



ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ της Κρήτης

- Η ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ -

ΦΥΛΛΟ 32

Δεκέμβριος 2007- Γενάρης-Φεβράριος 2008

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Ευάγγελος Γρηγορούδης
Επίκουρος Καθηγητής
Πολυτεχνείο Κρήτης

Η αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, η άνοδος του κόστους των νοσηρίων και οι διαφορές μεταξύ των ιατρικών πρακτικών έχουν οδηγήσει σε αύξηση του ενδιαφέροντος για την μέτρηση και την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Γενικά, η ποιότητα ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ του επιθυμητού και του πραγματικού/αντιληπτού αποτελέσματος μιας διαδικασίας. Ως εκ τούτου, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να καθοριστεί από την διάσταση των προσδοκιών των ασθενών σε συνάρτηση με τις πραγματικές τους εμπειρίες.

Η ανάπτυξη ενός κοινά αποδεκτού ορισμού για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι αρκετά δύσκολη δεδομένου του μεγάλου πλήθους των εμπλεκόμενων στο συγκεκριμένο χώρο (ασθενείς, γιατροί, ερευνητές, ασφαλιστικά ταμεία ή εταιρίες, διοικήσεις ιδρυμάτων κλπ). Κάθε ένας από τους προηγούμενους μπορεί να εξετάζει το θέμα της ποιότητας από διαφορετική οπτική γωνία, χωρίς να είναι φαντασμένη η θεώρησή του.

Σύμφωνα με το Institute of Medicine, ως ποιότητα υπηρεσιών υγείας ορίζεται ο βαθμός κατά τον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα για επιθυμητά αποτελέσματα σε ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας και είναι σύμφωνες με την σύγχρονη ιατρική γνώση (Kronenfeld, 2006). Όμως, αρκετοί ερευνητές θεωρούν ότι ο συγκεκριμένος ορισμός είναι αρκετά ασαφής, ενώ αποτυγχάνει να τονίσει την ουσία της ποιότητας. Έτσι, σε αρκετές περιπτώσεις επιλέγεται είτε η υιοθέτηση ενός ολοκληρωμένου υποδείγματος με πρόσθετους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, όπως ικανότητα, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, βελτιστοποίηση, συμμόρφωση, νομιμότητα (Donabedian, 1990), είτε η συσχέτιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με την φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς (Jennings and McClure, 2004) και την προσβασιμότητα σε αποτελεσματικές δομές υπηρεσιών υγείας (Campbell et al., 2000).

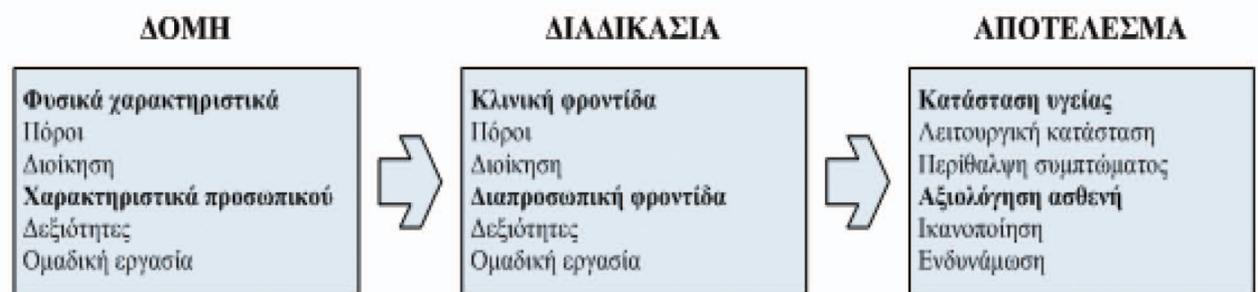
Αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών υγείας

Κωνσταντίνος Ζοπουνίδης
Καθηγητής
Πολυτεχνείο Κρήτης

Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει τον καθορισμό συγκεκριμένων στόχων που πρέπει να επιτευχθούν, την παρακολούθηση των εισροών, την μέτρηση των αποτελεσμάτων και την εκτίμηση πιθανών ανεπιθύμητων καταστάσεων. Μεταξύ

δραστηριότητες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας και εστιάζεται στην κλινική ή τεχνική φροντίδα που παρέχεται.
3. Αποτέλεσμα (Outcome): αναφέρεται στην αποτελεσματικότητα της δομής και των διαδικασιών παροχής υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει τόσο την κατάσταση της υγείας, όσο και την αξιολόγησή της από τον ασθενή.
Το μοντέλο SERVQUAL
Το μοντέλο Servqual (Parasuraman et al., 1988, 1991) αποτελεί μια από τις

αυτή, τα χάσματα ή διαφορές που δημιουργούνται είναι:
- Χάσμα 1: Συνοδική διαφορά αξιοθώρονης ποιότητας (διαφορά ανάμεσα στο ποια είναι η αντίληψη του οργανισμού για τις επιθυμίες των ασθενών και τι πραγματικά επιθυμούν οι ασθενείς).
- Χάσμα 2: Διαφορά μεταξύ του οράματος του οργανισμού και των προδιαγραφών ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
- Χάσμα 3: Διαφορά ανάμεσα



Σχήμα 1: Συστατικά της παροχής υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 1990).

άλλων, οι εναλλακτικές προσεγγίσεις στο συγκεκριμένο πρόβλημα περιλαμβάνουν είτε την αντίληψη του ασθενή ως βασική νόρμα της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών, είτε την θεώρηση της αξιολόγησης ως μια τεχνική διαδικασία κατά την οποία η απόδοση μετριέται με βάση ένα σύνολο προκαθορισμένων στόχων (Sitzia and Wood, 1997).

