



Άρθρο Σύνταξης

Οι «Ενδοσκοπήσεις», το περιοδικό της ΕΠΕΓΕ, συμπλήρωσε ένα χρόνο κυκλοφορίας και το ΔΣ σε λίγους μήνες ολοκληρώνει την τριετή θητεία του. Είναι η κατάλληλη στιγμή για τη δική μας «ενδοσκόπηση». Πολύ διάθεση για δουλειά, ώρες ατέλειωτες συζητήσεων, αλλά τι καταφέραμε στην ΕΠΕΓΕ;

Τεκμηριώσαμε επιστημονικά το κόστος της ενδοσκόπησης και στείλαμε τις τιμές των γαστρεντερολογικών ενδοσκοπικών πράξεων στην αρμόδια επιτροπή που συνεδρίαζε για την ανακοστολόγηση των ιατρικών πράξεων. Επικοινωνήσαμε μάλιστα προσωπικά με τον εισηγητή της αναθεώρησης των τιμών των γαστρεντερολογικών εξετάσεων και περιμέναμε να σας μεταφέρουμε ευχάριστα νέα. Πληροφορηθήκαμε όμως, με απογοήτευση, ότι οι εισηγήσεις των επιτροπών αυτών τελικά δεν ελήφθησαν υπόψη και οι τιμές έμειναν καθηλωμένες στα επίπεδα του 1992. Πρόσφατα σε δελτίο τύπου του ΠΙΣ αναφέρεται ότι «προωθείται με Προεδρικό Διάταγμα η αύξηση των τιμών των ιατρικών πράξεων -αν και μόνο 100 επί συνόλου 5000 πράξεων-»(!) με άγνωστα κριτήρια, στις οποίες ιατρικές πράξεις προφανώς δεν συμπεριλαμβάνονται οι δικές μας.

Μεγάλα προβλήματα μάς δημιούργησε έγγραφο του 2001 από τον ΕΟΦ προς τους προέδρους των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων της χώρας, το οποίο αναφέρει «η χορήγηση φαρμακευτικών παραγόντων αναισθησίας πρέπει να γίνεται μόνον από αναισθησιολόγους... αφορά κυρίως τους νεότερους παράγοντες αναισθησίας όπως είναι η προποφόλη και η ρεμφεντανύλη». Παράλληλα διαπιστώσαμε ότι όλα τα ασφαλιστήρια συμβόλαια αστικής ευθύνης «δεν καλύπτουν τις περιπτώσεις χορήγησης φαρμάκων που δεν είναι εγκεκριμένα από τον ΕΟΦ». Πρακτικά δηλαδή, επειδή οι περισσότεροι χρησιμοποιούμε ενδοφλέβια καταστολή και αναλγησία στην ενδοσκόπηση, πληρώναμε ασφάλεια και δεν είμαστε ασφαλισμένοι! Σκεφθήκαμε το αυτόνοτο: να ζητήσουμε τεκμηριωμένα από τον ΕΟΦ, με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά και τα πρακτικά της διμερείδας καταστολής και αναλγησίας της ΕΠΕΓΕ, να χρησιμοποιούμε νομίμως τουλάχιστον μιδαζολάμη και πεθιδίνη. Αυτό όμως δεν το κάναμε πράξη (τουλάχιστον μέχρι σήμερα), γιατί το κόστος μιας σαφώς αρνητικής απάντησης θα ήταν μεγάλο. Όμως, η εν τω μεταξύ αποκτηθείσα εμπειρία μας, σχεδόν μας έχει πείσει, ότι η τροποποίηση της απόφασης του ΕΟΦ είναι απαραίτητη για την οριστική λύση του προβλήματος. Μέχρι τότε, μετά από διεξοδική έρευνα της αγοράς, επιλέξαμε δύο κατά τεκμήριο αξιόπιστες ασφαλιστικές εταιρίες που μας καλύπτουν και για τη χορήγηση καταστολής και αναλγησίας και μάλιστα με χαμηλά ασφάλιστρα.

Η εκπαίδευση των γαστρεντερολόγων υπόκειται σε μεγάλες ποιοτικές διαφορές και αυτό γιατί απουσιάζει η αναλυτική περιγραφή του γνωστικού αντικειμένου. Χειρουργοί και άλλοι μη γαστρεντερολόγοι αυθαίρετα ενδοσκοπούν, χωρίς αποδείξεις της επάρκειάς τους, με ευνότητα αποτελέσματα. Οι υπέρηχοι της κοιλίας θεωρούνται από το ΚΕΣΥ αποκλειστικότητα των ακτινολόγων! Με αυτή την πραγματικότητα, την ώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές, η ΕΠΕΓΕ για άλλη μια φορά επαναφέρει αυτά τα «θεσμικά θέματα» στο Υπουργείο και στο ΚΕΣΥ. Το ερώτημα είναι ποιός και πώς θα δεχθεί τις παρεμβάσεις μας;

Ο αριθμός των νέων ειδικευόμενων αυξάνεται αντί να μειώνεται, καθώς αυτό συμφέρει και στον επιμερισμό του φόρτου εργασίας των κλινικών του ΕΣΥ, αλλά και στην αντιμετώπιση της ανεργίας των ανειδίκευτων ιατρών και στη μείωση της περιβόητης λίστας αναμονής για λήψη ειδικότητας. Και καθώς οι διορισμοί στο ΕΣΥ ειδικών γαστρεντερολόγων είναι ελάχιστοι (παρά τις αυξημένες ανάγκες), ο πληθωρισμός των γαστρεντερολόγων οδηγεί σε απόγνωση τους νέους συναδέλφους. Σκεφθήκαμε να υποβάλουμε τεκμηριωμένη εισήγηση για μείωση του αριθμού των ειδικευόμενων και αύξηση των προσλήψεων των ειδικευμένων με βάση την προ μηνών χαρτογράφηση του γαστρεντερολογικού δυναμικού της χώρας μας. Η εισήγηση αυτή όμως θα γινόταν δεκτή; Δυστυχώς **ζούμε σε ένα κράτος που δεν έχει συνηθίσει να συμβουλευτείται επιστημονικές και επαγγελματικές ενώσεις και τα προσωπικά και συντεχνιακά συμφέροντα υπερτερούν της κοινής λογικής**. Ίσως και εμείς από την πλευρά μας, έχουμε μερίδιο ευθύνης, γιατί δεν προσαρμόσαμε τον τρόπο των διεκδικήσεών μας στη νεοελληνική πραγματικότητα. Φυσικό επόμενο είναι οι νέοι γαστρεντερολόγοι να νιώθουν όλο και πιο αποκομμένοι από τα θεσμικά όργανα, όλο και πιο μόνοι στη δύσκολη μάχη για επιστημονική και οικονομική επιβίωση.

Ας ελπίσουμε ότι το επόμενο ΔΣ που θα εκλεγεί το φθινόπωρο θα τα καταφέρει καλύτερα...

Ο Γενικός Γραμματέας
Α. Νταϊλιάνας



Νέα και



Επίκαιρα

Ενημέρωση από το Δ.Σ.

γράφει ο Απόστολος Νταϊλιάνας

Διημερίδα πρακτικής πρωκτολογίας

Στις 24 και 25 Νοεμβρίου, θα γίνει στην Αθήνα, στο ξενοδοχείο Caravel, η 5η διημερίδα της ΕΠΕΓΕ. Η διημερίδα αυτή, όπως και οι προηγούμενες, έχει την έννοια της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Ανάπτυξης. Απευθύνεται σε όλους τους γαστρεντερολόγους, αλλά αφορά κυρίως στους ιδιώτες γαστρεντερολόγους, που ενδιαφέρονται για την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών τους με παθήσεις του πρωκτού. Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής είναι ο κ. Γ. Μάντζαρης και σύντομα θα αποσταλεί το αναλυτικό πρόγραμμα της διημερίδας. Η φιλοσοφία των οργανωτών συνοψίζεται στα ακόλουθα: α) προσεκτική επιλογή των θεμάτων για να καλύπτουν τα καθημερινά προ-

βλήματα του γαστρεντερολογικού ιατρού, β) πρακτικές και εύληπτες γνώσεις, έτοιμες για μεταφορά στην καθημερινή πράξη και γ) φροντιστηριακά μαθήματα σε μικρές ομάδες από ειδικούς, με ενεργό συμμετοχή των συμμετεχόντων.

Γενική συνέλευση και εκλογές της ΕΠΕΓΕ

Κατά τη διάρκεια της Διημερίδας Πρωκτολογίας θα λάβει χώρα και η ετήσια γενική συνέλευση της ΕΠΕΓΕ η οποία είναι εκλογοαπολογιστική. Είναι δηλαδή η τελευταία του παρόντος Διοικητικού Συμβουλίου που συμπληρώνει την τριετή θητεία του πριν από το τέλος του χρόνου και φυσικά θα διεξαχθούν οι εκλογές για το νέο 7μελές Δ.Σ.

Η συμμετοχή στα κοινά είναι και δικαίωμα αλλά και υποχρέωση όλων. Η ΕΠΕΓΕ, που είναι ο μοναδικός φορέας αμιγούς εκπροσώπησης των γαστρεντερολόγων, έχει σαν στόχο τη βελτίωση των όρων της άσκησης του επαγγέλματος της γαστρεντερολογίας. Στόχος που, για να επιτευχθεί, απαιτεί την ενεργό συμμετοχή όλων. Μόνο τότε θα είναι ισχυρή ώστε να διαπραγματευθεί αποτελεσματικά και να πετύχει την επίλυση των κοινών και ατομικών προβλημάτων των μελών της. Ευχή όλων μας είναι να υπάρξουν πολλές και δυναμικές υποψηφιότητες με σκοπό να επιλεγούν οι καλύτεροι που θα προσφέρουν νέες ιδέες και νέα δυναμική στον κλάδο μας.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

για την Ασφαλιστική Κάλυψη Αστικής Ευθύνης

από το Δ.Σ.

Μετά τη διαπίστωση πως ο αριθμός των ασφαλιστικών συμβολαίων Αστικής Ευθύνης είναι μικρότερος του αναμενόμενου, γεγονός που ενδεχόμενα να οδηγήσει στο μέλλον σε αύξηση του κόστους της ασφάλισης, αποδεχθήκαμε πρόταση του Ασφαλιστικού Συμβούλου της ΕΠ.Ε.Γ.Ε., κου Γιάννη Πολίτη, για προσωπική ενημέρωση των μελών μας.



Κλινικό Θέμα

Μη Αλκοολική Λιπώδης Διήθηση του Ήπατος

γράφουν οι Π. Νικολάου & Ε. Βαφειάδου

Ο όρος μη αλκοολική λιπώδης διήθηση του ήπατος (NAFLD) χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ηπατική βλάβη που παρουσιάζει ιστολογικά χαρακτηριστικά αλκοολικής ηπατοπάθειας αλλά εμφανίζεται σε άτομα που δεν καταναλώνουν αλκοόλ ή καταναλώνουν λιγότερο από 20 g αλκοόλ ημερησίως.

Η νοσολογική αυτή οντότητα αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη κλινική σημασία και έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της έρευνας, αφενός διότι είναι πολύ συχνή αφετέρου διότι μπορεί να εξελιχθεί σε κίρρωση και ηπατική ανεπάρκεια.

Η NAFLD περιλαμβάνει δυο οντότητες: α) το λιπώδες ήπαρ και β) την μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα (NASH). Στο λιπώδες ήπαρ η μόνη αλλοίωση είναι η παρουσία λιποσταγονιδίων στα ηπατοκύτταρα ενώ στη NASH συνυπάρχουν μπαλονοειδής εκφύλιση των ηπατοκυττάρων, σωματία υαλίνης του Mallory και περικυττάρια ίνωση με ή χωρίς φλεγμονή.

Με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα φαίνεται ότι η απλή στεάτωση του ήπατος αποτελεί καλοήγη κατάσταση που πολύ σπάνια εξελίσσεται σε σοβαρή ηπατοπάθεια. Όμως, ένα

ποσοστό ασθενών με στεατοηπατίτιδα θα παρουσιάσουν προοδευτική επιδείνωση της ίνωσης και κάποιοι θα οδηγηθούν σε κίρρωση και ηπατική ανεπάρκεια.

Η νοσολογική αυτή οντότητα αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη κλινική σημασία και έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της έρευνας, αφενός διότι είναι πολύ συχνή αφετέρου διότι μπορεί να εξελιχθεί σε κίρρωση και ηπατική ανεπάρκεια

Η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II και η υπερλιπιδαιμία είναι οι καταστάσεις που συσχετίζονται με μη αλκοολική λιπώδη εκφύλιση του ήπατος.

Το οικογενειακό ιστορικό στεατοηπατίτιδας ή κρυψιγενούς κίρρωσης

έχει θεωρηθεί παράγων κινδύνου για τη νόσο. Μπορούν να προσβληθούν όλες οι φυλές, όλες οι ηλικίες και τα δύο φύλα. Παρά ταύτα, η νόσος είναι συχνότερη σε γυναίκες που διανύουν την 5η με 6η δεκαετία της ζωής τους και είναι συνήθως παχύσαρκες ή πάσχουν από διαβήτη. Εντούτοις, ορισμένοι υποστηρίζουν ότι προσβάλλει συχνότερα άνδρες ενώ σε μία μόνο μελέτη, 14 από τους 33 ασθενείς με μη αλκοολική λιπώδη εκφύλιση του ήπατος είχαν φυσιολογικό σωματικό βάρος και φυσιολογικά επίπεδα γλυκόζης και λιπιδίων ορού.

Παθογένεια

Η παθογένεια περιλαμβάνει δυο φάσεις. Η πρώτη φάση χαρακτηρίζεται από αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη και συσσώρευση λίπους στα ηπατοκύτταρα και η δεύτερη από β-οξειδωση των λιπαρών οξέων και οξειδωτικό stress των ηπατοκυττάρων με επακόλουθο την καταστροφή τους, φλεγμονή και ίνωση.

Κλινικές εκδηλώσεις

Οι περισσότεροι ασθενείς με μη αλκοολική λιπώδη εκφύλιση του ήπα-

τος είναι ασυμπτωματικοί ή αιτώνται άτυπα ενοχλήματα, όπως καταβολή δυνάμεων και αίσθημα πληρότητας στο δεξιό υποχόνδριο. Το μόνο αντικειμενικό εύρημα είναι η ηπατομεγαλία (75% των ασθενών). Η συχνότερη εργαστηριακή διαταραχή είναι η αύξηση των τρανσαμινασών (2-3 φορές πάνω από το φυσιολογικό) με την ALT να υπερτερεί της AST σε αντίθεση με την αλκοολική ηπατοπάθεια. Η αλκαλική φωσφατάση και η γGT παρουσιάζουν ήπια αύξηση στο 50% περίπου των ασθενών ενώ η χολερυθρίνη σπάνια είναι αυξημένη. Η αλβουμίνη και ο χρόνος προθρομβίνης είναι φυσιολογικά εκτός από τις περιπτώσεις ανάπτυξης κίρρωσης. Αναφέρεται ότι η φερριτίνη του ορού είναι αυξημένη στο 50% περίπου των περιπτώσεων και ο κορεσμός τρανσφερίνης στο 6-11% αντίστοιχα χωρίς όμως παθολογική άθροιση σιδήρου στο ήπαρ.

Απεικονιστικός έλεγχος

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος αποκαλύπτει διάχυτη αύξηση της ηχογένειας του ήπατος (bright liver) και έχει ευαισθησία 89% και ειδικότητα 93% στην ανάδειξη ηπατικής στεάτωσης. Το ηπατικό παρέγχυμα εμφανίζεται υπόπυκνο στην αξονική τομογραφία.

Θεραπεία

Δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία για την αντιμετώπιση της μη αλκοολικής λιπώδους εκφύλισης του ήπατος και, με δεδομένα τα κενά στην αποσαφήνιση των μηχανισμών παθογένεσης, οι όποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν κυρίως εμπειρικό χαρακτήρα. Καταρχήν επιχειρείται η διακοπή τυχόν λαμβανομένων φαρμάκων και η διόρθωση παραγόντων όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπερλιπιδαιμία που σχετίζονται με τη νόσο. Η μείωση του σωματικού βάρους με δίαιτα και άσκηση μπορεί να οδηγήσει σε ομαλοποίηση της ηπατικής βιοχημείας και βελ-

τίωση των ιστολογικών βλαβών, τόσο σε ενήλικους όσο και σε παιδιά. Παρά ταύτα, ταχεία απώλεια βάρους μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της φλεγμονής και της ίνωσης όπως συμβαίνει και σε παχύσαρκους που χάνουν ταχύτατα σωματικό βάρος μετά από παρακαμπτήρια χειρουργική επέμβαση. Δεν έχει βρεθεί ο κατάλληλος ρυθμός απώλειας βάρους ώστε να

Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας διαφόρων θεραπευτικών παραγόντων στην αντιμετώπιση της μη αλκοολικής λιπώδους εκφύλισης του ήπατος αφορά μελέτες με μικρό αριθμό ασθενών, μη συγκριτικές, μη τυχαιοποιημένες, που είχαν ως στόχο την ομαλοποίηση των τρανσαμινασών χωρίς διακρίβωση της ιστολογικής ανταπόκρισης

βελτιστοποιηθεί το θετικό αποτέλεσμα χωρίς αρνητικές συνέπειες. Με βάση την κτηθείσα εμπειρία, συνιστάται απώλεια βάρους περίπου 500γρ. ανά εβδομάδα στα παιδιά και 1600 γρ. ανά εβδομάδα στους ενήλικους ή μείωση του σωματικού βάρους κατά 10% σε διάστημα 6 μηνών.

Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας διαφόρων θεραπευτικών παραγόντων στην αντιμετώπιση της μη αλκοολικής λιπώδους εκφύλισης του ήπατος αφορά μελέτες με μικρό αριθμό ασθενών, μη συγκριτικές, μη τυχαιοποιημένες, που είχαν ως στόχο την ομαλοποίηση των τρανσαμινα-

σών χωρίς διακρίβωση της ιστολογικής ανταπόκρισης. Παράγοντες που μειώνουν τα λιπίδια του ορού έχουν δοκιμασθεί σε τρεις μελέτες. Η κλοφιβράτη χορηγήθηκε για 12 μήνες και, παρά τη διόρθωση της υπερλιπιδαιμίας, δεν παρατηρήθηκε ούτε βιοχημική ούτε ιστολογική βελτίωση. Η ατορβαστατίνη βελτίωσε την ιστολογική εικόνα χορηγούμενη σε 7 ασθενείς με στεατοηπατίτιδα χωρίς όμως υποχώρηση της τρανσαμινασαιμίας. Στη μοναδική συγκριτική μελέτη η γκεμφιπροζίλη φάνηκε να υπερτερεί του placebo στη βιοχημική ανταπόκριση χωρίς όμως να υπάρχει ιστολογική επιβεβαίωση.

