



ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ της Κρήτης

Η ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ -

ΦΥΛΛΟ 26

Ιούνιος - Ιούλιος - Αύγουστος 2006

Επισημάνσεις στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Πόνου

Λίγα και προβληματικά τα Ιατρεία Πόνου στην Κρήτη

Η πρόταση να δημιουργηθούν νέα Πολυδύναμα Κέντρα Πόνου σε όλη την Κρήτη για να καλύπτουν τις αυξημένες ανάγκες, αλλά και να βελτιωθούν οι συνθήκες λειτουργίας των δύο μοναδικών Ιατρείων Πόνου που υπάρχουν σε δημόσια Νοσοκομεία της Κρήτης κατατέθηκε στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Πόνου στα Χανιά στις 19-22 Οκτωβρίου που πραγματοποιήθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Αλγολογίας και το ελληνικό

Τμήμα της IASP & EFIC. Η πρόταση έγινε από την Αναπληρώτρια Δ/ντρια, Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου του ΓΠΝΗ Βενιζελείου Κ. Παναγιωτάκη - Δαυίδ, σε μια αποκαλυπτική για τις ελλείψεις του υγειονομικού χάρτη της Κρήτης στον τομέα αυτό, εισήγηση στρωγγυλής τραπεζής. Την εισήγηση αυτή δημοσιεύουμε ολόκληρη παρακάτω.

**ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ
ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ:
ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΟΥΣ**

Κ. Παναγιωτάκη - Δαυίδ
Αναπληρώτρια Δ/ντρια, Υπεύθυνη
Ιατρείου Πόνου του ΓΠΝΗ
Βενιζελείου

Η IASP (Διεθνής Εταιρεία για την Ανακούφιση του Πόνου) πιστεύει ότι οι ασθενείς σε όλο τον κόσμο θα ευνοηθούν από τη δημιουργία κέντρων πόνου. Έτσι έδωσε κατευθυντήριες οδηγίες που είναι χρήσιμες για τους ιατρούς αλλά και για τις κυβερνήσεις όσον αφορά την οργάνωση και τη δημιουργία κέντρων πόνου. Το νησί της Κρήτης είναι μια από τις δεκατρείς Διοικητικές Περιφέρειες της Ελλάδας. Έχει έκταση 8335 τετρ. χιλιόμετρα περίπου, δηλαδή το 6.3% της συνολικής έκτασης της Ελλάδας. Το μήκος της νήσου από ανατολή σε δύση είναι 260 χιλιόμετρα και το πλάτος της είναι από 15 έως 60 χιλιόμετρα. Ο πληθυσμός ανέρχεται σε 600000 κατοίκους σύμφωνα με την τελευταία απογραφή. Ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού ζει στην ύπαιθρο. Από το μήνα Μάρτιο έως και το Νοέμβριο ο πληθυσμός αυξάνει μέχρι και δύο εκατομμύρια λόγω τουρισμού.

Το ήπιο κλίμα της γίνεται αιτία να έχει πλήθος ξένων συνταξιούχων που μένουν και το χειμώνα. Από Υγειονομικής πλευράς λειτουργούν: στο Νομό Χανίων και στο νομό Ρεθύμνου από ένα Νοσοκομείο, στο Νομό Ηρακλείου δύο Νοσοκομεία (Πανεπιστημιακό - Βενιζελείο) ενώ ο νομός Λασιθίου διαθέτει ένα Νοσοκομείο στον Άγιο Νικόλαο και δύο Κέντρα Υγείας - Νοσοκομεία (Στεία - Ιεράπετρα). Κέντρα Πόνου λειτουργούν μόνο δύο στο Ηράκλειο (Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο και Βενιζελείο Νοσοκομείο). Η χιλιόμετρική απόσταση, από ένα



κέντρο πόνου ενός κατοίκου της Κρήτης ποικίλει από λίγα μέτρα έως και 130 περίπου χιλιόμετρα.

Σκοπός μας είναι να καταγράψουμε τα προβλήματα των κέντρων πόνου στην Κρήτη και να μελετήσουμε έτσι μέσω της καταγραφής, ποιες βελτιώσεις μπορούν να γίνουν. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να έχουμε κατά νουν τις οδηγίες της IASP για τον τρόπο λειτουργίας ενός κέντρου πόνου.

1. Ταξινόμηση
Σύμφωνα με τις οδηγίες της IASP τα Κέντρα Πόνου κατατάσσονται σε: Πολυδύναμα Κέντρα Πόνου, Πολυδύναμα Κλινικές Πόνου, Κλινικές Πόνου - Ιατρεία Πόνου, Εξειδικευμένες Κλινικές Πόνου, Ιατρεία Πόνου μιας θεραπευτικής μεθόδου (π.χ. βελονισμού), Ιατρεία Πόνου μιας πάθησης (π.χ.

κεφαλαλγίας).
Στόχος είναι να λειτουργούν πολυδύναμα κέντρου πόνου, ιδιαίτερα σε νοσοκομεία που εκπαιδεύουν και νοσοκομεία που χορηγούν ειδικότητα. Τα κέντρα πόνου των δύο νοσοκομείων (Πανεπιστημιακό - Βενιζελείο) θα πρέπει να είναι πολυδύναμα. Το αν είναι ή όχι πολυδύναμα και γιατί θα το εξετάσουμε στην πορεία.
2. Στελέχωση
α. Ιατρικό Προσωπικό
Πολυδύναμο Κέντρο Πόνου σημαίνει ότι πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον τρεις ιατρικές ειδικότητες αλλά και άλλες λειτουργίες υγείας, όπως ψυχολόγοι, νοσηλεύτριες, φυσιοθεραπευτές, εργασιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί.

Το ποιες ειδικότητες θα

απασχοληθούν στο κέντρο πόνου θα εξαρτηθεί από το είδος των ασθενών που περιβάλλεται.

Στο Ιατρείο του Βενιζελείου το προσωπικό του κέντρου πόνου απαρτίζεται:

- από τέσσερις ιατρούς αναισθησιολόγους, αναλγησιολόγους διευθυντές, δύο εκ των οποίων είναι υπεύθυνοι. Η λειτουργία του κέντρου πόνου είναι υπό την εποπτεία των διευθυντών του Ανασθησιολογικού Τμήματος.

Στο Ιατρείο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου (ΠαΓΝΗ) το προσωπικό του κέντρου πόνου απαρτίζεται:

- από τρεις ιατρούς αναισθησιολόγους, ένας με βαθμό διευθυντού, ένας με βαθμό επιμελητού Α και ένας με βαθμό επιμελητού Β.

Παρά τις προσπάθειες δεν έγινε εφικτό: - να αυξηθεί ο αριθμός των ιατρών που θα συμμετέχουν ενεργά στις λειτουργίες του Ιατρείου.

- να συμμετέχουν ενεργά άλλες ειδικότητες εκτός των αναισθησιολόγων π.χ. ορθοπαιδικοί, ακτινολόγοι κλπ (υπάρχει συνεργασία κυρίως όμως στασιζόμενη σε προσωπικές επαφές) **β. Νοσηλευτικό Προσωπικό**
Πρέπει να έχει μόνιμο προσωπικό

Στο Ιατρείο του Βενιζελείου: - δεν υπάρχει μόνιμη νοσηλεύτρια για το κέντρο πόνου. Προσπαθούμε να έχουμε νοσηλεύτρια από το Ανασθησιολογικό Τμήμα, όπως ορίζει η Υπουργική απόφαση Υ4α/3592/96/31/10/97 για την ασφάλεια στην αναισθησία. Παύλι συχνά έχουμε νοσηλεύτριες εκπαιδευόμενες που αλλάζουν κάθε δύο ή τρεις μήνες. Στο Ιατρείο του (ΠαΓΝΗ) :

- ενώ το Ιατρείο λειτουργεί 3 μέρες / βδομάδα καλύπτεται μόνο τις 2 με νοσηλευτικό προσωπικό που όμως ταυτόχρονα ασχολείται και με την κάλυψη του εξωτερικού ψυχιατρικού Ιατρείου!!!!
- επίσης λόγω των συνεχών αλλαγών

Χαρτοtest
Για ό,τι έχει σχέση με το χαρτί...

Συνέχεια στη σελίδα 3

Το Οικονομικό Κόστος του Καρκίνου στην Ελλάδα

Νίκος Μανιαδάκης
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
Εισήγηση από το 2ο Παπελλήνιο Forum Ογκολογίας στο Νοσοκομείο Χανίων 12-14/5/2006

Τα δημογραφικά και επιδημιολογικά πρότυπα και ο τρόπος ζωής των κοινωνιών έχουν μεταβληθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Κυρίαρχο στοιχείο σε αυτές τις μεταβολές αποτελεί η αλματώδης αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, στο οποίο συντέλεσε σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία χρόνια η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας και γνώσης. Επίσης, τα πρότυπα του τρόπου ζωής έχουν μεταβληθεί σημαντικά και παρ' όλο που είναι πλέον γνωστοί πολλοί από τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με συγκεκριμένες ασθένειες, μεγάλα ποσοστά του πληθυσμού εξακολουθούν να τους αγνοούν και να μην λαμβάνουν μέτρα προφύλαξης. Το κλασικό τους παράδειγμα αποτελεί το κάπνισμα. Ετσι, παρά τη μεγάλη συμβολή της επιστήμης και παρά την ανάπτυξη νέων αποτελεσματικών θεραπειών, όλες οι μορφές καρκίνου μαζί εξακολουθούν να αποτελούν το σημαντικότερο αίτιο θανάτου στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με τα στοιχεία διεθνών οργανισμών η κατάσταση είναι αποκαρδιωτική. Στην Ευρώπη κάθε χρόνο καταλήγουν από καρκίνο περίπου 2.000.000 άνθρωποι και συνολικά χάνονται περίπου 16.000.000 έτη ζωής. Ο καρκίνος του πνεύμονα κατέχει την πρώτη θέση και έπονται ο καρκίνος του εντέρου, του στομάχου, του μαστού, του προστάτη και του παγκρέατος. Ο καρκίνος, συνολικά, εκτός από κύρια αιτία απώλειας ανθρώπινης ζωής αποτελεί και κύρια αιτία απώλειας σημαντικών οικονομικών πόρων, καθώς οι κοινωνίες μας κάθε έτος χάνουν το προϊόν που θα παρήγαγαν όλοι αυτοί που κατέληξαν εξαιτίας του καρκίνου και όλοι αυτοί που είναι αδύνατο να εργαστούν εξαιτίας της κατάστασης της υγείας τους. Το έμμεσο αυτό κόστος του καρκίνου είναι πολλαπλάσιο του άμεσου κόστους νοσοκομειακής φροντίδας. Το τελευταίο αφορά στο κόστος των φαρμάκων, στο κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων, στο κόστος νοσηλείας των ασθενών κ.ά.

