



Άρθρο Σύνταξης

Μετανάστες: άνθρωποι με ανασφάλειες, φοβίες, άνθρωποι με παραβατική συμπεριφορά, άνθρωποι γεμάτοι ελπίδες και όνειρα. Άνθρωποι...

Την τελευταία δεκαετία η Ελλάδα έγινε πόλος έλξης για χιλιάδες οικονομικούς, πολιτικούς πρόσφυγες και λαθρομετανάστες, οι οποίοι βρέθηκαν στη χώρα μας είτε με την προσδοκία μιας καλύτερης ζωής είτε με την ελπίδα ότι σε σύντομο χρονικό διάστημα θα προωθηθούν στην υπόλοιπη Ευρώπη.

Αποτελούν πλέον ένα σημαντικό μέρος του εργατικού μας δυναμικού, είναι συμμαθητές με τα παιδιά μας, είναι ασθενείς μας.

Συνάδελφοι,

Καθημερινά αρκετοί από εμάς, ερχόμαστε σε επαφή με μεγάλο αριθμό αλλοδαπών ασθενών, κυρίως στα νοσοκομεία και στις κατά τόπους μονάδες υγείας του ΙΚΑ Ασθενείς με ηπατίτιδες, με φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, ακόμη και με ευερέθιστο έντερο, διότι βλέπετε οι ασθενείς δε διακρίνουν μετανάστες ή αυτόχθονες.

Καταρχάς αυτό μεταφράζεται σε μια σημαντική αύξηση του αριθμού των ασθενών, χωρίς την ανάλογη αύξηση του προσωπικού υγείας και των υποδομών.

Επιπρόσθετα, η επικοινωνία με τις ομάδες αυτές γίνεται δυσχερής, διότι καλούμαστε να προσπελάσουμε τα εμπόδια της συνεννόησης κατά τη λήψη ιστορικού, φθάνοντας αρκετές φορές στην χρήση νοηματικής γλώσσας ή υποβάλλοντας τον ασθενή σε ένα κυκεώνα εξετάσεων προκειμένου να διαγνώσουμε ένα... άτυπο κοιλιακό άλγος με όποιο κόστος αυτό συνεπάγεται (ψυχολογικό ή οικονομικό) για τον ασθενή ή ακόμα και για εμάς προσωπικά. Επίσης δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ερχόμαστε σε επαφή με ανθρώπους με διαφορετική κουλτούρα και νοοτροπία, και οι οποίοι λόγω των συνθηκών της ζωής τους είναι επιφλακτικοί, καχύποπποι και πολλές φορές επιθετικοί. Εμείς από την πλευρά μας πρέπει να είμαστε πάντα εξοπλισμένοι με αποθέματα υπομονής και ψυχραιμίας διότι λειτουργούμε με το “μαχαίρι στην πλάτη”. Είναι πολύ εύκολο να χαρακτηριστούμε ρατσιστές. Λεπτές ισορροπίες με κέντρο την υγεία.

Τι μπορεί να αλλάξει; Εκείνοι; Φαντάζει δύσκολο!

Δε θα επικαλεστώ τον όρκο του Ιπποκράτη ούτε τη ρήση των αρχαίων προγόνων ‘πας μη Έλλην βάρβαρος’ γιατί η πραγματικότητα επιτάσσει τη συνύπαρξή μας. Και σε μια εποχή όπου όλοι μιλούν για έλλειψη ανθρωπιάς εμείς οι γιατροί ας κάνουμε την εξαίρεση και ας αναλογιστούμε ότι θα μπορούσε να είμαστε εμείς στη θέση τους...

Κωνσταντίνος Ι. Ζωγράφος



Νέα και

Επίκαιρα



Ενημέρωση από το ΔΣ

γράφει η Νάγια Μπομπότη

Μετά από ένα διάλειμμα για καλοκαιρινές διακοπές το φθινόπωρο μας βρίσκει σε πλήρη εγρήγορση αλλά και αυντομονήσια εν όψει της διημερίδας μας που πλησιάζει. Η διοργάνωσή της θα μπορούσε να αποτελεί εργασία αποκλειστικής απασχόλησης. Παράλληλα όμως «τρέχουν» και διάφορα άλλα θέματα που απασχολούν το ΔΣ μερικά από τα οποία θα βρείτε παρακάτω.

Στο τελευταίο ΔΣ αποφασίσθηκε η ανανέωση των ενημερωτικών φυλλαδίων για τις ενδοσκοπήσεις που είχε κυκλοφορήσει στο παρελθόν η ΕΠΕΓΕ. Πρόκειται για δύο μικρού μεγέθους τρίπτυχα που είχαν μοιραστεί σε όλους μας με στόχο την ενημέρωση των ασθενών στο χώρο αναμονής έξω από το ιδιωτικό ιατρείο ή το νοσοκομείο. Στα έντυπα αυτά αποφασίσθηκε να προστεθούν οι επιπλοκές από τις ενδοσκοπήσεις και από την καταστολή, όπως και η μικρή πιθανότητα να ξεφύγουν κάποιες βλάβες. Στο φυλλάδιο της κολονοσκόπησης

θα συμπεριληφθεί το ενδεχόμενο πολυπεκτομής και οι πιθανές επιπλοκές. Με τον τρόπο αυτό η ενημέρωση των ασθενών μπορεί να θεωρείται επαρκής ώστε να καλούνται στο τέλος του εντύπου να υπογράψουν τη συναίνεσή τους στη διενέργεια της ενδοσκοπικής πράξης. Η έγγραφη συναίνεση του ασθενούς αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της δικής μας κάλυψης απέναντι στο νόμο, αλλά προϋποθέτει την καλή ενημέρωση από μέρους μας. Με το ενημερωτικό αυτό φυλλάδιο στόχος μας είναι να γίνεται ενιαία και πλήρης ενημέρωση του ασθενούς από ένα επίσημο συλλογικό όργανο των γαστρεντερολόγων. Το να ζητήσει κανείς έγγραφη συναίνεση στην Ελλάδα καλώς ή κακώς θεωρείται ακόμα ένα θέμα ταμπού και μια τέτοια έκδοση θα μπορούσε να βγάλει πολλούς από εμάς από τη δύσκολη θέση. Πέρα από τις δύο βασικές ενδοσκοπικές πράξεις, τη γαστροσκόπηση και την κολονοσκόπηση, πρόθεσή μας είναι να κυκλοφορήσουμε νέα φυλλάδια για την ERCP και την ενδο-

σκοπική κάψουλα με στόχο πέρα από την ενημέρωση και την ενυπόγραφη συγκατάθεση.

Στις αρχές Σεπτεμβρίου πραγματοποιήθηκε επίσκεψη του προέδρου της ΕΠΕΓΕ κ. Α. Νταϊλιάνα και του αντιπροέδρου κ. Α. Αρμόνη στον πρόεδρο του ΚΕΣΥ κ. Κ. Στριγάρη. Η συνάντηση αυτή είχε σαν στόχο την κατάθεση του περιεχομένου του γνωστικού αντικειμένου της γαστρεντερολογίας, την πρόταση ρύθμισης με ΠΔ των προϋποθέσεων εκτέλεσης ενδοσκοπήσεων από μη γαστρεντερολόγους, θέματα που έχει επεξεργαστεί από παλιότερα η ΕΠΕΓΕ, όπως και το ζήτημα της τιμολόγησης της ψηφιακής βιντεογαστροσκόπησης και κολονοσκόπησης. Στο τεύχος αυτό μπορείτε να διαβάσετε τα έγγραφα που επιδόθηκαν από την επιτροπή στον κ. Στριγάρη. Συμφωνήθηκε να σταλούν και στο ΚΕΣΥ προκειμένου να συζητηθούν από την ολομέλεια.

Προτάσεις ΕΠ.Ε.Γ.Ε. στο ΚΕΣΥ

Πρώτη Πρόταση Προϋποθέσεις για την Εκτέλεση Ενδοσκοπήσεων του Πεπτικού από μη Γαστρεντερολόγους

Η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδος (ΕΠΕΓΕ) λαμβάνοντας υπ'όψη τα κάτωθι:

1. Το ΠΔ 415/94 ΦΕΚ Α'236.
2. Το σοβαρό πρόβλημα που δημιουργείται για τους ασθενείς και τη δημόσια υγεία από την εκτέλεση ενδοσκοπήσεων από μη γαστρεντερολόγους με κατά κανόνα ελάχιστη εκπαίδευση.
3. Την υπ'αριθμ. 2 απόφαση της

124ης/25-7-1996 Συνεδρίασης της Ολομέλειας του ΚΕ.Σ.Υ., με την οποίαν ορίσθηκαν οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι γιατροί για να τους χορηγηθεί άδεια εκτέλεσης ενδοσκοπήσεων του πεπτικού.

4. Την απόφαση 4 της υπ. αριθμ. 169/20-9-2001 Ολομέλειας του ΚΕΣΥ που γνωμοδότησε ότι «είναι δυνατόν οι ενδοσκοπήσεις να εμπεριέχονται στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα άλλων

ειδικοτήτων και να εκτελούνται για διαγνωστικούς λόγους, χωρίς όμως να τους κατοχυρώνονται επαγγελματικά δικαιώματα (χωρίς να αμειβονται)! Υπογραμμίσθηκε στην εκτελεστική επιτροπή του ΚΕΣΥ το παράλογο της απόφασης αφού:

- a. είναι αδύνατο να ενσωματωθούν τα απαιτούμενα δύο χρόνια εκπαίδευσης στις ενδοσκοπήσεις στο γνωστικό αντικείμενο οιασδήποτε



ειδικότητας, χωρίς αντιστοίχως να επιμηκυνθεί ο χρόνος ειδικεύσεως σε αυτήν.

β. είναι αδύνατο (ανθίτικο και αντιοικονομικό) να διαχωριστεί η διαγνωστική από τη θεραπευτική ενδοσκόπηση.

γ. είναι αδύνατο (αφού είναι οφθαλμοφανώς αντισυνταγματικό) οι μη γαστρεντερολόγοι να εργάζονται χωρίς να αμείβονται.

δ. είναι αδύνατο να εκπαιδευτούν μη γαστρεντερολόγοι εκτός ενδοσκοπικών μονάδων γαστρεντερολογικών κλινικών αφού σε όλη τη χώρα υπάρχουν μόνο δύο χειρουργικές κλινικές οι οποίες ενδεχομένως να έχουν στοιχειωδώς αυτή τη δυνατότητα.

5. Το υπ' αριθμ. Y7a/4732 έγγραφο της 9-11-2001 του Υπουργείου Υγείας όπου η αρμόδια υφυπουργός κ. Ε. Τσουρή ζήτησε από Νοσοκομεία της χώρας: «Μέχρι να γίνει πρόσληψη γιατρού γαστρεντερολόγου από το Νοσοκομείο σας, η κάλυψη του Νοσοκομείου για τη διενέργεια ενδοσκοπήσεων πεπτικού, θα πρέπει να γίνεται από γιατρούς ειδικότητας γαστρεντερολογίας, στα πλαίσια των υπηρετούντων σε Νοσοκομεία του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ».

6. Την απόφαση 13 της υπ' αριθμ. 172/26-4-2002 Ολομέλειας του ΚΕΣΥ που καταλήγει ότι «είναι δυνατόν οι ενδοσκοπήσεις να εμπεριέχονται στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα άλλων ειδικοτήτων και να εκτελούνται για διαγνωστικούς λόγους, η εκπαίδευση των οποίων θα γίνεται σε αντίστοιχα γαστρεντερολογικά τμήματα τα οποία χορηγούν πλήρη ειδικότητα και σε τμήματα χειρουργικής τα οποία εκτελούν αποδεδειγμένα ενδοσκοπικές πράξεις, χωρίς όμως να τους κατοχυρώνονται επαγγελματικά δικαιώματα (χωρίς να αμείβονται)! Σε τότε επικοινωνία με τον υπεύθυνο της εκτελεστικής επιτροπής του ΚΕΣΥ για το θέμα αυτό χειρουργό κ. Β. Λαοπόδη μας εδόθησαν διάφορες δικαιολογίες για το είδος της απόφασης και υποσχέσεις για επίλυση του θέματος.

7. Την απάντηση της ΕΕΜΣ μετά

το σχετικό ερώτημα της ΕΓΕ ότι «οποιοσδήποτε θέλει να κάνει γαστροσκοπήσεις ή κολοσκοπήσεις, ή οποιαδήποτε άλλη ενδοσκοπική πράξη πρέπει να λάβει ισοδύναμη εκπαίδευση με αυτή που υποχρεώνονται οι γαστρεντερολόγοι».

προτείνει τα κατωτέρω:

Σύμφωνα με τις ισχύουσες νομοθετικές διατάξεις οι γαστρεντερολόγοι γίνονται οι ειδικευμένοι γιατροί που

**Σύμφωνα με τις
ισχύουσες
νομοθετικές διατάξεις
οι γαστρεντερολόγοι
είναι οι ειδικευμένοι
γιατροί που κατά¹
τη διάρκεια της
ειδικότητάς τους
εκπαιδεύονται στο
αντικείμενο των
διαγνωστικών και
θεραπευτικών
ενδοσκοπήσεων επί²
διετία και, ως εκ τούτου,
οι μόνοι που έχουν τη
γνώση, την εμπειρία
και το δικαίωμα να
εκτελούν τις
ενδοσκοπήσεις και
να αμείβονται γι' αυτές**

κατά τη διάρκεια της ειδικότητάς τους εκπαιδεύονται στο αντικείμενο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ενδοσκοπήσεων επί διετία και, ως εκ τούτου, οι μόνοι που έχουν τη γνώση, την εμπειρία και το δικαίωμα να εκτελούν τις ενδοσκοπήσεις και να αμείβονται γι' αυτές.

Ειδικευμένοι γιατροί άλλων ειδικοτήτων και ειδικότερα χειρουργοί, παθολόγοι και παιδίατροι, μπορούν να εκτελούν διαγνωστικές και θεραπευτικές ενδοσκοπήσεις μετά την απόκτηση άδειας εκτέλεσης ενδοσκοπήσεων, οι οποίες και οι προϋποθέσεις για

τη λήψη της οποίας θα ρυθμιστούν με Π.Δ. Συγκεκριμένα, για την απόκτηση της άδειας εκτέλεσης ενδοσκοπήσεων οι γιατροί μη γαστρεντερολόγοι, προτείνεται να εκπαιδεύονται ως υπεράριθμοι στις βασικές και προαιρετικές ενδοσκοπικές πράξεις και τεχνικές, σε γαστρεντερολογικά κέντρα-μονάδες γενικών νοσοκομείων (με άρτια και πλήρως εξοπλισμένη μονάδα ενδοσκοπήσεων), στα οποία χορηγείται πλήρης ειδικότητα γαστρεντερολογίας. Η επάρκεια των εκπαιδευομένων θα αποδεικνύεται με εξετάσεις ενώπιον τριμελούς επιτροπής, ανάλογες αυτών που θα υποβάλλονται και οι γαστρεντερολόγοι προκειμένου να λάβουν τον τίτλο της ειδικότητάς τους. Ιατροί μη γαστρεντερολόγοι (χειρουργοί, παθολόγοι και παιδίατροι) με αποδεδειγμένη εκπαίδευση στις ενδοσκοπήσεις – ισότιμη των γαστρεντερολόγων – θα μπορούν να εκτελούν διαγνωστικές και θεραπευτικές ενδοσκοπήσεις. Οι μη γαστρεντερολόγοι θα δικαιούνται νομίμως να εκτελούν τις ιατρικές αυτές πράξεις, χωρίς όμως να παραβιάζουν την κείμενη ιατρική νομοθεσία και χωρίς να χρησιμοποιούν τον τίτλο του γαστρεντερολόγου.

Ειδικότερα:

1. **Γαστρεντερολόγοι:** Η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων και το γαστρεντερολογικό τμήμα της ΕΕΜΣ προτείνουν το διαχωρισμό των ενδοσκοπικών πράξεων του πεπτικού σε **βασικές**, στις οποίες όλοι οι γαστρεντερολόγοι πρέπει να είναι αυτάρκεις, και σε **προαιρετικές**, στις οποίες μπορούν να εκπαιδεύονται στα πλαίσια εξειδικεύσεων.

Στις **βασικές** ενδοσκοπικές πράξεις περιλαμβάνονται, οι οισοφαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκοπήσεις με τις αιμοστατικές τεχνικές του ανωτέρου πεπτικού, οι ολικές κολοσκοπήσεις με τις πολυπετομές και τις αιμοστατικές τεχνικές του κατωτέρου πεπτικού και οι ορθοπρωκτοσκοπήσεις.

Για να θεωρούνται επαρκώς εκπαιδευμένοι κατά τη διάρκεια της διετούς εκπαίδευσής τους στις ενδοσκοπήσεις, οι ειδικευμένοι στη γαστρεντερολογία θα πρέπει



6 Ενδοσκοπήσεις

αποδεδειγμένα να έχουν κάνει τουλάχιστον 300 γαστροσκοπίσεις, 30 σκληροθεραπείες/απολινώσεις κιρσών και λοιπές αιμοστατικές τεχνικές του ανωτέρου πεπτικού, 100 ολικές κολοσκοπήσεις, 50 πολυπεκτομές και αιμοστατικές παρεμβάσεις του κατωτέρου πεπτικού και 100 ορθοπρωκτοσκοπήσεις. Για όλες αυτές τις πράξεις θα πρέπει να γίνεται ειδική μνεία στο χορηγούμενο στον εκπαιδευόμενο πιστοποιητικό από την ενδοσκοπική μονάδα στην οποία εκπαιδεύτηκε, η επάρκειά του δε στις ενδοσκοπήσεις πρέπει να αποδεικνύεται κατόπιν ειδικών εξετάσεων σ' αυτές, παράλληλα με τις εξετάσεις για την απόκτηση του τίτλου της ειδικότητας της γαστρεντερολογίας.

