπεζωκοτική συλλογή στην αριστερή πλευροδιαφραγματική γωνία.

δεύτερη ημέρα της νοσηλείας, προσθέσαμε ενδοφλέβια πρεδνιζολόνη ημερησίως 75mg (amp πρεδνιζολόνη 25mg S:1x3), επειδή σκεφτήκαμε ως διαφορική διάγνωση, την Ηωσινοφιλική Μυοκαρδίτιδα. Ο ασθενής ανταποκρίθηκε καλά στη θεραπεία και το άλγος στο στήθος και η δύσπνοια του, παρουσίασαν ύφεση. Επίσης, η περιφερική ηωσινοφιλία στο αίμα του υφέθηκε μετά την πρώτη ημέρα με την ενδοφλέβια θεραπεία με πρεδνιζολόνη. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο και πραγματοποιήθηκε στεφανιαία αγγειογραφία. Το αποτέλεσμα της στεφανιαίας αγγειογραφίας αποκάλυψε *ΜΗ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ* νόσος στις στεφανιαίες αρτηρίες. Μετά τη θεραπεία μίας εβδομάδας με υψηλές δόσεις per os δισκίων πρεδνιζολόνης (ο ασθενής έλαβε την εντολή να παίρνει 70mg πρεδνιζολόνης



Εικόνα 4. Φυσιολογικό διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα (ΤΤΕ), με πολύ καλή λειτουργικότητα και συσταλτικότητα της αριστερής κοιλίας, με κλάσμα εξώθησης (L.V.E.F.) 65% και χωρίς σημεία υποκινητικότητας στα διάφορα τοιχώματα της αριστερής κοιλίας.

ημερησίως), τα συμπτώματα του ασθενούς συνέχιζαν να βελτιώνονται και αργότερα υποχώρησαν τελείως. Δυστυχώς, ενδομυοκαρδιακή βιοψία δεν πραγματοποιήθηκε στον ασθενή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα κλινικά χαρακτηριστικά που υποδεικνύουν έντονα Ηωσινοφιλική Μυοκαρδίτιδα στον ασθενή μας είναι: η νεαρή ηλικία, η έλλειψη των παραγόντων κινδύνου και οι φυσιολογικές στεφανιαίες αρτηρίες. Επιπρόσθετες υποστηρικτικές αποδείξεις για ηωσινοφιλική μυοκαρδίτιδα περιλαμβάνουν την απουσία οποιασδήποτε τμηματικής ανωμαλίας της κίνησης των τοιχωμάτων στο υπερηχοκαρδιογράφημα και τη μη φυσιολογική αύξηση του απόλυτου αριθμού των ηωσινοφίλων στην εργαστηριακή εξέταση. Το πιο σημαντικό είναι το γεγονός του θετικού τεστ Troponin T από τις αιματολογικές εξετάσεις, το οποίο, σε απουσία του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου ή οξείας ισχαιμίας, έχει πρόσφατα αποδειχθεί ότι είναι ένας ευαίσθητος δείκτης για παρουσία μυοκαρδίτιδας⁵. Ωστόσο, η ενδομυοκαρδιακή βιοψία, παραμένει το διαγνωστικό πρότυπο στη διάγνωση της μυοκαρδίτιδας, αν και η χρησιμότητά της παραμένει αμφιλεγόμενη, εξαιτίας της νοσηρότητας που σχετίζεται με τη διαδικασία και την πιθανότητα για δειγματοληπτικό σφάλμα.

Η ΗΜ είναι μια σπάνια μορφή μυοκαρδίτιδας⁴. Χαρακτηρίζεται από παθολογικά διάχυτη ή εστιακή φλεγμονή του μυοκαρδίου με ηωσινοφιλική διήθηση, συχνά σε συνδυασμό με ηωσινοφιλία του περιφερικού αίματος^{4,6}. Αν αυτή η νόσος αφεθεί χωρίς θεραπεία, είναι δυνητικά θανατηφόρα^{4,7}. Ηωσινοφιλική Μυοκαρδίτιδα έχει παρατηρηθεί στο 0,5% των μη επιλεγμένων σειρών αυτοψιών και σε περισσότερο από το 20% των εκφυτευμένων καρδιών από παραλήπτες που έχουν υποβληθεί σε καρδιακή μεταμόσχευση. Η ηωσινοφιλική μυοκαρδίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί ως οξεία κατάσταση ή χρόνια. Η αναφερόμενη διάρκεια της ασθένειας στη χρόνια μυοκαρδίτιδα κυμαίνεται από 1 μέχρι 11 έτη, από τη διάγνωση μέχρι το θάνατο. Ασθενείς με χρόνια ηωσινοφιλική μυοκαρδίτιδα, γενικώς, παρουσιάζουν συμπτώματα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, τα οποία συνήθως υποχωρούν

μετά από θεραπευτική αγωγή με γλυκοκορτικοειδή και κυτταροτοξικούς παράγοντες⁷.

Περιφερική ηωσινοφιλία αίματος δεν είναι παρούσα σε όλες περιπτώσεις, οπότε η διάγνωση της ΗΜ δεν μπορεί να υποψιαστεί. Η κλινική παρουσίαση είναι επίσης μη ειδική και έχει ευρύ φάσμα. Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν πυρετό, εξάνθημα στο δέρμα, φλεβοκομβική ταχυκαρδία, πόνο στο στήθος, δύσπνοια, συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, και ηλεκτροκαρδιογραφικές ανωμαλίες στα κύματα T και στα διαστήματα ST⁷. Μια υποομάδα ασθενών με οξεία ηωσινοφιλική μυοκαρδίτιδα μπορεί να εκδηλώσουν άλγος στο στήθος και να παρουσιάσουν ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα που να υποδηλώνουν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM), όπως συνέβη με τον ασθενή στην περίπτωση μας. Τμηματικές ανωμαλίες της κίνησης των τοιχωμάτων μπορεί να είναι παρούσες και να συνδέονται με νέκρωση μυοκυττάρων που συχνά οδηγεί σε αύξηση της κινάσης της κρεατίνης του ορού. Ο τραυματισμός των μυοκυττάρων και η νέκρωση αυτών που σχετίζονται με φλεγμονή, ενδέχεται να προκαλέσει αλλαγές επαναπόλωσης, καθώς και προσωρινά ή μόνιμα μη φυσιολογικά Q κύματα. Επίσης, η μυοκαρδιακή ίνωση μπορεί να οδηγήσει σε θανατηφόρες αρρυθμίες⁷. Η διάγνωση της ΗΜ είναι συχνή κατά την αυτοψία. Αν υπάρχει κλινική υποψία ηωσινοφιλικής μυοκαρδίτιδας, μία ενδομυοκαρδιακή βιοψία θα ήταν πρόπον να πραγματοποιηθεί. Ωστόσο η ενδομυοκαρδιακή βιοψία δεν είναι πολύ ευαίσθητη (50%) καθώς η διήθηση είναι συχνά εστιακή⁸. Αν υπάρχει υψηλός δείκτης υποψίας και τα αποτελέσματα της βιοψίας είναι αρνητικά, μια επανάληψη της βιοψίας θα πρέπει να εκτελεστεί.

Η διαχείριση της ΗΜ περιλαμβάνει την “εκκαθάριση” του υπεύθυνου παράγοντα και την έναρξη της τυπικής θεραπείας για την καρδιακή ανεπάρκεια. Επιπλέον, η θεραπεία με στεροειδή και ανοσοκατασταλτικά, ιδιαίτερα σε ασθενείς με ανεπάρκεια της αριστερής κοιλίας, έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τα συμπτώματα⁶. Σε μία αναφορά περιστατικού από τους Aggarwal et al⁹, ο συνδυασμός αζαθειοπρίνης και στεροειδών έχει χρησιμοποιηθεί για να αποφευχθεί η υποτροπή της ΗΜ. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις, η καρδιοχειρουργική επέμβαση (ενδοκαρδιοεκτομή) και μεταμόσχευση καρδιάς έχουν πραγματοποιηθεί⁵.

