



Άρθρο Σύνταξης

Με αφορμή τις εκλογές που θα διεξαχθούν το Σάββατο 24 Νοεμβρίου, κατά τη διάρκεια της Διημερίδας της ΕΠΕΓΕ, για την ανάδειξη του νέου ΔΣ της Ένωσής μας, θέλησα να μοιραστώ μαζί σας κάποιες σκέψεις μου, υπό την ιδιότητα του αποχωρούντος προέδρου. Επιτρέψτε μου, πρώτα-πρώτα, να ευχαριστήσω από καρδιάς όλα τα μέλη του απερχομένου ΔΣ. Τον αντιπρόεδρο κ. Ε. Παπαβασιλείου, τον γεν. γραμματέα κ. Α. Νταϊλιάνα, τον ειδ. γραμματέα κ. Ι. Δρίκο, τον παλιό μου συνεργάτη ταμία κ. Ν. Βιάζη, το μέλος και πρόεδρο της Συντακτικής Επιτροπής των «Ενδοσκοπήσεων» κ. Α. Αρμόνη και το μέλος κ. Π. Σεχόπουλο. Όλοι τους είναι θαυμάσιοι άνθρωποι, ό,τι αναλάμβαναν το έφερναν εις πέρας (κάποιος με διαστημική ταχύτητα), μ' έκαναν να χαίρομαι τις συνεδριάσεις του ΔΣ και μ'έμαθαν πολλά σε πολλούς τομείς.

Αγαπητοί συνάδελφοι, η ΕΠΕΓΕ, ως το Ελληνικό παράρτημα του τμήματος Γαστρεντερολογίας της UEMS, έχει από το καταστατικό της μεγάλες δυνατότητες. Κύριος στόχος της είναι η επαγγελματική αναβάθμιση των μελών της, μέσω ποιοτικής αναβάθμισης. Αυτό σημαίνει προσπάθεια αναβάθμισης της κατάστασης των μελών της σε όλους τους τομείς π.χ. οικονομικό, εργασιακό, κοινωνικό, εκπαιδευτικό, ερευνητικό κ.λπ. Για να υλοποιηθούν όμως αυτές οι δυνατότητες, χρειάζονται νέοι άνθρωποι με κοινό νου, που να επιθυμούν να δώσουν και να πάρουν, όντας μέλη μιας φιλικής συντροφιάς, του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ. Πιστεύω ότι δεν θα είναι αναγκασμένοι να ξοδεύουν πολύ χρόνο σ' αυτήν την δραστηριότητα, επειδή για όλα τα θέματα στόχους του απερχομένου ΔΣ που δεν υλοποιήθηκαν έχει γίνει η απαιτούμενη προεργασία (ίδε στήλη «νέα από το ΔΣ»).

Το μεγάλο πρόβλημα που θα συναντήσουν είναι η πολιτεία και οι δομές τού υπάρχοντος συστήματος. Στην ελληνική πραγματικότητα αυτό που πράγματι «μετράει» για την προώθηση ενός αιτήματος, δεν είναι το δίκαιον που αντιπροσωπεύει και η καλή του τεκμηρίωση, αλλά οι διαπροσωπικές-πελατειακές σχέσεις και το πολιτικό κόστος. Αν είσαι αιθεροβάμων και πιστεύεις σε αρχές τότε χωρίς συζήτηση πρέπει να αποδείξεις ότι «δεν είσαι ελέφαντας».

Όμως, για να μην εθελοτυφλούμε, το άλλο μεγάλο πρόβλημα είμαστε εμείς οι ίδιοι. Βεβαίως υπάρχουν πολλές εξαιρέσεις, αλλά η πλειοψηφία βολεύεται και περιμένει από τους άλλους να «βγάλουν τα κάστανα από τη φωτιά». Πώς η ΕΠΕΓΕ να ζητήσει την υπογραφή Συλλογικών Συμβάσεων όταν οι μισοί Γαστρεντερολόγοι δεν είναι ενεργά μέλη της; Πώς να προωθήσει το Ευρωπαϊκό Δίπλωμα, με ό,τι αυτό συνεπάγεται, χωρίς πιέσεις προς όλα τα επίπεδα;

Μια εξήγηση θα ήταν, πως η μεγάλη πλειοψηφία είναι απογοητευμένη από την κατάσταση και για λόγους προσωπικούς έχει αποστασιοποιηθεί. Να λοιπόν η ευκαιρία να πάρετε την εξέλιξη της Ελληνικής Γαστρεντερολογίας στα χέρια σας! Βάλτε υποψηφιότητα για το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ! Δεν θα το μετανοιώσετε!

Υγεία και χαρά σε όλους

Α. Ζερβακάκης



Νέα και Επίκαιρα

Ενημέρωση από το Δ.Σ.

γράφουν οι Α. Ζερβακάκης και Α. Νταϊλιάνας

Mε αφορμή την εντός ολίγου ολοκλήρωση της θητείας τού παρόντος ΔΣ, πιστεύουμε ότι είναι σκόπιμος ένας μικρός απολογισμός. Πλήρης απολογισμός θα γίνει κατά τη διάρκεια της γενικής συνέλευσης της ΕΠΕΓΕ.

Τα προβλήματα προς επίλυση, όπως καθορίσθηκαν κατά την έναρξη της θητείας μας, ήταν:

A. Οργανωτικά: πλήρως ενημερωμένη γραμματεία (κατάλογος μελών- θέσεις που έκαστος κατέχει).

Η ΕΠΕΓΕ, σε συνέχεια της δουλειάς του κ. Ν. Βιάζη, ανέθεσε στην κ. Νάγια Μπομπότη να επικαιροποιήσει τον κατάλογο των μελών μας. Το έργο συντελέσθηκε σε συνεργασία με την ΕΓΕ. Αναζητείται τρόπος συνεχούς ανανέωσης του καταλόγου των μελών μας.

B1. Πρώτης προτεραιότητας θέματα:

1. Κοστολόγηση γαστρεντερολογικών πράξεων: Ομάδα εργασίας ολοκλήρωσε το έργο κωδικοποίη-

σης και κοστολόγησης των γαστρεντερολογικών πράξεων που κατέθηκε στην αρμόδια επιτροπή του Υπουργείου.

2. Ενδοσκοπήσεις: Επιτροπή αποτελούμενη από μέλος της ΕΠΕΓΕ ως εισηγητής, της ΕΓΕ και της Επιτροπής Εκπαίδευσης της ΕΓΕ, συνέταξε ένα σχέδιο απόφασης του ΚΕΣΥ το οποίο εάν εγκριθεί θα λύσει το πρόβλημα των ενδοσκοπήσεων από μη γαστρεντερολόγους σύμφωνα με τις αρχές της ΥΕΜΣ.

3. Γνωστικό αντικείμενο ειδικότητας: Επιτροπή ομοίως αποτελούμενη από μέλος της ΕΠΕΓΕ ως εισηγητής, της ΕΓΕ και της Επιτροπής Εκπαίδευσης της ΕΓΕ, μελέτησε και εκσυγχρόνισε το κείμενο γνωστικού αντικειμένου που είχε φθάσει το 2004 στη νομοπαρασκευαστική επιτροπή της Βουλής.

4. Υπέρχοι: Μετά την εντολή του Υπουργείου για τον καθορισμό εκπαιδευτικών κέντρων υπερήχων κοιλίας στα ακτινολογικά εργαστήρια των Δημόσιων Νοσοκομείων για όλους τους ενδιαφερόμενους ειδικούς, οι μόνοι που ανέλαβαν την υποχρέωση αυτή είναι τα ακτι-

νολογικά εργαστήρια του ΠΓΝΑ Γ. Γεννηματάς και του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λαρίσης.

5. Ηπατολογία: Η διασύνδεση Ελευθεροπαγγελματιών με ηπατολογικά τμήματα Δημόσιων Νοσοκομείων δεν ευοδώθηκε, ελλείψει νομοθετικού πλαισίου και ενδιαφέροντος εκατέρωθεν. Η ΕΠΕΓΕ διοργάνωσε τη διημερίδα «Ηπατολογία για γαστρεντερολόγους».

6. Ενημερωτικό Δελτίο: Η κυκλοφορία των «Ενδοσκοπήσεων» καλύπτει πλήρως τις φιλοδοξίες μας.

7. Τόπος στο Διαδίκτυο: Μετά από ένα πολλά υποσχόμενο ξεκίνημα, οι προσδοκίες μας δεν επαληθεύθηκαν. Προσβλέπουμε και αναζητούμε νέους ανθρώπους που θα προσδώσουν στην προσπάθεια την απαιτούμενη δυναμική.

8. Χαρτογράφηση Ελληνικών Νοσοκομείων: Έγινε με την εργασία της κ. Μπομπότη.

9. Ασφάλιση μελών έναντι αστικής ευθύνης: Επιτεύχθηκε. Ακολουθεί το θέμα της προσφυγής μας στον ΕΟΦ για την άρση της ασαφούς οδηγίας για χορήγηση καταστολής με παρουσία αναισθησιολόγου.



B2. Προς μελέτη:

- Προεδρικό Διάταγμα Πρωτοβάθμιας περίθαλψης- Επιπτώσεις- Αντιμετώπιση:** Η εφαρμογή του αναβάλλεται συνεχώς. Έχουμε προετοιμασθεί με τη δημιουργία των προδιαγραφών για το Γαστρεντερολογικό - Ενδοσκοπικό Ιατρείο και τα απαραίτητα για τη χορήγηση καταστολής και αναλγησίας.
- Ανθρώπινο δυναμικό- Πληθωρισμός Ειδικών- Δημιουργία νέων θέσεων εργασίας:** Έχουμε συλλέξει τα στοιχεία για να καθορίσουμε ανά Νοσοκομείο της επικράτειας τα απαιτούμενα γαστρεντερολογικά τμήματα ή ενδοσκοπικά ιατρεία ή συμβούλους γαστρεντερολόγους.
- Σύνταξη οδηγιών προετοιμασίας ενδοσκοπήσεων:** Διανέμονται για το 2007 από την εταιρία Janssen-Cilag.
- Ενημέρωση κοινού για τις συνήθεις παθήσεις του πεπτικού έλεγχος ασθενών υψηλού κινδύνου:** Το κενό της ενημέρωσης του κοινού καλύφθηκε επαρκώς από τα φυλλάδια του Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας και Διατροφής. Όσον αφορά στον έλεγχο ασθενών υψηλού κινδύνου επικεντρωθήκαμε και μελετήσαμε την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Εκκρεμεί το οικονομικό σκέλος της Πανελλαδικής εφαρμογής του.
- Προγράμματα λογισμικού για δημόσια και ιδιωτικά ενδοσκοπικά**

εργαστήρια και συγκέντρωση επιδημιολογικών δεδομένων παθήσεων: Δεν προχώρησε γιατί δεν βρέθηκε χρηματοδότης για την κάλυψη των εξόδων.

νε προς όφελός μας η διεκδίκησή της από το Υπουργείο.

2. UEMS (Εναρμόνιση- Ευρωπαϊκό δίπλωμα):

Ενημερώθηκαν οι Διευθυντές των κλινικών που δίνουν ειδικότητα για τα προαπαιτούμενα, ώστε να μπορούν να χορηγούν και ευρωπαϊκό δίπλωμα. Λόγω των γνωστών δυσκολιών μόνο δύο γαστρεντερολογικά τμήματα έχουν πιστοποιηθεί.

3. Εκπαίδευση (για τη λήψη της ειδικότητας, συνεχιζόμενη εκπαίδευση, σεμινάρια με μαθησιακούς στόχους):

Το θέμα μελετήθηκε σε στρογγυλό τραπέζι της ΕΠΕΓΕ κατά τη διάρκεια του τελευταίου Πανελλήνιου Γαστρεντερολογικού Συνεδρίου. Όσον αφορά στα σεμινάρια με μαθησιακούς στόχους, επειδή πιστεύουμε στη διδακτική τους αξία -ιδίως για τους ελευθεροεπαγγελματίες- οργανώνουμε ένα ετησίως στα πλαίσια διημερίδας.

Προβλήματα προς επίλυση πρώτης προτεραιότητας:

Κοστολόγηση,
Ενδοσκοπήσεις,
Γνωστικό αντικείμενο,
Υπέρηχοι, Ηπατολογία,
Ενημερωτικό Δελτίο,
Τόπος στο Διαδίκτυο,
Χαρτογράφηση
Ελληνικών
Νοσοκομείων,
Ασφάλιση μελών έναντι αστικής ευθύνης κ.ά.

Δ. Τρίτης προτεραιότητας:

1. Φοροτεχνική κάλυψη:

Δεν υπήρχε ενδιαφέρον από τους συναδέλφους.

2. Διαιτολογία:

Η επιτροπή που συστήθηκε για τη μελέτη του γνωστικού αντικειμένου της ειδικότητας το προσέθεσε σε αυτό. Επίσης οργανώθηκε διημερίδα με σχετικό αντικείμενο (Δημηρόδα παχυσαρκίας).

ΕΚΛΟΓΕΣ για το Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Η ΕΠΕΓΕ έχει από το καταστατικό της μεγάλες δυνατότητες...

... για να υλοποιηθούν όμως αυτές οι δυνατότητες, χρειάζονται νέοι άνθρωποι με κοινό νου, που να επιθυμούν να δώσουν και να πάρουν, όντας μέλη μιας φιλικής συντροφιάς, του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ.

... Να λοιπόν η ευκαιρία να πάρετε την εξέλιξη της Ελληνικής Γαστρεντερολογίας στα χέρια σας!

Βάλτε υποψηφιότητα για το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ!

Δεν θα το μετανοιώσετε!



Ελεύθερο



Θέμα

Ανοίγοντας... το ιατρείο!

γράφει ο Η. Γοΐβας

Κάπου είχα διαβάσει ότι στην Αρχαία Ελληνική «δουλεύω» σημαίνει «είμαι δούλος!」 Ήμουν στο Λύκειο ακόμη και μου είχε φανεί αληθινά τραγικό πώς η «δουλειά» θα μπορούσε να καταντήσει «δουλεία» και πώς θα ήταν ποτέ δυνατό ένας εργαζόμενος να συμφιλιωθεί με την ταμπέλα της αγγαρείας στο μόχθο του!

Μυήθηκα με υποδειγματική αυταπάρνηση σ' αυτό το καθ'όλα νόμιμο σύστημα αυτο-υποδούλωσης: εντατική μελέτη, επιτυχία, εισαγωγή στο Πλανεπιστήμιο, πτυχίο, αγροτικό, ειδικότητα με ταυτόχρονες προσπάθειες για περαιτέρω κατάρτιση στη Γαστρεντερολογία μέσα από επίμονες παρακλήσεις σε σεβαστό αριθμό Διευθυντών Κλινικών, ξανά μελέτη, ξανά εξετάσεις, τίτλος ειδικότητας, πρόσληψη και τελικά ιατρείο!

Τότε, νομίζω ήταν που αποφάσισα πιεισματικά να μην επιτρέψω ποτέ

στον εαυτό μου να αισθανθεί, ασκώντας το επάγγελμα που θα με συντρό-

μονο! όχι δουλεία- αλλά υπόσχεση ελευθερίας...

Το ηθικό μου υπέστη ανεπανόρθωτη ήττα, όταν έκινησα τις διαδικασίες για το στήσιμο του ιατρείου. Έψαχνα για μήνες τον κατάλληλο χώρο. Κάποιοι ιδιοκτήτες ακίνητων επιθυμούν να μισθώσουν το διαμερισματάκι τους, με το αζημίωτο βεβαίως, αλλά χωρίς να φροντίσουν ούτε τα φουσκωμένα από τη υγρασία ντουβάρια, ούτε τα χαλασμένα υδραυλικά, ούτε το άθλιο μωσαϊκό στον υποτιθέμενο χώρο υποδοχής! Αν μη τι άλλο, αυτά τα «μπουντρούμια», ιατρεία δεν θα γίνονταν ποτέ!