Στις **προαιρετικές** ενδοσκοπικές πράξεις και εξειδικεύσεις περιλαμβάνονται τεχνικές όπως η θεραπευτική ενδοσκόπηση με χρήση laser, APC, διαστολές στενώσεων, ενδοσκοπικό μπαλόνι, διαδερμική γαστροστομία, ενδοπροθέσεις πεπτικού σωλήνα, η ενδοσκόπηση με κάψουλα, η εντεροσκόπηση, η διαγνωστική και θεραπευτική ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία, η μανομετρία, η ρΗμετρία, οι ενδοσκοπικοί υπέροχοι, η διαγνωστική λαπαροσκόπηση, η επεμβατική πρωκτολογία και η προχωρημένη ηπατολογία (των μεταμοσχεύσεων). Οι γαστρεντερολόγοι οι οποίοι επιθυμούν να εξειδικευθούν στα παραπάνω αντικείμενα, κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης για τη λήψη της ειδικότητας ή μετά από την απόκτηση του τίτλου του ειδικού γαστρεντερολόγου, πρέπει αποδεδειγμένα να έχουν κάνει τουλάχιστον 100 πράξεις τεχνικών θεραπευτικής ενδοσκόπησης, 50 ενδοσκοπήσεις με κάψουλα και εντεροσκοπήσεις, 150 διαγνωστικές και θεραπευτικές παλίνδρομες χολαγγειοπαγκρεατογραφίες, 150 ενδοσκοπικά υπερηχογραφήματα, 50 μανομετρικές και ρΗμετρικές μελέτες, 50 διαγνωστικές λαπαροσκοπήσεις, 80 πράξεις επεμβατικής πρωκτολογίας και τρίμηνη, τουλάχιστον, ενασχόληση στο χειρισμό ασθενών με μεταμόσχευση ήπατος και άλλων

πολύπλοκων ηπατολογικών νόσων σε ανάλογο κέντρο. Για όλες αυτές τις πράξεις-εξειδικεύσεις, θα πρέπει να γίνεται ειδική μνεία στο χορηγούμενο στον εκπαιδευόμενο (ειδικευόμενο ή ειδικό γαστρεντερολόγο) πιστοποιητικό από τη μονάδα στην οποία εξειδικεύθηκε που θα αφορά τον αριθμό των εξετάσεων και την επάρκειά του σε αυτές.

2. Μη γαστρεντερολόγοι: Σχετικά με τους ιατρούς των ειδικοτήτων χειρουργικής, παθολογίας και παιδιατρικής, που επιθυμούν να εκτελούν ενδοσκοπήσεις του πεπτικού, η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων προτείνει τα ακόλουθα:

- Διετή εκπαίδευση σε αναγνωρισμένο Γαστρεντερολογικό Κέντρο με αρτίως λειτουργούσα και πλήρως εξοπλισμένη Μονάδα Ενδοσκοπήσεων, από αυτά που εκπαιδεύουν και χορηγούν πλήρη ειδικότητα γαστρεντερολογίας.
- Οι επιθυμούντες να εκπαίδευτούν θα προσλαμβάνονται ως υπεράριθμοι με σύμφωνη γνώμη του διευθυντού του τμήματος και της επιστημονικής επιτροπής του Νοσοκομείου.
- Κατά την διετή εκπαίδευση, ο εκπαιδευόμενος ειδικευμένος ιατρός θα υποβάλλεται στην ίδια ποιοτική και ποσοτική εκπαίδευση που υποβάλλονται και οι γαστρεντερολόγοι. Αυτό πρέπει να βεβαιώνεται από πιστοποιητικό που χορηγεί ο υπεύθυνος διευθυντής του τμήματος.

δ) Μετά την ολοκλήρωση της διετούς εκπαίδευσης, οι ασκήθεντες θα δίδουν εξετάσεις σε τριμελή μικτή επιτροπή αποτελουμένη από ένα γαστρεντερολόγο καθηγητή ή αναπληρωτή καθηγητή ή διευθυντή ΕΣΥ, από ένα γαστρεντερολόγο ενδοσκόπο και ένα μη γαστρεντερολόγο ενδοσκόπο.

3. Για τους μη Γαστρεντερολόγους που ήδη κάνουν ενδοσκοπήσεις χωρίς να έχουν υποβληθεί σε εξετάσεις για τη χορήγηση της ανάλογης άδειας, η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων φρονεί ότι και

αυτοί θα πρέπει να υποβάλλουν όλα τα πιστοποιητικά εκπαίδευσής τους ή επάρκειάς τους, στην αρμόδια μικτή τριμελή επιτροπή και εκείνη θα αποφασίζει εάν θα πρέπει να υποβληθούν ή όχι σε εξετάσεις για τη χορήγηση του αναγκαίου πιστοποιητικού.

4. Για τους εκπαιδευόμενους στην αλλοδαπή θα πρέπει να ισχύουν τα ίδια κριτήρια, δηλαδή ο χρόνος εκπαίδευσης θα πρέπει να είναι διετής, ο ελάχιστος αριθμός ενδοσκοπήσεων (διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων) ο ίδιος με τους ειδικευόμενους στη χώρα μας και η επιτροπή εξετάσεων η ίδια. Τα προσκομιζόμενα πιστοποιητικά θα πρέπει να προσυπογράφονται και από τον υπεύθυνο της ενδοσκοπικής μονάδας.

5. Οι ενδοσκοπικές πράξεις είναι δυνατόν να εκτελούνται και εκτός Νοσοκομείων, σύμφωνα και με τη διεθνή πρακτική, υπό την προϋπόθεση της άρτιας υλικοτεχνικής υποδομής του ενδοσκοπικού εργαστηρίου, ώστε να είναι δυνατή η επιτυχής αντιμετώπιση οποιουδήποτε συμβάματος.

6. Όσον αφορά στο ήδη υπάρχον πρόβλημα, στα διάφορα Νοσοκομεία που δεν διαθέτουν γαστρεντερολογικά τμήματα και υπάρχουν ενδοσκοπικές μονάδες που λειτουργούν με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, προτείνεται:

Οι ειδικευμένοι ιατροί που εκτελούν ενδοσκοπήσεις θα πρέπει να πληρούν τα ως άνω κριτήρια. Στην περίπτωση που ενδεχομένως στο εκάστοτε Νοσοκομείο δημιουργηθεί γαστρεντερολογικό τμήμα, θα πρέπει να υπάρχει ενιαία ενδοσκοπική μονάδα υπό την διεύθυνση γαστρεντερολόγου, οι δε ιατροί ενδοσκόποι των άλλων ειδικοτήτων, αφού πληρούν τις ως άνω προϋποθέσεις, οφείλουν να συνεργάζονται αρμονικά σε αυτό.



Δεύτερη Πρόταση Γνωστικό Αντικείμενο της Ειδικότητας της Γαστρεντερολογίας

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ Περιγραφή περιεχομένου εκπαίδευσης

Στο τέλος της εκπαίδευσης στη Γαστρεντερολογία, ο ειδικευμένος ιατρός πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες ώστε να είναι σε θέση να διαγνωσκει τα συνήθη αλλά και τα σπανιότερα νοσήματα του πεπτικού σωλήνα και των προσαρτημάτων του και να αντιμετωπίζει τόσον τα καθημερινά και χρόνια όσον και τα επείγοντα περιστατικά.

Η διάγνωση και η θεραπεία πρέπει να βασίζεται σε ικανότητες και δεξιότητες του ειδικευμένου ιατρού που θα έχει αποκτήσει στη διάρκεια της εκπαίδευσής του. Περιλαμβάνει:

1. Λήψη πλήρους ιστορικού με κατευθύνομενο ερωτηματολόγιο.
2. Πλήρη αντικειμενική εξέταση με ιδιαίτερη έμφαση στην ανάδειξη παθοιλογικών ευρημάτων εκ του πεπτικού συστήματος.
3. Επιλογή των ελάχιστων και αναγκαίων παρακλινικών εξετάσεων και ενδοσκοπικών πράξεων που αναμένεται να βοηθήσουν στην τεκμηρίωση της διάγνωσης, την παρακολούθηση και τη θεραπεία του ασθενούς.
4. Επάρκεια και δεξιότητα στην εκτέλεση ενδοσκοπικών και μη γαστρεντερολογικών πράξεων, διαγνωστικών και θεραπευτικών, τακτικών και επειγουσών, του πεπτικού συστήματος.
5. Επάρκεια και δεξιότητα στην εκτέλεση διακοιλιακών υπερηχογραφημάτων του πεπτικού σωλήνα και των προσαρτημάτων του.
6. Κατανόηση των χρησιμοποιούμενων απεικονιστικών και παρακλι-

νικών μεθόδων διερεύνησης, παρακολούθησης και αντιμετώπισης των ασθενών.

7. Αυτάρκεια στη θεραπευτική αντιμετώπιση των νοσημάτων του πεπτικού συστήματος και στις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες επεμβατικές ενδοσκοπικές πράξεις.
Πιο συγκεκριμένα, η εκπαίδευση διακρίνεται σε:
 1. Α. Βασική θεωρητική εκπαίδευση
 2. Β. Κλινική θεωρητική εκπαίδευση
 3. Γ. Πρακτική εκπαίδευση

Η διάγνωση και η θεραπεία πρέπει να βασίζεται σε ικανότητες και δεξιότητες του ειδικευμένου ιατρού που θα έχει αποκτήσει στη διάρκεια της εκπαίδευσής του

A. Βασική θεωρητική εκπαίδευση:

Έχει ως στόχο την απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων για την κατανόηση της παθογένειας των γαστρεντερολογικών νοσημάτων και των θεωρητικών αρχών, στις οποίες βασίζεται η αντιμετώπισή τους. Περιλαμβάνει:

1. Ανατομία, φυσιολογία και παθήσεις του οισοφάγου.
2. Ανατομία, φυσιολογία και παθήσεις του στομάχου.
3. Ανατομία, φυσιολογία και παθήσεις του λεπτού εντέρου.
4. Ανατομία, φυσιολογία και παθήσεις του παχέος εντέρου.

5. Ανατομία, φυσιολογία και παθήσεις του ήπατος.

6. Ανατομία, φυσιολογία και παθήσεις των χοληφόρων.

7. Ανατομία, φυσιολογία και παθήσεις του παγκρέατος.

8. Συστηματικά νοσήματα και πεπτικό σύστημα (AIDS, αυτοάνοσα νοσήματα κ.λπ.).

9. Αιμορραγία πεπτικού.

10. Ισοζύγιο ύδατος και ηλεκτρολυτών, οξειδιαστική ισορροπία.

11. Βασικές αρχές καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

12. Βασικές αρχές διατροφολογίας και μεταβολισμού θρεπτικών ουσιών. Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση στην παχυσαρκία και υποθρεψία, εντερική και παρεντερική σίτιση (μέθιοδοι, διαλύματα, επιπλοκές).

13. Βασικές αρχές ασηψίας, αντισηψίας, απολύμανσης και αποστείρωσης.

14. Τεχνικές, ενδείξεις, αντενδείξεις και επιπλοκές ενδοσκοπήσεων (διαγνωστικών και θεραπευτικών) του πεπτικού συστήματος.

15. Καταστολή και αναλγησία κατά τη διάρκεια των ενδοσκοπήσεων. Πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών.

16. Ενδοσκοπική διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση χειρουργικών επεμβάσεων του πεπτικού συστήματος και των επιπλοκών τους.

17. Αρχές μανομετρίας πεπτικού σωλήνα και προσαρτημάτων του. Αρχές πεχαμετρίας.

18. Βασικές αρχές απεικονιστικών μεθόδων ελέγχου του πεπτικού σωλήνα και των προσαρτημάτων του.



19. Ογκολογία του πεπτικού συστήματος.
20. Βασικές αρχές χημειοπροφύλαξης, ανοσοθεραπείας, χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας, ιστοσυμβατότητας και μεταμοσχεύσεων.
21. Αρχές παθολογοανατομικής και κυτταρολογίας του πεπτικού συστήματος (εφαρμοσμένη παθολογοανατομική και κυτταρολογία στη γαστρεντερολογία).
22. Η Γαστρεντερολογία στην εγκυμοσύνη.
23. Η Γαστρεντερολογία στη γηριατρική.
24. Η Γαστρεντερολογία στην παιδιατρική.
25. Η Ψυχιατρική στη Γαστρεντερολογία (βασικές αρχές ψυχιατρικής προσέγγισης, διαγνωστική, θεραπευτική και υποστηρικτική αντιμετώπιση των γαστρεντερολογικών νοσημάτων).
26. Ηθική και δεοντολογία στη Γαστρεντερολογία.

B. Κλινική θεωρητική εκπαίδευση:

Έχει ως στόχο την εμβάθυνση σε θέματα διαγνωστικής και θεραπευτικής των διαφόρων νοσημάτων του πεπτικού συστήματος και γίνεται, ως επί το πλείστον, με ανάλυση συγκεκριμένων περιπτώσεων. Περιλαμβάνει:

1. Διδακτικές επισκέψεις, στις οποίες συζητούνται διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα συγκεκριμένων περιπτώσεων.
2. Παρουσίαση περιπτώσεων που έχουν κλινικό εκπαιδευτικό ενδιαφέρον.
3. Ομιλίες κλινικού περιεχομένου.
4. Διδακτικές συναντήσεις με άλλες ειδικότητες συναφείς με τη γαστρεντερολογία.
5. Βιβλιογραφική ενημέρωση.

6. Ενδονοσοκομειακά και διανοσοκομειακά μετεκπαιδευτικά μαθήματα κλινικού ενδιαφέροντος.

Γ. Πρακτική εκπαίδευση:

Αποτελεί το σπουδαιότερο μέρος της ειδίκευσης στη γαστρεντερολογία και κατ' αυτήν ο ειδικευόμενος αποκτά γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες από την άσκηση:

1. Στην παρακολούθηση αρρώστων του τμήματος, τους οποίους αναλαμβάνει από την εισαγωγή τους μέχρι τη χορήγηση εξιτηρίου.

Η εκπαίδευση διακρίνεται σε:

1. A. Βασική θεωρητική εκπαίδευση
2. B. Κλινική θεωρητική εκπαίδευση
3. Γ. Πρακτική εκπαίδευση

Η εκπαίδευση διαρκεί 6 χρόνια, τα οποία κατανέμονται ως εξής:
Α' Περίοδος: 24 μήνες Εσωτερική Παθολογία.
Β' Περίοδος: 48 μήνες Γαστρεντερολογία.

2. Στην παρακολούθηση αρρώστων στα εξωτερικά ιατρεία του τμήματος (συμπεριλαμβανομένων και των ειδικών ιατρείων που τυχόν θα έχει το τμήμα).
3. Στην ενεργό συμμετοχή του στις εφημερίες του τμήματος και στην αντιμετώπιση επειγόντων γαστρεντερολογικών περιστατικών του νοσοκομείου.
4. Στην εκτέλεση βασικών μη ενδοσκοπικών γαστρεντερολογικών πράξεων όπως τοποθέτησης ρινογαστρικών καθετήρων, πλύσεων

στομάχου, παρακεντήσεων κοιλίας, δοκιμασιών αναπνοής, μετρήσεων χρόνου διάβασης του γαστρεντεροκού σωλήνα και βιοψιών ήπατος.

5. Στην εκτέλεση βασικών ενδοσκοπικών πράξεων, διαγνωστικών και θεραπευτικών, τακτικών και επειγουσών, όπως γαστροσκοπήσεων, κολοσκοπήσεων, τεχνικών ενδοσκοπικής πολυπεκτομής, αιμοστατικών τεχνικών σε αιμορραγίες του πεπτικού σωλήνα μη κιρσικής και κιρσικής αιτιολογίας, ενδοσκοπικής αφαίρεσης ξένων σωμάτων, διαγνωστικών ορθοπρωκτοσκοπήσεων. Για να θεωρούνται επαρκώς εκπαιδευμένοι κατά τη διάρκεια της διετούς εκπαίδευσής τους στις ενδοσκοπήσεις, οι ειδικευόμενοι στη γαστρεντερολογία θα πρέπει αποδεδειγμένα να έχουν κάνει τουλάχιστον 300 γαστροσκοπήσεις, 30 σκληροθεραπείες/απολινώσεις κιρσών και λοιπές αιμοστατικές τεχνικές του ανωτέρου πεπτικού, 100 ολικές κολοσκοπήσεις, 50 πολυπεκτομές και αιμοστατικές παρεμβάσεις του κατωτέρου πεπτικού και 100 ορθοπρωκτοσκοπήσεις.

6. Στην εκτέλεση διακοιλιακών υπερηχογραφημάτων των οργάνων του πεπτικού σωλήνα και των προσαρτημάτων του.
7. Στην εκτέλεση προαιρετικών ενδοσκοπικών πράξεων, διαγνωστικών και θεραπευτικών, τακτικών και επειγουσών, του πεπτικού σωλήνα και των προσαρτημάτων του, όπως εντεροσκοπήσεων, ενδοσκοπικής υπερηχοτομογραφίας και θεραπευτικών τεχνικών διαυτής, ενδοσκοπικής παλίνδρομης χολαγγειοπαγκρεατογραφίας, διαστολών, τοποθετήσεων ενδοπρόθεσεων, ενδοσκοπικών στομιών (γαστροστομίες, νηστιδοστομίες), θεραπευτικών τεχνικών με θερμικές μεθόδους (argon plasma,



διαθερμοπηξία, laser), βλεννογόνεκτομών, εισαγωγής και αφαίρεσης ενδογαστρικού μπαλονιού, ενδοσκοπικής κάψουλας, τεχνικών χρωμοενδοσκοπησης, ενδοσκοπικής κυτταρολογίας, ενδοσκοπικής αντιμετώπισης γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, θεραπευτικών ορθοπρωκτοσκοπήσεων. Οι γαστρεντερολόγοι οι οποίοι επιθυμούν να εξειδικευθούν στα παραπάνω αντικείμενα, πρέπει αποδεδειγμένα να έχουν κάνει τουλάχιστον 100 πρά-

ξεις τεχνικών θεραπευτικής ενδοσκόπησης με θερμικές μεθόδους, 50 ενδοσκοπήσεις με κάψουλα και εντεροσκοπήσεις, 150 διαγνωστικές και θεραπευτικές παλίνδρομες χολαγγειοπαγκρεατογραφίες, 150 ενδοσκοπικά υπερηχογραφήματα και 80 πράξεις επεμβατικής πρωτολογίας.

8. Στην εκτέλεση προαιρετικών μη ενδοσκοπικών γαστρεντερολογικών πράξεων όπως μανομετρίας, πεχαμετρίας, διασφαγιτιδικής βι-

οφίας ήπατος, μέτρησης πίεσης ενσφήνωσης πυλαίας, ενδοκιρουκής μανομετρίας, βιοψίας παγκρέατος, λήψης βιοψίας νήστιδας με κάψουλα από του στόματος, θεραπειών βιοανάδρασης.