Η θεραπεία του καρκίνου, παρ' ότι ακριβή σε πολλές περιπτώσεις, αποφέρει συνολικά στην οικονομία σημαντικά

οφέλη. Από μια μελέτη που έγινε πρόσφατα στις ΗΠΑ, διαπιστώθηκε για παράδειγμα ότι για κάθε δολάριο που δαπανάται γενικότερα στις Υπηρεσίες Υγείας η οικονομία κερδίζει πίσω 2,4 δολάρια. Σε ό,τι αφορά συγκεκριμένα φάρμακα και θεραπείες για τον καρκίνο η απόδοση στην οικονομία μπορεί να φτάσει ακόμη και τα 40 δολάρια. Συνεπώς, η επένδυση στην υγεία και σε θεραπείες για τον καρκίνο όχι μόνο σώζει ανθρώπινες ζωές αλλά επιπρόσθετα αποφέρει οικονομικά οφέλη στην οικονομία γενικότερα.

Το κρίσιμο ζήτημα παραμένει να βρεθούν οι πόροι που θα επενδύων στην υγεία και να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά αυτοί οι πόροι, στόχοι που είναι δύσκολο να επιτευχθούν. Συγκεκριμένα, οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται συνεχώς τα τελευταία χρόνια και κατά μέσο όρο έχουν πλέον ξεπεράσει το 10% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) στις περισσότερες χώρες, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν σημαντικές πιέσεις για περαιτέρω αύξηση, λόγω της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού, των αυξημένων προσδοκιών των πολιτών, της δημογραφικής γήρανσης και της τεχνολογικής εξέλιξης. Συνεπώς, η εξεύρεση πόρων για την υγεία γενικότερα και ειδικότερα για την αντιμετώπιση του καρκίνου θα γίνεται όλο και πιο δύσκολη υπόθεση. Επιπλέον, η τεχνολογία και η γνώση βελτιώνουν αλλά επίσης περιπλέκουν σημαντικά τα θέματα οργάνωσης και χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Τα τελευταία χρόνια έχουμε γίνει μάρτυρες σημαντικών ανακαλύψεων που αφορούν νέα φάρμακα, νέες βιοχημικές και γονιδιακές θεραπείες, νέες διαγνωστικές μεθόδους, νέες επεμβατικές μεθόδους, και άλλα πολλά. Η τεχνολογία στις περισσότερες περιπτώσεις αυξάνει σημαντικά το κόστος των υπηρεσιών, διότι έχει πολύ υψηλό κόστος ανάπτυξης, κτήσης και λειτουργίας. Υπάρχει επιπρόσθετα και έμμεσο κόστος που σχετίζεται με το γεγονός ότι χρειάζεται πολύ εξειδικευμένο και ακριβό ανθρώπινο κεφάλαιο για να τη χρησιμοποιήσουμε οδοτικά και επίσης εξαιτίας της αποτελεσματικότητας της αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσης και άρα αυξάνονται στη συνέχεια και οι δαπάνες. Από μια πρόσφατη μελέτη έχει αξιοσημείωτο ότι η αύξηση των δαπανών για την υγεία οφείλεται κατά 4% στην αύξηση των τιμών, κατά 4% στην αύξηση του ΑΕΠ, κατά 22% στην αύξηση του



ΕΚΔΟΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΥΠΟΒΑΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΑΟΡΙΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΙΑΤΡΩΝ ΤΟΥ Ι.Κ.Α

Είναι κοινά και νομοθετικά αποδεκτά πρακτικά από τη στιγμή της υιοθέτησης του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης του τριτοκλάσιου συστήματος, να συμμετέχει στο σχηματισμό του τελικού συνταξιοδοτικού προϊόντος με εισφορά ο εργαζόμενος, ο εργοδότης και το κράτος.

Αυτή λοιπόν την στοιχειώδη αρχή που έχει ανάγκη το ασφαλιστικό σύστημα για να συντηρηθεί έρχεται η ίδια η πολιτεία δια μέσου του μεγαλύτερου δημόσιου ασφαλιστικού οργανισμού του ΙΚΑ να την παραβιάζει για μια συγκεκριμένη ομάδα εργαζομένων των Ιατρών που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο ίδρυμα με σχέση εργασίας αορίστου χρόνου.

Απλά το ίδιο το ΙΚΑ αρνείται στην ομάδα αυτή των Ιατρών να καταβάλει την εργοδοτική εισφορά, ενώ για τις άλλες κατηγορίες εργαζομένων σε αυτό, διοικητικών υπαλλήλων και μονίμων Ιατρών την καταβάλλει κανονικά.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα σημαντικό αριθμό Ιατρών που αποχώρισαν από την ενεργό δράση λόγω συμπλήρωσης του ορίου ηλικίας να μην μπορούν να πάρουν τη σύνταξη τους ενώ και αυτοί εργάστηκαν και προσέφεραν τις υπηρεσίες τους κάτω από ίδιες συνθήκες με τους μόνιμους συναδέλφους τους.

Την σημαντική αυτή αδικία οι εργαζόμενοι Ιατροί στο ίδρυμα την έχουν καταδικάσει επανειλημμένα και έχει αποτελέσει ένα πάγιο διεκδικητικό τους αίτημα τα τελευταία χρόνια.

Η ίδια δε η πολιτεία δια των κατά καιρούς αρμοδίων έχει αναγνώριση την αδικία αυτή κανέναν όμως δεν αναλαμβάνει την πρωτοβουλία να την αποκαταστήσει. Η εκκρεμότητα δε αυτή δίνει την δυνατότητα στο κράτος να εκμεταλλεύεται τις οφειλόμενες εργοδοτικές εισφορές του ΙΚΑ στους Ιατρούς συμβάλλοντας έτσι στην πραγματική κλοπή των εισφορών αυτών από τους δικαιούχους.

Σε όλη αυτή την διαμορφωμένη κατάσταση θα πρέπει να δοθεί ένα τέλος αποκαθιστώντας μια μεγάλη κοινωνική αδικία που γίνεται σε βάρος μιας κατηγορίας Ιατρών που εργάζονται στο ΙΚΑ. Είναι υποχρέωση της πολιτείας σε μια περίοδο που θέλουμε να λεγόμαστε Ευρωπαίοι να συμβάλει στην δίκαιη επίλυση του χρονίζοντος αυτού προβλήματος.

Αποτελεί όμως και υποχρέωση των Ιατρών να μην εφησυχάζουν αλλά να παραμένουν σε αγωνιστική επαγρύπνηση έως την οριστική και δίκαιη επίλυση του προβλήματος τους.

ΜΠΑΤΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ
ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΡΗΤΗΣ

πληθυσμού κάλυψης, κατά 34% στη γήρανση του πληθυσμού και κατά 36% στη νέα τεχνολογία υγείας.

Για τους λόγους αυτούς τα συστήματα υγείας όλο και περισσότερο στο μέλλον θα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη χρηματοδότηση και ορθή χρήση της τεχνολογίας υγείας και βεβαίως αυτό αφορά ειδικότερα και τις αντικαρκινικές θεραπείες οι οποίες έχουν τεράστιο κόστος, τόσο σε ό,τι αφορά στις χειρουργικές, όσο και στις ακτινοβιολογικές, αλλά και στις φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Για να αντιμετωπιστεί αυτό το ζήτημα χρειάζονται στρατηγικές και ενεργείες που να αφορούν στον καρκίνο και την αντιμετώπιση του. Συγκεκριμένα, στο επίπεδο της Πολιτείας θα πρέπει να υπάρχει ξεκάθαρη μακροπρόθεσμη στρατηγική, στόχοι και προγράμματα δράσης για τον καρκίνο, βεβαίως λαμβάνοντας υπόψη ότι θα πρέπει να διατίθενται οι απαραίτητοι πόροι για την υλοποίηση των στρατηγικών και την επίτευξη των στόχων. Είναι αυτονόητο και ε'χει αποδειχτεί με μελέτες ότι αποτελεί πολύ αποτελεσματική χρήση των πόρων η επένδυση σε προγράμματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου. Σε ό,τι αφορά στην παροχή των υπηρεσιών, αυτή θα πρέπει να γίνεται μέσα από οργανωμένα δίκτυα πρωτοβάθμιας, ημερήσιας, νοσοκομειακής και μετανοσοκομειακής φροντίδας, που στόχο θα έχουν την παροχή ολοκληρωμένων, συντονισμένων, ποιοτικών, εξειδικευμένων και αποτελεσματικών υπηρεσιών για τον

καρκίνο. Ειδικότερα σε σχέση με την τεχνολογία υγείας και τα φάρμακα για τον καρκίνο αυτά θα πρέπει αρχικά να αξιολογούνται εκτός από την κλινική και για την οικονομική αποτελεσματικότητά τους, ώστε η χρήση τους, εν κατακλείδι, να εξασφαλίζει τη μέγιστη κλινική αποτελεσματικότητα για το σύστημα υγείας και την κοινωνία γενικότερα. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει τα φάρμακα να αξιολογούνται για τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητάς τους, κάτι που έχει σχέση όχι μόνο με το φάρμακο αλλά και γενικότερα με την οργάνωση του συστήματος. Θα πρέπει στα πλαίσια αυτά να υπάρχουν αλλά και να εφαρμόζονται κυρίως κατευθυντήριες οδηγίες βασισμένες στη διεθνή βιβλιογραφία και πρότυπα, και να μειωθεί η ανεξέλεγκτη ανταγωνοποίηση φαρμάκων. Ειδικότερο βάρος θα πρέπει με την εξέλιξη της επιστήμης να δοθεί στις εξοικειωμένες θεραπείες και στην αποτελεσματικότερη διαχείριση ομοειδών ομάδων ασθενών. Εάν δεν εφαρμοστούν τα παραπάνω στο σύστημα υγείας γενικότερα αλλά και ειδικότερα στη θεραπεία του καρκίνου, που αφορά μεγάλο μέρος της δαπάνης, είναι αυτονόητο ότι το δημόσιο σύστημα υγείας δεν θα μπορεί να είναι σε θέση σύντομα να χρηματοδοτήσει την παροχή νέων καινοτόμων και αποτελεσματικών θεραπειών σε όλους αυτούς που πραγματικά τις έχουν ανάγκη.