Αρκετές προσεγγίσεις στο συγκεκριμένο πρόβλημα αξιολόγησης εστιάζονται στην ανάλυση των 3 βασικότερων παραγόντων ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας (Σχήμα 1):

1. Δομή (Structure): αναφέρεται στην οργάνωση του οργανισμού και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας και περιλαμβάνει τόσο χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το προσωπικό, όσο και άλλα "φυσικά" χαρακτηριστικά.
2. Διαδικασία (Process): αφορά στις

πλέον δημοφιλείς προσεγγίσεις στο χώρο της ποιότητας των υπηρεσιών, παρά την κριτική που έχει ασκηθεί. Η βασική φιλοσοφία του είναι ο καθορισμός της ποιότητας των υπηρεσιών λαμβάνοντας υπόψη τα διαφορετικά στάδια και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Με αυτόν τον τρόπο, διακρίνονται τα στάδια του σχεδιασμού (προδιαγραφές) και της παροχής μιας υπηρεσίας σε σχέση με τις αρχικές προσδοκίες και την τελική αντίληψη του πελάτη. Το μοντέλο υποθέτει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών μπορεί να διαφέρει σημαντικά στα προηγούμενα στάδια, γεγονός που αιτιολογεί την ύπαρξη μιας σειράς "χασμάτων" (gaps) ποιότητας (Γρηγορούδης και Σίσκος, 2000).

Η προσέγγιση αυτή μπορεί να προσαρμοστεί και στον χώρο της υγείας, υποθέτοντας ότι ο ασθενής είναι και αυτός χρήστης υπηρεσιών υγείας, όπως φαίνεται στο Σχήμα 2. Στην περίπτωση

στις προδιαγραφές ποιότητας και στην πραγματική φροντίδα/περίθαψη που προσφέρεται στον ασθενή.

- Χάσμα 4: Διαφορά μεταξύ των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται και της υποσχέσης απόδοσης (τι περιμένουν οι ασθενείς να συμβεί)
- Χάσμα 5: Διαφορά μεταξύ των προσδοκιών και της αντίληψης του ασθενή για τη υπηρεσία που παρέχεται.

Ικανοποίηση ασθενών

Με βάση τα προηγούμενα, είναι φανερό ότι η μέτρηση και ανάλυση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί κομβικό σημείο για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Όμως, είναι αρκετά δύσκολος ο σαφής ορισμός και η ανάπτυξη ενός κοινά αποδεκτού τρόπου μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, δεδομένων των προσδοκιών των ασθενών για το σύστημα υγείας και την φροντίδα/περίθαψη που αναμένουν. Οι διαφορές αυτές εμφανίζονται τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, γεγονός που δυσχεραίνει την επίλυση του συγκεκριμένου προβλήματος.

Για τα λόγια αυτά, αρκετοί ερευνητές αποφεύγουν να ορίσουν με ακρίβεια

Συνέχεια στη σελίδα 2



ΕΚΔΟΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ


Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΑΝ ΒΑΣΙΚΗ ΣΥΝΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Οι δημογραφικές αλλαγές που συντελούνται τα τελευταία χρόνια στην χώρα μας, αλλά και στον ευρύτερο περίγυρο μας, Ευρωπαϊκή Ένωση, μεταβάλλουν σημαντικά το τοπίο, όσον αφορά το προσδιοριστικό περιβάλλον που βιώνεται η υγεία και η ασθένεια ενός λαού.

Ο πληθυσμός είναι το "υλικό" από το οποίο συγκροτείται η κοινωνία. Η κοινωνική ζωή εδράζεται σε ένα υπόβαθρο που είναι καθορισμένο τόσο στην μορφή όσο και στο μέγεθός του. Το υπόβαθρο αυτό συντίθεται από την μάζα των ατόμων που αποτελούν την κοινωνία, από τον τρόπο που τα άτομα αυτά είναι κατανομημένα στον χώρο, από την φύση και την διαμόρφωση των κάθε λογής πραγμάτων που επηρεάζουν τις συλλογικές σχέσεις.

Σε αυτό, λοιπόν, το διαμορφωμένο δημογραφικό περιβάλλον η ανάδειξη της υγείας σαν βασικού παράγοντα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης θα πρέπει να αποτελέσει ένα από τους κύριους στόχους ενός προγράμματος αλλαγής της ήδη διαμορφωμένης κατάστασης προκειμένου η κοινωνική αυτή παράμετρος να συμβάλει σημαντικά σε μια πραγματική αναπτυξιακή πορεία..

Για την ανάδειξη του στόχου αυτού είναι απαραίτητο να προσεγγίσουμε τις παραμέτρους που επιδρούν και προσδιορίζουν την δημογραφική κατάσταση 1) Κακή οικονομική κατάσταση.

2) Αστυφιλία και μετανάστευση. 3) Η είσοδος της γυναίκας στην αγορά εργασίας. 4) Μείωση των γάμων και αύξηση διαζυγίων. 5) Γήρανση του έθνους 6) Κατάρρευση του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος.

7) Κληροίμοιο σχολείων. 8) Αφομοίωση ένταξη αθλοδραμών στην κοινωνία 9) Τροχαία ατυχήματα.

Αυτές, λοιπόν, οι παράμετροι επιδρούν και προσδιορίζουν την κατάσταση υγείας του κοινωνικού συνόλου και κατά συνέπεια την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη (όπως αυτή εκφράζεται από δείκτες ανεργίας, συνθηκών διαβίωσης, δείκτες και είδος παραγωγικότητας κ.α), τον τρόπο ζωής και τα πρότυπα συμπεριφοράς. Ο προσδιορισμός της προοπτικής του πληθυσμού μιας περιοχής καθώς και μίας χώρας αποτελεί σήμερα βασικό στοιχείο για την χάραξη κοινωνικοοικονομικής πολιτικής και οποιουδήποτε προγράμματος ανάπτυξης. Επομένως ένας προγραμματισμός υγείας θα πρέπει να γίνει λαμβάνοντας υπ' όψιν την σύνθεση και την πορεία του πληθυσμού της περιοχής αλλά και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του αφού οι δημογραφικές εξελίξεις διαμορφώνουν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

ΜΠΑΤΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ
ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ

«ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ της Κρήτης»

