

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Ιούλιος - Αύγουστος - Σεπτέμβριος 2013 | Τεύχος
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

29

Αλλαγή σκυτάλης

Συστάσεις για την αντιμετώπιση
της σιδηροπενικής αναιμίας

Νεότης - γήρας:
Μια διαφορετική σύντομη
προσέγγιση

Εξωσκοπήσεις

Zurcazol[®]

pantoprazole

40mg

Σχέση Εμπιστοσύνης...



...χτισμένη στην Ποιότητα!

“Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες,
συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος”



Λ. Κηφισίας 196, Χαλάνδρι, 152 31 Αθήνα,
Τηλ.: 210 67 29 570, Fax: 210 67 29 571
Λ. Καραμανλή 60, 546 42 Θεσ/νίκη,
Τηλ.: 2310 87 04 80, Fax: 2310 87 04 79
www.takeda.gr



Άρθρο Σύνταξης



Ο χρόνος της ζωής ενός ανθρώπου κατανέμεται στην προσωπική, οικογενειακή και επαγγελματική του ζωή. Η κατανομή δεν είναι πάντα ισοβαρής, αλλά είναι σημαντική για την προσωπική ευτυχία. Λίγοι άνθρωποι έχουν την ευκαιρία να απολαμβάνουν την επαγγελματική τους ζωή και μεταξύ αυτών είναι και αυτοί που ασχολούνται με την ιατρική. Όλοι μας βιώνουμε καθημερινά αυτά τα έντονα συναισθήματα που ξεκινούν από την ικανοποίηση της διάγνωσης και θεραπείας και ολοκληρώνονται από την ευγνωμοσύνη και την αγάπη των ασθενών μας.

Η ασχολία με τα κοινά στις μέρες μας δεν ακούγεται ελκυστική. Η διαρκής επιδείνωση των όρων άσκησης των περισσότερων επαγγελματιών έχει απαξιώσει την αξία της προσφοράς και χωρίς άλλη σκέψη και κρίση προσάπτεται στους ασχολούμενους με αυτά πολιτικά, συντεχνιακά και προσωπικά κίνητρα.

Όταν όμως απολαμβάνεις την επαγγελματική σου ζωή αναπόφευκτα προβληματίζεσαι ότι «κάτι» πρέπει να κάνεις για να παραδώσεις στους επόμενους αυτά που παρέλαβες και ίσως -αν τα καταφέρεις- βελτιωμένα. Είναι η ελάχιστη υποχρέωση που έχουμε σε αυτούς που έρχονται, στις επόμενες γενιές.

Η άσκηση της γαστρεντερολογίας στην Ελλάδα, ήταν μέχρι τώρα μια καθημερινή ευχάριστη -κατά το δυνατό- εμπειρία. Με προβλήματα, φυσικά. Κάποια από αυτά προσπάθησε και προσπαθεί να τα επιλύσει η Επαγγελματική Ένωση, με μικρή ομολογουμένως επιτυχία, αφού οι δομές και οι συνθήκες δεν της προσφέρουν μεγαλύτερο πεδίο δράσης. Η ενασχόληση όμως με τα κοινά μέσω της ΕΠΕΓΕ είναι μια συναρπαστική επαγγελματική εμπειρία. Η γαστρεντερολογική κοινότητα αποτελείται από ξεχωριστούς, προικισμένους ανθρώπους και η ΕΠΕΓΕ σε φέρνει σε επαφή μαζί τους. Υπάρχει όμως η άριστη χρονική στιγμή για να δοθεί χώρος στους επόμενους.

Όπως είπε και ο Έντουαρτ Κέννεντυ, στο συνέδριο του δημοκρατικού κόμματος το 1980, όταν έχασε το προεδρικό χρίσμα από τον Κάρτερ: «Για μένα πριν από λίγο τελείωσε αυτή η εκστρατεία. Για όλους αυτούς των οποίων η φροντίδα αποτελεί μέριμνα μας, η δουλειά συνεχίζεται, ο σκοπός παραμένει ζωντανός, η ελπίδα επιβιώνει και το όνειρο δεν θα πεθάνει ποτέ».

Απόστολος Νταϊλιάνας



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	06
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	10
Συστάσεις για την αντιμετώπιση της σιδηροπενικής αναιμίας	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	14
Νεότης - γήρας: Μια διαφορετική σύντομη προσέγγιση	



Περιεχόμενα

ΕΙΔΩΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	16
ΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΜΑΣ ΜΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΝΟΥΝ	22
Συγκριτική αξιολόγηση Γαστρεντερολόγων και Νοσηλευτών στη βασική αναζωογόνηση και στη διαχείριση του αεραγωγού	
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	30
Θεσσαλονίκη θα πάτε;	
ΤΟ ΕΙΔΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	34

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:

Μάθου Νικολέττα

Συντακτική Επιτροπή:

Γιαννακόπουλος Αθανάσιος
Γούλας Σπύρος
Ζωγράφος Κωνσταντίνος
Καραβίτης Παναγιώτης
Κογεβίνας Αντώνης
Κουβαράς Στέργιος
Μπομπόση Νάγια
Μπουζάκης Ηλίας
Νικολόπουλος Αντώνης
Σκλάβος Παντελής

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Νταϊλιάνας Απόστολος
Αντιπρόεδρος: Κασσιπίδης Παναγιώτης
Γεν. Γραμματέας: Μπομπόση Νάγια
Ειδ. Γραμματέας: Ψιλόπουλος Δημήτρης
Ταμίας: Χρηστίδου Αγγελική

Μέλη: Αρμόνης Α., Οικονόμου Μ.
Γραμματεία: Γεναδοπούλου Μαρία

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

Ηλεκτρονική αλληλογραφία

Η επικοινωνία του ΔΣ με τα μέλη της ΕΠΕΓΕ αποφασίσθηκε για λόγους κόστους, οικολογικούς αλλά και ταχύτητας να γίνεται εφεξής μόνο με ηλεκτρονική αλληλογραφία. Παράκληση σε όσους δεν έχουν δώσει τα στοιχεία για ηλεκτρονική επικοινωνία ή άλλαξαν πρόσφατα και δε λαμβάνουν τα mail της ΕΠΕΓΕ να επικοινωνήσουν με τη γραμματεία της ΕΠΕΓΕ στη διεύθυνση info@epege.gr για να δώσουν τη διεύθυνσή τους.

Σεμινάρια καταστολής

Η ομάδα του καθηγητή Αναισθησιολογίας Ιωαννίνων κ. Γ. Παπαδόπουλου, σε συνεργασία με το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ, θα διοργανώσει δύο σεμινάρια καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση στις 15-16 Φεβρουαρίου και 14-15 Ιουνίου. Τα σεμινάρια θα διενεργούνται με ελάχιστο αριθμό συμμετεχόντων 10 άτομα και μέγιστο 25. Οι δηλώσεις συμμετοχής θα γίνονται με fax (2106727535) ή mail (info@epege.gr) 10-30 Ιανουαρίου 2014 και 10-30 Μαΐου 2014 αντίστοιχα. Το κόστος συμμετοχής θα είναι 100€/άτομο και αναλαμβάνει να το καλύπτει η ΕΠΕΓΕ. Περισσότερες πληροφορίες θα αναρτηθούν στην ιστοσελίδα της ΕΠΕΓΕ.

Διημερίδα ΕΠΕΓΕ

Ολοκληρώθηκε και φέτος με επιτυχία η 11^η διημερίδα της ΕΠΕΓΕ, στις 29 & 30 Σεπτεμβρίου στο Caravel στην Αθήνα με θέμα « Καθημερινή άσκηση της Ηπατολογίας - Προβλήματα και Πρακτικές Οδηγίες» υπό την προεδρία του κ Ε. Ακριβιάδη. Οι εισηγήσεις που παρουσιάστηκαν από συναδέλφους με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στο θέμα ήταν πολύ υψηλού επιπέδου. Είναι εμφανές πλέον ότι οι μονοθεματικές διημερίδες της ΕΠΕΓΕ αποτελούν θεσμό στη συνείδηση των συναδέλφων.

Salofalk® Granu-Stix 1000mg



ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ



Galenica α.ε.

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 ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΓΡΥΠΝΗΣΗΣ ΤΗΛ.: 210 5281805

Γενική Συνέλευση

Κατά τη διάρκεια της 11^{ης} διημερίδας έγινε η τακτική ετήσια γενική συνέλευση της ΕΠΕΓΕ και οι εκλογές για το νέο ΔΣ της τριετίας 2013-2016. Παρουσιάστηκε ο απολογισμός των πεπραγμένων του τελευταίου έτους και της τριετίας, καθώς και οι αντίστοιχοι οικονομικοί απολογισμοί. Στη συνέχεια έλαβαν το λόγο και τοποθετήθηκαν μέλη της ΕΠΕΓΕ. Κατά τις εκλογές που έγιναν από την εφορευτική επιτροπή που αποτελούνταν από τους κ. Ν. Σαλαμέτη, Χ. Λιάτσο και Σ. Τσιάκο ψήφισαν 76 άτομα και έλαβαν 49 ψήφους η κ. Π. Μπομπότση, 42 οι κ. Π. Κασαπίδης και Μ. Συμβουλάκης, 40 ο κ. Κ. Ζωγράφος, 39 η κ. Α. Χρηστίδου, 37 ο κ. Χ. Τσιώνης, και ισοψήφισαν στην τελευταία θέση με 32 ψήφους οι κ. Δ. Δανδάκης και Μ. Μυλωνάκη. Από την κλήρωση που ακολούθησε από την εφορευτική επιτροπή η κ. Μ. Μυλωνάκη συμμετέχει στο ΔΣ και ο κ. Δ. Δανδάκης παραμένει αναπληρωματικό μέλος.

Στη συνέχεια συγκλήθηκε η πρώτη συνεδρίαση του ΔΣ όπου έγινε η συγκρότηση σε σώμα. Η σύνθεση του νέου **Διοικητικού Συμβουλίου** είναι η ακόλουθη:

Πρόεδρος: Πάνος Κασαπίδης
 Αντιπρόεδρος: Μάνος Συμβουλάκης
 Γενική Γραμματέας: Νάγια Μπομπότση
 Ειδική Γραμματέας: Μαρία Μυλωνάκη
 Ταμίας: Αγγελική Χρηστίδου
 Μέλη: Κώστας Ζωγράφος και Χάρης Τσιώνης

Παράλληλα ορίστηκαν τα μέλη της **Ελεγκτικής Επιτροπής** που είναι οι:

Νικολέττα Μάθου
 Σπύρος Μιχόπουλος και
 Παντελής Σκλάβος

Τέλος τα μέλη του **Πειθαρχικού Συμβουλίου** είναι οι:

Πέτρος Μαυρογεώργης (πρόεδρος)
 Σωτήρης Γεωργόπουλος
 Γιάννης Δρίκος
 Γιώργος Καραμανώλης και
 Μιχάλης Οικονόμου



Το γαστρεντερολογικό ιατρείο του αύριο. Μόνος ή πολλοί;

- Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης
 - Περιγραφή της μονάδας
 - Νομικές παράμετροι
- Λογιστικές και οικονομικές παράμετροι
 - Οι παράγοντες της επιτυχίας.

Σάββατο 7 Δεκεμβρίου 2013, 17:30 μ.μ.
 Θεσσαλονίκη, Ξενοδοχείο Μακεδονία Παλλάς



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

Στέλιος Παπασάββας, Κατερίνα Ευγενίδη

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

Στο 2-5% των ενήλικων ανδρών και των μετ-εμμηνοπαυσιακών γυναικών στις ανεπτυγμένες χώρες, ανευρίσκεται σιδηροπενική αναιμία (ΣΑ), με συχνότερη αιτία την απώλεια από το πεπτικό σύστημα. Αντιθέτως, στις προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες η ΣΑ οφείλεται κυρίως στην απώλεια αίματος κατά την έμμηνο ρύση (που αποτελεί και τον κύριο λόγο στο γενικό πληθυσμό).

ΑΙΤΙΕΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ (%)

ΧΡΟΝΙΑ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ - ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΣ		ΔΥΣΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ		ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ	
ΑΣΠΙΡΙΝΗ, ΜΣΑΦ	10-15%	ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ	4-6%	ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ	20-30%
Ca - ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤ.	5-10%	ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ	<5%	ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ	5%
Ca - ΣΤΟΜΑΧΟΥ	5%	Hel. Pylori	<5%	ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ	1%
ΕΞΕΛΚΩΣΕΙΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	5%	ΕΝΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	<1%	ΕΠΙΣΤΑΞΗ	<1%
ΑΓΓΕΙΟΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ	5%	ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΑΝΑΠΤΥΞΗ	<1%		
ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ	2-4%				
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ	1-2%				
GAVE	1-2%				
ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤ.	1-2%				
ΕΛΚΗ CAMERON	<1%				
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΦΥΜΑΤΟΣ	<1%				
Ancylomasta duodenale	<1%				

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO), η **αναιμία** ορίζεται όταν η Hb <13g/dl για τους άνδρες άνω των 15 ετών, Hb <12g/dl για τις μη-εγκυμονούσες άνω των 15 ετών και Hb<11g/dl στις έγκυες γυναίκες. Ωστόσο, υπάρχουν λίγα δεδομένα στη διεθνή βιβλιογραφία για το επίπεδο (αναλόγως τιμής αιμοσφαιρίνης) της αναιμίας που πρέπει να διερευνηθεί, κάτι που κάνει επιτακτική την ανάγκη διερεύνησης ανεξαρτήτως τιμής Hb, ιδιαίτερα σε Hb<12g/dl σε άνδρες και Hb< 10g/dl σε μετ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Η **φερριτίνη** αποτελεί τον πιο κατάλληλο δείκτη έλλειψης σιδήρου στον οργανισμό (ο χαμηλός κορεσμός τρανσφερρίνης < 20%, το MCV, MCH, ο χαμηλός σίδηρος ορού και η αυξημένη TIBC - σιδηροδεσμευτική ικανότητα είναι λιγότερο ειδικοί δείκτες) με τιμές μεταξύ **12-15 ng/ml (αφού έχει αποκλειστεί πριν οποιοδήποτε φλεγμονώδες νόσημα, με όριο σε τέτοια περίπτωση 50 – 100 ng/ml)** να θέτουν τη διάγνωση της σιδηροπενίας στις πλείστες περιπτώσεις.

Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση σιδηροπενικής αναιμίας.

- Συστήνεται γαστροσκόπηση και κολonosκόπηση σε όλους τους άρρενες ενήλικες ασθενείς και σε όλες τις μετ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ΣΑ (με προϋπόθεση να έχει αποκλειστεί οποιαδήποτε σημαντική εξωεντερική απώλεια αίματος).
- Όλοι οι ασθενείς με ΣΑ πρέπει να ελέγχονται για κοιλιοκάκη (με λήψη βιοψιών από το λεπτό έντερο κατά τη γαστροσκόπηση σε περίπτωση θετικών αντισωμάτων – αντι tTG, αντι EMA – ή αν δεν έχουν σταλεί).
- Αν ο ορολογικός έλεγχος για κοιλιοκάκη είναι αρνητικός, δεν συστήνεται η λήψη βιοψιών από το λεπτό έντερο, παρά μόνο αν υπάρχει συμπτωματολογία η οποία να κατευθύνει προς αυτή τη διάγνωση (π.χ. διάρροιες).
- Αν η αρχική διαγνωστική εξέταση είναι η ενδοσκόπηση του ανωτέρου πεπτικού, τα μόνα ευρήματα που μπορούν να αποκλείσουν την κολonosκόπηση από τον περαιτέρω έλεγχο είναι η κοιλιοκάκη και ο καρκίνος του στομάχου.
- Σε ασθενείς > 50 ετών ή με εκσεσημασμένη αναιμία ή με βεβαρυμένο οικογενειακό ιστορικό κολο-ορθικού καρκίνου, συστήνεται κολonosκόπηση, ακόμη και αν διαγνωσθεί κοιλιοκάκη στον αρχικό έλεγχο.
- Ο έλεγχος του λεπτού εντέρου δεν κρίνεται απαραίτητος, εκτός και αν υπάρχει συμπτωματολογία που να παραπέμπει σε νόσημα λεπτού εντέρου ή αν η ΣΑ δεν ανταποκρίνεται στην από του στόματος χορήγηση σιδήρου (ή αν η ανταπόκριση είναι μόνο μετά από μετάγγιση). Οι προτεινόμενες εξετάσεις είναι η εντεροσκόπηση και η ενδοσκοπική ασύρματη βιντεο-κάψουλα του λεπτού εντέρου (διαγνωστική ακρίβεια 40-55%), για τη διάγνωση αγγειοδυσπλασιών, νόσου Crohn και νεοπλασίας. Στις περιπτώσεις όπου δεν είναι διαθέσιμες οι ως άνω εξετάσεις, μπορεί να γίνει: MRI – εντερόκλυση, CT – εντερογραφία ή/και απεικονιστικός έλεγχος λεπτού με βάριο.
- Σε ασθενείς στους οποίους υποτροπιάζει η ΣΑ και τόσο η ενδοσκόπηση ανωτέρου όσο και κατωτέρου πεπτικού είναι χωρίς ευρήματα που να τη δικαιολογούν, τότε συστήνεται έλεγχος για helicobacter pylori – λοίμωξη και εκκρίωση αυτού.
- Η CT – κολονογραφία μπορεί να θεωρηθεί ως εναλλακτική διαγνωστική εξέταση (πολύποδες > 10mm – ευαισθησία 90%).
- Δε συστήνεται στο διαγνωστικό αλγόριθμο να χρησιμοποιείται η FOBT.

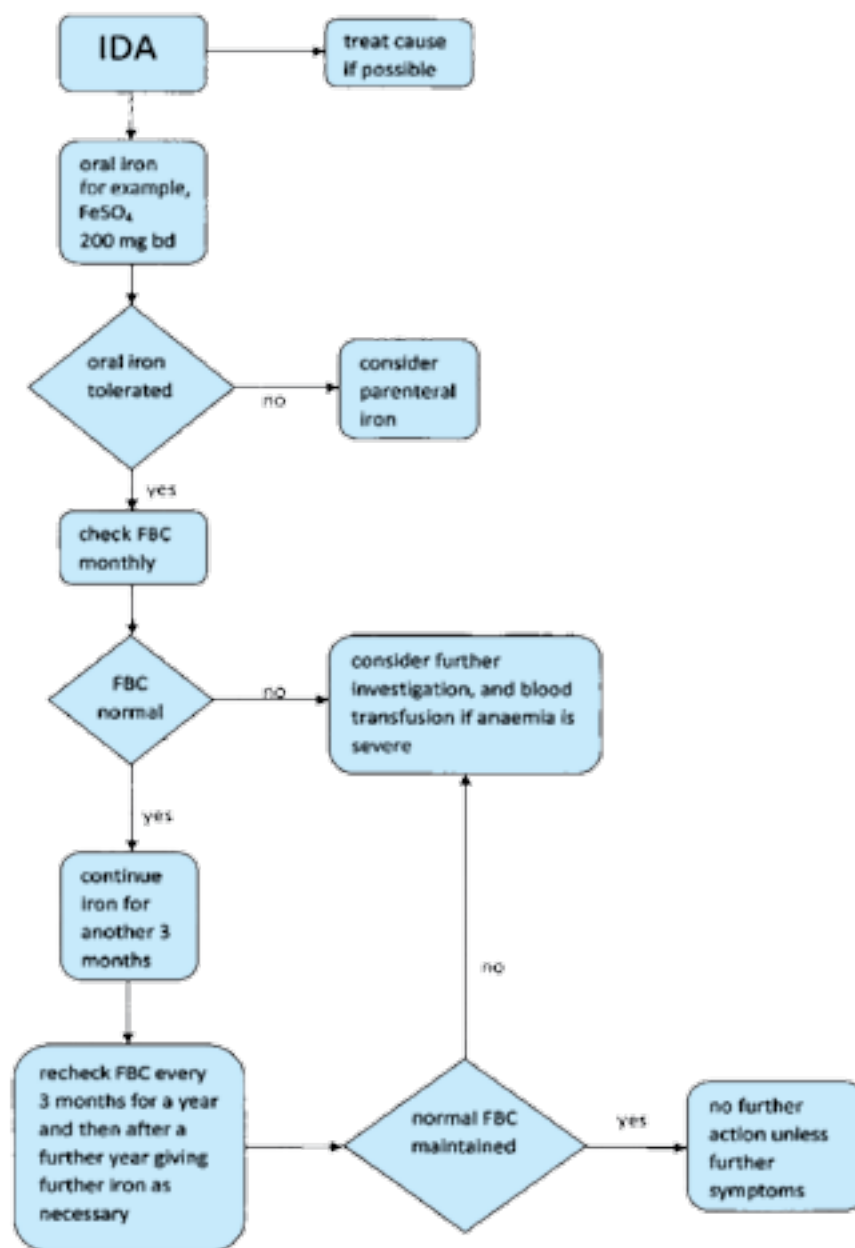


ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

- Όλες οι προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ΣΑ συστήνεται να ελέγχονται για την ύπαρξη κοιλιοκάκης. Η ενδοσκόπηση του ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού πρέπει να πραγματοποιείται σε εκείνες με ηλικία > 50 ετών ή με συμπτωματολογία από το πεπτικό σύστημα ή με βεβαρυμένο οικογενειακό ιστορικό κολο-ορθικού καρκίνου.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

- Σε ασθενείς με γαστρεκτομή και ΣΑ συστήνεται ενδοσκόπηση ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού σε ηλικία > 50 ετών (εκτός και αν υπάρχει συμπτωματολογία από το πεπτικό σύστημα).
- Σε ασθενείς με σιδηροπενία (φερριτίνη < 12 ng/ml) χωρίς αναιμία, ο ενδοσκοπικός έλεγχος πολύ σπάνια αναδεικνύει κακοήθεια. Συστήνεται όμως σε αυτούς με ηλικία > 50 ετών (αφού ληφθούν υπόψη τα υπέρ και τα κατά αυτής της προσέγγισης).
- Συστήνεται ενδοσκόπηση ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού σε ασθενείς με σιδηροπενία χωρίς αναιμία στις μετ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και στους άνδρες > 50 ετών.
- Η πρωκτοσκόπηση μπορεί να συμπεριληφθεί στον διαγνωστικό αλγόριθμο σε περίπτωση απώλειας αίματος από το ορθό ή σε τεινισμό.
- Συστήνεται έλεγχος για χρόνια απώλεια αίματος από το ουροποιητικό σύστημα στην διερεύνηση της ΣΑ (αφού στο 1% των ασθενών με ΣΑ διαγιγνώσκεται κακοήθεια, ενώ στο 1/3 των ασθενών με καρκίνο νεφρού ανευρίσκεται ΣΑ).
- Όλοι οι ασθενείς πρέπει να λάβουν αγωγή με σίδηρο προς διόρθωση της αναιμίας και αποκατάσταση των σιδηραποθηκών. Η ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου συστήνεται στους ασθενείς όπου δεν είναι καλώς ανεκτά τα σκευάσματα σιδήρου από το στόμα.
- Συστήνεται μετάγγιση αίματος προς διόρθωση της ΣΑ στους ασθενείς εκείνους με σοβαρή καρδιαγγειακή νόσο.
- Συστήνεται συνέχιση της από του στόματος αγωγής με σίδηρο για ακόμη τρεις μήνες, μετά τη διόρθωση της αναιμίας, προς αποκατάσταση των σιδηραποθηκών.
- Η χορήγηση ασκορβικού οξέος (200-500 mg x 2 ημερησίως) μπορεί να βοηθήσει στην απορρόφηση σιδήρου από το στόμα, χωρίς όμως να υπάρχει επαρκής διεθνής βιβλιογραφία που να τεκμηριώνει τη γενίκευση της πρακτικής αυτής.
- Σύμφωνα με μελέτες, ο επιπολασμός του καρκίνου του πεπτικού συστήματος δεν διαφέρει ανάμεσα στους ασθενείς με ΣΑ που λαμβάνουν ΜΣΑΦ ή/και βαρφαρίνη και σε αυτούς με ΣΑ που δε λαμβάνουν την άνωθεν αγωγή. Γι αυτό το λόγο συστήνεται διερεύνηση των ασθενών αυτών με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

Νεότης - γήρας: Μια διαφορετική σύντομη προσέγγιση

Στην Αρχαία Αθήνα υπήρχε Ναός που ήταν αφιερωμένος στα Γηρατειά. Εκεί πήγαιναν τους νέους και τα παιδιά! Να ένας συναρπαστικός συμβολισμός που καταδεικνύει ότι τα γηρατειά είναι το μέλλον όλων μας. Η ιστορία της ανθρωπότητας είναι γεμάτη από τεχνητές και ψευδείς αντιθέσεις, ακόμα και εκθρικές, που εγκλωβίζονται στο σχήμα Νεότητα εναντίον Γήρατος ή νεανική αλαζονεία ενάντια στο γεροντικό πείσμα.

Πράγματι η Νεότητα πολύ συχνά, γεμάτη σφρίγγος, ορμή και πάθος για τη ζωή, μην έχοντας την αίσθηση του μέτρου και με πνεύμα αλαζονείας, οδηγείται αναπόφευκτα στην καταστροφική ύβρη, κάνοντας το πάθος-μάθος. Πολιτισμοί με υψηλή ποιότητα, όπως η Αθήνα του 5^{ου} π.Χ. αιώνα, κατέδειξαν με σοφό τρόπο μέσα από την τραγωδία, τις καταστροφικές συνέπειες της Ύβρεως. Δεν είναι τυχαίο που ο Χορός στις περισσότερες τραγωδίες συγκροτείται από γέροντες της πόλης που κάνουν έκκληση στους νεότερους να μην υπερβούν το μέτρο και συνεχώς συμβουλεύουν για σύνεση και σωφροσύνη.

Κάποιες φορές όμως, όπως με βαθιά σοφία είδε ο Σοφοκλής, δεν αποκλείεται να παρουσιάζεται σαν ύβρις και έλλειψη μέτρου, η ισχυρογνωμοσύνη και το πείσμα από την πλευρά των ηλικιωμένων, όπως πολύ δυνατά εκφράζεται στην σύγκρουση του νεαρού και συνετού Αίμονα με τον αδιάλλακτο πατέρα

του Κρέοντα, στην τραγωδία «Αντιγόνη» του Σοφοκλή.