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ

«ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ της Κρήτης»

ΚΩΔΙΚΟΣ: 5684

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης

ΕΚΔΟΤΗΣ: Χαράλαμπος Μπατάκης, e-mail: batakis@otenet.gr

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: CYPRAKIS PUBLICATIONS

Γιώργος Γυράκης, e-mail: ggyrakis@yahoo.com

ΤΗΛ. 28210 56790, 28210 69162, ΦΑΞ: 28210 52577

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: 8ης ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 37, ΧΑΝΙΑ Τ.Κ. 73132

Τα Ιατρικά Χρονικά διανέμονται δωρεάν σε όλους τους Γιατρούς της Κρήτης. Εάν δεν τα λαμβάνετε, παρακαλούμε, αποστείλτε μας την πλήρη διεύθυνσή σας (με Τ.Κ.) στο e-mail της εφημερίδας μας, ή ταχυδρομικά.

*Οι απόψεις των αρθρογράφων συνεργατών της εφημερίδας δεν εκφράζουν απαραίτητα τις απόψεις των εκδότην της

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ: ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΟΥΣ

Συνέχεια από την 1η σελίδα

υπάρχει πρόβλημα στην εκπαίδευση των νοσηλευτών ακόμα και στον τρόπο λειτουργίας του ιατρείου* πχ το τελευταίο έτος 6 νέοι νοσηλευτές έχουν περάσει από το ιατρείο!

γ. Υποστηρικτικό Προσωπικό

Πρέπει να υπάρχει απαραίτητο υποστηρικτικό προσωπικό (ψυχολόγος-ψυχοθεραπευτής-τραυματιολόγος) ώστε να μπορεί με άνεση να γίνεται η λειτουργία του κέντρου πόνου. Στο ιατρείο του Βενιζελείου:

- δεν υπάρχει δικό μας υποστηρικτικό προσωπικό.

Στο ιατρείο του ΠαΓΝΗ:

- Ψυχολόγος:

Το σύστημα είναι δυσκίνητο -πρέπει να γίνεται πρώτα ψυχιατρική εκτίμηση- τα ραντεβού καθυστερούν, προκειμένου να ασχοληθούν οι ψυχολόγοι του νοσοκομείου με τους ασθενείς του ιατρείου.

- Φυσιοθεραπευτές:

Δεν επαρκούν ούτε για τους νοσηλευόμενους ασθενείς και δεν αναλαμβάνουν εξωτερικούς ασθενείς

- Βοηθοί ακτινολόγων:

(ενώ είχαμε ξεκινήσει επεμβατικές τεχνικές με τη βοήθεια ακτινολογικού μηχανήματος λόγω μη υποστήριξης αναγκαστικά σταματήσαμε)

- Μεταφορές:

Γενικά υπάρχει έλλειψη

3. Επικοινωνία

Πρέπει να υπάρχει επικοινωνία μεταξύ των ιατρών και των λειτουργιών υγείας

- Μεταξύ ιατρών του κέντρου πόνου
- Υπάρχει επικοινωνία μεταξύ των ιατρών ώστε να συζητούμε και να καθορίζουμε τη θεραπεία.
- Μεταξύ ιατρών άλλων ειδικοτήτων

Παρέχεται η γνώμη των άλλων ειδικοτήτων, ορθοπαιδικών, νευρολόγων, ογκολόγων, οιματολόγων κτλ. Η συνεργασία με όλες σχεδόν τις ειδικότητες είναι άριστη. Κάποιες ειδικότητες αναγνωρίζουν το έργο του κέντρου πόνου, συμμετέχουν και συνεργάζονται, ενώ κάποιες άλλες δε συνεργάζονται. Αυτό είναι αρνητικό για το κέντρο πόνου, λόγω του ότι στερείται συγκεκριμένο είδος ασθενών. Δεν θα ήθελα να πιστέψω ότι αυτό συμβαίνει από έλλειψη συνεργασίας αλλά από άγνοια της προσφοράς του ιατρείου.

- Μεταξύ άλλων λειτουργιών υγείας
- Κατά καιρούς δημιουργούνται προβλήματα με τους φαρμακοποιούς ή τους ελεγκτές ιατρών των τμημών αλλά με τη βοήθεια των υπαλλήλων της Υγειονομικής Υπηρεσίας προσπαθούμε να τα λύσουμε.

4. Χώροι λειτουργίας

Για την ομαλή λειτουργία του κέντρου πόνου απαιτείται χώρος υποδοχής και εξέτασης των ασθενών, καθώς και κατάλληλα εξοπλισμένος χώρος για την διενέργεια των επεμβατικών τεχνικών. Στο ιατρείο του Βενιζελείου: -λειτουργεί ένας χώρος σαν ιατρείο πόνου. -δεν υπάρχει χώρος άσπυτος, με αποτέλεσμα όλες οι επεμβατικές τεχνικές να γίνονται στην αίθουσα ανάνηψης. Αυτό δημιουργεί πρόβλημα όχι μόνο δυσλειτουργίας αλλά και κακής παροχής υπηρεσιών,

λόγω όχι μόνο στενότητας χώρου αλλά και μεγάλης αναμονής των ασθενών με πόνο. Επίσης, η έλλειψη δικού μας χώρου εμποδίζει την ανάπτυξη περισσότερων δραστηριοτήτων.

Στο ιατρείο του ΠαΓΝΗ:

- έλλειψη άσπυτης περιοχής - οι άσπυτες τεχνικές γίνονται στο χώρο τις ανάνηψης
- έλλειψη ημέρας στο χειρουργείο
- λόγω φόρτου εργασίας ο υπάρχων χώρος συχνά δεν επαρκεί και δεν υπάρχει δυνατότητα απομόνωσης των ασθενών

5. Ημέρες λειτουργίας

Στο ιατρείο του Βενιζελείου:

- το ιατρείο, το τελευταίο έτος μεiosis τις ημέρες λειτουργίας από πέντε σε τέσσερις την εβδομάδα, λόγω έλλειψης προσωπικού και φόρτου εργασίας στο χειρουργείο.

Στο ιατρείο του ΠαΓΝΗ

- δυνατότητα για μόνο 3 μέρες λειτουργίας την εβδομάδα ενώ υπάρχουν ανάγκες για καθημερινή λειτουργία (συντά υπάρχουν περισσότερα από 15 ραντεβού την ημέρα)

6. Αρχείο

Απαιτείται η τήρηση λεπτομερούς αρχείου όχι μόνο για την καταγραφή των ασθενών αλλά και για κάθε θεραπεία και το αποτέλεσμα αυτής.

Στο ιατρείο του Βενιζελείου:

- γίνεται λεπτομερής καταγραφή θεραπειών για τον κάθε ασθενή αλλά δεν υπάρχει μηχανογράφηση.

Στο ιατρείο του ΠαΓΝΗ:

- δεν υπάρχει σε όλο το νοσοκομείο μηχανογράφηση,
- γίνεται όσο είναι δυνατόν καταγραφή
- μεγάλη δυσκολία στην ανεύρεση στοιχείων

7. Προμήθεια αναλώσιμου υλικού

- τερμάτια δυσκινησία του γραφείου προμηθείας και
- συντά δεν υπάρχει το απαιτούμενο υλικό

8. Συνταγογραφία

- όχι καλή συνεργασία με ασφαλιστικά ταμεία (πχ Ι ΚΑ).

9. Ανάγκη κλινών

Ένα άλλο πρόβλημα που προκύπτει λόγω της μεγάλης απόστασης πολλών ασθενών από τα δύο ιατρεία πόνου της Κρήτης είναι η ανάγκη νοσηλευτικών κλινών.

Στο ιατρείο του Βενιζελείου: - δεν έχουμε δικές μας κλινές Το πρόβλημα κλινής προκύπτει, λόγω της μεγάλης απόστασης πολλών ασθενών από τα δύο κέντρα πόνου της Κρήτης. Προς το παρόν υπάρχει αναζήτηση κλινής σε διάφορες κλινικές το οποίο δεν είναι πάντα εύκολο. Υπάρχει και η δυσκολία νοσηλείας, εκ μέρους των νοσηλευτών, των ασθενών μας λόγω έλλειψης προσωπικού.

Στο ιατρείο του ΠαΓΝΗ: -δεν έχουμε δικές μας κλινές

- έχουμε όμως καλή συνεργασία με διάφορες ειδικότητες σε περίπτωση που κάποιοι ασθενείς χρήζει ενδο-νοσοκομειακής παρακολούθησης Έτσι,

για ασθενείς από απομακρυσμένες περιοχές που η μετακίνηση τους είναι δύσκολη, συχνά, μετά τη πρώτη επίσκεψη υπάρχει μόνο τηλεφωνική επικοινωνία.

9. Ευρωπαίοι πολίτες

Η μόνιμη κατοικία πολλών ξένων στην Κρήτη δημιουργεί πρόσθετες ανάγκες. Πρέπει να γνωρίζουμε τη νομοθεσία για τη χορήγηση ναρκωτικών ουσιών σε ασθενείς από την Ευρώπη και πώς καθύπτονται ταμειακά. Έ' αυτό μας βοηθά πρόβλημα η Υγειονομική Υπηρεσία Ηρακλείου.

Συζήτηση

Στόχος των κέντρων πόνου είναι να παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς που υποφέρουν από πόνο. Σύμφω-να με τις οδηγίες της ΙASP, ο προτεινόμενος τρόπος λειτουργίας ενός κέντρου πόνου είναι να είναι πολυδύναμο. Το κέντρο πόνου πρέπει να αποτελείται από διαφορετικές ειδικότητες, ώστε να μπορεί να γίνεται πολυπαραγοντική εκτίμηση. Δεν έχουν όλοι οι ασθενείς που απευθύνονται σε ένα κέντρο πόνου την ανάγκη πολλών ειδικοτήτων αλλά το κέντρο θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα, αν χρειαστεί να τους την παρέχει. Η διάγνωση και η θεραπεία πόνου είναι τόσο σύνθετη, ώστε δε μπορούμε να ονομάζουμε κέντρο πόνου ένα ιατρείο που λειτουργεί με ένα γιατρό. Όμως, σαν αρχή, στα πλαίσια λειτουργίας ενός πολυδύναμου κέντρου πόνου, η έναρξη μπορεί να γίνει με ένα γιατρό και τη συμβολή των άλλων ειδικοτήτων, με σκοπό την πλήρη ανάπτυξη του κέντρου.

