

Εξελίξεις στην Ιατρική και τρίτη ηλικία

ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ
ΧΘΕΣ
ΣΗΜΕΡΑ
ΑΥΡΙΟ

Ανδρέας Συνετός

Καρδιολόγος, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
"Ιπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

Οι ραγδαίες εξελίξεις στην ιατρική και ιδιαίτερα στην καρδιολογία, τα τελευταία χρόνια, έχουν οδηγήσει σε αύξηση του προσδόκιμου της επιβίωσης των ασθενών και στη δημιουργία πολλών ερωτηματικών για το ποιες κατηγορίες ασθενών πραγματικά ωφελούνται από τη χρήση των νέων τεχνολογιών. Το ηλικιακό όριο περίπου των 80 ετών, που κάποτε αποτελούσε την κόκκινη γραμμή για την επεμβατική αντιμετώπιση των καρδιοπαθειών, με το σκεπτικό ότι διαταράσσεται η σχέση κινδύνου - οφέλους, έχει προ πολλού ξεπεραστεί. Η σύγχρονη επεμβατική καρδιολογία προσφέρει διακαθετηριακές, δηλαδή χωρίς μεγάλες τομές και χειρουργείο λύσεις, σε διάφορους τομείς, όπως η στεφανιαία νόσος και η αντικατάσταση των καρδιακών βαλβίδων. Μάλιστα, οι νέες αυτές τεχνικές, υποστηρίζονται από μεγάλες διεθνείς μελέτες οι οποίες έχουν αποδείξει ότι είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για "ανοικτό" χειρουργείο. Οι βηματοδότες, με ολοένα πιο σύνθετες λειτουργίες, η χρήση της κερκιδικής αρτηρίας για στεφανιογραφία, η βελτίωση των στεντς με διαρκώς εξελισσόμενη διαμόρφωση και χαρακτηριστικά, καθώς και η διαδερμική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας αποτελούν παραδείγματα μιας σειράς από διαφορετικά επιτεύγματα της ιατρικής τεχνολογίας προς καθημερινή χρήση.

Πέρα από το καθαρά ιατρικό μέρος, ένα σημαντικό θέμα που έχει προκύψει, αφορά στην οικονομική επιβάρυνση της κοινωνίας, προκειμένου να υποστηρίξει τη βελτίωση ή και την παράταση της ζωής συνανθρώπων μας, που ούτως ή άλλως έχουν μικρό προσδόκιμο επιβίωσης. Έτσι, έχει αναπτυχθεί μια ολόκληρη επιστήμη, που με τη σειρά της έχει δημιουργήσει μοντέλα αξιολόγησης του οφέλους κάθε νέας συσκευής, της κάθε νέας μεθόδου σε σύγκριση με το αντίστοιχο οικονομικό κόστος. Είναι λογικό, η διαδικασία της αξιολόγησης να σκοντάφτει σε πολλά εμπόδια, καθώς τα ηθικά και πρακτικά προβλήματα είναι προφανή. Είναι δύσκολη η θέσπιση κριτηρίων (υπερβολικού κόστους) σε κάποια ιατρική παρέμβαση, όταν από αυτήν προκύπτει όφελος για τον άρρωστο. Ή διαφορετικά διατυπωμένο: ποια είναι εκείνη η παρέμβαση που δεν θα παρέχεται σε ασθενείς, παρόλο που οδηγεί σε βελτίωση της κατάστασής τους, επειδή το κόστος θεωρείται μεγαλύτερο του αποδεκτού; Ειδικά όταν το κόστος μιας νέας θεραπείας σχεδόν πάντα είναι πολύ υψηλό.

Οι ανεπτυγμένες δυτικές κοινωνίες έχουν δημιουργήσει εθνικές επιτροπές, που θεσπίζουν κριτήρια για το ποιοι άρρωστοι θα επωφεληθούν από τη χρησιμοποίηση των νέων τεχνικών, και μάλιστα αυτό γίνεται αναλογικά με τους πόρους που έχει κάθε εθνικό σύστημα υγείας. Εκεί υπάρχουν αρκετές ανισότητες, ανάμεσα σε πολίτες διαφορετικών χωρών, καθώς και ανάμεσα στους ασθενείς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.

Το ηθικό δίλημμα για την εφαρμογή αυτών των νέων τεχνικών θα μπορούσε να περιπλεκτεί ακόμα περισσότερο, αν αναλογιστεί κάποιος, ότι το κόστος μιας αντίστοιχης επέμβασης θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την καταπολέμηση της παγκόσμιας φτώχειας, τη δημιουργία υποδομών σε περιοχές που μαστίζονται



από ασθενείς, που για τον δυτικό κόσμο φαντάζουν μακρινές, και που επηρεάζουν την τοπική θνητότητα σε υψηλό βαθμό.

Οι κοινωνικές ιδιαιτερότητες και οι κατά τόπους οικονομικοί περιορισμοί επηρεάζουν την παροχή αυτών των θεραπειών με μια μικρή απόκλιση από της κατευθυντήριες οδηγίες που θεσπίζονται από τις μεγάλες καρδιολογικές εταιρείες, τόσο της Ευρώπης όσο και της Αμερικής. Όμως, δεν υπάρχει καμιά αμφιβολία, ότι είναι θέμα χρόνου η πρόοδος της επιστήμης και τα ευεργετικά της αποτελέσματα να εφαρμοστούν σε όλο και μεγαλύτερο πληθυσμό που τα έχει ανάγκη. ☉