

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) • Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος 2010 • τεύχος
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

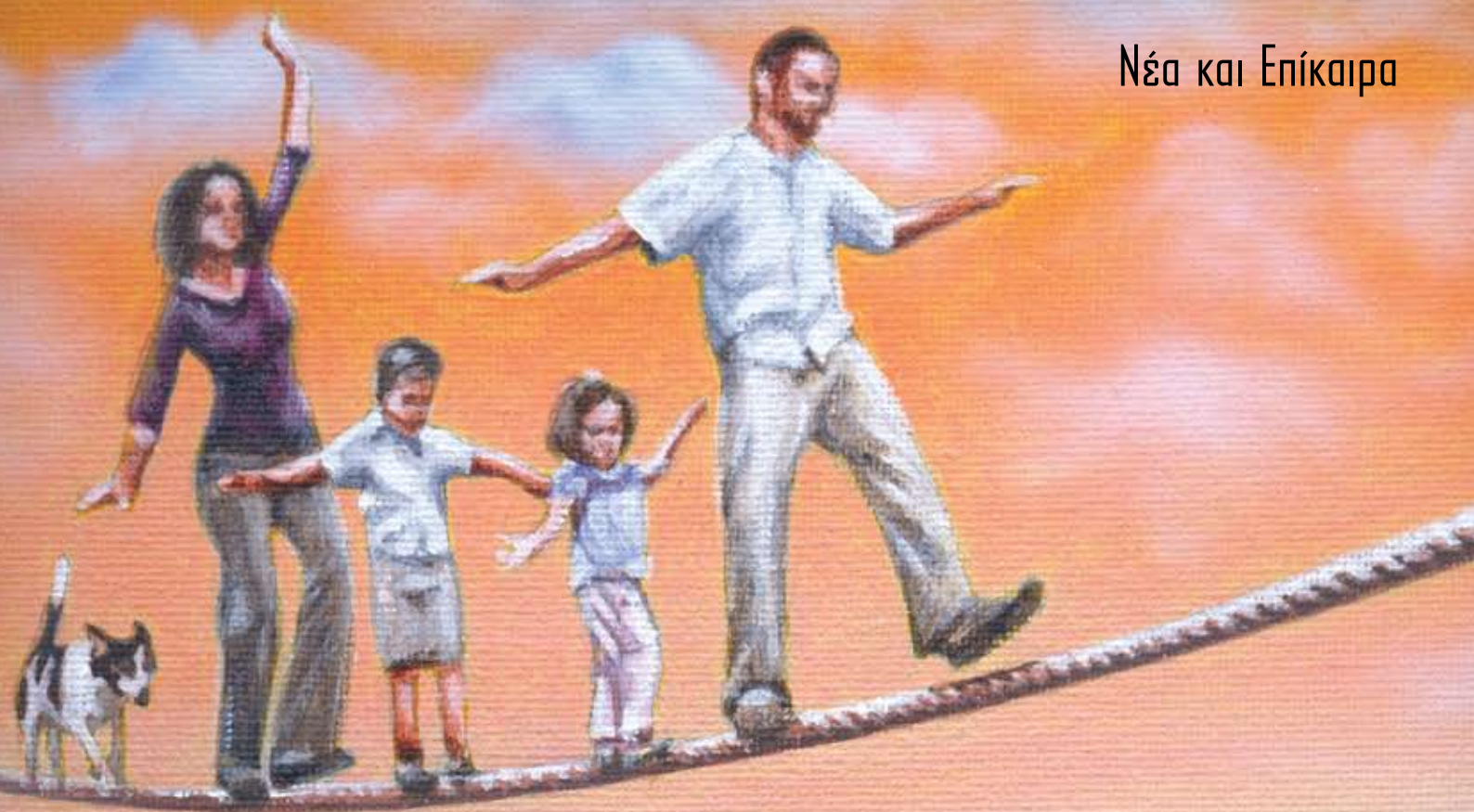
18

Ακροβατώντας

Διαγνωστική διερεύνηση
δυσκοιλιότητας και ακράτειας

Ο «τέλειος» γαστρεντερολόγος
και το σύστημα

Νέα και Επίκαιρα



Zurcazol[®]
pantoprazole
40mg

**Ασφάλεια
& Υπεροχή**

Άρθρο Σύνταξης



Στις τελευταίες δημοτικές εκλογές η αποχή ήταν πρωτοφανής. Αντίθετα η πρόσφατη γενική συνέλευση της Επαγγελματικής Ένωσης αλλά και της Γαστρεντερολογικής Εταιρίας είχαν για πρώτη φορά τόσο μεγάλη συμμετοχή. Τι σημαίνει άραγε αυτό; Και για την αποχή και για τη συμμετοχή υπάρχει εξήγηση. Και εκείνο που είναι βέβαιο είναι ότι η συμμετοχή δημιουργεί νέα δυναμική. Η δύναμη της Ένωσης είναι η συμμετοχή όλων των γαστρεντερολόγων. Και στη συνέλευση συμμετείχαν όλοι με τον τρόπο τους. Άλλοι με ρητορική δεινότητα, άλλοι με τη σεμνή τους παρουσία, άλλοι με δυναμική διαφωνία. Όλα αυτά συνιστούν ένα γερό οικοδόμημα.

Το ΔΣ αντιλαμβάνεται την ευθύνη που έχει επωμιστεί και θα προσπαθήσει να ανταπεξέλθει στην αυστηρή κριτική των συναδέλφων μας και να εργασθεί για να επιλύσει τα πολλαπλά αιτήματα. Οι δυνατότητες βεβαίως και οι εξουσίες της Επαγγελματικής Ένωσης είναι περιορισμένες, όμως θα προσπαθήσει να τις διαχειρισθεί με στόχο το καλύτερο αποτέλεσμα.

Παράλληλα σε εποχή κρίσης όχι μόνο οικονομικής, αλλά κυρίως θεσμών και αξιών, αποκαλύπτονται οι στρεβλώσεις στην κοινωνία μας και επιχειρούνται σαρωτικές αλλαγές. Μεταξύ των άλλων και στο χώρο της υγείας. Αλλαγές που αφορούν στην εκπαίδευση, στη λειτουργία του συστήματος υγείας και στο ρόλο των επιστημονικών εταιριών. Φαίνεται πλέον πολύ πιθανή η επιβολή εξετάσεων για την έναρξη της ειδικότητας. Η ειδικότητα θα γίνεται κατά περιφέρεια και όχι σε ένα μόνο νοσοκομείο, με σκοπό να δίνονται κατά το δυνατόν ίσες ευκαιρίες στην εκπαίδευση. Αποφασίσθηκε επίσης ολοήμερη λειτουργία των Νοσοκομείων του ΕΖΥ και των στρατιωτικών Νοσοκομείων, και πρόκειται να επιστρατευθούν τα κέντρα υγείας και τα πολυιατρεία των Ταμείων για να αναλάβουν μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας που μέχρι σήμερα επιβαρύνει και εξαντλεί τα νοσοκομεία. Τέλος μελετάται σοβαρά η αναβάθμιση των επιστημονικών εταιριών της κάθε ειδικότητας σε ουσιαστικό σύμβουλο και συζητητή του Υπουργείου.

Οι αλλαγές αυτές όμως θέτουν κάποια ουσιαστικά ζητήματα. Είναι δυνατή η λειτουργία ενός συστήματος υγείας χωρίς να δίνεται έμφαση στο ρόλο του γενικού-οικογενειακού ιατρού; Πότε θα αποφασισθεί να ελεγχθεί η υπερπαραγωγή ειδικευμένων ιατρών; Πώς θα εξασφαλισθεί η επέκταση του ωραρίου λειτουργίας των υπερχρεωμένων νοσοκομείων με πλασματικά χαμηλές τιμές εξετάσεων που πληρώνονται από τα επίσης υπερχρεωμένα ασφαλιστικά ταμεία; Είναι προετοιμασμένες οι επιστημονικές ιατρικές εταιρίες να ανταπεξέλθουν στις νέες υποχρεώσεις; Πως θα εξασφαλισθεί μακροχρόνιος σχεδιασμός στο χώρο της Υγείας που δεν θα επηρεάζεται από αλλαγές προσώπων ή εναλλαγές των κομμάτων στην εξουσία; Τέλος ποιος θα είναι ο ρόλος του Πανεπιστημίου στην εκπαίδευση των ειδικευομένων και ειδικευμένων ιατρών; Σε εποχή κρίσης φαίνεται πλέον απαραίτητη η δημιουργία ακαδημαϊκών κέντρων που θα αποτελούν πόλο έλξης, θα αναβαθμίσουν και θα προβάλουν διεθνώς την Ελληνική Γαστρεντερολογία.



Λ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ 196 - 152 31 ΧΑΛΑΝΔΡΙ, ΤΗΛ.: 210 6729570, FAX: 210 6729571
Λ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗ 60 - 546 62 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ, ΤΗΛ.: 2310 870480
[http:// www.nycomed.gr](http://www.nycomed.gr), e-mail: info@nycomed.gr

Απόστολος Νταϊλιάνας



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	06
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	08
Η σημασία των πρόσφατων αποφάσεων του ευρωπαϊκού συμβουλίου γαστρεντερολογίας - ηπατολογίας (EBGH) για τη μελλοντική προοπτική της ειδικότητας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.)	
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΙΑΤΕ;	10
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ	12



Περιεχόμενα

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	14
Διαγνωστική διερεύνηση δυσκοιλιότητας και ακράτειας	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	20
Ο «τέλειος» γαστρεντερολόγος και το σύστημα	
ΕΞΩΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	22
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	26
Δουβλίνο θα πάτε;	
ΤΟ ΕΞΟΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	30

Ταυτότητα

Ιδιοκτήτης:
Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων
(ΕΠ.Ε.Γ.Ε)

**Εκδότης & Υπεύθυνος παρά τω
νόμω:**
Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Νταϊλιάνας
Απόστολος

Έδρα:
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα
Τηλ.: 210 6727531-3
Fax: 210 6727535
Website: www.epege.gr
e-mail: contact@epege.gr

Διευθυντής σύνταξης:
Αρμόνης Αναστάσιος

Αναπλ. Διευθυντής Σύνταξης:
Μάθου Νικολέττα

Συντακτική Επιτροπή:
Αρχαύλης Μανώλης
Γούλας Σπύρος
Ζωγράφος Κωνσταντίνος
Θεοφανίδου Ιωάννα
Κογεβίνας Αντώνης
Κουβαράς Στέργιος
Μπομπότση Νάγια
Ποταμιανός Σπύρος
Σκλάβος Παντελής

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:
Πρόεδρος: Νταϊλιάνας Απόστολος
Αντιπρόεδρος: Κασαπίδης Παναγιώτης
Γεν. Γραμματέας: Μπομπότση Νάγια

Ειδ. Γραμματέας: Ψιλόπουλος Δημήτρης
Ταμίας: Χρηστίδου Αγγελική
Μέλη: Αρμόνης Α., Οικονόμου Μ.
Γραμματεία: Γεναδοπούλου Μαρία

Εκδοτική επιμέλεια:

BASEMENT PRODUCTIONS
Αιολίας 13, 14564, Ν. Κηφισιά

Διευθυντής Δημιουργικού:
Σκούρας Μίλτος

Δημιουργική Επιμέλεια:
Ιωάννα Βαρδαξόγλου

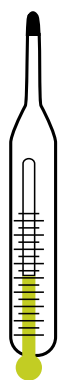
Εικονογραφισή Εξωφύλλου:
Μ.Σ.

Υπεύθυνος Διαφήμισης:
Σκούρας Μίλτος

Απαγορεύεται ρητά η αναδημοσίευση, η
αναπαραγωγή, η αντιγραφή και γενικότερα
η μετάδοση με οποιοδήποτε τρόπο ή
μέσο, μέρους ή ολόκληρης της ύλης
του περιοδικού, καθώς επίσης και των
κατηγοριοποιήσεων και των τίτλων τους,
χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη.

Το περιεχόμενο του κάθε άρθρου εκφράζει
την άποψη του συγγραφέα, η οποία δεν
είναι υποχρεωτικά αποδεκτή από τη
συντακτική επιτροπή.

Ταυτότητα



Νέα & Επίκαιρα

Νάγια Μπομπότση - Απόστολος Νταϊλιάνας

Νέα σύνθεση διοικητικού συμβουλίου, όχι πολύ διαφορετική από την παλιά, αλλά με νέες και φρέσκιες ιδέες και διάθεση για δουλειά από όλους.

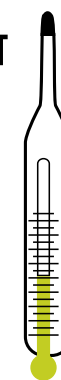
Απόφαση γενικής συνέλευσης

Η γενική συνέλευση της ΕΠΕΓΕ το Σάββατο 2 Οκτωβρίου είχε εντυπωσιακή συμμετοχή. Με συντριπτική πλειοψηφία, αποφασίσθηκε ότι δεν θα ενεργοποιηθούν οι συμβάσεις με τον ΟΠΑΔ σε περίπτωση νέου προεδρικού διατάγματος με τις προ 17ετίας τιμές. Το Προεδρικό διάταγμα αναμένεται να υπογραφεί από στιγμή σε στιγμή, με τιμές ελάχιστα μειωμένες σε σχέση με τις τιμές της παλιάς υπουργικής απόφασης. Έχει όμως ανακοινωθεί από το ΚΕΣΥ και το Υπουργείο, ότι εντός του 2011 πρόκειται να κοστολογηθούν όλες οι ιατρικές πράξεις, σε συνεργασία με τις εταιρίες. Η απόφαση αυτή λοιπόν, αποτελεί διαπραγματευτικό όπλο για τη διεκδίκηση καλύτερων τιμών εν όψει της νέας κοστολόγησης.

ΟΠΑΔ

Βρεθήκαμε για άλλη μια φορά στο γραφείο του Προέδρου του ΟΠΑΔ κ. Σουλιώτη για να διεκδικήσουμε την αποπληρωμή των δεδουλευμένων συναδέλφων μας. Στη συνάντηση αυτή, συζητήθηκε εκτενώς το θέμα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Προς το παρόν διενεργείται πιλοτικά με κάποιους εθελοντές ιατρούς. Στόχος του προέδρου του ΟΠΑΔ όμως είναι, και αυτό το έχει απαιτήσει από το Υπουργείο, να γίνει καθολική χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Με αυτό τον τρόπο υποστηρίζει ότι θα εξοικονομηθούν σημαντικοί οικονομικοί πόροι. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, αν και όταν γίνει υποχρεωτική, επιθυμεί να είναι αποκλειστικό προνόμιο του συμβασιούχου ιατρού και δεν θα απαιτεί στη συνέχεια έγκριση από ελεγκτή. Αν προωθηθεί μια τέτοια ρύθμιση, για τους γιατρούς που δεν θα έχουν σύμβαση με τον ΟΠΑΔ, η συνταγογράφηση θα γίνεται σε απλή συνταγή και ο ασθενής θα απευθύνεται στη συνέχεια είτε σε ελεγκτή ιατρό, είτε σε συμβασιούχο. Μας παρουσίασε επίσης έναν πλήρη τιμοκατάλογο ιατρικών πράξεων, σύμφωνα με Αμερικανικό μαθηματικό πρότυπο, όπου οι τιμές καθορίζονται με βάση τον ιατρικό χρόνο, τον απαιτούμενο εξοπλισμό και το βαθμό επικινδυνότητας. Ο υπολογισμός με αυτούς τους συντελεστές καταλήγει σε ένα μεγάλο εύρος τιμών για κάθε εξέταση, που ενδέχεται να κυμαίνεται ανάλογα με τον ιατρικό τίτλο(!), το χώρο, και τον αριθμό των ασφαλισμένων του κάθε ταμείου. Η πρότασή του, αν και είναι άγνωστο κατά πόσο θα γίνει αποδεκτή από το ΚΕΣΥ όπου την έχει καταθέσει, εμπεριέχει ένα μεγάλο βαθμό αντικειμενικότητας σε αντίθεση με τον μέχρι τώρα τρόπο κοστολόγησης. Σίγουρα χρειάζεται να εμπλουτιστεί με πληθώρα γαστρεντερολογικών πράξεων που δεν έχουν συμπεριληφθεί, και ζητήσαμε εφόσον προχωρήσει στην πραγματοποίηση αυτής της κίνησης να βρεθούμε δίπλα του συμβουλευτικά.

