Ελληνική Ιατρική

Helliniki Iatriki

ISSN 2241-8253

Τόμος 83, Τεύχος 1-4, Ιανουάριος – Δεκέμβριος 2017 • Περιοδικό της Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης
Volume 83, Issue 1-4, January – December 2017 • Official Journal of the Thessaloniki Medical Society

Helliniki Iatriki Ελληνικη Ιατρικη

Τριμηνιαία Ιατρική Έκδοση
Εκδίδεται από το 1927 - Ε΄ Περίοδος, Όργανο της Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης
Έπαινος Ακαδημίας Αθηνών

Ιδιοκτήτης — Εκδότης
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Δημοσθένους 4, 546 24 Θεσσαλονίκη
Ηλεκτρονική Έκδοση
UNIVERSITY STUDIO PRESS
Αρμενοπούλου 32, 546 35 Θεσσαλονίκη

Quarterly Publication
Official Journal of Thessaloniki Medical Society
First published in 1927 – Fith period
Correspondence should be addressed to the Medical Society of Thessaloniki,
4, Dimosthenous Street, 546 24 Thessaloniki, Greece

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Πρόεδρος Α. Καραγιάννης
Α΄ Αντιπρόεδρος Δ. Σωτηριάδης **Β΄ Αντιπρόεδρος** Ε. Ροηλίδης
Γεν. Γραμματέας Γ. Τσουλφάς
Ταμίας Κ. Τζιόμαλος **Ειδ. Γραμματέας** Δ. Παπακώστα
Έφορος Στέγης Ι. Τσινόπουλος **Έφορος Βιβλιοθήκης** Γ. Κούρτογλου
Μέλη Τ. Βυζαντιάδης, Δ. Καπουκρανίδου, Λ. Κοβάτση
Αναπλ. Μέλη Θ. Βασιλειάδης, Κ. Καραπαναγιώτης, Αικ. Παπαγιάννη

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διευθυντής Σύνταξης
Κ. Καλλαράς
Αναπλ. Διευθυντές Σύνταξης
Ε. Μανδαλά, Α. Καμπαρούδης
Μέλη
Μ. Αθανασίου-Μεταξά, Θ. Γερασιμίδης, Θ. Δαρδαβέσης, Δ. Δημητριάδης, Γ. Ηλονίδης, Δ. Καπουκρανίδου, Ν. Μαλισιόβας, Η. Ντεγιάννης, Π. Νικολαΐδης, Β. Παπανικολάου, Χ. Παπανικολάου, Α. Σαχινίδης, Π. Τέκκης, Μ. Χάιδιτς, Α. Χαριτάντη, Ε. Χολόγκιτας

Ιστοσελίδα: http://www.helliniki-iatriki.gr
Αλληλογραφία: info@helliniki-iatriki.gr

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, στη νέα της εκδοτική περίοδο, θα δημοσιεύει εργασίες στα ελληνικά και στα αγγλικά όλων των ειδικοτήτων όπως επίσης και αυτές που προέρχονται από τις βασικές βιολογικές επιστήμες και την ιατρική εκπαίδευση, με κύριο σκοπό την καλλίτερη και πληρέστερη ενημέρωση του γιατρού.

Κάθε εργασία ακολουθεί μια αυστηρή δομή και ανήκει σ' ένα τύπο άρθρου. Μεικτές κατηγορίες εργασιών δε γίνονται δεκτές.

Αναλυτικότερα το περιοδικό δημοσιεύει:

Ανασκοπήσεις: Γράφονται από ένα συγγραφέα, κατ' εξαίρεση από δύο όταν το θέμα απαιτεί συγγραφείς δύο διαφορετικών ειδικοτήτων. Ο συγγραφέας πρέπει να είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένος με το θέμα, ώστε η ενημέρωση του αναγνώστη να είναι πλήρης και ουσιαστική. Η ενημέρωση αυτή αφορά όλους τους σταθμούς που πέρασαν οι γνώσεις στο θέμα με κύρια έμφαση όμως στις σύγχρονες απόψεις, τεκμηριωμένες από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Η έκταση του άρθρου πρέπει να είναι 15 έως 25 δακτυλογραφημένες σελίδες στις οποίες περιλαμβάνονται η εικονογράφηση, η βιβλιογραφία και η περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Επίκαιρα θέματα - Ενημερωτικά άρθρα: Το αντικείμενο των άρθρων της κατηγορίας αυτής μπορεί να είναι διαγνωστικού ή θεραπευτικού περιεχομένου ή και να αφορά οποιοδήποτε τομέα της ιατρικής επιστήμης. Γράφονται για να κάνουν ευρύτερα γνωστό ένα πρόσφατο επίτευγμα στον τομέα που έχουν επιλέξει οι συγγραφείς. Τα άρθρα αυτά υποβάλλονται στο περιοδικό κατόπιν συνεννοήσεως με την Επιτροπή Συντάξεως.

Η έκταση του άρθρου πρέπει να περιορίζεται σε 5-10 περίπου δακτυλογραφημένες σελίδες με 8-10 βιβλιογραφικές παραπομπές και τον τίτλο στην αγγλική. Τα ενημερωτικά άρθρα πρέπει να συνοδεύονται από περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Ερευνητικές εργασίες: Έχουν κλινικό-εργαστηριακό περιεχόμενο. Το κείμενο περιλαμβάνει βραχεία εισαγωγή, όπου αναφέρεται ο σκοπός της εργασίας, περιγραφή του υλικού και των μεθόδων, έκθεση των αποτελεσμάτων, συζήτηση στην οποία περιλαμβάνονται και τα τελικά συμπεράσματα καθώς και περίληψη στα ελληνικά και αγγλικά και τη βιβλιογραφία. Η περίληψη πρέπει να είναι αυτοτελής και να περιέχει το σκοπό της εργασίας, τις βασικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν, τα κύρια ευρήματα και τα σημαντικότερα συμπεράσματα.

Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις: Σ' αυτές παρουσιάζονται σπάνιες περιπτώσεις με κλινικές εκδηλώσεις που περιγράφονται για πρώτη φορά, στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν νέες διαγνωστικές ή θεραπευτικές μέθοδοι ή διατυπώνονται νέες απόψεις για την παθογένειά τους.

Έχουν έκταση 2-4 δακτυλογραφημένες σελίδες και περιλαμβάνουν σύντομη εισαγωγή, περιγραφή της περιπτώσεως, πίνακες ή σχήματα (έως 4), τα κύρια εργαστηριακά ευρήματα, βραχύ σχόλιο-συζήτηση, περιορισμένη βιβλιογραφία (5-10 παραπομπές) και περίληψη στα ελληνικά και αγγλικά.

Γενικά θέματα: Εδώ υπάγονται ποικίλα θέματα που αφορούν την ιατρική εκπαίδευση και δεοντολογία, την οργάνωση και τον προγραμματισμό της υγείας σ' όλες τις βαθμίδες της καθώς και ιατρικά θέματα με ευρύτερο κοινωνικό ενδιαφέρον. Μπορούν να γραφούν κάτω από τον τίτλο "Ειδικό άρθρο", "Γενικά θέματα", "Πρόοδοι στην Ιατρική" κ.τ.λ.).

Το άρθρο της κατηγορίας αυτής δεν απαιτεί ειδική δομή κατά τη σύνταξή του.

Όλες οι εργασίες (μαζι με τις φωτογραφίες τους) που αποστέλλονται στο περιοδικό (ηλεκτρονικά μέσω της ιστοσελίδας http://www.helliniki-iatriki.gr) συνοδεύονται απαραίτητα από μια επιστολή προς τη Συντακτική Επιτροπή, όπου δηλώνεται ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευτεί σε άλλο περιοδικό και επίσης ότι έχει την έγκριση για δημοσίευση όλων των συγγραφέων που συμμετέχουν. Μετά τον έλεγχο και εφόσον η εργασία εκπληρώνει τις οδηγίες για τους συγγραφείς, στέλνεται για διπλή κρίση σε δύο αρμόδιους επιστημονικούς συμβούλους του περιοδικού.

Όταν επιστρέψει (ο χρόνος δεν μπορεί να προκαθοριστεί) συμπληρώνεται από τους συγγραφείς (αν χρειαστεί) σύμφωνα με τις υποδείξεις των συμβούλων και τελικά παίρνει σειρά δημοσιεύσεως.

Όταν η εργασία σελιδοποιηθεί ηλεκτρονικά αποστέλλεται στους συγγραφείς, για έλεγχο, δοκίμιο της α΄ διορθώσεως. Στο δοκίμιο αυτό δεν είναι δυνατή καμιά απολύτως προσθήκη, αλλαγή, βελτίωση κ.λ.π., παρά μόνον η διόρθωση λαθών του τυπογραφείου.

Οι εργασίες που δημοσιεύονται στην ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία του συγγραφέα και του περιοδικού. Η αναδημοσίευση μερική ή ολική επιτρέπεται μόνο ύστερα από έγγραφη άδεια του περιοδικού.

Η τήρηση των παραπάνω οδηγιών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημοσίευση της εργασίας.

Ανάτυπο με τις αναλυτικές οδηγίες προς τους συγγραφείς μπορείτε να αναζητήσετε στην ιστοσελίδα http://www.helliniki-iatriki.gr

Ελληνικη Ιατρικη

Τόμος 83 • Τεύχος 1-4
Ιανουάριος – Δεκέμβριος 2017

Περιεχόμενα

Ενημερωτικά άρθρα

6 **Η κοκαΐνη ως μέσο φαρμακοδιέγερσης και οι επιπτώσεις της στην υγεία**
Ν. Νικητίδης

12 **Η γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ)**
Δ. Πατουλιάς, Μ. Καλογήρου, Ι. Πατουλιάς, Θ. Φειδάντσης

23 **Η συγγενής μηροκήλη**
Δ. Πατουλιάς, Μ. Καλογήρου, Δ. Φραγκάκης, Ι. Πατουλιάς

Ειδικά άρθρα

27 **Αναγκαιότητα υποκίνησης ιατρών δημοσίου νοσοκομείου: Ρεαλιστικό πλαίσιο κινήτρων**
Σ. Ναούμ

35 **Ανάλυση επιπέδου και δεικτών υγείας Ελλάδας και Ισπανίας στα χρόνια πριν και μετά την οικονομική κρίση**
Σ. Ναούμ

47 **Η μετανάστευση των ιατρών και η δυνατότητα ανάσχεσης του φαινομένου με την εφαρμογή πρακτικών υποκίνησης και εισαγωγής κινήτρων**
Κ. Πάσχος

Helliniki Iatriki

Volume 83 • No 1-4
January – December 2017

Contents

Brief reviews

6 **Cocaine as a doping agent and its effects on health**
N. Nikitidis

12 **Gastroeophageal reflux disease**
D. Patoulias, M. Kalogirou, I. Patoulias, Th. Fidantsis

23 **Congenital femoral hernia**
D. Patoulias, M. Kalogirou, D. Fragkakis, I. Patoulias

Special articles

27 **Necessity for public hospital doctors' motivation: Realistic incentives framework**
S. Naoum

35 **Analysis of the level and of the health indicators of Greece and Spain in the years before and after the economic crisis**
S. Naoum

47 **The immigration of doctors to foreign countries and the application of suitable motives for the interception of this phenomenon following the fundamental theories of motivation**
K. Paschos

Ελληνική Ιατρική 2017, 83, 1-4: 5-11

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Η κοκαΐνη ως μέσο φαρμακοδιέγερσης και οι επιπτώσεις της στην υγεία

Νικόλαος Νικητίδης

Εργαστήριο Αθλιατρικής, ΤΕΦΑΑ, Θεσσαλονίκη

Περίληψη. Η κοκαΐνη είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό. Έχει επίδραση στον ψυχισμό του ατόμου και χρησιμοποιείται για τη βελτίωση της διάθεσης. Παράλληλα, χρησιμοποιείται και από τους αθλητές ως μέσο φαρμακοδιέγερσης.

Στην παρούσα ανασκόπηση επιχειρείται η ανάδειξη της κοκαΐνης ως μέσω φαρμακοδιέγερσης καθώς και η σκιαγράφηση των επιπλοκών της κοκαΐνης στη υγεία. Συγκεκριμένα, περιγράφονται οι επιπτώσεις της ουσίας στα διάφορα συστήματα καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, νευρικό, γαστρεντερικό, ουροποιητικό, κτλ.

Από τα ευρήματα καθίσταται ξεκάθαρο ότι οι επιπτώσεις της χρήσης της ουσίας είναι σοβαρότατες, διότι προκαλεί βαριά νόσηση και θάνατο, οπότε συνιστάται η αποφυγή της με κάθε τρόπο.

Ελλην Ιατρ 2017, 83: 5 - 11.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόβλημα της φαρμακοδιέγερσης έχει καταστεί σοβαρότερο τις τελευταίες δεκαετίες. Οι μέθοδοί της έχουν γίνει συνθετότερες και έχουν εξελιχθεί, οι διαθέσιμες ουσίες είναι πλέον αναρίθμητες και τελικά το όλο πλαίσιο έχει καταστεί εξαιρετικά επικίνδυνο για τους αθλητές[1].

Με τον όρο *Φαρμακοδιέγερση (Doping)* εννοούμε τη χορήγηση μιας ουσίας αποσκοπώντας, με τεχνητό και άδικο τρόπο, τη βελτίωση της επίδοσης αγωνιζόμενου αθλητή. Στις ουσίες που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό συμπεριλαμβάνονται και οι διεγερτικές ουσίες (αμφεταμίνη, κοκαΐνη, έκσταση, κ.ά.).

Αυτές διεγείρουν το κεντρικό νευρικό σύστημα, αυξάνουν τη καρδιαγγειακή δραστηριότητα, ελαττώνουν τη μυϊκή εξάντληση και το αίσθημα κόπωσης και, τέλος, αυξάνουν την επιθετικότητα, αντοχή και ανταγωνιστικότητα. Οι διεγερτικοί παράγοντες βελτιώνουν την διάθεση, ελαττώνουν την αίσθηση της κούρασης και εν γένει αυξάνουν την απόδοση[2].

Η κοκαΐνη χρησιμοποιείται ευρέως τόσο ως ευφραντικό, όσο και ως μέσο φαρμακοδιέγερσης. Πρόκειται για αλκαλοειδές, το οποίο λαμβάνεται από ένα φυτό, που ονομάζεται Erythroxylon coca. Αρχαιολογικά ευρήματα δείχνουν ότι οι ινδιάνοι των Άνδεων στη Νότιας Αμερικής χρησιμοποιούσαν την κοκαΐνη (φύλα κόκας) 5000 έτη πριν[3]. Αποτελεί το πιο χρησιμοποιημένο παράνομο ψυχοδιεγερτικό και πιθανώς το πιο επικίνδυνο.

Η παροχή επιδημιολογικών στοιχείων αναφορικά με ουσίες φαρμακοδιέγερσης είναι δύσκολη, διότι πρόκειται για παράνομες ουσίες, που η χρήση τους επισύρει νομικές συνέπειες. Ακόμη πιο δύσκολη είναι η ανεύρεση του εύρους χρήσης της κοκαΐνης, που αποτελεί εξαιρετικά εξαρτησιογόνο, ιδιαίτερα διωκόμενη ουσία.

Η κοκαΐνη χρησιμοποιείται από πάνω από 14 εκατομμύρια άτομα στον κόσμο, μερίδιο που αντιπροσωπεύει το 0,3% στην πληθυσμιακή ομάδα 15 έως 64 έτη[4]. Επίσης, σύμφωνα με τη WADA (World Anti-Doping Agency) περίπου το 11,3% των ευρημάτων των ελεγχόμενων ουσιών οφείλονται σε κοκαΐνη[5].

Σε μια μελέτη βρέθηκε ότι το 2,7% των ανδρών και το 0,4% των γυναικών έλαβαν τουλάχιστον μια φορά φαρμακοδιέγερση[6], ενώ σε άλλη ότι το 3-5% των παιδιών, που ασχολούνται με αθλητισμό και το 5-15% των ενηλίκων χρησιμοποιούν παράγοντες φαρμακοδιέγερσης[7].

Στη Σουηδία αναλύθηκαν τα αποτελέσματα ενός τμήματος ιατροδικαστικής και τοξικολογίας για χρονικό διάστημα 1999-2009. Συνολικά εξετάστηκαν 12.141 δείγματα. Τα πιο συνήθη ναρκωτικά, που ανευρέθηκαν, ήταν κάνναβη και αμφεταμίνες (440 περιπτώσεις), βενζοδιαζεπίνες (339 περιπτώσεις) και κοκαΐνη (218 περιπτώσεις)[8].

Σε μια άλλη μελέτη επιχειρήθηκε να εκτιμηθεί η συχνότητα χρήσης ουσιών σε νέους, ιδιαίτερα σε αθλητές. Η μελέτη εξετάζει τα δεδομένα αντιντόπινγκ περίπου 100.000 δειγμάτων ούρων. Το ποσοστό των θετικών ευρημάτων κυμαίνεται ανάλογα με το έτος μεταξύ 1,0 και 1,8%. Η πρώτη σε συχνότητα ουσία απετέλεσε η κάνναβη (8% των θετικών ευρημάτων) και ακολουθεί η κοκαΐνη (7% των θετικών δειγμάτων)[9].

Επιπρόσθετα, σε μελέτη που διενεργήθηκε σε 2319 εφήβους (αθλητές και μη) έδειξε ότι 346 (15%) από τους 2287, που εξετάστηκαν, έκαναν χρήση απαγορευμένων ουσιών (βάσει της λίστας WADA) τον προηγούμενο χρόνο. Από αυτούς οι 16 έκαναν χρήση αναβολικών, οι 10 αυξητικής ορμόνης, 56 διεγερτικών, 305 κάνναβης, 2 διουρητικών και 52 ηρωίνης/κοκαΐνης[10].

Στο Βελιγράδι διεξήχθη μελέτη με τη χρήση ερωτηματολογίου. Αφορούσε σχολεία και εξετάστηκαν 1011 παιδιά σχολικής ηλικίας. Βρέθηκε ότι το 14% έκανε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Από αυτά το 10,8% έκανε χρήση κάνναβης, το 4,4% εισπνεόμενων ουσιών, το 4,1% αμφεταμινών, το 3,7% ηρεμιστικών και το 2,8% κοκαΐνης[11].

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η φαρμακοκινητική της εν λόγω ουσίας. Η κοκαΐνη απορροφάται καλά όταν χορηγείται από βλεννογόνους (ενδορινικά) από το γαστρεντερικό σωλήνα και ενδοφλέβια. Οι μεγαλύτερες συγκεντρώσεις είναι 5-10 λεπτά από την ενδοφλέβια χορήγηση και το κάπνισμα και 60 λεπτά έπειτα από ενδορινική χορήγηση[12]. Ένα ποσό εκκρίνεται στα ούρα, αλλά το μεγαλύτερο μεταβολίζεται σε βενζοϋλεκγονίνη, εργονινμεθυλεστέρα, νορκοκαΐνη και άλλους μεταβολίτες[13].

Αναφορικά με το μηχανισμό δράσης, μπορεί να αναφερθεί ότι η κοκαΐνη επιτείνει τη δράση της ντοπαμίνης. Αυτό επιτυγχάνεται με την παρεμπόδιση της επαναπρόσληψής της και έτσι αυξάνεται η ποσότητα της ντοπαμίνης, που είναι διαθέσιμη[14]. Η κοκαΐνη, επίσης, μπορεί να εμποδίσει την επαναπρόσληψη νοραδρεναλίνης και σεροτονίνης[15]. Τέλος, μερικοί συγγραφείς πιστεύουν ότι αυξάνει και τα επίπεδα νοραρδρεναλίνης[16].

Η επιθυμητή δράση στα πλαίσια της φαρμακοδιέγερσης είναι η αύξηση της μυϊκής απόδοσης ελαττώνοντας το αίσθημα της κόπωσης[17]. Ωστόσο, σε μερικές έρευνες βρέθηκε ότι η κοκαΐνη δεν βελτιώνει τους χρόνους σε δρομείς και ελαττώνει την απόδοση. Σε όλες τις δόσεις η κοκαΐνη προκαλεί αποικοδόμηση της γλυκόζης και αύξηση του γαλακτικού οξέος, χωρίς να μεταβάλει τα επίπεδα των καταχολαμινών. Επομένως, είναι πιθανό γενικά να μην είναι αποτελεσματική ως φαρμακοδιέγερση. Η κοκαΐνη φαίνεται να συνεισφέρει μόνο σε αθλητικές δραστηριότητες μικρής διάρκειας, που απαιτούν έκρηξη ενέργειας. Σε αυτές είναι πιθανό η διέγερση του ΚΝΣ να είναι πιο σημαντική από την επίδραση στον περιφερειακό μεταβολισμό[18].

Η κοκαΐνη βρίσκεται στην λίστα των απαγορευμένων ουσιών της WADA (World Anti-Doping Agency) στην κατηγορία των διεγερτικών[18]. Η κοκαΐνη μπορεί να ανιχνευτεί στο αίμα και στα ούρα. Στο αίμα ανευρίσκεται μέχρι 5-6 ώρες μετά τη δόση. Στα ούρα η παραμονή της ουσίας είναι μεγαλύτερη: ανευρίσκεται έως και 12 ώρες μετά τη δόση. Η βενζοϋλεκγονίνη (Benzoylecgonine) αποτελεί ένα μεταβολίτη της κοκαΐνης, που μπορεί να ανευρεθεί 2-4 ημέρες, ακόμη και 10 ημέρες σε περιπτώσεις έντονης χρήσης[19]. Για την ανίχνευση της ουσίας σε βιολογικά υγρά χρησιμοποιείται η μέθοδος GC-MS, αλλά τελευταία κερδίζουν έδαφος οι LC-MS και LC-MS/MS, οι οποίες είναι και πιο ακριβείς[20].

Η κοκαΐνη παρουσιάζει αλληλεπιδράσεις με ουσίες και φάρμακα. Αλληλεπιδρά με τη νικοτίνη αυξάνοντας τις επιδράσεις της[21]. Η αύξηση των συνεπειών της χρήσης κοκαΐνης επισυμβαίνει και με το αλκοολ, την ηρωίνη και τις βεζοδιαζεπίνες[22,23]. Με ταυτόχρονη χρήση κάνναβης με κοκαΐνη, η κάνναβη αυξάνει τη δράση και τη βιοδιαθεσιμότητά της επιτείνοντας τις συνέπειές της[24].

Η χρήση της κοκαΐνης έχει πολύ σοβαρές συνέπειες στην υγεία, γεγονός που δικαιολογεί τη διαπίστωση ότι αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία θανάτων από ουσίες[25]. Η τοξικότητά της μπορεί να

επηρεάσει όλα σχεδόν τα συστήματα[26], κάτι που θα διαφανεί και στη συνέχεια κατά την ανάλυση των σημαντικότερων επιπλοκών της.

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Το καρδιαγγειακό είναι το σύστημα που πλήττεται συνηθέστερα και περισσότερο από τη χρήση της κοκαΐνης. Οι σημαντικότερες επιπτώσεις που εντοπίζονται είναι η ισχαιμία μυοκαρδίου και το έμφραγμα.

Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Το έμφραγμα μυοκαρδίου είναι η σημαντικότερη και η συχνότερα αναφερόμενη επιπλοκή της χρήσης κοκαΐνης. Αναφέρονται 114 περιστατικά εμφράγματος του μυοκαρδίου σε 31 αναφορές[27]. Περίπου 6% των ασθενών με θωρακικό άλγος σχετιζόμενο με κοκαΐνη διαγιγνώσκεται με έμφραγμα[28]. Η πιθανότητα εμφάνισης οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου αυξάνει κατά 24 φορές στο χρονικό διάστημα 60 λεπτών μετά τη χρήση κοκαΐνης σε άτομα, που κατά τα άλλα έχουν μικρή πιθανότητα εμφάνισής του[29]. Ο κύριος παθοφυσιολογικός μηχανισμός που οδηγεί στην ισχαιμία είναι η έντονη συμπαθητικομιμητική και παρασυμπαθητικολυτική δράση της κοκαΐνης, η οποία επιτείνεται περαιτέρω από τη δράση της αδενυλκυκλάσης[30].

Καρδιακές αρρυθμίες

Η κοκαΐνη ενοχοποιείται για μια σειρά από αρρυθμίες. Ο μηχανισμός με τον οποίο προκαλούνται αυτές δεν είναι απολύτως αποσαφηνισμένος. Πιθανώς, ενέχεται η συμπαθητικομιμητική της δράση, που αυξάνει την κοιλιακή ευερεθιστότητα και χαμηλώνει τον ουδό της μαρμαρυγής. Επίσης, αναστέλλει το δυναμικό ενεργείας (επιμηκύνει τα διαστήματα QRS και QT), λόγω της αναστολής της αντλίας Νατρίου. Τέλος, η κοκαΐνη αναστέλλει την ενδοκυττάρια συγκέντρωση Ασβεστίου, που μπορεί να οδηγήσει σε κοιλιακές αρρυθμίες[29].

Ρήξη αορτικού ανευρύσματος

Η χρήση κοκαΐνης έχει συσχετιστεί με τη ρήξη αορτικού ανευρύσματος, οπότε πρέπει να λαμβάνεται υπόψη διαφοροδιαγνωστικά σε κάθε περιστατικό οξέος θωρακικού άλγους. Η ρήξη προκαλείται πιθανώς από την αυξημένη αρτηριακή πίεση, που οφείλεται στη χρήση της κοκαΐνης. Εκτός από τα ανευρύσματα αορτής έχει αναφερθεί σχέση ανάμεσα στην κοκαΐνη και για τα ενδοεγκεφαλικά ανευρύσματα[29].

Μυοκαρδιακή δυσλειτουργία

Μακροχρόνια χρήση κοκαΐνης έχει αναφερθεί ότι προκαλεί αριστερή κοιλιακή υπερτροφία και συστολική δυσλειτουργία. Επίσης, μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι η μακρά χρήση κοκαΐνης προκαλεί διατατική καρδιομυοπάθεια[29]. Σε άλλη έρευνα με χρήση μαγνητικής τομογραφίας τα ευρήματα ήταν μείωση της συστολικής λειτουργίας τόσο της αριστερής όσο και της δεξιάς κοιλίας και αύξηση της μάζας της αριστερής κοιλίας με συνοδό ίνωση[31].

Ενδοκαρδίτιδα

Η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας. Παρόλο που πολλά ενδοφλέβια ναρκωτικά προκαλούν ενδοκαρδίτιδα στην περίπτωση της κοκαΐνης φαίνονται να αποτελεί μεγαλύτερο ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου από τη χρήση οπουδήποτε άλλου ναρκωτικού. Η αιτιολογία για αυτό είναι άγνωστη[29].

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Σε πειραματόζωα ή χρήση της κοκαΐνης είχε επίδραση στη συχνότητα και τον τύπο της αναπνοής[32]. Στον άνθρωπο έχουν επιβεβαιωθεί σημαντικές πνευμονικές επιδράσεις, που μπορεί να οδηγήσουν και στο θάνατο.

Βαρότραυμα και φυσαλιδώδες εμφύσημα

Ο πνευμοθώρακας και το πνευμομεσοθωράκιο αναφέρονται ως επιπλοκές της χρήσης κοκαΐνης. Οι επιπλοκές οφείλονται στο βήχα ή το χειρισμό Valsalva, που πραγματοποιείται για να αυξηθούν οι επιδράσεις της ουσίας[33,34]. Επίσης, υπάρχει μελέτη που αναφέρει δέκα περιστατικά, τα οποία ανέπτυξαν φυσαλιδώδες εμφύσημα[35].

Κυψελιδική αιμορραγία

Στις παραπάνω επιπλοκές προστέθηκε και η κυψελιδική αιμορραγία. Τα τελευταία έτη περιγράφηκαν περιστατικά με αιμόπτυση, δύσπνοια και κυψελιδική αιμορραγία σε ασθενείς χρήστες κοκαΐ-

νης. Η επιβεβαίωση της αιμορραγίας έγινε ενδοσκοπικά και με βρογχοκυψελιδική έκπλυση[35].

Κυψελίτιδα, πνευμονίτιδα και διάμεση ίνωση

Συνεχιζόμενη χρήση κοκαΐνης προκαλεί κυψελίτιδα και πνευμονία. Σε ιστοπαθολογική μελέτη βρέθηκαν σημεία πνευμονίτιδας. Άλλη μελέτη στηριγμένη σε νεκροτομικά ευρήματα έδειξε εκτεταμένες διάμεσες πνευμονώδεις διηθήσεις σε άτομα που κάπνιζαν κοκαΐνη[35].

Αποφρακτική βρογχιολίτιδα με πνευμονία

Η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει περιστατικά αποφρακτικής βρογχιολίτιδας με συνοδό πνευμονία ως αποτέλεσμα της άμεσης τοξικής επίδρασης της κοκαΐνης. Επίσης, μπορεί να προκληθεί ως ιδιοπαθής απάντηση στην κοκαΐνη ή στις ουσίες που χρησιμοποιούνται για την επεξεργασία της[35].

Αγγειίτιδα και πνευμονική υπέρταση

Η αγγειίτιδα ως επιπλοκή της χρήσης κοκαΐνης έχει επίσης τεκμηριωθεί βιβλιογραφικά. Η αιτιολογία είναι άγνωστη. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται και η πνευμονική υπέρταση ως επιπλοκή της χρήσης κοκαΐνης, ωστόσο η τεκμηρίωση είναι σχετικά φτωχή[35].

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Πολλές από τις επιπλοκές της κοκαΐνης στο νευρικό σύστημα ήταν άγνωστες και ανακαλύφθηκαν τα τελευταία χρόνια. Για παράδειγμα οι ισχαιμικές αλλοιώσεις σε χρόνιους χρήστες της κοκαΐνης εντοπίστηκαν πρόσφατα[36].

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Αρχικά το εγκεφαλικό επεισόδιο θεωρούνταν εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή των χρηστών κοκαΐνης. Ωστόσο, νέες μελέτες έδειξαν ότι φαινόμενο λαμβάνει στην εποχή μας μεγάλες διαστάσεις[37].

Έχει αποδειχτεί συσχέτιση ανάμεσα στην κοκαΐνη και θρομβωτικά και αιμορραγικά αγγειακά επεισόδια. Αυτό έδειξε και μελέτη σε άτομα με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, που είχαν κάνει χρήση τις τελευταίες 72 ώρες[38]. Παρακάτω περιγράφονται ειδικότερα η ισχαιμική και θρομβωτική δράση της κοκαΐνης.

Εγκεφαλική ισχαιμία

Σε ένα μεγάλο δείγμα (3700 χρήστες παράνομων ουσιών) με απεικονιστικά ευρήματα βρέθηκε σε ποσοστό 44% ότι υπήρχαν ισχαιμικές επιπλοκές. Αυτοί που παρουσίαζαν υπαρχνοειδή αιμορραγία ήταν 23% και αυτοί με ενδοεγκεφαλική 23%[36].

Η κοκαΐνη προκαλεί αγγειόσπασμο και δυνητικά ισχαιμία. Αυτό συμβαίνει λόγω άμεσης επίδρασης της κοκαΐνης στο λείο μυϊκό ιστό αλλά και υποβοηθώντας τη φυσιολογική δράση των κατεχολαμινών. Επίσης, η κοκαΐνη ελαττώνει τον εγκεφαλικό μεταβολισμό και έτσι προάγεται ο αγγειόσπασμος διαμέσου αυτορυθμιστικών φαινομένων[39].

Εγκεφαλική θρόμβωση

Η κοκαΐνη επιδρά στην αιμόσταση αυξάνοντας τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων με την επίδραση στο αραχιδονικό οξύ και τη θρομβοξάνη. Η κοκαΐνη επίσης έχει προπηκτική δράση μέσω της εξάντλησης της αντιθρομβίνης ΙΙΙ και πρωτεΐνης C[36].

Εγκεφαλική ατροφία

Η εγκεφαλική ατροφία έχει περιγραφεί πρόσφατα ως επιπλοκή της χρήσης κοκαΐνης. Σε μελέτη έγινε σύγκριση των αξονικών τομογραφιών χρόνιων χρηστών κοκαΐνης με νέους χρήστες και βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στους δείκτες ατροφίας[36].

Εγκεφαλική αγγειίτιδα

Η ανάπτυξη εγκεφαλικής αγγειίτιδας που έχει τεκμηριωθεί σε χρήση άλλων ναρκωτικών ουσιών, έχει αναφερθεί και στην περίπτωση της κοκαΐνης[40]. Η επιπλοκή αυτή αν και επιβεβαιωμένη, θεωρείται σπάνια για την περίπτωση της κοκαΐνης[36].

ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η παθοφυσιολογία της νεφρικής βλάβης εξαιτίας της κοκαΐνης είναι πολυπαραγοντική και συνεπάγεται αιμοδυναμικές μεταβολές στη σπειραμματική σύνθεση, οξειδωτικό στρες και επαγωγή της νεφρικής αθηρογένεσης[41,42].

Οι συνηθέστερες επιπτώσεις της χρήσης κοκαΐνης στο νεφρικό σύστημα είναι δευτεροπαθείς από ραβδομυόλυση και υψηλή αρτηριακή πίεση, η οποία δύσκολα ρυθμίζεται με φάρμακα. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια, διάμεση νεφρίτιδα anti-MBG

σπειραμματονεφρίτιδα, θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια και νεφρικό έμφρακτο είναι λιγότερο συχνά ευρήματα σε χρήστες κοκαΐνης[43].

ΓΑΣΤΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Όπως αναφέρθηκε το γαστρεντερικό σύστημα πλήττεται από την χρήση κοκαΐνης, όμως οι επιπλοκές είναι σπάνιες. Έχει αναφερθεί η πρόκληση αιμορραγίας του γαστρεντερικού και η παγκρεατίτιδα[44].

Επίσης, μπορεί να προκληθεί εντεροκολίτιδα, λόγω της χρήσης κοκαΐνης. Αυτή αναπτύσσεται συνήθως σε χρονικό διάστημα τριών ημερών. Οι φλεγμονώδεις και οι ισχαιμικές βλάβες είναι συνηθέστερες στο εγγύς κόλον. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση, αν όμως επιπλακούν με περιτονίτιδα η θνησιμότητα είναι της τάξης του 50%[45].

Σε μια προσπάθεια συσχέτισης της χρήσης κοκαΐνης και της διάτρησης δωδεκαδακτύλου σε αναδρομική μελέτη 6 ετών βρέθηκε ότι η χρήση της κοκαΐνης ή/και αλκοόλ αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης διάτρησης του δωδεκαδακτύλου[46].

ΑΛΛΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται επιδράσεις σε άλλα συστήματα. Η εξέλκωση κερατοειδούς μπορεί να προκληθεί από κοκαΐνη, που λαμβάνεται υπό τη μορφή αερολύματος[47].