ΚΩΔΙΚΟΣ: 5684

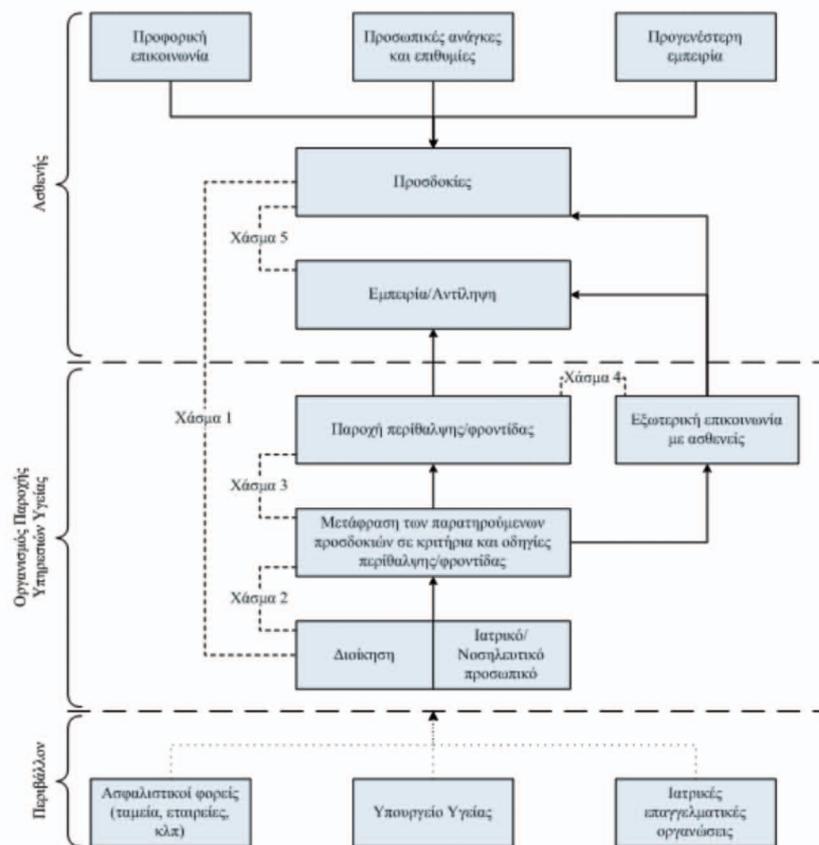
ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης
 ΕΚΔΟΤΗΣ: Χαράλαμπος Μπατάκης, e mail: batakis@otenet.gr
 ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΓΥΡΑΚΗΣ PUBLICATIONS
 Γιώργος Γυράκης, e mail: ggyrakis@yahoo.com
 ΤΗΛ. 28210 56790, 28210 69162, ΦΑΞ: 28210 52577
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: 8ης ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 37, ΧΑΝΙΑ Τ.Κ. 73132

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.) στα e-mail της εφημερίδας μας, ή ταχυδρομικά.

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

Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας

Συνέχεια από την 1η σελίδα



Σχήμα 2: Το τροποποιημένο μοντέλο Servqual για υπηρεσίες υγείας (Harteloh and Verheggen, 1994).

την ικανοποίηση των ασθενών, αλλά προτιμούν να καταγράψουν τους παράγοντες που την επηρεάζουν και χρησιμοποιήσουν μια περισσότερο περιγραφική προσέγγιση στο πρόβλημα (Hawthorne, 2006). Άλλοι ερευνητές θεωρούν την ικανοποίηση των ασθενών ως αποτέλεσμα της επιτυχίας της θεραπείας που τους παρέχονται. Τέλος, στα πλαίσια του μοντέλου Servqual, η ικανοποίηση μπορεί να ορισθεί ως ο βαθμός κατά τον οποίο οι προσδοκίες των ασθενών επιβεβαιώνονται με βάση την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που αυτοί αντιλαμβάνονται.

Η υποκειμενικότητα αυτή της αντίληψης των ασθενών, συνδυασμένη με τη σημαντικότητα της επικοινωνίας και των διαπροσωπικών σχέσεων ασθενή-ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας.

Βιβλιογραφία

Campbell, S.M., Roland, M.O., and Buetow, S.A. (2000). *Defining quality of care*, *Social Science and Medicine*, 51 (11), 1611-1625.
 Donabedian, A. (1990). *The seven pillars of quality*, *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114 (11), 1115-1118.
 Harteloh, P.P.M. and Verheggen, F.W.S. (1994). *Quality assurance in health care:*

From a traditional towards a modern approach, *Health Policy*, 27 (3), 261-270.

Hawthorne, G. (2006). *Review of patient satisfaction measures*, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.

Jennings, B.N. and McClure, M.L. (2004). *Strategies to advance health care quality*, *Nursing Outlook*, 52 (1), 17-22.
 Kronenfeld, J.J. (2006). *Access, quality and satisfaction: Three critical concepts in health services and health care delivery*, *Research in the Sociology of Health Care*, 24, 3-14.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., and Berry, L.L. (1988). *SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality*, *Journal of Retailing*, 64, (1), 14-40.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., and Berry, L.L. (1991). *Refinement and re-assessment of the SERVQUAL scale*, *Journal of Retailing*, 67, (4), 420-450.

Sitzia, J. and Wood, N. (1997). *Patient satisfaction: A review of issues and concepts*, *Social Science and Medicine*, 45 (12), 1829-1843

Γρηγορούδης, Β. και Σίσκος, Γ. (2000). *Ποιότητα υπηρεσιών και μέτρηση ικανοποίησης του πελάτη: Το σύστημα MUSA*, Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, Αθήνα.

Άπνοια στον Ύπνο και Καρδιακή Ανεπάρκεια: Ανασκόπηση των Θεραπευτικών επιλογών

Μαρκάτος Μιητιάδης
Πνευμονολόγος
info@anapnoi.net

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) είναι μία νόσος με υψηλό επιπολασμό και αυξημένη θνητότητα και θνησιμότητα. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που θα μπορούσαν να συντελέσουν στην προοδευτική επιδείνωση και αποδιοργάνωση της λειτουργίας της δεξιάς και της αριστερής κοιλίας. Ένας παράγοντας θα μπορούσε να είναι η άπνοια και η υπόπνοια στον ύπνο, πολύ συχνή νόσος σε ασθενείς με ΚΑ. Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια άπνοιας, υπόπνοιας και υπέρπνοιας στον ύπνο δημιουργούν διαλείπουσα υποξαιμία - επανοξυγόνωση, υπερκαπνία - υποκαπνία, αφυπνίσεις και μεταβολές στην ενδοθωρακική πίεση. Αυτές οι αλληλαγές έχουν καταστροφικό αποτέλεσμα στο καρδιαγγειακό σύστημα. Τα παραπάνω συμβάματα είναι εντονότερα σε ασθενείς με συνυπάρχουσα ΚΑ προκαλώντας περαιτέρω μη αναστρέψιμες βλάβες στη δεξιά και αριστερή κοιλία. Υπάρχουν πολλές μελέτες που διαπιστώνουν ότι και η αποφρακτική και η κεντρική άπνοια είναι κοινές σε ασθενείς με συστολική ΚΑ. Υπάρχουν επίσης στοιχεία που υποδεικνύουν, χωρίς ακόμη να το επιβεβαιώνουν, την συνύπαρξη της άπνοιας και με τη διαστολική ΚΑ.

