



Άρθρο Σύνταξης

Αγαπητοί συνάδελφοι,

σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. που προέκυψαν από πρόσφατη καταγραφή (2006), στη χώρα μας δραστηριοποιούνται περί τους 562 γαστρεντερολόγους, από τους οποίους οι 403 (72%) στον ιδιωτικό τομέα. Αν λάβουμε δε υπόψη μας και τον αριθμό των θέσεων των ειδικευομένων (περί τις 120), προκύπτει ότι κατά έτος προστίθενται στο ενεργό δυναμικό των Ελλήνων Γαστρεντερολόγων τουλάχιστον 30 περίπου νέοι συνάδελφοι.

Γεγονός είναι ότι για τη συντριπτική πλειονότητα των νέων συναδέλφων, η άσκηση της Γαστρεντερολογίας στον ιδιωτικό τομέα αποτελεί μονόδρομο, δεδομένου ότι οι προκηρυσσόμενες θέσεις, τόσο στο ΕΣΥ, όσο και στα Πανεπιστήμια είναι ελάχιστες. Ο νέος γιατρός που αποφασίζει (ή υποχρεώνεται εκ των πραγμάτων) να δραστηριοποιηθεί στον ιδιωτικό τομέα, θα πρέπει αρχικά να βρει τρόπους για χρηματοδότηση ενός εξαιρετικά σημαντικού κεφαλαίου κίνησης, κυρίως για την απόκτηση τουλάχιστον του βασικού ενδοσκοπικού εξοπλισμού αλλά και για να αντιμετωπίσει τα πρώτα λειτουργικά έξοδα. Με τις δυνατότητες όμως που παρέχονται στον ιδιωτικό τομέα, οι περισσότεροι συνάδελφοι περιορίζονται ουσιαστικά στη διενέργεια μόνο των διαγνωστικών εξετάσεων και παρά το ότι πολλοί έχουν εκπαιδευθεί και αρκετοί μετεκπαιδευθεί σε τομείς της επεμβατικής ενδοσκόπησης παραπέμπουν τους ασθενείς για περαιτέρω αντιμετώπιση. Γεγονός όμως είναι ότι ενώ οι ενδείξεις της επεμβατικής ενδοσκόπησης διευρύνονται συνεχώς, από την άλλη πλευρά διαφαίνεται ότι πιθανότατα στο άμεσο μέλλον μέρος των διαγνωστικών ενδοσκοπήσεων ή θα περάσει σε άλλες ειδικότητες (π.χ. virtual colonoscopy) ή θα απαιτείται πρόσθετος, συνεχώς ανανεούμενος και εξαιρετικά υψηλού κόστους εξοπλισμός (π.χ. capsule endoscopy, narrow band imaging, μεγεθυντική ενδοσκόπηση κ.λπ.) δυσβάσταχτος για τον προϋπολογισμό ενός ιδιωτικού ιατρείου.

Σημαντικότερο επίσης θέμα και για τους συναδέλφους που ήδη δραστηριοποιούνται στον ιδιωτικό τομέα αποτελεί το πρόβλημα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Είναι γνωστό ότι το φάσμα τόσο της κλινικής αλλά κυρίως της επεμβατικής γαστρεντερολογίας είναι τεράστιο και διευρύνεται συνεχώς. Και για μεν την κλινική γαστρεντερολογία η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, όπως είναι διαμορφωμένη στη χώρα μας μέσα από ημερίδες και συνέδρια, πιθανότατα να τον κρατήσουν ενήμερο όσον αφορά την καλπάζουσα ιατρική γνώση. Όσον αφορά όμως τις νέες διαγνωστικές αλλά κυρίως επεμβατικές τεχνικές απαιτείται ικανή εκπαίδευση, δεδομένου ότι η εφαρμογή τους σε ασθενείς του ιδιωτικού τομέα απαιτεί ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας και ασφάλειας. Αξίζει όμως να επενδύσει κάποιος σε βάρος του ιδιωτικού του ιατρείου σε κάτι για το οποίο εάν στηριχθεί μόνο στους δικούς του ασθενείς πιθανότατα δεν θα μπορέσει να συντηρήσει ούτε τη δεξιότητα που απαιτείται για την ασφαλή και αποτελεσματική διενέργεια των επεμβατικών αυτών πράξεων;

Στο διαμορφούμενο νέο τοπίο πιθανότατα κάποια λύση να αποτελεί η δημιουργία ομάδων συνεργασίας από γαστρεντερολόγους που να έχουν εξειδίκευση σε διαφορετικά γνωστικά αντικείμενα, πρόσβαση σε ιδιωτικές κλινικές, χρησιμοποίηση από κοινού μέρους του τεχνολογικού εξοπλισμού και, το κυριότερο, να έχουν βρει τρόπους υγιούς και αξιοπρεπούς συνεργασίας μεταξύ τους.

Τάσος Αρμόνης



Νέα και



Επίκαιρα

Ενημέρωση από το Δ.Σ.

γράφει ο Απόστολος Νταϊλιάνας

Γνωστικό αντικείμενο της γαστρεντερολογίας

Επισημώς το περίγραμμα της εκπαίδευσης του γαστρεντερολόγου είναι ασαφές και το μόνο που καθορίζεται με σαφήνεια στο ΠΔ 415/94, ΦΕΚ Α326, είναι ο χρόνος της ειδικότητας: δύο χρόνια στην παθολογία και τέσσερα στη γαστρεντερολογία! Προ Ζετίας η ΕΠΕΓΕ διαμόρφωσε το γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας που συμπεριελήφθη από το ΚΕΣΥ μαζί με τα αντικείμενα των άλλων ειδικοτήτων και τελικώς απεστάλη από το Υπουργείο Υγείας υπό τη μορφή Σχεδίου Νόμου και Προεδρικού Διατάγματος. Μετά τη θετική εισήγηση της Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής της Βουλής, προωθήθηκαν στην Ολομέλεια, αλλά δυστυχώς, την παραμονή της ψήφισής τους, η Βουλή διαλύθηκε και προκηρύχθηκαν εκλογές. Σε γενικές γραμμές, το κατατεθέν κείμενο συμπορεύεται με το μπλε βιβλίο της UEMS, που αποτελεί τις ελάχιστες προϋποθέσεις των γνώσεων και της εμπειρίας για χορήγηση ευρωπαϊκού διπλώματος. Το κείμενο αυτό παρουσιάστηκε από τον κ. Δρίκο στην επαγγελματική στρογγύλη τράπεζα κατά τη διάρκεια της διημερίδας της παχυσαρκίας. Μέσα στα πλαίσια της απόφασης του ΔΣ για ομόθυμη αποδοχή των διεκδικήσεών μας από το ΚΕΣΥ και το Υπουργείο, το κείμενο αυτό, που εν τω μεταξύ εμπλουτίστηκε, καθώς οι ανάγκες αλλάζουν με διάφορα θέματα, το επεξεργάζεται τριμελής επιτροπή από εκπροσώπους της ΕΠΕΓΕ, ΕΓΕ, και Επιτροπής Εκπαίδευσης της ΕΓΕ. Ο στόχος μας είναι να έχουμε εμείς οι γαστρεντερολόγοι ολοκληρωμένη

θέση και να οριοθετήσουμε με σαφήνεια το γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητάς μας.

Εκτέλεση ενδοσκοπήσεων από μη γαστρεντερολόγους

Τριμελής επιτροπή αποτελούμενη από μέλη της ΕΠΕΓΕ, ΕΓΕ και της Επιτροπής Εκπαίδευσης της ΕΓΕ, ήδη ολοκλήρωσε τη μελέτη του χρονίως φλέγοντος αυτού θέματος. Βασιζόμενη σε προηγούμενη μελέτη της ΕΠΕΓΕ, η επιτροπή παρέδωσε στο ΔΣ της ΕΠΕΓΕ πρόταση σχεδίου απόφασης του ΚΕΣΥ. Με την αναμενόμενη σύμφωνη γνώμη του ΔΣ της Ένωσής μας, θα κατατεθεί προσεχώς στο ΚΕΣΥ και θα αρχίσει νέος αγώνας που εάν ευοδωθεί θα δώσει τέλος στις αυθαιρεσίες και τις διενέξεις μεταξύ χειρουργών (κυρίως) και γαστρεντερολόγων. Το σχέδιο προβλέπει, για τους μη γαστρεντερολόγους, διετή εκπαίδευση, ανάλογη με αυτή των γαστρεντερολόγων, σε Γαστρεντερολογικό Κέντρο που χορηγεί πλήρη ειδικότητα, και στη συνέχεια εξετάσεις σε τριμελή επιτροπή. Προβλέπονται επίσης κριτήρια για τους μη γαστρεντερολόγους που ήδη κάνουν ενδοσκοπήσεις, για τους εκπαιδευόμενους μη γαστρεντερολόγους στην αλλοδαπή και για τη λειτουργία των ενδοσκοπικών τμημάτων των Νοσοκομείων.

Πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου

Για να ενημερωθεί το κοινό για την αξία και την ανάγκη πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου και κυρίως για να γίνει αυτή πράξη, απαι-

τούνται χρήματα. Επειδή η πολιτεία δεν προβλέπεται να είναι σε θέση να χρηματοδοτήσει την εκστρατεία στο προσεχές μέλλον, έγινε αναγνωριστική επαφή στο τέλος του 2006 από τους προέδρους των τριών μειζόνων φορέων της γαστρεντερολογικής κοινότητας, με ιδιωτικό φορέα ανεύρεσης κεφαλαίων για κοινωνικές σκοπούς. Με εργαλείο τα αποτελέσματα των εισηγήσεων στη στρογγύλη τράπεζα με θέμα «η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου- από τη θεωρία στην πράξη», η ΕΠΕΓΕ φιλοδοξεί να αρχίσει η προσπάθεια της υλοποίησης του εγχειρήματος. Καταλύτης σε αυτήν την προσπάθεια πιστεύουμε ότι θα είναι η ομοψυχία και η κοινή στάση μεταξύ των φορέων των γαστρεντερολόγων.

Ασφαλιστική κάλυψη

Μέχρι σήμερα οι γαστρεντερολόγοι που έχουν ασφαλιστεί στην International Life και στην Ατλαντική Ένωση είναι πολύ λιγότεροι από τους 50, που τέθηκε σαν ελάχιστος αριθμός συμβολαίων για να υπάρχει το χαμηλό ετήσιο ασφάλιστρο. Η τιμή αυτή θα διατηρηθεί για κάποιο χρονικό διάστημα ακόμη. Τονίζουμε για άλλη μια φορά ότι τα συγκεκριμένα συμβόλαια είναι τα μόνα που καλύπτουν χορήγηση καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση! Όταν έλθει λοιπόν η στιγμή να ανανεώσετε το παλιό σας συμβόλαιο, σκεφτείτε το!



Συνέντευξη

Συνέντευξη του Καθηγητή κ. Αθανασίου Αρχιμανδρίτη στη Νικολέττα Μάθου

? *Κύριε Καθηγητά, καθώς είστε ιδιαίτερος αγαπητός, επιτρέψτε μας να σας ζητήσουμε να μας μιλήσετε λίγο για τον εαυτό σας: π.χ. για τις εμπειρίες, τις χαρές ή τις απογοητεύσεις που σας έδωσε η άσκηση της ακαδημαϊκής ιατρικής.*

Ευχαριστώ πολύ που με αποκαλείτε ιδιαίτερα αγαπητό, κάτι που θεωρώ ότι δεν το έχω προσπαθήσει, αλλά έτσι έχει βγει και με κολακεύει πάντα πολύ να το ακούω. Προέρχομαι από μια δημοσιοϋπαλληλική οικογένεια. Ο πατέρας μου ήταν Εκπαιδευτικός, και από ό,τι λέγεται ήταν από τους πολύ καλούς εκπαιδευτικούς της γενιάς του, και ευτύχησα να μεγαλώσω σε ένα περιβάλλον όπου οι τοίχοι ήταν γεμάτοι βιβλιοθήκες και βιβλία. Λόγω των συχνών μεταθέσεων του πατέρα μου, είχα την τύχη επίσης να μεγαλώσω σε όλη την Ελλάδα. Γεννήθηκα στην Κέρκυρα όπου έζησα λίγα χρόνια, μετά στην Ηγουμενίτσα, Κομοτηνή, Πάτρα και τελικά στην Αθήνα. Πήγα σε πολλά σχολεία και τελείωσα το τρίτο Γυμνάσιο Αρρένων Πατρών. Με εισαγωγικές εξετάσεις μπήκα στην Ιατρική Σχολή Αθηνών, από όπου ευτύχησα να αποφοιτήσω με άριστα, κάτι που ήταν αρ-

κετά δύσκολο εκείνα τα χρόνια. Απ'εκεί και πέρα άρχισε το ταξίδι. Το θετικό σε αυτή την περιπλάνηση ήταν ότι άρχισα ειδικότητα σε μια Πανεπιστημιακή Κλινική, στην πρωτοϊδρυθείσα τότε κλινική της Παθολογικής Φυσιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, όπου και έγινα τελικά Τακτικός Καθηγητής. Στη συνέχεια «ξαναέγινα» Τακτικός Καθηγητής Εσωτερικής Παθολογίας και ήρθα στο Ιπποκράτειο, όπου τώρα διευθύνω μια ιστορική κλινική, την Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, με λαμπρή παράδοση σε όλα τα θέματα της Εσωτερικής Παθολογίας και τα τελευταία χρόνια στην Ηπατολογία. Πιστεύω ότι είναι σπουδαίο πράγμα να διδάσκεις. Αρχικά ευτύχησα να έχω καλούς δασκάλους όπως τους καθηγητές Αγγελόπουλο, Μελισσηνό, Φερτάκη και στη συνέχεια τον αείμνηστο Γιώργο Θεοδωρόπουλο, ο οποίος με μύησε στην γαστρεντερολογία και την ηπατολογία. Μετά πήγα στην Σκωτία, όπου έμεινα δίπλα στον Gerry Crean και στον Geoffrey Watkinson. Έμαθα πολλά και πιστεύοντας ότι αυτά που ήξερα έπρεπε να τα μεταδώσω στους νεότερους, γύρισα από το εξωτερικό το 1978, και με περισσότερο ζήλο άρχισα να διδάσκω. Μου αρέσει πολύ να διδάσκω γιατί μου αρέσει πολύ η επαφή με τους νέους ανθρώπους που αποζητούν να

μάθουν. Ο δρόμος μου δεν ήταν σπαρμένος με λουλούδια, όπως βέβαια συμβαίνει στους περισσότερους. Είχα πολύ ευχάριστες και παράλληλα πολύ δυσάρεστες εμπειρίες. Το έργο του ιατρού σπάνια αναγνωρίζεται. Ο κόσμος πιστεύει ότι όταν οι άρρωστοι γίνουν καλά τούς κάνει καλά ο Θεός, ενώ εάν τα πράγματα δεν πάνε καλά φταίει ο ιατρός. Επίσης μπορεί να πήρα και να έδωσα πολλά από την άσκηση της ιατρικής, πλούσιος δεν έγινα ποτέ. Σε γενικές γραμμές θα έλεγα ότι εάν βάλω σε μια ζυγαριά από την μια τις χαρές και από την άλλη τις λύπες που μου έδωσε η ακαδημαϊκή ιατρική, μάλλον η ζυγαριά θα ισορροπήσει. Για κείνο τέλος που είμαι απόλυτα σίγουρος είναι ότι εάν άρχιζα πάλι από την αρχή την ζωή μου, πάλι ιατρός θα γινόμουν και πάλι θα προσπαθούσα να γίνω ακαδημαϊκός ιατρός.

? *Ποια είναι η θέση σας για την προτεινόμενη αναθεώρηση του άρθρου 16 του Συντάγματος και για την ίδρυση μη κρατικών Πανεπιστημίων;*

Πρόκειται για μια καίρια ερώτηση που δεν με αφορά σαν Γαστρεντε-

ρολόγο, αλλά σαν Πανεπιστημιακό δάσκαλο. Όσον αφορά το άρθρο 16, πιστεύω ότι είναι σωστό να αναθεωρηθεί. Υπάρχουν άνθρωποι που είναι ένθερμοι υποστηρικτές της αναθεώρησης και άλλοι που είναι πολέμιοι. Δεν καταλαβαίνω γιατί να είμαστε πολέμιοι. Πιστεύω ότι μια και γίνεται χρόνο με τον χρόνο και σαν ιδέα ευρύτερα αποδεκτή ίσως να έχουμε φτάσει πλέον στο σημείο να αναθεωρήσουμε απόψεις, θέσεις και γενικότερα στάση. Η αναθεώρηση πρέπει να γίνει μετά από διάλογο που θα καθορίσει τα σημεία που θα πρέπει να γίνει και εφόσον αυτή ψηφιστεί από την πλειοψηφία των βουλευτών. Δεν διαφωνώ επίσης με την ίδρυση μη κρατικών Πανεπιστημίων, εφόσον αυτά βέβαια είναι υπό τον έλεγχο της Πολιτείας και με την προϋπόθεση ότι αφενός θα προσφέρουν υψηλά standards εκπαίδευσης και αφετέρου ότι η εκλογή του διδακτικού προσωπικού θα γίνεται με τα ίδια κριτήρια που γίνεται η εκλογή των καθηγητών των κρατικών Πανεπιστημίων. Έτσι θα δημιουργηθεί ευγενής άμιλλα μεταξύ των Πανεπιστημίων, που μόνο θετικά αποτελέσματα μπορεί να έχει.

? Στο Πανεπιστήμιο της Αθήνας η γαστρεντερολογία βρισκόταν και εξακολουθεί να βρίσκεται υπό τη σκέπη της παθολογίας. Ποιος είναι ο λόγος που επιβάλλει κάτι τέτοιο;

Η Εσωτερική Παθολογία είναι η «μητέρα» των ειδικοτήτων της παθολογίας. Εδώ θα πρέπει να απαντήσουμε στο ερώτημα, τι θέλουμε από την Ιατρική Σχολή και το Πρόγραμμα Σπουδών των φοιτητών της Ιατρικής. Πρέπει να λειτουργήσει με παθολογικές κλινικές, οι οποίες πρακτικά θα έχουν μόνο γηριατρικούς ασθενείς; Ή η Παθολογία θα αποτελεί την «σκέπη» κάτω από την οποία θα αναπτύσσονται αυτοδύναμα οι διάφορες ειδικότητες. Ανήκω σε αυτούς που πιστεύουν ότι η Παθολογία είναι ενιαία και από την στιγμή που λείπει ο «μαέστρος» που θα καθοδηγήσει και θα διεκπεραιώσει τα περιστατικά, έχουμε «απώλειες» τόσο

στην διαγνωστική προσπέλαση, όσο και στην αντιμετώπιση των ασθενών. Σεβαστή εντούτοις είναι και η αντίθετη άποψη που υποστηρίζεται από πολλούς άξιους συναδέλφους, που θέλει η Γαστρεντερολογία να έχει εντελώς ανεξάρτητη πανεπιστημιακή παρουσία. Εντούτοις, πιστεύω ότι έχει ανεξάρτητη παρουσία μια και δεν εμποδίζεται ο καθηγητής που φιλεί την γαστρεντερολογία να αναπτύξει την ειδικότητα και το ερευνητικό του έργο. Καταλήγοντας, νομίζω ότι θα πρέπει να υπάρχουν αυτοδύναμα τμή-

Σε γενικές γραμμές θα έλεγα ότι εάν βάλω σε μια ζυγαριά από τη μια τις χαρές και από την άλλη τις λύπες που μου έδωσε η ακαδημαϊκή ιατρική, μάλλον η ζυγαριά θα ισορροπήσει. Για κείνο τέλος που είμαι απόλυτα σίγουρος είναι ότι εάν άρχιζα πάλι από την αρχή την ζωή μου, πάλι ιατρός θα γινόμουν και πάλι θα προσπαθούσα να γίνω ακαδημαϊκός ιατρός

ματα μέσα στα πλαίσια παθολογικών κλινικών, γιατί αυτό είναι το μοντέλο που εξυπηρετεί την διδασκαλία της Εσωτερικής Παθολογίας στην Ελλάδα και όχι μόνο. Διαφορετικά θα πρέπει να αλλάξουν τα Προγράμματα Σπουδών, με αποφάσεις πλέον κεντρικών οργάνων, καταργώντας ουσιαστικά με αυτόν τον τρόπο την διδασκαλία της Εσωτερικής Παθολογίας.