Λιγότερο σημαντικές είναι οι δερματολογικές επιπτώσεις. Η κοκαΐνη συσχετίζεται με διάφορες δερματικές βλάβες. Οι συνηθέστερες που αναφέρονται είναι αγγειοπάθειες, πορφύρα, κνίδωση κτλ.[48].

Έχουν αναφερθεί βιβλιογραφικά, επίσης, συμπτώματα ψυχιατρικών παθήσεων, όπως συμπτώματα μανίας και ψύχωσης. Μάλιστα οι νευροψυχιατρικές επιπτώσεις της κοκαΐνης έχουν ερευνηθεί και απεικονιστικά με τη χρήση SPECT[49].

Η κοκαΐνη έχει επίσης τερατογόνα επίδραση στο έμβρυο. Σε έρευνα σε 415 βρέφη βρέθηκε ότι η κοκαΐνη προκαλεί πρώιμο τοκετό και βρέφη μικρότερων διαστάσεων σε όλες τις μετρήσεις, με μεγαλύτερα ποσοστά μικροκεφαλίας σε σχέση με τα βρέφη που δεν εκτέθηκαν στην κοκαΐνη[50].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ένα ευρύ φάσμα επιπτώσεων από τη χρήση της κοκαΐνης: Άλλες εμφανίζονται πρώιμα, ενώ άλλες είναι όψιμες. Άλλες αφορούν ευγενή όργανα, ενώ άλλες λιγότερο σημαντικά. Άλλες είναι ασήμαντες, ενώ άλλες επισύρουν το θάνατο.

Από την αξιολόγηση των ανωτέρω επιπτώσεων ιεραρχικά τοποθετούνται στην πρώτη οι καρδιακές επιπτώσεις, ιδίως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και οι αρρυθμίες. Αυτό γίνεται λόγω της συχνότητας και της βαρύτητας τους καθώς μπορεί να οδηγήσουν σε θάνατο. Από τις αναπνευστικές σημαντικές μπορούν να θεωρηθούν το βαρότραυμα και η κυψελιδική αιμορραγία, επίσης λόγω της επικινδυνότητάς τους.

Στη συνέχεια τοποθετούνται οι επιπτώσεις από το νευρικό σύστημα (αιμορραγικό ή θρομβωτικό εγκεφαλικό επεισόδιο) και οι επιπτώσεις το νεφρικό και γαστρεντερικό, αν και φαίνεται ότι εμφάνιση εγκεφαλικού δεν είναι τόσο σπάνια όσο πιστεύονταν. Οι επιδράσεις στα άλλα συστήματα λόγω της σπανιότητας και την μικρότερης βαρύτητάς τους κρίνονται λιγότερο σημαντικές.

Η κοκαΐνη είναι παράνομο ναρκωτικό. Η χρήση της έχει σοβαρές συνέπειες στην υγεία όπως και νομικές επιπτώσεις. Όπως αναφέρθηκε οι τοξικές επιδράσεις της ουσίας αυτής επηρεάζουν σχεδόν όλα τα συστήματα του οργανισμού και έτσι προκαλείται σημαντική νόσηση και θάνατος.

Από την άλλη, η φαρμακοδιέγερση έχει ηθικές αλλά και νομικές επιπτώσεις, όπως οι ναρκωτικές ουσίες. Συχνά οδηγεί σε αποκλεισμούς αθλητών από διοργανώσεις, όπως και αφαίρεση μεταλλίων. Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι οι περισσότερες από τις ουσίες που χρησιμοποιούνται για φαρμακοδιέγερση είναι επιβλαβείς για την υγεία.

Από τα παραπάνω καθίστανται φανερές οι αρνητικές επιδράσεις της χρήσης της κοκαΐνης στην υγεία του αθλητή. Στο πλαίσιο αυτό έγκειται η ευθύνη του να ενημερωθεί και να μείνει μακριά από την κοκαΐνη, όπως και από κάθε άλλη ουσία που πρόσκαιρα υπόσχεται βελτίωση επιδόσεων, τελικά όμως αποβαίνει καταστρεπτική.

ABSTRACT

***Nikitidis N*. Cocaine as a doping agent and its effects on health.** *Hell Iatr 2017; 83: 5-11.*

Cocaine is a widely used drug. It impacts on the psyche of the person and it is used to improve mood. At the same time it is used by athletes as a doping agent.

In this review we attempt to show cocaine as doping agent and we provide cocaine complications in health. Specifically it describes the effects of the substance in various systems (cardiovascular, respiratory, nervous, gastrointestinal, genitourinary, etc.).

From the findings becomes clear that the impact of the use of the substance is serious. Cocaine causes severe illness and death, so it is recommended to be avoided by all means.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Pradhan S*. Doping in sport: A review. Int J Biol, Pharmacy and Allied Sci (IJBPAS), 2012; 1(9): 1368-77.
2. *Gaur S*. Doping in sports and effects. Ind J Movement Edu Exercis Sci (IJMEES), 2011, Bi-annual Refereed, Journal, I. 1.
3. *Billman G*. Mechanisms for the cardiotoxic effects of cocaine. Fed American Soc Exp Biol (FASEBJ) 1990; 4: 2469-75.
4. *Favrod-Coune T, Broers B*. The Health Effect of Psychostimulants: A Literature Review. Pharmaceut, 2010; 3: 2333-61.
5. *Angell P, Chester N, Sculthorpe N, et al*. Performance enhancing drug abuse and cardiovascular risk in athletes: implications for the clinician. Br J Sports Med 2012; 46: 78-84.
6. *Kindlundh AM, Isacson DG, Berglund L, Nyberg F*. Doping among high school students in Uppsala, Sweden: A presentation of the attitudes, distribution, side effects and extent of use. Scand J Soc Med 1998; 26: 71-4.
7. *Laure P*. Epidemiologic approach of doping in sport. A review. J Sports Med Phys Fitness 1997; 37: 218-24.
8. *Lood Y, Eklund A, Garle M, Ahlner J*. Anabolic androgenic steroids in police cases in Sweden 1999-2009. Forensic Sci Int 2012; 219: 199-204.
9. *Strano Rossi S, Botrè F*. Prevalence of illicit drug use among the Italian athlete population with special attention on drugs of abuse: a 10-year review. J Sports Sci 2011; 29: 471-6.
10. *Wanjek B, Rosendahl J, Strauss B, Gabriel HH*. Doping, drugs and drug abuse among adolescents in the State of Thuringia (Germany): prevalence, knowledge and attitudes. Int J Sports Med 2007; 28: 346-53.
11. *Pavlović Z, Jakovljević B*. Frequency and risk factors of the use of psychoactive substances among the young. Vojnosanit Pregl, 2008; 65: 441-8.
12. *Cone EJ*. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cocaine. J Analyt Toxicol 1995; 19(6): 459-78.
13. *Jufer RA, Wstadik A, Walsh SL, Levine BS, Cone EJ*. Elimination of cocaine and metabolites in plasma, saliva, and urine following repeated oral administration to human volunteers. J Analyt Toxicol 2000; 24(7): 467-77.
14. *Volkow ND, Wang GJ, Fischman MW, et al*. Effects of route of administration on cocaine induced dopamine transporter blockade in the human brain. Life Sciences 2000; 67(12): 1507-15.
15. *Rasmussen SG, Carroll FI, Maresch MJ, et al*. Biophysical characterization of the cocaine binding pocket in the serotonin transporter using a fluorescent cocaine analogue as a molecular reporter. J Biolog Chem 2001; 276(7): 4717-23.
16. *Tuncel M, Wang Z, Arbique D, et al*. Mechanism of the blood pressure-raising effect of cocaine in humans. Circulat, 2002; 105(9): 1054-59.
17. *Δεληγιάννης Α*. Ιατρική της άθλησης. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1992.
18. World Anti Doping Agan (WADA), Prorhibited List, January 2016, https://www.wada-ama.org/sites/default/files/resources/files/wada-2016-prohibited-list-en.pdf.
19. Drug Detection Laboratories, Cocaine, http://www.drugdetection.net/drug.htm, https://www.erythroxylum-coca.com/cokestrut.html.
20. *Barroso M, Gallardo E, Queiroz JA*. Bioanalytical methods for the determination of cocaine and metabolites in human biological samples. Bioanalysis 2009; 1(5): 977-1000.
21. *Farre M, De la Torre R, Gonzalez M, et al*. Cocaine and alcohol interactions in humans: Neuroendocrine Effects and Cocaethylene Metabolism. J Pharmacol Exper Therapeutics 1997; 283: 164-76.
22. *Gerasimov M, Franceschi M, Volkov N, et al*. Synergistic interactions between nicotine and cocaine or methylphenidate depend on the dose of dopamine transporter inhibitor. SYNAPSE 2000; 38: 432-37.
23. *Vroegop M, Franssen E, van der Voort P, et al*. The emergency care of cocaine intoxications, Netherlands. J Med 2009; 67(4): 122-6.
24. *Foltin R, Fischman M, Pedroso J, Pearlson G*. Marijuana and cocaine interactions in humans: cardiovascular consequences. Pharmacol Biochem Behav, 1987; 28(4): 459-64.
25. *Antai-Otong D*. Medical complications of cocaine addiction: Clinical implications for nursing practice. J Addictions Nursing 2006; 17: 215-25.
26. *Hollander J*. Cocaine Intoxication and Hypertension. Ann Emerg Med 2008; 51: 18-20.
27. *Chakko S, Myemburg R*. Cardiac complications of cocaine abuse. Clin Cardiol 1995; 18: 67-72.
28. *Pozner C, Levine M, Zane R*. The Cardiovascular effects of cocaine. J Emerg Med 2005; 29(2): 173-8.
29. *Lange R, Hillis D*. Cardiovascular complications of cocaine use. N Engl J Med 2001; 345(5).
30. *Δεληγιάννης Α, Κουιδή Ε*. Εργογόνα βοηθήματα και καρδιαγγειακές διαταραχές στους αθλούμενους. Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση 2012; 53: 100-11.
31. *Maceira A, Ripoll C, Cosin-Sales J, et al*. Long term effects of cocaine on the heart assessed by cardiovascular magnetic resonance at 3T. J Cardiovas Magnetic Resonance 2014; 16: 26.
32. *Trippenbach T, Kelly G*. Effects of acute and chronic cocaine on breathing and chemosensitivity in awak rats. Am J Physiol 1994; 266 (3 Pt 2): 696-701.
33. *Chan YC, Kane PA, Scott-Coombes DM*. Abdominal

complications from crack cocaine. Ann R Coll Surg Engl 2004; 86: 47-50.

34. *Haim D, Lippmann M, Goldberg S, Walkenstein M*. The Pulmonary complications of crack cocaine. A Comprehensive Review. Chest 1995; 107: 233-40.

35. *Filho M, Yen C, Santos U, Muñoz S*. Pulmonary alterations in cocaine users. Sao Paulo Med J 2004; 122(1): 26-31.

36. *Brown E, Prager J, Lee H-Y, Rarnse R*. CNS Complications of cocaine abuse: prevalence, pathophysiology, and neuroradiology, Am J Roentgenol (AJR) 1992; 159: 137-47.

37. *Daras M*. Neurologic complications of cocaine. In: Majewska MD, ed. Neurotoxicity and Neuropathology Associated With Cocaine Abuse. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services 1996: 43-65.

38. *Levine S, Brust J, Futrell N, et al*. Cerebrovascular complications of the use of the "crack" form of alkaloidal cocaine. N Engl J Med 1990; 323(11): 699-704.

39. *Fessler R, Esshaki C, Stankewitz R, Johnson R, Diaz F*. Neurovascular complications of cocaine. Surg Neurol 1997; 47: 339-45.

40. *Daras M, Tuchman AJ, Koppel BS, et al*. Neurovascular complications of cocaine. Acta Neurol Scand 1994; 90: 124-29.

41. *Bemanian S, Motallebi M, Nosrati S*. Cocaine-induced renal infarction: report of a case and review of the literature. BMC Nephrol 2005; 6: 10.

42. *Jaffe J, Kimmel P*. Chronic nephropathies of cocaine and heroin abuse: A Critical Review. Clin J Am Soc Nephrol 2006: 655-67.

43. *Furaz K, Carro B, García C, De José P, Tomero S*. Renal infarction and acute renal failure due to cocaine use. Nefrologia, 2008; 28(3): 347-9.

44. *Carlin N, Nguyen N, De Pasquale J*. Multiple gastrointestinal complications of crack cocaine abuse. Hindawi Publishing Corporation, Case Reports in Medicine 2014.

45. *Ellis N, Mc Alexander W*. Enterocolitis associated with cocaine use. Dis Colon Rectum 2005; 48: 2313-31.

46. *Sharma R, Organ C, Hirvela E, Henderson V*. Clinical observation of the temporal association between crack cocaine and duodenal ulcer perforation. Am J Surg 1997; 174: 629-33.

47. *Ghosheh F, Ehlers J, Ayres B, et al*. Corneal ulcers associated with aerosolized crack cocaine use. Cornea 2007; 26: 966-9.

48. *Brewer J, Meves A, Bostwick M, Hamacher K, Pittelkow M*. Cocaine abuse: Dermatologic manifestations and therapeutic approaches. J Am Acad Dermatol 2008; 59: 483-7.

49. *Miller B, Mena I, Giombetti R, Villanueva-Meyer J, Djenderedjian A*. Neuropsychiatric effects of cocaine: SPECT measurements. J Addic Dis 1992; 11(4): 47-58.

50. *Singer L, Salvator A, Arendt R, et al*. Effects of cocaine/polydrug exposure and maternal psychological distress on infant birth outcomes. Neurotoxicol and Teratol 2002; 24: 127-13.

Αλληλογραφία:
Νικητίδης Νικόλαος
Κ. Καραμανλή 26
546 39 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 6997 025000

Corresponding author:
Nikitidis Nikolaos
26, K. Karamanli St.
546 39 Thessaloniki, Greece
Tel.: 6997 025000

Ελληνική Ιατρική 2017, 83, 1-4: 12-22

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Η γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ)

Πατουλιάς Δ, Καλογήρου Μ, Πατουλιάς Ι, Φειδάντσης Θ

Α΄ Κλινική Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ.

Περίληψη. Ο όρος γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ)-Gastroesophageal reflux disease (GERD) αναφέρεται στην ανάστροφη πορεία του γαστρικού περιεχομένου προς τον οισοφάγο. Στην παρούσα μελέτη παρατίθενται με σαφήνεια και διεξοδικότητα τα πλέον πρόσφατα δεδομένα όλων των επιμέρους παραμέτρων της νόσου, μετά από ενδελεχή αναδίφηση της διεθνούς βιβλιογραφίας. *Ελλην Ιατρ 2017, 83: 12 - 22.*

ΟΡΙΣΜΟΙ

Ο όρος γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ) – Gastroesophageal reflux disease (GERD) αναφέρεται στην ανάστροφη πορεία του γαστρικού περιεχομένου προς τον οισοφάγο με συνέπεια την ανάπτυξη επιπλοκών όπως επεισόδιο άπνοιας, σταδιμότητα σωματικής ανάπτυξης, επεισόδια πνευμονίας από εισρόφηση, οισοφαγίτιδα, λαρυγγόσπασμος, στενώσεις οισοφάγου και μεταπλασία του βλεννογόνου του κατώτερου οισοφάγου[1,2]. Το 6,3-41% των μικρών ασθενών με οισοφαγοκήλη έχουν ΓΟΠΝ, πλην όμως αρκετοί ασθενείς με ΓΟΠΝ δεν έχουν απαραίτητα οισοφαγοκήλη[3,4].

«ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ» ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ

Ο κατώτερος οισοφαγικός σφιγκτήρας είναι ανώριμος κατά τη γέννηση και έτσι δικαιολογείται η «φυσιολογική» ΓΟΠ (physiologicalreflux). Η φυσιολογική ΓΟΠ παρατηρείται στο 60-85% των νεογνών και βρεφών με μια μικρή υπεροχή στο άρρεν φύλο αναφορικά με την επίπτωση (αγόρια/κορίτσια = 1,6)[5,6]. Οι εκδηλώσεις της είναι εμφανείς από την πρώιμη βρεφική ηλικία των 2-3 μηνών με βασικό χαρακτηριστικό την αναγωγή του γάλακτος του προηγηθέντος γεύματος. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων εξαρτάται από την ταχύτητα της κάθαρσης του οισοφάγου από το αναγόμενο περιεχόμενο. Γενικά πρόκειται για καλοήθη κατάσταση με ευνοϊκή εξέλιξη, καθώς αναμένεται να υποχωρήσει μέχρι την ηλικία των 6-9 μηνών της ζωής[7,8]. Οι Jackson και συν[9] πιστεύουν ότι τουλάχιστον το 65% των περιπτώσεων φυσιολογικής ΓΟΠ υποχωρεί μέχρι την ηλικία των 2 ετών. Διαφορετικά ορίζεται ως παραμένουσα ΓΟΠ ή ως ΓΟΠΝ και ευθύνεται για την ανάπτυξη των προαναφερθεισών επιπλοκών.

ΒΡΑΧΥΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

Από αιτιολογική άποψη διακρίνεται σε πρωτοπαθή (συγγενή) και σε δευτεροπαθή (επίκτητο) βραχυοισοφάγο. Ο πρωτοπαθής χαρακτηρίζεται από την παρουσία οισοφαγοκήλης και μικρότερου από το φυσιολογικό συνολικό μήκος οισοφάγου. Ο οισοφάγος δεν έχει επαρκή καθήλωση και στήριξη στο κατώτερο ημιμόριο του ενώ η οισοφαγογαστρική συμβολή ευρίσκεται ενδοθωρακικά. Ο δευτεροπαθής βραχυοισοφάγος οφείλεται σε χρόνια φλεγμονή συνέπεια της επίδρασης του αναγόμενου γαστρικού φορτίου σε υπόστρωμα ΓΟΠΝ και εξελίσσεται σταδιακά. Αρχικά ως διαβρωτική οισοφαγίτιδα με διάχυτο σπασμό του κατώτερου οισοφάγου, στη συνέχεια με την ανάπτυξη ελκώσεων, σε συνδυασμό με στένωση του αυλού και παραμένοντα σπασμό. Ακολούθως, με την πρόκληση σοβαρότερου βαθμού στενώσεων και ελκώσεων στον κατώτερο οισοφάγο οι οποίες επιδεινώνονται

προϊόντος του χρόνου. Τέλος δε με την ανάπτυξη δυνητικά κακοήθους εξαλλαγής σε υπόστρωμα μεταπλασίας του βλεννογόνου του κατώτερου οισοφάγου από πολύστιβο πλακώδες σε μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο (οισοφάγος Barrett ή ενδοβραχυοισοφάγος). Επομένως, ο ενδοβραχυοισοφάγος προκύπτει ως τελική παθοφυσιολογική εξέλιξη της ΓΟΠΝ, αντιστοιχώντας ουσιαστικά στον οισοφάγο Barrett.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟΥ ΣΦΙΚΤΗΡΑ

Ο κατώτερος οισοφάγος (Lower esophageal sphincter) με μήκος 3-7 εκατοστά δεν αντιστοιχεί ουσιαστικά σε μια ανατομική βαλβίδα. Ο αντιπαλινδρομικός μηχανισμός του εξασφαλίζεται από τον συντονισμό επιμέρους παραμέτρων τόσο ανατομικών όσο φυσιολογικών. Οι κυριότεροι είναι:

α) ο περιβροχισμός της διαφραγματικής μοίρας του οισοφάγου από τα σκέλη του διαφράγματος, αυξάνει την ενδοαυλική πίεση στον κατώτερο οισοφάγο (pinch cork action). Αυτό μπορεί να διαπιστωθεί κατά τη διενέργεια ενδοσκοπικού ελέγχου του ανώτερου πεπτικού σωλήνα[10].

β) το μήκος της ενδοκοιλιακής μοίρας του οισοφάγου σχετίζεται αναλογικά ως αντιπαλινδρομικός μηχανισμός, καθώς το μεγαλύτερο μήκος αντιστοιχεί σε εντονότερη αντιπαλινδρομική δράση[11].

γ) η οξεία οισοφαγογαστρική γωνία (γωνία του His)[12].

Καταστάσεις οι οποίες ευθύνονται για την χρόνια αύξηση της ενδογαστρικής πίεσης, όπως η χρόνια δυσκοιλιότητα, η νευρογενής κύστη, ο χρόνιος βήχας, κλπ, αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης ή συντήρησης της ΓΟΠΝ[13,14].

ΠΑΡΑΜΕΝΟΥΣΑ ΓΟΠΝ

Τα αίτια της ΓΟΠΝ είναι:

Α) Η οισοφαγοκήλη. Για την ανάπτυξη ΓΟΠΝ ευθύνεται η διεύρυνση του οισοφαγικού στομίου αλλά και η αδυναμία των μυϊκών ινών του δεξιού σκέλους του διαφράγματος η οποία όμως αντιρροπείται εν μέρει από τη δράση του φρενοοισοφαγικού συνδέσμου.

Β) Η καθυστερημένη κένωση του στομάχου η οποία παρατηρείται στο 1/3 των ασθενών με ΓΟΠΝ.

Γ) Η διενέργεια γαστροστομίας η οποία ευθύνεται για την άμβλυνση της γωνίας του His, τη μείωση της πίεσης του κατώτερου οισοφάγου καθώς και τη μείωση του μήκους του κατώτερου οισοφάγου.

Δ) Η ατρησία οισοφάγου σχετίζεται με την μειωμένη κινητικότητα του κατώτερου οισοφάγου καθώς και το μικρότερο μήκος της κοιλιακής μοίρας του.

Ε) Η εγκεφαλική παράλυση σχετίζεται με τη μειωμένη κινητικότητα του εντέρου γενικά, και συγκεκριμένα, του κατώτερου οισοφάγου[15,16]. Σε αυτή την ομάδα η επίπτωση της ΓΟΠΝ φθάνει στο 70% των περιπτώσεων[17]. Επιπρόσθετα, αυτά τα παιδιά πάσχουν από σκολίωση η οποία επηρεάζει την ανατομία της οισοφαγογαστρικής συμβολής[18]. Συχνά εκδηλώνουν γενικευμένους σπασμούς οι οποίοι συμβάλλουν έμμεσα στην αύξηση της ενδογαστρικής πίεσης και στην πρόκληση επεισοδίων παλινδρόμησης[19]. Για αυτόν τον λόγο, στα παιδιά αυτά πρέπει να γίνεται μελέτη της κινητικότητας του ανώτερου πεπτικού σωλήνα πριν από τη διενέργεια γαστροστομίας, ώστε να εκτιμηθεί η αναγκαιότητα για τη διενέργεια συνδυαστικής αντιπαλινδρομικής επέμβασης. Υπολογίζεται ότι το 44-67% αυτών των παιδιών θα ωφεληθεί από την διενέργεια αντιπαλινδρομικής επέμβασης[17].

Στ) Καταστάσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από αυξημένη ενδογαστρική πίεση και καθυστερημένη κένωση του στομάχου, όπως η πυλωρική στένωση, καθώς στο 10% αυτών των παιδιών συνυπάρχει ΓΟΠΝ.

Ζ) Το φάσμα των διαταραχών της στροφής και της καθήλωσης του μέσου εντέρου (malrotation).

Η) Η συγγενής διαφραγματοκήλη, καθώς το 75% αυτών των παιδιών έχουν ΓΟΠΝ και διάταση του οισοφάγου (εκτασία), λόγω της εντερικής απόφραξης που εκδηλώνεται είτε ενδομήτρια είτε μετά τη γέννηση.

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ουσιαστακά, οι συνέπειες της ΓΟΠΝ οφείλονται στην αναγωγή του όξινου γαστρικού περιεχομένου και των εμέτων και είναι:

α) η **στασιμότητα της σωματικής ανάπτυξης (failure to thrive)** εφόσον τα επεισόδια είναι πολλαπλά ή περιέχουν σημαντικό ποσοστό των γευμάτων. Αυτά τα παιδιά υποβάλλονται σε διερεύνηση των επεισοδίων τροφωδών εμέτων ή της τροφικής δυσανεξίας.

β) **η άπνοια(apnea)**. Ευθύνεται σε μεγάλο ποσοστό για τον αιφνίδιο θάνατο των βρεφών (sudden infant death syndrome)[20]. Στην εκδήλωση της

άπνοιας συμβάλουν, εκτός από την ΓΟΠΝ, η ανωριμότητα του αναπνευστικού κέντρου, ο λαρυγγόσπασμος και η παρασυμπαθητικοτονία λόγω της διέγερσης του πνευμονογαστρικού νεύρου από την αναγωγή του όξινου γαστρικού περιεχομένου.

γ) **η εισρόφηση και οι υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος (recurrent pneumonia)**. Οι εισροφήσεις μπορεί να ευθύνονται για χρόνιο βήχα, επεισόσια πνευμονίας, ακουστό συριγμό από τους γονείς ή ακόμη για απνοϊκά επεισόδια και βραδυκαρδία[21]. Κάθε παιδί με σημειολογία βρογχικού άσθματος που δεν ανταποκρίνεται στην αντιασθματική αγωγή πρέπει να ελέγχεται μήπως υπάρχει υπόστρωμα ΓΟΠΝ[20].

δ) **η οισοφαγίτιδα** (esophagitis) λόγω του ερεθισμού του οισοφαγικού βλεννογόνου από το αναγόμενο γαστρικό περιεχόμενο. Εκδηλώνεται με οπισθοστερνικό πόνο, αιμορραγική πρόσμιξη στο περιεχόμενο του εμετού –λόγω των εξελκώσεων του οισοφαγικού βλεννογόνου–, δυσφαγία λόγω του σπασμού στο κατώτερο οισοφάγο και σε απώτερο διάστημα μεταπλασία του πολύστοιβου πλακώδους επιθηλίου σε μονόστοιβο κυλινδρικό επιθήλιο (οισοφάγος Barrett ή ενδοβραχυοισοφάγος).

ε) **σύνθετες εκδηλώσεις** όπως η **τριάδα του Saint** (εκκολπωματίτιδα, χολολιθίαση και οισοφαγοκήλη) το **σύνδρομο Rovivarta** (ΓΟΠ και νεογνική υπερτροφική πυλωρική στένωση) και τέλος το **σύνδρομο Sandifer** (σπαστικό ραιβόκρανο, πληκτροδακτυλία και απώλεια πρωτεϊνών)[6,21].

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στην νεογνική και βρεφική ηλικία τα κυριώτερα ενοχλήματα είναι οι αναγωγές και τα επεισόδια εισρόφησης[22]. Οι δε αναγωγές του γαστρικού περιεχομένου καταγράφονται ως το σταθερότερο σύμπτωμα ,καθώς παρατηρούνται τουλάχιστον στο 90% των περιπτώσεων[22]. Σε μεγαλύτερη ηλικία τα συχνότερα ενοχλήματα είναι οι αναγωγές όξινου περιεχομένου και το αίσθημα οπισθοστερνικής καυσαλγίας[23]. Τα πάσχοντα παιδιά μπορεί επίσης να παραπονεθούν για δυσφαγία, είτε συνεπεία σπασμού του κατώτερου οισοφάγου είτε συνέεεία ουλώδους στένωσής του, χρόνιο βήχα, επεισόδια βρογχοσπάσμου ή επεισόδια υποτροπιαζουσών λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος[24].

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση απαιτεί σχολαστική λήψη και αξιολόγηση του ιστορικού. Πρέπει να διερευνώνται και να καταγράφονται ενδελεχώς η συχνότητα και η σύσταση του «εμετού», η παρουσία προδιαθεσικής κατάστασης καθώς και η ανάπτυξη επιπλοκών.

Οι εξετάσεις με τις οποίες μπορεί να τεκμηριωθεί η διάγνωση είναι:

Το υπερηχογράφημα

Αποκτά με το χρόνο μεγαλύτερο έδαφος στην αρχική αξιολόγηση ενός παιδιού με πιθανή ΓΟΠΝ. Μπορεί να μελετηθεί δυναμικά το οισοφαγικό τρήμα και να αναδειχθεί η παρουσία οισοφαγοκήλης. Επίσης μπορεί να απεικονισθεί η αναγωγή του γαστρικού περιεχομένου.

Το βαριούχο γεύμα με λήψεις τόσο σε θέση trenteleburg όσο και καθυστερημένες

Έχει ειδικότητα και ευαισθησία 86%. Τα ευρήματα που μπορεί να αναδειχθούν είναι:

– η εικόνα «προβοσκίδα ελέφαντα» που αποδίδει την παλινδρόμηση του σκιαγραφικού από τον στόμαχο στον οισοφάγο

– σε καθυστερημένες λήψεις το σκιαγραφικό μέσο απεικονίζεται στις εντερικές έλικες μεν, αλλά παραμένει σκιαγραφική ουσία ακόμη στον οισοφάγο, οπότε τεκμηριώνεται ο καθυστερημένος ρυθμός κένωσης του στομάχου και του 12δακτύλου

– η κατάργηση της οξείας γωνίας του His

– η μειωμένη κινητικότητα του οισοφάγου

– η ακανόνιστη παρυφή του οισοφαγικού βλεννογόνου η οποία παραπέμπει σε χρόνια οισοφαγίτιδα.

– η στένωση του κατώτερου οισοφάγου η οποία πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από την αχαλασία οισοφάγου.

– ένδειξη ύπαρξης οισοφαγοκήλης ,ιδιαίτερα σε θέση trenteleburg.

Η pHμετρία

Μπορεί να γίνει είτε δειγματοληπτική εξέταση (short test – Tuttle test), είτε 24ωρη μέτρηση .Η 24ωρη pHμετρία (pH study) αποτελεί σήμερα το Gold Standard στη διάγνωση της ΓΟΠΝ, ενώ έχει ειδικότητα 90% και ευαισθησία 95%[25]. Πλεονεκτεί ως διαγνωστική μέθοδος γιατί είναι εύκολη η εφαρμογή της, είναι αξιόπιστη, ενώ μπορεί να συσχετισθούν τα ευρήματα με τις δραστηριότητες του

παιδιού. Αν απαιτηθεί εκτίμηση του παιδιού σε μεγάλο χρονικό διάστημα είναι ουσιαστικά η μοναδική εξέταση που ενδείκνυται. Με την μέθοδο αυτή μπορεί να αποκλεισθούν διάφορα επεισόδια που είχαν χαρακτηρισθεί ως ΓΟΠΝ, ενώ επρόκειτο π.χ. για εκκρίσεις από το ανώτερο αναπνευστικό ή το στόμα ή τον οισοφάγο. Ως επεισόδιο ΓΟΠ θεωρείται η ανεύρεση pH<4. Μπορεί να καταγραφεί η συχνότητα αυτών των επεισοδίων, η σχέση τους με τη θέση του παιδιού ή με τη δραστηριότητα του καθώς και ο χρόνος κάθαρσης του οισοφάγου από το αναγόμενο περιεχόμενο. Σημαντικά πλεονεκτήματα της εξέτασης είναι η συμβολή στη διαφορική διάγνωση της ΓΟΠΝ από την αχαλασία καθώς επίσης στην αξιολόγηση της συντηρητικής αγωγής ή ακόμη και του μετεγχειρητικού αποτελέσματος της διενεργηθείσας αντιπαλινδρομικής επέμβασης.

Οι βασικές παράμετροι που συλλέγονται και αξιολογούνται (score) είναι ο αριθμός των επεισοδίων ΓΟΠ (pH<4), ο αριθμός επεισοδίων με μεγάλη διάρκεια (>5 λεπτών της ώρας), η διάρκεια του μεγαλύτερου επεισοδίου, η μέση διάρκεια της ΓΟΠ, ο επί τοις % χρόνος που το pH ήταν <4, και τέλος ο μέσος χρόνος κάθαρσης. Οι αριθμητικές παράμετροι αυτών των 6 κριτηρίων αξιολογούνται σε ειδικό πρόγραμμα (computer software) και τελικά αποδίδεται το DeMeester Score[26-28]. Οι φυσιολογικές αποκλίσεις του DeMeester Score προέκυψαν από την καταγραφή των τιμών των 6 προαναφερθέντων κριτηρίων σε 50 (φυσιολογικούς) μάρτυρες. Η διάγνωση λοιπόν της ΓΟΠΝ τεκμηριώνεται με βάση τα εξής κριτήρια:

1) DeMeester Score >14,72

2) pH<4,0 για χρονικό διάστημα >5,5% της συνολικής διάρκειας της εξέτασης ή pH<4,0 για χρονικό διάστημα >8,3% του χρόνου που το παιδί ήταν σε όρθια στάση ή pH<4,0 για χρονικό διάστημα >3% του χρόνου που το παιδί ήταν σε ύπτια θέση.

Η μανομετρία

Δεν διενεργείται συχνά. Συμβάλει όμως στη διαφορική διάγνωση μεταξύ της στένωσης του κατώτερου οισοφάγου και της αχαλασίας οισοφάγου. Η βασικότερη ένδειξη είναι η μετεγχειρητική αξιολόγηση της γενόμενης θολοπτύχωσης και της σύγκλεισης του χάσματος της οισοφαγοκήλης.

Το σπινθηρογραφικό γεύμα

Χρησιμοποιείται κυρίως για την αιτιολογική τεκμηρίωση των επεισοδίων εισρόφησης (silent aspiration) στα πλαίσια της ΓΟΠΝ[29]. Επίσης, μπορεί να συμβάλει στην τεκμηρίωση της καθυστερημένης γαστρικής κένωσης, παράμετρος η οποία πρέπει να αξιολογηθεί προκειμένου να διενεργηθεί πέραν της αντιπαλινδρομικής τεχνικής και πυλωροπλαστική[29].

Η οισοφαγοσκόπηση

Συμβάλει στην απόδειξη αλλά και στην αξιολόγηση της βαρύτητας της οισοφαγίτιδας και για τη θεραπεία των στενώσεων του οισοφάγου με διαστολές[30]. Μπορεί να αναδειχθεί δε η παρουσία οισοφαγοκήλης. Η βιοψία του τοιχώματος του κατώτερου οισοφάγου μπορεί να διενεργηθεί τόσο στα πλαίσια της οισοφαγοσκόπησης, όσο με καταπινόμενη κάψουλα βιοψίας (suction caps).

