



Άρθρο Σύνταξης

Το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΠΕΓΕ άλλαξε. Άνθρωποι που εργάστηκαν μεθοδικά και αποτελεσματικά, με ανεκτίμητη προσφορά στο χώρο της γαστρεντερολογίας, παραχώρησαν τη θέση τους σε νεότερους, που έχουν βιώσει πιο πρόσφατα τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο νέος γαστρεντερολόγος, είναι πιο κοντά στα προβλήματα της ειδικότητάς μας και έχουν έντονη την επιθυμία να εργασθούν για την επίλυσή τους. Τι σημαίνει αυτό; Πώς προσδιορίζεται ο χαρακτήρας της Επαγγελματικής Ένωσης; Ποιος είναι ο ρόλος του νέου ΔΣ; Μπορεί κάτι να γίνει επιτέλους για να βελτιωθούν τα πράγματα;

Σύμφωνα με το λεξικό του Γ. Μπαμπινιώτη: **Επαγγέλλομαι** σημαίνει υπόσχομαι, ασκώ επάγγελμα, σημασία που απαντά ή υπονοείται στον Πλάτωνα, π.χ. «τούτο εστί το επάγγελμα ό επαγγέλλομαι» (Πρωταγόρας), ή «τι εστί ό επαγγέλλεται τε και διδάσκει;» (Γοργίας). **Επάγγελμα** είναι η βιοποριστική απασχόληση. **Επαγγελματίας** είναι αυτός που ασκεί επάγγελμα, **αυτός που κάνει σωστά τη δουλειά του, που εργάζεται σκληρά και μεθοδικά** (κατ' αντιδιαστολή προς τον ερασιτέχνη ή εμπειροτέχνη), αυτός που κατά την άσκηση του επαγγέλματός του δεν επηρεάζεται από συναισθηματισμούς, που κοιτάζει μόνο το επαγγελματικό του συμφέρον, αλλά μεταφορικά και αυτός που κάνει κάτι αθέμιτο συστηματικά. Τέλος, **επαγγελματισμός** σημαίνει **συνέπεια, υπευθυνότητα και συστηματικότητα κατά την άσκηση του επαγγέλματος**, προσήλωση στην επαγγελματική επιτυχία χωρίς συναισθηματικές ή ιδεολογικές επιρροές.

Σκοπός της ΕΠΕΓΕ, με βάση το καταστατικό της, είναι η προστασία, η προαγωγή και αναβάθμιση του επαγγέλματος και των μελών μας. Για την **προστασία της ειδικότητας** η Επαγγελματική Ένωση έχει «συνδικαλιστικό» ρόλο και πρέπει να διεκδικεί από τους κρατικούς φορείς και τις άλλες εμπλεκόμενες σε μέρος του γνωστικού μας αντικείμενου ειδικότητες, τη διατήρηση και επαύξηση των κεκτημένων (π.χ. ενδοσκόπηση, υπέρηχοι, χημειοθεραπεία). Προβλήματα που απορρέουν από αυτές τις «γκρίζες ζώνες» αφορούν καθημερινά σε **όλους τους γαστρεντερολόγους, του ιδιωτικού, αλλά και του δημόσιου τομέα**. Για την **προαγωγή και αναβάθμιση της ειδικότητας** η ΕΠΕΓΕ έχει και εκπαιδευτικό ρόλο, ιδιαίτερα στον τομέα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των ελευθεροεπαγγελματιών γαστρεντερολόγων. Οι ελευθεροεπαγγελματίες, που σύμφωνα με την καταγραφή του 2006 αποτελούν τα τρία τέταρτα των Ελλήνων γαστρεντερολόγων, σε ένα χώρο σχεδόν κορεσμένο και ανταγωνιστικό, έχουν κατά την άσκηση της ειδικότητας ως κύριο όπλο τη γνώση. Μια γνώση που, λόγω διαρθρωτικών προβλημάτων των γαστρεντερολογικών τμημάτων του ΕΣΥ, δεν προσφέρεται πάντα κατά την περίοδο λήψης της ειδικότητας. Μια γνώση που στις μέρες μας έχει ανάγκη και από συχνή ανανέωση. Σε αυτά τα πλαίσια, έχουν ήδη λάβει χώρα με επιτυχία και θα συνεχισθούν, ετήσιες θεματικές διημερίδες με πρακτικούς μαθησιακούς στόχους.

Όραμα του νέου ΔΣ είναι να προσδιορίζει τις ανάγκες της ειδικότητάς μας, να συστήνει επιτροπές που θα εργάζονται για να επιχειρούν θεσμικές αλλαγές και να επηρεάζει τις αποφάσεις των κρατικών και ιδιωτικών φορέων που εμπλέκονται στην άσκηση της ειδικότητας. Να προτείνει τις κρατικές και ιδιωτικές τιμές των γαστρεντερολογικών εξετάσεων, να θέτει προϋποθέσεις για την εκτέλεση ενδοσκοπήσεων από μη γαστρεντερολόγους, να προβλέπει τις επερχόμενες αλλαγές και να καθορίζει τον αριθμό των εκάστοτε απαιτούμενων γαστρεντερολόγων και έτσι να μεριμνά για την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Να είναι συμβουλευτικό όργανο του Υπουργείου με τεκμηριωμένες επιστημονικές θέσεις. Και αν αυτά, για τα ελληνικά δεδομένα, είναι αυτή τη χρονική στιγμή εξωπραγματικά, τουλάχιστον να κάνει αισθητή την παρουσία του, ώστε να βοηθήσει τους εκάστοτε αρμοδίους να συνειδητοποιήσουν πόσο συμφέρει τη δημόσια υγεία η ενεργός εμπλοκή της ΕΠΕΓΕ ως επισήμου συμβούλου.

Το νέο διοικητικό συμβούλιο της ΕΠΕΓΕ γνωρίζει τη βαριά κληρονομιά που έχει παραλάβει, γνωρίζει τα προβλήματα που απαιτούν λύση και είναι αποφασισμένο να εργασθεί γι' αυτά. Πιστεύει επίσης στην εποικοδομητική συνεργασία με τους άλλους γαστρεντερολογικούς φορείς αλλά και με κάθε γαστρεντερολόγο! Η δύναμη της ΕΠΕΓΕ είναι η συμμετοχή στις τάξεις της όλων των γαστρεντερολόγων!

Απόστολος Νταϊλιάνας



Νέα και



Επίκαιρα

Ενημέρωση από το ΔΣ

Πρακτικά Γενικής Συνέλευσης Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος

Αθήνα, 24 Νοεμβρίου 2007, Ξενοδοχείο Divani Caravel

γράφει ο Α. Νταϊλιάνας

Σύμφωνα με το καταστατικό, πρόεδρος της Γενικής Συνέλευσης ορίστηκε ο κ. Ζερβακάκης Α. και Γενικός Γραμματέας εξελέγη ομοφώνως ο κ. Δρίκος Ι.

Για την τέλεση των αρχαιρεσιών προς εκλογή νέων μελών για το Διοικητικό Συμβούλιο, το Πειθαρχικό Συμβούλιο και την Ελεγκτική Επιτροπή της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος, τα μέλη της ΓΣ εξέλεξαν ως εφορευτική επιτροπή: την κ. Θεοφανίδου Ι. και τους κ. Ψιλόπουλο Δ. και Νασόπουλο Κ.

Ο πρόεδρος του απερχόμενου Διοικητικού Συμβουλίου και Πρόεδρος της Γενικής Συνέλευσης έλαβε τον λόγο και, αφού ευχαρίστησε τους συναδέλφους για την παρουσία τους στη ΓΣ, παρουσίασε τον απολογισμό του απερχόμενου Διοικητικού Συμβουλίου.

Κατά τον απολογισμό αναφέρθηκε στα θέματα που απασχόλησαν το απερχόμενο ΔΣ βάσει σχετικού σχεδιασμού που είχε κατατεθεί στο ΔΣ στην αρχή της θητείας του:

Α. Οργανωτικά θέματα:

Ολοκληρώθηκε η απογραφή των μελών της ΕΠΕΓΕ, ωστόσο αναζητείται τρόπος συνεχούς ενημέρωσης του καταλόγου των μελών.

Β. Πρώτης προτεραιότητας θέματα:

1. Κοστολόγηση γαστρεντερολογικών ιατρικών πράξεων: Μετά από σχετική εισήγηση συσταθείς επιτροπής από το ΔΣ της ΕΠΕ-

ΓΕ, συμπληρώθηκε ο σχετικός κατάλογος των κωδικοποιημένων ιατρικών πράξεων οι οποίες και επανακοστολογήθηκαν. Η ανωτέρω εργασία, μαζί με την οικονομοτεχνική μελέτη που είχε διεξαχθεί από προηγούμενο ΔΣ της ΕΠΕΓΕ, κατατέθηκαν στο αρμόδιο τμήμα του Υπουργείου Υγείας. Ωστόσο, αναφέρθηκε σχετική εισήγηση του απερχόμενου Ειδικού Γραμματέα κ. Δρίκου Ι., για την αναγκαιότητα του διαχωρισμού της ιατρικής αποζημίωσης από το συνολικό λειτουργικό κόστος των γαστρεντερολογικών ιατρικών πράξεων.

2. Ενδοσκοπήσεις από μη γαστρεντερολόγους: Μετά από σχετική εισήγηση συσταθείς επιτροπής από το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ, προτάθηκε σχέδιο απόφασης του ΚΕΣΥ σύμφωνα με τις αρχές της UEMS, το οποίο -αν υιοθετηθεί- θα επιλύσει οριστικά το πρόβλημα των ενδοσκοπήσεων από μη γαστρεντερολόγους.

3. Γνωστικό αντικείμενο: Ο απερχόμενος πρόεδρος υπενθύμισε ότι το 2004, μετά από παρέμβαση της ΕΠΕΓΕ, τροποποιήθηκαν τα σχέδια Νόμου και Προεδρικού Διατάγματος για το γνωστικό αντικείμενο της γαστρεντερολογίας, τα οποία από κοινού με τις αντίστοιχες τροποποιήσεις των λοιπών ειδικοτήτων είχαν προωθηθεί για ψήφιση στη Βουλή. Ως γνωστόν λόγω προκήρυξης εκλογών και διάλυσης της Βουλής δεν έγιναν νόμος του κράτους. Πρόσφατα,

επιτροπή που καθορίστηκε από το ΔΣ, συμπλήρωσε και εκσυγχρόνισε το γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας και, στη συνέχεια, ο πρόεδρος, με τον γ. Γραμματέα της ΕΠΕΓΕ κ. Νταϊλιάνο και τον αντιπρόεδρο της ΕΓΕ κ. Ροκκά, επισκέφθηκαν τον πρόεδρο του ΚΕΣΥ κ. Στριγγάρη στον οποίο εξέθεσαν τις απόψεις της ΕΠΕΓΕ για το γνωστικό αντικείμενο και τα λοιπά προβλήματα της γαστρεντερολογικής κοινότητας.

4. Υπέρηχοι: Μετά από πρόσκληση του Υπουργείου για καθορισμό εκπαιδευτικών ακτινολογικών τμημάτων των Δημόσιων Νοσοκομείων ώστε να αναλάβουν την εκπαίδευση σε διακοιλιακούς υπερήχους των ενδιαφερομένων ειδικών ιατρών, απάντησαν θετικά μόνο τα τμήματα των ΠΓΝΑ Γ. Γεννηματάς και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας.

5. Ηπατολογία: Η διασύνδεση ελευθεροεπαγγελματιών ιατρών με τα ηπατολογικά τμήματα Δημόσιων Νοσοκομείων δεν ευοδώθηκε, λόγω ελλείψεως σχετικού νομοθετικού πλαισίου.

6. Ενημερωτικό δελτίο: Με επιτυχία δημιουργήθηκε και κυκλοφορεί ανά τετράμηνο το πλούσιο σε ποικίλη ύλη ενημερωτικό περιοδικό της ΕΠΕΓΕ, με τον τίτλο «Ενδοσκοπήσεις».

7. Διαδίκτυο: Δυστυχώς οικονομικοί λόγοι δεν επέτρεψαν την ικανοποιητική λειτουργία του διαδικτυακού τόπου της ΕΠΕΓΕ. Αναμένουμε τους κατάλληλους συναδέλφους



που θα δώσουν νέα δυναμική στην ιστοσελίδα μας.

8. Χαρτογράφηση Ελληνικών Νοσοκομείων: Η εργασία της κας Μπομπούση ολοκλήρωσε το έργο αυτό. Ο σκοπός του είναι να μας δώσει τη δυνατότητα να προτείνουμε στο Υπουργείο τις θέσεις εργασίας γαστρεντερολόγων που απαιτούνται για την ορθολογιστική αντιμετώπιση των νοσημάτων του πεπτικού.

9. Αστική ευθύνη γαστρεντερολόγων: Μετά από προτάσεις προς ασφαλιστικούς συμβούλους για παροχή συγκεκριμένων όρων στα συμβόλαια αστικής ευθύνης γαστρεντερολόγων, που θα καλύπτουν ιδιαιτερότητες του επαγγέλματός μας, ευρέθη η πιο συμφέρουσα λύση. Η ασφαλιστική αυτή πρόταση βρίσκεται ήδη σε ισχύ και είναι στη διάθεση των μελών της Ένωσής μας.

Γ. Δεύτερης προτεραιότητας θέματα:

1. Προεδρικό Διάταγμα πρωτοβάθμιας περίθαλψης: Η εφαρμογή του συνεχώς αναβάλλεται. Η ΕΠΕΓΕ είναι έτοιμη και έχει συντάξει τις ελάχιστες προδιαγραφές του γαστρεντερολογικού ιατρείου, για την τέλεση ενδοσκοπήσεων και χορήγηση καταστολής.

2. Εκπαίδευση και Ευρωπαϊκό Δίπλωμα Γαστρεντερολογίας: Είναι σαφές ότι στη χώρα μας η πρωτοβάθμια εκπαίδευση στη γαστρεντερολογία (λήψη ειδικότητας) και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση εκπαιδευτών και ειδικών γαστρεντερολόγων είναι ασυντόνιστη και προβληματική. Είναι απολύτως κατανοητή η χρησιμότητα χορήγησης ευρωπαϊκού διπλώματος κατά τη λήψη της ειδικότητας και αδιαμφισβήτητος ο ρόλος του στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων γαστρεντερολογικών υπηρεσιών. Η υλοποίησή του όμως είναι προβληματική για

διαφόρους λόγους. Το θέμα παρουσιάστηκε και στο στρογγυλό τραπέζι της ΕΠΕΓΕ στα πλαίσια του τελευταίου Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας.

3. UEMS: Ενημερώθηκαν οι Διευθυντές των γαστρεντερολογικών τμημάτων των νοσοκομείων που δίνουν ειδικότητα για τα προαπαιτούμενα χορήγησης ευρωπαϊκού διπλώματος. Ωστόσο μόνο δύο τμήματα σε όλη τη χώρα έχουν αυτή τη δυνατότητα.

4. Σύνταξη οδηγιών προετοιμασίας ασθενών προς ενδοσκόπηση: Κυκλοφόρησαν αναλυτικές οδηγίες για τη γαστροσκόπηση και την κολονοσκόπηση. Τα φυλλάδια αυτά διανέμονται από την εταιρεία Janssen-Cilag.

5. Ενημέρωση του κοινού για συνήθειες παθήσεις πεπτικού: Η ανάγκη αυτή καλύφθηκε επιτυχώς από τα φυλλάδια που συνέταξε και κυκλοφορεί το ΕΛΙΓΑΣΤ. Η ΕΠΕΓΕ σύντομα θα κυκλοφορήσει τα πρακτικά της στρογγύλης τράπεζας για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου συμπληρωμένα με οικονομοτεχνική μελέτη. Έχει αποφασισθεί, όλοι οι φορείς των γαστρεντερολόγων να εργασθούν από κοινού, για να γίνει πράξη η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

6. Προγράμματα λογισμικού για δημόσια και ιδιωτικά ενδοσκοπικά εργαστήρια: Ελλείψει χρηματοδότη δεν ευδοχώθηκε η προσπάθεια αυτή, η οποία θα συνεισέφερε στη δημιουργία χρήσιμων επιδημιολογικών και στατιστικών παρατηρήσεων.

7. Χημειοθεραπεία: Στηρίζουμε τις ενέργειες του Ογκολογικού Τμήματος της ΕΓΕ. Ωστόσο, νομίζουμε ότι προς το παρόν, μια τέτοια διεκδίκηση από το Υπουργείο δεν θα απέβαινε προς όφελός μας, λόγω υπάρξεως άλλων εκκρεμών ζητημάτων.

8. Διαιτολογία: Το αντικείμενο της

διαιτολογίας προστέθηκε στο τροποποιημένο γνωστικό αντικείμενο της γαστρεντερολογίας, όπως διαμορφώθηκε από τις εργασίες του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ. Θέματα διαιτολογίας αναφέρθηκαν στη διημερίδα μας για την παχυσαρκία.

9. Φοροτεχνική κάλυψη: Δεν εκδηλώθηκε ενδιαφέρον από τα μέλη μας. Στη συνέχεια το λόγο έλαβε ο απερχόμενος ταμίας κ. Βιάζης Ν., ο οποίος παρουσίασε τον οικονομικό απολογισμό του ΔΣ. Αναλυτικά, ο κ. Βιάζης ενημέρωσε το σώμα για τα έσοδα και έξοδα της Ένωσης. Ο ισολογισμός ήταν θετικός με ικανοποιητικά έσοδα για την Ένωση (σχετική έκθεση πρακτικών του απολογισμού έχει κατατεθεί στη ΓΣ).

Στην συνέχεια το λόγο έλαβε ο πρόεδρος της Ελεγκτικής Επιτροπής κ. Τζουρμακλιώτης Δ., ο οποίος υπέβαλε τη σχετική έκθεση στη ΓΣ, αναφέροντας την ικανοποίησή του για την οικονομική διαχείριση και τις ενέργειες του απερχόμενου ΔΣ της Ένωσης (σχετική έκθεση έχει κατατεθεί στη ΓΣ). Κατόπιν τούτων η Γενική Συνέλευση αποφάσισε την απαλλαγή του Διοικητικού Συμβουλίου από κάθε ευθύνη.

Στη συνέχεια αναγγέλθηκε η έναρξη των προγραμματισμένων εκλογών για τα νέα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, του Πειθαρχικού Συμβουλίου και της Ελεγκτικής Επιτροπής με την εκλογείσα από τη ΓΣ εφορευτική επιτροπή.

Ακολούθησε συζήτηση σύμφωνα με το καταστατικό, ενώ παράλληλα προχωρούσε και η εκλογική διαδικασία.

Α. Νικολάου: Αφού συνεχάρη τον πρόεδρο και τα μέλη του απερχόμενου ΔΣ για τη δημιουργική θητεία τους, υπογράμμισε την ανάγκη δραστηριοποίησης της ΕΠΕΓΕ ως αποκλειστικά συνδικαλιστικού φορέα. Υπενθύμισε σχετική παλαιά πρότασή του για την ψηφοφορία των μελών της ΕΠΕΓΕ δια αλληλογραφίας και ζήτησε την επανεξέτασή της. Τέλος, υπογράμμισε την ανάγκη προώθησης



της χημειοθεραπείας και του διακοιλιακού υπερήχου στα επαγγελματικά δικαιώματα των γαστρεντερολόγων ως παλαιά και πάγια αιτήματα.

Χ. Τζάθας: Αφού συνεχάρη τον πρόεδρο και τα μέλη του απερχόμενου ΔΣ για την επιτυχή θητεία τους, τόνισε πως η Ένωσή μας πρέπει να αναλάβει αποκλειστικά το ρόλο της προάσπισης των επαγγελματικών δικαιωμάτων των γαστρεντερολόγων και να μη συμμετέχει στην εκπαίδευση, αφού ως τέτοιο όργανο υπάρχει η επιτροπή εκπαίδευσης της ΕΓΕ. Άλλωστε η εκπαίδευση των γαστρεντερολόγων γίνεται από αναγνωρισμένα από το κράτος εκπαιδευτικά κέντρα. Θα πρέπει όμως να καταβληθεί ιδιαίτερη προσπάθεια για να γίνει το ευρωπαϊκό δίπλωμα θεσμός και στη χώρα μας.