Νέα & Επίκαιρα



UEMS

Στα πλαίσια του Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου στη Βαρκελώνη διενεργήθηκε η χειμερινή συνάντηση των εκπροσώπων της UEMS όπου συμμετείχαν οι Έλληνες εκπρόσωποι κ. Σ. Γεωργόπουλος για την ΕΠΕΓΕ και κ. Σ. Μιχόπουλος για την ΕΓΕ. Πληροφορίες θα διαβάσετε στο σχετικό απόσπασμα του κ. Σ.Γεωργόπουλου.

Ονοματολογία – Κωδικοποίηση Ιατρικών Πράξεων

Στις 2/11 έγινε συνάντηση εκπροσώπων των Ιατρικών Εταιρειών με τον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας κ. Δημόπουλο και τον Πρόεδρο του ΚΕΣΥ σχετικά με τη δημιουργία καταλόγου με τις ιατρικές πράξεις με σύγχρονη ονοματολογία και κωδικοποίηση. Οι ατελείωτοι κατάλογοι των ιατρικών πράξεων στάλθηκαν νωρίτερα στις εταιρείες με ένα χρονικό διάστημα για έλεγχο και διορθώσεις. Με έκπληξη διαπιστώσαμε ότι κάτω από τον τίτλο της ειδικότητάς μας συμπεριλαμβάνονταν μόνο μια δεκάδα σπάνιων γαστρεντερολογικών πράξεων και ότι οι ενδοσκοπήσεις ανήκαν στην ειδικότητα των Χειρουργών! Δημιουργήθηκε μια επιτροπή από την ΕΓΕ και την ΕΠΕΓΕ που ασχολήθηκε με τη διόρθωση των καταλόγων και στάλθηκαν εγκαίρως στους αρμοδίους. Το θέμα επισημάνθηκε αρχικά σε ανεπίσημη συνάντηση με τον Γ.Γ. κ. Δημόπουλο και στη συνέχεια στη συνάντηση της 2ης Νοεμβρίου.

Ορισμός εκπροσώπων ΕΠΕΓΕ

Η τελευταία συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου ήταν μια ανοιχτή συνεδρίαση. Σ' αυτήν προσκλήθηκαν συνάδελφοι εκτός Αθηνών, που από παλιά συμμετέχουν στις δραστηριότητες της Επαγγελματικής Ένωσης και έχουν διάθεση να εργασθούν για την επίλυση προβλημάτων που απασχολούν τους συναδέλφους μας. Αυτοί θα αποτελέσουν ένα δίκτυο της εταιρίας μας, ένα δίκτυο επικοινωνίας του διοικητικού συμβουλίου με τους γαστρεντερολόγους αμφίδρομα, έτσι ώστε το ΔΣ να ενημερώνεται έγκαιρα για θέματα που ενδέχεται να προκύψουν σε μέλη μας και παράλληλα τα μέλη μας να ενημερώνονται έγκαιρα και αποτελεσματικά για τις αποφάσεις και τους προβληματισμούς της Ένωσης. Ο στόχος είναι να καλυφθούν όλες οι περιφέρειες της χώρας μας. Ανάλογα με τις ανάγκες και την επιθυμία των μελών μας, το δίκτυο αυτό μπορεί στο μέλλον να επεκταθεί και σε επίπεδο νομού για να γίνει πιο αποτελεσματικό.



Ελεύθερο Θέμα

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΑΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ-ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ (EBGH) ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ (Ε.Ε.)

Σωτήριος Δ. Γεωργόπουλος

Η τελευταία σύνοδος του **Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας (EBGH)** που αποτελεί ουσιαστικά τον Γαστρεντερολογικό – Ηπατολογικό Τομέα (Section) της **Ευρωπαϊκής Ένωσης Ειδικευμένων Ιατρών (UEMS ή EUMS)**, έλαβε χώρα το Σάββατο 23/10/2010 στη Βαρκελώνη κατά την διάρκεια της Ενωμένης Ευρωπαϊκής Γαστρεντερολογικής Εβδομάδας (UEGW). Στη σύνοδο αυτή επαναβεβαιώθηκε η απόφαση του EBGH για την επικαιροποίηση της λεγόμενης **Μπλε Βίβλου (Blue Book)** που αποτελεί τον κοινό τόπο των εκπροσώπων των Ευρωπαϊκών Επαγγελματικών και Επιστημονικών Ενώσεων Γαστρεντερολογίας, για το γνωστικό αντικείμενο, το πλαίσιο εκπαίδευσης και την ποιότητα άσκησης της ειδικότητας. Η προσπάθεια αυτή βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τις γενικότερες κατευθύνσεις που έχουν χαραχθεί από το Συμβούλιο της UEMS, στην τελευταία σύνοδο του οποίου (Βρυξέλλες, Σεπτέμβριος 2010) αποφασίσθηκε η σύσταση ειδικής επιτροπής που σε συνεργασία με τα τμήματα (Sections) θα καθορίσει το γνωστικό αντικείμενο της κάθε ειδικότητας σε Πανευρωπαϊκό επίπεδο. Επιπρόσθετα, έχει ήδη συσταθεί από την UEMS άλλη επιτροπή για τον καθορισμό κριτηρίων αξιολόγησης της ποιότητας άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, σε Ευρωπαϊκό επίπεδο και ανά ειδικότητα. Οι πρωτοβουλίες αυτές έχουν στόχο την ομογενοποίηση της εκπαίδευσης και την βελτιστοποίηση του τρόπου άσκησης των ιατρικών ειδικοτήτων στις χώρες της Ε.Ε. Προς αυτή την κατεύθυνση κινείται και το περιεχόμενο του επικαιροποιημένου Blue Book, η έκδοση του οποίου αναμένεται εντός του 2011. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι στο καινούργιο Blue Book θα περιληφθούν, για πρώτη φορά, τέσσερα πιο εξειδικευμένα (προωθημένα) γνωστικά

αντικείμενα (advanced curricula) για την παραπέρα κατέπιλογην εξειδίκευση των Ευρωπαίων γαστρεντερολόγων-ηπατολόγων. Οι τομείς αυτοί αφορούν στην:

- **Επεμβατική ενδοσκόπηση** (advanced endoscopy)
- **Ογκολογία πεπτικού** (gastrointestinal oncology)
- **Εξειδικευμένη Ηπατολογία** (advanced hepatology)
- **Σίτηση/Διατροφή** (advanced nutrition).

Το περιεχόμενο, το πλαίσιο εκπαίδευσης και ο χρόνος άσκησης (κατά την διάρκεια της ειδικότητας ή μετά από αυτή) για την απόκτηση του αντίστοιχου τίτλου, στους συγκεκριμένους τομείς, διαμορφώθηκαν μέσα από την λειτουργία και τις προτάσεις ειδικών επιτροπών που τροποποιήθηκαν, βελτιώθηκαν και έγιναν τελικά αποδεκτές από την ολομέλεια του EBGH. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η ολοκλήρωση και κυκλοφορία του επικαιροποιημένου Blue Book θα αποτελέσει σημαντικότατο σταθμό στην πορεία ενοποίησης και εξέλιξης της Ευρωπαϊκής Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας. Παράλληλα, το συμβούλιο αποφάσισε μετά από σχετική πρόταση της Επιτροπής Εκπαίδευσης και Αναγνώρισης του Ευρωπαϊκού τίτλου (**Training and Recognition Committee**) στην οποία συμμετέχει ο υπογράφων, την επέκταση για ένα επιπλέον έτος της προθεσμίας υποβολής αίτησης για την απόκτηση του **αναδρομικού (retrospective)** Ευρωπαϊκού διπλώματος Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας (**EBG-5**). Πέραν του χρονικού αυτού διαστήματος θα υπάρχει δυνατότητα αιτήσεως μόνο για την απόκτηση του **προοπτικού (prospective)** Ευρωπαϊκού διπλώματος Γαστρεντερολογίας και Ηπατο-

λογίας (**EBG-2**). Μάλιστα, μετά από πρότασή μας, έγιναν ορισμένες αλλαγές στα απαιτούμενα κριτήρια ώστε να απλοποιηθεί περισσότερο η σχετική διαδικασία. Εδώ πρέπει να σημειώσω την εξαιρετική ανταπόκριση των Ελλήνων Γαστρεντερολόγων (κυρίως ιδιωτών αλλά και νοσοκομειακών) για την απόκτηση του αναδρομικού διπλώματος. Έχουν υποβληθεί και γίνει αποδεκτές περισσότερες από 30 αιτήσεις Ελλήνων Γαστρεντερολόγων μέσα στο 2010. Ο αριθμός αυτός είναι ο δεύτερος μεγαλύτερος μεταξύ των χωρών που εκπροσωπούνται στο EBGH.

Άλλη σημαντική πρωτοβουλία του EBGH είναι η προσπάθεια καταγραφής του ανθρώπινου δυναμικού της ειδικότητας και των εθνικών προγραμμάτων εκπαίδευσης ανά κράτος-μέλος. Για το σκοπό αυτό υπήρξε παρέμβαση του εκπροσώπου της ΕΓΕ στο EBGH κου Σπ.Μιχόπουλου ο οποίος συμμετέχει στην επιτροπή ανθρωπίνου δυναμικού και δημοσίων σχέσεων (**Manpower and Public Relationships Committee**). Βεβαίως, η προσπάθεια αυτή συναντά δυσχέρειες λόγω της μεγάλης ετερογένειας που εμφανίζουν τα προγράμματα εκπαίδευσης στη γαστρεντερολογία σε εθνικό επίπεδο και λόγω του μεγάλου αριθμού ειδικευμένων με άλλη εθνικότητα, σε ορισμένες χώρες της Ε.Ε. Πάντως, παρά τις δυσκολίες είναι σαφές ότι έχουν γίνει σημαντικά βήματα, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, στην κατεύθυνση της ενοποίησης του γνωστικού αντικειμένου, των προγραμμάτων εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης στην γαστρεντερολογία-ηπατολογία, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, στην αναγνώριση και πιστοποίηση Ευρωπαϊκών Κέντρων Εκπαίδευσης και στην ενιαία αξιολόγηση της ποιότητας της εκπαίδευσης (πιστοποίηση συνεδρίων απευθείας μέσω του διαδικτυακού τό-

που του EBGH) αλλά και της ποιότητας άσκησης της γαστρεντερολογίας σε επαγγελματικό επίπεδο. Όλα αυτά βέβαια θα συμβάλλουν σημαντικά στην παραπέρα ενίσχυση της σημασίας και αξίας του ενιαίου **Ευρωπαϊκού Διπλώματος Γαστρεντερολογίας-Ηπατολογίας** αλλά και των επιμέρους τίτλων περαιτέρω εξειδίκευσης (advanced curricula).

Η μεγάλη προσδοκία όλων μας είναι οι αποφάσεις που λαμβάνονται και οι κατευθυντήριες γραμμές που προτείνονται από το EBGH να γίνουν αποδεκτές, μέσω της **UEMS**, από το **Ευρωπαϊκό Συμβούλιο** και να αποτελέσουν οδικό χάρτη για την αναδιάρθρωση του νομικού πλαισίου που διέπει το σύνολο της ειδικότητας στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. Αυτή την περίοδο, στη Μεγάλη Βρετανία υπάρχει ένα σύστημα εκπαίδευσης με πολλές ασφαλιστικές δικλίδες που δεν εξασφαλίζει σε κάθε περίπτωση την ιδανική εκπαίδευση και δημιουργία του 'τέλειου ιατρού' (που ένας ιδεατός κριτής θα βαθμολογούσε με 10/10) αλλά εξασφαλίζει με μαθηματική ακρίβεια ότι ο κάθε Consultant θα καταφερνε να αποσπάσει από τον ιδεατό κριτή βαθμολογία από 7/10 και πάνω. Κλείνοντας, πιστεύω ότι για έναν ασθενή που δεν ξέρει πρόσωπα και πράγματα και εμφανίζεται με ένα πρόβλημα υγείας σε ένα δημόσιο νοσοκομείο το ζητούμενο δεν είναι απαραίτητα να βρει ένα ιατρό του 10/10 αλλά να μην βρει έναν του 3/10. Αυτή είναι η μεγαλύτερη διαφορά του NHS με το Ελληνικό σύστημα υγείας.



Ελεύθερο Θέμα



1. A novel device for rapid cleaning of poorly prepared colons. M. Moshkowitz, Y. Hirsch, I. Carmel et al. Endoscopy 2010; 42: 834-36

CleanPath: μια νέα μέθοδος που βοηθά να ξεπεραστεί το πρόβλημα της ατελούς εντερικής προετοιμασίας.

Η άριστη καθαριότητα του παχέος εντέρου θεωρείται θεμελιώδους σημασίας για τη κολονοσκόπηση όχι μόνο γιατί αυξάνεται η διαγνωστική ακρίβεια της εξέτασης αλλά και γιατί η διαδικασία καθίσταται περισσότερο ασφαλής και συντομότερη. Με την εισαγωγή νέων διαγνωστικών μεθόδων, όπως της μεγεθυντικής κολονοσκόπησης, της χρωμοενδοσκόπησης και του NBI, η ανάγκη για ακόμη καλύτερη εντερική προετοιμασία προβάλλει πλέον ως επιτακτική. Εκτιμάται πως παρά τη ποικιλία των διαθέ-



Πιθανοί χειρισμοί της βίντεο κάψουλας με τη χρήση μαγνητικής καθοδήγησης

σιμων σχημάτων εντερικής προετοιμασίας, στο 1/3 των κολονοσκοπήσεων η καθαριότητα του εντέρου δεν είναι ικανοποιητική, γεγονός που οδηγεί σε μικρότερα ποσοστά εισόδου του ενδοσκοπίου στο τυφλό και ανίχνευσης μικρών πολυπόδων αλλά και σε αύξηση της διάρκειας της ενδοσκόπησης.

Στη παραπάνω πειραματική μελέτη χρησιμοποιήθηκε μία νέα συσκευή (ClearPath) για τον συμπληρωματικό καθαρισμό ατελώς προετοιμασμένων εντέρων, κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης. Η συσκευή αποτελείται από δύο επιμέρους συστήματα. Την εξωτερική μονάδα, (η οποία περιλαμβάνει μια περισταλτική αντλία, τη μονάδα ελέγχου και μια βαλβίδα που παρέχει τη δυνατότητα αναρρόφησης) και τον μιας χρήσης εξωτερικό σωλήνα (ο οποίος διαθέτει δύο αυλούς - έναν για πλύση και έναν για αναρρόφηση - και μια κεφαλή που προσκολλάται στην άκρη του ενδοσκοπίου. Στη κεφαλή της συσκευής βρίσκονται 4 μικρά στόμια διαμέτρου 0,6 mm, που επι-

τρέπουν την έξοδο νερού σε όλες τις κατευθύνσεις και ένα άνοιγμα μεγέθους 18 mm², μέσω του οποίου απομακρύνονται το εντερικό έκπλυμα. Ο εξωτερικός σωλήνας και η κεφαλή του εφαρμόζονται στερεά σε όλο το μήκος του κολονοσκοπίου μέσω ενός περιβλήματος από πολυουρεθάνη, προσθέτοντας περίπου 6 mm στη διάμετρο του ενδοσκοπίου.

Για τους σκοπούς της μελέτης, 7 χοίροι υποβλήθηκαν σε 57 κολονοσκοπήσεις. Εφαρμόστηκε έκπλυση των ατελώς προετοιμασμένων εντέρων (η εντερική προετοιμασία ήταν μέτρια, score 2, στο 85,7% των ενδοσκοπήσεων) με πίεση 1,3 bar και ροή 12mL/sec, καταναλώνοντας κατά μέσο όρο 800 mL νερού για τον καθαρισμό 100 cm εντέρου, μέσα σε διάστημα τεσσάρων λεπτών.

Αν και ακόμη δεν έχει εφαρμοστεί σε ανθρώπους, εκτιμάται πως με τη μέθοδο αυτή, μπορούν να ξεπεραστούν προβλήματα καθαριότητας του εντέρων ατόμων με χρόνια δυσκοιλιότητα ή ατόμων που σε προηγούμενες κολονοσκοπήσεις δεν είχε επιτευχθεί ικανοποιητική προετοιμασία. Επιπλέον, η συσκευή μπορεί να τοποθετηθεί εξαρχής στο ενδοσκόπιο, πριν δηλαδή την έναρξη της εξέτασης, σε επείγουσες κολονοσκοπήσεις, ή σε κολονοσκοπήσεις ασθενών με αιμορραγία κατώτερου πεπτικού, με σκοπό την ταχεία απομάκρυνση των θρόμβων αίματος. Το σημαντικότερο πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι πως το κανάλι εργασίας του ενδοσκοπίου παραμένει ελεύθερο για χρήση από άλλα εξαρτήματα, όπως πχ πολυπεκτόμους και βελόνες αιμόστασης.

