

Άρθρο Σύνταξης

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Η αποτίμηση της πρόσφατης διημερίδας μας με θέμα τις «Επιπλοκές στη Γαστρεντερολογία» ήταν πράγματι θετική. Τόσο ο αριθμός των συμμετεχόντων (ξεπέρασαν τους 400), όσο και η ενεργός συμμετοχή των συναδέλφων, στις συζητήσεις που ακολουθούσαν τις εισηγήσεις των ομιλητών, αποτελούν στοιχεία επιτυχίας.

Ξεχωριστή στιγμή της διημερίδας ήταν η εισήγηση του καθηγητή Jack Deviere με θέμα το ρόλο της εκπαίδευσης στην πρόληψη των επιπλοκών. Για όσους δεν είχαν την τύχη να παρακολουθήσουν την ομιλία του κορυφαίου αυτού γαστρεντερολόγου και επεμβατικού ενδοσκόπου θα αναφερθώ σε τρία σημεία της πολύ ενδιαφέρουσας εισήγησής του.

- Όλοι οι γαστρεντερολόγοι θα πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι πάνω απ' όλα είμαστε κλινικοί γιατροί (physician) και όχι απλά ενδοσκόποι που εκτελούμε τις όποιες ενδοσκοπικές πράξεις κατόπιν παραγγελίας. Ο εκτελών τις ενδοσκοπικές πράξεις θα πρέπει οπωσδήποτε ή να έχει θέσει ο ίδιος τις ενδείξεις ή να συμφωνεί απόλυτα με αυτές που έχουν τεθεί από το συνάδελφο που παραπέμπει τον ασθενή. **Η αυστηρή τήρηση των ενδείξεων τόσο για τις διαγνωστικές, αλλά κυρίως για τις επεμβατικές, ενδοσκοπικές πράξεις αποτελεί τον καθοριστικότερο παράγοντα στην πρόληψη των επιπλοκών.** Άλλωστε, ο τομέας κυρίως της επεμβατικής ενδοσκόπησης, αποτελεί ίσως το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα του γενικότερου κανόνα που ισχύει στην ιατρική, ότι οι επιπλοκές και μάλιστα οι σοβαρές θα συμβούν στους ασθενείς εκείνους που δεν είχαν καμία ένδειξη να υποβληθούν στην όποια ενδοσκοπική πράξη.
- Στην εκπαίδευση του νέου γαστρεντερολόγου θα πρέπει οπωσδήποτε να δίνεται έμφαση στην έγκαιρη διάγνωση αλλά και την ψύχραιμη αντιμετώπιση των επιπλοκών. Άλλωστε καθοριστικότερος παράγοντας στην έκβαση των εκάστοτε επιπλοκών είναι η έγκαιρη διάγνωση.
- Τέλος, η προτροπή του καθηγητή Jack Deviere ήταν να μην διστάσετε να παραπέμψετε τον ασθενή σας σε άλλον συνάδελφο, εάν πραγματικά πιστεύετε ότι ο συνάδελφος έχει μεγαλύτερη εμπειρία και εργαστηριακή υποδομή στο συγκεκριμένο τομέα από εσάς. Οι ασθενείς μας αξίζουν την καλύτερη επιλογή και τελείωσε με την προτροπή **«treat you patient as you will treat your mother»** (και όχι όπως εύστοχα σχολίασε ο διπλανός μου συνάδελφος στο ακροατήριο, «your mother in law»).

Σημαντικότερη στιγμή της διημερίδας μας επίσης ήταν η Γενική Συνέλευση που αυτή την φορά είχε και συμμετοχή και παλμό. Η απαίτηση των συναδέλφων για διακοπή των συμβάσεων με τον ΟΠΑΔ ήταν καθολική. Αν και η απόφαση της Γενικής Συνέλευσης δεν είναι δεσμευτική για τον καθένα μας μια και οι συμβάσεις είναι ατομικές, ευνόητο είναι ότι για το καλό όλων, την απόφαση αυτή θα πρέπει όχι μόνο να την ακολουθήσουμε αλλά και να την περιφρουρήσουμε όπου μπορούμε.

Τάσος Αρμόνης

Νέα και



Επίκαιρα

Ενημέρωση από το ΔΣ

γράφουν οι Νάγια Μπομπότση και Απόστολος Νταϊλιάνας

Μετά τη Γενική Συνέλευση της 24ης Οκτωβρίου στο Caravel, ίσως τα νέα δεν είναι πια νέα. Για όσους όμως δεν μπόρεσαν να παρευρεθούν πρέπει να αναφέρουμε τις τρέχουσες εξελίξεις. Σχετικά με το θέμα του ΟΠΑΔ οι διεργασίες είναι πιο γοργές από την κυκλοφορία του περιοδικού, γι αυτό και για την ενημέρωσή σας, πέρα από τα λεχθέντα στη Γενική Συνέλευση, θα σας παραπέμψουμε στην ιστοσελίδα μας.

Ενημερωτικά φυλλάδια

Τα ενημερωτικά φυλλάδια για τη γαστροσκόπηση και την κολονοσκόπηση είναι ήδη έτοιμα. Πολλοί από εσάς μπορεί να τα είδατε στο Πανελλήνιο Γαστρεντερολογικό στη Χαλκίδα ή στη διημερίδα μας στην Αθήνα. Αν όχι, θα βρείτε από ένα δείγμα μαζί με το τεύχος του περιοδικού που έχετε στα χέρια σας. Έχει γίνει αναθεώρηση του κειμένου σύμφωνα με τις σύγχρονες εξελίξεις και προδιαγραφές, και προστέθηκε το έντυπο ενυπόγραφης συναίνεσης. Πρόκειται για μια πρακτική που γενικότερα συνιστάται αλλά μπορείτε προαιρετικά να τη χρησιμοποιείτε επιλεκτικά. Μπο-

ρείτε να προμηθευτείτε τα φυλλάδια από το γραφείο μας (Δημοκρατίας 67, Ν. Ψυχικό) ή να απευθυνθείτε τηλεφωνικά στη γραμματέα μας κα Γενναδοπούλου, ώστε να σας σταλούν ταχυδρομικά όπου εσείς επιθυμείτε. Σας θυμίζουμε ότι διατίθεται και ενημερωτικό φυλλάδιο για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Για όσους είναι φίλοι της τεχνολογίας μπορείτε να αναζητήσετε τα φυλλάδια σε μορφή pdf στο site μας και να τα εκτυπώσετε από εκεί! (Αρχική σελίδα → Εκδόσεις → Φυλλάδια)

www.epege.gr

Μιλώντας για το site, ελπίζουμε να το έχετε ήδη επισκεφθεί. Βγήκε στον αέρα τον Αύγουστο και φιλοδοξεί να καλύπτει τις ανάγκες μας. Βασικό και πάγιο αίτημά μας είναι η επικοινωνία μαζί σας. Με τις ελάχιστες και δύσκολες ευκαιρίες συνάντησης εκ του σύνεγγυς, το site μας

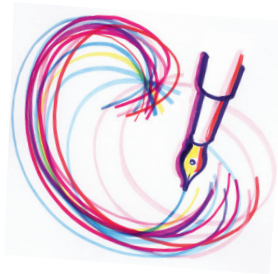
προσφέρει την πιο άμεση μορφή επικοινωνίας. Θα είμαστε στη διάθεσή σας για σχόλια, παρατηρήσεις και προτάσεις. Στη συντακτική επιτροπή προστέθηκε ο κ. Φώτης Δημητρακόπουλος.

Γενική Συνέλευση

Αρχικά στη Γ.Σ. έγινε οικονομικός απολογισμός και σύνοψη των πεπραγμένων του προηγούμενου έτους. Στη συνέχεια η συζήτηση επικεντρώθηκε στο θέμα του ΟΠΑΔ και έλαβαν το λόγο, με κατάλογο ομιλητών, πολλοί συνάδελφοι. Τελευταία τοποθετήθηκε επί του θέματος και η νομική σύμβουλος κα Άννα Τσίτουρα. Έγινε αντιληπτό ότι μέρος των γαστρεντερολόγων αμείβεται με απόδειξη για τις ενδοσκοπήσεις ενώ πολλοί έχουν διακόψει οριστικά τη σύμβαση με τον ΟΠΑΔ (και για τις επισκέψεις). Σε ορισμένους νομούς μάλιστα, οι συμβάσεις έχουν διακοπεί από το σύνολο των γαστρεντερολόγων. Εκεί οι ασφαλισμένοι αποζημιώνονται από το Δημόσιο με τιμές Προεδρικού Διατάγματος. Η συνολική διακοπή των συμβάσεων φαίνεται πως εί-

ναι μονόδρομος σύμφωνα και με τη νομική μας σύμβουλο. Τα υπάρχοντα δεδομένα είναι απόλυτα πειστικά στην κατεύθυνση ότι οποιαδήποτε άλλη επιλογή είναι επισφαλής. Η πρακτική που είχε υιοθετηθεί από την ΕΠΕΓΕ με εξώδικο δήλωση προς τον ΟΠΑΔ δεν προτείνεται πλέον.

Ακολούθησε ψηφοφορία και η γενική συνέλευση αποφάσισε ομόφωνα ότι με την υπάρχουσα αβεβαιότητα πρέπει να διακοπούν οι συμβάσεις με τον ΟΠΑΔ. Επίσης, ομόφωνα αποφάσισε να μην επανενεργοποιήσει τις συμβάσεις σε περίπτωση επαναφοράς των τιμών της υπουργικής απόφασης του 1993. Η διακοπή από το σύνολο των γαστρεντερολόγων είναι η μοναδική ευκαιρία να διεκδικήσουμε καλύτερες τιμές.



Πιστοποίηση, ένα άλμα προς το μέλλον

γράφει ο Απόστολος Νταιλιάνας

Τυποποίηση, επιθεώρηση, πιστοποίηση, διαπίστευση. Νέες έννοιες που από τη βιομηχανία, το εμπόριο, τους οργανισμούς και τις υπηρεσίες, εισέρχονται και στο χώρο της υγείας. Με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας η κοινωνία και ο κάθε καταναλωτής αναζητά την προσφορά τυποποιημένων προϊόντων και πιστοποιημένων υπηρεσιών. Όποιος παρέχει σύγχρονες και ποιοτικές υπηρεσίες οφείλει να συμμορφωθεί και να το αποδείξει.

Πιστοποίηση είναι η επιβεβαίωση από ανεξάρτητο φορέα ότι κάποιες διεργασίες, συστήματα ή πρόσωπα συμμορφώνονται με συγκεκριμένες απαιτήσεις. Ο πρώτος φορέας πιστοποίησης στην Ελλάδα ήταν ο ΕΛΟΤ που διαπιστεύθηκε για την πιστοποίηση συστημάτων διαχείρισης ποιότητας και περιβαλλοντικής διαχείρισης από τον Ιταλικό φορέα διαπίστευσης SINCERT. Στη συνέχεια συστήθηκε και λειτουργεί το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ.), και ο ΕΛΟΤ διαπιστεύθηκε και από το Ε.ΣΥ.Δ. για το σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών πιστοποίησης και ελέγχου. Σήμερα πλέον, στον ελλαδικό χώρο δραστηριοποιούνται πολλές ιδιωτικές, πολυεθνικές ή μη εταιρίες. Στο χώρο της υγείας, στην εποχή του ιατρικού πληθωρισμού, του διαδικτύου και της άμεσης πρόσβασης στην πληροφορία, το περιβάλλον άσκησης της ιατρικής αλλάζει ταχύτατα. Η τήρηση δεικτών ποιότητας και η πιστοποιημένη παροχή ιατρικών υπηρεσιών φαίνεται ότι στο άμεσο μέλλον θα είναι αναπόφευκτη.

Στον ιατρικό κλάδο διεθνώς πιστοποιούνται ή διαπιστεύονται (μια πιο απαιτητική διαδικασία), νοσοκομεία και εργαστήρια. Στον ελλαδικό χώρο έχουν ήδη αρχίσει και πιστοποιούνται νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, τμήματα, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια. Κριτήρια επιθεώρησης μπορεί να είναι το ISO 9001:2008, το CEN/TS 15224:2006 ή το ISO 15189 Quality in Medical Laboratories. Αυτού του τύπου η πιστοποίηση όμως απαιτεί πολλές γραφειοκρατικές διαδικασίες. Έτσι αναπτύχθηκαν και τα ιδιωτικά πρότυπα πιστοποίησης. Αυτά είναι πιο ευέλικτα και δημιουργήθηκαν για να καλύψουν συγκεκριμένες απαιτήσεις, με πιο απλό τρόπο.

Η πιστοποίηση με βάση ιδιωτικό πρότυπο των απλών γαστρεντερολογικών ιατρείων ελευθεροεπαγγελματιών, των γαστρεντερολογικών - ενδοσκοπικών ιατρείων, των γαστρεντερολογικών και ενδοσκοπικών τμημάτων νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών είναι μέσα στους στόχους που οραματίζεται η ΕΠΕΓΕ. Το ιδιωτικό αυτό πρότυπο θα καθορισθεί από επιτροπή γαστρεντερολόγων, σε συνεργασία με εταιρία πιστοποίησης. Θα είναι απλό, απαλλαγμένο από την πολλή γραφειοκρατία, εστιασμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες μας. Θα ληφθεί υπόψη η ελληνική πραγματικότητα, η άσκηση δηλαδή της ιδιωτικής γαστρεντερολογίας σε ατομικά ιατρεία, σε χώρους που δεν προορίζονται εξ αρχής για ιατρεία και θα θέτει προϋποθέσεις που δεν θα οδηγήσουν κατ' ανάγκη σε οικονομική επιβάρυνση. Η πιστοποίηση προφανώς θα είναι προαιρετική και θα επιδοτείται από την Επαγγελματική Ένωση.

Τα οφέλη της πιστοποίησης θα είναι:

1. Η αναγνώριση περιοχών προς βελτίωση, η μέτρηση και η παρακολούθηση συνεχούς προσωπικής βελτίωσης
2. Η μείωση των αστοχιών, των επιπλοκών και του λάθους
3. Η παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας του προσωπικού και η παρακίνησή του για βελτίωση
4. Η παρακολούθηση και η μέτρηση βελτίωσης των προμηθευτών
5. Η επαλήθευση της αποτελεσματικής χρήσης των πόρων
6. Η διασφάλιση της ικανοποίησης των ασθενών
7. Η βελτίωση της οικονομικής απόδοσης και της κοινωνικής αποδοχής
8. Η ισχυροποίηση της θέσης μας σε περίπτωση νομικής εμπλοκής

Ενδοσκοπικό



Θέμα

Ενδοσκόπηση μετά μουσικής;

γράφει ο Παντελής Σκλάβος

Το άγχος και ο πόνος αποτελούν κοινά προβλήματα που σχετίζονται με τις ενδοσκοπήσεις του πεπτικού συστήματος και κυρίως της κολονοσκόπησης. Για το λόγο αυτό, αρκετές ενδοσκοπικές μονάδες έχουν υιοθετήσει διάφορες μεθόδους καταστολής και αναλγησίας για τους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε αυτές.

