



Άρθρο Σύνταξης

Κάθε νέος χρόνος μας γεμίζει χαρά και αισιοδοξία, είναι μια προοπτική για κάτι καλύτερο... Τέτοιες στιγμές συνηθίζεται και κάποιου τύπου «απολογισμός» για το χρόνο που φεύγει. Αναμφίβολα το 2008 μας αποχαιρετά με μια πικρή γεύση και μια γενικευμένη αγωνία και προβληματισμό. Τους τελευταίους μήνες ζούμε στο μοτίβο μιας παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, που συγκριτικά λίγο έχει αγγίξει τη χώρα μας, και που αναμένεται να ενταθεί και να επηρεάσει τη ζωή μας στο μέλλον. Τον τελευταίο μήνα βιώνουμε μια μεγάλη κοινωνική εξέγερση που εκδηλώθηκε με αφορμή τον άδικο χαμό ενός δεκαπεντάχρονου παιδιού που έπεισε νεκρό από σφαίρα αστυνομικού στο κέντρο της πόλης. Η πράξη αυτή ήταν σπίθια που γρήγορα έγινε φωτιά και πύρινη λαίλαπα για να εκφράσει την οργή, την αγανάκτηση και τη διαμαρτυρία ενός σημαντικού τμήματος της κοινωνίας μας: της νεολαίας, των μαθητών, των φοιτητών, των άνεργων, των εργαζόμενων των 700 ευρώ, των οικονομικών μεταναστών. Συμμετείχαν ωστόσο και κάποιοι από τους λεγόμενους «βολεμένους» που αισθάνθηκαν ότι έγινε κάτι πολύ σημαντικό για να τους σηκώσει από τον καναπέ που χρόνια τώρα κάθονται και να τους βγάλει στους δρόμους. Χιλιάδες πολίτες από διαφορετική αφετηρία που οργισμένοι ένωσαν τις δυνάμεις τους σε μια ηχηρή διαμαρτυρία, μια εξέγερση με απρόβλεπτες διαστάσεις. Αυτή η εξέγερση ήταν η κορύφωση μιας γενικευμένης δυσαρέσκειας για αυτά που βιώνουμε. Η φτώχεια και η ανέχεια των οικονομικά ασθενέστερων, η ανεργία, η υποαπασχόληση, η νέου τύπου απασχόληση, οι χαμηλές απολαβές της νέας γενιάς εργαζομένων, η κοινωνική ανασφάλεια, η ακρίβεια και τα οικονομικά σκάνδαλα είναι κάποια από τα προβλήματα που βιώνει η ελληνική κοινωνία στο τέλος της πρώτης δεκαετίας της νέας χιλιετίας. Και όλα αυτά μαζί με την απουσία προοπτικών βελτίωσης και κυρίως απουσία οράματος και προοπτικής. Με μόνα πρότυπα την οικονομική ευμάρεια, τον εύκολο πλουτισμό και τον εικονικό κόσμο των media, όπως προβάλλεται από την πλειονότητα των μέσων, χωρίς αρχές και με άμβλυνση των ηθικών αξιών.

Από την άλλη πλευρά στους δρόμους βρέθηκαν, όπως γίνεται σε ανάλογες περιπτώσεις, και κάποιες ακραίες ομάδες που προχώρησαν σε παράνομες πράξεις, σε βανδαλισμούς και απίστευτη βαρβαρότητα με αποτέλεσμα τεράστιες υλικές ζημιές. Ανεκτίμητη πνευματική και πολιτισμική μας κληρονομιά κινδύνευσε να πληγεί ανεπανόρθωτα και η Αθήνα και πολλές πόλεις θύμιζαν επί δύο εβδομάδες βομβαρδισμένη περιοχή, πραγματικά εμπόλεμη ζώνη. Οι λεγόμενοι γνωστοί άγνωστοι και μη εξαιρετέοι πλαισιώθηκαν από άγνωστους και εξαιρετέους συνοδοιπόρους συγκαταστροφείς μετατράπηκαν σε μαινόμενο όχλο και κινήθηκαν με μίσος και μηδενισμό. Το βόλι στο στήθος του δεκαπεντάχρονου νεαρού προκάλεσε πολύ σοβαρά τραύματα στην καρδιά της Δημοκρατίας μας.

Στο περιθώριο αυτού του καμβά προσπαθούμε να χωρέσουμε τα δικά μας τετριμμένα ζητήματα, που χρόνια τώρα περιμένουν με περισσή καρτερικότητα τη λύση τους. Η εκπαίδευση στην Ιατρική σε όλα τα επίπεδα, ο ιατρικός πληθωρισμός, η απαξίωση του Δημόσιου Τομέα Υγείας, τα προβληματικά Ταμεία, οι καθηλωμένες αμοιβές ιατρικών πράξεων, η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και άλλα πολλά. Υπομονή συνάδελφοι, η ελπίδα πεθαίνει τελευταία...

Σπύρος Σ. Γούλας



Νέα και Επίκαιρα

Ενημέρωση από το ΔΣ

γράφουν η Νάγια Μπομπότη και ο Απόστολος Νταϊλιάνας

Καλή χρονιά σε όλους σας! Καλή δεύτερη χρονιά και για μας στο Δ.Σ. Νέα χρονιά δράσης και καταστάσεις σίγουρα φροντίζουν ώστε να έχουμε πολλά θέματα ν' ασχοληθούμε. Άλλα είναι ευχάριστα και δημιουργικά όπως η νέα μας διημερίδα, κι άλλα στενάχωρα μας εμπλέκουν στον λαβύρινθο του κρατικού μηχανισμού όπως το πρόβλημα με τον ΟΠΑΔ.

ΟΠΑΔ

Ένα σημαντικό θέμα για το οποίο συζητήσαμε και στη γενική μας συνέλευση το Σεπτέμβριο είναι η αλλαγή κοστολόγησης των ενδοσκοπικών πράξεων από τον ΟΠΑΔ με έγγραφό του της 8/8/2007 προς όλες τις κατά τόπους ΥΠΑΔ. Μετά από 15 χρόνια εφαρμογής της υπουργικής απόφασης του 1993(!), το ταμείο αποφάσισε ότι είναι παράνομη και ότι πρέπει να συμμορφωθεί με το προεδρικό διάταγμα του 1991. Σύμφωνα με αυτό ο ΟΠΑΔ θα αμείβει τις ενδοσκοπικές πράξεις με τιμές σε επίπεδα της τάξης των 8 ευρώ. Όπως σας αναφέραμε και τότε οι προσπάθειές μας ξεκίνησαν από τον ΟΠΑΔ, όπου συναντήσαμε πρώτα τον υπογράφοντα το έγγραφο κ. Λεχουρίτη και στη συνέχεια, μετά μυρίων βασάνων, τον Διευθυντή κ. Φαρμάκη. Εν ολίγοις, το θέμα τους έχει

ήδη απασχολήσει πολύ από τις άλλες ειδικότητες που πλήγησαν (όπως οι βιοπαθολόγοι). Έτσι με απόφαση του Δ.Σ. του ΟΠΑΔ το παρέπεμψαν στο αρμόδιο Υπουργείο Υγείας οι οποίοι

**Σύμφωνα με αυτό
ο ΟΠΑΔ θα αμείβει
τις ενδοσκοπικές
πράξεις με τιμές
σε επίπεδα της τάξης
των 8ευρώ**

με τη σειρά τους το παρέπεμψαν στο Νομικό τους Σύμβουλο κ. Αναστασόπουλο μια και τελικά το θέμα περί της νομιμότητας της υπουργικής απόφασης είναι αμιγώς νομικό. Επισκεφθήκαμε τον προϊστάμενο του αρμόδιου τμήματος Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας

ας στο Υπουργείο και στη συνέχεια ο Πρόεδρος συναντήθηκε με το νομικό Σύμβουλο κ. Αναστασόπουλο. Η τελευταία ενημέρωση από εκεί βρίσκει αυτό το θέμα ανατεθειμένο στην ολομέλεια του Νομικού Συμβουλίου του ΥΥΚΑ και τώρα που γράφεται αυτό το κείμενο αναμένουμε την απόφασή τους. Από το χορό των αρμόδιων βέβαια δεν λείπει και το Υπουργείο Οικονομικών, ως άμεσα εμπλεκόμενο, μια και το ζήτημα έχει να κάνει με αμοιβές. Εν τω μεταξύ το Δ.Σ. της ΕΠΕΓΕ έστειλε επιστολή ενημέρωσης προς τον ΠΙΣ και τον ΙΣΑ αλλά κυρίως προς τον Υπουργό Υγείας κ. Αβραμόπουλο και ζήτησε συνάντηση μαζί του προκειμένου να δοθεί μια πολιτική μάλλον λύση στο πρόβλημα. Παρακάτω θα βρείτε να διαβάσετε την επιστολή μας προς τον Υπουργό Υγείας.



7η Διημερίδα ΕΠΕΓΕ

Μόλις ολοκληρώθηκε η διημερίδα «Πολύποδες» αρχίσαμε να προβληματίζόμαστε για το θέμα της επόμενης. Τι θα μπορούσε να είναι ενδιαφέρον για το μάχιμο γαστρεντερολόγο; Αυτόν που στην προσπάθειά του να προσφέρει το καλύτερο στον ασθενή του, ανησυχεί μήπως κάτι πάει στραβά; Φυσικά οι πιθανές επιπλοκές και η αντιμετώπισή τους. Ομόφωνα, λοιπόν, αποφασίσαμε η φετινή διημερίδα να έχει σαν θέμα τις «Επιπλοκές στη Γαστρεντερολογία». Τη διεκπεραίωση του επιστημονικού προγράμματος ανέλαβαν να φέρουν εις πέρας ως πρόεδροι οι γνωστοί σε όλους μας κ. Χ. Μαυρογιάννης και ο

**Τι θα μπορούσε να είναι ενδιαφέρον για το μάχιμο γαστρεντερολόγο;
Αυτόν που στην προσπάθειά του να προσφέρει το καλύτερο στον ασθενή του, ανησυχεί μήπως κάτι πάει στραβά;**

κ. Δ. Τζουρμακλιώτης. Η διημερίδα θα πραγματοποιηθεί στις 24 & 25 Οκτωβρίου του 2009, παραδοσιακά πια

στο ξενοδοχείο Caravel, στην Αθήνα. Όπως όλοι αναμένετε, θα προηγηθεί το απόγευμα της 23ης Οκτωβρίου το γνωστό πλέον σεμινάριο καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση της ΕΠΕΓΕ από την ομάδα του καθηγητή Αναισθησιολογίας Ιωαννίνων κ. Παπαδόπουλο. Το πρακτικό μέρος του σεμιναρίου θα πραγματοποιηθεί παράλληλα με τη διημερίδα το Σάββατο. Φέτος βέβαια, το ΔΣ υπόσχεται καλύτερη οργάνωση. Δεν θα υπάρχει αναμονή, αλλά ο αριθμός των συμμετεχόντων θα είναι περιορισμένος. Για τον τρόπο δίλωσης συμμετοχής θα ενημερωθείτε έγκαιρα.

Nέα και Επίκαιρα

MME

Τον τελευταίο καιρό τηλεοπτικές εκπομπές και δημοσιεύματα που σχετίζονται με γαστρεντερολογικά θέματα παραπλανούν και αποπροσανατολίζουν την κοινή γνώμη, ιδιαίτερα στο θέμα της πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η αρχή έγινε με ιατρικό ρεπορτάζ σε τηλεοπτικό δελτίο ειδήσεων που είχε τίτλο «Τέλος η κολονοσκόπηση», σύμφωνα με την οποία η κάψουλα του παχέος εντέρου αντικαθιστά την κολονοσκόπηση! Ζητήθηκε με επιστολή από τον τηλεοπτικό σταθμό το βίντεο της εκπομπής, προκειμένου να προβούμε σε διορθωτικές κινήσεις. Η συνέχεια σχετίζεται με δημοσίευμα πρωινής εφημερίδας με τίτλο «λάθη στην κολονοσκόπηση», όπου αναφέρεται ότι σύμφωνα με καναδική μελέτη, η κολονοσκόπηση «δεν καταφέρνει να ανι-

χνεύσει κανένα κακόθες νεόπλασμα στο δεξιό τμήμα του παχέος εντέρου»

Τον τελευταίο καιρό τηλεοπτικές εκπομπές και δημοσιεύματα που σχετίζονται με γαστρεντερολογικά θέματα, παραπλανούν και αποπροσανατολίζουν την κοινή γνώμη, ιδιαίτερα στο θέμα της πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου

(!), «ενώ χάνει το ένα τρίτο των όγκων στο αριστερό τμήμα». Η μελέτη αυτή

δημοσιεύεται στο Annals of Internal Medicine του Ιανουαρίου 2009 και μετά την λεπτομερή ανάγνωση της, κρίθηκε σκόπιμη η παρουσία μας σε τηλεοπτική εκπομπή, όπου εξηγήθηκε ότι εκτός των σοβαρών μεθοδολογικών προβλημάτων στο σχεδιασμό της μελέτης, τις κολονοσκοπήσεις τις έκαναν στο 31% οι γαστρεντερολόγοι !!!, στο 40% χειρουργοί και στο 29% άλλες ειδικότητες! Τονίσθηκε λοιπόν πόσο σημαντικό είναι να εκτελούνται οι εξετάσεις αυτές από τον ειδικό, δηλαδή το γαστρεντερολόγο και ότι θα πρέπει όλοι οι εμπλεκόμενοι στην ενημέρωση της κοινής γνώμης να είμαστε προσεκτικοί και να ενθαρρύνουμε την πρόληψη. Σχετική επιστολή στάλθηκε και στην εφημερίδα που δημοσίευσε το ανωτέρω άρθρο.

Τέλος, σ' αυτό το τεύχος θα βρείτε τη μελέτη Κόστους-Ωφέλειας της κολονοσκόπησης στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου που ολοκλήρωσε ο Π. Τερλιξίδης για την ΕΠ.Ε.Γ.Ε.



Επιστολές



Επιστολές

Κύριε διευθυντά,

Πρόσφατη δημοσίευση της εφημερίδας σας με τον εντυπωσιακό τίτλο «λάθη στην κολονοσκόπηση» δημιούργησε αβεβαιότητα και ανασφάλεια στους ανθρώπους που ενδιαφέρονται για τη θωράκιση της υγείας τους με τη διενέργεια των κατάλληλων προληπτικών εξετάσεων. Τους ανθρώπους που έχουν επιλέξει να ακολουθούν τις συστάσεις των γαστρεντερολογικών εταιριών και να υποβάλλονται σε προληπτική κολονοσκόπηση από την ηλικία των 50 κάθε 5-10 χρόνια.

Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου αποτελεί σήμερα ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι πολύ συχνός, είναι η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως στον δυτικό κόσμο. Έχει δε χαρακτηριστικά που ευνοούν την πρόληψη. Εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό, είναι πλήρως θεραπεύσιμος σε αρχικά στάδια και συνήθως ξεκινάει με τη μορφή πολύποδα, μια προκαρκινική κατάσταση. Όταν οι πολύποδες αφαιρεθούν, αναστέλλεται η διαδικασία εξέλιξης σε καρκίνο.

Για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου υπάρχουν πολλές εξετάσεις, η πιο αποτελεσματική όμως είναι η κολονοσκόπηση. Με την κολονοσκόπηση ο στόχος είναι κυρίως η εύρεση και αφαίρεση των πολυπόδων. Και έχει καταδειχθεί ότι η αφαίρεση των πολυπόδων μειώνει δραματικά τον κίνδυνο για μεταγενέστερη ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου κατά 70-90%. Τα ποσοστά αυτά είναι πολύ εντυπωσιακά σε σύγκριση με την καθιερωμένη μαστογραφία που προλαμβάνει μόνο το 25% των θανάτων από καρκίνο μαστού.