Βρήκα το χώρο μου (με κάποιους συμβιβασμούς και μετά, για πρώτη φορά στη ζωή μου, από επιτυχημένα παζάρια- ύψος ενοικίου, αναπροσαρμογή, κάποιες επισκευές από τον ιδιοκτήτη) αφού ερεύνησα αρκετά στοιχεία: από τον πληθυσμό της περι-

**Ήμουν στο Λύκειο
ακόμη και μου είχε
φανεί αληθινά τραγικό
πώς η «δουλειά»
θα μπορούσε να
καταντήσει «δουλεία»
και πώς θα ήταν ποτέ¹
δυνατό ένας
εργαζόμενος να
συμφιλιωθεί με την
ταμπέλα της αγγαρείας
στο μόχθο του!**

φευε μια ζωή, ... «δούλος!」 Ήξερα, εξάλλου, πως «επαγγέλλομαι» θα πει «υπόσχομαι», συνεπώς θα μπορούσα κάπως να κάνω τη δουλειά μου – αλί-



οχής και τον αριθμό των ιατρειών που ήδη υπέρχαν εκεί, μέχρι τη δυνατότητα πρόσβασης με τον ηλεκτρικό ή με I.X, κυρίως δε, το αν θα μπορούσε ο ταλαιπωρος ασθενής να παρκάρει κάπου κοντά, χωρίς να χάσει την υπομονή και την πίστη του.

Επισκεπτόμουν την πολεοδομία για ένα μήνα. Έστελνα, αφού ταυτόχρονα εργαζόμουν, συγγενείς και φίλους για μια πλειάδα «πολύτιμων» εγγράφων. Προσκόμισα πολύτιμες φωτοτυπίες, την κάτοψη του οικοπέδου, πώς ήταν πριν χτιστεί, πώς έγινε αφού χτίστηκε, πώς θα γίνει, τι θ' αλλάξει, πού βλέπει ο ακάλυπτος! Έπρεπε -είπαν- ν' αλλάξω την «κύρια χρήση», εφόσον ο χώρος ήταν χαρακτηρισμένος ως «οικία», άσχετα απ' το συμβόλαιο που μας βεβαίωνε πως πρόκειται για «επαγγελματική στέγη», άσχετα απ' το ότι η ΔΕΗ αναγνωρίζει απροκάλυπτα- αν κρίνω απ' τους λογαριασμούς- το χώρο ως επαγγελματική στέγη· άσχετα απ' το γεγονός ότι στη Νομαρχία- κι εδώ είναι το οξύμωρο- για την οποία μάζευα με περισσή φροντίδα και ιώβεια υπομονή, δεδομένης της γνωστής κωλυσιεργίας της γραφειοκρατίας, τα «πολύτιμα» έγγραφα, με διαβεβαίωσαν τελικά πως ΚΑΘΟΛΟΥ δε χρειάζεται αυτή η περιβόητη «μεταβολή κύριας χρήσης»! Χρειαζόμουν απλώς μια βεβαίωση πως η περιοχή δεν είναι «αμιγούς κατοικίας» για να κλείσει το ζήτημα! Το ακριβοθόρητο έγγραφο ήρθε στα χέρια μου- για μια ακόμη φορά δυστυχώς στη χώρα μας- δια της «πλαγίας οδού»...

Η επόμενη φάση ήταν να ξεκινήσει τις εργασίες του το σεβαστό συνεργείο. Να διορθωθούν οι κακοτεχνίες, να γκρεμιστούν τοίχοι, να χτιστούν άλλοι, αρκεί να εφαρμοστούν με θρησκευτική ευλάβεια οι διατάξεις του περίφημου Προεδρικού Διατάγματος. Να γίνει μια «σωστή» αίθου-

σα αναμονής, ένα «σωστό» γραφείο, ένα ακόμη πιο «σωστό» εξεταστήριο. Εργασίες που απαιτούν χρόνο και κυρίως χρήμα, που δύσκολα έχεις στη διάθεσή σου στην αρχή...

Πρέπει να ψάξεις εταιρείες ιατρικών μηχανημάτων, προμηθευτές αναλώσιμων υλικών. Πρέπει να «ψάξεις» όμως και την αξιοπιστία τους, κυρίως όμως πρέπει να ψάξεις βαθιά στις τσέπες σου... Πρέπει να εξασφαλίσεις σύγχρονο εξοπλισμό, άνετο και λειτουργικό χώρο, εργονομικές λύσεις και με-

φαντασία απαιτούνται σε μεγάλες δόσεις, όταν εσύ νιώθεις μετέωρος και εσωτερικά εκκρεμής, παλεύοντας να συμβιβάσεις τα «θέλω» σου με τα «πρέπει» και τα «μπορώ» σου, όταν πειριμένεις επιτέλους να σε στηρίξει το επάγγελμά σου και βλέπεις ότι κυριότατα πρέπει να το στηρίξεις εσύ!

Σε τρεις μήνες συνολικά κατέστην έτοιμος να καταθέσω το φάκελο του ιατρείου στη Νομαρχία, για να πάρω την άδεια λειτουργίας του. Χρειάστηκαν άλλοι δυόμισι μήνες, για να πραγματοποιηθεί ο έλεγχος από την αρμόδια επιτροπή, αν και θεωρήθηκα «τυχερός» από συνάδελφους, που έτυχαν μεγαλύτερης αναμονής και... αγανάκτησης.

Στη συνοπτική διαδικασία του έλεγχου, που κράτησε δυο ολόκληρα λεπτά(!), σχολιάστηκε το κατά πόσο έχω το δικαίωμα να ενδοσκοπώ στο ιατρείο μου (!), καθώς και το δικαίωμα να «διατυπωνίζω» την επαγγελματική μου ιδιότητα, μέσω της ανατημένης στο ύψος του 2ου ορόφου ταμπέλας με τα στοιχεία μου (!). Μου επιβλήθηκε δε να υπογράψω δήλωση περί της ταχείας «αποκαθήλωσής» της, παρόλο που η περιοχή ολόγυρα βρίθει ανάλογων πινακίδων (!).

Μέσα σ' αυτόν τον κυκεώνα δυσκολιών, αντιφάσεων, παράλογων απαιτήσεων και τραγελαφικών περιστατικών, ΕΠΡΕΠΕ να συνθλίψω μέσα μου το φόβο της αποτυχίας, ν' ανταποκριθώ στην πρόκληση των εμποδίων που υψώνονταν μπροστά μου, ν' αποδυθώ στον αγώνα της επιστημοσύνης, να μετατρέψω τον κάματο του σώματος σε χαρά ζωής... Κάπως έτσι παλεύω ακόμη, για να κερδίσω ίσως πελάτες, ίσως αυτοπεποίθηση, ίσως εισόδημα, ίσως γνωριμίες πάντως νιώθω πως έχω τουλάχιστον κερδίσει το προνόμιο να αισθάνομαι «δουλεύοντας» αν όχι ευτυχισμένος, σίγουρα όμως ελεύθερος.

Πρέπει να εξασφαλίσεις σύγχρονο εξοπλισμό, άνετο και λειτουργικό χώρο, εργονομικές λύσεις και μερικές φορές πρέπει να φας τα πόδια σου, για να υιοθετήσεις, δανειστείς, «κλέψεις» ιδέες από ομότεχνους ή για να βρεις κάτι σπάνιο- πλην όμως απαραίτητο, όπως είναι ένα δίχωρος κάδος – που βρέθηκε επιτέλους σ'ένα απλό κατάστημα οικιακών ειδών!

ρικές φορές πρέπει να φας τα πόδια σου, για να υιοθετήσεις, δανειστείς, «κλέψεις» ιδέες από ομότεχνους ή για να βρεις κάτι σπάνιο- πλην όμως απαραίτητο, όπως είναι ένα δίχωρος κάδος – που βρέθηκε επιτέλους σ'ένα απλό κατάστημα οικιακών ειδών!

Υπομονή, ψυχραιμία, αισιοδοξία, πίστη, δημιουργική διάθεση και πολλή



Κλινικό Θέμα

Θεραπεία της Λοίμωξης από Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού: Πού Βρισκόμαστε το 2007;

γράφει ο Σ. Γούλας

Περισσότερες από δύο δεκαετίες έχουν παρέλθει από την ανακάλυψη του ελικοβακτηρίδιου του πυλωρού που αποτέλεσε ορόσημο στο κεφάλαιο των παθήσεων του στομάχου. Η θεραπεία της λοίμωξης από το μικρόβιο, η λεγόμενη θεραπεία εκρίζωσης, συνταγογραφήθηκε σε εκατομμύρια ασθενείς από γενικούς γιατρούς και γαστρεντερολόγους.

Με δεδομένη την αδυναμία αντιμετώπισης του μικροβίου με μονοθεραπεία, η οποία διαπιστώθηκε πρώιμα, δοκιμάστηκαν παρά πολλά θεραπευτικά σχήματα στα οποία κατά κανόνα συνδυάζονταν αντιεκκριτικά φάρμακα ή βισμούθιο και αντιβιοτικά. Πολύτιμη ήταν η βοήθεια των κατευθυντήριων γραμμών που διατυπώθηκαν στις ευρωπαϊκές συναντήσεις ομοφωνίας, με πιο πρόσφατη το Maastricht III Consensus Report που έγινε το Μάρτιο του 2005. Σε εθνικό επίπεδο

η προσπάθεια αυτή θα πρέπει να συμπληρώνεται με μελέτες Ελλήνων ασθενών προκειμένου να αναδειχθούν τυχόν ιδιαιτερότητες που επηρεάζουν αρνητικά την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών σχημάτων.

Πριν προχωρήσουμε στην παράθεση των θεραπευτικών σχημάτων πρώτης, δεύτερης και τρίτης γραμμής που έχουν επιλεγεί, σκόπιμο είναι να επισημάνουμε δύο στοιχεία που είναι πολύ σημαντικά στη διαδικασία αυτή. Το πρώτο αφορά στην προσεκτική επιλογή των ασθενών που είναι απαραίτητο να λάβουν θεραπεία εκρίζωσης, με βάση τις γνωστές κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν διατυπωθεί. Το δεύτερο είναι η σχολαστική εντμέρωση του ασθενούς για τη λοίμωξη και την αναγκαιότητα της θεραπευτικής αγωγής με έμφαση στη συμμόρφωσή του στη φαρμακευτική αγωγή. Είναι κοινά αποδεκτό ότι ένα σημαντικό μέρος των θεραπευτικών αποτυχιών οφείλεται στην ελλιπή συμμόρφωση, ή στη διακοπή της θεραπείας. Χρήσιμη είναι η χορήγηση γραπτών οδηγιών σχετικών με τον τρόπο λήψης

των φαρμάκων και τις τυχόν αναμενόμενες παρενέργειες, ενέργεια που βελτιώνει τη συμμόρφωση και μειώνει τον αριθμό ασθενών που διακόπτουν τη θεραπεία.

Σχήματα Πρώτης Γραμμής

Σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες (Maastricht III) το σχήμα εκλογής πρώτης γραμμής παραμένει ως έχει: αναστολέας της αντλίας πρωτονίων (PPI) στη συνήθη δόση X2, με δύο αντιβιοτικά την Κλαριθρομυκίνη (500X2) και την Αμοξικιλίνη (1000X2) ή τη Μετρονιδαζόλη (500X2). Η διάρκεια της θεραπείας αυτής είναι 7-10 ημέρες.

Η Κλαριθρομυκίνη έχει θέση ως επιλογή πρώτης γραμμής εφ'όσον η αντοχή σε αυτή στον τοπικό πληθυσμό είναι κάτω από 15-20%. Αυτό φαίνεται ότι ισχύει για τον ελληνικό πληθυσμό με βάση στοιχεία από παλαιότερες μελέτες όπου η αντοχή εκτιμήθηκε στο 10%. Ωστόσο πρόσφατες μελέτες σε παιδιά δείχνουν σημαντικά αυξημένα ποσοστά αντο-



χής στο φάρμακο. Αυτό σημαίνει ότι η θεραπεία στα παιδιά θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της αυτό το δεδομένο και ότι χρειάζονται νεώτερες μελέτες ιδιαίτερα σε νεαρούς ενήλικες όπου ίσως απαιτηθούν αλλαγές τα επόμενα χρόνια.

Για τη Μετρονιδαζόλη η αντοχή στη χώρα μας έχει εκτιμηθεί στο 50% και αυτό εξηγεί την υπεροχή του σχήματος PPI-Κλαριθρομυκίνη-Αμοξικιλίνη έναντι PPI- Κλαριθρομυκίνη- Μετρονιδαζόλη.

Άλλα εναλλακτικά σχήματα πρώτης γραμμής είναι PPI- Αμοξικιλίνη-Μετρονιδαζόλη ή το κλασικό τετραπλό με PPI-Βισμούθιο-Τετρακυκλίνη-Μετρονιδαζόλη. Σε περιπτώσεις αλλεργίας στην Αμοξικιλίνη θα χορηγηθεί PPI-Κλαριθρομυκίνη-Μετρονιδαζόλη ή το τετραπλό σχήμα.

Ο έλεγχος της θεραπείας εκρίζωσης θα γίνει με δοκιμασία αναπνοής ουρίας, δοκιμασία κοπράνων ή ενδοσκόπηση και λήψη πολλαπλών βιοψιών. Ο έλεγχος εφαρμόζεται τέσσερις τουλάχιστον εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας εκρίζωσης και δύο εβδομάδες μετά τη διακοπή του PPI. Η αποτελεσματικότητα του σχήματος πρώτης γραμμής είναι 80-90% των ασθενών κατά πρόθεση για θεραπεία, ποσοστό που είναι ακόμη μικρότερο στην κλινική πράξη.

Σχήματα Δεύτερης Γραμμής

Κανόνας είναι η αποφυγή χρήσης των ίδιων αντιβιοτικών που δόθηκαν στο αρχικό σχήμα. Σύμφωνα με το Maastricht III ενδείκνυται το τετραπλό σχήμα (PPIX2, Βισμούθιο 300X4, ΜετρονιδαζόληX3, Τετρακυκλίνη 500X4) για 14 ημέρες. Τα PPI-Βισμούθιο μπορεί να αντικατασταθούν από το σύμπλοκο κιτρικό βισμούθιο της Ρανιτιδίνης (Βισμούθιο-Ρανιτιδίνη) με εξίσου καλά αποτελέσματα.

Εναλλακτικά σχήματα είναι τα PPI-

Αμοξικιλίνη-Μετρονιδαζόλη ή PPI-Τετρακυκλίνη - Μετρονιδαζόλη, με την προϋπόθεση ότι η Μετρονιδαζόλη δεν χρησιμοποιήθηκε στο αρχικό σχήμα. Η αποτελεσματικότητα των σχημάτων δεύτερης γραμμής είναι 70-90%. Τα σχήματα αυτά έχουν δοκιμαστεί και στη χώρα μας σε κλινικές μελέτες με τα ίδια ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

**Η εκρίζωση
της λοίμωξης
από ελικοβακτηρίδιο
του πυλωρού
είναι σήμερα
ένας εφικτός στόχος.
Προϋποθέσεις είναι
η σωστή επιλογή
και ενημέρωση
των ασθενών και
η συμμόρφωσή τους
στη θεραπευτική
αγωγή**

μερικής θεραπευτικής ανταπόκρισης στη θεραπεία). Όταν η καλλιέργεια δεν είναι εφικτή ή αποτύχει, τρία είναι τα αντιβιοτικά με τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα σύμφωνα με τα πρόσφατα δεδομένα και χορηγούνται εμπειρικά στα σχήματα τρίτης γραμμής: η Λεβοφλοξασίνη, η Ριφαμπουτίνη και η Φουραζόλιδίνη.

Η Λεβοφλοξασίνη ανήκει στην ομάδα των κινολονών και χορηγείται σε δόση 250X2, ή 500X1, ή 500X2 σε συνδυασμό με Αμοξικιλίνη 1000X2 και PPIX2 για 10 ημέρες. Η Ριφαμπουτίνη, γνωστό αντιφυματικό φάρμακο, χορηγείται σε δόση 150X2 ή 300X1 σε συνδυασμό με Αμοξικιλίνη και PPI. Η Φουραζόλιδίνη δεν κυκλοφορεί στη χώρα μας. Από τα τρία φάρμακα προτιμάται η χρήση της Λεβοφλοξασίνης στα σχήματα τρίτης γραμμής γιατί η Ριφαμπουτίνη έχει υψηλό κόστος, εμφανίζει σημαντική μυελοτοξικότητα και η χρήση της έχει σαν παρενέργεια την ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών Μυκοβακτηρίδου. Η Ριφαμπουτίνη θα χρησιμοποιηθεί επί αποτυχίας στα σχήματα τετάρτης γραμμής.

