

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) • Αύγουστος - Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 2011 • Τεύχος
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

21

Κοιλιακός πόνος και
μυοπεριτονιακό σύνδρομο

Αιμοστατικό clips

Στοκχόλμη θα πάτε;

Νέα & Επίκαιρα

Φως



Όξινο Γαστρικό Περιβάλλον;

Αποδράστε

Zurcazol[®]
pantoprazole
40mg

Άρθρο Σύνταξης



Η αρχή του φθινοπώρου βρίσκει την ελληνική κοινωνία να βιώνει σε υπέρτατο βαθμό πλέον μια φαινομενικά οικονομική, αλλά στην πραγματικότητα και βαθειά ηθική κρίση. Παράλληλα σηματοδοτείται το τέλος μιας εποχής. Μιας εποχής αδυναμίας ιεράρχησης αναγκών και αξιών, μιας εποχής που ο κοινωνικός ιστός έχει διαβρωθεί οριζόντια σε τέτοιο βαθμό, που μοιάζει ανέφικτο να ανατραπούν οι διαμορφωμένες νοοτροπίες, ιδεολογίες και συμπεριφορές. Παρόλα αυτά δεν θα πρέπει να μας εγκαταλείψει η αισιοδοξία. Ας ελπίσουμε ότι η καταλυτική δυναμική της κρίσης θα εκτονώσει την αντίδραση σε υγιή και δημιουργικά προϊόντα...

Οι μικρές σπίθες προβληματισμού που διαφαίνονται σε όλες τις κοινωνικές ομάδες είναι δημιουργικότερες από την αδιαφορία. Αναγνωρίζεται επίσης η αξία «φωνών» της κοινωνίας που σιωпаίνουν, όχι γιατί δεν έχουν φωνή ή γνώμη ή τόλμη να μιλήσουν, αλλά γιατί θέλουν πρώτα να ακούν, μετά να σκέφτονται και τέλος να μιλούν. Η κρίση χρειάζεται σύνεση, αυτοκριτική, περίσκεψη αλλά και διάθεση για ξεβόλεμα, αμφισβήτηση των κεκτημένων και αναθεώρηση της στάσης ζωής του καθενός από εμάς. Οι εποχές της πλασματικής ευημερίας έχουν τελειώσει, ανεπιστρεπτί.

Ας δούμε με ειλικρίνεια και υπευθυνότητα την κατάσταση. Δεν μας ταιριάζουν οι ηττοπαθείς συμπεριφορές. Μόνο αν προτάξουμε το συλλογικό συμφέρον έναντι του ατομικού θα διαμορφώσουμε τα μέσα να την αντιμετωπίσουμε.

Νικολέττα Μάθου



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	06
ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ	08
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	10
Προβληματισμοί στην ορθή λήψη Βιοψιών	
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΙΑΤΕ;	16
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	18
Αιμοστατικά clips	
ΕΞΩΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	20
ΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΜΑΣ ΜΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΝΟΥΝ.....	24
Κοιλιακός Πόνος και Μυοπεριτονιακό Σύνδρομο	
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	30
Στοκχόλμη θα πάτε;	
ΤΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	34

Ιδιοκτίτης:
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:
Μάθου Νικολέττα

Συντακτική Επιτροπή:
Γιαννάκοπουλος Αθανάσιος
Γούλας Σπύρος

Ζωγράφος Κωνσταντίνος
Καραβίτης Παναγιώτης
Κογεβίνας Αντώνης
Κουβαράς Στέργιος
Μπομπότση Νάγια
Μπουζάκης Ηλίας
Νικολόπουλος Αντώνης
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

Διευθυντής Δημοσιογραφικού:
Σκούρας Μίλτος

Δημοσιογραφική 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, μερους 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.



Από την υποτροπή και τη φλεγμονή...

στην κλινική και ενδοσκοπική ύφεση²

1. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Mezavant 2. Kamm MA, Sandborn WJ, Gassull M, Schreiber S, Jackowski L, Butler T, Lyne A, Stephenson D, Palmer M, Joseph RE Once-daily, high-concentration MMX mesalazine in active ulcerative colitis. Gastroenterology. 2007 Jan;132(1):66-75

Μία φορά την ημέρα
mezavant[®]
μεσαλαζίνη 1200mg
Γαστροανθεκτικά δισκία, παρατεταμένης αποδέσμευσης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ
ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Mezavant 1200 mg, γαστροανθεκτικά δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης.
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Κάθε δισκίο περιέχει 1200 mg μεσαλαζίνη (mesalazine). **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ** Γαστροανθεκτικά δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης. Κατανοακόκκινο, ελλειψοειδές, επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο, που φέρει χαραγή στη μία όψη με την ένδειξη S476. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** **Θεραπευτικές ενδείξεις** Για την επαγωγή κλινικής και ενδοσκοπικής ύφεσης σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια, ενεργή ελκώδη κολίτιδα. Για τη διατήρηση της ύφεσης. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης** Το Mezavant ενδείκνυται για χορήγηση από το στόμα εφάπαξ ημερησίως. Τα δισκία δεν πρέπει να θρυμματίζονται ή να μασούνται και θα πρέπει να λαμβάνονται με φαγητό. **Ενήλικες, συμπεριλαμβανομένων 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 μεσαλαζίνης. 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 Mezavant δεν συνιστάται για χρήση σε παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών λόγω έλλειψης δεδομένων σχετικά με την ασφάλεια και αποτελεσματικότητά του. Δεν έχουν πραγματοποιηθεί συγκεντρωμένες μελέτες του Mezavant σε ασθενείς με ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια. **Αντενδείξεις** Ιστορικό υπερευαισθησίας σε σαλικυλικά (συμπεριλαμβανομένης της μεσαλαζίνης) ή σε κάποιο από τα έκδοχα του Mezavant. Σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια (GFR <30 ml/min/1,73m²) και/ή σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση** Αναφορές νεφρικής ανεπάρκειας, συμπεριλαμβανομένης της νεφροπάθειας ελάχιστης αλλοίωσης, και οξεία / χρόνια διάμεση νεφρίτιδα έχουν συσχετιστεί με παρασκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη και προφάρμακα της μεσαλαζίνης. Το Mezavant 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 άσθμα, κινδυνεύουν να εμφανίσουν αντιδράσεις υπερευαισθησίας και πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Έχουν αναφερθεί σπάνιες σοβαρές διαταραχές του αίματος μετά από θεραπεία με μεσαλαζίνη. Εάν ο ασθενής παρουσιάσει ανεξήγητη αιμορραγία, μώλωπες, πορφύρα, αναιμία, πυρετό ή κινάγκη, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν αιματολογικές εξετάσεις. Εάν υπάρχει υποψία διαταραχής αίματος, η θεραπεία θα πρέπει να τερματιστεί. Έχουν αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις καρδιακής υπερευαισθησίας (μυοκαρδίτιδα και περικαρδίτιδα) λόγω αντιδράσεων της μεσαλαζίνης με άλλα παρασκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή στη συνταγογράφηση αυτού του φαρμάκου σε ασθενείς με προϋπάρχουσα καρδιακή μυοκαρδίτιδα ή περικαρδίτιδα. Εάν υπάρχει υποψία για αντίδραση υπερευαισθησίας αυτής της μορφής, δεν πρέπει να δοθούν ενάντια σκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Η μεσαλαζίνη έχει συσχετιστεί με ένα σύνδρομο οξείας δυσανεξίας που μπορεί να είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί από ανώμαλη απόκριση της φλεγμονώδους ασθένειας των εντέρων. Αν και η ακριβής συχνότητα εμφάνισης δεν έχει καθοριστεί, έχει παρουσιαστεί στο 3% των ασθενών σε ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές με μεσαλαζίνη ή σουλφασαλαζίνη (sulfasalazine). Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κράμπες, οξύ κοιλιακό πόνο και αιμορροαγική διάρροια, κάποιες φορές πυρετό, κεφαλαλγία και εξάνθημα. Εάν υπάρχει υποψία συνδρόμου οξείας δυσανεξίας, απαιτείται άμεση διακοπή της θεραπείας και δεν πρέπει να δοθούν ενάντια σκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Έχουν αναφερθεί αυξημένα επίπεδα ηπατικών ενζύμων σε ασθενείς που λαμβάνουν παρασκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Συνιστάται προσοχή κατά τη χορήγηση του Mezavant σε ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή κατά τη θεραπεία ασθενών που έχουν αλλεργία στη σουλφασαλαζίνη λόγω του ενδεχόμενου κινδύνου διασταυρούμενων αντιδράσεων ευαισθησίας μεταξύ της σουλφασαλαζίνης και

της μεσαλαζίνης. Οργανική ή λειτουργική απόφραξη στην άνω γαστρεντερική οδό ενδέχεται να καθυστερήσει την έναρξη της δράσης του προϊόντος. **Ανεπιθύμητες ενέργειες** Περίπου 14% των ασθενών παρουσίασαν ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκου (ADR) που προέκυψαν από τη θεραπεία και οι οποίες σχετίστηκαν με το Mezavant. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας συντήρησης, δεν υπάρχουν νέα συμβάντα με συχνότητα εμφάνισης >1%. Στην πλειοψηφία τους τα συμβάντα ήταν προσωρινά και ήπιας ή μέτριας σοβαρότητας. Δεν αναφέρθηκε καμία μεμονωμένη ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκου σε συχνότητα υψηλότερη από 10%. Οι πλέον κοινά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκου κατά τη διάρκεια της οξείας θεραπείας, ο μετεωρισμός, ναυτία ή κεφαλαλγία, δεν ήταν δόσο-εξαρτώμενα και παρουσιάστηκαν σε ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε Mezavant σε ποσοστό μικρότερο του 3%. Άλλα συμβάντα που αναφέρθηκαν με το Mezavant ήταν λιγότερο συχνά και τα περισσότερα παρουσιάζονται παρακάτω: **Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Μειωμένος αριθμός αιμοπεταλίων **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Συχνές (>1% και <10%): Κεφαλαλγίες Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Ζάλη, υπνηλία, τρόμος **Διαταραχές του ωτός και του λαβυρίνθου** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Πόνος αυτιών **Καρδιακές διαταραχές** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Ταχυκαρδία **Αγγειακές διαταραχές** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Υπέρταση, υπόταση **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Φορυγγολαρυγγικός πόνος **Διαταραχές του γαστρεντερικού** Συχνές (>1% και <10%): Μετεωρισμός, ναυτία Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Κοιλιακή διάταση, κοιλιακός πόνος, κολίτιδα, διάρροια, δυσπεψία, παγκρεατίτιδα, πολύποδες του ορθού, έμετος **Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Αυξημένη αμινοτρανσφεράση της αλανίνης, μη φυσιολογικό τεστ ηπατικής λειτουργίας **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Ακμή, αλωπεκία, κνίση, κνισμός, εξάνθημα, κνίδωση **Διαταραχές μυοσκελετικού συστήματος, συνδετικού ιστού και οστών** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Αρθραλγία, πόνος στη μέση **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Εξασθένηση, οίδημα προσώπου, κόπωση, πυρετός. Η μεσαλαζίνη συσχετίστηκε επίσης με τα ακόλουθα συμβάντα: **Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος** Ακοκκιοκυττάρωση, απλαστική αναιμία, λευκοπενία, ουδετεροπενία, Πανκυτταροπενία, θρομβοκυτταροπενία. **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Νευροπάθεια **Καρδιακές διαταραχές** Μυοκαρδίτιδα, περικαρδίτιδα **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου** Αλλεργική κυψελίδα, βρογχόσπασμος **Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων** Χολολιθίαση, ηπατίτιδα **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού** Αγγειοοίδημα **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού** Συστηματικό σύνδρομο παρκινσον προς το σύνδρομο του ερυσθηματώδους λύκου, μυαλγία **Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών** Διάμεση νεφρίτιδα, νεφρικό σύνδρομο. Θα πρέπει να υπάρχει υποψία νεφροτοxicότητας, προκαλούμενης από τη μεσαλαζίνη, σε ασθενείς που εμφανίζουν νεφρική δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της θεραπείας. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** Shire Pharmaceutical Products Ltd, Hampshire International Business Park, Chineham, Basingstoke, Hampshire, RG24 8EP, Ηνωμένο Βασίλειο, **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** 64554/13-10-2008, **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ** 13/10/2008, **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΕΩΘΡΕΨΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ**: 13.10.2008 Για περαιτέρω πληροφορίες απευθυνθείτε στην GENESIS PHARMA S.A. Τρόπος Διάθεσης: Με Ιατρική συνταγή. Ενδεικτική Λιανική Τιμή: MEZAVANT GR.PR.R.TA. 1200MG/TAB B1x60, 94,01€

Shire

GENESIS
pharma

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



Νέα & Επίκαιρα

Νάγια Μπομπόση - Απόστολος Νταϊλιάνας

Το θέμα που απασχολεί έντονα τις τελευταίες συνεδριάσεις του ΔΣ είναι οι ραγδαίες αλλαγές που επιχειρούνται στο χώρο της Υγείας γενικότερα και παρασύρουν φυσικά και την ειδικότητά μας. Το προσχέδιο νόμου που προέβλεπε την αλλαγή των επιστημονικών εταιριών σε ΝΠΔΔ με διευρυμένες αρμοδιότητες δεν ψηφίσθηκε το καλοκαίρι όπως προβλέπονταν και είναι άγνωστη η τύχη του. Ένα όμως από τα βασικά σημεία του, η χορήγηση του τίτλου ειδικότητας φαίνεται να αναθέτεται από τη Νομαρχία στους Ιατρικούς Συλλόγους.

Παράλληλα, και ενώ ακόμη δεν έχουν καθορισθεί νέες τιμές ενδοσκοπήσεων, η έναρξη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ μετατέθηκε χρονικά, αλλά όλα δείχνουν, την ώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές, ότι θα ξεκινήσει μέσα στο Σεπτέμβριο και σε πλήρη ανάπτυξη από τον Ιανουάριο του 2012. Οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ιατροί, ο ακριβής αριθμός των οποίων δεν είναι ακόμη γνωστός, θα αμείβονται με πάγια αντιμισθία για το κλινικό έργο, χωρίς να είναι βέβαιη η αποζημίωση για εργαστηριακό έργο όπως οι ενδοσκοπήσεις, για τις οποίες πιθανότατα θα τεθεί ανώτατο όριο (πλαφόν).

Και ενώ τα χρέη του ΟΠΑΔ διαιωνίζονται, πρόσφατα ο Υπουργός Υγείας κατέθεσε στο Υπουργικό Συμβούλιο νομοσχέδιο με το οποίο προβλέπεται δυνατότητα συνεργασίας των συμβεβλημένων με Δημόσιο Νοσοκομείο μία φορά την εβδομάδα. Αυτό βέβαια, όπως και η αποκλειστικότητα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και αναγραφής εξετάσεων χρησιμοποιούνται ως κίνητρα για συμμετοχή στον φορέα με χαμηλές και αβέβαιες απολαβές.

Σε πρόσφατη συνάντηση με τον ΙΣΑ συζητήθηκαν οι προοπτικές του ΕΟΠΥΥ και αποφασίστηκε η απεργία της 7ης & 8ης Σεπτεμβρίου. Η ανάγκη αποχής από τις συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ είναι τόσο προφανής για τον ΙΣΑ, που αποφάσισαν να μη χορηγούν πιστοποιητικά για τη σύναψη συμβάσεων...

Η οικονομική συγκυρία είναι θλιβερή και ιδιαίτερα πιεστική. Η γενικότερη κατάσταση επηρεάζει σίγουρα τις αποφάσεις μας αλλά και τις δυνατότητες αντίδρασης. Οι αποφάσεις και οι συμβουλές στην παρούσα κατάσταση μπορεί να μοιάζουν παρωχημένες έως και φαιδρές. Παρά ταύτα, η θέση μίας Επαγγελματικής Ένωσης πρέπει πάντα να κινείται προς το συμφέρον του κλάδου συνολικότερα και με μακροπρόθεσμο βλέμμα. Το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ πιστεύει ότι ο ενιαίος φορέας αποτελεί θετική πρόοδο με προϋποθέσεις. Θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα για ελεύθερη πρόσβαση στο φορέα των ιατρών που επιθυμούν να συνάψουν σύμβαση. Για όσους δεν επιθυμούν την συμμετοχή στο φορέα πρέπει να υπάρχει η αυτονόητη δυνατότητα συνταγογράφησης και αναγραφής εξετάσεων. Η πληρωμή των συμβεβλημένων πρέπει να γίνεται κατά πράξη και περίπτωση και να ισχύουν οι νέες τιμές ενδοσκοπήσεων που έχει ζητήσει ήδη το ΚΕΣΥ προ πολλών μηνών, με βάση την πρόταση του κεντρικού συμβουλίου Δημόσιας Υγείας και τις τιμές της Ιταλίας σε επίπεδο 77 ευρώ για γαστροσκόπηση και βιοψίες και 95 ευρώ για κολονοσκόπηση και βιοψίες. Η σύναψη συμβάσεων τη στιγμή που ισχύουν τιμές του 1993, καταδικάζει τη γαστρεντερολογική κοινότητα του μέλλοντος και έχουμε όλοι ευθύνη γι αυτό.

