



Άρθρο Σύνταξης

Στους δύσκολους καιρούς που ζούμε, το να αποφασίσεις να φέρεις στον κόσμο μια νέα ύπαρξη, έστω και αν αυτή είναι ένα περιοδικό, δεν είναι εύκολη υπόθεση.

Πρώτα πρέπει να σκεφτείς για ποιο λόγο; Θέλουμε να καλύψουμε ουσιαστικές ανάγκες ή απλώς να «διαιωνίσουμε το είδος μας»; Στην προκειμένη περίπτωση πιστεύουμε ότι υπάρχει πραγματική ανάγκη ύπαρξης ενός ενημερωτικού, εκπαιδευτικού εντύπου, το οποίο, φυσικά σε συνδυασμό με τις άλλες δραστηριότητες του ΔΣ, θα μετατρέψει σε μειοψηφία την πλειοψηφία των Συναδέλφων, που σήμερα πιστεύουν ότι ασχολούμαστε με τα κοινά για προσωπικούς, ωφελημιστικούς λόγους.

Ένα άλλο λίαν ουσιαστικό θέμα που απασχόλησε και εμάς, όπως όλους, ήταν εάν το πνευματικό μας παιδί θα είχε γονιδιακό υλικό που θα του επέτρεπε ικανοποιητικό προσδόκιμο επιβίωσης αλλά και εάν θα μπορούσαμε να του προσφέρουμε τα «προς το ζην» (βλέπετε δεν ακριβαίνουν μόνο τα ρουχαλάκια, αλλά και το χαρτί και τα τυπογραφικά).

Παρά τις εκ χαρακτήρος επιφυλάξεις μου για κάθε τι καινούργιο, με έπεισε για την μακροχρέευση του «παιδιού», η ζωτικότητα των γονιών του. Και καλά για τη μητέρα του, την ΕΠ.Ε.Γ.Ε., δεν το συζητάμε, νέα κοπέλα είναι. Εντυπωσιάστηκα, όμως, από τα νέα μέλη του ΔΣ και τον πυρήνα της Συντακτικής Επιτροπής, των οποίων η εργατικότητα, ο ενθουσιασμός και η συγκρότηση, με έκαναν να αισθάνομαι ενοχές για τον σκεπτικισμό μου.

Όσον αφορά στο οικονομικό μέρος, για άλλη μια φορά σκεφτήκαμε ότι το παιδί έχει, όχι «Μπαμπά» αλλά «Μπαμπάδες στην Κορώνη». Προφανώς εννοούμε τις Φαρμακευτικές και λοιπές Ενδοσκοπικές και Εμπορικές Εταιρείες, οι οποίες στον τόπο μας, ευτυχώς ή δυστυχώς, σηκώνουν το βάρος της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης.

Έπειτα απ'όλα αυτά δεν υπολογίσαμε τα σχόλια του κόσμου (του τύπου «αυτό τους μάραν», «όλα τα'χε η Μαριωρή» κ.λπ.), αλλά προχωρήσαμε «σε τεχνητή γονιμοποίηση» και μετά από δύσκολη κυοφορία πολλών μηνών ακολούθησαν οι αδίνες του τοκετού. Πονέσαμε, αλλά άξιζε τον κόπο.

Ελπίζω να συμφωνήσουμε όλοι μας – εσείς ως φυσικοί γονείς και εμείς, ΔΣ και Συντακτική Επιτροπή, ως θετοί γονείς, ότι το «καμάρι» μας είναι πανέμορφο. Να μας ζήσει!!!!

A. Ζερβακάκης
Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Αγαπητοί συνάδελφοι, το τεύχος που έχετε στα χέρια σας αποτελεί ένα πρώτο αποτέλεσμα της προσπάθειας τόσο του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ όσο και της «άτυπης» προς το παρόν Συντακτικής Επιτροπής για την δημιουργία ενός νέου εντύπου.

Στο ερώτημα που στους περισσότερους θα δημιουργηθεί «Μα γιατί ένα ακόμα περιοδικό;» θα απαντήσουμε ότι, προσπάθειά μας είναι να δημιουργήσουμε ένα περιοδικό που να είναι ταυτόχρονα συνδικαλιστικό, ενημερωτικό αλλά και ποικίλης ύλης, επιστημονικής και όχι μόνο. Για να χρησιμοποιήσουμε την ορολογία της εποχής μας ίσως ένα life style περιοδικό για γαστρεντερολόγους.

Προσπάθειά μας είναι να διαμορφώσουμε μόνιμες στήλες με επιστημονικό, επαγγελματικό αλλά και με κοινωνικό, ψυχαγωγικό ή και καλλιτεχνικό ενδιαφέρον. Στην προσπάθειά μας όμως αυτή δεν χρειαζόμαστε μια «τυπική» Συντακτική Επιτροπή, αλλά Συναδέλφους που στον λιγοστό ελεύθερο χρόνο τους θα ήθελαν να μοιραστούν μαζί μας τις σκέψεις τους, τις ιδέες τους, την καλοπροαιρέτη κριτική τους και την «πένα» τους. Αισιοδοξούμε ότι, ιδιαίτερα οι νεότεροι Συνάδελφοι, θα ανταποκριθούν στο κάλεσμα για ενεργό συμμετοχή στην συντακτική ομάδα.

Τέλος, ονομάσαμε το περιοδικό μας «Ενδοσκοπήσεις» όχι μόνο γιατί αυτές αποτελούν το σημαντικότερο εργαλείο της δουλειάς μας αλλά και γιατί θέλουμε να δώσουμε έμφαση στην διάθεσή μας για αυτοπαρατήρηση και γιατί όχι για αυτοκριτική.

Ελπίζουμε να σας αρέσει το πρώτο μας τεύχος.

Τάσος Αρμόνης
Διευθυντής Σύνταξης

Zoom στα



ΝΕΑ και ΕΠΙΚΑΙΡΑ

Ενημέρωση από το Δ.Σ.

γράφει ο Α. Ζερβακάκης

Καλορίζικο, το περιοδικό μας!

Η όλη προσπάθεια των νέων «ανησύχων» Συναδέλφων, που αποτελούν την Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού, θα δικαιωθεί μόνο εάν οι «Ενδοσκοπήσεις» διαβάζονται από την πλειοψηφία των Γαστρεντερολόγων και γίνουν αφορμή για «αυτοενδοσκοπήσεις». Και επειδή η γυναίκα του Καίσαρα δεν θα πρέπει μόνο να είναι τιμία αλλά και να φαίνεται, αναφέρουμε ότι το Δ.Σ. αποφάσισε να αναθέσει την έκδοση του περιοδικού στην Global Διαφημιστική, ύστερα από εκτίμηση των προσφορών τριών Εταιρειών. Η μία δεν αποδέχτηκε την παράκλησή μας να εκτιμήσουμε την εργασία της με τη δημιουργία ενός τεύχους δείγματος και η άλλη, εκτός από το ότι το τεύχος-δείγμα που μας πρότεινε ακολουθούσε την πεπατημένη, από οικονομικής πλευράς ήταν εξοφθάλμως ασύμφορη.

Ο Δαίμων του Διαδικτύου εξακολουθεί να κατατρέχει την ιστοσελίδα μας. Διεκόπη η συνεργασία της χορηγού μας, Janssen-Cilag, με την εταιρεία πληροφορικής Batton, η οποία δημιούργησε και υποστήριζε την www.epege.gr, με προφανή επακόλουθα. Εν τω μεταξύ, ύστερα από χορηγεία της ELPEN, αποκτήσαμε πρόσβαση στο γνωστό Gastrohep. Αν ενδιαφέρεστε, ζητήστε με fax τον προσωπικό σας κωδικό, από την κα. Μ. Γεναδοπούλου (τηλ. 210-6727531).

Ευελπιστούμε ότι σύντομα η ιστοσελίδα μας θα ενημερώνεται ανελλιπώς, ανά μήνα.

Εσείς έχετε ασφάλεια ασπικής ευθύνης;

Εμείς στο Δ.Σ. νομίζαμε ότι είχαμε, μέχρι που ανακαλύψαμε πως...μάλλον δεν είχαμε! Με αφορμή την ανανέωση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μας της Αγροτικής Ασφαλιστικής, με τη μεσολάβηση του ασφαλιστικού «συμβούλου» του Ι.Σ.Α. μας εξίσωσαν με τους χειρουργούς, από πλευράς επικινδυνότητας της εργασίας μας,

άνευ ουδεμίας συννενοήσεως ή έστω προειδοποιήσεως. Διαβάζοντας τα «ψιλά γράμματα» των συμβολαίων μας, συνειδητοποιήσαμε πως περιλαμβάνουν τέτοιους όρους, οι οποίοι επιτρέπουν στις Ασφαλιστικές Εταιρείες να αρνηθούν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους, τουλάχιστον όπως εμείς τις αντιλαμβανόμαστε.

Μετά από τα ανωτέρω, αν και οι περισσότεροι ανανεώσαμε τα συμβόλαιά μας, αποφασίσαμε να απευθυνθούμε σε δύο ανεξάρτητες εταιρείες Ασφαλιστικών Συμβούλων. Ζητήσαμε να διερευνήσουν ποια θα πρέπει να είναι η απαιτούμενη μηνιαία αποζημίωση, ώστε να ασφαλιστούμε όλοι μας, πλήρως και χωρίς ψιλά γράμματα, για συμβάματα που μπορούν να παρουσιαστούν στις ενδοσκοπήσεις, με ή χωρίς καταστολή.

Σύντομα θα σας ενημερώσουμε για τα αποτελέσματα της διερεύνησής μας αυτής, ούτως ώστε να σας προτείνουμε την ασφαλιστική εταιρεία, που θα μας ασφαλίσει πλήρως και με το χαμηλότερο δυνατόν κόστος.

Από τις αρχές του τρέχοντος έτους, οι πρόεδροι Ε.Γ.Ε. και ΕΠ.Ε.Γ.Ε. καλούνται και κατά κανόνα συμμετέχουν στις συνεδριάσεις των δύο Διοικητικών Συμβουλίων. Με τον τρόπο αυτόν, επιπυγχάνεται η καλύτερη δυνατή ενημέρωση, αλληλοκατανόηση και ο απαραίτητος συντονισμός ενεργειών, για την προώθηση κοινών θεμάτων.

Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται: **a) Η ενημέρωση του αρχείου μελών των δύο Εταιρειών και η χαρτογράφηση τόσο των γαστρεντερολόγων όσο και των γαστρεντερολογικών αλλά και παθολογικών κλινών των νοσοκομείων, ανά την επικράτεια.** Σκοπός μας είναι, εκτός του προφανούς και η εκπόνηση μελέτης για την αναγκαιότητα δημιουργίας Γαστρεντερολογικών Τμημάτων ή Ενδοσκοπικών Γαστρεντερολογικών Ιατρείων, σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας. Την

εργασία έχει αναλάβει με την τεχνική υποστήριξη της Ε.Γ.Ε. η κα Νάγια Μπομπότη, η μόνη Συνάδελφος που εξεδήλωσε ενδιαφέρον ύστερα από σχετική πρόσκλησή μας, μέσω του Ενημερωτικού Δελτίου, έναντι συμβολικής αμοιβής εκ μέρους της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

β) Διάδοση και εφαρμογή της κολοσκόπησης, για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, πανελλαδικά. Η προφανής ωφέλεια του κοινωνικού συνόλου (αλλά και ημών των γαστρεντερολόγων) που θα προκύψει από την εφαρμογή της πρακτικής αυτής είναι τόσο σημαντική, ώστε να δικαιολογείται κάθε προσπάθεια για την πραγματοποίησή της. Η εμπειρία των προηγούμενων προσπαθειών θα αποδειχθεί πολύτιμη. Την απαιτούμενη πολύπλευρη μελέτη έχει αναλάβει η ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

γ) Η μελέτη του προβλήματος των συχνών και πολλών ομοειδών εκπαιδευτικών εκδηλώσεων και συνεδρίων, με αντικείμενο την έρευνα και την εκπαίδευση στα νοσήματα του πεπτικού σωλήνα. Θα εξεταστούν διάφορες λύσεις του προβλήματος, μεταξύ των οποίων και η ενδεχόμενη καθιέρωση Εβδομάδας Μελέτης Γαστρεντερολογικών Νοσημάτων, κατά το πρότυπο της DDW. Σχετική εισήγηση έχουν αναλάβει να καταθέσουν ο Πρόεδρος της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. και ο Γενικός Γραμματέας της Ε.Γ.Ε.

δ) Με αφορμή διάφορες αποσπαστικές και ενίστε αποχείς παρουσιάσεις Συναδέλφων Γαστρεντερολόγων, στα διάφορα Μ.Μ.Ε. και ιδίως στην τηλεόραση, το Δ.Σ. της Ε.Γ.Ε., με την επικουρία της ΕΠ.Ε.Γ.Ε., διερευνά τρόπους για την σφαιρική, ενιαία και αποτελεσματική ενημέρωση του κοινού. **Στόχος μας είναι να μην εκφράζονται μόνο προσωπικές απόψεις, αλλά οι απόψεις της πλειοψηφίας, με τρόπο ο οποίος να εξυπηρετεί τη Δημόσια Υγεία.**



Πρόσωπο...



...με Πρόσωπο

Επικοινωνούμε: Το βήμα των Συναδέλφων

Σχολιασμός του Νέου Π.Δ. για τις Τιμές των Ιατρικών Επισκέψεων

γράφει ο Γιάννης Δρίκος

Με αφορμή την από 01/09/2005 εφαρμογή τρέχοντος προεδρικού διατάγματος περί της νέας αμοιβής της ιατρικής επίσκεψης, πληθώρα ερωτηματικών και σχολίων ανακύπτουν που χρήζουν- πάντα κατά την προσωπική μου άποψη- σχολιασμού από τους ιθύνοντες. Απευθυνόμενος προς τους αρμοδίους και συναρμοδίους, ιατρούς και μη, που σχεδίασαν αλλά και επέβαλαν την εφαρμογή του συγκεκριμένου Π.Δ. και με σκοπό τον προβληματισμό για την ορθότητα των πολύπλοκων αλλά και ακατανόητων αποφάσεων τους, που θίγουν τόσο τον Έλληνα ιατρό και ασθενή όσο και την λειτουργία του δημοσίου συστήματος υγείας, σας παραθέτω τις κάτωθι προσωπικές μου απόψεις προς δημιουργικό αντίλογο:

1. Ο πιθανά αυθαίρετος προσδιορισμός του ύψους της ιατρικής αμοιβής (20€) θα μπορούσε να είναι τόσο αυθαίρετος όσο και η αμοιβή ενός κουρέματος σε κομμωτήριο!. Και χωρίς να έχω κάτι με την συμπαθή τάξη των κομμωτών, **αναλογίζομαι (συγκρίνοντας τις αμοιβές και άλλων επαγγελμάτων)** αν η αμοιβή της ιατρικής

επίσκεψης είναι εναρμονισμένη με τα Ελληνικά δεδομένα, εκφράζει την δίκαιη αποτίμηση, είναι αντάξια της ιατρικής προσφοράς και σύμφωνος με την κρατούσα νομοθεσία που υπαγορεύει την αξιοπρέπεια στην εκτίμησή της! Ωστόσο, έσπευσαν να ενημερώσουν, περίτρανα ξεφωνίζοντας, τον δήθεν «πρωτοφανή τριπλασίασμό» της για τους «προμηθευτές της υγείας» (έτσι μας χαρακτηρίζουν οι επιτελείς... της υγείας...)! (βλέπε ενημερωτικά δελτία ΟΠΑΔ), υποσχόμενοι μάλιστα και για το μέλλον, λες και θέλουν να συγκαλύψουν τι... την συνεχίζομενη αδιαφορία τους! Και μη μου πείτε ότι αυτές οι ενέργειες δεν λέγονται λαϊκισμός!

2. Και όμως οι ιθύνοντες νόες συνέχισαν, με σκοπό τον προσδιορισμό του δυσνόητου κόστους της 2ης, 3ης κοκ επισκέψεων (10 €) ίσης προς το ήμισυ της 1ης ιατρικής επίσκεψης! Άραγε εμείς οι ιατροί προσφέρουμε τις ιατρικές υπηρεσίες κατά το ήμισυ? Άραγε έλαβαν υπ' όψιν τους την άποψη των ενεργών (κατά το κοινώς λεγόμενο 'μάχιμων') ιατρών το πόσο καθοριστικές και σημαντικές μπο-

ρούν να είναι οι 2ες, 3ες επισκέψεις σε σχέση με την 1η επίσκεψη, εκφράζοντας έτσι την εξίσου σημαντική σπουδαιότητά τους! Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι δύο πρώτες επισκέψεις του μήνα είναι ελεύθερες πέραν δε τούτων χρήζουν θεώρησης ελεγκτή ιατρού, υπαγορεύοντας ένα είδος φραγμού στην ελεύθερη πρόσβαση των ασθενών προς τις ιατρικές υπηρεσίες δημιουργώντας επιπροσθέτως και πρόβλημα στην λειτουργία των ιατρείων.

3. Και του παραλογισμού συνέχεια... επίτευγμα των ιθυνόντων νοών, η ποσόστωση των ιατρικών επισκέψεων! Άραγε υπάρχει κάποιο οικονομοτεχνικό ή τεχνοκρατικό μαθηματικό μοντέλο επινόησης και προσδιορισμού ποσοστών ή η ιατρική αμοιβή υπόκειται στους (ιδίους νόμους !) της ελεύθερης-φιλελεύθερης οικονομίας της αγοράς αποτελώντας ένα άλλο είδος εμπορικού προϊόντος το οποίο δύναται να τελεί σε παζάρεμα; Θα ήταν πιο τίμιο αλλά και αξιοπρεπές να ζητηθεί από τους ιατρούς δωρεάν ιατρική επίσκεψη έστω και εν ονόματι οικονομικής ανέχειας του Κράτους ή



των ασφαλιστικών ταμείων, παρά η παροχή ιατρικών υπηρεσιών να μην αποζημιώνονται επειδή ξεπέρασαν το δύθεν ‘πλαφόν’! **Κινήσεις όπως η ποσόστωση των ιατρικών υπηρεσιών υποτιμούν ακόμα περισσότερο τον κοινό νου, κλυδωνίζουν το αίσθημα της αξιοπρέπειας στην άσκηση της ιατρικής**, καταδεικνύοντας κατάφωρα την ακόμα μεγαλύτερη τάση σε σχέση με το παρελθόν της απαξίωσης του ιατρού, την στιγμή μάλιστα που του ζητούν παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών. Ακόμα και αν θέλαμε να δικαιολογήσουμε ένα τέτοιο πολύπλοκο και δυσλειτουργικό ΠΔ επικαλούμενοι εμπειριχόμενο μηχανισμό ελέγχου, σε καμιά περίπτωση ουδείς ελεγκτικός μηχανισμός (των οποίων οι ιατροί είναι υπέρμαχοι) δεν θα πρέπει να θίγει την αξιοπρέπεια των εμπλεκομένων στην εφαρμογή του.

