

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

Έκδοση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «Τζάνειο»

Scientific Chronicles

- Μεταδοτικές και αναδυόμενες λοιμώξεις σε πρόσφυγες και μετανάστες
- Η γήρανση του πληθυσμού πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας - Μέθοδοι υποστήριξης της ενεργού γήρανσης
- Επιπτώσεις της φτώχειας στην υγεία
- Άσθμα και εγκυμοσύνη
- Η αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας και η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών
- Συγκριτική μελέτη μη επεμβατικών συνδυαστικών μοντέλων για την ανίχνευση της Μη Αλκοολικής Νόσου του Ήπατος
- Πλήρης τραυματική ρήξη οπισθίων μηριαίων: χειρουργική θεραπεία και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας
- Αντιμετώπιση ενός απροσπέλαστου στενώματος ουρήθρας με χρήση αγγειογραφικών τεχνικών
- Undifferentiated carcinoma of the sinonasal cavity: A diligent diagnosis
- Splenogonadal fusion. A case report

www.exronika.com

print - ISSN 1791-1362

e - ISSN 2241-1666

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: κ. Καίτη Θέμελη - Διγαλάκη

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Αθανάσιος Μαρίνης, Επιμελητής Α', Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αγιομαμίτης Γεώργιος, Επιμελητής Α', Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Αντωνόπουλος Σταύρος, Διευθυντής, Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Ζαρκωτού Ολυμπία, Επιμελήτρια Α', Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Ζήση - Σερμπιεζόγλου Αδαμαντία, Διευθύντρια, Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Θεοδόσης - Γεωργιάς Αναστάσιος, Επιμελητής Β', Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Κοττορού Δημήτρα, Επιμελήτρια Α', Παιδοψυχιατρική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Μάμαλη Βασιλική, Επιμελήτρια Α', Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Μοσχούρης Ιπποκράτης, Επιμελητής Α', Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Μπαλατσούρας Δημήτριος, Διευθυντής, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Παπαγιαννακοπούλου Παναγιώτα, Διευθύντρια Φαρμακοποιός, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Παπαδοπούλου Δέσποινα, Νοσηλεύτρια Ουρολογικής Κλινικής, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Παπαζαφειροπούλου Αθανασία, Επιμελήτρια Β', Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Ράλλης Δημήτριος, Επιμελητής Α', Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Σταθοπούλου Χαρά, Νοσηλεύτρια, Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Σταματίου Κωνσταντίνος, Επιμελητής Α', Ουρολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Τριανταφυλλίδης Γεώργιος, Επιμελητής Α', Παιδιατρική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Τσελέντη Αικατερίνη, Διευθύντρια Βιοχημικού Εργαστηρίου, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Τσελιώτη Παρασκευή, Διευθύντρια, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΠ "Τζάνειο"
 Χελιώτη Ελένη, Επιμελήτρια Α', Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Φούσας Στέφανος, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας
 Πρεκατές Αθανάσιος, Διευθυντής Παθολογικού τομέα
 Παυλόπουλος Φώτιος, Διευθυντής Χειρουργικού τομέα
 Κάρλε Αρχοντία Διευθύντρια Εργαστηριακού τομέα
 Βουτσινάς Διονύσιος, Συντονιστής Διευθυντής Γ' Παθολογικού Τμήματος
 Κατσούλης Μιχαήλ, Συντονιστής Διευθυντής Μαιευτικού-Γυναικολογικού τμήματος
 Γρίβας Θεόδωρος, Συντονιστής Διευθυντής Ορθοπαιδικού τμήματος
 Σακελλαρίδης Νικόλαος, Συντονιστής Διευθυντής Νευροχειρουργικού τμήματος
 Καμπέρος Αντώνιος, Συντονιστής Διευθυντής ΩΡΛ τμήματος
 Πασχαλίδης Νικόλαος, Διευθυντής Α' Χειρουργικού Τμήματος
 Κοντοστόλης Στυλιανός, Διευθυντής Β' Χειρουργικού τμήματος
 Γκερλέ Ζωή, Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος
 Κατσαντώνης Ιωάννης, Διευθυντής Δερματολογικού τμήματος
 Κατσουλάκου Σμαράγδα, Διευθύντρια Νευρολογικού τμήματος
 Τσιλιβίγκου Μαρία, Διευθύντρια Νεφρολογικού τμήματος και Μ.Τ.Ν.
 Αναγνωστοπούλου Ειρήνη, Διευθύντρια Κυτταρολογικού εργαστηρίου

ΤΟΜΟΣ 21, ΤΕΥΧΟΣ 1, 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Γράμμα της Σύνταξης

I. ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Μεταδοτικές και αναδυόμενες λοιμώξεις σε πρόσφυγες και μετανάστες

Αικ. Θέμελη-Διγαλάκη

Συντονίστρια Διευθύντρια Μικροβιολογικού Εργαστηρίου και Πρόεδρος του
Επιστημονικού Συμβουλίου, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

1. Η γήρανση του πληθυσμού πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας - Μέθοδοι υποστήριξης της ενεργού γήρανσης

Κ. Πάσχος¹, Μ. Μαλλιαρού¹, Π. Μπαμίδης²

¹Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό
Πανεπιστήμιο, ² Αναπληρωτής Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο

2. Επιπτώσεις της φτώχειας στην υγεία

Ν. Χρυσανθόπουλος, Ε. Νάτσικα, Λ. Κουρκούτα

Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

3. Ασθμα και εγκυμοσύνη

Ιωάννης Κ. Θανασάς

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

4. Η αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας και η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών

Κ. Πάσχος¹, Μ. Μαλλιάρου¹, Π. Μπαμίδης²

¹Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, ² Αναπληρωτής Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο

III. ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΑΡΘΡΑ

Συγκριτική μελέτη μη επεμβατικών συνδυαστικών μοντέλων για την ανίχνευση της Μη Αλκοολικής Νόσου του Ήπατος

Α. Αγγελίδη, Α. Παπαζαφειροπούλου, Κ. Αναγνωστοπούλου, Α. Βαγενά, Ε. Μαρκάκης, Κ. Πετροπούλου, Ε. Καραμπουσλή, Γ. Λοΐζος, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης

Α΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

IV. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

1. Πλήρης τραυματική ρήξη οπισθίων μηριαίων: χειρουργική θεραπεία και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Θ. Β. Γρίβας, Β. Κεχαγιάς, Α. Ακριώτης, Χ. Νάσκας, Κ. Αθανασόπουλος, Σ. Μπίνος, Α. Φουντάς, Ε. Μπόγρης, Μ. Χανδρινός, Μ. Σκαλιώτης

Τμήμα Ορθοπαιδικής & Τραυματολογίας, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

2. Αντιμετώπιση ενός απροσπέλαστου στενώματος ουρήθρας με χρήση αγγειογραφικών τεχνικών

Σ. Τζαμαρίας¹, Ι. Μοσχούρης², Κ. Σταματίου¹

¹ Ουρολογική Κλινική και ² Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, ΓΝ Πειραιά "Τζάνειο"

3. Undifferentiated carcinoma of the sinonasal cavity: A diligent diagnosis

D. Myoteri¹, D. Dellaportas², A. Tsavari¹, L. Tsagkaroulaki³, H. Moschouris⁴, A. Kamperos³, A. Zizi-Sermpetzoglou¹

¹ Department of Pathology, General Hospital «Tzaneio», Piraeus, Greece, ² Second Department of Surgery, Aretaieion University Hospital, Athens, Greece, ³ ENT

Department, General Hospital «Tzaneio», Piraeus, Greece, ⁴ Department of Radiology, General Hospital «Tzaneio», Piraeus, Greece

4. Splenogonadal fusion. A case report

K. Stamatiou¹, A. Marinis², H. Moschouris³, K. Manoloudaki⁴, K. Koulia⁴, A. Tsavari⁴, T. Vasilakaki⁴

¹ Urology Department, ² First Department of Surgery, ³ Radiology Department, ⁴ Pathology Department, General Hospital «Tzaneio», Piraeus, Greece

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά καλωσορίζουμε καταρχήν την νεοεκλεγείσα Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Τζανείου Νοσοκομείου κα Αικατερίνη Θέμελη-Διγαλάκη, Διευθύντρια του Μικροβιολογικού Εργαστηρίου του Νοσοκομείου μας. Καλωσορίζουμε επίσης τη νέα Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού μας, καθώς και τα νέα μέλη (που συνεχίζουν να συμπληρώνονται) των Επιστημονικών Επιτροπών (από το Νοσοκομείο μας, από το Ελληνικό Πανεπιστήμιο, καθώς και γνωστούς καταξιωμένους επιστήμονες του Εξωτερικού).

Στο πρώτο τεύχος του τρέχοντος έτους (που δημοσιεύεται καθυστερημένα λόγω της μετάβασης του περιοδικού στη νέα ηλεκτρονική πλατφόρμα) πρωτοστατεί το επίκαιρο άρθρο σύνταξης της Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου για τις μεταδοτικές και αναδυόμενες λοιμώξεις σε πρόσφυγες και μετανάστες.

Στις ανασκοπήσεις δημοσιεύονται δυο μεταπτυχιακές εργασίες από τη συνεργασία του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, με θέματα α) τη γήρανση του πληθυσμού πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας και τις μεθόδους υποστήριξης της ενεργού γήρανσης και β) την αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας και την επίδραση της παγκοσμιοποίησης στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών. Επίσης, στις ανασκοπήσεις περιλαμβάνονται ένα επίκαιρο άρθρο για την επίπτωση της φτώχειας στην υγεία καθώς και ένα άρθρο για το άσθμα και την εγκυμοσύνη.

Στα πρωτότυπα άρθρα δημοσιεύουμε τη κλινική συγκριτική μελέτη μη επεμβατικών συνδυαστικών μοντέλων για την ανίχνευση της Μη Αλκοολικής Νόσου του Ήπατος (NAFLD) από την Α΄ Παθολογική Κλινική και το Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου μας, στην οποία διαπιστώθηκε ότι τα μοντέλα NAFLD liver fat score και LAP εμφανίζουν υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα για τη διάγνωση της NAFLD σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, ενώ τα μοντέλα HAIR, BARD, APRI και FIB-4 παρουσιάζουν χαμηλή ευαισθησία και ειδικότητα.

Στις παρουσιάσεις περιστατικών ξεχωρίζει η πλήρης τραυματική ρήξη οπισθίων μηριαίων από το Ορθοπαιδικό Τμήμα, ενώ πολύ ενδιαφέρουσες είναι το άρθρο από το Ουρολογικό Τμήμα και το Εργαστήριο Επεμβατικής Ακτινολογίας με θέμα την αντιμετώπιση ενός απροσπέλαστου στενώματος ουρήθρας με χρήση αγγειογραφικών τεχνικών. Ξεχωριστή θέση κατέχουν τα δυο αγγλόγλωσσα άρθρα από το Παθολογοανατομικό Εργαστήριο και το ΩΡΛ Τμήμα με θέμα το αδιαφοροποίητο καρκίνωμα της ρινοφαρυγγικής κοιλότητας και το Ουρολογικό Τμήμα με θέμα την σπληνογοναδική σύντηξη.

Προσκαλούμε με ιδιαίτερη χαρά τους ιατρούς όλων των νοσοκομειακών ειδικοτήτων, τους νοσηλευτές καθώς και τους επιστήμονες υγείας που εμπλέκονται στο νοσοκομειακό περιβάλλον να εγγραφούν δωρεάν και να υποβάλλουν εργασίες στο περιοδικό μας.

Καλή ανάγνωση!!

Μεταδοτικές και αναδυόμενες λοιμώξεις σε πρόσφυγες και μετανάστες

Δρ. Καίτη Θέμελη-Διγαλάκη

Συντονίστρια Διευθύντρια Μικροβιολογικού Εργαστηρίου και Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»



Α. Θέμελη - Διγαλάκη. Μεταδοτικές και αναδυόμενες λοιμώξεις σε πρόσφυγες και μετανάστες. Επιστημονικά Χρονικά 2016;21(1): 6-10.

Η μετανάστευση και η προσφυγιά δεν σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση των λοιμωδών νοσημάτων. Οι μεταδοτικές ασθένειες συσχετίζονται κατά κύριο λόγο με τη φτώχεια. Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες συχνά προέρχονται από κοινότητες που πλήττονται από τον πόλεμο, συγκρούσεις ή οικονομική κρίση. Οι παράμετροι που επηρεάζουν στην εμφάνιση των λοιμωδών νοσημάτων είναι: 1) το φάσμα των μολυσματικών ασθενειών που πλήττουν τους μετανάστες (ανάλογα με τις τοπικές συνθήκες ενδημικότητας στη χώρα προέλευσης, καθώς και την ανοσολογική κατάσταση του οργανισμού), 2) οι συνεχώς μεταβαλλόμενες μορφές της μετανάστευσης και 3) η παρουσία ορισμένων ευάλωτων ομάδων εντός του μεταναστευτικού πληθυσμού (π.χ. οι ηλικιωμένοι, τα νεογνά, βρέφη και έγκυες γυναίκες) [1]. Τα λοιμώδη νοσήματα στους μετανάστες θα μπορούσαν να έχουν αποκτηθεί στη χώρα καταγωγής τους. Αλλά συνήθως διανύουν μεγάλες αποστάσεις με πενιχρά μέσα και εξαντλημένοι από τα ταξίδια έχουν αυξημένους κινδύνους για μεταδοτικές ασθένειες, ιδιαίτερα η ιλαρά, και τα τροφιμογενή νοσήματα. Η ευρωπαϊκή

περιοχή έχει μεγάλη και μακρόχρονη εμπειρία από μεταδοτικές ασθένειες, όπως η Φυματίωση (TB), το HIV / AIDS, η Ηπατίτιδα, Ιλαρά και η Ερυθρά και έχει μειώσει σημαντικά τον επιπολασμό και την μετάδοση τους κατά τη διάρκεια της οικονομικής ανάπτυξης.

Οι ασθένειες αυτές ωστόσο, δεν έχουν εξαλειφθεί και εξακολουθούν να υπάρχουν στην ευρωπαϊκή ήπειρο ανεξάρτητα από τη μετανάστευση. Αυτό ισχύει επίσης για τις ασθένειες που μεταδίδονται από έντομα διαβίβαστες κυρίως στην περιοχή της Μεσογείου, όπως η λείσμανίαση, με τα κρούσματα που αναφέρθηκαν πρόσφατα στην Συρία [2]. Η λείσμανίαση δεν μεταδίδεται από άτομο σε άτομο και μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. Κρούσματα Τύφου και παράτυφου καταχωρούνται επίσης σε χώρες της Ευρώπης. Ο κίνδυνος για την εισαγωγή εξωτικών και σπάνιων μολυσματικών παραγόντων στην Ευρώπη, όπως οι ιοί Έμπολα, Marburg και Lassa ή τη Μέση Ανατολή αναπνευστικό σύνδρομο από ιό MERS αποδείχτηκε αβάσιμη [3].

Ορισμένα λοιμώδη νοσήματα φαίνεται να επηρεάζουν δυσανάλογα τους πληθυσμούς των μεταναστών μετά την είσοδό τους στην Ευρώπη, όπως φαίνεται από τα στοιχεία από το ευρωπαϊκό σύστημα επιτήρησης, για τον έλεγχο ασθενειών (ECDC), το οποίο συμπεριλαμβάνει νοσήματα όπως HIV, η Φυματίωση, η χρόνια Ηπατίτιδα Β και παρασιτικές ασθένειες όπως η Ελονοσία, η νόσος του Chagas ή Σχιστοσωμίαση. Τα παιδιά των μεταναστών βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο λόγω των χαμηλότερων ποσοστών εμβολιασμού. Στην Ουκρανία αναφέρθηκαν κρούσματα παραλυτικής πολιομυελίτιδας που προκλήθηκαν από ιό της πολιομυελίτιδας τύπου 1 του εμβολίου τον Σεπτεμβρίου 2015 [1]. Το ίδιο θα μπορούσε να ισχύει και για άλλες που προλαμβάνονται με εμβολιασμό ασθένειες όπως η διφθερίτιδα. Μεμονωμένες περιπτώσεις δερματικής διφθερίτιδας μεταξύ των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο αναφέρθηκαν από τη Δανία, τη Γερμανία και τη Σουηδία, τον Ιούλιο του 2015 [4].

Παρά το γεγονός ότι τα λοιμώδη νοσήματα δεν είναι εξαιρετικά συχνά μεταξύ των παράνομων μεταναστών, οι συνθήκες συνωστισμού στις οποίες ζουν συνήθως μετά την είσοδό τους χώρα της ΕΕ δημιουργούν το ιδανικό περιβάλλον για τη μετάδοση τους

όπως ορισμένα αναπνευστικού (π.χ. γρίπη) ή εντερικά παθογόνα (π.χ. χολέρα).

Πρόχειρα καταφύγια γίνονται όλο και πιο εμφανή στις ευρωπαϊκές πόλεις λόγω της μεγάλης συρροής προσφύγων που ζητούν άσυλο στις ευρωπαϊκές χώρες. Αυτά τα άτομα έχουν υποστεί μακρά, εξαντλητική ταξίδια να φτάσουν τις χώρες-στόχους τους, συχνά έχουν επιβιώσει άθλιες συνθήκες διαβίωσης, αυτό έχει οδηγήσει στην εισαγωγή των μολυσματικών ασθενειών που σπάνια συναντώνται στις αναπτυγμένες χώρες, κυρίως ψείρα η *Leptospira* spp. και η *Borrelia* spp. *Bartonella quintana* και η *Rickettsia* spp. (LBRF). Παραδείγματα εμφάνισης κρουσμάτων LBRF παρατηρήθηκαν στην Ολλανδία, Ελβετία, τη Γερμανία, την Σικελία και τη Φινλανδία. Μια ταχεία αξιολόγηση του κινδύνου αυτών των λοιμώξεων γίνεται από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC), που παρέχει βασικές πληροφορίες σχετικά με την κλινική εικόνα και τη θεραπεία [5]. Ο έλεγχος αυτών των σοβαρών λοιμώξεων επιτυγχάνεται με τη βελτίωση των συνθηκών στέγασης, πρόσβασης σε ασφαλές νερό, επαρκή αποχέτευση, αποτελεσματική πρόσβαση στα συστήματα υγείας και την εφαρμογή μαζικών εμβολιασμών και έγκαιρη χορήγηση αντιβιοτικών.

Communicable and emerging infections in refugees and migrants

Dr. K. Themeli - Digalaki

Director Microbiology Department and Chief of the Scientific Council, General Hospital «Tzaneio», Piraeus, Greece



Citation

K. Themeli - Digalaki. Communicable and emerging infections in refugees and migrants. Scientific Chronicles 2016; 21(1): 6-10

Migration and refugees are not directly related to the emergence of infectious diseases. Communicable diseases associated primarily with poverty. Migrants and refugees often come from communities affected by war, conflict or crisis. The parameters that influence the emergence of infectious diseases are: 1) the spectrum of infectious diseases affecting immigrants (depending on local endemic conditions in the country of origin, and the immune status of the body) 2) the changing patterns of migration and 3) the presence of certain sensitive groups within the migrant population (eg the elderly, newborns, infants and pregnant women) [1]. Infectious diseases migrants may have acquired in their home country. Usually almost travel long distances with limited means and exhausted from travel have increased risks for communicable diseases, particularly measles, and food borne diseases. The European Region has a long and extensive experience from

communicable diseases such as Tuberculosis (TB), the HIV / AIDS, Hepatitis, Measles and Rubella and has significantly reduced the prevalence and their transmission during growth.

These diseases, however, have not been eliminated and there is still the continent regardless of immigration. This also applies to the diseases transmitted by insects transmitters mainly in the Mediterranean region, such as leishmaniasis, with outbreaks reported recently in Syria [2]. Leishmaniasis is not transmitted from person to person and can be treated effectively. Outbreaks of typhoid and paratyphoid also recognized in European countries. The risk for the introduction of exotic and rare infectious agents in Europe, such as Ebola virus, Marburg and Lassa or the Middle East respiratory virus MERS syndrome improved unfounded. [3]

Something infectious diseases disproportionately affect migrant populations after arriving in Europe, as shown by data

from the European Surveillance System for Disease Control (ECDC), which includes diseases such as HIV, tuberculosis, chronic hepatitis B and parasitic diseases such as malaria, Chagas' disease Schistosomiasis. Immigrant children are at higher risk due to lower vaccination rates. Outbreaks of paralytic poliomyelitis caused by virus type 1 polio vaccine (Ukraine) in September 2015 [1]. The same could be true for other vaccine-preventable diseases such as diphtheria. Isolated cases of coetaneous diphtheria among refugees and asylum seekers were reported by Denmark, Germany and Sweden, in July 2015 [4].

Although infectious diseases are extremely common among illegal immigrants, the overcrowded conditions in which usually live after entering EU countries create an ideal environment for their transmission as certain respiratory (eg influenza) or enterally pathogens (eg cholera).

Makeshift shelters are becoming increasingly apparent in European cities

because of the large influx of refugees seeking asylum in European countries. These people have suffered long, gruelling journeys to reach the countries of their target often have survived terrible living conditions, this has led to the introduction of infectious diseases are very rare in developed countries, mainly the louse *Leptospira* spp. kai the *Borrelia* spp. *Bartonella quintana* and *Rickettsia* spp. ((LBRF). Examples Display LBRF cases were observed in the Netherlands, Switzerland, Germany, Sicily and Finland. The rapid assessment of the risk of these infections is done by the European Centre for Disease Prevention and Control (eCDC), which provides basic information on the clinical presentation and treatment [5]. the control of these serious infections accomplished by improving housing conditions, access to safe water, adequate sanitation, effective access to health systems and the implementation of mass vaccination and timely administration of antibiotics.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – REFERENCES

1. European centre for disease prevention and control (2013) Risk of introduction and transmission of wild-type poliovirus in EU/EEA countries following events in Israel and Syria – updated risk assessment, December 2013: ECDC.
<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/poliomyelitis-risk-assessment-update-10-December-2013.pdf>. Accessed 23 May
2. European Centre for Disease Prevention and Control (2015) Cutaneous diphtheria among recently arrived refugees and asylum seekers in the EU, 30 July 2015. ECDC, Stockholm
3. World Health Organization. Ebola situation report, 23 September 2015.
<http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-23-september-2015>. Accessed 24 Sept 2015
4. Public health benefits of screening for infectious diseases among newly arrived migrants to the EU/EAA. Technical meeting on migrant health. Athens 19–20 March 2014.
http://ecdc.europa.eu/en/press/events/_layouts/forms/Event_DispForm.aspx?List=a8926334-8425-4aae-be6a-70f89f9d563c&ID=254. Accessed 24 Sept 2015
5. Centers for disease control and prevention. Guidelines for the U.S. domestic medical examination for newly arriving refugees.
<http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/domestic-guidelines.html>. Accessed 2 Oct 2015

Συγγραφέας επικοινωνίας

Καίτη Διγαλάκη, E-mail: kdigalaki@gmail.com

Η γήρανση του πληθυσμού πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας - Μέθοδοι υποστήριξης της ενεργού γήρανσης

Κ. Πάσχος¹, Μ. Μαλλιαρού¹, Π. Μπαμίδης²

¹Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, ² Αναπληρωτής Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι σύγχρονες κοινωνίες στην Ευρώπη και τις υπόλοιπες αναπτυγμένες χώρες χαρακτηρίζονται από κατακόρυφη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης τις τελευταίες δεκαετίες και παράλληλα γήρανση του πληθυσμού. Παγκοσμίως είναι κοινά αποδεκτό ότι οι άνθρωποι ηλικίας άνω των 65 ετών αποτελούν πλέον την ταχύτερα διευρυνόμενη ηλικιακή ομάδα. Τα δεδομένα αυτά εκφράζουν ίσως ένα μέγιστο επίτευγμα της ανθρωπότητας, αλλά ταυτόχρονα και πρόκληση για την επιβίωση των συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Το φαινόμενο αυτό και οι επιπτώσεις του απασχολούν πολιτικούς, υγειονομικούς, κοινωνιολόγους, οικονομολόγους κ.ά. και ένα πλήθος προγραμμάτων και δράσεων βρίσκεται σε εξέλιξη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που συνεπάγεται η γήρανση του πληθυσμού.

Η προαγωγή της ενεργού γήρανσης αποτελεί πρωταρχικής σημασίας μέθοδο προσέγγισης της γήρανσης και των δυσκολιών που απορρέουν από αυτή για το άτομο και την κοινωνία. Με το συγκεκριμένο όρο περιγράφεται η διατήρηση της καλής υγείας των ηλικιωμένων, η προστασία της ανεξαρτησίας και αυτονομίας τους, η διασφάλιση της ποιότητας ζωής τους και η ενεργητική συμμετοχή τους στα κοινωνικά, πολιτιστικά και πνευματικά δρώμενα. Ωστόσο, η εφαρμογή της ενεργού γήρανσης απαιτεί σημαντικές μεταβολές σε αντιλήψεις, συνήθειες και οργανωτικές δομές της κοινωνίας.

Η επιτυχής προώθηση της ενεργού γήρανσης προϋποθέτει την αναμόρφωση των συστημάτων υγείας και πρόνοιας, τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων παροχής και φροντίδας υγείας, την πληροφόρηση του κοινού και την αλλαγή συνηθειών και τρόπου ζωής των ηλικιωμένων. Σημαντικός μπορεί να είναι ο ρόλος της σύγχρονης τεχνολογίας στην πρόωμη διάγνωση και θεραπευτική χρονίων νόσων που εμφανίζονται συχνότερα στο γήρας και την αντιμετώπιση των αναπηριών που τις συνοδεύουν. Τα οφέλη που συνεπάγεται η υποστήριξη της ενεργού γήρανσης αφορούν τα άτομα, τις οικογένειες, τις κοινωνίες, τα κράτη. Ιδιαίτερως σημαντικές είναι η μείωση χρήσης και κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών που θα συμβάλλει στην επιβίωση του κράτους πρόνοιας και η διασφάλιση ευτυχισμένης παραγωγικής ζωής για τους ηλικιωμένους.



Λέξεις ευρετηρίου: αγωγή υγείας, ενεργός γήρανση, ηλικιωμένοι, ποιότητα ζωής, προσδόκιμο επιβίωσης



Παραπομπή

Κ. Πάσχος, Μ. Μαλλιαρού, Π. Μπαμίδης. Η γήρανση του πληθυσμού πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας-Μέθοδοι υποστήριξης της ενεργού γήρανσης. Επιστημονικά Χρονικά 2016; 21(1): 11-25

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και η γήρανση του πληθυσμού φαίνεται να αποτελούν αναδυόμενα και συγχρόνως μη αναστρέψιμα χαρακτηριστικά των σύγχρονων κοινωνιών τόσο στην Ευρώπη, όσο και τις ΗΠΑ, την Κίνα και την Ιαπωνία. Σε παγκόσμια κλίμακα οι άνθρωποι ηλικίας 65 ετών και άνω αποτελούν την ταχύτερα διευρυνόμενη ηλικιακή ομάδα [1]. Από το 1970 ως το 2025 η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων εκτιμάται να φθάσει το 223%, ενώ περίπου το 80% αυτού του πληθυσμού φαίνεται να κατοικεί στις αναπτυσσόμενες χώρες [2]. Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι Ευρωπαίοι άνω των 65 ετών θα διπλασιασθούν περίπου σε αριθμό την επόμενη πενήνταετία, φθάνοντας το 2060 τα 151 εκατομμύρια από 85 που αριθμούσαν το 2008 [1].

Το φαινόμενο αυτό αποτελεί ίσως ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα της ανθρωπότητας. Ταυτόχρονα όμως είναι μέγιστη πρόκληση για τα σύγχρονα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, καθώς συμβαδίζει με αύξηση των δαπανών για υγειονομική κάλυψη και παροχή συντάξεων [1]. Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι μπορούν να αποτελέσουν πολύτιμη παραγωγική μονάδα αν αξιοποιηθούν

κατάλληλα και δεν περιθωριοποιηθούν. Πολιτικές οργανώσεις, δημόσιες αρχές, επιχειρήσεις, παγκόσμιοι οργανισμοί καλούνται να καταστρώσουν σχέδια και να παρουσιάσουν προγράμματα και πολιτικές για την προώθηση της ενεργού γήρανσης, την προαγωγή δηλαδή της υγείας και ασφάλειας των ηλικιωμένων και τη συμμετοχή τους στην παραγωγική διαδικασία.

❖ Η ενεργός γήρανση ως νέα προοπτική στις σύγχρονες κοινωνίες

Στις κοινωνίες των αναπτυσσόμενων και αναπτυσσόμενων χωρών με τους μεγάλους πληθυσμούς ηλικιωμένων, το γήρας θα μπορούσε να αποτελεί μια θετική περίοδο που συνοδεύεται από ευκαιρίες στην υγεία, στην ασφάλεια και τα κοινωνικά δρώμενα. Αυτή η προοπτική εκφράζεται με τον όρο «ενεργός γήρανση» και αναφέρεται τόσο σε κάθε άτομο ξεχωριστά όσο και σε πληθυσμούς [3].

Σε αντιπαράθεση με τη λέξη «υγιής» που ορίζεται ως μια κατάσταση φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας, ο όρος «ενεργός» εμπεριέχει τη δραστήρια συμμετοχή σε κοινωνικές, οικονομικές και πνευματικές εκδηλώσεις και δεν περιορίζεται απλά στην καλή φυσική κατάσταση και τη συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό της κοινωνίας. Επομένως, η ενεργός γήρανση

συνδέεται με τη διατήρηση της ανεξαρτησίας, της αυτονομίας, και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων [2, 4].



Γράφημα 1. Προσδόκιμο ζωής (ΠΖ) στα 65 για το γενικό πληθυσμό της Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), 2002-2012. (ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ, European Commission 2014)

Για να επιτευχθεί και να διατηρηθεί αυτή η αισιόδοξη προοπτική απαιτούνται καινοτόμες παρεμβάσεις που εκτείνονται στο πεδίο των συστημάτων υγείας, των υποδομών, των μεταφορών, των επικοινωνιών και της τεχνολογίας.

και την πρόσβαση στην εργασία, για να αναφερθούν μερικά παραδείγματα, είναι χρονοβόρες καινοτομίες, επίπονες και πιθανόν απαιτούν μεγάλες επενδύσεις σε μια εποχή γενικευμένης οικονομικής κρίσης [1, 2, 5].

❖ Συνολική και πολυπαραγοντική προσέγγιση της ενεργού γήρανσης

Η πρόκληση της γήρανσης στη σύγχρονη εποχή δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με παραδοσιακές πολιτικές, αλλά με νέες ιδέες, μεθόδους και επιστημονικά εργαλεία. Μια συνολική και συγχρόνως πολυπαραγοντική προσέγγιση του θέματος με συμμετοχή και των ίδιων των ηλικιωμένων θα οδηγούσε σε μια νέα θεώρηση, αναδεικνύοντας το γήρας σε ευκαιρία από πρόβλημα. Ο προσανατολισμός στα χρόνια νοσήματα και τη γηριατρική, η υιοθέτηση υγιεινής διατροφής, οι αλλαγές που απαιτούνται στο αριθμό του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Ο στόχος της ενεργού γήρανσης προϋποθέτει χρήση σύγχρονων τεχνολογιών και η ανάπτυξη νέων, επικοινωνία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, συνεργασία ερευνητών, πολιτικών, τεχνικών, υγειονομικών και άλλων. Τα προσδοκώμενα οφέλη είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής όλων των πολιτών, η υποστήριξη της μακρόχρονης διατήρησης και αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας, η οικονομική επιβίωση και ανάπτυξη. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα της γήρανσης σε Ελλάδα και Ευρώπη, διερευνώνται τρόποι βελτίωσης της υγείας και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και αναζητούνται μέθοδοι προώθησης της ενεργού γήρανσης.

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

❖ Στατιστικά-δημογραφικά στοιχεία

Ο πληθυσμός στην Ελλάδα εμφανίζει με σταθερούς ρυθμούς ένα αυξανόμενο προσδόκιμο επιβίωσης τις τελευταίες δεκαετίες. Την περίοδο 2002 ως 2012 το μέσο προσδόκιμο ζωής (ΠΖ) για το γενικό πληθυσμό αυξήθηκε από 18,1 σε 19,6 έτη, παραμένοντας για αρκετά χρόνια πάνω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) των 28, όπου το ΠΖ από 17,8 έφθασε τα 19,6 έτη επίσης (Γράφημα 1) [6, 7]. Η αυξανόμενη γήρανση αφορά και στα δυο φύλα, με το μέσο όρο ζωής να είναι 77,6 έτη για τους άνδρες και 82,9 για τις γυναίκες (στοιχεία για το 2012). Ωστόσο, τα έτη υγιούς ζωής μετά τα 65 παρουσιάζουν τάση μείωσης την τελευταία δεκαετία, καθώς από 10,3 και 10, 2 έτη το 2006 μειώθηκαν σε 7,3 και 8,6 έτη για γυναίκες και άνδρες αντίστοιχα (Πίνακας 1, Γραφήματα 2Α, 2Β, 3Α, 3Β) [6, 8].

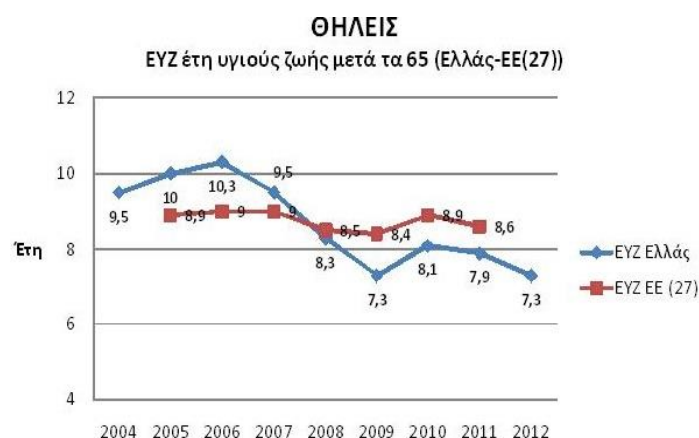
Παρά τη μακρά διάρκεια του φαινομένου της πληθυσμιακής γήρανσης στην Ελλάδα, αυτό φαίνεται να οξύνεται την τελευταία εικοσαετία, εντασσόμενο πλέον στο πολύπλοκο και δυσεπίλυτο δημογραφικό πρόβλημα της χώρας. Στο πλαίσιο αυτό, συνυπάρχει με τη μείωση της γεννητικότητας, την αστικοποίηση του πληθυσμού και την ανεξέλεγκτη μετανάστευση. Οι συνιστώσες αυτές του δημογραφικού προβλήματος δυσχεραίνουν την αντιμετώπιση της γήρανσης του πληθυσμού, δίνοντάς της ένα χαρακτήρα πολύπλοκου προβλήματος για τη σύγχρονη κοινωνία. Παρόμοια είναι η κατάσταση, ίσως με κάποιες μικρές διαφοροποιήσεις, και για τις κοινωνίες της ΕΕ [8]. Στην πυραμίδα των ηλικιών για την Ελλάδα με στοιχεία του 2010, η βάση φαίνεται στενή λόγω υπογεννητικότητας, οι μέσες ηλικίες αυξάνουν κυρίως στους άνδρες λόγω της αθρόας και κλιμακούμενης εισόδου μεταναστών τα τελευταία 20 έτη, ενώ η κορυφή διευρύνεται λόγω του συνδυασμού υπογεννητικότητας και παράτασης του προσδόκιμου επιβίωσης (Γράφημα 4).

Φύλο	Έτη μετά τα 65	Τόπος	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ΘΗΛΕΑ	ΠΖ	Ελλάς	19,80	20	20,2	20,1	20,5	20,8	20,9	21,2	21
		ΕΕ (28)	19,9	19,9	20,4	20,5	20,6	20,8	21	21,3	
	EYZ	Ελλάς	9,5	10	10,3	9,5	8,3	7,3	8,1	7,9	7,3
		ΕΕ (27)		8,9	9	9	8,5	8,4	8,9	8,6	
ΑΡΡΕΝΑ	ΠΖ	Ελλάς	16,9	17,1	17,4	17,3	17,7	17,9	18,2	18,2	18,1
		ΕΕ (28)	16,3	16,4	16,8	16,9	17,1	17,3	17,5	17,8	
	EYZ	Ελλάς	9,5	9,7	10,2	9,9	9	7,9	8,8	9	8,6
		ΕΕ (27)		8,6	8,8	8,8	8,3	8,4	8,7	8,8	

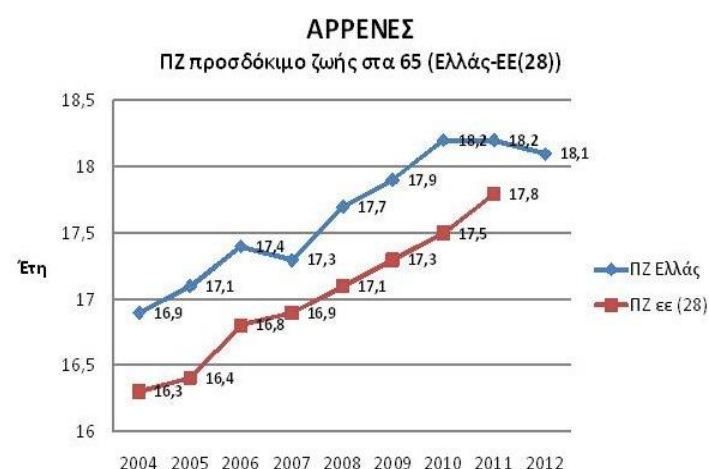
Πίνακας 1. Έτη προσδόκιμου ζωής (ΠΖ) και υγιούς ζωής (EYZ) μετά τα 65 για τα δυο φύλα [θήλεα κόκκινο, άρρενα μπλε], στην Ελλάδα και την ΕΕ (28), 2004-2012. (ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ, European Commission 2014)



Γράφημα 2Α. Προσδόκιμο ζωής (ΠΖ) στα 65 για τα θήλεα άτομα της Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), 2004-2012. (ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ, European Commission 2014)

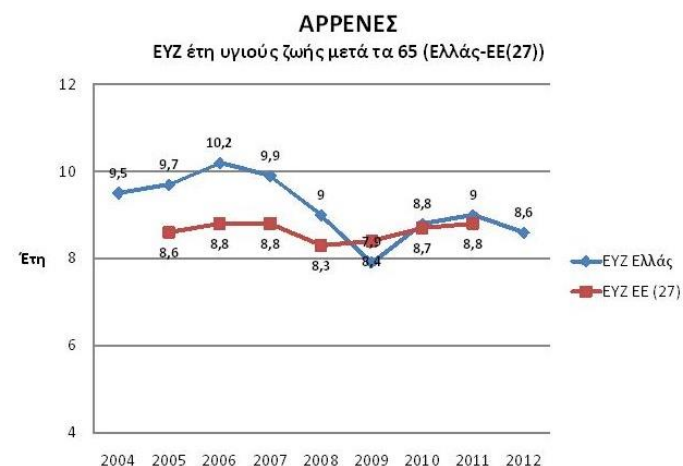


Γράφημα 2Β. Έτη υγιούς ζωής (ΕΥΖ) μετά τα 65 για τα θήλεα άτομα της Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), 2004-2012. (ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ, European Commission 2014)



Γράφημα 3Α. Προσδόκιμο ζωής (ΠΖ) στα 65 για τα αρρένα άτομα της Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), 2004-2012. (ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ, European Commission 2014)

(ΕΕ), 2004-2012. (ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ, European Commission 2014)

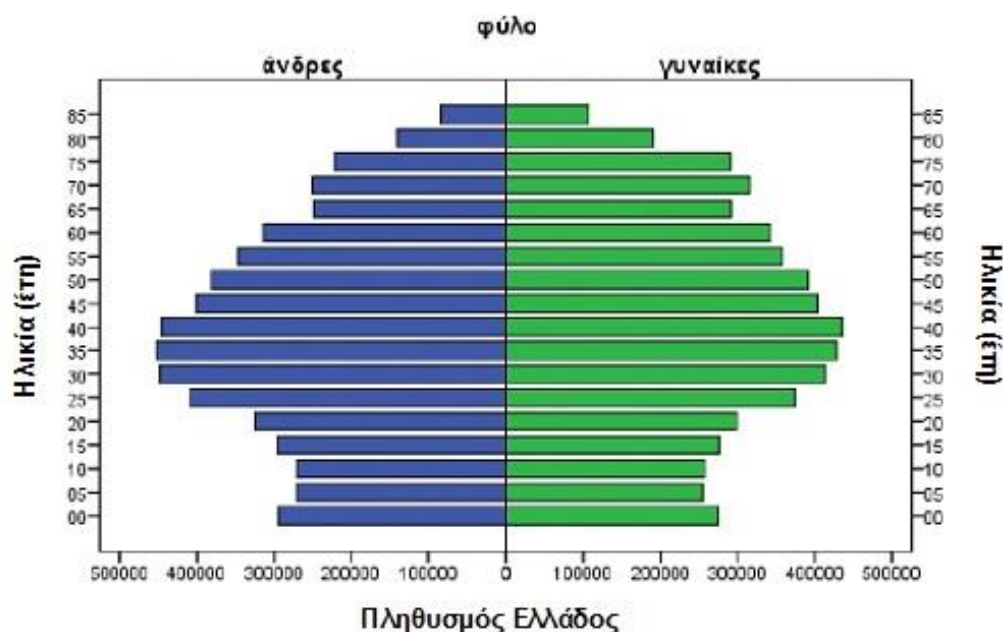


Γράφημα 3Β. Έτη υγιούς ζωής (ΕΥΖ) μετά τα 65 για τα αρρένα άτομα της Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), 2004-2012. (ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ, European Commission 2014)

❖ Αίτια νοσηρότητας - θνησιμότητας στους ηλικιωμένους

Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ασθενούν στη μεγάλη πλειοψηφία τους από χρόνιες μη μεταδοτικές νόσους. Από την ηλικία των 45 περίπου αρχίζει μια μετατόπιση της νοσηρότητας από τις μεταδοτικές νόσους και τα ατυχήματα προς χρονιότερες καταστάσεις, και το φαινόμενο φτάνει στην κορύφωσή του στο άνω των 65 τμήμα του πληθυσμού. Το 85% των ηλικιωμένων πάσχει από μια χρόνια νόσο, ενώ το 30% πάσχει από τρεις ή περισσότερες παθήσεις (Πίνακας 2). Οι καρδιαγγειακές νόσοι (στεφανιαία νόσος, βαλβιδοπάθειες, ανευρύσματα, περιφερική αγγειοπάθεια κ.ά.), τα κακοήγη νεοπλάσματα (συχνότερα του πνεύμονα, του μαστού, παχέος εντέρου και προστάτη) και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν κατά σειρά συχνότητας τις τρεις κύριες αιτίες θανάτου για τα τρία τέταρτα των ατόμων άνω των 65 [2, 9].