Νέα & Επίκαιρα



Αγορά αναλωσίμων

Προκειμένου να γνωστοποιηθούν στα μέλη μας οι ισχύουσες τιμές των αναλωσίμων του γαστρεντερολογικού - ενδοσκοπικού ιατρείου και να γίνει προσπάθεια για βελτίωσή τους με την προοπτική μαζικότερων πωλήσεων, το ΔΣ αποφάσισε να συντάξει δύο καταλόγους με τα συνήθη αναλώσιμα. Ένα κατάλογο που θα περιλαμβάνει τα άμεσα σχετιζόμενα με την ενδοσκόπηση (πχ. λαβίδες βιοψίας) και έναν με τα αναλώσιμα γενικής χρήσης (πχ. γάντια). Οι κατάλογοι αυτοί θα σταλούν στις ενδιαφερόμενες εταιρίες και στη συνέχεια θα αναρτηθούν σε ευκρινές σημείο στην ιστοσελίδα της ΕΠΕΓΕ. Εάν η προσπάθεια ευδοκιμήσει, σε εποχές οικονομικής δυσπραγίας, θα βοηθήσει από τα μέλη μας, τους ελευθεροεπαγγελματίες, ιδιαίτερα όσους λειτουργούν ενδοσκοπικό ιατρείο, να μειώσουν τα έξοδα.

Αγγελίες



Ζητείται

Γαστρεντερολόγος με γνώση της Γαλλικής γλώσσας, για συμβόλαιο πλήρους απασχόλησης από το Νοσοκομείο της πόλης Chaumont sur Champagne, Departement 52000, στη Γαλλία
(<http://www.facebook.com/I/3AQBE34frAQBmbBtCcJKsiK7tS4YiXV2YS2M7aYpPZlQFpQ/> www.ch-chaumont.fr/).

Για περισσότερες πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι παρακαλούνται να επικοινωνήσουν με τον Dr Schlessler: 033614328146

Πωλείται

πλήρης εξοπλισμός γαστρεντερολογικού ιατρείου σε άριστη κατάσταση, καινούργιος, ενός έτους. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6977187133

Επιστολές

Προς Υπουργείο Υγείας
Γενικό Γραμματέα κ. Δημόπουλο
Κ. Γεωργακόπουλο

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί τη 2η αιτία θανάτου από καρκίνο στο δυτικό κόσμο. Ο κίνδυνος προ-σβολής από καρκίνο ενός ατόμου είναι 5-6%. Διπλάσιος είναι ο κίνδυνος σε περιπτώσεις θετικού οικογενει-ακού ιστορικού. Η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων (90%) εμφανίζεται μετά την ηλικία των 50 ετών και συνήθως ξεκινά με τη μορφή καλοήθους πολύποδα.

Είναι βιβλιογραφικά τεκμηριωμένο ότι η αναζήτηση και αφαίρεση των πολυπόδων με κολονοσκόπηση προ-λαμβάνει την ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου. Με την κολονοσκόπηση μπορεί να διαγνωσθεί και ο ασυ-μπτωματικός καρκίνος σε αρχικά στάδια, που είναι δυνητικά πλήρως ιάσιμος.

Είναι λοιπόν προφανής η ανάγκη για πρόληψη και πρώιμη διάγνωση. Η πρωτογενής πρόληψη σχετίζεται με υγιεινή διατροφή, άσκηση, αποχή από αλκοόλ και κάπνισμα. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει δύο εξετάσεις: την ετήσια εξέταση κοπράνων για αφανή αιμορραγία (ανιχνεύει καρκίνους) και την κολονοσκόπηση ανά 5-10 έτη (ανιχνεύει καρκίνους και πολύποδες που μπορεί να αφαιρεθούν και να σταματήσει η εξέλιξη σε καρκίνο).

Στην Ευρώπη περισσότερες από τις μισές χώρες έχουν πρόγραμμα πρόληψης καρκίνου παχέος εντέρου. Άλλες χώρες προσφέρουν μόνο έλεγχο αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα και επί θετικής δοκιμασίας κολονοσκόπηση, άλλες προσφέρουν δυνατότητα επιλογής είτε εξέτασης κοπράνων είτε κολονοσκόπησης, και μία προσφέρει μόνο κολονοσκόπηση (συνημ. 1).

Η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας, μετά από συνεργασία με την επιτροπή πρόληψης του καρκίνου παχέος εντέρου που έχει συσταθεί από 4ετία από την Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία (ΕΓΕ), την Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας (ΕΠΕΓΕ) και το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής (ΕΛΙΓΑΣΤ), αφού έλαβε υπόψη της στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία και πρακτική, καθώς και οικονομικά δεδομένα που αφορούν στη χώρα μας προτείνει:

Πρόγραμμα πρόληψης καρκίνου παχέος εντέρου με κολονοσκόπηση ανά 10ετία που θα ξεκινά από την ηλικία των 50 ετών στο γενικό πληθυσμό. Σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό κολονοσκόπηση ανά 5ετία με ηλικία έναρξης τα 40. Συμπληρωματικά να προσφέρεται σε όσους επιθυμούν και ο ετήσιος έλεγχος αιμοσφαιρίνης κοπράνων σε άτομα ηλικίας 50 ετών και πάνω και κολονοσκόπηση επί θετικού αποτελέσματος.

Πιλοτικά, η ανωτέρω πρόταση θα μπορούσε να εφαρμοσθεί σε άτομα ηλικίας 55-59 ετών για 5 χρόνια και τα αποτελέσματα να επανεκτιμηθούν. Σύμφωνα με τα στοιχεία της στατιστικής υπηρεσίας ο πληθυσμός 55-59 ετών είναι περίπου 600.000 άτομα. Η συμμόρφωση στα προγράμματα πρόληψης καρκίνου παχέος διεθνώς, ακόμη και μετά την απαιτούμενη εκστρατεία ενημέρωσης, δεν ξεπερνά το 20%. Ένα ποσοστό 20% περίπου επίσης δεν πληρεί τα κριτήρια πρόληψης (ασθένειες, προηγηθείσα κολονοσκόπηση κλπ) Στην περίπτωση που το σύνολο του προαναφερθέντος πληθυσμού επιλέξει από τον πρώτο χρόνο, αποκλειστικά την κολονοσκόπηση, αναμένεται να προκύψουν 100.000 κολονοσκοπήσεις. Σύμφωνα με την καταγραφή των γαστρεντερολόγων από την ΕΠΕΓΕ, το ανθρώπινο δυναμικό επαρκεί. Τα επόμενα 4 έτη θα προκύπτουν 20.000 κολονοσκοπήσεις κατ' έτος.

Επισυνάπτεται μελέτη της ΕΠΕΓΕ για τη σχέση κόστους-οφέλους επί εφαρμογής προγράμματος πρόληψης με κολονοσκόπηση στην Ελλάδα (συνημ. 2) και πιλοτική μελέτη του ΕΛΙΓΑΣΤ στη περιοχή Φαρσάλων (συνημ. 3). Για τη διευκόλυνση της ενημερωτικής εκστρατείας σας επισυνάπτουμε το φυλλάδιο των γαστρεντερολογικών εταιριών και το τηλεοπτικό σποτ που προβλήθηκε προ 1,5 έτους για περιορισμένο διάστημα στην τηλεόραση. Θεωρούμε ότι εκτός από τους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς, θα πρέπει και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες να αναλάβουν το κόστος που τους αναλογεί, που άλλωστε θα υπερκαλυφθεί από τη μείωση των εξόδων για την αντιμετώπιση του προχωρημένου καρκίνου.

Εφόσον η πρόληψη συχνών καρκίνων εξακολουθεί να βρίσκεται μέσα στους στόχους του Υπουργείου Υγείας, ο καρκίνος του παχέος εντέρου οφείλει να περιλαμβάνεται σε αυτούς.

JUST



Το εκλεκτικό αντιβιοτικό για το γαστρεντερικό σύστημα.



Lormyx®

Rifaximin 200mg



FARAN LABORATORIES s.a.

FARAN A.B.E.E. ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ & ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ. ΕΔΡΑ: Αχαΐας & Τροιζηνίας, Τ.Κ. 145 64, Ν. ΚΗΦΙΣΙΑ, ΑΘΗΝΑ.
Τηλ.: 210 6269200, Fax: 210 8071688. ΓΡΑΦΕΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ: 9ο χλμ. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ-ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ, Τ.Κ. 570 01 ΠΥΛΑΙΑ,
Τηλ.: 2310 818064, Fax: 2310 823695, e-mail: faran@faran.gr, www.faran.gr



Η ενδοσκόπηση και η ιστολογική εξέταση έχουν καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων του πεπτικού συστήματος. Συχνές φλεγμονώδεις παθήσεις, έχουν ανομοιομορφη και ασυνεχή κατανομή στο πεπτικό σωλήνα και επιβάλλουν τη λήψη πολλαπλών δειγμάτων βλεννογονικού ιστού. Δεν είναι ασύννητες, πολλές φορές κλινικοί και παθολογοανατόμοι, να έρχονται σε αντιπαράθεση, για το θέμα των ενδοσκοπικών πράξεων και της λήψης βιοψιών, ώστε να τεκμηριωθεί η συγκεκριμένη πάθηση.

Η κλινική πρακτική ποικίλλει ευρέως στη λήψη του απαραίτητου βιοπτικού υλικού, ειδικά εάν η ενδοσκοπική εμφάνιση του βλεννογόνου είναι φυσιολογική ή παρουσιάζει ελάχιστες αλλοιώσεις. Οδηγίες που αφορούν στον κατάλληλο αριθμό ιστικών δειγμάτων, είναι καλά τεκμηριωμένες σε νόσους όπως ο οισοφάγος Barrett και στη χρόνια γαστρίτιδα, ενώ σε άλλες δεν είναι απολύτως αποσαφηνισμένες.

Παρακάτω, θα αναφερθούμε στις τρέχουσες πληροφορίες και απόψεις, που αφορούν στον αριθμό και στη θέση των βιοψιών σε συγκεκριμένες νοσολογικές οντότητες.

Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα

Η διάγνωση της, συνήθως τίθεται, όταν στα κλινικά και ενδοσκοπικά ευρήματα, προστίθεται η ύπαρξη ηωσινοφιλικών ενδοβλεννογονικών διηθημάτων στις βιοψίες του οισοφάγου, σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται επαρκώς σε υψηλές δόσεις PPIs. Η πάθηση προσβάλλει το βλεννογόνο μακροσκοπικά και μικροσκοπικά, συχνά τμηματικά, παθολογική δε ιστολογία, είναι δυνατό να ευρεθεί και σε φυσιολογική μακροσκοπικά ενδοσκοπική εικόνα. Σημειώνεται, ότι ο αριθμός των ηωσινοφίλων διαφέρει ευρέως μεταξύ των δειγμάτων, η δε εύρεση >15 ηωσινοφίλων / x400 μεγέθυνση πεδίου είναι η θεμιτή, χωρίς να απορρίπτονται βιοψίες με μικρότερο αριθμό. Η συντήρηση και η χρώση του ιστού με αιματοξυλίνη – ηωσίνη, μπορεί να εμποδίσει την εύρεση των ηωσινοφίλων, όπως και η παρατεταμένη παραμονή του στη φορμόλη.

Προτείνεται η λήψη πολλαπλών βιοψιών από τον εγγύς, τη μεσότητα και τον άπω οισοφάγο, σε συνδυασμό με τη λήψη ιστού από το στόμαχο και το δωδεκαδάκτυλο, για τον αποκλεισμό της ηωσινοφιλικής γαστρεντερίτιδας, η οποία δύσκολα διαφοροδιαγιγνώσκεται, όταν βασισόμαστε μόνο στην ανάλυση ενός δείγματος από τον οισοφάγο. [Εικόνα 1]

Οισοφάγος Barrett

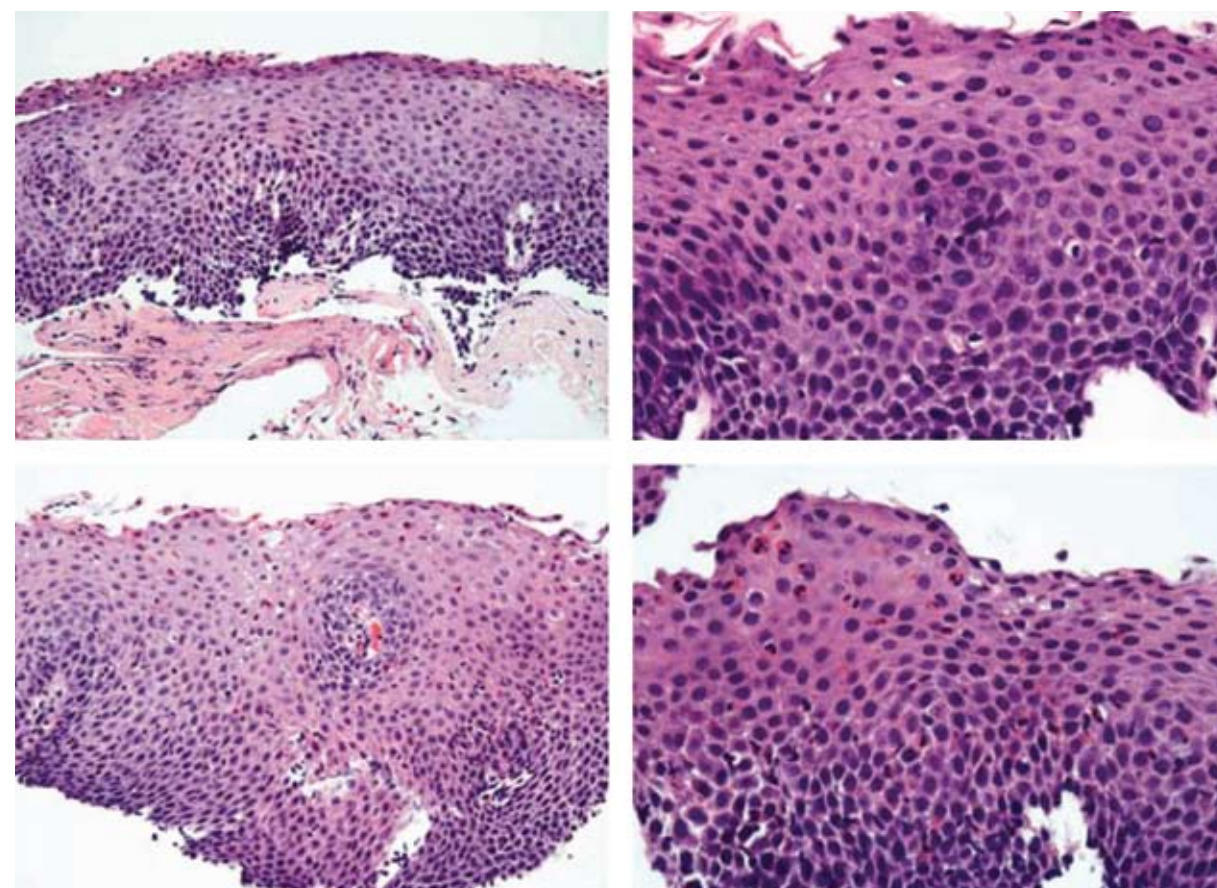
Ορίζεται ως η εμφανής παρουσία ενδοσκοπικά μεταπλαστικού κυλινδρικού επιθηλίου στον απώτερο οισοφάγο, με ταυτόχρονη ιστολογική τεκμηρίωση των χαρακτηριστικών goblet cells. Η συχνότητα και η πυκνότητα των τελευταίων συμβαδίζουν με το μήκος του Barrett. Κατανέμονται ανομοιογενώς, υποστηρίζεται δε, ότι η παρουσία τους αυξάνει στο εγγύς άκρο του μεταπλαστικού επιθηλίου. Προτείνεται η λήψη τεσσάρων στοχευμένων βιοψιών στο εγγύς όριο του Barrett ή οκτώ τυχαίων δειγμάτων από το μεταπλαστικό επιθήλιο. Νεώτερες ενδοσκοπικές τεχνικές όπως το NBI και η μεγεθυντική ενδοσκόπηση ή η χρήση χρωστικών όπως το methylene - blue αυξάνουν την ευαισθησία εύρεσης των goblet cells.