Αν και η χορήγηση καταστολής αυξάνει τόσο τους κινδύνους όσο και το κόστος της ενδοσκόπησης, η διενέργεια κολονοσκόπησης χωρίς καταστολή μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς τόσο την έκβαση της ενδοσκόπησης όσο και την ανοχή του ασθενούς στην εξέταση και επομένως και τη γενική αποδοχή της κολονοσκόπησης ως προληπτική εξέταση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Θεωρείται συνεπώς, επιτακτική η ανάγκη εξεύρεσης μεθόδων για να μειωθεί η χορήγηση καταστολής χωρίς να επηρεαστεί η ανοχή ή η ικανοποίηση του ασθενούς.

Για να μειωθεί η νευρική δραστηριότητα των ασθενών κατά τη διάρκεια επεμβατικών πράξεων, όπως η ενδοσκόπηση του πεπτικού, διάφορες μέθοδοι έχουν, κατά καιρούς, χρησιμοποιηθεί για να αποσπάσουν την προσοχή των ασθενών, όπως η θεραπευτική επικοινωνία, η οπτική αναπαράσταση, η αρωματοθεραπεία, η θεραπευτική ψαύση αλλά και η ακρόαση μουσικής.

Η ακρόαση μουσικής για θεραπευτικούς σκοπούς έχει μακρά ιστορία και οι πρώτες αναφορές προέρχονται από την αρχαία Κινεζική (Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine) και Ινδική ιατρική. Στην εποχή μας, οι πρώτες κλινικές μελέτες της επίδρασης της μουσικής, αφορούσαν ασθενείς που νοσηλεύονταν σε μονάδες εντατικής θεραπείας, σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και σε ασθενείς που υποβάλλονταν σε μαγνητική τομογραφία ή σε βρογχοσκόπηση. Τα αρχικά αποτελέσμα-

τα αποδείχθηκαν ευεργετικά, καθώς, όπως διαπιστώθηκε, τα επίπεδα άγχους μειώνονταν σημαντικά. Τα τελευταία χρόνια, ολοένα και περισσότερες μελέτες, σχετικές με τον επικουρικό ρόλο της μουσικής, δημοσιεύονται στη διεθνή βιβλιογραφία και αφορούν ασθενείς που υποβάλλονται σε ενδοσκοπήσεις του πεπτικού. Τα αποτελέσματα, συχνά, είναι διαφορετικά μεταξύ τους και η εξαγωγή ομόφωνων συμπερασμάτων ανεπιτυχής.

Η ακρόαση μουσικής, κατά τη διάρκεια ορθοσιγμοειδοσκόπησης, έδειξε να μειώνει τη μέση αρτηριακή πίεση και τους καρδιακούς παλμούς των ασθενών και να βελτιώνει σημαντικά την ικανοποίησή τους. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι η ακρόαση μουσικής κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης μείωσε την απαιτούμενη δόση της κατασταλτικής και αναλγητικής αγωγής. Επιπλέον, ο συνδυασμός μουσικής και ελεγχόμενης καταστολής είχε ευεργετική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών καθώς οι περισσότεροι από αυτούς έδειξαν πρόθυμοι να υποβληθούν σε μια νέα κολονοσκόπηση εάν επρόκειτο να τους ζητηθεί. Δυστυχώς όμως, άλλες μελέτες, δεν διαπίστωσαν σημαντική μείωση των αναγκών για καταστολή ή αναλγησία, αν και συμφώνησαν πως παρατηρήθηκε βελτίωση της συνολικής εμπειρίας των ασθενών από την κολονοσκόπηση.

Σε άλλη μελέτη αναφέρεται μείωση των επιπέδου πόνου των ασθενών που υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση, συμπίεσμα που επίσης δεν επιβεβαιώνεται από άλλες σχε-

τικές μελέτες. Παρομοίως, σε διαφορετικά συμπεράσματα καταλήγουν μελέτες που αξιολογούν την επίδραση της μουσικής ακόμη και στη διάρκεια της κολονοσκόπησης.

Με σκοπό την περαιτέρω διευκρίνιση του ζητήματος, μια πρώτη μετα-ανάλυση μελετών δημοσιεύτηκε το 2007. Περιελάμβανε την ανάλυση έξι τυχαιοποιημένων και ελεγχόμενων μελετών που δημοσιεύθηκαν από το 2000 έως το 2004 και εξέτασαν την επίδραση της μουσικής σε 641 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπήσεις του πεπτικού, χωρίς (ομάδα Α) ή με καταστολή και αναλγησία (ομάδα Β). Στους ασθενείς της ομάδας Α, υπολογίστηκαν τα επίπεδα άγχους χρησιμοποιώντας το δείκτη STAI (State-strait Anxiety Inventory) και διαπιστώθηκε μείωση των επιπέδων άγχους κατά 8,6% σε σχέση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου (χωρίς ακρόαση μουσικής). Στους ασθενείς της ομάδας Β, η αγχολυτική δράση των κατασταλτικών φαρμάκων προφανώς δεν επέτρεπε τη χρήση του δείκτη STAI και για το λόγο αυτό εκτιμήθηκαν οι δόσολογίες των χρησιμοποιούμενων κατασταλτικών φαρμάκων. Διαπιστώθηκε, μείωση της απαιτούμενης δόσολογίας, η οποία έφθασε σε επίπεδα στατιστικώς σημαντικά (κατά 15%). Η ολοκλήρωση της ενδοσκόπησης ήταν κατά 21% βραχύτερη στους ασθενείς της ίδιας ομάδας (Β), σε σχέση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου, και το όφελος αυτό θεωρήθηκε ως ένα ακόμα ευεργετικό αποτέλεσμα της ακρόασης μουσικής. Τα θετικά αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης οδήγησαν τους συγγραφείς της στη σύσταση χρήσης της μουσικής κατά προτίμηση της επιλογής του ασθενούς και κυρίως μέσω ακουστικών, ως επικουρική μέθοδο της χορήγησης καταστολής κατά τη διάρκεια ενδοσκοπήσεων του πεπτικού.

Η πλέον πρόσφατη μετα-ανάλυση, διαφορετική στο σχεδιασμό της σε σχέση με την προηγούμενη, ανακοινώθηκε αυτή τη χρονιά. Περιλαμβάνει συνολικά 712 ασθενείς οι οποίοι προέρχονται από 8 τυχαιοποιημένες μελέτες που δημοσιεύθηκαν από το 2002 έως το 2006. Στις μελέτες αυτές όλοι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κολονοσκόπηση έλαβαν καταστολή και ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες, ανάλογα με τη χρήση μουσικής ή όχι. Μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση είναι ότι τρεις από τις παραπάνω μελέτες περιλαμβάνονταν ήδη στις έξι της αρχικής μετα-ανάλυσης. Όσον αφορά στις ανάγκες σε καταστολή (μέση δόση μιδαζολάμης και μέση δόση μεπεριδίνης) δεν διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας της μουσικής και αυτής χωρίς μουσική. Στην ομάδα της μουσικής παρατηρήθηκε μια σχετική τάση μείωσης του χρόνου της εξέτασης, αλλά και αυτή μη στατιστικώς

σημαντική. Ούτε, επίσης, οι ασθενείς της ομάδας της μουσικής έδειξαν μεγαλύτερη προθυμία για επανάληψη της κολονοσκόπησης με τον ίδιο τρόπο εάν αυτή θα είχε ένδειξη. Αν και δεν διαπιστώθηκε κάποια ευεργετική επίδραση της μουσικής στις παραπάνω παραμέτρους, η συνολική αίσθηση των ασθενών φαίνεται να είναι καλύτερη με την ακρόαση της μουσικής και, για το λόγο αυτό, όπως καταλήγει η παρούσα μεταανάλυση, θα μπορούσε να εφαρμοστεί ως μια μη επεμβατική μέθοδος σε όλες τις ενδοσκοπικές μονάδες.

Η εξαγωγή αντιφατικών αποτελεσμάτων από τις μέχρι τώρα δημοσιευμένες μελέτες και μετα-αναλύσεις μελετών οφείλεται κατά κύριο λόγο στη μεγάλη ετερογένεια των μελετών. Η επιλογή της μουσικής (κλασική, χαλαρωτική ή της αρεσκείας του ασθενούς), ο τρόπος με τον οποίο γινόταν η ακρόαση της μουσικής (από ακουστικά ή μέσω ηχείων), η διάρκεια της ακρόασης (μέσα στην ενδοσκοπική αίθουσα ή ακόμη και στην αίθουσα αναμονής) διέφεραν σημαντικά μεταξύ των μελετών. Έχοντας υπόψη ότι η αντίληψη της μουσικής είναι καθαρά υποκειμενική, η προέλευση των μελετών από διαφορετικά μέρη του κόσμου και επομένως με διαφορετική πολιτιστική παράδοση, οι μελέτες καθίστανται μη απολύτως συγκρίσιμες. Επιπλέον, οι δόσεις έναρξης της καταστολής και αναλγησίας δεν ήταν οι ίδιες σε όλες τις μελέτες και υψηλές βασικές δόσεις θα μπορούσαν να αποκρύψουν τις επιδράσεις της μουσικής. Σε κάποιες μελέτες περιλαμβάνονταν όλες οι ενδοσκοπικές εξετάσεις, ενώ σε μερικές μόνο οι κολονοσκοπήσεις. Δεν αναφέρονταν στις μελέτες οι παράμετροι που μπορούν πραγματικά να επηρεάσουν τη διάρκεια της ενδοσκόπησης (αριθμός των πολυπτεκτομών ή των βιοψιών, ποιότητα προετοιμασίας του εντέρου,

εμπειρία των ενδοσκόπων, ιδιαιτερότητες των ασθενών) και δεδομένης της παθητικότητας των ασθενών κατά την ενδοσκόπηση, η ακρόαση μουσικής φαίνεται να ασκεί ελάχιστη επιρροή στη διάρκεια της ενδοσκόπησης.

Συνεπώς, παρά το γεγονός ότι δεν φαίνεται μέχρι τώρα να επηρεάζονται σημαντικά διάφορες παράμετροι που σχετίζονται με τις ενδοσκοπήσεις (μείωση των επιπέδων άγχους ή πόνου, μείωση των απαιτούμενων δόσεων καταστολής και αναλγησίας ή μείωση της διάρκειας της ενδοσκόπησης), η ακρόαση μουσικής αναμφισβήτητα δημιουργεί ένα ευχάριστο περιβάλλον και μπορεί να βελτιώσει τη συνολική εμπειρία του ασθενούς. Άλλωστε πρόκειται για μια επικουρική της καταστολής και αναλγησίας μέθοδο, η οποία είναι χαμηλού κόστους και απολύτως ασφαλής.

Η ακρόαση μουσικής, κατά τη διάρκεια ορθοσιγμοειδοσκόπησης, έδειξε να μειώνει τη μέση αρτηριακή πίεση και τους καρδιακούς παλμούς των ασθενών και να βελτιώνει σημαντικά την ικανοποίησή τους. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι η ακρόαση μουσικής κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης, μείωσε την απαιτούμενη δόση της κατασταλτικής και αναλγητικής αγωγής

Αυτό**το προσέξατε;***Βιβλιογραφική Ενημέρωση**γράφει ο Παντελής Σκλάβος*

Πόσο πραγματικά μακρύ είναι το παχύ έντερο;

Colorectal anatomy at computed tomography colonography: normal distribution and the effect of age, sex, and body mass index. M. A. Khashab, P. J. Pickhardt, D. H. Kim, D. K. Rex. *Endoscopy* 2009;41:674-678

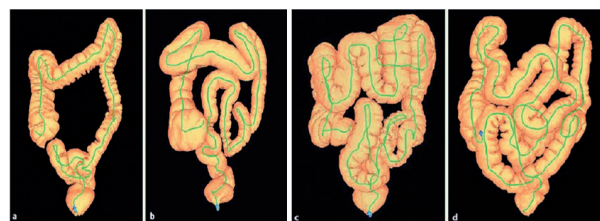
Μολονότι η εμβρυολογία και η χειρουργική ανατομία του παχέος εντέρου έχουν καλά περιγραφεί, λιγότερα είναι γνωστά για το ακριβές μήκος του αλλά και τη φυσιολογική κατανομή των διαφόρων τμημάτων του στο γενικό πληθυσμό, καθώς τέτοιες εκτιμήσεις είναι αναξιόπιστες, όταν διερευνώνται είτε σε πτώματα, είτε σε ασθενείς με ακτινολογικές, ενδοσκοπικές ή χειρουργικές μεθόδους.

Στην παραπάνω μελέτη αξιολογήθηκε η τρισδιάσταση δομή του παχέος εντέρου σε 505 ασυμπτωματικά άτομα τα οποία υποβλήθηκαν σε αξονική κολονογραφία για προληπτικούς λόγους. Διαπιστώθηκε πως το μέσο μήκος του παχέος εντέρου ήταν $189,5 \pm 26,3$ εκατοστά, δηλαδή, σημαντικά μεγαλύτερο από αυτό που διαπιστώνεται με τον βαριούχο υποκλυσμό (από 133 έως 150 εκατοστά). Επίσης, ο μέσος αριθμός των οξείων καμπών ήταν $10,9 \pm 2,4$. Αξιοσημείωτη είναι η διαπίστωση, πως τα ενδοπεριτοναϊκά τμήματα του παχέος εντέρου (εγκάρσιο και σιγμοειδές) είναι όχι μόνο τα πιο επιμήκη (μέσο μήκος 58,3 και 49 εκατοστά αντίστοιχα) αλλά και τα πλέον πολυέλικτα.

Σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες, το μήκος του παχέος εντέρου διαπιστώθηκε πως είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες (μέσο μήκος 193,3 εκατ. έναντι 185,4 εκατ. των ανδρών). Επιπλέον, έχει την τάση να αυξάνεται με

την ηλικία (188,6 εκατ. σε άτομα ηλικίας < 65 ετών σε σχέση με τα 193,3 εκατ. σε άτομα ηλικίας > 65 ετών) ενώ είναι μεγαλύτερο στους ενήλικες με δείκτη μάζας σώματος < 25 (194,5 εκατ.) σε σχέση με τους υπέρβαρους ή παχύσαρκους (187,2 εκατ.). Το εγκάρσιο είναι το τμήμα του παχέος εντέρου που φάνηκε πως επηρεάζει τις διαφορές που παρατηρούνται στο μήκος μεταξύ των παραπάνω υποομάδων, καθώς διαπιστώθηκε πως είναι σημαντικά μεγαλύτερο στις γυναίκες, στα άτομα ηλικίας > 60 ετών αλλά και στα πιο λεπτόσωμα.

Τα παραπάνω συμπεράσματα εξηγούν τη δυσκολία που συχνά παρατηρείται στην ολοκλήρωση της ενδοσκόπησης σε ορισμένα άτομα. Ωστόσο, οι πληροφορίες αυτές αναμένεται να βοηθήσουν σημαντικά στο σχεδιασμό και την περαιτέρω βελτίωση μεθόδων όπως της Aer-O-Score ή της Invendoscope που μπορούν να αποτελέσουν εναλλακτικές της συμβατικής κολονοσκόπησης λύσεις.



Εικόνα: Χάρτης του παχέος εντέρου όπως προκύπτει με την αξονική κολονογραφία

a) ένα σχετικά βραχύ παχύ έντερο (147 cm),
b) μετρίως πολυέλικτο και επίμηκες παχύ έντερο (210 cm),
c,d) εξαιρετικά πολυέλικτο και επίμηκες παχύ έντερο (251 και 264 εκατ. αντίστοιχα).