4. Και σαν να μην έφθαναν οι νεοσύστατες αποφάσεις, πληθώρα μηχανισμών εκτέλεσης και ερμηνευτικών εγκυκλίων μέσα στους πρώτους μήνες εφαρμογής του ΠΔ, υποδεικνύουν την διόγκωση της γραφειοκρατίας. Σε μια εποχή που όλοι μιλούν και ζητούν μείωση της γραφειοκρατίας και της ταλαιπωρίας του πολίτη, με σημαίοφόρο και το Κράτος πια, ήρθε μια απίστευτη διόγκωση των διαδικασιών αποζημίωσης των ιατρών π.χ. σφραγιδάκια, ευκρινής “καλλιγραφική” πλήρης καταχώριση των δεδομένων σε νέα έντυπα με κατηγορίες και υποκατηγορίες, και ‘απειλές’ για μη αποζημίωση των ιατρών που δεν συμμορφώνονται! Ενδεικτικά θα ήταν αρκετό να αναφερθεί ότι ένας γαστρεντερολόγος με μέσο όγκο παροχής ιατρικών υπηρεσιών προς το Δημόσιο χρειάζεται την υποβολή τουλάχιστον 16 συμπληρωμένων εντύπων ή για γαστρεντερολόγο με κύριο όγκο ιατρικών υπηρεσιών το Δημόσιο περίπου 40 τέτοιων, πλέον συνημένων των αποκομμάτων και 2 δελτίων παροχής υπηρεσιών (!). Αλήθεια αναρωτιέμαι, η κατάθεση των αποκομμάτων και μόνο, δεν θα ήταν αρκετή για την αποζημίωση του ιατρού! **Είναι τόσο δύσκολο να αντιληφθούν ότι η κατασπατάληση του πολύτιμου και δημιουργικού χρόνου του ιατρού αναλωμένου σε μη ουσιώδεις διαδικασίες μη αφορούσες την άσκηση**

της Ιατρικής, είναι εις βάρος του υψηλού κύρους ιατρικών υπηρεσιών που αιτούνται; Μα ούτε καν και το πρόσχημα των ιθυνόντων ότι με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος της ‘αναξιοπιστίας του Έλληνα ιατρού’, καταδικάζοντας κατά κάποιον τρόπο την πλειοψηφία προς χάριν μιας μικρής μειοψηφίας επίορκων ιατρών (οι οποίοι σημειωτέον υπόκεινται στην ανοχή και συντήρηση του ίδιου του κράτους εδώ και χρόνια), δεν μπορεί να δικαιολογήσει την ανικανότητα ανεύρεσης επαρκών μηχανισμών ελέγχου που θα πρέπει να σέβονται την αξιοπρέπεια που

λύπη και απογοήτευση με διακατέχουν όταν συνειδητοποιώ ότι στις επιτροπές συμβούλων για τον σχεδιασμό και εφαρμογή τέτοιων ΠΔ συμμετέχουν και ιατροί, που όμως η ‘απομαχία’ τους δεν μπορεί να δικαιολογήσει το ότι παίρνουν στο λαμπό τους μια ολόκληρη τάξη επαγγελματιών οδηγώντας τους στην απαξίωση. Άραγε οι πολιτικοί δεν αναλογίζονται ούτε το πολιτικό κόστος το οποίο έχει αναπτυχθεί σε δύο μέτωπα, αυτό των ιατρών και αυτό των ασθενών; Θα ήταν πιο δόκιμο (χωρίς να σημαίνει ότι ασπάζομαι αυτήν την άποψη) να έβαζαν ‘πλαφόν’ στο συνολικό εισόδημα των ιατρών από προσφορά υπηρεσιών προς το Δημόσιο (και όχι ‘πλαφόν’ στις ιατρικές επισκέψεις), έχοντας έτσι αντιμέτωπους μόνον τους ιατρούς και όχι τους ασθενείς, οι οποίοι δεν φταίνε σε κάτι και οι οποίοι θα πρέπει να έχουν ελεύθερη πρόσβαση προς τους ιατρούς και τις ιατρικές υπηρεσίες (λαϊκισμός; δυστυχώς ναι είναι η μόνη γλώσσα που καλά γνωρίζουν...).

Συμπερασματικά, στηριζόμενος στην μη αλλαγή νοοτροπίας απέναντι στον ιατρό, για μια ακόμη φορά δεν έγινε ακριβοδίκαιη αποτίμηση της ιατρικής αμοιβής και ούτε καν έχει προβλεφθεί τιμαριθμική αναπροσαρμογή της, οδηγώντας μας σχεδόν με μαθηματική ακρίβεια σε όλη μία ανάλογη πολυετή οικονομική ομηρία (ωστόσο έσπευσαν να προβλέψουν και να προστατεύσουν από την δύθεν κατασπατάληση του Δημοσίου χρήματος επινοώντας δυυπόνθους μηχανισμούς!). Συνεχίζεται, ο εμπαιγμός και η απαξίωση του ιατρικού λειτουργήματος με επινόηση περίπλοκων μηχανισμών αποζημίωσης που τελικά αυξάνουν ελάχιστα το συνολικό εισόδημα (και όχι το «πρωτοφανή τριπλασιασμό του») των ιατρών σε σχέση με το 1991, καθώς και η ακατανόητος διόγκωση της γραφειοκρατίας με τις γνωστές επιπτώσεις της. Και όλα αυτά εν όψει επικείμενων αναπροσαρμογών και στις ιατρικές πράξεις...**ας ελπίσουμε ότι θα πρυτανεύσει η σοφία, η οποία σημειωτέον στην δεδομένη περίπτωση είναι ισοδύναμος με την στοιχειώδη λογική...** Ίδωμεν!

ΑΝΤΕ ΚΑΙ ΣΕ ΚΑΛΗ ΜΕΡΙΑ!!!...

Πρόσωπο με



Πρόσωπο

Ο Γαστρεντερολόγος στα Ασφαλιστικά Ταμεία

γράφει ο Στέργιος Κουβαράς

Είναι αναμφισβήτητο γεγονός ότι ο αριθμός των γαστρεντερολόγων στην Ελλάδα είναι αναλογικά από τους μεγαλύτερους στην Ευρώπη. Αυτό, σε συνδυασμό με τις μικρές πιθανότητες δημιουργίας νέων θέσεων στο Ε.Σ.Υ. δημιουργεί ασφυκτικό κλίμα.

Αναπόφευκτη συνέπεια είναι πολλοί νέοι συνάδελφοι να εργάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. **Η γαστρεντερολογία θεωρείτο ειδικότητα της δευτεροβάθμιας ή της τριτοβάθμιας περίθαλψης. Η σύγχρονη όμως τεχνολογία έχει ασφοποιήσει τα όρια των κλασσικών αυτών βαθμίδων.** Έτσι ο ιδιώτης ή ο γαστρεντερολόγος του ασφαλιστικού ταμείου έχει τη δυνατότητα να λύσει αρκετά προβλήματα υγείας, τα οποία με την κλασσική τακτική απαιτούσαν εισαγωγή σε νοσοκομείο. Η παρουσία λοιπόν του γαστρεντερολόγου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι απαραίτητη για την παρακολούθηση χρονίων νοσημάτων, τη διάγνωση και θεραπεία πολλών νοσημάτων, τα οποία μπορούν να αντιμετωπισθούν σε εξωτερική βάση και, τέλος, την αποσυμφόρηση των γαστρεντερολογικών τμημάτων των νοσοκομείων.

Μετά από πρόχειρη εκτίμηση, 60%-70% των μελών της ΕΠΕΓΕ έχουν συνάψει σύμβαση με κάποιο ασφαλιστικό ταμείο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συναδέλφων έχουν σύμβαση με το Δημόσιο και το ΙΚΑ. Οι χαμηλές τιμές των ιατρικών πράξεων στο Δημόσιο είναι πρόβλημα, για τη λύση του οποίου γίνονται προσπάθειες από το Δ.Σ. της ΕΠΕΓΕ. Στις επόμενες γραμμές θα προσπαθήσω να αναφέρω μερικά προβλήματα που έχει ο συμβεβλημένος με το ΙΚΑ γαστρεντερολόγος, που εργάζεται στα κατά τόπους πολυιατρεία του Ιδρύματος.

A. Ο θεσμός των τηλεφωνικών ραντεβού, που ισχύει από τις αρχές του 2005, καθορίζει σαν ημερήσιο αριθμό εξεταζόμενων τους 25, με χρόνο για την κάθε εξέταση τα 10 λεπτά! Βέβαια πολλές απ' αυτές τις επισκέψεις απαιτούν μόνο συνταγογραφία για χρόνια νοσήματα. Όμως παρ' όλα αυτά ο χρόνος είναι μικρός και πολύ εύκολα θα διαφύγει το σοβαρό πρόβλημα, αν ο θεράπων ιατρός δεν δώσει ιδιαίτερη προσοχή, ανεξάρτητα αν το πρόβλημα φαίνεται εκ πρώτης όψεως απλό.

Παράλληλα, **η έλλειψη ενδοσκοπικών μονάδων στα περισσότερα πολυιατρεία της χώρας περιορίζει τις δυνατότητες του γαστρεντερολόγου, αναγκάζοντάς τον να ασκεί μόνο το κλινικό μέρος της ειδικότητας.** Όμως το ενδοσκόπιο αποτελεί βασικό εργαλείο στην άσκηση της ειδικότητάς μας. **Η δημιουργία ενδοσκοπικών μονάδων στα πολυιατρεία του ΙΚΑ μπορεί μεν βραχυπρόθεσμα να περιορίζει τις επαγγελματικές μας δυνατότητες, όμως μακροπρόθεσμα θα αναβαθμίσει τη θέση του θεράποντα γαστρεντερολόγου.** Επίσης:

1. Θα δημιουργηθούν νέες θέσεις εργασίας.
2. Θα αποσυμφορθούν τα εξωτερικά ιατρεία των γαστρεντερολογικών τμημάτων των νοσοκομείων.
3. Θα ήταν δυνατόν υπό ορισμένες προϋποθέσεις και μετά τον κατάλληλο σχεδιασμό, να συνδεθεί η ενδοσκοπική μονάδα ενός πολυιατρείου του ΙΚΑ με την αντίστοιχη μονάδα του νομαρχιακού νοσοκομείου, ώστε αφενός μεν να αποσυμφορήσει το ενδοσκοπικό του νοσοκομείου, αφετέρου δε να συμβάλει στην ταχύτερη και αποτελεσματικότερη

αντιμετώπιση κάποιων επειγόντων περιστατικών.

B. Το δεύτερο μεγάλο θέμα είναι η ασφαλιστική και συνταξιοδοτική κάλυψη, θέμα βέβαια το οποίο αφορά όλους τους ιατρούς του ΙΚΑ. Με βάση το νόμο Σιούφα (1337/1993) όσοι έχουν προσληφθεί μετά την 1/1/1993 δεν έχουν τη δυνατότητα συνταξιοδότησης από το ΙΚΑ, εφόσον συνταξιοδοτούνται από το ΤΣΑΥ. Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες και απεργιακές κινητοποιήσεις με την πρωτοβουλία του συνδικαλιστικού φορέα (ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ) για την επίλυση του προβλήματος. Όμως το θέμα ακόμα εκκρεμεί. Σε επόμενο τεύχος θα καταγράψουμε όλες αυτές τις προσπάθειες.

C. Ο συνδυασμός ιδιωτικού ιατρείου και ιατρείου στο ΙΚΑ απαιτεί καθημερινά πολλές ώρες εργασίας (περί τις 12-13 ώρες), με αποτέλεσμα η ενημέρωση στις σύγχρονες εξελίξεις και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση να απαιτούν ιδιαίτερη προσπάθεια, η οποία, με την πάροδο του χρόνου και τις αυξημένες υποχρεώσεις, γίνεται ακόμη πιο δύσκολη με κίνδυνο μετά από 10-15 χρόνια συνεχούς παραμονής στο χώρο αυτό, ο γαστρεντερολόγος να αποκτά τη νοοτροπία του «ιατρού του ασφαλιστικού ταμείου». Δηλαδή του ιατρού ο οποίος απλώς συνταγογραφεί και διεκπεραιώνει προβλήματα, χωρίς να ασχολείται με την ουσιαστική λύση τους.

Σε επόμενα τεύχη θα επανέλθουμε, ασχολούμενοι με καθένα από αυτά τα προβλήματα χωριστά. Οι γνώμες των συναδέλφων και οι προτάσεις τους θα φιλοξενηθούν σ' αυτό το βήμα με ιδιαίτερη χαρά.



Ενδοσκοπικό



Θέμα

Το Ενδοσκοπικό Ενδογαστρικό Μπαλόνι Παχυσαρκίας

Μια μη χειρουργική εναλλακτική μέθοδος στην αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας

γράφει η Νικολέττα Μάθου

?

Πώς ορίζεται η παχυσαρκία;

Η παχυσαρκία, που εξελίσσεται σε ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας του δυτικού κόσμου, ορίζεται συνήθως με την έμμεση μέτρηση του σωματικού λίπους, χρησιμοποιώντας τον **δείκτη μάζας σώματος** (Body Mass Index, BMI) = **Βάρος(kgr) / Ύψος (m)²**. Νοσογόνος παχυσαρκία έτσι εμφανίζεται όταν το BMI είναι >30. Ο δείκτης μάζας σώματος εντούτοις, δεν χαρακτηρίζει ικανοποιητικά την κατανομή του σωματικού λίπους, που κρίνεται πολύ σημαντική, μια και η περίσσεια του ενδοκοιλιακού λίπους αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα κινδύνου υγείας. Διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν επιπρόσθετα την μέτρηση της **περιμέτρου της μέσης** (waist circumference), που συσχετίζεται ακριβέστερα με το σπλαγχνικό λίπος. Έτσι, αυξημένος κίνδυνος για την υγεία παρουσιάζεται όταν ο δείκτης αυτός υπερβαίνει τα 94cm για τους άνδρες και τα 80cm για τις γυναίκες.

?

Πόσο συχνό πρόβλημα υγείας είναι σήμερα η παχυσαρκία;

Περισσότεροι από 300 εκατομμύρια άνθρωποι στον πλανήτη χαρακτηρίζονται παχύσαρκοι. Υπολογίζεται ότι το 2030 το 100% των παιδιών στις ΗΠΑ θα είναι παχύσαρκα, ενώ σήμερα στην Ελλάδα είναι (BMI >30) το 28% των ανδρών και το 38% των γυναικών.

?

Γιατί οι αυστηρές δίαιτες συνήθως αποτυγχάνουν μακροπρόθεσμα;

Ενώ η διάγνωση της παχυσαρκίας γίνεται εύκολα η θεραπεία της είναι πολύ δύσκολη. Οι αυστηρές δίαιτες οδηγούν με την διακοπή τους σε βουλιμικά επεισόδια, διαιωνίζοντας έτσι τον **φαύλο κύκλο δίαιτα – βουλιμία – δίαιτα**. Σύμφωνα με διεθνή δεδομένα μετά την απώλεια βάρους, το 95% των παχυσάρκων επανακτούν σε διάστημα 2 ετών το βάρος που έχασαν ή ακόμη περισσότερο. Άλλαγή του τρόπου ζωής σε συνδυασμό με μια υποθερμιδική διατροφή με

στόχο την σταδιακή και διαρκή (0,5–2 κιλά εβδομαδιαίως) απώλεια βάρους κι όχι αυστηρά περιοριστικές δίαιτες είναι η καλύτερη αντιμετώπιση στο πρόβλημα της παχυσαρκίας.

Ποιο σκεπτικό οδήγησε στον σχεδιασμό του ενδογαστρικού μπαλονιού παχυσαρκίας, και ποια τα τεχνικά χαρακτηριστικά του;

Το ενδοσκοπικό ενδογαστρικό μπαλόνι σχεδιάσθηκε ώστε μηχανικά να προσφέρει αίσθημα πληρότητας και όγκου στο στομάχι, μειώνοντας έτσι την κατανάλωση τροφής και διευκολύνοντας την εκμάθηση της νέας διατροφής και της αλλαγής του τρόπου συμπεριφοράς των παχυσάρκων από μων (Εικόνα 1). Ο αρχικός σχεδιασμός του και οι επακόλουθες τροποποιήσεις ακολούθησαν κατευθυντήριες οδηγίες που ορίσθηκαν από διεθνείς επιτροπές και έθεταν τα στοιχεία που πρέπει να χαρακτηρίζουν το ενδοσκοπικό μπαλόνι. Σύμφωνα με αυτές



Εικόνα 1: Σχηματική παράσταση του ενδοσκοπικού μπαλονιού.

το ενδογαστρικό μπαλόνι πρέπει να έχει ομαλή και λεία επιφάνεια για να μην ερεθίζει τον γαστρικό βλεννογόνο, να διαθέτει μικρή και εύκαμπτη μορφή ώστε να τοποθετείται και να αφαιρείται με άμεση ενδοσκοπική όραση, να γεμίζει με υγρό καλύτερα παρά αέρα, να είναι κατασκευασμένο από βιολογικά ανενεργό, μαλακό και ελαστικό υλικό με μακρά και ασφαλή χρήση *in vivo*, να μπορεί να ρυθμισθεί σε διαφορετικά μεγέθη και να είναι ορατό ακτινολογικά. Το ενδοσκοπικό ενδογαστρικό μπαλόνι που ευρέως χρησιμοποιείται σήμερα είναι σφαιρικό, σιλικονούχο, λείο, ορατό ακτινολογικά και γεμίζει με φυσιολογικό ορό σε όγκους που κυμαίνονται από 400 - 700 ml.

Ποιες είναι οι ενδείξεις τοποθέτησής του;

Οι ενδείξεις για την προσωρινή χρήση του (πρέπει να αφαιρείται στους 6 μήνες) συνοψίζονται βασικά στις παρακάτω κατηγορίες ασθενών:

1. Απώλεια βάρους σε ασθενείς με BMI 30-39 που διαθέτουν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου της υγείας που συσχετίζονται με την παχυσαρκία και απέτυχαν να χάσουν ή να διατηρήσουν την απώλεια βάρους μετά από επίπονα, ελεγχόμενα διαιτητικά προγράμματα.

2. Απώλεια βάρους σε πολύ παχύσαρκους ασθενείς με BMI >40 ως προετοιμασία για εφαρμογή βαριατρικής χειρουργικής με στόχο την μείωση των διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών.

3. Απώλεια βάρους σε πολύ παχύσαρκους ασθενείς (BMI > 40) που λόγω αντενδείξεων δεν μπορούν να χειρουργηθούν, σε συνδυασμό πάντα με μακροχρόνια προγράμματα ισορροπημένης διατροφής και συμπεριφεριολογίας.



Εικόνα 2: Τοποθέτηση μπαλονιού στον στόμαχο

στομάχου. Εισάγονται με αργό ρυθμό στο μπαλόνι 400-700ml φυσιολογικού ορού χρωματισμένου με 5ml κυανό του μεθυλενίου (για να εντοπισθεί στα κόπτρανα και στα ούρα σε περίπτωση που αυτόματα ξεφουσκώσει το μπαλόνι) κάτω από ενδοσκοπικό έλεγχο (Εικόνες 2,3). Μετά από την επιθυμητή πλήρωση, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή, αφαιρείται ο οδηγός καθετήρας, ώστε να λειτουργήσει η ενσωματωμένη βαλβίδα ασφαλείας που εξασφαλίζει την ακεραιότητα του μπαλονιού. Ο ασθενής δεν χρήζει απαραίτητα νοσηλείας, αλλά παραμένει τουλάχιστον επί 2ωρο στην αίθουσα ανάνψης για παρακολούθηση.



Εικόνα 3: Ακτινολογική εικόνα μπαλονιού μετά την τοποθέτηση

Ποια σημεία θα πρέπει οπωσδήποτε να τονισθούν από τον ιατρό στον ασθενή πριν από την τοποθέτηση;

1. Αφιερώνουμε αρκετό χρόνο στην πρώτη συνάντηση με τον ασθενή για σωστή ενημέρωση, αναζήτηση κινήτρων και σωστή επιλογή ασθενών στους οποίους πιστεύουμε ότι το μπαλόνι παχυσαρκίας θα έχει αποτέλεσμα σαν μέθοδος απώλειας βάρους.
2. Το μπαλόνι δεν αποτελεί από μόνο του «μαγική λύση» στην απώλεια βάρους και η τελική επιτυχία βασίζεται στον συνδυασμό του με υποθερμιδική διατροφή και αλλαγή του τρόπου ζωής.
3. Ο ασθενής επιλέγει μια σχετικά επεμβατική μέθοδο απώλειας βάρους, πρέπει να γνωρίζει τις πιθανές επιπλοκές και, το σημαντικότερο, να έχει επίγνωση της απόφασής του αυτής (π.χ. δεν το δοκιμάζουμε επειδή το διαβάσαμε σε ένα περιοδικό ποικίλης ύλης).
4. Ο ασθενής επίσης πρέπει να γνωρίζει ότι θα πρέπει να απέχει σχεδόν πλήρως από τα γλυκά (καθώς και από τροφές που περιέχουν πολλές θερμίδες σε μικρό όγκο, όπως τα λίπη).

5. Προσφέρουμε έντυπα πληροφορησης στον ασθενή να πάρει μαζί του, που πιθανά θα αναφέρονται πράγματα που έχουν παραλειφθεί να αναπτυχθούν στην συνομιλία, και του δίνουμε χρόνο να το αποφασίσει.