Γενικώς, το γήρας συνοδεύεται από φυσιολογική φθορά, με αντιπροσωπευτικά



ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ, εκτιμήσεις 2011

Γράφημα 4. Η πυραμίδα των ηλικιών 1-1-2010 [8]

παραδείγματα την αύξηση της αρτηριακής δυσκαμψίας, την ελάττωση της μυϊκής μάζας και την αύξηση του λίπους, τις διαταραχές στην καρδιακή και νεφρική λειτουργία, ελαττωμένη ελαστικότητα πνευμόνων, μείωση της ανοχής της γλυκόζης. Παρομοίως, προοδευτικά παρουσιάζεται η εξασθένηση ακοής, όρασης και όσφρησης, εκδηλώνονται γηριατρικά σύνδρομα όπως άνοια και κατάθλιψη και διαταραχές θρέψης [10, 11]. Η ανάπτυξη χρόνιων νόσων μετά τα 65, αλλά και η βαρύτητά τους εξαρτάται από παρελθούσες ηλικιακές περιόδους, συχνά από τη νεότητα, οπότε και υιοθετούνται ανθυγιεινές συνήθειες όπως η διατροφή με αυξημένα λιπαρά, το κάπνισμα, η καθιστική ζωή και η έλλειψη σωματικής άσκησης. Γίνεται επομένως φανερό ότι η φροντίδα της υγείας των ηλικιωμένων δεν αφορά πρωταρχικά τη θεραπευτική προσέγγιση,

αλλά κυρίως την πρόληψη, την αγωγή και προαγωγή υγείας που πρέπει να απευθύνονται στους νεότερους, στοχεύοντας στην καλή τους υγεία όταν αυτοί εισέλθουν στο γήρας.

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ-Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΟΥ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Η κατακόρυφη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων αποτελεί πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας των σύγχρονων αναπτυγμένων κοινωνιών. Οι πολιτικές και τα προγράμματα υγείας οφείλουν να αποσκοπούν στο ενεργό γήρας, δηλαδή τη συνεχιζόμενη συμμετοχή στις οικονομικές, κοινωνικές, πολιτιστικές και πνευματικές εκδηλώσεις, και συγχρόνως στην

Κυριότερες χρόνιες παθήσεις που προσβάλλουν τους ηλικιωμένους στις αναπτυγμένες χώρες
• Καρδιαγγειακά νοσήματα (στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια κ.ά.)
• Υπέρταση
• Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
• Σακχαρώδης διαβήτης
• Καρκίνος (πνεύμονα, μαστού, προστάτη, παχέος εντέρου, κ.ά.)
• Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
• Μυοσκελετικά νοσήματα (αρθρίτιδα, οστεοπόρωση, κ.ά.)
• Νευρολογικά-Ψυχιατρικά νοσήματα (άνοια, κατάθλιψη)
• Διαταραχές όρασης (γλαύκωμα, καταρράχης, κ.ά.)

Πίνακας 2. Κύριες χρόνιες παθήσεις σε άτομα άνω των 65 ετών στις αναπτυγμένες χώρες (οι παθήσεις είναι παρόμοιες και για τα δυο φύλα, ωστόσο οι γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα μυοσκελετικά νοσήματα). ΠΗΓΗ: WHO 1998

καλή φυσική κατάσταση και τη συμμετοχή στην παραγωγική διαδικασία. Για να επιτευχθούν αυτά απαιτείται η συνεργασία πολλών επαγγελματιών υγείας, όπως ιατρών (γενικών ιατρών, γηριάτρων, φυσιολόγων, ψυχιάτρων), νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, φαρμακοποιών και διαιτολόγων, αλλά και κοινωνιολόγων, πολιτικών επιστημόνων και τεχνικών [5, 12]. Στόχος ο περιορισμός του επιπολασμού και της νοσηρότητας χρόνιων παθήσεων και η προαγωγή της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Στην ΕΕ ήδη το θέμα αποτελεί αντικείμενο έρευνας και μελέτης και πλήθος δράσεων αποσκοπεί στην ανάπτυξη δομών και προγραμμάτων για την προαγωγή της ενεργού γήρανσης [13].

❖ Παράγοντες προσδιορισμού και προώθησης της ενεργού γήρανσης

Κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες

Ο πολιτισμός, τα ήθη και τα έθιμα, οι παραδόσεις των κοινωνιών είναι καθοριστικοί παράγοντες για την κατανόηση και τη στήριξη της ενεργού γήρανσης, γιατί προσδιορίζουν τον τρόπο που αντιμετωπίζονται οι ηλικιωμένοι και η διαδικασία του γήρατος. Οι κοινωνίες που αποδίδουν τα συμπτώματα των ασθενειών στο γήρας, συνήθως υστερούν σε θέματα πρόληψης, πρόωξης διάγνωσης και κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης [2]. Συγχρόνως, η πολυπολιτισμικότητα των σύγχρονων Ευρωπαϊκών κοινωνιών και η μετανάστευση συνθέτουν ένα μωσαϊκό πολιτιστικών και θρησκευτικών διαφορών, ακόμα και σε κάθε χώρα ή μεγαλούπολη, και συχνά προβάλλουν ξεπερασμένα πρότυπα και παραδόσεις που παραπληροφορούν ή προβληματίζουν [1].

Συστήματα παροχής υγείας και κοινωνικής πρόνοιας

Τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να αναβαθμισθούν, να συντονιστούν και να στηριχθούν οικονομικά. Ακολουθώντας τις αρχές της γηριατρικής πρέπει να επιδιωχθεί η πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων, των οποίων η θεραπευτική είναι δύσκολη, μακροχρόνια και οικονομικά επιζήμια. Η πρόληψη μπορεί να είναι πρωτογενής (αποφυγή καπνίσματος, υγιεινή διατροφή, σωματική άσκηση), δευτερογενής (προγράμματα μαστογραφίας για πρώιμη διάγνωση καρκίνου του μαστού, κολονοσκόπηση για πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του εντέρου κ.ά.) ή τριτογενής (αποφυγή ανάπτυξης κατακλίσεων σε χρόνια νοσηλευόμενους) [2, 4].

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να αντιμετωπίζουν με υπομονή και ιδιαίτερη ευαισθησία τους ηλικιωμένους και να καταναλώνουν περισσότερο χρόνο να εξηγήσουν και να καθοδηγήσουν. Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες πρέπει να ενισχυθούν για να αποφεύγεται η επιβάρυνση δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων ιατρικών κέντρων που έχουν μεγάλο φόρτο εργασίας και υψηλό κόστος λειτουργίας. Νοσηλεία στο σπίτι, βοήθεια σε περιπάτους, επίβλεψη φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να γίνει από «ανεπίσημους φροντιστές υγείας» (π.χ. εθελοντές, συγγενείς, κ.ά.), ώστε να αποφεύγεται η συχνή επίσκεψη σε επίσημες υγειονομικές δομές [14, 15]. Στην Ελλάδα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρουσιάζεται ανεπαρκής, κατακερματισμένη, ενώ ασκείται αποσπασματικά και χωρίς κεντρικό σχεδιασμό. Επομένως είναι αναγκαία η υιοθέτηση μέτρων εκσυγχρονισμού και εξέλιξης ώστε να

ανταποκριθεί στις σημερινές προκλήσεις όπως η κατακόρυφη αύξηση των ηλικιωμένων στο γενικό πληθυσμό [16].

Συνήθειες και συμπεριφορές που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων - Ο ρόλος της πρόληψης, προαγωγής και αγωγής υγείας

Η υιοθέτηση υγιούς τρόπου ζωής είναι εξαιρετικά σημαντική σε όλες τις ηλικίες. Η αποφυγή ή διακοπή του καπνίσματος και του αλκοόλ, η υγιεινή διατροφή, η σωματική άσκηση και η προσεκτική χρήση φαρμάκων μπορεί να αποτρέψουν την εμφάνιση χρόνιων νόσων και τη σωματική κατάρρευση, συμβάλλοντας στην ενεργό γήρανση.

Κάπνισμα

Πρόκειται ίσως για τον πιο επικίνδυνο προδιαθεσικό παράγοντα για χρόνιες νόσους και μια σημαντικότερη αιτία πρώιμου θανάτου. Η νοσηρότητα που προκαλεί είναι αθροιστική και συνεχίζει αρκετά μετά τη διακοπή του, αναλόγως με την ένταση και τη διάρκειά του. Διαταράσσει την καρδιαγγειακή ομοιόσταση, την αναπνευστική λειτουργία, ελαττώνει τη μυϊκή ισχύ και επιταχύνει το ρυθμό αποδόμησης των οστών [2, 9].

Η διακοπή του καπνίσματος ωφελεί όλες τις ηλικιακές ομάδες. Ο κίνδυνος εμφράγματος μετά από πέντε έτη διακοπής επιστρέφει στα επίπεδα των μη καπνιστών. Ωστόσο, ο κίνδυνος εκδήλωσης καρκίνου του πνεύμονα και χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας μειώνεται αργά. Γενικά τονίζεται η όσο το δυνατόν πρωιμότερη διακοπή του καπνίσματος, ώστε να

μεγιστοποιηθούν τα οφέλη στην περίοδο του γήρατος [17].

Κατανάλωση αλκοόλ

Η κατανάλωση αλκοόλ είναι ιδιαίτερα επιβαρυντική για τους ηλικιωμένους λόγω προϋπάρχουσας ηπατικής δυσλειτουργίας, συχνής λήψης διαφόρων φαρμάκων, ροπής σε πτώσεις που αυξάνει υπό την επήρεια του αλκοόλ. Χρόνιες παθήσεις που σχετίζονται με το αλκοόλ είναι νοσήματα του ήπατος, παγκρέατος και στομάχου. Η πλήρης αποχή από τα αλκοολούχα ποτά είναι μάλλον η πιο ασφαλής στάση, ενώ υπηρεσίες απεξάρτησης από το αλκοόλ πρέπει να προσφέρουν ισότιμη και ελεύθερη πρόσβαση τόσο σε νέους όσο και ηλικιωμένους [18].

Σωματική άσκηση

Η τακτική μέτρια άσκηση όπως το κολύμπι, το βάδισμα, ο χορός μειώνει τον κίνδυνο αιφνιδίου θανάτου κατά 20-25% σε άτομα με καρδιακή νόσο [19]. Παράλληλα, περιορίζει τις αναπηρίες που προκαλούνται από τα καρδιαγγειακά και τα άλλα χρόνια νοσήματα. Η σωματική άσκηση βελτιώνει τη διανοητική κατάσταση των ηλικιωμένων και προάγει τις κοινωνικές τους συναναστροφές. Συγχρόνως, αναστέλλει τον εκφυλισμό του μυοσκελετικού συστήματος λόγω γήρατος, προσδίδοντας σταθερότητα και αρμονία στις κινήσεις, περιορίζοντας έτσι τις πτώσεις που έχουν υψηλή νοσηρότητα για τους ηλικιωμένους [2, 20].

Δυστυχώς τα άτομα χαμηλότερων κοινωνικών τάξεων, με χρόνιες παθήσεις ή με κακή πνευματική και ψυχική κατάσταση συνήθως διάγουν καθιστικό βίο και παραμένουν ανενεργά. Για πολλούς η τηλεόραση είναι η μόνη συντροφιά. Όμως

εκτός από την κακή φυσική κατάσταση, πρόσφατες έρευνες συσχετίζουν την πολύωρη παρακολούθηση της τηλεόρασης με την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη και καρδιακών νοσημάτων [21, 22]. Η σωματική άσκηση μπορεί να υποστηριχτεί με προγράμματα κοινωνικής ένταξης, την ανάπτυξη χώρων αναψυχής και πρασίνου με εύκολη πρόσβαση, αλλά και την οργάνωση ομάδων ηλικιωμένων που θα αλληλοϋποστηριχθούν προς δραστηριότητες κίνησης και διασκέδασης.

Υγιεινή διατροφή

Ο υποσιτισμός είναι παράγων νοσηρότητας και μπορεί να οφείλεται σε οικονομική δυσπραγία, δυσκολίες στην αγορά και προετοιμασία της τροφής ή σε διαταραχές μάσησης και τεχνητές οδοντοστοιχίες. Επιπλέον, η πρόσληψη τροφών υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά και αλάτι, και χαμηλής σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία (διατροφή χωρίς φρούτα και λαχανικά), προκαλεί παχυσαρκία, υπέρταση, έλλειψη βιταμινών (π.χ. βιταμίνης D). Η ισορροπημένη διατροφή μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης σακχαρώδους διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, αρθροπαθειών και καρκίνου (π.χ. στομάχου και εντέρου) [23, 24].

Θα ήταν χρήσιμη η ενημέρωση των ηλικιωμένων και η στήριξη προγραμμάτων «βοήθειας στο σπίτι» για την αγορά και παρασκευή κατάλληλων τροφών. Συγχρόνως, η ενημέρωση των νέων για θέματα στοματικής υγείας θα μπορούσε να περιορίσει την ανάπτυξη προβλημάτων μάσησης στο γήρας. Θεραπευτικά βασική συνθήκη αποτελεί η εύκολη πρόσβαση των

ηλικιωμένων σε οδοντιατρικές υπηρεσίες και τεχνητές οδοντοστοιχίες [25].

Ορθή κατανάλωση φαρμάκων

Οι ηλικιωμένοι συνήθως λαμβάνουν αρκετά φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, όπως υπνηλία και πτώσεις (ιδίως από ηρεμιστικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα) ή/και τοξικές δράσεις. Είναι απαραίτητη η παρακολούθηση της συμμόρφωσής τους στις ιατρικές οδηγίες από συγγενείς, φίλους και φροντιστές υγείας, η χορήγηση σαφών οδηγιών από τους ιατρούς, η διασφάλιση της πρόσβασης σε φθηνά και ασφαλή φάρμακα. Είναι σημαντικό οι ιατροί να αποφεύγουν κατά το δυνατό την υπερβολική συνταγογράφηση που οδηγεί σε πολυφαρμακία και αποτελεί τη συχνότερη αιτία μαζί με τη χρονιότητα της αγωγής για τη μη συμμόρφωση των γηραιών ασθενών [26, 27].

❖ Η κρίσιμη συμβολή των νέων τεχνολογιών

Οι ηλικιωμένοι περισσότερο από τους νεότερους έχουν ανάγκη από ασφαλές-φιλικό περιβάλλον τόσο στο σπίτι όσο και έξω από αυτό για να μπορέσουν να κινηθούν και να δράσουν. Στο σπίτι πρέπει να υπάρχουν ειδικές ευκολίες (π.χ. χειρολαβές, ειδικά αντιολισθητικά υλικά στο πάτωμα, επαρκής φωτισμός), αμαξίδια και ανελκυστήρες για ασφαλή μετακίνηση, συσκευές παρακολούθησης και τηλεϊατρικής. Οι δρόμοι, τα μέσα μεταφοράς και οι χώροι εργασίας πρέπει να διαθέτουν υποβοηθητικά μέσα για μετακίνηση και προσανατολισμό (π.χ. χαμηλά σκαλοπάτια στα λεωφορεία, φανάρια που δίνουν περισσότερο χρόνο στον

πεζό, αυτόματες πόρτες με φωτοκύτταρα στα δημόσια κτίρια, μεγάλες πινακίδες, ανθεκτικές χειρολαβές, προσβάσιμες τουαλέτες). Επιπλέον η λειτουργία καμερών σε χώρους όπου συχνάζουν ηλικιωμένοι ίσως θα βοηθούσε στην έγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων, όπως πτώσεις, αποπροσανατολισμό λόγω διαταραχών όρασης και ακοής, δυσκολίες στη μετακίνηση [28, 29].

Η σύγχρονη ιατρική τεχνολογία συντελεί αποφασιστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και την επανένταξή τους στην ενεργό δράση με νέα βοηθήματα ακοής, νέους φακούς για προβλήματα όρασης, ανθεκτικά τεχνητά μέλη, υλικά για την επούλωση κατακλίσεων και διαβητικών ελκών. Στον τομέα της έγκαιρης διάγνωσης η εύκολη πρόσβαση σε μαστογράφους και σε ενδοσκοπικά εργαστήρια του πεπτικού συστήματος έδωσε τη δυνατότητα εφαρμογής προληπτικών προγραμμάτων για τον καρκίνο του μαστού, εντέρου και στομάχου. Επίσης εφαρμογές της σύγχρονης τεχνολογίας στη φυσιοθεραπεία και φυσιατρική επιτυγχάνουν γρήγορη κινητοποίηση και ενδυνάμωση ασθενών με χρόνια νοσήματα ή πρόσφατα χειρουργεία [2, 30, 31].

❖ Οφέλη από την προώθηση της ενεργού γήρανσης

Η προώθηση της ενεργού γήρανσης στοχεύει στην αξιοπρέπεια, ανεξαρτησία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Από ανθρωπιστική σκοπιά αυτό αποτελεί ίσως το μέγιστο όφελος για τους ηλικιωμένους και την κοινωνία. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές ακόμα θετικές συνέπειες. Η πρόληψη των

χρόνιων νοσημάτων και η ακύρωση ή αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναπηριών περιορίζουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, φαρμάκων και επιδομάτων αναπηρίας. Καθώς οι σύγχρονες κοινωνίες βρίσκονται σε οικονομική ύφεση, η αποφυγή μιας έκρηξης του κόστους των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας λόγω γήρανσης του πληθυσμού αποτελεί μέγιστη προτεραιότητα [15].

Παράλληλα, υγιείς ηλικιωμένοι μπορούν να συνεισφέρουν στην ανατροφή των παιδιών, τη συντήρηση του σπιτιού, το μαγείρεμα και άλλες οικιακές εργασίες, τη φροντίδα του κήπου, αφήνοντας απερίσπαστους τους νεότερους στην εργασία τους και περιορίζοντας τα έξοδα διαβίωσης στην οικογένεια. Επίσης, η προσφορά εθελοντικής εργασίας από ηλικιωμένους (συντροφιά σε ασθενείς, διδασκαλία σε άπορα παιδιά ή ενήλικες, επόπτευση δασών για πρόληψη πυρκαγιάς) θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμη. Ακόμα, η έμμοιθη εργασία σε διάφορες θέσεις που απαιτούν εμπειρία (εκπόνηση προγραμμάτων πρόνοιας, συμμετοχή στη διοίκηση οργανισμών) θα έδινε τη δυνατότητα γόνιμης «εκμετάλλευσης» της συσσωρευμένης γνώσης των ηλικιωμένων. Με τους τρόπους αυτούς και η κοινωνία κερδίζει ένα φθηνό ή άμισθο εργατικό δυναμικό με μεγάλη εμπειρία και οι ηλικιωμένοι παραμένουν δραστήριοι και δεν υποφέρουν από απομόνωση, ανασφάλεια και νευροψυχιατρικές νόσους [32, 33].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Η γήρανση του πληθυσμού αποτέλεσμα του συνεχώς αυξανόμενου προσδόκιμου επιβίωσης αποτελεί μέγιστο επίτευγμα, αλλά και πρόκληση για τις σύγχρονες προηγμένες κοινωνίες. Ιδιαίτερα, προβληματίζει η προοπτική της αυξημένης ζήτησης ακριβών υπηρεσιών υγείας και παροχής συντάξεων σε πλήθος ανενεργών ηλικιωμένων πολιτών. Έτσι προβάλλονται απόψεις, μελέτες και πολιτικές ώστε οι ηλικιωμένοι πρέπει να παραμένουν δραστήριοι και υγιείς κατά το δυνατόν περισσότερο, χωρίς να αποτελούν πρόβλημα και βάρος, αλλά να αναδειχθούν σε μια πολύτιμη ηλικιακή ομάδα.

Η ενεργός γήρανση είναι μια αισιόδοξη προοπτική και μπορεί να επιτευχθεί με την ευαισθητοποίηση των ανθρώπων και την αλλαγή ξεπερασμένων αντιλήψεων, με την αναμόρφωση των συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, εφαρμογές της σύγχρονης τεχνολογίας και τη συμμετοχή των ίδιων των ηλικιωμένων στις αποφάσεις. Ιδιαίτερα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία δυστυχώς στην Ελλάδα είναι ανεπαρκώς αναπτυγμένη και ελλιπώς οργανωμένη, θα μπορούσε να συμβάλλει με την προβολή της πρόληψης και με δράσεις προαγωγής της υγείας προσανατολισμένες στους ηλικιωμένους.

Τα πλεονεκτήματα-οφέλη είναι πολλά και αφορούν στην επιβίωση των συστημάτων υγείας και πρόνοιας. Κυρίως όμως η ενεργός συμμετοχή των ηλικιωμένων στο κοινωνικό-οικογενειακό γίγνεσθαι συντελεί στην εύρυθμη λειτουργία των κοινωνιών, στη διατήρηση σταθερών-συμπαγών οικογενειών, και στην διασφάλιση μιας ευτυχισμένης και παραγωγικής ζωής ως το βαθύ γήρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Steering Group E. Strategic implementation plan for the European innovation partnership on active and healthy ageing. Brussels operational plan, 2011:1-42.
URL:<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0029+0+DOC+XML+V0//EL> Πρόσβαση: 26/5/2015.
2. WHO. Active ageing: a policy framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. 2002:1-60.
3. Gonzales E, Matz-Costa C, Morrow-Howell N. Increasing opportunities for the productive engagement of older adults: a response to population aging. *The Gerontologist* 2015;55:252-61.
4. Ιωαννίδη Ε, Λοπατζίδης Α, Μαντή Π. Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999.
5. Naue U, Kroll T. Bridging policies and practice: challenges and opportunities for the governance of disability and ageing. *Int J Integr Care*. 2010;10:e041.
6. European Commission. Healthy Life Years. 2014.
7. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου: Προσδόκιμο Υγείας, 2014.
URL:http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A1605&r_param=SPO18&y_param=TS&mytabs=0 Πρόσβαση: 27/5/2015.
8. Παπαδάκης Μ, Κογεβίνας Μ, Τριχόπουλος Δ. Ο πληθυσμός της Ελλάδος. Θεωρήσεις-Προοπτικές-Προσανατολισμοί. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2012:1-20.
9. Stein J, Hutton J, Kohler P, et al. *Internal Medicine*. Mosby, St Louis, Missouri, 1998.
10. Dodson JA, Chaudhry SI. Geriatric conditions in heart failure. *Curr Cardiovasc Risk Rep*. 2012;6:404-410.
11. Tung EE, Chen CY, Takahashi PY. Common curbsides and conundrums in geriatric medicine. *Mayo Clin Proc*. 2013;88:630-635.
12. Abdullah B, Wolbring G. Analysis of newspaper coverage of active aging through the lens of the 2002 World Health Organization Active Ageing Report: A Policy Framework and the 2010 Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10:6799-6819.
13. European Commission. European innovation partnership on active and healthy ageing. 2014.
14. Arai H, Ouchi Y, Yokode M, et al. Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. *Geriatr Gerontol Int*. 2012;12:16-22.

15. Arai H, Ouchi Y, Toba K, et al. Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15:673-687.
16. Πιερράκος Γ, Υφαντόπουλος Ι. Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2007;24:578-582.
17. Doll R. Risk from tobacco and potentials for health gain. *Int J Tubercul Lung Dis*. 1999;3:90-99.
18. Heuberger RA. Alcohol and the older adult: a comprehensive review. *J Nutr Elder*. 2009;28:203-235.
19. Merz C, Forrester J. The secondary prevention of coronary heart disease. *Am J Med*. 1997;102:573-580.
20. Kendig H, Browning CJ, Thomas SA, et al. Health, lifestyle, and gender influences on aging well: an Australian longitudinal analysis to guide health promotion. *Front Public Health*. 2014;2:70.
21. Smith L, Hamer M. Short Report: Epidemiology. Television viewing time and risk of incident diabetes mellitus: the English Longitudinal Study of Ageing. *Diabet Med*. 2014.
22. Wijndaele K, Brage S, Besson H, et al. Television viewing and incident cardiovascular disease: prospective associations and mediation analysis in the EPIC Norfolk Study. *PloS one*. 2011;6:e20058.
23. John BK, Bullock M, Brenner L, et al. Nutrition in the elderly. Frequently asked questions. *Am J Gastroenterol*. 2013;108:1252-1266; quiz 67.
24. Volkert D. Malnutrition in older adults - urgent need for action: a plea for improving the nutritional situation of older adults. *Gerontology*. 2013;59:328-333.
25. Amerine C, Boyd L, Bowen DM, et al. Oral health champions in long-term care facilities-a pilot study. *Spec Care Dentist*. 2014;34:164-170.
26. Dipollina L, Sabate E. Medication adherence to long term treatments in the elderly. In: Sabata (ed) WHO Adherence Report: A review of the evidence. World Health Organization, Geneva, 2002.
27. Gurwitz J, Avorn J. The ambiguous relationship between aging and adverse drug reactions. *An Int Med*. 1991;114:956-966.
28. Hawley-Hague H, Boulton E, Hall A, et al. Older adults' perceptions of technologies aimed at falls prevention, detection or monitoring: a systematic review. *Int J Med Inform*. 2014;83:416-426.
29. Nelson A, Powell-Cope G, Gavin-Dreschnack D, et al. Technology to promote safe mobility in the elderly. *Nurs Clin North Am*. 2004;39:649-671.

30. Peek ST, Luijkx KG, Rijnaard MD, et al. Older Adults' Reasons for Using Technology while Aging in Place. *Gerontology*. 2015.
31. Craciun C, Flick U. I wonder if robots will take care of me when I am old: Positive aging representations of professionals working in health promotion services. *J Health Psychol*. 2015.
32. Rosenkranz RR, Duncan MJ, Rosenkranz SK, et al. Active lifestyles related to excellent self-rated health and quality of life: cross sectional findings from 194,545 participants in The 45 and Up Study. *BMC Public Health*. 2013;13:1071.
33. Rebok GW, Ball K, Guey LT, et al. Ten-year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62:16-24.

REVIEW

Population aging a challenge for health and welfare systems-Methods of support for active aging

K. Paschos¹, M. Malliarou¹, P. Bamidis²

¹ Health Care Management MSc course, Hellenic Open University, and ² Ass. Professor, Medical School, Aristotele University of Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

Modern societies in Europe and the developed countries worldwide present an acute increase of life expectancy the last decades and a simultaneous population aging. It is generally accepted that people older than 65 years constitute the fastest growing age group. These data probably express a major achievement of the humanity, although they constitute a challenge for the survival of health systems and social welfare. This phenomenon and its consequences are a matter of serious concern for politicians, health workers, sociologists, economists e.t.c and a plethora of programs and actions are in process, aiming to deal with the problems that are caused by population aging.

The promotion of active aging is a promising and important method to consider aging and its potential difficulties for each person and the society as a whole. This term describes the maintenance of well-being for the elderly, the protection of their independence and autonomy, the guarantee of quality of life and the active participation in social, political and intellectual events. However, active aging requires critical modifications in human beliefs, habits and social structures.

The successful promotion of active aging presupposes the reform of health and welfare systems, the cooperation of multiple specialties in health care, the education of the public and the modification of habits and the way of living of the elderly. The role of modern technology may be very important in the early diagnosis and therapy of chronic diseases, which affect the elderly more frequently, as well as the treatment of various disabilities that follow these diseases. Active aging may appear considerably profitable for individuals, families, societies and states. Of particular importance may be the decrease in the demand of expensive health services, which may contribute to the survival of welfare state and the support of a productive happy life for the elderly.



Keywords: health education, active aging, elderly, quality of life, life expectancy



Citation

K. Paschos, M. Malliarou, P. Bamidis. Population aging a challenge for health and welfare systems - Methods of support for active aging. Scientific Chronicles 2016; 21(1): 11-25

Συγγραφέας επικοινωνίας

Κωνσταντίνος Πάσχος, E-mail addresses: kostaspaschos@yahoo.gr

Επιπτώσεις της φτώχειας στην υγεία

Ν. Χρυσανθόπουλος, Ε. Νάτσικα, Λ. Κουρκούτα

Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι η εκτίμηση της φτώχειας και των επιπτώσεών της στην σωματική και ψυχική υγεία των ανθρώπων. Μέσα από την βιβλιογραφική επισκόπηση γίνεται ανάλυση των χαρακτηριστικών της φτώχειας και περιγράφεται όλο το ιστορικό από την εκδήλωση του φαινομένου και οι προϋπάρχουσες ανισοροπίες. Η εργασία εστιάζει γύρω από τις επιπτώσεις της ύφεσης και στην επίδραση της φτώχειας ως προς την σωματική και την ψυχική υγεία των ενηλίκων. Ακόμη παρουσιάζονται όλα τα στοιχεία γύρω από την κατάσταση της υγείας των Ελλήνων και το εγχώριο σύστημα υγείας και στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς.



Λέξεις Ευρετηρίου: φτώχεια, οικονομική κρίση, ανεργία, υγεία.



Παραπομπή

Ν. Χρυσανθόπουλος, Ε. Νάτσικα, Λ. Κουρκούτα. Επιπτώσεις της φτώχειας στην υγεία. *Επιστημονικά Χρονικά* 2016;21(1): 26-34

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σημερινή εποχή, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, η παγκόσμια αγορά βρίσκεται αντιμέτωπη με μία πληθώρα οικονομικών προβλημάτων. Γενικότερα η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς, οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης και ως εκ τούτου το ήμισυ σχεδόν των εργατών βρίσκονται σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας και φυσικά αυξάνει το ποσοστό αυτών που τελικά οδηγούνται σε απώλεια της εργασίας τους.

Με την έννοια φτώχεια γίνεται αντιληπτή η οικονομική κατάσταση που περιβάλλεται από ελάχιστη ποσότητα πόρων και αγαθών ως προς την ικανοποίηση βασικών ανθρώπινων αναγκών. Γενικότερα, είναι γνωστό ότι οι βασικές ανάγκες ορίζονται διαφορετικά από χώρα σε χώρα. Επιπροσθέτως η φτώχεια ανάγεται να μετράται σε χρήματα και αντανakλά από τους πραγματικούς οικονομικούς πόρους μιας χώρας τους κατά κεφαλήν.[1]

Πολλοί έχουν υπολογίσει ότι ο αριθμός των φτωχών στις χώρες της Ευρώπης ισούται με 50 εκατομμύρια άτομα. Ο εν λόγω

αριθμός οδεύει σε υψηλά επίπεδα διαρκώς, καθώς ο αριθμός των φτωχών το 1975 σε 38 εκατομμύρια, ενώ δέκα χρόνια αργότερα, το 1985 είχαν φτάσει τα 44 εκατομμύρια. Ως προς τον συνολικό πληθυσμό το ποσοστό φτώχεια για το 1975 άγγιζε το 12,8% του συνόλου και το 1985 το 13,9%. Ωστόσο κρίνεται αρκετά δύσκολο να δοθεί σαφής ορισμός της φτώχειας, καθώς θεωρείται ένα συνηθισμένο φαινόμενο στον χώρο της πολιτικής και ταυτοχρόνως αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο στην ευρύτερη κοινωνία.[2]

Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι η εκτίμηση των χαρακτηριστικών της φτώχειας και του βαθμού επίδραση τους στην σωματική και ψυχική υγεία των ανθρώπων και στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εν λόγω ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στηρίχτηκε στην βιβλιογραφική αναζήτηση και μελέτη ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών, από το 2007 έως το 2016, οι οποίες αναφέρονται στην πρόσφατη οικονομική κρίση που μαστίζει την ελληνική και διεθνή κοινότητα, με επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων. Οι εν λόγω μελέτες αντλήθηκαν από τις διεθνείς βάσεις δεδομένων Medline, Pubmed, Cinahl και από την ελληνική βάση δεδομένων Iatrotek και είναι σχετικές με τις επιπτώσεις της ύφεσης και την επίδραση της φτώχειας στη σωματική και την ψυχική υγεία των ανθρώπων. Κριτήριο αποκλεισμού των άρθρων ήταν η

γλώσσα εκτός από την αγγλική και την ελληνική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η Φτώχεια ως Κοινωνικό Πρόβλημα

Η φτώχεια ως κοινωνικό πρόβλημα μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα βαθύ πλήγμα, το οποίο έχει τη δυνατότητα να διαπεράσει κάθε κοινωνική και πολιτισμική διάσταση. Πέρα όμως από αυτά συμπεριλαμβάνει τα διαρκή χαμηλά επίπεδα εισοδημάτων των μελών της εκάστοτε κοινότητας, μια ελλιπή πρόσβασης στις υπηρεσίες, όπως για παράδειγμα στην εκπαίδευση, στην έλλειψη ικανότητας λήψης απόφασης, στην υγειονομική περίθαλψη, στις αγορές και στην μη ύπαρξη κοινοτικών εγκαταστάσεων. Τέτοιου είδους κοινοτικές εγκαταστάσεις θεωρούνται της υγιεινής, του νερού, των δρόμων, των μεταφορικών μέσων και των επικοινωνιών.[3]

Επιπροσθέτως, η φτώχεια θεωρείται το φαινόμενο, που οδηγεί τους ανθρώπους που αποτελούν τα μέλη μίας κοινότητας να διαθέτουν και να αισθάνονται απόγνωση, απάθεια, δειλία και απελπισία. Σε γενικές γραμμές το φαινόμενο αυτό και κυρίως οι παράγοντες που θεωρούνται υπεύθυνοι για την εμφάνιση της, την καθιστούν ως ένα κοινωνικό πρόβλημα, της οποίας η λύση θεωρείται κοινωνική. Η λύση είναι η σαφής, συνειδητή και σκόπιμη αφαίρεση των πέντε μεγάλων παραγόντων της φτώχειας. Μία απλή μεταφορά των κεφαλαίων, ακόμα και στην περίπτωση όπου υπάρχουν θύματα της φτώχειας, δε ξεριζώνεται και δε μειώνεται. Γι αυτό απαιτούνται μαζικό ενδιαφέρον ως

προς την αντιμετώπιση και την εξάλειψη της σε κοινωνικό επίπεδο.[4]

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, η αιτία αφορά κάτι που συμβάλλει στην προέλευση ενός προβλήματος, όπως η φτώχεια. Σε αντίθετη περίπτωση, ο παράγοντας, είναι το χαρακτηριστικό στοιχείο που συμβάλλει ως προς τη συνέχιση του προβλήματος, μετά τη εμφάνιση του.[3, 5]

Χαρακτηριστικά της φτώχειας

Η φτώχεια, η οποία χαρακτηρίζεται ως ένα κοινωνικό πρόβλημα σχετίζεται με την αμάθεια, την αρρώστια, την απάθεια, την ανεντιμότητα και σαφώς την εξάρτηση. Αυτά με τη σειρά τους προκαλούν επιπτώσεις σε δευτερεύοντα στοιχεία όπως θεωρείται η έλλειψη αγορών, η έλλειψη δεξιοτήτων, η συστηματική αποχή, η υποαπασχόληση, η έλλειψη κεφαλαίου, η κακή διακυβέρνηση, η φτωχή υποδομή κ.ά. Τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά της φτώχειας που περιγράφονται στη συνέχεια, κατατάσσεται ως είναι κοινωνικό πρόβλημα το οποίο συντελεί στη διαιώνιση της φτώχειας, γι' αυτό και η εξάλειψή τους κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να αντιμετωπιστεί η φτώχεια. [2, 6]

Αμάθεια

Κάποιοι άνθρωποι, γνωρίζοντας ότι η γνώση είναι δύναμη, καταβάλλουν προσπάθειες για να την κρατήσουν ως μια στρατηγική απόκτησης ενός άδικου πλεονεκτήματος και να εμποδίζουν τους υπόλοιπους από την κατάκτηση της γνώσης. Για το λόγο αυτό ορισμένοι επιστήμονες, που

επιθυμούν να προσφέρουν την γνώση σε μια κοινότητα υποστηρίζουν ότι η λύση είναι η εκπαίδευση, η οποία στοχεύει στην ενδυνάμωση της ικανότητας και όχι σε ένα γενικό διαφωτισμό.[3]

Αρρώστια

Πέρα από τη δυστυχία, την ταλαιπωρία και το θάνατο που δημιουργούνται, η ασθένεια χαρακτηρίζεται ακόμη ως ένας βασικός παράγοντας της φτώχειας σε μια κοινότητα. Γενικότερα, το να είναι κάποιος καλά στην υγεία του, μπορεί να αντιμετωπίσει το φαινόμενο της φτώχειας στην κοινότητα. Επιπροσθέτως θεωρείται πως η φτώχεια όχι μόνο μετριέται από τα υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας, αλλά και ότι η ασθένεια συντελεί σε άλλες μορφές και πτυχές της φτώχειας. [7]

Απάθεια

Ως απάθεια επικαλείται η έννοια όπου οι πολίτες δεν δείχνουν κάποιο ενδιαφέρον ή δεν αισθάνονται ισχυροί στο να προχωρήσουν στην αλλαγή των πραγμάτων, να διορθώσουν τα λάθη ή να βελτιώσουν τις συνθήκες προς το καλύτερο. Προχωρώντας παρακάτω, ο κάθε άνθρωπος έχει δημιουργηθεί με πολλές ικανότητες, όπως είναι η ικανότητα να επιλέγει, να συνεργάζεται, να οργανώνεται με σκοπό την αναβάθμιση του επιπέδου διαβίωσης του. [1]

Εξάρτηση

Η εξάρτηση θεωρείται το τελικό αποτέλεσμα της αποδοχής της φιλανθρωπίας,

η οποία δύναται να θεωρηθεί ως ουσιαστική για τη διατήρηση της ζωής. Ο μεγαλύτερος παράγοντας δικαιολογίας που διαιωνίζει τη συνθήκη, όπου το άτομο ή η ομάδα πρέπει να εξαρτηθεί από την εξωτερική βοήθεια είναι η στάση και η κοινή πεποίθηση. [8]

Είδη της φτώχειας

Τα είδη της φτώχειας είναι δύο η απόλυτη και η σχετική. Ως απόλυτη φτώχεια επικαλείται η κατάσταση στην οποία τα άτομα δεν διαθέτουν ούτε τα στοιχειώδη αγαθά για την επιβίωσή τους, όπως είναι η τροφή, το νερό, η στέγη. Ως επί τω πλείστον το συγκεκριμένο είδος φτώχειας έχει παρατηρηθεί κατά καιρούς στους μεγαλύτερους πληθυσμούς των αναπτυσσόμενων χωρών της Αφρικής και της Ασίας. Ωστόσο, όμως, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται και στις αναπτυγμένες κοινωνίες, καθώς οι άστεγοι αποτελούν συνηθισμένο φαινόμενο όλων των δυτικών μεγαλουπόλεων. Το όριο του εισοδήματος των ατόμων που βιώνουν την απόλυτη φτώχεια αφορά το 0%. [4, 9]

Η σχετική φτώχεια θεωρείται μία γενικότερη κατάσταση στην οποία τα άτομα λαμβάνουν ένα συγκεκριμένο εισόδημα, το οποίο εξασφαλίζει την επιβίωσή τους, αλλά δεν είναι σε θέση να καλύψει το καταναλωτικό πρότυπο της εκάστοτε κοινωνίας. Η εκάστοτε κοινωνία προσδιορίζει τα επίπεδα της σχετικής φτώχειας. Το όριο του εισοδήματος των ατόμων που βιώνουν την σχετική φτώχεια αφορά το 50%. [7, 8]

Οι επιπτώσεις της φτώχειας στην υγεία

Έχει εκτιμηθεί μέσα από διάφορες μελέτες και έρευνες ότι τα τελευταία 20 χρόνια η αύξηση της ανεργίας, το αίσθημα ανασφάλειας της θέσης εργασίας και οι μειώσεις των μισθών ως προς τη διαβίωση έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην διατήρηση της υγείας. [10] Οι βασικές ερμηνευτικές προσεγγίσεις αυτού του φαινομένου θεωρούνται η φτώχεια, το στρες, οι συνθήκες εργασίας (μη ικανοποιητική εργασία, υποβαθμισμένη θέση) και οι καταχρηστικές συμπεριφορές που επιβαρύνουν την υγεία συμπεριφορές όπως η κατανάλωση του αλκοόλ, του καπνίσματος και των ναρκωτικών. [11]

Φτώχεια και καρδιαγγειακά νοσήματα

Όπως είναι γνωστό οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου στην Ευρώπη, οδηγώντας στο θάνατο περίπου 4 εκατομμύρια τριακόσιες πενήντα χιλιάδες ανθρώπους. [12] Από μελέτες που διεξάχθηκαν σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, προέκυψε ότι η μεγιστοποίηση των ποσοστών της ανεργίας κατά 1% οδηγεί σε άνοδο των επιπέδων θνησιμότητας κατά 2,18/100.000. Επιπρόσθετα, έχει εκτιμηθεί ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της ανεργίας και της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια. [8]

Σε γενικές γραμμές στις χώρες του κόσμου που ήρθαν αντιμέτωπες με την οικονομική κρίση παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των καρδιαγγειακών επεισοδίων. [13] Βασικοί παράγοντες που επιφέρουν μία ανάλογη κατάσταση είναι το τεράστιο άγχος που δημιουργείται λόγω της κατάστασης,

όπως και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης. [14] Ειδικότερα σε χώρες που αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την κοινωνική και την οικονομική κρίση το άγχος καταβάλλει μία μεγάλη μερίδα του πληθυσμού. [12] Σύμφωνα με εκτιμήσεις πολλών επιστημόνων, το υψηλό επίπεδο του στρες σε μία οικονομικά δύσκολη εποχή, έχει άμεση σχέση με τη μεγιστοποίηση της αδρεναλίνης και των κατεχολαμινών στον οργανισμό, τα οποία μεγιστοποιούν τον κίνδυνο για έμφραγμα ή εγκεφαλικό επεισόδιο. [7]