Οι τρέχουσες οδηγίες για εύρεση δυσπλασίας, συνηγορούν για την ανά τεταρτημόριο λήψη κάθε 1-2εκ. από τη γαστροοισοφαγική συμβολή προς το εγγύς όριο. Η μη συστηματική λήψη υπολείπεται σε ευαισθησία και πρέπει να αποφεύγεται. Σε ασθενείς με διαπιστωμένη υψηλή δυσπλασία το διάστημα συνιστάται να μειώνεται στο 1εκ., αφού υφίσταται ο κίνδυνος της μη έγκαιρης διάγνωσης του πρώιμου αδενοκαρκινώματος.

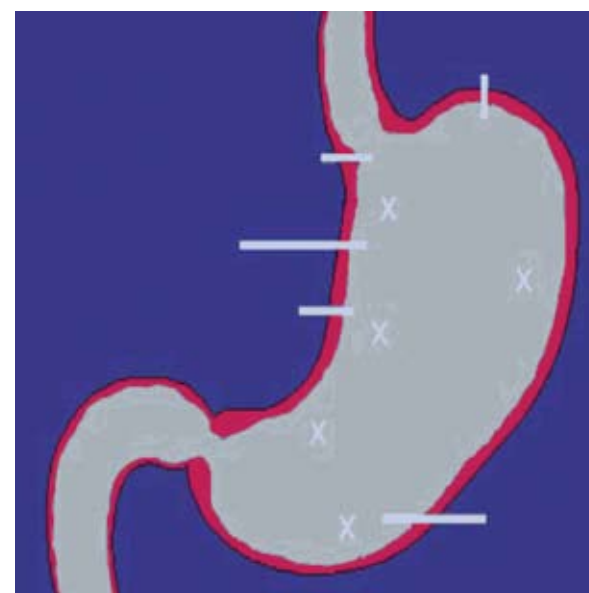
Συμπληρωματικές βιοψίες πρέπει να παρθούν από πολύποδες, οζίδια, έλκη ή διαβρώσεις.

Χρόνια γαστρίτιδα και λοίμωξη από Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού

Σε ασθενείς με χρόνια γαστρίτιδα λαμβάνονται βιοψίες i) για τεκμηρίωση του τύπου της γαστρίτιδας (H.P ή αυτοάνοση) ii) για εύρεση πιθανής μεταπλασίας iii) για έλεγχο τυχόν εστιών δυσπλασίας ή



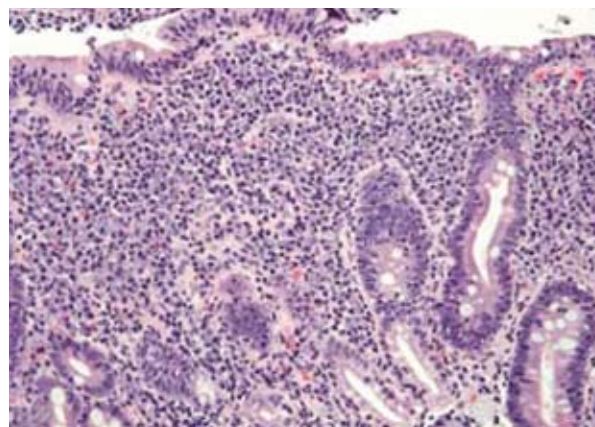
Εικόνα 1. Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα



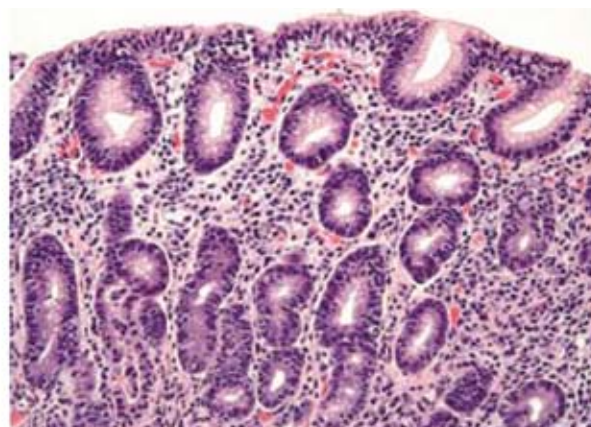
Εικόνα 2. Πρωτόκολλο Sydney

πρώιμου καρκινώματος.

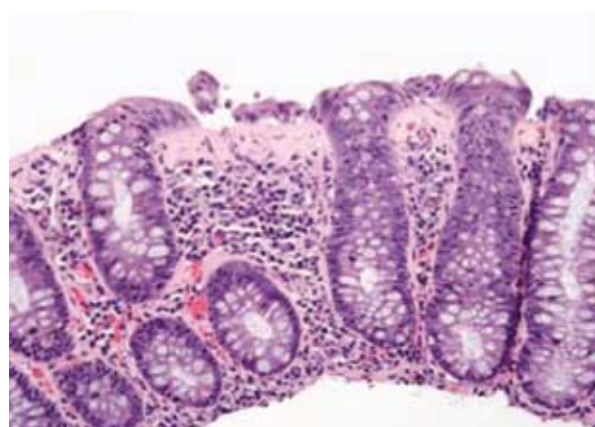
Η H.P. γαστρίτιδα προτιμά το άντρο και τη γωνία, με ποικίλη συμμετοχή του σώματος και του θόλου, ενώ η αυτοάνοση προσβάλλει κυρίως το σώμα. Το αναθεωρημένο σύστημα Sydney θεωρείται το πιο αποδεκτό πρωτόκολλο βιοψιών. Περιλαμβάνει δύο λήψεις από το άνω και κάτω τοίχωμα του άντρου 2-3 εκ. εγγύτερα του πυλωρού, δύο λήψεις από το μείζον και το έλασσον τόξο του σώματος 8εκ. απώτερα της καρδίας και μία λήψη από τη γωνία του σώματος. Πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν, ότι έτσι ανιχνεύεται αξιόπιστα το H. pylori και η χρόνια γαστρίτιδα. Ασθενείς δε με υποψία μετάπλασης ή δυσπλασίας, χρήζουν εκτενέστερης λήψης βιοψιών και από μακροσκοπικά φυσιολογικό βλεννογόνο. Ορατές βλάβες όπως πολύποδες, όζοι, έλκη και ανωμαλίες του βλεννογόνου πρέπει να εξετάζονται. [Εικόνα 2]



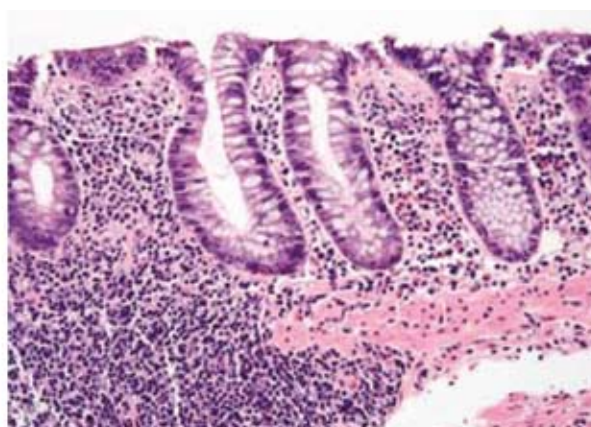
Εικόνα 3. Σε ασθενείς με κοιλιοκάκη, οι βιοψίες δωδεκαδακτύλου παρουσιάζουν διαφόρου βαθμού ατροφία λαχνών, με αυξημένο αριθμό λεμφοκυττάρων στην



υποβλεννογόνια μυική στιβάδα και στο επιθήλιο (i). Βιοψίες από το στόμαχο, σε πολλές περιπτώσεις αναδεικνύουν λεμφοκυτταρική γαστρίτιδα (ii).



Εικόνα 4. Η κολλαγονική κολίτιδα αναπτύσσεται καλύτερα στο εγγύς κόλο, με μέτρια αύξηση της lamina propria και της ενδοεπιθηλιακής φλεγμονής, με αξιοσημείωτη υποβλεννογόνια εναπόθεση κολλαγόνου (i).



Αντίθετα, δείγματα από το απώτερο κόλο, μπορεί να δείχνουν μία σχεδόν φυσιολογική ή ανώμαλα πεπαχυσμένη υποβλεννογόνια στιβάδα κολλαγόνου, που δεν είναι παθολογική (iii).

Κοιλιοκάκη

Ο ιδανικός τρόπος λήψης βιοψιών είναι ακόμη υπό συζήτηση και αυτό, είτε διότι τα ενδοσκοπικά ευρήματα μπορεί να λείπουν, είτε γιατί η νόσος είναι τμηματική ή ανομοιόμορφη.

Η ιστολογική τεκμηρίωση αλλοιώσεων του λεπτού εντέρου, σε συνδυασμό με την ευαισθησία στη γλουτένη, θέτουν τη διάγνωση.

Τα ιστολογικά ευρήματα ποικίλλουν από φυσιολογική αρχιτεκτονική των λαχνών με αυξημένα

CD3+/CD8+ ενδοεπιθηλιακά λεμφοκύτταρα, μέχρι πλήρους ατροφίας λαχνών, υπερπλασίας κρυπτών και αυξημένων μονοκυττάρων στη lamina propria. Συχνά συναντάμε ενδοεπιθηλιακά λεμφοκύτταρα στο στόμαχο και στο παχύ έντερο. Προτείνεται η λήψη από βολβό, εγγύς και απώτερο δωδεκαδάκτυλο, όπως και η λήψη ιστού από άντρο και σώμα για πιθανή λεμφοκυτταρική γαστρίτιδα. Τέλος, για τη διερεύνηση λεμφοκυτταρικής κολίτιδας, λαμβάνονται δύο ιστοτεμαχίδια από εγκάρσιο, κατιόν

και σιγμοειδές. Σημειώνεται ότι η λήψη βιοψιών και από άλλες θέσεις του πεπτικού σωλήνα, ειδικά από το στόμαχο, μπορεί να υποστηρίξει τη διάγνωση σε δύσκολες περιπτώσεις. [Εικόνα 3]

Μικροσκοπική κολίτιδα

Δύο είναι οι μορφές της : i) η λεμφοκυτταρική ii) η κολλαγονική. Χαρακτηρίζονται από ή σχεδόν φυσιολογική ενδοσκοπική εικόνα και η διάγνωσή τους βασίζεται αποκλειστικά στην ιστολογική εξέταση. Στην πρώτη συναντάται ένα πλούσιο διάχυτο φλεγμονώδες διήθημα με μονοκύτταρα και αυξημένος αριθμός ενδοεπιθηλιακών T λεμφοκυττάρων. Η δεύτερη ομοιάζει ιστολογικά, επιπροσθέτως όμως, ευρίσκεται υποβλεννογόνια διάχυτη εναπόθεση κολλαγόνου.

Η λεμφοκυτταρική κολίτιδα συνήθως κατανέμεται κατά μήκος του παχέος εντέρου, οπότε απαιτούνται δύο ή περισσότερες βιοψίες από εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές. Λήψη ιστού από το εγγύς παχύ (εγκάρσιο και δεξιό κόλο), επιβάλλεται σε ασθενείς με υποψία κολλαγονικής κολίτιδας, μιας και η υποβλεννογόνια εναπόθεση του κολλαγόνου είναι χαρακτηριστική, σε αντίθεση με το απώτερο κόλο, όπου είτε μπορεί να απουσιάζει, είτε η εναπόθεσή του δεν είναι διαγνωστική. Συμπληρωματικές βιοψίες απαιτούνται και από άλλες ορατές βλάβες. Συμπερασματικά η ορθοσιγμοειδοσκόπηση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως αρχική εξέταση, αν και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει τη νόσο. [Εικόνα 4]

Χρόνια διάρροια

Πιστεύεται, ότι η λήψη βιοψιών σε ασθενείς με δυσεπίλυτη χρόνια διάρροια και φυσιολογική κολονοσκόπηση, μπορεί να αποκαλύψει ιστολογικές αλλοιώσεις, που ίσως βοηθήσουν στη διάγνωση, όπως η μικροσκοπική κολίτιδα, κοκκιώματα συμβατά με λοίμωξη, ηωσινοφιλία λόγω φαρμάκων ή αλλεργικής αντίδρασης κ.λ.π.

Η ιστολογία του τελικού ειλεού είναι ωφέλιμη σε υποψία Crohn, παθολογικές απεικονιστικές

εξετάσεις, ειλειτίδα, έλκη ή διαβρώσεις, όμως δε βοηθά, όταν η ενδοσκοπική του εικόνα είναι φυσιολογική. Αξίζει να σημειωθεί, ότι αυξημένα ενδοεπιθηλιακά λεμφοκύτταρα στον τελικό ειλεό, μπορεί να υποκρύπτουν κοιλιοκάκη.

Επιτήρηση δυσπλασίας σε ΙΦΝΕ

Ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο εντέρου είναι γνωστό, ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης Ca παχέος, ειδικά όταν η διάρκεια της υπερβαίνει τα 8-10 έτη, με συνύπαρξη σκληρυντικής χολαγγειίτιδας, σοβαρής πανκολίτιδας ή οικογενειακού ιστορικού.

Προτείνεται η λήψη 33 δειγμάτων σε ασθενείς με πανκολίτιδα, που αντιπροσωπεύουν δειγματοληψία ανά τετρατημόριο κάθε 10εκ. παχέος εντέρου. Σε περιοριζόμενη νόσο, αρκεί η λήψη ανά τεταρτημόριο κάθε 10εκ., από την οδοντωτή γραμμή μέχρι το εγγύς όριο της νόσου. Σε ασθενείς με UC, ίσως είναι προτιμότερο στην ορθοσιγμοειδική περιοχή, η λήψη ανά τεταρτημόριο κάθε 5εκ., λόγω της αυξημένης επίπτωσης Ca. Επηρεμένες βλεννογονικές βλάβες πρέπει να εξετάζονται ξεχωριστά.

Η Βρετανική Γαστρεντερολογική Εταιρεία συνιστά ενδοσκόπηση κάθε 3 έτη, σε ασθενείς με χρονικό διάστημα νόσου μέχρι τα 20 έτη, 2 χρόνια για διάστημα 20-30 ετών και κάθε χρόνο για >30 έτη.

Παρατηρείται, ότι ενώ οι ασθενείς υποβάλλονται στην προληπτική κολονοσκόπηση σύμφωνα με τις οδηγίες, ο αριθμός των βιοψιών, που λαμβάνονται συνήθως υπολείπεται.

Τέλος οι νεώτερες ενδοσκοπικές τεχνικές, όπως η κολονοσκόπηση με χρωμοενδοσκόπηση με ή χωρίς υπερμεγέθυνση, η NBI τεχνική και η εστιακή laser ενδοσκόπηση με μικροσκόπιο, φαίνεται να είναι ανώτερες στην εύρεση δυσπλαστικών αλλοιώσεων, σε σύγκριση με τη συμβατική ενδοσκόπηση.

Μελλοντικά, με την έλευση των νεώτερων ενδοσκοπικών τεχνικών, πιθανόν ορισμένες από τις ανωτέρω οδηγίες να αναθεωρηθούν.

Orientation to Clinical Training in the UK

One Day Course to guide Doctors intending to train in the UK

Athens, 21st October 2011

Hotel Stratos Vassilikos,
114, Michalakopoulou Str., 11527 Athens

Facilitators:

Dr Marios Panos, RCP International Advisor for Greece

Professor Kevin Davies, RCP Associate International Director for Europe

Dr Tanzeem Raza, Senior RCP examiner and former Associate International Director

Professor George Kitas, former RCP Associate International Director for Europe

For more information please contact:

Mrs A Papaisidorou

Telephone number: +30 210 6416772

Email address : apapaisidorou@euroclinic.gr

Programme

9:00 – 9:30	Coffee & Registration
9:30 – 9:45	Introduction & Welcome (MP)
9:45 – 10:15	NHS in the UK – Past , Present and Future (KD)
10:15 – 10:45	Structure and regulation of Medical training and practice in the UK (TR)
10:45 – 11:15	Coffee
11:15 – 11:45	Role of the Royal College of Physicians in training Standard Setting & Examinations (Membership of the Royal College of Physicians of the UK) (TR)
11:45 – 12:30	What is expected/offered at Foundation & Core Medical Training (CMT) levels: (TR/KD) • Work–place responsibilities • Assessments • Career progression
12:30 – 14:00	Lunch
14:00 – 15:00	How a UK hospital works: (KD) • In–patient & emergency care • Out–patient & speciality work • IT, Pathology & imaging • Team working and communications • Clinical guidelines
15:00 – 15:30	Speciality Medical training and Specialty Certificate Examinations (SCEs) (GK)
15:30 – 16:00	Tea/Coffee
16:00 – 16:45	A medical career in the UK: (TR/KD) • CV preparation and applying for a post • Academic posts– foundation/ACFs • Masters, MDs, PhD and research opportunities
16:45 – 17:00	Q & A session



Miss rate of right-sided colon examination during colonoscopy defined by retroflexion: an observational study D. G. Hewett, D. K. Rex Gastrointest. Endosc 2011; 74: 246-52

Η ανάστροφη ενδοσκόπηση στο εγγύς παχύ έντερο αυξάνει τις πιθανότητες ανεύρεσης πολυπόδων.