Ποια είναι η τεχνική της τοποθέτησης του ενδογαστρικού μπαλονιού;

Χορηγείται συνήθως ενδοφλέβια μιδαζολάμη, ώστε ο ασθενής να βρίσκεται σε ύπνωση. Με τον οδηγό καθετήρα εισάγεται το ξεφούσκωτο μπαλόνι και τοποθετείται στην περιοχή του θόλου ή του σώματος του

Ποιες είναι οι πρώτες οδηγίες προς τον ασθενή μετά από την τοποθέτηση του μπαλονιού;

Οι ασθενείς εξέρχονται με συστάσεις για υδρική δίαιτα επί 10ημέρο και συνεχή λήψη PPIs (omeprazole 20mg/day) που θεωρείται ότι προστατεύουν περαιτέρω το στόμαχο από το ξένο σώμα, αλλά και το μπαλόνι από τα ερεθιστικά, όχινα υγρά του στομάχου. Επίσης για 3-7 ημέρες χορηγούνται, εάν χρειασθεί, αντιεμετικά (ondansetron 24mg/day) για συμπτωματική αγωγή από τους εμέτους και την ναυτία που ακολουθούν συνήθως για 2-5 ημέρες την τοποθέτηση του μπαλονιού.



12 Ενδοσκοπήσεις

Ποιες είναι οι συχνότερα παρατηρούμενες επιπλοκές μετά την τοποθέτηση και πώς αντιμετωπίζονται;

1. **Ναυτία, έμετοι και αίσθημα βάρους/πόνου στο επιγάστριο** είναι η πιο συχνά παρατηρούμενη επιπλοκή και εκφράζει την προσπάθεια του στομάχου να συνηθίσει το μπαλόνι. Συνήθως υποχωρεί σε λίγες ημέρες με την βοήθεια της διαιτητικής και φαρμακευτικής αγωγής που προαναφέρθηκε.

2. Σε μερικές περιπτώσεις οι έμετοι και η γαστρική δυσανεξία συνεχίζουν επί μακρόν και τότε το μπαλόνι πρέπει να αφαιρεθεί.

3. **Έλκη στομάχου** συνήθως σε σημεία πίεσης και διαβρωτική γαστρίτιδα μπορεί να συμβούν και αντιμετωπίζονται συνήθως με αντιελκωτική αγωγή.

4. **Διάτρηση και αιμορραγία από έλκος** έχουν αναφερθεί.

5. Η σοβαρότερη επιπλοκή είναι η **εντερική απόφραξη** από ένα μπαλόνι που δεν έχει φουσκώσει σωστά ή που παρουσιάζει διαρροή και μετακινηθήκε από το στομάχι στο έντερο. Δυνητικά μπορεί να περάσει στο παχύ έντερο και να αποβληθεί με τα κόπρανα. Χειρουργική παρέμβαση μπορεί επίσης να χρειασθεί για την αφαίρεσή του.

Πότε και πώς αφαιρείται το ενδοσκοπικό μπαλόνι παχυσαρκίας;

Μετά από χρονικό διάστημα 6 μηνών το μπαλόνι πρέπει να αφαιρεθεί (περαιτέρω παραμονή του στο στομάχι αυξάνει την πιθανότητα να ξεφουσκώσει αυτόματα), και πιθανότατα να αντικατασταθεί με ένα καινούργιο εάν δεν έχει επιτευχθεί ολοκληρωτικά ο στόχος της απώλειας βάρους. Η διαδικασία αφαίρεσης γίνεται με τον ασθενή σε «μέθη». Το μπαλόνι τρυπιέται με ειδική βελόνα σκληροθεραπείας και αφαιρείται όλο το υγρό με αναρρόφηση. Κατόπιν με ειδική λαβίδα σύλληψης συλλαμβάνεται άδειο πια και αφαιρείται σιγά και σταθερά από το στόμα πάντα σύμφωνα με τις οδηγίες της κατασκευάστριας εταιρείας.

Ποια είναι η αναμενόμενη απώλεια βάρους;

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία η μέση απώλεια βάρους κυμαίνεται από 15 – 21 κιλά στο χρονικό διάστημα των 6 μηνών.

Ποια είναι τα σημαντικότερα σημεία που θα πρέπει να προσέξει ή να προτείνει ο θεράπων ιατρός για την μέγιστη αποτελεσματικότητα της μεθόδου στην απώλεια σωματικού βάρους;

1. Πρέπει να γίνει κατανοητό από τον ασθενή ότι η μέθοδος είναι η αρχή μόνο μιας εφ'όρου ζωής αλλαγής του τρόπου ζωής και όχι μια προσωρινή βοήθεια στην απώλεια βάρους.

2. Δεν αναφερόμαστε σε αυστηρές, περιοριστικού τύπου, υποθερμιδικές δίαιτες, αλλά σε μια **ισορροπημένη, υποθερμιδική διατροφή** στην οποία εκπαιδεύεται ο ασθενής κατά την διάρκεια του εξαμήνου και κατόπιν συνεχίζει να την εφαρμόζει, εάν θέλει να έχει ένα μακροχρόνιο αποτέλεσμα.

3. Ενθαρρύνουμε την **σωματική άσκηση** σε συνδυασμό με την διατροφή και προτείνουμε απλές λύσεις, όπως το περπάτημα.

4. Κατά την διάρκεια του εξαμήνου, ζητούμε την **τακτική επικοινωνία** με τον ασθενή, ή συνιστούμε εξειδικευμένη διαιτολογική και ψυχολογική παρέμβαση εάν είναι απαραίτητη.

5. Σημαντική επίσης είναι η **αρωγή της οικογένειας** στην επίτευξη του τελικού στόχου και έτσι συνιστάται να παρίσταται στις συζητήσεις κάποιο συγγενικό πρόσωπο (συνήθως σύζυγος) που θα κατανοήσει τις διατροφικές ιδιαιτερότητες.

Τι γνωρίζετε για το ενδογαστρικό μπαλόνι παχυσαρκίας με αέρα;

Πρόσφατα έχει τέλος χρησιμοποιηθεί και μπαλόνι που φουσκώνει με αέρα αντί φυσιολογικού ορού. Οι υποστηρικτές του αναφέρουν καλύτερη ανεκτικότητα με λιγότερα επεισόδια εμέτων και επιγαστρικού άλγους μετά την τοποθέτηση και την ίδια αποτελεσματικότητα στην απώλεια βάρους με το κλασικό ενδογαστρικό μπαλόνι. Εντούτοις, δεν υπάρχει ακόμη ικανοποιητική διεθνής βιβλιογραφία στο θέμα και χρειάζονται δημοσιεύσεις και συγκριτικές ενδεχόμενα μελέτες στο μέλλον.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Polly Hitchcock Noel, Jacqueline A Pugh. Management of overweight and obese adults. BMJ 2002;325:757-761.
- S.B.Doldi et al. Intragastric Balloon in Obese Patients. Obesity Surgery 2000;10:578-581.



Ενδοσκοπικό



Θέμα

Οδηγά σύρματα στη Θεραπευτική Ενδοσκόπηση

γράφει ο Π. Σκλάβος

Αρχικά σχεδιασμένα για αγγειακές επεμβάσεις, τα οδηγά σύρματα σήμερα αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο στη θεραπευτική ενδοσκόπηση των παθήσεων των χοληφόρων και του παγκρέατος.

Χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με καθετήρες ή σφιγκτηροτόμους για την επίτευξη και εξασφάλιση καθετηριασμού των χοληφόρων ή του παγκρεατικού πόρου αλλά και στη διενέργεια σφιγκτηροτόμης, στην τοποθέτηση ενδοπροσθέσεων, στην εξαγωγή λίθων και άλλων θεραπευτικών τεχνικών. Είναι ιδιαιτέρως πολύτιμα στην επίτευξη δύσκολων καθετηριασμών των πόρων και στη διευκόλυνση της προσπέλασης δύσκολων στενώσεων των χοληφόρων και του παγκρεατικού πόρου.

Παράλληλα με τις προσπάθειες χειρισμού δύσκολων περιπτώσεων τα οδηγά σύρματα έχουν επίσης εξελιχθεί από τα απλά σύρματα από ανοξείδωτο ατσάλι στα επικαλυμμένα με Teflon και πιο πρόσφατα σε ειδικά οδηγά σύρματα.

Το ιδανικό οδηγό σύρμα θα πρέπει να είναι ατραυματικό (για να μειώνεται ο κίνδυνος τραυματισμού των ιστών), ακτινοσκιερό (για να απεικονίζεται ευκρινώς ακτινοσκοπικά), να είναι αρκετά στερεό (ώστε να μην λυγίζει ή να κάμπτεται εύκολα), να μπορεί να κατευθύνεται εύκολα και η επιφάνειά του να είναι ολισθηρή (ώστε να ελαχιστοποιείται η τριβή και να επιτρέπεται η ομαλή προώθησή τους κατά μήκος των πόρων του χοληφόρου δένδρου και του παγκρέατος όπως επίσης και η προώθηση καθετήρων και ενδοπροσθέσεων).

Τα οδηγά σύρματα εξυπηρετούν δύο σκοπούς: 1) παρέχουν πρόσβαση σε συγκεκριμένα σημεία του πεπτικού και 2) χρησιμεύουν ως οδηγοί πάνω στους οποίους περνούν

καθετήρες και ενδοπροσθέσεις. Για την εξασφάλιση πρόσβασης το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό ενός οδηγού σύρματος είναι το πόσο εύκολα μπορεί να περάσει στους πόρους. Από αυτή την άποψη η ευλυγιστική του άκρου τους και ο χαμηλός συ-

**Το ιδανικό οδηγό σύρμα
θα πρέπει να είναι
ατραυματικό,
ακτινοσκιερό,
να είναι αρκετά στερεό,
να μπορεί να
κατευθύνεται εύκολα
και η επιφάνειά του
να είναι ολισθηρή**

ντελεστής τριβής αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά. Για την προώθηση καθετήρων και ενδοπροσθέσεων, η ακαμψία του στελέχους (σώματος) του οδηγού σύρματος είναι μεγίστης σημασίας.

Έτσι, κάθε οδηγό σύρμα είναι κατασκευασμένο ώστε να επιτελεί διαφορετικό έργο. Γενικά, κάθε οδηγό σύρμα αποτελείται από έναν εσωτερικό άξονα (πυρήνα ή σώμα), κατασκευασμένο από ανοξείδωτο ατσάλι ή νιτινόλη, ο οποίος προσδιορίζει την ακαμψία-σκληρότητα του σώματος αλλά και την ευλυγιστική του άκρου και από μια εξωτερική επικάλυψη από σιλικόνη ή πολυτετραφλούροραιθυλένιο (PTFE) η οποία προσδιορίζει την ολισθηρότητα του σύρματος.

Πολλοί τύποι οδηγών συρμάτων διατίθενται στην αγορά και κάθε ένα

είναι σχεδιασμένο με διαφορετικές ιδιότητες προκειμένου να εξυπηρετεί ειδικό έργο. Γενικά τα οδηγά σύρματα έχουν διάμετρο που κυμαίνεται από 0,018 έως 0,035 inches και μήκος από 240 έως 480 cm. Τελευταία, αρκετοί ενδοσκόποι προτιμούν τα «κοντά» οδηγά σύρματα. Έχουν άλλωστε αναπτυχθεί συστήματα ταχείας αλλαγής καθετήρων. Με τον τρόπο αυτό εξοικονομείται χρόνος και χρήμα (τα «κοντά» οδηγά σύρματα είναι συνήθως φθηνότερα των αντίστοιχων «μακρών») και ο χειρισμός τους καθίσταται ευκολότερος (μπορούν να περιστραφούν και κατά την αλλαγή καθετήρων δεν πέφτουν στο δάπεδο με αποτέλεσμα να διατηρούνται καθαρά).

Μερικά οδηγά σύρματα φέρουν υδρόφιλη επικάλυψη μόνο στα τελευταία 60 εκατοστά τους, έτσι ώστε το τμήμα του σύρματος το οποίο δεν είναι ολισθηρό να μην δυσκολεύει τους χειρισμούς των βοηθών.

Τα άκρα τους είναι μαλακά και ευλύγιστα ώστε να μην προκαλούν τραυματισμό των ιστών. Το μήκος του μαλακού άκρου τους κυμαίνεται από 3 -15 εκατ. Οδηγά σύρματα με μακρά μαλακά άκρα είναι κατάλληλα για εκλεκτικό καθετηριασμό των αριστερών χοληφόρων πόρων σε περιπτώσεις κακοήθειας στην πύλη του ήπατος ή για την προσπέλαση ασύμμετρων στενώσεων ιδίως στο μέσο τριτημόριο του χοληδόχου πόρου. Στις παραπάνω περιπτώσεις όταν ο απευθείας καθετηριασμός δεν είναι εφικτός, η περαιτέρω προώθηση ενός τέτοιου οδηγού σύρματος προκαλεί αρχικά την κάμψη του μαλακού τμήματος μέσα στον πόρο και στη συνέχεια την αναπήδηση του λυγισμένου τμήματος του σύρματος στο επιθυμητό σημείο. Αντιθέτως, τα οδηγά σύρματα με



μαλακά áκρα λίγων εκατοστών θεωρούνται χρήσιμα σε περιπτώσεις που η ανατομία του παγκρεατικού πόρου καθιστά τεχνικά δυσχερή την τοποθέτηση ενδοπρόσθεσης διαμέσου του παγκρεατικού σφιγκτήρα, όταν αυτή επιχειρείται με σκοπό την πρόληψη της παγκρεατίδας μετά από ERCP. Στις περιπτώσεις αυτές το μαλακό áκρο του σύρματος, ιδίως όταν αυτό έχει μικρή διάμετρο (0,018 inches), μπορεί να λυγίσει και να καμφθεί μέσα στον παγκρεατικό πόρο. Το βραχύ και μαλακό áκρο επιτρέπει τη διέλευση του σκληρού σώματος του σύρματος διαμέσου του παγκρεατικού σφιγκτήρα και στη συνέχεια την προώθηση πάνω από αυτό μιας βραχείας παγκρεατικής ενδοπρόσθεσης.

Τα μαλακά áκρα των περισσοτέρων οδηγών συρμάτων είναι ευθέα. Πολλά ωστόσο οδηγά σύρματα διατέθησαν γωνιωμένα ή σε σχήμα J áκρα. Τα σύρματα αυτά έχουν χρησιμοποιηθεί επιτυχώς σε περιπτώσεις ενώ ο εκλεκτικός καθετηριασμός του χοληδόχου πόρου είναι δυσχερής, το οδηγό σύρμα προωθείται ευχερώς στον παγκρεατικό. Επίσης τα σύρματα αυτά, ιδίως όταν μπορούν να περιστραφούν, κατευθύνονται με επιτυχία στον επιθυμητό πόρο.

Μια παράμετρος που συχνά υποεκτιμάται κατά την επιλογή ενός οδηγού σύρματος είναι η ασφάλεια που παρέχουν κατά τη διάρκεια καθοδηγούμενης με οδηγό σύρμα ενδοσκο-

πικής σφιγκτηροτομής. Η δημιουργία ηλεκτρικού ρεύματος σε ένα οδηγό σύρμα είτε μέσω επαγωγής (όταν το οδηγό σύρμα και το σύρμα του σφιγκτηροτόμου πορεύονται παράλληλα κατά μήκος ενός σφιγκτηροτόμου) είτε μέσω κλειστού κυκλώματος (όταν το ηλεκτρικό ρεύμα μεταδίδεται από το σύρμα κοπής του σφιγκτηροτόμου στον μεταλλικό πυρήνα του οδηγού σύρματος) είναι δυνατό να προκαλέσει έγκαυμα των ιστών κατά μήκος του σύρματος. Έχει άλλωστε αναφερθεί πόνος ή διάτρηση των χοληφόρων κατά τη διάρκεια σφιγκτηροτομής. Η χρήση σφιγκτηροτόμων διπλού αυλού (όπου οδηγό σύρμα και σύρμα κοπής διατρέχουν σε διαφορετικά κανάλια) και η μόνωση των περισσοτέρων οδηγών συρμάτων έχει ελαχιστοποιήσει τις παραπάνω πιθανότητες. Παρόλα αυτά, η ταυτόχρονη χρήση ελαττωματικών σφιγκτηροτόμων και οδηγών συρμάτων δεν μπορεί να αποκλειστεί. Άλλωστε προς αποφυγή καταστροφής του εξωτερικού περιβλήματος των οδηγών συρμάτων δεν συνιστάται η προώθησή τους διαμέσου καθετήρων ή άλλων εξαρτημάτων με μεταλλικό áκρο.

Επειδή η χρήση των οδηγών συρμάτων ενέχει τον κίνδυνο επιπλοκών (διάτρηση, αιμορραγία, σηψαμία) οι κατασκευάστριες εταιρείες συνιστούν τη χρήση τους αποκλειστικά από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπι-

κό ή κάτω από την αυστηρή επιτήρησή του. Επίσης:

- Τα οδηγά σύρματα διατίθενται αποστειρωμένα και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται αμέσως μετά το άνοιγμα της συσκευασίας τους. Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μετά την αναγραφόμενη ημερομηνία λήξης ή όταν η συσκευασία τους ή τα ίδια τα οδηγά σύρματα είναι ελαττωματικά.

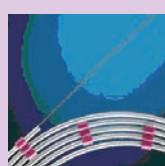
- Τα σύρματα είναι μιας χρήσης. Δεν συνιστάται η αποστείρωσή τους και η χρησιμοποίησή τους σε άλλον ασθενή. Σε αντίθετη περίπτωση η πιθανότητα μετάδοσης μολυσματικού νοσήματος από ασθενή σε ασθενή δεν μπορεί να αποκλειστεί.

- Μετά την αρχική χρησιμοποίησή τους θα πρέπει, προκειμένου να διατηρούνται καθαρά και να είναι έτοιμα προς χρήση, να τοποθετούνται προσεκτικά μέσα στο πλαστικό τους περιβλήμα. Μετά την ολοκλήρωση της ενδοσκόπησης θα πρέπει να απορρίπτονται σε κάδους που προορίζονται για μολυσματικά νοσοκομειακά υλικά.

- Το μαλακό áκρο τους δεν θα πρέπει να παραμορφώνεται από τους χειριστές.

Τα επιμέρους χαρακτηριστικά των οδηγών συρμάτων που χρησιμοποιούνται συχνότερα στην επεμβατική ενδοσκόπηση των παθήσεων των χοληφόρων και του παγκρέατος αναφέρονται στη συνέχεια.

Standard Guide wire



Το οδηγό σύρμα Standard (Wilson-Cook) είναι κατασκευασμένο από ανοξείδωτο ατσάλι και επικαλυμμένο από teflon (TFE). Διατίθεται σε μία μόνο διάμετρο (0,035 inches) και σε ένα μόνο μήκος (480 cm). Διαθέτει ακτινοσκιερό μαλακό áκρο μήκους 3 cm. Η εξωτερική του επικάλυψη δεν προσφέρει ικανοποιητική μόνωση και για το λόγο αυτό θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση του κατά τη διενέργεια σφιγκτηροτομής.

Protector Plus

Το οδηγό σύρμα Protector Plus (Wilson-Cook) διατίθεται σε ένα μόνο μήκος (480 cm) και σε μία μόνο διάμετρο (0,035 inches που καταλήγει σε 0,033 inches στο áκρο του). Στα χαρακτηριστικά του περιλαμβάνονται: το βελτιωμένο από teflon (TFE) θηκάρι, το μήκους 3,5 εκατοστών ακτινοσκιερό áκρο του από πλατίνα και οι ενδοσκοπικά

ορατοί διαβαθμισμένοι δείκτες ανά 5 εκατοστά. Το ακτινοσκιερό áκρο του και οι ορατοί δείκτες επιτρέπουν την εύκολη ανίχνευση του σύρματος και τον καθορισμό τού μήκους της ενδοπρόσθεσης, αντίστοιχα. Το βελτιωμένο από teflon θηκάρι εξασφαλίζει το ανεμπόδιστο πέρασμα των καθετήρων και ενδοπροσθέσεων. Σε σχέση με τα teflon-επικαλυμμένα οδηγά σύρματα το θηκάρι από teflon προσφέρει μικρότερο κίνδυνο στους ασθενείς από κλειστά κυκλώματα και από επαγωγά ρεύματα. Ως εκ τούτου, το οδηγό σύρμα μπορεί να παραμείνει στη θέση του κατά τη διάρκεια σφιγκτηροτομής με σφιγκτηροτόμο διπλού αυλού. Ένα μειονέκτημα του οδηγού αυτού σύρματος είναι ότι το θηκάρι από teflon έχει την τάση να κολλά και να ζαρώνει σαν ακορντεόν, ειδικά όταν έρχεται σε επαφή με σκιαγραφικές ουσίες, με αποτέλεσμα τη δυσκολία διόδου καθετήρων και σφιγκτηροτόμων. Επίσης, εξαιτίας της φύσης του ανοξείδωτου ατσαλιού του πυρήνα τους τα οδηγά αυτά σύρματα εάν μεταχειριστούν βάναυσα λυγίζουν και κάμπτονται μόνιμα.



