

Άρθρο Σύνταξης

Είθισται τα τελευταία χρόνια η συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου της ΕΠΕΓΕ για το μήνα Ιούνιο να γίνεται στην Χαλκίδα. Έτσι, λοιπόν, με ιδιαίτερη χαρά αποδέχθηκα την πρόταση του κ. προέδρου της ΕΠΕΓΕ να παραστώ στο Δ. Σ. και εν συνεχεία στη γαστριμαργική πανδαισία, που κατά παράδοση ακολουθεί, στο έναντι του ιατρείου του κ.Αρμόνη μεζεδοπωλείο.

Το ταξίδι ήταν πολύ ευχάριστο και η υποδοχή έφτιαξε ακόμη περισσότερο τη διάθεση. Ωστόσο, λίγη ώρα αφότου κατέφθασαν και οι άλλοι συναδέλφοι και άρχισε η συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου, άρχισα να αισθάνομαι περίεργα. Πρώτη φορά μου συνέβαινε σε συνεδρίαση να παρευρίσκομαι «ωσει παρών». Γρήγορα η προσοχή μου αποσπάστηκε από τα συζητούμενα και το μυαλό μου άρχισε να ταξιδεύει σε ανάλογες καταστάσεις του παρελθόντος.

Κάποια στιγμή «προσγειώθηκα»... και αιτία ήταν ο ενθουσιασμός των δύο συναδέλφων που παρουσίαζαν την αφίσα της επόμενης διημερίδας. Καλό σημάδι ο ενθουσιασμός, σκέφτηκα... Θυμήθηκα τον εαυτό μου και το αντίστοιχο συναίσθημα που με πλημμύρισε, όταν κατέληξα στην αφίσα του σεμιναρίου πρωκτολογίας: μια πρύμνη ποντοπόρου πλοίου. Μπορεί οι περισσότεροι συναδέλφοι να μην κατάλαβαν τι παρουσίαζε, αλλά εγώ αισθάνθηκα πανευτυχής όταν εισηγητής του σεμιναρίου αναφέρθηκε με κολακευτικά λόγια στην αφίσα.

Το ταξίδι συνεχιζόταν ανέφελο, όταν ξαφνικά έπεσα σε «ξέρα». Ήταν τη στιγμή που άκουσα ότι στο στρογγυλό τραπέζι για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου σκέπτονταν να καλέσουν αρμόδιους της Πολιτείας. Η πείρα μου τόσα χρόνια με διδάξε πως, δυστυχώς, δεν υπάρχουν πλέον αναρμόδιοι των αρμοδίων. Έτσι, ξέχασα ότι απλώς παριστάμην και δεν συμμετείχα στο Διοικητικό Συμβούλιο, πήρα το λόγο και αναφέρθηκα με λόγια καθόλου κολακευτικά για τους εκάστοτε αρμόδιους, η αναζήτηση των οποίων είναι κατά κανόνα χάσιμο χρόνου. Κατάλαβα ότι οι συναδέλφοι με άκουσαν από ευγένεια, αλλά ο ενθουσιασμός τους δεν επηρρεάσθηκε - και την ανάγκην φιλοτιμίαν ποιούμενος, το θεώρησα και αυτό καλό σημάδι...

Γρήγορα περιπλανιόμουν σε προηγούμενες εμπειρίες μου στο «Πέλαγος». Όμως, κάποια στιγμή, συνειδητοποίησα πως μιλούσαν για μένα και έστησα αυτί. Συζητούσαν για το πώς θα με τιμήσουν ως «επίτιμο πρόεδρο». Αυτή είναι μια παλαιά ιστορία την οποία αρνήθηκα, απειλώντας τον κ. πρόεδρο πως, αν το έκανε, θα απαντούσα με λίγους στίχους του Γεφτουσένκο από την εποχή της περεστρόικα, που αν θυμάμαι καλά, έλεγε: «...τι ντροπή θα αισθανθούν τα παιδιά μας, όταν μάθουν πως τη σημερινή εποχή, αυτός που απλώς κάνει τη δουλειά του θεωρείται ήρωας...». Και πάλι δεν κρατήθηκα και πήρα το λόγο. Η απάντηση ενός νέου συναδέλφου, όμως, με άφησε άφωνο. Ήταν τόσο τεκμηριωμένη και τόσο ταίριαζε στα πιστεύω μου, ώστε συνειδητοποίησα πως, εκτός από ενθουσιασμό συνυπάρχουν οξεία κριτική σκέψη και συναίσθημα. Άλλωστε, ήμουνα και είμαι βέβαιος πως οι νέοι άνθρωποι είναι πολύ καλύτεροι ημών των παλαιότερων.

Τη νύχτα δεν κοιμήθηκα. Όχι από δυσπεψία, αλλά γιατί με επισκέφθηκε το “υπερεγώ” μου, όπως πάντα σαρκαστικό και ανατρεπτικό. “Σιγά ρε μεγάλε, σιγά τα ωά... Αφού κάθισες έξι χρόνια στην προεδρία της ΕΠΕΓΕ και απήυδησες, τώρα το παίζεις πρωταγωνιστής της ελληνικής ταινίας Τόπο στα νιάτα”. “Λες να έχει δίκιο”, σκεφτόμουν. Γύριζα και στριφογύριζα. Τελικά κατέληξα: “Όχι, αποκλείεται. Σχεδόν...”. Για τον απλούστατο λόγο ότι τα νέα παιδιά που δούλεψαν είτε στο ΔΣ, είτε στη συντακτική επιτροπή των *Ενδοσκοπήσεων*, είτε στις διάφορες άλλες επιτροπές, δεν είχαν τίποτε. Ήμουν και είμαι βέβαιος ότι περιοριζόμαστε από άριστους νέους συναδέλφους, τους οποίους πρέπει να ενθαρρύνουμε και να βοηθήσουμε να μας αντικαταστήσουν. Μήπως πρέπει επιτέλους να πάψουμε να κάνουμε τα λάθη που καυτηριάζαμε όταν τα έκαναν άλλοι πριν μερικά χρόνια; Μήπως πρέπει επιτέλους να συνειδητοποιήσουμε ότι αρκετά *προσφέραμε* και να δώσουμε την ευκαιρία στους νέους συναδέλφους;

Αντώνης Ζερβακάκης

Επιστολές



Επιστολές

Η επιστολή αυτή απεστάλλει αρχικά στην Γαστρεντερολογική Εταιρεία, η οποία με απόφαση Διοικητικού Συμβουλίου την παρέπεμψε στην ΕΠΕΓΕ, ως πιο αρμόδια για αυτά τα θέματα.

6 Φεβρουαρίου 2008

Προς το Διοικητικό Συμβούλιο της
Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας

Αγαπητοί κύριοι,

Θα ήθελα κατ' αρχάς να σας ευχηθώ καλή χρονιά και ευ-
όδωση των προσδοκιών σας τόσο σε προσωπικό επίπεδο,
όσο και στη διοίκηση της ΕΓΕ.

Θα ήθελα να σας παρακαλέσω να αποστείλετε έγγραφο
στην Διοίκηση του Νοσοκομείου Καλαμάτας, και αν είναι
εφικτό και στη ΔΥΠΕ, σχετικά με τις ανάγκες των Νομαρ-
χιακών Νοσοκομείων σε Γαστρεντερολόγους.

Προσωπικά υπήρξα ο μοναδικός Νοσοκομειακός Γα-
στρεντερολόγος στο ΠΕΣΥ επί 10ετία. Ακόμη και μετά την

προσέλευση δεύτερου Γαστρεντερολόγου και δεδομένου
ότι το Νοσοκομείο μας εφημερεύει 30 ημέρες τον μήνα,
οι ανάγκες τόσο του Νοσοκομείου όσο και των υπολοίπων
μονάδων υγείας (π.χ. Νοσοκομείο Κυπαρισσίας, Νοσοκο-
μείο Τριπόλεως κλπ) δεν καλύπτονται.

Ως εκ τούτου παρακαλώ όπως αποστείλετε γνωμοδότηση
για την ανάγκη επάνδρωσης των Νομαρχιακών Νοσοκο-
μείων με τουλάχιστον 3 Γαστρεντερολόγους.

Με τιμή

Ευάγγελος Σκοπετέας
Αναπληρωτής Διευθυντής Γαστρεντερολογικού
Τμήματος Γ.Ν. Καλαμάτας

Αθήνα 29 Απριλίου 2008

Προς τον Διευθυντή του Νοσοκομείου Καλαμάτας
Κοιν. κ. Ε. Σκοπετέα

Αγαπητέ κύριε,

Στις 12 Απριλίου 2008 λάβαμε επιστολή του Γαστρεντε-
ρολόγου κ. Ε. Σκοπετέα που υπηρετεί επί 10ετία στο νο-
σοκομείο σας. Στην επιστολή, που συζητήθηκε την ίδια
ημέρα στη συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου της
Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδας
(ΕΠΕΓΕ), αναφέρεται η δυσχέρεια κάλυψης του Νοσοκο-
μείου, που εφημερεύει 30 ημέρες τον μήνα, από έναν ή
δύο γαστρεντερολόγους.

Η ΕΠΕΓΕ χαρτογράφησε προ 2ετίας όλα τα γαστρεντε-
ρολογικά τμήματα της χώρας και διαπίστωσε τις υπάρ-
χουσες ελλείψεις στην στελέχωσή τους. Με δεδομένη την
επεμβατική φύση των ενδοσκοπικών γαστρεντερολογικών
πράξεων και την ενεργό εμπλοκή των γαστρεντερολόγων
σε επίλυση επειγόντων προβλημάτων όπως η αιμορραγία
του πεπτικού, η αφαίρεση ξένου σώματος και άλλα, η
ελλιπής αυτή στελέχωση εγκυμονεί κινδύνους για αυξη-
μένες επιπλοκές κατά τις επεμβατικές πράξεις (που δυ-
στυχώς μπορεί να έχουν ολέθριες συνέπειες). Εξ άλλου η
καθυστερημένη παρέμβαση σε επείγουσες καταστάσεις
μπορεί να αυξήσει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα και
αποβαίνει ιδιαίτερα επιζήμια για την Δημόσια Υγεία.

Η ΕΠΕΓΕ είναι πεισμένη ότι στο Νοσοκομείο Καλαμάτας,
όπως συμβαίνει στα περισσότερα Νομαρχιακά Περιφε-
ρικά Νοσοκομεία της Ελλάδας, προσφέρονται υψηλού
επιπέδου ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, παρά το
ελλιπές προσωπικό, χάρη στη φιλότιμη υπερπροσπάθεια
των εργαζομένων σε αυτό. Η παρουσία όμως επαρκούς
αριθμού γαστρεντερολόγων, είναι αυτονόητο ότι μειώνει
τις ημέρες νοσηλείας των ασθενών, σε άλλες περιπτώ-
σεις αποτρέπει εντελώς τη νοσηλεία ή μειώνει τη βαρύ-
τητα των ιατρικών παρεμβάσεων αποφεύγοντας πχ το
χειρουργείο σε μία αιμορραγία που αντιμετωπίζεται συ-
νήθως ενδοσκοπικά. Τα ανωτέρω, πέραν του προφανούς
οφέλους για τη δημόσια υγεία στο νομό σας, μειώνουν
και το κόστος νοσηλείας και συντελούν θετικά στον οικο-
νομικό ισολογισμό του Νοσοκομείου.

Έχοντας επίγνωση των πολλαπλών δυσχερειών που αντι-
μετωπίζετε καθημερινά για την εύρυθμη λειτουργία του
Νοσοκομείου σας, σας συστήνουμε να προβείτε στις κα-
τάλληλες ενέργειες, για στελέχωση του γαστρεντερολο-
γικού με ένα (1) τουλάχιστον ακόμα ειδικευμένο γαστρε-
ντερολόγο

Με τιμή

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Α. ΝΤΑΪΛΙΑΝΑΣ

Η ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ
Ν. ΜΠΟΜΠΟΤΣΗ



www.lexikon.gr

ΠΡΟΣ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΘΕΜΑ: Οι όροι *κολοσκόπηση* / *κολονοσκόπηση* και *πολυποδεκτομή* / *πολυπεκτομή*

Ηλιούπολη, 4 Μαρτίου 2008

Αγαπητοί κύριοι,

Σχετικά με την από 23-10-2007 επιστολή σας και κατόπιν συνεννόησης με τον καθηγητή κ. Μπαμπινιώτη, σας γνωρίζουμε τα εξής:

Ο όρος **κολοσκόπηση** είναι σωστά σχηματισμένος, επομένως μπορεί κάλλιστα να χρησιμοποιείται εναλλακτικά προς τον συνηθισμένο και μάλλον καθιερωμένο στον ιατρικό κόσμο όρο **κολονοσκόπηση**, ο οποίος απλώς μεταφέρει στην Ελληνική τον αγγλικό όρο **colonoscopy**. Πιθανώς, η ευρεία χρήση του όρου **κολονοσκόπηση** να οφείλεται και στην ανάγκη κοινής διεθνούς ορολογίας η οποία να είναι εύκολα, αυτόματα αναγνωρίσιμη ανάμεσα στα μέλη της επιστημονικής κοινότητας. Γι' αυτό και πολλοί άλλοι όροι διαφόρων επιστημών αποτελούν πιστή μεταφορά στην Ελληνική ξένων όρων που σχηματίστηκαν από ελληνικές λέξεις (δηλ. αποτελούν ελληνογενείς ξένους όρους), ασχέτως αν οι ελληνογενείς ξένοι όροι δεν ακολουθούν σωστά τη μορφολογία και σύνθεση της Ελληνικής, π.χ. **ιονόσφαιρα** (βλ. **ionosphere**) αντί του αναμενόμενου στην Ελληνική **ιοντόσφαιρα**, **χρωμόσωμα** (βλ. **chromosome**) αντί του αναμενόμενου στην Ελληνική **χρωματόσωμα** κ.ά.

Ομοίως, ο όρος **πολυποδεκτομή** είναι σωστά σχηματισμένος βάσει της ελληνικής μορφολογίας και σύνθεσης και ο όρος **πολυπεκτομή** αποτελεί απλώς πιστή μεταφορά του ξένου όρου **polypectomy** (ο οποίος εύλογα δεν ακολουθεί στον σχηματισμό του τους κανόνες της ελληνικής γλώσσας αλλά της Αγγλικής <**polyp**=πολύπους + **-ectomy**=εκτομή).

Από το Κέντρο Λεξικολογίας

Τηλέφωνα επικοινωνίας: 210 9965443, 210 9926676

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: info@lexikon.gr

Υπεύθυνη επικοινωνίας: κ. Ειρήνη Μούτου

Ελεύθερο



Θέμα

Γήρας και Θάνατος: η Σύγχρονη Πραγματικότητα

γράφει ο Σπύρος Γούλας

Στις γραμμές που ακολουθούν παρατίθενται δεδομένα για την αύξηση του μέσου όρου ζωής που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια και την παράλληλη αύξηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων του γήρατος που επιβαρύνουν την υγεία και την ποιότητα ζωής. Εγείρονται ποικίλα οικογενειακά, κοινωνικά και οικονομικά ζητήματα. Ίσως το κείμενο αυτό αποτελέσει ερέθισμα για την ανάπτυξη ενός διαλόγου και την καταγραφή και άλλων απόψεων για ένα τόσο κρίσιμο θέμα...

Διακόσια χρόνια πριν η μέση διάρκεια ζωής του ανθρώπου δεν ξεπερνούσε τα 30 χρόνια. Οι άνθρωποι πέθαιναν νέοι μετά από σύντομη διάρκεια ασθένεια. Κύρια αιτία θανάτου ήταν οι λοιμώξεις γιατί δεν υπήρχε αποτελεσματική φαρμακευτική θεραπεία. Με την πάροδο του χρόνου το προσδόκιμο επιβίωσης στις αναπτυγμένες χώρες αυξήθηκε σημαντικά. Κατά τον εικοστό αιώνα διπλασιάστηκε σε σχέση με τον προηγούμενο. Εκτιμάται ότι η μέση διάρκεια ζωής αυξάνεται τα τελευταία εκατό χρόνια κατά 2,2 έτη ανά δεκαετία. Δεν υπάρχουν ενδείξεις επιβράδυνσης αυτού του ρυθμού ακόμη και σε χώρες που το προσδόκιμο είναι πολύ υψηλό. Αυτό έχει τεράστιες συνέπειες: για παράδειγμα στη Βρετανία αν ο ρυθμός αυτός διατηρηθεί τα άτομα άνω των 65 ετών από 4,6 εκατομμύρια που είναι σήμερα θα φτάσουν τα 15,5 εκατομμύρια το 2074 και τα άτομα άνω των 100 ετών από 10000 θα φτάσουν το 1 εκατομμύριο (αύξηση κατά 100 φορές!). Συνεπώς η ανθρωπότητα γηράσκει και προχωρούμε προς ένα κόσμο που δεν υπήρξε ποτέ στο παρελθόν και για τον οποίο γνωρίζουμε ελάχιστα.

Παλαιότερα επικρατούσε η θεωρία ότι οι άνθρωποι έχουν ένα ανώτατο όριο ζωής, το οποίο με την πρόοδο

της Επιστήμης θα κατορθώναμε να φτάσουμε, ενώ παράλληλα οι θάνατοι από ασθένειες θα μειώνονταν. Έτσι θα ζούσαμε επί μακρόν και θα φεύγαμε από τη ζωή απόλυτα υγιείς ως το τέλος. Σύμφωνα με τον Τζέιμς Φράις,

Στη Βρετανία από το 1991 ως το 2001 το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε κατά 2,2 έτη, αλλά, σύμφωνα με υπολογισμούς, το υγιές προσδόκιμο αυξήθηκε μόλις κατά 0,6 έτη: οι άνθρωποι έχουν δηλαδή κακή υγεία για 1,6 χρόνια περισσότερο σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία!

ειδικό στα χρόνια νοσήματα του Πανεπιστημίου Στάνφορντ της Καλιφόρνιας, οι ασθένειες και οι αναπηρίες θα συμπύσσονταν σε μια πολύ σύντομη περίοδο πριν το θάνατο. Αυτή ήταν η θεωρία της «συστολής της νοσηρότητας». Η σημερινή πραγματικότητα ανατρέπει πλήρως αυτή τη θεωρία. Η αύξηση του μέσου όρου ζωής συνο-

δεύεται από την εμφάνιση εκφυλιστικών νοσημάτων που διαδράμουν επί έτη, επιδεινώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και συχνά μας κάνουν ανήμπορους να ζήσουμε χωρίς βοήθεια. Σήμερα στο Δυτικό κόσμο οι άνθρωποι πεθαίνουν μεν σε μεγάλη ηλικία, αλλά ταλαιπωρούνται σημαντικά και για μεγάλο διάστημα πριν το θάνατο (διαστολή της νοσηρότητας).