Η συχνότητα της ασυνήθιστης αυτής παθολογικής κατάστασης είναι άγνωστη. Η συχνότητα φυσιολογικών στεφανιαίων αρτηριών σε όλους τους ασθενείς οι οποίοι προσέρχονται με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΑΜΙ) εκτιμάται να είναι <3%. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται δραματικά σε 17% έως 20%, όταν μόνο οι ασθενείς <35 ετών λαμβάνονται υπόψη⁹⁻¹¹. Είναι πιθανό ότι η πλειοψηφία των ασθενών που νοσηλεύονται με συμπτώματα και κλινικά σημεία έντονα δηλωτικά υπέρ του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) θα αντιμετωπίζονται ίσως με θρομβολυτική θεραπεία.

Σε ασθενείς με ιστορικό αλλεργίας και άσθματος οι οποίοι παρουσιάζουν άλγος στο στήθος ή συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η διαφορική διάγνωση της ΗΜ. Λόγω της δυνητικώς θανατηφόρου πορείας της ασθένειας, αν αφηθεί χωρίς θεραπεία, τότε θα πρέπει να εκτελείται ενδομυοκαρδιακή βιοψία και να επαναλαμβάνεται εάν κρίνεται απαραίτητη¹².

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η μυοκαρδίτιδα θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στη διαφορική διάγνωση σε ασθενείς με πόνο, τα συμπτώματα των οποίων αδυνατούν να υποχωρήσουν μετά την επιθετική αντισπασμική θεραπεία και τη θρομβολυτική θεραπεία. Αυτοί οι ασθενείς θα αντιπροσωπεύουν, σίγουρα, μόνο μια μικρή μειοψηφία των ασθενών που εισάγονται με υποψία οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Σε ασθενείς με ιστορικό αλλεργίας και άσθματος και παρουσιάζοντας πόνο στο στήθος ή συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η διαφορική διάγνωση της ηωσινοφιλικής μυοκαρδίτιδας (ΗΜ).

ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

Δεν υπάρχουν.

REFERENCES

1. Löffler W. Endocarditis parietalis fibroplastica mit Blut Eosinophilie, ein eigenartiges Krankheitsbild. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1936; 18:817-820.
2. Oakley CM, Olsen GJ. Eosinophilia and heart disease. Br Heart J 1977; 39:233-237.
3. Kim CH, Vlietstra RE, Edwards WD, Reeder GS, Gleich GJ. Steroid-responsive eosinophilic myocarditis: diagnosis by endomyocardial biopsy. Am J Cardiol 1984; 53:1472-1473.
4. Ginsberg F, Parrillo JE. Eosinophilic myocarditis. Heart Fail Clin 2005; 1:419-429.
5. Lauer B, Niedarau C, Kuhl U, et al. Cardiac Troponin T in patients with clinically suspected Myocarditis. J Am Coll Cardiol 1997; 30:1354-9.
6. Galiuto L, Enriquez-Sarano M, Reeder GS, et al. Eosinophilic myocarditis manifesting as myocardial infarction: early diagnosis and successful treatment. Mayo Clin Proc 1997; 72:603-610.
7. Al Ali AM, Straatman LP, Allard MF, Ignaszewski AP. Eosinophilic myocarditis: case series and review of literature. Can J Cardiol 2006; 22:1233-1237.
8. Burke AP, Saenger J, Mullick F, Virmani R. Hypersensitivity myocarditis. Arch Pathol Lab Med 1991; 115:764-769.
9. Aggarwal A, Bergin P, Jessup P, Kaye D. Hypersensitivity myocarditis presenting as cardiogenic shock. J Heart Lung Transplant 2001; 20:1241-1244
10. Burke AP, Saenger J, Mullick F, Virmani R. Hypersensitivity myocarditis. Arch Pathol Lab Med 1991; 115:764-769.
11. Aretz HT, Billingham ME, Edwards WD, et al. Myocarditis. A histopathologic definition and classification. Am J Cardiovasc Pathol 1987; 1:3-14.
12. Barton M, Finkelstein Y, Opavsky MA, et al. Eosinophilic myocarditis temporally associated with conjugate meningococcal C and hepatitis B vaccines in children. Pediatr Infect Dis J 2008; 27:831-835.

Ιστορία της Αιμοκάθαρσης

The History of Hemodialysis

ABSTRACT

History of Hemodialysis

Ilias Kyritsis¹, Konstantina Trigka²

¹Hemodialysis Unit “Nephros Neas Ionias”, Athens, Greece, ²Hemodialysis Unit “Kyanous Stauros”, Patras, Greece

*In 1827, an English doctor, Richard Bright, was the first to describe the clinical features of chronic renal failure. Some years later (1854), Thomas Graham, a Scottish chemist, presented the principles of solute transport across a semi-permeable membrane. In 1913, John Abel from Baltimore, USA, performed the first hemodialysis in animals, using hirudin as anticoagulant. In 1924, a German physician, George Haas, attempted to hemodialyze humans, using membranes based on cellulose and heparin as anticoagulants, but none of the patients survived. In 1943, Willen Kolff created the first artificial kidney-hemodialysis machine - in the occupied Netherlands. He was the first who succeeded in providing life support to patients with acute renal failure. Few years later (1946), Nils Alwall from Sweden, meliorated the artificial kidney into a version which could remove body excess fluid in tandem with the detoxification of uremic toxins. In 1960, three doctors in Seattle, USA fabricated a shunt out of plastic tubes, which connected an artery and a vein. Thus, they created the first vascular access for chronic hemodialysis patients. Furthermore, Belding Scribner, created, in Seattle, the first chronic dialysis unit. Cimino and Brescia constructed the first native arterio-venous fistula, in 1966 and ameliorating the vascular access for chronic patients. Other important improvements in hemodialysis were: The discovery of hollow fiber membranes, the synthetic membranes, the addition of bicarbonates to the dialysis solution in the early '80s and the development of recombinant DNA method in order to produce erythropoietin, using the gene that has been discovered by Lin et al in 1985. **Ach Iatriki 2015; 34:137-141***

Key words: artificial kidney, cellulose, erythropoietin, hemodialysis, membrane, vascular access

Correspondence: Ilias Kyritsis, Hemodialysis Unit “Nephros Neas Ionias”, 119 Andrea Kalvou street, Nea Ionia, Athens, Greece; Tel.: +30 2102796500, Fax: +30210 2756400, e-mail: kyrilias@gmail.com

Submitted 5-11-14, revision accepted 5-12-14

Ηλίας Κυρίτσης¹ Κωνσταντίνα Τρίγκα²

¹Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Νεφρός Ν. Ιωνίας»

²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Κυανούς Σταυρός Πατρών»

Αλληλογραφία:

Ηλίας Κυρίτσης,
Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Νεφρός Νέας
Ιωνίας»,
Ανδρέα Κάλβου 119, Νέα Ιωνία Αττικής,
1423 Αθήνα
Τηλ.: 210-2796500, Fax: 210 2756400,
e-mail: kyrilias@gmail.com

Υποβλήθηκε 5-11-14

Αναθεωρημένη έγινε δεκτή 5-12-14

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της ιατρικής κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, ήταν η