Ο διαφανόμενος ρόλος της αντίστασης στην ινσουλίνη στην παθογένεση της νόσου οδήγησε στη χορήγηση παραγόντων που βελτιώνουν αυτόν τον παράγοντα. Η μετφορμίνη, μετά από 4 μήνες, βελτίωσε σημαντικά την ηπατική βιοχημεία αν και δεν υπάρχουν διαθέσιμα ιστολογικά δεδομένα. Επίσης η τρογλιταζόνη, χορηγούμενη για 6 μήνες, ομαλοποίησε τις τρανσαμινάσες ασθενών με βιοπτικά αποδεδειγμένη στεατοηπατίτιδα χωρίς αντίστοιχη ιστολογική βελτίωση. Το φάρμακο αυτό έχει αποσυρθεί λόγω αναφερόμενης ηπατοτοξικότητας.

Παράγοντες με αντιοξειδωτική δράση όπως η βιταμίνη E, η βεταΐνη και η N-ακετυλοκυστεΐνη έχουν δοκιμαστεί σε μικρές μελέτες με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Τέλος, η χορήγηση ουρσοδεοξυχολικού οξέος για ένα χρόνο σε ασθενείς με στεατοηπατίτιδα βελτίωσε την ηπατική βιοχημεία και τη στεάτωση χωρίς όμως να επηρεάσει τη φλεγμονή και την ίνωση.

Επιβάλλεται συνεπώς η διενέργεια καλά σχεδιασμένων συγκριτικών μελετών με επαρκή αριθμό ασθενών, ισχυρά end points και μακρό follow-up. Περιπτώσεις ασθενών που εξελίσσονται σε μη αντιρροπούμενη κίρρωση πρέπει να οδηγούνται σε ηπατική μεταμόσχευση, παρά τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου στο μόσχευμα.

Αυτό το**προσέξατε;***Βιβλιογραφική Ενημέρωση**Επιμέλεια: Παντελής Σκλάβος*

Ένας στους τρεις ασθενείς αναφέρει ήπια κοιλιακά ενοχλήματα έως μια εβδομάδα μετά από κολονοσκόπηση

Incidence of minor complications and time lost from normal activities after screening or surveillance colonoscopy. C.W. Ko, S. Riffle, J.A. Shapiro, et al. *Gastrointest Endosc* 2007;65:648-56.

Σε πεντακόσιους δύο ασυμπτωματικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κολονοσκόπηση ελέγχου για καρκίνο του παχέος εντέρου ζητήθηκε η συμπλήρωση ερωτηματολογίου σχετικά με την ανοχή στην εξέταση ή την εμφάνιση νέων ενοχλημάτων, κυρίως από το πεπτικό, έως και ένα μήνα μετά την εξέταση.

Για κοιλιακό άλγος και μετεωρισμό παραπονέθηκε το ένα τρίτο των

ασθενών. Τα ενοχλήματα αυτά ήταν ήπιας βαρύτητας, διήρκησαν μία έως δύο ημέρες μετά την κολονοσκόπηση και στους περισσότερους ασθενείς (80%) υφέθηκαν μέσα σε λιγότερο από δύο ημέρες. Τα ίδια ενοχλήματα, ανέφερε το 6% των ασθενών έως και 30 ημέρες μετά την κολονοσκόπηση.

Η συχνότητα εμφάνισης τέτοιων ενοχλημάτων ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες, στα άτομα στα οποία η διάρκεια της εξέτασης ήταν μεγαλύτερη από 20 λεπτά ή η εντερική προετοιμασία δεν ήταν ικανοποιητική, όπως επίσης και σε άτομα στα οποία χρειάστηκε να εφαρμοστεί, πλέον της συνήθους, εξωτερική πίεση στην κοιλία.

Για τους περισσότερους ασθενείς (77%) η προετοιμασία του εντέρου αποτέλεσε την πιο δυσάρεστη διαδικασία. Οι μισοί ασθενείς (49%) έχασαν μία ημέρα από τις συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες, ενώ 19% των ασθενών έχασαν έως και τρεις ημέρες εργασίας.

Συνεπώς, αν και η κολονοσκόπηση θεωρείται ασφαλής και καλώς ανεκτή εξέταση, εν τούτοις, η πιθανότητα όχι μόνο σοβαρών, αλλά και ήπιων επιπλοκών ενδεχομένως να επηρεάζει την αποδοχή της εξέτασης από το γενικό πληθυσμό, ως διαγνωστική εξέταση ελέγχου.

Η λήψη τυχαίων βιοψιών κατά τη διάρκεια κολονοσκόπησης ασθενών με μακροχρόνια ελκώδη κολίτιδα αποτελεί πρακτική που ακόμη δεν θα πρέπει να εγκαταλειφθεί

Narrow-band imaging compared with conventional colonoscopy for the detection of dysplasia in patients with longstanding ulcerative colitis. E. Dekker, F.J. C. van den Broek, J. B. Reitsma, et al. *Endoscopy* 2007;39:216-221.

Αντικείμενο της μελέτης αυτής ήταν η συγκριτική αξιολόγηση της συμβατικής κολονοσκόπησης (με λευκό

φως - WLE) με την κολονοσκόπηση με την τεχνική NBI, σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα για την ανίχνευση δυσπλασίας. Συνολικά 42 ασθενείς ενδοσκοπήθηκαν και με τις δύο μεθόδους. Με την τεχνική NBI ελήφθησαν στοχευόμενες βιοψίες από ύποπτες βλάβες ενώ με τη συμβατική ενδοσκοπηση ελήφθησαν τόσο στοχευόμενες όσο και τυχαίες βιοψίες

σύμφωνα με το γνωστό πρωτόκολλο (ανά 10 εκατοστά παχέος εντέρου ελήφθησαν 4 βιοψίες από όλη την περιφέρεια του αυλού).

Με την τεχνική NBI διαπιστώθηκαν 52 ύποπτες βλάβες σε 17 ασθενείς ενώ με τον κλασσικό τρόπο ανιχνεύθηκαν 28 ύποπτες βλάβες σε 13 ασθενείς. Η ιστολογική εξέταση των στοχευόμενων βιοψιών ανέδειξε 11 ασθενείς

με νεοπλασία, από τους οποίους οι τέσσερις ανιχνεύθηκαν και με τις δύο μεθόδους, σε τέσσερις μόνο με την NBI κολονοσκόπηση και στους υπόλοιπους τρεις μόνο με τη συμβατική ενδοσκόπηση. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι η ευαισθησία της NBI κολονοσκόπησης (έστω της πρώτης γενιάς), στους ασθενείς αυ-

τούς, είναι συγκρίσιμη με αυτή της κλασσικής ενδοσκόπησης. Ο αυξημένος αριθμός των ύποπτων βλαβών που ανιχνεύθηκαν με την τεχνική NBI δεν φάνηκε να αυξάνει την ανεύρεση νεοπλασίας, αλλά οδήγησε σε αύξηση του αριθμού των ψευδώς-θετικών αποτελεσμάτων.

Επιπρόσθετα, επιβεβαιώθηκε η αναγκαιότητα τήρησης του γνωστού πρωτοκόλλου βιοψιών σε ασθενείς με μακροχρόνια ελκώδη κολίτιδα καθώς η τακτική αυτή ανέδειξε νεοπλασία σε έξι ασθενείς εκ των οποίων στον ένα, τόσο η τεχνική NBI όσο και η κλασσική ενδοσκόπηση δεν κατάφεραν να ανδείξουν ύποπτες βλάβες.

Η έγχυση υψηλών δόσεων ομεπραζόλης πριν την ενδοσκόπηση σχετίζεται με ταχεία εξαφάνιση των σημείων αιμορραγίας από πεπτικό έλκος και μειώνει τις πιθανότητες ενδοσκοπικής αιμόστασης

Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. J.Y. Lau, W.K. Leung, J.C.Y. Wu, et al. *New England Journal of Medicine* 2007; 356: 1631-40.

Τα ευρήματα της μελέτης αυτής επιβεβαιώνουν, ότι η καταστολή του οξέος με αναστολείς της αντλίας πρωτονίων διευκολύνει το σχηματισμό θρόμβου στα αιμορραγούντα αγγεία πεπτικών ελκών. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε πως η ενδοφλέβια έγχυση υψηλών δόσεων ομεπραζόλης (80 mg σε εφάπαξ χορήγηση ακολουθούμενη από συνεχή έγχυση 8 mg την ώρα) πριν την ενδοσκόπηση μείωσε σημαντικά τις ανάγκες για ενδοσκοπική αιμόσταση σε σχέση με την ομάδα

ελέγχου που έλαβε εικονικό φάρμακο (19,1% vs 28,4%), καθώς λιγότεροι ασθενείς από αυτούς που έλαβαν την ομεπραζόλη, παρουσίαζαν κατά την επείγουσα ενδοσκόπηση (μέσα στο πρώτο 24ωρο), ενεργό αιμορραγία λόγω πεπτικού έλκους. Επιπλέον, περισσότεροι ασθενείς στην ομάδα της ομεπραζόλης, σε σχέση με την ομάδα του εικονικού φαρμάκου, εμφάνιζαν κατά την ενδοσκόπηση έλκος με καθαρό πυθμένα.

Ωστόσο, οι ίδιοι οι συγγραφείς παραδέχονται πως υπάρχουν περιορισμοί που δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των παραπάνω ευρημάτων, αφού από τη μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς που μακροχρόνια ελάμβαναν ασπιρίνη

λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων, καθώς η επίδραση των υψηλών δόσεων ομεπραζόλης στη σταθεροποίηση του θρόμβου σε τέτοιους ασθενείς παραμένει ακόμη άγνωστη. Επίσης, τα παραπάνω ευρήματα δεν θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε περιοχές με υψηλή συχνότητα αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού λόγω αιμορραγούντων κισμών οισοφάγου. Είναι σαφές ότι δεν προτείνεται η αντικατάσταση της επείγουσας ενδοσκόπησης από τη χορήγηση υψηλών δόσεων ομεπραζόλης, ωστόσο η τελευταία μπορεί να μειώσει τις ανάγκες ενδοσκοπικής αιμόστασης και, κατά συνέπεια, τη διάρκεια και το κόστος νοσηλείας.

Πολύποδες παχέος εντέρου που εντοπίζονται πίσω από πτυχές ή καμπές μπορούν να αφαιρεθούν χρησιμοποιώντας ενδοσκόπιο πλαγίας οράσεως

Colonoscopy and polypectomy with a side-viewing endoscope. E. Frimberger, S. von Delius, T. Rösch, R. M. Schmid. *Endoscopy* 2007;39:462-465.

Η εντόπιση πολυπόδων πίσω από καμπές του παχέος εντέρου ή η επέκτασή τους και στις δύο πλευρές πτυχών του βλεννογόνου καθιστά δυσχερή την ενδοσκοπική αφαίρεσή τους.

Οι συγγραφείς του άρθρου, έμπειροι ενδοσκόπιοι, επιχείρησαν να αφαιρέσουν ενδοσκοπικά τέτοιους πολύποδες σε 15 ασθενείς, χρησιμοποιώντας

δωδεκαδακτυλοσκόπιο. Η προώθηση του ενδοσκοπίου, με διαλείπουσα κάμψη του άκρου του ώστε να επιτυγχάνεται προσθιοπλάγια όραση, έγινε με προσοχή και χαρακτηρίστηκε ως σχετικά εύκολη. Σε τρεις περιπτώσεις το ενδοσκόπιο προωθήθηκε έως και το τυφλό.

Ενώ με το ενδοσκόπιο προσθίας οράσεως έγινε ορατό μόνο ένα μικρό τμήμα των πολυπόδων (φαινόμενο παγόβουνου), οι εικόνες που ελήφθησαν με το ενδοσκόπιο πλαγίας οράσεως αποκάλυψαν όλη την έκταση και το μέγεθός τους.

Η πολυποδεκτομή ήταν ολική σε 11 από τους 15 ασθενείς. Στους υπόλοιπους τρεις, ο περιβροχισμός του πολύποδα δεν ήταν εφικτός, και στον τέταρτο ασθενή δεν ήταν δυνατή η σταθεροποίηση του ενδοσκοπίου σε κατάλληλη θέση. Πράγματι, ο χειρισμός του βρόχου μέσω του ενδοσκοπίου αποδείχθηκε δυσχερής, καθώς η ανύψωση του όνυχα του πλαγίου ενδοσκοπίου ακινητοποιούσε την πλαστική θήκη του πολυπεκτόμου εμποδίζοντας την ελεύθερη μετακίνησή του.



Κλινικό Θέμα

Ο Ρόλος της Βιοανάδρασης στην Αντιμετώπιση Ασθενών με Ακράτεια

γράφει η **Ευτέρπη Χιωτακάκου-Φαλιάκου**

Βιοανάδραση είναι η μέθοδος που αποσκοπεί στην εκπαίδευση του ασθενούς με σκοπό να μάθει να αναγνωρίζει τη διάταση του ορθού, να χαλαρώνει το πυελικό έδαφος και να προωθήσει το περιεχόμενο αποτελεσματικά.

Η **ακράτεια κοπράνων**, σύμπτωμα με σαφείς επιπτώσεις στην κοινωνικότητα και την ψυχολογία του ασθενούς, αφορά το 7,1 % του γενικού πληθυσμού και είναι οκτώ φορές συχνότερο στις γυναίκες. Διαιτητικοί χειρισμοί και φαρμακευτικές οδηγίες, αρκετά συχνά, είναι επαρκή μέτρα για να το αντιμετωπίσουν ή να το περιορίσουν. Ειδικές χειρουργικές επεμβάσεις μπορούν να άρουν τον πιθανό αιτιολογικό παράγοντα βελτιώνοντας σημαντικά ένα ποσοστό ασθενών. Εντούτοις, κάποιοι ασθενείς χρήζουν εναλλακτικής αντιμετώπισης, όπως της **βιοανάδρασης (biofeedback)**.

Τι είναι η βιοανάδραση;

Η βιοανάδραση, η οποία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σαν θεραπευ-

τική μέθοδος από τους Engel et al το 1974, είναι θεραπευτική τεχνική κατά την οποία ο ίδιος ο πάσχων μαθαίνει

Η ακράτεια κοπράνων, σύμπτωμα με σαφείς επιπτώσεις στην κοινωνικότητα και την ψυχολογία του ασθενούς, αφορά το 7,1 % του γενικού πληθυσμού και είναι οκτώ φορές συχνότερο στις γυναίκες

-εκπαιδύεται με τη βοήθεια ειδικού να επηρεάζει μια συγκεκριμένη φυσιολογική παράμετρο, αφού πρώτα την παρατηρήσει και εν συνεχεία συνειδητά τη χρησιμοποιήσει.

Στην περίπτωση της ακράτειας κοπράνων, η παράμετρος αυτή είναι η ορθοπρωκτική λειτουργία και ο σκοπός της μεθόδου είναι να βελτιώσει την εκούσια σύσπαση του εξωτερικού σφιγκτήρα του πρωκτού και του ηβοκοκκυγικού μυός, ως ανταπόκριση στο αίσθημα πλήρωσης του ορθού.

Αυτό μπορεί να συμβεί είτε βελτιώνοντας τη δύναμη των μυών του πυελικού εδάφους, είτε αυξάνοντας την αντιληπτική ικανότητα του ορθού σε σχέση με το περιεχόμενό του, είτε με συνδυασμό των ανωτέρω.

Τι περιλαμβάνει το πρόγραμμα βιοανάδρασης;

Το πρόγραμμα βιοανάδρασης περιλαμβάνει:

1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να δίνεται αρκετός χρόνος στον ασθενή από τον ίδιο πάντα ιατρό. Ο Kamm et al (1993) έδειξε ότι μέχρι και 50% των γυναικών με επεισόδια ακράτειας αναφέρουν στο ιστορικό τους κάποιο παράγοντα που τούς επηρεάζει συνειδητά (ή υποσυνείδητα) και που σχετίζεται με το παρόν πρόβλημά τους. Η βιοανάδραση μπορεί να προσφέρει την ευκαιρία στον ασθενή να αναγνωρίσει τη διάσταση αυτή του προβλήματος, γεγονός που βοηθά πολύ σημαντικά στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπισή του.

2. ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑ & ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΗΜΑ (ΗΜΓ). Τυπικά οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν χαμηλή μέση πίεση ηρεμίας και χαμηλή μέση πίεση συγκράτησης. Επιπρόσθετα, σε ένα

ποσοστό ασθενών παρατηρείται και διαταραχή στην αισθητικότητα, που γίνεται πιο έκδηλη λόγω διαταραχής της αντίληψης της πληρότητας του ορθού, ακόμα και για όγκους που κανονικά προκαλούν χάλαση του εσωτερικού σφιγκτήρα του πρωκτού. Στο ΗΜΓ παρατηρείται πτώχή ηλεκτρομυογραφική δραστηριότητα κατά την εκούσια σύσφιξη, που αποτελεί ένδειξη μερικής απονεύρωσης.

3. ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΘΟΝΗ ΤΟΥ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΒΙΟΑΝΑΔΡΑΣΗΣ. Αρχικά γίνεται η τοποθέτηση μικρών ηλεκτροδίων περιπρωκτικά του ασθενούς (ενώ είναι ξαπλωμένος σε δεξιά πλαγία θέση, κατάλληλα καλυμμένος με σεντόνι ώστε να αισθάνεται άνετα και κοιτώντας προς τον ιατρό και την οθόνη). Στη συνέχεια με τη βοήθεια διαγραμμάτων εξηγείται η φυσιολογική λειτουργία της αφόδευσης και επιδεικνύεται στον ασθενή σαφώς και παραστατικά τι ακριβώς γίνεται λάθος στη διαδικασία της αφόδευσης στη δική του περίπτωση.

4. ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΒΙΟΑΝΑΔΡΑΣΗΣ. Με τη βοήθεια των ειδικών διαγραμμάτων, ο ιατρός αρχίζει να εκπαιδεύει τον ασθενή πώς να χρησιμοποιεί τους κατάλληλους μυς ώστε να πετυχαίνει αποτελεσματική κένωση και να αποφεύγει τα επεισόδια της ακράτειας. Ο ασθενής παρακολουθεί στην οθόνη και με το κατάλληλο διάγραμμα μπορεί να καταλάβει πρακτικά την αποτελεσματικότητα των ασκήσεων και τη βελτίωσή του από συνεδρία σε συνεδρία.

5. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΠΙΤΙ. Ένα απόλυτα εξατομικευμένο πρόγραμμα ασκήσεων σχεδιάζεται για τον κάθε ασθενή. Επίσης δίνονται συμβουλές για τη διατροφή του, τη μείωση των φαρμάκων, καθώς και για τις καθημερινές συνήθειες στον τρόπο αφόδευσης. Οι ασθενείς γνωρίζουν ότι μπορούν κάθε στιγμή μεταξύ των συνεδριών, ή και μετά το τέλος αυτών, να επικοινωνήσουν με τον ιατρό τους αν έχουν κάποιο πρόβλημα.

Πόσες συνεδρίες απαιτούνται συνήθως;

Ο αριθμός των συνεδριών ποικίλλει από 1-12. Στις περισσότερες περιπτώσεις απαιτούνται κατά μέσον όρο 4-5 συνεδρίες.

Με τη βοήθεια των ειδικών διαγραμμάτων, ο ιατρός αρχίζει να εκπαιδεύει τον ασθενή πώς να χρησιμοποιεί τους κατάλληλους μυς ώστε να πετυχαίνει αποτελεσματική κένωση και να αποφεύγει τα επεισόδια της ακράτειας. Ο ασθενής παρακολουθεί στην οθόνη και με το κατάλληλο διάγραμμα μπορεί να καταλάβει πρακτικά την αποτελεσματικότητα των ασκήσεων και τη βελτίωσή του από συνεδρία σε συνεδρία

Ποιοι είναι οι πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες για επιτυχία ή αποτυχία από τη βιοανάδραση;

Οι προγνωστικοί παράγοντες συνοψίζονται στον πίνακα 1. Λόγω του μικρού σχετικά αριθμού των ασθενών που συμμετέχουν στις δημοσιευθείσες μελέτες και της ετερογένειάς τους είναι δύσκολο να αναγνωρισθούν πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες.

1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ. Φαίνεται να ανταποκρίνονται καλύτερα οι ασθενείς που παρουσίασαν ακράτεια ως συνέπεια χειρουργικού ή άλλου τραυματισμού. Εντούτοις, αρκετές μελέτες εμφανίζουν ικανοποιητικά αποτελέσματα σε ασθενείς με νευρολογικές παθήσεις, όπως σακχαρώδη διαβήτη και μηνιγγομυελόκηλη. Τα αντιφατικά αυτά αποτελέσματα πιθανώς να οδηγήσουν στο μέλλον σε καλύτερα τεκμηριωμένες μελέτες και να επιβεβαιώσουν την υπόθεση, που θέλει το αποτέλεσμα της βιοανάδρασης να είναι άμεσα σχετιζόμενο με το επίπεδο της βλάβης στους ασθενείς με κάκωση του νωτιαίου μυελού.

2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΥΤΩΝ). Δε φαίνεται να απορρέει σαφώς από τις μελέτες ότι η βαρύτητα των συμπτωμάτων μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα, λόγω της ανομοιογένειας του τρόπου αξιολόγησης των ασθενών. Μόνο σε μία μελέτη αναφέρεται σαφώς ως κριτήριο εισόδου στη μελέτη τουλάχιστον ένα επεισόδιο ακράτειας την εβδομάδα για τουλάχιστον ένα έτος.

3. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ. Δεν θα ήταν εύκολο να καταγράψει κανείς τα ιδανικά προσόντα που θα έπρεπε να έχει ο κλινικός ιατρός ο οποίος εφαρμόζει τη μέθοδο. Είναι όμως εύκολα κατανοητό ότι απαιτείται ικανότητα επικοινωνίας, ανάπτυξης καλής σχέσης με τον ασθενή καθώς και ευρεία γνώση τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς. Είναι πολύ σημαντικό για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, ο ασθενής να μπορεί να μιλήσει ελεύθερα για το πρόβλημά του. Παράλληλα ο ιατρός πρέπει να γνωρίζει καλά την ανατομία και τη φυσιολογία του ορθού και της πυέλου και να κατέχει τις τεχνικές μανομετρίας και ηλεκτρομυογραφήματος.

4. ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΚΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ. Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία φαίνεται ότι δεν αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες.

Πίνακας 1. Πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες

- Αιτιολογία της ακράτειας
- Συμπτώματα (βαρύτητα και διάρκεια αυτών)
- Ηλικία του ασθενούς
- Εμπειρία του θεράποντος
- Μανομετρικά και ηλεκτρομυογραφικά ευρήματα
- Αριθμός συνεδριών
- Εξάσκηση στο σπίτι

Πίνακας 2.

Πλεονεκτήματα της βιοανάδρασης

- Ασφαλής μέθοδος
- Όχι φάρμακα
- Όχι χειρουργικές επεμβάσεις
- Όχι επιπλοκές
- Ολοκληρωμένη προσέγγιση του προβλήματος
- Ικανοποιητική αποτελεσματικότητα
- Ίδιος ιατρός σε όλες τις συνεδρίες
- Εξήγηση με κατανοητό τρόπο του προβλήματος στον ασθενή
- Περιορισμένος αριθμός επισκέψεων
- Ικανοποιητικός χρόνος αφιερωμένος στον ασθενή
- Ενεργός συμμετοχή του ασθενή στην επίλυση του προβλήματός του
- Εξατομικευμένες οδηγίες για το σπίτι

5. ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ. Ίσως είναι η μόνη παράμετρος που δείχνει να συσχετίζεται προγνωστικά με το αποτέλεσμα. Πέντε ή περισσότερες συνεδρίες καθώς και ενθάρρυνση του ασθενή για εξάσκηση στο σπίτι, προωνίζουν ένα καλύτερο αποτέλεσμα.

6. ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ. Μελέτες απέδειξαν ότι οι ασθενείς που ακολουθούν καθημερινά και με συνέπεια το πρόγραμμα, πετυχαίνουν και διατηρούν το επιθυμητό αποτέλεσμα, σε στατιστικά σημαντικότερο ποσοστό από τους υπόλοιπους.

Ποια είναι η αποτελεσματικότητα της βιοανάδρασης;

Λόγω της ετερογένειας των μελετών, η αποτελεσματικότητα της μεθόδου ποικίλλει από 50-92%.

Ποια η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα της βιοανάδρασης;

Οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι 2 έτη μετά την ολοκλήρωση της βιοανάδρασης οι ασθενείς διατηρούν το θετικό αποτέλεσμα. Εντούτοις,

σύμφωνα με δημοσιευμένη μελέτη, 44 μήνες μετά τη βιοανάδραση η ικανοποίηση των ασθενών, όσον αφορά στη βαρύτητα των συμπτωμάτων, είναι μι-

τας της βιοανάδρασης με την πάροδο του χρόνου, όταν δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία της καθημερινής εξάσκησης των ασθενών στο σπίτι.

Πρόκειται για μέθοδο ασφαλή και ανώδυνη, που δεν περιλαμβάνει επεμβατικούς και χειρουργικούς χειρισμούς και δεν βασίζεται σε φαρμακευτικές οδηγίες. Απαιτείται περιορισμένος αριθμός επισκέψεων, που συνήθως, μπορεί να προκαθορισθεί μετά τη δεύτερη συνεδρία

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα της μεθόδου; (πίνακας 2)

Πρόκειται για μέθοδο ασφαλή και ανώδυνη, που δεν περιλαμβάνει επεμβατικούς και χειρουργικούς χειρισμούς και δεν βασίζεται σε φαρμακευτικές οδηγίες. Απαιτείται περιορισμένος αριθμός επισκέψεων, που, συνήθως, μπορεί να προκαθορισθεί μετά τη δεύτερη συνεδρία. Ο ιατρός είναι ο ίδιος σε όλες τις συνεδρίες και αφιερώνει σημαντικό χρόνο στον ασθενή προσεγγίζοντας ολοκληρωμένα το πρόβλημα. Εξηγείται με κατανοητό τρόπο, με τη βοήθεια των ειδικών διαγραμμάτων, ο μηχανισμός της απόδευσης και της διαταραχής που επισυμβαίνει στην εκάστοτε περίπτωση και ο ασθενής συμμετέχει ενεργητικά στη βελτίωσή της. Διαθέτει σαφές και εξατομικευμένο πρόγραμμα για το σπίτι και γνωρίζει ότι η μέθοδος έχει υψηλή αποτελεσματικότητα.

κρότερη, παραμένει όμως καλύτερη από ό,τι ίσχυε πριν την έναρξη της βιοανάδρασης. Παρατηρήθηκε επίσης και βελτίωση της αποτελεσματικότητας

Βιβλιογραφία

1. Loening-Baucke V. Efficacy of Biofeedback training in improving faecal incontinence and anorectal physiologic functions. Gut 1990; 31:1935-1402.
2. Wald A, Tunugunta AK. Anorectal sensorimotor dysfunction in faecal incontinence and diabetes mellitus. Modification with biofeedback therapy. N Eng J Med 1984; 310(20): 1282-7.
3. Glia A, Gylin et al. Biofeedback training in patients with feacal incontinence. Dis Colon Rectum 1998; 411:359-64.

Ενδοσκοπικό



Θέμα

Πάρτε αυτό το καθαρτικό κι ελάτε αύριο για κολονοσκόπηση...

γράφει ο Σ. Σιαφίκος

Την παραπάνω, απλή φαινομενικά, οδηγία καθημερινά συστήνουμε στους ασθενείς μας προκειμένου να υποβληθούν σε ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου. Άραγε πόσοι όμως από εμάς έχουν συνειδητοποιήσει ότι «η Οδύσσεια» της κολονοσκόπησης θα αρχίσει με την έναρξη της εντερικής προετοιμασίας; Με ποια κριτήρια έγινε η επιλογή του κατάλληλου καθαρτικού; Αναφέρθηκαν οι πιθανές παρενέργειες; Έχουμε εξηγήσει με λεπτομέρειες την όλη διαδικασία.

Είναι σαφές πως μια καλή εντερική προετοιμασία:

1. Αυξάνει τη διαγνωστική ακρίβεια της ενδοσκόπησης αφού αναγνωρίζονται ευκολότερα τυχόν βλεννογονικές βλάβες και αυξάνονται τα ποσοστά προώθησης του ενδοσκοπίου έως το τυφλό.
2. Βελτιώνει την ασφάλεια της εξέτασης καθώς η καλή ορατότητα

του ενδοσκοπικού πεδίου ελαχιστοποιεί τις πιθανότητες τυφλής προώθησης του ενδοσκοπίου και εξασφαλίζει άριστες συνθήκες για τη διενέργεια ενδοσκοπικών παρεμβάσεων.

3. Αυξάνει την ανοχή των ασθενών διότι περιορίζονται οι χειρισμοί που αυξάνουν τη διάρκεια της εξέτασης (π.χ. συνεχείς αναρροφήσεις εντερικού περιεχομένου) ή που αυξάνουν τη δυσφορία των ασθενών τόσο κατά τη διάρκεια της εξέτασης όσο και μετά το πέρας αυτής (π.χ. εμφύσηση μεγάλης ποσότητας αέρα) και
4. Μειώνει το κόστος της εξέτασης αλλά και τις ώρες εργασίας που χάνουν οι ασθενείς καθώς αποφεύγεται η επανάληψη της εξέτασης ή ο συχνότερος του προβλεπόμενου ενδοσκοπικός επανέλεγχος, λόγω μιας μη διαγνωστικής εξέτασης εξαιτίας κακής εντερικής προετοιμασίας.

Αν και η συνεχής βελτίωση του ενδοσκοπικού εξοπλισμού, η εφαρμογή νέων τεχνικών και η χορήγηση κατασταλτικής ή/και αναλγητικής αγωγής

έχουν αυξήσει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της ενδοσκόπησης όπως επίσης και την ανοχή του πληθυσμού στην εξέταση αυτή, η εντερική προετοιμασία παραμένει μια σχετικώς δυσάρεστη, αν όχι δύσκολη διαδικασία για τους περισσότερους ασθενείς. Σύμφωνα με μελέτες, έως και το 77% των ατόμων που υποβλήθηκαν σε κολονοσκόπηση ανέφερε πως ο καθαρισμός του εντέρου αποτέλεσε το πιο δύσκολο στάδιο, ακόμη πιο δύσκολο και από αυτή την ίδια την εξέταση.

Μια ιδανική προετοιμασία, εκτός από αποτελεσματική και ασφαλής (χωρίς παρενέργειες) θα πρέπει, επίσης, να εκτελείται με απλές οδηγίες, να περιλαμβάνει μικρή περίοδο δίαιτας, και να είναι καλώς ανεκτή. Δυστυχώς, τα αποτελέσματα αρκετών μελετών –που έχουν συγκρίνει διάφορα νέα και παλιά σκευάσματα– έδειξαν ότι δεν υπάρχει ακόμα η ιδανική εντερική προετοιμασία.

Γενικά, η εντερική προετοιμασία με χορήγηση καθαρτικών από το στόμα θα πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς με βαριές φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, σοβαρή αφυδάτω-

ση, επί υποψίας ειλεού όπως επίσης και σε ασθενείς με οξεία χειρουργική κοιλία.

Στο παρελθόν, η δημοφιλέστερη εντερική προετοιμασία περιελάμβανε τη λήψη υδρικής δίαιτας για 2-3 ημέρες και τη χορήγηση δισακοδύλης από το στόμα, την παραμονή της εξέτασης όπως επίσης και υποκλυσμούς το βράδυ της παραμονής και 2 ώρες πριν από την εξέταση. Παρά την αποτελεσματικότητά της, η μεγάλη διάρκεια της προετοιμασίας, τα συχνά κολικοειδή κοιλιακά άλγη και οι όχι σπάνιες διαταραχές ύδατος και ηλεκτρολυτών αποτελούσαν μειονεκτήματα του επηρέαζαν τη συμμόρφωση και την ανοχή των ασθενών. Επιπλέον, οι υποκλυσμοί, ενώ δεν φάνηκε να προσφέρουν σημαντική βελτίωση, θεωρήθηκαν υπεύθυνοι για συχνούς τραυματισμούς στην ορθοπρωκτική περιοχή.

Πριν από 2 δεκαετίες ξεκίνησε η χορήγηση ωσμωτικά ισορροπημένων ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων περιέχοντα άλατα καλίου, νατρίου, θείου, διττανθρακικών και πολυαιθυλικής γλυκόλης (PEG διαλύματα). Τα διαλύματα αυτά, επειδή είναι ισοοσμωτικά με το πλάσμα, έχουν το πλεονέκτημα να μην προκαλούν μετακίνηση ύδατος και ηλεκτρολυτών στον εντερικό αυλό, με αποτέλεσμα να μην παρατηρούνται στατιστικώς σημαντικές διαταραχές στην ομοιόσταση του καλίου, νατρίου, ασβεστίου, φωσφόρου, ή στις τιμές της ουρίας και κρεατινίνης και, επομένως, η χορήγησή τους να θεωρείται ασφαλής σε ασθενείς με καρδιακή, ηπατική, νεφρική νόσο, ή σε ασθενείς με ασκίτικη συλλογή ή αφυδάτωση.

Λαμβάνονται συνολικά 4 λίτρα διαλύματος (250 ml – ένα ποτήρι – κάθε 10 λεπτά) την παραμονή της εξέτασης ενώ συστήνεται η αποφυγή κατανάλωσης στερεάς τροφής λίγες ώρες πριν από την έναρξη λήψης του διαλύματος, όπως επίσης η λήψη φαρμάκων που μπορούν να επηρεάσουν την κινητικότητα του παχέος εντέρου

(σίδηρος από το στόμα ή αντιδιαρροϊκά) λίγες ημέρες πριν.

Η μεγάλη ποσότητα του διαλύματος που θα πρέπει να ληφθεί (4 λίτρα) σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα (4-5 ώρες) όπως επίσης η αλμυρή γεύση του και η δυσάρεστη οσμή του (οσμή κλούβιου αυγού εξαιτίας της προσθήκης θείου) προκαλούν την

Μια ιδανική προετοιμασία, εκτός από αποτελεσματική και ασφαλής (χωρίς παρενέργειες) θα πρέπει, επίσης, να εκτελείται με απλές οδηγίες, να περιλαμβάνει μικρή περίοδο δίαιτας, και να είναι καλώς ανεκτή. Δυστυχώς, τα αποτελέσματα αρκετών μελετών που έχουν συγκρίνει διάφορα νέα και παλιά σκευάσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει ακόμα η ιδανική εντερική προετοιμασία

δυσανεξία των ασθενών. Περίπου 5-15% των ασθενών δεν καταφέρνουν να ολοκληρώσουν την προετοιμασία αλλά πολλοί περισσότεροι δηλώνουν πως θα αρνηθούν την επαναχορήγησή του σε περίπτωση που θα πρέπει να επαναληφθεί η κολονοσκόπηση.

Με σκοπό να ξεπεραστούν οι παραπάνω δυσκολίες, έχουν γίνει προσπάθειες για τη βελτίωση της γεύσης (στο εξωτερικό διατίθενται σκευάσματα με γεύση κεράσι, ανανά, ή λεμονιού όπως επίσης και διαλύματα PEG που δεν περιέχουν θειούχο νάτριο) ενώ

συστήνεται η λήψη του διαλύματος να γίνεται αφού προηγουμένως έχει ψυχθεί, λόγω καλύτερης ανεκτικότητας. Ωστόσο, η προσθήκη αρωματικών ή γλυκαντικών ουσιών από τους ίδιους τους ασθενείς θα πρέπει να αποθαρρύνεται επειδή υπάρχει η πιθανότητα να προκύψουν μεταβολές στην ωσμωτικότητα του διαλύματος με αποτέλεσμα να αυξηθεί η κατακράτηση νατρίου και ύδατος. Πρόσφατα κυκλοφόρησε στην Ελλάδα παρόμοιας δράσης καθαρτικό, βασιζόμενο στην πολυαιθυλική γλυκόλη (Fortrans) με καλύτερη γεύση αλλά με παρόμοια ποσοστά δυσανεξίας των ασθενών λόγω του μεγάλου όγκου υγρών που πρέπει να καταναλωθούν.

Τα διαλύματα φωσφορικού νατρίου - NaP διαλύματα αποτελούν ένα εναλλακτικό σχήμα εντερικής προετοιμασίας, ιδίως τα τελευταία χρόνια. Τα υπερωσμωτικά αυτά διαλύματα δρουν αυξάνοντας την κατακράτηση υγρών στον αυλό του λεπτού εντέρου. Η συσσώρευση υγρού στον ειλεό προκαλεί διάταση, η οποία εν συνεχεία προάγει τον περισταλτισμό και την κένωση του εντέρου. Η δοσολογία περιλαμβάνει 2 φιαλίδια διαλύματος NaP τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται σε μεσοδιάστημα 6-24 ωρών. Το κάθε φιαλίδιο θα πρέπει να αραιώνεται σε μισό ποτήρι διαυγούς υγρού για να μην προκαλεί έμετο και θα πρέπει να καταναλώνεται ικανή ποσότητα υγρών για να μην προκαλείται αφυδάτωση.