Αποφρακτική Άπνοια στον Ύπνο (AAY)

Η αντιμετώπιση της AAY με συνυπάρχουσα ΚΑ είναι όμοια με αυτήν χωρίς την παρουσία της ΚΑ. Η κύρια θεραπευτική επιλογή παραμένει η χρήση ρινικών συσκευών χορήγησης θετικής πίεσης (nasal CPAP). Πάντως η παχυσαρκία φαίνεται να είναι ο μεγαλύτερος γνωστός παράγοντας κινδύνου τόσο στην ΚΑ όσο και στην AAY. Επομένως οι υπέρβαροι ασθενείς με ΚΑ πρέπει να αντιμετωπίζουν την παχυσαρκία τους γιατί αυτό μειώνει και την σοβαρότητα της συνυπάρχουσας AAY. Η θεραπεία εκλογής στην AAY είναι η χρήση συσκευών CPAP ή σε ορισμένες περιπτώσεις bi-level. Πάντως λίγες αναφορές υπάρχουν για τη χρήση CPAP στην ΚΑ. Η χρήση CPAP έχει ως αποτέλεσμα την εξαφάνιση των επεισοδίων αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο και των επιπλοκών τους, όπως των αποκορεσμών. Καθώς η χρήση CPAP εξαφανίζει τα επεισόδια της αποφρακτικής άπνοιας και τις μεγάλες αρνητικές διακυμάνσεις στην ενδοθωρακική πίεση, μειώνει την

διατοίχωματική πίεση κατά μήκος της δεξιάς και της αριστερής κοιλίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μείωση του μεταφορτίου και επομένως τη μείωση της κατανάλωσης οξυγόνου από το μυοκάρδιο και την αύξηση του όγκου παλμού. Καθώς το CPAP μειώνει τους αποκορεσμούς και την υπερκαπνία, εμφανίζεται μια μείωση και στη δραστηριότητα του συμπαθητικού, στο οξειδωτικό stress και στην φλεγμονή. Εξ' αιτίας αυτών των αλληλαγών η θεραπεία με CPAP στην AAY προκαλεί αύξηση στο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF) κατά 5-10%.

Κεντρική Άπνοια στον Ύπνο (KAY)

Τον τελευταίο καιρό νέες μελέτες και θεραπευτικές αγωγές μας προσφέρουν σημαντική βοήθεια στην αντιμετώπιση της KAY σε έδαφος ΚΑ, μιας ούτως ή άλλως εξαιρετικά επικίνδυνης και δύσκολα αντιμετωπίσιμης συνύπαρξης. Ανασκοπώντας τα μέσα που διαθέτουμε στην θεραπευτική μας φαρέτρα, θα αναφέραμε τους παρακάτω χειρισμούς:

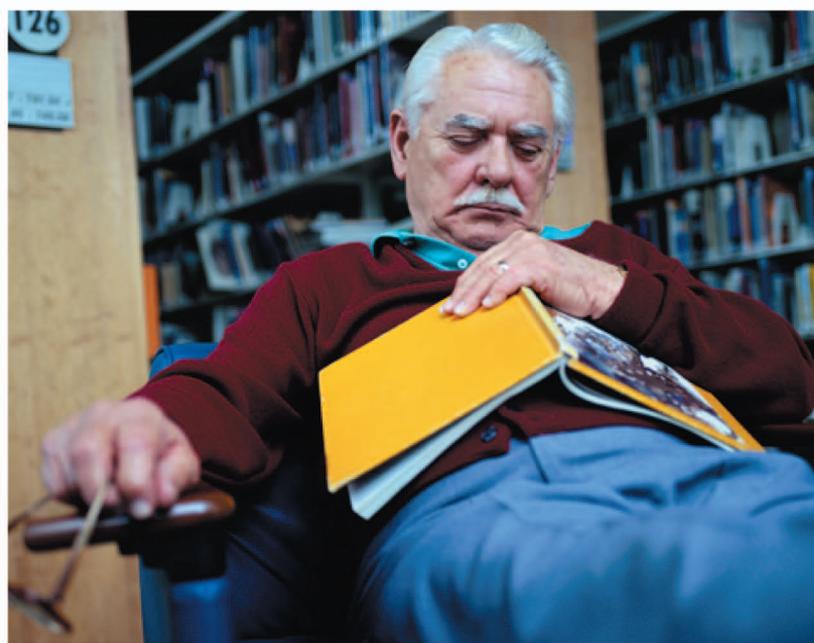
1. Βελτιστοποίηση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας. Αρκετές μελέτες δείχνουν πλέον ότι η επιθετική αντιμετώπιση της συστολικής ΚΑ μπορεί να βελτιώσει ή και να εξαλείψει την περιοδική αναπνοή. Σε αυτή την απάντηση του καρδιοαναπνευστικού ενέχονται πολλοί μηχανισμοί, όπως η μείωση της πίεσης ενσφύνωσης, η αύξηση του όγκου παλμού, η μείωση του χρόνου της αρτηριακής κυκλοφορίας και η ομαλοποίηση της λειτουργικής υπολειπόμενης χωρητικότητας (FRC).