Ποσότητα εναντίον ποιότητας

Στη Βρετανία από το 1991 ως το 2001 το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε κατά 2,2 έτη, αλλά σύμφωνα με υπολογισμούς, το υγιές προσδόκιμο αυξήθηκε μόλις κατά 0,6 έτη: οι άνθρωποι έχουν δηλαδή κακή υγεία για 1,6 χρόνια περισσότερο σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία! Ουσιαστικά σημαντικό τμήμα του αυξημένου μέσου χρόνου ζωής οφείλεται στην αυξημένη επιβίωση από χρόνιες ασθένειες. Νοσήματα όπως ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά και τα νευροεκφυλιστικά νοσήματα αυξάνονται κατακόρυφα με την ηλικία. Επί παραδείγματι, η νόσος Αλτςζχάιμερ προσβάλλει το 1-2% των ατόμων στα 65 έτη και στη συνέχεια διπλασιάζεται ανά 5ετία για να φθάσει το 25% στα 85 έτη με περαιτέρω αυξητική τάση. Οι ηλικιωμένοι παρακμάζουν συχνότερα και σωματικά. Είναι πιο ευάλωτοι

από οστεοαρθροπάθεια, αρθρίτιδες, ρευματικά νοσήματα, οστεοπόρωση, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, διαβήτης και εγκεφαλικά επεισόδια. Εμφανίζουν συχνότερα κώφωση, τύφλωση, κακή μνήμη, κατάθλιψη και καθιλώνονται στο κρεβάτι.

Το οξύ γίνεται χρόνια

Οι πρόοδοι της ιατρικής έχουν μεταβάλει σε σημαντικό βαθμό το χάρτη νοσημάτων. Τα οξέα αίτια θανάτου, όπως οι λοιμώξεις, θεραπεύονται με τα κατάλληλα φάρμακα. Σε άλλες παθήσεις τα οξέα συμβάματα με την έγκαιρη φαρμακευτική, επεμβατική και υποστηρικτική αντιμετώπιση έχουν καλή έκβαση. Με τον τρόπο αυτό το οξύ καρδιακό επεισόδιο έχει γίνει καρδιακή ανεπάρκεια και το εγκεφαλικό επεισόδιο αρτηριοπαθητική άνοια. Ο διαβήτης, ο καρκίνος και το AIDS είναι χρόνια σοβαρά νοσήματα. Σημαντικό ρόλο στην κατεύθυνση αυτή έχει παίξει η έρευνα των φαρμακευτικών εταιρειών, η οποία κατευθύνεται κυρίως σε φάρμακα κατά των χρόνιων νοσημάτων, που δεν θεραπεύουν ριζικά, αλλά συντηρούν τους πάσχοντες ασθενείς για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, με την κατάλληλη προώθηση του προϊόντος στον ιατρικό χώρο, την κατανάλωση μεγάλου αριθμού συχνά δαπανηρών σκευασμάτων, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την υγεία των ασφαλιστικών ταμείων και των κρατικών προϋπολογισμών.

Αν η κατάσταση αυτή διατηρηθεί οι άνθρωποι που γεννιούνται σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες θα ζουν πάνω από 100 χρόνια, αλλά στη δύση του βίου τους θα ταλαιπωρούνται από φθίνουσα υγεία και σε ποσοστό 60% θα πεθαίνουν από άνοια. Σκεφθείτε τις επιπτώσεις αυτής της κατάστασης για το άτομο, αλλά και τις κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες μιας τέτοιας εξέλιξης.

Τι πρέπει να γίνει

Είναι αμφίβολο αν οι πολιτικές ηγεσίες έχουν λάβει υπόψη τους αυτή τη

ζοφερή προοπτική για την ανθρωπότητα. Η πορεία προς το τέλος της ζωής και ο ίδιος ο θάνατος δεν υπάρχουν στην πολιτική ατζέντα. Πρέπει χωρίς αμφιβολία να διαμορφωθούν πολιτικές που να αντιμετωπίζουν το ζήτημα, πρέπει να επιτεθούμε κατά μέτωπο στο γήρας και τις ασθένειες που το συνοδεύουν. Πρέπει παράλληλα να βελτιώσουμε τις υποδομές και τις παροχές προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Από την άλλη πλευρά η φαρμακευτική έρευνα θα πρέπει να στοχεύει στη ριζική αντιμετώπιση των επιπτώσεων της γήρανσης, να είναι εντατική και συντονισμένη. Ου-

Η πορεία προς το τέλος της ζωής και ο ίδιος ο θάνατος δεν υπάρχουν στην πολιτική ατζέντα. Πρέπει χωρίς αμφιβολία να διαμορφωθούν πολιτικές που να αντιμετωπίζουν το ζήτημα, πρέπει να επιτεθούμε κατά μέτωπο στο γήρας και τις ασθένειες που το συνοδεύουν

σιαστικά θα πρέπει να αποκτήσει νέο προσανατολισμό και αυτό είναι ευθύνη των κρατών και των πολιτικών ηγεσιών. Τα κινήματα πολιτών είναι το μόνο μέσο πίεσης των απλών ανθρώπων προς την κατεύθυνση αυτή. Όσο πιο ενημερωμένα, οργανωμένα, και μαζικά τόσο πιο αποτελεσματικά...

Ποιος ζει ποιος πεθαίνει... η ηθική διάσταση

Από ηθική άποψη, δύο είναι τα διαφαινόμενα σενάρια για "το μέλλον του θανάτου". Σύμφωνα με το **πρώτο**, η μέση διάρκεια ζωής θα συνεχίσει να αυξάνεται, χωρίς να βρεθούν οι κατάλληλες λύσεις στο γήρας και

τις ασθένειες και αναπηρίες που το συνοδεύουν. Το **δεύτερο** έχει να κάνει με την ταυτόχρονη καταπολέμηση του θανάτου και των συνεπειών της γήρανσης, στο οποίο οι άνθρωποι θα ζουν υγιείς ως τα 100 και πλέον χρόνια. Στην πρώτη περίπτωση θα υπάρξουν συζητήσεις για την ηθική νομιμοποίηση του επιλεκτικού θανάτου, υπό μορφή ευθανασίας ή αυτοκτονίας. Στη δεύτερη θα προκύψουν θέματα περιορισμού των συλλήψεων, κυήσεων και γεννήσεων ώστε να προληφθούν τα δεινά από την υπερβολική αύξηση του πληθυσμού της Γης.

Ήδη σήμερα σε διάφορες περιοχές, γίνονται σε συζητήσεις και αντιπαράθεσεις για το μέγεθος της οικογένειας, την αντισύλληψη, τις αμβλώσεις, την καταλληλότητα των γονέων, την επιλογή φύλου, τη χρήση των εμβρυϊκών βλαστικών κυττάρων. Πόσα μωρά θα επιτρέπονται ανά οικογένεια; Αν αποφασιστούν περιορισμοί ποιος θα επιτρέπεται να αναπαράγει και με ποιες προϋποθέσεις; Τι θα γίνει με τα κορίτσια που ενδεχομένως είναι γενετικά μη κατάλληλα για να τεκνοποιήσουν; Από την άλλη πλευρά, στο ζήτημα του θανάτου μας απασχολεί, η ευθανασία, ενεργητική ή παθητική, η απόφαση για μη εφαρμογή θεραπειάς σε βαριά και βασανιστικά νοσήματα όταν η ποιότητα ζωής αναμένεται χειρίστη και άλλα. Ήδη πολλοί ηλικιωμένοι, ιδιαίτερα αυτοί με χρόνια βασανιστικά νοσήματα, θα προτιμούσαν ένα υποβοηθούμενο ανώδυνο θάνατο από μια ανυπόφορη παράταση της ζωής τους. Όλα αυτά τα ζητήματα αναμένεται να τεθούν πολύ πιο επιτακτικά και βασανιστικά στο μέλλον. Είμαστε άραγε προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουμε αυτή τη νέα πραγματικότητα που διαγράφεται; Μπορούμε να αφεθούμε στη δίνη του χρόνου και να αγνοήσουμε τη νέα πραγματικότητα ή πρέπει να προβληματιστούμε και να δράσουμε ανάλογα; Ίσως όλα αυτά ακούγονται παράφωνα στη σημερινή εποχή του εφησυχασμού και της ευκολίας. Είναι όμως; ■



Κλινικό Θέμα

Περιεδρικά συρίγγια

γράφει η *Αγγελική Χρησιτίδου*

Τα περιεδρικά συρίγγια είναι πόροι παθολογικής επικοινωνίας μεταξύ τμημάτων του εντέρου και του δέρματος της περιεδρικής περιοχής. Σπάνια μπορεί να ξεκινούν από την ουρήθρα και να εκβάλουν στην περιοχή του περινέου. Το έσω στόμιο του συριγγίου εντοπίζεται συνήθως σε μια κρύπτη της περιοχής του πρωκτού κοντά στην οδοντωτή γραμμή ενώ σπανιότερα ξεκινά από άλλα τμήματα του κόλου ή από το λεπτό έντερο. Στο 50% των ασθενών τα συρίγγια εμφανίζονται μετά από αυτόματη ή χειρουργική παροχέτευση προϋπάρχοντος αποστήματος.

Παθογένεια

Τα περιεδρικά συρίγγια είναι αποτέλεσμα φλεγμονής που ξεκινά από τις κρύπτες όπου εκβάλλουν οι αδένες του πρωκτού στη βάση των πρωκτικών στηλών του Morgagni (κρυπτοαδενική θεωρία). Λόγω της πορείας και της κατάληξης των αδένων στο μεσοσφιγκτηριακό διάστημα (μεταξύ έσω και έξω σφιγκτήρα του πρωκτού), σχηματίζεται απόστημα που παροχετεύομενο και καθώς επουλώνεται εκ των έσω προς τα έξω δημιουργεί το συριγγώδη πόρο. Σε ασθενείς με νόσο του Crohn οι πρωτοπαθείς βλάβες του πρωκτού είναι οι ίδιες που οδηγούν στην εμφάνιση της νόσου σε άλλες θέσεις, δηλαδή τα έλκη και η συσώρευση λεμφικού ιστού. Τα συρίγγια στην περίπτωση αυτή είναι δευτεροπαθείς βλάβες, αποτέλεσμα

λοιμωδών και μηχανικών επιπλοκών των πρωτοπαθών βλαβών.

Αίτια περιεδρικών συριγγίων

Τα συνηθέστερα αίτια των περιεδρικών συριγγίων είναι χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή της πυέλου (για κακοήθεις όγκους, επείγουσες επεμβάσεις χωρίς καλή προετοιμασία του εντέρου, αιμορροϊδεκτομή), νεοπλασμάτα, λοιμώξεις (φυματίωση, χλαμύδια, ακτινομυκητίαση), τραύμα, ξένα σώματα, ακτινοβολία (μετακτινική εντερίτις), αιματολογικές κακοήθειες και, τέλος, η νόσος του Crohn. Ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα μπορούν επίσης – αν και σπανιότερα – να εμφανίσουν περιεδρικά συρίγγια.

Η συχνότητα εμφάνισης περιεδρικών συριγγίων σε ασθενείς με νόσο του Crohn κυμαίνεται στις διάφορες

μελέτες από 14% έως 38%. Η περιεδρική προσβολή μπορεί ενίοτε να είναι η μόνη εκδήλωση της νόσου και μάλιστα να προηγείται της εμφάνισης της νόσου για μήνες έως έτη. Η πλειονότητα των ασθενών (92%) με περιεδρική νόσο του Crohn έχουν κολίτιδα με συμμετοχή του ορθού.

Ταξινόμηση

Τα περιεδρικά συρίγγια ταξινομούνται με βάση την ανατομική τους συσχέτιση με τους σφιγκτήρες σε επιπολής, μεσοσφιγκτηριακά, διασφιγκτηριακά, εξωσφιγκτηριακά και υψηλά. Η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη ταξινόμηση είναι αυτή του Parks. Ανάλογα με την παροχή τους διακρίνονται σε χαμηλής και υψηλής παροχής. Πιο χρήσιμη για τον καθορισμό της θεραπευτικής αντιμετώπισής τους είναι η ταξινόμηση των συριγγίων σε απλά

και επιπλεγμένα. Απλά θεωρούνται τα συρίγγια που έχουν ένα μόνο εξωτερικό στόμιο, το έσω στόμιο βρίσκεται χαμηλά στον πρωκτό, δεν συνοδεύονται από απόστημα και δεν συνυπάρχει φλεγμονή ή στένωση του ορθού. Ο συριγγώδης πόρος είναι μονήρης, μη διακλαδιζόμενος. Αντίθετα, συρίγγια που έχουν πολλαπλά εξωτερικά στόμια, που το έσω στόμιο βρίσκεται ψηλά στο ορθό, που ο πόρος τους φέρει διακλαδώσεις, τα οποία συνδυάζονται με απόστημα ή/και με ενεργό φλεγμονή ή στένωση του αυλού του εντέρου χαρακτηρίζονται ως επιπλεγμένα συρίγγια και είναι αυτά που κυρίως ανευρίσκονται σε ασθενείς με νόσο του Crohn.

Ο προσδιορισμός της πορείας και η ανεύρεση του έσω στομίου ενός συριγγίου μπορεί να γίνει αδρά με βάση τον κανόνα του Goodsall. Εξαίρεση στον κανόνα αυτό αποτελούν τα συρίγγια «δίκην οπλής αλόγου» (horseshoe) και τα συρίγγια σε ασθενείς με νόσο του Crohn.

Διάγνωση

Η επισκόπηση της περιεδρικής περιοχής αναδεικνύει τα στόμια των συριγγίων από τα οποία εξέρχεται αυτόματα ή μετά από πίεση πύο, ή αίμα και σπάνια εντερικό περιεχόμενο. Η παρουσία κλυδάζουσας μάζας ή πόνου κατά την ψηλάφηση, θέτουν την υπόνοια αποστήματος. Η δακτυλική εξέταση είναι απαραίτητη για τη διαπίστωση συνυπάρχουσας βλάβης στον αυλό, όπως στένωσης ή νεοπλασίας ή για τη διάγνωση υψηλών αποστημάτων που μπορεί να ψηλαφώνται ως σκληρία ή μάζα επώδυνη ή ανώδυνη. Με τη δακτυλική εξέταση μπορεί να διαπιστωθεί και η ύπαρξη ορθοκολπικού συριγγίου, που ειδικά σε ηλικιωμένα άτομα είναι συνήθως αποτέλεσμα νεοπλασίας του εντέρου παρά νόσου του Crohn.

Για τον προσδιορισμό της πορείας των συριγγίων, ειδικά σε περιπτώσεις νόσου του Crohn, θεωρείται πολλές φορές απαραίτητη η εξέταση του ασθενούς υπό γενική αναισθησία. Κατά την εξέταση γίνεται τοποθέτηση μήλης στους συριγγικούς πόρους, ανευρίσκονται τα έσω στόμια, γίνεται παροχέτευση συνυπαρχόντων αποστημάτων και μπορεί να τοποθε-

Τα συνηθέστερα αίτια των περιεδρικών συριγγίων είναι χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή της πυέλου, νεοπλάσματα, λοιμώξεις, τραύμα, ξένα σώματα, ακτινοβολία, αιματολογικές κακοήθειες και, τέλος η νόσος του Crohn.

τηθούν ειδικά νήματα (seton) για την αντιμετώπιση των συριγγίων. Η μέθοδος αυτή έχει υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα για τη σωστή διάγνωση και ταξινόμηση των συριγγίων και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό και τον τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η διαγνωστική της ακρίβεια αυξάνεται όταν τα αποτελέσματά της συνδυαστούν με τις απεικονιστικές μεθόδους (Μαγνητική Τομογραφία και Ενδοσκοπικό Υπερηχοτομογράφημα).

Η Μαγνητική Τομογραφία της πυέλου με ή χωρίς χρήση ενδοαυλικών πηνίων μπορεί επίσης να αναδείξει με ακρίβεια την ανατομία των συριγγίων και να βοηθήσει στη σωστή τους ταξινόμηση. Προϋποθέτει εξειδικευμέ-

νο στη διενέργειά της και τη σωστή ανάγνωση των αποτελεσμάτων προσωπικό. Μπορεί να γίνει ακόμα και σε ασθενείς με στένωση του αυλού του εντέρου και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την παρακολούθηση των ασθενών μετά από θεραπεία

Το Ενδοσκοπικό Υπερηχοτομογράφημα είναι πια αρκετά διαδεδομένο. Αναδεικνύει καλά την πορεία των πόρων των συριγγίων και τη σχέση τους με τους σφιγκτήρες. Μπορεί να μην είναι δυνατό να εφαρμοσθεί σε ασθενείς με απόστημα ή στένωση του αυλού ενώ υπολείπεται στην εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος γιατί δεν μπορεί να διακρίνει ευχερώς την επούλωση του συριγγικού πόρου από την ύπαρξη φλεγμονής. Ο περιορισμός αυτός πιθανόν να αίρεται από τη χρήση κατά την εξέταση υπεροξειδίου του υδρογόνου σε συνδυασμό με το νεώτερο τρισδιάστατο υπερηχοτομογράφημα.

Θεραπεία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των περιεδρικών συριγγίων προϋποθέτει τη σωστή διάγνωση και ταξινόμησή τους και εξαρτάται από την αιτία της δημιουργίας τους.

Συρίγγια που οφείλονται σε λοιμώξεις συνήθως υποχωρούν με την ειδική θεραπεία έναντι του υπεύθυνου μικροοργανισμού. Προσεκτική επιλογή αντιβιοτικών σχημάτων και παρακολούθηση για σηπτικές επιπλοκές χρειάζονται ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς και ασθενείς που μπορεί να υποκρίπτον αιματολογικές ή άλλες κακοήθειες.

Μετεγχειρητικά συρίγγια συνήθως επούλωνονται αυτόματα ή μετά από χορήγηση αντιβιοτικών (μετρονιδαζόλης, κεφαλοσπορίνης, σιπροφλοξασίνης). Εάν συνυπάρχει απόστημα αυτό πρέπει να παροχετεύεται και

εάν υπάρχει αναστομωτική διαφυγή να αντιμετωπίζεται. Απλή συριγγοτομή μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη επούλωση στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Αδυναμία επούλωσης μετά από συριγγοτομή ή συχνές υποτροπές ή επιπλεγμένα συρίγγια θέτουν την υπόνοια υποκείμενης νόσου του Crohn.