Α. Ζερβακάκης: Απαντώντας στους προηγούμενους συναδέλφους, τόνισε πως οι επιτυχίες διημερίδες της ΕΠΕΓΕ, με τη μεγάλη προσέλευση μελών της, δίνουν ένα μήνυμα και ενός άλλου τρόπου προσέγγισης της εκπαίδευσης. Είναι σε όλους γνωστή, η αδυναμία αρκετών δυστυχώς γαστρεντερολογικών τμημάτων της χώρας, τα οποία δεν πληρούν τις προδιαγραφές για να δίνουν ειδικότητα. Η διεκδίκηση της χημειοθεραπείας στο αντικείμενο των γαστρεντερολόγων, θα ήταν ίσως καλύτερη μέσα από το πρίσμα του γενικότερου όρου «ογκολογία», θεσμοθετημένου στο γνωστικό αντικείμενο της γαστρεντερολογίας. Σήμερα υπάρχει μόνον ένα γαστρεντερολογικό τμήμα νοσοκομείου που έχει τη δυνατότητα εκπαίδευσης στην ογκολογία του πεπτικού. Τέλος, δεδομένου ότι στην ημερήσια διάταξη έχει τεθεί θέμα διάρκειας θητείας του ΔΣ, θα ήταν ίσως σκόπιμο η επόμενη γενική συνέλευση να είναι καταστατική ώστε να συζητηθεί με ταξίδι άλλων και η μείωση της θητείας του ΔΣ από 3 σε 2 έτη.

Ο Πρόεδρος
της Γενικής Συνέλευσης
Ζερβακάκης Αντώνιος

Δ. Τζουρμακλιώτης: Η ΕΠΕΓΕ είναι συνδικαλιστικό όργανο και χρειάζεται αύξηση της θητείας του ΔΣ από 3 σε 4 χρόνια και όχι μείωσή της. Ως ασφαλιστική δεικνύει, σκόπιμη θα ήταν η δυνατότητα ψήφου εμπιστοσύνης των μελών της ΕΠΕΓΕ προς το ΔΣ κατά τη διάρκεια της θητείας του.

Δ. Καραμανώλης: Να έχουμε υπόψη μας, ότι οποιαδήποτε τέτοιου είδους αλλαγή προϋποθέτει τη σύγκληση καταστατικής γενικής συνέλευσης.

Α. Τσίτουρα (Νομική σύμβουλος ΕΠΕΓΕ): Θέματα που αφορούν τις εκλογές (αύξηση ή μείωση του χρόνου θητείας του ΔΣ, ψηφοφορία δια αλληλογραφίας, ψήφος εμπιστοσύνης κ.λπ.) χρήζουν τροποποίησης του καταστατικού μετά από καταστατική συνέλευση.

Α. Νικολάου: Τα κέντρα εκπαίδευσης στην Ελλάδα είναι αναγνωρισμένα από το κράτος και σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να αποφασίζει η ΕΠΕΓΕ.

Σ. Γούλας: Η ΕΠΕΓΕ δεν είναι συνδικαλιστικό αλλά επιστημονικό όργανο. Η επιτυχία της φαίνεται από την όλο και αυξανόμενη προσέλευση των μελών της κατά τη διάρκεια των διημερίδων της που έχουν καθιερωθεί τα τελευταία χρόνια, συνεισφέροντας και με ένα διαφορετικό τρόπο στην εκπαίδευση. Το ευρωπαϊκό δίπλωμα και η πιστοποίηση των κέντρων εκπαίδευσης είναι επιβεβλημένα και αναγκαία μέσα στο διεθνές περιβάλλον.

Δ. Καραγιάννης: Τα μέλη της ΕΠΕΓΕ είναι επιστήμονες και κατ' επέκταση το εκλεγμένο όργανό της είναι επιστημονικό. Σε καμιά περίπτωση δεν είναι συνδικαλιστικό όργανο.

Ι. Δρίκος: Η ΕΠΕΓΕ είναι επιστημονικό και όχι συνδικαλιστικό όργανο. Εξάλλου, ουδείς εκ των μελών του απερχόμενου ΔΣ, αλλά και των υποψηφίων για το νέο ΔΣ δεν υπήρξαν και δεν είναι συνδικαλιστές. Ένα από

τα μελήματα της ΕΠΕΓΕ είναι και η διασφάλιση των επαγγελματικών συμφερόντων των γαστρεντερολόγων. Η ΕΠΕΓΕ θα πρέπει να είναι μια ανεξάρτητη μη κυβερνητική επιστημονική αρχή, που κατέχει την τεχνογνωσία, για να προασπίζεται τα επαγγελματικά και επιστημονικά δικαιώματα των γαστρεντερολόγων.

Ι. Καραγιάννης: Το κράτος έχει νόμους και σύνταγμα και σε καμιά περίπτωση δεν υποκαθιστάται ο ρόλος του από κανένα, ούτε και από την ΕΠΕΓΕ. Δυστυχώς η ΕΠΕΓΕ δεν έχει αρκετή δύναμη για τη διεκδίκηση δικαίων και αυτονόητων αιτημάτων.

Τέλος, μετά την καταμέτρηση των ψήφων η εφορευτική επιτροπή κατέθεσε πρακτικό των αποτελεσμάτων της μυστικής ψηφοφορίας για τα νέα μέλη στο Γραμματέα της Γενικής Συνέλευσης.

Ο Γενικός Γραμματέας της ΓΣ πληροφόρησε το σώμα για τα αποτελέσματα της εκλογικής διαδικασίας. Έλαβαν:

Για το **Διοικητικό Συμβούλιο (εκλέγονται οι πρώτοι επτά):** Αρμόνης Αναστάσιος: 74 ψήφους, Νταϊλιάνας Απόστολος: 62, Μπομπούτση Πανάγια: 60, Μάθου Νικολέτα: 52, Οικονόμου Μιχάλης: 44, Καραγιάννης Δημήτριος: 38, Κασαπίδης Παναγιώτης: 36 και **αναπληρωματικά μέλη:** Σκλάβος Παντελής: 34, Αποστολόπουλος Περικλής: 27, Σεχόπουλος Παναγιώτης: 26.

Για το **Πειθαρχικό Συμβούλιο:** Ζερβακάκης Αντώνιος: 68 ψήφους, Δανηλίδης Ιωάννης: 67, Παπαβασιλείου Ευστάθιος: 59, Τζουρμακλιώτης Δημήτριος: 53, Σκανδάλης Νικόλαος: 44.

Για την **Ελεγκτική Επιτροπή:** Γούλας Σπύρος: 60 ψήφους, Τσιρώνη Ευτυχία: 54, Αλεξανδράκης Γεώργιος: 53. ■

Ο Γραμματέας
της Γενικής Συνέλευσης
Δρίκος Ιωάννης

Ελεύθερο



Θέμα

Φάκελος ΦΤΩΧΕΙΑ: η αλήθεια των αριθμών

επιμελείται ο Σ. Γούλας

- ▶ Ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας με λιγότερο από ένα δολάριο την ημέρα.
- ▶ 854 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από την πείνα.
- ▶ 50.000 άνθρωποι πεθαίνουν από τη φτώχεια την ημέρα (έλλειψη τροφής, ασθένειες που θα μπορούσαν να προληφθούν, AIDS)
- ▶ 600 εκατομμύρια παιδιά ζουν σε συνθήκες απόλυτης φτώχειας.
- ▶ 10 εκατομμύρια παιδιά πεθαίνουν από πείνα το χρόνο, δηλαδή 30.000 παιδιά κάθε μέρα ή ένα παιδί κάθε 3 δευτερόλεπτα.
- ▶ 500.000 γυναίκες χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τον τοκετό, δηλαδή μία κάθε λεπτό.
- ▶ 800 εκατομμύρια άνθρωποι είναι αναλφάβητοι.
- ▶ Κάθε μέρα ο ιός του AIDS σκοτώνει

6000 ανθρώπους και μολύνει 8200. Περισσότεροι από τους μισούς ζουν στην Αφρική. 3 στους 4 δεν έχουν πρόσβαση στα αντιρετροϊκά φάρμακα. Εξαιτίας του ιού η μέση επιβίωση στη Μποτσουάνα έπεσε κάτω από τα 40 χρόνια.

**Οι 40 φτωχότερες
χώρες έχουν το 10%
του παγκόσμιου
πληθυσμού και
δικαιούνται μόλις το
0,4% του παγκόσμιου
εμπορίου**

- ▶ Οι 40 φτωχότερες χώρες έχουν το 10% του παγκόσμιου πληθυσμού και δικαιούνται μόλις το 0,4% του παγκόσμιου εμπορίου.

- ▶ Οι καλλιεργητές καφέ λαμβάνουν ένα δολάριο για κάθε κιλό καφέ, ενώ οι καταναλωτές πληρώνουν 15 δολάρια, ανατίμηση 1500%.

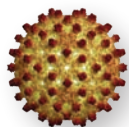
- ▶ Υπάρχουν αγρότες στο Μεξικό που αναγκάζονται να επιβιώσουν με ένα δολάριο την ημέρα και να συναγωνιστούν τους Αμερικανούς που λαμβάνουν επιδοτήσεις 20.000 δολαρίων το χρόνο.

- ▶ Στην Ευρωπαϊκή Ένωση δίνονται επιδοτήσεις για κάθε αγελάδα ύψους 2 δολαρίων την ημέρα ενώ περισσότεροι από 3 δισεκατομμύρια άνθρωποι στις αναπτυσσόμενες χώρες αγωνίζονται να επιβιώσουν με λιγότερα. ■

Τα στοιχεία προέρχονται από το «φάκελο Φτώχεια» που δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα Ελευθεροτυπία της 13/10/07 για την 17 Οκτωβρίου – Παγκόσμια Ημέρα για την εξάλειψη της φτώχειας.



Κλινικό Θέμα



Θεραπεία Χρόνιας Ηπατίτιδας Β: Θεραπευτικές επιλογές έναρξης

γράφει ο Ι. Ελευσινιώτης

Η χρόνια ηπατίτιδα Β (ΧΗΒ) αποτελεί σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας, αφού εξελίσσεται σε προχωρημένες μορφές κίρρωσης του ήπατος ή/και ηπατοκυτταρικό καρκίνο (ΗΚΚ) σε σημαντικό ποσοστό των ασθενών (25-30%) ενώ παράλληλα αποτελεί και μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, που αποκτά καθημερινά νέες διαστάσεις και στη χώρα μας, κυρίως λόγω της εισροής μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών, βασικά από χώρες υψηλού επιπολασμού της λοίμωξης. Ως εκ τούτου, τα βασικά μέτρα πρόληψης και προφύλαξης πρωτογενώς και δευτερογενώς και η

αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση των χρόνιως πασχόντων αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους στην προσπάθεια αναχαίτισης του προβλήματος.

Βασικός θεραπευτικός στόχος στην αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β είναι η αναστολή της εξέλιξης της ηπατικής νόσου με παράλληλη αύξηση της επιβίωσης των ασθενών. Δεδομένης δε της καλοήθους πορείας της πλειονότητας των ασθενών με χρόνια λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας Β και του υψηλού κόστους αλλά και των δυνητικών, άμεσων ή/και απώτερων, επιπλοκών των σύγχρονων θεραπευτικών σχημάτων απαιτείται ασφαλής διάγνωση της νόσου μετά την επιβεβλημένη τεκμηρίωση της λοίμωξης, διαφορική διάγνυσή της από συνυπάρχουσες χρόνιες ηπατοπάθειες ή άλλους παράγοντες που επηρεάζουν την ηπατική βιοχημεία και καθορισμός του σταδίου και της βαρύτητας της

νόσου ώστε να ληφθούν οι δέουσες θεραπευτικές αποφάσεις που συχνά καθορίζουν τη μακροχρόνια πορεία των ασθενών. Στη φυσική εξέλιξη της νόσου διακρίνουμε δύο μορφές που απαιτούν, σε άλλοτε άλλο βαθμό, θεραπευτική παρέμβαση και οι οποίες χαρακτηρίζονται βασικά από διαφορές στις ορολογικές ή/και ιολογικές παραμέτρους ενώ ποικίλλουσα είναι η ιστολογική εικόνα και στις δύο αυτές μορφές. Η πρώτη εξ αυτών χαρακτηρίζεται από την παρουσία του ΗΒeAg στον ορό των ασθενών με συνήθως πολύ υψηλά επίπεδα ιαίμας (HBV-DNA) και ιστολογική εικόνα που ποικίλει μεταξύ των ήπιων αλλοιώσεων ή ακόμη και της φυσιολογικής αρχιτεκτονικής του ηπατικού παρεγχύματος και των προχωρημένων μορφών κίρρωσης του ήπατος με ή χωρίς τη συνοδό ανάπτυξη ΗΚΚ. Η δυσμενής αυτή εξέλιξη συχνά αποτελεί τη βασική αιτιολογία προσέλευσης των ασθενών αυτών στις υπηρεσίες υγείας αφού η νόσος διατρέχει ασυμπτωματικά ή υποκλινικά για αρκετές δε-



καετίες. Η δεύτερη μορφή της νόσου αφορά συνήθως μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς που χαρακτηρίζονται από την απουσία του HBeAg στον ορό (και συχνά την εμφάνιση του αντίστοιχου αντισώματος, anti-HBe), από χαμηλότερα επίπεδα ιαμίας που χαρακτηριστικά παρουσιάζουν ευρύτατη διακύμανση και δημιουργούν προβλήματα διαφορικής διάγνωσης και από συνήθως βαρύτερη ιστολογικά νόσο.

Σε μεγάλες και μακροχρόνιες μελέτες παρατήρησης που προσπαθούν να προσεγγίσουν τις παραμέτρους που επηρεάζουν δυσμενώς τη φυσική εξέλιξη της νόσου έχει αναδειχθεί ότι η επιμένουσα τρανσαμινασαιμία, η παρουσία του HBeAg στον ορό και τα υψηλά επίπεδα ιαμίας (HBV-DNA), τροποποιούν αρνητικά την πορεία της νόσου και με δεδομένη την πενιχρή αποτελεσματικότητα όλων των μέχρι σήμερα εφαρμοζομένων θεραπευτικών σχημάτων στην οριστική εκρίζωση της λοίμωξης, η αποτελεσματικότητα αυτών εκτιμάται με την επίδραση που έχουν στις ανωτέρω αναφερόμενες παραμέτρους. Μάλιστα, βάσει πολύ πρόσφατων μεγάλων μελετών, φαίνεται πως η εξέλιξη προς κίρρωση και η ανάπτυξη ΗΚΚ συσχετίζονται ισχυρά με τα επίπεδα ιαμίας, ανεξαρτήτως των λοιπών βιοχημικών και ορολογικών παραμέτρων, δίδοντας ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία της επιτυχούς και παρατεταμένης καταστολής του ιικού πολλαπλασιασμού προκειμένου να επιτευχθεί αναστολή της εξέλιξης της ηπατικής νόσου. Στην εποχή μας βέβαια που χαρακτηρίζεται από την ευρεία χρήση νουκλεοσ(τ)ιδικών αναλόγων, ανάμεσα στους κλασσικούς θεραπευτικούς στόχους επιπροστίθεται και λαμβάνει μάλιστα σημαντική προτεραιότητα η πρόληψη της ανάπτυξης ανθεκτικών-μεταλλαγμένων στελεχών που επηρεάζουν αφενός

την πορεία των ασθενών και αφετέρου υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι μπορεί δυνητικά να επηρεάσουν και τη δημόσια υγεία μελλοντικά. Μέχρι τη συγγραφή του παρόντος κειμένου έχουν εγκριθεί και χρησιμοποιούνται για έναρξη θεραπείας ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β, τόσο η κλασσική και η πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη-α όσο και τα νουκλεοσ(τ)ιδικά ανάλο-

**Βασικός
θεραπευτικός στόχος
στην αντιμετώπιση
των ασθενών
με χρόνια ηπατίτιδα Β
είναι η αναστολή της
εξέλιξης της ηπατικής
νόσου με παράλληλη
αύξηση της επιβίωσης
των ασθενών**

γα (NAs) λαμβουντίνη, αδεφοβίρη, εντεκαβίρη και η πρόσφατα εγκριθείσα τελμπιβουντίνη ενώ σε διάφορες φάσεις κλινικών μελετών βρίσκονται νεότερα και πολλά υποσχόμενα νουκλεοσ(τ)ιδικά ανάλογα (τενοφοβίρη, κλεβουντίνη, εμτρισταμπίνη κ.α.). Στην παρούσα ανασκόπηση θα επιχειρηθεί μια κριτική αξιολόγηση των μέχρι σήμερα δεδομένων για τις εγκεκριμένες θεραπείες, με βάση την αποτελεσματικότητα, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που επιδεικνύουν καθώς και την πιθανή ανάδυση μελλοντικών και δυσεπίλυτων προβλημάτων, που πιθανόν πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πριν την έναρξη αγωγής στους ασθενείς αυτούς.

Κλασσική/Πεγκυλιωμένη Ιντερφερόνη

Το όφελος των ασθενών με HBeAg (+) ΧΗΒ από τη θεραπεία με κλασσική ιντερφερόνη-α, με σχήματα καθο-

ρισμένου χρόνου (4-6 μηνών) και σχετικά υψηλών δόσεων, έχει αναδειχθεί εδώ και πολλά χρόνια αφού αποτέλεσε τη μοναδική θεραπευτική επιλογή για περίπου μια δεκαετία. Περίπου το ένα τρίτο των ασθενών επιτύγχαναν ορομετατροπή του HBeAg με παράλληλη αναστολή του ιικού πολλαπλασιασμού και συνοδό ιστολογική βελτίωση που διατηρείτο μακροχρόνια στη συντριπτική πλειονότητα των ασθενών (90%) ενώ σημαντικό ποσοστό των ασθενών παρουσίαζε κάθαρση του HBsAg τόσο άμεσα μετά το τέλος της θεραπείας (6-7%) όσο και κατά τη μακροχρόνια παρακολούθηση (40-60% των ανταποκρινομένων). Η αποτελεσματικότητά της ήταν περιορισμένη στους ασθενείς με HBeAg (-) ΧΗΒ αφού περίπου 20% αυτών παρουσίαζαν μακροχρόνια βιοχημική και ιολογική ανταπόκριση σε σχήματα θεραπείας ή επαναθεραπείας διάρκειας 6-12 μηνών και αποκτούσαν σημαντικό πλεονέκτημα ως προς την αναστολή της εξέλιξης της νόσου και ως προς την επιβίωση.

Η αποτελεσματικότητα των πεγκυλιωμένων μορφών ιντερφερόνης-α έχει εκτιμηθεί τόσο σε σύγκριση με τις κλασσικές μορφές αυτής ή σχήματα μονοθεραπείας με λαμβουντίνη όσο και με σχήματα συνδυασμού. Αν και οι περισσότερες μελέτες δείχνουν πως οι πεγκυλιωμένες μορφές πλεονεκτούν των κλασσικών μορφών και των καθορισμένης διάρκειας μονοθεραπειών με λαμβουντίνη ενώ τα σχήματα συνδυασμού με λαμβουντίνη δεν φαίνεται να συνεισφέρουν σημαντικά στην ανταπόκριση, τόσο στους HBeAg (+) όσο και στους HBeAg (-) ασθενείς, εντούτοις σε συνολικό επίπεδο δεν φαίνεται να ωφελείται περισσότερο από το ένα τρίτο των θεραπευομένων HBeAg (+) (24-36% ορομετατροπή του HBeAg, 32-50% βιοχημική ανταπόκριση, 49-53% ιστο-



λογική βελτίωση) ή HBeAg (-) ασθενών (43% HBV-DNA < 20.000 copies/ml, 19% HBV-DNA < 400 copies/ml, 59% βιοχημική ανταπόκριση και 36% βιοχημική/ιολογική ανταπόκριση). Ωστόσο, με βάση τα αναφερόμενα ποσοστά ορομετατροπής του HBsAg (3-5% στους HBeAg (+) και 10-19% σε αυτούς που υπήρξε συνοδός ορομετατροπή του HBeAg / 3% στους HBeAg (-) και 6% σε αυτούς με βιοχημική/ιολογική ανταπόκριση), την καθορισμένη διάρκεια της αγωγής και κυρίως την απουσία ανάπτυξης στελεχών εκ διαφυγής, παρά τα προβλήματα ανοχής και τις αντενδείξεις χορήγησής της, αξίζει να ανιχνευθεί το ποσοστό εκείνο των ασθενών που δύναται να αντιμετωπισθεί και πιθανόν θα ωφεληθεί από τη χορήγηση ιντερφερόνης. Τα υψηλά επίπεδα τρανσαμινασών σε συνδυασμό με τα χαμηλά επίπεδα ιαμίας και τον υψηλό δείκτη νεκροφλεγμονώδους δραστηριότητας ιστολογικά, αποτελούν παραδοσιακούς προγνωστικούς δείκτες ανταπόκρισης των ασθενών, αλλά δεν διαφέρουν από τους προγνωστικούς δείκτες ανταπόκρισης σε θεραπευτικά σχήματα με νουκλεοσ(τ)ιδικά ανάλογα.

