ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Τα νέα ΤΗΣ ΕΔΑΕ

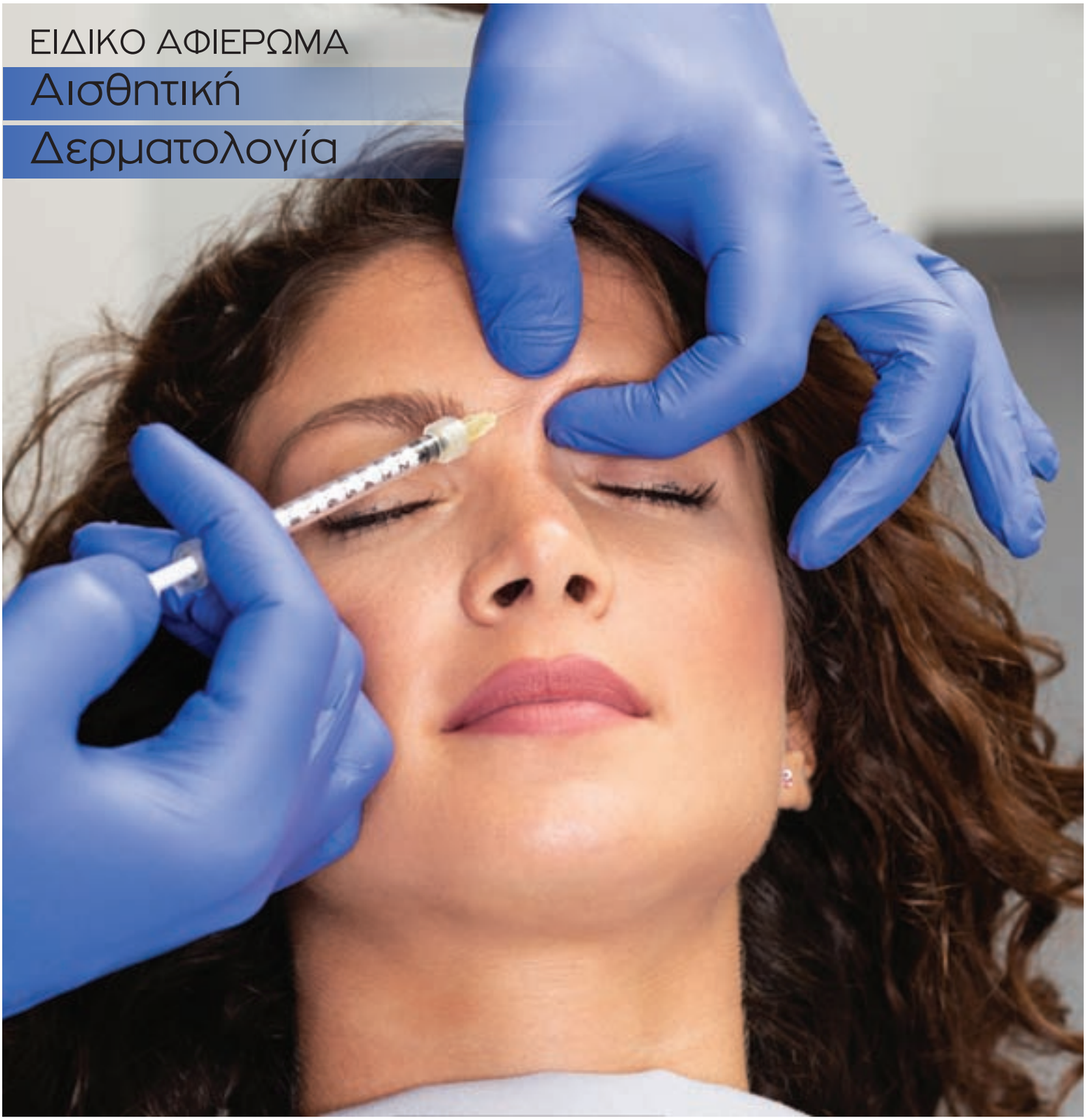
www.edae.gr

ΤΕΥΧΟΣ 59
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ
ΙΟΥΝΙΟΣ 2022

ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ & ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΑΦΙΕΡΩΜΑ

Αισθητική Δερματολογία



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ 2022-2024

Πρόεδρος
ΜΠΑΡΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Αντιπρόεδρος
ΚΟΝΤΟΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Γεν. Γραμματέας
ΣΓΟΥΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Ταμίας
ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ ΗΛΕΚΤΡΑ

Ειδ. Γραμματέας
ΑΠΑΛΛΑ ΖΩΗ

Μέλη
ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΠΑΝΑΓΑΚΗΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ

Τα νέα της ΕΔΑΕ

ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΔΑΕ - ΝΕΑ ΠΕΡΙΟΔΟΣ
ΤΕΥΧΟΣ 59 • ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2022

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Μιχαλακοπούλου 36, 115 28 Αθήνα
e-mail: edae@edae.gr • website: www.edae.gr

ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΡΟΕΔΡΟ ΤΗΣ **κ. ΙΩΑΝΝΗ ΜΠΑΡΚΗ**

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΓΟΥΡΟΣ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΓΟΥΡΟΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΑΪΔΕΜΕΝΟΣ

Τα ενυπόγραφα άρθρα και κείμενα απηχούν τις απόψεις των αρθρογράφων και δεν ταυτίζονται κατ' ανάγκη με την άποψη της συντακτικής επιτροπής του παρόντος εντύπου

ΤΑ ΝΕΑ ΤΗΣ ΕΔΑΕ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ (ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ) ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ ΣΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ

DOCTORS media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr, www.doctorsmedia.gr

ΕΚΔΟΤΗΣ: Γεώργιος Η. Καυκάς
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: Δρ. Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος MSc
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΕΩΝ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: Έλενα Λαγανά
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ MARKETING ΚΑΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ: Νατάσα Παπαθανασίου
ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ: Ένια Ζεντέλη, Παρασκευή Παλαιολόγου

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Μήνυμα του Προέδρου

Αγαπητοί φίλοι,

Η **Ελληνική Δερματολογική & Αφροδισιολογική Εταιρεία**, πιστή στο ραντεβού της με την Θεσσαλονίκη, επιστρέφει στη συμπρωτεύουσα έπειτα από ένα πολύ επιτυχημένο Πανελλήνιο Συνέδριο. **Από τις 15 έως τις 17 Απριλίου 2022**, το νέο ΔΣ της ΕΔΑΕ, συνεχίζοντας την παραδοσιακή πορεία των εκπαιδευτικών εκδηλώσεων της εταιρείας, διοργανώνει τις «**Εαρινές Ημέρες της ΕΔΑΕ**», που θα πραγματοποιηθούν στο ξενοδοχείο **Μακεδονία Palace**.

Στο συνέδριο αυτό, το πρόγραμμα θα έχει εντοπισμένη θεματολογία και θα αφορά τα **Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ)** και τις **παθήσεις που εκδηλώνονται στην πρωκτογεννητική περιοχή**. Για τρεις ημέρες, **μερικοί από τους πιο καταξιωμένους Δερματολόγους - Αφροδισιολόγους** θα μιλήσουν για τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα, θα αναπτύξουν τα σύγχρονα δεδομένα και θα φρεσκάρουν τις γνώσεις μας, σχετικά με τις κλασικές θεραπείες των ΣΜΝ, των αυτοάνοσων και των άλλων νοσημάτων της πρωκτογεννητικής περιοχής. *Για πρώτη φορά θα φιλοξενηθούν δύο πολύ ενδιαφέροντα **στρογγυλά τραπέζια Αισθητικής και Επεμβατικής Δερματολογίας***, που θα αφορούν κλινικά και αισθητικά προβλήματα των έξω γεννητικών οργάνων, ανδρών και γυναικών.

Παράλληλα, η **Ελληνική Δερματολογική & Αφροδισιολογική Εταιρεία** ετοιμάζει **δύο μεγάλες καμπάνιες**, στο πλαίσιο της **ενημέρωσης του κόσμου**, για την **Αισθητική Δερματολογία**, το **Μελάνωμα** και τον **Καρκίνο του δέρματος**. Αποτελεί καθήκον της Εταιρείας να ανοίγει συνεχώς τον δρόμο προς τη μελέτη, την έρευνα και την πλήρη ενημέρωση.

Τέλος, στεκόμαστε αρωγοί για την περαιτέρω εκπαίδευση και την πρόοδο των νέων Δερματολόγων - Αφροδισιολόγων, προκηρύσσοντας με μεγάλη χαρά **13 Υποτροφίες της ΕΔΑΕ για το 2022**. Μπορείτε να μελετήσετε τις προϋποθέσεις στο **www.edae.gr**.

Με αυτό το αισιόδοξο ξεκίνημα, το νέο ΔΣ της **ΕΔΑΕ**, δηλώνει τη δυναμική παρουσία του στα τεκταινόμενα της κοινωνίας, της Ιατρικής κοινότητας, και φυσικά της Ειδικότητάς μας. Στοχεύουμε, τα επόμενα χρόνια, να δημιουργήσουμε ένα σημείο αναφοράς για την *επίλυση των προβλημάτων* που αντιμετωπίζουν οι **Δερματολόγοι - Αφροδισιολόγοι** αλλά και για την *ανάπτυξη νέων δυνατοτήτων και προοπτικών προς όφελος όλων μας*.

Ελπίζουμε να βρεθούμε με το καλό όλοι μαζί υγιείς, σε καλύτερες συνθήκες από τις σημερινές για να απολαύσουμε ένα συνέδριο εξαιρετικής ποιότητας και θεματολογίας. Καλή αντάμωση στην συμπρωτεύουσα!

Με εκτίμηση
Ιωάννης Μπάρκης
Πρόεδρος Δ.Σ. ΕΔΑΕ

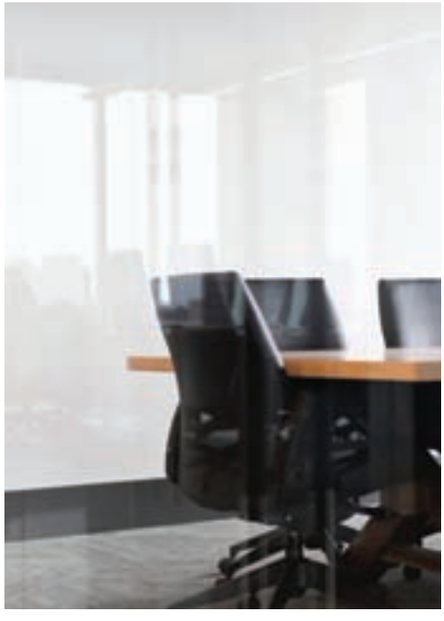
Νέο Διοικητικό Συμβούλιο ΕΔΑΕ

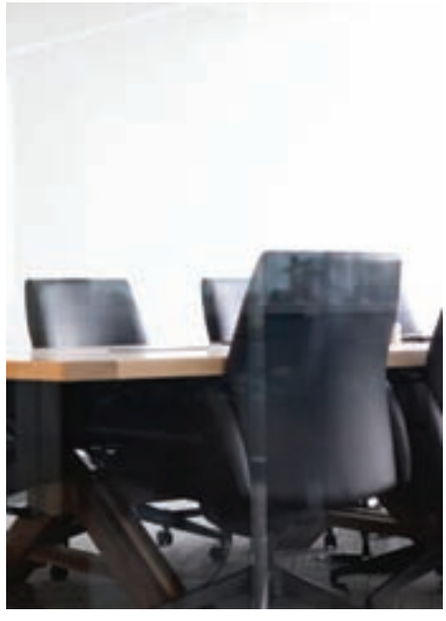
Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Κατά τη συνεδρίαση που πραγματοποιήθηκε την Παρασκευή 14.01.2022, η νέα σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Δερματολογικής & Αφροδισιολογικής Εταιρείας για τα έτη 2022 - 2024 που προέκυψε από τις εκλογές στις 6 Νοεμβρίου 2021 έχει ως εξής:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Πρόεδρος
Μπάρκης Ιωάννης
Αντιπρόεδρος
Κοντοχριστόπουλος Γεώργιος
Γενικός Γραμματέας
Σγούρος Δημήτριος
Ταμίας
Νικολαΐδου Ηλέκτρα
Ειδικός Γραμματέας
Απάλλα Ζωή
Μέλη
Ζαραφωνίτης Γεώργιος
Θεοχάρης Σωτήριος
Ιωαννίδης Δημήτριος
Παναγάκης Παντελεήμων





Το νέο ΔΣ της ΕΔΑΕ θα εργαστεί σκληρά, με δυναμισμό και δημιουργικές ιδέες για τη διαφύλαξη των δικαιωμάτων του Δερματολόγου - Αφροδισιολόγου και την προβολή της Ειδικότητάς μας.

Συμβούλιο Ηθικής & Δεοντολογίας (Σ.Η.Δ)	
Πρόεδρος	Γεώργιος Χαϊδεμένος
Μέλος	Κατσαντώνης Ιωάννης
Μέλος	Κουσκούκης Κωνσταντίνος

Εξελεγκτική Επιτροπή	
Πρόεδρος	Βακιρλής Ευστράτιος
Μέλος	Ιωαννίδου Δέσποινα
Μέλος	Παπακωνσταντής Μάρκος

Απόφαση Συμβουλίου Επικρατείας για Υπόθεση Πλαστικών χειρουργών

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Σας ενημερώνουμε ότι εκδόθηκε η Απόφαση υπ' αριθμ. 1523/2021 του Συμβουλίου της Επικρατείας, με την οποία κερδίσαμε την υπόθεση των Πλαστικών Χειρουργών και αναγνωρίσθηκε η Δερματοχειρουργική ως εμπίπτουσα στο γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας της Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, ως και η δυνατότητα εκτέλεσης από Δερματολόγους-Αφροδισιολόγους των πράξεων της ειδικότητάς τους και με τη χειρουργική μέθοδο.

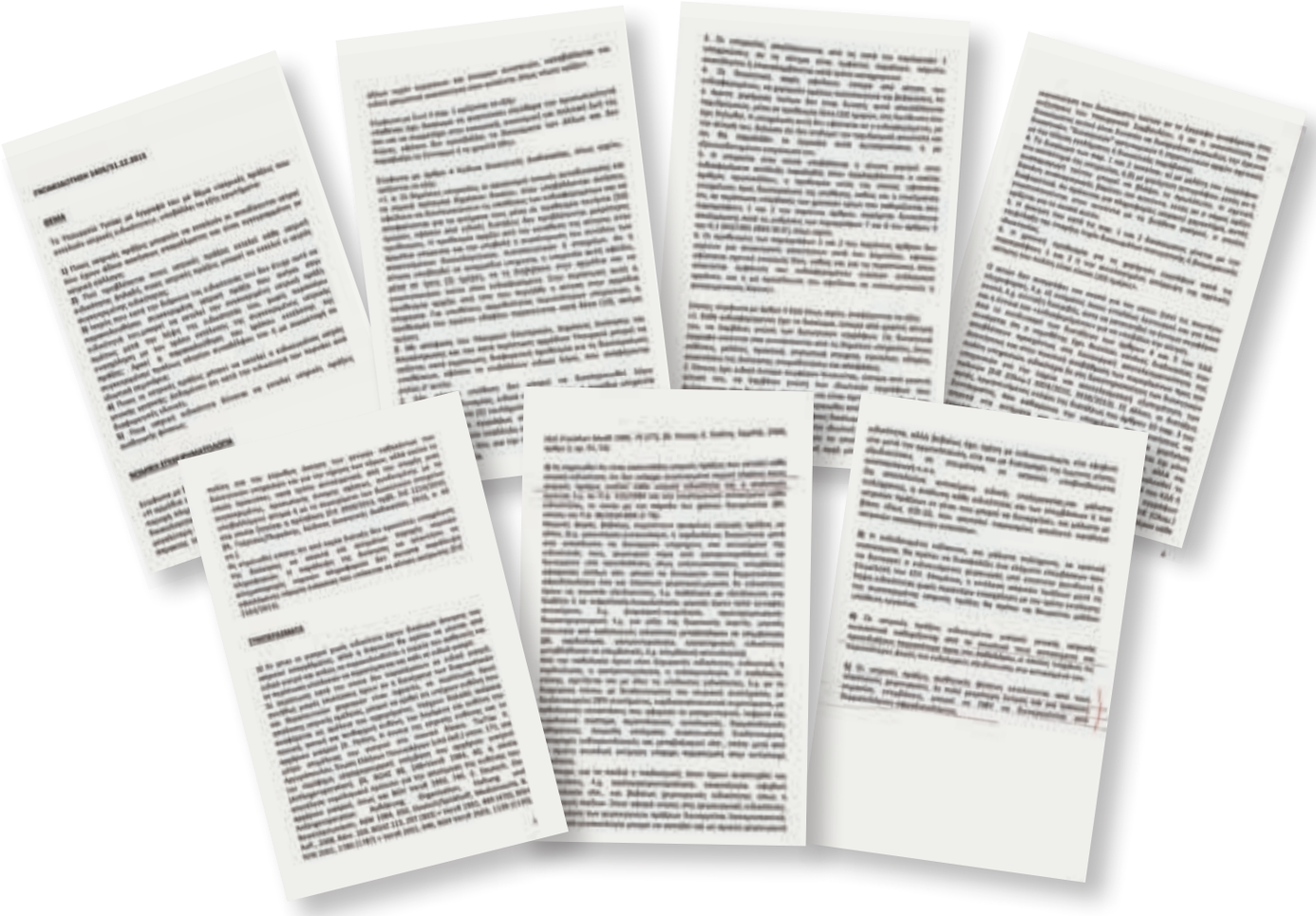
Η συγκεκριμένη απόφαση εκδόθηκε μετά από επανειλημμένες νομικές παρεμβάσεις της Ε.Δ.Α.Ε. κατά της αιτήσεως της «Ελληνικής Εταιρείας Πλαστικής, Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής» που επιχειρούσε να νομιμοποιήσει να μην εκτελούνται χειρουργικές πράξεις σε Αυτοτελείς Ιδιωτικές Μ.Η.Ν. ειδικότητας Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας. Μετά τις επιτυχημένες νομικές παρεμβάσεις της Ε.Δ.Α.Ε. απορρίφθηκαν όλοι οι λόγοι που επικαλείτο ο αντίδικος, γενομένων δεκτών όλων των νομικών επιχειρημάτων μας.

Αξιοσημείωτο είναι πως η ανωτέρω Απόφαση του ΣτΕ είναι οριστική και αμετάκλητη και έχει δημοσιευθεί στην Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών "ΝΟΜΟΣ", ως σχηματίζουσα νέα νομολογία στη χώρα μας.

Μετά τιμής,
Το ΔΣ της Ε.Δ.Α.Ε.

Γνωμοδότηση Κε.Σ.Υ & σχετικές επιστολές

ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗ Κε.Σ.Υ. 1405/31.12.2015



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ 2022-2024

ΜΠΑΡΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
Πρόεδρος

ΚΟΝΤΟΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Αντιπρόεδρος

ΣΓΟΥΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Γενικός Γραμματέας

ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ ΗΛΕΚΤΡΑ
Ειδικός Γραμματέας

ΑΠΑΛΛΑ ΖΩΗ
Ταμίας

ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Μέλος
ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ
Μέλος
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Μέλος
ΠΑΝΑΓΑΚΗΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
Μέλος

Εγκύκλιος για τη Διοργάνωση Δερματολογικών Συνεδρίων

Αξιότιμε/η,

Με την παρούσα επιστολή, θα θέλαμε να σας γνωστοποιήσουμε τον γενικότερο προβληματισμό μας, με το δεδομένο ότι τα τελευταία 2 χρόνια έχουν δημιουργηθεί στην κοινότητά μας αρκετά προβλήματα, που έχουν προκύψει με την διοργάνωση πολλαπλών Δερματολογικών Επιστημονικών Εκδηλώσεων, εκδηλώσεις που στην πλειονότητά τους έχουν πολύ συχνά αλληλοεπικαλυπτόμενη θεματολογία.

Λόγω αυτών, έχουμε γίνει αποδέκτες δυσαρέσκειας και παραπόνων από συναδέλφους μας Δερματολόγους-Αφροδισιολόγους. Ως εκ τούτου, λάβαμε την απόφαση να θεσπίσουμε αυστηρά κριτήρια για την παραχώρηση της αιγίδας της ΕΔΑΕ σε αυτές τις εκδηλώσεις. Τα κριτήρια αυτά είναι τα εξής:

Η χρονική απόσταση των εκδηλώσεων αυτών να απέχει 1 μήνα (πριν ή μετά) από τις δύο μεγάλες εκδηλώσεις της ΕΔΑΕ (Εαρινό συνέδριο και Πανελλήνιο Συνέδριο).
Να υπάρχει σύνδεση των συνεδρίων αυτών είτε με αναγνωρισμένη κλινική (Πανεπιστημιακή ή ΕΣΥ) είτε με αναγνωρισμένες εταιρείες της ειδικότητας μας.
Η διοργάνωση μόνο 1 εκδήλωσης τέτοιου τύπου ανά Κλινική ή ανά εταιρεία τον χρόνο.

Στο πρόσφατο παρελθόν, γνωρίζετε πολύ καλά, πως η ΕΔΑΕ υπήρξε ιδιαίτερα υποστηρικτική στην διοργάνωση όλων των εκπαιδευτικών εκδηλώσεων, δίνοντας αβίαστα την αιγίδα της, ιδιαίτερα όταν αυτές προέρχονται από έγκριτες Πανεπιστημιακές ή Κρατικές κλινικές. Η εταιρεία μας θα συνεχίσει να είναι στο πλευρό όλων των συναδέλφων, επιδιώκοντας ένα όσο το δυνατό πιο αποτελεσματικό πλαίσιο στον τομέα της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ 2022-2024

ΜΠΑΡΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
Πρόεδρος

ΚΟΝΤΟΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Αντιπρόεδρος

ΣΓΟΥΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Γενικός Γραμματέας

ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ ΗΛΕΚΤΡΑ
Ειδικός Γραμματέας

ΑΠΑΛΛΑ ΖΩΗ
Ταμίας

ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Μέλος
ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ
Μέλος
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Μέλος
ΠΑΝΑΓΑΚΗΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
Μέλος

Σε αυτό το πνεύμα, θα συνεχίσουμε να ανταποδίδουμε μεγάλο μέρος των εσόδων μας προς την δερματολογική κοινότητα μέσω υποτροφιών, μετεκπαιδεύσεων, hands-on training courses, διαφημιστική προώθηση των δραστηριοτήτων της ειδικότητάς μας, επιδότηση νέων συναδέλφων για παρακολούθηση συνεδρίων και βεβαίως δεν πρέπει να ξεχνάτε ότι έχουμε πια υπέρογκα δικαστικά και δικηγορικά έξοδα, με δεδομένο ότι τα επαγγελματικά μας προβλήματα αυξάνονται με γεωμετρική πρόοδο (παιδοδερματολογία, δερματοχειρουργική, αισθητική ιατρική, αντιποίηση ειδικότητας, ανύπαρκτοι τίτλοι, κλπ). Παρακαλούμε λοιπόν για την κατανόηση και για τη λογική συνεργασία σας και σε αυτό το λεπτό ζήτημα της οικονομικής εξάντλησης των φαρμακευτικών εταιρειών, εξάντληση που αντιλαμβάνεστε πως αποβαίνει σε βάρος των οικονομικών εσόδων της ΕΔΑΕ, τα οποία ουσιαστικά ανταποδίδονται με τους προαναφερόμενους τρόπους προς τους συναδέλφους μας και προς την προάσπιση του γνωστικού αντικειμένου της ειδικότητάς μας.

Αγαπητοί φίλοι, με πνεύμα συναίνεσης, συνεργασίας και κατανόησης οφείλουμε όλοι από την σκοπιά μας να εξασφαλίσουμε ένα υψηλό επίπεδο επιστημονικών εκδηλώσεων χωρίς ανταγωνιστική διάθεση, χωρίς εγωισμούς και με μεγάλη προσοχή στις αλληλοεπικαλύψεις θεματολογίας και ομιλητών, με μοναδικό γνώμονα το ακαδημαϊκό και επαγγελματικό συμφέρον κάθε Έλληνα Δερματολόγου-Αφροδισιολόγου.

Με ιδιαίτερη εκτίμηση,
Εκ μέρους του ΔΣ της ΕΔΑΕ

Ο Γεν. Γραμματέας — Ο Πρόεδρος

Δ. Σγούρος — Ι. Μπάρκης

Συνάντηση ΕΔΑΕ με υπουργό Υγείας κ. Πλεύρη και επίδοση επιστολής-αιτήματος αποκατάστασης του ρυθμιστικού πλαισίου χρήσης των μηχανημάτων laser αποτρίχωσης επαναφέροντάς το αποκλειστικά στους ειδικευμένους ιατρούς και δη στους Δερματολόγους-Αφροδισιολόγους και δευτερευόντως στους Πλαστικούς Χειρουργούς

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ 2022-2024

ΜΠΑΡΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
Πρόεδρος

ΚΟΝΤΟΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Αντιπρόεδρος

ΣΓΟΥΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Γενικός Γραμματέας

ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ ΗΛΕΚΤΡΑ
Ειδικός Γραμματέας

ΑΠΑΛΛΑ ΖΩΗ
Ταμίας

ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Μέλος
ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ
Μέλος
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Μέλος
ΠΑΝΑΓΑΚΗΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
Μέλος

Προς
Τον Υπουργό Υγείας, κ. Θ. Πλεύρη
Κοιν. Υπουργό Ανάπτυξης, κ. Α. Γεωργιάδη

Αθήνα, 17/1/2022
Αρ.πρωτ. 225

Αξιότιμε κύριε Υπουργέ,
Εν όψει της σημερινής μας συνάντησης σχετικά με το ζήτημα της χρήσης των laser αποτρίχωσης, το οποίο αφορά μείζον θέμα δημόσιας υγείας και ασφάλειας, σας στέλνουμε τις θέσεις μας.

Σύμφωνα με τις σημερινές κείμενες διατάξεις και κανονισμούς, έχει δοθεί δυνατότητα χρήσης μηχανημάτων laser αποτρίχωσης και σε αισθητικούς, απόφοιτους του αντίστοιχου τμήματος του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Μια σύντομη αναφορά στο ιστορικό αυτής της καινοφανούς για τα ευρωπαϊκά δεδομένα απόφασης, από τον πρώην υπουργό Υγείας κ. Ξανθό, θα βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση της σοβαρότητας του θέματος.

Μέχρι τούδε, οι μοναδικές νομικά τεκμηριωμένες διατάξεις που περιέγραφαν το πλαίσιο λειτουργίας και εφαρμογής της εν λόγω πράξης (laser αποτρίχωσης) ήταν οι αποφάσεις του σχετικού γνωμοδοτικού οργάνου (Κε.Σ.Υ.) και συγκεκριμένα:

Η υπ. αρ.14/4.10.1999 απόφαση της 153^{ης} Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας κατά την οποία αναφέρεται ρητά πως: «***το μηχάνημα αποτρίχωσης με Laser πρέπει να χρησιμοποιείται με την ευθύνη ιατρού Δερματολόγου και οι χειριστές της συσκευής δύναται να είναι άλλα εκπαιδευμένα πρόσωπα (αισθητικοί – τεχνολόγοι κλπ) αλλά η ευθύνη και η επίβλεψη πρέπει να γίνονται από Δερματολόγο»***.

Και η μεταγενέστερη, επικαιροποιημένη υπ' αριθμ. 16 της 212^{ης} Ολομ./6.7.2007 απόφαση του Κε.Σ.Υ., όπου ο ανωτέρω όρος «*μηχάνημα αποτρίχωσης με laser*», αφορά σε κάθε μηχάνημα αποτρίχωσης, εκτός

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ 2022-2024

ΜΠΑΡΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
Πρόεδρος

ΚΟΝΤΟΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Αντιπρόεδρος

ΣΓΟΥΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Γενικός Γραμματέας

ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ ΗΛΕΚΤΡΑ
Ειδικός Γραμματέας

ΑΠΑΛΛΑ ΖΩΗ
Ταμίας

ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Μέλος
ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ
Μέλος
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Μέλος
ΠΑΝΑΓΑΚΗΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
Μέλος

από τα συγκεκριμένου τύπου που αναφέρονται στην υπ' αριθμ. 14 απόφαση της 153ης Ολομέλειας του ΚΕΣΥ, μετά όμως από σχετική έγκριση του Κε.Σ.Υ., «***την ευθύνη δε της χρησιμοποίησής του μπορεί να έχει πέραν του ιατρού Δερματολόγου και ιατρός Πλαστικός Χειρουργός»***.

Στο χρονικό της όλης ιστορίας, η επόμενη υπουργική εγκύκλιος με θέμα «Χρήση μηχανημάτων αποτρίχωσης λέιζερ (laser)» και ημερομηνία 13/3/2017, αρ. πρωτ. Γ3β/ΓΠ/οικ.18846, τεκμηρίωνε, σύμφωνα με τους νόμους και τις διατάξεις του ελληνικού κράτους, το προφανές για άλλες χώρες της Ευρώπης πως «το μηχάνημα αποτρίχωσης laser α) αποτελεί ασφαλή μέθοδο αποτρίχωσης εφόσον διενεργείται από ειδικευμένους γιατρούς ειδικότητας Δερματολογίας και Πλαστικής Χειρουργικής και β) δεν είναι δυνατόν να διενεργείται σε εργαστήριο αισθητικής, δεδομένου ότι δεν προβλέπεται η παρουσία γιατρού σε αυτό».

Ωστόσο, μόλις ένα μήνα αργότερα, στις 19/4/2017 (αρ. πρωτ. 1517) και χωρίς καμία επιστημονική εισήγηση (πλήρης αγνόηση των εισηγήσεων του Κε.Σ.Υ.), ουδεμία στήριξη σε τεκμηριωμένη ιατρική γνώση (evidence-based medicine) και σύγχρονη βιβλιογραφία, ο τότε υπουργός Υγείας άλλαξε τη δική του απόφαση και επέτρεψε την χρήση των – επίσημα χαρακτηρισμένων σε ελληνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο ως ιατρο-τεχνολογικών προϊόντων (medical devices) – laser μηχανημάτων αποτρίχωσης σε μη ιατρούς, επικαλούμενος την επιστολή ενός τμήματος ΤΕΙ και ενός επαγγελματικού σωματείου (!!).

Θεωρούμε σκόπιμο να κάνουμε μια πολύ σύντομη αναφορά στη νομοθεσία άλλων ευρωπαϊκών χωρών, όπου το νομικό πλαίσιο για τη χρήση των ιατρο-τεχνολογικών μηχανημάτων laser αποτρίχωσης είναι πιο ώριμο και δομημένο σύμφωνα με την ασφάλεια χρήσης τους για τον ασθενή και με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης του χειριστή. Συγκεκριμένα:

- Στη Γαλλία, σύμφωνα με πρόσφατη απόφαση του γαλλικού ΣτΕ, η χρήση των lasers γίνεται αποκλειστικά και μόνο από Δερματολόγο,
- Στη Γερμανία, ο νομοθέτης ορίζει ρητά πως ο Δερματολόγος είναι η μοναδική ειδικότητα που μπορεί να χρησιμοποιεί οποιουδήποτε τύπου laser στο δέρμα, ενώ για τους μη ιατρούς ορίζει ένα αυστηρό πρόγραμμα εκπαίδευσης 200 ωρών, με μοναδικό πεδίο εφαρμογής την αποτρίχωση, αποκλείοντάς τους από κάθε άλλη πηγή ενέργειας με στόχο το δέρμα (laser, IPL, energy-based devices). Σημειώνεται πως το παραπάνω πρόγραμμα εκπαίδευσης αφορά μόνο την χρήση των μηχανημάτων και όχι την ευθύνη και άδεια λειτουργίας.
- Στην Ελβετία, τα laser αποτρίχωσης θεωρούνται κλάσης 4 και ο μη ιατρός δεν μπορεί να τα χρησιμοποιεί.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ 2022-2024

ΜΠΑΡΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
Πρόεδρος

ΚΟΝΤΟΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Αντιπρόεδρος

ΣΓΟΥΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Γενικός Γραμματέας

ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ ΗΛΕΚΤΡΑ
Ειδικός Γραμματέας

ΑΠΑΛΛΑ ΖΩΗ
Ταμίας

ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Μέλος
ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ
Μέλος
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Μέλος
ΠΑΝΑΓΑΚΗΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
Μέλος

- Στην Ιταλία, η εφαρμογή των συγκεκριμένων μεθόδων αποτρίχωσης από μη ιατρούς ορίζεται με βάση προκαθορισμένες τεχνικές προδιαγραφές των μηχανημάτων που περιλαμβάνουν όρια σε ισχύ, ενέργεια και λοιπές παραμέτρους, ενώ τα μηχανήματα αυτά χαρακτηρίζονται ως non-medical devices.

Ως εκπρόσωποι της επιστημονικής κοινότητας των Ελλήνων Δερματολόγων–Αφροδισιολόγων, ξεκαθαρίζουμε πως δεν έχουμε καμία διάθεση αντιπαράθεσης με τον κλάδο των αισθητικών. Άλλωστε αποτελούν άμεσους συνεργάτες μας στα δερματολογικά ιατρεία, όπου μας βοηθούν στην διεκπεραίωση κάποιων ιατρικών πράξεων, πάντα όμως υπό την εποπτεία και την ευθύνη μας. Εξάλλου, από την νομοθεσία είναι σαφές ότι η ιατρική πράξη οφείλει να εφαρμόζεται μόνο σε πιστοποιημένες δομές ΠΦΥ ή κλινικές από ιατρούς και μόνο.

Η αλλαγή του προαναφερόμενου πλαισίου, μας έχει φέρει στη δυσάρεστη θέση να γινόμαστε αποδέκτες καταγγελιών ευτελισμού κάθε έννοιας ιατρικού λειτουργήματος ή ακόμη και απλής πράξης αισθητικής αποκατάστασης, όπως π.χ. τη χρήση laser αποτρίχωσης σε γυμναστήρια, κομμωτήρια, ινστιτούτα ονυχοκομίας κόκ. Στη διάθεσή σας, υπάρχει σχετικό υλικό το οποίο έχει προωθηθεί σε αρμόδιους ιατρικούς συλλόγους (ΙΣΑ, ΙΣΘ κλπ). Τέλος, δεν μπορούμε να μην αναφερθούμε και στον αγοραίο τρόπο διαφήμισης αυτών των υπηρεσιών από μη ιατρούς, κάτι το οποίο είναι διοικητικά επιλήψιμο για τους ιατρούς που απαγορεύεται να διαφημίζουν ιατρικές υπηρεσίες ή να προβούν σε προώθηση τιμών, προσφορών κλπ.