Λόγω του μικρού όγκου του σχήματος (δύο φιαλίδια των 45 ml) η προετοιμασία φαίνεται να είναι περισσότερο ανεκτή σε σχέση με τα διαλύματα PEG, καθώς το ποσοστό των ασθενών που δεν καταφέρνουν να ολοκληρώσουν την προετοιμασία δεν ξεπερνά το 5%.

Το κάθε φιαλίδιο περιέχει 5,0 g νατρίου, και παρά την προσθήκη αρωματικών ουσιών, η γεύση του (Ginger lemon Flavor) εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται ως δυσάρεστη από τους

περισσότερους ασθενείς, ενδεχομένως περισσότερο δυσάρεστη από αυτή των διαλυμάτων PEG. Πάντως, οι περισσότεροι ασθενείς που έλαβαν διαλύματα NaP πριν την αρχική κολονοσκόπηση, θα προτιμούσαν το ίδιο σχήμα εντερικής προετοιμασίας σε περίπτωση επανάληψης της εξέτασης, σε αντίθεση με αυτούς που έλαβαν PEG, οι περισσότεροι από τους οποίους θα προτιμούσαν άλλο σχήμα εντερικής προετοιμασίας.

Στα πλαίσια μείωσης της δυσανεξίας των ασθενών έχει επιχειρηθεί ο συνδυασμός του διαλύματος NaP με υπακτικά (δισακοδύλη ή διαλύματα σέννας), τα οποία όμως καθιστούν δυσχερή την ενδοσκόπηση λόγω των εντερικών σπασμών που προκαλούν.

Τα διαλύματα NaP έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά και ασφαλή για τους περισσότερους ασθενείς, αν και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, (υπερνατριαιμία, υπερφωσφοραιμία, υπασβεστιαιμία, υποκαλσιαιμία και μεταβολική οξέωση), έχουν διαπιστωθεί πολύ συχνά, ακόμα και σε άτομα με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό. Οι περισσότερες απ' αυτές είναι ήπιες, μη κλινικά σημαντικές και σχετίζονται κυρίως με τη συνολική δόση του διαλύματος παρά με τη διάρκεια της προετοιμασίας. Η παρασκευάστρια εταιρία συνιστά την αποφυγή χορήγησης του διαλύματος σε ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική δυσλειτουργία, ασκίτη, ενεργό φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, γνωστή ή υποπτευόμενη απόφραξη του γαστρεντερικού σωλήνα, όπως επίσης και τη χορήγησή του με προσοχή σε ασθενείς με υπέρταση που λαμβάνουν διουρητικά, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου ή των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, σε ασθενείς με ασταθή στηθάγχη ή με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε ηλικιωμένους ασθενείς και σε παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών. Ωστόσο, αναφορές περιπτώσεων τετανίας, οξείας φωσφορικής νεφροπάθειας και σοβαρής αφυδάτωσης ανάγκασαν προσφάτως τις υπηρεσίες FDA και Health Canada να υπενθυμίσουν

τις παραπάνω ανεπιθύμητες ενέργειες και να συστήσουν την αποφυγή υπέρβασης της συνιστώμενης δοσολογίας και τη λήψη σημαντικής ποσότητας υγρών κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας.

Τα NaP διαλύματα μπορούν επίσης να προκαλέσουν μη κλινικά σημαντικές βλεννογονικές βλάβες, στην περιοχή του ορθοσιγμοειδούς, μονήρεις ή πολλαπλές, που μοιάζουν με άφθες.

Επειδή δεν διαθέτουμε ακόμη το ιδανικό καθαρτικό και οι ώρες απουσίας από την εργασία φαίνεται πως απασχολεί πάρα πολλά άτομα που υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση, το ενδιαφέρον κάποιων τελευταίων μελετών έχει μετατοπιστεί στην επιλογή του κατάλληλου χρόνου έναρξης της προετοιμασίας

Συμπερασματικά, τα δύο παραπάνω βασικά σχήματα εντερικής προετοιμασίας, PEG και NaP, έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα, αν και η λήψη του πρώτου σχετίζεται κυρίως από την παραμονή σημαντικής ποσότητας υγρών εντός του εντέρου παρά από την παρουσία κοπράνων. Τα διαλύματα NaP προτιμώνται λόγω καλύτερης ανοχής αλλά τα διαλύματα PEG είναι περισσότερο ασφαλή. Συνεπώς, η χορήγηση PEG μπορεί να θεωρηθεί ως εναλλακτική λύση σε περιπτώσεις που η χορήγηση NaP αντενδείκνυται.

Επειδή δεν διαθέτουμε ακόμη το ιδανικό καθαρτικό και οι ώρες απου-

σίας από την εργασία φαίνεται πως απασχολεί πάρα πολλά άτομα που υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση, το ενδιαφέρον κάποιων τελευταίων μελετών έχει μετατοπιστεί στην επιλογή του κατάλληλου χρόνου έναρξης της προετοιμασίας. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η λήψη 3 λίτρων PEG την παραμονή και 1 λίτρου το πρωί της εξέτασης, ή και 2 λίτρων PEG και 20 mg δισακοδύλης ίσως είναι καλύτερη (με κάποιους ενδοιασμούς όσον αφορά το τελευταίο σχήμα) χωρίς ωστόσο να μειώνεται η ασφάλεια ή η αποτελεσματικότητά τους. Επίσης, η λήψη 45 ml NaP το απόγευμα της παραμονής της εξέτασης και 45 ml NaP το πρωί της εξέτασης (τουλάχιστον 3 ώρες πριν) επιτρέπει στον ασθενή να εργάζεται χωρίς περιορισμούς μία μέρα πριν την εξέταση.

Η συμμόρφωση των ασθενών στα αντίστοιχα δοσολογικά σχήματα διαλυμάτων εντερικής προετοιμασίας θεωρείται απαραίτητη για την επίτευξη ικανοποιητικού εντερικού καθαρισμού. Πριν όμως «ενοχοποιήσουμε» τους ασθενείς μας για τυχόν κακή εντερική προετοιμασία θα πρέπει να γνωρίζουμε πως η δυσκολιότητα, η παρατεταμένη κατάκλιση (συχνή σε νοσοκομειακούς ασθενείς), η ταυτόχρονη λήψη ορισμένων φαρμάκων (σίδηρος, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά) όπως επίσης και η καθυστέρηση έναρξης της εξέτασης αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με μη ικανοποιητική εντερική προετοιμασία.

Σε περίπτωση ατελούς καθαρισμού του εντέρου μπορούμε να συστήσουμε είτε επανάληψη της προετοιμασίας (εφόσον διαπιστωθεί ότι ο ασθενής δεν ακολούθησε πιστά τις οδηγίες) είτε περισσότερες μέρες δίαιτας πτωχής σε υπόλειμμα, ή συνδυασμό φαρμάκων (προσθήκη σέννας ή δισακοδύλης στο βασικό σχήμα) ή προετοιμασία με άλλο σχήμα εάν αυτό δεν αντενδείκνυται ή με μεγαλύτερη ποσότητα διαλύματος εφόσον αυτό θεωρείται ασφαλές.

Πρόσωπο...



...με Πρόσωπο

Κολονοσκόπηση ή Κολοσκόπηση;

γράφει ο κ. Στέφ. Δ. Ήμελλος

Είναι γνωστό ότι η ενδοσκοπική εξέταση με ειδικό όργανο (ενδοσκόπιο) του κόλου (μέρους του παχέος εντέρου, εκτεινομένου από το τυφλό μέχρι το απευθυσμένο) συνιστά ιατρική μέθοδο που με την πρόοδο της ιατρικής έχει αρχίσει να εφαρμόζεται σταθερά από τις τελευταίες μόνο δεκαετίες του παρελθόντος αιώνας. Χάριν συντομίας, και προς αποφυγήν περιφράσεων η οπτική αυτή εξέταση είναι γνωστή κυρίως ως κολονοσκόπηση, δευτερευόντως ως κολοσκόπηση, και κατά την λογική συνέπεια το όργανο που χρησιμοποιείται ως κολονοσκόπιο ή ως κολοσκόπιο. Ερωτάται ποιος εκ των δύο αυτών όρων είναι ορθός και επομένως επιβάλλεται να χρησιμοποιείται και ποιος εσφαλμένος, και πρέπει, αυτοονήτως, να αποδοκιμάζεται. Διαπιστώνω, ότι την Ελληνική ιατρική επιστήμη ενδιαφέρει το θέμα (βλ. Ενδοσκοπήσεις, 3, 2007, σελ. 28), επειδή ο όρος εάν δεν έχει πλήρως εξακριβωμένη ετυμολογική αρχή ως προς το πρώτο συνθετικό, έχει αναμφισβήτητη ελληνογένεια (δεν

πρόκειται για αντιδάνειο).

Συγκεκριμένως η λέξη κόλον ως ουδέτερον του τριγενούς και δικαταλή-

Χάριν συντομίας, και προς αποφυγήν περιφράσεων η οπτική αυτή εξέταση είναι γνωστή κυρίως ως κολονοσκόπηση, δευτερευόντως ως κολοσκόπηση, και κατά την λογική συνέπεια το όργανο που χρησιμοποιείται ως κολονοσκόπιο ή ως κολοσκόπιο

κου επιθέτου κόλος, -ος (η), -ον (το), που σημαίνει βραχύς, κοντός, κολο-

βός κττ. απαντά για πρώτη φορά, έστω μίαν, στον Όμηρο (Ιλ. Π. 117), όπου το δόρυ του Αίαντος του Τελαμωνίου αναφέρεται ως «**κόλον δόρυ**», επειδή σε μια σύγκρουση κατέστη κολοβό, αποκομμένο ή θραυσμένο στην κορυφή, χωρίς αιχμή. Πέρα τούτου οι μεταγενέστεροι σχολιασταί του Ομήρου επιτοφόρησαν την Θ' ραψωδία της Ιλιάδος «**κόλον μάχην**», επειδή η περιγραφόμενη σε ολόκληρη την ραψωδία αυτή μάχη διεκόπη, λόγω επελθόντος σκότους, με αποτέλεσμα να μείνει κολοβή. «**Κόλον δε μάχην ήτοι κολοβήν την Θ' ραψωδιαν καλούσι**», παραδίδει ο λόγιος Μητροπολίτης και μεγάλος φιλόλογος του ΙΒ' αι Ευστάθιος, (Παρεκβ. 2, σ. 183 και 509), ενώ ένας εκ των αρχαίων σχολιαστών του Ομήρου αποκαλεί την εν λόγω μάχην «**κολοβομάχην**» (αναφέρεται και **κολοβομαχία**). (βλ. λεξικά).

Το ουσιαστικοποιημένον ουδ. του επιθέτου (κόλον) ως μέρος του παχέος εντέρου παραδίδει ήδη ο Αριστοφάνης, ο Αριστοτέλης (επί ζώνων), οι μετά τον Ιπποκράτη Έλληνες ιατροί,

* Ο κ. Στέφ. Δ. Ήμελλος είναι Καθηγητής Φιλοσοφικού τμήματος Πανεπιστημίου Αθηνών

όπως ο σπουδαιότερος εξ αυτών Γαληνός, ο Ορειβάσιος κ.α., ενώ το εν λόγω colom τμήμα παρέλαβε η Λατινική γλώσσα με το Ελληνικόν του όνομα (εκλατινισμένον colum).

Πολλοί εκ των συγγραφέων των ειδικών λεξικών ιατρικών όρων κ.α. συμφωνούν και σημειώνουν ότι η λ. κολονοσκόπηση και κολοσκόπηση είναι συντεθειμένη εκ του ανωτέρω ουσιαστικού της Ελληνικής κόλον με την περιγραφείσαν σημασίαν (colom) και του ρήματος σκοπέω (το οποίο σημαίνει, ως γνωστόν, κατευθύνω το βλέμμα μου προς κάτι, παρατηρώ, εξετάζω) που ισχύει ανατιρρητίως. Εκεί όπου υπάρχει ασυμφωνία είναι ως προς το εκ της συνθέσεως παράγωγο, κολονοσκόπηση ή κολοσκόπηση, για το οποίο κατωτέρω ο λόγος.

Έτσι στην Αγγλοσαξονική ιατρική βιβλιογραφία το παράγωγο της συνθέσεως φέρεται συνήθως με τον τύπο coloposcopy (η μέθοδος) και κατ' ακολουθίαν coloposcope (το κολονοσκόπιο). Εκ μεταφοράς του Αγγλοσαξονικού αυτού όρου στην Ελληνική προέκυψε το ουσιαστικό κολονοσκόπηση, το οποίο κατέστη πολύ κοινό και στον γραπτό και στον προφορικό λόγον. Με άλλες λέξεις οι Έλληνες ιατροί συνηθίζουν στους ασθενείς των να κάνουν, όταν χρειάζεται, κολονοσκόπηση, στοιχούντες προς τον όρον coloposcopy, που συναντούν προχειρώς στα ιατρικά βιβλία ή τα ειδικά λεξικά των Αγγλοσαξόνων. Είναι φυσικόν η επικρατούσα σήμερα παγκοσμίως λόγω της κυριαρχίας των Αμερικανών Αγγλική γλώσσα να έχει επηρεάσει πολλές Ευρωπαϊκές γλώσσες μεταξύ των οποίων και την Ελληνικήν, στην οποίαν εν τούτοις οφείλει την δημιουργίαν πολλών και παντοειδών ιδικών της λέξεων και όρων. Στο γεγονός αυτό οφείλεται και η εν πολλοίς αποδοχή εκ μέρους της σύγχρονης Ελληνικής Ιατρικής επιστήμης όρων ιατρικών του τύπου του Ελληνογενούς παρά ταύτα, Αγγλικού όρου coloposcopy.

Αλλά στην τελευταία αυτήν περίπτωση υπάρχει ιδιομορφία εν σχέσει με την εισδοχή του ξένου όρου στην Ελληνική γλωσσική παράδοση, όπως

τείνει να διαμορφωθεί, η εξής.

Από την σύνθεση του ουσιαστικού **κόλον** με το ρήμα **σκοπείν** δεν μπορεί να παραχθή το ουσιαστικό coloposcopy και κατά συνέπειαν και το εξελληνισμένο κολονοσκόπηση, το οποίο εκτρεπόμενο του κανονικού καθίσταται «βαρβαρισμός». Και τούτο διότι το ουσιαστικόν **κόλον** αποβάλλει συντιθέμενο το τελικό **v** λαμβάνοντας την μορφήν του **κολο-** όχι του **κολονο-**, όπως φαίνεται από την καθιερωμένη συναφή ιατρικήν ορολογίαν τόσο την Ελληνική όσο και την διεθνή. Έτσι χρησιμοποιούνται ανέτως στην ιατρικήν οι πλασθέντες κατά τους νεωτέρους χρόνους και με τον κόλον έντερον σχετιζόμενοι όροι **κολοστομία, κολοτομία, κολοπάθεια, κολοπηξία** και όχι κολονοστομία κλπ, όπως και οι Αγγλικοί όροι colostomy (και όχι colonostomy), colotomy κλπ, τα παράγωγά των και τα αντίστοιχα σε άλλες ευρωπαϊκές γλώσσες.

Είναι απορίας άξιον από πού ορμηθείς ο δημιουργός του έπλασε τον αλλόκοτον όρον coloposcopy αντί του απλουστέρου μάλιστα και τελικά ορθού coloscopy, από φωνητικήν ανάγκη; Οπωσδήποτε και ο εκ του coloscopy προερχόμενος Ελληνικός όρος κολοσκόπηση είναι ο μόνος ορθός.

Από πρόχειρη έρευνα που διενήργησα μεταξύ των ιατρών, αλλά και από πρόσφατο δημοσίευμα (βλ. Ενδοσκοπήσεις), διεπίστωσα ότι πολλοί εξ αυτών γνωρίζουν ότι το κολοσκόπηση είναι το μόνον ορθό, το οποίον ενίοτε χρησιμοποιούν γραπτώς (βλ. σχετικώς λ. κολοσκόπηση στο www.google.gr), παρά ταύτα χρησιμοποιούν το κολονοσκόπηση για δύο κυρίως λόγους: α) διότι το ορθόν είναι κακόηχο και εξ αυτού του λόγου οφείλει να αποφεύγεται και β) διότι το εσφαλμένον τυγχάνει να είναι πολύ περισσότερο, σε βαθμόν μάλιστα συντριπτικόν, γνωστόν και διαδεδομένο και εξ αυτού του λόγου οφείλει να χρησιμοποιείται. Τα πράγματα όπως δεν είναι τόσο απλά, που να οδηγούν σε απλουστευτικές ερμηνείες και ιδού διατί.

Ως προς τον πρώτον λόγον. Με δεδομένην την χρησιμοποίηση των συνα-

φών όρων κολοστομία, κολοπάθεια, κολοπηξία, τους οποίους ουδείς διανοήθη να μεταβάλει σε «κολονοστομία» κλπ., για να μην είναι κακόηχοι, αίρεται εν πολλοίς η πρώτη ένσταση περί του κακόηχου. Αν παρά ταύτα οι ιατροί δεν επιθυμούν, απευθυνόμενοι κάποτε σε αμαθείς και συμνοτύφους ασθενείς, να φαίνονται εκφραστικά προκλητικοί, έχουν την δυνατότητα, και το προτείνω, να χρησιμοποιούν συνώνυμον, αμάρτυρον μέχρι τώρα, αλλά γραμματικώς ορθόν και όχι εσφαλμένον μονολεκτικόν όρον, τον όρον **κολοβοσκόπηση** (κολοβόν-σκοπείν), που σημαίνει εξέταση του κόλου, δηλ. του κολοβού εντέρου. Προς αυτήν την λύση βοηθεί το χωρίον του Ευσταθίου, ο οποίος, όπως προελέχθη, ονόμασε την «κόλον μάχην» της Ιλιάδος κολοβήν, και πολύ περισσότερο του αρχαίου σχολιαστή, ο οποίος την ίδια μάχην ονόμασε **«κολοβομάχην»**. Η χρησιμοποίηση του όρου **κολοβοσκόπηση** αντί **κολοσκόπηση** έχει και το παράλληλό της στην Ελληνική γραμματεία. Έτσι στον λεξικογράφο Ησύχιον (5ος – 6ος αι. μΧ) κείται το λ. **κολόχειρ** (=κουλλός), ενώ από τον γνωστό εκκλησιαστικό συγγραφέα Ιωάννην Δαμασκηνόν (7ος-8ος αι) παραδίδεται το **κολοβόχειρ** για άνθρωπο με το ίδιο σωματικό ελάττωμα.