Αντίθετα, μεγάλη φαίνεται να είναι η προγνωστική αξία των γονοτύπων της ηπατίτιδας Β σε ό,τι αφορά τόσο την ορομετατροπή του HBeAg [για τους HBeAg (+) ασθενείς] όσο και την ορομετατροπή του HBsAg [για τους HBeAg (+) ή (-) ασθενείς] σε θεραπευτικά σχήματα τόσο με την κλασική όσο και με τις πεγκυλιωμέ-

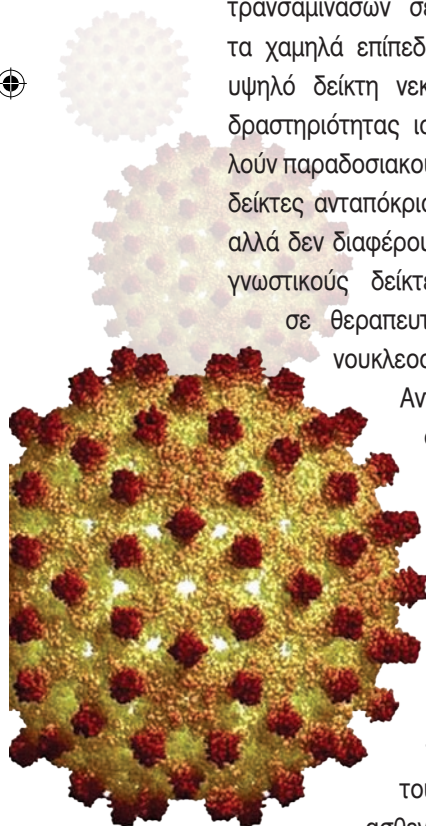
νες μορφές ιντερφερόνης-α. Έτσι τα ποσοστά ορομετατροπής του HBeAg κατόπιν θεραπείας με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη α-2b ανευρίσκονται πολύ υψηλότερα στους HBeAg (+) ασθενείς με λοίμωξη με το γονότυπο Α (47%) ή Β (44%) σε σχέση με τους ασθενείς με λοίμωξη με το γονότυπο C (28%) ή D (24%) ενώ ανάλογα φαίνεται να είναι τα αποτελέσματα ως προς την ορομετατροπή του HBsAg όπου αντιστοίχως πλεονεκτούν οι γονότυποι Α (14%) και Β (9%) των γονοτύπων C (3%) και D (2%). Για τους HBeAg (-) ασθενείς μελέτες τόσο με την κλασική όσο και με την πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη συμφωνούν πως ο γονότυπος D παρουσιάζει σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά παρατείνουσας ανταπόκρισης σε σχέση με το γονότυπο Α (38-40% vs 50-70%, αντίστοιχα), γεγονός το οποίο πιθανόν να χρειάζεται να λαμβάνεται υπόψη στην έναρξη θεραπείας των ασθενών, συνεκτιμώντας μάλιστα τα πολύ υψηλά ποσοστά ιολογικής διαφυγής που παρουσιάζουν οι ασθενείς με λοίμωξη με το γονότυπο Α, και μάλιστα πολύ πρώιμα μετά την έναρξη αγωγής με λαμβιβουτίνη.

Λαμβιβουτίνη

Η λαμβιβουτίνη αποτέλεσε το πρώτο νουκλεοσιδικό ανάλογο που εισήχθη στη θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β και το άριστο προφίλ ανοχής και ασφάλειάς της επέτρεψαν μελέτες μακροχρόνιας θεραπείας, αφού η υποτροπή των ασθενών μετά από διακοπή των σχετικά βραχυχρόνιων σχημάτων (διάρκειας 12-24 μηνών) ήταν εξαιρετικά υψηλή. Η αποτελεσματικότητα της μακροχρόνιας χορήγησής της είναι αποδεδειγμένη τόσο σε ασθενείς πρώιμων σταδίων χρόνιας ηπατίτιδας Β σε ιστολογικό επίπεδο (56% βελτίωση και 33% στα-

θεροποίηση της ηπατικής νόσου) όσο και σε ασθενείς με προχωρημένη ίνωση ή/και κίρρωση αλλά και ασθενείς με μη-αντιρροπούμενη κίρρωση του ήπατος. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητά της περιορίζεται σημαντικά και το πλεονέκτημά της χάνεται στο βάθος του χρόνου με την ανάπτυξη αρχικά και την επικράτηση, εν συνεχεία, ανθεκτικών στελεχών εκ διαφυγής, με συχνότητα που υπολογίζεται στο 20% των θεραπευομένων ασθενών ετησίως και που ξεπερνά το 60% στο τέλος του τρίτου χρόνου αγωγής. Η εξέλιξη αυτή οδηγεί σε ιολογική, βιοχημική αλλά και ιστολογική υποτροπή στην πλειονότητα των ασθενών και εγκυμονεί κινδύνους ιδιαίτερα για τους κίρρωτικούς ασθενείς.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθούν δύο ιδιαίτερα σημαντικά στοιχεία. Παρότι επί του παρόντος υπάρχουν διαθέσιμες και αποτελεσματικές επιλογές για την αντιμετώπιση των ανθεκτικών στη λαμβιβουτίνη στελεχών του HBV, νεότερα δεδομένα υποστηρίζουν την ανάπτυξη διασταυρούμενης αντοχής με άλλα νουκλεοσ(τ)ιδικά ανάλογα αλλά και την εμφάνιση πολυανθεκτικών στελεχών ως αποτέλεσμα των διαδοχικών μονοθεραπειών. Επίσης σε ασθενείς με HIV-HBV συνλοίμωξη υπό μακροχρόνια αγωγή με λαμβιβουτίνη στα πλαίσια της αντιρετροϊκής αγωγής έχουν περιγραφεί παράλληλα μεταλλαγές στο γονιδίωμα που επηρεάζουν και την έκφραση του επιφανειακού αντιγόνου (στα πλαίσια της αλληλοεπικάλυψης των ανοικτών πλαισίων ανάγνωσης του HBV γονιδιώματος), με αποτέλεσμα να παρατηρείται ασθενής συνάφεια με το παραγόμενο εκ του συνήθους εμβολιασμού anti-HBs σε in vitro επί του παρόντος μελέτες. Γίνεται αντιληπτό πως η τρέχουσα μακροχρόνια αγωγή





με νουκλεοσ(τ)ιδικά ανάλογα, με την τροποποίηση που επιφέρει στη φυσική εξέλιξη της λοίμωξης, εγκυμονεί μελλοντικούς και σε κάποιο βαθμό απρόβλεπτους κινδύνους τόσο για τους πάσχοντες όσο και δυνητικά για τη δημόσια υγεία γενικότερα. Από τη στιγμή της εμφάνισης ανθεκτικών στελεχών η συνέχιση λαμβουντίνης όχι μόνο δεν ωφελεί αλλά έχει δυνητικά βλαπτικές συνέπειες στη μακροχρόνια εξέλιξη και αντιμετώπιση του ασθενούς για αυτό και κρίνεται σκόπιμη η αντικατάστασή της άμεσα ή σταδιακά, ανάλογα με το στάδιο της ηπατικής νόσου του ασθενούς.

Ωστόσο, παρά τα ανωτέρω αναφερόμενα προβλήματα το άριστο προφίλ ανοχής και ασφάλειας της λαμβουντίνης, η δυνατότητα χορήγησής της σε μεγάλο ποσοστό ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β (μεταμοσχευμένοι, νεφροπαθείς, ασθενείς ογκολογικών τμημάτων, ασθενείς με ψυχιατρικές νόσους, κίρρωτικοί με μη-αντιρροπούμενη νόσο κ.α.) και το χαμηλό της κόστος, την καθιστούν ως μία από τις πιο προσιτές επιλογές σήμερα, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες του πλανήτη που μαστίζονται από τη νόσο.

Αδεφοβίρη

Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της χορήγησης αδεφοβίρης σε βιοχημικό, ιολογικό και ιστολογικό επίπεδο έχει τεκμηριωθεί από τις πρώτες μελέτες έγκρισης του φαρμάκου τόσο για τους HBeAg (+) όσο και για τους HBeAg (-) ασθενείς. Παράλληλα στις μελέτες αυτές τεκμηριώθηκαν τα μηδενικά ποσοστά ιολογικής ή/και βιοχημικής διαφυγής, τουλάχιστον για το πρώτο έτος μονοθεραπείας με αδεφοβίρη. Νεότερα δεδομένα τριετούς μονοθεραπείας των HBeAg (+) ασθενών ανέδειξαν σημαντικό όφελος σε βιοχημικό

(ομαλοποίηση ALT 58%, 71%, 81%), ορολογικό (ορομετατροπή HBeAg 12%, 29%, 43%) και ιολογικό επίπεδο (HBV-DNA <400 copies/ml 28%, 45%, 56%) με τη συνέχιση της μονοθεραπείας ενώ το ποσοστό ανάπτυξης στελεχών εκ διαφυγής παρέμενε σε χαμηλά επίπεδα (3,1% στο τέλος του τρίτου έτους αγωγής). Στους HBeAg (-) ασθενείς όμως, που αποτελούν τη συντριπτική πλειονότητα των ασθε-

Γίνεται αντιληπτό πως η τρέχουσα μακροχρόνια αγωγή με νουκλεοσ(τ)ιδικά ανάλογα, με την τροποποίηση που επιφέρει στη φυσική εξέλιξη της λοίμωξης, εγκυμονεί μελλοντικούς και σε κάποιο βαθμό απρόβλεπτους κινδύνους τόσο για τους πάσχοντες όσο και δυνητικά για την δημόσια υγεία γενικότερα

νών με χρόνια ηπατίτιδα Β στη χώρα μας, τα δεδομένα ιολογικής αντίστασης υπό μακροχρόνια μονοθεραπεία με αδεφοβίρη διαφέρουν σημαντικά, αφού αναφέρονται ποσοστά που σταδιακά φθάνουν το 29% στο τέλος του πέμπτου έτους αγωγής (0%, 3%, 11%, 18%, 29% στο τέλος κάθε έτους αγωγής αντίστοιχα), περιορίζοντας το αδιαμφισβήτητο όφελος της θεραπείας (69% ομαλοποίηση ALT και 79% HBV-DNA <1000 copies/ml στο τέλος του τρίτου έτους μονοθεραπείας). Παρά ταύτα, γίνεται αντιληπτό πως η αδεφοβίρη αποτελεί φάρμακο με

υψηλό γενετικό φραγμό αντίστασης αφού ιολογική αντίσταση ανιχνεύεται πολύ αργότερα και σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό, συγκρίνοντας με τη λαμβουντίνη. Η ανάπτυξη αντίστασης περιορίζει την αποτελεσματικότητά της σημαντικά, ανάλογα με το ανθεκτικό στέλεχος που επιλέγεται (2,5-3 φορές μικρότερη ευαισθησία το στέλεχος A181V και 3,9-13,8 φορές το στέλεχος N236T, σε σχέση με τον αρχέγονο ιό) ενώ και η ευαισθησία των ανθεκτικών στην αδεφοβίρη στελεχών σε χορήγηση λαμβουντίνης ποικίλει ανάλογα με το επιλεγμένο στέλεχος (λιγότερο ευαίσθητο στη λαμβουντίνη το A181V σε σχέση με το N236T). Η αποτελεσματική αναχαίτιση του ιικού πολλαπλασιασμού (εκτιμώμενη με ευαίσθητες μεθόδους μοριακής ιολογίας- PCR με όριο ευαισθησίας <1000 copies/ml) κατά τη διάρκεια της αγωγής αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αποφυγή ανάπτυξης αντίστασης στην αδεφοβίρη, όπως και σε κάθε αγωγή με νουκλεοσ(τ)ιδικά ανάλογα. Επίσης, αξίζει να αναφερθεί πως η διακοπή της αγωγής οδηγεί σε βιοχημική και ιολογική υποτροπή, με παράλληλη απώλεια του ιστολογικού οφέλους, στην πλειονότητα των ασθενών, ενώ μια υποομάδα αυτών, παρουσιάζει σημαντική βιοχημική έξαρση η οποία δεν είναι επιθυμητή, ιδιαίτερα για τους ασθενείς με προχωρημένη νόσο ιστολογικά.

Συνολικά το 70-80% των ασθενών υπό μακροχρόνια μονοθεραπεία με αδεφοβίρη (5 έτη) διατηρούν τη βιοχημική και ιολογική ανταπόκριση καθώς και την ορομετατροπή του HBeAg (91%) ενώ ιστολογική βελτίωση παρατηρείται ακόμη και σε κίρρωτικούς, ιολογικά και βιοχημικά ανταποκρινόμενους, ασθενείς. Τα δεδομένα αυτά σε συνδυασμό με την εξαιρετική ανοχή και ασφάλεια



του φαρμάκου και τα σχετικά χαμηλά ποσοστά καθυστερημένης εμφάνισης αντίστασης που αναφέρονται, καθιστούν την αδεφοβίρη μεταξύ των πρώτων επιλογών για έναρξη αγωγής σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β προχωρημένου σταδίου, ιδιαίτερα σε αυτούς που αντενδείκνυται η χορήγηση ιντερφερόνης ή δεν παρουσιάζουν προγνωστικούς δείκτες καλής ανταπόκρισης σε αγωγή με ιντερφερόνη.

Εντεκαβίρη

Η εντεκαβίρη είναι από τα νεότερα νουκλεοσιδικά ανάλογα. *In vitro* μελέτες σε κυτταροκαλλιέργειες αναδεικνύουν πως η αντι-ϊική δράση της εντεκαβίρης είναι τουλάχιστον κατά 100 φορές ισχυρότερη από αυτή της λαμβουντίνης ενώ *in vivo* μελέτες σε πειραματόζωα υποστηρίζουν ισχυρά πως η αποτελεσματικότητά της δεν αφορά μόνο τα επίπεδα ιαμίας αλλά και τα επίπεδα του cccDNA του πυρήνα των ηπατοκυττάρων και τα επίπεδα των ενδιάμεσων παραγώγων του πολλαπλασιασμού του HBV του κυτταροπλάσματος, που μειώνονται θεαματικά μετά 3-ετή μονοθεραπεία.

Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητά της εντεκαβίρης συγκρίθηκαν με τη λαμβουντίνη, τόσο σε πρωτοθεραπευόμενους HBeAg (+) και HBeAg (-) ασθενείς όσο και σε ασθενείς που είχαν αναπτύξει ιολογική αντοχή στη λαμβουντίνη. Η εντεκαβίρη (0,5 mg) βρέθηκε αποτελεσματικότερη της λαμβουντίνης σε βιοχημικό (ομαλοποίηση ALT, 68% vs 60%), ιολογικό (HBV-DNA <300 copies/ml, 67% vs 36%) και ιστολογικό (μείωση δείκτη νεκροφλεγμονώδους δραστηριότητας >2, 74% vs 64%) επίπεδο, ενώ τα δύο φάρμακα ήταν συγκρίσιμα ως προς τα ποσοστά ορομετατροπής του HBeAg (21% vs 18%) και τη

βελτίωση της ηπατικής ίνωσης (39% vs 39%), στον πρώτο χρόνο αγωγής των πρωτοθεραπευόμενων HBeAg (+) ασθενών. Η υπεροχή της στις προαναφερθείσες παραμέτρους διατηρήθηκε και το δεύτερο χρόνο της αγωγής ενώ δεν εμφανίσθηκε καμία περίπτωση αντοχής στην εντεκαβίρη. Ανάλογη ήταν η αποτελεσματικότητα της στους HBeAg (-) ασθενείς τόσο

Η διακοπή της αγωγής οδηγεί σε βιοχημική και ιολογική υποτροπή, με παράλληλη απώλεια του ιστολογικού οφέλους, στην πλειονότητα των ασθενών, ενώ μια υποομάδα αυτών παρουσιάζει σημαντική βιοχημική έξαρση η οποία δεν είναι επιθυμητή, ιδιαίτερα για τους ασθενείς με προχωρημένη νόσο ιστολογικά

στον πρώτο όσο και στο δεύτερο χρόνο θεραπείας (78-89% ομαλοποίηση ALT και 90-94% HBV-DNA <300 copies/ml, αντίστοιχα), δίχως την εμφάνιση ανθεκτικών στελεχών. Οι προαναφερθείσες μελέτες αλλά και μελέτες άλλων φαρμάκων με παρόμοιο σχεδιασμό, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η εντεκαβίρη και το ακόμη νεότερο ανάλογο τελμπιβουντίνη αποτελούν τα ισχυρότερα διαθέσιμα αντι-ϊικά φάρμακα επί του παρόντος σε ό,τι αφορά την ηπατίτιδα Β (ταχεία μείωση των επιπέδων ιαμίας κατά

6.4-6.9 -log και μη-ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο στο 60-69% των ασθενών στο τέλος του πρώτου έτους θεραπείας, με ευαίσθητες μεθόδους PCR- HBV-DNA <300 copies/ml).

Ανθεκτικά στην εντεκαβίρη στελέχη αναπτύσσονται στο 9% των ασθενών που είχαν ήδη αναπτύξει αντίσταση στη λαμβουντίνη, η οποία φαίνεται ότι αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη ιολογικής διαφυγής υπό αγωγή με εντεκαβίρη, αφού οι μεταλλαγές που καθιστούν το νέο στέλεχος ανθεκτικό στην εντεκαβίρη φαίνεται να προϋπήρχαν πριν την έναρξή της. Μεταλλαγές που σχετίζονται με αντίσταση στην εντεκαβίρη είναι οι I169, T184, S202 ή/και M250, ωστόσο επί απουσίας συνυπαρχουσών μεταλλαγών συσχετιζόμενων με αντοχή στη λαμβουντίνη (L180 ή/και M204) αυτές δεν προσφέρουν στο στέλεχος αντίσταση στην εντεκαβίρη.

Φαίνεται, λοιπόν, με τα μέχρι σήμερα υπάρχοντα δεδομένα ότι η εντεκαβίρη αποτελεί τον ισχυρότερο εγκεκριμένο αντι-ϊικό παράγοντα για τη θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β με τον υψηλότερο ουδό γονοτυπικής αντίστασης από τα λοιπά εγκεκριμένα νουκλεοσ(τ)ιδικά ανάλογα. Αναμένεται τα υπάρχοντα δεδομένα να επιβεβαιωθούν σε μακροχρόνιες μελέτες και να αποκλειστούν κάποια δεδομένα τοξικότητας που προέκυψαν σε ορισμένα πειραματόζωα (καρκινογένεση), ώστε η εντεκαβίρη να φλεртάρει την πρώτη θέση στην επιλογή αγωγής σε πρωτοθεραπευόμενους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β.