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το 1827, ένας Άγγλος γιατρός, ο R. Bright, ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τις κλινικές εκδηλώσεις της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Μερικά χρόνια αργότερα, το 1854, ένας χημικός από τη Σκωτία, ο T. Graham, παρουσίασε τις αρχές της μετακίνησης διαλυμένων ουσιών διαμέσου ημιδιαπερατής μεμβράνης. Ο J. Abel από τη Βαλτιμόρη των ΗΠΑ, πραγματοποίησε το 1913, τα πρώτα πειράματα αιμοκάθαρσης σε ζώα, χρησιμοποιώντας ιρουδίνη ως αντιπηκτικό. Το 1924 ο Γερμανός γιατρός G. Haas, ήταν ο πρώτος που δοκίμασε να εφαρμόσει την αιμοκάθαρση σε ανθρώπους, χωρίς όμως επιτυχή έκβαση. Χρησιμοποίησε μεμβράνες βασισμένες στην κυτταρίνη και την ηπαρίνη ως αντιπηκτικό. Το 1943 ο Ολλανδός γιατρός W. Kolff, έφτιαξε έναν πρωτόγονο τεχνητό νεφρό, κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Σε αυτόν ανήκει η τιμή της πρώτης επιτυχούς αιμοκάθαρσης σε ασθενή με οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Λίγο αργότερα, το 1946, ο Σουηδός γιατρός N. Alwall, βελτίωσε σημαντικά τον τεχνητό νεφρό, δίνοντας του την ικανότητα της απομάκρυνσης της περίσσειας των υγρών από τον ασθενή. Ορόσημο στην εξέλιξη της αιμοκάθαρσης ήταν το έτος 1960, όταν τρεις γιατροί στο Σιάτλ των ΗΠΑ, τοποθέτησαν το πρώτο αρτηριοφλεβικό shunt από πλαστικά σωληνάκια. Έτσι δημιούργησαν την πρώτη αγγειακή προσπέλαση για μακροχρόνια χρήση. Ένας από αυτούς μάλιστα, ο B. Scribner, δημιούργησε την πρώτη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού για χρόνιους ασθενείς. Το 1966 οι Cimino και Brescia, βελτίωσαν σημαντικά την αγγειακή προσπέλαση, εκτελώντας την πρώτη αρτηριο-φλεβική αναστόμωση γνωστή ως «φίστουλα». Άλλες σημαντικές εξελίξεις στην αιμοκάθαρση ήταν: α) τα πρώτα τριχοειδικά φίλτρα, β) οι συνθετικές μεμβράνες που σταδιακά αντικατέστησαν την κυτταρίνη, γ) η χρησιμοποίηση των διττανθρακικών στο διάλυμα της αιμοκάθαρσης από τις αρχές της δεκαετίας του '80, και δ) η παραγωγή της ερυθροποιητίνης με τη μέθοδο του ανασυνδυασμένου DNA μετά την ανακάλυψη του γονιδίου της από τον Lin και συν. το 1985. *Αχ Ιατρική 2015, 34:137-141.*

Λέξεις κλειδιά: ιστορία αιμοκάθαρσης, τεχνητός νεφρός, μεμβράνες αιμοκάθαρσης, κυτταρίνη, αγγειακή προσπέλαση, ερυθροποιητίνη

υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας σε ανθρώπους με σοβαρού βαθμού χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ή σε περιπτώσεις βαριάς οξείας νεφρικής ανεπάρκειας.

Αυτό έγινε εφικτό χάρη στην αιμοκάθαρση, η ανακάλυψη, η εδραίωση και η συνεχής βελτίωση της οποίας, εξασφάλισε τη συνέχιση της ζωής σε ασθενείς που –σε παλαιότερες εποχές– ήταν καταδικασμένοι. Η ανάπτυξη της αιμοκάθαρσης στηρίχτηκε αφενός μεν στην εξέλιξη της νεφρολογίας ως ξεχωριστού κλάδου της παθολογίας, αφετέρου δε στην τεχνολογική πρόοδο που αφορά κυρίως την ανάπτυξη μηχανημάτων και ηλεκτρονικών υπολογιστών, καθώς και την τεχνολογία των πολυμερών από τα οποία σχηματίζονται οι μεμβράνες των φίλτρων.

Όπως συμβαίνει με όλα τα ανθρώπινα επιτεύγματα, έτσι και με την αιμοκάθαρση, είναι χρήσιμο όσο και γοητευτικό να ερευνούμε αρχικά το πώς φτάσαμε στο σημείο που βρισκόμαστε σήμερα. Κάνοντας λοιπόν μια ιστορική αναδρομή, θα δούμε ότι όλες οι ανακαλύψεις στηρίζονται σε κάποιες τολμηρές ιδέες και πρωτοπόρες μελέτες συγκεκριμένων ανθρώπων παλαιότερων γενεών, ο καθένας από τους οποίους στηρίχτηκε στους προηγούμενους και με τη σειρά του προσέθεσε ένα εξελικτικό άλμα στον τομέα της επιστήμης του.

ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΒΗΜΑΤΑ

Πριν περίπου 2500 χρόνια, ο Ιπποκράτης ανέφερε ότι: «το νερό που πίνουν οι άνθρωποι μπορεί να ευθύνεται για λιθιάσεις, φλεγμονές των νεφρών, δυσκολία στην ούρηση και πόνο στη μέση». Έτσι αυτός πρώτος αποσύνδεσε αυτά τα συμπτώματα από παρεμβάσεις θεών και άλλα μεταφυσικά αίτια. Πατέρας ωστόσο της σύγχρονης Νεφρολογίας, θεωρείται ο Άγγλος γιατρός Richard Bright ο οποίος το 1827 περιέγραψε την ομώνυμη νόσο (νόσος του Bright) η οποία περιλάμβανε οίδημα, υπέρταση, μείωση των ούρων, ναυτία, εμέτους, δύσπνοια και είχε θανατηφόρο κατάληξη. Περιέγραψε δηλαδή πρώτος, αυτό που σήμερα ονομάζουμε χρόνια νεφρική νόσο.

Το 1854 ένας χημικός από τη Γλασκόβη της Σκωτίας, ο Thomas Graham, ανακοίνωσε τις μελέτες του πάνω στη διάχυση υγρών και αερίων και στις διαχωριστικές ικανότητες των μεμβρανών. Λίγο αργότερα, το 1861, εισήγαγε για πρώτη φορά τον όρο “**dialysis**” από την ελληνική λέξη διάλυση, για να περιγράψει την απομάκρυνση της ουρίας από τα ούρα προς άλλο

διάλυμα, μέσω μίας ημιδιαπερατής μεμβράνης ζωικής προέλευσης (περγαμινή).

Το 1913 λαμβάνει χώρα η πρώτη αιμοκάθαρση σε πειραματόζωα. Γίνεται από τον John Abel και τους συνεργάτες του στο πανεπιστήμιο John Hopkins της Βαλτιμόρης. Χρησιμοποίησαν μεμβράνες από «κολλόδιο» ένα προϊόν επεξεργασίας της κυτταρίνης, ενώ για αντιπηκτικό χρησιμοποίησαν «ιρουδίνη» ένα φυσικό αντιπηκτικό που υπάρχει στο σάλιο της βδέλλας. Το 1924 γίνεται η πρώτη προσπάθεια αιμοκάθαρσης σε άνθρωπο, από ένα Γερμανό γιατρό τον Georg Haas στην πόλη Giessen κοντά στη Φρανκφούρτη. Δυστυχώς και οι επτά προσπάθειες να σωθούν ζωές ασθενών με οξεία νεφρική ανεπάρκεια απέτυχαν. Είναι άξιο λόγου ότι στην τελευταία του προσπάθεια –το 1928– ο Haas χρησιμοποίησε ως αντιπηκτικό την **ηπαρίνη**, η οποία είχε απομονωθεί στο ήπαρ σκύλων μερικά χρόνια νωρίτερα. Η ηπαρίνη, παρουσιάζει σπανιότατα αλλεργικές αντιδράσεις στον άνθρωπο, μια και αποτελεί φυσικό ενδογενές αντιπηκτικό σε όλα τα θηλαστικά. Από το 1937, με την ανάπτυξη καλύτερων μεθόδων καθαρισμού της, καθιερώθηκε η χρήση της ως χορηγούμενου αντιπηκτικού.