Στην πρόσφατη πορεία της ανθρωπότητας η νεότητα άλλοτε υμνήθηκε υπερβολικά και άλλοτε χλευάστηκε. Το ίδιο συνέβη και με το γήρας. Γνωστό δημοτικό τραγούδι βροντοφωνάζει: «να'ταν τα νιάτα δυο φορές, τα γηρατειά καμία». Όμως ο μεγάλος μας ποιητής Κων/νος Καβάφης στο ποίημα «Ιθάκη» εύχεται «να'ναι μακρύς ο δρόμος, καλύτερα χρόνια πολλά να διαρκέσει και γέρος πια, έτσι σοφός που έγινες, με τόση πείρα, ήδη θα το κατάλαβες οι Ιθάκες τι σημαίνουν».

Και ο Οδυσσέας Ελύτης, ενθουσιάζοντας τη νεαρή του ηλικία, δε διστάζει να γράψει: «Νιότη μου, Ύγνε μου» ενώ στην ωριμότητά του θα πει: «με μια ρυτίδα παραπάνω στο μέτωπο και μια λιγότερη στη ψυχή συναντιέμαι με τις αληθινές αξίες και την πραγματική ομορφιά»!

Επίσης, εάν σκεφτούμε το στερεότυπο «ο νέος είναι ωραίος» και προβούμε στην ετυμολογία της ωραιότητας θα δούμε ότι οι λέξεις ωραίος, ωραιότητα, ώριμος, ωριμότητα σχετίζονται με τη λέξη «ώρα». Έρχεται η ώρα σου να είσαι ωραίος και έρχεται η ώρα σου να είσαι ώριμος.

Αυτά όσον αφορά τη χρονική βιολογική διαδικασία. Πράγματι η ωραιότητα κάποια στιγμή χάνεται, νικιέται από το χρόνο. Η ομορφιά όμως είναι άλλο πράγμα, αυτό ταιριάζει στον άνθρωπο και αυτό είναι το ζητούμενο. Η ομορφιά σχετίζεται ετυμολογικά με τη μορφή, τη μόρφωση, την



Ιακωβίδης Γεώργιος - Αλληγορία (Νιάτα-γήρας)

παιδεία, είναι κάτι που κατακτιέται, δεν χαρίζεται. Η ομορφιά νικάει το χρόνο! Παρωδία, ίσως και γελοιογραφία των ανωτέρω θα μπορούσε να είναι η αντιαισθητική εικόνα ενός ωραίου νέου που παριστάνει και μιμείται το σοφό Σωκράτη διαλαλώντας «εν οίδα ότι ουδέν οίδα» χωρίς όμως να έχει κάνει το δύσκολο ταξίδι της Γνώσης που έκανε ο ίδιος ο

Σωκράτης. Το ίδιο αντιαισθητική όμως είναι και η εικόνα ενός γέρου που παριστάνει το νέο, που «νεανίζει».

Τελικά συνθέτοντας αρμονικά τα παραπάνω και επειδή βρίσκω ανολοκλήρωτο, λειψό και θα έλεγα, υποκριτικό το γνωστό «τόπο στα νιάτα», να μου επιτρέψετε να πω: ναι, Τόπο στα Νιάτα και Λόγο στα Γηρατειά!



Εξωσκοπήσεις

Αντώνης Κογεβίνας, kogedotenet.gr

... κάνοντας “διατροφή”!



Αρκετοί συνάνθρωποί μας ... “κάνουν διατροφή” ! Τι σημαίνει αυτό δεν είναι επακριβώς καθορισμένο, αλλά σε γενικές γραμμές σημαίνει ότι επιλέγουν τι τρώνε, συνήθως υπό την εποπτεία διατροφολόγου.

Ποιο είναι το θεωρητικό υπόβαθρο που δι-
απερνά την επιστήμη του “να κάνει κανείς διατροφή” επίσης δεν είναι απολύτως απο-
σαφηνισμένο, γιατί φαίνεται ότι δεν υπάρχει ομοφωνία. Κυκλοφορούν διάφορες χαριτωμέ-
νες ατεκμηρίωτες οδηγίες, όπως το να μη συνδυ-
άζονται βραστά με ωμά λαχανικά, να προτιμάται γκρέιπφρουτ μαζί με κρέας για να διαλύονται τα λίπη, να τρώμε κάθε δύο ώρες και άλλες ευ-
φάνταστες ιδιορρυθμίες των αποκαλούμενων διαιτών FAD.

Υπάρχουν όμως και μέθοδοι για “να κάνει κανείς διατροφή” υποβοηθούμενος από μη-
χανήματα απροσδιόριστης ταυτότητας και τεχνολογίας (Βιοσυντονιστές, Γαλβανόμετρα, Γωνιόμετρα). Τα μηχανήματα αυτά φαίνεται ότι είναι σε θέση να σου πουν επακριβώς αν μπορείς να καταναλώνεις για παράδειγμα μπρόκολα, μέλι

ή καλαμπόκι. Όλα είναι προφανή στην επιστήμη αυτή, αφού απλούστατα ... “όλα είναι γραμμένα στο DNA”! Όπως το laser, έτσι και το DNA είναι μια μαγική λέξη στα αυτιά του κόσμου. Συμβολίζει κάτι καλό, σύγχρονο και επιθυμητό. Οι διατροφολόγοι που σπρώχνουν προς τα εκεί και που συχνά φορούν άσπρες μπλούζες (πιθανώς για να μη λερώνονται από τα τρόφιμα) δείχνουν να χειρίζονται τα ζητήματα του DNA με την ευχέρεια που χειρίζονται ένα σεσουάρ.

Εξαιτίας όλων αυτών των αστειοτήτων, πολλοί ιατροί δυσκολεύονται να παραπέμψουν αρρώ-
στους σε διατροφολόγους-διαιτολόγους. Μπορείς να εμπιστευτείς έναν άρρωστο με ΙΦΝΕ ή κοι-
λιοκάκη ή με παχυσαρκία σε ένα διατροφολόγο γενικά, όταν αυτός ενδέχεται “να του κάνει δια-
τροφή” σύμφωνα με το DNA που προσδιορίζει ο βιοσυντονιστής; Μπορείς;

Υπάρχει άραγε κάποια εποπτεία στο χώρο της διατροφολογίας ή ο καθένας κάνει ότι σκαρφιστεί; Πώς ξεχωρίζουν και πώς προστα-
τεύονται οι σοβαροί από τους μη-σοβαρούς δια-
τροφολόγους-διαιτολόγους;

Κοούς αισθητικούς λόγους. Οι διαιτολόγοι – των οποίων target group μοιάζει να είναι οι κυρίες που θέλουν να αδυνατίσουν για το καλοκαίρι – δρουν όπως τα ενδογαστρικά μπαλόνια: Προκα-
λούν γρήγορο αδυνάτισμα που διαρκεί λίγο και-
ρό. Μετά την αφαίρεσή τους, όλα υποτροπιάζουν.

**Η ορθολογική δίαιτα θα περίμενε κανείς ότι θα στόχευε στο να αλλάξουν μόνιμα οι συ-
νήθειες διατροφής του παχύσαρκου.** Δηλαδή αυτό ακριβώς που δεν κάνουν οι δημοφιλέστε-
ρες δίαιτες και “διατροφές”. Στόχος θα ήταν να συνηθίσει ο ασθενής να χρησιμοποιεί τροφές με ικανοποιητικό όγκο και λίγες θερμίδες – άρα στροφή κυρίως σε φυτικές τροφές – και να περι-
ορίζει τροφές με μικρό όγκο και πολλές θερμίδες

(λιπαρές και ζωικές). Να εκπαιδεύεται για να τρώει μι-
κρές ποσότητες, εύκολα υπολογιζόμενες και ανεκτές. Να μην υποβαθμίζεται η ποιότητα ζωής του και να συνοδεύεται από ανάλογη σωματική άσκηση, ψυχολο-
γική υγεία και υποστήριξη.

**Είναι εντυπωσιακό πόσο μικρή εκτίμηση δεί-
χνουν οι διατροφολόγοι-διαιτολόγοι στην ανάγκη φυσικής άσκησης κατά την πραγματοποίηση μιας δίαιτας,** ώστε να χάνεται λιπώδης ιστός και όχι μυϊκή μάζα. Είναι όμως εξίσου εντυπωσιακό πόσο λίγο χρόνο αφιερώνουν οι ιατροί για να ασχοληθούν με τα διατροφικά ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς τους. Στην πραγματικότητα δεν τα έχουν διδαχθεί. Ίσως αυτό ξεκινάει από τη γενικότερη αντί-
ληψη της παραδοσιακής ιατρικής που εστιάζει κυρίως

Το τέλος ενός rot-pourri!



**Αυτή είναι η τελευταία στήλη των Εξωσκοπήσε-
ων,** αφού ο υπογράφων είναι ένθερμος οπαδός της ανά-
γκης να ανανεωθεί τόσο η ΕΠΕΓΕ όσο και το περιοδικό

της με νέους συναδέλφους και φρέσκιες ιδέες.

Οι Εξωσκοπήσεις ξεκίνησαν πριν από 8 χρόνια με τα πρώτα τεύχη των Ενδοσκοπήσεων. Η αρχική ιδέα ήταν να υπάρχει μια στήλη με χρήσιμες πληροφορίες. Σιγά-σιγά όμως εξετράπησαν του σκοπού αυτού και κατάντησαν να γίνουν αυτό το rot-pourri που ξέρετε.

Είχα την ευκαιρία να αναπτύξω απόψεις για πολλά και άσχετα θέματα χωρίς κανέναν περιορισμό. Ήταν μια ενδιαφέρουσα εμπειρία, τόσο η συγγραφή όσο και το feedback από τα πολυποίκιλα έξυπνα, ανοιχτόμυαλα αλλά και αστεία σχόλια κάποιων αναγνωστών. Ιδιαίτε-
ρα ευχάριστο ήταν να διαπιστώνει κανείς ότι η στήλη διαβαζόταν όχι μόνον από φίλους και συναδέλφους αλλά και από τρίτους.

Έτσι λοιπόν θυμάμαι ένα επιθετικό τηλεφώνημα κάποιο πρωί το 2008 από τον τότε νέο διοικητή

Εξωσκοπήσεις



στις οξείες οργανικές παθήσεις και στις επιπλοκές των χρόνιων νόσων, όπως η παχυσαρκία και ο διαβήτης.

Σαν γαστρεντερολόγοι θα πρέπει κάποτε να υιοθετή-
σουμε σαφείς, ιατρικά τεκμηριωμένες οδηγίες για το πώς πρέπει να διατρέφονται και να αδυνα-
τίζουν οι παχύσαρκοι άρρωστοί μας που πάσχουν από ΓΟΠΝ, λιπώδη διήθηση ήπατος, σακχαρώδη διαβήτη ή απλά παχυσαρκία. Πώς και πόσο πρέπει να ασκούνται – υπάρχουν οδηγίες της EASL για τη λιπώδη διήθηση – και ποια ψυχολογική υποστήριξη χρειάζονται. **Η ενασχόληση με δίαιτες είναι ένα ιδιαίτερα βαρετό και χρονοβόρο κεφάλαιο,** αλλά δεν παύει να είναι μέρος από τη δουλειά μας, τουλά-
χιστον έως ότου ξεκαθαριστεί η hip-hop κατάσταση στην διαιτολογία.

του ΤΣΑΥ, που ήθελε να μάθει τι εννοούσα με τον τίτλο “ΤΣΑΥ: Secret combination”. Secret Combination ήταν ο τίτλος της ελληνικής συμμετοχής στο φεστιβάλ τραγουδιού της Eurovision της χρονιάς εκείνης. Στο άρθρο έλεγα ότι **η συνεχιζόμενη ανυ-
παρξία ηλεκτρονικών υπολογιστών στο ΤΣΑΥ ευνοεί τη διάπραξη καταχρήσεων και υπεξαιρέ-
σεων, που δεν μπορούν να αποκαλυφθούν.**

“Ποιος σε έβαλε να το γράψεις και τι υπονοείς με τον τίτλο; Μήπως ότι γίνονται κομπίνες;”

μου ρίχτηκε ο διοικητής, που απ’ ότι αντιλήφθηκα είχε κάποια κόντρα με την προηγούμενη διοίκηση. Τι ακριβώς συνέβη δεν γνωρίζω, αλλά κατάλαβα ότι η παράδοση του ταμείου από την προηγούμενη διοίκηση στην επόμενη δεν ήταν ομαλή. Όταν βε-
βαιώθηκε ότι δεν με είχε βάλει κανένας να γράψω το άρθρο, με διαβεβαίωσε ότι ήταν προγραμμα-
τισμένο να μπουν ηλεκτρονικοί υπολογιστές στο ΤΣΑΥ, αλλά ότι ακόμα δεν είχαν μπει και ότι δεν έχουν περαστεί ακόμα τα αποδεικτικά πληρωμής των ιατρών. **“Αυτό όμως σημαίνει ότι δεν μπο-
ρεί να γίνει κανένας πραγματικός έλεγχος για τα έσοδα από ιδρύσεως του Ταμείου”** απάντη-
σα. **“Αρα, αν καταλαβαίνω, με πήρατε για να**



Το τέλος ενός rot-pourri! (συνέχεια)

μου πείτε ότι συμφωνείτε με το άρθρο;” αναρωτήθηκα. Δεν πήρα απάντηση, παρά μόνον τη διαβεβαίωση ότι θα μπουν Η/Υ.