Αν και πειραματικά, δεν διαπιστώθηκαν προβλήματα χειρισμού του ενδοσκοπίου, η αύξηση της διαμέτρου του ενδοσκοπίου, εξαιτίας της εξωτερικής τοποθέτησης της συσκευής, αποτελεί ένα δυνητικό μειονέκτημα της μεθόδου που θα πρέπει πλέον να εκτιμηθεί περαιτέρω σε μελέτες σε ανθρώπους.

2. Air suctioning during colon biopsy forceps removal reduces bacterial air contamination in the endoscopy suite.

S. R. Vavricka, R. Tutuian, A. Imhof, et al. Endoscopy 2010;42:736-741

Η συνεχής αναρρόφηση κατά τη διάρκεια απόσυρσης της λαβίδας βιοψίας από το κολονοσκόπιο μπορεί να μειώσει το μικροβιακό φορτίο στον αέρα της ενδοσκοπικής αίθουσας.

Η κολονοσκόπηση πραγματοποιείται σε ένα όργανο το οποίο φιλοξενεί το μεγαλύτερο αριθμό μικροοργανισμών από οποιοδήποτε άλλο στον ανθρώπινο οργανισμό. Συνεπώς η εκτέλεση κολονοσκοπήσεων αποτελεί

το σημαντικότερο παράγοντα για τη βακτηριδιακή επιμόλυνση των ενδοσκοπίων αλλά και των ενδοσκοπικών αιθουσών και μικροοργανισμοί του παχέος εντέρου όπως Pseudomonas, Helicobacter pylori, Salmonella, Hepatitis B και C, έχουν ενοχοποιηθεί για τη πρόκληση λοιμώξεων που σχετίζονται με τη χρήση ενδοσκοπίων, με την κοπρανοστοματική οδό να αποτελεί το συνήθη τρόπο μετάδοσης των παραπάνω μικροοργανισμών. Γενικά, η επίπτωση των λοιμώξεων που σχετίζονται με τα ενδοσκόπια θεωρείται χαμηλή και εκτιμάται πως δεν ξεπερνά τη μία περίπτωση ανά 1,8 εκατομμύρια ενδοσκοπήσεις, αν και ο αριθμός αυτός πιθανότατα να υποτιμάται, είτε λόγω υποεκτίμησης κάποιων περιπτώσεων, είτε λόγω μη αναγνώρισης κάποιων ασυμπτωματικών λοιμώξεων.

Η παραπάνω μελέτη είναι η πρώτη η οποία ερευνά τη πιθανή επιμόλυνση του αέρα της ενδοσκοπικής αίθουσας πριν και μετά την εκτέλεση κολονοσκοπήσεων. Για το σκοπό αυτό 50 άτομα υποβλήθηκαν σε διαγνωστική κολονοσκόπηση κατά τη διάρκεια των οποίων (ενώ το ενδοσκόπιο βρισκόταν στο σιγμοειδές), πραγματοποιήθηκε συλλογή αέρα σε απόσταση 30 cm από το κανάλι βιοψίας για 30 sec με ρυθμό 100 L/min κατά τη διάρκεια απόσυρσης της λαβίδας βιοψίας. Η συλλογή αέρα επαναλήφθηκε κατά τη διάρκεια επόμενης απόσυρσης της λαβίδας, αυτή τη φορά πιέζοντας συνεχώς τη βαλβίδα αναρρόφησης του ενδοσκοπίου. Συλλογή αέρα πραγματοποιήθηκε επίσης το πρωί, πριν την έναρξη του ενδοσκοπικού προγράμματος (το οποίο περιελάμβανε 5-10 κολονοσκοπήσεις), αλλά και στο τέλος αυτού. Τη συλλογή των αερομεταφερόμενων βακτηριδίων ακολούθησε η τοποθέτησή τους σε τρυβλία καλλιέργειας για Gram(+) βακτηρίδια.

Διαπιστώθηκε, πώς κατά την έναρξη και μετά την ολοκλήρωση του ημερήσιου προγράμματος των κολονοσκοπήσεων ο μέσος αριθμός μικροβιακού φορτίου στον αέρα της ενδοσκοπικής αίθουσας ήταν 4 αποικίες/m³ και 16 αποικίες/m³ αντίστοιχα. Με την εφαρμογή της μεθόδου της συνεχούς αναρρόφησης κατά τη διάρκεια απόσυρσης της λαβίδας βιοψίας παρατηρήθηκε μείωση του μέσου αριθμού μικροβιακού φορτίου από 14 αποικίες/m³ σε 7 αποικίες/m³.

Οι συχνότεροι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν ήταν οι εντερόκοκκοι. Οι μικροοργανισμοί αυτοί είναι αβλαβείς στα ανοσοεπαρκή άτομα, μπορεί όμως να προκαλέσουν σοβαρές λοιμώξεις σε ανοσοανεπαρκείς ασθενείς. Βεβαίως, η παραπάνω μελέτη δεν μπορεί να αποδείξει ότι υπάρχει σχέση των νοσοκομειακών λοιμώξεων με τα βακτηριδιακά αερολύματα του χώρου ενδοσκοπήσεων, άλλωστε δεν ήταν αυτός ο σκοπός της. Οι μελε-

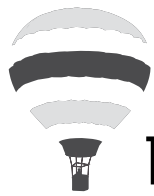
τητές ωστόσο απέδειξαν ότι η δημιουργία βακτηριδιακού αερολύματος στην ενδοσκοπική αίθουσα είναι ένα γεγονός. Επιπλέον, επειδή η επιμόλυνση του αέρα της ενδοσκοπικής αίθουσας με εντεροκόκκους ενδέχεται να ευνοήσει την περαιτέρω εξάπλωση αυτών των μικροοργανισμών, ιδίως όταν δεν ακολουθούνται αυστηρώς οι συνήθεις κανόνες υγιεινής, (τακτική αλλαγή των γαντιών και απολύμανση των χεριών όταν ο ενδοσκόπος αποχωρεί από το χώρο ενδοσκοπήσεων), οι παραπάνω ερευνητές προτείνουν την εφαρμογή συνεχούς αναρρόφησης κατά τη διάρκεια απόσυρσης της λαβίδας βιοψίας ως μια απλή μέθοδο μείωσης του μικροβιακού φορτίου στο χώρο της ενδοσκοπικής αίθουσας.

3. Warm water infusion versus air insufflation for unsedated colonoscopy: a randomized, controlled trial. F. Radaelli, S. Paggi, A. Amato, V. Terruzzi. Gastrointest Endosc 2010; 72:701-709

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση χωρίς φαρμακευτική καταστολή, η μέθοδος έγχυσης ζεστού νερού δεν φαίνεται να πλεονεκτεί σημαντικά της συνήθους έγχυσης αέρα.

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η κολονοσκόπηση με έγχυση ζεστού νερού (WWI) αντί της συνήθους εμφύσησης αέρα (AI) κατά τη φάση προώθησης του ενδοσκοπίου στο τυφλό, σχετίζεται με μείωση της δόσης των κατασταλτικών φαρμάκων σε ασθενείς που υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση με καταστολή. Η παραπάνω μελέτη είναι η πρώτη που συγκρίνει τις δύο μεθόδους κολονοσκόπησης σε άτομα στα οποία η ενδοσκόπηση ξεκινά χωρίς καταστολή ή αναλγησία.

Διαπιστώθηκε πως από τους 230 ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη, οι 190 ολοκλήρωσαν την εξέταση χωρίς καταστολή ή αναλγησία (είτε με WWI είτε με AI). Επιπλέον ο αριθμός των ασθενών στους οποίους χορηγήθηκε κατ'επίκληση καταστολή ή αναλγησία προκειμένου να ολοκληρωθεί η εξέταση ήταν 15 στην ομάδα WWI και 25 στην ομάδα AI. Παρά το γεγονός ότι η διαφορά που παρατηρήθηκε μεταξύ των δύο ομάδων ήταν στατιστικώς μη σημαντική, η WWI θα μπορούσε να έχει θέση στη βελτίωση της ανοχής και της αποδοχής στη κολονοσκόπηση σε ασθενείς που δεν επιθυμούν να υποβληθούν σε φαρμακευτική καταστολή.



Εἰς Μνήμην

Ι. Δανιηλίδης - Η. Σκοτινιώτης

Κωνσταντίνος Γεωργόπουλος 1966-2010

Πρόσφατα είπαμε το τελευταίο αντίο, στον Κωνσταντίνο, παρακολουθήσαμε την ακολουθία βουβοί και ανήμποροι να αρθρώσουμε οποιοδήποτε λόγο. Όμως ο Κωνσταντίνος, στην σύντομη ζωή του, είχε την δική του σημαντική προσφορά στην Ελληνική Γαστρεντερολογία και Ενδοσκόπηση, που είναι δίκαιο να αναγνωριστεί. Επίσης ήταν η καλύτερη απόδειξη που γνωρίζουμε, ότι η ποιότητα δεν εξαρτάται μόνο από τον γιατρό αλλά –σε μεγάλο βαθμό- από την υποστήριξη του από τον νοσηλευτή- τεχνολόγο.

Ο Κωνσταντίνος μετά τις σπουδές στο ΤΕΙ, νοσηλευτικής και ιατρικής τεχνολογίας, νέο παιδί, δούλεψε αρχικά κοντά μας στο Γαστρεντερολογικό του Υγεία το 1987. Εκεί πρωτοεκτιμήσαμε το ήθος, την ευγένεια, την ηπιότητα και κυρίως την σκέψη του. Ήταν φανερό ότι είχε πολλά να δώσει, το έβλεπες στο διαπεραστικό του βλέμμα όταν άκουγε πχ πώς ένας τεχνολόγος σε παρόμοιο τμήμα στην Αμερική, είχε φέρει ριζική πρόοδο στις μανομετρικές μεθόδους μελέτης, ανακαλύπτοντας την ομώνυμη του αντλία εγχύσεως. Ο Κωνσταντίνος προσπάθησε πολύ για να φθάσει στο σημείο να μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά. Επιδίωξε και πέτυχε μετεκπαιδεύσεις σε Ολλανδία και Αγγλία και στην συνέχεια εργάστηκε για ένα διάστημα, γύρω στο 1990 στην Olympus Ελλάδος. Ο Κώστας Αποστόλου, τώρα τεχνικός διευθυντής της Olympus, μιλά με αγάπη γι αυτόν και θυμάται την εντιμότητα του και την "ικανότητά του να βρίσκει πατέντες", δηλαδή να εφευρίσκει νεωτεριστικές λύσεις στην αποκατάσταση βλαβών ή στην χρήση ενδοσκοπικών εξαρτημάτων. Αργότερα, αυτός ο νεωτερισμός, οι σκέψεις για νέα υλικά στα εξαρτήματα των ενδοσκοπήσεων, οι προτάσεις για νέες ενδοσκοπικές λύσεις του προβλήματος του ασθενούς, θα ήταν ένα συχνό θέμα στις συζητήσεις του με τους Γαστρεντερολόγους. Η πολυετής εργασία του στο τμήμα επεμβατικής ενδοσκόπησης του Υγεία με το Χρήστο Φερέτη ήταν πιστεύουμε σημαντική για την ωρίμανση όλων αυτών που ήταν στην σκέψη του. Στο τμήμα αυτό πρωτοεισήχθησαν στην Ελλάδα, αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις και διεθνώς, οι πιο σημαντικές ενδοσκοπικές θεραπευτικές μέθοδοι και ο Κωνσταντίνος είχε την δική του ξεχωριστή συμβολή. Με τα εφόδια αυτά, περί το τέλος του 1996 ίδρυσε την δική του εταιρεία ενδοσκοπικών εξαρτημάτων. Τώρα έγινε πλέον ευρύτερα γνωστός στον Γαστρεντερολογικό κόσμο. Είναι εντυπωσιακό και σίγουρα έξω από τα στερεότυπα μας, αλλά η περίοδος αυτή του έδωσε μεγαλύτερη δυνατότητα να έχει ουσιαστικό εκπαιδευτικό ρόλο στην Γαστρεντερολογία. Εννοούμε βέβαια το τόσο σημαντικό για την έκβαση του ασθενούς τεχνικό μέρος. Με την ομάδα του, αποτελούσε για μας εγγύηση στις δύσκολες στιγμές της ενδοσκόπησης. Η ηρεμία του, η προθυμία του, το χαμόγελό του σε συνδυασμό με τις γνώσεις του έκαναν κι εμάς τους ίδιους να νοιώθουμε πιο ικανοί. «Ήρθε ο Κωνσταντίνος» σκεφτόμασταν, και ξέραμε ότι θα βρίσκαμε τη λύση στο δύσκολο ενδοσκοπικό ερώτημα. Ο Κωνσταντίνος ήταν πάντα εκεί και με τον ήπιο του τρόπο δίδασκε στον γιατρό τη βελτίωση της τεχνικής. Πέρα όμως από τον εκπαιδευτικό αυτό ρόλο, τον απασχολούσε διαρκώς η πρόοδος στην επεμβατική ενδοσκόπηση, νέα υλικά που θα είναι επωφελή για τον ασθενή. Στα σχέδια του ήταν η δημιουργία εργοστασίου παραγωγής των εξαρτημάτων.

Δεν πρόλαβε. Η απώλεια του είναι τραγική για την οικογένεια του και μεγάλη για την Γαστρεντερολογική οικογένεια.



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

Διαγνωστική διερεύνηση δυσκοιλιότητας και ακράτειας

Ε. Χιωτακάκου-Φαλιάκου

Η δυσκοιλιότητα και η ακράτεια είναι συμπτώματα που ταλαιπωρούν χρονίως τον ασθενή με σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχολογία του και την κοινωνική του δραστηριότητα. Επειδή αφορούν μεγάλο μέρος του πληθυσμού και διατίθεται πληθώρα εξετάσεων απαιτείται σύνεση όσον αφορά το εύρος του διαγνωστικού ελέγχου για κάθε ασθενή.

Δυσκοιλιότητα

Για να οριστεί η λειτουργική δυσκοιλιότητα, σύμφωνα με τα κριτήρια της Ρώμης III, θα πρέπει να πληρούνται 2 ή περισσότερα από τα κάτωθι:

- 1) δυσχεσία τουλάχιστον στο 25% των κενώσεων
 - 2) σκληρά κόπρανα τουλάχιστον στο 25% των κενώσεων
 - 3) αίσθημα ατελούς αφόδευσης τουλάχιστον στο 25% των κενώσεων
 - 4) δακτυλική υποβοήθηση τουλάχιστον στο 25% των κενώσεων
 - 5) αίσθημα απόφραξης στην ορθο-πρωκτική περιοχή τουλάχιστον στο 25% των κενώσεων
 - 6) λιγότερες από 3 κενώσεις την εβδομάδα
- Τα ανωτέρω πρέπει να ισχύουν για τουλάχιστον 3 μήνες, με έναρξη τους τουλάχιστον 6 μήνες πριν τη διάγνωση.

Είναι ευρέως γνωστό ότι δύο είναι οι βασικοί μηχανισμοί που οδηγούν σε δυσκοιλιότητα: η βραδεία διάβαση του περιεχομένου εντός του Π.Ε. και η διαταραχή της λειτουργίας της αφόδευσης.

Ιστορικό

Σύμφωνα με τα ανωτέρω κριτήρια, θα πρέπει κατά την λήψη του ιστορικού να συλλέξουμε πληροφορίες για τη διάρκεια του συμπτώματος, τη συχνότητα, τη σύσταση των κοπράνων, την παρουσία ή όχι κοιλιακού άλγους, πρωκταλγίας ή αισθήματος ατελούς αφόδευσης καθώς και για τις συνήθειες του ασθενούς κατά τη διάρκεια της κένωσης (π.χ. δακτυλική υποβοήθηση). Τα στοιχεία που θα μας

ανησυχήσουν είναι: ηλικία>50 ετών, βραχύ ιστορικό (<6 μηνών), κληρονομικό ιστορικό καρκίνου Π.Ε., παρουσία αίματος στα κόπρανα και απώλεια Σ.Β.