Θα θέλαμε επίσης να επιστήσουμε την προσοχή σας αναφορικά με τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις (επιπλοκές) από τη χρήση των laser για αποτρίχωση, ιδιαίτερα όταν αυτή γίνεται από ανεκπαίδευτους, μη ιατρούς προς τους αφελείς συμπολίτες μας. Τέτοιες επιπλοκές είναι:

1. Παρατεταμένο ερύθημα και οίδημα έως και 7 ημέρες μετά το laser
2. Εγκαύματα 2ου και 3ου βαθμού
3. Θυλακίτιδα
4. Εκχυμώσεις
5. Πυοδερματίτιδες
6. Παροδικές ή/και μόνιμες δυσχρωμίες (υπερ- / υπο-μελαγχρώσεις)
7. Υπεριδρωσία μασχαλών

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ 2022-2024

ΜΠΑΡΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
Πρόεδρος

ΚΟΝΤΟΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Αντιπρόεδρος

ΣΓΟΥΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Γενικός Γραμματέας

ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ ΗΛΕΚΤΡΑ
Ειδικός Γραμματέας

ΑΠΑΛΛΑ ΖΩΗ
Ταμίας

ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Μέλος
ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ
Μέλος
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Μέλος
ΠΑΝΑΓΑΚΗΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
Μέλος

8. Παράδοξη υπερτρίχωση
9. Ουλές, χειλοειδή
10. Κνίδωση εκ θερμότητας
11. Έρπητικές λοιμώξεις
12. Πυροδότηση ή και επιδείνωση HPV λοίμωξης και μολυσματικής τερμίνθου
13. Διέγερση μελανοκυτταρικών σπίλων προς δυσπλασία ή ακόμα και προς κακόηθες μελάνωμα
14. Πυροδότηση αυτοανόσων νοσημάτων (ψωρίαση, ομαλός λειχήν)

Οι παραπάνω ανεπιθύμητες ενέργειες αποτελούν αποκλειστικό γνωστικό αντικείμενο, αλλά και πράξη επαγγελματικής, ηθικής και νομικής ευθύνης, των Δερματολόγων–Αφροδισιολόγων, οι οποίες πιστεύουμε πως δεν χρήζουν περαιτέρω επεξήγησης. Δεν χρειάζεται πολλή σκέψη για να αντιληφθεί κανείς ότι οι σοβαρότατες προαναφερόμενες επιπλοκές της laser-αποτρίχωσης, αντιμετωπίζονται μόνο με φαρμακευτική αγωγή ή με επεμβατικές διαδικασίες (ιατρικές πράξεις) που μόνο η ειδικότητά μας είναι αρμόδια να παρέχει.

Με βάση τα ανωτέρω και σύμφωνα με τη διεθνή νομοθεσία και πρακτική, σας ζητούμε να αποκαταστήσετε το ρυθμιστικό πλαίσιο χρήσης των μηχανημάτων laser αποτρίχωσης, επαναφέροντάς το αποκλειστικά στους ειδικευμένους ιατρούς και δη στους Δερματολόγους–Αφροδισιολόγους και δευτερευόντως στους Πλαστικούς Χειρουργούς, με στόχο το μέγιστο θεραπευτικό όφελος και την προάσπιση της υγείας και της ασφάλειας των συμπολιτών μας.

Με τιμή,
Εκ μέρους του ΔΣ της ΕΔΑΕ

Ο Γεν. Γραμματέας	Ο Πρόεδρος
Δ. Σγούρος	Ι. Μπάρκης

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: Πορεία και εξέλιξη στη διάρκεια των ετών

Η ιστορία της ομορφιάς και της προσπάθειας των ανθρώπων να προάγουν την εξωτερική τους εμφάνιση ξεκινά από τους αρχαίους χρόνους. Η αισθητική ιατρική ξεκίνησε να αναπτύσσεται τη δεκαετία του 1970, όταν ο Γάλλος ενδοκρινολόγος D J .J. Legrand της έδωσε μία δυναμική, η οποία επεκτάθηκε στη συνέχεια και σε άλλες χώρες όπως το Βέλγιο, η Ισπανία, η Ιταλία, οι Η.Π.Α.[1]

Σωτήρης Γ. Θεοχάρης, Δερματολόγος - Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου ΕΔΑΕ
Δήμητρα Σ. Βουδούρη, Γεώργιος Σ. Θεοχάρης, Ιατροί, σε αναμονή Ειδικότητας Δερματολογίας

Τις τελευταίες δεκαετίες, η Αισθητική Δερματολογία αποτελεί ένα αρκετά ανεπτυγμένο πεδίο της Ιατρικής επιστήμης και στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό πράξεων, τεχνικών, εφαρμογών χημικών/φαρμακευτικών ουσιών και τεχνολογιών που έχουν αναπτυχθεί και εφαρμόζονται ευρέως με στόχο την επίτευξη ενός βελτιωμένου αισθητικού αποτελέσματος στο εκάστοτε άτομο.

ΧΗΜΙΚΑ PEELINGS

Η χρήση των χημικών απολεπιστικών στα πλαίσια της αναδόμησης του δέρματος αναφέρεται από χιλιάδων ετών. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι ήταν οι πρώτοι που χρησιμοποίησαν ξινόγαλο, οξέα φρούτων και έλαια ως καλλυντικά για την ανανέωση του δέρματος[2]. Ακολούθως, οι αρχαίοι Έλληνες και Ρωμαίοι εφάρμοζαν επίσης χημική απολέπιση μέσω της χρήσης ειδικών κονιαμάτων που αποτελούνταν από μουστάρδα, θείο και διαβρωτικό ασβεστόλιθο.

Παρότι οι επιστημονικές βάσεις που υπογραμμίζουν την αποτελεσματικότητα αυτών των αρχαίων χημικών peels δεν ήταν γνωστές 4000 έτη πριν, οι πολιτισμικές αυτές παραδόσεις ακολουθήθηκαν από αρκετές γενεές, προφανώς λόγω της αποτελεσματικής απολεπιστικής δράσης των υδροξυ-οξέων που περιέχονται σε αυτά τα μίγματα[3].

Οι μοναδικές απολεπιστικές ιδιότητες του τριχλωροξικού οξέος (TCA), της φαινόλης, της ρεσορκινόλης και του σαλικυλικού οξέος περιγράφηκαν για πρώτη φορά αρκετά αργότερα, το 1882, από το Γερμανό Δερματολόγο Unna PG. Μέχρι τα μέσα του 20ου αι., οι ιατροί είχαν μάθει να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τα peels φαινόλης και TCA για ανανέωση του δέρματος του προσώπου και βελτίωση των ουλών ακμής.

Οι δημοφιλείς πιο επιφανειακοί παράγοντες, όπως τα α-υδροξυοξέα (AHA) διατίθεντο ευρέως από το τέλος της δεκαετίας του 1980[2]. Σήμερα τα χημικά peelings που χρησιμοποιούνται διακρίνονται σε επιφανειακά, μετρίου βάθους και βαθιά και έχουν ένα ευρύ πεδίο εφαρμογών, που περιλαμβάνει την αντιμετώπιση της φωτογήρανσης, των μελαγχρωματικών κηλίδων, της ακμής και των ουλών που αυτή καταλείπει κ.ά.

FILLERS

Η κοίλη βελόνα εφευρέθηκε το 1844 από τον Ιρλανδό ιατρό Francis Rynd και χρησιμοποιείτο για τη θεραπεία νευραλγιών μέσω υποδόριων ενέσεων. Το 1853 ο Γάλλος χειρουργός Charles Pravaz και ο Σκωτσέζος ιατρός Alexander Wood ανέπτυξαν ανεξάρτητα την υποδερμική βελόνα και σύριγγα. Η σύριγγα αυτή ήταν ένα έμβολο βιδωτού τύπου, που επέτρεπε τη χορήγηση με ακρίβεια μικρών ποσοτήτων υγρού[4,5].

Στα τέλη του 1800, λίγο μετά από την εφεύρεση της σύριγγας, χρησιμοποιήθηκαν διάφορες χημικές ουσίες για την ενίσχυση του όγκου περιοχών του προσώπου. Δυστυχώς η ιστορία μάς έχει διδάξει ότι οι νέες τεχνολογίες πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή καθώς υπάρχει το ενδεχόμενο εμφάνισης επιπλοκών, κάποιες φορές πολλά χρόνια μετά την εφαρμογή τους. Το πρώτο ενέσιμο filler ήταν η παραφίνη. Η χρήση της εγκαταλείφθηκε λόγω εμφάνισης επιπλοκών, όπως η μετανάστευση του υλικού, η εμβολή και η δημιουργία κοκκιώματος.

Πιο πρόσφατα, απαγορεύτηκε από τον FDA η χρήση σιλικόνης, εξαιτίας παρόμοιων επιπλοκών. Το κολλαγόνο προερχόμενο από βοοειδή πήρε έγκριση το 1981, αποτελώντας τον πρώτο παράγοντα που εγκρίθηκε από τον FDA για αισθητικές ενέσιμες θεραπείες. Από τότε αρκετά υλικά έχουν πάρει έγκριση, με δημοφιλέστερο και πλέον χρησιμοποιούμενο το υαλουρονικό οξύ. Το υαλουρονικό οξύ είναι μια υδρόφιλη γλυκοζαμινογλυκάνη, που αποτελεί μέρος της εξωκυττάριας θεμέλιας ουσίας αρκετών ιστών σε όλους τους οργανισμούς.

Εγκρίθηκε από τον FDA το 2003 και παραμένει το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο filler, συνδυάζοντας ασφάλεια, αξιοπιστία και σχετικά μακρά διάρκεια δράσης. Βεβαίως δε στερείται ανεπιθύμητων ενεργειών- συνηθέστερα αναφέρονται ερύθημα, οίδημα, φλεγμονή, αλλεργική αντίδραση, τοπική επιλοίμωξη, δημιουργία κοκκιωμάτων, αγγειακά συμβάματα που μπορεί να οδηγήσουν μέχρι και απώλεια όρασης. Γι αυτό και είναι εξαιρετικά σημαντική η διενέργεια εφαρμογής του από κατάλληλα εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό[4].

BOTILINUM TOXIN (BoNT)

Η βοτουλινική τοξίνη εφαρμόστηκε για πρώτη φορά από τον οφθαλμίατρο Alan Scott, ο οποίος έδειξε ότι οι ενδομυικές ενέσεις βοτουλινικής τοξίνης μπορούσαν να διορθώσουν το μη συνεκτικό στραβισμό, αποφεύγοντας έτσι την αναγκαιότητα χειρουργικής επέμβασης[6, 7]. Χάρη σε αυτόν και τη δυνατότητα παραγωγής της από τους Edward Schantz και Eric Johnson, η βοτουλινική τοξίνη τύπου Α έχει χρησιμοποιηθεί θεραπευτικά σε διάφορες διαταραχές που περιλαμβάνουν υπερδραστηριότητα των μυών ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1980[6]. Οι κοσμητικές δράσεις της, που βασίζονται επίσης στη μυική χάλαση που προκαλεί, ανακαλύφθηκαν και εμπορευματοποιήθηκαν αργότερα[6, 8]. Σχετικά πιο πρόσφατα, περιγράφηκαν η χρήση στην αντιμετώπιση της υπεριδρωσίας και οι σημαντικές αναλγητικές ιδιότητες της βοτουλινικής τοξίνης στη ανακούφιση από την ημικρανία[6, 9]. Σήμερα η βοτουλινική τοξίνη έχει πάνω από 30 κύριες ενδεί-

ξεις εφαρμογής και χρησιμοποιείται από τουλάχιστον εννέα ιατρικές ειδικότητες με προεξάρχουσα την αισθητική δερματολογία[6, 10].

ΛΙΠΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ

Η πρώτη προσπάθεια αναδιαμόρφωσης της μορφής του σώματος χρονολογείται πίσω στο 1921, όταν ο Dr. Charles Dujarrier επιχείρησε να βελτιώσει το σχήμα των αστραγάλων και γονάτων σε μια χορεύτρια ασθενή. Αφαίρεσε ένα μεγάλο τμήμα δέρματος και μαλακών μορίων, με μία ευρεία παρασκευή του υποδορίου ιστού και μεγάλη επιμήκη τομή του δέρματος. Το αποτέλεσμα ήταν τραγικό λόγω της υπερβολικής αφαίρεσης ιστού και της σφιχτής συρραφής που πραγματοποίησε, τα οποία οδήγησαν σε νέκρωση και ακρωτηριασμό[11, 12]. Η λιποαναρρόφηση έχει αρκετές κλινικές εφαρμογές, τόσο στο πεδίο της αισθητικής χειρουργικής όσο και της λειτουργικής- επανορθωτικής. Η παχυσαρκία αποτελούσε αρχικά κριτήριο αποκλεισμού από την εν λόγω επεμβατική πράξη, γεγονός που πλέον έχει καταρριφθεί[11,13]. Η λιπογλυπτική εν γένει αποτελεί ένα εξαιρετικό εργαλείο επαναδιαμόρφωσης του σωματικού προφίλ σε ασθενείς που υφίστανται σημαντική απώλεια βάρους. Επιπλέον, τα τελευταία έτη, η λιποαναρρόφηση έχει αναδειχθεί ως μέσο λήψης αυτόλογου λίπους καθώς και προερχόμενων από το λιπώδη ιστό βλαστοκυττάρων. Το filling με αυτόλογο λίπος είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη τεχνική σε πολλές διαφορετικές κλινικές καταστάσεις, όπως η διόρθωση της ασυμμετρίας στο προφίλ του σώματος, η απώλεια όγκου, η βελτίωση των ατροφικών ουλών και η θεραπεία χρόνιων πληγών[11, 19-29]. Τα προερχόμενα από το λιπώδη ιστό βλαστοκύτταρα έχουν δυνητικά πολύ σημαντικές κλινικές εφαρμογές σε ποικίλες ιατρικές ειδικότητες, χειρουργικές και μη, δικαιολογώντας έτσι τις συνεχείς προσπάθειες ανάπτυξης νέων τεχνικών απομόνωσης, συλλογής και αξιοποίησης αυτών των βλαστοκυττάρων[11, 30-33].

ENERGY-BASED ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Οι βασικές αρχές για την κατασκευή των lasers ήταν γνωστές από τη δεκαετία του 1930, έχοντας ως βάση τη θεωρία που διατύπωσε ο Albert Einstein (1916). Ωστόσο οι φυσικοί και ηλεκτρολόγοι μηχανικοί άρχισαν να συνεργάζονται στις αρχές της δεκαετίας του 1950 πάνω στην έρευνα της μονοχρωματικής ακτινοβολίας σταθερού εύρους σε πολύ μικρά μήκη κύματος, μελετώντας τα φάσματα μικροκυμάτων και ραδιοσυχνοτήτων.

Σε αυτό το πλαίσιο, το 1953- 1954, διάφοροι φυσικοί πρότειναν τη χρήση της εξαναγκασμένης εκπομπής ακτινοβολίας για την ενίσχυση των μικροκυμάτων, δημιουργώντας το ακρωνυμιο "MASER" (Microwave Amplification by Stimulated Emission of Radiation)[34, 35]. Το 1960, ο Theodore H. Maiman παρουσίασε το πρώτο λειτουργικό οπτικό ruby maser που διεγείρεται από μία Xenon flash lamp, ώστε να παράξει ένα παλμό 693.7 nm, βαθέος κόκκινου χρώματος, διάρκειας περίπου 1ms και παραγωγής ισχύος περίπου ενός δισεκατομμυρίου Watt ανά παλμό[34,36]. Η εφεύρεσή του οδήγησε στην ανάπτυξη πολλών άλλων οπτικών masers, ονομαζόμενων πλέον LASER (Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation)[34].

Στον τομέα της Δερματολογίας, η θεραπεία των νοσημάτων με τη βοήθεια του φωτός έχει μακρά παράδοση (π.χ.η λάμπα του Finsen για τη θεραπεία του lupus vulgaris το 1899, τεχνητές πηγές UV ακτινοβολίας για την επούλωση τραυμάτων και τη θεραπεία της ραχίτιδας το 1901, ο συνδυασμός φωτός και πίσσας για τη θεραπεία της ψωρίασης το 1925). Ως εκ τούτου, δεν αποτελεί έκπληξη ότι η Αμερικάνικη Ένωση της Laser Ιατρικής και Χειρουγικής τιμά το Δερματολόγο, Leon Goldman, ως τον «πατέρα των lasers στην ιατρική στις Ηνωμένες Πολιτείες»[37].

Το 1963, ο Goldman και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν την πρώτη μελέτη που αφορούσε τα αποτελέσματα των lasers στο δέρμα, περιγράφοντας την εκλεκτική καταστροφή των μελαγχρωματικών δομών του δέρματος, συμπεριλαμβανομένων των τριχικών θυλάκων (των μαύρων τριχών) χωρίς εμφανή αλλαγή του λευκού χρώματος δέρματος[34, 38-39]. Το 1973, δημοσίευσε υποσχόμενα αποτελέσματα του continuous-wave neodymium:yttrium- aluminium- garnet (Nd:YAG) laser στα αιμαγγειώματα. Η εκτομή με laser κατέστη δυνατή με continuous- wave lasers που εφευρέθηκαν όλα το 1964- πρώτα το CO_2 laser, ακολουθούμενο από το Nd:YAG και στη συνέχεια το argon laser. Για το CO_2 laser το χρώμα της περιοχής-στόχου δεν ήταν ιδιαίτερης σημασίας, ενώ με μεγαλύτερο spot size και out- of- focus beam ήταν δυνατή και η επίτευξη αιμόστασης, καθιστώντας το χρήσιμο ως ένα χειρουργικό εργαλείο για αγγειοβριθή όργανα[34]. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, οι R. Rox Anderson και John A. Parrish από το Τμήμα Δερματολογίας του Harvard Medical School στη Boston, με το flashlamp- pumped pulsed dye laser, ανέπτυξαν τη θεωρία της επιλεκτικής φωτοθερμόλυσης που οδήγησε σε μία επανάσταση στον τομέα της δερματοχειρουργικής με laser[40]. Τα πλεονεκτήματα των lasers παλμού και η κατανόηση της θεωρητικής τους βάσης οδήγησαν σε εκ νέου ανάπτυξη της χρήσης των Q- switched lasers (ruby, alexandrite, Nd:YAG) στη θεραπεία καλοήθων μελαγχρωματικών βλαβών-δομών του δέρματος, και ειδικά στην αφαίρεση δερματοστιξιών και ανεπιθύμητης τριχοφυίας[34, 41-44]. Το 1989 , ένα σχεδόν πανομοιότυπο ruby laser με αυτό που χρησιμοποίησε ο Goldman το 1963 αποτέλεσε την πρώτη συσκευή που εγκρίθηκε από τον FDA για αφαίρεση ανεπιθύμητης τριχοφυίας, ενώ το Q- Switched Nd:YAG εγκρίθηκε από τον FDA το 1991 ως θεραπευτική επιλογή για αφαίρεση δερματοστιξιών[34, 45-46]. Το 2004 οι Dieter Mainstein & Rox Anderson διατύπωσαν την αρχή της κλασματικής φωτοθερμολύσεως.

Σήμερα, τα lasers έχουν ευρεία ανάπτυξη, με το καθένα να έχει τις δικές του ενδείξεις εφαρμογής. Ενδεικτικά αναφέρουμε την αντιμετώπιση της ανεπιθύμητης τριχοφυίας (long term epilation) με το laser Alexandrite (755nm) και το Nd:YAG laser 1064 nm, την αφαίρεση δερματοστιξιών με το Q-switched (QS) laser και pico laser, την αντιμετώπιση αγγειακών βλαβών με το Pulsed-dye laser (PDL), τη θεραπεία των εφηλίδων και άλλων σημείων φωτογήρανσης με το Fractional laser (σε συνδυασμό με QS-pico laser & PDL laser), τη βελτίωση της υφής του δέρματος, των λεπτών γραμμών και των ουλών ακμής επίσης με το Fractional laser, την αφαίρεση καλοήθων βλαβών, όπως οι υπερκερατώσεις, τα θηλώματα, τα κονδυλώματα και οι μυρμηκίες με το CO_2 laser και πολλές ακόμη εφαρμογές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. Aesthetic Medicine – The past, present and future. American Academy of Aesthetic Medicine. https://www.aaamed.org/past_present_future.php
2. Alam M., Gladstone H.B., Tung R.C.. 2009. Cosmetic Dermatology. Elsevier Health Sciences
3. Weissler J.M., Carney M.J., Tartak Carreras J.A., Bensimon R.H., Percec I.. The Evolution of Chemical Peeling and Modern-Day Applications.

Plast Reconstr Surg. 20171;40:920
4. Kontis T., Rivkin A.. The History of Injectable Facial Fillers. Facial Plast Surg. 2009 May;25(2):67-72. doi: 10.1055/s-0029-1220645
5. Feldmann H.. History of injections. Pictures from the history of otorhinolaryngology highlighted by exhibits of the German History of Medicine Museum in Ingolstadt. Laryngorhinootologie. 2000;79:239–246
6. Dressler D.. Botulinum toxin drugs: brief history and outlook. J Neural Transm. DOI 10.1007/s00702-015-1478-1
7. Scott A.B.. Botulinum toxin injection into extraocular muscles as an alternative to strabismus surgery. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 1980;17:21–25
8. Carruthers J.D., Carruthers J.A.. Treatment of glabellar frown lines with C. botulinum-A exotoxin. J Dermatol Surg Oncol. 1992;18:17–21
9. Aurora S.K., Winner P., Freeman M.C., Spierings E.L., Heiring J.O., DeGryse R.E., VanDenburgh A.M., Nolan M.E., Turkel C.C.. On a botulinum toxin A for treatment of chronic migraine: pooled analyses of the 56-week PREEMPT clinical program. Headache. 2011;51:1358–1373
10. Dressler D.. Clinical applications of botulinum toxin. Curr Opin Microbiol. 2013;15:325–336
11. Bellini E. et al. A journey through liposuction and liposculpture: Review. Annals of Medicine and Surgery. 2017;24:53–60
12. Flynn T.C., Coleman W.P. 2nd, Field L.M., Klein J.A., Hanke C.W.. History of liposuction. Dermatol Surg. 2000;26: 515–520
13. Sterodimas A., Boriani F., Magarkis E., Nicaretta B., Pereira L.H., Illouz Y.G.. Thirtyfour years of liposuction: past, present and future. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2012;16:393–406
14. Grieco M., Grignaffini E., Simonacci F., Di Mascio D., Raposio E.. Post-bariatric body contouring: our experience. Acta Biomed. 2016;87:70–75
15. Grignaffini E., Grieco M.P., Bertozzi N., Gandolfi M., Palli D., Cinieri F.G., Gardani M., Raposio E.. Post-bariatric abdominoplasty: our experience. Acta Biomed. 2015;86:278–282
16. Grieco M., Grignaffini E., Simonacci F., Raposio E.. Analysis of complications in postbariatric abdominoplasty: our experience. Plast Surg Int. 2015 (2015) 209173
17. Gardani M., Bertozzi N., Grieco M.P., Pesce M., Simonacci F., Santi P.L., Raposio E.. Breast reconstruction with anatomical implants: a review of indications and techniques based on current literature. Ann Med Surg. 2017;21:96–104
18. Abbed T.M., Gonzalez-Heredia R., Sanchez-Johnsen L., Elli E.F., Cohen M.N.. Impact of body contouring procedures on post-bariatric surgery weight loss. Ann Plast Surg. (2017)
19. Simonacci F., Bertozzi N., Grieco M.P., Grignaffini E., Raposio E.. Autologous fat transplantation for breast reconstruction: a literature review. Ann Med Surg. (Lond) 2016;12:94–100
20. Raposio E., Bertozzi N.. Autologous fat grafting and processing after breast reconstruction. Surg Chron. 2017;22:66–72
21. Caruana G., Bertozzi N., Boschi E., Pio Grieco M., Grignaffini E., Raposio E.. Role of adipose-derived stem cells in chronic cutaneous wound healing. Ann Ital Chir. 2015;86:1–4
22. Fan J., Raposio E., Wang J., Nordström R.E.. Development of the inframammary fold and ptosis in breast reconstruction with textured tissue expanders. Aesth Plast Surg. 2002;26:219–222
23. Raposio E., Bonomini S., Calderazzi F.. Isolation of autologous adipose tissue-derived mesenchymal stem cells for bone repair. Orthop Traumatol Surg Res. 2016;102:909–912
24. Raposio E., Bertozzi N., Bonomini S., Bernuzzi G., Formentini A., Grignaffini E., Pio Grieco M.. Adipose-derived stem cells added to platelet-rich plasma for chronic skin ulcer therapy. Wounds. 2016;28:126–131
25. Raposio E., Calderazzi F.. Fat grafting for chronic heel pain following surgery for adult flatfoot deformity: pilot study. Foot .(Edinb) 2017;31:56–60
26. Simonacci F., Bertozzi N., Grieco M.P., Grignaffini E., Raposio E.. Procedure, applications, and outcomes of autologous fat grafting. Ann Med Surg. 2017;20:49–60
27. Porro I., Schenone A., Fato M., Raposio E., Molinari E., Beltrame F.. An integrated environment for plastic surgery support: building virtual patients, simulating interventions, and supporting intraoperative decisions. Comput Med Imaging Graph. 2005;29:385–394
28. Bertozzi N., Pesce M., Santi P.L., Raposio E.. Oncoplastic breast surgery: comprehensive review. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2017;21:2572–2585
29. Simonacci F., Bertozzi N., Grieco M.P., Grignaffini E., Raposio E.. Autologous fat transplantation for breast reconstruction: a literature review. Ann Med Surg. (Lond) 2016;12:94–100
30. Raposio E., Caruana G., Petrella M., Bonomini S., Grieco M.P.. A standardized method of isolating adipose-derived stem cells for clinical applications. Ann Plast Surg. 2016;76:124–126
31. Raposio E., Caruana G., Bonomini S., Libondi G.. A novel and effective strategy for the isolation of adipose-derived stem cells: minimally manipulated adipose-derived stem cells for more rapid and safe stem cell therapy. Plast Reconstr Surg. 2014;133:1406–1409
32. Raposio E., Bertozzi N.. Isolation of ready-to-use Adipose-derived Stem Cell (ASC) pellet for clinical applications and a comparative overview of alternate methods for ASC isolation. Curr Protoc Stem Cell Biol. 2017;16 (41) 1F.17.1-1F.17.
33. Raposio E., Simonacci F., Perrotta R.E.. Adipose-derived stem cells: comparison between two methods of isolation for clinical applications. Ann Med Surg. 2017;20:87–91
34. Geiges M.. History of lasers in dermatology. Curr Probl Dermatol. 2011;42:1-6
35. Townes CH.. Early history of quantum electronics. J Modern Optics. 2005;52:1637–1645
36. Maiman TH.. Stimulated optical radiation in ruby. Nature. 1960;187:493
37. American Society for Laser Medicine and Surgery. History of ASLMS. www.aslms.org/aslms/history.shtml
38. Goldman L., Blaney D.J., Kindel D.J., Franke E.K.. Effect of the laser beam on the skin. J Invest Dermatol. 1963;40:121– 122
39. Goldman L, Blaney D.J., Kindel D.J., Richfield D., Franke E.K.. Pathology of the effect of the laser beam on the skin. Nature. 1963;197:912–914
40. Anderson R.R., Parrish J.A.. Selective photothermolysis: precise microsurgery by selective absorption of pulsed radiation. Science. 1983;220:524–527
41. Taylor C.R., Gange R.W., Dover J.S., Flotte T.J., Gonzalez E., Michaud N., Anderson R.R.. Treatment of tattoos by Q- switched ruby laser: a dose- response study. Arch Dermatol. 1990;126:893–899
42. Fitzpatrick R.D., Goldman M.P., RuizEsparza J.. Use of the alexandrite laser (755 nm, 100 nsec) for tattoo pigment removal in an animal model. J Am Acad Dermatol. 1993;28:745–750
43. Kilmer S.L., Anderson R.R.. Clinical use of the Q- switched ruby and the Q- switched Nd:YAG (1064 nm and 532 nm) lasers for treatment of tattoos. J Dermatol Surg Oncol. 1993;19:330–338
44. Sherwood K.A., Murray S., Kurban A.K., Tan O.T.. Effect of wavelength on cutaneous pigment using pulsed irradiation. J Invest Dermatol. 1989;92:717-720
45. Houk L.D., Humphreys T.. Masers to magic bullets: an updated history of lasers in dermatology. Clin Dermatol. 2007;25:434–442
46. Anderson R.R.. Dermatologic history of the ruby laser: the long story of short pulses. Arch Dermatol. 2003;139:70–74
47. Laser εφαρμογές. Skin and Hair Medical Care. https://www.dermatologikokentroskinandhair.gr/

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Το δέρμα μας είναι το όργανο αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον. Καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την εικόνα μας. Την εικόνα που έχουμε οι ίδιοι για τον εαυτό μας, άρα και την αυτοπεποίθησή μας, αλλά και την εικόνα που έχουν οι άλλοι για εμάς. Συνεπαγόμενα, επηρεάζει τις διαπροσωπικές μας σχέσεις, την ποιότητα ζωής μας και την ευτυχία μας.

ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: Οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των ασθενών

Από την Δερματολόγο - Αφροδισιολόγο Παναγιώτα Ρήγα

Οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των ασθενών μας είναι πολλές και δικαιολογημένες. Ζούμε σε μια εποχή που η πρόοδος της τεχνολογίας και της επιστήμης μάς δίνει πολλά μέσα ώστε να προσφέρουμε λύσεις σε αισθητικά προβλήματα. Οι τεχνικές και τα υλικά μάς προσφέρουν τη δυνατότητα μη χειρουργικής αντιμετώπισης, με θεραπείες εύκολες για τον ασθενή και με μηδενικό ή ελάχιστο χρόνο αποκατάστασης.

Όταν οι προσδοκίες των ασθενών είναι ρεαλιστικές, η δουλειά μας είναι πολύ ωραία και η ηθική ανταμοιβή μας μεγάλη. **Βοηθάμε τους ανθρώπους να αισθάνονται όμορφα με το δέρμα τους και αυτό συχνά τους αλλάζει τη ζωή!**

Οι απαιτήσεις όμως συχνά είναι υπερβολικές και οι προσδοκίες γίνονται ανέφικτες. Όσο περνούν τα χρόνια συναντώ όλο και πιο συχνά ασθενείς που απαιτούν πολλά και δεν είναι εύκολο να τους ευχαριστήσεις.

Η αλήθεια είναι πως ζούμε σε μια σκληρή εποχή. **Ζούμε την εποχή της εικόνας**. Αυτό που βλέπουμε, αυτό πιστεύουμε, αυτό θέλουμε να γίνουμε! Τις περισσότερες φορές όμως η εικόνα είναι ωραιοποιημένη. Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης πολύ εύκολα διαμορφώνουν και πολύ γρήγορα διαδίδουν ένα νέο αισθητικό πρότυπο. Επεξεργασμένες εικόνες γίνονται η αλήθειά μας. Το αφύσικο γίνεται φυσικό και το εξωπραγματικό ωραίο.

Στις νεαρές ηλικίες βλέπω ότι δημιουργείται ένα πρότυπο ομορφιάς με υπερβολικά τονισμένα χαρακτηριστικά. Δεν είναι τυχαίο ότι η πιο συχνή αισθητική πράξη στη δεκαετία των είκοσι είναι η αύξηση των χειλιών. Είναι θλιβερό τα νέα παιδιά να μην αντιλαμβάνονται τη δύναμη και την ομορφιά που έχουν τα νιάτα, να ταυτίζονται με υπερβολικές και εκτός μέτρου εικόνες και να εξαρτούν την ευτυχία τους από τις αισθητικές θεραπείες.

Στις μεγαλύτερες ηλικίες τα πράγματα είναι πιο δύσκολα. Οι ασθενείς μας θεωρούν

ότι είναι πολύ εύκολο να αναστραφεί η γήρανση με μια - δυο θεραπείες, λίγα υλικά και χαμηλό κόστος. Συχνά ζω το δράμα της ρινοπαρειακής αύλακας που δεν εξαφανίζεται, του μετώπου που δε μένει ακίνητο για 6 μήνες και των ρυτίδων πικρίας που δεν ξεπικραίνονται! **Καταδυναστευόμαστε από την κουλτούρα της νεότητας**. Λατρεύουμε τη νεότητα και δε μπορούμε να συμφιλιωθούμε με τη φθορά που φέρνει ο χρόνος. Ζούμε σε μια επιδερμιδική εποχή θα έλεγα. Λες και ο άνθρωπος χάνει την αξία του και την ελκυστικότητά του μεγαλώνοντας. Όλες οι διασημότητες άλλωστε είναι αγέραστες και άφθαρτες στο ίνσταγκραμ και στα περιοδικά! Οι ασθενείς μας συγκρίνουν τον εαυτό τους και το αποτέλεσμα της θεραπείας μας με αυτή την ωραιοποιημένη και ψεύτικη εικόνα. **Ως δερματολόγοι καλούμαστε να επαναπροσδιορίσουμε το φυσικό, το αληθινό και το ωραίο.**

Και υπάρχει και ένας ακόμα λόγος που γίνονται υπερβολικές οι απαιτήσεις και ανεκπλήρωτες οι προσδοκίες. Όλες αυτές οι διαφημίσεις που μας κατακλύζουν και μιλούν για θαυματουργές θεραπείες που αναστρέφουν μαγικά τη φθορά που φέρνει η ηλικία. Το πραγματικό δράμα λοιπόν το ζω όταν η ογδοντάχρονη που δεν έχει ασχοληθεί ποτέ με το δέρμα της δει μια τέτοια διαφήμιση και θέλει να έρθει στο ιατρείο να της βάλω νήματα ή να κάνει λίγο υαλουρονικό για να ξανανιώσει. Δε θέλω να αποκαρδιώσω τη γιαγιούλα, αλλά τι μπορώ να κάνω;

Καταλαβαίνω πολύ την ανάγκη των ασθενών μας να δείχνουν νέοι και να είναι όμορφοι. Άλλωστε κι εγώ είμαι σε μια ηλικία που έχω αρχίσει να ζω στο δέρμα μου τη φθορά του χρόνου. Αλλά αλοίμονο αν πιστέψω ότι αυτό με κάνει λιγότερο ικανή, λιγότερο δημιουργική σαν άτομο, λιγότερο αγαπητή! Πιστεύω ότι οι ασθενείς με τις υπερβολικές απαιτήσεις και τις ψευδείς προσδοκίες έχουν βαθύτερα θέματα που πρέπει να λύσουν με τον εαυτό τους και δε χρειάζονται μόνο δερματολόγο. Προσπαθώ να τους εντοπίσω και να μην τους αναλάβω γιατί δε θα είναι ποτέ ευχαριστημένοι από καμία θεραπεία.