Μέχρι πριν μια δεκαετία περίπου η κλασική ιντερφερόνη αποτελούσε θεραπευτικό μονόδρομο για την αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β και οδηγούσε σε θεραπευτικά αδιέξοδα σημαντικό

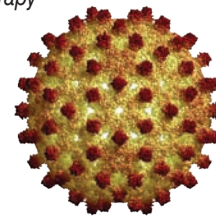


ποσοστό αυτών. Σήμερα το οπλοστάσιο έχει εμπλουτισθεί σημαντικά και συνεχίζει να εμπλουτίζεται με νέους και ισχυρούς παράγοντες επιλύοντας προβλήματα του παρελθόντος και δημιουργώντας νέα και δυνητικά δυσεπίλυτα προβλήματα. Η έναρξη θεραπευτικής αγωγής σε πρωτοθεραπευόμενο ασθενή με χρόνια ηπατίτιδα Β αποτελεί διαδικασία μείζονος σημασίας διότι καθορίζει τη διαδικασία παρακολούθησής του, τα μελλοντικά ανακύπτοντα προβλήματα και τις μελλοντικές θεραπευτικές επιλογές. Βασικό μέλημά μας πρέπει να αποτελεί η σωστή κλινική εκτίμηση των ασθενών και η ανίχνευση αυτών που χρήζουν θεραπευτικής παρέμβασης. Η επιλογή της αγωγής θα βασισθεί στο συνδυασμό των επιδημιο-

λογικών-κλινικών δεδομένων (ηλικία ασθενούς, συνυπάρχοντα νοσήματα και ιεράρχηση αυτών, κλινική εκτίμηση ηπατοπάθειας) με την ιστολογική βαρύτητα της ηπατικής νόσου, τον κίνδυνο εξέλιξής της αλλά και την πιθανότητα μη-ανταπόκρισης ή πλημμελούς ανταπόκρισης ή/και ανάπτυξης ιολογικής αντίστασης σε μακροχρόνια αγωγή με τα εγκεκριμένα νουκλεοσ(τ)ιδικά ανάλογα, με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα. Συνεκτιμώντας μαζί με αυτά τη δυνατότητα συμμόρφωσης του ασθενούς στην προτεινόμενη αγωγή και αδρά το συνολικό κόστος αυτής, εξαιτούμε το θεραπευτικό σχήμα για κάθε ασθενή που πάσχει από την ίδια νόσο. ■

Βιβλιογραφία

1. Hadziyannis S. Therapy for patients with HBeAg-negative chronic hepatitis B. *Hepatology Reviews* 2006;3:40-8.
2. De Franchis R, Handengue A, Lau GK et al. EASL International Consensus Conference on Hepatitis B. 13-14 September, 2002, Geneva, Switzerland. *J Hepatol* 2003;39 suppl.1: s3-25.
3. Locarnini S, Hatzakis A, Heathcote J et al. Management of antiviral resistance in patients with chronic hepatitis B. *Antiviral Ther* 2004;9:679-93.



Στις Παθήσεις Γαστρικής Οξύτητας...

PENRAZOL[®]
CAPS 20mg
I.V. 40mg
omeprazole

Προσφέρει
την ηρεμία
που χρειάζεται ο ασθενής



Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία:



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, Πικέρμι Αττικής 190 09, Τηλ.: 210 6039326-9

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστείας 11-115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 7488711
Εθν. Αντιστάσεως 114-55134 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 459920-1



Επισκεφθείτε μας στο: www.elpen.gr



Αυτό το



προσέξατε;

Βιβλιογραφική Ενημέρωση

Επιμέλεια: Π. Σκλάβος

Γλειφιτζούρι λιδοκαΐνης. Μια νέα μέθοδος αναισθησίας του στοματοφάρυγγα

Lidocaine lollipop as single-agent anesthesia in upper GI endoscopy. Chakib Ayoub, Assad Skoury, Heitham Abdul-Baki, Viviane Nasr, Assaad Soweid. *Gastrointest Endosc* 2007; 66: 786-793.

Η χορήγηση φαρμάκων (μιδαζολάμης, ατροπίνης ή κεταμίνης) με τη μορφή γλειφιτζουριού έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχώς την τελευταία δεκαετία, κυρίως σε παιδιατρικούς ασθενείς, ως εισαγωγή στην αναισθησία. Για πρώτη φορά όμως χορηγήθηκε λιδοκαΐνη με τη μορφή αυτή, για την πρόκληση στοματοφαρυγγικής αναισθησίας πριν από ενδοσκοπήσεις του ανωτέρου πεπτικού και μάλιστα ως μοναδικό μέσο.

Για την παρασκευή του γλειφιτζουριού θερμάνθηκαν πενήντα γραμμάρια λευκής ζάχαρης, μέχρι να υγροποιηθούν και στη συνέχεια προστέθηκε ίση ποσότητα σιροπιού σφένδαμνου. Για κάθε γλειφιτζούρι, 3 mL αυτού του διαλύματος τοποθετήθηκαν σε έναν μικρό κυλινδρικό δοχείο και στη συνέχεια προστέθηκαν 300 mg άλατος υδροχλωρικής λιδοκαΐνης. Κατά την ψύξη - στερε-

οποίηση του μείγματος, μια μικρή πλαστική ράβδος τοποθετήθηκε στο ένα άκρο του κυλίνδρου και στη συνέχεια τα γλειφιτζούρια αποθηκεύθηκαν στο ψυγείο.

Πενήντα ασθενείς υποβλήθηκαν σε γαστροσκόπηση αφού έλαβαν ως τοπικό αναισθητικό του στοματοφάρυγγα είτε το γλειφιτζούρι λιδοκαΐνης (LG) είτε ξυλοκαΐνη με τη συνήθη μέθοδο του ψεκασμού (SG), δηλαδή τη χορήγηση συνολικής ποσότητας 300 mg ως εξής: τρεις διαδοχικές σειρές των 10 ψεκασμών, με μεσοδιαστήματα ενός λεπτού, διαλύματος ξυλοκαΐνης σε δόση 10 mg/ψεκασμό.

Όπως διαπιστώθηκε, η ανοχή στην ενδοσκόπηση ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα των ασθενών LG σε σχέση με αυτή που παρατηρήθηκε στους ασθενείς SG. Εν μέρει αυτό εξηγείται από τα λιγότερα επεισόδια αναγωγών ή τάσης προς έμετο που παρατηρήθηκαν σε αυτούς τους ασθενείς κατά τη φάση εισόδου του ενδοσκοπίου στον οισοφάγο, η οποία αναφέρεται από την πλειονότητα των ασθενών ως η πλέον δυσάρεστη φάση της ενδοσκόπησης. Μόνο το 32% των ασθενών

LG χρειάστηκε να λάβουν καταστολή σε αντίθεση με το 96% των ασθενών SG, αλλά ακόμη και σε αυτούς τους ασθενείς η μέση δόση μεπεριδίνης και μιδαζολάμης ήταν μικρότερη από αυτή των ασθενών SG. Η αποτελεσματικότητα του γλειφιτζουριού λιδοκαΐνης μπορεί να αποδοθεί στην συνεχή απελευθέρωση ουσίας με το γλείψιμο του γλειφιτζουριού και κατάποσή της με το σάλιο. Αυτό επιτρέπει την περισσότερο ομοιογενή κατανομή και αργή εξάπλωση του αναισθητικού όχι μόνο στο βλεννογόνο του στοματοφάρυγγα αλλά και στο οπίσθιο τριτημόριο της γλώσσας, στην περιοχή δηλαδή που εντοπίζονται οι υποδοχείς πίεσης υπεύθυνοι για το αντανάκλαστικό του εμέτου. ■





Η παρουσία οδοντικής νόσου θα μπορούσε να προδιαθέσει σε υποτροπή της Ηρ λοίμωξης μετά από επιτυχή θεραπεία εκρίζωσης

The presence of dental disease can be a risk factor for recurrent *Helicobacter pylori* after eradication therapy: A 3-year follow-up. B.S. Sheu, H.C. Cheng, Y.J. Yang, H.B. Yang, J.J. Wu. *Endoscopy* 2007; 39: 942-947.

Η υποτροπή της λοίμωξης από το *Helicobacter pylori*, ύστερα από επιτυχή αγωγή εκρίζωσης, κυμαίνεται ευρέως από 3-30% και ως κυριότεροι υπεύθυνοι παράγοντες θεωρούνται η επαναλοίμωξη, η νεαρή ηλικία των ασθενών και η πτωχή αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Επιπλέον, προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της υγιεινής της στοματικής κοιλότητας και της λοίμωξης από το *H. pylori* (τα ποσοστά επιτυχούς εκρίζωσης είναι χαμηλά σε ασθενείς με παρουσία του μικροβίου στη στοματική κοιλότητα, το Ηρ μπορεί να εξακολουθεί να παραμένει στη στοματική κοιλότητα μετά θεραπεία εκρίζωσης και οι παθήσεις των δο-

ντιών είναι συχνότερες σε ασθενείς με Ηρ-λοίμωξη), υποστηρίζοντας ότι η στοματική κοιλότητα θα μπορούσε να αποτελεί μια εναλλακτική θέση αποίκησης του Ηρ.

Σκοπός της παραπάνω μελέτης από την Taiwan ήταν να διευκρινιστεί η σχέση των οδοντικών παθήσεων με την υποτροπή της Ηρ λοίμωξης. Τη μελέτη ολοκλήρωσαν 359 ασθενείς οι οποίοι αφού ακολούθησαν επιτυχώς τη θεραπεία εκρίζωσης (επιβεβαιωμένη τόσο ιστολογικώς όσο και με δοκιμασία αναπνοής-UBT) εκτιμήθηκαν στο τέλος του 1ου, 2ου και 3ου έτους για την παρουσία Ηρ με UBT αλλά και από οδοντίατρο. Όπως διαπιστώθηκε, στο τέλος του πρώτου έτους η συχνότητα υποτροπών της λοίμωξης ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στους ασθενείς με τερηδόνα ή περιοδοντίτιδα συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν παρουσίαζαν τέτοιου είδους παθήσεις (13,2% vs. 3,5%; $P < 0.001$). Επιπρόσθετα, από την πολυπαραγοντική ανάλυση προέκυψε πως η παρουσία οδοντικής νόσου αποτελούσε

τον μοναδικό ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου υποτροπής της Ηρ-λοίμωξης ενώ θετική συσχέτιση διαπιστώθηκε και μεταξύ της σοβαρότητας της οδοντικής νόσου με τη συχνότητα των υποτροπών της λοίμωξης.

Οι ερευνητές υπέθεσαν ότι η παρουσία οδοντικής νόσου ενδεχομένως να σχετίζεται με την υπερανάπτυξη ορισμένων μικροβίων που πιθανόν να σχηματίζουν biofilm γύρω από το Ηρ επιτρέποντας την επιβίωση του μικροβίου, ή ότι οι οδοντικές παθήσεις προσφέρουν τις απαραίτητες θέσεις αποικισμού του Ηρ στη στοματική κοιλότητα. Επιπλέον, η παρουσία οδοντικής νόσου θα μπορούσε να αποτελεί ένδειξη πτωχής υγιεινής γενικότερα.

Τα συμπεράσματα της μελέτης υποχρέωσαν τους ερευνητές να συστήνουν τον τακτικό οδοντιατρικό έλεγχο και την άμεση αντιμετώπιση των οδοντικών παθήσεων σε όλους τους ασθενείς που θεραπεύονται επιτυχώς από την Ηρ-λοίμωξη. ■

Αυτό το προσέξατε;

Επιτυχής η πρώτη ενδοσκοπική τοποθέτηση μικροδιεγέρτη στον κατώτερο οισοφαγικό σφιγκτήρα ως αντιπαλινδρομική μέθοδος

An endoscopically implantable device stimulates the lower esophageal sphincter on demand by remote control: a study using a canine model. J.O. Clarke, S.B. Jagannath, A.N. Kalloo, V.R. Long, S.V. Kantsevov. *Endoscopy* 2007; 39: 72-76.

Η εμφύτευση ηλεκτρονικών συσκευών (micro stimulators) στο ανθρώπινο σώμα ξεκίνησε πριν από 15 χρόνια, με αρχικό σκοπό τη θεραπεία της μυϊκής ατροφίας ύστερα από κρανιο-ογκεφαλικές κακώσεις όπως επίσης και για την πρόληψη της μυϊκής δυσχρησίας σε περιπτώσεις σοβαρής αρθρίτιδας. Έκτοτε, το εύρος των ενδείξεων της μεθόδου έχει επεκτα-

θεί και πλέον τέτοιες συσκευές έχουν δοκιμαστεί επιτυχώς σε ασθενείς με ακράτεια ούρων, υπνική άπνοια αλλά και χρόνιες ημικρανίες. Στο χώρο της ειδικότητάς μας, θετικά αποτελέσματα έχουν αναφερθεί σε περιπτώσεις γαστροπάρεσης, παχυσαρκίας, ακράτειας κοπράνων και επίμονου λόξυγγα.

Ο επεμβατικός τρόπος τοποθέτησης (λαπαροσκοπικά ή με ανοικτό χειρουργείο), το μέγεθος της συσκευής και η διάρκεια ζωής της μπαταρίας αποτελούν περιορισμούς που εμποδίζουν την περαιτέρω εξάπλωση της μεθόδου. Στην παραπάνω μελέτη για πρώτη φορά επιχειρείται επιτυχώς η ενδοσκοπική τοποθέτηση micro

stimulator σε οισοφάγους πειραματόζων με σκοπό την εκλεκτική διέγερση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα. Η υποβλεννογόνια τοποθέτηση του εμφυτεύματος τεχνικά αποδείχθηκε ευχερής. Με τη βοήθεια τηλεχειριστηρίου ήταν δυνατή η αύξηση των πιέσεων στον κατώτερο οισοφαγικό σφιγκτήρα όποτε αυτό θεωρήθηκε επιθυμητό. Πιστεύεται πως με τον τρόπο αυτό θα είναι πλέον δυνατός ο έλεγχος των περισσότερων και ενδεχομένως των σοβαρότερων επεισοδίων γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης, όπως, για παράδειγμα, αυτών που συμβαίνουν μετά τη λήψη γεύματος ή ακόμα και κατά τη διάρκεια της νύκτας. ■





Συνέντευξη

Συνέντευξη του Καθηγητή κ. Ελευθερίου Γιαννούλη για τις «ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ»

στον Α. Ζερβακάκη

Χάριν των νεοτέρων αναγνωστών μας, γνωρίστε μας τον Καθηγητή Ελευθέριο Γιαννούλη.

Η ακαδημαϊκή μου σταδιοδρομία αρχίζει από το έτος 1970, όταν για πρώτη φορά κατέλαβα την θέση του άμισθου Πανεπιστημιακού βοηθού στην Α' Παθολογική Κλινική του ΑΠΘ στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ (Δ/ντής ο αείμνηστος Καθηγητής Δ. Βαλτής). Στην Κλινική αυτή παρέμεινα εργαζόμε-

νος μέχρι το τέλος της σταδιοδρομίας μου (31.8.2007) και ανήλθα ομαλά όλες τις βαθμίδες της Πανεπιστημιακής ιεραρχίας, μέχρι της θέσεως του Καθηγητού – Διευθυντού της ίδιας Κλινικής από το έτος 2002.

Η Α' Παθολογική Κλινική είναι μια από τις μεγαλύτερες Παθολογικές Κλινικές, που διαθέτει όλα τα Τμήματα των επιμέρους ειδικοτήτων της Εσωτερικής Παθολογίας, επιπλέον δε Τμήμα Τεχνητού Νεφρού και Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων και Μονάδα Παθολογικής Ογκολογίας και Μονάδα Ασήπτου Νοσηλείας.

? Πώς αισθάνεται ένας Ακαδημαϊκός όταν έρχεται η ώρα της συνταξιοδότησης;

Με την συνταξιοδότηση ένας μεγάλος κύκλος της ζωής κλείνει. Είναι πράγματι ένας τεράστιος κύκλος μακροχρόνιας δημιουργικής εργασίας και προσφοράς. Ένας αγώνας και μια πορεία με επιτυχίες, αποτυχίες αλλά και στόχους ανεκπλήρωτους, που αφορούσαν την εκπαίδευση των φοιτητών και των νέων ιατρών, την μετεκπαίδευση, την διδασκαλία, την επιστημονική έρευνα και την αναβάθμιση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας των νοσηλευομένων ασθενών.

Έτσι με την αποχώρηση, τα συναισθήματα είναι μεικτά. Από την μια πλευρά μια μακρόχρονη εμπειρία χάνεται αντί να μεταβιβασθεί στους νεώτερους. Και από την άλλη επικρατεί η άποψη πως η σκυτάλη πρέπει να αλλάξει χέρια για να επιτευχθεί το καλλίτερο δυνατό αποτέλεσμα.

? Τα τελευταία χρόνια πολλοί υποστηρίζουν, πως οι νέοι γιατροί δεν είναι τόσο επιμελείς, εργατικοί, πρόθυμοι κ.λπ. όσο οι παλαιότεροι. Ποιά είναι η γνώμη σας;

Νομίζω ότι αυτό δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Μεταξύ των

νέων γιατρών οι περισσότεροι είναι πρόθυμοι, εργατικοί και επιμελείς, πλην εξαιρέσεων. Εκείνο που λείπει είναι η συστηματική εκπαίδευση των νέων γιατρών, η γαλούχησή τους πάνω σε θέματα ηθικής και Ιατρικής Δεοντολογίας, αλλά και η άμεση αντιμετώπιση των οικονομικών τους αναγκών.

? Πιστεύετε ότι οι Ελευθεροεπαγγελματίες στη χώρα μας, που αποτελούν τη μεγάλη πλειονότητα των Γαστρεντερολόγων, αξιοποιούν την προσφερόμενη συνεχιζόμενη εκπαίδευση ή για διάφορους λόγους



υπολείπονται των αντιστοίχων συναδέλφων τους Νοσοκομειακών;

Πιστεύω ότι οι ελεύθεροι επαγγελματίες γαστρεντερολόγοι δεν αξιοποιούν πλήρως την προσφερόμενη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, σ' ένα μεγάλο ποσοστό. Νομίζω ότι χρειάζονται ενημέρωση από το συνδικαλιστικό τους όργανο (ΕΠΕΓΕ) και Επιστημονικές εκδηλώσεις στην περιφέρεια από την ΕΓΕ. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, για να διατηρήσει ο γιατρός την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, πρέπει να παρακολουθήσει βεβαιωμένα ορισμένα συνέδρια το χρόνο.

? Ως Πανεπιστημιακός Δάσκαλος είσθε ικανοποιημένος από την παρεχόμενη εκπαίδευση (για τη λήψη ειδικότητας και συνεχιζόμενη) στην ειδικότητά μας;

Θα έλεγα όχι. Πολλά από τα εκπαιδευτικά κέντρα στερούνται υποδομής και εξειδικευμένου προσωπικού. Θα πρέπει, σε ορισμένα μέρη της χώρας, να δημιουργηθούν πρότυπα γαστρεντερολογικά κέντρα, πλήρως εξοπλισμένα και στελεχωμένα με το ανάλογο προσωπικό. Σ' αυτά τα κέντρα να είναι δυνατή η εκπαίδευση των ειδικευομένων (ή και ειδικών) σε νέες τεχνικές, για ορισμένο χρονικό διάστημα. Ο θεσμός των υποτροφιών που έχει καθιερωθεί από την ΕΓΕ, είναι ένας άριστος τρόπος μετεκπαίδευσης νέων γιατρών σε αναγνωρισμένα κέντρα του εξωτερικού, για την απόκτηση νέων γνώσεων και νέων τεχνικών στη γαστρεντερολογία.

? Η αφθονία των εκδηλώσεων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης που διοργανώνονται από τις Γαστρεντερολογικές αλλά και τις συναφείς Ενώσεις είναι αποτέλεσμα του υψηλού

επιστημονικού δυναμικού του χώρου; Μήπως είναι σκόπιμο να εξετάσουμε καινούργια σχήματα πιο αποδοτικά και με λιγότερο κόστος;

Δεν είμαι υπέρ της πληθώρας των επιστημονικών εκδηλώσεων. Θα πρέπει το θέμα να επανεξετασθεί και ν' αναζητήσουμε πιο αποτελεσματικά και με μικρότερο κόστος σχήματα, που έχουνε μεγαλύτερη επιστημονική απήχηση στους νέους γαστρεντερολόγους.