Η κολονοσκόπηση είναι πολύ αξιόπιστη. Από αρκετά χρόνια όμως έχει διαπιστωθεί ότι μπορεί να διαφύγουν 0-3% των καρκίνων και 5-11% των πολυπόδων >1 εκ. Οι διαγνωστικές αυτές αποτυχίες της κολονοσκόπησης οφείλονται σε διάφορους παράγοντες που έχουν σχέση με την αρτιότητα από τεχνικής πλευράς της εκτέλεσης της εξέτασης.

Σε μελέτη που δημοσιεύθηκε σε διεθνές ιατρικό περιοδικό, αναδημοσιεύθηκε στους New York Times και στην Καθημερινή, η πιθανότητα να διαφύγει κάποιο σημαντικό εύρημα στην κολονοσκόπηση είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Μελετώντας όμως το σχετικό άρθρο από τον Καναδά, διαπιστώνονται μεθοδολογικά προβλήματα στο σχεδιασμό της μελέτης, που μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά το αποτέλεσμα. Το κυριότερο είναι ότι μόνο 31% των κολονοσκοπήσεων έγιναν από γαστρεντερολόγους. Το 40% των εξετάσεων έγιναν από χειρουργούς και το υπόλοιπο 29% από γενικούς ιατρούς και άλλες ειδικότητες(!).

Η κολονοσκόπηση είναι μια απαιτητική εξέταση και προϋποθέτει εξειδίκευση. Η διενέργεια κολονοσκοπήσεων και άλλων ενδοσκοπήσεων από μη γαστρεντερολόγους αποτελεί διεθνώς ένα πρόβλημα. Η εφάμιλλη με τους γαστρεντερολόγους ποιοτική και ποσοτική εκπαίδευση στις ενδοσκοπήσεις των μη γαστρεντερολόγων είναι η προϋπόθεση που έχει θέσει και η Επαγγελματική Ένωση των Γαστρεντερολόγων Ελλάδας στο ΚΕΣΥ με στόχο τη θεσμοθέτηση της. Στη Καναδική λοιπόν μελέτη τα εξαιρετικά κακά αποτελέσματα πρέπει να



Επιστολές



Επιστολές

αναζητηθούν στην έλλειψη της απαιτούμενης εξειδίκευσης και ενδεχομένως σε κακό καθαρισμό του εντέρου, που θα έπρεπε, αλλά δεν σχολιάζεται από τους συγγραφείς.

Η κολονοσκόπηση είναι μια αξιόπιστη διαγνωστική και θεραπευτική εξέταση, ένα αποτελεσματικό εργαλείο στη μάχη κατά του καρκίνου, και είμαστε τυχεροί που υπάρχει. Τα τελευταία χρόνια, με τις τεχνικές και τεχνολογικές εξελίξεις και την κατά περίπτωση χορήγηση καταστολής και αναλγησίας, είναι πλέον ανώδυνη. Πρέπει να σημειωθεί ότι η εικονική κολονοσκόπηση (αξονική κολονογραφία) δεν έχει ακόμη ικανοποιήσει από πλευράς ακρίβειας, ενώ δεν έχει και δυνατότητα θεραπευτικής αφαίρεσης πολυπόδων. Επιπλέον η ενδοσκόπηση με κάψουλα δεν έχει καμία χρησιμότητα στον έλεγχο του παχέος εντέρου, είναι εξέταση χρήσιμη μόνο για τις περιπτώσεις που απαιτείται έλεγχος του λεπτού εντέρου.

Σε μελέτη που εκπονήθηκε μόλις πρόσφατα για λογαριασμό της Επαγγελματικής Ένωσης των Γαστρεντερολόγων, ο προληπτικός έλεγχος με κολονοσκόπηση για καρκίνο του παχέος εντέρου προσφέρει σημαντικό οικονομικό όφελος. Εάν υποβληθούν σε προληπτική κολονοσκόπηση το 35% των Ελλήνων ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών, το οικονομικό όφελος που προκύπτει, εάν αφαιρεθούν τα έξοδα των κολονοσκοπήσεων από τα έξοδα ενδεχόμενης νοσηλείας και χειρουργικής επέμβασης καθώς και την απώλεια ωρών εργασίας, είναι της τάξης των 6.400.000 ευρώ ετησίως. Στην υποθετική περίπτωση που το 100% του ανωτέρω πληθυσμού υποβληθεί σε προληπτική εξέταση, το όφελος για τη χώρα μας θα είναι 22.000.000 ευρώ.

Η γαστρεντερολογική κοινότητα έχει σαν στόχο να κινητοποιήσει την πολιτεία, για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου, με κολονοσκόπηση. Οι εμπλεκόμενοι στην ενημέρωση της κοινής γνώμης φορείς, ιατροί και ΜΜΕ, θα πρέπει να ενθαρρύνουμε την καθιέρωση της κολονοσκόπησης προληπτικά στον Ελληνικό πληθυσμό και όχι να αποθαρρύνουμε με τίτλους όπως «λάθη στην κολονοσκόπηση». Αντίθετα θα έπρεπε να είχε ήδη με μεγάλους τίτλους αναφερθεί η ευρείας κλίμακας μελέτη του Σεπτεμβρίου του 2008 του πιο αξιόπιστου ιατρικού περιοδικού (New England Journal of Medicine), όπου σε κολονοσκόπηση 5 χρόνια μετά από προληπτική κολονοσκόπηση δεν βρέθηκε κανένας καρκίνος (!!), μελέτη που αποδεικνύει την αξιόπιστία της εξέτασης...

Α. Νταϊλιάνας, Γαστρεντερολόγος,
Πρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδας.



Επιστολές



Επιστολές

Αθήνα 19 Νοεμβρίου 2008
ΑΠ 534

Προς τον Υπουργό Υγείας
κ. Δ. Αβραμόπουλο

Αξιότιμε κύριε Υπουργέ,

Η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας, εκπροσωπώντας το σύνολο των γαστρεντερολόγων, θα ήθελε να σας ενημερώσει για ένα σοβαρό ζήτημα που έχει ανακύψει. Αφορά στις αμοιβές των γαστρεντερολόγων από τον ΟΠΑΔ και θεωρούμε ότι άμεσα θα αποτελέσει ένα πολύ σημαντικό κοινωνικό και πολιτικό θέμα.

Το πρόβλημα ξεκίνησε όταν πληροφορηθήκαμε με έκπληξη, ότι ο ΟΠΑΔ-ΥΠΑΔ Ν. Αχαΐας, με βάση το από 8/8/07 έγγραφο του ΟΠΑΔ, δεν αναγνωρίζει δαπάνες ιατρικών πράξεων που δεν περιλαμβάνονται στο ΠΔ 157/91.

Σήμερα η κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων προβλέπεται πραγματικά καταρχήν από τα ΠΔ 157/91, 427/91, 98/93, 127/05, αλλά και άλλα ΠΔ και κυρίως από Υπουργικές Αποφάσεις (όπως η Υπουργική απόφαση Υ7/5247, 6-10-1993, με βάση την οποία αμείβονται οι γαστρεντερολογικές πράξεις τα τελευταία 15 χρόνια), που μεταβάλλουν ή/και ρυθμίζουν ειδικότερα κάποιες επιμέρους ιατρικές πράξεις. Έτσι η έννοια του Κρατικού Τιμολογίου συμπεριλαμβάνει όχι μόνο τα ΠΔ τα οποία μνημονεύονται στη συγκεκριμένη εγκύκλιο του ΟΠΑΔ, αλλά και πολλές άλλες Υπουργικές Αποφάσεις, οι οποίες κατ' εξουσιοδότηση του άρθρου 30 του ΑΝ 1565/1939 ορίζουν τις αμοιβές για κάποιες ιατρικές πράξεις.

Κατά συνέπεια η εν λόγω εγκύκλιος του ΟΠΑΔ είναι μη νόμιμη, καταχρηστική, αλλά και ηθικά απαράδεκτη. Ουσιαστικά αποτελεί εμπαιγμό προς εμάς τους ιατρούς, που ασκούμε τα καθήκοντά μας έναντι των ασφαλισμένων, με αμοιβές υπερβολικά χαμηλές έως και ευκαταφρόνητες.

Για τους παραπάνω λόγους, είχαμε προσωπική επικοινωνία με τον Γενικό Διευθυντή του ΟΠΑΔ κ. Φαρμάκη, ζητώντας την τήρηση των κειμένων διατάξεων και την άμεση διευθέτηση του θέματος με την ενημέρωση των επιμέρους ΥΠΑΔ, ότι πέραν των ΠΔ οφείλουν να εφαρμόζουν και τις Υπουργικές Αποφάσεις και να προβαίνουν σε εκκαθάριση των εντολών με βάση αυτές. Στη συνάντησή μας αυτή ενημερωθήκαμε ότι ο ΟΠΑΔ, έχει ήδη ζητήσει με επιστολή του από το τμήμα Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας, να γνωμοδοτήσει ως προς τον τρόπο εκκαθάρισης των αμοιβών των συμβεβλημένων ιατρών. Το τμήμα δε Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας, ανέθεσε την υπόθεση στο νομικό σύμβουλο κ. Αναστασόπουλο, με τον οποίο ήδη επικοινωνήσαμε.

Δεν γνωρίζουμε την τελική απόφαση που θα λάβει ο κ. Αναστασόπουλος, αλλά εκτιμώντας ότι η νομοθεσία επί του προκειμένου δεν είναι απόλυτα σαφής, ανησυχούμε για την τελική γνωμοδότηση. Για την σύντομη και ολοκληρωμένη διευθέτηση του θέματος κρίναμε ότι είναι απαραίτητη η άμεση προσωπική επικοινωνία μαζί σας.

Αναμένοντας θετική ανταπόκριση,

Με τιμή⁸
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Α. ΝΤΑΪΛΙΑΝΑΣ



Ελεύθερο



Θέμα

Μια Πρώτη Γνωριμία με τη Συναισθηματική Νοημοσύνη

γράφει ο Αντώνης Κατσαλής

Από πολύ παλιά ήταν γνωστό αυτό που τα τελευταία χρόνια επαληθεύτηκε ερευνητικά. Οι άνθρωποι που είναι επιτυχημένοι στη ζωή (με κριτήριο την επίτευξη των προσωπικών - επαγγελματικών στόχων του καθένα, προσωπικής ζωής κ.λπ.), δεν είναι αυτοί που έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης (IQ) αλλά αυτοί που έχουν ένα σύνολο από άλλα χαρακτηριστικά - δεξιότητες που ονομάστηκαν Συναισθηματική Νοημοσύνη (EQ).

Αυτά τα χαρακτηριστικά-δεξιότητες ενοποιήθηκαν σε ομάδες και η πιο διαδεδομένη ομαδοποίηση είναι αυτή που έκαναν οι Dan Goleman και Richard Boyatzis. Η ομαδοποίησή τους περιλαμβάνει τα εξής τέσσερα χαρακτηριστικά:

1. Αυτεπίγνωση
2. Αυτοδιαχείριση
3. Κοινωνική επίγνωση

4. Κοινωνική επιρροή

Οι Goleman και Boyatzis ορίζουν τη συναισθηματική νοημοσύνη ως την ικανότητα να αναγνωρίζουμε τα δικά μας συναισθήματα και των άλλων, να παρακινούμε τον εαυτό μας και να τα διαχειρίζομαστε με σωστό τρόπο στις σχέσεις μας με τους γύρω μας.

Τα ερεθίσματα που δεχόμαστε εισάγονται στον εγκέφαλο κοντά στο νωτιαίο μυελό, περνούν από το μεταιχμιακό σύστημα και πριν φτάσουν στο νεοφλοιό δημιουργούν συναισθήματα. Η συναισθηματική νοημοσύνη είναι προϊόν της επικοινωνίας ανάμεσα στο κέντρο της λογικής (νεοφλοιός) και το κέντρο των συναισθημάτων (μεταιχμιακό σύστημα). Η ανάπτυξη της βοηθά τον άνθρωπο να ρυθμίζει τη μεταξύ τους κυκλοφορία, ώστε να ρέει ομαλά προς τις δύο κατευθύνσεις.

Η νοητική ευφυΐα (IQ) αλλάζει πολύ λίγο μετά την εφηβεία - και σχετίζεται με την ικανότητα να μαθαίνουμε. Η συναισθηματική νοημοσύνη (EQ ή EI) είναι μια ευέλικτη δεξιότητα η οποία μαθαίνεται και συνεχίζει να αναπτύσσεται μέσα από συστηματική παρέμβαση (και σε κάποιο βαθμό από τις εμπειρίες της ζωής, αν κανείς τις επεξεργαστεί και βγάλει τα αναγκαία συμπεράσματα).

Πιο αναλυτικά:

Η **αυτεπίγνωση** είναι το “γνώθι σ’ αυτόν”, η δεξιότητα δηλαδή να αντιλαμβάνεται κανείς τα συναισθήματά του μόλις συμβαίνουν, τις διαθέσεις του, τα κίνητρά του, τα δυνατά και αδύνατα σημεία του, τα βασικά “πιστεύω” του, τις πεποιθήσεις του, τις αξίες του και τους προσωπικούς του στόχους. Το άτομο με υψηλή αυτεπίγνωση έχει

* Ο Αντώνης Κατσαλής, MSc, PhD, είναι Μηχανολόγος- Ηλεκτρολόγος του ΕΜΠ. Διδάσκει θέματα Management και ανάπτυξης προσωπικών - επαγγελματικών δεξιοτήτων σε στελέχη επιχειρήσεων και σπουδαστές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.



μεγάλη και υγιή αυτοπεποίθηση, ξέρει τις επιπτώσεις των ακραίων συναισθημάτων του και μπορεί να κάνει τακτικά μια έντιμη αυτο-αξιολόγηση. Η αυτεπίγνωση βελτιώνεται όταν κανείς είναι ανοιχτός στην επεξεργασία μηνυμάτων του περιβάλλοντος σχετικά με τη στάση και συμπεριφορά του.

Η **αυτοδιαχείριση** περιλαμβάνει τον αυτοέλεγχο και την αυτο-παρακίνηση. Ο αυτοέλεγχος είναι αυτό που συμβαίνει κάθε φορά που αποφασίζουμε την αντίδρασή μας στις διάφορες καταστάσεις. Η ελευθερία της επιλογής που όλοι έχουμε, μας επιτρέπει να αποφασίζουμε την αντίδραση εκείνη που εξυπηρετεί τους επιδιωκόμενους σκοπούς, παίρνοντας φυσικά πάνω μας την ευθύνη της επιλογής. Τα άτομα με χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη αντιδρούν στις εκάστοτε καταστάσεις αυτόματα, με θυμό, πανικό και οργή και έτσι δημιουργούν πρόσθετα εμπόδια στην επιτυχία. Η αυτο-παρακίνηση σχετίζεται με την τάση για επιτεύγματα. Τα άτομα αυτά είναι αισιόδοξα, με πάθος και πίστη για αυτό που αποφασίζουν να κάνουν, χωρίς να χρειάζονται εξωτερικά κίνητρα.

Η **κοινωνική επίγνωση** περιλαμβάνει κυρίως την ενσυναίσθηση και τη διάθεση ανάπτυξης και εξυπηρέτησης

φορετικότητας. Βελτιώνεται με ενεργητική ακρόαση και με έλεγχο των προσωπικών μας προκαταλήψεων. Η ανάπτυξη των άλλων περιλαμβάνει την προσωπική καθοδήγηση και την ανάπτυξη της συνειδητότητας - υπευθυνότητας των ανθρώπων γύρω μας, όταν εκδηλώνουν οι ίδιοι την ανάλογη διάθεση.

Η **κοινωνική επιρροή** περιλαμβάνει την ικανότητα ενός ατόμου να χτίζει σχέσεις, να προσαρμόζεται, να επηρεάζει τους άλλους, να διαπραγματεύεται, να επιλύει τις συγκρούσεις και διαφωνίες του, να ασκεί ηγεσία όταν απαιτείται, να μπορεί να επιφέρει αλλαγές και να προωθεί τη συνεργασία με τους άλλους. Βασική για το σκοπό αυτό είναι η ικανότητα δημιουργίας ενός κοινωνικού συστήματος σχέσεων που στηρίζεται στις ξεκάθαρες προσδοκίες και στη μη - εξάρτηση.