? Θεωρείτε ικανοποιητική την εκπαίδευση των νέων συναδέλφων κατά τη

διάρκεια της ειδικότητας; Ποια μέτρα πρέπει να ληφθούν για τη βελτίωσή της; Με δεδομένη την αναποτελεσματικότητα της πολιτείας, νομίζετε ότι η γαστρεντερολογική κοινότητα με τους φορείς της έχει τη δυνατότητα να πάρει τέτοια μέτρα;

Οι Έλληνες γαστρεντερολόγοι είναι πολύ καλά εκπαιδευμένοι στην ενδοσκόπηση. Υπάρχουν εντούτοις ερωτηματικά για το πόσο καλά είναι εκπαιδευμένοι στην παθολογία που χρειάζεται για να ασκήσουν την Γαστρεντερολογία. Νομίζω ότι θα έπρεπε να διδάσκονται περισσότερο παθολογία, ενδεχομένως τρία χρόνια και να αναλίσκονται λιγότερο στην ενδοσκόπηση. Οι ενδοσκοπήσεις βέβαια είναι γοητευτικές και είναι αυτές που αποφέρουν χρήματα σε αυτούς που ασκούν την ειδικότητα και έτσι είναι λογικό να προσελκύουν το ενδιαφέρον. Πιστεύω όμως ότι οι γαστρεντερολόγοι πρέπει να είναι πρωτίστως παθολόγοι και όχι εκτελεστικά όργανα των άλλων ειδικοτήτων στην διάγνωση των νοσημάτων του πεπτικού. Εκεί εντούτοις που είναι απογοητευτική η κατάσταση είναι η γνώση της Ηπατολογίας από τους νέους συναδέλφους. Θεωρώ ότι είναι απαράδεκτο να έχει εκχωρηθεί η Ηπατολογία σε άλλες ειδικότητες πλην της Γαστρεντερολογίας. Τέλος, πιστεύω ότι εάν η γαστρεντερολογική κοινότητα πειστεί ότι οι ιατροί πρέπει να επαιδεύονται περισσότερο στην παθολογία και λιγότερο στην ενδοσκόπηση μπορεί να πιέσει προς την κατεύθυνση αυτή την πολιτεία.

? Είναι κοινός τόπος, ότι οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες, ανεξαρτήτως ποιότητας, αριθμητικώς είναι πάρα πολλές. Πιστεύετε ότι μια προσπάθεια των ΔΣ των Εταιρειών που ασχολούνται με το πεπτικό σύστημα, για την οργάνωση κοινού ετήσιου συνεδρίου, κατά το πρότυπο

του DDW, θα ήταν εφικτή με τα ελληνικά δεδομένα και θα είχε πιθανότητες επιτυχίας;

Πιστεύω ότι θα ήταν εφικτή. Οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες που «σκορπίζονται» κατά την διάρκεια του έτους, εξυπηρετώντας ίσως πολλές φορές και άλλους σκοπούς, είναι τόσες πολλές, που μάλλον απομακρύνουν παρά ελκύουν τους γαστρεντερολόγους σε αυτές. Το καλύτερο θα ήταν ένα καλά οργανωμένο συνέδριο σε ετήσια βάση, διάρκειας 4-5 ημερών που θα κάλυπτε όλα τα τρέχοντα θέματα.

? *Σημαντικό ποσοστό νέων συναδέλφων απέχουν ή με δυσκολία συμμετέχουν στα κοινά και φαίνεται να έχουν αρνητική γνώμη για τους φορείς μας ή τουλάχιστον κάποιους απ'αυτούς. Ποιές κατά τη γνώμη σας είναι οι αιτίες αυτού του φαινομένου;*

Νομίζω ότι υπάρχει απογοήτευση, και ένας από τους λόγους είναι η ύπαρξη πολλών εταιρειών-clubs στην Γαστρεντερολογία. Ενδεχομένως ορισμένοι νέοι γαστρεντερολόγοι αναρωτιούνται σε τι αποσκοπεί η ίδρυση τόσων πολλών εταιρειών. Κι εγώ προσωπικά συμμετείχα, όταν ήμουν νεότερος στην δημιουργία της εταιρείας μελέτης του Ελικοβακτηριδίου, σύμφωνα με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα, αλλά έκανα δημόσια αυτοκριτική και παραδέχτηκα ότι ήταν σφάλμα. Υπάρχει επίσης απογοήτευση διότι η δύναμη της Γαστρεντερολογικής Εταιρείας να επιβάλει απόψεις είναι περιορισμένη, μια και από την φύση της δεν είναι συνδικαλιστικό αλλά συμβουλευτικό όργανο της πολιτείας. Ο ρόλος της ΕΠ.Ε.Γ.Ε βέβαια είναι διαφορετικός και ίσως εκεί θα πρέπει να δραστηριοποιηθούν οι νέοι γαστρεντερολόγοι. Κρατώντας υψηλά, από άποψη επιστημονικής παρουσίας και ικανή να επιτελέσει το θεσμικό της έργο, την Γαστρεντερολογική Εταιρεία και παράλληλα ενισχύοντας την ΕΠ.Ε.Γ.Ε, η οποία είναι όργανο επαγγελματικό και μπορεί να διεκδικήσει επαγγελματικά δικαιώματα, τα αποτελέσματα θα είναι σίγουρα καλύτερα.

? *Σας κοινοποιήσαμε, όπως και σε όλους τους καθηγητές πρώτης βαθμίδας των Ιατρικών Σχολών των Πανεπιστημίων της χώρας, τις απόψεις του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ για το γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητάς μας. Σας ικανοποιεί το περιεχόμενό του;*

Σε γενικές γραμμές έχει γίνει μια πολύ φιλότιμη προσπάθεια. Ίσως με κάποιες μικρές τροποποιήσεις το συγκεκριμένο θέμα εκφράζει και την δική μου άποψη.

Κρατώντας υψηλά, από άποψη επιστημονικής παρουσίας και ικανή να επιτελέσει το θεσμικό της έργο, την Γαστρεντερολογική Εταιρεία και παράλληλα ενισχύοντας την ΕΠ.Ε.Γ.Ε, η οποία είναι όργανο επαγγελματικό και μπορεί να διεκδικήσει επαγγελματικά δικαιώματα, τα αποτελέσματα θα είναι σίγουρα καλύτερα

? *Οι περισσότεροι νέοι συναδέλφοι ζητούν να κατοχυρωθούν οι ενδοσκοπήσεις αποκλειστικά στην ειδικότητά μας. Η θέση της ΕΠΕΓΕ είναι, συμφώνως και με την Ευρωπαϊκή πρακτική, ότι μπορούν να κάνουν ενδοσκοπήσεις του πεπτικού ανεξαρτήτως ειδικότητας, οι γιατροί που έχουν υποβληθεί σε εκπαίδευση στις ενδοσκοπήσεις, ισότιμη με αυτή των γαστρεντερολόγων. Ποια είναι η δική σας άποψη;*

Συμφωνώ με την άποψη της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. Οποιοσδήποτε ιατρός έχει εκπαιδευτεί και εξεταστεί επιτυχώς στις ενδοσκοπήσεις, όπως οι Έλληνες γαστρεντερολόγοι, μπορεί να κάνει ενδοσκοπήσεις.

? *Οι υπέρηχοι έχουν γίνει το «ακουστικό» του σύγχρονου γιατρού, αλλά οι γαστρεντερολόγοι κρατούνται πεισματικά μακριά των υπέρηχων της κοιλίας. Ποια είναι η γνώμη σας για αυτήν την πρακτική και εάν πρέπει, πώς μπορεί να ξεπεραστεί;*

Οι Έλληνες γαστρεντερολόγοι πρέπει να εκπαιδεύονται στους υπέρηχους, τακτική που εφαρμόζεται ήδη στις περισσότερες χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης. Η υλοποίηση εντούτοις είναι δύσκολη, μια και οι ακτινολόγοι δεν φαίνεται να δηλώνουν ενδιαφέρον να μας εκπαιδεύσουν. Είναι σίγουρο ότι αυτό είναι ένα θέμα που δεν μπορεί να το λύσουμε μόνοι μας. Από την στιγμή που η πολιτεία το θεσμοθετεί, θα πρέπει η ίδια να υποχρεώσει τους διευθυντές των τμημάτων που διαθέτουν υπέρηχους να δέχονται τους γαστρεντερολόγους για εκπαίδευση. Όλοι οι άλλοι τρόποι δεν παρέχουν κατοχύρωση και επαγγελματικά δικαιώματα σε αυτόν που ασκείται.

? *Η ΕΠΕΓΕ στην προσπάθειά της να αυξήσει το «κομμάτι της πίτας» των γαστρεντερολόγων, πάντοτε υπό την προϋπόθεση της επαρκούς εκπαίδευσης, ασχολήθηκε στην περσινή της εκπαιδευτική διημερίδα με την παχυσαρκία και υποστηρίζει την εκπαιδευτική δραστηριότητα του Ογκολογικού Τμήματος της ΕΓΕ. Νομίζετε ότι έχουν ουσιαστικό ενδιαφέρον αυτές οι κινήσεις;*

Πίστευα πάντα ότι η ΕΠ.Ε.Γ.Ε δεν πρέπει να συμμετέχει σε τέτοιου είδους εκπαιδευτικές διοργανώσεις, οι

οποίες θα πρέπει να είναι έργο της ΕΓΕ. Όταν όμως οι παραπάνω δραστηριότητες δεν καλύπτονται επαρκώς από την ΕΓΕ, τότε η ΕΠ.Ε.Γ.Ε, με τα δραστήρια μέλη της διοίκησής της και όχι μόνο, θα προσπαθήσει να καλύψει το κενό και αυτό έχει κάνει τα τελευταία χρόνια. Έχουν εντούτοις ουσιαστικό ενδιαφέρον αυτές οι κινήσεις; Λυπάμαι αλλά θα τις εντάξω κι αυτές στο γενικότερο πλαίσιο των πολλών εκδηλώσεων που γίνονται και που δεν φαίνεται ότι έχουν τελικά ουσιαστικό όφελος για τον Έλληνα γαστρεντερολόγο.

? *Συζητάμε για διάφορα προβλήματα αλλά δεν είπαμε τίποτα για Το*

Πρόβλημα του κλάδου, που είναι η κακή οικονομική κατάσταση της μεγάλης πλειονότητας των συναδέλφων και ιδίως των νεότερων, αποτέλεσμα του ιατρικού πληθωρισμού, της μη προκήρυξης θέσεων εργασίας στο δημόσιο τομέα, της καθήλωσης των αμοιβών κλπ κλπ. Βλέπετε κάποιο φως «στο βάθος του τούνελ» ή έχετε κάποια ιδέα περί του πρακτέου;

Δεν θέλω να είμαι απαισιόδοξος, αλλά και η γαστρεντερολογία φαίνεται ότι θα ακολουθήσει την πορεία των λοιπών ιατρικών ειδικοτήτων. Ιατρικός πληθωρισμός υπάρχει και αναγνωρίζεται απ'όλους. Η ΕΠ.Ε.Γ.Ε σαν συνδικαλιστικό όργανο θα μπορέσει να πιέσει, όχι βέβαια για να λυθούν τα προβλήματα των νέων θέσεων εργασίας ή της καθήλωσης των αμοιβών, αλλά τουλάχιστον να μετριαστούν. Είναι καθολικά αποδεκτό ότι όλα τα νοσοκομεία έχουν πλέον ανάγκη από γαστρεντερολόγους και η ΕΠ.Ε.Γ.Ε μπορεί να πιέσει προς την κατεύθυνση αυτή. Η πολιτεία από την άλλη πρέπει να σταματήσει να έχει ανοικτή την στρόφιγγα όσον αφορά την εισαγωγή στις Ιατρικές Σχολές πολλών ατόμων αφενός και αφετέρου την αλόγιστη είσοδο νέων που έχουν σπουδάσει σε πανεπιστήμια του εξωτερικού.

? *Πώς βλέπετε το μέλλον της γαστρεντερολογίας διεθνώς και πώς στη χώρα μας;*

Η γαστρεντερολογία σαν παθολογία θα υπάρχει πάντα. Εντούτοις τμήμα της διαγνωστικής ενδοσκόπησης θα αντικατασταθεί από άλλες μεθόδους. Σίγουρα όμως θα διατηρείται το επεμβατικό μέρος.

Ιατρικός πληθωρισμός υπάρχει και αναγνωρίζεται απ'όλους. Η ΕΠ.Ε.Γ.Ε σαν συνδικαλιστικό όργανο θα μπορέσει να πιέσει, όχι βέβαια για να λυθούν τα προβλήματα των νέων θέσεων εργασίας ή της καθήλωσης των αμοιβών, αλλά τουλάχιστον να μετριαστούν

? *Κε Καθηγητά, είναι γνωστό ότι για την συντριπτική πλειονότητα των νέων συναδέλφων αποτελεί*

μονόδρομο η άσκηση της Γαστρεντερολογίας στον ιδιωτικό τομέα. Οι προκηρυσσόμενες θέσεις, τόσο στο ΕΣΥ, όσο και στα Πανεπιστήμια είναι ελάχιστες. Πώς νομίζετε ότι θα μπορούσε να βελτιωθεί η κατάσταση; Επίσης, ποια η γνώμη σας για τις διαδικασίες κρίσης των υποψηφίων, οι οποίες, εκτός από ιδιαίτερα χρονοβόρες, αρκετά συχνά δέχονται κριτική όσον αφορά στην υιοθέτηση αξιολογικών κριτηρίων;

Είναι γεγονός ότι οι προκηρυσσόμενες θέσεις στο ΕΣΥ και στα Πανεπι-

στήμια είναι ελάχιστες. Στο ΕΣΥ θα μπορούσαν να προκηρυχθούν περισσότερες θέσεις, ίσως 50-60 νέες θέσεις αυτή τη στιγμή, γεγονός που θα αποτελούσε λύση για ορισμένους συναδέλφους. Από την άλλη στα Πανεπιστήμια δεν είναι δυνατόν να δημιουργηθούν πάρα πολλές θέσεις. Αυτή τη στιγμή στο Πανεπιστήμιο της Αθήνας υπηρετούν περίπου 15 γαστρεντερολόγοι, οι οποίοι πιθανότατα να μπορούσαν να αυξηθούν έως 20, αλλά μέχρι εκεί. Το Πανεπιστήμιο γενικότερα είναι ένας χώρος μικρός όσον αφορά στην απορρόφηση προσωπικού. Συνολικά το ΔΕΠ των Ιατρικών Σχολών στην Ελλάδα είναι 2000 περίπου άτομα και σε αυτόν τον αριθμό το ποσοστό των γαστρεντερολόγων, με τις πιο ευαίωτες προβλέψεις, δεν μπορεί να ξεπερνά το 5%. Οι κρίσεις δεν μπορεί να είναι ποτέ απόλυτα αντικειμενικές. Οι κρίσεις μόνο με τις εξετάσεις πολλαπλής επιλογής στον τομέα των γνώσεων θα μπορούσαν να είναι αντικειμενικές. Εδώ όμως δεν μιλάμε μόνο για γνώσεις, αλλά για την συνολική προσωπικότητα των υποψηφίων, που περιλαμβάνει γνώσεις, παιδεία, χαρακτήρα. Αυτά δυστυχώς δεν γίνεται να αντικειμενοποιηθούν. Είναι γνωστό ότι η «συνέντευξη» αποτελεί το σημαντικότερο κριτήριο επιλογής στην Μεγάλη Βρετανία. Εγώ προσωπικά θα προτιμούσα να εργαστεί κοντά μου ένας γαστρεντερολόγος με μέτριες γνώσεις, απόλυτα συνεργάσιμος, από κάποιον που διαθέτει πολλές γνώσεις αλλά δεν μπορεί να συνεργαστεί ομαλά.

? *Κύριε Καθηγητά, τελειώνοντας θα θέλατε να προτείνετε ή να πείτε κάτι άλλο;*

Όχι, σας ευχαριστώ πολύ.

Κύριε Καθηγητά, εμείς σας ευχαριστούμε θερμότατα που μας μιλήσατε.

Πώς Μάς Βλέπουν



οι Ασθενείς μας

Μια μελωδία σε Roux-en-Y

γράφει ένας ασθενής

Η παθολογοανατόμος μου είπε: «Μακάρι να είσατε στην υπόλοιπη ζωή σας κύριε... τόσο τυχερός όσο φανήκατε σ'αυτήν την περίπτωση». Εδώ συντέλεσε καθοριστικά ο γαστρεντερολόγος. Είχαν προηγηθεί, αρκετό καιρό πριν, μια κρίση γαστρίτιδας, η εμφάνιση του ελικοβακτηρίου και το έλκος βολβού του 12δακτύλου με ό,τι όλα αυτά συνεπάγονταν. Οι βιοψίες, οι γαστροσκοπήσεις, οι αξονικές τομογραφίες κι άλλες εξετάσεις κι αναλύσεις ακολούθησαν στην Αθήνα (μέσω ΕΣΥ) και στο Λονδίνο**. Η διάγνωση μιλούσε για «περιορισμένη ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος». Η επέμβαση ακολούθησε -πάλι σε νοσοκομείο του ΕΣΥ- και ο χειρουργός και η ομάδα του με μεγάλη επιτυχία εκτέλεσαν την ολική γαστρεκτομή, την αναστόμωση και τη σπληνεκτομή. Το τελικό πόρισμα της εξέτασης

διατυπωνόταν με τρόπο emphaticό κι'απροσχημάτιστο σε δύο προτάσεις με ένα μόνο ουδέτερο ρήμα, με πολλά

**Κι έτσι ποτέ
τόσοι πολλοί
δε θα έχουν
ωφεληθεί από
τόσους λίγους**

βαρύνοντα ουσιαστικά και πλήθος σημειώντων επιθετικών προσδιορισμών: «Πολλαπλές μικρές εστίες αρχόμενου χαμηλής διαφοροποίησης διάχυτου βλενωδούς αδενοκαρκινώματος εκ κυττάρων 'δίκην σφραγιστήρος δακτυλίου' που αφορούν στο όλως επιπολής χόριο. Επιχώριοι λεμφαδένες

ελεύθεροι μεταστάσεων».

Εύχομαι σε όλους όσους 'έσκυψαν' επάνω μου- με τον ένα ή τον άλλο τρόπο- να βρίσκονται για πολύ ακόμα στην ενεργό δράση και να συνεχίζουν να κάνουν το καλό. Κι έτσι ποτέ τόσοι πολλοί δε θα έχουν ωφεληθεί από τόσους λίγους. Όσο για την τύχη που μου ευχήθηκε η παθολογοανατόμος, μακάρι η ευχή της να πιάσει.

***Εκεί όμως, παρ' όλο που έγιναν αποδεκτά τα ευρήματα των Ελλήνων, οι αντίστοιχοι Βρετανοί συνάδελφοί τους δεν εντόπισαν την κακοήθεια στις δικές τους εξετάσεις. Αυτό το 'μη-εύρημα μου θυμίζει την ατάκα του Woody Allen στο "Deconstructing Harry": «The best sentence in the English language is not 'I love you' but 'It's benign'».*

Ένας ευγνώμονας χειρουργημένος

**Σύντομα το περιοδικό μας
“Ενδοσκοπήσεις” και online!**

Ενδοσκοπικό



Θέμα

Follow-up στη Γαστρεντερολογία, Πού και Πόσο Συχνά; Μέρος 2^{ον}: Παχύ Έντερο

γράφει ο Παναγιώτης Καραβίτης

3. ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

3.1 Αδενώματα-Καρκίνος

Σχεδόν όλοι οι ορθοκολικοί καρκίνοι προέρχονται από προϋπάρχοντα αδενώματα διαμέσου μιας διαδικασίας γνωστής ως «διαδοχή αδενώματος – καρκίνου». Ο ρυθμός μετατροπής των αδενωμάτων σε καρκίνο έχει υπολογιστεί ότι είναι της τάξης των 2,5 πολυπόδων ανά 1000 (0,25%) ανά έτος. Η παρακολούθηση των ασθενών εξαρτάται από την ομάδα κινδύνου για ανάπτυξη αδενώματος – καρκίνου στην οποία βρίσκονται.

- **Μέσου κινδύνου άτομα:** Ο μόνος παράγοντας κινδύνου είναι η ηλικία (>50 ετών). Έτσι, η παρακολούθηση αρχίζει στην ηλικία των 50 ετών. Έχουν προταθεί οι ακόλουθες στρατηγικές:

- α) Έλεγχος για λανθάνουσα παρουσία αίματος στα κόπρανα ανά έτος
- β) Σιγμοειδοσκόπηση ανά 5 έτη
- γ) Έλεγχος για λανθάνουσα παρουσία αίματος στα κόπρανα ανά έτος και σιγμοειδοσκόπηση ανά 5 έτη

δ) Βαριούχος υποκλισημός διπλής αντίθεσης ανά 5 έτη

ε) Κολοσκόπηση κάθε 10 έτη

Προχωρώντας από την επιλογή α' στην επιλογή ε' αυξάνεται η ευαισθησία της μεθόδου, αλλά ταυτόχρονα αυξάνεται η πολυπλοκότητα, το κόστος και ο κίνδυνος επιπλοκών.

- **Αυξημένου κινδύνου άτομα** (η παρακολούθηση τροποποιείται ανάλογα με την ομάδα υψηλού κινδύνου):

- Οικογενειακό ιστορικό

- Σε υψηλότερο κίνδυνο βρίσκονται τα άτομα που έχουν δυο ή περισσότερους συγγενείς 1ου βαθμού (γονιό, αδελφό, παιδί) με ορθοκολικό καρκίνο (διαγνωσθέντα σε οποιαδήποτε ηλικία) ή ένα συγγενή 1ου βαθμού με ορθοκολικό καρκίνο διαγνωσθέντα πριν την ηλικία των 55 ετών ή ένα αδένωμα διαγνωσθέν πριν την ηλικία των 60 ετών.

Συνιστάται τα άτομα αυτά να ελέγχονται με κολοσκόπηση ανά 5 έτη, αρχίζοντας από την ηλικία των 40 ετών ή 10 έτη πριν από τη μικρότερη ηλικία στην οποία διαγνώστηκε

η νόσος σε συγγενή (ακολουθείται όποια από τις δυο προϋποθέσεις συμπληρωθεί νωρίτερα).