Συρίγγια που οφείλονται σε υποκείμενη κακοήθεια ή μετακτινική κολίτιδα σπάνια επούλωνονται αυτόματα. Η θεραπεία τους είναι χειρουργική και περιλαμβάνει την εκτομή του προσβεβλημένου τμήματος, τη συριγγοτομή, τη χρήση προωθητικού κρημνού και σε σοβαρές περιπτώσεις τις ανακουφιστικές ή παρηγορητικές στομίες.

Άλλες μέθοδοι αντιμετώπισης των περιεδρικών συριγγίων είναι η τοποθέτηση seton (χαλαρών- non-cutting και σφικτών-cutting). Σε περιπτώσεις επιπλεγμένων συριγγίων που υπάρχει κίνδυνος καταστροφής των σφικτήρων από τη διενέργεια συριγγοτομής χρησιμοποιούνται οι προωθητικοί κρημνοί. Άλλη θεραπευτική μέθοδος είναι η έγχυση «κόλλας» ινικής δια του έξω στομίου του συριγγίου.

Αντιμετώπιση περιεδρικών συριγγίων σε νόσο του Crohn

Απλά συρίγγια σε ασθενείς με νόσο του Crohn αντιμετωπίζονται με φαρμακευτική ή χειρουργική αγωγή ή συνδυασμό. Συνήθως χορηγούνται αντιβιοτικά (μετρονιδαζόλη ή σιπροφλοξασίνη) για 2-4 εβδομάδες, αλλά τα συρίγγια υποτροπιάζουν μετά τη διακοπή των αντιβιοτικών ενώ αυξάνει και ο κίνδυνος εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών από την παράταση της χρήσης τους. Εναλλακτικά τα αντιβιοτικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως θεραπευτική γέφυρα μέχρι να δράσουν άλλες θεραπείες όπως οι βιολογικοί παράγοντες ή σε συνδυασμό με

συριγγοτομή ή τοποθέτηση seton.

Τα περισσότερα περιεδρικά συρίγγια σε ασθενείς με νόσο του Crohn είναι επιπλεγμένα. Προϋπόθεση για τη σωστή αντιμετώπισή τους είναι η συνεργασία γαστρεντερολόγου, χειρουργού και ακτινολόγου ώστε, να γίνει σωστά η διάγνωσή τους και να αποφασισθεί κατά περίπτωση η

Τα περιεδρικά συρίγγια ταξινομούνται με βάση την ανατομική τους συσχέτιση με τους σφικτήρες σε επιπολής, μεσοσφικτηριακά, διασφικτηριακά, εξωσφικτηριακά και υψηλά. Η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη ταξινόμηση είναι αυτή του Parks. Ανάλογα με την παροχή τους διακρίνονται σε χαμηλής και υψηλής παροχής

ενδεικνυόμενη θεραπεία. Καταρχήν πρέπει να παροχετεύονται όλα τα υπάρχοντα αποστήματα και να τοποθετούνται seton. Εάν υπάρχει στένωση του αυλού του εντέρου, πρέπει η διαστολή να προηγείται της φαρμακευτικής θεραπείας. Η υποκείμενη νόσος του αυλού αντιμετωπίζεται με εντατική θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες ή ανοσοκατασταλτικά. Ο συνδυασμός βιολογικών παραγόντων με seton και η παρακολούθηση της επούλωσης των συριγγίων με τις νεώτερες απεικονιστικές μεθόδους φαίνεται ότι παγιώνονται ως πρακτική σε

ασθενείς με επιπλεγμένα συρίγγια. Σε περιπτώσεις αποτυχίας των θεραπειών αυτών έχουν δοκιμασθεί με καλά αποτελέσματα αλλά σε μικρές σειρές ασθενών το tacrolimus, η κυκλοσπορίνη, η θαλιδομίδη και το υπερβαρικό οξυγόνο. Χειρουργικά, εκτός από τα seton, χρησιμοποιούνται οι προωθητικοί κρημνοί (κυρίως στους ασθενείς εκείνους που δεν συνυπάρχει φλεγμονή στο ορθό) και σε βαριές περιπτώσεις, οι θεραπευτικές εκτομές και οι μόνιμες ή προσωρινές στομίες.

Βιβλιογραφία

1. Hull TL. Diseases of the anorectum. In: Sleisenger and Fortran's Gastrointestinal and liver disease, Vol 2, 8th Edition, Philadelphia, Saunders, 2006, p2842-45
2. Minei JP, Champine J. Abdominal abscesses and gastrointestinal fistulas In: Sleisenger and Fortran's Gastrointestinal and liver disease, Vol 1, 6th Edition, Philadelphia, Saunders, 1998, p363-66
3. AGA technical review on perianal Crohn's disease. Gastroenterology 2003;125:1508-30
4. Caprilli R, Gassull MA, Escher JC et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. Gut 2006;55:36-58
5. Rutgeerts P. Treatment of perianal fistulizing Crohn's disease. Aliment Pharmacol Ther 2004;20(Suppl 4): 106-10
6. Bressler B, Sands B. Medical therapy for fistulizing Crohn's disease. Aliment Pharmacol Ther 2006;24:1283-93
7. West RL, Zimmerman DDE, Dwarkasing S et al. Prospective comparison of hydrogen-peroxide enhanced three-dimensional endoanal ultrasonography and endoanal magnetic resonance imaging of perianal fistulas. Dis Colon Rectum 2003;46: 1407-15
8. Rasul I, Wilson SR, MacRae H et al. Clinical and radiological responses after infliximab treatment for perianal fistulizing Crohn's disease. Am J Gastroenterol 2004;p82-88 ■

Ενδοσκοπικό



Θέμα

Κοιλιακό άλγος και μετεωρισμός μετά την κολονοσκόπηση; Όχι πια!

γράφει ο Παντελής Σκλάβος

Η κολονοσκόπηση έχει πλέον καθιερωθεί ως μια πολύτιμη εξέταση όχι μόνο για τη διερεύνηση νοσημάτων από το κατώτερο πεπτικό, αλλά και για τον έλεγχο ασυμπτωματικών ατόμων για την ανάπτυξη αδενωματωδών πολυπόδων, καθιστώντας τον καρκίνο του παχέος εντέρου ένα νόσημα που μπορεί να προληφθεί.

Ο επεμβατικός χαρακτήρας της εξέτασης και ο σχετικός με αυτήν κίνδυνος επιπλοκών δεν απασχολεί τόσο το γενικό πληθυσμό, όσο η φήμη ότι η κολονοσκόπηση αποτελεί μια δύσκολη και επώδυνη διαδικασία.

Επειδή η επιτυχία κάθε στρατηγικής ελέγχου εξαρτάται και από την αποδοχή του πληθυσμού στη μέθοδο ελέγχου, προσπάθειες να ελαχιστοποιηθεί η δυσφορία που σχετίζεται με την κολονοσκόπηση αναμένεται να επηρεάσουν θετικά τη συμμόρφωση του πληθυσμού στις συστάσεις για προληπτικό έλεγχο του παχέος εντέρου.

Το άλγος που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εξέτασης σχετίζεται κυρίως με την έλξη που ασκείται στο μεσεντέριο κατά την προώθηση του ενδοσκοπίου, αλλά και με την υπερδιάταση του παχέος εντέρου.

Το άλγος που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εξέτασης σχετίζεται κυρίως με την έλξη που ασκείται στο μεσεντέριο κατά την προώθηση του ενδοσκοπίου, αλλά και με την υπερδιάταση του παχέος εντέρου.

Η τελευταία ωστόσο ευθύνεται και για την εμφάνιση κοιλιακού άλγους και μετεωρισμού. Για τα ενοχλήματα αυτά παραπονούνται οι μισοί περίπου ασθενείς μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης. Κάποιοι ασθενείς

(12%) αναφέρουν σοβαρό άλγος το οποίο μπορεί να διαρκέσει έως και δύο 24ωρα μετά την εξέταση. Επιπλέον, 4% των ασθενών λαμβάνουν μη προγραμματισμένη απουσία από την εργασία τους την επόμενη ημέρα, κάτι που, κατά συνέπεια, έχει συνολικά μεγαλύτερη οικονομική σημασία, από ό,τι οι σχετικά ασυνήθεις επιπλοκές της διάτρησης και της αιμορραγίας.

Η υπερδιάταση του εντέρου οφείλεται στην εμφύσηση αέρα κατά τη διάρκεια της εξέτασης ή/και στην κατακράτησή του μετά την ολοκλήρωσή της. Έχει υπολογιστεί πως κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης περίπου οκτώ λίτρα αέρα χορηγούνται στο παχύ έντερο με ρυθμό 0,25 λίτρα/λεπτό, ενώ ο αέρας που φυσιολογικά υπάρχει στο έντερο δεν ξεπερνά το ένα λίτρο (0,1 – 1,0 λίτρο).

Εκτός του κοιλιακού άλγους και του μετεωρισμού, η υπέρμετρη εντερική διάταση, σύμφωνα με αναφορές, μπορεί να οδηγήσει σε διάτρηση του λεπτού ή του παχέος εντέρου και σε

εμβολή αέρος κατά τη διάρκεια ή μετά τη διενέργεια της κολonosκόπησης. Επιπλέον, όπως αποδείχθηκε σε πειραματικές μελέτες, μπορεί να αποτελέσει μια δυνητική αιτία απόφραξης της ροής αίματος στο εντερικό τοίχωμα, ικανή να οδηγήσει σε ισχαιμία του εντέρου και επιμονή του κοιλιακού άλγους.

Η εμφύσηση διοξειδίου του άνθρακα (CO₂) αντί του αέρα της ενδοσκοπικής αίθουσας έχει αναφερθεί ως εναλλακτική λύση για την επίλυση των παραπάνω προβλημάτων. Η χρήση του εισιγήθηκε για πρώτη φορά στη δεκαετία του '60 για λόγους ασφαλείας (αποφυγή έκρηξης στο έντερο κατά τη διάρκεια χρήσης ηλεκτροχειρουργικών μονάδων).

Παρατηρήθηκε πως μετά την εξέταση, οι ασθενείς ανέφεραν λιγότερο άλγος και μετωρισμό, γεγονός το οποίο επιβεβαιώθηκε και από ακτινολόγους που χορηγούσαν CO₂ κατά την εκτέλεση βαριούχων υποκλυσμών. Ακολούθησαν προσεκτικά σχεδιασμένες πειραματικές μελέτες που έδειξαν πως η ταχεία αποβολή του CO₂ μείωσε σημαντικά τη διάταση του εντέρου και τη συνοδό αύξηση της ενδοαυλικής πίεσης (το CO₂ απορροφείται παθητικά από το εντερικό τοίχωμα σχεδόν 100 φορές ταχύτερα σε σχέση με τον αέρα).

Παρόμοιες μελέτες σε ανθρώπους διαπίστωσαν πως τόσο η διάρκεια της διάτασης του αυλού όσο και η αύξηση της πίεσης στον αυλό σε απομονωμένα τμήματα του λεπτού εντέρου είναι σημαντικά μικρότερες ύστερα από εμφύσηση CO₂. Υποχώρηση της διάτασης τμήματος του παχέος εντέρου παρατηρήθηκε μέσα σε 15 min μετά από προσωρινή χορήγηση CO₂, ενώ, αντίθετα, με τη χορήγηση αέρα η διάταση ενός αντιστοίχου τμήματος

παρέμεινε για χρονικό διάστημα > 30 min. Μειωμένη επίσης αποδείχθηκε και η σοβαρότητα της παρέμβασης στην αιματική ροή του βλεννογόνου, λόγω της ταχείας υποχώρησης της εντερικής διάτασης, υποδεικνύοντας επίσης και την πιθανή συμμετοχή της αγγειοδιασταλτικής δράσης του CO₂ στα τριχοειδή του παχέος εντέρου. Υποστηρίχθηκε πως το CO₂, χορηγούμενο σε χαμηλές πιέσεις, θα μπορούσε ακόμα και να αυξήσει την αιματική τοιχωματική ροή στο εντερικό τοίχωμα.

Τα τελευταία χρόνια, οι κατασκευάστριες εταιρίες τροποποίησαν τα ενδοσκοπία τους έτσι ώστε, με τη χρήση διαφορετικών βαλβίδων αέρα/νερού (για να αποφεύγεται η διαρροή CO₂ στην αίθουσα) και διαφορετικών δοχείων νερού, να είναι εφικτή η εμφύσηση CO₂ μέσω των ενδοσκοπίων

Οι Bretthauer et al. διαπίστωσαν την παράταση του κοιλιακού άλγους, για 24 h μετά την εκτέλεση κολonosκόπησης με τη χορήγηση αέρα, υποδεικνύοντας ότι το έντερο μπορεί να παραμείνει διατεταμένο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, από ό,τι αρχικά επιστεύετο. Κλινικές μελέτες έδειξαν πως η χορήγηση CO₂ οδήγησε σε σημαντικά λιγότερη κατακράτηση αερίου, μια ώρα μετά την εξέταση (έτσι όπως φάνηκε με την εκτέλεση ακτινογραφιών κοιλίας) και σημαντικά λιγότερο κοιλιακό άλγος μετά το τέλος της εξέτασης, σε σχέση με την

κολonosκόπηση με τη χρήση αέρα, παροτρύνοντας τους ερευνητές να συστήσουν την εμφύσηση CO₂, ιδίως σε ασθενείς στους οποίους η παρατεταμένη διάταση θα πρέπει να αποφευχθεί.

Ενδεχομένως να υπάρχουν και άλλα επιπρόσθετα οφέλη από τη χορήγηση CO₂. Για παράδειγμα, ένας βαριούχος υποκλυσμός θα μπορούσε να εκτελεστεί αμέσως μετά μια ατελή κολonosκόπηση, καθιστώντας περιττή την επανάληψη προετοιμασίας του εντέρου.

Η μέθοδος θεωρείται γενικά ασφαλής. Ωστόσο, το CO₂ δρα ως οξύ στο ανθρώπινο σώμα και θεωρητικά η εμφύσηση CO₂ στο κόλον θα μπορούσε να οδηγήσει σε αύξηση του αρτηριακού CO₂ και επακόλουθη μεταβολική οξέωση. Επειδή η απομάκρυνση CO₂ από τους πνεύμονες σε υγιείς ενήλικες σε φάση ηρεμίας είναι περίπου 0,2 λίτρα/λεπτό, εμφύσηση CO₂ με ρυθμό που υπερβαίνει αυτή τη φυσιολογική αποβολή θα μπορούσε να οδηγήσει σε κατακράτηση CO₂.

Ήδη, στη λαπαροσκοπική χειρουργική, η πρόκληση πνευμοπεριτοναίου με εμφύσηση CO₂ συνοδεύτηκε από αύξηση της τελιοεκπνευστικής μερικής πίεσης CO₂ (End-Tidal CO₂ - μη επεμβατική μέθοδος μέτρησης της PCO₂), σε αρκετούς ασθενείς. Η αύξηση αυτή ήταν μέτρια και μπορούσε να αντιμετωπισθεί με υπεραερισμό. Παρόλα αυτά, η ανάπτυξη σοβαρής οξέωσης, με επακόλουθη καρδιακή αρρυθμία και κυκλοφορική κατέρρευση, έχει αναφερθεί.

Αν και δεν υπάρχουν εμφανείς αντενδείξεις, η εμφύσηση CO₂ θα μπορούσε να προκαλέσει επιπλοκές σε δύο ομάδες ασθενών: σε αυτούς με

σοβαρή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και σε αυτούς που υποβάλλονται σε καταστολή. Ειδικότερα για την τελευταία κατηγορία ασθενών, εκτιμάται ότι οι κίνδυνοι είναι μικροί.

Όπως είναι γνωστό, οι ασθενείς με σοβαρού βαθμού Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια παρουσιάζουν κατακράτηση CO₂, εξαιτίας της ίδιας της νόσου. Η απορρόφηση CO₂ από το παχύ έντερο παριστά μια επιπρόσθετη επιβάρυνση η οποία θα πρέπει να αντιμετωπιστεί από τις αναπνευστικές εφεδρείες. Οι ασθενείς που είναι κλινικά ασταθείς και σε αναπνευστική ανεπάρκεια θα βρίσκονται σε κίνδυνο λόγω της περίσσειας CO₂. Δεν υπάρχουν μελέτες έως τώρα που να εκτιμούν την ασφάλεια της εμφύσησης CO₂ κατά τη διάρκεια κολονοσκόπησης ασθενών υψηλού κινδύνου και για την ώρα προτείνεται η παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας όταν ενδοσκοπούνται τέτοιοι ασθενείς.

Σε μη κατασταλμένους ασθενείς, έχει φανεί ότι η εμφύσηση CO₂ κατά τη διάρκεια κολονοσκόπησης δεν οδηγεί σε αύξηση της ETCO₂. Αντίθετα, οι κατασταλμένοι ασθενείς είναι επιρρεπείς σε κατακράτηση CO₂, καθώς η ίδια η καταστολή μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστικές διαταραχές.

Τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης πάνω στο θέμα αυτό έδειξαν ότι όλοι οι κατασταλμένοι ασθενείς είτε τους χορηγήθηκε CO₂ είτε ατμοσφαιρικός αέρας παρουσίασαν μικρή αύξηση της ETCO₂. Συμπεραίνεται επομένως ότι, η καταστολή και όχι η εμφύσηση CO₂ αποτελεί τη βασική αιτία κατακράτησης CO₂ κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης, αν και οι τιμές της ETCO₂ ήταν ελαφρά υψηλότερες στην ομάδα ασθενών

που έλαβαν CO₂. Παρόλα αυτά οι μεταβολές που παρατηρήθηκαν δεν ήταν κλινικά σημαντικές.

Παρά τα πλεονεκτήματα της χορήγησης CO₂, για πρακτικούς λόγους, η εμφύσηση αέρος εξακολουθεί να αποτελεί τη συνήθη μέθοδο στις περισσότερες ενδοσκοπικές αίθουσες παγκοσμίως. Άλλωστε, η εγκατάσταση κεντρικής παροχής CO₂ δεν θεω-

Συμπερασματικά, η προσδοκώμενη ευρεία διάδοση της κολονοσκόπησης ως εξέταση ανίχνευσης αδενωμάτων ή καρκίνου παχέος εντέρου σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, καθιστά επιτακτική την ανάγκη βελτιστοποίησης της ανοχής και της άνεσης των ασθενών

ρείται απαραίτητη κατά το σχεδιασμό και την ανάπτυξη μιας ενδοσκοπικής αίθουσας, ούτε, μέχρι προσφάτως, υπήρχαν διαθέσιμα στο εμπόριο συστήματα παροχής ειδικά σχεδιασμένα για εμφύσηση CO₂ κατά τη διάρκεια κολονοσκόπησης.