Επίσης, η οικονομική κρίση οδηγεί πολλές φορές τους ανθρώπους στη καύση στερεών καυσίμων προκειμένου να ζεσταθούν το χειμώνα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση πολλών ρύπων στο σπίτι και τη δημιουργία εσωτερικής ατμοσφαιρικής ρύπανσης, η οποία συνδέεται άμεσα με καρδιαγγειακές παθήσεις (CVDs).[12, 13]

Φτώχεια και εγκεφαλικά επεισόδια

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Αμερική κυρίως, εκτιμήθηκε ότι το ποσοστό των εγκεφαλικών σε ηλικίες κάτω των 55 ετών διπλασιάστηκε κατά την χρονική περίοδο 2008-2012, εξαιτίας του σύγχρονου τρόπου ζωής, της οικονομικής κατάστασης, της φτώχειας και της ανεκτικότητας.[15] Ως επί τω πλείστον, μεταξύ των ηλικιών 20 με 54 ετών, το ποσοστό μεγιστοποιήθηκε από 26 εγκεφαλικά για κάθε 100.000 ανθρώπους σε 48 ανά 100.000. Η μεγαλύτερη ωστόσο αύξηση παρατηρείται στις χώρες της Αφρικής με άνοδο από 83 σε 128 ανά 100.000 ανθρώπους. Ανάλογα περιστατικά έχουν παρουσιαστεί και στον

Ελλαδικό, αλλά και στον ευρύτερο Ευρωπαϊκό χώρο.[16, 17]

Φτώχεια και ψυχική υγεία

Η πλειοψηφία των ερευνητών υποστηρίζει ότι η απώλεια της εργασίας μεγιστοποιεί τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεών τους. Πολλές μελέτες συγκλίνουν στη παραδοχή μίας ισχυρής σχέσης μεταξύ της ανεργίας και της μεγιστοποίησης της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς. [6]

Ως επί τω πλείστον σε μία μελέτη που σχετίζεται με τις επιδράσεις της ανεργίας στη ψυχική υγεία προέκυψε ότι ο μέσος όρος των ατόμων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ήταν υπερδιπλάσιος για τους άνεργους (34%), συγκρινόμενος με τα άτομα που εργάζονταν (16%). [16] Επιπλέον, σημαντικές διαφορές προέκυψαν ανάμεσα στους άνεργους και στα άτομα που εργάζονταν σε βασικές παραμέτρους ενδεικτικές της ποιότητας της ψυχικής υγείας του ατόμου. Τέτοιου είδους διαταραχές είναι το άγχος, η κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, την αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή, το αίσθημα αυτοεκτίμησης, κ.λπ. [7,10]

Φτώχεια και Κατάθλιψη

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κατά καιρούς προέκυψε αυξημένη ψυχική νοσηρότητα στους άνεργους και στα άτομα που βρίσκονταν σε μακρά περίοδο εργασιακής ανασφάλειας. [18] Ακόμη, οι επιστήμονες εκτίμησαν ότι και η κατάθλιψη εμφανίζεται πλέον σε ένα

εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό Ελλήνων, καθώς τετραπλασιάζει τα εμφράγματα του μυοκαρδίου και διπλασιάζει τα εγκεφαλικά επεισόδια. [19]

Σε γενικές γραμμές η φτώχεια και η ανεργία θεωρούνται οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη, ακόμη και σε άτομα χωρίς προηγούμενο ιστορικό. Η κατάθλιψη και το άγχος θεωρούνται καταστροφικά στοιχεία για όσους αναζητούν εργασία.[18,20] Η κατάθλιψη μπορεί να επιφέρει επιπρόσθετα προβλήματα στην ζωή των ατόμων. Πολλές φορές παρατηρούμε ότι εξαιτίας της έλλειψης οικονομικών πόρων και του αισθήματος κατάθλιψης, τα άτομα οδηγούνται σε ψυχολογικές εκτινάξεις, που μπορεί να αποβούν μοιραίες. [6, 21]

Φτώχεια και ψυχολογικές διαταραχές

Στο σημείο αυτό μπορούμε να καταγράψουμε γενικότερα ότι η οικονομική ύφεση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με συνέπεια την μεγιστοποίηση του κινδύνου για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα που καταβάλλονται από έντονες ψυχολογικές διαταραχές. [7] Οι προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις δημιουργούν την απώλεια της εργασίας, ενώ μια ποικιλία παραγόντων κινδύνου για φυσική και ψυχολογική νοσηρότητα είναι εμφανές ότι έχουν σχέση με συνθήκες εργασιακής ανασφάλειας. Με άλλα λόγια η παρουσία μεγάλου αριθμού ανέργων σε μια κοινωνία έχει πιεστικά και ψυχολογικά συμπτώματα ακόμη και στους εργαζόμενους που

αισθάνονται ότι βρίσκονται υπό την απειλή απώλειας της εργασίας τους. [7, 22]

Επιπροσθέτως, παρατηρείται ότι και οι οικονομικοί μετανάστες πλήττονται σε μεγάλο βαθμό από την οικονομική κρίση, οι οποίοι παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ως προς την διατήρηση της υγείας τους. Σε κάποιες μελέτες, έχει τεκμηριωθεί ότι υπάρχει σχέση μεταξύ φτώχειας και ψυχικών διαταραχών. Οι παράγοντες που συμβάλλουν κατά γενική ομολογία ενεργά στη μεγιστοποίηση των επιπτώσεων της κρίσης στα κατώτερα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα είναι κυρίως οι κοινωνικές διακρίσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ανασφάλεια, η ελλιπής εκπαίδευση, και σαφέστατα η φτώχεια. [6]

Η οικογενειακή κατάσταση θεωρείται ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες για τη στήριξη της ψυχικής υγείας του ατόμου σε καταστάσεις οικονομικής κρίσης. Μέσα από έρευνες προκύπτει ότι η ύπαρξη συζύγου ή σταθερού συντρόφου δύναται να θεωρηθεί συναισθηματικό στήριγμα ως προς την αντιμετώπιση των οικονομικών αναγκών μέσω της οικονομικής συμβολής του. Επιπλέον σημαντικό ρόλο παίζει η μέση ηλικία των ατόμων που υποφέρουν περισσότερο από την ανεργία και οδηγεί σε σημαντική επιδείνωση της ψυχικής υγείας. [23, 24]

Σε γενικές γραμμές η εργασιακή ανασφάλεια και η φτώχεια λειτουργούν κατά κύριο λόγο ψυχοπιεστικά, καθώς μεγιστοποιούν τις δυσκολίες του ατόμου. Πέρα όμως από αυτά, η ψυχική ασθένεια γενικότερα οδηγεί στην απώλεια της εργασίας και στη φτώχεια, αλλά όπου και η ανεργία οδηγεί στην εμφάνιση ή στην

επιδείνωση της ψυχικής ασθένειας. Η βασική και σημαντική πρόκληση της εποχής είναι να αντιμετωπιστεί η μεγιστοποίηση της ζήτησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας που συνδυάζεται με ενδεχόμενο περιορισμό της χρηματοδότησης, δίνοντας πάντα έμφαση στη διατήρηση της ποιότητας των υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητά τους και το συμφέρον των ασθενών. [25, 26]

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι συνέπειες που προκύπτουν από την εμφάνιση της φτώχειας θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές και είναι περισσότερο έντονες στα

άτομα, τα οποία βρίσκονται αποκλεισμένα από πολλά αγαθά και δραστηριότητες, και στην κοινωνία. Η απασχόληση θεωρείται ένας από τους κυριότερους τομείς, οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Η ζωή και η προσωπικότητα των σημερινών ατόμων είναι δομημένες πάνω στην εργασία και την οικονομική του επιφάνεια. Η διερεύνηση, η πρόληψη αλλά και η αντιμετώπιση των επιπτώσεων της φτώχειας, της ανεργίας και της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία επιβάλλουν την έρευνα των βασικότερων χαρακτηριστικών που διαφοροποιούν τα αποτελέσματα της κρίσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Economou M., Madianos M., Peppou L E., Patelakis A., Stefanis C N. Major depression in the Era of economic crisis: a replication of across-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders* 2013; 145(3):308-14
2. Frazer H., Marlier E. Tackling child poverty and promoting the social inclusion of children in EU: Key lessons. Synthesis Report, Independent overview based on the 2007 first semester national reports of national independent experts on social inclusion», Peer Review and Assessment in Social Inclusion. On behalf of the European Commission, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2007
3. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in European empirical analysis. *Lancet* 2009; 374(9686):315-23
4. Stuart K., Soulsby E. Reducing global health inequalities. Part 3: Collaboration and funding. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2011; 104(11): 442-8
5. Τσαούσογλου Α., Κουκουρίκος Κ. Ποιότητα και υπηρεσίες υγείας. *Στίγμα*, 2007;15(2): 18-24
6. Μπούρας Γ., Λυκούρας Α. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία. *Εγκέφαλος* 2011; 48, 54-61
7. Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2010; 27(5):834-840

8. Donnelly C., Embrechts P. The devil is in the tails: actuarial mathematics and the subprime mortgage crisis», ASTIN Bulletin 2010; 40(1):1-33
9. Στράντζαλης Δ. Η Παγκόσμια Χρηματοοικονομική Κρίση και η επίδραση της στις Ελληνικές Τράπεζες. Διπλωματική εργασία. Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Θεσσαλονίκη, 2010.
10. Καραϊσκού Α., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2012; 4(2): 49-54
11. Blundell-Wignall A., Slovik P. The EU Stress Test and Sovereign Debt Exposures. OECD Working Papers on Finance, Insurance and Private Pensions, No 4, OECD Financial Affairs Division, 2010
12. Kourkouta L., Papathanasiou I., Koukourikos K., Kleisiaris C., Fradelos E., Tsaloglidou A. Circulatory system's diseases in the elderly. Journal of Pharmacy and Pharmacology 2015;3: 544 - 560
13. Tsaloglidou A., Koukourikos K., Pantelidou P., Kourkouta L. Indoor Air Quality and Health: Impact on Respiratory and Cardiovascular System. International Journal of Engineering and Applied Sciences (IJEAS) August 2015; 8(2):11- 14
14. Tsaloglidou A. Does audit improve the quality of care? International Journal of Caring Sciences 2009;2 (2): 65-72
15. Ζόνζηλος Ν Γ. Οι μακροοικονομικές επιπτώσεις των διαρθρωτικών πολιτικών ενίσχυσης του ανταγωνισμού στην αγορά των μη εμπορεύσιμων αγαθών-υπηρεσιών και στην αγορά εργασίας. IOBE, Ειδικές Μελέτες, 2010
16. Μουτζουρέλλη Α., Μερντάνη Ν., Παλιαρούτα-Θεοδώρου Μ., Κουκουρίκος Κ., Σταματοπούλου Ε., Κουρκούτα Α. Μελέτη Αγγειακών Εγκεφαλικών επεισοδίων σε Ελλάδα και Γερμανία. Επιστημονικά Χρονικά 2013; 18(4):234-244
17. Παλιαρούτα -Θεοδώρου Μ., Μουτζουρέλλη Α., Μερντάνη Ν., Κουκουρίκος .Κ, Κουρκούτα Α. Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια σε δυο επαρχιακά νοσοκομεία στην Ελλάδα. Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδας 2013; 9(2) : 19-24
18. Φραδέλος Ε., Ηλιάδης Χ., Κουρκούτα Α. Επιπτώσεις της ανεργίας στη ψυχική υγεία. 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Φόρουμ Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Ιατρικής. Θεσσαλονίκη 21-23 Νοεμβρίου 2014
19. Buiter W., Ebrahim R. Is Sovereign Default "Unnecessary, Undesirable and Unlikely? For All Advanced Economies», Citi Economics, Global Economic View, 2010

20. Kourkouta L I. , Fradelos E C., Monios A G., Papathanasiou I V. Ethical Implications and Social Exclusion of Severe Illness. Journal of Nursing Science 2015; 1(5): 51-56
21. Iliadis C., Papadopoulou L., Papoulia F. Depression in children and teenagers. American Journal of Nursing Science. Special Issue: Mental Health Care: Aspects, Challenges and Perspectives 2015; 4 (2-1):92-95
22. Kourkouta L., Iliadis C., Monios A. Psychosocial issues in elderly. Progress in Health Sciences 2015; 5(1): 232 – 237
23. Gros D., Mayer T. Debt reduction without default? VOX CEPR's Policy Portal. 11 February 2011 .<http://www.voxeu.org/article/debt-reduction-without-default>
24. Plati P. , Karioti A., Monios A., Kourkouta L. Prevention of elder abuse. International Journal of Recent Trends in Engineering & Research (IJRTER) 2016; 2(2):276- 281
25. Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. «Informal payments in public hospitals in Greece», Health Policy 2008;87(1):72–81
26. Giotakos O, Karabelas D, Kafkas A., (2011), «Financial crisis and mental health in Greece», Psychiatrike 2011; 22(2):109–19

REVIEW***Impact of poverty on health*****N. Chrysanthopoulos¹, E. Natsika¹, L. Kourkouta²**

¹ Graduate, Nursing Department TEI of Thessaloniki, ² Professors, Nursing Department TEI of Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

The purpose of this review study is the estimation of poverty of its impact on physical and mental health of people. Through literature review an analysis of poverty characteristics is conducted and the whole history regarding the occurrence of the phenomenon and its existing imbalances is described. The paper focuses on the impact of the recession and the impact of poverty on the physical and mental health of adults. All the information about the state of health of the Greeks and the domestic health system is also presented in the study as well as the problems faced by the patients.



Keywords: poverty, economic crisis, unemployment, health.



Citation

N. Chrysanthopoulos, E. Natsika, L. Kourkouta. Impact of poverty on health. Scientific Chronicles 2016;21(1): 26-34.

Συγγραφείας επικοινωνίας

Λαμπρινή Κουρκούτα, E-mail addresses: laku1964@yahoo.gr

Άσθμα και εγκυμοσύνη

Ιωάννης Κ. Θανασάς

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το άσθμα είναι η συνηθέστερη αποφρακτική πνευμονοπάθεια της εγκυμοσύνης. Οι αναπνευστικές λοιμώξεις αποτελούν τον κυριότερο προδιαθεσικό παράγοντα. Η κλινική διάγνωση του άσθματος στις έγκυες συνήθως δεν είναι εύκολη. Οι ήπιες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου οι οποίες μιμούνται τις φυσιολογικές ενοχλήσεις της κύησης είναι δυνατόν να καθυστερήσουν την έγκαιρη και ορθή διάγνωση. Η διάγνωση του άσθματος επιβεβαιώνεται με τη σπειρομέτρηση. Παρόλα αυτά όμως, η πρώιμη αναγνώριση των συμπτωμάτων και των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη νόσο και η σωστή εφαρμογή της σύγχρονης εξελιγμένης τεχνολογίας επιτρέπουν σήμερα την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση. Η αντικειμενική παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας της εγκύου, η τακτική παρακολούθηση της κατάστασης του εμβρύου και η εξατομίκευση της φαρμακευτικής αγωγής για την επίτευξη φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας αποτελούν τη βάση της θεραπευτικής προσέγγισης της νόσου στην εγκυμοσύνη, σκοπός της οποίας είναι η αποφυγή των ανεπιθύμητων σοβαρών επιπλοκών που αφορούν τόσο στη μητέρα, όσο και στο έμβρυο και στο νεογνό. Στο παρόν άρθρο με βάση τη συστηματική παράθεση και επεξεργασία των σύγχρονων βιβλιογραφικών αναφορών επιχειρείται η ανασκόπηση του άσθματος κατά την εγκυμοσύνη, αναφορικά με την παθογένεια, τη διάγνωση, την πρόγνωση, καθώς και τις βασικές αρχές αντιμετώπισης των εγκύων αυτών.



Λέξεις Ευρετηρίου: άσθμα, εγκυμοσύνη.



Ι. Θανασάς. Άσθμα και εγκυμοσύνη. Επιστημονικά Χρονικά 2016;21(1): 35-49

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Γενικότερα είναι γνωστό, ότι κατά την εγκυμοσύνη επισυμβαίνουν φυσιολογικές βιοχημικές και ανατομικές μεταβολές τόσο σε συστηματικό, όσο και σε τοπικό επίπεδο. Η

φυσιολογική προσαρμογή στην κύηση περιλαμβάνει ένα σύμπλεγμα μεταβολών που αφορούν κυρίως στο κυκλοφορικό, ορμονικό και ανοσοβιολογικό σύστημα που στοχεύουν από τη μια πλευρά στην εξασφάλιση σταθερού και ιδανικού περιβάλλοντος για

την ανάπτυξη του κυήματος και από την άλλη, στην αποτελεσματική προστασία του μητρικού οργανισμού. Επιπλέον, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης προκαλούνται ορισμένες βιοχημικές και μηχανικές αλλαγές που επηρεάζουν τη λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος και εκδηλώνονται με κύριο σύμπτωμα τη δύσπνοια. Η γνώση των μεταβολών που δημιουργούνται στην αναπνευστική λειτουργία τόσο στις φυσιολογικές έγκυες, όσο και σε εκείνες στις οποίες συνυπάρχει κάποια αναπνευστική πάθηση είναι σημαντική, καθόσον η παθολογική λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος είναι πιθανό να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στην ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

Στο παρόν άρθρο με βάση τη συστηματική παράθεση και επεξεργασία των σύγχρονων βιβλιογραφικών αναφορών επιχειρείται μια σύντομη ανασκόπηση του άσθματος κατά την κύηση, αναφορικά κυρίως με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση, την πρόγνωση, καθώς και τις βασικές αρχές αντιμετώπισης των εγκύων αυτών, προκειμένου να διασφαλισθεί η καλύτερη υγεία για τη μητέρα και το καλύτερο δυνατό περιγεννητικό αποτέλεσμα.

ΑΣΘΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Το άσθμα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης διαταραχή των βρόγχων η οποία είναι δυνατόν να προκαλέσει διάσπαρτη και άλλοτε άλλου βαθμού απόφραξη των μεγάλων και μικρών αεροφόρων οδών. Το άσθμα είναι η συνηθέστερη παθολογική κατάσταση του

αναπνευστικού συστήματος που επιπλέκεται με την εγκυμοσύνη [1]. Η συχνότητα εμφάνισης του άσθματος στις έγκυες έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Έτσι από 1% που ήταν στα τέλη της δεκαετίας του 90 [2], με βάση τα πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα εκτιμάται ότι η συχνότητα εμφάνισης του άσθματος στις έγκυες αφορά στο 4% - 8% του συνόλου των κυήσεων [3,4]. Πρόσφατα, ο Kelly και οι συνεργάτες του αναλύοντας τα αποτελέσματα των ερευνών τους έδειξαν ότι το άσθμα είναι μια κοινή και ενίοτε σοβαρή παθολογική κατάσταση που αφορά περίπου στο 8% του συνόλου των εγκύων γυναικών [5]. Οι κρίσεις όμως βρογχικού άσθματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι συχνές. Με βάση παλαιότερα δεδομένα υπολογίζεται ότι μία στις 4000 έγκυες θα εκδηλώσουν ασθματική κρίση κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης [6]. Παρόλα αυτά όμως, με βάση πρόσφατα δεδομένα εκτιμάται ότι το 1/3 των ασθματικών εγκύων παρουσιάζουν επιδείνωση της νόσου η οποία μπορεί να εξελιχθεί σε critical asthma syndrome που περιλαμβάνει status asthmaticus και near - fatal asthma [7]. Πρόσφατα ο Gade και οι συνεργάτες του αναλύοντας τα αποτελέσματα των ερευνών τους δημοσίευσαν ότι οι αρνητικές επιπτώσεις του άσθματος στη γονιμότητα αυξάνονται με την ηλικία και τη βαρύτητα της νόσου, υποδεικνύοντας έτσι ότι η συστηματική νόσος χαρακτηριζόμενη από συστηματική μόλυνση μπορεί να σχετίζεται με τις διαδικασίες της αναπαραγωγής [8].

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός του άσθματος στην εγκυμοσύνη μέχρι σήμερα

δεν έχει απόλυτα διευκρινισθεί. Οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος φαίνεται ότι αποτελούν τον κυριότερο προδιαθεσικό παράγοντα του βαρέος άσθματος κατά την κύηση [9-11]. Μελέτες στις έγκυες έδειξαν ότι οι πάσχουσες από άσθμα είναι πιο επιρρεπείς στο να εμφανίσουν λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και λοιμώξεις από το ουροποιητικό σύστημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συγκριτικά με τις μη πάσχουσες από άσθμα έγκυες. Μάλιστα, έχει διαπιστωθεί ότι η βαριά μορφή άσθματος σχετίζεται με πιο σοβαρές λοιμώξεις συγκριτικά με την ήπια μορφή της νόσου [12]. Η αποφυγή παραγόντων που προδιαθέτουν στην εκδήλωση του άσθματος, όπως είναι το τρίχωμα των ζώων, το κάπνισμα, τα πούπουλα είναι πολύ σημαντική, διότι η έκθεση σε αυτούς τους παράγοντες είναι δυνατόν να οδηγήσει σε επιδείνωση της νόσου και στην ανάγκη εφαρμογής περισσότερων θεραπευτικών χειρισμών [13,14]. Επίσης, το άγχος ενδέχεται να εντείνει τα συμπτώματα. Το άγχος θεωρείται ότι μεταβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα και κατ' αυτόν τον τρόπο αυξάνει την φλεγμονώδη αντίδραση των αεραγωγών σε αλλεργιογόνα και ερεθιστικές ουσίες [15]. Ιδιαίτερη σημασία δίδεται στο κάπνισμα το οποίο πρέπει να αποφεύγεται στην εγκυμοσύνη. Η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου δρα με πολλούς τρόπους στην ανάπτυξη άσθματος. Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο βρογχικής υπεραντιδραστικότητας, ενοχοποιείται για επιταχυνόμενη επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας σε ασθενείς που ήδη πάσχουν από άσθμα, αυξάνει τη σοβαρότητα της νόσου, προδιαθέτει τους ασθενείς με άσθμα σε κακή συμμόρφωση με

τη θεραπευτική τους αγωγή και ταυτόχρονα μειώνει την πιθανότητα το άσθμα να τεθεί σε πλήρη έλεγχο [16,17]. Τέλος, το οξύ δριμύ άσθμα, παλαιότερα γνωστό ως «status asthmaticus» είναι μια οξεία επειδίνωση της νόσου που δεν ανταποκρίνεται στις τυπικές θεραπευτικές αγωγές με τη χορήγηση βρογχοδιασταλτικών και κορτικοστεροειδών φαρμάκων. Οι μισές περιπτώσεις προκαλούνται από λοιμώξεις, ενώ άλλες προκαλούνται από αλλεργιογόνα, μόλυνση του αέρα ή ανεπαρκή ή ακατάλληλη φαρμακευτική αγωγή [18].

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του άσθματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνήθως δεν είναι εύκολη. Οι ήπιες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου οι οποίες είναι δυνατόν να μιμούνται τις φυσιολογικές ενοχλήσεις της κύησης είναι δυνατόν να καθυστερήσουν την έγκαιρη και ορθή διάγνωση. Οι κλινικές εκδηλώσεις του άσθματος στην εγκυμοσύνη δεν διαφέρουν ουσιωδώς από εκείνες που παρατηρούνται στις μη έγκυες ασθενείς [19], όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 1). Τα συμπτώματα της νόσου εμφανίζονται συνήθως προοδευτικά, μέσα σε ώρες ή ημέρες από την έκθεση στον εκλυτικό παράγοντα. Πολύ συχνά συνδυάζονται με συμπτώματα από το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα, όπως φτάρνισμα, ρινική καταρροή και ρινική συμφόρηση. Οι παροξυσμοί συνήθως εμφανίζονται τις νυκτερινές ώρες. Τα κλασσικά συμπτώματα του βρογχικού άσθματος περιλαμβάνουν συσφιγκτικό άλγος στο θώρακα, δύσπνοια, εκπνευστικό συριγμό, παροξυσμικό βήχα και παχύρρευστη απόχρεμψη. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων

ποικίλλει από άτομο σε άτομο, αλλά και στην ίδια την ασθενή. Κυμαίνεται από τον παροξυσμικό ξηρό βήχα, ιδιαίτερα τις πρώτες πρωινές ώρες, έως την έντονη δύσπνοια με εργώδη αναπνοή και κυάνωση.

- φτάρνισμα
- ρινική καταρροή
- ρινική συμφόρηση
- συσφιγκτικό θωρακικό άλγος
- δύσπνοια
- παροξυσμικός βήχας
- παχύρευστη απόχρεμψη
- εκπνευστικός συριγμός
- παράταση της εκπνοής
- διάσπαρτοι ξηροί ρόγχοι
- διεύρυνση των μεσοπλευρίων διαστημάτων
- εισολκή των υπερκλειδίων βόθρων
- σύσπαση των μυών του τραχήλου

Πίνακας 1. Οι κλινικές εκδηλώσεις του άσθματος στην εγκυμοσύνη

Τα ευρήματα από την κλινική εξέταση εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία, ανάλογα με τη βαρύτητα του παροξυσμού. Στην τυπική μορφή διαπιστώνεται κατά την ακρόαση των πνευμόνων εκπνευστικός συριγμός, παράταση της εκπνοής και παρουσία διάσπαρτων ξηρών ρόγχων. Η ασθενής συνήθως βρίσκεται σε αναγκαστική καθιστή θέση και εμφανίζει ταχύπνοια, διεύρυνση των μεσοπλευρίων διαστημάτων, εισολκή των υπερκλειδίων βόθρων και σύσπαση των μυών του τραχήλου, λόγω της εργώδους αναπνοής [20-22].

Γενικά, η διάγνωση του άσθματος στην εγκυμοσύνη στηρίζεται στο ιστορικό, το

οποίο πρέπει να είναι λεπτομερές σε κάθε έγκυο που παρουσιάζει βήχα και δύσπνοια, στα χαρακτηριστικά κλινικά ευρήματα και στον εργαστηριακό – απεικονιστικό έλεγχο. Οι αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις κατά τη διάρκεια ενός παροξυσμού βρογχικού άσθματος συνήθως δεν αποκαλύπτουν παθολογικά ευρήματα και χρησιμεύουν μόνο για τον αποκλεισμό άλλων παθήσεων ή για τη διαπίστωση ταυτόχρονης συνύπαρξης και άλλης παθολογικής οντότητας. Η διαγνωστική προσέγγιση στις έγκυες με άσθμα πρέπει να ξεπερνά τις «παραδοσιακές» φοβίες όσον αφορά τον ακτινολογικό έλεγχο. Στις περιπτώσεις εκείνες που ο κλινικός γιατρός κρίνει ότι η εκτέλεση ακτινογραφίας είναι αναγκαία, η εγκυμοσύνη δεν πρέπει να αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα. Η εκτέλεση ακτινογραφίας στον θώρακα των εγκύων πρέπει να γίνεται με τη βοήθεια ειδικής ποδιάς για την προστασία της κοιλιακής χώρας. Εκτιμάται ότι η δόση ακτινοβολίας για το έμβρυο από μία οπισθοπρόσθια ακτινογραφία είναι περίπου 100 φορές μικρότερη από τη δόση που λαμβάνει η μητέρα [23]. Παρόλα αυτά όμως, η ακτινογραφία θώρακα δεν επιβεβαιώνει τη διάγνωση, αλλά βοηθά σημαντικά στη διαφορική διάγνωση της νόσου και στον αποκλεισμό άλλων πνευμονικών παθήσεων με παρόμοια συμπτωματολογία. Η ανάλυση των αερίων αίματος κατά την οξεία φάση της νόσου βοηθάει στην εκτίμηση της βαρύτητας του άσθματος. Η ανεύρεση υψηλών επιπέδων της ολικής ανοσοσφαιρίνης Ε ελέγχει γενικά την αλλεργική προδιάθεση του ατόμου. Η ανίχνευση ειδικών ανοσοσφαιρινών στο αίμα (δοκιμασίες RAST) είναι δυνατόν να καταδείξει την παρουσία ευαισθησίας σε συγκεκριμένα αλλεργιογόνα. Η ευαισθησία

αυτή μπορεί να καταδειχθεί επίσης και με τις δερματικές δοκιμασίες, κατά τις οποίες μικρή ποσότητα ενός αλλεργιογόνου χορηγείται στο δέρμα και εκτιμάται η τοπική αντίδραση [24]. Ο προσδιορισμός των επιπέδων του Nitric oxide (FeNO), τα οποία στην φυσιολογικά εξελισσόμενη εγκυμοσύνη δεν μεταβάλλονται αποτελεί μια σημαντική εξέταση για τη διάγνωση του άσθματος κατά την κύηση, καθόσον παρατηρούνται αυξημένα στις ασθματικές έγκυες [25]. Η μελέτη της αναπνευστικής λειτουργίας με την εκτέλεση σπιρομέτρησης αποτελεί το βασικότερο στοιχείο στη διερεύνηση και εκτίμηση της βαρύτητας του βρογχικού άσθματος, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Κατά τη διάρκεια παροξυσμού της νόσου παρατηρείται ελάττωση του βίαιου εκπνευστικού όγκου σε 1 δευτερόλεπτο (FEV1) καθώς και του ρυθμού της μέγιστης εκπνευστικής ροής (PEFR). Η ελάττωση των παραπάνω τιμών είναι ανάλογη της βαρύτητας της βρογχικής στένωσης. Κατά τη φάση της ηρεμίας η σπιρομέτρηση μπορεί να είναι φυσιολογική ή να καταδείξει ελάττωση της ροής του αέρα στις μικρές αεροφόρες οδούς με τον προσδιορισμό της μέγιστης μεσοεκπνευστικής ροής [26,27].

Τέλος, ανεξάρτητα από τον αιτιολογικό παράγοντα πρόκλησης του άσθματος στις έγκυες, σε κάθε περίπτωση, και ιδιαίτερα, όταν η νόσος δεν εκδηλώνεται με την τυπική της μορφή η διαφορική διάγνωση, εκτός από τη «φυσιολογική» δύσπνοια της κύησης [28] πρέπει να περιλαμβάνει παθολογικές καταστάσεις, όπως την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, την πνευμονία, την πνευμονική εμβολή, το πνευμονικό οίδημα και τη χρόνια

αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η διαφορική διάγνωση από την οποία απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή [29,30]. Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χαρακτηρίζεται από απόφραξη των βρόγχων που δεν είναι ολοκληρωτικά αναστρέψιμη, όπως συμβαίνει στο άσθμα. Συνήθως είναι νόσος που επιδεινώνεται προοδευτικά και σχετίζεται άμεσα και σχεδόν απόλυτα με το κάπνισμα. Παρόλα αυτά όμως, είναι δυνατόν σε κάποιους ασθενείς το άσθμα και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια να συνυπάρχουν [31].

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Στην αντιμετώπιση της εγκύου με άσθμα είναι πολύ σημαντική η συνεργασία του μαιευτήρα - γυναικολόγου με τον πνευμονολόγο. Οι βασικοί στόχοι της θεραπείας του άσθματος στην κύηση είναι η πρόληψη των οξέων κρίσεων και η εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής αναπνευστικής λειτουργίας, προκειμένου να αποφεύγεται η υποξία της εγκύου και κατά συνέπεια του εμβρύου. Η ιδανική αντιμετώπιση του άσθματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης περιλαμβάνει την αποφυγή ή τον έλεγχο των ερεθισμάτων που ενδέχεται να πυροδοτήσουν μια ασθματική κρίση, την σχετική με τη νόσο εκπαίδευση - ενημέρωση των εγκύων, την αντικειμενική παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας της εγκύου, την τακτική παρακολούθηση της κατάστασης του εμβρύου και την εξατομίκευση της φαρμακευτικής θεραπείας για την επίτευξη φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2).

- αποφυγή εκλυτικών παραγόντων για το άσθμα
- εκπαίδευση – ενημέρωση των εγκύων
- παρακολούθηση αναπνευστικής λειτουργίας της εγκύου
- τακτική παρακολούθηση του εμβρύου
- φαρμακευτική θεραπεία
 - εισπνεόμενοι β₂ – αγωνιστές βραχείας δράσης
 - εισπνεόμενοι β₂ – αγωνιστές μακράς δράσης
 - εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή
 - κορτικοστεροειδή από το στόμα
 - παράγωγα ξανθίνης
 - ανταγωνιστές υποδοχέων λευκοτριενών
- τοκετός

Πίνακας 2. Αντιμετώπιση του άσθματος κατά την κύηση και τον τοκετό

Οι έγκυες πρέπει να είναι απόλυτα ενημερωμένες σχετικά με το γεγονός ότι ο καλός έλεγχος του άσθματος αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την καλή έκβαση της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, οι έγκυες πρέπει να εκπαιδεύονται στο να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα τυχόν επικείμενης επιδείνωσης της νόσου και να συμμορφώνονται στη φαρμακευτική αγωγή.

Γενικά, κανένα φάρμακο για το άσθμα δεν έχει αποδεχθεί από μελέτες ότι είναι απόλυτα ασφαλές για το έμβρυο. Τα αντασθηματικά φάρμακα γενικά ταξινομούνται σε φάρμακα μακροπρόθεσμου ελέγχου της νόσου και σε φάρμακα άμεσης χρήσης. Τα πρώτα χρησιμοποιούνται για την πρόληψη των κρίσεων και περιλαμβάνουν τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, τους μακράς δράσης β₂ – αγωνιστές και τη θεοφυλλίνη. Τα δεύτερα, κυρίως εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή βραχείας δράσης, χρησιμοποιούνται για την άμεση ανακούφιση από τα συμπτώματα του άσθματος. Τα κορτικοστεροειδή από το στόμα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως φάρμακα άμεσης χρήσης σε ασθματικές εξάρσεις ή ως χρόνια θεραπεία σε σοβαρής μορφής νόσο. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του άσθματος στην εγκυμοσύνη είναι μέγιστης σημασίας, καθόσον ο κίνδυνος από τις παρενέργειες των χορηγούμενων σύγχρονων σκευασμάτων θεωρείται χαμηλός για το έμβρυο. Γενικά, είναι ασφαλέστερο για τις έγκυες να αντιμετωπίζονται με φαρμακευτική αγωγή παρά να έχουν συμπτώματα και εξάρσεις της νόσου. Φάρμακα, όπως οι εισπνεόμενοι β₂ – αγωνιστές (μακράς δράσης και βραχείας δράσης), τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, τα κορτικοστεροειδή από το στόμα και τα παράγωγα ξανθίνης (θεοφυλλίνη, αμινοφυλλίνη) περιλαμβάνονται σήμερα στη θεραπευτική φαρέτρα του άσθματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης [32-34].

Τα βρογχοδιασταλτικά φάρμακα (β₂ – διεγέρτες, θεοφυλλίνη) έχουν την ικανότητα να προκαλούν χάλαση των λείων μυϊκών ινών των βρόγχων, να διανοίγουν τους στενωμένους αεραγωγούς και να προσφέρουν ταχύτατη συμπτωματική

ανακούφιση. Μπορούν να χορηγηθούν ανεξάρτητα ή σε συνδυασμό, ανάλογα με την αποτελεσματικότητά τους στον έλεγχο των συμπτωμάτων της κάθε ασθενούς. Με εξαίρεση τη θεοφυλλίνη που χορηγείται από το στόμα, τα υπόλοιπα βρογχοδιασταλτικά φάρμακα λαμβάνονται κυρίως με τη μορφή εισπνοών. Εισπνεόμενα τα φάρμακα αυτά δρουν αποκλειστικά στους βρόγχους και μειώνονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες που συνεπάγεται η συστηματική τους δράση. Οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες των βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων είναι η ταχυκαρδία, η ανησυχία, ο τρόμος και η κεφαλαλγία. Η χρήση των εισπνεόμενων β_2 - αγωνιστών βραχείας δράσης για την αντιμετώπιση του άσθματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε γενικές γραμμές θεωρείται ασφαλής [35-37]. Παρόλα αυτά όμως, η χρήση τους πρέπει να γίνεται με προσοχή, ιδιαίτερα όταν αυτή αφορά στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης [38,39]. Η ασφάλεια των εισπνεόμενων β_2 - αγωνιστών μακράς δράσης που χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή για την αντιμετώπιση του άσθματος στην εγκυμοσύνη παραμένει σταθερή τα τελευταία χρόνια. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στη χορήγησή τους και στην εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου [40,41]. Οι μεθυλξανθίνες χρησιμοποιούνταν ευρέως στο παρελθόν. Σήμερα έχει τεκμηριωθεί ότι δεν συμβάλλουν αποτελεσματικά στη δράση των εισπνεόμενων βρογχοδιασταλτικών β - αγωνιστών. Η χρήση τους σε οξείες εξάρσεις είναι αμφιλεγόμενη. Η χρήση της θεοφυλλίνης και της αμινοφυλλίνης θεωρείται ασφαλής κατά την κύηση, αλλά δεν αποτελούν τη θεραπεία εκλογής. Στην

περίπτωση που η χορήγηση θεοφυλλίνης κριθεί απαραίτητη τα επίπεδα του φαρμάκου στο πλάσμα των εγκύων γυναικών πρέπει να είναι χαμηλά (8 – 12 $\mu\text{g/ml}$). Επιπλέον, όπως και οι β_2 - αγωνιστές, η θεοφυλλίνη μπορεί να αναστείλει τις ωδίνες από τη μήτρα πιθανότατα μέσω της αυξανόμενης κυκλικής AMP και να προκαλέσει ταχυκαρδία και ευερεθιστότητα στο έμβρυο [42].

Τα κορτικοστεροειδή αποτελούν ισχυρά αντιφλεγμονώδη φάρμακα που αναστέλλουν την παραγωγή ουσιών, όπως είναι οι προσταγλανδίνες οι οποίες θεωρούνται υπεύθυνες σε ένα βαθμό για την απόφραξη των βρόγχων και την πρόκληση των συμπτωμάτων στους ασθενείς με βρογχικό άσθμα. Τα κορτικοστεροειδή μπορούν να χορηγηθούν είτε παρεντερικά, είτε από το στόμα, είτε σε εισπνοές. Σε σοβαρούς παροξυσμούς της νόσου προτιμάται η παρεντερική χορήγηση ή η από το στόματος λήψη τους για μικρό όμως χρονικό διάστημα. Η χορήγηση των κορτικοστεροειδών από την εισπνευστική οδό έχει ελαχιστοποιήσει τις παρενέργειες και μπορεί να εφαρμοσθεί με ασφάλεια στη μακροχρόνια αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του βρογχικού άσθματος. Η κλινική εμπειρία και οι διάφορες μελέτες έδειξαν ότι η χρήση των εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών για την αντιμετώπιση του άσθματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης γενικά είναι ασφαλής. Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με τη μη χορήγηση των εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών αποτελούν μεγαλύτερη απειλή για το έμβryo - νεογνό συγκριτικά με τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγηση των φαρμάκων [43,44]. Αντίθετα, πολλές είναι οι ερευνητικές μελέτες σήμερα που εστιάζουν σε

ανεπιθύμητες ενέργειες της συστηματικής χορήγησης κορτικοστεροειδών στο περιγεννητικό αποτέλεσμα για την αντιμετώπιση του άσθματος στην εγκυμοσύνη. Παρόλα αυτά όμως, τα αποτελέσματα από τη συστηματική χορήγηση των κορτικοστεροειδών πρέπει να ισοσταθμιστούν με την αναγκαιότητα χορήγησης συστηματικής θεραπείας, προκειμένου να επιτευχθεί κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο ο έλεγχος του οξέος και/ή επιδεινούμενου άσθματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης [45,46].

Τελευταία στη θεραπευτική αντιμετώπιση του άσθματος των εγκύων εισήχθη μια νέα ομάδα αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, οι αναστολείς των λευκοτριενίων. Τα φάρμακα αυτά λαμβάνονται από το στόμα και μπορούν να μειώσουν τις ανάγκες σε εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, χωρίς ιδιαίτερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι ανταγωνιστές λευκοτριενίων, όπως η μοντελουκάστη και η ζαφirlουκάστη μπορούν να χρησιμοποιηθούν παράλληλα με τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, και τυπικά επίσης σε συνδυασμό με μακράς δράσης ανταγωνιστές β - αδρενουποδοχέων. Δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις για την υποστήριξη της χρήσης σε οξείες παροξύνσεις. Η έκθεση στη μοντελουκάστη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο συγγενών ανωμαλιών στο έμβρυο πάνω από 1% - 3% με σημείο αναφοράς το γενικό πληθυσμό. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του άσθματος κατά την κύηση είναι δυνατό να εξασφαλίσει το καλύτερο περιγεννητικό αποτέλεσμα [47]. Σε περιπτώσεις αλλεργικής αιτιολογίας του άσθματος η χορήγηση omalizumab ενδεχομένως αποτελεί έναν σημαντικό

θεραπευτικό παράγοντα στη σύγχρονη αντιμετώπιση της νόσου στην εγκυμοσύνη. Η δοσολογία του omalizumab βασίζεται στο βάρος σώματος και στα επίπεδα συγκέντρωσης της ανοσοσφαιρίνης E στον ορό του αίματος της μητέρας. Όλοι οι ασθενείς πρέπει να έχουν συγκέντρωση ανοσοσφαιρίνης E ανάμεσα σε 30 και 700 IU/ml και βάρος σώματος όχι μεγαλύτερο από 150 kg. Παρόλα τα πιθανά οφέλη που μπορεί να έχει η χορήγηση του φαρμάκου στην εγκυμοσύνη, η χρήση του omalizumab στις ασθματικές έγκυες, και γενικότερα η χορήγηση ειδικής ανοσοθεραπείας, πρέπει μελλοντικά να επανεξετασθεί με περισσότερες και μεγαλύτερες τυχαιοποιημένες μελέτες, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό περιγεννητικό αποτέλεσμα [48].