2. Νυκτερινή οξυγονοθεραπεία. Συστηματικές μελέτες ασθενών με συστολική ΚΑ έχουν δείξει ότι η νυκτερινή χορήγηση οξυγόνου με ρινικό καθετήρα βελτιώνει την KAY και τα επεισόδια των αποκορεσμών. Η χορήγηση οξυγόνου κατά τον ύπνο έχει δείξει ότι μειώνει την δραστηριότητα του συμπαθητικού με ευεργετικές επιδράσεις στην συστολική ΚΑ, καθώς η αυξημένη συμπαθητική δραστηριότητα έχει καταστρεπτικές επιδράσεις στην δομή και λειτουργία της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με συστολική ΚΑ. Τελευταίες μελέτες δείχνουν ότι η χρήση νυκτερινού οξυγόνου σε ασθενείς με συστολική ΚΑ βελτίωσε σημαντικά το LVEF. Οι μηχανισμοί της θεραπευτικής δράσης του οξυγόνου στην KAY είναι πολλοί και περιλαμβάνουν

κυρίως μια αύξηση στην διαφορά μεταξύ της επικρατούσας πίεσης του CO₂ και της απνοϊκής ουδού, μια μείωση της αναπνευστικής απάντησης στο CO₂ και μια αύξηση στα ιστικά αποθέματα του οξυγόνου. Η παροχή του οξυγόνου με τα ευεργετικά αποτελέσματα στο καρδιοαναπνευστικό σύστημα σε όλες τις μελέτες κυμαινόνταν μεταξύ 1-3lt/min με ρινικό καθετήρα, παροχή που μεταφράζεται σε αναπνοή σε περιβάλλον οξυγόνου με μερική πίεση έως 36%. Αντίθετα σε μελέτες με παροχή οξυγόνου 100% σε

δράσης της θεοφυλλίνης στην βελτίωση των κεντρικών άπνοιών παραμένουν αδιευκρίνιστοι. Ίσως η θεοφυλλίνη να αυξάνει τον αερισμό μέσω μιας ανταγωνιστικής δράσης στην αναστολή της αδενοσίνης. Η πιθανή αρρυθμογόνος δράση της και η αναστολή της φωσφοδιεστεράσης που προκαλεί η χρήση της πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψιν σε χορήγησή της σε ασθενείς με ΚΑ.

5. Ακεταζολαμίδη
Είναι ήπιο διουρητικό αλφά και



ασθενείς με συμφορητική ΚΑ παρατηρούνται σημαντικές αιμοδυναμικές παρενέργειες και αντίθετα από τα προσδοκώμενα θεραπευτικά αποτελέσματα, όπως σημαντική μείωση της καρδιακής παροχής, αύξηση των συστηματικών αγγειακών αντιστάσεων και αύξηση της πίεσης ενσφύνωσης των πνευμονικών τριχοειδών.

3. Ρινικό CPAP
Η μακροχρόνια θεραπεία με CPAP σε ασθενείς με KAY και ΚΑ δυστυχώς δεν βελτιώνει των αριθμό των νοσηλείων, την ποιότητα ζωής ή την επιβίωσή τους, αν και φαίνεται ότι πιθανόν να υπάρχει μια μικρή σχετικά υποομάδα από αυτούς τους ασθενείς που παρουσιάζουν μια σχετική βελτίωση. Μια νέα συσκευή θετικής πίεσης (με λειτουργία που παρομοιάζει με Pressure Support Ventilation, PSV) ίσως φανεί ότι θα έχει θετικά αποτελέσματα στους παραπάνω ασθενείς αλλήλ χρειάζονται επιπρόσθετες μελέτες για να το αποδείξουν.

4. Θεοφυλλίνη
Μερικές μελέτες δείχνουν ευεργετική δράση της θεοφυλλίνης στην KAY σε ασθενείς με ΚΑ. Οι μηχανισμοί

διεγέρτης του αναπνευστικού. Έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην αντιμετώπιση της ιδιοπαθούς KAY αλλήλ και της KAY λόγω υψομέτρου, σε χορήγηση 3mg/kg ΒΣ, 30λεπτά προ του ύπνου.

6. Μεταμόσχευση καρδιάς
Στη μεγαλύτερη μελέτη ασθενών με ΚΑ που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση καρδιάς, η KAY γενικά εξαλείφθηκε. Δυστυχώς όμως πολλοί από αυτούς τους ασθενείς ανέπτυξαν AAY λόγω αύξησης του σωματικού τους βάρους μετά το χειρουργείο.

Εν κατακλείδι, η ΚΑ είναι ένα πρόβλημα με μεγάλη νοσηρότητα, που συνδυάζεται με αυξημένη θνητότητα και θνησιμότητα. Πολλοί παράγοντες συμμετέχουν στην προϊούσα επιδείνωση της ΚΑ. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι η ανάπτυξη επεισοδίων άπνοιών, υποπνοιών και υπέρπνοιας κατά τον ύπνο. Οι παθοφυσιολογικές διαταραχές της αναπνοής κατά το ύπνο έχουν καταστρεπτικά αποτελέσματα στο καρδιαγγειακό σύστημα ιδιαίτερα σε ασθενείς με ΚΑ. Είναι επομένως απαραίτητη η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία αυτών των διαταραχών.

40 Στρογγυλά Τραπέζια, 20 Διαλέξεις, 2 Δορυφορικά Συμπόσια κι ένα Σεμινάριο Μεγάλο το ενδιαφέρον στο 14ο Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο της Κρήτης

Στις 29 Νοεμβρίου με 1 Οκτωβρίου θα διεξαχθεί στο Pilot Beach Resort στη Γεωργιούπολη το 14ο Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο που φέτος διοργανώνει η Ιατρική Εταιρεία Ρεθύμνου, υπό την αιγίδα της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Κρήτης. Πρόκειται για το κορυφαίο Ιατρικό Συνέδριο της Κρήτης το οποίο παρακολουθεί συνήθως η πλειοψηφία της ιατρικής κοινότητας του νησιού, ενώ το επιστημονικό ενδιαφέρον και η συμμετοχή των ομιλητών ξεπερνούν πάντα τα όρια της Κρήτης.

Στο Πρόγραμμα του 14ου Συνεδρίου που συνήθως είναι 3ήμερο έχει προστεθεί μισή μέρα επιστημονικών εργασιών παραπάνω ενώ αρχίζει Τετάρτη και τελειώνει Σάββατο βράδυ αντί για Κυριακή μεσημέρι όπως ήταν καθιερωμένο, γεγονός που διευκολύνει την αποχώρηση των Συνέδρων.

Σε ότι αφορά το επιστημονικό πρόγραμμα, ο αριθμός των 40 Στρογγυλών Τραπεζιών αποτελεί ρεκόρ. Δύο δορυφορικά συμπόσια θα "τρέχουν" παράλληλα με το Συνέδριο, ενώ ένα σημαντικό Σεμινάριο με θέμα "Άμεση Υποστήριξη της Ζωής" που οργανώνει το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης με τον κ. Φραιδάκη θα διαρκέσει όλες τις ημέρες του συνεδρίου επί 8 ώρες την ημέρα. Οι διαλέξεις φτάνουν τις 20 ενώ οι εργασίες που είχαν υποβληθεί μέχρι τις 10 Σεπτεμβρίου έφταναν τις 280. Να σημειωθεί ότι έχουν κατατεθεί 16 πρωτότυπες εργασίες για το έπαθλο Οδυσσέα Καθιγιάννη.