Η εκπαίδευση διαρκεί **6 χρόνια**, τα οποία κατανέμονται ως εξής:

Α' Περίοδος: **24 μήνες Εσωτερική Παθολογία.**

Β' Περίοδος: **48 μήνες Γαστρεντερολογία.**

Τρίτη Πρόταση Τιμόλογηση Ψηφιακών Βίντεοενδοσκοπήσεων

Η γαστροσκόπηση και η κολοσκόπηση αποτελούν τις εξετάσεις εκλογής του πεπτικού συστήματος. Οι εξετάσεις αυτές εκτελούνται αρχικά με τα εύκαμπτα ινοενδοσκόπια. Τα τελευταία χρόνια τα αρχέγονα αυτά ινοπτικά ενδοσκόπια αντικαθίστανται με νέα **συστήματα ψηφιακής βίντεοενδοσκόπησης** που περιλαμβάνουν ψηφιακά ενδοσκόπια υψηλής ανάλυσης, βιντεοεπεξεργαστή, πηγή φωτισμού και οθόνες υψηλής ευκρίνειας. Οι ψηφιακές αυτές βιντεοενδοσκοπήσεις συνοδεύονται από σύστημα φωτογραφικής καταγραφής, ειδικό εκτυπωτή φωτογραφών +/- καταγραφή βίντεο σε DVD. Επίσης πρόγραμμα καταγραφής των εκθέσεων

των ενδοσκοπήσεων σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και εκτύπωσής τους. Οι σύγχρονες αυτές ενδοσκοπήσεις συνοδεύονται από ενδοφλέβια χορήγηση κατασταλτικών και αναλγητικών φαρμάκων, καθώς και των αντιδότων τους, αναλώσιμα με μεγάλο κόστος, ενώ κατά τη διάρκεια της καταστολής ο ασθενής παρακολουθείται με σφυγμικό οξύμετρο, ειδική δηλαδή συσκευή που μετρά τις σφύξεις και τον κορεσμό οξυγόνου. Η αποστείρωση, τέλος, των ενδοσκοπίων γίνεται πλέον με αυτόματα πλυντήρια υψηλού κόστους αγοράς και αναλωσίμων, αποδεδειγμένης όμως ασφάλειας.

Το κόστος των ψηφιακών βιντεοενδοσκοπήσεων είναι πολλαπλάσιο των

παλαιών ινοοπτικών ενδοσκοπήσεων, αλλά είναι πλέον εξετάσεις πιο ανώδυνες, πιο ασφαλείς και με καλύτερη διαγνωστική ακρίβεια. Η ανάγκη τεκμηρίωσης της διάγνωσης, τόσο απαραίτητη στις μέρες μας για λόγους νομικούς, έχει καταστήσει απαραίτητη την προμήθειά τους από κάθε ενδοσκοπικό εργαστήριο.

Παρακαλούμε για τις ενέργειές σας ώστε να διαμορφωθούν οι τιμές για τις νέες αυτές εξετάσεις:

**Ψηφιακή βίντεογαστροσκόπηση
180 ευρώ**

**Ψηφιακή βίντεοκολοσκόπηση
250 ευρώ ■**

Μικρές Αγγελίες

Πωλείται υπέρηχος TOSHIBA SSA-250A
με ασπρόμαυρο Doppler,
τρικάναλος ηλεκτροκαρδιογράφος DELTA 1 plus
και διαθερμία MARTIN ME 82.

Τηλ. 6972 829 823



Επιστολές



Επιστολές

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ -
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ - ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Καλαμάτα 10/6/2008
Αρ.Πρωτ.: 78

ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ
Κίν.: 6932584200
Τηλ.: 27210-46102, 46190
Φαξ: 27210-33666

ΠΡΟΣ: Επαγγελματική Ένωση
Γαστρεντερολόγων Ελλάδας (ΕΠ.Ε.Γ.Ε.)
Υπόψη: κ. Α. ΝΤΑΪΛΙΑΝΑ

Κατόπιν του με Α.Π.517/29-4-2008 εγγράφου σας και κατόπιν του εγγράφου του κ. Ε. Σκοπετέα, θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για το ενδιαφέρον της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. για το Νοσοκομείο μας.

Παρά την έλλειψη προσωπικού και χάρη στην φιλότιμη υπερπροσπάθεια των εργαζομένων, προσφέρονται αρκετά υψηλού επιπέδου ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Θα θέλαμε να μας προτείνετε ιατρικό προσωπικό για γαστρεντερολογικό τμήμα, που θα επιθυμούσε να απασχοληθεί στο Νοσοκομείο μας και εμείς θα προβούμε άμεσα στις κατάλληλες ενέργειες, για τη στελέχωση του γαστρεντερολογικού μας τμήματος με τουλάχιστον ένα (1) ακόμα ειδικευμένο γαστρεντερολόγο.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ

Αθήνα 24 Ιουλίου 2008

ΑΠ 520

Προς το Διοικητή του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας

Κοιν. κ. Ε. Σκοπετέα

Αγαπητέ κύριε Διοικητά,

Λάβαμε την με ΑΠ 78/10-6-2008 επιστολή σας, κατά την οποία εκφράζετε την πρόθεσή σας να προβείτε στις κατάλληλες ενέργειες για τη στελέχωση του γαστρεντερολογικού τμήματος του νοσοκομείου σας με τουλάχιστον 1 ακόμα ειδίκευμένο γαστρεντερολόγο.

Εφόσον η πρόθεσή σας αυτή αφορά στον διορισμό επικουρικού γαστρεντερολόγου, αρμόδιο είναι το Υπουργείο Υγείας, που δύναται να επιλέξει από τη λίστα των υποψηφίων γαστρεντερολόγων, μετά από εκδήλωση του ενδιαφέροντος από το Νοσοκομείο σας. Η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδος δεν παρεμβαίνει στη διαδικασία αυτή.

Η πάγια όμως θέση της Ένωσής μας είναι η στελέχωση των γαστρεντερολογικών τμημάτων με επιμελητές, που θα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους μακροχρόνια, προς όφελος του Νοσοκομείου σας. Η πρωτοβουλία για τις ενέργειες που αφορούν στην προκήρυξη θέσης επιμελητού γαστρεντερολόγου, είτε προβλέπεται είτε όχι στον οργανισμό του Νοσοκομείου σας, ανήκει στην Διοίκηση του Νοσοκομείου σας.

Με εκτίμηση

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ Η ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Α. ΝΤΑΪΛΙΑΝΑΣ Ν. ΜΠΟΜΠΟΤΣΗ



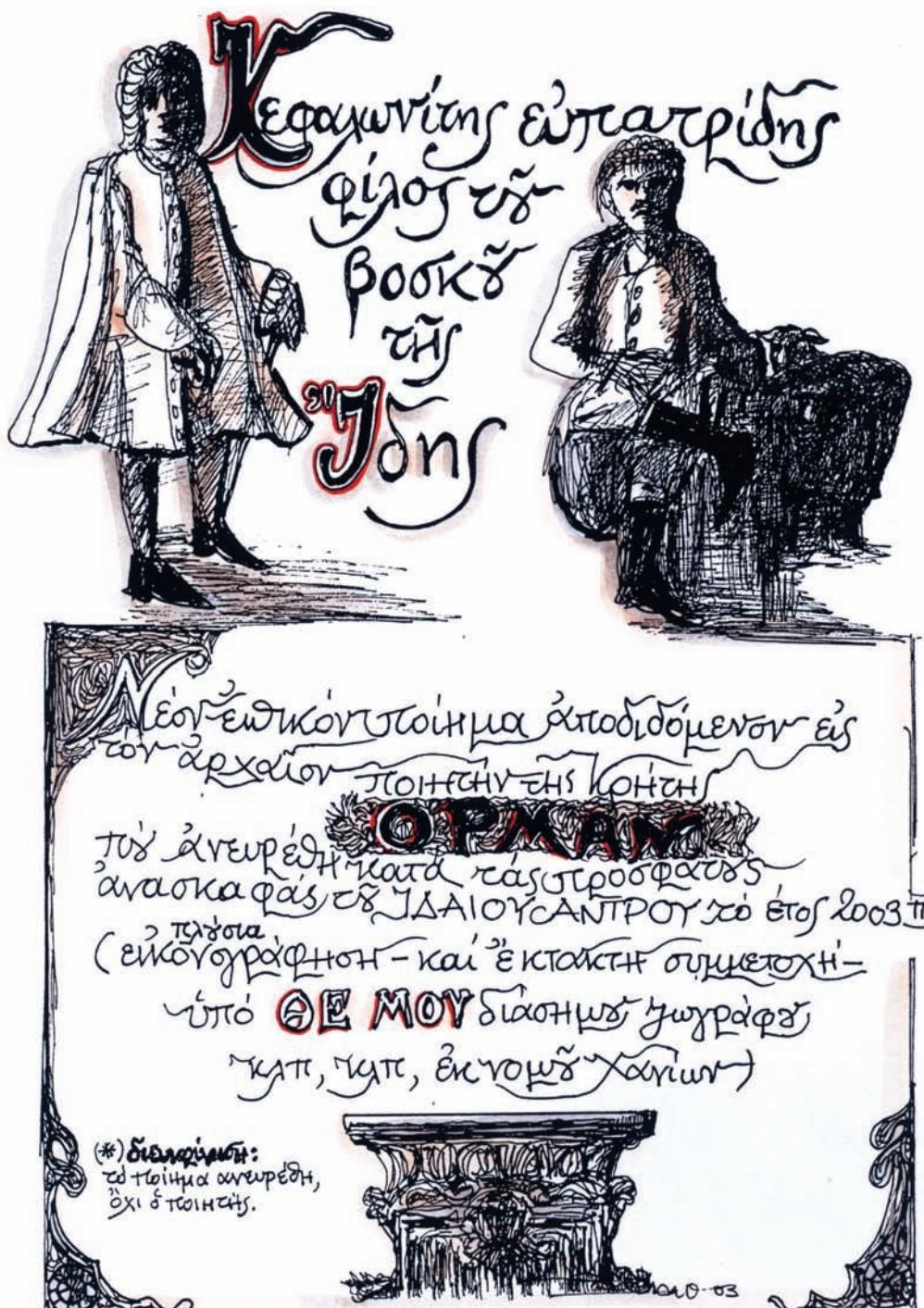
Ελεύθερο

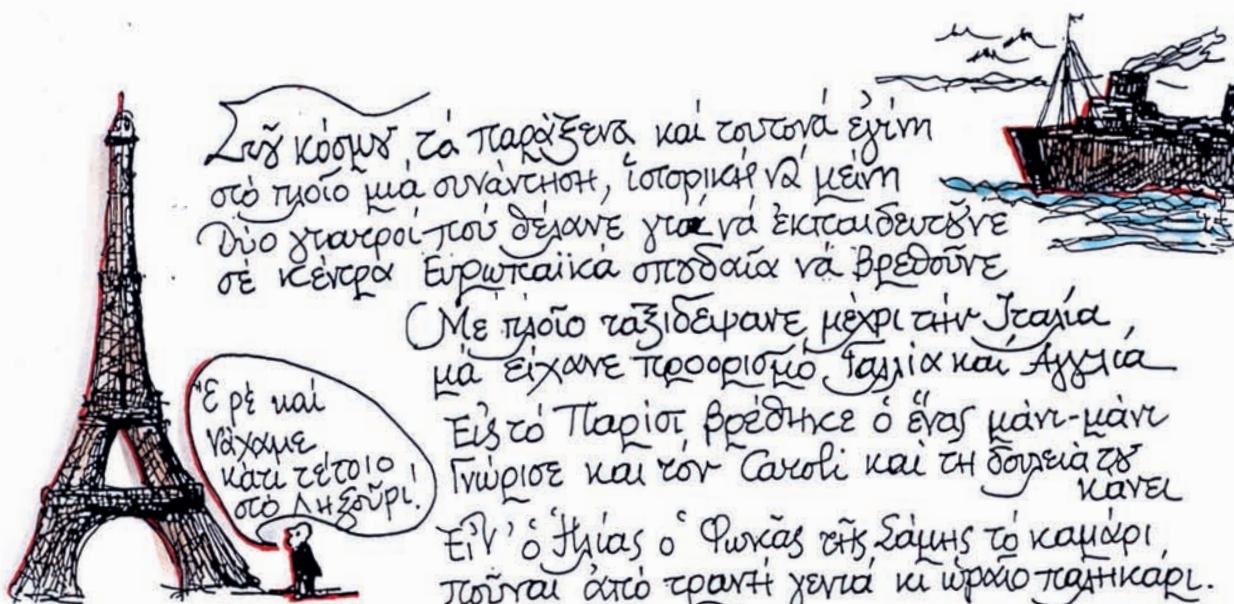
Θέμα



Σ' αυτό το τεύχος δημοσιεύουμε ένα από τα "σαπιρικά ποιήματα" που γράφει εδώ και χρόνια ο Ορέστης Μανούσος (OPMAN) και φιλοτεχνεί ο Θεόδωρος Μουντοκαλάκης (ΘΕΜΟΥ), το οποίο αναφέρεται στη σταθερή φιλική σχέση δύο "αρχαίων" γαστρεντερολόγων, ενός Κεφαλωνίτη και ενός Κρητικού.

Αντώνης Ζερβακάκης





Μαδαίνει την Πατρική, σπονάχει και σπικύτα
κι όχι τον συμπαθητικόν από τη χερσαία την πρώτη
Ο Σαρλί τον "επέφευσε σε πυλώνες πειάτες, travail
Με ζακουνούσσες εσύχναγε και με δροσοκράτες
Όχι τζε τατζαρει καθά στο άκρο Παρίσι
κι μηδέ ή ώρα νικήτης απώλεια να γυρίστη.



Τηρε την ιερή γένεια, μεγάλη επιταχία
τος ουχ Παραστεικόρανε σε κάθε δυσκολία
τυό κοτελείσ συμπιέρωσεν η άκρο φαντασίας
μ' αριθτή περευθηκανε κατά το ειδικό της.

Πατρός μεγαλος έγινε, συνέδριος δραγανωνει
Όχι τον δαμναλογει κινή
Την ζαμπαία στη δραχά,
τον άρρωστο φρούριο
έχει το μετωπο, φρήνα,
κι διο μηδροστά βαδίζει.

"Ερέ και να
τόχαμε σαν
τησεία ΑΡΜΙ
οτ' Αρύγεια!

Ο άγλος, ψώρα, διγατρός της τήγης,
στην Αγγλία
τίναν κι έκεντος τωχερός,
χωρίς αύγερβονια
Βοήκειει αύτος το δασκαλό, εις τον Bougros την τάση
Τιατρού Τανετσούσιο τον το γνωρίζον ονο.



Οι αγάντες και οι φίλοι της Μαΐρης
κάτιας τα καταφέρουν μόνο αυτός το χέρι.



ο δρέσος ο κέρας
και τα πατάκα και τα σπάθια

Σ' είναι αύτό τα συνέδρια των έκανε ο Αθηναίος,
οι δύο γιατροί ένωθηκαν με τα δεσμά φιλίας.

Την ίδια τέχνη χέριαν, τα ίδια έγιαρευγαν
για τις δικράνωτες της κοινᾶς και οι δύο τους έπασευγαν.

Καὶ τα καταφέρουν οἱ φίλοι οἱ μητιστέμενοι
καὶ ἔνα πρωὶ βρεττήκανε σκοτία μαδιασμένοι.

Ἐνα βίβλιο ἔγραψε για τὸς πατέρος Φιλιάδες
πίσταν καὶ πολεμοτές καὶ εἶχαν πολλὰς παράδεις,
στὴν Κρήτη ὅπου τηνήσειν για να τὴν κατοικήσουν
τὰς δώσανε ἔνα φέρδο να τὸς εὐχαριστήσῃ.



τὸ τὸν Φιλιάδην
φέρδον
ἐν μητισάμενοι

Ήταν το μητισταριό, το χαλκόστο τοπάκι
πούχε διπτέμα και γάτες, μεχάδι τεφαρίκι.

Είχε και μια περιοχή στὸν Ψηφορεῖτη πέρα
καὶ βράχους, δάμνους καὶ δυτιαδίες τούχε καὶ άρεσ.

Έκει οι νεοταροί οἱ Κρητικοί ἔχιστανε τ' Ανώγεια
τούναι περιφέρων χωρίς και θέμει λίγα γάρια.

Μόλις, τὸ διάβασε ὁ γιατρός πουνταν Φιλιάδων γένω
ποὺν ἐνδικειστήκε και αρταζε μια πένα,
κατέβασε μια γυραφία παυτή και τηνήμενη
ποὺ σὲ φριάρι μωτικό στὸν είχε γυρασμένη.

Ήταν τὸ στήμα τῆς Φιλής, ο δρέσος ὁ μέγας
τούχε σπαδία, πλάχε ποντία και
σοβλατε μὲ σέβας.

Ἐις τὸς Φιλιάδες πάντοτε
δ' αντίκρυς τ' Ανώγεια!





οαν κονοράς αριμαχτήκε,
ο Κοντός



Και με μηδὲν κόκκινο γράψει μυστρές χρώματα
ζ' Αναγνωρίσεις η αντικαρέ την ποτε σεις φυλάκες.

Τόκαδε ο Αναγνωρίσ γιατρός και σφύδρως έπικράδητη
γιατί δεν επεριμένε ποτέ τις τέτοια πάθητη

Τις είναι ή φωνή μας; Τις είναι ή αντρεία μας;
γιατί ζει χαρδιά δεκάχιοντες έμεις απόντα χθωπά μας;

Το αίμα της ανεβάθμικε από την σού κεφάλη
χωπύσαν τά μηλιγγιά της, εγρήγορτη γέλητη.

Τον άδερφό πρέπει να βρεις και να τον ωσβεδιάσω
γιατί δεν είναι τον θηριός κακόι να τον τινάω.

Εστήνε και τον ρυπήσε, μα τώς και δεν τον βλέπει
ή δικρίβητη φωνή των γαγκρεμοτεΐ δεν πρέπει

Αυτά τις γράφουν τα χαρδιά σου, σα περαφονά
ομής εσύ τα πιοτεμένα και ζεχασες φύεται

Άκοσος ζέδω βοσκούσα
επήρες πιστί δέρρος
Εσύ και ή φωνή σου
κούχετε γινεται βάρος.