Τα τελευταία χρόνια, οι κατασκευαστικές εταιρίες τροποποίησαν τα ενδοσκόπια τους έτσι ώστε, με τη χρήση διαφορετικών βαλβίδων αέρα/νερού (για να αποφεύγεται η διαρροή CO₂ στην αίθουσα) και διαφορετικών δοχείων νερού, να είναι εφικτή η εμφύσηση CO₂ μέσω των ενδοσκοπίων. Επιπλέον, μία εξ' αυτών διαθέτει στο εμπόριο σύστημα παροχής CO₂ ειδικά

κά σχεδιασμένο για ενδοσκόπια.

Μεγάλος είναι ο όγκος των δεδομένων στη διεθνή βιβλιογραφία που στοιχειοθετούν την ανωτερότητα της εμφύσησης CO₂ κατά τη διάρκεια κολονοσκόπησης σε σχέση με την εμφύσηση αέρα. Μια πολύ πρόσφατη μελέτη ανέδειξε πως τα πλεονεκτήματα της εμφύσησης CO₂ είναι περισσότερο εμφανή κατά τη διάρκεια εκτέλεσης ERCP. Η ERCP συνήθως διαρκεί περισσότερο από ό,τι η κολονοσκόπηση με αποτέλεσμα η ποσότητα του αέρα που χορηγείται ενδοαυτικά να είναι μεγαλύτερη. Επίσης, ο αέρας θα πρέπει να περάσει από όλο το λεπτό έντερο, συνεπώς χρειάζεται περισσότερο χρόνο μέχρι να αποβληθεί από το ορθό. Η ένταση και η διάρκεια του άλγους αποτελούν δυσοίωνα χαρακτηριστικά καθώς μερικές φορές οφείλονται σε επιπλοκές της εξέτασης. Η απουσία άλγους που σχετίζεται με την εμφύσηση αέρα και που θα μπορούσε να αποκρύψει μια τέτοια δυσάρεστη εξέλιξη, ενδεχομένως να αποτελεί το σημαντικότερο πλεονέκτημα.

Συμπερασματικά, η προσδοκώμενη ευρεία διάδοση της κολονοσκόπησης ως εξέταση ανίχνευσης αδενωμάτων ή καρκίνου παχέος εντέρου σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, καθιστά επιτακτική την ανάγκη βελτιστοποίησης της ανοχής και της άνεσης των ασθενών. Η μέθοδος εμφύσησης CO₂ έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση των κοιλιακών ενοχλημάτων μετά την κολονοσκόπηση. Με μόνη εξαίρεση την ομάδα ασθενών με σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια, θεωρείται εξίσου ασφαλής με την κλασική μέθοδο εμφύσησης αέρος ακόμη και σε ασθενείς υπό καταστολή. ■



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

6^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ



Σάββατο 27 - Κυριακή 28 Σεπτεμβρίου 2008

Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani-Caravel
Αίθουσα Horizon

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ
26 - 27 Σεπτεμβρίου 2008

Γραμματεία:

ΚΕΓΜ ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΕΣ & ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ Α.Ε.
CONGRESS WORLD - Μ. ΠΑΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 ΑΘΗΝΑ • 210-72 100 52, 210-72 10 001 • 210-72 100 51 • www.congressworld.gr • info@congressworld.gr

ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

- Καρκίνος παχέος 3 χρόνια μετά αρνητική Κολονοσκόπηση: Προβλήματα ποιότητας στην Κολονοσκόπηση ή διαφορετική βιολογική συμπεριφορά.
- Μοριακή μελέτη σε ασθενείς με πολύποδες. Πότε? Πώς?
- Ο μεγάλος άμισχος πολύπους, ο μικρός πολύπους.
- Πολύποδες στομάχου, καρκινοειδές, υποβλεννογόνιοι πολύποδες.
- Ελκώδης κολίτις και πολύποδες.
- Αντιπηκτικά, αντιαιμοπεταλιακά και αντιβίωση εν όψει πολυπεκτομής.
- Ενδιαφέροντα περιστατικά: Προβλήματα που αναφέρονται κατά ή μετά την πολυπεκτομή. Πολύποδες σε κληρονομούμενα σύνδρομα.
- Εικονική κολονοσκόπηση, από τη σκοπιά του ακτινολόγου και του γαστρεντερολόγου.

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ

Παρασκευή 16.00-19.00, 26 Σεπτεμβρίου 2008

Σεμινάριο Καταστολής και Αναλγησίας στην Ενδοσκόπηση.

Παρασκευή και Σάββατο

Πρακτική Εξάσκηση Αντιμετώπισης Επιπλοκών Καταστολής και Αναλγησίας με χορήγηση Πιστοποιητικού για Ιατρούς και Νοσηλευτικό Προσωπικό.

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

Ακόμη και σε περίπτωση αντιμετώπισης με APC, βλάβης που εντοπίζεται στο ορθό, η προετοιμασία του εντέρου θα πρέπει να γίνεται με τη χορήγηση καθαρτικών από το στόμα

Colon explosion during argon plasma coagulation. *H. Manner, N. Plum, O. Pech, C. Ell, M. Endele. Gastrointestinal Endoscopy 2008;67:1123-1127*

Η έκρηξη στο παχύ έντερο κατά την εφαρμογή APC αποτελεί μια πολύ σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή καθώς μπορεί να προκαλέσει διάτρηση του τοιχώματος και να οδηγήσει τον ασθενή στο χειρουργείο. Στη διεθνή βιβλιογραφία, περισσότερες από μία διατρήσεις ανά έτος έχουν αναφερθεί την τελευταία δεκαετία.

Οι συγγραφείς της παραπάνω ανασκόπησης αναφέρουν πως στις περισσότερες από αυτές (7 στις 8), η προετοιμασία του εντέρου είχε πραγματοποιηθεί με υποκλυσμούς. Στις πέντε από τις οκτώ περιπτώσεις η έκρηξη στο παχύ έντερο είχε οδηγήσει σε ρήξη του τοιχώματος και όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν χειρουργικώς. Λόγω της ευρείας χρήσης του APC (κακοήθεις στενώσεις του εντέρου, ακτινική κολίτιδα, αδενώματα και αγγειοδυσπλασίες) και

εξαιτίας προφανών λόγων, εκτιμάται πως ο πραγματικός αριθμός των διατρήσεων λόγω έκρηξης είναι πολύ μεγαλύτερος.

Η παρουσία στο έντερο εύφλεκτων μιγμάτων αερίων (οξυγόνου, υδρογόνου και μεθανίου) αποτελεί την απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημιουργία έκρηξης. Το υδρογόνο και το μεθάνιο παράγονται στο έντερο κατά τη διαδικασία ζύμωσης από την εντερική χλωρίδα, μη απορροφούμενων (λακτουλόζη, μαννιτόλη) ή ατελώς απορροφούμενων (λακτόζη, φρουκτόζη, σορβιτόλη) υδατανθράκων.

Παλαιότερη μελέτη είχε διαπιστώσει την παρουσία μιγμάτων αερίων σε δυνητικά αναφλέξιμα επίπεδα, στο παχύ έντερο τριών από τους τριάντα ασθενείς (10%) που υποβλήθηκαν σε σιγμοειδοσκόπηση ύστερα από προετοιμασία με υποκλυσμούς φωσφορικού νατρίου. Αντίθετα, σε κανέναν από την ισάριθμη ομάδα ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική κολονοσκόπηση αφού προετοιμάστηκαν με διάλυμα πολυαιθυλικής γλυκόλης,

δεν διαπιστώθηκε κάτι ανάλογο. Ακόμα και σε αυτούς τους ασθενείς που παρατηρήθηκε κατακράτηση κοπρανώδους περιεχομένου σε διάφορα τμήματα του εντέρου, τα μίγματα των εύφλεκτων αερίων, ποτέ δεν ξεπέρασαν τα επίπεδα ανάφλεξης.

Συνεπώς, η επεμβατική ενδοσκόπηση στο παχύ έντερο με τη χρήση θερμικών συσκευών όπως η διαθερμία ή το APC δεν θα πρέπει να εκτελείται μετά από προετοιμασία μόνο με υποκλυσμούς, αλλά μετά από πλήρη προετοιμασία του εντέρου ακόμη και στην περίπτωση σιγμοειδοσκόπησης για την αντιμετώπιση με APC, οποιασδήποτε βλάβης εντοπίζεται περιφερικότερα (π.χ. ακτινική ορθίτιδα). Επιπλέον, όταν προγραμματίζεται επεμβατική ενδοσκόπηση, είναι προτιμότερο η προετοιμασία του εντέρου να γίνεται με διαλύματα (πολυαιθυλική γλυκόλη ή φωσφορικό νάτριο) που δεν περιέχουν μη απορροφούμενα σάκχαρα (σορβιτόλη) ως συστατικά τους.

Μια αυξημένη τιμή της ALT, σε υγιή άτομα, μπορεί να αποδοθεί και στις διατροφικές συνήθειες

Fast-food-based hyper-alimentation can induce rapid and profound elevation of serum alanine aminotransferase in healthy subjects. S. Kechagias, A. Ernersson, O. Dahlqvist, P. Lundberg, T. Lindstrom, F.H. Nystrom, for the Fast Food Study Group *Gut* 2008;57:649-654.

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η πιθανή σχέση μεταξύ των μεταβολών των επιπέδων της ALT ορού και του ποσού της λιπώδους διήθησης του ήπατος υγιών μη παχύσαρκων ατόμων. Δεκαοκτώ εθελοντές δέχθηκαν να διπλασιάσουν την πρόσληψη των αναγκαίων τους θερμίδων, σιτιζόμενοι με τουλάχιστον δύο γεύματα την ημέρα από fast-food,

δηλαδή με τρόφιμα πλούσια σε πρωτεΐνες και σε κορεσμένα ζωικά λίπη. Επιπλέον, η φυσική τους δραστηριότητα περιορίστηκε στα 5000 βήματα την ημέρα. Οι παραπάνω αλλαγές διατροφής και τρόπου ζωής διήρκησαν τέσσερις εβδομάδες, εκτός εάν οι συμμετέχοντες παρουσίαζαν αύξηση του σωματικού βάρους τους κατά 5-15% νωρίτερα. Ο εθελοντές υποβλήθηκαν σε τακτικές βιοχημικές εξετάσεις αίματος ενώ ο προσδιορισμός των ηπατικών τριγλυκεριδίων έγινε με τη μέθοδο H-MRS (nuclear magnetic resonance spectroscopy).

Αύξηση της ALT παρατηρήθηκε στους 15 από τους 18 συμμετέχοντες και στους περισσότερους από

αυτούς η αύξηση αυτή διαπιστώθηκε από την πρώτη εβδομάδα. Επειδή σημαντική αύξηση των ηπατικών τριγλυκεριδίων σε αυτό το χρονικό διάστημα θεωρείται μάλλον απίθανη, εξάγεται το συμπέρασμα πως η αύξηση των επιπέδων των τρανσαμινασών θα πρέπει να αποδοθεί και σε άλλους παράγοντες (αντίσταση στην ινσουλίνη, φλεγμονή), πέραν της ηπατοκυτταρικής βλάβης που παρατηρείται στην Μη Αλκοολική Λιπώδη Διήθηση του Ήπατος.

Συνεπώς, μια χρόνια, συνεχής ή διαλείπουσα αύξηση της ALT, ακόμη και επί απουσίας ηπατικής στεάτωσης, θα μπορούσε να αποδοθεί και σε διατροφικά αίτια.

Αυτό το προσέξατε;

Πόσο συχνά και για ποιο λόγο μπορούν να «χαθούν» αδενώματα ή πολύποδες από τον έλεγχο του παχέος εντέρου;

Miss rate for colorectal neoplastic polyps: a prospective multicenter study of back-to-back video colonoscopies D. Heresbach, T. Barrioz, M.G. Lapalus, D. Coumaros, T. Ponchon, et al. *Endoscopy* 2008; 40: 284-290.

Οι λόγοι για τους οποίους οι πολύποδες μπορούν να «χαθούν» κατά τη διενέργεια κολονοσκόπησης δεν έχουν κατανοηθεί πλήρως. Αν και το θέμα αυτό αποτέλεσε και στο παρελθόν αντικείμενο διαφόρων μελετών, η παραπάνω εργασία σχεδιάστηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να περιοριστούν τυχόν μεροληπτικά λάθη που να σχετίζονται είτε με την τεχνική είτε με τον εξετάζοντα. Για το λόγο αυτό οι δύο κολονοσκοπήσεις πραγματοποιήθηκαν διαδοχικά, κατά τη διάρκεια της ίδιας αναισθησίας, με ίδιου τύπου ενδοσκόπια, από δύο διαφορετικούς ενδοσκόπους και δίχως ο δεύτερος ενδοσκόπος να γνωρίζει τα ευρήματα του πρώτου. Οι πολύποδες που

διαπιστώθηκαν κατά την πρώτη κολονοσκόπηση αφαιρέθηκαν, αφού πρώτα καταγράφησαν (εντόπιση, σχήμα και μέγεθος), ενώ μικροσκοπικοί πολύποδες του ορθοσιγμοειδούς με υπερπλαστικά χαρακτηριστικά, αφού επίσης καταγράφησαν (αριθμός και εντόπιση), αφεθήσαν στη θέση τους. Επιπλέον, αρχικά αποκλείστηκαν από τη μελέτη εκείνοι οι ασθενείς που η γενική τους κατάσταση δεν θα τους επέτρεπε να υποβληθούν σε δύο κολονοσκοπήσεις την ίδια ημέρα όπως επίσης και εκείνοι στους οποίους η πρώτη κολονοσκόπηση ανέδειξε ανεπαρκή εντερική προετοιμασία.

Επιβεβαιώθηκε η άποψη πως η διάμετρος ενός πολύποδα αποτελεί τον πιο καθοριστικό παράγοντα για την ανίχνευσή του. Αδενώματα διαμέτρου < 5 χιλιοστών και ≥ 5 χιλιοστών, δεν ανιχνεύθηκαν σε ποσοστό 27% και 9% αντίστοιχα. Επίπεδα αδενώματα «χάθηκαν» σε μεγαλύτερο ποσοστό (42%) συγκριτικά με άμισχα (19%) ή

έμισχα αδενώματα (4%). Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, σύμφωνα με τις οποίες η εντόπιση των πολυπόδων ή των αδενωμάτων δεν συσχετιζόταν σημαντικά με την αποτυχία ανίχνευσής τους, η παρούσα μελέτη έδειξε πως οι βλάβες που εντοπίζονται στο αριστερό κόλον «χάνονται» σε μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με αυτές του δεξιού τμήματος του παχέος εντέρου.

Οι ερευνητές διαπίστωσαν επίσης πως η ποιότητα της εντερικής προετοιμασίας, η διάρκεια απόσυρσης του ενδοσκοπίου και η παρουσία εκκολπωμάτων δεν επηρέασε τα αποτελέσματα της μελέτης τους. Παραδέχθηκαν όμως πως εξαιτίας των περιορισμών κατά το σχεδιασμό της μελέτης τα τελευταία συμπεράσματα δεν μπορούν να γενικευτούν.

Ωστόσο, το πιο σημαντικό ζήτημα που εγείρει η μελέτη αυτή είναι ότι η ανίχνευση επιπέδων αδενωμάτων αποτελεί μια πρόκληση. ■



Επιμέλεια: Αντώνης Κογεβίνας
e-mail: koge@otenet.gr

Γνώμη δεύτερου παθολογοανατόμου



Οι παθολογοανατόμοι είναι οι στενότεροι συνεργάτες των γαστρεντερολόγων. Υπάρχει μια αλληλεξάρτηση και συνήθως μια βαθιά σχέση εμπιστοσύνης.

Παρόλα αυτά οι κανόνες λένε ότι όταν ανιχνευτεί δυσπλασία μεγαλύτερου βαθμού, θα χρειαστεί να πάρουμε μια **δεύτερη γνώμη, από κάποιον άλλο παθολογοανατόμο**. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ζητηθούν τα πλακάκια, να αμπαλαριστούν, να ταξιδοήσουν σε κάποιο άλλο εργαστήριο, να επιστραφούν κ.λπ. Αυτή η διαδικασία είναι μπελαλίδι, χρονοβόρα και συνήθως προκαλεί **μια άβολη ατμόσφαιρα** μεταξύ των δύο στενών συνεργατών. Είναι γεγονός ότι τελικά, για τον ένα ή τον άλλο λόγο, **αρκετά συχνά παραλείπεται η λήψη δεύτερης γνώμης**.

«Αν θέλετε να καταλάβετε πώς αισθάνεται ο παθολογοανατόμος, σκεφτείτε πώς θα αισθανόταν ένας γαστρεντερολόγος αν του έλεγε ο παθολογοανατόμος ότι θέλει μια δεύτερη γνώμη για τα ευρήματα της ενδοσκόπησης» ισχυρίζεται κάποιος.

Όμως δεν είναι ανάλογα τα παραδείγ-

ματα. Οι γαστρεντερολόγοι συνοδεύουν τις εκθέσεις τους με φωτογραφίες και ενίοτε με video. Οι γαστρεντερολογικές εταιρείες έχουν βγάλει **κατευθυντήριες οδηγίες** για τη μίνιμουμ φωτογραφική τεκμηρίωση, όπως οι οδηγίες της ASGE του 2006. Τα οπτικά ντοκουμέντα της ενδοσκόπησης είναι διαθέσιμα σε οποιονδήποτε θελήσει να εκφέρει μια δεύτερη γνώμη, ακόμη και εν αγνοία του τελέσαντος την εξέταση. Εξάλλου, **η ίδια η πράξη λήψης βιοψιών σκοπό έχει να επιβεβαιώσει ή να διαψεύσει τα ενδοσκοπικά ευρήματα**. Βιοψίες λαμβάνονται ακόμα και όταν τα ευρήματα είναι ολοφάνερα και δεν θα επηρεαστεί η θεραπευτική στρατηγική, όπως π.χ. σε προχωρημένο καρκίνο παχέος εντέρου.

Πρέπει άραγε να αισθάνεται άβολα ο γαστρεντερολόγος όποτε ζητάει δεύτερη γνώμη; Καθόλου δεν πρέπει, γιατί στην πραγματικότητα **αυτό που προκαλεί το πρόβλημα είναι η άρνηση των παθολογοανατόμων να συνοδεύουν τις εκθέσεις τους με φωτογραφίες**. Η σημερινή τεχνολογία τους το επιτρέπει. Αν το έκαναν δεν θα υπήρχε δυσκολία λήψης δεύτερης γνώμης.