Αρκετά χρόνια αργότερα, όπως θα έχετε διαπιστώσει, **το ΤΣΑΥ παραμένει ένας τριτοκοσμικός οργανισμός αφού εξακολουθεί και ζητά να αποδείξουμε εμείς ότι εξοφλήσαμε τις εισφορές** προκειμένου να χορηγήσουν ένα πιστοποιητικό ασφαλιστικής ενημερότητας. Αυτοί δεν μπορούν να το κάνουν από τα ανύπαρκτα αρχεία τους. Αν λοιπόν χάσει κανείς κάποια απόδειξη πληρωμής μετά από 35-40 χρόνια ... του ζητάν να τα ξαναπληρώσει. Υποτίθεται ότι από φέτος κρατάνε πλέον κάποια αρχεία. Πολλοί όμως ανησυχούν μήπως το ΤΣΑΥ μοιράζεται την ίδια προχωρημένη τεχνογνωσία που χρησιμοποιεί για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση ο ΕΟΠΥΥ, οπότε ...

Τελειώνοντας, θέλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την **κ. Ιωάννα Βαρδαξόγλου**, Υπεύθυνη Επιμέλειας των εκδόσεων για την καλή συνεργασία, την προθυμία και υπομονή της με το πάζλ κειμένων και φωτογραφιών που της έστελνα για κάθε νέο τεύχος. Ευχαριστώ όσους έκαναν την

πρώιμη ανάγνωση των κειμένων και μου προσέφεραν διορθώσεις και ένα πρώτο feedback. Ευχαριστώ επίσης για την καλή συνεργασία τη φίλη και **Διευθύντρια Σύνταξης κ. Νικολέττα Μάθου. Ευχαριστίες σε ολόκληρο το ΔΣ και ιδιαίτερα στον απερχόμενο πρόεδρο κ. Αποστόλη Νταϊλιάνη** για την καλή δουλειά που προσέφερε στην ΕΠΕΓΕ όλα αυτά τα χρόνια. **Πάνω απ’ όλα ευχαριστώ τους αναγνώστες, χωρίς τους οποίους δεν θα είχαν λόγο ύπαρξης τα κείμενα.**

Εύχομαι στο νέο ΔΣ και στη νέα Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού καλή επιτυχία. Είναι γνωστό ότι όσοι συμμετέχουν στο ΔΣ προσφέρουν χρόνο από την προσωπική τους ζωή και μπαίνουν σε μπελάδες, χωρίς ανταλλάγματα. Όπως είπε και ένα από τα νέα μέλη του ΔΣ, οι υποψηφιότητες για το ΔΣ είναι “επιστρατευμένες υποψηφιότητες”. Για τον λόγο αυτό πρέπει να υποστηρίζονται καλόπιστα από τα μέλη της ένωσης.

Πολύ φιλικά,
Αντώνης Κογεβίνας

Τι απομένει από τον Ιπποκράτειο όρκο;

Αντίθετα από ότι νομίζει ο κόσμος, οι ιατροί δεν δίνουν τον όρκο του Ιπποκράτη. Ορκίζονται με βάση διάφορα άλλα μεταγενέστερα κείμενα, που έχουν ελάχιστη σχέση με τον Ιπποκράτειο όρκο. Γιατί συμβαίνει αυτό; Μα γιατί έχουν αλλάξει τα ήθη, οι διεισδυτικότητες και οι δώδεκα θεοί. Ιδού λοιπόν τι απομένει από τον περίφημο όρκο (τα πλάγια μπλε γράμματα είναι σχόλια των Εξωσκοπήσεων):

Όρκος του Ιπποκράτη

«Ορκίζομαι στον Απόλλωνα τον Ιατρό και στον Ασκληπιό και στην Υγεία και στην πανάκεια και σ’

όλους τους Θεούς επικαλούμενος την μαρτυρία τους, να τηρήσω πιστά κατά τη δύναμη και την κρίση μου αυτό τον όρκο και το συμβόλαιό μου αυτό **[ΑΠΑΛΕΙΦΕΤΑΙ λόγω πολυθεϊστικών αντιλήψεων]**. Να θεωρώ αυτόν που μου δίδαξε αυτή την τέχνη ίσο με τους γονείς μου και να μοιραστώ μαζί του τα υπάρχοντά μου και τα χρήματά μου αν έχει ανάγκη φροντίδας **[ΑΠΑΛΕΙΦΕΤΑΙ, γιατί οι γονείς είναι πάνω απ’ όλους κατά τις σημερινές αντιλήψεις αφού οι δάσκαλοι έχουν χάσει την αίγλη που είχαν, ενώ μπορεί να είναι παρεξηγήσιμο το μοίρασμα των κερδών]**. Να θεωρώ τους απογόνους του ίσους με τ’ αδέρφια μου και να τους



διδάξω την τέχνη αυτή αν θέλουν να τη μάθουν, χωρίς αμοιβή και συμβόλαιο και να μεταδώσω με παραγγελίες, οδηγίες και συμβουλές όλη την υπόλοιπη γνώση μου και στα παιδιά μου και στα παιδιά εκείνου που με δίδαξε και στους άλλους μαθητές που έχουν κάνει γραπτή συμφωνία μαζί μου **[ΑΠΑΛΕΙΦΕΤΑΙ, γιατί υποδηλώνει διάθεση αντιποίησης Πανεπιστημιακής αρχής]** και σ’ αυτούς που έχουν ορκισθεί στον ιατρικό νόμο και σε κανέναν άλλο και να θεραπεύω τους πάσχοντες κατά τη δύναμή μου και την κρίση μου χωρίς ποτέ, εκουσίως, να τους βλάψω ή να τους αδικήσω **[Ισχύει]**. Και να μη δώσω ποτέ σε κανένα, έστω κι αν μου το ζητήσει, θανατηφόρο φάρμακο, ούτε να δώσω ποτέ τέτοια συμβουλή **[ΑΠΑΛΕΙΦΕΤΑΙ, γιατί υπάρχουν ισχυρές διχογνωμίες για την δυνατότητα ευθανασίας σε ανίστες βαριές παθήσεις κτλ]**. Ομοίως να μη δώσω ποτέ σε γυναίκα φάρμακο για ν’ αποβάλει **[ΑΠΑΛΕΙΦΕΤΑΙ, λόγω αντίθετης νομοθεσίας που επιτρέπει τις εκτρώσεις]**. Να διατηρήσω δε τη ζωή μου και την τέχνη μου καθαρή και αγνή **[Ισχύει. Θα μπορούσε όμως να εμπλέκεται**

και σε προσωπικά δεδομένα ως προς τι νοείται σαν “αγνή ζωή”] Και να μη χειρουργήσω πάσχοντες από λίθους αλλά ν’ αφήσω την πράξη αυτή για τους ειδικούς **[ΑΠΑΛΕΙΦΕΤΑΙ, γιατί ειδικοί είναι οι χειρουργοί που είναι ιατροί]**. Και σ’ όποια σπίτια κι αν μπω, να μπω για την ωφέλεια των πασχόντων αποφεύγοντας κάθε εκούσια αδικία και βλάβη και κάθε γενετήσια πράξη και με γυναίκες και με άνδρες, ελεύθερους **[Ισχύει μέχρις εδώ]** και δούλους **[ΑΠΑΛΕΙΦΕΤΑΙ, γιατί η δουλεία έχει καταργηθεί]**. Και ό,τι δω ή ακούσω κατά την άσκηση του επαγγέλματός μου, ή κι εκτός, για τη ζωή των ανθρώπων, που δεν πρέπει ποτέ να κοινοποιηθεί, να σιωπήσω και να το τηρήσω μυστικό **[Ισχύει για τους ιατρούς. Όμως τα μυστικά κοινοποιούνται από τρίτους πχ ασφαλιστικές εταιρίες και ταμεία]**. Αν τον όρκο μου αυτό τηρήσω πιστά και δεν τον αθετήσω, είτε ν’ απολαύσω για πάντα την εκτίμηση όλων των ανθρώπων για τη ζωή μου και για την τέχνη μου, αν όμως παραβώ και αθετήσω τον όρκο μου να υποστώ τα αντίθετα από αυτά».

Έκαστος τον όρκο του!



Ο Ιπποκράτειος όρκος τροποποιήθηκε πολλές φορές μέχρι σήμερα σε όλο τον κόσμο. **Η μεγαλύτερη τροποποίηση έγινε το 1948 από την Παγκόσμια Ένωση Ιατρών (WMA) στη Γενεύη και ονομάστηκε “Διακήρυξη της Γενεύης”.** Τα εγκλήματα των Ναζιστών ιατρών κατά τον Β’ Παγκόσμιο Πόλεμο που εκδικάστηκαν στη Νυρεμβέργη, καθώς και των ιατρών της Γαπων νέζικης Αυτοκρατορίας στην Κίνα, επέβαλαν να γίνουν ουσιαστικές αλλαγές και διευκρινίσεις.

Ο όρκος της Διακήρυξης της Γενεύης που συντάχθηκε το 1948 περιέχει όλα αυτά που νομίζουμε ότι περιλαμβάνει ο όρκος του Ιπποκράτη. Το ότι δεν περιλαμβάνει την έννοια “Θεός” ίσως είναι η αιτία που δεν υιοθετήθηκε από το θεοκρατικό Ελληνικό κράτος και Πανεπιστήμιο. Όπως και να έχει, είναι πολύ πιο συ-

γκεκριμένος, ολοκληρωμένος, σαφής και δεσμευτικός:

At the time of being admitted as a member of the medical profession: I solemnly pledge to consecrate my life to the service of humanity; I will give to my teachers the respect and gratitude that is their due; I will practice my profession with conscience and dignity; The health of my patient will be my first consideration; I will respect the secrets that are confided in me, even after the patient has died; I will maintain by all the means in my power, the honor and the noble traditions of the medical profession; My colleagues will be my sisters and brothers; I will not permit considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, social standing or any other factor to intervene between my duty and my patient; I will maintain the utmost respect for human life; I will not use my medical knowledge to violate human rights and civil liberties, even under



Εξωσκοπήσεις

Αντώνης Κογεβίνας, koge@dotenet.gr

Έκαστος τον όρκο του! (συνέχεια)

threat; I make these promises solemnly, freely and upon my honor.

Οι Ιατρικές Σχολές ανά τον κόσμο χρησιμοποιούν δικές τους παραλλαγές. Ο όρκος που δίνουν οι σημερινοί ιατροί στην αίθουσα Τελετών του Πανεπιστημίου Αθηνών παρατίθεται παρακάτω.

Δεν είναι ιδιαίτερα εμπνευσμένος και θυμίζει περισσότερο προσευχή παρά όρκο. Είναι γενικόλογος, ελάχιστα δεσμευτικός και δίνει τη δυνατότητα για ποικίλες ερμηνείες. Ιδού λοιπόν ο όρκος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών:

«Του πτυχίου της Ιατρικής αξιωθείς, όρκον ομνύω

προ του Πρυτάνεως και του Προέδρου της Ιατρικής Σχολής και πίστιν καθομολογώ τήνδε: Από του ιερού περιβόλου του σεπτού τούτου τεμένους των Μουσών εξερχόμενος κατ' επιστήμην βιώσομαι, ασκών ταύτην δίκην θρησκείας εν πνεύματι και αληθεία. Ούτω χρήσιμον εμαυτόν καταστήσω προς άπαντας τους δεσμένους της εμής αρωγής, και εν πάση ανθρώπων κοινωνίας αεί προν ειρήνην και χρηστότητα ηθών συντελέσω, βαίνων εν ευθεία του βίου οδώ, προς την αλήθειαν και το δίκαιον αποβλέπων και τον βίον ανυψών εις τύπον αρετής υπό την σκέπην της σοφίας. Ταύτην την επαγγελίαν επιτελούντι είη μοι, *συν τη ευλογία των εμών καθηγητών και πεφιλημένων δασκάλων*, ο θεόν εν τω βίω βοηθός».

Τα ελληνικά γράμματα F και j



Επισυνάπτεται ενδιαφέρον απόσπασμα από την εισαγωγή στο κλασσικό σύγγραμμα "Γραμματική

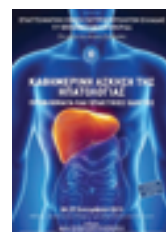
Αρχαίας Ελληνικής Γλώσσας" του Αχιλλέα Τζατζανου.

Σημείωσις. Τὸ ἀρχαιότατον Ἑλληνικὸν ἀλφάβητον περιελάμβανεν ἑν ἀκόμῃ γράμμα, τὸ F, τὸ ὁποῖον διὰ μὲν τὸ σχημά του λέγεται δίγαμμα, διὰ δὲ τὴν προφορὰν του δαϋ. Ἐπρόφερετο περίπου, ὅπως προφέρεται νῦν τὸ θ ἢ ὅπως τὸ υ εἰς λέξεις, ὅποια π.χ. ἡ λέξις αἶφιον.

Εἰς δὲ τὴν ἀρχαιοτάτην Ἑλληνικὴν γλῶσσαν, ὅπως θὰ ἴδωμεν εἰς τὰ ἐπόμενα, ὑπῆρχε καὶ εἰς ἰδιαιτέρος φθόγγος, τὸ j (γιώτ), τοῦ ὁποῖου ὅμως δὲν παρεδόθη γράμμα (ἦτοι γραπτὸν σημεῖον).

Ἐπρόφερετο δὲ τὸ J, ὅπως προφέρεται τώρα τὸ γι εἰς τὴν λέξιν π.χ. Πανάγιω (Πανάγ-ω) ἢ ὅπως τὸ ἀπλοῦν εἰς τὰς λέξεις π.χ. παιδιά, καθάριος.