Η επιδείνωση του άσθματος είναι μια σοβαρή κατάσταση η οποία ευτυχώς σπάνια εκδηλώνεται κατά τον τοκετό. Ωστόσο είναι πολύ σημαντικό οι ασθματικές έγκυες να γνωρίζουν ότι πρέπει να συνεχίζουν την φαρμακευτική αντιασθματική αγωγή και κατά τον τοκετό. Στις περιπτώσεις εκείνες που οι ασθματικές έγκυες ήταν υπό αγωγή με στεροειδή από το στόμα (prednisolone σε δόση 7.5 mg την ημέρα για πάνω από 2 εβδομάδες) με την έναρξη του τοκετού πρέπει να λάβουν ενδοφλέβια υδροκορτιζόνη σε δόση 100mg ανά 6ωρο - 8ωρο για τις πρώτες 24 ώρες. Σε περίπτωση που χρειασθεί αναισθησία είναι προτιμότερη η περιοχική αναισθησία σε σχέση με τη γενική. Η επισκληρίδια αναισθησία μειώνει την κατανάλωση οξυγόνου και βελτιώνει την καρδιακή παροχή. Η χορήγηση της ινδομεθακίνης, όταν αυτή κριθεί απαραίτητη πρέπει να γίνεται με προσοχή, διότι μπορεί

να προκαλέσει βρογχόσπασμο, ειδικά σε ασθενείς με ευαισθησία στο σαλικυλικό οξύ. Παρόμοια, βρογχόσπασμο είναι δυνατό να προκαλέσει και η προσταγλανδίνη $F_{2\alpha}$, με αποτέλεσμα η χρήση της για τη διακοπή της κύησης, την πρόκληση τοκετού και για την αντιμετώπιση της ατονίας της μήτρας πρέπει να αποφεύγεται στις ασθματικές έγκυες ή να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή. Αντίθετα, οι προσταγλανδίνες E_1 και E_2 θεωρούνται ασφαλείς στην πρόκληση τοκετού. Παρόμοια, η ουκυτοκίνη αποτελεί το φάρμακο εκλογής για πρόκληση τοκετού και για τον έλεγχο αιμορραγίας μετά τον τοκετό [49,50]. Τελευταία, ο Lapin και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν ότι η χρήση αντιβιοτικών κατά την κύηση μπορεί να σχετίζεται με την εκδήλωση άσθματος σε παιδιά με προδιάθεση για άσθμα [51].

Επί απουσίας οξέος άσθματος η καισαρική τομή δεν πρέπει να αντενδείκνυται. Σε περίπτωση όμως εκδήλωσης ασθματικής κρίσης η οποία είναι απειλητική για τη ζωή της εγκύου και δεν ανταποκρίνεται στις σύγχρονες τυπικές θεραπευτικές αγωγές κατά τη διάρκεια του τρίτου τρίμηνου της εγκυμοσύνης η καισαρική τομή θα πρέπει να θεωρείται σαν την τελική προσπάθεια για τη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας της εγκύου [52].

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Το άσθμα μπορεί να βελτιωθεί, να σταθεροποιηθεί ή να χειροτερέψει κατά την εγκυμοσύνη. Στο άσθμα το 1/3 των γυναικών επηρεάζεται αρνητικά, το 1/3 βελτιώνεται και το 1/3 παραμένει σταθερό. Οι γυναίκες με σοβαρό άσθμα είναι πιο πιθανό να

επιδεινωθούν, ενώ οι γυναίκες με ήπιο άσθμα συνήθως βελτιώνονται. Οι αλλαγές στο άσθμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι συνήθως όμοιες σε επόμενες κύσεις. Οι παροξύνσεις άσθματος είναι πιο συχνές στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και λίγες ασθενείς γίνονται συμπτωματικές κατά τον τοκετό. Φυσιολογικά, οι αλλαγές που σημειώνονται στον έλεγχο του άσθματος κατά την κύηση επανέρχονται στα προ της εγκυμοσύνης επίπεδα 3 μήνες μετά τον τοκετό [53].

- οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια της εγκύου
- αυξημένη μητρική νοσηρότητα
- αυξημένη μητρική θνησιμότητα
- πρόωρος τοκετός
- πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων
- προεκλαμψία/εκλαμψία
- χοριοαμνιονίτιδα
- πρόωρη αποκόλληση πλακούντα
- χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά
- καθυστέρηση ενδομήτριας ανάπτυξης
- παράταση χρόνου νοσηλείας
- αυξημένα ποσοστά καισαρικής τομής
- αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα
- αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα

Πίνακας 3. Επιπλοκές του άσθματος στην εγκυμοσύνη

Το άσθμα, όπως φαίνεται στον πίνακα 3 συνοδεύεται από επιπλοκές που αφορούν τόσο στη μητέρα, όσο και στο έμβρυο και στο νεογνό. Η αναπνευστική ανεπάρκεια των ασθματικών εγκύων αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή, αλλά ευτυχώς είναι σχετικά σπάνια. Παραμένει μία από τις καταστάσεις που απαιτούν νοσηλεία των εγκύων σε μονάδα εντατικής θεραπείας και περιλαμβάνει υψηλό κίνδυνο μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια στην εγκυμοσύνη μπορεί να είναι αποτέλεσμα ποικίλων συνθηκών, οι περισσότερες όμως από τις οποίες θεωρούνται ότι δεν είναι πνευμονικής αιτιολογίας [54].

Επιπλέον, οι γυναίκες με άσθμα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό, πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων, προεκλαμψία, εκλαμψία, χοριοαμνιονίτιδα, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, γέννηση νεογνών χαμηλού σωματικού

βάρους, καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου, μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στο μαιευτήριο, αύξηση περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας [55-57]. Πρόσφατα, ο Rejnö και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν ότι στις ασθματικές έγκυες τα ποσοστά καισαρικών τομών παρατηρούνται αυξημένα [58]. Επίσης, η γέννηση ενός παιδιού με καισαρική τομή συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης άσθματος. Πρόσφατα, ο Neu και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης άσθματος μετά από καισαρική τομή αφορά στο 20% - 80% των περιπτώσεων και πιθανότατα αποδίδεται στην έλλειψη έκθεσης σε μη παθογόνα βακτήρια, με τα οποία θα είχαν έρθει σε επαφή τα νεογνά κατά το πέρασμά τους από τον πνευλογεννητικό σωλήνα σε περίπτωση αποπεράτωσης της εγκυμοσύνης με κολπικό τοκετό [59].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bentaleb F, Tachinante R, Tazi A. Asthma and pregnancy. *Rev Pneumol Clin* 2003; 59: 25 - 31.
2. Schatz M, Harden K, Fosythe A, et al. The course of asthma during pregnancy, postpartum, and with successive pregnancies: A prospective analysis. *J Allergy Clin Immunol* 1988; 81: 509 - 517.
3. Dombrowski MP. Asthma and pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 667 - 681.
4. Racusin DA, Fox KA, Ramin SM. Severe acute asthma. *Semin Perinatol* 2013; 37: 234 - 245.
5. Kelly W, Massoumi A, Lazarus A. Asthma in pregnancy: Physiology, diagnosis, and management. *Postgrad Med.* 2015; 127: 349 - 358.
6. Hernadez E, Angel CS, Johnson JWC. Asthma in pregnancy. Current concepts. *Obstet Gynecol* 1980; 55: 739 - 743.

7. Chan AL, Juarez MM, Gidwani N, Albertson TE. Management of Critical Asthma Syndrome during Pregnancy. *Clin Rev Allergy Immunol* 2015; 48: 45 – 53.
8. Gade EJ, Thomsen S, Lindenberg S, et al. Asthma affects time to pregnancy and fertility: a register – based twin study. *Eur Respir J* 2014; 43: 1077 – 1085.
9. Hartert TV, Neuzil KM, Shintani AK, et al. Maternal morbidity and perinatal outcomes among pregnant women with respiratory hospitalizations during influenza season. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 1705 – 1712.
10. Murphy VE, Gibson P, Talbot PI, Clifton VL. Severe asthma exacerbations during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 1046 – 1054.
11. Jain S, Kaminoto L, Bramley AM, et al; 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) Virus Hospitalizations Investigation Team. Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April – June 2009. *N Engl J Med* 2009; 361: 1935 – 1944.
12. Minerbi – Codish I, Fraser D, Avnun L, et al. Influence of asthma in pregnancy on labor and the newborn. *Respiration* 1998; 65: 130 – 135.
13. Sabin BR, Avila PC, Grammer LC, Greenberger PA. Chapter 15: Lessons learned from clinical trials of asthma. *Allergy Asthma Proc.* 2012; 33 Suppl 1: S51 – 54.
14. Baxi SN, Phipatanakul W. The role of allergen exposure and avoidance in asthma. *Adolesc Med State Art Rev.* 2010; 21: 57 – 71, viii-ix.
15. Chen E, Miller GE. Stress and inflammation in exacerbations of asthma. *Brain Behav Immun.* 2007; 21: 993 – 999.
16. Mehta N, Chen K, Hardy E, Powrie R. Respiratory disease in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2015 Apr 20. pii: S1521 – 6934(15)00073 – 5. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.04.005. [Epub ahead of print].
17. Underner M, Perriot J, Peiffer G, Meurice JC. Influence of tobacco smoking on the risk of developing asthma. *Rev Mal Respir.* 2015; 32: 110 – 137.
18. Shah R, Saltoun CA. Chapter 14: Acute severe asthma (status asthmaticus). *Allergy Asthma Proc.* 2012; 33 Suppl 1: S47 – 50.
19. Apter AJ. Advances in adult asthma diagnosis and treatment in 2009. *J Allergy Clin Immunol.* 2010; 125: 79 – 84.
20. Brand PL, Mäkelä MJ, Szeffler SJ, et al; ERS Task Force Monitoring Asthma in Children. Monitoring asthma in childhood: symptoms, exacerbations and quality of life. *Eur Respir Rev.* 2015; 24: 187 – 193.

21. Brand PL. The clinician's guide on monitoring children with asthma. *Paediatr Respir Rev.* 2013; 14: 119 – 125.
22. Patadia MO, Murrill LL, Corey J. Asthma: symptoms and presentation. *Otolaryngol Clin North Am.* 2014; 47: 23 – 32.
23. Goodnight WH, Soper DE. Pneumonia in pregnancy. *Crit Care Med* 2005; 33: 390 – 397.
24. [Guideline] Expert Panel Report 3 (EPR – 3): Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma-Summary Report 2007. *J Allergy Clin Immunol.* 2007 Nov. 120: S94 – 138.
25. Wu L, Li Z, Dai Y, Li F. Significance of fractional exhaled nitric oxide in the diagnosis of asthma in pregnant women. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi.* 2015; 38: 115 – 118.
26. Bealert S, Greenberger PA. Chapter 16: Asthma in pregnancy. *Allergy Asthma Proc.* 2012; 33 Suppl 1: S55 – 57.
27. Yawn BP. Factors accounting for asthma variability: achieving optimal symptom control for individual patients. *Prim Care Respir J.* 2008; 17: 138 – 147.
28. Bidad K, Heidarnazhad H, Pourpak Z, et al. Frequency of asthma as the cause of dyspnea in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010; 111: 140 – 143.
29. Bateman ED, Boulet LP, Cruz AA, FitzGerald M, Haahtela T, Levy ML, et al (2009). The Global Strategy for Asthma Management and Prevention (Update 2009). www.ginasthma.org
30. Simons FE, Schatz M. Anaphylaxis during pregnancy. Article in Press. *J Allergy Clin. Immunol.* 2012; 130: 597 – 606.
31. Murray and Nadel's textbook of respiratory medicine. (5th ed.). Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier. 2010. Chapter 38.
32. National Heart, Lung, and Blood Institute; National Asthma Education and Prevention Program Asthma and Pregnancy Working Group. NAEPP expert panel report. Managing asthma during pregnancy: recommendations for pharmacologic treatment-2004 update. *J Allergy Clin Immunol.* 2005; 115: 34 – 46.
33. British Thoracic Society British Guideline on the Management of Asthma A national clinical guideline 2012. British Thoracic Society/Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Available at <http://www.britthoracic.org.uk/Portals/0/Guidelines/AsthmaGuidelines/sign101%20Jan.2020>
34. Chamberlain C, Williamson GR, Knight B, et al. Investigating Women's Experiences of Asthma Care in Pregnancy: A Qualitative Study. *Open Nurs J.* 2014; 8: 56 – 63.
35. Guy ES, Kirumaki A, Hanania NA. Acute asthma in pregnancy. *Crit Care Clin.* 2004; 20: 731 – 745, x.

36. Rocklin RE. Asthma, asthma medications and their effects on maternal/fetal outcomes during pregnancy. *Reprod Toxicol*. 2011; 32: 189 – 197.
37. Vasilakis – Scaramoxxa C, Aschengrau A, Cabral HJ, Jick SS. Asthma drugs and the risk of congenital anomalies. *Pharmacotherapy* 2013; 33: 363 – 368.
38. Schatz M, Dombrowski MP, Wise R, et al; Maternal – Fetal Medicine Units Network, The National Institute of Child Health and Development National Heart, Lung and Blood Institute. The relationship of asthma medication use to perinatal outcomes. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113: 1040 – 1045.
39. Eltonsy S, Forget A, Blais L. Beta2 – agonists use during pregnancy and the risk of congenital malformations. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2011; 91: 937 – 947.
40. Bakhireva LN, Schatz M, Chambers CD. Effects of maternal asthma and gestational asthma therapy on fetal growth. *J Asthma* 2007; 44: 71 – 76.
41. Murphy VE, Gibson PG. Asthma in pregnancy. *Clin Chest Med* 2011; 32: 93 – 110.
42. Report of the Working Group on Asthma and Pregnancy, Executive Summary: Management of Asthma during Pregnancy, National Asthma Education Program, National Heart Lung and Blood Institute, NHI Publication No 93-3279A March 1993.
43. Lemiere C, Blais L. Are inhaler corticosteroids taken during pregnancy harmless? *J Allergy Clin Immunol* 2005; 116: 501 – 502.
44. Rahini, Nikfar S, Abdollahi M. Meta – analysis finds of use of inhaler corticosteroids during pregnancy safe: a systematic meta – analysis review. *Hum Exp Toxicol* 2006; 25: 447 – 452.
45. Bracken MB, Triche EW, Belanger K, et al. Asthma symptoms, severity, and drug therapy: a prospective study of effects on 2205 pregnancies. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 739 – 752.
46. Murphy KE, Willan AR, Hannah ME, et al; Multiple Courses of Antenatal Corticosteroids for Preterm Birth Study Collaborative Group. Effect of antenatal corticosteroids on fetal growth and gestational age at birth. *Obstet Gynecol* 2012; 119: 917 – 923.
47. Koren G, Sarkar M, Einarson A. Safety of using montelukast during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2010; 56: 881 – 882.
48. El – Qutob D. Off – Label Uses of Omalizumab. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2015 Jun 6. [Epub ahead of print]
49. British Guideline on the Management of Asthma (2009). A National Clinical Guideline. Pp. 1-132 www.brit-thoracic.org.uk.
50. Rooney Thompson M, Towers CV, Howard BC, et al. The use of prostaglandin E₁ in peripartum patients with asthma. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 212: 392.e1-3.

51. Lapin B, Piorkowski J, Ownby D, et al. Relationship between prenatal antibiotic use and asthma in at - risk children. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2015; 114: 203 - 207.
52. Lo JO, Boltax J, Metz TD. Cesarean delivery for life-threatening status asthmaticus. *Obstet Gynecol.* 2013; 121: 422 - 424.
53. Cydulka RK, Emerman CL, Schreiber D, et al. Acute asthma among pregnant women presenting to the emergency department. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 887 - 892.
54. Mighty HE. Acute respiratory failure in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2010; 53: 360 - 368.
55. Breton MC, Beauchesne MF, Lemièrre C, et al. Risk of perinatal mortality associated with asthma during pregnancy. *Thorax.* 2009; 64:101 - 106.
56. Firoozi F, Lemièrre C, Ducharme FM, et al. Effect of maternal moderate to severe asthma on perinatal outcomes. *Respir Med.* 2010; 104: 1278 - 1287.
57. Aly H, Nada A, Ahmad T, et al. Maternal asthma, race and low birth weight deliveries. *Early Hum Dev.* 2011; 87: 457 - 460.
58. Rejnö G, Lundholm C, Gong T, et al. Asthma during pregnancy in a population - based study-- pregnancy complications and adverse perinatal outcomes. *PLoS One.* 2014; 9: e104755.
59. Neu J, Rushing J. Cesarean versus vaginal delivery: long-term infant outcomes and the hygiene hypothesis. *Clin Perinatol.* 2011; 38: 321 - 331.

Asthma and pregnancy

Ioannis K. Thanasas

Department of Obstetrics & Gynecology of General Hospital of Trikala

ABSTRACT

Asthma is the most common obstructive pulmonary during pregnancy. Respiratory infections are the main predisposing factor. The clinical diagnosis of asthma in pregnant usually is not easy. Mild clinical manifestations of the disease, which mimic physiological discomfort of pregnancy, can delay the timely and correct diagnosis. The diagnosis of asthma is confirmed by spirometry. Despite this, the early recognition of symptoms and risk factors related to the disease and the application of modern advanced technologies today enable the timely diagnosis and treatment. Strict respiratory monitoring of the pregnant woman, the regular monitoring of the fetal condition and customization of medication to achieve lung function is the basis of therapeutic approach of the disease in pregnancy, whose purpose is to avoid undesirable serious complications concerning both the mother and the fetus but also the newborn. In this article on the basis of the systematic arrangement and treatment of contemporary literature regarding attempts the review of asthma during pregnancy, regarding the pathogenesis, diagnosis, prognosis, and the basic principles of addressing these pregnant.



Keywords: asthma, pregnancy.

Citation

I. Thanasas. Asthma and pregnancy. Scientific Chronicles 2016;21(1): 35-49

Συγγραφέας επικοινωνίας

Ιωάννης Κ. Θανασάς, E-mail addresses: thanasasg@hotmail.com

Η αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας και η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών

Κ. Πάσχος¹, Μ. Μαλλιάρου¹, Π. Μπαμίδης²

¹Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, ²Αναπληρωτής Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Κράτος Πρόνοιας (ΚΠ) αποτελεί σημαντικότερο δομικό θεσμό όλων των σύγχρονων κοινωνιών. Η εξέλιξη του υπήρξε εντυπωσιακή κατά τον 20ο αιώνα, συμβάλλοντας στην πολιτισμική πρόοδο και οικονομική ανάπτυξη παγκοσμίως. Οι μορφές του και οι μετασχηματισμοί τους περιγράφονται σε διάφορα μοντέλα και τυπολογίες μεταξύ των οποίων του Titmuss (1970), Esping-Andersen (1990), Mishra (1984) και Castels (1989). Η μεθοδολογία κατά Esping-Andersen αποτελεί μια από τις περισσότερο αποδεκτές, διακρίνοντας το ΚΠ σε φιλελεύθερο, συντηρητικό και σοσιαλδημοκρατικό. Ωστόσο, σήμερα το ΚΠ περνά μια φάση κρίσης-αμφισβήτησης, ενώ παράλληλη κρίση αντιμετωπίζουν και τα παραδοσιακά του στηρίγματα, όπως η οικογένεια, τα εργατικά συνδικάτα και οι δομές (οργανωτικές και πολιτικές) του κράτους. Οι μελετητές θεωρούν ότι τα υφιστάμενα μοντέλα ΚΠ δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις σύγχρονες προκλήσεις, όπως είναι η υπογεννητικότητα, η γήρανση του πληθυσμού, η κρίση της οικογένειας και η μετανάστευση.

Τις τελευταίες δεκαετίες το ΚΠ δέχεται έντονη αμφισβήτηση και προβάλλεται η ανάγκη μετεξέλιξής του, μέσω ριζικών μεταρρυθμίσεων, εξελίξεων και προσαρμογών. Συγχρόνως, η ταχύτατα εξελισσόμενη παγκοσμιοποίηση επηρεάζει τις εθνικές οικονομίες, κοινωνίες και θεσμούς ανά την υφήλιο. Η ευρεία και ταχύτατη μεταφορά αγαθών και ανθρώπων ανά τον κόσμο ευνοεί τη διάδοση ασθενειών, ξέσπασμα επιδημιών, προκαλεί απότομες αλλαγές στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών και δοκιμάζει την αντοχή των Συστημάτων και Υπηρεσιών Υγείας. Στο εγγύς μέλλον το ΚΠ αναμένεται να υποστεί κρίσιμους μετασχηματισμούς που θα προσανατολίζονται στην αύξηση του ανταγωνισμού, την εκπαίδευση των νέων και την έρευνα με στόχο την καινοτομία. Οι δυσκολίες είναι μεγάλες και οι προκλήσεις κρίσιμες. Όμως η πληθώρα των διαθέσιμων επιλογών με τη συνδρομή της σύγχρονης τεχνολογίας και γνώσης στηρίζουν την ελπίδα ότι το ΚΠ τελικά θα επιβιώσει, υπηρετώντας βιώσιμα και αξιόπιστα υψηλά ανθρωπιστικά ιδεώδη.



Λέξεις Ευρετηρίου: κράτος πρόνοιας, μεταρρύθμιση, παγκοσμιοποίηση, σύστημα υγείας, τυπολογία.



Κ. Πάσχος, Μ. Μαλλιαρού, Π. Μπαμίδης. Η αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας και η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών. *Επιστημονικά Χρονικά* 2016;21(1): 50-65

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή, το κράτος πρόνοιας (ΚΠ) αποτελεί θεμελιώδη κοινωνική δομή των ανεπτυγμένων κρατών. Παραδοσιακά, με τον όρο αυτό προσδιορίζεται μια σειρά υπηρεσιών, παροχών και παρεμβάσεων που τροποποιούν τις δυνάμεις της αγοράς μέσω πολιτικών επιλογών και διοικητικών ρυθμίσεων. Η τροποποίηση δυνατό να εξελιχθεί προς τρεις κύριες κατευθύνσεις: πρώτον την εγγύηση σε άτομα και οικογένειες ενός ελάχιστου εισοδήματος διαβίωσης, δεύτερον την αντιμετώπιση απρόοπτων γεγονότων και δύσκολων περιόδων (ασθένεια, γήρας, ανεργία), και τρίτον την εξασφάλιση για όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως μορφωτικής και οικονομικής κατάστασης, κοινωνικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου [1, 2].

Στη Δυτική Ευρώπη τα πρώτα στοιχεία κοινωνικού κράτους εμφανίστηκαν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Ωστόσο, το σύγχρονο ΚΠ, όρος που καθιερώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1940, αναπτύχθηκε την περίοδο 1950 ως 1980, με την κοινωνική προστασία να καλύπτει όλο και ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών, με αυξανόμενες παροχές για όλο σχεδόν τον πληθυσμό. Η εξέλιξή του έγινε αντικείμενο συστηματικής έρευνας που οδήγησε στη διατύπωση ομαδοποιήσεων και μοντέλων και στην ανάπτυξη διάφορων τυπολογιών [3, 4]. Ο Titmuss το 1970 ανέπτυξε κλασική κατάταξη με τρεις τύπους: τον υπολειμματικό, το βιομηχανικό και τον αναδιανεμητικό. Μεταγενέστερα ο Esping-

Andersen διατύπωσε διαφορετική τυπολογία του ΚΠ, όπως και άλλοι ερευνητές όπως ο Mishra (1984), ο Castels (1989), Jones (1993) και άλλοι [5].

Μετά την κορύφωση της ανάπτυξης του περί τα μέσα της δεκαετίας του 1970, οπότε και επικρατούν η πλήρης απασχόληση, κοινωνική συναίνεση, αύξηση των κοινωνικών παροχών και ευνοϊκή στάση των εργατικών συνδικάτων, το ΚΠ περνά σε μια φάση αμφισβήτησης-κρίσης. Η τελευταία συμπίπτει με μια θεσμική, κοινωνική και οικονομική κρίση που εξελίσσεται ως σήμερα [4, 6]. Συγχρόνως, κρίση αντιμετωπίζουν και τα παραδοσιακά στηρίγματα του ΚΠ, όπως η οικογένεια, τα συνδικάτα και το ίδιο το κράτος, όσον αφορά στην οργάνωσή του, τις προτεραιότητές του και τις πολιτικές του [7].

Ένας επιπλέον παράγοντας που συντελεί στην αμφισβήτηση και κατ' επέκταση στην ανάγκη αναμόρφωσής του ΚΠ είναι το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης. Η διεθνοποίηση των οικονομιών όπως και η έντονη κινητικότητα κεφαλαίων και εργατικού δυναμικού περιορίζουν σημαντικά το ρόλο του εθνικού κράτους στην προστασία της εργασίας του ντόπιου πληθυσμού, στη διαμόρφωση μακροοικονομικών ισορροπιών και στην αδιατάρακτη φορολόγηση των πολιτών για τη χρηματοδότηση του ΚΠ. Παράλληλα, η παγκοσμιοποίηση δημιουργεί τις προϋποθέσεις για συρρίκνωση των αμοιβών εργασίας και προσανατολισμό των κεφαλαίων προς αναπτυσσόμενες χώρες με χαμηλό εργασιακό κόστος [8, 9]. Ειδικά στον

τομέα της υγείας, η μετακίνηση ασθενών και επαγγελματιών υγείας και η εύκολη μετάδοση ασθενειών ανά την υφήλιο, ασκούν πίεση στα συστήματα υγείας και πρόνοιας που πλέον δυσκολεύονται ή αδυνατούν να ανταποκριθούν υπό τις νέες συνθήκες [10].

Στη νέα χιλιετηρίδα το ΚΠ αντιμετωπίζει κλιμακούμενη αμφισβήτηση. Είναι σχεδόν καθολικά αποδεκτό ότι στη σύγχρονη εποχή δεν μπορεί να διατηρηθεί με την υπάρχουσα μορφή και προβάλλεται η ανάγκη αναμόρφωσής του μέσα από ευρείες μεταρρυθμίσεις. Στις ενότητες που ακολουθούν αναλύονται μερικά από τα κύρια επιχειρήματα της κριτικής απέναντι στο ΚΠ σήμερα, περιγράφεται η κλασική τυπολογία του Esping-Andersen για το ΚΠ και διερευνάται η χρησιμότητα τέτοιων τυπολογιών. Τέλος αναλύεται η επίδραση του φαινομένου της παγκοσμιοποίησης στα συστήματα υγείας και την κατάσταση υγείας των εθνικών πληθυσμών.

1. Η αμφισβήτηση του Κράτους Πρόνοιας προβάλλει την ανάγκη προσαρμογών και μεταρρυθμίσεων

Στη σύγχρονη εποχή, οι δυσμενείς δημογραφικές εξελίξεις (υπογεννητικότητα, γήρανση του πληθυσμού, μετανάστευση, κρίση της οικογένειας), η παγκοσμιοποίηση και η οικονομική κρίση δεν ευνοούν τη βιωσιμότητα παραδοσιακών μορφών του ΚΠ. Πολιτικοί και θεωρητικοί του ΚΠ διατυπώνουν έντονη κριτική και εισηγούνται ριζικές αλλαγές. Δυο από τα κύρια επιχειρήματα κριτικής είναι: πρώτον ότι το ΚΠ δεν περιορίσε τη φτώχεια και τις κοινωνικές ανισότητες και δεύτερον ότι

εξέθρεψε ρατσιστικά και πατριαρχικά ιδεώδη [5].

1.1. Ο ρόλος του Κράτους Πρόνοιας απέναντι στη φτώχεια και τις κοινωνικές ανισότητες

Κατά τη δεκαετία του 1980 και αρχές του 1990, ένα ολόκληρο ρεύμα θεωρητικών του ΚΠ, επηρεασμένο από τους νεοφιλελεύθερους Friedman και Hayek, αλλά και από την εμπειρία στη Μ. Βρετανία, στις ΗΠΑ, και τη Ν. Ζηλανδία, υποστήριξαν ότι το κοινωνικό κράτος αποδείχτηκε αναποτελεσματικό, γιατί δεν έλυσε το μεγάλα προβλήματα της φτώχειας και της κοινωνικής ανισότητας [5, 6]. Τάχθηκαν υπέρ της ιδιωτικοποίησης της κοινωνικής προστασίας και των κοινωνικών υπηρεσιών και τον περιορισμό του ρόλου του κράτους στο ελάχιστο δυνατό. Πρότειναν τα άτομα και οι οικογένειες να αγοράζουν τις κοινωνικές υπηρεσίες από την αγορά, όπως και τα υπόλοιπα αγαθά, θεωρώντας ότι ο κοινωνικός κατακερματισμός και η αναπαραγωγή της φτώχειας πηγάζει από τις υπερμεγέθεις κυβερνήσεις και τις υπέρμετρες κοινωνικές παρεμβάσεις. Συνοδευτικά μέτρα θα μπορούσαν να είναι μειώσεις στα επιδόματα ανεργίας, η προώθηση του ανταγωνισμού και η ελαχιστοποίηση του φόρου εισοδήματος [5].

Ωστόσο, το νεοφιλελεύθερο κίνημα απέτυχε να προσελκύσει την πλειοψηφία των πολιτών. Ακόμα και στις ΗΠΑ, οι ιδιωτικοί οργανισμοί ανέπτυξαν στενούς δεσμούς με το κράτος, δεν κατάφεραν να μειώσουν το κόστος και αντί να αναπτύξουν τον υγιή ανταγωνισμό μάλλον δημιούργησαν μονοπώλια που ασκούσαν πολιτική επιρροή [5, 11]. Στον αντίποδα αναπτύχθηκαν υπερασπιστικές θεωρίες του ΚΠ που

υποστήριξαν ότι η αγορά δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τη φτώχεια και την κοινωνική ανισότητα και επομένως υπάρχει ανάγκη κεντρικής κρατικής παρέμβασης για αναδιανομή του πλούτου. Συγχρόνως τονίστηκε ότι οι κοινωνικές παροχές πρέπει να χορηγούνται σε όλους, γιατί διαφορετικά στιγματίζουν μερίδα του πληθυσμού, δημιουργούν ανισότητες και περιθωριοποίηση [4].

Ο συγκερασμός των παραπάνω σχεδόν αντικρουόμενων θεωριών οδήγησε στον προνοιακό πλουραλισμό, ο οποίος υποστήριξε τη μετάβαση στην κοινωνία πρόνοιας. Εδώ, το τρίγωνο κράτους, αγοράς και οικογένειας παρουσιάζεται ως η απάντηση στην αμφισβήτηση του ΚΠ. Το κράτος έχει περισσότερο συντονιστικό ρόλο, και εθελοντικές οργανώσεις και οικογένεια αναλαμβάνουν βασικό ρόλο στις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας [12].

Η κατάσταση όσον αφορά στη φτώχεια, την κοινωνική ανισότητα και το ρόλο του ΚΠ στην Ευρώπη και στις αγγλοσαξονικές χώρες απεικονίζεται στο Πίνακα 1. Η καλύτερη επίδοση παρατηρείται στη Βορειοδυτική Ευρώπη και τη Σκανδιναβία (μείωση της φτώχειας περίπου 70% με τις κοινωνικές παρεμβάσεις). Δυστυχώς, η φτώχεια και οι ανισότητες παραμένουν σταθερά επιδεινούμενες από το 1990, με τα προβλήματα να οξύνονται ιδιαίτερα στα τέλη του 2010 σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση που εξελίσσεται από τις αρχές του 2000 ως σήμερα [4].

Στην Ελλάδα μετά το 1980, όταν το ΚΠ αντιμετωπίζει κύμα αμφισβήτησης στον κόσμο, ιδρύεται και οργανώνεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) με το Νόμο 1397/1983

(ΦΕΚ 143/τ. Α'/07-10-1983). Συγχρόνως, θεμελιώνεται ασφαλιστικό σύστημα, ιδρύονται δομές υποστήριξης των ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ, φροντίδα στο σπίτι κλπ), ιδρύεται Γραμματεία Νέας Γενιάς με δράσεις στήριξης των νέων. Το ελληνικό ΚΠ εξελίσσεται και διευρύνεται για μια περίπου δεκαετία, όμως από το 1990 η Ελλάδα αρχίζει να αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα, υπέρογκο δανεισμό και προγράμματα λιτότητας-περικοπών αρχίζουν να εφαρμόζονται στην κοινωνική πολιτική. Το 2010 η χώρα αποτυγχάνει να καλύψει τις δανειακές της ανάγκες από τις διεθνείς αγορές για να καλύψει τις υποχρεώσεις της (κρατικές δαπάνες και τοκοχρεωλύσια) και εντάσσεται σε επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή επιτροπή, την Ευρωζώνη και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, στην οποία συμμετέχει με την υπογραφή μνημονίου. Εντός των υποχρεώσεων του μνημονίου ήταν και περικοπές στις υγειονομικές δαπάνες και ανάγκη μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας. Η νέα αυτή κατάσταση προκαλεί έκρηξη της ανεργίας, η οποία από 7,7% το 2007 υπερβαίνει το 25% μετά το 2012. Παράλληλα, περιορίζεται το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) κατά 9% την τετραετία 2008-2011 [2, 13, 14].

Ο συνδυασμός της οικονομικής κρίσης μαζί με τα κύματα μεταναστών που φθάνουν στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία, τη γήρανση του πληθυσμού και την αποδόμηση της οικογένειας προκαλεί επιδείνωση της φτώχειας, διεύρυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και αύξηση της δυστυχίας (Γράφημα 1). Το ΚΠ περιορίζεται, αποδυναμώνεται, ωστόσο επιβιώνει, όμως η ανάγκη αναμόρφωσής και προσαρμογής του στα νέα δεδομένα είναι επιτακτική [12].

Χώρες με υφιστάμενο Κράτος Πρόνοιας	Φτώχεια (%) (προ φόρων και επιδομάτων)	Μείωση φτώχειας (%) (κοινωνική παρέμβαση μέσω φόρων και επιδομάτων)
Γερμανία	32,5	73
Ολλανδία	24,1	70
Βέλγιο	31,4	70
Λουξεμβούργο	26,9	68
Αυστρία	28,8	72
Γαλλία	32,6	78
Μέσος όρος 6 χωρών της Βορειοδυτικής Ευρώπης	29,4	72
Δανία	22,1	72
Σουηδία	26,5	68
Φινλανδία	30,1	73
Νορβηγία	23,8	67
Ισλανδία	19	66
Μέσος όρος 5 Σκανδιναβικών χωρών	24,3	70
Ιταλία	33,3	66
Ισπανία	27,2	48
Πορτογαλία	28,4	58
Ελλάδα	31,1	65
Σλοβενία	25,3	68

Μέσος όρος 5 χωρών της Νότιας Ευρώπης	29,1	61
Ηνωμένο Βασίλειο	31,2	65
ΗΠΑ	27	36
Αυστραλία	27,2	46
Καναδάς	24,7	51
Νέα Ζηλανδία	22,4	51
Μέσος όρος 5 Αγγλοσαξονικών χωρών	26,5	50

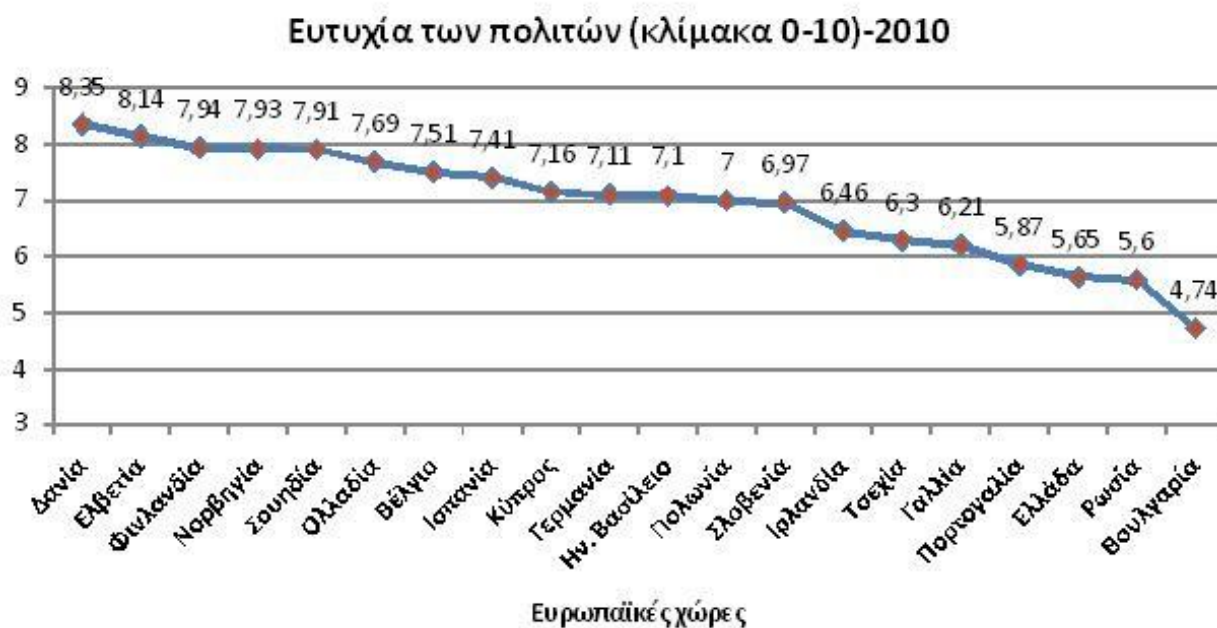
Πίνακας 1. Η φτώχεια σε διάφορες χώρες πριν και μετά την παρέμβαση του Κοινωνικού Κράτους. Όριο φτώχειας τέθηκε το 50% του μέσου κατά κεφαλήν εισοδήματος. Στοιχεία περί το έτος 2010 (ίδιοι υπολογισμοί) [4]. ΠΗΓΗ: ΟΟΣΑ (www.oecd.org)

1.2. Η σχέση του Κράτους Πρόνοιας με ρατσιστικά και πατριαρχικά πρότυπα

Σε αρκετά συστήματα κοινωνικής προστασίας, σε Ευρώπη και ΗΠΑ, η ευημερία του ντόπιου πληθυσμού στηρίχθηκε στη φθηνή εργασία ξένων και μεταναστών και στον περιορισμό των δικαιωμάτων των τελευταίων στο κοινωνικό κράτος. Στη Μεγάλη Βρετανία, το ΚΠ θεμελιώθηκε μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο, εμπνεόμενο από ιδέες εθνικής ανωτερότητας, και στηριζόμενο στην εκμετάλλευση των Βρετανικών αποικιών που απολάμβαναν ελάχιστα ανταποδοτικά κέρδη. Στη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, οι μετανάστες είχαν περιορισμένη ή καθόλου πρόσβαση σε επιδόματα ανεργίας, στεγαστικά δάνεια και κρατικούς παιδικούς σταθμούς [15, 16]. Επιπλέον, το εθνικό σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας

(NHS), ένα από τα καλύτερα στον κόσμο, στηρίχθηκε και συνεχίζει και σήμερα, στη φθηνή εργασία τεχνικών, νοσηλευτών και ιατρών από άλλες χώρες, κυρίως Αφρική, Νοτιοανατολική Ασία και Καραϊβική [17, 18]. Ιδιαίτερα οι ιατροί που προέρχονται από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης εργάζονται συνήθως σε μη μόνιμες θέσεις αρκετά κατώτερες από την εκπαίδευση που έχουν λάβει, και σε κοπιαστικά ωράρια [19].

Στις ΗΠΑ, το ΚΠ έχει επίσης αμφισβητηθεί λόγω ρατσιστικών διακρίσεων. Οι μαύροι και οι Ισπανόφωνοι φαίνεται να έχουν τη μικρότερη συμμετοχή στα περισσότερα γενναιόδωρα προγράμματα κοινωνικής προστασίας, ενώ είναι οι κύριοι αποδέκτες σε προγράμματα περιορισμένης κλίμακας, απόδοσης και διάρκειας. Οι



ΠΗΓΗ: ESS (European Social Survey) 2010

Γράφημα 1. Ευτυχία των πολιτών σε κλίμακα 0-10 σε 20 Ευρωπαϊκές χώρες το 2010 (ίδιοι υπολογισμοί) [4]

μαύροι αποκλείστηκαν στο παρελθόν από προγράμματα συνταξιοδότησης μητέρων, από το πρόγραμμα βοήθεια σε οικογένειες με εξαρτημένα τέκνα ή από επιδόματα ανεργίας. Ωστόσο, στην Αμερικάνικη κοινωνία όπου κυριαρχεί η ιδιωτική πρωτοβουλία, διακρίσεις εμφανίζονται γενικώς απέναντι σε όλους τους φτωχούς, συχνά συμπεριλαμβανομένων και των λευκών [20].

Κριτική ασκείται στο ΚΠ σήμερα και λόγω των πατριαρχικών προτύπων που φαίνεται να ευνόησε. Παραδοσιακά, στηρίχθηκε στην πυρηνική οικογένεια, όπου ο πατέρας εργαζόταν και εξασφάλιζε το οικογενειακό εισόδημα, ενώ η μητέρα φρόντιζε το σπίτι, τα παιδιά και τα γηραιά μέλη της οικογένειας. Η ασφάλιση και όλα τα λοιπά κοινωνικά δικαιώματα της μητέρας εξασφαλιζόνταν από το γάμο της με τον πατέρα και τη συμμετοχή της στην

οικογένεια. Ωστόσο, ο τύπος αυτός οικογένειας και νοικοκυριού έχει αλλάξει με μη αναστρέψιμο τρόπο, σε όλες τις σύγχρονες κοινωνίες, καθώς η γυναίκα έχει εισέλθει δυναμικά και συμμετέχει ενεργά σε κοινωνικά δρώμενα [6].