Άγεων ο Αναγνωρίσ
σκηνή τον κοιτάζει
και δινάτα και σχημά
άρχιεινα φυγήσει

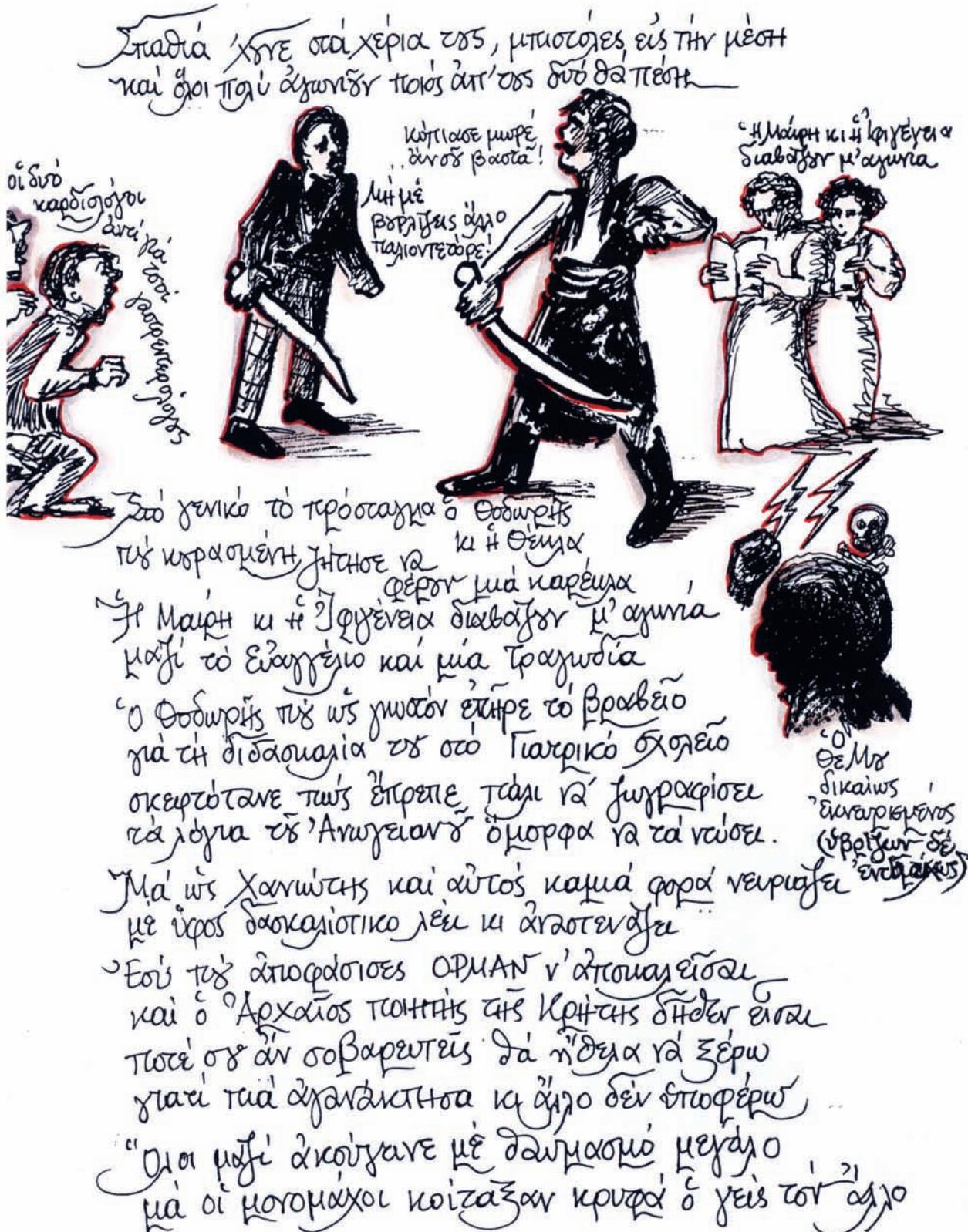


Βρεί ζιπαριένε, κοντάχε,
πλανούχε φαλούτη
ζεύς δεν είσαι θυατίας, να
γροναδείς την κρητα
Δύτικα δεν είναι σοβαρός, από
τα λένε ψεύτες
και στοι ερευνώνται οι Αναγνωρίσ,
βοοκοί και γωνιγέφτες,

Φέρε δείχανταρίγωνε, μα λέμε δεν φοβήσουμε
και για το ζεκαδάρισμα αν δες μονομάχηκε!

Για μαρτυρες έπιπρονε δύο καρδιάστρος,
άν κι ότι περιμένεινε τσοί γαστρεντεροστρός,
Μα δεν αντανακι σιχροι γιαντέ τεάδει τι καρδιάς
Δώδε την τηρήτη συγκίνησην κι από τη γεραδιά της!

Έτσι τα ζητακώματα, με διαρροή και μάτιο
απέραντη σταθικανε με στόμα χωρίς σόλιο





Και ζωγρικά χειτάρε, κι οί δύο τας σα γέμια
πέρα πετάζουν για στάδια, χορεύγουν σαν κοπέλαια
κι οι δύο μαζί σκεφθήκανε και μηδαμήσεις να ταιριάζουν
όλοι να καταλήφθουν κι οιολ θύμος να γρέζουν
τως ή φιλία ή γερή δεν τρέπει να φοβάται
και τα καρδιά και τα κακά να μήν τα συγγράται.
Τιανδ οι φίλοι οι μητρικοί τάντα μπορούν να βρέψειν
ένα χειροποίητο μητρικό μεσ στής καρδιές, να μυσθείνε.
Κεφαλαίες - Κρητικοί συντροφικά βαδίζουν
και σήσ τα έμποδια μαζί παραμερίζουν
Δεν απιτρεύουν στο καλό να μήτι μάκμεσά τας
και τίποτε δεν πριορεῖ να βλέψει
τη φιλία τας.





“Θα τους πάω στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο”

γράφει ένας φίλος-συνεργάτης από την Εσπερία

Πόσες φορές την ακούμε την απειλή αυτή. Από καυγάδες γειτονιάς και χαμένες δίκες μέχρι στις πολιτικές και συνδικαλιστικές αντιπαραθέσεις.

Αναρωτιέμαι αν οι “απειλούντες” γνωρίζουν την έννοια και το περιεχόμενο της απειλής τους και πολύ αμφιβάλλω αν είναι έτσι.

Και πρώτα απ'όλα για ποιο “Ευρωπαϊκό Δικαστήριο” πρόκειται; Διότι δεν υπάρχει μόνο ένα, αλλά περισσότερα. Και πάντως δύο βασικά. Το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο Λουξεμβούργο και το Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων στο Στρασβούργο.

Η εντύπωσή μου είναι ότι με την προ-αναφερθείσα απειλή υπονοείται συνήθως το Δικαστήριο του Λουξεμβούργου. Διότι περισσότερο είναι οι δικές του αποφάσεις που αποκτούν δημοσιότητα και επηρεάζουν την κοινωνική και πολιτική μας ζωή, λ.χ. η απόφαση Μπόσμαν που όλοι οι φίλαθλοι γνωρίζουν, οι αποφάσεις για την υψηλή φορολογία στα αυτοκίνητα, οι πρόσφατες για την πολύταθη Ολυμπιακή και βέβαια (απόφαση που δεν πρέπει να παραλείψω αφού γράφω σε ιατρικό περιοδικό...) για την υποχρέωση αμοιβής των ειδικευόμενων γιατρών.

Σ'αυτό όμως το Δικαστήριο δεν μπορεί να “πάει” κανείς ούτε τον ιδιώτη αντίδικο ούτε το “άδικο” κράτος. Κι αυτό είναι κάτι για το οποίο υπάρχει μεγάλη άγνοια στους μη νομικούς (καμιά φορά και στους ίδιους τους νομικούς!) και καλό είναι να διευκρινισθεί. Για κάθε διαφορά, είτε ιδιωτικού χαρακτήρα είτε με το κράτος,

αρμόδια είναι τα εθνικά, ελληνικά, δικαστήρια. Σ'αυτά και μόνο σ'αυτά μπορεί να προσφύγει ο ενδιαφερόμενος, ακόμη κι αν επικαλείται το δίκαιο της ΕΕ. Ακόμη δηλαδή - για να χρησιμοποιήσουμε ένα παράδειγμα - αν θέλουμε να αμφισβητήσουμε μια φορολογική επιβάρυνση κατά την εισαγωγή προϊόντος ως αντίθετη με τους κανόνες της ενιαίας αγοράς, αρμόδια είναι τα εθνικά δικαστήρια. Απλώς

κ.λπ., κατόπιν δε η απόφασή του είναι δεσμευτική για το εθνικό δικαστήριο. Συνεπώς δεν είναι ο ενδιαφερόμενος, αλλά ο εθνικός δικαστής, που εισάγει (“παραπέμπει” κατά τον τεχνικό όρο) την υπόθεση στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο. Και μάλιστα ο εθνικός δικαστής δεν έχει καταρχήν υποχρέωση, αλλά απλώς δυνατότητα παραπομπής. Υποχρέωση έχουν μόνο τα ανώτατα δικαστήρια και αυτή όμως η “υποχρέωση” σχετική είναι διότι υφίσταται, ως υποχρέωση, μόνο εάν το δικαστήριο, λ.χ. ο Άρειος Πάγος ή το Συμβούλιο της Επικρατείας, κρίνει ότι υπάρχει ερμηνευτική δυσκολία που δικαιολογεί την παραπομπή. Συνεπώς το “θα τους πάω στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο” σημαίνει απλώς “θα τους πάω στο αρμόδιο ελληνικό δικαστήριο και θα του ζητήσω να παραπέμψει την υπόθεση στο Λουξεμβούργο”.

Ένα άλλο πράγμα που μπορεί να υπονοείται με την “απειλή” του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου (αν και, στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων, αμφιβάλλω αν οι απειλούντες πράγματι το υπονοούν), είναι ότι η υποτιθέμενη παράβαση του δικαίου της ΕΕ θα τεθεί υπόψη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, στις Βρυξέλλες, η οποία, με απειλή (εδώ χωρίς εισαγωγικά) κυρώσεων, θα υποχρεώσει το κράτος να συμμορφωθεί. Έτσι έγινε λ.χ. με τη γνωστή υπόθεση του “βασικού μετόχου”. Αν το κράτος δεν συμμορφωθεί αυτοβούλως, τότε η Επιτροπή (η Επιτροπή όμως και όχι οι διάφοροι φωνασκούντες) μπορεί να το παραπέμψει στο Δικαστήριο του

Για κάθε διαφορά, είτε ιδιωτικού χαρακτήρα είτε με το κράτος, αρμόδια είναι τα εθνικά, ελληνικά, δικαστήρια. Σ'αυτά και μόνο σ'αυτά μπορεί να προσφύγει ο ενδιαφερόμενος, ακόμη κι αν επικαλείται το δίκαιο της ΕΕ

(και εδώ υπάρχει ο σύνδεσμος με το Δικαστήριο του Λουξεμβούργου) εάν το εθνικό δικαστήριο δεν είναι βέβαιο για την ερμηνεία που θα πρέπει να δώσει στους κανόνες του δικαίου της ΕΕ, μπορεί, αντί να εκδικάσει κατ'ευθείαν την υπόθεση, να ζητήσει από το Δικαστήριο του Λουξεμβούργου την αυθεντική ερμηνεία των κανόνων αυτών. Το Δικαστήριο του Λουξεμβούργου αποφαίνεται για την ερμηνεία αυτή ύστερα από κανονική δίκη, δηλ. με δικόγραφα, αγορεύσεις

* Τα πλήρη στοιχεία του “φίλου-συνεργάτη από την Εσπερία” έχουν δοθεί στην Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού.



Λουξεμβούργου, οπότε τα πράγματα μπορεί να γίνουν χειρότερα, με καταδικαστική δηλ. απόφαση και – ενδεχομένως – ημερήσιο πρόστιμο μέχρι την άρση της παραβίασης, όπως δηλ. έπαθε η χώρα μας εξαιτίας της χωματερής του Κουροπητού στην Κρήτη. Επαναλαμβάνω όμως, ότι εδώ η πρωτοβουλία ανήκει στην Επιτροπή, η οποία έχει δικαιώμα να κινήσει ή να μη κινήσει τις σχετικές διαδικασίες, και όχι στους ιδιώτες.

Και κλείνω με λίγα λόγια για το άλλο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, που εδρεύει στο Στρασβούργο. Εκεί, πράγματι, ο θιγόμενος έχει άμεση πρόσβαση,

μόνο όμως εναντίον του κράτους και όχι εναντίον ιδιωτών. Και πάλι όμως, για να προσφύγει στο Στρασβούργο, δεν θα πρέπει απλώς να έχει φέρει πρώτα τη διαφορά του στο αρμόδιο εθνικό δικαστήριο, θα πρέπει επίσης να έχει εξαντλήσει και τα εσωτερικά ένδικα μέσα, να έχει δηλ. φθάσει και μέχρι τον Άρειο Πάγο ή το Συμβούλιο της Επικρατείας (για να αναφερθώ στις συνηθέστερες περιπτώσεις). Μόνο αφού χάσει και εκεί μπορεί να προσφύγει, σε αποκλειστική πάντως προθεσμία 6 (έξι) μηνών, στο Στρασβούργο. Στην πράξη, η προσφυγή στο Στρασβούργο αποδείχθηκε ιδιαίτερα χρήσιμη σε υποθέσεις δικαιωμάτων ακίνητης περιουσίας, απαλλο-

τριώσεων κ.λπ., αν και το Δικαστήριο του Στρασβούργου έγινε ευρύτερα γνωστό από περισσότερο “πολιτικές” αποφάσεις που έχει εκδώσει, λ.χ. στην υπόθεση της λεγόμενης “βασιλικής” περιουσίας του τέως.

Αν μετά από τα παραπάνω θεωρείτε ότι εξακολουθείτε να έχετε λόγο και δικαίωμα να “πάτε” κάποιον στο “Ευρωπαϊκό Δικαστήριο”, προσδιορίστε ποιο, οπλισθείτε με υπομονή (διότι οι διαδικασίες αργούν, κυρίως στο Στρασβούργο), βάλτε ένα μικρό κεφάλαιο στην άκρη (για τις δικηγορικές αμοιβές, αν και σε κάποιες περιπτώσεις μπορείτε να ενεργήσετε κατευθείαν) και καλή επιτυχία! ■

**HANDS-ON ERCP
FELLOWS' WORKSHOP**
in conjunction with
**Boston International Live
Endoscopy Course**

Saturday, September 27, 2008

The Westin Boston Waterfront - Boston, Massachusetts

Το σεμινάριο ζωντανής επεμβατικής ενδοσκόπησης της Βοστώνης (Boston International Live Endoscopy Course), που έλαβε χώρα στις 25 & 26 Σεπτεμβρίου 2008, θα διατίθεται στο Internet στην ιστοσελίδα www.bilec.com για χρονικό διάστημα τριών μηνών. Απαιτείται εγγραφή κόστους 85 ευρώ περίπου. Εξήντα (60) περιστατικά από πέντε νοσοκομεία της Μασσαχουσέτης καθώς και από μεγάλο ενδοσκοπικό κέντρο της Μαλαισίας, παρουσιάζονται και σχολιάζονται.

Στην ιστοσελίδα του Σεμιναρίου Ζωντανής Ενδοσκόπησης στο Πεπτικό των Ενόπλων Δυνάμεων www.alec.gr μπορείτε

να ενημερωθείτε σχετικά, καθώς και για τα φροντιστήρια πρακτικής εφαρμογής τεχνικών επεμβατικής ενδοσκόπησης που πλαισίωσαν το Σεμινάριο.

Επίσης κατά την εγγραφή των συνέδρων στο 28^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών στις 13-17 Νοεμβρίου, θα διανεμηθεί δωρεάν το DVD με τα περιστατικά του 2^{ου} Σεμιναρίου Ζωντανής Ενδοσκόπησης του Πεπτικού των Ενόπλων Δυνάμεων που έλαβε χώρα στις 25 & 26 Ιανουαρίου στο Πολεμικό Μουσείο.



Κλινικό Θέμα

HPV Λοίμωξη και Πρωτός

γράφει ο Χρήστος Δημόπουλος

Τι είναι ο HPV;

Ο ιός των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV, Human Papilloma Virus) αναφέρεται σε ομάδα DNA-ιών με περισσότερους από 100 τύπους, που προσβάλλουν μονάχα τον άνθρωπο, μεταδίδονται με σωματική επαφή, δεν αναπτύσσονται *in vitro* και κάθε ένας από αυτούς προσβάλλει συγκεκριμένη περιοχή του σώματος. Περισσότεροι από 30 τύποι μπορεί να προσβάλλουν τη γεννητική περιοχή.

Τι είναι η γεννητική περιοχή;

Η γεννητική περιοχή περιλαμβάνει τα έξω γεννητικά όργανα (πέος, όσχεο, αιδοίο), τα έσω γεννητικά όργανα (κόλπος, τράχηλος μήτρας), τον πρωτό, το περίνεο και την περιπρωκτική περιοχή.

Ποιες άλλες περιοχές μπορεί να προσβληθούν από τον HPV;

Το δέρμα, η στοματική και η ρινική κοιλότητα, ο λάρυγγας και οι επιπεφυκότες είναι άλλες περιοχές που συχνά προσβάλλονται.

Σε ποια άτομα είναι συχνότερη η λοίμωξη;

Οι γυναίκες, τα άτομα με σεξουαλικά

μεταδιδόμενα νοσήματα, τα άτομα με πολλούς ερωτικούς συντρόφους, τα άτομα με ανοσοανεπάρκεια (HIV-θετικά άτομα, μεταμοσχευμένοι) αποτελούν τις ομάδες με το μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης HPV-λοίμωξης.

Γιατί είναι σημαντική η HPV-λοίμωξη της γεννητικής περιοχής;

Εκτός από τη σημαντική νοσηρότητα που προκαλούν τα κονδυλώματα (HPV 6, 11) διάφοροι άλλοι τύποι HPV (16, 18, 31, 33, 35) έχουν συσχετισθεί με την ανάπτυξη τόσο ενδοεπιθηλιακής δυσπλασίας, όσο και καρκίνου των γεννητικών οργάνων (τραχήλου της μήτρας, αιδοίου), του πρωτού, και της περιπρωκτικής περιοχής. Ο HPV 16 ενοχοποιείται για το 50% των νεοπλασιών, και διαφορετικές ποικιλίες (variants) των τύπων έχουν διαφορετικό δυναμικό καρκινογένεσης.