Η συναισθηματική νοημοσύνη μπορεί να μετρηθεί - με κατάλληλα τεστ - και αναπτύσσεται αξιοποιώντας την πλαστικότητα του εγκεφάλου. Χρειάζεται συστηματική προσπάθεια, σεμνότητα και παραμερισμός του άχρηστου εγωισμού.

Οι Goleman και
Boyatzis ορίζουν
τη συναισθηματική
νοημοσύνη ως
την ικανότητα να
αναγνωρίζουμε τα
δικά μας συναισθήματα
και των άλλων, να
παρακινούμε τον
εαυτό μας και να τα
διαχειριζόμαστε με
σωστό τρόπο στις
σχέσεις μας με τους
γύρω μας

των άλλων. Η ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα ενός ατόμου να μπαίνει στη θέση του άλλου, είναι η συναισθηματική κατανόηση του άλλου και κυρίως η αποδοχή ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν δίκιο από τη σκοπιά που βλέπουν τα πράγματα. Είναι ο σεβασμός της δια-

Μικρές Αγγελίες
**Προσφέρεται θέση γαστρεντερολογίας
επιπέδου Επιμελητού Β',
στον ιδιωτικό χώρο.
Πληροφορίες-βιογραφικό, κο Δ. Καραγιάννη.
fax: 210 6198124, κιν.: 6932 405059**



Συνέδρια



Συνέδρια

6η Διημερίδα της ΕΠΕΓΕ: Μια αποτίμηση

γράφει ο Ι. Κ. Λανιηλίδης

Στις 27 και 28 Σεπτεμβρίου 2008, πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, στο ξενοδοχείο Divani Caravel, η 6η Εκπαιδευτική διημερίδα της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδας, με θέμα «Πολύποδες»

Σε μια σειρά Στρόγγυλων Τραπεζών και Ομιλιών, έγινε- συχνά μετά αναφορά πραγματικού κλινικού περιστατικού- διαπραγμάτευση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο Γαστρεντερολόγος στους ασθενείς με πολύποδες ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού, τόσο στη θεραπεία όσο και στη διάγνωση, πρόγνωση, επιτήρηση της οικογένειας, τα κληρονομούμενα σύνδρομα πολυποδιάσεως κ.λπ., με στόχο σε κάθε περίπτωση την πρόληψη του καρκίνου.

Η επικρατούσα αίσθηση είναι ότι η διημερίδα ήταν επιτυχής, αλλά αυτό σητείζεται σε «έμμεσους δείκτες», δηλαδή την πραγματικά πολύ ικανοποιητική προσέλευση και συνεχή παρουσία συναδέλφων Γαστρεντερολόγων καθώς και τα ευνοϊκά σχόλια που ακούσαμε. Ιδιαίτερα ευνοϊκά ήταν και τα σχόλια για την πρακτική άσκηση στο παράλληλο Σεμινάριο Καταστολής, που ελπίζουμε ότι θα εξακολουθήσει να παρέχεται και στις μελλοντικές διημερίδες της ΕΠΕΓΕ.

Βέβαια πρέπει να λεχθεί ότι δεν έχουμε «αντικειμενικούς» δείκτες ικανοποιησεως του ακροατηρίου που μας έδωσε τον πολύτιμο χρόνο του, κυρίως γιατί δεν φροντίζαμε να υπάρχει ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της συνολικής εκδήλωσης, αλλά και των επιμέρους στρόγγυλων τραπεζών και ομιλιών.

Ακόμη όμως και αν υποθέσουμε ότι μια τέτοια αξιολόγηση θα ήταν θετική, το κύριο ερώτημα σ' αυτήν αλλά και σε κάθε άλλη εκπαιδευτική δραστηριότητα του τύπου της «Διά βίου συνεχιζόμενης εκπαίδευσης», είναι αν μετά ένα χρονικό διάστημα αισθάνεται αυτός που παρακολούθησε ότι του έχουν μείνει λίγα «ψήγματα»,

Μελέτες έχουν δείξει ότι η καλύτερη ιατρική μάθηση είναι αυτή που προκύπτει από τη μελέτη για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα ασθενούς μας, μελέτη που μπορεί να γίνει κατ' ιδίαν, αφού τον εξετάσουμε, ή ακόμη και όταν τον έχουμε στο γραφείο μας ή δίπλα στην κλίνη του. Και βέβαια υπάρχουν σήμερα τα τεχνολογικά μέσα/ βάσεις δεδομένων για αυτού του τύπου τη μάθηση. Αυτή είναι η μάθηση που «μας μένει».

Είναι τεκμηριωμένο ότι μάθηση στο «σημείο φροντίδας» μας μένει κατά 95%, ενώ αν εφαρμόσουμε αυτό που μάθαμε, μας μένει το 75%. Αντίθετα από μια διάλεξη μας μένει το 5% (The Learning pyramid. National Training Lab for Applied Behavioral Science).

Από τα παραπάνω είναι σαφές ότι οι εκπαιδευτικές μας δραστηριότητες είναι πολύ πιο αποτελεσματικές όταν βασίζονται σε συζήτηση πραγματικών προβλημάτων των ασθενών μας. Στο άκουσμά τους οι παρακολουθούντες δημιουργούν συνειρμούς με προβλήματα που οι ίδιοι έχουν αντιμετωπίσει και έτσι η γνώση που αποκομίζουν είναι πιο σταθερή.

Η 6η Διημερίδα της ΕΠΕΓΕ ήταν αφιερωμένη στη μνήμη του Αλέκου Αυγερινού, που υπήρξε λαμπρός δάσκαλος για πολλούς από τους νέους μας Γαστρεντερολόγους.

Ο Αλέκος αφιέρωσε τη ζωή του στην προαγωγή της Γαστρεντερολογίας στον τόπο μας και στη διδασκαλία της ακριβώς με τον κατεξοχήν άμεσο τρόπο: στην κλίνη του ασθενούς ή στην κλίνη της ενδοσκόπησης, δίπλα στον ειδικευόμενο.

...είναι σαφές ότι οι εκπαιδευτικές μας δραστηριότητες είναι πολύ πιο αποτελεσματικές όταν βασίζονται σε συζήτηση πραγματικών προβλημάτων των ασθενών μας

γνώσεις ή πρακτικές ιδέες, που βρήκαν καλή χρήση στη διάγνωση/θεραπεία του ασθενούς του.

Για να γίνει αυτό πρέπει να συντρέχουν διάφοροι παράγοντες, οι πιο σημαντικοί από τους οποίους είναι α) η θεματολογία να είναι άμεσα συνδεδεμένη με τα κύρια κλινικά προβλήματα που ο καθένας από εμάς αντιμετωπίζει (και που βέβαια δεν είναι τα ίδια ακόμη και για τους γιατρούς της ίδιας ειδικότητας) και β) ο τρόπος παρουσίασης να μιμείται κατά το δυνατόν την κλινική πράξη, π.χ. με επικεντρωση της συζήτησης γύρω από ένα πραγματικό περιστατικό ασθενούς.



Ενδοσκοπικό



Θέμα

Εικονική κολονοσκόπηση

γράφουν οι X. Γιαννικούλης και X. Τριάντος

Με τον όρο εικονική κολονοσκόπηση εννοούμε την τρισδιάστατη απεικόνιση του αυλού του παχέος εντέρου με τη χρήση αξονικού ή μαγνητικού τομογράφου (αξονική ή μαγνητική κολογραφία). Η αξονική κολονογραφία είναι η περισσότερο ανεπτυγμένη και μελετημένη, αλλά και η περισσότερο προσβάσιμη και αυτή θα μας απασχολήσει παρακάτω. Ως διαγνωστικό εργαλείο του πεπτικού πρόσφατα ξεκίνησε να βρίσκει θέση στην κλινική πράξη.

Η αξονική κολογραφία είναι μια ακτινολογική μέθοδος με ορισμένες τεχνικές ιδιαιτερότητες έναντι των υπολοίπων, τις οποίες αξίζει να αναφέρουμε εκτενέστερα. Το πρωτόκολλο λήψης περιλαμβάνει τομές πάχους 1mm ανά 7 δευτερόλεπτα. Καθοριστικοί παράγοντες επιτυχούς εξέτασης αποτελούν ο ικανοποιητικός καθαρισμός του εντέρου και η επαρκής διάτασή του. Για τον καθαρισμό του συνήθως χρησιμοποιούνται διαλύματα πολυαιθυλενογλυκόλης ή άλατα φωσφορικών ενώ η διάταση επιτυχάνεται με την εμφύσηση αέρα ή CO₂. Λαμβάνονται τομές σε ύππια και πρηνή θέση. Μπορεί να χορηγηθεί σκιαγραφικό ενδοφλέβια για να μελετηθούν ταυτόχρονα και τα υπόλοιπα όργανα ή να εφαρμοσθεί ειδική τεχνική με χαμηλή

δόση ακτινοβολίας εάν σκοπός είναι να απεικονισθεί μόνο ο αυλός του εντέρου. Μόλις ολοκληρωθεί η εξέταση γίνεται αρχικά μια γρήγορη μελέτη των τομών σε δισδιάστατο επίπεδο προκειμένου να εντοπισθούν τοιχωματικές και εξωτοιχωματικές βλάβες και να γίνει ένας αρχικός χαρακτηρισμός τους. Ακολουθεί η μελέτη της τρισδιάστατης απεικόνισης με σκοπό την ανίχνευση μικρών πολυπόδων και η διαφοροδιάγνωσή τους από πτυχές του εντέρου.

Όπως κάθε διαγνωστική μέθοδος παρουσιάζει ενίστε τόσο ψευδώς θετικά όσο και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Αίτια ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων αποτελούν συχνά: α) οι επίπεδες βλάβες, οι οποίες είναι δύσκολο να απεικονισθούν ως προβολές κατά τη δισδιάστατη ή/και τρισδιάστατη απεικόνιση, β) οι πεπαχυσμένες πτυχές για τον ίδιο λόγο, γ) η ατελής προετοιμασία όπου ο ακτινοδιαγνωστής μπορεί να εκλάβει έναν πολύποδα ως εντερικό περιεχόμενο, αλλά και δ) ο καθαρά ανθρώπινος παράγοντας (διαφυγή από την αντίληψη ενός παθολογικού ευρήματος). Ψευδώς θετικά αποτελέσματα μπορεί να προέλθουν: α) από την ατελή προετοιμασία (το εντερικό περιεχόμενο μπορεί να εκληφθεί ως

πολύποδας), β) από την προβολή φυσιολογικών πτυχών ή της ειλεοτυφλικής βαλβίδας, γ) από το εντύπωμα της σκωληκοειδούς απόφυσης, δ) από εκκολπώματα (μπορεί να εκληφθούν ως πολύποδες), ε) από εντυπώματα συμπαγών οργάνων ή αγγείων επί του εντερικού τοιχώματος και στ) από συμφύσεις.

Από τις κλινικές μελέτες μέχρι σήμερα σε ασυμπτωματικούς υγειες όπου η αξονική κολογραφία χρησιμοποιήθηκε δοκιμαστικά ως μέθοδος πληθυσμιακού ελέγχου ("screening test"), φαίνεται να έχει αξιοπιστία ανάλογη ή και μεγαλύτερη της κολονοσκόπησης στην ανίχνευση πολυπόδων, καθώς ανιχνεύει πιο εύκολα πολύποδες όπισθεν πτυχών ή καμπών καθώς και στα πρώτα εκατοστά του ορθού οι οποίοι κινδυνεύουν να μην αναδειχθούν με την κλασική ενδοσκόπηση. Τα παραπάνω ωστόσο ισχύουν υπό την προϋπόθεση ότι η εξέταση διενεργείται υπό τις βέλτιστες συνθήκες, από άρτια εκπαιδευμένους ακτινοδιαγνωστές, με τη χρήση τομογράφων τελευταίας τεχνολογίας και με πιστή τίρηση του πρωτοκόλλου και της μεθόδου ερμηνείας και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων. Η επιλογή των κατάλληλων ασθενών, ο καλός καθαρισμός, η επαρκής διάταση του



εντέρου, το κατάλληλο πρωτόκολλο αξονικής που χρησιμοποιείται, η μελέτη των αποτελεσμάτων τόσο σε δύο όσο και σε τρεις διαστάσεις, ακόμη και η συμμετοχή στην αξιολόγηση των ευρημάτων σε πολλές περιπτώσεις άνω του ενός διαγνωστών, όλα αυτά ωθούν την αξιοπιστία της μεθόδου σε πολύ υψηλά επίπεδα. Ωστόσο όταν οι παραπάνω προϋποθέσεις δεν τηρούνται, η αξιοπιστία της μεθόδου, όπως προκύπτει από τις μελέτες, μειώνεται πολύ και η χρήση της ως εργαλείου πληθυσμιακού ελέγχου καθίσταται προβληματική.

Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι υπό τις βέλτιστες συνθήκες η ευαισθησία της μεθόδου για πολύποδες άνω των 6mm, 8mm και 10mm είναι 78%, 87% και 90% αντιστοίχως, ενώ η αρνητική προγνωστική αξία είναι 98%, 99% και 99% αντιστοίχως. Είναι σημαντικό να υπενθυμίσουμε ότι μια διαγνωστική μέθοδος πληθυσμιακού ελέγχου είναι πράγματι αναγκαίο να έχει υψηλή αρνητική προγνωστική αξία, η οποία μεταφράζεται σε χαμηλή πιθανότητα να θεωρηθεί ότι δεν παρουσιάζει παθολογία κάποιος ο οποίος στην πραγματικότητα έχει παθολογικά ευρήματα στο έντερό του και κανονικά χρήζει περαιτέρω ελέγχου.

Συνολικά από τις μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία οι δυο μέθοδοι έχουν παρόμοια ποσοστά ανίχνευσης προχωρημένων νεοπλασμάτων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στην εικονική κολογραφία διαλάθουν της προσοχής μικροί πολύποδες μεγέθους <5mm, οι οποίοι συνηθέστατα ούτε κακοήθεια υποκρύπτουν ούτε υπάρχει σημαντικός κίνδυνος να εξελιχθούν σε κακοήθη νεοπλάσματα. Υπάρχει μάλιστα η σύσταση από το Αμερικανικό Κολεγίο Ακτινολογίας πολύποδες μικρότεροι των 6mm να μην αναφέρονται στην έκθεση, ενώ πολύποδες 6-9mm να επανελέγχονται με εικονική κολογραφία σε 3 έτη. Αξίζει να αναφέρουμε ωστόσο ότι υπάρχει αντίλογος, δεδομένου ότι δε μπορεί να αποκλεισθεί εντελώς το ενδεχόμενο μικροί πολύποδες να κρύβουν σημαντική παθολογία, ενώ όλο και πιο συχνά αναγνωρίζεται η σημασία των επίπεδων βλαβών στην

εξέλιξη της καρκινογένεσης. Οι επίπεδες βλάβες θεωρούνται ένα από τα αδύνατα σημεία της εικονικής κολογραφίας, διότι εύκολα διαλάθουν της προσοχής.

Γεγονός είναι πάντως ότι πιθανώς η άκριτη εφαρμογή της μεθόδου τόσο σε συμπτωματικούς όσο και σε ασυμπτωματικούς θα οδηγήσει σε μείωση της ανεύρεσης πολυπόδων και συνεπώς σε μείωση των πολυπεκτομών με ενδεχόμενη συνέπεια την αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Αντίθετα, η εφαρμογή της μόνο σε ασυμπτωματικούς στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου ενδεχομέ-

κολονοσκόπηση για επιβεβαίωση και αφαίρεσή του, με αποτέλεσμα αύξηση του συνολικού κόστους.