Δεν μπορούν να δοθούν κατευθυντήριες οδηγίες που θα ισχύουν για όλο τον κόσμο, δεδομένου ότι υπάρχουν διαφορετικές ανάγκες και οικονομικές δυνατότητες για κάθε κράτος. Έτσι, σε πολλές χώρες όπου δεν υπάρχει η δυνατότητα ανάπτυξης, η αντιμετώπιση βασίζεται μόνο σε αποκλειστικό νευρικό και φαρμακευτική αγωγή.

Όταν το κέντρο είναι υπό ανάπτυξη, οι ασθενείς θα πρέπει, πριν τη θεραπεία, να ελέγχονται, να γίνεται διάγνωση της αιτίας του πόνου και να αποστέλλονται με διάγνωση στα κέντρα πόνου, ιδιαίτερα εκεί που δεν έχουν τη δυνατότητα αυτή. Νομίζω ότι τα δικά μας κέντρα πόνου βρίσκονται σε αυτή τη φάση ανάπτυξης και έχουν πολύ δρόμο να κάνουν ακόμη, για να γίνουν αμιγώς πολυδύναμα. Νομίζω, όμως, ότι μπορούν να θεωρηθούν πολυδύναμα, δεδομένου ότι υπάρχει πάντα η δυνατότητα συνεργασίας με τις άλλες ειδικότητες. Στην Κρήτη υπάρχει ανάγκη λειτουργίας και άλλων κέντρων πόνου, ώστε να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών της περιφέρειας.

Οι γιατροί που εργάζονται στα κέντρα πόνου, πρέπει να είναι μέλη της ΙASP αλλά και του εθνικού τμήματος (Ε.Ε.Α.Υ.Π.Ο.Υ.), γιατί έτσι θα μπορούν να είναι διαρκώς ενημερωμένοι για στις άπυτες επιστημονικά νέα, αλλά και λειτουργικά.

Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, η καθημερινή αναζήτηση νοσηλευτριών και η εκπαίδευση της, δημιουργεί πρόσθετα προβλήματα στο ήδη φραγμένο έργο των ιατρών του κέντρου, θα πρέπει να γίνει κανόνες, ότι το ιατρείο

πόνου χρειάζεται το δικό της εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, που θα μπορεί να εκτιμήσει την κατάσταση του ασθενούς, να βοηθήσει στην τέλεση των επεμβατικών τεχνικών και στην παρακολούθηση των ασθενών. Επιτακτική, λοιπόν, η ανάγκη μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού. Η αυτονομία χώρων είναι απαραίτητη. Το έργο και η ανάπτυξη των κέντρων μας εμποδίζεται από την έλλειψη χώρου. Το κάθε κέντρο πόνου πρέπει να παρέχει τις υπηρεσίες του με όλους τους κανόνες ασφαλείας, οι οποίοι διασφαλίζονται όχι μόνο με τις γνώσεις του ιατρικού προσωπικού, τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουμε οποιαδήποτε επιπλοκή, αλλά και τη βοήθεια του νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού. Οι κατάλληλοι χώροι είναι και αυτοί μέρος της σωστής και ασφαλούς λειτουργίας. Έτσι, σε κατάλληλο χώρο και το έργο του ιατρείου γίνεται σωστά και με άνεση, αλλά βασικά δεν ταλαιπωρείται ο ασθενής από ώρες αναμονής. Αν ένα κέντρο παρουσιάζει στη λειτουργία του πολλά προβλήματα, αυτό γίνεται κατά προσθήκη άγχος στους γιατρούς και το προσωπικό, δημιουργώντας έτσι φαύλο κύκλο. Πρέπει να ασκηθεί πίεση προς εξεύρεση χώρων αλλά και κλινών που θα είναι πάντα και εύκολα διαθέσιμες για το κέντρο πόνου. Η λειτουργία των ιατρικών πρέπει να είναι καθημερινή.

Η ανάγκη ιατρών στο χειρουργείο και η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού μας αναγκάζει να μη λειτουργούμε τα κέντρα καθημερινά. Αποτελεσμα είναι να συσσωρεύονται πολλά ραντεβού τις υπόλοιπες ημέρες, αλλά και με δυσκολία να αντιμετωπίζονται έκτακτα περιστατικά. Η επικοινωνία με τις άλλες ειδικότητες γίνεται σε προσωπικό επίπεδο και στηρίζεται στην αλληλοεκτίμηση μεταξύ των συναδέλφων, με βάση τις γνώσεις που έχουν στο αντικείμενο. Απαραίτητη η διαρκής ενημέρωση των συναδέλφων για το αντικείμενο του κέντρου πόνου. Υπάρχει, λοιπόν, ανάγκη άμεσης βελτίωσης των προβλημάτων των ιατρικών που δεν είναι πάντα εύκολη, πάγω του ότι δεν εξαρτάται μόνο από τη θέληση των ιατρών, αλλά και από την ίδια τη δομή και τους χώρους του νοσοκομείου, από το υπάρχον νοσηλευτικό, υπο-στηρικτικό και βοηθητικό προσωπικό. Αλλά η βελτίωση των προβλημάτων των ιατρικών εξαρτάται και από το, πόσο έχουν κατανοήσει, ή κατά πόσον εμείς που εργαζόμαστε στα κέντρα πόνου, έχουμε δώσει να αντιληφθούν οι διοικούντες, την ανάγκη ανάπτυξης των υπαρχόντων κέντρων αλλά και τη δημιουργία νέων. Στα πλαίσια αυτής της αρχικής καταγραφής τα κέντρα πόνου των δύο νοσοκομείων έχουν σοβαρά προβλήματα που ανακεφαλαιώνονται είναι:

1. προβλήματα χώρων
2. προβλήματα αργάνωσης
3. προβλήματα στελέχωσης
4. προβλήματα ανάπτυξης

Βιβλιογραφία

1. Desirable characteristics for pain treatment facilities, updated on June j, 2006

<http://www.iasp-pain.org/desirabl.html>

Ερευνητικές ή Κλασικές Θεραπείες για τα Παιδιατρικά Νεοπλασματικά Νοσήματα;

Επιμορφωτής Μανταδάκης
Παιδιατρική Κλινική Αιματολογίας-Ογκολογίας ΠΑΓΝΗ
Εισήγηση από το 2ο Πανελλήνιο Forum Ογκολογίας στο
Νοσοκομείο Χανίων 12-14/5/2006

Παιδιατρική
Αιματολογία/Ογκολογία
προσβλέπει πάντοτε στην ίαση του
παιδιού και εφήβου με καρκίνο,
στόχος που συχνά είναι ανέφικτος
για ενήλικες με νεοπλασίες. Πράγματι,
λόγω της μεγάλης πρόδου που
εγινε τα τελευταία 50 χρόνια με
την ανακάλυψη αποτελεσματικών
χημειοθεραπευτικών και τις κλινικές
δοκιμές τους από συνεργατικές
ομάδες, σήμερα περισσότερο από
το 70% των παιδιών και εφήβων με
καρκίνο θα ιαθούν από τη νόσο
τους.

Εξαιτίας της μεγάλης αυτής
πρόδου, το ποσοστό των παιδιών
και εφήβων με ανθεκτικό καρκίνο που
δεν ανταποκρίνονται σε θεραπείες
πρώτης γραμμής ή που
υποτροπιάζουν είναι μικρό, γεγονός
που καθιστά εξαιρετικά δύσκολη
τη μελέτη νέων φαρμάκων σε παιδιά
και εφήβους με νεοπλασίες. Για
παράδειγμα, αν στην Ελλάδα η
επίπτωση των νεοπλασιών σε ηλικίες
<20 ετών είναι ανάλογη με αυτή
των ΗΠΑ, δηλ. περίπου 17 νέα
περισσότερα ανά 100.000 πληθυσμού,
συνολικά υπολογίζεται να υπάρχουν
330-350 νέοι ογκολογικοί ασθενείς
ανά έτος ηλικίας <20 ετών. Αν με
συντηρητικούς υπολογισμούς το
65% από αυτούς ιαθεί με θεραπεία
πρώτης γραμμής, μένουσ μόλις
115-123 ασθενείς με ποικίλες
ιστολογικές μορφές καρκίνου ως
δυναμικοί υποψήφιοι για πειραματικές
θεραπείες, καθιστώντας έτσι πρακτικά
ανέφικτη την εκτέλεση κλινικών
μελετών φάσης I-II σε παιδιά και
εφήβους με καρκίνο στη χώρα μας.
Αλλά ακόμη και σε χώρες, όπως οι
ΗΠΑ -με περίπου 13.000 παιδιά και
εφήβους <20 ετών με καρκίνο σε
ετήσια βάση- είναι δύσκολη η
εκτέλεση τέτοιων κλινικών μελετών,
γιατί ενώ υπάρχουν εκατοντάδες
μόρια με αντινεοπλασματική δράση
υπό δοκιμή στους ενήλικες, ο
αντίστοιχος αριθμός υπό δοκιμή
φαρμάκων στα παιδιά και τους
εφήβους είναι πολύ μικρότερος,
λόγω του περιορισμένου (επιτυχώς)
αριθμού ασθενών που έχουν ανάγκη.

Εξαιτίας αυτής της ανισορροπίας
μεταξύ του μικρού αριθμού ασθενών
και του μεγάλου αριθμού υπό δοκιμή
φαρμάκων, είναι απαραίτητη η
ανάπτυξη προκλινικών προγνωστικών
μοντέλων για τις παιδιατρικές
νεοπλασίες που σκοπό έχουν να

διευκολύνουν
τους ερευνητές
να επιλέξουν
κατά
προτεραιότητα

τα πιο ελπιδοφόρα υπό δοκιμή
αντινεοπλασματικά φάρμακα.
Η προκλινική δοκιμή
αντινεοπλασματικών φαρμάκων σε
κυτταρικές σειρές παιδιατρικών
νεοπλασιών και σε in vivo
πειραματικά μοντέλα δεν είναι κάτι
καινούριο, αφού βρίσκεται σε εξέλιξη
για πάνω από 30 χρόνια, παρ' όλο
που δεν υποστηρίζεται ενεργά από
τις φαρμακευτικές εταιρίες, λόγω
του μικρού μεγέθους της
προσοδωμένης αγοράς. Συνέπεια
του γεγονότος αυτού είναι πολλές
μελέτες τοξικότητας νέων
αντινεοπλασματικών φαρμάκων
(μελέτες φάσης I) να γίνονται σε
παιδιά και εφήβους χωρίς πρώτα
να έχει προηγηθεί δοκιμή σε
πειραματικά προκλινικά μοντέλα.
Τα τελευταία έχουν δοκιμασθεί
επιτυχώς σε περιπτώσεις συμπαγών
όγκων, όπως είναι το
ραβδομυοσάρκωμα, όπου υπήρχε
πολύ καλή συσχέτιση μεταξύ
δραστικότητας υπό δοκιμή φαρμάκων
σε αλλομεταμοσχευμένα με
ραβδομυοσάρκωμα ποντίκια και
κλινικής δραστηριότητας αυτών των
φαρμάκων σε παιδιά με
ραβδομυοσάρκωμα.