Ποια είναι η φυσική πορεία μιας HPV λοίμωξης;

Η HPV-λοίμωξη είναι συχνή (θεωρείται το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα) και συνήθως αυτοπεριορίζεται-αυτοϊάται. Η πορεία της μπορεί

να περάσει από διάφορα στάδια:

- α) Μόλυνση-επώαση
- β) Ασυμπτωματικό-λανθάνον
- γ) Υποκλινικό, που για την ανακάλυψή του απαιτείται κολποσκόπηση και μεγεθυντική πρωκτοσκόπηση
- δ) Κλινικό (κονδυλώματα, v.Bowen, γιγαντιαία κονδυλώματα-Buschke-Löwenstein, ενδοεπιθηλιακή δυσπλασία, καρκίνος από πλακώδη κύτταρα).

Τα κονδυλώματα μπορεί να υποστρέψουν μόνα τους (20-30% σε 3 μήνες), να παραμείνουν αμετάβλητα σε μέγεθος ή να αυξηθούν σε αριθμό και σε μέγεθος. Εκτιμάται ότι το 1% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού εμφανίζει κονδυλώματα. Η πηγή μετάδοσης είναι συνήθως ασυμπτωματική.

Πώς εμφανίζονται κλινικά τα κονδυλώματα;

Εμφανίζονται σαν επίπεδες ή εξωφυτικές βλάβες στο χρώμα του δέρματος ή σε απαλό ροζ χρώμα, με χαρακτηριστική ανθοκραμβοειδή μορφή.

Πού εμφανίζονται;

Σε ολόκληρη τη γεννητική περιοχή αλλά συνηθέστερα στο αιδοίο, στα

* Ο κος Χρήστος Δημόπουλος είναι ελευθεροεπαγγελματίας Χειρουργός στο Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ



μικρά ή μεγάλα χείλη, στην είσοδο του κόλπου, στη βάλανο του πέους, στο περίνεο γύρω ή μέσα στον πρωκτό (μέχρι την οδοντωτή γραμμή, εκτός από τους ανοσοκατασταλμένους που μπορεί να επεκταθούν και κεντρικότερα).

Ποιος είναι ο σκοπός της θεραπείας;

Η αφαίρεση-καταστροφή των κλινικών βλαβών. Η θεραπεία φαίνεται ότι ελαττώνει αλλά δεν εξαφανίζει την HPV-λοίμωξη και δε μηδενίζει τη μεταδοτικότητα.

Πώς μεταδίδεται ο ιός;

Με άμεση στενή σωματική επαφή. Δεν μεταδίδεται αγγίζοντας αντικείμενα (π.χ. από την τουαλέτα).

Ποια είναι τα συμπτώματα;

Συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα. Αυτά εξαρτώνται από τη θέση, τον αριθμό και το μέγεθος των κονδυλωμάτων. Μπορεί να υπάρχει ευαισθησία, κνησμός, καύσος, πόνος, αίμα ή ακόμα και αποφρακτικά φαινόμενα επί λίαν ευμεγέθων βλαβών.

Από ποιον κολλάει κάποιος;

Συνήθως δεν είναι δυνατός ο εντοπισμός της συγκεκριμένης πηγής μόλυνσης. Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 3 εβδομάδες έως 8 μήνες, αλλά κονδυλώματα μπορεί να εμφανισθούν και χρόνια μετά από τη μόλυνση. Αναφέρεται ποσοστό μετάδοσης έως και 25% μετά από μια σεξουαλική επαφή ενώ το ψυχολογικό stress παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των κονδυλωμάτων.

Πώς γίνεται η διάγνωση και τι περιλαμβάνει ο έλεγχος;

Η διάγνωση γίνεται επισκοπικά. Γυναικολογικός και ανδρολογικός-ουρολογικός έλεγχος είναι απαραίτητος να γίνεται με υποχρεωτική την εξέταση του περινέου και την πρωκτοσκόπηση (που πρέπει να είναι μεγεθυντική

σε άτομα υψηλού κινδύνου). Η χρήση διαλύματος οξικού οξέος 3 ή 5% συμπληρώνει την εξέταση.

Είναι απαραίτητη η βιοψία και η ταυτοποίηση του τύπου του ιού;

Αν και η βιοψία συστήνεται όταν τα κονδυλώματα δεν υποχωρούν με τη θεραπεία, είναι πολλά και μεγάλα ή υπάρχει ανοσοανεπάρκεια, η τάση είναι να γίνεται ρουτίνα σε όλους για τον έλεγχο ύπαρξης δυσπλασίας.

Οι γυναίκες, τα άτομα με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τα άτομα με πολλούς ερωτικούς συντρόφους, τα άτομα με ανοσοανεπάρκεια αποτελούν τις ομάδες με τον μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης HPV-λοίμωξης

HPV-λοίμωξης δεν σημαίνει ότι έχει εξαλειφθεί και ο ιός. Έτσι υποτροπή μπορεί να υπάρξει και όπως αναφέρθηκε και νέα μόλυνση. Μετά από επιτυχή θεραπεία τα κονδυλώματα υποτροπιάζουν συνήθως το πρώτο τρίμηνο με εξάμηνο. Αν δεν υπάρξει υποτροπή μετά από ένα έτος ελεύθερο νόσου, τότε μειώνονται σημαντικά οι πιθανότητες υποτροπής. Στα πλαίσια της παρακολούθησης το τελευταίο χρονικό διάστημα έχει προταθεί και έχει γίνει αποδεκτή η κυτταρολογική εξέταση (Παπ-τεστ) του πρωκτού για την πρόληψη της ενδοεπιθλιακής νεοπλασίας, ίδιως σε άτομα υψηλού κινδύνου (όπως HIV-θετικά άτομα, ομοφυλόφιλοι κ.λπ.).

Τι είναι η Ενδοεπιθλιακή Νεοπλασία του Πρωκτού (Anal Intraepithelial Neoplasia-AIN);

Λόγω κοινών και ιστολογικών χαρακτηριστικών κατ' αντιστοιχία με την Ενδοεπιθλιακή Νεοπλασία του Τραχήλου της Μήτρας υπάρχει και η Ενδοεπιθλιακή Νεοπλασία του Πρωκτού με τις ίδιες διαβαθμίσεις σε χαμηλή, μέση και υψηλόβαθμη. Θεωρείται προκαρκινωματώδης κατάσταση. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη AIN είναι η HPV-λοίμωξη με τα στελέχη υψηλού κινδύνου, η ομοφυλοφιλία, η ανοσοανεπάρκεια (μεταμόσχευση, HIV- θετικά άτομα). Ενδοεπιθλιακή νεοπλασία μπορεί να εμφανισθεί και στο περίνεο με ή χωρίς HPV-λοίμωξη (νόσος Bowen). Η χαμηλόβαθμη AIN μπορεί να υποστρέψει ή να εξελιχθεί σε υψηλόβαθμη AIN ενώ η υψηλόβαθμη AIN σπάνια υποστρέφει. Γίνεται αποδεκτό ότι screening με Παπ-τεστ από τον πρωκτό και μεγεθυντική πρωκτοσκόπηση πρέπει να γίνεται στις εξής ομάδες υψηλού κινδύνου: α) ομοφυλόφιλοι άνδρες, β) HIV – θετικά άτομα, γ) μεταμόσχευμένα άτομα, δ) γυναίκες με HPV-λοίμωξη και καρκίνο τραχήλου της μήτρας, αιδοίου, ή υψηλόβαθμη ενδοεπιθλιακή νεοπλασία τραχήλου μήτρας. Η θεραπεία της κυττα-

ρολογικά διαγνωσμένης AIN είναι η αφαίρεση-καταστροφή των βλαβών, που εντοπίζονται με τη μεγεθυντική πρωκτοσκόπηση.

Υπάρχει πρόληψη;

Ναι με εμβολιασμό με πολυδύναμο εμβόλιο. Υπάρχουν δύο εμβόλια, ένα τετραπλό (τύποι 6,11,16,18) και ένα διπλό (τύποι 31,45). Και για τα δύο εμβόλια ισχύει, ότι ο εμβολιασμός πρέπει να γίνεται σε άτομα προτού αρχίσουν τη σεξουαλική τους ζωή και συνεπώς προτού έλθουν σε επαφή με τον ίο. Κατά πόσον ο εμβολιασμός των αρρένων ατόμων συντελεί στη μείωση των νεοπλασιών του τραχήλου της μήτρας είναι προς το παρόν άγνωστο. Δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με το ποιες ομάδες ατόμων πρέπει να εμβολιασθούν. Συστήνεται όπως αυτή περιλαμβάνει θήλεα άτομα 9-26 ετών.

Υπάρχει προφύλαξη από την HPV-λοίμωξη;

Η HPV-λοίμωξη είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα και συχνή στα σεξουαλικά ενεργά άτομα. Η πλειονότητα αυτών των ατόμων θα αποκτήσουν σε κάποιο στάδιο της ζωής τους HPV-λοίμωξη, όμως τα περισσότερα από αυτά δεν θα το μάθουν ποτέ, γιατί δεν θα παρουσιάσουν κλινικές εκδηλώσεις και η λοίμωξη θα αυτοϊαθεί. Στα ζευγάρια τη στιγμή της διάγνωσης η λοίμωξη συνήθως αφορά και τα δύο άτομα, αν και μπορεί να μην έχουν και τα δύο κάποια εκδήλωση. Η περίοδος μεταδοτικότητας μετά από θεραπεία των κονδυλωμάτων είναι άγνωστη, όπως άγνωστο είναι επίσης και το κατά πόσον η μείωση του φορτίου HPV-DNA του ιού με τη θεραπεία μειώνει τη μεταδοτικότητα. Η αποφυγή της σεξουαλικής επαφής είναι ένας τρόπος αποτροπής της μόλυνσης, πρακτικά όμως αυτό δεν είναι εφικτό και για τον επιπρόσθετο λόγο ότι συνήθως υπάρχει λοίμωξη χωρίς συμπτώματα ή ορατές κλινικές εκδηλώσεις. Τα προφυλακτικά δεν προσφέρουν πλήρη κάλυψη, γιατί

η μετάδοση μπορεί να γίνει με στενή σωματική επαφή περιοχών, που δεν καλύπτονται από το προφυλακτικό. Τα σπερματοκόνδυλα δεν ενισχύουν την αποτελεσματικότητα της προφύλαξης. Παρ' όλα αυτά η χρήση των προφυλακτικών μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης των σχετιζόμενων με HPV νοσημάτων.

Συνήθως δεν είναι δυνατός ο εντοπισμός της συγκεκριμένης πηγής μόλυνσης. Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 3 εβδομάδες έως 8 μήνες, αλλά κονδυλώματα μπορεί να εμφανισθούν και χρόνια μετά από τη μόλυνση. Αναφέρεται ποσοστό μετάδοσης έως και 25% μετά από μια σεξουαλική επαφή, ενώ το ψυχολογικό stress παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των κονδυλωμάτων

Είναι απαραίτητη η εξέταση των σεξουαλικών συντρόφων;

Τόσο η επαναμόλυνση, που δεν παίζει ρόλο στην εμφάνιση υποτροπών, όσο και η θεραπεία, που είναι άγνωστο κατά πόσο μειώνει τη μεταδοτικότητα, δεν μειώνουν την αξία της εξέτασης των σεξουαλικών συντρόφων, γιατί αυτή παίζει σημαντικό ρόλο στην ανακάλυψη κλινικών βλαβών ή και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Ποια είναι η θεραπεία των κονδυλωμάτων;

Η ανακάλυψη HPV-λοίμωξης δεν σημαίνει, ότι απαιτείται και κάποιου είδους θεραπεία. Η θεραπεία μειώνει

αλλά δεν εξαλείφει την HPV-λοίμωξη. Ειδικό αντικό φάρμακο για τον HPV δεν υπάρχει. Η θεραπεία στρέφεται εναντίον των κλινικών βλαβών (οι οποίες όπως αναφέρθηκε μπορεί να υποστρέψουν μόνες τους), έτσι ώστε να επιτευχθούν μεγάλα χρονικά διαστήματα ελεύθερα νόσου. Η θεραπεία δεν είναι μία, ούτε γίνεται εφ' απαξ. Απαιτείται σειρά θεραπειών και στενή παρακολούθηση κυρίως το πρώτο τρίμηνο με εξάμηνο, όπου είναι και περισσότερο συχνές οι υποτροπές. Η συμμόρφωση και η συμμετοχή του ασθενή παίζει το σημαντικότερο ρόλο στην επιτυχή έκβαση. Καμιά θεραπεία δεν είναι ανώτερη από κάποια άλλη και κάθε θεραπεία μπορεί να συνδυασθεί με κάποια άλλη ή να επαναληφθεί. Ο αριθμός, η έκταση και το μέγεθος των κονδυλωμάτων καθορίζουν ουσιαστικά και το είδος της θεραπευτικής αγωγής. Οι θεραπευτικές μέθοδοι μπορεί να είντε φαρμακευτικές, είτε επεμβατικές-χειρουργικές.

A) Φαρμακευτικές μέθοδοι

Μπορεί να εφαρμοστούν είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από το γιατρό. Χωρίζονται σε: α) εκείνες που επιδρούν άμεσα και καταστρέφουν τις βλάβες και β) εκείνες που αυξάνουν τοπικά την ανοσολογική απάντηση του ασθενή.

a) Θεραπείες που επιδρούν άμεσα και καταστρέφουν τις βλάβες

1) Ποδοφυλλίνη. Εφαρμόζεται σαν διάλυμα 25% μία φορά την εβδομάδα για 4-6 εβδομάδες. Η χρήση της είναι αποκλειστικά εξωτερική, εφαρμόζεται από γιατρό, μπορεί να προκαλέσει έγκαυμα και δεν συστίνεται η χρήση της στην εγκυμοσύνη.

2) Ποδοφυλλοτοξίνη. Μπορεί να τοποθετηθεί από τον ίδιο τον ασθενή δύο φορές την ημέρα για 3 ημέρες και, μετά από παύση 4 ημερών, να επανατοποθετηθεί με το ίδιο σχήμα μέχρι 4 κύκλους,



Δεν συστήνεται η χρήση της στην εγκυμοσύνη. Χρησιμοποιείται μόνο εξωτερικά.

3) 5-φθοριοουρακίλη. Συστήνεται η τοπική χρήση σε gel ή έγχυση της σε διάλυμα με αδρεναλίνη στη βάση της βλάβης. Δεν χορηγείται στην εγκυμοσύνη.

4) Διχλωρο- και τριχλωροξεικό οξύ. Χρησιμοποιούνται από γιατρό 1 φορά την εβδομάδα για 4-6 εβδομάδες. Μπορεί να προκαλέσουν πόνο ή έγκαυμα αλλά χορηγούνται τόσο στην εγκυμοσύνη όσο και σε εσωτερικές βλάβες.

β) Θεραπείες που αυξάνουν τοπικά την ανοσολογική απάντηση

Δεν χορηγούνται στην εγκυμοσύνη.

1) Ιμικιμόδη. Εφαρμόζεται και από τον ίδιο τον ασθενή στην περιοχή των βλαβών συνήθως το βράδυ και μετά από παραμονή 10 ωρών ξεπλένεται. Εφαρμόζεται 3 φορές την εβδομάδα και μέχρι 16 εβδομάδες. Δεν συστήνεται εσωτερική χρήση και μπορεί να προκληθεί τοπικός ερεθισμός.

2) Ιντερφερόνη. Καλλίτερη δράση αναφέρεται σε υποδόρια έγχυση στη βάση των βλαβών (2-3 φορές την εβδομάδα μέχρι 9 εβδομάδες).

3) Σιμετιδίνη. Σε μεγάλες δόσεις και για 3 μήνες.

β) Χειρουργικές μέθοδοι

Μπορεί να εφαρμοσθούν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι θεραπείες εκτομής-αφαίρεσης ή καταστροφής ή και συνδυασμοί των δύο. Κύριες ενδείξεις εφαρμογής τους είναι η αποτυχία της φαρμακευτικής αγωγής, η υποψία προκαρκινωματώδων βλαβών (AIN), η ύπαρξη πολλών ή βλαβών μεγαλύτερων του 1 τετρ. εκ. Οι χειρουργικές θεραπείες περιλαμβάνουν:

- 1) Κρυοπηξία με οξείδιο του αζώτου
- 2) Χειρουργική αφαίρεση
- 3) Καταστροφή με Laser, Argon Plasma Coagulation, ηλεκτροκαυ-

τηρίαση, υπέρυθρη φωτοπηξία, (infrared coagulation) ή υπερήχους (CUSA system). Τα Laser προκαλούν πόνο και ουλές και έχει βρεθεί ότι μπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης βλαβών στο προσωπικό του χειρουργείου γιατί ο ίδιος μπορεί να επιζήσει στα σωματίδια εξάχνωσης του Laser.

Τόσο η επαναμόλυνση, που δεν παίζει ρόλο στην εμφάνιση υποτροπών, όσο και η θεραπεία, που είναι άγνωστο κατά πόσο μειώνει τη μεταδοτικότητα, δεν μειώνουν την αξία της εξέτασης των σεξουαλικών συντρόφων, γιατί αυτή παίζει σημαντικό ρόλο στην ανακάλυψη κλινικών βλαβών ή και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

ση σε μοριακό επίπεδο. Η συχνότητα AIN σε HIV-θετικά άτομα αυξάνεται όσο αυξάνονται τα επίπεδα HIV-RNA στο αίμα, όσο μειώνονται τα επίπεδα CD4 κυττάρων, όταν συνυπάρχει ομοφυλοφιλία και όταν ανιχνεύεται λοίμωξη με περισσότερους τύπους HPV. Τα αντιτροποικά φάρμακα και σήματα (HAART) δεν φαίνεται να έχουν μειώσει τη συχνότητα AIN, πιθανόν λόγω παράτασης της επιβίωσης των HIV-θετικών ατόμων.

β) Εγκυμοσύνη

Συστήνεται η θεραπεία των κονδυλωμάτων διότι μπορεί να αυξηθούν σε μέγεθος και ορισμένοι τύποι (HPV 6 και 11) μπορεί να προκαλέσουν την αναπνευστική θηλωμάτωση των νεογνών (respiratory papillomatosis). Η καισαρική τομή δεν μειώνει αποδεδειγμένα αυτόν τον κίνδυνο, ενδεικνυται όμως όταν είναι πολλά, προκαλούν προβλήματα απόφραξης ή αιμορραγίας.