Πολλές πρόσφατες μελέτες αναφέρουν πως η κολονοσκόπηση είναι λιγότερο αποτελεσματική στη πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου που εντοπίζεται στο εγγύς σε σχέση με το άπω τμήμα του. Ως πιθανές εξηγήσεις που μπορούν να δοθούν είναι η σχετικά πτωχότερη καθαριότητα του εντέρου στο εγγύς κόλον αλλά και η μεγαλύτερη συχνότητα δυσδιάκριτων βλαβών όπως οι επιπεδες ή εσκαμμένες βλάβες ή τα οδοντωτά αδενώματα που συχνά εντοπίζονται στο εγγύς κόλον. Επιπλέον η δυνατότητα διενέργειας ανάστροφης ενδοσκόπησης στο άπω παχύ έντερο αυξάνει τη πιθανότητα ανεύρεσης προκαρκινικών βλαβών. Στη παραπάνω μελέτη 1000 άτομα υποβλήθηκαν σε προληπτική κολονοσκόπηση ή σε κολονοσκόπηση επανελέγχου μετά από προηγούμενη ενδοσκοπική πολυποδεκτομή. Μετά την αρχική είσοδο του ενδοσκοπίου στο τυφλό και τον λεπτομερή έλεγχο του εγγύς τμήματος του παχέος εντέρου έως την ηπατική καμπή, πραγματοποιήθηκε αφαίρεση όλων των πολυπόδων που διαπιστώθηκαν με την πρόσθια ενδοσκόπηση. Στη συνέχεια το ενδοσκόπιο προωθήθηκε ξανά στο τυφλό και επιχειρήθηκε η διενέργεια ανάστροφης ενδοσκόπησης για τον έλεγχο του παχέος εντέρου επίσης έως την ηπατική καμπή. Η ανάστροφη ενδοσκόπηση αποδείχθηκε ασφαλής και πραγματοποιήθηκε σχεδόν στο 95% των εξεταζομένων. Η δυνατότητα επιτυχούς ανάστροφης ενδοσκόπησης φάνηκε να σχετίζεται με τη πιθανή δημιουργία loops κατά την φάση προώθησης του ενδοσκοπίου, καθώς η δημιουργία loop προκαλούσε δυσχέρεια στο χειρισμό του ενδοσκοπίου. Με την πρόσθια ενδοσκόπηση διαπιστώθηκαν 634 πολύποδες έως την ηπατική καμπή, από τους οποίους οι 497 αποδείχθηκαν πως ήταν αδενώμα-

τα ενώ η ανάστροφη ενδοσκόπηση ανέδειξε την ύπαρξη 68 επιπλέον πολυπόδων σε 58 ασθενείς (5,8%). Από αυτούς οι 44 ήταν αδενώματα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι πέντε από αυτούς τους πολύποδες, όλοι τους επίπεδοι, είχαν διάμετρο ενός εκατοστού τουλάχιστον, ενώ δύο εξ αυτών αποδείχθηκαν οδοντωτά αδενώματα.

Η μεγάλη ηλικία, το ανδρικό φύλο και η ανεύρεση πολυπόδων κατά την πρόσθια ενδοσκόπηση φάνηκε να αυξάνουν τη πιθανότητα ανεύρεσης πολυπόδων στο εγγύς κόλον με την ανάστροφη ενδοσκόπηση.

Diverticular disease and the risk of colon cancer – a population-based case control study. J. Granlund, T; Svensson, F. granath, F. Hjern, A. Ekblom, P. Blomqvist & P.T. Schmidt. Aliment Pharmacol Ther 2011;34:675-681

Ο κίνδυνος καρκίνου του παχέος εντέρου είναι αυξημένος στους ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω εκκολπωματικής νόσου.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και η εκκολπωματική νόσος αποτελούν δύο συχνά προβλήματα στο δυτικό κόσμο και η συχνότητά τους αυξάνεται με την ηλικία. Τα παραπάνω νοσήματα μπορούν να εμφανιστούν με παρόμοια κλινική εικόνα ενώ τα ακτινολογικά ευρήματα, ιδίως κατά την οξεία φάση της φλεγμονής, με δυσκολία μπορούν να ερμηνευτούν. Ο καρκίνος του αριστερού τμήματος του παχέος εντέρου επειδή μπορεί να λάβει μεγάλες διαστάσεις και σε αντίθεση με τον καρκίνο του δεξιού τμήματος, μπορεί να μμηθεί τη κλινική εικόνα της εκκολπωματικής νόσου. Επιπλέον, ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία, πολύ συχνά επικεντρώνεται στο αριστερό κόλον και συνεπώς μικροί σε μέγεθος καρκίνοι του δεξιού τμήματος μπορούν να ξεφύγουν της διάγνωσης.

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να αξιολογηθεί ο κίνδυνος καρκίνου του παχέος εντέρου μετά από νοσηλεία για εκκολπωματική νόσο. Εξετάστηκαν τα ιστορικά 41037 ασθενών που νοσηλεύτηκαν λόγω καρκίνου του παχέος εντέρου κατά τα έτη 1992 έως 2006. Σε κάθε ασθενή αντιστοιχούσαν



δύο άτομα ελέγχου. Στη συνέχεια εκτιμήθηκε ο αριθμός των εισαγωγών λόγω εκκολπωματικής νόσου πριν τεθεί η διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Όπως διαπιστώθηκε, η εκκολπωματική νόσος δεν σχετιζόταν με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου μακροπρόθεσμα και ένα ιστορικό εκκολπωματικής νόσου δε φάνηκε να επηρεάζει τη θνητότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου. Αντιθέτως, ο κίνδυνος καρκίνου του παχέος εντέρου διαπιστώθηκε πως είναι αυξημένος στους πρώτους 12 μήνες από τη διάγνωση της εκκολπωματικής νόσου και αυτό μπορεί να αποδοθεί είτε στον περαιτέρω έλεγχο που συνήθως ακολουθεί ενός επεισοδίου εκκολπωματίτιδας είτε σε λανθασμένη αρχική διάγνωση. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε πως στους περισσότερους ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που είχαν αρχικά νοσηλευθεί λόγω εκκολπωματίτιδας, η κακοήθεια εντοπιζόταν κυρίως στο αριστερό τμήμα του παχέος εντέρου παρά στο δεξί. Συνεπώς, θα πρέπει να συστήνεται έλεγχος του παχέος εντέρου, σε κάθε ασθενή που νοσηλεύεται λόγω εκκολπωματικής νόσου μετά από δύο μήνες.

Adequacy of flexible sigmoidoscopy with biopsy for diarrhea in patients under age 50 without features of proximal disease. Gastrointest Endosc 2011;73:757-64.

Η σιγμοειδοσκόπηση θα πρέπει να προτιμάται στη διερεύνηση χρόνιας διάρροιας σε ασθενείς ηλικίας < 50 ετών.

Η χρόνια διάρροια είναι ένα συχνό πρόβλημα καθώς αποτελεί έως το 5% των προσελεύσεων στις γαστρεντερολογικές κλινικές. Μετά από λεπτομερή κλινική εξέταση πολλοί ασθενείς υποβάλλονται σε ενδοσκοπικό έλεγχο του κατώτερου πεπτικού προκειμένου να αποκλειστούν σοβαρά υποκείμενα νοσήματα όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου ή τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Η ολική κολονοσκόπηση μπορεί να είναι διαγνωστική στο 31% των ασθενών με χρόνια διαρροϊκό σύνδρομο, αλλά το ποσοστό αυτό μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία ή ανάλογα με την απουσία ή την παρουσία συνοδών συμπτωμά-

των όπως η αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό, η αναιμία και η απώλεια σωματικού βάρους.

Σε ασθενείς με χρόνια διάρροια, ηλικίας > 45 ή 50 ετών, η κολονοσκόπηση είναι η εξέταση που θα πρέπει να συνιστάται καθώς η πιθανότητα καρκίνου κυρίως στο εγγύς κόλον του παχέος εντέρου δεν μπορεί να αποκλειστεί. Σε νεαρότερους ασθενείς, σκοπός του ενδοσκοπικού ελέγχου είναι ο αποκλεισμός κυρίως της Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Νόσου του Εντέρου και λιγότερο συχνά της μικροσκοπικής κολίτιδας. Αν και η ειλεοκολονοσκόπηση έχει ιδιαίτερη αξία σε ασθενείς με ισχυρή υποψία φλεγμονώδους νόσου, σε αυτούς με χαμηλό δείκτη υποψίας, η σιγμοειδοσκόπηση και η λήψη βιοψιών μπορεί να αρκεί προκειμένου να αποκλειστεί σημαντική παθολογία. Παρόλα αυτά, αρκετοί νεαροί ασθενείς με χρόνια διάρροια και χωρίς την παρουσία συμπτωμάτων ενδεικτικών σοβαρής νόσου, εξακολουθούν να υποβάλλονται σε ολική κολονοσκόπηση.

Η παραπάνω μελέτη έχει ως σκοπό να αποδείξει ότι σε ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 50 ετών με χρόνιο διαρροϊκό σύνδρομο και χωρίς άλλα ανησυχητικά συμπτώματα, η ολική κολονοσκόπηση δεν πλεονεκτεί σημαντικά της σιγμοειδοσκόπησης.

Μελετήθηκαν αναδρομικά 625 ασθενείς με χρόνιο διαρροϊκό σύνδρομο και χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα, μέσης ηλικίας 36 ετών (εύρος 17-39 ετών) που σε διάστημα 8 ετών (1999-2007) υποβλήθηκαν σε ολική κολονοσκόπηση και λήψη βιοψιών. Τα ενδοσκοπικά ευρήματα ήταν φυσιολογικά στο 80% των ασθενών συμπεριλαμβανομένων (78%) κι εκείνων που έγινε έλεγχος και του τελικού ειλεού. Το συχνότερο ενδοσκοπικό εύρημα ήταν η φλεγμονή του βλεννογόνου σε 60 περιπτώσεις (9,6%). Κάποια άλλα ευρήματα θεωρήθηκαν τυχαία ενώ δεν διαπιστώθηκε καμία κακοήθεια ούτε πολύποδας > 10 χιλιοστών. Η πλειοψηφία των ενδοσκοπικών ευρημάτων (72%) εντοπιζόταν στο αριστερό κόλον και συνεπώς στο πεδίο ελέγχου της σιγμοειδοσκόπησης. Επομένως, η σιγμοειδοσκόπηση και η λήψη βιοψιών, ως λιγότερο επεμβατική και ακριβή εξέταση θα πρέπει να προτιμάται της ολικής κολονοσκόπησης στη παραπάνω ομάδα ασθενών. Ο κλινικός ιατρός ωστόσο θα πρέπει πάντα να είναι ενήμερος της πιθανότητας σοβαρής παθολογίας ιδίως όταν τα συμπτώματα επιμένουν ή εξελίσσονται.

Τα πρώτα αιμοστατικά clip κατασκευάστηκαν το 1975 στην Ιαπωνία, με στόχο την ενδοσκοπική αιμόσταση. Οι πρώτοι αυτοί συνδετήρες ήταν δυσκίνητοι, δύσκολοι στη χρήση και με υψηλό ποσοστό αποτυχιών, λόγω των τεχνικών δυσκολιών ως προς τον προσδιορισμό θέσης του clip κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης. Από τότε, με την εκδήλωση του σχετικού ενδιαφέροντος εκ μέρους των ενδοσκόπων, εξελίχθηκαν σημαντικά οι μέθοδοι, οι τεχνικές και τα υλικά κατασκευής τους. Σήμερα, τα ενδοσκοπικά clip χρησιμοποιούνται ευρέως όχι μόνο για την αντιμετώπιση των αιμορραγιών του πεπτικού αλλά και για πλήθος άλλων γαστρεντερικών προβλημάτων.

ΔΙΑΘΕΣΙΜΑ CLIP - Είναι διαθέσιμα σε διάφορα μεγέθη και, σε κάποια από αυτά, υπάρχει η δυνατότητα να περιστραφούν ή να ανοιχτούν πάλι. Τέσσερις εταιρείες παράγουν endoclips μίας χρήσεως.

- Η Olympus κατασκευάζει το QuickClip2. Πρόκειται για περιστρεφόμενα clip. Παράγονται σε δύο τύπους με βάση το άνοιγμα του clip: 7,5mm και 9mm.

Ο καθετήρας του μηχανισμού τοποθέτησης έχει μήκος 165cm ή 230cm. Η περιστροφή του clip παρέχει τη δυνατότητα ακριβούς προσανατολισμού του συνδετήρα σε σχέση με το επίπεδο της βλάβης.

- Η Boston Scientific παράγει τα resolution-clip. Πρόκειται για clip μιας χρήσεως, τα οποία είναι «προφορτωμένα» σε καθετήρα μηχανισμού τοποθέτησης μήκους 155cm ή 235cm. Το άνοιγμα του clip είναι 11mm. Έχουν τη δυνατότητα ανοίγματος και κλεισίματος έως και πέντε φορές, πριν από την τελική απελευθέρωσή τους, ώστε να αποφεύγονται ανεπιθύμητες απώλειες. Είναι συμβατά με κανάλι εργασίας 2,8mm.
- Η Wilson Cook παράγει το TriClip, συνδετήρα με τρία στελέχη. Το TriClip ανοίγει σε πλάτος 12mm και η συσκευή τοποθέτησης έχει μήκος 205cm. Προσδίδει το πλεονέκτημα της τοποθέτησης σε κάθετη θέση και της σύλληψης μεγάλης επιφάνειας.
- Η Inscope ανέπτυξε το multi-clip. Το άνοιγμα του clip είναι 7mm. Στον καθετήρα του μηχανισμού τοποθέτησης είναι «προφορτωμένα» τέσσερα clip. Είναι συμβατά με κανάλι εργασίας 3,2mm.

Πίνακας 1

ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ	ΟΝΟΜΑ	ΑΝΟΙΓΜΑ CLIP (σε mm)	ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΚΑΝΑΛΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (σε mm)	ΕΙΔΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
Olympus	QuickClip2	7,5	2.8	Περιστρεφόμενο. Διαθέσιμα μήκη 165εκ, 230εκ και 270εκ (για εντεροσκόπιο)
	QuickClip2 Long	9	2.8	Περιστρεφόμενο. Διαθέσιμα μήκη 165εκ, 230εκ
Boston Scientific	Resolution	11	2.8	Οι σιαγόνες μπορούν να ανοιγοκλείσουν έως και πέντε φορές
Wilson-Cook	TriClip	12	2.8	-
	TriClip	12	3.2	Ενσωματωμένο κανάλι έκπλυσης
InScope*	Multi-Clip	7	3.2	Περιστρεφόμενο. Τέσσερα προσαρτημένα clip στην ίδια συσκευή.

*Δε διατίθεται στην ελληνική αγορά

Όλα τα endoclips εκτός της Inscope είναι συμβατά με κανάλι βιοψίας 2,8 mm. Έτσι, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και με διαγνωστικά και θεραπευτικά ενδοσκόπια. Δεν υπάρχει κανένα endoclip που να είναι αρκετά μακρύ, για να επεκταθεί μέσα σε εντεροσκόπιο. Οι προδιαγραφές των endoclip μιας χρήσεως συνοψίζονται στον πίνακα 1.