Στους υπόλοιπους αφιερώνω πολύ χρόνο σε ένα πρώτο ενημερωτικό ραντεβού. **Θεωρώ ότι είναι υποχρέωσή μας να τους εκπαιδεύσουμε**. Κατά τη γνώμη μου η απόλυτη προυπόθεση για κάθε θεραπεία είναι να υπάρχουν ρεαλιστικές προσδοκίες. Τους εξηγώ με μεγάλη λεπτομέρεια τη διαδικασία της γήρανσης, τι προσφέρει η κάθε θεραπεία και πόσο μπορεί να τους βοηθήσει. Επιμένω στο φυσικό αποτέλεσμα και εξηγώ ότι δε μπορούν να διορθωθούν όλα. Αν πιστεύω ότι ένα περιστατικό χρειάζεται χειρουργική αντιμετώπιση θα το πω και δε θα το αναλάβω. Και πάλι βέβαια κάποιοι δε θα μείνουν ευχαριστημένοι. Όμως στο τέλος της ημέρας αυτό που έχει σημασία είναι αν εμείς ως γιατροί έχουμε κάνει το καλύτερο που μπορούμε.

Όσοι ασχολούμαστε με την αισθητική δερματολογία κάνουμε ένα πολύ δημιουργικό και ευχάριστο μεν, δύσκολο δε έργο που ξεπερνά τα όρια της ιατρικής πράξης, αφού δεν αφορά μόνο την υγεία και τη σωστή λειτουργικότητα ενός οργάνου, αλλά καθορίζει την ψυχολογική υγεία και ευεξία του ατόμου. **Και αυτό απαιτεί να έχουμε άριστη γνώση του αντικειμένου, ενσυναίσθηση, ειλικρίνεια στη σχέση με τον ασθενή μας και μεγάλη υπομονή!**

Επιδίωξη αισθητικών παρεμβάσεων: ΕΜΜΟΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΛΕΙΟΤΗΤΑ Ή ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ;

Είναι γνωστό ότι η ομορφιά αποτελεί μια αξία διαχρονική κι αλληλένδετη με την ανθρώπινη φύση που παραμένει σχεδόν αναλλοίωτη μέσα στους αιώνες. Η απόλαυση να δείχνεις και να νιώθεις όμορφος αφορά όλες τις ηλικίες και τα κοινωνικά στρώματα. Το κάλλος συνδέεται με μεγαλύτερη αίσθηση ευτυχίας και ικανοποίησης από τη ζωή, με περισσότερες επαγγελματικές ευκαιρίες και συχνά με έναν υψηλότερο μισθό.

Ζωή Απάλλα, PhD
Αν. Καθηγήτρια Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας Α.Π.Θ
Β΄ Δερματολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ Παπαγεωργίου, DERMOMEDICA, Θεσσαλονίκη,
Ειδικός Γραμματέας Διοικητικού Συμβουλίου ΕΔΑΕ

Όπως καταγράφεται σε μελέτες, η ομορφιά φαίνεται να ευνοεί τις διαπροσωπικές σχέσεις, να αυξάνει τις πιθανότητες για δημιουργία οικογένειας και να δημιουργεί τις προϋποθέσεις για πληρέστερη κοινωνική επάρκεια. Επιπλέον, υπάρχουν στοιχεία ότι η ελκυστική όψη επιδρά στη διαμόρφωση άποψης από τους άλλους, επηρεάζοντας αντίστοιχα και τις συμπεριφορές τους.

Στην ουσία, οι άνθρωποι τείνουν να ανταποκρίνονται ευνοϊκότερα στα ελκυστικά άτομα. Εξάλλου είναι γνωστή η ρήση του Αριστοτέλη, 384-322 π.Χ που μας λέει ότι «**Το κάλλος παντός επιστολίου συστατικώτερον**» που κυριολεκτικά μεταφράζεται στο «Η ομορφιά είναι η καλύτερη συστατική επιστολή». Για αυτούς, αλλά και άλλους λόγους, πολλοί ασθενείς οδηγούνται στα ιατρεία μας για να βελτιώσουν την εικόνα τους, προσδοκώντας μέσα από αυτό να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

Τις τελευταίες δεκαετίες το ενδιαφέρον και η προσήλωση στην επιδίωξη του «κάλλους», με την έννοια της προσομοίωσης εαυτού στα σύγχρονα πρότυπα ομορφιάς, έχει λάβει επιδημικές διαστάσεις. Αυτή η «εμμονή» αναδεικνύεται πολύ χαρακτηριστικά και από τα 6,030,000,000 αποτελέσματα που προκύπτουν από την αναζήτηση στη μηχανή Google χρησιμοποιώντας το λήμμα "beauty". Η εμπειρία των τελευταίων ετών έδειξε ότι ακόμα και σε περιόδους οικονομικής ύφεσης όπου οι καταναλωτικές δυνατότητες του αγοραστικού κοινού συνήθως μειώνονται, οι δαπάνες σε προϊόντα ομορφιάς φαίνεται να αυξάνουν. Σε χώρες όπως η Αμερική, οι πολίτες ξοδεύουν δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως σε θεραπείες και πρακτικές βελτίωσης της εικόνας τους.

ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΟΜΟΡΦΙΑΣ

Ιστορικά, υπάρχει η πεποίθηση ότι οι προτιμήσεις μας και τα standards της ομορφιάς είναι αποτέλεσμα σταδιακής «εκπαίδευσης» μέσω της πολιτισμικής εξέλιξης και της έκθεσης στα μέσα ενημέρωσης. Ωστόσο, διαπολιτισμικές μελέτες και έρευνες σε παιδιά αμφισβητούν αυτήν την πεποίθηση και υποστηρίζουν τη θεωρία ότι ορισμένα πρότυπα καθορίζονται από τη φύση, μέσα από έμφυτα και όχι επίκτητα κριτήρια.

Χρησιμοποιώντας παραμέτρους όπως η αρμονία στις αναλογίες του προσώπου, ο σεξουαλικός διμορφισμός και το ομοιογενές, καθαρό δέρμα, οι άνθρωποι έχουν μια σχεδόν αυτόματη τάση να κατηγοριοποιούν ένα άτομο ως ελκυστικό ή μη ελκυστικό, μέσα σε 100 χιλιοστά του δευτερολέπτου.

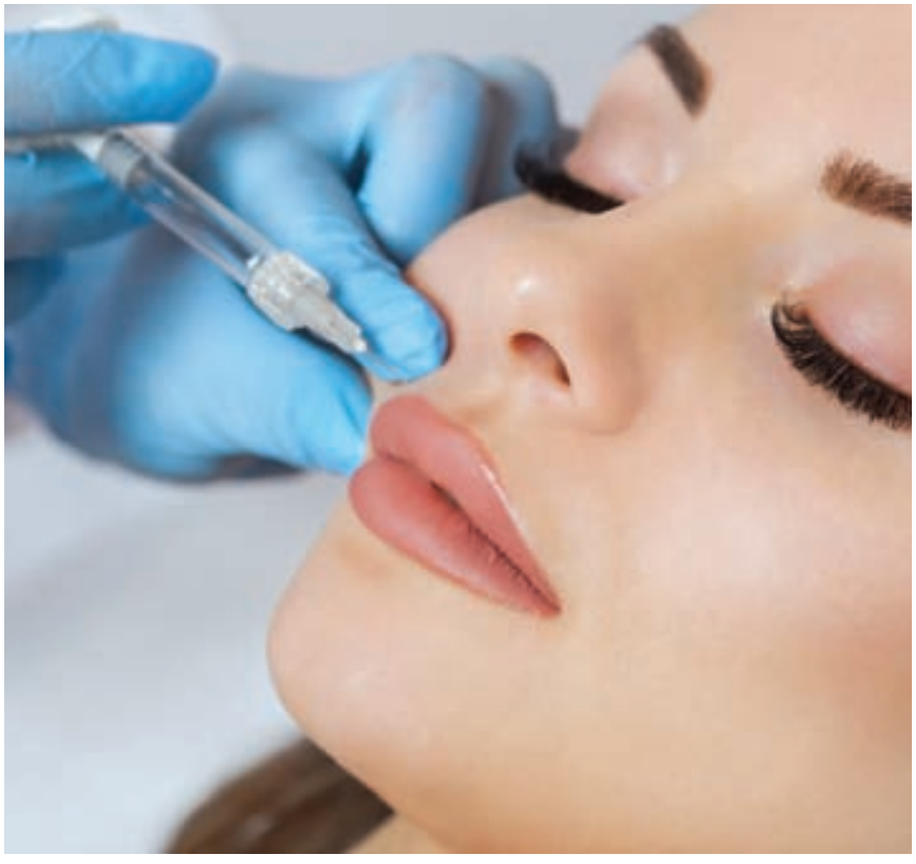
Αν και πολλές έρευνες τονίζουν την ύπαρξη ενιαίων, έμφυτων κριτηρίων για την ταξινόμηση ενός ατόμου ως «όμορφου» ή μη, σε επίπεδο προσωπικό υπάρχει σαφώς ένας βαθμός υποκειμενικότητας. Τα ιδεώδη της ο-

μορφιάς συχνά αφορούν τον καθένα ξεχωριστά, ενώ επαναπροσδιορίζονται με βάση διάφορους παράγοντες, όπως τις κοινωνικές νόρμες, το πολιτισμικό πλαίσιο και την ιστορική περίοδο που διανύουμε. Υπό αυτό το πρίσμα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ενέχουν και ένα σημαντικό βαθμό υποκειμενικότητας. Είναι λογικό ότι η αντίληψη περί ομορφιάς είναι σύνθετη και σίγουρα δεν τηρεί μια αυστηρή φόρμουλα.

Στη σύγχρονη δυτική κοινωνία, με την εικόνα να είναι στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος σε όλα τα επίπεδα, η δυσαρέσκεια των ανθρώπων με την εξωτερική τους εμφάνιση αποτελεί κοινό τόπο και φαίνεται να αυξάνει όλο και περισσότερο. Από σχετικές μελέτες προκύπτει ότι κάθε χρόνο μειώνεται ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων που δεν είναι ικανοποιημένοι από την εξωτερική τους εμφάνιση, με αποτέλεσμα να καταφεύγουν σε πλαστικούς χειρουργούς και δερματολόγους προκειμένου να εναρμονιστούν με τα τρέχοντα standards ομορφιάς. Με κατάλληλα επιλεγμένες αισθητικές επεμβάσεις, οι ασθενείς μπορούν να ικανοποιήσουν την ανάγκη για βελτίωση της εικόνας του εαυτού τους και να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση τους.

Από την άλλη μεριά, το όριο μεταξύ μιας αντικειμενικής ατέλειας που χωρά βελτιώσεων, από τη λαθεμένη εικόνα εαυτού και την επιδίωξη αισθητικών πράξεων για κλινικά και αντικειμενικά ασήμαντους λόγους, είναι κάποιες φορές στενό και δυσδιάκριτο.

Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα άτομα που μπορεί να επιζητούν αισθητικές επεμβάσεις λόγω υπερβολικής ανησυχίας για την εικόνα του εαυτού τους, πολλώ μάλλον όταν αυτή είναι ιδιαίτερα δυσανάλογη με τα αντικειμενικά φυσικά ευρήματα. Το τελευταίο εγείρει το ερώτημα της ύπαρξης σωματοδυσμορφικής διαταραχής (δυσμορφοφοβίας) και θα πρέπει να διερευνηθεί και να αντιμετωπισθεί ανάλογα.



Η ΣΩΜΑΤΟΔΥΣΜΟΡΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ Η ΔΥΣΜΟΡΦΟΦΟΒΙΑ

Η σωματοδυσμορφική διαταραχή ή δυσμορφοφοβία είναι νόσος που σχετίζεται με διαταραχή της αυτοαντίληψης, με εκτιμώμενο επιπολασμό μεταξύ 0,7-2,4%. Πρόκειται για τη δυσαρέσκεια και την εμμονική ενασχόληση του ατόμου με την εμφάνισή του. Ωστόσο, η εικόνα του σωματοδυσμορφικού για το σώμα ή το πρόσωπό του είναι στρεβλή, δηλαδή κυριολεκτικά το άτομο με τη συγκεκριμένη διαταραχή δεν αντιλαμβάνεται την εικόνα του στον καθρέφτη όπως την αντιλαμβάνονται οι άλλοι γύρω του.

Οι ασθενείς με δυσμορφοφοβία συχνά παραπονούνται για υποτιθέμενες δυσμορφίες με υπερβολικό τρόπο, όπως για «εντελώς ασύμμετρα φρύδια», «τεράστια ρουθούνια», «μικροσκοπικά γεννητικά όργανα» ή «τερατώδη στόματα» και «κρεμασμένο δέρμα» που τους κάνουν να αισθάνονται βασανιστικά άσχημοι.

Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό αυτών των ασθενών είναι ότι ακόμα και αν το άτομο προβεί στην αισθητική επέμβαση για να διορθώσει αυτό που βλέπει ως ελάττωμα δεν θα ικανοποιηθεί και θα συνεχίσει να εμμένει με την ίδια ανησυχία για την εμφάνισή του, ανακαλύπτοντας μια άλλη ατέλεια. Αυτό συνήθως συνοδεύεται από μια μόνιμη κατάσταση θλίψης και αυτολύπησης. Γενικά η δυσμορφοφοβία μπορεί να συνυπάρχει και με άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, οι διαταραχές προσωπικότητας, η επονομαζόμενη διαταραχή μετατροπής που παλιότερα ήταν γνωστή με τον όρο «υστερία» και με διατροφικές διαταραχές, όπως η ανορεξία-βουλιμία.

Η διάγνωση του νοσήματος τίθεται από τον ψυχίατρο βάσει τεσσάρων κριτηρίων (DSM-V criteria of Body Dysmorphic Disorder):

1. Ενασχόληση με ένα ή περισσότερα ελαττώματα στη φυσική του εμφάνιση του ατόμου που γίνονται αντιληπτά μόνο από τον ίδιο, ενώ δεν είναι ορατά ή φαίνονται ασήμαντα στους άλλους.
2. Εκτέλεση επαναλαμβανόμενης συμπεριφοράς, όπως συνεχής έλεγχος στον καθρέφτη, υπερβολική περιποίηση, πίεση/τράβηγμα δέρματος, αναζήτηση επιβεβαίωσης ή καθησυχασμού από τρίτους σε σχέση με την εικόνα του, ή νοητικών πράξεων, όπως σύγκριση της εμφάνισής του/της με αυτή των άλλων, ως απάντηση στην υπερβολική ανησυχία για την εμφάνισή τους.
3. Η ενασχόληση με το φυσικό ελάττωμα προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

4. Η ανησυχία για την εμφάνιση δεν μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα από κάποια διαταραχή που να σχετίζεται με το σωματικό βάρος και που τα συμπτώματά της πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια μιας διατροφικής διαταραχής.

Στο πεδίο της αισθητικής δερματολογίας, χρειάζεται να μπορεί κανείς να αναγνωρίσει αυτούς τους ασθενείς κατά την εξέταση και την παρακολούθηση, καθώς υπολογίζεται ότι περίπου 9-14% των ασθενών που επισκέπτονται ιδιωτικές δερματολογικές κλινικές πάσχουν από δυσμορφοφοβία.

Οι γνώσεις των δερματολόγων και των πλαστικών χειρουργών γύρω από τη συγκεκριμένη διαταραχή συνεχώς αυξάνονται, καθώς, όπως προκύπτει από τα στοιχεία, οι ιατροί των συγκεκριμένων ειδικοτήτων ολοένα και περισσότερο αρνούνται να εφαρμόσουν θεραπείες σε όσους υποπτεύονται ότι πάσχουν από δυσμορφοφοβία. Μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου το 30% όλων των αιτούμενων αισθητικών πράξεων και περίπου το ήμισυ όλων των αιτημάτων για χειρουργικές επεμβάσεις αισθητικού τύπου, δεν έλαβαν χώρα, με τον πιο συνηθισμένο λόγο απόρριψης να είναι ότι ο ιατρός θεώρησε τη θεραπεία περιττή. Επιπλέον, το 84% των πλαστικών χειρουργών ανέφεραν ότι είχαν αρνηθεί να χειρουργήσουν έναν ασθενή λόγω ανησυχιών για σωματοδυσμορφική διαταραχή.

Είναι ευνόητο ότι η θεραπεία της σωματοδυσμορφικής διαταραχής δεν περιλαμβάνει τις αισθητικές παρεμβάσεις. Αντίθετα, η πραγματικότητα δείχνει ότι περίπου το 90% των πασχόντων που κατάφεραν και έκαναν την αισθητική πράξη ανέφεραν εκ των υστέρων είτε επιδείνωση, είτε καμία επίδραση στα συμπτώματα της δυσμορφοφοβίας.

Η σωματοδυσμορφική διαταραχή είναι μια από τις πιο εξουθενωτικές ψυχικές ασθένειες, με υψηλά ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού και ολοκληρωμένης αυτοκτονίας.

Η πορεία της νόσου είναι γενικά χρόνια με επιφυλακτική ως κακή πρόγνωση. Παράγοντες που επιδεινώνουν την πρόγνωση είναι η βαρύτητα των συμπτωμάτων, η μεγαλύτερη διάρκεια νόσου και η μικρότερη ηλικία έναρξης (<18).

Γενικές συμβουλές προς τους δερματολόγους για τη φροντίδα και τη συμβουλευτική ατόμων με υποψία δυσμορφοφοβίας περιλαμβάνουν την ενσυναίσθηση με τον ασθενή, την αποφυγή σχολιασμού του ελαττώματος που έχει αντιληφθεί, την ευγενική άρνηση εφαρμογής της επιδιωκόμενης ιατρικής πράξης, τη διερεύνηση ύπαρξης αυτοκτονικού ιδεασμού, τη διερεύνηση του περιβάλλοντός του και την παραπομπή στον αρμόδιο ιατρό.

Συμπερασματικά, η σωματοδυσμορφική διαταραχή είναι μια σοβαρή ψυχιατρική νόσος που μπορεί να διαταράξει τη ζωή ενός ατόμου. Συχνά ο δερματολόγος είναι ο πρώτος ιατρός που έρχεται σε επαφή με ένα άτομο τη συγκεκριμένη διαταραχή. Η αναγνώριση του προφίλ ενός τέτοιου ασθενούς είναι καθοριστικής σημασίας για την έγκαιρη διάγνωση και την κατάλληλη θεραπεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. Phillips K. Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide. New York: Oxford University Press; 2009.
2. Philippopoulos G. The analysis of a case of dysmorfophobia. Can J Psychiatry. 1979;24:397-401.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 3rd edition. Washington, DC. 1980.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th edition. Washington, DC. 2013.
5. Schieber K, Kollei I, de Zwaan M, Martin A. Classification of body dysmorphic disorder - What is the advantage of the new DSM-5 criteria? Journal of psychosomatic research. 2015;28:223-7.
6. Mufaddel A, Osman O, Almugaddam F, Jafferany M. A review of body dysmorphic disorder and its presentation in different clinical settings. Prim Care Companion CNS Disord. 2013;15.
7. Koran L, Abujaoude E, Large M, Serpe R. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. CNS Spectr. 2008;13:316-22.
8. Crerand C, Sarwer D. Cosmetic treatments and body dysmorphic disorder. Psychiatric Annals. 2010;40:344-8.
9. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. Psychosomatics. 2001;42:504-10.
10. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. Psychosomatics. 2005;46:549-55.
11. Sarwer DB. Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of american society for aesthetic plastic surgery members. Aesthetic surgery journal / the American Society for Aesthetic Plastic surgery. 2002;22:531-5.
12. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. The American journal of psychiatry. 2006;163:1280-2.

Η ιστορία της Λιποαναρρόφησης και της μεταφοράς αυτόλογου λίπους στον τομέα της δερματολογίας

Nilesh N. Goyal MRCP UK, DNB, DVD, SCS Dip, Sri Lestari MD5, Patrick Lillis MD, Dr Ιωάννης Πέρος, Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Αθήνα, Δήμητρα Ντάσιου-Πλακίδα, Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Mentor ASDS/ITMP International Mentorship Program

Είμαστε ιδιαιτέρως ευτυχείς που έχουμε τη δυνατότητα να επωφεληθούμε από το έργο αυτών των μεγάλων χειρουργών που εργάστηκαν ακατάπαυστα , ώστε να επινοήσουν τεχνικές αφαίρεσης λίπους με σκοπό να προσδώσουν στο σώμα την επιθυμητή εμφάνιση. Με την πάροδο των ετών, οι τεχνικές αυτές εξελίχθηκαν ανά τον κόσμο επιτρέποντας την επίτευξη τελειοποιημένων αποτελεσμάτων.

Προτού αναλύσουμε οτιδήποτε σχετίζεται με τη διαδικασία, οφείλουμε να αναφερθούμε στους πρωτοπόρους της λιποαναρρόφησης παγκοσμίως. Πριν από έναν αιώνα, το 1921, ο Charles Dujarrier στη Γαλλία, ήταν ο πρώτος που ξεκίνησε την αναζήτηση για την αφαίρεση λίπους. Προσπάθησε να αφαιρέσει το λίπος από τις κνήμες και τα γόνατα μιας νεαρής χορεύτριας, χρησιμοποιώντας ένα γυναικολογικό ξέστρο. Δυστυχώς, η επέμβαση δεν ολοκληρώθηκε με επιτυχία, καθώς η χορεύτρια έχασε το πόδι της, εξαιτίας τραυματισμού της μηριαίας αρτηρίας. Στη συνέχεια, το 1964, ο Schrudde προχώρησε σε εξαγωγή λίπους κάνοντας μια τομή στο κάτω μέρος του ποδιού χωρίς να αποφύγει τις επακόλουθες επιπλοκές. Οι αντιαισθητικές ουλές που προέκυψαν από τις τομές δημιούργησαν ανησυχία και λόγω αυτού, προσδόθηκε κακή φήμη στην επέμβαση. Τελικά, το 1974, το δίδυμο Fischers, Arpad και Giorgio, πατέρας και γιος Ουγγρικής καταγωγής από τη Ρώμη δημιούργησε ένα εξειδικευμένο εργαλείο που ονομάζεται «Cellulosuctiotome» (Εικόνες 1 και 2). Ανακάλυψαν ότι, το συγκεκριμένο χειρουργικό εργαλείο παρείχε εύκολη πρόσβαση και διαμερισμό του λίπους, ιδιαίτερα στα πλάγια των μηρών των γυναικών, από όπου το λίπος εξήχθη χρησιμοποιώντας ατσάλινους σωλήνες με αμβλύ άκρο που ονομάζονται κάνουλες. Μερικές από αυτές τις κάνουλες είχαν μία λεπίδα κοπής μέσα τους, αλλά δημιουργούσαν άσχημα σημάδια.

Εικόνα 1. Arpad και Giorgio Fischer τη δεκαετία του 1970

Ο Yves Illouz, γυναικολόγος στο Παρίσι ήταν εξοικειωμένος με την αντλία έκτρωσης Karman, καθώς και με τις συμβατές κάνουλες. Είχε τη λαμπρή ιδέα να χρησιμοποιήσει αυτά τα εργαλεία για την αφαίρεση λίπους, ιδέα η οποία δημοσιεύτηκε από τους Fischers στο «δελτίο της Διεθνούς Ακαδημίας Αισθητικής χειρουργικής» τον Σεπτέμβριο του 1976. Οι αντλίες Karman και οι κοινές κάνουλες ήταν διαδεδομένες σε πολλές πόλεις ανά τον κόσμο και με αυτόν τον τρόπο, η ιδέα του Illouz συνέβαλε στην εξάπλωση της μεθόδου, χρησιμοποιώντας εργαλεία που ήταν ήδη διαθέσιμα.

Εκείνη την εποχή ίσχυαν σε πολλές χώρες περιορισμοί στις εισαγωγές και εξαγωγές ,κάτι που καθιστούσε αρκετά δύσκολη την αγορά του cellusuctiotome. Το 1977,οι Fischers δημοσίευσαν το έργο τους, το οποίο ήταν το πρώτο της σύγχρονης εποχής .Ωστόσο, κατά την επέμβαση εμφανίζονταν επιπλοκές όπως αιματώματα και υγρώματα . Το 1978, υπήρξαν επίσης αναφορές σε αφαίρεση λίπους από τους Kesselring και Meyer, αλλά η μέθοδος τους δεν έγινε ευρέως αποδεκτή. Ταυτόχρονα, ο Pierre Fournier, αισθητικός χειρουργός από το Παρίσι ανέπτυξε την τεχνική της "dry" λιποαναρρόφησης. Δε χορηγούσε κανένα υγρό στην περιοχή της επέμβασης, διότι θεωρούσε πως με αυτόν τον τρόπο είχε καλύτερο έλεγχο στην αναρρόφηση του λίπους και στη διάπλαση του σώματος. Με την ανακάλυψη της εξοιδηματικής αναισθησίας το 1987 από τον Jeffrey Klein, στην Καλιφόρνια των ΗΠΑ, ο Fournier χρησιμοποίησε την υγρή τεχνική. Συνειδητοποίησε το όφελος της τεχνικής, αφού δεν παρουσιάζεται απώλεια αίματος όταν χρησιμοποιείται εξοιδηματική αναισθησία με λιδοκαΐνη κατά την επέμβαση. Συνέχισε τη διαδικασία χρησιμοποιώντας σύριγγα 60 ml, που χρησιμοποιήθηκε τόσο για τη διήθηση όσο και για την αναρρόφηση του λίπους. Αυτό περιγράφηκε από τον Fournier ως "λιπογλυπτική με σύριγγα". Έγινε ένας α-

Εικόνα 2. Cellulosuctiotome: μηχάνημα λιποαναρρόφησης που σχεδιάστηκε από τους Fischers

Εικόνα 3. Οι Field και Fournier τη δεκαετία του 1980 διδάσκοντας λιποαναρρόφηση στην Ευρώπη

Εικόνα 4. Julius Newman: ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο λιποαναρρόφηση.

Εικόνα 5. Jeffrey Klein inventor of tumescent anesthesia with lidocaine for liposuction

πό τους πιο ένθερμους δασκάλους της εξοιδηματικής λιποαναρρόφησης χρησιμοποιώντας μόνο μια σύριγγα μέχρι και τα τελευταία του μαθήματα λιποαναρρόφησης το 2015. Είναι επίσης ο δημιουργός της λιπομεταφοράς «Fat grafting» και του Autolipocollagen. Το 1977, οι Fischers πραγματοποίησαν μια επίδειξη της μεθόδου στην κλινική του Pierre Fournier στο Παρίσι. Εκεί βρισκόταν επίσης, ο καθηγητής Lawrence Field, ο οποίος ήταν ο πρώτος δερματολόγος που έκανε λιποαναρρόφηση στις Ηνωμένες Πολιτείες το έτος 1977. Με αυτόν τον τρόπο εντάχθηκε στη δερματολογία η εξαγωγή υποδόριου λίπους (Εικόνα 3). Άλλοι δερματολόγοι, όπως οι Claude Caver, Arthur Sumrall και Rhoda Narrins στη συνέχεια ταξίδεψαν στη Γαλλία τη δεκαετία του 1980 και διδάχθηκαν την τεχνική από τους Fournier και Illouz.

ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΛΙΠΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

Η ανακάλυψη αυτής της νέας χειρουργικής επέμβασης προκάλεσε το ενδιαφέρον του Αμερικανού Ωτορινολαρυγγολόγου Norman Martin, ο οποίος ταξίδεψε το 1980 στο Παρίσι για να μάθει την τεχνική από τους Illouz και Fournier. Άρχισε να εφαρμόζει την λιποαναρρόφηση στο Λος Άντζελες από το 1981. Ο Julius Newman, ωτορινολαρυγγολόγος και χειρουργός προσώπου, μαζί με τον συνεργάτη του Richard Dolsy ,ήταν ο πρώτος που δίδαξε λιποαναρρόφηση το 1982 στη Φιλαδέλφεια. Την ίδια χρονιά, μια ομάδα της Αμερικανικής Εταιρείας Πλαστικής και Επανορθωτικής χειρουργικής ταξίδεψε στην Ευρώπη για να δει και να μάθει την τεχνική της λιποαναρρόφησης από τους Illouz και Fournier και εντυπωσιάστηκαν. Προσέλαβαν τον Illouz να διδάξει την τεχνική μόνο στους πλαστικούς χειρουργούς και γι'αυτό υπογράφηκε συγκεκριμένη σύμβαση , όμως ο Fournier αρνήθηκε να υπογράψει. Χάρη σε αυτόν, υπάρχουν πολλοί γιατροί από διάφορες ειδικότητες συμπεριλαμβανομένης της δερματολογίας, που έχουν διδαχθεί και εφαρμόζουν τη λιποαναρρόφηση. Το 1983, ιδρύθηκε η Αμερικανική Εταιρεία Λιποαναρρόφησης από τον Julius Newman μαζί με την Αμερικανική Εταιρεία Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής. Ο Julius Newman ήταν επίσης ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο «Λιποαναρρόφηση» (Εικόνα 4), ο οποίος είχε μεγάλη απήχηση στην ιατρική βιβλιογραφία στα μέσα της δεκαετίας του 1980. Η τεχνική διδασκόταν σε προγράμματα εκπαίδευσης ειδικευομένων, ήδη από το 1984 στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Tulane.

Το πρώτο κεφάλαιο για τη λιποαναρρόφηση στο δερματολογικό εγχειρίδιο με όνομα Cosmetic Dermatologic Surgery δημοσιεύεται το 1984 και συντάσσεται από τους Samuel Stegman και Theodore Tromovitch. Μέχρι το 1987, η λιποαναρρόφηση είχε ήδη συμπεριληφθεί στο Βασικό Χειρουργικό Πρόγραμμα Δερματολογίας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ταυτόχρονα, στις ΗΠΑ, διεξάγονταν σεμινάρια από δερματοχειρουργούς που είχαν λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση από τους ειδήμονες.

Η μεγαλύτερη αλλαγή στον τομέα της λιποαναρρόφησης συνέβη με την ανακάλυψη της εξοιδηματικής αναισθησίας από τον Jefferey Klein, στο San Juan Capistrano της Καλιφόρνια το 1987 (Εικόνα 5). Παθολόγος, φαρμακολόγος,και δερματολόγος που πέρασε χρόνια ερευνώντας τη φαρμακοκινητική της λιδοκαΐνης και τη χρήση της στην αναισθησία του λιπώδους ιστού. Εξαιτίας αυτού, έγινε δυνατή η διεξαγωγή της επέμβασης εξολοκλήρου με τοπική αναισθησία καθιστώντας την πολύ ασφαλή. Επίσης, η αφαίρεση λίπους έγινε πολύ πιο εύκολη για το χειρουργό , εφόσον δεν υπάρχει απώλεια αίματος. Τα κλινικά του πειράματα οδήγησαν στη χρήση λιδοκαΐνης σε δόση 35 mg/kg σωματικού βάρους. Περαιτέρω το 1989,ο δερματοχειρουργός Patrick Lillis, στο Loveland του Κολοράντο, κάνοντας εκτεταμένες τοξικολογικές μελέτες, έδειξε ότι η χρήση λιδοκαΐνης ήταν ασφαλής έως 55 mg/kg. Ο Patrick Lillis δίδαξε πολλούς δερματολόγους από όλο τον κόσμο στο δικό του Liposuction Course στο University of Colorado. Έπειτα από προσωπική επικοινωνία , ο ίδιος επιβεβαίωσε ότι δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της επέμβασης με χρήση διαλύματος λιδοκαΐνης στα 70 mg/kg .Αυτό πιθανόν να οφείλεται στην κακή απορρόφηση της λιδοκαΐνης από τον λιπώδη ιστό όπου έγινε ένεση. Τα επίπεδα λιδοκαΐνης στο αίμα παρέμειναν σε ασφαλή όρια έως και 24 ώρες μετά τη επέμβαση στις μετρήσεις που πραγματοποίησαν οι Klein και Lillis.

Η λιποαναρρόφηση ήταν το μείζον θέμα σε

όλες τις συναντήσεις του Αμερικανικής Ακαδημίας Δερματολογίας (AAD), της Αμερικανικής Εταιρείας Δερματοχειρουργικής (ASDS) και της Διεθνούς Κοινότητας Δερματοχειρουργικής (ISDS) από τα μέσα της δεκαετίας του 1980. Διάφορες δημοσιεύσεις με προηγμένες τεχνικές λιποαναρρόφησης και εξοιδηματικής αναισθησίας δημοσιεύθηκαν από το 1985 έως το 1997 σε πολλά περιοδικά δερματοχειρουργικής στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ευρώπη. Ο καθηγητής Fournier ήταν ο μόνος χειρουργός που συνέβαλε σημαντικά στη βιβλιογραφία. Άλλοι δερματοχειρουργοί που δημοσίευσαν συστηματικά ήταν οι William Coleman, Rhoda Narins, Patrick Lillis, Saul Asken, Gerald Bernstein, Bruce Chrisman, Paul Collins, William Hanke, Jeffrey Klein, Paul Weber, John Skouge, Allan Wulc, Lawrence Field, Christine Jaworsky, Jeffrey Lauber, Leonard Dzubow, Timothy Flynn, Richard Dolsky, Seth Matarasso, Harvey Abrams, Sheldon Pollack, Naomi Lawrence, Norma Kassarjidian, Zoe Draelos, Nancy Satur, Ronald Moy, and Debra Luftman. Η AAD ήταν η πρώτη που συνέταξε οδηγίες για την ασφαλή εκτέλεση της λιποαναρρόφησης το 1991 και η νεώτερη έκδοση αυτών δημοσιεύτηκε το 2001. Η ASDS προσέθεσε τις τελευταίες οδηγίες για την λιποαναρρόφηση με εξοιδηματική αναισθησία το 2006 από τον Bret Coldiron και την ομάδα του. Ένα Συμβούλιο για την εξοιδηματική αναισθησία δημιουργήθηκε το 1992 και αποσκοπούσε στην ευαισθητοποίηση των δερματολόγων σχετικά με τη λιποαναρρόφηση υπό εξοιδηματική αναισθησία. Πολλοί δερματολόγοι εκπαιδεύτηκαν στην λιποαναρρόφηση σε μαθήματα που εγκρίθηκαν από αυτό το συμβούλιο και την Ακαδημία τη δεκαετία του 1980.