Η ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Η τιμή της πρώτης επιτυχούς αιμοκάθαρσης σε άνθρωπο, ανήκει σε έναν εξαιρετικά εφευρετικό Ολλανδό γιατρό, τον Willem Kolff, ο οποίος ξεκίνησε από το 1943 στην κατεχόμενη από τους Γερμανούς Ολλανδία, τις προσπάθειες να δώσει σε ασθενείς με οξεία νεφρική ανεπάρκεια τον χρόνο να επανακτήσουν τη νεφρική τους λειτουργία.

Δημιούργησε έναν πρωτόγονο τεχνητό νεφρό: Ένα περιστρεφόμενο τύμπανο από ξύλινες γρίλιες, γύρο από το οποίο ήταν τυλιγμένοι σωλήνες αναγεννημένης **κυτταρίνης**, μέσα στους οποίους κυκλοφορούσε το αίμα του ασθενούς. Το όλο σύστημα ήταν μισοβυθισμένο σε φυσιολογικό ορό, ως διάλυμα αιμοκάθαρσης. Η αναγεννημένη κυτταρίνη, είναι ένα υλικό που είχε παραχθεί στις αρχές του 20^{ου} αιώνα και δεν είναι άλλο από το γνωστό μας «σελοφάν».

Αν και οι πρώτοι 16 ασθενείς στους οποίους εφήρμοσε τη μέθοδο απεβίωσαν, ο Kolff συνέχισε τις προσπάθειες και τελικά κατάφερε, το 1945, να επαναφέρει

από ουραιμικό κόμα μία γυναίκα 67 ετών μετά από συνολικά 11 ώρες αιμοκάθαρσης. Ακολούθησαν και άλλοι ασθενείς στους οποίους με επιτυχία εφαρμόστηκε η μέθοδος. Ο Kolff έφτιαξε πέντε συσκευές αιμοκάθαρσης, τις οποίες μετά τον πόλεμο δώρισε σε διάφορα νοσοκομεία ανά τον κόσμο. Μία από αυτές όπως και ο ίδιος, κατέληξαν το 1950 στις ΗΠΑ. Εκεί και συγκεκριμένα στο νοσοκομείο Brigham της Βοστώνης, η συσκευή αναπαράχθηκε από ανοξείδωτο ατσάλι και δέχτηκε και άλλες τεχνικές βελτιώσεις, αποτελώντας έτσι το βασικό μηχάνημα αιμοκάθαρσης για αρκετά χρόνια. Μάλιστα δοκιμάστηκε και στον πόλεμο της Κορέας, σε στρατιώτες με μετατραυματική νεφρική ανεπάρκεια, και βελτίωσε σημαντικά το ποσοστό επιβίωσης.

ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΒΕΛΤΙΩΣΕΙΣ

Ο τεχνητός νεφρός του Kolff, δεν προέβλεπε μηχανισμό απομάκρυνσης της περίσσειας των υγρών. Το πρόβλημα αυτό το έλυσε το 1946 ο Σουηδός γιατρός Nills Alwall. Δημιούργησε μία συσκευή αιμοκάθαρσης στην οποία εκτός από την κάθαρση επιτυγχάνονταν και η αφυδάτωση του ασθενούς, εφαρμόζοντας αρνητική υδροστατική πίεση (υπερδιήθηση). Υπήρξε επίσης ο εφευρέτης του πρώτου αρτηριο-φλεβικού shunt, με την εμφύτευση γυάλινων λεπτών σωλήνων στα αγγεία, μέθοδο που πρωτοεφήρμοσε το 1948 πρώτα σε κουνέλια και ακολούθως σε ανθρώπους. Με τα παραπάνω αντιμετώπισε επιτυχώς εκατοντάδες ασθενείς με οξεία νεφρική ανεπάρκεια.

Τα πρώτα φίλτρα αιμοκάθαρσης ήταν όπως είπαμε, σπειροειδείς σωλήνες κυτταρίνης βυθισμένες σε διάλυμα. Το επόμενο εξελικτικό βήμα, αφορούσε την ανάπτυξη παράλληλων φίλτρων με επίπεδες μεμβράνες, που πρώτοι εισήγαγαν οι Skegg και Leonard το 1948. Τα φίλτρα αυτά βαθμιαία επικράτησαν, ειδικά μετά τις τεχνικές βελτιώσεις του Νορβηγού γιατρού Fredric Kiil το 1960. Αποτελούνταν από πολλαπλά στρώματα επίπεδων μεμβρανών στα οποία εναλλάσσονταν το διάλυμα και το αίμα, έχοντας αντίθετη ροή.

Η ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

Η μεγάλη καινοτομία στην εξέλιξη της αιμοκά-

θαρσης, που επέτρεψε την αντιμετώπιση και επιβίωση των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, αφορά την αγγειακή προσπέλαση. Το 1960, τρεις γιατροί στο Σιάτλ των ΗΠΑ: ο νεφρολόγος Belding Scribner και δύο χειρουργοί, οι Wayne Quinton και David Dillard, εκμεταλλεύτηκαν μία πρόσφατη τεχνολογική εξέλιξη - τη δημιουργία πλαστικών σωλήνων από Teflon - και δημιούργησαν και τοποθέτησαν το πρώτο **αρτηριο-φλεβικό shunt** για μακροχρόνια χρήση. Δύο πλαστικοί καθετήρες τοποθετούνταν χειρουργικά σε μία αρτηρία και μία φλέβα και μετά τη κάθαρση, η διατήρηση της προσπέλασης επιτυγχάνονταν με τη σύνδεση των δύο καλωδίων μέσω ενός σωλήνα σε σχήμα U, οπότε παρέμενε συνεχής ροή αίματος. Ο πρώτος ασθενής στον οποίο δοκιμάστηκε η μέθοδος, ήταν 39 ετών και χάρη στη μέθοδο έζησε άλλα 11 χρόνια, ενώ βέβαια χωρίς αιμοκάθαρση θα είχε σταλεί στο σπίτι του για να πεθάνει.

Βασισμένος στο shunt μακράς διάρκειας, ο Scribner δημιούργησε το 1962 στο Σιάτλ, τη πρώτη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού που απευθύνονταν σε χρόνιους νεφροπαθείς. Η μονάδα περιλάμβανε έξι μηχανήματα, και οι πρώτοι ασθενείς υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση επί 12 ώρες δύο φορές την εβδομάδα. Λόγω περιορισμένων δυνατοτήτων μία ανώνυμη επιτροπή αποφάσιζε ποιοι από τους νεφροπαθείς τελικού σταδίου θα υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (αυτοί με το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης). Τέτοιες επιτροπές «βιοηθικής» δημιουργήθηκαν σε όλες τις μονάδες των ΗΠΑ, έως ότου το 1973 αποφασίστηκε από το αμερικανικό κογκρέσο, η εφαρμογή προγράμματος δωρεάν κάλυψης των δαπανών της αιμοκάθαρσης. Με την εφαρμογή αυτού του προγράμματος, δόθηκε τέλος στην ύπαρξη των επιτροπών «ζωής ή θανάτου», και παράλληλα δόθηκε η οικονομική ώθηση για τη βιομηχανική παραγωγή και εξέλιξη των μηχανημάτων και των φίλτρων αιμοκάθαρσης.