Παρ' όλα αυτά, λόγω της
απουσίας οργανωμένης και σταθερής
προσέγγισης της προκλινικής
αξιολόγησης νέων φαρμάκων σε
παιδιά και εφήβους με καρκίνο, είναι
δύσκολο να βγάλουμε
συμπεράσματα σχετικά με τη
χρησιμότητα της πειραματικής
προκλινικής αξιολόγησης στην
Παιδιατρική Ογκολογία. Για τον λόγο
αυτόν, η επιτροπή μελετών φάσης
I της μεγαλύτερης συνεργατικής
ομάδας Παιδιατρικής Ογκολογίας,
του Children's Oncology Group
(COG), σε συνεργασία με το
πρόγραμμα αξιολόγησης
αντινεοπλασματικών θεραπειών
του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου
των ΗΠΑ οργάνωσε μια συνάντηση
όπου συζητήθηκαν θέματα σχετικά
με τη μελέτη νέων φαρμάκων έναντι
παιδιατρικών νεοπλασιών σε
προκλινικά μοντέλα. Στη συνάντηση
αυτή, συμφωνήθηκε τα in vitro
κυτταρικά συστήματα προκλινικού
ελέγχου να δοκιμάζουν τη
δραστικότητα αντινεοπλασματικών
φαρμάκων έναντι καρκινικών
κυττάρων ασθενών ή καθιερωμένων
καρκινικών κυτταρικών σειρών

χρησιμοποιώντας ως μέτρο
αποτελεσματικότητας είτε ένα
κλωνογενές τελικό σημείο επιβίωσης
(clonogenic survival end point) είτε
ένα τελικό σημείο πολλαπλασιασμού
μετρημένο με βάση τον κυτταρικό
μεταβολισμό (cell proliferation end
point). Όσον αφορά τα in vivo
μοντέλα προκλινικού ελέγχου νέων
χημειοθεραπευτικών σε
πειραματόζωα, οι περισσότερες in
vivo δοκιμασίες γίνονται με
αλλομεταμόσχευση όγκων σε
ποντίκια με βαριά συνδυασμένη
ανοσοανεπάρκεια (SCID), σε ποντίκια
NOD/SCID, καθώς και σε αθυμικά
κροκίως σε ποντίκια NOD/SCID. Τέλος,
τα in vivo τρανσγενωμικά μοντέλα
(πειραματόζωα με συγκεκριμένες
γονιδιακές βλάβες) παρέχουν τη
δυνατότητα αναγνώρισης και
αξιολόγησης θεραπειών έναντι
μοριακών στόχων.

Προκειμένου να καταδειχθεί
δυσκολία εισαγωγής νέων φαρμάκων
στην Παιδιατρική Ογκολογία, αρκεί
να αναφερθούμε στο παράδειγμα
της οξείας λεμφοβλαστικής
λευχαιμίας (ΟΛΛ), της πιο συχνής
παιδιατρικής νεοπλασίας. Σήμερα,
το 75-80% των παιδιών με ΟΛΛ θα
θεραπευτούν από τη νόσο τους με
βάση πολυχημειοθεραπεία
πρωτόκολλα που χρησιμοποιούν
αποκαθιστικά φάρμακα που
ανακαλύφθηκαν και δοκιμάστηκαν
τις δεκαετίες '40-70, όπως είναι η
μεθοτρεξάτη, η 6-μερκαπτοουρίνη,
η κυταραβίνη, τα κορτικοστεροειδή,
η βινκριστίνη, οι ανθρακυκλίνες, η
L-ασπαράγινση και οι
οξαζοφωσφορίνες. Ενδεικτικό είναι
ότι χρειάστηκαν περίπου 20 χρόνια
για την εμπορική κυκλοφορία ενός
νέου φαρμάκου (κίφαραμπίνη)
τον Δεκέμβριο 2004 για παιδιά με
ανθεκτική ΟΛΛ, δεδομένου ότι το
τελευταίο πριν από την
κίφαραμπίνη φάρμακο που πήρε
έγκριση από το FDA για ΟΛΛ, ήταν
η ετοποσίδη το 1986!

Πόσο χρήσιμες όμως και ασφαλείς
είναι οι μελέτες φάσης I σε παιδιά
και εφήβους; Πριν απαντήσουμε
σε αυτή την ερώτηση ας δούμε τη
σχετική βιβλιογραφία στους ενήλικες.
Σε μια ανασκόπηση μελετών με
7.960 ενήλικους ασθενείς με καρκίνο
που έλαβαν μέρος σε 228 μελέτες
φάσης I σε διάρκεια 14 ετών,
παρατηρήθηκαν 75 πρήξεις και 432
μερικές ύφεσεις, δηλ. η συνολική
αντικειμενική ανταπόκριση ήταν

6%. Η μέση διάρκεια πλήρους ύφεσης
ήταν 6 μήνες (εύρος 1-18) και η
μέση διάρκεια μερικής ύφεσης ήταν
3 μήνες (εύρος 1-17). Κανένα
φάρμακο που δεν έδωσε
ανταποκρίσεις σε μελέτες φάσης I
δεν κυκλοφόρησε εμπορικά. Μια
άλλη ανασκόπηση της
αποτελεσματικότητας σε ενήλικες
με καρκίνο 187 μελετών φάσης I
και II που δοκίμασαν 54
αντινεοπλασματικά φάρμακα μεταξύ
1974-1982 έδειξε αντικειμενικές
ανταποκρίσεις στο 4,2% των ασθενών.
Από τα 54 υπό δοκιμή φάρμακα, 38
ολοκλήρωσαν τουλάχιστον μία
μελέτη φάσης I και 21 αποδείχθηκαν
δραστικά. Το μέσο ποσοστό
ανταπόκρισης σε μελέτες φάσης I
ήταν 4,3% έναντι 2,7% για φάρμακα
δραστικά ή αδρανή αντίστοιχα σε
μελέτες φάσης II (διαφορά μη
σημαντική).

Η εμπειρία με μελέτες φάσης I
σε παιδιά και εφήβους με νεοπλασίες
είναι παρόμοια. Μια ανασκόπηση
της τοξικότητας, αλληλ και της κλινικής
ανταπόκρισης δημοσιευμένων
δοκιμών φάσης I νέων
αντινεοπλασματικών φαρμάκων
σε παιδιά και εφήβους και νεαρούς
ενήλικες (<21 ετών) με 1.606
ασθενείς που συμμετείχαν σε 56
δοκιμές μεταξύ 1978-1996 έδειξε
ποσοστά αντικειμενικής κλινικής
ανταπόκρισης 7,9%. Υψηλότερα
ποσοστά ανταπόκρισης
παρατηρήθηκαν στο νευροβλάτωμα
(17,7%) και στην οξεία μυελογενή
λευχαιμία (11,6%), ενώ χαμηλότερα
στο οστεοσάρκωμα και ραβδομυο-
σάρκωμα (<3%). Το 60% της
ανταπόκρισης σε συμπαγείς όγκους
παρατηρήθηκε στο 81-100% της
μέγιστης ανεκτής δόσης (MTD), ενώ
το 42% της ανταπόκρισης σε
λευχαιμίες σε > 100% της MTD.
Συνολικά, 7% των ασθενών κατέβησαν
ενδόξω βρίσκονταν υπό μελέτη,
αλλά ο θάνατος οφειλόταν σε
φαρμακευτική τοξικότητα μόλις
στο 0,7% των περιπτώσεων.
Επομένως, παρ' όλο που η
πιθανότητα ανταπόκρισης στις
μελέτες φάσης I ασθενών <21 ετών
με καρκίνο είναι μικρή, οι μελέτες
αυτές είναι ασφαλείς.

Μια ανασκόπηση της εμπειρίας
του Pediatric Oncology Group με
μελέτες φάσης II σε ασθενείς <21
ετών με ανθεκτικούς όγκους έδειξε
ότι από το χρονικό διάστημα 1984-
1994 συμμετείχαν συνολικά 2.465
ασθενείς σε 45 μελέτες. Οι
υποκείμενες νεοπλασίες ήταν ΟΛΛ
(16,7%), οξεία μυελογενής λευχαιμία

(12,0%), οστεοσάρκωμα (7,8%), νευροβλάστωμα (7,2%), αστροκύτωμα (7,2%), μυελοβλάστωμα (7,1%), γλιόλιωμα (6,7%), επενδυμώμα (6,1%) και διάφορες άλλες λιγότερο συχνές ιστολογικές μορφές καρκίνου (29,2%). Η συνολική ανταπόκριση (πλήρεις και μερικές υφέσεις) ήταν 19,6% κυμαινόμενη από 62,1% (23/37) για λέμφωμα Hodgkin σε 0% (0/23) για ηπατοβηλά-στωμα. Τα ποσοστά ανταπόκρισης ήταν σημαντικά καλύτερα σε μελέτες συνδυασμού χημειοθεραπευτικών. Για όλους τους όγκους, η ελεύθερη νόσου επιβίωση ήταν 12,9% στα 2 και 9,2% στα 5 χρόνια, ενώ υπό μελέτη κατέληξε το 11,6% των ασθενών, με μόνο 3 θανάτους να οφείλονται σε φαρμακευτική τοξικότητα. Επομένως, και οι μελέτες φάσης II φαίνεται να είναι εξαιρετικά ασφαλείς και με σημαντική πιθανότητα ανταπόκρισης ιδίως σε χημειοευαίσθητους όγκους.