Επιπλέον, η Olympus παράγει επαναχρησιμοποιούμενες συσκευές τοποθέτησης endoclip (Ez-clip). Είναι διαθέσιμες σε επτά τύπους με διαφοροποίηση στο μήκος του clip και τη γωνία της σιαγόνας. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους περιγράφονται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2

ΧΡΩΜΑ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	ΓΩΝΙΑ ΣΙΑΓΟΝΑΣ (σε μοίρες)	ΜΗΚΟΣ CLIP (σε mm)	ΕΙΔΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ / ΕΙΔΙΚΕΣ ΧΡΗΣΕΙΣ
Γκρι	135	4mm	Για σκληρούς ιστούς
Πράσινο	135	6mm	Για ισχυρή σύλληψη μικρών περιοχών και σύγκλειση σκληρών βλαβών
Ροζ	135	7,5mm	Για παθολογικό βλεννογόνο, βαθιά έλκη, διηθημένους ιστούς
Μωβ	135	9mm	Μεγάλο άνοιγμα του clip, για σύγκλειση μετά EMR, για σύλληψη μεγάλων μίσχων μετά πολυεκτομή, κατάλληλο για καθ' εφαπτομένη προσέγγιση
Λευκό	90	6mm	Για μαρκάρισμα
Κίτρινο	90	7,5mm	Για χρήση σε υγιείς ελαστικούς ιστούς, Mallory-Weiss, μικρές διατρήσεις, μαρκάρισμα
Μπλε	90	9mm	Για χρήση σε υγιείς ελαστικούς ιστούς, για χρήση πριν και μετά την πολυεκτομή.

Στον πίνακα 3 παρατίθεται συγκριτικά το κόστος κάθε συσκευής (περισσότεροι αστερίσκοι - μεγαλύτερη τιμή). Ωστόσο, οι τιμές καθορίζονται από τους κανόνες της αγοράς και τη δυνατότητα δια-

πραγμάτευσης του κάθε αγοραστή. Ως εκ τούτου, στον πίνακα παρουσιάζεται μια διαβάθμιση τιμών, όπως προέκυψε από την έρευνα αγοράς του συντάκτη του άρθρου.

Πίνακας 3

QuickClip2	Resolution	TriClip	Ez clip
	★★★	★★★★	★

Να σημειωθεί πως ειδικά για τα Ez-clip απαιτείται η αγορά της συσκευής τοποθέτησης (για πολλαπλή χρήση), η οποία πωλείται ξεχωριστά.



This is no time to go wobbly!



Όσο περνάει ο καιρός, τόσο γίνονται πιο τρομακτικά τα αληθινά ή λιγότερο αληθινά σενάρια για την Ελλάδα. Η χρεωκοπία μοιάζει να κρέμεται πάνω από τα κεφάλια μας και τα ΜΜΕ υπονομεύουν την αυτοπεποίθηση του κόσμου με εκφοβιστικές ειδήσεις. Τις στιγμές αυτές μπαίνει έντονα το ερώτημα “πώς μπορώ να προστατευτώ, τι πρέπει έγκαιρα να προβλέψω, τι θα μου χρειαστεί για να αντιμετωπίσω όλο αυτό που έρχεται;”.

Φαίνεται ότι το σπουδαιότερο πράγμα που σου επιτρέπει να επιβιώσεις σε στιγμές κρίσης είναι η αποφασιστικότητα και η θετική ψυχολογική κατάσταση. Απόφαση για μη-παραίτηση. Απόφαση για μάχη. Καμία υπαναχώρηση στις αρχές και στην ηθική σου. **“This is no time to go wobbly”** [δεν είναι ώρα τώρα για να τρεμοπαίζουν τα γόνατα] έλεγε η Θάτσερ σε όσους ήταν τρομαγμένοι και αμφέβαλαν, την εποχή που αποφασιζόταν η αποστολή στα νησιά Falklands στην Αργεντινή.

Άλλη εικόνα που έρχεται στο νου είναι αυτή των Άγγλων στρατιωτών στην έρημο, όπως χαρακτηριστικά προβάλλονται και στις ταινίες του Δεύτερου Παγκόσμιου Πολέμου: Παρότι ο ήλιος τους τσουρούφλιζε, παρότι δεν είχαν τρόφιμα και νερό, παρότι το σκορ της φυσικής τους κατάστασης άγγιζε το ASA 4-5, αυτοί παρέμεναν

Οικονομικότερα, αλλά ουσιαστικά συνέδρια.



Τα σπάταλα συνέδρια ανήκουν στο παρελθόν! Ο βασικότερος λόγος είναι η έλλειψη χρημάτων. Αυτό που είναι σημαντικό είναι να διατηρηθεί η ποιότητα και να φύγει η χλιδή και η υπερβολή. Το συνέδριο πρέπει να έχει την αυστηρή ποιότητα, το ξεχωριστό ενδιαφέρον και την έκταση που θα είχε, όπως αν επρόκειτο να αυτοχρηματοδο-

περιποιημένοι, ξυρισμένοι, γυαλισμένοι, απόπτοι, χωρίς να χάνουν τις αρχές τους και με το κεφάλι ψηλά. **Αυτή η θαρραλέα και αγέρωχη συμπεριφορά βοήθησε ώστε να κρατήσουν το ηθικό τους και να τα καταφέρουν.** Έννοιες τέτοιου τύπου, που έχουν να κάνουν με την προσωπικότητα, όπως για παράδειγμα είναι και η έννοια του gentleman, ήταν προσφιλείς συνεισφορές των Άγγλων στη σύγχρονη εποχή.

Ο ναύαρχος T. Cochrane (1775-1831) έλεγε: **“Το μόνο που μένει για να σε συνοδεύει μετά από τη μάχη είναι η συμπεριφορά σου κατά τη διάρκεια αυτής”.** Η συμπεριφορά σου είναι που μπορεί να ωθήσει τα πράγματα προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση, με τον πανικό ή την ψυχραιμία, το φόβο ή την αισιοδοξία. Αλλά επίσης **η συμπεριφορά σου είναι αυτή που θα σε συνοδεύει υπό μορφή υπερηφάνειας, ντροπής ή τύψεων μετά από τη μάχη.**

Όσο για αυτούς που βλέπουν Τιτανικούς και φοβούνται, ας θυμούνται ότι παρόλα αυτά κάποιοι κατάφεραν να επιβιώσουν από το ναυάγιο. Αυτό προφανώς δεν έγινε τυχαία.

Όπως πολύ καλά περιέγραφε ένας ψαράς, ο τρόπος για να επιβιώσεις είναι να μάθεις **“Να αρμενίζεις τα κύματα όπως έρχονται”.**

τηθεί. Σε μερικά πράγματα δεν πρέπει να γίνει έκπτωση, ενώ άλλα πρέπει να αλλάξουν ριζικά.

1. Δεν πρέπει να γίνει έκπτωση στο χώρο.

Οι χώροι και οι οπτικοακουστικές εγκαταστάσεις θα πρέπει να είναι κορυφαίες, ώστε οι σύνεδροι να παρακολουθούν άνετα.

2. Δεν πρέπει να γίνει έκπτωση στην ποιότητα.

Ο χρόνος του συνεδρίου θα πρέπει να μειωθεί. Θα πρέπει να περιοριστούν οι ομιλίες από ομιλητές που δεν έχουν γνώση βαθιά του αντικειμένου τους. Οι παράλληλες αίθουσες πρέπει να μειωθούν επίσης. Αν τα θέματα είναι ενδιαφέροντα πρέπει να μπορεί κανείς να τα ακούσει και οι αίθουσες να γεμίζουν. Η διενέργεια ομιλιών με 10-20 ακροατές πρέπει να αποκλειστούν σαν αποτυχημένες και οικονομικά ασύμφορες.

Οι δαπάνες που μπορούν να αλλάξουν είναι οι εξής:

- Η τσάντα που δίδεται κατά την εγγραφή με τα έντυπα, πρέπει να αντικατασταθεί από ντοσιέ ή φάκελο.

Η τσάντα χρησιμεύει για να μεταφέρει κανείς τα έντυπα στο σπίτι ή στο ξενοδοχείο μια μόνον φορά. Ελάχιστοι την ξαναφέρνουν στο συνέδριο και αν το κάνουν είναι για να τη γεμίσουν με δώρα των φαρμακευτικών εταιρειών. Όλες οι τσάντες καταλήγουν στα σκουπίδια πολύ γρήγορα.

- Ελάχιστοι διαβάζουν τα έντυπα και τα πρακτικά.

Τα έντυπα και η ανοικίαση του χώρου είναι τα μεγαλύτερα έξοδα ενός συνεδρίου. Η συντριπτική πλειοψηφία κοιτά μόνον το Πρόγραμμα και (όσοι έχουν) τις δικές τους εργασίες για να δουν αν τυπώθηκαν καλά. Σχεδόν κανένας επίσης δεν διαβάζει το στικάκι που αρχίζει τελευταία να αντικαθιστά τα έντυπα. Θα μπορούσαν να **αναρτηθούν όλα στο διαδίκτυο**, στο site του συνεδρίου ή της ΕΓΕ για όποιον θέλει να διαβάσει ή να τυπώσει την ομιλία του για το βιογραφικό του.

- **Δεν χρειάζεται δείπνο gala.** Μερικοί προσέρχονται στο δείπνο γιατί είναι δωρεάν, ενώ άλλοι πάνε επειδή θεωρούν ότι οφείλουν να τιμήσουν τον πρόεδρο. Οι περισσότεροι συμμετέχουν αλλά μάλλον δεν πολυενδιαφέρονται για την εκδήλωση αυτή, **η οποία δεν εξυπηρετεί άλλωστε το σκοπό της κοινωνικής συνεύρεσης**, αφού μιλάς μόνον με ένα δύο άτομα που τυχαίνει να κάθονται δίπλα σου. Συνήθως ακόμα και αυτό είναι δύσκολο, γιατί η ορχήστρα παίζει σε εκκωφαντική ένταση. Η λύση θα ήταν ένα όρθιο κοκτέιλ με διαλεγμένους μεζέδες μετά από την εναρκτήρια ομιλία. Θα μπορούσε να έχει και ζωντανή μουσική μετά από κάποια ώρα. Γεύματα μπορούν να προσφέρουν οι φαρμακευτικές εταιρείες με δική τους πρωτοβουλία και σε πιο στενούς κύκλους.



- Τα posters να είναι αναρτημένα ηλεκτρονικά μόνον.

- **Τόπος των συνεδρίων θα πρέπει να είναι η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη**, ώστε να αποφεύγονται οι πολύ μεγάλες και δαπανηρές μετακινήσεις όλων των συνέδρων της χώρας στην επαρχία. Μόνον αν γίνει ένα μοναδικό ενιαίο συνέδριο γαστρεντερολογίας, όπως προτείνεται παρακάτω, αξίζει να χρηματοδοτηθεί μια τόσο μεγάλη μετακίνηση στην επαρχία.

- **Οι τρεις γαστρεντερολογικές εταιρείες θα πρέπει να συντονιστούν για να κάνουν Ένα Ενιαίο και μοναδικό συνέδριο, μία φορά το χρόνο.** Από επιστημονικής πλευράς δεν χρειάζονται περισσότερα συνέδρια. Αυτό θα επιτρέψει να εξοικονομηθούν πόροι για να προσκαλούμε κορυφαίους ομιλητές. Τα οικονομικά των γαστρεντερολογικών εταιρειών αναφορικά με το συνέδριο μπορούν να λυθούν όπως τα έλυσαν οι Αμερικάνοι και οι Ευρωπαίοι με τα δικά τους ενιαία συνέδρια, στα οποία διακυβεύονταν πολύ μεγαλύτερα οικονομικά συμφέροντα.

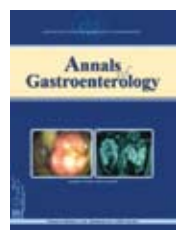
- **Οι ξένοι ομιλητές πρέπει να είναι εξαιρετικοί και να μιλούν καλά αγγλικά.** Καμία επιείκεια σε όσους δεν ξέρουν τη γλώσσα, γιατί αν το ακροατήριο δεν τους καταλαβαίνει τότε πρόκειται για σπατάλη. Μένει αξεχαστος ο σπουδαίος προσκεκλημένος Γιαπωνέζος γαστρεντερολόγος σε ένα συνέδριο στην Αθήνα πριν από μερικά χρόνια, για τον οποίο το ακροατήριο αναρωτιόταν σε όλη τη διάρκεια της ομιλίας αν μιλά Γιαπωνέζικα ή κάποια άλλη γλώσσα (σ.σ. από εσωτερική πληροφόρηση μάθαμε ότι μιλούσε ... Αγγλικά)! Τα άτομα που προσκαλούνται, να ορίζονται αφού προηγουμένως έχουν επιλεγεί από κάποια επιτροπή τα επίκαιρα θέματα που ενδιαφέρουν. Όχι εξαργύρωση υποχρεώσεων, προσκλήσεων ή κολακειών με τους προσκαλούμενους. **Πρώτα το θέμα, μετά ο ομιλητής.**

Επειδή μερικοί από τους συναδέλφους συνηθίζουν να διαφωνούν πηχρά σε αλλαγές, κακότροπα μερικές φορές, δεν πρέπει να νομιστεί ότι εκφράζουν την πλειοψηφία. Είναι θέμα αρχής να επιζητούμε την ποιότητα και όχι τη σπατάλη. Περισσότεροι είναι οι αθόρυβοι σύνεδροι που θα εκτιμήσουν και θα καταλάβουν.



Εξωσκοπήσεις

Το περιοδικό της ΕΓΕ



Το περιοδικό της ΕΓΕ κάθε χρόνο γίνεται καλύτερο. Οι διαδοχικές αξιολογικές Συντακτικές Επιτροπές του περιοδικού, χρόνο με το χρόνο το βελτίωσαν. Τώρα με πολύ ενδιαφέρον βλέπουμε αξιολογικά άρθρα και εργασίες ξένων και ελλήνων ερευνητών να δημοσιεύονται όλο και πιο συχνά. Θα ήταν σκόπιμο **να εμπλουτιστεί το περιοδικό με ύλη ηπατολογίας**, όπως επεδίωξαν όλα τα γνωστά γαστρεντερολογικά περιοδικά στη Δύση. Η ηπατολογία άλλωστε είναι ένα από το δυνατά κεφάλαια των Ελλήνων ερευνητών.



Ένας πολύ ενδιαφέρον γαστρεντερολογικός ιστότοπος είναι ο OLGa της UEGF (United European Gastroenterology Federation) που βρίσκεται στο <http://olga.uegf.org/>. Έχει πολλές πολύ ενδιαφέρουσες μαγνητοσκοπημένες

Genghis Khan και η έννοια της συλλογικής ευθύνης.



Ένα πολύ ενδιαφέρον και καλογραμμένο βιβλίο είναι το **‘Genghis Khan and the making of the modern world’ του Jack Weatherford**. Ο συγγραφέας περιπλανήθηκε πολλά χρόνια στη Μογγολία και στα υπόλοιπα μέρη της αυτοκρατορίας για να μαζέψει τα στοιχεία. Όπως αναδεικνύει, ο Genghis Khan δεν ήταν απλά ένας αιμοβόρος κατακτητής, όπως είναι γνωστός στη Δύση. Εκτός από τρομακτικός πολεμιστής, είχε χαρίσματα και ικανότητες που του επέτρεψαν να ενώσει αρχικά τη Μογγολία και ακολούθως να επεκταθεί και να διοικήσει τη μεγαλύτερη αυτοκρατορία όλων των εποχών. Η αυτοκρατορία εκτεινόταν από τη θάλασσα της Κίνας μέχρι την

Όλοι ελπίζουν ότι τα Annals of Gastroenterology είναι πια στα δρόμο για να αποκτήσουν impact factor. Είναι δυνατόν; Βεβαίως και είναι. **Το περιοδικό “HORMONES” της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας έλαβε πρόσφατα Impact Factor 2.097.** Αυτό ήταν αποτέλεσμα πολύχρονων και επίμονων προσπαθειών συγκεκριμένων ατόμων που το κυνήγησαν και το πέτυχαν.

ομιλίες για επιλεγμένα θέματα, ενδοσκοπική και άλλη ύλη. Είναι σαν να παρακολουθείς το συνέδριο από το σπίτι σου. Αξίζει να το δοκιμάσει κανείς. Η εγγραφή είναι δωρεάν.

Ανατολική Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένου και του μεγαλύτερου μέρους της σημερινής Τουρκίας. Ο Genghis Khan όμως είχε και μια άλλη πλευρά: **Πίστευε στην ανεξιθρησκία. Οι υπήκοοι, οι αξιωματούχοι και όλοι στην αυτοκρατορία του ήταν ελεύθεροι να επιλέξουν αν θα είναι Χριστιανοί, Μουσουλμάνοι, Βουδιστές, Ινδουιστές. Ο ίδιος πίστευε στους Ουρανούς. Πίστευε στην ισότητα ανδρών και γυναικών.** Καθιέρωσε πρωτοποριακούς νόμους με ανοιχτό μυαλό, διδασκόμενος από αυτούς που κατακτούσε και κατάφερε να φτιάξει μια λειτουργική δημόσια μηχανή.