Ένα πολύ καλό συνέδριο



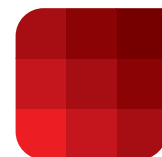
Το τελευταίο συνέδριο της ΕΠΕΓΕ, που είχε θέμα την Ηπατολογία στην καθημερινή πράξη, επιβεβαίωσε το γνωστό ψηλό επίπεδο των συνεδρίων της εταιρείας μας. **Ο καθηγητής Βαγγέλης Ακριβιάδης, Πρόεδρος του συνεδρίου, και η Οργανωτική Επιτροπή φρόντισαν να οργανώσουν ένα χρήσιμο και πρακτικό συνέδριο.**

Καλό συνέδριο είναι αυτό που καταφέρνει να

αλλάξει και να επικαιροποιήσει (update) την πρακτική αυτών που το παρακολουθούν. Αυτό το συνέδριο προσέφερε τέτοια πληροφόρηση. Οι αίθουσες ήταν ασφυκτικά γεμάτες όπως κάθε χρονιά. Όπως κάθε χρονιά, επαναλήφθηκε το γνωστό μοτίβο με την χαμηλοτάβανη αίθουσα του Caravel και με τις οθόνες που κρύβονται κατά το ήμισυ από τα κεφάλια των μπροστινών ακροατών.

ΦΩΤΕΙΝΗ ΑΠΟΔΕΙΞΗ

ΥΠΕΡΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ



Είστε μέλος της ΕΠΕΓΕ;

Επωφεληθείτε από τη μοναδική προσφορά και αποκτήστε μια φωτεινή πηγή ενδοσκόπησης

WelchAllyn®

Επικοινωνήστε μαζί μας στο 210 6294613 ή επισκεφθείτε το ηλεκτρονικό μας κατάστημα στη διεύθυνση: <https://mcs.lilly.gr>

MEDICAL
CARE
BIO
TECH
SOLUTIONS

15° χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών-Λαμίας | 145 64 Κηφισιά | τ 210 6294600 | f 210 6294620 | Τ.Θ. 51288 - 145 10 Κηφισιά

Μέλος του Ομίλου 





Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Korré M.,¹ Αρναούτογλου Ε.,¹ Παπαθανάκος Γ,¹ Μπομπότη Π,² Νταϊλιάνας Α,² Παπαδόπουλος Γ.¹

¹ Αναισθησιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων ² ΕΠΕΓΕ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας μας ήταν να καταγράψουμε και να αξιολογήσουμε στα πλαίσια του Διήμερου Σεμιναρίου Πρώτων Βοηθειών και Καταστολής που οργανώνει η Κλινική μας στο Ετήσιο Συνέδριο της ΕΠΕΓΕ, τη γνώση και τις δεξιότητες στην αναζωογόνηση και στη διαχείριση του αεραγωγού των γαστρεντερολόγων και νοσηλευτών που χορηγούν καταστολή.

Μέθοδος: Στην έρευνα έλαβαν μέρος Γαστρεντερολόγοι και Νοσηλευτές γαστρεντερολογικών ιατρείων. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο σχετικό με τη γνώση στη βασική αναζωογόνηση και εφαρμογή AED. Στην πρακτική άσκηση αξιολογήθηκε σε προπλάσματα η ετοιμότητα των συμμετεχόντων στην αντιμετώπιση του αεραγωγού και στην αναζωογόνηση όπως προβλέπεται από τον αλγόριθμο του Ευρωπαϊκού συμβουλίου Αναζωογόνησης (επίτευξη στόχου: ναι ή όχι). Στατιστική: Pearson's x2 test, Fisher's exact test, Student's t-test, Mann-Whitney, παραμετρικός και μη έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA, Kruskal-Wallis).

Αποτελέσματα: Το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν 170 άτομα, γαστρεντερολόγοι (105) και νοσηλευτές (65) μέσης ηλικίας 36 ετών. Παρά το γεγονός ότι δεν είχαν εκπαιδευτεί όλοι στο παρελθόν στη βασική αναζωογόνηση (27,6%), σχεδόν όλοι γνώριζαν τι είναι Βασική Υποστήριξη της ζωής (99,41%) και Εξωτερική Αυτόματη Απινίδωση (98,82%). Οι μισοί από αυτούς δεν θα εφαρμόζαν στόμα με στόμα αναπνοή σε άγνωστο άτομο (42%), ενώ ήταν οι περισσότεροι θετικά διατεθειμένοι σε παιδί (84,6%) ή άτομο του περιβάλλοντος (95,6%) τους. Στην πρακτική αξιολόγηση όλοι σχεδόν εμφάνισαν αδυναμία να θέσουν το θύμα σε

θέση ανάνηψης (99,3%), ενώ κατά τη διαχείριση του αεραγωγού οι μισοί απέτυχαν να χρησιμοποιήσουν με επιτυχία τη λαρυγγική μάσκα (56,2%) και να αερίσουν τον ασθενή.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας υποδηλώνουν την αναγκαιότητα συνεχούς και εντατικής εκπαίδευσης των γαστρεντερολόγων και νοσηλευτών που χορηγούν καταστολή στην αναζωογόνηση και στη διαχείριση του αεραγωγού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Διεθνείς Κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι ικανοί να αντιμετωπίζουν μια ανακοπή εφαρμόζοντας καρδιο-αναπνευστική αναζωογόνηση.(1) Η εκπαίδευση των Ιατρών και των Νοσηλευτών διαμορφώνεται ανάλογα με τα προγράμματα σπουδών και τους στόχους του καθενός με αποτέλεσμα να έχουν καταγραφεί σημαντικά κενά εκπαίδευσης σ' ολόκληρο τον κόσμο. (2 -6)

Σκοπός της εργασίας μας ήταν να καταγράψουμε και να αξιολογήσουμε την εκπαίδευση γαστρεντερολόγων και νοσηλευτών που χορηγούν καταστολή στην αναζωογόνηση. Επίσης να καταγράψουμε την ετοιμότητα και την επιδεξιότητα στην διαχείριση του αεραγωγού και στην αναζωογόνηση μετά από θεωρητική και πρακτική εξάσκηση. Πέραν αυτού να αξιολογηθεί από τους εκπαιδευόμενους το ίδιο το σεμινάριο κρίνοντας τους σταθμούς εκπαίδευσης.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα έγινε στα πλαίσια 3 διαδοχικών διήμερων σεμιναρίων Πρώτων Βοηθειών και Καταστολής που οργανώθηκε από την Επαγγελματική Ένωση Ελλήνων Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) και την

Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν



ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αναισθησιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, τα έτη 2008, 2009 και το 2010 στην Αθήνα. Για την έρευνα ήταν σύμφωνοι τόσο η ΕΠ.Ε.Γ.Ε. όσο και οι συμμετέχοντες.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 170 άτομα, 105 Γαστρεντερολόγοι και 65 Νοσηλευτές γαστρεντερολογικών ιατρείων.

Το σεμινάριο περιελάμβανε ένα θεωρητικό διάρκειας 4 ωρών και ένα πρακτικό μέρος διάρκειας 2 ωρών για κάθε 5 εκπαιδευόμενους σε τέσσερις σταθμούς εκπαίδευσης και αξιολόγησης με τη βοήθεια προπλάσμάτων. Ο πρώτος σταθμός εκπαίδευσης ήταν εκείνος της βασικής αναζωογόνησης και της αυτόματης εξωτερικής απινίδωσης. Η διαχείριση αεραγωγού με ή χωρίς βοηθητικά μέσα, ο αερισμός με συσκευή AMBU και προσωπίδα, και η τοποθέτηση λαρυγγικής μάσκας έγινε στο δεύτερο σταθμό. Ο τρίτος σταθμός περιλάμβανε την προσομοίωση καρδιακών ρυθμών και την εκπαίδευση στην απινίδωση (αυτόματος και μη) με ειδικό πρόπλασμα () και απινιδωτή. Ο τέταρτος σταθμός περιελάμβανε την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών με προσομοίωση μέσω υπολογιστή με ειδικό λογισμικό πρόγραμμα (MicroSim Inhospital, Laerdal Medical AS).

Όλοι οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ανώνυμα ένα ερωτηματολόγιο πριν την πρακτική και θεωρητική άσκηση. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικές με τη γνώση τους και την ετοιμότητα να εφαρμόσουν βασική αναζωογόνηση και εξωτερική απινίδωση σε γνωστό ή άγνωστο ενήλικα ή παιδί.

Μετά την ολοκλήρωση της θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης αξιολογήθηκε η επίδοση των συμμετεχόντων: Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην Επείγουσα κλήση, στον έλεγχο ζωτικών σημείων, στη θέση ανάνηψης, στην αντιμετώπιση του αεραγωγού, και

στον αερισμό. με βάση την επίτευξη ή όχι εφαρμογής του αλγορίθμου του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης.

Σχετικά με την επείγουσα κλήση καταγράφηκε εάν οι συμμετέχοντες γνώριζαν τον αριθμό ΕΚΑΒ, εάν έδωσαν τη διεύθυνση, εάν περιέγραψαν την κατάσταση του ασθενούς, εάν έδωσαν τον αριθμό θυμάτων, εάν άφησαν τηλέφωνο επικοινωνίας.

Κατά τον έλεγχο συνείδησης καταγράφηκε με ναι ή όχι εάν μίλησαν στο θύμα, εάν προέβησαν σε προσεκτικό ταρακούνημα του ασθενούς, και σε περίπτωση κωματώδους θύματος εάν προέβησαν σε επείγουσα κλήση.

Κατά το έλεγχο των ζωτικών σημείων καταγράφηκε εάν έγινε έλεγχος του αεραγωγού, εάν η διάνοιξη του στόματος για καθαρισμό από ξένα σώματα ήταν αποτελεσματική και εάν εφαρμόστηκε ο χειρισμός πιγούνι πάνω – μέτωπο κάτω.

Αξιολογήθηκε επίσης εάν έγινε έλεγχος της αναπνοής και σε περίπτωση που ο εθελοντής ήταν κωματώδης με αυτόματη αναπνοή εάν τοποθετήθηκε σε θέση ανάνωσης.

Καταγράφηκε επίσης η ετοιμότητα εξοπλισμού για τη διαχείριση του αεραγωγού, η διατήρηση αεραγωγού με στοματοφαρυγγικό αεραγωγό, ο αερισμός με συσκευή AMBU και προσωπίδα και η τοποθέτηση λαρυγγικής μάσκας.

Τέλος οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν κάθε σταθμό εκπαίδευσης με βαθμολογία από το 1 έως το 4.

Στατιστική: Μέσες τιμές (mean), τυπικές αποκλίσεις (StandardDeviation=SD), Pearson'sx² test, Fisher's exact test, Student'st-test, Mann-Whitney, παραμε-



Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

τρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA), μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis.

Αποτελέσματα:

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 170 άτομα, 77 γυναίκες και 93 άνδρες, μέσης ηλικίας 36,1 ± 9,3 έτη. Από αυτούς 105 ήταν γαστρεντερολόγοι και 65 νοσηλευτές γαστρεντερολογικών ιατρείων.

A. Ανάλυση των απαντήσεων

Σχεδόν όλοι γνώριζαν τι είναι Βασική Υποστήριξη της ζωής (99,41%) και Αυτόματη Εξωτερική Απινίδωση (98,82%). Όλοι οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι οι φοιτητές της ιατρικής σχολής πρέπει να εκπαιδεύονται

στην ΚΑΡΠΑ και στην αυτόματη εξωτερική απινίδωση. Ανεξάρτητα ιδιότητας ή επαγγέλματος το 97,0% των συμμετεχόντων θεωρούν ότι πρέπει ειδικοί πληθυσμοί να εκπαιδεύονται στην ΚΑΡΠΑ και αυτόματη εξωτερική απινίδωση και το 81,0% ότι πρέπει να εκπαιδεύονται και απλοί πολίτες.

Το 72% των συμμετεχόντων είχαν εκπαιδευτεί στην ΚΑΡΠΑ και το 34% στην αυτόματη εξωτερική απινίδωση, το 54% στη διαχείριση αεραγωγού (**Πίνακας 1**). Οι γιατροί είχαν εκπαιδευτεί στο παρελθόν σε μεγαλύτερο ποσοστό στην στον εξωτερικό αυτόματο απινιδωτή (0,003) και στη διαχείριση του αεραγωγού (p = 0,001) σε σχέση με τους νοσηλευτές.

Αερισμό στόμα με στόμα σε άγνωστο άτομο θα εφάρ-

Πίνακας 1: Οι απαντήσεις τωνσυμμετεχόντων για την εκπαίδευση στην και την εφαρμογή της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης και της αυτόματης εξωτερικής απινίδωσης, τόσο στο σύνολο τους όσο και ξεχωριστά για κάθε ιδιότητα/επάγγελμα.