Mark V Tracer



Το οδηγό σύρμα Mark V Tracer (Wilson-Cook) είναι επικαλυμμένο με teflon, διατίθεται σε μία μόνο διάμετρο (0,035 inches) και σε δύο διαφορετικά μήκη (260 και 480 cm). Διατίθεται

επίσης σε δύο διαφορετικούς τύπους: Tracer και Tracer ST. Το τελευταίο διαφέρει στο ότι το άκρο του έχει σκληρύνει για να διευκολύνει δύσκολους καθετηριασμούς και τοποθετήσεις ενδοπροσθέσεων. Στα κοινά τους χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται το ευθύ ή γωνιωμένο άκρο, η αντοχή στην κάμψη, η ολισθηρή επικάλυψη στα τελευταία 60 εκατοστά, η αυξημένη ακτινοσκιερότητα του άκρου τους και οι ενδοσκοπικά ορατοί διαβαθμισμένοι δείκτες ανά 5 εκατοστά. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά προσφέρουν τα εξής πλεονεκτήματα

- το ακτινοσκιερό άκρο και οι ορατοί διαβαθμισμένοι δείκτες επιτρέπουν την εύκολη ακτινολογική ανίχνευση του άκρου και βοηθούν στον καθορισμό του μήκους της κατάλληλης ενδοπρόσθεσης.
- Το γωνιωμένο άκρο και η ικανότητα περιστροφής βοηθούν στον χειρισμό δύσκολων στενώσεων και πόρων και ελιγμούς.
- Η αντοχή στην κάμψη κάνει τους χειρισμούς πιο εύκολους και το ολισθηρό άκρο διευκολύνει την διέλευση του σύρματος διαμέσου δύσκολων στενώσεων.

Επειδή μόνο τα τελευταία 60 εκατοστά είναι ολισθηρά, το οδηγό αυτό σύρμα είναι εύκολο για τους βοηθούς να το χειριστούν και ταυτόχρονα κανείς μπορεί να εκμεταλλευτεί τα πλεονεκτήματα του ολισθηρού άκρου. Ένα μειονέκτημα είναι ότι το μη ολισθηρό άκρο προκαλεί σημαντική τριβή και καμιά φορά η αλλαγή καθετήρων μπορεί να καταστεί δύσκολη.

Delta wire



Το οδηγό σύρμα Delta wire (Wilson-Cook) είναι κατασκευασμένο από έλασμα νιτινόλης και είναι επικαλυμμένο με υδρόφιλο πολυμερές το οποίο

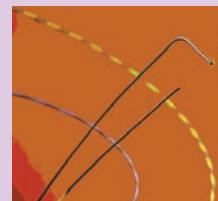
όταν διαφραγεί με απεσταγμένο νερό καθίσταται εξαιρετικά ολισθηρό. Διατίθεται σε ένα μόνο μήκος (260 cm), σε δύο διαμέτρους (0,025 και 0,035 inches) και με δύο ειδών άκρα, ευθύ ή γωνιωμένο. Η δυνατότητά του να περιστρέφεται είναι ιδιαίτερα ευεγερτική σε περιπτώσεις προώθησης διαμέσου ανώμαλων στενώσεων με μεγάλη ακρίβεια και με την καταβολή ελάχιστης προσπάθειας.

Jag wire (κλασσικό υδρόφιλο)

Το κλασσικό υδρόφιλο οδηγό σύρμα Jag wire (Microvasive) έχει πυρήνα από νιτινόλη και είναι επικαλυμμένο πρωτίστως με στρώμα από PTFE και στη συνέχεια με υδρόφιλο πολυμερές έκτασης 5 εκατ. για μεγαλύτερη διεισδυτικότητα σε δύσκολες στενώσεις. Διατίθεται σε μήκος 450

και 260 cm και σε διαμέτρους 0,025 - 0,035 - 0,035 που καταλήγει σε άκρο 0,027 και σε 0,038 inches, με ευθύ ή γωνιωμένο άκρο. Διαθέτει ειδικές πλάγιες εναλλασσόμενες ρίγες, μαύρου και κίτρινου χρώματος οι οποίες επιτρέπουν τον ενδοσκοπικό έλεγχο κατά τη διάρκεια αλλαγής των καθετήρων μειώνοντας στο ελάχιστο τις ανάγκες για ακτινοσκόπηση.

Hydra Jag wire



Το οδηγό σύρμα Hydra Jag wire (Microvasive) έχει πυρήνα κατασκευασμένο από ενιαίο ελαστικό μεταλλικό έλασμα νιτινόλης και επικαλυμμένο με στρώμα PTFE. Διαθέτει δύο ξεχωριστά μαλακά άκρα, τα οποία είναι επικαλυμμένα με επιπλέον επιστρωση υδρόφιλου πολυμερούς. Το μισό οδηγό σύρμα διαθέτει μαύρες και κίτρινες ρίγες στο εξωτερικό του και μαλακό άκρο μήκους 5 εκατ., είναι δηλαδή σχεδιασμένο όπως το κλασσικό υδρόφιλο Jag wire. Έχουν ωστόσο προστεθεί ακτινοσκιεροί δείκτες σε απόσταση 10 και 15 εκατ. από το άκρο οι οποίοι επιτρέπουν την εκτίμηση του μήκους της στένωσης και τον καθορισμό του μήκους της κατάλληλης ενδοπρόσθεσης. Το άλλο μισό του σύρματος διαθέτει επένδυση μπλε και μαύρου χρώματος και μαλακό άκρο μήκους 10 εκατ. Το σύρμα αυτό διατίθεται σε μία μόνο διάμετρο (0,035 inches), σε δύο διαφορετικά μήκη (450 και 260 cm) και με ευθέα ή γωνιωμένα άκρα ή με συνδυασμό και των δύο. Είναι ηλεκτρικά μονωμένο και επομένως μπορεί να μείνει στη θέση του κατά τη διάρκεια σφιγκτηροτομής. Στη συσκευασία του σύρματος περιλαμβάνονται βοηθητικά εξαρτήματα τα οποία επιτρέπουν την εύκολη περιστροφή του οδηγού σύρματος

Zebra

Το οδηγό σύρμα Zebra (Microvasive) διατίθεται σε ένα μόνο μήκος και με διαμέτρους 0,025 και 0,035 το οποίο καταλήγει σε 0,027 inches. Το άκρο τους είναι ευθύ ή γωνιωμένο. Στα χαρακτηριστικά τους περιλαμβάνονται οι μπλε και λευκές ρίγες, το μαλακό άκρο από πλατίνα, και η επικάλυψη από ολισθηρό υλικό στα τελευταία 60 εκατοστά του. Οι μπλε και λευκές λουρίδες εν είδει δέρματος ζέβρας παρέχουν σαφή ενδοσκοπική απεικόνιση των κινήσεων του σύρματος μειώνοντας τις ανάγκες για ακτινοσκόπηση κατά τη διάρκεια ανταλλαγής των διαφόρων εξαρτημάτων.

Roadrunner

Το οδηγό σύρμα Roadrunner (Wilson-Cook) είναι κατασκευασμένο από νιτινόλη, επικαλυμμένο με teflon και διατίθεται με μία μόνο διάμετρο (0,018 inches) και με μήκος 480 εκατοστά. Το εξαιρετικά μαλακό άκρο του είναι από πλατίνα και έχει μήκος 6 εκατοστά και είναι ιδιαίτερα ευκίνητο και παραμορφώσιμο. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά του το καθιστούν ιδιαιτέρως χρήσιμο σε περιπτώσεις καθετηριασμού πόρων μικρής διαμέτρου και στην προώθηση ενδοπροσθέσεων μικρής διαμέτρου (3 ή 4 Fr).



Οδηγίες

Τραυματισμός από βελόνα σύριγγας και τυχαία έκθεση σε αίμα

Ελεύθερη μετάφραση από τον K. Ζωγράφο
από τα Guidelines της Παγκόσμιας Οργάνωσης Γαστρεντερολογίας

ΟΡΙΣΜΟΙ

Τραυματισμός από βελόνα σύριγγας: τυχαίος νυγμός του δέρματος κατά την διάρκεια ιατρικής πράξης.

Τυχαία έκθεση σε αίμα: η ακούσια επαφή με αίμα ή με άλλα βιολογικά υγρά κατά την διάρκεια ιατρικής πράξης.

ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Η τυχαία έκθεση σε αίμα μετά από τραυματισμό από βελόνα ή τραυματισμούς από κόψιμο, δάγκωμα ή εκτίναξη σταγόνων, έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση υψηλών ποσοστών κινδύνου ανάπτυξης λοιμώξεων από αιματογενώς διαδιδόμενους ιούς όπως των ηπατιτίδων B και C και του ιού HIV.

Τα αντίστοιχα ποσοστά κινδύνου είναι:

HBV: 5-40%

HCV: 3-10%

HIV: 0,2-0,5%

Ο **HBV** είναι διαδεδομένος σε χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, ομοφυλόφιλους καθώς και σε πληθυσμούς αναπτυσσόμενων κρατών.

Ο **HCV** παρόμοια, ανευρίσκεται σε χρήστες, ομοφυλόφιλους, και σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

Ο **HIV** αντίστοιχα παρουσιάζει υψηλή διάδοση μεταξύ ομοφυλοφίλων ανδρών, σε χρήστες και σε πληθυσμούς που κατοικούν σε περιοχές όπου ο ιός ενδημεί.

Τυχαία επαφή με αίμα επισυμβαίνει συνήθως στις ακόλουθες πράξεις:

1. Κατά την διάρκεια επανατοποθετήσης της βελόνας στην προστατευτική θήκη.
2. Κατά την διάρκεια χειρουργείων και ειδικότερα σε συρραφή τραυμάτων.
3. Λήψη βιοψιών.
4. Μετά από εγκαταλειψη ακάλυπτης βελόνας σε κλινοσκεπάσματα, ρουχισμό χειρουργείου κ.λπ.
5. Κατά την διάρκεια απόρριψης ακάλυπτης βελόνας σε κάδο απορριμάτων.
6. Κατά την διαδικασία καθαρισμού, και την μεταφορά απορριμάτων.
7. Όταν χρησιμοποιούμε σύνθετες τεχνικές αιμοληψίας ή έγχυσης φαρμάκων.
8. Στα τμήματα επειγόντων περιστατικών.

9. Σε ενδοσκοπικές τεχνικές υψηλής επικινδυνότητας, όπως περιστατικά αιμορραγίας πεπτικού.

Εκτός από τους ανωτέρω, υπάρχουν και άλλοι μικροοργανισμοί οι οποίοι μπορούν να μεταδοθούν αιματογενώς όπως:

- Άλλοι ιοί ηπατίτιδας
- CMV
- Ιός Epstein- Barr
- Παρβοϊός
- Treponema pallidum (σύφιλη)
- Yersinia
- Plasmodium

Υπολογίζεται, ότι η τυχαία έκθεση σε αίμα μετά από τραυματισμό με βελόνα αποτελεί το συχνότερο επαγγελματικό ατύχημα στον τομέα της υγείας.

Μέτρα για την αποφυγή του τραυματισμού με βελόνα και της επακόλουθης λοιμώξης

Γενικά

Ο πιο απλός τρόπος για να αποφύγουμε τον τραυματισμό από βελόνα είναι να μην επανατοποθετήσουμε την βελόνα στην προστατευτική θήκη της. Εναλλακτικά, απορρίπτουμε την βελόνα σε ειδικό, ανθεκτικό



δοχείο. Είναι πολύ σημαντικό το δοχείο να είναι άμεσα προσβάσιμο αποφεύγοντας έτσι τον 'πειρασμό' της επανατοποθέτησης της βελόνας στην θήκη. Επίσης εξίσου σημαντικό είναι να χρησιμοποιούμε ανάλογο προστατευτικό εξοπλισμό, όπως τον κατάλληλο ρουχισμό, γάντια, μάσκα στόματος και ειδικά γυαλιά κατά τη διενέργεια ενδοσκόπησης.

Πρόληψη

Ο πιο σημαντικός κανόνας αποφυγής του τραυματισμού με βελόνα είναι η αποφυγή επανατοποθέτησης της στην προστατευτική θήκη, αλλά η απόρριψη της σε ειδικά σχεδιασμένο, άκαμπτο, με σκληρά τοιχώματα δοχείο. Σιγουρευτείτε ότι το δοχείο βρίσκεται πάντα δίπλα από το σημείο εργασίας.

Εμβολιασμοί: Όλο το υγειονομικό προσωπικό των νοσοκομείων που βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο επαφής με αίμα, πρέπει να εμβολιάζεται κατά του ιού της ηπατίτιδος Β. Δεν υπάρχουν ακόμη διαθέσιμα εμβόλια κατά των ίων της ηπατίτιδας Κ και ΗΙΒ.

Πρόληψη τυχαίας επαφής με αίμα: Προσωπικός προστατευτικός εξοπλισμός και ρουχισμός είναι πολύ σημαντικά, όπως μάσκες στόματος, γάντια και γυαλιά. Χρήση διπλών γαντιών είναι προτιμότερη από μονά γάντια. Κάθε προσθήκη προστατευτικού φραγμού (όπως διπλά γάντια) μειώνει αισθητά τον κίνδυνο επαφής με

λοιμογόνους παράγοντες οι οποίοι βρίσκονται στην εξωτερική επιφάνεια της βελόνας. Έρευνες καταδεικνύουν μείωση ή απουσία τραυματισμού από βελόνα, όταν ληφθούν οι προαναφερθείσες προφυλάξεις κατά την παρακέντηση ή όταν χρησιμοποιηθούν συσκευές άνευ βελόνας, όπως η 'jet-injection' συσκευή. Επίσης ο τύπος και ο σχεδιασμός της βελόνας παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, βελόνες με προστατευτικούς μηχανισμούς ή με αμβλύ άκρο, μπορούν να μειώσουν τους τραυματισμούς.

Επαρκής εκπαίδευση για τη διεξαγωγή ασφαλών ιατρικών πράξεων και η εφαρμογή τους σε ασφαλείς χώρους εργασίας μπορεί να μειώσουν αισθητά τους τραυματισμούς και τον κίνδυνο λοιμώξεων. Η διατήρηση της αίσθησης ενός ασφαλούς χώρου εξαρτάται ολοκληρωτικά από την ατμόσφαιρα που δημιουργεί ο εκτελών την πράξη.

Απολύμανση μολυσμένων υλικών: Αφού χυθούν πιθανώς μολυσμένα υλικά, η μολυσμένη περιοχή πρέπει αμέσως να καθαριστεί (φορώντας πρωτίστως γάντια!) και μετά να απολυμανθεί. Νοσηλευτικός εξοπλισμός και υλικά, εργαλεία και μικρές επιφάνειες καθαρίζονται με αλκοόλη 70%. Μεγάλες επιφάνειες, όπως δάπεδα, απολυμαίνονται με διάλυμα χλωρίνης 1000ppm.

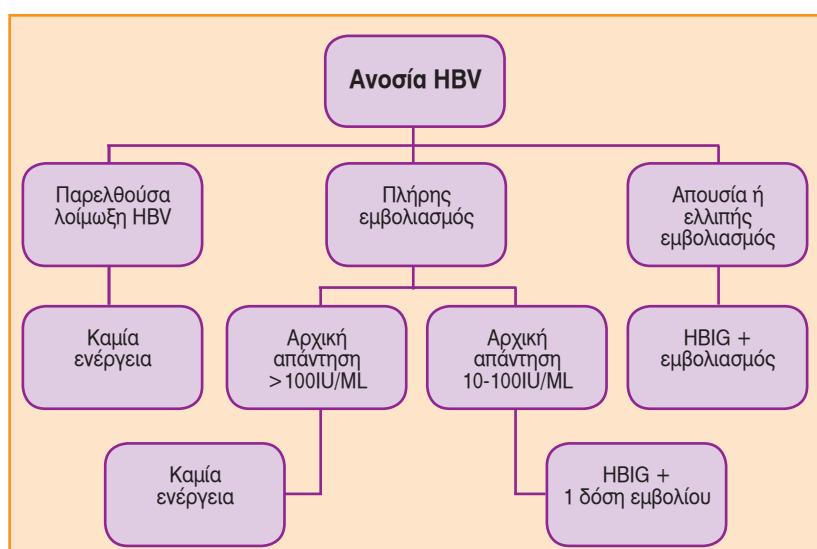
Άμεσες ενέργειες μετά από τον τραυματισμό

Επειγόυσα φροντίδα του τραύματος μετά το συμβάν: Αφήστε για λίγο να αιμορραγήσει η πληγή και έπειτα καθαρίστε με νερό ή φυσιολογικό ορό. Προχωρήστε σε απολύμανση του τραύματος με άφθονη ποσότητα σαπουνιού και νερού και ολοκληρώστε με αλκοόλη 70%. Σε περίπτωση επαφής με βλέννες είναι πολύ σημαντικός ο καθαρισμός σε βάθος, χρησιμοποιώντας νερό ή φυσιολογικό ορό μόνο και όχι αλκοόλη.

Αναφορά περιστατικού: Είναι σημαντική η άμεση αναφορά του περιστατικού στο αρμόδιο τμήμα εργατικών απυχημάτων. Αυτό θα δώσει τη δυνατότητα για καταγραφή του περιστατικού και την ανάλογη διαχείρισή του.

Άμεση δράση (τραυματισμένο άτομο): Αμέσως μετά τον τραυματισμό πρέπει να λαμβάνεται δείγμα αίματος. Το δείγμα πρέπει να διατηρείται για τουλάχιστον 1 έτος (λειτουργώντας σαν σημείο αναφοράς σε περίπτωση ανάπτυξης λοιμωχης) και γίνεται αναγκαίο για τη διάκριση, αν η λοιμωχη με έναν εκ των τριών ιών έλαβε χώρα κατά τη διάρκεια της εργασίας. Το φυλασσόμενο δείγμα αναλύεται αποκλειστικά για τον συγκεκριμένο σκοπό. Περαιτέρω αιματολογικά test για HBV, HCV, HIV λαμβάνονται μετά από 1,3,6 και 12 μήνες.

Άμεση δράση (έλεγχος του δυνητικού φορέα): Αν η 'πηγή' του αίματος είναι γνωστή, ζητείται από τον ασθενή η άδεια αιμοληψίας για ιολογικό έλεγχο HBV, HCV. Σε περίπτωση άρνησης ο ασθενής θεωρείται δυνητικός φορέας των ιών. Αν η προέλευση του αίματος είναι άγνωστη, τότε κάθε παρουσία αίματος επί της βελόνας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ορολογικό έλεγχο.



ΣΧΗΜΑ: Προφύλαξη από ηπατίτιδα Β μετά από ατυχή έκθεση σε αίμα πάσχοντος.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Αρχικός σκοπός είναι να διευκρινισθεί εάν υπάρχει κίνδυνος για μόλυνση από τους HBV, HCV ή HIV, αφού σταλούν οι αντίστοιχες ορολογικές εξετάσεις.

• Θεραπευτική προσέγγιση μετά από πιθανή HBV μόλυνση

Η αντιμετώπιση της κατάστασης βασίζεται στο εάν το προσβεβληθέν άτομο είναι άνοσο ή όχι σαν αποτέλεσμα προηγηθέντος εμβολιασμού ή παρελθούσας λοιμωχης. Υπάρχουν δύο πιθανότητες (ΣΧΗΜΑ):

1. Το άτομο να είναι επαρκώς άνοσο, όπως όταν:

α. Έχει υποβληθεί στις τρεις δόσεις εμβολίου και έχει ελεγχθεί για αντισώματα μετά από τον εμβολιασμό.

β. Το επίπεδο των αντισωμάτων είναι $>10IU/L$.

γ. Το άτομο είχε νοσήσει από ηπατίτιδα B στο παρελθόν.