Προτάσεις για επιπλέον μελέτη

- 1) Workowski KA, Berman SM. HPV infection and genital warts. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. Morb Mortal Wkly Rep 2006 Aug 4;55(RR011):62-67.
- 2) Mathews C. Perspective: Screening for anal dysplasia associated with human papillomavirus. (Presentation at the Nov 2002 International AIDS Society-USA course in San Diego) Top iiiV Med2003;11(2):45-49.
- 3) Ferenczy A, Coutlee F, Franco E, Hankins C. Human papillomavirus and HIV coinfection and the risk of neoplasias of the lower genital tract: a review of recent developments. Can Med Ass J 2003;169:431-434.
- 4) Breen E, Bleday R. Condylomata acuminata (anogenital warts). UpToDate 2007 Version 15.3. ■

Υπό έρευνα βρίσκονται η τοπική χρήση αντιμικροβιακών (cidofovir), ο βάκιλος Calmette-Guérin και το αυτόλογο εμβόλιο.

Όλες οι θεραπείες έχουν ευρέα ποσοστά επιτυχίας (από 30-40% έως 80-90%) και ποσοστά υποτροπής 30-50% σε 6 μήνες με 1 χρόνο.

Ειδικές ομάδες με HPV- λοίμωξη

Α) HIV – θετικά άτομα

Στα άτομα αυτά υπάρχει αυξημένη συχνότητα AIN. Ο ίδιος HIV εκτός από την ανοσοανεπάρκεια, φαίνεται ότι έχει και άμεση καρκινογενετική δρά-



Ενδοσκοπικό



Θέμα

Εφαρμογές της Ενδοσκοπικής Υπερηχοτομογραφίας σε Παθήσεις του Πεπτικού Συστήματος

γράφει ο Τάσος Κονγιονμπέζιαν

Η Ενδοσκοπική Υπερηχοτομογραφία (EUS) ήρθε να προσθέσει ακόμη ένα όπλο στη θεραπευτική φαρέτρα της διαγνωστικής και ιδιαίτερα της επεμβατικής γαστρεντερολογίας και να δώσει λύσεις σε διάφορες παθήσεις του πεπτικού συστήματος.

Πρόκειται στην ουσία για ενδοσκόπιο με προσαρμοσμένη κεφαλή υπερήχου στην άκρη του, το οποίο με την κατάλληλη συχνότητα μπορεί να μας δώσει εικόνες και ταυτόχρονα πληροφορίες για υποεπιθηλιακές μάζες, τη μορφολογία του παγκρέατος, τον οισοφαγικό και γαστρικό καρκίνο και την περιοχή του ορθού.

Τα ηχοενδοσκόπια διακρίνονται σε 2 κατηγορίες: Τα **radial** και τα **linear** που διαθέτουν τόσο μηχανικά όσο και ηλεκτρονικά λειτουργικά συστήματα. Τα radial ενδοσκόπια παρέχουν κυκλοτερείς (circumferential) εικόνες παρόμοιες με αυτές της αξονικής τομογραφίας, ενώ τα linear παρέχουν κυρίως γραμμικές εικόνες ανάλογες με αυτών της κοιλιακής υπερηχοτομογραφίας. Το μεγάλο πλεονέκτημα του EUS το οποίο παρέχεται με το Linear ηχοενδοσκόπιο είναι η δυνατό-

τητα λήψης κυτταρολογικού υλικού (Fine Needle Aspiration) και βιοψιών δια λεπτής βελόνης μέσω του ενδοσκοπίου από βλάβες που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

να τεθεί η σωστή διάγνωση, να γίνει σταδιοποίηση ενός όγκου που μεταβάλλει τις περαιτέρω θεραπευτικές κινήσεις ή να χρησιμοποιηθεί ως επεμβατικό θεραπευτικό μέσο.

Έτσι το EUS χρησιμοποιείται για τη διάγνωση οισοφαγικού, γαστρικού, παγκρεατικού και καρκίνου του ορθού, διερεύνηση υποβλεννογονίων μαζών ή αλλοιώσεων, διερεύνηση χοληδόχου κύστης και χοληδόχου πόρου (για χολόλιθους ή λάσπη) και παγκρεατικού παρεγχύματος για χρόνια παγκρεατίτιδα ή κυστικών νεοπλασμάτων. Ως θεραπευτικό μέσο χρησιμοποιείται για την παροχέτευση ψευδοκύστεων του παγκρέατος μετά από επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας, ενώ με τη νευρόλυση του κοιλιακού πλέγματος μπορεί να συμβάλει, σε μεγάλο βαθμό, στην ανακούφιση από τον πόνο της χρόνιας παγκρεατίτιδας.

Η αρχική εκτίμηση των ασθενών με καρκίνο του πεπτικού συστήματος περιλαμβάνει εκτίμηση του κινδύνου μιας επέμβασης και καθορισμό του σταδίου της βλάβης. Ακριβής σταδιοποίηση είναι απαραίτητη για τον

**Η Ενδοσκοπική
Υπερηχοτομογραφία
(EUS) ήρθε να
προσθέσει ακόμη ένα
όπλο στην θεραπευτική
φαρέτρα της
διαγνωστικής και
ιδιαίτερα της
επεμβατικής
γαστρεντερολογίας
και να δώσει λύσεις
σε διάφορες
παθήσεις του πεπτικού
συστήματος**

Η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία θα πρέπει να εκτελείται μόνο όταν πρόκειται να έχει επίδραση στην εξέλιξη της πορείας του ασθενούς με το



καθορισμό της πρόγνωσης, τη χορήγηση χημειοθεραπευτικής αγωγής και την πιθανότητα της εξαίρεσης η μη της βλάβης. Η σταδιοποίηση αρχικά ξεκινά με τις μη επεμβατικές μεθόδους, όπως η αξονική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία ή και σε κάποιες περιπτώσεις με PET- SCAN εξετάσεις, που γενικά είναι ανώτερες του EUS για τον αποκλεισμό περιφερικών μεταστάσεων. Επί απουσίας μεταστάσεων ακολούθως διενεργείται EUS για T stage και N stage (σταδιοποίηση όγκου και ύπαρξης περιοχικών λεμφαδένων) γιατί παρέχει ακρίβεια που φτάνει το 85% περίπου για τους ενδοαυλικούς όγκους του πεπτικού συστήματος. Η προηγηθείσα εφαρμογή ακτινοθεραπείας σε όγκο μειώνει τη διαγνωστική ακρίβεια του EUS. Μολονότι σε σύγκριση με τις μη επεμβατικές μεθόδους το EUS υπερέχει στην περιοχική σταδιοποίηση των ενδοαυλικών όγκων (οισοφάγου-στομάχου), δεν φαίνεται να ισχύει και το ίδιο για την περιοχή του παγκρέατος όσον αφορά την αγγειακή διήθηση για την οποία η ακρίβεια από μελέτες κυμαίνεται από 40-100%. Η ειδικότητα και η ευαισθησία του EUS για κακοήθη αγγειακή διήθηση κυμαίνεται από 42-91% και 89-100% αντίστοιχα. Το ενδοσκοπικό υπερηχοτομογράφημα είναι όμως σαφώς ανώτερο της αξονικής τομογραφίας και του κοιλιακού υπερηχοτομογραφήματος για τη διάγνωση του παγκρεατικού καρκίνου, διότι εκτός από το ότι έχει το πλεονέκτημα της απευθείας όρασης της βλάβης, έχει και τη δυνατότητα επιβεβαίωσης ή αποκλεισμού της διάγνωσης με τη λήψη (real-time) βιοψιών. Είναι επίσης πολύ χρήσιμο στην αναγνώριση όγκων <30 mm. Στην περίπτωση λοιπόν του παγκρεατικού καρκίνου, όπως φαίνεται, η μια εξέταση συμπληρώνει και χρειάζεται την άλλη, τόσο για την επιβεβαίωση της διάγνωσης (EUS με FNA) όσο και για το αν ο όγκος είναι εξαιρέσιμος ή όχι (CT-MRI για ύπαρξη μεταστάσεων ή αγγειακής διήθησης).

Οι υποβλεννογόνιες βλάβες αποτελούν συχνό πρόβλημα των ενδο-

σκόπων καθώς μπορεί να είναι είτε ενδοτοιχωματικές υποβλεννογόνιες αλλοιώσεις, ή να πρόκειται για πίεση που προκαλείται από εξωτοιχωματικές δομές (ήπαρ, σπλήνας). Το EUS θεωρείται αυτή τη στιγμή η καλύτερη διαγνωστική εξέταση για τη διευκρίνιση της φύσης αυτών των βλαβών διότι έχει την ικανότητα της ευκρινούς απεικόνισης όλων των στρωμάτων (5 τον αριθμό) του τοιχώματος του αυλού. Επίσης δίνει τη δυνατότητα στον ενδοσκόπο να γνωρίζει εάν μια τέτοια βλάβη εξαιρείται ενδοσκοπικά (περιορίζεται στο βλεννογόνο ή στον υποβλεννογόνιο χιτώνα) ή θα πρέπει

φόρου δέντρου και την περιοχή του παγκρέατος χωρίς τον περιορισμό της εικόνας από την πιθανή ύπαρξη αερίων στον αυλό του εντέρου. Η ακρίβεια του EUS είναι καλύτερη από την αντίστοιχη της ενδοσκοπικής παλίνδρομης χολαγγειοπαγκρεατογραφίας (ERCP) για την ανίχνευση μικρών λίθων στο χοληδόχο πόρο με ειδικότητα που σε πολλές σειρές αγγίζει το 98%. Επίσης, το EUS ανιχνεύει ύπαρξη χολικής λάσπης, όπως επίσης και μικρολιθίαση χοληδόχου κύστεως που συχνά δεν ανευρίσκονται με άλλες απεικονιστικές μεθόδους.

Οι απόλυτες αντενδείξεις για τη διενέργεια του EUS είναι περιορισμένες και αφορούν κυρίως καταστάσεις διαταραχών πήξης όπως INR > 1,5 και απόλυτος αριθμός αιμοπεταλίων < 50.000. Σχετικές αντενδείξεις θεωρούνται οι ήπιες διαταραχές πήξης και γνωστή ή πιθανή ανατομική ανωμαλία που απαγορεύει την πρόσβαση στα σημεία που θέλουμε να ερευνήσουμε.

Οι επιπλοκές της εξέτασης είναι παρόμοιες με των άλλων ενδοσκοπικών πράξεων και περιλαμβάνουν τη διάτρηση, την αιμορραγία, τη λοίμωξη και την παγκρεατίτιδα. Τα ποσοστά επιπλοκών είναι πολύ χαμηλά και από μελέτες κυμαίνονται από 0-0,4% για τη διάτρηση, 0-0,4% για την αιμορραγία, 0,3-9% για τη λοίμωξη, η οποία αναφέρεται κυρίως στην αναρρόφηση κυστικών βλαβών και που ο κίνδυνος εμφάνισής της περιορίζεται με την προληπτική χορήγηση αντιβιοτικών σκευασμάτων, ενώ για την παγκρεατίτιδα το ποσοστό κυμαίνεται από 0,3-0,6%.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι το EUS είναι μια ασφαλής εξέταση η οποία δεν αποτελεί εξέταση ρουτίνας, αλλά, μαζί με τις άλλες απεικονιστικές μεθόδους, συμπληρώνει κατά τον καλύτερο τρόπο τη διαγνωστική προσέγγιση διαφόρων ασθενειών και πολλές φορές μειώνει τον αριθμό των μη απαραίτητων χειρουργικών επεμβάσεων. ■

Το EUS είναι μια ασφαλής εξέταση η οποία δεν αποτελεί εξέταση ρουτίνας, αλλά μαζί με τις άλλες απεικονιστικές μεθόδους, συμπληρώνει κατά τον καλύτερο τρόπο τη διαγνωστική προσέγγιση διαφόρων ασθενειών και πολλές φορές μειώνει τον αριθμό των μη απαραίτητων χειρουργικών επεμβάσεων

να εξαιρεθεί χειρουργικά (διηθεί το μυϊκό χιτώνα). Τέλος, έχει τη δυνατότητα της real time κυτταρολογικής εξέτασης για την τελική διάγνωση.

Σημαντική είναι η προσφορά του EUS σε περιπτώσεις χοληδοχολιθίασης, χολικής λάσπης ή επεισοδίου παγκρεατίτιδας αγνώστου αιτιολογίας. Φαίνεται, επίσης, ότι έχει καλύτερη διαγνωστική ευχέρεια σε σύγκριση με τον κοιλιακό υπέρηχο, διότι η εξέταση πραγματοποιείται από την 2η μοίρα του 12δακτύλου, με εξαιρετική απεικόνιση του εξω-ηπατικού χολη-



Αυτό



το προσέξατε;

Βιβλιογραφική Ενημέρωση

γράφει ο Παντελής Σκλάβος

Η ενδοσκόπηση των παιδιών που παρουσιάζουν συμπτώματα ύστερα από κατάποση καυστικής ουσίας είναι υποχρεωτική

Caustic ingestion in children: is endoscopy always indicated? The results of an Italian multicenter observational study. P. Betalli, D. Falchetti, S. Giuliani et al. *Gastrointest Endosc* 2008;68:434-9

Η κατάποση καυστικών ουσιών από τα παιδιά ενδέχεται να τους προκαλέσει ένα πολύ σοβαρό ιατρικό πρόβλημα. Η ανάγκη διενέργειας ή όχι επείγουσας ενδοσκόπησης εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο συζήτησης. Η διάσταση των απόψεων αφορά κυρίως τους ασυμπτωματικούς ασθενείς, καθώς, όπως έχει διαπιστωθεί, η απουσία στοματο-φαρυγγικών βλαβών ή φαρυγγο-οισοφαγικών συμπτωμάτων δεν μπορεί να αποκλείσει την ύπαρξη βλάβης από τον οισοφάγο ή από το στόμαχο. Από την άλλη πλευρά, η ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού στα παιδιά απαιτεί ιδιαίτερες συνθήκες (νάρκωση, χειρουργική αίθουσα) και ο κίνδυνος επιπλοκών (περίπου 2,3% - συνήθως αναστρέψιμη υποξία

και αιμορραγία) είναι υψηλότερος σε σχέση με τους ενήλικες.

Σκοπός της παραπάνω πολυκεντρικής μελέτης ήταν να διευκρινιστεί η προγνωστική αξία των συμπτωμάτων και κλινικών σημείων στην ανίχνευση σοβαρών βλαβών από το ανώτερο πεπτικό.

Στη διετή διάρκεια της έρευνας, ενδοσκοπήθηκαν και τα 162 παιδιά για τα οποία αναφέρθηκε ιστορικό κατάποσης καυστικής ουσίας. Τα συμπτώματα και τα κλινικά σημεία ταξινομήθηκαν σε ελάσσονα (στοματικές ή στοματο-φαρυγγικές βλάβες και έμετος) και μείζονα (δύσπνοια, δυστραγία, σιελόρροια και αιματέμεση). Ο πόνος δεν εκτιμήθηκε, καθώς πολλά παιδιά δεν ήταν σε θέση να δώσουν μια αντικειμενική περιγραφή αυτού του συμπτώματος.

Όπως διαπιστώθηκε ο κίνδυνος σοβαρής βλάβης από τον οισοφάγο αυξάνεται ανάλογα με τον αριθμό των συμπτωμάτων και σημείων των

ασθενών. Αν και η παρουσία μόνο ελασσόνων συμπτωμάτων δεν μπορεί να αποκλείσει την ύπαρξη σοβαρών βλαβών από το ανώτερο πεπτικό, η παρουσία μειζόνων συμπτωμάτων (αιματέμεση, δύσπνοια, κριγμός) αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την ύπαρξη σοβαρής βλάβης στο ανώτερο πεπτικό.

Παρόλα αυτά, δύο από τα 19 παιδιά με σοβαρές οισοφαγικές βλάβες (κυκλοτερείς ψευδομεμβράνες ή εξελκώσεις) παρέμεναν ασυμπτωματικά. Εάν η ενδοσκόπηση είχε αποφευχθεί, όπως συστήνουν οι περισσότερες οδηγίες για τα ασυμπτωματικά παιδιά, οι βλάβες θα είχαν ξεφύγει της προσοχής. Κανένα από τα δύο παιδιά δεν παρουσίασε απώτερες επιπλοκές (στένωση οισοφάγου). Όπως προέκυψε από το ιστορικό, επρόκειτο για σκόπιμη κατάποση ουσίας που λανθασμένα θωράκισε ως αβλαβής και επομένως η ποσότητα που καταναλώθηκε ήταν σημαντική.

Η χορήγηση ουρσοδεσοξυχολικού οξέος ανακουφίζει τους ασθενείς με σύνδρομο μετά χολοκυστεκτομή που οφείλεται σε μικρολιθίαση

Ursodeoxycholic acid and treatment for patients with postcholecystectomy pain and bile microlithiasis. N. Okoro, A. Patel, M. Goldstein, N. Narahari, Q. Cai. *Gastrointest Endosc* 2008; 68:69-74

Ακόμη και μετά την αφαίρεση της χοληδόχου κύστης λόγω χολολιθίασης, αρκετοί ασθενείς (έως και το 30%)

εξακολουθούν να παραπονούνται για συνεχή ή υποτροπιάζοντα επεισόδια πόνου στο ΔΕ υποχόνδριο. Το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό ως «σύνδρομο μετά χολοκυστεκτομή» και η αιτιολογία του παραμένει ασαφής. Παλαιότερες μελέτες ανέδειξαν διάφορους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες όπως: δυσλειτουργία του σφιγκτήρα του Oddi, υπολειμματική λιθίαση του

κυστικού πόρου, διαταραχές κινητικότητας του 12δακτύλου, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, μη ελκωτική δυσπεψία.

Η μελέτη αυτή έχει ως σκοπό να διερευνήσει τον πιθανό ρόλο της μικρολιθίασης των χοληφόρων στην αιτιολογία του παραπάνω συνδρόμου αλλά και τη θεραπευτική επίδραση της χο-



ρήγησης ουρσοδεσοξυχολικού οξέος.

Σε 12 από τους 118 χολοκυστεκτομήθέντες ασθενείς (10%) διαπιστώθηκε η παρουσία κρυστάλλων (> 3 κρύσταλλοι ανά οπτικό πεδίο) στη χολή που αναρροφήθηκε από το 12δάκτυλο.

Η χορήγηση ουρσοδεσοξυχολικού οξέος σε δόση 300 mg δύο φορές την ημέρα για έξι μήνες είχε ως αποτέλε-

σμα την ύφεση του άλγους σε όλους τους ασθενείς ακόμα και μετά από διάρκεια παρακολούθησης 29 μηνών. Στον μοναδικό ασθενή που το άλγος υποτροπίασε μετά από 40 μήνες από τη διακοπή της θεραπείας, νέος κύκλος θμητης αγωγής με το ίδιο φάρμακο οδήγησε σε ύφεση του άλγους. Συνεπώς, σε ασθενείς με σύνδρο-

μο μετά χολοκυστεκτομή, και αφού αποκλειστούν άλλα αίτια (ΣΕΕ, ΓΟΠ, πεπτικό έλκος, υπολειμματική χολολίθιαση), η διαπίστωση μικρολιθίασης της χολής μπορεί να δικαιολογήσει την αιτία του άλγους και οι ασθενείς αυτοί αναμένεται να ωφεληθούν από τη χορήγηση ουρσοδεσοξυχολικού οξέος.