- **Σε ενδιάμεσο κίνδυνο** βρίσκονται τα άτομα που έχουν μόνο ένα συγγενή 1ου βαθμού που προσβλήθηκε από τη νόσο μετά την ηλικία των 60 ετών ή ένα 2ου βαθμού συγγενή με ορθοκολικό καρκίνο.

Συνιστάται να γίνεται ο έλεγχος όπως και στα άτομα μέσου κινδύνου, με τη διαφορά ότι αυτός πρέπει να αρχίζει στην ηλικία των 40 ετών.

3.2 Οικογενής αδενωμάτωσης πολυποδίαση (FAP)

Τα μέλη των προσβεβλημένων οικογενειών έχουν υψηλή πιθανότητα να νοσήσουν λόγω του τρόπου κληρονομικότητας της νόσου (αυτοσωματικός κυρίαρχος). Χρειάζεται, επομένως, επιθετικός έλεγχος σε πρώιμη ηλικία. Πρέπει να δίδονται συμβουλές από ειδικούς στη Γενετική και να υποβάλλονται σε γενετικό έλεγχο στην ηλικία των 10-12 ετών. Είναι προτιμότερο να γίνεται πρώτα γενετικός έλεγχος του προσβεβλημένου ατόμου για τη με-

τάλλαξη στο γονίδιο APC, διότι περίπου 20% των ατόμων με FAP μπορεί να έχουν ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα με τη διαθέσιμη στο εμπόριο μέθοδο. Τότε πρέπει να χρησιμοποιηθεί άλλη μέθοδος, ώστε να ταυτοποιηθεί η μετάλλαξη και στη συνέχεια οι φορείς της μέσα στην οικογένεια.

Τα άτομα που έχουν θετική γενετική δοκιμασία πρέπει να υποβάλλονται σε σιγμοειδοσκόπηση ανά έτος ως την ηλικία των 40 ετών (όχι κολοσκόπηση διότι η κατανομή των αδενωμάτων είναι ομοιόμορφη στο π. έντερο). Εξαιρέση αποτελούν οι παραλλαγές του FAP (π.χ. εξασθενημένο FAP) στις οποίες πρέπει να γίνεται κολοσκόπηση ανά έτος λόγω της τάσης των αδενωμάτων να εντοπίζονται στο δεξιό κόλον.

Σιγμοειδοσκόπηση ανά έτος πρέπει να γίνεται και στα άτομα που αρνούνται γενετικό έλεγχο ή αυτός δεν είναι διαθέσιμος.

Επειδή οι ασθενείς με FAP βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη δωδεκαδακτυλικού καρκίνου, ιδίως στην περιληκτική περιοχή, έλεγχος του ανώτερου πεπτικού (με όργανα πρόσθιας και πλάγιας όρασης) θα πρέπει να γίνεται ανά 1-3 έτη μετά τη διάγνωση της ορθοκολικής πολυποδίασης.

3.3 Κληρονομικός μη πολυποδιασικός ορθοκολικός καρκίνος (HNPCC)

Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από εμφάνιση καρκίνου π. εντέρου σε πρώιμη ηλικία (μέση ηλικία: 44 έτη), πιο συχνά κεντρικότερα της σπληνικής καμπής (60-80%). Συχνή είναι η παρουσία σύγχρονου ή μετάχρονου καρκίνου.

Για την αναγνώριση των ατόμων σε κίνδυνο για ανάπτυξη HNPCC μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο γενετικός έλεγχος, αν διατίθεται. Σε αντίθετη περίπτωση χρησιμοποιούνται κλινικά κριτήρια (Amsterdam I και II). Παραθέτουμε εδώ τα αναθεωρημένα κριτήρια του Amsterdam II:

- Τρεις ή περισσότεροι συγγενείς με HNPCC-συσχετιζόμενο καρκίνο (ορθοκολικός, ενδομήτριο, λεπτό έντερο, ουρητήρες, νεφρική κύστη), ένας από τους οποίους είναι α βαθμού συγγενής με τους άλλους δυο, και όλα από τα παρακάτω:
- Δύο ή περισσότερες διαδοχικές γενιές προσβεβλημένες
- Ένας ή περισσότεροι καρκίνοι διαγνωσθέντες πριν την ηλικία των 50 ετών
- FAP έχει αποκλειστεί
- Οι όγκοι πρέπει να έχουν επιβεβαιωθεί με παθολογοανατομική εξέταση

Τα μέλη των προσβεβλημένων οικογενειών από FAP έχουν υψηλή πιθανότητα να νοσήσουν λόγω του τρόπου κληρονομικότητας της νόσου (αυτοσωματικός κυρίαρχος). Χρειάζεται, επομένως, επιθετικός έλεγχος σε πρώιμη ηλικία. Πρέπει να δίδονται συμβουλές από ειδικούς στη Γενετική και να υποβάλλονται σε γενετικό έλεγχο στην ηλικία των 10-12 ετών

Στα άτομα με το σύνδρομο συνιστάται να γίνεται παρακολούθηση με ολική κολοσκόπηση κάθε 1-2 έτη, αρχίζοντας από την ηλικία των 20 ετών ή 10 έτη πριν την ηλικία του νεότερου προσβεβλημένου συγγενή. Μετά την ηλικία των 40 ετών συνιστάται ετήσια παρακολούθηση.

Σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε

χειρουργική επέμβαση συνιστάται να συνεχίζεται η παρακολούθηση λόγω της υψηλής πιθανότητας εμφάνισης μετάχρονου καρκίνου: κάθε 2 έτη αν έχει γίνει υφολική κολεκτομή, κάθε 1 έτος αν έχει γίνει τμηματική κολεκτομή.

3.4 Ιστορικό ορθοκολικού καρκίνου

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση με σκοπό την πλήρη ίαση του ορθοκολικού καρκίνου διατρέχουν κίνδυνο υποτροπής της νόσου στη χειρουργική αναστόμωση, ενώ και ο κίνδυνος εμφάνισης μετάχρονου καρκίνου φτάνει το 5-10% σε 15 έτη παρακολούθησης.

Η American Cancer Society συνιστά επανεκτίμηση του ασθενούς με ολική κολοσκόπηση 1 έτος μετά τη χειρουργική επέμβαση (για την ανίχνευση πρώιμων υποτροπών στην αναστόμωση), άλλοι όμως, όπως η US Multisociety Task Force, πιστεύουν ότι δεν χρειάζεται, με την προϋπόθεση ότι είχε γίνει ολική κολοσκόπηση προεγχειρητικά.

Όλοι συμφωνούν πάντως, ότι πρέπει να γίνεται ολική κολοσκόπηση στα 3 έτη μετά την επέμβαση και, αν είναι φυσιολογική, κάθε 5 έτη από εκεί και πέρα.

3.5 Ιστορικό αδενωμάτων

Η Εθνική Μελέτη Πολυποδών των ΗΠΑ (National Polyp Study) απέδειξε ότι η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή και η μετά την πολυποδεκτομή παρακολούθηση είναι αποτελεσματικές στη μείωση της επίπτωσης του ορθοκολικού καρκίνου.

Σε ασθενείς με αδενώματα μεγαλύτερα του 1 εκ., με λαχνωτή ιστολογία και/ή υψηλού βαθμού δυσπλασία ή πολλαπλά αδενώματα (3 και άνω), συνιστάται επανεκτίμηση τουλάχιστον μετά 3 έτη από την αφαίρεσή τους.

Σε ασθενείς με μόνο 1-2 μικρά, σωληνώδη αδενώματα, συνιστάται η πρώτη επανεξέταση να γίνεται μετά 5 έτη από την αφαίρεσή τους.

Μικρότερα μεσοδιαστήματα παρακολούθησης χρειάζονται σε ασθενείς με πολλαπλά αδενώματα, κακοήθεις πολύποδες ή μεγάλες επίπεδες βλάβες, προκειμένου να τεκμηριωθεί η πλήρης αφαίρεσή τους.

Αν κατά την επανεκτίμηση διαπισωθούν και πάλι αδενώματα μεγαλύτερα του 1 εκ., με λαχνωτή ιστολογία και/ή υψηλού βαθμού δυσπλασία ή πολλαπλά αδενώματα, συνιστάται να γίνεται επανεκτίμηση και πάλι μετά από 3 έτη. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις ο επανέλεγχος γίνεται μετά από 5 έτη.

Δεν συνιστάται παρακολούθηση για τους υπερπλαστικούς πολύποδες. Αντίθετα, πρέπει να γίνεται παρακολούθηση για τα οδοντωτά αδενώματα (τα οποία έχουν μεικτά ιστολογικά στοιχεία, τόσο υπερπλαστικού, όσο και αδενωματώδους πολύποδα).

3.6 Ιστορικό ΙΦΝΕ

Είναι σαφές ότι τόσο η ελκώδης κολίτιδα, όσο και η Crohn's κολίτιδα, συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ορθοκολικού καρκίνου. Η διάρκεια και η έκταση της νόσου είναι οι πιο σημαντικές παράμετροι που καθορίζουν τον κίνδυνο αυτό.

Ο στόχος της παρακολούθησης των ασθενών αυτών είναι κυρίως η ανίχνευση δυσπλασίας και πρώιμου καρκίνου, και όχι τόσο η ανίχνευση αδενωματώδων πολυπόδων.

Η παρακολούθηση με ολική κολοσκόπηση συνιστάται να αρχίζει 8 έτη μετά την εμφάνιση της νόσου στους ασθενείς με πανκολίτιδα και μετά 15 έτη από την εμφάνιση της νόσου στους ασθενείς με αριστερά κολίτιδα.

Θα πρέπει να λαμβάνονται 4 βιοψίες (με μεγάλης χωρητικότητας λαβίδα) από ενδοσκοπικά φυσιολογικό βλεννογόνο, ανά διαστήματα 10 εκ., σε όλη την έκταση του παχέος εντέρου, καθώς και από όλες τις «ύποπτες» βλάβες (διαγνωστική ακρίβεια >90%).

Η παρακολούθηση με βιοψίες έχει περιορισμένη αξία επί ενεργού φλεγμονής του βλεννογόνου λόγω της δυσκολίας να διαφοροδιαγνωστεί ιστολογικά η χαμηλόβαθμη δυσπλασία από τις αντιδραστικές ή αναγεννητικές αλλοιώσεις της φλεγμονής. Συνεπώς η ενδοσκοπική παρακολούθηση θα πρέπει να γίνεται αφού η νόσος έχει τεθεί σε ύφεση.

Σχεδόν όλοι οι ορθοκολικοί καρκίνοι προέρχονται από προϋπάρχοντα αδενώματα διαμέσου μιας διαδικασίας γνωστής ως «διαδοχή αδενώματος – καρκίνου».

Η παρακολούθηση των ασθενών εξαρτάται από την ομάδα κινδύνου για ανάπτυξη αδενώματος – καρκίνου στην οποία βρίσκονται

Τα επόμενα βήματά μας εξαρτώνται από την ιστολογική εξέταση των βιοψιών:

- Αν είναι *αρνητικές για δυσπλασία*, συνιστάται επανέλεγχος μετά 2 έτη.
- Αν είναι *ακαθόριστες για δυσπλασία*, συνιστάται επανέλεγχος μετά 1 έτος.
- Αν παρουσιάζουν *χαμηλόβαθμη δυσπλασία*, θα πρέπει να σκεφτόμαστε το ενδεχόμενο πρωκτοκολεκτομής λόγω κινδύνου που φτάνει ως και 40% για ταυτόχρονη ύπαρξη καρκίνου, αλλά και πιθανότητας ως και 50% για ανάπτυξη υψηλόβαθμης δυσπλασίας ή καρκίνου στα επόμενα 5 έτη. Σε ασθενείς με

χαμηλόβαθμη δυσπλασία που ανιχνεύονται τη χειρουργική επέμβαση συνιστάται επανεκτίμηση μετά από 6 μήνες και μετά ανά 1 έτος αν οι επαναλαμβανόμενες βιοψίες είναι αρνητικές για δυσπλασία. Ας σημειωθεί ότι αν η δυσπλασία ανιχνευθεί σε βλάβη τύπου DALM (dysplasia-associated lesion or mass), τότε είναι ακόμη πιο επιτακτική η πρωκτοκολεκτομή.

- Αν παρουσιάζουν *υψηλόβαθμη δυσπλασία ή καρκίνο*, συνιστάται πρωκτοκολεκτομή.

Αδενώματα μπορεί να υπάρχουν και στο π. έντερο ατόμων με ΙΦΝΕ. Χρειάζεται προσοχή για τη διάκρισή τους από τις DALMs, οι οποίες αποτελούν ισχυρή ένδειξη για κολεκτομή λόγω της υψηλής πιθανότητας ύπαρξης καρκίνου.

Συνιστάται να γίνεται ενδοσκοπική αφαίρεση των αδενωμάτων και, επιπλέον, λήψη βιοψιών από τον περιβάλλοντα βλεννογόνο. Φυσικά, λαμβάνονται βιοψίες και από το υπόλοιπο π. έντερο στα πλαίσια της παρακολούθησης.

Αν δεν υπάρχει δυσπλασία στον περιβάλλοντα του αδενώματος βλεννογόνο ή κάπου αλλού στο π. έντερο, συνιστάται να συνεχιστεί η παρακολούθηση.

Αν ανιχνευτεί δυσπλασία ή καρκίνος, συνιστάται πρωκτοκολεκτομή.

3.7 Σύνδρομο Peutz-Jeghers και σύνδρομο νεανικής πολυποδίασης

Και τα δυο σύνδρομα συνοδεύονται από αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου.

Για τους ασθενείς με σύνδρομο *Peutz-Jeghers*, συνιστάται παρακολούθηση με κολοσκόπηση κάθε 3 έτη, αρχίζοντας από την ηλικία των 18 ετών.

Για τους ασθενείς με σύνδρομο *νεανικής πολυποδίασης*, συνιστάται κολοσκόπηση κάθε 1-2 έτη, αρχίζοντας σε ηλικία 15-18 ετών.

Ελεύθερο



Θέμα

Στο Ηρώδειο

Από το ημερολόγιο ενός γιατρού

γράφει ο *Ευστάθιος Παπαβασιλείου*

Η σχέση μου με την κλασική μουσική έχει περάσει από πολλές φάσεις. Στην επαρχιακή πόλη που μεγάλωσα ήταν συνδυσασμένη με τη Μεγάλη Πέμπτη, τη Μεγάλη Παρασκευή και τους θανάτους επισήμων προσώπων. Στις περιπτώσεις αυτές το ραδιόφωνο της εποχής (Πρώτο Πρόγραμμα, Δεύτερο Πρόγραμμα και Ραδιοφωνικός Σταθμός Ενόπλων Δυνάμεων) μετέδιδε συνέχεια κλασική μουσική με ανιαρό, αργό και πένθιμο χαρακτήρα. Πολύ αργότερα κατάλαβα ότι υπάρχουν και άλλα κομμάτια εύθυμα, γρήγορα, μελωδικά.

Στην τρίτη τάξη του Δημοτικού ο δάσκαλος μάς έστειλε με το ζόρι να πάμε στο Δημοτικό Ωδείο. Δεν είμαι σίγουρος εάν το έκανε από αγάπη προς την κλασική μουσική ή ήταν κάποια εντολή άνωθεν, που είναι και το πιθανότερο, γνωρίζοντας τις μουσικές του προτιμήσεις (τα αγαπημένα του τραγούδια στα πανηγύρια της

περιοχής ήταν το ...ιτιά, ιτιά, λουλουδιασμένη... και το ...στα Σάλωνα σφάζουν αρνιά... τα οποία και χόρευε καταπληκτικά, το δε αγαπημένο του όργανο ήταν το κλαρίνο). Δειλά και με φόβο μαζί με μερικούς άλλους συμμαθητές πήγα το απόγευμα στο Ωδείο. Μας δέχθηκαν μάλλον ψυχρά. Μας βάλανε σε μια αίθουσα όπου ήταν και άλλα παιδιά από άλλα σχολεία. Ατμόσφαιρα επιφύλαξης για το τι μας περίμενε. Και φόβου. Και αγανάκτησης. Γιατί θα μας έτρωγε ώρες από το παιχνίδι. Και εκείνο το απόγευμα ακυρώσαμε τον ποδοσφαιρικό αγώνα με την ομάδα της διπλανής γειτονιάς (στο προηγούμενο αγώνα είχαμε χάσει 4-0). Μια νεαρή κυρία με αυστηρό ύφος και μάλλον απαξίωση μας είπε να γράψουμε τις νότες και να τις μάθουμε απ'έξω. Ντο, ρε, μι, φα, σολ, λα, σι, ντο. Σε δέκα λεπτά ήλθε πάλι. Μας έβαλε να τις πούμε απ'έξω. Τις είπαμε. Όχι, λάθος. Ξανά από την

αρχή. Ξανάθε σε δέκα λεπτά. Πάλι τα ίδια. Λάθος. Τι στο καλό. Εδώ μάθαινα απ'έξω ποιήματα και προσευχές, επτά λέξεις δεν μπορούσα να μάθω. Το θεώρησα καψόνι και δεν ξαναπήγα. Το κέρδος από την ιστορία αυτή ήταν το ότι έμαθα τις νότες για τα σταυρόλεξα. Φαίνεται ότι το ίδιο έγινε και με τους υπόλοιπους γιατί σε μια εβδομάδα που ρώτησα δεν πήγαινε κανένας. Και το περίεργο ο δάσκαλος που μας παρότρυνε να πάμε, δεν ξαναμίλησε για το θέμα αυτό. Έτσι το μάθημα της ωδικής ήταν τραγούδια του τύπου ...εις το βουνό ψηλά εκεί είναι εκκλησιά ερημική, το σημαντικό της δεν κτυπά... τραγουδισμένο από όλους.

Στην τρίτη πάλι του Γυμνασίου Αρρένων ήλθε στο σχολείο καθηγητής ωδικής. Η μουσική, η γυμναστική και οι ξένες γλώσσες τότε ήταν τριτεύοντα μαθήματα, δηλαδή αν στα πρωτεύοντα (στα αρχαία, στην έκθεση και

στα μαθηματικά) είχες πάνω από τη βάση τότε και κάτω από τη βάση να είχες στα τριτεύοντα, εάν το σύνολο τριτεύοντος και πρωτεύοντος ήταν πάνω από τα 20, πέρναγες στην άλλη τάξη. Νέος στην ηλικία, νευρικός, είχε και ένα αρμόνιο το οποίο έφερε στην τάξη για να γίνεται καλύτερα κατανοητό το μάθημα. Η όλη ατμόσφαιρα μάλλον για πλάκα πήγαινε. Στο πρώτο μάθημα ήθελε να διαλέξει παιδιά για τη χορωδία που θα δημιουργούσε. Εθελοντές δεν υπήρχαν. Έτσι μας έβαλε έναν – έναν να τραγουδήσουμε ένα τραγούδι. Όποιο θέλαμε. Χωρίς μουσική υπόκρουση. Ξεκίνησε με το κατάλογο από το Α. Ο πρώτος διάλεξε τον Εθνικό Ύμνο. Τα γέλια μάλλον συγκρατημένα γιατί ερχόταν και η σειρά μας και δεν γνωρίζαμε και τις αντιδράσεις του. Ο γυμνασιάρχης κέρβερος. Τα χαστούκια, η τριήμερη αποβολή και με το κηδεμόνα σου ήταν στην πρώτη γραμμή. Και το δεύτερο ημίχρονο ήταν στο σπίτι όπου έπεφτε δεύτερο ξύλο γιατί δεν άκουσες τους καθηγητές που πάντα έχουν δίκαιο. Καμμία κατανόηση. Η ακρόαση απογοητευτική. Με πολλά γέλια που μόλις ακούγονταν όμως. Το ξέσπασμα όμως έγινε όταν ένας συμμαθητής είπε ότι θα τραγουδήσει τον Εθνικό Ύμνο σε δεύτερη φωνή. Περίεργοι όλοι σιωπήσαμε να ακούσουμε. Δεν ήξερα και δεν ξέρω πώς είναι η δεύτερη φωνή αλλά ακούγοντας μια διαφορετική μελωδία που δεν θύμιζε σε τίποτα τον Ύμνο ξεσπάσαμε σε τέτοια γέλια (και ο καθηγητής μαζί) που αναγκάσανε το Γυμνασιάρχη να έλθει να δει τι γίνεται. Τέλος πάντων διάλεξε τρεις συμμαθητές για τη χορωδία οι οποίοι γλιτώνανε και μάθημα για τις πρόβες. Στη συνέχεια πάλι οι νότες. Στην αρχή στη σειρά και καθώς προχωρούσε η ύλη και ανακατωμένες και με τα λόγια του τραγουδιού. Και η εξέταση γινόταν στον πίνακα. Με το μουσικό να συνοδεύει με το αρμόνιο και με τον εξεταζόμενο να απαγγέλλει ή να τραγουδάει τις νότες κουνώντας και το χέρι του ρυθμικά πάνω-κάτω. Παρωδία μαθήματος. Η πλάκα στο

κατακόρυφο. Σημειώστε ότι είμαστε στην εφηβεία και ότι η φωνή άλλαζε μέρα με τη μέρα και εκεί που συνήθως περίμενες να ακουσθεί νότα ακουγόταν κοκοράκι. Περίμενες να περάσει η σειρά σου, να φας την καζούρα και να κάνεις και εσύ στη συνέχεια άνετα πια, μιας και είχε περάσει η σειρά σου, το ίδιο στους άλλους. Στους διαγωνισμούς του εξαμήνου η γραπτή εξέταση ήταν τα λόγια των τραγουδιών, όπου όλοι γράφαμε για 20. Το μάθημα δεν συνεχίστηκε για δεύτερη χρονιά. Πάντως μουσική δεν μάθαμε.