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΛΙΠΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ

Η ανάπτυξη των τεχνικών λιποαναρρόφησης και της εξοιδηματικής αναισθησίας συνοδεύτηκε από την ανάπτυξη ειδικών εργαλείων για την εκτέλεσή τους. Οι πρωτοπόροι του είδους κατασκεύασαν οι ίδιοι τα πρώτα εργαλεία για να έχουν όσο το δυνατό καλύτερα και πιο ακριβή αποτελέσματα. Ο καθηγητής Yves Illouz τροποποίησε στο ιατρείο του την κάνουλα Karman, ένα αμβλύ όργανο που σχεδιάστηκε από κάνουλες άμβλωσης. Εκείνη την εποχή, αυτό μείωσε αισθητά το διεγχειρητικό τραύμα και τη συχνότητα εμφάνισης αιματωμάτων σε σύγκριση με την τεχνική Fischer.

Ο Dr Jefferey Klein άρχισε να σχεδιάζει και να κατασκευάζει εργαλεία για αναισθησία και λιποαναρρόφηση στο γκαράζ του τη δεκαετία του 1980. Προώθησε τη χρήση μικροκάνουλας, δηλαδή ενός σωλήνα με μικρή διάμετρο, που θεωρούταν ιδανική για τη δημιουργία λεπτότερων καναλιών στον λιπώδη ιστό κι ως εκ τούτου είχε ως αποτέλεσμα πολύ μικρότερο τραυματισμό και ταχύτερη επούλωση. Στη συνέχεια, άρχισε να κατασκευάζει όργανα σε μεγαλύτερη κλίμακα.

Ο Pierre Fournier έκανε πολλά ταξίδια στις Ηνωμένες Πολιτείες για να κατασκευάσει εργαλεία σε συνεργασία με την Tulip Incorporation, στο Σαν Ντιέγκο της Καλιφόρνια, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990,όπου εργάστηκε μαζί με τον Dr Theodore Tromovitch και τον καθηγητή Lawrence Field. Ο σχεδιασμός μίας μεγάλης σύριγγας 60 ml με μεγαλύτερο στόμιο που θα μπορούσε να προσαρμοστεί στην κάννουλα ήταν πρωτίστως ιδέα του καθηγητή Fournier. Αρχικά,οι κάνουλες είχαν μεγάλη διάμετρο περίπου 1 εκατοστό. Αλλά μετά το εγχείρημα της Microcannular Liposuction από τον Jefferey Klein με χρήση εξοιδηματικής αναισθησίας, η διάμετρος της κάνουλας μειώθηκε σε 1 έως 3 mm. Η διαδικασία αρχίζει με χρήση της λεπτότερης κάνουλας και έπειτα, σταδιακά χρησιμοποιούνται για αναρρόφηση του λίπους κάνουλες με μεγαλύτερη διάμετρο (όχι περισσότερο από 3,5 mm). Αυτό είχε ως επακόλουθο την ελαχιστοποίηση του τραυματισμού της περιτονίας του λιπώδους ιστού, καθώς και τη μικρότερη βλάβη του νευροαγγειακού συστήματος που ενθαρρύνει την ταχύτερη επούλωση. Ένα μειονέκτημα στη χρήση μικροκάννουλας ήταν ο κατά πολύ μεγαλύτερος χρόνος που χρειαζόταν σε σχέση με τη διάρκεια της επέμβασης υπό γενική αναισθησία. Σήμερα η λιποαναρρόφηση και η λιπομεταφορά πραγματοποιούνται εύκολα χρησιμοποιώντας αυτές τις εξαιρετικά εξελιγμένες κάνουλες που έχουν σχεδιαστεί για χρήση σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος και για συγκεκριμένους σκοπούς. Η λιποαναρρόφηση πραγματοποιούνταν αρχικά με σύριγγες μεγάλης διαμέτρου, μέθοδος που προωθήθηκε ιδιαίτερα από τον Fournier. Το κύριο πλεονέκτημα της χρήσης αυτής της σύριγγας ήταν η ακρίβεια των όγκων διήθησης και αναρρόφησης που μπορούσαν να μετρηθούν. Επιπλέον, δόθηκε μεγαλύτερη ελευθερία κίνησης στο χειρουργό κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν ορισμένοι περιορισμοί, όπως η αδυναμία αφαίρεσης μεγάλου όγκου λίπους, κόπωση του χειρουργού και επίσης αδυναμία επίτευξης ομαλής λειτουργίας σε ορισμένες περιοχές, όπως το εσωτερικό των μηρών που απαιτεί συχνή εναλλαγή μεταξύ των σημείων εισόδου και μικρή αναρρόφηση λίπους. Διαπιστώθηκε, ότι μία συσκευή αναρρόφησης μείωσε το χρόνο που απαιτείται για την αλλαγή μεταξύ των σημείων εισόδου με σταθερή αρνητική πίεση στην κάνουλα. Αρχικά, η σκέψη ήταν ότι ένα μηχάνημα με μεγαλύτερη αρνητική πίεση θα είχε μεγαλύτερα χειρουργικά οφέλη, αλλά αυτά τα μηχανήματα αποδείχθηκαν πιο βαριά, θορυβώδη και ακριβά. Με την πάροδο του χρόνου, έγινε αντιληπτό ότι ένα μικρότερο και λιγότερο θορυβώδες μηχάνημα θα μπορούσε να κάνει τη δουλειά εξίσου καλά με τη λειτουργικότητα του μηχανήματος να εξαρτάται κυρίως από την ικανότητά του να αντλεί υγρό αντί να απορροφά αέρα. Οι μηχανές αναρρόφησης έχουν γίνει πλέον πιο αθόρυβες, καθώς αυτό ήταν ένα σημαντικό ζήτημα που αντιμετώπιζε κάθε χειρουργός τα πρώτα χρόνια.

ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΛΙΠΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ ΕΚΤΟΣ ΕΥΡΩΠΗΣ

Εμπνευσμένος από τις εξελίξεις στον Ατλαντικό, το 1989 ο Gerhard Sattler στο Ντάρμσταντ της Γερμανίας άρχισε να κάνει λιποαναρρόφηση με εξοιδηματική αναισθησία χρησιμοποιώντας λιδοκαΐνη. Σύντομα διαπίστωσε, ότι το όξινο pH της λιδοκαΐνης αποτελεί εμπόδιο στη διείσδυση μεγάλων ποσοτήτων και επακολούθως μικρής ποσότητας αναρρόφησης λίπους. Ανακάλυψε ότι η χρήση πριλοκαΐνης που έχει pH 6,8 ταιριάζει καλύτερα σε διάλυμα εξοιδηματικής αναισθησίας. Επιπλέον, παρατήρησε πως η κάνουλα μικρής διαμέτρου που χρησιμοποιήθηκε από τον Jeffrey Klein είναι καταλληλότερη για τη διεξαγωγή λιποαναρρόφησης με χρήση εξοιδηματικής αναισθησίας. Αυτές οι αλλαγές προσέφεραν μικρότερη ενόχληση στον ασθενή. Με την πάροδο των ετών, ο ίδιος πραγματοποίησε μια πληθώρα διαδικασιών λιποαναρρόφησης. Έχει επίσης πραγματοποιήσει πολλά εκπαιδευτικά σεμινάρια για δερματολόγους στα πλαίσια συνεδρίων, καθώς και στην κλινική του.

Η Δήμητρα Ντάσιου - Πλακίδα ήταν η πρώτη δερματολόγος που εισήγαγε την τε-

χνική της λιποαναρρόφησης στην Ελλάδα. Μετά από εργαστήριο που πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της ετήσιας συνάντησης της ISDS στη Ρώμη το 1985 με τους Lawrence Field, Rhoda Narins, J. Newman, R. Dolsky, A. Sumrall,R. Glogau, William Coleman, Geoge Felman, Pierre Fournier, L. David,S. Lutzker και Giorgio Fischer ως καθηγητές για το μάθημα και ένα διήμερο θεωρητικό και πρακτικό εργαστήριο στο Παρίσι τον Μάρτιο του 1986, η Ντάσιου παρακολούθησε πρακτική 6 εβδομάδων με τον Pierre Fournier βοηθώντας τον σε καθημερινές χειρουργικές επεμβάσεις. Ως μεγάλος θαυμαστής της αρχαίας ελληνικής τέχνης και γλυπτικής, ο Fournier ήθελε να συμβάλει στη σύγχρονη Ελλάδα προωθώντας τη δική του άποψη για τη γλυπτική σώματος.

Τον Οκτώβριο του 1986, ο Fournier ταξίδεψε στην Ελλάδα για να δώσει διάλεξη για τη λιπογλυπτική ως καλεσμένος της Ελληνικής Δερματολογικής και Αφροδισιολογικής Εταιρείας. Μετά από αυτή τη συνάντηση, ο Fournier ως προσκεκλημένος της Ντάσιου πραγματοποίησε 10 επεμβάσεις λιποαναρρόφησης και λιπομεταφοράς στο ιατρείο της στον Βόλο. Όλες οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν αποκλειστικά με τοπική αναισθησία: κρυοαναισθησία και διήθηση αραιωμένης λιδοκαΐνης σε συγκέντρωση 0,5% και 1 mg επινεφρίνης σε 500 ml. Μόνο μικρές ποσότητες λίπους (λιγότερο από 1000 ml) αφαιρέθηκαν με τη χρήση σύριγγας και με μικρού μεγέθους κάνουλες. Η μεταμόσχευση λίπους έγινε με αιχμηρές βελόνες αντί για κάνουλες. Όπως έλεγε: «Ο Illouz είναι εργάτης. Αντίθετα, εγώ είμαι καλλιτέχνης. Αυτό που κάνω είναι «λιπογλυπτική».

Το πρώτο εργαστήριο λιποαναρρόφησης στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο του 1990 από τον καθηγητή Lawrence Field (International Travelling Professor), όπου προσκλήθηκε από τον καθηγητή Ιωάννη Στρατηγό και τη Δήμητρα Ντάσιου - Πλακίδα. Το σεμινάριο πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός» και το παρακολούθησαν δέκα δερματολόγοι. Για πρώτη φορά στην Ελλάδα, συμπεριλήφθηκε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη διαδικασία λιποαναρρόφησης με χρήση εξοιδηματικής αναισθησίας. Έκτοτε η κύρια πηγή εκπαίδευσης στη λιποαναρρόφηση για Έλληνες δερματολόγους ήταν η Ελληνική Εταιρεία Δερματοχειρουργικής (HSDS) που εγκαινιάστηκε το 1991 υπό την προεδρία της Δήμητρας Ντάσιου-Πλακίδα. Διεθνούς φήμης χειρουργοί όπως οι Rhoda Narins,Luigi Scorza - Rusciani, Lawrence Field, William Coleman και Pierre Fournier κλήθηκαν να διδάξουν σε διάφορα εκπαιδευτικά σεμινάρια. Οι Έλληνες δερματολόγοι προσαρμόστηκαν γρήγορα στις εξελίξεις της σύγχρονης τεχνικής λιποαναρρόφησης με τοπική εξοιδηματική αναισθησία και τη χρήση νέας τεχνολογίας. όπως βελτιωμένες μονάδες αναρρόφησης, αντλία διήθησης για τοπική αναισθησία, συσκευές κάνουλας με δόνηση και λιποδιαλυτικό λέιζερ. Τόσο οι γιατροί όσο και οι ασθενείς ήταν πολύ εντυπωσιασμένοι με την ασφάλεια και τα αισθητικά αποτελέσματα που εξασφαλίζει αυτή η τεχνική. Αρκετοί έμπειροι Έλληνες δερματοχειρουργοί άρχισαν να εκπαιδεύονται στην πρακτική αυτή με σκοπό να εξελιχθούν σε αυτόν τον τομέα. Μερικοί από αυτούς : ο Κωνσταντίνος Νεαμωνιτός, ο Νίκος Γιαννόπουλος, ο Ιωάννης Πέρος και η Δήμητρα Ντάσιου.

ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΛΙΠΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΙΑ

Καθώς η λιποαναρρόφηση καθιερώθηκε ως θέμα συζήτησης σε επιστημονικά συνέδρια σε Ευρώπη και Αμερική, προκάλεσε το ενδιαφέρον δερματοχειρουργών από την Ασία. Οι πιο πρόθυμοι από αυτούς, ταξίδεψαν με σκοπό να συναντηθούν με τους ειδήμονες και να λάβουν την κατάλληλη εκπαίδευση. Ακολούθως τα εφάρμοσαν στις χώρες από τις οποίες προέρχονταν, όπου διαμορφώθηκαν πρωτόκολλα με σκοπό την ασφαλή πρακτική της λιποαναρρόφησης. Η Ινδονησία είναι μια περίπτωση που αξίζει να αναφερθεί.

Το 1995 έγινε για πρώτη φορά στην Ινδονησία, λιποαναρρόφηση υπό εξοιδηματική αναισθησία από τον Edwin Djuanda, ο οποίος είχε εκπαιδευτεί από τον Julius Newman στις Ηνωμένες Πολιτείες. Αρκετοί δερματολόγοι ακολουθώντας το παράδειγμά του, ταξίδεψαν για να λάβουν εκπαίδευση σε Ευρώπη και Ηνωμένες Πολιτείες. Οι Sri Lestari, Melani Sasongko, Harijono Keriosetono, Indah Julianto, Moerbono Mochtar μαθήτευσαν δίπλα στους Fournier, Field και Lillis κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 και στις αρχές της δεκαετίας του 2000. Το 2001 και το 2002 πραγματοποιήθηκαν πολλά εκπαιδευτικά σεμινάρια σε ολόκληρη την Ινδονησία, όπου οι Pierre Fournier και Lawrence Field παρουσίασαν τη διαδικασία της λιποαναρρόφησης, ώστε να ενθαρρύνουν περισσότερους δερματολόγους να ασχοληθούν με αυτή . Το 2007, το Υπουργείο Υγείας της Ινδονησίας ολοκλήρωσε αξιολόγηση (Health Technology Assessment) σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της λιποαναρρόφησης στην Ινδονησία. Η αξιολόγηση αυτή ανέδειξε τη λιποαναρρόφηση υπό εξοιδηματική αναισθησία ως την πιο ασφαλή σε σύγκριση με αυτή υπό γενική αναισθησία, που πραγματοποιούταν από τους πλαστικούς χειρουργούς. Από τότε, η λιποαναρρόφηση έχει γίνει μέρος του πυρήνα του προγράμματος σπουδών της δερματοχειρουργικής, περιλαμβάνοντας βασικές, αλλά και πιο εξειδικευμένες εκπαιδευτικές ενότητες. Πλέον, υπάρχει στην Ινδονησία μία πληθώρα εκπαιδευτών που πραγματοποιούν τακτικά σεμινάρια με σκοπό τη συνεχή εκπαίδευση δερματολόγων, ανερχόμενων στον τομέα της λιποαναρρόφησης.

Παρόμοια κατάσταση παρατηρείται και σε άλλες Ασιατικές χώρες. Η Fatma Al Shehri, δερματολόγος από το Ριάντ της Σαουδικής Αραβίας, ήταν η πρώτη γυναίκα δερματολόγος που ταξίδεψε το 2004 στο Παρίσι και εκπαιδεύτηκε από τον Pierre Fournier. Αυτή ήταν και η μοναδική δερματολόγος που ασχολείται με τη λιποαναρρόφηση στη χώρα της εδώ και 15 χρόνια. Η Emily Soriano, η πρώτη δερματοχειρουργός από τις Φιλιππίνες, εκπαιδεύτηκε από τους Fournier, Field και Lillis κατά τη δεκαετία του 1990 και στις αρχές του 2000 μαθαίνοντας τα πάντα γύρω από τη λιποαναρρόφηση και τη λιπομεταφορά. Αυτή τη στιγμή είναι εξειδικευμένη στη λιποαναρρόφηση με λέιζερ και στη μεταφορά λίπους, και συνεργάζεται με το Νοσοκομείο Davao Doctors, στις Φιλιππίνες Επιπλέον, έχει πραγματοποιήσει πολλά εκπαιδευτικά σεμινάρια ως μέρος του βασικού προγράμματος σπουδών της δερματολογίας στις Φιλιππίνες. Ο Nilesh Goyal από τη Βομβάη της Ινδίας εκπαιδεύτηκε το 2009 από τον Jeffrey Klein και από τότε ασχολείται με τη λιποαναρρόφηση. Έχει πραγματοποιήσει πολλά σεμινάρια στην Ινδία, καθώς και σε άλλες χώρες στα πλαίσια του σεμιναρίου λιποαναρρόφησης που πραγματοποιεί η DASIL (Dermatologic and Aesthetic Surgery International League) ενθαρρύνοντας τους δερματολόγους να ασχοληθούν με τον κλάδο. Στο Ιράν, υπήρξαν δερματολόγοι, που εκπαιδεύτηκαν παρομοίως και εξασκούν τη λιποαναρρόφηση.

Μεγάλο κύμα ενδιαφέροντος παρουσιά-

στηκε στη Νότια Κορέα κατά τη δεκαετία του 1990 που όμως έπειτα εξασθένησε με ελάχιστους δερματολόγους να ασχολούνται πλέον με τη λιποαναρρόφηση. Αυτό, ως επί το πλείστον, οφείλεται στην εδραίωση των μη χειρουργικών πρακτικών στον τομέα του body shaping.

Σε πολλές χώρες της Μέσης Ανατολής ,όπως τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, την Ιορδανία και το Κουβέιτ, οι δερματολόγοι δε στάθηκαν τυχεροί, όσον αφορά στη λιποαναρρόφηση. Τα τοπικά ιατρικά συμβούλια, τούς έθεσαν πολλούς περιορισμούς στην εκτέλεση αυτών των διαδικασιών.

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΙΠΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ

Οι δερματολόγοι συνεχώς αποδεικνύουν, ότι η λιποαναρρόφηση είναι μια ασφαλής διαδικασία που γίνεται σε περιβάλλον ιατρείου σε σύγκριση με την αντίστοιχη διαδικασία σε νοσοκομειακό περιβάλλον, όπου συνήθως εκτελείται υπό γενική αναισθησία. Η χρήση γενικής αναισθησίας έχει οδηγήσει σε επιπλοκές, όπως υπερφόρτωση κυκλοφορικού, ενώ παρατηρείται παρατεταμένος χρόνος επούλωσης και συχνά περιστατικά μόλυνσης. Πρόσφατα, έχουν δημοσιευθεί άρθρα σε περιοδικά πλαστικής χειρουργικής, όπου αναφέρουν ότι είναι ασφαλέστερη η χρήση της λιδοκαΐνης έναντι της βουπιβακαΐνης in the anesthetic infiltrate σε περιπτώσεις που δε γίνεται χρήση γενικής αναισθησίας.[23]

Η ασφάλεια της λιποαναρρόφησης υπό εξοιδηματική αναισθησία τεκμηριώθηκε σε έρευνα μεταξύ Ελλήνων δερματολόγων που πραγματοποιήθηκε από τον Νίκο Γιαννόπουλο το 2006 . Από το σύνολο 110 δερματολόγων που ερωτήθηκαν, 11 μόνο επιβεβαίωσαν ότι είχαν κάνει λιποαναρρόφηση σε εξωτερικά ιατρεία και κανένας από αυτούς δεν ανέφερε σοβαρές επιπλοκές ή θάνατο κατά τη διάρκεια των διαδικασιών λιποαναρρόφησης. Επιπλέον, σε αυτή τη μελέτη συμμετείχαν πέντε μεγάλες ασφαλιστικές εταιρείες, 11 Ιατρικοί Σύλλογοι και Κυβερνητικές Οργανώσεις Υγείας απαντώντας ερωτήσεις σχετικά με την ασφάλεια και την ανατροφοδότηση ασθενών. Αναφέρθηκε, ότι κανένας ασθενής δεν είχε κινηθεί νομικά εναντίον δερματολόγου που είχε κάνει λιποαναρρόφηση. Έτσι, κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι η λιποαναρρόφηση είναι μια πολύ ασφαλής διαδικασία στα χέρια των δερματολόγων. Πιο πρόσφατα στοιχεία από όλον τον κόσμο, δεν έχουν δείξει ότι έχει προκληθεί θάνατος, σε περιπτώσεις που η λιποαναρρόφηση γίνεται με εξοιδηματική αναισθησία χρησιμοποιώντας τη φόρμουλα και τις αρχές του Klein.[24–26]

Τα αποτελέσματα της λιποαναρρόφησης είναι εγγυημένα, επιλέγοντας τον κατάλληλο ασθενή για τη διαδικασία. Αυτό που επισήμαιναν συνεχώς, οι πρωτοπόροι της λιποαναρρόφησης ήταν, ότι πρόκειται για μια διαδικασία μορφοποίησης του σώματος και όχι μια χειρουργική επέμβαση μείωσης βάρους. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται γι' αυτό, με σκοπό την αποφυγή οποιασδήποτε υπερβολής.

ΜΗ ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΗΣ ΛΙΠΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ

Η πρόσβαση στο υποδόριο έδωσε τη λύση στη θεραπεία δύσκολων καταστάσεων, όπως η υπεριδρωσία, τα μεγάλα λιπώματα, η γυναικομαστία, microlipoinjection σε ουλές και η αποκατάσταση του λίπους στο πρόσωπο.[27–31] Οι παραπάνω περιπτώσεις συχνά συνορεύουν μεταξύ ιατρικής και αισθητικής χειρουργικής. Αυτό οδήγησε σε συνεχή τριβή με τους πλαστικούς χειρουργούς στις περισσότερες χώρες όπου οι δερματολόγοι ασχολήθηκαν με τη λιποαναρρόφηση. Ακόμη και σήμερα αποτελεί μήλον της έριδος που καθοδηγείται κυρίως από προσωπικά και οικονομικά συμφέροντα σε πολλές ασιατικές χώρες και ιδιαίτερα στη Μέση Ανατολή, όπου έχει απαγορευτεί στους δερματολόγους να πραγματοποιούν λιποαναρρόφηση και λιπομεταφορά. Μεταξύ δερματολόγων και πλαστικών υπάρχει δικαστική διαμάχη , ώστε οι δερματολόγοι να πάρουν πίσω τα δικαιώματά τους.[32]

ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΛΙΠΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχουν αναπτυχθεί διάφορες βοηθητικές τεχνολογίες , οι οποίες έχουν διευκολύνει την εκτέλεση της διαδικασίας. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1990, power-assisted μηχανήματα, δηλαδή μηχανήματα που λειτουργούσαν με δόνηση βοηθούσαν στην ταχύτερη διάσπαση και αναρρόφηση του λίπους. Ο πεπιεσμένος αέρας σε συνδυασμό με τον αυξημένο αριθμό οπών της κάννουλας, συνέβαλε στη μείωση του χρόνου εκτέλεσης και αναπόφευκτα στην κόπωση του χειρουργού.[33] Οι υπέρηχοι άρχισαν να χρησιμοποιούνται στις αρχές της δεκαετίας του 1990 ως εναλλακτική λύση στη συμβατική αναρρόφηση.[34] Η ηχητική ενέργεια χρησιμοποιήθηκε για τη μηχανική διάσπαση των λιποκυττάρων που αναρροφούνταν ευκολότερα, μειώνοντας έτσι την προσπάθεια του χειρουργού. Ωστόσο, αν και αρχικά υπήρχε αποδοχή αυτής της νέας τεχνικής, σύντομα απορρίφθηκε καθώς υπήρξαν αναφορές για αιματώματα, εγκαύματα και νευροαγγειακές βλάβες.[35] Οι συσκευές λιποαναρρόφησης βασισμένες στο laser εισήχθησαν τη δεκαετία του 1990, καθώς ήταν η εποχή διάδοσης του laser. Τα πρώτα μηχανήματα είχαν έναν λεπτό καθετήρα του οποίου η εισαγωγή στον λιπώδη ιστό λειτουργούσε όπως ένα ζεστό μαχαίρι στο βούτυρο και έλιωνε το λίπος καθιστώντας ευκολότερη την αναρρόφηση. Έπειτα, όμως συνδέθηκε με πολλές περιπτώσεις είτε επιφανειακών, είτε βαθύτερων εγκαυμάτων και ανομοιόμορφη αφαίρεση λίπους οδηγώντας σε μη ικανοποιητικό αισθητικό αποτέλεσμα.[36] Αργότερα, τα μηχανήματα αυτά τροποποιήθηκαν με τον ανιχνευτή laser να προστατεύεται μέσα σε μία κοίλη κάννουλα με ένα μεγάλο άνοιγμα στο άκρο της, που επέτρεπε στο laser να φτάσει στο στόχο. Αυτά διαπιστώθηκε ότι είναι ασφαλέστερα στη χρήση, καθώς αποτρέπουν σοβαρά εγκαύματα. Ένα από τα πλεονεκτήματα του laser έναντι των άλλων συσκευών ήταν, ότι η θερμότητα που προκαλεί συμβάλει στην αναδιαμόρφωση του κολλαγόνου και επακόλουθα στη σύσφιξη του δέρματος μετά την επέμβαση. Αν και σε θεωρητικό επίπεδο, η λιποαναρρόφηση με laser είχε αρκετά πλεονεκτήματα και το αισθητικό αποτέλεσμα ήταν καλύτερο, οι περισσότερες μελέτες βρέθηκαν να παραθέτουν προκατειλημμένα συμπεράσματα.[37] Οι συσκευές που βασίζονται στην τεχνολογία συχνά υποστηρίζονται από βιομηχανίες κάτι που επηρεάζει την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητά τους.

Η πιο πρόσφατη καινοτομία στο πεδίο της μη χειρουργικής λιπόλυσης είναι η κρυολιπόλυση. Πίσω στο 1970, παρατηρήθηκε, ότι ένα κρύο ποτήρι μέσα στο στόμα ενός παιδιού οδήγησε σε ερυθηματώδη σκλήρυνση ακολουθούμενη από παροδική νέκρωση λίπους (cold-induced panniculitis). Αυτή η ιδέα εξελίχθηκε στη σημερινή κρυολιπόλυση, που περιλαμβάνει την εφαρμογή ενός ψυχρού ανιχνευτή στην επιθυμητή περιοχή του δέρματος, ο οποίος ρυθμίζεται σε πολύ

χαμηλή θερμοκρασία (η επιθυμητή βέλτιστη θερμοκρασία του λιπώδους ιστού είναι οι 4°C). Αυτή η διαδικασία θεωρείται ότι προκαλεί μια φλεγμονώδη αντίδραση, που τελικά καταλήγει σε απόπτωση των λιποκυττάρων. Ωστόσο,η διαδικασία, αν και μη επεμβατική, σχετίζεται με παρενέργειες όπως ερύθημα, τοπικό οίδημα, πόνος (που διαρκεί έως 6 εβδομάδες), και συχνά υποτροπή λίπους στην περιοχή που θεραπεύτηκε.[38]

Η ανάγκη για σύσφιξη του δέρματος σε συνδυασμό με body shaping,οδήγησε στη χρήση ραδιοσυχνοτήτων. Η πρώτη χρήση ραδιοσυχνοτήτων για σύσφιξη καταγράφεται στην ορθοπεδική χειρουργική, όπου συνδέθηκε με τη συρρίκνωση του κολλαγόνου για τη θεραπεία της αστάθειας του ώμου.[39] Έκτοτε μη επεμβατικές συσκευές ραδιοσυχνοτήτων δοκιμάστηκαν για τη σύσφιξη του δέρματος του προσώπου, σε συνδυασμό με ψυκτικό σπρέι για να αποφευχθεί η επιδερμική βλάβη. Έχει αποδειχθεί in vivo, ότι η θέρμανση του λιπώδους ιστού πάνω από 43°C έχει ως αποτέλεσμα τον «αργό θάνατο» των λιποκυττάρων προκαλώντας τελικά μείωση της κυτταρίτιδας και των εναποθέσεων λίπους.[40] Ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) έδωσε άδεια χρήσης σε συσκευές ραδιοσυχνοτήτων για μη επεμβατική θεραπεία ρυτίδων τον Ιούλιο του 2000. Συχνά οι ραδιοσυχνότητες συνδυάζονται με άλλες θεραπείες, όπως η υπέρυθρη ακτινοβολία, η αναρρόφηση και το μηχανικό μασάζ για να επιτευχθεί περιμετρική μείωση του λίπους.[41]

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΥΤΟΛΟΓΟΥ ΛΙΠΟΥΣ

Η διαδικασία της μεταφοράς λίπους συμπίπτει με τις εξελίξεις στο χώρο της ιατρικής τα τελευταία 150 χρόνια. Είναι ,πράγματι, συναρπαστικό να γνωρίζουμε ότι η μεταφορά λίπους είχε μελετηθεί πολύ πριν την ύπαρξη της λιποαναρρόφησης. Κινητήριος δύναμη αποτέλεσε η ανάγκη για επιδιόρθωση των παραμορφώσεων του περιγράμματος του προσώπου, που προκαλούνται από ασθένειες ή χειρουργικές επεμβάσεις.

Η πρώτη αναφορά σχετικά με αυτό αφορούσε τη χρήση παραφίνης στα τέλη του δεκάτου ενάτου αιώνα από έναν Βιεννέζο γιατρό, Robert Gersuny και έναν νευρολόγο από τη Νέα Υόρκη, τον J. Leonard Corning (πρωτοπόρος στον τομέα της επισκληριδίου αναισθησίας). Εργάστηκαν σε αυτή την πρακτική κατά την ίδια χρονική περίοδο, αλλά ανεξάρτητα. Ο Gersuny διόρθωσε παραμορφώσεις και ατέλειες, την ουρική ακράτεια, την ασθένεια Rhomberg και πολλά άλλα.[42,43] Στα μέσα του δεκάτου ενάτου αιώνα ανακαλύφθηκε η παραφίνη από έναν Γερμανό Χημικό, τον βαρόνο Carl von Reichenbach και ήταν το πρώτο ενέσιμο υλικό που χρησιμοποιήθηκε στη σύγχρονη εποχή. Έχει σημείο τήξης μεταξύ 46°C και 68°C, γεγονός που το έκανε ιδανικό για τοποθέτηση με σύριγγα, σε συνδυασμό με βαζελίνη και ελαιόλαδο, σε παραμορφωμένες περιοχές ειδικά σε περιστατικά εφιππιοειδούς ρινός, που προκαλούνταν από σύφιλη κατά τον δέκατο ένατο αιώνα. Επιπλέον, ήταν μία διαδικασία που δεν απαιτούσε τομές. Ωστόσο, πολύ σύντομα διαπιστώθηκε, ότι η παραφίνη μεταναστεύει στους ιστούς δημιουργώντας σκληρούς σβώλους, τα οποία ονομάστηκαν παραφινώματα και προκαλούσαν πνευμονική εμβολή και λοιμώξεις.[44,45]

Η αναζήτηση ενός ιδανικότερου, ασφαλέστερου υλικού για filler οδήγησε στη χρήση λίπους, καθώς θεωρήθηκε ασφαλέστερο. Οι πρώτες αναφορές τοποθετούνται το 1893, όταν ένας Γερμανός χειρουργός, ο Gustav Neuber μετέφερε λίπος από τους βραχίονες στην περιοφθαλμική περιοχή, με σκοπό να διορθώσει βλάβες που προκλήθηκαν από οστεομυελίτιδα.[46] Το 1895, ένας άλλος Γερμανός, ο Victor Czerny χρησιμοποίησε το λίπος από ένα λίπωμα για να καλύψει ουλές στον μαστό που προκαλήθηκαν από εκτομή όζων σε περιστατικό ινοκυστικής μαστίτιδας.[47]Κατά την πρώτη δεκαετία του εικοστού αιώνα, έπειτα από αναφορές για καταστροφικά αποτελέσματα από τη χρήση παραφίνης, ο Eugene Hollander από τη Γερμανία πρότεινε το λίπος ως το πιο φυσικό filler. Όταν όμως κατάλαβε ότι το αυτόλογο λίπος δεν επιβιώνει πολύ, ανακάτεψε το ανθρώπινο λίπος με λίπος από κριάρι. Αυτό οδήγησε σε αντιδράσεις για έως και 3 ημέρες μετά τη διαδικασία, αλλά το αποτέλεσμα ήταν αρκετά αποδεκτό.[48] Το 1919, ο Γερμανός γναθοπροσωπικός και πλαστικός χειρουργός, Erich Lexer, έγραψε εκτενώς για το μόσχευμα λίπους στο βιβλίο του Die freien Transplantationen (Free Transplantations) για ένα ευρύ φάσμα ενδείξεων όπως παραμορφώσεις περιγράμματος, μικροσωμία, μικρογονία, ασυμμετρία μαστού και σύσπαση του Duputyren.[49] Το 1926, ο αισθητικός χειρουργός από το Σικάγο, Charles C. Miller υποστήριξε την τοποθέτηση λιπώδους ιστού από την κοιλιά, κομμένου σε μικρότερα κομμάτια με τη χρήση σύριγγας με βιδωτό έμβολο με σκοπό τη διόρθωση ρινοπαρειακών ρυτίδων, των περιοφθαλμικών ρυτίδων, καθώς και περιστατικών εφιππιοειδούς ρινός.[50]

ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΛΙΠΟΥΣ

Στο πρώτο μισό του δεκάτου ενάτου αιώνα πολλοί χειρουργοί χρησιμοποιούσαν λίπος για αισθητικές διορθώσεις. Σύντομα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το λίπος δεν επιβίωνε για μεγάλο χρονικό διάστημα, και ως εκ τούτου η χρήση του περιορίστηκε. Στη δεκαετία του 1950, ο Lyndon Peer χαρτογράφησε με ακρίβεια την επιβίωση των μεταμοσχευμένων λιποκυττάρων για έως και ένα έτος, καταλήγοντας στο συμπέρασμα, ότι περίπου το 50% των λιποκυττάρων υπέστη ρήξη και οδήγησε σε ίνωση στο σημείο λήψης. Ωστόσο, το 50% των κυττάρων επιβίωσε ως λιπώδης ιστός.[51] Επιπλέον, το ζήτημα της δημιουργίας ουλών στο σημείο λήψης του λίπους ήταν κάτι που δυσκόλεψε πολλούς χειρουργούς. Αυτός υπήρξε και ο λόγος, για τον οποίο δεν είχαν σε ιδιαίτερη υπόληψη την πρακτική της μεταφοράς λίπους. Δεν σημειώθηκαν περαιτέρω εξελίξεις σε αυτό το πεδίο μέχρι και τη δεκαετία του 1980 ,όταν επανεμφανίστηκαν αναφορές για μεταφορά λίπους, έπειτα από την επινόηση της λιποαναρρόφησης από τους Fournier και Illouz, που χρησιμοποίησαν για την αναρρόφηση λίπους κάνουλες και στη συνέχεια προσπάθησαν να το εγχύσουν στο πρόσωπο και σε άλλες περιοχές. Αυτό ονομάστηκε Lipofilling. [52,53]

Η αναζήτηση γύρω από τα ζητήματα επιβίωσης των λιποκυττάρων μετά τη μεταφορά, οδήγησε σε νεότερες τεχνικές εκτέλεσης της διαδικασίας. Στη δεκαετία του 1980, ο Αργεντινός χειρουργός, Abel Chajchir πρότεινε τον ευαίσθητο χειρισμό των λιποκυττάρων κατά την αναρρόφηση, την πλύση αυτών με φυσιολογικό ορό και την τοποθέτησή τους σε περιοχή με πλούσια αιμάτωση.[54] Σήμερα, η πρακτική της μεταφοράς λίπους βασίζεται, ως επί το πλείστον, στα πρωτόκολλα που ορίστηκαν από τον Sydney Coleman, πλαστικό χειρουργό από τη Νέα Υόρκη, τη δεκαετία του 1990. Ο Coleman συνέστησε προσεκτική αναρρόφηση λίπους χρησιμοποιώντας κάνουλα 3 mm προσαρτημένη σε σύριγγα Luer lock 10 ml χαμηλής αρνητικής πίεσης. Αυτό θα προκαλούσε τη μικρότερη βλάβη στα λιποκύτταρα. Το υλικό στη συνέχεια φυγοκεντρήθηκε για να διαχωριστεί το λίπος από το ανεπιθύμητο έλαιο και άλλα ι-

νώδη στοιχεία. Έπειτα, τοποθετήθηκε σε μικρές ποσότητες σε στενή επαφή με τους ιστούς του ξενιστή χρησιμοποιώντας κάνουλα 18 G. Ο ίδιος ονόμασε την παραπάνω τεχνική Lipostructure.[55,56] Με τον καιρό άρχισε να διδάσκει τις τεχνικές του σε χειρουργούς σε όλες τις ηπείρους κάτι που οδήγησε στην εφαρμογή τους στην Ευρώπη τα τελευταία χρόνια. Εξέδωσε το πρώτο εγχειρίδιο για τη λιπομεταφορά το 2004, με τίτλο Structural Fat Grafting, το οποίο είναι μία ολοκληρωμένη συλλογή των υποθέσεών του , εξηγώντας λεπτομερώς την τεχνική του.[57] Το εγχειρίδιο αυτό αποτελεί, μέχρι και σήμερα, τη «βίβλο» για όλους όσους ασχολούνται με τη μεταφορά λίπους.

ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΜΕ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΛΙΠΩΔΗ ΙΣΤΟ (ADSC)

Στις αρχές του εικοστού πρώτου αιώνα ανακαλύφθηκαν βλαστοκύτταρα στο λίπος, τα οποία ονομάστηκαν ADSCs και είναι μεσεγχυματικής προέλευσης. Αυτά μπορούσαν να διαφοροποιηθούν σε λιποκύτταρα, χονδροκύτταρα, οστεοβλάστες και μυοκύτταρα. Θεωρήθηκε, ότι έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση κατεστραμμένων ιστών. Αυτό έγινε γνωστό από μια ομάδα πλαστικών χειρουργών από το Πίτσμπουργκ με επικεφαλής τον Bill Futrell.[58] Το 2007, ο Gino Rigotti και μια ομάδα πλαστικών χειρουργών από τη Βερόνα της Ιταλίας απομόνωσαν το stromal vascular fraction (SVF), που εμπεριέχει τα ADSCs του αναρροφηθέντος λίπους αποδεικνύοντας ότι συμβάλλει στη νεοαγγείωση και την ύφεση των συμπτωμάτων σε περιστατικά που είχαν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία.[59] Το παραπάνω γεγονός αποδεικνύει την αναπλαστική ικανότητα των λιποκυττάρων, πέραν της ικανότητας συμπλήρωσης όγκου για την οποία έγιναν αρχικά γνωστά.

Κατά την πρώτη δεκαετία του τρέχοντος αιώνα η πρακτική της μεταφοράς λίπους προωθούταν σε συνέδρια πλαστικής χειρουργικής πέρα από τον Ατλαντικό. Για το λόγο αυτό προέκυψε και η συγγραφή ενός δεύτερου εγχειριδίου για το μόσχευμα λίπους, Fat Injection, from Filling to Regeneration από τον Sidney Coleman, το οποίο συνυπογράφει ο Ricardo Mazzola, ΩΡΛ και Πλαστικός Χειρουργός από το Μιλάνο. Ακολούθως, η International Society of Plastic Regenerative Surgery ιδρύθηκε το 2011 και προώθησε την έρευνα σχετικά με τις αναπλαστικές και αναγεννητικές ικανότητες του ανθρωπίνου σώματος. Το πρώτο της συνέδριο έγινε στη Ρώμη τον Μάρτιο του 2012 υπό την προεδρία του Gino Rigotti.[44]

NANOFAT

Ο όρος Nanofat αναφέρθηκε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία το 2013 από τον Patrick Tonnard και μια ομάδα ερευνητών από το Βέλγιο. Η ιδέα χρήσης ενός παράγωγου λιποαναρόφησης, που εμπεριέχει ελάχιστα λιποκύτταρα και δεν προσθέτει όγκο, αλλά ταυτόχρονα εμπεριέχει όλες τις άλλες κυτταρικές σειρές (όπως βλαστοκύτταρα, μακροφάγα, ενδοθηλιακά, ουδετερόφιλα, μονοκύτταρα και λεμφοκύτταρα), δημιούργησε την έννοια του nanofat.

Κάλλιστα θα μπορούσε να μην ονομάζεται nanofat, καθώς δεν υπάρχουν σχεδόν καθόλου βιώσιμα λιποκύτταρα σε αυτό. Οι πρώτες αναφορές για παρασκευή nanofat, περιέγραψαν την γαλακτοματοποίηση του προϊόντος της λιποαναρρόφησης, που γινόταν με τη χρήση κάνουλας 2–3 mm με οπές 2 mm. Αυτή η γαλακτοματοποίηση πραγματοποιήθηκε περνώντας το αναρροφηθέν υλικό από μία σύριγγα 10 ml σε μία άλλη μέσω μεταφοράς του λίπους κάνοντας χρήση βαλβίδων διαφορετικού διαμετρήματος. Αυτό το γαλακτωματοποιημένο μίγμα διοχετεύθηκε στη συνέχεια μέσω ενός φίλτρου, που αφαιρούσε τα υπολείμματα λιποκυττάρων. Ο όγκος του διαλύματος που ελήφθη ήταν περίπου το ένα δέκατο του όγκου της λιποαναρρόφησης.[61]

Το Nanofat αναπτύχθηκε αρχικά με σκοπό τη δημιουργία ενός λεπτότερου διαλύματος για τις ρυτίδες, ως υποκατάστατο για τα filler υαλουρονικού χαμηλής πυκνότητας. Σύντομα έγινε αντιληπτό, ότι οι ενέσεις nanofat είχαν μεγαλύτερη απόδοση χάρη στην παρουσία βλαστοκυττάρων και αυξητικών παραγόντων. Προβλέπεται ότι θα εξελιχθεί στο πιο διαδεδομένο filler στα επόμενα χρόνια αντικαθιστώντας τα filler υαλουρονικού οξέος.

Η πρόοδος στον τομέα της λιποαναρρόφησης και της μεταφοράς λίπους συνοδεύτηκε από την ανάπτυξη πιο εξελιγμένων μηχανημάτων για την προετοιμασία και τη μεταφορά nanofat. Πολλοί κατασκευαστές από διάφορες χώρες έχουν δημιουργήσει μηχανήματα προηγμένης διήθησης και ισχυρίζονται ότι εξασφαλίζουν την απόκτηση υψηλής ποιότητας nanofat. Αυτό έχει μειώσει την ανάγκη για in vitro επεξεργασία λίπους για SVF, όπου τα βλαστοκύτταρα απομονώνονται και προστίθενται στο ενέσιμο υλικό, εξαιτίας του αυξημένου χρόνου που απαιτείται για την ολοκλήρωση της διαδικασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dolsky RL, Newman J, Fetzek JR, Anderson RW. Liposuction: history, techniques and complications. Dermatol Clin. 1987;5:313-333.
2. Schrudde J. Lipexheresis (liposuction) for body contouring. Clin Plast Surg. 1982;11:445-456.
3. Fischer G. Liposculpture: the correct history of liposuction: part 1. J Dermatol Surg Oncol. 1990;16:1087-1089.
4. Fischer A, Fischer G. First surgical treatment for molding body's cellulite with three 5mm incisions. Bull Int Acad Cosmet Surg. 1976;3: 35.
5. Kesselring UK, Meyer RA. Suction curette for removal of excess local deposits of subcutaneous fat. Plast Reconstr Surg. 1978;62: 305-306.
6. Flynn TC, Coleman WP III, Field LM, Klein JA, Hanke WC. History of liposuction. Dermatol Surg. 2000;26:515-520.
7. Fournier P, Otten F. Lipodissection in body sculpturing: the dry procedure. Plast Reconstr Surg. 1983;75:598-609.
8. Field LM. Lipo-suction surgery: a review. J Dermatol Surg Oncol. 1984;10:530-538.
9. Klein JA. Tumescent technique for regional anesthesia permits lidocaine doses of 35 mg/kg for liposuction. J Dermatol Surg Oncol. 1990;16:248-263.
10. Lillis PJ. Liposuction surgery under local anesthesia: limited blood loss and minimal lidocaine absorption. J Dermatol Surg Oncol. 1988; 14:1145-1148.
11. Klein JA. Tumescent technique for local anesthesia improves safety in large volume liposuction. Plast Reconstr Surg. 1993;92:1085-1098.
12. Lillis PJ. The tumescent technique for liposuction surgery. Dermatol Clin. 1990;8:439-450.
13. Coleman WP III, Glogau RG, Klein JA, et al. Guidelines of care for liposuction. J Am Acad Dermatol. 2001;45(3):438-447.
14. Svedman CJ, Coldiron B, Coleman WP III, et al. ASDS guidelines of care for tumescent liposuction. Dermatol Surg. 2006;32(5):709-716.
15. Illouz YG. Body contouring by lipolysis: a 5 year experience with over 3000 cases.

Plast Reconstr Surg. 1983;72950:591 597.
16. Klein JA. Microcannulas. Tumescent technique. St Louis: Mosby Inc; 2000:235 247.
17. Fournier PF. Liposculpture. The Syringe Technique. Paris, France: Arnette Blackwell; 1991.
18. Markey AC. Liposuction in cosmetic dermatology. Clin Exp Dermatol. 2001;26:3-5.
19. Toledo LS. Syringe liposculpture. Clin Plast Surg. 1996;23:683-693.
20. Klein JA. Surgical technique: Microcannular Tumescent Liposuction. Tumescent Technique. St Louis: Mosby Inc; 2000:248-270.
21. Lewis CM. Comparison of the syringe and pump aspiration methods of lipoplasty. Aesth Plast Surg. 1991;15:203-208.
22. Sattler G, Sommer B, Bergfield D, Sattler S. Tumescent liposuction in Germany: history and new trends and techniques. Dermatol Surg. 1999;25:221-223.
23. Pace MM, Chatterjee A, Merrill DG, Stotland MA, Ridgway EB. Local anaesthetics in liposuction: considerations for new practice advisory guidelines to improve patient safety. Plast Reconstr Surg. 2013; 131(5):820-826.
24. Bernstein G, Hanke CW. Safety of liposuction: a review of 9478 cases performed by dermatologists. J Dermatol Surg Oncol. 1988;14: 1112-1114.
25. Halk A, Habbema L, Genders R, Hanke WC. Safety studies in the field of liposuction: a systematic review. Dermatol Surg. 2019;45(2): 171-182.
26. Klein JA. Risks of systemic anaesthesia. Tumescent Technique. St Louis: Mosby Inc; 2000:32-42.
27. Choi CW, Kim BJ, Moon SE, Youn SW, Park KC, Huh CH. Treatment of lipomas assisted with tumescent liposuction. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007;21:243-246.
28. Coleman WP III. Liposuction for axillary hyperhidrosis. J Am Acad Dermatol. 2013;69(6):1062.
29. Fagerlund A, Lewin R, Rufolo G, Elander A, Santanelli di Pompeo F, Selvaggi G. Gynecomastia: a systematic review. J Plast Surg Hand Surg. 2015;49(6):311-318.
30. Asken S. Facial Liposuction and microlipoinjection. J Dermatol Surg Oncol. 1988;14:297-305.
31. Coleman WP III. Non cosmetic applications of liposuction. J Dermatol Surg Oncol. 1988;14:1085-1090.
32. Personal communication from Dr Fatma Al shehri (Saudi Arabia), Dr Sri Lestari (Indonesia), Dr Mahaveer Mehta (UAE) and Dr I brahim Al aradi (Kuwait).
33. Viterbo F, Ochoa JS. Vibroliposuction: a study of rate of aspiration. Aesth Plast Surg. 2002;26(2):118-122.
34. Zocchi M. Ultrasonic liposculpturing. Aesth Plast Surg. 1992;16: 287-298.
35. Bellini E, Greico MP, Raposio E. A journey through liposuction and liposculpture: review. Ann Med Surg. 2017;24:53-60.
36. Apfelberg D. Results of multicentric study of laser-assisted lipo- suction. Clin Plast Surg. 1996;23:713-719.
37. Pereira-Netto D, Montano-Pedroso JC, Silva Aidar ALE, Marson WL, Ferreira LM. Laser-assisted liposuction (LAL) versus traditional liposuction: systematic review. Aesth Plast Surg. 2018;42(2):376-383.
38. Ingargiola MJ, Motakef S, Chung MT, Vasconez HC, Sasaki GH. Cryolipolysis for fat reduction and body contouring: safety and efficacy of current treatment paradigms. Plast Reconstr Surg. 2015; 135(6):1581-1590.
39. Lopez MJ, Hayashi K, Fanton GS, Thabit G III, Markel MD. The effect of radiofrequency energy on the ultra-structure of joint capsular collagen. Arthroscopy. 1998;14:495-501.
40. Franco W, Kothare A, Ronan SJ, Grekin RC, McCalmont TH. Hyperthermic injury to adipocyte cells by selective heating of subcutaneous fat with a novel radiofrequency device: feasibility studies. Lasers Surg Med. 2010;42:361-370.
41. Belenky I, Margulis A, Elman M, Bar-Yosef U, Paun SD. Exploring channeling optimized radiofrequency energy: a review of radio- frequency history and applications in esthetic fields. Adv Ther. 2012; 29(3):249-266.
42. Gersuny R. Uber eine subkutane Prosthese. Ztschr Heilk. 1900;21:199.
43. Corning JL. The use of congealed oils to prevent the reunion of nerves after their subcutaneous division. Med Rec NY. 1896;50:809.
44. Mazzola RF, Mazzola IC. The fascinating history of fat grafting. J Craniofac Surg. 2013;24(4):1069-1071.
45. Stein AE. Paraffin-Injektionen. Theorie und Praxis. Sttuttgart: Enke; 1904:79-114.
46. Neuber G. Uber die Wiederanheilung vollstandig vom Korper ge- trennter die ganze Fettschicht enthaltender Hautstucke. Zbl f Chirurgie. 1893;30:16.
47. Czerny V. Plasticher ersatz der Brustdruse durch ein Lipom. Arch f kiln Chirurgie. 1895;50:544-550.
48. Hollander E. Die kosmetische Chirurgie. In: Joseph M, ed, Handbuch der Kosmetik. Leipzig: von Veit; 1912:689-690.
49. Lexer E. Die Freien Transplantionen. Stuttgart: Enke; 1919- 1924: 264-547.
50. Miller CC. Cannula Implants and Review of Implantation Techniques in Esthetic Surgery. Chicago: Oak Press; 1926:66-71.
51. Peer LA. Transplantation of tissues. Baltimore: Williams & Wilkins; 1955:396-398.
52. Fournier PF. Microlipoextraction et microlipoinjection. Rev Chir Esthet Lang Fr. 1985;10:36-40.
53. Illouz YG. The fat cell "graft": a new technique to fill depressions. Plast Reconstr Surg. 1986;78:122-123.
54. Chajchir A, Benzaquen I. Fat grafting injection for soft tissue augmentation. Plast Reconstr Surg. 1989;84:921-934.
55. Coleman SR. Long-term survival of fat transplant: controlled demonstrations. Aesthetic Plast Surg. 1995;19:421-425.
56. Coleman SR. Facial recontouring with lipostructure. Clin Plast Surg. 1997;24:347-367.
57. Coleman SR. Structural Fat Grafting. St Louis: Quality Medical Pub- lishing; 2004.
58. Zuk PA, Zhu M, Ashjian P, et al. Human adipose tissue is a source of multipotent stem cells. Mol Biol Cell. 2001;13:4279-4295.
59. Rigotti G, Marchi A, Galie M, et al. Clinical treatment of radiotherapy tissue damage by lipoaspirate transplant: a healing process mediated by adipose-derived adult stem cells. Plast Reconstr Surg. 2007;119: 1409-1422.
60. Coleman SR, Mazzola RF, eds. Fat Injection from Filling to Regeneration. St Louis: Quality Medical Publishing; 2009.
61. Tonnard P, Verpaele A, Peeters G, Hamdi M, Cornelissen M, Declerq H. Nanofat grafting: basic research and clinical applications. Plast Reconstr Surg. 2013;132(4):1017-1026.

«Δε θέλω να παραμορφωθώ» είναι η δεύτερη ή τρίτη φράση που συνήθως ακούω όταν κάποιος επισκέπτεται για πρώτη φορά το ιατρείο μου, γυναίκα ή άντρας, με σκοπό να κάνει μια αισθητική παρέμβαση στο πρόσωπο του και η αλήθεια είναι ότι το γεγονός με έχει προβληματίσει αρκετά.

ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: Τις πταίει;

Φωτεινή Μπαγεώργου, Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος

Αυτή είναι άραγε η εικόνα που έχουν οι ασθενείς για εμάς; Ο φόβος υπερτερεί του ενθουσιασμού; Γιατί η έκφραση της επιθυμίας, για την εκάστοτε ιατρική αισθητική πράξη, ακολουθεί την προειδοποίηση και δεν προηγείται αυτής; Όταν ένας ασθενής επισκέπτεται έναν παθολόγο άραγε τον προειδοποιεί ότι δε θέλει να πεθάνει;

Εμείς επιτρέψαμε να συμβεί αυτό ή φταίνε οι ασθενείς , η κοινωνία, τα πρότυπα; Και τι μας επιφυλάσσει το μέλλον;

Ένα μεγάλο μέρος ευθύνης μάς αναλογεί και θα πρέπει να το αναγνωρίσουμε και να το παραδεχτούμε. Μας αρέσει να λέμε ότι ζούμε στην εποχή της εικόνας γιατί μας απενοχοποιεί. Αλλά ποιος δημιούργησε αυτή την εικόνα; Παραπονιόμαστε ότι οι ασθενείς μάς δείχνουν πρότυπα από τα social media με πρησμένα μάγουλα και ασφυκτιούντα χείλη αλλά ποιος άνοιξε το δρόμο για όλα αυτά; Μήπως εμείς αρχίσαμε να παραφουσκώνουμε τα πάντα δίνοντας λαβή στους ασθενείς να παρεκτραπούν πηγαίνοντας οι ίδιοι στη συνέχεια τα πράγματα ένα βήμα παρακάτω;

Η παρείσφρηση δε τόσων επιτήδειων ανεκπαίδευτων, γιατρών ή μη, στον τομέα της δερματολογίας, της δερματοχειρουργικής και της αισθητικής δερματολογίας, δίνει αποτελέσματα που προκαλούν τρόμο στον κόσμο αλλά και σε μένα την ίδια. Γι' αυτό, η περιφρούρηση της ειδικότητας είναι κάτι που θα πρέπει να μας απασχολήσει μελλοντικά.

Σε ότι αφορά τώρα τους ασθενείς, πράγματι η αλληλεπίδρασή τους με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και την τηλεόραση έχει δημιουργήσει την ψευδαίσθηση ότι μπορεί ένας δερματολόγος να αποδώσει στην πραγματικότητα αυτό που βλέπουν μέσα από τα εντυπωσιακά φίλτρα. ***Αυτό όμως είναι αδύνατον***. Θα πρέπει εμείς να πάψουμε να υποσχόμαστε ως άλλοι θεοί και οι ασθενείς να το κατανοήσουν βαθιά.

Τι γίνεται όμως με την εποχή; Παίζει καθόλου ρόλο η συγκυρία; Ως γιατροί άλλωστε θα πρέπει πολύ καλά να αναγνωρίζουμε πόσο σημαντική είναι η επίδραση του περιβάλλοντος στο φαινότυπο. Ο εγκλεισμός λόγω της πανδημίας άφησε το αποτύπωμά του στην κοινωνία. Είναι γνωστό πως όταν μικραίνει ο χώρος μεγαλώνει ο χρόνος… Οι άνθρωποι είχαν λοιπόν την ευκαιρία να κοιτάξουν τον εαυτό τους στον καθρέφτη ή στην οθόνη του zoom και να δημιουργηθούν αμέσως νέες ανάγκες οι οποίες θα μας συνοδεύσουν στο μέλλον. Δεν είναι άλλωστε τυχαίος ο συνεχόμενα αυξανόμενος αριθμός αντρών, που ενδιαφέρονται για τη βελτίωση της εικόνας τους.

Το 25 % των ασθενών που αναζητούν αισθητικές πράξεις στο ιατρείο μου είναι πλέον άντρες, ποσοστό το οποίο εμφανίζει αυξητικές τάσεις.

Με λύπη δε, διαπιστώνω ότι τα ηλικιακά όρια κατηφορίζουν επικίνδυνα. Είναι αναμενόμενο μια γυναίκα μετά τα 30 να αναζητά κάποια βελτίωση, δεν είναι σπάνιο στις μέρες μας δυστυχώς μια γυναίκα κοντά στα 60 να θέλει να συναγωνιστεί την κόρη της, αλλά είναι βαθιά λυπηρό οι έφηβες να μην αναγνωρίζουν το πλεονέκτημα της φρεσκάδας και της νιότης τους. Σε ένα ποσοστό περίπου 30 % ηλικίες από 18-25 ετών θα αναζητήσουν κάποια αισθητική παρέμβαση. Την είσοδο της έχει κάνει δυναμικά επιπλέον και η γκέι κοινότητα με αρκετά διαφοροποιημένα πρότυπα.

Χρέος μας λοιπόν είναι να αποκαταστήσουμε τα πράγματα στο μερίδιο που μας αναλογεί*. Η αισθητική δερματολογία είναι ένα κομμάτι της ειδικότητάς μας που καταλαμβάνει μεγάλο μέρος της καθημερινής ιατρικής μου πράξης αλλά και της ιατρικής μου εκπαίδευσης η οποία φροντίζω να μην τελειώνει ποτέ.* Αυτού του είδους οι θεραπείες είναι πράξεις που λατρεύω να κάνω στον εαυτό μου και στους ασθενείς μου, προϋποθέτουν όμως άριστη γνώση, σοβαρή εκπαίδευση, σημαντική εξειδίκευση, και υπευθυνότητα. Θα πρέπει οι ίδιοι να συνειδητοποιήσουμε ότι *δεν είμαστε «εφαρμοστές υλικών» αλλά υπηρετούμε μια επιστήμη που έγινε τέχνη. Ειδικά εμείς οι Έλληνες δερματολόγοι θα πρέπει να επαναφέρουμε την έννοια του «Κάλλους» στην καθημερινή πρακτική* και να εκπαιδεύσουμε τους ασθενείς μας προς την ίδια κατεύθυνση με γνώμονα πάντα το «Μέτρον Άριστον». Έτσι θα ανοιχτεί μπροστά μας ένας ολόκληρος κόσμος θεραπειών που θα δώσουν λύσεις σε όλα τα προβλήματα που τους απασχολούν και θα τους ανανεώσουν χωρίς το αποτέλεσμα να είναι αστείο ή θλιβερό. Το ίδιο προσπαθώ να κάνω κι εγώ πάντα με σεβασμό προς το μεγαλύτερο όργανο του ανθρώπινου σώματος, το δέρμα. Συνηθίζω να αφιερώνω πολύ χρόνο στο να ακούω των προβληματισμό των ασθενών μου και να κατανοώ τις ανάγκες τους, να δίνω τη συμβουλή μου ως ειδικός προς τη σωστή κατεύθυνση και να ανακατευθύνω προς άλλη ειδικότητα όταν αναγνωρίσω ότι το πρόβλημα είναι βαθύτερο και χρήζει άλλου τύπου βοήθειας.

Στόχος μου είναι το έντρομο και αγχωμένο πρόσωπο της πρώτης επίσκεψης να μου κλείνει φεύγοντας το μάτι ικανοποιημένο και με ανακούφιση… αλλά κυρίως να μην ντρέπομαι όταν βλέπω στο δρόμο τα αποτελέσματα που δημιούργησα!

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Νομικό πλαίσιο των αισθητικών πράξεων Ιατρική Πράξη - Συναίνεση του Ασθενούς

Όταν επιχειρείται Ιατρική Πράξη χωρίς την απαιτούμενη κατά νόμο προηγούμενη ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς, τότε αναμφίβολα πρόκειται για «αυθαίρετη» Ιατρική Πράξη.

Στην περίπτωση αυτή, ερείδεται η αξίωση του ασθενούς κατά του αυθαιρετούντος ιατρού (που δεν μερίμνησε να ενημερώσει τον ασθενή και να λάβει την συναίνεσή του) προς Αποκατάσταση της ζημίας από κάθε βλάβη στο σώμα του και την υγεία του εν γένει. Αρκεί η προκληθείσα ζημία να συνδέεται αιτιωδώς με την αυθαίρετη ιατρική πράξη, χωρίς να έχει νομική σημασία το γεγονός ότι η πράξη εκτελέστηκε σύμφωνα με τους κανόνες της Ιατρικής (βλ. Ο νέος κώδικας ιατρικής δεοντολογίας (Ν. 3418/2005): βασικές ρυθμίσεις, 2006 / Κ. Φουντεδάκη, Η «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς», σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας , σελ.15-16).

Προκειμένου να είναι Ισχυρή η συναίνεση του ασθενούς για την ενέργεια ιατρικών πράξεων, απαιτείται, μεταξύ άλλων, **η πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωσή του (informed consent) από τον ιατρό**, ο οποίος υπέχει εκ του νόμου την σχετική υποχρέωση. Ειδικότερα, η υποχρέωση αυτή προβλέπεται τόσο στη διάταξη του άρθρου 5 του Ν.2619/1998 «περί κυρώσεως της Σύμβασης του Οβιέδο για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική», όσο και στα άρθρα 11 & 12 του Ν. 3418/2005-Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

Η ενημέρωση του ασθενούς πρέπει, κατά μεν τη διατύπωση της Σύμβασης του Οβιέδο, να περιλαμβάνει τον σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και τα επακόλουθα και ιδίως του κινδύνους που αυτή συνεπάγεται, κατά δε τη διατύπωση του άρθρου 11 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, η ενημέρωση αυτή πρέπει να περιλαμβάνει το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις καθώς και τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης.

Η μάλλον κρατούσα άποψη πρεσβεύει ότι ο ιατρός οφείλει να ενημερώνει για τους «τυπικούς» κινδύνους ορισμένης ιατρικής πράξης, οι οποίοι εμφανίζονται σε ποσοστό άνω του 3% (κατ'άλλους, άνω του 1%), αλλά, λόγω βαρύτητας και για το κίνδυνο θανάτου ή σοβαρής αναπηρίας, ακόμη κι όταν αυτά προκύπτουν πολύ σπάνια ως επιπλοκές της ιατρικής πράξης.

Η μη ενημέρωση του ασθενούς από τον ιατρό για τον βαθμό επικινδυνότητας και δη για το ποσοστό πρόκλησης θανάτου ως επιπλοκής μιας εξέτασης συνιστά παράβαση από βαριά αμέλεια της υποχρέωσης του ιατρού να διαφωτίζει και να ενημερώνει τον ασθενή. Η υποχρέωση πλήρους διαφώτισης και ενημέρωσης του ασθενούς και λήψης της έγκυρης συναίνεσής του αφορά στη διενέργεια κάθε ιατρικής πράξης, ανεξαρτήτως του χαρακτήρα της ως διαγνωστικής ή θεραπευτικής.

Κ. Καρδουλάκης & Κ. Γυφτάκη
Δικηγόροι

Επιστολές Ελέγχου Εργαστηρίων Αισθητικής

Αγαπητοί Συνάδελφοι
Παρακαλούμε για τη συμβολή σας στις Επιτροπές ελέγχου εργαστηρίων αισθητικής - Ι.Σ.Α. Μπορείτε να διαβάσετε αναλυτικά την επιστολή που λάβαμε από τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών με αίτημα τον ορισμό εκπροσώπων (Τακτικού & Αναπληρωματικού Μέλους) καθώς και την Επιστολή της ΕΔΑΕ για τη συμμετοχή σας.

Επιστολή - ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ
Σεβαστουπόλεως 113, 115 21 Αθήνα
Αθήνα, 10-2-2022, Α.Π.: 26983
Αγαπητοί Συνάδελφοι
Προς την Ελληνική Δερματολογική
και Αφροδισιολογική Εταιρεία
Μιχαλακοπούλου 36, ΤΚ 11528 Αθήνα
Υπόψιν Προέδρου, κ. Ιωάννη Μπάρκη

Αξιότιμε κύριε Πρόεδρε,

Σας επισυνάπτουμε τα έγγραφα της Περιφέρειας Αττικής, Γεν. Δ/νσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας και συγκεκριμένα από τον Κεντρικό Τομέα, (συν. 1), Βόρειο Τομέα Αθηνών (συν. 2), Τομέα Δυτ. Αθήνας (Αιγάλεω) (συν. 3) και Δυτικής Αττικής (Ελευσίνα) (συν. 4), με αίτημα τον ορισμό εκπροσώπων (Τακτικού & Αναπληρωματικού Μέλους) για συμμετοχή τους στις Επιτροπές Ελέγχου Εργαστηρίων Αισθητικής.

Παρακαλούμε για να διευκολυνθεί το έργο των Επιτροπών της Περιφέρειας να μας αποστείλετε ονόματα ιατρών Δερματολόγων (2 για κάθε τομέα), προκειμένου ο Ι.Σ.Α. να τους ορίσει ως εκπροσώπους του στους αναφερόμενους τομείς.

Εν αναμονή της απαντήσεώς σας, σας ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία.

Για το ΔΣ του ΙΣΑ
Ο Πρόεδρος
Γιώργος Πατούλης
Ο Γεν Γραμματέας
Ευστάθιος Τσούκαλος

Καθίσταται απαραίτητο να συνδράμουμε στη διαφύλαξη της Ειδικότητάς μας με κάθε τρόπο. Η Ελληνική Δερματολογική & Αφροδισιολογική Εταιρεία συνεχίζει δυναμικά τον αγώνα της και σας χρειάζεται αρωγούς.

Εκ μέρους του ΔΣ της ΕΔΑΕ

Επικαιροποίηση Νομοθετικού Πλαισίου λειτουργίας Ιατρείων, Διαγνωστικών Εργαστηρίων, Πολυιατρείων, που λειτουργούν είτε με τη μορφή ατομικής επιχείρησης είτε με τη μορφή εταιρείας παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Με αφορμή τη δημοσίευση του ν. 4771/2021 και συγκεκριμένα των όσων προβλέπονται στο άρθρο 38 (Ζητήματα λειτουργίας Φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας) σας επισημαίνουμε τα κάτωθι:

Σύμφωνα με τα οριζόμενα στο Π.Δ. 84/2001 (όροι, προϋποθέσεις διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει και συγκεκριμένα στο άρθρο 11 για κάθε παροχή υπηρεσίας Π.Φ.Υ. ορίζεται ως επιστημονικά υπεύθυνος, ιατρός εταίρος ή άλλος ιατρός, αντίστοιχης ειδικότητας. Σε περίπτωση απουσίας του επιστημονικά υπεύθυνου κατά τη διάρκεια του ωραρίου λειτουργίας της Μονάδας ή λόγω άδειας ή ασθένειας ορίζεται ως αντικαταστάτης του αναπληρωτής αντίστοιχων προσόντων, ο οποίος περιλαμβάνεται στην κατάσταση επιστημονικού προσωπικού, που υποβάλλεται για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας ή ορίζεται μεταγενέστερα με έγγραφη δήλωση του φορέα Π.Φ.Υ. στην αρμόδια υπηρεσία. Η για οποιοδήποτε λόγο αποχώρηση επιστημονικά υπεύθυνου συνοδεύεται, ταυτόχρονα με τον ορισμό του αντικαταστάτη του και την υποβολή εντός 15 ημερών αίτησης για την τροποποίηση της βεβαίωσης λειτουργίας στον Ιατρικό Σύλλογο. Σε διαφορετική περίπτωση διακόπτεται η συγκεκριμένη δραστηριότητα του φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 38 του ν. 4771/2021 η παρουσία του επιστημονικά υπεύθυνου ή του νόμιμου αντικαταστάτη του κάθε φορέα ή τμήματος φορέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι υποχρεωτική καθ' όλο το ωράριο λειτουργίας του.