Εκτός από τον πληθυσμιακό έλεγχο, η αξονική κολογραφία μπορεί να εφαρμοσθεί ως συμπληρωματικός έλεγχος του παχέος εντέρου μετά από μη ολοκληρωμένη κολονοσκόπηση όπως και στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν αντενδείξεις για κολονοσκόπηση ή άρνηση του ασθενούς να υποβληθεί σε αυτή. Μέχρι σήμερα στις περιπτώσεις αυτές καταφεύγουμε στη διενέργεια βαριούχου υποκλυσμού διπλής αντίθεσης.

Σε κάθε περίπτωση, είναι μια μέθοδος πολλά υποσχόμενη, και υπάρχουν πολλοί τομείς στους οποίους προσδοκάται βελτίωση και εξέλιξη της. Πράγματι, γίνονται προσπάθειες για σήμανση των κοπράνων ώστε το σήμα τους να απαλείφεται κατά την επεξεργασία της εικόνας και έτσι να μην είναι απαραίτητη η κοπιαστική και δυσάρεστη προετοιμασία με τα καθαρτικά. Επίσης γίνεται προσπάθεια ανάπτυξης συστήματος ελεγχόμενης ηλεκτρονικής διάτασης του εντέρου με CO₂ με αποτέλεσμα η χορήγηση αερίου και η πίεση να είναι ελεγχόμενες, ώστε και η διάταση να είναι ιδανική και η ελάχιστη δυσφορία στον ασθενή να προκαλείται. Έρευνα γίνεται και προς την κατεύθυνση της χρήσης ακόμη χαμηλότερης δόσης ακτινοβολίας αν και ο κίνδυνος από την ήδη χρησιμοποιούμενη (5mSv) κρίνεται μικρός. Τέλος, δεν πρέπει να ξεχνάμε την προσπάθεια ανάπτυξης της μαγνητικής κολογραφίας η οποία εκμηδενίζει την έκθεση στην ακτινοβολία, αν και εκ φύσεως δεν έχει τη διακριτική ικανότητα της αξονικής.

Συμπερασματικά, μπορούμε να καταλήξουμε στο ότι μελλοντικά η εικονική κολονοσκόπηση πιθανώς να λάβει τη θέση της στο "screening" συγκεκριμένων πληθυσμών. Η μεγαλύτερη συμμόρφωση του πληθυσμού θα έχει, όπως προαναφέραμε, ως αποτέλεσμα τη συχνότερη ανίχνευση πολυπόδων και συνεπώς την αύξηση του αριθμού των κολονοσκοπήσεων με επεμβατικό αυτή τη φορά χαρακτήρα (πολυπεκτομή).



Αυτό



το προσέξατε;

Βιβλιογραφική Ενημέρωση

γράφει ο Παντελής Σκλάβος

Μήπως ήρθε η ώρα να αναθεωρήσουμε την αξία του βαριούχου υποκλυσμού στην ανίχνευση καρκίνου του παχέος εντέρου;

Rates of new or missed colorectal cancer after barium enema and their risk factors: a population based study. J. Toma, L.F. Paszat, N. Gunraj and L. Rabeneck. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 3142-3148.

Παρά την ευρεία διάδοση της κολονοσκόπησης και της αξονικής κολονογραφίας, ο βαριούχος υποκλυσμός διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης (DCBE) εξακολουθεί να χρησιμοποιείται στη διερεύνηση του παχέος εντέρου τόσο σε συμπτωματικούς ασθενείς όσο και σε άτομα που υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο για την ανίχνευση πολυπόδων ή καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι πλέον πρόσφατες αμερικανικές μελέτες αναφέρουν πως στην εξέταση αυτή υποβάλλεται το 2,2 έως το 8% των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, ενώ το 86% των ακτινολόγων που ερωτήθηκαν σχετικά, απάντησαν

πως διενεργούν τουλάχιστον μία εξέταση κάθε μήνα.

Στην παρούσα μελέτη, οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε DCBE έως 36 μήνες πριν τη διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου εντάχθηκαν σε δύο ομάδες. Η πρώτη περιελάμβανε ασθενείς με καρκίνο που είχαν υποβληθεί σε DCBE τους τελευταίους 6 μήνες πριν την τελική διάγνωση και πιθανότατα η εξέταση διέγνωσε το νόσημα. Η δεύτερη ομάδα περιελάμβανε 13.849 ασθενείς με νέους καρκίνους ή καρκίνους που διέφυγαν της διάγνωσης και σίγαν υποβληθεί σε DCBE από 6 έως 36 μήνες πριν. Διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό νέων περιπτώσεων καρκίνου ή καρκίνων που διέφυγαν της διάγνωσης με το DCBE ήταν 22,4%. Επιπλέον, οι συχνότερες θέσεις που εντοπίστηκαν καρκίνοι ήταν το δεξιό κόλον (31,1%) και το ορθό (25,8%). Εκτός της θέσης του καρκίνου, η πολυπαραγοντική

ανάλυση έδειξε πως ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου θεωρούνται: η ηλικία (μεγάλη), το φύλο (θήλυ), η διενέργεια της εξέτασης σε ιδιωτικά ακτινολογικά εργαστήρια, το ιστορικό προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης στην περιοχή της πυέλου ή της κοιλίας αλλά και η παρουσία εκκολπωματικής νόσου του παχέος εντέρου.

Με δεδομένη τη σημαντικά μεγαλύτερη ευαισθησία της αξονικής κολονογραφίας (95,9% σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση μελετών), τίθεται πλέον εύλογα το ερώτημα εάν ο DCBE έχει θέση στην ανίχνευση καρκίνου του παχέος εντέρου. Τουλάχιστον, ο θεράπων ιατρός που συστήνει DCBE θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή του για τις πιθανότητες ενός ψευδώς αρνητικού αποτελέσματος.

Ακόμη και ευμεγέθεις διατρήσεις στο κατώτερο παχύ έντερο μπορούν να αντιμετωπιστούν ενδοσκοπικά**Endo-SPONGE - a new endoscopic treatment option in colonoscopy?**

J.P. Richterich, A. Heigel, B. Muff, S. Luchsinger, J.P. Gutzwiller. *Gastrointestinal Endoscopy* 2008; 68: 1019-1022.

Η συχνότητα διάτρησης του παχέος εντέρου κατά τη διάρκεια κολονοσκόπησης κυμαίνεται μεταξύ 0,03 και 3,0%. Ωστόσο, ο αυξανόμενος αριθμός των διαγνωστικών κολονοσκο-

πήσεων και η σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα (0% έως 19%), με τις οποίες σχετίζεται η διάτρηση του παχέος εντέρου, καθιστούν την επιπλοκή αυτή περισσότερο συχνή αλλά και ιδιαίτερα σοβαρή. Η ενδοπεριτοναϊκή διαφυγή εντερικών υγρών, πλούσιων σε πεπτικά ένζυμα και σε μεγάλο αριθμό βακτηριδίων, προκαλεί χημική και βακτηριδιακή περιτονίτιδα, η αντιμετώπιση της οποίας καθιστά

τη χειρουργική επέμβαση θεραπεία πρώτης εκλογής.

Τα τελευταία χρόνια, η ενδοσκοπική τοποθέτηση clips έχει προταθεί ως μια εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης τέτοιων επιπλοκών, με την προϋπόθεση, όμως, η διάμετρος της διάτρησης να μην ξεπερνά το 1 εκατοστό. Οι παραπάνω ερευνητές εισήγαγαν μια νέα μέθοδο, αυτή του ενδοσκοπικού σπόγγου (endo-



SPONGE), για να αντιμετωπίσουν διάτρηση μεγαλύτερης διαμέτρου. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, ενδοσκοπικά, στο σημείο της διάτρησης τοποθετείται ένας σπόγγος με τη βοήθεια ενός «overtube». Ο σπόγγος συνδέεται με ένα καθετήρα ο οποίος επικοινωνεί με ένα σύστημα κενού το οποίο απομακρύνει συνεχώς τα εξιδρωματικά υγρά από το σημείο της διάτρησης ελέγχοντας με τον τρόπο αυτό τη φλεγμονή. Επιπλέον, με τον τρόπο αυτό μειώνεται το οδηγεί σε αύξηση της τοπικής κυκλοφορίας και συνεπώς στην ταχύτερη ανάπτυ-

ξη κοκκιωματώδους και συνδετικού ιστού που επιτυγχάνουν τη σύγκλειση της διάτρησης.

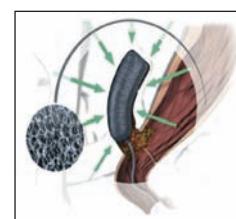
Η παραπάνω μέθοδος δοκιμάστηκε επιτυχώς σε διάτρηση μεγέθους 2x3 cm που προκλήθηκε από την προσπάθεια αναστροφής του ενδοσκοπίου στο ορθό και εντοπιζόταν σε απόσταση 15 εκατοστών από τον πρωκτικό δακτύλιο. Στην 60-χρονη ασθενή τοποθετήθηκε ο «ενδοσκοπικός σπόγγος» αμέσως μετά τη διαπίστωση της διάτρησης, της χορηγήθηκαν αντιβιοτικά από το στόμα και επέστρεψε στο σπίτι της. Ακολούθησαν αλλαγές του

«σπόγγου» κάθε 2 ή 3 ημέρες έως την 9η ημέρα, οπότε διαπιστώθηκε η πλήρωση της διάτρησης με κοκκιωματώδη ιστό και ήταν πλέον αδύνατη η τοποθέτηση ενός νέου σπόγγου.

Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως, διατρήσεις που εντοπίζονται στο ορθό και το κατώτερο σιγμοειδές μπορούν να αντιμετωπίστούν επιτυχώς με τον «ενδοσκοπικό σπόγγο» αποφεύγοντας τη νοσηλεία και μειώνοντας σημαντικά το κόστος υγείας εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα ένα αποτέλεσμα ισάξιο της χειρουργικής αντιμετώπισης.



Διάτρηση του τοιχώματος του ορθού



Τοποθέτηση του ενδοσκοπικού σπόγγου στο σημείο της διάτρησης

BISAP: μια νέα προγνωστική μέθοδος για την πρωιμότερη εκτίμηση της σοβαρότητας της οξείας παγκρεατίδας

The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population-based study. B.U. Wu, R.S. Johannes, X. Sun, Y. Tabak, D.L. Conwell, P.A. Banks. *Gut* 2008; 57:1698-1703.

Η θνητότητα στην οξεία παγκρεατίδα κυμαίνεται μεταξύ 2 και 5% και επομένως η ανεύρεση μιας αξιόπιστης μεθόδου διαβάθμισης του κινδύνου έχει σημαντική κλινική σημασία.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σήμερα για την εκτίμηση της σοβαρότητας της νόσου έχουν αρκετούς περιορισμούς. Τα κριτήρια του Ranson και η τροποποιημένη κλίμακα της Γλασκόβητς απαιτούν δεδομένα τα οποία πολύ συχνά δεν συλλέγονται κατά την εισαγωγή του ασθενούς. Επιπλέον, για τη συγκέντρωσή τους απαιτούνται 48 ώρες, χάνοντας με αυτόν τον τρόπο τη δυνατότητα πρώιμης θεραπευτικής παρέμβασης. Άλλα και η πλέον χρησιμοποιούμενη μέθοδος APACHE II απαιτεί τη συγκέντρωση ενός με-

γάλου αριθμού παραμέτρων, πολλές από τις οποίες στερούνται σημαντικής προγνωστικής αξίας.

Σκοπός της παραπάνω μελέτης ήταν η ανάπτυξη ενός προγνωστικού κανόνα, απλούστερου στη χρήση του, που με ακρίβεια θα ξεχώριζε την ομάδα ασθενών με σημαντικό κίνδυνο ενδονοσκοπειακής θνητότητας, ήδη από το πρώτο 24ωρο, ακόμα και σε αυτούς τους ασθενείς που δεν έχουν εμφανίσει ενδείξεις πολυοργανικής ανεπάρκειας.

Οι παράμετροι που εκτιμήθηκαν ήταν: η ουρία αίματος, οι διαταραχές του επιπέδου συνειδητούς, οι συστηματικές εκδηλώσεις απάντησης στη φλεγμονή (παλμό >90/min, αναπνοές >20/min ή $\text{PaCO}_2 <32\text{mmHg}$, θερμοκρασία >38°C ή <36°C, αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων >12000 ή <4000/mm³ ή άωρες μορφές λευκοκυττάρων >10%), η ηλικία και η πλευριτική συλλογή.

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν όσοι ασθενείς παρουσίασαν πολυοργανική ανεπάρκεια το πρώτο 24ωρο καθώς αυτοί θεωρούνται πως ήδη βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο θανάτου (η θνητότητα των ασθενών αυτών στην παρούσα μελέτη ήταν 5,5%). Παρέμειναν 16503 ασθενείς από τους οποίους απεβίωσαν 136 (0,8%). Από αυτούς τους τελευταίους, το 58% δεν παρουσίαζαν ενδείξεις πολυοργανικής ανεπάρκειας το πρώτο 24ωρο.

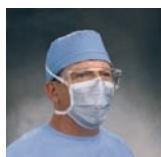
Η παρουσία καθεμιάς παθολογικής παραμέτρου βαθμολογήθηκε με ένα βαθμό και ασθενείς με βαθμολογία 2 διαπιστώθηκε πως είχαν αυξημένο κίνδυνο θνητότητας (2%). Ο κίνδυνος θνητότητας αυξανόταν σημαντικά σε αυτούς με βαθμολογία ≥3 (5-20%).

Για την τεκμηρίωση της διαγνωστικής της αξίας, η μέθοδος BISAP συγκρίθηκε με την ταξινόμηση APACHE II και διαπιστώθηκε πως εξασφάλισε ένα ισάξιο επίπεδο διαγνωστικής ακρίβειας. ■



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

Ένας “αλγόριθμος”



Υπάρχει ένας απλός, σαφής, ανελαστικός αλγόριθμος που ακολουθούν πολλοί χειρουργοί όταν βλέπουν υπερηχογραφήματα χοληδόχου κύστεως: Οπιδήποτε εκτός από το απολύτως φυσιολογικό, πρέπει να χειρουργείται. Δεν έχει σημασία αν πρόκειται για μικρές υπερηχωγενείς πολυποιειδείς προβολές 2-3 χιλιοστών ή αν ο ασθενής

είναι ασυμπτωματικός. Ο αλγόριθμος είναι ευζωνικά απλουστευμένος: **Χολοκυστεκτομή!**

Όλες οι προσπάθειες να βρεθεί ο αλγόριθμος αυτός γραμμένος απέβησαν άκαρπες. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι πρόκειται για **μυστικό αλγόριθμο**, που μεταφέρεται από στόμα σε στόμα, από γενιά σε γενιά όπως οι μυστικές συνταγές κάποιων γλυκών ή κάποιων πρακτικών φαρμάκων.

Από πού ξεκίνησε και πώς διαμορφώθηκε ο αλγόριθμος που προαναφέρθηκε κανένας δεν ξέρει, αφού δεν υπάρχουν γραπτά. Πάντως αντέχει στο χρόνο. Την εποχή της χολοκυστογραφίας, για παράδειγμα, ήταν η **ατελής σύσπαση της χοληδόχου κύστεως** που οδηγούσε σε χολοκυστεκτομή.

“*If you go to a barber... you get a haircut*” ειρωνεύονται οι Άγγλοι συνάδελφοί μας.