Διαγνωστική διερεύνηση

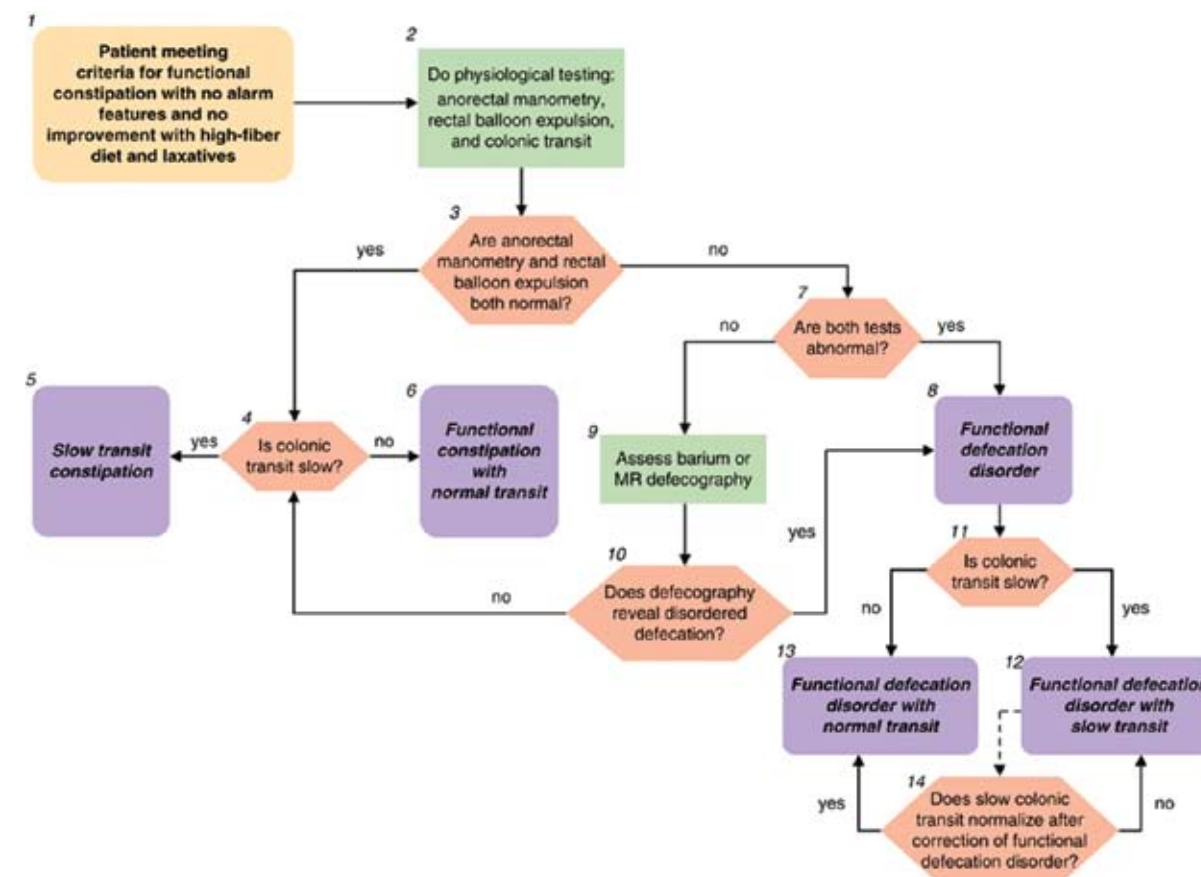
Οι ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια της λειτουργικής δυσκοιλιότητας καθώς και αυτοί που δε βελτιώθηκαν με διατροφικές οδηγίες για αύξηση των προσλαμβανόμενων φυτικών ινών ή με τη χορήγηση απλών καθαρτικών και δεν παρουσιάζουν όμως ανησυχητικά συμπτώματα πρέπει να προχωρήσουν σε έλεγχο με λειτουργικές δοκιμασίες. Αν και πολλοί γαστρεντερολόγοι συνηθίζουν να υποβάλουν όλους τους ασθενείς με δυσκοιλιότητα σε ενδοσκοπικό ή απεικονιστικό έλεγχο του Π.Ε., οι μελέτες έχουν δείξει ότι χωρίς παρουσία <<ανησυχητικών συμπτωμάτων>>, η συχνότητα νεοπλασματικών βλαβών είναι παρόμοια σε ασθενείς με ή χωρίς δυσκοιλιότητα.

Η <<χρυσή τριάδα>> διαγνωστικών εξετάσεων περιλαμβάνει τη μανομετρία του ορθού, τη δοκιμασία εξώθησης μπαλονιού και το χρόνο διάβασης του Π.Ε.

Κατά τη μανομετρία του ορθού, εξετάζονται η πίεση ηρεμίας, η πίεση εξώθησης καθώς και το ορθο-πρωκτικό αντανάκλαστικό. Οι ανωτέρω πιέσεις πρέπει να υπολογίζονται ως μέσος όρος των τιμών όλων των τεταρτημορίων του ορθού, ώστε να αναγνωρίζονται πιθανά ελλείμματα ή ασυμμετρίες των σφιγκτήρων. Η πίεση εξώθησης υπολογίζεται ζητώντας από τον ασθενή να εξωθεί τουλάχιστον για 30 sec. Οι φυσιολογικές τιμές εξαρτώνται από την ηλικία και το φύλο του ασθενούς. Κατά την εξώθηση, ως φυσιολογικό profil χαρακτηρίζεται η αύξηση της ενδο-ορθικής πίεσης σε συνδυασμό με χάλαση των σφιγκτήρων, ενώ ως παθολογικό profil η χαμηλή ενδο-ορθική πίεση και/ή μη καλή χάλαση ή παράδοση κινητικότητα του σφιγκτήρα.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

Διαγνωστική διερεύνηση δυσκοιλιότητας και ακράτειας



Πίνακας 1

1. Ασθενής με λειτουργική δυσκοιλιότητα, σύμφωνα με τα κριτήρια Ρώμης III, χωρίς ανησυχητικά συμπτώματα και χωρίς βελτίωση με δίαιτα υψηλού υπολείμματος και ήπια καθαρτικά
2. Συνιστάται μανομετρία ορθού, δοκιμασία εξώθησης μπαλονιού και χρόνος διάβασης Π.Ε.
3. Είναι η μανομετρία ορθού **και** η δοκιμασία εξώθησης του μπαλονιού χωρίς παθολογικά ευρήματα
4. **(ναι)** Είναι ο χρόνος διάβασης του Π.Ε. παρατεταμένος;
5. **(ναι)** δυσκοιλιότητα βραδείς διάβασης Π.Ε.
6. **(όχι)** Λειτουργική δυσκοιλιότητα με φυσιολογικό χρόνο διάβασης Π.Ε.
7. **(όχι)** Έχουν και οι 2 εξετάσεις παθολογικά ευρήματα ;
8. **(ναι)** Λειτουργική διαταραχή κατά την αφόδευση
9. **(όχι)** Βαριούχος υποκλυσμός ή αφοδεογράμμα με μαγνητική τομογραφία
10. Το αφοδεογράμμα αναδεικνύει διαταραχές κατά την κένωση;
11. Είναι παρατεταμένος ο χρόνος διάβασης Π.Ε.;
12. **(ναι)** Λειτουργική διαταραχή της κένωσης με παρατεταμένο χρόνο διάβασης Π.Ε.
13. **(όχι)** Λειτουργική διαταραχή της κένωσης με φυσιολογικό χρόνο διάβασης Π.Ε.
14. Βελτιώνεται ο χρόνος διάβασης Π.Ε. μετά την αντιμετώπιση της λειτουργικής διαταραχής;



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

Διαγνωστική διερεύνηση δυσκοιλιότητας και ακράτειας

Όμως και ασυμπτωματικοί ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν παθολογική την εξέταση, γι αυτό τα αποτελέσματα πρέπει πάντα να συνεκτιμώνται με εκείνα των υπολοίπων εξετάσεων.

Η δοκιμασία εξώθησης μπαλονιού μελετά την ικανότητα και το χρόνο που χρειάζεται ο ασθενής για να εξωθήσει ένα μπαλόνι με 50-60 ml χλιαρού ύδατος ή αέρα. Είναι χρήσιμο ως screening test, αλλά δεν μπορεί να μας δώσει πληροφορίες για την αιτιολογία της λειτουργικής διαταραχής ούτε το φυσιολογικό αποτέλεσμα αποκλείει τη διάγνωση της λειτουργικής δυσκοιλιότητας.

Ο χρόνος διάβασης του Π.Ε. εκτελείται με πολλές διαφορετικές μεθόδους. Με βάση την κατά Hilton μέθοδο, χορηγείται την 1^η ημέρα μια κάψουλα που περιέχει 24 ακτινοσκοιερικά δισκία και καταμετρώνται τα μη αποβαλλόμενα δισκία την 6^η ημέρα με λήψη απλής ακτινογραφίας κοιλίας: (Φ.Τ. < 5 δισκία). Περισσότερα από 5 δισκία στο ορθοσιγμοειδές με φυσιολογική κάθαρση του λοιπού Π.Ε. μαρτυρά λειτουργική διαταραχή. Σύμφωνα με άλλη μέθοδο, που εκτιμά το χρόνο διάβασης όλου του Π.Ε. αλλά και των επιμέρους μοιρών του, χορηγείται παρόμοια κάψουλα κατά την 1^η, 2^η και 3^η ημέρα και μετρώνται τα μη αποβαλλόμενα δισκία κατά την 7^η ημέρα: (Φ.Τ. < 68 δισκία). Ο χρόνος διάβασης του Π.Ε. μπορεί να μελετηθεί και με ασύρματης κινητικότητας-pH κάψουλα καθώς και με ραδιο-ισοτοπικό έλεγχο με βραδείας αποδέσμευσης κάψουλα που διαλύεται στο αλκαλικό pH του άπω τελικού ειλεού. Πλεονέκτημα της τελευταίας μεθόδου είναι ότι μπορούμε να έχουμε αποτελέσματα σε 48 ώρες έναντι 5-7 ημερών με τις άλλες τεχνικές.

Με βάση πρόσφατες μελέτες, αν η μανομετρία του ορθού και η δοκιμασία του μπαλονιού είναι παθολογικές, μπορούμε να χαρακτηρίσουμε ως λειτουργική τη δυσκοιλιότητα και δεν χρειάζεται να προβούμε σε άλλη απεικονιστική μέθοδο της πε-

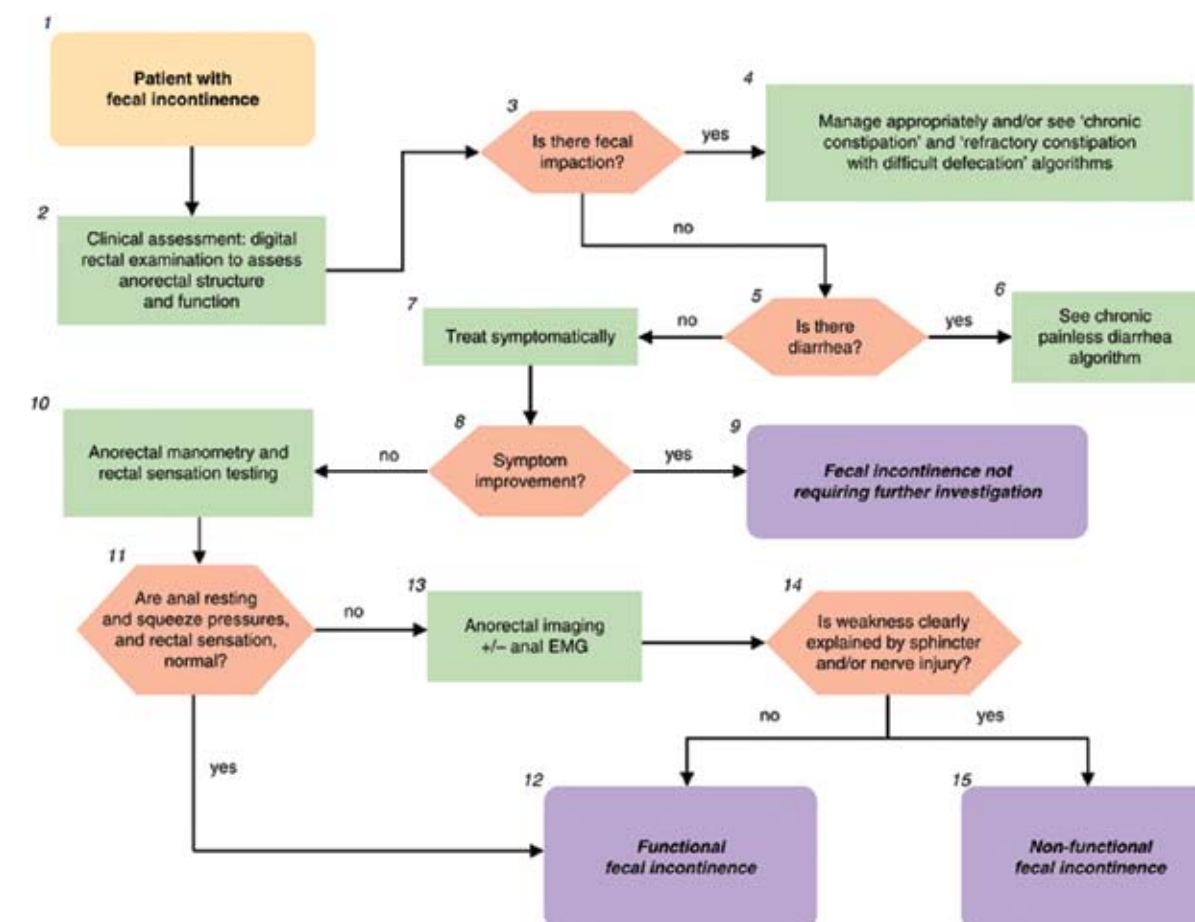
ριοχής (αφοδεύγραμμα, MRI) παρά μόνο αν υποπτευόμαστε -με βάση το ιστορικό- ύπαρξη οργανικών αιτιών όπως ορθοκήλες, εγκολεασμό κ.τ.λ.

Αν μόνο μία εκ των δύο ανωτέρω εξετάσεων είναι παθολογική, συνεχίζουμε το διαγνωστικό έλεγχο. Το αφοδεύγραμμα μπορεί να αναδείξει ανατομικά προβλήματα και να εκτιμήσει παραμέτρους φυσιολογικής λειτουργίας όπως είναι η ορθοπρωκτική γωνία κατά την ηρεμία και την εξώθηση, η κάθοδος του περινικού εδάφους, η διάμετρος του πρωκτού. Η αξιοπιστία της εξέτασης -αρχικά τουλάχιστον- αμφισβητήθηκε γιατί οι φυσιολογικές τιμές των ποσοτικών μετρήσεων των ανωτέρω παραμέτρων δεν είναι απόλυτα καθορισμένες και ακόμη μικρό ποσοστό ασυμπτωματικών ασθενών παρουσιάζουν παθολογική εξέταση. Αν το αφοδεύγραμμα είναι παθολογικό, τότε τεκμηριώνεται η διάγνωση της λειτουργικής δυσχεσίας. Ως παθολογικό χαρακτηρίζεται αν παρατηρηθεί ατελής χάλαση του πρωκτού, διαταραγμένη χάλαση του ηβο-ορθικού μυός ή παράδοση σύσπαση αυτού, μειωμένη ή αυξημένη κάθοδος του περινικού εδάφους και ορθοκήλη > 4 εκ. Αν το αφοδεύγραμμα είναι φυσιολογικό τότε αποκλείεται η διάγνωση της λειτουργικής δυσχεσίας και το τελικό συμπέρασμα του διαγνωστικού μας ελέγχου πρέπει να συνεκτιμήσει το πόρισμα του χρόνου διάβασης του παχέος εντέρου. (Πίνακας 1)

Θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι η λειτουργική δυσχεσία δεν αποκλείει την συνύπαρξη βραδείας διάβασης δυσκοιλιότητα και ως εκ τούτου με βάση το αποτέλεσμα της ακτινολογικής αυτής εξέτασης, θα καταλήξουμε στην τελική διάγνωση της λειτουργικής δυσχεσίας με ή χωρίς βραδείας διάβασης δυσκοιλιότητα. Επίσης συχνά η βραδεία διάβαση οφείλεται σε λειτουργικό πρόβλημα στην ορθοπρωκτική περιοχή και μετά την αντιμετώπισή του, η επανάληψη της ακτινολογικής εξέτασης παρουσιάζει σαφή βελτίωση του χρόνου διάβασης.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

Διαγνωστική διερεύνηση δυσκοιλιότητας και ακράτειας



Πίνακας 2

1. Ασθενής με ακράτεια κοπράνων
2. κλινική εκτίμηση: Δ.Ε. για εκτίμηση οργανικών και λειτουργικών βλαβών
3. υπάρχει κοπρόσταση;
4. **(ναι)** αντιμετώπιση με βάση τον αλγόριθμο της χρόνιας δυσκοιλιότητας και ανθεκτικής δυσκοιλιότητας με δυσχεσία
5. **(όχι)** υπάρχει διάρροια ;
6. **(ναι)** Αλγόριθμος χρόνιας ανώδυνης διάρροιας
7. **(όχι)** συμπτωματική αντιμετώπιση
8. **(ναι)** δεν χρειάζεται περαιτέρω διαγνωστικός έλεγχος
9. **(όχι)** μανομετρία ορθού
10. πίεση ηρεμίας ορθού, πίεση εξώθησης και αισθητικότητα ορθού φυσιολογικές ;
11. **(ναι)** λειτουργική ακράτεια κοπράνων
12. **(ναι)** απεικονιστική εξέταση ορθού και /ή ΗΜΓ ορθού
13. είναι σαφές ότι η αδυναμία οφείλεται σε βλάβη του σφιγκτήρα ή της νεύρωσης αυτού ;
14. **(ναι)** μη λειτουργική ακράτεια κοπράνων



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

Διαγνωστική διερεύνηση δυσκοιλιότητας και ακράτειας

Ακράτεια κοπράνων

Ως ακράτεια κοπράνων ορίζεται η υποτροπιάζουσα, ανεξέλεγκτη απώλεια κοπρανώνδους περιεχομένου για τουλάχιστον 3 μήνες σε άτομα ηλικίας > 4 ετών. Μπορεί να είναι μείζονα ή ελάσσονα. Η απώλεια μόνο αερίων δεν ορίζεται ως ακράτεια. Παρατηρείται στο 2,2-15,3% του γενικού πληθυσμού και περιορίζει σημαντικά την κοινωνικότητά του.