Για την προσπάθεια διοργάνωσης, το χαρακτήρα και τα θέματα του συνεδρίου μας μίλησε ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής και Πρόεδρος της Ιατρικής Εταιρείας Ρεθύμνου Δρ. Πέτρος Γιαννετάκης, ο οποίος σημειώνει ότι "καταβάλλουμε και καταβάλλουμε κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε το συνέδριο αυτό να προσφέρει καλύτερο και ευρύτερο επιστημονικό όφελος. Για τον σκοπό αυτό αυξήσαμε τη διάρκειά του και δώσαμε ιδιαίτερη βαρύτητα στα στρογγυλά τραπέζια και στις διαλέξεις. Είναι γενικώς αποδεκτό, συνεχίζει ο κ. Γιαννετάκης, ότι μέσα από τις συνεδρίες αυτές όπου παρουσιάζονται νέα στοιχεία και ανταλλάσσονται απόψεις, ανανεώνονται και εμπλουτίζονται επί του ασφαούς οι γνώσεις όρων και ταυτόχρονα επιτυγχάνεται καλύτερη προσέγγιση των υπαρχόντων προβληματισμών στην καθημερινή άσκηση της ιατρικής. Η θεματολογία εξάλλου του προγράμματος, η οποία αναφέρεται σε επίκαιρα θέματα όρων σχεδόν των ειδικοτήτων και η οποία αναπτύσσεται από διακεκριμένους της ιατρικής, με μακρόχρονη πείρα, εξειδίκευση και με ενασχόληση στην



έρευνα, συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στην επίτευξη του σκοπού αυτού." Οι ομιλητές προέρχονται κυρίως από το Πανεπιστήμιο της Κρήτης και τις άλλες Ιατρικές Σχολές αλλή και από Νοσοκομεία της χώρας. Μερικά ονόματα και θέματα είναι ενδεικτικά του κύρους των εργασιών του Συνεδρίου:

- Σακχαρώδης Διαβήτης με τον Καθηγητή Παθολογίας του Παν/μίου Αθηνών κ. Ράπη
- Νόσος Αλτσχάιμερ με την αναπληρωτρια Καθηγήτρια Νευρολογίας του Παν/μίου Θεσσαλονίκης
- Σκλήρυνση κατά Πλάκα με συντονιστή τον Καθηγητή Νευρολογίας του Παν/μίου Θεσσαλονίκης κ. Βλαϊκίδη
- Καρκίνος του Μαστού με τον Καθηγητή της Χειρουργικής του Παν/μίου Κρήτης κ. Τσιφτσή
- Καρδιολογικά θέματα, κυρίως ό,τι αφορά τη Στεφανιαία Νόσο αλλή και τις Καρδιακές Αρρυθμίες με τον Καθηγητή του Παν/μίου Κρήτης κ. Βάρδα
- Σημαντική ομιλία του Προέδρου της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Κρήτης κ. Ζώρα με θέμα ο ρόλος του Κρατικού Πανεπιστημίου στην Ιατρική Εκπαίδευση
- Διερεύνηση Αναιμικών Συνδρόμων με την Καθηγήτρια Αιματολογίας του Παν/μίου Κρήτης κ. Παπαδάκη
- Ρευματολογικά και θέματα που απασχολούν τη γυναίκα από τους κ.κ. Μπούμπα και Κοματάκη Καθηγητές Ρευματολογίας και Γυναικολογίας του Παν/μίου Κρήτης αντίστοιχα
- Παθήσεις του Πεπτικού Συστήματος, ένα πολύ σημαντικό Τραπέζι με παραπολήα ονόματα και με συντονιστή τον ομότιμο Καθηγητή Γαστρεντερολογίας κ. Μανούσο
- Θέματα υπέρτασης με τον Καθηγητή Παθολογίας του Παν/μίου Αθηνών κ. Αχείμαστο και τον κ. Δαφνή Επίκουρο Καθηγητή του Παν/μίου Κρήτης
- Επίσης σημαντικό τραπέζι είναι οι

"Το Ιατρικό Συνέδριο της Κρήτης είναι καταξιωμένο στη συνείδηση των γιατρών όλης της Ελλάδας δεδομένου ότι έχουμε συμμετοχή από όλη την Ελληνική περιφέρεια. Ας μην ξεχνάμε ότι το Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο θεωρείται το κορυφαίο ελληνικό πολλαθεματικό συνέδριο μετά από το Πανελλήνιο. Ο αριθμός των συνέδρων που παρακολουθούν απλά τις εργασίες, αν και δεν ξέρω που φτάνει φέτος, πιστεύω γενικά ότι κάθε φορά αυξάνεται κι αυτό δείχνει την ανοδική πορεία του Συνεδρίου. Αυτό που διαπιστώνω μέχρι τώρα τουλάχιστον είναι ότι υπάρχει μια μείωση στον αριθμό των εργασιών που ανακοινώνονται στο συνέδριο είτε με τη μορφή των πόστερς, είτε με τη μορφή



Συνεδριακός χώρος και ένα από τα δωμάτια του Ξενοδοχείου όπου θα διεξαχθεί το Συνέδριο

- Λοιμώξεις με συντονίστρια την Καθηγήτρια Λοιμωξιολογίας του Παν/μίου Αθηνών κ. Γιαμαρέθου
- Ο Δ/ντής της Β Οφθαλμολογικής Κλινικής του Ερυθρού Σταυρού κ. Φερέτης θα μιλήσει με θέμα "Η σκιά της τυφλότητας στη λάμψη του 21ου αιώνα"
- Χειρουργικά θέματα με τον κ. Χαλκιαδάκη Καθηγητή Χειρουργικής του Παν/μίου Κρήτης
- Θέματα Νευροχειρουργικής με συντονιστή τον Δ/ντή της Νευροχειρουργικής Κλινικής του Νοσοκομείου Χανίων κ. Αρχοντάκη
- Το Ιατρικό Λάθος και η Διαχείρισή του με συντονίστρια την Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας του Παν/μίου Κρήτης κ. Ασκιτοπούλου