Κουρείς και χειρουργοί



Είναι αλήθεια ότι στην Αγγλία, τον μεσαίωνα, οι κουρείς πραγματοποιούσαν τις μικρές χειρουργικές επεμ-

βάσεις. Φρόντιζαν τους φαντάρους πριν και μετά από τη μάχη, ενώ εκτελούσαν αφαιμάξεις και άλλες πράξεις που χρειάζονταν μαχαίρια και ψαλίδια. Επρόκειτο για παραϊατρικό επάγγελμα. Η χειρουργική ιστορία τους επισημοποιήθηκε το 1540, όταν η Συναδελφότητα των Χειρουργών (Fellowship

of Surgeons) ενώθηκε με την **Εταιρεία Κουρέων** (Company of Barbers) για να σχηματίσουν την **Εταιρεία Κουρέων-Χειρουργών** (Company of Barber-Surgeons). Η εμπορική δραστηριότητα της **Εταιρείας Κουρέων-Χειρουργών** ενόχλησε την ιατρική κοινότητα της εποχής και κάτω από την πίεση της οι χειρουργοί τελικά αυτονομήθηκαν, για να σχηματίσουν τη Χειρουργική Εταιρεία. Το 1800 με Βασιλικό Διάταγμα δημιουργήθηκε το **Royal College of Surgeons** στο Λονδίνο.

Κατάλοιπο της εποχής των Κουρέων-Χειρουργών είναι η παραδοσιακή **κόκκινη και άσπρη στήλη** που τοποθετείται έξω από τα κουρεία, για να συμβολίσει το αίμα και τους επιδέσμους που πρέκυπταν μετά από την παραδοσιακή θεραπεία αφαίμαξης, για την υπέρταση και για άλλα νοσήματα.

Κατάλοιπο επίσης της εποχής αυτής είναι ο τίτλος **Mr. αντί από Dr.** με τον οποίο αποκαλούνται μέχρι σήμερα στην Αγγλία οι χειρουργοί.

Βρόγχος, βρόχος και λάθη παρωνυμίας



Βρόγχοι είναι οι αεραγωγοί σωλήνες του αναπνευστικού συστήματος, οι διακλαδώσεις της τραχείας, που εκτείνονται μέσα στους πνεύμονες.

Βρόχος είναι η θηλιά της κρεμάλας και, μεταφορικά, οπιδήποτε προκαλεί ασφυκτική πίεση.

Η αναφορά στη συρμάτινη θηλιά που χρησιμοποιείται κατά την πολυποδεκτομή σαν «βρόγχου πολυποδεκτομής»

δεν είναι σωστή. Το λάθος αυτό λέγεται **λάθος παρωνυμίας**, όπως κόγχη-κόχη, οδύνη-ωδίνες.

Το σωστό είναι **βρόχος πολυποδεκτομής**.



Μην πυροβολείτε την κολονοσκόπηση!



Αν είναι αλήθεια ότι στην κολονοσκόπηση χάνονται 15-27% από τις βλάβες που είναι μικρότερες από 1cm και 6% από βλάβες μεγαλύτερες από 1cm, τότε τα πράγματα είναι διαφορετικά απ' ότι νομίζαμε τόσο καιρό. Φαίνεται ότι ήταν ψευδαίσθηση ότι πλησίαζε μια αξιοπιστία κοντά στα 100%. Τώρα πρέπει να συμβιβαστούμε με μια αξιοπιστία 85% γενικά, και μια αξιοπιστία 94% για βλάβες >1 cm. Είναι βεβαίως πολύ-πολύ καλύτερη από την μαστογραφία (που είναι 85% αξιόπιστη για ανίχνευση καρκίνων) και αιφάνταστα καλύτερη μέθοδος αφού ανακαλύπτει και το 85% από τις προ-καρκινικές βλάβες.

Από τότε που η αξονική κολονογραφία προσπάθησε να διεκδικήσει μέρος

από την πρόληψη για τον καρκίνο παχέος εντέρου, εμφανίσθηκαν διάφορες εργασίες που προσπαθούσαν να υποβαθμίσουν την αξιοπιστία της κολονοσκόπησης. Σε άρθρο που δημοσιεύθηκε στο NEJM το 2003, στην προσπάθεια στήριξης της CT κολονογραφίας από τον PJ Pickhardt, αφαιρέθηκαν ποσοστά αξιοπιστίας από την κολονοσκόπηση επειδή ανιχνεύει πολύποδες <0,5 εκατ! Η πονηρή μελέτη θεώρησε τους μικρούς πολύποδες αυτούς σαν ψευδώς θετικό εύρημα, αφού στη μεγάλη πλειοψηφία τους είναι υπερπλαστικοί και άρα ακίνδυνοι! Τα κίνητρα της βιασμένης αυτής λογιστικής αποκαλύπτονταν στην ίδια εργασία: Η αξονική κολονογραφία δεν ανίχνευε σχεδόν κανένα πολύποδα κάτω από τα 0,5 εκατ.

Αλλά όσο καλόπιστος και αν είναι κανείς, αποδεχόμενος τις αστοχίες της κολονοσκόπησης, δεν μπορεί να αποδεχτεί σαν αντιπροσωπευτική την πρόσφατη Καναδέζικη εργασία που δημοσιεύθηκε τον Δεκέμβριο 2008 στο Annals of Internal Medicine και αναδημοσιεύθηκε στην International Herald Tribune και στην Καθημερινή. Η μελέτη αυτή έγινε επί 10.000 ανθρώπων στο Οντάριο του Καναδά και αναφέρει ότι οι κολονοσκοπήσεις δεν ανίχνευσαν σχεδόν κανέναν από τους καρκίνους του δεξιού κόλου! Άν είναι δυνατόν! Φαντάζεστε τι θα γινόταν άν μια αντίστοιχη απογοητευτική στατιστική προέκυπτε στην Ιαπωνία; Θα ενοχοποιούσαν άραγε την κολονοσκόπηση ή τους ενδοσκόπους;

Μια αυτοαναιρούμενη «λογική»



Μια αξιοπιστία 85-94% για την κολονοσκόπηση σημαίνει ότι κάθε μέρα, όλοι μαζί οι ενδοσκόποι, λανθασμένα καθησυχάζουν δεκάδες ασθενείς ότι δεν έχουν πολύποδες.

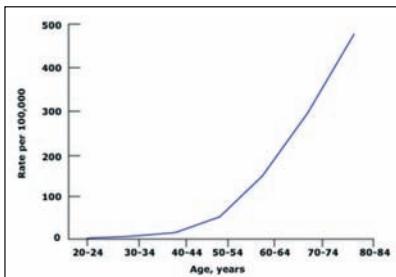
“Δεν φτάνει αυτό αλλά τους συμβουλεύουμε να επαναλάβουν την εξέταση σε 10 χρόνια [σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες των ΗΠΑ] εν γνώσει μας ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να έχουμε χάσει κάποιον πολύποδα και ότι ένας πολύποδας μπορεί να εξαλλαγεί σε καρκίνο μέσα σε λίγα χρόνια” λένε όσοι διαφωνούν με τα 10 χρόνια.

Αυτό που προτείνεται από τους Αμερικανικούς αλγόριθμους στην ουσία υποστηρίζει ταυτόχρονα δύο αντίθετα πράγματα:

- Η κολονοσκόπηση ΔΕΝ EINAI αρκετά αξιόπιστη, αφού χάνει αρκετές βλάβες
- Η κολονοσκόπηση EINAI πολύ αξιόπιστη και γι' αυτό μπορείς να βασίζεσαι σ' αυτήν για 10 χρόνια.

Μερικοί μάλιστα υποψιάζονται οικονομικές σκοπιμότητες πίσω από την προσέγγιση αυτή και προτείνουν το εξής ανεπιβεβαίωτο σενάριο: Οι ασφαλιστικές εταιρείες ενδεχομένως θέλουν να δώσουν ένα μερίδιο του προληπτικού ελέγχου στην αξονική κολονογραφία, προκειμένου να ανταγωνιστεί το μονοπάλιο της κολονοσκόπησης και να μειωθεί τελικά η τιμή της, που είναι

πολύ ψηλή στις ΗΠΑ. Οι ασφαλιστικές εταιρείες παράλληλα δεν επιθυμούν να αυξηθεί και ο αριθμός των εξετάσεων. Όσοι αρνούνται να αποδεχτούν αυτή την περιέργη λογική λέγουν: “Η επανάληψη θα πρέπει να γίνεται το αργότερο στα 5 χρόνια. Ο έλεγχος για ανίχνευση προκαρκινών βλαβών (αδενωμάτων), πρέπει να αρχίζει στα 40-45 χρόνια, αφού από τα 45 και μετά αυξάνει εκθετικά ο καρκίνος. Δεν πρέπει να περιμένουμε να εξελιχθεί σε καρκίνο η βλάβη για να τη βρούμε. Αν αξίζει να γίνεται πρόληψη, τότε πρέπει να γίνεται σωστά”. Στο παρακάτω σχήμα από το UpToDate 2008 φαίνεται η εκθετική αύξηση του καρκίνου παχέος εντέρου μετά τα 40-45.



Όσοι από την άλλη πλευρά υποστηρίζουν τις κατευθυντήριες οδηγίες για δεκαετή επανέλεγχο, επιδιώκουν να ταξινομήσουν τους εξεταζόμενους σε χαμηλού ή υψηλού ρίσκου. “Αν είναι κάποιος χαμηλού ρίσκου δεν υπάρχει

λόγος να επαναλάβει νωρίτερα από τα 10 χρόνια” λέγουν. “Με τον τρόπο αυτό εξυπηρετείται η σχέση κόστους/όφελος και έτσι μάς μένουν οικονομικοί πόροι και ανθρώπινο δυναμικό για να κάνουμε άλλα πιο χρήσιμα πράγματα. Εξάλλου κατευθυντήριες οδηγίες μπορούν να βγουν μόνον στατιστικά” συμπληρώνουν.

Πολλοί όμως ανησυχούν για τον επηρεασμό των αλγορίθμων από τις Αμερικανικές Ασφαλιστικές Εταιρείες. Αμφισβητούν την ηθική του cost-effectiveness όταν δεν προσδιορίζεται σε ποιόν αναφέρεται το effective. Όταν οι ασφαλιστικές εταιρείες μιλούν για effectiveness αναφέρονται πρωτίστως σε ένα οικονομικό αποτέλεσμα που αφήνει το μέγιστο δυνατό κέρδος, χωρίς να προκαλεί αξιότονη αντιμετώπιση του προβλήματος. Όταν όμως μιλάμε για effectiveness για την κοινωνία, αναφέρομαστε στον όσο πιο αποτελεσματικό και ευρύ προκαρκινικό έλεγχο που χρησιμοποιεί όλους τους διαθέσιμους πόρους, χωρίς να αφήνει κέρδος. Αυτές οι δύο προσεγγίσεις δε συμπίπτουν απαραίτητα.

Στην Ελλάδα πάντως δεν υπάρχει κανένας λόγος να υιοθετούνται αβασάνιστα πρακτικές που εμπειρίζουν ενδεχομένως οικονομικές σκοπιμότητες άλλων συστημάτων. Άλλωστε η κολονοσκόπηση στην Ελλάδα είναι τόσο πιο φθηνή από τις ΗΠΑ, που και αυτό από μόνο του μεταβάλλει ευνοϊκά για όλους το κλάσμα κόστους/όφελος.



“Διαφωτισμός” έγραφε ο Immanuel Kant “είναι η απελευθέρωση του ανθρώπου από την αυτό-επιβαλλόμενη ανωριμότητα.

Ανωριμότητα είναι η ανικανότητα του να χρησιμοποιεί κανείς την δική του κατανόηση των πραγμάτων χωρίς καθοδήγηση από κάποιον άλλον. Αυτή η ανωριμότητα είναι αυτό-επιβαλλόμενη, όταν η ύπαρξη της οφείλεται όχι σε ανικανότητα κατανόησης, αλλά σε έλλειψη απόφασης και θάρρους για να την χρησιμοποιήσει κανείς χωρίς

τη συγκατάθεση και καθοδήγηση κάποιου άλλου. Sapere Aude ! Έχετε το θάρρος να χρησιμοποιείτε τη δική σας κατανόηση των πραγμάτων! Αυτή είναι η έννοια του διαφωτισμού.”

Αυτά γράφονταν το 1784 στο δοκίμιο του Kant “Τι είναι ο διαφωτισμός”. Ήταν μια εποχή κατά την οποία η στήριξη της γνώσης πάνω στη λογική, η επιστημονική προσέγγιση σε κοινωνικά και πολιτικά ζητήματα και η πρόοδος της επιστήμης είχαν να αντιμετωπίσουν την εχθρότητα της εκκλησίας και τον πόλεμο διαφόρων δεισιδαιμονιών που

δέσποζαν την εποχή εκείνη.

Είναι θεμιτό να υποστηρίζει κανείς μια άποψη που διαφέρει από την κυρίαρχη, εφόσον στηρίζεται στη λογική. Πολύ περισσότερο αφού στις μέρες μας η κυρίαρχη άποψη στα ιατρικά πράγματα, όχι σπάνια μοιάζει να διαμορφώνεται από φαρμακευτικές εταιρείες, ασφαλιστικούς οργανισμούς ή οικονομικοπολιτικούς παράγοντες που είναι άσχετοι με την ανθρώπινη προσέγγιση που πρέπει να έχει ένας ιατρός.

Every cloud has its silver lining!



Η αμφισβήτηση της αξιοπιστίας της κολονοσκόπησης έχει και τα θετικά της:

- Κάνει τους ενδοσκόπους πολύ πιο προσεκτικούς, ιδιαίτερα στις βλάβες στο δεξιό κόλον και πίσω από πτυχές. Τους κάνει επίσης να μη βιάζονται να τελειώνουν την εξέταση και τους αναγκάζει να απαιτούν καλό καθαρισμό εντέρου.
- Κάνει τη βιομηχανία ενδοσκοπίων να εξελίσσει τα όργανα (υψηλή ευκρίνεια κτλ)
- Αναπτύσσονται καινούργιες τεχνολογίες που βοηθούν να αναγνωρίζονται περισσότερες βλάβες. Τέτοια είναι η Φασματοσκόπηση (Spectroscopy), που παρουσιάσθηκε και σαν εξώφυλλο του Gastroenterology του Οκτωβρίου 2008 σαν μια breakthrough

τεχνολογία. Ένας καθετήρας, που περνάει από το κανάλι βιοψιών, μετράει την απορρόφηση μιας ακτινοβολίας από τα ερυθρά αιμοσφαίρια στο δίκτυο αγγείων του βλεννογόνου. Όσο μεγαλύτερη είναι η αγγείωση, φαίνεται ότι η μικροκυκλοφορία γύρω από μία νεοπλασία, όπως γύρω από έναν πολύποδα, πυκνώνει σε μεγάλη ακτίνα (μέχρι και 30 εκατοστά μακρύτερα από την βλάβη!). Μοιάζει με τον τρόπο που πυκνώνει η οδική κυκλοφορία όταν πλησιάζει κανείς σε μια πόλη. Αυτή η πληροφορία δουλεύει σαν συναγερμός, που λέει ότι εκεί γύρω υπάρχει κάποιος πολύποδας, πράγμα που ευαισθητοποιεί τον ενδοσκόπο να ψάξει να τον βρει.

- Κάνει τους ενδοσκόπους να συστήνουν βραχύτερους χρόνους επανελέγχου από τα δέκα χρόνια. Ενδέχε-

ται να οδηγήσει και σε ενημερωμένη συγκατάθεση του εξεταζόμενου, για τον χρόνο επανελέγχου, αφού του διθούν τα δεδομένα. Στο Οντάριο του Καναδά για παράδειγμα, θα πρέπει ενδεχομένως να γίνεται επήσιος έλεγχος, αφού όπως αναφέρει η πραγματεύσα εργασία εκεί χάνονται όλες οι βλάβες στο δεξιό κόλον.

- Γίνεται αντιληπτό ότι έχει μεγάλη σημασία το «ποιός ενδοσκόπος κάνει την κολονοσκόπηση». Ότι υπάρχει δηλαδή ένα υποκειμενικό στοιχείο στην εξέταση. Δεν είναι η εξέταση που ανακαλύπτει τις βλάβες αλλά ο ενδοσκόπος.
- Προς έκπληξη ενδεχομένων αρκετών, γίνεται αντιληπτό ότι «οι ιατροί δεν είναι αλάθητοι, όσο και αν προσπαθούν, όσο και αν το επιθυμούν»!