		Σύνολο N (%)	Ιατροί N (%)	ΝοσηλευτέςN (%)	p
Έχετε ποτέ εκπαιδευθεί στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;	Όχι	47 (27,6)	21 (20)	26 (40)	
	Ναι	123 (72,4)	84 (80)	39 (60)	
Έχετε ποτέ εκπαιδευθεί στην αυτόματη εξωτερική απινίδωση;	Όχι	110 (65,7)	58 (55,2)	52 (80)	0,003
	Ναι	60 (34,3)	47 (44,8)	13 (20)	
Εκπαιδευθήκατε άλλη φορά στη διαχείριση αεραγωγού;	Όχι	70 (45,4)	36 (35,3)	34 (69,4)	<0,001
	Ναι*	81 (54,6)	66 (64,7)	15 (30,6)	
Θα κάνατε ποτέ αναπνοή στόμα με στόμα σε ένα άγνωστο άτομο;	Όχι	70 (42)	31 (28,6)	39 (60)	<0,001
	Ναι	100 (58)	75 (71,4)	25 (40)	
Θα κάνατε ποτέ αναπνοή στόμα με στόμα σε ένα άτομο από το περιβάλλον σας;	Όχι	9 (4,4)	5 (4,7)	3 (4,6)	1,000
	Ναι	196 (95,6)	101 (95,3)	62 (95,4)	
Θα κάνατε ποτέ αναπνοή στόμα με στόμα σε ένα άγνωστο παιδί;	Όχι	26 (15,4)	7 (6,8)	19 (29,2)	0,002
	Ναι	143 (84,6)	97 (93,2)	46 (70,8)	
Θα κάνατε ποτέ θωρακικές συμπίεσεις σε ένα άγνωστο άτομο;	Όχι	15 (8,9)	1 (0,9)	14 (21,5)	<0,001
	Ναι	155 (91,1)	104 (99,1)	51 (78,5)	
Θα κάνατε ποτέ θωρακικές συμπίεσεις σε ένα άτομο από το περιβάλλον σας;	Όχι	7 (4,1)	1 (0,9)	6 (9,2)	0,036
	Ναι	163 (95,9)	104 (99,1)	59 (90,8)	
Θα κάνατε ποτέ θωρακικές συμπίεσεις σε ένα άγνωστο παιδί;	Όχι	21 (12,4)	5 (4,7)	16 (26,2)	<0,001
	Ναι	149 (87,6)	101 (95,3)	48 (73,8)	
Θα χρησιμοποιούσατε ποτέ τον αυτόματο εξωτερικό απινιδωτή;	Όχι	27(16)	10 (9,4)	17 (27)	0,010
	Ναι	142 (84,)	96 (90,6)	46 (73)	

* 5 ήταν πιστοποιημένοι στο BLS



Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

μοζε το 58% των συμμετεχόντων, σε άγνωστο παιδί το 85% και σε άτομο του περιβάλλοντος το 96%. Το ποσοστό των γιατρών που θα εφάρμοζαν αναπνοή στόμα με στόμα σε άγνωστο άτομο και σε άγνωστο παιδί ήταν σημαντικά μεγαλύτερο σε σχέση με εκείνο των νοσηλευτών (p = 0,001 και p = 0,002 αντίστοιχα)

Θωρακικές συμπίεσεις σε άγνωστο άτομο θα εφάρμοζε το 91% των συμμετεχόντων, σε άγνωστο παιδί το 87,6% και σε άτομο του περιβάλλοντος το 96%, με

τους γιατρούς να εμφανίζονται σε υψηλότερο ποσοστό πρόθυμοι (p = 0,001, p = 0,036, p = 0,001 αντίστοιχα) Στην εφαρμογή αυτόματης εξωτερικής απινίδωσης θα προχωρούσε το 90,6 % των γιατρών και το 73% των νοσηλευτών (p= 0,01).

Σε σχέση με προηγούμενη εκπαίδευσή τους στην ΚΑΡΠΑ, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στα ποσοστά αυτών που ήταν ή δεν ήταν πρόθυμοι να εφαρμόσουν αναπνοή στόμα με στόμα σε άγνωστο

Πίνακας 2: Αξιολόγηση των ενεργειών που πρέπει να κάνουν οι συμμετέχοντες, τόσο στο σύνολο τους όσο και ξεχωριστά για κάθε ιδιότητα/επάγγελμα.

			Σύνολο N (%)	Ιατροί N (%)	Νοσηλευτές N (%)	P Fisher's exact test
Επείγουσα κλήση	Γνώριζαν τον αριθμό ΕΚΑΒ ?	Όχι	15 (10,9)	9 (8,9)	5 (14,7)	0,162
		Ναι	123 (89,1)	92 (91,1)	29 (85,3)	
	Έδωσαν τη διεύθυνση	Όχι	21 (15,2)	12 (11,9)	8 (23,5)	0,147
		Ναι	117 (84,8)	89 (88,1)	26 (76,5)	
	Περιέγραψαν την κατάσταση/ατύχημα/ασθένεια	Όχι	18 (13)	10 (9,9)	7 (20,6)	0,113
		Ναι	120 (87)	91 (90,1)	27 (79,4)	
	Έδωσαν τον αριθμό θυμάτων	Όχι	62 (44,9)	41 (40,6)	19 (55,9)	0,242
		Ναι	76 (55,1)	60 (59,4)	15 (44,1)	
Έλεγχος ζωτικών σημείων	Άφησαν τηλέφωνο επικοινωνίας	Όχι	69 (50)	48 (47,5)	19 (55,9)	0,572
		Ναι	69 (50)	53 (52,5)	15 (44,1)	
	Έλεγχος συνείδησης	Όχι	2(2,2)	0 (0)	2 (5,9)	0,005
		Ναι	133 (97,8)	101 (100)	32 (94,1)	
	Προσεκτικό ταρακούνημα ασθενούς	Όχι	6 (4,3)	4 (4)	1 (2,9)	0,156
		Ναι	132 (95,7)	97 (96)	33 (97,1)	
	Κλήση για βοήθεια	Όχι	22 (15,9)	16 (15,8)	5 (14,7)	0,575
		Ναι	116 (84,1)	85 (84,2)	29 (85,3)	
Θέση ανάνηψης	Έλεγχος αεραγωγού	Όχι	10 (7,2)	6 (5,9)	3 (8,8)	0,241
		Ναι	128 (92,8)	95 (94,1)	31 (91,2)	
	Έλεγχος αναπνοής	Όχι	13 (9,4)	6 (5,9)	6 (17,6)	0,044
		Ναι	125 (90,6)	95 (94,1)	28 (82,4)	
	Τοποθέτηση εθελοντή σε θέση ανάνηψης, position (I)	Όχι	137 (99,3)	100 (99)	34 (100)	1,000
		Ναι	1 (0,7)	1 (1)	0 (0)	
	Αποτελεσματική διάνοιξη αεραγωγού (II)	Όχι	137 (99,3)	100 (99)	34 (100)	1,000
		Ναι	1 (0,7)	1 (1)	0 (0)	
Κατεύθυνση κεφαλής προς τα κάτω (III)	Όχι	137 (99,3)	100 (99)	34 (100)	1,000	
	Ναι	1 (0,7)	1 (1)	0 (0)		



Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

άτομο, σε άγνωστο παιδί ή σε άτομο του περιβάλλοντός τους (Kruskal Wallis Test, $p > 0,05$). Οι γιατροί και οι νοσηλευτές που θα εφαρμόζαν θωρακικές συμπίεσεις σε άτομο του περιβάλλοντός τους ή σε παιδί, είχαν εκπαιδευτεί σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. ($p = 0,034$ και $0,016$ αντίστοιχα).

Β. Ανάλυση της επίδοσης των συμμετεχόντων στην διαχείριση του αεραγωγού και στην αναζωογόνηση.

Κατά την επείγουσα κλήση, ποσοστά $> 84\%$ γνώριζαν τον αριθμό κλήσης του ΕΚΑΒ, έδωσαν τη διεύθυνση του συμβάματος και περιέγραψαν την κατάσταση του θύματος. Το 55% των συμμετεχόντων έδωσαν τον αριθμό θυμάτων και το 50% άφησαν τηλέφωνο επικοινωνίας χωρίς να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των γιατρών και νοσηλευτών.

Έλεγκο ζωτικών σημείων: Όλοι οι γιατροί (100) και το 94% των νοσηλευτών προχώρησα σε έλεγχο του επιπέδου συνείδησης ($p=0,005$). Προσεκτικό ταρakovήνυμα του θελονητή εφαρμωσε το 96% των συμμετεχόντων, κλήση για βοήθεια το 84% και έλεγχο του

αεραγωγού το 92% , χωρίς να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών. Το 94% των γιατρών και το $82,4\%$ των νοσηλευτών προχώρησε με επιτυχία σε έλεγχο της αναπνοής ($p = 0,044$). Η τοποθέτηση του εθελοντή σε θέση ανάνηψης εφαρμόστηκε με επιτυχία μόνο από το $0,7\%$ των συμμετεχόντων (Πίνακας 2).

Κατά τη διαχείριση του αεραγωγού το 96% των συμμετεχόντων εφαρμόσε έλεγχο του εξοπισμού, καθαρισμό - απελευθέρωση του αεραγωγού, διατήρηση του αεραγωγού με βοηθητικά μέσα και το 94% αερισμό με απλά βοηθητικά μέσα (Πίνακας 3). Τα ποσοστά των γιατρών στις περιπτώσεις αυτές ήταν σημαντικά υψηλότερα από των νοσηλευτών ($p < 0,05$). Μόνο το 43% είχε επιτυχία στη τοποθέτηση της λαρυγγικής μάσκας χωρίς διαφορές μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών.

Τα ποσοστά επιτυχίας των γιατρών που είχαν εκπαιδευθεί στο παρελθόν στην ΚΑΡΠΑ σε όλα τα βήματα αλγορίθμου αναζωογόνησης ήταν $>75\%$ για τους γιατρούς και $>65\%$ για τους νοσηλευτές. Τα ποσοστά επιτυχίας αυτών που είχαν εκπαιδευθεί στο παρελθόν

Πίνακας 3: Αξιολόγηση επίτευξης στόχων σχετικά με την αντιμετώπιση του αεραγωγού, τόσο στο σύνολο τους όσο και ξεχωριστά για κάθε ιδιότητα/επάγγελμα (Not achieved, Achieved).

		Σύνολο N (%)	Ιατροί N (%)	Νοσηλευτές N (%)	P Fisher's exact test
Ετοιμότητα εξοπλισμού για τη διαχείριση του αεραγωγού	Not achieved	6 (4,4)	1 (1)	4 (12,1)	0,004
	Achieved	131 (95,6)	100 (99)	29 (87,9)	0,004
Καθαρισμός και απελευθέρωση αεραγωγού	Not achieved	6 (4,4)	1 (1)	4 (12,1)	0,004
	Achieved	131 (95,6)	100 (99)	29 (87,9)	
Διατήρηση αεραγωγού με βοηθητικά μέσα	Not achieved	6 (4,4)	1 (1)	4 (12,1)	0,004
	Achieved	131 (95,6)	100 (99)	29 (87,9)	
Αερισμός με απλά βοηθητικά μέσα	Not achieved	8 (5,8)	3 (3)	4 (12,1)	0,021
	Achieved	129 (94,2)	98 (97)	29 (87,9)	
Τοποθέτηση λαρυγγικής μάσκας	Not achieved	77 (56,2)	59 (58,4)	17 (51,5)	0,609
	Achieved	60 (43,8)	42 (41,6)	16 (48,5)	



Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

στην αναζωογόνηση ήταν υψηλότερα από αυτούς που δεν είχαν εκπαιδευτεί.

Γ. Αξιολόγηση των σταθμών εκπαίδευσης από τους συμμετέχοντες.

Κατά την αξιολόγηση των σταθμών εκπαίδευσης από τους συμμετέχοντες, με βαθμολογία 1-4, ο σταθμός εκπαίδευσης BLS-AED συγκεντρώνει βαθμολογία $3,8 \pm 0,5$, ο σταθμός εκπαίδευσης στη διαχείριση του αεραγωγού συγκεντρώνει βαθμολογία $3,7 \pm 0,5$, ο σταθμός εκπαίδευσης στην προσομοίωση επειγόντων περιστατικών με χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή $3,4 \pm 0,9$ και ο σταθμός εκπαίδευσης στους καρδιακούς ρυθμούς $3,2 \pm 1,1$ (Kruskal-Wallis test). Σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών παρατηρήθηκαν στο σταθμό της προσομοίωσης ($3,7 \pm 0,7$ και $3,1 \pm 1,1$ αντίστοιχα, $p = 0,02$, Kruskal-Wallis test) και στο σταθμό των καρδιακών ρυθμών ($3,6 \pm 0,7$ και $2,8 \pm 1,3$ αντίστοιχα, $p = 0,018$).