2. Το άτομο να μην είναι επαρκώς άνοσο, όπως όταν: Δεν είχε λάβει καθόλου ή δεν είχε λάβει όλες τις δόσεις του εμβολίου. Όταν αυτό συμβαίνει πρέπει να λάβει εντός 48 ωρών από το συμβάν, ενδομυικά, 5 ml HBV ανοσοσφαιρίνης (HBIG).

• Θεραπευτική προσέγγιση μετά από πιθανή HCV μόλυνση

Δεν υπάρχει αποτελεσματική προφύλαξη για τον HCV. Βιβλιογραφικά αναφέρονται μόνο πειραματικές θεραπευτικές προσέγγισεις σε πρόσφατη μόλυνση. Το άτομο θα πρέπει να παρακολουθείται στενά για 12 μήνες με ορολογικό έλεγχο για την ανίχνευση HCV αντισωμάτων (3, 6, 9, 12 μήνες). Στην περίπτωση θετικού αποτελέσματος, η συνδυασμένη θεραπεία με ιντερφερόνη και ριμπατιρίνη είναι η θεραπεία εκλογής. Ο ασθενής αποστέλλεται σε ηπατολογικό τμήμα.

• Θεραπευτική προσέγγιση μετά από πιθανή HIV μόλυνση

Η πιθανότητα HIV λοιμωχης μετά από απυχή έκθεση σε αίμα νοσούντος ατόμου είναι πολύ μικρή ($0,1\text{-}0,5\%$). Ο πραγματικός κίνδυνος εξαρτάται από το είδος της επαφής και από τα επίπεδα του ιού στο μολυσμένο υλικό.

Η πιθανότητα νόσησης από τον HIV μπορεί να μειωθεί σημαντικά εάν δοθεί άμεσα –εντός 2-8 ωρών- προφύλαξη με αναστολείς HIV.

Ορισμένοι παράγοντες συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο νόσησης μετά από έκθεση σε μολυσμένο υλικό.

1. Βαθέα τραύματα.
2. Εμφανείς κηλίδες αίματος στο εργαλείο.
3. Τραυματισμός από βελόνα χρησιμοποιώντας βελόνα γεμάτη με αίμα.
4. Ενδοφλέβια ή ενδομυική ένεση υλικού μολυσμένου με αίμα.
5. Αίμα από ασθενή με υψηλό πορτό (π.χ. τελικού σταδίου AIDS).

Άμεσες ενέργειες μετά από τρυπήμα με βελόνα

Εφόσον το απύχημα έχει αναφερθεί στο ειδικό Τμήμα Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων και Υγειεινής της Εργασίας και έχει ζητηθεί συμβουλευτική γνώμη από ειδικό ιατρό του AIDS, εάν συστηθεί PEP (Post Exposure Prophylaxis) είναι σημαντικό να συζητηθούν με τον ασθενή τα κάτωθι:

1. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της προφυλακτικής αγωγής.
2. Η απαραίτητη παρακολούθηση με εργαστηριακές εξετάσεις (ηπατικές και νεφρικές) μετά από 2 εβδομάδες στους 1, 3 και 6 μήνες.
3. Παρακολούθηση για HIV μόλυνση μετά από 1, 3 και 6 μήνες.
4. Η αποφυγή της μετάδοσης με σεξουαλική επαφή (χρήση προφυλακτικών).

Η PEP πρέπει να αρχίσει αμέσως μετά από την παραπάνω ενημέρωση του ασθενούς.

Χορήγηση PEP σε άτομα υψηλού κινδύνου για HIV μόλυνση

Η PEP είναι η θεραπεία εκλογής. Συνιστάται τριπλό φαρμακευτικό σχήμα με δύο αναστολείς της ανάστροφης τρανσκριπτάσης και έναν αναστολέα πρωτεάσης.

Σε περιπτώσεις επαφής με ανθεκτικό στέλεχος διαφοροποίηση του σχήματος θα πρέπει να καθοριστεί από ειδικό ιατρό του AIDS.

Η κλασιστική PEP περιλαμβάνει τα κάτωθι φάρμακα: Ιντιναβίρη, Λαμιβουτίνη, Ζιντοβουντίνη.

Μονοθεραπεία με ζιντοβουντίνη ελαττώνει την πιθανότητα νόσησης κατά 80%. Τα βασικά μειονεκτήματα της PEP είναι οι πιθανές παρενέργειες και το γεγονός ότι μακροπρόθεσμα η κυτταροτοξικότητα των φαρμάκων

είναι άγνωστη.

Γνωρίζοντας την ταχύτητα με την οποία ο ίδιος πολλαπλασιάζεται και τα πειραματικά δεδομένα, η PEP πρέπει να αρχίσει όσο το δυνατόν συντομότερα, δηλαδή μέσα σε 6 ώρες από την έκθεση στο μολυσμένο αίμα. Συνιστάται επίσης να μην αναμένονται τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, το άτομο να αρχίζει άμεσα PEP, την οποία μπορούμε πάντα να διακόψουμε εφόσον τα αποτελέσματα έρθουν αρνητικά.

Η συνολική θεραπεία έχει διάρκεια τεσσάρων εβδομάδων.

Η παρακολούθηση της θεραπείας προφύλαξης με εργαστηριακές εξετάσεις είναι πολύ σημαντική. Εχεμύθεια στα αποτελέσματα των εξετάσεων πρέπει να τηρείται. Εάν ο έλεγχος για τον ίο είναι αρνητικός στους 6 μήνες, η πιθανότητα μόλυνσης είναι πολύ μικρή, αλλά έλεγχος θα πρέπει να γίνει και 12 μήνες μετά από την έκθεση για να αποκλεισθεί σπάνια καθυστερημένη ορομετατροπή (ποσοστό $>95\%$ των HIV ορομετατροπών επισυμβάίνουν μεταξύ των πρώτων 3-12 εβδομάδων).

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Υπάρχει σαφής συσχετισμός στη βιβλιογραφία μεταξύ κινδύνου, συμμόρφωσης και εκπαίδευσης. Η σωστή εκπαίδευση οδηγεί σε συμμόρφωση των ατόμων στον τομέα ειδικότερα της Υγείας, και ελαττώνει τον κίνδυνο τρυπήματος από βελόνα.

Όλο το προσωπικό στους χώρους υγείας θα πρέπει να εμβολιασθεί για τον HBV. Όλα τα συμβάματα από τρυπήματα με βελόνα θα πρέπει να καταγράφονται και να ελέγχονται προσεκτικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Θα μπορούσαν να αναζητηθούν στο διαδίκτυο στις παρακάτω διεύθυνσεις:

1. <http://www.cdc.gov> για κατευθυντήριες οδηγίες αποφυγής τρυπήματος από βελόνα.
2. <http://hepatitis.com> για θέματα σχετικά με τους HBV και HCV.
3. http://www.hopkins-aids.edu/guidelines/pep/gl_may99.html. για θέματα σχετικά με τον HIV και την προφυλακτική αγωγή (PEP).



Αυτό το



προσέξατε;

Βιβλιογραφική Ενημέρωση

Επιμέλεια Π. Σκλάβος

Δεν προλαμβάνεται η ανάπτυξη γαστροοισοφαγικών κιρσών με χορήγηση β-αναστολέων σε ασθενείς με αντιρροπούμενη κίρρωση

Beta-Blockers to Prevent Gastroesophageal Varices in Patients with Cirrhosis. RJ Groszmann, G Garcia-Tsao, J Bosch et al. *New England Journal of Medicine* 2005; 353:2254-61.

Αν και ο ρόλος των μη εκλεκτικών β-αναστολέων στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη της κιρσορραγίας έχει πλέον επιβεβαιωθεί, η αποτελεσματικότητά τους στην πρόληψη ανάπτυξης των κιρσών παραμένει ακόμα αδιευκρίνιστη, καθώς προηγούμενες μελέτες με χορήγηση προπρανολόλης ή ναδολόλης έδωσαν αντικρουόμενα αποτελέσματα.

Οι Groszmann και συν. τυχαιοποίησαν 213 κιρρωτικούς ασθενείς με μέση τιμή HVPG 11 mm Hg και μέσο δείκτη Child-Pugh 5, σε δύο ομάδες, οι οποίες δεν διέφεραν σημαντικά στα επιμέρους χαρακτηριστικά τους. Στην πρώτη ομάδα (108 ασθενείς) χορήγησαν τιμολόλη και στη δεύτερη (105 ασθενείς) εικονικό φάρμακο. Μετά από παρακολούθηση μέσης διάρκειας 54,9 μηνών, 82 ασθενείς ανέπτυξαν κιρσούς ή αιμορράγησαν από κιρσούς. Από αυτούς οι μισοί ανήκαν στην πρώτη ομάδα (42/108, 39%) και οι υπόλοιποι στη δεύτερη (42/105, 40%). Μετρίου ή σοβαρού

βαθμού παρενέργειες διαπιστώθηκαν κυρίως στην ομάδα των ασθενών που έλαβαν τιμολόλη (52/108 ασθενείς, 48%) έναντι 34/105 ασθενών, 32% που έλαβαν placebo. Αντιθέτως, μεταξύ των δύο ομάδων δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στις μεταβολές της HVPG. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η χορήγηση μη εκλεκτικών β-αναστολέων δεν προλαμβάνει την ανάπτυξη κιρσών σε ασθενείς με κίρρωση ήπατος και πυλαία υπέρταση. Επιβεβαίωσαν ωστόσο την προγνωστική αξία της μέτρησης της τιμής της HVPG.

Η χορήγηση διφαινυδραμίνης πριν την έναρξη της συνήθους καταστολής βελτιώνει το επίπεδο καταστολής και αναλγησίας των ασθενών που υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση

Diphenhydramine as an Adjunct to Sedation for Colonoscopy: a Double-blind Randomized, Placebo-controlled Study. RH Tu, P Grewall, JW Leung et al. *Gastrointestinal Endoscopy* 2006;63:87-94.

Είναι ήδη γνωστό πως οι βενζοδιαζεπίνες και τα οπιοειδή που χορηγούνται ενδοφλεβίως για την πρόκληση καταστολής για τη διενέργεια κολονοσκόπησης μπορούν να προκαλέσουν παρενέργειες όπως υπόταση, αναπνευστική καταστολή και διέγερση. Είναι επίσης γνωστό πως η υδροχλω-

ρική διφαινυδραμίνη, ένας ανταγωνιστής των υποδοχέων ισταμίνης H₁, εκτός της αντιασταμινικής δράσης της, προκαλεί καταστολή του ΚΝΣ.

Η συνεργική δράση της διφαινυδραμίνης με τη μιδαζολάμη και τη μεπεριδίνη διερευνήθηκε από τον R.H. Tu



και συν. σε μια διπλή-τυφλή, τυχαιοποιημένη και placebo-ελεγχόμενη μελέτη που περιελάμβανε 258 ασθενείς. Διαπιστώθηκε πως η ενδοφλέβια χορήγηση 50 mg του αντιισταμινικού αυτού, 3 λεπτά πριν την έναρξη χορήγησης των συνήθων φαρμάκων (μιδαζολάμη και μετεριδίνη) βελτίω-

σε σημαντικά το επίπεδο καταστολής και αναλγησίας των ασθενών έναντι του εικονικού φαρμάκου. Ωστόσο, αν και απαιτήθηκαν μικρότερες δόσεις μεπεριδίνης (κατά 10,1%) και μιδαζολάμης (κατά 13,7%), το συνολικό κόστος της καταστολής και οι επιπλοκές που σχετίζονταν με την

καταστολή δεν διέφεραν σημαντικά σε σχέση με την ομάδα των ασθενών που έλαβαν placebo + συνήθη καταστολή. Επιπλέον, παρά τον παρατεταμένο χρόνο ημίσειας ζωής της διφαινυδραμίνης (4-6 ώρες) δεν παρατηρήθηκε επιμήκυνση του χρόνου ανάνηψης των ασθενών.

Η κατανάλωση καφέ και τσαγιού σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο αλινικά σημαντικής Χρόνιας Ηπατικής Νόσου, στις Ηνωμένες Πολιτείες

Coffee and Tea Consumption Are Associated With a Lower Incidence of Chronic Liver Disease in the United States. Gastroenterology

2005;129:1928-1936.

Στο παραπάνω συμπέρασμα κατέληξε μεγάλη επιδημιολογική μελέτη που περιελάμβανε τη μακροχρόνια παρακολούθηση 9.850 ατόμων που

κατανάλωναν καφέ ή τσάι, καθώς η συνολική συχνότητα Χρόνιας Ηπατικής Νόσου στα άτομα αυτά, δεν ξεπερνούσε το 1,4%.

Διαπιστώθηκε πως η συχνότητα χρόνιας ηπατικής νόσου σε άτομα που κατανάλωναν >2 φλιτζάνια την ημέρα, ήταν > 50% μειωμένη σε σχέση αυτή που παρουσίαζαν άτομα που

κατανάλωναν < 1 φλιτζάνι την ημέρα. Όσον αφορά την κλινική σημασία του προστατευτικού ρόλου της καφεΐνης, διαπιστώθηκε πως αυτός περιορίζεται σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης Χρόνιας Ηπατικής Νόσου (αλκοολικά άτομα, παχύσαρκα, με σακχαρώδη διαβήτη ή με υπερφόρτωση σιδήρου).

Οι στατίνες προστατεύουν από την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντερού

Statins and the risk of colorectal cancer. New England Journal of Medicine 2005;352:2184-92.

Αναδρομική μελέτη από το Ισραήλ, που περιελάμβανε 1953 ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού και 2015 άτομα ως ομάδα ελέγχου, έδειξε πως η χορήγηση στατινών (σιμβαστατίνης ή πραβα-

στατίνης) για τουλάχιστον πέντε χρόνια σχετίζοταν με σημαντική μείωση (κατά 47%) του σχετικού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού. Η συσχέτιση αυτή παρέμενε σταθερή και ανεξάρτητη από ταυτόχρονη λήψη ασπιρίνης ή άλλων ΜΣΑΦ, από την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού καρκίνου του παχέος εντέρου, το ύψος της υπερ-

χοληστεριναιμίας, την κατανάλωση φυτικών ίνων ή το βαθμό σωματικής άσκησης ή φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων στη μελέτη. Οι ερευνητές, αν και δεν προτείνουν τη χορήγηση στατινών σε άτομα με υπερχοληστεριναιμία, συμφωνούν ότι ο χημειοπροστατευτικός ρόλος των στατινών χρήζει περαιτέρω μελέτης με επόμενες κλινικές δοκιμές.

Μπορείτε πλέον να υποβληθείτε σε αυτο-κολονοσκόπηση

Colonoscopy in the sitting position: lessons learned from self-colonoscopy by using a small-caliber, variable-stiffness colonoscope. Gastrointestinal Endoscopy 2006;63:119-20.

Εάν διαθέτετε το νέο παιδιατρικό κολονοσκόπιο Olympus PCF-P240AI, μπορείτε σε καθιστή θέση και με

τους συνήθεις ενδοσκοπικούς χειρισμούς, να υποβληθείτε σε αυτο-ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου. Ο αυτο-ενδοσκόπος A. Horiuchi θεωρεί ότι η εξέταση είναι εύκολη και σύντομη. Δεν είναι ωστόσο ξεκάθαρο εάν η ευκολία αυτή εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του νέου κολονοσκοπίου, την καθιστή θέση ενδοσκόπησης ή την εμπειρία του ενδοσκόπου.





Συνέδρια



Συνέδρια

Βερολίνο, θα πάτε;

γράφει η Νάγια Μπουμπότση



Το φετινό Πανευρωπαϊκό μας Συνέδριο πρόκειται να λάβει χώρα στο **Βερολίνο 21-25 Οκτωβρίου (14th United European Gastroenterology Week, UEGW 2006)**. Προγραμματίζετε να πάτε; Αν ναι τότε στα σίγουρα θα βρείτε μια ευκαιρία να γνωρίσετε τη νέα πρωτεύουσα της Γερμανίας, το Βερολίνο.

Η μεγαλύτερη πόλη της χώρας, με 3,5 εκατομ. κατοίκους, μια πόλη σύμβολο, ως το 1989 ήταν χωρισμένη στα δύο από το γνωστό τείχος. Σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές πόλεις διατρέχει τη μικρότερη ιστορική διαδρομή, νεαρότερη των 800 ετών. Παραδοσιακά υπήρξε η πόλη των βασιλιάδων, εκεί όπου διατηρούσαν τις κατοικίες τους οι Κάιζερ, βασιλιάδες της Πρωσίας. Στις αρχές του 20ού αιώνα αποτέλεσε ένα πολιτιστικό και πνευματικό κέντρο, που συγκέντρωσε διαπρεπείς προσωπικότητες από όλη την Ευρώπη, αλλά υπήρξε και πυρήνας νυχτερινής διασκέδασης για τους απανταχού bon vivreurs. Οι παγκόσμιοι πόλεμοι ξεθώριασαν τη λάμψη της πόλης με αποκορύφωμα τον αποκλεισμό του Βερολίνου επί κατοχής Χίτλερ. Μετά το 1945 η κατεστραμμένη από τους βομβαρδισμούς πόλη είχε χωριστεί στα τέσσερα. Άγγλοι, Αμερικανοί, Γάλλοι και Ρώσοι εξουσίαζαν καθείς τον τομέα του. Το 1961 χτίστηκε το περίφημο

τείχος που χώρισε το Βερολίνο στη μέση. Το Νοέμβριο του 1989 επετεύχθη η επανένωση και η επανίδρυση του σύγχρονου Βερολίνου.

Η μέχρι πρότινος αρένα του ψυχρού πολέμου αποφασίστηκε να φιλοξενήσει την πρωτεύουσα της ενοποιημένης πια Γερμανίας. Η μεταφορά της έδρας του Γερμανικού κράτους ξεκίνησε από το 1991, αλλά μόλις το 1999 έγινε η πρώτη συνεδρίαση του κοινοβουλίου στο ανακαινισμένο Reichstag.

Παρά τις αισιόδοξες προβλέψεις για τη νέα πρωτεύουσα, η κατάσταση παρουσιάζει πολλές δυσκολίες για τους Γερμανούς. Μαζί με την πτώση του τείχους υποχώρησαν οι κρατικές επιδοτήσεις στις εκεί εταιρείες, η επιχορήγηση στον προϋπολογισμό της πόλης, αλλά και μια ολόκληρη βιομηχανία ταγμένη στην υπηρεσία των ξένων στρατιωτών. Η αναμενόμενη πληθυσμιακή έκρηξη δεν έγινε πραγματικότητα. Αντίθετα, πολλές επιχειρήσεις έκλεισαν βυθίζοντας την πόλη στην ανεργία και στα χρέη, γεννώντας έναν εκ νέου διχοτομημένο πληθυσμό. Μόνο που αυτή τη φορά δεν διακρίνονται σε ανατολικούς και δυτικούς αλλά σε αυτούς που επιβιώνουν και αυτούς που ζουν πολύ κάτω από το όριο της φτώχειας.

Ανεξάρτητη από την πραγματικότητα που βιώνουν οι κάτοικοι, ο επισκέπτης απολαμβάνει τέχνη, πολιτιστική ζωή, νυχτερινή διασκέδαση, ψώνια. Το Βερολίνο είναι μια πόλη που, ενώ ζει κατά μεγάλο μέρος της από τον τουρισμό, δεν έχει τουριστικό προσανατολισμό. Όλα προσφέρονται με έναν διακριτικό τρόπο ώστε η πόλη να μην καταπι-

έσει τον τουρίστα, να τον αφήσει να ακολουθήσει τα διάφορα μονοπάτια της μόνο αν επιθυμήσει και αναζητήσει να το κάνει. Είναι μια πόλη ανήσυχη, μια μητρόπολη που αποπνέει τη γοητεία του παρελθόντος μα συνάμα ψάχνει να βρει το χαρακτήρα της.

Οι διαφορές είναι ακόμα εμφανείς ανάμεσα στους δύο τομείς της πόλης. Οι «κουλτουριάρικες» δυτικές γειτονιές και τα πολυτελή εμπορικά κέντρα συνυπάρχουν με second hand αγορές, ρημαγμένες προσόψεις των άλλοτε σοσιαλιστικών μπλοκς και πλήθος εναλλακτικών καφέ με avant-garde διακόσμηση και μουσική.