Ως προς τον δεύτερον λόγον. Ο Αγγλικός όρος coloposcopy χρησιμοποιείται πράγματι ευρύτατα σε διεθνές επίπεδο, όχι όμως και χωρίς εξαιρέσεις, όπως θα φανή, που να μη επιτρέπουν κανένα να τον υπερβή. Οι Νεοέλληνες βέβαια, αφροντιστούντες, όπως είναι γνωστόν, περί τα γλωσσικά των πράγματα και ρέποντες προς τον άκριτον μιμητισμόν, τον υιοθέτησαν, αφού εξ αυτού έπλασαν τον ιδικόν των όρον κολονοσκόπηση. Το αυτό ισχύει και για άλλους λαούς, όπως τους Ισπανούς, οι οποίοι χρησιμοποιούν τον όρον coloposcoria κττ. Άλλοι ευρωπαϊκοί λαοί όμως, όπως οι Γάλλοι, που αντιμετωπίζουν την γλωσσικήν των παράδοση και δημιουργία με σεβασμόν και περισσήν ευαισθησίαν απορρίπτουν τον κακώς συντεθειμένον και επομένως εσφαλμένον αγγλοσαξονικόν όρον coloposcopy και έχουν δημιουργήσει

τον ολιγότερον χρησιμοποιούμενον αλλ' ορθόν όρον coloscopie. Έτσι στο λεξικόν ιατρικών όρων των Garnier/Delamare (Dictionnaire des termes de medicine, 22, 1989) καταχωρίζεται το λ. colonoscopie συνοδευόμενο από την εξήγηση: terme incorrect: il faut dire coloscopie v. Colofibrosopie. Όλα τα λοιπά συναφή λ. του εν λόγω λεξικού φέρονται με πρώτον συνθετικόν το **colo-**, όπως coloropathie (αλλά και colorathy) (Αγγλ. Colorathy), Colorexie (Αγγλ. Colorex), colostomie (Αγγλ. Colostomy), colotomie (Αγγλ. Colotomy). Γενικώς στην Γαλλική γλώσσα έχει παγιωθεί η χρήση του όρου coloscopie, coloscope (βλ. Le Grand Robert de la langue Française, 1987, λ. πρβλ και Petit Larousse de la medicine λ.) και μόνον λόγω ευρύτερης εγκυκλοπαιδικής ενημερώσεως αναφέρονται τα coloscope, colonoscopie ως συν. των coloscope και coloscopie (βλ. Grand Larousse Universel, 1982, λ.).

Η Γερμανική χρησιμοποιεί το εκ της Γαλλικής δάνειον Koloskopie (βλ. Duden Fremdworterbuch λ. και Taschenlexikon Med. λ.). Ο Παύλος Κουσούρης (Γερμανοελληνικόν λεξικόν ιατρικών όρων, 1996, λ.) παραθέτει λ. Kolo(ho)skop, το οποίο ορθώς μεταφράζει κολοσκόπιον. Τα συναφή λ. στο ίδιο λεξικό τα: Koloskopie, Kolostomie, Kolotomie, Colorexie. Ο ίδιος όρος υπό τον τύπον coloscopie και coloscopio από τους Ιταλούς, συνδεόμενος ενδεικτικά με τα Colonscopia και colonscopio (βλ. ιταλ. Λεξ. Zingarelli, λ.).

Στην Αγγλική επικρατεί συντριπτικώς, όπως έχω αναφέρει, ο όρος colonoscopy, αλλά δεν είναι άγνωστο και το coloscopy. Έτσι στο Dorland's Illustrated Medical Dictionary²⁸, 1994, σημειώνεται: colonoscopy, called also coloscopy και colonoscope called also coloscope. Στο επίσης ιατρικό Stedman's Medical Dictionary²⁵, 1990, καταχωρίζεται ως κύριο λήμμα παρά το colonoscopy το coloscopy. Στο ίδιο λεξικό (έκδ. 1995) το coloscopy καταχωρίζεται ως συνών. του colonoscopy, όπως και στην 26ην έκδοση του ίδιου λεξικού. Και τέλος στο Αγγλο-Ελληνι-

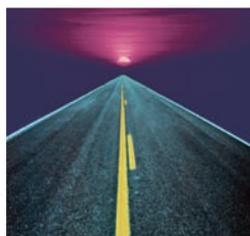
κό Λεξικό Ιατρικών Όρων 1995, που έχει εκδοθεί με την φροντίδα επιστημονικής επιτροπής για την απόδοση Αγγλικών όρων στην Ελληνική γλώσσα τα colonoscope και coloscope μεταφράζονται ως κολο(νο)σκόπιο.

Αποτελεί κοινοτοπία ότι εμείς οι Έλληνες συνηθίζουμε, δυστυχώς, να περιλαμβάνωμε στην γλώσσα μας ξένους όρους και μάλιστα Αγγλικούς, και να τους χρησιμοποιούμεν αμέτρως, ανεξετάστως, ανεπικαίρως και τελικά επιπολαίως, μη υποβαλλόμενοι στον κόπον να ανευρίσκωμεν όρους Ελληνικούς, όπου βέβαια αυτό είναι δυνατόν, για τις γλωσσικές μας επιστημονικές ή άλλες ανάγκες

Τώρα εκτός από το ότι επιβάλλεται η χρησιμοποίηση στην Ελληνική του όρου κολοσκόπηση ως ορθού (όπως συμβαίνει αντιστοίχως και στην Γαλλική, Γερμανική και Ιταλική γλώσσα), έναντι του εσφαλμένου κολονοσκόπηση (που δεν είναι πάντως άγνωστο, στην Αγγλική ορθογραφία), το κολοσκόπηση είναι ανάγκη να προτιμάται ειδικώς στην Ελληνική και για ένα επιπλέον, κατ' εμέ κριτήν, λόγον. Και ο λόγος αυτός είναι ο εξής. Το πρώτο συνθετικό (**κολο-**) του ορθού όρου τον συνδέει αμέσως και κατ' ευθείαν (οπτικώς και ακουστικώς), με το «κόλον» του Ομήρου, που μαρτυρείται, όπως παρατήρησα, και στους μεταγενέστερους αρχαίους και Βυζαντινούς συγγραφείς, δηλ. είναι διαχρονικά παραδεδομένον, κατ' αντίθεση με το φερόμενο ως πρώτο

συνθετικό (κολονο-) του εσφαλμένου, ή έστω (κολον-ο, το ο ευφωνικό;) το οποίο δεν διαθέτει αυτό το πλεονέκτημα της άμεσης συνδέσεως με την αρχαίαν Ελληνικήν ορολογία. Αποτελεί κοινοτοπία ότι εμείς οι Έλληνες συνηθίζωμε, δυστυχώς, να περιλαμβάνωμε στην γλώσσα μας ξένους όρους και μάλιστα Αγγλικούς, και να τους χρησιμοποιούμεν αμέτρως, ανεξετάστως, ανεπικαίρως και τελικά επιπολαίως, μη υποβαλλόμενοι στον κόπον να ανευρίσκωμεν όρους Ελληνικούς, όπου βέβαια αυτό είναι δυνατόν, για τις γλωσσικές μας επιστημονικές ή άλλες ανάγκες. Το να προχωρούμε στην άμεση ή έμμεση αποσύνδεση ακόμη και των ελληνογενών όρων από την Ελληνικήν των καταγωγή και παράδοση, στοιχούντες στην λεγομένη σύγχρονη «αρχή» του ότι, για να το εκφράσω απλά, ό,τι λέγεται είναι και ορθό, όπως συμβαίνει με το ευρέως χρησιμοποιούμενον στην ιατρική κολονοσκόπηση είναι, πιστεύω, ασυγχώρητη απρονοησία. Υπάρχουν βέβαια και οι πιστεύοντες ότι το εσφαλμένον όρο θα καθιερώση η χρήση (consuetudo), αλλ' αυτό είναι αβέβαιο. Εκείνο που είναι βέβαιο είναι ότι στα γλωσσικά μας πράγματα έχωμε τελευταία υποστή ταπεινωτικήν ήττα. Έτταν ταπεινωτικήν (κυρίως ηθικήν) υπέστησαν οι Αχαιοί κατά την «κόλον μάχην», που διεξήχθη κατά την 25ην ημέρας της Ιλιάδος σύμφωνα με την ραψωδίαν Θ'. Πέρα τούτου ο Ζεύς περί το τέλος της ίδιας ραψωδίας (στ. 470 κέξ.) αναγγέλλει ότι κατά την επομένην ημέρα η θέση των Αχαιών θα είναι πολύ χειρότερη. Εάν συνεχισθή το φαινόμενον της αποσυνδέσεως της νεώτερης Ελληνικής από την παλαιότερη αρχαία και βυζαντινή φάση της, αμέσως ή εμμέσως, όπως συμβαίνει με την περίπτωση, περιωρισμένης πάντως σημασίας, που μας απασχολεί, δεν χρειάζεται να διαθέτει κανείς την ιδιότητα του Διός, για να προαναγγείλει ότι για τα γλωσσικά μας πράγματα η επόμενη ημέρα, δηλ. το μέλλον, θα είναι επίσης πολύ χειρότερη από την σημερινή, δηλ. το παρόν.

Κατευθυντήριες



Οδηγίες

Κατευθυντήριες Γραμμές για τη Δυσκοιλιότητα

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

Ορισμός

Η δυσκοιλιότητα είναι σύμπτωμα και όχι νόσος.

Από την οπτική γωνία του ασθενούς. Ασθενείς με δυσκοιλιότητα εκφράζονται ποικιλοτρόπως, δίνοντας διαφορετικές εκδοχές και περιγραφές για τα συμπτώματά τους. Μια ομάδα ασθενών, ποσοστό **52%**, περιγράφει τη δυσκοιλιότητα ως την ανάγκη για υπερπροσπάθεια για την επίτευξη κένωσης, ενώ για μια έτερη ομάδα, ποσοστό **34%**, ο όρος δυσκοιλιότητα περιγράφει την εμφάνιση σκληρής συστάσεως κοπράνων ή αδυναμία επίτευξης κένωσης, ενώ υπάρχει η επιθυμία, ποσοστό **34%**, ή ελαττωμένη συχνότητα κενώσεων, ποσοστό **33%**.

Από την οπτική γωνία του γιατρού. Ασθενής με δυσκοιλιότητα, ορίζεται, ως ο ασθενής ο οποίος δεν χρησιμοποιεί υπακτικά, και αναφέρει τουλάχιστον δυο εκ των ακόλουθων συμπτωμάτων για μια χρονική περίοδο 12 εβδομάδων τους τελευταίους 12 μήνες:

- λιγότερες από 3 κενώσεις ανά εβδομάδα
- ύπαρξη σκληρής συστάσεως κοπράνων στο 25% των κενώσεων
- αίσθηση ατελούς κένωσης σε ποσοστό άνω του 25% των κενώσεων και
- υπερβολική προσπάθεια κατά τη διάρκεια της κένωσης, σε ποσοστό άνω του 25% των κενώσεων ανάγκη διενέργειας δακτυλικού χειρισμού για την υποβοήθηση της κένωσης.

Παθογένεια

Σύνθετη και πολύπλοκη η αιτιοπαθογένεια της δυσκοιλιότητας μη πλήρως κατανοητή. Είναι πολύ σημαντική η διάκριση μεταξύ κινητικών διαταραχών του εντέρου και διαταραχών του περινέου. Σημειώτέον ότι η κυριότερη και συνηθέστερη αιτία δυσκοιλιότητας είναι η ένδεια φυτικών ινών από το διαιτολόγιο του ασθενούς.

Κινητικές διαταραχές οι οποίες συνδέονται με:

- Ψυχιατρικούς παράγοντες
 - Κατάθλιψη
 - Σεξουαλική κακοποίηση
 - Ιδιαίτερες διατροφικές συνήθειες και διαφορετικότητα

τα στη λειτουργία του εντέρου

- Ανεπαρκής διατροφή
 - Ανεπαρκής λήψη υγρών
 - Αφυδάτωση οφειλόμενη σε μειωμένη λήψη υγρών
- Φάρμακα
- Αδρανές έντερο ή βραδείας διέλευσης δυσκοιλιότητα
- Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου
- Εντερική μυοπάθεια
- Σύνδρομο Ogilvy
- Νευρολογικές παθήσεις (σπάνιες)
 - Κάκωση νωτιαίου μυελού
 - N. Parkinson
 - Πολλαπλή σκλήρυνση

Διαταραχές του περινέου

- Βλάβη στη λειτουργία του περινέου ή του έξω πρωκτικού σφιγκτήρα (σύνδρομο σπαστικού περινέου, ανισμός, δυσσυνέργεια μυών)
- Πρόπτωση ορθού

Η πιο συνήθεις αιτίες δυσκοιλιότητας είναι:

- Λειτουργική δυσκοιλιότητα ή βραδείας διέλευσης δυσκοιλιότητα
- Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου
- Δυσκολία εξόδου κοπράνων

Η ως άνω διάκριση είναι βασική για την περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση. Έρευνες έχουν καταδείξει ότι η λειτουργία του παχέος εντέρου δεν επηρεάζεται από την ηλικία. Η δυσκοιλιότητα σε ηλικιωμένα άτομα συνήθως οφείλεται σε υποκείμενες νόσους, όπως χρόνιες παθήσεις, ελαττωμένη φυσική δραστηριότητα, νευρολογικές ή ψυχιατρικής φύσεως νοσογόνες καταστάσεις, φάρμακα και ανεπαρκής διατροφή.

Στη βρεφική και την παιδική ηλικία η δυσκοιλιότητα οφείλεται περισσότερο σε λειτουργικά παρά οργανικά αίτια. Παρόλα αυτά εάν η θεραπευτική αντιμετώπιση αποτύχει και αν υπάρχει καθυστερημένη διέλευση μηκνίου ή και άλλα σημεία συναγερμού, η νόσος του Hirschsprung είναι πολύ πιθανή στα βρέφη.

Η δυσκοιλιότητα στα παιδιά μπορεί να συνδεθεί με συγκεκριμένες αιτίες όπως εξαναγκασμός κατά την “εκπαίδευση” της αφόδευσης, σεξουαλική βία, και φοβία για τη σωματική αυτή λειτουργία.

Πίνακας 1: Αίτια δυσκοιλιότητας		
Εξωγενή αίτια <ul style="list-style-type: none"> • Ελλιπής κατανάλωση φυτικών ινών και υγρών • Αναστολή κένωσης 	Συστηματικά αίτια <ul style="list-style-type: none"> • Υποκαλιαιμία • Υπερκαλιαιμία • Υπερπαραθυρεοειδισμός • Υποθυρεοειδισμός • Σακχαρώδης διαβήτης • N. Addison • Φαιοχρωμοκύττωμα • Ουραιμία • Αμυλοείδωση • Σκληροδερμία, πολυμυοσίτιδα • Κύηση 	Φάρμακα <ul style="list-style-type: none"> • Αναλγητικά [Οπιοειδή, Μ.Σ.Α.Φ.] • Αντιχολινεργικά [Ατροπίνη, αντικαταθλιπτικά, νευροληπτικά, αντιψυχωσικά, αντιπαρκινσονικά] • Σπασμολυτικά • Αντιισταμινικά • Αντιυπερτασικά [Ανταγωνιστές ασβεστίου, κλονιδίνη, υδραλαζίνη, ΜΑΟ αναστολείς, μεθυλντόπα] • Χημειοθεραπευτικά • Διουρητικά • Άλλα όπως: αντιόξινα, βισμούθιο, ασβέστιο, σίδηρος, βαρέα μέταλλα [υδράργυρος, αρσενικό]
Οργανικά αίτια <ul style="list-style-type: none"> • Παχέος εντέρου: νεοπλασμάτα, στενώσεις, ισχαιμία, εκκολπωματική νόσος • Ορθοπρωκτικής περιοχής: φλεγμονή, πρόπτωση, ορθοκήλη, ραγάδα, στενώσεις 	Νευρολογικά αίτια <ul style="list-style-type: none"> • Κ.Ν.Σ: N. Parkinson, πολλαπλή σκλήρυνση, τραύμα, ισχαιμία, όγκοι • Ιερά νεύρα: ισχαιμία, όγκοι • Αυτόνομη νευροπάθεια • N. Hirschsprung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ευερέθιστο έντερο • Δυσκοιλιότητα βραδείας διέλευσης • Δυσλειτουργία περινέου

Παράγοντες Κινδύνου

- Βρεφική και παιδική ηλικία
- Άτομα άνω των 55 ετών
- Πρόσφατο χειρουργείο στην περιπρωκτική χώρα ή στην περιοχή του περινέου
- Κύηση σε προχωρημένη ηλικία
- Περιορισμένη φυσική δραστηριότητα
- Ανεπαρκής λήψη υγρών και φυτικών ινών
- Λήψη φαρμάκων, πολυφαρμακία, ιδιαίτερα κατά τη γήρας
- Κατάχρηση υπακτικών
- Γνωστές νοσογόνες καταστάσεις οι οποίες προκαλούν δυσκοιλιότητα
- Ταξίδια
- Ιστορικό χρόνιας δυσκοιλιότητας

Τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν πενταπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης δυσκοιλιότητας από τους ασθενείς νεότερης ηλικίας. Συνήθως αυτό οφείλεται σε διαιτητικούς παράγοντες, απουσία σωματικής άσκησης, λήψη φαρμάκων καθώς και στη μειωμένη κινητικότητα του εντέρου.

Η ιδιοπαθής, βραδείας διέλευσης, δυσκοιλιότητα εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά στις νέες γυναίκες.

Διάγνωση και Διαφοροδιάγνωση

Υπάρχουν πολλές και διαφορετικές αιτίες δυσκοιλιότητας. Ορισμένοι ασθενείς δεν έχουν πλήρως αναγνωρισμένη αιτία και συνήθως η διάγνωση είναι ευερέθιστο έντερο ή χρόνια ιδιοπαθής δυσκοιλιότητα (συμπεριλαμβανομένων της βραδείας διέλευσης και της δυσλειτουργίας του περινέου).