Αυξάνεται η συμμετοχή, μειώνεται η υποβολή εργασιών

Το Συνέδριο έχει μια μακρά κι επιτυχημένη ιστορία. Ρωτήσαμε τον κ. Γιαννετάκη αν κατά τη γνώμη του συνεχίζει παρουσιάζει το ίδιο ενδιαφέρον με τα προηγούμενα χρόνια, από πλευράς συμμετοχής και εργασιών:

των ελεύθερων ανακοινώσεων (δεν μιλάμε για το βραβείο Οδυσσέα Καθιγιάννη, γιατί εκεί έχουμε πάρα πολλές εργασίες). Χαρακτηριστικά θα σας πω ότι στο 11ο Παγκρήτιο Συνέδριο που είχαμε διοργανώσει πάλη εμείς εδώ στην Ιατρική Εταιρεία Ρεθύμνου είχαν υποβληθεί γύρω στις 600 εργασίες - πάρα πολλές για να χωρέσουν όλες στις εργασίες του συνεδρίου- από τις οποίες η επιτροπή έκανε μια πολύ αυστηρή επιλογή μειώνοντάς τις κατά 50. Βλέπω ότι τώρα φτάνουμε στις μισές περίπου. Επίσης από τις πληροφορίες που έχω από τους διοργανωτές του 13ου Συνεδρίου κι εκεί υπήρχε μια μείωση των εργασιών σε σχέση με το προ-προηγούμενο. Αυτό πιστεύω ότι ωφείλεται στο μεγάλο αριθμό Συνεδρίων που διοργανώνονται τα τελευταία χρόνια, κυρίως μονοθεματικά Συνέδρια, ξεχωριστά για κάθε ειδικότητα. Αντιλαμβάνεστε λοιπόν ότι κάθε γιατρός προτιμά ίσως να υποβάλλει την εργασία του στο αντίστοιχο συνέδριο της ειδικότητάς του."

Τοπικά Χρονικά

Τα νέα Δ.Σ. των Ιατρικών Συλλόγων της Κρήτης

Με τη συγκρότησή τους σε σώμα ολοκληρώθηκαν οι διαδικασίες για την ανάδειξη νέων Διοικητικών Συμβουλίων στους Ιατρικούς Συλλόγους της Κρήτης, που ξεκίνησαν με τις αρχαιρεσίες του περασμένου Ιουνίου. Τα νέα Δ.Σ. είναι τα εξής:

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Πασπάτης Γρηγόριος
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Προκοπάκης Προκόπιος
ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Βαβουρανάκης Χάρης
ΤΑΜΙΑΣ: Κοχιάδάκης Γεώργιος
ΜΕΛΗ: Καρακώστας Ευθύμιος, Γαϊανάκης Ιωάννης, Παπαδάκης Γεώργιος, Πομποδάκης Κωνσταντίνος, Μπασιούρη Χριστίνα, Βρέντζος Γεώργιος, Παχάκης Ιωάννης, Κοντοπόδης Εμμανουήλ, Μεραμβελλιώτακης Νικόλαος

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΧΑΝΙΩΝ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Αλιφιεράκης Μανώλης
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Σαμιωτάκης Μανώλης
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Μπατάκης Χαράλαμπος
ΤΑΜΙΑΣ: Καλλιτσάκης Γιάννης
ΜΕΛΗ: Καστανάκης Μίητος, Ζολινδάκη

Αγγελική, Ταβουλήρης Παναγιώτης, Μαρκάτος Μιητιάδης, Βουληγαρίδης Μηνάς, Μπαρδάτσου Νίκη, Κολλοκούρης Κώστας

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Στεφανάκης Γεώργιος
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Α: Βεληθασάκης Εμμανουήλ
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Β: Σπανουδάκης Στυλιανός
ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Κρανιωτάκης Κωνσταντίνος
ΤΑΜΙΑΣ: Ξυπολυτάς Νίκος
ΜΕΛΗ: Γαϊερός Γεώργιος, Μαρκάκης Γεώργιος, Μαρκάκης Χαράλαμπος, Τζαγκαράκης Εμμανουήλ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΣΙΘΙΟΥ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Νικοηράκης Κωνσταντίνος
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Παπάζογλου Νικόλαος
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Κατάσος Θεόδωρος
ΤΑΜΙΑΣ: Μπερκοβίτς - Ιωαννίδης Ιωάννης
ΜΕΛΗ: Ανδρεαδάκης Εμμανουήλ, Δανάς Βασίλειος, Λιανός Εμμανουήλ, Τιμοθέου Αναστάσιος, Φανουράκης Ιωάννης, Φινοκαλιώτης Μιχαήλ

ΠΙΣ: Άδικα και αντισυνταγματικά τα νέα φορολογικά μέτρα

Προκλητικά άδικα και απροκάληπτα αντισυνταγματικά θεωρεί ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος τα νέα φορολογικά μέτρα και είναι αποφασισμένος να αντιδράσει δυναμικά υπερασπιζόμενος τα συμφέροντα του ιατρικού κλάδου και, ιδιαίτερος, των χαμηλά αμοιβόμενων και συχνά υποαπασχολημένων νέων ιατρών που, μετά την αδιαφορία της Πολιτείας για τους όρους επαγγελματικής τους εξασφάλισης, οδηγούνται σήμερα, με την κατάργηση του αφορολόγητου, σε απόγνωση.

Η απαράδεκτη πολιτική της Κυβέρνησης που προσπαθεί να καθύψει την ανεπάρκεια και αδυναμία της να πατάξει τη φοροδιαφυγή μέσω μιας γενικευμένης επίθεσης κατά δικαίων και αδίκων, κατασυκοφαντώντας, μάλιστα, και διασύροντας ολόκληρους κλάδους μικρομεσαίων επιχειρηματιών και επιστημόνων, παραβιάζει κάθε έννοια δικαίου και κοινωνικής ηθικής, αθιά και την σαφή επιταγή του Συντάγματος για συνεισφορά των Ελλήνων πολιτών χωρίς διακρίσεις στα δημόσια βάρη, ανάλογα με τις δυνάμεις καθενός.