Η συνεχιζόμενη επανάσταση των φύλων και το κίνημα του φεμινισμού έδωσαν στις γυναίκες ίσα σχεδόν δικαιώματα με τους άνδρες στην εκπαίδευση και εργασία. Το αποτέλεσμα ήταν η ανδρική μισθολογική υπεροχή να εκλείψει, οι γυναίκες να παρουσιάζουν εντυπωσιακά εκπαιδευτικά επιτεύγματα και η διπλή καριέρα και εισόδημα να αποτελεί την επικρατούσα κατάσταση στα νοικοκυριά σήμερα. Συγχρόνως, η παραδοσιακή μορφή της οικογένειας έχει αποσταθεροποιηθεί, καθώς στα προηγμένα κράτη τα διαζύγια και οι μονογονεϊκές οικογένειες παρουσιάζουν

κατακόρυφη αύξηση, ενώ οι γεννήσεις κάθετη μείωση [5]. Γίνεται λοιπόν φανερό η ανάγκη προσαρμογών του ΚΠ προς την κατεύθυνση ενίσχυσης της γυναικείας εργασίας για να μη χάνεται ένα πολύτιμο δυναμικό, αλλά και προστασίας της μητρότητας για να ανασχεθεί η υπογεννητικότητα. Η ισότητα των δυο φύλων πρέπει να αποτελεί τον πυρήνα των κοινωνικών πολιτικών, σε συνδυασμό με τη στήριξη των μονογονεϊκών οικογενειών και τη διασφάλιση της ευζωίας των παιδιών. Η επόμενη ενότητα αναφέρεται στην τυπολογία του ΚΠ κατά Esping-Andersen και αναλύεται η χρησιμότητα αυτών των κατατάξεων.

2. Η τυπολογία του Κράτους Πρόνοιας κατά Esping-Andersen

Η τυπολογία των καθεστώτων πρόνοιας παρουσιάζει επιστημονικό ενδιαφέρον και προσφέρει στη μελέτη της εξέλιξής τους. Ωστόσο, τοποθετεί σε στερεότυπα χαρακτηριστικά που εξελίσσονται και αλλάζουν, αφού παροχές και υπηρεσίες αναπροσαρμόζονται ανάλογα με την εποχή, τα προβλήματα και τους διαθέσιμους πόρους. Κάθε ταξινόμηση αντανakλά με στατικό τρόπο μια περιορισμένη ιστορική περίοδο και δεν εξαντλεί όλες τις υφιστάμενες μορφές ΚΠ.

Η μοντελοποίηση του ΚΠ από τον Esping-Andersen αποτελεί από τις ευρύτερα αποδεκτές ταξινομήσεις και έχει ως κριτήριο το βαθμό αποεμπορευματοποίησης υπηρεσιών και κοινωνικών αγαθών και βαφτίζει κάθε μοντέλο με βάση τις πολιτικές δυνάμεις που το στηρίζουν. Με τη μεθοδολογία αυτή διακρίνει το φιλελεύθερο (liberal), το κορπορατιστικό-συντηρητικό

(conservative) και το σοσιαλδημοκρατικό (social democratic) [4, 5].

Το φιλελεύθερο μοντέλο υποστηρίζει ότι το θεμέλιο της ευημερίας πρέπει να είναι η ανάπτυξη της οικονομίας στη βάση της ελεύθερης λειτουργίας της αγοράς και όχι η κρατική παρέμβαση. Ευνοεί την υποστήριξη ενεργών πολιτών που εργάζονται δραστήρια για την κάλυψη των αναγκών τους, ενώ ενθαρρύνει τη λειτουργία επικουρικών θεσμών, πρωτίστως την οικογένεια, και παράλληλα ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας, όπως συγγενείς και φίλους. Το ΚΠ θεωρείται πολυδάπανος και γραφειοκρατικός μηχανισμός ελέγχου και αδρανοποίησης των πολιτών, γι' αυτό και είναι περιορισμένο. Το μοντέλο αυτό σήμερα γνωρίζει ιδιαίτερα προβολή, γιατί συνάδει με τις συνθήκες της παγκοσμιοποίησης. Αναδεικνύει την αλληλεγγύη, όχι σε συνάρτηση με ένα αποτελεσματικό ΚΠ, αλλά ως ηθικό καθήκον μιας άκρως ανταγωνιστικής κοινωνίας. Οι αγγλοσαξονικές χώρες (ΗΠΑ, Καναδάς, Μ. Βρετανία) εφαρμόζουν αυτό το μοντέλο σήμερα [12].

Το κορπορατιστικό-συντηρητικό μοντέλο ή ΚΠ του Bismarck συνδέει τις παροχές, ιδίως τις συντάξεις, με τη θέση στην αγορά εργασίας και την προσφορά του εργαζόμενου. Οι κοινωνικές υπηρεσίες προσφέρονται κυρίως από το κράτος που υποκαθιστά την αγορά. Η οικογένεια είναι δικαιούχος σημαντικών παροχών, όπως και όλοι οι πολίτες με επαγγελματική και κοινωνική θέση. Ευαίσθητες ομάδες όπως οι μη εργαζόμενοι, οι μετανάστες και οι παλιννοστούντες έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες και κινδυνεύουν να περιθωριοποιηθούν. Ο τύπος αυτός ΚΠ

συναντάται στη Γερμανία, Γαλλία και Ιαπωνία [4, 5, 21].

Τέλος, το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο εφαρμόζει την πλήρη αποεμπορευματοποίηση των κοινωνικών υπηρεσιών, ενώ το κράτος λειτουργεί ως κεντρικός αναδιανεμητικός μηχανισμός πόρων. Στοχεύει στην κάλυψη των αναγκών και της πλήρους απασχόλησης όλων των πολιτών, ανεξάρτητα από κοινωνική-εργασιακή θέση και φύλο. Παρά το γεγονός ότι η σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση του ΚΠ διατυπώθηκε και εφαρμόστηκε αρχικά σε Αγγλία και Γερμανία στις αρχές του 2^{ου} αιώνα, μετά το 2^ο Παγκόσμιο πόλεμο αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αποτελούν οι Σκανδιναβικές χώρες [4, 12].

Τόσο το κορπορατιστικό όσο και το σοσιαλδημοκρατικό ΚΠ προσφέρει κοινωνικές υπηρεσίες και προστασία στην πλειοψηφία των πολιτών. Το πρώτο αντλεί πόρους από εργαζόμενους και εργοδότες με μια ισόρροπη φορολόγηση και με υποχρεωτική συνεισφορά αλληλεγγύης. Το δεύτερο, επιβάλλει φόρους εισοδήματος κυρίως στους πλουσιότερους και παράλληλα υψηλούς έμμεσους φόρους. Το φιλελεύθερο ΚΠ βασίζεται στην παραδοχή ότι οι πολίτες οφείλουν να ικανοποιούν τις περισσότερες από τις ανάγκες τους μόνοι τους και το κράτος πρέπει να παρεμβαίνει μόνο για να στηρίξει τους φτωχούς. Επιβάλλει τους χαμηλότερους φόρους εισοδήματος, αλλά φορολογεί περισσότερο την ιδιοκτησία [4, 6].

2.1. Η εξέλιξη και τυπολογία του Κράτους Πρόνοιας στην Ελλάδα

Στη νεώτερη Ελλάδα, μετά από 4 και πλέον αιώνες σκλαβιάς στην Οθωμανική αυτοκρατορία και έναν αιματηρό απελευθερωτικό αγώνα, η κυβέρνηση με επικεφαλής τον Καποδίστρια προσπαθεί να δημιουργήσει κάποιες εμβρυϊκές-βασικές δομές ΚΠ, με την καταλυτική παρουσία της εκκλησίας και της οικογένειας. Ωστόσο, οι δυσκολίες ήταν τεράστιες λόγω απουσίας κοινωνικών δομών, οικονομικής ένδειας και τραγικής έλλειψης στελεχών. Τη δεκαετία του 1920, η κυβέρνηση Βενιζέλου εκσυγχρονίζει το ΚΠ με νέα εργατική νομοθεσία και στοιχεία κοινωνικής ασφάλισης, όμως η Μικρασιατική καταστροφή και ο 2^{ος} παγκόσμιος πόλεμος προκαλούν εκ νέου καταστροφή και διάλυση. Ακολουθεί ο εμφύλιος πόλεμος, γενικευμένη μετανάστευση και πολιτική αστάθεια που δεν επιτρέπουν βήματα προόδου. Μετά την πτώση της Χούντας, αρχίζει μια προσπάθεια οικοδόμησης ενός ΚΠ που κορυφώνεται της δεκαετία του 1980 με την ίδρυση του ΕΣΥ, την ανάπτυξη θεσμών στήριξης των ηλικιωμένων, της μητρότητας, της ανατροφής και εκπαίδευσης των παιδιών [2, 12].

Η Ελλάδα θεμελίωσε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στη βάση του μοντέλου του Bismark (χρηματοδότηση από τους εργαζόμενους και την εργοδοσία) και υγείας ακολουθώντας το μοντέλο του Beveridge (κρατική χρηματοδότηση από φόρους). Έτσι, μοιάζει να ακολουθεί έναν υποτύπο του κορπορατιστικού μοντέλου ή το μοντέλο της Νότιας Ευρώπης κατά τον Ferrera, στο οποίο όμως υπάρχουν πολλές ιδιαιτερότητες, αναχρονισμοί και γραφειοκρατικές στρεβλώσεις [2, 22, 23]. Εξέχοντα ρόλο στο ελληνικό ΚΠ παίζει η οικογένεια, ανεπίσημοι θεσμοί όπως οι

συγγενείς και φίλοι και η εκκλησία. Δυστυχώς, η οικονομική κρίση της τελευταίας πενταετίας αναδεικνύει προβλήματα που λίμνασαν για δεκαετίες, το ΚΠ δέχεται έντονη πίεση και προβάλλει επιτακτικά η ανάγκη ρυθμίσεων και μεταβολών προκειμένου να αποφευχθεί η κατάρρευσή του [13, 24].

Αλλαγές φαίνεται να προκρίνονται για το ΚΠ στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες, καθώς η παγκοσμιοποίηση δημιουργεί νέες προκλήσεις που αναζητούν μεταρρυθμίσεις πέρα από την υπάρχουσα τυπολογία [25]. Στην επόμενη ενότητα αναλύεται η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στα συστήματα υγείας και το επίπεδο υγείας των κοινωνιών, που αποτελούν κρίσιμο βραχίονα του ΚΠ [26].

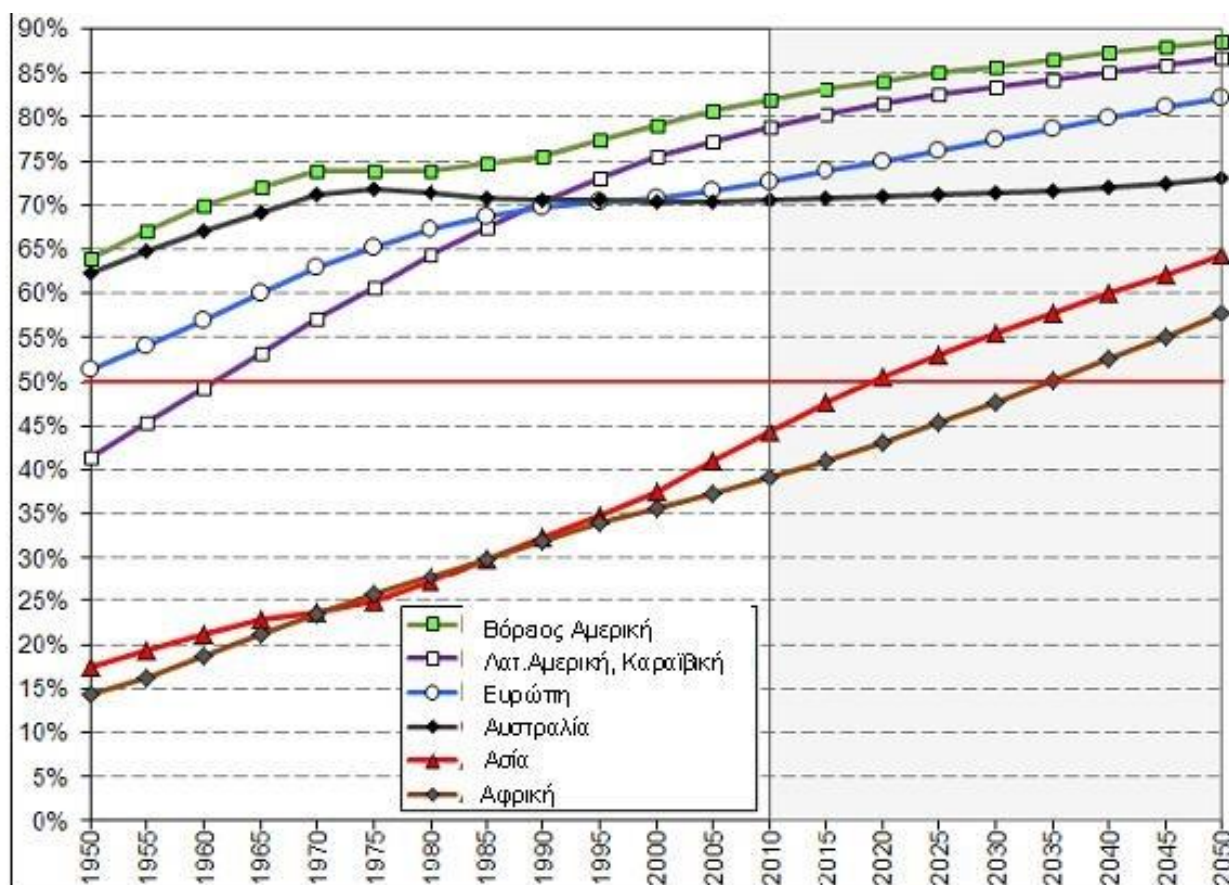
3. Η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών και τα συστήματα υγείας

Δυο από τα κύρια χαρακτηριστικά στοιχεία της παγκοσμιοποίησης είναι η ανάπτυξη του διεθνούς εμπορίου και η αύξηση της μετακίνησης των ανθρώπων ανά την υφήλιο. Ποτέ άλλοτε στην ανθρώπινη ιστορία δε παρατηρήθηκε τόσο ευρεία και ταχύτατη μεταφορά αγαθών παγκοσμίως ή μετακίνηση ανθρώπων τόσο συχνά και μακριά. Έτσι, ευνοείται η παγκόσμια διάδοση ασθενειών, όμως και η πρόσβαση σε φάρμακα και ιατρική πληροφορία που συμβάλουν στην αντιμετώπιση των ασθενειών [27].

Σύμφωνα με επιστημονικές εκτιμήσεις, περί τα τέλη του 17^{ου} αιώνα, η παγκόσμια εξάπλωση των επιδημιών ευλογίας και ιλαράς θα χρειαζόταν 1 περίπου έτος.

Σήμερα, με τη χρήση των αεροπλάνων, ένας ασθενής μπορεί να μεταφέρει μια λοίμωξη οπουδήποτε εντός 36 ωρών. Νέες λοιμώδεις νόσοι, όπως το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (SARS), η γρίπη των χοίρων από τον ιό H1N1, ο αιμορραγικός πυρετός από τον ιό Ebola, απασχόλησαν πρόσφατα τον πλανήτη λόγω της ταχύτατης μετάδοσής τους, αλλά και παλαιότερες νόσοι όπως η φυματίωση και η ελονοσία, επανακάμπτουν με παγκόσμια εξάπλωση [28]. Επίσης, μεγάλες ποσότητες τροφίμων μεταφέρονται από αναπτυσσόμενες χώρες με χαμηλότερα επίπεδα υγιεινής και διατήρησης τροφών προς τον ανεπτυγμένο κόσμο, προκαλώντας προβλήματα υγείας. Έτσι στις ΗΠΑ, φράουλες από τη Γουατεμάλα που είχαν ψεκαστεί με μολυσμένο νερό, προκάλεσαν επιδημία από το βακτήριο κυκλόσπορος που προσέβαλε περισσότερα από 2.000 άτομα. Προβλήματα όμως έχουν προκληθεί και από τροφές που προέρχονταν από ανεπτυγμένες χώρες, όπως συνέβη με τη νόσο της σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας που οδήγησε σε μαζικό σφαγιασμό βοοειδών στο Ηνωμένο Βασίλειο και είχε τεράστιο οικονομικό κόστος για τη χώρα [27].

Η παγκοσμιοποίηση μέσω της ανάπτυξης του εμπορίου, ιδίως στις πόλεις των αναπτυσσόμενων χωρών, προκαλεί έντονη αστικοποίηση, πυκνοκατοικημένες περιοχές, και τελικά συνθήκες ασφυξίας, κακής υγιεινής και ανάπτυξης ασθενειών (Γράφημα 2). Παράλληλα, η ερημοποίηση της υπαίθρου και η υπερεκμετάλλευση των φυσικών πόρων προκαλεί σοβαρότατες κλιματικές διαταραχές, ακραία καιρικά φαινόμενα, πλημμύρες, ξηρασίες και τελικά εμφάνιση επιδημιών [27, 29]. Επιπλέον, η υπερβολική



ΠΗΓΗ: Ηνωμένα Έθνη, Τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Θεμάτων, επανεκτίμηση 2011, Νέα Υόρκη

Γράφημα 2. Αστικός πληθυσμός ανά ήπειρο (% του συνολικού πληθυσμού)

συνταγογράφηση αντιβιοτικών ευνοεί την ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών που προκαλούν επικίνδυνες λοιμώξεις με παγκόσμια εξάπλωση. Χαρακτηριστικά, στη Ρωσία και την Ανατολική Ευρώπη, παρουσιάστηκαν ανθεκτικές μορφές μυκοβακτηριδίου της φυματώσεως που είναι εξαιρετικά δύσκολο και κοστοβόρο να αντιμετωπιστούν με τις υφιστάμενες φαρμακευτικές επιλογές [30, 31].

Στο περιβάλλον της παγκοσμιοποίησης τα συστήματα υγείας βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος. Τα κύματα των μεταναστών που φτάνουν στις προηγμένες χώρες λόγω της παγκόσμιας οικονομικής

κρίσης, υπερφορτώνουν τα συστήματα υγείας με ασθενείς που μπορούν να πάσχουν από μολυσματικές ασθένειες, δε γνωρίζουν βασικούς κανόνες υγιεινής και δεν έχουν ακολουθήσει πρόγραμμα εμβολιασμών. Παράλληλα, η είσοδος επαγγελματιών υγείας από λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες προκαλεί πληθωρισμό ιατρών και νοσηλευτών και προσφορά χαμηλότερης ποιότητας υγειονομικών υπηρεσιών. Επιπλέον, επενδύσεις από πολυεθνικές εταιρείες στο χώρο της υγείας μπορεί να οδηγήσει σε ιδιωτικοποιήσεις προηγμένων νοσηλευτικών ιδρυμάτων και αποκλεισμό από αυτά των οικονομικά ασθενέστερων [4, 26, 32].

Ωστόσο, η παγκοσμιοποίηση μπορεί να ασκήσει και ευεργετική επίδραση στα συστήματα υγείας. Έτσι, οι πολίτες των λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών μπορούν να ταξιδεύσουν και να έχουν πρόσβαση σε καλύτερα υγειονομικά συστήματα, καταβάλλοντας συνήθως το ανάλογο οικονομικό τίμημα, προσφέροντας κέρδη και στις χώρες υποδοχής. Διευκολύνεται η πρόσβαση κρατών και ασθενών σε πρώτης γραμμής φάρμακα και ιατρική τεχνολογία και επιτρέπεται η άμεση χρήση ερευνητικών επιτευγμάτων, που παλαιότερα θα γίνονταν ευρέως διαθέσιμα με μεγάλη καθυστέρηση. Επιπλέον, η κινητικότητα ιατρών και νοσηλευτών, εφόσον γίνεται προγραμματισμένα, με κριτήρια και έλεγχο, μπορεί να προσφέρει στους επαγγελματίες υγείας ευκαιρίες εργασίας σε προηγμένες υγειονομικά χώρες, ενώ οι τελευταίες μπορούν, χωρίς να δαπανήσουν πόρους στην εκπαίδευση, να προσλάβουν έμπειρους επιστήμονες [4, 27, 33].

Είναι βέβαιο ότι η παγκοσμιοποίηση συνοδεύεται από ευκαιρίες και προκλήσεις όσον αφορά στην υγεία του ανθρώπου. Νέα εργαλεία, όπως προγράμματα εμβολιασμών, φάρμακα, στρατηγικές παγκόσμιας καταγραφής νόσων και παρεμβάσεις σε συνθήκες υγιεινής και συστήματα υγείας, είναι δυνατόν να περιορίσουν ή να εμποδίσουν τη μετάδοση ασθενειών [27]. Τα εργαλεία αυτά, σε συνδυασμό με εξελιγμένα συστήματα επικοινωνιών, προηγμένα πληροφοριακά συστήματα και ιατρική τεχνολογία αιχμής μπορεί να βελτιώσουν καθοριστικά επιστημονικές, οικονομικές και πολιτισμικές ανισότητες που υφίστανται διεθνώς και να ελαττώσουν δραματικά τη

θνησιμότητα και θνητότητα παγκοσμίως [34, 35].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ΚΠ είναι προϊόν κοινωνικής, πολιτισμικής και οικονομικής προόδου και συνιστά πλέον αναμφισβήτητο και σημαντικότερο θεσμό στο σύγχρονο κόσμο. Ιστορικά εξελίχθηκε προς διάφορες κατευθύνσεις, οι οποίες αποκρυσταλλώθηκαν σε τρεις κύριες μορφές, τη σοσιαλδημοκρατική, τη συντηρητική και φιλελεύθερη, με πολλές παραλλαγές και ιδιομορφίες. Στην εξελικτική του πορεία, το ΚΠ πέρασε από πολλές περιόδους αμφισβήτησης και πιέσεων για προσαρμογή σε παράγοντες όπως η εκάστοτε δημογραφική κατάσταση και ο διεθνής ανταγωνισμός.

Σήμερα, οι τρέχουσες πολιτικές εξελίξεις, η γήρανση του πληθυσμού, η κρίση της οικογένειας, η μετανάστευση και η παγκόσμια οικονομική κρίση ασκούν ξανά πίεση στα ΚΠ για μεταρρύθμιση και προσαρμογή. Παρά το γεγονός ότι οι προκλήσεις είναι παρεμφερείς για όλους τους λαούς, το κάθε κράτος έχει τη δική του ιστορία, σύστημα αξιών και πολιτικές δομές που επηρεάζουν τις αποφάσεις. Παράλληλα, ο κάθε τύπος ΚΠ φαίνεται να αντιμετωπίζει διαφορετικές δυσκολίες και πιθανόν θα αντιδράσει με διαφορετικό τρόπο στην ανάγκη για εξέλιξη.

Ωστόσο, σ'ένα πολυπολιτισμικό περιβάλλον παγκοσμιοποίησης, το μέγεθος των προβλημάτων που απειλούν τα εθνικά ΚΠ (πληθυσμιακές μετακινήσεις, νέες ασθένειες, επιδημίες) είναι τέτοιο που επιβάλλει διεθνείς συνεργασίες και συμφωνία

σε κοινές δράσεις. Η επένδυση στη γνώση, την έρευνα και την τεχνολογία είναι ίσως προαπαιτούμενο για τη βιωσιμότητα του ΚΠ. Το μέλλον αναμένεται δυσοίωνα για τη διατήρηση των κοινωνικών υπηρεσιών και δικαιωμάτων. Ωστόσο, οι επιλογές και οι

δυνατότητες είναι πολλαπλές και ο σύγχρονος πολιτισμός μπορεί να εγγυηθεί την προσήλωση στα ανθρωπιστικά ιδεώδη, την επιτυχή προσαρμογή του ΚΠ, τη βιώσιμη διατήρηση και εξέλιξή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Briggs A. The Welfare State in Historical Perspective. Eur J Sociol. 1961;2:221-258.
2. Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ. Πολιτική Υγείας/Κοινωνική Πολιτική. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999.
3. Steckel RH, Larsen CS, Sciulli PW, et al. The History of European Health Project: a history of health in Europe from the late Paleolithic era to the present. Acta Univ Carol Med Monogr. 2009;156:19-25.
4. Andersen J. Welfare States and Welfare State Theory. Aalborg: Centre for Comparative Welfare Studies, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet, Denmark, 2012:1-38.
5. Σακελλαρόπουλος Θ. Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κρατους. Αθήνα: Κριτική 1999.
6. Andersen E. Why we Need a New Welfare State. Oxford University Press, Oxford-New York, 2002.
7. Edebalk PG, Olsson M. Poor relief, taxes and the first Universal Pension Reform: the origin of the Swedish welfare state reconsidered. Scand J Hist. 2010;35:391-402.
8. Muntaner C, Borrell C, Ng E, et al. Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. Sociol Health Illn. 2011;33:946-964.
9. Richter M, Rathman K, Nic Gabhainn S, et al. Welfare state regimes, health and health inequalities in adolescence: a multilevel study in 32 countries. Sociol Health Illn. 2012;34:858-879.
10. Raphael D. Challenges to promoting health in the modern welfare state: the case of the Nordic nations. Scandinavian journal of public health 2014;42:7-17.
11. Abel-Smith B, Titmuss K. Selected writings of R. Titmuss: The Philosophy of welfare: Allen & Unwin, 1987.

12. Στασινοπούλου Ο. Κοινωνική Πολιτική, Βασικές Έννοιες, Ιστορική Εξέλιξη, Φορείς και Πρότυπα. Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Πάντειον Πανεπιστήμιον, Αθήνα, 2006.
13. Matsaganis M. The welfare state and the crisis: the case of Greece. *J Eur Soc Policy*. 2011;21:501-510.
14. Τσιάντου Β, Κυριόπουλος Γ. Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις της στην Υγεία και την Ιατρική Περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2010;27:834-40.
15. Craig G. Cuning, unprincipled, loathsome': the racist tail wags the welfare dog. *J Soc Policy*. 2007;36:605-623.
16. Harling P. *The Modern British State: An Historical Introduction*. Polity Press, Cambridge, 2001.
17. Kundnani A. *The End of Tolerance: Racism in 21st Century Britain*. Pluto Press, London, 2007.
18. Williams F. *Social Policy: A Critical Introduction*. Polity Press, Cambridge, 1992.
19. Vickers T. *Racism and Politics in British State Welfare*. Newcastle, 2013:1-8.
20. Piven F. *Race and the Politics of Welfare Reform: The University Michigan Press*, Michigan, 2003.
21. Palier B. *Ordering change: Understanding the "Bismarckian" Welfare Reform Trajectory*. Amsterdam University Press, Amsterdam, 2010.
22. Nikolentzos A, Mays N. Can existing theories of health care reform explain the Greek case (1983-2001)? *J Eur Soc Policy*. 2008;18:163-176.
23. Delnoij DM. Bismarck or Beveridge: primary care matters. *Eur J Public Health*. 2013;23:349.
24. Μπούτσιου Σ, Σαράφης Π. Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 2013;5:147-161.
25. Kruk M. *Globalization and Global Health Governance: implications for Public Health*. The Changing Landscape of Global Public Health Conference. Columbia University, New York, 2010:1-11.
26. Mendelson M, Divinsky P. *Canada 2015: Globalization and the Future of Canada's Health and Health Care*. 2002:1-35.
27. WHO. *Health and Globalization*. 2010.
28. Bettcher D, Yach D, Guindon E. *Global Trade and Health: Key Linkages and Future Challenges*. Bulletin of the World Health Organization 2000.
29. Wilson M. *Infectious Diseases: an Ecological Perspective*. *Br Med J*. 1995;311.

30. Nash M. The antibiotic Crisis. Time 2001:90.
31. National Intelligence Council C. The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States. National Intelligence Estimate 2000.
32. Canadian Health Services Research Foundation C. Globalization and Canada's healthcare system. 2002:1-16.
33. Lister J. WHO Commission on Social Determinants of Health Globalization and Health Systems Change. Ottawa, 2008.
34. Somvanshi PR, Venkatesh KV. A conceptual review on systems biology in health and diseases: from biological networks to modern therapeutics. Syst Synth Biol. 2014;8:99-116.
35. Σωτηριάδου Σ, Σαράφης Π, Μαλλιαρού Μ. Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο, η στρατηγική της Λισσαβώνας και το ενεργητικό και δυναμικό κράτος πρόνοιας: πλαίσιο, εξελίξεις και προοπτικές. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 2010;2:105-114.

REVIEW

The welfare state dispute and the influence of globalization in the population health status

K. Paschos¹, M. Malliarou¹, P. Bamidis²

¹ Health Care Management MSc course, Hellenic Open University, and ² Ass. Professor, Medical School, Aristotele University of Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

The welfare state (WS) constitutes a very important structural institution of modern societies. Its development has been impressive during the 20th century, substantially contributing to the cultural progress and financial growth globally. Its types and reforms are declined in various models and typologies, such as the typology presented by Titmuss (1970), Esping-Andersen (1990), Mishra (1984) and Castels (1989). The Esping-Andersen methodology is one of the most

widely accepted, which classifies the WS into three types: the liberal, corporatist and social-democratic. However, WS goes through a period of crisis-dispute nowadays, while its traditional mainstays confront a concurrent crisis, including family, labour unions and state structures (organizational and political). Researchers think that the existing WS models are unable to respond to contemporary challenges, such as low birth rate, population aging, family crisis and immigration.

The last decades WS encounters a severe dispute and consequently the necessity of its transformation through radical reforms and alterations is obvious. Furthermore, the rapidly evolving globalization influences national economies, societies and institutions worldwide. The broad and prompt transportation of goods and people around the world promotes disease dissemination, epidemic outbreaks, causes sharp alterations in population health status and challenges the reliability of health systems-services. In the near future the WS may endure crucial transformations, which will target the improvement of competency, the youth education and research aiming to innovation. The difficulties are serious and the challenges crucial. However, a plethora of available options with the contribution of modern technology and knowledge hold out the hope that WS should survive eventually, serving superior humanitarian ideals in a viable and credible way.



Keywords: welfare state, reform, globalization, health system, typology



Citation

K. Paschos, M. Malliarou, P. Bamidis. The welfare state dispute and the influence of globalization in the population health status. Scientific Chronicles 2016; 21(1): 50-65

Συγκριτική μελέτη μη επεμβατικών συνδυαστικών μοντέλων για την ανίχνευση της Μη Αλκοολικής Νόσου του Ήπατος

Α. Αγγελίδη, Α. Παπαζαφειροπούλου, Κ. Αναγνωστοπούλου, Α. Βαγενά, Ε. Μαρκάκης, Κ. Πετροπούλου, Ε. Καραμπουσλή, Γ. Λοΐζος, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης

Α΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (non alcoholic fatty liver disease – NAFLD) αποτελεί την πιο συχνά απαντόμενη νόσο του ήπατος στον δυτικό κόσμο. Η διάγνωση της NAFLD βασίζεται στην κλινική εικόνα, τα εργαστηριακά ευρήματα (κλασσικών και νεότερων βιοχημικών δεικτών), τις απεικονιστικές μεθόδους καθώς και στη βιοψία του ήπατος. Καθώς όμως οι περισσότερες μέθοδοι είναι παρεμβατικές, έχουν αναπτυχθεί μαθηματικά μοντέλα με στόχο την έγκαιρη ανίχνευση και σταδιοποίηση της νόσου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ευαισθησίας και ειδικότητας συγκεκριμένων συνδυαστικών μη παρεμβατικών μοντέλων για τη διάγνωση της NAFLD σε άτομα με σακχαρώδη τύπου 2 (ΣΔτ2).

Υλικό - Μέθοδος: Ο πληθυσμός της μελέτης περιελάμβανε 110 ασθενείς με ΣΔτ2 (28 άνδρες) μέσης ηλικίας ($\pm$ SD): $60,1 \pm 9,5$ έτη, HbA1c: $6,4 \pm 1,0\%$, δείκτη μάζας σώματος: $28,6 \pm 4,8$ Kg/m² και διάρκεια ΣΔτ2: $8,5 \pm 4,0$ έτη. Η παρουσία NAFLD έγινε με τη χρήση υπερηχοτομογραφήματος. Τα μοντέλα που υπολογίστηκαν ήταν τα: NAFLD liver fat score, HAIR (Hypertension, ALT, Insulin Resistance), BARD, APRI (AST to Platelet Ratio Index), FIB-4 και LAP (Lipid Accumulation Product). Για την αξιολόγηση της εγκυρότητας των διαφόρων μοντέλων μετρήθηκαν η ευαισθησία και η ειδικότητα με τη χρήση της καμπύλης ROC (receiver-operating characteristics curve). Επίσης, υπολογίστηκε το εμβαδόν της περιοχής κάτω από την καμπύλη (Area Under the Curve, AUC), η θετική (positive predictive value, PPV) και αρνητική προγνωστική τους αξία (negative predictive value, NPV). Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS statistical package (SPSS, Chicago, IL, ΗΠΑ).

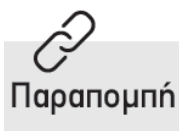
Αποτελέσματα: Διάγνωση NAFLD, βασιζόμενη στην υπερηχοτομογραφική μελέτη, τέθηκε σε 77 (70%) συμμετέχοντες. Από την ανάλυση των δεδομένων, με τη χρήση της καμπύλης ROC, φάνηκε πως το NAFLD liver fat score για όριο $\geq 1,44$ εμφάνιζε 93% ευαισθησία, 72%, ειδικότητα AUC 0,95, PPV 89% και NPV 82%. Το μοντέλο HAIR για τιμές $\geq 0,50$ είχε ευαισθησία 62%, ειδικότητα 44%, AUC 0,58, PPV 72% και NPV 33%. Το μοντέλο BARD για όριο $\geq 2,50$ εμφάνισε 51% ευαισθησία, 64% ειδικότητα, AUC 0,59, PPV 77% και NPV 36%. Το μοντέλο APRI για τιμές $\geq 0,23$

παρουσιάζει 49% ευαισθησία, 64% ειδικότητα, AUC 0,55, PPV 76% και NPV 35%. Αντίστοιχα για το FIB-4 για όριο $\geq 1,00$ είχε 53% ευαισθησία, 54% ειδικότητα, AUC 0,52, PPV 73% και NPV 33%. Τέλος το μοντέλο LAP για τιμές $\geq 30,93$ εμφάνιζε 94% ευαισθησία, 82% ειδικότητα, AUC 0,89, PPV 92% και NPV 85%.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης τα μοντέλα NAFLD liver fat score και LAP εμφανίζουν υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα για τη διάγνωση της NAFLD σε άτομα με ΣΔτ2. Καθώς αποτελούν εύχρηστα, αξιόπιστα και μη παρεπεμβατικά εργαλεία θα μπορούσαν να καθιερωθούν για την έγκαιρη διάγνωση της NAFLD στα άτομα με ΣΔτ2. Αντίθετα, τα μοντέλα HAIR, BARD, APRI και FIB-4 παρουσιάζουν χαμηλή ευαισθησία και ειδικότητα για τη διάγνωση της NAFLD σε άτομα με ΣΔτ2. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες σε μεγαλύτερο αριθμό ατόμων προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με την χρήση των παραπάνω μοντέλων στα άτομα με ΣΔτ2.



Λέξεις Ευρετηρίου: Σακχαρώδης Διαβήτης, μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος.



Α. Αγγελίδη, Α. Παπαζαφειροπούλου, Κ. Αναγνωστοπούλου, Α. Βαγενά, Ε. Μαρκάκης, Κ. Πετροπούλου, Ε. Καραμπουσλή, Γ. Λοΐζος, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης. Συγκριτική μελέτη μη επεμβατικών συνδυαστικών μοντέλων για την ανίχνευση της Μη Αλκοολικής Νόσου του Ήπατος. *Επιστημονικά Χρονικά* 2016;21(1): 66-78

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πρώτες βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με την παρουσία μη αλκοολικής λιπώδης νόσου του ήπατος (non alcoholic fatty liver disease – NAFLD) έγιναν τη δεκαετία του '60 με την εργασία των Thaler et al. [1,2]. Η NAFLD ορίζεται ως η συσσώρευση λίπους, υπό μορφή μεγάλων φυσαλίδων, μέσα στο κυτταρόπλασμα των ηπατικών κυττάρων, σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 5% του βάρους του ήπατος, εφόσον έχουν αποκλεισθεί άλλα αίτια δευτεροπαθούς εναπόθεσης λίπους στο ήπαρ, όπως είναι η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος [άνδρες: ≤ 2 ποτά/ημερησίως (140 gr

αιθανόλης/εβδομάδα), γυναίκες: ≤ 1 ποτό/ημερησίως (70 gr αιθανόλης/εβδομάδα)] ή η χρήση φαρμάκων που προκαλούν στεάτωση είτε, τέλος, λόγω κληρονομικών μεταβολικών διαταραχών [3,4]. Η NAFLD είναι μια αργά εξελισσόμενη νόσος, η οποία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα παθολογοανατομικών διαταραχών που ξεκινούν από την απλή στεάτωση (non alcoholic steatosis) και τη στεατοηπατίτιδα (non alcoholic steatohepatitis, NASH), και ενδέχεται να εξελιχθεί σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών σε κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνο [5,6].

Η NAFLD αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες χρόνιας ηπατοπάθειας με συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα παγκοσμίως, ιδιαίτερα σε χώρες με υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας. Ο ακριβής επιπολασμός της νόσου δεν έχει καθορισθεί φαίνεται πως κυμαίνεται στο 10 με 24% του γενικού πληθυσμού, ενώ στα άτομα με ΣΔτ2 και στα παχύσαρκα άτομα προσεγγίζει ακόμη και το 70-90% [7,8]. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με NAFLD είναι ασυμπτωματικοί δίχως να παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα ηπατικής νόσου ούτε αξιολογούμενες διαταραχές των συνήθων εργαστηριακών εξετάσεων, ενώ η νόσος συνήθως αποκαλύπτεται σε τυχαίο έλεγχο. Ως εκ τούτου τα άτομα με NAFLD συχνά λανθάνουν της διάγνωσης ενώ η ανίχνευση της νόσου εξαρτάται από την ευαισθησία και την ειδικότητα των διαγνωστικών κριτηρίων που επιλέγονται καθώς και από την εμπειρία και την ευαισθητοποίηση του προσωπικού που θα τα εφαρμόσει.

Περίπου στο 25% των ατόμων με NAFLD συνυπάρχει ΣΔτ2 και αντίστοιχα στα άτομα με ΣΔτ2 συνυπάρχει σε σημαντικό ποσοστό (~75%) NAFLD [9]. Η παρουσία της NAFLD αυξάνει τα ποσοστά θνητότητας από κάθε αιτία στα άτομα με ΣΔτ2, ενώ η παρουσία ΣΔτ2 τριπλασιάζει τον κίνδυνο προχωρημένης ίνωσης, διπλασιάζει τον κίνδυνο ηπατοκυτταρικού καρκίνου και συνδέεται ανεξάρτητα με τη συνολική θνητότητα στα άτομα με NAFLD [10]. Εξαιτίας της ισχυρής και αποδεδειγμένης αμφίδρομης σχέσης μεταξύ NAFLD και ΣΔτ2, σύμφωνα με τις πρόσφατες συστάσεις, συνιστάται στα άτομα με NAFLD υποχρεωτικός έλεγχος για την παρουσία ΣΔτ2, ενώ αντίστοιχα και στα άτομα με ΣΔτ2

θα πρέπει να αναζητείται η παρουσία NAFLD ανεξαρτήτως των τιμών των ηπατικών ενζύμων δεδομένου ότι οι ασθενείς με ΣΔτ2 διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης και εξέλιξης της νόσου [11].

Η διάγνωση [12] της NAFLD βασίζεται στην κλινική εικόνα, τα εργαστηριακά ευρήματα (κλασσικών και νεότερων βιοχημικών δεικτών), τις απεικονιστικές μεθόδους καθώς και στη βιοψία του ήπατος. Οι εργαστηριακές εξετάσεις μπορεί να είναι εντός των φυσιολογικών ορίων ενώ δεν υπάρχει ένας ειδικός διαγνωστικός δείκτης. Από τους κλασσικούς βιοχημικούς δείκτες παρατηρείται αρχικά μια ήπια αύξηση των τρανσαμινασών με υπεροχή της ασπαρτικής τρανσαμινάσης (aspartate transaminase, AST) έναντι της αλανινικής τρανσαμινάσης (alanine transaminase, ALT). Μεταξύ των νεότερων παραγόντων που μελετώνται ως δυνητικοί διαγνωστικοί δείκτες είναι ο TNF-α, η αδιπονεκτίνη, το κολλαγόνο IV 7S, το υαλουρονικό οξύ, η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη και CK-18 (caspase-generated cytokeratin-18) [13-16]. Ο απεικονιστικός έλεγχος [17] περιλαμβάνει: το υπερηχογράφημα ήπατος [18], την αξονική τομογραφία, τη μαγνητική φασματοσκοπία και την ελαστογραφία. Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος του ήπατος αποτελεί την πρώτη γραμμή απεικονιστικού ελέγχου για τη διάγνωση της NAFLD. Ωστόσο, η ευαισθησία του είναι περιορισμένη επί παρουσίας ήπιας ηπατικής στεάτωσης (<30%). Οι λοιπές απεικονιστικές μέθοδοι εμφανίζουν σημαντικούς περιορισμούς είτε λόγω ακτινοβολίας είτε λόγω κόστους. Η gold standard μέθοδος για τη διάγνωση της NAFLD και την αξιολόγηση της σοβαρότητας της νόσου είναι η ιστολογική εξέταση του

ήπατος με βιοψία [19,20]. Ωστόσο, η εφαρμογή αυτής της επεμβατικής μεθόδου αποτελεί αντικείμενο διχογνωμιών και σύμφωνα με τις πρόσφατες οδηγίες συνιστάται κυρίως στη διάγνωση και σταδιοποίηση της NASH [11]. Ιδανικός στόχος αποτελεί η εύρεση συνδυαστικών μοντέλων [21] για την καλύτερη αξιολόγηση τόσο του βαθμού της στεάτωσης [22] όσο και της ίνωσης [23,24] στη NAFLD και τα οποία αφενός θα έχουν μικρό κόστος υπολογισμού και αφετέρου θα είναι εύκολη η εφαρμογή τους στην καθημερινή κλινική πρακτική. Για τον σκοπό αυτό διάφορα μη παρεμβατικά συνδυαστικά μοντέλα έχουν προταθεί για την ανίχνευση και σταδιοποίηση της NAFLD [25,26].