Όσον αφορά την έννοια “φυσιολογική κινητικότητα του εντέρου” δεν υπάρχει συμφωνία. Μελέτες οι οποίες μας

παρέχουν πληροφορίες για τον χρόνο εντερικής διέλευσης, διενεργούνται για τον καθορισμό της, με βάση τη σύσταση των κοπράνων (Bristol scale).

Είναι σημαντικό να είμαστε συστηματικοί στα ακόλουθα:

- **Λήψη ιστορικού**
- **Κλινική εξέταση**
- **Διαγνωστικές τεχνικές**

Λήψη Ιστορικού

- Σύμφωνα με τα κριτήρια Ρώμης III
- Έλεγχος για νευρολογικές διαταραχές
- Κακώσεις νωτιαίου μυελού
- N. Parkinson
- Πολλαπλή σκλήρυνση
- Έλεγχος για ψυχιατρικές διαταραχές
- Σεξουαλική κακοποίηση
- Κατάθλιψη, σωματοποίηση
- Διατροφικές διαταραχές
- Έλεγχος του χρόνου έναρξης (αιφνίδια ή σταδιακή)
- Αιφνίδια έναρξη υποδηλώνει δυσκολία εξόδου
- Έλεγχος του επειγόντος της κατάστασης:
- Επείγον: απόφραξη
- Μη επείγον: αδράνεια εντέρου
- Έλεγχος οικογενειακού ιστορικού δυσκοιλιότητας

Κλινική Εξέταση

- Επίκρουση: τυμπανικότητα λόγω ύπαρξης αερίων
- Ψηλαφητές μάζες κοπράνων κατά την πορεία του παχέος εντέρου
- Δακτυλική εξέταση
- Αξιολόγηση σύστασης κοπράνων
- Ανεύρεση όγκων, αιμορροΐδων, ραγάδων, συριγγίων, πρόπτωσης ορθού, νεοπλασμάτων
- Παρουσία αίματος
- Έλεγχος τόνου σφιγκτήρα

Διαγνωστικές Τεχνικές

- Ανάλυση κοπράνων
 - Αξιολόγηση βάρους κοπράνων (<100g=δυσκοιλιότητα)
- Α/α κοιλίας
- Ακτινολογικός ή ενδοσκοπικός έλεγχος (προς επιβεβαίωση ή αποκλεισμό εμποδίου)
 - Δολιχόκολο
 - Μεγαλύτερο σιγμοειδές
 - Μορφή κολικών κυψελών
 - Ασθενείς με IBS→ φυσιολογικό μήκος κυψελών
 - Ασθενείς με αδρανές έντερο→ μεγαλύτερο έντερο λιγότερες κυψέλες
- Δοκιμασίες ορθοπρωκτικής λειτουργίας (ένδειξη μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις)
 - Μανομετρία
 - Ηλεκτρομυογράφημα (δυσλειτουργία περινέου)
 - Βιοψίες βλεννογόνου ορθού
 - Προσδιορισμός χρόνου διέλευσης εντέρου (σεσημασμένοι δείκτες)

Οργανικές μεταβολικές και ενδοκρινικές ασθένειες πρέπει να αποκλειστούν με εξετάσεις, όπως ορμονολογικός έλεγχος θυρεοειδούς και έλεγχος επιπέδων ασβεστίου. Διενέργεια βαριούχου υποκλισημού για τον αποκλεισμό μεγάλου, μεγαορθού και οποιασδήποτε εντερικής απόφραξης. Η σιγμοενδοσκόπηση και κολονοσκόπηση μας βοηθούν για τη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων του εντερικού αυλού. Τέλος, δεν υπάρχει συμφωνία για τις εξετάσεις, δοκιμασίες, με τις οποίες θα μπορούσαμε να διαγνώσουμε και να αξιολογήσουμε τους ασθενείς με δυσκοιλιότητα. Το IBS για παράδειγμα παραμένει από διαγνωστικής πλευράς μια από τις δυσκολότερες κλινικές οντότητες λόγω της αγνώστου παθοφυσιολογίας και της έλλειψης διαγνωστικών δοκιμασιών. Η μανομετρία της ορθοπρωκτικής περιοχής, το αφοδευόγραμμα, το ηλεκτρομυογράφημα αλλά και ο έλεγχος του χρόνου διέλευσης με σεσημασμένους δείκτες είναι σύνθετες εξετάσεις οι οποίες απαιτούν χρόνο, αλλά και τον κατάλληλο εξοπλισμό, ο οποίος τις περισσότερες φορές δεν είναι διαθέσιμος, εκτός από τα καλά οργανωμένα κέντρα.

Μείζονα Σημεία Συναγερμού σε Ασθενείς > 50 ετών

1. Απότομη εμφάνιση δυσκοιλιότητας
2. Αναιμία
3. Απώλεια σωματικού βάρους
4. Απώλεια αίματος από το ορθό
5. Θετική δοκιμασία αιμορραγίας στα κόπρανα
6. Αιφνίδια αλλαγή στη συχνότητα των κενώσεων αλλά και τη μορφολογία των κοπράνων.

Θεραπευτική Προσέγγιση

Η θεραπεία της δυσκοιλιότητας είναι συμπτωματική. Οι διαθέσιμες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στην αντιμετώπιση

της δυσκοιλιότητας με φυτικές ίνες και ποικίλα υπακτικά. Ενώ όμως η θεραπεία με ίνες και υπακτικά έχουν κάποιο αποτέλεσμα στη βελτίωση της δυσκοιλιότητας, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την επιλογή των κατάλληλων υπακτικών. Η θεραπεία πρέπει να είναι σταδιακή ξεκινώντας από τη μεταβολή του τρόπου ζωής και αλλαγή των διατροφικών συνηθειών. Πρέπει να διακόπτεται όποιο φάρμακο δυνητικά προκαλεί δυσκοιλιότητα, εάν αυτό βέβαια είναι εφικτό. Περαιτέρω θεραπευτικά βήματα είναι η χρήση σκευασμάτων που προκαλούν αύξηση του όγκου των κοπράνων, τα ωσμωτικά υπακτικά ή εάν είναι εφικτό φυσικοθεραπεία περινέου. Εάν αυτά αποτύχουν το επόμενο βήμα είναι η χρήση υποκλυσμών και προκινητικών.

ΙΝΕΣ ΚΑΙ ΥΠΑΚΤΙΚΑ
ΥΠΑΚΤΙΚΑ ΟΓΚΟΥ • Psyllium • Polycarbophil • Methylcellulose
ΛΙΠΑΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ • Mineral oil
ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ ΥΠΑΚΤΙΚΑ • παράγοντες δρώντες στην επιφάνεια [<i>Ducusate, Mineral oils</i>] • Diphenylmethane derivatives [<i>Phenolphthalein, Bisacodyl, Sodium picosulfate</i>] • Ricinoleic acid [<i>Castor oil</i>] • Anthraquinones [<i>Senna, Cascara sagrada, Aloe, Rhubarb</i>]
ΩΣΜΩΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ • Άλατα μαγνησίου και φωσφόρου • Λακτουλόζη • Σορβιτόλη • Πολυαιθυλενική γλυκόλη
ΥΠΟΘΕΤΑ ΓΛΥΚΕΡΙΝΗΣ

Υπακτικά Αύξησης Όγκου Κοπράνων

Χρησιμοποιούνται μόνο εάν η αύξηση των φυτικών ινών μέσω της διατροφής αποτύχει. Η δράση τους επιτυγχάνει τη συγκράτηση υγρών στον εντερικό αυλό αυξάνοντας έτσι τη μάζα των κοπράνων. Σαν ανεπιθύμητη ενέργεια αναμένεται μετεωρισμός κοιλίας. Η υπερβολική κατανάλωση υγρών κρίνεται ουσιώδης.

Διεγερτικά Υπακτικά

Η δράση τους επιτυγχάνεται μέσω της διέγερσης των νευρικών απολήξεων του παχέος εντέρου. Τα αποτελέσματα επέρχονται μετά από 8-12 ώρες ενώ τα υπόθετα έχουν αμεσότερη δράση (20-60 λεπτά).

Ωσμωτικά Υπακτικά

Η δράση τους επιτυγχάνεται με τη συγκράτηση υγρών στον εντερικό αυλό.

Ειδικές Κατηγορίες

1. Ηλικιωμένοι
2. Εγκυμονούσες
3. Παιδιά
4. Διαβητικοί
5. Ασθενείς τελικού σταδίου

6. Ταξιδιώτες
7. Δυσκοιλιότητα μετά υστερεκτομή

Ηλικιωμένοι

Το κυριότερο πρόβλημα κατά το γήρας είναι η ελαττωμένη φυσική δραστηριότητα καθώς και η πολυφαρμακία. Η θεραπεία δίνει έμφαση στην αλλαγή του τρόπου ζωής και των διατροφικών συνηθειών. Για τους σε ακινησία ασθενείς, καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται με τη χρήση ωσμωτικών υπακτικών ή διεγερτικών καθαρτικών, σε σχέση με τους παράγοντες αύξησης όγκου κοπράνων. Ο συνδυασμός σέννα - φυτικών ινών είναι περισσότερο αποτελεσματικός από ό,τι η λακτουλόζη μόνη. Τέλος, είναι απαραίτητη η διακοπή φαρμάκων τα οποία προκαλούν δυσκοιλιότητα, εάν βέβαια είναι εφικτό.

Εγκυμονούσες

Έναρξη αντιμετώπισης με αύξηση κατανάλωσης φυτικών ινών, μεγάλων ποσοτήτων υγρών και φυσικής άσκησης. Εάν αυτά αποτύχουν τότε τα υπακτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν λαμβάνοντας πάντα υπόψη την ιδιαιτερότητα της κύησης. Η χρήση τους πρέπει να είναι βραχυχρόνια. Τα υπακτικά αύξησης όγκου των κοπράνων είναι ασφαλέστερα από τα διεγερτικά του εντέρου. Η σέννα θεωρείται ασφαλής σε μικρές δόσεις, αλλά χρειάζεται μεγάλη προσοχή σε κύηση τελευταίου τριμήνου ή σε κύηση υψηλού κινδύνου. Σε μεγάλες δόσεις, περνά στο μητρικό γάλα και μπορεί να προκαλέσει διάρροιες ή κολικούς εντέρου στο κύημα. Η λακτουλόζη και τα υπακτικά αύξησης όγκου δεν περνούν στο μητρικό γάλα.

Παιδιά

Και σε αυτή την κατηγορία ξεκινάμε με αύξηση κατανάλωσης φυτικών ινών και υγρών και αποφυγή κατανάλωσης γάλακτος. Επί αποτυχίας, μπορούν να χορηγηθούν υπακτικά από το στόμα. Δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για την επιλογή του καθαρτικού φαρμάκου. Η άμεση αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας είναι σημαντική διότι η χρονιότητα του προβλήματος μπορεί να οδηγήσει σε μεγαροθό ή ενσφήνωση κοπρανοδών μαζών και συνυπόδη υπερχείλιση εντερικού περιεχομένου. Μακροχρόνια χορήγηση λιπαντικών των κοπράνων συνιστάται για την αποφυγή δημιουργίας κοπρόλιθων. Η καθημερινή χορήγηση είναι βασική, διότι η διαλείπουσα μπορεί να εμφανίσει υποτροπές.

Διαβητικοί

Τα υπακτικά αύξησης όγκου των κοπράνων είναι ασφαλή κατά τη χορήγησή τους σε άτομα τα οποία αρνούνται ή αδυνατούν να αυξήσουν την κατανάλωση φυτικών ινών. Η χρήση λακτουλόζης ή σορβιτόλης πρέπει να αποφεύγεται, διότι ο μεταβολισμός τους μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα σακχάρου ορού (κυρίως σε άτομα με διαβήτη τύπου Ι).

Ασθενείς τελικού σταδίου

Η πρόληψη της δυσκοιλιότητας σε ασθενείς με σοβαρό νόσημα είναι ζωτικής σημασίας. Η αντιμετώπιση της αφυδάτωσης καθώς και η προληπτική χορήγηση υπακτικών είναι πολύ σημαντική. Εάν η δακτυλική εξέταση αναδείξει λήκυθο πλήρη με σκληρή συστάσεως κόπρανα, υγρά με δανθρόνη ή υπόθετα γλυκερίνης, είναι μια καλή λύση. Ενώ σε παρουσία κόπρανων μαλακής συστάσεως, διεγερτικά υπακτικά όπως σέννα, δι-σακοδύλη ή πολυαιθυλενική γλυκόλη μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

Ταξιδιώτες

Αρκετά άτομα, κυρίως γυναίκες, κατά τη διάρκεια μετακινήσεων, λόγω αλλαγής διατροφής και μεταβολής της συνηθισμένης καθημερινής κένωσης μπορεί να εμφανίσουν περιστασιακή δυσκοιλιότητα. Διατήρηση του διαιτολογίου αλλά και επιπρόσθετη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορούν να προλάβουν την εμφάνιση δυσκοιλιότητας, παράλληλα - εάν αυτό κρίνεται σκόπιμο- με κάποια ωσμωτικά υπακτικά.

Μετά υστερεκτομή δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα μπορεί να είναι αποτέλεσμα χειρουργικών επεμβάσεων στην ανατομική περιοχή της λεκάνης. Η δημιουργία συμφύσεων καθώς και ο τραυματισμός των νεύρων της περι-

οχής θεωρούνται βασικές αιτίες πρόκλησης δυσκοιλιότητας μετά από υστερεκτομή.

Συμπερασματικά

Τα στοιχεία τα οποία διαθέτουμε, για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μας επιλογών, κρίνονται περιορισμένα. Η νέα θεραπευτική προσέγγιση εστιάζει στη διέγερση των μεγάλων μεταναστευτικών συστάσεων διαμέσου των 5-HT4 εκλεκτικών υποδοχέων. Η κύρια προσέγγιση στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας πρέπει πάντα να ξεκινά με την αλλαγή τρόπου ζωής και διατροφής και έπειτα με συγκεκριμένες ενδείξεις να γίνεται η χορήγηση υπακτικών.

Η θεραπεία της δυσκοιλιότητας είναι συμπτωματική. Οι διαθέσιμες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με φυτικές ίνες και ποικίλα υπακτικά. Ενώ όμως η θεραπεία με ίνες και υπακτικά έχουν κάποιο αποτέλεσμα στη βελτίωση της δυσκοιλιότητας, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την επιλογή των κατάλληλων υπακτικών.

Συνέδρια**Παρίσι, θα πάτε;***γράφει η Νάγια Μπουμπόση*

Μετά το Βερολίνο σειρά έχει το Παρίσι να φιλοξενήσει φέτος την Ευρωπαϊκή Εβδομάδα Γαστρεντερολογίας (UEGW), 27-31 Οκτωβρίου 2007.

Η γαλλική πρωτεύουσα αποτελεί πάντα δημοφιλή προορισμό και είναι πολύ πιθανό να την έχετε ήδη επισκεφθεί. Αυτό όμως δεν πρέπει να σταθεί εμπόδιο για μια ακόμη απόδραση στην πόλη του Φωτός. Πάντα θα υπάρχει αυτό το «κάτι» που μυστηριακά έλκει σα μαγνήτης, οδηγώντας σας σε επιπλέον λεπτομέρειες στα παλιά και γνωστά, ενώ δεν εξαντλούνται οι νέες ανακαλύψεις. Αυτή η μεγαλειώδης πόλη σας περιμένει να συναντήσετε την ιστορία, την τέχνη, τον πολιτισμό, το ρομαντισμό, τη γαστρονομία, τη μόδα, τη διασκέδαση και τη χαλάρωση...

Η μεγαλόπρεπη Παναγία των Παρισίων, ο επιβλητικός Πύργος του Άιφελ, το βαρυσήμαντο μουσείο του Λούβρου, το πολυτελές παλάτι των Βερσαλιών και η δεσποζούσα Σακρέ Κερ στη Μονμάρτρη αποτελούν γνωστά και μη εξαιρετέα σημεία προς επίσκεψη, αν δεν το έχετε ήδη κάνει αρκετές φορές. Κάποια μάλιστα απαιτούν να αφιερώσετε αρκετές ώρες και για το Λούβρο, πάνω από μια μέρα, για να είναι επαρκής η επίσκεψη.

Ένα από τα πιο αγαπημένα μουσεία που προκαλεί να το επισκεφθείτε όσες φορές κι αν βρεθείτε στο Παρίσι είναι το Μουσείο του Ορσέ (Musée d'Orsay) www.musee-orsay.fr. Το κτίριο που φιλοξενεί τα εκθέματα αποτελεί από μόνο του ένα εντυπωσιακό αξιοθέατο. Πρόκειται για έναν σιδηροδρομικό σταθμό που χτίστηκε το 1900, για την έκθεση του Παρισιού και λειτούργησε ως το 1939. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε σαν θέατρο και αίθουσα πλειστηριασμών αφού τον χρησιμοποίησε και ο Όρσον Ου-

έλς για την ταινία του η «Δίκη» το 1962. Στη δεκαετία του 1970 υπήρξαν σκέψεις να κατεδαφιστεί αλλά τελικά οι αρχές του Παρισιού αποφάσισαν να τον μετατρέψουν σε μουσείο που άνοιξε τις πόρτες του στο κοινό το 1986. Τα εκθέματά του καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα καλλιτεχνικών ρευμάτων από το 1848 έως το 1914. Στο Α' επίπεδο εκτίθενται νατουραλιστές και συμβολιστές ζωγράφοι και γλυπτά, ενώ στο δεύτερο επίπεδο στεγάζονται έργα ιμπρεσιονιστών και μετα-ιμπρεσιονιστών και οι πιο διάσημοι πίνακες. Μπορείτε να κάνετε ένα ευχάριστο διάλειμμα στην καφετέρια του μουσείου που ακούγεται ότι έχει καλό φαγητό και είναι τοποθετημένη ακριβώς πίσω από ένα παλιό ρολόι του σιδηροδρομικού σταθμού.

Αν είστε λάτρεις του Ιμπρεσιονισμού, μη χάσετε το μουσείο Μαρμωτάν - Μονέ που στεγάζεται στην έπαυλη, 19ου αι., του ιστορικού τέχνης Πολ Μαρμωτάν. Περιλαμβάνει την πληρέστερη συλλογή έργων του Μονέ, δωρεά του γιου του, συμπεριλαμβανομένου και του έργου του «Η εντύπωση Ανατολή Ηλίου» (Impression Soleil Levant) που έδωσε στο ιμπρεσιονιστικό ρεύμα το όνομά του. Εκεί θα βρείτε έργα και άλλων γνωστών ζωγράφων όπως και μεσαιωνικά χειρόγραφα.