Το 1966 έχουμε ένα νέο εξελικτικό άλμα, με την εφαρμογή από τους Cimino και Brescia της πρώτης πλαγιο-τελικής αρτηριο-φλεβικής αναστόμωσης της γνωστής δηλαδή ως **fistula**. Η δημιουργία συριγγίου μεταξύ αρτηρίας και φλέβας, με διάφορες παραλλαγές, αποτελεί τη μέθοδο επιλογής ως σήμερα γιατί βελτίωσε σημαντικά τα προβλήματα διάρκειας της προσπέλασης και λοιμώξεων των εξωσωματικών

πλαστικών shunt. Εξέλιξη της «φίστουλα» αποτελούν και τα αρτηριο-φλεβικά μοσχεύματα που άρχισαν να εφαρμόζονται από το 1973.

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Άλλο σημαντικό βήμα στην εξέλιξη της αιμοκάθαρσης, ήταν η δημιουργία των μεμβρανών κοίλης ίνας, δηλαδή των πρώτων τριχοειδικών φίλτρων, που άρχισαν σταδιακά να αντικαθιστούν τα φίλτρα με τις επίπεδες μεμβράνες. Με τα φίλτρα αυτά, εξασφαλίστηκε μεγάλη επιφάνεια διάχυσης των ουραιμικών ουσιών (οπότε και αποτελεσματικότερη κάθαρση), με ταυτόχρονη μείωση του μεγέθους των φίλτρων.

Στις αρχές της δεκαετίας του '70, παράγεται βιομηχανικά η πρώτη **συνθετική** μεμβράνη, η πρώτη δηλαδή που δεν στηρίζονταν στην τροποποίηση της κυτταρίνης. Πρόκειται για την πολυακρυλονιτρίλη με το εμπορικό όνομα AN-69. Ακολούθησαν, στα τέλη της ίδιας δεκαετίας, η πολυαμίδη και η πολυσουλφόνη. Το βασικό πλεονέκτημα των συνθετικών μεμβρανών σε σχέση με την κυτταρίνη, είναι η καλύτερη **βιοσυμβατότητα**, δηλαδή η μικρότερου βαθμού διέγερση του συμπληρώματος και η χαμηλότερης έντασης παροδική ουδετεροπενία.

Εξέλιξη επίσης παρατηρήθηκε και όσον αφορά το **διάλυμα** της αιμοκάθαρσης. Για την αντιμετώπιση της μεταβολικής οξέωσης των νεφροπαθών, ως ρυθμιστικός παράγοντας της οξεοβασικής ισορροπίας, επιλέχτηκε αρχικά η χρήση των οξεικών ανιόντων. Αυτά γρήγορα μεταβολίζονταν στον οργανισμό σε διττανθρακικά, τα οποία αποτελούν το φυσικό ενδογενές ανιόν που ρυθμίζει το pH σε όλα τα θηλαστικά. Ωστόσο τα οξεικά ανιόντα είχαν σημαντικά μειονεκτήματα, με κυριότερα την αιμοδυναμική αστάθεια και τους εμέτους των ασθενών. Η απευθείας χορήγηση διττανθρακικών μαζί με τα υπόλοιπα στοιχεία του διαλύματος δεν ήταν εφικτή, γιατί στο αλκαλικό pH που θα προέκυπτε, τα διττανθρακικά αντιδρούν με τα κατιόντα ασβεστίου και μαγνησίου και σχηματίζουν άλατα που κατακρημνίζονται. Το πρόβλημα αυτό λύθηκε με τη δημιουργία ξεχωριστού πυκνού διαλύματος διττανθρακικών και την ανάμιξη αυτού με πυκνό διάλυμα των υπόλοιπων απαραίτητων ηλεκτρολυτών και καθαρού απιονισμένου νερού. Η

αναλογική ανάμιξη των τριών αυτών στοιχείων, γίνεται πλέον από το εκάστοτε μηχάνημα αιμοκάθαρσης την τελευταία στιγμή πριν τη χρήση του διαλύματος και έτσι δεν συμβαίνει δημιουργία και κατακρήμνιση αλάτων. Η εξέλιξη αυτή, με την αντικατάσταση των οξεικών, ξεκινά από τις αρχές της δεκαετίας του 80' και ήταν σημαντική γιατί βελτίωσε την ποιότητα της παρεχόμενης αιμοκάθαρσης και μείωσε τις επιπλοκές κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

Η ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗ

Κλείνοντας την ιστορική αναδρομή, δε θα μπορούσαμε να μην αναφέρουμε και μία ανακάλυψη η οποία βελτίωσε θεαματικά την ποιότητα ζωής, τη νοσηρότητα και θνητότητα των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Πρόκειται για την ερυθροποιητίνη, μία ορμόνη που η κλωνοποίηση του γονιδίου της έγινε εφικτή το 1985 από τον Lin και τους συνεργάτες του. Ακολούθησε, το 1988, η μαζική παραγωγή της ερυθροποιητίνης-α, με τη μέθοδο του ανασυνδυασμένου DNA. Η χορήγηση της, έλυσε το πρόβλημα των συνεχών μεταγγίσεων και της συνοδού αιμοσιδήρωσης των ασθενών υπό αιμοκάθαρση.

REFERENCES

1. Graham T. On the molecular mobility of Gases. Journal of the chemical Society of London. 1864; 17:334-339.
2. Abel JJ, Rowntree LG, Turner BB. On the removal of diffusible substances from the circulated blood of living animals by dialysis. J Pharmacology Exp Therapy 1914; 5:275.
3. Paskalev DN. Georg Haas the forgotten hemodialysis pioneer. Dialysis and Transplantation 2001; 30:828-832.
4. Alwall N. A new disposable artificial kidney, experimental and clinical experience. Proc Eur Dialysis Transplantation Association 1968; 18.
5. Alwall N. Historical perspective on the development of the artificial kidney. Artif Organs 1986; 10:86-94.
6. Radovich JM. Composition of polymer membranes for therapies of end stage renal disease. Contrib Nephrol 1995; 13:11-24.
7. Lysaght MJ. Evolution of hemodialysis membranes. Contrib, Nephrol. 1995; 113:1-10.
8. Klein E. Progress in hemodialyzers and membranes the last 20 years. Clinical Nephrology 1978; 9:131-137.

Νέα της ΙΕΔΕΠ
IEDEP News

Αχαϊκές Ιατρικές Ημέρες 2015

Πάτρα 28 & 29 Μαρτίου 2015

Achaia Medical Days 2015

Patras 28 & 29 of March 2015

Με επιτυχία διεξήχθη στις 28 και 29 Μαρτίου 2015 στην “Αγορά Αργύρη” Πάτρας το καθιερωμένο πλέον συνέδριο –ήδη ήταν το 11ο– της Ιατρικής Εταιρείας Δυτικής Ελλάδας-Πελοποννήσου (ΙΕΔΕΠ). Επίκεντρο του φετινού συνεδρίου ήταν « Η Συνάντηση του Παθολόγου με τον Χειρουργό» με ένα πλούσιο θεματολόγιο που αφορούσε όλες σχεδόν τις ιατρικές ειδικότητες. Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου απονεμήθηκαν τιμητικές διακρίσεις στα μέλη της Ιατρικής Εταιρείας Πνευμονολόγο Γιατρό κ. Ιωάννη Λύχρο και τον νεφρολόγο Γιατρό κ. Ιωάννη Μάνο, τέως ταμία της ΙΕΔΕΠ, που επί πολλά χρόνια την υπηρέτησαν με συνέπεια και επιτυχία. Αναφορά στο έργο και την προσφορά των τιμώμενων έγινε από τον Αντιπρόεδρο της ΙΕΔΕΠ κ. Παναγιώτη Θεοδωρόπουλο για τον κ. Μάνο και από το μέλος της ΙΕΔΕΠ Γιατρό Πνευμονολόγο κ. Νικόλαο Χαροκόπο για τον κ. Λύχρο. Η απόφαση των μελών του ΔΣ ήταν ομόφωνη προκειμένου να τιμηθούν τα αξιόλογα μέλη της Εταιρείας, που διακρίθηκαν στην πιστή άσκηση της επιστήμης του Ιπποκράτη, αλλά καθώς επίσης επειδή υπηρέτησαν με συνέπεια για πάρα πολλά χρόνια τους σκοπούς της Ιατρικής Εταιρείας