Εξάλλου σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 38 του ν. 4771/2021 η χορήγηση κοινής βεβαίωσης λειτουργίας είναι δυνατή και στην περίπτωση ιατρών διαφορετικής ειδικότητας. Με την με αριθμ Γ1β/Γ.Π./οικ. 29297/19-5-2021 Υπουργική απόφαση ορίζεται, ότι η δυνατότητα χορήγησης κοινής βεβαίωσης λειτουργίας αφορά μόνο τις κλινικές ειδικότητες εξαιρουμένων των εργαστηριακών. Η περίπτωση χρήσης ειδικού επιστημονικού εξοπλισμού ρυθμίζεται σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στην Υ.Α. Γ.Π./οικ.72218/27-8-2014. Ο επιστημονικός εξοπλισμός θα πρέπει να τοποθετείται σε διακριτό χώρο και ο χώρος του ιατρείου να αναπροσαρμόζεται ανάλογα με τα τετραγωνικά μέτρα που προβλέπει η κατασκευάστρια εταιρεία του επιστημονικού εξοπλισμού σε ότι αφορά την ανάπτυξη και λειτουργία του.

Η παρ. 4 του αρ. 38 του ν. 4771/2021 προβλέπει, πως ο Ιατρικός Σύλλογος οφείλει κατ' έτος να ελέγχει δειγματοληπτικά το 10% των φορέων Π.Φ.Υ. στην περιοχή της χωρικής του αρμοδιότητας. Όλοι οι φορείς που διαθέτουν βεβαίωση λειτουργίας θα πρέπει να ελεγχθούν τουλάχιστον μία φορά εντός πενταετίας από την έναρξη ισχύος του νόμου ήτοι από 1-2-2021.

Σύμφωνα με τα οριζόμενα στο αρ. 319 του ν. 4512/2018 ο επιστημονικά υπεύθυνος ιατρός, εταιρείας παροχής ιατρικών υπηρεσιών, οφείλει να τηρεί τους κανόνες ιατρικής δεοντολογίας και είναι πειθαρχικά υπόλογος με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, εξ ονόματος και για λογαριασμό της εταιρείας.

Σύμφωνα δε με τα προβλεπόμενα στην παρ. 5 του άρθρου 17 του Π.Δ.84/2001 κάθε παράβαση εταιρείας παροχής Π.Φ.Υ. σχετικά με τη νόμιμη λειτουργία του φορέα ή την παροχή υπηρεσιών υγείας από αυτόν πέραν της παράβασης των ειδικών προβλέψεων των άρθρων 14 και 15 του ανωτέρω Π.Δ. τιμωρείται με αφαίρεση της άδειας λειτουργίας από 1 μέχρι 6 μήνες και με πρόστιμο ύψους 14.000 ευρώ. Σε περίπτωση υποτροπής αφαιρείται οριστικά η βεβαίωση λειτουργίας και επιβάλλεται πρόστιμο 70.000 ευρώ. Σε περίπτωση παράβασης των ειδικών απαγορεύσεων του αρ. 14 του Π.Δ.84/2001 διατάσσεται η άμεση και οριστική διακοπή της λειτουργίας του φορέα και ανακαλείται η αντίστοιχη βεβαίωση λειτουργίας. Επιπλέον με την ίδια απόφαση επιβάλλεται σε βάρος του παραβάτη και πρόστιμο ύψους από 14.000 ευρώ μέχρι 70.000 ευρώ.

Επιπλέον η βεβαίωση λειτουργίας του φορέα ανακαλείται και στις περιπτώσεις που περιγράφονται στο άρθρο 13 του Π.Δ.84/2001.

Ο Ιατρικός Σύλλογος είναι ο αρμόδιος φορέας διοικητικής εποπτείας και ελέγχου όλων των ιδιωτικών φορέων παροχής Π.Φ.Υ και διαθέτει τη δυνατότητα επιβολής των προβλεπόμενων κατά τα άρθρα 13 και 17 του Π.Δ.84/2001 διοικητικών κυρώσεων και προστίμων, όπως κάθε φορά ισχύουν. (Ν. 4772/19-5-2017 άρθρο 85).

Νομική Υπηρεσία
του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης

51 Καταγγελίες για παράνομες Αισθητικές Πράξεις

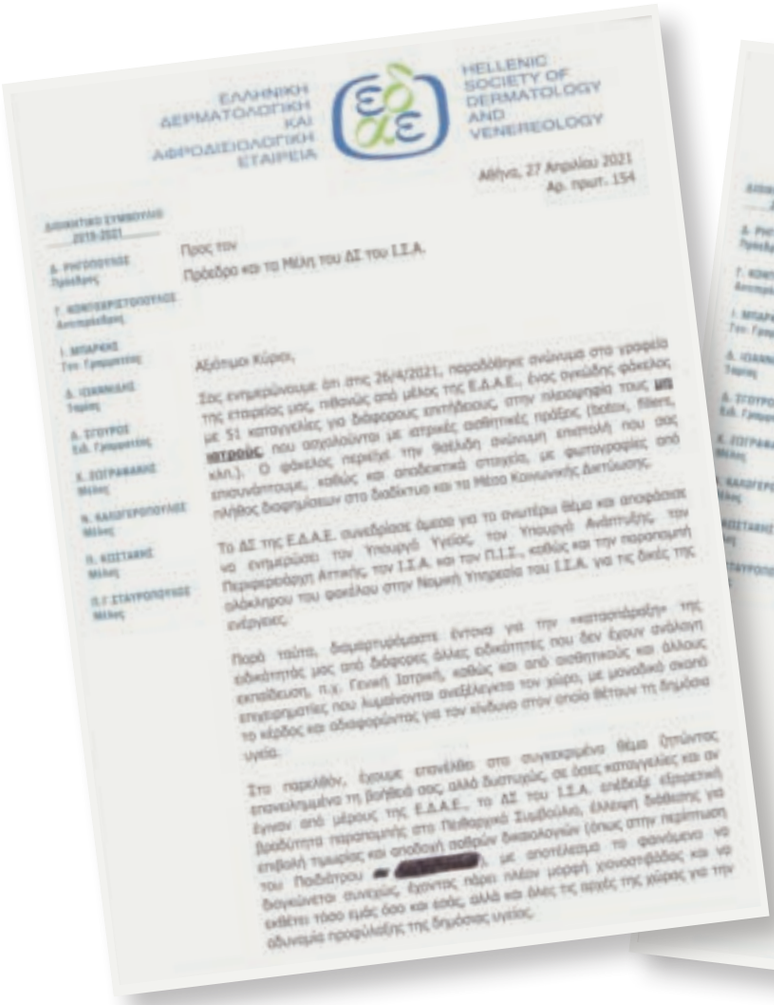
Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Σας ενημερώνουμε ότι στις 26/4/2021, παραδόθηκε ανώνυμα στα γραφεία της εταιρείας μας, πιθανώς από μέλος της Ε.Δ.Α.Ε., ένας ογκώδης φάκελος με **51 καταγγελίες για διάφορους επιτήδειους**, στην πλειοψηφία τους **μη ιατρούς**, που ασχολούνται με ιατρικές αισθητικές πράξεις (botox, fillers, κλπ.). Ο φάκελος περιείχε εννιασέλιδη ανώνυμη επιστολή, με λεπτομερείς αναφορές στις καταγγελίες, καθώς και αποδεικτικά στοιχεία, με φωτογραφίες από πλήθος διαφημίσεων στα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης.

Το ΔΣ της Ε.Δ.Α.Ε. συνεδρίασε άμεσα για το πολύ σοβαρό αυτό θέμα και **αποφάσισε να ενημερώσει τον Υπουργό Υγείας, τον Υπουργό Ανάπτυξης, τον Περιφερειάρχη Αττικής, τον Ι.Σ.Α. και τον Π.Ι.Σ. καθώς και να παραπέμψει ολόκληρο τον φάκελο στην Νομική Υπηρεσία του Ι.Σ.Α.** για τις δικές της ενέργειες (δείτε τη σχετική επιστολή στις εικόνες).

Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα αγωνιστούμε με όλες μας τις δυνάμεις, προκειμένου να σταματήσουμε το φαινόμενο αυτό, που πλήττει καίρια τον κλάδο μας, καταλύει κάθε νομιμότητα και αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για τη δημόσια υγεία.

Με εκτίμηση,
Το ΔΣ της Ε.Δ.Α.Ε.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ 2019-2021
Δ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Πρόεδρος
Γ. ΚΟΝΤΟΣΡΕΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Αντιπρόεδρος
Ι. ΜΠΑΡΚΑΣ Γεν. Γραμματέας
Δ. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Ταμίας
Δ. ΣΤΟΥΡΟΣ Ειδ. Γραμματέας
Χ. ΣΟΓΡΑΦΑΚΗΣ Μέλος
Ν. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Μέλος
Π. ΚΟΣΤΑΚΗΣ Μέλος
Π.Γ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Μέλος

Αθήνα, 27 Απριλίου 2021
Αρ. πρωτ. 154

Προς τον
Πρόεδρο και τα Μέλη του ΔΣ του Ι.Σ.Α.

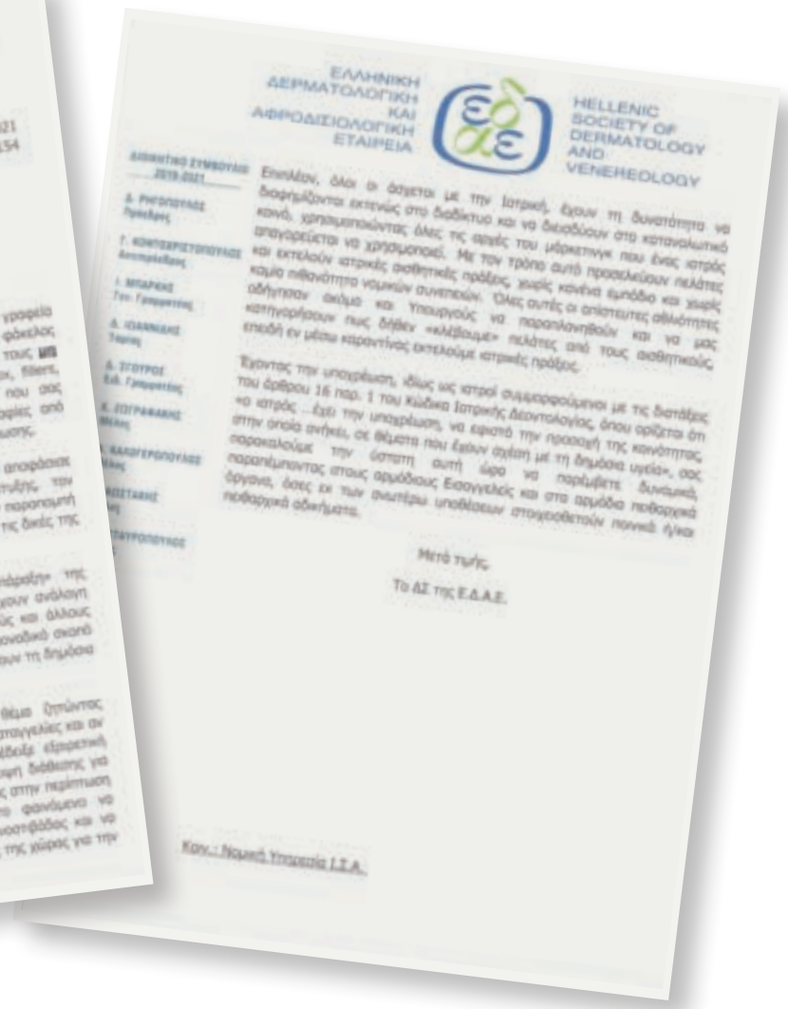
Αξιότιμοι Κύριοι,

Σας ενημερώνουμε ότι στις 26/4/2021, παραδόθηκε ανώνυμα στα γραφεία της εταιρείας μας, πιθανώς από μέλος της Ε.Δ.Α.Ε., ένας ογκώδης φάκελος με 51 καταγγελίες για διάφορους επιτήδειους, στην πλειοψηφία τους **μη ιατρούς**, που ασχολούνται με ιατρικές αισθητικές πράξεις (botox, fillers, κλπ.). Ο φάκελος περιείχε την 9ετελίδη ανώνυμη επιστολή που σας επισυνάπτουμε, καθώς και αποδεικτικά στοιχεία, με φωτογραφίες από πλήθος διαφημίσεων στα διαδίκτυο και τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης.

Το ΔΣ της Ε.Δ.Α.Ε. συνεδρίασε άμεσα για το ανωτέρω θέμα και αποφάσισε να ενημερώσει τον Υπουργό Υγείας, τον Υπουργό Ανάπτυξης, την Περιφερειάρχη Αττικής, τον Ι.Σ.Α. και τον Π.Ι.Σ., καθώς και την παραπομπή ολόκληρου του φακέλου στην Νομική Υπηρεσία του Ι.Σ.Α. για τις δικές της ενέργειες.

Παρά ταύτα, διαμαρτυρόμαστε έντονα για την «κατασπάραξη» της ειδικότητάς μας από διάφορες άλλες ειδικότητες που δεν έχουν ανάλογη εκπαίδευση, π.χ. Γενική Ιατρική, καθώς και από αισθητικούς και άλλους επιχειρηματίες που λυμαίνονται ανεξέλεγκτα τον χώρο, με μονοδικό σκοπό το κέρδος και αδιαφορώντας για τον κίνδυνο στην οποία θέτουν τη δημόσια υγεία.

Στο παρελθόν, έχουμε επανέλθει στο συγκεκριμένο θέμα ζητώντας επανειλημμένα τη βοήθειά σας, αλλά δυστυχώς, σε δύο καταγγελίες και αν έγιναν από μέρους της Ε.Δ.Α.Ε., το ΔΣ του Ι.Σ.Α. επέδειξε εξαιρετική βραδύτητα παραπομπής στο Πειθαρχικό Συμβούλιο, έλλειψη δέσμευσης για επιβολή τιμωρίας και αποδοχή σοβαρών δικαιολογιών (όπως στην περίπτωση του Παιδίατρου [redacted], με αποτέλεσμα το φαινόμενο να διογκώνεται συνεχώς, έχοντας πάρει πλέον μορφή χιονοστιβάδας και να εκθέτει τόσο εμάς όσο και εσάς, αλλά και όλες τις αρχές της χώρας για την αδυναμία προφύλαξής της δημόσιας υγείας.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ 2019-2021
Δ. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Πρόεδρος
Γ. ΚΟΝΤΟΣΡΕΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Αντιπρόεδρος
Ι. ΜΠΑΡΚΑΣ Γεν. Γραμματέας
Δ. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Ταμίας
Δ. ΣΤΟΥΡΟΣ Ειδ. Γραμματέας
Χ. ΣΟΓΡΑΦΑΚΗΣ Μέλος
Ν. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Μέλος
Π. ΚΟΣΤΑΚΗΣ Μέλος
Π.Γ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Μέλος

Επιπλέον, όλοι οι άσχετοι με την Ιατρική, έχουν τη δυνατότητα να διαφημίζονται εκτενώς στο διαδίκτυο και να διεισδύουν στο καταναλωτικό κοινό, χρησιμοποιώντας όλες τις αρχές του μάρκετινγκ που ένας ιατρός απαγορεύεται να χρησιμοποιεί. Με τον τρόπο αυτό προσελκύουν πελάτες και εκτελούν ιατρικές αισθητικές πράξεις χωρίς κανένα εμπόδιο και χωρίς καμία πιθανότητα νομικών συνεπειών. Όλες αυτές οι απίστευτες αθλιότητες οδήγησαν ακόμα και Υπουργούς να παραπλανηθούν και να μας κατηγορήσουν πως δήθεν «κλέβαμε» πελάτες από τους αισθητικούς, επειδή εν μέσω καραντίνας εκτελούμε ιατρικές πράξεις.

Έχοντας την υποχρέωση, ίδιως ως ιατροί συμμορφούμενοι με τις διατάξεις του άρθρου 16 παρ. 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, όπου ορίζεται ότι «ο ιατρός ...έχει την υποχρέωση, να εφιστά την προσοχή της κοινότητας, στην οποία ανήκει, σε θέματα που έχουν σχέση με τη δημόσια υγεία», σας παρακαλούμε την ίδιαιτη αυτή ώρα να παρέμβετε δυναμικά, παρακινώντας αυτούς αρμόδιους Εισαγγελείς και στα αρμόδια πειθαρχικά όργανα, όσες εκ των ανωτέρω υποθέσεων στοιχειοθετούν ποινικά ή/και πειθαρχικά αδικήματα.

Μετά τιμής,
Το ΔΣ της Ε.Δ.Α.Ε.

Κοιν.: Νομική Υπηρεσία Ι.Σ.Α.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ, 15 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2022	
11:30	**ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ**
14:00-15:45	Συνεδρία 1: Βάζοντας τη διάγνωση σε …, Προεδρείο: Ελισάβετ Λαζαρίδου, Αιμίλιος Λάλλας, Γεώργιος Χαϊδεμένος • *Αιμίλιος Λάλλας: Μελαγχρωματικές βλάβες πρωκτογεννητικής περιοχής* • *Ελισάβετ Λαζαρίδου: Ερυθηματώδεις βλάβες πρωκτογεννητικής περιοχής* • *Χριστίνα Φωτιάδου: Ελκώσεις-διαβρώσεις πρωκτογεννητικής περιοχής σε ενήλικες* • *Γεώργιος Ζαραφωνίτης: Διαβρώσεις, εκχυμώσεις πρωκτογεννητικής περιοχής σε παιδιά* • *Μαρία Γούλα: Ουρηθρικό και κολπικό έκκριμα* • *Βασίλειος Παπαρίζος: Εξανθήματα σε HIV(+) ασθενείς* • *Συζήτηση*
15:45-17:15	Συνεδρία 2: Πώς αντιμετωπίζω…, Προεδρείο: Ευστράτιος Βακιρλής, Ευαγγελία Παπαδαυϊδ, Βασιλική Χασάπη • *Αλέξανδρος Μορτάκης: Την αιδοιοδυνία* • *Ευστράτιος Βακιρλής: Τα παιδιά με πιθανό σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα* • *Χριστόφορος Βλάχος: Τις εγκύους με πιθανό σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα* • *Δημήτριος Σγούρος: Την περιπρωκτική δερματίτιδα και την κνύζα δακτυλίου* • *Ιωάννης Βακαλόπουλος: Τη στυτική δυσλειτουργία* • *Συζήτηση*
17:15-17:45	**ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ 1**
17:45-18:00	**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
18:30-20:00	Συνεδρία 3: HPV λοίμωξη: τι νεότερο, Προεδρείο: Ζωή Απάλλα, Σοφία Γεωργίου, Γεώργιος Ζαραφωνίτης • *Κωνσταντίνος Κρασαγάκης: HPV και καρκινογένεση αιδοίου, πέους και πρωκτού* • *Χαράλαμπος Ζωγραφάκης: Κονδυλώματα: Τι θεραπεία επιλέγω;* • *Ζωή Απάλλα: Πώς απαντώ στις ερωτήσεις των ασθενών;* • *Ηλέκτρα Νικολαΐδου: Εμβόλια HPV: Γιατί-πότε-σε ποιους;* • *Κωνσταντίνος Νεαμονιτός: Κονδυλώματα στην ουρήθρα και στον πρωκτό: Ενδείξεις ενδοσκόπησης και θεραπευτικός χειρισμός* • *Συζήτηση*
20:00-20:30	**ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ 2**
20:45	**ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ**

ΣΑΒΒΑΤΟ, 16 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2022	
08:30-09:45	Συνεδρία 4: Ενδοεπιδερμιδικές νεοπλασίες πρωκτογεννητικής περιοχής Προεδρείο: Αικατερίνη Ασβέστη, Αλέξανδρος Κατούλης, Αλέξανδρος Στρατηγός • *Αλέξανδρος Κατούλης: Δερματοπάθειες πρωκτογεννητικής περιοχής που προδιαθέτουν για κακοήθεια* • *Γεωργία Κυριακού: Ερυθροπλακία Queyrat: Διάγνωση και θεραπεία*

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

	• *Αικατερίνη Ασβέστη: Νόσος Paget: Από τη διάγνωση στη θεραπεία* • *Παντελής Σουβατζίδης: Γιγάντια κονδυλώματα των Buschke–Lowenstein: Από την τοπική θεραπεία στη χειρουργική παρέμβαση* • *Συζήτηση*
09:45-11:15	Συνεδρία 5: Φλεγμονώδη νοσήματα, Προεδρείο: Σταμάτης Γρηγορίου, Παντελής Παναγάκης, Δημήτριος Ρηγόπουλος • *Σταμάτης Γρηγορίου: Ψωρίαση γεννητικής περιοχής και μιμητές: Tips and tricks για τη διάγνωση* • *Παντελής Παναγάκης: Ψωρίαση γεννητικής περιοχής: επίδραση στην ποιότητα ζωής* • *Δημήτριος Ρηγόπουλος: Ψωρίαση γεννητικής περιοχής: τι αγωγή επιλέγουμε* • *Έλενα Σωτηρίου: Διαπυητική ιδρωταδενίτιδα: θεραπεία, νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες* • *Φραγκίσκη Τσάτσου: Χειρουργική παρέμβαση στην ιδρωταδενίτιδα: πότε και γιατί;* • *Συζήτηση*
11:15-11:45	**ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ 3**
11:45-12:00	**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
12:00-12:30	**ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ 4**
12:30-12:45	**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
12:45-13:30	Ειδικές Διαλέξεις, Προεδρείο: Δημήτριος Ιωαννίδης, Ηλέκτρα Νικολαΐδου • *Claudia Heller-Vitouch (Austria): IUSTI-Europe: together against STIs* • *Γεωργία Γκιούλα: Ο ρόλος του κολπικού μικροβιώματος στην παθογένια των HPV λοιμώξεων* • *Αλέξανδρος Μορτάκης: Εκτίμηση από τον Δερματολόγο του θετικού τεστ ΠΑΠ ή του θετικού HPV DNA τεστ*
13:30-14:00	**ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ 5**
14:00-14:15	**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
14:15-15:00	**ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΔΑΕ - ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ**
15:00-16:00	Διαδραστική Συνεδρία με παρουσίαση και σχολιασμό ενδιαφερόντων περιστατικών • *Panel Ομιλητών: Αναστάσιος Γιαννούκος, Αντώνιος Κανελλέας, Ουρανία Κοτσαύτη, Ουρανία Ευθυμίου* • *Σχολιασμός: Μαρία Γούλα, Θεόδωρος Σιδηρόπουλος*
16:00-18:00	Συνεδρία 6: Δερματοχειρουργική: Προβλήματα πρωκτογεννητικής περιοχής που απαιτούν πράξεις επεμβατικής δερματολογίας Προεδρείο: Κλεάνθης Βαλαρούτσος, Ιωάννης Μπάρκης, Ζώης Πολυζώης • *Ελευθέριος Ιωαννίδης: Χειρουργική ανατομία πρωκτογεννητικής περιοχής & βιοψία πέους/αιδοίου: tips and tricks* • *Κωνσταντίνος Σταματόπουλος: Βιοψία πέους - αιδοίου* • *Νικόλαος Αποστολάκης: Επιδερμοειδής κύστη οσχέου: Αντιμετώπιση* • *Χριστόφορος Τζερμιάς: Εφαρμογές laser σε μελαγχρωματικές και αγγειακές βλάβες περιγεννητικής περιοχής* • *Ιωάννης Μπάρκης: Βραχύς χαλινός – Επεμβατική προσέγγιση* • *Ιωάννης Πέρος: Χειρουργική αντιμετώπιση κύστεως κόκκυγος* • *Κωνσταντίνος Νεαμονιτός: Φίμωση – παραφίμωση: ενδείξεις και τεχνικές περιτομής* • *Συζήτηση*

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

18:00-18:30	**ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ 6**
18:30-18:45	**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
11:30-12:00	**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ**
18:45-20:00	Συνεδρία 7: Δερματοπάθειες πρωκτογεννητικής περιοχής Προεδρείο: Διονύσιος Ανανιάδης, Αικατερίνη Πατσατσή, Δημήτριος Σωτηριάδης • *Αικατερίνη Πατσατσή: Εξάνθημα μηρογεννητικών πτυχών: από τη δερματοφυτία στη νόσο Hailey-Hailey* • *Ευτέρπη Ζαφειρίου: Σκληροατροφικός λειχήνας: από τις κατευθυντήριες οδηγίες στην καθ' ημέρα πράξη* • *Ουρανία Ζώη-Τόλη: Δερματίτιδες και βαλανίτιδα/αιδοιΐτιδα του Zoon: αιτίες και αντιμετώπιση* • *Όλγα Πίκου: Παρασιτώσεις: διάγνωση και θεραπεία* • *Συζήτηση*
20:00-20:30	**ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ 7**

ΚΥΡΙΑΚΗ, 17 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2022	
08:45-10:30	Συνεδρία 8: Κατευθυντήριες οδηγίες Προεδρείο: Γεώργιος Κοντοχριστόπουλος, Κωνσταντίνος Παλάσκας, Έλενα Σωτηρίου • *Θεόδωρος Σιδηρόπουλος: Πρώιμη σύφιλη: Ερμηνεία ορολογικών εξετάσεων* • *Στυλιανός Χαραλαμπίδης: Θεραπεία συφίλιδος και παρακολούθηση* • *Γεώργιος Ευαγγέλου: Ουρηθρίτιδες: Θεραπεία και αντιμετώπιση υποτροπών* • *Ευάγγελος Δασκαλάκης: Έρπης γεννητικών οργάνων* • *Φλωρεντίνα Σύλβια Δελλή: Μολυσματική τέρμινθος: Θεραπευτικές επιλογές* • *Ειρήνη Κυρμανίδου: Βαλανοποσθίτιδα: πότε χρειάζεται συστηματική αγωγή;* • *Συζήτηση*
10:30-11:00	**ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ 8**
11:00-11:15	**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
11:15-13:10	Συνεδρία 9: Αισθητική Δερματολογία: Επεμβατικές εφαρμογές για την βελτίωση και της εικόνας και της λειτουργικότητας των έξω γεννητικών οργάνων Προεδρείο: Σωτήριος Θεοχάρης, Αναστάσιος Κατσαμάκας, Πρόδρομος Χριστοφορίδης • *Σωτήριος Θεοχάρης: Αισθητική έξω γεννητικών οργάνων: Μια νέα πρόκληση στην αισθητική δερματολογία (επιλογές-όρια)* • *Δήμητρα Ντάσιου: Ανάπλαση γεννητικής περιοχής με λιπομεταφορά και με υαλουρονικό οξύ* • *Κωνσταντίνα Αλεξοπούλου: Εφαρμογή υαλουρονικού οξέος για ατροφία των χειλέων και του κόλπου* • *Φωτεινή Μπαγεώργου: Λεύκανση αιδοίου και πρωκτού - Μέθοδοι αποχρωματισμού* • *Λίλα Πισσαλίδου: Ανάπλαση κόλπου και αιδοίου με EBD: ablative vs. non-ablative fractional laser CO2-Er YAG vs radiofrequency* • *Κωνσταντίνος Καλοκασίδης: Laser αποτρίχωση* • *Συζήτηση*

Τελευταία ενημέρωση Δευτέρα 28/03/22

Η ΕΔΑΕ πρωτοστατεί και φέτος στις εκδηλώσεις ενημέρωσης και πρόληψης για το μελάνωμα και τον καρκίνο του δέρματος, όπως εδώ και 21 χρόνια αδιαλείπτως συμβαίνει, σε συνεργασία με τον ευρωπαϊκό θεσμό του Euromelanoma. Αυτό τον Μάιο, η ΕΔΑΕ θεσπίζει τον ΔΕΡΜΑΪΟ! Στόχος μας είναι η εκπαίδευση του κοινού για τη σημασία του ετήσιου προληπτικού ελέγχου στον Δερματολόγο τον συγκεκριμένο μήνα.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ 2022-2024

ΜΠΑΡΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
Πρόεδρος

ΚΟΝΤΟΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Αντιπρόεδρος

ΣΓΟΥΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Γενικός Γραμματέας

ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ ΗΛΕΚΤΡΑ
Ειδικός Γραμματέας

ΑΠΑΛΛΑ ΖΩΗ
Ταμίας

ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Μέλος
ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ
Μέλος
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Μέλος
ΠΑΝΑΓΑΚΗΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
Μέλος

Επιστολή ΕΔΑΕ προς ΕΟΠΥΥ για την Ατοπική Δερματίτιδα

Αθήνα, 22/2/2022
Αρ.πρωτ. 235

Προς
Δ/νση Φαρμάκου ΕΟΠΥΥ, κα Π. Λίτσα
Κοιν.:

- κα Χ. Κανή, Προϊσταμένη Τμήματος Σχεδιασμού & Παρακολούθησης χορήγησης φαρμάκου ΕΟΠΥΥ
- Υπουργό Υγείας, κ. Θ. Πλεύρη
- Διοικήτρια ΕΟΠΥΥ
- Πρόεδρο ΕΟΦ

Αξιότιμη κα Λίτσα,

Επικοινωνούμε μαζί σας για να σας αναφέρουμε ένα ιδιαίτερα σοβαρό θέμα δημόσιας υγείας το οποίο αφορά ενήλικες ασθενείς που πάσχουν από μέτρια έως σοβαρή ατοπική δερματίτιδα.

Σύμφωνα με την υπουργική σας απόφαση **ΥΑ Δ3(α)/οικ. 1281/2022,** το σκεύασμα Dupixent (Dupilumab) inj.sol. 300mg/2ml BTX2 Pf.Syrs, δεν αποζημιώνεται πλέον από τον ΕΟΠΥΥ για νέα περιστατικά ενηλίκων ασθενών με μέτρια-σοβαρή ατοπική δερματίτιδα.

Με την ευκαιρία της απόφασής σας αυτής, θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε για την αξεπέραστη δυσκαμψία που παρουσιάζει το σύστημα χορήγησης των νέων αποτελεσματικών και ασφαλών θεραπειών στους πάσχοντες από την βασανιστική αυτή νόσο. Θα θέλαμε να σας εκφράσουμε επίσης τον σοβαρότατο προβληματισμό μας, για την μεγάλη δυσκολία που έχουν σήμερα οι Έλληνες Δερματολόγοι-Αφροδισιολόγοι όσον αφορά την θεραπευτική βοήθεια προς τους πάσχοντες από ατοπική δερματίτιδα ασθενείς, των οποίων το ανοσολογικό υπόστρωμα τους επιβαρύνει επιπλέον και με άλλες σοβαρές συννοσηρότητες.

Με τα σημερινά δεδομένα λοιπόν, τα μόνα φάρμακα που μπορούν να χορηγηθούν με απλή διαδικασία συνταγογράφησης είναι η κυκλοσπορίνη, που μπορεί να δοθεί για διάστημα 6 μηνών και η συστηματική χορήγηση κορτιζόνης που είναι η μοναδική θεραπεία διάσωσης από την έξαρση της ατοπικής δερματίτιδας και μπορεί να δοθεί για διάστημα από 10 έως 20 ημέρες. Τα ως άνω φάρμακα είναι γνωστό ότι παρουσιάζουν πολλαπλές παρενέργειες και έντονη ανοσοκατασταλτική δράση,

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ 2022-2024

ΜΠΑΡΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
Πρόεδρος

ΚΟΝΤΟΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Αντιπρόεδρος

ΣΓΟΥΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Γενικός Γραμματέας

ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ ΗΛΕΚΤΡΑ
Ειδικός Γραμματέας

ΑΠΑΛΛΑ ΖΩΗ
Ταμίας

ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Μέλος
ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ
Μέλος
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Μέλος
ΠΑΝΑΓΑΚΗΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
Μέλος

γεγονός που μπορεί να βάζει σε σοβαρό κίνδυνο την υγεία τους, ειδικά την περίοδο αυτή που η πανδημία είναι σε μεγάλη έξαρση.

Πρέπει να γνωρίζετε πως η ατοπική δερματίτιδα είναι ένα αυτοάνοσο φλεγμονώδες νόσημα, που η συχνότητά του αυξάνει συνεχώς σε παιδιά και σε ενήλικες στη χώρα μας, όπως και σε όλο τον δυτικό κόσμο. Η νόσος διεδράμει επί δεκαετίες και προκαλεί σημαντική δυσχέρεια στην καθημερινή ζωή των πασχόντων εξαιτίας των ιδιαίτερων δερματικών αλλοιώσεων και του έντονου βασανιστικού κνησμού. Λόγω αυτών των συμπτωμάτων οι ασθενείς έχουν διαταραχές ύπνου, με αντίστοιχη επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής τους, έχουν μειωμένη παραγωγικότητα στην εργασία τους και πολύ συχνά κάνουν χρήση αναρρωτικών αδειών. Επομένως, η νόσος έχει σημαντική επίπτωση στη ζωή, στην οικογένεια και στο εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον των ασθενών αυτών.

Λόγω της σημαντικότητας και της βαρύτητας της συγκεκριμένης νόσου αναπτύχθηκαν νέοι θεραπευτικοί παράγοντες, όπως τα μονοκλωνικά αντισώματα που αναστέλλουν τις ιντερλευκίνες 4 και 13 (IL4 και IL13) και οι Jak Inhibitors. Οι βιολογικοί αυτοί παράγοντες είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί και με εξαιρετικό προφίλ ασφάλειας. Το κυριότερο όμως πλεονέκτημα των βιολογικών αυτών παραγόντων, είναι ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς παρενέργειες και χωρίς να διαταράσσουν την δράση των φαρμάκων που λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί για τις πολλαπλές συννοσηρότητες που εμφανίζουν όπως καρδιαγγειακή νόσος, αναπνευστική δυσχέρεια, ηπατική και νεφρική δυσπραγία κλπ.