Αξιόλογη Ηλεκτρονική Ιατρική Βιβλιοθήκη



Το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας προσφέρει στους ιατρούς συνδρομητές του τη δυνατότητα ανάγνωσης και “κατεβάσματος” δεκάδων ιατρικών περιοδικών Γαστρεντερολογίας, Παθολογίας, Χειρουργικής, Παθολογοανατομίας και άλλων. Η ύπαρξη αυτής της ηλεκτρο-

νικής βιβλιοθήκης γίνεται στα πλαίσια της εκπαιδευτικής προσπάθειας του Ιδρύματος και αποτελεί μια πολύ σημαντική βοήθεια στους Έλληνες γαστρεντερολόγους. Για εγγραφές μπορεί κανείς να συμβουλευτεί το site του ΕΛΙΓΑΣΤ www.eligast.gr.

Οφείλω να επισημάνω την αποτελεσματική και άμεση εξυπηρέτηση από τη

γραμματεία του ΕΛΙΓΑΣΤ, όποτε ζήτησα κάποια βιβλιογραφική παραπομπή στην οποία δεν είχα πρόσβαση. Είναι αισιόδοξο όταν ορισμένα πράγματα δουλεύουν δημιουργικά και αποτελεσματικά μέσα στο γενικότερο κλίμα κατάρρευσης που χαρακτηρίζει τους καιρούς μας.



Μια σπουδαία διημερίδα!



Τα μονοθεματικά συνέδρια της ΕΠΕΓΕ, κατά γενική ομολογία αποδεικνύονται πολύ χρήσιμα και κάθε χρόνο γίνονται όλο και πιο δημοφιλή. Η πρόσφατη **διημερίδα με θέμα "Πολύποδες"** έχεχωρίσε για το σύγχρονο τρόπο παρουσίασης και την πυκνότητα σε πληροφόρηση. Έδειξε τις σημερινές τάσεις, συζήτησε αμφισβητούμενα ζητήματα και εστίασε στην ανάγκη χρήσης της γενετικής. Αντί από βιβλίο πρακτικών, για πρώτη φορά σε γαστρεντερολογική εκδήλωση στην Ελλάδα, δόθηκε στους συνέδρους **USB με τις παρουσιάσεις** των ομιλητών. Αξίζουν θερμά συγχαρητήρια στον Γιάννη Δανιηλίδη και τους συνεργάτες του.

Παράλληλα με τη διημερίδα έτρεχε και το Εκπαιδευτικό Σεμινάριο για την Καταστολή και την Ανάνψη, που οργανώνει για δεύτερη φορά η ΕΠΕΓΕ και το οποίο επιμελήθηκε ο καθηγητής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Γιώργος Παπαδόπουλος και οι συνεργάτες του. Εξαιρετικά χρήσιμο, **δεν προλαβαίνει να ανταποκριθεί στη ζήτηση**. Εντυπωσιακές ήταν οι δυνατότητες με τις **καινούργιες ηλεκτρονικές κούκλες-προπλάσματα**. Η ανάνψη σε κάποιες στιγμές λάμβανε χώρα με εξαιρούμενη κανονικών συνθηκών, κάτω από τις σειρήνες ασθενοφόρου ώστε να δημιουργείται η γνώριμη ατμόσφαιρα επείγοντος και πανικού. Η ανιδιοτελής προσφορά όλης της ομάδας από τα Ιω-

άννινα ήταν μεγάλη και η ολοήμερη διδασκαλία πολύ εξαντλητική γι' αυτούς.

Τα καλοδιαλεγμένα θέματα είναι ένα από τα μυστικά επιτυχίας των διημερίδων της ΕΠΕΓΕ. Του χρόνου μαθαίνω ότι το θέμα θα είναι **"Επιπλοκές ενδοσκοπικών πράξεων"**. Ενδιαφέρον!

Το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ μάλλον θα πρέπει να βρει κάποια άλλη αίθουσα από την καθιερωμένη, ώστε όσοι κάθονται στις πίσω σειρές να μπορούν **να βλέπουν ολόκληρη την οθόνη**. Επίσης το σεμινάριο καταστολής θα πρέπει να συντονιστεί καλύτερα ώστε **να μην υπάρχουν μεγάλοι χρόνοι αναμονής**.

Ένα σπουδαίο συνέδριο!



Το 28^ο Συνέδριο της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας ήταν κάτι εντελώς διαφορετικό από τα συνηθισμένα. **Ο Απόστολος Μαντίδης με τον γνώριμο ενθουσιασμό και την εργατικότητά του κατάφερε να συγκροτήσει ένα εκπληκτικό συνέδριο γεμάτο ουσία, πρωτοτυπία και επαγγελματισμό.**

Το σπουδαιότερο απ' όλα μοιάζει να είναι **η κατάργηση των στρογγυλών τραπεζών** με τη γνώριμη μορφή, όπου κάθε ομιλητής συνήθιζε να σηκώνεται και να μιλά για 20-30 λεπτά. Αντ' αυτού

οι εισιγητές ήταν καθισμένοι σε καναπέδες και συζητούσαν μεταξύ τους πάνω σε προσυνεννομένες ερωτήσεις. Με τον τρόπο αυτό **εστιάστηκε η συζήτηση στην ουσία και μόνο σ' αυτήν** και το κοινό παρενέβαινε τη στιγμή που ήταν "ζεστή" η απορία ή η διαφωνία. **Αυτή η μορφή συζήτησης θα πρέπει να διατηρηθεί στα επόμενα συνέδρια**, ήταν η κοινή εκτίμηση των συνέδρων. Υποδειγματική ήταν η ζωντανή συζήτηση για τη "Φαρμακευτική ή χειρουργική θεραπεία της χρόνιας ΓΟΠΝ" ανάμεσα σε ξεχωριστούς ένους και ντόπιους ομιλητές.

Η Εναρκτήρια τελετή ήταν σύγχρονη

και ευρηματική, η συναυλία στο Μέγαρο Μουσικής εντυπωσιακή και το αναμνηστικό CD είναι συλλεκτικό κομμάτι. Η κοινωνική διάσταση με την ενεργό στήριξη και παρουσία μη κυβερνητικών οργανώσεων στο συνέδριο (Χαμόγελο του Παιδιού, Σύλλογοι απόμων με ΙΦΝΕ) ήταν μια ευγενική χειρονομία.

Υπήρχε **λιτότητα και ουσία**. Αξίζουν θερμά συγχαρητήρια στον **Αποστόλη Μαντίδη, στο στενό συνεργάτη του Σπύρο Σγούρο**, που επίσης εργάστηκε σκληρά και φυσικά στο ΔΣ της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας που στήριξε ολόψυχα τις προτεινόμενες καινοτομίες. ■





Συνέντευξη

Συνέντευξη του καυ Νίκου Σκανδάλη

Επιμέλεια: Νικολέττα Μάθου

Παραμονές Χριστουγέννων, στο σπίτι του στο Λυκαβηττό, καθισμένος πίσω από ένα γραφείο γεμάτο βιβλία, λογοτεχνικά, ιστορικά, όχι εμφανώς ιατρικά, ο κος Σκανδάλης, ο Διευθυντής της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών που όλοι γνωρίζουμε, έδωσε με λίγες λέξεις το στίγμα της ζωής του στα λόγια που του είπε κάποτε η μητέρα του: «... Σαν το μπόι σου βρίσκεις, σαν την καρδιά σου δεν βρίσκεις...»



Αγαπητέ κύριε Σκανδάλη, πώς αποφασίσατε να γίνετε ιατρός;

Αποφάσισα να γίνω ιατρός επειδή είχα πρότυπο το νονό μου που ήταν ιατρός παθολόγος. Από αυτόν έμαθα την τεράστια σημασία του ιστορικού. Έτσι κι εγώ ακολούθησα αυτό το λειτούργημα, με πίστη στην Παθολογία κι έγινα παθολόγος. Κατέληξα να γίνω γαστρεντερολόγος επειδή ήμουν σε μια Παθολογική Κλινική που δεν ήταν μόνο στελεχωμένη από φιβερούς παθολόγους αλλά και από γίγαντες της Γαστρεντερολογίας, όπως ο Ταξιάρχης Δασκαλάκης, ο Θανάσης

Ζωγράφος, που ήταν πρωτοπόρος λαπαροσκόπος, ο Γεράσιμος Καβουρτζής και ο Στέφανος Χατζηγιάννης, διακεκριμένοι ηπατολόγοι. Σαν παθολόγος έκανα τα πάντα: παρακεντήσεις, βιοψίες ήπατος και υπεζωκότα, οσφυονωτιαίες παρακεντήσεις και ορθοσκοπήσεις. Έτσι όταν ξεκίνησα να κάνω Γαστρεντερολογία μου φάνηκε πολύ εύκολο, παρόλο που τα πρώτα ενδοσκόπια μόλις τότε ξεκίνησαν να εμφανίζονται.



Ποιες πιστεύετε ότι είναι οι απαραίτητες προϋποθέσεις για να γίνει κάποιος Γαστρεντερολόγος;

Πρώτα από όλα πρέπει να είναι άριστος παθολόγος και δεύτερον να έχει επιδεξιότητα στην ενδοσκόπηση, διαφορετικά είναι σαν να χειρίζεσαι ένα σωλήνα μηχανικά χωρίς κλινική σκέψη για τι ψάχνουμε να βρούμε. Η διάγνωση της

οξείας κοιλίας για παράδειγμα πρέπει να γίνεται από εμάς και όχι από τους χειρουργούς. Εξυπακούεται ότι δεν αναλαμβάνουμε την ευθύνη να ενδοσκοπούμε περιστατικό που μπορεί κατά την ενδοσκόπηση να εξελιχθεί σε οξεία κοιλία.



Πώς επιλέξατε το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών;

Πήγα σε ένα χώρο, που τολμώ να πω, δεν τον ήθελε κανένας, γιατί ίσως πίστευαν ότι τίποτα δεν θα μπορούσε να γίνει εκεί. Εντούτοις στο δρόμο αυτό βρέθηκαν κοντά μου άνθρωποι με όραμα, όπως ο αείμνηστος Χρήστος Σπηλιάδης, άριστος και δυναμικός ενδοσκόπος. Ξεκίνησαμε με ένα μεταλλικό γραφείο και ένα εξεταστικό κρεβάτι. Ο χειρουργός κ. Κώστας Χαρώνης μας έδωσε ένα κολονοσκόπιο και ο κ. Αντώνης Νάκος από το Ιπποκράτειο μας δώρισε ένα γαστροσκόπιο για εξοπλισμό, και έτσι, με πολλή δουλειά επί 24ώρου βάσεως δημιουργήσαμε βήμα-

βήμα το Ενδοσκοπικό Τμήμα. Με την ακούραστη βοήθεια του κ. Σπηλιάδη δημιούργησαμε επίσης παράλληλα τη μονάδα ERCP, τη μόνη ουσιαστικά μονάδα που λειτουργούσε αυτόνομα. Οφείλω επίσης να τονίσω ότι όλη αυτή η προσπάθεια έγινε με την οικονομική βοήθεια Ελλήνων εφοπλιστών, λόγω της καταγωγής μου από τα Ψαρά. Έτσι οργανώθηκε η ενδοσκοπική μονάδα που όλοι γνωρίζετε, μια από τις αρτιότερες και πιο σύγχρονες ενδοσκοπικές μονάδες, που μπήκε, τολμώ να πώ, στο «μάτι» πολλών, χωρίς λόγο, μια και η ζηλοφθονία είναι πολλές φορές κα-

Η διάγνωση της οξείας κοιλίας για παράδειγμα πρέπει να γίνεται από εμάς και όχι από τους χειρουργούς.



Κατά την διάρκεια της θητείας σας, οργανώσατε επί σειρά ετών ένα πρόγραμμα μετεκπαίδευτικών μαθημάτων που έχαιρε εκτίμησης και σεβασμού τόσο από ειδικευόμενους όσο και από ειδικευμένους γαστρεντερολόγους. Θεωρείτε ικανοποιητική την εκπαίδευση των νέων συναδέλφων στην ειδικότητα και ποια μέτρα πρέπει να ληφθούν για την βελτίωσή της;

Η εκπαίδευση των νέων ιατρών είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα που με απασχολούσε πάντα και με απασχολεί. Πρόκειται για μια πολύ επίπονη διαδικασία, που όμως εάν δεν την κάνεις είναι σαν να μην κάνεις τίποτα. Οφείλουμε να διδάχουμε και να διδαχθούμε Ιατρική πρώτα από όλα και μετά Γαστρεντερολογία. Έτσι με τη βοήθεια εκλεκτών συνεργατών όπως του Χρήστου Σπηλιάδη, του Γιάννη Πουλαντζά, του Νίκου Παπανικολάου, ξεκίνησαμε τα Σεμινάρια Γαστρεντερολογίας με εμάς στην αρχή ως ομιλητές και σχολιαστές και κατόπιν με τους ειδικευόμενους ιατρούς να λαμβάνουν ενεργό μέρος, στα μάθηματα, που όλοι ξέρετε, και που γνώρισαν τεράστια επιτυχία. Για μένα αυτό ήταν το άπαν! Το λειτούργημα του ιατρού είναι πολύ

απαιτητικό και δύσκολο και καλούμαστε πολλές φορές να πάρουμε αποφάσεις σωστά και γρήγορα. Δεν υπάρχει συνήθως η πολυτέλεια να πάμε να διαβάσουμε στο σπίτι. Πρέπει να είμαστε σωστά εκπαιδευμένοι ώστε να μπορούμε να αποφασίζουμε άμεσα και ορθά. Σημαντικό επίσης είναι να συζητάμε γιατί η συζήτηση φέρνει σκέψεις, σου διευρύνει το πνεύμα και σε κάνει να μην είσαι κολλημένος. Τέλος, οι νέοι ιατροί πρέπει να έχουν πάντα κατά νου ότι η Ιατρική είναι το σημαντικότερο λειτούργημα, σημαντικότερο ίσως και από αυτό του ιερέα ή ενός θεατρικού ηθοποιού που δίνοντας τον εαυτό του μετά από μια θεατρική παράσταση έχει εξουθενωθεί.



Το Εθνικό Σύστημα Υγείας σύμφωνα με την γνώμη των περισσοτέρων νοσεί. Ποια νομίζετε εσείς μετά από τη μακρόχρονη πορεία σας στο ΕΣΥ είναι τα μεγαλύτερα προβλήματά του; Υπάρχουν λύσεις, και πώς βλέπετε το παρόν και το μέλλον του;

Το ΕΣΥ έχει τελματώσει και ο λόγος γι' αυτό είναι η εγκατάλειψή του από το κράτος, η έλλειψη προσώπων και ανα-

λογιών προσώπων. Χρειάζεται βιούληση και προσεκτικός σχεδιασμός.





Ποια είναι η αρχική σας εκτίμηση για τις προτεινόμενες αλλαγές στην διάρθρωση, λειτουργία και οργάνωση των κρατικών νοσοκομείων (π.χ. πολυδιευθυντικό σύστημα); Είναι εφικτές και διαθέτουν την δυναμική της εξυγίανσης και βελτίωσης του παρόντος συστήματος;

Γνωρίζω ότι σε όλα τα μέρη του κόσμου υπάρχει διευθυντής. Δεν καταλαβαίνω πώς θα λειτουργήσει το σύστημα που προτείνεται, όταν όλα θα είναι ασαφή και αστάθμητα.

Ακούγεται πρωτόγνωρο και δεν μπορεί κατά τη γνώμη μου με τίποτα να βελτιώσει και να εξυγιάνει την παρούσα κατάσταση.