Ο ιατρός Γιάννης Μάνος γεννήθηκε στην Πάτρα το 1947, και τελείωσε το Πρακτικό Τμήμα του Γ΄

Γυμνασίου Πατρών το 1964 και την Ιατρική Αθηνών το 1970. Υπηρέτησε στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών και στη συνέχεια στα Αγροτικά Ιατρεία Δάφνης Καλαβρύτων και Μαυρικού Αιγιαλείας. Το 1973 μέχρι το 1977 ειδικεύτηκε, στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών (ΓΝΑ), στην Παθολογία (αρχικά) και μετά στη Νεφρολογία την οποία και ολοκλήρωσε στο Μάντσεστερ της Αγγλίας το 1979 με υποτροφία από το ΙΚΥ. Λόγω της υποτροφίας, επέστρεψε στην Αθήνα και εργάστηκε για μία διετία σαν επιμελητής νεφρολόγος στο ΓΝΑ και στον Ευαγγελισμό. Το (1981) απέκτησε και τη Διατριβή του με τίτλο: Ιδιοπαθής Μεμβρανώδης Νεφροπάθεια, Φυσική Ιστορία και Χαρακτηριστικά της Νόσου, (με υλικό που είχε συγκεντρώσει από την Αγγλία).

Στη συνέχεια, επέστρεψε στην Αγγλία όπου εργάστηκε σε Νεφρολογικές Κλινικές Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων του Μάντσεστερ, Λονδίνου και Σέφιλντ με τον βαθμό του υποδιευθυντού έως το 1999. Ιδιαίτερα, στο Μάντσεστερ οργάνωσε τα τμήματα: α) εκμάθησης των ασθενών στην τεχνική της περιτοναϊκής κάθαρσης και β) του προμεταμοσχευτικού ελέγχου. Ενδιάμεσα, και για 4 χρόνια, εργάστηκε σαν Ιατρικός Σύμβουλος στη Φαρμακευτική Εταιρεία PFIZER, ως υπεύθυνος σε κλινικές μελέτες φαρμάκων

και λανσαρίσματος των σκευασμάτων δοξαζοσίνης και αζιθρομυκίνης.

Στο χρονικό διάστημα 2000-2005 εργάστηκε στην Πάτρα σαν ιδιώτης νεφρολόγος με σύγχρονη απασχόληση σαν θεραπευτής ιατρός στο ΤΕΒΕ και μέλος της υγειονομικής του επιτροπής ενώ παράλληλα εδίδαξε στο ΤΕΙ. Επίσης, για 2.5 χρόνια ήταν διευθυντής σε ιδιωτική Μονάδα Αιμοκάθαρσης, στην οποία συνέβαλε και στην οργάνωσή της. Το 2005 ξαναγύρισε στην Αγγλία και για τα δύο επόμενα χρόνια εργάστηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Μπάζιλτον στο Έσσεξ. Τέλος, από το 2007 μέχρι το 2012 εργάστηκε και πάλι ιδιωτικά στην Πάτρα και ήταν και θεραπευτής στο ΙΚΑ, ένα εμβόλιμο διάστημα 9 μηνών συνέβαλε στην οργάνωση και υπήρξε διευθυντής σε ιδιωτική Μονάδα Αιμοκάθαρσης στην Αμαλιάδα. Συνταξιοδοτήθηκε τον Μάιο του 2012.

Εξελέγη μέλος στο ΔΣ του Ι.Σ. Πατρών για δύο θητείες όπου αναμόρφωσε το περιοδικό του. Υπήρξε

μέλος του Δ.Σ. της ΙΕΔΕΠ με χρέη ταμία για μία θητεία από το 2001-2004 και διετέλεσα αναπληρωτής αντιπρόεδρος του ΠΕΣΥ.

Στο συγγραφικό του έργο περιλαμβάνονται 33 εργασίες, 21 εκ των οποίων σε ξένα έγκυρα περιοδικά. Συμμετείχε σε 15 διεθνή συνέδρια νεφρολογικού ενδιαφέροντος με ανακοινώσεις σε 4 από αυτά. Είχε ανακοινώσεις και συμμετοχή σε προεδρεία αντιστοίχων Ελληνικών συνεδρίων. Συμμετείχα σε διδασκαλία ιατρών, φοιτητών και νοσηλευτών σε Ελλάδα και Αγγλία καθώς και σε επιστημονικούς συνεργάτες ως φαρμακευτικής εταιρίας. Τέλος, υπήρξα μέλος Ελληνικών και διεθνών νεφρολογικών επιστημονικών εταιρειών.

Για τις ιατρικές και ανθρώπινες υπηρεσίες του στην πόλη μας αλλά και στην ΙΕΔΕΠ το Διοικητικό Συμβούλιο απεφάσισε να του απονεμίσει τιμητική πλακέτα σε ένδειξη ευγνωμοσύνης.



Εικόνα 1. Από αριστερά: Ο Πρόεδρος της ΙΕΔΕΠ κ. Ιωάννης Τσολάκης, ο τιμηθείς κ. Ιωάννης Μάνος και ο Αντιπρόεδρος της ΙΕΔΕΠ κ. Παναγιώτης Θεοδωρόπουλος.

Ο Γιατρός Γιάννης Λύχρος γεννήθηκε στο Π. Φάληρο το 1948. Πήρε το Απολυτήριο Λυκείου με βαθμό “Λίαν Καλώς” το 1966. Έλαβε το πτυχίο της Ιατρικής Αθηνών με το βαθμό “Λίαν Καλώς” το 1972. Από το 1975 έως το 1978 ειδικεύθηκε στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών, στην Πνευμονολογία Φυματιολογία και το 1979 έλαβε, τον τίτλο της ειδικότητας στην Πνευμονολογία - Φυματιολογία.

Το 1991, αναγορεύτηκε Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, με βαθμό “Άριστα”.

Από το 1979 έως το 1980 υπηρέτησε σαν Διευθυντής στο Πνευμονολογικό Ιατρείο του Γ.Ν. Πρεβέζης, όπου και εκπλήρωσε την υποχρέωση υπηρεσίας υπαίθρου.

Από το 1980 διορίστηκε σε θέση ειδικευμένου βοηθού ιατρού στην 4η Πνευμονολογική Κλινική του Ν.Ν.Θ.Α., μέχρι το 1985. Από το 1985 έως το 1987 κατέλαβε θέση Επιμελητού Α' στο 4ο Πνευμο-

νολογικό Τμήμα του Ν.Ν.Θ.Α. Από το 1987, κατέλαβε θέση Διευθυντού στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Νοτιοδυτικής Ελλάδος, έως το 2010 όπου συνταξιοδοτήθηκε. Ωστόσο τον Οκτώβριο του 1991 μέχρι και τον Απρίλιο του 1993 αποσπάστηκε στην Παθολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών.