Αν αποφασίσετε να επισκεφθείτε μουσεία στο Βερολίνο, να είστε προετοιμασμένοι για μια χρονοβόρα εξόρμηση, μια και βρίσκονται στη διάθεσή σας πάνω από 200. Επιλέξτε ανάλογα με τις προτιμήσεις σας, αλλά μη χάσετε το museuminsel. Πρόκειται για ένα νησάκι πάνω στον ποταμό Spree που διατρέχει την πόλη, μια χερσόνησος πέντε μου-



σείων που άρχισαν να χτίζονται το 1824 από τον τότε βασιλιά για να στεγάσει τη Βασιλική συλλογή τέχνης, και ολοκληρώθηκαν το 1930. Σταθμός όλων των επισκεπτών της



πόλης, το Pergamonmuseum, φιλοξενεί μοναδικά ευρήματα από τη Μίλητο, την Πέργαμο και τη Βαβυλώνα. Θα σας εντυπωσιάσει ο Βωμός της Περγάμου ή η πύλη της αγοράς της Μιλήτου που είναι στημένα αυτούσια μπροστά στα μάτια σας. Στο νησί, εκτός από τα μουσεία, βρίσκεται και ο καθεδρικός ναός (Berliner Dom). Ο 2ος Παγκόσμιος Πόλεμος σημάδεψε και τα κτίρια του museuminsel. Οι ζημιές από τους τότε βομβαρδισμούς αποκαθίστανται ακόμα. Εκτός από τις φθορές του παρελθόντος έκδηλη είναι και η ανησυχία για τις επιπτώσεις των κραδασμών από τις σύγχρονες υπόγειες συγκοινωνίες. Θυμηθείτε ότι τη Δευτέρα τα περισσότερα μουσεία παραμένουν κλειστά. Για σιγουριά, ρωτήστε στην υποδοχή του ξενοδοχείου σας για το ωράριο του μουσείου της επιλογής σας.

Το πιο χαρακτηριστικό αξιοθέατο της πόλης είναι η πύλη του Βρανδενβούργου (Brandenburger Tor). Το μνημείο που κάποτε ήταν το σύμβολο της διχοτόμησης τώρα αποτελεί σύμβολο της επανένωσης. Άρχισε να χτίζεται στα 1778. Τέσσερα χρόνια μετά είχε ολοκληρωθεί το κτίσμα ύψους 60μ. που αποτελούσε την κύρια είσοδο της πόλης και μέρος του τείχους που την περιέβαλε. Από εκεί αρχίζει και η λεωφόρος Unter Den Linden δρόμος με γνωστά Βερολινέζικα καφέ και εμπορικά κέντρα.

Κοντά στην πύλη του Βρανδενβούργου βρίσκεται και το Reichstag, η έδρα του Γερμανικού Κοινοβουλίου. Χτισμένο στα τέλη του 19ου αι. μ.Χ. σε νεο-αναγεννησιακό σχέδιο, καταστράφηκε σε μεγάλο μέρος του το 1930 από τη γνωστή πυρκαϊά και εγκαταλείφθηκε από τους Σοβιετικούς όταν κατέλαβαν το Βερολίνο. Οι εργασίες ανάπλασης ξεκίνησαν στα τέλη του 20ού αι. όταν πια προγραμματίστηκε η μεταφορά της πρωτεύουσας της Γερμανίας από τη Βόνη, πίσω στην πόλη σύμβολο. Η νέα προσθήκη του σχεδιαστή Norman Foster, ένας γυάλινος τρούλος πάνω από την αίθουσα συνεδριάσεων, μέσα σε λίγα χρόνια αποτέλεσε ένα από τα πιο χαρακτηριστικά στοιχεία της πόλης.

Η εκκλησία του Αγίου Νικολάου αλλά και η ομώνυμη συνοικία στο κέντρο του Βερολίνου (Nikolaiviertel) είναι

ένας γραφικός προορισμός για βόλτα. Στενά δρομάκια μπροστά από παλιά σπίτια δίπλα στο ποτάμι, γεμάτα τουριστικά εστιατόρια και καφέ οδηγούν στη αρχαιότερη εκκλησία της πόλης. Χτισμένη το 13ο αι. μ.Χ., καταστράφηκε με τους βομβαρδισμούς του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου και ανακατασκευάστηκε πλήρως το 1987. Τώρα φιλοξενεί μουσείο της ιστορίας της πόλης.

Έδρα των βασιλιάδων της Πρωσίας, το Βερολίνο, έχει μια πληθώρα παλατιών να παρουσιάσει μέσα και έξω από την πόλη, που στολίζονται από αριστοτεχνικούς κήπους. Το μεγαλύτερο παλάτι της πόλης το Schloss Charlottenburg, αρχικά προοριζόταν για θερινή κατοικία της Sophie Charlotte συζύγου του Φρειδερίκου του III, όταν όμως αυτός έγινε ο πρώτος βασιλιάς της Πρωσίας, αποτέλεσε τη βασιλική κατοικία. Κι εδώ οι βάσμες των συμμάχων άφησαν τη σφραγίδα τους, αλλά οι εργασίες αναστήλωσης έχουν δώσει εξαίσια αποτελέσματα.

Μπορεί το τείχος να γκρεμίστηκε αλλά περίπου 1500 μέτρα έχουν παραμείνει να θυμίζουν και να προσελκύουν επισκέπτες. Άλλού είναι διακοσμημένο με graffiti (σύγχρονα ή προγενέστερα της πτώσης), κι αλλού θα βρείτε δίπλα του μουσεία σχετικού περιεχομένου.

Στους ρυθμούς του οικοδομικού οργανισμού της δεκαετίας του '90 αναδύθηκε η υπερσύγχρονη πλατεία Πότσνταμερ (Potsdamer Platz) με τα μοντέρνα της κτίρια που χτίστηκαν σε χρόνο ρεκόρ, όπως αυτό της Daimler - Chrysler και το Sony Center με το διάσημο θόλο. Όλο το εγχείρημα δέχτηκε κριτική από πολλούς για το κόστος και το αισθητικό αποτέλεσμα. Όπως και να 'χει, η πλατεία ξαναπήρε το χαρακτήρα που είχε στη δεκαετία του '30. Έγινε το πιο πολυσύχναστο μέρος της Ευρώπης, από όπου κάθε μέρα περνούν περίπου 70.000 άνθρωποι για δουλειές, ψώνια, διασκέδαση (ιδιαίτερα κινηματογραφόφιλοι).

Μέσα στο πάρκο Tiergarten, τις πάλαι ποτέ βασιλικές κυνηγετικές εκτάσεις, μπορεί να συναντήσετε τους Βερολινέζους να ψήνουν λουκάνικα και να κάνουν pici-picos τις ηλιόλουστες μέρες. Κάπου εκεί δεσπόζει και η θριαμβευ-

τική στήλη ύψους 69μ. με το χρυσό άγαλμα της Νίκης (Siegessäule). Μπορείτε να θέλετε να ανεβείτε και στην κορυφή του για να απολαύσετε τη θέα από ψηλά.

Αν αποφασίσετε να βγείτε λίγο έξω από την πόλη, ένας προσφιλής προορισμός είναι, μόλις 24χλμ μακριά, το Potsdam. Τα ανάκτορα του Sanssouci με τους κλιμακωτούς κήπους, η Ολλανδική συνοικία με τα παραδοσιακά σπίτια και η Αλεξανδρόφσκα, η συνοικία με τα ξύλινα Ρώσικα σπίτια, είναι μερικά από τα αξιοθέατα της περιοχής. Αν πάλι, έχετε δύο ώρες διαθέσιμες για τη διαδρομή, μη χάσετε την πιο μπαρόκ πόλη της Γερμανίας, τη Δρέσδη. Η αλλιώς αποκαλούμενη «Φλωρεντία του Βορρά» είναι χτισμένη πάνω στις όχθες του ποταμού Έλβα.

Το Βερολίνο καταλαμβάνει μεγάλη έκταση. Αυτό σε συνδυασμό με την έλλειψη ενός και μόνο κέντρου κάνει τις περιηγήσεις μακρινές βόλτες και τις αποστάσεις υπολογίσιμες. Μέσα στην πόλη μπορείτε να μετακινηθείτε με το μετρό, το λεωφορείο ή ακόμα και με ταξί μια και οι τιμές δεν είναι απαγορευτικές. Εκτός από το εκτεταμένο δίκτυο των αστικών συγκοινωνιών υπάρχει και διώροφο τουριστικό λεωφορείο (γραμμή 100) που περνά από όλα σχεδόν τα αξιοθέατα μέσα σε 45-50 λεπτά. Οι τιμές των εισιτηρίων εξαρτώνται από τη ζώνη στην οποία πρόκειται να κινηθείτε. Ένα απλό εισιτήριο κοστίζει € 2,10, ενώ καλό είναι να γνωρίζετε ότι για μικρές διαδρομές είναι € 1,20. Υπάρχει ημερήσιο εισιτήριο, ομαδικό, καθώς και η κάρτα Berlin Welcome Card που καλύπτει για 48 ή 72 ώρες μετακινήσεις σε συνδυασμό με εκπτώσεις σε αξιοθέατα και θεάματα.

Τα εμπορικά κέντρα του Βερολίνου είναι διάσπαρτα: κοντά στην Unter den Linden, στην Kurfürstendam, στο Charlottenburg και στην Potsdamer Platz. Οι Βερολινέζοι θέλουν να ψωνίζουν στη γειτονιά τους κι έτσι κάθε συνοικία έχει ανεπτυγμένη αγορά. Μπορείτε να βρείτε ρούχα σχεδιασμένα από επώνυμους διεθνείς σχεδιαστές, γνωστές πολυεθνικές φίρμες, μικρές μπουτίκ με trendy ρούχα, second hand μαγαζιά. Λέγεται ότι γενικότερα οι βιτρίνες είναι θελκτικές με προσεγμένο design και ευφυείς

παρουσιάσεις, ακόμα και σε μικρά και άσημα καταστήματα. Στις υπαίθριες αγορές εκτός από ζαρζαβατικά θα βρείτε εκεί και είδη παλαιοπωλείου.

Στη Γερμανία δεν διακρίνονται για την ευφάνταστη κουζίνα τους. Σνίτσελ, πατάτες τηγανιτές και φυσικά λουκάνικα είναι μερικά από τα φαγητά που θα βρείτε παντού. Το λίπος κυριαρχεί, συνέπεια του ψυχρού κλίματος. Το εθνικό ποτό είναι βέβαια η μπύρα. Εκτός από τα διεθνώς γνωστά ονόμα-

τα, θα έχετε την ευκαιρία να γνωρίσετε και επικέτες μικρών παραγωγών. Τα εστιατόρια δεν είναι ακριβά, για την ακρίβεια είναι φθηνότερα από ό,τι έχουμε συνηθίσει στην Ελλάδα. Αν πεινάσετε στο δρόμο μη διστάσετε να δοκιμάσετε τα τυπικά γερμανικά λουκάνικα και φανείτε πιο επιλεκτικοί με τα ντονέρ κεμπάπ που επίσης ανθούν εκεί. Το φιλοδώρημα περιλαμβάνεται στις τιμές όπως και στην Ελλάδα αλλά και εκεί συνηθίζεται να στρογγυλοποιη-

ούν τους λογαριασμούς.

Περιοδικά αντίστοιχα του ελληνικού «Αθηνοράματος», για τους γερμανόφωνους είναι τα Zitty και Tip που κυκλοφορούν ανά 15νθήμερο. Για όσους από εσάς προτιμάτε τ' Αγγλικά, μπορείτε να βρείτε ό,τι πληροφορίες χρειάζεστε για τη ζωή στην πόλη στο μηνιαίο περιοδικό EXBERLINER.

Έτοιμοι;
Καλό σας ταξίδι!

7ο Ενδοσκοπικό Σεμινάριο Καΐρου

γράφει ο Μ. Συμβονλάκης



Στις 9-12 Δεκεμβρίου 2005
πραγματοποιήθηκε στο Κάιρο το έβδομο Σεμινάριο Θεραπευτικής Ενδοσκόπησης του Theodor Bilharz Research Institute.

Το Σεμινάριο διοργανώνεται ετησίως από τον Διευθυντή του Κέντρου Καθηγητή Ibrahim Mustafa και έχει καθιερωθεί πλέον ως ένα από τα σημαντικότερα του είδους στη λεκάνη της Μεσογείου, όντας υπό την εποπτεία της Αμερικανικής και της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ενδοσκόπησης Γαστρεντερικού (ASGE, ESGE).

Είχα την τύχη να το παρακολουθήσω έχοντας κερδίσει το Ενδοσκοπικό Quiz του Ενδοσκοπικού Σεμιναρίου του Ευαγγελισμού το 2005 (προσφορά του κου Γ. Λειβαδά της Cook Medical Supplies) που ήταν και το τελευταίο που διοργανώθηκε υπό την εποπτεία του αείμνηστου Διευθυντή μου Καθηγητή Αλεξάνδρου Αυγερινού.

Το σεμινάριο, όπως κάθε χρόνο, είχε συγκεντρώσει Αμερικανούς και Ευρωπαίους ενδοσκόπους μεγάλης ικανότητας και φήμης, προεξαρχόντων του καθηγητή από το Houston

John Baille και του Horst Neuhaus από το Düsseldorf.

Οι σύνεδροι έφτασαν τους 400 και προέρχονταν από 34 χώρες με κύριους εκπρόσωπους τις Αφρικανικές και Ασιατικές χώρες. Από την Ελλάδα, πλην του γράφοντος, είχαν την τύχη να παρακολουθήσουν το Σεμινάριο οι Αναστάσιος Αρμόνης και Νικόλαος Κουμεντάκης (Ιδιώτες Γαστρεντερολόγοι) και η κ. Κωνσταντίνα Παρασκευά (Επιμελήτρια Γαστρεντερολογίας, Αγ. Όλγα).

Η Γαστρεντερολογική Κλινική του Theodor Bilharz διαθέτει 80 κλίνες και είναι αυτάρκης αφού οι Γαστρεντερολόγοι εκτελούν και Ακτινολογικές επεμβατικές πράξεις όπως Διηπατική Χολαγγειογραφία και παρακεντήσεις αποστημάτων υπό Αξονική Τομογραφία. Τα παραπάνω μάλιστα είχαμε την ευκαιρία να δούμε να τα εκτελούν οι Αιγύπτιοι συνά-

δελφοί με ευχέρεια και επάρκεια. Ο καθηγητής Mustafa με το επιτελείο του είχαν συγκεντρώσει 45 (!) ασθενείς των οποίων τα προβλήματα πρακτικά κάλυπταν όλη την γκάμα των θεραπευτικών ενδοσκοπικών πράξεων της Γαστρεντερολογίας.

Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε προ της επεμβατικής ή διαγνωστικής πράξης προποφόλη υπό την επίβλεψη Αναισθησιολόγου, πρακτική που, όπως μας εκμυστηρεύτηκαν οι Αιγύπτιοι συνάδελφοι, είναι η συνήθης στην καθ' ημέρα πράξη του Τμήματος.

Θα ήθελα εδώ να σημειώσω ότι ο Καθηγητής Mustafa ήταν προσκεκλημένος στο Ενδοσκοπικό Σεμινάριο της Κλινικής μας στον Ευαγγελισμό το 2005 και είχα την τύχη να τον παρακολουθήσω από κοντά να εκτελεί απαιτητικές ενδοσκοπικές πράξεις με ιδιαίτερη ικανότητα. Μάλιστα επειδή έτυχε τότε να σταθώ ως βοηθός σε μια ERCP είχε την εντύπωση ότι είμαι Νοσηλευτής και μόλις με είδε στην Αίγυπτο έσπευσε να με χαιρετήσει (Nice to meet you again nurse Manolis!).

Θα πρέπει να τονίσω εδώ ότι ο Καθηγητής Mustafa επιφύλαξε στους Έλληνες Ιατρούς ιδιαίτερη φροντίδα και φιλοξενία και μάλιστα είμασταν οι μόνοι ξένοι προσκεκλημένοι στο δείπνο που παρέθεσε στους συνεργάτες του μετά το πέρας του Σεμιναρίου.

Πέραν του αμιγούς Ιατρικού σκέλους, το ταξίδι στην Αίγυπτο παρουσίασε επιπλέον ενδιαφέρον επειδή μας έδωσε την ευκαιρία να έρθουμε σε επαφή με ένα πολιτισμό ιδιαίτερης αξίας και ιστορίας. Η καθημερινότητα της πόλης είναι μάλλον εντυπωσιακή και αλλόκοτη για τον Ευρωπαίο επισκέπτη. Το Κάιρο φιλοξενεί περίπου 20 εκατομμύρια κατοίκους και χαρακτηρίζεται από μια αντίθεση πολυτέλειας και άφατης ανέχειας. Το κυκλοφοριακό πρόβλημα και οι οδηγικές συνήθειες των ντόπιων μας έκαναν να αναπολήσουμε την Αθήνα και να

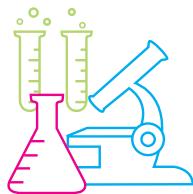
αναθεωρήσουμε τις αντιλήψεις μας για τους Έλληνες οδηγούς...

Όπως κάθε επισκέπτης του Καΐρου που σέβεται τον εαυτό του, έτσι και εμείς επισκεφτήκαμε τις πυραμίδες και το Αρχαιολογικό Μουσείο, όπου θαυμάσαμε τα δείγματα ακμής αυτού του πανάρχαιου πολιτισμού. Ειδικά για τις πυραμίδες, υπάρχει ένα αρχαίο Αιγυπτιακό ρητό: “Ο άνθρωπος φοβάται τον χρόνο και ο χρόνος φοβάται τις πυραμίδες” και αυτή την αίσθηση δέους αισθανθήκαμε όλοι μας μόλις σταθήκαμε στην βάση τους.

Επισκεφτήκαμε επίσης το γνωστό Αλ Χαλίλι, μία απέραντη αγορά όπου η λέξη “παζάρι” βρίσκει το πραγματικό της περιεχόμενο. Διαπιστώσαμε δε ότι οι Αιγύπτιοι στο άκουσμα της ελληνικής καταγωγής στέκονταν ιδιαίτερα φιλικοί απέναντί μας.

Συνοψίζοντας, το ταξίδι αυτό στο Κάιρο μας έδωσε την ευκαιρία να παρακολουθήσουμε ένα Ενδοσκοπικό Σεμινάριο υψηλού επιπέδου το οποίο διοργανώνεται από έναν καλό φίλο της Ελλάδας, τον Καθηγητή Mustafa, και να έρθουμε σε επαφή με έναν πολιτισμό πασίγνωστο και αναγνωρισμένο για το παρελθόν του, που παρουσιάζει όμως ιδιαίτερο ενδιαφέρον και για τις σύγχρονες εκφάνσεις του.

Για αυτούς τους λόγους πιστεύω ότι το Σεμινάριο θα άξιζε να μπεί στην agenda των Ελλήνων συναδέλφων που επιθυμούν να παρακολουθούν τις σύγχρονες εξελίξεις των ενδοσκοπικών τεχνικών και θα θεωρούσα τον εαυτό μου τυχερό αν είχε την ευκαιρία να παρακολουθήσει και τα επόμενα Σεμινάρια του Καΐρου στο μέλλον.



Η Εταιρία ALTANA έρχεται στην Ελλάδα

Τον Μάρτιο του 2006, οι εταιρίες **ALTANA Pharma** και **Nycomed** υπέγραψαν συμφωνία συν-προώθησης της παντοπραζόλης (αναστολέα της αντλίας πρωτονίων), η οποία διατίθεται στην Ελληνική αγορά με την εμπορική ονομασία **Zurcazol**.

Από τον Απρίλιο του 2006, οι εταιρίες ALTANA Pharma και Nycomed, ένωσαν τις προσπάθειές τους στην Ελλάδα, με αιώτερο σκοπό την αποτελεσματική συν-προώθηση του Zurcazol.

Η εταιρία ALTANA Pharma είναι η δημιουργός της παντοπραζόλης, η οποία κυκλοφορεί περίπου σε 100 χώρες. Σε πολλές χώρες η παντοπραζόλη είναι ο υπ' αριθμόν ένα αναστολέας της αντλίας πρωτονίων στην αντιμετώπιση των παθήσεων του γαστρεντερικού, που σχετίζονται με τη γαστρική υπεροξύτητα. Σήμερα η παντοπραζόλη θεωρείται ως ο πιο επιτυχημένος θεραπευτικός παράγοντας που ανέδειξαν τα γερμανικά εργαστήρια ερευνών. Το 2005, οι πωλήσεις της παντοπρα-

ζόλης στην παγκόσμια αγορά ξεπέρασαν τα 2.700 εκατομ. ευρώ.