Αναφορικά με τις κλινικές μελέτες φάσης III, είναι εξαιρετικά ενδιαφέρον να παρατηρήσουμε κατά πόσο ωφελήθηκαν ή όχι παιδιά και έφηβοι με νεοπλασίες που τυχαίοι ήταν να υποβληθούν σε "πειραματική" θεραπεία σε σχέση με αυτούς που τυχαίοι ήταν να υποβληθούν σε καθιερωμένη θεραπεία. Η λέξη πειραματική θεραπεία τοποθετείται μέσα σε εισαγωγικά, διότι στο υπό δοκιμή σκέλος των τυχαίοι ήταν μελετών φάσης III στην Παιδιατρική Ογκολογία συνήθως δεν χορηγούνται πειραματικά-νέα φάρμακα, αλλά συνθεστέρα φάρμακα που ήδη κυκλοφορούν. Για παράδειγμα, τα πρωτόκολλα πρώτης γραμμής έναντι της ΟΛΛ δεν έχουν ενσωματώσει

νέα φάρμακα εδώ και πολλές δεκαετίες, και η καλύτερη γνωστή θεραπεία ελέγχεται με τυχαίοι τρόπο έναντι "πειραματικής" θεραπείας που χρησιμοποιείτο ίδια φάρμακα αλλά με άλλο δοσολογικό σχήμα ή αλληλοσυνδυασμό. Η διευκρίνιση αυτή είναι σημαντική, διότι οι γονείς των πρωτοδιαγνωσμένων παιδιών με νεοπλασία οφείλουν να γνωρίζουν ότι τα φάρμακα που θα λάβουν τα παιδιά τους στα πλαίσια μιας τυχαίοι μελέτης κάθε άλλο παρά νέα είναι συνήθως, απλώς δοκιμάζονται διαφορετικά σε σχέση με τον καθιερωμένο τρόπο. Οι Kumar και συν. μελέτησαν όλες τις τυχαίοι μελέτες κλινικές μελέτες φάσης III του COG που έγιναν μεταξύ 1955-1997 σε παιδιά, εφήβους και νεογνά (< 21 ετών) και νεοπλασίες με σκοπό να καταδείξει αν οι υπό δοκιμή θεραπείες είναι καλύτερες ή χειρότερες σε σχέση με τις καθιερωμένες και αν τα αποτελέσματα είναι συμβατά με την αρχή της αβεβαιότητας που αποτελεί προϋπόθεση συμμετοχής σε τυχαίοι μελέτες.

Η ανασκόπηση αυτή είναι πολύ χρήσιμη γιατί συμπεριέλαβε δημοσιευμένες και μη μελέτες συγκρίνοντας την ελεύθερη νόσου, τη συνολική επιβίωση και τη σχετιζόμενη με τη θεραπεία θνητότητα. Συνολικά ανασκοπήθηκαν 126 μελέτες φάσης III, που περιλάμβαναν 152 συγκρίσεις θεραπειών σε 36.567 ασθενείς. Η αναλογία πιθανότητας (odds ratio) επιβίωσης ασθενών που έλαβαν πειραματική θεραπεία ήταν 0,96 (99% CI: 0,89-1,03), γεγονός που σημαίνει ότι οι νέες θεραπείες σε

παιδιά, εφήβους και νεογνά ενήλικες με νεοπλασίες είναι εξίσου πιθανό να είναι καλύτερες ή χειρότερες από τις καθιερωμένες. Αυτό αποδεικνύει ότι η αρχή της αβεβαιότητας λειτουργεί σε τυχαίοι μελέτες κλινικές δοκιμές φάσης III στην Παιδιατρική Ογκολογία. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης δεν επηρεάστηκαν από την ποιότητα της μελέτης φάσης III, το είδος της θεραπείας ή την υποκείμενη νόσο.

Συμπερασματικά, η μεγάλη θεραπευτική πρόοδος στην Παιδιατρική Ογκολογία δεν είναι αποτέλεσμα μιας σειράς διαρκών και σταθερών βελτιώσεων, όπως η επιλεκτική δημοσίευση θετικών αποτελεσμάτων κλινικών μελετών φάσης III μας οδηγεί να πιστεύουμε, αλλά αποτέλεσμα εμπειρικών δοκιμών από κλινικούς ερευνητές που αναγνώριζαν εξ αρχής την αβεβαιότητα προσεπιλογής αποτελεσματικότερης θεραπείας και που επέλεξαν να τυχαίοι τους ασθενείς τους σε θεραπείες το αποτέλεσμα των οποίων δεν μπορούσαν να προβλέψουν. Παρά τα όποια ενθαρρυντικά αποτελέσματα, οι μελέτες φάσης I και II δεν μπορούν να προβλέψουν τα αποτελέσματα κλινικών μελετών φάσης III. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις όταν ήρθαν από τις μελέτες φάσης II είναι σαφές ότι αναδύεται ένα καινούριο αποτελεσματικότερο από το καθιερωμένο θεραπευτικό δεδομένο, όπως στην περίπτωση του χρόνιου μυελογενούς λευχαιμίας η ιματινίμη, δεν είναι ίσως απαραίτητη η εκτέλεση τυχαίοι μελετών κλινικών δοκιμών φάσης III, αλλά ενδείκνυται η άμεση κυκλοφορία του νέου φαρμάκου.

Τέλος, αν και δύσκολη για τους λόγους που εξηγήθηκαν παραπάνω, είναι σημαντική η συμμετοχή όσο το δυνατόν περισσότερων παιδιών, εφήβων και νεογνών ενήλικων με καρκίνο σε κλινικές δοκιμές φάσης I και II, προκειμένου να ανακαλυφθούν νέα δραστικά φάρμακα έναντι των πράγματι λίγων ανθεκτικών παιδιατρικών νεοπλασιών.

Βιβλιογραφία

1. Leventhal BG and Graham ML. Clinical trials in pediatric oncology. Semin Oncol 1988; 15:482-7.
2. Weitman S, Ochoa S, Sullivan J et al. Pediatric phase II cancer chemotherapy trials: a Pediatric Oncology Group study. JPediatrHemtol Oncol 1997; 19:187-91.
3. Estey E, Hoth D, Simon R et al. Therapeutic response in phase I trials of cytotoxic agents. Cancer Treat Rep 1986; 70:1105-15.
4. Decoster G, Stein G, Holdener EE. Responses and toxic deaths in phase I clinical trials. Ann Oncol 1990; 1:175-81.
5. Von Hoff DD, Turner J. Response rates, duration of response, and dose response effects in phase I studies of antineoplastic agents. Invest New Drugs 1991; 9:115-22.
6. Kumar A, Soares H, Wells R, Clarke M, Hozo I, Bleyer A, Reaman G, Chalmers I, Djulbegovic B; Children's Oncology Group. Are experimental treatments for cancer in children superior to established treatments? Observational study of randomised controlled trials by the Children's Oncology Group. BMJ 2005; 331(7528): 1295. Epub 2005 Nov 18.

Μητρικός Θηλασμός: αναφαίρετο δικαίωμα κάθε νεογέννητου

Εγκύκλιο με την οποία διαμορφώνεται μια νέα πολιτική στο θέμα του μητρικού θηλασμού απέστειλε το Υπουργείο Υγείας προς όλες τις ΔΥΠΕ της χώρας και τις Νομαρχίες για να κοινοποιηθεί και στους ιδιωτικούς φορείς (κλινικές-μαιευτήρια κλπ.). Η εγκύκλιος αυτή είναι αποτέλεσμα της 3ης συνεδρίασης της νεοσύστατης Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού και αναφέρει τα εξής:

«Ο Μητρικός Θηλασμός, αναπόσπαστο μέρος της όλης διαδικασίας της αναπαραγωγής, αναγνωρισμένος παγκόσμια, ως βασικό δικαίωμα του παιδιού, για την βελτίωση της φυσικής-ψυχικής και κοινωνικής τους ανάπτυξης, είναι ό,τι πιο σημαντικό και πολύτιμο έχει να δώσει στο νεογέννητο μωρό

στο ξεκίνημα της ζωής του, η νέα μητέρα. Τα βιομηχανοποιημένα γάλατα, παρά τη συνεχιζόμενη τελειοποίηση τους, δεν μπορούν να προσφέρουν τις τόσο απαραίτητες ανθρώπινες αμυντικές ουσίες, ούτε την σύφιξη του ψυχικού δεσμού μητέρας-παιδιού, που μόνο ο μητρικός θηλασμός χαρίζει.

Για τους ανωτέρω λόγους, η ευρεία καθιέρωση του μητρικού θηλασμού και στη χώρα μας, κρίνεται αναγκαία και απαραίτητη, σύμφωνα και με τους μακροπρόθεσμους στόχους του Π.Ο.Υ. και της UNICEF. Για την υλοποίηση του στόχου αυτού το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης θαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα:

1. Να υπάρχει πρόταση πολιτικής για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού.
2. Να ληφθεί μέριμνα ώστε όλο το

ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να εφαρμόζει την πολιτική για το μητρικό θηλασμό.

3. Να ενημερώνονται οι μέλλουσες μητέρες στα οφέλη του θηλασμού. *ν
4. Να βοηθούνται οι μητέρες να αρχίζουν το θηλασμό μέσα στην πρώτη ώρα μετά τον τοκετό.
5. Να εκπαιδεύονται οι μητέρες στην τέχνη του θηλασμού και στη διατήρηση της γαλουχίας σε περίπτωση αποχωρισμού από το νεογέννητο π.χ. πρωτόρνητα ή άλλα προβλήματα μητέρας ή νεογνού.
6. Να δίδεται στο νεογέννητο μόνο μητρικό γάλα. Να μη δίδεται ξένο γάλα ή υπρά οποιασδήποτε μορφής, εκτός αν συντρέχει ιατρικός λόγος.
7. Να παραμένει η μητέρα και το νεογέννητο στο ίδιο δωμάτιο στο

μαιευτήριο όλο το 24ωρο (rooming in).

8. Να ενθαρρύνεται ο χωρίς ωράριο θηλασμός (να θηλάζει δηλαδή το βρέφος όποτε θέλει).

9. Να μη δίδονται πιπίλες και μπιμπερό στα νεογέννητα που θηλάζουν.

10. Να ιδρύθούν ομάδες υποστήριξης της θηλάζουσας και να παρακινούνται οι μητέρες να απευθύνονται σε αυτές μετά την έξοδο από το μαιευτήριο.