Στην αριστερή όχθη, στο νότιο άκρο του Καρτιέ Λατέν (Quartier Latin), βρίσκεται το Πάνθεον. Η θεμελίωση του εντυπωσιακού αυτού ναού αποτελεί ένδειξη ευγνωμοσύνης του Λουδοβίκου 15ου στην Αγία Ζενεβιέβη για την ανάρρωσή του από μια σοβαρή ασθένεια. Το κτίσμα έχει σε κάτοψη το σχήμα ελληνικού σταυρού και μια μεγαλόπρεπη πρόσοψη με κίονες κορινθιακού ρυθμού. Η υπόγεια κρύπτη του είναι από τις μεγαλύτερες του είδους. Η αρχική σκέψη ήταν να

μοιάσει στο Πάνθεον της Ρώμης απ' όπου πήρε και το όνομά του, αλλά ο υπέροχος τρούλος του με το φυσικό φως, που γλιστρά στο εσωτερικό του χώρου, μας φέρνει πιο πολύ στο νου τον Καθεδρικό του Αγίου Παύλου του Λονδίνου. Η Γαλλική Επανάσταση πρόλαβε την ολοκλήρωσή του, και πριν χρησιμοποιηθεί ως εκκλησία, όπως ήταν ο αρχικός στόχος, αποτέλεσε σημείο ταφής επιφανών ανδρών της Γαλλίας. Στην πορεία της ιστορίας άλλαξε πολλές φορές χρήση έως ότου περιήλθε στην κατοχή του κράτους. Στο μαυσωλείο του αναπαύονται εκτός από τον αρχιτέκτονά του, ο Βολταίρος, ο Ρουσό, ο Μαρά, ο Εμίλ Ζολά, ο Βίκτωρ Ουγκό και ο Μιραμπό. Στο Πάνθεον θα δείτε και την εφεύρεση που πιστοποίησε την περιστροφική κίνηση της γης, το εκκρεμές του Φουκώ.

Δίπλα στο Πάνθεον, βρίσκεται και η Σορβόνη. Το πιο μεγάλο πανεπιστήμιο της πόλης ξεκίνησε σαν μια σχολή θεολογίας για 16 άπορους φοιτητές το 1253. Στη συνέχεια διάσημοι φιλόσοφοι όπως ο Ρότζερ Μπέικον και ο Θωμάς Ακινάτης δίδαξαν εκεί, ενώ μερικοί από τους γνωστούς αποφοίτους του είναι ο ποιητής Δάντης, ο θρησκευτικός μεταρρυθμιστής Καλβίνος και ο ιδρυτής του τάγματος των Ιησουιτών Άγιος Ιωάννης Ντε Λογιόλα. Το 1469 στεγάστηκε εκεί το πρώτο τυπογραφείο και μετά τη Γαλλική Επανάσταση έγινε το πανεπιστήμιο του Παρισιού.

Περπατώντας στην ίδια γειτονιά λίγο πιο δυτικά βρίσκεστε στο Σεν Ζερμέν ντε Πρε τη συνοικία των διάσημων συγγραφέων και διανοουμένων. Αφιερώστε λίγη ώρα να περιπλανηθείτε στους γύρω δρόμους ανακαλύπτοντας παλιά σπίτια με γύφινες πινακίδες με τα ονόματα των φημισμένων ενοίκων τους. Στην κοσμική λεωφόρο Σεν Ζερμέν πιείτε τον καφέ σας στο Café de Flore και Les deux Magots, στα ίδια τραπέζια με τον Μοριάκ, Ζακ Πρεβέρ, Φρανσουά Σαγκάν. Το Le Procope είναι το παλαιότερο καφέ της πόλης όπου σύχναζαν συγγραφείς

όπως ο Βολταίρος, ο Ζολά, ο Μπαλζάκ και ο Ουγκώ. Δίπλα στο ποτάμι, πάντα στην αριστερή όχθη του Σηκουάνα, χαζέψτε τα υπαίθρια μαγαζάκια των βιβλιοπωλών πάνω στους πράσινους πάγκους της αποβάθρας. Είναι μια εικόνα που θα δείτε σε πολλές καρτ-ποστάλ του Παρισιού.

Στην αντίπερα όχθη, λίγους δρόμους πιο βόρεια αναζητείστε το πνευματικό κέντρο Ζορζ Πομπιντού ή αλλιώς γνωστό ως Μπομπούρ (Beaubourg) www.centrepompidou.fr. Ο πρόεδρος Ζορζ Πομπιντού μετά από διεθνή διαγωνισμό αρχιτεκτονικής κατέληξε σε ένα ανατρεπτικό κτίσμα που σημάδεψε την αρχιτεκτονική του 20ού αι. Στόχος των εμπνευστών του ήταν η απόλυτη εκμετάλλευση του χώρου φέρνοντας το κτίριο «τα μέσα έξω». Η εξωτερική επιφάνεια που είναι φτιαγμένη αποκλειστικά από γυαλί και χάλυβα, φέρει προσαρμοσμένες όλες τις σωληνώσεις σε κοινή θέα, με τρία διαφορετικά χρώματα. Μπλε είναι ο αέρας (κλιματισμός), πράσινο τα υγρά (δίκτυο ύδρευσης), κίτρινο τα καλώδια του ηλεκτρικού ρεύματος. Κόκκινο χρώμα έχουν δώσει οι κατασκευαστές στους διαύλους επικοινωνίας (ανεγκυστήρες, κυλιόμενες σκάλες) και ασφάλειας (πυροσβεστικοί κρουνοί). Έτσι όλος ο εσωτερικός χώρος προσφέρεται ανέπαφος για τη δημιουργία τριών υπογείων και επτά επιπέδων πάνω από το έδαφος, που φιλοξενούν βιβλιοθήκες, αίθουσες πολιτιστικών εκδηλώσεων, κινηματογράφους, μουσικούς χώρους και στον τέταρτο όροφο βρίσκεται η είσοδος του μουσείου Μοντέρνας Τέχνης. Το κέντρο ανοίγει στις 11 το πρωί και καλό είναι να επιβεβαιώσετε ότι περιμένετε στη σωστή «ουρά», αν υπάρχει, γιατί σχηματίζονται πολλές και διαφορετικές για κάθε εκδήλωση. Ακόμα κι αν δεν μπειτε στο Μπομπούρ, αξίζει να περιεργαστείτε την πλατεία Στραβίνσκι δίπλα του. Σχεδόν όλη της την έκταση καταλαμβάνει ένα ιδιόρρυθμο και πολύχρωμο σιντριβάνι, εμπνευσμένο από το έργο του συνθέτη «Το πουλί της φωτιάς». Είναι αυτό το πολύχρωμο πουλί που θα δείτε να περιστρέφεται στο κέντρο ρίχνοντας νερό. Ουσιαστικά αυτό το σιντριβάνι αποτελεί προέκταση του πνευματικού κέντρου, μια και κάτω από αυτό εδράζεται το Ircam, Ινστιτούτο έρευνας ήχων, μουσικής και πολυμέσων.

Προχωρώντας ανατολικά βρίσκεστε ήδη στο Μαρέ, τη μεσαιωνική συνοικία όπου ο Δ' έφτιαξε την πλατεία Ρουαγιάλ το 1605, μετονομασθείσα σε πλατεία των Βοσγίων

(Place des Vosges) 200 χρόνια αργότερα. Τα βασιλικά περίπτερα αποτελούσαν το σκηνικό κονταρομαχιών μεταξύ των ιπποτών. Τα 39 σπίτια που την περιβάλλουν είναι χτισμένα από χρυσοκόκκινα τούβλα και παρ' ότι αρχικά προορίζονταν για τους εργάτες του μεταξιού, έμειναν εκεί προσωπικότητες όπως ο Μολιέρος, ο Ρισελιέ και ο Βίκτορ Ουγκώ. Μια βόλτα στην αριστοκρατική (ακόμα και σήμερα) αυτή συνοικία μπορεί να σας οδηγήσει και στο μουσείο του Πικάσο με μεγάλη και πλήρη συλλογή έργων του ζωγράφου. Η πλατεία της Βαστίλης που βρίσκεται εκεί κοντά, δεν θυμίζει σε τίποτα τις φυλακές πολιτικών κρατουμένων όπου ξέσπασε η Γαλλική Επανάσταση στις 14 Ιουλίου του 1789. Ο πολυσύχναστος σήμερα κυκλοφοριακός κόμβος χαρακτηρίζεται από το μπρούτζινο «Στύλο του Ιουλίου» (Colonne de Juillet) και την όπερα της Βαστίλης, που είναι από τις μεγαλύτερες στον κόσμο. Σ'



αυτή τη γειτονιά, στην περίφημη οδό Lappe αλλά και στις παράπλευρες Roquette και Charonne βρίσκεται το επίκεντρο της νυχτερινής διασκέδασης. Μικροί δρόμοι που προσφέρουν μεγάλη ποικιλία από μπαρ καφέ και εστιατόρια. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η Εβραϊκή συνοικία στις οδούς Rosiers και Ecouffes. Θα νιώσετε ότι μπήκατε σε έναν μικρόκοσμο περνώντας από εκεί. Μπορείτε να δοκιμάσετε την Εβραϊκή κουζίνα σε κάποιο από τα εστιατόρια, έχοντας δίπλα σας μαυροφορεμένους γενειοφόρους με ψηλά καπέλα...

Αν νομίζετε πως τα περισσότερα αξιοθέατα έχουν να κάνουν με το ένδοξο παρελθόν, μια βόλτα στη Defense (η Άμυνα) θα σας διαψεύσει. Πρόκειται για μια καινούργια «πόλη» δίπλα στην πόλη, γεμάτη ουρανοξύστες που όμως έχουν χτιστεί δυτικά για να μην επισκιάζουν το υπόλοιπο Παρίσι. Στην είσοδο της «Άμυνας» είναι

χτισμένη μια δεύτερη διάσημη αιψίδα του Παρισιού ένα τεράστιο κτίριο σε σχήμα «πι» που θα χωρούσε από κάτω η Παναγία των Παρισίων. Η νέα αυτή περιοχή χτίστηκε για εμπορική και διοικητική χρήση.

Το πάρκο της Βιλέτ (Villette), επίσης πιο έξω από το κέντρο του Παρισιού, φτιαγμένο πάνω σε ένα φουτουριστικό σχέδιο πέρα από τα κλασικά δρομάκια για περίπατο, έχει να αναδείξει μοντέρνα γλυπτά, περίεργα παγκάκια και αξιοθέατα υψηλής τεχνολογίας. Μέσα σε αυτό θα βρείτε το πολύ ενδιαφέρον Μουσείο Τεχνολογίας (<http://www.cite-sciences.fr>) και πλανητάριο για τους μικρούς σας συνοδούς.

Μιας και το Παρίσι είναι συνώνυμο της μόδας, είναι απαραίτητο να σημειώσετε την οδό Φομπιούρ-Σεν Ονορέ (Rue du Faubourg - St Honoré). Σχεδόν παράλληλη με τα Ηλύσια Πεδία είναι ο ναός της διεθνούς μόδας. Στις βιτρίνες αυτού του δρόμου, όπως και της Λεωφόρου Montaigne, θα βρείτε τις δημιουργίες όλων των παγκοσμίων γνωστών οίκων υψηλής ραπτικής.

Καθημερινά στο Παρίσι κάτι «παίζεται»! Παραστάσεις, καλλιτεχνικές εκδηλώσεις, συναυλίες μπορούν να γεμίσουν το πρόγραμμά σας. Για να ενημερωθείτε, το αντίστοιχο Αθηνόγραμμα εκεί λέγεται «pariscopie». Από τη γραμματεία του συνεδρίου μαζί με το υλικό της εγγραφής σας θα πάρετε και εισιτήριο διαρκείας για τη δωρεάν χρήση όλων των μέσων μαζικής μεταφοράς της πόλης. Η επίγεια συγκοινωνία με το λεωφορείο είναι λίγο δυσκίνητη λόγω αυξημένης κίνησης. Το μετρό όμως διατρέχει με πυκνό δίκτυο όλη την πόλη και σας πάει με ασφάλεια και ακρίβεια κοντά στον οποιοδήποτε προορισμό σας. Τώρα μάλιστα το παρισινό μετρό έχει να επιδείξει κι ένα νέο επίτευγμα. Αν θέλετε να αισθανθείτε ότι οδηγείτε εσείς το παρισινό μετρό, πάρτε τη γραμμή 14 και μπειτε στο πρώτο βαγόνι. Αυτή η γραμμή απόλυτα αυτοματοποιημένη, κινείται χωρίς οδηγό, ενώνοντας κυρίως υπάρχοντες υπόγειους σταθμούς.

Αν κάποιες από αυτές τις πληροφορίες σας κέντρισαν την περιέργεια, φορέστε τα πιο άνετα παπούτσια σας κι αρχίστε την περιπλάνηση. Σε κάθε γωνία έχετε ένα λόγο να σταθείτε. Δεν θα προλάβετε να τα δείτε όλα, μα δεν πειράζει. Το Παρίσι θα σας περιμένει πάντα, μια πρόκληση στην αναζήτησή του παρελθόντος και του μέλλοντος!

Η Γαστρεντερολογία



στο Διαδίκτυο

Ενδοσκοπικοί Video Άτλαντες στο Διαδίκτυο

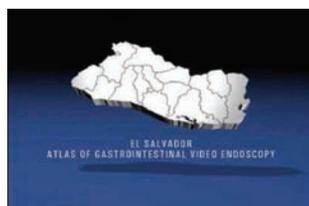
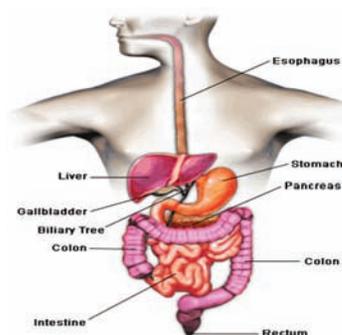
επιμέλεια Τάσος Αρμόνης



The DAVE Project – Gastroenterology

DAVE Project: <http://dave1.mgh.harvard.edu/>

Ιστοσελίδα που υποστηρίζεται από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Harvard. Περιλαμβάνει ενδιαφέροντα περιστατικά (χωρισμένα ανά σύστημα), καθώς επίσης και επίδειξη ενδοσκοπικών τεχνικών. Όλα τα περιστατικά συνοδεύονται από σύντομο ιστορικό. Η ενότητα Grand Rounds είναι εμπλουτισμένη με πληθώρα διαλέξεων σε Power Point που συνοδεύονται από ζωντανό ήχο αλλά και γραπτό κείμενο. Πρόσφατα το site εμπλουτίστηκε με όλες τις Video παρουσιάσεις του DDW 2007.



El Salvador Atlas of Gastrointestinal Video Endoscopy

<http://www.gastrointestinalatlas.com/>

Η έκκληση από το μακρινό El Salvador. Η ιστοσελίδα που υποστηρίζεται από τον Julio Murra-Saca, Γαστρεντερολόγο Δ/ντή του Jerusalem Medical Center στο San Salvador και αποτελεί αυτή τη στιγμή τον πληρέστερο ψηφιακό ενδοσκοπικό Video άτλαντα στο διαδίκτυο. Το site ενημερώνεται συχνότατα και αυτή τη στιγμή περιλαμβάνει 2.228 video clip που κατεβάζονται γρήγορα με πολύ καλή ανάλυση (1152x864 pixels). Και εδώ τα περιστατικά είναι ταξινομημένα ανά όργανο και συνοδεύονται από σύντομο ιστορικό. Πραγματικά απολαυστικό site με όλα τα συνήθη αλλά και με εξαιρετικά σπάνια περιστατικά.

The GASTROLAB Endoscopy

<http://www.gastrolab.net/>

Ιστοσελίδα από τη Φιλανδία που διανύει τον 11ο χρόνο στο διαδίκτυο. Εμπλουτίζεται ανά εβδομάδα και περιλαμβάνει πλούσιο αρχείο με video περιστατικά (ταξινομημένα αλφαβητικά αλλά και ανά σύστημα). Υπάρχει επίσης στήλη (και αρχείο) με πολύ ενδιαφέροντα ενδοσκοπικά Quiz σε video. Σίγουρα το site θα κεντρίσει το ενδιαφέρον σας.



06:45 PM 06/06/07



Επιμέλεια Αντώνης Κογεβίνας

Απλές και μπερδεμένες οδηγίες!

 Ο M.Pollan, συγγραφέας του βιβλίου *The Omnivore's Dilemma*, συμπυκνώνει τις οδηγίες υγιεινής διατροφής ως εξής: «**Τρώτε φαγητό. Όχι μεγάλες ποσότητες. Κυρίως φυτικές τροφές**». Η πρόταση αυτή τα λέει όλα: Τρώτε φαγητό, όχι σνακς στο πόδι, μη βάζετε μεγάλες μερίδες και αποφύγετε ζωικές τροφές.

Αυτή η απλή οδηγία έγινε περίπλοκη όταν επενέβησαν οι εταιρείες τροφίμων. Το ιστορικό, σύμφωνα με τον γνωστό **Stephen Hanauer**, έχει ως εξής: το 1977 η Γερουσία των ΗΠΑ εξέδωσε ένα κείμενο που επιγραφό-

ταν «Διαιτητικοί στόχοι για τις ΗΠΑ». Στο κείμενο αυτό, που είχε σκοπό να αναχαιτίσει τις επιδημιολογικές τάσεις που καταγράφονταν, επισημαίνεται ότι το κρέας και τα γαλακτοκομικά προϊόντα προκαλούν καρδιολογικές αρρώστιες, καρκίνο και σακχαρώδη διαβήτη.

Το **λόμπι των εταιρειών τροφίμων** μετά από πιέσεις κατάφερε να αλλάξει την πρόταση «μειώστε την κατανάλωση κρέατος» σε «**διαλέγετε κρέατα, πουλερικά και ψάρια που θα μειώνουν την πρόσληψη κεκορεσμένων λιπαρών**». Η **συζήτηση μετατοπίστηκε από τα τρόφιμα στα**

συστατικά τους. Το τοπίο θόλωσε και η οδηγία έπαψε να είναι σαφής.

Αυτό το θόλωμα πυροδότησε τη γνωστή διατροφολογική παραζάλη. Τα τρόφιμα άρχισαν να εμπλουτίζονται με το ένα συστατικό και να τούς αφαιρείται κάποιο άλλο. Πλούσιο έδαφος αυτοσχεδιασμού για τη βιομηχανία τροφίμων, για συμπληρώματα διατροφής, για ινστιτούτα αδυνατίσματος και για αυθαίρετες και ανόητες δίαιτες.

Η συνταγή όμως για τη δίαιτα εξακολουθεί και **παραμένει απλή**: «**Τρώτε φαγητό. Όχι μεγάλες ποσότητες. Κυρίως φυτικές τροφές**».