Αιτιολογία και παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί

Παθήσεις που προσβάλουν το παχύ έντερο ή/και το πυελικό έδαφος μπορούν να οδηγήσουν σε ακράτεια. Ιατρογενής κάκωση του σφιγκτήρα, μετακινική πρωκτίτιδα και διαταραχές της λειτουργίας της κένωσης είναι συχνά αίτια για τους άνδρες ενώ οι μαιευτικές κακώσεις του σφιγκτήρα στις γυναίκες μπορεί να οδηγήσουν σε ακράτεια μετά από τοκετό. Όμως στο γυναικείο πληθυσμό, ακράτεια παρουσιάζεται κυρίως στην 7^η δεκαετία, γεγονός που υποδηλώνει ότι και άλλοι παράγοντες όπως η ηλικία, η εμμηνοπαυση και η χρόνια προσπάθεια εξώθησης παίζουν σημαντικό ρόλο. Οι μελέτες των τελευταίων 5 ετών βοήθησαν σημαντικά στην κατανόηση 4 παραγόντων που συμμετέχουν στον παθοφυσιολογικό μηχανισμό: 1) πλην των κακώσεων ή των ουλών του σφιγκτήρα, αρκετές γυναίκες με ακράτεια παρουσιάζουν και ατροφία του έξω σφιγκτήρα ή του ηβο-ορθικού μυός, όπως αναδεικνύεται σαφώς με τη μαγνητική τομογραφία (16% vs 6% σε -αντίστοιχο σε ηλικία- δείγμα του γενικού πληθυσμού), 2) ο τεινεσμός αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για ακράτεια, ανεξάρτητα από τη διάρροια, 3) η υποαισθητικότητα του ορθού είναι επίσης ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου, τέλος 4) η δυσυνέργεια με αποτέλεσμα τη μειωμένη κένωση του ορθού προδιαθέτει σε ακράτεια.

Ιστορικό

Η λήψη ολοκληρωμένου ιστορικού μπορεί -σε κά-

ποιες περιπτώσεις- να οδηγήσει άμεσα στη κατανόηση της αιτιολογίας και στη σωστή θεραπευτική αγωγή (π.χ. διάρροια μετά από χολοκυστεκτομή και συνοδό ακράτεια). Πρέπει να συλλέξουμε πληροφορίες για το τύπο της ακράτειας, τη διάρκεια του συμπτώματος και τις συνήθειες του εντέρου. Επίσης πρέπει να αναγνωρίσουμε πιθανά συνοδά νευρολογικά συμπτώματα ή διαταραχές από το ουροποιητικό σύστημα, έχοντας υπόψη μας ότι συστηματικά ή οργανικά νοσήματα ή κακώσεις της Σ.Σ μπορεί να οδηγήσουν σε ακράτεια. Η βαρύτητα της ακράτειας καθορίζεται από τους εξής παράγοντες: τη συχνότητα, τον τύπο (υδαρή ή στερεά κόπρανα ή μεικτού τύπου), την ποσότητα της απώλειας και την συνύπαρξη ή μη τεινεσμού.

Διαγνωστική διερεύνηση

Στην κλινική εξέταση, που περιλαμβάνει και νευρολογικό έλεγχο, θα πρέπει να αναζητήσουμε πιθανά ανησυχητικά σημεία όπως μάζα στη κοιλία ή σημάδια αναιμίας. Η δακτυλική εξέταση είναι πολύ σημαντική για την κατανόηση της αιτιολογίας της ακράτειας και την καθοδήγηση της θεραπευτικής μας αγωγής. Με αυτήν εκτιμούμε την πίεση ηρεμίας του σφιγκτήρα, την πίεση συγκράτησης του έξω σφιγκτήρα και του ηβο-ορθικού μυός κατ' εντολή, την ύπαρξη ή μη κοπρόστασης και δυσυνέργειας. Δυσυνέργεια ορίζεται η διαταραχή στη χάλασα και/ή η παράδοση σύσπαση του σφιγκτήρα του ορθού και/ή του ηβο-ορθικού μυός και/ή η μειωμένη κάθοδος του περινέου κατά την κένωση. Η ύπαρξη κοπρόστασης υποδηλώνει ακράτεια από υπερπλήρωση και θα πρέπει να ακολουθήσει α/α κοιλίας σε όρθια θέση, για να ολοκληρωθεί η διάγνωση και να χορηγηθεί ανάλογη θεραπευτική αγωγή. Ασθενείς με ακράτεια και μέτρια-σοβαρή διάρροια θα πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω με βάση τον αλγόριθμο της <<χρόνιας ανώδυνης διάρροιας>>.

Ασθενείς ηλικιωμένοι, ή με ήπια συμπτώματα ή με συμπτώματα που δεν επηρεάζουν την καθημέ-

ρινότητά τους ή με διαταραχές κενώσεων μπορούν σε αυτή τη φάση να λάβουν συμπτωματική αγωγή, συνήθως με λοπεραμίδη σε συνδυασμό ή όχι με ωσμωτικούς δρώντα καθαρτικά. Αν δεν συνυπάρχουν ενδείξεις προσβολής από οργανικό νόσημα και τα συμπτώματα υποχωρήσουν, οι ασθενείς δεν χρήζουν περαιτέρω ελέγχου.

Αν τα συμπτώματα δεν υφεθούν, θα πρέπει να συνεχισθεί η διερεύνηση του ασθενή. Το εύρος του διαγνωστικού ελέγχου εξαρτάται από την ηλικία του ασθενή, τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, τη βαρύτητα του συμπτώματος, την επίδραση του στην ποιότητα της ζωής του ασθενούς, την ανταπόκρισή του στην συμπτωματική αγωγή και τέλος τη διαθεσιμότητα των εξετάσεων.

Βασική εξέταση είναι η μανομετρία του ορθού που εκτιμά τις πιέσεις ηρεμίας και συγκράτησης του σφιγκτήρα, οι φυσιολογικές τιμές των οποίων κυμαίνονται με βάση την ηλικία και το φύλο. Η πρόκληση του αντανάκλαστικού του βήχα είναι αξιόλογος ποιοτικός έλεγχος για την ακεραιότητα της κατώτερης κινητικής νεύρωσης του έξω σφιγκτήρα. Τέλος, η αισθητικότητα του ορθού μπορεί να είναι επηρεασμένη και να βελτιωθεί ακολούθως με θεραπεία με βιοανάδραση.

Αν οι αναφερόμενες πιέσεις είναι φυσιολογικές, μπορούμε να καταλήξουμε στη διάγνωση της λειτουργικής ακράτειας. Τα κριτήρια της Ρώμης III για τη διάγνωση της λειτουργικής ακράτειας είναι: 1) υποτροπιάζουσα ανεξέλεγκτη απώλεια κοπρανώνδους περιεχομένου σε άτομο ηλικίας >4 ετών, για τουλάχιστον τους τελευταίους 3 μήνες και ακόμη τουλάχιστον ένα ή περισσότερα εκ των ακόλουθων: λειτουργική διαταραχή μυών που είναι οργανικά άρτιοι και νευρώνονται φυσιολογικά, ήπιες οργανικές βλάβες των μυών και/ή της νεύρωσής τους, φυσιολογικές ή διαταραγμένες συνήθειες Π.Ε. (π.χ. διάρροιας), ή ψυχογενή αίτια και 2) αποκλεισμός όλων των ακόλουθων: διαταραχή στη νεύρωση των μυών λόγω εγκεφαλικών βλαβών, κακώσεων της Σ.Σ. ή των ριζών των ιερών νεύρων ή μεικτών βλαβών ή συμμετοχή σε γενικότερες νευροπάθειες ή νευρο-

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

Διαγνωστική διερεύνηση δυσκοιλιότητας και ακράτειας



πάθειες του αυτόνομου νευρικού συστήματος (π.χ. Σ.Δ.) ή προσβολή του σφιγκτήρα από συστηματικό νόσημα (π.χ. σκληρόδερμα)

Αν οι πιέσεις που καταγράφονται κατά τη μανομετρία είναι παθολογικές, προχωρούμε σε απεικονιστική εξέταση του σφιγκτήρα διαλέγοντας μεταξύ του ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος και της μαγνητικής τομογραφίας. Η δεύτερη μπορεί να αναδείξει καλύτερα την ατροφία του έξω σφιγκτήρα και του ηβο-ορθικού μυός καθώς και την κινητικότητα του πυελικού εδάφους χωρίς έκθεση του ασθενή σε ακτινοβολία.

Για ασθενείς που το ιστορικό και η κλινική εξέταση θέτουν υποψίες για πιθανά νευρογενή αίτια (π.χ. κακώσεις στις ρίζες των ιερών νεύρων), συνιστούμε ηλεκτρομυογράφημα του σφιγκτήρα. (Πίνακας 2) Γενικά ο διαγνωστικός έλεγχος μπορεί να αναδείξει οργανικές και/ή λειτουργικές διαταραχές της ορθοπρωκτικής περιοχής. Το εύρος του διαγνωστικού ελέγχου εξατομικεύεται για κάθε ασθενή και δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η σχέση μεταξύ οργανικών και λειτουργικών διαταραχών της ορθο-πρωκτικής περιοχής και των συμπτωμάτων δεν είναι απόλυτα σαφής. Συχνά παρατηρούμε κατά τις εξετάσεις, διαταραχές σε ασυμπτωματικά άτομα καθώς επίσης οργανικά αίτια να συνυπάρχουν με λειτουργικά αίτια.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Whitehead WE, Bharucha AE. Diagnosis and treatment of pelvic floor disorders: what 's new and what to do. Gastroenterology 2010 Apr;138 (4):1231-1235
- 2) Bharucha AE, Wald AM. Anorectal disorders. Am J Gastroenterol 2010 Apr;105(4):786-94
- 3) Bharucha AE, Fletcher JG, et al Relationship between symptoms and disordered continence mechanisms in women with idiopathic fecal incontinence. Gut 2005;54:546-555

Ο «τέλειος» γαστρεντερολόγος και το σύστημα

Ακούω συχνά από ασθενείς για το πόσο καλοί Έλληνες ιατροί υπάρχουν σε ένα κακό σύστημα δημόσιας υγείας.

Δεν θα εξετάσω πόσο καλό ή κακό είναι το εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ), αλλά πώς εξασφαλίζει την εκπαίδευση των νέων ιατρών ώστε να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ο ασθενής, παραθέτοντας την εμπειρία μου από το δημόσιο σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (NHS), το οποίο υπηρέτησα για περίπου δέκα χρόνια.

Στην Μεγάλη Βρετανία λοιπόν και μόλις ο νέος ιατρός τελειώσει την Ιατρική σχολή, αναζητεί στην ιστοσελίδα του BMJ (British Medical Journal) αγγελίες εργασίας σε κάποιο νοσοκομείο (κατά μέσο όρο ετήσια προγράμματα). Στη συνέχεια, κάνει αίτηση στέλνοντας το βιογραφικό του σημείωμα και εφόσον προεπιλεγθεί, περνάει από συνέντευξη προκειμένου να ξεκινήσει να δουλεύει ως House Officer ή πιο πρόσφατα FY1. Οι εξεταστές είναι ιατροί του νοσοκομείου που προσφέρει τη θέση εργασίας.

Για ένα διάστημα δύο, τριών χρόνων και με μια παρόμοια διαδικασία (εύρεση αγγελίας θέσης εργασίας, υποβολής CV, συνέντευξης) ένας νέος ιατρός συνεχίζει να δουλεύει-εκπαιδεύεται ως Senior House Officer σε παθολογικά ή χειρουργικά τμήματα.

Κατά τη διάρκεια των τριών αυτών ετών και για τις παθολογικές ειδικότητες είναι υποχρεωμένος να περάσει τις εξετάσεις του MRCP (member of Royal College of Physicians). Το MRCP αποτελείται

από 3 μέρη. Τα δύο πρώτα είναι γραπτά, με ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών (basic sciences αλλά και κλινικές) και το τρίτο μέρος είναι προφορικό. Στο προφορικό αυτό μέρος, ο εξεταζόμενος ιατρός καλείται να εξετάσει 6 πραγματικούς ασθενείς με διαφορετικές παθήσεις (μία καρδιαγγειακή, μία νευρολογική, μία αναπνευστική, μία πάθηση κοιλίας και ούτω καθεξής). Δίνεται στον εξεταζόμενο ένα σύντομο ιστορικό και μέσα σε 10 λεπτά καλείται ο εξεταζόμενος να εξετάσει τον κάθε ασθενή και να παρουσιάσει σε 2 εξεταστές τη διάγνωση καθώς και τη θεραπεία του νοσήματος από το οποίο πάσχει ο εν λόγω ασθενής. Οι εξεταστές βαθμολογούν την τεχνική της κλινικής εξέτασης, την εύρεση της διάγνωσης καθώς και της ενδεδειγμένης θεραπείας.

Αφού κάποιος περάσει το MRCP και συμπληρώσει τα τρία χρόνια ως SHO μπορεί ακολουθώντας παρόμοιο δρόμο (από αγγελία στο BMJ, υποβολή CV κλπ) και εφόσον προεπιλεγθεί να περάσει από νέο interview προκειμένου να γίνει Registrar στην ειδικότητα που έχει επιλέξει να ακολουθήσει. Ως Registrar, ο νέος ιατρός έχει εξασφαλισμένη εκπαίδευση για 5 χρόνια.

Κάθε χρόνο ο Registrar αλλάζει νοσοκομείο (συνολικά εκπαιδεύεται σε 2 τουλάχιστον πανεπιστημιακά και 3 περιφερικά -District General Hospitals) εντός μιας γεωγραφικής περιοχής όπου είναι το rotation (λόγου χάριν north east London rotation).

Για τη Γαστρεντερολογία θα πρέπει εκτός των άλλων, να κάνει τουλάχιστον 6 μήνες αμιγούς

ηπατολογίας, 3 μήνες εκπαίδευσης στην διατροφή (nutrition), να κάνει κάποιες μικρές εργασίες- audits καθώς και ένα management course. Πρέπει επίσης να μπορεί να πραγματοποιήσει με ευχέρεια διαγνωστική αλλά και θεραπευτική γαστροσκόπηση, κολονοσκόπηση καθώς και πλήθος άλλων τεχνικών όπως η βιοψία ήπατος, παροχέτευση ασκίτη, τοποθέτηση κεντρικών φλεβικών γραμμών. Όλες οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες του κάθε Registrar καταγράφονται σε ένα ατομικό βιβλίο (logbook).