Σχήματα Τρίτης Γραμμής

Η θεραπεία με τα σχήματα πρώτης και δεύτερης γραμμής είναι αναποτελεσματική σε 2-8% των αρχικών ασθενών. Αν και ο αριθμός ανθεκτικών ασθενών είναι μικρός, οι δυσκολίες μεγαλώνουν σημαντικά, γιατί πρόκειται για ανθεκτικά στελέχη μικροβίου σε «δύσκολη» ομάδα ασθενών. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες συνιστάται ενδοσκόπηση και λήψη ιστοτεμαχιδίων για καλλιέργεια και δοκιμασία ευαισθησίας. Αυτή εφαρμόζεται μόνο σε ειδικά Εργαστήρια και στην ομάδα των πασχόντων που έχουν ήδη αποτύχει δύο θεραπευτικά σχήματα επιτυγχάνει στο 80% των περιπτώσεων (λόγω μικρού μικροβιακού φορτίου, ως αποτέλεσμα

Συμπεράσματα

Η εκρίζωση της λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού είναι σήμερα ένας εφικτός στόχος. Προϋποθέσεις είναι η σωστή επιλογή και ενημέρωση των ασθενών και η συμμόρφωσή τους στη θεραπευτική αγωγή. Η αποτυχία μετά από δύο θεραπευτικά σχήματα είναι σπάνια και υπάρχουν ενθαρρυντικά δεδομένα, ακόμη και για αυτή τη δύσκολη ομάδα ασθενών. Σε εθνικό επίπεδο θα πρέπει να υπάρξουν νεώτερες μελέτες αντοχής των αντιβιοτικών που συνήθως χορηγούνται στα διάφορα θεραπευτικά σχήματα με σκοπό την έγκαιρη αναπροσαρμογή του αλγορίθμου, αν αυτό κριθεί αναγκαίο.



Ενδοσκοπικό



Θέμα

Πρόληψη Καρκίνου Παχέος Εντέρου με Κολονοσκόπηση: Σύγχρονα Δεδομένα και Προβληματισμοί

γράφουν οι A. Νταϊλιάνας, I. Λανιηλίδης

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στον δυτικό κόσμο. Οι αδενωματώδεις πολύποδες θεωρούνται η κύρια προκαρκινική βλάβη και μέσω της αλληλουχίας μικρό αδένωμα- μεγαλύτερο αδένωμα- υψηλόβαθμη δυσπλασία αναπτύσσεται ο καρκίνος στο παχύ έντερο.

Το όφελος της κολονοσκόπησης και της ενδοσκοπικής πολυπεκτομής αποδείχθηκε από το 1993 με την National Polyp Study. Η μελέτη έδειξε ελάττωση κατά 76-90% της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κολονοσκόπηση και πολυπεκτομή σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, άρα οι περισσότεροι καρκίνοι παχέος μπορεί να προληφθούν με κολονοσκόπηση¹. Τα μειονεκτήματα όμως της κλασικής αυτής μελέτης είναι ότι χρησιμοποιήθηκαν ιστορικές ομάδες ελέγχου (controls) και -ιδιαίτερα σημαντικό- αποκλείσθηκαν ασθενείς με αφαιρεθέντες μεγάλους πολύποδες.

Η αποτελεσματικότητα της κολονοσκόπησης επαληθεύθηκε και σε άλλες μελέτες, αλλά τα ποσοστά προστασίας από την ανάπτυξη καρκίνου δεν ήταν τόσο υψηλά². Σε πρόσφατη μελέτη, ασθενείς με αρνητική κολονοσκόπηση που τελικά διαγνώσθηκε ότι πάσχουν από καρκίνο παχέος είχαν πιο συχνά από τον γενικό πληθυσμό καρκίνο στο δεξιό παχύ (47% έναντι 28%, $p<0,01$). Οι περισσότεροι από αυτούς τους καρκίνους ανακαλύφθηκαν μέσα σε μια διετία από την αρνητική κολονοσκόπηση³.

Τα αίτια της χαμηλότερης του αναμενόμενου διαγνωστικής ακριβειας της κολονοσκόπησης είναι πολλαπλά. Η κολονοσκόπηση φαίνεται να έχει περιορισμούς που σχετίζονται με τη φύση της εξέτασης, ανεξάρτητα από την ποιότητά της. Σε μελέτες κατά τις οποίες οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κολονοσκόπηση και επανάληψή της, την ίδια ημέρα, η συχνότητα απώλειας- συνήθως μικρών- πολυπόδων ήταν 22%⁴. Το ποσοστό αυτό, σε παρόμοιες μελέτες ποικίλει πολύ μεταξύ ενδοσκόπων, όμως ποτέ δεν υπήρξε, κατά τις μελέτες, κολονοσκόπος να μην «χάσει» πολύποδα. Οι πολύποδες ή ο καρκίνος μπορεί να

είναι αφανείς πίσω από πτυχές, πίσω από οξείες καμπές, στο ορθό ή και στο τυφλό-ανιόν όπου ο ανάστροφος έλεγχος μπορεί να αναδείξει «κρυφές» βλάβες.

Κάποιες βλάβες όμως μπορεί να διαλάθουν της προσοχής λόγω κακής εφαρμογής της. Μεγάλη σημασία για την άριστη εκτέλεση της κολονοσκόπησης έχει η καλή προετοιμασία του εντέρου, η ποιότητα της οποίας εξαρτάται από το είδος και τον τρόπο λήψης του καθαρτικού και το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από τη λήψη του καθαρτικού μέχρι την κολονοσκόπηση. Απαραίτητη επίσης είναι η ολοκλήρωση της εξέτασης με φωτογραφική τεκμηρίωση της περιοχής του τυφλού. Η συχνότητα ανεύρεσης πολυπόδων είναι ανάλογη με το χρόνο απόσυρσης του κολονοσκοπίου και οι περισσότεροι συμφωνούν ότι ο ελάχιστος χρόνος απόσυρσης πρέπει να κυμαίνεται από 6-10 λεπτά⁵. Η παράμετρος αυτή είναι πολύ σημαντική και στο μέλλον θα πρέπει να τεκμηριώνεται στην έκθεση της κολονοσκόπησης. Επιπλέον, η συχνότητα ανεύρεσης πολυπόδων (η «σοδειά») ανά ενδοσκόπιο εκτιμάται σαν δείκτης ποιοτικής κολονοσκόπησης και θα



πρέπει να είναι >25% για άρρενες και >15% για γυναίκες άνω των 50 ετών. Η υψηλή συχνότητα ανεύρεσης πολυπόδων όπως και η άρτια αφάίρεσή τους αναδεικνύουν την ποιοτική διαφορά μεταξύ των ενδοσκόπων και την υποκειμενικότητα που διέπει την κολονοσκόπηση.

Η ανεύρεση όμως καρκίνου σε σχετικά βραχύ χρονικό διάστημα μετά κολονοσκόπηση, π.χ. στα 2 χρόνια, μπορεί εναλλακτικά να εξηγηθεί από την πρόσφατα διαφαινόμενη μη καθολική ισχύ του δύγματος ότι ο καρκίνος προέρχεται σχεδόν πάντα από αδενωματώδεις πολύποδες. Στην Ιαπωνία η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου χωρίς να προηγηθεί αδένωμα περιγράφεται σε ποσοστό 18,6-27,4%⁶ και επί σειρά ετών θεωρούσαμε ότι ο καρκίνος του παχέος έχει διαφορετική βιολογία στην Ανατολή. Τελευταία όμως αναγνωρίζονται και στη Δύση επίπεδες βλάβες που εξελίσσονται σε καρκίνο. Σε μελέτη 1000 ασθενών στη Μ. Βρετανία η συχνότητα αυτών των βλαβών ήταν 36,6%⁷. Για να αναγνωρισθούν αυτές οι βλάβες πρέπει ο ενδοσκόπος να μην αναζητά μόνο τις κλασικές, πολυποιειδες επηρμένες βλάβες, ενώ διευκολύνεται από τα νέα, υψηλής ευκρίνειας ενδοσκόπια και διάφορες τεχνικές (χρωμοενδοσκόπηση, σύστημα NBI και άλλα). Οι βλάβες αυτές πιθανώς έχουν διαφορετική φυσική εξέλιξη, με σημαντικά ταχύτερη μετατροπή τους σε καρκίνο.

Μοριακοί μηχανισμοί διαφορετικοί

των παρατηρουμένων στην εξέλιξη αδενώματος – καρκινώματος έχουν πρόσφατα περιγραφεί σε ορισμένους από τους επίπεδους υπερπλαστικούς πολύποδες (γενικά θεωρούμενους ως μη προκαρκινικούς). Αυτοί οι πολύποδες ιδιαίτερα με χαρακτηριστικά «οδοντωτών αδενωμάτων», με συχνότητα 9% σε τελευταία μελέτη, χαρακτηρίζονται από μεταλλάξεις στο γονίδιο BRAF⁸ και μπορεί να είναι πρόδρομες μορφές καρκινώματος κυρίως δεξιού παχέος, πάλι με ταχύτερο χρόνο εξέλιξης σε σχέση με τον μακρό χρόνο εξέλιξης του τυπικού αδενωματώδους πολύποδος (αδενώματος). Οι υπερπλαστικοί-οδοντωτοί πολύποδες αναγνωρίζονται επίσης συνήθως με υψηλής ευκρίνειας ενδοσκόπια, απαιτούν ενδοσκοπική πολυτεκτομή και αποτελούν ένα νέο μονοπάτι δημιουργίας καρκίνου παχέος εντέρου.

Ο χρόνος που απαιτείται για τη δημιουργία ενός αδενώματος και την εξέλιξή του σε καρκίνο δεν είναι απόλυτα γνωστός, αλλά φαίνεται ότι είναι 5-15 έτη (μέσος χρόνος 10 έτη) και όλοι οι πολύποδες δεν εξελίσσονται παρά μόνο πιθανώς ένας στους δέκα. Όμως ο απαιτούμενος χρόνος σε ορισμένες περιπτώσεις (όπως σε ασθενείς με οικογενές σύνδρομο καρκίνου HNPCC) είναι σαφώς μικρότερος, ενώ σε πρόσφατη μελέτη παρατηρήθηκε προχωρημένη ιστολογικά βλάβη (υψηλόβαθμη δυσπλασία ή λαχνωτό στοιχείο) σε μικρούς

(<1 εκ.) πολύποδες⁹.

Τα ανωτέρω επιηρεάζουν τις αποφάσεις για τα διαστήματα που πρέπει να μεσολαβούν μεταξύ δύο ενδοσκοπήσεων. Η σύγχρονη τάση αύξησης του χρόνου νέας κολονοσκόπησης μετά από μια ολική φυσιολογική κολονοσκόπηση από 5 σε 10 χρόνια, στηρίζεται σε μελέτες³, αλλά στην ουσία επιβάλλεται από την έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού και την προστάθεια εξοικονόμησης πόρων. Ο χρόνος αυτός πρέπει να εξατομικεύεται. Επιηρεάζουν επίσης και την αποτελεσματικότητα νέων διαγνωστικών τεχνικών που προβάλλουν σαν ισχυρά όπλα στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος. Για παράδειγμα, η εικονική κολονοσκόπηση έχει μικρότερη ευαισθησία σε μικρούς πολύποδες, επίπεδες βλάβες ή επίπεδους οδοντωτούς πολύποδες¹⁰.

Παρά τους αναφερθέντες προβληματισμούς, το ποσοστό πρόληψης του καρκίνου του παχέος παραμένει ένα από τα υψηλότερα στην κλινική Ιατρική, η δε κολονοσκόπηση μπορεί να είναι χρήσιμη και ως δεύτερη γραμμή αμύνης, δια της διάγνωσης καρκίνου σε πρωιμότερα στάδια με καλύτερη πρόγνωση. Άλλωστε καμία μέθοδος προληπτικού ελέγχου δεν προσφέρει απόλυτη προστασία από τον καρκίνο. Για παράδειγμα, η ιδιαίτερα διαδεδομένη μαστογραφία μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του μαστού κατά σημαντικά μικρότερο ποσοστό¹¹.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med* 1993;329:1977-81.
2. Muller AD, Sonnenberg A. Protection by endoscopy against death from colorectal cancer. A case-control study among veterans. *Arch Intern Med* 1995;155:1741-8.
3. Singh H, Turner D, Xue L, et al. Risk of developing colorectal cancer following a negative colonoscopy examination: evidence for a 10-year interval between colonoscopies. *JAMA* 2006;295:2366-73.
4. Van Rijn JC, Reitsma JB, Stoker J, et al. Polyp miss rate determined by tandem colonoscopy: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2006;101:343-50.
5. Barclay RL, Vicari JJ, Doughty AS, et al. Colonoscopic withdrawal times and adenoma detection during screening colonoscopy. *N Engl J Med* 2006;355:2533-41.
6. Goto H, Oda Y, Murakami Y, et al. Proportion of de novo cancers among colorectal cancers in Japan. *Gastroenterology* 2006;131:40-46.
7. Rembacken BJ, Fujii T, Cairns A, et al. Flat and depressed colonic neoplasms: a prospective study of 1000 colonoscopies in the UK. *Lancet* 2000;355:1211-4.
8. Spring KJ, Zhao ZZ, Karamatic R, et al. High prevalence if sessile serrated adenomas with BRAF mutations: a prospective study of patients undergoing colonoscopy. *Gastroenterology* 2006;131:1400-7.
9. Butterly LF, Chase MP, Pohl H, Fiarman GS. Prevalence of clinically important histology in small adenoms. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:343-348.
10. Mulhall BP, Veerappan GR, Jackson JL. Meta-analysis: computed tomographic colonography. *Ann Intern Med* 2005;142:635-50.
11. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, et al. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137:347-60.



Αυτό το



προσέξατε;

Βιβλιογραφική Ενημέρωση

Επιμέλεια: Παντελής Σκλάβος

Η συστηματική χορήγηση οξυγόνου σε ασθενείς που βρίσκονται σε καταστολή σχετίζεται με συχνότερες καρδιοαναπνευστικές επιπλοκές, κυρίως όταν διενεργούνται ενδοσκοπήσεις ανωτέρου πεπτικού

A national study of cardio-pulmonary unplanned events after GI endoscopy. V.K. Sharma, C.C. Nguyen, M.D. Crowell, et al. *Gastrointest Endosc* 2007; 66: 27-34.

Αναλύθηκαν δεδομένα από 324.737 ενδοσκοπήσεις πεπτικού (γαστροσκοπήσεις, κολονοσκοπήσεις, ERCP & EUS), με τους ασθενείς σε καταστολή (χορήγηση φεντανύλης, μιδαζολάμης, δροπεριδόλης, μετεριδίνης) και εκτιμήθηκε ο κίνδυνος επιπλοκών από το καρδιακό και αναπνευστικό σύστημα. Μη αναμενόμενα γεγονότα διαπιστώθηκαν συνολικά στο 1,4% των ενδοσκοπήσεων, εκ των οποίων 0,9% είχαν σχέση με τα παραπάνω συστήματα (παροδική ή παρατεταμένη υποξία, χαμηλός κορεσμός οξυγόνου, αναπνευστική κόπωση, πνευμονικό οίδημα, βρογχόσπασμος, συμπίεση τραχείας, θωρακικό άλγος, βραδυκαρδία, ταχυκαρδία, αρρυθμία, υπέρταση, υπόταση, παρασυμπαθητικονία). Στην πολυγοπαραγοντική ανάλυση που ακολούθησε, η ηλικία και ο υψηλός δείκτης ASA του ασθενούς, η ενδοσκόπηση σε νοσηλευόμενους, η συμμετοχή εκπαιδευόμενου στις ενδοσκοπήσεις αλλά και η συστηματική χορήγηση οξυγόνου σχετίστηκαν με συχνότερες επιπλο-

κές από το καρδιο-αναπνευστικό.

Είναι προφανές πως η μεγάλη ηλικία του ασθενούς σχετίζεται με πτωχότερη γενική κατάσταση έτσι όπως αυτή μπορεί να εκτιμηθεί με την ταξινόμηση κατά ASA. Επίσης οι ενδοσκοπήσεις σε νοσηλευόμενους είναι συνήθως επεμβατικές και επομένως παρατείνεται η διάρκειά τους, κάτι το οποίο παρατηρείται και σε ενδοσκοπήσεις στις οποίες συμμετέχει εκπαιδευόμενος.