Αξιότιμη κα Λίτσα,

πρέπει να γνωρίζετε πως πολλαπλοί βιολογικοί παράγοντες συνταγογραφούνται στη χώρα μας εδώ και 20 χρόνια, με πολύ απλή διαδικασία συνταγογράφησης με βάση θεραπευτικά πρωτόκολλα που έχουν προταθεί από τις επιστημονικές εταιρείες. Έτσι λοιπόν σήμερα μπορούμε να τους χορηγήσουμε εύκολα και να αντιμετωπίσουμε εξαιρετικά αποτελεσματικά, δυσίατα κατά το παρελθόν αυτοφλεγμονώδη και αυτοάνοσα νοσήματα, που αφορούν την Δερματολογία, την Ρευματολογία, την Γαστρεντερολογία, την Πνευμονολογία και πολλές άλλες ειδικότητες, (Ψωρίαση, Διαπυητική ιδρωτοαδενίτιδα, πέμφιγα, φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου,

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ 2022-2024

ΜΠΑΡΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
Πρόεδρος

ΚΟΝΤΟΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Αντιπρόεδρος

ΣΓΟΥΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Γενικός Γραμματέας

ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ ΗΛΕΚΤΡΑ
Ειδικός Γραμματέας

ΑΠΑΛΛΑ ΖΩΗ
Ταμίας

ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Μέλος
ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ
Μέλος
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Μέλος
ΠΑΝΑΓΑΚΗΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
Μέλος

αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ρευματοειδής αρθρίτις, αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτις κλπ). Οι πάσχοντες όμως από ατοπική δερματίτιδα, σαν να είναι πολίτες Β' κατηγορίας, δεν δικαιούνται να ωφεληθούν με εύκολο τρόπο από την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα των συγκεκριμένων φαρμάκων, γιατί το μέχρι σήμερα σύστημα χορήγησής τους επιπλέκεται με μια ιδιαίτερα σύνθετη διαδικασία συνταγογράφησης και μετά από αξιολόγηση της νόσου από αρμόδια επιτροπή.

Με τα δεδομένα αυτά, γίνεται εύκολα κατανοητό ότι η συνταγογράφηση αυτών των φαρμάκων είναι προσεγγίσιμη πολύ δύσκολα και μόνο για ασθενείς που επισκέπτονται Κλινικές ΕΣΥ ή Πανεπιστημιακές Κλινικές, ενώ οι ασθενείς των ιδιωτικών ιατρείων, λόγω της προαναφερόμενης πολυπλοκότητας του συστήματος δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στις καινοτόμες αυτές θεραπείες.

Πιστεύουμε πως η επαναξιολόγηση του θέματος από πλευράς σας θα οδηγήσει οριστικά στην αλλαγή του καθεστώτος χορήγησης των συγκεκριμένων φαρμάκων της ατοπικής δερματίτιδας, ώστε όλοι οι Έλληνες ασθενείς, να μπορούν να έχουν ελεύθερη αλλά ελεγχόμενη πρόσβαση στις καινοτόμες αυτές θεραπείες για το νόσημά τους.

Με τιμή,
Εκ μέρους του ΔΣ της ΕΔΑΕ

Ο Γεν. Γραμματέας	Ο Πρόεδρος
Δ. Σγούρος	Ι. Μπάρκης

Επιστολή ΕΟΠΥΥ προς ΕΔΑΕ για την Ατοπική Δερματίτιδα

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Αθήνα, 10/3/2022

Αριθ. Πρωτ. ΔΒ4Α/Γ99/2/οικ. 6228

ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ: ΦΑΡΜΑΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Ταχ. Δ/νση: Απ. Παύλου 12, Μαρούσι
Ταχ. Κώδικας:15123
Πληροφορίες: Ε. Κίτσου
Τηλ.:210-8110670
E-mail:d6.t1@eopyy.gov.gr

ΠΡΟΣ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ & ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
Μιχαλακοπούλου 36, 11528, Αθήνα

ΚΟΙΝ.: ΕΟΠΥΥ
-Γραφείο Διοικήτριας

Θέμα: «Αναφορικά με την αρ. πρωτ. 235/22-02-2022 επιστολή σας ΣΧΕΤ. 1. Η αρ. Δ3(α)/οικ. 1281 / 11-01-2022 Υπουργική Απόφαση σχετικά με απόρριψη ένταξης στο θετικό κατάλογο του σκευάσματος DUPIXENT για την ατοπική δερματίτιδα

Σε απάντηση της επιστολής σας αναφορικά με την επαναξιολόγηση από πλευράς ΕΟΠΥΥ της απόρριψης του φαρμάκου DUPIXENT για ατοπική δερματίτιδα, σας ενημερώνουμε ότι τα φάρμακα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης προκειμένου να αποζημιωθούν από τον Οργανισμό πρέπει να είναι ενταγμένα στο κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων του άρθρου 251 του ν. 4512/2018, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 24 του ν. 4633/2019.
Η διαδικασία ένταξης περιλαμβάνει τα παρακάτω:
-Την τιμολόγηση κάθε φαρμάκου που γίνεται με αίτηση του ΚΑΚ στο Τμήμα Τιμολόγησης του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμάκου από τον Ε.Ο.Φ (εθνική, αμοιβαία, αποκεντρωμένη διαδικασία), ή στην περίπτωση φαρμάκου που έχει λάβει άδεια κυκλοφορίας με την κεντρική διαδικασία, σύμφωνα με τις διατάξεις του Κανονισμού (Ε.Ε.) 726/2004, μετά από τη χορήγηση από τον Οργανισμό του εννεαψήφιου κωδικού Ε.Ο.Φ., όπως προκύπτει από τη σχετική βεβαίωση του Οργανισμού.
-Οι ανώτατες τιμές λιανικής, χονδρικής, νοσοκομειακής πώλησης, οι τιμές παραγωγού (ex-factory) και οι τιμές κάθε άλλης ειδικής πώλησης φαρμάκων, πλην των Μη

Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ.), καθορίζονται με Δελτία Τιμών, που εκδ
Υπουργός Υγείας, ύστερα από γνώμη του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.).
-Σύμφωνα με το άρθρο 247 του Ν.4512/2018 αναφορικά με την αξιολόγηση και αποζη
φαρμάκων ανθρώπινης χρήσης, η Επιτροπής Αξιολόγησης εκδίδει γνωμοδότηση
Υπουργό Υγείας, κατόπιν αξιολόγησης των φαρμάκων, τα οποία έχουν λάβει
κυκλοφορίας και κυκλοφορούν στην Ελλάδα, όταν αυτός αποφασίζει σχετικά με: α)
ένταξη ή απένταξη φαρμάκων από τον Θετικό Κατάλογο του άρθρου 12 του ν. 3816/
(Α΄6) (Κατάλογος Αποζημιούμενων Φαρμάκων) και β) Την αναθεώρηση του Καταλ
Αποζημιούμενων Φαρμάκων του ως άνω άρθρου.
-Τέλος, εντάσσονται στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση (ΗΔΙΚΑ) και συνταγές
αυτών εκτελούνται στα φαρμακεία.
Επιπλέον, σύμφωνα με την παραγ. 3 του άρθρου 250 του ν. 4512/2018 όπως τροποποιή
με το άρθρο 23 του Νόμου 4633/2019 *«Σε περίπτωση απόφασης απόρριψης αίτησης γι
ένταξη ενός φαρμάκου στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων, η Επιτροπή αιτιο
την απόρριψη και ενημερώνει τον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας, ο οποίος μπορεί να υπο
νέα αίτηση μόνον μετά την παρέλευση τριμήνου από την έκδοση της ως άνω απόφαση
μόνον εφόσον συνυποβάλλει πληροφοριακά στοιχεία και έγγραφα κλινικής και οικονο
τεκμηρίωσης που δικαιολογούν νέα ουσιαστική αξιολόγηση του φαρμάκου με τα κρι
αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας του παρόντος.»*

Ως εκ τούτου, δεν ανήκει στην αρμοδιότητα του Οργανισμού η επανεξέταση του θέματο

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΓΓΟΥΡΗΣ

Ακριβές αντίγραφο
Γραμματείας

ΠΕΤΑΚΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ

Επιστολή του Ε.ΟΔΥ σχετικά με την υποχρεωτική δήλωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αγράφων 3-5, Μαρούσι
Τ.Κ. 15123
Τηλ. 2105212000
www.eody.gov.gr
@eody
@eody_gr

Πληροφορίες:

Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ)

Πειραιώς 3, Αθήνα Τ.Κ. 105 52
Τηλ. 210 88217475 – 2
Email: sti-sexualhealth@eody.gov.gr

Θέμα: «Υποχρεωτική Δήλωση Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (Σ.Μ.Ν.)»

Αξιότιμοι Κύριοι / Κυρίες,

Θα θέλαμε να σας γνωστοποιήσουμε ότι ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) προχώρησε στη σύσταση του Γραφείου Σεξουαλικής Υγείας και του Τμήματος Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων της Διεύθυνσης Πρόληψης και Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV /AIDS, Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων & Ηπατιτίδων (Ν. 4633/2019 (Α 161), υπ' αριθμό πρωτ. ΕΟΔΥ 975/ 17.01.2020 Απόφαση ΔΣ ΕΟΔΥ), με σκοπό την πρόληψη της διασποράς των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (Σ.Μ.Ν.).

Συγκεκριμένα:

Α. Το Γραφείο Σεξουαλικής Υγείας (Πολυκλινική Αθηνών, Πειραιώς 3, Ομόνοια-2108813615) παρέχει στο κοινό **δωρεάν, ανώνυμο, εμπιστευτικό και χωρίς ραντεβού τεστ ταχείας ανίχνευσης για HIV, Σύφιλη, Χλαμύδια, Ηπατίτιδα Β και C (rapid test).** Τα τεστ αυτά πλαισιώνονται από συμβουλευτική, ιατρική και ψυχολογική υποστήριξη πριν και μετά τη διενέργειά τους.

Β. Το Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων έχει σκοπό την επιδημιολογική επιτήρηση των ΣΜΝ καθώς και την αποστολή επιδημιολογικών δεδομένων των ΣΜΝ προς το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC).

Το 2009 αναπτύχθηκε το νέο σύστημα επιτήρησης για όλα τα υποχρεωτικώς δηλούμενα ΣΜΝ, το οποίο συλλέγει, με ατομικά δελτία δήλωσης και συγκεντρωτικά ετήσια δελτία εργαστηριακής δήλωσης, τα δεδομένα για τη γονόρροια, τη σύφιλη και τις χλαμυδιακές λοιμώξεις. **Η δήλωση των εργαστηριακά επιβεβαιωμένων κρουσμάτων σύφιλης, γονόρροιας, συγγενούς σύφιλης και αφροδίσιου λεμφοκοκκιώματος είναι υποχρεωτική από το 1950 (Β.Δ. 3/9.11.1950). Οι χλαμυδιακές λοιμώξεις δηλώνονται υποχρεωτικά από το 2011 (Αρ. πρωτ. Υ1/Γ.Π.οικ 15269/8-2-2011) στο πλαίσιο εναρμόνισης με τις ανάγκες επιτήρησης σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η υποχρεωτικότητα της δήλωσης αφορά τόσο τον Δημόσιο όσο και τον Ιδιωτικό Τομέα.**

Με αφορμή την σοβαρή υποδήλωση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, παρακαλούμε για την ενημέρωση των μελών σας, των οποίων η ειδικότητα άπτεται των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, σχετικά με την υποχρεωτικότητα της δήλωσής τους και την αποστολή των στοιχείων στο Τμήμα Σ.Μ.Ν. του ΕΟΔΥ Αναλυτικότερα:

Α. Τα Εργαστήρια υποχρεούνται να δηλώνουν στο τέλος κάθε έτους τα εργαστηριακά δεδομένα όλης της χρονιάς που αφορούν στη Γονόρροια, Σύφιλη και στις Χλαμυδιακές Λοιμώξεις, μέσω της συμπλήρωσης του Δελτίου Ανασκόπησης Συστημάτων Εργαστηριακής Διάγνωσης και να το αποστέλλουν στο Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων του Ε.Ο.Δ.Υ. (Βλέπε παρακάτω τα στοιχεία αποστολής)

Β. Οι ιατροί υποχρεούνται να δηλώνουν οποιαδήποτε περίπτωση διάγνωσης των εν λόγω νοσημάτων, μέσω της συμπλήρωσης των Ατομικών Δελτίων Δήλωσης και να τα αποστέλλουν εντός μιας εβδομάδας από την διάγνωσή τους στο Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων του Ε.Ο.Δ.Υ. (Βλέπε παρακάτω τα στοιχεία αποστολής)

Σας επισυνάπτουμε τα Δελτία Ανασκόπησης Συστημάτων Εργαστηριακής Διάγνωσης και τα Ατομικά Δελτία Δήλωσης ανά νόσημα για το έτος 2021, σε μορφή pdf, προς διευκόλυνσή σας, τα οποία είναι αναρτημένα και στο site του Ε.Ο.Δ.Υ. (www.eody.gov.gr) ανά νόσημα, επίσης.

Τα **στοιχεία αποστολής** είναι τα κάτωθι:

- **E-mail** (sti-sexualhealth@eody.gov.gr)
- **Ταχυδρομική Διεύθυνση: Πολυκλινική Αθηνών, Πειραιώς 3, Ομόνοια 105 52 Αθήνα**

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας, χωρίς την ύπαρξη της οποίας δεν είναι δυνατή η επιτήρηση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και, συνεπώς, η εκπλήρωση της υποχρέωσης της χώρας απέναντι στον Ευρωπαϊκό φορέα (ECDC).

Με τιμή

Ο Πρόεδρος ΔΣ ΕΟΔΥ

Θεοκλής Ζαούτης

Εσωτερική Διανομή:

Διεύθυνση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS,
Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ) & Ηπατιτίδων
Γραφείο Γραμματείας Αντιπροέδρου Μεταδοτικών Νοσημάτων
Γραφείο Σεξουαλικής Υγείας
Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ)

Σημείωση:
Μπορείτε να δείτε
τα επισυναπτόμενα στο site της ΕΔΑΕ
www.edae.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΚΥΑ για συνταγογράφηση

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Μπορείτε να μελετήσετε την Υπουργική Απόφαση σχετικά με τα «Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέγχου της Συνταγογράφησης και Εκτέλεσης Εργαστηριακών Εξετάσεων» στο site της ΕΔΑΕ https://www.edae.gr/newsslidefull.php?id=381.

Έπειτα από πίεση που άσκησε η ΕΔΑΕ μαζί με άλλες επιστημονικές Εταιρείες, πετύχαμε την αύξηση του αριθμού των συνταγογραφούμενων εργαστηριακών εξετάσεων ανά ασθενή και για τους Δερματολόγους - Αφροδισιολόγους.

Εκ μέρους της Δερματολογικής & Αφροδισιολογικής Εταιρείας
www.edae.gr

Οδηγίες εμβολιασμού COVID-19 σε ασθενείς με ψωρίαση

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Ακολουθούν οι οδηγίες από τη EuroGuiDerm σχετικά με τον εμβολιασμό covid-19 σε ασθενείς με ψωρίαση.

Μπορείτε να μελετήσετε αναλυτικά τις οδηγίες στο https://www.edae.gr/pdf/anak393.pdf και στα ελληνικά συνοπτικά παρακάτω:

1. Συστήνεται ο εμβολιασμός των ασθενών με ψωρίαση με τα εγκεκριμένα εμβόλια για την Covid-19. Τα εμβόλια είναι ασφαλή στους ψωριασικούς ασθενείς υπό ανοσοκατασταλτική αγωγή.
2. Κατά τη διάρκεια της περιόδου του εμβολιασμού δεν θα πρέπει να διακόπτεται η αγωγή για την ψωρίαση. Εφόσον είναι εφικτό, προτείνεται ο εμβολιασμός να προγραμματίζεται στο μέσο του χρονικού διαστήματος μεταξύ 2 εφαρμογών του φαρμάκου. Για ασθενείς που λαμβάνουν κυκλοσπορίνη, μεθοτρεξάτη, tofacitinib προτείνεται μια μικρή διακοπή της αγωγής μετά τον εμβολιασμό.
3. Δεδομένου του ότι η αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού δεν μπορεί να είναι εγγυημένη, οι ασθενείς υπό συστηματική αγωγή οφείλουν να συνεχίσουν να ακολουθούν στρατηγικές προφύλαξης (πχ μάσκες και μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης).
4. Οι ασθενείς με ψωρίαση πρέπει να πραγματοποιούν άλλα εμβόλια, όπως πχ για τη γρίπη και τον πνευμονιόκοκκο.
5. Πρώιμες μελέτες δείχνουν πως ορισμένοι ασθενείς με αυτοάνοσα, φλεγμονώδη νοσήματα υπό ανοσοκατασταλτική αγωγή μπορεί να έχουν μειωμένη ανταπόκριση στα mRNA εμβόλια για τη νόσο Covid-19. Κατά συνέπεια, η τρίτη δόση του εμβολίου συστήνεται τουλάχιστον 28 ημέρες μετά τη δεύτερη δόση.
6. Οι ενισχυτικές δόσεις του εμβολίου πρέπει να είναι σε συμφωνία με τις τοπικές οδηγίες (local policies).

www.edae.gr/newsslidefull.php?id=393

Εκ μέρους της Δερματολογικής & Αφροδισιολογικής Εταιρείας
www.edae.gr

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο σχετικά με τα «Νέα της ΕΔΑΕ»

1. Διαβάζετε τα «Νέα της ΕΔΑΕ» όταν τα λαμβάνετε;

   ☐ Ναι ☐ Όχι

2. Πιστεύετε ότι στην παρούσα μορφή, τα «Νέα της ΕΔΑΕ» έχουν χρήσιμη ύλη για τους δερματολόγους – αφροδισιολόγους;

   ☐ Ναι ☐ Όχι

3. Ποιο από τα παρακάτω θέματα της τωρινής ύλης των «Νέων της ΕΔΑΕ» σας ενδιαφέρει πιο πολύ;

   ☐ Νέα για τη Δράση της ΕΔΑΕ

   ☐ Νέα που αφορούν την επαγγελματική κατοχύρωση των Δερματολόγων – Αφροδισιολόγων

   ☐ Επιστημονικά νέα

   ☐ Ανασκόπηση επιστημονικών θεμάτων

   ☐ Θέματα που αφορούν την ιατρική γενικότερα

4. Ποιο από τα παρακάτω θα ήταν χρήσιμη προσθήκη στα «Νέα της ΕΔΑΕ» (παραπάνω από μία απαντήσεις);

   ☐ Θέματα που αφορούν συνταγογράφηση, θεραπευτικά πρωτόκολλα, κατευθυντήριες οδηγίες

   ☐ Θέματα που αφορούν οργάνωση ιατρείου και «τεχνική κατάρτιση»

   ☐ Επιστημονικά θέματα

   ☐ Άρθρα – γνώμες από ειδικούς πάνω σε επίκαιρα θέματα ή ιδιαίτερα γνωστικά αντικείμενα

5. Ποια μορφή των «Νέων της ΕΔΑΕ» είναι προτιμότερη κατά τη γνώμη σας;

   ☐ Έντυπη ☐ Ηλεκτρονική (on line)

Άλλα σχόλια για το πώς μπορεί να βελτιωθούν τα «Νέα της ΕΔΑΕ»:

_____

_____

_____

_____

Παρακαλώ επιστρέψτε το συμπληρωμένο έντυπο στην επομένη συνεδρία της ΕΔΑΕ ή απαντήστε στο ερωτηματολόγιο, που θα βρείτε στην ιστοσελίδα μας www.edae.gr, στην ηλεκτρονική διεύθυνση edae@edae.gr.

Παρασιτική κνήφη

Αλέξανδρος Κατούλης
Καθηγητής Δερματολογίας, Διευθυντής Β' Κλινικής Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

Η παρασιτική κνήφη είναι μια συνήθης δερματοπάθεια που οφείλεται σε νυγμούς ή δήγματα από αρθρόποδα. Πρόκειται για φλεγμονώδη ή/και αλλεργική δερματική αντίδραση, που εκδηλώνεται ως έντονα κνησμώδες εξάνθημα στις θέσεις των νυγμών/δηγμάτων και επιμένει για ώρες ή ημέρες. Παρότι αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα, δεν υπάρχουν αξιόπιστα στατιστικά στοιχεία σχετικά με την επιδημιολογία της, λόγω του ότι η πλειοψηφία των περιστατικών δεν αναφέρεται και δεν χρήζει ιατρικής περίθαλψης. Η συχνότητα της νόσου είναι υψηλότερη κατά την θερινή περίοδο, σε περιοχές με εύκρατο κλίμα, αφού οι συνθήκες ευνοούν την αύξηση των πληθυσμών των αρθρόποδων, ενώ επίσης το ανθρώπινο δέρμα είναι περισσότερο εκτεθειμένο.

Τσίμπημα μέλισσας

Δήγματα κουνουπιών

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα συνηθέστερα αρθρόποδα του ελλαδικού χώρου που μπορούν να προκαλέσουν δερματικές αντιδράσεις δια νυγμού ή δήγματος είναι τα:

- Έντομα (διαθέτουν 3 ζεύγη ποδιών)
  - Υμενόπτερα: μέλισσες, σφήκες, μυρμήγκια
  - Ημίπτερα: κοριοί
  - Δίπτερα: κουνούπια, μύγες
  - Κολεόπτερα: σκαθάρια
  - Λεπιδόπτερα: κάμπιες, σκώροι
  - Σιφονόπτερα: ψύλλοι, σκνίπες
  - Ανόπλουρα: φθείρες
- Αραχνοειδή (διαθέτουν 4 ζεύγη ποδιών)
  - Ακάρεα
  - Κρότωνες
  - Αράχνες
- Χειλόποδα (διαθέτουν σώμα με πολυάριθμα τμήματα το καθένα από τα οποία φέρει 1 ζεύγος ποδιών)
  - Scolopendra (σαρανταποδαρούσες)

Οι συχνότερες πηγές από τις οποίες εξορμούν είναι:

- οι κήποι ή τα δάση
- τα κατοικίδια ζώα, όπως οι γάτες και οι σκύλοι που είναι φορείς ψύλλων
- τα πουλιά - ιδιαίτερα τα περιστέρια, οι φωλιές των οποίων βρίθουν ακάρεων και ψύλλων
- τα έπιπλα, τα υφάσματα επίπλων, τα κρεβάτια και τα κλινοσκεπάσματα - συχνά φιλοξενούν κοριούς, οι οποίοι δείχνουν να εμφανίζουν ιδιαίτερη προτίμηση για το ζεστό οικιακό περιβάλλον και διαβούν τόσο σε έπιπλα, όσο και σε χαραμάδες, πατώματα και τοίχους. Οι κοριοί μπορούν να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις αναζητώντας ανθρώπινο ξενιστή, ενώ μπορούν να επιβιώσουν μέχρι και 12 μήνες χωρίς να τραφούν.
- Τα ταξίδια, ιδιαίτερα σε εξωτικούς προορισμούς μπορεί να εκθέσουν τον άνθρωπο σε διάφορα αρθρόποδα, τα οποία μεταδίδουν πολλές συστηματικές μολυσματικές ασθένειες και παρασιτικές λοιμώξεις, όπως η ελονοσία από κουνούπια, ο κηλιδώδης πυρετός των Βραχωδών ορέων ή η νόσος Lyme από κρότωνες και η λεϊσμανίαση από σκνίπες.

Οι δερματικές βλάβες που προκύπτουν από τους νυγμούς και τα δήγματα των αρθρόποδων μπορεί να προκύψουν με έναν ή περισσότερους από τους κάτωθι μηχανισμούς:

1. Μηχανικός τραυματισμός του δέρματος, που μπορεί να προκληθεί από το δήγμα ή τον νυγμό.
2. Έγχυση ερεθιστικών ουσιών, όπως ένζυμα, αντιπηκτικές ουσίες ή βλεννοπολυσακχαρίτες που αφθονούν στις εκκρίσεις των εντόμων, όπως για παράδειγμα στο σίελο του κουνουπιού ή στο δηλητήριο της μέλισσας.
3. Αλλεργικές αντιδράσεις έναντι των ουσιών που βρίσκονται στις εκκρίσεις των αρθρόποδων (για την ανάπτυξη της αλλεργικής δερματικής αντίδρασης απαραίτητη είναι πρώτα η ευαισθητοποίηση του ατόμου στο αλλεργιογόνο του εντόμου).
4. Αντίδραση ξένου σώματος, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την ανάπτυξη κοκκιωματώδους αντίδρασης μετά από δήγμα κρότωνα και παραμονής τμήματός του σώματός του στο δέρμα.
5. Δευτερογενείς λοιμώξεις.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα ποικίλλει και εξαρτάται τόσο από το είδος του υπεύθυνου εντόμου, όσο και από την ιδιοσυγκρασιακή ερεθιστική ή αλλεργική αντίδραση στο νυγμό/δήγμα του. Η τυπική εκδήλωση είναι η ανάπτυξη ενός έντονα κνησμώδους κνιδωτικού πομφού στο σημείο του νυγμού, που συνοδεύεται από άλγος ή καύσο και στη συνέχεια μπορεί να εξελιχθεί σε μία σταθερή κνησμώδη βλατίδα, η οποία παραμένει για αρκετές ημέρες. Ο πομφός ή η βλατίδα φέρει μικρό κεντρικό αιμορραγικό κέντρο (σημείο νυγμού). Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι βλάβες μπορεί να είναι εμμένουσες (>48 ωρών) κνιδωτικές βλατίδες στην κορυφή των οποίων υπάρχει φυσαλίδα (βλατιδώδης κνίδωση), ενώ σε νυγμούς ακάρεων, μυγών ή κοριών, μπορεί να παρουσια-

ΞΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ

στούν τεταμένες πομφόλυγες με διαυγές περιεχόμενο επί ελαφρώς φλεγμονώδους βάσης. Μετά την υποχώρηση των εν λόγω βλαβών συνήθως καταλείπεται μεταφλεγμονώδης υπερμελάγχρωση. Τα δήγματα των αραχνοειδών μπορεί να προκαλέσουν από ήπιες τοπικές κνιδωτικές αντιδράσεις έως ολικού πάχους νέκρωση του δέρματος, που συνοδεύεται από συστηματικά σημεία, όπως πυρετό, κεφαλαλγία, κακουχία και αρθραλγίες.

Αιμορραγικές ή εξελκωμένες βλάβες μπορεί να παρατηρηθούν μετά από νυγμούς/δήγματα, ιδιαίτερα στα κάτω άκρα, όταν συνυπάρχουν αγγειακές διαταραχές, όπως φλεβική ανεπάρκεια, κιρσοί, διαβητικό πόδι.

Άλλες ειδικές εκδηλώσεις:

- Μεταναστευτικό ερύθημα: σταδιακά μεγεθυνόμενη πλάκα στη θέση δήγματος κρότωνα, χαρακτηριστικό της νόσου Lyme.
- Δοθιηνική μυΐαση: κνησμώδης βλατίδα στη θέση εναπόθεσης μιας προνύμφης οίστρου (αλογόμυγας), της οποίας το μέγεθος αυξάνει βραδέως εντός εβδομάδων προς ένα θολωτό οζίδιο (προσομοιάζον με δοθιήνα). Το οζίδιο φέρει κεντρικό πόρο, διαμέσου του οποίου προβάλλει το οπίσθιο άκρο της προνύμφης.
- Τουνγκίαση: βλατίδα ή φυσαλίδα με κεντρικό μαύρο στίγμα, που αντιπροσωπεύει το οπίσθιο μέρος του κοιλιακού τοιχώματος του ψύλλου Tunga penetrans. Καθώς τα αυγά του ψύλλου ωριμάζουν και η κοιλιά του διογκώνεται, οι βλατίδες μετατρέπονται σε λευκά οζίδια, από τα οποία μπορεί να εξέρχονται αυγά, κόπρανα ή εσωτερικά όργανα του αρθροπόδου.

Οι βλάβες μπορεί να είναι μονήρεις ή να εμφανίζονται κατά ομάδες, με ακανόνιστο σχήμα. Στην περίπτωση των ψύλλων, υπάρχει χαρακτηριστική μορφολογία βλαβών, με μία ομάδα από 3-4 βλατίδες σε γραμμοειδή διάταξη, που αντιστοιχεί στο «πρωινό-μεσημεριανό-βραδινό» γεύμα τους.

Η εντόπιση των βλαβών εξαρτάται από το σημείο που ήρθε σε επαφή με το ανθρώπινο σώμα το αρθρόποδο ή το ζώο ξενιστής του και συνηθέστερα είναι τα εκτεθειμένα (μη καλυπτόμενα από ρούχα) μέρη του σώματος, όπως τα αντιβράχια, τα κάτω άκρα και το στέρνο. Στην περίπτωση των ακάρεων, οι βλάβες μπορεί να εκδηλωθούν σε μη εκτεθειμένα μέρη του σώματος, και συγκεκριμένα σε περιοχές όπου τα παράσιτα εγκλωβίζονται κάτω από τα ρούχα, όπως στις μασχάλες, στους γλουτούς και στην περιοχή της ζώνης.

Επώδυνη αλλεργική αντίδραση σε τσίμπημα σφήκας

Ο κνησμός αποτελεί σταθερό εύρημα σε όλες τις βλάβες και ο επακόλουθος ξεσμός μπορεί να οδηγήσει σε κακοποιημένες, «αποκεφαλισμένες» βλατίδες, δρυφάδες, εκζεματοποίηση και δευτεροπαθώς επιμολυνθείσες βλάβες. Εφελκιδοποιημένες, επώδυνες βλάβες με πυώδες έκκριμα μπορεί να αντιπροσωπεύουν μολυσματικό κηρίο (λοίμωξη από πυογόνο στρεπτόκοκκο) ή έκθυμα (λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο).

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση τίθεται κλινικά και στηρίζεται στο ατομικό ιστορικό του ασθενούς και την κλινική εξέταση. Κατά την λήψη ατομικού αναμνηστικού, συνήθως ο ίδιος ο ασθενής αναφέρει ότι ένιωσε δήγμα ή νυγμό και πολλές φορές περιγράφει το έντομο ή το παράσιτο που προκάλεσε τις δερματικές βλάβες. Επιπλέον, θα πρέπει να αναζητηθούν οι προδιαθεσικοί παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα παρασιτικής κνήφης, όπως επαφή με κατοικίδια ή άλλα ζώα, αποδράσεις στην ύπαιθρο, διαμονή σε ξενώνες και ταξίδια, ιδιαίτερα σε εξωτικούς προορισμούς.

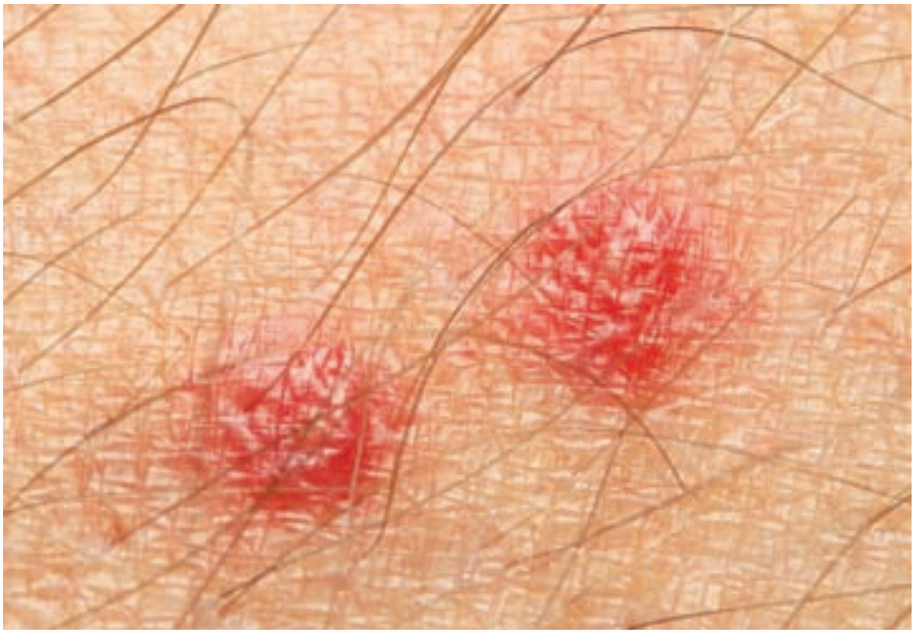
Η κλινική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει όλο το δέρμα (εκτεθειμένες και μη περιοχές του σώματος) και θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή τόσο στην μορφολογία των βλαβών, όσο και στην διάταξη και εντόπισή τους. Συμπληρωματικά, σε επιμολυσμένες βλάβες μπορεί να χρειαστεί λήψη δείγματος για καλλιέργεια μυκήτων ή βακτηρίων, καλλιέργεια αίματος για αποκλεισμό συστηματικής λοίμωξης και μικροσκοπική εξέταση νωπού παρασκευάσματος με διάλυμα ΚΟΗ 10% για ανίχνευση μυκήτων. Σε νόσους όπως η λεϊσμανίαση, ο παθογόνος μικροοργανισμός (πρωτόζωο του γένους Leishmania) μπορεί να αναδειχθεί σε υλικό βιοψίας της βλάβης με την βοήθεια ειδικών χρώσεων. Τέλος, οι περιπτώσεις νεκρωτικών βλαβών από αραχνοειδή χρήζουν υπερηχογραφήματος αγγείων (triplex), προς αποκλεισμό θρόμβωσης.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Αναφυλαξία
- Χολινεργική κνίδωση
- Δερματίτιδα
- Ομαλός λειχήνας
- Λειχηνοειδή εξανθήματα
- Θυλακίτιδα
- Αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής (πχ. από δηλητηριώδη κισσό)
- Αγγειίτιδα
- Αγγειακή ανεπάρκεια
- Ανεπιθύμητη φαρμακευτική αντίδραση

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

- Αποφυγή χώρων στα οποία αφθονούν τα αρθρόποδα ή ζώων ξενιστών τους.
- Χρήση ανοιχτόχρωμων ενδυμάτων που καλύπτουν το σώμα τους θερινούς μήνες.
- Εφαρμογή εντομοαπωθητικών σκευασμάτων όπως το διαιθυλοτολουαμίδιο (DEET)



Δήγματα κουνουπιών

20% για ενήλικες, ικαριδίνη/πικαριδίνη, IR3535, Citriodiol ή Eucalyptus citriodora oil στο δέρμα ή ψεκασμός των ενδυμάτων με spray περμεθρίνης.