...το ραδιόφωνο της εποχής (Πρώτο Πρόγραμμα, Δεύτερο Πρόγραμμα και Ραδιοφωνικός Σταθμός Ενόπλων Δυνάμεων) μετέδιδε συνέχεια κλασική μουσική με ανιαρό, αργό και πένθιμο χαρακτήρα. Πολύ αργότερα κατάλαβα ότι υπάρχουν και άλλα κομμάτια εύθυμα, γρήγορα, μελωδικά

Προφανώς αυτό ήταν το προβλεπόμενο πρόγραμμα από το Υπουργείο. Σήμερα βέβαια τα πράγματα έχουν αλλάξει και τα παιδιά διδάσκονται τις τάξεις της μουσικής, τη ζωή και το έργο των μεγάλων συνθετών, αναλύουν μουσικά έργα και μαθαίνουν πραγματική μουσική. Μαθαίνουν να αγαπούν τη μουσική.

Στο Πανεπιστήμιο και στη συνέχεια, ερασιτεχνικά πάντα, ακούγοντας διάφορα κομμάτια αποκατέστησα τις σχέσεις μου με την κλασική μουσική.

Μόλις είχε αρχίσει να λειτουργεί το Μέγαρο Μουσικής. Τα παιδιά μικρά.

Έχουν βρεθεί κάποια εισιτήρια για μια μουσική βραδιά κλασικής μουσικής αφιερωμένης στα παιδιά. Να πάω και εγώ να γνωρίσω το Μέγαρο. Το προηγούμενο βράδυ είχα δύσκολη εφημερία στο νοσοκομείο. Γύρισα σπίτι κατά τις 6 το απόγευμα. Στις 8 άρχιζε η παράσταση. Μόλις που πρόλαβα να φάω. Το Μέγαρο εντυπωσιακό. Η παράσταση ήταν στη μικρή αίθουσα. Τα καθίσματα πολύ άνετα, ζεστά. Αρχίζει η μουσική. Μονότονη, σε χαμηλή ένταση. Τα βλέφαρά μου κλείνουν. Προσπαθώ να τα κρατήσω ανοιχτά. Μια σκουντιά από τη γυναίκα μου. Ντροπή να κοιμάσαι. Η μουσική στον ίδιο χαλαρό ήσυχο ρυθμό. Πολλά παιδιά αρχίζουν να μιλάνε χαμηλόφωνα. Ακούγεται ένα όμορφο βουητό. Έχω κοιμηθεί πλέον. Απόλυτη ησυχία. Ξαφνικά κάτι γίνεται. Τινάζομαι από τη θέση μου. Σεισμός (;!). Πολλά παιδιά αρχίζουν να κλαίνε. Η μουσική πλέον είναι έντονη, ρυθμική, εύθυμη. Η αίθουσα έχει ζωντανέψει. Η αλλαγή του ρυθμού παραήταν απότομη. Κοιτάζω με τρόπο δίπλα μου. Ωραία. Δεν με πήραν είδηση. Πάντως από το ξάφνιασμα (μάλλον την τρομάρα) έχω ξυπνήσει για τα καλά. Δεν την ξαναπατάω. Παρακολουθώ χωρίς να τολμήσω να κλείσω τα μάτια στην υπόλοιπη παράσταση.

Καλοκαίρι. Τέσσερα ή πέντε χρόνια πριν. Η γυναίκα μου έχει κάποιες προσκλήσεις από το Δήμο για το Ηρώδειο, για μια συναυλία της Ορχήστρας Νέων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο Δήμος έχει βάλει πούλμαν για να μας εξυπηρετήσει. Πού να παρκάρεις άλλωστε ή πού να βρείς ταξί για την επιστροφή. Επίκεινται εκλογές και ο Δήμαρχος θα είναι μάλλον πάλι υποψήφιος. Στο πούλμαν είμαστε γύρω στα 30 άτομα. Ραδιόφωνο. Αθλητικά. Ο οδηγός είναι οπαδός του Ολυμπιακού. Ακούω τα τελευταία αθλητικά νέα και καταλαβαίνω ότι έχω καιρό να ενημερωθώ. Μας αφήνει αρχές Διονυσίου του Αρεοπαγίτου. Στο ίδιο σημείο θα μας παραλάβει όταν τελειώσει η συναυλία. Η Διονυσίου Αρεοπαγίτου

πλήρως αναμορφωμένη, πανέμορφη, πεζόδρομος τώρα. Έχω καιρό να περάσω. Η βραδιά όμορφη. Κόσμος πολύς για το Ηρώδειο. Μάλλον έχουν μοιράσει προσκλήσεις σε όλους τους Δήμους για να υπάρχει μεγάλο ακροατήριο. Μπαίνουμε μέσα. Οι θέσεις μας περίπου στο μεσαίο διάζωμα και δεξιά όπως βλέπουμε στη σκηνή. Δεν υπάρχει μαξιλαράκι. Η κερκίδα παραίνα σκληρή. Στα γήπεδα παλιότερα πάντα υπήρχαν απ' έξω μικροπωλητές που πουλούσαν φελιζόλ για να κάθεται άνετα. Το Ηρώδειο γεμάτο. Αρχίζουν να έρχονται και οι επίσημοι. Η ορχήστρα αρχίζει να παίρνει τη θέση της. Πολλά τα παιδιά. Καμιά εκατοστή. Αρχίζουν να κουρντίζουν τα όργανα. Ησυχία. Περιμένουμε το μαέστρο. Διεθνούς φήμης. Εγώ πρώτη φορά ακούω το όνομά του. Δεν το δείχνω όμως. Περνάνε πέντε λεπτά· τίποτα. Ο κόσμος ανυπομονεί. Πιο έντονα τα χειροκροτήματα. Επιτέλους εμφανίζεται. Μικρόσωμος. Μαλλιά φουντωτά. Βάδισμα γρήγορο, νευρικό. Φαίνεται απορροφημένος στις σκέψεις του. Απαξιώνει ένα βλέμμα στο ακροατήριο. Παίρνει τη θέση του. Γυρίζει και υποκλίνεται. Χειροκρότημα. Η ορχήστρα έτοιμη. Τα παιδιά είναι τοποθετημένα ανάλογα με τα όργανα που παίζουν. Σε περίοπτη θέση, στην πρώτη σειρά τα βιολιά. Γύρω στα 30. Στην τελευταία σειρά στη μέση ένα μεγάλο τύμπανο. Αρχίζει το πρόγραμμα. Ήπιο, χαμηλής έντασης, ανιαρό. Δεν την ξαναπατάω και έτσι δεν χαλαρώνω. Περιμένω τη στιγμή της απότομης μεταστροφής σε έντονους τόνους. Κάθε τόσο η μουσική ελαττώνεται τόσο ώστε να νομίζεις ότι έχει τελειώσει το κομμάτι. Και αρχίζει πάλι. Ένα κομμάτι μου άρεσε ιδιαίτερα. Ξαφνικά σταματά. Νομίζοντας ότι έχει τελειώσει χειροκροτώ. Σε όλο το ακροατήριο ακούστηκαν καμιά δεκαριά ακόμα διάσπαρτα χειροκροτήματα. Σσσσς.. ακούγεται από τους μύστες της μουσικής. Έχω κάνει λάθος, το κομμάτι συνεχίζεται. Περιμένω να γυρίσουν όλοι τα βλέμματά τους επάνω μου.

Πράγματι τα πρώτα κεφάλια στρέφονται. Με πιάνει πανικός. Αστραπιαία σκέπτομαι ότι είναι αδύνατο να εντοπίσουν ακριβώς τη θέση μου. Ήδη όλα τα κεφάλια είναι γυρισμένα προς το μέρος μου. Γυρίζω και εγώ το κεφάλι μου προς τα πίσω και μάλιστα με ύφος θυμωμένο. Και η μεγάλη έκπληξη ήταν ότι και οι πίσω σειρές γύρισαν και αυτοί τα κεφάλια τους πίσω για να εντοπίσουν τον ταραξία. Ένοιωσα ανακούφιση. Έστριψα προς τα εμπρός τελευταίος. Το πρόγραμμα συνεχιζόταν. Αρχίζω να παρατηρώ

Η κλασική μουσική έχει τον τρόπο της να δημιουργεί μια ψυχική ηρεμία. Σκέπτομαι ότι τέτοιες προσπάθειες αξίζουν και φέρνουν σε επαφή τους λαούς της Ευρώπης

τα μέλη της ορχήστρας. Τα παιδιά με τα βιολιά παρακολουθούν απορροφημένα τις οδηγίες του μαέστρου και συμμετέχουν ενεργά στην εξέλιξη του προγράμματος όπως τουλάχιστον δείχνουν οι εκφράσεις των προσώπων τους. Το ίδιο σχεδόν και οι ομάδες των άλλων οργάνων. Υπάρχουν βέβαια και μερικά όργανα που πρώτη φορά τα βλέπω. Ερωτώ τους διπλανούς αλλά ούτε και αυτοί τα ξέρουν. Το μάτι μου πέφτει στο μεγάλο τύμπανο της τελευταίας σειράς. Το παιδί που το χειρίζεται κάθετα σε μια καρέκλα. Μου φαίνεται ότι προσπαθεί να περάσει την ώρα του. Μέχρι τώρα δεν έχει καθόλου αγγίξει το τύμπανό του. Αποφασίζω να τον παρακολουθήσω συστηματικά. Πλήρης ησυχία. Σηκώνεται που και που. Κάνει κάποια βήματα, μάλλον να ξεμουδιάσει. Ξανακάθεται. Το πρόγραμμα προχωρεί. Ξαφνικά τον βλέπω να σηκώνεται και

να πιάνει το πλήκτρο. Παίρνει θέση και σε μια στιγμή με το νεύμα του μαέστρου το κτυπά δυνατά. Σε λίγο το επαναλαμβάνει. Το ακουμπά κάτω και ξανακάθεται. Μέχρι το τέλος του πρώτου μέρους δεν ξανασηκώθηκε. Σκέπτομαι ότι μια εφημερίδα θα ήταν ότι πρέπει. Διάλειμμα. Δεύτερο μέρος. Κοιτάζω στη θέση του τυμπάνου της τελευταίας σειράς. Υπάρχει αλλαγή. Νέο παιδί. Προφανώς το προηγούμενο κουράστηκε ή μπήκε ο αναπληρωματικός για εμπειρία. Δεν ξέρω βέβαια εάν έγινε αλλαγή και σε άλλες θέσεις. Η ίδια διαδικασία με το τύμπανο. Σε όλο το δεύτερο μέρος συμμετείχε στην ορχήστρα δύο φορές. Το δεύτερο μέρος με πιο ζωντανή μουσική. Το έχω παρατηρήσει και σε άλλες συναυλίες. Τα ανιαρά κομμάτια παίζονται στο πρώτο μέρος. Ίσως για να κρατηθεί το ενδιαφέρον του ακροατηρίου ζωντανό στο τέλος. Γιατί οι τελευταίες εντυπώσεις μένουν. Τέλος. Χειροκροτήματα. Ξανά και ξανά. Και ο συνθέτης να θέλει και άλλα να ξαναβγει.

Σε γενικές γραμμές η συναυλία ήταν καλή. Η κλασική μουσική έχει τον τρόπο της να δημιουργεί μια ψυχική ηρεμία. Σκέπτομαι ότι τέτοιες προσπάθειες αξίζουν και φέρνουν σε επαφή τους λαούς της Ευρώπης. Με τέτοιες σκέψεις βαδίζουμε στη Διονυσίου του Αρεοπαγίτου επιστρέφοντας στο Σύνταγμα όπου μας περίμενε το πούλμαν. Μπαίνουμε μέσα και σε λίγο μαζεύονται όλοι και αρχίζει η επιστροφή. Και ενώ υπάρχει ησυχία και κούραση (η ώρα είναι περασμένη) και ενώ ακόμα στα αυτιά μου υπάρχουν τα ακούσματα της κλασικής μουσικής, από το μεγάφωνο του οδηγού ακούγεται η φωνή του Γιώργου Μαργαρίτη ...όταν ο έρωτας κτυπά η λογική τρελαίνεται... και ...ο έρωτας σου φυλακή με σίδερα και αμπάρες... Διάλειμμα τέλος. Τα κεφάλια μέσα. Επανάληθα στην ελληνική πραγματικότητα.

Αυτό το



προσέξατε;

*Βιβλιογραφική Ενημέρωση**Επιμέλεια Παντελής Σκλάβος*

Καλύτερη εντερική προετοιμασία επιτυγχάνεται με τη χορήγηση των δύο δόσεων NaP με μεσοδιάστημα μεγαλύτερο των 12 ωρών

A randomized prospective trial comparing different regimens of oral sodium phosphate and polyethylene glycol-based lavage solution in the preparation of patients for colonoscopy. A Rostom, E Jolicoeur, C Dubè, et al. *Gastrointest Endosc* 2006;64:544-551.

Αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια και η ανοχή των ασθενών στη χορήγηση τεσσάρων σχημάτων προετοιμασίας του εντέρου [ένα σχήμα πολυαιθυλικής γλυκόλης (PEG) με τρία διαφορετικά σχήματα φωσφορικού νατρίου (NaP)].

Διαπιστώθηκε πως η χορήγηση των δύο δόσεων NaP των 45 ml, σε μεσοδιαστήματα 12 ή 24 ωρών, μπορεί να σχετίζεται με απώλεια περισσότερου χρόνου εργασίας, είναι όμως πιο αποτελεσματική σε σχέση με

τη βραχύτερης διάρκειας (6 ώρες) προετοιμασία. Όλα ωστόσο τα σχήματα χορήγησης NaP αποδείχθηκαν περισσότερο αποτελεσματικά της χορήγησης PEG αν και η λήψη του τελευταίου συνοδεύτηκε κυρίως από την παραμονή σημαντικής ποσότητας υγρών εντός του εντέρου παρά από την παρουσία κοπράνων.

Ηλεκτρολυτικές διαταραχές, έστω και χωρίς κλινικές συνέπειες, διαπιστώθηκαν αρκετά συχνά σε ασθενείς όλων των ομάδων. Η υποκαλιαιμία και η υπερφωσφαταιμία διαπιστώθηκαν σχεδόν αποκλειστικά στους ασθενείς που έλαβαν NaP, ενώ και οι ασθενείς που έλαβαν PEG εμφάνισαν μειωμένα επίπεδα ολικού ασβεστίου αλλά λιγότερο συχνά. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συχνότητα των ηλεκτρολυτικών δια-

ταραχών μεταξύ των τριών ομάδων που έλαβαν NaP. Αυτό υποδεικνύει ότι η εμφάνιση ηλεκτρολυτικών διαταραχών θα πρέπει να αποδοθεί στη συνολική δόση του διαλύματος παρά στη διάρκεια της προετοιμασίας, γεγονός που δικαιολογεί την αποφυγή χορήγησης του NaP σε ασθενείς με συνοδά καρδιολογικά ή νεφρολογικά προβλήματα.

Η πλειονότητα των ασθενών (80%) από όλες τις ομάδες ανέφερε σημαντική δυσκολία στη λήψη του καθαρτικού. Οι περισσότεροι ασθενείς προτιμούσαν τη γεύση του PEG, ωστόσο η ανοχή στο τελευταίο μετριάστηκε από τη σημαντική ποσότητα υγρών (4 L) που έπρεπε να ληφθεί. Η χορήγηση PEG μπορεί να θεωρηθεί ως εναλλακτική λύση σε περιπτώσεις που η χορήγηση NaP αντενδείκνυται.

Ο αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου στους Ιάπωνες σχετίζεται με τα διαφορετικά χαρακτηριστικά της γαστρίτιδας

Why does Japan have a high incidence of gastric cancer? Comparison of gastritis between UK and Japanese patients. G M Naylor, T Gotoda, M Dixon, et al. *Gut* 2006;55:1545-1552.

Είναι γνωστό πως η επίπτωση γασ-

τρικού καρκίνου στην Ιαπωνία είναι 4 φορές μεγαλύτερη από ό,τι στη Μεγ. Βρετανία, ενώ οι παράγοντες που μπορεί να ευθύνονται για την αύξηση αυτή παραμένουν ασαφείς.

Η μελέτη αυτή ενδεχομένως να είναι

η πρώτη η οποία εξετάζει τα ιστολογικά χαρακτηριστικά της γαστρίτιδας δύο ομοιογενών ομάδων ασθενών, μιας από την Ιαπωνία και μιας από τη Μεγ. Βρετανία, που αναφέρουν δυσπεπτικά ενοχλήματα λειτουργικού τύπου.

Διαπιστώθηκε πως οι Ιάπωνες παρουσιάζουν ιστολογικά σοβαρότερη γαστρίτιδα (πιο εκτεταμένη ατροφία και συχνότερη εντερική μετάπλαση), που εντοπίζεται κατεξοχήν στο σώμα ή σε όλο το στομάχο (πανγαστρίτις) και εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία. Η χρόνια λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού αποτελούσε

την κύρια αιτιολογία της γαστρίτιδας και στις δύο ομάδες των ασθενών. Το γεγονός αυτό οδήγησε στη διαμόρφωση της υπόθεσης πως οι παρατηρούμενες διαφορές της γαστρίτιδας μεταξύ των δύο πληθυσμών πιθανόν να οφείλονται σε διαφορές στα γενετικά χαρακτηριστικά του ξενιστή (η παραγωγή των υπεύθυνων κυτοκινών

για την αντιφλεγμονώδη απάντηση του ξενιστή έναντι στη λοίμωξη από Ηρ είναι γενετικά καθοριζόμενη), στο γονότυπο του λοιμογόνου οργανισμού (παρουσία γονιδίων CagA και VacA) αλλά και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (αυξημένη πρόσληψη νιτρωδών και αλατιού).

Οι αλλαγές θέσεως κατά τη διάρκεια της απόσυρσης του ενδοσκοπίου βελτιώνουν την ορατότητα του αυλού του εντέρου

Position changes improve visibility during colonoscopy withdrawal: a randomized, blinded, crossover trial. JE East, N Suzuki, N Arebi, et al. **Gastrointest Endosc 2007; 65: 263-9.**

Η αλλαγή της θέσεως των ασθενών κατά τη διάρκεια απόσυρσης του κολονοσκοπίου δεν εφαρμόζεται ευρέως είτε για λόγους πρακτικούς (δυσκολία στη μετακίνηση ασθενών σε γενική αναισθησία ή υπό βαθιά καταστολή) είτε επειδή δεν είναι γνωστά τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η υιοθέτηση αυτής της τακτικής.

Παρά τον μικρό αριθμό των συμμετεχόντων ασθενών, η μελέτη αυτή ανα-

δεικνύει τα σαφή πλεονεκτήματα της αλλαγής θέσεως των ασθενών και προτρέπει τον έλεγχο του τυφλού και του ανιόντος κατά την αριστερή πλαγία θέση, τον έλεγχο του εγκαρσίου στην ύπια θέση και τον έλεγχο του κατιόντος στη δεξιά πλαγία.

Η χορήγηση αντισπασμωδικών (βουτυλοβρωμιούχου υοσκίνης) και η εμφύσηση διοξειδίου του άνθρακα, (συνήθης τακτική των παραπάνω ενδοσκοπίων) δεν φάνηκε να επηρεάζει τα αποτελέσματα της μελέτης.

Η καλύτερη διάταση του τοιχώματος του παχέος εντέρου που επιτυγχάνεται με τον παραπάνω τρόπο αποτελεί

μία πρώτη παράμετρο, ιδιαίτερα σημαντική στις μέρες μας που η ανεύρεση προκαρκινικών βλαβών στο έντερο αποτελεί βασικό σκοπό της εξέτασης.

Επιπλέον, η εξέταση καθίσταται περισσότερο ασφαλής και ανεκτή καθώς περιορίζεται η ανάγκη συνεχούς εμφύσησης αέρα εντός του εντέρου με αποτέλεσμα να αποφεύγεται η υπερδιάταση του εντέρου και συνεπώς να μειώνεται τόσο ο κίνδυνος διάτρησης, (ιδίως στο τυφλό ή το ανιόν), όσο και η δυσφορία των ασθενών μετά το τέλος της εξέτασης.

Μια νέα λαβίδα βραχύνει σημαντικά το χρόνο που απαιτείται για τη λήψη βιοψιών ιδίως σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα



Comparison of Pelican single-use multibite biopsy forceps and traditional double-bite forceps: evaluation in a porcine model. JS Zaidman, WG Frederick, EE Furth, et al. **Gastrointest Endosc 2006;64:582-8.**

Πρόκειται για τη λαβίδα Pelican (Boston Scientific Corp, Natick, Mass)

η οποία είναι εφοδιασμένη με ένα είδος σάκου, για τη συγκράτηση των ιστοτεμαχιδίων, γεγονός που επιτρέπει τη λήψη έως έξι δειγμάτων σε κάθε πέρασμά της από το κανάλι βιοψιών. Είναι μιας χρήσης, εισέρχεται σε κανάλι διαμέτρου 3,2 mm χρησιμοποιώντας έναν ειδικό υποδοχέα και αδειάζει με τη βοήθεια μιας κοινής σύριγγας.