Όλα τα τμήματα, κρατικών και ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που νοσηλεύουν νεογνά και βρέφη θα πρέπει εντός τριμήνου, να καταθέσουν γραπτώς, την πολιτική που εφαρμόζουν σε θέματα μητρικού θηλασμού, στις Διοικήσεις τους. Επίσης, σε αυτό το διάστημα, θα πρέπει να ορισθεί από τη διοίκηση-του κάθε-νοσηλευτικού ιδρυματος-ένα άτομο-παιδιατρός ή μαιό-το οποίο θα αποτελεί πρόσωπο αναφοράς για ζητήματα σχετικά με το μητρικό θηλασμό.

Μία Θεραπευτική Καινοτομία της Τελευταίας Δεκαετίας Βλαστικά Κύτταρα του Ομφάλιου Λώρου

Πολύς θόρυβος γίνεται τελευταία γύρω από τα βλαστικά κύτταρα. Τί ακριβώς είναι αυτά τα κύτταρα; Υπάρχουν τρία είδη βλαστικών κυττάρων:

1) Εμβρυϊκά βλαστικά κύτταρα
Μετά την γονιμοποίηση, τα μη-εξειδικευμένα κύτταρα αναπτύσσονται σε διάφορα είδη κυττάρων του σώματος. Για να έχει όμως κανείς πρόσβαση σ' αυτά τα κύτταρα, θα πρέπει προηγουμένως να καταστραφούν έμβρυο στο εργαστήριο.

Είναι εμφανές πως αυτή η μέθοδος παρουσιάζει σοβαρά ηθικά ζητήματα. Παρ'όλο αυτό, θεωρούνται τα πλέον βλαστικά κύτταρα.

2) Βλαστικά κύτταρα του ομφάλιου λώρου
Τα βλαστικά κύτταρα από τον ομφάλιο λώρο είναι πολυδύναμα και η λήψη τους είναι εύκολη και γίνεται την ώρα του τοκετού.

3) Βλαστικά κύτταρα ενήλικων
Τα βλαστικά κύτταρα δεν εξαφανίζονται μετά τον τοκετό αλλά παραμένουν στο σώμα μας και συμμετέχουν στην ανάπλαση κατεστραμμένου ιστού. Αυτά τα "αποθέματα" βλαστικών κυττάρων στοχεύει να ελεγχθούν και κατ'επέκταση μεκτώνται η βιωσιμότητα και η αναπλαστική τους δυνατότητα. Όπως και με τα υπόλοιπα βλαστικά κύτταρα, τα βλαστικά κύτταρα ενήλικων μπορούν επίσης ν' αναπτυχθούν σε άλλα είδη κυττάρων. Η πιο γνωστή πηγή βλαστικών κυττάρων ενήλικων είναι εκείνη του μυελού των οστών.

Πλεονεκτήματα των βλαστικών κυττάρων του ομφάλιου λώρου

Τα βλαστικά κύτταρα από τον ομφάλιο λώρο έχουν κάποια συγκριτικά πλεονεκτήματα σε σχέση με εκείνα των ενήλικων: είναι πολυδύναμα, δηλαδή μπορούν να δώσουν γένεση σε όλους τους ιστούς ενός οργανισμού, είναι εύκολα στην συλλογή τους και η λήψη τους δεν εμπλέκει ηθικά ζητήματα όπως με τα εμβρυϊκά βλαστικά κύτταρα.

Τα βλαστικά κύτταρα του ομφάλιου λώρου είναι αρχέγονα, πολυδύναμα κύτταρα. Αυτά τα κύτταρα μπορούν να εξελιχθούν σε διάφορα είδη κυττάρων όπως είναι για παράδειγμα τα κύτταρα του καρδιακού μύ, ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια, νευρικά κύτταρα, κύτταρα του δέρματος κ.ά. Επίσης, χάρη στην ικανότητά τους να επανενεργοποιούν το αμυντικό σύστημα του οργανισμού, είναι πολύτιμα στην αντιμετώπιση διαφόρων ασθενειών. Η φύλαξη και η κρυοσυντήρηση των κυττάρων αυτών, μπορεί να προσφέρει πολύτιμο θεραπευτικό οφέλη στο μέλλον για το ίδιο το παιδί και την οικογένειά του. Ακριβώς μετά τον τοκετό, μέσω μίας απολύτως ασφαούς, απλής και ανώδυνης διαδικασίας, ο γαстрός συλλέγει το αίμα από τον ομφάλιο λώρο και στην συνέχεια μεταφέρεται το δείγμα σε εργαστήρια όπου απομονώνονται τα βλαστικά κύτταρα και καταψύχονται.

Η διαδικασία όμως αυτή μπορεί να γίνει μόνον μία φορά, δηλαδή την ώρα του τοκετού.

Σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, τα κύτταρα αυτά μπορούν να κρυοσυντηρηθούν, σε θερμοκρασίες

μείον 196 βαθμούς, για τουλάχιστον είκοσι χρόνια και να χρησιμοποιηθούν σήμερα για να αντιμετωπίσουν ασθένειες. Αυτό σημαίνει πως μπορούν να φυλαχτούν με ασφάλεια και χωρίς σημαντική απώλεια της βιωσιμότητάς τους μετά την απόψυξή τους. Οι έρευνες προχωρούν με αληθινούς ρυθμούς και το πιθανότερο είναι πως σύντομα αυτά τα κύτταρα θα μπορούν να αξιοποιηθούν και σε περιπτώσεις ασθενειών σε πολλή ηλικία ασθενείες, κάτι που σήμερα δεν είναι εφικτό.

Οι επιστημονικές εφαρμογές των βλαστικών κυττάρων

Η επιστήμη εξελίσσεται με πολύ γρήγορους ρυθμούς και σήμερα πλέον έχει βρεθεί η δυνατότητα χρήσης των βλαστικών κυττάρων για την αντιμετώπιση ενός όλο και αυξανόμενου αριθμού σοβαρών ασθενειών. Μέχρι σήμερα υπάρχουν τουλάχιστον 40 ασθένειες οι οποίες αντιμετωπίζονται με τα βλαστικά κύτταρα.

Σήμερα, για παράδειγμα, στις περιπτώσεις λευχαιμίας, η καλύτερη δυνατή θεραπευτική αντιμετώπιση για τον ασθενή ήταν να υποβληθεί σε μεταμόσχευση μυελού των οστών, που είναι το κέντρο παραγωγής αιμοποιητικών κυττάρων. Παρ'όλο αυτό, μπορεί να παρουσιαστούν διάφορα προβλήματα και επιπλοκές, όπως είναι για παράδειγμα, να καθεί πολύτιμος χρόνος μέχρι την ανεύρεση κατάλληλου δότη, και όταν βρεθεί, να στοιχίσει πολύ ακριβά, να μη βρεθεί ποτέ κατάλληλος δότης, ή ακόμα, να απορρίψει ο οργανισμός του λήπτη το μόσχευμα ακόμα και όταν έχει βρεθεί.

Η λύση λοιπόν μπορεί να βρεστεί μέσα στο ίδιο μας τα κύτταρα. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν πως η λήψη βλαστικών κυττάρων από τον ομφάλιο λώρο με στόχο την πιθανή μελλοντική τους ομόλογη χρήση (από το ίδιο το άτομο) μπορεί ν' αποσπείρει μία σοβαρή εναλλακτική και αποτελεσματική μέθοδο μεταμόσχευσης μυελού των οστών, ειδικά σε παιδιά και σε εφήβους. Το άτομο παίρνει τα ίδια του τα κύτταρα, χωρίς τον κίνδυνο απόρριψης, διότι είναι 100% συμβατά για τον ίδιο, και η διάθεσή τους είναι άμεση.

Η πρώτη μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων από τον ομφάλιο λώρο έγινε στην Γαλλία το 1988 σε πεντάχρονο αγοράκι που έπαυσε από αναμία Fanconi (Gluckman et al, NEJM, 321:1174). Από δημοσιευμένα στοιχεία, έχουν ήδη πραγματοποιηθεί πάνω από 5000 μεταμοσχεύσεις παγκοσμίως με βλαστικά κύτταρα του ομφάλιου λώρου.

Εκτός από τις παγκοσμίως αναγνωρισμένες σημερινές εφαρμογές των βλαστικών κυττάρων, οι επιστημονικές εστιάζονται στην επέκταση της χρήσης τους σε ένα μεγάλο αριθμό παθήσεων. Ήδη σε πειραματικό επίπεδο τα βλαστικά κύτταρα μελετώνται για την αντιμετώπιση εκφυλιστικών ασθενειών του εγκεφάλου, όπως η Νόσος Αλτσχάιμερ, Πάρκινσον και Σκλήρυνση κατά Πλάκας, για την μερική αποκατάσταση των τραυματιών του νωτιαίου μυελού που προκαλούν παράλυση, αλλά και για την παραγωγή καρδιακών, ηπατικών και επιθηλιακών κυττάρων προς μεταμόσχευση.

Αυτά τα κύτταρα έχουν μεγάλες πιθανότητες ισοσυμβατότητας και με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και είναι πιθανόν να υπάρξουν στο μέλλον και νέες εφαρμογές, όπως στον σακχαρώδη διαβήτη, στην καρδιακή ανεπάρκεια, και σε διάφορες ανιαιτικές νευρολογικές παθήσεις, αυξάνοντας την πιθανότητα χρήσης τους.

Δύο λόγια για την Cryo-Save

Η Cryo-Save είναι η μεγαλύτερη εταιρεία στην Ευρώπη για την φύλαξη βλαστικών κυττάρων του ομφάλιου λώρου. Την Cryo-Save την έχουν εμπιστευθεί ήδη δεκάδες χιλιάδες γονείς απ'όλη την Ευρώπη για την φύλαξη των πολύτιμων βλαστικών κυττάρων των παιδιών τους. Επίσης, πρόκειται για την μοναδική εταιρεία που φυλάσσει σήμερα και βλαστικά κύτταρα ενήλικων από το μυελό των οστών. Συμπληρωματικά, η Cryo-Save δεν ασχολείται με την συλλογή εμβρυϊκών βλαστικών κυττάρων.

Ως πρωτοπόρος στο χώρο, η Cryo-Save διατηρεί δική της εργαστήρια και εξοπλισμό για την επεξεργασία και κρυοσυντήρηση των βλαστικών κυττάρων. Οι διαδικασίες που ακολουθούνται στα εργαστήρια είναι από τις πιο τεχνολογικά προηγμένες παγκοσμίως όπου εφαρμόζονται συστήματα ποιοτικού ελέγχου όπως το NBN ISO 17025 υπό την εποπτεία των αρμοδίων βελγικών αρχών.