Παρατηρείται συχνά κυρίως σε νέους αλλά και σε παλαιότερους συναδέλφους μια νοοτροπία ωχαδελφισμού και απουσία διάθεσης συμμετοχής στα κοινά. Ποια πιστεύετε είναι τα αίτια και ποιες οι συνέπειες αυτής της αποχής;

Τα αίτια αυτής της αποχής πιστεύω ότι είναι η φθορά και η απογοήτευση. Συμμετοχή στα κοινά σημαίνει επιτυχία σε κάτι. Όταν μπαίνεις στα κοινά και όλα είναι προκατασκευ-

ασμένα, κινδυνεύεις κάθε στιγμή να θεωρηθείς είτε ακατάλληλος είτε ανυπάκουος, και τότε το ίδιο το σύστημα σε απορρίπτει και σε πετάει έξω.

Το ΕΣΥ έχει τελματώσει και ο λόγος γι' αυτό είναι η εγκατάλειψή του από το κράτος, η έλλειψη προσώπων και αναλογιών προσώπων.



Εκτός της μητρικής εταιρείας, της Ε.Γ.Ε., η παρουσία πολλών επιστημονικών Εταιρειών και Τμημάτων που ασχολούνται με το πεπτικό νομίζετε ότι βελτιώνει το προσφερόμενο επιστημονικό, ενημερωτικό και εκπαιδευτικό έργο στην γαστρεντερολογική κοινότητα ή ενέχει κινδύνους διάσπασης και συγκρούσεων;

Θέλοντας να είμαι αντικειμενικός οφείλω να πω ότι η μόνη εταιρεία που βοηθά πραγματικά είναι η ΕΠΕΓΕ γιατί τα στελέχη της δεν ασχολούνται μόνο με την καρέκλα του προέδρου. Πιστεύω επίσης ότι η παρουσία πολλών επιμέρους τμημάτων, με ίσως κάποια εξαίρεση της εταιρείας που ασχολείται με τις ιδιοπαθείς φλεγμονώ-

δεις νόσους του εντέρου υπό κάποιες προϋποθέσεις, αποδυναμώνουν τη μητρική εταιρεία. Η ΕΓΕ, αντιπροσωπεύοντας μια μικρή χώρα, δεν μπορεί να συγκριθεί με την Αμερικανική Γαστρεντερολογική Εταιρεία που έχει τη δυνατότητα τέτοιου καταμερισμού.



Οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες φαίνεται ότι είναι αριθμητικά τουλάχιστον πολλές. Πώς εκτιμάτε την άποψη μιας ενιαίας γαστρεντερολογικής εβδομάδας, όπου θα μπορούσαν όλοι να συμμετέχουν;

Μια γαστρεντερολογική εβδομάδα κάθε δύο για παράδειγμα χρόνια θα μπορούσε να ήταν μια καλή λύση. Επαναλαμβάνω ότι η Ελλάδα δεν είναι Αμερική με αποτέλεσμα σε πολλά συνέδρια να υπάρχουν επαναλήψεις και εργασίες χω-

ρίς έμπνευση. Γιατί είναι πολύ δύσκολο να κάνεις μια καλή ερευνητική εργασία. Επίσης, βλέπω συχνά πλέον, και δεν ντρέπομαι να το πω, μια εσκεμμένη υποβάθμιση αξιόλογων εργασιών όταν προέρχονται από συγκεκριμένα κέντρα.





Εκτιμώντας την τεράστια κλινική σας εμπειρία και την πρακτικότητα που σας χαρακτηρίζει ποιες απλές συμβουλές θα δίνατε στους νέους συναδέλφους; Πόσα και ποια συνέδρια προτείνετε να παρακολουθούν, πώς να ενημερώνονται καλύτερα και ευκολότερα, ποια σημεία να προσέχουν ιδιαίτερα στην άσκηση της κλινικής ιατρικής;

Προσωπικά πιστεύω ότι ένας γιατρός πρέπει να έχει ένα στόχο: την παρακολούθηση του Αμερικανικού Γαστρεντερολογικού Συνεδρίου μια φορά το χρόνο, που αποτελεί την πεμπτουσία της Γαστρεντερολογίας. Παρά τη μεγάλη απόσταση όλοι μπορούμε να βρούμε τον τρόπο να πάμε, γιατί εκεί μόνο μαθαίνεις πού βρίσκεσαι και πού πηγαίνεις

επιστημονικά. Από επιστημονικά τώρα περιοδικά νομίζω ότι είναι αρκετό να συμβουλευόμαστε για την μεν Γαστρεντερολογία το Gastroenterology, το American Journal of Gastroenterology και το Clinical Gastroenterology and Hepatology, ενώ για πλήρη ιατρική ενημέρωση το New England Journal of Medicine κάθε εβδομάδα.

**Η εκπαίδευση των νέων ιατρών είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα που με απασχολούσε πάντα και με απασχολεί.
Πρόκειται για μια πολύ επίπονη διαδικασία, που όμως εάν δεν την κάνεις είναι σαν να μην κάνεις τίποτα.
Οφείλουμε να διδάξουμε και να διδαχθούμε Ιατρική πρώτα από όλα και μετά Γαστρεντερολογία**



Πώς βλέπετε το μέλλον της Γαστρεντερολογίας μακροπρόθεσμα; Σε τι πιστεύετε ότι πρέπει να στοχεύουμε, στον τέλειο επεμβατιστή ενδοσκόπο ή στον σφαιρικά ενημερωμένο κλινικό ιατρό;

Χρησιμοποιώντας για μια ακόμη φορά το παράδειγμα της Αμερικής, βλέπουμε ότι και αυτοί φθάσανε στον τέλειο ενδοσκόπο αλλά γυρίσανε πάλι στο σωστό κλινικό ιατρό. Ενδοσκόπηση μαθαίνεις εύκολα, ιατρική όμως πιολύ δύσκολα. Είναι, βέβαια, κατανοητό ότι δεν μπορείς να τα μάθεις καλά όλα και ιατρική και γαστρεντερολογία και ενδοσκόπηση. Εκεί χρειάζεται, όταν ηγείσαι μιας κλινικής, να επιλέξεις σωστούς συναδέλφους που να καλύπτουν όλο το φάσμα της κλινικής γαστρεντερολογίας από τη μια και της επεμβατικής ενδοσκόπησης από την άλλη. Αυτή ήταν μια διαφορά που είχα πάντα με τον αείμνηστο Αλέκο Αυγερινό, τον οποίο αγαπούσα πολύ. Ο Αλέκος ανέθετε συχνά

σε ειδικευόμενους να μελετήσουν και να ασχοληθούν με πράγματα που δεν είναι εύκολο να τα κάνεις χωρίς την παρουσία και τη βοήθεια έμπειρου ειδικευμένου ιατρού. Έτσι εγώ επέλεξα ειδικευμένους ιατρούς όπως τον κ. Ιωάννη Καρούμπαλη στον ενδοσκοπικό υπέρρηχο και τον κ. Αθανάσιο Χατζηνικολάου στην κάψουλα, εντεροσκόπηση και double balloon, που είναι τόσο καλοί στο αντικείμενό τους ώστε συχνά να βρίσκουν ευρήματα που δεν βρίσκουν σε άλλα νοσοκομεία. Επιπλέον, περιστοιχιζόμουν από έμπειρους και άξιους επεμβατικούς ενδοσκόπους και συγκεκριμένα από τους αναπληρωτές διευθυντές κ.κ. Α. Κωνσταντινίδη, Β. Μπαλατάσο και Β. Ντελή.



Τελειώνοντας θα θέλατε κάτι άλλο να προσθέσετε;

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τη σύζυγό μου που στάθηκε δίπλα μου σε κάθε δύσκολη στιγμή και που χωρίς τη δική

της παρουσία, βοήθεια και υπομονή δεν θα κατάφερνα όλα αυτά. Σας ευχαριστώ πολύ!!!



Συνέδρια

Συνέδρια



AGENDA 2009

Ιανουάριος 2009

29-30/1	Translational Research in Chronic Liver Disease, Falk Workshop	Heidelberg, Germany
---------	--	---------------------

Φεβρουάριος 2009

5/2-7/2	4th Congress of ECCO, Inflammatory Bowel Disease	Hamburg, Germany
6/2-7/2	11th International Symposium on Diagnostic and Therapeutic Endoscopy ESGE	Maritim Hotel Dusseldorf, Germany
15/2	Autoimmune Hepatitis and Overlap Syndromes-East meets West, Falk Workshop	Hong Kong, China
20/2-21/2	4η Εκπαιδευτική Διημερίδα ΕΛΙΓΑΣΤ Εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία & Ηπατολογία	Μέγαρο Διεθνές Συνεδριακό Κέντρο Αθηνών

Μάρτιος 2009

6/3-7/3	14ο Ελληνικό Συνέδριο για το Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού	Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα
27-28/3	IBD in different age groups Falk Symposium 168	Madrid Spain

Απρίλιος 2009

10/4-11/4	4η Ετήσια Μετεκπαιδευτική Γραστρεντερολογική Διημερίδα	Moevenpick Resort & Thalasso, Ηράκλειο, Κρήτη
22/4-26/4	44th annual Meeting of the European Association for the Study of the Liver	EASL Liaison Bureau, Copenhagen, Denmark
27/4-29/4	International GI Endoscopy Techniques	University of Strasbourg, France

Μάιος 2009

22/5-24/5	4th International Congress on Gastrointestinal Oncology	Hotel Divani Apollon Palace, Kavouri Athens
7/5-10/5	11ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο	Grecotel Corfu Imperial, Kerkyra
15-16/5	Inflammation in the Intestinal tract: Pathogenesis and Treatment, Falk Symposium 169	Kiev, Ukraine

**Ιούνιος 2009**

30/5-4/6	Digestive Disease Week (DDW 2009)	Chicago, IL. USA
12/6-14/6	8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου	Rodos Palace, Ρόδος
22/6-24/6	27th GEEW Gastroenterology and Endotherapy European Workshop	Brussels Exhibition Center, Brussels
24/6-27/6	11th World Congress on Gastrointestinal Cancer, WCGI & ESMO	Barcelona, Spain
25/6-26/6	International Symposium on Complications in GI Endoscopy: how to diagnose - how to treat - how to prevent	Hannover, Germany
27/6	Η ERCP στην Ελλάδα, Γαστρεντερολογικό Τμήμα Βενιζελείου Νοσοκομείου Ηρακλείου	Porto Elounda, Ελούντα, Κρήτη

Σεπτέμβριος 2009

11/9-12/9	IBD and IBS: Novel Mechanisms and Future Practice Falk Symposium 170	Glasgow, Great Britain
-----------	---	------------------------

Οκτώβριος 2009

30/9-3/10	22nd International Course on Therapeutic Endoscopy	The Four Seasons Hotel Toronto, Canada
1/10-4/10	29ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας	Porto Carras Hotel, Χαλκιδική
15/10-16/10	Falk Liver Conference (part I) Immunology and Liver Disease, Falk Workshop	Hannover, Germany
16/10-18/10	Falk Liver Conference (part II) Liver and Metabolic Syndrome, Falk Symposium 171	Hannover, Germany
24/10-25/10	7η Διημερίδα ΕΠΕΓΕ Επιπλοκές στη Γαστρεντερολογία	Caravel Hotel, Αθήνα
26/10-28/10	International GI Endoscopy Techniques	University of Strasbourg, France

Νοέμβριος 2009

30/10-3/11	60th Annual Meeting of the American Association of the Study of the Liver Diseases	Boston, USA
21/11-25/11	UEGW/WCOG GASTRO 2009	EXCEL London

Δεκέμβριος 2009

13/12-14/12	11th International Workshop of Therapeutic Endoscopy	Cairo, Egypt
14/12-15/12	Amsterdam Live Endoscopy Course 2009 - 3rd annual course (ESGE)	Amsterdam, The Netherlands



Καλλιτεχνικά και άλλα

Ηγέτες με εξουσία και ... ασθένειες

γράφει ο Νίκανδρος Μπούρας*

David Owen

In Sickness and in Power:

Illness in heads of government during the last 100 years

Πολύ πρόσφατα κυκλοφόρησε στο Λονδίνο ένα ασυνήθιστο βιβλίο γραμμένο από τον Ντέιβιντ Όουεν με τίτλο «Ασθενείς στην εξουσία». Ο Όουεν είναι μέλος της βρετανικής Βουλής των Λόρδων και πρώην υπουργός των Εξωτερικών. Παράλληλα είναι νευρολόγος, μιλονότι ασχολείται μόνο με την πολιτική τα τελευταία 40 χρόνια. Αντικείμενο του βιβλίου είναι οι ασθένειες των διάφορων αρχηγών κρατών τα τελευταία 100 χρόνια. Ο Ρούσβελτ ήταν πολύ άρρωστος και εξασθενημένος την εποχή της διάσκεψης της Συμφωνίας της Γιάλτας. Ο Τσόρτσιλ έκανε χρήση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνευματωδών ποτών και έπασχε κατά περιόδους από σοβαρή κατάθλιψη. Στα απομνημονεύματα του Λόρδου Μοράν, προσωπικού γιατρού του Τσόρτσιλ, αναφέρεται ότι ο Τσόρτσιλ ήταν σε πολύ άσχημη ψυχολογική κατάσταση πριν από την επίσκεψή του στην Αθήνα τον Δεκέμβριο του 1944.

Κένεντι και Σάχης

Ο Τζόνσον έπασχε από σοβαρή μελαγχολία αλλά και από καρδιακές διαταραχές για πολλά χρόνια πριν εκλεγεί πρόεδρος των ΗΠΑ. Από αλκοολισμό έπασχε ο Νίξον και, αρκετές φορές, σε κρίσιμες περιπτώσεις

δεν ήταν σε θέση να συμμετάσχει σε σοβαρές συσκέψεις. Ο Κένεντι έπασχε από τη νόσο του Addison, ενδοκρινολογική διαταραχή των επινεφρι-

νη απόβαση των Αμερικανών στον Κόλπο των Χοίρων στην Κούβα, όσο και κατά την εξίσου αποτυχημένη συνάντησή του με τον Χρουστσόφ στη Βιέννη. Απόλυτη μυστικότητα επικρατούσε για την ασθένεια του Σάχη της Περσίας που έπασχε από λέμφωμα, μορφή καρκίνου του αίματος, κατά τη διάρκεια των ταραχών της ισλαμικής επανάστασης. Ο Όουεν, που ήταν υπουργός των Εξωτερικών της Βρετανίας την εποχή εκείνη, επιβεβαιώνει ότι είχε πλήρη άγνοια για την ασθένεια του Σάχη, όπως είχαν και οι βρετανικές και γαλλικές μυστικές υπηρεσίες, ακόμη και η CIA. Ανάλογη μυστικότητα τηρήθηκε και για την υγεία του Γάλλου προέδρου Μιτεράν, που διαγνώστηκε με καρκίνο του προστάτη και μεταστάσεις στα οστά μόλις 6 μήνες αφότου είχε αναλάβει τη γαλλική προεδρία. Ο Μιτεράν περνούσε περιόδους σοβαρής μελαγχολίας, αλλά χωρίς τίποτε να γίνει γνωστό.

«Σύνδρομο της Υβρεως»

Ο Όουεν υποστηρίζει ότι κατά τη διάρκεια του πολέμου της Βοσνίας, ο Μπλερ εμφάνισε αυτό που αποκαλεί «Σύνδρομο της Υβρεως» (Hubris Syndrome), που έκτοτε συνεχίστηκε

δίων. Υπέφερε από πολύ σοβαρούς πόνους και βρισκόταν σε άσχημη σωματική αλλά και ψυχολογική κατάσταση, τόσο κατά την αποτυχημέ-

*Ο κ. Νίκανδρος Μπούρας είναι ομότιμος καθηγητής της Ψυχιατρικής στο Institute of Psychiatry του King's College του Λονδίνου.



ώς την αποχώρησή του από την κυβέρνηση. Ο Όουεν, με σαφείς αναφορές στην ελληνική αρχαιότητα, χρησιμοποιεί τον όρο «Σύνδρομο της Υβρεως», περιγράφοντας συμπεριφορές που απορέουν από τη «μέθη της εξουσίας». Ισχυρίζεται ότι μερικοί ηγέτες εμφανίζουν μεγάλη οίηση, γίνονται αλαζονικοί, αυθαδεις και περιφρονητικοί θεωρώντας τους εαυτούς τους υπεράνω ανθρωπίνων ορίων και θείων κανόνων.