Πολλά από τα εκπαιδευτικά κέντρα στερούνται υποδομής και εξειδικευμένου προσωπικού. Θα πρέπει, σε ορισμένα μέρη της χώρας, να δημιουργηθούν πρότυπα γαστρεντερολογικά κέντρα, πλήρως εξοπλισμένα και στελεχωμένα με το ανάλογο προσωπικό. Σ' αυτά τα κέντρα να είναι δυνατή η εκπαίδευση των ειδικευομένων (ή και ειδικών) σε νέες τεχνικές, για ορισμένο χρονικό διάστημα

Όπου υπάρχουν Πανεπιστημιακά κέντρα ή Γαστρεντερολογικές Κλινικές του ΕΣΥ, μπορεί να οργανωθούν μετεκπαιδευτικά μαθήματα (μια ή δύο φορές τον μήνα) ή παρουσίαση περιστατικών. Πιστεύω ότι αυτός είναι ένας καλός τρόπος εκπαίδευσης – μετεκπαίδευσης των νέων ιατρών, πολύ αποτελεσματικός.

? Μόλις πρόσφατα ολοκληρώθηκε η θητεία σας ως Προέδρου της ΕΓΕ. Ποιοί ήταν οι στόχοι σας όταν αναλαμβάνατε τα καθήκοντά σας; Γενικώς, μιλήστε μας σας παρακαλώ για την εμπειρία σας ως Προέδρου της μητρικής Εταιρείας.

Ο καθορισμός της ιστοσελίδας (site) του περιοδικού και της Εταιρείας, η είσοδος του περιοδικού στο Pub-Med, η δυνατότητα των μελών της ΕΓΕ να έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε ένα μεγάλο αριθμό περιοδικών αλλά και γνωστών βάσεων δεδομένων, υπήρξαν πράγματι βασικοί στόχοι. Ο τελευταίος στόχος είναι ήδη πραγματικότητα. Ελπίζω πολύ σύντομα το περιοδικό μας να μπει στο Pub-Med. Η στενή συνεργασία του ΔΣ με τα επιμέρους Τμήματα της Εταιρείας και η «εποπτεία» της επιστημονικής τους δραστηριότητας, έχει μπει σε καλό δρόμο.

Η χορήγηση υποτροφιών εξωτερικού και η χρηματοδότηση ερευνητικών πρωτοκόλλων υπήρξαν αναμφισβήτητοι βασικοί στόχοι. Πιστεύω ότι και στο θέμα αυτό η στάση του ΔΣ υπήρξε πολύ θετική. Σε ό,τι αφορά την διοργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων στην περιφέρεια, αποφασίσαμε την οργάνωση της Εαρινής Επιστημονικής διημερίδας στην Λάρισα και μιας άλλης ημερίδας στην Άμφισσα, σε συνεργασία με τον τοπικό Ιατρικό Σύλλογο.

Νομίζω ότι οι επιστημονικές αυτές εκδηλώσεις έχουν σημαντική απήχηση στους συναδέλφους γαστρεντερολόγους της περιφέρειας και θα πρέπει να ενθαρρύνονται στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Σε άλλα σημαντικά θέματα, όπως είναι η ενεργός εκπροσώπηση της Εταιρείας μας σε διεθνείς Επιστημονικούς Οργανισμούς, η υποστήριξη πολυκεντρικών μελετών, η ενημέρωση της κοινής γνώμης πάνω σε επίκαιρα θέματα που αφορούν ιδιαίτερα την πρόληψη



νοσημάτων με μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα, θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή. Η εκπαίδευση των ειδικευομένων στη Γαστρεντερολογία είναι επίσης ένα σημαντικό θέμα που πρέπει να συζητηθεί από τα επόμενα ΔΣ της Εταιρείας.

Βεβαίως υπάρχουν και τα καθαρώς διοικητικά θέματα που συχνά συσσωρεύονται και απαιτούν πολύ χρόνο για την επίλυσή τους.

? *Είστε ικανοποιημένος από το επίπεδο που έχει φτάσει στις μέρες μας η σχέση της ΕΓΕ με τα μέλη της; Από τις σχέσεις μεταξύ ΕΓΕ, ΕΠΕΓΕ και «Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας»;*

Η σχέση της ΕΓΕ με τα μέλη της έχει περιθώριο για περαιτέρω βελτίωση. Πιστεύω ότι η σχέση αυτή είναι συνάρτηση της σύνθεσης και της πολιτικής των εκάστοτε ΔΣ τα οποία θα πρέπει να έχουν σαν αρχή την ισονομία και ισοπολιτεία των μελών.

Σε ό,τι αφορά την σχέση της ΕΓΕ με ΕΠΕΓΕ και «Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας», πιστεύω ότι είναι καλές δεδομένου ότι τα ίδια μέλη συμμετέχουν στις τρεις εταιρείες. Οι προστριβές και η αυτονόμηση θ' αρχίσουν από την στιγμή που θα αμφισβητηθεί η μητρική Εταιρεία ΕΓΕ και οι θυγατρικές Εταιρείες λησμονήσουν το καταστατικό τους, τον προορισμό και το ρόλο τους.

? *Ποιά είναι η εκτίμησή σας για τις «διεκδικήσεις» της ΕΠΕΓΕ σχετικά με το γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας, τις ενδοσκοπήσεις, τους υπερήχους και τη χημειοθεραπεία; Αποτελούν ρεαλιστικούς στόχους ή μήπως ευχολόγια;*

Έχω τη γνώμη ότι είναι σημαντικοί στόχοι για τους οποίους πρέπει να

αγωνιστούμε. Όμως, είμαι σίγουρος ότι θα συναντήσουμε την έντονη αντίδραση άλλων Επιστημονικών Εταιρειών (Ακτινολόγων, Ογκολόγων). Για αυτό χρειάζεται σε βάθος συζήτηση του θέματος και κατάρτιση μιας άρτιας μελέτης η οποία θα απαντά στα δύσκολα ερωτήματα της εκπαίδευσης των γαστρεντερολόγων στα ειδικά αυτά γνωστικά αντικείμενα, τα οποία χωρίς αμφιβολία αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της Γαστρεντερολογίας. Τις προτάσεις αυτές θα πρέπει στη συνέχεια να τις προωθήσουμε στο Υπουργείο Υγείας.

Αν και είναι δύσκολο να προβλέψει κανείς τι θα συμβεί στα επόμενα 15-20 χρόνια, είναι σίγουρο όμως ότι αναμένεται μια ραγδαία εξέλιξη τόσο των απεικονιστικών μεθόδων, όσο και των ενδοσκοπικών τεχνικών

? *Πολλοί έχουμε την εντύπωση ότι οι σχέσεις μεταξύ υμών (των Θεσσαλονικέων) και ημών (των Αθηναίων), οι οποίες παλαιότερα θύμιζαν σχέσεις μεταξύ «Βορείων» και «Νοτίων», έχουν αποκατασταθεί τα τελευταία χρόνια; Εάν ναι, πού οφειλόταν η ένταξη και η εξάλειψή της;*

Προσωπικά, αισθάνομαι την Αθήνα σαν ιδιαίτερή μου πατρίδα, σαν το

σπίτι μου και το ίδιο πιστεύω ότι ισχύει και για όλους τους Θεσσαλονικείς. Είναι αλήθεια ότι υπήρξε κάποτε μια «ένταση» μεταξύ Θεσσαλονικέων – Αθηναίων, που θα πρέπει να αποδοθεί στη δυσκολία συμμετοχής των Θεσσαλονικέων στο ΔΣ της ΕΓΕ.

Όμως, σήμερα τέτοιο πρόβλημα δεν υφίσταται και τις σχέσεις μας χαρακτηρίζει η αλληλοεκτίμηση, ο σεβασμός και η αγάπη για δημιουργική συνεργασία και επιστημονική πρόοδο.

? *Μέσα από το πρίσμα της ραγδαίας εξελισσόμενης απεικονιστικής τεχνολογίας, πώς βλέπετε το μέλλον των ενδοσκοπήσεων και γενικώς της ειδικότητάς μας μεσομακροπρόθεσμα;*

Η ραγδαία εξέλιξη της Γαστρεντερολογίας τα τελευταία χρόνια οφείλεται κυρίως στην αλματώδη ανάπτυξη των ενδοσκοπικών τεχνικών και της μοριακής βιολογίας. Οπωσδήποτε, υπάρχει παράλληλα ανάπτυξη των απεικονιστικών μεθόδων που αποτελούν σημαντικά διαγνωστικά μέσα για την γαστρεντερολογία. Αν και είναι δύσκολο να προβλέψει κανείς τι θα συμβεί στα επόμενα 15-20 χρόνια, είναι σίγουρο όμως ότι αναμένεται μια ραγδαία εξέλιξη τόσο των απεικονιστικών μεθόδων, όσο και των ενδοσκοπικών τεχνικών. Πιστεύω, λοιπόν, ότι οι εξελίξεις αυτές θα υπερτερήσουν μάλλον και θα αναβαθμίσουν την γαστρεντερολογία και δεν θα «απειλήσουν» την ειδικότητά μας.

Θέλετε κάτι άλλο να προσθέσετε;

Όχι, ευχαριστώ.

Σας ευχόμαστε καλή και δημιουργική Χρονιά και σας ευχαριστούμε θερμότατα. ■

Ελεύθερο



Θέμα

Η εμπειρία της συμμετοχής μας στο ΔΣ της ΕΠΕΓΕ ή πώς καταναλώνεται ευχάριστα πολύ ενέργεια, με μικρό αντίκρισμα

γράφουν οι *Ε.Α. Παπαβασιλείου και Α. Ζερβακάκης*

Η πρώτη συνεδρίαση ενός νεο-εκλεγέντος ΔΣ είναι πανηγυρική. Για πρώτη -και τελευταία - φορά όλα τα μέλη έρχονται στην ώρα τους. Οι διαρροές αρχίζουν από τις επόμενες συνεδριάσεις. Η ατμόσφαιρα είναι εορταστική. Υπάρχει διάχυτο κλίμα αισιοδοξίας. Τα προβλήματα που θα απασχολήσουν το ΔΣ φαίνονται απλά. Μάλιστα, από τους καινούργιους εκδηλώνονται και απορίες, πως και δεν έχουν λυθεί ακόμα. Οι περισσότεροι, βέβαια, δεν τα γνωρίζουν καθόλου. Οι παλιότεροι είναι πιο επιφυλακτικοί και ίσως και με ενοχές, επειδή δεν προχώρησαν στην επίλυσή τους, ή, τουλάχιστον, δεν προσπάθησαν όσο θα έπρεπε. Γίνεται η κατανομή των τίτλων. Συνήθως με ψηφοφορία. Κρυφή... πού να εκτίθεται τώρα.... Μερικοί ενδεχομένως να αλλοιώνουν και το γραφικό τους χαρακτήρα. Για να μην αναγνωρίζονται. Στο τέλος όλοι δηλώνουν ευχαριστημένοι.

Στο απελθόν ΔΣ της ΕΠΕΓΕ, κατά περίεργο τρόπο, δεν παρατηρήθηκε

τίποτε απ'όλα αυτά. Όλοι αισθανόμαστε φίλοι, μια παρέα. Με τις αντιθέσεις, την πολλές φορές σκληρή αλλά καλόπιστη κριτική, τις εντάσεις, τις διαφωνίες, τα αστεία, τα πειράγματα, αλλά και την απαραίτητη κοινωνική ενημέρωση (εξαιρετικός ευφημισμός για τα κουτσομπολιά). Κατά περίεργο τρόπο, με αυτό το τελευταίο είδος ενημέρωσης η ατμόσφαιρα ηρεμούσε και όλοι άκουγαν τα νέα, προς μεγάλη απογοήτευση του προέδρου, καθώς η δική του ενημέρωση δεν ετύγχανε της ίδιας προσοχής. Βέβαια, η ολομέλεια δεν ήταν πάντα το δυνατό σημείο. Και, σαν επιβεβαίωση της όλης αυτής ατμόσφαιρας, υπήρξε η απόφαση τα πρακτικά να δημοσιεύονται στο Δελτίο της ΕΠΕΓΕ. Ανοικτά για όλους. Για παρατηρήσεις, προτάσεις και κριτική. Μια «ενδοοικογενειακή» διαμάχη, όμως, η οποία δεν ήταν δυνατό να κοινοποιηθεί, κατέδειξε το ανεδαφικό του εγχειρήματος.

Ανεδαφική επίσης αποδείχθηκε μια προσπάθεια του προέδρου να λειτουργήσει το ΔΣ στα πρότυπα σύγχρονης εταιρείας με κατανομή αρ-

μοδιοτήτων, συμπλήρωση εντύπων, χρονοδιαγράμματα, προτάσεις κ.ά. Δεν συζητήθηκε καν δεύτερη φορά. Παρά το ότι ο πρόεδρος είχε μοιράσει φωτοτυπίες με το υλικό και τις αρμοδιότητες του κάθε μέλους. Η ΕΠΕΓΕ μάλλον δεν έχει τα φόντα για πολυεθνική εταιρεία. Προς το παρόν τουλάχιστον. Για να μην απογοητεύεται -και γι' αυτό- ο τέως πρόεδρος.

Τα θέματα ήταν πάντα προετοιμασμένα από τον πρόεδρο και τον γενικό γραμματέα, οι οποίοι βρισκόντουσαν κάθε Τρίτη μεσημέρι στα γραφεία της ΕΓΕ και συζητούσαν τα τρέχοντα θέματα, «προχωρούσαν» τις αποφάσεις που είχαν ήδη ληφθεί και προετοίμαζαν την επόμενη συνεδρίαση του ΔΣ. Βέβαια η συνάντηση ήταν ανοικτή για όλα τα μέλη. Αλλά.... λέτε να μαζευσμασταν περισσότεροι αν προσφέρονταν και τα σάντουιτς που υπήρχαν στις συνεδριάσεις του ΔΣ; Τις περισσότερες φορές αποτελούσαν ευγενική χορηγία του προέδρου (για όσους θέλουν να τον κεράσουν δεν τρώει το τυρί!), λιγότερες του γραμματέα και σπανίως των άλλων, συνήθως με την



ευκαιρία ονομαστικών γιορτών.

Πρέπει εδώ να γίνει και μια αναφορά στην ουσιαστική προσφορά της Γραμματέως. Η συμβολή της στην εύρυθμη λειτουργία της ΕΠΕΓΕ αποδείχθηκε πολύτιμη, αρκεί να εφαρμοζόταν το κατάλληλο timing, σύμφωνα με το «δελτίο καιρού και θαλασσών» της ΕΜΥ.

Τα θέματα που ουσιαστικά απασχόλησαν το ΔΣ, παρουσιάστηκαν με λεπτομέρειες στη Γενική Συνέλευση και αναφέρονται στα πρακτικά της, που δημοσιεύονται σε άλλη στήλη αυτού του τεύχους των «Ενδοσκοπήσεων». Εντούτοις, θέλουμε να σας καταστήσουμε κοινωνούς κάποιων σκέψεών μας, σε θέματα που νομίζουμε ότι είναι σημαντικά και εν πολλοίς μπορούν να χωρισθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν ζητήματα βασικά, για την επίλυση των οποίων, όμως, η ενέργεια που καταναλώθηκε ήταν δυσανάλογη με τα πενήχρα αποτελέσματα.

Αναφορικά με τις ενδοσκοπήσεις που εκτελούνται από συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, αν και γνωρίζουμε ότι πολλοί διαφωνούν, πιστεύουμε ότι η μόνη ρεαλιστική τοποθέτηση είναι ότι ενδοσκοπήσεις μπορεί να κάνει οιοσδήποτε έχει την κατάλληλη εκπαίδευση, ανεξαρτήτως ειδικότητας. Ωστόσο, η εκπαίδευση θα πρέπει να χορηγείται από Γαστρεντερολογικά τμήματα και να τεκμηριώνεται με εξετάσεις.

Για τους υπερήχους, το πρόβλημα παραμένει ότι οι ακτινολόγοι στην ουσία αρνούνται να εκπαιδεύσουν ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στην πρόσκληση του υπουργείου να δηλώσουν τα νοσοκομεία της χώρας εκπαιδευτικά κέντρα για τους υπερήχους, θετικά απάντησαν μόνο τα ακτινολογικά τμήματα του Νοσοκομείου Γ. Γεννηματάς της Αθήνας και του Πανεπιστημιακού της Λάρισας.

Για τον καθορισμό του γνωστικού αντικειμένου τα πράγματα είναι πιο

δύσκολα καθώς, εν έτει 2007, ουσιαστικά δεν υπάρχει τίποτε θεσμοθετημένο, αφού στην κρίση της εκάστοτε κυβέρνησης πρυτανεύει το «πολιτικό κόστος». Πάντως, η ΕΠΕΓΕ έχει επικαιροποιήσει παλαιότερη εργασία της (σημαντική σ' αυτόν τον τομέα ήταν η προσφορά του Γ. Δρίκου) και είναι έτοιμη να την επαναπροωθήσει στο ΚΕΣΥ.

Η ΕΠΕΓΕ θα πρέπει να απευθύνεται σε όλους και να σχεδιάζει με στόχο το μέλλον. Και το μέλλον το αποτελούν οι νέοι. Οι οποίοι δεν θα πρέπει να νιώθουν αποκομμένοι

Τέλος, το θέμα της αυξήσεως των αμοιβών των ιατρικών πράξεων ως γνωστόν λιμνάζει και εντύπωσή μας είναι πως δεν πρόκειται να λυθεί, ίσως παρά μόνο αν η εκάστοτε κυβέρνηση αισθανθεί ότι χάνει τις εκλογές, οπότε θα προβεί στις απαραίτητες «διορθωτικές κινήσεις».

Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται θέματα τα οποία θεωρούμε επένδυση για το μέλλον. Συγκεκριμένα αναφερόμαστε στα θέματα που μελετούσαμε και παρουσιάζαμε τόσο σε στρογγυλά τραπέζια κατά τη διάρκεια των γαστρεντερολογικών συνεδρίων (π.χ.: «Πρόληψη καρκίνου του παχέος εντέρου», «Πληθωρισμός και κακή εκπαίδευση κατά τη διάρκεια της ειδικότητας-οι συμπληγάδες της σύγχρονης Γαστρεντερολογίας») όσο και στις μονοθεματικές διημερίδες της ΕΠΕΓΕ. Οι τελευταίες, με την αθρόα συμμετοχή και τα επαινετικά σχόλια που απέσπασαν από τους συναδέλφους, αποτέλεσαν μια πολύ

ευχάριστη έκπληξη και θεωρούμε ότι έδειξαν το δρόμο για το είδος της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, που πραγματικά έχουμε ανάγκη.

Για το θέμα της πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου η ΕΠΕΓΕ έχει ήδη εργασθεί ιδιαίτερα, συνεχίζει δε, με την εκπόνηση οικονομοτεχνικής μελέτης. Τη δουλειά αυτή έχουμε γνωστοποιήσει στην ΕΓΕ και στο ΕΛΙ-ΓΑΣΤ και πιστεύουμε ότι σύντομα, από κοινού, θα κάνουμε πράξη κάτι πολύ σημαντικό. Αμέσως μετά θα επικεντρώσουμε τις προσπάθειές μας στην «εκπαίδευση κατά τη λήψη ειδικότητας». Για το ζήτημα αυτό, θέλουμε να τονίσουμε τη βεβαιότητά μας πως η μόνη λύση του προβλήματος είναι τα τμήματα που χορηγούν ειδικότητα να θέσουν ως στόχο να διαπιστευθούν ώστε να χορηγούν το Ευρωπαϊκό Δίπλωμα Γαστρεντερολογίας.

Τέλος, η τρίτη κατηγορία θεμάτων είναι αυτή που μας έδωσε αισιόδοξα και χειροπιαστά μηνύματα. Η βασικότερη, ίσως, τομή που έγινε από το απελθόν ΔΣ ήταν η «χρησιμοποίηση» νέων στην ηλικία και στην ενασχόληση με τα κοινά συναδέλφων, αρχικά στη Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού και στη συνέχεια η ενθάρρυνσή τους να μετέχουν ως υποψήφιοι στις εκλογές για το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ. Τα αποτελέσματα αναμένονται ανάλογα με εκείνα της επιτυχίας του περιοδικού.

Η ΕΠΕΓΕ θα πρέπει να απευθύνεται σε όλους και να σχεδιάζει με στόχο το μέλλον. Και το μέλλον το αποτελούν οι νέοι. Οι οποίοι δεν θα πρέπει να νιώθουν αποκομμένοι.