Μελέτη ενδοαυλικής αντίστασης πολλαπλών διαύλων {Multi-channel intraluminal impedance study (MII)}

Πρόκειται για σύγχρονη διαγνωστική μέθοδο για τη μελέτη της ηλεκτρομυικής δραστηριότητας του οισοφάγου, με βασικό όμως μειονέκτημα –μέχρι σήμερα– την έλλειψη οριοθέτησης των φυσιολογικών παραμέτρων για την παιδική ηλικία. Η κίνηση αυτών των καταπινόμενων σωματιδίων καταγράφεται από ειδικό αισθητήρα (impedance sensor). Η MII θεωρείται ότι πλεονεκτεί έναντι της 24ωρης pHμετρίας, καθώς μπορεί να διακρίνει τη φύση του αναγόμενου υλικού (υγρά ή αέρια), όπως επίσης να ανιχνεύσει και την αναγωγή μη όξινου περιεχομένου (non acid reflux). Μπορεί να συμπληρώσει λοιπόν τα δεδομένα που προκύπτουν από την διενέργεια της pHμετρίας, ώστε να αποδειχθεί όχι μόνο η παρουσία ή όχι της ΓΟΠΝ, αλλά και η φύση του αναγόμενου φορτίου, δηλαδή αν είναι όξινη (acid reflux) ή είναι αλκαλική (non-acidreflux). Όταν γίνεται σε συνδυασμό με την μανομετρία τότε μπορεί να γίνει αντικειμενική συσχέτιση του αναγόμενου (όξινου) φορτίου με τις πιέσεις που αναπτύσσονται στον αυλό του οισοφάγου κατά την διάρκεια αυτών των επεισοδίων αναγωγής[31,32].

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΤΑΚΤΙΚΗ

Η στόχευση της θεραπευτικής τακτικής συνίσταται στον περιορισμό των επεισοδίων (συχνότητα, βαρύτητα) της παλινδρόμησης, την ανακούφηση του μικρού ασθενή από τα ενοχλήματα, την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών, και, τέλος, την αποφυγή της υποτροπής.

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ

Η αντιμετώπιση των παιδιών είναι καταρχάς συντηρητική με την εφαρμογή ορισμένων *βασικών αρχών* όπως:

– η *χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων*
– η *μείωση της κατάποσης αέρα κατά την σίτιση* ή η αποβολή του μέσω ερυγών αμέσως μετά την ολοκλήρωση του γεύματος
– η *ανάρροπη θέση* πλάγια θέση με ανύψωση του άνω μέρους του σώματος κατά 30° ή πρηνής θέση με ανύψωση του άνω μέρους του σώματος κατά 60°. Με την ανάρροπη θέση (positional management) υπάρχει βελτίωση στο 65% των ασθενών, ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου. Η βελτίωση αυτή της κλινικής εικόνας είναι εμφανής σε 2 εβδομάδες. Αν λοιπόν δεν υπάρξει βελτίωση σε 2 εβδομάδες, τότε θεωρείται ως μη επαρκές θεραπευτικό μέσο.
– η *χορήγηση ειδικών τροφών*, όπως π.χ. αντιαναγωγικού γάλακτος το οποίο έχει αυξημένη γλοιότητα και είναι παχύρρευστο, με στόχο να περιορισθούν τα επεισόδια ΓΟΠΝ. Είναι σημαντικό μέτρο για τα παιδιά με ηλικία μικρότερη των 15 μηνών.

Σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να βοηθήσει η απώλεια του πρόσθετου σωματικού βάρους, η ανάρροπη θέση στον ύπνο,η διακοπή του καπνίσματος, η αποφυγή αναψυκτικών καθώς και των καφεινούχων ροφημάτων.

Με το συνδυασμό των ειδικών τροφών και της θεραπείας ανάρροπης θέσης παρατηρείται βελτίωση στο 90% των παιδιών με ΓΟΠΝ.

Η **φαρμακευτική αντιμετώπιση** με στόχο την παρέμβαση στο παθοφυσιολογικό υπόστρωμα της νόσου με[9,33]:

α) *την αύξηση της κινητικότητας του οισοφάγου*, ώστε να επιτυγχάνεται η ταχύτερη κάθαρση του από το αναγόμενο όξινο γαστρικό περιεχόμενο.

β) *την επιτάχυνση της γαστρικής κένωσης και την αύξηση της πίεσης του κατώτερου οισοφάγου*, με την χορήγηση προκινητικών φαρμάκων όπως της δομπεριδόνης. Η δομπεριδόνη εξασφαλίζει παράλληλα την αύξηση της κινητικότητας του οισοφάγου.

γ) την μείωση του παραγόμενου HCl από τα καλυπτήρια κύτταρα των γαστρικών αδένων, μειώνοντας την οξύτητα του γαστρικού περιεχομένου και αυξάνοντας την πίεση στον κατώτερο οισοφάγο. Επιτυγχάνεται με την χορήγηση αναστολέων των H_2 υποδοχέων ισταμίνης (H_2 receptor antagonists) ή αναστολέων της αντλίας πρωτονίων (proton pump inhibitors).

Με τις 3 τελευταίες στοχεύσεις της φαρμακευτικής αγωγής μειώνονται τόσο ο αριθμός των επεισοδίων της ΓΟΠ, όσο και οι επιπτώσεις της. Αξιολογώντας τη συνολική συνεισφορά της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της ΓΟΠ διαπιστώνεται ότι παρότι δεν μειώνεται ο συνολικός αριθμός των επεισοδίων της ΓΟΠ, περιορίζεται όμως η διάρκεια αλλά και η βαρύτητα των μεγάλων επεισοδίων[17,34].

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Οι ενδείξεις της χειρουργικής αντιμετώπισης της ΓΟΠΝ διακρίνονται σε απόλυτες και σε σχετικές.

Οι *απόλυτες* ενδείξεις είναι[11,34]:

– εκδήλωση επεισοδίου-ων άπνοιας.
– μη αντιμετωπίσιμη ή υποτροπιάζουσα πνευμονίτιδα, συνέπεια των επεισοδίων εισρόφησης.
– επιδεινούμενη οισοφαγίτιδα όπως μπορεί να τεκμηριωθεί κλινικά, ενδοσκοπικά και παθολογοανατομικά.
– ουλώδης στένωση του κατώτερου οισοφάγου[35,36].
– αδυναμία εφαρμογής ή μη συμμόρφωση στην εφαρμογή των αρχών της συντηρητικής τακτικής.
– μη βελτίωση παρά την πιστή εφαρμογή της συντηρητικής αγωγής.
– ΓΟΠΝ σε παιδί με εγκεφαλική παράλυση. Σε αυτήν την περίπτωση οι βασικές ενδείξεις για χειρουργική διόρθωση μπορεί να εξειδικευθούν στις εξής: 1) απνοϊκά επεισόδια, βραδυκαρδία, υποτροπιάζουσα πνευμονία, 2) οισοφάγος Barrett, 3) διενέργεια αντιπαλινδρομικής επέμβασης συνδυαστικά στα πλαίσια τοποθέτησης καθετήρα γαστροστομίας σίτισης (feeding tube)[37,38,39].

Οι *σχετικές* ενδείξεις για την χειρουργική αντιμετώπιση της ΓΟΠΝ είναι ουσιαστικά η αποτυχία της συντηρητικής αγωγής που συνδυάζεται με: επιμένον βρογχικό άσθμα, νυκτερινά επεισόδια επίμονου βήχα, επεισόδια πνιγμονής ή με επει-

σόδια εμετών που επηρεάζουν τη σωματική ανάπτυξη του παιδιού (failure to thrive).

Οι επιδιωκόμενοι στόχοι των αντιπαλινδρομικών επεμβάσεων είναι[40,41]:

– η τοποθέτηση της καρδίας και του κατώτερου οισοφάγου υποδιαφραγματικά,
– η διόρθωση της οισοφαγοκήλης με τη συμπλησίαση των σκελών του διαφράγματος,
– η επαναδημιουργία της οξείας οισοφαγογαστρικής γωνίας του His,
– η ασφαλής σταθεροποίηση της οισοφαγογαστρικής συμβολής κάτω από το διάφραγμα με γαστροπηξία ή θολοπτύχωση,
– η διόρθωση της εκτασίας του κατώτερου οισοφάγου, και, τέλος,
– η διενέργεια γαστροστομίας και παροχετευτικής επέμβασης (γαστρεντεροαναστόμωση ή πυλωροπλαστική) σε παιδιά με συνυπάρχουσα εγκεφαλική παράλυση (mentalretardation) και προεγχειρητική ένδειξη καθυστερημένης γαστρικής κένωσης[42,43,44].

Οι περιγραφείσες επεμβάσεις διενεργούνται είτε διακοιλιακά, είτε διαθωρακικά. Η διαθωρακική προσπέλαση (τεχνική Belsey-Mark) έχει περιορισμένη εφαρμογή στα παιδιά. Ενδείκνυται σε περιπτώσεις υποτροπής, ιδιαίτερα επί προηγηθείσας ολικής θολοπτύχωσης, καθώς και σε περιπτώσεις περισφιγμένης οισοφαγοκήλης.

Τα τελευταία έτη επιχειρείται με επιτυχία η λαπαροσκοπική διόρθωση της οισοφαγοκήλης με πολύ καλά αποτελέσματα[45,46]. Σε μελέτη των Espositoκαι συν. τεκμηριώνεται η δυνατότητα για ασφαλή διενέργεια αντιπαλινδρομικής επέμβασης λαπαροσκοπικά στη βρεφική ηλικία[47].

Οι Hui και συν.[48], Thatch και συν.[49] και Rothenberg και συν.[50] αναφέρονται με διεξοδικότητα στα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής μεθόδου. Η λαπαροσκοπικά διενεργούμενη θολοπτύχωση αποτελεί την πλέον διαδεδομένη τεχνική στην Ιαπωνία, ακόμη δε και στις περιπτώσεις των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση[51]. Γίνεται δε αναφορά στα γενικά πλεονεκτήματα μιας λαπαροσκοπικής επέμβασης, όπως η καλύτερη ορατότητα του χειρουργού, το μικρότερο τραύμα, η ταχύτερη αποκατάσταση, και τέλος το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα[51].

Οι διακοιλιακές επεμβάσεις διακρίνονται με βάση την διενέργεια θολοπτύχωσης σε τεχνική Nissen (πλήρης θολοπτύχωση 360°), τεχνική Thal (μερική, πρόσθια θολοπτύχωση 180-270°), καθώς και η τεχνική Toupet (μερική οπίσθια θολοπτύχωση 180-270°). Κατά τη διενέργεια πλήρους θολοπτύχωσης τοποθετούνται 2-3 χωριστές ραφές στην πρόσθια επιφάνεια των 2 επιμέρους τμημάτων του θόλου, προκειμένου να διαμορφωθεί το κυκλοτερές «κολλάρο». Κατά την διενέργεια μερικής θολοπτύχωσης –είτε πρόσθιας, είτε οπίσθιας– τοποθετούνται αρχικά 2-3 χωριστές ραφές ανάμεσα στο θόλο και στο δεξιό σκέλος του διαφράγματος και ακολούθως, η δεξιά πλευρά του θόλου συρράπτεται με τον οισοφάγο με 2-3 χωριστές ραφές. Στην συνέχεια δε η αριστερά πλευρά του θόλου συρράπτεται στην πρόσθια επιφάνεια του οισοφάγου.

Ανεξάρτητα από την επιλεγείσα τεχνική και οι τρεις θεωρούνται αποτελεσματικές. Σε στατιστική ανάλυση των Esposito και συν. τεκμηριώνεται ότι δεν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές στα αποτελέσματα χειρουργηθέντων παιδιών που υποβλήθηκαν είτε σε ολική (Nissen), είτε σε μερική (Thal, Toupet) θολοπτύχωση, από έμπειρους και επιδέξιους χειρουργούς παίδων[52]. Στην ίδια διαπίστωση καταλήγουν οι Chung και συν.[53] και οι Steyaert και συν.[54] συγκρίνοντας τα αποτελέσματα παιδιών που υποβλήθηκαν είτε σε ολική, είτε σε μερική οπίσθια θολοπτύχωση. Με τη διενέργεια πλήρους θολοπτύχωσης μπορεί να αναπτυχθεί μετεγχειρητικά δυσφαγία. Λόγω αυτής της επιπλοκής οι Jobe και Peters σμίκρυναν το μήκος της ολικής θολοπτύχωσης από 4-5 εκατοστά στην τυπική εφαρμογή της τεχνικής Nissen σε 1-2 εκατοστά[55]. Οι De-Meester και συν. πρότειναν την τοποθέτηση ενός καθετήρα στον οισοφάγο κατά την διενέργεια της θολοπτύχωσης, ώστε να μην γίνει ιδιαίτερα σφιχτή[56]. Οι Inge και συν. μελέτησαν την μετεγχειρητική πορεία 62 παιδιών που υποβλήθηκαν σε ολική θολοπτύχωση[57]. Για να καθοριστεί το πόσο σφιχτή είναι η θολοπτύχωση διενεργούνταν διεγχειρητικά μανομετρία. Σκοπός αυτής της προσέγγισης ήταν ο περιορισμός της δυσφαγίας και των μετεγχειρητικών εμέτων. Οι βασικές αρχές που διέπουν την διενέργεια ολικής θολοπτύχωσης είναι το μικρότερο μήκος, το να γίνει ελεγχόμενα σφικτή και αφού προηγηθεί ικανοποιητική κινητοποίηση του θόλου του στομάχου[58,59]. Εναλλακτικά σε περιπτώσεις ΓΟΠΝ και δυσκινησίας του κατώτερου οισοφάγου μπορεί να εφαρμοσθεί μια από τις 2 τεχνικές της μερικής θολοπτύχωσης[9]. Εφόσον συνυπάρχει στένωση του κατώτερου οισοφάγου, η πρόσθια θολο-

πτύχωση (τεχνική Thal) πλεονεκτεί όσον αφορά στην ένδειξη της συνδυαστικής αντιμετώπισης.

Με βάση τη μέθοδο της γαστροπηξίας οι αντιπαλινδρομικές επεμβάσεις διακρίνονται σε πρόσθια γαστροπηξία (ο στόμαχος καθηλώνεται στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα), (τεχνική Boerema) και σε οπίσθια γαστροπηξία (το έλασσον τόξο καθηλώνεται στην προαρτική περιτονία) (τεχνική Hill). Η εφαρμογή προθέματος σιλικόνης πέριξ του κατώτερου οισοφάγου εφαρμόζεται σπανιότατα στα παιδιά.

Τα τελευταία 12 έτη επιχειρείται η ενδοσκοπική αντιμετώπιση της ΓΟΠΝ με την φιλοσοφία της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής (minimally invasive surgery). Στα πλαίσια αυτής της φιλοσοφίας εφαρμόζονται 2 τεχνικές με στόχο την παρεμπόδιση της παλινδρόμησης του γαστρικού περιεχομένου. Με βάση την πρώτη γίνεται πτύχωση, του βλεννογόνου του κατώτερου οισοφάγου κυκλοτερώς (endoluminal gastro plication). Εναλλακτικά, μπορεί να διαμορφωθούν πολλαπλές πτυχώσεις στον βλεννογόνο του στομάχου κάτωθεν ακριβώς της οισοφαγογαστρικής συμβολής. Οι Thomson και συν. δημοσίευσαν τα αποτελέσματα από την πρώτη μελέτη που διενεργήθηκε ενδοσκοπική πτύχωση του γαστρικού βλεννογόνου σε παιδιά[60]. Η παρέμβαση είχε 88% επιτυχία μετά ένα έτος και 56% σε 3 έτη. Απαιτήθηκε δε επανεπέμβαση στο 25% των περιπτώσεων, μετά την παρέλευση τριετίας. Με βάση τη δεύτερη μέθοδο (Stretta procedure) δημιουργείται ίνωση στο επίπεδο του κατώτερου οισοφάγου και στο ύψος της καρδίας και σε συνολικό μήκος 2-3 εκατοστά, μέσω της εφαρμογής –εκπομπής ραδιοκυμάτων τοπικά[9,11]. Αυτή η διαδικασία προάγει την αυξημένη σύνθεση κολλαγόνου ώστε να αναπτυχθεί τελικά ελεγχόμενης έκτασης ίνωση. Το μειονέκτημα αυτής της τεχνικής συνίσταται ότι η αναπτυχθείσα ίνωση παρεμποδίζει την διαδικασία της παροδικής χάλασης του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα , λόγω καταστροφής νευρικών ινών από την εφαρμογή των ραδιοκυμάτων τοπικά[61]. Μέχρι τώρα δεν υπάρχουν δημοσιευμένες μελέτες εφαρμογής στην παιδική ηλικία, ώστε να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα της μεθόδου Stretta.

Στο δια ταύτα, οι δυο ενδοσκοπικές μέθοδοι δεν θεωρούνται ενδεικνυόμενες μέθοδοι για την αντιμετώπιση της ΓΟΠΝ στην παιδική ηλικία.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΠΑΛΙΝΔΡΟΜΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ

Σε αυτόν τον παιδικό πληθυσμό είναι πιθανό να απαιτηθεί η διενέργεια γαστροστομίας σίτισης. Η ουσιώδης ένδειξη αφορά την αδυναμία κατάποσης[62]. Σε αρκετές περιπτώσεις έχει προηγηθεί η διενέργεια γαστροστομίας σίτισης και έπεται η αντιπαλινδρομική επέμβαση. Σε μελέτη των Wilson και συν. συμπεραίνεται ο καταλυτικός ρόλος της γαστροστομίας αναφορικά με την ύφεση της ΓΟΠΝ, στο 68% των περιστατικών της μελέτης τους[63]. Μάλιστα ένα επιπλέον 14% με παραμένουσα ΓΟΠΝ βελτιώθηκε με την φαρμακευτική αγωγή. Τέλος, απαιτήθηκε αντιπαλινδρομική επέμβαση μόνο στο 7% των περιπτώσεων. Ως συμπέρασμα προτάθηκε η διενέργεια αμιγώς της γαστροστομίας στις περιπτώσεις παιδιών με εγκεφαλική παράλυση, ΓΟΠΝ και βαρειά συνοσηρότητα ως μια ελάχιστα επεμβατική πρακτική. Όμως αυτή η πρακτική δεν είναι σήμερα ευρέως αποδεκτή[64]. Στις περιπτώσεις άλλωστε παιδιών με εγκεφαλική παράλυση και ΓΟΠΝ που απαιτείται διενέργεια αντιπαλινδρομικής επέμβασης, μια προυπάρχουσα γαστροστομία δεν διευκολύνει τη διενέργεια της θολοπτύχωσης. Οπότε απαιτείται η σύγκλειση της, η διενέργεια θολοπτύχωσης και ακολούθως η δημιουργία νέας γαστροστομίας.

Σε περιπτώσεις αποτυχημένων αντιπαλινδρομικών επεμβάσεων οι Bianchi και συν.[65] και οι Boubnova και συν.[66] περιέγραψαν την ολική οισοφαγογαστρική παράκαμψη (total esophagogastric dissociation) η οποία στην συνέχεια διενεργήθηκε με ανοικτή επέμβαση αλλά και λαπαροσκοπικά. Διατέμνεται η κοιλιακή μοίρα του οισοφάγου και συγκλείεται το καρδιακό στόμιο. Ακολούθως διενεργείται τελικοτελικά οισοφαγονηστιδική αναστόμωση και τελικοπλάγια νηστιδονηστιδική αναστόμωση, κατά R and Y, 30 εκατοστά από την δωδεκαδακτυλονηστιδική καμπή. Αυτή η παρέμβαση μπορεί να συμπληρωθεί με γαστροστομία σίτισης, ώστε να χρησιμοποιείται και ο στόμαχος, χωρίς όμως κανένα, πλέον, κίνδυνο γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές μπορούν να ταξινομηθούν για πρακτικούς λόγους σε διεγχειρητικές και σε μετεγχειρητικές. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές μπορούν να δια-

κριθούν σε άμεσες ή σύντομες και σε απώτερες.

Οι κυριώτερες διεγχειρητικές επιπλοκές των κλασικών επεμβάσεων είναι η αιμορραγία, η διάτρηση του στομάχου ή του οισοφάγου, η κάκωση του πνευμονογαστρικού νεύρου, η κάκωση εντερικής έλικας και, τέλος, ο πνευμοθώρακας. Οι κυριότερες διεγχειρητικές επιπλοκές των λαπαροσκοπικών επεμβάσεων προκύπτουν συνέπεια του πνευμοπεριτοναίου, της αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης και της αυξημένης απορρόφησης διοξειδίου του άνθρακα, με δυνητικές επίπτωσεις στο αναπνευστικό και στο καρδιαγγειακό σύστημα. Η συχνότητα εκδήλωσης αυτών των επιπλοκών κυμαίνεται από 0,5-11%[67,68].

Οι σημαντικότερες πρώιμες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι η αιμορραγία, η διαπύηση του τραύματος και η δυσφαγία. Να τονισθεί ότι τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες –λόγω της διάτασης του στομάχου– μπορεί να εκδηλωθεί ενδοκοιλιακή αιμορραγία λόγω λύσης των απολινώσεων στα βραχέα γαστρικά αγγεία. Για την αποφυγή αυτής της ασυνήθους επιπλοκής απαιτείται η παραμονή του ρινογαστρικού καθετήρα μετεγχειρητικά, μέχρι την αποκατάσταση της κινητικότητας του ανώτερου πεπτικού σωλήνα. Η επίπτωση της δυσφαγίας μετεγχειρητικά είναι έκδηλη σε περιπτώσεις παιδιών που αντιμετωπίσθηκαν με ολική θολοπτύχωση και κυμαίνεται από 1-23%[66,68]. Θεωρείται ως επί το πλείστον παροδική κατάσταση η οποία αναμένεται να υποχωρήσει μετά την παρέλευση 3 εβδομάδων. Στο μεταβατικό διάστημα προτείνεται η σίτιση του παιδιού με τροφή υγρής ή πολτώδους σύστασης.

Οι σημαντικότερες απώτερες επιπλοκές είναι η υποτροπή της ΓΟΠΝ, η παραμένουσα δυσφαγία και ο συμφυτικός ειλεός. Η υποτροπή της ΓΟΠΝ κυμαίνεται από 2% στα φυσιολογικά παιδιά, μέχρι 12% στα παιδιά με εγκεφαλική παράλυση[67]. Εφόσον τα συμπτώματα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης επιμένουν τότε συνιστάται η διενέργεια επανεπέμβασης. Απαιτείται εκτεταμένη συμφυσιόλυση, κινητοποίηση του οισοφάγου, σύγκλειση των σκελών του διαφράγματος και επαναδημιουργία της θολοπτύχωσης[68].

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η υποτροπή της αντιμετωπισθείσας ΓΟΠΝ κυμαίνεται από 2,1 μέχρι 11,1%[47,53,70]. Οι Kubiak και συν. μελέτησαν την επίπτωση της υποτροπής σε σχέση με την τεχνική που εφαρμόσθηκε και διαπίστωσαν ότι η ολική θολοπτύχωση είχε χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής (5,9%) έναντι αυτών της πρόσθιας μερικής θολοπτύχωσης (15,9%)[70]. Στον πίνακα 1 καταγράφονται με διεξοδικότητα τα συγκριτικά μετεγχειρητικά αποτελέσματα σύμφωνα με τις μελέτες των Kubiak και συν.[69], Rothenberg[70] και Mattioli και συν.[71].

Οι Turnage και συν. παρακολούθησαν σε βάθος πενταετίας 46 παιδιά με χειρουργηθείσα ΓΟΠΝ από τα οποία το 57% είχε εγκεφαλική παράλυση ενώ το 80% είχε συννοσηρότητα[72]. Διαπίστωσαν δε ότι η θνητότητα σχετίζονταν με την συνοσηρότητα και όχι με την αντιπαλινδρομική επέμβαση. Εκτιμούν ότι η ολική θολοπτύχωση (Nissen) πρέπει να είναι η μέθοδος εκλογής για την αντιμετώπιση της ΓΟΠΝ στην παιδική ηλικία λόγω της αποτελεσματικότητας της μεθόδου, αλλά και των αποδεκτών ποσοστών μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Σε μελέτη των Goessler και συν. εκτιμάται ως ικανοποιητικό το αποτέλεσμα των διενεργηθεισών αντιπαλινδρομικών επεμβάσεων, αναφορικά με την υποχώρηση της συμπτωματολογίας, σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση. Θεωρούν δε ότι για τα περιστατικά που υποτροπίασε μετεγχειρητικά η ΓΟΠΝ ευθύνεται η δυστροφία αυτών των παιδιών και όχι ο τύπος της αντιπαλινδρομικής επέμβασης[73].

Οι Capito και συν. αξιολόγησαν τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα 127 παιδιών που υποβλήθηκαν σε ολική θολοπτύχωση. Από αυτά τα 54 ήταν φυσιολογικά παιδιά και τα 73 έπασχαν από εγκεφαλική παράλυση. Διαπίστωσαν λοιπόν ότι η ολική θολοπτύχωση έχει άριστα μακροπρόθεσμα

Πίνακας 1. Συσχέτιση αποτελεσμάτων διενεργηθεισών αντιπαλινδρομικών επεμβάσεων με βάση την επιλεγείσα τεχνική[9].

Τύπος θολοπτύχωσης	Μετεγχειρητικές επιπλοκές (%)	Υποτροπή (%)	Συχνότητα επανεπέμβασης (%)	Δυσφαγία (%)
Ολική	4-22	3-46	2-14	4-24
Οπίσθια μερική	3-8	1-25	2-11	2
Πρόσθια μερική	3	6-20	10-14	2-22

αποτελέσματα στην ομάδα των φυσιολογικών παιδιών. Στην ομάδα των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση το μετεγχειρητικό αποτέλεσμα εκτιμήθηκε ως ικανοποιητικό καθώς –σε διάστημα πενταετίας– τουλάχιστον το 85% αυτών των παιδιών δεν παραπονέθηκαν για ενοχλήματα ενδεικτικά ΓΟΙΙΝ[74].

Οι Steyaert και συν. συνέκριναν τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα των παιδιών που υποβλήθηκαν σε αντιπαλινδρομική επέμβαση –είτε μερική πρόσθια είτε ολική θολοπτύχωση– με ανοικτή μέθοδο ή λαπαροσκοπικά. Στην ομάδα μελέτης συμπεριλαμβάνονταν τόσο φυσιολογικά παιδιά (ομάδα Α) όσο παιδιά με εγκεφαλική παράλυση (ομάδα Β). Κατέληξαν λοιπόν στην διαπίστωση ότι ανεξάρτητα από την επιλεγείσα μέθοδο, ανεξάρτητα από την επιλεγείσα τεχνική και στις 2 υποομάδες τα αποτελέσματα ήταν συγκρίσιμα και ικανοποιητικά[75].

ABSTRACT

***Patoulias D, Kalogirou M, Patoulias I, Fidantsis Th.* Gastroeophageal reflux disease.** *Hell Iatr 2017; 83: 12-22.*

The term Gastroesophageal reflux disease (GERD) refers to the reverse process of gastric contents to esophagus. In this short review article we presented clearly and comprehensively the most recent data of all aspects of the disease, after thorough and systematic research of the current international literature.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Hegar B, Dewanti NR, Kadim M, et al*. Natural evolution of regurgitation in healthy infants. Acta Paediatrica 2009; 98(7): 1189-93.
2. *Dranove JE*. Focus on diagnosis: new technologies for the diagnosis of gastroesophageal reflux disease Pediatr Review 2008; 29(9): 317-20.
3. *Gorenstein A, Cohen AJ, Cordova Z, et al*. Hiatal hernia in pediatric gastroesophageal reflux. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001; 33: 554-7.
4. *Scarpato E, D'Armiento M, Martinelli M, et al*. Impact of hiatal hernia on pediatric dyspeptic symptoms. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2014; 59: 795-8.
5. *El-Mouzan MI, Abdullah AM, Al-Sanie AM, Al-Khalifah SI*. Pattern of gastroesophageal reflux in children. Saudi Med J 2001; 22: 419-22.
6. *Frankel EA, Shalaby TM, Orenstein SR*. Sandifer syndrome posturing: relation to abdominal wall contractions, gastroesophageal reflux, and fundoplication. Diges Dis Sci 2006; 51(4): 635-40.
7. *Bagucka B, De Schepper J, Peelman M, et al*. Acid gastroesophageal reflux in the 10degrees-reversed-Trendelenburg-position in supine sleeping infants. Acta Paediatr Taiwan 1999; 40: 298-301.
8. *Reymunde A, Santiago N*. Long-term results of radiofrequency energy delivery for the treatment of GERD: sustained improvements in symptoms, quality of life, and drug use at 4-year follow-up. Gastrointest Endoscopy 2007; 65(3): 361-6.
9. *Jackson HT, Kane TD*. Surgical management of pediatric gastroesophageal reflux disease. Gastroenterol Res Pract 2013 Article ID 863527, 8 pages.
10. *Mazzadi SA, García AO, Salis GB, Chiocca JC*. Peptic-esophageal stricture: a report from Argentina. Dis Esophagus 2004; 17: 63-6.
11. *Triadafilopoulos G*. Clinical experience with the Stretta procedure. Gastrointest Endosc Clin N Am 2003; 13: 147-55.
12. *Paterson WG*. The normal antireflux mechanism. Chest Surg Clin N Am 2001; 11: 473-83.
13. *Jozkow P, Wasko-Czopnik D, Medras M, Paradowski L*. Gastroesophageal reflux disease and physical activity. Sports Med 2006; 36: 385-91.
14. *Galmiche JP, Janssens J*. The pathophysiology of gastroesophageal reflux disease: an overview. Scand J Gastroenterol Suppl 1995; 211: 7-18.
15. *Davidson G*. The role of lower esophageal sphincter function and dysmotility in gastroesophageal reflux in premature infants and in the first year of life. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2003; 37Suppl 1: S17-22.
16. *Stein HJ, Kauer WK, Feussner H, Siewert JR*. Bile reflux in benign and malignant Barrett's esophagus: effect of medical acid suppression and Nissen fundoplication. J Gastrointest Surg 1998; 2: 333-41.
17. *Fonkalsrud EW, Ashcraft KW, Coran AG, et al*. Surgical treatment of gastroesophageal reflux in children: a combined hospital study of 7467 patients. Pediatrics 1998; 101: 419-22.
18. *Liu XL, Wong KKY*. Gastroesophageal reflux disease in children .Hong Kong Med J 2012; 18: 421-8.
19. *Liakos AM, Bradley NK, Magram G, Muszynski C*. Hydrocephalus and the reproductive health of women: the medical implications of maternal shunt dependency in 70 women and 138 pregnancies. Neurol Res 2000; 22: 69-88.
20. *Velepic M, Rozmanic V, Velepic M, Bonifacic M*. Gastroesophageal reflux, allergy and chronic tubotympanal disorders in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2000; 55: 187-90.
21. *Pacilli M, Chowdhury MM, Pierro A*. The surgical treatment of gastro-esophageal reflux in neonates and infants. Semin Pediatr Surg 2005; 14: 34-41.
22. *Orenstein SR*. Management of supra esophageal complications of gastroesophageal reflux disease in infants and children. Am J Med 2000; 108: 139-43.
23. *Rudolph CD*. Supra esophageal complications of gastroesophageal reflux in children: challenges in diagnosis and treatment. Am J Med 2003; 115: 150-6.
24. *Orenstein SR*. Tests to assess symptoms of gastroesophageal reflux in infants and children. J Pediatr

Gastroenterol Nutr 2003; 37: 29-32.

25. *Pan JJ, Levine MS, Redfern RO, et al*. Gastroesophageal reflux: comparison of barium studies with 24-h pH monitoring. Eur J Radiol 2003; 47: 149-53.

26. *Kahrilas PJ, Quigley EM*. Clinical esophageal pH recording:a technical review for practice guideline development. Gastroenterol 1996; 110: 1982-96.

27. *Charbel S, Khandwala F, Vaezi MF*. The role of esophageal pH monitoring in symptomatic patients on PPI therapy. Am J Gastroenterol 2005; 100: 283-9.

28. *Mackalski BA, Ilnyckyj A*. Esophageal pH testing in patients refractory to proton pump inhibitor therapy. Can J Gastroenterol 2008; 22: 249-52.

29. *Liu J, Wang Q, Li W*. Estimation of surgical results of achalasia by gastro-esophageal scintiscan Zhonghua Wai KeZa Zhi 1995; 33: 67-8.

30. *Yaghoobi M, Farrokhyar F, Yuan Y, Hunt RH*. Is there an increased risk of GERD after Helicobacter pylori eradication?: a meta-analysis. Am J Gastroenterol 2010; 105: 1007-13.

31. *Wenzl TG, Silny J, Schenke S, et al*. Gastroesophageal reflux and respiratory phenomena in infants: status of the intraluminal impedance technique. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 28: 423-8.

32. *Wenzl TG, Moroder C, Trachterna M, et al*. Esophageal pH monitoring and impedance measurement: a comparison of two diagnostic tests for gastroesophageal reflux. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002; 34: 519-23.

33. *Yellon RF, Goldberg H*. Update on gastroesophageal reflux disease in pediatric airway disorders. Am J Med 2001; 111: 78-84.

34. *Holcomb GW, Murhy JP, OstlieDJ*. Ashcraft's Pediatric Surgery, 6th edition, Elsevier Saunders Co. New York 2014; Chapter 28, pp. 387-402.

35. *Randolph J*. Experience with the Nissen fundoplication for correction of gastroesophageal reflux in infants. Ann Surg 1983; 198: 579-84.

36. *Shub MD, Ulshen MH, Hargrove CB, et al*. Esophagitis: a frequent consequence of gastroesophageal reflux in infancy. J Pediatr 1985; 107: 881-4.

37. *Herbst JJ, Minton SD, Book LS*. Gastroesophageal reflux causing respiratory distress and apnea in newborn infants. J Pediatr 1979; 95: 763-8.

38. *Sindel BD, Maisels MJ, Ballantine TV*. Gastroesophageal reflux to the proximal esophagus in infants with bronchopulmonary dysplasia. Am J Dis Child 1989; 143: 1103-6.

39. *Hoyoux C, Forget P, Lambrechts L, Geubelle F*. Chronic bronchopulmonary disease and gastroesophageal reflux in children. Pediatr Pulmonol 1985; 1: 149-53.

40. *Humphrey GM, Najmaldin AS*. Laparoscopic Nissen fundoplication in disabled infants and children. J Pediatr Surg 1996; 31: 596-9.

41. *Saedon M, Gourgiotis S, Germanos S*. Is there a changing trend in surgical management of gastroesophageal reflux disease in children? World J Gastroenterol 2007; 13: 4417-22.

42. *Maxson RT, Harp S, Jackson RJ, et al*. Delayed gastric emptying in neurologically impaired children with gastroesophageal reflux: the role of pyloroplasty. J Pediatr Surg 1994; 29(6): 726-9.

43. *Pacilli M, Pierro A, Lindley KJ, et al*. Gastric emptying is accelerated following laparoscopic Nissen fundoplication Eur J Pediatr Surg 18(6): 395-7.

44. *Lobe TE*. The current role of laparoscopic surgery for gastroesophageal reflux disease in infants and children. Surg Endosc and Other Interven Techniques, 2007; 21(2): 167-74.

45. *Thompson WR, Hicks BA, Guzzetta PC Jr*. Laparoscopic Nissen fundoplication in the infant. J Laparoendosc Surg 1996; 1: 5-7.