Κι αυτό γιατί τα βάρη τα φορτώνει στις πλάτες των «μικρών», αποφεύγοντας (ή αδυνατώντας) να αγγίξει τους «μεγάλους» φοροδιαφεύγοντες, οι οποίοι, μάλιστα, ενθαρρύνονται σε τέτοια στάση μέσω ειδικών ρυθμίσεων (όπως της περαιώσης).

Ο Π.Ι.Σ., μαζί με την Ολομέλεια των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων Ελλάδας, το Τεχνικό Επιμελητήριο και τη ΓΣΕΒΕΕ, εξέφρασε την έντονη διαμαρτυρία του σε κοινή επιστολή προς τον Πρόεδρο της Βουλής των Ελλήνων, κ. Δημήτρη Σιούφα, ζητώντας την παρέμβασή του στον έλεγχο της συνταγματικότητας των μέτρων.

Ταυτόχρονα, καλεί την Κυβέρνηση να ανακαλέσει τα άδικα -και αμφίβολης αποτελεσματικότητας- νέα μέτρα, αντικαθιστώντας τα με ρυθμίσεις που θα ελέγξουν πραγματικά τη φοροδιαφυγή εκεί που υπάρχει και δεν θα οδηγήσουν σε μαρασμό ή και χρεοκοπία εκατοντάδες χιλιάδες σκληρά εργαζόμενους επαγγελματίες, γεγονός που, ως συνέπεια, θα έχει μακροπρόθεσμα να ενταθεί ο φαύλος κύκλος της οικονομικής ύφεσης.

Στην Ελλάδα έρχεται η Κινητή Μονάδα κατά της τύφλωσης

Ενημερωτική Καμπάνια για την πρόληψη της Ηλικιακής Εκφύλισης της Ωχράς Κηλίδας

Στην Ελλάδα έρχεται το φθινόπωρο Κινητή Μονάδα στο πλαίσιο Ευρωπαϊκής περιόδου για την πρόληψη της Ηλικιακής Εκφύλισης της Ωχράς κηλίδας (ΗΕΩ). Στη χώρα μας τη Καμπάνια οργανώνει η Ελληνική Εταιρεία Υποοφθαλμικών - Αμφιβληστροειδούς υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με την ευγενική χορηγία της ΚΙΤΕ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ - Αποκλειστικού Αντιπροσώπου της Bausch & Lomb Pharmaceuticals στην Ελλάδα.

Η Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς κηλίδας (ΗΕΩ), είναι μια ασθένεια των ματιών η οποία προσβάλλει κυρίως ηλικιωμένα άτομα (60 ετών και άνω). Η ασθένεια αυτή προκαλεί σταδιακή απώλεια της όρασης και στο τελικό της στάδιο, πλήρη τύφλωση, η οποία δεν είναι αναστρέψιμη. Η ΗΕΩ αποτελεί τη συχνότερη αιτία τύφλωσης στις κοινωνίες του Δυτικού κόσμου. Στη χώρα μας, όπου ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 60 ετών ανέρχεται στα 2,5 εκατομμύρια, ζουν 35.000 άτομα με προσβολή στο ένα μάτι και 7.500 με εκφύλιση και στα δυο μάτια ενώ τα περισσότερα από τα μισά δεν γνωρίζουν



την αιτία της τύφλωσής τους. Για το λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικές οι ενέργειες πρόληψης και ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού και ειδικά των ευπαθών ομάδων του (ηλικιωμένοι).

Η χώρα μας συμμετέχει σε ένα Ευρωπαϊκό πρόγραμμα πρόληψης και ενημέρωσης για την ΗΕΩ, το οποίο υλοποιείται μέσω μιας κινητής μονάδας (ειδικά διαμορφωμένο ηεωφορείο - εσωτερικά και εξωτερικά - και εξοπλισμένο με σύγχρονα οφθαλμολογικά μηχανήματα που περιλαμβάνουν ακόμα και κάμερα βυθού. Η κινητή αυτή μονάδα θα επισκεφθεί τον Οκτώβριο 2008 δέκα πόλεις της χώρας μας και θα σταθμεύσει για λίγες ημέρες σε κεντρικό σημείο της κάθε πόλης.

Την μονάδα αυτή θα στελεχώνουν εξειδικευμένοι οφθαλμίατροι, μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Υποοφθαλμικών Αμφιβληστροειδούς και υποστηρικτικό προσωπικό. Με τη συνεργασία των τοπικών ιατρικών συλλόγων και οφθαλμιάτρων, τα μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Υποοφθαλμικών Αμφιβληστροειδούς θα εξετάζουν δωρεάν, άτομα του ευπαθούς πληθυσμού (ηλικιωμένους) της πόλης που θα προσέρχονται στη μονάδα, ειδικά για την Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς κηλίδας.

Η Ενημερωτική Καμπάνια για την ΗΕΩ έχει την υποστήριξη της Παγκόσμιας Πρωτοβουλίας για την Εξάλειψη της Αποτρέψιμης Τύφλωσης VISION 2020 ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΟΡΑΣΗ που διοργανώνεται σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) και το International Agency for the Prevention of Blindness.

Η εκδήλωση της ΗΕΩ επηρεάζεται από μια σειρά από παράγοντες. Μια κακή διατροφή, φτωχή από βιταμίνες, θρεπτικά συστατικά και καροτινοειδή, όπως η λουτεΐνη και η ζεαξανθίνη, και ένας ανθυγιεινός τρόπος ζωής

μπορεί να προκαλέσει και να επισπεύσει την πορεία της ασθένειας. Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες, όπως το "LAST 2002" (Lutein Antioxidant Supplementation Trial), η μακροχρόνια λήψη λουτεΐνης και ζεαξανθίνης μέσω συμπληρωμάτων διατροφής όπως το Ocuvite Lutein αυξάνει την πυκνότητα της χρωστικής της ωχράς κηλίδας και μειώνει τον κίνδυνο εκφύλισής της.

Από τη Μεγάλη Βρετανία Διάκριση στον Επίτιμο Δ/ντή της Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου Χανίων

Το "International Biographical Centre" στο Καίμπριτζ της Αγγλίας επέλεξε "Ανθρωπότητα Γενικό Διευθυντή" (Deputy Director General) τον Επίτιμο Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου Χανίων Σεραφείμ Γ. Καστανάκη Επ. Καθηγητή Παθολογίας Παν/μίου Αθηνών