Η λήψη 60 mL ελαιολάδου πριν τη χορήγηση PEG μπορεί να μειώσει την απαιτούμενη ποσότητα του διαλύματος στο μισό αλλά και με καλύτερα αποτελέσματα

Administration of olive oil followed by a low volume of polyethylene glycol-electrolyte lavage solution improves patient satisfaction with right-side colonic cleansing over administration of the conventional volume of polyethylene glycol-electrolyte lavage solution for colonoscopy preparation. E. Abut, H. Guveli, B. Yasar, et al. Gastrointestinal Endoscopy 2009;70:515-21.

Για την προετοιμασία του εντέρου για κολονοσκόπηση, τα πιο διαδεδομένα καθαρτικά σχήματα που χρησιμοποιούνται είναι αυτά της πολυαιθυλικής γλυκόλης (PEG) και του φωσφορικού νατρίου (SPS), κυρίως λόγω της αποτελεσματικότητας. Παρόλα αυτά, στο 20% των ατόμων ο καθαρισμός του εντέρου δεν είναι ικανοποιητικός. Επιπλέον, η σημαντική ποσότητα των 4 λίτρων διαλύματος PEG που θα πρέπει να ληφθούν επηρεάζει αρνητικά τη συμμόρφωση των ασθενών ενώ σε κάποιες ομάδες ασθενών, η χορήγηση SPS αντενδείκνυται λόγω των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και της αιμοδυναμικής αστάθειας που μπορεί να προκαλέσει.

Πολλές προηγούμενες μελέτες έχουν εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα προκινητικών ή καθαρτικών φαρμάκων ως επικουρικά της χορήγησης του συνήθους (4 L) ή μειωμένου (2 L) όγκου διαλυμάτων PEG χωρίς ωστόσο να διαπιστωθεί κάποια ευεργετική επίδραση, εκτός από τη χορήγηση δισακοδύλης ή κιτρικού μαγνησίου. Στην παρούσα μελέτη, τα 120 άτομα που θα υποβάλονταν σε προληπτική κολονοσκόπηση, τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν ένα από τα ακόλουθα σχήματα εντερικής προετοιμασίας: 4 L διαλύματος PEG είτε 15 g υδροξειδίου του μαγνησίου τρεις ώρες προ της χορήγησης 2 L PEG είτε 60 mL ελαιολάδου αναμεμιγμένου σε 1 ποτήρι νερό ή χυμό τρεις ώρες προ της χορήγησης 2 L PEG.

Μεταξύ των μη φαρμακευτικών καθαρτικών, το ελαιόλαδο θεωρείται από πολλούς, τόσο στην Ευρώπη όσο και σε άλλες μεσογειακές χώρες, ως το πιο γνωστό φυσικό μέσο

για την αντιμετώπιση της χρόνιας δυσκοιλιότητας. Για το λόγο αυτό, ήδη από το 1931, ο Βρετανικός φαρμακευτικός κώδικας, συνιστούσε τη δόση των 15 έως 30 mL την ημέρα. Αν και δεν υπάρχουν λεπτομερείς περιγραφές της καθαρτικής του δράσης, θεωρείται πως η λήψη περισσοτέρων από 30 mL ημερησίως, με κενό στομάχο, υπερβαίνει την απορροφητική ικανότητα του λεπτού εντέρου με αποτέλεσμα η περίσσεια του ελαιολάδου να φθάνει στο παχύ έντερο. Εκεί, το ελαιόλαδο δρα ως λιπαντικό, επι-

καλύπτοντας τη μάζα των κοπράνων αλλά και το εντερικό τοίχωμα, με μια αδιάβροχη λεπτή μεμβράνη που διευκολύνει τη διέλευση του εντερικού περιεχομένου.

Όσον αφορά την καθαριότητα του AP κόλου, όλα τα σχήματα προετοιμασίας αποδείχθηκαν εξίσου αποτελεσματικά. Αντιθέτως, διαπιστώθηκε σαφής υπεροχή του τρίτου σχήματος (60 mL ελαιολάδου και 2 L PEG) στην καθαριότητα του ΔΕ κόλου και κανένα από τα άτομα της ομάδας αυτής δεν χρειάστηκε να υποβληθεί σε νέα εντερική προετοιμασία.

Τα σχήματα εντερικής προετοιμασίας με PEG μειωμένου όγκου αποδείχθηκαν πιο ανεκτά από τη συνήθη χορήγηση των 4 L και, μεταξύ αυτών, το σχήμα που περιελάμβανε τη χορήγηση υδροξειδίου του μαγνησίου ήταν το προτιμότερο από όλα, καθώς σχεδόν όλα τα άτομα της ομάδας αυτής θα προτιμούσαν το ίδιο σχήμα προε-

τοιμασίας εάν επρόκειτο να επαναληφθεί η εξέταση. Δεδομένης όμως της αποτελεσματικότερης καθαριότητας του τρίτου σχήματος (60 mL ελαιολάδου και 2 L PEG), αυτό προτάθηκε ως το πλέον κατάλληλο για την εντερική προετοιμασία και, επομένως, θα μπορούσε να συστηθεί κυρίως σε άτομα που δεν μπορούν να καταναλώσουν μεγάλη ποσότητα διαλύματος όπως οι ηλικιωμένοι, σε άτομα με νεφρική ανεπάρκεια ή σε νοσηλευόμενους ασθενείς που η προετοιμασία του εντέρου θα αποτελούσε μια πολύπλοκη διαδικασία.

Μεταξύ των μη φαρμακευτικών καθαρτικών, το ελαιόλαδο θεωρείται από πολλούς, τόσο στην Ευρώπη όσο και σε άλλες μεσογειακές χώρες, ως το πιο γνωστό φυσικό μέσο για την αντιμετώπιση της χρόνιας δυσκοιλιότητας. Για το λόγο αυτό, ήδη από το 1931, ο Βρετανικός φαρμακευτικός κώδικας, συνιστούσε τη δόση των 15 έως 30 ml την ημέρα

Η καταστροφή με APC έκτοπου γαστρικού βλεννογόνου στον ανώτερο οισοφάγο σε ασθενείς με αίσθημα «κόμπου» στο λαιμό έχει ευεργετικά αποτελέσματα

Argon plasma coagulation of cervical heterotopic gastric mucosa as an alternative treatment for globus sensations.
M. Bajbouj, V. Becker, F. Eckel, et al. *Gastroenterology* 2009;136:440-444.

Ως αίσθημα «κόμπου» στο λαιμό περιγράφεται η συνεχής ή διαλείπουσα, ανώδυνη αίσθηση ξένου σώματος, διάρκειας τουλάχιστον τριών μηνών. Συνήθως πιθανολογείται η ψυχογενής αιτιολογία του, αν και τις περασμένες δεκαετίες θεωρήθηκε πως αποτελεί εξωοισοφαγική εκδήλωση της γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης καθώς πολλές μελέτες διαπίστωσαν παθολογική pH-μετρία αλλά και σημαντική ανακούφιση μετά αγωγή με PPI's.

Η ανεύρεση έκτοπου γαστρικού βλεννογόνου (GIPs) στον τραχηλικό οισοφάγο αποτελεί συνήθως τυχαίο εύρημα στο 1-2% των ενδοσκοπήσεων του ανώτερου πεπτικού και υπάρχουν αναφορές που τον συσχετίζουν με αίσθημα «κόμπου» στο λαιμό.

Ως αίσθημα «κόμπου» στο λαιμό, περιγράφεται η συνεχής ή διαλείπουσα, ανώδυνη αίσθηση ξένου σώματος, διάρκειας τουλάχιστον τριών μηνών

Στους μισούς ασθενείς (11/21) που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη έγινε καυτηρίαση του GIPs με APC ενώ στους άλλους μισούς (10/21) εφαρμόστηκε εικονική παρέμβαση. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς με κακοήθεια. Ύφεση των ενοχλημάτων τους παρουσίασαν οι 9/11 ασθενείς (82%) που υποβλήθηκαν σε

θεραπεία με APC, σε αντίθεση με τους ασθενείς της ομάδας της εικονικής θεραπείας που κανένας (0/10, 0%) δεν παρουσίασε βελτίωση. Η μελέτη έπρεπε να τερματιστεί πρόωρα παρά το μικρό αριθμό ασθενών επειδή τα αρχικά θεαματικά αποτελέσματα της θεραπείας με APC καθιστούσαν αντιδεοντολογική τη συνέχισή της.

Συνεπώς, όλοι οι ασθενείς με αίσθημα «κόμπου» στον τράχηλο θα πρέπει να υποβάλλονται σε ενδοσκόπηση του ανώ-

τερου πεπτικού, ανεξάρτητα της αγωγής τους με PPI's. Ο ενδοσκόπος θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στη διερεύνηση του τραχηλικού οισοφάγου και εάν διαπιστώσει GIPs θα πρέπει να προχωρήσει σε καταστροφή του με APC.

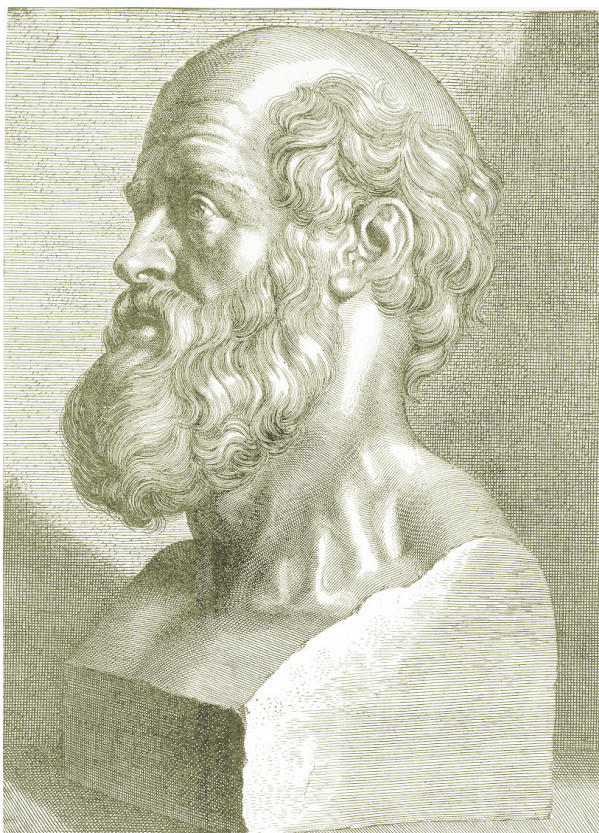
**Το νέο site της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.
είναι έτοιμο online.**

**Επισκευθείτε το και ενημερωθείτε στο
www.epege.gr**



Η Ιατρική Αμοιβή στην Προ-ιπποκρατική Εποχή

γράφει ο Κ.Δ. Μάλλιος



Με αφορμή το εμπεριστατωμένο **Άρθρο Σύνταξης** του περιοδικού «Ενδοσκοπήσεις» (2009, Τεύχος: 13), θα ήθελα να αναφερθώ εν ολίγοις στις αμοιβές των γιατρών κατά την προ-ιπποκρατική εποχή.

Από τη μυθική εποχή μέχρι τον Ιπποκράτη, αλλά και αργότερα, η αμοιβή των γιατρών για τις υπηρεσίες που πρόσφεραν στους ασθενείς τους ήταν, κυρίως, σε... είδος. Τρόφιμα, αγροτικά γεννήματα, ζώα, ακίνητα και... βασιλεία αποκτούσαν οι γιατροί κατά την άσκηση του λειτουργήματός τους.

Ο **Μελάμπους**, που θεωρείται ως ο πρώτος θνητός του ελληνικού χώρου στον οποίον ο θεός της υγείας, ο Απόλλωνας, επέτρεψε την εκμάθηση και άσκηση της ιατρικής τέχνης, απαίτησε και έλαβε από το βασιλιά της Τύρινθας, Προίτη τα δυο τρίτα του... βασιλείου του προκειμένου να θεραπεύσει τις θυγατέρες του. Σύμφωνα με το σχετικό μύθο, οι τρεις βασιλοπούλες, Ιφινόη, Λυσίππη και Ιφιάνασσα καταλήφθηκαν από μανία και παρέα με άλλες ομοιοπαθείς γυναίκες του Άργους γύριζαν για μήνες αλλόφρονες στα βουνά της Αργολίδας. Όπως αναφέρει ο Ηρόδοτος (ΙΧ, 34): «...Οι Αργείοι πρόσφεραν στο Μελάμποδα αρ-

* Ο κύριος Κ.Δ. Μάλλιος είναι Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο.

κετά χρήματα, για να απαλλάξει τις γυναίκες τους από την αρρώστια. Εκείνος όμως ζήτησε ως αμοιβή τη μισή βασιλική εξουσία. Οι Αργείοι δεν δέχθηκαν, αλλά καθώς καταλαμβάνονταν από μανία όλο και περισσότερες γυναίκες αναγκάστηκαν να υποχωρήσουν και να του δώσουν ό,τι ζητούσε. Τότε ορέχτηκε ακόμη περισσότερα και τους δήλωσε ότι αν δεν δώσουν και στον αδελφό του το ένα τρίτο της βασιλικής εξουσίας, δεν θα έκανε ό,τι θέλουν. Τελικά οι Αργείοι, βρισκόμενοι προ αδιεξόδου, συμφώνησαν...». Τότε ο Μελάμπους πήρε μαζί του τα πιο ρωμαλέα παλικάρια του βασιλείου και με αλαλαγμούς και ξέφρενους θεόπνευστους Διονυσιακούς χορούς κυνήγησε τις μανιακές γυναίκες από τα βουνά μέχρι τη Συκιώνα. Στη διάρκεια του κυνηγητού η βασιλοπούλα Ιφινόη πέθανε. Για τη θεραπεία τους χρησιμοποίησε ως καθαρτικό τα νερά του ποταμού Ανίγρου, ενώ συγχρόνως τις ανάγκασε να πιουν και γάλα από κατσίκες οι οποίες προηγουμένως είχαν φάει «μελαμπόδιο». Οι γυναίκες θεραπεύτηκαν και τα δυο αδέλφια πήραν ως αμοιβή τα δυο τρίτα του βασιλείου και συγχρόνως παντρεύτηκαν τις βασιλοπούλες (Παυσανίας, Κορινθιακά, ΙΗ,4, Απολλόδωρος Α, 9,12, Διόδωρος ο Σικελιώτης Δ, 68, 3-4).

Η εν προκειμένω απληστία του Μελάμποδα και η προσπάθειά του να εκμεταλλευτεί τον ανθρώπινο πόνο αποτελούν αναμφίβολα δείγματα του χαρακτήρα του και οπωσδήποτε δεν χαρακτηρίζουν το λειτούργημά του. Η ενέργειά του απέχει παρασάγγας από τις μετέπειτα νουθεσίες του πατέρα της ιατρικής Ιπποκράτη. Μη παραβλέπουμε όμως ότι παντού και πάντοτε υπάρχουν εξαιρέσεις.

Ο **Ασκληπιός** δεν αναφέρεται ότι ελάμβανε χρήματα για τη θεραπεία των ασθενών του. Από τα πολυάριθμα όμως αναθήματα που βρέθηκαν στα διάφορα Ασκληπιεία διαπιστώνεται ότι η αμοιβή του πρέπει να ήταν ιδιαίτερα «καλή», έστω και αν επρόκειτο για... είδος!