46. *Zamir O, Udassin R, Seror D, et al*. Laparoscopic Nissen fundoplication in children under 2 years of age. Surg Endosc 1997; 11: 1202-5.

47. *Esposito C, Montupet P, Reinberg O*. Laparoscopic surgery for gastroesophageal reflux disease during the first year of life. J Pediatr Surg 2001; 36(5): 715-7.

48. *Hui TT, Fass SM, et al*. Gastroesophageal disease and nausea: does fundoplication help or hurt? Arch Surg 2000; 135: 545-9.

49. *Thatch KA, Yoo EY, Arthur LG 3rd, et al*. A comparison of laparoscopic and open Nissen fundoplication and gastrostomy placement in the neonatal intensive care unit population. J Pediatr Surg 2010; 45: 346-9.

50. *Rothenberg SS, Bratton D.* The effects of laparoscopic Nissen fundoplication to enhance pulmonary function in the treatment of a patient with severe asthma and gastroesophageal reflux disease. J Allergy Clin Immunol 2008; 121: 1069-70.

51. *Iwanaka T, Kanamori Y, Sugiyama M, et al*. Laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease in infants and children. Surg Today 2010; 40: 393-7.

52. *Esposito C, Montupet P, van Der Zee D, et al*. Long-term outcome of laparoscopic Nissen, Toupet, and Thal antireflux procedures for neurologically normal children with gastroesophageal reflux disease. Surg Endoscopy and Other Interven Techniques, 2006; 20(6): 855-8.

53. *Chung DH, Georgeson KE*. Fundoplication and gastrostomy. Semin in Pediatr Surg 1998; 7(4): 213-9.

54. *Steyaert H, Al Mohaidly M, Lembo MA, et al.* Long-term outcome of laparoscopic Nissen and Toupet fundoplication in normal and neurologically impaired children. Surg Endosc and Other Intervent Techniques 2003; 17(4): 543-6.

55. *Jobe BA, Peters JH*. Esophagus and diaphragmatic hernia. In: F. Brunicardi, T. R. Billiar, D. L. Dunn, J. G. Hunter, J. B. Matthews, and R. E. Pollock, Eds., Schwartz's Principles of Surgery, McGraw-Hill, 9th ed, New York, NY, USA, 2010.

56. *DeMeester TR, Peters JH*. Surgical treatment of gastroesophageal reflux disease. In: DO Castell, ed. The Esophagus. Boston, Mass. Little, Brown and Company, 1995: 577-617.

57. *Inge TH, Carmeci C, Ohara LJ, et al*. Outcome of Nissen

fundoplication using intraoperative manometry in children. J Pediatr Surg 1998; 33: 1614-7.

58. *Frantzides CT, Madan AK, Carlson MA, et al*. Laparoscopic revision of failed fundoplication and hiatal herniorraphy. J LaparoendoscAdv Surg Tech 2009; 19(2): 135-9.

59. *Cai W, Watson DI, Lally CJ, et al*. Ten-year clinical outcome of a prospective randomized clinical trial of laparoscopic Nissen versus anterior 180 (degrees) partial fundoplication. Br J Surg 2008; 95(12): 1501-5.

60. *Thomson M, Antao B, Hall S, et al*. Medium-term outcome of endoluminal gastroplication with the Endo-Cinch device in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 46(2): 172-7.

61. *Tam WCE, Schoeman MN, Zhang Q, et al*. Delivery of radiofrequency energy to the lower oesophageal sphincter and gastric cardia inhibits transient lower oesophageal sphincter relaxations and gastro-oesophageal reflux in patients with reflux disease. Gut 2003; 52(4): 479-85.

62. *Blanco FC, Davenport KP, Kane TD*. Pediatric gastroesophageal reflux disease. Surg Clin North Am 2012; 92: 541-58.

63. *Wilson JP, van der Zee DC, Bax NMA*. Endoscopic gastrostomy placement in the child with gastroesophageal reflux: is concomitant antireflux surgery indicated ? J Pediatr Surg 2006; 41 (8): 1441-5.

64. *Srivastava R, Berry JG, Hall M, et al*. Reflux related hospital admissions after fundoplication in children with neurological impairment: retrospective cohort study. B M J 2009; 339, Article ID b4411.

65. *Bianchi A*. Total esophagogastric dissociation: an alternative approach. J Pediatr Surg 1997; 32(9): 1291-4.

66. *Boubnova J, Hery G, Ughetto F, et al*. Laparoscopic total esophagogastric dissociation. J Pediatr Surg 2009; 44(10): 1-3.

67. *Rothenberg S*. The first decade's experience with laparoscopic Nissen fundoplication in infants and children. J Pediatr Surg 2005; 40(1): 142-7.

68. *Kane TD, Brown MF, Chen MK*. Position paper on laparoscopic antireflux operations in infants and children for gastroesophageal reflux disease. J Pediatr Surg 44(5):1034-40.

69. *Kubiak R, Andrews J, Grant HW*. Long-term outcome of laparoscopic nissen fundoplication compared with laparoscopic thal fundoplication in children: a prospective, randomized study. An Surgery 2011; 253(1): 44-9.

70. *Rothenberg SS*. Laparoscopic redo Nissen fundoplication in infants and children. Surg Endoscopy and Other Interven Techniques 2006; 20(10): 1518-20.

71. *Mattioli G, Esposito C, Lima M, et al*. Italian multicenter survey on laparoscopic treatment of gastro-esophageal reflux disease in children. Surg Endoscopy and Other Interven Techniques 2002; 16 (12): 1666-8.

72. *Turnage RH, Oldham KT, Coran AG, Blane CE*. Late results of fundoplication for gastroesophageal reflux in infants and children. Surgery 1989; 105: 457-64.

73. *Goessler A, Huber-Zeyringer A, Hoellwarth ME*. Recurrent gastroesophageal reflux in neurologically impaired patients after fundoplication. Acta Paediatr 2007; 96: 87-93.

74. *Capito C, Leclair MD, Piloquet H, et al*. Long-term outcome of laparoscopic Nissen-Rossetti fundoplication for neurologically impaired and normal children. Surg Endosc 2008; 22: 875-80.

75. *Steyaert H, Al Mohaidly M, Lembo MA, et al*. Long-term outcome of laparoscopic Nissen and Toupet fundoplication in normal and neurologically impaired children. Surg Endosc 2003; 17: 543-6.

Αλληλογραφία:
Πατουλιάς Ιωάννης
Μ. Αλεξάνδρου 3Β
570 10 Πεύκα, Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 225083, 6977 342118
e-mail: patouliasjohn@gmail.com

Corresponding author:
Patoulias Ioannis
M. Alexandrou 3B Street
570 10 Pefka Thessaloniki, Greece
Tel.: 2310 225083, 6977 342118
e-mail: patouliasjohn@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2017, 83, 1-4: 23 - 26

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Η συγγενής μηροκήλη

Δ. Πατουλιάς[1], Μ. Καλογήρου[2], Δ. Φραγκάκης[3], Ι. Πατουλιάς[4]

[1] Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας
[2] Ιατρός
[3] Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας
[4] Α΄ Κλινική Χειρουργικής Παίδων ΑΠΘ

Περίληψη. Πρόκειται για πρόπτωση στον μηριαίο πόρο δια του μηριαίου δακτυλίου ενός ενδοκοιλιακού σπλάχνου, συνηθέστερα του επιπλόου ή του πλάγιου τοιχώματος της ουροδόχου κύστης ή τέλος έλικας λεπτού εντέρου. Εφόσον το περιεχόμενο του κηλικού σάκου είναι η σκωληκοειδής απόφυση ονομάζεται μηροκήλη του De Garengeot. Γενικά η μηροκήλη είναι σπάνια, καθώς αφορά λιγότερο από 1% όλων των κηλών της βουβωνικής χώρας και το 0,3-1% του συνόλου των κηλών της παιδικής ηλικίας. Με βάση όμως δεδομένα από σειρές αντιμετώπισης της βουβωνοκήλης λαπαροσκοπικά, διαπιστώθηκε ότι η επίπτωση της μηροκήλης είναι τρεις φορές μεγαλύτερη. Εκδηλώνεται με δυσχερώς ανατασσόμενη περίσφιξη στο 12% των περιπτώσεων, λόγω του μικρού εύρους του μηριαίου δακτυλίου. Ακριβής διάγνωση προεγχειρητικά επιτυγχάνεται στο 40-75% των περιπτώσεων της μηροκήλης. Έπειτα από ενδελεχή αναδίφηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, παρατίθενται διεξοδικά όλα τα δεδομένα που αφορούν αυτή την σπάνια οντότητα. *Ελλην Ιατρ 2017, 83: 23 - 26.*

ΓΕΝΙΚΑ

Πρόκειται για πρόπτωση στον μηριαίο πόρο δια του μηριαίου δακτυλίου ενός ενδοκοιλιακού σπλάχνου, συνηθέστερα του επιπλόου ή του πλάγιου τοιχώματος της ουροδόχου κύστης ή τέλος έλικας λεπτού εντέρου. Εφόσον το περιεχόμενο του κηλικού σάκου είναι η σκωληκοειδής απόφυση ονομάζεται μηροκήλη του De Garengeot (De Garengeot's femoral hernia)[1].

Είναι σπανιότατη κήλη , καθώς αφορά <1% όλων των κηλών της βουβωνικής χώρας και το 0,3-1% του συνόλου των κηλών της παιδικής ηλικίας[2]. Οι Matthyssens και συν. και Schier και συν. στα πλαίσια αντιμετώπισης της βουβωνοκήλης λαπαροσκοπικά, διαπίστωσαν τριπλάσια επίπτωση της μηροκήλης σε σχέση με την κρατούσα άποψη (1,1-2,8% έναντι 0,3-1%)[3,4].

Ο μηριαίος δακτύλιος έχει μεγαλύτερο εύρος στα θήλεα, άρα η συχνότητα της μηροκήλης είναι μεγαλύτερη στα κορίτσια (αγόρια/κορίτσια 0,58-1)[5,6]. Συχνότερη εντόπιση είναι η δεξιά (δεξιά/αριστερά 3,35-4,56)[7].

Δεν έχει καταγραφεί επαρκής ερμηνεία σχετικά με την ανάπτυξη της μηροκήλης. Σύμφωνα με τους Mc Vay και Savage ίσως είναι συνέπεια της περιφερικότερης επέκτασης του εδάφους του βουβωνικού πόρου προς τον σύνδεσμο Cooper[8]. Αυτή η παράμετρος ουσιαστικά ευθύνεται για την ανάπτυξη ευένδοτης θέσης στο ύψος του μηριαίου δακτυλίου και ακολούθως την επικείμενη εκδήλωση κήλης συνέπεια αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης, με διάφορους μηχανισμούς.

Εφόσον προσπέσει περιτοναϊκό υγρό (διίδρωμα ή εξίδρωμα) και αυτό συλλεγεί εντός του μηριαίου πόρου τότε παρατηρείται η οντότητα της υδροκήλης του μηριαίου δακτυλίου, η οποία, να σημειωθεί, ότι μπορεί να εκδηλωθεί και ως οξεία υδροκήλη.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο μηριαίος δακτύλιος είναι ευένδοτος χώρος που αφορίζεται από τον βοθριαίο σύνδεσμο (απονεύρωση του εγκάρσιου κοιλιακού μυός που καταφύεται στο ηβικό φύμα), τον βουβωνικό σύνδεσμο, τη μηριαία φλέβα και το κτενιαίο σύνδεσμο.

Ο μηριαίος πόρος έχει κωνικό σχήμα με μήκος 1-2 εκατοστών. Το άνω άνοιγμα του είναι ο μηριαίος δακτύλιος και το κάτω άκρο του είναι το ωοειδές τρήμα της πλατείας περιτονίας (μηριαία περιτονία).

Φυσιολογικά ο μηριαίος δακτύλιος περιέχει χαλαρό ινολιπώδη ιστό, λεμφαγγεία καθώς και τους λεμφαδένες του Rosenmuller ή του Cloquet.

Τα περιβλήματα του κηλικού σάκου είναι το προπεριτοναϊκό λίπος, η εγκάρσια περιτονία, η ηθμοειδής περιτονία, η εν τω βάθει περιτονία του Scarpa, η υποδόρια περιτονία του Camper, το υποδόριο λίπος και το δέρμα. Να τονισθεί ότι η περιτονία του Scarpa προσφύεται στην εν τω βάθει περιτονία του μηρού, κάτω από το ωοειδές τρήμα, εμποδίζοντας ουσιαστικά την επέκταση του κηλικού σάκου της μηροκήλης προς τα κάτω.

ΣΠΑΝΙΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Εκτός από τη τυπική μορφή υπάρχουν και σπάνιοι τύποι μηροκήλης[1,9]:

- η προαγγειακή μηροκήλη του Narath ή του Velpeau (συνυπάρχει με συγγενές εξάρθρημα του ισχίου, ο αυχένας του κηλικού σάκου είναι ευρύς επομένως είναι εφικτή η εύκολη ανάταξη του προσπίπτοντος περιεχομένου άρα σπάνια προκαλείται περίσφιξη). Το προσπίπτον περιεχόμενο βρίσκεται μπροστά από τα μηριαία αγγεία.
- Η πλάγια μηροκήλη του Hasselbach η οποία συνυπάρχει με βουβωνοκήλη. Ο σάκος βρίσκεται κάτω από το βουβωνικό σύνδεσμο και επί τα εκτός της μηριαίας αρτηρίας, δηλαδή ακριβώς αντίθετα από την τυπική θέση.
- Η οπισθοαγγειακή μηροκήλη του Serafini στην οποία ο κηλικός σάκος βρίσκεται πίσω από τα μηριαία αγγεία και μπροστά από τη κτενιαία περιτονία.
- Η μηροκήλη του Cloquet στην οποία κηλικός σάκος εισέρχεται μεν στο μηριαίο πόρο αντί να εξέλθει όμως από το ωοειδές τρήμα, διαπερνά τη κτενιαία περιτονία και πορεύεται στην οπίσθια επιφάνεια της. Άρα για την παρασκευή της είναι απαραίτητη η διάνοιξη της εγκάρσιας περιτονίας.
- Η μηροκήλη του βοθριαίου συνδέσμου του Gimbernat ή Laugier στην οποία ο κηλικός σάκος διέρχεται από το μικρό χάσμα του βοθριαίου συνδέσμου. Λόγω όμως του πολύ στενού αυχένα της κήλης είναι μεγαλύτερος ο κίνδυνος περίσφιξης σε σχέση με τους προαναφερθέντες τύπους.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η μηροκήλη εκδηλώνεται στο 12% των περιπτώσεων με περίσφιξη η οποία ανατάσσεται δύσκολα, λόγω του μικρού εύρους του μηριαίου δακτυλίου.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η δυσφορία, το κοιλιακό άλγος και οι έμετοι. Σε περίσφιξη τύπου Richter μπορεί να προεξάρχουν τα συμπτώματα της περιτονίτιδας κατά την αρχική κλινική εκδήλωση. Εάν δεν αναγνωρισθεί και δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα η μηροκήλη τότε αναπτύσσονται επιπλοκές όπως περίσφιξη, φλεγμονή ή οξεία υδροκήλη του μηριαίου δακτυλίου. Η τελευταία εκδηλώνεται σαν επώδυνη και μη ανατασσόμενη μάζα.

Οι κλινικές εκδηλώσεις αφορούν σπανιότερα (<10% των περιπτώσεων) την νεογνική ηλικία[10]. Στη περίπτωση πρόπτωσης προπεριτοναικού λίπους τότε το χαρακτηριστικό ενόχλημα είναι το εντοπισμένο άλγος στην περιοχή του μηριαίου δακτυλίου.

Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώνεται παρουσία επώδυνης και σφαιρικής διόγκωσης κάτω από το βουβωνικό σύνδεσμο, επί τα εκτός και κάτω από το ηβικό φύμα. Μπορεί όμως η διόγκωση να έχει φορά προς τα επάνω δημιουργώντας ψευδώς την εντύπωση της βουβωνοκήλης.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση τίθεται κλινικά ενώ συχνά απαιτείται απεικονιστική τεκμηρίωση με υπερηχογράφημα ή με αξονική τομογραφία[11,12]. Γενικά ακριβής διάγνωση προεγχειρητικά επιτυγχάνεται στο 40-75% των περιπτώσεων μηροκήλης[2,6,13].

Ο εξετάζων μπορεί να κλείσει με το ένα δάκτυλο του το έσω βουβωνικό στόμιο και να αναπαράγει τεχνηέντως συνθήκες αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης. Εφόσον αναπαράγεται η διόγκωση τότε δεν θα πρόκειται για βουβωνοκήλη.

Με την αυξανόμενη συχνότητα αντιμετώπισης της βουβωνοκήλης λαπαροσκοπικά και την δυνατότητα επισκόπησης του έσω στομίου του μηριαίου δακτυλίου, πιστεύεται ότι στο μέλλον θα περιορι-

σθούν τα διαγνωστικά λάθη που αφορούν –ιδιαίτερα– την προεγχειρητική διάγνωση της βουβωνοκήλης[7]. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τη βουβωνοκήλη, τους διογκωμένους λεμφαδένες της περιοχής του μηριαίου πόρου, το λίπωμα, την κιρσοειδή διάταση της σαφηνομηριαίας συμβολής, το ανεύρυσμα (μετατραυματικό ή μεταλοιμώδες) της μηριαίας αρτηρίας, την θυλακίτιδα του ψοίτη μυός, την υδροκήλη του σπερματικού τόνου και τέλος –σπανιότατα– το απόστημα του ψοίτη μυός[14].

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η αποκατάσταση της μηροκήλης μπορεί να γίνει είτε με την κλασική –ανοικτή– επέμβαση είτε λαπαροσκοπικά[3,4,15]. Οι βασικές αρχές της εγχειρητικής τακτικής συνίστανται στην ανάταξη του προσπίπτοντος περιεχομένου και στη τοποθέτηση 2-3 μεμονωμένων ραφών μη απορροφήσιμου ράμματος, ώστε να συμπλησιασθεί το περιμύιο του εγκάρσιου κοιλιακού μυός και ο καταφυτικός του τένοντας με τον σύνδεσμο Cooper (εγχειρητική τακτική που προτάθηκε από τον McVay)[16].

Ο Schier προτείνει την χρήση μη απορροφήσιμου ράμματος για την διενέργεια της πλαστικής, στα πλαίσια αποκατάστασης της μηροκήλης λαπαροσκοπικά, καθώς διαπίστωσε αυξημένα ποσοστά υποτροπής με την χρήση μη απορροφήσιμου ράμματος[15].

Η προσπέλαση μπορεί να γίνει είτε με βουβωνική τομή, είτε με μηριαία τομή είτε ακόμη με παράμεση κάθετη τομή και ακολούθως εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση (τομή Mc Evedy).

Με την ανάταξη του προσπίπτοντος περιεχομένου και την απολίνωση του κηλικού σάκου στο ύψος του έσω βουβωνικού στομίου, χωρίς όμως την διενέργεια πλαστικής αποκατάστασης του χάσματος, ελλοχεύει ο κίνδυνος υποτροπής[17,18,19].

ABSTRACT

***Patoulias D, Kalogirou M, Fragkakis D, Patoulias I.* Congenital femoral hernia.** *Hell Iatr 2017; 83: 23-26.*

Femoral hernia is defined as the prolapse of intra-abdominal viscera through the femoral ring, most commonly the superficial or lateral wall of the urinary bladder or the small intestine. In those cases when the content of the sack is the appendix, it is called De Garengeot's femoral hernia. Generally, this entity is rare, since it accounts for less than 1% of all hernias in the groin and constitutes about 0.3-1% of all childhood hernias. However, based upon data from the laparoscopic treatment of inguinal hernias, the true incidence of the femoral hernia is three times greater. It manifests as incarceration of the protruding viscera in 12% of all cases, due to the small width of the femoral ring. Accurate preoperative diagnosis is made in 40-75% of all cases. After a thorough and systematic research of the current literature, all the data concerning this rare entity are presented in detail.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Ramsingh J, Ali A, Cameron C, et al.* De Garengeot's hernia: diagnosis and surgical management of a rare type of femoral hernia. JSCR 2014; doi:10.1093/jscr/rju008.
2. *De Caluwe D, Chertin B, Puri P*. Childhood femoral hernia: a commonly misdiagnosed condition. Pediatr Surg Int 2003; 19: 608-9.
3. *Matthyssens LE, Philippe P*. A new minimally invasive technique for the repair of femoral hernia in children: About 13 laparoscopic repairs in 10 patients. J Pediatr Surg 2009; 44: 967-91.
4. *Schier F, Klizaite J.* Rare inguinal hernia forms in children. Pediatr Surg Int 2004; 20: 748-52.
5. Radcliffe G, Stringer MD. Reappraisal of femoral hernia in children. Br J Surg, 1997; 84: 58-60.
6. *Al-Shanafey S, Giacomantonio M*. Femoral hernia in children. J Pediatr Surg, 1999; 34: 1104-6.
7. *Wright MFA, Scollay JM, McCabe AJ, Munro FD*. Paediatric femoral hernia - The diagnostic challenge. Inter J Surgery 2011; 9(6): 472-4.
8. *McVay CB, Savage LE*. Etiology of femoral hernia. Ann Surg 1961; 154: 25-32.
9. *Boshnaq M, Phan YC, Akhtar M, Hamade A*. Prevascular femoral hernia and its relation with inferior epigastric vessels: a rare presentation of the femoral hernia sac. BMJ Case Reports 2016; doi:10.1136/bcr-2016-214832.
10. *Ollero Fresno JC, Alvarez M, Sanchez M, Rollan V*. Femoral hernia in childhood: review of 38 cases. Pediatr Surg Int 1997; 12: 520-1.
11. *Chen KC, Chou TJ, Chu CC, Woo TJ*. Ultrasonography for inguinal hernia in boys. J Pediatr Surg 1998; 33: 1784-7.
12. *Robinson P, Hensor E, Lansdown MJ, Ambrose NS, Chapman AH*. Inguinofemoral hernia: accuracy of sonography in patients with indeterminate clinical features. Am J Roentgenol 2006; 187: 1168-78.
13. *Gul Y*. Femoral hernia in children. Ir Med J 2000 93: 183-4.
14. *Temiz A, Akcora B, Temiz M, Canbolant E*. A rare and frequently unrecognised pathology in children: femoral hernia. Hernia 2008; 12: 553-6.

15. *Schier F*. Laparoscopic inguinal hernia repair - a prospective personal series of 542 children. J Pediatr Surg, 2006; 41: 1081-4.

16. *Bendavid R, Abrahamson J, Arregui ME, Flament JB, Phillips EH*. Abdominal Wall Hernias, Principles and Management. New York NY: Springer-Verlag ISBN 978-1-4419-8574-3, 2001: 33-6.

17. *Chapman WHH*. Femoral hernia in children: an infrequent problem revisited. Mil Med, 1991; 156: 631-3.

18. *Zaman K, Taylor JD, Fossard DP*. Femoral herniae in children Ann R Coll Surg Engl, 1985; 67: 249-50.

19. *Lickley HLA, Trusler GA*. Femoral hernia in children. J Pediatr Surg, 1966; 1: 338-41.

Αλληλογραφία:
Πατουλιάς Ιωάννης
Μ. Αλεξάνδρου 3Β
570 10 Πεύκα, Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 225083, 6977 342118
e-mail: patouliasjohn@gmail.com

Corresponding author:
Patoulias Ioannis
M. Alexandrou 3B Street
570 10 Pefka Thessaloniki, Greece
Tel.: 2310 225083, 6977 342118
e-mail: patouliasjohn@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2017, 83, 1-4: 27-34

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Αναγκαιότητα υποκίνησης ιατρών δημοσίου νοσοκομείου: Ρεαλιστικό πλαίσιο κινήτρων

Συμεών Ναούμ

Υγειονομική Υπηρεσία, 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

Περίληψη. Η οικονομική κρίση έχει συντελέσει, μεταξύ άλλων, στην επιδείνωση των συνθηκών εργασίας του ιατρικού προσωπικού, με συνέπεια τη δυσαρέσκεια και την υπονόμευση της αποδοτικότητάς του. Η σπουδαιότητα της υποκίνησης-παρακίνησης στις επιστήμες διοίκησης, οδήγησε πολλούς ερευνητές να διατυπώσουν θεωρίες από τις οποίες άλλες εστιάζουν στη φύση (περιεχόμενο) της υποκίνησης, και άλλες στη διαδικασία αυτής. Τα περισσότερα δημόσια νοσοκομεία, χαρακτηρίζονται από ανυπαρξία κινήτρων και από νοοτροπία που δεν ευνοεί την υποκίνηση. Επιπρόσθετα, οι εργασιακές σχέσεις των ιατρών, οι αμοιβές, η εξέλιξη και άλλα θέματα σχετικά με την υπηρεσιακή τους κατάσταση-εξέλιξη, ρυθμίζονται από την υπάρχουσα νομοθεσία και συνεπώς, οι διοικήσεις των νοσοκομείων παρουσιάζουν αδυναμία αύξησης μισθών, παροχής επιπλέον οικονομικών κινήτρων, παρέμβασης στον τρόπο αξιολόγησης-εξέλιξης, κλπ. Από τις θεωρίες υποκίνησης που υπάρχουν στη βιβλιογραφία, επιλέγονται και αναλύονται δυο εξ αυτών: η θεωρία ιεράρχησης των αναγκών του Maslow και η θεωρία των δυο παραγόντων του Herzberg και γίνεται κριτική θεώρησή τους, ενώ εξετάζεται κατά πόσο είναι εφικτή η εφαρμογή τους σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. Τέλος, προτείνεται ένα ρεαλιστικό πλαίσιο κινήτρων για την αύξηση της απόδοσης των ιατρών, το οποίο μπορεί να εφαρμοστεί από τις διοικήσεις των νοσοκομείων, στο πλαίσιο της ισχύουσας νομοθεσίας, των αρμοδιοτήτων τους και των περιορισμών της οικονομικής συγκυρίας, χωρίς την απαίτηση αλλαγών του θεσμικού πλαισίου.

Ελλην Ιατρ 2017, 83: 27 - 34.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νοσοκομεία, όπως αποκαλούνται θεσμικά οι δημόσιοι οργανισμοί παροχής δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας[1], οδηγούνται λόγω οικονομικής κρίσης σε βαθμιαία συρρίκνωση των οικονομικών δυνατοτήτων και της στελέχωσής τους, ενώ παράλληλα υφίστανται πιέσεις για βελτίωση της ποιότητας και αποδοτικότητάς τους, σε μία κοινωνία διαρκώς αυξανόμενων αναγκών. Αντίστοιχα, οι ιδιωτικές κλινικές-θεραπευτήρια αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα ρευστότητας, ενώ πολλές οδηγήθηκαν σε αναστολή λειτουργίας. Επίσης, οι περισσότερες από αυτές εξαρτώνται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, που έχουν παγώσει τις πληρωμές τους, ενώ παράλληλα οι ασθενείς τους μειώνονται, στρεφόμενοι προς τα νοσοκομεία λόγω μειώσεων των αποδοχών τους.

Ως αποτέλεσμα, οι γιατροί αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως αύξηση φόρτου εργασίας λόγω υποστελέχωσης των δομών υγείας, μείωση αποδοχών-προοπτικών εξέλιξής τους λόγω περιορισμών (ως αποτέλεσμα της κρίσης), ενώ μειούμενη είναι και η δυνατότητα επαγγελματικής τους απασχόλησης στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Οι μικρές αυτές πιθανότητες πρόσληψης στο ΕΣΥ λόγω των μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας και η υπερπλήρωση του ιδιωτικού τομέα λόγω υπερπροσφοράς[2], όπως και οι δυσκολίες στη συνέχιση της εκπαίδευσής τους[3], έχουν ως αποτέλεσμα τη δυσαρέ-

σκεια και υπονόμευση της αποδοτικότητας των ιατρών, ενώ επίσης, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται το φαινόμενο της μαζικής μετανάστευσης ιατρών που αναζητούν στο εξωτερικό εργασία με καλύτερες προοπτικές και αμοιβές (brain drain).

Η πολιτεία, λοιπόν, οφείλει να λαμβάνει μέτρα για: α) βελτίωση της αποδοτικότητας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, β) υποστήριξη προσπαθειών προς μία ασθενοκεντρική προσέγγιση με εφαρμογή σύγχρονων πρακτικών, γ) περιορισμό φαινομένων brain drain. Για την αύξηση αποδοτικότητας των ιατρών, σημαντικό παράγοντα συνιστά η υποκίνηση-παρακίνηση, η οποία αποτελεί διαδικασία ενεργοποίησης των ικανοτήτων τους μέσα από ένα παρεχόμενο από τη διοίκηση ενός οργανισμού υγείας πλαίσιο κινήτρων, αποσκοπώντας στην επίτευξη των στόχων του[4-5].

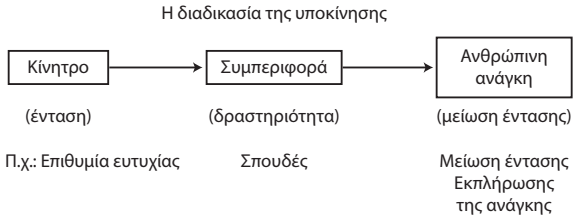
Στο παρόν άρθρο επιχειρείται να αναδειχθεί η ανάγκη υποκίνησης-παρακίνησης και να αναλυθούν οι κατηγορίες ανταμοιβών, που υποκινούν τους ιατρούς της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Το γεγονός, ότι τα περισσότερα νοσοκομεία της Ελλάδας χαρακτηρίζονται από ανυπαρξία κινήτρων[6], σε συνδυασμό με την οικονομική-ανθρωπιστική κρίση, αποτέλεσαν κίνητρο για την αξιολόγηση της εφαρμογής των διαφόρων θεωριών υποκίνησης των μόνιμων ιατρών των νοσοκομείων αλλά και για την παρουσίαση ενός ρεαλιστικού πλαισίου κινήτρων υποκίνησής τους.

ΑΝΑΓΚΗ ΥΠΟΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΥΠΟΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΑΝΤΑΜΟΙΒΩΝ ΣΕ ΙΑΤΡΟΥΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Η αναγκαιότητα της υποκίνησης προκύπτει από το γεγονός, ότι αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα της αποδοτικότητας (άλλοι παράγοντες είναι: ικανότητα του ατόμου, ευκαιρίες για δράση, κατάλληλη καθοδήγηση, κλπ.). Επίσης, η υποκίνηση βελτιώνει την απόδοση, συνδέοντας τις ικανότητες, τα προσόντα και την προθυμία των ιατρών να εργαστούν, αυξάνει την παραγωγικότητα, μειώνει το κόστος, βελτιώνει την αποτελεσματικότητα και τις σχέσεις του προσωπικού, οδηγώντας σε αποτελεσματικές συνεργασίες και σε εύκολη προσαρμογή στις αλλαγές[7].

Η ανάγκη για υποκίνηση είναι μεγαλύτερη στη διανυόμενη περίοδο οικονομικής κρίσης, όπου αρκετοί ιατροί της δευτεροβάθμιας φροντίδας βρίσκονται σε κατάσταση από-υποκίνησης-σύγχυσης. Πρέπει να διευκρινιστεί ωστόσο, πως η έννοια της υποκίνησης δεν είναι ταυτόσημη με αυτή της επαγγελματικής ικανοποίησης, καθώς η υποκίνηση κατευθύνει το άτομο να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, ενώ η ικανοποίηση είναι μια έκφραση του συναισθήματος για την υφιστάμενη εργασιακή του κατάσταση[8]. Εν τούτοις, οι δύο έννοιες συσχετίζονται, καθ'όσον η υποκίνηση αποτελεί παράγοντα ενίσχυσης της επαγγελματικής ικανοποίησης[9].

Η ικανοποίηση των ιατρών μέσα από την εργασία, συνδέεται με την εμπιστοσύνη των ασθενών, την εμπιστοσύνη και στήριξή τους από τους πολίτες, τη διοίκηση του νοσοκομείου και το Υπουργείο Υγείας[10-11]. Άμεση επίσης, είναι η συσχέτιση της εργασιακής ικανοποίησης με την ψυχική υγεία, την εργασιακή συνοχή, την αποδοτικότητα και ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση με την ικανοποίηση των ασθενών[12]. Όταν ένας εργαζόμενος-ιατρός υποκινείται, τότε συνήθως, παρατηρείται αύξηση της παραγωγικότητάς του, αισθάνεται ικανοποιημένος από την εργασία του, αποφεύγοντας απουσίες, καθυστερήσεις και παράπονα. Η διαδικασία της υποκίνησης βασίζεται στο γεγονός, ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες δημιουργούν ένταση, η οποία με τη σειρά της παράγει κίνητρα που ωθούν σε συμπεριφορές-δραστηριότητες, στοχεύοντας στην ικανοποίηση της ανθρώπινης ανάγκης (μείωση της έντασης). Αυτή η διαδικασία παρουσιάζεται στην εικόνα 1[13].