Προκειμένου η εταιρία ALTANA Pharma να δραστηριοποιηθεί στην συν-προώθηση του Zurcazol και να διεισδύσει στην Ελληνική αγορά θα ιδρύνει τη δική της θυγατρική Εταιρία στην Ελλάδα.

Πρωτότυπα προϊόντα προερχόμενα από το τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης της ALTANA Pharma, θα βοηθήσουν στην επιχειρηματική ανάπτυξη της ALTANA Pharma στην Ελλάδα. Το επόμενο προϊόν που θα κυκλοφορίσει στην Ελλάδα, από την ALTANA Pharma, είναι το Alvesco. Πρόκειται για ένα πρωτότυπο εισπνεόμενο κορτικοστεροειδές σκεύασμα, που προϊζεται για την αντιμετώπιση του άσθματος.

Στοιχεία αναφορικά με την εταιρία ALTANA Pharma

Η εταιρία ALTANA Pharma αποτελεί το φαρμακευτικό τμήμα της εταιρίας ALTANA Pharma AG, που έχει σαν έδρα της την Konstanz της Γερμανίας.

Η ALTANA Pharma είναι μια διεθνώς

επιτυχημένη Εταιρία που βασίζεται στην έρευνά της, παρέχοντας πρωτότυπα φάρμακα τα οποία εξασφαλίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς, μοντέρνο περιβάλλον εργασίας στο άκρως εξειδικευμένο προσωπικό της και πολύ καλή απόδοση κερδών στους μετόχους της.

Τα προϊόντα της ALTANA Pharma προορίζονται για την αντιμετώπιση παθήσεων κυρίως του γαστρεντερικού και του αναπνευστικού συστήματος. Τα προϊόντα αυτά αναπτύσσονται από την ALTANA Pharma σαν μια μόνιμη δέσμευση της προς την Έρευνα.

Το έτος 2005 η ALTANA Pharma πέτυχε πωλήσεις της τάξεως των 2,4 δισεκατομμυρίων ευρώ, παρουσιάζοντας 12% αύξηση έναντι του 2004.

Η ALTANA Pharma επενδύει σε προγράμματα Έρευνας και Ανάπτυξης νέων φαρμάκων περίπου το 20% του κύκλου εργασιών της. Το ποσό αυτό που αυξάνεται σταθερά, το 2005 έφτασε τα 418 εκατομ. ευρώ.

Η ALTANA Pharma απασχολεί περισσότερα από 8.800 άτομα σε πάνω από 30 χώρες.



Ελεύθερο



Θέμα

Όταν ένα Ιατρικό Λάθος Γίνεται Πρώτο Θέμα στην Τ.Β.

γράφει η Μάρω Λεονάρδου, Δημοσιογράφος

Ζούμε στην εποχή της τηλεόρασης, κανείς δεν μπορεί να το αρνηθεί αυτό, ακόμη κι αν ο ίδιος μπορεί να μην αποτελεί μέλος της ομάδας των φανατικών τηλεθεατών. Ζούμε στην εποχή της εικόνας, της επικοινωνιακής πολιτικής, στην εποχή που αρκεί να “κράξει” κάποιος κάποιον στο δελτίο των 8 ή στις πρωινές ενημερωτικές εκπομπές, να “καταγγείλει” όπως χαρακτηριστικά λέμε μια κατάσταση, ένα γεγονός, μια νοοτροπία, για να κριθούν πολιτικές, να ληφθούν σημαντικές αποφάσεις, ακόμη και σε επίπεδο πρωθυπουργού!

Την τελευταία δεκαετία τα τηλεοπτικά δίκτυα βασίζουν την ειδήσεογραφία τους στην καταγγελία! “Πάρτε μας τηλέφωνο και πείτε μας το πρόβλημά σας, το παράπονό σας, την αδικία που υποστήκατε”, είναι το “σύνθημα”! Αυτή είναι η έκκληση που απευθύνουν καθημερινά τα κανάλια στους πολίτες-τηλεθεατές, προκειμένου να βασίσουν, να τεκμηριώσουν, να δημιουργήσουν αν θέλετε την ειδήσεογραφία τους. Κι αυτό συμβαί-

νει από τότε που η είδηση - με την κλασσική έννοιά της - έπαιψε να αποτελεί είδηση για ένα δελτίο ειδήσεων και μια ειδησεογραφική εκπομπή. Ο πολίτης, ο απλός άνθρωπος και τηλεθεατής είναι πλέον ο παραγωγός της είδησης. Ο δημοσιογράφος απλά του κρατά το μικρόφωνο και τον ακούει. Αναμεταδίδει το μήνυμα που εκπέμπει στους υπόλοιπους πολίτες και αρκείται, στην καλύτερη περίπτωση, στο ρόλο του τηλεθεατή και ακροατή της δυστυχίας και της μιζέριας του κάθε άπορου, άστεγου, άνεργου και θιγμένου πολίτη. Στη χειρότερη περίπτωση, «συμπάσχει μαζί του»...με αποτέλεσμα να καταγγέλλεται και ο ίδιος από τους υπόλοιπους για στήσιμο τηλεδικείου!

Η γράφουσα αποτελεί από την πρώτη μέρα δημιουργίας των ιδιωτικών τηλεοπτικών δικτύων κομμάτι αυτού του μηχανισμού παραγωγής ειδήσεων! Και δε θα “βγάλει την ουρά της απέξω”, στο μερίδιο των ευθυνών. Ίσως και γι αυτό, στόχος του άρθρου αυτού να είναι καταρχήν η απολογία

προς τις υπόλοιπες μερίδες του πληθυσμού και τις επαγγελματικές τάξεις που πιθανότατα θα το διαβάσουν!...

Σταματήστε μας! Θα μπορούσε να είναι ο τίτλος του άρθρου. Κάντε κάτι, προστατέψτε εσείς πρώτοι το επάγγελμά σας, την αξιοπιστία σας, από την κάθε δύσμοιρη απελπισμένη κυριούλα, που ελλείψει κράτους και ελεγκτικών μηχανισμών, καταφεύγει - ή απειλεί να καταφύγει - στους Αυτιάδες τους Μάκηδες και τους Ευαγγελάτους για να σωθεί! Για να προστατευθεί, να αποζημιωθεί, να ακουστεί! Στο εξωτερικό, και ειδικά στις Ηνωμένες Πολιτείες, θα κατέφευγε στις εταιρείες δικηγόρων που αυτοδιαφημίζονται κιόλας για την προστασία που παρέχουν από τα ιατρικά λάθη.

Διαβάζω ότι τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των καταγγελιών σε βάρος των γιατρών - ιδιωτών ή του ΕΣΥ - έχει τριπλασιαστεί. Μόνο σε ποσού στό έξι τοις εκατό όμως αφαιρείται η άδεια εξασκήσεως επαγγέλματος.



Ακόμη και αν η καταγγελία αφορά ιατρικό λάθος, παράλειψη, ή εξαπάτηση του ασθενούς. Κι όταν αφαιρεθεί η άδεια, είναι για περίοδο τριών ετών. Στο μεταξύ, ο γιατρός μπορεί να κάνει έφεση και να προσφύγει στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, στο Πρωτοδικείο, στο Εφετείο, στο Ανώτατο Ακυρωτικό Δικαστήριο, διαδικασία που μπορεί να κρατήσει έως και 10 χρόνια. Και μέχρι τότε, εργάζεται κανονικά.....και τα κανάλια κάνουν τηλεθέαση, με την κυριούλα που σκούζει έως από κάποιο χειρουργείο ή ιατρείο. Η “ρετσινιά” μένει στο γιατρό,- όταν αθωαθεί, αν αθωαθεί, δεν θα το μάθει ποτέ κανείς - και η “βρώμα” βγαίνει για το ιατρικό επάγγελμα γενικώς.

Πριν γράψω αυτές τις γραμμές, προσπάθησα να βρω πώς ορίζεται το ιατρικό λάθος από τους ίδιους τους γιατρούς. Κατάλαβα λοιπόν ότι εξαρτάται από την ειδικότητα. Σε γενικές γραμμές όμως, νομίζω, το ιατρικό λάθος υφίσταται όταν δεν έχουν ακολουθηθεί οι γενικώς αποδεκτές για κάθε ειδικότητα πρακτικές, δεν έχουν εφαρμοστεί τα γενικώς αποδεκτά επαγγελματικά στάνταρντς.

Κι αυτό ποιος το ορίζει; Ο ασθενής; Οι συγγενείς; Οι άλλοι γιατροί-συνάδελφοι του καταγγελθέντος; Ο ιατρικός σύλλογος; Είθισται ένα κανάλι να μη “βγάζει το θέμα στον αέρα” αν δεν υπάρχει προηγουμένως καταδικαστική απόφαση. Πολλές φορές όμως, δυστυχώς, αρκεί να “ακουστούν στον αέρα” όλες οι πλευρές. Δυστυχώς όμως, ακόμη κι όταν συμβαίνει αυτό, η καταγγελία, η κραυγή και ο ανθρώπινος πόνος ακούγονται δυνατότερα, ειδικά μέσα από τον τηλεοπτικό φακό, που ακόμη και χωρίς επεξεργασία όλα τα μεγαλοποιεί. Κάνει περισσότερο θόρυβο και σκοτώνει τη λογική, ακυρώνει τα επιχειρήματα, αφήνει εντυπώσεις... Κακές συνήθεις!

Είναι η ευθύνη της κάθε επαγγελματικής τάξης να αυτο-προστατευθεί έναντι της τηλεοπτικής λαιλαπας. Δεν υπάρχει λοιπόν ευθύνη των δημοσιογράφων;... Φυσικά και υπάρχει και είναι ακόμη μεγαλύτερη. Σε μια χώρα όμως όπου δεν υπάρχουν κώδικες δεοντολογίας, όπου στο όνομα της δημοκρατίας και της “ελεύθερης φωνής” του καθενός ακούγονται τα

πάντα και κρίνονται τελικά τα πάντα μέσα από το τηλεοπτικό βήμα, ποιος δημοσιογράφος, τηλεοπτικός διευθυντής ή αρχισυντάκτης θα ορθώσει το ανάστημά του και θα πει “όχι, αυτό λέγεται, ή αυτό δε λέγεται”... Τέρμα στις καταγγελίες και τον εύκολο λαϊκισμό, επιστροφή στις παραδοσιακές ειδήσεις... Δεν ξέρω αν κατ αρχήν υπάρχει κάποιος που θέλει να το κάνει και έχει όραμα γι αυτό. Ακόμη όμως και αν υπήρχε, το βέβαιο είναι πως δεν θα κατάφερνε να επιβιώσει επαγγελματικά. Όχι γιατί υπάρχει σκοπιμότητα από ψηλά, από σκοτεινά κέντρα διαπλοκής και άλλα τέτοια που ακούγονται... Απλά και η τηλεόραση και οι δημοσιογράφοι σήμερα ανταποκρίνονται πλέον με απόλυτη συνέπεια στο λαϊκό αίσθημα της κοινής γνώμης που οι ίδιοι διαμόρφωσαν τα τελευταία 15 χρόνια ιδιωτικής τηλεόρασης.

Είναι πολύ αργά για να γυρίσουν πίσω. Και δεν μπορούν πια να γυρίσουν πίσω. Χρειάζεται καταρχήν πολιτική βούληση από πολύ ψηλά, χρειάζεται αλλαγή νοοτροπίας, χρειάζεται παιδεία, μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο υψηλό. Και κυρίως χρειάζεται όραμα. **Χρειάζεται όμως και πειθαρχία, τάξη και επιστροφή στις ιεραρχίες, τους κώδικες, τους νόμους.** Το αντέχει αυτό η ελληνική κοινωνία; Το θέλει; Ή η εικόνα που παρουσιάζουν σήμερα οι τηλεοράσεις και τα νοσοκομεία μας είναι αυτή που όλους λίγο-πολύ βολεύει;

Ποιος αντέχει και ποιος μπορεί τελικά να ανταποκριθεί στα υψηλά στάνταρντς επαγγελματικής επάρκειας; Είτε μιλά με για για-

τρούς, είτε για δημοσιογράφους...

Όποιος βρει την απάντηση στο ερώτημα αυτό, θα έχει σίγουρα και τη λύση στα χέρια του.

Βιογραφικό Σημείωμα

Η Μάρω Λεονάρδου είναι μέλος της Ενώσεως Συντακτών. Ξεκίνησε τη δημοσιογραφική της καριέρα, ως συντάκτης διεθνών ειδήσεων το 1984, στην εφημερίδα ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ. Έκτοτε εργάστηκε ως δημοσιογράφος, αρχισυντάκτης και παρουσιάστρια ειδήσεων και ενημερωτικών εκπομπών, στην EPA1, στον ANTENNA και το MEGA. Πτυχιούχος της φιλοσοφικής Σχολής Αθηνών (1987), μιλά τρεις γλώσσες (αγγλικά, γαλλικά, ισπανικά). Παντρεμένη με το σκηνοθέτη ειδήσεων του ANTENNA Γιώργο Νταούλη, είναι μητέρα τριών παιδιών.



Πώς Μας Βλέπουν



οι Ασθενείς μας

Αναζητώντας τον... “Δρ Τέλειο”

γράφει η Λήδα Τ.

Και ενώ όλες οι κοπέλες, από την εφηβική ηλικία και έπειτα, ονειρεύονται και αναζητούν τον «Κύριο Τέλειο», εμείς οι πάσχουσες από γαστρεντερολογικά νοσήματα αναζητούμε και τον «Δρ Τέλειο». Και πιστέψτε με αν η εύρεση του ιδανικού συντρόφου είναι μια φορά δύσκολη, η εύρεση του ιδανικού γιατρού είναι δέκα φορές πιο δύσκολη.

Όπως λοιπόν οριοθετώ τις απαιτήσεις μου σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο, έτσι τις έχω οριοθετήσει και σε... ιατρικό! Έτσι, ο γιατρός που θα καταφέρει να «μου κλέψει την καρδιά» θα πρέπει να λάβει πολύ σοβαρά υπόψη του τα παρακάτω:

Ιατρική γνώση και εξέλιξη αυτής: Πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν οι ιατρικές γνώσεις και ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια των επισκέψεων, αλλά και της θεραπείας. Γνωρίζοντας ότι ο γιατρός σου είναι ένας επιστήμονας που συνεχώς αναπτύσσει και εξελίσσει τις γνώσεις του, ενημερώνεται για τις εξελίξεις, δραστηριοποιείται ενεργά στο χώρο του και εφαρμόζει τις πρακτικές με τη μεγαλύτερη δυνατότητα πατοτελεσματικότητα και την ελάχιστη δυνατή καταπόνηση σου, η εμπιστοσύνη, η εκτίμηση, αλλά και η ασφάλεια που αισθάνεσαι σαφώς μεγαλώνουν.

Διαλεκτικές ικανότητες: Με λίγα λόγια ο γιατρός οφείλει να μιλάει στον ασθενή του, να εξηγεί και να απαντάει σε όλες τις ερωτήσεις του με σαφήνεια

και ειλικρίνεια. Η συζήτηση ανάμεσα σε ασθενή και γιατρό και η αίσθηση του ότι μπορείς ανά πάσα στιγμή να συζητήσεις θέματα που σε απασχολούν είναι πάρα πολύ σημαντική. Τα θέματα αυτά μπορεί να μην αφορούν αποκλειστικά ιατρικά ζητήματα, αλλά και άλλα, πιο προσωπικά, τα οποία όμως ίσως σχετίζονται άμεσα με την πάθηση. Δεν πρέπει να ξεχνάμε άλλωστε ότι αρκετά γαστρεντερολογικά νοσήματα είναι ψυχοσωματικές παθήσεις. Μέσα από το διάλογο και ο γιατρός θα μπορέσει να σε καθοδηγήσει και να σε συμβουλεύσει πιο σωστά, αφού θα έχει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της ψυχοκοινωνικής σου κατάστασης, αλλά και εσύ θα αισθανθείς ότι ο γιατρός σου είναι ένας άνθρωπος με διάθεση να σε ακούσει, να σε στηρίξει, να σε βοηθήσει.

Διάθεση συνεργασίας: Στοιχείο άμεσα συνδεδεμένο με το παραπάνω. Συνεργάζομαι σημαίνει εργάζομαι από κοινού, προκειμένου να πραγματοποιήσω έναν κοινό σκοπό. Στην περίπτωσή μας, γιατρός και ασθενής οφείλουν να σκεφτούν την αντιμετώπιση του νοσήματος σαν ένα ομαδικό παιχνίδι. Στα πλαίσια αυτής της συνεργασίας ο γιατρός οφείλει να σου δίνει τη δυνατότητα να συμμετέχεις καθόλη τη διάρκεια της επίσκεψης ώστε να αισθάνεσαι ισότιμο μέλος μιας ομάδας.

Ικανότητες προσαρμογής: Η αντιμετώπιση κάθε ασθενούς πρέπει να γίνεται με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά

του και να προσαρμόζεται με αυτά, τόσο όσον αφορά μια φαρμακευτική αγωγή (π.χ. αναζήτηση φαρμάκων που του προκαλούν τις λιγότερες παρενέργειες), όσο και στη γενικότερη συνεργασία.

Ανθρώπινο πρόσωπο: Ο μύθος ότι ο γιατρός είναι ένας ψυχρός επαγγελματίας πρέπει να καταρριφθεί και να αντικατασταθεί με την αίσθηση ότι ο γιατρός είναι ένας πολύτιμος συνεργάτης. Δείξτε στον ασθενή σας ότι ενδιαφέρεστε πραγματικά, ότι κατανοείτε το πρόβλημά του, ότι τον συμπονάτε. Πάντα όμως χωρίς υπερβολές.

Εμπιστοσύνη: Ίσως το στοιχείο κλειδί της σχέσης ασθενούς και ιατρού, που προκύπτει από όλα τα παραπάνω. Όπως και στις περισσότερες διαπρωτοτυπικές μας σχέσεις η εμπιστοσύνη είναι που κάνει τη διαφορά, έτσι και στις «ιατρικές» μας, πιστεύω ότι αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα μιας υγιούς συνεργασίας γιατρού και ασθενή.

Διαθεσμότητα: Η εύκολη τηλεφωνική επικοινωνία, η διάθεση χρόνου ανά πάσα στιγμή είναι στοιχεία που συντελούν στην ικανοποίηση των ασθενών.

Ευχάριστο περιβάλλον: Ένα όμορφα διαμορφωμένο ιατρείο προδιαθέτει πάντα ευχάριστα τον ασθενή.

Τα παραπάνω δίδονται κατόπιν συνταγής.....ασθενούς και ο γιατρός οφείλει να τα ακολουθεί πιστά πρώι, μεσημέρι και βράδυ.

Η κ. Λήδα Τ. είναι υποψήφια Διδάκτωρ του Τμήματος Επικοινωνίας Μέσων & Πολιτισμού του Παντείου Πανεπιστημίου



...και οι γαστρεντερολόγοι



έχουν ψυχή...

Από το Ημερολόγιο ενός Γιατρού

γράφει ο Ε.Δ. Παπαβασιλείου

Μια συνηθισμένη εγχείρηση βουβωνοκήλης, προγραμματισμένη, με πολλές αναβολές από ετών λόγω φόρτου δουλειάς, έλλειψης χρόνου και κυρίως συμπτωμάτων. Τους τελευταίους όμως μήνες η εμφάνιση ήπιων αλγών στην κοιλιά, η προοδευτική μεγέθυνσή της και οι συνεχείς ανατάξεις της από την τσέπη του παντελονιού (σε σημείο παρεξήγησης από τους γύρω) με έκαναν να αποφασίσω την εγχείρηση. Ο χειρουργός άριστος, έμπειρος, φίλος και συνάδελφος στο νοσοκομείο. Το ίδιο και ο αναισθησιολόγος. Ο χώρος, το νοσοκομείο όπου εργάζομαι. Ο χρόνος της εγχείρησης, Παρασκευή ώστε να μην υπάρχει μεγάλο επισκεπτήριο από τους συναδέλφους και το άλλο πρωστικό του νοσοκομείου το επόμενο διήμερο. Φόβος ναι, η αναισθησία (τι πρωτοτυπία!). Αρχισα να φέρνω στο νού όλα όσα έλεγα στους ασθενείς μου για την αναισθησία. Ωραία, μάλλον πείσθηκα με τα επιχειρήματά μου. Άλλα τι είδους αναισθησία, γενική ή ραχιαία(:). Η κουβέντα με τον αναισθησιολόγο δεν ήταν διαφωτιστική μετά την αφοπλιστική του απάντηση, ...ό,τι θέλεις... Τελικά κατέληξα να κάνω γενική αφού άκουσα ότι με τη ραχιαία θα έπρεπε να παραμείνω στο κρεβάτι ένα 24ωρο. Μεταξύ μας όμως νομίζω ότι έπαιξε ρόλο και το

ότι στις επιπλοκές της αναφέρεται και η ανικανότητα (η ανασφάλεια της ηλικίας παίζει το ρόλο της!).