Παρέλαβε το Κ.Ν. Θώρακος ως ένα νοσοκομείο σε σανατοριακή μορφή και το αναμόρφωσε σε σύγχρονο Πνευμονολογικό νοσοκομείο με τη δημιουργία και λειτουργία **Εργαστηρίου Ελέγχου Αναπνευστικής Λειτουργίας, Βρογχολογικού Ιατρείου, Ιατρείου Άσθματος, Μονάδας μελέτης Ύπνου το οποίο χορηγεί πλήρη ειδικότητα.**

Το 1984 μετεκπαιδεύτηκε για ένα εξάμηνο στο Λονδίνο και μετά για δύο χρόνια στο Μόντρεαλ.

Κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του ζωής συμμετείχε σε πολλές δεκάδες πανευρωπαϊκά και



Εικόνα 2. Από αριστερά: Ο Επίτιμος Πρόεδρος της ΙΕΔΕΠ, ο τιμηθείς κ. Ιωάννης Λύχρος και το μέλος της ΙΕΔΕΠ κ. Νικόλαος Χαροκόπος.

παγκόσμια συνέδρια Πνευμονολογίας με πολλές δεκάδες ανακοινώσεις δημοσιευμένες στα πρακτικά των συνεδρίων. Συμμετείχε με ανακοινώσεις και ομιλίες σε όλα σχεδόν τα πανελλήνια πνευμονολογικά συνέδρια από το 1981 μέχρι το 2010. Έγραψε περισσότερες από δέκα εργασίες δημοσιευμένες σε διεθνή και Ελληνικά επιστημονικά περιοδικά. Σημαντική ήταν η συμβολή του στον τομέα της συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης έχοντας συμμετάσχει με περισσότερες από 100 ομιλίες σε σεμινάρια συνέδρια και ομιλίες. Είχε συμμετοχή στη συγγραφή αρκετών ιατρικών συγγραμμάτων με θέμα την Πνευμονολογία και ιδιαίτερα την φυσιολογία της αναπνοής και τον έλεγχο της αναπνευστικής λειτουργίας.

Ίδρυσε και επί δεκαπενταετίας υπήρξε πρόεδρος του παραρτήματος Δυτικής Ελλάδας της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, η οποία παρουσίασε σημαντικό μετεκπαιδευτικό έργο με διοργάνωση συμποσίων, σεμιναρίων και μαθημάτων από την οποία απεχώρησε ως Επίτιμος Πρόεδρος.

Υπήρξε Τακτικό μέλος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας και επί δύο συνεχείς θητείες εκλέχτηκε στη θέση του Γ. Γραμματέα του Δ.Σ. της Ελληνικής Ένωσης κατά της Φυματιώσεως των νόσων

του Αναπνευστικού Συστήματος, όπου για δύο συνεχείς θητείες εκλέχτηκε μέλος του Δ.Σ. της Ένωσης τη μία εκ των οποίων στη θέση του Αντιπροέδρου του Δ.Σ. Υπήρξε Τακτικό μέλος του Παραρτήματος Πατρών της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας και επί τριετία διατέλεσε μέλος του Δ.Σ., μέλος επίσης της Ελληνικής Βρογχολογικής Εταιρείας, μέλος της Ιατρικής Εταιρείας Δυτικής Ελλάδας και Πελοποννήσου, στην οποία διετέλεσα μέλος του Δ.Σ. στη θέση του Ταμία, μέλος της British Thoracic Society, μέλος της European Respiratory Society και μέλος της American Thoracic Society.

Ο Γιατρός Γιάννης Λύχρος υπήρξε εκλεγμένο μέλος του ΔΣ του Συλλόγου Φοιτητών Ιατρικής Αθηνών, όπως και μέλος των νοσοκομειακών επιτροπών της ΕΙΝΑΠ, καθώς και μέλος του ΔΣ του Συλλόγου εργαζομένων του νοσοκομείου Σωτηρία. Τέλος υπήρξε μέλος του ΔΣ του Ιατρικού Συλλόγου Πάτρας.

Η Ιατρική Εταιρεία Δυτικής Ελλάδος-Πελοποννήσου για την πολυετή και πολύτιμη προσφορά στην επιστήμη και στην κοινωνία και στην εταιρεία μας ως μέλος του ΔΣ του απονέμει σήμερα την Τιμητική διάκριση. Τιμής ένεκεν, παρακαλώ τον Πρόεδρο κ. Τσολάκη Ιωάννη να του απονεμίει τη διάκριση.

Ανακοινώσεις της ΙΕΔΕΠ IEDEP Announcements

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

Αρχιδάμου 77-79, 23100 Σπάρτη • Τηλ. / Fax : 2731026731 • E-mail: islakonias@gmail.com

«Προσυνεδριακή Διημερίδα 12^{ου} Παμπελοποννησιακού Ιατρικού Συνεδρίου»
4-5 Δεκεμβρίου 2015
Κάστρο Μονεμβασίας

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 4 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2015

17:00 – 17:30 Προσέλευση – Εγγραφές

17:30 – 19:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: Σακχαρώδης Διαβήτης

Συντονιστές: Σ. Ζυγά, Σ. Σωτηριανάκος

Εισηγητές:

Σ. Μπακίδης: Θεραπευτική αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη

N. Κρητικός: Διαβητικό πόδι

H. Μπροκαλάκη: Η συμβολή του νοσηλευτή στην παρακολούθηση του διαβητικού ασθενή

19:00 – 19:30 ΔΙΑΛΕΞΗ: Αρμονία μηχανισμών ζωής και θανάτου

Πρόεδρος: I. Τσολάκης

Ομιλήτης: M. Κουτσιλιέρης, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ

19:30 - 20:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

20:00 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: M. Τσιρώνη

Προσκεκλημένη Ομιλήτρια: E. Μπάσδρα, Αναπλ. Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΙΚΥ

«Η επιβράβευση της αριστείας ως μοχλός επιστημονικής ανέλιξης και διεθνοποίησης της χώρας»

ΣΑΒΒΑΤΟ 6 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2014

- 09:00 – 10:30 DEBATE: Διάγνωση και θεραπεία της Οστεοπόρωσης**
Συντονιστές: Βενετσάνα Κυριαζοπούλου, Ανδρέας Μητρόπουλος
Εισηγητές:
 Κοσμίδης Χρήστος, Ορθοπαιδικός, Πρόεδρος ΕΕΜΜΟ
 Μάρκου Κωνσταντίνος, Καθηγητής Παθολογίας Ενδοκρινολογίας
 Τμήματος Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών
Σχολιαστής: Νικόλαος-Σταμάτιος Λιόσης
- 10:30 – 11:00 ΔΙΑΛΕΞΗ: Υγεία και νέες τεχνολογίες**
Πρόεδρος: Π. Σαράφης
Ομιλητής: Μπαμίδης Παναγιώτης, Επίκουρος Καθηγητής Πληροφορικής
 στην Ιατρική Εκπαίδευση Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ
- 11:00 – 11:30 Διάλειμμα**
- 11:30 – 13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: Νεώτερα δεδομένα στην καρδιαγγειακή νόσο**
Συντονιστές: Χρυσός Δ., Ζόμπολος Σ.
Εισηγητές:
 Καλαντζή Μαρία: Η αξία της Μαγνητικής Τομογραφίας στη διαγνωστική
 της καρδιαγγειακής νόσου
 Νταβλούρος Περικλής: Νεώτερα δεδομένα στη θεραπεία
 της καρδιαγγειακής νόσου
 Κάκκος Σταύρος: Νεώτερα δεδομένα στην αντιπηκτική αγωγή
- 13:00 – 14:00 Μεσημβρινή διακοπή / Poster walk**
- 14:00 – 15:30 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**
Συντονιστές: Φ. Αράπης, Π. Στέρπη
- 15:30 – 17:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: Λοιμώδη νοσήματα σε ένα διαρκώς
 μεταβαλλόμενο περιβάλλον**
Συντονιστές: Χ. Γώγος, Ι. Γρυπιώτης
Εισηγητές:
 Χατζηχριστοδούλου Χρήστος: Λοιμώδη Νοσήματα σε μετανάστες,
 η περίπτωση του Δήμου Ευρώτα
 Μπάκα Αγορίτσα: Εμβολιαστική πολιτική σε μετανάστες
 Γκίκας Αχιλλέας: Αναδυόμενες λοιμώξεις στον ελληνικό χώρο