Κατά την αξιολόγηση της βαθμολογίας των σταθμών εκπαίδευσης από τους συμμετέχοντες με βάση προηγούμενη τους εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ (Kruskal-Wallis test) προκύπτει ότι οι γιατροί που είχαν εκπαιδευτεί στην ΚΑΡΠΑ στο παρελθόν, βαθμολογούν το σταθμό BLS-AED με υψηλότερη βαθμολογία, από τους υπόλοιπους γιατρούς ($3,9 \pm 0,3$ έναντι $3,7 \pm 0,5$, $p=0,008$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα κυριότερα αποτελέσματα της έρευνάς μας είναι ότι το 80% των γιατρών και το 60% των νοσηλευτών είχαν εκπαιδευτεί στην αναζωογόνηση, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για την αυτόματη εξωτερική απινίδωση ήταν 45% και 20% . Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι εκτός από την έλλειψη εκπαίδευσης, ιδιαίτερα του νοσηλευτικού προσωπικού, υπάρχει και έλλειψη συ-

νεχιζόμενης εκπαίδευσης στη βασική αναζωογόνηση, καθώς η αυτόματη εξωτερική απινίδωση καθιερώθηκε ως μέρος της βασικής αναζωογόνησης πριν αρκετά χρόνια. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας είναι παρόμοια με εκείνα άλλων ερευνητών. (3, 6,7)

Σε μια ελληνική μελέτη, που πραγματοποιήθηκε σε 42 καρδιολογικές και καρδιοχειρουργικές μονάδες, βρέθηκε ότι μόνο το 42% των νοσηλευτών είχε συμμετάσχει σε πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στη Βασική ΚΑΡΠΑ. Επίσης μόνο στις 12 από τις 42 μονάδες υπήρχε επίσημο πρόγραμμα εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΑ.(6) Η κατάσταση που επικρατεί φαίνεται να είναι παρόμοια και σε άλλες χώρες και να ισχύει τόσο για τους νοσηλευτές, όσο και για τους γιατρούς Σε έρευνα στο πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Asahikawa, στην Ιαπωνία, σε 304 νοσηλευτές με τη χρήση ερωτηματολογίου, βρέθηκε ότι περισσότερο από το 80% των νοσηλευτών ενδιαφέρονται να μάθουν ΚΑΡΠΑ, οι περισσότεροι είχαν εκπαιδευτεί στην αναζωογόνηση κατά τη διάρκεια των σπουδών τους ή μετά από αυτές, Το 40% είχε τύχει σε αναζωογόνηση, οι περισσότεροι όμως από αυτούς δεν είχε ακούσει για τις κατευθυντήριες οδηγίες αναζωογόνησης του 2000 το έτος 2003. (3)

Την ανάγκη για συστηματική και συνεχή εκπαίδευση του Ιατρικών προσωπικού στη Εξειδικευμένη αναζωογόνηση καταδεικνύουν και τα αποτελέσματα του Ζαχαρόπουλου και συν από το έτος 20011. (7) Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγει ο Timsit et al ο οποίος θεωρεί ότι τα υποχρεωτικά εκπαιδευτικά μαθήματα για ΚΑΡΠΑ είναι απαραίτητα, ενώ η αφομοίωση γνώσεων αυξάνει στο 90% με την εφαρμογή της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, (8)

Σημαντικές ελλείψεις στη γνώση του αλγορίθμου προχωρημένης παιδιατρικής αναζωογόνησης της Αμερικανικής καρδιολογικής Εταιρείας, από το



Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2005, διαπιστώθηκε με ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από μέλη της Εταιρείας Παιδιατρικής Αναισθησιολογίας (9)

Όσον αφορά τη γνώση και την αυτοπεποίθηση των νέων γιατρών σε έρευνα από τη Ν. Ζηλανδία, διαπιστώθηκε ότι είναι ανεπαρκής. με μερικούς γιατρούς να παρουσιάζουν επικίνδυνες ελλείψεις, παρά το υψηλό ποσοστό εκπαίδευσης προπτυχιακά. Για το λόγο αυτό οι συγγραφείς προτείνουν την εφαρμογή υποχρεωτικής πιστοποίησης στην προχωρημένη αναζωογόνηση, εκπαιδευτικά μαθήματα κάθε 6 μήνες και αυξημένη έκθεση σε πραγματικές συνθήκες αναζωογόνησης.(2)

Την αναγκαιότητα εκπαίδευσης από τα φοιτητικά χρόνια αναγνωρίζει ένα σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων που θεωρεί ότι πρέπει να διδάσκεται ακόμη και σε απλούς πολίτες.

Σε ότι αφορά το αερισμό στόμα με στόμα, το ποσοστό των συμμετεχόντων που θα τον εφάρμοζε σε άγνωστο άτομο ήταν χαμηλό (58%), σημαντικά βελτιωμένο (84%) σε άγνωστο παιδί και ακόμη υψηλότερο σε άτομο του περιβάλλοντος (95%), με τους γιατρούς να υπερτερούν σημαντικά στη διάθεση για αερισμό έναντι των νοσηλευτών σε όλες τις περιπτώσεις. Αντίθετα τα ποσοστά των συμμετεχόντων που θα εφάρμοζαν θωρακικές συμπίεσεις ή αυτόματη εξωτερική απινίδωση είναι υψηλά σε όλες τις περιπτώσεις τόσο στο σύνολο όσο και για κάθε επαγγελματική ομάδα χωριστά, με τους γιατρούς να υπερτερούν πάλι σημαντικά έναντι των νοσηλευτών. Η συμπεριφορά αυτή είναι παρόμοια και σε άλλες έρευνες. Στη έρευνα του Keng Sheng Chew μόνο το 51% των φοιτητών Ιατρικής και το 45% των φοιτητών Οδοντιατρικής θα επιθυμούσαν να εφαρμόσουν καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση. (10) Η ανάλυση των σεναρίων έδειξε ότι, εκτός από την περίπτωση που το θύμα ανήκε στα μέλη της οικογένειας, τα ποσοστά της επιθυμίας των φοιτητών

να εφαρμόσουν θωρακικές συμπίεσεις και αερισμό στόμα με στόμα ήταν θλιβερά χαμηλά. Ωστόσο η επιθυμία να εφαρμόσουν μόνο θωρακικές συμπίεσεις ή θωρακικές συμπίεσεις και αερισμό με rochet μάσκα ήταν σημαντικά βελτιωμένη. Πιθανότητα η απ' ευθείας επαφή, ο φόβος για μετάδοση λοιμώξεων ή ακόμη και η απόδοση ευθυνών αποτελούν την κυριότερη αιτία για τα αποτελέσματα αυτά.

Στην αντιμετώπιση απόφραξης του αεραγωγού τα ποσοστά εκπαίδευσης ήταν για τους γαστρεντερολόγους 64% και 30 % για τους νοσηλευτές. Πρόκειται για διαδικασία μάθησης απαραίτητης για τη χορήγηση καταστολής από γαστρεντερολόγους, και η οποία θα πρέπει να αποτελεί ξεχωριστό κομμάτι εκπαίδευσης και μεγαλύτερης διάρκειας.

Όσο αφορά την αξιολόγηση των συμμετεχόντων άμεσα μετά την θεωρητική και πρακτική άσκηση στην αναζωογόνηση αυτοί παρουσίασαν υψηλές επιδόσεις, με σημαντική απόκλιση στην επείγουσα κλήση (αριθμός θυμάτων, τηλέφωνο επικοινωνίας), στην τοποθέτηση του θύματος σε θέση ανάνηψης και στην εξασφάλιση αεραγωγού με τοποθέτηση λαρυγγικής μάσκας. Διαφοροποιήσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων στη διαχείριση του αεραγωγού και στον έλεγχο της αναπνοής με τους γιατρούς να υπερτερούν έναντι των νοσηλευτών. Αξίζει να σημειωθεί ότι τόσο οι γιατροί, όσο και οι νοσηλευτές που είχαν εκπαιδευτεί στο παρελθόν στην αναζωογόνηση πέτυχαν υψηλότερες επιδόσεις σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν εκπαιδευτεί.

Στην έρευνα του Nyman et al το 53% των συμμετεχόντων νοσηλευτών και φοιτητών νοσηλευτικής από Φιλανδία και Ουγγαρία, είχαν διαβάσει ή εκπαιδευτεί στην αναζωογόνηση τους τελευταίους μήνες, ενώ το 7% δεν είχε ποτέ λάβει μέρος σε διδασκαλία. Κατά την αξιολόγηση των δεξιοτήτων τους σε προπλάσματα, μόνο το 36% των συμμετεχόντων αξιολόγησε το

Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

επίπεδο συνείδησης, το 67%, «άνοιξε», εφάρμοσε σωστά, τους χειρισμούς για τη διατήρηση βατότητας του αεραγωγού, και μόνο το 3% διαπίστωσε έλλειψη σφυγμού πριν να ξεκινήσει την αναζωογόνηση. Από τους συμμετέχοντες το 21% εφάρμοσε σωστά θωρακικές συμπίεσεις τουλάχιστον για το ήμισυ της διάρκειας του τεστ, και το 33% αέρισε σωστά τουλάχιστον για το ήμισυ του χρόνου. Τα καλύτερα αποτελέσματα είχαν οι φοιτητές νοσηλευτικής που είχαν εκπαιδευτεί στην αναζωογόνηση τους τελευταίους 6 μήνες. Παράγοντας πρόβλεψης (predictor) για τις δεξιότητες να εφαρμόσουν ικανοποιητικό αερισμό ανήκε στην ομάδα των φοιτητών νοσηλευτικής που είχε χρήσιμη βοήθεια σε εξάσκηση στην αναζωογόνηση τους τελευταίους 6 μήνες.

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα του Pantazopoulos et al, στην οποία διαπιστώθηκε ότι οι καρδιολόγοι που είχαν παρακολουθήσει στο παρελθόν σεμινάριο προχωρημένης υποστήριξης ζωής (ACLS) τον τελευταίο χρόνο συγκέντρωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην θεωρητική γνώση από αυτούς που εκπαιδεύτηκαν πριν μεγαλύτερο του 1 έτους χρονικό διάστημα, από την πραγματοποίηση της μελέτης. Στην έρευνα αυτή η θεωρητική γνώση δεν σχετίστηκε με τον βαθμό ιεραρχίας των συμμετεχόντων.

Τέλος από την αξιολόγηση των σταθμών εκπαίδευσης από τους συμμετέχοντες καταγράφηκε υψηλή βαθμολογία για όλους τους σταθμούς εκπαίδευσης κάτι το οποίο επιβραβεύει τις προσπάθειες των εκπαιδευτών και των διοργανωτών του σεμιναρίου.

Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αναγκαιότητα εκπαίδευσης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης γαστρεντερολόγων στην αναζωογόνηση και στην αυτόματη εξωτερική απινίδωση, όπως επίσης στη διαχείριση του αεραγωγού και στον αερισμό. Ιδιαίτερη έμφαση

ση πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση των νοσηλευτών των γαστρεντερολογικών ιατρείων που παρουσίασαν μικρότερο ποσοστό στην εκπαίδευση στην αναζωογόνηση και στη διατήρηση βατότητας του αεραγωγού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Resuscitation 2005; 61 S1Q51 – S189
2. Price CS, Bell SF, Janes SE, Ardagh M. Cardio-pulmonary resuscitation training, knowledge and attitudes of newly-qualified doctors in New Zealand in 2003. Resuscitation. 2006 Feb;68(2):295-9. Epub 2005 Dec 1.
3. Nagashima K, Takahata O, Fujimoto K, Suzuki A, Iwasaki H.[Investigation on nurses' knowledge of and experience in cardiopulmonary resuscitation and on nurses' knowledge of the guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care established in 2000--results of a survey at Asahikawa Medical College Hospital (second report)]. Masui. 2003 Apr;52(4):427-30.
4. Suzuki A, Suzuki Y, Takahata O, Fujimoto K, Nagashima K, Mamiya K, Sengoku K, Iwasaki H. [A survey of 3,303 6th-year medical students from 36 universities concerning knowledge of resuscitation--more than 80% of medical students can not perform standard cardiopulmonary resuscitation?]. Masui. 2001 Mar;50(3):316-22.
5. Noordergraaf GJ, Be WK, Sabbe M, Diets RF, Noordergraaf A, Van Hemelrijck J. Training needs and qualifications of anaesthesiologists not exposed to ALS. Resuscitation. 1999 Apr-May;40(3):147-60.
6. Merkouris A, Papathanassoglou ED, Pistolas D et al. Staffing and organization of nursing care in cardiac intensive units in Greece. Eur J Cardiovasc Nurs 2003; 2: 123.
7. PantazopoulosI, AggelinaA, BarouxisD, PapapanagiotouP, TroupisG, KotsiomitisiE, DemestihT, XanthosT. Cardiologists' knowledge of the 2005 American Heart Association Resuscitation Guidelines: The Athens Study. Heart Lung. 2011 Jul-Aug;40(4):278-84.
8. Timsit JF, Paquin S, Pease S et al. Evaluation of a continuous training program at Bichat hospital for in – hospital cardiac arrest resuscitation. Ann Fr Anesth Reanimation 2006; 25: 135 – 143.
9. Heitmiller ES, Nelson KL, Hunt EA, Schwartz JM, Yaster M, Shaffner DH. A survey of anesthesiologists' knowledge of American Heart Association Pediatric Advanced Life Support Resuscitation Guidelines. Resuscitation. 2008 Dec;79(3):499-505. Epub 2008 Oct 26
10. Keng Sheng Chew & Mohd Noh Abu Yazid, The willingness of final year medical and dental students to perform bystander cardiopulmonary resuscitation. in an Asian community. Int J Emerg Med (2008) 1:301-309.
11. Nyman J, Sihvonen M. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. Resuscitation. 2000 Oct;47(2):179-84.

Θεσσαλονίκη θα πάτε;



Το 315 π.Χ. ο βασιλιάς της Μακεδονίας Κάσσανδρος συνένωσε 26 πολίχνες στο Θερμαϊκό κόλπο, ιδρύοντας μια νέα πόλη για το βασίλειό του, που έμελλε να εξελιχθεί σε ένα μεγάλο εμπορικό λιμάνι, με ανάπτυξη οικονομική και πολιτιστική. Στην πόλη έδωσε το όνομα της γυναίκας του, Θεσσαλονίκης, κόρης του βασιλιά Φιλίππου Β΄ και αδερφής του Μεγάλου Αλεξάνδρου. Αυτή η όμορφη πόλη θα φιλοξενήσει φέτος το 33^ο Πανελλήνιο Γαστρεντερολογικό Συνέδριο 5-7 Δεκεμβρίου στο ξενοδοχείο Μακεδονία Παλλάς!