Εικ. 1. *Η Διαδικασία της υποκίνησης.*

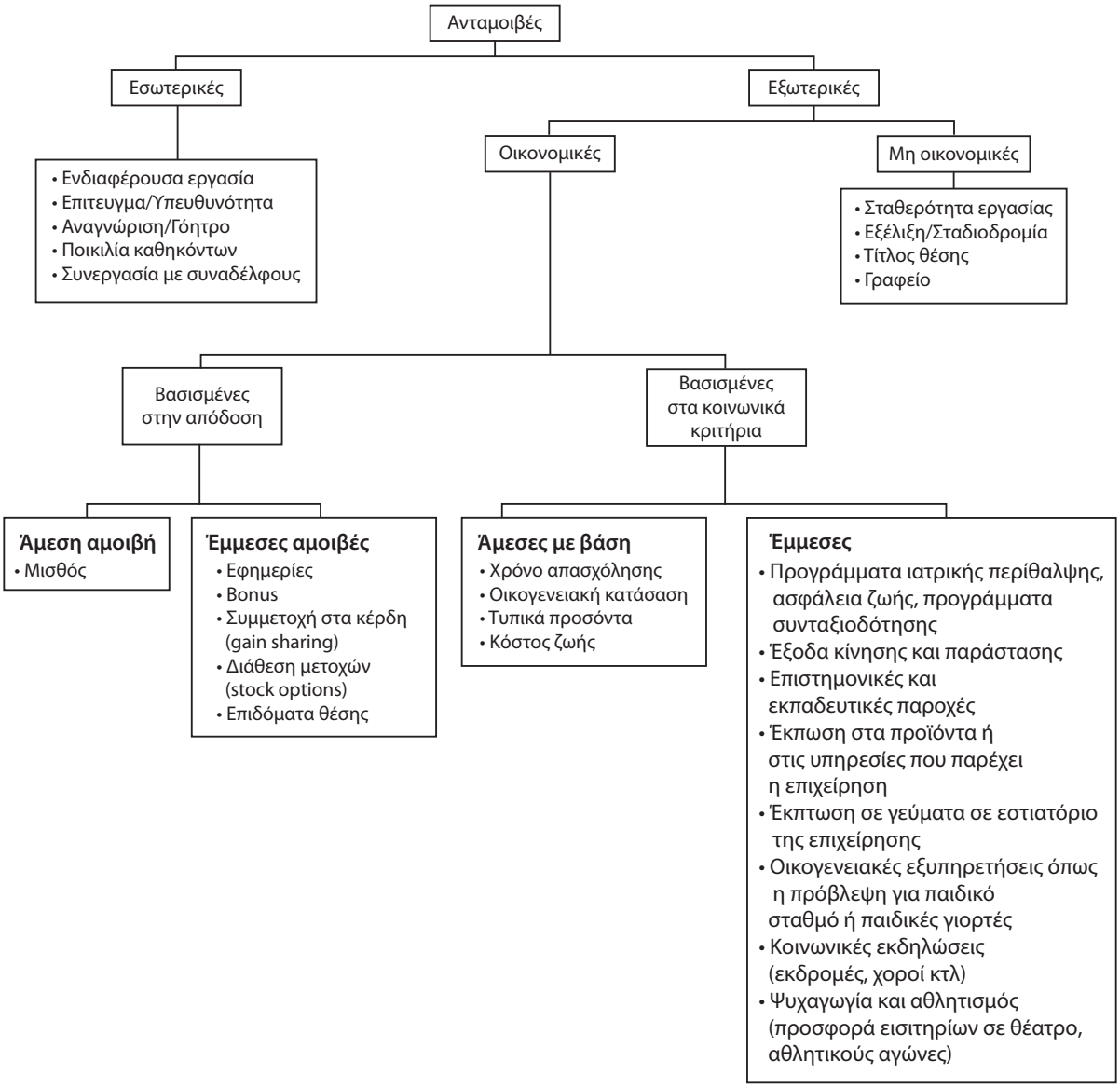
Αξίζει να σημειωθεί, ότι τα κίνητρα δεν έχουν την ίδια ισχύ για όλους, αφού οι άνθρωποι έχουν διαφορετικές αντιλήψεις και νοοτροπίες. Επίσης, ίδιες ανεκπλήρωτες ανάγκες δεν οδηγούν αναγκαστικά σε ίδιες συμπεριφορές και αντίστροφα, ίδιες συμπεριφορές δεν πηγάζουν από ίδιες ανάγκες[4,14].

Τα κίνητρα συνδέονται με ανταμοιβές, που συνιστούν τα προνόμια-οφέλη που προκύπτουν από την εκτέλεση κάποιας εργασίας-παροχή υπη-

ρεσίας[15] και πρέπει να είναι δίκαιες και αντίστοιχες των προσόντων του εργαζομένου-ιατρού, να τον υποκινούν για να εργάζεται αποτελεσματικά, ανταποκρινόμενες στις δυνατότητες του εργοδότη-οργανισμού υγείας. Οι ανταμοιβές κατηγοριοποιούνται σε:

- Εσωτερικές (intrinsic) και εξωτερικές (extrinsic)
- Οικονομικές (financial, monetary) και μη οικονομικές (non-financial, non-monetary)

Οι εσωτερικές ανταμοιβές είναι άυλες, μη οικονομικές και σχετίζονται με την εσωτερική υποκίνηση των ατόμων. Η υποκίνηση θεωρείται εσωτερική όταν οι άνθρωποι εκτελούν μια δραστηριότητα για τον εαυτό τους, για ικανοποίηση ψυχολογικών αναγκών και προσπαθούν να βιώσουν την ικανοποίηση εσωτερικά, μέσω της ίδιας της δραστηριότητας[16]. Επιπρόσθετα, μπορεί να είναι έμφυτη ή επίκτητη διαμορφούμενη από τις επιρροές που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον του αλλά και από το περιεχόμενο της εργασίας του. Αρκετοί εργαζόμενοι-ιατροί επηρεάζονται από την εσωτερική υποκίνηση για την πραγματοποίηση μιας δραστηριότητας, χωρίς όμως αυτό να ισχύει για όλες τις δραστηριότητες, καθώς ο καθένας μπορεί να μην έχει εσωτερικά κίνητρα για οποιαδήποτε εργασία.



Εικ. 2. *Κατηγορίες ανταμοιβών σε ιατρούς νοσοκομείου (δημόσιου ή ιδιωτικού).*

Οι εξωτερικές ανταμοιβές, σχετίζονται με την εξωτερική υποκίνηση των εργαζομένων-ιατρών, η οποία συμβαίνει, όταν επιδιώκουν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους[17]. Προσφέρονται στους εργαζομένους-ιατρούς ως επιβράβευση για την απόδοσή τους ή για την ολοκλήρωση μιας εργασίας και μπορεί να είναι οικονομικές ή μη, ενώ αντίθετα με τις εσωτερικές, δεν ικανοποιούν τις κοινωνικές ανάγκες τους. Εξωτερικές ανταμοιβές θεωρούνται η εξασφάλιση της απασχόλησης, ο μισθός, εξέλιξη, κ.ά.[18].

Η εξωτερική υποκίνηση παρουσιάζει, ωστόσο και μειονεκτήματα. Μόλις αποσυρθεί η ανταμοιβή, τότε η υποκίνηση παύει να υφίσταται. Επιπρόσθετα, αν η ανταμοιβή παραμένει σταθερή, η υποκίνηση εξασθενεί με την πάροδο του χρόνου ενώ για να λειτουργήσει το ίδιο κίνητρο, απαιτείται όλο και μεγαλύτερη ανταμοιβή. Τέλος, επηρεάζει αρνητικά την εσωτερική υποκίνηση καθώς, για παράδειγμα, ανταμείβοντας κάποιον για μία πράξη, ελαττώνεται η προθυμία του να πραγματοποιήσει μελλοντικά τη συγκεκριμένη πράξη από μόνος του και κάθε φορά θα πρέπει να του παρέχεται κάποια ανταμοιβή.

Στην εικόνα 2 αναφέρονται οι κατηγορίες ανταμοιβών[19]. Οι ανταμοιβές του σχήματος είναι ενδεικτικές, αλλά πολλές απ' αυτές εφαρμόζονται ήδη στους ιατρούς δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο δημόσιο ή/και ιδιωτικό τομέα.

Τα κίνητρα-ανταμοιβές ανάλογα, με τη φύση του οργανισμού και το πλήθος εργαζομένων-ιατρών που αφορούν, κατηγοριοποιούνται σε ατομικά ή ομαδικά. Τα ατομικά κίνητρα είναι συνήθως περισσότερο επιτυχημένα για την αύξηση της απόδοσης και της παραγωγικότητας, ενώ μειονέκτημά τους αποτελεί η δυσκολία αξιολόγησης της αποδόσης, όταν η ατομική ανταμοιβή συνδέεται με ομαδική εργασία, καθώς σε μια ομάδα μπορεί να υπάρξουν εργαζόμενοι-ιατροί που δεν αποδίδουν το ίδιο. Πλεονεκτήματα των ομαδικών κινήτρων αντίστοιχα, συνιστούν το υψηλό επίπεδο συνεργασίας και οργάνωσης και τα λιγοστά περιστατικά ανταγωνισμού, σε αντίθεση με τα ατομικά κίνητρα[20].

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΘΕΩΡΙΩΝ ΥΠΟΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΤΑ MASLOW ΚΑΙ HERZBERG ΣΕ ΜΟΝΙΜΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

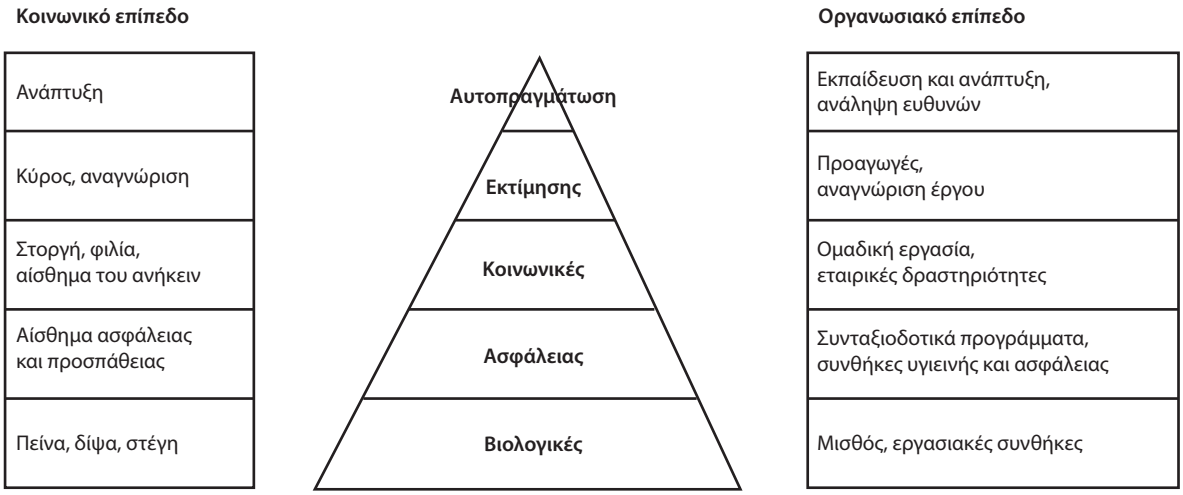
Υπάρχουν πολλές θεωρίες που αναφέρονται στην υποκίνηση, χωριζόμενες σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη εστιάζει στη φύση-περιεχόμενο της υποκίνησης, ενώ η δεύτερη στη διαδικασία της υποκίνησης[21]. Παρακάτω, παρουσιάζονται οι θεωρίες των Maslow και Herzberg, οι οποίες ανήκουν στην πρώτη κατηγορία, με σκοπό την αξιολόγηση και κριτική τους ώστε να εφαρμοστούν σε ένα πλαίσιο υποκίνησης σε ιατρούς δημόσιου νοσοκομείου[4,17].

Α) Θεωρία Ιεράρχησης Αναγκών (Maslow)

Ο Maslow Α. υποστήριξε, ότι υπάρχουν πέντε γενικές κατηγορίες ανθρωπίνων αναγκών, δομημένες σε μια ιεραρχία (επίπεδα). Ο βαθμός παρακίνησης του ατόμου επηρεάζεται από το βαθμό μη ικανοποίησης των αναγκών και ότι παρακινητικές είναι οι ανάγκες που είναι ανικανοποίητες. Οι ανάγκες ενός επιπέδου μπορούν να παρακινηθούν, όταν οι ανάγκες του προηγούμενου έχουν καλυφθεί σε μεγάλο βαθμό. Στην εικόνα 3 περιγράφονται τα επίπεδα των ανθρώπινων αναγκών, σε κοινωνικό και οργανωσιακό επίπεδο[22].

Ο Maslow αναφέρει, ότι δεν υπάρχει απόλυτη ικανοποίηση των αναγκών[23-24], ενώ το μοντέλο του επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως: ανάπτυξη, πολιτισμός, τεχνολογία, μεταβολές αξιών κ.α. Έχει διαπιστωθεί ότι τα επίπεδα είναι δυνατό να διαφέρουν από τόπο σε τόπο και από χώρα σε χώρα, λόγω κουλτούρας και κοινωνικών δομών. Έχει υποστηριχθεί επίσης, ότι: α) οι ανάγκες δεν ακολουθούν μία αυστηρή ιεραρχία, αφού η ιεράρχηση είναι υποκειμενική, επηρεαζόμενη από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες, β) υπάρχουν ανάγκες που εντάσσονται σε περισσότερες κατηγορίες, γ) ένα άτομο είναι πιθανό να παρακινείται από πολλές ανάγκες ταυτόχρονα, δ) η ικανοποίηση μιας ανάγκης δεν συνοδεύεται πάντα από τη μείωση της ικανοποίησής της[2,23]. Οι κατά Maslow ανάγκες για την υποκίνηση ιατρών, εξειδικεύονται όπως παρακάτω[5]:

1. Βιολογικές: Μπορούν να ικανοποιηθούν με έναν επαρκή μισθό.
2. Ασφάλειας: Συγκαταλέγονται η εξάσφαλιση σταθερής θέσης εργασίας, ικανοποιητική σύνταξη, κλπ
3. Κοινωνικές: Αφορούν στην ικανοποίηση της ανάγκης για αγάπη, σύνδεση με άλλους, ένταξη σε ομάδα, φιλία, κ.α και ικανοποιούνται από τη δημιουργία οικείου κλίματος στο νοσοκομείο, που προωθεί τη συνεργασία και την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων.



Εικ. 3. *Επίπεδα ανθρώπινων αναγκών κατά Maslow.*

4. Εκτίμηση: Οι ιατροί πρέπει να αισθάνονται την εκτίμηση και αναγνώριση της προσπάθειάς τους από το νοσοκομείο, την τοπική αυτοδιοίκηση και το Υπουργείο Υγείας.
5. Αυτοπραγμάτωση: Είναι η ενστικτώδης ανάγκη των ανθρώπων να είναι το καλύτερο που μπορούν. Επιτυγχάνεται μέσα από τη συμμετοχή σε συνέδρια, τη συγγραφή επιστημονικών εργασιών, την παροχή δυνατοτήτων επαγγελματικής ανόδου, κ.λπ.

Η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow απορρίπτει την παλαιότερη κλασσική αντίληψη, ότι ο εργαζόμενος υποκινείται μόνο από οικονομικές ανταμοιβές. Ο Maslow προτείνει στα διοικητικά στελέχη να συνειδητοποιήσουν ότι οι άνθρωποι επιδιώκουν να ικανοποιήσουν και ανώτερες κατηγορίες αναγκών, οπότε πρέπει να τους παρέχονται διαφορετικά κίνητρα κάθε φορά, ανάλογα με την ανάγκη που ο καθένας επιδιώκει να ικανοποιήσει. Επομένως, η θεωρία του Maslow, στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, αποκτά ιδιαίτερη σημασία.

Τα μειονεκτήματα της θεωρίας είναι, ότι θεωρείται υπέρμετρα στατική γιατί: (α) η ιεράρχηση των αναγκών και ο βαθμός σπουδαιότητάς τους εξαρτάται από διάφορες μεταβλητές όπως το μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο, η ηλικία, ο χαρακτήρας, ή ακόμα και το περιβάλλον του κάθε ατόμου, (β) οι περισσότεροι άνθρωποι παρακινούνται προσπαθώντας να ικανοποιήσουν παραπάνω από μια ανάγκη κάθε φορά και (γ) η ένταση της κάθε ανάγκης διαφοροποιείται από άνθρωπο σε άνθρωπο ανάλογα με την προσωπικότητά του.

Β) Θεωρία των Δύο Παραγόντων (Herzberg)

Ο Herzberg, διακρίνει παράγοντες που εξηγούν την εργασιακή ικανοποίηση και την εργασιακή δυσαρέσκεια, διαχωρίζοντάς τους σε δύο κατηγορίες:

- Τα κίνητρα, που προέρχονται από τις βασικές-βιολογικές ανάγκες του ατόμου και εξηγούν την ικανοποίηση στον εργασιακό χώρο. Η ύπαρξη των παραγόντων αυτών, ενθαρρύνει τους εργαζόμενους να προσπαθούν να αποδώσουν τα μέγιστα.
- Οι παράγοντες υγιεινής ή διατήρησης, που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον. Οι παράγοντες αυτοί δεν υποκινούν τους εργαζόμενους προς αύξηση της απόδοσης τους, αλλά συνεισφέρουν ώστε να μην υπάρχει δυσαρέσκεια και να διατηρείται η απόδοση σε αποδεκτό επίπεδο.

Οι κατηγορίες των παραγόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 1[4].

Ο Herzberg δέχτηκε κριτική σχετικά με τη δυνατότητα υποκίνησης που έχει η χρηματική ανταμοιβή, το κύρος και οι διαπροσωπικές σχέσεις που κατ' αυτόν, λειτουργούν ως παράγοντες διατήρησης. Η εμπειρία όμως έχει δείξει ότι-συχνά-η πιο πάνω κριτική δεν ισχύει[4].

Τα πλεονεκτήματα της θεωρίας του Herzberg είναι ότι η ικανοποίηση διακρίθηκε σε ενδογενή (ικανοποίηση που ελέγχεται από τον εργαζόμενο) και εξωγενή (εξωγενείς παράγοντες που καθορίζουν την προσωπική ικανοποίηση). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία, ο ικανοποιημένος εργαζόμε-

Πίνακας 1. Κίνητρα και παράγοντες Υγιεινής-Διατήρησης

ΚΙΝΗΤΡΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ-ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ	
ΚΙΝΗΤΡΑ	**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ-ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ**
Επίτευξη κάποιου στόχου	Η διοίκηση και η πολιτική του Οργανισμού
Αναγνώριση (της προσπάθειας)	Η επίβλεψη
Εξέλιξη (εργασιακή και προσωπική)	Οι συνθήκες εργασίας
Το ίδιο το αντικείμενο της εργασίας	Οι διαπροσωπικές σχέσεις στον Οργανισμό
Υπευθυνότητα	Ο μισθός - αμοιβή
	Το κύρος
	Η προσωπική ζωή
	Η ασφάλεια της εργασίας

νος θα είναι και παρακινούμενος στην εργασία του.

Τα μειονεκτήματά της είναι, ότι ο Herzberg δεν έλαβε υπόψη του τα ιδιαίτερα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων και ότι οι παράγοντες που υποκινούν τους ανθρώπους μπορεί να αλλάζουν σε διαφορετικές φάσεις της ζωής (στην αρχή της καριέρας, στην ωριμότητα, λίγο πριν τη σύνταξη κ.λπ.). Ο Herzberg θεώρησε ότι οι πηγές ικανοποίησης είναι όμοιες για όλους τους εργαζομένους, εξισώνοντας έτσι τις φιλοδοξίες και τις στοχοθεσίες υπαλλήλων και διευθυντικών στελεχών.

Εφαρμογή της θεωρίας Herzberg από τη Διοίκηση για την παρακίνηση ιατρών θα ήταν η δυνατότητα θέσπισης επιτεύξιμων στόχων, η αναγνώριση της επίτευξης των στόχων που θεσπίστηκαν με την παροχή επιπλέον οικονομικών κινήτρων ή με προσμέτρηση της επίτευξης τους στην εξέλιξη-προαγωγή, συναρτήσει των άλλων επαγγελματικών προσόντων και ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ιατρού (ικανότητα ανάληψης ευθυνών, ικανότητα ανάληψης ηγετικού ρόλου, επικοινωνιακές ικανότητες)[7].

ΡΕΑΛΙΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΥΠΟΚΙΝΗΣΗΣ ΜΟΝΙΜΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, στα νοσοκομεία οι σχέσεις εργασίας των ιατρών, οι αμοιβές, η εξέλιξη και άλλα θέματα που έχουν σχέση με την υπηρεσιακή τους κατάσταση-εξέλιξη, ρυθμίζονται από την υπάρχουσα νομοθεσία[25] και συνεπώς, οι διοικήσεις των νοσοκομείων παρουσιάζουν αδυναμία αύξησης μισθών, παρέμβασης στο τρόπο αξιολόγησης-εξέλιξης και περιορισμένη παροχή επιπλέον οικονομικών κινήτρων στους ιατρούς, ιδιαίτερα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης. Συνεπώς ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο κινήτρων μέσω αύξησης μισθών, βελτίωσης ασφαλιστικού καθεστώτος, παροχής πρόσθετων οικονομικών κινήτρων, θέσπισης επιτεύξιμων-μετρήσιμων στόχων, που –σε περίπτωση επίτευξής τους– η ανταμοιβή θα είναι οικονομική ή θα προσμετρά στην αξιολόγηση-προαγωγή, κλπ, απαιτεί την αλλαγή του Νομοθετικού πλαισίου, αλλά προσκρούει και στην γενικότερη αρνητική οικονομική συγκυρία της Χώρας. Συνεπώς, θα πρέπει να αναζητηθεί πλαίσιο κινήτρων υποκίνησης ιατρών, που βρίσκεται στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων των διοικήσεων των δημοσίων νοσοκομείων, χωρίς να απαιτούνται αλλαγές θεσμικού πλαισίου.

Κατά τη θεωρία του Maslow, το πλαίσιο υποκίνησης θα μπορούσε συμπεριλαμβάνει την ενθάρρυνση της ομαδικότητας-συνεργασίας (εκπλήρωση τρίτης βαθμίδας αναγκών κατά Maslow-κοινωνικές ανάγκες) μέσω συγκρότησης ιατρικών ομάδων, χειρουργείων πολλαπλών ειδικοτήτων, συμμετοχής των ιατρών στις αποφάσεις των τμημάτων τους, κ.λπ., καθώς επίσης και την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μέσω οργάνωσης κοινωνικών εκδηλώσεων εντός και εκτός εργασίας, κλπ. Επίσης, η ικανοποίηση της ανάγκης αυτοπραγμάτωσης των ιατρών (πέμπτη βαθμίδα-ανάγκες αυτοπραγμάτωσης), μπορεί να επιτευχθεί μέσω ενθάρρυνσης της συμμετοχής τους σε επιστημονικά συνέδρια, με δημοσιεύσεις επιστημονικών άρθρων, ανάπτυξη-παρακολούθηση εκπαιδευτικών-ερευνητικών προγραμμάτων για βελτίωση των δεξιοτήτων τους, ανάπτυξη βιβλιοθήκης, κ.λπ.

Οι κατά τον Herzberg παράγοντες υγιεινής που αφορούν στις συνθήκες εργασίας, μπορούν να ικανοποιηθούν μέσω της δημιουργίας ευχάριστων, άνετων-λειτουργικών χώρων εργασίας και ξεκούρασης. Οι χώροι πρέπει να είναι καθαροί, χρωματισμένοι, να απουσιάζουν κακοσμίες-υγρασία και ενοχλητικοί θόρυβοι, να γίνεται αποκονίωση με ηλεκτροστατικές συσκευές κ.α., να χρησιμοποιούνται εργονομικά έπιπλα, να υπάρχει κατάλληλος φωτισμός, ανελκυστήρες, επαρκής θέρμανση, εξαερισμός, κλιματισμός, σύγχρονος και συντηρημένος ιατρικός και λοιπός εξοπλισμός, κλπ. Επιπρόσθετα, οι κατά Herzberg παράγοντες υγιεινής επί-

βλεψη-εποπτεία διοίκησης, μπορούν να ικανοποιηθούν με μία μείωση του αισθήματος αδικίας των ιατρών που υπηρετούν σε τμήματα μεγάλου φόρτου εργασίας-άγχους συγκριτικά με άλλους που υπηρετούν σε λιγότερο απαιτητικά-στρεσογόνα τμήματα, με προσεκτικό σχεδιασμό του προγράμματος εφημεριών, μέσω της συνδρομής του επιστημονικού συμβουλίου, ώστε να διασφαλίζεται η εναλλαγή τους. Όσον αφορά στην κατά Herzberg κατηγορία κινήτρων, όπως η επίτευξη στόχων, η αναγνώριση της προσπάθειας και η υπευθυνότητα μπορεί να εκπληρωθούν με την ανάπτυξη πρωτοβουλιών για αναγνώριση ιατρικών δράσεων και επιτευγμάτων από το νοσοκομείο, την τοπική αυτοδιοίκηση και το Υπουργείο Υγείας μέσω: 1) θέσπισης ηθικών ατομικών-ομαδικών βραβείων, 2) έκδοσης-κυκλοφορίας περιοδικού στο νοσοκομείο και στην τοπική κοινωνία, που θα αναφέρονται επιστημονικά, θεραπευτικά επιτεύγματα και κοινωνικές δράσεις, 3) ανάπτυξης δράσεων σε συνεργασία με τοπική αυτοδιοίκηση, σχολική κοινότητα, πολιτιστικούς συλλόγους, αθλητικά σωματεία, 4) εθελοντικής προσφοράς υπηρεσιών σε απομακρυσμένες περιοχές-συνοικίες, κλπ. Τέλος, το αντικείμενο εργασίας (κίνητρο κατά Herzberg) μπορεί να εμπλουτιστεί μέσω αύξησης ενδιαφερόντων όπως: μετακινήσεις ιατρών ανά τακτά διαστήματα –εφόσον είναι δυνατόν– σε άλλα τμήματα-κλινικές, ενθάρρυνση συμμετοχής σε σημαντικά-βαριά ή σε ελάχιστα επεμβατικά χειρουργεία, κλπ, ώστε να διευρύνονται οι εμπειρίες και να αποκτώνται δεξιότητες.

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι η επιτυχία της υποκίνησης των ιατρών προαπαιτεί τη συμμετοχή τους στη συνολική διαδικασία λήψης των σχετικών αποφάσεων, την ανάπτυξη καλής και ουσιαστικής σχέσης με τη διοίκηση και τη διασφάλιση της επικοινωνίας όλων των εμπλεκομένων σε κάθε στάδιο σχεδιασμού και υλοποίησης του πλαισίου κινήτρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υποκίνηση των εργαζομένων αποτελεί ένα πολύ σημαντικό παράγοντα για την επίτευξη των στόχων ενός οργανισμού, οδηγώντας πολλούς ερευνητές να διατυπώσουν διάφορες θεωρίες από τις οποίες άλλες εστιάζουν στη φύση-περιεχόμενο της υποκίνησης και άλλες στη διαδικασία της υποκίνησης. Οι ιατροί αποτελούν μια σημαντική κατηγορία εργαζομένων των οργανισμών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και συνεπώς, η υποκίνησή τους αποτελεί σημείο-κλειδί για την αύξηση της προθυμία τους για εργασία, της αποδοτικότητας και παραγωγικότητά τους, συμβάλλει στη μείωση του κόστους υγείας, στη βελτίωση των εργασιακών σχέσεων, στη μείωση φαινομένων καθυστερήσεων-παραπόνων στην εργασία και αναβαθμίζει την ποιότητα στους οργανισμούς υγείας.

Παρόλα αυτά, είναι γεγονός πως τα περισσότερα νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από απουσία κινήτρων και από καθεστώς-νοοτροπία που δεν ευνοεί την υποκίνηση. Με βάση τις προαναφερθείσες θεωρίες, προτείνεται ένα ρεαλιστικό πλαίσιο κινήτρων υποκίνησης των ιατρών, (ανάπτυξη αξιοπρεπών συνθηκών εργασίας, ενθάρρυνση της ομαδικότητας, ανάπτυξη-βελτίωση διαπροσωπικών σχέσεων, εμπλουτισμό των εργασιακών ενδιαφερόντων, αναγνώριση επιτευγμάτων, ικανοποίηση αναγκών αυτοπραγμάτωσης και μείωση αισθήματος αδικίας), που μπορεί να εφαρμοστεί από τις διοικήσεις των νοσοκομείων, στο πλαίσιο της ισχύουσας νομοθεσίας, των αρμοδιοτήτων τους και των περιορισμών της οικονομικής συγκυρίας, χωρίς αλλαγή του θεσμικού πλαισίου. Σημειώνεται, ότι ένα πιο ολοκληρωμένο πλαίσιο κινήτρων θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω αύξησης μισθών, παροχής επιπλέον οικονομικών κινήτρων, αλλαγής συστήματος αξιολόγησης, κλπ, που όμως, απαιτεί νομοθετικές-θεσμικές τροποποιήσεις και συναντά δυσκολία εφαρμογής στη παρούσα αρνητική οικονομική συγκυρία.

ABSTRACT

Naoum S. **Necessity for public hospital doctors' motivation: Realistic incentives framework.** *Hell Iatr 2017; 83: 27-34.*

The economic crisis has contributed to the deterioration of the working conditions of medical staff, resulting in its dissatisfaction and undermining of its efficiency. The importance of incitement-motivation in management sciences has led many researchers to formulate theories from which, some focus on the nature (content) of incitement, and others in the process. Most public hospitals are characterized by a lack of incentives and a mentality that does not encourage incitement. Additionally, doctors' working relationships, payment, development and other issues related to their occupational status-evolvement are regulated by the existing legislation, and there-

fore, hospital administrations are unable to raise wages, to provide additional financial incentives, to intervene in the way evaluation-evolution, etc. From the incitement theories in the bibliography, two of them are selected and analyzed: Maslow's theory of hierarchy and Herzberg's two factors theory. Both of these theories are criticized and it is considered whether they can be implemented in a public hospital. Finally, a realistic incentive framework is proposed to increase the performance of doctors, which can be implemented by hospital administrations, in the framework of their current legislation, responsibilities and economic constraints, without requiring changes in the institutional framework.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ν. 1397. Εθνικό Σύστημα Υγείας. ΦΕΚ 143Α, 1983.
2. *Ifanti AA, Argyriou AA, Kalofonou FH, Kalofonos HP*. Physicians' brain drain in Greece: A perspective on the reasons why and how to address it. Health Policy 2014; 117: 210-15.
3. *Kontodimopoulos N, Paleologou V, Niakas D*. Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals. BMC Health Services Research 2009; 9: 164, http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-9-164.
4. *Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ*. Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999: 309-37.
5. *Πετρίδου Ε*. Διοίκηση-Μανατζμέντ: Μια εισαγωγική προσέγγιση. Ζυγός, Θεσσαλονίκη, 1998: 200-50.
6. *Δερβένης Χ, Πολύζος Ν*. Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 1995: 20-30.
7. *Ιωάννου Γ*. Συνολική Επιβράβευση (Total Reward) Παρακινεί ή αποθαρρύνει τους υπαλλήλους μίας επιχείρησης. Α.Π.ΚΥ Μεταπτυχιακή διατριβή, Λευκωσία, 2012: 70-80.
8. *Grol R, Mokkink H, Smits A, Van Eijk J, Beek M, Mesker P, et al*. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. Fam Pract 1985; 2: 128-35.
9. *Κάντας Α*. Κίνητρα-Επαγγελματική Ικανοποίηση-Ηγεσία. Στο: Οργανωτική–Βιομηχανική Ψυχολογία. 3η έκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998: 60-80.
10. *Γκαβαρδίνας Χ*. Η Υποκίνηση του προσωπικού σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. ΕΑΠ Διπλωματική εργασία, Αθήνα, 2012: 13-14.
11. *Κανελλόπουλος Δ*. Θεωρίες παρακίνησης του ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία. Το βήμα του Ασκληπειού, 2012; 11: 182-89.
12. *Μακρής Μ, Θεοδώρου Μ, Middleton Ν*. Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011; 28: 234-44.
13. *Montana P, Charnov B*. Μάνατζμεντ. Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2002: 260-69.
14. *François P, Vinck D, Labarère J, Reverdy T, Peyrin JC*. Assessment of an intervention to train teaching hospital care providers in quality management, Qual Saf Health Care 2005; 14: 234-239, doi:10.1136/qshc.2004.011924.
15. *Pitts C*. Motivating Your Organization. 1st ed. McGraw-Hill International, New York, 1995: 100-20.
16. *Van Yperen NW, Hagedoorn M*. Do high job demands increase intrinsic motivation or job strain or both? The role of job control and social support. Academy of Management Journal 2003; 46: 339-48.
17. *Osterloh M, Frey B, Frost J*. The dynamics of motivation of new organizational forms. International Journal of Economics and Business 2002; 9: 61-77.
18. *Deci E*. Intrinsic Motivation. Plenum Press, New York, 1975: 161-228.
19. *Ξηροτύρη-Κουφίδου Σ*. Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων: Κτίζοντας τα Θεμέλια για τη Στρατηγική Διοίκηση των Ανθρώπων. 4η έκδ Ανικούλα, Θεσσαλονίκη, 2010: 380-83.
20. *Μουζά-Λαζαρίδη ΑΜ*. Διοίκηση ανθρώπινων πόρων. Ζυγός, Θεσσαλονίκη, 2013: 320-50.
21. *Huczynski A, Buchanan DA*. Organizational Behavior: An Introductory Text. 5th ed. Financial Times-Prentice Hall, London, 2004: 284-310.
22. *Νταλιάρη Α*. Ανταμοιβές και Υποκίνηση στο σύγχρονο προβληματικό εργασιακό περιβάλλον. Διπλωματική εργασία, Α.Π.Θ-Π.Μ.Σ: Διοίκηση και Οικονομία, Θεσσαλονίκη, 2015: 18-33, 37-55.
23. *Αργυράτου Ε*. Εγχειρίδιο Οργανωτικής Συμπεριφοράς. Β. Γκιούρδας, Αθήνα, 2005: 11-15.
24. Marketing Lexicon. Λεξικό του Marketing για εύρεση ορισμών. Διαθέσιμο στο: http://marketing-lexicon.pblogs.gr/
25. Τρόπος λειτουργίας και διαδικασία λήψης αποφάσεων Συμβουλίων Προσλήψεων - Κρίσεων ιατρών κλάδου. Διαθέσιμο στο http://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/proslhpseis-diorismoi/iatroi-kladoy-e-s-y/ypoyrgikes-apofaseis-egkyklioi/4067-tropos-leitoyrgias-kai diadikasia-lhpshs-apofasewn-symboyliwn-proslhpsewn krisewn-iatrwn-kladoy-e-s-y.