Οι επιπλοκές από τα δόντια και την κροταφογναθική άρθρωση κατά τη διάρκεια γαστροσκόπησης, δεν είναι ούτε σπάνιες ούτε ασήμαντες

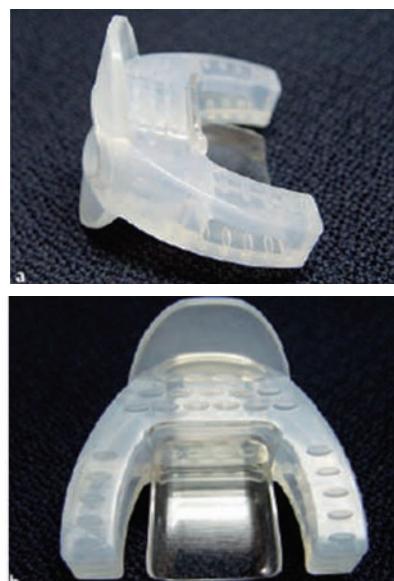
Comparison of a novel teeth-protecting mouthpiece with a traditional device in preventing endoscopy-related complications involving teeth or tempo-mandibular joint: a multicenter randomized trial. B.-H. Min, H. Lee, J.S. Jeong, et al. *Endocopy* 2008;40:472-7

Η τοποθέτηση επιστομίου στον ασθενή που πρόκειται να υποβληθεί σε ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού αποτελεί πάγια πρακτική που σκοπό έχει να προφυλάξει το ενδοσκόπιο από ενδεχόμενη βλάβη εξαιτίας ενός ακούσιου δαγκώματος από τον ασθενή. Επιπλέον, επιτρέπει την ευχερή προώθηση του ενδοσκοπίου αποφεύγοντας το εμπόδιο της γλώσσας.

Υπάρχουν, ωστόσο, επιπλοκές της ενδοσκόπησης που αφορούν είτε τα δόντια είτε την κροταφογναθική άρθρωση και σχετίζονται με την πρακτική αυτή. Η πραγματική συχνότητά τους παραμένει άγνωστη καθώς τέτοιες επιπλοκές σπανίως αξιολογούνται από τους ενδοσκόπους.

Σκοπός της παραπάνω μελέτης ήταν να διευκρινιστεί η συχνότητα αυτών των επιπλοκών και να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα ενός νέου επιστομίου στην πρόληψη των επιπλοκών αυτών, συγκριτικά με το παραδοσιακό επιστόμιο, το οποίο είναι κατασκευασμένο από σκληρό και άκαμπτο πλαστικό (MB-142).

Το νέο επιστόμιο (TPM) αποτελείται από δύο μέρη, το ένα είναι σχεδια-



στα δύο είδη επιστομίων. Εξαιτίας της κατασκευής του πρώτου τμήματος του επιστομίου TPM από μαλακό πλαστικό, το άνοιγμα του στόματος των ασθενών είναι μικρότερο σε σχέση με αυτών στους οποίους χρησιμοποιείται το MB-142.

Πριν την κλινική δομική το νέο επιστόμιο πέρασε επιτυχώς όλες τις τεχνικές δοκιμασίες αντοχής, παραμόρφωσης και βιοασφάλειας. Η συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών από τα δόντια και την άρθρωση ήταν παρόμοιες για τα δύο είδη επιστομίων (TPM: 0,7% vs MB-142: 0,9%) όταν οι ασθενείς δεν υποβλήθηκαν σε καταστολή. Αντιθέτως, σε κατασταλμένους ασθενείς η συχνότητα εμφάνισης τέτοιων επιπλοκών ήταν μεγαλύτερη, κυρίως όμως στην ομάδα των ασθενών που χρησιμοποιήθηκε το παραδοσιακό επιστόμιο (TPM: 1,7% vs MB: 11,6%). Επιπρόσθετα, σοβαρά προβλήματα (σπάσιμο ή απώλεια χαλαρού δοντιού και εξάρθρωση της κάτω γνάθου) παρατηρήθηκαν αποκλειστικά σε ασθενείς υπό καταστολή. Φαίνεται πως με το δάγκωμα, ασκούνται ισχυρές δυνάμεις στα δόντια, εξαιτίας της αρκετά συχνής (έως 30%) παράδοξης αντίδρασης των ασθενών στην καταστολή που εκδηλώνεται με υπερδιέγραση, νευρικότητα ή βιαιότητα. Επιπλέον, η μείωση του μυϊκού τόνου εξαιτίας της καταστολής αλλά και η υπερέκταση της γνάθου ευνοούν τη βλάβη της άρθρωσης. ■



Οι Συνεργάτες μας



μάς Ενημερώνουν

Ενδομητρίωση: Συνάντηση γυναικολόγων-χειρουργών-γαστρεντερολόγων γράφει η Ευαγγελία Μαραγκουδάκη

Δεν είναι λίγες οι φορές που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε άτυπα κοιλιακά άλγη ή εντερορραγία ή χρόνιο άλγος στο στομάχι αλλά και στην ευρύτερη κοιλιακή χώρα σε γυναίκες, χωρίς άλλη τυπική συμπτωματολογία απ' το πεπτικό. Σε αυτές τις περιπτώσεις που γίνεται δύσκολη η διάγνωση, καλόν είναι διαφοροδιαγνωστικά να σκεπτόμαστε την ενδομητρίωση.

Ενδομητρίωση είναι η πάθηση που χαρακτηρίζεται από την παρουσία λειτουργικού ενδομητρικού ιστού (αδένων και στρώματος) σε θέσεις εκτός μήτρας. Η ανάπτυξη ενδομητρίου εντός του μυομητρίου καλείται αδενομύωση ή εσωτερική ενδομητρίωση και αποτελεί ξεχωριστή παθολογική οντότητα με διαφορετική αιτιολογία, παθοφυσιολογία, κλινική πορεία και αντιμετώπιση. Οι δύο αυτές παθολογικές οντότητες είναι δυνατόν να συνυπάρχουν. Η ενδομητρίωση υπολογίζεται ότι αφορά το 7% των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία, ιδιαίτερα μεταξύ των 25-40 ετών, μπορεί όμως να εμφανιστεί και νωρίτερα, ακόμα και πριν από την εμμηναρχή, ενώ σπάνια συμβαίνει μετά την εμμηνόπαυση.

Στο 20-40% των γυναικών με υπογονιμότητα ανευρίσκεται ενδομητρίωση.

Στατιστικές δείχνουν ότι η εγκυμοσύνη μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου. Επιπλέον, γυναίκες που έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού (μητέρα, αδερφές) οι οποίες νοσούν, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης της. Ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με την ενδομητρίωση

είναι το μήκος του κύκλου (γυναίκες με κύκλο μικρότερο από 27 ημέρες και περίοδο που διαρκεί περισσότερο από μια εβδομάδα είναι πιο επιρρεπείς).

Η ενδομητρίωση, κατά κύριο λόγο, είναι πάθηση που εντοπίζεται στην πύελο.

Συνηθέστερες εντοπίσεις είναι οι ωθήκες, το τοιχωματικό περιτόναιο, ο δουγλάσειος, οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι και η οπίσθια επιφάνεια της μήτρας. Λιγότερο συχνά ενδομητριασικές εστίες απαντώνται στην ορογόνο επιφάνεια του ορθοσιγμοειδούς, της ουροδόχου κύστης, του ειλεού, της σκωληκοειδούς απόφυσης και των στρογγύλων συνδέσμων. Σπανίως, εστίες ενδομητριώσης απαντώνται και εξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα, όπως στον υπεζωκότα, στους νεφρούς, στο πάγκρεας, στο δέρμα κ.λπ.

Ο έκτοπος αυτός ενδομητρικός ιστός αντιδρά στις μεταβολές των ορμονών του γεννητικού συστήματος κατά τον ίδιο τρόπο που αντιδρά και το φυσιολογικό ενδομήτριο, αλλά λόγω της έκτοπης θέσης του δεν αποβάλλεται δια του κόλπου αλλά απελευθερώνεται στους γειτονικούς ιστούς δημιουργώντας οιδημα-φλεγμονή και προοδευτικά συμφύσεις και ουλώδη ιστό.

Παθογένεση

Η ενδομητρίωση είναι μια από τις πλέον αινιγματικές και μυστηριώδεις γυναικολογικές παθήσεις. Από το 1860 που ο von Rokitansky έκανε την πρώτη λεπτομερή περιγραφή της νόσου, πολλές θεωρίες σχετικά με την

παθογένεσή της έχουν προταθεί, χωρίς όμως καμία να ερμηνεύει πλήρως την παθολογική αυτή οντότητα.

- ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΠΛΑΣΙΑΣ
- ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΚΑΙ «ΜΕΤΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ» ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ
- ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΩΓΗΣ: Είναι ο συνδυασμός των δύο προηγούμενων θεωριών.

Η πλέον πρόσφατη υπόθεση είναι ότι η εμφάνιση και η εξέλιξη της ενδομητρίωσης σχετίζεται με διαταραχές της λειτουργίας του συστήματος τόσο της κυτταρικής όσο και της χυμικής ανοσίας.

Τέλος, η κληρονομικότητα παίζει ρόλο στην εμφάνιση της πάθησης.

Κλινική εικόνα

Η ενδομητρίωση είναι πλέον συχνή σε γυναίκες που βρίσκονται στην τρίτη δεκαετία της ζωής τους, άτοκες ή με μικρό αριθμό τοκετών.

Η κλινική εικόνα εξαρτάται από την εντόπιση και την έκταση των βλαβών, αλλά η ένταση των συμπτωμάτων δεν συμβαδίζει υποχρεωτικά με την εξάπλωση και τη βαρύτητα της πάθησης. Πολλές γυναίκες που πάσχουν από ενδομητρίωση είναι ασυμπτωματικές και παρουσιάζουν ιστορικό υπογονιμότητας.

Πιεστικό άλγος, ιδιαίτερα δυσμηνόρροια, και υπογονιμότητα είναι τα κύρια συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την ενδομητρίωση. Το πιεστικό άλγος συχνά περιγράφεται ως συνεχές, κυρίως στην πύελο ή την οσφύ, μπορεί όμως να αντανακλά στα κάτω άκρα ή τις βουβωνικές χώρες. Συνήθως,

* Η κα Ευαγγελία Μαραγκουδάκη είναι ιδιώτης Ιατρός Μαιευτήρ Γυναικολόγος, συνεργάτης του ΙΑΣΩ GENERAL και της ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΙΡΑΙΑ.



εμφανίζεται 24-48 ώρες πριν από την έναρξη της εμμηνορρυσίας και η δυσμηνόρροια επιμένει καθόλη τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας, αν και εμφανίζει μικρή υποχώρηση μετά την έναρξη της. Άλλα πιελικά συμπτώματα είναι αίσθημα βάρους και πίεσης ή και έντονο άλγος σπαστικού τύπου στο υπογάστριο. Σε περίπτωση που συμβεί ρήξη ενδομητριώματος - ενδομητριωσικής ωθητικής κύστης παρουσιάζεται γενικευμένο κοιλιακό άλγος και περιτοναϊσμός.

Όταν η μήτρα είναι καθηλωμένη λόγω συμφύσεων ή υπάρχει εξαρτηματική μάζα, ενδομητρίωμα, καθηλωμένη με συμφύσεις στο δουγλάσειο, είναι δυνατόν να υπάρχει εν τω βάθει δυσπαρεύνεια.

Διαταραχές του κύκλου δεν είναι συνήθεις στην ενδομητρίωση. Σε περίπτωση που υπάρχει εκτεταμένη καταστροφή ωθητικού ιστού είναι πιθανόν να εμφανισθούν βράχυνση του κύκλου και μηνορραγία.

Οι απομακρυσμένες και μη συνήθεις εντοπίσεις της πάθησης δίνουν συμπτώματα ανάλογα με τα όργανα που έχουν προσβληθεί, π.χ. καταμήνια αιμόπτυση σε πνευμονική ενδομητρίωση, αιματουρία σε προσβολή της ουροδόχου κύστης, μέλαινες κενώσεις σε προσβολή του εντέρου, συμπτώματα ειλεού λόγω δημιουργίας συμφύσεων, ισχιαλγία σε προσβολή του ισχιακού νεύρου κ.λπ.

Τέλος, οι ακριβείς μηχανισμοί με τους οποίους η ενδομητρίωση επηρεάζει τη γονιμότητα δεν είναι απολύτως γνωστοί.

Διάγνωση

Επειδή η κλινική εικόνα της ενδομητρίωσης ποικίλει, δεν είναι παράξενο ότι αρκετές φορές διαφεύγει της προσοχής του γιατρού ή ακόμη τίθεται διάγνωση άλλων παθολογικών καταστάσεων όπως πιελικής φλεγμονώδους νόσου, συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου ή ψυχοσωματικών προβλημάτων, με αποτέλεσμα να καθυστερεί η αντιμετώπιση της πάθησης.

Από το ιστορικό θα εκτιμηθεί ιδιαίτερα η ύπαρξη δυσμηνόρροιας, δυ-

σπαρεύνειας, υπογονιμότητας και το βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό. Σε προχωρημένες καταστάσεις κατά την κλινική εξέταση η μήτρα πιθανόν να βρίσκεται σε οπίσθια κάμψη και να παρουσιάζει ελαττωμένη κινητικότητα ή ακόμη να είναι και καθηλωμένη. Εάν έχουν προσβληθεί οι ωθητικές, συνήθως ανευρίσκονται κυστικοί σχηματισμοί (ενδομητρίωμα, σοκολατοειδής κύστη) και όλο το εξάρτημα μπορεί να είναι ευαίσθητο στην ψηλάφηση και προσκολλημένο στη μήτρα ή το πιελικό τοίχωμα. Πιθανόν επίσης να ψηλαφώνται ευαίσθητα οζίδια στο δουγλάσειο, στο ορθοκολπικό διάφραγμα ή στους ιερομητρικούς συνδέσμους. Η διάγνωση όμως επιβεβαιώνεται μόνον με άμεση επισκόπηση των εστιών με λαπαροσκόπηση ή λαπαροτομία και αποδεικνύεται με ιστολογική εξέταση των βλαβών.

Επιπρόσθετα χρησιμοποιούνται και άλλες διαγνωστικές μέθοδοι, όπως η υπερηχογραφία, ίδιως η διακολπική, η αξονική τομογραφία, ο μαγνητικός συντονισμός και ο ποσοτικός προσδιορισμός του αντιγόνου CA-125. Η χρήση του δείκτη είναι κυρίως για παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου και την ανταπόκριση της στη θεραπεία και όχι διαγνωστικός διότι δεν αυξάνει απόλυτα.

Σταδιοποίηση

Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία της Ιατρικής Αναπαραγωγής (ASRM) η ενδομητρίωση διακρίνεται από άποψη βαρύτητας σε τέσσερα στάδια: I-IV.

Η σταδιοποίηση αυτή στηρίζεται σε ένα σύστημα βαθμολόγησης της έκτασης και της σοβαρότητας των βλαβών.

Η αντιμετώπιση είναι εξατομικευμένη και δύσκολη.

Φαρμακευτική θεραπεία

Στηρίζεται στη γνώση ότι οι στεροειδείς ορμόνες είναι οι κύριοι ρυθμιστές της ανάπτυξης και της λειτουργίας του ενδομητρικού ιστού. Δύο θεραπευτικές στρατηγικές μπορούν να ακολουθηθούν. Η μία στη δημιουργία

ακυκλικού υποοιστρογοναιμικού ορμονικού περιβάλλοντος, με αποτέλεσμα την υποστροφή και ατροφία των ενδομητριωσικών εστιών, και η άλλη, στη δημιουργία ορμονικού περιβάλλοντος με υψηλές στάθμες ανδρογόνων ή συνθετικών γεσταγόνων. Η πρώτη στρατηγική επιτυγχάνεται με χρήση GnRH αναλόγων, ενώ η δεύτερη με χορήγηση δαναζόλης, μεθυλεστοστερόνης, οξεικής μεδροξυπρογεστερόνης ή γκεστρινόνης.

Τα GnRH - ανάλογα χορηγούνται παρεντερικά ανά 28 ημέρες για 3-6 μήνες και προκαλούν αναστρέψιμα καταστολή της ωθητικής στεροειδογένεσης. Δρουν σε επίπεδο υπόφυσης και προκαλούν ελάττωση της απελευθέρωσης των γοναδοτροπινών. Από τις άλλες ουσίες, κυρίως χρησιμοποιείται η δαναζόλη που είναι παράγωγο συνθετικού ανδρογόνου. Χορηγείται από το στόμα για 3-6 μήνες. Παρουσιάζει ανασταλτική δράση στην ωθητική στεροειδογένεση καθώς και ήπια ανασταλτική δράση στην παραγωγή των γοναδοτροπινών, ενώ φαίνεται να εμπλέκεται ενεργά και στον ανοσοποιητικό μηχανισμό της ενδομητρίωσης.

Χειρουργική θεραπεία

Διακρίνεται σε συντηρητική (συμψιόλυση, καταστροφή των εστιών με εξαίρεση, ηλεκτροκαυτηρίαση ή εξάγωση με Laser και σε ορισμένες περιπτώσεις διατομή του προϊερού νευρικού πλεγμάτων) και ριζική (υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη ωθητικοτομία σε βαριά ενδομητρίωση).

Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να γίνει συνδυασμός ορμονικής και χειρουργικής θεραπείας. Οι βλάβες της ενδομητρίωσης και οι ωθητικές κύστεις είναι δυνατό να απομακρυθούν λαπαροσκοπικά. Στις γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν και στις οποίες η νόσος είναι εντοπισμένη, η πλέον αποτελεσματική θεραπεία είναι η λαπαροσκοπική για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και τον περιορισμό της ασθένειας. ■



ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

«Παρόν και Μέλλον στις Παθήσεις του Παγκρέατος»

Σάββατο 6 Δεκεμβρίου, 2008
Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα

08:30-09:00	Προσφωνήσεις – Χαιρετισμοί
09:00-10:30	ΣΥΝΕΔΡΙΑ I Ασθενής με οξεία παγκρεατίδα Συντονιστές: Ε. Ακριβιάδης – Γ. Πασπάτης
10:30-11:00	ΔΙΑΛΕΞΗ I Κυστική ίνωση και πάγκρεας Ομιλήτρια: Σ. Νούσια-Αρβανιτάκη Προεδρείο: Δ.Γ. Καραμανώλης – Ι. Καραγιάννης
11:00-11:30	Διάλειμμα-Καφές
11:30-13:00	ΣΥΝΕΔΡΙΑ II Ασθενής με καρκίνο παγκρέατος Συντονιστές: Σ. Λαδάς – Σ. Γεωργόπουλος

13:00-13:30	ΔΙΑΛΕΞΗ II Πρόληψη μετά ERCP παγκρεατίδας Ομιλητής: Σ. Ποταμιάνος Προεδρείο: Θ. Ρόκκας – Γ. Κοκοζίδης
13:30-14:30	Διάλειμμα-Καφές
14:30-16:00	ΣΥΝΕΔΡΙΑ III Ασθενής με νευροενδοκρινικό όγκο παγκρέατος Συντονιστές: Α. Αρχιμανδρίτης – Ε. Παπαβασιλείου
16:00-16:30	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Π. Κασαπίδης – Κ. Τσαλής – Μ. Οικονόμου



Συνέδρια

Συνέδρια



Σαν Φρανσίσκο, θα πάτε;

γράφει η Νάγια Μπουμπότη



Η Αμερικανική Εταιρεία Μελέτης Ήπατος (AASLD) επέλεξε φέτος για την επίσια συνάντησή της (31/10-4/11) μια από τις ομορφότερες πόλεις της χώρας, το Σαν Φρανσίσκο. Στα βόρεια της πολιτείας της Καλιφόρνια, στην άκρη της χερσονήσου του Σαν Φρανσίσκο, απλώνεται η δεύτερη πιο πυκνοκατοικημένη πόλη των ΗΠΑ.

Μπορεί σήμερα να αριθμεί περίπου 730.000 κατοίκους αλλά οι πρώτοι Ευρωπαίοι εγκαταστάθηκαν εκεί το 1776 και έδωσαν το όνομα του Αγίου Φραγκίσκου. Στα μέσα του 19ου αιώνα η ανακάλυψη κοιτασμάτων χρυσού και αποθεμάτων ασημιού έδωσαν τη μεγάλη άθηση στην ανάπτυξη της περιοχής. Το 1906 ένας καταστροφικός σεισμός σχεδόν την ισοπέδωσε, αλλά η επανοικοδόμηση ήταν γρήγορη και σήμερα το Σαν Φρανσίσκο είναι μια από τις πιο αναγνωρίσιμες πόλεις των ΗΠΑ διαθέτοντας δεκάδες γειτονιές με ξεχωριστό χαρακτήρα.

Σύμβολο της πόλης είναι βέβαια η περίφημη Golden Gate, η γέφυρα που ενώνει σαν πορθμός το στόμιο του κόλπου, την πόλη με την κομητεία του Marine. Θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα αρχιτεκτονικά επιτεύγματα του 20ού αιώνα. Αν και χρονολογείται από το 1937 είναι αρκετά πρωτοποριακή στην κατασκευή της. Το χαρακτηριστικό πορτοκαλί χρώμα της αλλά και κάποια μοντέρνα στοιχεία αρπάγησαν την παγκόσμια φήμη.

Το δημιουργός της είναι ο αμερικανός δομικός μηχανικός Τζόζεφ Στράους. Τα 3χλμ της γέφυρας συντηρούνται διαρκώς από τη φθορά της θαλασσινής αλμύρας και υποβάλλονται σε αντισεισμικό «σέρβις» μια και κατά το έτος κατασκευής της δεν δινόταν ιδιαίτερη βαρύτητα στον αντισεισμικό σχεδιασμό. Η γέφυρα έχει πρωταγωνιστήσει σε πολλά έργα του αμερικανικού κινηματογράφου όπως τον «Ιλιγο» του Άλφρεντ Χίτσκοκ ή

“James Bond - Επιχείρηση κινούμενος στόχος”, αλλά δυστυχώς αποτελεί και το εφαλτήριο για πολλούς αυτόχειρες. Ανεπισήμα στοιχεία μιλούν για περισσότερα από 1300 άλματα στο θάνατο από τότε που κατασκεύαστηκε ως σήμερα.

Λίγο πριν τη γέφυρα εκεί που κάποτε βρίσκονταν θάμνοι και αμμόλοφοι αναδύθηκε ένα από τα μεγαλύτερα και πλέον ποικιλόμορφα πάρκα των ΗΠΑ Μέσα στα 4000 στρέμματα του πάρκου μπορείτε να επιλέξετε κάποιο από τα μονοπάτια μήκους 43χλμ στο σύνολο για να περιηγηθείτε ανάμεσα σε λίμνες, δάση, καταρράκτες και ποταμία. Κάθε κομμάτι του κήπου αφορά σε ένα διαφορετικό θέμα και εκτός από τα υπέροχα είδη της χλωρίδας, θα δείτε τον πρώτο παιδότοπο της Αμερικής με το έξοχο καρουσέλ Χέρσελ Σπίλμαν, κατασκευασμένο το 1912, αλλά και την Ακαδημία Επιστημών της Καλιφόρνιας που περιλαμβά-



νει το Μουσείο Φυσικής Ιστορίας της Καλιφόρνιας, το πλανητάριο Μόρισον και το Ενυδρείο Στάιγχαρτ. Μέσα στο κτίριο της Ακαδημίας, στο θέατρο πολυμέσων, μπορείτε να βιώσετε ένα σεισμό από πρώτο χέρι.

Το κέντρο της πόλης είναι μικρό αλλά ποικιλόχρωμο. Εκτός από το εμπορικό και το οικονομικό τμήμα του, το κέντρο περιλαμβάνει τους δύο ψηλούς λόφους με τις πολυτελείς κατοικίες Nob Hill και Russian Hill, το North beach, αλλά και την πολύχρωμη Chinatown.

Από την κορυφή του North Beach στο λόφο Telegraph μπορείτε να θαυμάσετε απεριόριστη θέα που απλώνεται 360° γύρω από τον πύργο Coit. Ο αναγεννησιακός αυτός πύργος έχει ύψος 63 μ. και στην κορυφή του με τα αψιδωτά ανοίγματα και παράθυρα φτάνει κανείς με ασανσέρ. Την αίθουσα υποδοχής κοσμούν τοιχογραφίες του 1934, με κοινωνικοπολιτικά σχόλια και λεπτομέρειες από τη ζωή στην Καλιφόρνια την εποχή του κραχ. Σ' αυτήν τη γνήσια Ιταλική συνοικία μη χάστε μια επίσκεψη στο καφέ Trieste ένα από τα πιο διάσημα της πόλης αν και η περιοχή φημίζεται για τη νυχτερινή της ζωή γενικότερα.

Οι λόφοι Nob και Russian φιλοξενούν μερικούς από τους πιο πλούσιους κατοίκους της πόλης από τότε που διευκολύνθηκε η πρόσβαση με το τελεφερίκ. Η περιπλάνηση στα πολύβουα και βρώμικα στενά της Chinatown θα σας μεταφέρει σε άλλη ήπειρο, μια και η κινέζικη συνοικία έχει κρατήσει έντονα τον πολιτισμικό της χαρακτήρα, είναι μια πόλη μέσα στην πόλη. Λίγο πιο πέρα ορθώνται ο Καθεδρικός Ναός της Θείας Χάριτος, η αμερικανική έκδοση της Παναγίας των Παρισίων. Παρά το γοτθικό του στυλ είναι φτιαγμένος από ατσάλι και οπλισμένο σκυρόδεμα για να αντιστέκεται στην αυξημένη σεισμική δραστηριότητα της περιοχής. Σίγουρα θα περάσετε από την πλατεία Jackson με μερικά από τα παλαιότερα κτίσματα

της πόλης, με αυθεντικές πλινθόκτιστες προσόψεις καλουπωμένες με σίδερο και γρανίτη. Εκεί δεσπόζει το υψηλότερο κτίριο της πόλης η πυραμίδα Transamerica, ένα μυστικιστικό σύμβολο που παραπέμπει σε μακρινούς πολιτισμούς.

Το Civic Center αποτελεί ένα από τα πιο καλοφτιαγμένα δημοτικά κέντρα αμερικανικής πόλης. Κυριαρχεί το επιβλητικό δημαρχείο με την πλατεία ροτόντα, τα φύλλα χρυσού και τους επίσημους κήπους. Δίπλα του όμως δεν υστερούν και η Λυρική Σκηνή Μεμόριαλ, η Αίθουσα Συμφωνικής Μουσικής Λουίζ Μ. Ντέιβις, το Θέατρο Χερμποτ, το State Building, η Νέα και η Παλιά Κεντρική Βιβλιο-

θήκη. Στην Financial District εκεί που παλιά οι χρυσοθήρες ζύγιζαν την πολύτιμη σκόνη τους, ορθώνονται σήμερα τραπεζικοί οίκοι και δημιουργίες από ατσάλι και γυαλί. Στο τέλος της οδού Market στέκεται το ανακανισμένο πορθμείο που εξυπηρετούσε τον κόσμο πριν κατασκευαστούν οι γέφυρες. Εκεί στην καρδιά της πόλης βρίσκεται και το κομμάτι της οδού Πολ κ που ήταν η πρώτη δημοσίως γκέι συνοικία. Τώρα όμως ανέλαβε τα ηνία η συνοικία Castro φιλοξενώντας την υψηλού προφίλ γκέι κοινότητα.

Στις κεντρικές συνοικίες ανήκει και η Height – Ashbury, άναρχα δομημένη αλλά σπινθηροβόλα και ανυπόταχτη.





Έγινε το κέντρο της κίνησης των Χίπιδων το 1960 και παρά την πτώση του κινήματος οι ψυχεδελικές επιπαγγέλτιες της εποχής έχουν παραμείνει. Θα δείτε σπίτια στο στυλ Βασίλισσας Άννας βαμμένα λιλά...

Στις Νότιες συνοικίες αξίζει να επισκεφθείτε την ιεραποστολή Ντολόρες, το παλιότερο κτίριο στο Σαν Φρανσίσκο που θα σας γοητεύσει με την ατμόσφαιρά του. Στη συνοικία South of Market μεταφέρθηκε πριν 13 χρόνια το Μουσείο Μοντέρνας Τέχνης, σε μια μοντέρνα αρχιτεκτονικά δημιουργία. Οι μόνιμες συλλογές του περιλαμβάνουν ευρωπαϊκά και αμερικανικά έργα και εκπληκτικές εγκαταστάσεις πολυμέσων.

Στη βόρεια ακτογραμμή της πόλης, μη χάσετε την προβλήτα των ψαράδων (fisherman's wharf). Είναι ένα ζωντανό τουριστικό μέρος όπου με λίγη προσοχή θα βρείτε τα υπολείμματα της αυθεντικότητας του εμπορίου αλιείας. Στη βόλτα σας, να δοκιμάσετε το ψωμί με προζύμι του αρτοποιείου Boudin και μια μερίδα κοκτέιλ καβουριού, ενώ είναι πολύ πιθανό να πετύχετε τους θαλάσσιους ελέφαντες να λιάζονται. Από εκεί μπορείτε να επιβιβαστείτε στο φέρι για να επισκεφθείτε το γνωστό «Βράχο» το νησάκι του Alcatraz που μέχρι το 1963 φιλοξενούσε φυλακές. Πέρα από τον εγκλεισμό σε αυτή τη φυλακή, το αληθινό μαρτύριο πρέπει να ήταν η διαβίωση μέσα σε ένα πολυσύχναστο λιμάνι, η αίσθηση της ελευθερίας και της ζωής που ήταν τόσο κοντά αλλά και τόσο μακριά συγχρόνως.

Για να μετακινηθείτε στο Σαν Φρανσίσκο υπάρχει κατ' αρχήν το κλασικό καλωδιακό τραμ, που πρέπει οπως δήποτε να χρησιμοποιήσετε. Καλοσυνητηριμένα βαγόνια, ακριβώς όπως τα έχετε δει στις ταινίες, σας καλούν να επιβιβαστείτε εν κινήσει και να κρε-

της πόλης, όπου θα βρείτε καταστήματα όπως τα Macy's, Neiman Marcus, Saks Fifth Avenue και Niketown. Αν κατηφορίσετε την Post St., ανάμεσα στην Kearny & Powell θα βρείτε όλα τα designer ονόματα – από Cartier μέχρι Bulgari στο Gump's. Το Embarcadero Center (Sacramento Street ανάμεσα στην Battery & Drumm Streets) προσφέρει κομψές αγοραστικές εμπειρίες και συμπληρώνεται με bars και καφετέριες για αναζωγόνηση. Λιγότερο πολύκοσμη είναι η Grant Avenue στη Βόρεια ακτή και η Hayes Street ανάμεσα στη Laguna Street και το Civic Center, όπου θα βρείτε εναλλακτικές λύσεις.

Η κουζίνα σε ένα τέτοιο αστικό κέντρο είναι ανεπτυγμένη στο έπακρο. Η ποικιλία των εστιατορίων καλύπτει όλα τα γευστικά γούστα. Αυτό όμως που ξεχωρίζει είναι το κρασί. Η κοιλάδες Nappa και Sonoma με τους αμπελώνες τους και τα τουλάχιστον 300 οινοποιεία, τροφοδοτούν όχι μόνο την εγχώρια αλλά και τη διεθνή αγορά κρασιού.

Όσοι επισκέφθηκαν την πόλη την αγάπησαν και όλοι έχουν ένα λόγο να γυρίσουν πίσω. Οι μέρες του συνεδρίου είναι σύγουρα πολύ λίγες για να προλάβετε να μπείτε στο ρυθμό της! Μάλλον θα πάρετε μια γεύση για να ανανεώσετε κάποια άλλη στιγμή το ραντεβού σας με το Σαν Φρανσίσκο...

Καλό ταξίδι! ■

μαστείτε από τις εξωτερικές δοκούς. Κυκλοφορούν στο κέντρο ως την προβλήτα των ψαράδων. Εκτός από τον παραδοσιακό τρόπο υπάρχουν (αρκετά παλιά κι αυτά) τα ηλεκτρικά τραμ, υπέργεια ή υπόγεια, τα λεωφορεία και το υπόγειο δίκτυο BART. Υπάρχουν κάρτες για 1,37 ημέρες που μάλλον σας συμφέρουν να αγοράσετε αν σκοπεύετε να τριγυρίσετε την πόλη. Τα ταξί είναι λίγα, ενώ η κυκλοφορία των αυτοκινήτων στο κέντρο της πόλης είναι δύσκολη.

Για τα ψώνια σας στη Union Square βρίσκεται η πιο εντυπωσιακή αγορά





Καλλιτεχνικά και άλλα

Βιβλιοεπιλογές: Μήπως δεν τα διαβάσατε;

γράφει η Ιωάννα Θεοφανίδην

Επιλογές προς γνώση, συμμόρφωση και διασκέδαση μέσα από τις σελίδες τους

ΤΟ ΝΗΣΙ

της Victoria Hislop

Εκδόσεις Διόπτρα, 2007

Μια αγγλίδα συγγραφέας ασχολείται με ένα απόλυτα ελληνικό και ιατρικό ιστορικό γεγονός. Μας μεταφέρει 58 χρόνια πίσω για να μας θυμίσει ότι μόλις τότε, ανακαλύφθηκε η θεραπεία της νόσου του Χάνσεν. Μέσα από μια ιστορία ζωής που διαδραματίζεται στην Πλάκα και στο περίφημο νησί της Σπιναλόγκα, καταφέρνει να αποδώσει με λεπτότητα τον τρόπο ζωής και τις αγωνίες των νοσούντων στο νησί και να μας θυμίσει ότι υπάρχουν ακόμη εν ζωή πρώην πάσχοντες και μάρτυρες αυτής της μαύρης για την ιστορία σελίδας. Το βιβλίο από την έκδοσή του έχει κάνει τεράστια επιτυχία παραμένοντας στο αγγλικό top 10 για 24 εβδομάδες, ενώ τα δικαιώματά του έχουν πουληθεί σε 17 χώρες.

ΤΑ ΠΑΛΑΤΙΑ ΤΟΥ ΒΟΣΠΟΡΟΥ

του Γιάννη και της Μαρίας Αλεξάνδρου
Εκδόσεις Λιβάνη, 2004

Πρόκειται για την ιστορία μιας γυναίκας αλλά ενδείκνυται για όσους θέλουν να πάρουν μια γεύση Ανατολής και να ταξιδέψουν σε όλα τα σημαντικά γεγονότα της περιόδου 1821 -1870, που διαδραματίζονται στην Κωνσταντινούπολη, την Ελλάδα και την Ευρώπη.

ΤΟ ΜΥΣΤΙΚΟ

των ιταλών συγγραφέων
Μονάλντι και Σόρτι

Μας μεταφέρει στη Ρώμη του 1700. Κλίμα θρησκευτικότητας σε μια ξεπεσμένη αριστοκρατία. Ο πάπας Ιννοκέντιος ο ΙΒ' πεθαίνει και εν όψει του κονκλάβιου οι ίντριγκες και οι συνωμοσίες είναι στην πρώτη γραμμή.

ΜΥΚΟΝΟΣ ΜΠΛΟΥΖ

της Παυλίνας Νάσιουτζικ
εκδόσεις Λιβάνη

Το βιβλίο αφορά πραγματικά γεγονότα που διαδραματίζονται πίσω από τις πόρτες των εξοχικών της Μυκόνου και όχι μόνο. Παρότι φαινομενικά ανάλαφρο και ίσως από



κάποιους "κουτσομπολίστικο" θέτει ένα σημαντικότατο ερώτημα ζωής. Ζούμε για μας ή MONO όταν φαινόμαστε. Στο τέλος του δε, κατανοούμε συμπεριφορές που ίσως για κάποιους είναι ανεξήγητες.

ΟΙ ΠΡΟΦΗΤΕΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΔΑΧΕΣ ΤΟΥ ΠΑΪΣΙΟΥ ΜΟΝΑΧΟΥ

από τις εκδόσεις Λιακόπουλος

Αν ηρεμία για σας σημαίνει και θρησκευτική ανάταση. Για σας που πιστεύετε βαθειά, θα σας δώσει ισχυρά επιχειρήματα έναντι αυτών που ισχυρίζονται ότι η ορθοδοξία είναι μια παροπλισμένη θρησκεία.

Καλό χειμώνα. ■