Μετά την άλωση της Τροίας, οι περισσότεροι από τους Αχαιούς, επιστρέφοντας στις πατρίδες τους ταλαιπωρήθηκαν αρκετά. Η οργή των θεών για το «άδοξο» τέλος της εξακουσμένης πόλης τους συνόδευε στο ταξίδι της επι-

στροφής. Σύμφωνα με τον Παυσανία (ΙΙΙ,20,10), το καράβι του **Ποδαλείριου**, γιου του Ασκληπιού ναυάγησε στα παράλια της Καρίας. Εκεί τον βρήκε αναίσθητο και τον συνέφερε ο γιδοβοσκός Βύβασσος, ο οποίος στη συνέχεια τον οδήγησε στο βασιλιά του, Δάμαιθο. Την ημέρα εκείνη όλοι στο παλάτι ήταν στενοχωρημένοι γιατί η βασιλοπούλα, η Σύρνα, παρουσίαζε έντονη δύσπνοια και κινδύνευε άμεσα η ζωή της. Τότε ο Ποδαλείριος πρόεβη σε φλεβοτομία και αφαιμάξη (η πρώτη που αναφέρεται στην ιστορία της ιατρικής) και την έσωσε από βέβαιο θάνατο. Προφανώς η Σύρνα εμφάνιζε οξεία καρδιακή κάμψη, η οποία ανατάχτηκε με τη βοήθεια της αφαιμάξης; Ο βασιλιάς για ανταμοιβή τον πάντρεψε μαζί της και συνάμα τον έχρισε διάδοχό του.

Η πρώτη γνωστή περίπτωση χρηματικής αμοιβής στην προ-ιπποκρατική περίοδο είναι εκείνη του Κροτωνιάτη γιατρού, **Δημοκλήδη** (6ος- 5ος αιώνας π.Χ.). Σύμφωνα με τον Ηρόδοτο (ΙΙΙ,131) ο Δημοκλήδης κατείχε την άκρως τιμητική θέση του «δημόσιου γιατρού» για την οποία αμειβόταν πλουσιοπάροχα: «... (ο Δημοκλήδης) έφυγε από τον Κρότωνα και εγκαταστάθηκε στην Αίγινα. Στο νησί από την πρώτη κιόλας χρονιά, αν και δεν είχε τα εργαλεία του, φάνηκε ανώτερος από τους άλλους γιατρούς. Κατά το δεύτερο χρόνο οι Αιγινήτες με χρήματα του δημοσίου, του έδωκαν αμοιβή για τις υπηρεσίες του ένα χάλκινο τάλαντο, τον τρίτο χρόνο οι Αθηναίοι εκατό μνες και τον τέταρτο ο τύραννος της Σάμου Πολυκράτης δυο τάλαντα...».

Πρέπει να σημειωθεί ότι η αμοιβή που έλαβε για τις ιατρικές του υπηρεσίες ήταν πάρα πολύ υψηλή, δοθέντος ότι ένα τάλαντο ισοδυναμούσε με 60 μνες, ενώ μια μνα με εκατό δραχμές.

Από τη μυθική εποχή μέχρι τον Ιπποκράτη, αλλά και αργότερα, η αμοιβή των γιατρών για τις υπηρεσίες που πρόσφεραν στους ασθενείς τους ήταν, κυρίως, σε... είδος. Τρόφιμα, αγροτικά γεννήματα, ζώα, ακίνητα και... βασιλεία αποκτούσαν οι γιατροί κατά την άσκηση του λειτουργήματός τους





ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

7^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

Επιπλοκές στη Γαστρεντερολογία



Σάββατο 24 - Κυριακή 25 Οκτωβρίου 2009

Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani-Caravel

Αίθουσα Horizon

Η 7^η Μετεκπαιδευτική Διημερίδα της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. διεξήχθη στις 24 και 25 Οκτωβρίου 2009 στην Αθήνα και στο ξενοδοχείο Divani Caravel, με θέμα «Επιπλοκές στη Γαστρεντερολογία»

Η επιλογή του θέματος βασίσθηκε στην παραδοχή ότι «η συστηματική και αναλυτική συζήτηση των επιπλοκών συνιστά τον καλύτερο τρόπο να περιορισθούν στο μέλλον». Η εμφάνιση επιπλοκών κατά την άσκηση της ιατρικής είναι αναπόφευκτη, ιδιαίτέρως κατά την άσκηση της Γαστρεντερολογίας, μιας ειδικότητας στην οποία εφαρμόζονται επεμβατικές τεχνικές. Επειδή λοιπόν συνήθως συζητάμε «ανοικτά» για τις επιπλοκές των άλλων και σε «στενό κύκλο» για τις δικές μας, αποφασίσαμε να τις συζητήσουμε όλοι μαζί και δημοσίως, με σκοπό να βελτιώσουμε τις πρακτικές και τις τεχνικές μας.

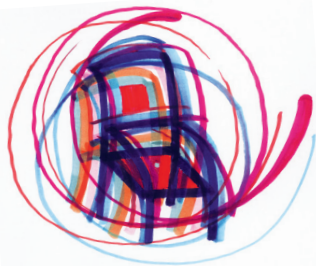
Την οργάνωση της διημερίδας ανέλαβε το Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. με προέδρους της οργανωτικής επιτροπής τους υπογράφοντες. Το έργο όμως των υπογραφόντων υπήρξε εύκολο και ευχάριστο, γιατί το κύριο βάρος της οργανωτικής προσπάθειας σήκωσαν στους ώμους τους ο Πρόεδρος και η Γενική Γραμματέας του Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. Απόστολος Νταϊλιάνας και Νάγια Μπομπότση, ο γραμματέας της Οργανωτικής Επιτροπής Δημήτρης Ψιλόπουλος και η Ευγενία Βαρθαλίτη από το γραφείο ΚΕΓΜ Congress World.

Η επιλογή των συντελεστών της διημερίδας (ομιλητών και συγγραφέων) έγινε με μοναδικό κριτήριο την εμπειρία στο θέμα που θα παρουσίαζαν και αγνοήθηκαν οι γνωστές συνταγές περί αντιπροσωπευτικότητας και ισορροπιών. Το αποτέλεσμα δικαίωσε τις επιλογές της οργανωτικής επιτροπής. Εκτός των ορίων της κοινότητάς μας, ξεχωριστές συμμετοχές υπήρξαν εκείνες του Καθηγητή J. Deviere και του Καθηγητή της Νομικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών Κ. Κρεμαλή.

Σε πέντε στρογγυλά τραπέζια παρουσιάσθηκαν οι επιπλοκές των ενδοσκοπικών τεχνικών (των διαγνωστικών, της πολυποδικομής, της ERCP καθώς και των αιμοστατικών και όλων των εν χρήσει λοιπών ενδοσκοπικών τεχνικών). Στις επιπλοκές από τη χρήση των φαρμάκων στην Γαστρεντερολογία αφιερώθηκαν ένα στρογγυλό τραπέζι και δύο ομιλίες. Τρεις ομιλίες κάλυψαν τη νομική πλευρά των επιπλοκών στην Γαστρεντερολογία, το ρόλο της εκπαίδευσης στην πρόληψη των επιπλοκών και τη διάσταση του ανθρώπινου λάθους στην άσκηση της ιατρικής. Τέλος, σε ειδική συνεδρία οκτώ έμπειροι ενδοσκόποι παρουσίασαν τη χειρότερη επιπλοκή που αντιμετώπισαν κατά την άσκηση του έργου τους. Στο ευρύτερο επιστημονικό πρόγραμμα της διημερίδας περιελήφθη ξανά το επιτυχημένο σεμινάριο «καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση» που οργανώνεται από την ομάδα του Καθηγητή Αναισθησιολογίας στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων Γ. Παπαδόπουλου.

Η ανταπόκριση των συναδέλφων ήταν πανθομολογουμένως εντυπωσιακή. Ο αριθμός των προσελθόντων, αλλά κυρίως ο αριθμός των ενεργώς συμμετασχόντων στις πολλές συζητήσεις που έγιναν ξεπέρασαν κάθε προσδοκία και κάθε προηγούμενο. Ευχόμαστε στους συναδέλφους που θα οργανώσουν την επόμενη επιστημονική εκδήλωση της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. ακόμη καλύτερη επιτυχία.

Χρήστος Μαυρογιάννης, Δημήτρης Τζουρμακλιώτης



Άμστερνταμ, θα πάτε;

γράφει η **Νάγια Μπομπότση**

Ένα νέο ενδοσκοπικό σεμινάριο με ζω-
ντανές αναμεταδόσεις ενδοσκοπι-
κών πράξεων παγιώνεται στο Άμστερ-
νταμ για τέταρτη συνεχή χρονιά. Υπό τη διεύ-
θυνση του **Paul Fockens**, το **Amsterdam Live
Endoscopy 2009**, έρχεται στις **14 & 15 Δεκεμ-
βρίου**.

Το Άμστερνταμ, πρωτεύουσα της Ολλανδίας σήμερα, ιδρύθηκε το 12ο αι. σαν αλιευτικό χωριό πάνω στο «φράξιμο» (dam) του ποταμού Amstel από τον οποίον πήρε και το όνομά της. Η ανάπτυξή του οφείλεται κατά πολύ στην άνθηση του εμπορίου κατά το 14ο αι. Μετά τον ογδοντακονταετή πόλεμο η Ολλανδία απελευθερώθηκε από τους Ισπανούς και η θρησκευτική ανεκτικότητα της επέτρεψε σε πολλούς μετανάστες διωκόμενων θρησκειών να εγκατασταθούν εκεί. Οι πλούσιοι, καλλιεργημένοι μετανάστες από τη Φλάνδρα, έδωσαν τον τόνο της πόλης και κατέστησαν την Ολλανδία εμπορική δύναμη. Στις αρχές του 17ου αι. το Άμστερνταμ είναι η πιο πλούσια πόλη της Ευρώπης. Γίνεται το σημαντικότερο σημείο για τη μεταφορά αγαθών στην Ευρώπη και αποτελεί το ηγετικό οικονομικό κέντρο του κόσμου. Οι κτήσεις των μεγάλων εταιρειών διακίνησης αποτελούν τις βάσεις για τις μετέπειτα αποικίες της Ολλανδίας κυρίως στις Ινδίες. Ο 17ος αι. σηματοδοτεί τη χρυσή εποχή της χώρας και της πόλης. Τότε

σχεδιάστηκε και το δίκτυο των καναλιών που περιοριζό-
ται από όμορφα σπίτια και διασχίζεται από γραφικά σοκά-
κια, για να αντιμετωπίσει τη ραγδαία αύξηση του πληθυ-
σμού. Η γη στις όχθες πουλήθηκε σε ξεχωριστά οικόπε-
δα, με του πλουσίους να αγοράζουν διπλά οικόπεδα προ-
κειμένου να χτίσουν μεγαλύτερα σπίτια.

Το υπέροχο ημικύκλιο που σχηματίζουν τα τρία βασικά κανάλια— το Πρίσενγκραχτ, το Κάιζεργκραχτ, και το Χέρενγκραχτ, είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα της πόλης και αποτελούν το Γκράχτενγκόρντελ. Μια βόλτα στα κανάλια με πλοiάριο είναι απόλυτα ενδεδειγμένη κι έχει πολ-
λά ενδιαφέροντα αξιοθέατα να σας προσφέρει. Το δίκτυο περιλαμβάνει 75 χλμ. υδάτινους δρόμους με 1281 γέφυ-
ρες, γεγονός που θυμίζει την προέλευση της πόλης από τη θάλασσα μετά την αποξήρανση με τη βοήθεια αναχω-
μάτων, καναλιών και παλιρροϊκών φραγμάτων. Στα πρώτα χρόνια τα σπίτια χτιζόντουσαν πάνω σε πασσάλους που διαπερνούσαν το ελώδες και πορώδες υπέδαφος φτάνο-
ντας μέχρι το πρώτο σκληρό στρώμα της άμμου στα 13 μέτρα ή ακόμα καλύτερα στο δεύτερο στρώμα στα 18 μέ-
τρα. Επειδή οι ξύλινοι πάσσαλοι σαπίζουν αν έρθουν σε επαφή με τον αέρα, σήμερα χρησιμοποιείται τσιμέντο.

Στην καρδιά του Άμστερνταμ, η πλατεία Νταμ με το λευκό οβελίσκο ύψους 22 μέτρων, εθνικό μνημείο για τους Ολ-





λανδούς πεσόντες στο 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο είναι το κέντρο της πόλης. Γύρω απ' αυτήν, αναπτύσσονται μεγάλα κτίσματα της «χρυσής εποχής». Το Κόνικλεϊκ χτισμένο αρχικά για Δημαρχείο χρησιμοποιείται σήμερα για κρατικές εκδηλώσεις. Η αυστηρή του εξωτερική εμφάνιση δεν προιδεάζει για το υπέροχο εσωτερικό με γλυπτά, αυτοκρατορική επίπλωση Louis Napoleon και ταβάνια και ζωοφόρους των μαθητών του Rembrandt. Η Νιούβε Κερκ, η δεύτερη ενοριακή εκκλησία του Άμστερνταμ, φιλοξένησε βασιλικά γεγονότα και σήμερα είναι πολιτιστικό κέντρο. Στο μουσείο της Μαντάμ Τισσό, αντίστοιχο με αυτό του Λονδίνου, εκτίθενται όλων των ειδών τα κέρνα ομοιώματα. Ένα μεγάλο πολυκατάστημα (Bijenkorf) και το πολυτελές ξενοδοχείο Krasnapolsky του ομώνυμου Πολωνού μετανάστη συμπληρώνουν τις πολλές επιλογές της πλατείας.

Στην περιήγηση στην πόλη μη χάσετε το Rijksmuseum, το υπέροχο εθνικό μουσείο της Ολλανδίας. Περιλαμβάνει περίπου επτά εκατομμύρια έργα τέχνης, αν και δεν εκτίθενται όλα στο κοινό. Όταν το 1865 ο αρχιτέκτονας P.J.Cuypers σχεδίασε το νέο γοτθικό κτίριο με την πλούσια διακοσμημένη πρόσοψη δέχτηκε σκληρή κριτική από τους Προτεστάντες. Η συλλογή του μουσείου συμπεριλαμβάνει μια χρονολογική έκθεση τεχνουργημάτων που καταγράφει την ιστορία της Ολλανδίας. Το κυρίως κτίριο ανακαινίζεται και μόνο η πτέρυγα Φίλιπς είναι ανοιχτή για το κοινό. Φιλοξενεί έργα του Ρέμπραντ, του Βερμέερ και πολλών άλλων Ολλανδών και ευρωπαϊ-

ων ζωγράφων. Ένα ακόμα μουσείο που πρέπει να επισκεφθείτε είναι το μουσείο του Βαν Γκογκ. Εκεί εκτίθεται από τον αδερφό του, η πιο πλούσια συλλογή έργων του στον κόσμο. Πολλοί διάσημοι πίνακες στεγάζονται εδώ και συχνά οι ουρές αναμονής ξεπερνούν τις αντοχές του κοινού.