Αλληλογραφία:
Σ. Ναούμ
Ανδρέα Εμπειρίκου 37Α
263 35 Πάτρα
Τηλ.: 6947 745476
e-mail: naoumsimeon@gmail.com

Corresponding author:
S. Naoum
Andrea Empeirikou 37A street
263 35 Patra, Greece
Tel.: 6947 745476
e-mail: naoumsimeon@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2017, 83, 1-4: 35-46

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Ανάλυση επιπέδου και δεικτών υγείας Ελλάδας και Ισπανίας στα χρόνια πριν και μετά την οικονομική κρίση

Συμεών Ναούμ

Υγειονομική Υπηρεσία, 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

Περίληψη. Η κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας στηρίζεται στη μελέτη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού της, επηρεαζόμενο άμεσα ή έμμεσα από πολλούς παράγοντες που αποτυπώνονται με τους «δείκτες υγείας». Από την ανάλυση του επιπέδου υγείας της Ελλάδας και Ισπανίας προ και μετά οικονομικής κρίσης, το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού κρίνεται γενικώς καλό, ενώ και το επίπεδο υγείας του ισπανικού πληθυσμού δε φαίνεται να επηρεάζεται από την κρίση. Αντίθετα, η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και στην Ισπανία φαίνεται να επηρεάζει δείκτες, που αφορούν: στην επίπτωση του HIV και στο ποσοστό γεννήσεων ζώντων νεογνών με βάρος μικρότερο από 2500 γραμμάρια. Επιπλέον, στην Ελλάδα επηρεάζονται και οι δείκτες: θάνατοι από επιθέσεις, αυτοκτονίες και εκ προθέσεως αυτοτραυματισμοί. Τέλος, ο δείκτης «κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη για την υγεία» είναι χειρότερος στην Ελλάδα απ' ότι στην Ισπανία. Είναι σημαντικό να σημειωθεί, ότι τα εθνικά και διεθνή στατιστικά δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν και επεξεργάστηκαν στο παρόν άρθρο, δεν ξεπερνούν το 2014, κάτι που δεν απεικονίζει την πλέον πρόσφατη κατάσταση του επιπέδου υγείας των δύο χωρών. Εκτιμάται ότι τα δεδομένα είναι σχετικά λίγα για μια ασφαλέστερη εκτίμηση και τα αποτελέσματα της κρίσης θα αναδειχθούν αντικειμενικότερα σε μεγαλύτερο βάθος χρόνου. Ωστόσο, εκτιμάται πως η μείωση της κατά κεφαλής δαπάνης για την υγεία καθώς και η παρατεταμένη ανεργία με τις συνέπειές της, αναδεικνύονται σε σημαντικά ζητήματα.
Ελλην Ιατρ 2017, 83: 35 - 46.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μελέτη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μιας χώρας αποτελεί βασικό παράγοντα για την κοινωνική και οικονομική της ανάπτυξη. Διάφοροι παράγοντες προσδιορίζουν το επίπεδο υγείας, όπως[1]: οικογενειακοί θεσμοί (οικογένεια, σχολείο, κλπ), υπηρεσίες υγείας (πρόσβαση σε φροντίδα υγείας, ποιότητα νοσοκομειακής περίθαλψης, κλπ), παράγοντες κοινωνικο-οικονομικοί (κοινωνική θέση, εισόδημα, μόρφωση, κλπ), πολιτιστικοί (ήθη, έθιμα, τρόπος ζωής, συνήθειες, τάσεις-στάσεις απέναντι στην υγεία, κλπ), πολιτικοί (προγραμματισμός του τομέα υγείας, αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, κλπ), περιβαλλοντικοί (κλιματολογικές συνθήκες, περιβαλλοντική ρύπανση, κλπ), συμπεριφορά (κάπνισμα, διατροφικές συνήθειες, αλκοόλ, επάρκεια ύπνου, κλπ), δημογραφικοί (ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ), υγειονομικοί-ιατρικοί (επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών, κλπ).

Στη βιβλιογραφία, ένα σύνολο παραγόντων που επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού, συσχετίζονται με τους λεγόμενους «δείκτες υγείας». Η μέτρηση του επιπέδου

υγείας ενός πληθυσμού είναι μια δύσκολη διαδικασία, καθώς δεν υπάρχει ένας παγκόσμιος δείκτης υγείας. Για το λόγο αυτό, για την παρακολούθηση και εξέλιξη της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού χρησιμοποιούνται δείκτες υγείας, ώστε να γίνουν κατανοητές οι μεταβολές που έχουν σημειωθεί διαχρονικά στην υγεία των πληθυσμών.

Οι δείκτες υγείας είναι ένα σύνολο δεδομένων τα οποία στηρίζονται σε στατιστικές πληροφορίες που έχουν προκύψει με συγκεκριμένη μεθοδολογία, ώστε να διασφαλίζεται η συγκρισιμότητα των συμπερασμάτων σε μια δεδομένη χρονική περίοδο, αποτελώντας προσδιοριστικούς παράγοντες του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Οι δείκτες έχουν χαρακτηριστικά ποσότητας, ποιότητας και χρόνου, χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση - άμεσα ή έμμεσα- των αλλαγών σε μία κατάσταση, που αφορά στην υγεία, παρέχοντας τη βάση για σχεδιασμό, ανάπτυξη και αξιολόγηση προγραμμάτων που στοχεύουν στη βελτίωσή της[2].

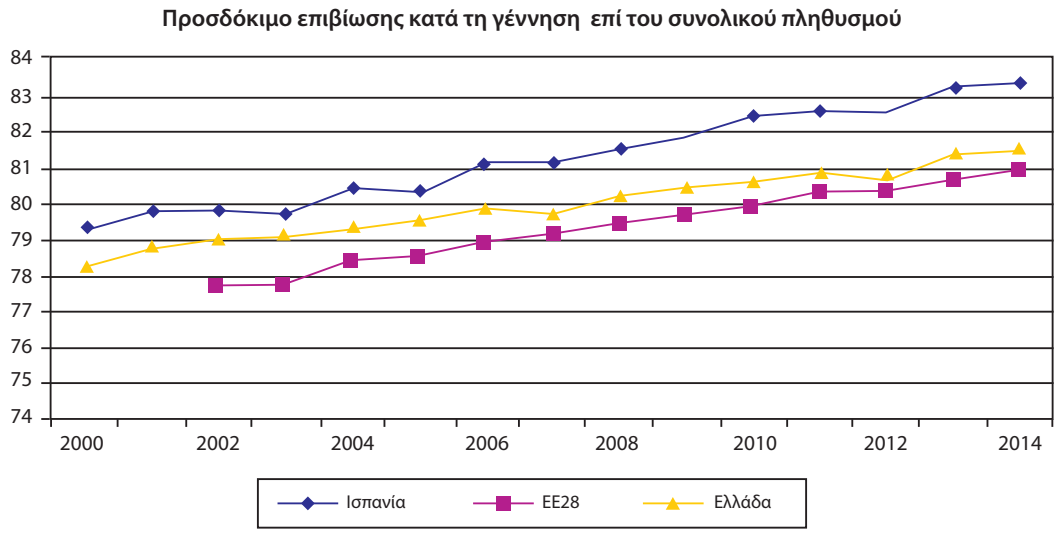
Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) το επίπεδο υγείας αποτυπώνεται μέσα από δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας, το προσδόκιμο ζωής, τα Έτη Υγιούς Ζωής και τη μέτρηση της ποιότητας ζωής[3].

Είναι γεγονός, ότι η ελληνική οικονομία βρίσκεται σε δυσμενή κατάσταση, όπως αυτή καθορίζεται από την πτώση του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), καθιστώντας επιτακτική ανάγκη και υψίστης σημασίας τη μελέτη επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στους δείκτες υγείας και την εξαγωγή ανάλογων συμπερασμάτων. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) οι περισσότεροι δείκτες υγείας επηρεάζονται από το κατά κεφαλήν εισόδημα μίας χώρας και από τις δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας[4]. Ωστόσο, ο τρόπος και το μέγεθος επιρροής του επιπέδου υγείας των πολιτών μιας χώρας που υφίσταται οικονομική κρίση δεν έχει συσχετιστεί ποσοτικά με τη μείωση του ΑΕΠ. Προκειμένου να δοθεί απάντηση στο παραπάνω ερώτημα, θα πρέπει να μελετηθεί η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, οι οποίες καθορίζονται: α) από το ΑΕΠ[5], β) τα δημογραφικά στοιχεία και το πρότυπο των ασθενειών του πληθυσμού, καθώς και γ) από τη μορφή του συστήματος υγείας[6]. Επίσης, πρέπει να αναλυθούν οι δείκτες υγείας και να βρεθούν εκείνοι που αποτυπώνουν καλύτερα τα αποτελέσματα της μείωσης των δαπανών στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης όσον αφορά στο επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού μιας χώρας θα γίνουν ορατά σε μεγαλύτερο βάθος χρόνου, έως ότου δηλαδή να επιδράσουν οι παράγοντες κινδύνου στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Στο παρόν άρθρο, αναφέρονται οι προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας πληθυσμού, αναλύεται η διαχρονική εξέλιξη δεικτών υγείας του ελληνικού και ισπανικού πληθυσμού και περιγράφεται το επίπεδο υγείας του ελληνικού και ισπανικού πληθυσμού. Επιπρόσθετα, εξετάζεται η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους δείκτες υγείας και τα ευρήματα της μελέτης συσχετίζονται με την εξέλιξη της κατά κεφαλήν συνολικής δαπάνης υγείας στις χώρες αυτές. Για την εκπόνηση της εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν πηγές, που διέθεταν τα πλέον πρόσφατα δεδομένα, αλλά έγινε και αναφορά σε αντίστοιχους δείκτες για την ΕΕ28 ή τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο (ΕΜΟ), όπου αυτό ήταν δυνατόν, ώστε να είναι εφικτή η σύγκριση των δεικτών με κεντρικές τιμές. Για την εξαγωγή συμπερασμάτων έγινε επεξεργασία δεδομένων από: ΕΛΣΤΑΤ, ECHI-Heidi Data tool, OECD Health Statistics 2016-Frequently Requested Data, WHO data. Για τη διαχρονική επισκόπηση των δεικτών, ελήφθη υπόψη το διάστημα 2000-2014, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις το καταληκτικό έτος είναι το 2013 ή 2012 ανάλογα με τη διαθεσιμότητα δεδομένων, στο χρόνο που έγινε η μελέτη.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΣΠΑΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η εξέλιξη του επιπέδου υγείας Ελλάδας και Ισπανίας, στα χρόνια πριν και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, στηρίχθηκε στη σύγκριση ενός διευρυμένου -κατά το δυνατόν- αριθμού δεικτών υγείας. Η Ισπανία επιλέχθηκε να συγκριθεί με την Ελλάδα γιατί –όπως και η Ελλάδα– επηρεάστηκε έντονα από την κρίση, η οποία έγινε ιδιαίτερα εμφανής στις δύο χώρες την ίδια περίπου χρονική περίοδο, αλλά και γιατί η Ισπανία είναι χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ευρωζώνης, με παρόμοια πληθυσμιακή διαστρωμάτωση και μορφή κοινωνικών σχέσεων σε σύγκριση με την Ελλάδα. Η επεξεργασία των δεδομένων και οι εικόνες που

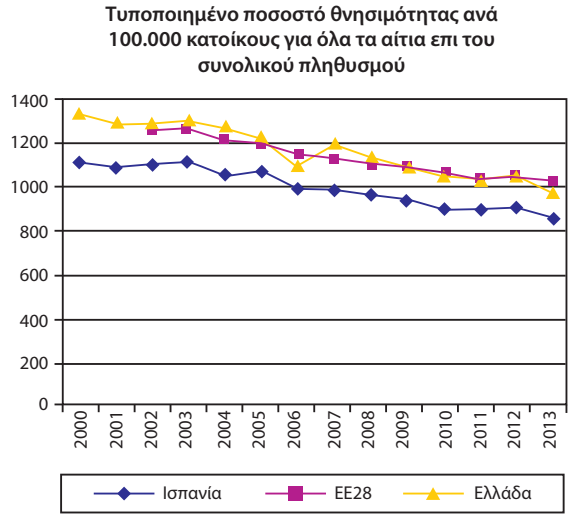


Εικ. 1. Απεικόνιση της κατανομής του προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση επί του συνολικού πληθυσμού της Ισπανίας, Ε.Ε και Ελλάδας κατά την περίοδο 2000-2014.
(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

παρήχθησαν, αποτελέσαν τη βάση εξαγωγής συμπερασμάτων σχετικά με τη διαχρονική εξέλιξη των δεικτών υγείας σε Ελλάδα και Ισπανία, που συνοψίζονται παρακάτω.

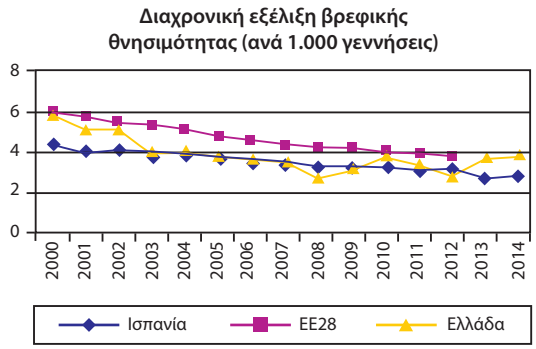
Ένας από τους βασικότερους δείκτες υγείας που χρησιμοποιείται για την περιγραφή-απεικόνιση του επίπεδου υγείας μιας χώρας αποτελεί το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, που εκφράζει τα αναμενόμενα έτη ζωής ενός ανθρώπου υπό φυσιολογικές συνθήκες (Εικ. 1)[7].

Επίσης, σημαντικός είναι και ο δείκτης «Γενική Θνησιμότητα-Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους –όλα τα αίτια» βασίζεται στον αριθμό θανάτων σε μία χώρα διαιρούμενο με το μέγεθος του πληθυσμού. Για να είναι εφικτή η σύγκριση διαχρονικά και μεταξύ χωρών, τα δεδομένα προτυποποιούνται, αφαιρώντας την επίδραση ηλικιακών διαφορών και χρησιμοποιείται ο προτυποποιημένος δείκτης, εκφραζόμενος ως αριθμός θανάτων ανά 100.000 πληθυσμού (Εικόνα 2). Τέλος, η «βρεφική θνησιμότητα» αφορά στο λόγο των θανάτων των βρεφών ηλικίας κάτω του ενός έτους μέσα σε ένα ημερολογιακό έτος, προς τον αριθμό των γεννήσεων ζώντων του έτους αυτού, επί 1000. Αποτελεί δείκτη ιδιαίτερης σημασίας, «αφού αντανακλά τις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες κάτω από τις οποίες τα έμβρυα κυοφορήθηκαν και γεννήθηκαν και αντικατοπτρίζει την αποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος να επέμβει και να διορθώσει εγκαίρως προ-



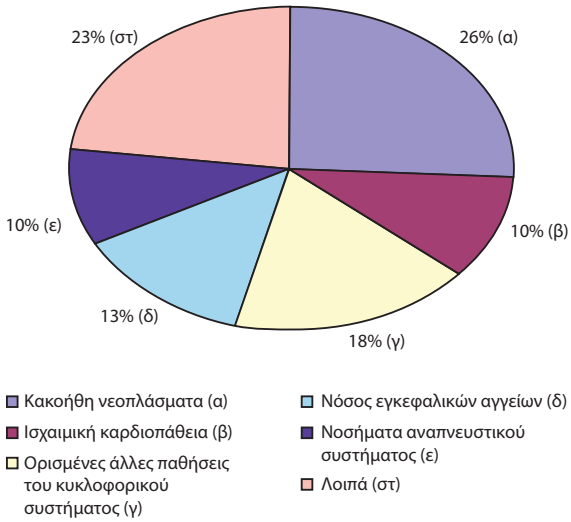
Εικ. 2. Απεικόνιση της κατανομής του τυποποιημένου ποσοστού θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους για όλα τα αίτια επί του συνολικού πληθυσμού για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2013.
(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

βλήματα σε όλη την πορεία του εμβρύου μέχρι τη συμπλήρωση ενός χρόνου ζωής»[8-10] (Εικ. 3). Τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ισπανία, οι δύο πρώτοι δείκτες παρουσιάζουν βελτίωση διαχρονικά, ενώ η βρεφική θνησιμότητα φαίνεται να αυξάνεται στην περίπτωση της Ελλάδας από το 2009 και θα πρέπει να προβληματίσει, σε αντίθεση με την Ισπανία όπου παρουσιάζει μείωση.



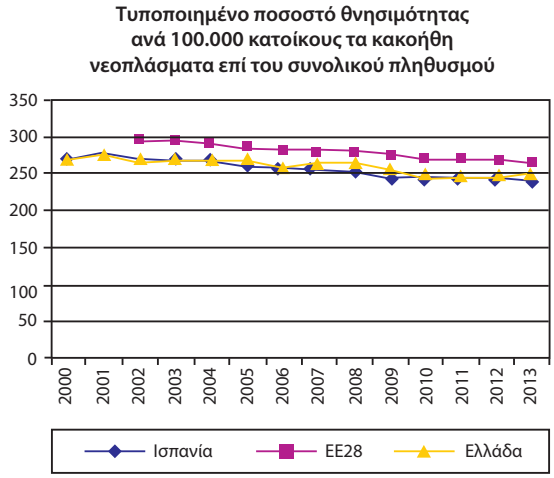
Εικ. 3. Απεικόνιση της διαχρονικής εξέλιξης της βρεφικής θνησιμότητας για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2014.
(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

Όσον αφορά στη νοσηρότητα και τις κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στοιχεία του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ [11], οι πολυπληθέστερες ομάδες αιτιών θανάτου ήταν τα κακοήθη νεοπλάσματα 26%, η ισχαιμική καρδιοπάθεια 10%, η νόσος εγκεφαλικών αγγείων 13%, ορισμένες άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος 18% και τα νοσήματα αναπνευστικού συστήματος 10% (Εικ. 4).

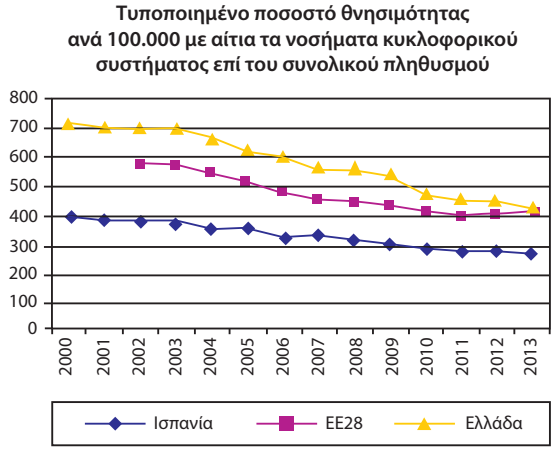


Εικ. 4. Συνηθέστερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα (2014).
Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ.

Σημειώνεται, ότι οι κύριες αιτίες θανάτου στην ΕΕ28 είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος και τα αναπνευστικά νοσήματα[12]. Για τα παραπάνω νοσήματα παρουσιάζεται βελτίωση στους αντίστοιχους δείκτες «Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους, κακοήθη νεοπλάσματα-νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος-αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια-ισχαιμική καρδιακή νόσος-ασθένειες αναπνευστικού συστήματος-συνολικός πληθυσμός» και στις δύο χώρες (Εικ. 5, 6, 7, 8, 9).

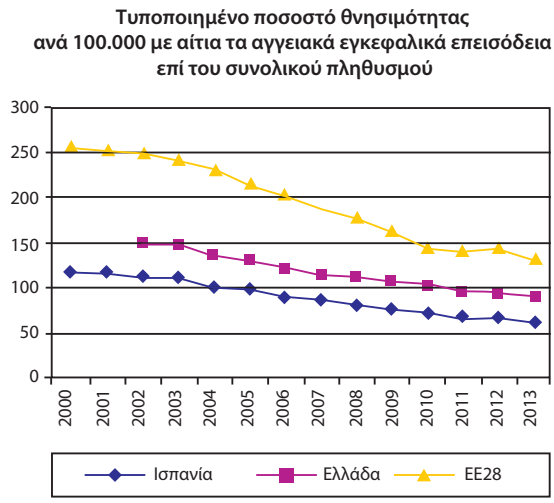


Εικ. 5. Απεικόνιση της κατανομής του τυποποιημένου ποσοστού θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους με αίτια τα κακοήθη νεοπλάσματα επί του συνολικού πληθυσμού για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2013.
(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

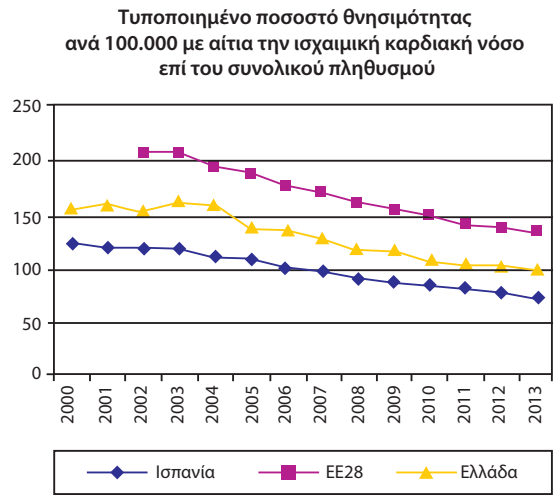


Εικ. 6. Απεικόνιση της κατανομής του τυποποιημένου ποσοστού θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους με αίτια τα νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος επί του συνολικού πληθυσμού για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2013.
(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

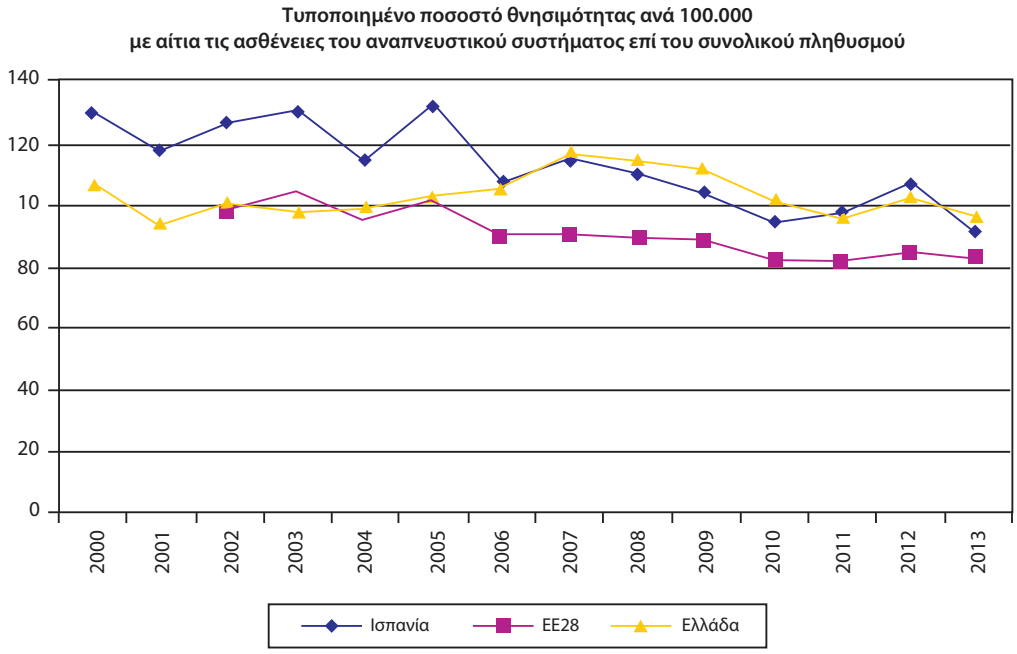
Σχετικά με το AIDS/HIV, ενδιαφέρον παρουσιάζει η μεταβολή των δεικτών υγείας: τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας AIDS/HIV ανά



Εικ. 7. Απεικόνιση της κατανομής του τυποποιημένου ποσοστού θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους με αίτια τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια επί του συνολικού πληθυσμού για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2013.
(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

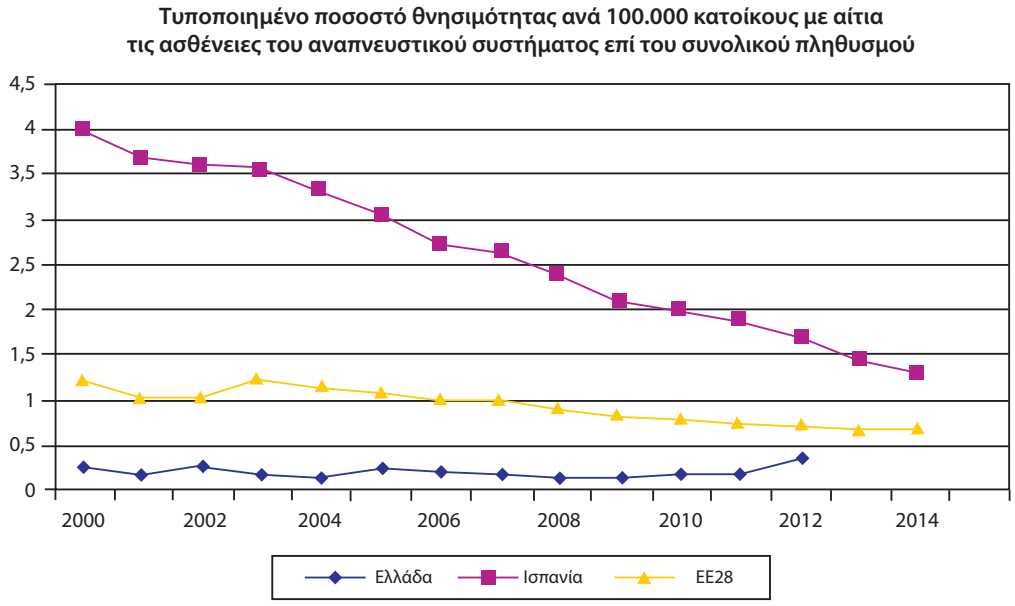


Εικ. 8. Απεικόνιση της κατανομής του τυποποιημένου ποσοστού θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους με αίτια την ισχαιμική καρδιακή νόσος επί του συνολικού πληθυσμού για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2013.
(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

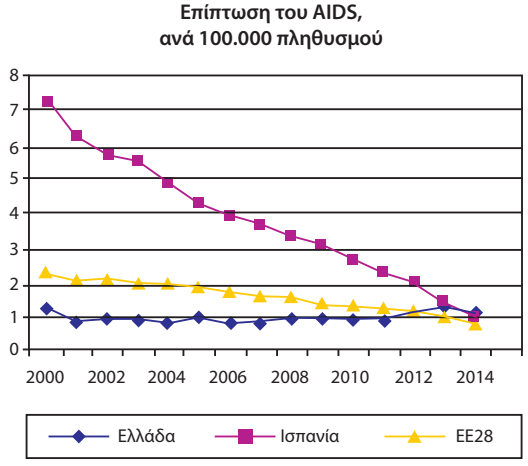


Εικ. 9. Απεικόνιση της κατανομής του τυποποιημένου ποσοστού θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους με αίτια τις ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος επί του συνολικού πληθυσμού για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2013.
(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

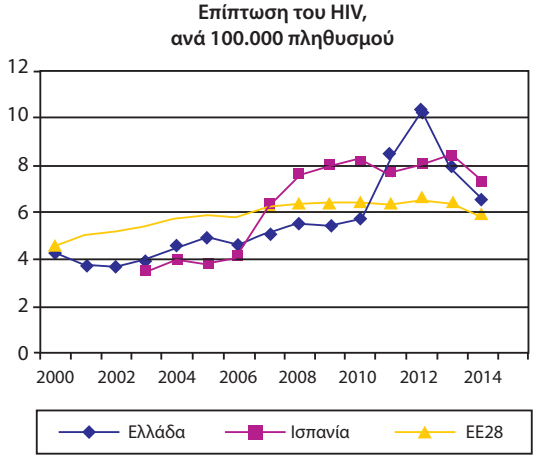
100.000 πληθυσμού, επίπτωση AIDS ανά 100.000 πληθυσμού, επίπτωση του HIV ανά 100.000 πληθυσμού[13]. Συγκεκριμένα, οι δύο πρώτοι δείκτες παρουσιάζουν βελτίωση και στις δύο χώρες, ενώ στην επίπτωση του HIV ανά 100.000 πληθυσμού σε γενικές γραμμές η τάση είναι βελτιωτική, Εντούτοις, στη περίπτωση της Ελλάδας, η αύξηση προβληματίζει (Εικ. 10, 11, 12).



Εικ. 10. Απεικόνιση της κατανομής του τυποποιημένου ποσοστού θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους με αίτια το AIDS/HIV, ανά 100.000 πληθυσμού επί του συνολικού πληθυσμού για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2014.
(Επεξεργασμένα δεδομένα από WHO Data).

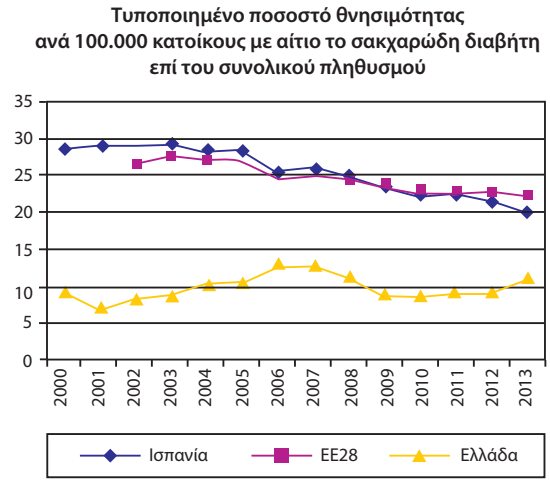


Εικ. 11. Απεικόνιση της κατανομής της επίπτωσης του AIDS, ανά 100.000 πληθυσμού για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2014.
(Επεξεργασμένα δεδομένα από WHO Data).



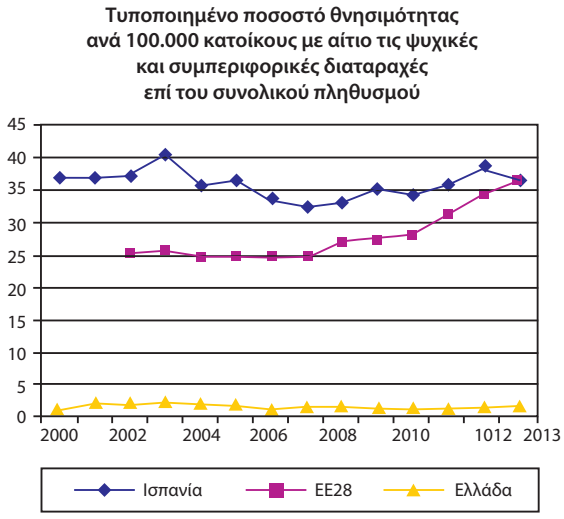
Εικ. 12. Απεικόνιση της κατανομής της επίπτωσης του HIV ανά 100.000 πληθυσμού για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2014.
(Επεξεργασμένα δεδομένα από WHO Data).

Όσον αφορά στη θνησιμότητα που σχετίζεται με το σακχαρώδη διαβήτη ΙΙ, τις ψυχικές συμπεριφορές και με ατυχήματα («τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους, σακχαρώδης διαβήτης, συνολικός πληθυσμός», «τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους, ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, συνολικός πληθυσμός», «τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους, ατυχήματα μεταφοράς, συνολικού πληθυσμού») παρουσιάζει βελτίωση και στις δύο χώρες (Εικ. 13, 14, 15). Ωστόσο ειδικότερα, στο δείκτη που αφορά στις επιθέσεις (Εικ. 16) και στις αυτοκτονίες (Εικ. 17), για την Ελλάδα παρατηρείται χειροτέρευση του δείκτη καθώς από το 2008, 2009 και μετά σημειώνεται μεγάλη αύξηση, σε αντίθεση με τη βελτιωτική τάση της Ισπανίας.



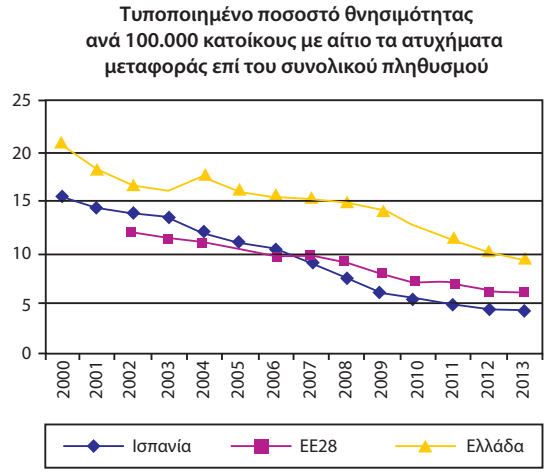
Εικ. 13. Απεικόνιση της κατανομής του τυποποιημένου ποσοστού θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους) με αίτιο το σακχαρώδη διαβήτη επί του συνολικού πληθυσμού για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2013.

(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool)



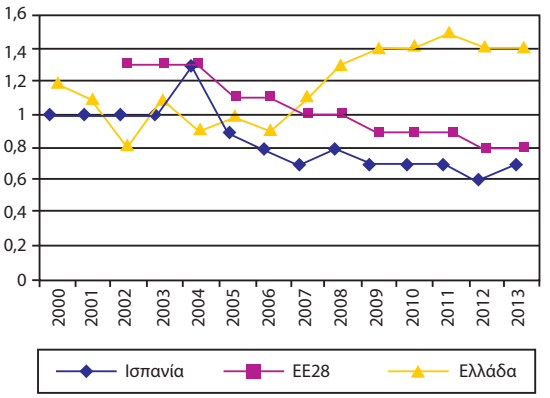
Εικ. 14. Απεικόνιση της κατανομής του τυποποιημένου ποσοστού θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους) με αίτιο τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές επί του συνολικού πληθυσμού για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2013.

(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).



Εικ. 15. Απεικόνιση της κατανομής του τυποποιημένου ποσοστού θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους) με αίτιο τα ατυχήματα μεταφοράς επί του συνολικού πληθυσμού για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2013.

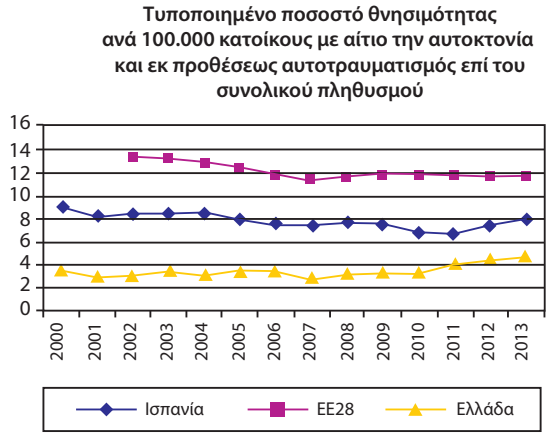
(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).



Εικ. 16. Απεικόνιση της κατανομής του τυποποιημένου ποσοστού θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους) με αίτιο τις επιθέσεις επί του συνολικού πληθυσμού για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2013.

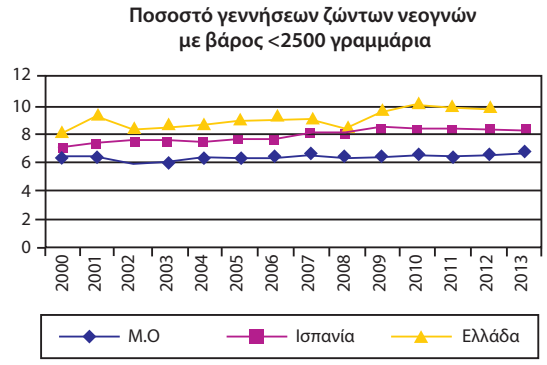
(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

Ιδιαίτερο προβληματισμό πρέπει να εγείρει η χειροτέρευση του δείκτη «ποσοστό γεννήσεων ζώντων νεογνών με βάρος μικρότερο από 2500 γραμμάρια» και στις δύο χώρες (Εικ. 18), καθώς αποτελεί σημαντικό δείκτη υγείας, εξαιτίας της στενής σύνδεσης του βάρους του βρέφους και της θνησιμότητάς του και εκφράζεται σαν ποσοστό επί των συνολικών γεννήσεων. Παράγοντες κινδύνου για τις χαμηλού βάρους γεννήσεις αποτελούν το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική γονική κατάσταση, αλλά και η αύξηση της ηλικίας τεκνοποίησης και η εξωσωματική γονιμοποίηση[8]. Ωστόσο αναφορές[14], συνδέουν την αύξηση λιποβαρών βρεφών, μετά το 2008, με την οικονομική κρίση που οδήγησε σε υψηλά ποσοστά ανεργίας και χαμηλότερα οικογενειακά εισοδήματα, με αποτέλεσμα την περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.