- Εφαρμογή προστατευτικών δικτυωτών πλεγμάτων (κουνουπιέρες) εμποτισμένων με εντομοκτόνο κατά τον ύπνο (ιδίως σε βρέφη, παιδιά, ηλικιωμένους, εγκυμονούσες, χρόνια πάσχοντες), σε περιοχές/χώρες με ενδημικές παρασιτικές λοιμώξεις.
- Μέτρα πρόληψης στο σπίτι:
  - χρήση εντομοκτόνων - εντομοαπωθητικών χώρου
  - ψεκασμός με εντομοκτόνα (πχ. μαλαθείο 1-4%) σε πατώματα, χαλιά, έπιπλα, στρώματα
  - σήτες σε πόρτες, παράθυρα, φεγγίτες και αεραγωγούς τζακιού
  - απομάκρυνση των εστιών των στάσιμων νερών (πχ. λεκάνες, κουβάδες, πιατάκια γλαστρών)
  - θεραπεία των αποικισμένων από ψύλλους σκύλων και γατών

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η παρασιτική κνήφη σπανίως χρήζει ιατρικής περίθαλψης και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά από τον ίδιο τον ασθενή. Στόχος της θεραπείας είναι αφενός η υποχώρηση του εξανθήματος και του συνοδού κνησμού και αφετέρου η πρόληψη και θεραπεία των επιμολύνσεων.

- Γενικά μέτρα: καθαρισμός της πάσχουσας περιοχής με χρήση αντισηπτικού. Σε δηλητηριώδη δήγματα, η εφαρμογή πάγου και η ακινητοποίηση του μέλους μπορεί να περιορίσει την τοπική αντίδραση.
- Κορτικοστεροειδή: τα μέτριας ισχύος τοπικά στεροειδή χορηγούμενα 2 φορές ημερησίως για σύντομο χρονικό διάστημα έχουν καλά αποτελέσματα σε κνησμώδεις βλάβες. Λόγω της συχνής συνύπαρξης βακτηριακής και μυκητιασικής επιμόλυνσης, ιδιαίτερα αποτελεσματική είναι η εφαρμογή τριπλού συνδυαστικού τοπικού κορτικοστεροειδούς, αντιβιοτικού, και αντιμυκητιασικού παράγοντα, όπως ακετονίδιο της τριαμσινολόνης, θειική νεομυκίνη και νυστατίνη. Με αυτά τα σκευάσματα αντιμετωπίζεται η φλεγμονή και ο κνησμός, ενώ παράλληλα εκριζώνεται ο εμπλεκόμενος μικροβιακός παράγοντας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις με εκτεταμένες και εμμένουσες δερματικές αντιδράσεις μπορεί να δοθεί ένα βραχύχρονο σχήμα από του στόματος κορτικοστεροειδών.

- Καλαμίνη: η τοπική εφαρμογή κρέμας ή λοσιόν καλαμίνης έχει κατευναστική δράση και βοηθά στην υποχώρηση του κνησμού.
- Συστηματικά αντιισταμινικά: τα από του στόματος αντιισταμινικά πρώτης ή δεύτερης γενεάς είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για την αντιμετώπιση του νυχτερινού κνησμού και χορηγούνται έως την υποχώρησή του. Συχνά συνδυάζονται με τοπικά κορτικοστεροειδή.
- Αντιβιοτικά: ενδείκνυνται σε περιπτώσεις επιμόλυνσης και χορηγούνται έως την υποχώρηση της λοίμωξης. Μπορεί να εφαρμοστούν τοπικά (πχ. αλοιφή μουπιροσίνης) ή να χορηγηθούν από του στόματος, σε περίπτωση συστηματικής λοίμωξης.
- Ειδική θεραπεία:
  - Δοθιηνική μυΐαση -> η τοπική εφαρμογή βαζελίνης στις βλάβες προκαλεί ασφυξία στις προνύμφες, οι οποίες μπορούν να απομακρυνθούν με ευκολία την επόμενη ημέρα.
  - Δήγματα από ψύλλους, κρότωνες και τουνγκίαση -> προσεκτική αφαίρεση του αρθρόποδου με κατάλληλη λαβίδα που διαθέτει λεπτά, στενά και αιχμηρά άκρα ασκώντας ομοιόμορφη πίεση και ήπια δύναμη, ώστε να απομακρυνθεί ολόκληρο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Wolff K, Johnson R, Saavedra A, Roh E. "Arthropod Bites, Stings, and Cutaneous Infections" in Fitzpatrick's Color Atlas And Synopsis Of Clinical Dermatology, 8Ed. New York, N.Y.: McGraw-Hill Education LLC.; 2017.
2. Rook A, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, Griffiths C. "Stings and Bites" in Rook's Textbook Of Dermatology. Chichester, West Sussex (UK): Wiley Blackwell; 2016.
3. Haddad V, Cardoso JL, Lupi O, Tyring SK. Tropical dermatology: Venomous arthropods and human skin: Part II. Diplopoda, Chilopoda, and Arachnida. J Am Acad Dermatol. 2012 Sep;67(3):347. e1-9; quiz 355.
4. Singh S, Mann B. Insect bite reactions. Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology. 2013;79(2):151. doi: 10.4103/0378 - 6323.107629.
5. Krishna MT, Ewan PW, Diwakar L, Durham SR, Frew AJ, Leech SC. Diagnosis and management of hymenoptera venom allergy: British Society for Allergy and Clinical Immunology (BSACI) guidelines. Clin Exp Allergy. 2011 Sep. 41(9):1201-20.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Insects and Scorpions. Available at http://www.cdc.gov/niosh/topics/insects. Accessed: May 15, 2021.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Υποτροφίες EADV για το 2022

Αγαπητοί Συνάδελφοι,
Η EADV προσφέρει Υποτροφίες σε νέους Δερματολόγους - Αφροδισιολόγους.
Διαβάστε αναλυτικά παρακάτω:

The EADV Honours and Awards Committee, under the chairmanship of Prof. Dr. Milos Nikolic, offers to young dermato-venereologists or resident/trainees under 35 years of age scholarships consisting of free registration to the 31ST EADV Congress and a travel stipend of EUR 1000, minus the fee of a one-year EADV membership (for the 2023 calendar year) according to the status of each recipient.

Applicants working in Albania; Algeria; Croatia; Cyprus; Egypt; Greece; Israel; Italy; Jordan; Lebanon; Libya; Malta; Monaco; Morocco; Palestine; Portugal; Montenegro; Spain; Syria AR; Tunisia; Turkey are eligible to apply for the John Stratigos Memorial Scholarship

EADV will offer the John Stratigos Memorial Scholarship to one successful applicant per country. If the Committee has 10 or more eligible applicants for one country, there may be two winners from that country.

CRITERIA FOR SCHOLARSHIP APPLICATION

- Must be a Resident/Trainee or Specialist in Dermatology and/or Venereology under 35 years of age
- Must not have previously received a EADV Scholarship (namely Micheal Hornstein Memorial Scholarship; John Stratigos Memorial Scholarship; Imrich Sarkany non-European Memorial Scholarship)
- Must have adequate knowledge of the English language

REQUIREMENTS

- The Scholarship Application Form completed online
- A short CV (not more than 3 pages)
- A list of publications written as explained in the document " How to prepare my publications list " available online
- A letter of support written by a "Fellow" EADV member endorsing the application
- A letter of support, written on official headed paper, signed and stamped, written either by the training director/ head of department, hospital or clinic endorsing the application
- A current copy of the applicant's training certificate in English indicating the start and end date or specialist certificate (or a letter from the national society confirming one of these statuses)
- A copy of ID (i.e. identity card, passport) with a passport-size photo

APPLICATION DEADLINE: 15 APRIL 2022 (23:59 CEST)

Εκ μέρους της Δερματολογικής & Αφροδισιολογικής Εταιρείας
www.edae.gr

Υποτροφίες ΕΔΑΕ για το 2022

Η Ελληνική Δερματολογική και Αφροδισιολογική Εταιρεία ανακοινώνει τις Υποτροφίες για το 2022.

- Δύο (2) «μετεκπαιδευτικές» υποτροφίες έως 9.000€ έκαστη, για μετεκπαίδευση ειδικευμένων Δερματολόγων - Αφροδισιολόγων, διάρκειας 3 μηνών τουλάχιστον σε αναγνωρισμένο κέντρο του εξωτερικού πάνω σε γνωστικό αντικείμενο που αφορά: Κλινική Δερματολογία, Επιδημιολογία Δερματικών Νόσων, Παιδοδερματολογία, Δερματοχειρουργική, Ερευνητική Δερματολογία, Δερματο-ογκολογία ή Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα / Αφροδισιολογία.
  Η υποτροφία χορηγείται μετά από συνεννόηση και αποδοχή του υποψηφίου από το Κέντρο του εξωτερικού.

- Δύο (2) «βραχείας μετεκπαίδευσης» υποτροφίες έως 6.000€ έκαστη, για βραχεία μετεκπαίδευση σε αναγνωρισμένο κέντρο του εξωτερικού δύο (2) μηνών τουλάχιστον (για ειδικευμένους ιατρούς).

- Τέσσερις (4) «βραχείας μετεκπαίδευσης» υποτροφίες έως 3.000€ έκαστη, για βραχεία μετεκπαίδευση σε αναγνωρισμένο κέντρο του εξωτερικού ενός μήνα τουλάχιστον (για ειδικευμένους ιατρούς).

Προϋποθέσεις
για υποτροφίες ειδικευμένων:

1. Οι υποψήφιοι πρέπει να είναι έως 50 ετών και εν ενεργεία Τακτικά Μέλη της ΕΔΑΕ.
2. Οι υποψήφιοι δεν θα πρέπει να λαμβάνουν επιχορήγηση ή υποτροφία από άλλο φορέα.
3. Κάθε υποψήφιος οφείλει να προσκομίσει μαζί με την αίτησή του, το πιστοποιητικό παρακολούθησης ενός συνεδρίου της ΕΔΑΕ της προηγούμενης χρονιάς και τουλάχιστον μία συστατική επιστολή από Τακτικό Μέλος της ΕΔΑΕ που σχετίζεται με την εκπαίδευσή του ή/και την ερευνητική του δραστηριότητα.
4. Οι υποψήφιοι δύναται να υποβληθούν σε προφορική συνέντευξη από το ΔΣ της ΕΔΑΕ με την κατάθεση των στοιχείων τους, ενώ όσοι επιλεγούν, υποχρεούνται στη σύναψη σύμβασης με την ΕΔΑΕ, ώστε σε περίπτωση αδυναμίας εκπλήρωσης της μετεκπαίδευσης, να δεσμεύονται από το νόμο ότι θα επιστρέψουν το ποσό της υποτροφίας.
5. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η άριστη γνώση της γλώσσας στο κέντρο μετεκπαίδευσης των υποψηφίων.
6. Προηγούμενη εκπαίδευση, κλινική ή ερευνητική ενασχόληση ή δημοσιευμένο έργο πάνω στο γνωστικό αντικείμενο της υποτροφίας, θα αξιολογηθεί θετικά από το ΔΣ.
7. Προτεραιότητα δίδεται στα άτομα που δεν έχουν λάβει στο παρελθόν υποτροφία της ΕΔΑΕ.

- Πέντε (5) «συνεδριακές» υποτροφίες έως 1.500€ έκαστη, για παρακολούθηση Ευρωπαϊκού Δερματολογικού συνεδρίου (π.χ. EADV) σε ειδικευόμενους ιατρούς.

Προϋποθέσεις
για υποτροφίες ειδικευόμενων:

1. Δικαίωμα αίτησης για συνεδριακή υποτροφία έχουν μόνο οι ειδικευόμενοι από το 2ο έτος και πάνω.
2. Κάθε υποψήφιος οφείλει να προσκομίσει μαζί με την αίτησή του, το πιστοποιητικό παρακολούθησης τουλάχιστον ενός συνεδρίου της ΕΔΑΕ της προηγούμενης χρονιάς.
3. Άριστη γνώση Αγγλικών.
4. Συστατική επιστολή από τον Διευθυντή Κλινικής ή τον Υπεύθυνο Προγράμματος Εκπαίδευσης
5. Οι υποψήφιοι δύναται να υποβληθούν σε προφορική συνέντευξη από το ΔΣ της ΕΔΑΕ με την κατάθεση των στοιχείων τους, ενώ όσοι επιλεγούν, υποχρεούνται στη σύναψη σύμβασης με την ΕΔΑΕ, ώστε σε περίπτωση αδυναμίας παρακολούθησης του συνεδρίου, να δεσμεύονται από το νόμο ότι θα επιστρέψουν το ποσό της υποτροφίας.

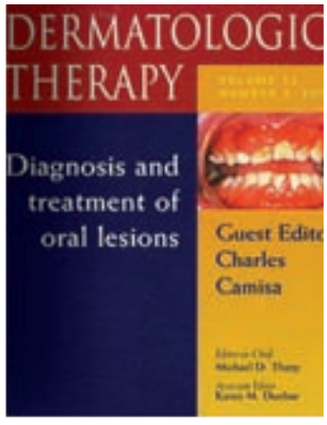
Απαραίτητα στοιχεία υποβολής υποψηφιότητας:

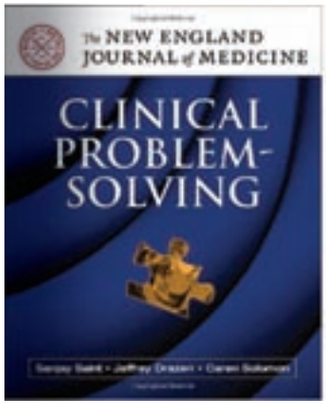
- Επιστολή προς το ΔΣ της Ε.Δ.Α.Ε. με τους λόγους υποβολής της αίτησης για υποτροφία.
- Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα.
- Εκκαθαριστικό σημείωμα από την εφορία.
- Γράμμα αποδοχής από Εκπαιδευτικό Κέντρο του εξωτερικού για συγκεκριμένο μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα.

ΛΗΞΗ ΠΡΟΘΕΣΜΙΑΣ
ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ:
30 Ιουνίου 2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Προσφορά της ΕΔΑΕ προς τα μέλη της





ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

Τα παραπάνω βιβλία βρίσκονται στο site της ΕΔΑΕ
www.edae.gr

5ο Πανελλήνιο Συνέδριο
Δερματικές Παθήσεις:
Παρελθόν, παρόν και μέλλον

30 Ιουνίου - **03** Ιουλίου 2022

Hotel Du Lac, **Ιωάννινα**

Διοργάνωση

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ & ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Ε.Με.Δ.Α.Α.Π.

Υπό την αιγίδα

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ

Με την υποστήριξη

Α΄ Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. Νοσοκομείο "Α. Συγγρός"

free spirit
Getting you there!

Οργάνωση-Γραμματεία
Θεσσαλονίκης 12, 15344 Γέρακας, Αττική.
T 210 6048260, **E** alebesi@free-spirit.gr
www.free-spirit.gr

Η Ελληνική εφαρμογή για την υπεριώδη ακτινοβολία

ΑΠΟ ΤΗΝ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ»

Ρηγόπουλος Δημήτρης
Καθηγητής Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, Διευθυντής Α' Πανεπιστημιακής Κλινικής, Νοσοκομείο «Α.Συγγρός»

Η Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματολογίας και Αφροδισιολογίας, σε συνεργασία με την Εθνική Μετεωρολογική Υπηρεσία έχει αναπτύξει εφαρμογή για τους χρήστες iphone και android συσκευών, η οποία παρέχεται ΔΩΡΕΑΝ.

Η εφαρμογή έχει σαν σκοπό να ενημερώνει τους επισκέπτες, όσο το δυνατόν πιο κοντά σε πραγματικό χρόνο, για την ένταση της **υπεριώδους ακτινοβολίας (UV)** στον ευρύτερο Ελλαδικό χώρο.

Η τιμή αυτού του δείκτη κυμαίνεται από 0-10+ και παρατίθεται, για εύκολη ανάγνωση, χρωματικά από πράσινο έως μωβ στον χάρτη της χώρας. Συνοδεύεται δε από χρήσιμες πληροφορίες σωστής συμπεριφοράς στον ήλιο.

Επιπλέον, στην εφαρμογή υπάρχουν ενότητες με χρήσιμες πληροφορίες για το κοινό αλλά και απαντήσεις σε συνηθισμένα ερωτήματα. Επειδή πρόκειται για μια δυναμική εφαρμογή, η ροή των πληροφοριών μπορεί να αλλάζει διαρκώς, εφόσον αυτό απαιτείται.

QR Code:

Εναλλακτικά, κατεβάστε την εφαρμογή εδώ: **https://apps.apple.com/us/app/uv-shield/id1518480824?ls=1**
https://play.google.com/store/apps/details?id=com.ifactortech.uvsafe

18ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

3 έως τις 6 Νοεμβρίου 2022

Αθήνα

Πληροφορίες για το Συνέδριο: **www.edae.gr**

Δερματοσκόπηση

θεωρητικά στοιχεία και εφαρμογή στην κλινική πράξη

Γεώργιος Χαϊδεμένος
τ. Διευθυντής, Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη

ΤΙΜΗ: 50€

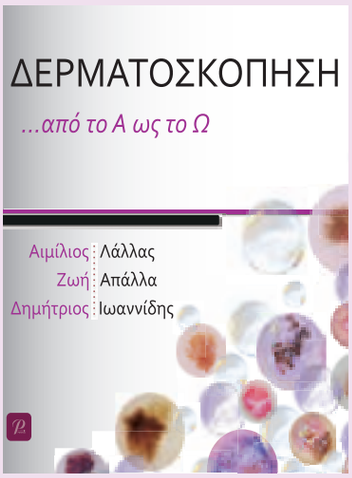
Εάν είστε βιαστικός αναγνώστης, μπορείτε να περιηγηθείτε στις περιλήψεις που υπάρχουν στο τέλος των σημαντικών κεφαλαίων και να αποκτήσετε τις βασικές δερματοσκοπικές γνώσεις, μελετώντας τις λεζάντες των άνω των 210 φωτογραφιών του κειμένου.
Αλλά και οι προσδοκίες των δύσκολων μελετητών πιστεύω πως θα βρουν ανταπόκριση, με τα αναλυτικά και κατά Τομείς Κεφάλαια, τα οποία υποστηρίζονται από βιβλιογραφία. Επιπρόσθετα, οι Πίνακες με κωδικοποιημένα τα δερματοσκοπικά χαρακτηριστικά των παθήσεων και το Παράρτημα στο τέλος του βιβλίου, αποτελούν μια συνοπτική αλλ' ουσιαστική μέθοδο αναγνωστικής προσπέλασης.
Υπενθυμίζεται πως με τη δερματοσκόπηση παρέχονται τρεις σημαντικές δυνατότητες στον Κλινικό γιατρό. Επιβεβαιώνεται η κλινική του υποψία. Μειώνεται ο αριθμός των μη απαραίτητων βιοψιών και χειρουργικών εξαιρέσεων. Επιτρέπεται η αναγνώριση των επικίνδυνων ή αμφίβολων για κακοήθεια περιπτώσεων που θα επανεξετασθούν ή θα οδηγηθούν στο χειρουργείο.

DOCTORS media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr

ΔΕΡΜΑΤΟΣΚΟΠΗΣΗ

...από το Α ώς το Ω

Αιμίλιος Λάλλας
Ζωή Απάλλα
Δημήτριος Ιωανίδης



Με τη μέθοδο αυτή δεν αναγνωρίζονται μόνο τα μακροσκοπικά χαρακτηριστικά μίας αλλοίωσης, όπως το σχήμα, το μέγεθος το χρώμα και η ηλικία του «ζωγραφικού πίνακα», αλλά και μικροσκοπικά χαρακτηριστικά, οι «πινελιές» που αναβιώνουν τις λεπτομέρειες των δομών που απεικονίζονται και οι οποίες οδηγούν με υψηλότερο ποσοστό ασφαλείας στην ορθή αναγνώριση των αλλοιώσεων και των εξανθημάτων. Με τον τρόπο αυτό η μοναδική «μαγεία» της ειδικότητας του δερματολόγου, να καταλήγει, δηλαδή, στη διάγνωση μόνος του, με τις αισθήσεις του, χωρίς τη βοήθεια ειδικών μικροβιολογικών, ακτινολογικών, κ.ά. εξετάσεων διευκολύνεται και επιτείνεται.
Το μόνο που απαιτείται είναι η απλή εξ επαφής μεγέθυνση με το δερματοσκόπιο στο χέρι του ιατρού.

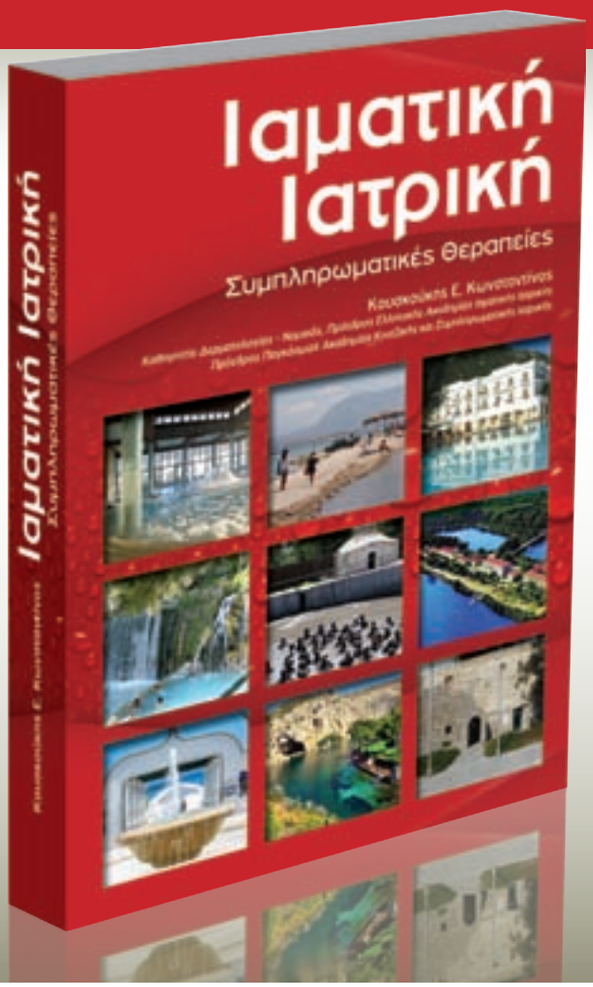
ΒΙΒΛΙΟΠΩΛΕΙΟ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ- ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΡΟΤΟΝΤΑ»
ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ
Καμβουνίων 5, ΤΚ 54621 Τηλ. 2310 212 212, Θεσσαλονίκη
email : ipokratis@ipokratis.gr, www.ipokratis.gr

ΚΥΚΛΟΦΟΡΕΙ

Ιαματική Ιατρική

Συμπληρωματικές Θεραπείες

Κουσκούκης Ε. Κωνσταντίνος
Καθηγητής Δερματολογίας - Νομικός
Πρόεδρος Ελληνικής Ακαδημίας Ιαματικής Ιατρικής
Πρόεδρος Παγκόσμιας Ακαδημίας
Κινεζικής και Συμπληρωματικής Ιατρικής



DOCTORS media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr

Textbook of Primary Care Dermatology

ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Α.
Δερματολόγος & Αφροδισιολόγος, τ. Διευθυντής ΕΣΥ, Νοσοκομείο ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ

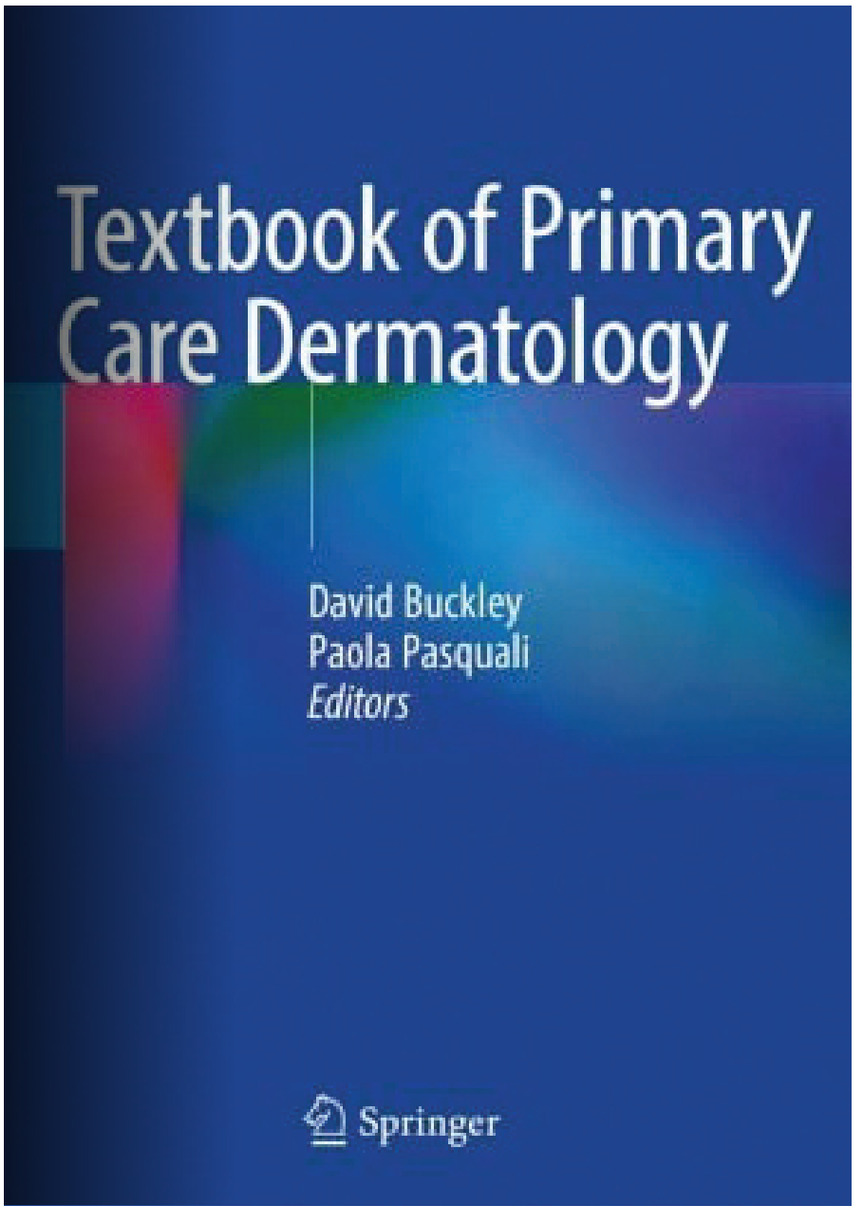
Στο τέλος του παρελθόντος έτους κυκλοφόρησε από τις εκδόσεις Springer το βιβλίο TEXTBOOK OF PRIMARY CARE DERMATOLOGY με Editors τους David Buckley και Paola Pasquali. Ο David Buckley είναι Ιρλανδός συνάδελφος, μέλος της EADV από το 1993.Εχει δημοσιεύσει πολλά άρθρα για τη δερματολογία και την κρυοχειρουργική σε πολλά δερματολογικά περιοδικά. Η εξαίρετη δερματολόγος και αγαπητή φίλη Paola Pasquali είναι πολύ γνωστή στου Έλληνες Δερματολόγους. Έχει επισκεφθεί τη χώρα μας, όπου έχει ομιλήσει σε συνέδρια της Δερματοχειρουργικής Εταιρείας και διεθνή συνέδρια. Είναι editor στα εξής συγγράμματα: Skin Cancer: A Practical Approach, Cryosurgery: A Practical Manual and Photography in Clinical Medicine. Είναι: Past President of the International Society of Teledermatology and chairman of AAD International Affairs Committee and member of EADV School.

Το εγχειρίδιο αυτό παρέχει έναν περιεκτικό, πρακτικό οδηγό για την αναγνώριση μιας σειράς από κοινές δερματολογικές παθήσεις. Περιέχει χρήσιμους πίνακες αναφοράς που μπορεί να βοηθήσουν όταν αναζητάμε τη λύση ενός προβλήματος κατά την εξέταση του ασθενούς. Παρέχει πρότυπα φυλλαδίων πληροφοριών για τον ασθενή που μπορεί να αντιγράψει ο πολυάσχολος γιατρός και να τα χορηγήσει στους ασθενείς του.

Διαθέτει βίντεο για μια σειρά δερματολογικών επεμβάσεων, όπως η εκτέλεση μιας βιοψίας, περιποίηση ενός έλκους και κρυοθεραπεία οξυτενών κονδυλωμάτων. Είναι ιδανικό για την εκπαίδευση και την εξάσκηση των ειδικευομένων δερματολόγων που αναζητούν ένα γρήγορο οδηγό αναφοράς για χρήση στην κλινική τους πρακτική. Ειδικότερα, στις 637 σελίδες του περιέχει όλες τις βασικές γνώσεις της δερματολογίας που χρειάζεται ο ειδικός δερματολόγος.

Τα κεφάλαια που περιέχει είναι τα εξής:

1. Η δερματολογία στη πρωτοβάθμια περίθαλψη
2. Νοσήματα των εξαρτημάτων
3. Δερματίτιδα, ερυθηματολεπιδώδεις παθήσεις
4. Κνίδωση, πομφολυγώδεις παθήσεις
5. Παιδιατρική δερματολογία
6. Λοιμώξεις, παρασιτώσεις
7. Περιοχική δερματολογία
8. Νοσήματα τριχών και ονύχων
9. Διαταραχές της μελάγχρωσης του δέρματος
10. Ψυχοσωματικά νοσήματα και συστηματικά νοσήματα που έχουν σχέση με το δέρμα
11. Επεμβατική δερματολογία
12. Ειδικό κεφάλαιο για το νοσηλευτικό προσωπικό και τους ασθενείς, χρήσιμες ηλεκτρονικές διευθύνσεις, ομάδες υποστήριξης ασθενών



ΕΚΔΟΣΕΙΣ SPRINGER
David Buckley, Paola Pasquali

21η ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΣΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ»

9 & 10 Δεκεμβρίου 2022, Αθήνα

Αγαπητοί Συνάδελφοι,
Η Οργανωτική Επιτροπή της 21ης Δερματολογικής Διημερίδας που διοργανώνει η Δερματολογική Κλινική ΕΣΥ του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός», με χαρά σας ανακοινώνει ότι οι ημερομηνίες της φετινής εκδήλωσης θα είναι **9 & 10 Δεκεμβρίου 2022**.
Με την ευχή να είμαστε όλοι καλά, σας περιμένουμε
στο **ΙΔΡΥΜΑ ΕΥΓΕΝΙΔΟΥ (Πλανητάριο), στις 9 και 10 Δεκεμβρίου 2022**.
Σας ευχαριστούμε θερμά για την μέχρι τώρα συμμετοχή σας και ανταπόκριση και σας παρακαλούμε **να κρατήσετε τις ημερομηνίες**. Θα είμαστε κοντά σας για συνεχή ενημέρωση.

Με εκτίμηση,
Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής
Βασιλική Χασάπη
Διευθύντρια Δερματολογικής Κλινικής ΕΣΥ Νοσοκομείου «Α. Συγγρός»

Πληροφορίες:
ERA κ. Λάμπου, 210 3634944, 6972 320455
Γραμματεία Δερματολογικής Κλινικής ΕΣΥ, κ. Δαμπολιά, 210 7265191

Προσεχή συνέδρια

ΕΑΡΙΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΤΗΣ ΕΔΑΕ
15 - 17 Απριλίου 2022, Θεσσαλονίκη, Μακεδονία Palace, www.erasmus.gr/microsites/1256

18th EADO CONGRESS HYBRID CONGRESS
21-23 April 2022, Sevilla, Spain, www.eado.org

EADV SYMPOSIUM 2022
12-14 May 2022, Ljubljana, www.eadvsymposium2022.org

ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ ΣΤΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ-ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ
26-28 Μαΐου 2022, Αθήνα, Μέγαρο Μουσικής www.dermatologydays.gr

IMCAS ASIA 2022
10 June - 12 June 2022 Bangkok, The Athenee Hotel, a Luxury Collection Hotel www.imcas.com/en/attend/imcas-asia-2022

8ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ
16-18 Ιουνιου 2022, Αθήνα, Grand Hyatt https://era.gr/portfolio-item/8th-panhellenic-melanoma-congress/

5ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ Ε.ΜΕ.Δ.Α.Α.Π. | «ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ 2022: ΠΑΡΕΛΘΟΝ, ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ»
30 ΙΟΥΝΙΟΥ- 3 ΙΟΥΛΙΟΥ 2022, Ιωάννινα, HOTEL DU LAC www.free-spirit.gr/el/dermatikes-pathiseis-parelthon-paron-mellon-p667.html

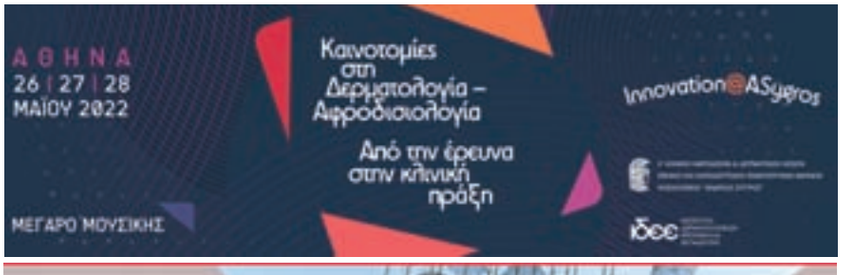
IMCAS AMERICAS 2022
21 July - 23 July 2022, Cartagena de Indias Convention Center - Julio Cesar Turbay Ayala, Colombia www.imcas.com/en/attend/imcas-americas-2022

AAD INNOVATION ACADEMY
21-24 JULY 2022, VANCOUVER, BC www.aad.org/member/meetings-education/ia22

3ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛ.Ε.ΔΕ.
2-4- Σεπτεμβρίου 2022, Θεσσαλονίκη www.hds-dermoscopy.gr/

31st EADV CONGRESS
7-11 September 2022 Milan www.eadvcongress2022.org/congress

41st ANNUAL MEETING OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR DERMATOLOGIC SURGERY
22-24 September 2022, Thessaloniki Concert Hall www.annualisdsmeeting.com/

18ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑΣ
3 έως τις 6 Νοεμβρίου 2022, Αθήνα
Πληροφορίες: www.edae.gr

21η ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ
9-10 Δεκεμβρίου 2022, Αθήνα, Ίδρυμα Ευγενίδου (Πλανητάριο) τηλ. 2107265191
κα Δαμπολιά Δήμητρα