Ωστόσο, η συμπληρωματική χορήγηση οξυγόνου κατά τη διάρκεια ενδοσκοπήσεων υπό καταστολή προτείνεται από την American Society of Anesthesia και συστηματικά εφαρμόζεται από τους περισσότερους ενδοσκόπους. Η ίδια η ASA προειδοποιεί ότι η χορήγηση οξυγόνου μπορεί να καθυστερήσει την ανίχνευση άπνοιας, δίνοντας έμφαση στη σημασία της παρακολούθησης του πνευμονικού αερισμού. Παρόλα αυτά, στην κλινική πράξη όλα τα επεισόδια άπνοιας διαφεύγουν της παρακολούθησης της αναπνευστικής δραστηριότητας ενώ ακόμα και με την παλμική οξυμετρία δεν ανιχνεύονται τα περισσότερα από τα μισά επεισόδια άπνοιας, έτσι όπως αυτά καταγράφονται με τη χρήση καπνογράφων. Με άλλα λόγια η παλ-

μική οξυμετρία δεν αποτελεί μέθοδο εκτίμησης του αερισμού. Επιπλέον, σε ασθενείς που τούς χορηγείται οξυγόνο ο κορεσμός μπορεί να διατρέπεται φυσιολογικός ακόμα και στα πλαίσια προοδευτικής υπερκαπνίας.

Επειδή τα χαρακτηριστικά του ασθενούς (ηλικία, βαθμός ASA) και το είδος της ενδοσκόπησης δεν μπορούν να αλλάξουν, οι συγγραφείς της μελέτης προτείνουν την εκπαίδευση σε εξομοιωτές ενδοσκοπήσεων και την εκλεκτική (σε ασθενείς με υποκαπνία ή σε υψηλό κίνδυνο από το καρδιο-αναπνευστικό) παρά τη συστηματική χορήγηση οξυγόνου.

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί και στην παρατήρηση ότι κανένας από τους ασθενείς με καρδιο-αναπνευστικές διαταραχές δεν είχε λάβει > 10 mg μιδαζολάμης, υποδεικνύοντας ότι για την εμφάνιση τέτοιων επιπλοκών ευθύνεται η αυξημένη ευαίσθησία του ασθενούς στο κατασταλτικό παρά τη συνολική δόση του φαρμάκου. Ενδεχομένως οι ασθενείς που απαιτούν μεγαλύτερες δόσεις μιδαζολάμητης για την πρόκληση καταστολής να κινδυνεύουν λιγότερο από καρδιο-αναπνευστικές επιπλοκές.



Η χρόνια λήψη PPI's δεν σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου

Chronic Proton Pump Inhibitor Therapy and the Risk of Colorectal Cancer. Y. X. Yang, S. Hennessy, K. Propert, et al. *Gastroenterology* 2007; 133: 748-754.

Όπως είναι γνωστό, οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (PPI's) έχουν συσχετιστεί με υψηλά επίπεδα της γαστρίνης πλάσματος. Επιπλέον, η υπεργαστριναιμία επάγει τον κυπαρικό πολλαπλασιασμό του βλεννογόνου του παχέος εντέρου με τελικό αποτέλεσμα την αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου.

Σε αυτή τη μεγάλη πληθυσμιακά μελέτη διαπιστώθηκε πως η λήψη

αναστολέων της αντλίας πρωτονίων (PPI's) για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 5 ετών δεν σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου. Δεν μπορεί ωστόσο να αποκλειστεί μια θετική συσχέτιση σε ασθενείς που λαμβάνουν PPI's σε δόσεις μεγαλύτερες της συνήθους ή για πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Στα παραπάνω συμπεράσματα κατέληξε και παρόμοια μελέτη η οποία δημοσιεύθηκε στο ίδιο τεύχος του ίδιου περιοδικού (Proton Pump Inhibitor Use and Risk of Colorectal Cancer: A Population-Based, Case-Control Study. D.J. Robertson et, al.)

Η διαπιστούμενη έλλειψη συσχέτισης των PPI's με τον κίνδυνο ανάπτυξης

καρκίνου του παχέος εντέρου, παρά τις αδιαμφισβίτητες ενδείξεις που συνδέουν την υπεργαστριναιμία με τον καρκίνο, ενδεχομένως να οφείλεται στον τύπο της γαστρίνης που συμμετέχει στον παθογενετικό μηχανισμό και στην έκταση της υπεργαστριναιμίας. Οι πρόδρομες ουσίες της γαστρίνης (π.χ. προγαστρίνη) αποτελούν ισχυρότερες επαγωγείς της καρκινογένεσης σε σχέση με την ίδια την ορμόνη η οποία φαίνεται να ασκεί ασθενέστερη επίδραση στο εντερικό επιθήλιο. Επιπρόσθετα, μόνο μικρό ποσοστό (περίπου 10%) των ασθενών που λαμβάνουν PPI's εμφανίζουν σημαντικά αυξημένα επίπεδα γαστρίνης (> 500 pg/mL).

Η διαδεομική-ενδοσκοπική τοποθέτηση γαστροστομίας και η ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού ασθενών με συνοδά νοσήματα σχετίζεται με αυξημένους δείκτες θνητότητας

A study of the safety of current gastrointestinal endoscopy (EGD).

D.J. McLernon, P.T. Donnan, A. Crozier, et al. *Endoscopy* 2007; 39: 692-700.

Από τους 8.926 ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε 11.501 ενδοσκοπήσεις ανωτέρου πεπτικού, οι 395 απεβίωσαν μέσα σε διάστημα 30 ημερών από την ενδοσκόπηση, δίνοντας ένα σχετικά υψηλό συνολικό (από όλες τις αιτίες) ποσοστό θνητότητας (4,4%).

Οι ασθενείς που απεβίωσαν ήταν ηλικιώμενοι, είχαν σοβαρά υποκείμενα νοσήματα (40% έπασχαν από κακοήθεια) και οι περισσότεροι εξ αυτών ήταν νοσηλευόμενοι.

Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη εκείνους τους θανάτους που πιθανόν να σχετίζονται άμεσα με την ενδοσκόπηση εκτιμήθηκε πως η ενδοσκόπηση συνέβαλε στη θνητότητα των ασθενών σε ποσοστό 0,2-0,5%, ανάλογα

με το βαθμό συμφωνίας μεταξύ των ερευνητών.

Τα χαρακτηριστικά των ασθενών που διαπιστώθηκε ότι σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο θνητότητας ήταν: η τοποθέτηση διαδερμικής ενδοσκοπικής γαστροστομίας (PEG), τα συνοδά αναπνευστικά και νεφρολογικά νοσήματα, η αιμορραγία και η μεγάλη ηλικία.

Όσον αφορά την τοποθέτηση PEG, παλαιότερη μελέτη ανέφερε θνητότητα ασθενών τον πρώτο μήνα έως 25%, ποσοστό το οποίο δεν είναι καλύτερο από αυτό των ασθενών εκείνων που δεν υποβλήθηκαν σε αυτή τη διαδικασία. Στην παρούσα μελέτη η τοποθέτηση PEG συνοδεύτηκε από θνητότητα 16%, αποτελώντας το 12,2% των θανάτων από όλες τις αιτίες. Συνεπώς το πλεονέκτημα της τοποθέτησης PEG σε σχέση με την τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα σίτισης σε έναν ασθενή, θα πρέπει

να εξατομικεύεται, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην άριστη επιλογή του κατάλληλου χρόνου.

Η δεύτερη ευάλωτη ομάδα περιλαμβάνει νοσοκομειακούς ασθενείς με σημαντικά υποκείμενα νοσήματα. Σε αντίθεση με αρκετούς ασθενείς με καρκίνο ή αιμορραγία -όπου το όφελος μιας επεμβατικής ενδοσκόπησης είναι προφανές- σε άλλους όπου υπάρχουν έμμεσες ενδείξεις γαστρεντερικής αιμορραγίας (καφεοειδείς έμετοι, πτώση του αιματοκρίτη) το άμεσο όφελος είναι λιγότερο σαφές.

Η μελέτη αυτή δεν έχει σκοπό να αμφισβήτησε την ασφάλεια της ενδοσκόπησης του ανωτέρου πεπτικού, αλλά να αναγνωρίσει τους παραγόντες εκείνους που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο θνητότητας τονίζοντας πως υπάρχει ανάγκη καλύτερης επιλογής μεταξύ ορισμένων ομάδων ασθενών.



Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία Προκαρκινικές Αλλοιώσεις Παχέος Εντέρου

γράφει η Μαρία Δαιμονάκου-Βατοπούλου*

1. Εισαγωγή

Η καρκινογένεση στα περισσότερα επιθήλια είναι μια μακροχρόνια πολυσταδιακή διαδικασία κατά την οποία πολυάριθμες γενετικές μεταλλαγές οδηγούν στη διαταραχή κυτταρικών λειτουργιών, όπως ο πολλαπλασιασμός και η απόπτωση και στη δημιουργία παθολογικών κυτταρικών κλώνων, οι οποίοι αποκτούν την ικανότητα να διηθούν και να μεθίστανται. Κατά τη διαδικασία αυτή παρατηρούνται μορφολογικές αλλοιώσεις γνωστές σαν **Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία (EN)**¹.

Η αναγνώριση της EN αποτελεί σημαντικό στάδιο στην πρόληψη του καρκίνου, μιας και η χρονική περίοδος που μεσολαβεί από την εκδήλωσή της μέχρι την εξέλιξή της σε διηθητικό καρκίνο, για τα περισσότερα επιθήλια είναι μακρά^{1,2}.

Οι αλλοιώσεις αυτές είχαν αναγνωρισθεί και περιγραφεί στο ΓΕΣ πριν από 50 σχεδόν χρόνια σαν **προκαρκινικές**

αλλοιώσεις και είναι για το παχύ έντερο τα **Αδενώματα**, σποραδικά ή στα πλαίσια οικογενούς πολυποδίασης και η **Επιθηλιακή Δυσπλασία** που παρατηρείται στις **ΙΦΝΕ**. Πρόσφατα προσετέθησαν και τα **Οδοντοειδή Αδενώματα**.

2. Ταξινόμηση Ενδοεπιθηλιακής Νεοπλασίας: από τη Βιέννη στο Παρίσι

Η διαπίστωση το 1996, ότι η διάγνωση του καρκίνου στο ΓΕΣ στηριζόταν σε διαφορετικά κριτήρια στη Δύση και στην Ανατολή οδήγησε σε πολυάριθμες προσπάθειες ομοιγενοποίησης κριτηρίων, με κύριο ζητούμενο την καλύτερη παρακολούθηση και θεραπεία των ασθενών. Η πρώτη προσπάθεια έγινε στη Βιέννη το 1998, ακολούθησε η συνάντηση στην Πάδουα και, τέλος, το 2000 στο Παρίσι, διαμορφώθηκε η συναινετική πρόταση, η οποία έχει ως ακολούθως:

1. Αντικαθίσταται ο όρος Δυσπλασία

από τον όρο Μη Διηθητική Βλεννογονική Νεοπλασία (ΜΔΒΝ).

2. Περιλαμβάνονται σε αυτόν επίπεδες βλάβες (Δυσπλασία) αλλά και βλάβες που προβάλλουν, όπως τα αδενώματα.

3. Η Μη Διηθητική Βλεννογονική Νεοπλασία ταξινομείται σε υψηλόβαθμη και χαμηλόβαθμη.

4. Η πρόταση αυτή αφορά όλο το ΓΕΣ και το κυλινδρικό και το πλακώδες επιθήλιο.

5. Τέλος, ο βλεννογόνος, ανάλογα με την παρουσία νεοπλασματικών αλλοιώσεων και την προτεινόμενη αντιμετώπισή τους, κατατάσσεται σε πέντε θεραπευτικές κατηγορίες (πίνακας 1)³.

3. Μη Διηθητική Βλεννογονική Νεοπλασία Παχέος Εντέρου

3.1 Αδένωμα Παχέος Εντέρου (ΑΠΕ)

Τα αδενώματα αντιμετωπίσθηκαν πάντα ως η κύρια προκαρκινική αλ-

* Η κα Δαιμονάκου - Βατοπούλου είναι Αν. Διευθύντρια Παθολογοανατόμος στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο Αθηνών.





Ομάδα 1:	Αρνητική	Χωρίς θεραπεία
Ομάδα 2:	Ασαφής	Παρακολούθηση
Ομάδα 3:	Χαμηλόβαθμη Νεοπλασία Μη διηθητική: ΧΕΔ, Αδένωμα με χαμηλόβαθμη δυσπλασία	Παρακολούθηση
Ομάδα 4:	Υψηλόβαθμη Νεοπλασία Μη διηθητική 4.1 Υψηλόβαθμη Δυσπλασία /Αδένωμα 4.2 Μη διηθητικό Καρκίνωμα/Ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα (in situ) 4.3 Ύποπτη για διηθητικό καρκίνωμα	Εξαίρεση/ Εκτομή
Ομάδα 5:	Διηθητική Νεοπλασία 5.1 Ενδοβλεννογονικό καρκίνωμα 5.2 Υποβλεννογόνιο καρκίνωμα	Χειρουργική εξαίρεση

λοίωση στο βλεννογόνο του παχέος εντέρου. Η μελέτη της σχέσης αδενώματος-καρκινώματος απέδωσε αξιόλογες παρατηρήσεις, που βοήθησαν στην κατανόηση της καρκινογένεσης στα επιθήλια⁴. Τα περισσότερα είναι σποραδικά, ενώ εμφανίζονται και σε κληρονομικά σύνδρομα, όπως η οικογενής πολυποδίαση.

Επιδημιολογία: Η συχνότητά τους στο γενικό πληθυσμό δεν είναι γνωστή λόγω της μη καταγραφής τους σε τοπικά ή εθνικά αρχεία νεοπλασιών αλλά και της διάγνωσής τους κυρίως σε συμπτωματικούς ασθενείς. Είναι συχνότερα σε πληθυσμούς με υψηλή συχνότητα καρκίνου παχέος εντέρου, στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες, σχέση που ανατρέπεται στα αδενώματα του ορθού, τα οποία προσβάλλουν με την ίδια συχνότητα και τα δύο φύλα.

Ιστολογία: Τα μικρά σε μέγεθος αδενώματα είναι συνήθως άμισχοι πολύποδες με ερυθρόφαιο βλεννογόνο. Καθώς το μέγεθός τους αυξάνει δυνατόν να είναι έμμισχα ή άμισχα, λοβωτά ή θηλώδη, με βαθυχρωματική χροιά. Ο μακροσκοπικός τους τύπος συσχετίζεται με τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση αλλά και την πιθανότητα υποτροπών μετά την αφαίρεσή τους.

Μικροσκοπικά τα αδενώματα χαρακτηρίζονται από διαταραχή της αρχιτεκτονικής τους, ανώμαλη διαφοροποίηση και κυτταρική ατυπία, αλλοιώσεις που ορίζουν την επιθηλιακή

δυσπλασία, η οποία βαθμοποιείται σε χαμηλόβαθμη και υψηλόβαθμη.

Τα περισσότερα αδενώματα χαρακτηρίζονται από χαμηλόβαθμη επιθηλιακή δυσπλασία. Υψηλόβαθμη δυσπλασία αναγνωρίζεται μόνο στο 2% των αδενωμάτων που διαγνώσθηκαν σε νεκροτομικό υλικό αλλά είναι συχνότερη στις ενδοσκοπικές μονάδες. Διακρίνονται, επίσης, σε σωληνώδη, σωληνοθηλώδη και θηλώδη. Τα σωληνώδη αδενώματα είναι τα συχνότερα (80%) και ακολουθούν τα θηλώδη (10%).

Πρόγνωση: Η πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής συσχετίζεται με το μέγεθος, το βαθμό της δυσπλασίας και τον ιστολογικό τύπο. Ο σχετικός κίνδυνος εξαλλαγής για ένα σωληνώδες αδενώμα μικρότερο του 1εκ. ανέρχεται στο 1%, για ένα σωληνοθηλώδες σε 4% και για ένα θηλώδες του ίδιου μεγέθους σε 10%. Για αδενώματα μεταξύ 1-2εκ. δεν υπάρχουν διαφορές αλλά για νεοπλάσματα μεγαλύτερα των 2εκ. ο κίνδυνος εξαλλαγής είναι μεγαλύτερος για τα θηλώδη αδενώματα. Ο σχετικός κίνδυνος αυξάνει με το βαθμό της επιθηλιακής δυσπλασίας. Στην ταξινόμηση της Βιέννης ανήκουν στις θεραπευτικές ομάδες 3 και 4^{3,5}.