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ευαισθησίας και ειδικότητας συγκεκριμένων συνδυαστικών μη παρεμβατικών μοντέλων για τη διάγνωση της NAFLD σε άτομα με σακχαρώδη τύπου 2 (ΣΔτ2).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη συμμετείχαν 110 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (28 άνδρες) [μέση ηλικία ($\pm$ σταθερά απόκλιση) 60,1 $\pm$ 9,5 έτη, HbA1c 6,4 $\pm$ 1,0%, δείκτης μάζας-σώματος 28,6 $\pm$ 4,8 Kg/m², διάρκεια διαβήτη 8,5 $\pm$ 4,0 έτη] που παρακολουθούνται στο διαβητολογικό κέντρο της Α' Παθολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «Τζάνειο». Σε όλους τους ασθενείς της μελέτης έγινε καταγραφή των

ανθρωπομετρικών παραμέτρων και ελήφθη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος. Για την επιβεβαίωση ή αποκλεισμό της νόσου χρησιμοποιήθηκε η υπερηχοτομογραφική μελέτη του ήπατος των συμμετεχόντων. Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος αποτελεί μία εύχρηστη, αξιόπιστη, χαμηλού κόστους και ασφαλή απεικονιστική τεχνική η οποία έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί για τον προσδιορισμό της NAFLD σε πλήθος μελετών [27-29]. Επιπρόσθετα, σύμφωνα και με τις πρόσφατες οδηγίες των EASL (European Association for the Study of the Liver), EASD (European Association for the Study of Diabetes) και EASO (European Association for the Study of Obesity), ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος προτείνεται ως πρώτης γραμμής διαγνωστική απεικονιστική μέθοδος. [11]

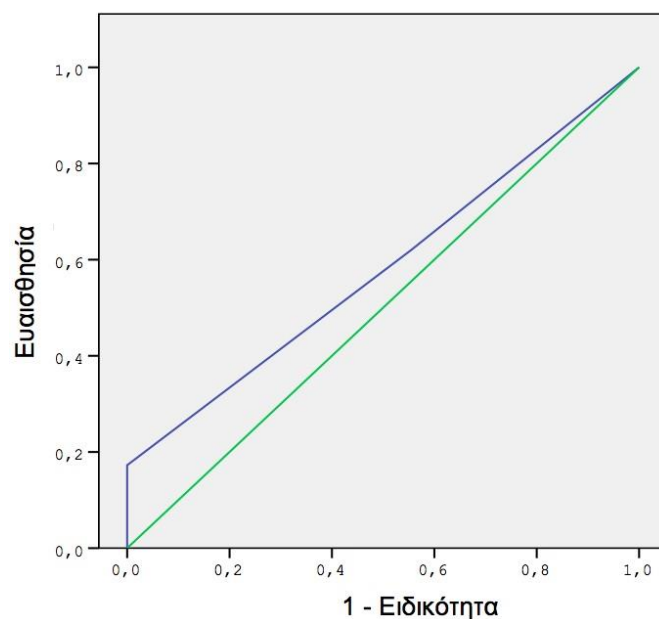
Τα συνδυαστικά μοντέλα που υπολογίστηκαν ήταν τα ακόλουθα: NAFLD liver fat score, HAIR (Hypertension, ALT, Insulin Resistance), BARD, APRI (AST to Platelet Ratio Index), FIB-4 και LAP (Lipid Accumulation Product).

Στατιστική μεθοδολογία

Για την αξιολόγηση της εγκυρότητας των διαφόρων δοκιμασιών μετρήθηκαν η ευαισθησία και η ειδικότητα με τη χρήση της καμπύλης ROC (receiver-operating characteristics curve). Επίσης, υπολογίστηκε το εμβαδόν της περιοχής κάτω από την καμπύλη (Area Under the Curve, AUC), η θετική και αρνητική προγνωστική αξία. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS statistical package (SPSS, Chicago, IL, ΗΠΑ).

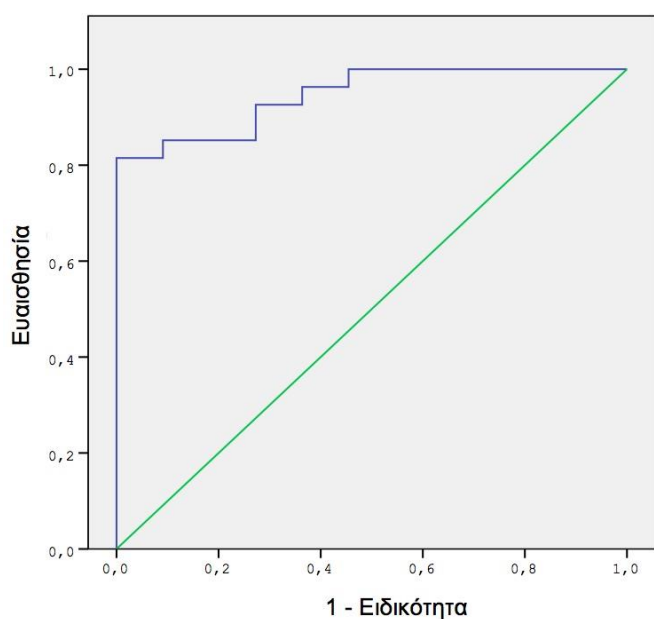
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η NAFLD με τη χρήση υπερηχογραφήματος, διαπιστώθηκε σε 77 ασθενείς (70%). Η ανάλυση με τη χρήση της καμπύλης ROC έδειξε ότι για το NAFLD liver fat score τιμές $\leq 1,44$ είχαν ευαισθησία 93% και ειδικότητα 72% (με εμβαδόν της περιοχής κάτω από την καμπύλη 0,95), θετική προγνωστική αξία 89% και αρνητική προγνωστική αξία 82% για τη διάγνωση της NAFLD (Εικόνα 1).



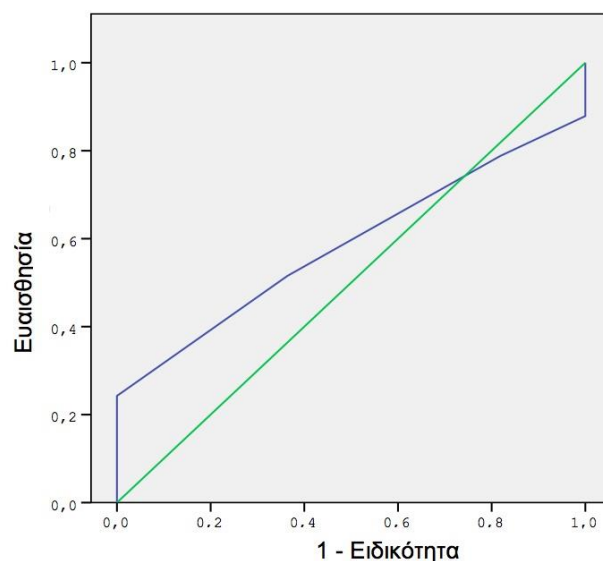
Εικόνα 2. Καμπύλη ROC (receiver-operating characteristics curve) για το HAIR score.

Για το BARD score τιμές $\geq 2,50$ είχαν ευαισθησία 51% και ειδικότητα 64% (με εμβαδόν της περιοχής κάτω από την καμπύλη 0,59), θετική προγνωστική αξία 77% και αρνητική προγνωστική αξία 36% (Εικόνα 3).



Εικόνα 1. Καμπύλη ROC (receiver-operating characteristics curve) για το NAFLD liver fat score.

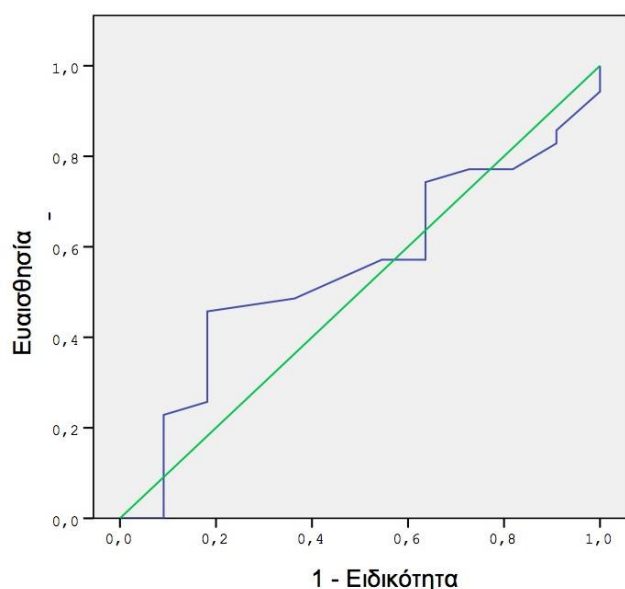
Για το HAIR score τιμές $\geq 0,50$ είχαν ευαισθησία 62% και ειδικότητα 44% (με εμβαδόν της περιοχής κάτω από την καμπύλη 0,58), θετική προγνωστική αξία 72% και αρνητική προγνωστική αξία 33% (Εικόνα 2).



Εικόνα 3. Καμπύλη ROC (receiver-operating characteristics curve) για το BARD score.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

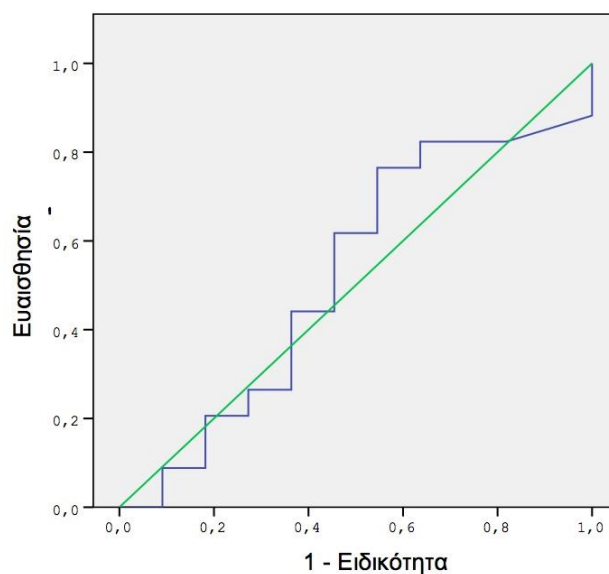
Για το APRI τιμές $\geq 0,23$ είχαν ευαισθησία 49% και ειδικότητα 64% (με εμβαδόν της περιοχής κάτω από την καμπύλη 0,55), θετική προγνωστική αξία 76% και αρνητική προγνωστική αξία 35% (Εικόνα 4).



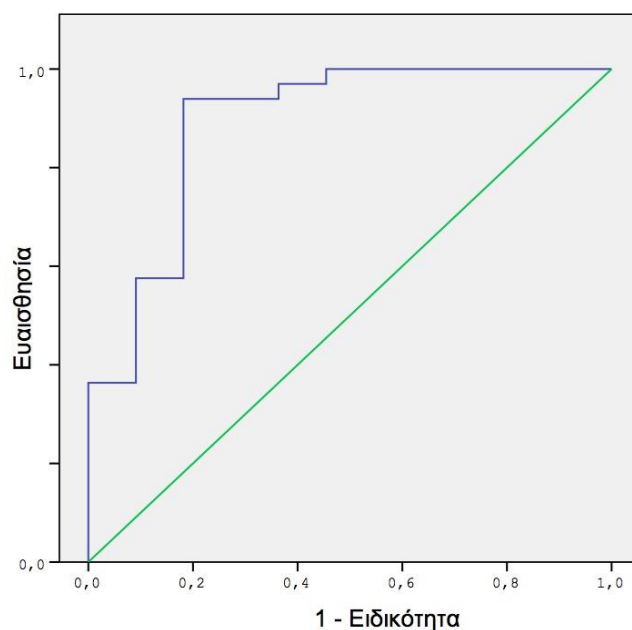
Εικόνα 4. Καμπύλη ROC (receiver-operating characteristics curve) για το APRI.

Για το FIB-4 score τιμές $\geq 1,00$ είχαν ευαισθησία 53% και ειδικότητα 54% (με εμβαδόν της περιοχής κάτω από την καμπύλη 0,52), θετική προγνωστική αξία 73% και αρνητική προγνωστική αξία 33% (Εικόνα 5).

Για το LAP score τιμές $\geq 30,93$ είχαν ευαισθησία 94% και ειδικότητα 82% (με εμβαδόν της περιοχής κάτω από την καμπύλη 0,89), θετική προγνωστική αξία 92% και αρνητική προγνωστική αξία 85% (Εικόνα 6).



Εικόνα 5. Καμπύλη ROC (receiver-operating characteristics curve) για το FIB-4 score.



Εικόνα 6. Καμπύλη ROC (receiver-operating characteristics curve) για το LAP score.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας τα μοντέλα NAFLD liver fat και LAP παρουσιάζουν υψηλή ειδικότητα και ευαισθησία για την ανίχνευση της NAFLD σε άτομα με ΣΔτ2. Πρόκειται για δύο μοντέλα απλά και εύκολα στη χρήση τους, χαρακτηριστικά που τα καθιστούν ιδιαίτερα ελκυστικά στην καθημερινή κλινική πρακτική. Ένα επιπλέον εύρημα της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της επίπτωσης της NAFLD στα άτομα με ΣΔτ2 που βρέθηκε να είναι 70%, ποσοστό παρόμοιο με αυτό αντίστοιχων μελετών [30,31].

Το μοντέλο NAFLD liver fat score, το οποίο χρησιμοποιείται για την ανίχνευση της στεάτωσης, περιλαμβάνει τις ακόλουθες παραμέτρους: το μεταβολικό σύνδρομο, το ΣΔτ2, την ινσουλίνη νηστείας και τις τρανσαμινάσες AST, ALT [25]. Έχει βρεθεί πως για κατώτερο όριο το -1,413, το μοντέλο εμφανίζει ~95% ακρίβεια για την ανίχνευση της παρουσίας αυξημένης λιπώδους διήθησης (95% ευαισθησία και 56% ειδικότητα), ενώ αντίστοιχα για ανώτερο όριο το 1,257 εμφανίζει ~95% ακρίβεια για την απουσία λιπώδους διήθησης (59% ευαισθησία και 94% ειδικότητα) [25].

Το μοντέλο LAP βασίζεται σε μια απλή εξίσωση στην οποία περιλαμβάνονται οι παράμετροι περίμετρος μέσης (waist circumference, WC) και τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων (triglycerides, Tg). Συγκεκριμένα για τις γυναίκες $LAP = (WC[cm] - 58) \times (Tg [mmol/L])$ και για τους άνδρες: $LAP = (WC[cm] - 65) \times (Tg [mmol/L])$. Τα μοντέλα NAFLD liver fat score και LAP χρησιμοποιούνται κυρίως για

την ανίχνευση της NAFLD στο επίπεδο της ηπατικής στεάτωσης [25,32].

Σύμφωνα με μια σχετικά πρόσφατη ανάλυση [33], στην οποία συμπεριλήφθηκαν περίπου 5.000 άτομα, βρέθηκε πως για τους λευκούς μη Ισπανόφωνους η τιμή του AUC για το NAFLD liver fat score και το LAP ήταν 0,78 και 0,767 αντίστοιχα. Στη δική μας μελέτη οι αντίστοιχες τιμές ήταν υψηλότερες 0,95 και 0,89 για τα μοντέλα NAFLD liver fat score και LAP. Επιπρόσθετα, στην παραπάνω μελέτη η ευαισθησία και η ειδικότητα του μοντέλου NAFLD liver fat score ήταν 73,95 και 67,94 συγκρινόμενη αντίστοιχα με την ευαισθησία 93% και ειδικότητα 72% της παρούσας μελέτης. Οι παρατηρηθείσες διαφορές μπορεί να αποδοθούν στο διαφορετικό μέγεθος του πληθυσμού των δυο μελετών. Συγκεκριμένα, στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν άτομα με ΣΔτ2, ενώ στην ανωτέρω άτομα του γενικού πληθυσμού.

Σχετικά με το μοντέλο HAIR, που αφορά την ανίχνευση της NAFLD στο στάδιο της στεατοηπατίτιδας, αυτό μπορεί να λάβει τιμές από 0 έως 3 (όπου αντιστοιχεί ένας βαθμός για έκαστη παράμετρο: αρτηριακή υπέρταση, ALT: >40 U/L και τιμές δείκτη ινσουλिनoαντίστασης: >5,0). Για τιμές ≥ 2 το μοντέλο παρουσιάζει ειδικότητα 89% και ευαισθησία 80% για την ανίχνευση της NAFLD στο στάδιο της στεατοηπατίτιδας [34].

Αναφορικά με τα μοντέλα BARD, APRI και FIB-4, αυτά έχουν χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση της NAFLD και συγκεκριμένα για την παρουσία ή μη ηπατικής ίνωσης. Στο μοντέλο BARD [35] περιλαμβάνονται οι ακόλουθοι παράμετροι: δείκτης μάζας σώματος, ο λόγος AST/ALT, η

παρουσία σακχαρώδη διαβήτη, και μπορεί να λάβει τιμές από 0 έως 4. Για τιμές 2 έως 4 το μοντέλο εμφανίζει εξαιρετικά υψηλή αρνητική προγνωστική αξία (~96%) για την απουσία ηπατικής ίνωσης (δηλαδή πολύ μικρό αριθμό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων) ενώ μέτρια θετική προγνωστική αξία [35].

Σύμφωνα με μια μελέτη 104 ατόμων, με αποδεδειγμένη με βιοψία NAFLD, η ευαισθησία και ειδικότητα του μοντέλου BARD ήταν 86,7% και 72,7% αντίστοιχα ενώ το AUC 0,821. Επιπρόσθετα, η αρνητική και θετική προγνωστική αξία του μοντέλου ήταν 97% και 35,1% [36], αντίστοιχα, τιμές υψηλότερες συγκριτικά με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Η μεγαλύτερη ακρίβεια του μοντέλου στην προαναφερθείσα μελέτη μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι αφορούσε την ανίχνευση πιο προχωρημένων σταδίων ηπατικής ίνωσης σε αντιδιαστολή με την παρούσα που εξέταζε την εγκυρότητα του μοντέλου στην ανίχνευση γενικά της NAFLD σε άτομα με αποδεδειγμένη υπερηχοτομογραφικά παρουσία της νόσου.

Για τον υπολογισμό του μαθηματικού μοντέλου APRI χρειάζεται μόνο ο υπολογισμός της AST και του αριθμού των αιμοπεταλίων. Για τιμές του μοντέλου $<0,3$ και $\geq 1,5$ υπάρχει ισχυρή πιθανότητα απουσίας ή παρουσίας αντίστοιχα ηπατικής ίνωσης. Σε μία μελέτη, στην οποία χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο APRI, η τιμή του AUC για την ανίχνευση παρουσίας σημαντικής ίνωσης ήταν 0,564 [37] παρόμοιο με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης που αφορούσε όμως στην εν γένει ανίχνευση παρουσίας της νόσου ανεξαρτήτως σταδίου.

Τέλος, για τον υπολογισμό του μοντέλου FIB-4 απαιτούνται η ηλικία, ο αριθμός των αιμοπεταλίων και οι τρανσαμινάσες ALT και AST [38,39]. Σύμφωνα με μια μελέτη, στην οποία το μοντέλο χρησιμοποιήθηκε για την ανίχνευση της ίνωσης σε άτομα με NAFLD, φάνηκε πως για τιμές Fib-4 $<1,30$ το μοντέλο εμφανίζει υψηλή αρνητική προγνωστική αξία (90%), μέτρια ειδικότητα (71%) και ευαισθησία (74%) και κακή θετική προγνωστική αξία (43%), ενώ το AUC ήταν 0.802 για την εκτίμηση της ηπατικής ίνωσης. Αντίστοιχα, για τιμές Fib-4 $>2,67$ σε άτομα με NAFLD το μοντέλο εμφανίζει 98% ευαισθησία, 33% ειδικότητα, 83% αρνητική προγνωστική αξία και 80% θετική προγνωστική αξία [40]. Η μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια που φάνηκε στην προαναφερθείσα μελέτη μπορεί να αποδοθεί, όπως και για το μοντέλο BARD, στο γεγονός ότι αφορούσε την ανίχνευση της ίνωσης στα άτομα με NAFLD.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης τα μοντέλα NAFLD liver fat score και LAP εμφανίζουν υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα για τη διάγνωση της NAFLD σε άτομα με ΣΔτ2. Καθώς αποτελούν εύχρηστα, αξιόπιστα και μη παρεπεμβατικά εργαλεία θα μπορούσαν να καθιερωθούν για την έγκαιρη διάγνωση της NAFLD στα άτομα με ΣΔτ2. Αντίθετα, τα μοντέλα HAIR, BARD, APRI και FIB-4 παρουσιάζουν χαμηλή ευαισθησία και ειδικότητα για τη διάγνωση της NAFLD σε άτομα με ΣΔτ2. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες σε μεγαλύτερο αριθμό ατόμων προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με

την χρήση των παραπάνω μοντέλων στα άτομα με ΣΔτ2.

Συμπερασματικά, η NAFLD δεν αποτελεί μόνο κοινή συνιστώσα και εκδήλωση των καρδιομεταβολικών διαταραχών αλλά φαίνεται να επάγει ή να επιδεινώνει την ινσουλινοαντίσταση και τον ΣΔτ2, ενώ η παρουσία της συνδέεται

ανεξάρτητα με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Συνεπώς, η πρόωγη ανίχνευση αυτής της ευρέως κλινικού φάσματος νοσολογικής οντότητας είναι υψίστης σημασίας για τον εντοπισμό των ατόμων που χρήζουν περαιτέρω έλεγχο, έμφαση στην υιοθέτηση υγιεινοδιαιτητικού τρόπου ζωής ή/και στην εφαρμογή φαρμακευτικών παρεμβάσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Thaler H. Fatty liver, its causes and concomitant diseases. Dtsch Med Wochenschr. 1962;87:1049-1055.
2. Thaler H. The fatty liver and its pathogenetic relation to liver cirrhosis. Virchows Arch Pathol Anat Physiol Klin Med. 1962;335:180-210.
3. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al. The diagnosis and management of non-alcoholic fatty liver disease: practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases, American College of Gastroenterology, and the American Gastroenterological Association. Hepatology. 2012;55:2005-2023.
4. Farrell GC, Larter CZ. Nonalcoholic fatty liver disease: from steatosis to cirrhosis. Hepatology. 2006;43:S99-S112.
5. Matteoni CA, Younossi ZM, Gramlich T, Boparai N, Liu YC, McCullough AJ. Nonalcoholic fatty liver disease: a spectrum of clinical and pathological severity. Gastroenterology. 1999;116:1413-1419.
6. Bugianesi E, Leone N, Vanni E, et al. Expanding the natural history of nonalcoholic steatohepatitis: from cryptogenic cirrhosis to hepatocellular carcinoma. Gastroenterology. 2002;123:134-140.
7. McCullough AJ. The clinical features, diagnosis and natural history of non-alcoholic fatty liver disease. Clin Liver Dis. 2004;8:521-533.
8. Adams LA, Angulo P. Recent concepts in non-alcoholic fatty liver disease. Diabet Med. 2005;22:1129-1133.

9. Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, Fazel Y, Henry L, Wymer M. Global Epidemiology of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease-Meta-Analytic Assessment of Prevalence, Incidence and Outcomes. *Hepatology*. 2016;64:73-84.
10. Younossi ZM, Gramlich T, Matteoni CA, Boparai N, McCullough AJ. Nonalcoholic fatty liver disease in patients with type 2 diabetes. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2004;2:262-265.
11. European Association for the Study of the Liver (EASL); European Association for the Study of Diabetes (EASD); European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *Diabetologia*. 2016;59:1121-1140.
12. Obika M, Noguchi H. Diagnosis and evaluation of nonalcoholic fatty liver disease. *Exp Diabetes Res*. 2012;2012:145754.
13. Abiru S, Migita K, Maeda Y, et al. Serum cytokine and soluble cytokine receptor levels in patients with non-alcoholic steatohepatitis. *Liver Int*. 2006;26:39-45.
14. Shimada M, Kawahara H, Ozaki K, et al. Usefulness of a combined evaluation of the serum adiponectin level, HOMA-IR, and serum type IV collagen 7S level to predict the early stage of nonalcoholic steatohepatitis. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:1931-1938.
15. Suzuki A, Angulo P, Lymp J, Li D, Satomura S, Lindor K. Hyaluronic acid, an accurate serum marker for severe hepatic fibrosis in patients with non-alcoholic fatty liver disease. *Liver Int*. 2005;25:779-786.
16. Shen J, Chan HL, Wong GL, et al. Non-invasive diagnosis of non-alcoholic steatohepatitis by combined serum biomarkers. *J Hepatol*. 2012;56:1363-1370.
17. Hamer OW, Aguirre DA, Casola G, Sirlin CB. Imaging features of perivascular fatty infiltration of the liver: initial observations. *Radiology*. 2005; 237:159-169.
18. Palmentieri B, de Sio I, La Mura V, et al. The role of bright liver echo pattern on ultrasound B-mode examination in the diagnosis of liver steatosis. *Dig Liver Dis*. 2006;38:485-489.
19. Ratziu V, Charlotte F, Heurtier A, et al. Sampling variability of liver biopsy in nonalcoholic fatty liver disease. *Gastroenterology*. 2005;128:1898-1906.
20. Kleiner DE, Brunt EM, Van Natta M, et al. Design and validation of a histological scoring system for nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology*. 2005;41:1313-1321.
21. Adams LA, George J, Bugianesi E, et al. Complex non-invasive fibrosis models are more accurate than simple models in non-alcoholic fatty liver disease. *J Gastroenterol Hepatol*. 2011;26:1536-1543.

22. Mazhar SM, Shieh morteza M, Sirlin CB. Noninvasive assessment of hepatic steatosis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2009;7:135-140.
23. Bazick J, Donithan M, Neuschwander-Tetri BA, et al. Clinical Model for NASH and Advanced Fibrosis in Adult Patients With Diabetes and NAFLD: Guidelines for Referral in NAFLD. Diabetes Care. 2015;38:1347-1355.
24. Calès P, Lainé F, Boursier J, et al. Comparison of blood tests for liver fibrosis specific or not to NAFLD. Journal of Hepatology. 2009;50:165-173.
25. Kotronen A, Peltonen M, Hakkarainen A, et al. Prediction of non-alcoholic fatty liver disease and liver fat using metabolic and genetic factors. Gastroenterology. 2009;137:865-872.
26. Musso G, Gambino R, Cassader M, Pagano G. Meta-analysis: natural history of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and diagnostic accuracy of non-invasive tests for liver disease severity. Ann Med. 2011;43:617-649.
27. Hernaez R, Lazo M, Bonekamp S, et al. Diagnostic accuracy and reliability of ultrasonography for the detection of fatty liver: a meta-analysis. Hepatology. 2011;54:1082-1090.
28. Targher G, Bertolini L, Padovani R, et al. Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease and its association with cardiovascular disease among type 2 diabetic patients. Diabetes Care. 2007;30:1212-1218.
29. Haring R, Wallaschofski H, Nauck M, Dorr M, Baumeister SE, Volzke H. Ultrasonographic hepatic steatosis increases prediction of mortality risk from elevated serum gamma-glutamyl transpeptidase levels. Hepatology. 2009;50:1403-1411.
30. Kosmalski M, Kasznicki J, Drzewoski J. Relationship between ultrasound features of nonalcoholic fatty liver disease and cardiometabolic risk factors in patients with newly diagnosed type 2 diabetes. Pol Arch Med Wewn. 2013;123:436-442.
31. Angulo P. Nonalcoholic fatty liver disease. NEJM. 2002;346:1221-1231.
32. Bedogni G, Kahn HS, Bellentani S, Tiribelli C. A simple index of lipid overaccumulation is a good marker of liver steatosis. BMC Gastroenterol. 2010;10:98.
33. Cheung CL, Lam KS, Wong IC, Cheung BM. Non-invasive score identifies ultrasonography diagnosed non-alcoholic fatty liver disease and predicts mortality in the USA. BMC Med. 2014;12:154.
34. Dixon JB, Bhathal PS, O'Brien PE. Nonalcoholic fatty liver disease: predictors of nonalcoholic steatohepatitis and liver fibrosis in the severely obese. Gastroenterology. 2001;121:91-100.

35. Harrison SA, Oliver D, Arnold HL, Gogia S, Neuschwander-Tetri BA. Development and validation of a simple NAFLD clinical scoring system for identifying patients without advanced disease. *Gut*. 2008;57:1441-1447.
36. Raszeja-Wyszomirska J, Szymanik B, Ławniczak M, et al. Validation of the BARD scoring system in Polish patients with nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD). *BMC Gastroenterol*. 2010;10:67.
37. Loaeza-del-Castillo A, Paz-Pineda F, Oviedo-Cardenas E, SanchezAvila F, Vargas-Vorackova F. AST to platelet ratio index (APRI) for the noninvasive evaluation of liver fibrosis. *Ann Hepatol*. 2008;7:350-357.
38. Vallet-Pichard A, Mallet V, Nalpas B, et al. FIB-4: an inexpensive and accurate marker of fibrosis in HCV infection. comparison with liver biopsy and fibrotest. *Hepatology*. 2007;46:32-36.
39. McPherson S, Stewart SF, Henderson E, Burt AD, Day CP. Simple non-invasive fibrosis scoring systems can reliably exclude advanced fibrosis in patients with non-alcoholic fatty liver disease. *Gut*. 2010;59:1265-1269.
40. Shah AG, Lydecker A, Murray K, Tetri BN, Contos MJ, Sanyal AJ. Nash Clinical Research Network. Comparison of noninvasive markers of fibrosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7:1104-1112.

ORIGINAL ARTICLE

Evaluation of Different Scores to Predict Nonalcoholic Fatty Liver Disease in patients with type 2 diabetes

A. Angelidi, A. Papazafiropoulou, K. Anagnostopoulou, E. Vagenas, E. Markakis, K. Petropoulou, A. Kamaratos, A. Melidonis

First Department of Internal Medicine and Diabetes Center, General Hospital "Tzaneio", Piraeus, Greece

ABSTRACT

Background and aims: Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is the commonest cause of abnormal liver function tests and liver disease in the western countries. NAFLD is usually asymptomatic. As a result some non-invasive diagnostic models have been proposed for the diagnosis and staging of NAFLD. The objective of this study was to evaluate whether some of the most common and easily assessed models can also be used to screen for the presence of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) in patients with type 2 diabetes (T2D) in clinical practice.

Materials and methods: The study population included 110 patients with T2D (28 men) [mean age ($\pm$ SD) 60.1 $\pm$ 9.5 years, HbA1c 6.4 $\pm$ 1.0%, body-mass index 28.6 $\pm$ 4.8 Kg/m², duration of diabetes 8.5 $\pm$ 4.0 years] attending the outpatient diabetic clinic of our hospital. Anthropometric, clinical, and laboratory data were analyzed during regular health checkups. NAFLD was diagnosed using ultrasound. NAFLD liver fat score, HAIR (Hypertension, ALT, Insulin Resistance), BARD, APRI (AST to Platelet Ratio Index), FIB-4 and LAP (Lipid Accumulation Product) scores were estimated. Discrimination capability was assessed based on the area under the receiver operating characteristic curve (AUC), sensitivity and specificity, positive (PPV) and negative (NPV) predictive values were calculated.

Results: NAFLD, using ultrasound, was diagnosed in 77 patients (70%). Receiver operating characteristic analysis showed that for the NAFLD liver fat score a cutoff of $\geq$ -1.44 had a sensitivity of 93%, a specificity of 72%, with an AUC of 0.95 and a PPV of 89% and a NPV of 82%. For the HAIR score a cutoff of $\geq$ 0.50 had a sensitivity of 62%, a specificity of 44%, with an AUC of 0.58 and a PPV of 72% and a NPV of 33%. For the BARD score a cutoff of $\geq$ 2.50 had a sensitivity of 51%, a specificity of 64%, with an AUC of 0.59 and a PPV of 77% and a NPV of 36%. For the APRI a cutoff of $\geq$ 0.23 had a sensitivity of 49%, a specificity of 64%, with an AUC of 0.55 and a PPV of 76% and a NPV of 35%. For the FIB-4 score a cutoff of $\geq$ 1.00 had a sensitivity of 53%, a specificity of 54%, with an AUC of 0.52 and a PPV of 73% and a NPV of 33%. For the LAP score a cutoff of $\geq$ 30.93 had a sensitivity of 94%, a specificity of 82%, with an AUC of 0.89 and a PPV of 92% and a NPV of 85%.

Conclusion: The results of the present study showed that NAFLD liver fat and LAP scores showed good sensitivity and specificity for the presence of NAFLD in patients with T2D. Both scores are two simple, accurate and non-invasive tools to predict NAFLD in patients with type 2 diabetes. On the contrary, HAIR, BARD, APRI and FIB-4 scores showed poor sensitivity and specificity.



Keywords: Diabetes Mellitus, Non-alcoholic fatty liver disease



Citation

A. Angelidi, A. Papazafiropoulou, K. Anagnostopoulou, E. Vagen, E. Markakis, K. Petropoulou, A. Kamaratos, A. Melidonis. Evaluation of Different Scores to Predict Nonalcoholic Fatty Liver Disease in patients with type 2 diabetes. Scientific Chronicles 2016; 21(1): 66-78

Συγγραφείας επικοινωνίας

Αγγελίδη Αγγελική, E-mail addresses: angieang9@gmail.com

Πλήρης τραυματική ρήξη οπισθίων μηριαίων: χειρουργική θεραπεία και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Θ. Β. Γρίβας, Β. Κεχαγιάς, Α. Ακριώτης, Χ. Νάσκας, Κ. Αθανασόπουλος, Σ. Μπίνος, Α. Φουντάς, Ε. Μπόγρης, Μ. Χανδρινός, Μ. Σκαλιώτης

Τμήμα Ορθοπαιδικής & Τραυματολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η παρουσίαση ασθενούς με τραυματισμό των οπισθίων μηριαίων μυών. Ο παρουσιαζόμενος ασθενής έχει ενδιαφέρον διότι: 1.παρομοιες κακώσεις είναι σοβαρές και παρά πολύ σπάνιες, 2.στα Γενικά Νοσοκομεία είναι σπάνια η προσκόμιση παρόμοιων περιστατικών τα οποία οδεύουν σε ειδικά κέντρα όπως γίνεται ιδίως στο εξωτερικό, 3.παρά το γεγονός ότι επιχειρείται συντηρητική θεραπεία, η χειρουργική φαίνεται ότι είναι πλέον αποτελεσματική και η διεύρυνση της εμπειρίας σε παρόμοια σπάνια περιστατικά είναι απαραίτητη, 4.η ποικιλία αυτών των κακώσεων (μερική η πλήρης ρήξη) καθιστούν την λήψη αποφάσεων ακόμη πιο δύσκολη, 5.τα δημοσιευμένα περιστατικά είναι περιορισμένα στην διεθνή βιβλιογραφία.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας ηλικίας 50 ετών προσήλθε στα επείγοντα ιατρεία του νοσοκομείου αιτιώμενος αδυναμία βάδισης και έντονο άλγος στην αριστερά γλουτιαία περιοχή μετά από απότομη πλήρη απαγωγή των σκελών του. Εμφάνιζε αιμωδίες στο αριστερό σκέλος αλλά όχι μυϊκή αδυναμία. Η κλινική και απεικονιστική εξέταση (MRI) έδειξαν ρήξη των οπισθίων μηριαίων (δικέφαλος μηριαίος και ημιτενοντώδης) στην έκφυσή τους στο ισχιακό κύρτωμα. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε χειρουργικά. Μετά από επιμήκη τομή του δέρματος, έγινε αναγνώριση και παρασκευή των στοιχείων, τοποθέτηση δύο αγκύρων στο ισχιακό κύρτωμα υπό την καθοδήγηση C-arm και συρραφή των τενοντίων κολοβωμάτων των μυών. Το ισχιακό νεύρο αναγνωρίστηκε με μικρή εικόνα αιματώματος – πιθανώς διετάθει κατά την κάκωση. Μετεγχειρητικά το γόνατο διατηρήθηκε σε κάμψη με την βοήθεια ειδικού κηδεμόνα για εξ εβδομάδες και συνεστήθη βάδιση με βακτηρίες μασχάλης. Κατόπιν συνεστήθη φυσικοθεραπεία. Η παρουσίαση του ασθενούς γίνεται μετά από την λήψη έγγραφης συγκατάθεσής του και την έγκριση της επιστημονικής επιτροπής του Νοσοκομείου. Μετεγχειρητικά η επούλωση του τραύματος ήταν ικανοποιητική, χωρίς επιπλοκές. Κατά την παρακολούθηση ο ασθενής αρχικώς παραπονιέτο για άλγος και αιμωδίες στο αριστερό σκέλος αιτιάσεις που υποχώρησαν στην τελευταία εξέταση. Η βάδιση του ασθενούς μετά ένα έτος και πέντε μήνες ήταν φυσιολογική.

Συζήτηση - συμπεράσματα: Στην συζήτηση αναλύονται τα ακόλουθα: ο μηχανισμός κάκωσης, η κλινική και απεικονιστική διερεύνηση, η απόφαση για συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία, η χειρουργική θεραπεία, οι προσπελάσεις, η τεχνική της συρραφής, το ισχιακό νεύρο και η φυσική αποκατάσταση.

Η συρραφή των οπισθίων μηριαίων αποτελεί θεραπευτική επιλογή ιδιαίτερα στα νέα άτομα. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι η χειρουργική επιφέρει ικανοποιητικότερα αποτελέσματα από την συντηρητική θεραπεία με η οποία δύναται να προκύψουν πτωχά αποτελέσματα και να απαιτηθεί τελικά χειρουργική

αντιμετώπιση. Η μετατραυματική νευρίτιδα του ισχιακού νεύρου συζητείται. Στις περιπτώσεις που η χειρουργική θεραπεία γίνεται μετά από μη ικανοποιητική συντηρητική θεραπεία απαιτείται νευρόλυση του ισχιακού νεύρου από συμφύσεις με όχι πάντα άριστα αποτελέσματα.



Λέξεις Ευρετηρίου: Τραυματική ρήξη, οπίσθιοι μηριαίοι μύες, χειρουργική θεραπεία.



Παραπομπή

Θ. Β. Γρίβας, Β. Κεχαγιάς, Α. Ακριώτης, Χ. Νάσκας, Κ. Αθανασόπουλος, Σ. Μπίνος, Α. Φουντάς, Ε. Μπόγρης, Μ. Χανδρινός, Μ. Σκαλιώτης. Πλήρης τραυματική ρήξη οπίσθιων μηριαίων: χειρουργική θεραπεία και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2016;21(1): 79-91

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ομάδα των οπίσθιων μηριαίων μυών αποτελείται από τον δικέφαλο μηριαίο (μακρά και βραχεία κεφαλή), τον ημιμεμβρανώδη και τον ημιτενοντώδη μυ, μύες που εκτείνονται - πλην της βραχεία κεφαλής του δικεφάλου - μεταξύ δύο αρθρώσεων δηλαδή του ισχίου και του γόνατος (Εικόνα 1).

Οι μύες αυτοί προσφύονται στο ισχιακό κύρτωμα, εκτός από τη βραχεία κεφαλή του δικεφάλου μηριαίου μυός, η οποία εκφύεται από την λευκή γραμμή (linea aspera) και την έξω μηριαία υπερκονδύλια γραμμή.

Η μακρά κεφαλή του δικεφάλου μηριαίου και ο ημιτενοντώδης και έχουν κοινή έκφυση (conjoint tendon) από την οπίσθια έσω πλευρά του ισχιακού κυρτώματος. Ο ημιμεμβρανώδης εκφύεται από ένα μακρό πλατύ τένοντα στην οπισθοπλάγια πλευρά του ισχιακού κυρτώματος εξωτερικά του κοινού τένοντα του δικεφάλου μηριαίου και του ημιτενοντώδους μυός, εικόνα 1.

Οι οπίσθιοι μηριαίοι μύες είναι ισχυρότατοι καμπήρες του γόνατος και βοηθούν στην έκταση του ισχίου. Είναι επίσης από τους λιγότερο διατεινόμενους-τεντωμένους- stretched- μύες του σώματος και ως εκ τούτου εύκολα τραυματίζονται κατά τη διάρκεια έκκεντρης μυϊκής συστολής.

Οι κακώσεις τύπου διαστρεμμάτων ή όπως κοινώς περιγράφονται «τραβήγματα» είναι συχνές σε αυτούς τους μύες συνήθως σε αθλητές στήβου, σε σκιέρ χιόνος και ύδατος και σε αθλητές του ροντέο, συνήθως δε θεραπεύονται συντηρητικά [1-3]. Η πλήρης ρήξη της εγγύς έκφυσής των είναι σπάνια κάκωση.

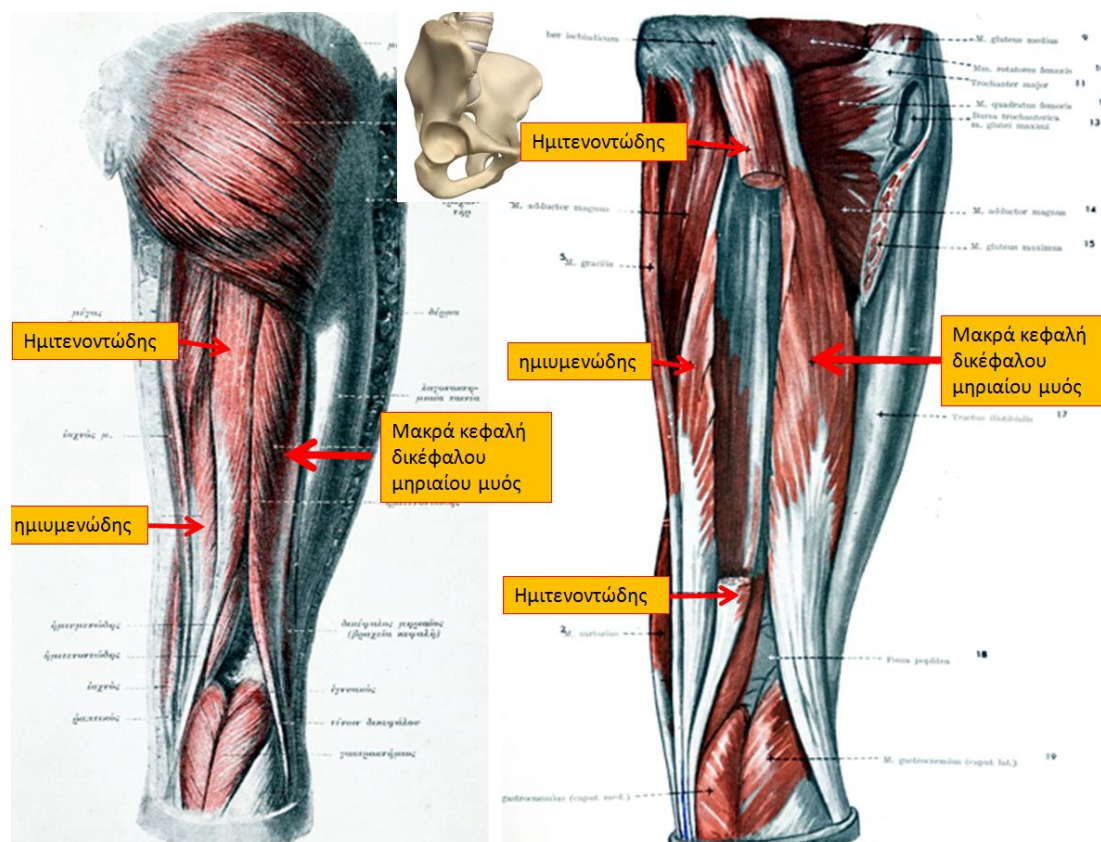
Παρά τη σοβαρότητα και τις δυνητικά καταστροφικές συνέπειες αυτής της κάκωσης, τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας μπορεί να είναι καλά [4-6].