Μια βόλτα στις γειτονιές του κέντρου θα φέρει τα βήματά σας στη «γειτονιά με τα κόκκινα φανάρια». Είναι σχεδόν σίγουρο ότι οι περισσότεροι θα έχετε ακούσει για τη συνοικία με τις βιτρίνες, μια και προσελκύουν το ενδιαφέρον εκατοντάδων τουριστών κάθε μέρα. Η καλύτερη ώρα για να επισκεφθείτε τα κακόφημα στενά είναι το σούρουπο, όταν το νέον φωσφορίζει και ξεχωρίζει το κόκκινο χρώμα στις βιτρίνες «των σπιτιών». Στην άκρη της γειτονιάς θα βρείτε και το μουσείο Άμστελκρινγκ. Ένα σπίτι που σας ταξιδεύει πίσω στη Χρυσή Εποχή της Ολλανδίας, αποκαλύπτει στο εσωτερικό του μια καλά κρυμμένη καθολική εκκλησία. Όταν οι καλβινιστές ανέλαβαν την εξουσία, το 1578, απαγόρευσαν στους

καθολικούς να πρεσβεύουν δημόσια τη θρησκεία τους. Η Ολλανδική ανοχή όμως τους διαβεβαίωσε ότι μπορούσαν να την ασκούν ιδιωτικά. Έτσι, η Άμστελκρινγκ αποτελεί μια από τις πολλές μυστικές εκκλησίες.

Ιδιαίτερα συγκινητική και φορτισμένη εμπειρία είναι η επίσκεψη στο σπίτι της Άννας Φρανκ. Από το 17ο αιώνα πολλοί Εβραίοι μετοίκησαν στην Ολλανδία. Έτσι κατά τη Ναζιστική εποχή ο Εβραϊκός πληθυσμός υπέφερε όπως και στην υπόλοιπη Ευρώπη. Η διάσημη 15χρονη αποτέλεσε μεγάλη εμψυχωτική μορφή του 20ού αι. Επί 25 μή-

Σκεπτόμενοι την Ολλανδία η πρώτη εικόνα που σας έρχεται στο μυαλό πρέπει να είναι οι τουλίπες. Οι Ολλανδοί λατρεύουν τα λουλούδια. Το πάθος τους με τις τουλίπες χρονολογείται από τα τέλη του 16ου αι. όταν έγινε εισαγωγή των πρώτων βολβών από την Ασία



νες κρυμμένη – φυλακισμένη στο σπίτι της με την οικογένειά της κατέληξε μετά από προδοσία, το 1944, στο στρατόπεδο συγκέντρωσης στο Μπέργκεν-Μπέλσεν όπου και έχασε τη ζωή της. Το ημερολόγιο που έγραφε κάθε μέρα εξέδωσε ο πατέρας της Ότο, ο μόνος επιζών. Στο σπίτι της μπορείτε να περιηγηθείτε στα μικρά δωμάτια του καταφυγίου, μέσα από τη μυστική πόρτα και να δείτε το αυθεντικό κόκκινο ημερολόγιο.

Σκεπτόμενοι την Ολλανδία η πρώτη εικόνα που σας έρχεται στο μυαλό πρέπει να είναι οι τουλίπες. Οι Ολλανδοί λατρεύουν τα λουλούδια. Το πάθος τους με τις τουλίπες χρονολογείται από τα τέλη του 16ου αι. όταν έγινε εισαγωγή των πρώτων βολβών από την Ασία. Το 1634 η τουλίπα μπήκε στο χρηματιστήριο, οπότε άρχισε και η κερδοσκοπία. Τώρα στην πόλη μπορείτε να θαυμάσετε παντού μεγάλη ποικιλία τουλιπών, αλλά μη χάσετε την πλωτή ανθαγορά (Μπλούμενμαρκτ). Οι πωλητές κάποτε κατέπλεαν από τα φυτώρια στον Άμστελ σ' αυτό το σημείο, το Σίνχελ, για να πουλήσουν τα εμπορεύματά τους

Όσο λίγο χρόνο κι αν έχετε στη διάθεσή σας, το άρωμα της πόλης θα σας αγγίξει... Το Άμστερνταμ θα προλάβει να σας δελεάσει, αφήνοντας μια αίσθηση ηρεμίας όσο ήρεμα κυλούν τα νερά στα κανάλια του

κατ' ευθείαν από τις βάρκες τους. Οι πάγκοι ακόμα και σήμερα επιπλέουν στο ποτάμι, γεγονός που δεν γίνεται απόλυτα αντιληπτό μια και είναι πολύ καλά στερεωμένοι. Από τον Ιούνιο μέχρι το Δεκέμβριο πωλούνται και βολβοί από τουλίπες που μπορείτε να μεταφέρετε στο σπίτι σας.

Μιλώντας για αγορές μια πιο ακριβή επένδυση σε κάτι που μένει «για πάντα» είναι τα διαμάντια. Ακόμα κι αν δεν θέλετε ν' αγοράσετε, μια βόλτα στα εργαστήρια επεξεργασίας θα σας φανεί ενδιαφέρον. Άλλα προϊόντα της χώρας αναλώσιμα αυτή τη φορά είναι οι σοκολάτες, τα τυριά και οι μπίρες. Αν σας αρέσει η μπίρα μπορείτε να γευθείτε άφθονη και δωρεάν στο τέλος της ξενάγησης της Ζυθοποιίας Heineken.

Η παραγωγή εκεί έχει σταματήσει από το 1988, αλλά η διαδικασία παραγωγής μεταφέρεται αυτούσια κατά τα παλιά πρότυπα.

Για οποιαδήποτε ώρα της ημέρας και για κάθε περίσταση το Άμστερνταμ διαθέτει εκατοντάδες γραφικές καφετέριες και ποικίλα διεθνή εστιατόρια. Αν όμως επιθυμεί-





τε κάποιο μουσικό θέαμα για να περάσετε το βράδυ σας δείτε το πρόγραμμα του Muziekgebouw aan't U, και του Concertgebouw. Το πρώτο είναι νέο απόκτημα της πόλης, μια καινούργια αίθουσα συναυλιών με ωραία θέα και σύγχρονο ρεπερτόριο. Το δεύτερο, κτίσμα του 1888 και ανακαινισμένο έκτοτε, φιλοξενεί μεγάλα ονόματα μουσικών και διευθυντών ορχήστρας, αντιπροσωπεύοντας έναν από τους πιο διακεκριμένους χώρους κλασικής μουσικής στον κόσμο. Μη χάσετε τις δωρεάν συναυλίες τα μεσημέρια της Τετάρτης, κατά τη διάρκεια του γεύματος.

Οι μετακινήσεις σας γίνονται με τραμ, λεωφορείο και μετρό, ενώ το τρένο είναι μια καλή επιλογή για μακρινότερους προορισμούς. Εισιτήριο μπορείτε ν' αγοράσετε και από τον οδηγό με μια μικρή παραπάνω χρέωση, αλλά η πλειονότητα μετακινείται με την Striptenkaarten, όπου προαγοράζετε αρκετές διαδρομές σε οικονομικότερη τιμή. Καλή επιλογή για τους τουρίστες είναι η «I AMSTERDAM» κάρτα που προσφέρει απεριόριστες μετακινήσεις με τα μέσα μαζικής μεταφοράς, ελεύθερη είσοδο στα περισσότερα μουσεία και έκπτωση στο εισιτήριο κάποιων άλλων.

Η ποδηλασία σ' αυτή την πόλη είναι εξίσου φυσική με την πεζοπορία. Υπάρχουν ανεπτυγμένοι ποδηλατόδρομοι σχεδόν παντού. Οι κλοπές ποδηλάτων δεν είναι ασυνήθεις γι' αυτό δεν θα δείτε να κυκλοφορούν ακριβά μοντέλα.

Αν έχετε χρόνο, μια βόλτα στην ύπαιθρο είναι πολύ ενδιαφέρουσα. Το απέραντο επίπεδο της Ολλανδικής υπαίθρου διακόπτεται από τα περύγια των χαρακτηριστικών ανεμόμυλων, ενώ υδάτινοι δρόμοι διασχίζουν τα καταπράσινα λιβάδια. Αμιγώς τουριστική ατραξιόν είναι οικο-



τεχνίες που κατασκευάζουν τα γνωστά Ολλανδικά ξυλοπάπουτσα. Η επίσκεψη στην πόλη της Delft συνδυάζει τη βόλτα στην εξοχή αλλά και τη γνωριμία σας με τις φημισμένες ομώνυμες πορσελάνες.

Όσο λίγο χρόνο κι αν έχετε στη διάθεσή σας, το άρωμα της πόλης θα σας αγγίξει... Το Άμστερνταμ θα προλάβει να σας δελεάσει, αφήνοντας μια αίσθηση ηρεμίας όσο ήρεμα κυλούν τα νερά στα κανάλια του.

Καλό ταξίδι!



Ενδοσκοπικό



Θέμα

Ενδοσκοπήσεις σε Ασθενείς που Λαμβάνουν Χρονίως Αντιπηκτικούς Παράγοντες

γράφει ο Κωνσταντίνος Ζωγράφος

Πρόκληση αποτελεί συχνά για τον ενδοσκόπο ο χειρισμός ασθενών οι οποίοι πρόκειται να υποβληθούν σε ενδοσκοπικό έλεγχο και λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακά ή αντιπηκτικά φάρμακα. Συνήθως τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται για να μειώσουν τον κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων σε ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από κολπική μαρμαρυγή, βαλβιδοπάθεια, στεφανιαία νόσο, εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, και καταστάσεις υπερπηκτικότητας. Η αιμορραγία, κυρίως μετά από θεραπευτική ενδοσκόπηση, αποτελεί τη συχνότερη επιπλοκή.

Ο ενδοσκόπος πριν πάρει την απόφαση για την προσωρινή διακοπή της θεραπείας, θα πρέπει να λάβει υπόψην τις εξής βασικές παραμέτρους:

- α) τον πιθανό κίνδυνο αιμορραγίας (πρώιμο ή όψιμο) που μπορεί να προκύψει από την ενδοσκοπική πράξη
- β) τον κίνδυνο εμφάνισης ισχαιμικού ή θρομβοεμβολικού επεισοδίου από τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής
- γ) την υποκείμενη πάθηση και τις επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν από το γαστρεντερικό, λόγω της λήψης των φαρμάκων
- δ) τον τύπο των αντιπηκτικών/αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων.

Στις επόμενες ενότητες θα παρουσιασθούν αρχικά οι διαθέσιμες φαρμακευτικές ουσίες, τα χαρακτηριστικά και ο τρόπος δράσης τους, ενώ στη συνέχεια, και με βάση τις τρέχουσες κατευθυντήριες γραμμές, θα γίνουν υποδείξεις του τρόπου δράσης ανάλογα με την περίπτωση.

Από του στόματος χορηγούμενα αντιπηκτικά/αντιαιμοπεταλιακά

Πολυάριθμες είναι πλέον οι μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν την ευεργετική δράση χορήγησης της σαλοσπίρης ή της κλασικής ασπιρίνης. Χορηγείται πρωτογενώς, προληπτικά για την αποφυγή εμφράγματος του μυοκαρδίου ή δευτερογενώς, προληπτικά, επίσης, σε άτομα με ιστορικό στεφανιαίας νόσου ή εγκεφαλικού επεισοδίου. Ο μηχανισμός δράσης της στηρίζεται στην πλήρη και ισχυρή απενεργοποίηση της κυκλοοξυγονάσης (COX) της προσταγλανδίνης. Υπενθυμίζεται, ότι η cox δρα στο αραχιδονικό οξύ, με αποτέλεσμα την παραγωγή προσταγλανδινών και θρομβοξάνης, η οποία αναστέλλει ισχυρά και με τρόπο μη αναστρέψιμο τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων. Παρότι ο χρόνος ημίσειας ζωής της ασπιρίνης είναι μικρός, η δράση της συνεχίζει να υφίσταται για 5-10 ημέρες, όσος είναι και ο χρόνος ημίσειας ζωής των αιμοπεταλίων.

Στην κατηγορία των αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων ανήκουν η κλοπιδογρέλη και η τικλοπιδίνη. Χορηγούνται σε

ασθενείς με αλλεργία στην ασπιρίνη σαν μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με αυτή, μετά την τοποθέτηση αγγειακών stent, ή προληπτικά μετά από εγκεφαλικά επεισόδια. Αυτή η κατηγορία των φαρμάκων εκδηλώνει την αντιαιμοπεταλιακή δράση τους αναστέλλοντας τη δράση της διφωσφονικής αδενοσίνης (ADP). Ο μεταβολίτης της κλοπιδογρέλης συνεχίζει να βρίσκεται στην κυκλοφορία για 8 ώρες ενώ ο χρόνος ημίσειας ζωής αυξάνεται σε άτομα με νεφρική ανεπάρκεια. Αντίστοιχα με την ασπιρίνη, η δράση των αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων είναι μη αντιστρέψιμη και εκδηλώνεται 3-7 ημέρες μετά την έναρξη της αγωγής. Το χρονικό διάστημα επαναφοράς στη φυσιολογική λειτουργία των αιμοπεταλίων είναι περίπου 5-7 ημέρες.

Τόσο για την ασπιρίνη όσο και για την κλοπιδογρέλη και την τικλοπιδίνη δεν υπάρχουν διαθέσιμες εργαστηριακές δοκιμασίες προσδιορισμού της λειτουργίας των αιμοπεταλίων μετά τη χορήγηση αυτών των παραγόντων.

Υπάρχουν δυο διαφορετικές χημικές ομάδες από του στόματος αντιπηκτικών: τα παράγωγα της 4-υδροξυκουμαρίνης και τα παράγωγα της ινδαν-1,3-διόνης. Τα κουμαρινικά παράγωγα αποτελούν τα φάρμακα εκλογής για από του στόματος χορήγηση, γιατί συνοδεύονται από μικρότερο αριθμό μη αιμορραγικών παρενεργειών από ό,τι τα παράγωγα της ινδανιδιόνης.

Η ασενοκουμαρόλη και η νατριούχος βαρφαρίνη (κουμαρινικά παράγωγα) είναι οι δύο βασικές μορφές από του στόματος χορηγούμενες ηπαρίνες. Η χρήση αυτών των παραγόντων είναι συχνή και μάλιστα με αυξητικές τάσεις, υπολογίζοντας ότι πάνω από το 1% του πληθυσμού βρίσκονται σε θεραπεία με αυτές της φαρμακευτικές ουσίες. Χορηγούνται συνήθως μακροχρονίως, σε αγγειακούς ασθενείς, όπως στην εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, σε ικανού βαθμού στένωση καρωτίδων καθώς και σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, μεταλλικές βαλβίδες, ή σε ορισμένες καταστάσεις υπερπηκτικότητας. Η κολπική μαρμαρυγή θεωρείται ως η πιο συχνή αιτία χορήγησης αντιπηκτικής αγωγής. Ο κίνδυνος θρόμβωσης υπολογίζεται σε 1-20% / έτος, ενώ ο κίνδυνος αυξάνεται σε ασθενείς με ιστορικό εγκεφαλικών επεισοδίων.