3.2 Οδοντοειδές Αδένωμα (OA)

Τα οδοντοειδή αδενώματα είναι επιθηλιακά νεοπλάσματα του παχέος εντέρου, τα οποία χαρακτηρίζονται

από τις αρχιτεκτονικές διαταραχές των μεταπλαστικών πολυπόδων και τις αλλοιώσεις της επιθηλιακής δυσπλασίας, όπως αυτή εκφράζεται στα αδενώματα⁶.

Γίνεται ξεχωριστή αναφορά τους γιατί πρόσφατα ευρήματα υποδηλώνουν ότι είναι η ενδιάμεση αλλοίωση από τον μεταπλαστικό πολύποδα προς τον τύπο καρκίνου του παχέος εντέρου, ο οποίος χαρακτηρίζεται από μικροδορυφορική αστάθεια και όπου η καρκινογένεση ακολουθεί άλλο μονοπάτι από την οδό αδενώματος-καρκινώματος, κυρίως μέσω υπερμεθυλίωσης του DNA^{7,8}.

Τα ΟΑ παρουσιάζουν τις γενετικές μεταλλαγές που παρατηρούνται στα αδενώματα, στα γονίδια p-53, APC, p16, 3p, αλλά έχουν και κοινές μεταλλαγές με τους υπερπλαστικούς πολύποδες στα γονίδια KRAS, ABRAF⁹.

Επιδημιολογία: Η συχνότητά τους είναι μικρή και κυμαίνεται μεταξύ 1,3%-11% όλων των αδενωμάτων.

Ιστολογία: Είναι επίπεδοι ή μισχωτοί πολύποδες, χωρίς ουσιώδεις μακροσκοπικές διαφορές από τα αδενώματα.

Ανευρίσκονται σε όλα τα τμήματα του παχέος εντέρου αλλά οι μεγαλύτεροι παρατηρούνται δεξιά.

Μικροσκοπικά, όπως ήδη αναφέρθηκε, έχουν αρχιτεκτονικά χαρακτηριστικά υπερπλαστικών πολυπόδων με συνυπάρχουσες αλλοιώσεις δυσπλασίας.

Πρόσφατες δημοσιεύσεις προτείνουν την ταξινόμησή τους σε υποομάδες, όπως τα Επίπεδα Οδοντοειδή Αδενώματα (EOA) και τα Συνήθη Οδοντοειδή Αδενώματα (SOA), αντιμετωπίζοντας τα EOA ως πρωϊμότερη αλλοίωση από τα SOA¹⁰.

Πρόγνωση: Ο σχετικός κίνδυνος εξαλλαγής τους είναι μεγαλύτερος από τα αδενώματα, μιας και υψηλόβαθμη δυσπλασία ανιχνεύεται σε μεγαλύτερο ποσοστό, από 4-37%¹⁵.

Στην ταξινόμηση της Βιέννης ανήκουν στις θεραπευτικές ομάδες 3 και 4, όπως τα αδενώματα³.

3.3 Επιθηλιακή δυσπλασία στην ΙΦΝΕ

Μια από τις γνωστές επιπλοκές των ΙΦΝΕ είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου, από τον οποίο καταλήγει το 2-3% των ασθενών με ελκώδη κολίπιδα. Ο σχετικός κίνδυνος αυξάνει με την έκταση της νόσου και το χρόνο της νόσησης.

Οι αλλοιώσεις που παρατηρούνται στον παρακείμενο βλεννογόνο των καρκινωμάτων είναι του τύπου της Επιθηλιακής Δυσπλασίας (ΕΔ).

Μακροσκοπικά πρόκειται για επίπεδες κυρίως βλάβες, το 28% των οποίων δεν αναγνωρίζονται από τους ενδοσκόπους. Άλλοτε εμφανίζονται ως ελαφρώς επιτρημένες αλλοιώσεις ή μάζες και είναι γνωστές ως DALM. Τα μικροσκοπικά χαρακτηριστικά

τους, όπως σε όλες τις ΕΝ στο ΓΕΣ, είναι οι διαταραχές της αριχτεκτονικής, η κυτταρική ατυπία και η ανώμαλη διαφοροποίηση. Το τελευταίο αποτελεί το ισχυρότερο κριτήριο για τη διά-

Η ΕΔ ταξινομείται σε υψηλόβαθμη και χαμηλόβαθμη.

Ο βαθμός της δυσπλασίας είναι σημαντικός στην αντιμετώπιση των ασθενών, καθώς η υψηλόβαθμη επιθηλιακή δυσπλασία οδηγεί σε κολεκτομή.

Η εκτίμησή της είναι αρκετές φορές υποκειμενική και η ιστολογική διάγνωση πρέπει να ακολουθεί συγκεκριμένο διαγνωστικό πρωτόκολλο.

Απαιτεί πολλαπλές λήψεις από τη βλάβη αλλά και την γύρω περιοχή.

Στο μικροσκόπιο η διάγνωση στηρίζεται στην εκτίμηση της κλασικής χρώσης ΗΕ και συνεπικουρείται από μελέτη με δείκτες κυτταρικού πολλαπλασιασμού, όπως το Ki67 και λιγότερο από δείκτες διαφοροποίησης.

Η συνύπαρξη σποραδικών αδενωμάτων αποτελεί άλλο ένα δύσκολο πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης, στο οποίο οι αλλοιώσεις στον παρακείμενο βλεννογόνο και η έκφραση bcl2 και p53 βοηθούν στη διαφορική διάγνωση.

Η διάγνωση ΕΔ στις ΙΦΝΕ πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένο παθολογοανατόμο.

Πρέπει, δε, να επιβεβαιώνεται και από δεύτερο εξειδικευμένο παθολογοανατόμο πριν τη λήψη θεραπευτικής απόφασης¹¹.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Kelloff GJ.,1 Sigman CC., Johnson K. et al: Perspectives on Surrogate End Points in the Development of Drugs that Reduce the Risk of Cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 2000; 9: 127-137
- Ridell R. Premalignant and Early Malignant lesions in the Gastrointestinal tract Definitions, Terminology and problems. *Am J Gastroenterol* 1996; 91:864-872.
- Lambert R. Taxonomy of the Neoplastic Lesions of the Digestive Mucosa. *Gastroenterology News* 2004; 9:33-3.
- Vogelstein B, Fearon E, Hamilton SR, et al. Genetic alterations during colorectal tumor development. *N Engl J Med* 1988; 319:525.
- Day D, Jas J, Price A, Sheppard N, Sloan J, Talbot I, Warren B, Williams. Adenoma στο Morson and Dawson's Gastrointestinal Pathology : Blackwell Publishing 2003: 556-566.
- Snover DC, Jass JR, Fenoglio-Preiser C, Batts KP. Serrated polyps of the large intestine: a morphologic and molecular review of an evolving concept. *Am J Clin Pathol* 2005; 124: 380-391.
- Higuchi T, Jass J. My approach to serrated polyps of colon and rectum. *J Clin Pathol* 2004; 57:682-686
- Huang G, O Brain M, Farrye F. Hyperplastic Polyps, Serrated Adenomas, and Serrated Polyp Neoplasia Pathway. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:2242-2255
- Kambara T, Simms A Whitehall V, et al. BRAF mutation is associated with DNA methylation in serrated polyps and cancers of the colorectal. *Gut* 2004; 53:1137-1144.
- Torlakovic E, Skovlund E, Snover DC, Torlakovic G, Nesland JM: Morphologic reappraisal of serrated colorectal polyps. *Am J Surg Pathol* 2003; 27: 65-81.
- Day D, Jas J, Price A, Sheppard N, Sloan J, Talbot I, Warren B, Williams. Ulcerative colitis στο Morson and Dawson's Gastrointestinal Pathology : Blackwell Publishing 2003: 532-544.



Πρόσωπο...

...με Πρόσωπο



Το Συνταξιοδοτικό – Ασφαλιστικό Πρόβλημα των Γιατρών του ΙΚΑ. Πού βρισκόμαστε;

γράφει ο Σ. Κονβαράς

Η επίλυση του συνταξιοδοτικού – ασφαλιστικού προβλήματος είναι από τα κυριότερα αιτήματα των συμβασιούχων γιατρών του ΙΚΑ. Στις επόμενες γραμμές θα προσπαθήσω να σκιαγραφήσω την πορεία των προσπαθειών που έχουν γίνει μέχρι σήμερα.

Τα τελευταία 10 χρόνια έχουν γίνει πολλαπλές απεργιακές κινητοποιήσεις για την επίλυση του συνταξιοδοτικού προβλήματος, οι οποίες παρέμειναν άκαρπες μέχρι το 2004, χρόνο κατά τον οποίο έγινε αλλαγή του εργασιακού καθεστώτος με τη μετατροπή των συμβάσεων ιδιωτικού δικαίου του νόμου 1204, σε συμβάσεις αορίστου χρόνου με το νόμο 3232/2004. Η αλλαγή αυτή ήταν ένα πρώτο βήμα για τη λύση του συνταξιοδοτικού. Δυνατότητα όμως ένταξης είχαν μόνο όσοι προσελήφθησαν στο ΙΚΑ πριν την 1/1/1993. Οι προσπάθειες της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων Επιστημονικού Υγειονομικού Προσωπικού ΙΚΑ (ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ), στράφηκαν στο να έχουν δυνατότητα για συνταξιοδοτική κάλυψη όσοι ασφαλίστηκαν στο ΤΣΑΥ πριν την 1/1/1993, και όχι όσοι διορίσθηκαν στο ΙΚΑ πριν τη 1/1/1993. Παρά τις απεργιακές κινητοποιήσεις

δεν δρομολογήθηκε κάποια λύση. Η πρόταση της ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ ήταν ότι το πρόβλημα θα λυθεί μόνο με την προκήρυξη θέσεων μονίμων γιατρών

Μαρτίου 2007. Η προκήρυξη αυτών των θέσεων αποτελεί τη μόνη ορθή και νομικά αποδεκτή λύση. Σημειώτεον ότι οι 2.000 θέσεις καλύπτουν όσους έχουν προσληφθεί μέχρι το τέλος του 1994.

Υπάρχουν υποσχέσεις για επανάληψη της προκήρυξης και τον επόμενο χρόνο,(2008), με στόχο την κάλυψη του συνόλου των συμβασιούχων γιατρών του ΙΚΑ.Με υπουργική απόφαση έχει ήδη συσταθεί η μικτή επιτροπή Υπουργείων Εσωτερικών και Απασχόλησης, Διοίκησης του ΙΚΑ και ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ, για τη διαμόρφωση του Προεδρικού Διατάγματος που αφορά στα κριτήρια και τις λοιπές προϋποθέσεις της προκήρυξης. Έγιναν δύο συνεδριάσεις στις 16/7/2007 και 20/7/2007. Στόχος ήταν μέχρι τέλους του 2007 να ολοκληρωθούν οι διαδικασίες.

Όμως η επίσπευση των εκλογών ανέστειλε τις προγραμματισμένες συναντήσεις.

Θέλουμε να πιστεύουμε ότι το πρόσφατο εκλογικό αποτέλεσμα θα δώσει τη δυνατότητα στην κυβέρνηση και τη Διοίκηση του ΙΚΑ να ολοκληρώσει τις ενέργειες για την οριστική λύση του προβλήματος.



Πώς Μάς Βλέπουν



οι Ασθενείς μας

Γιατρός και φίλος, φίλος και γιατρός... Μια περίεργη σχέση!

γράφει η Λουκία Μαρνέλη*

Όταν μου ζητήθηκε να γράψω κάτι για μια στήλη ιατρικού περιοδικού, δίστασα. Τα επιστημονικά μου γραπτά είχαν εντελώς διαφορετικά θέματα. Η φιλική μου σχέση εδώ και πολλά χρόνια τώρα με γαστρεντερολόγο, όμως, με έκανε να βρω εύκολα το θέμα και οι σκέψεις μου έγιναν το παρακάτω κείμενο...

Μια φορά και έναν καιρό ήταν μια παρέα πέντε αγοριών στα γυμνασιακά τους χρόνια. Προχώρησαν στη ζωή χωριστά ο καθένας. Χάνονταν κατά διαστήματα, μα πάντα σμίγανε, χωρίς ποτέ να σβήσει η φιλία των παιδικών χρόνων. Σπουδασαν, παντρεύτηκαν, έκαναν παιδιά. Όλα αυτά τα χρόνια η παρέα πάντα μαζεύοταν και λέγανε τα παλιά και τα καινούργια. Όλοι τους αποκαταστάθηκαν επαγγελματικά. Ο ένας έγινε γιατρός. Ακολούθησε την ειδικότητα του γαστρεντερολόγου.

Σε αυτή την παρέα μπήκα όταν παντρεύτηκα, πριν από πολλά χρόνια. Ενσωματώθηκα και εγώ, όπως και οι άλλες σύζυγοι των ανδρών της παρέας. Αποκτήσαμε έναν πολύ καλό φίλο και... τον οικογενειακό μας γιατρό! Ωστόσο, όσο εύκολο και ευχάριστο είναι να απευθύνεσαι στο φίλο, τόσο

**Ως γιατρός και φίλος
έχει ανθρώπινο
πρόσωπο.
Ενδιαφέρεται
πραγματικά,
καταλαβαίνει το
πρόβλημα, συμπάσχει.
Τον εμπιστεύεσαι,
σέβεσαι τις ιατρικές
γνώσεις του, γνωρίζεις
ότι ενδιαφέρεται για
την επισήμη του και
ενημερώνεται συνεχώς
για τις σύγχρονες
έρευνες. Από τη δική
του πλευρά,
ως ασθενή
σε αντιμετωπίζει
σοβαρά και υπεύθυνα**

Ποια θα είναι η απάντησή του για την κατάσταση αγαπημένου μου προσώπου που εξέτασε;

Ος φίλος αντιμετωπίζεται αυθόρυμητα, ελεύθερα και άνετα. Η συζήτηση είναι οικεία. Μπορεί να λες λίγα και να εννοούνται πολλά. Είναι μια σχέση φιλική, γνωστή και απαραίτητη σε όλους.

Ος γιατρός, αντιμετωπίζεται αμήχανα, δύσκολα. Αρχικά, διστάζεις να επικοινωνήσεις μαζί του για ιατρικό θέμα. Σκέπτεσαι το χρόνο του, τον επαιγγελματία γιατρό, βάζεις σε δεύτερη θέση τη φιλία. Σκέψεις και προβληματισμοί που για κείνον ίσως δεν υπάρχουν - για τους μη ιατρούς, όμως, γίνονται τεράστια ερωτηματικά. Και αυτό, επειδή, για οποιοδήποτε πρόβλημα, από ένα απλό κρυολόγημα μέχρι κάποιο σοβαρό περιστατικό, θέλεις σε αυτόν να απευθυνθείς πρώτα, άσχετα με την ειδικότητά του. Είναι το στηρίγμα σου εκείνη την ώρα, ο σύμβουλος, ο άνθρωπος που μπορεί να σε καταλάβει και να σε βοηθήσει. Είναι η εμπιστοσύνη που έχεις στο γιατρό και στον άνθρωπο. Στη συνέχεια, έρχονται οι φόβοι μιας ασθένειας και κυριολεκτικά κρέμεσαι από τα λόγια του. Πόσες φορές δεν περίμενα με τρόμο την απάντησή του για την πορεία της

* Η κα Λουκία Μαρνέλη είναι φυσικός, εκπαιδευτικός Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.



ασθένειας συγγενικών και αγαπημένων μου προσώπων.

Ως γιατρός και φύλος έχει ανθρώπινο πρόσωπο. Ενδιαφέρεται πραγματικά, καταλαβαίνει το πρόβλημα, συμπάσχει. Τον εμπιστεύεσαι, σέβεσαι τις ιατρικές γνώσεις του, γνωρίζεις ότι ενδιαφέρεται για την επιστήμη του και ενημερώνεται συνεχώς για τις σύγχρονες έρευνες. Από τη δική του πλευρά, ως ασθενή σε αντιμετωπίζει σοβαρά και υπεύθυνα. Στα απλά προβλήματα αστειευόμενος, στα δύσκολα, σοβαρός και ανθρώπινος και επειδή είναι υπέρμαχος και της πρόληψης, ως φύλος σε παροτρύνει να προβείς και σε ορισμένες εξετάσεις. Βέβαια, οι ενδοσκοπήσεις δεν είναι εύκολη υπόθεση για έναν υγιή άνθρωπο. Τελευταίως όμως, ένας ένας, δειλά δειλά, ακολουθούμε τις σχετικές παρανέσεις του.