Η σοβαρότητα του τραυματισμού συχνά παραβλέπεται στην οξεία φάση του τραυματισμού.

Επί του παρόντος δεν υπάρχει απόλυτη συμφωνία για τη βέλτιστη θεραπεία, η οποία ποικίλλει από συντηρητική αγωγή

χρησιμοποιώντας νάρθηκες με κάμψη στο γόνατο έως οξεία ή καθυστερημένη

χειρουργική αποκατάσταση [6].



Εικόνα 1. Οι οπίσθιοι μηριαίοι μύες, (τροποποιημένες εικόνες από Σκλαβούνο ΓΛ, Ανατομική του ανθρώπου, Τόμος πρώτος, Τύποις ΠΛ Σακελλαρίου, Εν Αθήναις 1915 και ι Kiss F, Szentagothai, Άτλας Ανατομικής του Ανθρώπινου Σώματος, Τόμος 1, Εκδόσεις Αθηνάς Ματραγκά, Αθήνα, 1972).

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άνδρας ηλικίας 50 ετών προσήλθε στα επείγοντα ιατρεία του νοσοκομείου αιτώμενος αδυναμία βάδισης και έντονο άλγος στην αριστερά γλουτιαία περιοχή μετά από απότομη πλήρη απαγωγή των σκελών του. Εμφάνιζε αιμωδίες στο αριστερό σκέλος αλλά όχι μυϊκή αδυναμία. Η κλινική και απεικονιστική εξέταση (MRI) έδειξαν ρήξη των οπισθίων μηριαίων μυών (μακρά κεφαλή

δικέφαλου μηριαίου και ημιτενοντώδους) στην έκφυσή τους στο ισχιακό κύρτωμα. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε χειρουργικά.

Η χειρουργική θεραπεία: Μια εβδομάδα μετά την εισαγωγή του ασθενούς στο Νοσοκομείο, και με χορήγηση γενικής αναισθησίας ο ασθενής τοποθετήθηκε πρηνής στο χειρουργικό κρεβάτι. Ήταν εμφανείς οι εκχυμώσεις συνέπεια του τραυματισμού (Εικόνα 2).

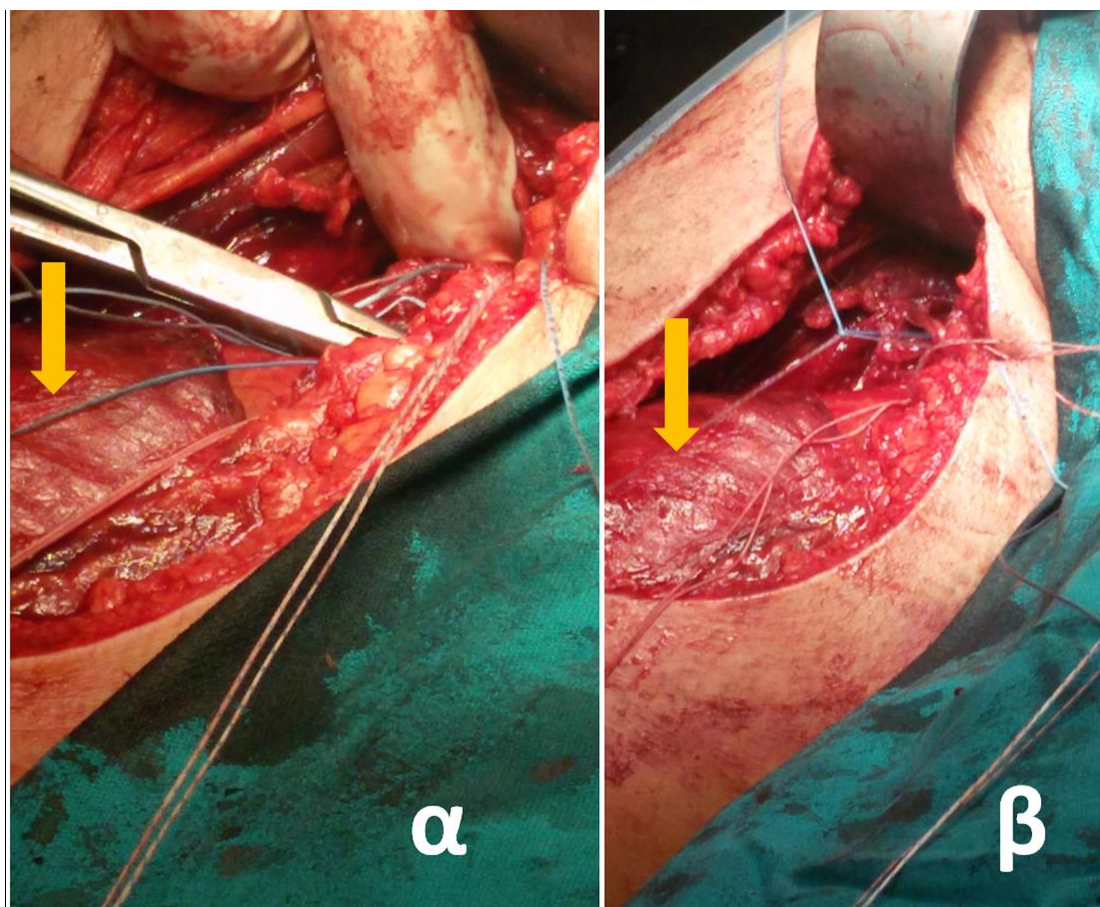


Εικόνα 2. α: οι εκχυμώσεις από τον τραυματισμό, β: ο σχεδιασμός της χειρουργικής τομής, γ: η ανεύρεση του κολοβώματος του κοινού τένοντα της μακράς κεφαλής του δικεφάλου και του ημιτενοντώδους μυός, μπλέ βέλος.

Μετά από επιμήκη τομή του δέρματος περίπου 15 εκατοστών, έγινε ανεύρεση του κολοβώματος του κοινού τένοντα της μακράς κεφαλής του δικεφάλου μηριαίου και του ημιτενοντώδους μυός. Στην συνέχεια τοποθετήθηκαν στο ισχιακό κύρτωμα υπό την καθοδήγηση μηχανήματος ακτινοσκόπησης (C-Arm) δύο δυνάμενες να βιδωθούν μεταλλικές «άγκυρες» με σπείραμα (Εικόνα 3), και έγινε συμπλησίαση στο σημείο έκφυσής των και συρραφή εκεί των τενοντίων κολοβωμάτων των μυών (Εικόνα 4). Το ισχιακό νεύρο αναγνωρίστηκε με ελαφρά εικόνα αιματώματος. Ως πιθανή αιτία θεωρήθηκε η διάτασή του κατά την διάρκεια της κάκωσης.



Εικόνα 3. με την βοήθεια του μηχανήματος ακτινοσκόπησης (C-Arm), α: ανεύρεση της κατάλληλης θέσης της έκφυσης του κοινού εκφυτικού τένοντα της μακράς κεφαλής του δικεφάλου μηριαίου και του ημιτενοντώδους μυός στο ισχιακό κύρτωμα, με την χρήση μιας μακράς ανατομικής λαβίδας, β: η τοποθέτηση της πρώτης άγκυρας και γ: η τοποθέτηση της δεύτερης άγκυρας.



Εικόνα 4. Συρραφή του ρηχθέντος κοινού εκφυτικού τένοντα με τα ισχυρά ράμματα των βιδωμένων στο ισχιακό κύρτωμα «αγκυρών»: φαίνεται η μακρά κεφαλή του δικεφάλου στην ανατομικής της θέση (βέλος).

Μετεγχειρητικά το γόνατο διατηρήθηκε σε κάμψη 90 μοιρών με την βοήθεια ειδικού κηδεμόνα για εξ εβδομάδες ενώ το ισχίο συνεστήθη να είναι σε ουδέτερη θέση ή σε μικρού βαθμού έκταση και συνεστήθη βάδιση με βακτηρίες μασχάλης. Έπειτα συνεστήθη φυσικοθεραπεία για αύξηση του εύρους κίνησης του γόνατος και ισχίου και μυϊκής ενδυνάμωσης του σκέλους. Η μερική φόρτιση επιτράπη όταν μετά τις εξ εβδομάδες αφαιρέθηκε ο κηδεμόνας και προοδευτικά συνεστήθη αύξηση της φόρτισης του σκέλους μέχρι πλήρους φόρτισης που επιτεύχθηκε τελικά στις 8 μετεγχειρητικές εβδομάδες.

Η παρουσίαση του ασθενούς γίνεται μετά από την λήψη έγγραφης συγκατάθεσης του ασθενούς και την έγκριση της επιστημονικής επιτροπής του Νοσοκομείου.

Αποτελέσματα

Μετεγχειρητικά η επούλωση του τραύματος ήταν ικανοποιητική, χωρίς επιπλοκές. Κατά την παρακολούθηση ο ασθενής αιτιάτο για άλγος και αιμωδίες στο σκέλος, αιτιάσεις που προϊόντος του χρόνου υποχώρησαν πλήρως. Η βάδιση του ασθενούς στο χρονικό διάστημα της παρακολούθησης

ενός έτους και 5 μηνών είναι πλέον φυσιολογική, παρουσιάζεται δε σε βίντεο.

Ο ασθενής είναι πολύ ικανοποιημένος και επανήλθε στις προηγούμενες δραστηριότητές του. Σημειώνεται ότι είναι γυμναστής και αγόρασε ακίνητο για να δημιουργήσει γυμναστήριο και να ασκήσει ξανά το επάγγελμα του γυμναστή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρουσίαση ασθενούς με τραυματισμό των οπίσθιων μηριαίων μυών γίνεται διότι συντρέχουν τα ακόλουθα ενδιαφέροντα:

1. Παρόμοιες κακώσεις είναι σοβαρές και παρά πολύ σπάνιες. Πράγματι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε πολύ λίγες αναφορές που περιγράφουν πλήρη ρήξη τένοντα και ανεπαρκείς πληροφορίες σχετικά με την βέλτιστη μέθοδος θεραπείας [6]. Σε δημοσιεύσεις η αναφορά σε τέσσερεις [6], ή σε έντεκα ασθενείς με παρόμοια κάκωση [5], είναι το σύννητες.

2. Στα Γενικά Νοσοκομεία είναι σπάνια η προσκόμιση παρόμοιων περιστατικών διότι οδεύουν σε ειδικά κέντρα όπως γίνεται ιδίως στο εξωτερικό. Πράγματι η μεγαλύτερη σειρά ασθενών που είναι δημοσιευμένη αφορά 47 ασθενείς, και μάλιστα σε όλους μόνο με μερική ρήξη και όχι πλήρη. Αφορά δε

δημοσίευση που προέρχεται από νοσοκομείο της Φιλανδίας όπου το σκι είναι ένα από τα εθνικά τους σπορ [7].

3. Παρά το γεγονός ότι επιχειρείται συντηρητική θεραπεία, η χειρουργική φαίνεται ότι είναι πλέον αποτελεσματική [5,6], και η διεύρυνση της εμπειρίας σε παρόμοια σπάνια περιστατικά είναι απαραίτητη,

4. Η ποικιλία αυτών των κακώσεων (μερική η πλήρης ρήξη) καθιστούν την λήψη αποφάσεων ακόμη πιο δύσκολη,

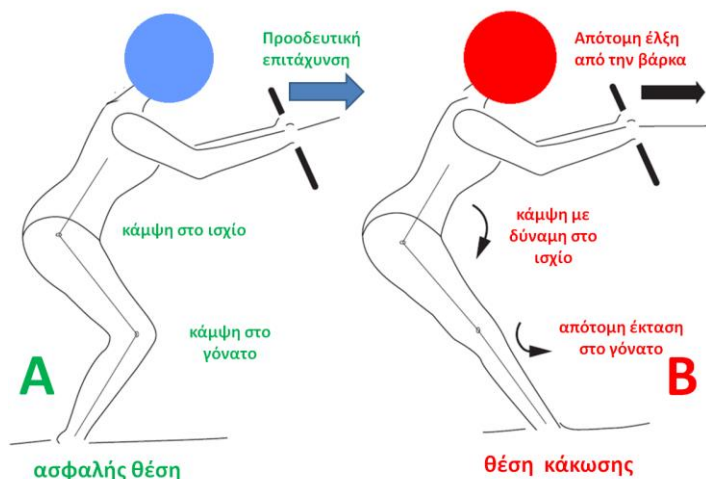
5. Τα δημοσιευμένα περιστατικά είναι περιορισμένα στην διεθνή βιβλιογραφία.

Ο μηχανισμός κάκωσης

Η κάκωση συμβαίνει όταν τα ισχία είναι σε κάμψη και τα γόνατα σε έκταση.

Σε θαλάσσιους σκιέρ: τα ισχία είναι σε κάμψη και τα γόνατα σε έκταση, προκαλώντας έκκεντρη σύσπαση στους οπίσθιους μηριαίους μύες όταν απότομα επέλθει έλξη από την βάρκα [6] (Εικόνα 5).

Σε αθλητές ροντέο: η έκκεντρη σύσπαση στους οπίσθιους μηριαίους μύες συμβαίνει όταν το πόδι του αναβάτη πιαστεί στο σκοινί και αυτός πετάγεται βίαια τριγύρω [6].



Εικόνα 5. Α. Ασφαλής θέση στο θαλάσσιο σκι. Ισχία και γόνατα είναι σε κάμψη, ενόσω έλκει μπροστά η βάρκα. Β. Η θέση αυτή προδιαθέτει σε κάκωση. Τα ισχία είναι σε κάμψη και τα γόνατα σε έκταση, προκαλώντας έκκεντρη σύσπαση στους οπίσθιους μηριαίους μύες όταν απότομα επέλθει έλξη από την βάρκα, (εικόνα τροποποιημένη από Chakravarthy et al 2015).

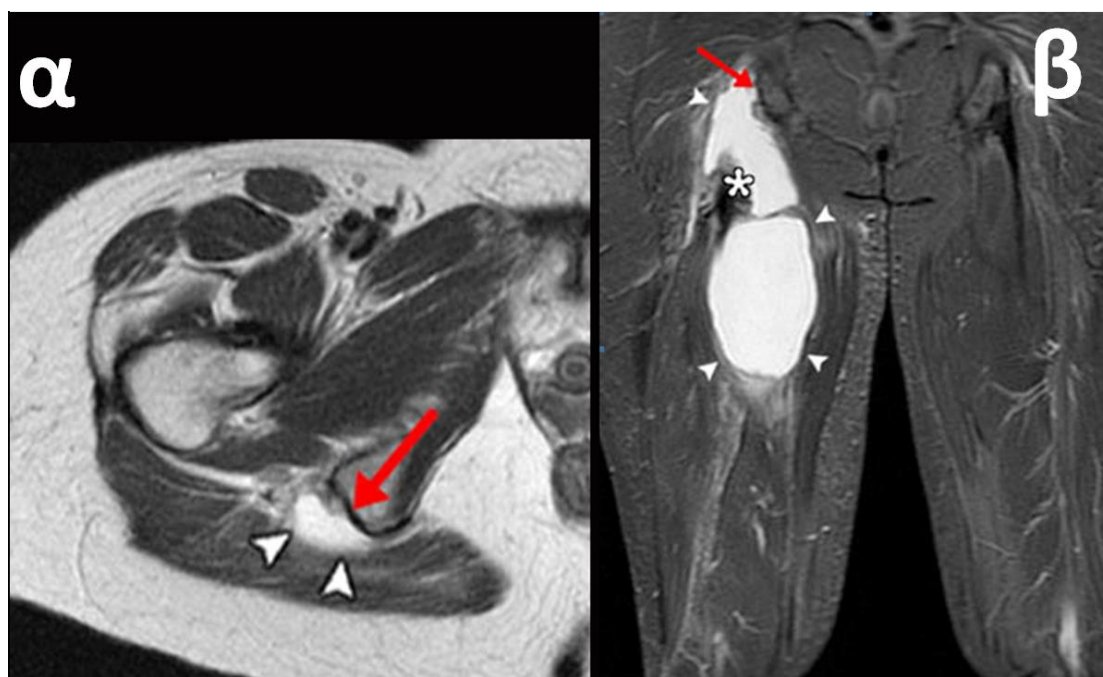
Η κλινική και απεικονιστική διερεύνηση

Η διάγνωση της ρήξης βασίζεται συνήθως στην κλινική υποψία. Επειδή οι μύες αυτοί εκτείνονται σε δύο αρθρώσεις, ρήξεις μπορεί να συμβούν σε διαφορετικά επίπεδα. Το ιστορικό αφορά κάκωση σε άτομο μετά από απότομη πλήρη κάμψη του ισχίου με έκταση στο γόνατο. Ο ασθενής αιτιάζεται απότομη έναρξη ισχυρού άλγους μετά τον τραυματισμό, πιθανή αδυναμία βάδισης, έντονο άλγος στην πάσχουσα γλουτιαία περιοχή. Ο ασθενής μπορεί να αναφέρει ότι άκουσε ένα χαρακτηριστικό ήχο που συνόδευε την κάκωση. Δυνατόν να εμφανίζει αιμωδίες στο πάσχον σκέλος ή και μυϊκή αδυναμία. Κατά την κλινική εξέταση εκλύεται έντονο άλγος με παθητική έκταση

του γόνατος και με το ισχίο σε κάμψη σε 90 μοίρες, όπως επίσης με αντίσταση στην κάμψη στο γόνατο.

Η κλινική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει σοβαρή εκχύμωση, ιδίως μετά κάποιο χρονικό διάστημα, (Εικόνα 2α), ή και απώλεια του ομαλού περιγράμματος της οπίσθιας επιφάνεια του μηρού λόγω έλξης της μυϊκής γαστέρας των οπισθίων μηριαίων μυών ουραία [8].

Η απεικονιστική διερεύνηση συνίσταται σε προσθοπίσθιο ακτινολογικό έλεγχο της πυέλου και έλεγχο της τραυματισμένης περιοχής με μαγνητική τομογραφία, MRI, για έλεγχο της μορφής και θέση της ρήξης, (πλήρης ή μερική), γεγονός που θα επηρεάσει την μορφή της θεραπείας [9-12] (Εικόνα 6).



Εικόνα 6. α: εικόνα εγκάρσιας ακολουθίας T2 βαρύτητας: εμφανίζεται κενό οπισθίως του ισχιακού κυρτώματος (κόκκινο βέλος) με απουσία της έκφυσης των οπισθίων μηριαίων τενόντων και παραπλεύρως σήμα υγρού (αιχμές βελών), β: εικόνα μετωπιαία ακολουθίας πυκνότητας πρωτονίων με καταστολή λίπους εμφανίζεται πλήρης απόσπαση των οπισθίων μηριαίων, (αστερίσκος) από το ισχιακό κύρτωμα (κόκκινο βέλος). Επίσης φαίνεται ένα μεγάλο αιμάτωμα (αιχμές βελών).

Η απόφαση για συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία

Οι θεραπευτικές επιλογές σε κακώσεις των οπισθίων μηριαίων εξαρτώνται από τη θέση και τη σοβαρότητα του τραυματισμού.

Η απόφαση για θεραπεία θα στηριχθεί στο ιστορικό της κάκωσης, στην κλινική εξέταση και την απεικονιστική διερεύνηση, ιδίως με MRI το οποίο θεωρείται απαραίτητο.

Παρά το γεγονός ότι έχουν αναφερθεί αποφυσιακά κατάγματα του ισχιακού κυρτώματος σε νέους αθλητές [13,14], η πλειοψηφία των κακώσεων αφορά διαστρέμματα ή μερικές ρήξεις στην μυοτενοντώδη συμβολή, και τα διαστρέμματα είναι πρώτου και δευτέρου βαθμού αντιμετωπιζόμενα συντηρητικά με καλά λειτουργικά αποτελέσματα.

Η απόσπαση τενόντων είναι ένδειξη για χειρουργική αποκατάσταση. Ελάχιστα μετατοπισμένα αποσπαστικά κατάγματα μπορούν να θεραπευτούν συντηρητικά επουλούμενα σε 6-12 εβδομάδες.

Η Χειρουργική θεραπεία

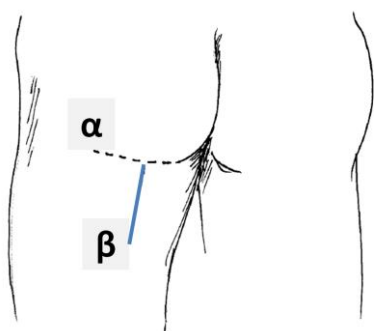
Η συρραφή των οπισθίων μηριαίων αποτελεί θεραπευτική επιλογή ιδιαίτερα στα νέα άτομα και τους αθλητές. Αναφέρεται ότι η χειρουργική επιφέρει ικανοποιητικότερα αποτελέσματα από την συντηρητική θεραπεία με την οποία δύναται να προκύψουν πτωχά αποτελέσματα και να απαιτηθεί τελικά χειρουργική αντιμετώπιση [6,7].

Οι προσπελάσεις για συρραφή πλήρους ρήξης των εγγύς τενόντων των οπισθίων μηριαίων

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

μυών μπορεί να είναι μία εγκάρσια τομή στην γλουτιαία πτυχή ή μια κάθετη τομή επί της

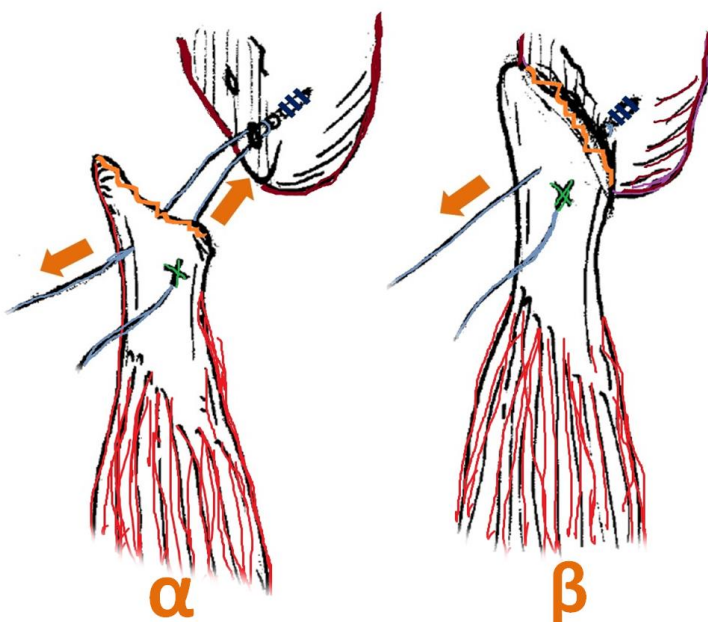
οπισθίας επιφανείας του μηρού (Εικόνα 7).



Εικόνα 7. Προσπελάσεις για συρραφή πλήρους ρήξης των εγκύς τενόντων των οπισθίων μηριαίων μυών, α. εγκάρσια β. κάθετη τομή, (εικόνα τροποποιημένη από Klingele et al 2002).

Η τεχνική της συρραφής

Το ράμμα που φέρει η άγκυρα, στο άκρο της, δεν είναι στερεωμένο και οι δύο «ουρές» του είναι δυνατό να σύρονται, εικόνα 8. Όταν η άγκυρα βιδωθεί στο ισχιακό κύρτωμα, η μία «ουρά» στερεώνεται στο κολόβωμα (βλέπε πράσινο χ της Εικόνας 8α) και η άλλη έλκεται έτσι ώστε να το πλησιάζει στο κύρτωμα, εικόνα 8β. Όταν δε το κολόβωμα έρθει σε επαφή με το οστό τότε δένεται ο κόμβος.



Εικόνα 8. Η τεχνική της συρραφής του κολοβώματος των οπισθίων μηριαίων μυών, (εικόνα τροποποιημένη από Klingele and Sallay 2002).

Το ισχιακό νεύρο

Η μετατραυματική νευρίτιδα του ισχιακού νεύρου δεν είναι σπάνια σε αυτές τις κακώσεις. Στις περιπτώσεις που η χειρουργική θεραπεία γίνεται μετά από μη ικανοποιητική συντηρητική θεραπεία απαιτείται νευρόλυση του ισχιακού νεύρου από συμφύσεις με όχι πάντα άριστα αποτελέσματα.

Η φυσική αποκατάσταση

Εστιασμένη προληπτική προσαρμογή, «ζέσταμα», και ενίσχυση είναι σημαντική για την πρόληψη τόσο των αρχικών τραυματισμών αρχικά όσο και για την υποτροπή τους.

Κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης, παράγοντες που πιστεύεται ότι συμβάλουν στον τραυματισμό των μυών αυτών πρέπει να αντιμετωπιστούν, συμπεριλαμβανομένης της μειωμένης ευκαμψίας, της ανισορροπία μεταξύ τετρακέφαλου-οπισθίων μηριαίων, όπως επίσης λάθος «τρόπος» στο τρέξιμο στους δρομείς.

Σχετικά με τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας μετά από μέσο όρο 36 μήνες παρακολούθησης οι Lempainen et al 2006 αναφέρουν 69% άριστα αποτελέσματα, 19% καλά, μέτρια σε 8% και πτωχά σε 4%, [6].

Οι Klingele και Sallay, 2002 αναφέρουν σε 11 χειρουργημένους ασθενείς με πλήρη ρήξη, οι 10 από τους 11 ήσαν ευχαριστημένοι με το αποτέλεσμα και

7 από τους 9 αθλητικά ενεργείς ασθενείς ήταν ικανοί να επιστρέψουν στο σπορ τους, κατά μέσο όρο 6 μήνες (εύρος 3 με 10) μετά το χειρουργείο. Συμπέραναν δε ότι μπορούν να επιτευχθούν ικανοποιητικά αποτελέσματα τόσο σε πρόωμη όσο και σε όψιμη συρραφή των τενόντων των οπισθίων μηριαίων, στην πλειονότητα των χειρουργικών περιπτώσεων, [5].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά η πλήρης ρήξη της έκφυσης των οπισθίων μηριαίων είναι μία δυνητικά καταστροφική κάκωση σε κυρίως σε αθλητές και έχει επιπτώσεις που επηρεάζουν τις δραστηριότητές των στην καθημερινή ζωή, καθώς και την δυνατότητα να λειτουργήσουν ως αθλητές μετά την κάκωση. Η χειρουργική αποκατάσταση αποκαθιστά την ανατομία, επιτρέπει την έγκαιρη λειτουργική αποκατάσταση και αποτρέπει τη δυνατότητα εμφάνισης σοβαρής νευρολογικής συνδρομής λόγω πιθανής συνοδούς κάκωσης του ισχιακού νεύρου [6].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kujala UM, Orava S, Järvinen M. Hamstring injuries. Current trends in treatment and prevention. Sports Med 1997;23:397-404.
2. Agre JC. Hamstring injuries. Proposed aetiological factors, prevention, and treatment. Sports Med 1985;2:21-33.

3. Järvinen TAH, Järvinen TLN, Kääriäinen M, et al. Muscle injuries: biology and treatment. *Am J Sports Med* 2005;33:745-64.
4. Brucker PU, Imhoff AB. Functional assessment after acute and chronic complete ruptures of the proximal hamstring tendons. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2005;13:411-18.
5. Klingele KE, Sallay PI. Surgical repair of complete proximal hamstring tendon rupture. *Am J Sports Med* 2002;30:742-7.
6. Chakravarthy J, Ramisetty N, Pimpalnerkar A, N Mohtadi. Surgical repair of complete proximal hamstring tendon ruptures in water skiers and bull riders: a report of four cases and review of the literature. *Br J Sports Med* 2005; 39:569-572
7. Lempainen L, Sarimo J, Heikkilä J, Mattila K, Orava S: Surgical treatment of partial tears of the proximal origin of the hamstring muscles. *Br J Sports Med* 2006;40:688-691
8. Sallay PI, Friedman RL, Coogan PG, et al: Hamstring muscle injuries among water skiers. Functional outcome and prevention. *Am J Sports Med*, 1996, 24: 130-136
9. Bencardino JT and Mellado JM. Hamstring Injuries of the Hip In: *Magnetic Resonance Imaging Clinics of North America*. Rosenberg ZS ed. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 2005, 13:677-690
10. De Smet AA, Best TM. MR imaging of the distribution and location of acute hamstring injuries in athletes. *AJR* 2000;174:393-399
11. Slavotinek JP, Verral GM, Fon GT. Hamstring injury in athletes: using MR imaging measurements to compare extent of muscle injury with amount of time lost from competition. *AJR* 2002;179:1621-1628
12. Connell DA, Schneider-Kolsky ME, Hoving JL, et al. Longitudinal study comparing sonographic and MRI assessments of acute and healing hamstring injuries. *AJR* 2004;183:975-984.
13. Gill DR, Clark WB: Avulsion of the ischial apophysis. *Austr N Z J Surg* 1996, 66:564-565
14. Wootton JR, Cross MJ, Holt KW: Avulsion of the ischial apophysis. The case for open reduction and internal fixation. *J Bone Joint Surg* 1990, 72B:625-627

Complete traumatic rupture of the hamstrings: surgical treatment and literature review

T. B. Grivas, V. Kechagias, A. Akriotis, C. Naskas, K. Athanasopoulos, S. Binos, A. Fountas, E. Bogris, M. Chandrinou, M. Skaliotis

Orthopaedics and Traumatology Department, "Tzaneion" General Hospital, Piraeus, Greece

ABSTRACT

Aim: A patient suffering complete hamstring muscles rupture of his left leg is presented. The case of the reported patient is interesting because: 1. similar injuries are severe and very rare, 2. Similar cases are rarely admitted in a general hospital but are usually directed in special sport injuries centers, 3. even though conservative therapy is attempted, surgery appears to be more effective, yet the increase of experience in diagnosing and treating such rare cases is required, 4. the variety of these injuries (partial or complete tears) makes the decision even more difficult, 5. The published cases of complete hamstring muscle ruptures are limited in the peer-review literature.

Material and Methods: Male aged 50 years was admitted to the emergency department of the hospital complaining of difficulty in gait and of intense pain in the left gluteal region after sudden full abduction of his legs. He had numbness in the left leg but not muscular weakness. The clinical and imaging (MRI) investigation showed rupture of the hamstring (long head of biceps femoris and semitendinosus) in its origin to the ischial tuberosity. The patient was treated surgically. After a longitudinal incision to the posterior thigh skin, the complete ruptured tendons stump was recognized, and using two anchors, this was reattached at the ischial tuberosity. The use of a C-arm facilitated the correct placement of the anchors.

The sciatic nerve was identified having a small hematoma – most possibly it was stretched due to the injury. Postoperatively the knee was kept in flexion with the aid of a special knee flexion brace for six weeks and the patient was walking using two crutches. After this, he started a physiotherapy program. This report was IRB approved and a written consent obtained from the patient.

Results: Postoperatively the wound healing was satisfactory, without complications. During the follow up the patient was initially complaining of pain and numbness in his left leg, but these complaints were finally completely subsided. The patient's gait after one year and five months was normal.

Discussion – conclusions: the following themes are discussed: 1. the injury mechanism, 2. the clinical and imaging investigations, 3. the decision for conservative or surgical treatment, 4. the surgical treatment, 5. the surgical incisions, 6. the suturing technique, 7. the sciatic nerve and 8. the rehabilitation.

Surgical repair of the complete hamstring tear is a treatment option especially for young persons.

The peer-review literature indicates that surgical treatment induces better results than the conservative therapy which may result in poor outcomes and eventually surgery will be required.

Traumatic neuritis of sciatic nerve is also discussed. In cases where surgery is done after an unsatisfactory conservative treatment, an adhesion neurolysis of the sciatic nerve is required with not always excellent results.



Keywords: Traumatic rupture, hamstrings, surgical treatment



Citation

T. B. Grivas, V. Kechagias, A. Akriotis, C. Naskas, K. Athanasopoulos, S. Binos, A. Fountas, E. Bogris, M. Chandrinou, M. Skaliotis. Complete traumatic rupture of the hamstrings: surgical treatment and literature review. Scientific Chronicles 2016; 21(1): 79-91

Συγγραφέας επικοινωνίας

Θεόδωρος Γρίβας, E-mail addresses: tgri69@otenet.gr

Αντιμετώπιση ενός απροσπέλαστου στενώματος ουρήθρας με χρήση αγγειογραφικών τεχνικών

Σ. Τζαμαρίας ¹, Ι. Μοσχούρης ², Κ. Σταματίου ¹

¹ Ουρολογική Κλινική και ² Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, ΓΝ Πειραιά "Τζάνειο"

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα στενώματα ουρήθρας προκαλούν απόφραξη ή μειωμένη ροή των ούρων η οποία μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές. Η απλή οπτική εσωτερική ουρηθροτομή είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος. Αν και είναι απλή, απαιτεί δεξιότητες και εξοπλισμό και μπορεί να παρουσιάσει τεχνικές δυσκολίες. Στο παρόν άρθρο παρουσιάζουμε την αντιμετώπιση ενός απροσπέλαστου στενώματος ουρήθρας με χρήση αγγειογραφικών τεχνικών.



Λέξεις Ευρετηρίου: στενώματα ουρήθρας, ουρηθροτομή, αγγειογραφικές τεχνικές.



Παραπομπή

Σ. Τζαμαρίας, Ι. Μοσχούρης, Κ. Σταματίου. Αντιμετώπιση ενός απροσπέλαστου στενώματος ουρήθρας με χρήση αγγειογραφικών τεχνικών. *Επιστημονικά Χρονικά* 2016;21(1): 92-96

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα στενώματα ουρήθρας προκαλούν απόφραξη ή μειωμένη ροή των ούρων η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά από εκδηλώσεις που κυμαίνονται από ήπια δυσφορία έως επίσχεση ούρων που μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια με σοβαρές επιπλοκές, όπως ουρολοιμώξεις και νεφρική ανεπάρκεια. Τα αίτια των στενωμάτων ποικίλουν και περιλαμβάνουν τραύμα της ουρήθρας,

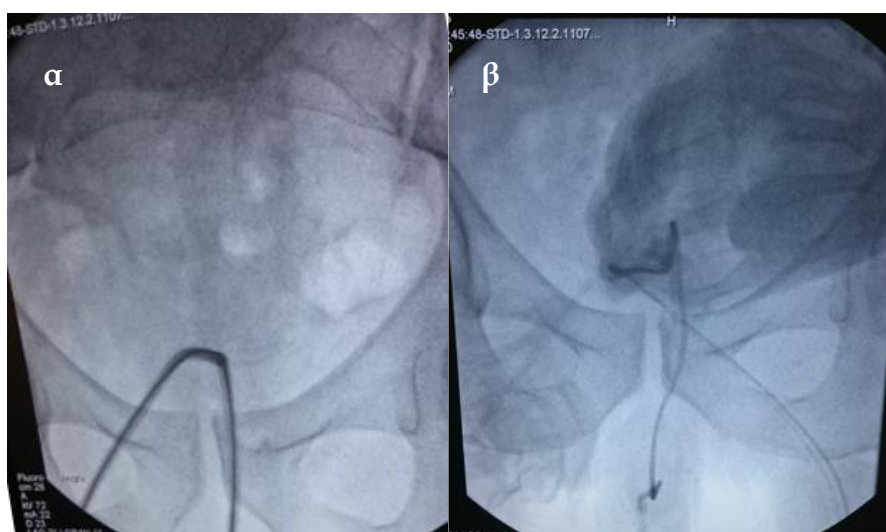
χρόνιες φλεγμονές και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που είναι και η πιο συχνή αιτία. Η θεραπεία της στενωμάτωσης ουρήθρας είναι συχνά δύσκολη τόσο για τεχνικούς λόγους που σχετίζονται με το χειρουργείο όσο και γιατί αυτά χαρακτηρίζονται από υψηλά ποσοστά υποτροπής. Επί του παρόντος, τρεις διαφορετικές επεμβάσεις χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία τους: διαστολές, εσωτερική ουρηθροτομία υπό όραση και ανοιχτή

ουρηθροπλαστική¹. Η επιλογή θεραπείας εξαρτάται από τον τύπο, το μήκος και αιτιολογία των στένωσης. Ωστόσο, η τελική απόφαση επηρεάζεται από την απλότητα της μεθόδου, τις προτιμήσεις του ασθενούς, καθώς και τον διαθέσιμο εξοπλισμό. Η απλή οπτική εσωτερική ουρηθροτομή είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος. Αν και είναι απλή, απαιτεί δεξιότητες και εξοπλισμό και μπορεί να παρουσιάσει τεχνικές δυσκολίες ειδικά όταν αντιμετωπίζονται μεταφλεγμονώδεις στενώσεις, όταν υπάρχει σοβαρή διεγχειρητική αιμορραγία καθώς και όταν τα στενώματα είναι επίμονα, μεγάλα και η βατότητα του αυλού είναι ελάχιστη.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ένας 65χρονος ασθενής προσήλθε στο τμήμα μας με σοβαρή δυσχέρεια ούρησης. Από το ιστορικό ανέφερε εσωτερική ουρηθροτομία λόγω διαγνωσθέντος στενώματος της οπίσθιας ουρήθρας προ 8μήνου. Αν και δεν είναι γνωστή η έναρξη της πάθησης πιθανολογείται ότι το [πρόβλημα ξεκίνησε προ 3ετίας μετά από διεγχειρητικό καθετηριασμό ουρήθρας λόγω

χολοκυστεκτομής. Κατά την διενέργεια της ουρηθροσκοπησης διαπιστώθηκε απόλυτο κώλυμα στην οπίσθια ουρήθρα λίγα εκατοστά πριν το σπερματικό λοφίδιο. Έγινε απόπειρα διενέργειας εσωτερικής ουρηθροτομίας χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα. Τοποθετήθηκε υπερηβικός καθετήρας και ο ασθενής προγραμματίστηκε για ορθόδρομη (υπερηβική) τοποθέτηση οδηγού σύρματος προς διευκόλυνση της εσωτερικής ουρηθροτομίας σε δεύτερο χρόνο. Μέσω της υπερηβικής κυστεοστομίας η ουροδόχος κύστη γέμισε με 300 ml αραιωμένου ιωδιούχου σκιαγραφικού μέσου (διάλυμα: 1/3). Ένα απλό αγγειογραφικό σύρμα εισήχθη στην ουροδόχο κύστη μέσω του υπερηβικού καθετήρα (εικόνα 1α). Ο τελευταίος απομακρύνθηκε και ανταλλάχθηκε με ένα βραχύ (11 εκατοστά) αγγειογραφικό θηκάρι 5-fr. Το αγγειογραφικό σύρμα στη συνέχεια αποσύρθηκε και στη θέση του τοποθετήθηκε ένας αγγειογραφικός καθετήρας τύπου cobra με ένα υδρόφιλο οδηγό σύρμα, J-tip. Υπό ακτινοσκοπηση ο καθετήρας με το οδηγό σύρμα οδηγήθηκε προς την κατεύθυνση του εγγύς στομίου της ουρήθρας και στη συνέχεια στην ουρήθρα έως το έξω στόμιο (εικόνα 1β).



Εικόνα 1. α) Εισαγωγή αγγειογραφικού οδηγού σύρματος εντός της ουροδόχου κύστεως, δια του υπερηβικού καθετήρα. β) Καθετηριασμός του στενώματος της ουρήθρας με τη βοήθεια του υδρόφιλου σύρματος και αγγειογραφικού καθετήρα.



Εικόνα 2. Κλινική φωτογραφία αμέσως μετά την διέλευση του αγγειογραφικού καθετήρα δια του στενώματος και την έξοδό του από το έξω στόμιο της ουρήθρας.

Ο καθετήρας αγγειογραφίας στη συνέχεια προωθείται κατά μήκος της στένωσης πάνω από το οδηγό σύρμα. Ο καθετήρας και το σύρμα περνούν μέσα από τον υπερηβικό καθετήρα και τον ουροσυλλέκτη (εικόνα 2). Ο ασθενής στη συνέχεια μεταφέρθηκε στο χειρουργείο και τοποθετήθηκε σε θέση λιθοτομίας υπό ραχιαία αναισθησία. Το οδηγό σύρμα τοποθετήθηκε μέσω του καναλιού εργασίας του ουρηθροτομού. Διατηρώντας τον καθετήρα αγγειογραφίας τεντωμένο, το όργανο εισήχθη στην ουρήθρα και οδηγήθηκε προς την στένωση. Η στένωση αποκόπηκε στη 6η ώρα κατά μήκος της στενωμένης ουρήθρας (εικόνες 3α και 3β). Μετά την ολοκλήρωση της εσωτερικής τομής το σύρμα και ο αγγειογραφικός καθετήρας αποσύρθηκαν και ένας καθετήρας Foley εισήχθη στην ουροδόχο κύστη. Ο καθετήρας αφαιρέθηκε την 10η μετεγχειρητική ημέρα.



Εικόνα 3. α,β) Ουρηθροσκοπικές εικόνες κατά τη διάρκεια της διάνοιξης του στενώματος, με οδηγό τον αγγειογραφικό καθετήρα.