Τα από του στόματος αντιπηκτικά ασκούν τη δράση τους αναστέλλοντας την εξαρτώμενη από τη βιταμίνη Κ γ-καρβοξυλίωση των παραγόντων πήξεως II, VII, IX και X. Επίσης, αναστέλλουν την εξαρτώμενη από τη βιταμίνη Κ γ-καρβοξυλίωση των πρωτεϊνών C και S. Η εμφάνιση του αντιπηκτικού αποτελέσματος των ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ καθυστερεί, έως ότου καθαρθούν οι φυσιολογικοί παράγοντες της πήξεως από την κυκλοφορία. Η κορύφωση (peak) του αντιπηκτικού αποτελέσματος δεν επέρχεται πριν από την πάροδο 36-72 ωρών μετά τη χορήγηση του φαρμάκου. Αρχικά, εντός 24 ωρών υπάρχει μείωση του παράγοντα VII και ακολουθούν οι II, IX και X μετά την πάροδο μιας εβδομάδας από την έναρξη της αγωγής. Έτσι, μετά την πάροδο 72-96 ωρών μειώνονται τα επίπεδα των λειτουργικών παραγόντων II, VII, IX και X και εκφράζεται η ιδανική αντιπηκτική δραστηριότητα της βαρφαρίνης. Λόγω του αρχικού “κενού” θεραπευτικού χρονικού διαστήματος κρίνεται σκόπιμη και αναγκαία η αλληλοεπικάλυψη τής από του στόματος αντιπηκτικής θεραπείας με ηπαρινοθεραπεία για 4-5 ημέρες. Η εργαστηριακή δοκιμασία που χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό του αντιπηκτικού αποτελέσματος της ηπαρίνης και των κουμαρινικών είναι το INR.

Η κλασική ηπαρίνη που χρησιμοποιείται στην καθημέρα κλινική πράξη έχει μέσο μοριακό βάρος που κυμαίνεται από 10000-16000 daltons. Την προηγούμενη δεκαετία δημιουργήθηκαν χαμηλού μοριακού βάρους παράγωγα ηπαρίνης τα οποία έχουν μέσο μοριακό βάρος από 4000-5000 daltons. Ασκούν εκλεκτική δράση στον παράγοντα Χα και μικρότερη στην αντιθρομβίνη. Πλεονεκτούν έναντι των κλασικών ηπαρινών γιατί έχουν καλύτερη βιοδιαθεσιμότητα και μεγαλύτερης διάρκειας αντιπηκτική δράση (αντι- Χα δράση), η χορήγησή τους γίνεται υποδόρια, ενώ ο χρόνος ημίσειας ζωής είναι περίπου 8-15 ώρες. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται σε άτομα με νεφρική ανεπάρκεια και σε λιποβαρείς υπερήλικες ασθενείς λόγω άθροισης του φαρμάκου. Η χορήγησή της γίνεται σε αγγειακούς ασθενείς με εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, σε ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αρθροπλαστικές, στη θεραπεία της πνευμονικής εμβολής κ.λπ.

Πολυάριθμες είναι πλέον οι μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν την ευεργετική δράση χορήγησης της σαλοσπίρης ή της κλασικής ασπιρίνης.
Χορηγείται πρωτογενώς, προληπτικά για την αποφυγή εμφράγματος του μυοκαρδίου ή δευτερογενώς, προληπτικά επίσης, σε άτομα με ιστορικό στεφανιαίας νόσου ή εγκεφαλικού επεισοδίου

Στοιχεία που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής

- 1 Η αντιαιμοπεταλιακή δράση της ασπιρίνης είναι άμεση ενώ της κλοπιδογρέλης επέρχεται μετά 3-7 ημέρες.
- 2 Η πλήρης αναστολή της δράσης των κουμαρινικών επιτυγχάνεται μετά από πενήνήμερη διακοπή του φαρμάκου, ενώ των αντιαιμοπεταλιακών αναστέλλεται μετά από διακοπή 7-10 ημερών.
- 3 Θεραπευτικοί χρόνοι με τα κουμαρινικά επιτυγχάνονται 2-3 ημέρες μετά τη επανέναρξη τους, ενώ με τις χαμηλού μοριακού βάρους σε 3-5 ώρες.

Διακοπή αντιπηκτικής/αντιαιμοπεταλικής θεραπείας και κίνδυνος εμφάνισης εμβολικού επεισοδίου

Η διάκριση, καθώς και η αξιολόγηση της σοβαρότητας της νόσου για την οποία ο ασθενής λαμβάνει αντιπηκτική θεραπεία θεωρείται κρίσιμη αλλά και ιδιαίτερα σημαντική για την αποφυγή εμφάνισης θρομβοεμβολικού επεισοδίου.

Οι νοσογόνες καταστάσεις διακρίνονται σε υψηλού και χαμηλού κινδύνου, αναλόγως με τις πιθανότητες ανάπτυξης θρομβοεμβολικής επιπλοκής. Στις **υψηλού κινδύνου καταστάσεις** ανήκουν η κοιλιακή μαρμαρυγή σε συνδυασμό με βαλβιδοπάθεια, η μηχανική μιτροειδής βαλβίδα τύπου caged-bal (διπλάσιος κίνδυνος σε σχέση με την αορτική) καθώς επίσης και η μηχανική βαλβίδα σε ασθενείς με ιστορικό εμβολικού επεισοδίου. Αντίστοιχα, στις **χαμηλού κινδύνου καταστάσεις** συμπεριλαμβάνονται η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, η ανεπίπλεκτη παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή χωρίς βαλβιδοπάθεια, οι βιοπροσθετικές βαλβίδες, και οι μηχανικές βαλβίδες στη θέση της αορτικής.

Κίνδυνος εμφάνισης αιμορραγίας μετά από ενδοσκόπηση

Με την πάροδο των ετών η εμπειρία των ενδοσκοπίων καθώς και τα διαθέσιμα μέσα έχουν μειώσει στο ελάχιστο την εμφάνιση επιπλοκών. Όμως, η εφαρμογή καθαρά εμπειρικών μεθόδων στην καθ' ημέρα κλινική πράξη θεωρείται μη αποδεκτή. Η ταξινόμηση των ενδοσκοπικών πράξεων σε χαμηλού και υψηλού κινδύνου ως προς την πιθανότητα εμφάνισης αιμορραγίας, μας βοηθά για τον περαιτέρω χειρισμό των ασθενών που λαμβάνουν αντιπηκτικά. Η επιπλοκή της αιμορραγίας δυνητικά, μπορεί να προκύψει άμεσα ή καθυστερημένα περίπου κατά την 29η ημέρα (κατά τη χρονική στιγμή αποκόλλησης του σχηματισμένου θρόμβου). Στις χαμηλού κινδύνου ενδοσκοπικές πράξεις ανήκουν: οι διαγνωστικές, γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση (με ή χωρίς λήψη βιοψιών), η ERCP και η τοποθέτηση ενδοπροθέσεων χωρίς τη διενέργεια σφικκτηροτομής, το EUS χωρίς βιοψία (FNA) και η εντεροσκόπηση. Ο υπολογιζόμενος κίνδυνος εμφάνισης αιμορραγίας σε αυτές τις πράξεις είναι <1%.

Αντίστοιχα στις υψηλού κινδύνου ενδοσκοπικές πράξεις ανήκουν: η πολυποδεκτομή, η σφικκτηροτομή, η διαστολή με κηρία ή μπαλόνια, η διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία, το EUS με FNA, η θεραπεία με laser, και η θεραπεία των κιστών. Η πιθανότητα εμφάνισης αιμορραγίας υπολογίζεται από 1-6%. Σε γενικές γραμμές, τα ποσοστά εμφάνισης αιμορραγίας σε πολυποδεκτομή, στην κολονοσκόπηση και τη γαστροσκόπηση (ασθενείς χωρίς αντιπηκτική/αντιαιμοπεταλιακή αγωγή) ανέρχονται σε 1-2,5% και 4% αντίστοιχα, στη σφικκτηροτομή 2,5-5% και στο Nd: Yag laser 6%.

Χειρισμός ασθενών με αντιπηκτική θεραπεία που πρόκειται να υποβληθούν σε ενδοσκόπηση

Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη ότι: 1) τα ιστοτεμάχια τα οποία λαμβάνονται κατά τη λήψη βιοψιών είναι εξαιρε-

Μεγάλη προσοχή χρειάζεται σε άτομα με νεφρική ανεπάρκεια και σε λιποβαρείς υπερήλικες ασθενείς λόγω άθροισης του φαρμάκου. Η χορήγηση της κλασικής ηπαρίνης γίνεται σε αγγειακούς ασθενείς με εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, σε ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αρθροπλαστικές, στη θεραπεία της πνευμονικής εμβολής κ.λπ.

τικά μικρά (0,2-0,3mm) και 2) τα επιπολής αγγεία έχουν μικρή διάμετρο, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της ASGE (2006), για την κατηγορία **χαμηλού κινδύνου** ενδοσκοπικών πράξεων, δεν κρίνεται σκόπιμη καμία αλλαγή στη χορήγηση των αντιπηκτικών, της ασπιρίνης, των ΜΣΑΦ. Για την κλοπιδογρέλη και την τικλοπιδίνη δεν υπάρχουν δημοσιευμένα στοιχεία αναφορικά με την ασφάλεια της ενδοσκόπησης σε ασθενείς οι οποίοι πρόκειται να ενδοσκοπηθούν και λαμβάνουν αυτούς τους παράγοντες. Σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν συνδυασμό κλοπιδογρέλης ή τικλοπιδίνης με ασπιρίνη, η συνέχιση της θεραπείας γίνεται μόνο με έναν εκ των δύο παραγόντων, πριν την ενδοσκόπηση. Επίσης, στους ασθενείς με αντιπηκτικά, σκόπιμο θα ήταν το INR να είναι υποθεραπευτικό.

Στις **υψηλού κινδύνου** πράξεις κρίνεται απαραίτητη η διακοπή των αντιπηκτικών παραγόντων. Ειδικότερα, η **βαρφαρίνη** βάσει των προαναφερθέντων, θα πρέπει να διακόπτεται 3-5 ημέρες πριν την ενδοσκόπηση με προσδιορισμό του INR, ο οποίος θα πρέπει να βρίσκεται κάτω από 1,7. Η χορήγηση βιταμίνης Κ για να αντιστρέψουμε τη δράση των αντιπηκτικών πρέπει να αποφεύγεται, διότι παρατείνει το χρόνο που απαιτείται για την πλήρη δράση τους μετά τη διακοπή και επαναχορήγησή τους. Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη θρομβοεμβολικού επεισοδίου, τη χρονική στιγμή κατά την οποία το INR είναι υποθεραπευτικό, η πρακτική της **“γεφυρικής θεραπείας”** κρίνεται σκόπιμη και αναγκαία. Αφού, λοιπόν, γίνει η διακοπή της βαρφαρίνης, γίνεται προσδιορισμός του INR (ο οποίος πλέον είναι υποθεραπευτικός) και ξεκινά η χορήγηση ηπαρίνης, η οποία θα πρέπει να διακοπεί 4-6 ώρες πριν την ενδοσκόπηση. Η επαναχορήγηση της ηπαρίνης και της βαρφαρίνης θα γίνει 2-6 και 12-24 ώρες αντίστοιχα, μετά την ενδοσκόπηση. Γενικά η βαρφαρίνη επαναχορηγείται κατά τις βραδινές ώρες μετά την ενδοσκόπηση. Ωστόσο, για ορισμένες πράξεις, όπως η ενδοσκοπική σφικκτηροτομή, μπορεί να χρειαστεί μεγαλύτερο χρονικό

διάστημα διακοπής, όπως αυτό των 3 ημερών. Η συγχορήγηση βαρφαρίνης και παρεντερικής ηπαρίνης πρέπει να συνεχιστεί 4-5 ημέρες μετά την ενδοσκόπηση. Επίσης οι χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνες (ΧΜΒΗ) σε θεραπευτικές δόσεις αποτελούν μια καλή θεραπευτική λύση για ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν βαρφαρίνη και πρόκειται να ακολουθήσουν τη διαδικασία της “γεφυρικής θεραπείας”. Η διακοπή τους πρέπει να γίνεται 8 ώρες πριν την ενδοσκόπηση, ενώ η επανέναρξη θα πρέπει να εξατομικεύεται. Παρόμοιες είναι οι οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσουμε (διακοπή και επανέναρξη) και για τους ασθενείς που λαμβάνουν ΧΜΒΗ για προφύλαξη ή θεραπεία. Για τη **σαλοσπίρη** καθώς και τα **ΜΣΑΦ** δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα βιβλιογραφικά δεδομένα τα οποία αποσαφηνίζουν την παρουσία αυξημένης επίπτωσης κινδύνου αιμορραγίας σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν τους συγκεκριμένους παράγοντες, και πρόκειται να υποβληθούν σε υψηλού κινδύνου ενδοσκοπική πράξη, ή αντίστοιχα μείωση της συχνότητας μετά τη διακοπή τους. Εμπειρικά (κυρίως), οι περισσότεροι ενδοσκόποι προτιμούν τη διακοπή των φαρμάκων για 5-10 ημέρες πριν τη διενέργεια της ενδοσκόπησης. Σε γενικές γραμμές φαίνεται να γίνεται όλο και πιο κοινά αποδεκτή η εφαρμογή της τακτικής, κατά την οποία γίνεται αξιολόγηση της επικινδυνότητας της ενδοσκοπικής πράξης για εμφάνιση αιμορραγίας, και παράλληλη συνεκτίμηση της νοσογόνου κατάστασης για την οποία γίνεται η λήψη των φαρμάκων. Έτσι, λοιπόν, σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν αυτούς τους παράγοντες για πρωτογενή πρόληψη συστήνεται η διακοπή τους 5-10 ημέρες πριν την ενδοσκοπική πράξη, και επανέναρξη μετά από 5-14 ημέρες, ανάλογα με την πράξη. Αντίστοιχα σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν αγωγή για δευτερογενή πρόληψη (ΟΕΜ ή ΑΕΕ) συστήνεται διακοπή για μικρότερο χρονικό διάστημα, της τάξεως 4-5 ημερών πριν, και επανέναρξη 5-7 ημέρες μετά την πράξη.

Για την **κλοπιδογρέλη** στις υψηλού κινδύνου πράξεις, και αναλόγως την υποκείμενη πάθηση συστήνονται τα εξής:

Η διάκριση, καθώς και η αξιολόγηση της σοβαρότητας της νόσου για την οποία ο ασθενής λαμβάνει αντιπηκτική θεραπεία θεωρείται κρίσιμη αλλά και ιδιαίτερα σημαντική για την αποφυγή εμφάνισης θρομβοεμβολικού επεισοδίου. Οι νοσογόνες καταστάσεις διακρίνονται σε υψηλού και χαμηλού κινδύνου, αναλόγως με τις πιθανότητες ανάπτυξης θρομβοεμβολικής επιπλοκής

σε χαμηλού κινδύνου πάθηση διακοπή της και επανέναρξη την επόμενη, αναλόγως της επέμβασης, ενώ σε υψηλού κινδύνου πάθηση (διάφορων ειδών stents στεφανιαίων), ο χειρισμός του ασθενούς θα ήταν καλό να γίνεται σε άμεση συνεργασία με τον καρδιολόγο, εκτιμώντας σφαιρικά την κατάσταση, με στόχο τη μέγιστη ασφάλεια του ασθενούς.