«Μα δεν προλαβαίνουμε να φωτογραφίζουμε» λένε οι παθολογοανατόμοι. «Κάντε το μόνον για τις αμφισβητούμενες βιοψίες» είναι η απάντηση «...και όχι μόνον αυτό, αλλά **διευκολύνετε μας να το ζητάμε** ή ακόμη στείλτε τα εσείς σε κάποιον παθολογοανατόμο που εμπιστεύεστε, με δική σας πρωτοβουλία». Σχετικά με τα προαναφερθέντα, πρέπει να αναγνωριστεί ότι υπάρχουν λαμπρές εξαιρέσεις παθολογοανατόμων.

Αργά ή γρήγορα **όλοι οι παθολογοανατόμοι θα αναγκαστούν να συνοδεύουν τις εκθέσεις τους με φωτογραφίες**. Μέχρι τότε, οι γαστρεντερολόγοι δεν πρέπει να δυσκολεύονται να ζητήνε δεύτερη γνώμη, γιατί πρόκειται για **πρόβλημα της Παθολογικής Ανατομίας** το οποίο δημιουργείται από τον υποκειμενικό τρόπο με τον οποίο εκτιμάται σήμερα η δυσπλασία. Η ανάγκη για λήψη δεύτερης γνώμης θα εκλείψει όταν θα ανακαλυφθεί κάποιος αντικειμενικός τρόπος εκτίμησης.

Όσο για τις μικροπαρεξηγήσεις, ο Στωϊκός φιλόσοφος Επίκτητος λέει: «**Οι άνθρωποι δεν ενοχλούνται από τα ίδια τα πράγματα, αλλά από τον τρόπο με τον οποίο τα αντιλαμβάνονται**».

Δρ και “Δρ”



Βλέπει κανείς συχνά ταμπέλες ιατρών που περιέχουν μπροστά τα αρχικά Δρ. Κάτω από το όνομα γράφει Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Σιέννας ή Ρώμης ή Πάδοβας ή κάτι παρόμοιο. Αυτό θα έπρεπε να σημαίνει ότι πρόκειται για ιατρό που κατέχει Διδακτορική Διατριβή. Όμως στην ελληνική πραγματικότητα **αρκε-**

τοί φοιτήσαντες στην Ιταλία ιατροί το χρησιμοποιούν χωρίς να έχουν Διδακτορική Διατριβή, επικαλούμενοι κάποια διατριβή που κάνουν στο 6ο έτος για να πάρουν το πτυχίο της Ιατρικής.

Για όσους δεν το γνωρίζουν, **τέτοια χρήση του Δρ δεν είναι νόμιμη**. Πρόκειται για αθέμιτο συναγωνισμό απέναντι στους νόμιμους διδάκτορες ιατρι-

κής και αποσκοπεί σε παραπλάνηση των ασθενών. Η συνειδητή – όλοι οι «μαϊμού διδάκτορες» το γνωρίζουν – παρανομία αυτή, γίνεται δυνατή μόνο λόγω του **ανύπαρκτου ελέγχου εκ μέρους των Ιατρικών Συλλόγων** της χώρας. Μερικές φορές μάλιστα οι ίδιοι οι διοικούντες τους συλλόγους διαπράττουν την παρανομία αυτή. **Ο tempora, ο mores!**

Ένα χρήσιμο πρακτικό βιβλίο για τις ΙΦΝΕ



Clinical Dilemmas in Inflammatory Bowel Disease, των P. Irving, D. Rampton, F. Shanahan εκδόσεις Blackwell 2007. Κλινικά διλήμματα στο χειρισμό των φλεγμονωδών νόσων και δισέλιδες τεκμηριωμένες απαντήσεις σε ερωτήματα που συναντάμε στην κλινική πράξη. Υπάρχουν

δεκάδες θέματα του τύπου:

- Τι κάνουμε όταν διαπιστώνεται ύπαρξη **δυσπλασίας** στις βιοψίες;
- **6-Mercaptopurine** ή **azathioprine**;
- Αρθρίτιδες και ΙΦΝΕ. Ποια φάρμακα;
- Πώς χειριζόμαστε **χρόνιες ηπατίτιδες Β και C** όταν συνυπάρχει ΙΦΝΕ;

- Ποια φάρμακα πρέπει να αποφεύγονται στις ΙΦΝΕ;
- Refractory proctitis.
- Η χορήγηση σιδήρου σε ΙΦΝΕ επηρεάζει;
- Τι είναι indeterminate colitis;
- Προβιοτικά και ΙΦΝΕ

Πώς μπορείτε να κάνετε φιγούρα με δύο ντενεκέδες λάδι!



Το ότι οι εταιρείες ιατρικών ειδών **φουσκώνουν τις τιμές**, αδιάφορα αν αυτό ανταποκρίνεται στις πραγματικές αξίες αυτών που εμπορεύονται, είναι γνωστό. Μερικές φορές όμως τα πράγματα ξεπερνούν κάθε λογική.

Τα 10ml λάδι σιλκόνης (που μεταχειριζόμαστε για να λιπαίνουμε τους ελαστικούς δακτυλίους των ενδοσκοπίων) τιμώνται 15€. Άρα το 1 lt στοιχίζει 1500€. Μισό εκατομμύριο δραχμές για ένα κιλό λάδι!

Με 6 lt λάδι σιλκόνης αγοράζεις ένα FIAT Panda αξίας 8900€, ενώ **με 2 ντε-**

νεκέδες λάδι σιλκόνης αγοράζεις μια Porsche Cayman αξίας 66000€. Με μερικούς ακόμη ντενεκέδες μπορείς να αγοράσεις διαμέρισμα.

Ως γνωστόν: **If it looks like a duck, if it walks like a duck and it swims like a duck... then most probably it's a duck.** If it looks like fraud...

ΤΣΑΥ: Secret Combination



Αν, ήσασταν ασφαλισμένος σε ένα ταμείο, εν έτει 2008, στο οποίο κανένας **δεν θα μπορούσε να σας πει τι έχετε πληρώσει και τι έχει εσπραχθεί τα τελευταία 10 χρόνια**, τι θα σκεφτόσασταν; Ότι δεν έχει εφευρεθεί ακόμα κάποιος τρόπος για να μπορούν να καταγράφονται και να υπολογίζονται τα έσοδα ή **ότι συντηρείται** ένα χειρόγραφο λογιστικό σύστημα και έτσι δεν μπορούν να υπολογιστούν τα αληθινά έσοδα; Θα είχατε άδικο αν ανησυχούσατε μήπως γίνουν καταχρήσεις;

Στο **ΤΣΑΥ**, που αντιμετωπίζει πρόβλημα πιστοποίησης εισπραχτής εσόδων λόγω έλλειψης μηχανοργάνωσης, έχουν λύσει το πρόβλημα με έναν πολύ απλό τρόπο: **Ζητούν από αυτόν που πληρώνει να βεβαιώσει ότι πλήρωσε, γιατί οι ίδιοι δεν γνωρίζουν αν εισέπραξαν!**

Παράδειγμα: Το ΤΕΒΕ παρακρατά χρή-

ματα κάθε μήνα από τους συμβεβλημένους ιατρούς του για να τα αποδώσει στο ΤΣΑΥ. Αν ένας από τους ιατρούς αυτούς ζητήσει από το ΤΣΑΥ πιστοποιητικό ενημερότητας πληρωμής ασφαλιστρών, του ζητούν να προσκομίσει πιστοποιητικό από το ΤΕΒΕ που να λέει ότι το ΤΕΒΕ απέδωσε στο ΤΣΑΥ τα ασφάλιστρα που παρακρατούσε όλα τα χρόνια. **Οι ίδιοι δεν γνωρίζουν αν τα εισέπραξαν**. Αυτός που κατακράτησε δηλαδή τα χρήματα, βεβαιώνει ότι δεν τα καταγράφηκε! Δεν είναι ευφύεστατη η σκέψη του ΤΣΑΥ; Δεν εντυπωσιάζεστε από την οξυδερκή σύλληψη αυτής της λογιστικής μεθόδου που εισάγει το ΤΣΑΥ;

Ζωντανή τηλεφωνική συζήτηση ιατρού (συμβεβλημένου με το ΤΕΒΕ) με υπάλληλο του ΤΣΑΥ το έτος 2008:

- «*Η αδυναμία να πιστοποιήσετε ότι έχετε εισπράξει τα χρήματα έτυχε ειδικά σε μένα ή αυτή είναι η συνήθης πρακτική;*» ρωτά ο ιατρός.

- «*Αυτή είναι η προβλεπόμενη διαδικασία κύριε;*» απαντά η υπάλληλος.

- «*Μα καλά, ο ταμίας που τα εισέπραξε πώς ελέγχεται ότι δεν τα πήρε και τα έβαλε στο δικό του λογαριασμό;*» αναρωτιέται ο ιατρός.

- «*Τι λέτε κύριε;*» απαντά η υπάλληλος με ύφος προσβεβλημένο. *Η ίδια υπάλληλος, η οποία όταν στριμώχνεται ομολογεί ότι «το ταμείο δεν έχει μηχανοργάνωση», ότι «είναι αδύνατος ο έλεγχος» και «ότι αυτή είναι μια απλή υπάλληλος, ο τελευταίος τροχός της άμαξας και να πούμε τα παράπονα στη διοίκηση».*

Το τι κάνουν οι Ιατρικοί Σύλλογοι, είναι όντως άξιο απορίας. Αλλά δεν σας φαίνεται ότι αυτό που γίνεται στο ΤΣΑΥ αφήνει το ταμείο εκτεθειμένο σε ενδεχόμενες ατασθαλίες; Δεν θα έπρεπε οι ιατροί να αξιώσουν διαφάνεια και μηχανοργάνωση για να προστατέψουν τις συντάξεις και την περιθάλψη τους;

Γαστρεντερολογία και Ίδρυμα Bill Gates



Πρόεδρος του Global Health Program του φιλανθρωπικού Ιδρύματος Bill & Melinda Gates επελέγη ο **Tadataka Yamada**. Ο Yamada, ή "Tachi", είναι γνωστός στους περισσότερους γαστρεντερολόγους από το εξαιρετικό σύγγραμμά του **Textbook of Gastroenterology**.

Χαρισματική προσωπικότητα, υπήρξε Πρόεδρος της **American Gastroenterological Association** και Διευθυντής στο Τμήμα Γαστρεντερολογίας του Πανεπιστημίου του Michigan. Μέχρι πρόσφατα διηύθυνε το Πρόγραμμα Έρευνας και Ανάπτυξης της **GlaxoSmithKline**.

Η θητεία του αυτή φαίνεται ότι έπαιξε ρόλο στην επιλογή του, δεδομένου ότι σκοπός του προγράμματος Global Health Program είναι η προσπάθεια **ανάπτυξης ιατρικών προϊόντων και φαρμάκων χαμηλού κόστους** που θα προορίζονται για τον αναπτυσσόμενο κόσμο.

Συρρίκνωση Barrett



Εύλογη ερώτηση: Αν έχεις μια **λαβίδα κανονική ή jumbo και κόβεις 8-10 κομματάκια** για ιστολογική εξέταση από έναν οισοφάγο Barrett κάθε τόσο, δεν θα μειωθεί μετά από ορισμένες συνεδρίες το μέγεθος του

Barrett; Δεν είναι και αυτός **ένας τρόπος βλεννογονεκτομής**; Αν μάλιστα παίρνεις παράλληλα αντιπαινδρομική θεραπεία, τα σημεία που αφαιρείς δεν θα πρέπει να αντικαθίστανται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο όπως γίνεται με τη συνήθη ενδοσκοπική

βλεννογονεκτομή; Από συζητήσεις με συναδέλφους, αρκετοί συμφωνούν ότι όχι σπάνια το βλέπουν, ιδιαίτερα με τις μικρές γλωσσίδες, που **φθάνουν μέχρι και να εξαφανίζονται** μερικές φορές.

Δυσκολίες κατά τη λήψη του ιστορικού



Μια από τις συχνότερες δυσκολίες στην επικοινωνία με τους ασθενείς κατά τη λήψη του ιστορικού είναι η αδυναμία συγκροτημένης απάντησης στις ερωτήσεις μας. Αυτό, εκτός από θέμα νοημοσύνης, μοιάζει να είναι σε μεγάλο βαθμό και θέμα **εκπαίδευσης στο να απαντάς σ' αυτό που ερωτάσαι**: Επαγγέλματα όπως οι στρατιωτικοί και οι επιστήμονες συνήθως τα καταφέρνουν καλύτερα από τους αγράμματους, τους αγρότες και τις νοικοκυρές, χωρίς φυσικά να είναι καθολικό αυτό.

Από τα συνηθέστερα που μας δυσκολεύουν – γιατί διακόπτουν τη ροή των σκέψεών μας – είναι να ρωτάμε κάτι και να **μας απαντούν με κάτι άσχετο που σκέφτηκαν ή θυμήθηκαν εκείνη τη στιγμή**.

- Από πότε πονάτε στο σημείο που μου αναφέρετε;
- Εκτός από τον πόνο πρήζεται η κοιλιά μου.

- Από πότε πονάτε στο σημείο αυτό;
- Από πολύ καιρό
- Πόσο καιρό περίπου;
- Σας λέω πολύ καιρό με ταιλιπρωεί και μου είπε ο ιατρός που πήγα..

Αν παρασυρθεί ο ιατρός στις σκέψεις του ασθενούς, τότε χάνεται η ροή της σκέψης του και δεν βγαίνει συμπέρασμα. Πρέπει κανείς να **διακόπτει για να επαναλάβει ξανά και ξανά την ίδια ερώτηση** μέχρις ότου πάρει την απάντηση που ζητάει.

Ένα άλλο κουραστικό πράγμα είναι **όταν επαναλαμβάνουν τα ίδια και τα ίδια** «να εδώ πονάω, όταν πατάω πονάω, στο σημείο αυτό» και μετά από λίγο «εδώ στο σημείο αυτό» και πάλι τα ίδια.

Άλλο συχνό πρόβλημα είναι όταν αναφέρονται μη σαφείς όροι όπως «**κατά την χώνεψη**» ή **ασαφείς για εμάς ημερομηνίες**, π.χ. του **Θωμά με έπιασε πόνος** αλλά και των **Βαίων είχα τα ίδια**.

Το **μπέρδεμα συμπτωμάτων και ερμηνείας** από τον ίδιο τον ασθενή είναι επίσης συχνό και δυσκολεύει τη συνεννόηση «...επειδή έφαγα ελιές και μου έδωσαν και ένα γλυκό».

Αυτό που μαθαίναμε στο Πανεπιστήμιο, **να εντοπίζουμε πριν απ' όλα την αιτία προσέλευσης** του αρρώστου, είναι πάντα πολύ βασικό. Πολλοί άρρωστοι θέλουν να αφηγηθούν το πρόβλημα από την αρχή «**πριν από 9 χρόνια με είδε ο ιατρός και μου είπε ότι...**». Αν το επιτρέψει κανείς αυτό τότε θα φάει πολύ χρόνο μέχρι να καταλάβει περί τίνος πρόκειται.

Δεν νομίζω ότι υπάρχει άλλο επάγγελμα που να απαιτεί τόση **υπομονή και τόση φαντασία** για να γίνει σωστή συνεννόηση. Χρειάζεται υπομονή σε συνδυασμό με **ευγένεια και αποφυγή εκνευρισμού, συνήθως** κάτω από πιεστικές συνθήκες εργασίας.

Η τελευταία μόδα για την επιμόρφωσή σας



Κρουαζιέρα και CME είναι η νέα μόδα. Μια από τις εταιρείες που το προσφέρουν είναι και η www.seacources.com και αυτό είναι το φετινό πρόγραμμα:

Japan, China, Hong Kong	Mar 26 - Apr 9, 2008	Gastroenterology
Eastern Caribbean	H Mar 28 - Apr 6, 2008	Sexual Medicine /Practice Mngt.
Mediterranean	April 20 - 26, 2008	Pediatric Review
South Africa Tour & Safari	H May 4 - 17, 2008	General Medical Topics
Greek Isles	May 31 - Jun 7, 2008	Issues in Aging
Alaska Glaciers	Jun 28 - Jul 5, 2008	Family Medicine Update
Baltic and Russia	Jul 4 - Jul 16, 2008	Women's Health
Mediterranean	Jul 5 - Jul 12, 2008	Cancer in Women
Norwegian Fjords / Arctic Circle	H Jul 28 - Aug 9, 2008	Cardiology & Infectious Dsx
Alaska Glaciers	H Aug 17 - 24, 2008	Addiction Medicine & Psychiatry
Eastern Mediterranean	Sep 13 - 20, 2008	Women's Health
Pacific Northwest	H Sep 19 - 22, 2008	Using EMR for Chronic Dsx Mngt.
Tahiti and Cook Islands	H Sep 27 - Oct 11, 2008	Travel and Family Medicine
Canada & New England	Oct 4 - 11, 2008	Florida Academy of Family Practice
Black Sea, Egypt and Israel	H Oct 11 - 25, 2008	Rheumatology & Cardiology
Panama Canal & Caribbean	H Nov 7 - 17, 2008	Respirology and Surgery Update
Australia & New Zealand	Nov 19 - Dec 2, 2008	Pain Management & Risk Assessment
Eastern Caribbean	Dec 21 - 28, 2008	Family Medicine
South America	H Jan 18 - Feb 1, 2009	Dermatology, Lower extremity
Eastern Caribbean	H Feb 8 - 15, 2009	Travel and Tropical Medicine
South East Asia	H Feb 28 - Mar 14, 2009	Endocrinology & Women's Health
Galapagos Cruise	H Apr 10 - 20, 2009	Clinical Medicine Update
Galapagos Cruise	H May 22 - Jun 1, 2009	Physician Health & Neurology

Είναι άραγε καλό να μπερδεύουμε δουλειά και διακοπές; Μήπως ωθούμαστε σε τέτοιους συνδυασμούς από τις πιεστικές συνθήκες χρόνου που αναγκάζομαστε να εργαζόμαστε; Μήπως είναι στον ίδιο κατάλογο με το φαγητό-στο-πόδι και τα BlackBerries;

Η στήλη αυτή επιμένει πάντα στην ανάγκη εξασφάλισης προσωπικού χρόνου, καθώς και στην ενασχόληση και με άλλα πλην της ιατρικής. Για το λόγο αυτό ακολουθεί διδακτική ιστορία.