Όταν η παρέα συναντιέται σε κάποια από τις συνηθισμένες εξόδους, μεταξύ σοβαρού και αστείου, πέφτουν διάφορες ερωτήσεις και εκφράζονται διαπιστώσεις σε ιατρικά θέματα. Ως γνήσιοι Έλληνες, όλοι λέμε τις απόψεις μας, έχουμε όμως στραμμένη και την προσοχή μας «στον ειδικό». Σιγά σιγά η συζήτηση μετατρέπεται σε θορυβώδη κουβέντα εφήβων στην αυλή του σχολείου τους.

«Και ποιος σου είπε να πάρεις αυτό το φάρμακο για το στομάχι;»

«Εσύ φυσικά.»

«Εγώ σου είπα να το πάρεις συστηματικά για ένα μήνα και όχι κάθε φορά που έχεις φάει τον «αγκλέουρα» και αισθάνεσαι άσχημα.»

«Εμένα μου κάνει καλό και δεν ξέρω τι λες εσύ, άσε που αν σε άκουγα θα

απευθύνθηκε στο φίλο μας το γιατρό, δόθηκαν αμοιβαίες εξηγήσεις και ζητήθηκαν από καρδιάς και από τις δύο πλευρές συγγνώμες. Εντούτοις, στην επόμενη συνάντηση της παρέας το θέμα πήρε κωμικοτραγικές διαστάσεις, αφού όλη την νύχτα αναλύθηκαν πλήρως τα κοινωνικοπολιτικά αίτια που οδηγούν τους γιατρούς να μην φροντίζουν τους ασθενείς τους χωρίς παχύ φακελάκι και τους ασθενείς να κακολογούν ασυστόλως τους φιλεύσπλαχνους γιατρούς.

Το ιατρείο σε αυτή τη σχέση, έχει και αυτό διπλή λειτουργία. Είναι ο τόπος συνάντησης για κάποια έξοδο αργά το βράδυ ή μια καλημέρα στο φίλο - γιατρό, αλλά και ο χώρος αναμονής για μια ιατρική εξέταση. Στην πρώτη περίπτωση κοιτάς αδιάφορα τον περιβάλλοντα χώρο, περιμένεις να τελειώσει ο φίλος τη δουλειά του, να ιδωθείτε, να γελάσετε, να τα πείτε. Στη δεύτερη περίπτωση, περιμένοντας ως ασθενής τη σειρά σου, είσαι σα ανήσυχος, εξετάζεις προσεκτικά τους πίνακες στον τοίχο, προσπαθείς να χαλαρώσεις στον καναπέ, παρατηρείς τα διάφορα αντικείμενα, ο χρόνος κυλάει πολύ αργά, σκέφτεσαι τι θα αντιμετωπίσεις στη μέσα αίθουσα, την εξέταση, την απάντηση. Τότε σκέφτεσαι το γιατρό, που ευτυχώς είναι και φίλος. Και το περιβάλλον γίνεται και αυτό πιο φιλικό.

Κάπως έτσι διαμορφώνεται η θέση του ασθενή ως προς τον γιατρό και φίλο. Μήπως θα έπρεπε να εξετασθεί το θέμα και από την πλευρά του γιατρού;



Ευκαιρία για Νέους Γαστρεντερολόγους

(Δύο έμμισθες θέσεις: Μία στο London Clinic-University College Hospital του Λονδίνου και μία στην Ευρωκλινική Αθηνών).

Η Α' Γαστρεντερολογική Κλινική της Ευρωκλινικής Αθηνών (Δ/ντής Μάριος Ζ. Πάνος) σε συνεννόηση με το Ινστιτούτο Ηπατολογίας του University College Hospital και της Ηπατολογικής και Γαστρεντερολογικής Μονάδας του ιδιωτικού νοσοκομείου London Clinic (Director Prof. Roger Williams) προσφέρει δύο έμμισθες θέσεις εργασίας σε Γαστρεντερολόγους, κατόχους τίτλου ειδικότητας ή ειδικευόμενους. Καλή γνώση της Αγγλικής γλώσσας είναι απαραίτητη προϋπόθεση. Σημειώτεον ότι για τη θέση στην Ευρωκλινική Αθηνών απαιτείται τίτλος ειδικότητας.

Kai οι δύο θέσεις είναι διαθέσιμες άμεσα.

Καλούνται οι ενδιαφερόμενοι όπως επικοινωνήσουν άμεσα τηλεφωνικώς με τον Κο Μάριο Πάνο στο τηλ. 210 64 16 772 (ώρες 09.00-15.00) και όπως αποστείλουν βιογραφικό σημείωμα στα Αγγλικά μέσω e-mail στο: mpanos@euroclinic.gr



Συνέδρια



Η «AGENDA» του 2008...

επιμελείται η Νάγια Μπομπότση

International Colorectal Cancer Conference	January 18 - 21	Barbados, West Indies
8th World Congress of the International Hepato-Pancreato-Biliary Association (IHPBA)	February 27 - March 2	Mumbai, India
Inflammatory Bowel Diseases 2008 3rd Congress of ECCO - The European Crohn's and Colitis Organization	February 28 - March 1	Lyon, France
Canadian Digestive Diseases Week 2008	February 29 - March 5	Montreal, Quebec, Canada
Annual Meeting of the British Society of Gastroenterology (BSG)	March 10-13	Birmingham, United Kingdom
OESO 9th World Congress The Gastro-Esophageal Reflux Disease: From Reflux to mucosal inflammation - Management of adenocarcinomas	April 6-9	Monte-Carlo, Monaco
43rd Annual Meeting of the European Association for the Study of the Liver (EASL)	April 23-27	Milan, Italy
Falk Symposium "Intestinal Disorders"	May 2-3	Budapest, Hungary
Digestive Disease Week (DDW) 2008	May 18-21	San Diego, California, USA
Falk Symposium 165 XX International Bile Acid Meeting Bile Acid Biology and Therapeutic Actions	June 13-14	Amsterdam, The Netherlands
Gastroenterology and Endotherapy:26th European Workshop	June 16-18	Brussels, Belgium
10th World Congress on Gastrointestinal Cancer	June 25-28	Barcelona, Spain
3rd World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition	August 16-20	Iguassu Falls, Brazil
11. World Congress of the International Society for Diseases of the Esophagus	September 10-13	Budapest, Hungary
Falk Symposium 166III FALK GASTRO-CONFERENCE (Part II) GI Endoscopy - Standards & Innovations	September 18-19	Mainz, Germany
XXIst International Workshop on Helicobacter and related bacteria in chronic digestive inflammation	September 18-20	Riga, Latvia
16th United European Gastroenterology Week (UEGW)	October 18-22	Vienna, Austria
Australian Gastroenterology Week 2008	October 22-26	Brisbane, Australia
59th Annual Meeting and Postgraduate Course of the American Association for the Study of Liver Diseases	October 31 - November 4	San Francisco, California, USA



Ελεύθερο



Θέμα

Διορθωτικά Μέτρα για την Αντιμετώπιση του Πληθωρισμού στη Γαστρεντερολογία

γράφει ο Σ. Γούλας

Είναι κοινά αποδεκτό ότι στο χώρο της Γαστρεντερολογίας υπάρχει πληθωρισμός, όπως άλλωστε και στις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες. Το πρόβλημα δεν είναι νέο και, σε συνδυασμό με την άναρχη ανάπτυξη του χώρου της Υγείας στη χώρα μας, δημιουργούν ένα εκρηκτικό μήγμα με οδυνηρές συνέπειες στο μέλλον.

Όλοι οι φορείς συμφωνούν ότι είναι αναγκαία η λήψη μέτρων: Ιατρικά Τμήματα, Ιατρικοί Σύλλογοι, Γαστρεντερολογική Εταιρεία (ΕΓΕ), Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων (ΕΠΕΓΕ). Ωστόσο αρμόδια για τη λήψη μέτρων είναι η Πολιτεία, μέσω του Υπουργείου Υγείας το οποίο, αν και προ πολλού έχει επισημάνει το πρόβλημα, δεν έχει προχωρήσει σε λύσεις. Αναστατωτικός παράγοντας είναι το λεγόμενο πολιτικό κόστος που εμποδίζει την εφαρμογή σκληρών, ίσως οδυνηρών μέτρων, που όμως είναι αναγκαία για τη βελτίωση της σημερινής πραγματικότητας. Τα μέτρα θα είναι προϊόν διαλόγου με τους φορείς και η διαδικασία αυτή θα πρέ-

πει να ξεκινήσει άμεσα και να είναι σύντομη. Η χρονοτριβή αναστέλλει κάθε υγιή προσπάθεια και συμβάλλει στη διαιώνιση του προβλήματος. Τα μέτρα που περιγράφονται στη συνέχεια και που είναι απαραίτητο να ληφθούν αποτελούν προσωπικές απόψεις του γράφοντος και διαμορφώθηκαν μετά από έντονο προβληματισμό και συζήτηση με συναδέλφους. Δεν αποτελούν θέσεις θεσμοθετημένων οργάνων της Γαστρεντερολογικής κοινότητας αλλά κατά τη γνώμη μας συμβάλλουν στο διάλογο για τη διαμόρφωση ενός απαραίτητου πλαισίου για τη βελτίωση της σημερινής πραγματικότητας. Προτείνονται συγκεκριμένα τα εξής:

1. Μείωση του αριθμού των ειδικευομένων

Το μέτρο αυτό είναι απόλυτα αναγκαίο και έχει εφαρμοστεί με επιτυχία σε άλλες χώρες με σκοπό τη συγκράτηση του αριθμού των Γαστρεντερολόγων και τη διατήρηση μιας ικανο-

ποιητικής αναλογίας Ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό αναφοράς. Βασική αρχή στη διαμόρφωση των θέσεων προς ειδίκευση θα πρέπει να είναι η ζήτηση στην αγορά εργασίας και όχι η κάλυψη των αναγκών των Τμημάτων στην καθημερινή ρουτίνα και τις εφημερίες. Αυτό πρακτικά θα πρέπει να συνδυαστεί με επανεκτίμηση των διαφόρων Γαστρεντερολογικών Τμημάτων προκειμένου στον επαναπροσδιορισμό των θέσεων να ληφθούν υπόψη οι δυνατότητες εκπαίδευσης της συγκεκριμένης Μονάδας με βάση αριθμό εξετάσεων, ποικιλία, εξοπλισμό και έμψυχο δυναμικό. Στην εκτιμηση αυτή καθοριστική θα πρέπει να είναι η συμβολή του επιστημονικού μας οργάνου, της ΕΓΕ, για ευνόητους λόγους.

Η μείωση του αριθμού ειδικευομένων θα προκαλέσει επιμήκυνση της λίστας αναμονής για ειδικότητα, δεδομένου ότι η έναρξη ειδικότητας γίνεται με σειρά προτεραιότητας. Ήδη σήμερα ο χρόνος αναμονής είναι μεγάλος και θα επιβαρυνθεί περαιτέρω



με τη μείωση των θέσεων. Πέραν της ποσοτικής, το θέμα έχει και ποιοτική διάσταση γιατί μιλούμε για ένα «γηρασμένο σώμα» ειδικευομένων το οποίο εξ αντικειμένου δεν μπορεί να έχει την επιθυμητή απόδοση. Κατά την άποψή μας η μείωση του αριθμού θα πρέπει να συνδυαστεί με την κατάργηση του σημερινού τρόπου και τη θεσμοθέτηση εξετάσεων για την έναρξη ειδικότητας, άποψη που έχει διατυπωθεί από πολλούς έγκριτους φορείς στο χώρο της Υγείας. Είναι και αυτή μια οδυνηρή αλλά αναγκαία απόφαση για τη βελτίωση της σημερινής πραγματικότητας.

2. Σωστή κατανομή του υπάρχοντος δυναμικού

Στον Ιδιωτικό τομέα, όπου δραστηριοποιείται η πλειονότητα των Γαστρεντερολόγων, ο συνολικός αριθμός είναι μεγάλος, αλλά υπάρχει μια συσσώρευση δυναμικού κυρίων στην Αθήνα και κατά δεύτερο λόγο στα μεγάλα αστικά κέντρα. Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα και με τα στοιχεία της ΕΠΕΓΕ, υπάρχουν ολόκληροι Νομοί της χώρας χωρίς Γαστρεντερολόγο ή με μειωμένο αριθμό με βάση τον πληθυσμό και την κατανομή του. Η αξιοποίηση αυτών των στοιχείων, η συνεχής ενημέρωσή τους και η πληροφόρηση των συναδέλφων μπορεί να βοηθήσουν στην ορθότερη κατανομή.

3. Δημιουργία νέων θέσεων στα Νοσοκομεία

Προτείνεται η άμεση προκήρυξη όλων των κενών οργανικών θέσεων Γαστρεντερολόγων στα Νοσοκομεία της χώρας. Επίσης η δημιουργία νέων Γαστρεντερολογικών Τμημάτων και Μονάδων στα Νοσοκομεία που δεν διαθέτουν. Δεν νοείται στις μέρες μας Γενικό Νοσοκομείο σε επίπεδο Περιφέρειας ή Νομού χωρίς γαστρεντερολογική κάλυψη. Σύμφωνα με στοιχεία του 2004 μόνο 47/101 Νοσοκομεία διαθέτουν Γαστρεντερολογικό Τμήμα ή Μονάδα, σε 21 ενδοσκοπήσεις γίνονται από άλλες ειδικότητες, και 33/101 δεν διαθέτουν ενδοσκοπική δυνατότητα. Ειδικότερα στην Επαρχία 22 Νοσοκομεία δεν διαθέτουν ενδοσκοπική δυνατότητα.

4. Δημιουργία θέσεων στον ευρύτερο Δημόσιο Τομέα

Μπορεί να δημιουργηθούν νέες θέσεις με αντικείμενο διακριτές δραστηριότητες όπως:

- I. Επιδημιολογικές μελέτες (σχεδιασμός μελετών, καταγραφή δεδομένων και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων). Επί παραδείγματι, η διαπίστωση αυξημένου επιπολασμού ενός γαστρεντερολογικού νοσήματος σε κάποια γεωγραφική περιοχή.
- II. Προγράμματα προληπτικού ελέγχου νοσημάτων, π.χ. για Ca παχέος εντέρου, με χρηματοδότηση από το Κράτος ή από ευρωπαϊκά προγράμματα.

...είναι βέβαιο ότι υπάρχει θέμα πληθωρισμού στο χώρο της Γαστρεντερολογίας το οποίο και θα επιδεινώνεται στο μέλλον. Η λήψη μέτρων είναι αναγκαία και θα πρέπει να γίνει άμεσα με τη συμβολή των Εταιρειών μας, επαγγελματικής και επιστημονικής

III. Ίδρυση Ινστιτούτου Έρευνας Νοσημάτων Ήπατος και Γαστρεντερικού συστήματος στο οποίο θα απασχοληθούν Γαστρεντερολόγοι, και άλλες ιατρικές και συναφείς ειδικότητες (βιολόγοι, βιοχημικοί) με σκοπό το συντονισμό και την προαγωγή της έρευνας στο γνωστικό μας αντικείμενο.

5. Δημιουργία θέσεων στα Ασφαλιστικά Ταμεία

Τα μεγάλα ασφαλιστικά Ταμεία (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ) θα πρέπει να τροποποιήσουν τη σημερινή λειτουργία τους και να προχωρήσουν σε αναδιοργάνωση με σκοπό την παροχή σύγχρονων γαστρεντερολογικών υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους τους με τη δημιουργία δικτύου εργαζομένων ή

συμβεβλημένων Ιατρών. Απαραίτητα θα πρέπει να καλύπτεται το σύνολο του πληθυσμού. Φαινόμενα ελληπούς κάλυψης, περικοπής πληρωμών, μεγάλων καθυστερήσεων και μισθών χωρίς επιδόματα θα πρέπει να εκλείψουν. Προτείνεται οι συμβάσεις με τα Ταμεία να μην υπογράφονται μεμονωμένα από συναδέλφους αλλά από την ΕΠΕΓΕ.