Στο τέλος κάθε χρόνου το Πρυτανείο που είναι υπεύθυνο για τον συντονισμό του εκπαιδευτικού προγράμματος, καλεί τους Registrars για αξιολόγηση της εκπαίδευσής τους (RITA). Εάν λόγου χάριν κάποιος δεν έχει εκπαιδευθεί επαρκώς τον προηγούμενο χρόνο (για παράδειγμα έκανε λιγότερες του επιθυμητού κολονοσκοπήσεις και πολυπεκτομές) γίνονται συγκεκριμένες συστάσεις για τον επόμενο χρόνο εκπαίδευσης και επιλέγεται ένα νοσοκομείο που θα του προσφέρει τη δυνατότητα να καλύψει τις όποιες του ελλείψεις (αυξημένο αριθμό κολονοσκοπήσεων και πολυπεκτομών). Επιπλέον διερευνάται ο λόγος για τον οποίο η εκπαίδευση δεν ήταν επαρκής με παρατηρήσεις και αλλαγές στο νοσοκομείο που προσέφερε ελλιπή εκπαίδευση (εάν δε συμμορφωθεί ένα νοσοκομείο με τις υποδείξεις του Πρυτανείου, μπορεί ακόμη και να χάσει τους εκπαιδευόμενούς του).

Τελικά, ολοκληρώνοντας τα 5 χρόνια ως Registrar γίνεται Consultant Γαστρεντερολογίας.

Όπως μπορεί να καταλάβει κάποιος διαβάζοντας

αυτές τις γραμμές, στην Μεγάλη Βρετανία υπάρχει ένα σύστημα εκπαίδευσης με πολλές ασφαλιστικές δικλίδες που δεν εξασφαλίζει σε κάθε περίπτωση την ιδανική εκπαίδευση και δημιουργία του «τέλειου ιατρού» (που ένας ιδεατός κριτής θα βαθμολογούσε με 10/10) αλλά εξασφαλίζει με μαθηματική ακρίβεια ότι ο κάθε Consultant θα καταφερνε να αποσπάσει από τον ιδεατό κριτή βαθμολογία από 7/10 και πάνω.

Κλείνοντας πιστευώ ότι για έναν ασθενή που δεν ξέρει πρόσωπα και πράγματα και εμφανίζεται με ένα πρόβλημα υγείας σε ένα δημόσιο νοσοκομείο το ζητούμενο δεν είναι απαραίτητα να βρει ένα ιατρό του 10/10 αλλά να μην βρει έναν του 3/10. Αυτή είναι η μεγαλύτερη διαφορά του NHS με το Ελληνικό σύστημα υγείας.





Εξωσκοπήσεις

Αντώνης Κογεβίνας, kogedotenet.gr

“Οι κακοί ιδιώτες και το καλό κράτος”!



Κι όμως, ορισμένες κρατικές υπηρεσίες εξακολουθούν να μην αποδέχονται ιατρικά πιστοποιητικά όταν υπογράφονται **από ιδιώτες ιατρούς**, παρότι το **Άρθρο 5 του Ν.3418/2005 και το άρθρο 6 παρ 2του Ν.3627/2007 εξισώνουν τις υπογραφές των κρατικών ιατρών και των ιδιωτών**. Γιατί άραγε χρειάστηκε να βγει ειδικός νόμος για να εξισώνει αυτά που εξ' ορισμού είναι ίσα, αφού τα ιατρικά διπλώματα και οι άδειες ασκήσεως επαγγέλματος εκδίδονται και πιστοποιούνται από κρατικές υπηρεσίες; Γιατί άραγε υπάρχει αυτή η δυσπιστία ειδικά για τους ιδιώτες; “Οι κακοί ιδιώτες και το καλό κράτος” είναι μια πολύ διαδεδομένη θεωρία που ξεκίνησε **μην από την αριστερά, αλλά φαίνεται ότι έχει επηρεάσει μεγάλο μέρος της Ελληνικής κοινωνίας**. Η θεωρία έχει εφαρμογή στην Υγεία, στην Παιδεία, στις Αερομεταφορές και σε όλη τη ζωή του τόπου. Η θεωρία αυτή δεν αφήνει φυσικά απέξω και την ιατρική: **“Οι κακοί ιδιώτες ιατροί και οι ιδιωτικές κλινικές, σε αντιδιαστολή με τους καλούς κρατικούς ιατρούς, τα κρατικά νοσοκομεία και ταμεία”**. Με τις αντιλήψεις αυτές οι ιδιώτες **αντιμετωπίζονται στο σύνολό τους με βαθειά καχυποψία**. Κατά καιρούς μάλιστα εμφανίστηκαν και Υπουργοί Υγείας που είχαν αυτήν την αντίληψη στο βάθος του μυαλού τους, την οποία και διεισέπνευαν συγκαλυμμένα ή λιγότερο συγκαλυμμένα πχ Παπαδόπουλος, Γεννηματάς. Ιατροί που έχουν δουλέψει σκληρά, έχουν μετεκπαιδευτεί, έχουν επενδύσει στη δουλειά τους, έχουν πετύχει αλλά ιδιωτεύουν, βαφτίζονται **μεγαλοιατροί**. Με τον όρο αυτό παραλληλίζονται με τον μεγαλοχασάπη, τον μεγαλομανάβη και γιατί όχι και με τον μεγαλοσπατεώνα, για να υπονοηθεί ότι κάνουν εμπόριο και ότι στόχος είναι αποκλειστικά ο πλουτισμός. Αυτό δεν είναι αλήθεια για τη συντριπτική πλειοψηφία των ιδιωτών ιατρών. Η θεωρία για τους ιατρούς είναι μέρος από τη γενικότερη θεωρία που ενδημεί στον τόπο. Βασική αρχή της θεωρίας είναι ότι **εκτός εξαιρέσεων, ο φτωχός, ο οικονομικά αδύναμος και ο αποτυχημένος είναι a priori έντιμοι, ενώ ο έχων ή ο επιτυχημένος είναι**

ανέντιμος. Αν είσαι φτωχός αγρότης είσαι ΟΚ, αν δεν είσαι φτωχός αγρότης είσαι μεγαλοαγρότης και είσαι ύποπτος. Δεν εξετάζεται αν δούλεψες σκληρά, αν έκανες διπλές βάρδιες, αν δεν έχασες τις ώρες σου στο καφενείο, αν ρισκάρισες ή οτιδήποτε άλλο. Αν έχεις, είσαι στην καλύτερη περίπτωση ύποπτος. Είναι αλήθεια ότι η ιατρική στην Ελλάδα στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ιδιωτική ιατρική για την πρωτοβάθμια αλλά και για τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Αρκετοί ασθενείς – που θα λάμβαναν δωρεάν περίθαλψη από το ασφαλιστικό ταμείο τους – προτιμούν να επιβαρυνθούν οικονομικά για να **λάβουν καλύτερες, γρηγορότερες και πιο αξιόπιστες υπηρεσίες** από τον ιδιωτικό τομέα. Η δωρεάν κρατική ιατρική εκτός του ότι είναι **εξαιρετικά δαπανηρή για το κράτος, είναι πολύ συχνά προβληματική** τόσο για τον χρόνο όσο και για τον τρόπο που αποδίδεται στους προπληρώσαντες ασφαλισμένους. Είναι απόλυτα αληθές ότι **στο δημόσιο δουλεύουν πολλοί εργατικοί, εξαιρετικοί, αφοσιωμένοι και δυσανάλογα κακοπληρωμένοι ιατροί**. Αλλά είναι επίσης βέβαιο ότι υπάρχουν και ανήθικοι, τεμπέληδες και κακοί ιατροί. Είναι επίσης απόλυτα βέβαιο ότι υπάρχουν πολλοί εξαιρετικοί, ηθικοί και επαρκείς ιδιώτες ιατροί όπως επίσης και το αντίθετο. **Η συνολική ενοχοποίηση των ιδιωτών και ο συνολικός εξαγνισμός των κρατικών ιατρών που επιχειρεί η βαθύτατα κομπλεξική θεωρία περί του «καλού κράτους και των κακών ιδιωτών» φανατίζει και πολώνει σε ανοψίες**. Ο Tony Judt διατύπωσε ως εξής τη δύναμη τέτοιων εμπαθών θεωριών: “Tyrannies of thought are hard to break, especially when the beneficiaries of state largess- from college students to government workers to captains of subsidized industries- become a political majority”. Όσο για την δημιουργία κέρδους, ο **Winston Churchill** έλεγε από την πλευρά του ότι: “It is a socialist idea that making profits is a vice; **I consider the real vice is making losses**”.

κανείς ότι έχει αρχίσει να ενσωματώνεται η πληροφορία αυτή γραπτά. Ποιόν λόγο όμως θα είχε κανείς να αναγράφει κάτι τέτοιο στην έκθεση; Για να αποδείξει ότι είναι γρήγορος, αλλά όχι επικίνδυνος; Για να έχει

Χρόνος απόσυρσης: 6 λεπτά!

Αρκετή συζήτηση γίνεται τελευταία για τη **σχέση χρόνου απόσυρσης του κολονοσκοπίου και αριθμού πολυπόδων που ανιχνεύονται**. Σε ορισμένες μάλιστα εκθέσεις κολονοσκοπήσεων από τις ΗΠΑ διαπιστώνει



Εξωσκοπήσεις



μάρτυρα στο δικαστήριο τη νοσηλεύτρια που χρονομετρά, αν τυχόν ποτέ κατηγορηθεί ότι εξέτασε επιπόλαια; Ποιος ξέρει! Είναι γνωστή **η στρέβλωση που υφίσταται η ιατρική στις ΗΠΑ από τις ασφαλιστικές εταιρείες και από τις μηνύσεις εναντίον ιατρών**. Κατ' αρχάς πρέπει να σημειωθεί ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες που διατυπώθηκαν το 2002 από την US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer **μιλούσαν για χρόνο απόσυρσης τα 6-10 λεπτά τουλάχιστον, όχι απλά 6 λεπτά**. Βεβαίως, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι κάποιες φορές τα 6 λεπτά

Μην κοιτάτε το ρολόι !



Δεν είναι φανερό ότι η οδηγία θα έπρεπε να είναι **«μην βιάζεστε, κάντε σωστά τη δουλειά και μην κοιτάτε το ρολόι κατά την απόσυρση του οργάνου»**; Άλλη μια οδηγία θα ήταν **« ούτε κατά την είσοδο του οργάνου να βιάζεστε**, αφού υπάρχουν πολύποδες πίσω από πτυχές που τους βλέπεις μπαίνοντας αλλά τους χάνεις βγαίνοντας».

Από την εποχή που πρωτοδιατυπώθηκε η ιστορία με τα 6 λεπτά χρόνου απόσυρσης, προέκυψαν **αρκετά νέα ενδιαφέροντα δεδομένα που δημιουργούν ερωτηματικά για τον χρόνο αυτό**. Ένα από αυτά είναι ότι οι πολύ έμπειροι ενδοσκόποι αποδείχθηκε ότι έχαναν συχνότερα μικρούς πολύποδες < 5 χιλ. από ότι οι λιγότερο έμπειροι, οι οποίοι καθυστερούσαν περισσότερο κατά την έξοδο. Η National Polyp Study γράφει ότι πεπειραμένοι έχαναν το 25% των μικρών.

Η εισαγωγή των ενδοσκοπίων υψηλής ευκρίνειας και **οι Γιαπωνέζοι συνάδελφοί μας ανέδειξαν το πρόβλημα με τους επίπεδους, οδοντωτούς πολύποδες**. Όλοι έχουμε γίνει πιο προσεκτικοί, αλλά αυτό απαιτεί περισσότερο χρόνο παρατήρησης. Παράλληλα δημοσιεύθηκαν αρκετές μελέτες, όπως αυτή του Rex, που συνέκρινε τους χρόνους δυο έμπειρων ενδοσκόπων που έκαναν διαδοχικές επιβεβαιωτικές κολονοσκοπήσεις : **Ο ενδοσκόπος που καθυστερούσε περισσότερο κατά την εξαγωγή έβρισκε περισσότερους πολύποδες**. Τέλος, η χρήση της **υδροκολονοσκόπησης** που όλο και περισσότεροι ενδοσκόποι υιοθετούν, φαίνεται ότι χάνει πολύποδες, όπως αναγράφεται στο τεύχος Οκτωβρίου του GIEndoscopy. Το αδύνατο σημείο είναι κατά την είσοδο, όπου δεν γίνεται χρήση αέρα, παρά μόνον νερού. Για τον λόγο αυτό πρέπει να επαναλαμβάνει κανείς ξανά την παρατήρηση στο αριστερό

επαρκούν. Είναι όμως εξίσου αλήθεια ότι τα 6 λεπτά πάρα πολλές φορές δεν είναι αρκετά για μια λεπτομερή εξέταση. Αν μάλιστα παριστούσαμε με **μια καμπύλη Gauss τον απαιτούμενο χρόνο**, θα λέγαμε ότι στο κατώτερο άκρο θα ήταν τα έξη λεπτά και στο ανώτερο τα 10. Ο μεγάλος όγκος φαίνεται ότι βρίσκεται στα 7-9 λεπτά, πράγμα που έχει αρχίσει να τεκμηριώνεται και σε νεώτερες μελέτες. **Τι εξασφαλίζει λοιπόν η αναφορά ενός χρόνου απόσυρσης 6 λεπτών για ένα έντερο που ενδεχομένως θα χρειαζόταν 10 λεπτά;**

κόλον μετά από το τέλος της απόσυρσης, όταν είναι πια διατεταμένο με αέρα. Τα 6 λεπτά δεν είναι αρκετά.

Στην προσπάθεια για γρηγορότερες ενδοσκοπήσεις μερικοί **αμφισβήτησαν την αξία ανίχνευσης μικρών πολυπόδων**. Η συζήτηση φούντωσε με την εμφάνιση της CT κολονογραφίας. Μερικοί μάλιστα τόλμησαν να χρεώσουν ένα μέρος από τους μικρούς πολύποδες σαν «ψευδώς θετικά» ευρήματα της κολονοσκόπησης, επειδή αρκετοί από αυτούς δεν είναι αδενωματώδεις και άρα θα μπορούσαν και να μην εξαιρεθούν. Πολύ γρήγορα αποδείχθηκε ότι **η υποβάθμιση που επιχειρήθηκε οφειλόταν απλά στην αδυναμία της CT κολονογραφίας να βρίσκει μικρούς πολύποδες**.

Παρά τις θορυβώδεις εργασίες που αμφισβητούσαν την αξία των μικρών πολυπόδων επικράτησε το αυτονόητο: **Ένας μεγάλος πολύποδας κάποτε ήταν ένας μικρός πολύποδας** και είναι καλύτερο να τον βρίσκεις μικρό παρά μεγάλο. Η σημασία του μικρού πολύποδα είναι ακόμα μεγαλύτερη όταν κάνεις **προληπτικές κολονοσκοπήσεις και δίνεις οδηγία για επανάληψη σε 10 χρόνια** αφού είναι γνωστό ότι ο χρόνος ανάπτυξης ενός καρκίνου από έναν πολύποδα πολύ συχνά είναι μικρότερος από 10 χρόνια.

Αλλά για σταθείτε! **Γιατί τέτοια βιασύνη; Γιατί 6 λεπτά;** Γιατί να μην αφιερώσεις 9' για να ψάξεις καλύτερα; **Μήπως είναι η απληστία του επαγγέλματος** που ωθεί τους υπερατλαντικούς συναδέλφους μας να βιαστούν για να χωρέσουν στο πρόγραμμα έστω και μια παραπάνω κολονοσκόπηση;

Το θέμα θυμίζει λίγο τη βαθμολογία στο Πανεπιστήμιο: Είναι αλήθεια ότι προβιβάζεσαι με βαθμό 6. Όμως το άριστα είναι το 10. Η απόσταση του 6 από το 10 δεν είναι ποιοτική ως προς το αν προβιβάζεσαι. **Η διαφορά είναι όμως ποιοτική ως προς την ουσία της ιατρικής που επαγγέλλεσαι**.