Και κάτι τελευταίο: μάθαμε πως η ΕΓΕ πρότεινε, και ΕΠΕΓΕ και ΕΛΙ-ΓΑΣΤ αποδέχθηκαν, την από κοινού διοργάνωση της εορτής της κοπής της πίτας μας. **Μπράβο σε όλους. Άντε, με το καλό και στο γαστρεντερολογικό συνέδριο!**

Καταπώς φαίνεται, το πνεύμα της εποχής είναι αυτό των μεγάλων συγχωνεύσεων. Και τα μικρομάγαζα μάλλον δεν έχουν μέλλον. ■



Συνέδρια

Συνέδρια

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ 5η Εκπαιδευτική Διημερίδα της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

γράφει ο **Γ. Ι. Μάντζαρης**

«Εις Μνήμην Κώστα Νικολαΐδη»

24 και 25 Νοεμβρίου 2007-12-24 Ξενοδοχείο *Divani Caravel*

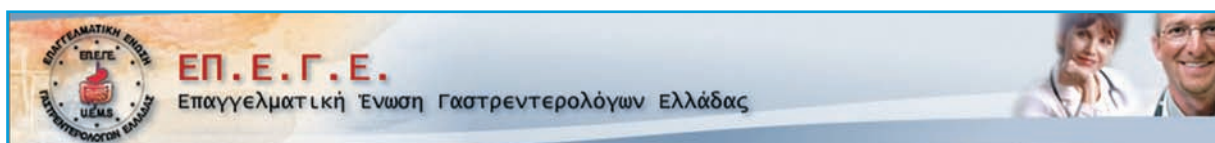
Η 5η Εκπαιδευτική Διημερίδα της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδας (ΕΠ.Ε.Γ.Ε.) διεξήχθη στις 24 και 25 Νοεμβρίου 2007 στο Ξενοδοχείο *Divani Caravel* της Αθήνας και ήταν αφιερωμένη στις παθήσεις του πρωκτού και της περιεδρικής χώρας. Η Διημερίδα οργανώθηκε από τα μέλη του Δ.Σ. της Ένωσης και τους κ.κ. **Εμ. Αρχαύλη, Δ. Κουτσομανή, Α. Χρηστίδου**

και τον **Γ.Ι. Μάντζαρη**, που ήταν και πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής. Παρακολουθήθηκε με μεγάλο ενδιαφέρον από ... μέλη και μη μέλη της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. στους οποίους χορηγήθηκαν ...μόρια CME.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν το κεντρικό εκπαιδευτικό αντικείμενο και μετά από πρόταση του προέδρου της Ο.Ε. που έγινε ασμένως δεκτή από σύσσωμο το Δ.Σ. της Ένωσης, η διημερίδα αφιερώθηκε στη μνήμη του καθηγητή Κώστα Νικολαΐδη, που όσο ζούσε ασχολήθηκε όσο κανείς Γαστρεντερολόγος με τις παθήσεις

του πρωκτού. Σε μια σεμνή τελετή ο κ. Ιωάννης Καραγιάννης, πρώτος ειδικευόμενος του Κώστα Νικολαΐδη στο Νοσοκομείο ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ, αναφέρθηκε εκτενώς στον γιατρό αλλά και τον άνθρωπο Νικολαΐδη, τονίζοντας ιδίως την αξιοπρέπεια, την ευγένεια, το χιούμορ και τη μελιχλιότητα του χαρακτήρα του. Ο πρόεδρος της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. κ. Ζερβακάκης πρόσφερε στη σύζυγό του Γιόλα αναμνηστική πλακέτα της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. – ως τιμή για την προσφορά του εκλιπόντος στους ασθενείς και τους γιατρούς.

Στο επιστημονικό πρόγραμμα ως Ο.Ε. επωμισθήκαμε πολλά προβλήματα: Η θεματολογία έπρεπε να καλύψει 2 εκπαιδευτικές ημέρες και να βρεθούν επαΐοντες, να περιορίσουμε δραματι-





κά τον αριθμό των προσκεκλημένων ομιλητών ή/και προέδρων για λόγους οικονομίας, να εξαντλήσουμε τα όρια της φαντασίας ώστε να διεγείρουμε την ενεργό συμμετοχή των συνέδρων σε παθήσεις συχνές μεν αλλά συχνά ημιχειρουργικές ή εξειδικευμένα επεμβατικές άρα όχι και τόσο ελκυστικές για τον μέσο Γαστρεντερολόγο, να εκπροσωπηθούν στο εκπαιδευτικό σκέλος τα κατ' εξοχήν μέλη της ΕΠ.Ε.Γ.Ε., οι ιδιώτες Γαστρεντερολόγοι, και παράλληλα τόσο τα Κρατικά αλλά κυρίως τα Ιδιωτικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα, και να προσελκύσουμε το ενδιαφέρον του Φαρμακευτικού (και όχι μόνο) Τομέα ώστε η εκδήλωση να αποβεί και ζωογόνα για την οικονομική επιβίωση της Ένωσης, κ.λπ.

Έχοντας τα ως άνω κατά νου, αντικειμενικός στόχος της Διημερίδας ήταν να παράσχει απλές, σαφείς και πρακτικές γνώσεις διάγνωσης και θεραπείας των συνηθέστερων παθήσεων του πρωκτού που απασχολούν ιδίως τον ιδιώτη εξωνοσοκομειακό Γαστρεντερολόγο στην καθημερινή του πράξη. Επομένως, η επιλεγείσα θεματολογία και η δομή του προγράμματος αποσκοπούσαν να καλύψουν σφαιρικά την ανατομία και τη λειτουργία του πρωκτού και να εξοικειώσουν τον μέσο Γαστρεντερολόγο με την παθολογία, τη διερεύνηση, τη διάγνωση και τη συντηρητική και επεμβατική αντιμετώπιση των συχνότερων οξείων και χρονίων παθήσεων του πρωκτού και της περιεδρικής χώρας. Αυτό έγινε με την μορφή συμποσίων και διαλέξεων σε ενότητες παθήσεων

από έμπειρους συναδέλφους που στη συντριπτική τους πλειονότητα είχαν ασχοληθεί ερευνητικά και εξακολουθούν να ασχολούνται κλινικά με το γνωστικό αντικείμενο που τους ανατέθηκε. Ως ομιλητές και ως προέδρους επιλέξαμε τους κατά τη γνώμη μας και κατά τεκμήριο επαίοντες του Ιδιωτικού κυρίως τομέα ή των συνα-

να ανασκοπούν τα κύρια σημεία που πρέπει να θυμούνται οι σύνεδροι («take home messages»).

Έτσι, το πρόγραμμα απαρτίσθηκε από 4 στρογγύλες τράπεζες-συμπόσια, μια συνεδρία οξέων συμβαμάτων στην πρωκτολογία, μια διάλεξη ξένου και μια διάλεξη Έλληνα ομιλητή και 8 Φροντιστηριακά Μαθήματα.

Στη Στρογγύλη Τράπεζα για την αιμορροϊδοπάθεια ο καθ. κ. Ευγενίδης εισήγαγε τους συνέδρους στην επιδημιολογία και την κλινική σημασία του προβλήματος. Από τους ομιλητές, ο κ. Τσιλήρας ανέπτυξε την ανατομία της περιοχής και την παθογένεια, διάγνωση και σύγχρονη διαβάθμιση της αιμορροϊδοπάθειας. Ο κ. Τζιάς αναφέρθηκε λεπτομερώς στις σύγχρονες συντηρητικές θεραπείες βάσει της διαβάθμισης της αιμορροϊδοπάθειας δίνοντας έμφαση στις δυνατότητες και τα όριά της. Τέλος, ο κ. Κουτσομανής αναφέρθηκε κριτικώς στις ενδοσκοπικές θεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισης της απλής και επιπλεγμένης αιμορροϊδοπάθειας

(ενέσεις, απολίνωση, θερμικές μέθοδοι, κ.ά.). Ο κ. Δημήτρης Ψιλόπουλος ανασκόπησε εύστοχα τα συμπεράσματα της τράπεζας.

Ακολούθησε η Διάλεξη του προσκεκλημένου χειρουργού κ. Angelo Stuto, άμεσου συνεργάτη του καθηγητή Longo, ο οποίος εξοικείωσε το ακροατήριο με την σύγχρονη διαγνωστική προσπέλαση και τις χειρουργικές τεχνικές που εφαρμόζονται για την λυσιτελή θεραπεία της δυσκοι-



δέλφων που δραστηριοποιούνται σε μεγάλα Ιδιωτικά και Δημόσια αλλά ταυτόχρονα ασκούν και ιδιωτική Γαστρεντερολογία. Παράλληλα, λάβαμε μέριμνα να εκπροσωπηθεί και το Πρωκτολογικό Τμήμα της Ε.Γ.Ε. Δόθηκαν, τέλος, αναλυτικές οδηγίες ώστε ο ρόλος των προέδρων να μη είναι απλώς συντονιστικός αλλά σε συνεργασία με τους ομιλητές να καταγράφουν τα εκπαιδευτικά αντικείμενα της συνεδρίας και στο τέλος



λιότητας ανάλογα με την αιτία της, π.χ. βραδείας αγωγής, αποφρακτική δυσκοιλιότητα, κ.ο.κ. Η επαγωγική ανάπτυξη της θεματολογίας και τα έσοχα απεικονιστικά μέσα του ομιλητή συνέβαλαν τα μέγιστα στην πλήρη κατανόηση των ενδείξεων και των ορίων της χειρουργικής θεραπείας της δυσκοιλιότητας.

Ο κ. Δημήτρης Καραγιάννης εισήγαγε τους ομιλητές της Στρογγύλης Τράπεζας για την οξεία και χρόνια ραγάδα οριοθετώντας το κλινικό πρόβλημα. Η κ. Μπομπότση παρέθεσε τους παθογενετικούς μηχανισμούς της νόσου και τις παθολογικές οντότητες που μπορεί να οδηγήσουν πρωτοπαθώς ή δευτεροπαθώς με την ανάπτυξη οξείων και χρονίων ραγάδων. Ο κ. Αρμόνης περιέγραψε τη διαγνωστική μεθοδολογία και τη διαφορική διάγνωση της νόσου. Ο κ. Μιχόπουλος περιέγραψε αναλυτικά τις τελευταίες εξελίξεις στην συστηματική και ιδίως την τοπική, τόσο φαρμακευτική (κλασικές θεραπείες, τοξινική θεραπεία, παλαιά και νέα νιτρώδη, κ.λπ.) όσο και ενδοσκοπική θεραπεία της νόσου ενώ ο κ. Κομπορόζος περιέγραψε τις ενδείξεις, τα τεχνικά χαρακτηριστικά και τα λειτουργικά αποτελέσματα των χειρουργικών τεχνικών θεραπείας της ραγάδας. Ο κ. Δρίκος ως συμπρόεδρος ανασκόπησε τα κύρια σημεία των νεώτερων εξελίξεων στην παθογένεια και θεραπεία της ραγάδας.

Προκειμένου τα εκπαιδευτικά αντικείμενα να μη περνούν «ξηρά και άκριτα» στους εκπαιδευόμενους σκεφθήκαμε να καινοτομήσουμε δίνοντας την ευκαιρία σε περιορισμένο αριθμό συνέδρων να επιλέξει ανάμεσα σε 8 φροντιστηριακά Μαθήματα. Αυτά πραγματοποιήθηκαν σε 2 σειρές κατά τη μεσημβρινή διακοπή συνοδευόμενα από ελαφρύ γεύμα και ποτό. Είχαν τον χαρακτήρα «Συνάντησης με τον ειδικό», διήρκεσαν 40', και παρακολούθηθηκαν με ζωηρό ενδιαφέρον και ενεργό συμμετοχή από τους εγ-

γεγραμμένους συνέδρους. Η θεματολογία τους ως συμπληρωματική του προγράμματος της Διημερίδας, έδωσε την ευκαιρία σε ενδιαφερόμενους συνέδρους να μιλήσουν άμεσα σε πιο χαλαρή αλλά παραγωγική ατμόσφαιρα για «καυτά» θέματα της καθημερινής πρωκτολογίας με κατ'

Προκειμένου τα εκπαιδευτικά αντικείμενα να μη περνούν «ξηρά και άκριτα» στους εκπαιδευόμενους σκεφθήκαμε να καινοτομήσουμε δίνοντας την ευκαιρία σε περιορισμένο αριθμό συνέδρων να επιλέξει ανάμεσα σε 8 φροντιστηριακά μαθήματα

εξοχήν ειδήμονες: Ο κ. Βιάζης, που ασκεί το εξωτερικό Ενδοσκοπικό Ιατρείο σε ασθενείς με AIDS του Ευαγγελισμού, ανέπτυξε διαγνωστικά και θεραπευτικά θέματα σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νόσων, ο κ. Κουτσομανής, με μακρά ερευνητική και κλινική ενασχόληση με θέματα κινητικότητας, επωμίσθηκε την μανομετρία του πρωκτού, ο κ. Δανιηλίδης, από τους πλέον επαίοντες στον Ιδιωτικό Τομέα των ΙΦΝΕ, διαπραγματεύθηκε το θέμα της βιολογικής θεραπείας ασθενών με περιεδρική νόσο του Crohn, και ο κ. Καραμανώλης, με μεταπτυχιακή εκπαίδευση στη Μονάδα Κινητικότητας του Πεπτικού στη Leuven, ανέπτυξε το θέμα της διάκρισης των παθήσεων του πρωκτού από περιεδρικά και πρωκτικά συμπτώματα του συνδρόμου

ευερεθίστου εντέρου. Στη 2η σειρά, η κ. Χιωτακάκου, με μακρά εμπειρία κοντά στον καθ. Forbes, εξοικείωσε τους συνέδρους με τη μέθοδο της βιοανάδρασης ως θεραπείας πρωκτικών συμπτωμάτων και σημείων, ο κ. Πολύμερος, επίσης με θητεία στο St Mark's Hospital, συζήτησε θέματα σχετιζόμενα με τη δυσκοιλιότητα, την πρόπτωση και το μονήρες έλκος του ορθού, ο κ. Μαντίδης, μη χρήζων συστάσεων, συζήτησε εκτενώς θέματα που άπτονται της διάγνωσης και θεραπείας της ακράτειας και, τέλος, η κ. Λαούδη ανέπτυξε το θέμα των διαγνωστικών εφαρμογών του ενδοορθικού ενδοσκοπικού EUS με το οποίο έχει μακρά ενασχόληση. Η Ο.Ε. αισθάνεται ικανοποιημένη γιατί τα ενθουσιώδη μηνύματα που έλαβε από τους συμμετέχοντες για την απήχηση των Φροντιστηριακών Μαθημάτων και ενδεχομένως θα πρέπει να αποτελέσουν απαρχή παράδοσης για τις επόμενες διημερίδες.

Στην απογευματινή συνεδρία ο καθ. κ. Ποταμιάνος επικέντρωσε τα γνωστικά αντικείμενα της τράπεζας για την αιτιοπαθογένεια, την απεικονιστική διάγνωση και σταδιοποίηση και την συντηρητική και χειρουργική θεραπεία της πρωκτικής και περιεδρικής νόσου του Crohn. Ο κ. Οικονόμου ανάλυσε λεπτομερώς την αιτιοπαθογένεια (γενετικές συσχετίσεις, περιβαλλοντική επιβάρυνση, ανατομικές σχέσεις, φαινοτυπική έκφραση και αντικειμενικά ευρήματα της πρωκτικής προσβολής). Η κλινική σημασία της σταδιοποίησης της νόσου με βάση τα CT, MRI και το ενδοορθικό EUS αναλύθηκαν από τις κυρίες Αθανασίου και Λαούδη που τόνισαν τα τεχνικά χαρακτηριστικά των μεθόδων και τα όρια της διακριτικής τους ικανότητας με σκοπό την πλήρη ανατομική ανάδειξη της νόσου για την διευκόλυνση της συντηρητικής και χειρουργικής θεραπείας. Η κ. Χρηστίδου αναφέρθηκε στα κλασικά θεραπευτικά



σχήματα και τα κριτήρια επιλογής ασθενών για ανοσοκατασταλτικές και βιολογικές θεραπείες επισημαίνοντας τη σημασία της πλήρους ανατομικής ανάδειξης της νόσου και την επαρκή παροχέτευση αποστημάτων και συριγγίων με setons πριν την εφαρμογή των βιολογικών θεραπειών. Έτσι, ο κ. Μπαράτσης είχε επαρκές έδαφος να τονίσει την πολυπλοκότητα της συντονισμένης συντηρητικής και χειρουργικής θεραπείας, τις επιμέρους τεχνικές για την αντιμετώπιση της σήψης, την ύφεση της φλεγμονής και την, ει δυνατόν, κατά στάδια επούλωση της νόσου. Οι κ.κ. Κουμεντάκης και Ποταμιάνος ανασκόπησαν στο τέλος τα κύρια σημεία της τραπεζής.

Η πρώτη ημέρα έκλεισε με την παράθεση επειγόντων προβλημάτων στην πρωκτολογία από τους κ.κ. Πανάγου (θρόμβωση αιμορροΐδων), Αλεξανδράκη (αιμορροϊδική κρίση), Δανδάκη (οξεία ραγάδα) και Κωστόπουλο (πρωκταλγία). Μολονότι ορισμένες διαλέξεις επαναλάμβαναν θέματα στρογγύλων τραπεζών, η διαφορετική σύνθεση του ακροατηρίου, η επικέντρωση στην οξύτητα του προβλήματος και η ρυθμιστική παρέμβαση του έμπειρου προεδρείου που αποτελούνταν από τους επί σειρά ετών προέδρους και αντιπροέδρους του Πρωκτολογικού Τμήματος της Ε.Γ.Ε. πιστεύουμε ότι ήταν επωφελές για τους συνέδρους.

Την 2η ημέρα, ο κ. Ροκκάς επικέντρωσε τα γνωστικά αντικείμενα της τράπεζας για την ακράτειας. Η κ. Μπεργελέ παρουσίασε αναλυτικά τους μηχανισμούς εγκράτειας και τον αποσυντονισμό τους τονίζοντας τη μεγάλη διαγνωστική αξία του ιστορι-

κού και της αντικειμενικής εξέτασης για την επιλογή των διαγνωστικών εξετάσεων. Ο κ. Σκοτινιώτης παρουσίασε ένα διαγνωστικό αλγόριθμο της ακράτειας με έμφαση στην ερμηνεία των διαγνωστικών μεθόδων που πρέπει να επιλεγούν στην καθημερινή κλινική πράξη.

**Η 5η Εκπαιδευτική
Διημερίδα ήταν
επιτυχημένη
χάρis στο υψηλό
επιστημονικό
επίπεδο των
προέδρων, ομιλητών
και εκπαιδευτών,
τη βοήθεια από τις
Φαρμακευτικές
Εταιρείες και
Εταιρείες Διατροφής
και, κυρίως, την
ενεργό συμμετοχή
των συνέδρων**

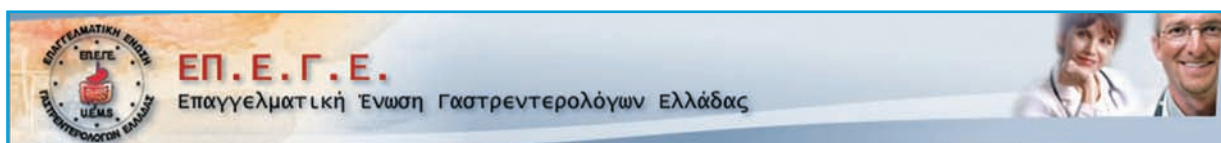
Τέλος, οι κ.κ. Νταϊλιάνας και Σταματιάδης παρουσίασαν τα δεδομένα της θεραπευτικής παρέμβασης από τη σκοπιά του Γαστρεντερολόγου και του χειρουργού, αντίστοιχα, για το βασανιστικό αυτό πρόβλημα. Τα κύρια σημεία της τράπεζας ανασκόπησε ο συμπρόεδρος κ. Δελής.