Την παραμονή το πρωί εισιτήριο. Ακολουθώ την πορεία που θα έκανε ένας ανώνυμος ασθενής γιατί πιστεύω ότι στη διαδικασία αυτή έχουν προβλεφθεί όλες οι παράμετροι και έτσι θα ελαχιστοποιήσω τους κινδύνους που υποκρύπτει ο επώνυμος ασθενής, πόσο μάλλον ο επώνυμος γιατρός του νοσοκομείου. Εξωτερικά ιατρεία, εισιτήριο, γραφείο κινήσεως, δημιουργία φακέλου, αιμοληψία, ακτινογραφία, ηλεκτροκαρδιογράφημα, θάλαμος νοσηλείας. Παντού έκπληκτα βλέμματα και ερωτήσεις του τύπου... εσείς είσθε ο ασθενής;... Πρώτη παράβαση του κανόνα. Τις ακτινογραφίες και το ηλεκτροκαρδιογράφημα τα έκανα προχθές για να είμαι σύγουρος για το τι έχω και το θάλαμο νοσηλείας τον είχα προκαθορίσει. Το ίδιο είχα κάνει και με την αιμοδοσία.

Το μεσημέρι το φαγητό απλώς δεν τρωγόταν. **Σκέπτομαι ότι αν θέλει κάποιος να χάσει βάρος, του αρκεί το ελεύθερο διαιτολόγιο του νοσοκομείου, αντί για τις πανάκριβες δίαιτες, τα φάρμακα και τις εγχειρήσεις.** Η προϊστάμενη νοσηλεύτρια μιού λέει ότι δεν θα κάνω κλύσμα αλλά θα πάρω καθαρτικό. Την ευχαριστώ ιδιαίτερα.

Το απόγευμα πίνω το X-prep με δύο ποτήρια νερό. Μάλλον υποφερτή γεύση. Επακολουθεί το δείπνο, αν ως δείπνο θεωρείται ένα πιάτο με ζεστό νερό και αραιά κομμάτια ψιλού φιδέ. Α, έχασα και τις δύο σταγόνες λάδι που επέπλεαν.

Απογευματινή επίσκεψη των γιατρών... Κρύμα που δεν σε προλάβωμε και ήτιες το καθαρτικό γιατί δεν ήταν και εντελώς απαραίτητο και αφού δεν έχεις δυσκοιλότητα... Ε, δεν πειράζει λέω αμήχανα, καλύτερα να έχω καθαρό έντερο για κάθε ενδεχόμενο.

Γύρω στις οκτώ έρχεται ο νοσηλευτής για την τοπική προετοιμασία. Αρχίζω να ανησυχώ για το τοπικό ξύρισμα και μου έρχονται στο νου τα πρώτα ξυρίσματα της εφηβείας όπου αν δεν έφευγε κομμάτι δέρμα, σίγουρα η φαβορίτα έφθανε στο ύψος της κορυφής του αυτιού και πάντα σε άλλο ύψος από την άλλη μεριά. Περιέργως δεν κατάλαβα τίποτα. Ανακουφισμένος τον ευχαριστώ, αλλά μου λέει δεν τελειώσαμε ακόμα και πρέπει να γυρίστε στο δεξιό(!) πλάι για να κάνετε υποκλυσμό. Εκπληκτός αλλά πιστός στο ότι θα ακολουθήσω τη νοσηλεία ενός ανώνυμου ασθενή, δεν διαμαρτύρομαι, γυρίζω στο πλάι και γίνεται ο υποκλυσμός με κλύσμα μιας χρήσης. Το μισό έπεσε έξω. Τώρα καταλαβαί-



νω γιατί οι ασθενείς έρχονται απροετούμαστοι για τις κολοσκοπήσεις. Ανησυχώ για τη συνδυασμένη δράση καθαρτικού και κλύσματος. Άδικα. Ο υποκλυσμός απέδοσε(;) ύστερα από λίγο, ενώ το καθαρτικό στις δύο τη νύχτα (σχετική έννοια η απόδοση αφού τις προηγουμένες δύο ημέρες δεν έτρωγα φυτικές (νες).

Το πρωί της εγχείρησης (είμαι πρώτος στη σειρά) έρχεται ο νοσοκόμος του χειρουργείου, ξεντύνομαι, ξεπλώνω σε ένα στενό φορείο, σκεπάζομαι με τα πράσινα σεντόνια του χειρουργείου και ενώ με οδηγεί στο χειρουργείο με συνεχείς στροφές και ελιγμούς έχω το αίσθημα της επικειμένης πτώσης ανά πάσα στιγμή. Λίγο ακόμα και θα με έπιανε ναυτία. Πάλι τα έκπληκτα βλέμματα των νοσηλευτριών και των ειδικευομένων του αναισθησιολογικού. Φιλικός και καθυσυχαστικός ο αναισθησιολόγος (συμφοιτητής, με ηρεμεί λίγο αυτό). Απλώνω το ένα χέρι για τον ορό. Απλώνω και το άλλο για την τοποθέτηση της περιχειρίδας του πιεσομέτρου. Κανονική στάση σταυρωμένου. Μετά τον ορό, ένεση ενδοφλέβια, στη συνέχεια άλλη, μετά μάσκα στο στόμα και τη μύτη και χορήγηση αναισθητικού. Μόλις αρχίζω να σκέπτομαι την ηπατοξεικότητα των αναισθητικών ζαλίζομαι και κοιμάμαι.

Κάποια φασαρία γίνεται και με ξυπνάει. Δεν ξέρω αν είναι νύχτα ή μέρα, πρώι ή απόγευμα. Καλά από πότε στο σπίτι έχουμε πράσινα σεντόνια... Έλα ξύπνα, τελειώσαμε... Η φωνή του αναισθησιολόγου. Επιστροφή στο θάλαμο. Νοιώθω ότι δεν με επηρεάζουν οι στροφές και τα απότομα φρεναρίσματα. Θάλαμος. Αλήθεια, πώς βρέθηκα στο κρεβάτι με τον ορό. Πάντως αισθάνομαι ωραία. Οι ενδορφίνες κάνουν καλή δουλειά. Σε λίγο εμφανίζονται ο χειρουργός με τον αναισθησιολόγο και διαβεβαιώνουν ότι όλα πήγαν καλά. Επανέρχομαι σταδιακά στην προ της αναισθησίας κατάσταση και νοιώθω πόνο στο κάτω μέρος της κοιλιάς στο γύρισμα του κορμού. Πρέπει να πίνω πολύ νερό. Το μεσημέρι δεν υπάρχει γεύμα. Περιέργο για μένα αλλά δεν πεινάω. Ψιλοκοιμάμαι. Το έντερο λειτουργεί. Καλά πάω. Το απόγευμα έρχεται το δείπνο. Καμμιά πρωτοτυπία. Ζεστό νερό με λίγα κομμάτια φιδέ. Αστο καλύτερα. Περνάει ο χειρουργός και μου λέει να σηκωθώ. Στην προσπάθεια αυτή και με τον

ορό στο χέρι νοιώθω όλο το δεξιό λαγόνιο βόθρο να ξεκολλάει. Κρατώ χαρακτήρα και δεν μιλά... Πονάς(;)... ζαλίζεσαι(;).... Πολύ λίγα πράγματα λέω, εξαντλώντας όλες μου τις δυνάμεις... Ωραία τότε προχώρα... Ωχ, ίσως δεν έπρεπε να δείξω τόσο θάρρος. Τα ράμματα λέω δειλά... Μη φοβάσαι... Νομίζω ότι η πορεία των 10 χιλιομέτρων και με όλο τον οπλισμό φορτωμένο στο Κέντρο Εκπαίδευσης στο στρατό ήταν απλός περίπατος. Η επιστροφή στο κρεβάτι ήταν μια από τις μεγαλύτερες απολαύσεις που έχω νοιώσει. Από τη νοσηλεύτρια μαθαίνω ότι στον ορό υπάρχουν παυσίπονα και αντιεμετικά. Δεύτερη παράβαση. Αποφασίζω ότι δεν πρέπει να φορτώθω με πολλά φάρμακα και ότι αν χρειάζομαι κάτι θα το ζητάω μόνος μου. Σύμφωνοι λέει ο χειρουργός και δίνει τις κατάλληλες οδηγίες. Το βράδυ η γυναίκα μου βάζει αποκλειστική, παρά τις αντιρρήσεις μου. Ζέστη. Δεν μπορώ να κοιμηθώ, αλλά ούτε και να γυρίζω στο κρεββάτι. Κοιτάζω το ρολόι.

2.30. Εγώ με φλεβοκαθετήρα και πόνο με την προσπάθεια μετακίνησης. Δεν ζητάω όμως παυσίπονο ή ηρεμιστικό. Η αποκλειστική καθιστή με τα πόδια απλωμένα σε μια άλλη καρέκλα κοιμάται μακάρια. Μάλλον έχουν αντιστραφεί οι όροι. Θέλω να βάλω τηλεόραση αλλά φοβάμαι ότι θα την ξυπνήσω. Το πρώι με χαιρετά και μου λέει ότι δεν έκανε τίποτα. Έχω τη χαρά της προσφοράς ότι δηλαδή πρόσφερα σε κάποια(!) μια άνετη βραδυά.

Το πρώι της πρώτης μετεγχειρητικής ημέρας το πρωινό είναι πιο πλούσιο. Τσάι, γάλα και δύο φρυγανιές. Όλη την ημέρα δεκατική πυρετική κίνηση. Από τις απορροφήσεις μάλλον και το ότι δεν πάρων παυσίπονα. Το απόγευμα πατάτες νερόβραστες, κοτόπουλο και κρέμα. Τρώω το κοτόπουλο και την κρέμα. Οι πατάτες δεν τρωγόντουσαν. Το βράδυ κοιμάμαι καλά. Πολύ ζέστη όμως. Ξυπνώ στις 5.30. Ειμαι ιδρωμένος και νοιώθω έπειτη προς κένωση. Πάω τουαλέττα. Διάρροια. Ανησυχώ. Διάρροια μετά από λήψη αντιβιοτικών(;) Λοιμώδης διάρροια(;) Σαλμονέλλωση από το κοτόπουλο(;) Πρώιμο σύμπτωμα κάποιας γενικότερης διαταραχής(;) Λειτουργική διαταραχή από την πολύ ζέστη(,), αλήθεια υπάρχει κάτι τέτοιο(,), θα πρέπει να το ψάξω. Δεύτερο επεισόδιο διάρροιας. Προσπαθώ να παραμείνω ήρεμος και σε αναμο-

νή. Δεν έχω ναυτία και δεν θέλω να ανησυχήσω τον εφημερεύοντα, όπως μου πρότεινε η νοσηλεύτρια. Κάνω μια βόλτα και ανοίγω το παράθυρο. Το κρύο με επαναφέρει στην κανονική μου κατάσταση. Πλήρης ηρεμία από το έντερο. Από τον εφημερεύοντα πληροφορούμαι ότι πράγματα τα ξημερώματα υπήρχε μεγάλη ζέστη και παρόμοιο με το δικό μου επεισόδιο παραπρήθηκε και σε ένα άλλο ασθενή σε διπλανό θάλαμο. Πάντως για κάθε ενδεχόμενο το πρωινό περιελάμβανε μόνο τσάι. Το μεσημέρι ρύζι και βραστό κρέας. Φαίνεται ότι οι σκέψη για λαπά αναθεωρήθηκε ή δεν έφθασε στις τραπεζοκόμους. Τρώω με όρεξη και την κρέμα, αλλά όχι την κομπόστα ροδάκινο. Κανένα πρόβλημα. Δεκατική πυρετική κίνηση μόνο το απόγευμα. Περπατώ άνετα.

Τη Δευτέρα, την τρίτη δηλαδή μετεγχειρητική ημέρα, είμαι καλά, σηκώνομαι μεν από το κρεβάτι με πόνο στη χειρουργημένη περιοχή που συνεχώς βελτιώνεται, αλλά περπατώ άνετα. Αρχίζουν οι επισκέψεις διαφόρων φίλων και συναδέλφων του νοσοκομείου, ευτυχώς οι περισσότερες λιγόλεπτες. Σκέπτομαι ότι οι επισκέψεις σε νοσηλευόμενο δεν είναι ό,τι το καλύτερο για αυτόν.

Σήμερα, τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα, παίρνω εξπήριο. Η όλη διαδικασία διεκπεραιώνεται χωρίς τη συμμετοχή μου, από φίλους του διοικητικού προσωπικού (ένα από τα καλά του να νοσηλεύεσαι στο νοσοκομείο σου).

Το μεσημέρι πεινάω. Το γεύμα αργεί. Σκέπτομαι ότι αυτό που λέγεται ότι ο ασθενής στο νοσοκομείο δίνει πρωταρχική σημασία στα γεύματα είναι απόλυτα σωστό. Διακριτικά το λέω στην προϊσταμένη. Εξανίσταται... μα, έδοσα εντολή... θα το ξαναπώ... Τίποτα. Εν τω μεταξύ αρχίζει η περισυλλογή των δίσκων. Νοιώθω εγκαταλείμνος. Έχω την ψυχολογία ζητιάνου και ντρέπομαι να ζητήσω και από τις τραπεζοκόμους και από την προϊσταμένη. Ετοιμάζομαι να παραγγείλω ένα τοστ... σας φέρανε φαγητό(;)... με ρωτάει μια νοσηλεύτρια. Όχι, αλλά δεν πειράζει λέω νοιώθοντας ενοχές ότι θα δημιουργήσω αναταραχή. Η ώρα περνάει τίποτα. Στο τέλος επιτέλους έρχεται ο περιβόητος δίσκος. Η διόρθωση της υπογλυκαιμίας με ηρεμεί.

Εξέρχομαι όρθιος, ήρεμος και... χορτάτος.



Καλλιτεχνικά



Cow Parade

γράφει η Νάγια Μπουμπότοη

Μήπως βγαίνοντας από το σταθμό του Μετρό, ήρθατε αντιμέτωποι με μια χαριτωμένη πολύχρωμη αγελάδα που βόσκει στο γκαζόν; Πρόκειται για ένα από τα συμπαθή βοοειδή της οικογενείας Cow Parade που φέτος επέλεξαν τα «λιβάδια» της ελληνικής πρωτεύουσας για να παρελάσουν από τις αρχές Μαΐου έως τα τέλη Αυγούστου του 2006.

Η Cow Parade είναι μια τεράστια υπαίθρια έκθεση τέχνης ελεύθερη στο κοινό. Η σύλληψη της ιδέας έγινε μόλις πριν από οκτώ χρόνια, το 1998, στη Ζυρίχη με σκοπό την ενίσχυση της εμπορικής κίνησης στα καταστήματα και την ανάδειξη του δημιουργικού ταλέντου των ντόπιων καλλιτεχνών. Τα μοντέλα, δημιουργία του διάσημου Ελβετού γλύπτη Pascal Knapp, λειτουργούν σαν ένας καμβάς για τους καλλιτέχνες. Πρόκειται για γλυπτά-αγελάδες σε φυσικό μέγεθος, βάρους περίπου 60kg, κατασκευασμένα από fiberglass ανθεκτικό στην φωτιά τόσο γερό ώστε να αντέξει 4 μήνες στους δρόμους της πόλης, τοποθετημένα με ασφάλεια σε τοπικένεις βάσεις 300 κιλών. Θα τις συναντήσετε σε τρεις πόλες, όρθιες, ξαπλωμένες και βόσκουσες. Παρ' όλ' αυτά οι καλλιτέχνες έχουν τη δυνατότητα να δημιουργήσουν και νέες πόζες.

Τριάντα πόλεις μέχρι τώρα φιλοξένησαν τη μεγαλύτερη υπαίθρια έκθεση τέχνης με μεγάλη επιτυχία. Ζωγράφοι, γλύπτες, αρχιτέκτονες, σχεδιαστές, φοιτητές σχολών καλών τεχνών ανα-

λαμβάνουν κάθε φορά να φιλοτεχνήσουν τα αξιαγάπητα τετράποδα. Ενώ το μοντέλο παραμένει κάθε φορά το ίδιο, η πρόκληση για τους καλλιτέχνες της κάθε πόλης είναι μεγάλη. Τους δίνουν ζωή σύμφωνα με το ύφος, το χαρακτήρα αλλά και τις πολιτιστικές επιρροές του τόπου τους. Η τέχνη παύει να αποτελεί προνόμιο των μουσείων, βγαίνει στο δρόμο, διεκδικεί και κερδίζει τη θέση της ανάμεσα στους καθημερινούς ανθρώπους. Η τέχνη μπορεί να έχει και πλάκα τελικά...

Στην Αθήνα, η Cow Parade διοργανώνεται από την Κοινοπράξια Asset Ogilvy Public Relations A.E. και Goldair A.E., υπό την αιγίδα του Δήμου Αθηναίων. Η υποβολή σχεδίων από υποψήφιους καλλιτέχνες ξεπέρασε κάθε προσδοκία, καθώς υποβλήθηκαν 757 σχέδια παιδιών, μουσείων, νέων αλλά και καταξιωμένων καλλιτεχνών. Τελικά, κατόπιν επιλογής και ανάθεσης η Cow Parade στην Αθήνα περιλαμβάνει περισσότερα από εβδομήντα γλυπτά που έχουν τοποθετηθεί στους δρόμους και τις πλατείες της πόλης, στο αεροδρόμιο, στο Μετρό, στα εμπορικά κέντρα αλλά και στις στάσεις των λεωφορείων.

Το Σεπτέμβριο, μετά το τέλος της έκθεσης, οι αγελάδες σάς καλούν να τις αγοράσετε σε δημοπρασία που διοργανώνεται πάντα με φιλανθρωπικό σκοπό. Τα γλυπτά είναι συλλεκτικά κομμάτια και συμπεριλαμβάνονται ήδη στις συλλογές γνωστών συλλεκτών. Η πιο ακριβή «αγελάδα» σε χτύπημα δη-

μοπρασίας είναι.... Waga-moo-moo με 12,500 ευρώ σχέδιο του John Rocha με 14,491 Waterford Crystals. Οι εκδηλώσεις του Cow Parade προσέφεραν ήδη σε διάφορα Φιλανθρωπικά Σωματεία πάνω από \$14 εκατομμύρια από τη δημοπρασία αγελάδων στη λήξη του Cow Parade. Οι Δημοπρασίες του Cow Parade στη Στοκχόλμη & την Πράγα απετέλεσαν τις πιο πετυχημένες Φιλανθρωπικές Δημοπρασίες στην ιστορία τους. Η επιλογή του Σωματείου που θα λάβει τη δωρεά γίνεται από τους διοργανωτές σε συνεννόηση με την Cow Parade Holdings Corp.

Στην Αθήνα το μεγαλύτερο μέρος των εσόδων από τη δημοπρασία των γλυπτών θα προσφερθούν στην Ένωση Σωματείων «Μαζί για το Παιδί». Το συντονισμό της έκθεσης έχει αναλάβει η ιστορικός τέχνης, Ίρις Κρητικού. Πέρα από την κοινωνική βοήθεια όμως, αναμένουμε να έχει στην Αθήνα τον ίδιο αντίτυπο των προηγουμένων Cow Parade, να φέρει μια επιπλέον τουριστική κίνηση από τον εσωτερικό τουρισμό και από τους ξένους τουρίστες, δημιουργώντας ένα αυξημένο τζίρο στα καταστήματα που θα είναι κοντά σε σημεία που θα «βόσκουν» αγελάδες, όπως επίσης και μια μεγάλη δημοσιότητα στα ΜΜΕ, δικά μας και ξένα.

Απολαύστε τις υπέροχες αγελάδες του δικού μας Cow Parade... Κάνουν μουσουου... κάπου ανάμεσά μας!