Με την άφιξη ενός δείγματος στα εργαστήρια, εξετάζεται με τις τελευταίες

μοριακές τεχνικές για τον αποκλεισμό μικροβιακής ή ιογενούς μόλυνσης, που θα καθιστούσε το δείγμα ακατάλληλο για μεταμόσχευση, με την πρωτοπορική βραβευμένη με Nobel μέθοδο PCR. Στην συνέχεια, απομονώνονται τα βλαστικά κύτταρα και καθορίζεται η ποιότητα και η ποσότητα τους.

Συμπληρωματικά, είναι η μοναδική ιδιωτική τράπεζα βλαστικών κυττάρων που διατηρεί δύο ξεχωριστούς χώρους φύλαξης. Αυτό το γεγονός έχει σαν αποτέλεσμα να μηδενίζεται ο κίνδυνος καταστροφής ενός δείγματος.

Τα εργαστήρια της Cryo-Save βρίσκονται στην καρδιά της Ευρώπης, στις Βρυξέλλες όπου αποστέλλονται δείγματα απ'όλο τον κόσμο. Σήμερα η Cryo-Save ήδη δραστηριοποιείται σε περισσότερες από 30 χώρες σε όλο τον κόσμο και ο κατάλογος συνεχώς επεκτείνεται.

Η απόφαση για την φύλαξη βλαστικών κυττάρων από τον ομφάλιο λώρο αποτελεί καθαρά προσωπική επιλογή των μελλοντικών γονέων. Καλύτερα να υπάρχουν και να μην χρειασθούν παρά να χρειασθούν και να μην υπάρχουν.

Για περισσότερες πληροφορίες, συμβουλευθείτε τον γιατρό σας, ή επικοινωνήστε με την Cryo-Save στην Ελλάδα, στα τηλέφωνα 801 11 68200 ή 210 6899 200, μπορείτε επίσης να επισκεφτείτε την ιστοσελίδα την ιστοσελίδα: www.cryo-save.com.

Ξένη Δημοσίευση

Cryo-Save
A member of the Global Network of Cryo-Banks

Η μεγαλύτερη Τράπεζα Βλαστικών Κυττάρων στην Ευρώπη, με παρουσία σε 25 χώρες

**Μία Νέα Ζωή...
...Μία Μοναδική Ευκαιρία για την διασφάλιση της μελλοντικής υγείας του παιδιού σας**

- Περισσότερο από 50.000 κρυοσυντηρημένα δείγματα
- Υψηλή ποσοστά πετυχημένων δειγμάτων, άνω του 98%
- Φυλάξη σε δύο κρυοθάλαμους σε ξεχωριστά εργαστήρια για ακόμα μεγαλύτερη ασφάλεια
- Συνακόλουτο κόστος 1.510 € για την συσκευασία, συλλογή, μεταφορά, συλλογή, επεξεργασία & κρυοσυντήρηση για 20 χρόνια*
- Απαλλαγία επιστημονικών απαιτήσεων ελέγχων λόγω εξέτασης PCR
- Χωρίς καμία χρέωση σε περίπτωση απώλειας δείγματος

Τηλεφωνικό Γραφείο
801 11 68200
Ευρωπαϊκή

Για περισσότερες πληροφορίες:
Αδελφ. Κηρυκόπουλος 296 & Νεοκλαύδου 40, 152 32 Χαλάνδρι
Τηλ.: 210 6899200, Fax: 210 6899010
Τηλ. για Κύπρο: 70005565, Fax: +3572237450
E-mail: info@cryo-save.com
www.cryo-save.com

Τοπικά
Χρονικά

Βιβλιοπαρουσίαση ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΓΚΡΕΪΠ-ΦΡΟΥΤ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Δ ρ Ηλίας Ε. Μαζοκοπάκης

Ο χυμός γκρέϊπ-φρουτ (επιστημονικό όνομα: αιτιό Ραταόιβι Μασ/ανάβη, οικογένεια: Κλίσοβα) αλληλεπιδρά με πολλά φάρμακα (αλληλεπίδραση φαρμάκου-τροφής) μέσω διαφόρων μηχανισμών, με αποτέλεσμα την αύξηση της βιοδιαθεσιμότητας (ποσοστό της δόσης του φαρμάκου που φθάνει στη συστηματική κυκλοφορία) ύστερα από τη χορήγηση του από στόμα) των φαρμάκων αυτών και την αυξημένη έτσι πιθανότητα εμφάνισης επικίνδυνων για την υγεία ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Η αλληλεπίδραση αυτή είναι άγνωστη, τόσο στους περισσότερους επαγγελματίες υγείας όσο και στους ασθενείς. Η ευρεία όμως κατανοήση του χυμού αυτού στη χώρα μας από τους ξένους κυρίως επισκέπτες και το φαινόμενο της πολυφαρμακίας σε ηλικιωμένους κυρίως ασθενείς, επιβάλλουν τη γνώση των δυνατικών αλληλεπιδράσεων του χυμού αυτού κατά τη συνταγογράφηση φαρμακευτικών ουσιών, καθώς και τη σχετική ενημέρωση των ασθενών, για την επίτευξη του επιδιωκόμενου θεραπευτικού αποτελέσματος. Τη γνώση αυτή στην ελληνική βιβλιογραφία έρχεται να προσφέρει η πρωτότυπη μονογραφία του Στρατιωτικού παθολόγου Ιατρού, Διδάκτορα του Πανεπιστημίου Κρήτης και Θεολόγου κ. Ηλία Ε. Μαζοκοπάκη, ανασκοπώντας ενδελεχώς τη διεθνή βιβλιογραφία και μελητούζοντας την με δικές του κλινικές παρατηρήσεις. Την πετυχημένη αυτή μονογραφία

ευφίμως προλογίζουν οι καταξιωμένοι επιστήμονες Δημήτριος Μπούμπας, Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, και Μιλτιάδης Βασιλακάκης Καθηγητής Δενδροκομίας του



Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Η συμβολή της σε όλους τους επιστημονικούς τομείς, καθώς και στην προστασία και διαφύλαξη της υγείας των Ελλήνων πολιτών, είναι αναμφισβήτητη. Παράλληλα δίνει το έναυσμα για περαιτέρω προβληματισμούς και μελέτες για το ρόλο τροφίμων πλούσιων σε βιοενεργές ουσίες που κατά κανόνα θεωρούνται ευεργετικά για την υγεία του ανθρώπου.

Τηλεϊατρική συνεργασία με το Παν/μιο του Ααχεν από την Ιατρική Φροντίδα Κρήτης

Η Ιατρική Φροντίδα Κρήτης είναι εταιρεία που προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας στην περιοχή ανατολικά του Ηρακλείου. Απευθύνεται τόσο σε έλληνες όσο και σε ξένους, που διαμένουν μόνιμα ή προσωρινά στη περιοχή. Οι υπηρεσίες προσφέρονται μέσα από τα ιδιωτικά κέντρα υγείας με ειδικότερες τόσο κλινικές όσο και εργαστηριακές. Είναι η μεγαλύτερη και πιο καλά οργανωμένη εταιρεία στο είδος της στη Κρήτη.

Η προσπάθεια της εταιρείας έχει πολλούς στόχους και πάνω απ' όλα να βοηθήσει στην ανάπτυξη υποδομών για την εξυπηρέτηση των ασθενών της με τα πιο σύγχρονα και αποτελεσματικά μέσα. Επί πλέον στοχεύει στην ανάπτυξη του ειδικού τουρισμού υγείας με συνεργασίες με σημαντικούς, με το αντικείμενο, φορείς του εξωτερικού.

Σε αυτά τα πλαίσια έχει συνεργασία με το Πανεπιστήμιο του Ααχεν για να αναπτύξει υπηρεσίες τηλεϊατρικής, που θα βοηθήσουν

τόσο τους τουρίστες όσο και τους μόνιμους κατοίκους της περιοχής. Ηδη έχει γίνει η δομοφορική σύνδεση με την Γερμανία και σύντομα θα αρχίσουν να αναπτύσσονται οι υπηρεσίες μέσα από το κανάλι αυτό και να παρέχονται στο κοινό.

Εκτός από τις καθαρά ιατρικές υπηρεσίες σε ασθενείς το κανάλι αυτό θα χρησιμοποιηθεί για την ανταλλαγή πληροφοριών και εκπαίδευση του προσωπικού της εταιρείας αλλά και μεταφορά know how της εταιρείας στην Γερμανία. Όσο και αν αυτό φάνεται υπερβολικό μια ιδιωτική εταιρεία, όπως η Ιατρική Φροντίδα Κρήτης, έχει πολύ μεγάλη εμπειρία και συσσωρευμένη πολυετή γνώση σε θέματα πρωτοβάθμιας υγείας σε σύνθετο περιβάλλον βιομηχανίας τουρισμού. Αυτή η γνώση είναι κίνητρο για συνεργασία από ερευνητικά κέντρα όπως το Πανεπιστήμιο του Ααachen, που επενδύει και προσδοκά σημαντικά αποτελέσματα.

Νέα πρωτιά του Νοσοκομείου Χανίων



Η επιστημονική ομάδα του επιτίμιου Δ/ντού της Ιατρικής Υπηρεσίας του Γ.Ν.Χανίων Λοιμωξιολόγου Καθηγητή Σεραφείμ Καστανάκη έλαβε μέρος κατόπιν προκλήσεως στο διεθνές συνέδριο λοιμοδών νόσων που έγινε στη Λισαβώνα της Πορτογαλίας 15-18 Ιουνίου 2006. Συμμετείχε ενεργά με 6 επιστημονικές μελέτες και κατέλαβε την πρώτη θέση σε αριθμό ανακοινώσεων ανάμεσα στα Νοσοκομεία που συμμετείχαν από τον ελληνικό χώρο.

ELITYRAN[®] 3,75 mg
Depot (m)
LEUPRORELIN ACETATE

ΤΟ GnRH ΑΝΑΛΟΓΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

...στην κατάλληλη στιγμή η κατάλληλη μορφή LEUPRORELIN

BIANES A.E. - ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ
Γενική Επιχειρηματική Επιχείρηση
Αδελφ. 1996, Σουλίου 192, Π.Ο. Αθήνας, Τηλ. 210 6040111
Ε-MAIL: info@bianes.gr • INTERNET: http://www.bianes.gr
ΟΕΣΣΑ/ΑΝΑΦΟΡΑΣ 3,75 mg/120 ημέρες
D37FA, Ελλάδα, 151, Τηλ. 2810 27100