Στα πλαίσια της ενασχόλησης των Γαστρεντερολόγων με την Ογκολογία του Πεπτικού ο διευθυντής της Γαστρεντερολογικής Κλινικής στο Νοσοκομείο ΜΕΤΑΞΑ κ. Αντώνης Νι-

κολάου ανέπτυξε το θέμα καρκίνος του πρωκτού. Ο ομιλητής ανέπτυξε εύστοχα τα κύρια κλινικά και διαφοροδιαγνωστικά σημεία της νόσου, τη σταδιοποίησή της με τις νεότερες απεικονιστικές και ενδοσκοπικές τεχνικές και έδωσε έμφαση στην ανάλογα με τα στάδια της επιλογής της συντηρητικής έναντι της ριζικής χειρουργικής θεραπείας εστιάζοντας στα ποσοστά υποτροπής και την ποιότητα της ζωής του ασθενούς.

Τέλος, ο κ. Μαντίδης αφού οριοθέτησε το πρόβλημα της αποφρακτικής δυσκοιλιότητας στο φάσμα της χρόνιας δυσκοιλιότητας, παρουσίασε με τον κ. Χριστοφορίδη την ομάδα του στο ΝΝΑ σε μια πολύ ενδιαφέρουσα τράπεζα που εστιάστηκε στη σταδιακή εγκατάσταση της διαταραχής, ιδίως σε νέες γυναίκες (κ. Σγούρος), την αυξημένη διαγνωστική επαγρύπνηση που χρειάζεται και την έμφαση στην ακτινολογική διερεύνηση ως διαγνωστικής μέθόδου εκλογής για την τεκμηρίωση και την ανάδειξη του μεγέθους του προβλήματος (κ. Γλυνός), τις απόπειρες συντηρητικής θεραπείας ανάλογα με το στάδιο της νόσου και άλλες συμπαρομαρτούσες νοσολογικές καταστάσεις (κ. Τσιαούσης) και, τέλος, τα όρια, τις δυνατότητες και την ασφάλεια της χειρουργικής θεραπείας (κ. Πεχλιβανίδης).

Η 5η Εκπαιδευτική Διημερίδα ήταν επιτυχημένη χάρis στο υψηλό επιστημονικό επίπεδο των προέδρων, ομιλητών και εκπαιδευτών, τη βοήθεια από τις Φαρμακευτικές Εταιρείες και Εταιρείες Διατροφής και, κυρίως, την ενεργό συμμετοχή των συνέδρων. ■



Συνέδρια



Συνέδρια

Σαν Ντιέγκο, θα πάτε;

γράφει η **Νάγια Μπομπότση**

Digestive Disease Week® 2008

May 17 - 22 - San Diego Convention Center, San Diego, CA

Turning Science Into Medicine

Μετά την Ουάσινγκτον πέρυσι, το **San Diego** ανέλαβε τη διοργάνωση του φετινού συνεδρίου **DDW** που θα διεξαχθεί **17-22 Μαΐου 2008** στη δεύτερη μεγαλύτερη πόλη της **Καλιφόρνια**. **Παραθαλάσσια πόλη της Δυτικής Ακτής με 70 μίλια παραλίες, προσφέρει πολλαπλές ευκαιρίες χαλάρωσης μετά την παρακολούθηση του συνεδρίου.**

Παρά το γεγονός ότι είναι η έβδομη πολυπληθέστερη πόλη της Αμερικής με 1,3 εκ. κατοίκους, στην πλειοψηφία τους κάτω των 35 ετών, διατηρεί τον χαρακτήρα της «ζεστής» μικρής πόλης. Ιδρύθηκε το 1769 από Ισπανούς θαλασσοπόρους και για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα αποτελούσε τμήμα του Μεξικό από το οποίο απέχει μόλις 30 χιλιόμετρα. Στην Αμερική προσαρτήθηκε το 1849.

Το κέντρο της πόλης, το γνωστό πλέον «downtown», αφορίζεται από τα βουνά της έσω χώρας ανατολικά και από το πανέμορφο φυσικό λιμάνι του San Diego δυτικά. Θεωρείται ένα από τα πιο δυναμικά αναπτυσσόμενα κέντρα της χώρας. Σίγουρα θα παρατηρήσετε τον έντονο οικοδομικό οργανισμό που επικρατεί. Στη μεγάλη έκταση που απλώνεται το San Diego περι-

λαμβάνονται πολυάριθμες συνοικίες όπως το ιστορικό Gaslamp Quarter, η μικρή Ιταλία, το Coronado, η La Jolla.

Το **Gaslamp Quarter** εκτείνεται 16,5 τετράγωνα γύρω από την τέταρτη και πέμπτη λεωφόρο. Η συνοικία με τα βικτωριανά κτίρια φιλοξενεί όλη τη νυχτερινή ζωή του κέντρου. Εκεί θα βρείτε πολυκαταστήματα, ξενοδοχεία, εστιατόρια, night club, μπαρ, θεατρικές αίθουσες, loft γραφείων ή κατοικιών, με ποικίλες καλλιτεχνικές, γευστικές και ψυχαγωγικές προτάσεις.

Λίγο πιο πέρα, στη **μικρή Ιταλία** θα ανακαλύψετε μια μικρογραφία μεσογειακής γειτονιάς, εκεί που παλιότερα ζούσαν πολλές γενιές Ιταλών ψαράδων, όταν η αλιεία του τόνου άνηζε στο San Diego. Είναι αυτονόητο ότι η περιοχή προσφέρεται για βόλτα και φαγητό.

Το νησί ή για την ακρίβεια η **χερσόνησος του Coronado** είναι από τα μέρη που δεν πρέπει να χάσετε. Παράλια ασφαλής συνοικία, με φαρδείς δενδροφυτευμένους δρόμους, περιποιημένα σπίτια, κάμποσα ηλικίας άνω των 100 ετών και φιλήσυχους κατοίκους που γνωρίζονται όλοι μεταξύ τους. Η αμμουδερή παραλία του κατατάσσεται ανάμεσα στις 10 καλύτερες παραλίες της Αμερικής. Σε πρώτο πλάνο βρίσκεται το χαρακτηριστικό ξύλινο ξενοδοχείο Del Coronado που εκτός από κατάλυμα διασημοτήτων αποτέλεσε το σκηνικό της ταινίας «Μερικοί το προτιμούν καυτό».

Το **πάρκο Balboa** αποτελεί το μεγαλύτερο αστικό πνευματικό πάρκο φι-

λοξενώντας 15 μουσεία, πολυάριθμες γκαλερί έργων τέχνης, τον ζωολογικό κήπο και το θέατρο απονομής των βραβείων Tony. Μια μικρή, αλλά αξιόλογη συλλογή έργων τέχνης της αναγέννησης, μούμιες από το ανθρωπολογικό μουσείο, σύγχρονη αεροναυπηγική, ή Γιαπωνέζικοι κήποι φιλίας είναι στη διάθεσή σας, καλύπτοντας ποικίλα γούστα. Το πιο σημαντικό όμως αξιοθέατο του πάρκου αλλά και ολόκληρης της πόλης είναι ο **ζωολογικός κήπος του San Diego**. Ανάμεσα στα 4000 είδη ζώων, διάσημη παγκοσμίως είναι η οικογένεια των πάντα, ενώ αξιοσημείωτη είναι η παρουσία της πολικής αρκούδας. Για να επισκεφθείτε την τεράστια έκταση του κήπου σκόπιμο είναι να παρακολουθήσετε κάποια οργανωμένη ξενάγηση, ή να χρησιμοποιήσετε κατά βούληση το λεωφορείο του πάρκου. Για τους λάτρεις του ύψους, ο κήπος διαθέτει εναέριο τηλεφérico με πανοραμική θέα.

Όσο βρίσκεστε ακόμα μέσα στην πόλη μπορείτε να επισκεφθείτε το **θαλάσσιο πάρκο SeaWorld**. Εκεί διοργανώνονται φαντασμαγορικά θεάματα με πρωταγωνιστές μεγάλη ποικιλία θαλάσσιων ειδών, όπως συμπαθητικά δελφίνια ή δολοφονικές φάλαινες.

Η **συνοικία της La Jolla**, βόρεια, εκτός από τα πανάκριβα σπίτια που φιλοξενεί στην ακτογραμμή της, αποτελεί από τα μέσα της δεκαετίας του '90 τόπο διαμονής για πολυάριθμες φώκιες. Η παρουσία τους έχει εγεί-

ρει μεγάλες δικαστικές διαμάχες από τους κατοίκους που ισχυρίζονται ότι «ήρθαν» πρώτοι στην παραλία. Λίγο πιο βόρεια βρίσκεται και το **κοσμοπολίτικο Del Mar**. Αν φτάσετε στην παραλία του νωρίς το πρωί ίσως πετύχετε και τα άλογα διαφόρων ιππικών ομίλων να καλπάζουν δίπλα στον αφρό των κυμάτων.

Για τις μετακινήσεις σας στην πόλη προσφέρονται τα τρόλεϊ και τα λεωφορεία, ενώ τοπικά τρένα εξυπηρετούν μεγαλύτερες αποστάσεις εντός της κομητείας. Ταξί βρίσκετε συνήθως στις γνωστές μας «πιάτσες». Εκτός από τη σημαία, η χρέωση γίνεται με τη διανυόμενη απόσταση ή τη διάρκεια της διαδρομής και εμφανίζεται στο ταξίμετρο.

Νοτιότερα και βορειότερα του San Diego εκτείνονται αρκετά χιλιόμετρα ακτών όπου συνωστίζονται παραθεριστές το καλοκαίρι και όχι μόνο. Οι υψηλές θερμοκρασίες της περιοχής την καθιστούν φιλικό προορισμό για διακοπές οποιαδήποτε εποχή του

χρόνου. Οι υπάρχουσες υποδομές περιλαμβάνουν πολλές και μεγάλες ξενοδοχειακές μονάδες, ανεπτυγμένες υπηρεσίες θαλάσσιων σπορ, πολυάριθμα και γνωστά γήπεδα γκολφ, χαλαρωτικά spa και γενικώς ό,τι μπορεί να συμβάλει στην αναψυχή και ικανοποίηση των τουριστών.

Αν φτάσετε μέχρι το Carlsbad, βόρεια του San Diego, ίσως εδώ είναι η ευκαιρία σας να πετάξετε με ανοιχτό διαθέσιμο αεροπλάνο (<http://barnstorming.com>). Αν έχετε μικρούς συνοδούς, μπορεί να βρείτε διασκεδαστική και τη Legoland, ένα λούνα παρκ της γνωστής μας LEGO. Πάλι στην ίδια περιοχή βρίσκονται και τα Premium Outlet Stores, μεγάλο εμπορικό κέντρο με γνωστά καταστήματα επώνυμων προϊόντων σε καλές τιμές. Μια ώρα δυτικά στην έσω χώρα, υπάρχει το γραφικό χωριό Julian, όπου μπορείτε να φάτε διάσημη μηλόπιτα και να ζήσετε την εποχή που οι τυχοδιώκτες έψαχναν χρυσό. Σώζεται ακόμα ένα χρυσωρυχείο που

μπορείτε να επισκεφθείτε. Πάλι δυτικά μπορείτε να βρείτε τοπία από την Αμερικάνικη Δύση μέσα στην έρημο, τα βουνά και τα φαράγγια. Διάσημοι είναι όμως και οι αμπελώνες που απλώνονται κι εδώ όπως στην υπόλοιπη Καλιφόρνια. Υπάρχουν οινοπαραγωγικές μονάδες όπου μπορείτε να γευτείτε διεθνούς φήμης κρασιά. Αν πάλι φαντάζεστε μια ρομαντική βόλτα με το ηλιοβασίλεμα πώς θα σας φαινόταν η ιδέα να την κάνετε μέσα σε ένα αερόστατο;

(California Dreamin Balloon Adventure www.californiadreamin.com).

Αν έχετε διάθεση για απόδραση έξω από τα σύνορα, μόλις 30 χιλιόμετρα πιο νότια στα σύνορα με το Μεξικό σας περιμένει η Τιχουάνα.

Ό,τι διάθεση κι αν έχετε, αν αποφασίσετε να παρακολουθήσετε το φετινό DDW, απαραίτητα εφοδιαστείτε με μεγάλη ποσότητα αντηλιακού και τις ελεύθερες ώρες σας αφιερώστε στην πόλη των ατελείωτων διακοπών...

Καλό ταξίδι. ■





Επιμέλεια: Α. Κογεβίνας

Μια εικόνα με χίλιες λέξεις !



Υπάρχουν μερικοί ομιλητές στα συνέδρια οι οποίοι γεμίζουν την οθόνη με διαφάνειες που περιέχουν χιλιάδες λέξεις και δεκάδες γραμμές. Προφανώς δε γνωρίζουν τον κλασικό κανόνα που λέει ότι δεν πρέπει να

υπάρχουν πάνω από **5 γραμμές σε κάθε διαφάνεια** και ότι ένα σχέδιο ή μια εικόνα μπορούν να εξηγήσουν πολλά πράγματα πολύ γρήγορα.

Οι κινέζοι λένε ότι «**μια εικόνα αξίζει όσο χίλιες λέξεις**», εννοώντας ότι με μια εικόνα μπορείς να πεις πράγ-

ματα για τα οποία θα χρειαζόσουν χίλιες λέξεις.

Όμως για σταθείτε: όταν μια εικόνα προβάλλει χίλιες λέξεις, **αυτό δεν είναι εικόνα. Εξακολουθεί να είναι χίλιες λέξεις.** ■

Όταν οι διαφάνειες δυσκολεύουν μια ομιλία !



Η ευκολία εισαγωγής εφέ στις διαφάνειες του Powerpoint καταλήγει αρκετές φορές σε υπερβολές.

Να ένα παράδειγμα: Από τα δεξιά ξεδιπλώνεται μια διαφάνεια. Αίφνης **στροβιλίζεται δύο ή τρεις φορές ένα πλαίσιο** με ένα κείμενο. Ταυτόχρονα από την άλλη μεριά **εισβάλλει ένα βέλος**, το οποίο αλλάζει δύο χρώματα και κάνει δύο ανάποδες περιστροφές. Ένα **αστέρι** με δύο λέξεις πέφτει από πάνω, ενώ από

κάτω ξεδιπλώνεται ένα κείμενο με τη βιβλιογραφία που σταματάει **φρενάροντας απότομα**. Στη συνέχεια **ένα λάβαρο** σφραγίζει τη διαφάνεια, τονίζοντας το πιο σημαντικό σημείο, ενώ ένα άλλο κόκκινο πλαίσιο διαγράφει μια τεθλασμένη πορεία έως ότου καταλήξει σε κάποιο άλλο σημείο. Η διαφάνεια σιγα-σιγά φορτώνεται με **κείμενα, κύκλους, τόξα, πλαίσια, χρώματα, αστέρια και λάβαρα**. Πριν ακόμα κατανοήσει τι βλέπει ο βομβαρδισμένος ακροατής, η διαφάνεια

εξαφανίζεται δια ανάστροφου στροβιλισμού. Μετά από λίγες παρόμοιες διαφάνειες το ακροατήριο είναι εξαντλημένο.

Το τρικ για να παρακολουθήσεις μια τέτοια ομιλία: **Να μην κοιτάς τις διαφάνειες. Να παρακολουθείς μόνον τον ομιλητή!** Αγνοώντας τις υπερφορτωμένες διαφάνειες μειώνεις την άχρηστη ύλη που πρέπει να επεξεργαστεί το μυαλό σου. Έτσι γίνεται ευκολότερη η κατανόηση τού τι θέλει να πει ο ομιλητής. ■

Η συνταγή του Shakespeare



Ποιος θα διαφωνούσε ότι καλό είναι να μιλάει κανείς μόνον για όσα ξέρει καλά και να σιωπά για αυτά που δεν ξέρει.

Ο William Shakespeare τα συνόψισε στο γνωστό:

«Have more than thou showeth. Speak less than thou knoweth»

(Να έχετε περισσότερα από όσα επιδεικνύετε. Να λέτε λιγότερα από όσα γνωρίζετε). ■



Ομιλίες για αναλφάβητους με προβλήματα ακοής και όρασης;



Υπάρχουν κάποιοι άλλοι ομιλητές που **διαβάζουν κατά γράμμα από τις διαφάνειες όλο το κείμενο της ομιλίας τους**. Αυτό είναι χρήσιμο όταν το κοινό είναι **αναλφάβητο** αφού αδυνατεί να διαβάσει κείμενα. Επίσης είναι χρήσιμο όταν το κοινό έχει **προβλήματα οράσεως** και δεν μπορεί να δι-

ακρίνει τη διαφάνεια. Όμως και στις δύο αυτές περιπτώσεις οι **διαφάνειες περιπετεύουν**. Αρκεί η ανάγνωση των σημειώσεων από τον ομιλητή, χωρίς προβολή διαφανειών.

Αντιθέτως, η προβολή διαφανειών με το ακριβές κείμενο της ομιλίας βοηθάει πολύ όταν το κοινό έχει προβλήματα ακοής. Στην περίπτωση

αυτή όμως περιπετεύει η απαγγελία μέσω μικροφώνου, αφού οι κωφοί ακροατές δεν ακούν.

Μόνον όταν πρόκειται για **μικτό ακροατήριο κωφών, τυφλών και αναλφάβητων** δικαιολογείται να προβάλει κανείς το κείμενο και να το διαβάζει ταυτόχρονα. Είναι άραγε αυτή η περίπτωση μας; ■

Καλύτερα λιγότερα, αλλά καλύτερα !



Οι διαφάνειες προβάλλονται για να χρησιμεύουν στους ακροατές. Οι ερωτήσεις που πρέπει να κάνει ένας ομιλητής στον εαυτό του όταν φτιάχνει μια διαφάνεια είναι:

1. Βοηθάει η συγκεκριμένη διαφάνεια τους ακροατές να καταλά-

βουν καλύτερα αυτά που θέλω να τους μεταδώσω; Αν η απάντηση είναι όχι, τότε πρέπει να κοπεί.

2. Μήπως θα μπορούσε να γίνει πιο απλή η διαφάνεια; Αν μπορεί, να γίνει.

3. Αν δεν προβάλω τη συγκεκριμένη διαφάνεια θα χαθεί κάτι σημαντικό

από την ομιλία μου; Αν δεν θα χαθεί τίποτα, τότε πρέπει να φεύγει η διαφάνεια και να εκμεταλλεύεται κανείς το χρόνο αυτό για να πει κάτι άλλο πιο σημαντικό.

Η Sheila Sherlock έλεγε ότι ό,τι έχεις να πεις μπορείς να το πεις μέσα σε 20 λεπτά. ■

Δωρεάν GastroHep.com



Από τον Οκτώβριο το δημοφιλές **ευρωπαϊκό site γαστρεντερολογίας Gastrohep** προσφέρεται δωρεάν. Στο www.gastrohep.com εγγράφεται πλέον κανείς χωρίς συνδρομή.

Δύο-τρεις φορές τη βδομάδα αναnevώνει την πρώτη σελίδα του με τις τελευταίες σπουδαιότερες εργασίες γαστρεντερολογίας, σκανάροντας τα σημαντικότερα γαστρεντερολογικά, χειρουργικά αλλά και γενικά

ιατρικά περιοδικά. Δίνει περίληψη του κειμένου, ενώ προσφέρει και μια αξιόλογη συλλογή ενδοσκοπικών εικόνων. Αξίζει να το βάλει κανείς σαν homepage για να μην ξεχνάει να το κοιτάζει. ■

So you think you can dance?



Συναντώ τον φίλο μου τον Νίκο που είναι ενημερωμένος, γιατί μόλις γύρισε από μια σύσκεψη με ένα φοροτεχνικό και έναν εφοριακό. Μου εξηγεί: «Σαν ιατρός μπορείς να πάρεις αυτοκίνητο με **Χρονομίσθωση** και να το βάλεις στα έξοδα του ιατρείου σου. Προσοχή, μου διευκρινίζει, όχι *leasing* αυ-

τοκινήτου, γιατί αυτό δεν το δέχεται η εφορία. Μπορείς να κάνεις **Μονο-πρόσωπη ΕΠΕ** για να πληρώνεις 20% φόρο αντί από 40%. Μπορείς να πάρεις με **Leasing** το γραφείο σου και να το βάλεις στα έξοδα σου. Επειδή το ιατρείο θεωρείται βέβαιο έξοδο, ο ισολογισμός εσόδων και εξόδων μπορεί να μηδενίζεται, με μόνο κόστος να

μην μπορείς να κάνεις περαίωση και άρα να ελέγχεσαι λίγο πιο τακτικά».