Εξωσκοπήσεις

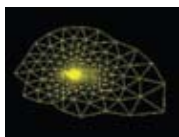
Αισχροκέρδειες της γειτονιάς



Η πολιτική υπερτιμολόγησης ιατρικών ειδών απορροφάει με σθέμιτο τρόπο χρήματα από τον προϋπολογισμό της Υγείας. Στα δημόσια νοσοκομεία η κατανάλωση δεν φαίνεται να επηρεάζεται άμεσα από το κόστος. Ο μέσος δημόσιος ιατρός **δεν γνωρίζει το κόστος των αναλωσίμων αφού δεν βλέπει ποτέ το λογαριασμό.** Ο αντιπρόσωπος ανεβάζει την τιμή για να μπορέσει να εξυπηρετήσει διάφορους ενδιαμέσους, προκειμένου να γίνεται αυξημένη κατευθυνόμενη κατανάλωση. Σ' αυτούς περιλαμβάνονται σαν τελικοί αποδέκτες κάποιοι διαπλεκόμενοι ιατροί, όπως αποκαλύφθηκε επίσημα. Όμως κανένας δεν μπορεί να αμφισβητήσει ότι **η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών δεν διαπλέκεται.** Οι πλασματικά αυξημένες τιμές - εξαιτίας των παιχνιδιών διαπλοκής στο δημόσιο- **μεταφέρονται αναγκαστικά και στον ιδιωτικό τομέα,** αφού θα ήταν προκλητικό να φαίνονται δύο τόσο διαφορετικές τιμές ταυτόχρονα στην αγορά. Όμως οι φουσκωμένες τιμές στον ιδιωτικό χώρο οδηγούν είτε σε υπερβολική χρέωση των ασθενών ή σε μη κατανάλωση απαραίτητων υλικών, κάτι που οδηγεί σε επικίνδυνη ιατρική. Η υπερτιμολόγηση έχει σαν αποτέλεσμα **οι ιδιώτες να ψάχνουν και σιγά-σιγά να βρίσκουν άλλες διεξόδους.** Μια βελόνα σκληροθεραπείας 230 cm που χρεωνόταν 80€ (χωρίς ΦΠΑ) σύντομα αντικαταστάθηκε με μια άλλη που χρεωνόταν 23€ και σύντομα κάποια άλλη κόστιζε 21€. Σήμερα υπάρχουν γαστρεντερολόγοι που εισάγουν απευθείας **από τη Γερμανία βελόνες μιας**

χρήσεως 230 cm προς 4.5€ και άλλα αναλώσιμα σε ανάλογες τιμές. Για να το κάνεις αυτό, χρειάζεται απλά μια δήλωση στην εφορία ότι θα εισάγεις υλικά και τα τιμολόγια καταχωρούνται σαν έξοδα, κανονικά. Πολλές αντιπροσωπείες ιατρικών αναλωσίμων στενάζουν από την αδυναμία του δημοσίου να εξοφλήσει τους φουσκωμένους λογαριασμούς **με τους οποίους οι ίδιοι το έχουν χρεώσει.** Το πρόβλημα όπως είναι φυσικό στρέφεται κατά δικαίων και αδικιών: Πλήρης στάση πληρωμών για αρκετούς μήνες. Μερικές αντιπροσωπείες μάλιστα ετοιμάζονται να κηρύξουν πτώχευση. Για αυτές που κερδοσκοπούσαν ξεδιάντροπα και συντέλεσαν στο σημερινό τέλμα έχει θέση αυτό που έλεγε ο Αβραάμ Λίνκολν **“ You can fool some people all of the time, or you can fool all the people some of the time. But you cannot fool all the people all the time”.** Κάποια στιγμή σε τσακώνουν και χάνεις! Ίσως είναι ώριμα τα πράγματα για **να αναλάβει η ΕΠΕΓΕ να κάνει ένα Συνεταιρισμό Γαστρεντερολόγων ο οποίος θα φέρνει αναλώσιμα σε κανονικές τιμές.** Η πρόταση δεν είναι εξωπραγματική, αφού ανάλογους συνεταιρισμούς έχουν καταφέρει επιτυχώς υδραυλικοί, φαρμακοποιοί και ηλεκτρολόγοι. Αυτό θα αναγκάσει όλους όσους φουσκώνουν τους λογαριασμούς να συννετιστούν ή να εξαφανιστούν. Δεν χρωστάνε ούτε οι γαστρεντερολόγοι ούτε οι ασθενείς να παραμένουν **όμηροι των κερδοσκοπίσκων της γειτονιάς.**

www.NCCN.org : Αλγόριθμοι για νεοπλασίες



Στο **www.nccn.org** , που είναι το site του **National Comprehensive Cancer Network** , μπορεί κανείς να βρει γρήγορους ενημερωμένους αλγόριθμους για το χειρισμό νεοπλασιών. Για παράδειγμα : Ποια διαφορετική αντιμετώπιση χρειάζεται ένα μικρό καρκι-

νοειδές στα 10 εκατοστά από ένα μικρό καρκινοειδές στα 30 εκατ. ; Οι αλγόριθμοι είναι σε διαγράμματα και οι απαντήσεις γρήγορες και χωρίς περιττές κουβέντες. Η εγγραφή στο site γίνεται δωρεάν. Αξίζει να το έχετε πρόχειρο γιατί είναι γρήγορο και έγκυρο.

Ηπατολογικό Συνέδριο τον Μάιο 2011 στα Χανιά



Η Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Ήπατος διοργανώνει το Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο στα Χανιά, στις 12-15 Μαΐου 2011 . Αυτό που φαίνεται ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο το οποίο έχει σαν θέμα την **“Οξεία επιδείνωση της κλινικής πορείας ασθενούς με χρόνια ηπατοπάθεια”.** Για κάποιον ανεξήγητο λόγο η ΕΕΜΗ διατηρούσε ένα χαμηλό προφίλ το οποίο ήταν δυσανάλογο με την υψηλή ποιότητα των εκδηλώσεών της. Τα περισσότερα μη-μέλη ενημερώνονταν για το συνέδριο από

στόμα σε στόμα. Με χαρά βλέπουμε ότι φέτος γίνεται προσπάθεια από την εταιρεία να ενημερωθούν επίσημα όλοι οι πιθανοί ενδιαφερόμενοι, με πρώτους τους γαστρεντερολόγους. Το site της Εταιρείας Μελέτης Ήπατος είναι το **www.eemh.gr** για όποιον θέλει να μάθει περισσότερα. Πρόεδρος της Εταιρείας είναι ο κ. Σπύρος Ντουράκης, που είναι γνωστός για τις ντούρες και ανελαστικές απόψεις του **για καθαρά μηνύματα, για σαφείς ομιλίες, χωρίς πολυλογία και επιστημονικές πιρουέτες.**

Εξωσκοπήσεις



One Note: Μια super agenda στον Η/Υ σας!



Το One Note είναι ένα εξαιρετικά πρακτικό πρόγραμμα που λίγοι φαίνεται ότι γνωρίζουν. **Όσοι έχουν το Office της Microsoft το έχουν ήδη μέσα στους υπολογιστές τους.** Πρόκειται για ένα πολύτιμο βοήθημα στο οποίο **μπορείς να αποθηκεύσεις όλες τις σημειώσεις σου, σαν σε ατζέντα,** με ταχύτατη πρόσβαση και λίγες κινήσεις. Στόχος του είναι να αντικαταστήσει τα χαρτάκια με τις σημειώσεις, μικρά ή μεγάλα. Μπορεί κανείς να γράψει υπενθυμίσεις για ασθενείς που χρειάζονται πχ πιο στενή παρακολούθηση , αλλά μπορεί να γράψει μέχρι και ολόκληρα ιστορικά. Σημειώσεις για ταξίδια, κωδικούς, συνέδρια και ότι άλλο φανταστεί. Ότι γράψεις αποθηκεύεται αυτόματα, χωρίς να χρειάζεται να επιλέξεις αποθήκευση. Το πρόγραμμα σας επιτρέπει να κάνετε πολλά πράγματα που σας φάνινονταν δύσκολα. Είναι το πιο εύκολο, αυτόνοτο και γρήγορο πρόγραμμα που έχει εκδώσει η Microsoft , με πολλές χρήσιμες εφαρμογές που λύνουν τα χέρια.

Παράδειγμα: Για να αντιγράψτε οτιδήποτε θέλετε ακριβώς όπως το βλέπετε στην οθόνη σας (φωτογραφία ή κείμενο,

στο internet ή σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα βρίσκεστε) και να το κολλήσετε στο κείμενό σας δοκιμάστε το εξής: **Πατήστε το πλήκτρο με το σημαδάκι των Windows (που βρίσκεται κάτω, δίπλα στο ALT) και ταυτόχρονα πατήστε το πλήκτρο S.** Η εικόνα στην οθόνη σας θα ακνίσει. Εμφανίζεται ένας σταυρός πάνω στην οθόνη που αν τον σύρετε πατώντας μαζί και το αριστερό κουμπί στο ποντίκι, σας επιτρέπει να επιλέξετε το κομμάτι από την οθόνη που θα αντιγράψετε. Αφήνετε τα δάκτυλα από το ποντίκι και χωρίς να κάνετε οτιδήποτε άλλο και το κομμάτι που επιλέξατε αντιγράφεται σε μια νέα σελίδα του One Note που ανοίγει αυτόματα μπροστά σας. Ακολουθώντας μπορείτε να το πάρετε από εκεί και να το επικολλήσετε όπου θέλετε πχ στο Powerpoint. **Έτσι ξεπερνάτε οποιονδήποτε απαγορευτικό αντιγραφικό φραγμό** έχει βάλει ο κατασκευαστής ενός site.

Έχει ατέλειωτες άλλες εφαρμογές. Οι οδηγίες εμφανίζονται μόλις ανοίξετε οποιαδήποτε εφαρμογή και περιέργως ... είναι κατανοητές.

Η ανατροπή της θεωρίας των μiasμάτων



Η πρώτη αναφορά στην έννοια «ανοσία» έγινε το 430 πΧ από τον Θουκυδίδη: Αναφέρει ότι το δεύτερο χρόνο του Πελοποννησιακού πολέμου, όταν η Αθήνα επλήγη από πανώλη, όσοι είχαν θεραπευτεί από αυτήν μπορούσαν να φροντίζουν τους άλλους ασθενείς χωρίς να ασθενούν για δεύτερη φορά.

Το 1878 ο **Louis Pasteur** πρωτοδιατύπωσε την **микροβιακή θεωρία των παθήσεων και την έννοια του εμβολιασμού.** Αργότερα ο Robert Koch απέδειξε τη σχέση μικροοργανισμών και λοιμωδών νόσων και του απονεμήθηκε το βραβείο Nobel το 1905.

Η θεωρία αυτή ερχόταν σε αντίθεση με την επικρατούσα μέχρι τότε μiasματική θεωρία των ασθενειών. **Η θεωρία των μiasμάτων ήταν ιδιαίτερα δημοφιλής τον μεσαίωνα.** Είχε επηρεαστεί από τη θεωρία περί αναθυμιάσεων του Robert Boyle “Suspicions about the hidden realities of the air” η οποία υποστήριζε ότι οι **αρρώστιες μεταδίδονται από κακό αέρα.** Έτσι, η χολέρα που έπληξε το Λονδίνο στα 1850, απεδόθη σε υψηλή συγκέντρωση μiasμάτων κοντά στις όχθες του Τάμεση.

Μια άλλη διάσημη οπαδός της θεωρίας των μiasμάτων ήταν

και η πασίγνωστη **Florence Nightingale** [1820-1910] που έγινε γνωστή για το έργο της: Να κάνει τα νοσοκομεία υγιεινά και να μυρίζουν φρεσκάδα. Ανάλογες ήταν και οι οδηγίες των ιατρών της εποχής πχ ανοικτά παράθυρα , εξοχή κτλ.

Η ανοσολογία έκανε μεγάλες προόδους κατά τα τέλη του 19^{ου} αιώνα με την ανακάλυψη της χυμικής και της κυτταρικής ανοσίας. Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η δουλειά του **Paul Ehrlich** (απεικονίζεται στη φωτογραφία) **που διατύπωσε τη θεωρία της ειδικότητας της αντίδρασης αντιγόνου-αντισώματος.** Η συμβολή του αυτή αναγνωρίστηκε το 1908 με την απονομή του βραβείου Nobel. Το βραβείο το μοιράστηκε με τον **Ilya Metchnikoff**, Ρώσο ζωολόγο και μικροβιολόγο, που ανακάλυψε την κυτταρική ανοσία και **που μίλησε για πρώτη φορά για την φαγοκυττάρωση.**

Δουβλίνο θα πάτε;



Στην όμορφη πρωτεύουσα της πολυσυζητημένης αυτό τον καιρό Ιρλανδίας θα λάβει χώρα φέτος το 6ο Συνέδριο της ECCO στις 24-26 Φεβρουαρίου. Πρόκειται για μία πόλη γεμάτη ιστορία, με κατάλοιπα των Βίκινγκς, μεσαιωνικά κτίσματα, γεωργιανές πλατείες και εξαιρετικά μουσεία. Στην επίσκεψή σας θα ανακαλύψετε πως ο πλούτος της Ιρλανδικής κουλτούρας συνδέεται με τους κατοίκους της, την ιστορία τους, το γέλιο και την αίσθηση της διασκέδασης που έχουν. Η περίοδος που διανύουν οι Ιρλανδοί δεν είναι η καλύτερη οικονομική συγκυρία, η ιστορία τους όμως αποδεικνύει ότι το ΔΝΤ δεν θα πτοήσει τους λαλίστατους κατοίκους του νησιού.

Η πόλη είναι χτισμένη στην ανατολική ακτή της Ιρλανδίας στις εκβολές του ποταμού Λίφey, που την χωρίζει σε βόρειο και νότιο τμήμα με αστικό πληθυσμό στο βορά και το νότιο να κατοικείται περισσότερο από μεσαία και ανώτερα στρώματα, διάκριση που αμβλύνεται με τη πάροδο του χρόνου. Ο πληθυσμός σήμερα, χωρίς τα περίχωρα, ανέρχεται σε μόλις 500.000 κατοίκους. Η πρώτη αναφορά στην περιοχή γίνεται από τον Έλληνα αστρονόμο και χαρτογράφο Κλαύδιο Πτολεμαίο το 140π.Χ. στα γραπτά του οποίου αναφέρεται ως Eblana Civitas. Ωστόσο θεωρείται ότι η πόλη ιδρύθηκε με το τωρινό της όνομα το έτος 988μ.Χ. Προήλθε από την ένωση δύο συνοικισμών που προϋπήρχαν και συγκεκριμένα ενός συνοικισμού των Βίκινγκς με το όνομα Dubh linn και ενός κελτικού οικισμού με το όνομα the Cliath. Οι κέλτικες ρίζες αποτελούν και τη βάση της Ιρλανδικής γλώσσας. Από το 1541 και έως το 1800 η Ιρλανδία γίνεται Βασίλειο. Κατά την διάρκεια του 17ου αιώνα, το Δουβλίνο αναπτύσσεται ταχύτατα, με αποτέλεσμα να γίνει η δεύτερη μεγαλύτερη πόλη της Βρετανικής Αυτοκρατορίας μετά το Λονδίνο. Τα περισσότερα αξιοσημείωτα έργα αρχιτεκτονικής της πόλης προέρχονται από αυτή την περίοδο.

Το 1801 η Ιρλανδία ενώνεται με το Βασίλειο της Μεγάλης Βρετανίας και σχηματίζεται έτσι το Ηνωμένο Βασίλειο της Μεγάλης Βρετανίας και Ιρλανδίας, ενώ η Ιρλανδία ανακηρύσσεται επίσημα ανεξάρτητο κράτος το 1922 με πρωτεύουσα το Δουβλίνο μετά από μια αιματοβαμμένη περίοδο οκτώ ετών. Η διακήρυξη της Ανεξαρτησίας έγινε από τον Πάτρικ Πίαρς, τη Δευτέρα του Πάσχα του 1916 από το κτίριο του κεντρικού ταχυδρομείου στην O'Connell Street και τα σημάδια από τις σφαίρες της Βρετανικής απάντησης είναι ακόμα ορατά στους τοίχους.

Το πιο γνωστό αξιοθέατο του Δουβλίνου είναι το Trinity College, μια όμορφη πανεπιστημιούπολη που βρίσκεται λίγο έξω από τα τείχη της παλιάς πόλης. Κατατάσσεται συνεχώς ανάμεσα στα καλύτερα πανεπιστήμια όλου του κόσμου, και ανάμεσα στους αποφοίτους του περιλαμβάνονται ονόματα όπως ο Όσκαρ Ουάιλντ, ο Σάμιουελ Μπέκετ, ο Τζόνθαν Σουίφτ. Άλλωστε ο Έρνεστ Γουόλτον από το Trinity College μοιράστηκε το 1951 το Νόμπελ Φυσικής για τη διάσπαση του ατόμου. Το πανεπιστήμιο ιδρύθηκε το 16ο αι. μ.Χ. στην περιοχή της μονής Αλ Χόλουους, στα πρότυπα των πανεπιστημίων της Οξφόρδης και του Κέμπριτζ, για να παρέχει στους προτεστάντες μία εναλλακτική εκπαιδευτική λύση. Ο χώρος μοιάζει με όαση καθ' ότι η είσοδος και μόνο από το West Front, σας ταξιδεύει ήδη σε μια άλλη βουκολική εποχή. Ανάμεσα στους περιβόλους και τις εκτάσεις πράσινου υψώνονται καλαίσθητα κτίρια του 18ου και



19ου αι., κάποια εκ των οποίων είναι ανοιχτά στο κοινό. Το σημαντικότερο, η Βιβλιοθήκη του Trinity College διαθέτει μερικά από τα πιο διάσημα χειρόγραφα στον κόσμο, συμπεριλαμβανομένου και του Book of Kells, ένα εικονογραφημένο χειρόγραφο του 9ου αιώνα που αφηγείται τις ιστορίες των τεσσάρων Ευαγγελίων.