Ειδικότερη αναφορά και σχολιασμό χρήζει η εμφάνιση αιμορραγίας μετά από πολυποδεκτομή. Υπενθυμίζεται ότι ο κίνδυνος εμφάνισης αιμορραγίας μετά από κολονοσκόπηση και πολυποδεκτομή ανέρχεται στο 1-2,5%. Σε μια case control μελέτη ασθενών που εμφάνισαν σημαντική αιμορραγία μετά από πολυποδεκτομή δε βρέθηκε να υπάρχει σημαντικά υψηλή διαφορά στην ομάδα των ασθενών που λάμβαναν από πριν ασπιρίνη, σε σχέση με τους υπόλοιπους (είχαν αποκλειστεί ασθενείς που λάμβαναν αντιπηκτικά). Σε μια άλλη αναδρομική μελέτη βρέθηκε, ότι δεν υπήρχε αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης αιμορραγίας μετά από πολυποδεκτομή, ανάμεσα σε ασθενείς οι οποίοι χρησιμοποιούσαν ασπιρίνη ή ΜΣΑΦ, αλλά ήταν ιδιαίτερα αυξημένος, στην ομάδα των ασθενών που τους χορηγούνταν

βαρφαρίνη πριν την ενδοσκόπηση (OR 13.37). Επίσης, σε μια προοπτική μελέτη των πιθανών παραγόντων για εμφάνιση αιμορραγίας αμέσως μετά την πολυποδεκτομή, δε βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στην πρόσφατη λήψη ασπιρίνης ή ΜΣΑΦ και αύξηση του κινδύνου αιμορραγίας, αλλά στην κατηγορία των αντιπηκτικών ήταν σημαντικά αυξημένος (OR 3.71). Τέλος, σε μια μικρή αναδρομική μελέτη ασθενών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική πολυποδεκτομή μικρών πολυπόδων (<1,5 εκ.), χωρίς προηγηθείσα διακοπή της αντιπηκτικής θεραπείας ο κίνδυνος ήταν χαμηλός, εφόσον γινόταν εφαρμογή αιμοστατικού clip αμέσως μετά την πολυποδεκτομή.

Συμπερασματικά, οι συστάσεις για το χειρισμό της αντιπηκτικής και αντιαιμοπεταλιακής αγωγής πριν και μετά τις ενδοσκοπικές πράξεις δε θα πρέπει να θεωρούνται οριστικές. Η επαγρύπνηση του ενδοσκόπου πριν και μετά την πράξη πρέπει να είναι σε υψηλό βαθμό, να συνεργάζεται στενά με τον θεράποντα καρδιολόγο και ο ασθενής να είναι πλήρως ενημερωμένος για τα οφέλη αλλά και τους κινδύνους, που μπορεί να προκύψουν από την ενδοσκοπική πράξη.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. ASGE. Guidelines on the management of anticoagulation and antiplatelet for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 2002; 55:775-779.
2. Zucherman M, Hirota W, Adler DG, et al. ASGE guideline: the management of low-molecular-weight heparin and nonaspirin antiplatelet agents for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 2005; 61:189-194.
3. Goel A, Barnes CJ, Osman H, et al. National survey of anticoagulation policy in endoscopy. *Eur J Gastro Hepatol* 2007; 19: 51-6.
4. Baglin TP, Keeling DM, Watson HG. Guideline on oral anticoagulation (warfarin): third edition 2005 update. *Br J Haematol* 2006; 132:277-285.
5. Internal Medicine J.H Stein: fourth edition, Vol II, 86:203-17.
6. Patrono C, Bachmann F, Baifent C, De Caterina R, Charbonnier B. Expert Consensus Document on the use of Antiplatelet Agents. *European Heart journal* 2004; 25:166-181.
7. Hui AJ, Wong RM, Ching JY, et al. Risk of colonoscopic polypectomy bleeding with anticoagulants and antiplatelet agents: analysis of 1657 cases. *Gastrointest Endosc* 2004;59:44-8.
8. Friedland S, Soetikno R. Colonoscopy with polypectomy in anticoagulant patients. *Gastrointest Endosc* 2006;64:98-100.
9. Yousfi M, Gostout CJ, Baron TH, et al. Postpolypectomy lower gastrointestinal bleeding: potential role of aspirin. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:1785-1789.
10. O'Donnell M, Kearson C. Perioperative management of oral anticoagulation. *Clin Geriatr Med* 2006; 22:199-213.
11. Kim HY, Kim WH, et al. Risk factors for immediate postpolypectomy bleeding of the colon: a multicenter study. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:1333-1341.
12. Watabe H, Yamaji Y, Okamoto M et al. Risk assessment for delayed hemorrhagic complication of colonic polypectomy: polyp-related factors and patient-related factors. *Gastrointest Endosc* 2006; 64:73-78.



Ανθρώπινο Λάθος και Μηχανισμοί Στρέβλωσης της Συλλογιστικής Κρίσης

γράφει ο Αντώνης Κογεβίνας

Τα λάθη των ανθρώπων μπορεί να αναλυθούν και να μελετηθούν με δύο τρόπους:

1. **Σαν λάθη προσώπων**, δηλαδή των ατόμων που εμπλέκονται άμεσα σ' αυτά, χωρίς να εξετάζεται το σύνολο του συστήματος και των συνθηκών που ευνόησαν για να γίνει το λάθος πχ ευθύνη πιλότου, ευθύνη ιατρού.
2. **Σαν λάθη του συστήματος** μέσα στο οποίο ενεργούν τα άτομα που εμπλέκονται άμεσα πχ ευθύνη αεροπορικής εταιρείας, ανεπιτυχής παροχή υπηρεσίας από το νοσοκομείο ή το σύστημα υγείας.

Οι δύο αυτές διαφορετικές προσεγγίσεις οδηγούν σε διαφορετική αντιμετώπιση και πρόληψη των λαθών. Ο σύγχρονος τρόπος θεωρεί ότι τα λάθη πρέπει να αναλύονται σαν λάθη του συστήματος, γιατί με τον τρόπο αυτό μπορεί κανείς να είναι πολύ πιο αποτελεσματικός στην πρόληψη και αντιμετώπισή τους. Αυτό ακριβώς γίνεται σε όλα τα **σύγχρονα Συστήματα Υψηλής Ασφάλειας**, όπως στην αεροπορία, στον έλεγχο της εναέριας κυκλοφορίας, στους πυρηνικούς αντιδραστήρες, στις ΜΕΘ, στις διαστημικές αποστολές, στην αυτοκινητοβιομηχανία κτλ.

Η προσέγγιση ενός λάθους σαν Λάθους του Συστήματος στηρίζεται στην παραδοχή ότι οι άνθρωποι, παρότι δεν το επιθυμούν, κάτω από κάποιες συνθήκες κάνουν και θα κάνουν λάθη. Τα λάθη κτίζονται μέσα από επιμέρους **παράγοντες κινδύνου που ελλοχεύουν μέσα στο σύστημα και οι οποίοι αθροιζόμενοι ευνοούν την πραγματοποίη-**

σή τους. Αν εντοπίσει κανείς τα αδύνατα αυτά σημεία θα μπορέσει να δημιουργήσει εφεδρικούς μηχανισμούς αποτροπής και άμβλυνσης των λαθών.

Οι αθροιζόμενοι παράγοντες κινδύνου οφείλονται σε δραστηριότητες πολλών ανθρώπων. **Κατά κανόνα εμπλέκονται περισσότεροι από ένας άνθρωπος, με διαφορετικά μερίδια ευθύνης**. Δεν είναι ούτε λογικό, ούτε χρήσιμο να αδιαφορήσει κανείς για όλα αυτά και να περιοριστεί στο να ενοχοποιήσει το άτομο που εκτέλεσε το λάθος. Το άτομο το οποίο εκείνη τη στιγμή βρέθηκε στην κορυφή της πυραμίδας δεν έχει αποκλειστική ευθύνη για όλη την πυραμίδα που δόμησε το λάθος. Ο χειρουργός του οποίου ο ασθενής έπαθε κάποια σηπτική επιπλοκή ευθύνεται για τους δικούς του ατυχείς χειρισμούς, αλλά δεν μπορεί να ενοχοποιηθεί για τον τρόπο που γίνεται η αποστείρωση των εργαλείων, για την εκπαίδευση του νοσηλευτικού

προσωπικού ή για τα ανθεκτικά στελέχη μικροβίων που ενδημούν στο νοσοκομείο.

Όταν κτιστούν οι κατάλληλες συνθήκες, τότε αρκεί μια μικρή συγκυρία για να μετατρέψει ένα επωαζόμενο λάθος σε πραγματικό λάθος. Ένας άνθρωπος κάνει πιο εύκολα λάθος μέσα σε επικίνδυνες συνθήκες αφού υπάρχουν δομημένες επικίνδυνες καταστάσεις. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, **το λάθος είναι αποτελέσματα και όχι αιτία ή τυχαίο γεγονός**. Μια στροφή στο δρόμο με ανάποδη κλίση (=παράγοντας κινδύνου που ελλοχεύει στο οδικό σύστημα) ευνοεί τον εκτροχιασμό αυτοκινήτων. Είναι πολύ πιο αποτελεσματικό το να διορθώσει κανείς το δρόμο (=διόρθωση του συστήματος) παρά το να συμβουλευτεί τους οδηγούς να είναι προσεκτικοί, να κατηγορεί αυτούς που εκτροχιάστηκαν και να τους τιμωρεί για συνετισμό των υπολοίπων

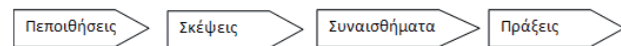
Η ανάλυση των λαθών σαν «λαθών του συστήματος» **μετατρέπει τη συλλογική δράση από μειονέκτημα σε πλεονέκτημα**. Οι συμμετέχοντες σε μια δραστηριότητα παρότι αποτελούν πιθανές πηγές παραγωγής λαθών, μπορούν να μετατραπούν σε δικλείδες διόρθωσης των λαθών κάποιων άλλων. Η ευαισθητοποίηση των ανθρώπων ενός συστήματος για να εντοπίζουν επωαζόμενα λάθη μπορεί να αποτρέπει τα λάθη πριν ακόμα αυτά συμβούν.

Εκ των υστέρων, όταν έχει πια πραγματοποιηθεί το λάθος, είναι συνήθως εύκολο να διακρίνουμε τη λογική των γεγονότων που ξετυλίχθηκαν: Βλέπουμε μια γραμμική αλληλουχία γεγονότων που ακολουθούν μια ολοφάνερη διαδρομή. Μπορούμε και κατανοούμε την εσωτερική αναγκαιότητα χάριν της οποίας συνέβησαν έτσι τα πράγματα και όχι αλλιώς και γιατί το ένα σημείο διαδέχθηκε το άλλο. Αλλά **είναι η γνώση του αποτελέσματος αυτή που μας επιτρέπει να το κάνουμε αυτό**. Στην πραγματική ροή των γεγονότων, σε κάθε κόμβο λήψης αποφάσεων, διαλέγεις μία από τις πολλές πορείες που ανοίγονται μπροστά σου χωρίς να γνωρίζεις πού ακριβώς караδοκεί το λάθος, ώστε να το αποφύγεις. Οι αποφάσεις λαμβάνονται σε πραγματικό χρόνο, ενίοτε εξαιρετικά βραχύ, χωρίς να είναι γνωστά πολλά στοιχεία. Συχνά υπάρχουν παραπλανητικά ή ακόμα και λανθασμένα δεδομένα. Αυτή η υστερινή γνώση στα αγγλικά ονομάζεται **hindsight**.

Η προσέγγιση των λαθών σε επίπεδο συστήματος είναι αυτή που κάνει τις δραστηριότητές μας πιο ασφαλείς,

αλλά αυτό δεν ακυρώνει το ενδιαφέρον για το πώς γίνονται τα λάθη σε προσωπικό επίπεδο. Γιατί άραγε οι ίδιοι άνθρωποι που συνήθως δεν κάνουν λάθη, κάτω από κάποιες συνθήκες δεν μπορούν να τα αποφύγουν; Τι συμβαίνει στο μυαλό τους και πώς συνδέονται οι σκέψεις και οι πράξεις τους;

Μια πολύ χρήσιμη και κατανοητή προσέγγιση είναι αυτή της Γνωσιακής Ψυχολογίας. Οι πράξεις μας πραγματοποιούνται μετά από μια αλληλουχία σκέψεων και συναισθημάτων. **Πίσω όμως από τις σκέψεις και τα συναισθήματα, σαν ομπρέλα, βρίσκονται οι Πεποιθήσεις μας**. Αυτό έχει μεγάλη σημασία για να καταλάβει κανείς τους τρόπους με τους οποίους επηρεάζεται και συχνά παραβιάζεται η κρίση μας. Η αλληλουχία σχηματικά είναι η εξής:



Για παράδειγμα δεν μπορεί κανείς να αλλάξει τις πεποιθήσεις ενός θρησκευόμενου παραθέτοντας μερικές εξαιρετικά λογικές σκέψεις περί αθεΐας. Δεν μπορεί κανείς με σκέψεις να αλλάξει τις πράξεις των ανθρώπων, αν αυτές οι σκέψεις έρχονται σε αντίθεση με τις πεποιθήσεις τους. Αντίθετως οι πεποιθήσεις ενός φανατισμένου μουσουλμάνου μπορούν να τον οδηγήσουν σε μη-λογικές σκέψεις και πράξεις πχ επιθέσεις αυτοκτονίας.

Οι πεποιθήσεις μας για τη ζωή και για τους κανόνες μεταξύ των ανθρώπων είναι βαθιά χαραγμένες στο μυαλό μας και δεν αλλάζουν εύκολα. Παρότι δεν είναι γενετικά προκαθορισμένες σχηματίζονται από το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνουμε, ενσωματώνονται και χαραζονται χωρίς συνήθως να αντιληφθούμε πότε και πώς έγινε αυτό. Οι **πεποιθήσεις διαπερνούν όλη μας τη συμπεριφορά κατά ασφυκτικό τρόπο**. Για τον λόγο αυτό «οι άνθρωποι δεν αλλάζουν». Μερικοί άνθρωποι λ.χ. πιστεύουν ότι η σύγκρουση και η διεκδίκηση είναι νόμοι της ζωής που πρέπει κανείς να αποδέχεται και να χρησιμοποιεί, σε αντίθεση με άλλους που νομίζουν ότι η σύγκρουση είναι μια έκτακτη κατάσταση ανωμαλίας που δεν είναι επιθυμητή. Οι πρώτοι γίνονται επιθετικοί και διεκδικητικοί, ενώ οι δεύτεροι είναι υποχωρητικοί, συμβιβαστικοί.

Οι πεποιθήσεις του καθενός μπορεί να αντιφάσκουν μεταξύ τους. Για παράδειγμα μπορεί κανείς να είναι αντί-

Μια πολύ χρήσιμη και κατανοητή προσέγγιση είναι αυτή της Γνωσιακής Ψυχολογίας. Οι πράξεις μας πραγματοποιούνται μετά από μια αλληλουχία σκέψεων και συναισθημάτων.

Πίσω όμως από τις σκέψεις και τα συναισθήματα, σαν ομπρέλα, βρίσκονται οι Πεποιθήσεις μας

Οι πεπειθήσεις του καθενός μπορεί να αντιφάσκουν μεταξύ τους. Για παράδειγμα μπορεί κανείς να είναι αντίθετος με τη θανατική ποινή, γιατί αφαιρεί τη ζωή ενός ανθρώπου, αλλά να είναι ταυτόχρονα οπαδός των αμβλώσεων που επίσης αφαιρούν ζωές ανθρώπων. Ή το αντίστροφο: Να είναι κανείς οπαδός της θανατικής ποινής, αλλά αντίθετος στις αμβλώσεις.