6. Διεύρυνση του γνωστικού αντικειμένου της ειδικότητας

Αυτό κατά τη γνώμη μας θα πρέπει να γίνει προς τις κατευθύνσεις της Ογκολογίας, της Ηπατολογίας, της Βαριατρικής και της Χειρουργικής μέσω ενδοσκοπικών οπών και με αναγκαία προϋπόθεση την απαραίτητη εκπαίδευση στα αντικείμενα αυτά. Αυτή θα μπορούσε να γίνεται στα πλαίσια της ειδικότητας, ή και να δίνεται συμπληρωματικά εκτός αυτής σε σύντομο χρονικό διάστημα (2-4 εξάμηνα) και από ειδικά αναγνωρισμένα κέντρα. Ειδικότερα στον τομέα της Ογκολογίας μετά από την εκπαίδευση αυτή θα μπορεί ο Γαστρεντερολόγος πέραν από την ενδοσκοπική παρακολούθηση να εφαρμόσει πρωτόκολλα χημειοθεραπείας, με την προϋπόθεση ότι η κεντρική καθοδήγηση θα γίνεται από ειδικό Ογκολόγο Ιατρό. Στην Ηπατολογία τα πράγματα είναι πιο ξεκάθαρα δεδομένου ότι αυτή εμπίπτει στο γνωστικό αντικειμένο της ειδικότητάς μας. Στα Τμήματα βέβαια που η αντίστοιχη εκπαίδευση δεν είναι επαρκής είναι αναγκαίο αυτή να συμπληρώνεται από ειδικότερα Κέντρα και Μονάδες. Η χειρουργική μέσω ενδοσκοπητησης είναι μια νέα διάσταση της Χειρουργικής η οποία βρίσκεται ακόμη σε πειραματικό στάδιο και ίσως μελλοντικά αλλάξει το τοπίο στον τομέα των χειρουργικών επεμβάσεων όπως τον γνωρίζουμε σήμερα.

Συμπερασματικά, είναι βέβαιο ότι υπάρχει θέμα πληθωρισμού στο χώρο της Γαστρεντερολογίας το οποίο και θα επιδεινώνεται στο μέλλον. Η λήψη μέτρων είναι αναγκαία και θα πρέπει να γίνει άμεσα με τη συμβολή των Εταιρειών μας, επαγγελματικής και επιστημονικής. Από όσα εκτέθηκαν προηγουμένως προκύπτει ότι υπάρχουν λύσεις αρκεί να υπάρχει η κατάλληλη βούληση για τη δρομολόγησή τους.



Επιμέλεια: Αντώνης Κογεβίνας

Κατανόηση ή Αποστήθιση;

 Αν μπαίνοντας σε μια αίθουσα σε συστήσουν στους παρόντες εκφωνώντας 20 ονόματα το ένα πίσω από το άλλο, είναι σχεδόν βέβαιο ότι μετά από λίγο δεν θα θυμάσαι σχεδόν κανένα. Αν, όμως, μπεις σε μια αίθουσα και σε συστήσουν λέγοντας “αυτός είναι ο βασιλιάς, αυτή είναι η βασίλισσα, αυτός είναι ο πρωθυπουργός,

αυτή είναι η ερωμένη του πρωθυπουργού, αυτός είναι ο στρατηγός, αυτός είναι ο φονιάς, αυτός είναι ο σερβιτόρος” και ούτω καθεξής, θα τα καταφέρεις καλύτερα. Γιατί γίνεται αυτό; Μα οι ιδιότητες των ατόμων είναι έννοιες, που είναι γνώριμες και συνδέονται μεταξύ τους. Αμέσως έχει κανείς ένα σκελετό πάνω στον οποίο συνδέει όλες τις πληροφορίες.

Αντιθέτως, τα ονόματα δεν είναι έννοιες, είναι απλώς ταμπέλες και το μόνο που μπορείς να κανείς είναι να αποστηθίσεις. Αυτό είναι πιο δύσκολο από το να κατανοήσεις. Με την πάροδο του χρόνου βεβαίως, σιγά – σιγά γνωρίζεις τους ανθρώπους, οπότε τα ονόματα μετατρέπονται σε έννοιες με περιεχόμενο. Όμως ποια σχέση θα μπορούσαν να έχουν όλα αυτά με την ανοσολογία;

Εύκολα κατανοητή ανοσολογία; Γιατί όχι;

 Στην ανοσολογία διαδραματίζεται κάτι ανάλογο με αυτό που περιγράφεται παραπάνω: Ξαφνικά βρίσκεται κανείς αντιμέτωπος με αναριθμητά ονόματα κυττάρων και ενώσεων. Δεν είναι έννοιες, αφού σου είναι άγνωστο τι παριστούν. Είναι όροι. Ταμπέλες. Καλείσαι, λοιπόν, να αποστηθίσεις. Δεν είναι λίγοι αυτοί που παραπούνται από την προσπάθεια ενασχόλησης με την ανοσολογία. Ωστόσο, η δυσκολία αυτή μπορεί να ξεπεραστεί με τη δημιουργία ενός γνώριμου αναλόγου. Τότε, όλα αρχίζουν να αποκτούν νόημα.

Αν, για παράδειγμα, οι κυτοκίνες ονομαστούν couriers ή κλητήρες, τότε μπορεί κανείς να κατανοήσει ότι εκτε-

λούν δρομολόγια, μεταφέροντας μηνύματα από ένα κύτταρο στο άλλο.

Βασιλιάδες, λοιπόν, είναι τα Τ-λεμφοκύτταρα, ενώ τα Β-λεμφοκύτταρα είναι οι βασιλισσες.

Ο θύμος αδένας είναι η **Σχολή Ευεπίδων**, στον οποίο φοιτούν τα Τ-λεμφοκύτταρα αφού γεννηθούν στο μυελό των οστών. Ο μυελός των οστών είναι η **μεγάλη μήτρα** ή το μαιευτήριο με τα βλαστοκύτταρα.

Στο μυελό των οστών γεννιούνται και τα Β-λεμφοκύτταρα (**βασίλισσες**), που δεν φοιτούν στο θύμο αδένα, αλλά αναλαμβάνουν να **γεννούν αντισώματα** όταν ειδοποιηθούν από τους βασιλείς να το κάνουν. Τα Τ-λεμφοκύτταρα, όπως ειπώθηκε, επικοινω-

νούν με τα άλλα κύτταρα με courier, που λέγονται κυτοκίνες.

Μόλις παρατηρηθεί εισβολή όλοι προσπαθούν να ειδοποιήσουν τα Τ-λεμφοκύτταρα. Υπάρχουν **σωματοφύλακες (bodyguards)** που αναλαμβάνουν να παρουσιάσουν στους βασιλείς τους εισβολείς μόλις τους συλλάβουν, ώστε να μπορέσουν να πάρουν αποφάσεις και να εκδώσουν διαταγές. Οι bodyguards αυτοί λέγονται APC ή Antigen Presenting Cells.

Τα πολυμορφοπύρηγα είναι **στρατιώτες πεζικού** που θυσιάζονται εύκολα και είναι “αναλώσιμοι”, σχεδόν σαν καμικάζι: μόλις φονεύσουν τον εχθρό πεθαίνουν και αυτά μαζί. Τα NK (Natural Killers) είναι το **FBI**. Ψά-



χνουν και βρίσκουν τον αντίπαλο και ας είναι κρυμμένος μέσα σε κύπταρα χωρίς να φαίνεται κανένα σημάδι στην εξωτερική μεμβράνη.

Ξαφνικά όλα γίνονται πολύ ενδιαφέροντα και ελκυστικά! Απλουστευτικό

και πρωτόγονο θα πει κάποιος. Μπορεί και να είναι, όμως δουλεύει.

Φυσικά, δεν υπάρχει ανάλογο βιβλίο στην αγορά. Από τα βιβλία όμως που κυκλοφορούν, ένα εξαιρετικά κατανοητό σύγγραμμα Ανοσολογίας, του

οποίου μόλις κυκλοφόρησε η 7^η έκδοση, είναι το IMMUNOLOGY των David Male, Ivan Roitt, J. Brostoff, D.Roth, σε εκδόσεις Mosby-Elsevier. Παραγγελίες μπορούν να γίνουν απευθείας στο www.elsevier.com.

Pos diavazoun oi astheneis mas ta farmaka pou pairnoun?



Συχνά δυσανασχετούμε, όταν οι ασθενείς μας δεν μπορούν να ονοματίσουν ποια φάρμακα παίρνουν.

“Επιτέλους”, σκεφτόμαστε, “δεν μπορούν να θυμηθούν δυο φάρμακα που παίρνουν κάθε μέρα;”. Συνήθως είναι οι λιγότερο γραμματιζούμενοι που μας ταλαιπωρούν όταν μας λένε: “παίρνω ένα στρογγυλό χαπάκι με μια

γραμμή στη μέση, μία κίτρινη μπαλίτσα, ένα τετράγωνο κουτί με ένα χαπάκι με ένα σταυρό κ.λπ.”.

Αλλά στην Ελλάδα **τα φάρμακα είναι γραμμένα μόνο με λατινικούς χαρακτήρες**. Έτσι, είναι αδύνατο να διαβαστούν από τους μη γνωρίζοντες ξένες γλώσσες λέξεις όπως Azathioprine, Lacipil, Accupron, Salofalk κοκ.

Δεν θα ήταν λογικό να αναγράφονται

και **στα ελληνικά τα ονόματα από τη μια μεριά** του κουτιού; Ποιος ξέρει άραγε πόσα λάθη θα αποφεύγονταν... μέχρι να γίνουν τα Αγγλικά η δεύτερη μητρική μας γλώσσα. Το Αμερικάνικο PDR (Κατάλογος Φαρμάκων) προχωράει πιο πέρα: έχει ένα ευρετήριο με όλα τα φάρμακα σε φωτογραφίες, για να μπορεί κανείς να συνεννοείται και με τους εντελώς αγράμματους.

Η μέθοδος του ΙΚΑ



Τις καλύτερες στατιστικές σε κάποιο επαρχιακό νοσοκομείο που θήτευσα είχε η Ορθοπεδική Κλινική: ελάχιστες μέρες νοσηλείας, χαμηλό μέσο κόστος νοσηλείας, ξεκούραστοι ιατροί, ελάχιστα λάθη και μηδαμινές επιπλοκές. Πώς τα κατάφερναν; Απλά, οι περισσότεροι ασθενείς πριν ακόμα προλάβουν να εισαχθούν, παραπέμπονταν ή διακομίζονταν αμέσως σε κεντρικότερα νοσοκομεία. Μέχρι σήμερα **καμία στατιστική δεν μετράει την αποδοτικότητα** των κλινικών και την ικανοποίηση των ασθενών στο σημερινό ΕΣΥ.

Τέτοιο είναι και το πρόβλημα με το ΙΚΑ: πληρώνεται από τους ασφαλισμένους για να τα προσφέρει όλα, αλλά έτσι όπως τα προσφέρει κανένας δεν τα θέλει. Φυσικά, κανένας δεν μετράει την ικανοποίηση των ασφαλισμένων, γιατί αλιμόνο σε όποιον το αποτολμήσει. Για όσους ξέρουν, **το ΙΚΑ είναι το μεγάλο πρόβλημα στην**

υγεία και όχι το νοσοκομειακό ΕΣΥ.

Η τεχνική του ΙΚΑ είναι η εξής: δεν αρνείται να παρέχει υπηρεσίες που οφείλει να παρέχει, αλλά τις παρέχει **κατά τέτοιο τρόπο ώστε κανένας να μην τις θέλει**. Μεγάλη καθυστέρηση, αναξιόπιστα αποτελέσματα και πολλά γραφειοκρατικά εμπόδια. Το ΙΚΑ δεν μπορεί να αρνηθεί να προσφέρει υπηρεσίες, **αφού έχει προειπράξει** για το σκοπό αυτό πολλά χρήματα από τους ασφαλισμένους, επί πολλά χρόνια. Αν κάποιος ιδιώτης τολμούσε να κάνει κάτι παρόμοιο, ορθώς θα θεωρούνταν άθλιος απατεώνας και θα μηνυόταν άμεσα. Το ΙΚΑ όμως μένει στο απυρόβλητο. Καμία μήνυση από κανέναν. Ως πότε άραγε;

Το πρόβλημα δεν τελειώνει εδώ: οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ αναγκάζονται και απευθύνονται στην ιδιωτική ιατρική, στα νοσοκομεία ή **ωθούνται στο να παρανομούν** χρησιμοποιώντας βιβλιάρια συγγενών από άλλα ταμεία

όπως τον ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ, ΤΑΞΥ κτλ. Κατ' αυτόν τον τρόπο, σιωπηλά και πονηρά, μεταφέρονται δαπάνες σε άλλα ταμεία, εν γνώσει του ΙΚΑ.

Τα **νοσοκομεία**, που είναι οργανισμοί δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης, ασφυκτιούν, γιατί με ανεπαρκές προσωπικό **αναγκάζονται να παρέχουν και την πρωτοβάθμια περίθαλψη**. Έχουν φορτωθεί, μάλιστα, την αποκλειστικότητα στα “έκτακτα”.

Με αυτές τις κατακριτέες τεχνικές, όμως, το ΙΚΑ έχει εξουθενώσει τα πάντα και τους πάντες. Από καιρό το προσωπικό και οι ιατροί του ιδρύματος έχουν ωθηθεί στην κατάσταση που οι ψυχολόγοι ονομάζουν **burned-out**. Κάθε καλή προσπάθεια μεμονωμένων ιατρών είναι καταδικασμένη σε τέτοιο περιβάλλον. Οι οικονομικά ασθενέστεροι ασφαλισμένοι είναι απελπισμένοι και εξαθλιωμένοι, ενώ οι κυβερνήσεις εναλλάσσονται σφυρίζοντας αδιάφορα.



Παρατίθενται επιχειρήματα από συζήτηση τετράγωνου τραπεζιού μεταξύ ιατρών:

- Γιατί οι γενικοί ιατροί είναι χρήσιμοι:

1. Γιατί ενσαρκώνουν την παραδοσιακή έννοια του **οικογενειακού ιατρού**.

2. Γιατί, όταν χρειάζεται, **κατευθύνουν τους αρρώστους** στον σωτό ειδικό.

3. Γιατί ένας τρίτος ιατρός που συναντά τον άρρωστο για πρώτη φορά δεν γνωρίζει τόσο καλά το **ιστορικό** του, όσο ο οικογενειακός ιατρός.

- Γιατί οι γενικοί ιατροί δεν είναι χρήσιμοι:

1. Γιατί έχουν **ακροθιγείς γνώσεις**, αφού με τις ολιγόμηνες παρακολουθήσεις σε κάθε ειδικότητα δεν καταφέρουν τελικά να εμβαθύνουν σε καμία. Η ιατρική που προσφέρει ο γενικός ιατρός είναι αναμφισβήτητα **πολύ χαμηλότερου επιπέδου** από αυτήν

που προσφέρει ο αντίστοιχος ειδικός.

2. Γιατί οι άρρωστοι **στη συντριπτική πλειοψηφία πηγαίνουν στον σωστό ειδικό από μόνο τους**. Αν δεν βλέπουν καλά πάνε στον οφθαλμίατρο. Αν υπάρχει όγκος στην υπόφυση θα τον πρωθήσει ο οφθαλμίατρος στον ενδοκρινολόγο ή στον νευροχειρουργό. Αν δουν αίμα στις κενώσεις πηγαίνουν στον γαστρεντερολόγο. Αν σπάσουν το πόδι τους πηγαίνουν στον ορθοπεδικό. Σε τι θα εξυπηρετούσε η διαμεσολάβηση ενός γενικού ιατρού; Αν παρόλα αυτά τύχει να πάνε σε λάθος ιατρό, αυτός θα κάνει αυτό που θα έκανε και ο γενικός: θα τον στείλει στον σωστό ιατρό.

3. Η διαμεσολάβηση του γενικού ιατρού **συνεπάγεται καθυστερήσεις και άχρηστες επιπρόσθετες δαπάνες** στο Σύστημα Υγείας, όπως στην Αγγλία, όπου το σύστημα στενάζει από τους αμέτρητους GP.

4. Ρόλο οικογενειακού ιατρού μπο-

ρεί να αναλάβει **οποιοσδήποτε ιατρός τον οποίο εμπιστεύεται ο άρρωστος**. Δεν είναι ανάγκη να είναι γενικός ιατρός. Ο παθολόγος, για παράδειγμα, είναι επαρκέστατος.

5. Όσο για το ιστορικό και το ατομικό αναμνηστικό, τα **ηλεκτρονικά ιστορικά** είναι σαφώς πιο αξιόπιστα από τη μνήμη του γενικού ιατρού.