Διδακτική ιστορία: Ο Αμερικάνος και ο ψαράς



Σε ένα νησί του Αιγαίου ένας Αμερικάνος κάθεται το παραλιακό καφεενίο πίνοντας ούζο. Σε λίγο καταφθάνει μια ψαρόβαρκα. Από μέσα βγαίνει ένας ψαράς κρατώντας τρία ωραία ψάρια.

- Ωραία ψάρια, λέει ο Αμερικάνος, τι θα τα κάνεις;
- Το ένα θα το πάρω στην οικογένειά μου και τα άλλα δύο τα πουλάω.
- Πόση ώρα σου πήρε να τα ψαρέψεις;
- Δύο ώρες, απαντά ο ψαράς.
- Γιατί δεν ψαρεύεις περισσότερες ώρες για να βγάλεις περισσότερα ψάρια; Τι κάνεις τον υπόλοιπο καιρό;
- Ξυπνάω κατά τις 9 το πρωί και παίρνω το πρωινό μου μαζί με τα παιδιά και τη γυναίκα μου. Παίζουμε λιγάκι και μετά ξεκινάω για ψάρεμα. Πάνω τρία ψάρια και γυνάω. Ψήνουμε το ψάρι, καθόμαστε όλοι στο τραπέζι και συζητάμε και γελάμε. Μετά ρίχνω έναν υπνάκο μέχρι το απόγευμα. Παίζω με τα παιδιά μου

και μετά κατεβαίνω στο καφεενίο να βρω την παρέα μου. Πίνουμε κανένα ουζάκι, φιλοσοφούμε, καλαμπουρίζουμε, τσιμπάμε κανένα μεζέ και μετά πιάνουμε την κιθάρα μέχρι το βραδάκι, οπότε γυρνάμε στο σπίτι.

- Έχεις σκεφτεί ότι αν δούλευες έξη ή οκτώ ώρες θα έπιανες 9 ψάρια, θα κρατούσες το ένα, θα πουλούσες τα 8 και θα έβγαζες περισσότερα χρήματα;
- Και μετά; του λέει ο ψαράς.
- Μετά θα προσλάβανες άλλον έναν ψαρά, θα αγόραζες και δεύτερη βάρκα και θα έπιανες 18 ψάρια.
- Και μετά;
- Μετά θα αγόραζες σιγά-σιγά και άλλες βάρκες, έως ότου θα είχες έναν μικρό στόλο. Θα έπιανες του κόσμου τα ψάρια, θα μπορούσες να εμπορευτείς μόνος σου τα ψάρια, χωρίς τον ενδιάμεσο ψαρέμπορα που χωρίς αμφιβολία θα σε κλέβει.
- Και μετά; ρωτάει ο ψαράς.

- Μετά θα μάζευες και από τα γύρω νησιά τα ψάρια και θα έφτιαχνες μια μεγάλη επιχείρηση. Φυσικά μια μεγάλη επιχείρηση χρειάζεται να βρισκείται κάπου κεντρικά, στον Πειραιά για παράδειγμα.

- Και μετά;
- Μετά όταν η εταιρεία σου θα είναι πολύ μεγάλη, θα την εισάγεις στο χρηματιστήριο και θα βγάλεις πολλαπλάσια χρήματα.
- Και μετά;
- Όταν θα έχει φθάσει η μετοχή στα ύψη, θα την πουλήσεις...
- Και μετά; ρωτάει ξανά ο ψαράς.
- Μετά, θα πάρεις τα χρήματα και θα αποσυρθείς. Θα πας σε ένα νησάκι στο Αιγαίο. Θα ξυπνάς στις 9 το πρωί, θα παίρνεις το πρωινό με τα παιδιά σου και θα φεύγεις για ένα δίωρο ξεκούραστο ψάρεμα, θα γυρίζεις το μεσημέρι και θα τρως με την οικογένειά σου... ■

Πώς Μας Βλέπουν**οι Συνεργάτες μας**

Δεν είναι λίγες οι φορές, που η κατάσταση της υγείας ενός ασθενούς ή και η απαίτησή του, επιτρέπουν την είσοδο ενός δεύτερου ειδικού στο ενδοσκοπικό μας άδυτο. Του αναισθησιολόγου. Μάλλον θα συμφωνήσουμε όλοι, ότι είναι πιο ευχάριστο να ασχολούμαστε μόνο με το ενδοσκοπικό κομμάτι της δουλειάς μας, χωρίς το βλέμμα στο μόνιτορ των ζωτικών σημείων του ασθενούς και στον ίδιο τον ασθενή. Ειδικά αν ο αναισθησιολόγος είναι της απολύτου εμπιστοσύνης μας. Πώς όμως οι ίδιοι βλέπουν τη συνεργασία μαζί μας; Τι είναι αυτό που θα τη βελτίωνε; Πώς τελικά το αποτέλεσμα θα είναι το επιθυμητό για όλους (τον ενδοσκόπο, τον ασθενή, τον αναισθησιολόγο); Ας προσέξουμε, λοιπόν, τις απόψεις τους.

Όταν καλείται ο Αναισθησιολόγος στην Ενδοσκόπηση

γράφουν οι **Π. Σαντίκος & Γ. Κελέσης**

Δεν είναι λίγες οι φορές που καλούμαστε να συνδράμουμε στην ομαλή διενέργεια μιας ενδοσκόπησης. Οι λόγοι που συνήθως καλούμαστε είναι:

- 1) η αδυναμία του ασθενούς να ολοκληρώσει την εξέταση με απλή καταστολή
- 2) η επιθυμία του ίδιου του ασθενούς συνήθως λόγω προηγηθείσας αποτυχημένης και επώδυνης προσπάθειας ενδοσκόπησης
- 3) επεμβατικές ενδοσκοπήσεις κατά τις οποίες η πλήρης ακινησία του ασθενούς είναι σημαντική για την αποφυγή επιπλοκών και
- 4) ασθενείς με πολλαπλά προβλήματα υγείας, καρδιολογικά κ.ά., οι οποίοι επιβάλλεται να ενδοσκοπηθούν.

Ο ρόλος μας είναι σαφέστατος. Ο ασθενής πρέπει να μην ταλαιπωρείται, με ό,τι σημαίνει αυτό για τον ίδιο, ο ενδοσκόπος πρέπει να κάνει ήρεμα τη δουλειά του και στο τέλος της ενδοσκόπησης να μπορεί να αναταχθεί ο ασθενής χωρίς επιπλοκές ή νοση-

λείες που να αφορούν την παρέμβασή μας.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούμε, δηλ. μιδαζολάμη, φαιντανύλη, προποφόλη, αντιεμετικά, φλουμαζενίλη κ.ά., είναι πασίγνωστα από τους γαστρεντερολόγους. Η επιλογή όμως των φαρμάκων, των δόσεών τους πρέπει να εξατομικεύεται. Αυτό απαιτεί γνώση, εμπειρία, και άριστο ιστορικό από το θεράποντα ιατρό που στην προκειμένη περίπτωση είναι για μας ο ενδοσκόπος. Αυτό είναι ουσιαστικό στοιχείο στην επίτευξη των στόχων μας.

Η παρουσία μας και μόνο στην ενδοσκοπική αίθουσα επιβάλλει ότι θα υπάρχει ένας πλήρης εξοπλισμός για όλες τις επιπλοκές της αναισθησίας και της ενδοσκόπησης όπως οξυγόνο, μάσκες, μόνιτορ σφύξεων και ρυθμού, φάρμακα κ.ά. Οτιδήποτε χρειάζεται δηλαδή ως και τη διασωλήνωση του ασθενούς.

Η συνεργασία είναι άψογη και ο στόχος μας εύκολος όταν α) ο ενδοσκόπος είναι έμπειρος και γρήγορος,

β) όταν καλούμαστε με την έναρξη της ενδοσκόπησης και όχι εκτάκτως στο μέσον αυτής, και γ) όταν ο ασθενής είναι καλά ρυθμισμένος.

Η προσωπική μας εμπειρία είναι άριστη από τους συναδέλφους γαστρεντερολόγους της Αθήνας και του Πειραιά, η αντιμετώπιση είναι πάντα συναδελφική γιατί και ανταποκρινόμαστε άμεσα όταν καλούμαστε. Θέλουμε απλώς να τονίσουμε ότι συμεριζόμαστε το άγχος σας για τη ζωή και την υγεία του ασθενή γιατί και όσο πιο ειλικρινά μοιραστείτε την ευθύνη μαζί μας το αποτέλεσμα θα είναι το καλύτερο. Ευχαριστούμε που μας δώσατε την ευκαιρία να επικοινωνήσουμε μαζί σας.

Π. Σαντίκος & Γ. Κελέσης

Κλείνοντας το άρθρο των αξιολογών και μάχιμων συναδέλφων ας ευχηθούμε τον ιδανικό εκείνο ιδιωτικό τομέα που οι οικονομικές δυνατότητες του χώρου ή του ασθενούς θα δώσουν χώρο σε τέτοιους συνεργάτες. ■

* Ο Παναγιώτης Σαντίκος και ο Γεώργιος Κελέσης είναι επί 15ετία αναισθησιολόγοι στον ιδιωτικό χώρο της Αθήνας και του Πειραιά.

Συνέδρια



Συνέδρια

Ρίγα, θα πάτε;

γράφει η **Νάγια Μπομπότση**

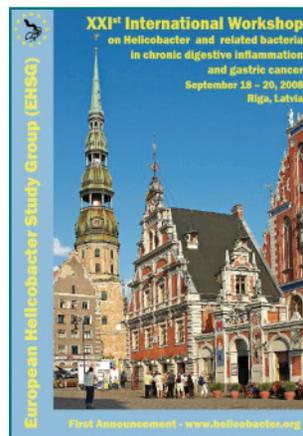
Η 21^η διεθνής συνάντηση εργασίας της Ευρωπαϊκής ομάδας μελέτης του Ελικοβακτηριδίου συνεπής στο φθινοπωρινό ραντεβού της θα γίνει φέτος 18-20 Σεπτεμβρίου στη Ρίγα της Λετονίας. Είναι η πόλη που τα μεσαιωνικά χρόνια είχε ανέκαθεν την κυριαρχία σε όλες τις υπόλοιπες της περιοχής και τα τελευταία χρόνια ανακτά τη χαμένη της φήμη.

Η μεγαλύτερη από τις πόλεις της Βαλτικής, με 800.000 κατοίκους, είναι ένα πολιτιστικό κέντρο που κατοικείται από μόλις 60% Λετονούς ενώ το 30% του πληθυσμού είναι Ρώσοι. Οι Λετονοί είναι ανοιχτόκαρδοι άνθρωποι και φαίνεται να συγκεντρώνουν στο χαρακτήρα τους τη συναισθηματικότητα των Λιθουανών και τη λογική των Εσθονών, τους γείτονες που μαζί με τη Λετονία επί πολλά χρόνια αποτελούσαν τμήμα της Σοβιετικής Ένωσης. Είναι χτισμένη πάνω στον κόλπο της Ρίγα μόλις λίγα χιλιόμετρα πριν τις εκβολές του ποταμού Daugava στη θάλασσα.

Οι ντόπιοι την αποκαλούν «**Παρίσι της Βαλτικής**» και μέσα στα 800 χρόνια της ιστορίας της έχει δικαιολογήσει πολλές φορές αυτό το χαρακτηρισμό, κυρίως με την έντονη νυχτερινή ζωή της.

Όταν αρχίσετε την περιπλάνησή σας μπορεί να τη βρείτε λίγο χαοτική. Έχει γρήγορους ρυθμούς και ήρεμη

ατμόσφαιρα. Στην πολυσιδή εικόνα της συμβάλλουν και τα διαφορετικά στυλ που είναι χτισμένα τα κτίριά της. Ο αέρας της παλαιότητας και μιας μοναδικής γοητείας μπορεί να σας αγγίξει σε κάθε στροφή μέσα στη σύγχρονη πόλη. Όλοι βέβαια μιλούν για ένα αποπνικτικό κυκλοφοριακό πρόβλημα. Η βόλτα όμως στην παλιά πόλη το απόγευμα θα σας αποζημιώσει για την ανεκτικότητα σας μπροστά στην πρωινή τρέλα. Σώζεται ακόμα μέρος των τειχών της παλιάς πόλης των οποίων η κατασκευή τοποθετείται ανάμεσα στον 13ο και 16ο αι. μ.Χ. Δεσπόζει η Σουηδική Πύλη που χτίστηκε για τον εορτασμό της επικράτησης των Σκανδιναβών. Οχυρωματικό τμήμα των τειχών αποτελεί και ο Πύργος Powder που κατασκευάστηκε μόλις το 1930 και χρησιμοποιήθηκε σαν μουσείο πολέμου. Το ύψος



του είναι 26 μέτρα και οι τοίχοι του έχουν πάχος περίπου 3 μέτρα. Εντός των τειχών, μια από τις πολυάριθμες πλατείες είναι και η πλατεία Λιβ, διαμορφωμένη μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο, όπως άλλωστε και όλες οι υπόλοιπες. Σ' αυτήν όμως μπορείτε να δείτε σκηνές γεμάτες χρώμα από τη ζωή της πόλης, γκρουπ τουριστών αλλά και ερασιπέχνες καλλιτέχνες που θα προσπαθούν να σας πείσουν να αγοράσετε τα έργα τους.

Το μνημείο της Ελευθερίας ίδιας κατασκευαστικής περιόδου με τον Powder Tower αποτελεί το σύμβολο της λετονικής ελευθερίας και αφιερώθηκε στη μνήμη των εξορισθέντων στη Σιβηρία. Οι ντόπιοι τρυφερά την αποκαλούν Milda και στα πόδια της συνήθως φιλοξενεί ένα χαλί από λουλούδια. Μπροστά της υπάρχει τιμητική φρουρά ενώ από εδώ παρακολουθούν ο Πρόεδρος και ο Πρωθυπουργός της χώρας την παρέλαση του στρατού την ημέρα της εθνικής ανεξαρτησίας, στις 18 Νοεμ-

βρίου. Η εκκλησία του Αγίου Πέτρου, προστάτη της πόλης, θεωρείται εδώ και χρόνια ένα από τα σύμβολα της Ρίγα. Αναμφίβολα αποτελεί το πιο όμορφο σε αρχιτεκτονική μνημείο, έργο διάσημου οικοδόμου της εποχής προσκεκλημένου από το Ρόστοκ. Από την κορυφή της εκκλησίας μπορείτε να έχετε πανοραμική θέα της πόλης. Ακόμη ένας τόπος λατρείας που πρέπει να επισκεφθείτε είναι ο καθεδρικός ναός. Πρόκειται για τη μεγαλύτερη εκκλησία της Βαλτικής, με χωρητικότητα έως και 5000 καθιστών ατόμων. Ο πραγματικός όμως θησαυρός του ναού είναι το εκκλησιαστικό όργανο, που θεωρείται ένα από τα μεγαλύτερα και καλύτερα του κόσμου.

Το επιχειρηματικό και διοικητικό κέντρο της πόλης είναι γύρω από τις πλατείες Dom και την οδό Σμιλσού. Ο χαλαρός καφές των πρωτευουσίων πίνεται στην πλατεία Guild, εκεί που δεσπόζουν το μεγάλο και το μικρό Guild. Πρόκειται για δύο κτίρια εντυπωσιακού σχεδιασμού του 14ου αι. που φιλοξενούσαν τον οίκο των εμπόρων και των βιοτεχνών. Τώρα στο μεγάλο στεγάζεται η Φιλαρμονική Ορχήστρα ενώ το μικρό έχει μετατραπεί σε νεανική disco.

Ένα από τα καλύτερα μουσεία της Ρίγα είναι το Κρατικό Μουσείο Καλών Τεχνών, που έχει να επιδείξει μεγάλη συλλογή από έργα Ρωσικής και Λετονικής ζωγραφικής. Βέβαια δεν λείπει και από αυτή την πρωτεύουσα το μουσείο με Ελληνικά εκθέματα. Πρόκειται για το μουσείο Ξένων Τεχνών, που φιλοξενεί και έργα από την Αίγυπτο, την Μέση Ανατολή, τη Ρώμη και την Ινδία. Ένα ακόμη μουσείο που αξίζει να επισκεφθείτε, κυρίως λόγω της τοποθεσίας του, είναι το μουσείο Ναυσιπλοΐας και Ιστορίας της Ρίγα.

Βρίσκεται στις αψίδες του αίθριου του μοναστηριού, ακριβώς δίπλα στον Καθεδρικό Ναό.

Κλείστε λοιπόν ένα ραντεβού στη Laima, το ρολόι σημείο συνάντησης των Λετονών και αφού περιπλανηθείτε στα διάφορα αξιοθέατα, καταλήξτε σε κάποιο από τα πολυάριθμα καφέ ή εστιατόρια να γευτείτε την τοπική κουζίνα. Μην ξεχάσετε να δοκιμάσετε

Οι ντόπιοι την αποκαλούν «Παρίσι της Βαλτικής» και μέσα στα 800 χρόνια της ιστορίας της έχει δικαιολογήσει πολλές φορές αυτό το χαρακτηρισμό, κυρίως με την έντονη νυχτερινή της ζωή.

έστω και στο «πόδι» ένα rīragi, μικρό μπουρεκάκι με μπέικον. Μια καλή ευκαιρία να πάρετε μια ιδέα από το τοπικό χρώμα είναι μια επίσκεψη σε ένα Lido. Πρόκειται για αλυσίδα εστιατορίων, κάτι σαν τις δικές μας ταβέρνες με τοπικά φαγητά και σερβιτόρους με παραδοσιακές στολές.

Για τις μετακινήσεις σας η Ρίγα διαθέτει ένα πλούσιο δίκτυο λεωφορείων, τραμ και τρόλεϊ. Το εισιτήριο κοστίζει 0,40 Ls (Lats), από τον οδηγό ή τα διάφορα σημεία πώλησης. Για τα τραμ και τα τρόλεϊ η τιμή πώλησης από τον οδηγό είναι λίγο ακριβότερη. Σε ότι έχει να κάνει με τις μετακινήσεις σας με ταξί, θα πρέπει να είστε πολύ προσεκτικοί. Τα διακριτικά τους είναι η φωτισμένη επιγραφή στην οροφή και οι ειδικές κίτρινες πινακίδες τους που αρχίζουν από TX. Η επίσημη χρέωση είναι μέχρι 0,50 Lats/ Km, αλλά

κυκλοφορούν πολλά πειρατικά που λυμαινόνται την πόλη. Μια καλή πρόταση είναι να ορίσετε την τιμή εκ των προτέρων και προς θεού μην χρησιμοποιήσετε πιστωτική κάρτα μια και ο οδηγός θα ανακοινώσει τα στοιχεία της σε όλους μέσω του CB.