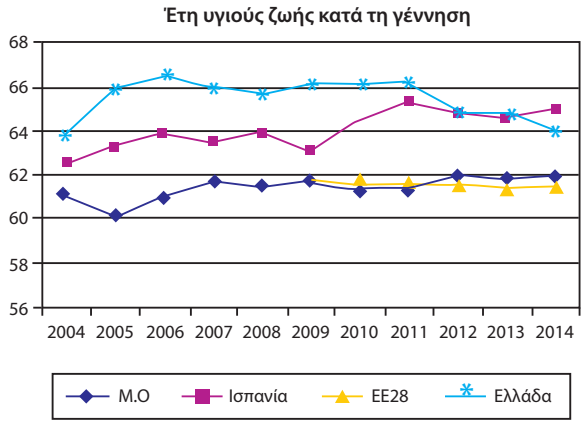
Εικ. 17. Απεικόνιση της κατανομής του τυποποιημένου ποσοστού θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους) με αίτιο την αυτοκτονία και εκ προθέσεως αυτοτραυματισμός επί του συνολικού πληθυσμού για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2013.

(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).



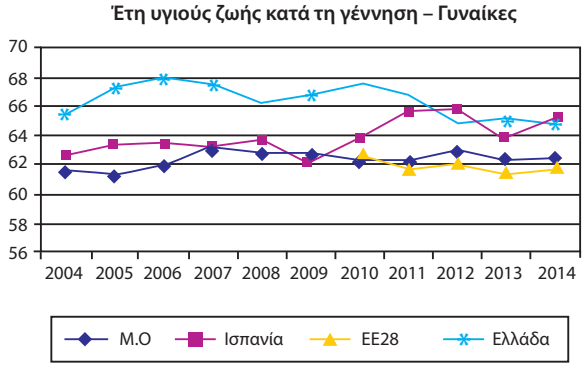
Εικ. 18. Απεικόνιση της κατανομής του ποσοστού γεννήσεων ζώντων νεογνών με βάρος <2500 γραμμάρια για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2013.

(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).



Εικ. 19. Απεικόνιση της κατανομής των Ετών υγιούς ζωής κατά τη γέννηση για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2004-2014 στους άνδρες.

(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

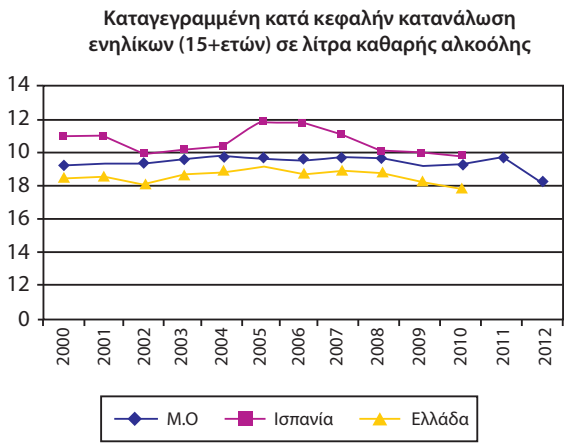


Εικ. 20. Απεικόνιση της κατανομής των Ετών υγιούς ζωής κατά τη γέννηση για την Ισπανία, ΕΕ και Ελλάδα κατά την περίοδο 2004-2014 στις γυναίκες.

(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

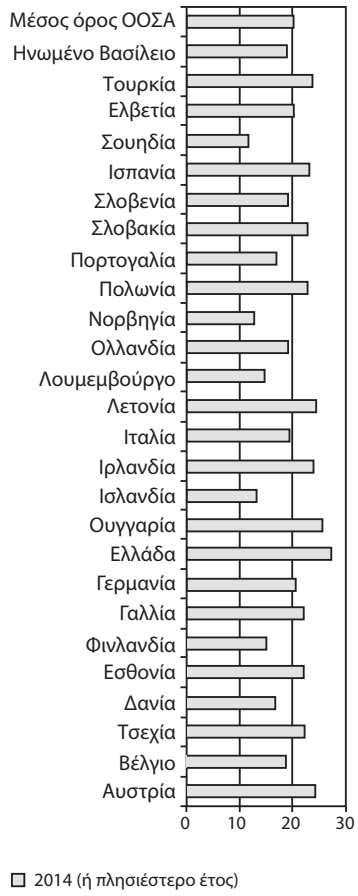
Τέλος, ο δείκτης «Έτη Υγιούς Ζωής (ΕΥΖ)» (Εικ. 19-20) μετρά τον αριθμό των υπολειπόμενων ετών που ένα άτομο μιας ορισμένης ηλικίας, μπορεί να ζήσει χωρίς αναπηρία. Ο δείκτης αυτός αποτελεί έναν καλό δείκτη για την παρακολούθηση της υγείας ως παράγοντα παραγωγικότητας και εισάγει την έννοια της ποιότητας ζωής[15]. Στην περίπτωση της Ελλάδα δεν φαίνεται να παρατηρείται σημαντική μεταβολή του δείκτη, σε αντίθεση με την Ισπανία όπου διαγράφεται σχετική βελτίωση.

Αναφορικά με τους λεγόμενους παράγοντες κινδύνου υγείας, μελετώνται και συγκρίνονται οι δείκτες «καταγεγραμμένη κατά κεφαλήν κατανάλωση ενηλίκων (15+ ετών) σε λίτρα καθαρής αλκοόλης» και «κατανάλωση καπνού, % του πληθυσμού άνω των 15ετών που καπνίζουν καθημερινά» μεταξύ της Ελλάδας-Ισπανίας-ΕΕ28. Η κατανάλωση αλκοόλ ορίζεται ως οι ετήσιες πωλήσεις καθαρής αλκοόλης σε λίτρα ανά άτομο ηλικίας 15 ετών και άνω. Η χρήση αλκοόλ σχετίζεται με πολυάριθμες επιβλαβείς κοινωνικές και ιατρικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένου του αυξημένου κίνδυνου για μια σειρά τύπων καρκίνου, εγκεφαλικού επεισοδίου και ηπατική κίρρωση. Το αλκοόλ συμβάλλει επίσης στο θάνατο και την αναπηρία, που προκαλούνται λόγω οξείας μέθης[16]. Καθημερινοί καπνιστές ορίζεται ο πληθυσμός ηλικίας 15 ετών και άνω που αναφέρει καθημερινό κάπνισμα. Το κάπνισμα είναι



Εικ. 21. Απεικόνιση της κατανομής της καταγεγραμμένης κατά κεφαλήν κατανάλωση ενηλίκων (15+ ετών) σε λίτρα καθαρής αλκοόλης για την Ισπανία, τον ευρωπαϊκό μέσο όρο και την Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2012.

(Επεξεργασμένα δεδομένα από OECD Health Statistics 2016-Frequently Requested Data).



Εικ. 22. Απεικόνιση της κατανάλωσης καπνού επί % του πληθυσμού άνω των 15 ετών που καπνίζουν καθημερινά σε χώρες της Ε.Ε για το 2014 (ή πλησιέστερο έτος).

(Επεξεργασμένα δεδομένα από OECD Health Statistics 2016 - Frequently Requested Data).

ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για ασθένειες του κυκλοφορικού, αναπνευστικού, ενώ αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής, εγκεφαλικού επεισοδίου, καρκίνο του πνεύμονα, λάρυγγα και στόματος[17-18]. Η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση σε σχέση με το δείκτη αυτό και βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο (ΜΟ) του ΟΟΣΑ αλλά και απ' αυτόν της Ισπανίας, με την Ισπανία να βρίσκεται και εκείνη πάνω από το ΜΟ του ΟΟΣΑ.

ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΣΠΑΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Από την εξέταση των προαναφερθέντων δεικτών, προκύπτει, ότι η υγεία του ελληνικού πληθυσμού βρίσκεται, σε γενικές γραμμές, σε καλό επίπεδο συγκρινόμενο με τον Ευρωπαϊκό Μέσο όρο (Ε.Μ.Ο) ή την ΕΕ28. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα βρίσκεται πάνω από την ΕΕ28 και το 2014 ήταν 81,5 ενώ στην ΕΕ28 80,9. Τα προσδόκιμο υγιούς ζωής είναι πάνω από τον Ε.Μ.Ο και την ΕΕ28. Οι δείκτες που αφορούν στις συνηθέστερες αιτίες θανάτου είναι κάτω ή κοντά στην ΕΕ28, με εξαίρεση τα ΑΕΕ και τα αναπνευστικά νοσήματα, που όμως βαίνουν μειούμενα. Η αύξηση γεννήσεων λιποβαρών βρεφών (μετά το 2008), θα πρέπει να προβληματίσει. Επίσης, θα πρέπει να προβληματίσει η αυξητική τάση της επίπτωσης του HIV, των αυτοκτονιών και των θανάτων από επιθέσεις. Η Ελλάδα κατέχει την υψηλότερη θέση σχετικά με το κάπνισμα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και θα πρέπει να συνεχισθούν και να ενταθούν οι προσπάθειες για την μείωση των καπνιστών. Τέλος, η γενική θνησιμότητα του ελληνικού πληθυσμού, είναι κοντά στην ΕΕ28, ενώ η βρεφική θνησιμότητα γενικά είναι μικρότερη από την ΕΕ28.

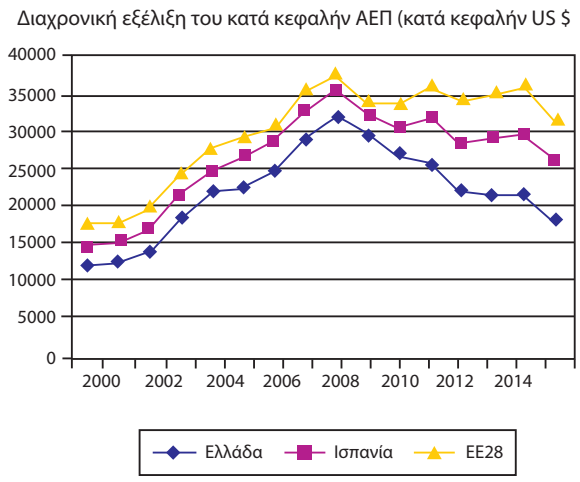
Όσον αφορά στο επίπεδο υγείας του ισπανικού πληθυσμού, οι δείκτες επίπτωσης του HIV και η γέννηση λιποβαρών βρεφών επηρεάζονται από την κρίση, ενώ οι υπόλοιποι δείκτες παραμένουν ανεπηρέαστοι. Ειδικότερα, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ισπανία βρίσκεται πάνω από την ΕΕ28 και το 2014 ήταν 83,2 ενώ στην ΕΕ28 80,9. Οι δείκτες που αφορούν στις συνηθέστερες αιτίες θανάτου είναι κάτω ή κοντά στην ΕΕ28, με εξαίρεση το ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους που οφείλεται σε AIDS/HIV και την επίπτωση του HIV, που όμως βαίνουν μειούμενα. Οι γεννήσεις λιποβαρών βρεφών παραμένουν σε σταθερή πορεία, οι οποίες, όμως, είναι πε-

ρισσότερες σε σχέση με τον Ε.Μ.Ο και θα πρέπει να προβληματίσει. Επίσης, θα πρέπει να προβληματίσει η αυξητική τάση των αυτοκτονιών (από το 2011). Τέλος, η γενική θνησιμότητα του ισπανικού πληθυσμού καθώς επίσης και η βρεφική θνησιμότητα είναι χαμηλότερη από την ΕΕ28.

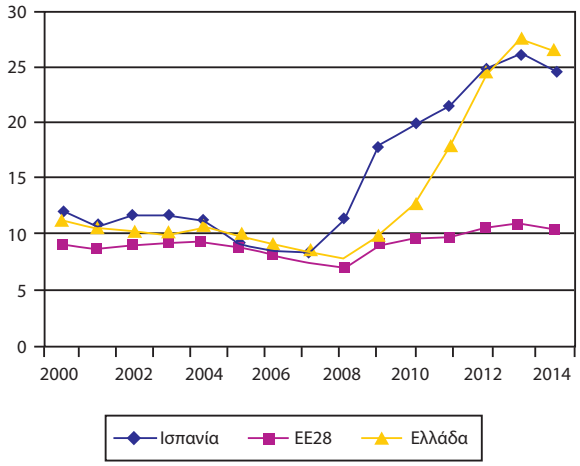
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΣΠΑΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Στην εικόνα 23[13], παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Από το 2008 και μετά παρατηρείται σημαντική μείωση για την Ελλάδα, την Ισπανία αλλά και την ΕΕ. Για την Ελλάδα ο δείκτης αυτός βρίσκεται πάνω από την Ισπανία και την ΕΕ και η μείωση είναι συνεχής και πολύ μεγαλύτερη, ενώ ο δείκτης για την Ισπανία βρίσκεται πάνω από την ΕΕ. Στην εικόνα 24[19], παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη της συνολική ανεργίας. Από το 2008 και μετά παρατηρείται αύξηση για την Ελλάδα, Ισπανία και την ΕΕ. Στην Ελλάδα και Ισπανία η αύξηση της ανεργίας είναι σημαντικά μεγαλύτερη από την ΕΕ. Στην Ισπανία η ανεργία μέχρι το 2012 είναι μεγαλύτερη από την Ελλάδα, ενώ το 2013-2014 η ανεργία είναι μεγαλύτερη στην Ελλάδα. Στην εικόνα 25[18], παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του δείκτη «Κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ». Ο δείκτης αυτός είναι ένας βασικός δείκτης των συστημάτων χρηματοδότησης της υγείας. Η συνολική δαπάνη για την υγεία μετρά την τελική κατανάλωση των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας καθώς και των επενδύσεων κεφαλαίου σε υποδομές υγειονομικής περίθαλψης, περιλαμβάνοντας δαπάνες από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές (συμπεριλαμβανομένων των νοικοκυριών) σε ιατρικά αγαθά και υπηρεσίες, σχετικά με τα προγράμματα δημόσιας υγείας και της πρόληψης[19]. Για την Ελλάδα, ο δείκτης μέχρι το 2008 βρισκόταν πάνω από την Ισπανία, από 2009 μέχρι το 2013 σχεδόν ταυτίζεται με την Ισπανία, ενώ το 2014 βρίσκεται κάτω απ' αυτήν. Από το 2008 και μέχρι το 2013 δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση σε σχέση με το 2005, 2006, 2007, ενώ η μείωση του 2014 είναι στο επίπεδο του 2004. Για την Ισπανία, στο διάστημα 2000-2011 σημειώνεται αύξηση, ενώ από το 2012 και μετά μικρή μείωση.

Συμπέρασμα: Δεν διαφαίνεται σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη σε Ελλάδα και Ισπανία από το 2008 και μετά, σε σχέση με πριν.

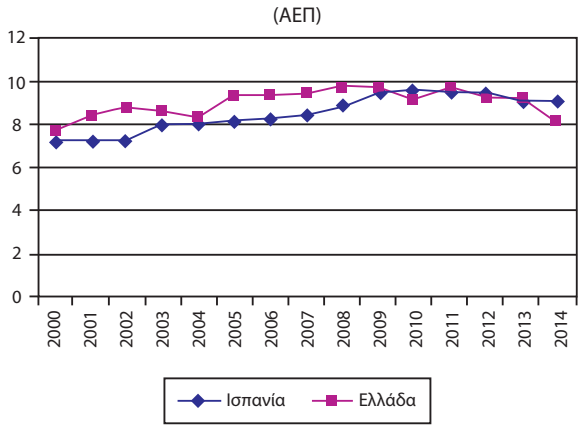


Εικ. 23. Απεικόνιση της διαχρονικής εξέλιξης του κατά κεφαλήν ΑΕΠ (κατά κεφαλήν US $) για την Ισπανία, την ΕΕ και την Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2014.
(Επεξεργασμένα δεδομένα από WHO data).



Εικ. 24. Απεικόνιση της διαχρονικής εξέλιξης της συνολικής ετήσιας ανεργίας επί του πληθυσμού ηλικίας 15-74 ετών για την Ισπανία, την ΕΕ και την Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2014.
(Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

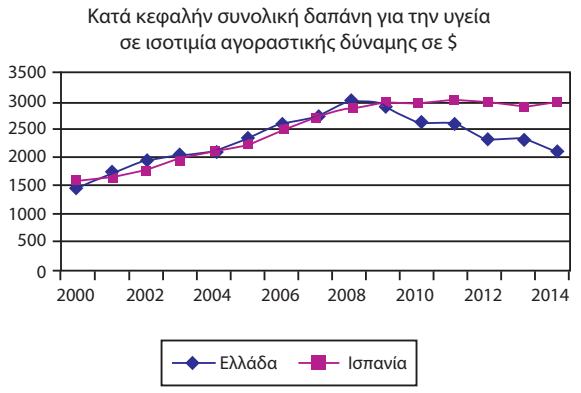
Στην εικόνα 26[13], παρατηρείται ότι για την Ισπανία και την Ελλάδα, ο δείκτης «Κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη για την υγεία σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε $» από το 2000-2008 ακολουθεί αυξητική τάση και οι δύο δείκτες βρίσκονται αρκετά κοντά, με το δείκτη για την Ελλάδα να βρίσκεται σχεδόν σε όλο το διάστημα λίγο πιο πάνω από την Ισπανία. Για την Ισπανία, το 2009 ο δείκτης παρουσιάζει μια μικρή αύξηση σε σχέση με το 2008 και έκτοτε παρατηρείται μια σταθερότητα



Εικ. 25. Απεικόνιση της διαχρονικής εξέλιξης της κατά κεφαλήν συνολικής δαπάνης για την υγεία ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) για την Ισπανία και την Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2014.
(Επεξεργασμένα δεδομένα WHO data).

των τιμών του δείκτη, σε τιμές πάνω από αυτές της περιόδου πριν το 2008. Για την Ελλάδα, το 2009 σημειώνεται μείωση του δείκτη και έκτοτε ακολουθεί μέχρι το 2014 έντονη φθίνουσα πορεία.

Συμπέρασμα: Ο δείκτης για την Ισπανία δεν διαφαίνεται να επηρεάζεται από την κρίση, ενώ για την Ελλάδα, διαφαίνεται ότι η κρίση έχει επηρεάσει έντονα τις τιμές του δείκτη.



Εικ. 26. Απεικόνιση της διαχρονικής εξέλιξης της κατά κεφαλήν συνολικής δαπάνης για την υγεία σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε $ για την Ισπανία και την Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2014.
(Επεξεργασμένα δεδομένα από WHO Data).

Συμπερασματικά, στο διάστημα αναφοράς 2008-2014, η κρίση επέφερε σημαντική μείωση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ και σημαντική αύξηση της ανεργίας σε Ελλάδα και Ισπανία. Ωστόσο η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ακαθαρίστου εγχώριου προϊόντος, στις δύο χώρες, δεν φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά. Η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη για την υγεία σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε $, μειώνεται σημαντικά για την Ελλάδα μετά το 2008, ενώ δεν ισχύει αυτό για την Ισπανία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη συσχέτιση των κατά κεφαλήν συνολικών δαπανών για την υγεία, διαφαίνεται ότι η κατάσταση για τη συνολική δαπάνη στην υγεία είναι καλύτερη στην Ισπανία απ' ότι στην Ελλάδα. Η οικονομική ύφεση και οι δημοσιονομικές πολιτικές λιτότητας που υιοθετήθηκαν από τα κράτη προς αντιμετώπισή της, επέδρασε αρνητικά στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού[20]. Οι επιπτώσεις ήταν περισσότερο οδυνηρές για την Ελλάδα λόγω των δραστικών και πολύ μεγάλων αλλαγών που επεβλήθησαν, εγείροντας μάλιστα πολύ μεγάλη κριτική για το κατά πόσο ήταν ορθολογικός ο σχεδιασμός τους[21]. Η αρνητική επίδραση της ύφεσης έχει αποτυπωθεί σε αρκετούς δείκτες υγείας, από διάφορους μελετητές, ιδιαίτερα στα κράτη της Μεσογείου, που από ότι φαίνεται βιώνουν και τα πιο μεγάλα ζητήματα[20]. Ωστόσο, επιβάλλεται, η αποτίμηση της υγείας του πληθυσμού να συμπεριλάβει όλους εκείνους τους δείκτες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας τους και να μην περιορίζεται μόνο στους προφανείς και πλέον χρησιμοποιούμενους. Τα εθνικά και διεθνή στατιστικά δεδομένα δεν ξεπερνούν το 2014, κάτι που δεν απεικονίζει την πιο πρόσφατη κατάσταση του επιπέδου υγείας των δύο χωρών. Εκτιμάται, ότι τα δεδομένα είναι σχετικά λίγα για μια ασφαλέστερη εκτίμηση και τα αποτελέσματα της κρίσης θα αναδειχθούν, σαφέστερα, σε βάθος χρόνου. Η μείωση των κατά κεφαλή δαπανών για την υγεία καθώς και η παρατεταμένη ανεργία με τις αλυσιδωτές συνέπειές της σε όλο το φάσμα της υγείας, αναδεικνύονται σε μείζονα ζητήματα, που απαιτούν άμεσο επανασχεδιασμό και πολύ προσεκτική προετοιμασία, ώστε να υπάρξουν οι όσο το δυνατό λιγότερες επιπτώσεις στην υγεία. Όσον αφορά στην Ελλάδα, κρίνεται αναγκαία η σωστή κατανομή των ήδη περιορισμένων πόρων για τον υγειονομικό τομέα με χρηματοδοτήσεις για την πρόληψη υγείας, την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τη

δημιουργία ενός οργανωμένου δικτύου κοινωνικής προστασίας[22].

ABSTRACT

***Naoum S*. Analysis of the level and of the health indicators of Greece and Spain in the years before and after the economic crisis.** *Hell Iatr 2017; 83: 35-46.*

The social and economic development of a country is based on the study of the health level of its population that is directly or indirectly affected by many factors associated with 'health indicators'. From the analysis of the health status of Greece and Spain before and after the economic crisis, the health level of the Greek population is generally good, and the health level of the Spanish population does not seem to be affected by the crisis. On the contrary, the economic crisis in Greece and Spain seems to affect indicators that concern: the incidence of HIV and the birth rate of live offspring weighing less than 2500 grams. In addition, indicators in Greece are also affected: deaths from attacks, suicides and deliberate self-injuries. Finally, the per capita total health expenditure is worse in Greece than in Spain. It is important to note that the national and international statistical data used and elaborated in this article do not exceed 2014, which does not reflect the most recent state of health of the two countries. It is estimated that the data is relatively small for a safer estimate and the effects of the crisis will be better for longer. However, it is estimated that the reduction in per capita health expenditures as well as protracted unemployment and its consequences are highlighted in important issues.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ*. Συστήματα υγείας. Παπαζήση, Αθήνα, 2001: 31-58.
2. *Ιωαννίδη Ε, Λοπατατζίδης Α, Μαντή Π*. Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Τόμος Α΄, Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές. ΕΑΠ, Πάτρα, 1999: 79-117.
3. *Πετρέλης Μ, Δομάγερ ΦΡ*. Η «ΥΓΕΙΑ 2020» και η Ελλάδα. Η συμβολή του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου. Το Βήμα του Ασκληπιού 2016; 15: 223-36.
4. WHO. Spending on health: A global overview. Fact sheet N°319 April 2012. Available at: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/ . Accessed Sept 25, 2017.
5. *Fuchs VR*. The Gross Domestic Product and Health Care Spending. N Engl J Med 2013; 369: 107-9.
6. *Ke X, Saksena P, Holly A*. The Determinants of Health Expenditure : A Country-Level Panel Data Analysis. WHO, 2011. Available at: http://www.who.int/health_financing/documents/report_en_11_deter-he.pdf . Accessed Sept 26, 2017.
7. ECHI Data Tool. Public health. Indicators. Available at: https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en. Accessed Oct 20, 2016.
8. *Δρόσου-Αγακίδου Β*. Διαχρονικές τάσεις και αιτίες περιγεννητικής, νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2005; 22: 459-66.
9. *Χαλκιά Β, Βαρακλιώτη Α, Σαράφης Π, Μπαμίδης Π*. Συγκριτική μελέτη της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού με την υγεία των 28 χωρών της Ευρώπης. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2015; 7: 151-64.
10. *Gary K, Langche Z*. Improving forecasts of state failure. World Politics 2001; 53: 623-58.
11. ΕΛΣΤΑΤ. Στατιστικές. Θάνατοι (Αιτίες ICD-9) (2000 - 2014). Διαθέσιμο στο http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO12/- Πρόσβαση 05 Οκτ. 2017.
12. ECHI Data Tool. Κύριες και χρόνιες ασθένειες/ Θνησιμότητα. Available at: http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/mortality/index_el.htm. Accessed Oct 05, 2017.
13. WHO Data. European mortality database. Available at: http://data.euro.who.int/hfamdb. Accessed Oct 06, 2017.
14. *Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D*. Greece's health crisis: from austerity to denialism. Health Policy 2014; 383: 748-53.
15. ECHI Data Tool. Healthy Life Years (HLY). Available at: http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/hly_en.htm. Accessed Oct 06, 2017.
16. OECD Data. Alcohol consumption. Available at: https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm#indicator chart. Accessed Oct 06, 2017.
17. OECD Data. Daily smokers. Available at: https://data.oecd.org/healthrisk/daily-smokers.htm. Accessed Oct 07, 2017.
18. WHO Data. Global Health Observatory data repository: Health expenditure ratios, by country, 1995-2014 Greece. Available at: http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOGRC. Accessed Oct 07, 2017.
19. OECD. Glossary of statistical terms: Total expenditure on health. Available at: https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=897 Accessed Oct 07, 2017.
20. *Karanikolos M, et al*. Financial crisis, austerity, and health in Europe. Lancet 2013; 381: 323-31.
21. *Simou E, Koutsogeorgou E*. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. Health Policy 2014; 115: 111-19.
22. *Μαλλιαρού Μ, Σαράφης Π*. Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα Συστήματα Υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού 2012; 11: 202-12.

Αλληλογραφία:
Σ. Ναούμ
Ανδρέα Εμπειρίκου 37Α
263 35 Πάτρα
Τηλ.: 6947 745476
e-mail: naoumsimeon@gmail.com

Corresponding author:
S. Naoum
Andrea Empeirikou 37A street
263 35 Patra, Greece
Tel.: 6947 745476
e-mail: naoumsimeon@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2017, 83, 1-4: 47-54

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Η μετανάστευση των ιατρών και η δυνατότητα ανάσχεσης του φαινομένου με την εφαρμογή πρακτικών υποκίνησης και εισαγωγής κινήτρων

Κωνσταντίνος Α. Πάσχος

Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

Περίληψη. Το φαινόμενο της διαρροής εγκεφάλων (brain drain) αποτελεί χαρακτηριστικό της σύγχρονης εποχής της παγκοσμιοποίησης. Στην Ελλάδα την τελευταία πενταετία παρατηρείται κύμα μετανάστευσης νέων ιατρών (ανειδίκευτων και ειδικών) προς το εξωτερικό, που απειλεί την επιβίωση του ΕΣΥ και στερεί από τη χώρα ένα πολύτιμο ανθρώπινο δυναμικό. Είναι απαραίτητη η εφαρμογή κινήτρων για την άμεση ανάσχεση του φαινομένου, με βάση υπάρχουσες θεωρίες υποκίνησης.

Η μετανάστευση των ιατρών προκαλεί βαθμιαία γήρανση του ΕΣΥ, υπερκόπωση των υπηρετούντων στα νοσοκομεία και υποβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών. Πρωταρχικά, πρέπει να ενεργοποιηθούν οι προσλήψεις μόνιμων ιατρών, οι οποίες έχουν διακοπεί από το 2011. Ακολουθώντας τις θεωρίες των Herzberg, McClelland και Adams, κίνητρα παραμονής των ιατρών αποτελούν οι αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας, οι προοπτικές επιστημονικής και επαγγελματικής προόδου, η αναγνώριση της προσφοράς και οι ικανοποιητικές αμοιβές. Απαιτείται άμεση εφαρμογή νομοθετικών ρυθμίσεων σε κεντρικό επίπεδο και η συμβολή των διοικήσεων των νοσοκομείων, ώστε να αντιμετωπιστεί η διαρροή ιατρών προς το εξωτερικό.

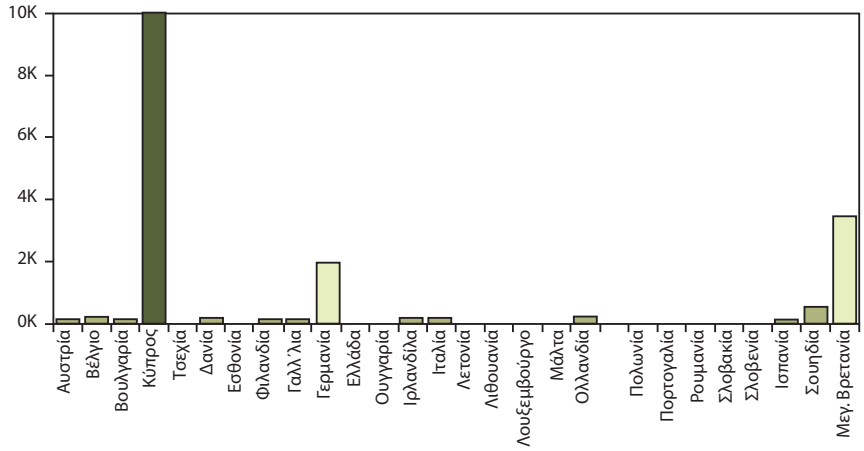
Ελλην Ιατρ 2017, 83: 47 - 54.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η απώλεια-μετανάστευση υψηλής εξειδίκευσης, εκπαίδευσης και μόρφωσης ανθρώπινου δυναμικού, όπως επιστημόνων, ερευνητών, ιατρών κ.ά. αποτελεί φαινόμενο της σύγχρονης εποχής, και περιγράφεται διεθνώς με τον όρο “brain drain”, δηλαδή απουσία ικανών ανθρώπων-διαρροή εγκεφάλων (ΔΕ). Η ορολογία αυτή χρησιμοποιήθηκε αρχικά στη Μεγάλη Βρετανία στις αρχές του 1960 για να περιγράψει τη μετανάστευση επιστημόνων και τεχνικών προς τις ΗΠΑ και τον Καναδά. Οι κυριότερες αιτίες του φαινομένου σχετίζονται με οικονομική υπανάπτυξη της χώρας προέλευσης, της επιθυμίας για καλύτερες συνθήκες ζωής, την ανεργία, την υποαπασχόληση εξειδικευμένων επιστημόνων-τεχνικών, την επιθυμία για υψηλότερη κατάρτιση, την αναζήτηση καλύτερου εκπαιδευτικού συστήματος[1,2].

Έχοντας υπόψιν ότι το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί το πιο σημαντικό κεφάλαιο για την κοινωνία και τις επιχειρήσεις, η ΔΕ προκαλεί βαθμιαία αποδιοργάνωση και μαρασμό στις χώρες που χάνουν το καλύτερα εκπαιδευμένο και χαρισματικό προσωπικό τους. Παράλληλα, σπαταλάται το κεφάλαιο που επενδύθηκε στην εκπαίδευση-μόρφωσή τους, και καθώς οι περισσότεροι είναι νέοι, προκαλείται γήρανση του εναπομείναντος πληθυσμού. Στην Ευρώπη το φαινόμενο παρατηρείται έντονα σε Ελλάδα, Ισπανία και Πορτογαλία (Εικ. 1) λόγω ανεργίας και πρόσφατης οικονομικής δυσπραγίας, καθώς και στη Βουλγαρία και Ρουμανία λόγω φτώχειας[3-5].

Η μετανάστευση των ιατρών αποτελεί ίσως τη σοβαρότερη εκδοχή της ΔΕ (brain drain). Καθώς η οικονομική κρίση επηρεάζει ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, τα συστήματα υγείας σ’



Εικ. 1. Ευρωπαϊκές χώρες υποδοχής των Ελλήνων επιστημόνων από το 2003-2014 (22260 επαγγελματίες αποδήμησαν σε χώρες της Ευρώπης) (Ευρωπαϊκή Ένωση, Regulated Proessions Database).

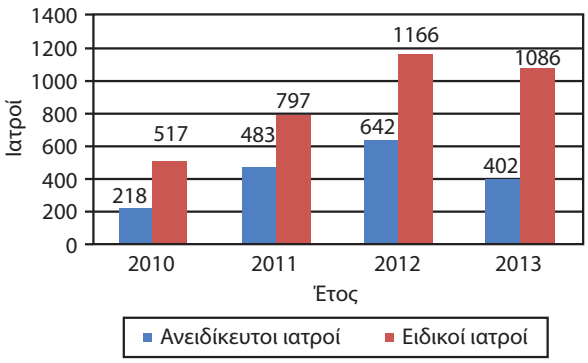
όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν προβλήματα-προκλήσεις. Από τα κρισιμότερα είναι η έλλειψη ιατρικού προσωπικού, που απειλεί την επιβίωση των συστημάτων υγείας, σε συνδυασμό με την έξαρση επιδημιών και τις μετακινήσεις πληθυσμών σ' ένα παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον. Η έλλειψη ιατρών αντιμετωπίζεται από τις ανεπτυγμένες χώρες με πρόσληψη επιστημόνων από τον αναπτυσσόμενο κόσμο, παρέχοντας ευκαιρίες εργασίας και διαβίωσης σε καλύτερο περιβάλλον, υψηλότερες αμοιβές και ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης. Ωστόσο, η πρακτική αυτή έχει αρνητικές συνέπειες για τις χώρες προέλευσης, οι οποίες στερούνται το καλύτερό τους δυναμικό και βαθμιαία καταδικάζονται σε μαρασμό και οπισθοδρόμηση[6-10].

Η Ελλάδα αποτελεί κύρια χώρα προέλευσης των μεταναστών ιατρών, ιδιαίτερα την τελευταία πενταετία οπότε και πλήττεται σοβαρά από την παγκόσμια οικονομική κρίση και την ανεργία στους νέους να αγγίζει το 57%[5]. Αποτέλεσμα είναι η υποστελέχωση νοσοκομείων και δομών πρωτοβάθμιας υγείας, η υποβάθμιση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και οι δυσοίωνες προοπτικές για το επίπεδο ιατρικής και υγείας του ελληνικού πληθυσμού στο εγγύς μέλλον. Η ανάγκη παροχής κινήτρων για παραμονή των νέων ιατρών είναι προφανής, ώστε να επιτευχθεί η ανάσχεση της ΔΕ που απειλεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)[9,11,12].