Αιώνες μετά την ίδρυσή της, η Θεσσαλονίκη αποτελεί πόλο έλξης για όλες τις ηλικίες, απ' όλες τις μεριές της Ελλάδας. Σταυροδρόμι πολλών πολιτισμών που άφησαν τα σημάδια τους σε κάθε γωνιά, αποτελεί μια ζεστή αγκαλιά για κάθε επισκέπτη. Η ωραιότερη είσοδος στην πόλη, αφού προσπεράσει κανείς την περιοχή των Σφαγείων με τα πολυτελή ξενοδοχεία και τα κέντρα διασκέδασης είναι η στροφή δεξιά προς την παλιά παραλία. Εκεί, προσπερνώντας αριστερά το ιστορικό κτίριο του Λιμανιού, ανοίγεται μπροστά στον περιπατητή η Λεωφόρος Νίκης με τα πολλά καφέ μπαρ κι εστιατόρια και την πλατεία Αριστοτέλους καταλήγοντας στο Λευκό Πύργο. Το ξενοδοχείο του συνεδρίου βρίσκεται στη Νέα Παραλία, μια λωρίδα

γης που επιχωματώθηκε στη δεκαετία του 1960 αλλάζοντας την όψη της ανατολικής ακτογραμμής του Θερμαϊκού από το Βασιλικό Θέατρο μέχρι το Καραμπουρνάκι. Μετά από πρόσφατη ανάθεση στην ομάδα αρχιτεκτόνων Νικηφορίδη-Κυοτο και συνεργατών, η νέα παραλία αναπλάθεται και το μεγαλύτερο μέρος της έχει δοθεί σε χρήση. Πέντε θεματικοί κήποι έχουν ολοκληρωθεί, εκτός από τις υπάρχουσες Ομπρέλες του Ζογγολόπουλου που μεταφέρθηκαν κοντά στο άγαλμα του Μεγ. Αλεξάνδρου προστίθεται και δεύτερο έργο του «οι τρεις κύκλοι» στο κέντρο της λίμνης στον κήπο των γλυπτών. Η φιλοδοξία των σχεδιαστών για τη δημιουργία ενός λόφου δίπλα στο Μακεδονία Παλλάς με αμφιθεατρικά καθίσματα για να απολαμβάνει κανείς το ηλιοβασίλεμα έχει προς το παρόν ανασταλεί λόγω προσφυγής 49 κατοίκων που θεωρούν ότι ενοχλούνται στο Συμβούλιο της Επικρατείας. Ανεξάρτητα από την ολοκλήρωση ή όχι του έργου η νέα παραλία προσφέρεται ιδανικά για βόλτα με τα πόδια, χαλαρό τρέξιμο ή ακόμη καλύτερα για ποδηλασία!

Όλες οι περίοδοι της ιστορίας της πόλης έχουν χαράξει ανεξίτηλα σημάδια που βοηθούν τον επισκέπτη να περιηγηθεί στην αρχαιότητα μέσα από την Αρχαία αγορά, τα τείχη του Επταπυργίου, την περίοδο της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας με εξέχουσα την Αψίδα του Γαλέριου, το Βυζάντιο με παλαιοχριστιανικά και Βυζαντινά μνημεία. Σημαντικά μουσεία της πόλης το Αρχαιολογικό και το Βυζαντινό σας προκαλούν να τα επισκεφθείτε, ενώ το μουσείο της ιστορίας της πόλης μέσα στο Λευκό Πύργο θα σας αποζημιώσει με την εξάισια θέα του στην πόλη και το Θερμαϊκό από την κορυφή του.

Αν μπορείτε να μετακινηθείτε λίγο πιο περιφερειακά και ανατολικά στη Θέρμη σ' ένα προνομιακό οικόπεδο με θέα στο Θερμαϊκό κόλπο ιδρύθηκε το 2001 και ολοκληρώθηκε μόλις το 2004 το ΝΟΗΣΙΣ, Κέντρο Διάδοσης Επιστημών και

Μουσείο Τεχνολογίας. Μέσα σε ένα σύγχρονο περιβάλλον δίνεται η δυνατότητα στο κοινό να γνωρίσει και να κατανοήσει θέματα επιστήμης και τεχνολογίας με διαδραστικές εκθέσεις στο Τεχνοπάρκο, στο Εκθετήριο Αρχαίας Ελληνικής Τεχνολογίας, στο Ψηφιακό Πλανητάριο, ή στον Προσομοιωτή Εικονικής Πραγματικότητας. Στο Χώρο Περιοδικών Εκθέσεων φιλοξενείται η έκθεση «ΑΙΓΑΙΟΝ, η γέννηση ενός αρχιπελάγους», μία μεγάλη έκθεση για την πιο όμορφη θάλασσα, τη δημιουργία των νησιών και των γεωλογικών θησαυρών της από τα βάθη του γεωϊστορικού χρόνου ως το σήμερα.

Μόλις σουρουπώσει η πόλη σφύζει από ζωή και αποδεικνύει πως ό,τι κι αν συμβεί, οι Θεσσαλονικείς ξέρουν να περνάνε καλά! Δεν είναι τυχαίο ότι ο κορυφαίος τουριστικός οδηγός Lonely Planet συμπεριέλαβε τη Θεσσαλονίκη στη λίστα "Ultimate party cities" στην έκδοση "Lonely Planet's 1000 Ultimate Experiences". Οι περισσότερες καινοτομίες στη διασκέδαση, το φαγητό, το ποτό και τον καφέ παίρνουν σάρκα και οστά στην πρωτεύουσα του Βορρά. Οι επιλογές για φαγητό αμέτρητες, καλύπτουν όλες τις απαιτήσεις. Παραδοσιακοί μεζέδες, πιάτα fusion, «πειραγμένα» μεσογειακά, ποικίλης εθνικότητας κουζίνες, για όλα τα γούστα και όλα τα βαλάντια συγκεντρώνουν μεσημέρια και βράδια παρέες γεμάτες ζωή από επιχειρηματίες, τουρίστες, φοιτητές και μόνιμους κατοίκους. Τελευταία άφιξη στην πόλη το άκρως πρωτότυπο «Φέτα Μπαρ» ιδιοκτησία οικογενειακής επιχείρησης τυροκομικών προϊόντων της Δ. Μακεδονίας. Σε έναν





μοντέρνο και φιλικό χώρο στη Διαγώνιο μπορεί να δοκιμάσει κανείς γαστρονομικές δημιουργίες με φέτα και άσπρα τυριά συνοδευμένα από εξαιρετικής ποιότητας βιολογικά υλικά και κρασιά όλα από επιλεγμένους Έλληνες παραγωγούς. Τι να πει κανείς... όλα πρωτοποριακά!

Η Θεσσαλονίκη είναι μια αγαπημένη πόλη, για μια ολόκληρη ζωή κι όχι μόνο για τις λίγες μέρες του συνεδρίου. Απολαύστε την και ανακαλύψτε την! Καλό ταξίδι!



Το εξώφυλλο από μέσα



“... να παραδώσεις στους επόμενους αυτά που παρέλαβες και ίσως - αν τα καταφέρεις - βελτιωμένα. Είναι η ελάχιστη υποχρέωση που έχουμε σε αυτούς που έρχονται, στις επόμενες γενιές.”

Απόστολος Νταϊλιάνας
απόσπασμα από το άρθρο σύνταξης

28 gastro-resistant capsules, hard
ZOLANDIL[®]
Omeprazole **20mg** & **40mg**




LIBYTEC[®]
PHARMACEUTICAL S.A.

| Λ. Βουλιαγμένης 24, 167 77 Ελληνικό, Αθήνα. Τηλ: 210 9609960, Fax: 210 9638438. |

www.libytec.gr

Mezavant[®], μια φορά την ημέρα για την ήπια ως μέτρια Ελκώδη Κολίτιδα (ΕΚ) ¹

Από ασθενείς σε
υποτροπή και 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, Palmen M, Joseph RE Once-daily, high-concentration MMX mesalamine in active ulcerative colitis. Gastroenterology. 2007 Jan;132(1):66-75

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

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ 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. Καστονακόκκινο, ελλειψοειδές, επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο, που φέρει χαραγή στη μία όψη με την ένδειξη S476. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΗΓΟΡΙΕΣ** **Θεραπευτικές ενδείξεις** Για την επαγωγή κλινικής και ενδοσκοπικής ύφεσης σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια, ενεργή ελκώδη κολίτιδα. Για τη διατήρηση της ύφεσης. **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 ελαχίστης 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 σπάνιας 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. (Βλέπε παράγραφο 4.8). Προκαλούμενες από τη μεσαλαζίνη καρδιακές αντιδράσεις υπερευαισθησίας (μυοκαρδίτιδα και περικαρδίτιδα) έχουν αναφερθεί σπάνια με Mezavant και με άλλα παρασκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή στη συνταγογράφηση αυτού του φαρμάκου σε ασθενείς με προδιάθεση ανάπτυξης μυοκαρδίτιδας ή περικαρδίτιδας. Εάν υπάρχει υποψία για αντίδραση υπερευαισθησίας αυτής της μορφής, δεν πρέπει να δοθούν ξανά σκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Η μεσαλαζίνη έχει συσχετιστεί με ένα σύνδρομο οξείας δυσανεξίας που μπορεί να είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί από αναζωπύρωση της φλεγμονώδους ασθενούς 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 αιμορραγική διάρροια, κάποιες φορές πυρετό, κεφαλαλγία και εξάνθημα. Εάν υπάρχουν 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** Οι τρεις πιο συχνά αναφερθείσες ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκου στη συγκεντρωτική ανάλυση ασφαλείας των κλινικών μελετών ασθενών με ελκώδη κολίτιδα ήταν κεφαλαλγία, κοιλιακός πόνος και ναυτία. Δεν αναφέρθηκε καμία μεμονωμένη ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκου σε συχνότητα υψηλότερη από 10%. Άλλα συμβάντα που αναφέρθηκαν με το Mezavant ήταν λιγότερο συχνά και τα περισσότερα παρουσιάζονται παρακάτω: **Ανεπιθύμητες Ενέργειες Φαρμάκου (ADRs) Σχετιζόμενες με το Mezavant** **Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος** Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) θρομβοκυτταροπενία Μη γνωστές Ακοκκιοκυτταραιμία*, Απλάστική αναιμία*, Λευκοπενία*, Ουδετεροπενία*, Παγκυτταροπενία* **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Κεφαλαλγία Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Ζάλη, Υπνηλία, Τρόμος Μη γνωστές Νευροπάθεια* **Διαταραχές του ωτός και λαβυρίνθου** Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Ωταλγία **Καρδιακές διαταραχές** Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Ταχυκαρδία Μη γνωστές Μυοκαρδίτιδα*, Περικαρδίτιδα* **Αγγειακές διαταραχές** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Υπέρταση Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Υπόταση **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωράκιου** Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Φαρυγγολαρυγγικός πόνος Μη γνωστές Πνευμονίτιδα, εξ υπερευαισθησίας (συμπεριλαμβανομένης διάμεσης πνευμονίας, αλλεργικής κυψελίτιδας, ηωσινοφιλικής πνευμονίας)* Βρογχόσπασμος* **Διαταραχές του γαστρεντερικού** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Διάταση της κοιλίας Κοιλιακός άλγος, Διάρροια, Δυσπεψία, Έμετος, Μετεωρισμός, Ναυτία Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Κολίτιδα, Παγκρεατίτιδα, Πολύποδας του ορθού **Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας μη φυσιολογικές (π.χ. ALT, AST, γοταμυνίλη) Μη γνωστές Ηπατίτιδα*, Χολολιθίαση* **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Κνησμός, Εξάνθημα Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Ακνη, Αλωπεκία, Κνίδωση Μη γνωστές Αγγειοοίδημα* **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Αρθραλγία που σχετίζεται με μωλαλία, Οσφυαλγία Μη γνωστές Σύνδρομο προομοιοειδών με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο* **Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών** Μη γνωστές Διάμεση νεφρίτιδα*, Νεφρωσικό σύνδρομο* **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Ασθένεια, Πυρετός Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Οίδημα προσώπου, Κόπωση *Υποδεικνύει εμπειρία με το Mezavant που αναφέρθηκε μετά την κυκλοφορία στην αγορά. *Υποδεικνύει ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκου που αναφέρθηκαν γενικά με σκευάσματα μεσαλαζίνης. Θα πρέπει να υπάρχει υποψία νεφροτοξικότητας, προκαλούμενης από τη μεσαλαζίνη, σε ασθενείς που εμφανίζουν νεφρική δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της θεραπείας. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** Shire Pharmaceutical Contracts Ltd Hampshire International Business Park Chineham Basingstoke Hampshire RG24 8EP Ηνωμένο Βασίλειο **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** 3039/23-1-2013 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ** 13-10-2008/23-01-2013 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ** 23-01-2013 **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Με ιατρική συνταγή. **ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΔΙΑΚΗΝΗΤΗ ΤΙΜΗ:** MEZAVANT 1200MG/TAB ΒΤx60: 79,65€

Shire

Για περαιτέρω πληροφορίες απευθυνθείτε στη Genesis Pharma

GENESIS
pharma

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

MEZ/NEPH/AD/2128/06-13