Η λειτουργικότητά της αξιολογήθηκε σε σύγκριση με λαβίδα λήψης δύο βιοψιών της ίδιας εταιρείας, σε χοιρίδια, προσομοιάζοντας την αναζήτηση δυσπλασίας επί εδάφους ελκώδους κολίτιδας. Παρά τους περιορισμούς της μελέτης, (ο ενδοσκόπος γνώριζε ποια λαβίδα χρησιμοποιούσε κάθε φορά), υπολογίστηκε πως η διαδικασία λήψης 36 ιστοτεμαχιδίων ήταν

4,82 λεπτά ή κατά 36% βραχύτερη από την αντίστοιχη με τη λαβίδα λήψης δύο ιστοτεμαχιδίων. Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο μέγεθος ή την ποιότητα των δειγμάτων που ελήφθησαν.

Όταν σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, για την ανίχνευση δυσπλασίας με βεβαιότητα 95% απαιτείται η λήψη τουλάχιστον 56 ιστοτεμαχιδίων ή 64 για την αναζήτηση καρκίνου, η εξοικονόμηση χρόνου κατά τη διαδικασία λήψης των βιοψιών αναμένεται να έχει διπλό όφελος, αφενός την εξασφάλιση συμμετοχής των ασθενών στο πρόγραμμα παρακολούθησης αφετέρου τη συμμόρφωση των ενδοσκόπων με το πρωτόκολλο λήψης βιοψιών.

Πρόσωπο...**...με Πρόσωπο***Επικοινωνούμε: Το βήμα των Συναδέλφων*

Οι Συμβάσεις του Γαστρεντερολόγου με τις Ασφαλιστικές Εταιρείες (να συμβληθούμε ή όχι και με ποιες προϋποθέσεις)

γράφει ο Στέργιος Κουβαράς

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι άνθρωποι στρέφονται προς την ιδιωτική ασφάλιση. Στα πρώτα στάδια αυτής της στροφής το βάρος είχε δοθεί στη νοσοκομειακή κάλυψη. Σιγά-σιγά όμως οι ασφαλιστικές εταιρείες έχουν επεκταθεί και στο χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η σε πολλούς τομείς ανεπάρκεια του ΕΣΥ, η σωρεία των ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας, ο σύγχρονος τρόπος ζωής και εργασίας και οι αυξημένες απαιτήσεις του εργαζόμενου, παγίωσαν την ιδιωτική ασφάλιση και στα δύο επίπεδα.

Υπάρχει λοιπόν το δίλημμα: Να συμβληθούμε ή όχι;

Η πληθώρα των γαστρεντερολόγων καθιστά τη θέση μας αδύνατη απέναντι στις ασφαλιστικές εταιρείες. Για το γιατρό που δεν έχει λειτουργικά έξοδα, η απόφαση είναι πιο εύκολη. Για την ειδικότητά μας όμως η κατάσταση είναι διαφορετική.

Με βάση την εκτίμηση της εταιρείας Zeincro, η οποία ως γνωστό το 2001

έκανε ένα υπολογισμό, για λογαριασμό της ΕΠΕΓΕ, των λειτουργικών εξόδων της ενδοσκόπησης, υπολόγισε το κόστος της γαστροσκόπησης για τον ιδιώτη στο ύψος των 28.177 δρχ (περίπου 80 ευρώ) και της κολονοσκόπησης 34.545 δρχ (περίπου 98 ευρώ), με χρόνο απασχόλησης 30' και 50' για τις αντίστοιχες πράξεις. Στο κόστος αυτό περιλαμβάνεται το ενοίκιο ιατρείου και η απόσβεση της αγοράς των ενδοσκοπίων. Εάν υπολογίσουμε μόνο τα λειτουργικά έξοδα, το κόστος είναι περίπου 50 ευρώ (αμοιβή νοσηλεύτριας με το ΙΚΑ, φαρμακευτικό και αναλώσιμο υλικό, αγορά του CLO test, απολυμαντικά υλικά, ανανέωση λαβίδων βιοψίας, βρόχων κ.λπ., κόστος συντήρησης και επισκευής ενδοσκοπίων).

Οι αμοιβές της Interamerican (medisystem) είναι 75 ευρώ για τη γαστροσκόπηση και 100 ευρώ για την κολονοσκόπηση. Για την Εθνική Ασφαλιστική και τις λοιπές εταιρείες του ομίλου της Euromedica, οι αμοι-

βές είναι χαμηλότερες.

Άρα στην καλύτερη περίπτωση εκτελούμε τη γαστροσκόπηση για 25 ευρώ και την κολονοσκόπηση για 50 ευρώ.

Πρέπει λοιπόν με κάθε τρόπο να ισχυροποιηθεί η θέση μας απέναντι στις ασφαλιστικές εταιρείες. Στο σημείο αυτό ο ρόλος της ΕΠΕΓΕ είναι ουσιαστικός. Νομίζω μια λύση στο πρόβλημα είναι η σύναψη συλλογικών συμβάσεων της ΕΠΕΓΕ με τις ασφαλιστικές εταιρείες, για τις αμοιβές των ενδοσκοπήσεων. Έτσι ο κάθε ιδιώτης γαστρεντερολόγος θα συμβάλλεται με την εταιρεία, για την αμοιβή όμως της ενδοσκόπησης θα παραπέμπει στην ΕΠΕΓΕ, η οποία και θα συνάπτει τη συλλογική σύμβαση.

Υπάρχουν όμως δύο βασικά ερωτήματα:

1. Προβλέπει το καταστατικό της ΕΠΕΓΕ τέτοιες αρμοδιότητες;
2. Μπορούμε να υποχρεώσουμε τον ιδιώτη γαστρεντερολόγο να παραπέμπει στην ΕΠΕΓΕ για τη διαπραγα-

μάτευση της αμοιβής της ενδοσκοπησης; (ιδιαίτερα το νέο γιατρό με τα γνωστά προβλήματα ανεύρεσης εργασίας).

Μια θετική απάντηση στα ερωτήματα αυτά θα ισχυροποιήσει τη θέση μας στη διαπραγμάτευση όχι μόνο με τις ασφαλιστικές εταιρείες αλλά και τους άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Νομίζω το θέμα είναι πολύ σημαντικό. Θα παρακαλούσα τη νομική μας σύμβουλο, την κ. Άννα Τσίτουρα, να μας δώσει τα νομικά και δεοντολογικά πλαίσια για τη λύση των δύο παραπάνω ερωτημάτων. Σε παλαιότερο ενημερωτικό δελτίο (κοινή έκδοση της Ε.Γ.Ε. και της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.) είχε διατυπώσει θετική απάντηση στο πρώτο ερώτημα. Είναι δυνατόν να την επα-

ναδιατυπώσει προς ενημέρωση και των νεωτέρων συναδέλφων;

Όσον αφορά το δεύτερο ερώτημα μήπως πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι είναι συμφέρον όλων μας να υπάρχει ενιαίο πνεύμα αντιμετώπισης τέτοιων προβλημάτων;

Αγαπητοί συνάδελφοι, «η ισχύς εν τη ενώσει».

Προβλήματα των Εκκαθαρίσεων των Αμοιβών των Γιατρών από τα Ασφαλιστικά Ταμεία

απαντά ο κ. Απόστολος Μισιχρόνης*

? Έχω εκδόσει ΑΠΥ χωρίς να έχουν εκκαθαριστεί και να αποδοθούν οι αμοιβές μου στο ίδιο οικονομικό έτος. Τι πρέπει να κάνω για να είμαι φορολογικά τακτοποιημένος;

Πράγματι, είναι δυνατόν να προκύψει τέτοιο πρόβλημα λόγω μη τήρησης των διατάξεων του Κώδικα Βιβλίων & Στοιχείων από τα ασφαλιστικά ταμεία. Ρητά αναφέρεται στον Κ.Β.Σ. ότι όπως όλοι οι ελεύθεροι επαγγελματίες έτσι και οι γιατροί εκδίδουν την Α.Π.Υ κατά το χρόνο εισπραξης-καταβολής των αμοιβών τους. Στην πράξη όμως οι Α.Π.Υ εκδίδονται όταν υποβάλλονται τα δικαιολογητικά και πάντως σε χρόνο προγενέστερο της εισπραξης των αμοιβών. Πολλές φορές πάλι συμβαίνει να έχει εκδοθεί Α.Π.Υ με ημερομηνία π.χ. 31/12/2006 και ο γιατρός να εισπράξει τις αμοιβές του π.χ. 31/3/2007.

Εδώ με σχετική εγκύκλιο 1079447/2068/Α0012/6/12/2004 δίνεται η δυνατότητα φορολογιστικής τακτοποίησης των Α.Π.Υ που καταχωρήθηκαν στο βιβλίο εσόδων-εξόδων της χρή-

σης που εκδόθηκαν ως εξής: Μπορεί με λογιστικό σημείωμα και με ημερομηνία 31/12/2006 να καταχωρηθεί αρνητικά στη στήλη των εσόδων η αξία των αποδείξεων αυτών και να μεταφερθούν πάλι με ημερομηνία 31/12/2006 σε νέα στήλη που θα ανοιχθεί στο βιβλίο και θα ονομάζεται Έσοδα Επόμενης Χρήσης. Στο βιβλίο εσόδων -εξόδων της επόμενης χρήσης θα καταχωρηθεί πάλι η αξία των αποδείξεων αυτών σε νέα στήλη που θα ονομάζεται Έσοδα Προηγούμενης Χρήσης. Με αυτό τον τρόπο τα έσοδα θα φορολογούνται στη χρήση που εισπράχθηκαν. Συνεπώς πρέπει πρώτα τα ασφαλιστικά ταμεία να ανοίγουν φάκελο εκκαθάρισης των αμοιβών του κάθε γιατρού, στον οποίο θα υποβάλλονται δικαιολογητικά που θα καθοριστούν από τα ταμεία και έπειτα θα εκδίδονται οι Α.Π.Υ του κάθε γιατρού.

? Αν και έχω εκδόσει ΑΠΥ για αμοιβές ωστόσο προκύπτουν διαφορές ποσών μεταξύ της ΑΠΥ και της εκκαθάρισης από τα ασφαλι-

στικά ταμεία με το δικαιολογητικό της περικοπής αμοιβών. Τι θα πρέπει να κάνω ώστε να μην φορολογηθώ για έσοδα που ποτέ δεν θα εισπράξω;

Μετά την έκδοση των Α.Π.Υ και την υποβολή τους μαζί με τα υπόλοιπα δικαιολογητικά, οι γιατροί αναμένουν την εκκαθάριση και την εισπράξη των αμοιβών τους από τα ασφαλιστικά ταμεία. Μετά τον έλεγχο κάποιες φορές διαπιστώνονται αρνητικές διαφορές, οι οποίες πρέπει να τακτοποιηθούν. Η Α.Π.Υ επέχει θέση τιμολογίου και συνεπώς βάσει του άρθρου 12 & 13 του Κώδικα Βιβλίων & Στοιχείων πρέπει να εκδοθεί Πιστωτικό Τιμολόγιο το οποίο είναι αθεώρητο έτσι ώστε να τακτοποιηθούν οι διαφορές αυτές. Το πρωτότυπο του Πιστωτικού Τιμολογίου πρέπει να παραδίδεται στο ασφαλιστικό ταμείο και συνεπώς θα τακτοποιείται και αυτό στον αντίστοιχο φάκελο εκκαθάρισης, ώστε και τα ασφαλιστικά ταμεία να πραγματοποιούν συμφωνία των φακέλων αυτών, στοιχείο χρήσιμο για τους ισολογισμούς τους.

* Ο κ. Μισιχρόνης είναι φοροτεχνικός και σύμβουλος επιχειρήσεων.

Κατευθυντήριες



Οδηγίες

Από τη Ρώμη στο Los Angeles

Κριτήρια Ρώμης III για τις Λειτουργικές Διαταραχές του Γαστρεντερικού Συστήματος

γράφει ο Κωνσταντίνος Ζωγράφος

Ο δρόμος για τη Ρώμη συνέχισε την πορεία του ταξιδεύοντας Δυτικά στο Los Angeles της Καλιφόρνια, τον Μάιο του 2006 για να αποκαλύψει τα νέα, αναθεωρημένα κριτήρια στο επίσημο DDW. Στο ίδρυμα Ρώμης συμμετέχουν πάνω από 100 διεθνείς ειδικοί σε θέματα λειτουργικών διαταραχών του γαστρεντερικού συστήματος (Functional Gastrointestinal Disorders, FGID).

Οι μειζονες αλλαγές οι οποίες έλαβαν χώρα στα αναθεωρημένα κριτήρια Ρώμης III, περιλαμβάνουν:

1. Επαναπροσδιορισμό του απαιτούμενου χρονικού πλαισίου για την πλήρη ταύτιση του συμπτώματος με τα διαγνωστικά κριτήρια.
2. Αλλαγές στα κριτήρια ταξινόμησης (ο μηρυκασμός πλέον ανήκει στις γαστροδωδεκαδακτυλικές λειτουργικές διαταραχές, και το σύνδρομο κοιλιακού λειτουργικού άλγους αποτελεί ξεχωριστή κατηγορία και όχι λειτουργική διαταραχή του παχέος εντέρου).
3. Προσθήκη παιδιατρικών κατηγοριών.
4. Αξιολόγηση της σύστασης-μορφής των κοπράνων για τον καθορισμό των υποομάδων του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (διάρροια ή δυσκοιλιότητα).
5. Αυστηρότερα κριτήρια για τη δυσλειτουργία της χοληδόχου κύστεως και του σφιγκτήρα του Oddi.

Στα κριτήρια Ρώμης III αναθεωρήθηκε επίσης και ο ορισμός της λειτουργικής δυσπεψίας δίνοντας νέες διαστάσεις. Έτσι πλέον σαν λειτουργική δυσπεψία ορίζεται, ένα ή περισσότερα συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται από

τη γαστροδωδεκαδακτυλική περιοχή, πάντα σε απουσία οποιασδήποτε οργανικής, συστηματικής ή μεταβολικής νόσου. Τα υπόλοιπα συμπτώματα τα οποία αναφέρονταν στα κριτήρια Ρώμης II δεν καλύπτονται πλέον από την "ομπρέλα" της λειτουργικής δυσπεψίας. Επίσης δημιουργούνται δύο υποομάδες, ομάδα σχετιζόμενη με γεύμα και ομάδα σχετιζόμενη με άλγος, δίνοντας τις ονομασίες σύνδρομα επιγαστρικού άλγους και μεταγευματικό distress σύνδρομο. Προς το παρόν τα νέα αυτά σύνδρομα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για ερευνητικούς σκοπούς και όχι στην κλινική πράξη, μέχρι την πλήρη αξιολόγησή τους.

Πληρότητα και πρώιμος κορεσμός αντιπροσωπεύουν μια ξεχωριστή ομάδα, διαφορετική από τη ναυτία και τον έμετο. Υπάρχουν πλέον δύο διαφορετικές οντότητες -σύνδρομα τα οποία καθορίστηκαν στα κριτήρια Ρώμης III: το σύνδρομο κυκλικών εμέτων και η χρόνια ιδιοπαθής ναυτία.

Τώρα, όσον αφορά τα κριτήρια των λειτουργικών διαταραχών του παχέος εντέρου και των υποομάδων του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, οι κυριότερες αλλαγές που επιτελέστηκαν είναι:

1. Εισαγωγή της συχνότητας των συμπτωμάτων σαν "κατώφλι" για να συναντήσουν τα κριτήρια (π.χ. τρεις οι περισσότερες ημέρες το μήνα για τους τρεις τελευταίους μήνες)
2. Διάρκεια συμπτωμάτων (μειώθηκαν περισσότερο από έξι μήνες)
3. Πλήρης διάκριση των υποομάδων του ευερέθιστου εντέρου.

Η επιτροπή Ρώμης II δημιούργησε

υποομάδες του IBS βασιζόμενη στη συχνότητα των κενώσεων, το σχήμα των κοπράνων και τα συμπτώματα κατά την αφόδευση. Όμως, λόγω της πολυπλοκότητας στην κλινική πράξη αλλά και λόγω ελλείψεως καλά τεκμηριωμένων βιβλιογραφικών δεδομένων, η δημιουργία-αναθεώρηση των υποομάδων του IBS βασίστηκε μόνο στη σύσταση των κοπράνων, κάτι το οποίο υποστηρίζουν και πρόσφατες μελέτες.

Η νέα προτεινόμενη ταξινόμηση η οποία βασίστηκε μόνο στη σύσταση των κοπράνων είναι: IBS με δυσκοιλιότητα, IBS με διάρροια, μικτό IBS και IBS ακαθόριστο.

Οι ασθενείς με μικτό IBS εμφανίζουν σκληρά και πολτώδη κόπρανα ανά περιόδους ωρών ή ημερών, ενώ οι ασθενείς με εναλλαγές των "συνηθειών" του εντέρου αλλάζουν υποομάδα ανά περιόδους εβδομάδων ή και μηνών. Το σχήμα των κοπράνων καθορίζεται σύμφωνα με την κλίμακα Bristol συσχετίζοντας το με το χρόνο διέλευσής τους από το έντερο.

Κλείνοντας, η σημαντικότερη αλλαγή η οποία έλαβε χώρα στις λειτουργικές διαταραχές της χοληδόχου κύστεως και του σφιγκτήρα του Oddi, είναι ότι πλέον, δεν αναφέρεται γενικά σαν λειτουργικές διαταραχές των χοληφόρων, αλλά εφεξής λαμβάνεται υπόψη το αντίστοιχο ανατομικό σημείο γένεσης του προβλήματος.

Επίσης ο όρος biliary-like syndrome αναπτύχθηκε συναινετικά:

1. Άλγος εντοπισμένο στο επιγάστριο ή/ και στο δεξιό άνω τεταρτημόριο
2. Υποτροπιάζοντα επεισόδια εμφα-

νιζόμενα σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα (όχι καθημερινά)
3. Επεισόδια άλγους διάρκειας 30 λεπτών ή και περισσότερο, με αυξανόμενη ένταση (μέση ή υψηλή) τα οποία επηρεάζουν την καθημερινό-

τητα του ασθενούς ή τον οδηγούν στο νοσοκομείο.
 Ενισχυτικά συμπτώματα είναι εάν ο πόνος εμφανιστεί με ένα από τα παρακάτω:

1. Συνδυασμός με ναυτία ή έμετο
2. Ακτινοβολεί στην περιοχή της πλάτης ή στη δεξιά ωμοπλαταιαία χώρα και
3. Νυκτερινή αφύπνιση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΥΣΠΕΨΙΑ	
Διάρκεια συμπτωμάτων τουλάχιστον 3 μήνες, με έναρξη τους τελευταίους 6 μήνες, και τα οποία εμφανίζονται με ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:	
* Μεταγευματική πληρότητα	* Επιγαστρικό άλγος
* Πρώιμος κορεσμός	* Επιγαστρικός καύσος
ΚΑΙ	
* Κανένα στοιχείο ιστικής βλάβης (συμπεριλαμβανομένης της ενδοσκόπησης του ανωτέρου πεπτικού) το οποίο να δικαιολογεί τα συμπτώματα.	