Από ανάλογο «Σύνδρομο της Υβρεως» πάσχει, κατά τον Όουεν, και ο πρόεδρος Μπους και ηγέτες διαφόρων άλλων κρατών. Το «Σύνδρομο της Υβρεως» μπορεί να έχει κάποια παθολογική κλινική οντότητα και να συνδέεται με σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Εμφανίζεται συνήθως με την πάροδο κάποιου χρονικού διαστήματος μετά την ανάληψη ηγετικών θέσεων στην πολιτική αλλά και στη διοίκηση των επιχειρήσεων. Ο Όουεν καλεί την ιατρική κοινότητα να ερευνήσει την ύπαρξη του «Συνδρόμου της Υβρεως» και να καταλήξει σε επιστημονικά συμπεράσματα για τη φύση του, τα συμπτώματά του και την αντιμετώπισή του.

Στην Ελλάδα

Από ελληνικής πλευράς, στη σύγχρονη εποχή, ο Κωνσταντίνος Καραμαλής υπέφερε από σοβαρή βαρηκοΐα και στα τελευταία χρόνια της ζωής του η ακοή του ήταν ιδιαίτερα περιορισμένη. Ο Ανδρέας Παπανδρέου υπέφερε από σοβαρό καρδιακό νόσημα και υπεβλήθη σε σοβαρή εγχείριση και παρέμεινε νοσηλευόμενος για

μακρό χρονικό διάστημα. Συμπτώματα του «Συνδρόμου της Υβρεως» δεν γνωρίζουμε να επηρέασαν τους σύγχρονους Ελληνες πολιτικούς, με εξαίρεση ίσως τον Δικτάτορα Παπαδόπουλο που εμφάνιζε αυτάρεσκη και αλαζονική συμπεριφορά με μεσσιανικά στοιχεία.

Ο Όουεν θέτει, όμως, μερικά σοβαρά ερωτήματα και διλήμματα. Κατά

με τους διοικητές μεγάλων εταιρειών και οργανισμών, με τους στρατιωτικούς και θα έπρεπε να τηρείται και με τους υψηλόβαθμους δικαστές.

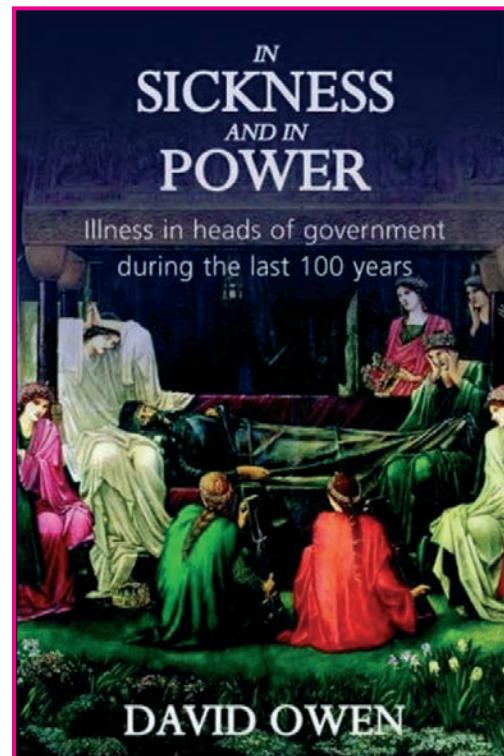
Ο Όουεν ζητά από τον ιατρικό κόσμο να κάνει συγκεκριμένες προτάσεις, θέτοντας τις απαραίτητες συντεταγμένες γι' αυτήν τη διαδικασία. Δημιουργείται όμως ένα εύγλωττο ερώτημα. Μέχρι πού θα μπορούσε να φθάσει η καθιέρωση κάποιας ανάλογης διαδικασίας και τι θα πρέπει να γίνει με παρεμφερείς καταστάσεις, όπως π.χ. πολύ μεγάλη ηλικία για ηγέτες κρατών; Πολλοί, μεγάλης ηλικίας, ηγέτες, έμπειροι και σώφρονες, υπήρξαν πολύ πετυχημένοι.

Ο όρκος του Ιπποκράτη

Ευθύνες έχουν και οι πρωσαποιοί γιατροί των ηγετών που πρέπει να παραμένουν πιστοί στον όρκο του Ιπποκράτη για το συμφέρον του ασθενούς τους χωρίς να επηρεάζονται από τις πολιτικές επιπτώσεις, αποφεύγοντας να συμβάλλουν στη συγκάλυψη της αλήθειας.

Το βιβλίο είναι πρωτότυπο και χρήσιμο γιατί αγγίζει λεπτά σημεία της σχέσης της ιατρικής με την ευρύτερη πολιτική πρακτική και την εξάσκηση της εξουσίας. Θέματα μεγάλης σημασίας που συνήθως παραμένουν καλυμμένα με μυστικότητα και αποφεύγεται η συζήτησή τους παρά την αναμφίβολα μεγάλη σημασία τους και τις επιπτώσεις τους.

Εφημερίδα «Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ»
Κυριακή 9 Νοεμβρίου 2008



πόσον τα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας των ηγετών κρατών επηρεάζουν τις αποφάσεις τους, που μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις για εκατομμύρια ανθρώπους.

Εισιγείται ότι όλοι οι υποψήφιοι ηγέτες πρέπει να υποβάλλονται σε ιατρικές εξετάσεις πριν από την υποψηφιότητά τους, καθώς επίσης και σε ετήσια περιοδική εξέταση ενώ βρίσκονται στην εξουσία. Τα αποτελέσματα θα πρέπει να ανακοινώνονται δημοσίως. Κάτι ανάλογο συμβαίνει



Θεατρικά...



... & άλλα

Κλασικές Θεατρικές Παραστάσεις στην Αθήνα

γράφει και επιλέγει η Μ.Τ., επιμέλεια Ιωάννα Θεοφανίδου

Το θέατρο έχει λόγο ύπαρξης όταν τέρπει τις αισθήσεις μας με τον τρόπο που τις ικανοποιούσε το Αρχαίο Θέατρο. Το αρχαίο ελληνικό θέατρο παρουσιάζει μια παγκόσμια και διαχρονική παιδευτική ικανότητα για τους θεατές του σε όποια γλώσσα και αν παρουσιάζεται. Φέρει έναν έντονο θρησκευτικό και μυστηριακό χαρακτήρα αλλά και ένα κοινωνικό και πολιτικό χαρακτήρα. Με αυτή τη λογική, το θέατρο που δεν θα μας κάνει απλώς να γελάσουμε ή να πούμε ότι... «πήγαμε στο θέατρο!», είναι κυρίως κλασικού ρεπερτορίου και επιτυγχάνει μαζί με τη διασκέδαση και την εκπαίδευση του θεατή. Το φετινό χειμώνα στην Αθήνα μπορείτε να παρακολουθήσετε μεταξύ άλλων τις παρακάτω κλασικές παραστάσεις:

1/ Αρτούρο Ούι

Πολιτικό Θέατρο του Μπέρτολντ Μπρεχτ

Αποτελεί ένα από τα λιγότερο γνωστά έργα του Μπρεχτ και στρέφεται γύρω από ένα πάντα επίκαιρο ερώτημα: πώς μπορεί η δημοκρατία να αντιμετωπίσει τις απειλές και τα παιχνίδια της εξουσίας.

Σκηνοθ.: Β. Κανελλόπουλος.
Ερμηνεύουν: Ελ. Μακρή, Ν. Ποντικόπουλος,
Χ. Κασαρτζιάν, Κ. Γεραντώνης.

2/ Γέρμα

Δράμα του Φεντερίκο Γκαρθία Λόρκα

Το έργο δεν αναφέρεται μόνο στην ιστορία μιας γυναίκας που προσπαθεί μάταια να αποκτήσει ένα παιδί, αλλά στην εικόνα της αιώνιας σύγκρουσης ανάμεσα στη λογική και το ένστικτο, στα κοινωνικά ιδανικά και το πρωτόγονο ανυπότακτο πάθος.

Σκηνοθ.: Ν. Δαφνής.
Ερμηνεύουν: Κ. Σαραντοπούλου, Ν. Δαφνής,
Κ. Μαρκαντωνάτου.

3/ Ο Έμπορος της Βενετίας

Κωμωδία του Σαΐζπηρ

Ένας Βενετσιάνος μεγαλοαστός δανείζεται χρήματα από έναν Εβραίο τοκογλύφο για να βοηθήσει το φίλο του που παντρεύεται, βάζοντας ως ενέχυρο ένα κομμάτι από... τη σάρκα του. Επειδή όμως δεν καταφέρνει να επιστρέψει τα χρήματα, ο δανειστής του τον οδηγεί στο δικαστήριο διεκδικώντας το... ενέχυρο.

Σκηνοθ.: Γ. Μεσσάλας.
Ερμηνεύουν: Γ. Μεσσάλας, Ντ. Θεμελή, Γ. Λιακάκος,
Π. Σπηλιόπουλος.

4/ Ένας Ήρωας - Το Καμάρι της Δύσης

Κωμωδία του Τζον Μίλινγκτον Σίνγκ

Το έργο σατιρίζει τη ζωή στην καθολική Ιρλανδία της εποχής του. Ο κεντρικός χαρακτήρας, ένας νεαρός γόης, φτάνει σε ένα απομονωμένο χωριό και γίνεται ξαφνικά ο ήρωας και το ίνδαλμα μιας αφελούς αγροτικής κοινωνίας.

Σκηνοθ.: Στ. Λιβαθινός.
Ερμηνεύουν: Ν. Καρδώνης, Δ. Παπανικολάου,
Μ. Ναυπλιώτου, Άρ. Τρουπάκης, Β. Κουκαλάνι.

*Η Μ.Τ. είναι δημοσιογράφος.





5/ Η Επίσκεψη της Γηραιάς Κυρίας

Ψυχογράφημα του Φρίντριχ Ντίρενματ

Μια δισεκατομμυριούχος επιστρέφει μετά από πολλά χρόνια στην άσημη κωμόπολη από την οποία κατάγεται. Οι κάτοικοι προσμένουν πως η επίσκεψη της θα σημάνει τη σωτηρία τους από τη φτώχεια και την ανέχεια. Η μικρή πόλη όμως θα έρθει αντιμέτωπη με ένα φοβερό δύλημα...

Σκηνοθ.: Στ. Λιβαθινός.

Ερμηνεύουν: Μπ. Αρβανίτη, Γ. Φέρτης, Κ. Γαλανάκης, Ν. Αλεξίου, Μπ. Σαρηγιαννίδης.

6/ Το Ημερόλογιο Ενός Τρελού

Δράμα του Νικολάι Γκόγκολ

Το έργο παρουσιάζει επιδεξιά την απόγνωση, τη λογική του παραλογισμού και την ανατριχιαστική πορεία που μπορεί να έχει ο άνθρωπος όταν διαταράσσεται η λογική του.

Σκηνοθ.: Γ. Μεσσάλας.

Ερμηνεύει: Γ. Μεσσάλας.

7/ Το Ημέρωμα της Στρίγκλας

Κωμαδία του Σαΐξπηρ

Δολοπλοκίες και ερωτικές πολιορκίες μπλεγμένες σε ένα έξυπνο κωμικό παιχνίδι από το μεγάλο δημιουργό.

Σκηνοθ.: Κ. Αρβανιτάκης.

Ερμηνεύουν: Κ. Καραμπέτη, Άκ. Σακελλαρίου, Άλ. Μυλωνάς, Ιερ. Καλετσάνος, Γ. Νταλιάνης, Σ. Πατσίκας.

8/ Ο Θάνατος του Εμποράκου

Κοινωνικό Δράμα του Άρθουρ Μίλερ

Ένα από τα μεγαλύτερα έργα της παγκόσμιας δραματουργίας που περιγράφει την αγωνία του πατέρα για το μέλλον των γιων του, που τελικά οδηγεί στη σύγκρουση.

Σκηνοθ.: Γ. Ιορδανίδης.

Ερμηνεύουν: Θ. Καρακατσάνης, Α. Γρηγοριάδου, Μ. Μαρκάπης, Γρ. Σταμούλης, Ελ. Ρήγου.

9/ Η Κληρονομιά

Κωμαδία του Μαριβό

Μια μεγάλη κληρονομιά 600.000 φράγκων επιβάλλει στους ήρωες του έργου την αμφισβήτηση των συναισθημάτων τους και τους θέτει απέναντι στην επαναδιαπραγμάτευση της ίδιας τους της ζωής.

Σκηνοθ.: Φ. Μακρής.

Ερμηνεύουν: Φ. Μακρής, Άλ. Αλπίδης, Μ. Μαλταμπέ, Μ. Κορδώνη.

10/ Mademoiselle Julie

Σκηνική Σύνθεση του Θόδωρου Τερζόπουλου

Η σκεπτόμενη ανάγνωση του «Δεσποινίς Τζούλια» από τον Θ. Τερζόπουλο κάνει ένα δράμα του 1888 να μιλά για τη σημερινή κατάθλιψη και το σαδομαζοχιστικό ερωτισμό.

Σκηνοθ.: Θ. Τερζόπουλος.

Ερμηνεύουν: Σ. Χίλλ, Σ. Μιχοπούλου, Χ. Δήμας, Θ. Αλευράς.

11/ Ξαφνικά Πέρυσι το Καλοκαίρι

Κοινωνικό του Τενεσί Ουίλαμς

Κλασικό αριστούργημα του 1958 που πραγματεύεται τις αδυσώπητες οικογενειακές σχέσεις και την ομαφυλοφιλία.

Σκηνοθ.: Σπ. Ευαγγελάτος.

Ερμηνεύουν: Κ. Χέλμη, Μ. Ασλάνογλου, Ζ. Ρηγοπούλου, Θ. Κουρλαμπάς.

12/ Ταξίδι μιας Μεγάλης Μέρας στη Νύχτα

Δράμα του Ευγένιου Ο' Νιλ

Το έργο του Αμερικανού συγγραφέα ξετυλίγει μέσα σε μία μέρα το ταξίδι ζωής της οικογένειας Τάιρον, με κεντρικό πρόσωπο τον πατέρα, έναν πρωταγωνιστή του θεάτρου, ο οποίος ξεπούλησε το ταλέντο του στο βωμό της εμπορικότητας.

Σκηνοθ.: Αντώνης Αντύπας.

Ερμηνεύουν: Δ. Καταλειφός, Ρ. Οικονομίδου, Άλ. Κούρκουλος, Κ. Βασαρδάνης, Σ. Καλεμκερίδου.

13/ Τζον Γαβριήλ Μπόρκμαν

Δράμα του Χένρικ Ίψεν

Ένας ιδεολόγος και φιλόδοξος διευθυντής τραπέζης οδηγείται στη φυλακή για οικονομικές ατασθαλίες, σε μια κλασική παράσταση με στιγμές απρόσμενου χιούμορ και καλές ερμηνείες.

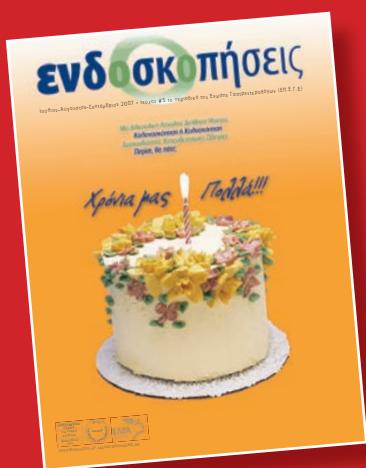
Σκηνοθ.: Γ. Μιχαλακόπουλος.

Παιζουν: Γ. Μιχαλακόπουλος, Κ. Μαραγκού, Γ. Μοσχίδης, Ν. Ιωαννίδου.





10 τεύχη “Ενδοσκοπήσεις”!



Εάν σας λείπει
κάποιο τεύχος
μπορείτε να
μας το ζητήσετε!