θετος με τη θανατική ποινή, γιατί αφαιρεί τη ζωή ενός ανθρώπου, αλλά να είναι ταυτόχρονα οπαδός των αμβλώσεων που επίσης αφαιρούν ζωές ανθρώπων. Ή το αντίστροφο: Να είναι κανείς οπαδός της θανατικής ποινής, αλλά αντίθετος στις αμβλώσεις.

Εάν τα συμπεράσματα από τη λογική μας κρίση είναι αντίθετα με τις πεπειθήσεις μας, τότε άθελά μας **πιεζόμαστε να τροποποιήσουμε ελαφρά το προϊόν της κρίσης ώστε να μην είναι ασύμβατο με τις πεπειθήσεις**. Αυτό αποκαλείται Belief Bias. Παράδειγμα: Οι παθολογοανατόμοι έβλεπαν από πάρα πολλά χρόνια το ελικοβακτηρίδιο στις βιοψίες στομάχου. Η κρατούσα πεποίθηση ότι το πεπτικό έλκος είναι μια ιδιοπαθής κληρονομούμενη πάθηση μας έκανε να «μη βλέπουμε» το ελικοβακτηρίδιο παρότι όλοι αποδέχονταν ότι ο στόμαχος δεν έχει χλωρίδα.

Παράδειγμα μετατόπισης του συμπεράσματος λόγω πεπειθήσεων: Αποδεκτό το συμπέρασμα επειδή είναι πιστευτό. (Belief bias).

- Οι περισσότεροι Γάλλοι πίνουν κρασί
- Μερικοί από όσους πίνουν κρασί είναι γευσιγνώστες (gourmets)
- Άρα μερικοί Γάλλοι είναι γευσιγνώστες.

Το συμπέρασμα γίνεται αποδεκτό παρότι δεν προκύπτει από το συλλογισμό. Θα μπορούσε να μην είναι κανείς Γάλλος γευσιγνώστης, αλλά να είναι Γερμανοί αυτοί οι «μερικοί που πίνουν κρασί». Είναι η πεποίθησή μας ότι οι Γάλλοι είναι γευσιγνώστες που μας κάνει να αποδεχτούμε το συμπέρασμα. Εάν αντί από Γάλλους αναφερόμασταν σε ορεσίβιους ή γύφτους θα ξανασκεφτόμασταν το συμπέρασμα πριν το αποδεχτούμε.

Υπάρχουν διάφορες θεωρίες που προσπαθούν να ερμηνεύσουν γιατί κάνουμε λανθασμένες κρίσεις. Οι δημοφιλέστερες είναι οι εξής:

- **Abstract-rule theory:** Οι άνθρωποι είναι μεν λογικά όντα, αλλά δεν αντιλαμβάνονται σωστά ποιο είναι το ζητούμενο προς κρίση. (Braine 1998)
- **Mental model theory:** Οι άνθρωποι δημιουργούν και αποδέχονται επιλεκτικά τα σενάρια που επιβεβαιώνουν τα δεδομένα. Αυτό γίνεται γιατί είναι πρακτικά πολύ δύσκολο ή ακόμα και αδύνατο να επεξε-

γαστούμε τα σενάρια που διαψεύδουν τα δεδομένα, ώστε δι' αποκλεισμού των να καταλήξουμε στο σενάριο που επιβεβαιώνει το ερώτημα. **Αρχή της αλήθειας (Principle of truth)** λέγεται η προσπάθεια να βρεθούν στοιχεία, έστω και επιλεκτικά, που να επιβεβαιώνουν την υπόθεση χωρίς να διερευνάται αν υπάρχουν άλλα στοιχεία που την διαψεύδουν. (Johnson-Laird 1983, 1999)

- **Probabilistic approach:** Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν με μεγαλύτερη ευκολία έτοιμες, γνώριμες από την καθημερινή πράξη «κονσέρβες» ορθολογικής σκέψης για να αποφασίσουν για τα καθημερινά πράγματα, αντί να χρησιμοποιούν λογική. Η πρακτικότητα και αποτελεσματικότητα του τρόπου αυτού στηρίζεται στο ότι στατιστικά «συνήθως έτσι είναι τα πράγματα». Σε έκτακτες, μη καθημερινές καταστάσεις όμως, η χρήση της πρακτικής αυτής μεθόδου αποτυγχάνει γιατί χρειάζονται διαφορετικοί χειρισμοί από τους συνηθισμένους. (Chater, Oaksford 2001)

Εφαρμογή των παραπάνω στην υγεία:

- Η καλλιέργεια της Πεποίθησης Συλλογικής Ευθύνης στο προσωπικό ενός συστήματος υγείας αποτελεί ουσιαστική προτεραιότητα. Αντί να απομονώνεται ένα λάθος θα πρέπει να διερευνάται η αλληλουχία των γεγονότων που οδηγούν σ' αυτό και να αποτρέπονται μελλοντικά παρόμοια λάθη. Αντί να γίνονται τοπικές διορθώσεις πρέπει να επιδιώκονται μεταβολές στο σύστημα που να αποτρέπουν την επανάληψη του ίδιου λάθους.
- Η δημιουργία ασφαλέστερων συστημάτων υγείας προϋποθέτει την αποδοχή της προσέγγισης των λαθών σαν λαθών του συστήματος. Προϋποθέτει την αναφορά και ανάλυση των λαθών από ειδικές επιτροπές που πρέπει να συσταθούν σε νοσοκομεία και υγειονομικές μονάδες, που να είναι ανεξάρτητες από το ποινικό σύστημα.
- Ο σκοπός των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι η δημιουργία ασφαλέστερου περιβάλλοντος μέσα στο οποίο να ενεργούν οι ιατροί και το υπόλοιπο προσωπικό ώστε να μειωθούν τα λάθη.

Καλλιτεχνικά και άλλα

Μια Παλιά Οδός που Ανοίγει Νέους Δρόμους

γράφει η Νάγια Μπομπότση

Η Εγνατία κατασκευάστηκε μεταξύ του 146-120 π.Χ., πάνω στα ίχνη ενός αρχαίου, προ Ρωμαϊκού δρόμου που εκτείνονταν ανάμεσα στις Αδριατικές χώρες και το Αιγαίο. Αργότερα, κατασκευάστηκε η επέκτασή της από τον Έβρο στο Βυζάντιο και τελικά το όνομα ΕΓΝΑΤΙΑ δόθηκε σε όλο το δρόμο, από τη Ρώμη μέχρι την Κωνσταντινούπολη, προς τιμή του Ρωμαίου ανθύπατου Γναίου Εγνάτιου που την κατασκεύασε.



Οι Ρωμαίοι χρησιμοποίησαν κατ' αρχήν την Εγνατία για στρατιωτικούς σκοπούς, αλλά γρήγορα γενικεύτηκε η χρήση της και έγινε η κυριότερη οδική αρτηρία που συνέδεε την Αδριατική με τον Εύξεινο Πόντο.

Η via Εγνατία υπήρξε μια ευρωπαϊκών προδιαγραφών οδός. Οδοστρώμα, σηματοδότηση, κατασκευή στρατοπέδων, σταθμών και αλλαγών ίππων, γέφυρες, είσοδοι σε πόλεις και εσωτερικές διαδρομές, εμφάνιζαν μια μεγάλη ομοιογένεια, είτε επρόκειτο για δρόμο στη Βρετανία, είτε στην Ιταλία, είτε στην Ισπανία ή στην Ελλάδα. Η κατασκευή της ήταν σύμφωνη με τις προδιαγραφές των άλλων οδών και μπορεί να συνοψιστεί στο χωρίο του Στράβωνα, κατά το οποίο οι Ρωμαίοι «έκοβαν λόφους και δημιουργούσαν ήπιες οδικές κλίσεις, προκειμένου να διέρχονται με ευκολία οι αρμάμαξες», δηλαδή τα βαριά μεταφορικά μέσα της εποχής.

Η σύγχρονη Εγνατία Οδός, κατασκευασμένη εξολοκλήρου από ελληνικά χέρια, θα ολοκληρωθεί μέχρι το τέλος του 2009. Ήδη όμως από την άνοιξη μάς δίνει τη δυνατότητα να διατρέξουμε όλη τη Βόρεια Ελλάδα από την Ηγουμενίτσα της Ηπείρου μέχρι τους Κήπους του Έβρου, 670 χλμ, μέσα σε 6 ώρες και δέκα λεπτά. Πρόκειται για ένα μοντέρνο αυτο-

κινητόδρομο με δύο λωρίδες κυκλοφορίας ανά κατεύθυνση, διαχωριστική νησίδα και δεξιά λωρίδα εκτάκτου ανάγκης. Η κατασκευή της Εγνατίας αποτέλεσε μια σημαντική πρόκληση μια και το γεωφυσικό ανάγλυφο των περιοχών ποικίλει σημαντικά. Πενήντα χιλιόμετρα αυτοκινητόδρομου «περνούν» κυριολεκτικά μέσα από τα βουνά με δίδυμες οδικές σήραγγες. Αυτό σημαίνει ότι το 7% του μήκους του οδικού άξονα είναι σήραγγες, ενώ το κόστος κατασκευής τους είναι περίπου το 30% της συνολικής δαπάνης του έργου. Χρειάστηκαν 1650 γέφυρες να ενώσουν χάσματα και χαράδρες μήκους 40 χιλιομέτρων και 43 πε-

ράσματα ποταμών απαίτησαν ειδικές κατασκευές λόγω των μαλακών συμπιεστών εδαφών.

Η περιοχή επιρροής και εξυπηρέτησης συγκεντρώνει το 36% του συνολικού πληθυσμού της χώρας, το 54% της συνολικής γεωργικής γης και το 65% της αρδευόμενης έκτασης. Στο δευτερογενή τομέα, περιλαμβάνει το 41% της συνολικής απασχόλησης στη βιομηχανία-βιοτεχνία της χώρας και το 51% της εξορυκτικής δραστηριότητας. Το συνολικό κόστος κατασκευής της Εγνατίας Οδού ανέρχεται σε 5900 εκ. ευρώ.

Από την αρχή λειτουργίας του δρόμου παρατηρήθηκε το λυπηρό φαινόμενο των αρκούδων που σκοτώνο-

νται στην άσφαλτο στη Δυτική Μακεδονία. Αποδείχθηκε ότι οι φράχτες που έχουν ήδη τοποθετηθεί δεν επαρκούν για να κρατήσουν τα ήδη απειλούμενα αυτά είδη μακριά από τις ρόδες των αυτοκινήτων. Η οργάνωση ΑΡΚΤΟΥΡΟΣ σε συνεργασία με την περιφέρεια Δ. Μακεδονίας άρ-

**Πόλεις και χωριά
βγαίνουν από
την απομόνωση
της γεωγραφικής τους
θέσης αποκτώντας
εύκολη πρόσβαση
σε αστικά κέντρα.
Η ιατρική περίθαλψη
των μεγάλων πόλεων
είναι πλέον προσιτή
σε μεγαλύτερη μερίδα
του πληθυσμού**

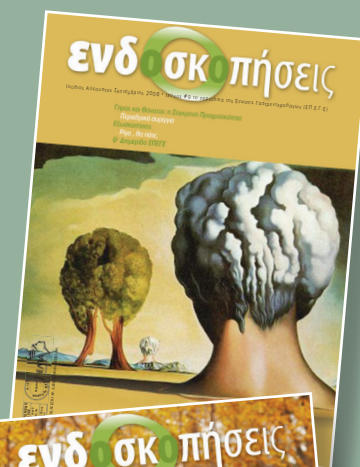
χισαν την τοποθέτηση σήμανσης με την ένδειξη «Προσοχή περνούν αρκούδες» και μετά από σχετικά υπομνήματα προς το ΥΠΕΧΩΔΕ αναμένεται τώρα η ολοκλήρωση του έργου που ανέλαβε η ΕΓΝΑΤΙΑ ΟΔΟΣ ΑΕ για την τοποθέτηση του ειδικού φράχτη κατά μήκος της Εγνατίας Οδού καθώς και στις κάθετες οδούς-εξόδους.

Είναι σαφές ότι αυτός ο νέος αυτοκινητόδρομος ανοίγει νέους δρόμους τουριστικής, οικονομικής και πολιτιστικής ανάπτυξης για τις περιοχές που διατρέχει. Η Θεσσαλονίκη, που επί χίλια πεντακόσια χρόνια υπήρξε η πρωτεύουσα και το εμπορικό κέντρο της περιοχής, αποκτά και πάλι την εμπορική, πολιτιστική και οικονομική σημασία, την οποία έχασε πριν ενενήντα χρόνια με τη δημιουργία των εθνικών κρατών της περιοχής. Με την Εγνατία Οδό και τους κάθετους άξονές της, η Ελλάδα θα συμμετέχει ενεργά στη διαμόρφωση της νέας περιφερειακής αγοράς των Βαλκανίων δίνοντας συγχρόνως διέξοδο στις ελληνικές επιχειρήσεις και αναπτύσσοντας την εξαγωγή προϊόντων και υπηρεσιών που έχουν ζήτηση στην αγορά αυτή. Πόλεις και χωριά βγαίνουν από την απομόνωση της γεωγραφικής τους θέσης αποκτώντας εύκολη πρόσβαση σε αστικά κέντρα. Η ιατρική περίθαλψη των μεγάλων πόλεων είναι πλέον προσιτή σε μεγαλύτερη μερίδα του πληθυσμού.

Τα νέα αυτά δεδομένα αναπτύσσουν νέες σχέσεις ανάμεσα στις πόλεις της Β. Ελλάδας, αλλά και στις χώρες που εξυπηρετούν οι κάθετοι άξονες. Φέτος παραδείγματος χάριν, μας προτίμησαν για τις διακοπές τους περισσότεροι Βούλγαροι και Ρουμάνοι. Αλλά σημαντικότερος είναι ο εσωτερικός τουρισμός που κατευθύνθηκε σε γνωστούς προορισμούς που προσεγγίζονται πλέον από άλλες πόλεις. Έτσι φέτος τα Σύβοτα πλημμύρισαν από βορειοελλαδίτες. Οι Θεσσαλονικείς τα προτίμησαν ακόμα και για διήμερο. Η κίνηση των πορθμείων για τα Ιόνια νησιά παρουσίασε αύξηση στη φετινή τουριστική περίοδο, ενώ η Θάσος αποτέλεσε δημοφιλή προορισμό ακόμα και για τους Αθηναίους. Η αλλαγή στους συσχετισμούς επηρέασε θετικά και την αγορά ακινήτων σε ξεχασμένους έως τώρα τόπους, παρά το γεγονός ότι βρισκόμαστε εν μέσω οικονομικής κρίσης.

Με όχημα την Εγνατία Οδό, περιοχές φυσικού κάλλους, πολιτιστικής κληρονομιάς και εγχώριας παραγωγής ξαναμπάνουν ενεργά στο χάρτη...





13 τεύχη “Ενδοσκοπήσεις”!

Εάν σας λείπει κάποιο τεύχος
μπορείτε να μας το ζητήσετε!