17:00 – 18:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: Θεραπευτικά Πρωτόκολλα-Μητρώα Ασθενειών
Συντονιστές: Ι. Υφαντόπουλος, Α.Μαριόλης

Εισηγητές:

Θηραϊός Λευτέρης :Θεραπευτικά Πρωτόκολλα
Σουλιώτης Κυριάκος : Μητρώα Ασθενειών

18:00 – 18:30 Βραβεύσεις - Συμπεράσματα

18:30 – 19:00 Συνεδρίαση Ο.Ε. 12^{ου} Παμπελοποννησιακού Ιατρικού Συνεδρίου
Λήξη συνεδρίου

Αχαϊκές Ιατρικές Ημέρες 2016

Διημερίδα, 9 – 10 Απριλίου 2016

Αγορά Αργύρη, Πάτρα

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ

12ο Παμπελοποννησιακό Ιατρικό Συνέδριο

21 – 23 Οκτώβριος 2016

Τρίκαλα Κορινθίας

Ευρετήριο 34ου Τόμου Glossary-Volume 34, 2015

A

Αγγειοτενσίνη	157
Ακτινο-χημειο-θεραπεία	56
Αλίκη στη χώρα των θαυμάτων	73
Αναπνευστικός συγκυτιακός ιός	19
Αξιολόγηση κρίσης	99
Άσθμα	16
Αστικό περιβάλλον	39

B

Βακτηριουρία	47
Βάρναλης	97
Βιομεμβράνη	137
Βρογχικός καρκίνος	124
Βρογχιολίτιδα	16

Γ

Γεννητικό σύστημα	113
Γαγγραινώδες πυόδεσμα	59

Δ

Διαγνωστικοί υπέρηχοι	67
-----------------------------	----

E

Εγκυμοσύνη	47
Ελκώδης κολίτιδα	59
Έμβρυο	67
Έμφραγμα μυοκαρδίου	132
Ενδοβρογχικός υπέρηχος	124
Ενδομυοκαρδιακή βιοψία	135
Επαγγελματική πάθηση	74
Επιδράσεις των υπερήχων	67
Επικοινωνιακή διαχείριση	99
Ερυθροποιητίνη	141

Θ

«Θάνατός σου η ζωή μου	93
Θρομβοκυτταροπενία	15

H

Ηπαρίνη	15
Ηωσινοφιλική μυοκαρδίτιδα	132

I

Ινομύματα κόλπου	119
Ινομύματα ωοθήκης	117

Ιστορία αιμοκάθαρσης	137
Ιστορία της ιατρικής	137

K

Κρυστατικός μικροτόμος	127
Κωνσταντινίδης Πάρις	15
Κωστής Παλαμάς	93

Λ

Λειομύωμα	114
Λύχρος Γιάννης	144

M

Μάνος Γιάννης	143
Μεμβράνες αιμοκάθαρσης	137
Μυοκαρδίτιδα	135

O

Οδοντιατρικός έλεγχος	24
Οπισθοπεριτοναϊκά σαρκώματα	56
Ορθοσιγμοειδοσκόπηση	62

Π

Πανδημία γρίπης	99
Περιβαλλοντικές ασθένειες	74
Περιοδοντική νόσος	24
Πνευμονική ίνωση	95
Πολυτραυματία	39
Προσευχή	98
Προσευχή του ταπεινού	100
Πτώσεις	39
Πυελονεφρίτιδα	47

Σ

Στεφανιαία νόσος	24
Συγκυτιακός ιός	19
Συριγγμός	19

T

Τεχνητός νεφρός	141
Τραχηλικό λειομύωμα	114
Τρελός καπελάς	74
Τροχάιο ατύχημα	39

Υ

Υγειονομική αρχή	99
------------------------	----

Υπερηχογράφημα Κύησης..... 66

Φ

φθορίζουσα βρογχοσκόπηση..... 124

Φλεγμονώδης πάθηση..... 59

Χ

Χημειοθεραπεία 124

Ψ

Ψυχή..... 94

Ευρετήριο Συγγραφέων *Authors-Volume 34, 2015*

A			
Ανθρακόπουλος Μιχαήλ	18	Μητρόπουλος Ανδρέας	93
B		Μπάμπος Νικόλαος.....	66
Βογιατζής Ιωάννης.....	130	Μπανκώβ Τσβετάν.....	73
Γ		Μπαρουτσή Κωνσταντίνα.....	66
Γαλαριώτης Ιωάννης.....	124	Μπούρος Δημοσθένης.....	90
Γαρδικίου Βανέσσα.....	38	Μπουρσιάνη Μαρία.....	113
Γεωργίτσα-Γαλαριώτη Καλλιόπη	124	Ο	
Z		Οικονόμου Άγγελος.....	24
Ζαβερδινός Αθανάσιος.....	55	Π	
Θ		Πανταζίδου Γεωργία.....	55
Θανασάς Ιωάννης	46, 113	Παπαϊωάννου Ιωάννης.....	55
K		Παπαβασιλείου Ελευθέριος.....	130
Καραγιάννη Μαρία	66	Παπίρης Σπύρος.....	90
Καραγιάννης Αθανάσιος.....	55	Σ	
Καραμπουτάκης Γεώργιος	98	Σταματίου Κωνσταντίνος.....	38
Κατσαρού Ειρήνη	73	T	
Κολιλέκας Λυκούργος	90	Τρίγκα Κωνσταντίνα.....	137
Κουλούρης Ευστάθιος	130	Φ	
Κούνης Νικόλαος.....	14, 15, 87	Φραγκούλια Αγγελική	59
Κουτέλας Νικόλαος	66	X	
Κυριακοπούλου Ουρανία.....	59	Χαλίμου Ιωάννα.....	59
Κυρίτσης Ηλίας.....	137	Χατζηκωνσταντίνου Νικολέτα.....	66
M		Χρυσανθακόπουλος Νικόλαος.....	24
Μαλλιώρα Στυλιανή	18	Χριστόπουλος Γεώργιος	38

Ευχαριστήριο 34ου Τόμου
Thanks to Reviewers-Volume 34, 2015

Οι κάτωθι επιστήμονες πρόθυμα και χωρίς να υπολογίσουν χρόνο και κόπο έκριναν εργασίες που στάλθηκαν για δημοσίευση στο περιοδικό το 2015. Η Συντακτική Επιτροπή της ΑΧΑΪΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ και το Διοικητικό Συμβούλιο της Ιατρικής Εταιρείας Δυτικής Ελλάδας και Πελοποννήσου (ΙΕΔΕΠ) τους ευχαριστεί θερμά.

Γράψας Νικόλαος, *Πάτρα*

Κοροβέσσης Παναγιώτης, *Πάτρα*

Κούνη Σοφία, *Πάτρα*

Λεωνίδου Λυδία, *Πάτρα*

Μαζαράκης Ανδρέας, *Πάτρα*

Ξανθοπούλου Ιωάννα, *Πάτρα*

Πανδής Νικόλαος, *Κέρκυρα*

Πατσούρας Νικόλαος, *Πάτρα*

Σαλονικίδης Παναγιώτης, *Πάτρα*

Χαλματζή Βαρβάρα, *Ιωάννινα*