Στα τουριστικά μέρη για αναμνηστικά θα βρείτε κούκλες με εθνικές φορεσιές, κεχριμπάρι που πωλείται ως ο «χρυσός της Βαλτικής», ή το «Μαύρο Βάλσαμο της Ρίγα», ένα ιστορικό και παραδοσιακό λικέρ. Αξιόλογο μέρος για επίσκεψη, ακόμα κι αν δεν ψωνίσετε, είναι και η κεντρική αγορά της πόλης, μια από τις μεγαλύτερες της Ευρώπης. Η εποχή του συνεδρίου απέχει από τα Χριστούγεννα. Τότε όμως θα βλέπατε κι άλλες όμορφες όψεις της πόλης με πολλές χριστουγεννιάτικες αγορές. Άλλωστε σύμφωνα με την ιστορία στη Ρίγα σολίστηκε το πρώτο Χριστουγεννιάτικο δέντρο... το 1510!

Τη χαρακτηρίζουν πόλη – έμπνευση. Εφοδιαστείτε με όρεξη για περιπλάνηση και ξεκινήστε την αναζήτηση...

Καλό ταξίδι! ■



Μπίρες**και άλλα**

Στην Υγείά σας... με μια Μπύρα

γράφει ο *Κωνσταντίνος Ζωγράφος*

Η ιστορία της μπίρας, ενός από τα παλαιότερα γνωστά ποτά, μας ταξιδεύει πολύ πίσω στο χρόνο... Η λέξη μπίρα προέρχεται από τη μεσαιωνική αγγλική λέξη «ber», η οποία ετυμολογικά έχει τις ρίζες της στο λατινικό «bibere», που σημαίνει «πίνω».

Τα συστατικά της...

Η μπίρα είναι ένα πολύ κοινό αλκοολούχο ποτό, αλλά και ένα από τα αρχαιότερα στον κόσμο. Τα βασικά συστατικά της είναι το νερό, η βύνη, η μαγιά και ο λυκίσκος, ενώ, κατά τη διαδικασία της παραγωγής μπορούν να προστεθούν σιτάρι, βρώμη, ζάχαρη, φρούτα και μπαχαρικά προσδίδοντας ακόμα μεγαλύτερες στιγμές απόλαυσης.

Η ιστορία της...

Το πότε ακριβώς ξεκίνησε η παραγωγή της μπίρας δεν μπορεί να προσδιοριστεί. Κάποια ευρήματα χρονολογούνται περίπου 10.000 χρόνια πριν.

Η πρώτη λεπτομερής αναφορά για τη μπίρα απαντάται στους Σουμέριους, πριν από 5.000 χρόνια. Πήλινες επιγραφές που βρέθηκαν στη Μεσοποταμία, αναφέρουν περισσότερους από 20 τύπους μπίρας, με πιο γνωστή τη Sikaṛu (υγρό ψωμί). Τα επόμενα ίχνη της βρέθηκαν στη Βαβυλωνία, όπου το 2000 π.Χ. ο βασιλιάς Χαμουραμπί κατέγραψε προδιαγραφές, σχετικές με τη διαδικασία της

παρασκευής και του σερβιρίσματός της. Για τους Αιγυπτίους η μπίρα, εκτός από ένα απολαυστικό ποτό, ήταν αντικείμενο προσφοράς στους θεούς, μέσο πληρωμής των εργατών και γιατρικό των επιδημιών. Στην Αρχαία Ελλάδα ο πατέρας της Ιατρικής, ο Ιπποκράτης, τόνιζε τη δημιουργική ενέργεια του ζύθου (λέξη που προέρχεται από το ρήμα ζέω, που σημαίνει βράζω) και τη θεωρούσε πολύτιμο φάρμακο κατά του πυρετού που ευνοούσε και την απομάκρυνση των τοξινών. Ο Όμηρος περιγράφει με γλαφυρότητα πως ο Αλκίνοος, ο βασιλιάς των Φαίακων, είχε στο παλάτι του κρατήρες χρυσούς και αργυρούς γεμάτους κριθινον οίνον. Επίσης, ο Ορφέας, ο πιο φημισμένος ποιητής και λυράρης στη Θράκη, έπινε «κριθινον οίνον». Ο Σοφοκλής συνιστούσε μια δίαιτα με ψωμί, κρέας, πράσινα λαχανικά και ζύθο, ενώ ανάλογες αναφορές κάνουν τόσο ο Ξενοφώντας, όσο και ο Ηρόδοτος.

Η διαρκής εξέλιξη της ζυθοποιίας στην περιοχή της Μεσογείου και της Μικράς Ασίας ανεκόπη από τη μουσουλμανική κυριαρχία, αφού το Κοράνι απαγορεύει την κατανάλωση αλκοόλ. Η τέχνη, όμως, της ζυθοποιίας είχε ήδη περάσει στην Ευρώπη με τη βοήθεια των Ρωμαίων. Σ' αυτούς χρωστάει, εκτός από την εξαπλώσή της σε όλο τον κόσμο, και το όνομά της.

Στο Μεσαίωνα η μπίρα αποτελούσε όπλο προστασίας κατά των επιδημιών.

Ο Άγιος Arnould «νίκησε» τη χολέρα με τη βοήθεια της μπίρας, που παρασκευαζόταν αποκλειστικά σε μοναστήρια του Βελγίου, της Γερμανίας και της Ολλανδίας. Στην Αναγέννηση οι ζυθοποιοί θεωρούνταν εξαιρετικοί φαρμακοποιοί, χάρη στις θεραπευτικές ιδιότητες της μπίρας.

Το μονοπώλιο του ζύθου από τα μοναστήρια τερματίζεται με τη Γαλλική Επανάσταση.

Πιείτε στην υγεία σας...

Η μπίρα προστατεύει την καρδιά, όπως και το κρασί. Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες ωφελεί την υγεία, όχι μόνον εξαιτίας της χαμηλής περιεκτικότητάς της σε αλκοόλ, αλλά και λόγω των φυσικών πρώτων υλών από τις οποίες παράγεται. Η ήπια κατανάλωσή της έχει καρδιοπροστατευτική δράση, αντίστοιχη με



αυτή της ασπιρίνης.

Επίσης, οι έρευνες έχουν δείξει ότι ένα ποτήρι μπύρα την ημέρα μπορεί να αυξήσει σημαντικά τα επίπεδα της λιποπρωτεΐνης HDL και παράλληλα εμποδίζει την τάση του αίματος να δημιουργεί θρόμβους. Έχουν αποδείξει επιπλέον ότι η μέτρια κατανάλωση μπύρας έχει ευεργετικά αποτελέσματα, ως προς την ευαίσθητη ισορροπία της παραγωγής ινσουλίνης. Τέλος, η κατανάλωση μπύρας συνδέεται με τη μείωση του κινδύνου εκδήλωσης γερωντικής άνοιας.

Στο ζυθοποιείο...

Η διαδικασία παραγωγής της μπύρας περιλαμβάνει ορισμένα βασικά στάδια. Το πρώτο είναι η επεξεργασία των δημητριακών, για να επιτευχθεί η βυνοποίηση και να διαχωριστεί το ζυθόγλυκος (μούστος). Ακολουθεί ο βρασμός του ζυθογλεύκου με νερό, λυκίσκο και αρωματικά βότανα, για να εξουδετερωθούν τα βακτηρίδια και να

απελευθερωθούν τα συστατικά του λυκίσκου. Στη συνέχεια προστίθεται η μαγιά και ακολουθεί η ζύμωση. Κατά τη διάρκεια της ζύμωσης παράγονται

Η μπύρα προστατεύει την καρδιά, όπως και το κρασί. Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες ωφελεί την υγεία, όχι μόνον εξαιτίας της χαμηλής περιεκτικότητάς της σε αλκοόλ, αλλά και λόγω των φυσικών πρώτων υλών από τις οποίες παράγεται

αιθυλική αλκοόλη και διοξείδιο του άνθρακα (ανθρακικό) που προσδίδει στην μπύρα το χαρακτηριστικό αφρό. Μετά τη ζύμωση αφαιρείται το μεγαλύτερο μέρος της μαγιάς, ακολουθεί

η μεταζύμωση σε ειδικές δεξαμενές, το φιλτράρισμα, η παστερίωση και, τέλος, η εμφιάλωση.

Ανάλογα με τη ζύμωση, παράγονται οι 2 βασικές κατηγορίες μπύρας: η **lager** και η **ale**, οι οποίες περιλαμβάνουν πολλά διαφορετικά είδη μπύρας με εκατοντάδες παραλλαγές. Στην κατηγορία lager ανήκουν η αμερικανική ξανθή, η pilsner, η ελαφριά lager, και η σκούρα lager. Η κατηγορία ale περιλαμβάνει την καστανή ale, την stout και την porter.

Στην παρέα...

Για την απόλαυση χρειάζονται και κάποια μικρά μυστικά. Σωστό ποτήρι, ανάλογος αφρός, ιδανική θερμοκρασία (4,5-13 °C) και συμπληρωματικές γεύσεις. Τα σκληρά τυριά "αναζητούν" μια porter, τα ψαρικά μια ελαφριά lager ενώ οι πικάντικες γεύσεις θέλουν να "σβήσουν" με μια pilsner!! Μα πάνω απ'όλα καλή παρέα. Στην υγεία σας!!! ■



Πώς Μας Βλέπουν



οι Ασθενείς μας

Στη Μακάρια Υποκρισία της Οικουμένης

γράφει ο Στέλιος Χριστοφυλάκης

Πού να βρίσκονται άραγε κρυμμένες οι ανθρώπινες αξίες μιας κοινωνίας που μας βομβαρδίζει ανελέητα με “πνευματικά” απόβλητα και που έχει από καιρό ξεπεράσει το στάδιο της παρακμής της. Θα αναρωτηθείτε βέβαια, τι μπορεί να υπάρχει μετά την παρακμή... τι άλλο από τη σήψη.

Οι καλωδιακές και μη πληροφορίες που μας κατακλύζουν, διαμορφώνουν τις σκέψεις, τις επιλογές και τις σχέσεις μας γενικότερα, τόσο με τους εαυτούς μας, όσο και με τους άλλους συγγενείς, συνεργάτες, συντρόφους κ.λπ.

Με κόπο κάποιιοι προσπαθούν να αντισταθούν, προσπαθούν να διαφυλάξουν όσο το δυνατό πιο ανέπαφα την ψυχή τους, το μυαλό τους, την ύπαρξή τους.

Τα τεχνολογικά επιτεύγματα αποτελούν κάτι πρωτοφανές στην ιστορία της ανθρωπότητας, αλλά και το κυνήγι του κέρδους σε τέτοια έκταση, είναι και αυτό κάτι πρωτοφανές.

Παρατηρώντας ένα μαρμάρινο αναθηματικό ανάγλυφο του Ασκληπιού

του 4ου αι. π.Χ. από τον Πειραιά αναρωτήθηκα αν στα αναθηματικά “ανάγλυφα” του μέλλοντος θα απεικονίζονται τα φακελάκια, οι διαπλοκές των φαρμακευτικών εταιρειών, οι μηχανορραφίες των ιδιωτικών και “κοινωνικών” ασφαλίσεων, η υποκρισία πολλών γιατρών που δεν έχουν μάθει ότι αυτό που ασκούν είναι λειτουργήματα και όχι ένα μέσο πλουτισμού.

Σ’ αυτό το τερατόμορφο δίκτυο εμπορευματοποίησης των ιατρικών υπηρεσιών, τα περιοδικά που δημιουργούνται με αγάπη και μεράκι αποτελούν νησιδες ελπίδας, για θέματα όπως η δεοντολογία του λειτουργήματος, η τεράστια κοινωνική του διάσταση και η ανιδιοτέλεια της προσφερόμενης ιατρικής γνώσης.

Από διηγήσεις της μητέρας μου, που έζησε στους απόηχους αυτοοργάνωσης κάποιων ακριτικών νησιών στη δεκαετία του ‘30, ηρωικές πραγματικά μορφές όπως ο Γιατροκωσταντής και ο Γιατρογιάννης, χωρίς τίτλους καθηγητών ή επιμελητών, προέδρων

ή αντιπροσώπων, πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους και έζησαν με αξιοπρέπεια σ’ αυτές τις κοινωνίες...

...Και συνεχίζουν να ζουν στις καρδιές όσων πιστεύουν ότι ο κόσμος μπορεί να υπάρξει, έξω από την εκμετάλλευση του ανθρώπινου πόνου, την εμπορευματοποίηση της ανθρώπινης ελπίδας, την παρακμή και τη σήψη των αξιών. ■

**Κάθε φορά
που η σιωπή
απειλητικά με κυριεύει
ο φόβος
πως δεν έχω τίποτα
περισσότερο να πω
γίνεται κραυγή
μήπως κι αγκαλιάσει
την ανάγκη της αλήθειας
που επιμένει
μήπως κι αναστατώσει
έστω για μια στιγμή
την μακάρια
υποκρισία
της οικουμένης**

* Ο κ. Στέλιος Χριστοφυλάκης είναι αρχιτέκτων, εικαστικός και εκπαιδευτικός.

Καλλιτεχνικά και άλλα

Σπάνια Βιβλία

γράφει ο Γιώργος Γκεζερλής

Το καλοκαίρι έφτασε. **Είστε από αυτούς που δεν φεύγουν διακοπές αν δεν έχουν ένα βιβλίο στην τσάντα τους; Μήπως περιμένετε την χρυσή στιγμή που θα αδειάσει η πόλη για να αφεθείτε σε εξερευνήσεις και αναζητήσεις; Τότε το άρθρο του Γιώργου Γκεζερλή σας αφορά.**

Βρισκόμαστε στην εποχή της άκρατης τεχνολογίας και των ηλεκτρονικών υπολογιστών εδώ και αρκετά χρόνια. Αυτό αυτομάτως σημαίνει πως έχουν επέλθει αρκετές διαφοροποιήσεις ως προς τις αντιλήψεις και την καθημερινότητά μας. Πολλοί τομείς της καθημερινής μας ζωής έχουν δεχθεί την εισβολή της τεχνολογίας, κάποιοι άλλοι όμως αντέχουν, όπως είναι και ο χώρος του παλαιού βιβλίου.

Λέγοντας παλαιό ένα βιβλίο αναφερόμαστε, κατά κύριο λόγο, στη χρονολογία της πρώτης έκδοσής του μέχρι και την ημερομηνία εξάντλησής του από τα κοινά βιβλιοπωλεία.

Το παλαιό βιβλίο δύναται να βρεθεί μόνο σε παλαιοβιβλιοπωλεία. Η τροφοδοσία τους εκεί γίνεται κυρίως μέσω ιδιωτών οι οποίοι για πολλούς και διαφόρους λόγους δωρίζουν ή κυρίως πουλάνε το θησαυρό γνώσεων που τούς είναι άχρηστος! Σημαντικό ρόλο στον τομέα εύρεσης παλαιών βιβλίων παίζουν οι αθίγγανοι, οι οποίοι ως άλλοι “πτωματοφάγοι” μαζεύουν βιβλία από τα σπίτια ή ακόμα και από κάδους απορριμμάτων και τα

επαναφέρουν στη ζωή δίνοντας τα σε παλαιοβιβλιοπωλεία έναντι φυσικά αδράς αμοιβής. Παρεμπιπτόντως έχουν βρεθεί με αυτό τον τρόπο πολλά συλλεκτικά και σπάνια κομμάτια αξίας χιλιάδων ευρώ.

Λόγω της συστηματοποιημένης εμπορευματοποίησης των τελευταίων χρόνων η ποιότητα του βιβλίου έχει αλλά-

αντοχή στο χρόνο· οι παλαιές εκδόσεις είναι ικανές να αντέξουν στο πέρασμα των αιώνων, πράγμα που δεν συμβαίνει με τις νέες.

Ένα άλλο θέμα το οποίο αφορά το βιβλίο είναι ότι όσο περνάνε τα χρόνια τόσο λιγοστεύουν οι αξιόλογοι συγγραφείς, γι’ αυτό και βλέπουμε συνεχώς επανεκδόσεις παλαιότερων, που δεν έχουν όμως την ποιότητα των αρχικών εκδόσεων των ιδίων συγγραφέων. Εκεί, πάλι κερδίζει το παλαιό βιβλίο αφού οι πρώτες εκδόσεις είναι αυτές που έχουν ζήτηση.

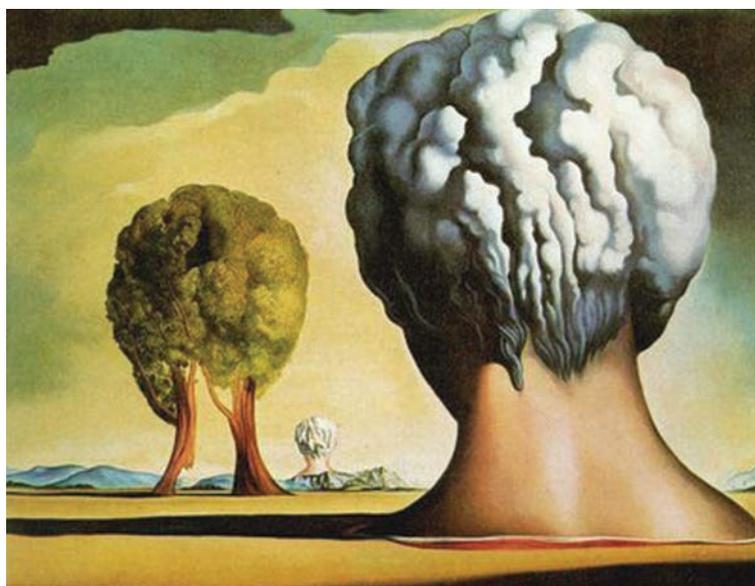
Γενικά το βιβλίο είναι πάντα βιβλίο, ένα αντικείμενο, ένας θησαυρός σοφίας και γνώσης το οποίο μπορείς να μεταφέρεις μαζί σου παντού, να το διαβάσεις, να το κλείσεις και να το ανοίξεις ξανά. Στα χάρτινα λόγια του να ανοίξεις τους ορίζοντες της απύθμενης πνευματικότητας που κρύβεται στις κιτριτισμένες και σκονισμένες σελίδες του.