ΣΧΟΛΙΟ

Η εσωτερική ουρηθροτομή έχει τα πλεονεκτήματα της ευκολίας, της απλότητας, της ταχύτητας και της σύντομης ανάρρωσης. Ωστόσο, τα ποσοστά επιτυχίας δεν είναι

υψηλά και μάλιστα τα βραχυπρόθεσμα (3-6 μήνες) ποσοστά επιτυχίας είναι 70 έως 80%. Μολαταύτα το ποσοστό αυτό δεν επιδεινώνεται στο βάθος του χρόνου και μετά από πέντε έτη το ποσοστό υποτροπής είναι μεταξύ 74 και 86%. Αν και διαφορετικές μελέτες έχουν προτείνει διαφορετικές αιτίες ως υπεύθυνες για την κακή απόκριση της εσωτερικής ουρηθροτομίας, τεχνικοί και ανατομικοί παράγοντες, όπως η μειωμένη ορατότητα κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, το μήκος στένωσης, η εξαιρετικά στενή ή ελικοειδής ουρήθρα είναι οι κύριοι λόγοι που προδιαθέτουν στην αποτυχία. Η ανάδρομη ενστάλαξη του κυανού του μεθυλενίου μέσα από τον

υπερηβικό καθετήρα και η ετερόδρομη προώθηση ουρητηρικού καθετήρα χρησιμοποιούνται συνήθως προκειμένου να απεικονιστεί το στόμιο της ουρήθρας και να καθοδηγήσει τον ουρηθροτόμο σε περιπτώσεις που υπάρχουν οι παραπάνω παράγοντες. Ωστόσο η βοήθεια είναι περιορισμένη. Σε αντίθεση, η ορθόδρομη τοποθέτηση του καθετήρα αγγειογραφίας είναι ασφαλής και αποδοτική μέθοδος ενώ μειώνει δραματικά τον χειρουργικό χρόνο. Συμπερασματικά, η περιγραφείσα τεχνική μπορεί να βοηθήσει τόσο στο έδαφος τεχνικών όσο και ανατομικών παραγόντων που καθιστούν δύσκολη την οπτική εσωτερική ουρηθροτομία

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Tritschler S, Roosen A, Fullhase C, et al., Urethral stricture: etiology, investigation and treatments. *Deutsches Arzteblatt International*, 2013;110(13):220-226.
2. Tinaut-Ranera J, Arrabal-Polo MA, Merino-Salas S, et al. Outcome of urethral strictures treated by endoscopic urethrotomy and urethroplasty. *Can Urol Assoc J*. 2014; 8(1-2): E16-E19.
3. Stamatiou K, Papadatou P, Moschouris H, et al. A Simple Technique to Facilitate Treatment of Urethral Strictures with Optical Internal Urethrotomy. *Case Reports in Urology* 2014, ID 137605.
4. Zehri AA, M.H. Ather, Afshan Q. Predictors of recurrence of urethral stricture disease following optical urethrotomy. *Int Jour Surg* 2009;7(4):361-364.

Treatment of an inaccessible urethral stricture with utilization of angiographic techniques

S. Tzamarias ¹, H. Moschouris ², K. Stamatiou ¹

¹ Department of Urology and ² Department of Interventional Radiology, General Hospital "Tzaneio", Piraeus, Greece

ABSTRACT

Urethral strictures can cause blockage or reduced flow of urine which may lead to serious complications. The simple visual internal urethrotomy is the most common method. Although it is simple, it requires skills and equipment and can present technical difficulties. In this article we present the treatment of an inaccessible urethral stricture using angiographic techniques.



Keywords: urethral strictures, urethrotomy, angiographic techniques



Citation

S. Tzamarias, H. Moschouris, K. Stamatiou. Treatment of an inaccessible urethral stricture with utilization of angiographic techniques. Scientific Chronicles 2016; 21(1): 92-96

Συγγραφέας επικοινωνίας

Κωνσταντίνος Σταματιού, E-mail addresses: stamatiouk@gmail.com

Undifferentiated carcinoma of the sinonasal cavity: A diligent diagnosis

D. Myoteri ¹, D. Dellaportas ², A. Tsavari ¹, L. Tsagkaroulaki ³, H. Moschouris ⁴, A. Kamperos ³, A. Zizi-Sermpetzoglou ¹

¹ Department of Pathology, General Hospital «Tzaneio», Piraeus, Greece, ² Second Department of Surgery, Aretaieion University Hospital, Athens, Greece, ³ ENT Department, General Hospital «Tzaneio», Piraeus, Greece, ⁴ Department of Radiology, General Hospital «Tzaneio», Piraeus, Greece

ABSTRACT

Introduction: Sinonasal undifferentiated carcinoma is a scarce, highly aggressive however clinicopathologically distinctive tumor, which usually affects the superior nasal cavity or the paranasal sinuses.

Case presentation: A 54-year-old man with left nasal obstruction and intermittent epistaxis was found on anterior rhinoscopy confirmed by nasal endoscopic examination with a reddish/grey friable tumor occupying the lower two thirds of the aforementioned nasal cavity. Imaging modalities showed localized disease and he underwent a successful intranasal resection of the tumor. Histopathology with the aid of immunohistochemistry finally set the diagnosis of sinonasal undifferentiated carcinoma.

Discussion: The lesion's aetiology remains unknown. Nasal obstruction, epistaxis, proptosis, visual disturbances, facial pain as well as symptoms of cranial nerve involvement are the usually reported patient's complains. Early symptoms are vague and non-specific, leading to delay in seeking and obtaining treatment. Histopathological diagnosis poses a challenge and differential diagnosis is wide, and despite multimodality treatment approach, prognosis remains dismal.

Keywords: sinonasal; undifferentiated carcinoma; malignancy; epistaxis



Citation

D. Myoteri, D. Dellaportas, A. Tsavari, L. Tsagkaroulaki, H. Moschouris, A. Kamperos, A. Zizi-Sermpetzoglou. Undifferentiated carcinoma of the sinonasal cavity: A diligent diagnosis. *Scientific Chronicles* 2016; 21(1): 97-103

Corresponding Author

Despoina Myoteri, E-mail addresses: dmyoteri@gmail.com

INTRODUCTION

It is well known that the sinonasal tract gives rise to a number of different histopathological types of neoplasms. Sinonasal undifferentiated carcinoma (SNUC) is a scarce, highly aggressive however clinicopathologically distinctive tumour, which usually affects the superior nasal cavity or the paranasal sinuses [1, 2].

Although there is uncertainty about the histogenesis of this tumour, the prevailing theory is that this neoplasm is best described as a large cell neuroendocrine carcinoma [3]. The distinction of SNUC from other sinonasal neoplasms is of paramount importance because of its aggressive behaviour, poor prognosis with commonly a dismal outcome. Immunohistochemistry is of high value and has improved our diagnostic accuracy, which is most likely the reason for the recent increase in the incidence of SNUCs reported in the literature [4].

The aim of this study is to present a case of SNUC treated to our hospital and to briefly discuss the current concepts of histopathological diagnosis of this rare entity.

CASE PRESENTATION

A 54-year-old white male patient presented to the ENT outpatient clinic of our hospital for evaluation of left nasal obstruction sensation noticed initially about a year ago. He also complained of intermittent nasal bleeding for the last 4 months. He was working as a taxi driver, also was a heavy smoker of 70pack/years and drank 42 units

of alcohol per week. His past medical and surgical history were insignificant.

On anterior rhinoscopy, a grey/white mass covered with slough was revealed, encompassing most of the left nasal cavity. Nasal endoscopic examination followed and showed a reddish/grey friable tumour occupying the lower two thirds of the aforementioned nasal cavity. Mass was bleeding easily on light touch and was also painful. On the contrary, nasopharynx was found bilaterally normal. Moreover, ophthalmologic tests and physical examination were normal and metastatic workup was negative. Computed tomography (CT) of the head and sinuses revealed an expansile lesion, occupying the lower two thirds of the left nasal cavity, causing contralateral deviation and thinning of the nasal septum as well as of the floor of the left nasal cavity, with no evidence of intracranial involvement (Figure 1). Surgical excision was decided and the patient underwent an uneventful endoscopic intranasal resection of the tumour.

Histopathological examination revealed a poorly differentiated tumour composed of medium to large, round to ovoid cells arranged in sheets and cords, associated with foci of necrosis and random comedo-like pattern (Figure 2). Moreover there was prominent nuclear pleomorphism, with areas where the nuclear morphology was indistinct with an irregular outline. A great number of atypical mitoses were observed (Figure 3). There was no evidence of squamous or glandular differentiation and no Homer-Wright rosettes or a fibrillary matrix was evident. Dense lymphoid infiltrates were absent.

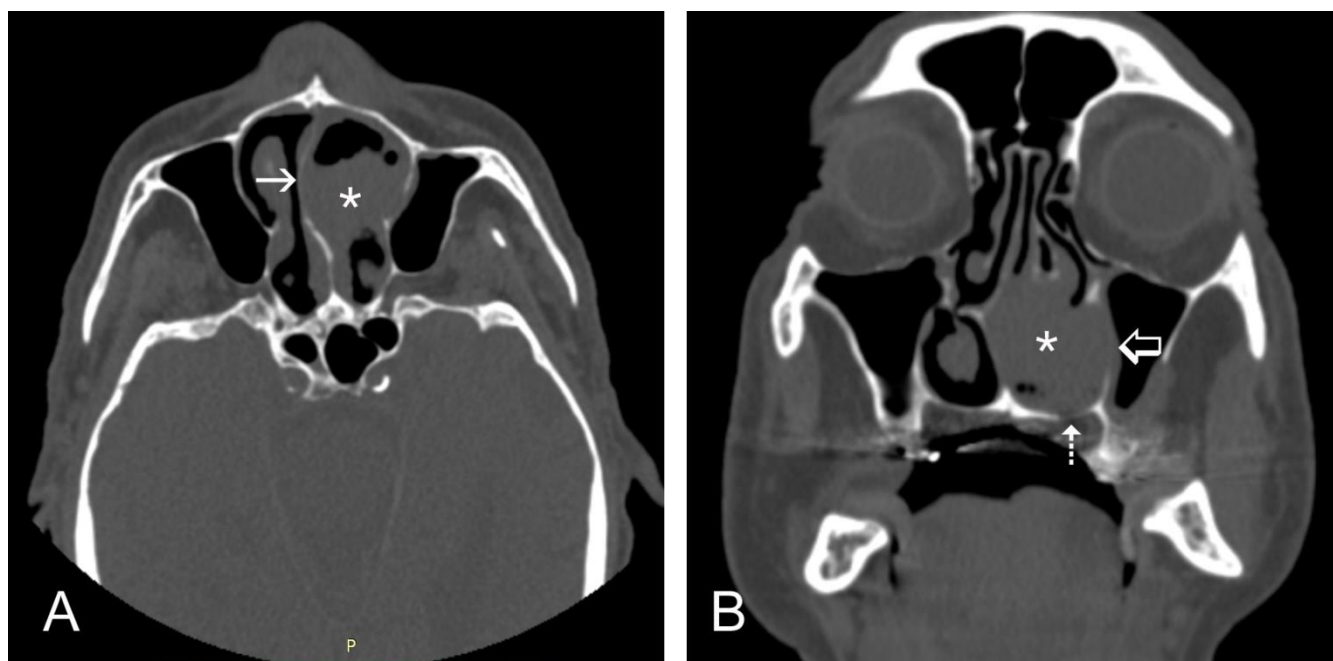


Figure 1: CT imaging of the tumor. Axial (A) and coronal (B) CT images (bone algorithm) show a soft tissue mass (asterisks), occupying the two lower thirds of the left nasal cavity. The lesion causes deviation and thinning of the nasal septum (arrow) and thinning of the floor of the left nasal cavity (dotted arrow). There is incipient extension into the left maxillary antrum (open arrow)

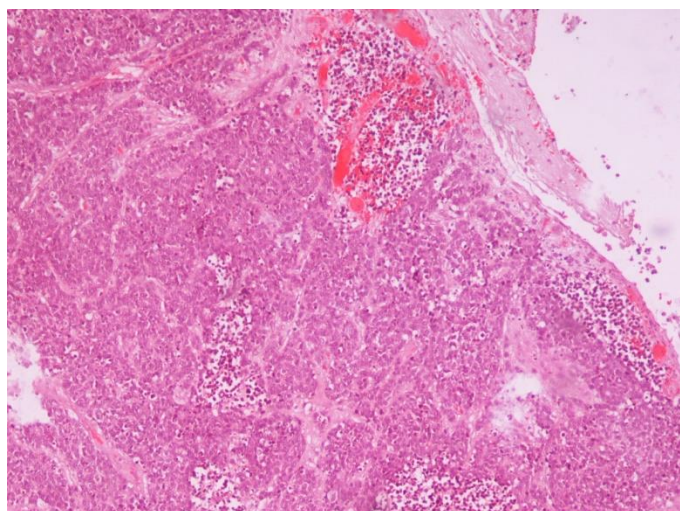


Figure 2: Solid nests of neoplastic cells, intermingled with aggregates of neutrophils (H-E x 40)

Immunohistochemistry revealed strong positivity for the epithelial markers AE1/AE3, Cam 5.2, CK7 (Figure 4) and CK19 as well as expression of EMA. From the neuroendocrine markers: NSE was positive

but synaptophysin and chromogranin A were negative. Negative was also the immunohistochemical detection of Epstein-Barr virus (EBV).

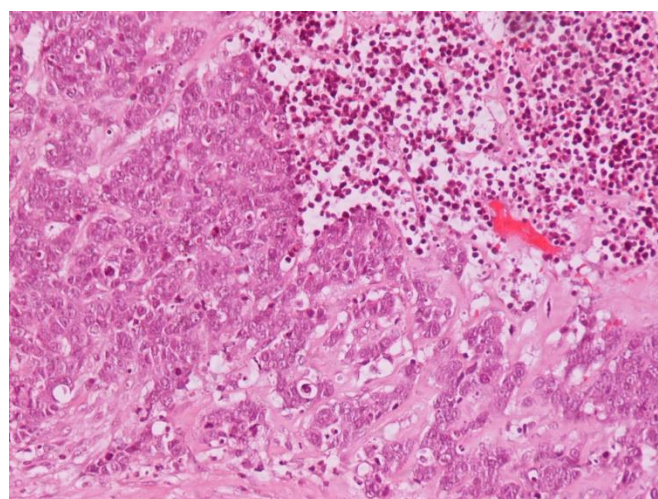


Figure 3: Medium to large-sized neoplastic cells with prominent nucleoli. Note the presence of brisk mitotic activity (H-Ex200)

Based on the above histopathologic and immunohistochemical findings, the diagnosis

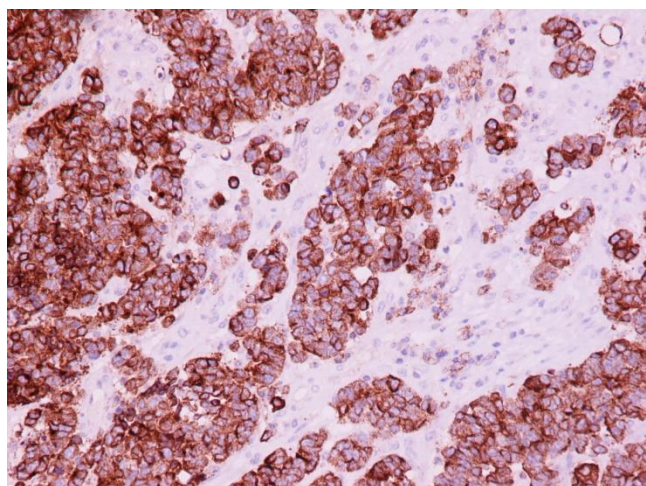


Figure 4: Neoplastic cells stain positive for CK7 (CK7x200)

of SNUC was confidently set. The patient after multidisciplinary team discussion received adjuvant chemoradiation therapy. In his follow-up visit six months later he remains disease free.

DISCUSSION

Sinonasal undifferentiated carcinoma (SNUC) is a unique clinicopathologic entity of the sinonasal tract, first described by Freirson et al in 1986 [5]. Before this time, aggressive neoplasms of this site were characterized as anaplastic or undifferentiated carcinomas without a distinctive diagnosis. SNUC usually involves the superior nasal cavity and paranasal sinuses [6]. In addition, it frequently involves multiple sites, often with evidence of extension beyond the anatomic boundaries of the sinonasal tract. Men are more commonly affected with a male to female ratio of 2.3:1 and although the age range is broad, the median age at diagnosis mostly affects the sixth decade of life [7].

The aetiology of SNUC remains practically unknown. There is a connection in personal history of some cases with radiation therapy for retinoblastoma or nasopharyngeal carcinoma [8]. Smoking is also probably a risk factor. EBV and its role in the development of SNUC have been ambiguous for decades but it is now widely accepted that the involvement of EBV in the pathogenesis of SNUC is unlikely. In practice, the presence of EBV excludes a diagnosis of SNUC [9].

Symptoms of SNUC usually have a rapid onset and short duration, which coincides with the tumour's large size and aggressive invasion of adjacent structures. Nasal obstruction, epistaxis, proptosis, visual disturbances, facial pain as well as symptoms of cranial nerve involvement are the usually reported patient's complains. As happens with most futile malignancies, early symptoms of SNUC are vague and non-specific, leading to delay in seeking and obtaining treatment.

SNUC entails a challenging histopathological diagnosis mostly because of the lesion's propensity to be composed of relatively small, round to round-spindled identical undifferentiated cells. Thus, the differential diagnosis of such an undifferentiated small blue cell malignancy is wide and contains representatives from almost all major categories of neoplasms: carcinomas, sarcomas, lymphomas and neuroendocrine-neuroectodermal tumours are included in the long list. More specifically, the differential diagnosis of SNUC includes large cell lymphoma, undifferentiated (lymphoepithelioma-like) carcinoma, small cell (neuroendocrine)

undifferentiated carcinoma (SCUC), olfactory neuroblastoma (ONB) [10]. Immunohistochemical staining has the ability to distinguish between SNUC and large cell lymphoma. Moreover, the conspicuous lymphoplasmacytic infiltrate of other undifferentiated carcinomas is not a typical feature of SNUC. Also, the malignant cells of SNUC have distinct cytoplasmic borders, in comparison with the undifferentiated carcinoma cells, which demonstrate syncytial growth. Additionally, the tumour cells of SNUC are distinctly larger of SCUC cells, with more prominent eosinophilic cytoplasm and large nuclei. Generally, whenever SCUC is considered in this anatomic region, it is important to remember that true cases of SCUC are extremely rare in the sinonasal tract.

Seldom arising sinonasal tumours are challenging clinical entities for head and neck multidisciplinary teams. SNUC presents usually as locally advanced disease maintaining extremely difficult to treat. Briefly, most studies agree that surgery is the mainstay of treatment for resectable tumours, with the addition of chemotherapy and radiotherapy as adjuvant modalities, providing additional survival benefits [11]. Surgical resection typically entails extensive

craniofacial resections, encompassing maxillectomy, orbital exenteration, and neurosurgical consultation for complex cases. Chemotherapy agents commonly used include carboplatin, cisplatin, and etoposide. However, even with this multi-modality approach, the disease control for SNUC is disappointing. High recurrence rates, early metastatic disease and survival counted in months after the diagnosis is the norm for SNUC patients.

Alternative approaches that have been attempted include boron neutron capture therapy, autologous bone marrow transplant, and neoadjuvant selective intra-arterial cisplatin with concurrent radiation therapy, unfortunately with limited success [12-14]. A recent study of a small series of SNUC patients showed that these tumours have a strong expression c-KIT [15], the well-known from gastrointestinal stromal tumours tyrosine kinase receptor, and targeted therapies might develop in the future for this lethal malignancy.

In conclusion, SNUC is a futile malignancy and histopathological diagnosis remains a challenge, with immunohistochemistry being the major contributor to the right diagnostic direction.

Author's statement

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

REFERENCES

1. Wenig BM. Undifferentiated malignant neoplasms of the sinonasal tract. Arch Pathol Lab Med 2009; 133: 699-712.

2. Van Crombrugge L, De Vos G, Vanclooster C et al. The simultaneous appearance of a nasal natural killer-cell lymphoma and acute myelogenous leukemia. *B-ENT* 2012; 8: 49-52.
3. Ejaz A, Wenig BM. Sinonasal undifferentiated carcinoma: clinical and pathologic features and a discussion on classification, cellular differentiation, and differential diagnosis. *Adv Anat Pathol* 2005; 12: 134-143.
4. Bellizzi AM, Bourne TD, Mills SE, Stelow EB. The cytologic features of sinonasal undifferentiated carcinoma and olfactory neuroblastoma. *Am J Clin Pathol* 2008; 129: 367-376.
5. Frierson HF, Jr., Mills SE, Fechner RE et al. Sinonasal undifferentiated carcinoma. An aggressive neoplasm derived from schneiderian epithelium and distinct from olfactory neuroblastoma. *Am J Surg Pathol* 1986; 10: 771-779.
6. Xu CC, Dziegielewski PT, McGaw WT, Seikaly H. Sinonasal undifferentiated carcinoma (SNUC): the Alberta experience and literature review. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2013; 42: 2.
7. Reiersen DA, Pahilan ME, Devaiah AK. Meta-analysis of treatment outcomes for sinonasal undifferentiated carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012; 147: 7-14.
8. Klein EA, Anzil AP, Mezzacappa P et al. Sinonasal primitive neuroectodermal tumor arising in a long-term survivor of heritable unilateral retinoblastoma. *Cancer* 1992; 70: 423-431.
9. Shinokuma A, Hirakawa N, Tamiya S et al. Evaluation of Epstein-Barr virus infection in sinonasal small round cell tumors. *J Cancer Res Clin Oncol* 2000; 126: 12-18.
10. Bell D, Hanna EY. Sinonasal undifferentiated carcinoma: morphological heterogeneity, diagnosis, management and biological markers. *Expert Rev Anticancer Ther* 2013; 13: 285-296.
11. Mourad WF, Hauerstock D, Shourbaji RA et al. Trimodality management of sinonasal undifferentiated carcinoma and review of the literature. *Am J Clin Oncol* 2013; 36: 584-588.
12. Ansari M, Guo S, Fakhri S et al. Sinonasal undifferentiated carcinoma (SNUC): morphoproteomic-guided treatment paradigm with clinical efficacy. *Ann Clin Lab Sci* 2013; 43: 45-53.
13. Stewart FM, Lazarus HM, Levine PA et al. High-dose chemotherapy and autologous marrow transplantation for esthesioneuroblastoma and sinonasal undifferentiated carcinoma. *Am J Clin Oncol* 1989; 12: 217-221.
14. Noticewala SS, Mell LK, Olson SE, Read W. Survival in unresectable sinonasal undifferentiated carcinoma treated with concurrent intra-arterial cisplatin and radiation. *World J Clin Cases* 2015; 3: 191-195.
15. Chernock RD, Perry A, Pfeifer JD et al. Receptor tyrosine kinases in sinonasal undifferentiated carcinomas--evaluation for EGFR, c-KIT, and HER2/neu expression. *Head Neck* 2009; 31: 919-927.

Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα της ρινοφαρυγγικής κοιλότητας: Μια φιλόπονη διάγνωση

Δ. Μωυτέρη ¹, Δ. Δελλαπόρτας ², Α. Τσαβαρή ¹, Λ. Τσαγκαρουλάκη ³, Ι. Μοσχούρης ⁴, Α. Καμπέρος ³, Α. Ζήζη-Σερμπετζόγλου ¹

¹ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», ² Β' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών «Αρεταίειο Νοσοκομείο», ³ Ωτορινολαρυγγική Κλινική και ⁴ Ακτινολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το αδιαφοροποίητο ρινοφαρυγγικό καρκίνωμα είναι μια εξαιρετικά σπάνια κλινική οντότητα, με επιθετική κλινική συμπεριφορά καταλαμβάνοντας την ανώτερη συνήθως ρινική κοιλότητα ή τους παραρίνιους κόλπους. Παρ'όλα αυτά η παθολογοανατομική του εικόνα είναι χαρακτηριστική.

Παρουσίαση περιστατικού: Ένας άνδρας 54 ετών με αποφρακτικά συμπτώματα της αριστερής ρινός και επεισόδια επίσταξης υπεβλήθη σε πρόσθια ρινοσκόπηση και ακολούθως σε ρινοενδοσκόπηση, όπου ανεδείχθη ένας κοκκινωπός/γκρι εύθρυπτος όγκος να καταλαμβάνει τα κατώτερα δύο τρίτα της εν λόγω ρινικής κοιλότητας. Οι απεικονιστικές εξετάσεις επιβεβαίωσαν τη νόσο, που ήταν περιορισμένη χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις οπότε και αποφασίσθη η χειρουργική εκτομή. Διενεργήθη μια επιτυχημένη ενδορινική εκτομή του όγκου. Η παθολογοανατομική εξέταση κατέληξε μετά από ενδελεχή μελέτη στη διάγνωση του αδιαφοροποίητου ρινοφαρυγγικού καρκινώματος.

Συζήτηση: Η αιτιολογία της βλάβης παραμένει ασαφής. Η αίσθηση πληρότητας, η απόφραξη, η επίσταξη, οπτικές διαταραχές, πόνος στο πρόσωπο και συμπτώματα σχετιζόμενα με προσβολή των κρανιακών νεύρων είναι η συνήθης συμπτωματολογία του όγκου. Δυστυχώς τα πρώιμα συμπτώματα είναι αμβληχρά και μη ειδικά, οδηγώντας σε σημαντική καθυστέρηση στη διάγνωση και τελικά στη θεραπεία. Η ορθή παθολογοανατομική διάγνωση είναι μια πρόκληση και η διαφορική διάγνωση ευρεία, και παρά την πολυπαραγοντική θεραπευτική προσέγγιση, η πρόγνωση παραμένει εξαιρετικά πτωχή.



Λέξεις Ευρετηρίου: στενώματα ουρήθρας, ουρηθροτομή, αγγειογραφικές τεχνικές.



Παραπομπή

Δ. Μωυτέρη, Δ. Δελλαπόρτας, Α. Τσαβαρή, Λ. Τσαγκαρουλάκη, Ι. Μοσχούρης, Α. Καμπέρος, Α. Ζήζη-Σερμπετζόγλου. Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα της ρινοφαρυγγικής κοιλότητας: Μια φιλόπονη διάγνωση. *Επιστημονικά Χρονικά* 2016;21(1): 97-103

Splenogonadal fusion. A case report

K. Stamatiou ¹, A. Marinis ², H. Moschouris ³, K. Manoloudaki ⁴, K. Koulia ⁴, A. Tsavari ⁴, T. Vasilakaki ⁴

¹ Urology Department, ² First Department of Surgery, ³ Radiology Department, ⁴ Pathology Department, General Hospital «Tzaneio», Piraeus, Greece

ABSTRACT

Splenogonadal fusion is a rare anomaly consisted of abnormal connection between spleen and gonad or derivatives of the mesonephros. It is usually presented as a painless scrotal mass in children, adolescents or men younger than 25 yoa. In most of the cases the diagnosis is made at pathologic examination of the removed tissue. The scarceness of reports in the literature underlines the rarity of this entity. Here we report a case of splenogonadal fusion in a 19-year-old male with a torsed testicle and history of polytrauma.



Keywords: Hydrocoele; spleen; splenogonadal fusion, testicle; torsion



Citation

K. Stamatiou, A. Marinis, H. Moschouris, K. Manoloudaki, K. Koulia, A. Tsavari, T. Vasilakaki. Splenogonadal fusion. A case report. *Scientific Chronicles* 2016; 21(1): 104-110

Corresponding Author

Konstantinos Stamatiou, E-mail addresses: stamatiouk@gmail.com

INTRODUCTION

Splenogonadal fusion (SGF) is a rare benign congenital anomaly consisted of abnormal connection between spleen and gonad or derivatives of the mesonephros [1]. Since the immature splenic tissue is pulled in a caudal direction with descent of the gonad, the abnormality is expected to be located on the left side where it adheres to the developing testicle, epididymis or vas deferens [2]. In fact, in almost all reported cases the SGF was located in the left side while only a single case was occurred on the right side [3]. The incidence of SGF is practically unknown and it is believed that the real incidence is probably underestimated [4]. Although the aetiology of this entity still remains uncertain, it is believed that it is secondary to injury of the foetus during intrauterine life. However, based on a disparity in male to female ratio of its incidence (approximately 16:1) some researchers suggested a rare genetic predisposition [5]. In confirmation to the above, a worth mentioning percentage of SGF's (almost one-third of the cases) have been linked with other congenital abnormalities including limb and orofacial malformations, Moebius syndrome and intestinal intussusception [5]. Here we report a case of splenogonadal fusion in a 19-year-old male with a torsed testicle and history of polytrauma.

CASE PRESENTATION

A 19 year old male patient, with history of polytrauma and long term hospitalisation in intensive care unit was admitted to the outpatient department complaining of gradual enlargement of an asymptomatic swelling on the left side of his

scrotal sac. He also reported worsening pain of the left semi scrotum lasting for 3 days one month prior to his admission. His medical history included splenic rupture, renal blunt trauma, multiple bone fractures and pneumothorax due to traffic accident. A year after he was discharged he developed left hernia. Occasionally he suffered of mild pain in the left inguinal region and he rarely felt severe scrotal pain.

On palpation, a left hernia was noted. The affected semi-scrotum was enlarged and contained a large hydrocoele. The epididymis was normal while the testis was painless, slightly enlarged and hard in palpation. Laboratory examination revealed no pathologic findings except mild leukocytosis. Specific tumor markers such as b- human chorionic gonadotropin (β -hCG) and Alpha-fetoprotein (AFP) were within normal ranges. Ultrasound of the scrotum showed two oviform hypo-enhanced lesions of approximately 1,5 cm in diameter located in the middle line and the lower pole of the left testicle. The centrally located lesion was also characterized by an anechoic central area (figure 1).



Figure 1. A mass above the upper pole of the testicle with smooth outline, regular echogenicity with no calcifications.

There was also a mass above the upper pole of the testicle about 8 X6 mm with smooth outline, regular echogenicity with no calcifications described as hydrocele of the ipsilateral semi-scrotum (figure 2).



Figure 2. Ultrasound of the scrotum showing oviform hypo-enhanced lesions of the left testicle. The centrally located lesion was also characterized by an anechoic central area.

There was prominent flow involving mainly hydrocele noted with power Doppler. The MRI scan showed no abnormality of the left testicle which was displaced by the hernia (figure 3).

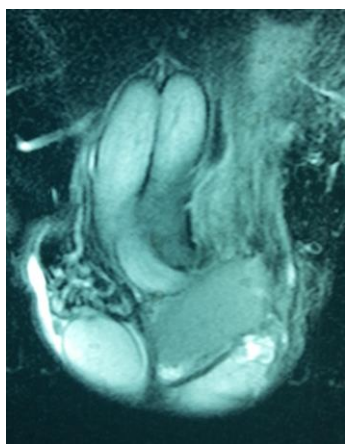


Figure 3. Coronal T2 weighted image of the scrotum demonstrates an ovoid, well-defined lesion, of intermediate signal intensity above and medial to the left testis.

A standard left inguinal incision was used at surgery and exploration revealed a dark coloured left testicle which had normal shape and was hard in palpation. A thick sack containing epididymis, vas deferens and blood vessels as well as a fine, dark-red, tubular structure was also seen (figure 4).

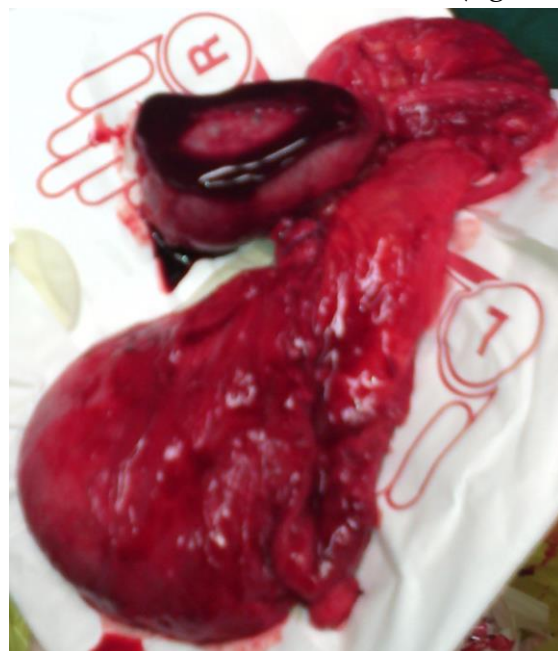


Figure 4. A dark coloured left testicle and a thick sack containing epididymis, vas deferens blood vessels and a fine, dark-red, tubular structure as well.

Both the testicle and the above mentioned structure were removed while the underlying hernia was repaired with mesh. Cut section of specimen revealed a torsed testis and paratesticular tissue and a circumscribed lesion composed of mature splenic tissue (figure 5). Histology revealed an atrophic testicular parenchyma adjacent to cystic epididymis. It also revealed the tubular structure to consist of splenic tissue with a fibrous capsule. There was no atypia but simply reactive fibrosis of the tunica vaginalis. These features were consistent with

a diagnosis of splenogonadal fusion (figures 6,7) .



Figure 5. Cut section of specimen revealed a torsed testis and circumscribed lesion composed of mature splenic tissue.

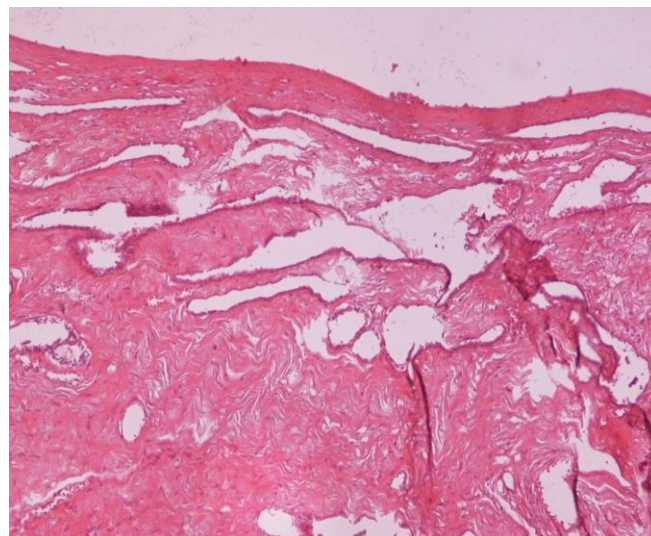


Figure 7. Splenic tissue adjacent to cystic epididymis (H-E, x2).

DISCUSSION

Most SFG cases are usually seen before the age of 20 and the 44% are related to cryptorchidism [6]. Therefore, it is possible that SFG may preclude the positioning of the testicle in the scrotum and therefore it could predispose to torsion. A few cases have been diagnosed in advanced age. The above as well as the association of SFG with bilateral cryptorchidism and right intra-abdominal testes may suggest an alternative pathogenic mechanism. For instance, in our case, a migration of fragments of the shuttered spleen to the scrotum through the hernia channel might be the pathogenic mechanism. SFG is rarely diagnosed preoperatively [7]. In fact, there are no specific symptoms characterising this condition and most SFGs' are incidentally diagnosed as asymptomatic masses while exploring inguinal region for some other reasons. They usually presented as a painless soft scrotal mass and/or inguinoscrotal swelling and therefore are misdiagnosed as cryptorchidism, hernia, or hydrocele [2,3]. Given the moderate number

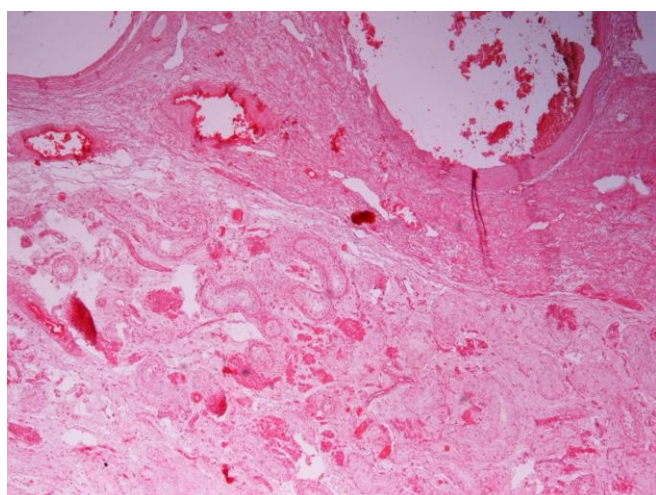


Figure 6. Atrophic testicular parenchima adjacent to cystic epididymis (H-E, x4).

of hernias undergoing surgical repair, it could be assumed that several cases remain undiagnosed.

Rarely SFGs' may cause scrotal pain in association to the involvement of ectopic splenic tissue by malaria, leukemia, infectious mononucleosis, traumatic rupture and mumps [3]. Of acute onset painful scrotal lump originating from the testicle, the most important is secondary to testicular torsion.

Although, testicular neoplasms have been reported in only four cases with splenogonadal fusion, in some instances the testicle-ectopic spleen conjugate is misdiagnosed as testicular cancer leading to unnecessary orchiectomies whose exact number remain unclear [2]. Some authors noted that despite the easy dissection of the splenic tissue from the testicle, unsuspected diagnosis during operative exploration have led to an unnecessary orchiectomy in one third of the reported cases [8, 9].

In addition to malignant tumor, the differential diagnosis of the intra-scrotal paratesticular mass includes also, adrenal rest tissue, epididymitis, orchitis, hemangioma, and hematoma. Ultrasonography is the first imaging study to evaluate this condition. However, the typical vascularized structure connecting the spleen to the splenogonadal mass is not always present and/or visible [10]. The use of the colour Doppler examination may enhance diagnostic accuracy [10]. In our case additionally to the

presence of paratesticular mass, the health status of the adjacent testicle was also undefined. In ultrasound examination the typical imaging of testicular tumors (irregular echotexture and vascularity) was absent; the oviform intratesticular lesions were hypo-enhanced and hypo-vascularised. Of note, in our case, MRI failed to differentiate splenogonadal fusion from a hernia and a normal testicle from a torsioned one.

Several authors suggest intra-operatively, pathological examination of a frozen section of the testicular biopsy material to be performed in order to avoid unnecessary orchiectomy [10]. In our case the condition of the testicle rendered orchiectomy necessary. In any other case, treatment of splenogonadal fusion consists of simply dissecting the splenic tissue from the involved gonad and generally leads to complete cure of the patient [3].

CONCLUSIONS

Splenogonadal fusion is a rare anomaly usually diagnosed upon pathologic examination of the removed tissue. The scarceness of reports in the literature underlines the rarity of this entity. The case we report here may suggest a migration of fragments of the shuttered spleen to the scrotum through the hernia channel as an alternative pathogenic mechanism.

REFERENCES

1. Putschar WGJ, Manion WC. Splenic-gonadal fusion. Am J Pathol 1956;32:15-35
2. Braga LH, Braga MM, Dias MA. Laparoscopic diagnosis and treatment of splenogonadal fusion associated with intra-abdominal cryptorchidism in a child. Pediatr Surg Int. 1999;15(7):465-6.
3. Brash J, Roscher AA. Unusual presentation on the right side of ectopic testicular spleen. Int Surg. 1987;72:233e234.
4. Alvarez Maestro M, López-Tello J, Domínguez Franjo P, Ríos González E, Martínez-Piñeiro L. Splenogonadal fusion. Report of a case and review of the literature. Actas Urol Esp. 2010;34:293-5
5. Buccoliero AM, Messineo A, Castiglione F, et al. Splenogonadal fusion: exceptional association with Moebius syndrome and intestinal intussusception. Fetal Pediatr Pathol. 2011;30(4):220-4.
6. Carragher A.M. One hundred years of splenogonadal fusion. Urol 1990;35:471-473.
7. Kocher NJ, Tomaszewski JJ, Parsons RB, et al. Splenogonadal fusion: a rare etiology of solid testicular mass. Urology. 2014;83(1):e1-2.
8. Sountoulides P, Neri F, Bellocchi R, Schips L, Cindolo L. Splenogonadal fusion mimicking a testis tumor. J Postgrad Med. 2014;60(2):202-4.
9. Velarde Ramos L, Sepulveda F, Silva E, Castillo OA. Discontinuous intrabdominal splenogonadal fusion with germ cell tumor. Excision with robotic assistance. Adult case report. Arch Esp Urol. 2012;65(8):762-5.
10. Ferrón SA, Arce JD. Discontinuous splenogonadal fusion: new sonographic findings. Pediatr Radiol. 2013;43(12):1652-5.

Σπληνογοναδική σύμφυση. Παρουσίαση περιστατικού

Κ. Σταματίου ¹, Α. Μαρίνης ², Ι. Μοσχούρης ³, Κ. Μανωλουδάκη ⁴, Κ. Κούλια ⁴, Α. Τσαβαρή ⁴, Θ. Βασιλακάκη ⁴

¹ Ουρολογική Κλινική, ² Α' Χειρουργική Κλινική, ³ Ακτινολογικό Τμήμα και ⁴ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σπληνογοναδική σύμφυση είναι σπάνια ανωμαλία που αφορά στην μη φυσιολογική γειτνίαση και σύντηξη μεταξύ σπλήνα και των γονάδων ή υπολλείματα του μεσόνεφρου. Συνήθως εμφανίζεται ως μη επώδυνη μάζα στο όσχεο των παιδιών, εφήβων και νέων άνδρων έως 25 ετών. Στις περισσότερες περιπτώσεις η διάγνωση τίθεται με την ιστολογική εξέταση του αφαιρεθέντος ιστού. Η ελάχιστη αναφορά τους στη διεθνή βιβλιογραφία υποδηλώνει τη σπανιότητα της παθήσεως αυτής. Στην εργασία αυτή παρουσιάζουμε περίπτωση σπληνογοναδικής σύμφυσης σε 19 ετών άνδρα με συστραφέντα όρχι και ιστορικό τραύματος.



Λέξεις Ευρετηρίου: Υδροκήλη, σπλήνας, σπληνογοναδική σύμφυση, όρχις, συστροφή.



Παραπομπή

Κ. Σταματίου, Α. Μαρίνης, Ι. Μοσχούρης, Κ. Μανωλουδάκη, Κ. Κούλια, Α. Τσαβαρή, Θ. Βασιλακάκη. Σπληνογοναδική σύμφυση. Παρουσίαση περιστατικού. Επιστημονικά Χρονικά 2016;21(1): 104-110