Όσοι λοιπόν αισθάνονται ότι μπορούν να χορέψουν σε τέτοιους ρυθμούς ...ας το κάνουν, αφού εξετάσουν προσεκτικά με το λογιστή τους τα παραπάνω! ■



Οι προσωπικές ατεκμηρίωτες θεωρίες μας!



Είναι πολύ ενδιαφέρουσες κάποιες ατομικές παρατηρήσεις που κάνουμε και που μας γίνονται τελικά πεποιθήσεις με την πάροδο του χρόνου χωρίς να είναι τεκμηριωμένες. Δεν τις κοινοποιούμε, ούτε προσπαθούμε να πείσουμε κανέναν αφού είναι ατεκμηρίωτες, αλλά διαισθανόμαστε ότι έχουν μια αλήθεια μέσα τους. Κλασική περίπτωση ατεκμηρίωτης θεωρίας είναι ο **νόμος της επαναλαμβανόμενης σειράς περιστατικών**, π.χ. σήμερα έχου-

με όλο καρκίνους ή σήμερα πάνε όλα στραβά. Μερικές άλλες θεωρίες όμως είναι πιο ειδικές.

Όταν βλέπω έναν ηλικιωμένο άνθρωπο που μου λέει με καμάρι ότι είναι η **πρώτη φορά που έρχεται στον ιατρό** και ότι δεν έχει αρρωστήσει ποτέ, από μέσα μου χτυπάει ένα καμπανάκι που λέει ότι είναι πολύ-πολύ πιθανό να βρούμε καρκίνο.

Ένας φίλος και εξαιρετος αιματολόγος, πιστεύει ότι σε κάθε ασθενή με νεοδιαγνωσθείσα νεοπλασία υπάρχει

πάντα ένας **σοβαρός ψυχικός κλονισμός πριν από 6 μήνες**. Μια μεγάλη στενοχώρια, ένας θάνατος κ.λπ. «Αυτό είναι κάτι που δεν θα το μάθεις αν δεν ρωτήσεις, και ο κανόνας είναι σχεδόν ανεξάρητος» ισχυρίζεται.

Αρκετοί πάλι, πιστεύουν ότι όσοι έχουν **νόσο του Crohn έχουν υψηλό IQ** και ότι δεν υπάρχει κουτός με νόσο του Crohn. Επίσης άλλοι νομίζουν ότι αυτό δεν ισχύει για την ελκώδη κολίτιδα και για την αχαλασία του οισοφάγου. ■

Επίσκεψη Ιατρικού Επισκέπτη



Μεταφέρω ενδιαφέρουσα άποψη συναδέλφου:

«Οι επισκέπτες φαρμακευτικών εταιρειών θα έπρεπε να κλείνουν ραντεβού όπως οι ασθενείς και να πληρώνουν το αντίτιμο της επίσκεψης για το χρόνο που μας αναλώνουν για να διαφημίσουν τα προϊόντα τους. Με τον τρόπο αυτό, ούτε θα τρύπωναν ανάμεσα από τους ασθενείς, ούτε θα έκαναν **κατάχρηση των επισκέψεων**. Οι φαρμακευτικές

εταιρείες θα σκέφτονταν σοβαρότερα ποιόν στέλνουν, πόσο συχνά μας τον στέλνουν, τι μας λέει αυτός και κατά πόσο είναι ουσιαστική η ενημέρωση. Αυτό που γίνεται σήμερα είναι κατάχρηση της δωρεάν ακρόασης που προσφέρουμε.»

Οι εταιρείες, μου εξηγεί φαρμακευτικός επισκέπτης, γνωρίζουν ότι όσο πιο συχνά υπενθυμίζεις στον ιατρό ένα φάρμακο, τόσο πιο πολύ το συνταγογραφεί.

Μερικές από τις εταιρείες **«αποζημιώνουν»** τους ιατρούς καλύπτοντας τα έξοδα για συμμετοχή σε συνέδρια. Μιλάμε φυσικά για τις νόμιμες συναλλαγές που χαρακτηρίζουν τους περισσότερους ιατρούς. Τέτοιες δαπάνες το κράτος ούτε καν θέλει να τις ακούσει. Με κάθε ευκαιρία **καταγγέλλει και δυσκολεύει τις εταιρείες** στο να αναπληρώσουν τη δική του απουσία στη μετεκπαίδευση των ιατρών. ■

Λειτουργήματα για τους ιατρούς, επάγγελμα για τους άλλους!



Τα ΜΜΕ διατείνονται ότι η κάλυψη εξόδων για συμμετοχή σε συνέδρια αποδεικνύει ότι οι ιατροί χρηματίζονται από τις εταιρείες φαρμάκων: **«Πάνε τους ιατρούς ταξίδια για να γράφουν φάρμακα που δεν χρειάζονται οι άρρωστοι»**. Αυτό δεν είναι αλήθεια.

Οι χρηματισμοί κάποιας μερίδας ιατρών γίνονται με άλλους τρόπους και από συγκεκριμένες εταιρείες με την μη εκπνερασμένη, πλην όμως

αντικειμενικά υπαρκτή, ανοχή του κράτους. Μιλάω για την παράλειψη να ελεγχθεί από πλευράς κράτους η νομιμότητα των δαπανών που εμφανίζεται στους ισολογισμούς των εταιρειών αυτών.

Όλοι επιθυμούν οι ιατροί να συμμετέχουν σε διεθνή συνέδρια, να είναι ενημερωμένοι και να παρέχουν σύγχρονη ιατρική υψηλού επιπέδου. Όμως ζητούν από τους ιατρούς να το κάνουν με ίδια επιβάρυνση ενώ, παράλληλα,

ζητούν οι ιατροί να αμείβονται με μισθούς δημοσίων υπαλλήλων.

Ο κόσμος, τα ΜΜΕ και το κράτος **χρησιμοποιούν διαφορετική δεοντολογία και λογική** όταν πρόκειται για τη μετεκπαίδευση των εκπαιδευτικών, των υπαλλήλων των Υπουργείων, της ΔΕΗ, του ΟΤΕ, των πιλότων της Ολυμπιακής και όλων των άλλων κρατικών οργανισμών. Κανείς δεν διανοείται να πει στους προαναφερθέντες να πληρώσουν για την εκπαί-



δευσή τους από την τσέπη τους. Εκεί θεωρείται αυτονόητο ότι **το κράτος πρέπει όχι μόνον να πληρώνει** αλλά

και να καταβάλει **εκτός έδρας επιδόματα**. Όχι όμως στην ιατρική. Δίκαια αναρωτιέται λοιπόν κανείς: Μό-

νον οι ιατροί πρέπει να βλέπουν την ιατρική σαν λειτουργήμα, ενώ όλοι οι άλλοι απλώς σαν επάγγελμα; ■

Η σημασία του χαβαλέ σε ένα θεοκρατικό κράτος



Διαβάζοντας το λήμμα **secular state** (=κοσμικό κράτος) στην εγκυκλοπαίδεια Wikipedia στο internet (www.wikipedia.com) διαπίστωσα ότι η **Ελλάδα δεν θεωρείται κοσμικό κράτος αλλά θεοκρατικό**. Αντίθετα, η Τουρκία θεωρείται κοσμικό. Μετά από την αναπόφευκτη σκέψη ότι κάποιος ξένος δάκτυλος μας διαβάλλει, αντιλήφθηκα ότι υπάρχουν πολύ πειστικά επιχειρήματα γι' αυτό. Ιδού λοιπόν:

- ▶ Το Ελληνικό Σύνταγμα **δεν προβλέπει διαχωρισμό Κράτους και Εκκλησίας**.
- ▶ Οι ιερείς είναι **Δημόσιοι Υπάλληλοι**, ασφαλισμένοι στον ΟΠΑΔ.
- ▶ Τα Δικαστήρια και τα Σχολεία συγκροτούνται **στο όνομα της Αγίας Τριάδος** και γι' αυτό υπάρχουν αναρτημένες σχετικές Εικόνες.

▶ Οι όρκοι στη Βουλή, στα Δικαστήρια και στο Δημόσιο βίο γίνονται κατ' αρχάς στο Ευαγγέλιο και κατ' εξαίρεση σε κάτι άλλο.

▶ Στα σχολεία διδάσκεται μόνον ο Ορθόδοξος Χριστιανισμός.

▶ Υπάρχει **ελεύθερη παρέμβαση της Ορθόδοξης εκκλησίας μέσα στο σχολείο**, ήδη από τις νηπιακές ηλικίες. Οι μαθητές οδηγούνται στην εκκλησία για ομαδική κοινωνία, ενώ ακόμα προτρέπονται με παρεμβάσεις της εκκλησίας μέσα στο σχολείο για να παρακολουθούν το Κατηχητικό.

Το εντυπωσιακό είναι ότι στην Τουρκία, της μαντίλας και των ιμάμηδων, προβλέπεται **διαχωρισμός Κράτους – Εκκλησίας από την εποχή του Ατατούρκ**. Οι ιερείς δεν είναι δημόσιοι υπάλληλοι κ.ο.κ. Παρά την έντονη

πίεση του Μουσουλμανισμού, τα όριά του είναι προκαθορισμένα από το Σύνταγμα. Ακόμα, τουλάχιστον, είναι.

Για τους λόγους αυτούς, η Ελλάδα δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο των κοσμικών κρατών, αλλά βρίσκεται στον κατάλογο **μαζί με το Ιράν και το Βατικανό**. Τη θεοκρατική πίεση στην Ελλάδα την αμβλύνει μόνον ο «**χαβαλές**» που χαρακτηρίζει όλη τη δημόσια ζωή του τόπου: Τη μη-σοβαρότητα απέναντι στους θεσμούς και στην εφαρμογή των νόμων.

Με το γράμμα, λοιπόν, του Συντάγματος, **η εκκλησία εύλογα θεωρεί ότι νομιμοποιείται να παρεμβαίνει στις Αστυνομικές Ταυτότητες, τα διαζύγια και τους γάμους αλλά και στην εσωτερική και εξωτερική πολιτική**. Αλλά έτσι όπως είναι τα πράγματα στην Ελλάδα σήμερα, **ποιος τα παίρνει όλα αυτά στα σοβαρά;** ■

Mon cher confrère et néanmoins ami !



Μετάφραση:
«Αγαπητέ συνάδελφε και μολαταύτα φίλε!». Αυτή ήταν η προσφιλής προσφώνηση του γαλλοσπουδαγμένου Κερκυραίου χειρουργού Ανδρέα Σορδίνια προς τους ιατρούς φίλους του. Έξυπνος, ευγενικός, σπουδαίος χειρουργός, με υψηλή αίσθηση χιούμορ. Δυστυχώς δεν είναι ανάμεσά μας πια. Επίκαιρη η ειρωνεία του για τη φαι-

νομενική αλληλεγγύη των συναδέλφων που μαχαιρώνονται από πίσω.

Νομίζω πάντως ότι με ανακούφιση διαπιστώνουμε όλοι ότι **έχουν μετριαστεί οι τόνοι** στις αντιπαραθέσεις στο χώρο της γαστρεντερολογίας. **«Κουράστηκαν οι μονομάχοι»** επισημαίνει κάποιος. **«Ίσως πάλι, μεγαλώνοντας έγιναν σοφότεροι»** προτείνει κάποιος άλλος. **«Ενδεχομένως κατάλαβαν και αξιολόγησαν**

διαφορετικά μερικά πράγματα για τη ζωή;» Ποιος ξέρει;

«Σβήνοντας το κερί του άλλου δεν θα φέγγει περισσότερο το δικό σου κερί» λέει μια σοφή παροιμία. Και ο Κομφούκιος λέει : **«Αν σκέφτεσαι να αναλώσεις τη ζωή σου για να εκδικηθείς, πρώτα σκάψε δύο λάκκους»**. Γιατί τα αναφέρω αυτά; Έτσι... για να έχουμε και θεωρητική κάλυψη στην ανακωχή! ■



Καλλιτεχνικά



και άλλα

Πολιτιστικό έτος της Ελλάδας στην Κίνα

γράφει η **Νάγια Μπομπότση**

Καθώς βρισκόμαστε ήδη σε προ-ολυμπιακή τροχιά, το Πεκίνο συγκεντρώνει πάνω του όλο και περισσότερο την προσοχή του κόσμου. Η Ελλάδα δεν θα μπορούσε να ήταν απύσχα από την μεγαλύτερη αθλητική και πολιτιστική σύναξη του πλανήτη. Κι επειδή άλλου είδους βαριά βιομηχανία δεν διαθέτει, η μόνη γόνιμη συνεισφορά που θα μπορούσε να έχει κατά το κινεζικό ολυμπιακό έτος, είναι αυτή του πολιτισμού της.

Έτσι, για ένα ολόκληρο χρόνο, από τον Σεπτέμβριο του 2007 ως και τον Νοέμβριο του 2008 (δύο μήνες μετά τη λήξη των Αγώνων του Πεκίνου), διοργανώνει το Πολιτιστικό Έτος της Ελλάδας στην Κίνα, έναν μαραθώνιο εκδηλώσεων που επιχειρεί να παρουσιάσει το σύγχρονο και συνάμα διαχρονικό πρόσωπο του ελληνικού πολιτισμού και της Ελλάδας στην πολυπληθέστερη χώρα του κόσμου.

Το καλλιτεχνικό Πρόγραμμα, το οποίο επιμελήθηκε η Γενική Διεύθυνση Σύγχρονου Πολιτισμού του Υπουργείου Πολιτισμού, προέκυψε σε συνεργασία με όλα τα εμπλεκόμενα υπουργεία, ενώ τις επαφές με τους πολιτιστικούς φορείς και οργανισμούς στην Κίνα ανέλαβε η Ελληνική Πρεσβεία στο Πεκίνο. Θεατρικές παραστάσεις, κινηματογραφικά αφιερώματα, χορός, εκθέσεις αρχαιολογικές και σύγχρονης τέχνης, όπερα, συναυλίες παραδοσιακής, σύγχρονης και λαϊκής μου-



σικής, συνέδρια και εκθέσεις βιβλίου συνθέτουν το πλέγμα των δράσεων του Πολιτιστικού Έτους της Ελλάδας στην Κίνα. Παράλληλα με το βασικό καλλιτεχνικό πρόγραμμα, για τα δύο επόμενα χρόνια θα λειτουργήσει στο κέντρο του Πεκίνου το Hellenic Cultural Centre. Πρόκειται για ένα Πολιτιστικό Κέντρο που βρίσκεται στα όρια της Απαγορευμένης Πόλης, και το οποίο εκτός από κέντρο ενημέρωσης των εκδηλώσεων του Έτους, θα φιλοξενήσει εκθέσεις, ημερίδες αλλά και εμπορικές δραστηριότητες σε συνεργασία με τον Οργανισμό Προώθησης Εξαγωγών (ΟΠΕ).

Από τους εποπτευόμενους φορείς του Υπουργείου Πολιτισμού συμμετέχουν, η Εθνική Λυρική Σκηνή, η Κρατική Ορχήστρα Θεσσαλονίκης, η Κρατική Ορχήστρα Αθηνών, το Φεστιβάλ Αθηνών, η Καμεράτα, η Ορχήστρα Φίλων της Μουσικής, το Εθνικό Θέατρο, το Μουσείο Ελληνικών Λαϊκών Οργάνων «Φοίβος Ανωγειανάκης», το Εθνικό Αρχαιολογικό Μουσείο, η Κρατική Ορχήστρα Ελληνικής Μουσικής, η Εθνική Πινακοθήκη και το Μέγαρο Μουσικής.

Έτσι, θα δείξουμε «στην Κίνα των 2 δισεκατομμυρίων ανθρώπων» την Αγνή Μπάλτσα σε ένα αφιέρωμα για τη Μαρία Κάλλας, αλλά και τον Σταμάτη Σπανουδάκη, το Δημήτρη Σγούρο με τη Συμφωνική Ορχήστρα του Πεκίνου και μια μεγάλη συναυλία των Μ. Φαραντούρη, Δ. Γαλάνη και Μ. Μητσιά, με έργα Χατζιδάκη, Θεοδωράκη και Ξαρχάκου.

Από εκθέσεις, θα παρουσιαστεί ο πολύ επιτυχημένος «Αγών» (2004) του Εθνικού Αρχαιολογικού Μουσείου, μια έκθεση με τα εξαιρετικά κοστούμια της τελετής έναρξης και λήξης των Ολυμπιακών Αγώνων της Αθήνας, αλλά και έκθεση κόμικς της Βαβέλ με θέμα τους «Λαβύρινθους».

Ενδιαφέρουσες φαίνεται πως είναι οι θεατρικές παραστάσεις αρχαίου δράματος («Όρνιθες» του Αριστοφάνη από το Θέατρο Τέχνης, «Αίας» του Σοφοκλή από το Θέατρο «Άττις» του Τερζόπουλου, «Ανδρομάχη» του Ρακίνα από το Εθνικό Θέατρο), όπως και του χορού («Μήδεια» του Ευριπίδη, σε σκηνοθεσία Δημήτρη Παπαϊωάννου, και «Μυστικός Δείπνος» από τους SINE QUA NON).

Ο προϋπολογισμός των εκδηλώσεων, μαζί με το ενοίκιο του Ελληνικού Κέντρου στο Πεκίνο, ανέρχεται στα 15 εκατ. ευρώ. Στις περισσότερες εκδηλώσεις, κυρίως όσες οργανώνονται σε ανοιχτούς χώρους, η είσοδος είναι ελεύθερη.

Το Ελληνικό Στέκι που έχει στηθεί στο Πεκίνο αποτελεί ένα μεγάλο άνοιγμα του ελληνικού πολιτισμού στην καρδιά της Ασίας αλλά και μια ευκαιρία για ένα αναπτυξιακό άλμα της χώρας μας σε μια αγορά παγκοσμίου ενδιαφέροντος. ■

3rd International Symposium

Colorectal Games

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΙΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ «Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδας»

Η παρούσα απευθύνεται με ιδιαίτερη χαρά στα μέλη της ΕΠΕΓΕ. Το **“3rd International Symposium-Colorectal Games”** έχει προγραμματισθεί να διεξαχθεί στο Ρέθυμνο (Rithymna Beach Hotel), στις 16 και 17 Μαΐου 2008. Στις εργασίες του συμποσίου διακεκριμένα μέλη της “European Society of Coloproctology” θα παρουσιάσουν και θα συζητήσουν την πλέον πρόσφατη γνώση και τα σύγχρονα δεδομένα της «Χειρουργικής Παθολογίας του Παχέος Εντέρου». Με βάση τις νεότερες τάσεις, **οι νεοπλασίες του παχέος εντέρου** οφείλουν να αντιμετωπίζονται από ομάδα ιατρών πολλών ειδικοτήτων. Ο Χειρουργός, ο Γαστρεντερολόγος, ο Ακτινοθεραπευτής, ο Ακτινολόγος, ο Παθολογοανατόμος και ο Ογκολόγος έχουν κύριο ρόλο στη διάγνωση, τη σταδιοποίηση και το σχεδιασμό της θεραπείας. Επίσης, η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση **των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων και των λειτουργικών διαταραχών του παχέος εντέρου και της ορθοπρωκτικής περιοχής** είναι αντικείμενο του Χειρουργού και του Γαστρεντερολόγου, η συνεργασία των οποίων προσδοκάται να προσφέρει το καλύτερο δυνατόν θεραπευτικό αποτέλεσμα. Κατά συνέπεια, η συμμετοχή σας είναι ευπρόσδεκτη και θα περιποιήσει ιδιαίτερη τιμή στην προσπάθειά μας για συνεχή ενημέρωση στο αντικείμενο της «Χειρουργικής Παθολογίας του Παχέος Εντέρου».

Το πλήρες επιστημονικό πρόγραμμα και πληροφορίες για δήλωση συμμετοχής στην παρακολούθηση της εκδηλώσεως και την υποβολή επιστημονικών εργασιών αναφέρονται στο διαδίκτυο, υπό την διεύθυνση www.colorectalgames.com. Επίσης σχετικές πληροφορίες παρέχονται από τη γραμματεία του συμποσίου (Mika Travel, tel: 0030 2810 228226, 223666; e-mail: mikatravl@her.gorthnet.gr).

Εκ μέρους της Οργανωτικής και Επιστημονικής Επιτροπής,

Ευάγγελος Ξυνός

Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής

