

Άρθρο Σύνταξης

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

φθάσαμε αισίως στο όγδοο τεύχος του περιοδικού μας. Τα μηνύματα που λαμβάνουμε όσον αφορά στην αποδοχή και την κριτική της έκδοσης των “Ενδοσκοπήσεων” από τους περισσότερους των συναδέλφων είναι ιδιαίτερα αισιόδοξα και, για το λόγο αυτό, επιτρέψτε μου να σας ευχαριστήσω εκ μέρους όλης της Συντακτικής Επιτροπής.

Η προσπάθεια της ΕΠΕΓΕ όχι μόνο να βρίσκεται μέσα, αλλά και να προλαμβάνει τις εξελίξεις στο χώρο της Γαστρεντερολογίας, συνεχίζεται. Με μεγάλη έκπληξη διαπιστώσαμε ότι στο προσχέδιο νόμου για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, η Γαστρεντερολογία απουσίαζε από τις βασικές ειδικότητες. Μετά από παρεμβάσεις της ΕΠΕΓΕ, όπως θα διαβάσετε στη στήλη “Ενημέρωση από το ΔΣ”, υπήρξε η διαβεβαίωση από εκπροσώπους του Υπουργείου ότι, τελικά, θα συμπεριληφθούμε στη νέα αναθεώρηση του νομοσχεδίου (όπως είναι γνωστό, στη χώρα μας χρειάζεται να παλεύουμε για τα αυτονόητα).

Κοινή διαπίστωση πολλών συναδέλφων είναι ότι ο αριθμός των κολονοσκοπήσεων τόσο στον Δημόσιο όσο και στον Ιδιωτικό τομέα έχει αυξηθεί σημαντικά κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους. Πιθανότατα αυτό να οφείλεται και στην ευαισθητοποίηση του κόσμου μετά την έκταση που πήρε το πρόβλημα υγείας του Μακαριστού Αρχιεπισκόπου Χριστόδουλου. Πράγματι, όπως πολύ εύστοχα παρατηρεί ο Γρ. Πασπάτης στο άρθρο του, «η κολονοσκόπηση αποτελεί τη μεγάλη μας επαφή με την κοινωνία και θα απαιτείται ολοένα και περισσότερο». Σύμφωνα με πρόχειρους υπολογισμούς, εάν υποβληθεί σε προληπτική κολονοσκόπηση μόνο το 20% του πληθυσμού που έχει ένδειξη, ο αριθμός των ζητούμενων εξετάσεων αναμένεται να διπλασιασθεί στο προσεχές διάστημα. Με δεδομένη όμως την υπάρχουσα κατάσταση (εκπαίδευση, νομικά πλαίσια, τιμές και κόστος ενδοσκοπικών πράξεων, κ.ά.), είναι αμφίβολο κατά πόσον είμαστε έτοιμοι να ανταποκριθούμε στη διαφαινόμενη αυξημένη ζήτηση για διενέργεια **ασφαλών και ανώδυνων προληπτικών κολονοσκοπήσεων**. Θα συμβάλλουν τα συλλογικά μας όργανα στο ξεκαθάρισμα του υπάρχοντος θολού τοπίου;

Ο χρόνος θα το δείξει...

Καλές Ενδοσκοπήσεις

Τάσος Αρμόνης

Νέα και**Επίκαιρα****Ενημέρωση από το ΔΣ***γράφει η Νάγια Μπομπότση*

Είναι η πρώτη φορά που θα σας μεταφέρω νέα από τις συνεδριάσεις του νεοσυσταθέντος Διοικητικού Συμβουλίου. Έχοντας πια παρακολουθήσει έναν ικανό αριθμό ώστε να έχω άποψη, οφείλω να ομολογήσω ότι το άρθρο των Στ. Παπαβασιλείου και Α. Ζερβακάκη στο προηγούμενο τεύχος αποδίδει απόλυτα το κλίμα που επικρατεί σ' αυτές τις συνεδριάσεις... Αστείρευτες ιδέες που στην αρχή φαντάζουν απλές στην πραγματοποίησή τους, αλλά στην πορεία αποδεικνύονται βουνά δύσβατα. Παρακάτω σας παραθέτω κάποια από τα μεγάλα ζητήματα που απασχολούν το Δ.Σ.

Πρόληψη Καρκίνου Παχέος Εντέρου

Πριν το νέο Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΠΕΓΕ προχωρήσει στην υλοποίηση του προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου, θεωρήθηκε αναγκαία η διενέργεια μιας μελέτης κόστους-οφέλους για την κολονοσκόπηση ως εξέταση «screening» με ελληνικά δεδομένα. Αυτή τη στιγμή βρίσκεται σε εξέλιξη επιχειρηματική έρευνα από ειδικό, τον κ. Π. Τερλιξίδη. Από την ΕΠΕΓΕ έχει συσταθεί μια επιτροπή εργασίας στην οποία συμμετέχουν ο Πρόεδρος και η γεν. Γραμματέας από το Δ.Σ. όπως και οι Σπύρος Γούλας και Παντελής Σκλάβος. Έργο της επιτροπής αυτής είναι η στενή συνεργασία με τον κ. Τερλιξίδη και η τροφοδότησή του με τα επιδημιολογικά δεδομένα. Τα στοιχεία που απαιτούνται είναι σχεδόν ανύπαρκτα για τον Ελλαδικό χώρο και η δουλειά της επιτροπής σε αυτό τον τομέα είναι πολύ δύσκολη.

Η προώθηση της πρόληψης και η ενημέρωση του πληθυσμού απαιτεί συνεργασία. Όπως ήδη ανακοινώθηκε στην κοπή της πίτας από τους προέδρους της ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ, σε συνεργασία και με το ΕΛΙΓΑΣΤ, η φετινή χρονιά αποφασίστηκε να αφιερωθεί στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η κοινή πρω-

τοβουλία θα διεκπεραιωθεί από μια εννεαμελή διαιτητική επιτροπή στην οποία από την ΕΠΕΓΕ θα συμμετέχουν ο Α. Νταϊλιάνας, η Ν. Μπομπότση και ο Α. Ζερβακάκης.

Η προώθηση της πρόληψης και η ενημέρωση του πληθυσμού απαιτεί συνεργασία. Όπως ήδη ανακοινώθηκε στην κοπή της πίτας από τους προέδρους της ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ, σε συνεργασία και με το ΕΛΙΓΑΣΤ, η φετινή χρονιά αποφασίστηκε να αφιερωθεί στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Καταστολή στην Ενδοσκόπηση

Σύσσωμο το Δ.Σ. κρίνει το θέμα αυτό άμεσης προτεραιότητας για όλους τους γαστρεντερολόγους και οι στόχοι έχουν ήδη τεθεί. Λεπτομέρειες όμως επί του θέματος αξίζει να διαβάσετε

στο άρθρο του Προέδρου «Ταξίδι στα Γιάννενα», τον πρώτο σταθμό στην υλοποίηση των προσδοκιών μας.

6η Διημερίδα ΕΠΕΓΕ

Συνεπείς στην αρχή μας οι διημερίδες της ΕΠΕΓΕ να είναι μονοθεματικές και να πραγματεύονται θέματα πρακτικά, αποφασίσαμε η επερχόμενη διημερίδα της ΕΠΕΓΕ να αφορά στους «Πολύποδες». Εύρημα κοινό, σχεδόν καθημερινό, οι πολύποδες του πεπτικού σωλήνα μάς απασχολούν ποικιλοτρόπως διαγνωστικά και θεραπευτικά. Ο κ. Δανιηλίδης ορίστηκε πρόεδρος αυτής της διημερίδας που θα διεξαχθεί στην Αθήνα το φθινόπωρο του 2008.

Τιμές ενδοσκοπικών πράξεων

Εδώ και καιρό συζητείται η ανάγκη αναπροσαρμογής των τιμών των ενδοσκοπικών πράξεων. Η ΕΠΕΓΕ θα προσεγγίσει το Υπουργείο Υγείας και το ΚΕΣΥ για επαναπροσδιορισμό των τιμών, όπως επιβάλλει η σύγχρονη τεχνολογία των βίντεο ενδοσκοπίων και ενδοσκοπιών υψηλής ευκρίνειας. Γι' αυτό το λόγο συστάθηκε επιτροπή στην οποία συμμετέχουν οι Α. Αρμόνης, Δ. Καραγιάννης, Π. Κασαπίδης, Μ. Οικονόμου και Κ. Ζωγράφος.

Ενημέρωση για το Σχέδιο Νόμου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Πρόσφατα το νομοσχέδιο αυτό δημοσιεύθηκε στην ιστοσελίδα του Υπουργείου και κρίναμε σκόπιμη την ενημέρωση των μελών μας. Η διάρθρωση αυτού του σχεδίου νόμου, που ήδη αναθεωρήθηκε μία φορά, περιλαμβάνει 4 κεφάλαια και 12 άρθρα. Προβλέπει ισότιμη πρόσβαση στην περίθαλψη όλου του πληθυσμού, παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, και δημιουργία Εθνικού δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

Δημόσιοι φορείς είναι τα κέντρα υγείας αστικού τύπου που μετονομάζονται σε **κέντρα υγείας πόλης**, τα κέντρα υγείας αγροτικών και ημιαστικών περιοχών που μετονομάζονται σε **κέντρα υγείας περιφέρειας**, τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία που μετονομάζονται σε **περιφερικά πολυϊατρεία**, τα περιφερειακά ιατρεία στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες υπαίθρου. Επίσης οι **μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης** και τα **εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ**.

Ιδιωτικοί φορείς είναι τα ιδιωτικά **ιατρεία και πολυϊατρεία ορισμένων ειδικοτήτων** (παθολογίας, φυσιολογίας, παιδιατρικής, οδοντιατρικής, καρδιολογίας, ορθοπαιδικής, δερματολογίας, οφθαλμολογίας, γυναικολογίας, ουρολογίας, ψυχιατρικής, νευρολογίας, γενικής ιατρικής, παιδοχειρουργικής, ωτορινολαρυγγολογίας, ρευματολογίας, ενδοκρινολογικής και

γενικής χειρουργικής), **διαγνωστικά και μικροβιολογικά εργαστήρια**. Για την ένταξη στο δίκτυο απαιτείται υποβολή δήλωσης συμμετοχής και **εγκατάσταση με δαπάνη του φορέα ηλεκτρονικού και λογισμικού εξοπλισμού για τη λειτουργία του συστήματος ηλεκτρονικής κάρτας πληρωμών**.

Από την περιληπτική αυτή προσέγγιση το νομοσχέδιο φαίνεται να κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση αλλά με βιασύνη, προχειρότητα και παραλείψεις.

Στην ΕΠΕΓΕ διαπιστώσαμε με έκπληξη ότι οι γαστρεντερολόγοι, ως ειδικότητα, απουσιάζουν όχι μόνο από τους οικογενειακούς ιατρούς, αλλά και από τις ειδικότητες που εντάσσονται στο σύστημα!

Οι εντασσόμενοι **πιστοποιούνται** ως προς την επάρκεια και ποιότητα της επαγγελματικής τους εγκατάστασης **σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία**. Το νομοσχέδιο ορίζει ως **οικογενειακό ιατρό** τον ιατρό που επιλέγει εκάστοτε ο ασφαλισμένος από τις ειδικότητες γενικής ιατρικής, παθολογίας, οφθαλμολογίας, γυναικολογίας, οδοντιατρικής, ορθοπαιδικής και παιδιατρικής. Η **διενέργεια ιατρικών εξετάσεων γίνεται κατόπιν γνωμάτευσης και παραπομπής από τον γενικό ιατρό**. Η **συνταγογράφηση φαρμάκων επιτρέπεται στους φορείς που έχουν ενταχθεί στο σύστημα**.

Σε κάθε ασφαλισμένο χορηγείται ηλεκτρονική κάρτα πληρωμών ετήσιας δαπάνης που προεγκρίνεται και πιστώνεται στην αρχή του έτους και τυχόν πιστωτικό υπόλοιπο μηδενίζεται στο τέλος του έτους. Το πιστωτικό όριο ορίζεται με συγκεκριμένα κριτήρια και σε περίπτωση εξάντλησής του υποβάλλεται αίτημα παροχής νέου.

Για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών δεν απαιτείται έγκριση ή θεώρηση. Οι αμοιβές στους ιατρούς για τις υπηρεσίες τους εξοφλούνται με υποβολή σε τράπεζες μηχανογραφημένων αποδείξεων μετά από χρόνο που δεν προσδιορίζεται. Εντός πενταετίας η ηλεκτρονική κάρτα θα περιλαμβάνει τα απαραίτητα στοιχεία του ιατρικού φακέλου του ασφαλισμένου.

Οι ισχύουσες συμβάσεις ασφαλιστικών οργανισμών που εντάσσονται στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ισχύουν μέχρι τη λήξη τους και δεν ανανεώνονται. **Στο δίκτυο υπάγονται ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασθενών Δημοσίου (ΟΠΑΔ) και θα επεκταθεί στο ΙΚΑ και άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς εντός πενταετίας**.

Από την περιληπτική αυτή προσέγγιση, το νομοσχέδιο φαίνεται, κατά τη γνώμη μας, να κινείται προς τη σωστή

κατεύθυνση αλλά με βιασύνη, προχειρότητα και παραλείψεις. Διαπιστώσαμε με έκπληξη ότι οι γαστρεντερολόγοι, ως ειδικότητα, απουσιάζουν όχι μόνο από τους οικογενειακούς ιατρούς, αλλά και από τις ειδικότητες που εντάσσονται στο σύστημα! Αυτό προφανώς σημαίνει ότι δεν θα έχουμε τη δυνατότητα ολοκληρωμένης αντιμετώπισης του γαστρεντερολογικού ασθενούς, που θα κατευθύνεται από άλλες ειδικότητες, και θα παραπέμπεται στον γαστρεντερολόγο μόνο για ενδοσκόπηση, σαν να είναι η ειδικότητά μας εργαστηριακή.

Σε έκτακτη συνάντηση στον ΙΣΑ, τη Δευτέρα 3/3/08, των προέδρων Επαγγελματικών Ενώσεων, όπου συμμετείχαν και δύο εκπρόσωποι του Υπουργείου, έγινε από την ΕΠΕΓΕ σαφής μνεία της απουσίας των γαστρεντερολόγων από το σχέδιο νόμου και η απάντηση ήταν ότι τελικά θα συμπεριληφθούμε. Σε ερώτησή μας πώς μπορεί ιατρός άλλης ειδικότητας να κατευθύνει τον ασθενή με γαστρεντερικά ενοχλήματα ως οικογενειακός ιατρός, η απάντηση ήταν ότι για κάθε ασφαλισμένο οι οικογενειακοί ιατροί θα είναι πολλοί, ένας για κάθε ειδικότητα! Μεταξύ αυτών θα είναι και οι γαστρεντερολόγοι! Σε νέα συνάντηση στον ΙΣΑ όμως την Κυριακή 16/3/08, διανεμήθηκε το αναθεωρημένο σχέδιο νόμου, στο οποίο οι γαστρεντερολόγοι πάλι δεν συμπεριλαμβάνονταν.

Η ΕΠΕΓΕ, μαζί με άλλους φορείς, προσκλήθηκε την Παρασκευή 21/3/08, από τον γενικό γραμματέα του Υπουργείου Υγείας κ. Καλογερόπουλο, για διάλογο επί του νομοσχεδίου. Προηγήθηκε επιστολή μας προς τον Υφυπουργό Υγείας κ. Παπαγεωργίου

που επεσήμαινε ότι «..μεγάλο ποσοστό περιστατικών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αφορά σε γαστρεντερολογικά θέματα. Κρίνουμε σκόπιμο λοιπόν και θεωρούμε ότι είναι προς το συμφέρον της Δημόσιας Υγείας να συμπεριληφθεί η ειδικότητα της γαστρεντερολογίας στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

**...η προσφάτως
ψηφισθείσα
ασφαλιστική
μεταρρύθμιση,
με τα πέντε ταμεία
κύριας ασφάλισης,
θα διευκολύνει τη
σταδιακή συμμετοχή
όλων των ασφαλιστικών
οργανισμών εντός
πενταετίας**

και στους οικογενειακούς ιατρούς. Παρακαλούμε για τις ενέργειές σας προς αυτή την κατεύθυνση». Στη συνάντηση στο Υπουργείο, τέθηκε από την ΕΠΕΓΕ εκ νέου το θέμα και υπήρξε η διαβεβαίωση ότι θα συμπεριληφθούμε στη νέα αναθεώρηση του νομοσχεδίου!

Κατά τη διάρκεια της συνάντησης αυτής συζητήθηκε και το θέμα της ανασυγκρότησης της λίστας των εξετάσεων και της αναθεώρησης των τιμών, ως απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία του εγχειρήματος. Επίσης ο ακριβέστερος προσδιορισμός της κείμενης νομοθεσίας βάσει της οποίας θα πιστοποιούνται οι εντασόμενοι, καθώς το ΠΔ/84 του 2001 δεν έχει ακόμη πλήρως εφαρμοσθεί,

ενώ πρόσφατα εξεδόθησαν από την ολομέλεια του ΣΤΕ (252/2008) αποφάσεις που ανατρέπουν κάποιες διατάξεις του ΠΔ.

Κατά τα λεχθέντα από τον γενικό γραμματέα του Υπουργείου, **τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων δεν θα ενταχθούν στους φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας**. Στους ιδιωτικούς φορείς όμως, δεν υπάρχει και πάλι ρητή διάταξη που να επιβάλει όριο στη συμμετοχή μη ιατρικών κεφαλαίων, σε εταιρίες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το σχέδιο νόμου θα αναθεωρηθεί μία ακόμη φορά, θα γίνουν οι σχετικές διαβουλεύσεις και, κατά τα φαινόμενα, εντός διμήνου θα προωθηθεί και θα ψηφιστεί.

Εξάλλου, σύμφωνα με τον κ. Καλογερόπουλο, η προσφάτως ψηφισθείσα ασφαλιστική μεταρρύθμιση, με τα πέντε ταμεία κύριας ασφάλισης θα διευκολύνει τη σταδιακή συμμετοχή όλων των ασφαλιστικών οργανισμών εντός πενταετίας. (Το πλήρες κείμενο του νομοσχεδίου μπορείτε να το διαβάσετε στη διεύθυνση: <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nomothesia>).

Τέλος, όσον αφορά στο ασφαλιστικό νομοσχέδιο που προβλέπει πέντε ταμεία κύριας ασφάλισης, η συγχώνευση των ταμείων πιθανότατα δεν θα επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στις συνθήκες εργασίας των ελευθεροεπαγγελματιών γαστρεντερολόγων που έχουν ταμειακές συμβάσεις, εκτός από την περίπτωση του μελών μας που έχουν σύμβαση με το ΤΑΞΥ, δηλαδή το ταμείο των ξενοδοχοϋπαλλήλων, που με τις νέες ρυθμίσεις ως προς τον κλάδο ασθένειας συγχωνεύεται με το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. ■

Πρόσωπο



...με Πρόσωπο

Σκέψεις για την Καταστολή στις Ενδοσκοπήσεις

γράφει ο Γρηγόρης Πασπάτης

Η ενδοσκόπηση αποτελεί σήμερα μια καθημερινή ιατρική πράξη η οποία γίνεται στα νοσοκομεία και όχι μόνο. Φυσικά, οι ενδοσκοπικές πράξεις έχουν μεγάλο εύρος δυσκολίας και επικινδυνότητας. Μπορεί να πρόκειται για μια απλή διαγνωστική γαστροσκόπηση του ανώτερου πεπτικού, η οποία γίνεται σε σύντομο χρονικό διάστημα, ή μια ιδιαίτερα επεμβατική ERCP η οποία χρειάζεται πολύ χρόνο, είναι δύσκολη και με σημαντικό αριθμό δυνητικών επιπλοκών. Όλες όμως οι ενδοσκοπήσεις είναι δύσκολα ανεκτές από τον ασθενή και πολλές φορές δημιουργούν συναισθήματα τα οποία είναι αποτρεπτικά για την επανάληψή τους.

Με αυτές τις σκέψεις φαίνεται ότι η καταστολή, στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ενδοσκόπηση, είναι εξαιρετικά σημαντική, αφού με τη χρήση της επιτυγχάνεται η καλύτερη ανοχή των εξετάσεων από τους ασθενείς, οι ασθενείς είναι αρκετά ευχαριστημένοι διότι δεν ταλαιπωρούνται και οι ιατροί ενδοσκόποι μπορούν να κάνουν καλύτερα τη δουλειά τους, με μεγαλύτερη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα, αφού δεν έχουν την πίεση της δυσφορίας του ασθενούς. **Ταυτόχρονα, περίπου με την ανάπτυξη της ενδοσκόπησης στη δεκαετία του '70 και τη μαζική της είσο-**

δο στην καθημερινή ιατρική από τη δεκαετία του '80 και μετά, αναπτύχθηκε και ο τομέας της καταστολής. Αναπτύχθηκε, διότι η καταστολή πορεύεται παράλληλα με την ανάπτυξη της ενδοσκόπησης. Ειδικά τα τελευταία χρόνια που η συχνότητα των ενδοσκοπικών πράξεων, και ειδικά των επεμβατικών, έχει αυξηθεί πολύ με αποτέλεσμα να αυξάνεται όλο και περισσότερο η χρονική διάρκεια ορισμένων ενδοσκοπήσεων, τόσο και πιο σημαντική γίνεται η σημασία της καταστολής. Επίσης, στην προσπάθεια που διεξάγεται σήμερα σε διεθνές επίπεδο για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, όπου ουσιαστικά υποβάλλουμε όλους τους ενήλικες ηλικίας άνω των 50 ετών σε μαζικό έλεγχο με κολονοσκόπηση, μια εξέταση η οποία δεν είναι εύκολα ανεκτή από την πλειονότητα του πληθυσμού, η καταστολή κατέχει έναν πολύ σημαντικό ρόλο.

Θα κάνω μια μικρή ανάλυση σ' ό,τι αφορά στην καταστολή στις ενδοσκοπικές πράξεις, καθεμιά ξεχωριστά. Η **γαστροσκόπηση**, που αποτελεί μια σχετικά απλή ενδοσκοπική πράξη, ίσως την απλούστερη, συχνά μπορεί να γίνει με μέτρια καταστολή και είναι αρκετά ανεκτή από τους ασθενείς. Σε πολλές χώρες, όπως και στην Ελλάδα, πολλοί ιατροί εκτελούν τη γαστροσκόπηση χωρίς καθόλου καταστολή. Αυτό το γεγονός έχει φανερί και στην εθνική μελέτη, την οποία έκανε πρόσφατα το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας, της οποίας τα αποτελέσματα θα ανακοινωθούν μέσα στο 2008.

Η **ERCP** είναι μια δύσκολη τεχνική και δυνητικά επικίνδυνη. Το εύρος των παρεμβάσεων που γίνονται σήμερα κατά τη διάρκεια των ERCP συνεχώς αυξάνει και καθιστά απαραίτητη τη βαθιά καταστολή, η οποία εξασφαλίζει ένα συνεργάσιμο ασθενή για αρκετή ώρα. Όμως το επίπεδο της βαθιάς καταστολής ενέχει κινδύνους αναπνευστικής καταστολής (άπνοιας), όπου χρειάζεται επάρκεια στον αερισμό του ασθενούς. Ως αποτέλεσμα όλων αυτών των δυσκολιών, πολλές ιατρικές ομάδες σε όλο τον κόσμο, αλλά και στην πατρίδα μας, έχουν αρχίσει να εκτελούν την ERCP με την παρουσία αναισθησιολόγου με σκοπό την αύξηση της ασφάλειας του ασθενούς και της αποτελεσματικότητας της εξέτασης-παρέμβασης.

Η **κολονοσκόπηση** αποτελεί τη μεγάλη μας επαφή, εμάς των γαστρεντερολόγων, με την κοινωνία. Είναι η ενδοσκόπηση η οποία σαφώς προλαμβάνει τη νεοπλασία στο παχύ έντερο, και είναι η εξέταση η οποία ολοένα και περισσότερο απαιτείται από την κοινωνία. Είναι επώδυνη, όταν γίνεται χωρίς καταστολή, και γι' αυτό το λόγο οι εξεταζόμενοι απαιτούν μάλλον να είναι ανώδυνη. Στον τομέα της καταστολής στην κολονοσκόπηση έχει γίνει η μεγαλύτερη συζήτηση στη διεθνή βιβλιογραφία. Η κολονοσκόπηση στις περισσότερες των περιπτώσεων μπορεί να γίνει αποτελεσματικά με τη χρήση μέτριας καταστολής.

Θα ήθελα να αναφερθώ στα πιο συνηθισμένα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται. Στη γαστροσκόπηση οι

περισσότεροι συνάδελφοι σε όλο τον κόσμο χρησιμοποιούν από μικρές μέχρι μέτριες δόσεις βενζοδιαζεπινών. Σε όλες τις μεγάλες μελέτες που έχουν διεξαχθεί, και καταγράφονται οι συνήθειες των συναδέλφων γαστρεντερολόγων σ' ό,τι αφορά στην καταστολή στη γαστροσκόπηση, φαίνεται ότι η μιδαζολάμη αποτελεί το πιο δημοφιλές φάρμακο.

Στη διενέργεια της ERCP υπάρχει διαφοροποίηση. Κάποιοι συνάδελφοι χρησιμοποιούν συνδυασμένες δόσεις βενζοδιαζεπινών μαζί με οπιοειδή, ενώ ένα μεγάλο κομμάτι στο χώρο της καταστολής έχει κερδίσει πλέον η χρήση της προποφόλης. Η προποφόλη στις ERCP χορηγείται είτε με την ευθύνη των ίδιων των γαστρεντερολόγων είτε από αναισθησιολόγους.

Όσον αφορά τώρα στην κολονοσκόπηση, η οποία, όπως τονίσαμε, είναι η εξέταση που έχει τη μεγαλύτερη ζήτηση και για την οποία γίνεται η περισσότερη συζήτηση σε ό,τι αφορά την καταστολή, λίγοι είναι οι συνάδελφοι οι οποίοι την εκτελούν χωρίς καταστολή, καθώς οι μικραίνει συνεχώς το ποσοστό των εξεταζομένων που αποδέχονται την κολονοσκόπηση χωρίς καταστολή. Η μεγάλη πλειονότητα χρησιμοποιεί βενζοδιαζεπίνες ή συνδυασμό βενζοδιαζεπινών με οπιοειδή και ένα μικρότερο ποσοστό χρησιμοποιεί προποφόλη με την παρουσία ή όχι αναισθησιολόγου.

Στην εισήγηση αυτή θα σχολιάσουμε τα νομικά-επαγγελματικά θέματα τα οποία προκύπτουν από τη χρήση των κατασταλτικών φαρμάκων. Καταρχήν, όλοι εμείς οι γαστρεντερολόγοι είμαστε εκτεθειμένοι όταν χορηγούμε το οποιοδήποτε κατασταλτικό φάρμακο, αφού εδώ στην Ελλάδα δεν αποδεικνύεται ότι έχουμε εκπαιδευτεί στη χορήγηση των κατασταλτικών φαρμάκων και την αντιμετώπιση των επιπλοκών τους. Ευτυχώς, μέχρι σήμερα κανείς συνάδελφος δεν έχει καταδικαστεί στα ελληνικά δικαστήρια, λόγω ατυχών συμβαμάτων πιθανά

σχετιζόμενων με τη χρήση κατασταλτικών φαρμάκων. Πιστεύω ότι η χρήση βενζοδιαζεπινών μόνον ή ο συνδυασμός βενζοδιαζεπινών και οπιοειδών αποτελεί ένα θεραπευτικό συνδυασμό για τον οποίο, επειδή προτείνεται επίσημα από τις μεγάλες επιστημονικές εταιρείες του πλανήτη (ASGE, BSG, AGA, ACG), είναι εύκολο να πείσουμε, εάν χρειαστεί, ότι ορθώς λειτουργήσαμε. Δε θα πρέπει, όμως, ποτέ να ξεχνούμε ότι ο συνδυασμός των δύο αυτών φαρμάκων αυξάνει πολύ το χρόνο ανάνηψης, με αποτέλεσμα τα υπερφορτωμένα ελληνικά νοσοκο-

Η κολονοσκόπηση αποτελεί τη μεγάλη μας επαφή, εμάς των γαστρεντερολόγων, με την κοινωνία. Είναι η ενδοσκόπηση η οποία σαφώς προλαμβάνει τη νεοπλασία στο παχύ έντερο, και είναι η εξέταση η οποία ολοένα και περισσότερο απαιτείται από την κοινωνία

μεία ή τα μη επαρκώς εξοπλισμένα με χώρους ανάνηψης ιδιωτικά ιατρεία να έχουν σοβαρά προβλήματα διαχείρισης των ασθενών αυτών.

Η προποφόλη είναι το καλύτερο φάρμακο. Είναι το υπνωτικό φάρμακο που δρά ταχέως και έχει τους μικρότερους χρόνους ανάνηψης. Η χρήση της όμως στην Ελλάδα είναι μικρή όπως φαίνεται από τη μελέτη που έχει κάνει το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας. Κατά την προσωπική μου γνώμη, είναι σωστό η χρήση της να είναι περιορισμένη, αφού η προποφόλη πρέπει προς το παρόν στην Ελλάδα, όταν χορηγείται, να χορηγείται με την ευθύνη αναισθησιολόγων ή οι γασ-

στρεντερολόγοι-ενδοσκόποι, οι οποίοι τη χρησιμοποιούν, να μπορούν να αποδείξουν την επάρκειά τους στην αντιμετώπιση των επιπλοκών αυτού του φαρμάκου. Ενώ, όπως ανέφερα, η προποφόλη έχει πολύ μεγάλα πλεονεκτήματα σαν υπνωτικό φάρμακο, το σοβαρό της μειονέκτημα είναι το μικρό θεραπευτικό εύρος το οποίο έχει. Δηλαδή σε πολύ μικρό χρόνο, ο ασθενής από τη φάση του επαρκούς αερισμού μπορεί να μεταπέσει στο στάδιο της άπνοιας, το οποίο σημαίνει ότι θα πρέπει ταχύτατα να είναι έτοιμη η ενδοσκοπική ομάδα να αντιμετωπίσει την επιπλοκή αυτή με υποβοήθηση του αερισμού και πιθανόν ακόμα και με διασωλήνωση, που φυσικά συμβαίνει σπάνια. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τις μελέτες, οι οποίες έχουν δείξει ότι σε μεγάλο αριθμό ασθενών, οι οποίοι έχουν λάβει προποφόλη, δηλαδή πάνω από 300.000 ασθενείς, δεν έχει υπάρξει ούτε ένα θανατηφόρο σύμβαμα. Φυσικά σε όλο το κόσμος αναφέρονται μεμονωμένα ατυχή συμβαματα τα οποία δεν έχουν δημοσιευθεί σε έγκριτα περιοδικά.

Θα ήθελα, τέλος, να σχολιάσω κάποια πρακτικά μέτρα τα οποία θα πρέπει να λάβουμε εμείς οι Έλληνες γαστρεντερολόγοι ούτως ώστε να είναι ασφαλείς οι ιατρικές πράξεις τις οποίες κάνουμε, και κατ' επέκταση οι ασθενείς μας σε ό,τι αφορά στην καταστολή στην ενδοσκόπηση. **Πρώτον**, θα πρέπει, όπως έχει ζητήσει και η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων, στην εκπαίδευση για την ειδικότητά μας να συμπεριληφθεί ένα χρονικό διάστημα στο οποίο οι Έλληνες γαστρεντερολόγοι θα εκπαιδεύονται στη χορήγηση των κατασταλτικών φαρμάκων και στην αντιμετώπιση των ενδεχομένων επιπλοκών που προέρχονται από τη χορήγηση αυτών. **Δεύτερον**, θα πρέπει οι Έλληνες γαστρεντερολόγοι, που ασκούν ενδοσκόπηση και ειδικά θεραπευτική ενδοσκόπηση και έχουν

την πρόθεση να χορηγούν υψηλές δόσεις κατασταλτικών φαρμάκων χωρίς την παρουσία αναισθησιολόγου, να έχουν όλοι το δίπλωμα ACLS (Advanced Cardiac Life Support). **Τρίτον**, κατά τη γνώμη μου, θα πρέπει οι επιστημονικές εταιρείες των γαστρεντερολόγων, δηλαδή η ΕΓΕ και η ΕΠΕΓΕ, να διοργανώνουν σεμινάρια σε όλη την επικράτεια, στα οποία οι Έλληνες γαστρεντερολόγοι θα μπορούν να εκπαιδεύονται στη χρήση των κατασταλτικών φαρμάκων και τις επιπλοκές που προέρχονται από αυτά. Από τα σεμινάρια αυτά να χορηγούνται πιστοποιητικά τα οποία θα αποτελούν αποδείξεις επάρκειας στο θέμα της καταστολής. **Τέταρτον**, νομίζω ότι θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί, στα νοσοκομεία (ιδιωτικά ή δημόσια) και στα ιδιωτικά ιατρεία, στα μέσα τα οποία θα υπάρχουν για την αντιμετώπιση των επιπλοκών από την καταστολή. Δηλαδή, να υπάρχει η δυνατότητα αερισμού, κυρίως με τη χρήση των αμπού ή με τη χρήση των λαρυγγικών масκών, τεχνικές οι οποίες στις περιπτώσεις άπνοιας είναι εξαιρετικά χρήσιμες και σχετικά εύκολες στη χρήση τους. Δεν αναφέρομαι στην ενδοτραχειακή διασωλήνωση η οποία, ναί μεν είναι εξαιρετικά χρήσιμη, αλλά πολλές φορές σε χέρια μη ιδιαίτερα έμπειρων γιατρών είναι δύσκολο να αποβεί αποτελεσματική. Πιστεύω, επίσης, ότι οι ομάδες οι οποίες κάνουν επεμβατικές ενδοσκοπικές πράξεις μεγάλης διάρκειας, και αναφέρομαι κυρίως στην ERCP, θα πρέπει να σκεφθούν σοβαρά, και ιδιαίτερα εάν επιθυμούν να χορηγούν προποφύλη, την παρουσία αναισθησιολόγου για περισσότερη ασφάλεια. Άλλως, θα πρέπει να υιοθετήσουμε τις τακτικές οι οποίες έχουν υιοθετηθεί σε άλλες χώρες της Βορείου Αμερικής και της Ευρώπης, σύμφωνα με τις οποίες πρέπει να εκπαιδεύονται νοσηλεύτριες, στη χορήγηση των φαρμάκων αυτών και στις επιπλοκές τους, σε εξειδικευμένα σεμινάρια που επίσης προτείνου-

με να γίνονται κάτω από την κάλυψη των γαστρεντερολογικών εταιρειών. Οι εξειδικευμένες στην καταστολή νοσηλεύτριες πιστεύω ότι μπορούν να είναι εξαιρετικά χρήσιμες ακόμα και στις καθημερινές ενδοσκοπήσεις που γίνονται σε όλα τα ιατρεία και νοσοκομεία της Ελλάδας: δηλαδή

Η καταστολή πιστεύω ότι αποτελεί ένα χρήσιμο και απαραίτητο εργαλείο για την καθημερινή μας ενδοσκοπική εργασία. Οφείλουμε για το καλό των ασθενών, αλλά και για το καλό το δικό μας, να είμαστε επαρκώς εκπαιδευμένοι, τόσο θεωρητικά όσο και πρακτικά, να γνωρίζουμε καλά τα σκευάσματα τα οποία χορηγούμε, πώς να τα χορηγούμε και πώς να αντιμετωπίζουμε τις επιπλοκές τους

την απλή γαστροσκόπηση και την κολονοσκόπηση. Επίσης, πιστεύω ότι θα πρέπει γρήγορα η γαστρεντερολογική κοινότητα με την Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία και την Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων να προχωρήσει στη συγγραφή οδηγιών για τη χρήση της καταστολής, οι οποίες θα είναι εξαιρετικά επωφελείς, και για την καθημερινή πράξη στην ιατρική, αλλά και για την πιστοποίηση και την απόδειξη ότι αυτά που κάνουμε γίνονται ορθά και ότι ακολουθούμε συγκεκριμένες διαδικασίες. Πιστεύω ότι στη σύνταξη αυτών των οδηγιών θα πρέπει να συμπράξουν και συνάδελφοι αναισθησιολόγοι από πανεπιστημιακά ιδρύματα και τμήματα του Εθνικού Συστήματος

Υγείας ούτως ώστε οι οδηγίες αυτές να θεωρούνται ως πλέον έγκυρες.

Ένα τελευταίο σχόλιο για την προποφύλη, που θα ήθελα να αναφέρω, είναι ότι, **ενώ τα τελευταία 5-6 χρόνια υπάρχει μια μεγάλη επιστημονική συζήτηση για το θέμα αυτό, ακόμα υπάρχουν αντιδράσεις για την ευρεία χρήση της, ειδικά από την αναισθησιολογική κοινότητα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου υπάρχουν μεγάλες ομάδες που έχουν αποδείξει ότι η προποφύλη είναι ένα εξαιρετικά ασφαλές φάρμακο σε σχέση με τα υπόλοιπα κατασταλτικά τα οποία χρησιμοποιούμε, δηλαδή τις βενζοδιαζεπίνες και τα οπιοειδή, οι περισσότερες ακόμη Πολιτείες δεν δέχονται τη χρήση της από μη αναισθησιολόγους.** Συγκεκριμένα, μόνον οχτώ Πολιτείες έχουν δεχτεί ότι μπορούν να τη χορηγούν ενδοσκοποί ιατροί, ιατροί-μη αναισθησιολόγοι, ή νοσηλεύτριες οι οποίες έχουν λάβει εξειδικευμένη εκπαίδευση. Στην Ευρώπη, μόνο στην Ελβετία, την προποφύλη τη χρησιμοποιούν σχεδόν οι περισσότεροι Ελβετοί γαστρεντερολόγοι και η νομοθεσία το επιτρέπει.

Η καταστολή πιστεύω ότι αποτελεί ένα χρήσιμο και απαραίτητο εργαλείο για την καθημερινή μας ενδοσκοπική εργασία. Οφείλουμε για το καλό των ασθενών, αλλά και για το καλό το δικό μας, να είμαστε επαρκώς εκπαιδευμένοι, τόσο θεωρητικά όσο και πρακτικά, να γνωρίζουμε καλά τα σκευάσματα τα οποία χορηγούμε, πώς να τα χορηγούμε και πώς να αντιμετωπίζουμε τις επιπλοκές τους. Οφείλουν οι επιστημονικές μας εταιρείες, η Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία και η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων να μας θωρακίσουν με το πλαίσιο αυτό το οποίο δεν θα μας αφήνει εκτεθειμένους σε συμβάματα τα οποία, είτε το θέλουμε είτε δεν το θέλουμε, θα συμβούν. ■



Ταξίδι στα Γιάννενα

γράφει ο Απόστολος Νταϊλιάνας

Στο ταξίδι στα Κύθηρα, οι μαγικές σκηνές του Θ. Αγγελόπουλου, όπως το συνηθίζει ο σκηνοθέτης, εκτυλίσσονται αργά, βασανιστικά αργά.

Στο ταξίδι στα Γιάννενα, ένα ταξίδι που 15 ημέρες πριν αναβλήθηκε την τελευταία στιγμή λόγω κακών καιρικών συνθηκών (ευτυχώς, γιατί ο ένας από τους δυο μας ξύπνησε την ώρα που ο άλλος έκανε check-in), οι σκηνές δεν ήταν μαγικές, αλλά ήταν γρήγορες, γεμάτες με ενδιαφέρον περιεχόμενο. Περιεχόμενο που έχει να κάνει με την καταστολή και αναλγησία, την αντιμετώπιση των επιπλοκών, την ασφαλιστική και νομική κάλυψη του γαστρεντερολόγου. Την καθημερινότητά μας δηλαδή, αλλά και τους φόβους μας για επιπλοκή, τους εφιάλτες μας. Πιο αναλυτικά:

Οι θέσεις του νέου ΔΣ της ΕΠΕΓΕ σχετικά με την καταστολή και αναλγησία είναι ξεκάθαρες. Θέλουμε εκπαίδευση για ουσιαστικούς αλλά και τυπικούς λόγους. Αυτή μπορεί να προσφερθεί με σεμινάρια καταστολής που θα επαναλαμβάνονται ετησίως στην Αθήνα και θα είναι χρονικά συνδεδεμένα με την ετήσια διημερίδα μας. Επιθυμία μας είναι να γίνονται και στη Θεσσαλονίκη ή σε άλλες μεγάλες πόλεις στο μεσοδιάστημα. Για το θέμα αυτό θα ενεργοποιηθούν τοπικές επιτροπές. Τα σεμινάρια αυτά θα περιλαμβάνουν θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση σε προπλάσματα ή/και εξομοιωτές (simulators). Οι συμμετέχοντες (που ο αριθμός τους θα είναι αναγκαστικά περιορισμένος κάθε φορά) θα παίρνουν πιστοποιητικό παρακολούθησης. Η εκπαίδευση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά 3-5 έτη. Πρόβλεψη θα υπάρξει και

για εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, αφού και στη διεθνή βιβλιογραφία ο παράγοντας του εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού θεωρείται καθοριστικός για τη χορήγηση των κατασταλτικών σε συνεργασία με τον ενδοσκόπο, την παρακολούθηση, αλλά και την ενδεχόμενη αντιμετώπιση των επιπλοκών, ειδικά στη χορήγηση προποφόλης.

Το ταξίδι στα Γιάννενα, μαζί με τον «επίτιμο» πρόεδρο Α. Ζερβακάκη, έγινε με στόχο να συναντήσουμε τον καθηγητή αναισθησιολογίας Ιωαννίνων κ. Παπαδόπουλο. Ο κ. Παπαδόπουλος με την ομάδα του είχε συμμετάσχει στην προ ζετίας διημερίδα καταστολής και αναλγησίας της ΕΠΕΓΕ και γνωρίζει ακριβώς τις ανάγκες μας, έχει την τεχνολογική υποδομή αλλά και τη διάθεση να μας εκπαιδεύσει. Πριν ακόμη προσγειωθεί το αεροπλάνο, από λάθος μας, αφού το κινητό τηλέφωνο παρέμεινε ανοικτό, μας κάλεσε για να συναντηθούμε άμεσα. Η συνάντηση έγινε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο και μας οδήγησε στο γραφείο του στο χώρο του Πανεπιστημίου. Μας ξενάγησε στα προπλάσματα και στους απινιδωτές που χρησιμοποιεί για εκπαίδευση σε ένα ιδιαίτερο χώρο κάτω από την ξύλινη στέγη του κτιρίου. Στη συνέχεια μας έδειξε με καμάρι ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα προσομοίωσης στον υπολογιστή. Του εκθέσαμε τις σκέψεις μας για τα σεμινάρια που σχεδιάζουμε και τις αποδέχθηκε με ενθουσιασμό. Ο χρόνος που είχαμε στη διάθεσή μας (4 ώρες) μέχρι την πτήση της επιστροφής φάνηκε πολύ λίγος και μας οδήγησε πίσω στο αεροδρόμιο, αφού πρώτα μας ξενάγησε με καμάρι

στο βιβλιοπωλείο της κόρης του και μας δώρισε από ένα βιβλίο.

Τα σεμινάρια αυτά που μπορεί να προσφέρει ο κ. Παπαδόπουλος δεν έχουν ευρωπαϊκή πιστοποίηση, γίνονται όμως από πιστοποιημένους εκπαιδευτές, από ανθρώπους που ξέρουν τις ανάγκες μας και θα είναι κομένα και ραμένα στα μέτρα του γαστρεντερολόγου. Παράλληλα, το ΔΣ έχει και άλλους σαφείς στόχους. Τη δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών σε συνεργασία με την ΕΓΕ και το ΕΛΙ-ΓΑΣΤ, με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, προσαρμοσμένη στις ελληνικές συνθήκες. Αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες θα ψηφιστούν από τις γενικές συνελεύσεις των εταιριών για να είναι νομικά ισχυρές. Στη συνέχεια, απώτερος στόχος είναι η άρση του εγγράφου του ΕΟΦ που δεν επιτρέπει σε μη αναισθησιολόγους τη χορήγηση «νεωτέρων παραγόντων αναισθησίας όπως η φεντανύλη και η προποφόλη». Μόνο μετά από την άρση αυτής της οδηγίας θα υπάρχει αδιαμφισβήτητη ασφαλιστική κάλυψη από όλες τις ασφαλιστικές εταιρίες, κάτι που προς το παρόν προσφέρεται μετά από την προ διετίας παρέμβαση της ΕΠΕΓΕ μόνο από το ασφαλιστικό πρόγραμμα της International Life και της Ατλαντικής Ένωσης.

Το ταξίδι στα Γιάννενα ήταν μια ξεχωριστή εμπειρία. Στην Ελλάδα του βολέματος και της αδιαφορίας υπάρχουν άνθρωποι που σε εντυπωσιάζουν με την ευγένεια, τη διάθεση για προσφορά και την αποτελεσματικότητα. Απομένει η υλοποίηση των στόχων που τέθηκαν. ■



Κλινικό Θέμα

Ραγάδα πρωκτού: Αιτιοπαθογένεια και θεραπευτικές στρατηγικές

γράφει ο Νικόλαος Μαργέτης

Η ραγάδα του πρωκτού ορίζεται ως η σχάση κατά μήκος του επιμήκους άξονα του κατώτερου πρωκτικού καναλιού, αποτελεί δηλαδή λύση της συνέχειας του πρωκτοδέρματος.

Ο πρωκτός στερείται βλεννογόνιας μυϊκής στιβάδας. Κάτω από την υποβλεννογόνια στιβάδα βρίσκεται ο έσω σφιγκτήρας του πρωκτού, ένας λείος κυκλωτερής μυς, που εκτείνεται έως και 1,5 εκ. κεντρικότερα της οδοντωτής γραμμής. Δέχεται ίνες από το συμπαθητικό (O_5 νεύρο, μέσω των υπογάστριων νεύρων) και το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα (κλάδοι του ιερού παρασυμπαθητικού πλέγματος, μέσω των νεύρων I_2-I_4). Ο τόνος του έσω σφιγκτήρα οφείλεται εν μέρει σε ενδογενείς μυογενείς ιδιότητες και μερικώς σε εξωγενείς νευρικές επιδράσεις. Η διέγερση των α-αδρενεργικών ινών του συμπαθητικού και η αύξηση του ενδοκυττάρου ασβεστίου προκαλεί σύσπαση του έσω σφιγκτήρα, ενώ η διέγερση

των χολινεργικών μουςκαρινικών υποδοχέων του παρασυμπαθητικού και των β-αδρενεργικών ινών του συμπαθητικού καθώς και η μείωση του ενδοκυττάρου ασβεστίου προκαλούν χάλαση του έσω σφιγκτήρα. Το μονοξείδιο του αζώτου (NO) είναι ο κύριος μη αδρενεργικός, μη χολινεργικός νευροδιαβιβαστής προς τον έσω σφιγκτήρα και η απελευθέρωσή του οδηγεί σε αύξηση της αιματικής ροής στο πρωκτόδερμα και χάλαση του έσω σφιγκτήρα. Για το 70-85% της πίεσης ηρεμίας του πρωκτού, υπεύθυνος είναι ο έσω σφιγκτήρας.

Η **οξεία** ραγάδα έχει γραμμοειδή ή μηνοειδή εμφάνιση, με ελαφρά οιδηματώδη χείλη και τείνει να επουλώνεται εντός 1-2 εβδομάδων. Η ραγάδα που επιμένει ή υποτροπιάζει και δεν επουλώνεται εντός 6-8 εβδομάδων ονομάζεται **χρόνια**. Μεγαλύτερη όμως διαγνωστική αξία για το χαρακτηρισμό μιας ραγάδας ως χρόνιας έχουν τα μορφολογικά χαρακτηριστικά της: η παρουσία ορατών εγκάρσιων ινών του έσω σφιγκτήρα, ο οποίος ασπρίζει στην επισκόπηση ή/και ινώδους - κοκκιώδους ιστού στη

βάση αυτής, τα σκληρά υπεσκαμμένα αποστρογγυλεμένα ινωτικά χείλη, η υπερτροφική θηλή Morgagni κεντρικά και ο συνοδός ευαίσθητος στην ψηλάφηση δερματικός κρημνός περιφερικά. Η συνηθέστερη εντόπιση της ραγάδας είναι η οπίσθια μέση γραμμή (6η ώρα με τον ασθενή σε γυναικολογική θέση) και, δευτερευόντως (1% των ανδρών και 10% των γυναικών), η πρόσθια μέση γραμμή (12η ώρα).

Η ραγάδα διακρίνεται σε πρωτοπαθή και σε δευτεροπαθή. Η **αιτιοπαθογένεια** της πρωτοπαθούς ραγάδας δεν έχει διαλευκανθεί πλήρως. Η πίεση ηρεμίας (RAP) καθώς και η μέγιστη πίεση ηρεμίας του πρωκτού (MRAP) σε ασθενείς με ραγάδα είναι αυξημένες [MRAP: 90-120 mmHg (Φ.Τ. 60-85 mmHg)]. Επίσης, σε ασθενείς με ραγάδα παρατηρείται αύξηση της συχνότητας και του ύψους των υπερβραδών κυμάτων. Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η υπερτονία του έσω σφιγκτήρα διαδραματίζει κεντρικό ρόλο τόσο για τη δημιουργία όσο και για τη διατήρηση της ραγάδας. Η μέση αρτηριακή πίεση των αρτηριολίων του πρωκτού

είναι 85 mmHg, με αποτέλεσμα να δημιουργείται κλίση πίεσης μεταξύ πρωκτικού και αρτηριακού αυλού, μείωση της αιματικής ροής στο πρωκτόδερμα, ισχαιμία και εξέλκωση αυτού (η ραγάδα θεωρείται άτονο έλκος πρωκτού). Έχει αποδειχθεί, ότι η αιματική ροή είναι αντιστρόφως ανάλογη με την πίεση εντός του πρωκτικού καναλιού. Η συχνότερη εντόπιση της ραγάδας στην 6η ώρα εξηγείται από τον μειωμένο αριθμό αρτηριολίων στο οπίσθιο τμήμα του πρωκτού, από την ελλειπτική διάταξη των ινών του έσω σφιγκτήρα - με συνεπακόλουθη μειωμένη μυϊκή υποστήριξη στο οπίσθιο τοίχωμα - και από την αυξημένη πίεση στο πρόσθιο τοίχωμα του πρωκτού, η οποία εκτονώνεται οπισθίως. Με laser doppler flowmetry έχει δείχθει ότι η αιμάτωση της οπίσθιας μέσης γραμμής είναι λιγότερη από τη μισή σε σχέση με τα υπόλοιπα τεταρτημόρια του πρωκτικού καναλιού. Θεωρείται ότι ο πρωταρχικός μηχανισμός της υπερτονίας του έσω σφιγκτήρα είναι η μείωση του NO, πιθανώς λόγω σχετικής έλλειψης της συνθετάσης του NO. Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις ότι το ψυχολογικό stress προκαλεί συνεχή υπερτονία του έσω σφιγκτήρα.

Κλασικά, η δυσκοιλιότητα αποτελούσε σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη ραγάδας. Όμως βρέθηκε ότι μόνο στο 20% των ασθενών υπάρχει ιστορικό δυσκοιλιότητας. Πάντως, η συμπαγής κένωση, τα σκληρά κόπρανα και η σύσφιγξη κατά την κένωση αυξάνουν τον κίνδυνο ρωγμής του πρωκτοδέρματος. Ακολούθως η ραγάδα προκαλεί αντανάκλαστικό σπασμό του έσω σφιγκτήρα. Η φτωχή σε φυτικές ίνες δίαιτα πιθανόν παίζει κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη ραγάδων.

Εξάλλου, σε υποομάδα των ασθενών με ραγάδα, η δυσκοιλιότητα ίσως είναι το αποτέλεσμα και όχι το αίτιο. Λόγω της αυξημένης πίεσης ηρεμίας του πρωκτού παρατηρείται μικρότερου βαθμού χάλασή του όταν διατείνεται το ορθό (ανασταλτικό ορθοπρωκτικό

αντανάκλαστικό) και, ως εκ τούτου, η κένωση καθυστερεί. Επιπλέον, λόγω της επώδυνης κένωσης που προκαλεί η ραγάδα, οι ασθενείς αναστέλλουν εκουσίως την κένωση, τα κόπρανα αφυδατώνονται, σκληρύνονται ακόμη περισσότερο, η δυσκοιλιότητα επιδεινώνεται και ο πόνος αυξάνει. Ο πόνος κατά την κένωση αποδίδεται στην επαφή των (σκληρών ή μη) κοπράνων με το ραγέν πρωκτόδερμα, στο

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η διέλευση σκληρών κοπράνων δημιουργεί μικρά τραύματα στο πρωκτόδερμα, τα οποία στους περισσότερους ανθρώπους επουλώνονται γρήγορα. Επί υπερτονίας όμως του έσω σφιγκτήρα, εξελίσσονται σε οξεία ή χρόνια ραγάδα. Εν τέλει, δημιουργούνται τέσσερις φαύλοι κύκλοι οι οποίοι διαιωνίζουν τη ραγάδα και δεν επιτρέπουν την επούλωσή της

σπασμό του έσω σφιγκτήρα και στην ισχαιμία. Τέλος, ο σπασμός του έσω σφιγκτήρα αποτρέπει την επούλωση της ραγάδας, επειδή εμποδίζει ακόμη περισσότερο την αιματική ροή προς το πρωκτόδερμα.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η διέλευση σκληρών κοπράνων δημιουργεί μικρά τραύματα στο πρωκτόδερμα, τα οποία στους περισσότερους ανθρώπους επουλώνονται γρήγορα. Επί υπερτονίας όμως του έσω σφιγκτήρα εξελίσσονται σε οξεία ή χρό-

νια ραγάδα. Εν τέλει, δημιουργούνται **τέσσερις φαύλοι κύκλοι** [1. σπασμός → δυσκοιλιότητα → ραγάδα → σπασμός, 2. σπασμός → ραγάδα → σπασμός, 3. πόνος → δυσκοιλιότητα → ραγάδα → πόνος 4. δυσκοιλιότητα → πόνος → δυσκοιλιότητα], οι οποίοι διαιωνίζουν τη ραγάδα και δεν επιτρέπουν την επούλωσή της.

Υπάρχουν όμως ραγάδες που συνοδεύονται με υποτονία του έσω σφιγκτήρα. Στις περιπτώσεις αυτές συνήθως υποκρύπτεται κάποια **δευτεροπαθής αιτία**, όπως η νόσος του Crohn, η ελκώδης κολίτιδα, η σεξουαλική κακοποίηση, παρελθόντα ορθοπρωκτικά χειρουργεία (προκαλούν στένωση ή σκλήρυνση του πρωκτικού καναλιού), ο σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια ή υποτροπιάζουσα διάρροια (στο 4-7% των ασθενών), μαιευτικό τραύμα (στο 11% των γυναικών), κακοήθειες (λέμφωμα, λευχαιμία, πλακώδες / βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, σάρκωμα Karosi, αδενοκαρκίνωμα ορθού ή πρωκτού), σύφιλη, φυματίωση, AIDS [ραγάδα λοιμώδους (σύφιλη, κυτταρομεγαλοϊός), νεοπλασματικής ή ιδιοπαθούς αιτιολογίας], άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η σαρκοείδωση, η πρωκτική σεξουαλική επαφή και η είσοδος ξένων σωμάτων στον πρωκτό. Οι ακραίες ηλικίες (βρέφη, ηλικιωμένοι) αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ραγάδας. Η παρουσία αιμορροϊδων δεν αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα. Υποψία δευτεροπαθούς αιτίας τίθεται, όταν η ραγάδα είναι ανώδυνη, επιμένει, υποτροπιάζει, όταν βρίσκεται σε άτυπη θέση και επί πολλαπλών ραγάδων.

Οι **θεραπευτικές στρατηγικές** στη ραγάδα διακρίνονται:

- α)** στη μη χειρουργική αντιμετώπιση [συντηρητική αγωγή, φαρμακευτική (χημική) σφιγκτηροτομή]
- β)** στη χειρουργική αντιμετώπιση
- γ)** στην αναγνώριση και τη θεραπεία δευτεροπαθών αιτιών και ειδικών περιπτώσεων.

Αρχικά, η οξεία ραγάδα αντιμετωπίζεται **μη χειρουργικά**. Στόχοι της θεραπείας είναι η επαγωγή -διατήρηση της ατραυματικής διέλευσης των κοπράνων, η ανακούφιση από τον πόνο και η αναστρέψιμη μείωση της πίεσης ηρεμίας του πρωκτού, μέσω χάλασης του έσω σφιγκτήρα (χημική σφιγκτηροτομή).

Χορηγούνται φυτικές ίνες (Bran ή τροφές που περιέχουν ίνες, σε ποσότητα 25-30 g ημερησίως) που δίνουν όγκο στις κενώσεις, μαλακτικά των κοπράνων (παραφινέλαιο), ωσμωτικώς δρώντα ήπια υπακτικά (γάλα μαγνησίας, λακτουλόζη) και αυξάνεται η ποσότητα του προσλαμβανόμενου ύδατος από το στόμα, με σκοπό την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας ή τη δημιουργία πιο μαλακών κοπράνων. Αποφεύγονται τα διεγερτικά υπακτικά, επειδή οι διάρροιες που προκαλούν μπορεί να επιδεινώσουν τη ραγάδα. Εάν το αρχικό αίτιο είναι η επαναλαμβανόμενη ή υποτροπιάζουσα διάρροια χορηγούνται αντιδιαρροϊκά σκευάσματα και διερευνώνται τα αίτια της. Εφαρμόζεται καλή τοπική υγιεινή (καλός καθαρισμός και πλύσιμο μετά από κάθε κένωση, διατήρηση της περιοχής στεγνής με ατραυματικό χαρτί τουαλέτας). Στους ασθενείς συνιστούμε την αποφυγή σύσφιγξης κατά την κένωση και τοπικά εδρόλουτρα. Τα εδρόλουτρα γίνονται με την εμβάπτιση των γλουτών και του πρωκτού σε ζεστό νερό, θερμοκρασίας 40-50°C, χωρίς πρόσμιξη σαπουνιού, για διάστημα 10 λεπτών τρεις ημερησίως, κατά προτίμηση μετά από κένωση. Εναλλακτικά, προτείνονται πλύσεις με ζεστό νερό για 4 λεπτά, ακολουθούμενες με πλύσεις για 1 λεπτό με κρύο νερό (sitz baths). Τα εδρόλουτρα βελτιώνουν την αιμάτωση τοπικά, ανακουφίζουν τον πόνο, τον κνησμό και το σπασμό. Η σωματική άσκηση βοηθά στην επούλωση, αυξάνοντας την αιματική ροή.

Προ της κενώσεως (περί τα 10 λεπτά) χρησιμοποιούνται τοπικές αλοι-

φές αναισθητικών, κορτικοειδών ή συνδυασμού αυτών, με σκοπό την, κατά το δυνατόν, ανώδυνη κένωση. Η αναισθητική κρέμα συνδυασμού λιδοκαΐνης 2,5% και πριλοκαΐνης 2,5% είναι η πιο δραστική για το διαξιφιστικό πόνο της οξείας ραγάδας και τοποθετείται πάνω στη ραγάδα από το γιατρό. Η συχνή χρήση αναισθητικών αλοιφών πρέπει να αποφεύγεται, επειδή καθυστερεί η επούλωση και

Αρχικά, η οξεία ραγάδα αντιμετωπίζεται μη χειρουργικά. Στόχοι της θεραπείας είναι η επαγωγή -διατήρηση της ατραυματικής διέλευσης των κοπράνων, η ανακούφιση από τον πόνο και η αντιστρεπτή μείωση της πίεσης ηρεμίας του πρωκτού, μέσω χάλασης του έσω σφιγκτήρα (χημική σφιγκτηροτομή)

προκαλείται δερματίτιδα. Εναλλακτικά, προ της κενώσεως (π.χ. 1 ώρα) μπορούν να δοθούν αναλγητικά (π.χ. νιμεσουλίδη) από το στόμα. Τα μειζονα όμως αναλγητικά (π.χ. οπιοειδή) προκαλούν δυσκοιλιότητα και πρέπει να αποφεύγονται.

Οι κρέμες κορτικοειδών (υδροκορτιζόνη 1-2%) ανακουφίζουν την περιοχή από τη φλεγμονή και πιθανόν από τον πόνο, αλλά δεν υπερτερούν έναντι του συνδυασμού εδρόλουτρων και φυτικών ινών.

Στην αρχική φάση της θεραπείας βασικός στόχος αποτελεί η **χημική σφιγκτηροτομή**. Ο πλέον μελετημένος παράγοντας που προκαλεί χάλαση του έσω σφιγκτήρα είναι η **τρινιτρική**

γλυκερίνη (TNΓ). Δρα μέσω απελευθέρωσης NO. Εφαρμόζεται τοπική αλοιφή TNΓ 0,4%, με χρήση δοσολογικού οδηγού, δις ημερησίως, κατά προτίμηση μετά την κένωση, το ανώτερο για 2 μήνες για τη χρόνια ραγάδα και για 2 εβδομάδες για την οξεία ραγάδα. Η TNΓ συμβάλλει στην ανακούφιση από τον πόνο (από την 4η ημέρα θεραπείας), στη λύση του σπασμού και την επούλωση της ραγάδας (στο 68%). Με doppler flowmetry έχειδειχθεί ότι μειώνει κατά 33% την πίεση ηρεμίας του πρωκτού. Δεν έχουν δείξει όλες οι μελέτες ευεργετικό αποτέλεσμα της TNΓ στην επούλωση των ραγάδων. Προβλήματα από τη χορήγηση TNΓ αποτελούν οι συχνές (>18%) κεφαλαλγίες (συμβαίνουν 10-15 λεπτά μετά την εφαρμογή, διαρκούν λιγότερο από μισή ώρα και μειώνονται σταδιακά μετά από 2 εβδομάδες θεραπείας), η υπόταση, η ζάλη, η δερματίτιδα με αίσθημα τοπικού καύσου, με συνέπεια τη μη καλή συμμόρφωση και οι υποτροπές μετά τη διακοπή της (15-45% των ασθενών με επούλωση φαίνεται ότι υποτροπιάζουν στα 2 χρόνια). Θεμιτό είναι η πρώτη εφαρμογή TNΓ να γίνεται με τον ασθενή κατακεκλιμένο. Οι ραγάδες φαίνεται ότι είναι λιγότερο πιθανό να επούλωθούν και πιο πιθανό να υποτροπιάσουν εάν υπάρχει συνυπόστροφος δερματικός κρημνός και όταν είναι παρούσες για διάστημα άνω των 6 μηνών. Η TNΓ υπερέρχει έναντι των τοπικά εφαρμοζόμενων αναισθητικών και κορτικοειδών.

Η τοξίνη της βοτουλίνης (BT – Botox) είναι μια νευροτοξίνη που εκκρίνεται από το κλωστηρίδιο της αλλαντίασης και δρα στη νευρομυϊκή σύναψη, αναστέλλοντας εκλεκτικά και μη αναστρέψιμα την απελευθέρωση της ακετυλχολίνης στο συναπτικό χάσμα. Η πρόσληψή της από τις προσυναπτικές χολινεργικές νευρικές απολήξεις αναστέλλει την Ca^{++} -εξαρτώμενη απελευθέρωση ακετυλχολίνης. Πάρεση των μυών προκαλείται εντός ωρών, η μέγιστη δράση εμφανίζεται

σε 1 εβδομάδα, ενώ η λειτουργία της σύναψης επανέρχεται πλήρως στους 3 μήνες. Ο μηχανισμός δράσης της BT παραμένει άγνωστος, αφού η αναστολή της δράσης του νευροδιαβιβαστή του παρασυμπαθητικού συστήματος στο λείο μυ προκαλεί σύσπαση και όχι χάλαση. Ενοχοποιούνται η μείωση της α-αδρενεργικής έκκρισης των συμπαθητικών ινών και η επαγωγή της συνθετάσης του NO. Η ένεση της BT στον έσω σφιγκτήρα του πρωκτού μειώνει την πίεση ηρεμίας και προσφέρει γρήγορη ανακούφιση από τον πόνο. Δεν υπάρχει συμφωνία για τη χορηγούμενη δόση της BT, ούτε για τη θέση χορήγησης. Συνήθως η συνολική δόση είναι 20 U BT, σε ισόποσες δόσεις εκατέρωθεν της ραγάδας, αν και η πρόσθια χορήγηση έχει καλύτερα αποτελέσματα από την οπίσθια. Μετά πάροδο 3 μηνών είναι δυνατόν να γίνει καινούργια έγχυση BT, εάν η ραγάδα έχει υποτροπιάσει. Προβλήματα από την εφαρμογή της BT αποτελεί η παροδική ακράτεια αερίων και κοπράνων, η γενικευμένη μυϊκή αδυναμία, η νεκρωτική περιτονίτιδα και η υποτροπή της ραγάδας (42-50% στα 2 χρόνια). Οι πρόσθιες ραγάδες και η μακρά διάρκεια παρουσίας της ραγάδας αυξάνουν τα ποσοστά υποτροπής. Η BT αντενδείκνυται σε επιπλεγμένη αιμορροϊδική νόσο και σε ενεργό ορθοπρωκτική

φλεγμονώδη εντεροπάθεια.

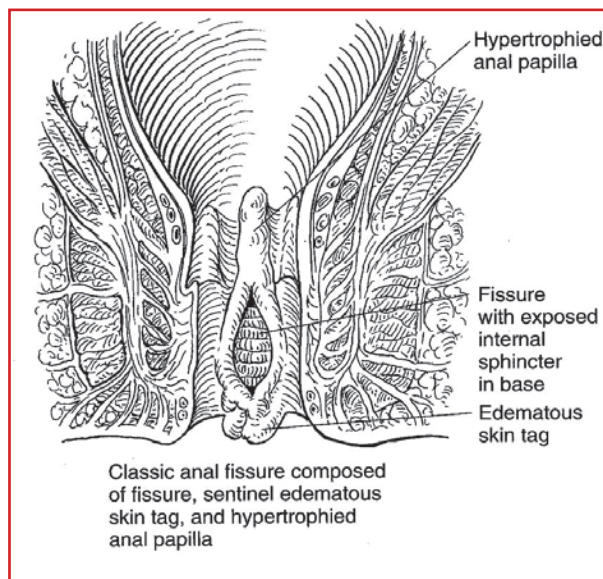
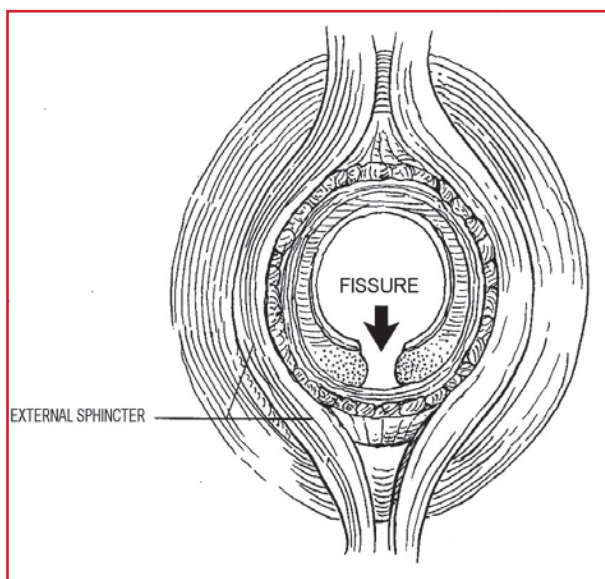
Οι μελέτες σύγκρισης της BT με την TNΓ έχουν δείξει αντικρουόμενα αποτελέσματα. Ασθενείς όμως με παρενέργειες ή με ανεπαρκή απάντηση σε μία από τις δύο μεθόδους ανταποκρίνονται επιτυχώς στην άλλη. Και οι δύο μέθοδοι βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της θεραπείας της ραγάδας. Επειδή η BT είναι επεμβατική μέθοδος και σχετίζεται με μεγαλύτερα ποσοστά ακράτειας, προτιμάται μόνο σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται ή εμφανίζουν ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγηση TNΓ. Τέλος, η προσθήκη TNΓ σε ασθενείς που εδόθη BT δεν προσφέρει θεραπευτικό πλεονέκτημα.

Οι **αναστολές των διαύλων ασβεστίου (νιφεδιπίνη, διλτιαζέμη)** προκαλούν χάλαση των αρτηριολίων και του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού. Χορηγούνται τοπικά (π.χ. gel νιφεδιπίνης 0,2% ή διλτιαζέμης 2%) ή από του στόματος (διλτιαζέμη 60 mg 1x1 peros, νιφεδιπίνη 20 mg 1x2 peros ή υπογλώσσια). Η τοπική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική και έχει λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Είναι πιο αποτελεσματικοί από τη λιδοκαΐνη και την υδροκορτιζόνη. Δεν υπερτερούν έναντι της TNΓ και της BT σε αποτελεσματικότητα, έχουν όμως λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Σε

ορισμένους ασθενείς, που δεν ανταποκρίθηκαν στην TNΓ, οι αναστολές των διαύλων ασβεστίου έχουν δείξει αρκετά ικανοποιητικά κλινικά αποτελέσματα. Στη χώρα μας δεν κυκλοφορούν επί του παρόντος συσκευασίες τοπικά χορηγούμενων αναστολέων των διαύλων ασβεστίου.

Οι συντηρητικές μέθοδοι επουλώνουν τη ραγάδα στο 50-65% περίπου των ασθενών (στο 87% των ασθενών με οξεία και στο 40% των ασθενών με χρόνια ραγάδα), ενώ οι ανεπιθύμητες ενέργειες τους δεν είναι ούτε σοβαρές, ούτε μόνιμες. Έτσι επιλέγονται κατά την αρχική φάση της αντιμετώπισης, ενώ, επί αποτυχίας τους, επιλέγουμε τη **χειρουργική θεραπεία**. Χειρουργικά επίσης αντιμετωπίζεται ο ασθενής με οξεία ραγάδα, που δεν επιθυμεί να υποβληθεί σε συντηρητική θεραπεία.

Η **πλαγία έσω σφιγκτηροτομή** αποτελεί την εγχείρηση εκλογής για την αντιμετώπιση της ραγάδας, πλεονεκτεί δε έναντι των λοιπών χειρουργικών τεχνικών και των μεθόδων χημικής σφιγκτηροτομής, όσον αφορά στα ποσοστά επούλωσης, γρήγορης ανακούφισης του πόνου και υποτροπών. Ο έσω σφιγκτήρας μπορεί να διαταμεί με κλειστή είτε με ανοικτή μέθοδο. Η εκτομή της ραγάδας δεν είναι απαραίτητη, εκτός εάν έχει άτυ-



πη εμφάνιση και χρήζει ιστολογικής εξέτασης. Προσοχή απαιτείται, ώστε να μην διαταμεί ο βλεννογόνος του πρωκτού, γεγονός που οδηγεί στη δημιουργία συριγγίου.

Η ακράτεια περιορίζεται σημαντικά, όταν η διατομή του σφιγκτήρα γίνεται έως το άνω όριο της ραγάδας (ποσοστό ακράτειας 1,4 %). Γενικά, η μετεγχειρητική ακράτεια βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου. Ήπια ακράτεια, που δεν επηρεάζει την ποιότητα ζωής, επιμένει στο 6-30% των ασθενών σε μακροχρόνια παρακολούθηση. Σημαντικό ρόλο στην εκτίμηση της πιθανότητας μετεγχειρητικής ακράτειας, καθώς και στην αποτροπή αυτής, διαδραματίζει το ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα, με το οποίο εκτιμάται το μήκος και το πάχος του έσω σφιγκτήρα, βοηθώντας το χειρουργό να υπολογίσει το βάθος και την έκταση της τομής.

Η υποτροπή της ραγάδας μετεγχειρητικά ανέρχεται στο 1-6 %, λόγω ανεπαρκούς σφικτηροτομής κ.λπ. Διαγνωστικά αποκλείουμε δευτεροπαθείς αιτίες και (με το ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα) το ενδεχόμενο ανεπαρκούς σφικτηροτομής και θεραπευτικά εφαρμόζουμε εξαρχής τη συντηρητική αγωγή και, επί μη ανταπόκρισης, ο χειρουργός διενεργεί καινούργια σφικτηροτομή, στην ίδια θέση ή σε καινούργια, αντιδιαμετρικά της αρχικής.

Η **διαστολή του δακτυλίου** σήμερα έχει πρακτικά εγκαταλειφθεί, λόγω πρόκλησης μόνιμης ακράτειας. Η **οπίσθια έσω σφικτηροτομή** σχετίζεται με βραδεία επούλωση της ραγάδας και υψηλά ποσοστά ακράτειας (15%) και υποτροπής (13%), καθίσταται όμως αναπόφευκτη επιλογή όταν η ραγάδα επιπλέκεται από μεσοσφικτηριακό απόστημα ή συρίγγιο. Ο **προωθητικός δερματικός κρημνός V-Y** αποτελεί αποδεκτή εναλλακτική λύση έναντι της πλαγίας έσω σφικτηροτομής και εφαρμόζεται όταν η ραγάδα δεν επουλώνεται ή υποτροπιά-

ζει, παρά την επαρκή σφικτηροτομή, και σε ραγάδες με χαμηλές πρωκτικές πιέσεις (π.χ. ηλικιωμένοι), οπότε δεν αναμένεται επούλωσή της από περαιτέρω μείωση των πιέσεων. Αρχικά νεαροποιούνται τα χείλη της ραγάδας και ακολούθως προωθείται δερματικός κρημνός, για να καλύψει το προκύπτον κενό. Μετά το χειρουργείο χορηγούνται μαλακτικά των κοπράνων και δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες, με σκοπό τη μείωση των υποτροπών.

Είναι φρόνιμο να αναγνωρίζονται τα **δευτεροπαθή αίτια ραγάδας** εγκαίρως, αφενός μεν, επειδή χρήζουν ειδικής αγωγής, αφετέρου δε, λόγω

Είναι φρόνιμο να αναγνωρίζονται τα δευτεροπαθή αίτια ραγάδας εγκαίρως, αφενός μεν επειδή χρήζουν ειδικής αγωγής, αφετέρου δε λόγω των επιπτώσεων που προκαλεί η χειρουργική αντιμετώπιση σε αρκετά από αυτά

των επιπτώσεων που προκαλεί η χειρουργική αντιμετώπιση σε αρκετά από αυτά. Στη **νόσο του Crohn**, το επιθετικό χειρουργείο σχετίζεται με μειωμένη επούλωση του τραύματος και με επίταση των τοπικών προβλημάτων. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει αντιβιοτικά από του στόματος (μετρονιδαζόλη 20mg/kg ημερησίως σε διηρεμένες δόσεις ή σιπροφλοξασίνη 500mg δις ημερησίως για διάστημα 3-6 μηνών), σε συνδυασμό με υπόθετα 5-ASA. Επίσης απαιτείται σχολαστική τοπική υγιεινή, τοπικά εδρόλουτρα και αντιμετώπιση της διάρροιας. Επί αποτυχίας, επιλέγονται ανοσοκατασταλτικά (αζαθειοπρίνη / 6-μερκα-

πτοπουρίνη), βιολογικοί παράγοντες, ενώ χειρουργική αντιμετώπιση επιλέγεται, εάν συνυπάρχουν περιεδρικά συρίγγια ή αποστήματα. Σε ασθενείς με **AIDS**, η ραγάδα αντιμετωπίζεται αιτιολογικά, ανακουφίζονται τα συμπτώματα, η δε χειρουργική επέμβαση μπορεί να οδηγήσει σε σήψη. Σε περιπρωκτική **φυματίωση** δίδεται η κλασική αντιφυματική αγωγή.

Εν κατακλείδι, προτείνεται ο ακόλουθος **αλγόριθμος**: Σε τυπική ραγάδα, χωρίς ενδείξεις νόσου του Crohn, ακολουθείται θεραπεία μηνός με μαλακτικά των κοπράνων, φυτικές ίνες, εδρόλουτρα και αλοιφή νιπρογλυκερίνης 0,4%. Εάν η ραγάδα επουλωθεί και υπήρξε αιμορραγία από το ορθό, υποβάλλουμε τον ασθενή σε σιγμοειδοσκόπηση ή κολονοσκόπηση. Εάν η ραγάδα δεν επουλωθεί, συνεχίζουμε τη θεραπεία για ένα μήνα επιπλέον. Εάν η ραγάδα επιμένει, ενδοσκοπούμε τον ασθενή, για να αποκλείσουμε τη νόσο του Crohn και αποκλείουμε (ορολογικά, με καλλιέργειες κοπράνων, με βιοψίες) δευτεροπαθή αίτια. Εφόσον αυτά αποκλεισθούν, ενίομε ΒΤ στον έσω σφιγκτήρα. Επί μη ανταπόκρισης, επιλέγεται η πλαγία έσω σφικτηροτομή, με ή χωρίς εκτομή της ραγάδας, ενώ εάν ούτε τότε επουλωθεί η ραγάδα, εφαρμόζεται ο προωθητικός δερματικός κρημνός. Ο τελευταίος επιλέγεται εξαρχής, εάν η μετεγχειρητική ακράτεια συγκεντρώσει αρκετές πιθανότητες προεγχειρητικά. ■

Βιβλιογραφία

1. Ayantude A.A., Debrah S.A. Current concepts in anal fissures. *World J Surg* 2006; 30: 2246-2260.
2. Steele S.R., Madoff R.D. Systematic review: the treatment of anal fissure. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24: 247-257.
3. Lund J.N., Nystrom P.O., Coremans G et al. An evidence-based treatment algorithm for anal fissure. *Tech Coloproctol* 2006; 10:177-180.
4. AGA technical review, AGA guideline: Diagnosis and care of patients with anal fissure. *Gastroenterology* 2003; 124:233, 235.

Ενδοσκοπικό



Θέμα

Ξένα Σώματα στο Ανώτερο Πεπτικό

γράφουν οι Σ. Σιαφίκος και Ν. Παπαντωνίου

Η παρουσία ξένων σωμάτων στον ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα αποτελεί επείγουσα κατάσταση που σχεδόν καθημερινά καλείται να αντιμετωπίσει ο εφημερεύον γαστρεντερολόγος ενός νοσοκομείου. Είναι ένα γεγονός που μπορεί να συμβεί τυχαίως ή από πρόθεση.

Αφορά όλες τις ηλικιακές ομάδες με μεγαλύτερη συχνότητα στα παιδιά, ιδίως ηλικίας από 6 μηνών έως 6 ετών, καθώς είναι αποτέλεσμα της ενστικτώδους κίνησης των παιδιών να βάζουν αντικείμενα στο στόμα τους. Σε αυτές τις ηλικίες, τα ξένα σώματα είναι συνήθως κέρματα, κλειδιά, κουμπιά, μικρά παιχνίδια, καρφίτσες και μικρές μπαταρίες.

Στους ενήλικες τα ξένα σώματα απαντώνται κυρίως σε ψυχιατρικούς ασθενείς, σε φυλακισμένους και σε ηλικιωμένους λόγω συνύπαρξης σοβαρής υποκείμενης νόσου (καρκίνος,

νευρολογικές παθήσεις) ή εξαιτίας της συχνής χρήσης οδοντικών προθέσεων. Σε ηλικίες μεταξύ 40-60 τα πιο συχνά ξένα σώματα που συναντώνται είναι τα κόκκαλα από ψάρι ή κοτόπουλο.

Θέσεις ανεύρεσης ξένων σωμάτων

Οι συνήθεις θέσεις ενσφήνωσης των ξένων σωμάτων αντιστοιχούν σε φυσιολογικές στενώσεις του αυλού, σε φυσιολογικούς σφιγκτήρες, σε οξείες γωνιώσεις, σε συγγενείς παραμορφώσεις ή όπου υπάρχουν αλλαγές στην ανατομία της περιοχής λόγω προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων.

Μια πρώτη περιοχή όπου μπορεί να εγκλωβιστεί ένα ξένο σώμα είναι ο οπίσθιος υποφάρυγγας. Αιχμηρά αντικείμενα όπως ψαροκόκκαλα και κόκκαλα κοτόπουλου είναι τα συνηθέστερα.

Στον οισοφάγο, στο ύψος του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα και κρικοφαρυγγικού μυός, στο εντύπωμα του αορτικού τόξου, στο εντύπωμα του AP κύριου βρόγχου και στη ΓΟΣ,

όπου υπάρχει φυσιολογική στένωση του αυλού μπορούν να εγκλωβιστούν ψαροκόκκαλα, βλωμός τροφής ή οδοντικές γέφυρες. Στις περισσότερες περιπτώσεις υποκρύπτεται παθολογία, όπως καλοήθεις στενώσεις (δακτύλιος Schatzki), πεπτικές στενώσεις, πιέσεις του οισοφάγου εκ των έξω από χειρουργικές αναστομώσεις, κινητικές διαταραχές (π.χ. αχαλασία ή διάχυτος οισοφαγικός σπασμός), καθώς και καρκίνος του οισοφάγου.

Στο στόμαχο αντικείμενα μήκους > 5 εκ. και πλάτους > 2 εκ. δεν περνούν από τον πυλωρό, ενώ εάν συνυπάρχει παθολογία στην περιοχή (π.χ. στένωση, παραμόρφωση από χρόνια ελκοπάθεια ή ιστορικό πυλωρομυοτομής), ακόμα και μικρότερου μεγέθους αντικείμενα δεν δύνανται να περάσουν.

Στο 12/δάκτυλο στο ύψος του συνδέσμου του Treitz, λόγω της φυσιολογικής στένωσης και της οξείας γωνιώσεως της περιοχής, εύκολα μπορεί να αποφραχθεί ο αυλός από ένα ξένο σώμα.

Προσέγγιση ασθενή με κατάποση ξένου σώματος

Η ηλικία του ασθενή, η νοητική του κατάσταση και το είδος του καταποθέντος σώματος παίζουν σημαντικό ρόλο στην κατανόηση της κλινικής καταστάσης του ασθενή και της σοβαρότητας αυτής. Η λήψη ιστορικού γίνεται είτε από τον ίδιο τον ασθενή, είτε από συγγενικό περιβάλλον εφόσον αφορά παιδιά, ψυχιατρικούς ή μεγάλους σε ηλικία ασθενείς.

Τα πιο συχνά κλινικά συμπτώματα είναι οδυνοφαγία, δυσφαγία, σιελόρροια, η οποία μπορεί σε περίπτωση πλήρους απόφραξης να είναι πολύ έντονη, αίσθημα ενσφήνωσης ξένου σώματος οπισθοστερνικά, αναγωγές, έμετοι, δυσφωνία, δύσπνοια.

Η κλινική εξέταση συνήθως δεν βοηθάει πολύ αλλά πρέπει να γίνεται προσεκτικά προς ανάδειξη σημείων πιθανών επιπλοκών, π.χ. η παρουσία ερυθήματος, διόγκωσης της τραχείας, ή υποδόριου εμφυσήματος, είναι ένδειξη στοματοφαρυγγικής ή οισοφαγικής διάτρησης. Η εξέταση της κοιλίας θα πρέπει να επιδιώκει την ανάδειξη σημείων διάτρησης ή απόφραξης.

Η διενέργεια απλών ακτινογραφιών αυχένος, θώρακος και κοιλίας, σε προσθιοπίσθια και πλάγια θέση, δυνατόν να δώσουν σημαντικές πληροφορίες για το είδος του ξένου σώματος, την ανατομική θέση ή το όργανο στο οποίο ενσφηνώθηκε, αλλά και για τις επιπλοκές που πιθανόν να υπάρχουν (π.χ. εισρόφηση, μεσοθωρακίτιδα, υποδόριο εμφύσημα, πλευριτική συλλογή, πνευμοπεριτόναιο). Δυστυχώς η διαγνωστική τους ακρίβεια μειώνεται από το γεγονός ότι πολλά ξένα σώματα δεν είναι ακτινοσκοπικά.

Η μελέτη του ανώτερου πεπτικού με χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας θα πρέπει να αποφεύγεται. Το βάριο, αν και ασφαλές εάν καταποθεί καθώς δεν προκαλεί πνευμονίτιδα, αφενός μπορεί να επικαλύψει το ξένο σώμα δυσχεραίνοντας την ενδοσκόπηση αφετέρου, σε περίπτωση διάτρησης

του οισοφάγου, δυνατόν να προκαλέσει μεσοθωρακίτιδα. Αντιθέτως, η γαστρογραφίνη είναι ασφαλής σε περίπτωση διάτρησης, μπορεί όμως να προκαλέσει πνευμονίτιδα σε περίπτωση εισρόφησης.

Εάν οι απλές ακτινογραφίες είναι αρνητικές, η εκτέλεση αξονικής τομογραφίας μπορεί να αποκαλύψει τόσο τη φύση του ξένου σώματος (μέταλλο, πλαστικό, γυαλί, κόκκαλο ή βλωμό) αλλά και τη συνύπαρξη αποστήματος ή διάτρησης.

Τα πιο συχνά κλινικά συμπτώματα είναι οδυνοφαγία, δυσφαγία, σιελόρροια, η οποία μπορεί σε περίπτωση πλήρους απόφραξης να είναι πολύ έντονη, αίσθημα ενσφήνωσης ξένου σώματος οπισθοστερνικά, αναγωγές, έμετοι, δυσφωνία, δύσπνοια

Η χορήγηση, πριν την αφαίρεση, φαρμάκων που προκαλούν χάλαση των λείων μυϊκών ινών του οισοφάγου (γλυκαγόνο), ή μείωση της πίεσης του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα (νιφεδιπίνη και νιτρώδη), μπορεί να αποτελεί συνήθη πρακτική σε πολλές ενδοσκοπικές μονάδες, τα αποτελέσματα όμως είναι πενιχρά, ενώ η κοιλιακή διάταση, η ναυτία, ο έμετος, ο πονοκέφαλος και η υπόταση αποτελούν συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Η ενδοσκόπηση αποτελεί την πλέον αξιόπιστη μέθοδο τόσο διάγνωσης όσο και αντιμετώπισης τέτοιων καταστάσεων και θα πρέπει να διενεργείται:

1. όσο το δυνατόν νωρίτερα και όχι πέραν των 24 ωρών.

2. όταν το ξένο σώμα αφορά αιχμηρό αντικείμενο με μεγάλες πιθανότητες δημιουργίας επιπλοκών.
3. σε όλους τους ασθενείς με συμπτωματολογία, στους οποίους οι απλές ακτινογραφίες ήταν αρνητικές.
4. όταν η θέση της ενσφήνωσης είναι κεντρικότερα του συνδέσμου του Treitz και τα σώματα είναι > 5 εκ. και πλατύτερα των 2 εκ.

Αντίθετα, η ενδοσκόπηση δεν συνιστάται: όταν τα ξένα σώματα είναι μικρού μεγέθους και έχουν ομαλό περίγραμμα ή έχουν προωθηθεί πέραν του στομάχου, ενώ **αντενδείκνυται πλήρως** στην περίπτωση διάτρησης ή πλήρους απόφραξης του εντέρου κάτωθεν του συνδέσμου του Treitz.

Η διασωλήνωση της τραχείας και η χορήγηση αναισθησίας, αν και δεν θεωρείται απαραίτητη, καθιστά την ενδοσκόπηση ασφαλέστερη (αποφυγή εισρόφησης) ενώ αποδεικνύεται πολύτιμη σε περιπτώσεις ψυχιατρικών ασθενών που δύσκολα συνεργάζονται ή καταστέλλονται.

Ακόμη και μετά την επιτυχή αφαίρεση ενός ξένου σώματος δεν θα πρέπει να παραλείπεται η χειρουργική εκτίμηση του ασθενούς.

Αφαίρεση ξένου σώματος από το ανώτερο πεπτικό

Έως και 90% των ξένων σωμάτων αποβάλλονται χωρίς καμία επιπλοκή εντός 7 έως 10 ημερών. Στους ασθενείς αυτούς συνιστάται παρακολούθηση για πιθανή εμφάνιση πυρετού, κοιλιακής διάτασης ή πόνου, ενώ θα πρέπει να διενεργούνται εβδομαδιαίες ακτινογραφίες για τον έλεγχο της πορείας του ξένου σώματος.

Για τις υπόλοιπες περιπτώσεις, η ενδοσκοπική αφαίρεση αποτελεί τη μέθοδο εκλογής. Κάθε ενδοσκοπική μονάδα θα πρέπει να διαθέτει εξοπλισμό αφαίρεσης ξένων σωμάτων που θα πρέπει να αποτελείται από:

1. ένα πλαστικό προστατευτικό σωλήνα (overtube) για την προστα-

σία τόσο των αεροφόρων οδών από πιθανή εισρόφηση όσο και του οισοφαγικού βλεννογόνου από πιθανό τραυματισμό κατά τη διάρκεια απόσυρσης αιχμηρών αντικειμένων. Επιπλέον, θα επιτρέπει την ταχεία, ασφαλή και επαναλαμβανόμενη εισαγωγή και εξαγωγή του ενδοσκοπίου,

2. ένα ελαστικό προστατευτικό κάλυμμα (latex hook) για την αφαίρεση αιχμηρών αντικειμένων,
3. βρόχους και λαβίδες διαφορετικού μεγέθους για τη σύλληψη των σωμάτων,
4. καλάθι – Dormia (basket),
5. δίκτυα σύλληψης (retrieval) των σωμάτων.

Ιδιαίτερα χρήσιμα μπορούν να αποδειχθούν ενδοσκοπία με μεγάλο εύρος καναλιού εργασίας ή, ακόμη περισσότερο, ενδοσκοπίων με διπλό κανάλι.

Έχουν αναφερθεί και μη ενδοσκοπικές μέθοδοι αφαίρεσης (χορήγηση εμετικών σκευασμάτων με σκοπό την αποβολή βλωμού ή ξένων σωμάτων ή χορήγηση πρωτεολυτικών διαλυμάτων για διάλυση κυρίως τροφοπιλημάτων ή απόσυρση καθετήρα Folley που προωθήθηκε

ακτινολογικώς κάτωθεν του σημείου ενσφίνωσης του ξένου σώματος ή χρήση μαγνητικών καθετήρων για την αφαίρεση μεταλλικών αντικειμένων) αλλά είτε λόγω της πτωχής αποτελεσματικότητας είτε λόγω του υψηλού κινδύνου επιπλοκών θα πρέπει να αποφεύγονται.

Αφαίρεση βλωμού

Ενσφίνωση βλωμού στον οισοφάγο συμβαίνει αρκετά συχνά στους ενήλικες. Στα περισσότερα περιστατικά θα χρειαστεί η ενδοσκοπική παρέμβαση, όπου με τη συνεχή εμφύσηση αέρα θα προκληθεί διάταση του αυλού του οισοφάγου, ενώ με τη συνεχή ήπια πίεση της κορυφής του ενδοσκοπίου και σε συνδυασμό με τη χορήγηση σπασμολυτικού θα προωθηθεί ο βλωμός στο στόμαχο. Απαγορεύεται η τυφλή και βίαιη προώθηση του βλωμού, λόγω του μεγάλου κινδύνου διάτρησης του οισοφάγου. Στις περιπτώσεις όπου με την ήπια πίεση δεν προωθείται ο βλωμός, η χρήση διαφόρων τύπων λαβίδων (rat-toothed, alligator), δικτύων, βρόχων ή καλαθιών βοηθά στην αφαίρεσή του, είτε συνολικά είτε διασπώντας τον σε μικρά κομμάτια. Η χρήση overtube συνιστάται για τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω. Όταν αυτός ο τρόπος αποτύχει τότε η χρήση μεθόδων

άσκησης αρνητικής πίεσης στον αυλό, όπως στη βλεννογονεκτομή ή στην περίδεση κιρσών οισοφάγου, σε συνδυασμό με τη χρήση overtube δύναται να χρησιμοποιηθεί. Εάν και αυτός ο τρόπος αποτύχει, επαναληπτική προσπάθεια από άλλον ενδοσκόπο είναι επιθυμητή, πριν ο ασθενής οδηγηθεί στο χειρουργείο. Αφού αφαιρεθεί ο βλωμός, υποκείμενη παθολογία ανευρίσκεται σε ποσοστά 86%-97% των περιστατικών.

Αφαίρεση αιχμηρών και επιμήκων αντικειμένων

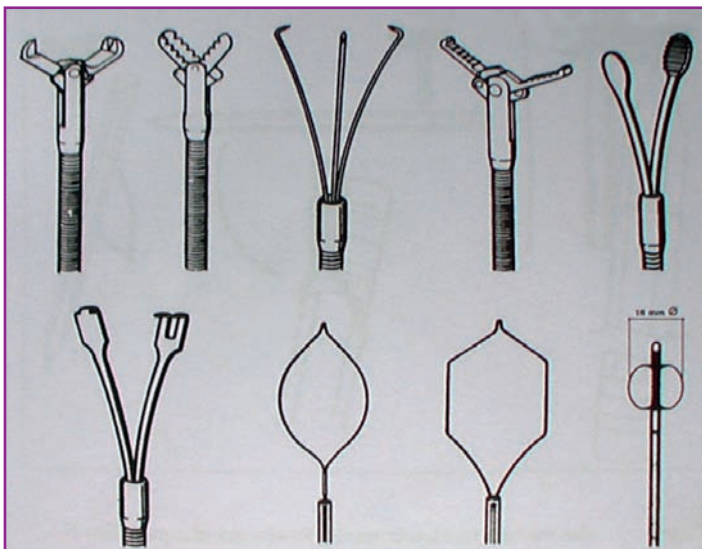
Τα αιχμηρά ή επιμήκη αντικείμενα αποτελούν τις πιο επικίνδυνες περιπτώσεις για τον ασθενή, με ποσοστό διάτρησης 15%-35%. Η χρήση ισχυρών λαβίδων σύλληψης, βρόχων πολυποδεκτομής με τη βοήθεια προστατευτικών σωλήνων και καλυμμάτων (hook) για την προστασία του βλεννογόνου του οισοφάγου και του στοματοφάρυγγα κρίνεται απαραίτητη. Η αφαίρεσή τους γίνεται πάντα με το οξύ άκρο συρόμενο προς τα πίσω.

Επί αποτυχίας αφαίρεσης αυτών, θα πρέπει να παρακολουθείται ο ασθενής με τη διενέργεια ακτινογραφιών καθημερινά κι αν δεν υπάρχει πρόοδος στην αυτόματη προώθηση του αντικειμένου εντός 3 ημερών τότε θα πρέπει να οδηγείται στο χειρουργείο.

Κέρματα και αμβλέα αντικείμενα

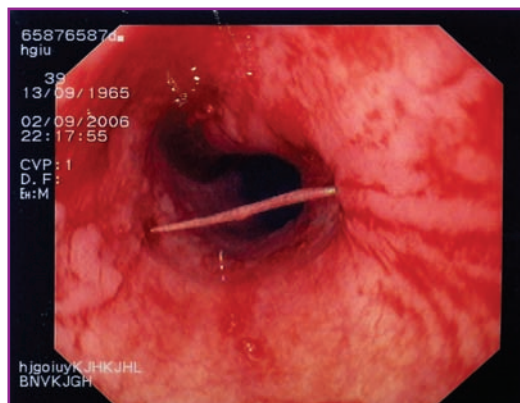
Αυτά συνήθως συναντώνται σε παιδιά. Στις πολύ μικρές ηλικίες απαιτείται ολική νάρκωση για την προστασία των αεροφόρων οδών, ενώ στις μεγαλύτερες αρκεί η χρήση overtube. Η αφαίρεση των σωμάτων αυτών γίνεται με ειδικές λαβίδες σύλληψης, ενώ μπορούν κατόπιν συνεχούς εμφύσησης αέρα να προωθηθούν με προσοχή στο στόμαχο και έπειτα με τη βοήθεια δικτύων ή καλαθιών τύπου Dormia να συλληφθούν. Η απομάκρυνσή τους γίνεται με ταυτόχρονη απόσυρση και του ενδοσκοπίου υπό άμεση όραση.

Εικ. 1: Εξαρτήματα για αφαίρεση ξένων σωμάτων



Εικ. 2: Ψαροκόκκαλο στον οισοφάγο

(Αρχείο ενδοσκοπικού τμήματος του Νοσ. Ρόδου)



Εικ. 3: Από το αρχείο του ενδοσκοπικού

τμήματος του Νοσ. Ρόδου



Στους ενήλικες η παρουσία τέτοιων σωμάτων στο στόμαχο αρχικά θα πρέπει να παρακολουθείται για πιθανή αυτόματη αποβολή τους εντός 4-6 ημερών αν και μερικές φορές μπορεί να χρειαστούν 4 εβδομάδες. Εάν μέχρι τότε δεν αποβληθούν πρέπει να αφαιρούνται ενδοσκοπικά, ενώ σε περίπτωση παραμονής τους στην ίδια θέση επί εβδομάδες ή και παρουσίας πυρετού, εμέτων ή κοιλιακού πόνου πρέπει να οδηγούνται στο χειρουργείο.

Πακέτα ναρκωτικών

Η ενδοσκοπική τους αφαίρεση δεν ενδείκνυται λόγω της πιθανότητας να σκιστούν. Συνιστάται υδρική δίαιτα, ενώ σε περίπτωση εντερικής απόφραξης ή αδυναμίας περαιτέρω προώθησής τους οι ασθενείς χειρουργούνται.

Πίλημα

Είναι η συσσώρευση άπεπτης ξένης ύλης, η οποία συγχωνεύεται σε στερεή μάζα στο στόμαχο. Ανάλογα με τη σύσταση της ύλης διακρίνεται σε φυτοπίλημα, τριχοπίλημα, φαρμακοπίλημα. Προϋπόθεση της δημιουργίας του είναι και η ύπαρξη προδιαθεσικών παραγόντων, όπως προηγηθείσες χειρουργικές επεμβάσεις (γαστρεκτομή, βαγοτομή με πυλωροπλαστική), γαστροπάρεση λόγω ΣΔ, ΧΝΑ τελικού σταδίου, η παρατεταμένη διασωλήνωση. Το φυτο-

πίλημα δημιουργείται όταν μεγάλες ποσότητες κυτταρίνων, λιγνίνης και τανινών, υπό τη χημική επίδραση του γαστρικού οξέος σχηματίζουν "πήγμα". Η χορήγηση προκινητικών παραγόντων και η πλύση στομάχου μπορεί να βοηθήσουν στη λύση μικρών φυτοπιλημάτων. Το τριχοπίλημα είναι πιο συχνό σε νεαρές γυναίκες και παιδιά, ενώ έχει σχέση με τη νοητική κατάσταση των ασθενών.

Η κυτταρινάση και άλλα ενζυμικά πρωτεολυτικά διαλύματα χορηγούμενα με ρινογαστρικό καθετήρα ή με απευθείας έγχυση με βελόνη εντός του πιλήματος έχει φανεί ότι οδηγούν σε κατακερματισμό του πιλήματος σε ποσοστό 85%.

Τα μεγαλύτερα φυτοπιλήματα και τριχοπιλήματα αφαιρούνται ενδοσκοπικά αφού κατατηθούν με τη βοήθεια βρόγχου πολυπεκτομής, Nd:YAG laser, ηλεκτρο-υδραυλικής λιθοτριψίας, έγχυσης ποσοτήτων νερού και ειδικού ψαλιδιού για φυτοπιλήματα. Για την αποφυγή επαναδημιουργίας τους είναι ιδιαίτερα σημαντική η θεραπεία της υποκείμενης νόσου, ενώ -όπου κρίνεται απαραίτητη- δεν θα πρέπει να παραλείπεται η ψυχιατρική εκτίμηση του ασθενούς.

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές που μπορούν να συμβούν από την κατάποση ξένων σωμάτων είναι άμεσες και όψιμες.

Στις άμεσες και στις πιο σοβαρές συγκαταλέγονται: η οξεία αναπνευστική δυσχέρεια, η διάτρηση, η απόφραξη, η αιμορραγία, η δημιουργία αποστήματος. Έχουν σχέση με το σχήμα, το μέγεθος των ξένων σωμάτων καθώς και την ανατομική θέση στην οποία αυτές λαμβάνουν χώρα. Το 35% των ενσφηνωμένων αιχμηρών αντικειμένων και 5% άλλης μορφολογίας στον οισοφάγο οδηγούν σε διάτρηση με αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω μεσοθωρακίτιδας, πνευμονικού αποστήματος, περικαρδίτιδας και καρδιακού επιπωματισμού.

Στις όψιμες επιπλοκές συγκαταλέγονται: η δημιουργία αποστημάτων, βρογχοοισοφαγικών και αορτοοισοφαγικών συριγγίων. Τα τελευταία μπορούν να εμφανιστούν μήνες ή και χρόνια μετά την κατάποση ξένου σώματος.

Συμπερασματικά, η παρουσία ενός ξένου σώματος στο ανώτερο πεπτικό αποτελεί μια επείγουσα κατάσταση και η ενδοσκοπική του αφαίρεση μια χρονοβόρα και περίπλοκη διαδικασία. Σχεδόν όλα τα ξένα σώματα μπορούν να αφαιρεθούν ενδοσκοπικά, απαιτείται όμως ειδικός εξοπλισμός, και κυρίως έμπειρος και υπομονετικός ενδοσκόπος. ■

Αυτό



το προσέξατε;

Βιβλιογραφική Ενημέρωση

Επιμέλεια: Π. Σκλάβος

Η χορήγηση ενδοπρωτεάσης από το στόμα ενδεχομένως να αποτελέσει μια εναλλακτική λύση στην αυστηρή τήρηση της ελεύθερης γλουτένης δίαιτας και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με κοιλιοκάκη

Efficient degradation of gluten by a propyl endoprotease in a gastrointestinal model: implications for celiac disease. C. Mitea, R. Havennar, J.W. Drijfhout, L. Edens, L. Dekking, F. Konning. *Gut* 2008; 57: 25-32.

Η θεραπεία της εντεροπάθειας από γλουτένη είναι απλή αλλά και ταυτόχρονα δύσκολη στην εφαρμογή της καθώς η ισόβια τήρηση ενός διαιτολογίου χωρίς γλουτένη επιτυγχάνεται πολύ δύσκολα. Ο δυτικός τρόπος διατροφής βασίζεται στο ψωμί και τα ζυμαρικά και η υιοθέτηση μιας ελεύθερης γλουτένης δίαιτας ενδεχομένως να αποτελεί κοινωνικό περιορισμό για πολλούς ασθενείς επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής πολλών εξ αυτών. Αλλά ακόμη και στις περιπτώσεις που η συμμόρφωση των ασθενών θεωρείται εξασφαλισμένη, η γλουτένη, λόγω των ιδιοτήτων της, πολύ συχνά προστίθεται κατά την παρασκευή ορισμένων τροφών θεωρητικά ελεύθερων γλουτένης ή ορισμένα τρόφιμα που καθίστανται ελεύθερα γλουτένης πιθανόν να εξακολουθούν να περιέχουν ίχνη γλουτένης, ενώ όχι σπανίως ορισμένα τρόφιμα που από

τη φύση τους είναι ελεύθερα γλουτένης συχνά «επιμολύνονται» με γλουτένη κατά την επεξεργασία τους.

Η χορήγηση από το στόμα μη ανθρωπίνων πρωτεασών για «αποτοξίνωση» των τροφών από τη γλουτένη προτάθηκε για πρώτη φορά στο τέλος της δεκαετίας του '50. Οι πιο πρόσφατες μελέτες χρησιμοποίησαν ένζυμα τα οποία διασπούν πεπτίδια που περιέχουν προλίνη, αμινοξύ το οποίο αφθονεί και στο μόριο της γλουτένης. Το κλινικό όφελος της χορήγησης αυτών των πρωτεασών ποτέ δεν επιβεβαιώθηκε αφού αποδείχθηκαν αδρανείς στο όξινο pH του στομάχου. Επιπλέον, διαπιστώθηκε πως μπορούν να διασπαστούν από την πεψίνη. Ακόμη και η τοποθέτησή τους σε οξεάντοχη κάψουλα δεν φάνηκε να βελτιώνει την αποτελεσματικότητά τους αφού δεν αποδείχθηκαν ικανές να διασπάσουν το μόριο της γλουτένης πριν αυτή φθάσει το εγγύς τμήμα του 12/δακτύλου.

Οι προαναφερθέντες ερευνητές μελέτησαν τη δράση της προλυλ-ενδοπρωτεάσης του *Aspergillus niger*, (AN-PEP) η οποία στερείται των μειο-

νεκτημάτων των προηγούμενων ενζύμων. Η αποτελεσματικότητα της AN-PEP εξετάστηκε χρησιμοποιώντας ένα in vitro, δυναμικό γαστρεντερικό μοντέλο το οποίο μιμείτο στενά τις πραγματικές συνθήκες και παραμέτρους που παρατηρούνται στον αυλό του στομάχου και του λεπτού εντέρου (pH, θερμοκρασία σώματος, περισταλτισμός, χρόνος διάβασης, σιελική, γαστρική, παγκρεατική και χολική έκκριση όπως επίσης και την απορρόφηση νερού και μικρών μορίων). Και οι τρεις τύποι αναλύσεων που πραγματοποιήθηκαν (αναζήτηση μικρών υδατοδιαλυτών τμημάτων γλουτένης, αναζήτηση ακέραιων πρωτεϊνών γλουτένης και αναζήτηση παρουσίας πεπτιδίων παραγώγων της γλουτένης -γλιαδίνης και γλουτενίνης- ικανών να διεγείρουν τον πολλαπλασιασμό των Τ-λεμφοκυττάρων) απέδειξαν πως το AN-PEP μπορεί να αποδομήσει τόσο τα πεπτίδια γλουτένης όσο και ακέραιες πρωτεΐνες γλουτένης. Τα αποτελέσματα της πειραματικής μελέτης είναι ενθαρρυντικά, ωστόσο η κλινική σημασία της χορήγησης AN-PEP αναμένεται να διευκρινιστεί με περαιτέρω κλινικές μελέτες.

Η εικονική κολονοσκόπηση (CT colonography) δεν φαίνεται να επηρεάζει τον αριθμό των κολονοσκοπήσεων που διενεργούνται στα πλαίσια του προληπτικού ελέγχου για καρκίνο

Impact of a CT Colonography screening program on endoscopic colonoscopy in clinical practice. D.C. Schwartz, K.J. Dasher, A.Said et al. Am J Gastroenterol 2008;103:346-351.

Όπως είναι γνωστό, η εικονική κολονοσκόπηση (CT-T, CT colonography), αποτελεί μια εναλλακτική μέθοδο ελέγχου του παχέος εντέρου. Αν και για πρώτη φορά πολύποδες ανιχνεύθηκαν με τη μέθοδο αυτή πριν από μία δεκαετία, μόλις τα τελευταία χρόνια η

CT-T άρχισε να διαδίδεται ευρέως.

Ένα από τα πρώτα θέματα που απασχόλησαν τους γαστρεντερολόγους ήταν η πιθανή επίπτωση της ευρείας διάδοσης της CT-T στον αριθμό των ενδοσκοπήσεων του παχέος εντέρου. Το ζήτημα αυτό αποτέλεσε αντικείμενο κάποιων μελετών του πρόσφατου παρελθόντος οι οποίες χρησιμοποιώντας μαθηματικά μοντέλα προέβλεψαν μια πιθανή μείωση του αριθμού των κολονοσκοπήσεων από 9 έως 22%.

Η παραπάνω μελέτη είναι η μοναδική μέχρι τώρα η οποία βασίστηκε σε κλινικά δεδομένα και κατέληξε σε διαφορετικό συμπέρασμα. Διαπιστώθηκε πως ο αριθμός των κολονοσκοπήσεων/μήνα, παρά τη μικρή αρχική μείωση, δεν μεταβλήθηκε σημαντικά. Αντιθέτως, παρατηρήθηκε μικρή αύξηση των μηνιαίων κολονοσκοπήσεων που όμως δεν μπορεί να αποδοθεί στον αριθμό των ενδοσκοπικών πολυποδεκτομών που παραπέμφθηκαν λόγω της εικονικής κολονοσκόπησης.

Απαιτούνται τουλάχιστον τρεις βιοψίες 12/δακτύλου για τη διάγνωση και τον καθορισμό της σοβαρότητας της εντεροπάθειας από γλουτένη

Patchy villous atrophy in adult patients with suspected gluten-sensitive enteropathy: is a multiple duodenal biopsy strategy appropriate? A.D. Hopper, S.S. Cross, D.S. Sanders. Endoscopy 2007; 39: 219-224.

Η κατά τόπους κατανομή των ιστολογικών αλλοιώσεων της εντεροπάθειας από γλουτένη επιβάλλει τη λήψη πολλαπλών βιοψιών από το 12/δάκτυλο. Παράλληλα συστήνεται η αποφυγή λήψης βιοψιών από το βολβό του 12/δακτύλου εξαιτίας δυσχερειών που μπορεί να προκύψουν στην ερμηνεία της ατροφίας των λαχνών λόγω συνυπάρχουσας 12/δακτυλίτιδας, λοίμωξης από *Giardia* ή από *Helicobacter* ή λόγω της παρουσίας των αδένων του Brunner.

Δεν έχει ωστόσο καθοριστεί ο ελάχιστος αριθμός των βιοψιών που απαιτούνται προκειμένου να επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Επιπλέον, μακροσκοπικά ευρήματα ενδεικτικά της εντεροπάθειας από γλουτένη μπορούν μερικές

φορές να διαπιστωθούν και στο βολβό του 12/δακτύλου ενώ σύμφωνα με δύο πρόσφατες μελέτες ο βολβός μπορεί, περιστασιακά, να παριστά τη μόνη περιοχή που μπορούν να αναγνωριστούν τα ιστολογικά χαρακτηριστικά της κοιλιοκάκης, ιδίως σε ασθενείς με προσφάτως διαγνωσθείσα νόσο.

Σκοπός της παραπάνω μελέτης ήταν η διαμόρφωση στρατηγικής βιοψιών προκειμένου να αποφευχθούν τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα σε ασθενείς με πιθανή εντεροπάθεια από γλουτένη, εξαιτίας των ιδιομορφιών της νόσου. Για το λόγο αυτό, 56 συμπτωματικοί ασθενείς με θετικούς ανοσολογικούς δείκτες (EMA-IgA ή/και tTG-IgA) χωρίς προηγουμένως να έχουν υποβληθεί σε δίαιτα ελεύθερη γλουτένης υποβλήθηκαν σε γαστροσκόπηση. Ελήφθησαν εννέα βιοψίες από κάθε ασθενή ως εξής: μία βιοψία από το βολβό, τέσσερις από τη δεύτερη μοίρα - εγγύτερα του φύματος και τέσσερις απώτερα του φύματος (και από τα τέσσερα

τεταρτημόρια του αυλού).

Η περιοχική κατανομή των ιστολογικών αλλοιώσεων επιβεβαιώθηκε σε 10/53 ασθενείς (18,9%) και σε έναν από αυτούς η ατροφία των λαχνών διαπιστώθηκε μόνο στη βιοψία που προερχόταν από το βολβό. Όταν αναλύθηκαν διάφορα πρωτόκολλα βιοψιών (συνδυασμοί από 2 έως 5 βιοψιών) διαπιστώθηκε πως δεν υπήρξε διαφορά στην ευαισθησία μεταξύ των πρωτοκόλλων με τρεις, τέσσερις ή πέντε βιοψίες, καθώς σε όλα η ευαισθησία ήταν 100%.

Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως απαιτούνται τρεις τουλάχιστον βιοψίες από το 12/δάκτυλο (μία από το βολβό και δύο από τη δεύτερη μοίρα - εγγύτερα του φύματος) για την ιστολογική επιβεβαίωση της νόσου, ενώ προκειμένου να καθοριστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η σοβαρότητα των ιστολογικών αλλοιώσεων ο ελάχιστος αριθμός των βιοψιών είναι πέντε. ■

Η Γαστρεντερολογία



στο Διαδίκτυο

Διαδικτυακή Δημοπρασία

γράφει ο Τάσος Αρμόνης



Πρόκειται για τη μεγαλύτερη on line δημοπρασία στο διαδίκτυο όπου μπορεί κάποιος να αγοράσει οτιδήποτε, από μία βελόνα μέχρι και σπίτι. Στην αγορά αυτή που αποτελείται από τρία sites το Αμερικανικό www.ebay.com/, το Βρετανικό www.ebay.co.uk/ και το Γερμανικό www.ebay.de/ δημοπρατούνται διάφορα είδη από ιδιώτες αλλά και από εταιρείες. Η διαδικασία αγοράς απαιτεί εγγραφή και στη συνέχεια εύρεση του αντικειμένου που θέλει να αγοράσει κάποιος. Σε περίπτωση που ο αγοραστής καταλήξει στο αντικείμενο που τον ενδιαφέρει μπορεί να κάνει την προσφορά του μέσα στο χρονικό διάστημα που αναφέρεται ότι διαρκεί η δημοπρασία (αναφέρονται ενδεικτικά η κατώτερη ζητούμενη τιμή αλλά και η τρέχουσα προσφορά). Η διαδικασία μπορεί να συνεχισθεί μέχρι τη λήξη της δημοπρασίας για το συγκεκριμένο προϊόν, το οποίο και περιγράφεται λεπτομερώς σε κείμενο αλλά και σε φωτογραφίες. Στη διάρκεια της δημοπρασίας οι υποψήφιοι αγοραστές

ενημερώνονται για τον εάν έχουν ξεπερασθεί οι προσφορές τους έτσι ώστε εάν το επιθυμούν να προσφέρουν εκ νέου. Επίσης ο αγοραστής μπορεί να ελέγξει την αξιοπιστία ή και τη φήμη του πωλητή σύμφωνα με τη μέχρι τότε δραστηριότητά του στην ιστοσελίδα. Σε περίπτωση που στην τιμή του προϊόντος αναγράφεται «buy now», ο αγοραστής μπορεί να αγοράσει άμεσα το προϊόν στην τρέχουσα τιμή παρακάμπτοντας τη διαδικασία της δημοπρασίας. Η πληρωμή γίνεται μέσω ανοίγματος λογαριασμού PayPal. Πρόκειται για ιδιαίτερα ασφαλή διαδικασία κατά την οποία οι υποψήφιοι αγοραστές πιστώνουν ένα ποσό μέσα από την πιστωτική τους κάρτα και αγοράζουν την ηλεκτρονική κάρτα PayPal μέσω της οποίας γίνονται οι συναλλαγές. Τα στοιχεία της πιστωτικής κάρτας δεν γίνονται γνωστά στον πωλητή.

Γεγονός είναι ότι οι περισσότεροι από εμάς είμαστε ιδιαίτερα επιφυλακτικοί σε ηλεκτρονικές αγορές. Πιθανότατα όμως εάν ακολουθήσουμε σωστά τις οδηγίες να ελαχιστοποιείται ο όποιος κίνδυνος συναλλαγής. Στην υποκατηγορία medical equipment θα βρούμε πληθώρα ιατρικού εξοπλισμού και για την ειδικότητά μας. Ενδεικτικά

αναφέρω ότι αυτή την περίοδο μπορεί να βρει κάποιος βίντεο ενδοσκόπιο (γαστροσκόπιο ή κολονοσκόπιο) από 600 ευρώ, βίντεο δωδεκαδακτυλοσκόπιο από 300 ευρώ, πλήρες σύστημα ενδοσκοπίων (πύργος, monitor και ενδοσκόπια) από 4.000 ευρώ, παλμικά οξύμετρα από 60 ευρώ, αντλίες αναρρόφησης από 80 ευρώ, βρόχους πολυποδεκτομής από 10 ευρώ. Δυστυχώς για τους Ευρωπαίους, το Αμερικανικό site έχει μεγαλύτερη προσφορά προϊόντων, αλλά τα πιθανά τέλη εκτελωνισμού και τα αυξημένα μεταφορικά να αυξήσουν το τελικό κόστος. Επίσης στο Γερμανικό site μπορεί να βρεί κάποιος σε πολύ μικρές τιμές αξιόπιστα προϊόντα που εκπλειστηριάζονται από νοσοκομεία της Γερμανίας, δυστυχώς όμως για να παρακολουθήσει κάποιος τη διαδικασία θα πρέπει ή να ξέρει ή να ζητήσει βοήθεια από ομιλούντες τη Γερμανική γλώσσα.

Αγαπητοί συνάδελφοι, με δεδομένες τις υπάρχουσες ιδιαιτερότητες στην Ελληνική αγορά Ιατρικού Εξοπλισμού, καλό θα είναι οι συνάδελφοι που θα τολμήσουν να συναλλάγουν στη διαδικτυακή δημοπρασία να μεταφέρουν τις εμπειρίες τους και στους υπόλοιπους. ■



Βρυξέλλες, θα πάτε;

γράφει η **Νάγια Μπομπότση**



Πιστή στην παράδοση πολλών ετών η πανεπιστημιακή γαστροντερολογική κλινική του νοσοκομείου Erasme των Βρυξελλών θα πραγματοποιήσει και φέτος το 26ο Ενδοσκοπικό Σεμινάριο που με τόσο ενδιαφέρον παρακολουθούν αρκετοί από μας κάθε χρόνο. Ο ελεύθερος χρόνος στην πρωτεύουσα της Ευρώπης είναι πολύ περιορισμένος. Παρόλ' αυτά προλαβαίνετε μέσα στις τρεις μέρες της διαμονής σας να δείτε τα βασικά.

Μεσαιωνική πόλη στην καταγωγή της, αφοριζόταν αρχικά εντός της περιοχής που όριζαν τα τείχη του 14ου αιώνα σε σχήμα πενταγώνου. Σήμερα αυτή η γραμμή αποτελεί έναν κυκλικό και πολυσύχναστο δρόμο με το όνομα Petite Ceinture (μικρή ζώνη). Τα περισσότερα μνημεία αλλά και το κέντρο της πόλης βρίσκονται εντός των τειχών από τα οποία το μόνο απομεινάρει είναι η παλιά πύλη, Porte de Hal.

Σημείο αναφοράς της πόλης, η Grand Place, είναι η κληρονομιά της από το γοτθικό και αναγεννησιακό παρελθόν. Πρόκειται για μια πλατεία που αφορίζεται από στριμωγμένα τα συντεχνιακά κτίρια που έφτιαξαν οι έμποροι και βιοτέχνες στα τέλη του 16ου αιώνα. Χτισμένα, ως επί το πλείστον, με τον φλαμανδικό αναγεννησιακό ρυθμό, έχουν να αναδείξουν περίτεχνο διάκοσμο και πολλά συμβολικά αγάλματα. Εκτός από το πρώτο Δημαρχείο, τριγύρω θα δείτε το «Σπί-

τι του Βασιλιά» (Maison du Roi) που φιλοξενεί τώρα το Musée de la Ville de Bruxelles, τον οίκο των αρτοποιών, των ζυθοποιών, των βαρκάρηδων, των εμπόρων ανδρικών ενδυμάτων. Στο πλάι του κτιρίου των κρεοπωλών μετέπειτα καφέ και στέκι του Καρλ Μαξ, περάστε να ακουμπήσετε για καλή τύχη τα άκρα του αγάλματος του Everard 't Serclaes, θύματος της Φλαμανδικής κατοχής.

Μερικά τετράγωνα μακριά από την Grand Place, σε μια γωνία βρίσκεται ένα μικροσκοπικό μπρούτζινο άγαλμα ενός αγοριού που ουρεί ένα υδάτινο συντριβανάκι. Για κάποιον ακατανόητο λόγο το Manneken-Pis όπως λέγεται αποτελεί ένα αγαπημένο σύμβολο των Βρυξελλών. Αιώνες τώρα φτιάχνονται γι' αυτό κάθε είδους κοστούμια που αριθμούν περισσότερα από 650 και εκτίθενται στο «Σπίτι του Βασιλιά». Στην ίδια κατεύθυνση νότια, ορθώνεται το παλιό κτίριο του Χρηματιστηρίου, στα πρότυπα αρχαίου ελληνικού ναού, που τώρα αποτελεί

χώρο εκθέσεων.

Κοντά στη Grand Place δεσπόζουν μεγαλοπρεπείς και οι Γκαλερί Royales de Saint Hubert, μια επιβλητική και αριστοκρατική εμπορική στοά. Στην έξοδό της θα βρεθείτε στον πεζόδρομο Rue de Bouchers (Οδός των Κρεοπωλών), με τα γραφικά ταβερνάκια, τουριστικά και μη. Παρ' ότι μπορείτε να βρείτε κάθε είδους κουζίνα, τα θαλασσινά είναι τα επικρατέστερα. Άλλωστε ένα από τα παραδοσιακά βελγικά πιάτα είναι μύδια (moules) μαγειρεμένα στον ατμό με διάφορες ευφάνταστες σάλτσες... Μην χάσετε τις τηγανητές πατάτες... Είναι η πατρίδα τους εδώ, κι όσο κι αν σας φαίνεται περίεργο τις τρώνε κυρίως με μαγιονέζα. Χαρακτηριστικό πιάτο επίσης είναι το μοσχарίσιο ραγού μαγειρεμένο με μπίρα που λέγεται carbonnade flammande. Η μπίρα αποτελεί ένα από τα δυνατά σημεία του Βελγίου. Μοναστηριακές, σταρένιες, με φρούτα ή Lambic, θα βρείτε σίγουρα μια να καλύπτει τις απαιτήσεις





σας. Προσοχή μόνο στην περιεκτικότητα σε αλκοόλ. Είναι συνήθως λίγο μεγαλύτερη από το συνηθισμένο. Μια ακόμα γευστική απόλαυση που έχει την τιμητική της στο Βέλγιο είναι η σοκολάτα. Δικαίως οι βελγικές τρούφες έχουν κυριεύσει τον κόσμο. Εδώ θα γευτείτε και ονόματα παρασκευαστών που δεν γνωρίζετε από την Ελλάδα. Μέσα στα ζαχαροπλαστεία μπορεί να παρασυρθείτε και από τις δελεαστικές προτάσεις για μπισκότα, γλυκά και τις ντόπιες βάφλες.

Η περιήγηση στις Βρυξέλλες δεν περιορίζεται στη γεύση. Αν διαθέτετε λίγο χρόνο παραπάνω, αξίζει να επισκεφθείτε τα «Βασιλικά Μουσεία Καλών Τεχνών» (Musées Royaux des Beaux-Arts). Διάσημοι Φλαμανδοί ζωγράφοι, αλλά και διεθνή αστέρια όπως οι Πικάσο, Ματίς, Ρενέ Μαγκρίντ, Σαγκάλ και Νταλί βρίσκονται εδώ. Ένας από τους μεγαλύτερους θησαυρούς των μουσείων είναι οι Βέλγοι συμβολιστές, η απάντηση στο ρεύμα του ρεαλισμού. Απέναντι σχεδόν βρίσκεται το Μουσείο Μουσικών Οργάνων (MIM), ένα καλά οργανωμένο μουσείο που στεγάζεται σε ένα πολύ ωραίο αρτ-νουβό κτίριο που λεγόταν παλιά «Old England». Το καφέ στην κορυφή του διαθέτει μάλλον την καλύτερη θέα στις Βρυξέλλες. Και βέβαια δεν γίνεται να μην υπάρχει μουσείο για το διασημότερο ίσως Βέλγο στον κόσμο, τον Τεν Τεν. Στο μουσείο

Κινουμένων Σχεδίων (Centre Belge de la Bande Dessinée) θα βρείτε και χιλιάδες ακόμα ήρωες που έχουν σχεδιαστεί στο Βέλγιο. Προσοχή, το μουσείο μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα διασκεδαστικό για μικρά παιδιά.

Στα περίχωρα της πόλης, ενδιαφέρον παρουσιάζει μια περιοχή γύρω από το Μουσείο Horta με πολλά σπίτια σε στιλ αρτ-νουβό. Το εσωτερικό όμως του μουσείου, σπίτι του διάσημου αρχιτέκτονα, θα σας εντυπωσιάσει με τις αισθησιακές καμπύλες, το σφυρήλατο σίδηρο, το χρωματιστό γυαλί, τα μωσαϊκά, τις τοιχογραφίες και τα λεπτοδουλεμένα ξυλόγλυπτα.

Πάλι πιο έξω από το κέντρο, αλλά δίπλα στο συνηθισμένο κέντρο όπου θα είστε κάθε μέρα δεσπόζει το Atomium, το γιγαντιαίο αντίγραφο ενός μορίου μετάλλου. Κατασκευάστηκε για να εκπροσωπήσει το Βέλγιο στη Διεθνή έκθεση του 1958. Φέτος κλείνει τα 50 του χρόνια και προσφέρεται δωρεάν είσοδος σε όσους έχουν τα πενήνκοστά τους γενέθλια από τον Απρίλιο ως τον Οκτώβριο.

Για να μετακινηθείτε στις Βρυξέλλες μπορείτε να

χρησιμοποιήσετε λεωφορεία, τραμ και μετρό. Το εισιτήριο κοστίζει 1,50€ αλλά υπάρχουν κάρτες πολλαπλών διαδρομών με έκπτωση και ημερήσιες κάρτες 4€ με δυνατότητα απεριόριστης χρήσης. Ταξί μπορείτε να πάρετε από τις «πιάτσες» ή ακόμα και να το σταματήσετε στο δρόμο. Το κέντρο πάντως της πόλης προσφέρεται να το περπατήσετε.

Αν θέλετε να φύγετε πιο έξω από την πόλη, δύο γραφικοί μεσαιωνικοί προορισμοί σας περιμένουν. Σε μικρή απόσταση με το τρένο, πρώτη η Γάνδη και λίγο πιο δυτικά η Μπριζ, προσφέρονται για κοντινή εκδρομή. Απαραίτητη η βόλτα με πλοία στα ήρεμα κανάλια. Στη Γάνδη μη χάσετε το «Προσκύνημα του Ιερού Αμνού» το διάσημο πίνακα του 15ου αι. των Χούμπρερτ και Γιαν Βαν Αϊκ που βρίσκεται μέσα στον Καθεδρικό Ναό.

Στην πρωτεύουσα της Ευρώπης, τον Ιούνιο που θα βρεθείτε εκεί, η μέρα είναι μεγάλη. Το τελευταίο φως κρατάει μέχρι μετά τις 10 το βράδυ για να σας επιτρέψει να δείτε και να κάνετε ακόμη περισσότερα από ό,τι υπολογίζατε... ■





Μεσογειακή Διατροφή και Νηστεία

γράφει ο **Στέργιος Κουβαράς**

Η νηστεία, όπως μαρτυρούν ιστορικές πηγές, είναι συνήθεια πολλών λαών από τους αρχαίους χρόνους. Ο Ηρόδοτος κάνει αναφορά στους Αιγυπτίους, λέγοντας ότι υποβάλλονταν σε νηστεία, κυρίως στις μεγάλες εορτές της Ίσιδος, για λόγους τόσο θρησκευτικούς όσο και υγιεινής. Στους αρχαίους Έλληνες η νηστεία ήταν μάλλον περιορισμένη σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, σε αντίθεση με τη λιτότητα στη δίαιτα, που ήταν περισσότερο διαδεδομένη. Νηστεία ακολουθούσαν κυρίως οι Ιερείς, οι Βασιλείς και άλλοι Αξιωματούχοι, που επρόκειτο να τελέσουν θυσία. Ιδιότυπες νηστείες είχαν καθιερώσει διάφορες θρησκευτικές και φιλοσοφικές σχολές, που είχαν όμως απήχηση μόνον στον κύκλο των οπαδών τους. Οι Ρωμαίοι νήστευαν κυρίως σε περιόδους κρίσεων, για να προκαλέσουν τη θεία βοήθεια. Με τη μία ή την άλλη μορφή, η νηστεία ως εκούσια αποχή από συγκεκριμένες τροφές ή επίσης εκούσια αποχή από τη σίτιση για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα εμφανίζεται σχεδόν σε όλους τους πολιτισμούς, διαχρονικά. Στην περίοδο της Μεγάλης Τεσσαρακοστής υπήρχε και υπάρχει ακόμα η συνήθεια αποχής από το κρέας, τα γαλακτοκομικά προϊόντα και το ψάρι. Δηλαδή μια μεσογειακή διατροφή από την οποία απουσιάζουν τα γαλακτοκομικά και το ψάρι. Πολλά από τα τρόφιμα τα οποία είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένα με τη μεσογειακή διατροφή είναι τα τρόφιμα νηστείας (λάδι, ελιές, όσπρια, ψωμί, λαχανικά, φρούτα, ξηροί καρ-

ποί, κρασί). Είναι εντυπωσιακή μια μελέτη στην οποία φαίνεται ότι σημαντικό ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού, νηστεύει κατά τη διάρκεια κάποιων εορτών. Συγκεκριμένα στα πλαίσια έρευνας του Ευρωπαϊκού Προγράμματος συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας (Ε.Π.Ι.Κ.) στο οποίο συμμετέχουν 28.500 άτομα από όλες τις περιοχές της Ελλάδας και όλα τα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα κατεδείχθη ότι περίπου 50% των ανδρών και περίπου 65% των γυναικών νηστεύουν για θρησκευτικούς λόγους τουλάχιστον στις περιόδους των εορτών. Τα ποσοστά αυτά αυξάνονται με την ηλικία και οι γυναίκες νηστεύουν περισσότερο από τους άνδρες.

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει το ποσοστό των ατόμων που νηστεύουν ακόμα και στις μικρές ηλικίες.

Η διατροφή των περιόδων νηστείας, η οποία είναι στην ουσία μια μορφή μεσογειακής διαίτας, εκτός από τα αποδεδειγμένα οφέλη στην υγεία, δημιουργεί τις προϋποθέσεις μιας έλλογης χρήσης του περιβάλλοντος.

Η συνειδητή αποχή από συγκεκριμένα είδη τροφών σμιλεύει το χαρακτήρα και δημιουργεί αντιστάσεις στις ποικιλόμορφες προκλήσεις της σύγχρονης καταναλωτικής κοινωνίας. Η κριτική αυτή στάση απέναντι στην υπερκατανάλωση είναι μια έκφραση της λιτότητας που χαρακτηρίζει τον ελληνικό πολιτισμό. Η διατροφή μας δείχνει τον πολιτισμό μας. ■

Πίνακας

Εκατοστιαία ποσοστά ανδρών και γυναικών που κάνουν νηστεία για θρησκευτικούς λόγους (έστω περιστασιακά). Ανά ομάδα ηλικιών.

Ηλικία	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Άνδρες	45,80%	45,50%	50,30%	60,30%	62,10%	57,80%
Γυναίκες	61,70%	62,20%	70,90%	80,30%	83,70%	80,30%

Πηγή: Ε.Π.Ι.Κ *

*Το ευρωπαϊκό πρόγραμμα συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας είναι πολυκεντρική προοπτική μελέτη δεκαετούς παρακολούθησης, η οποία έχει ως σκοπό τη διερεύνηση του ρόλου των διατροφικών συνηθειών στην αιτιολογία των χρόνιων νοσημάτων. Περίπου 500.000 Ευρωπαίοι συμμετέχουν στο Ε.Π.Ι.Κ. από δέκα ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα.



Επιμέλεια: Α. Κογεβίνας

Shiga, Bruce και Salmon!



Το λόγο για τον οποίο ονομάστηκαν νόσος Crohn, συσκευή Golgi, νόσος Paget, νόσος Parkinson και νόσος Cushing λίγο πολύ όλοι τον γνωρίζουν.

Λίγοι όμως γνωρίζουν ότι η salmonella ονομάστηκε χάριν του Daniel Elmer Salmon που την ανακάλυψε, η brucella χάριν του David Bruce, η shigella χάριν του μικροβιολόγου Kiyoshi Shiga και η pasteurella χάριν του Louis Pasteur το 1880.

Η Legionella ονομάστηκε έτσι το 1976 όταν αρρώστησαν 221 άτομα σε ένα συνέδριο της οργάνωσης American

Legion στη Φιλαδέλφεια. Επίσης η ευσταχινή σάλπιγγα ονομάστηκε χάριν του Bartolomeo Eustachi, η δερμοαντίδραση Mantoux χάριν του Charles Mantoux (1877-1947) και το εμβόλιο BCG χάριν του Albert Calmette (Bacillus Calmette-Guerin).

Η γκιλοτίνη τέλος, ονομάστηκε έτσι χάριν του ιατρού Joseph-Ignace Guillotin (1738 – 1814) ο οποίος συμμετείχε στο Συμβούλιο για την ιατρική μεταρρύθμιση του Παρισιού από τον Ιούνιο μέχρι τον Οκτώβρη 1789. Η πρόταση για δημιουργία ενός μηχανισμού για αυτόματο αποκεφαλισμό έγινε προκειμένου να βελτιωθεί η μέχρι τότε

μέθοδος αποκεφαλισμού με σπαθί, που απαιτούσε πολλά χτυπήματα, ενίοτε άστοχα. Αν και δεν εφεύρε ο Guillotin την γκιλοτίνη, η ανάμειξή του στην ιστορία αυτή του χρεώθηκε. Η οικογένεια Guillotin ζήτησε έκτοτε επανειλημμένα από την κυβέρνηση να αλλάξει την ονομασία της μηχανής αποκεφαλισμού. Μετά από επίμονες αρνήσεις για μια τέτοια αλλαγή, η οικογένεια αποφάσισε να αλλάξει επώνυμο. Ο Guillotin εργάστηκε σαν ιατρός και ήταν θερμός οπαδός των εμβολιασμών. Υπήρξε πρόεδρος της Επιτροπής Εμβολιασμών του Παρισιού το 1805. Πέθανε από φυσικό θάνατο στα 76 του.

Σημαντικοί και... λιγότερο σημαντικοί



Μερικοί γαστρεντερολόγοι δουλεύουν σκληρά για να οργανώσουν συνέδρια, συμπόσια, ενδοσκοπικές ημερίδες. Από τις εκδηλώσεις αυτές βλέπει κανείς **να απουσιάζουν επιδεικτικά** άλλοτε άλλες ομάδες γαστρεντερολόγων «για προσωπικούς λόγους». Είναι φυσικό οι διοργανωτές να ενοχλούνται όταν γίνονται άδικες κριτικές, υπονομεύσεις και πικρόχολα σχόλια για το έργο τους. Όμως πρέπει να γνωρίζουν ότι αυτός είναι ο κανόνας: **Οι σημαντικοί άνθρωποι κάνουν πράγματα και οι λιγότερο σημαντικοί τα σχολιάζουν.**

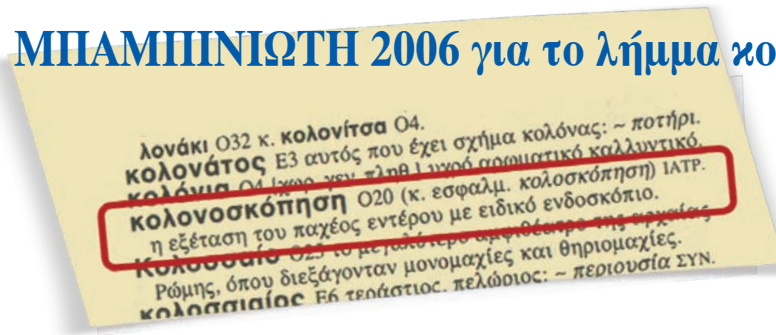
Έτσι γίνεται σε όλες τις εκδηλώσεις της

ζωής. Πάρτε για παράδειγμα το ποδόσφαιρο: Οι παίκτες κάνουν το παιχνίδι και η κερκίδα σχολιάζει. **Όσοι βρίσκονται στην κερκίδα, είναι εκεί γιατί δεν έχουν τα προσόντα για να παίζουν μέσα στο γήπεδο.** Η κερκίδα αποτελείται από καλούς, κακούς, σωστούς, ανόητους, κουτούς και κάθε καρδιάς καρδί. Αλίμονο αν οι παίκτες ανοίξουν διάλογο με όλους αυτούς ή στενοχωριούνται με το πικρόχολο σχόλιο του καθένα.

Τόσο στην επιστημονική όσο και στην πολιτική ιστορία διαπιστώνει κανείς ότι **υπάρχουν άνθρωποι που μπορούν να κάνουν πράγματα και άνθρωποι που**

δεν μπορούν να κάνουν πράγματα. Πρόβλημα υπάρχει όταν αυτοί που δεν μπορούν να κάνουν πράγματα, αναλαμβάνουν να διευθύνουν. Η ανάδειξή τους με δημοκρατικές διαδικασίες, το κατά πόσο είναι συμπαθητικοί καθώς και οι προθέσεις τους, δεν εξαγνίζουν το ζητούμενο, που είναι **κατά πόσο μπορούν ή δεν μπορούν να παράγουν έργο.** Έτσι, λοιπόν, οι σημαντικοί άνθρωποι δεν πρέπει να πτοούνται από άδικες κριτικές, ούτε να παίρνουν κατάκαρδα τα σχόλια των ασήμαντων, με όσο ηχηρό τρόπο και αν γίνονται αυτά.

ΛΕΞΙΚΟ ΜΠΑΜΠΙΝΙΩΤΗ 2006 για το λήμμα κολονοσκόπηση



Λιδακτική ιστορία: Όποιος επηρεάζεται εύκολα...



Ο παππούς και ο μικρός εγγονός γυρίζουν το μεσημέρι από το κτήμα με το γαϊδουράκι τους. Ο παππούς προτείνει στον εγγονό να ανέβει στο γαϊδουράκι. Ο εγγονός όμως του λέει να ανέβει αυτός, γιατί είναι μεγαλύτερος, πράγμα που γίνεται.

Λίγο πιο κάτω **συναντούν δύο περαστικούς** που μόλις τους βλέπουν σχολιάζουν «για δεξ τον κωλόγερο, που αφήνει το παιδάκι ντάλα μεσημέρι να σέρνεται από πίσω με τα πόδια ενώ αυτός πηγαίνει καβάλα ξεκούραστος!». Μόλις το ακούει αυτό ο γέρος ξεκαβαλικεύει και λέει στον εγγονό να ανέβει αυτός, πράγμα που γίνεται.

Λίγο παρακάτω συναντούν δύο περαστικούς που βλέπουν τον πιτσιρικά

πάνω στο γαϊδούρι και τον γέρο να περπατάει από πίσω και σχολιάζουν «για δεξ το κωλόπαιδο που αφήνει τον γέρο να πηγαίνει με τα πόδια». Το ακούει αυτό το παιδί και ζητάει από τον παππού να ανέβει και αυτός στο γαϊδούρι. Παρακάτω συναντούν δύο άλλους περαστικούς που βλέπουν και τους δύο πάνω στο γαϊδούρι και σχολιάζουν «σα δε ντρέπονται που ανεβήκαν μαζί στο γαϊδουράκι που κοντεύει να σκάσει από το φορτίο». Το ακούν αυτό και κατεβαίνουν και οι δύο και πηγαίνουν περπατώντας, οπότε συναντούν δύο άλλους περαστικούς που σχολιάζουν «για κοίτα κάτι ανόητους που πηγαίνουν περπατώντας, ενώ θα μπορούσαν να πάνε ξεκούραστα πάνω στο γαϊδούρι».

Ένα πράγμα απόμεινε μόνο να κάνουν: Πιάνουν το γαϊδουράκι, το σηκώνουν στα χέρια ανάποδα και προχωρούν. Συναντούν ένα πολύ στενό γεφύρι πάνω από ένα ποταμάκι με ορμητικά νερά. Προσπαθούν να ισορροπήσουν με το βάρος πάνω από τα κεφάλια τους, αλλά το γαϊδουράκι φοβάται, κουνάει, χάνεται η ισορροπία και πέφτουν όλοι μέσα στο ποτάμι. Το γαϊδουράκι χάνεται παρασυρμένο από τα νερά, οι δύο σώζονται με πολλή προσπάθεια.

Δίδαγμα: Όποιοι απερίσκεπτα αποδέχονται αυτά που λένε οι άλλοι, χωρίς να έχουν δική τους άποψη, καταλήγουν να κάνουν όλα τα λάθη όλων των άλλων και στο τέλος χάνουν και αυτά που έχουν.

Από μούτρα μέχρι και jihad!



Νεαροί ειδικευόμενοι αναρωτιούνται: «**Μα δε βαρέθηκαν να τσακώνονται αυτά τα γεροντάκια**». Με αυτή τη σκληρή γλώσσα αναφέρονταν στις κόντρες μεταξύ - ελάχιστων ευτυχώς - διευθυντών κλινικών, που καταλήγουν στο να εμποδίζουν τους ιατρούς της κλινικής από το να παρακολουθή-

σουν αξιόλογα σεμινάρια που οργανώνονται από τους «αντιπάλους».

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η μη παρακολούθηση αξιόλογων σεμιναρίων κάνει κακό στην εκπαίδευση των γαστρεντερολόγων. Ταυτόχρονα υπονομεύει αξιόλογες πρωτοβουλίες για ένα καλύτερο επίπεδο γαστρεντερολογίας στην Ελλάδα.

Βλέπετε, όσοι μπαίνουν με φρέσκο μυαλό στη συζήτηση **δεν μπορούν να κατανόησουν την απαίτηση να φανατίζονται ολόκληρη η κλινική** επειδή ο τάδε διευθυντής έχει μια προσωπική κόντρα με κάποιον άλλον. «Γιατί άραγε θα πρέπει το πρόβλημά του να γίνει πρόβλημα όλης της κλινικής» αναρωτιούνται.

Όχι μόνον ιατρική...



Ο κορυφαίος παθολόγος **Sir William Osler** (1849-1919) γράφει στο βιβλίο του Aequanimitas: «Δεν είναι δυνατόν να ασκείς αποκλειστικά και μόνον ιατρική και να την ασκείς από το πρωί μέχρι

το βράδυ, όπως πολλοί από εμάς αναγκάζονται να κάνουν, και παράλληλα να ελπίζεις ότι θα ξεφύγεις από τις **δυσμενείς επιπτώσεις μιας ρουτινιάρικης ζωής**. Η ακατάπαυστη επικέντρωση της σκέψης μόνο σε ένα θέμα, όσο εν-

διαφέρον και αν είναι αυτό, καθλώνει το μυαλό σε ένα πολύ στενό πεδίο. **Ο ιατρός χρειάζεται την καλλιέργεια όσο χρειάζεται και τη μάθηση.**»

14000 Έλληνες μισθοφόροι... μόνοι στο Ιράκ



John Prevas: «Η κάθοδος των μυρίων». Εκδόσεις Κέδρος. Ένα πολύ ευχά-

ριστο ιστορικό βιβλίο για να ξεφύγει κανείς από τα ιατρικά. Διαβάζεται σε ένα Σαββατοκύριακο. Είναι η ιστορία των **14000 ελλήνων μισθοφόρων πολεμιστών που βρέθηκαν αποκομμένοι στο Ιράκ** το 400 π.Χ. Είχε τελειώσει ο Πελοποννησιακός Πόλεμος και βρήκαν δουλειά στο στρατό που οργάνωσε ο Κύρος (ο νεώτερος, που είχε έδρα στη Μικρά Ασία) για να εκστρατεύσει στην Περσία προκειμένου να διεκδικήσει τον Περσικό θρόνο. Ο Κύρος και ο Σπαρτιάτης αρχηγός των μισθοφόρων Κλέαρχος σκοτώθηκαν σε μια μάχη κοντά στη σημερινή Βαγδάτη. Από τη

μία μέρα στην άλλη οι μισθοφόροι δεν είχαν που να πάνε, δεν είχαν λόγο να πολεμήσουν και έχασαν και την αμοιβή τους. Μέσα στο χάος που επικράτησε, ο Ξενοφών εκλέγεται αρχηγός από τους μισθοφόρους. Αναλαμβάνει να τους γυρίσει πίσω στην Ελλάδα.

Δύσκολο πράγμα αν δεν μιλάς τη γλώσσα, δεν έχεις GPS και χάρτες και όποιος σε πλησιάζει για να σε κατευθύνει μπορεί να είναι σταλμένος από τον εχθρό για να σε παραπλανήσει. Μη μπορώντας να ξαναπεράσουν απέναντι τον ποταμό Τίγρη προς τα Δυτικά, αναγκάστηκαν να περπατήσουν στην ανατολική όχθη του. Φτάσανε μέχρι τις πηγές του ποταμού, στο Κουρδιστάν και **αναγκάστηκαν να επαναπατριστούν**

μέσω Αρμενίας! Πάνω στα χιονισμένα βουνά οι μύριοι δέχονται επιθέσεις από διάφορες φυλές τις οποίες αναχαιτίζουν. Λεηλατούν πολλά χωριά στο διάβα τους προκειμένου να βρουν τρόφιμα και χρήματα. Με την ευκαιρία αρπάζουν και μερικές όμορφες σκλάβες.

Είναι η γνωστή ιστορία του “Θάλατα, θάλαπτα” όταν αντίκρισαν τη Μαύρη Θάλασσα κατεβαίνοντας τα βουνά, κοντά στην ελληνική πόλη Τραπεζούντα. Είναι μια απίστευτη αλλά αληθινή ιστορία, πολύ ευχάριστα γραμμένη από τον συγγραφέα, που ακολούθησε κατά πόδας όλη τη διαδρομή των μισθοφόρων και παραθέτει σημερινές φωτογραφίες.

Ιατρική live!



Όλο και πιο δελεαστικές γίνονται οι ζωντανές παρουσιάσεις **ιατρικών ομιλιών μέσα από το ίντερνετ.**

Υποθέτω ότι τα πράγματα τείνουν στο να καταργηθούν στο μέλλον τα ταξίδια στην άλλη άκρη της γης, αφού μπορούμε από το σπίτι να παρακολουθούμε τις ομιλίες. Ακόμα είναι αλήθεια δεν μπορούμε να τις παρακολουθούμε όλες. Χρειάζεται **μόνο μια γραμμή ADSL και προαιρετικά ένα ζευγάρι ακουστικά.**

Βλέπεις τις διαφάνειες αλλά και τον ομιλητή ζωντανά. Αν δεν κατάλαβες καλά, ξαναγυρνάς πίσω. Αν θέλεις να

σημειώσεις, κάνεις pause και σημειώσεις. Αν πάλι θέλεις να διακόψεις, ξαναμπαίνεις αργότερα και συνεχίζεις.

Τέτοια γαστρεντερολογικά sites είναι το **www.touchgastroenterology.com** και το **www.docguide.com**. Στην έκδοση Μαρτίου για παράδειγμα στο touchgastroenterology μπορεί να βρει κανείς μια δώρη ομιλία του Hanaauer και συνεργατών με πλήρη ανάλυση για τη χρήση αντιTNF (ενδείξεις, αντενδείξεις, μονοθεραπεία, καλπροτεκτίνη κ.λπ.) στη διεύθυνση http://www.touchgastroenterology.com/events.cfm?level=2&event_id=5350. Στο

docguide.com μπορεί κανείς να ρυθμίσει τις παραμέτρους και να περιορίσει την ύλη σε γαστρεντερολογία, με συχνή ενημέρωση μέσω e-mail για καινούργιες webcasts/CME δραστηριότητες.

Παρότι θα χαθούν τα υπέροχα ταξίδια που σήμερα κάνουμε, **αυτό ίσως και να μην είναι τόσο κακό:** Κακά τα ψέματα, ούτε τουρισμό κάνεις εφόσον παρακολουθείς σχολαστικά το συνέδριο, ούτε ιατρική αν πηγαίνεις συστηματικά στα αξιοθέατα της πόλης. Κάνεις στα κλεφτά λίγο από όλα, ενώ ταλαιπωρείς και ταλαιπωρείσαι από τα συνοδά μέλη.

Κουτός, πολυέξοδος και αναποτελεσματικός!



Πώς ελέγχονται οι καταχρήσεις στη συνταγογραφία και στην παραγγελία εξετάσεων στο Δημόσιο (ΟΠΑΔ); Ο ασφαλισμένος προσκομίζει το βιβλιάρειό του στον ελεγκτή προκειμένου να εγκριθεί η εξέταση που του έγραψε ο γιατρός του. **Ο ελεγκτής, που δεν μπορεί να είναι ειδικός για όλες τις ειδικότητες, πνίγεται από τα δεκάδες βιβλιάρια** και τα σφραγίζει εγκρίνοντας οτιδήποτε έχει γραφεί χωρίς καν να τα διαβάσει. Μερικές φορές μάλιστα τα σφραγίζει η γραμματέας. Αν ο ελεγκτής τολμήσει

να αρνηθεί μια εξέταση θα εξαγριώσει τον άρρωστο. Για να αρνηθεί θα πρέπει προηγουμένως να εξετάσει τον ασθενή, αμφισβητώντας τη γνωμάτευση ενός ειδικού καρδιολόγου ή νευρολόγου κ.λπ. Ακόμα και αν έβρισκε τον άρρωστο για να τον εξετάσει, ακόμα και αν άντεχε να τσακώνεται, θα ήταν ποτέ δυνατόν να εξετάζει 300-400 άτομα την ημέρα; **Έτσι, όλες οι εξετάσεις εγκρίνονται χωρίς πραγματικό έλεγχο.** Είναι άραγε χρήσιμη αυτή η διαδικασία;

Πώς θα έπρεπε να γίνεται η δουλειά αυτή; Θα έπρεπε όλες οι εξετάσεις να γίνονται δεκτές, χωρίς θεώρηση από

ελεγκτή. Παράλληλα όμως θα **έπρεπε να γίνεται δειγματοληπτικός έλεγχος από μικτές επιτροπές ειδικών ιατρών που να περιφέρονται ανά την Ελλάδα.** Θα εξετάζονταν τα βιβλιάρια μερικών μόνον ασθενών. Θα έπρεπε να κρατιούνται στατιστικές. Ποιος ιατρός παραγγέλλει πόσες εξετάσεις; Οι πιο δραστήριοι σε συνταγογραφία εξετάσεων ιατροί θα εξετάζονταν πρώτοι. Αν παρατηρούνταν κατάχρηση - ο ιατρός π.χ. που ζήτησε για 5η φορά τρίπλεξ καρωτίδων μέσα σε λίγους μήνες - θα ακολουθούσαν αυστηρές κυρώσεις χρηματικές και διοικητικές: **Διακοπή**

του δικαιώματος να συνταγογραφεί και να παραγγέλνει εξετάσεις. Αυτό θα συνέτιζε και τους υπόλοιπους, θα προκαλούνταν αυτοπεριορισμός και δεν θα ταλαιπωρούνταν οι άρρωστοι, ενώ ο έλεγχος θα ήταν ουσιαστικός.

Η σημερινή ρεμούλα είναι αυτή που επιτρέπει να γίνονται έκτροπα. **Οι ιατροί που δρουν καταχρηστικά δεν είναι πολλοί.** Η ανυπαρξία όμως ελέγχου

παρασέρνει και άλλους στο να εκτρέπονται λίγο ή πολύ.

«**Μη τα λες αυτά δημοσίως**» ακούω να λένε μερικοί που διαβάζουν το σημείωμα αυτό, κατά την ελληνική συνήθεια του «**να μην καρφώνουμε ποτέ, ακόμα και αν πρόκειται για έγκλημα**». Όμως η ρεμούλα ευνοεί τους κακούς ιατρούς και την κακή ιατρική. Γίνονται καταχρήσεις σε βάρος των αρρώστων, χάνεται

η αξιοκρατία ανάμεσα στους ιατρούς και τελικά όλοι υφίστανται τις οικονομικές συνέπειες της χρεωκοπίας των ταμείων. Γι αυτό το λόγο τα λέω, **ελπίζοντας ότι κάποτε θα βρεθεί ένας έντιμος υπουργός** και μια σοβαρή κυβέρνηση για να συμμαζέψει αυτό το χάλι. Δεν είναι δα και ακατόρθωτο αυτό!

Se non e vero...



Το μεταφέρω όπως το διηγείται φαρμακευτικός επισκέπτης: Ξέρετε τι κάνουν μερικοί πονηροί ιατροί τώρα που οι φαρμακευτικές εταιρείες **περιόρισαν τα οικογενειακά**

συνεδριακά ταξίδια; Πώς δηλαδή εξακολουθούν να παίρνουν μαζί όλη την οικογένεια, πεθερικά, κουμπάρους και άλλους συγγενείς στο συνέδριο χρεώνοντας τις εταιρείες [εντός Ελλάδος]; Απάντηση: **Κλείνουν, ταυτόχρονα με**

δύο ή τρεις διαφορετικές φαρμακευτικές εταιρείες, δωμάτια στο ίδιο ξενοδοχείο, για την ίδια εκδήλωση, στο δικό τους όνομα, οπότε τα πεθερικά, οι συγγενείς και οι φίλοι φιλοξενοούνται σ' αυτά!

... e ben trovato !



Ερώτηση: Πώς κατάφερε στο υπερατλαντικό ταξίδι ο Επιμελητής [σ.σ μη-γαστροτεχνολόγος] **να ταξι-δεύει στην Α' θέση ενώ ο Καθηγητής ταξίδευε στην Οικονομική;** Απάντηση: Όχι, δεν εξαρ-

γύρωσε μίλια. Απλά ζήτησε από μία φαρμακευτική εταιρεία να του καλύψει μόνο το αεροπορικό εισιτήριο στην α' θέση και από μια άλλη να του καλύψει μόνο το ξενοδοχείο.

Έτσι όλοι έμειναν ευχαριστημένοι: Η πρώτη εταιρεία, γιατί γλίτωσε τα έξοδα

διαμονής. Η δεύτερη εταιρεία γιατί γλίτωσε τα έξοδα του εισιτηρίου και ο ιατρός γιατί πέρασε ένα **υπέροχο ξεκούραστο ταξίδι.** Το «όλοι ευχαριστημένοι» θυμίζει την ιστορία του Jeffrey Archer που ακολουθεί.

Όλοι ευχαριστημένοι με τα μισά!



Η κακομαθημένη εύπορη κυρία Consuela Rosenheim έχει τα γενέθλια της και βλέπει στην προθήκη του κοσμηματοπωλείου ένα ανεκτίμητο πανάκριβο κολιέ που στοιχίζει £1.000.000. Το θέλει! Επιστρέφει το απόγευμα με τη συνοδεία του ερωμένου της. Αυτός, αφού διαπραγματεύεται με έπαρση και στυλ, αφήνει ένα τσεκ £500.000 πάνω στο γραφείο του κοσμηματοπώλη, λέγοντάς του ότι **αυτή είναι η προσφορά**

του. Αν θέλει την παίρνει, αν θέλει την αφήνει. Του λέει μάλιστα ότι έχει περιθώριο να το σκεφτεί μέχρι τη Δευτέρα. Ο κοσμηματοπώλης πάει να αντιδράσει, αλλά η κυρία του κάνει νόημα από πίσω να σιωπήσει.

Το απόγευμα η κυρία εμφανίζεται ξανά στο κοσμηματοπωλείο, αλλά με τον σύζυγο. Αυτός παζαρεύει χωρίς πολλά πολλά και δίνει και αυτός σαν τελευταία προσφορά ένα τσεκ £500.000. Ο κοσμηματοπώλης κάνει ότι διαμαρτύ-

ρεται αλλά τελικά υποχωρεί. Η κυρία παίρνει το κολιέ.

Όλοι ήταν ευχαριστημένοι: Η κυρία γιατί απέκτησε το κολιέ, ο κοσμηματοπώλης γιατί το πούλησε στην τιμή που ζητούσε και οι δύο άνδρες γιατί κατάφεραν να χαρίσουν στην κυρία το κολιέ μισοτιμής, επιδεικνύοντας παράλληλα και τη δύναμη του αρσενικού. **Όλοι ευχαριστημένοι λοιπόν με τα μισά...**

Από το βιβλίο του Jeffrey Archer, The Collected Short Stories, Harper Collins

Τα \$@#ZZ%\$ZX! φάρμακα του ΙΚΑ



Υπάρχει πάντα μια δυσκολία όταν τύχει να εξετάσει κανείς ασθενείς που είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ. Στην ερώτηση “τι φάρμακα

παίρνετε;” αναφέρουν **διάφορα άγνωστα ονόματα, που σε αναγκάζουν να τρέχεις στον κατάλογο φαρμάκων** για να δεις τη δραστική ουσία. Αρκετά από αυτά έχουν μάλιστα αστεία ονό-

ματα του τύπου “SuperNatoelkosu” ή “Palindromistop”!

Γιατί άραγε στο ΙΚΑ συνταγογραφούνται σχεδόν αποκλειστικά μη-πρωτότυπα φάρμακα; Σπαζοκεφαλιά κι αυτή! ■

Καλλιτεχνικά και άλλα**...Η ομορφότερη περίοδος της Ζωής, είναι η Ζωή μας και η Τέχνη την κάνει ωραιότερη.***γράφουν οι Τίνα Μάσχα & Αντώνης Πολιτάκης*

Σκεπτόμασταν πώς να ξεκινήσουμε αυτό το κομμάτι. Το ότι γράφεται για το συγκεκριμένο περιοδικό μάς έκανε να θυμηθούμε το παρακάτω περιστατικό.

Κάποτε σ' ένα από τα συνέδρια που γινόταν στην Ισπανία, μέσα στο πολιτιστικό πρόγραμμα για επιμόρφωση ήταν και ξενάγηση στο μουσείο του Picasso. Το γκρουπ των "τουριστών" άκουγε με μέτρια προσοχή τον ξεναγό. Έτσι λοιπόν, όπως χανόταν και χωνόταν στα "περίεργα" αλλά σοφά έργα του καλλιτέχνη, σε μια βάση είδαν ότι υπήρχε μια νεκροκεφαλή. Όταν ένας από τους συνέδρους ρώτησε τον ξεναγό, τι γλυπτό ήταν αυτό, ο ξεναγός του απάντησε, ότι το συγκεκριμένο "γλυπτό" ήταν το κρανίο του Picasso.

Όταν κατά τη διάρκεια της ξενάγησης ο ίδιος σύνεδρος είδε μια άλλη, μικρότερη νεκροκεφαλή και έκανε γεμάτος απορία την ίδια ερώτηση, ο ετοιμόλογος ξεναγός τότε του απάντησε: "Το κρανίο του Picasso όταν ήταν παιδί".

Γέλιο; ή δείκτης του χάσματος που υπάρχει μεταξύ της Τέχνης και των

"τουριστών" της ζωής;

Βάλτε στη ζωή σας το Κόκκινο, το Μπλε, την Ώχρα που είναι υγεία (sic).

Κάντε μια βόλτα από τις αίθουσες



Τέχνης και τα Μουσεία, ως "εξερευνητές" όχι ως "τουρίστες".

Μπορείτε να περάσετε λοιπόν από το ξενοδοχείο Hilton, για να απολαύσετε μαζί με τον καφέ σας και μια καταπληκτική έκθεση, με γενικό τίτλο **NON STOP ART**. Η κυρία **Βίκυ Δράκου** παρουσιάζει, σπουδαίους

καλλιτέχνες που ο καθένας γράφει τη δική του ιστορία στο διεθνή χώρο της τέχνης. Εκεί, όπως και στην gallery T.campani B. Παύλου 82 στη Βούλα, θα βρείτε έργα των υπογραφόντων καθώς και άλλων καλλιτεχνών.

Επίσης, στο Hilton θα βρείτε την καλλιτεχνική εταιρεία **ARTemeis** συνεργαζόμενη με σημαντικούς καλλιτέχνες, που μπορεί να καλύψει διάφορες επαγγελματικές ή προσωπικές ανάγκες. Στις ανάγκες αυτές περιλαμβάνονται η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών σε θέματα τέχνης και φυσικά η διοργάνωση εικαστικών εκθέσεων.

Μαζί με τα παιδιά σας μην χάσετε την έκθεση **"Όνειρα και πραγματικότητα"** στο **Μουσείο Ελληνικής Παιδικής Τέχνης** που θα διαρκέσει μέχρι τις **30 Ιουνίου 2008** στην οδό Κόδρου 9 στην Πλάκα τηλ. 210-3312621.

Η έκθεση περιλαμβάνει έργα από το διεθνές Σχολικό Πρόγραμμα της **Unilever** σε συνεργασία με την **Tate Modern** του Λονδίνου και από τις συλλογές του **Μουσείου Ελληνικής Παιδικής Τέχνης**. ■