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ	
Διάρκεια τουλάχιστον 3 μήνες, με έναρξη τους τελευταίους 6 μήνες, με ΟΛΑ τα παρακάτω:	
Πόνος και καύσος τα οποία:	* Εναλλάσσονται * Εντοπίζονται στο επιγάστριο, τουλάχιστον μέσης εντάσεως, μια φορά την εβδομάδα
Και ΟΧΙ	1. γενικευμένα ή εντοπισμένα σε άλλη περιοχή της κοιλίας ή του θώρακα 2. να επέρχεται ανακούφιση με την αφόδευση ή την εκτόνωση αερίων 3. να πληροί τα κριτήρια για διαταραχές της χοληδόχου κύστης ή του σφιγκτήρα του Oddi

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΟ DISTRESS ΣΥΝΔΡΟΜΟ	
Τουλάχιστον 3 μήνες, με έναρξη τους 6 τελευταίους μήνες, με ένα από τα παρακάτω:	
* Μεταγευματικές ενοχλήσεις	1. οι οποίες εμφανίζονται μετά από κανονικού μεγέθους γεύματα 2. τουλάχιστον μερικές φορές την εβδομάδα
Ή	
* Πρώιμος κορεσμός	1. που εμποδίζει την ολοκλήρωση ενός κανονικού μεγέθους γεύματος 2. και εμφανίζεται τουλάχιστον μερικές φορές την εβδομάδα

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΥΚΛΙΚΩΝ ΕΜΕΤΩΝ	
Τουλάχιστον 3 μήνες, με έναρξη τους τελευταίους 6 μήνες, με:	
* Τυπικά επεισόδια εμέτων με οξεία έναρξη και διάρκεια 1 εβδομάδας τουλάχιστον * 3 ή περισσότερα ξεχωριστά επεισόδια τα προηγούμενα έτη * Απουσία ναυτίας και εμέτων μεταξύ των επεισοδίων	
Ενισχυτικά κριτήρια: Ιστορικό κεφαλαλγίας, τύπου ημικρανίας ή οικογενειακού ιστορικού ημικρανίας,	

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΝΑΥΤΙΑ	
Διάρκεια επεισοδίων τουλάχιστον 3 μήνες, με έναρξη 6 μήνες πριν.	
* Ναυτία η οποία εμφανίζεται τουλάχιστον μερικές φορές κατά τη διάρκεια της εβδομάδας τους 3 τελευταίους μήνες * Δεν ακολουθεί συνήθως έμετος * Απουσία παθολογικών ευρημάτων στην ενδοσκόπηση του ανωτέρου πεπτικού ή μεταβολικής νόσου η οποία δικαιολογεί τη ναυτία	

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	
Διάρκεια επεισοδίων τουλάχιστον 3 μήνες, με έναρξη 6 μήνες πριν, αποτελούμενα από υποτροπιάζοντα κοιλιακά άλγη ή δυσφορία**, σε συνδυασμό με δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα:	
* Ύφεση συμπτωμάτων με τις κενώσεις και /ή * έναρξη των συμπτωμάτων που συνδυάζεται με αλλαγή της συχνότητας των κενώσεων και /ή * έναρξη των συμπτωμάτων που συνδυάζεται με αλλαγή της μορφής των κοπράνων.	
** Ως δυσφορία περιγράφεται η δυσάρεστη αίσθηση και όχι πόνος	

Συνέδρια**Συνέδρια**

Ουάσινγκτον, θα πάτε;

γράφει η *Νάγια Μπουμπόση*

Digestive Disease Week 2007

May 19 - 24, 2007 - Washington Convention Center, Washington DC **Turning Science into Medicine**

Φέτος την άνοιξη η παραδοσιακή συνάντηση DDW θα λάβει χώρα στις 19-24 Μαΐου, στην Ουάσινγκτον D.C. την πρωτεύουσα των Η.Π.Α. Παρ' ότι το πρόγραμμα αυτού του συνεδρίου είναι ιδιαίτερα απαιτητικό, για όσους από εσάς επισκεφθείτε την πόλη υπάρχουν κάποια πράγματα που δεν πρέπει να χάσετε...

Πρόκειται για μια πόλη που αναδύθηκε από το «πουθενά», 200 χρόνια πριν. Μετά από πολλές διαβουλεύσεις και πολιτικές «συμφωνίες και κόντρες» η περιοχή επελέγη το 1791 από τον G. Washington, πρώτο πρόεδρο της Αμερικής. Ανέθεσε στον Γάλλο Pierre Charles L'Enfant να σχεδιάσει μια νέα πόλη σε μια δεκάδα τετραγωνικά μίλια εκατέρωθεν του ποταμού Πότομακ. Με απόλυτο κέντρο το λόφο του Καπιτωλίου ο παριζιάνος σχεδιαστής οραματίστηκε μια πόλη με μακρόπνοη προοπτική ανάπτυξης. Μεγάλες λεωφόροι ξεδιπλώνονται ακτινωτά από το κέντρο με πολλά μεγάλα και ιστορικά μνημεία να στολίζουν την πόλη. Παρ' ότι το αρχικό σχέδιο του L'Enfant τροποποιήθηκε αρκετά, η βασική του αυτή σύλληψη διατηρήθηκε καθιστώντας την πρωτεύουσα μοναδική σε σχέση με τις άλλες αμερικανικές πόλεις.

Λίγα χρόνια μετά την ίδρυσή της, το 1814, οι Βρετανοί κατέλαβαν την πόλη, κατέστρεψαν και έκαψαν όλα τα δημόσια κτίρια. Μέσα στην επόμενη δεκαετία οι ζημιές είχαν αποκατασταθεί. Η σύγχρονη πόλη διατηρεί αρχιτεκτονικά έναν έντονο ελληνικό και ρωμαϊκό χαρακτήρα.

Το επίσημο όνομα της Washington D.C. με τους 600.000 περίπου κατοίκους, είναι «διοικητική περιφέρεια της Κολούμπια» (District of Columbia, D.C.), και δεν πρέπει να συγχέεται με την ομώνυμη πολιτεία Washington που βρίσκεται στα βορειοδυτικά της χώρας. Πρόκειται για ένα διοικητικό διαμέρισμα, κάτι παραπάνω από πόλη αλλά όχι πολιτεία, που αγκαλιάζεται από τη Βιρτζίνια και το Μέριλαντ. Για πιο εύκολο προσανατολισμό, χωρίζεται σε τέσσερα τεταρτημόρια που δανείζονται τ' όνομά τους από τα σημεία του οριζοντα: βορειοδυτικό (NW), νοτιοδυτικό (SW), βορειοανατολικό (NE) και νοτιοανατολικό (SE). Σημείο τομής των τεσσάρων περιοχών είναι το κτίριο του Καπιτωλίου. Δρόμοι με ονόματα αριθμών διατρέχουν την πόλη βόρεια και νότια, ενώ αυτοί με γράμματα κινούνται στον άξονα ανατολής δύσης σε αλφαβητική σειρά και αύξοντα αριθμό συλλαβών όσο απομακρύνεται κανείς από το κέντρο. Η μετακίνηση γίνεται εύκολα με ένα πλούσιο δίκτυο πέντε γραμμών μετρό με ονόματα χρωμάτων που συμπλη-

ρώνεται από πολλές λεωφορειακές γραμμές. Το βασικό εισιτήριο κοστίζει 1,35\$, ενώ αυξάνεται τις ώρες αιχμής και ανάλογα με την απόσταση που θέλετε να καλύψετε. Αν μάλιστα πρόκειται να συνδυάσετε μετρό με λεωφορείο πρέπει να προμηθευτείτε κάρτα μετεπιβίβασης από τον αρχικό σταθμό. Τα περισσότερα από τα ξενοδοχεία των συνεδρών θα εξυπηρετούνται με shuttle bus αλλά εκτός από αυτά το Συνεδριακό Κέντρο έχει άμεση πρόσβαση με το μετρό

(Στάση Mt Vernon Sq/7th St. Convention Center κίτρινη ή πράσινη γραμμή).

Ταξί κυκλοφορούν άφθονα και μπορείτε να τα σταματήσετε οπουδήποτε στο δρόμο. Άλλα φέρουν άδεια κυκλοφορίας D.C. και άλλα των γειτονικών πολιτειών. Η διαφορά τους έγκειται στο ότι αυτά της πρωτεύουσας λειτουργούν με τιμές ζωνών, ενώ τα υπόλοιπα με μετρητή ανάλογα με τη διανυόμενη απόσταση.





Όπως κι αν αποφασίσετε να κινηθείτε στην Ουάσινγκτον πρώτος προορισμός σας πρέπει να είναι το National Mall. Πρόκειται για μια μεγάλη περιοχή στο κέντρο της πόλης που φιλοξενεί τα περισσότερα από τα μνημειώδη κτίρια και κέντρα εξουσιών της χώρας. Εδώ θα βρείτε το Καπιτώλιο, το Λευκό Οίκο και το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών. Έχετε τη δυνατότητα να επισκεφθείτε εκ των έσω τα κτίρια αυτά, με εξαίρεση το Λευκό Οίκο όπου οι δεκαμελείς ομάδες επισκεπτών καθορίζονται με προσυνηννόηση τουλάχιστον έξι μήνες πριν. Για λόγους ασφαλείας οι επισκέψεις στο Καπιτώλιο γίνονται μόνο με ξηναγό 9-4.30 Δευτέρα με Σάββατο και διαρκούν 45 λεπτά. (Σε όλα τα κτίρια και τα περισσότερα μουσεία η είσοδος είναι δωρεάν.)

Ανάμεσά τους δεσπόζει το μνημείο του Ουάσινγκτον χτισμένο προς τιμή του απελευθερωτή και πρώτου προέδρου της χώρας. Πρόκειται για έναν αιγυπτιακό οβελίσκο, ο ψηλότερος παγκοσμίως και ό,τι πιο ψηλό στην πόλη μια και τα κτίσματα εδώ δεν ξεπερνούν τους τρεις με τέσσερις ορόφους. Έχει εσωτερικό ασανσέρ που οδηγεί στην κορυφή, στην ωραιότερη θέα της πόλης και παραμένει ανοιχτό από τις 8.00 ως τα μεσάνυχτα. Άλλωστε όλα αυτά τα μνημεία και κτίρια φωταγωγούνται κατά τέτοιο τρόπο που δείχνουν ιδιαίτερα θεαματικά μετά τη δύση του ήλιου.

Το μνημείο που είναι αφιερωμένο στον πρόεδρο Λίνκολν, έχει τη μορφή αρχαίου ελληνικού ναού. Οι τριάντα έξι κίονες αντιπροσωπεύουν τον αριθμό των αμερικανικών πολιτειών την εποχή του θανάτου του Λίνκολν.

Πολλά ακόμα μνημεία εντυπωσιακής αρχιτεκτονικής θα βρείτε στη βόλτα σας στο National Mall, όπως του Thomas Jefferson, του Franklin Delano Roosevelt, των βετεράνων της Κορέας, των βετεράνων του Βιετνάμ, ανάμεσα σε εκτεταμένες κατάφυτες εκτάσεις. Όταν συναντήσετε το Πεντάγωνο, το κτίριο του FBI και πολλά άλλα υπουργεία θα τα αναγνωρίσετε στα σίγουρα. Αν δεν τα έχετε δει στις ειδήσεις θα τα θυμάστε με βεβαιότητα από κάποια κινηματογραφική ταινία.

Σχεδόν μέσα στο National Mall βρίσκεται και ένα από τα μεγαλύτερα συμπλέγματα μουσειών του

Smithsonian Institute. Σ' αυτό ανήκουν 17 μουσεία και ο Εθνικός Ζωολογικός Κήπος. Με τόσο μεγάλη ποικιλία μπορεί η επιλογή να μην είναι και τόσο εύκολη, αλλά μην χάσετε το "Air and Space" αφιερωμένο στην περιπέτεια του ανθρώπου στην ατμόσφαιρα και έξω απ' αυτή. Είναι από τα πιο διάσημα της πόλης με τη μεγαλύτερη επισκεψιμότητα σε όλη τη χώρα. Το μουσείο Φυσικής Ιστορίας θα μπορούσε να προσελκύσει εκτός από σας και τους νεότερους συνοδούς σας. Μουσείο Κατασκοπίας μάλλον δεν έχετε ξανακούσει· μόνο εδώ θα μπορούσατε να το βρείτε...!

Η Βιβλιοθήκη του Κογκρέσου είναι μια από τις μεγαλύτερες παγκοσμίως περιλαμβάνοντας 81 εκατομμύρια αντικείμενα. Μη χάσετε την ευκαιρία να δείτε την κυριώς αίθουσα ανάγνω-

Με απόλυτο κέντρο το λόφο του Καπιτωλίου ο παριζιάνος σχεδιαστής οραματίστηκε μια πόλη με μακρόπνοη προοπτική ανάπτυξης. Μεγάλες λεωφόροι ξεδιπλώνονται ακτινωτά από το κέντρο με πολλά μεγάλα και ιστορικά μνημεία να στολίζουν την πόλη

σης που από μόνη της αποτελεί ένα κόσμημα, πέρα από την αξία του περιχομένου της.

Ακόμα κι αν δε χρησιμοποιήσετε το τρένο, επιβάλλεται μια επίσκεψη στο σιδηροδρομικό σταθμό Union, με την απaráμιλλη αρχιτεκτονική.

Η πιο παλιά συλλογή έργων τέχνης στην Ουάσινγκτον στεγάζεται στην Corcoran Gallery of Art, το πρώτο μουσείο μοντέρνας τέχνης είναι το Phillips Collection, και βέβαια πλούσιες συλλογές που καλύπτουν σύγχρονες και κλασικές δημιουργίες διαθέτει η National Art Gallery.



Δεύτερη μετά τη Νέα Υόρκη σε αριθμό θέσεων για καλλιτεχνικά θεάματα η πρωτεύουσα φιλοξενεί κάθε χρόνο μεγάλες παραγωγές επί σκηνής. Δίπλα στο ποτάμι το «John F. Kennedy Center for Performing Arts» περιλαμβάνει δύο θεατρικές αίθουσες, ένα συναυλιακό χώρο και μια σκηνή όπερας. Άλλες καλές επιλογές για να απολαύσετε ένα θέαμα είναι τα Arena Stage, The Folger Shakespeare Library και National Theater.

Για ψώνια μπορείτε να περιπλανηθείτε σε διάφορες περιοχές όπως στη U Street, γειτονιά του Duke Ellington, στα funky καταστήματα της Adams Morgan το πιο πολύχρωμο και ζωντανό προάστιο, στην ανατολική αγορά στο Capitol Hill, ή στην Georgetown όπου θα μείνετε και για φαγητό ή για ένα βραδινό ποτό. Αυτή η συνοικία, με το ομώνυμο πανεπιστήμιο διεθνούς φήμης και τους ιστορικούς δρόμους του 18ου αιώνα, σίγουρα θα τραβήξει το ενδιαφέρον σας. **Μια απλή αναφορά σε μερικές περιοχές δεν αρκεί να καλύψει την ποικιλία ενδιαφερόντων σε όλες τις γειτονίες της πόλης. Κάθε μια έχει το δικό της χαρακτήρα και σας προκαλεί να την ανακαλύψετε. Σε όλες της τις εκφάνσεις η Ουάσινγκτον δεν χάνει τον κοσμοπολίτικο και πολυπολιτισμικό χαρακτήρα της μια και φιλοξενεί μυριάδες πολιτικούς, διπλωμάτες, και κυβερνητικούς υπαλλήλους από όλη την επικράτεια. Είναι η πρωτεύουσα κι αυτό πλανάται στην ατμόσφαιρά της! Απολαύστε την!**

Καλό ταξίδι!



Ενημέρωση από τους



Συνεργάτες μας

Σχέση Ευερέθιστου Εντέρου και Ψυχικών Διαταραχών. Προτεινόμενες Ψυχολογικές Θεραπευτικές Μέθοδοι

γράφει η **Ερασμία Η. Κοίλιαρη***

Το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (Irritable Bowel Syndrome - IBS) είναι η πιο συχνή λειτουργική διαταραχή του γαστρεντερικού συστήματος. Ανάλογα με το προέχον σύμπτωμα το σύνδρομο ταξινομείται σε IBS-C (προέχει η δυσκοιλιότητα), σε IBS-D (προέχει η διάρροια) και σε IBS-P (προέχει ο πόνος).

Η συχνότητα του IBS κυμαίνεται παγκοσμίως από 5-25%. Εμφανίζεται συνήθως σε άτομα νεαρής ηλικίας, ενώ παρουσιάζει πτωτική τάση μετά την ηλικία των 50 ετών. Οι γυναίκες πάσχουν πιο συχνά από τους άντρες (2:1).

Οι ασθενείς που νοσούν από IBS υποφέρουν συχνά από συμπτώματα ψυχικής πίεσης (stress). Το stress μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα από το έντερο σε κάθε άνθρωπο, αλλά στα άτομα αυτά τα συμπτώματα γίνονται αντιληπτά ως πιο έντονα.

Παλαιότερη έρευνα είχε καταλήξει στο συμπέρασμα, ότι οι ψυχικές διαταραχές συνυπάρχουν με το IBS στο υψηλό ποσοστό του 93%. Ενδεικτικά αναφέρονται η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (η συχνότητα της κατάθλιψης στη διάρκεια της ζωής πασχόντων από IBS ανέρχεται σε 61%), η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, οι σωματοποιητικές διαταραχές και γενικότερα οι νευρωσικές διαταραχές, στις οποίες περιλαμβάνονται οι διαταραχές πανικού και οι φοβίες, όπως η φοβία ύπαρξης σοβαρής νόσου. Μελέτες, ωστόσο, αναφέρουν ότι η κατάθλιψη και το άγχος που περιγράφεται σε ασθενείς με σοβαρό ή ανθεκτικό IBS οφείλεται εν μέρει στην αρνητική επίδραση της χρόνιας νόσου στην ποιότητα της ζωής τους (δημιουργία φαύλου κύκλου). Αυτοί είναι και οι λόγοι που το εν λόγω σύν-

δρομο ταυτίστηκε εν πολλοίς με τον ψυχολογικό παράγοντα.

Έχει καταγραφεί, ότι τα άτομα με διαγνωσμένο IBS, τα οποία δεν αναζητούν ιατρική βοήθεια, εμφανίζουν παρόμοιο ψυχολογικό προφίλ με τα υγιή άτομα. Αντιθέτως, οι ασθενείς με IBS, που αποφασίζουν να επισκεφτούν τον ειδικό, παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα ψυχικών διαταραχών και έχουν περισσότερα και σοβαρότερα γαστρεντερικά συμπτώματα.

Χαρακτηριστική στους εν λόγω ασθενείς είναι η λεγόμενη «Μαθημένη συμπεριφορά νόσου» (Learned illness

τα αποτελέσματα της διαγνωστικής διερεύνησης, ηρεμεί παροδικά τον ασθενή και ανακουφίζει τα συμπτώματά του, καθώς η επίσκεψή του αποτελεί ένα υποκατάστατο, στο οποίο διοχετεύει το έντονο άγχος που αισθάνεται. Αποτέλεσμα αυτού είναι οι συχνότερες επισκέψεις του απόμου στον ειδικό ιατρό και η έναρξη ενός φαύλου κύκλου, στον οποίο εγκλωβίζεται ο ασθενής, παρά τις επίμονες διαβεβαιώσεις του ειδικού να αλλάξει στάση αντιμετώπισης της ασθένειάς του (η κατάσταση αυτή ομοιάζει με τις διαταραχές σωματοποίησης).

Σύμφωνα με την άποψη της ψυχαναλυτικής σχολής, οι πάσχοντες από IBS είναι γενικώς άτομα ψυχαναγκαστικά, που προσπαθούν να ελέγχουν τις παρορμήσεις τους. Ο Φροϋδικοί ισχυρίζονται, πως η προσκόλληση ενός παιδιού στο πρωκτικό στάδιο της ανάπτυξής του (20-30 έτος της ζωής), έχει ως συνέπεια την παλινδρόμησή του σε αυτό κατά την ενήλικη ζωή. Κάθε φορά, δηλαδή, που το άτομο βιώνει μια έντονα στρεσογόνο κατάσταση, παλινδρομεί μερικώς ή ολικώς σε προγενέστερα στάδια ανάπτυξής του, υιοθετώντας αντίστοιχες συμπεριφορές ή σκέψεις (παθολογική κατάσταση, όταν δεν συμβαίνει κατά τη διάρκεια του ύπνου). Οι ασθενείς του σταδίου αυτού είναι χαρακτηριστικά μεθοδικοί, ευσυνειδητοί και σχολαστικοί με την καθαριότητα και την τάξη. Η κρίση τους, όταν αφορά στις συναισθηματικές εκρήξεις των άλλων, είναι ιδιαίτερα αυστηρή, ενώ παρουσιάζονται εξαιρετικά ευάλωτοι, όταν οι ίδιοι γίνονται στόχος εχθρικής ή απορριπτικής συμπεριφοράς. Επιπλέον, πρόκειται για άτομα δύσπιστα και φειδωλά στην εξωτερική έκθεση των συναισθημάτων τους. Η φάση του αυτοελέγχου χαρακτηρίζεται από

Οι ασθενείς που νοσούν από IBS υποφέρουν συχνά από συμπτώματα ψυχικής πίεσης (stress). Το stress μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα από το έντερο σε κάθε άνθρωπο, αλλά στα άτομα αυτά τα συμπτώματα γίνονται αντιληπτά ως πιο έντονα

behavior). Αυτό σημαίνει πως οι πάσχοντες από IBS έχουν συνδέσει τα σωματικά τους ενοχλήματα με την ανάγκη να επισκεφθούν τον ειδικό ιατρό. Η επιβεβαίωση του ειδικού πως δεν υφίσταται λόγος ανησυχίας, όπως συνήθως μαρτυρούν τα ευρήματα της φυσικής εξέτασης και

*Η κα Κοίλιαρη είναι ειδικευόμενη νευροψυχολόγος στο Πανεπιστήμιο της Κρήτης.

δυσκοιλιότητα που συνοδεύεται συχνά από κεφαλαλγία, ενώ η διάρροια είναι συχνότερη σε φάσεις συναισθηματικής αναστάτωσης ή εγκατάλειψης.

Η φυσιολογική αλληλεπίδραση εγκεφάλου-εντέρου μέσω του ομώνυμου άξονα (Brain – Gut Axis)

Η λειτουργία του ΚΝΣ σχετίζεται με αυτή των εντέρων μέσω του εξειδικευμένου Εντερικού Νευρικού Συστήματος (ΕΝΣ). Το ΕΝΣ ελέγχει αυτόνομα τη λειτουργία του εντέρου, το μεταναστευτικό κινητικό σύμπλεγμα και την περίσταση, ενώ το ίδιο βρίσκεται υπό την άμεση και συνεχή επιρροή τόσο του Παρασυμπαθητικού Συστήματος (πνευμονογαστρικό νεύρο), όσο και του Συμπαθητικού, από τα οποία και τροποποιείται.

Ο άξονας εγκεφάλου-εντέρου ξεκινά από τις αισθητικές απολήξεις των προσαγωγών νευρώνων του εντερικού τοιχώματος και καταλήγει στο μεταιχμιακό σύστημα. Το μεταιχμιακό σύστημα, το Νευρωνικό δηλαδή Κύκλωμα που αφορά στα συναισθήματα, αποτελείται από τον Πρόσθιο Συνδεσμικό φλοιό, το φλοιό της Νήσου του Εγκεφάλου, τον Προμετωπιαίο φλοιό, την Αμυγδαλή, τον Υποθάλαμο, τον Ιππόκαμπο, τον Πρόσθιο και Έσω Θάλαμο. Συγκεκριμένα, αισθητικές πληροφορίες από το έντερο μεταδίδονται στο οπίσθιο κέρατος του νωτιαίου μυελού μέσω των νωτιαίων κεντρομόλων νευρώνων. Νευρώνες του ραχιαίου κέρατος στέλνουν ανιόντα κεντρομόλα μηνύματα στο δικτυωτό σχηματισμό του Στελέχους και στο Θάλαμο. Από τις περιοχές αυτές προσαγωγή μηνύματα μεταδίδονται στο φλοιό της Νήσου του Εγκεφάλου (Insular cortex) για τη διαδικασία διαφοροποίησης και ταυτοποίησης των συμπτωμάτων και στον Πρόσθιο Συνδεσμικό φλοιό (Anterior cingulated cortex), όπου εκτιμάται η σοβαρότητα και κωδικοποιείται το συγκινησιακό στοιχείο του πόνου. Τέλος, μηνύματα από τις δύο τελευταίες πηγές φθάνουν στον Προμετωπιαίο φλοιό (Prefrontal cortex), στον οποίο λαμβάνει χώρα η γνωσιακή διαδικασία.

Η σύνδεση εγκεφάλου-εντέρου γίνεται, επίσης, μέσω κατιουσών ρυθμι-

στικών οδών (Κατιόν Αναλγητικό Σύστημα), η ενεργοποίηση των οποίων μπορεί να τροποποιήσει την εμπειρία του πόνου.

Συνεπώς, η φυσιολογική γαστρεντερική λειτουργία είναι αποτέλεσμα μιας σωστής συνεργασίας της εντερικής κινητικής, αισθητικής και αυτόνομης δραστηριότητας με τη δραστηριότητα του ΚΝΣ, οι οποίες αλληλεπιδρούν μέσω παράλληλων κυκλωμάτων διπλής κατεύθυνσης. Ο άξονας εγκεφάλου-εντέρου συνδέει τις κεντρομόλες σπλαγχνικές αισθήσεις και την εντερική κινητική λειτουργία με υψηλότερα φλοιώδη κέντρα, τα οποία τις ρυθμίζουν και τις τροποποιούν.

Σύμφωνα με την άποψη της ψυχαναλυτικής σχολής, οι πάσχοντες από IBS είναι γενικώς άτομα ψυχαναγκαστικά, που προσπαθούν να ελέγχουν τις παρορμήσεις τους

Ο Άξονας Εγκεφάλου-Εντέρου στο Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (IBS)

Υπάρχουν περιοχές κατά μήκος του άξονα εγκεφάλου-εντέρου, όπου οι σπλαγχνικές εντερικές αισθήσεις μπορούν δυνητικά να ενισχύονται σε ασθενείς με IBS. Οι περιοχές αυτές είναι:

- A) Τα περιφερικά νεύρα και οι νευρώνες του οπισθίου κέρατος και του δικτυωτού σχηματισμού. Σε περιπτώσεις που οι νευρώνες αυτοί είναι υπερευαίσθητοι, οδηγούν σε αυξημένη διέγερση του Θαλάμου.
- B) Οι υποφλοιώδεις περιοχές του μεταιχμιακού συστήματος. Η διαδικασία επεξεργασίας του πόνου στο μεταιχμιακό σύστημα επηρεάζεται από τη διάθεση. Έτσι, σε περιπτώσεις που ο ασθενής ταλαινίζεται από αρνητικά συναισθήματα, είναι

δυνατό να παρατηρηθεί ενίσχυση των πληροφοριών που προέρχονται από το τοίχωμα και τον αυλό του εντέρου, π.χ. διάταση.

- Γ) Οι φλοιώδεις περιοχές του μεταιχμιακού συστήματος. Φλοιώδεις παράγοντες, όπως η μνήμη προηγούμενου πόνου, η συμπεριφορική απάντηση στα συμπτώματα και οι ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες είναι δυνατόν να αλληλεπιδρούν με τα μεταιχμιακά νευρωνικά κυκλώματα και να ενισχύουν την εμπειρία του πόνου.

Η σχέση του IBS με το stress

Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των λειτουργικών συμπτωμάτων από το έντερο. Αξίζει να αναφερθεί, ότι πολλοί ασθενείς με IBS είχαν αντιμετωπίσει έντονο συναισθηματικό stress κατά την παιδική τους ηλικία, π.χ. διαζύγιο γονέων, θάνατο προσφιλοῦς προσώπου, κακοποίηση κ.ά.

Το stress διεγείρει το μεταιχμιακό σύστημα είτε άμεσα, είτε έμμεσα μέσω της αυξημένης έκκρισης CRF (corticotropin releasing factor) από τον Υποθάλαμο. Επιπλέον, ο CRF οδηγεί σε αυξημένη παραγωγή ACTH από την Υπόφυση, η οποία, εν συνεχεία, αυξάνει την έκκριση κορτιζόλης από τα επινεφρίδια. Η κορτιζόλη αυξάνει την κινητικότητα του παχέος εντέρου.

Τέλος, έχει παρατηρηθεί, ότι σε συνθήκες ψυχοκοινωνικού stress ενεργοποιούνται οι παρασυμπαθητικοί απαγωγοί νευρώνες από το ΚΝΣ προς το ΕΝΣ.

Το οξύ stress ευθύνεται μόνο για ένα μικρό ποσοστό της μεταβλητότητας των καθημερινών συμπτωμάτων. Αντίθετα, έχει αποδειχτεί, ότι το χρόνιο stress είναι αυτό που σχετίζεται σε υψηλό ποσοστό με την εμφάνιση, την υποτροπή ή την επιδείνωση των συμπτωμάτων.

Η ανάρρωση από τις λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές είναι σπάνια, εάν δεν αντιμετωπιστεί πρωτίστως το χρόνιο stress του ασθενούς. Η μείωση δε του χρόνιου stress είναι ένας υψηλά επιτεύξιμος θεραπευτικός στόχος.

Ψυχολογικές θεραπείες

Ένας αριθμός ψυχολογικών θεραπειών εφαρμόζεται συχνά σήμερα για την αντιμετώπιση ασθενών με σοβαρό IBS ή με IBS μέτριας βαρύτητας, που ανθίσταται στη θεραπεία. Οι εν λόγω θεραπείες μπορούν να συνδυαστούν με φαρμακοθεραπεία.

Μια από τις πιο διαδεδομένες ψυχοθεραπείες, που επιλέγεται στην αντιμετώπιση του IBS είναι η υπονοθεραπεία. Η ύπνωση, που πραγματοποιείται κατά την υπονοθεραπεία, είναι μια ψυχοφυσιολογική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από αυξημένη υποβολιμότητα, στην οποία ο ασθενής είναι σε θέση να εφαρμόζει τις συστάσεις και παροτρύνσεις του θεραπευτή, καταστέλλοντας τις δυνάμεις της συνειδητής κριτικής. Πρόκειται για μια μεταβλημένη κατάσταση της συνείδησης κατά την οποία οι νοητικές λειτουργίες της προσοχής και της αντίληψης είναι σε πλήρη δραστηριότητα. Τα άτομα που κάνουν υπονοθεραπεία δεν χάνουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους κατά τη διάρκεια της ύπνωσης. Έχουν επίγνωση της ταυτότητάς τους και του χώρου που βρίσκονται, ενθυμούμενοι τα πάντα, εκτός από την περίπτωση που η αμνησία είναι στόχος της θεραπείας. Με την ύπνωση μειώνεται η προσοχή σε όλα τα ερεθίσματα και εστιάζεται σε αυτό που έχει θεραπευτική αξία. Η ύπνωση επιτρέπει στα άτομα μέσω μιας εσωτερικής εμπύθισης, συγκέντρωσης και εστιασμένης προσοχής να κάνουν καλύτερη χρήση του δυναμικού τους και του αυτοελέγχου τους. Οι θεραπευόμενοι αναφέρουν αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο σκέφτονται, αισθάνονται και συμπεριφέρονται. Αυτό οφείλεται στις ιδιαίτερα σημαντικές γνωσιακές αλλαγές που επιτυγχάνονται, οι οποίες στοχεύουν στη μείωση του άγχους και των δυσθυμικών συναισθημάτων και την ανακούφιση από το stress.

Ο βασικός μηχανισμός μέσω του οποίου δρα η ύπνωση είναι η τροποποίηση του Πρόσθιου Συνδεσμικού φλοιού του μεταιχμιακού συστήματος. Μελέτες, επίσης, έχουν καταλή-

ξει στο συμπέρασμα, ότι η ύπνωση δρα θετικά στη σπλαγχνική υπεραισθησία (αύξηση του ουδού του πόνου), ιδιαίτερα μετά την πρόσληψη τροφής και μειώνει την εντερική κινητικότητα.

Άλλα μοντέλα συμπεριφορικής θεραπείας, τα οποία εφαρμόζονται για να μειώσουν τη δραστηριότητα του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος, είναι η **θεραπεία συμπεριφοράς** ή η λεγόμενη συστηματική απευαισθητοποίηση του ασθενούς, ώστε να αντιδρά ήρεμα στα ερεθίσματα-σ-

Έχει αποδειχτεί, ότι το χρόνιο stress είναι αυτό που σχετίζεται σε υψηλό ποσοστό με την εμφάνιση, την υποτροπή ή την επιδείνωση των συμπτωμάτων

μπώματα (χωρίς δηλαδή συναισθηματικές εξάρσεις άγχους ή φόβου) και η **αυτογενετική εκπαίδευση**. Ο συνδυασμός των θεραπειών αυτών είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός σε γυναίκες με μέτρια ή σοβαρή συμπτωματολογία IBS και δρα με τρόπο παρόμοιο της ύπνωσης. Πιο συγκεκριμένα, η εφαρμογή των εν λόγω θεραπειών αυξάνει τον ουδό των αισθητικών νευρώνων του ΕΝΣ, επιδρά στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού ενισχύοντας τους κατασταλτικούς απαγωγούς νευρώνες και μειώνει την ενεργοποίηση του μεταιχμιακού συστήματος και την έκκριση του CRF. Τέλος, η **βιοανατροφοδότηση** είναι μια επιπλέον επιλογή αυτής της θεραπευτικής κατηγορίας, η οποία μπορεί να προσφέρει πολύ καλά αποτελέσματα.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι η πιο συχνά εφαρμοζόμενη ψυχοθεραπεία στη χώρα μας σε

ασθενείς με IBS. Η εν λόγω θεραπεία περιλαμβάνει ταξινόμηση των μεγαλύτερων στρεσογόνων ερεθισμάτων στη ζωή του ασθενούς κατά αύξουσα σειρά, αλλά και των δυσλειτουργικών γνωσιών, οι οποίες ενισχύουν το άγχος-φόβο του ασθενούς. Οι αρνητικές γνωσίες προκαλούν τέτοιου είδους συναισθήματα και συμπεριφορές που δυσχεραίνουν την προσαρμογή του ατόμου. Έτσι, δημιουργείται ένα κυκλικό σχήμα που συντελεί στην επιβεβαίωση και διατήρηση των προβληματικών γνωστικών σχημάτων. Στόχος της θεραπείας είναι η αναγνώριση αυτών των αρνητικών σκέψεων και η αντικατάστασή τους με άλλες, καταλληλότερες για την ομαλή προσαρμογή και λειτουργία του ατόμου. Σε μια χρονική περίοδο 15 έως 25 εβδομαδιαίων συνεδριών, ο θεραπευόμενος μαθαίνει, με βιωματικό τρόπο, να αναγνωρίζει τις αυτόματες αρνητικές του σκέψεις και να κατανοεί το πώς αυτές οδηγούν σε προβληματικές συμπεριφορές. Όταν ο ασθενής είναι σε θέση να αναδομεί-ανακατασκευάζει τις δυσπροσαρμοστικές του γνωσίες, οι οποίες διαστρεβλώνουν την πραγματικότητα και συνεισφέρουν στη γενικότερη διέγερσή του και στο stress που αισθάνεται, μπορεί να αντιμετωπίζει τα τρέχοντα στρεσογόνα ερεθίσματα, όπως τα γαστρεντερικά συμπτώματα. Η τεχνική, η οποία χρησιμοποιείται για να μπορεί ο ασθενής να ελέγχει τα γνωστικά του σχήματα, ως προς τη λογική και την εγκυρότητά τους, είναι αυτή των συμπεριφορικών αναθέσεων. Μελέτες έχουν δείξει, ότι η θεραπεία αυτή ενδεικνύεται ιδιαίτερα στη μείωση του κοιλιακού πόνου, της διάρροιας και του μετεωρισμού, καθώς μέσω αυτής επιτυγχάνεται η μείωση των δυσθυμικών συναισθημάτων (κατάθλιψη) και των συμπτωμάτων άγχους. Η εν λόγω θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με ασκήσεις χαλάρωσης, στις οποίες εξασκούνται οι ασθενείς. Τα μοντέλα αυτού του είδους της εκπαίδευσης περιλαμβάνουν τεχνικές, όπως η διαφραγματική αναπνοή και η προοδευτική χαλάρωση των μυών.

Βιβλιογραφία

1. Mach Tomasz : The brain-gut axis in irritable bowel syndrome – clinical aspects. *Med Sci Monit*, 2004; 10(6): RA125-131.
2. Simren Magnus: Hypnosis for Irritable Bowel Syndrome: The Quest for the Mechanism of Action. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2006; 54(1): 65-84.
3. Wood J. D.: Neuropathophysiology of Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2002; 35 (Suppl.): 11-22.
4. Μαντίδης Α, Σγούρος Σ: Παθοφυσιολογία Ευερεθίστου Εντέρου, Τόμος πρακτικών του 8ου Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου στην Γαστρεντερική Κινητικότητα και Αισθητικότητα. Αλεξανδρούπολη, Νοέμβριος 2004, Ενότητα: Παχύ έντερο - Ορθοπρωκτική περιοχή: σελ. 475-533.



Επιμέλεια Αντώνης Κογεβίνας

Χάριν ευφωνίας: κολονοσκόπηση, όχι κολοσκόπηση

 Συζήτηση και αυτή που άνοιξε μετά από 40 χρόνια κολονοσκοπήσεων! Κατά γενική ομολογία η λέξη «κολοσκόπηση», ασχέτως του αν είναι σωστή ή όχι, είναι κακόχη. Δεν νομίζω ότι υπάρχει κάποιος που να διαφωνεί. Αν όμως υπάρχει κά-

ποιος που να διαφωνεί θα μπορούσε να ρωτήσει τους γύρω του για να πάρει αποστομωτικές απαντήσεις. Πριν υιοθετηθεί λοιπόν, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι στο ευρύτερο κοινό δημιουργεί συνειρμική συσχέτιση με τη λέξη «κώλος» και την αδύνατον να διακριθεί στο προφορικό λόγο «κωλο-

σκόπηση», να παρατηρεί δηλαδή κανείς τον «κώλο» κάποιου άλλου. Αυτό δημιουργεί μια ιλαρότητα γύρω από την τόσο σημαντική αυτή εξέταση και ακαλαίσθητους συνειρμούς. Ο λόγος αυτός, από μόνος του, θα έπρεπε να είναι αρκετός για να διατηρηθεί η λέξη κολονοσκόπηση.

Κολουσκόπηση;

 Μερικοί γαστρεντερολόγοι υιοθετούν τον όρο «κολουσκόπηση» με μεγάλη ευκολία. Χωρίς πολλή σκέψη αντικαθιστούν τον από 40ετίας ισχύοντα όρο κολονοσκόπηση. Αναρωτιέται κανείς εάν με την ίδια ευκολία θα υιοθετούσαν τη λέξη

φασμασκόπηση από τα συνθετικά φάσμα και τη -σκόπηση, αντί από τη σωστή λέξη φασματοσκόπηση. Το παράδειγμα αυτό δείχνει ότι υπάρχουν περισσότερα στη δημιουργία μιας λέξης από απλή συρραφή των συνθετικών της. Υπάρχουν για παράδειγμα διάφοροι κανόνες, όπως εκείνος που

λέει ότι τα παράγωγα βγαίνουν από τη γενική π.χ. μήτηρ, μητρός → μητρικός. Ίρις, ίριδος → ιριδοσκόπηση και όχι ιρισκόπηση. Βαλβίς, βαλβίδος → βαλβιδοπλαστική και όχι βαλβιπλαστική. Αντίστοιχα θα μπορούσε να πει κανείς κόλον, κόλου → κολουσκόπηση, λέξη που δεν είναι εύχη.

Κολονοσκόπηση: Ξένη έννοια, ελληνικές ρίζες

 Η **έννοια** colonoscopy δεν είναι ελληνική, αφού η χρήση οργάνου με οπτικές ίνες που εξετάζει το παχύ έντερο δεν είναι ελληνική εφεύρεση. Καλούμαστε λοιπόν να αποδώσουμε στα ελληνικά τον όρο colonoscopy. Είναι αλήθεια ότι το **όνομα** colonoscopy περιέχει δύο επιμέρους ελληνικές ρίζες, το κόλον- και τη -σκόπηση. Αν προτιθέμεθα να βαφτίσουμε εκ

νέου την ξένη έννοια colonoscopy θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και ο πιο κατανοητός στο κοινό όρος «παχυεντεροσκόπηση», με τη λογική που το skyscraper μεταφράστηκε ουρανοξύστης. Ο λόγος που οι Άγγλοι πρότειναν τον όρο colonoscopy και όχι coloscopy είναι γιατί αρχικά είχαν υιοθετήσει από τα ελληνικά τον όρο colion για το κόλον. Η λέξη colion έγινε από πολλά χρόνια μια αγγλική λέξη

με ελληνική ρίζα. Η προσθήκη του -ο- έγινε γιατί το colonoscopy δεν θα ήταν εύχο. Την είπαν colonoscopy λοιπόν, χάριν ευφωνίας. Υποθέτω όμως ότι αν κατέληγε η σύνθετη λέξη σε ένα ηχητικό αποτέλεσμα που θα παρέπεμπε στο «να δω τον κώλο σου», για παράδειγμα «Asswatching», θα είχαν την ευφυΐα να το αλλάξουν σε κάτι πιο ουδέτερο. Λείπει άραγε τέτοια κοινή λογική στην Ελλάδα;

Το όνομα, το περιεχόμενο και η Επιτροπή Γλωσσολογίας



Εξάλλου το όνομα μιας εξέτασης είναι συμβατικό και δεν περιγράφει υποχρεωτικά όλα όσα γίνονται. Εάν για παράδειγμα κατά τη διάρκεια της εξέτασης δει κανείς και τον τελικό ειλεό δεν απαιτείται να το ονομάσει ειλεοκολονοσκόπηση. Ούτε λέμε τη γαστροσκόπηση στοματοφαρυγγοοισοφαγοστομαχοδωδεκαδακτυλο-

σκόπηση παρότι επισκοπούμε όλες τις μοίρες αυτές.

Από τη συζήτηση αυτή προκύπτει και μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση: ότι θα γίνονταν πιο καλά η ενσωμάτωση νέων λέξεων στο εξειδικευμένο λεξιλόγιό μας εάν γινόταν από κάποια Επιτροπή Γλωσσολογίας γαστρεντερολόγων και γλωσσολόγων. Σίγουρα

θα ήταν πιο έγκυρη η γνώμη της από όλα όσα προσπαθούμε να πούμε όλοι εμείς, που δεν είμαστε δα και οι πρωταθλητές της ετυμολογίας. Ας ιδρωθεί λοιπόν μια τέτοια επιτροπή που θα συνεδριάζει μία φορά το χρόνο και θα απαντά τεκμηριωμένα, όπως κάνουν εδώ και πολύ καιρό οι Γάλλοι που έχουν συχνά παρόμοια προβλήματα με τα δικά μας.

Απαντήσεις Γλωσσολόγων: Ορθοπεδική ή Ορθοπαιδική



Σαν παράδειγμα που δείχνει ότι τα πράγματα δεν είναι πάντοτε προφανή, μονοδιάστατα, ή απλά τεχνικά, ιδού τι απάντησαν δύο καθηγητές γλωσσολογίας όταν ερωτήθηκαν από το ΔΣ των ορθοπεδικών για τους όρους ορθοπεδική και ορθοπαιδική:

Γεώργιος Μπαμπινιώτης, Καθηγητής Γλωσσολογίας ΠΑ: Οπωσδήποτε, οι Έλληνες γιατροί δικαιούνται να διαφοροποιούνται από τους ξένους όταν χρησιμοποιούν, έστω και όψιμα, το σωστό στη γλώσσα τους.

Συμβιβαστική λύση Α': Καθιέρωση της ετυμολογικής ορθογραφίας ορθοπαιδική / ορθοπαιδικός, που πλησιάζοντας στην ορθογραφία που τείνει να καθιερωθεί (orthopaedics) θα ήρε την υποψία ότι οι Έλληνες ειδικοί αγνοούν το ορθό ή ότι η λέξη, μολονότι ελληνική, γράφεται στην Ελληνική λανθασμένα! Μειονέκτημα: παραμένει η περιοριστική σύνδεση του όρου με μόνα τα παιδιά, όχι και τους ενηλίκους.

Συμβιβαστική λύση Β': Διατήρηση

της εσφαλμένης (αλλά καθιερωμένης από μακρόχρονη χρήση) ορθογραφίας ορθοπεδική / ορθοπεδικός. Επιχειρήματα: α) και άλλες λέξεις και όροι της Ελληνικής εξακολουθούν να διατηρούν την παρετυμολογική ορθογραφία (πρβλ. λ.χ. τη λ. κτίριο αντί του ορθού κτήριο). β) με τη γενικότητα του πέδη υπερβαίνεται η περιοριστική χρήση του όρου ορθοπαιδική σε σχέση με τη λ. παιδιά.

Στην επιστήμη της γλώσσας όπως και σε όλες τις επιστήμες του ανθρώπου, η δυνατότητα πολλαπλών θεωρήσεων και ερμηνειών, η οποία εξασφαλίζει τη δυναμικότητα και την ελευθερία του, γεννά ενίοτε δυσκολίες και διλήμματα επιλογής που είναι σύμφυτα με την ίδια τη νόηση του ανθρώπου και τη γλώσσα που την εκφράζει.

Α. Χρηστίδης, Καθηγητής Γλωσσολογίας ΑΠΘ: Η εναλλακτική γραφή «ορθοπεδική», αν και ιστορικά αβάσιμη, στηρίζεται σε μια μακρόχρονη χρήση μέσα σ' ένα συγκεκριμένο επαγγελματικό χώρο. Και η μακρόχρονη χρήση - και στη γλώσσα - νομι-

μοποιεί. Με αυτή την έννοια, η γραφή «ορθοπεδική» δεν είναι γλωσσολογικά αβάσιμη.

Οι παρατηρήσεις που προηγήθηκαν δείχνουν τη συνθετότητα του ζητήματος στη γλωσσολογική θεώρησή του. Και οι δύο γραφές «στέκονται» γλωσσολογικά. Αλλά βέβαια το ζήτημα δεν τελειώνει εδώ. Η γλωσσική ρύθμιση (στην προκειμένη περίπτωση η επιλογή μεταξύ των δύο γραφών για τις ανάγκες της τυποποίησης - ομοιογένειας) επιβάλλει αποφάσεις. Και οι αποφάσεις δεν είναι - ούτε μπορούν να είναι - «καθαρά» γλωσσολογικές. Αναγκαστικά, η όποια απόφαση θα αντανακλά ιστορικές αντιλήψεις, όπως διαμορφώνονται μέσα στις διάφορες συγκυρίες. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η προσωπική μου προτίμηση κλίνει υπέρ της γραφής «ορθοπαιδική», στο βαθμό που αντανακλά πιστότερα την προέλευση του όρου, ως νεολογισμού που δημιουργήθηκε στη Δύση με συγκεκριμένο ελληνικό λεξιλογικό υλικό. Επιπλέον, ευθυγραμμίζει την ελληνική χρήση με τη διεθνή (orthopaedics).

Πρωκτίτις, proctitis, rectitis, ορθίτις;;;



Με αντίστοιχα επιχειρήματα, και πάντα χάριν κοινής λογικής, πρέπει να μη χρησιμοποιούμε τον όρο «πρωκτίτις» για να περιγράψουμε την περιορισμένη φλεγμονή στο ορθό με-

ταφράζοντας τον ξένο όρο proctitis. Θα έπρεπε να χρησιμοποιούμε τον όρο «ορθίτις» γιατί στην περίπτωση αυτή γίνεται λανθασμένη χρήση της ρίζας proct- στα αγγλικά. Θα έπρεπε δηλαδή στα Αγγλικά να λέγεται

rectitis από το rectum και όχι proctitis. Πρωκτός = anus. Λόγω ακριβώς της σύγχυσης που προκαλεί ο όρος πρωκτίτις στα ελληνικά, θα έπρεπε να χρησιμοποιήσουμε τον ελληνικό όρο ορθίτις.

Στάδια θλίψης: άρνηση, θυμός, διαπραγμάτευση, κατάθλιψη, συμβιβασμός



Σημαντικό το τελευταίο βιβλίο της Elisabeth Kubler-Ross 'On Grief and Grieving' (εκδόσεις Simon & Schuster). Η Kubler-Ross θεωρείται μια από τις σημαντικότερες ερευνήτριες πάνω στο θέμα της θλίψης και της ψυχολογίας του θανάτου. Διακρίνει πέντε ψυχικά στάδια από τα οποία διέρχεται ένας βαριά ασθενής στην πορεία προς το θάνατο αλλά και κάποιος που χάνει ένα αγαπημένο πρόσωπο. Αρχικά διέρχεται από το στάδιο άρνησης της πάθησης (ο ασθενής) ή του γεγονότος της απώλειας του αγαπημένου προσώπου (ο συγγενής), κατά το οποίο δυσκολεύεται να πιστέψει ότι

αυτό που συμβαίνει είναι αληθινό. Ακολουθεί το στάδιο του θυμού που πηγάζει από το αίσθημα αδικίας για το ό,τι συνέβη. Μετά είναι το στάδιο της διαπραγμάτευσης κατά το οποίο θα αντάλλαζε οτιδήποτε για να αναστρέψει τα πράγματα (π.χ. κάνει τάματα, αλλαγή συμπεριφοράς απέναντι σε τρίτους), ένα στάδιο στο οποίο ανατρέχει στα πρότερα γεγονότα και στο οποίο αποκαλύπτονται ενοχές απέναντι σε πράγματα και πρόσωπα. Έπεται το στάδιο της κατάθλιψης όπου καταρρέει κάτω από το βάρος των γεγονότων. Τέλος, είναι το στάδιο του συμβιβασμού και της αποδοχής της πραγματικότητας. Ο συμβιβασμός είναι η κατάσταση

στην οποία ο ψυχικός πόνος είναι μικρότερος.

Η γνώση των σταδίων καθώς και η ικανότητα να τα αναγνωρίζει όταν τα βλέπει κανείς, χρησιμεύουν στο να βοηθάει αποτελεσματικότερα τους ασθενείς και τους συγγενείς τους να ξεπεράσουν τα ενδιάμεσα στάδια μέχρι να καταλήξουν στο στάδιο του συμβιβασμού ώστε να βρουν το κουράγιο να συνεχίσουν. Το βιβλίο σε διάφορα σημεία ασχολείται με τη στενοχώρια, με τα όνειρα, με την απομόνωση, με τα παιδιά και την επούλωση των τραυμάτων. Μπορεί να το παραγγείλει κανείς μέσω της amazon.com.

Ενιαίο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας: Ποιοι άραγε θα το τολμήσουν;



Αν ρωτήσεις σε ιδιωτικές συζητήσεις τους γαστρεντερολόγους για την προοπτική ενιαίου συνεδρίου γαστρεντερολογίας των ΕΓΕ, ΕΠΕΓΕ και ΕΛΙΓΑΣΤ, κατά τα αμερικανικά ή ευρωπαϊκά πρότυπα, θα πάρεις μόνον θετικές απαντήσεις. Όταν όμως συζητείται κάπως πιο επίσημα η προοπτική αυτή, αρχίζουν να μνημονεύονται «αξεπέραστες δυσκολίες» και το σχέδιο φαντάζει ακατόρθωτο. Κανένας βέβαια δεν είναι πολύ σίγουρος ότι είναι όντως αξεπέραστες οι δυσκολίες, αφού υπάρχει το ζωντανό παράδειγμα των DDW και UEGW,

όπου τα οικονομικά συμφέροντα που διακυβεύτηκαν ήταν πολύ μεγαλύτερα και οι επιμέρους οργανώσεις που συνδιοργανώνουν είναι μαχητικές, οικονομικά εύρωστες και ιδιοτελείς.

Τα πλεονεκτήματα από ένα Ενιαίο Συνέδριο είναι πολλά. Τα σπουδαιότερα ίσως είναι ότι δεν θα ταλαιπωρείται με μετακινήσεις 3 φορές το χρόνο όλο το σώμα των γαστρεντερολόγων. Ιδιαίτερα ταλαιπωρούνται αυτοί που δεν μένουν στις πόλεις που γίνονται τα συνέδρια. Με το κοινό συνέδριο θα εξοικονομούσαν πόροι για να γίνονται πιο σημαντικά πράγματα.

Η συνδιοργάνωση θα ανάγκαζε τις τρεις οργανώσεις να αποκτήσουν καλύτερες σχέσεις και καλύτερη συνεργασία μεταξύ τους στα πλαίσια μιας ευγενικής επιστημονικής άμιλλας.

Ορισμένοι διαισθάνονται ότι ίσως χρειάζεται μια συγκυρία τριών ηγετών οι οποίοι θα αποφασίσουν να δουλέψουν με αυτοπεποίθηση, πέρα από τη συνήθη απλή διεκπεραίωση τρεχουσών εργασιών. Θα πρέπει να έχουν τη διάθεση να αντιμετωπίσουν τις έντονες και ηχηρές επικρίσεις όσων αισθάνονται ότι απειλούνται από μια τέτοια προοπτική.

... και όμως ελέχθησαν!!

(αληθινές ατάκες που συλλέγονται σε συνεργασία με τον Γιάννη Στουραϊτή. Οποιαδήποτε συμβολή είναι ευπρόσδεκτη)



- Έπεσε και χτύπησε το λεκανοπέδιό του.
- Τον ταλαιπωρεί μια ισχυαλγία στους ώμους.
- Έχει αυξημένη πίσσα στο προστάτη (PSA)
- Η γυναίκα του μπήκε στον

- κλιματισμό (κλιμακτήριο)
- Έχει κυκλώματα στο έντερο (εκκολπώματα)
- Έχει Χάινκεν και δεν θυμάται τίποτα (Alzheimer)
- Πήρε Μπετόν για τον πονοκέφαλο (Deron)

- Έπαθε πνευμονικό ίδρυμα
- Έφαγε χαλασμένο ζαμπόν και κόλλησε ζαμπονέλα (σαλμονέλλα)
- Γιατρέ δώσε μου αντισυλληπτικά γιατί ο άντρας μου δεν θέλει να βάζει προφυλακτικές.
- Έχει έλκος Βόλβο



Καλλιτεχνικά



και άλλα

Καλλιτεχνικά και άλλα

Παιδική Έκφραση Προσέγγιση του Παιδιού Μέσα από τη Ζωγραφική Τέχνη

από τους **Τίνα Μάσχα και Αντώνη Πολιτάκη***

Ας ξεκινήσουμε το θέμα μας μ'αυτήν την ερώτηση:

Πώς προσεγγίζουμε τα παιδιά μέσα από τη ζωγραφική τέχνη;

Πρώτα πρέπει να δούμε την ανάγκη των ίδιων των παιδιών, που αντιμετωπίζοντας το αδιέξοδο της γλωσσικής έκφρασης, προσπαθούν να συγκεκριμενοποιήσουν τα "θέλω" τους, μέσα από την εικόνα της δικής τους πραγματικότητας.

Στην ουσία προσπαθούν να δημιουργήσουν μια συμβολική γλώσσα οπτικών εικόνων, στην προσπάθειά τους να επικοινωνήσουν με το άμεσο περιβάλλον τους, την οικογένεια..

Για να μπορέσει η οικογένεια να "εισπράξει", όχι απαραίτητα ν'αποκρυπτογραφήσει (αποκρυπτογράφηση σημαίνει να γνωρίζουμε πολύ καλά τα παιδιά μας. Δυστυχώς, με τη φιλοσοφία του σύγχρονου ανθρώπου είναι κανόνας, ότι ουδείς γνωρίζει το παιδί του, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων) όλη αυτήν την προσπάθεια, πρέπει τα παιδιά εξ'ορισμού να είναι αυθόρμητα.

Να μην υποκινούνται από καμία εξωτερική επίδραση.

Η απουσία εμποδίων συμβάλλει στην ενεργοποίηση της πνευματικής δραστηριότητας και καταλήγει στην απόλυτη έκφραση.

Η συσσωρευμένη πνευματική ενέργεια εκτονώνεται μέσω αυτής και του αυθορμητισμού, αναδεικνύοντας κι εξωτερικεύοντας συναισθήματα, όπως η αίσθηση και η διαίσθηση.

Εδώ πολύ σωστά μπορεί να γεννηθεί το ερώτημα:

Πάντα μια παιδική ζωγραφιά κάτι υπονοεί;

Από τις πολύχρονες μελέτες που έχουμε κάνει, πάνω σε παιδικά σχεδιάσματα, συμπεριλαμβανομένης και της χρωματικής κλίμακας, και την προσωπική επαφή μ'αριθμό παιδιών άξιο να καταγραφεί, βγάζοντας όσο πιο δυνατόν ασφαλή συμπεράσματα, καταλήξαμε ότι εύκολα μπορεί να γίνει το "λάθος".

Ειδικά, όταν τα παιδιά παράγουν "έργο" εκτεθειμένα σε χώρους, απόψεις ή επιρροές τρίτων, δασκάλων ή συμμαθητών .

Εκεί, το παιδί ως κοινωνικό όν θέλοντας να συμμετάσχει αναπαράγει ζωγραφικά μοτίβα, μιμούμενο το σύνολο.

Μόνο παιδιά, που έχουν την ανάγκη να "φωνάξουν", είτε από "πόνου ψυχής", είτε παιδιά που η "εσωτερική καλλιτεχνική τους ζωή" αναπτύσσει μια έντονη προσωπικότητα, το κοινώς ονομαζόμενο ταλέντο, μπορούν τα σχέδιά τους να μην υπόκεινται στο κοινωνικό "παιχνίδι" του συνόλου.

Σ'αυτό το σημείο, θα σας διηγηθούμε ένα περιστατικό, που έγινε σ' ένα σχολείο, σχετικά με τη συμβολική γλώσσα των οπτικών εικόνων στην παιδική ζωγραφική ως έκφραση "πόνου ψυχής" ενός παιδιού. Ακραίο γεγονός αλλά γεγονός.

Κάθε χρόνο, το τέλος της σχολικής χρονιάς έκλεινε με μια έκθεση ζωγραφικής των παιδιών του σχολείου. Πάντα οι δάσκαλοι, μας προσκαλούν απ'όλα τα σχολεία της εκάστοτε περιοχής.

Στο συγκεκριμένο σχολείο μαθήτευε ένα κορίτσι ηλικίας 8 προς 9 χρόνων.

Μας έκανε εντύπωση η ζωγραφιά της, τόσο για τη σχεδιαστική αρτιότητά της (στα πλαίσια πάντα ενός παιδικού σχεδίου) όσο και για τα γκριζαριστά της χρώματα.

Κατ' αρχήν, ρωτήσαμε τη δασκάλα, εάν οι ζωγραφιές έγιναν στα σπίτια των παιδιών.

Εκείνη απάντησε ότι όλες έχουν γίνει στο σχολείο κάτω από την επίβλεψή της.

Η ζωγραφιά απεικόνιζε ένα κορίτσι στην αυλή ενός σπιτιού.

Μίας αυλής χωρίς λουλούδια ή άλλο ίχνος "ζωής", πλην την φόρμα του κοριτσιού. Κι ενώ ως φόρμα είχε ζωγραφιστεί με λεπτομέρειες, δεν υπήρχαν τα άνω άκρα ή πιο συγκεκριμένα υπήρχαν αλλά μέχρι τους αγκώνες.

Υποθέσαμε ότι κάτι συνέβαινε. Γιατί μέχρι τότε, μέσα από την καταγραφή κατά ένα μέρος είχαμε αποκρυπτογραφήσει τη γλώσσα των παιδικών οπτικών εικόνων.

Η μικρή ζούσε με τη γιαγιά της. Ήταν λίγο ζωηρή και η γιαγιά της νοιώθοντας ευθύνη απέναντι στους γονείς της που είχαν ξενιτευτεί, συνήθιζε ως μέσο προς συνετισμό να τρυπάει με καρφίτσα τα άνω άκρα της μικρής.



Το παραθέτουμε ως γεγονός, χωρίς σχόλιο στην ανωτέρω παράγραφο.

Αν επιχειρήσουμε τώρα να προσεγγίσουμε το παιδί μέσα από τη ζωγραφική, πρέπει να έχουμε υπόψιν μας την χρονική περίοδο κατά την οποία εκφράζεται μέσα από αυτήν.

Συνήθως, ξεκινάει από τη στιγμή που το παιδί κρατώντας το μολύβι, αρχίζει να κάνει άσκοπες μολυβιές με μυϊκές κινήσεις από τον ώμο. Η οπτική ακτίνα του παιδιού είναι πολύ μικρή.

Εξελισσόμενο αναζητά ν' αναπαραστήσει συγκεκριμένα μέρη ενός αντικειμένου, η κίνησή του εξακολουθεί να είναι μυϊκή από το βραχίονα τώρα πια.

Η τάση να μιμηθεί τον ενήλικα που σχεδιάζει γίνεται πιο έντονη.

Στην ηλικία των τεσσάρων χρόνων υπάρχει μια "πρόοδος" ως προς τις καμπύλες.

Το ανθρώπινο σχήμα γίνεται θέμα, μ'ένα κύκλο για το κεφάλι, κουκίδες για μάτια, μια γραμμή που καταλήγει σε δύο μικρότερες για το σώμα και τα πόδια. Τα χέρια τα προσθέτει αργότερα.

Γύρω στα έξι συνήθως, η ανθρώπινη φιγούρα είναι το κυρίως θέμα, ενώ ο χώρος που τοποθετείται ποικίλει. Για μεγάλες περιόδους ζωγραφίζει τα ίδια μοτίβα, ειδικά όταν μια φόρμα γνωρίζει μέσω επιβράβευσης ότι την σχεδιάζει "καλά" την επαναλαμβάνει ακούραστα με ελάχιστες παραλλαγές.

Σταδιακά αρχίζει η πιο "γόνιμη" ζωγραφική περίοδος, που ξεκινάει όταν το παιδί γίνεται επτά χρόνων και τελειώνει γύρω στα έντεκα με δώδεκα.

Είναι η εποχή που το παιδί ανασύρει ότι ξέρει, θυμάται, φαντάζεται, επιθυμεί.

Αγαπημένο του θέμα το τοπίο. (Εκεί μέσα κάπου "κρύβεται" μια φόρμα είναι Αυτό.). Το δεινόσαυρο στο λόφο, η πεταλούδα ή το χρυσόψαρο στη γυάλα;

Πέραν των δεκατριών χρόνων η "οπτική λογική" του κυριαρχεί.

Η υποτυπώδης προοπτική που χρησιμοποιούσε έως τώρα δεν είναι αρκετή. Ό,τι προσπαθεί να ζωγραφίσει γίνεται με κόπο και στο τέλος μένει ανικανοποίητο γιατί δεν είναι



"πραγματικό".

Σταδιακά, η ζωγραφική έκφραση εγκαταλείπεται, η οποία ενασχόληση πια είναι καθαρά διακοσμητική μέσα από γεωμετρικά σχήματα.

Τελικά, αυτή η προσέγγιση για να επιτευχθεί, μέσον είναι η έκφραση του απολύτου αυθορμητισμού.

Ως εκ τούτου και ως πρώτη κίνηση πρέπει να αποφύγουμε τα στερεότυπα του "καθώς πρέπει". Της απόλυτης "σοβαρότητας". Των καθαρών ρούχων και τοίχων. Των σκληρών υλικών όπως μαρκαδόροι και ξυλομπογιές.

Δώστε τους χώρο "ν' ανασάνουν", εκτονώνοντας την πνευματική τους ενέργεια, μέσα από "ευέλικτα υλικά", δακτυλομπογιές (για μικρές ηλικίες), τέμπλες με πινέλα (για μεγαλύτερες).

Μην επεμβαίνετε ποτέ στις παιδικές ζωγραφίες, εκτονώνοντας το δικό σας "ταλέντο" όταν σας λέει: ότι κάτι δεν το ζωγραφίζει καλά -πιθανόν- γιατί ο συμμαθητής του το κάνει καλύτερο. Τονώστε το ηθικό του, τονίζοντας τη μοναδικότητά του.

Αποφύγετε να τους παίρνετε έτοιμες "στάμπες" που πρέπει να τις χρωματίσουν χωρίς να "περάσουν" τις γραμμές.

Περιορίζονται. Μ'αυτόν τον τρόπο δημιουργούνται μια σειρά από αλυσιδωτές αντιδράσεις.

Για να δώσουμε στα παιδιά, πρέπει πρώτα να πάρουμε από αυτά.

Ισχύει για γονείς και παιδαγωγούς.

Κάθε παιδί μεταφέρει το δικό του μοναδικό μήνυμα και το δικό του "πομπό".

Πιάστε τη "συχνότητά τους" χωρίς "παράσιτα".

* Η Τίνα Μάσχα και ο Αντώνης Πολιτάκης είναι Εικαστικοί και μέλη του Ε.Ε.Τ.Ε. & ΤΗΣ UNESCO. URL: www.artview.gr. E-mail: info@artview.gr