Μουσεία και γκαλερί βρίσκονται παντού αντανakλώντας την πλούσια πολιτιστική κληρονομιά της πόλης. Το Εθνικό Μουσείο περιλαμβάνει τρία παραρτήματα σε τρία διαφορετικά σημεία του Δουβλίνου, ένα με αρχαιολογικά κι ιστορικά εκθέματα, ένα Φυσικής Ιστορίας και το τρίτο και τελευταίο με συλλογές από διακοσμητικές τέχνες και στοιχεία της κοινωνικής, στρατιωτικής οικονομικής και πολιτικής ιστορίας της χώρας, παρουσιασμένα με σύγχρονα τεχνολογικά μέσα. Η Εθνική Πινακοθήκη φιλοξενεί μια εξαιρετική συλλογή έργων δυτικοευρωπαϊκής τέχνης από το Μεσαίωνα έως και σήμερα. Αυτονόητα, εκεί θα βρείτε και την σπουδαιότερη συλλογή ιρλανδικής τέχνης στον κόσμο.

Το κάστρο του Δουβλίνου σύμβολο της Βρετανικής κυριαρχίας επί 700 χρόνια είναι αξιοθέατο από μόνο του, αλλά ο σημαντικότερος λόγος για να το επισκεφθείτε είναι η Βιβλιοθήκη Τσέστερ Μπίτι. Μόλις πριν μια δεκαετία διαμορφώθηκε ο χώρος και μεταφέρθηκε η ιδιωτική συλλογή του σημαντικού αυτού για την Ιρλανδία άντρα. Περιλαμβάνει μία από τις καλύτερες συλλογές ανατολίτικης τέχνης στον κόσμο.



Πάπυρος με Επιστολή του Απ. Παύλου προς τους Ρωμαίους, περισσότερα από 260 κοράνια, χειρόγραφο του Gulistan of Saadi εκτίθενται και σας περιμένουν να τα θαυμάσετε.

Σε μία πόλη τόσο έντονης συγγραφικής δραστηριότητας όπως το Δουβλίνο δεν θα μπορούσε να λείπει το μικρό και αυθεντικό Μουσείο των Συγγραφέων. Θα ήταν όμως μεγάλη παράλειψη στην πόλη του Μπέρναρντ Σω, του Όσκαρ Ουάιλντ και του Σάμιουελ Μπέκετ να μην παρακολουθήσετε μία θεατρική παράσταση στο θέατρο Abbey ή στο Gate. Από την ίδρυσή του το Gate ήταν ένα από τα τολμηρότερα της Ευρώπης εισάγοντας το Ιρλανδικό κοινό στον Ίψεν και τον Τσέχωφ και ανεβάζοντας έργα που στη Βρετανία είχαν απαγορευθεί.

Η θρησκεία αποτελούσε πάντα για τους Ιρλανδούς ένα σημαντικό ζήτημα και έπαιξε καθοριστικό ρόλο σε πολυάριθμες πτυχές της τοπικής ιστορίας αν και η παρουσία τους στις εκκλησίες έχει μειωθεί πάρα πολύ τα τελευταία χρόνια. Δύο εκκλησίες που δεν πρέπει να χάσετε είναι ο Καθεδρικός Ναός του Χριστού και ο Καθεδρικός του Αγίου Πατρικίου. Ο τελευταίος είναι ο προστάτης της πόλης του Δουβλίνου και κυκλοφορούν πολλές ιστορίες για τα θαύματά του όπως και για την καμπάνα του που απαλλάξε την Ιρλανδία από τα φίδια. Πρόκειται για το μακρύτερο μεσαιωνικό ναό της χώρας. Οι κίονες του κλίτους είναι σκαλισμένοι με σειρά μορφών ενώ το χοροστάσιο κοσμούν κρήνη και σπαθιά των Ιπποτών του Αγίου Πατρικίου.

Με περισσότερο από το μισό πληθυσμό της πόλης να είναι κάτω των 25 ετών αντιλαμβάνεστε ότι η πρωτεύουσα της Ιρλανδίας ταυτίζεται και με την διασκέδαση μέρα και νύχτα. Οι παμπ, τα μπαρ και τα αμέτρητα καφέ ξεφυτρώνουν παντού. Το προσφορότερο μέρος για να τα βρείτε όλα μαζί είναι η περιοχή Temple Bar σε ένα δίκτυο πλακόστρωτων δρόμων από την Dame street ως τις όχθες του Λίφει. Εδώ

πάντα «κάτι γίνεται»! Εκτός όμως από τους χώρους διασκέδασης φιλοξενεί και το Δημαρχείο, κέντρα πολιτιστικών δρώμενων και το Cultivate, κέντρο οικολογικού σχεδιασμού, με κέντρο την Meeting House Square που είναι τόπος συναυλιών, υπαίθριων προβολών και της Σαββατιάτικης αγοράς. Η μπίρα εδώ, και όχι μόνο, ρέει άφθονη. Μαζί με το ούισκι η μαύρη μπίρα Guinness είναι το εθνικό ποτό. Ο Άρθουρ Γκίνες έστησε την επιχείρηση το 1759 και τα δέκα παιδιά του τη συνέχισαν, καταλήγοντας, 250 χρόνια μετά, σε έναν κολοσσό στη ζυθοποιία. Η επίσκεψή σας στις αποθήκες της Guinness θα καταλήξει σε ένα από τα μπαρ των τελευταίων ορόφων με την εκπληκτική θέα στην πόλη για την αναμενόμενη γευσισγνωσία!

Μη χάσετε την ευκαιρία να περιπλανηθείτε στους δρόμους του Δουβλίνου. Θα σας αποκαλύψει αριστουργήματα Γεωργιανής αρχιτεκτονικής που έχουν απομείνει ανάμεσα σε άχαρα κτίρια γραφείων και συμπαθητικά Βικτωριανά κτίσματα. Είναι αλήθεια ότι οι Ιρλανδοί έχουν μετανιώσει για το γκρέμισμα τόσων Γεωργιανών οικημάτων, με τα εναπομείναντα να τους θυμίζουν πως θα ήταν η πόλη σήμερα. Ο πιο διάσημος και πολυσύχναστος πεζόδρομος είναι η οδός Grafton με το άγαλμα της Μόλι Μαλόουν να σηματοδοτεί την αρχή του. Εδώ θα βρείτε το τοπικό πολυκατάστημα Brown Thomas, το διάσημο οίκο τσαγιού Bewley's και πλήθος άλλων εμπορικών καταστημάτων, πλανόδιους μουσικούς, ερμηνευτές και ανθοπώλες. Με το πρόσχημα του shopping θα μπορούσατε να επισκεφθείτε και το εμπορικό κέντρο Powerscourt Townhouse που είναι στην ουσία ένα κομψό κτίριο του 18ου αι. σπίτι του ομώνυμου υποκόμνη. Όλες του αίθουσες και τα δωμάτια τώρα χρησιμοποιούνται ως καταστήματα και εστιατόρια. Ένα εστιατόριο που αξίζει να επισκεφθείτε είναι αυτό του κομψού ξενοδοχείου Clarence που ανήκει στο γνωστό ιρλανδικό συγκρότημα των U2.

Μέσα στην πόλη μπορείτε να μετακινηθείτε με λεωφορεία ή τραμ που κυκλοφορούν αποτελεσματικά σε δύο γραμμές, την πράσινη και την κόκκινη και λέγονται LUAS. Τα ταξί δεν έχουν χαρακτηριστικό χρώμα αλλά μπορείτε να τα διακρίνετε από την ταμπέλα στην οροφή τους.

Η επαρχία της Ιρλανδίας, προσφέρεται για υπέροχες εκδρομές μια και έχει να σας επιδείξει εκπληκτικά τοπία. Θυμηθείτε ότι οδηγούν στην αριστερή πλευρά του δρόμου πριν αποφασίσετε να νοικιάσετε ένα αυτοκίνητο για τις αποδράσεις σας. Το πιθανότερο όμως είναι ότι οι μέρες δεν θα σας φτάσουν να εξαντλήσετε τον πλούτο του Δουβλίνου.

Καλό σας ταξίδι!



Ακροβατώντας

A painting of a family of four and a dog walking on a tightrope. The father, wearing a light blue shirt and khaki pants, leads the way with arms outstretched for balance. Behind him is a young girl in a light blue shirt and pink pants, also with arms outstretched. Next is a young boy in a light blue shirt and grey shorts, holding the girl's hand. Then a woman in a purple long-sleeved shirt and grey pants, with one arm raised. At the back is a small black and white dog. They are walking on a thick, dark rope that curves slightly upwards from left to right. The background is a dramatic sky with orange and yellow hues, suggesting a sunset or sunrise, with soft, white clouds. The overall style is painterly and whimsical.

Με απόσταση σαρανταπέντε (45!) περίπου χρόνων, κλείστε λίγο τα μάτια και δώστε στους στίχους την εικόνα του σήμερα. Ελάτε, δεν είναι δύσκολο. Η ζωή και το τσίρκο ήταν πάντα πολύ κοντά. Φώτα, μάγοι, παλιάτσος! Ποιοί θα ήταν σήμερα;
Καλά λοιπόν, θα βοηθήσω, εγώ σας αποκαλύπτω τους schoinoβάτες...



- ✓ Αποτελεσματικότητα στην επαγωγή και διατήρηση της κλινικής και ενδοσκοπικής ύφεσης^{1,2}
- ✓ Μια φορά την ημέρα³
- ✓ 5-ASA με τεχνολογία MMX³

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Mezzavant 1200 mg, γαστροανθεκτικά δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης.

2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΩΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Κάθε δισκίο περιέχει 1200 mg μεσολαζίνη (mesalazine). Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **3. ΦΑΡΜΑΚΟΔΥΝΑΜΙΚΗ** Γαστροανθεκτικά δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης. Καστανόκοκκιο, ελλειψοειδές, επικαλυπτόμενο με λεπτό γυάλινο δισκίο, που φέρει χαραγή στη μία όψη με την ένδειξη 5476.

4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ **4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις** Για την επαγωγή κλινικής ή ενδοσκοπικής ύφεσης σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια, ενεργή ελκώδη κολίτιδα. Για τη διατήρηση της ύφεσης. **4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης** Το Mezzavant ενδείκνυται για χορήγηση από το στόμα εφάπαξ ημερησίως. Τα δισκία δεν πρέπει να θρυμματίζονται ή να μασούνται και θα πρέπει να λαμβάνονται με φαγότο. **Ενέλεγχος συμπτωματολογιών των ηλικιωμένων (>65 ετών)** Για επαγωγή της ύφεσης: Πρέπει να χορηγούνται 2,4 έως 4,8 g (δύο έως τέσσερα δισκία) εφάπαξ ημερησίως. Η μέγιστη δόση των 4,8 g/ημέρα συνιστάται για ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε μικρότερες δόσεις μεσολαζίνης. Όταν χρησιμοποιείται η μέγιστη δόση (4,8 g/ημέρα) η επίδραση της θεραπείας πρέπει να αξιολογείται σε 8 εβδομάδες. Για διατήρηση της ύφεσης: Πρέπει να χορηγούνται 2,4 g (δύο δισκία) εφάπαξ ημερησίως. **Παιδιά και έφηβοι:** Το Mezzavant δεν συνιστάται για χρήση σε παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών λόγω έλλειψης δεδομένων σχετικά με την ασφαλή και αποτελεσματικότητά του. Δεν έχουν πραγματοποιηθεί συγκεκριμένες μελέτες του Mezzavant σε ασθενείς με ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια (βλέπε παραγράφους 4.3 και 4.4). **4.3 Αντενδείξεις** Ιστορικό υπερασensιβισμού σε σαλικίλια (συμπεριλαμβανομένης της μεσολαζίνης) ή σε κάποιο από τα εκδόχα του Mezzavant. Σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια (GFR <30 ml/min/1,73m²) και/ή σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια. **4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση** Ανασφαρές νεφρικής ανεπάρκειας, συμπεριλαμβανομένης της νεφροπάθειας ελαφύως ή αλβουμινουρίας, και οξεία ή χρόνια διάχυτη νεφρίτιδα έχουν συσχετιστεί με παρασκευάσματα που περιέχουν μεσολαζίνη και προφάρμακα της μεσολαζίνης. Το Mezzavant πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με επιβεβαιωμένη ήπια έως μέτρια νεφρική ανεπάρκεια. Συνιστάται να γίνεται αποτίμηση της νεφρικής λειτουργίας σε όλους τους ασθενείς πριν την έναρξη της θεραπείας καθώς και τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ασθενείς με χρόνια ανεπάρκεια πνευμονικής λειτουργίας, ειδικά με δύσπνοια, κινδυνεύουν να εμφανίσουν αντάρσεις υπερασπνοθώρας και πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Έχουν αναφερθεί σπάνιες σοβαρές δυσκρασίες του αίματος μετά από θεραπεία με μεσολαζίνη. Εάν ο ασθενής παρουσιάσει ανεξήγητη αιμορραγία, μώλωπες, πορφύρα, αναιμία, πυρετό ή κνίδα, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν αιματολογικές εξετάσεις. Εάν υπάρχει υποψία δυσκρασίας αίματος, η θεραπεία θα πρέπει να τερματιστεί. (Βλέπε παράγραφο 4.8). Έχουν αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις καρδιακής υπερασπνοθώρας (μυοκαρδίτιδα ή περικαρδίτιδα) λόγω ανόδου των της μεσολαζίνης με άλλα παρασκευάσματα που περιέχουν μεσολαζίνη. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή στη συνταγογράφηση αυτού του φαρμάκου σε ασθενείς με προδιάθεση ανάπτυξης μυοκαρδίτιδας ή περικαρδίτιδας. Εάν υπάρχει υποψία για αντίδραση υπερασπνοθώρας αυτής της μορφής, δεν πρέπει να δοθούν ξανάσκευάσματα που περιέχουν μεσολαζίνη. Η μεσολαζίνη έχει συσχετιστεί με ένα σύνδρομο οξείας δυσανεξίας που μπορεί να είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί από αναπνοή της εγγλεμονώδους ασθένειας των εντέρων. Αν και η ακριβής συχνότητα εμφάνισης δεν έχει καθοριστεί, έχει παρουσιαστεί στο 3% των ασθενών σε ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές με μεσολαζίνη ή σουλφασαλαζίνη (sulfasalazine). Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κρύπτες, οξύ κοιλιακό πόνο και αιμορραγική διάρροια, κάποιες φορές πυρετό, κεφαλαλγία και εξάνθημα. Εάν υπάρχει υποψία συνδρόμου οξείας δυσανεξίας, απαιτείται άμεση διακοπή της θεραπείας και δεν πρέπει να δοθούν ξανάσκευάσματα που περιέχουν μεσολαζίνη. Έχουν αναφερθεί αυξημένα επίπεδα ηπατικών ενζύμων σε ασθενείς που λαμβάνουν παρασκευάσματα που περιέχουν μεσολαζίνη. Συνιστάται προσοχή κατά τη χορήγηση του Mezzavant σε ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή κατά τη θεραπεία ασθενών που έχουν αλλεργία στη σουλφασαλαζίνη λόγω του ενδεχόμενου κινδύνου διαταραχόμενων αντάρσεων ευαισθησίας μετά από την

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:
Συμπληρώστε την
"ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"
ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ:

- ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα φάρμακα **N**
- Τις **ΙΣΟΒΑΕΙΣ** ανεπιθύμητες ενέργειες για τα γνωστά φάρμακα



Λ. Κηφισίας 274, 152 32 Χαλάνδρι, Αθήνα, Τηλ.: 210 8771500, Fax: 210 6891918
e-mail: info@genesishpharma.com, www.genesishpharma.com

Salofalk[®]

Granu-Stix 1000mg



Galenica α.ε.

ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΕΤΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

Ελευθερίας 4, 145 64 Κηφισιά, Τηλ.: 210 52 81 700 - Κουντουριώτου & Φασιανού 2, Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 54 26 85
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: ΤΗΛ.: 210 5281731 - ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗΣ ΤΗΛ.: 210 5281805