Γενικά το βιβλίο είναι πάντα βιβλίο, ένα αντικείμενο, ένας θησαυρός σοφίας και γνώσης το οποίο μπορείς να μεταφέρεις μαζί σου παντού, να το διαβάσεις, να το κλείσεις και να το ανοίξεις ξανά

ξει προς το χειρότερο. Η μείωση του κόστους παραγωγής έχει σαν αποτέλεσμα την κακή μετάφραση ενός βιβλίου και την κακή ποιότητα ακόμη και στο φύλλο και το εξώφυλλο. Εκεί είναι που κερδίζει το παλαιό βιβλίο! Έχοντας εξαιρετικούς λογοτέχνες οι οποίοι πραγματοποιούσαν τέλειες μεταφράσεις, έχοντας διακεκριμένους καλλιτέχνες οι οποίοι σχεδίαζαν τα εξώφυλλα των βιβλίων, έδωσαν τη δέουσα προσοχή στην ποιότητα του φύλλου και την επιμέλεια του βιβλίου, έχοντας κάνει εξαιρετική δουλειά στην καλλιτεχνική συχνά βιβλιοδεσία η οποία προσδίδει στο βιβλίο την



* Η κος Γιώργος Γκεζερλής είναι παλαιοβιβλιοπώλης, Σόλωνος 99, Αθήνα & Τζορτζ 18, Πλ. Κάνιγγος.

Καλλιτεχνικά και άλλα**Η αφίσα του εξωφύλλου**γράφει η **Νικολέττα Μάθου**

Πώς θα μπορούσε να συσχετιστεί άραγε ένα ιατρικό συνέδριο με την τέχνη, την οικολογία και τον ανθρωπισμό; Παράδειγμα αποτελεί ο πίνακας του Σαλβατόρ Νταλί *“The Three Sphinxes of Bikini”* (1947) που ευφυώς επιλέχθηκε ως αφίσα της 6ης διημερίδας της ΕΠΕΓΕ για τους πολύποδες του παχέος εντέρου.

Ο ζωγράφος

Ο **Σαλβατόρ Νταλί** (1904-1989) αποτελεί έναν από τους περισσότερο γνωστούς ζωγράφους του 20ού αιώνα που συνδέθηκε με το καλλιτεχνικό κίνημα του *υπερρεαλισμού* και υπήρξε πάντα μια πολύ εκκεντρική φυσιογνωμία της σύγχρονης τέχνης.

Γεννήθηκε στην πόλη Φιγέρας της Ισπανίας και σπούδασε στην Ακαδημία των Τεχνών στη Μαδρίτη.

Πειραματίστηκε με τον κυβισμό, κι ήρθε σε επαφή με το ριζοσπαστικό κίνημα του *ντανταϊσμού* το οποίο επηρέασε σημαντικά το έργο του. Συνδέθηκε φιλικά με τον ποιητή Φεντερίκο

Γκαρθία Λόρκα και με το σκηνοθέτη Λουίς Μπουνιουέλ.

Η σύζυγός του γνωστή ως *Γκαλά*, ρωσικής καταγωγής ήταν η αιώνια μούσα του. Στις αρχές της δεκατίας του 1930, ο Νταλί επινόησε την *Παρανοϊκο-κριτική* μέθοδο, που αποτελεί ένα είδος υπερρεαλιστικής τεχνικής με σκοπό την πρόσβαση στο ασυνείδητο προς όφελος της καλλιτεχνικής δημιουργίας. Ο Νταλί στηρίζει τη μέθοδο αυτή στην ικανότητα του ανθρώπου να λειτουργεί συνειρμικά, συνδέοντας εικόνες ή αντικείμενα που δεν συνδέονται μεταξύ τους κατ' ανάγκη λογικά.

Η συμμετοχή του το 1932, στην πρώτη μεγάλη υπερρεαλιστική έκθεση στην Αμερική, αποσπά διθυραμβικές κριτικές. Λίγο αργότερα όμως, διαγράφεται από τον Αντρέ Μπρετόν από το υπερρεαλιστικό κίνημα λόγω των πολιτικών θέσεών του, κυρίως σε ό,τι αφορά στην υποστήριξη που παρείχε στον Φράνκο της Ισπανίας.

Το 1982 ο βασιλιάς Χουάν Κάρλος

της Ισπανίας του απονέμει τον τίτλο του μαρκήσιου.

Πέθανε τελικά από καρδιακό επεισόδιο στις 23 Ιανουαρίου του 1989 στην πόλη που γεννήθηκε. Ο τάφος του βρίσκεται μέσα στο Μουσείο του στο Φιγέρας.

Ο πίνακας (“The Three Sphinxes of Bikini” 1947)

Στο χρονικό διάστημα 1946-1958, οι Ηνωμένες Πολιτείες πραγματοποιούν πολλαπλές πυρηνικές δοκιμές στα νησιά Bikini, προκαλώντας ραδιενεργό μόλυνση της περιοχής. Οι κάτοικοι της περιοχής υπέβαλαν μήνυση στην κυβέρνηση των Ηνωμένων Πολιτειών, και δικαιώθηκαν τελικά από τις δικαστικές αρχές, έναντι υπέρογκου χρηματικού ποσού.

Οι πυρηνικές αυτές δοκιμές απετέλεσαν πηγή έμπνευσης για τον Νταλί. Βλέποντας τον πίνακα αναγνωρίζονται τρεις φιγούρες: ένα ανθρώπινο κεφάλι, ένα δέντρο και το πυρηνικό «μανιτάρι». Αν και είναι δύσκολο να γνωρίζει κανείς τι σκεφτόταν ο καλλιτέχνης, διαφαίνεται ένας ισχυρός, υποσυνείδητος συσχετισμός του ανθρώπου, της φύσης και της καταστροφής. Η επιλογή της «σφίγγας» από τον Νταλί ως εικαστικής φιγούρας για να αποτυπώσει αυτόν τον μοιραίο συσχετισμό είναι μοναδική. ■





Νέα και



Επίκαιρα

Ενημέρωση από το ΔΣγράφει η **Νάγια Μπομπότση**

Ανατρέχοντας τα πρακτικά των τελευταίων έξι συνεδριάσεων στις οποίες και συμμετείχα, παρατήρησα τη σταθερή επανάληψη των ίδιων θεμάτων προς συζήτηση. Θα μπορούσαν σε κάθε τεύχος του περιοδικού σε αυτή τη στήλη να παραμένουν ίδιοι και οι τίτλοι. Κάτω όμως από τα **bold** γράμματα, στη μικρή παράγραφο, βρίσκεται κάθε φορά ένα μικρό βηματάκι μπροστά, αποτέλεσμα συλλογικής δουλειάς και εθελοντικής προσφοράς. Τα θέματα με τα οποία έχουμε ασχοληθεί είναι σημαντικά και κάθε τέτοιο βηματάκι το θεωρούμε μεγάλη επιτυχία. Ελπίζουμε να σημαίνει κάτι και για σας.

Καταστολή στην ενδοσκόπηση

Είναι γνωστό το ενδιαφέρον της ΕΠΕΓΕ σ' αυτόν τον τομέα. Πρωταρχικός στόχος είναι οι ασφαλείς και ανώδυνες ενδοσκοπήσεις, που για να επιτευχθεί απαιτεί την ολοκληρωμένη κατάρτιση του γαστρεντερολόγου καθώς και τη διαμόρφωση ενός επιστημονικού πλαισίου που θα μας κατοχυρώνει νομικά στη χρήση της καταστολής.

α) Σεμινάρια καταστολής στην ενδοσκόπηση

Η ΕΠΕΓΕ, σε συνεργασία με τον καθηγητή αναισθησιολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Γ. Παπαδόπουλο, καθιερώνει σεμινάρια καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση με θεωρητική και πρακτική εξάσκηση. Μετά από ένα τρίωρο εκπαίδευσης στις βασικές αρχές χορήγησης καταστολής, στα φάρμακα και τις επιπλοκές τους, ολιγομελείς ομάδες θα εξασκούνται σε προπλάσματα υπό την επίβλεψη ειδικών. Στο τέλος του σεμιναρίου θα χορηγείται πιστοποιητικό παρακολούθησης που υπολογίζουμε να πιστοποιεί την επάρκεια του συμμετέχοντος για τα επόμενα 3-5 χρόνια. Παρόμοιο σεμινάριο προηγήθηκε στα πλαίσια της 2ης διημερίδας της ΕΠΕΓΕ. Αυτό τώρα

θα αποτελέσει το πρώτο μιας σειράς που θα συνοδεύει την κάθε διημερίδα μας με σκοπό ίσως να επαναλαμβάνεται και την άνοιξη προκειμένου να εξυπηρετηθεί μεγαλύτερος αριθμός συναδέλφων. Η εκπαίδευση αυτή δεν απευθύνεται μόνο στους γαστρεντερολόγους αλλά και στο νοσηλευτικό προσωπικό των ενδοσκοπικών ιατρείων. Είναι σημαντικό και απαραίτητο να το συστήσουμε στους ανθρώπους που δουλεύουν δίπλα μας και συντελούν στην επιτυχή ολοκλήρωση των ενδοσκοπήσεων.

β) Κατευθυντήριες οδηγίες

Η ΕΠΕΓΕ αποφάσισε να διαμορφώσει ελληνικές κατευθυντήριες οδηγίες για την καταστολή και την αναλγησία στην ενδοσκόπηση. Το δύσκολο αυτό εγχείρημα ανέλαβε το διοικητικό συμβούλιο της ΕΠΕΓΕ με εισηγητές τους Λ. Μάθου και Π. Κασαπίδη. Θα ανασκοπήσουν τη σύγχρονη βιβλιογραφία και θα προσαρμόσουν τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες στα ελληνικά δεδομένα. Το αποτέλεσμα των εργασιών τους θα δοθεί για γνωμοδότηση σε διακεκριμένα μέλη της γαστρεντερολογικής κοινότητας και στη συνέχεια θα παρουσιαστεί στις γενικές συνελεύσεις της ΕΠΕΓΕ και της ΕΠΕΓΕ προκειμένου οι κατευθυντήριες οδηγίες να ψηφιστούν και να

γίνουν νομικά ισχυρές. Θα προκύψει έτσι μια καλά τεκμηριωμένη επιστημονικά βάση πάνω στην οποία μπορούμε να στηριχτούμε για οποιοδήποτε αίτημά μας (π.χ. άρση οδηγίας ΕΟΦ) ή νομική υποστήριξη.

Σήριαλ «Νομοσχέδιο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Επεισόδιο 3^ο

Το νομοσχέδιο της ΠΦΥ, που σας ανέλυσε ο Α. Νταϊλιάνας στο προηγούμενο τεύχος, εξακολουθεί να βρίσκεται στα σκαριά. Παρουσιάστηκε και το τρίτο προσχέδιο από το οποίο και πάλι απουσίαζαν οι γαστρεντερολόγοι από τους ιδιωτικούς φορείς παρόχους ΠΦΥ, παρά τις διαβεβαιώσεις που είχαν προηγηθεί στη συνάντηση στο Υπουργείο. Αποφασίσαμε, λοιπόν, να κινηθούμε λίγο πιο δραστικά. Ετοιμάσαμε σχετική επιστολή την οποία παραδώσαμε σε προσωπική συνάντηση με τον κ. Αδαμίδη, νομικό σύμβουλο του Γενικού Γραμματέα κ. Καλογερόπουλου. Ο κ. Αδαμίδης ενημερώθηκε για την ανάγκη παρουσίας της ειδικότητάς μας στους φορείς παροχής ΠΦΥ. Σας παραθέτουμε την τελευταία επιστολή που στείλαμε στο Υπουργείο.



Ενημέρωση από το ΔΣ

γράφει ο Απόστολος Νταϊλιάνας

Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου στην πράξη

Το θέμα της πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου, από την πρακτική σκοπιά της ευρύτερης εφαρμογής της στην Ελληνική πραγματικότητα, απασχολεί την ΕΠΕΓΕ από ζετίας. Η υλοποίηση ενός προγράμματος πρόληψης θα ωφελήσει το κοινωνικό σύνολο, αφού είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο πως με τον προληπτικό έλεγχο σώζονται ζωές, ενώ θα αναδειχθεί το έργο του γαστρεντερολόγου μέσα από την αποτελεσματική παρέμβαση της διαγνωστικής και θεραπευτικής κολonosκόπησης. Τέτοια προγράμματα, που εφαρμόζονται ήδη σε αρκετές χώρες της Ευρώπης, προϋποθέτουν προετοιμασία της γαστρεντερολογικής κοινότητας, ενημέρωση του κόσμου και κρατική συνδρομή.

Καθώς τα φιλόδοξα σχέδια πραγματοποιούνται μέσα από την συμμετοχή και την συναίνεση, συστάθηκε από δμήνυο επιτροπή πρόληψης που απαρτίζεται από 10 μέλη των τριών γαστρεντερολογικών φορέων, της ΕΓΕ, της ΕΠΕΓΕ και του ΕΛΙΓΑΣΤ. Στην επιτροπή αυτή, μετά τις τρεις πρώτες συνεδριάσεις αποφασίσθηκαν μεταξύ των άλλων και τα ακόλουθα:

1. Να ελεγχθούν οι διαδικασίες ώστε, να συσταθεί Εθνική Επιτροπή Πρόληψης η οποία, με τη συμμετοχή και κρατικού φορέα θα διαχειρίζεται στο μέλλον το εγχείρημα στο σύνολό του.
2. Να διανεμηθεί ενημερωτικό φυλλάδιο για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, σε

ιατρεία και ενδεχομένως και με μαζικότερο τρόπο ώστε να ενημερώνει το κοινό σχετικά (π.χ. λογαριασμοί ΔΕΚΟ).

3. Η 13^η Νοεμβρίου ονομάστηκε ημέρα πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Την ημέρα αυτή, που συμπίπτει με την έναρξη του Πανελληνίου Γαστρεντερολογι-

Η τηλεοπτική προβολή διαφημιστικών μηνυμάτων, θεωρούμε ότι αποτελεί την αιχμή του δόρατος της προσπάθειας ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού. Παρόλα αυτά προβληματίζει την επιτροπή λόγω του υψηλού της κόστους

κού Συνεδρίου φέτος, θα υπάρξει σχετική στρογγύλη τράπεζα με τη συμμετοχή εισηγητών από τους τρεις φορείς της γαστρεντερολογικής κοινότητας, εκπροσώπου της πολιτείας, δημοσιογράφου και διακεκριμένου ξένου ομιλητή. Θα ακολουθήσει μουσική εκδήλωση αφιερωμένη στην πρόληψη του καρκίνου παχέος.

4. Να επιλεγεί κλειστός πληθυσμός, πιθανότατα ενός νησιού, για να ελεγχθεί πιλοτικά, αρχικά μεν η αποδοχή και η συμμόρφωση του κοινού στις οδηγίες και στη συ-

νέχεια το αποτέλεσμα της παρέμβασής μας.

5. Να λάβουν χώρα σχετικές επιστημονικές ενημερωτικές εκδηλώσεις σε επίπεδο τοπικών κοινωνιών.
6. Να δημιουργηθεί και να σταλεί στα περιφερειακά επαρχιακά τηλεοπτικά κανάλια, ταινία μικρού μήκους με ενημερωτικό υλικό σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η ταινία θα είναι προϊόν συνεργασίας της επιστημονικής κοινότητας με γνωστό σκηνοθέτη και θα διαφημισθεί κατάλληλα στον τοπικό τύπο πριν από την προβολή της.
7. Η τηλεοπτική προβολή διαφημιστικών μηνυμάτων, θεωρούμε ότι αποτελεί την αιχμή του δόρατος της προσπάθειας ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού. Παρόλα αυτά προβληματίζει την επιτροπή λόγω του υψηλού της κόστους. Αναμένονται έγγραφες προτάσεις από ειδικούς στο χώρο της διαφήμισης.
8. Εκπρόσωποι της επιτροπής θα επισκεφθούν το Υπουργείο Υγείας με αίτημα η διαφημιστική εκστρατεία να τεθεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου. Από την μελέτη της ΕΠΕΓΕ κόστους-όφελους πρόληψης με κολonosκόπηση που ολοκληρώνεται σύντομα, είναι προφανές και το οικονομικό όφελος από την πρόληψη. Με αυτό το όπλο ελπίζουμε στην ενεργό εμπλοκή της πολιτείας και στην πραγματοποίηση σε εθνικό επίπεδο ενός προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου. ■

Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας (ΕΠ.Ε.Γ.Ε.) Μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ειδικών Ιατρείων U.E.M.S.

Λεωφ. Δημοκρατίας 67, 15451 Ν. Ψυχικό
Τηλ. 2106727533 fax. 2106727535

Αθήνα 12 Μαΐου 2008

ΑΠ 518

Προς τον Γενικό Γραμματέα Υπουργείου Υγείας
κ. Καλογερόπουλο

Κύριε Γενικό Γραμματέα,

Κατά την πρώτη συνάντηση για συζήτηση του σχεδίου νόμου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον Ι.Σ.Α., την Δευτέρα 3-3-08, σημειώσαμε την απουσία ιατρών γαστρεντερολόγων από τους ιδιωτικούς φορείς που μπορούν να παρέχουν τις παραπάνω υπηρεσίες. Δύο εκπρόσωποι του υπουργείου που ήταν παρόντες συμφώνησαν με την παρέμβασή μας.

Το δεύτερο προσχέδιο νόμου πάλι δεν περιελάμβανε την ειδικότητά μας.

Στη συνάντηση στο υπουργείο μαζί σας, μας διαβεβαιώσατε ότι είναι αυτονόητο πως θα συμπεριληφθούμε. Με έκπληξη όμως διαβάσαμε το τρίτο προσχέδιο απ' όπου και πάλι απουσιάζουμε.

Είναι γνωστό 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 και στους οικογενειακούς ιατρούς.

Παρακαλούμε για τις ενέργειές σας προς αυτή την κατεύθυνση.

Με τιμή

Ο Πρόεδρος
Α. ΝΤΑΪΛΙΑΝΑΣ

Η Γεν. Γραμματέας
Ν. ΜΠΟΜΠΟΤΣΗ

Κοινοποίηση: κ. Αδαμίδα Πολύκαρπο (Νομικό Σύμβουλο)

Μικρές Αγγελίες

Πωλείται από ιδιώτη λόγω διορισμού στο δημόσιο, εξοπλισμός γαστρεντερολογικού ιατρείου που αποτελείται από ενδοσκόπια (γαστρο- και κολονοσκόπιο), αναρρόφηση και επεξεργαστή Olympus της σειράς 145 με πρόσφατο service από την εταιρεία και εξάμηνη εγγύηση. Επίσης οθόνη JVC, διαθερμία Martin ME82, υπερηχογράφο Toshiba SSA-250A, οξύμετρο με Alarm, τριканαλο ηλεκτροκαρδιογράφο DELTA 1 PLUS, σετ διασωλήνωσης και πλήθος ακόμη μικροαντικειμένων και αναλώσιμων.

Τηλ. 6972 829 823