Εξωσκοπήσεις

Ο Genghis Khan περιγράφεται στη Δύση σαν αιμοσταγής δολοφόνος λόγω των αγριότητων του, στην προσπάθεια να δημιουργήσει και να διατηρήσει την απέραντη αυτοκρατορία. Αυτή όμως δεν ήταν μια προσωπική διαστροφή, αλλά **ο τρόπος πολέμου την εποχή εκείνη. Η τρομοκρατία του εχθρού ήταν μέσο με το οποίο επιδιώκονταν η παράδοση άνευ μάχης των αντιπάλων.** Για το λόγο αυτό οι επιτιθέμενοι φρόντιζαν να είναι υπέρμετρα κακή η φήμη τους. Οι σύγχρονοι με τον Genghis Khan ηγέτες της Δύσης δεν ήταν λιγότερο αγριοί. Την ίδια περίπου εποχή για παράδειγμα, ο Χριστιανός Αυτοκράτωρ **Βασίλειος Β΄, γνωστός σαν Βουλγαροκτόνος, τύφλωσε 15.000 Βούλγαρους αιχμαλώτους πολέμου** και τους έστειλε πίσω στην πατρίδα τους πεζή, υπό την καθοδήγηση ενός μονόφθαλμου. Επίσης ο Αυτοκράτωρ Φρειδερίκος ο Κοκκινογένης, βασιλιάς της Γερμανίας και Αυτοκράτωρ της Αγίας Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας, κατά την πολιορκία της Κρεμόνα στη Λομβαρδία το 1160 **αποκεφάλισε τους αιχμαλώτους που είχε συλλάβει και έβαλε τους στρατιώτες του να παίζουν κλωτσοσκούφι με τα κομμένα κεφάλια έξω από τα τείχη.** Βλέποντας αυτό, οι υπερασπιστές της Κρεμόνα έφεραν όσους Γερμανούς αιχμαλώτους είχαν πάνω στα τείχη, ώστε να τους βλέπουν οι πολιορκητές, και εν ζωή τους ξερίζωναν χέρια και πόδια τα οποία πετούσαν από κάτω. Οι Γερμανοί απάντησαν εκσφενδονίζοντας αιχμαλώτα ζωντανά παιδιά πάνω στα τείχη, με τη βοήθεια καταπελτών για πέτρες! Τέτοιες ήταν οι αγριότητες της εποχής.

Ανάμεσα σε άλλους πρωτοποριακούς για την εποχή



Ένας ενδιαφέρον ιστότοπος με 2500 περίπου φωτογραφίες δερματολογίας είναι ο Ελληνικός Δερματολογικός Άτλας, που βρίσκεται στο www.hellenicdermatlas.com.

νόμους, ο Genghis Khan **νομοθέτησε την έννοια της συλλογικής ευθύνης.** Αυτή η συλλογική ευθύνη αφορούσε όλους και όλα. Έτσι ανάγκαζε όλους να έχουν ενεργό συμμετοχή στην ομάδα που ανήκαν και έλεγχο στα κοινά, γιατί αν πήγαιναν στραβά τα πράγματα θα είχαν κυρώσεις και οι ίδιοι. Αυτός ο νόμος στην ουσία **επέβαλε δια νόμου κοινωνικές συμπεριφορές που ευνοούσαν το σύνολο της ομάδας.** Θα μπορούσε να θεωρηθεί **σαν μια μορφή επιβεβλημένης κοινωνικής συνείδησης.** Η κοινωνική συνείδηση σήμερα είναι προαιρετική. Το ανιδιοτελές ενδιαφέρον ορισμένων για το κοινωνικό σύνολο έχει καταλήξει μάλιστα να θεωρείται είτε προϊόν αφέλειας ή ύποπτο. “Είναι καίβανια ή σκαρώνουν κάποια φοβερή κομπίνα;” αναρωτιούνται οι υπόλοιποι. Βεβαίως η θεσμοθέτηση της συλλογικής ευθύνης έχει και τον αντίλογό της, γιατί επιδέχεται και κακής εφαρμογής. Αλλά αυτό δεν είναι του παρόντος.

Τι θα συνέβαινε αν ίσχυε ο νόμος της συλλογικής ευθύνης στη σημερινή Ελλάδα; Οι πόλεις θα ήταν καθαρές; Οι διοικητές των οργανισμών, των νοσοκομείων, των Δήμων, των Υπουργείων **θα ελέγχονταν από τους πολίτες πριν ακόμα διαπράξουν τα εγκλήματα που διέπραξαν σε βάρος της χώρας, με την ανοχή όλων μας; Οι αμαρτωλοί νόμοι, με τους οποίους απαλλάσσονται από ευθύνες οι Υπουργοί και παραγράφονται προκλητικές ατασθαλίες δημοσίων ανδρών, θα είχαν θέση στη ζωή του τόπου ή θα αντιμετωπίζονταν σαν εγκλήματα κατά της κοινωνίας; Ποιος ξέρει! Για τώρα όμως, οι πολιτικοί επιμένουν: **Dum vivimus, vivamus !** [Ας το διασκεδάσουμε, όσο ζούμε!].**

Τα κείμενα είναι στα Αγγλικά και είναι ένας από τους 5 πλουσιότερους άτλαντες δερματολογίας παγκοσμίως.



Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν

ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Λιαρμακοπούλου Α., Παπαδόπουλος Γ.

Γ' Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας

Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το μυοπεριτονιακό σύνδρομο είναι μια αμιγώς νευρομυϊκή πάθηση με σαφή διαγνωστικά κριτήρια και ιδιαίτερα φυσιολογικά και νευροφυσιολογικά αίτια. Εντοπίζεται και στους κοιλιακούς μυς με συμπτωματολογία κοιλιακού πόνου.

Η επίπτωση του μυοπεριτονιακού συνδρόμου που εκδηλώνεται με συμπτωματολογία κοιλιακού πόνου δεν είναι γνωστή, αποτελεί ωστόσο κλινική οντότητα που δεν είναι τόσο σπάνια όσο πιστεύαμε. Είναι πιο συχνό στις γυναίκες και η αιτιολογία του είναι πολυπαραγοντική.

Χαρακτηρίζεται από τα σημεία πυροδότησης (οζίδια) που δημιουργούνται σε συνθήκες μεγάλης και συνεχούς ενεργειακής ζήτησης του μυός, λόγω μειωμένης αιματικής παροχής από τη συνεχή σύσπασή του, με αποτέλεσμα υποξαιμία και ισχαιμία. Ο πόνος μπορεί να οφείλεται σε σημεία πυροδότησης τοπικά στον ορθό ή λοξό κοιλιακό μυ ή να είναι αντανκλαστικός από σημεία πυροδότησης στους επιφανειακούς και εν τω βάθει σπονδυλικούς μύες, στον τετράγωνο οσφυϊκό κ.α. και μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση.

Η διάγνωση τίθεται με την εντόπιση των σημείων πυροδότησης, την αναπαραγωγή του πόνου τοπικά αλλά και του αντανκλαστικού πόνου, την πρόκληση αντανκλαστικής μυϊκής σύσπασης με την ψηλάφηση και από τα συνοδά συμπτώματα.

Η θεραπευτική αγωγή γίνεται με την από του στόματος χορήγηση αντιφλεγμονωδών, παυσίπονων και μυοχαλαρωτικών σε συνδυασμό με επεμβατικές τεχνικές (διηθήσεις, νυγμός με βελόνη) και φυσικά μέσα (υπέρηχοι, ηλεκτροθεραπεία, φυσιοθεραπεία). Σημαντικό ρόλο σε χρόνιες καταστάσεις παίζουν τα αντικαταθλιπτικά, ενώ υπάρχουν και εμπειρίες με την βοτουλινική τοξίνη.

Λέξεις κλειδιά: Μυοπεριτονιακό σύνδρομο, σημεία πυροδότησης, κοιλιακός πόνος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ορισμός (1,2,3,4)

Το μυοπεριτονιακό σύνδρομο είναι μια αμιγώς νευρομυϊκή πάθηση με σαφή διαγνωστικά κριτήρια και ιδιαίτερα φυσιολογικά και νευροφυσιολογικά αίτια που κατατάσσεται στα σύνδρομα τοποπεριοχικού πόνου. Αποτελεί μια οντότητα που λίγοι την γνωρίζουν και ακόμη λιγότεροι την αναγνωρίζουν, ένα μεγάλο κομμάτι του χρόνιου πόνου, κυριολεκτικά την μάστιγα της ανθρωπότητας.

Εντοπίζεται σε μία μικρή ομάδα μυών του ασθενούς και προκαλείται και διατηρείται από ένα ή περισσότερα ενεργά σημεία πυροδότησης και από τα σχετιζόμενα με αυτά αντανκλαστικά.

Σημεία πυροδότησης (1,3,4,5)

Τα σημεία πυροδότησης είναι εντοπισμένες υπερευαίσθητες περιοχές σε έναν μυ ή και σε τμήμα του συνδετικού ιστού και είναι συχνά ψηλαφητές ως οζίδια κάτω από το δέρμα. Είναι τα σημεία γέννησης του πόνου. Διακρίνονται σε ενεργά όταν προκαλούν πόνο και ευαισθησία στην ανάπαυση ή στην κίνηση, σε λανθάνοντα όταν προκαλούν πόνο μόνο στην ψηλάφηση και σε δορυφόρα όταν δημιουργούνται σε άλλο μυ που βρίσκεται στη ζώνη αντανάκλασης του αρχικού σημείου πυροδότησης. Ένα ενεργό σημείο πυροδότησης μπορεί να μεταπηδάει σε λανθάνουσα κατάσταση και το αντίθετο. Τα δορυφόρα σημεία πυροδότησης μπορούν μερικές φορές να εκλείψουν από μόνα τους χωρίς θεραπεία, όταν απενεργοποιείται το πρωτογενές.

Σημεία πυροδότησης δημιουργούνται πάντα στο μεσαίο τμήμα των ινών ενός μυός και μπορούν να εντοπιστούν σε όλες τις μυϊκές ομάδες και τις περιτονίες τους, σαν οζίδια. Ανευρίσκονται συχνά στους μυς του αυχένα, της κεφαλής και του προσώπου, της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και της πυέλου. Πιο σπάνια στους κοιλιακούς μυς.

Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν



ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Η επίπτωση του μυοπεριτονιακού συνδρόμου (1,3,6)

Η επίπτωση του μυοπεριτονιακού συνδρόμου στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται στο 15% περίπου, ενώ το 30-90 % των ατόμων με περιοχικό σύνδρομο πόνου έχει μυοπεριτονιακά σημεία πυροδότησης. Επιδημιολογικές μελέτες που αφορούν πληθυσμούς ασθενών που προσέρχονται σε κλινικές πόνου, αναφέρουν τον μυοπεριτονιακό πόνο ως τη συχνότερη αιτία πόνου που συναντάται σε ποσοστό 54% των ασθενών με πόνο κεφαλής και αυχένα και 85% με χρόνιο οσφυϊκό πόνο. Δεν υπάρχουν δεδομένα για την επίπτωση του μυοπεριτονιακού συνδρόμου που εκδηλώνεται με κοιλιακό πόνο. Εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες, πιο συχνά σε ασθενείς μέσης ηλικίας. Είναι πιο συχνό στις γυναίκες (65%) από ότι στους άνδρες (37%). Στη μέση ηλικία υπερέχουν τα ενεργά σημεία πυροδότησης, ενώ στις μεγαλύτερες φαίνεται να υπερέχουν τα λανθάνοντα.

Αιτιολογία του μυοπεριτονιακού συνδρόμου (1,3,7,8)

Η αιτιολογία του είναι πολυπαραγοντική: υπέρμετρη και ασυνήθιστη άσκηση, κακή καθιστική ή όρθια στάση, ανισοσκελία, έκθεση ενός μυός σε κρύο, επαναλαμβανόμενα μικρά τραύματα στην ίδια περιοχή, μετά από τοκετό, ισχυρό άμεσο τραύμα, ορμονικές διαταραχές, διατροφική ανεπάρκεια, συναισθηματική υπερφόρτιση, ακινησία που επιβάλλεται από επιδέσμους και γύψους, ακόμη και μια ένεση στους γλουτιαίους μυς.

Παθοφυσιολογία του μυοπεριτονιακού συνδρόμου (1,7,9,10,11)

Τα σημεία πυροδότησης δημιουργούνται σε συνθήκες μεγάλης και συνεχούς ενεργειακής ζήτησης ενός μυός, λόγω μειωμένης αιματικής παροχής από τη συνεχή σύσπασή του. Σε μικρές περιοχές στο μυ προκαλείται διάσπαση του σαρκοπλασματικού δικτύου και απελευθέρωση Ca^{++} που μαζί με ATP δι-

εγείρουν το συσπαστικό μηχανισμό τοπικά. Έτσι τα σαρκομέρη βρίσκονται λόγω υπερδραστηριότητας σε κατάσταση συνεχούς συστολής και αδυνατούν να επανέλθουν σε κατάσταση ηρεμίας. Αυξάνει παράλληλα η μεταβολική δραστηριότητα, η παραγωγή αλγογόνων ουσιών (βραδυκίνη, σεροτονίνη, ισταμίνη, προσταγλανδίνες), η αγγειοσύσπασση και το K^+ , ενώ το pH μειώνεται. Οι αλγογόνες ουσίες ερεθίζουν τις αισθητικές ίνες προκαλώντας πόνο και διέγερση στο νευρικό συμπαθητικό σύστημα που προκαλεί περαιτέρω αγγειοσύσπασση. Τα αισθητικά ερεθίσματα στην πορεία προς τα ανώτερα εγκεφαλικά κέντρα συγκλίνουν, μαζί με άλλα σπλαχνικά και σωματικά ερεθίσματα στο Ιο και Νο πέταλο του οπίσθιου κέρατος του νωτιαίου μυελού παράγοντας τοπικά και αντανκλαστικά φαινόμενα πόνου. Ο πόνος περιορίζει την κινητικότητα του μυός, προκειμένου να περιοριστεί ή να εξαφανιστεί το φαινόμενο. Έτσι όμως αυτό συντηρείται και επεκτείνεται τόσο στον ίδιο μυ, όσο και σε παρακείμενους. Τα σημεία αυτά με τον ανεξέλεγκτο υπερμεταβολισμό μέσα σε ένα μυ λέγονται σημεία πυροδότησης, διότι όταν τους ασκηθεί πίεση προκαλείται πόνος, όχι μόνο τοπικός αλλά και αντανκλαστικός.

Ηλεκτρομυογραφικά δεδομένα σε ενεργά σημεία πυροδότησης κατέδειξαν, σε ασθενή υπό αναισθησία, αυτόματα ηλεκτρική δραστηριότητα, με αυτόματα, συνεχή, μικρού εύρους δυναμικά δράσης (10 – 50 μ Volt, συχνά έως 80 μ Volt), που συνοδεύονται από διακοπτόμενα μεγάλου εύρους δυναμικά δράσης (100 – 600 μ Volt, διφασικά, αρχικά αρνητικά). Η φυσιολογική ηλεκτρική δραστηριότητα του μυός, έξω από τα σημεία πυροδότησης, καταγράφεται με δυναμικά μικρότερα των 5 μ Volt.



Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν

ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

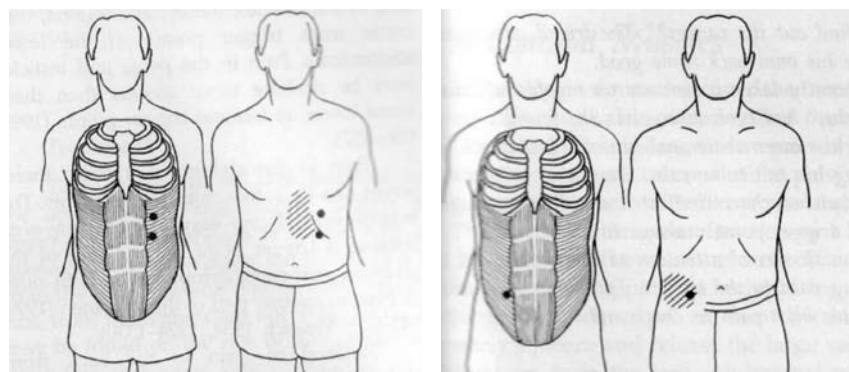
ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (1,3,6,7,12)

Κοιλιακός πόνος μπορεί να προκληθεί από σημεία πυροδότησης στον ορθό και λοξό κοιλιακό μυ, στους επιφανειακούς και εν τω βάθει σπονδυλικούς μύες και στον τετράγωνο οσφυϊκό. (Εικόνα 1)

Πόνος στην πλάγια κοιλιακή χώρα μπορεί να προκληθεί από σημεία πυροδότησης στον πρόσθιο οδοντωτό και στο λοξό κοιλιακό μυ, όπως επίσης

στους μεσοπλευρίους, στον πλατύ ραχιαίο και στο διάφραγμα.