6. Στην Ελλάδα **έχουμε περίσσεια Ειδικών ιατρών**. Δεν έχουμε έλλειψη ειδικών, όπως έχουν οι ξένοι. Οι Ειδικοί ιατροί στην Ελλάδα αμειβονται με τις ίδιες τιμές που αμειβονται και οι Γενικοί. Είναι, λοιπόν, μια πρώτης τάξεως ευκαιρία να μη φορτώσουμε στο Σύστημα Υγείας το πρόβλημα με τους γενικούς ιατρούς, από το οποίο προσπαθούν οι προηγμένες χώρες να απαλαγούν. Δεν υπάρχει κανένας λόγος να πριμοδοτείται η Γενική Ιατρική, γιατί **δεν είναι ούτε φθηνή, ούτε καλή ιατρική**.

Cost-effective και Quality-effective medicine



Στην Ελλάδα ακόμα αντιστεκόμαστε στην έννοια της cost-effective ιατρικής. Δεν θα αρνού-

μασταν μια θεραπεία για έναν τέτοιο λόγο. Προτιμούμε την quality-effective ιατρική. Στο εξωτερικό η έννοια cost-effective κατέχει αδιαμφισβήτητη

ισχύ και την τελευταία λέξη σε κάθε απόφαση. Είναι άραγε όλα κατακριτέα στη χώρα μας; Πρόκειται για ασύμμετρη ανθρωπιά;

Κικέρων: Περί φιλίας



Άσχετο, αλλά πάντα επίκαιρο και ενδιαφέρον κείμενο του Κικέρωνα (106 π.Χ. – 43 π.Χ.). Μερικά αποτάσματα:

- “Η αρετή γεννά και συντηρεί τη φιλία, ενώ αντιθέτως χωρίς την αρετή φιλία δεν μπορεί να υπάρξει. Η φιλία μπορεί να ευδοκιμήσει μόνο στους καλούς ανθρώπους.”
- “Η αξία των αγαθών που συνήθως επιδιώκουν να αποκτήσουν

οι άνθρωποι είναι μηδενική, **χωρίς την προοπτική της χρησιμότητάς τους**. Τα πλούτη χρησιμεύουν για να ξοδεύονται, η εξουσία για να κολακεύεται κανείς πιώς είναι ισχυρός, η δόξα για να τον ανεβάζει κοινωνικά, οι απολαύσεις για να δίνουν την ηδονή, η υγεία για να μην υποφέρουμε από πόνους και για να χαιρόμαστε το σώμα μας. Όμως η φιλία έχει ασύγκριτα περισσότερες προεκτάσεις.”

• “ Είναι λοιπόν ο πρώτος κανόνας που πρέπει να βάλουμε στη φιλία: να μη ζητάμε από τους φίλους μας **παρά μόνο τίμια πράγματα**, να μην υπηρετούμε τους φίλους μας παρά μόνον με τίμια μέσα, χωρίς να περιμένουμε να μας ζητήσουν, να μένουμε πάντα ενθουσιώδεις, να απομακρύνουμε τους δισταγμούς, να τολμάμε να πούμε τη γνώμη μας ελεύθερα. Δεν είναι λοιπόν η φιλία που προέρχεται από **το όφελος, αλλά το όφελος από τη φιλία**.”



Καλλιτεχνικά και άλλα

Το Νέο Μουσείο της Ακρόπολης

από τη Νάγια Μπομπότη

Η κατασκευή του Νέου Μουσείου της Ακρόπολης, ως πολιτιστικό όραμα συνοδεύεται εδώ και αρκετές δεκαετίες από μια αγωνία διαφύλαξης και συντήρησης των σωζόμενων αρχαιοτήτων της Ακρόπολης, αλλά και ικανοποιητικής ανάδειξης των γλυπτών και άλλων ευρημάτων σε κατάλληλο μουσειακό χώρο. Η ανεπάρκεια του παλιού Μουσείου πάνω στον Ιερό Βράχο είχε οδηγήσει πολλά από τα αρχαιολογικά ευρήματα των ανασκαφών της Ακρόπολης σε άλλα μουσεία της Αθήνας, αλλά και σε άλλους αποθηκευτικούς χώρους αρχαιοτήτων.

Μετά από διαγωνισμό, ή καλύτερα πολλούς διαγωνισμούς, η κατασκευή του ανατέθηκε στον Γαλλοελβετό και διεθνώς διακεκριμένο αρχιτέκτονα

Μπερνάρ Τσουμί με βοηθό τον Έλληνα Μιχάλη Φωτιάδη, στο πιο πολυσυζητημένο ίσως οικόπεδο στου Μακρυγιάννη επί της οδού Δ. Αρεοπαγίου. Σύμφωνα με τη σύλληψη του «σταρ» της αρχιτεκτονικής το μουσείο αποτελεί μια κίνηση στο χώρο και το χρόνο. Βλέπεις αντικείμενα βιώνοντας συγχρόνως μια ιστορική εμπειρία. Ο στόχος είναι να αποτελεί έναν αρχιτεκτονικό περίπατο, σαν προέκταση του υφιστάμενου τοπίου. Η επιλογή δε της θέσης αλλά και της συνολικής κατασκευής έγινε με κριτήριο την ορατότητα και την αλληλεπίδραση των εκθεμάτων και του περιβάλλοντος χώρου.

Από την έναρξη των εργασιών ήρθαν στο φως τμήματα της πρώιμης χριστιανικής πόλης που ανέρχονται σε περίπου 50.000 ευρήματα. Τα νέα αυτά στοιχεία τροποποίησαν κάπως τα σχέδια του κτηρίου ώστε να προστατευθούν και να αναδειχτούν οι ανασκαφικοί θησαυροί. Με οριθμητικά μονοπάτια επιτρέπεται η

κυκλοφορία μέσα στην ανασκαφή και κάποια ενδιαφέροντα σημεία τονίζονται με τη βοήθεια της εικονικής πραγματικότητας. Τις βραδινές ώρες ο φωτισμός θα διακρίνεται σε τρεις χρωματικές κλίμακες που θα επιτρέπουν την εύκολη κατάταξη των ευρημάτων σε ελληνιστικά, ρωμαϊκά ή πρωτοβυζαντινά. Ο άξονας εισόδου του Μουσείου κατευθύνει σε μια μεγάλη ράμπα, με γυάλινο δάπεδο, που είναι ο χώρος έκθεσης για τα ευρήματα των Κλιτύων της Ακρόπολης και επικοινωνεί οπτικά με τα γλυπτά προς τα πάνω. Ακολουθεί η αίθουσα των Αρχαϊκών, στη νότια πλευρά, με δευτερογενή φωτισμό από φεγγίτες οροφής. Και φτάνει κανείς στην κορυφή του κτηρίου στην αίθουσα του Παρθενώνα όπου θα εκτίθενται οι μετώπες και τα άλλα γλυπτά αλλά κυρίως θα υπάρχει η δυνατότητα θέας του ναού πάνω στον Ιερό Βράχο. Πρόκειται για έναν αέρινο, διάφανο χώρο με προστατευτικό κέλυφος όπου έχουν χρησιμοποιηθεί ενδεδειγμένοι τύποι γυα-



λιού σύμφωνα

με τον προσανατολισμό της κάθε πλευράς. Η ζωφόρος του Παρθενώνα θα τοποθετηθεί σε ειδικές υποδοχές που έχουν προετοιμασθεί στον πυρήνα της γυάλινης αίθουσας, ο οποίος έχει τις διαστάσεις του σηκού του Παρθενώνα και ο φωτισμός είναι ίδιος με αυτόν του ναού. Εκεί συγκεκριμένες θέσεις αναμένουν τα πρωτότυπα μάρμαρα από το Μουσείο του Βράχου αλλά και εκείνα που βρίσκονται στο Βρετανικό Μουσείο. Γι αυτά τα τελευταία, συζητείται προς το παρόν, η ανάρτηση γύψινων αντιγράφων καλυμμένα με ημιδιαφανές πλέγμα ώστε οι μορφές να φαίνονται σαν σκιές. Ο κύκλος επιστροφής της περιήγησης σταματάει στα μεταπαρθενώνια έργα, τις Κόρες του Ερεχθίου, και ακολουθούν οι ρωμαϊκές αρχαιότητες με κάθοδο και πάλι μέσω της ράμπας των Κλιτύων. Το 85% των επιφανειών του κτηρίου αποτελείται από γυαλί ενώ το υπόλοιπο από ορατό μπετόν και ανοξείδωτο χάλυβα. Η πιο χρονοβόρα διαδικασία υπήρξε η αντισεισμική προστασία του κτηρίου που θωράκισε το μουσείο ακόμα και για ενδεχόμενο σεισμό 10 ρίχτερ, ένα τερατώδες νούμερο όπως το χαρακτηρίζει ο κ. Μ. Φωτιάδης. Στην

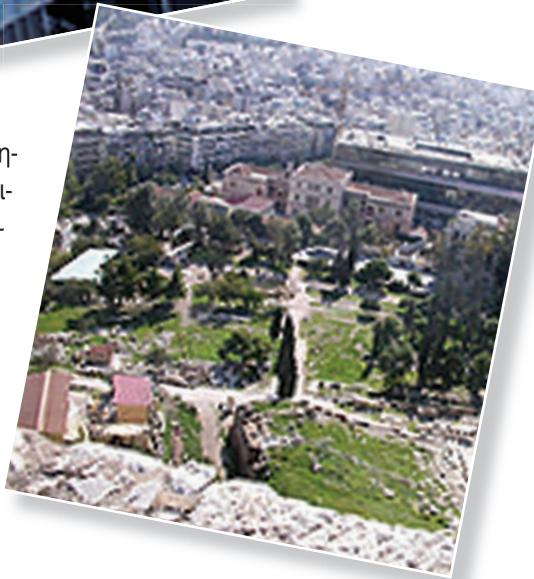
γυάλινη αίθουσα του Παρθενώνα 94 κυλινδρικές κολώνες με δική της στατική συμπεριφορά και ξεχωριστό μεταλλικό εφέδρανο η κάθε μία, εξασφαλίζουν τη ολίσθηση της ανωδομής του κτηρίου σε περίπτωση σεισμού.

Αυτή την περίοδο η εξέλιξη των εργασιών βρίσκεται στο στάδιο της μεταφοράς των γλυπτών μέσα στο μουσείο, από τους διάφορους χώρους και κυρίως από το Βράχο της Ακρόπολης. Το πολύπλοκο και εξαιρετικά λεπτό θέμα της ιστορικής μετακίνησης των έργων αποφασίστηκε να ανατεθεί σε ένα διακεκριμένο πολιτικό μηχανικό, τον κ. Κώστα Ζάμπα, που πρωτοστάτησε στα έργα συντήρησης της Ακρόπολης

αρχικά τη διαδρομή από τη σημερινή θέση του μέχρι τον προαύλιο χώρο ανατολικά του Μουσείου στη ΝΑ γωνία της Ακρόπολης (μέγιστη απόσταση περίπου 100 μ.). Από εκεί θα γίνει η υπαίθρια μεταφορά όλων ως το NMA με τρεις οικοδομικούς γερανούς με κατακόρυφο δικτυωματικό ιστό και περιστρεφόμενο οριζόντιο βραχίονα, που θα συναρμολογηθούν στο χώρο της νότιας κλίτους κάτω από το Βράχο της Ακρόπολης. Οι γερανοί αυτού του τύπου έχουν μεγάλες δυνατότητες τόσο από άποψη εμβέλειας, όσο και άποψη ωφέλιμου φορτίου. Επίσης διαθέτουν σύγχρονους κινητήρες και συστήματα μετάδοσης κίνησης για ελαχιστοποίηση των κραδασμών κατά τη μεταφορά. Τοποθετημένοι σε τρία σημεία ανάμεσα στο μουσείο του Βράχου και το νέο κτήριο θα καλύψουν την κίνηση των μνημείων για 400 περίπου μέτρα με ενδιάμεσο σταθμό το θέατρο του Διονύσου. Από τη σπουδαιότητα των έργων επιβάλλεται η



και πρωταγωνίστησε με απόλυτη επιτυχία στην ετοιμασία και μεταφορά των καταπονημένων από ιστορικές συγκυρίες και καιρικές συνθήκες, 25 αιώνων, αρχιτεκτονικών γλυπτών του Παρθενώνα και του Ερεχθίου. Η συσκευασία τους θα γίνει σε μεταλλικά ή ξύλινα κιβώτια με ξύλινο σκελετό και αφρώδη υλικά. Κάθε κιβώτιο θα διανύσει





ασφάλισή τους σε υψηλού επιπέδου ασφαλιστικό οργανισμό. Παρ' ότι είναι αδύνατο να αποτιμηθούν στην πραγματικότητα με αγοραίες αξείς οι θησαυροί της Ακρόπολης, η εμπλοκή της Ασφαλιστικής Εταιρείας πρωτίστως θα αυξήσει τις ποιοτικές απαιτήσεις των όρων ασφαλούς μεταφοράς.

Για τη διαμόρφωση του περιβάλλοντος χώρου προβλέπεται να χρησιμοποιηθούν ελιές, συστάδες από κυπαρίσσια, πλατάνια, αλλά και απτική χαμηλή βλάστηση, που θα χρειαστούν όμως μερικά χρόνια για να πάρουν την τελική τους μορφή. Συγχρόνως έχουν δρομολογηθεί έργα ανάδειξης της γύρω περιοχής.

Όπως είναι φυσικό, από την αρχή της κατασκευής έχουν ανακύψει πολλα-

κόστισε τουλάχιστον 2,5 επιπλέον χρόνια καθυστερήσεις. Ζωηρή είναι η αντιπαράθεση απόψεων για την απαλλοτρίωση των δύο νεοκλασικών κτηρίων επί της οδού Δ. Αρεοπαγίου 17 και 19, που παρεμβαίνουν στην απόλυτη οπτική επαφή του μουσείου με το Βράχο. Το καλοκαίρι σύμφωνα με απόφαση του ΚΑΣ (Κεντρικό Αρχαιολογικό Συμβούλιο) αποχαρακτηρίστηκαν ως διατηρητέα, αναμένεται η απόφαση του ΥΠΕΧΩΔΕ ενώ τον τελικό λόγο θα έχει το Υπουργείο Πολιτισμού. Είναι πιθανό μέχρι να φτάσει το περιοδικό στα χέρια σας να έχουν ήδη ληφθεί οι αποφάσεις για το πολυσυζητημένο αυτό θέμα.

Τα εγκαίνια του μουσείου μπορεί να περιμένουν μέχρι το 2009 και μέχρι να στηθεί στις αίθουσες το σύνολο

πλά δικαστικά προβλήματα που έχουν να κάνουν ως επί το πλείστον με απαλλοτριώσεις και διαμαρτυρίες των κατοίκων. Το γεγονός ότι, από τις 28 απαλλοτριώσεις που έγιναν, μόνο τέσσερις δεν απαίτησαν προσφυγή στη δικαιοσύνη

των εκθεμάτων ίσως περάσουν χρόνια. Στόχος όμως είναι μέσα στο 2008 να ανοίξει σταδιακά το μουσείο για το κοινό με πρώτη την αίθουσα του Παρθενώνα ώστε πέρα από την ενταγμένη στο πλαίσιο του ανασκαφή να μπορεί κανείς να παρακολουθεί και τις εργασίες της παρουσίασης των γυλυπτών στο εσωτερικό του.

Ο ίδιος ο αρχιτέκτονας Μπερνάρ Τσουμί σε στρογγυλή τράπεζα του Υπουργείου Πολιτισμού στα πλαίσια των Τετραδίων Πολιτισμού δήλωσε: «Το Μουσείο της Ακρόπολης δεν είναι συγκρίσιμο και παρόμοιο με κανένα από τα Μουσεία που έδειξα νωρίτερα, διότι όλα τα Μουσεία που έδειξα νωρίτερα, έχουν έναν από τους δυο παρακάτω σκοπούς: Είτε να δείξουν και να επιδείξουν το περιεχόμενό τους, είτε να επιδειχθούν και να δείξουν εαυτόν προς τα έξω. Το Νέο Μουσείο της Ακρόπολης είναι το μόνο Μουσείο το οποίο αφορά την αλληλεπίδραση. Είναι εκεί για να δείξει και τι υπάρχει έξω από αυτό, προς τα μέσα. Είναι ένα Μουσείο λοιπόν σε συγκεκριμένο συγκειμένο, είναι μια λέξη η οποία έχει χρησιμοποιηθεί εκτενέστατα, αλλά σε αυτή την περίπτωση μπορούμε να πούμε ότι είναι το πρώτο Μουσείο το οποίο διαδραματίζει έναν τέτοιο ρόλο».