[www.θολώστε-τις-επιστημονικές-απόψεις.com!](http://www.θολώστε-τις-επιστημονικές-απόψεις.com)

 Η τεχνική τού να θολώνονται οι καθαρές επιστημονικές απόψεις χρησιμοποιήθηκε παλαιότερα και από τη καπνοβιομηχανία: Χρηματοδοτούσε επιστημονικές έρευνες οι οποίες κατέληγαν στο συμπέρασμα ότι το τσιγάρο δεν βλάπτει ή ότι το πρόβλημα είναι μικρό. Θολώνοντας κατ' αυτό τον τρόπο τις επιστημονικές απόψεις,

ως **δισταμένες και όχι οριστικές, εμποδίστηκε για αρκετά χρόνια η λήψη μέτρων**.

Στο καινούργιο βιβλίο **Assault on Reason** του **Al Gore**, πρώην αντιπροέδρου των ΗΠΑ που σήμερα ηγείται καμπάνιας για παγκόσμια ευαισθητοποίηση για το φαινόμενο του θερμοκηπίου, αναγράφεται με τεκμηριωμένα στοιχεία ότι η τεχνική

των εταιρειών πετρελαίου είναι αντίστοιχη με αυτή της καπνοβιομηχανίας: Θολώνουν τις απόψεις, ως δισταμένες. Η **ExxonMobil** χρηματοδοτεί μελέτες που λένε ότι δεν είναι τόσο άσχημα τα πράγματα με το περιβάλλον από το CO₂, παράγωγο καύσης υδατανθράκων. Ότι πρόκειται **για ένα πρόβλημα για το οποίο μεριμνούν οι ίδιες οι βιομηχανίες** και ότι δεν είναι



ούτε τόσο εξαιρετικά επείγον, ούτε τόσο μεγάλο.

Στο βιβλίο παρουσιάζονται στοιχεία και ντοκουμέντα συμβούλων που συνηθίζουν ανοικτά να υιοθετηθεί η

τεχνική των **δισταμένων επιστημονικών απόψεων προκειμένου να κερδηθεί χρόνος**. Πρόκειται για ένα πολύ ενδιαφέρον βιβλίο, όπου δυστυχώς τεκμηριώνονται πολλές από

τις παρελκυστικές τεχνικές που κατά καιρούς υποψιάζεται κανείς. Άραγε, παρόμοια σενάρια συμβαίνουν και με τη φαρμακοβιομηχανία;

Προσοχή στη μεγάλη επιτυχημένη επαγγελματική καριέρα!



Απευθυνόμενος σε νέους ιατρούς στο βιβλίο *Aequanimitas*, ο περίφημος ιατρός **William Osler** (1849-1919) γράφει:

"I would warn you against the trials

of the day soon to come to some of you – the day of large and successful practice. Engrossed late and soon in professional cares, getting and spending, you may so lay waste your powers that you may find, too late,

with hearts given away, that there is no place in your habit-stricken souls for those gentler influences which make life worth living."

Conversations on Consciousness!



Είναι άραγε ικανοποιητική η παραδοσιακή εξήγηση τού γιατί αισθανόμαστε πόνο όταν έχουμε ένα **χαλασμένο δόντι**; Η κλασική ερμηνεία λέει ότι το ερέθισμα, το οποίο οφείλεται σε φλεγμονή κοντά σε νευρικές απολήξεις, πηγαίνει από το τρίδυμο νεύρο, στο νωτιαίο μυελό και από εκεί στον εγκέφαλο. Καταλήγει σε ένα κέντρο στον προμετωπιαίο φλοιό.

Παραδοσιακά εξηγούμε τη διαβίβαση του ερεθίσματος μέσω αλλαγών στο δυναμικό ηρεμίας των νευρών με τη μεταφορά Na^+ , K^+ , Cl^- μεταξύ ενδοκυττάριου και εξωκυττάριου χώρου. Είναι άραγε αρκετή αυτή η μεταφορά ηλεκτρολυτών για να εξηγήσει το λόγο για τον οποίο **στο τελευταίο νευρώνα**, στον οποίο γίνεται αντιληπτό το συναίσθημα πόνου, αντιλαμβανόμαστε **πόνου και όχι ευχαρίστηση**; Προφανώς όχι. Η συνείδηση του πόνου μάλλον πρέπει να είναι κάτι περισσότερο από μετακίνηση ηλε-

κτρολυτών, αφού η ίδια μεταφορά ηλεκτρολυτών γίνεται σε όλα τα κέντρα του εγκεφάλου. Άρα πρέπει να υπάρχει κάτι ακόμα.

Έτσι μπαίνει κανείς στη συζήτηση περί συνείδησης. Η συζήτηση ενδιαφέρει και τους γαστρεντερολόγους γιατί χειρίζονται όλες αυτές τις ποικίλες **επώδυνες λειτουργικές παθήσεις του πεπτικού**.

Στη συζήτηση περί σχέσης συνείδησης και εγκεφάλου υπάρχουν δύο σχολές σήμερα: η σχολή που λέει ότι όταν βρούμε όλες τις συσχετίσεις ερεθισμάτων και νευρώνων, όταν δηλαδή καταγράψουμε τα νευρικά κυκλώματα μέσα στον εγκέφαλο, θα μπορέσουμε να καταλάβουμε τι είναι η συνείδηση. Ο πιο γνωστός εκπρόσωπος της σχολής αυτής είναι ο **Francis Crick**, ο γνωστός νομπελίστας του DNA που πέθανε πρόσφατα. Η δεύτερη σχολή είναι αυτή του διάσημου μαθηματικού **Roger Penrose**, που λέει ότι υπάρχει κάτι

στην κατανόηση της συνείδησης που πρέπει να βρίσκεται έξω από το συνηθισμένο τρόπο υπολογισμού. Ότι όπως δεν μπορούμε να ερμηνεύσουμε τη λειτουργία των ατόμων με την κλασική φυσική, ίσως για τον ίδιο λόγο δεν μπορούμε να ερμηνεύσουμε και τη λειτουργία του εγκεφάλου. Για το λόγο αυτό η σχολή αυτή προτείνει ότι η **σκέψη** και η **συνείδηση** ενδέχεται να μπορέσουν να κατανοηθούν **με τους νόμους της κβαντομηχανικής**. Υπάρχουν μάλιστα πειράματα και του δικού μας Δημήτρη Νανόπουλου, σε μικροσωληνάκια κυττάρων, που προσπαθούν να προσεγγίσουν με την κβαντομηχανική τη μεταφορά της πληροφορίας μέσα στα κύτταρα.

Η ενδιαφέρουσα αυτή συζήτηση δίδεται υπό μορφή συνεντεύξεων με τους 20 κορυφαίους επιστήμονες του είδους στο βιβλίο *Conversations on Consciousness* της Susan Blackmore (η οποία παίρνει τις συνεντεύξεις). Εκδόσεις Oxford University Press.



Impedance = εμπέδηση;



Impedance: Χρήσιμη εξέταση που σύντομα θα χρησιμοποιείται και στην Ελλάδα, στη μελέτη της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης αλλά και αλλού. Με την εξέταση αυτή μπορεί κανείς να μελετά τις κινήσεις

υγρών ή αερίων κατά μήκος διαφόρων οργάνων ασχέτως οξύτητας ή άλλων ιδιοτήτων των υγρών αυτών. Οι πνευμονολόγοι τη μετέφρασαν με τον όρο «εμπέδηση», χωρίς να είναι γνωστές άλλες λεπτομέρειες για την τεκμηρίωση ενός τέτοιου όρου.

Εμείς δεν έχουμε ακόμα αποφασίσει, αν και από μερικούς έχει προταθεί ο όρος «αντιστασιομετρία». Μήπως θα πρέπει να παραπεμφθεί και αυτό σε Επιτροπή Ετυμολογίας και Γλωσσολογίας;

Ελληνικοί αλγόριθμοι: γιατί όχι;



Πολλοί αισθάνονται ότι πρέπει επιτέλους να δημιουργηθούν ελληνικοί αλγόριθμοι για την αντιμετώπιση ασθενών με δυσπεψία, παλινδρόμηση κ.λπ. Όταν κοιτάξει κανείς τους αμερικανικούς αλγόριθμους διαπιστώνει ότι δεν ανταποκρίνονται στην ελληνική πραγματικότητα κυρίως για δύο λόγους:

- Γιατί οι ενδοσκοπήσεις στην Ελλάδα είναι ασύγκριτα πιο φθηνές από ό,τι στις ΗΠΑ, πράγμα που επιτρέπει τη χρήση τους με μεγαλύτερη ευκολία.

- Γιατί μας είναι δύσκολο να αποδεχτούμε ότι για οικονομικούς λόγους θα μπορούσαμε να δίνουμε φάρμακα χωρίς τεκμηριωμένη διάγνωση, βάζοντας σε κίνδυνο κάποιους ασθενείς.

Υπάρχει διάχυτη καχυποψία ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες επηρεάζουν έμμεσα ή άμεσα τους αμερικανικούς αλγόριθμους ώστε να γίνεται μεγαλύ-

τερη κατανάλωση φαρμάκων. Αυτή η εντύπωση ίσως δεν είναι ατεκμηρίωτη. Για παράδειγμα: Σύμφωνα με τον γνωστό αμερικανικό αλγόριθμο για την αντιμετώπιση μη-οργανικής δυσπεψίας σε ασθενή χωρίς συμπτώματα συναγεμού, προτείνεται πριν από τις ενδοσκοπήσεις η χρήση αναστολέων αντλίας πρωτονίων, έρευνα για ελικοβακτηρίδιο καθώς και επαναλαμβανόμενες θεραπείες εκρίζωσης. Μόνο μετά από 6 επισκέψεις στον ιατρό και εφόσον δεν έχουν ανακουφιστεί τα συμπτώματα καταλήγει ο ασθενής στην ένδειξη για γαστροσκόπηση. Αυτό ταλαιπωρεί και καθυστερεί τους αρρώστους, ενώ εκθέτει και τους ιατρούς γιατί τους ωθεί να μαντεύουν αντί να τεκμηριώνουν. Είναι αυτό ακριβώς που διδασκόμαστε στις ιατρικές σχολές ότι δεν πρέπει να κάνουμε.

Υπάρχουν άλλωστε μεγάλες μελέτες που λένε ότι δεν μπορεί κανείς να διαχωρίσει οργανικές από λειτουρ-

γικές παθήσεις βάσει της κλινικής εντύπωσης, ούτε με υπολογιστικά μοντέλα, με παράγοντες κινδύνου ή με βάση το ιστορικό και τα συμπτώματα (Moayyedi P; Talley NJ; Fennerty MB; Vakil N. JAMA 2006 Apr). Επίσης δεν μπορούμε να βασιστούμε στα συμπτώματα συναγεμού για να αποφασίζουμε για την ενδοσκόπηση ή μη ενός ατόμου. (Age and alarm symptoms do not predict endoscopic findings among patients with dyspepsia: a multicentre database study. Wallace MB; Cotton PB et al. Gut 2001).

Όσοι εμπλακούν στη δημιουργία ελληνικών αλγορίθμων θα πρέπει να έχουν τεκμηριωμένα στοιχεία. Δεν θα πρέπει όμως να τρέμουν στην ιδέα ότι οι δικοί μας αλγόριθμοι ενδέχεται να διαφέρουν από τους αμερικανικούς. Εξ όσων πληροφορούμαι ο φόβος αυτός ήταν η αιτία που ναυάγησε μια παλαιότερη προσπάθεια δημιουργίας αλγορίθμων.

Ο πλανήτης Άρης θα είναι ο ορατός στον ουρανό νύχτας αυτό τον Αύγουστο.



- Θα φανεί τόσο μεγάλος όσο η Πανσέληνος στο γυμνό μάτι.
- Καλύτερη στιγμή να το παρατηρήσετε θα είναι στις 27 Αυγούστου στις 12.30 το βράδυ όταν ο Άρης θα έρθει σε απόσταση 34.65M μίλια από τη γη.
 - Να προσέξετε τον ουρανό στις 27 του Αυγούστου 12:30 AM.
- Θα μοιάσει σαν να έχει η γη 2 φεγγάρια.
- ΜΗΝ ΤΟ ΧΑΣΕΤΕ ΑΥΤΟ... Η επόμενη φορά που ο Άρης θα έρθει τόσο κοντά θα είναι το 2287.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Μοιραστείτε το με τους φίλους σας δεδομένου ότι ΚΑΝΕΝΑΣ ΖΩΝΤΑΝΟΣ ΣΗΜΕΡΑ δεν θα ξαναδεί τέτοιο θέαμα

Καλλιτεχνικά**και άλλα**

Μιστισλάβ Ροστροπόβιτς - Το φινάλε ενός παγκόσμιου θρύλου

από τη **Νάγια Μπουμπότση**

Μόλις ένα μήνα μετά τα ογδοηκοστά γενέθλιά του, γράφτηκε το φινάλε μιας ζωής γεμάτη δύναμη, λυρισμό, ανεξαρτησία και δημιουργία για τον Μιστισλάβ Ροστροπόβιτς, το μεγαλύτερο βιολοντσελίστα του 20ού αι. Ο Σλάββα, όπως τον αποκαλούσαν οι φίλοι του, έφυγε από τη ζωή στις 27 Απριλίου φέτος μετά από ολιγόμηνη πάλη με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Ο Ρώσος μουσικός, γιός βιολοντσελίστα, γεννήθηκε στο Μπακού το 1927. Άρχισε σε μικρή ηλικία μαθήματα πιάνου πριν καταλήξει στο βιολοντσέλο. Από τα 16 του χρόνια φοιτά δίπλα στον Ντμίτρι Σοστακόβιτς ο οποίος και παρέμεινε δάσκαλός του. Το ταλέντο του αναδείχτηκε σύντομα και αρχίζει να βραβεύεται σε μουσικούς διαγωνισμούς της ανατολικής Ευρώπης. Η αφοσίωσή του στο τσέλο και η δεξιότητά του ενέπνευσαν μεγάλους συνθέτες να γράψουν έργα γι' αυτόν. Ανάμεσά τους, η «Συμφωνία Κοντσερτάντε» του φίλου και δασκάλου του Προκόβιεφ και τα δύο κοντσέρτα για βιολοντσέλο του επίσης φίλου και δασκάλου του Σοστακόβιτς. Η παρουσίαση του πρώτου από αυτά στη Μόσχα υπήρξε μέγα πολιτικό γεγονός στην καρδιά του Ψυχρού Πολέμου. Ένα μήνα μετά, η ίδια παρουσίαση στη Φιλαδέλφεια της Αμερικής έχτιζε γέφυρες ανάμεσα σε δύο κόσμους. Σιγά σιγά ο «Σλάββα» άρχισε να ταξιδεύει σε όλο τον κόσμο γοητεύοντας με το τσέλο

του απ' όπου κι αν περνούσε... Ο ανυπότακτος χαρακτήρας του τον έφερε σε αντιπαράθεση με το καθεστώς της Ρωσίας όταν υποστήριξε το συγγραφέα Σολτζενίτιν. Αποκλείστηκε από τουρνέ στο εξωτερικό, τού απαγορεύτηκε να παίξει σε μεγάλες ορχήστρες, μέχρι που αυτοεξορίστηκε στη Δύση και μερικά χρόνια αργότερα τού αφαιρέθηκε η σοβιετική υπηκοότητα. Όσοι τον γνώρισαν μιλούν για έναν κοινωνικό άνθρωπο, γεμάτο χιούμορ, έναν συνεπή μαχητή της ελευθερίας και των ατομικών δικαιωμάτων, έναν ακούραστο ταξιδευτή. Σε κάθε εκδήλωσή του δεν έχανε την ευκαιρία να μάχεται το καθεστώς που πίστευε ότι καταπίεζε την αγαπημένη του χώρα. Η εξορία όμως δεν κράτησε για πάντα. Δεκαεπτά χρόνια μετά, επέστρεψε στη Ρωσία με διάταγμα του Μ. Γκορμπατσώφ για να παίξει με τη Συμφωνική Ορχήστρα της Ουάσινγκτον την οποία διηύθυνε από το 1977 έως το 1994. Από τότε και μετά απολάμβανε την αποδοχή της πατρίδας του με όλες τις τιμές που άρμοζαν σε αυτή την εξέχουσα φυσιογνωμία του μουσικού χώρου. Το βιολοντσέλο του χρωμάτισε με τη Σουίτα του Μπαχ και το αυτοσχέδιο Κονσέρτο του, την πώση του Τείχους του Βερολίνου το 1989, ενώ η παρουσία του στα οδοφράγματα της Μόσχας το 1991, προκειμένου να υπερασπιστεί τη νεαρή Δημοκρατία κατά των πραξικοπηματιών, πιστοποιούν την ιδεολογική του ταυτότητα.

Πρόκειται για ένα θρύλο που είχαμε την τιμή να φιλοξενήσουμε πολλές φορές στη χώρα μας, μιας κι ο ίδιος δήλωνε λάτρης της Ελλάδας.

Τον ακούσαμε πολλές φορές στο Ηρώδειο και το Μέγαρο Μουσικής. Στην Επίδαυρο διηύθυνε την Ορχήστρα Νέων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Υπήρξε στενός φίλος της πιανίστριας μας Βάσως Δεβετζή, μεγάλος θαυμαστής της Τζίνα Μπαχάουερ και ο πρώτος που στήριξε διεθνώς ως παιδί-θαύμα το Δημήτρη Σγούρο. Το ανήσυχο πνεύμα του δεν τον άφησε έξω από τις ελληνικές υποθέσεις. Το 1993 δήλωνε ότι δεν θα παίξει στην Τουρκία όσο υπάρχει κατοχή στη Β. Κύπρο, είχε ταχθεί κατά της χρήσης του ονόματος Μακεδονία από τους Σκοπιανούς και υποστήριξε την επιστροφή των γλυπτών του Παρθενώνα. Συχνά δε δίσταζε να λέει πως «νιώθει Έλληνας».

Η σορός του Μιστισλάβ Ροστροπόβιτς εκτέθηκε σε λαϊκό προσκύνημα στη μεγάλη αίθουσα του Ωδείου της Μόσχας, κάτω από τα πορτραίτα του Τσαϊκόφσκι, του Μότσαρτ, του Μπαχ και άλλων μεγάλων μουσουργών. Ο ακούραστος αυτός ταξιδευτής αναπαύεται τώρα στα χώματα της πατρίδας που τόσο αγάπησε βρίσκοντας την ξεκούραση που όπως υποστήριζε ο ίδιος «θα έρθει αργότερα, πολύ αργότερα...».