Η παρούσα μελέτη, μέσω ανασκόπησης ελληνικών και αγγλόφωνων άρθρων στο google scholar και pubmed με χρήση των όρων μετανάστευση ιατρών και brain drain, εξετάζει λεπτομερώς τις επιδράσεις στο ΕΣΥ της μετανάστευσης Ελλήνων ιατρών προς το εξωτερικό. Συγχρόνως, επιλέγοντας ένας συνδυασμό τριών θεωριών υποκίνησης (Herzberg, McClelland και Adams), προσπαθεί να αναδείξει τρόπους για την αποτροπή της ΔΕ. Παράλληλα, ακολουθώντας τις αρχές αυτών των θεωριών υποκίνησης, διατυπώνεται ένα πλαίσιο κινήτρων προς εφαρμογή σε κεντρικό επίπεδο, για να πεισθούν οι Έλληνες ιατροί να παραμείνουν και να εργαστούν στη χώρα τους.

ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΣΥ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Οι ιατρικές σχολές στα ελληνικά πανεπιστήμια χορηγούν περίπου 1.200 πτυχία ανά έτος. Από τους αποφοίτους, περίπου 500 (σχεδόν 40%) εκδηλώνουν ενδιαφέρον για έναρξη ειδικότητας στο εξωτερικό, αριθμός που παρουσιάζει τάση έντονης αύξησης την τελευταία δεκαετία. Καθώς η παγκόσμια οικονομική κρίση έπληξε έντονα την Ελλάδα μετά το 2010, οδηγώντας σε σοβαρές περικοπές κονδυλίων για την υγεία, βαθμιαία υποβάθμιση του εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ) και κατακόρυφη αύξηση της ανεργίας των ιατρών, παρατηρείται πλέον ένα μεταναστευτικό κύμα ανειδίκευτων αλλά και ειδικών ιατρών (κυρίως αναισθησιολόγων, χειρουργών, ορθοπαιδικών και καρδιολόγων), στην πλειοψηφία τους ηλικίας 35-44 ετών (Εικ. 2). Οι χώρες υποδοχής είναι κύρια η Μεγάλη Βρετανία, η Γερμανία και η Σουηδία, ενώ μικρότερος αριθμός ιατρών κατευθύνεται προς Ελβετία, ΗΠΑ, Γαλλία, Σκανδιναβία, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα και Σαουδική Αραβία. Μόνο από τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών φαίνεται να έχουν εγκατα-



Εικ. 2. Ιατροί που μετανάστευσαν στο εξωτερικό προς αναζήτηση εργασίας. Στοιχεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (2014), του μεγαλύτερου της χώρας [Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών (2014)].

λείψει την Ελλάδα περίπου 7.340 ιατροί τα τελευταία 6 έτη[9,13,14].

Η μετανάστευση ιατρών προκαλεί υποστελέχωση των δομών του ΕΣΥ, σε επίπεδο πρωτοβάθμιας υγείας, ιδιαίτερα όμως στα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία, όπου οι ανάγκες σε ειδικευόμενους, αλλά κυρίως σε ειδικούς ιατρούς είναι συγκεκριμένες και εξαιρετικά κρίσιμες. Η διακοπή πρόσληψης προσωπικού, οδηγεί από τη μια σε υπερφόρτωση και υπερκόπωση και από την άλλη σε βαθμιαία γήρανση του υπάρχοντος μόνιμου ιατρικού δυναμικού (ειδικών)[15]. Συγχρόνως, καθώς οι ειδικευόμενοι περιορίζονται σε όλες τις κλινικές των ελληνικών νοσοκομείων, οι διαθέσιμοι αναγκάζονται να εργάζονται σε εξαντλητικά ωράρια 10-12 ωρών και να εφημερεύουν ως και 10 ημέρες το μήνα, χωρίς να πληρώνονται μετά τις 7. Δεδομένης της παράλληλης έλλειψης ειδικών ιατρών και νοσηλευτών, οι ειδικευόμενοι εκτελούν καθήκοντα ιατρού, νοσηλευτή και γραμματέως, ενώ πρωταρχικώς θα έπρεπε να εκπαιδεύονται[16, 17].

Η υπερφόρτωση των ιατρών με πλήθος καθηκόντων και όγκου δουλειάς, οδηγεί σε μείωση της απόδοσης, ταχεία διεκπεραίωση περιστατικών στα τακτικά ιατρεία και τα επείγοντα με κίνδυνο λάθους, εξάντληση και εκνευρισμό που δημιουργεί προστριβές με ασθενείς και συναδέλφους. Παράλληλα, η υπερκόπωση και έλλειψη χρόνου διαταράσσει την εκπαιδευτική διαδικασία, καθώς οι ειδικοί δεν προλαβαίνουν και δεν έχουν αντοχή να εκπαιδεύσουν, και οι ειδικευόμενοι να μελετήσουν. Συγχρόνως, εμφανίζεται απροθυμία συμμετοχής σε εργασίες, ανακοινώσεις, παρακολούθηση συνεδρίων, οδηγώντας σε υποβάθμιση της επιστημονικής επάρκειας των ιατρών[9,18-20].

Η πολύωρη εξαντλητική εργασία, ιδιαίτερα σε χειρουργικές ειδικότητες όπου οι ιατροί εργάζονται και χειρωνακτικά (πολύωρη ορθοστασία-χρήση εργαλείων), οδηγεί σε επιπόλαιες διατροφικές συνήθειες, έλλειψη χρόνου και προθυμίας για άθληση και τελικά σε υιοθέτηση ανθυγιεινού-καθιστικού τρόπου ζωής. Κατά συνέπεια, η πλειοψηφία των μεσήλικων ιατρών εμφανίζουν παχυσαρκία, αλλά και νόσους όπως υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιοαναπνευστικά νοσήματα[21]. Επίσης, υψηλά είναι τα ποσοστά ψυχικών νόσων, ιδιαίτερα κατάθλιψης[18]. Ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής και οι ασθένειες ευνοούν τη ροπή προς την εύκολη κόπωση και έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος σε συνδυασμό με την υπερβολική εργασία.

Καθώς οι ιατροί εξαντλούνται στο νοσοκομείο, αρχίζουν να λειτουργούν με γνώμονα την αυτοσυντήρηση και αυτοπροστασία. Προσπαθούν να εξοικονομούν δυνάμεις περιορίζοντας την απόδοσή τους σε κάθε έργο, ώστε να ολοκληρώνουν τα ωράριό τους «κάνοντας το ανθρωπίνως δυνατό». Η εργασία από υψηλό λειτούργημα γίνεται πάρεργο, ενώ η αυτοεκτίμηση και οι φιλοδοξίες για επιστημονική ευδοκίμηση κινούνται στο ναδίρ.

Η μη ανανέωση του ιατρικού προσωπικού στο ΕΣΥ προκαλεί βαθμιαία τη γήρανσή του. Οι περισσότεροι νέοι ιατροί που διαθέτουν πρόσφατη εκπαίδευση, γνωρίζουν νέες τεχνικές, και μελέτησαν την τρέχουσα διεθνή βιβλιογραφία φεύγουν στο εξωτερικό. Στο ΕΣΥ παραμένουν στην πλειοψηφία τους ιατροί μεσήλικες και κοντά στη συνταξιοδότηση, χωρίς ή με περιορισμένη γλωσσομάθεια και άρα ανεπαρκείς για να φροντίσουν ξένους ασθενείς σε μια χώρα με τεράστιο τουριστικό ρεύμα και να ενημερωθούν από την ξενόγλωσση βιβλιογραφία[9]. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ΕΣΥ διαθέτει πλέον πληθώρα ιατρών που έφτασαν στο βαθμό του διευθυντή, οπότε ενώ αρκετοί είναι ασθενείς και οι περισσότεροι αδυνατούν να εργάζονται εντατικά λόγω ηλικίας, κοστίζουν ακριβά λόγω μεγάλης προϋπηρεσίας και βαθμού. Ακόμα κι αν γινόταν προσπάθεια από την πολιτεία να προσλάβει νέο προσωπικό στο εγγύς μέλλον, οι ιατροί με τα υψηλότερα προσόντα έχουν μεταναστεύσει και η πλειοψηφία όσων μένουν απασχολούνται είτε σε ιδιωτικό ιατρείο ή εκτελούν άλλες εργασίες, όπως μεταφράσεις, συμβουλευτικό έργο σε κέντρα αισθητικής κλπ.[14].

ΘΕΩΡΙΕΣ ΥΠΟΚΙΝΗΣΗΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΓΙΑ ΝΑ ΕΠΙΤΕΥΧΘΕΙ Η ΑΝΑΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Υποκίνηση είναι η διαδικασία ενεργοποίησης των δυνάμεων-ικανοτήτων του ατόμου με σκοπό την επίτευξη δεδομένων στόχων. Η εξαιρετική σημασία της στην αποτελεσματική εργασία και την ανάπτυξη και αποδοτικότητα οργανισμών οδήγησε στη συστηματική μελέτη και αναζήτηση κινήτρων στην εργασία και τελικά στη διατύπωση θεωριών υποκίνησης[22]. Εφαρμόζοντας αρχές αυτών των θεωριών, το υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με τις διοικήσεις των νοσοκομείων, θα μπορούσε να επιδιώξει την ανάσχεση της μετανάστευσης των ιατρών.

Στην παρούσα μελέτη επιλέγεται ο συνδυασμός τριών θεωριών υποκίνησης, των δύο παραγόντων του Herzberg, της κάλυψης επίκτητων αναγκών του McClelland και της ισοτιμίας του Adams[12,22]. Η επιλογή αποσκοπεί στη σύνθεση πολλαπλών κινήτρων που στοχεύουν σε διάφορες ανάγκες του ιατρικού προσωπικού. Ο συνδυασμός πολλών θεωριών επιδιώκει τον περιορισμό της υποκειμενικότητας της καθεμιάς ξεχωριστά και την ενίσχυση της αξιοπιστίας τους στην αποτροπή της διαρροής ιατρών.

Η θεωρία του Herzberg διαχωρίζει τους παράγοντες που επιδρούν στην εργασία σε κίνητρα που υποκινούν σε αύξηση της παραγωγής και σε παράγοντες συντήρησης. Στην περίπτωση των ιατρών, παράγοντες συντήρησης αποτελούν ο ευχάριστος χώρος δουλειάς, η προστασία από ασθένειες, περιφρούρηση από επιθετικούς ασθενείς και συνοδούς (π.χ. υπό την επήρεια τοξικών ουσιών), η εποικοδομητική επικοινωνία με τη διοίκηση, η δυνατότητα προγραμματισμού των ωρών εργασίας και φυσικά η παροχή ικανοποιητικής αμοιβής. Οι παράγοντες αυτοί, μολονότι δεν αποτελούν «γνήσια» κίνητρα παραγωγικότητας, συνθέτουν το απαραίτητο πλαίσιο για αποδοτική εργασία και αποτρέπουν την ενεργοποίηση αντικινήτρων[12,23]. Ιδιαίτερα στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης, η αξιοπρεπής αμοιβή που επιτρέπει στους ιατρούς μια άνετη (όχι πλούσια) ζωή, αποτελεί πλέον βασικό ζητούμενο και προαπαιτούμενο για τους ιατρούς εντός και εκτός του ΕΣΥ και κύρια αιτία μετανάστευσης[24].

Κυριότερα κίνητρα εργασίας για τους ιατρούς σύμφωνα με διάφορες μελέτες[25,26] αποτελούν το ενδιαφέρον-ποικιλία στην εργασία, η εξέλιξη στην ιεραρχία, οι ευκαιρίες προσωπικής βελτίωσης και ανάπτυξης δεξιοτήτων-συνεργασιών και η προοπτική επιστημονικής εξέλιξης με διενέργεια μελετών-έρευνας-μετεκπαίδευσης. Η τελευταία μπορεί να αφορά σε εκδηλώσεις εντός του νοσοκομείου όπου απαιτείται η συνεργασία της διοίκησης, όσο και σε συνέδρια ελληνικά και διεθνή, σε δημοσίευση εργασιών σε ιατρικά περιοδικά και στην παρακολούθηση μεταπτυχιακών προγραμμάτων[27-29].

Η θεωρία του McClelland εστίασε σε τρεις κύριες ανθρώπινες ανάγκες για την υποκίνηση των εργαζομένων: την επίτευξη στόχων, τη δημιουργία δεσμών και την ανάγκη για εξουσία. Στην περίπτωση των ιατρών, η υποκίνηση πρέπει να προσαρμόζεται στην προσωπικότητα του ατόμου, αλλά ταυτόχρονα στην ειδικότητα και τη θέση στην ιεραρχία. Οι νέοι επιμελητές στο ΕΣΥ έχουν ανάγκη στήριξης και ενίσχυσης από τους εμπειρότερους, έχουν όμως όρεξη για εργασία, αναζητούν την αναγνώριση, ενώ ασκούν περιορισμένο διοικητικό έργο. Τα δυο πρώτα κίνητρα στη θεωρία του McClelland φαίνεται να είναι τα κρισιμότερα στην περίπτωσή τους. Αντίθετα, για τους εμπειρότερους ειδικούς ιατρούς-διευθυντές που έχουν ποικίλες διοικητικές αρμοδιότητες, η άσκηση εξουσίας συμπληρώνει τα κίνητρα εργασίας κατά McClelland και συχνά αποτελεί πρώτη προτεραιότητα[12,28]. Από την πλευρά των ιατρικών ειδικοτήτων, οι χειρουργοί που λειτουργούν επιθετικότερα και αμεσότερα στην αντιμετώπιση της νόσου, εργάζονται περισσότερο και πολλές φορές υπό έντονη πίεση, φαίνεται να έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη εξουσίας, αναγνώρισης, αλλά και δημιουργίας δεσμών για ψυχολογική στήριξη και ενίσχυση[30].

Το πλαίσιο των κινήτρων στο ΕΣΥ πρέπει να δομηθεί κεντρικά από το Υπουργείο Υγείας, όμως ο ρόλος της διοίκησης του κάθε νοσοκομείου είναι κομβικός. Η εξατομίκευση κινήτρων είναι συχνά απαραίτητη και χρησιμότατη, παρά το γεγονός ότι πρακτικά δεν μπορεί να εφαρμοστεί ευρύτατα. Η εξατομίκευση των κινήτρων επιδιώκεται με τη θεωρία του Adams, όπου δίνεται έμφαση στην ισοτιμία και την αίσθηση της δικαιοσύνης. Μολονότι η αντίληψη της αδικίας-δικαιοσύνης διαφέρει μεταξύ των ανθρώπων, ωστόσο είναι βέβαιο ότι οι ιατροί του ΕΣΥ πρέπει να έχουν ίσες ευκαιρίες εξέλιξης, επιμόρφωσης, να αμείβονται ανάλογα με την προσφορά τους και να νιώθουν ότι η προσφορά τους αναγνωρίζεται. Η αίσθηση της ανισότητας

και αδικίας δημιουργεί αντιδράσεις, δυσαρέσκεια και απροθυμία για εργασία[12,31,32].

ΚΙΝΗΤΡΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΦΥΓΗΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Στην Ελλάδα, από το 2011 διακόπηκαν οι προσλήψεις μόνιμου ιατρικού προσωπικού στο ΕΣΥ, στα πλαίσια των μέτρων που έλαβε η χώρα για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης. Κατά την περίοδο αυτή και ως σήμερα, οι όποιες ανάγκες ειδικών ιατρών καλύπτονται μερικώς με επικουρικούς ιατρούς με ετήσιες συμβάσεις. Αυτός ήταν από τους βασικότερους λόγους του μεταναστευτικού κύματος των ιατρών, η εξασφάλιση δηλαδή εργασίας[9]. Το πρώτο επομένως μέτρο-κίνητρο για την ανατροπή της ΔΕ είναι η ενεργοποίηση προσλήψεων μόνιμου προσωπικού στο ΕΣΥ. Αυτό και μόνο θα μπορούσε να προκαλέσει την παραμονή ή επιστροφή ιατρών στη χώρα. Ωστόσο, δεδομένης της ανάγκης υψηλού επιπέδου υπηρεσιών στα νοσοκομεία και του πληθωρισμού των ιατρών που παρατηρείται στην Ελλάδα εδώ και δεκαετίες[33], οι προσλήψεις θα πρέπει να γίνουν προγραμματισμένα, ακολουθώντας αυστηρά τις ανάγκες και με αξιοκρατικά κριτήρια. Το 2017 έχει αρχίσει μια αργή, σχετικά περιορισμένη προσπάθεια πρόσληψης ιατρών σε μόνιμες θέσεις του ΕΣΥ, οπότε αναμένεται η εξέλιξη και πλήρης ανάπτυξή της για να μελετηθεί η πιθανώς ευεργετική της επίδραση στο ΕΣΥ.

Οι συνθήκες εργασίας αποτελούν παράγοντα εξάλειψης αντικινήτρων σύμφωνα με τον Herzberg και θα έπρεπε να είναι προτεραιότητα για το υπουργείο. Η τήρηση του ωραρίου και η λήψη αδειών και «ρεπό» που σήμερα καταστρατηγούνται οδηγώντας σε καταστάσεις υπερκόπωσης και εξάντλησης, ιδίως τους ειδικευόμενους[14], η χορήγηση μέσων προστασίας από αιχμηρά αντικείμενα και αίμα, η παρακολούθηση της υγείας των ιατρών από ιατρούς εργασίας και παρουσία ανδρών ασφάλειας στο νοσοκομείο για προστασία από επιθετικούς ή υπό επήρεια ουσιών ασθενείς και συνοδούς θα αποτελούσαν σημαντικά μέτρα βελτίωσης. Παράλληλα, η πρόβλεψη γραφείων για τους ιατρούς, αξιοπρεπών χώρων εστίασης και ανάπαυσης (ιδίως στα χειρουργεία), η ύπαρξη κατάλληλων χώρων ύπνου (εφημερίων), αλλά και αιθουσών εκδηλώσεων θα συνέβαλαν στη διευκόλυνση της διαβίωσης του ιατρικού προσωπικού στο νοσοκομείο.

Αρκετές μελέτες έχουν αναδείξει τις προοπτικές επιστημονικής και επαγγελματικής ανέλιξης-προόδου σε κρίσιμα κίνητρα για τους ιατρούς[12,27,34]. Η ύπαρξη βιβλιοθήκης με πρόσβαση στο διεθνή ιατρικό τύπο, η ενθάρρυνση και χρηματοδότηση παρακολούθησης και ενεργού συμμετοχής σε ελληνικά και διεθνή συνέδρια, εκπαιδευτικά προγράμματα και μετεκπαιδεύσεις αποτελούν προϋποθέσεις που απουσιάζουν από πολλά ελληνικά νοσοκομεία. Επιπλέον, η δυνατότητα εφαρμογής ερευνητικών πρωτοκόλλων, νέων τεχνολογιών και η συνεργασία με άλλα κέντρα θα μπορούσε να θεσμοθετηθεί από το υπουργείο υγείας και να εφαρμόζεται μετά από αξιολόγηση από τη διοίκηση κάθε ιδρύματος.

Ακολουθώντας τις επιταγές των θεωριών του Herzberg και McClelland στα κίνητρα παραγωγικής εργασίας εντάσσονται και η διασφάλιση καλής επικοινωνίας εργαζομένων διοίκησης, η συμμετοχή των τελευταίων στις αποφάσεις, η καλλιέργεια ομαλών-αδιατάρακτων διαπροσωπικών σχέσεων. Το τελευταίο αν και εξαιρετικά σημαντικό, εξαρτάται και από τα προσωπικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων και την ιδιοσυγκρασία ενός λαού, όμως πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα των διοικήσεων και μόνιμη επιδίωξή τους. Επιπλέον, οι ιατροί πρέπει να απολαμβάνουν αναγνώρισης του δύσκολου έργου τους, σεβασμού από διοίκηση και συναδέλφους, ενώ μέσω αξιολόγησης θα πρέπει να ανταμείβονται (ηθικά ή υλικά) οι ικανότεροι. Ανατρέχοντας στη θεωρία του Adams, η αίσθηση του δικαίου, των ίσων ευκαιριών και της δικαιοσύνης δημιουργεί στους εργαζόμενους αίσθημα ικανοποίησης και την επιθυμία της συνειδητής και παραγωγικής εργασίας για επίτευξη υψηλών στόχων[22,31,35].

Η χρηματική αμοιβή των ιατρών, παρά το γεγονός ότι δεν είναι προτεραιότητα για πολλές μελέτες υποκίνησης, αποτελεί βασικότατο παράγοντα στην Ελλάδα της κρίσης, όπου οι αμοιβές μειώθηκαν περισσότερο από 50%[24]. Δεδομένης της έλλειψης πόρων, οι ειδικοί-ιατροί θα μπορούσαν να αυξήσουν το εισόδημά τους μέσω της αμοιβής τους στα απογευματινά ιατρεία ή με τη δυνατότητα εξωνοσοκομειακής ιδιωτικής εργασίας κάποιες ώρες ή μέρες της εβδομάδος. Συγχρόνως, η εξω-

στρέφεια των νοσοκομείων με προσέλκυση ασθενών από ξένες χώρες (ιατρικός τουρισμός) και η συνεργασία με κέντρα του εξωτερικού θα αύξανε κατακόρυφα τα έσοδα, με την προϋπόθεση οι διοικήσεις να είχαν την κεντρική στήριξη και την ευελιξία για να ενεργοποιηθούν επιχειρηματικά. Οι ευκαιρίες είναι πολλές για μια χώρα με κεντρική θέση στο παγκόσμιο στερέωμα και τεράστιο τουριστικό ρεύμα όπως και τουριστικές υποδομές. Απαιτείται πολιτική βούληση και σχεδιασμός με παραγωγική φαντασία.

Βέβαια ο ανταγωνισμός με προηγμένα κράτη είναι δυσχερής, αφού τα συστήματα Υγείας τους διαθέτουν άριστο εξοπλισμό, παρέχουν υψηλές αμοιβές και προνόμια στους ιατρούς, η συνεργασία με διοίκηση και καλά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό είναι αρμονική και η νοοτροπία συνεργατών και ασθενών είναι άκρως πολιτισμένη[9]. Ωστόσο, η Ελλάδα έχει πλεονεκτήματα. Διαθέτει άριστο κλίμα, ελκυστικές διατροφικές συνήθειες και σπάνια φύση που αποτελούν τις προϋποθέσεις για υγιεινή και ευτυχισμένη ζωή. Έχει καλά πανεπιστήμια, διοργανώνει πλήθος συνεδρίων ετησίως, και διαθέτει επαρκείς υποδομές στην υγεία που μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για μελλοντική ανάπτυξη και εξέλιξη. Κυρίως όμως, αφού αναφερόμαστε σε Έλληνες ιατρούς, η Ελλάδα είναι η πατρίδα τους, όπου ζουν οι συγγενείς, οι φίλοι και ομιλείται η γλώσσα τους. Γι' αυτό οι περισσότεροι θα ήθελαν να επιστρέψουν αν αντιλαμβάνονταν ότι η σημερινή άσχημη κατάσταση αλλάζει και ότι η χώρα τους καλεί πίσω προφέροντάς τους εργασία και υποσχέσεις προόδου[36,37].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μετά το 2010 η Ελλάδα υφίσταται εντονότατες τις συνέπειες της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Οι διαθέσιμοι πόροι για το Εθνικό Σύστημα Υγείας περιορίζονται δραστικά, ενώ οι προσλήψεις μόνιμου ιατρικού προσωπικού διακόπτονται από το 2011. Συγχρόνως, πυροδοτείται ένα κύμα μετανάστευσης ιατρών προς χώρες κύρια της Βόρειας Ευρώπης και τις ΗΠΑ που προκαλεί μια άνευ προηγουμένου διαρροή εγκεφάλων (brain drain). Αποτέλεσμα είναι η επιδεινούμενη υποστελέχωση των νοσοκομείων, η έλλειψη ειδικευομένων, η γήρανση και μη ανανέωση του μόνιμου ιατρικού προσωπικού και η επιστημονική υποβάθμιση. Το μέλλον είναι δυσοίωνο, με εμφανή τον κίνδυνο υπολειτουργίας ή κατάρρευσης των ελληνικών νοσοκομείων.

Η λήψη μέτρων για ανάσχεση της μετανάστευσης των Ελλήνων ιατρών (ανειδίκευτων και ειδικών) είναι επιβεβλημένη. Η υιοθέτηση κινήτρων παραμονής στη χώρα μπορεί να πραγματοποιηθεί με βάση θεωρίες υποκίνησης. Στην παρούσα μελέτη προτείνεται ένα πλέγμα κινήτρων που εκπορεύεται από τις θεωρίες των Herzberg, McClleland και Adams με προοπτική κεντρικής εφαρμογής και τη συνεργασία των επιμέρους διοικήσεων. Είναι απαραίτητο αρχικά να ενεργοποιηθεί η διαδικασία πρόσληψης μόνιμων ειδικών ιατρών. Επιπλέον, να διασφαλιστούν σύγχρονες συνθήκες εργασίας, δυνατότητες επιστημονικής εξέλιξης και συνεχιζόμενης επιμόρφωσης, σεβασμός και αναγνώριση του υψηλού ιατρικού λειτουργήματος. Παράλληλα, να εφαρμοστεί αξιολόγηση του ιατρικού έργου και σύνδεσή της με αξιοπρεπείς αμοιβές.

Η μετανάστευση των ιατρών, και ιδιαίτερα των ειδικών, αποτελεί διαρροή του πιο ικανού δυναμικού της ελληνικής κοινωνίας και απώλεια τεράστιων οικονομικών πόρων που δαπανήθηκαν στη μόρφωση και εκπαίδευσή τους. Καθώς οι άνθρωποι (πρωταρχικά οι νέοι επιστήμονες) αποτελούν το πιο αξιόλογο κεφάλαιο μιας χώρας, το σύγχρονο brain drain που εξελίσσεται στην Ελλάδα είναι μέγιστος κοινωνικός-εθνικός κίνδυνος και απειλή. Η πολιτεία οφείλει να δράσει άμεσα για να αναστρέψει το φαινόμενο, ώστε να προασπίσει την επιβίωση του ΕΣΥ, να διασφαλίσει την υγεία των Ελλήνων και να φροντίσει για το μέλλον του έθνους.

ABSTRACT

Paschos K. **The immigration of doctors to foreign countries and the application of suitable motives for the interception of this phenomenon following the fundamental theories of motivation.** *Hell Iatr 2017; 83: 47-54.*

Brain drain is a social phenomenon in the modern era of globalization. In Greece, the last decade an increasingly intense immigration of young doctors (specialized or not) is in progress, which compromises the effectiveness and the development of the Greek National Health System (ESY) and deprives the country from its most valuable human resources. Obviously, the application of suitable motives is necessary for the interception of this phenomenon, following the fundamental theories of motivation.

The immigration of doctors to foreign countries causes a gradual aging of ESY, exhaustion of the medical personnel in the Greek hospitals and degradation of provided services. It is of great importance that the recruitment of doctors in permanent jobs is reactivated, which has been ceased since 2011. Moreover, according to the motivation theories of Herzberg, McClelland and Adams, it appears that motives for young doctors to remain at home are the decent working conditions, the prospects of scientific and professional progress, the recognition of quality and satisfactory financial rewards. Furthermore, legislative initiatives should be implemented by the government with the contribution of the majority of hospital administrations, in order to prevent and reverse the drain of medical personnel abroad.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Dente KM*. Scientists on the move. Cell 2007; 129(1): 15-7.
2. *Bosch X*. Brain drain robbing Europe of its brightest young scientists: money and independence lure young researchers to the USA. Lancet 2003; 361(9376): 2210-1.
3. *Pinto da Costa M, Giurgiuca A, Holmes K, et al*. To which countries do European psychiatric trainees want to move to and why? Eur Psychiatry 2017; 45: 174-81.
4. *Hunter P*. Brain drain, brain gain or brain sharing? New studies of the migration routes of scientists show that international mobility benefits all parties including countries that are net exporters of researchers. EMBO reports 2013; 14(4): 315-8.
5. *Baltes-Patrutiu L*. The Brain Drain Phenomenon within the European Union. Εφημερίδα One Europe 2014.
6. *Duvivier RJ, Burch VC, Boulet JR*. A comparison of physician emigration from Africa to the United States of America between 2005 and 2015. Hum Resour Health 2017; 15(1): 41.
7. *Horowitz PK, Shemesh AA, Horev T*. Is there a doctor in the house? Availability of Israeli physicians to the workforce. Israel J Health Policy Res. 2017; 6(1): 31.
8. *Bidwell P, Laxmikanth P, Blacklock C, et al*. Security and skills: the two key issues in health worker migration. Glob Health Action. 2014; 7: 24194.
9. *Ifanti AA, Argyriou AA, Kalofonou FH, Kalofonos HP*. Physicians' brain drain in Greece: a perspective on the reasons why and how to address it. Health Policy (Amsterdam, Netherlands) 2014; 117(2): 210-5.
10. *Veugelers R*. Countering European brain drain. Science. New York, NY. 2017; 356(6339): 695-6.
11. *Moris D, Karachaliou GS, Kontos M*. Residency training in Greece: job dissatisfaction paves the way to brain drain. Ann Transl Med 2017; 5(5): 123.
12. *Tsounis A, Sarafis P, Bamidis P*. Motivation Among Physicians in Greek Public Health-Care Sector. Br J Med & Med Res 2014; 4(5): 1094-105.
13. *Trachana V*. Austerity-led brain drain is killing Greek science. Nature 2013; 496(7445): 271.
14. *Καρλατήρα Π*. Μετανάστες 7.500 Έλληνες γιατροί σε έξι χρόνια. Πρώτο Θέμα 2014.
15. *Τσιλιμιγκάκη Μ*. Νέοι γιατροί φεύγουν στο εξωτερικό. Εφημερίδα Ελεύθερος Τύπος 2012.
16. *Καϊτανίδη Μ*. Αναζητείται ειδικευόμενος γιατρός. Εφημερίδα Τα Νέα 2014.
17. *Salpigktidis, II, Paliouras D, Gogakos AS, et al*. Burnout syndrome and job satisfaction in Greek residents: exploring differences between trainees inside and outside the country. Ann Transl Med 2016; 4(22): 444.
18. *Best M, Schutte L*. Physician stress and burnout syndrome. Physician Wellness Services and Cejka Search. St. Louis; 2011.
19. *Gazelle G, Liebschutz JM, Riess H*. Physician Burnout: Coaching a Way Out. J Gen Intern Med 2014.
20. *Msaouel P, Keramaris NC, Tasoulis A, et al*. Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference? Hum Resour Health 2010; 8: 16.
21. *Faggianoi P, Temporelli PL, Zito G, et al*. [Cardiovascular risk profile and lifestyle habits in a cohort of Italian cardiologists. Results of the SOCRATES survey]. Monaldi archives for chest disease = Archivio Monaldi per le malattie del torace / Fondazione clinica del lavoro, IRCCS [and] Istituto di clinica tisiologica e malattie apparato respiratorio, Universita di Napoli, Secondo ateneo. 2013; 80(3): 118-25.
22. *Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ*. Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρησης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 1999.
23. *Gunderman R, Willing S*. Motivation in Radiology: Implications for Leadership. Radiol 2002; 225(1): 1-5.
24. *Reginato E, Grosso R*. European Hospital doctor's salaries. Document F11-071 EN. Federation Europeenne des Medecins salaries European federation of salaried doctors. 2011.
25. *Kontodimopoulos N, Paleologou V, Niakas D*. Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals. BMC Health Serv Res 2009; 9: 164.
26. *Niavis V*. Employee Motivation in a Public Hospital: the Case of "AHEPA" Hospital. Patra: Hellenic Open University; 2010.
27. *Ratanawongsa N, Howell E, Wright S*. What motivates physicians throughout their careers in medicine? Comp Ther 2006; 32: 210-7.
28. *Pantouvakis A, Mpogiatzidis P*. Evaluation of the Relationship between Job Satisfaction and Internal Quality: a Study on Perceptions of Clinical Leadership. Arch Hel Med 2012; 29(1): 44-50.
29. *Makris GC, Trigkidis KK, Apiranthiti K, Malietzis G, Alexiou VG, Falagas ME*. Medical training in Greece: A crisis in progress. Postgrad Med 2015; 127(6): 591-9.
30. *Pinto A, Faiz O, Bicknell C, Vincent C*. Acute traumatic stress among surgeons after major surgical complications.. Am J Surg 2014; 208(4): 642-7.

31. *Aalto AM, Heponiemi T, Keskimaki I, et al*. Employment, psychosocial work environment and well-being among migrant and native physicians in Finnish health care. Eur J Public Health. 2014; 24(3): 445-51.

32. *Yuksekdag Y*. Health Without Care? Vulnerability, Medical Brain Drain, and Health Worker Responsibilities in Underserved Contexts. Health Care Anal 2017.

33. OECD g. Medical doctors. In: Health at a glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing: 2011; 2011.

34. *Verweij H, van der Heijden FMMA, van Hooff MLM, et al*. The contribution of work characteristics, home characteristics and gender to burnout in medical residents. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2017; 22(4): 803-8.

35. *Grand JA*. Brain drain? An examination of stereotype threat effects during training on knowledge acquisition and organizational effectiveness. J Appl Psychol 2017; 102(2): 115-50.

36. *Δεβετζόγλου Γ*. Γιατροί του εξωτερικού επιστρέφουν στην Ελλάδα της κρίσης. Εφημερίδα Τα Νέα. 2014.

37. *Majeed MH, Ali AA, Saeed F*. International medical graduates: from brain drain to potential gain. Int J Med Educ 2017;8:37-8.

Αλληλογραφία:
Κωνσταντίνος Α. Πάσχος
Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Δράμας,
661 00 Δράμα
Τηλ.: 2521 350413
e-mail: kostaspaschos@yahoo.gr

Corresponding author:
K. Paschos
Surgical Department, Hospital of Drama,
661 00 Drama
Tel.: 2521350413
e-mail: kostaspaschos@yahoo.gr

Ευχαριστίες

Στην επιλογή των εργασιών που δημοσιεύθηκαν στα τεύχη του 2017 βοήθησαν ουσιαστικά οι ακόλουθοι κριτές:

Α. Γούλας
Γ. Γαρύφαλλος
Κ. Μαυρουδής
Δ. Γουλής
Ι. Κανέλλος
Δ. Κουτσονικόλας
Μ. Μποσταντζοπούλου
Θ. Δαρδαβέσης
Α. Καραγιάννης

Η Επιτροπή Συντάξεως τους ευχαριστεί θερμά.