Σημεία πυροδότησης στον ορθό κοιλιακό και στον λοξό κοιλιακό μυ μπορεί να προκαλέσουν πόνο και στα γεννητικά όργανα. Αντανακλαστικό πόνο στα γεννητικά όργανα προκαλούν επίσης σημεία πυροδότησης στους ενδοπυελικούς μύς, το μέγα προσαγωγό, τον ψοίτη, τον απιοειδή μυ και το βολβοσπραγγώδη. Πόνος στην κοιλιακή χώρα μπορεί να προέλθει και από σημεία πυροδότησης στο θώρακα.

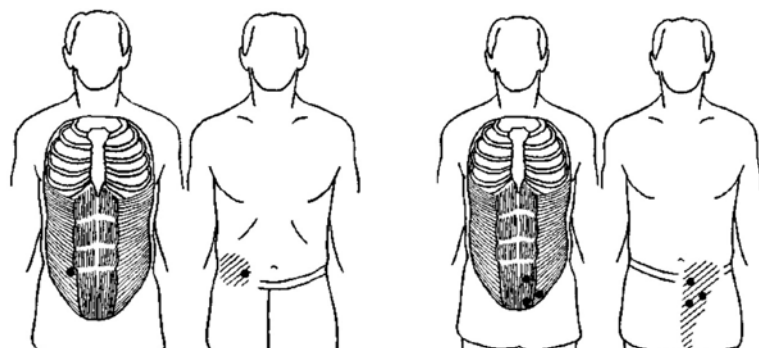


Εικόνα 1: Σημεία πυροδότησης στους άνω κοιλιακούς μύς (αριστερά) και στους κάτω κοιλιακούς μύς (δεξιά) με την αντίστοιχη περιοχή αντανάκλασης του πόνου.

Συμπτώματα (1,3,7,9)

Ο πόνος από σημεία πυροδότησης στην ανώτερη μοίρα των κοιλιακών μυών μπορεί να θεωρηθεί καύσος στομάχου, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, οισοφαγίτιδα, διαφραγματοκήλη, λιθίαση χοληδόχου κύστεως, πεπτικό έλκος, καρδιακή νόσος ή απλή δυσπεψία. Επίσης, τα ίδια σημεία πυροδότησης μπορούν να προκαλέσουν ναυτία, ρουκετοειδή

έμετο και ανορεξία. Δεν υπάρχει τρόπος να γνωρίζεις αν αυτά τα συμπτώματα προέρχονται από μυοπεριτονιακά σημεία πυροδότησης ή από κάτι περισσότερο σοβαρό, μέχρι να απενεργοποιηθούν κάποια ενεργά σημεία πυροδότησης. Λανθασμένα συμπεράσματα που αφορούν πολλά από αυτά τα συμπτώματα, μπορεί να οδηγήσουν σε μεγάλη σπατάλη χρήματος για ιατρική περίθαλψη.



Εικόνα 2: Η παρουσία σημείων πυροδότησης στον ορθό κοιλιακό μυ μπορεί να μιμηθεί επίσης την οξεία σκωληκοειδίτιδα ή άλλες καταστάσεις.

Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν



ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Σημεία πυροδότησης στη μέση μοίρα των κοιλιακών μυών ευθύνονται για κολικοειδή άλγη στομάχου και χρόνια διάρροια. Εκσεσημασμένα αέρια, μετεωρισμός, αίσθημα πληρότητας, φούσκωμα ή καύσος στην κοιλιά, μπορεί να οφείλονται αποκλειστικά και μόνο σε σημεία πυροδότησης στη μέση και ανώτερη μοίρα των κοιλιακών μυών.

Όταν ένα σημείο πυροδότησης εμφανίζεται στην δεξιά πλευρά των κοιλιακών, στην περιοχή της σκωληκοειδούς απόφυσης, μπορεί να μιμείται τα συμπτώ-

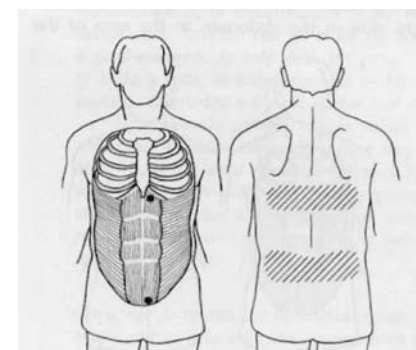
μα χαρακτηριστική είναι η περίπτωση ασθενούς μας με σημεία πυροδότησης στην κάτω μοίρα του ορθού κοιλιακού μύος που νοσηλεύτηκε αρχικά στην Γυναικολογική κλινική για ενδοπυελικό πόνο, στη συνέχεια στη Χειρουργική κλινική με υπόνοια σκωληκοειδίτιδας και στη συνέχεια στη Νευρολογική κλινική που μας την παρέπεμψε. Η απενεργοποίηση του σημείου πυροδότησης με 2 cc ξυλοκαΐνη έδωσε τέλος στην οδύσσειά της στο νοσοκομείο και στις πολλαπλές εξετάσεις που υποβλήθηκε.

Σημεία πυροδότησης στην κατώτερη μοίρα των κοιλιακών μυών, μπορούν να προκαλέσουν μεγάλη ανησυχία όταν αντανακλούν τον πόνο στα γεννητικά όργανα. Μεγάλο ποσοστό του εμμηνορρυσιακού πόνου που γίνεται αισθητός στους κάτω κοιλιακούς, στις ωθήκες, την μήτρα και τον κόλπο, μπορεί να προέρχεται από σημεία πυροδότησης στους κατώτερους κοιλιακούς μύς. Πόνος στους όρχεις και στο πέος μπορεί να μην είναι τίποτα περισσότερο από αυτά τα ίδια τα σημεία πυροδότησης. (Εικόνα 2)

Ο πόνος στους ίδιους τους κοιλιακούς μύς συνήθως προέρχεται από σημεία πυροδότησης. Ο αντανακλαστικός πόνος ωστόσο, δεν είναι πάντα εύκολο να ανιχνευτεί γιατί ένα σημείο πυροδότησης στη μια πλευρά των κοιλιακών μυών μπορεί να προκαλεί συμπτώματα και στις δυο πλευρές ή ακόμη και σε άλλο σημείο της κοιλιάς.

Η αντανάκλαση του πόνου από τους κοιλιακούς μύς στην πλάτη γίνεται αισθητή σε ευρείες οριζόντιες ζώνες, αλλά δεν είναι συχνό φαινόμενο. Πόνος στην πλάτη που χειροτερεύει με την βαθιά εισπνοή, μπορεί να είναι σημάδι σημείων πυροδότησης στους κοιλιακούς. (Εικόνα 3)

Περιστροφή, κάμψη ή στροφή του σώματος, χειροτερεύει τα μυοπεριτονιακά συμπτώματα. Για το λόγο αυτό, η ενόχληση από σημεία πυροδότησης στους κοιλιακούς μύς ενθαρρύνει την θωρακική αναπνοή και την καμπουριασμένη στάση του σώματος, που διατηρεί σε μικρό μήκος τους μύς της κοιλιάς. Και φυσικά, μύς που δεν διατείνονται ευνοούν την ανάπτυξη σημείων πυροδότησης.



Εικόνα 3: Σημεία πυροδότησης στον ορθό κοιλιακό μυ αντανακλούν τον πόνο, ανάλογα με την τοπογραφία τους, στην πλάτη ή την οσφύ.

ματα σκωληκοειδίτιδας. Η έλλειψη πυρετού και οι αρνητικές για σκωληκοειδίτιδα εξετάσεις αίματος, είναι καλός λόγος για την ανίχνευση σημείων πυροδότησης στο κοντινό κοιλιακό τοίχωμα. (Εικόνα 2) Σημεία πυροδότησης της κατώτερης μοίρας των κοιλιακών μυών, μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα όμοια με εκείνα βουβωνοκήλης. Προκαλούν, επίσης, επώδυνους σπασμούς στην ουροδόχο κύστη, επίσχεση ούρων, δυσκολία στην ούρηση σε ορισμένους και αδυναμία να την ελέγξουν σε άλλους. Ενήλικες που ξαφνικά εμφανίζουν ακράτεια, μπορεί να έχουν σημεία πυροδότησης που συνεισφέρουν στο πρόβλημα.

Η διάγνωση είναι πιο ακριβής και η θεραπεία των κοιλιακών συμπτωμάτων πιο αποτελεσματική όταν ο θεραπευτής γνωρίζει για τα σημεία πυροδότησης και μπορεί να τα θεραπεύσει και να τα αποκλείσει από τη διαφοροδιάγνωση.



Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν

ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Κλινική εικόνα (1,3,4,5,7,14)

Η κλινική εικόνα είναι συνήθως εκείνη ενός ασθενούς που εμφανίζει έντονο πόνο σε μια ή περισσότερες μυϊκές ομάδες, έχει συχνά υιοθετήσει αντιαλγική στάση και κινείται προφυλάσσοντας την επώδυνη περιοχή. Ο πόνος εκλύεται αυτόματα ή μετά από ερεθισμό των σημείων πυροδότησης, τα οποία συχνά ο ασθενής καταδεικνύει με ακρίβεια. Ο πόνος δεν εστιάζεται μόνο σε ένα μυ αλλά αντανακλάται σε διάφορα μέρη του σώματος. Ο αντανακλαστικός πόνος αποτελεί το καθοριστικό σύμπτωμα ενός σημείου πυροδότησης. Άλλα συμπτώματα που δημιουργούνται από τα μυοπεριτονιακά σημεία πυροδότησης είναι ο νευροπαθητικός πόνος λόγω συμπίεσης κοντινών νεύρων από τον σπασμό των μυών, η δυσκαμψία και το μειωμένο εύρος κίνησης των μυών, η γρήγορη κόπωση και η αργή ανάκτησή τους μετά από άσκηση καθώς και η υπερβολική σύσπασή τους όταν λειτουργούν. Αθεράπευτα μυοπεριτονιακά συμπτώματα που συνεχίζονται για μήνες ή έτη μπορούν να οδηγήσουν σε αντιδραστική κατάθλιψη, αϋπνία και χρόνια κούραση.

Η πιο πειστική πρακτική απόδειξη ύπαρξης των σημείων πυροδότησης είναι απλά να γίνουν αισθητά με τα δάχτυλα και ευτυχώς, η αξιολογούμενη ευαισθησία τους στην πίεση τα προδίδει πάντα. Τόσο τα ενεργά όσο και τα λανθάνοντα σημεία πυροδότησης δίνουν μια χαρακτηριστικά επίπονη απάντηση στην πίεση.

Διάγνωση (1,14)

Τα διαγνωστικά κριτήρια των σημείων πυροδότησης είναι: η αναζήτηση του επώδυνου σημείου, η ψηλάφηση των οζιδίων, η αναπαραγωγή του πόνου τοπικά και στο σημείο αντανάκλασης, η πρόκληση αντανακλαστικής μυϊκής σύσπασης με την ψηλάφηση ή την ισχαιμική πίεση, ο περιορισμός ενεργητικού εύρους κίνησης, ο πόνος στη διάταση, η βράχυνση του μυός, η πρόκληση πόνου στο τελικό όριο της κίνησης και τα συνοδά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό συμπαθητικό σύστημα.

Για την εντόπιση των σημείων πυροδότησης έχει χρησιμοποιηθεί η ηλεκτρομυογραφία, ενώ οι υπέ-

ρηχοι και η θερμογραφία έχουν χαμηλή ευαισθησία στην διάγνωση του μυοπεριτονιακού συνδρόμου.

Θεραπεία (1,15-22)

Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει στην αντιμετώπιση του πόνου εστιάζοντας στην απενεργοποίηση των σημείων πυροδότησης. Η θεραπευτική αγωγή με την από του στόματος χορήγηση αντιφλεγμονωδών, παυσίπονων και μυοχαλαρωτικών σε συνδυασμό με επεμβατικές τεχνικές (διηθήσεις, νυγμός με βελόνη) και φυσικά μέσα (υπέρηχοι, ηλεκτροθεραπεία και άλλα) έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική για την αντιμετώπιση του οξέος άλγους. Ο ψεκασμός του δέρματος και η διάταση του προσβεβλημένου μυός απαιτούν λιγότερη ικανότητα από ότι η τεχνική της βελόνας. Το μασάζ με ισχαιμική συμπίεση, για λίγα δευτερόλεπτα, άμεσα στο σημείο πυροδότησης αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο θεραπείας. Αντί της στατικής ισχαιμικής συμπίεσης, είναι καλύτερο να γίνει μια σειρά κινούμενων συμπίεσεων κατά μήκος του σημείου πυροδότησης. Η εφαρμογή υπερήχων είναι πολύ αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση των σημείων πυροδότησης.

Η τεχνική του βελονογυμνού και η αδρανοποίηση των σημείων πυροδότησης με τοπικά αναισθητικά αποτελούν μια από τις πιο αποτελεσματικές θεραπευτικές δυνατότητες εκλογής και προβάλλονται συνεχώς ως ένας τρόπος επίτευξης των καλύτερων αποτελεσμάτων. Άλλες μη φαρμακολογικές θεραπευτικές τεχνικές περιλαμβάνουν επιθέματα θερμού ή κρύου, διαθερμία, TENS, laser και επαναλαμβανόμενο περιφερικό μαγνητικό ερεθισμό (rMS).

Ο μυοπεριτονιακός πόνος, μερικές φορές, μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να εξαλειφθεί. Η κοπιαστική επαναλαμβανόμενη κίνηση συγκεκριμένων μυών, η χρόνια έλλειψη ύπνου, οι χρόνιες φλεγμονές, οι μεταβολικές διαταραχές, η έλλειψη βιταμινών και ανόργανων στοιχείων, όπως επίσης και ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν στη διαιώνιση των σημείων πυροδότησης. Σημαντικό ρόλο σε χρόνιες καταστάσεις παίζουν τα αντικαταθλιπτικά, ενώ υπάρχουν και εμπειρίες με τη βοτουλινική τοξίνη.

Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν



ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Το μυοπεριτονιακό σύνδρομο συχνά δυσθεραπεύεται με αποτέλεσμα να έχει και ψυχολογικές επιπτώσεις, ενώ μπορεί να δημιουργήσει διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα με άλλες ασθένειες ή σύνδρομα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Παπαδόπουλος Γ, Λιαρμακοπούλου Α.** Το Μυοπεριτονιακό Σύνδρομο. Εκδόσεις Εφύρα, Ιωάννινα 2007
2. **Clair Davies, N.C.T.M.B.** The Trigger Point Therapy Workbook: Your Self-Treatment Guide for Pain Relief. New Harbinger Publications, Inc 2001
3. **Gerwin RD.** A review of myofascial pain and fibromyalgia – factors that promote their persistence. Acupunct Med 2005;23:121-134
4. **Merskey H, Bogduk N.** Task Force on Taxonomy, 'Classification of Chronic Pain'. International Association for the Study of Pain, IASP Press, Seattle 1994
5. **Simons DG, Travell JG, Simons LS.** Travell and Simons' Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual, Volume 1. Upper Half of Body, 2nd edition, Williams and Wilkins 1999
6. **Gerwin RD.** Classification, epidemiology, and natural history of myofascial pain syndrome. Curr Pain Headache Rep 2001;5:412-420
7. **Cimen A, Celik M, Erdine S.** Myofascial pain syndrome in the differential diagnosis of chronic abdominal pain. Agri 2004;16:45-47
8. **Bergman S, Herrstrom P, Jacobsson LTH, Peterson IF.** Chronic widespread pain: a three-year follow-up of pain distribution and risk factors. J Rheumatol 2002;29:818-825
9. **Farber L, Haus U, Spath M, Drechsler S.** Physiology and pathophysiology of the 5-HT3 receptor. Scand J Rheumatol Suppl 2004;119:2-8
10. **Meyer HP.** Myofascial pain syndrome and its suggested role in the pathogenesis and treatment of fibromyalgia syndrome. Curr Pain Headache Rep 2002;6:274-283
11. **Sonkin LS.** Myofascial pain due to metabolic disorders: Diagnosis and treatment, Chapter 3 in Myofascial Pain

and Fibromyalgia, ed. by Rachlin ES. St Louis: Mosby-Yearbook. Tnc 1994

12. **Bell, W. E.** Clinical diagnosis of the pain-dysfunction syndrome. Journal of the American Dental Association 1969;79:154-160

13. **Doggweiler-Wiygul R.** Urologic myofascial pain syndromes. Curr Pain Headache Rep 2004;8:445-451

14. **Pearce JM.** Myofascial pain, fibromyalgia or fibrositis?. Eur Neurol 2004;52:67-72

15. **Ceylan Y, Hizmetli S, Silig Y.** The effects of infrared laser and medical treatments on pain and serotonin degradation products in patients with myofascial pain syndrome. A controlled trial. Rheumatol Int 2004;24:260-263

16. **Cordivari C, Mirsa VP, Catania S, Lees AJ.** New therapeutic indications for botulinum toxins. Mov Disord 2004;19:157-161

17. **Cummings TM, White AR.** Needling therapies in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review. Arch Rhys Med Rehabil 2001;82:986-992

18. **Fischer AA.** New approaches in treatment of myofascial pain. Phys Med Rehabil Clin North Am 1997;8:153-169

19. **Gerwin RD, Duranleau D.** Ultrasound identification of the myofascial trigger points. Muscle and Nerve 1997;20:767-768

20. **Hakguder A, Birtane M, Gurcan S, Kokino S, Turan FN.** Efficacy of low level laser therapy in myofascial pain syndrome: an algometric and thermographic evaluation. Lasers Surg Med 2003;33:339-343

21. **Hong C-Z, Chen Y-C, Pon CH, Yu J.** Immediate effects of various physical medicine modalities on pain threshold of an active myofascial trigger point. J. Musculoskeletal Pain 1993;1:37-53

22. **Kamanli A, Kaya A, Ardicoglu O, Ozgocmen S, Zengin FO, Bayik Y.** Comparison of lidocaine injection, botulinum toxin injection, and dry-needling to trigger points in myofascial pain syndrome. Rheumatol Int 2005;25:604-611

Στοκχόλμη θα πάτε;



Η ετήσια πανευρωπαϊκή γαστρεντερολογική συνάντηση (UEGW) θα γίνει φέτος στην πρωτεύουσα της Σουηδίας τη Στοκχόλμη, 22-26 Οκτωβρίου. Πέρα από το επιστημονικό πρόγραμμα, η «Βενετία του Βορρά» όπως δικαίως την αποκαλούν σας περιμένει να την ανακαλύψετε.

Χτισμένη στην ανατολική ακτή της χώρας, η Στοκχόλμη στέκεται φρουρός ανάμεσα στη Βαλτική και την είσοδο της λίμνης Μελάρεν. Ο πρωταρχικός της ρόλος όταν ιδρύθηκε το 1252 ήταν η προστασία της Σουηδίας από θαλάσσιες εισβολές ξένων ναυτικών και η αποφυγή λεηλασιών πόλεων όπως η Σιγκτούνα στην Λίμνη Μέλaren. Το πρώτο κτήριο στη Στοκχόλμη ήταν ένα οχυρό που αποσκοπούσε στον έλεγχο της ναυτικής κίνησης. Πολύ γρήγορα όμως, μέσα σε λίγες δεκαετίες, εξελίχθηκε στην πολυπληθέστερη πόλη της χώρας με σημαντική εμπορική κίνηση. Το αρχικό νησί που είχε επιλεγεί, δεν

πρόσφερε πια τον απαιτούμενο χώρο με αποτέλεσμα η πόλη να επεκταθεί ενσωματώνοντας συνεχώς πολλά γειτονικά νησιά. Το 17^ο αι. χτίστηκαν μεγάλα παλάτια και κάστρα ενώ στις αρχές του 18^{ου} αι. το Βασιλικό Παλάτι. Το ιστορικό κομμάτι της πόλης που εκτείνεται σε τρία νησιά, αποτελείται από μεσαιωνικά κτίσματα που ενώ πολλά καταστράφηκαν από πυρκαγιές, ξαναχτίστηκαν ως είχαν στις αρχές του 19^{ου} αι. και διασώθηκαν μιας και η πόλη δεν βομβαρδίστηκε ποτέ κατά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο.

Στη σημερινή της μορφή η πόλη απλώνεται σε 14 νησιά που επικοινωνούν με 57 γέφυρες και κολυμπάει κυριολεκτικά στο νερό! Θάλασσα παντού είναι το χαρακτηριστικό αίσθημα που αποκομίζει κανείς από την πρώτη του επαφή με τη Στοκχόλμη, που το όνομά της σημαίνει «πόλη ανάμεσα σε γέφυρες». Η επικοινωνία εκτός από τις γέφυρες γίνεται με πλοία και τρένα, υπέργεια και υπόγεια. Το μετρό της Στοκχόλμης εγκαινιάστηκε το 1950, τα τούνελ είναι σκαμμένα μέσα στους βράχους και μη χάσετε την ευκαιρία να το θαυμάσετε. Είναι ένα από τα πιο εντυπωσιακά μετρό που έχετε συναντήσει. Μπορείτε λοιπόν να μετακινηθείτε με όλα τα μέσα προκειμένου να περιηγηθείτε στην πόλη που κέρδισε επάξια τον τίτλο της πράσινης πρωτεύουσας της Ευρώπης για το 2010. Μεγάλα πάρκα, χαμηλά κτίρια, συνήθως μέχρι τετραώροφα και σπάνια πενταόροφα, και πληθώρα μουσείων συνθέτουν το σκηνικό μιας υπερδραστήριας πολιτιστικής πρωτεύουσας.

Το ιστορικό κέντρο της πόλης, η Gamla Stan, είναι η μεγαλύτερη μεσαιωνική παλιά πόλη της Ευρώπης και η καλύτερα διατηρημένη. Εδώ ιδρύθηκε η Στοκχόλμη το 1252. Ουσιαστικά η Gamla Stan και το γειτονικό νησί Riddarholmen αποτελούν από μόνα τους υπαίθρια ζωντανά μουσεία φιλικά στον περιπατητή. Κτίρια σε όλες τις αποχρώσεις του χρυσού, στενά σοκάκια, τα φρέσκο που αχνοφαινούνται πίσω από τις προσόψεις, μοιάζουν να βγήκαν από τις σελίδες ενός παραμυθιού, ειδικά τις χιονισμένες μέρες του χειμώνα. Στο ιστορικό κέντρο βρίσκεται και η κατοικία της αυτού Μεγαλειότητας του Βασιλιά της Σουηδίας. Πρόκειται για το μεγαλύτερο παλάτι της Ευρώπης με 600 δωμάτια, χτισμένο το 18^ο αι. σε Ιταλικό μπαρόκ στυλ. Είναι ανοιχτό για το κοινό και περιλαμβάνει πέντε διαφορετικά μουσεία. Μπορείτε να δείτε τις αίθουσες υποδοχής, την αίθουσα με τον ασημένιο θρόνο της Βασίλισσας Κριστίνα, την αίθουσα των ιπποτών, τις αντίκες του Γουστάβου, τα βασιλικά βεστιάρια όπως και τις εντυπωσιακές άμαξες στους βασιλικούς στάβλους. Ακόμα κι αν δεν έχετε τη δυνατότητα να επισκεφθείτε το εσωτερικό του παλατιού, δοκιμάστε να παρευρεθείτε στην παρέλαση των στρατιωτών ή την ημερήσια αλλαγή της φρουράς.

Ανάμεσα στα πολλά μουσεία που έχει να σας προσφέρει η πόλη ξεχωρίζει για την ιδιαιτερότητά του το Vasa



Museum. Πρόκειται για ένα αυθεντικό καράβι του 17^{ου} αι. που γύρω του είναι χτισμένο ολόκληρο το μουσείο. Το καράβι βούλιαξε στο παρθενικό του ταξίδι στο κέντρο της Στοκχόλμης το 1628 και ανεγκύστηκε από τον υδάτινο τάφο του 333 χρόνια μετά, μόλις το 1961. Χρειάστηκαν περίπου πενήντα χρόνια εργασιών για να επανέλθει στην τωρινή του κατάσταση που λίγο απέχει από την πραγματικότητα. Πάνω από το 95% του καραβιού είναι το πρωτότυπο. Το Vasa είναι ένα έργο τέχνης με γλυπτά και συνάμα ένα ιστορικό αντικείμενο γύρω από το οποίο ξετυλίγεται στον επισκέπτη μέρος της πολιτικής και κοινωνικής ζωής του τόπου.

Κλασσική αξία παραμένει το Εθνικό Μουσείο που φιλοξενεί συλλογές ζωγραφικής και γλυπτικής από πολλά υποσχόμενους σύγχρονους Σουηδούς καλλιτέχνες όπως και από διεθνείς κλασσικούς, Ρέμπραντ, Ρούμπενς, Γκόγια, Ρενουάρ, Ντεγκά. Μουσεία υπάρχουν για όλα τα ενδιαφέροντα όπως το Nordiska museet που απεικονίζει τη ζωή και την εργασία στη Σουηδία, το Vaxholm Fortress Museum με την ιστορία του οχυρού και πληροφορίες για την παράκτια άμυνα και το National Maritime Museum που εστιάζει στην εμπορική ναυτιλία, τη ναυτική αρχαιολογία και τη Βαλτική θάλασσα. Αυτό το μουσείο διαθέτει και χώρο αναψυχής για τα παιδιά όπως και το «Café i Lä» με υπέροχη θέα.

Συνεχίζοντας τη βόλτα σας στο κέντρο θα βρεθείτε σε μία επιμήκη έκταση σε σχήμα τόξου, μήκους πλέον των 6 μιλίων, το Εθνικό Πάρκο. Στον πράσινο πνεύμονα μέσα στην καρδιά της πόλης μπορεί κανείς να συναντήσει ελάφια, αλεπούδες, τάρανδους, σπάνια πουλιά και έντομα, βοτανικό πάρκο, το παλάτι Ulriksdal, τη λίμνη Brunnsviken και εκατοντάδες γωνιές για αναψυχή και πικνίκ! Άγρια φύση, σημεία για κολύμβηση, λόφοι και μονοπάτια δεν σας αφήνουν με τίποτα να πιστέψετε ότι βρίσκεστε στο κέντρο μιας μεγαλούπολης.

Ένα σημαντικό και παγκόσμιου βεληνεκού ετήσιο γεγονός της Στοκχόλμης είναι η απονομή των βραβείων Νόμπελ. Τα βραβεία δίνονται κάθε χρόνο στις 10 Δεκεμβρίου, ημέρα του θανάτου του Σουηδού χημικού Alfred Nobel, ιδρυτή των βραβείων το 1895 και εφευρέτη της δυναμίτιδας. Η τελετή γίνεται στο Grand Hotel της Στοκχόλμης και η απονομή γίνεται από τον ίδιο τον Βασιλιά της Σουηδίας.

Με το όνομα της πιο διάσημης Σουηδικής εταιρείας, η Σφαίρα της Ericsson, "The Ericsson Globe" Είναι το μεγαλύτερο ημισφαιρικό κτίσμα στον κόσμο με 110 μέτρα διάμετρο. Πρόκειται για γήπεδο που κατασκευάστηκε αρχικά για αγώνες χόκεϊ στον πάγο αλλά χρησιμοποιείται πλέον και για άλλα αθλήματα, συναυλίες και καλλιτεχνικές παραστάσεις. Μικρές σφαιρικές καμπίνες που αναχωρούν κάθε δεκάλεπτο διατρέχουν σε 30 λεπτά εξωτερικά τη σφαίρα προσφέροντάς σας μια καταπληκτική θέα της πόλης από το ύψος των 130 μέτρων.

Την εποχή του συνεδρίου ο χειμώνας έχει ήδη αρχίσει. Έτσι οι επιλογές των πολυάριθμων εστιατορίων και μπαρ περιορίζονται περισσότερο σε εσωτερικούς χώρους. Η Σουηδική κουζίνα κυριαρχείται από την παρουσία του σολωμού σε όλες του τις εκδοχές, αλλά μην ξεχάσετε να δοκιμάσετε και το νοστιμότατο τάρανδο. Μια πρωτοτυπία που σίγουρα θα σας εντυπωσιάσει είναι το ice bar της Στοκχόλμης, ολόκληρο φτιαγμένο από καθαρό πάγο της Λαπωνίας που συντηρείται στους -5°C όλο το χρόνο.

Μία θαλασσινή περιήγηση στην Στοκχόλμη πρέπει να συμπεριληφθεί στο πρόγραμμά σας. Υπάρχουν πολλές διαδρομές ανάλογα με τα ενδιαφέροντα του καθενός όπως επίσης και η δυνατότητα αγοράς ενός «hop on- hop off» εισιτηρίου, που σας δίνει τη ελευθερία να αλλάξετε όσα βαρκάκια θέλετε μέσα σε ένα 24ωρο συμπεριλαμβανομένων και των ανοιχτών τουριστικών λεωφορείων. Για όσους θέλουν να πάρουν μια μυρωδιά από το Αρχιπέλαγος και τα 30.000!!!! νησιά του υπάρχει το Archipelago Race που προσφέρει αυτή την ευκαιρία με ταχύπλοο για ένα δώρο. Το Sandhamn ένα νησάκι στα έξω όρια του Αρχιπελάγους είναι σημείο συνάντησης ψαράδων και σκαφών, με πληθώρα εστιατορίων και μπαρ που σφύζει από ζωή το καλοκαίρι αλλά αξίζει να το επισκεφτεί κανείς και εκτός εποχής αν έχει το χρόνο.

Για άλλη μια φορά ο χρόνος του συνεδρίου δεν είναι αρκετός να δει κανείς όλα όσα θα ήθελε σε αυτή την όμορφη πόλη, είναι όμως σίγουρα μια πολύτιμη εμπειρία που μάλλον θα σας προσελκύσει σε μια ακόμα μελλοντική επίσκεψη.

Καλό σας ταξίδι!



Δημιουργώντας υγεία. Είναι κι αυτή μία μορφή Τέχνης.

Πάθος και προσήλωση. Εμμονή στη λεπτομέρεια. Και όραμα, για να δημιουργήσεις κάτι που θα φτάσει σε όσο το δυνατόν περισσότερους αποδέκτες. Αυτές είναι, όπως και στην Τέχνη, οι αξίες της LIBYTEC®. Είμαστε μια νέα εταιρεία, που διαθέτει ένα αξιόλογο portfolio:

- ποιοτικών γενόσημων φαρμάκων, υψηλής θεραπευτικής αξίας με χαμηλό κόστος
- καινοτόμων δραστικών ουσιών, που κάνουν τη διαφορά στη θεραπευτική τους κατηγορία.

Ήδη, η «υπογραφή» μας είναι αναγνωρίσιμη, κερδίζοντας την εκτίμηση των επαγγελματιών Υγείας και την εμπιστοσύνη των ασθενών.

Αντιεθκωτικά • Αντιμυκητιασικά • Αντιαίμοπεταθιακά
Για την οστεοπόρωση • Για την οστεοαρθρίτιδα


LIBYTEC®
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.

Λ. Βουλιαγμένων 24,167 77 Ελληνικό, Αθήνα, Τηλ: 210 9609960, Fax: 210 9638438, www.libytec.gr

Το εξώφυλλο από μέσα



Φως, σαν αυτό του καλοκαιριού.
Φως, σαν αυτό της θάλασσας.
Φως, σαν αυτό στα μάτια των παιδιών.
Φως, σαν αυτό του έρωτα.
Φως, σαν αυτό του διαλογισμού.
Φως, σαν αυτό της δημιουργίας.
Φως, σαν αυτό της ζωής.
Αυτό το φως έχει τεράστια δύναμη και δεν μπορεί κανείς να μας το πάρει.

Μίλτος Σκούρας

Ρυθμίστε...

με αποτελεσματικότητα

ibutin[®] 300

Υπεύθυνος Άδειας Κυκλοφορίας:

Galenica α.ε.
• Ελευθερίας 4, 145 64, Κηφισιά, Αθήνα,
Τηλ. Κέντρο: 210 5281700

Συμπρώθηση με την εταιρεία:

JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.
Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000,
www.janssen.com.gr

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:
Συμπληρώστε την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»
Αναφέρατε:
• **ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα φάρμακα [N]
• Τις **ΣΟΒΑΡΕΣ** ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γνωστά φάρμακα

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF **johnson-johnson**

Salofalk[®]

Granu-Stix 1000mg



Galenica α.ε.

ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ 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