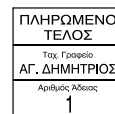


ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 2014 | Τεύχος
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535



31

Οδοντωτά Αδενώματα:
Το μονοπάτι της οδοντωτής νεοπλασίας

Συνέντευξη με τον κ.ο
Δημήτρη Γ. Καραμανώλη

Δωρεάν Ιατρικές Εφαρμογές
για Smartphones

Παρακμή των αξιών ή
παρακμή του ανθρώπου;

Ο καλός ο καπετάνιος...



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



Αγαπητοί Συνάδελφοι

Εξελέγη νέο ΔΣ, που απαρτίζεται από παλαιά και νέα μέλη. Αυτή η αλλαγή σελίδας σημαίνει και διαφορετική στρατηγική; Όχι βέβαια, αφού το καινούριο ΔΣ της ΕΠΕΓΕ επιθυμεί και θα προσπαθήσει να προχωρήσει στην ήδη επιτυχημένη πορεία των προηγούμενων συμβουλίων. Γυρνώντας σελίδα, θα αγωνιστούμε όλοι μαζί, να επιλύσουμε προς όφελος των μελών μας, τα υπάρχοντα χρόνια προβλήματα καθώς και αυτά που θα προκύπτουν από τις αλλαγές – μεταρρυθμίσεις, των κρατικών φορέων. Συνήθως βιαστικές, οριζόντιες και αμφίβολης αποτελεσματικότητας.

Οι κύριες προτεραιότητες της ΕΠΕΓΕ είναι : α) Το περιοδικό μας **Ενδοσκοπήσεις**. β) Η ετήσια **Διημερίδα** μας, κάθε Σεπτέμβριο. γ) Η **αναβάθμιση της ιστοσελίδας**, με στόχο τη συχνότερη επικοινωνία των μελών μας με το ΔΣ καθώς και μεταξύ τους. δ) Η αποδοτικότερη, ποιοτική και αξιοπρεπής οικονομικά **σχέση** των Γαστρεντερολόγων – μελών της ΕΠΕΓΕ με τους νέους φορείς της υγείας, όπως ΠΕΔΥ, ΠΦΥ, κλπ. ε) Τα **σεμινάρια καταστολής** και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση και η πρόληψη του **καρκίνου του παχέος εντέρου**. Έτσι η ΕΠΕΓΕ, έχοντας σαν στόχο την καλύτερη συνεργασία των Γαστρεντερολόγων μελών της ΕΠΕΓΕ με τους φορείς της υγείας, συμμετείχε το 2014 σαν ιδρυτικό μέλος, στην οργάνωση της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Σωματείων Κλινικοεργαστηριακών Ειδικοτήτων (ΠΟΣΚΕ). Στόχος της ΠΟΣΚΕ είναι η προάσπιση και η προώθηση των συμφερόντων των κλινικοεργαστηριακών ιατρών.

Αλλαγή σκυτάλης και στη Συντακτική Επιτροπή (ΣΕ) του περιοδικού μας. Ευχόμαστε όλοι στη νέα διευθύντρια σύνταξης, Μαρία Μυλωνάκη, καλή επιτυχία. Ήδη από αυτό, το **31^ο (! !)** τεύχος ένας νέος θεσμός, αυτός της συνέντευξης από συναδέλφους με αξιόλογη προσφορά στα γαστρεντερολογικά δρώμενα (μία συνέντευξη ανά τεύχος), θα εμπλουτίζει την ύλη του περιοδικού.

Ελπίζοντας στην εποικοδομητική επικοινωνία και στην αποτελεσματική συνεργασία μας.

Παναγιώτης Κασαπίδης



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	06
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΟΥΜΕ	12
Περι ισοτιμίας της υπογραφής μας	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	14
Συνεντευξη με τον κο Δημήτρη Γ. Καραμανώλη	
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΙΑΤΕ;	18
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	20
Εντερική μετάπλαση: From Correa's sequence to Padova classification	
ΝΕΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ - ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ	23
Ψυχρή πολυπεκτομή (cold snare polypectomy)	
ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	23



Περιεχόμενα

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	24
Οδοντωτά αδενώματα	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	28
Δωρεάν ιατρικές εφαρμογές για smartphones	
ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ	30
Εις μνήμην Αντωνίου Νικολάου	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	32
Παρακμή των αξιών ή παρακμή του ανθρώπου;	
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	36
Σικάγο...θα πάτε;	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	40
Παυλοπέτρι, η Βυθισμένη Πολιτεία	
ΤΟ ΕΞΟΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	42

Ταυτότητα

Ιδιοκτήτης:

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

Εκδότης & Υπεύθυνος παρά τη

νόμω:

Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Παναγιώτης Κασαπίδης

Έδρα:

Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα

Τηλ.: 210 6727531-3

Fax: 210 6727535

Website: www.epege.gr

e-mail: info@epege.gr

Διευθυντής σύνταξης:

Μαρία Μυλωνάκη

Συντακτική Επιτροπή:

Αγγελική Θεοδοροπούλου
Παντελής Σκλάβος

Χάρης Τσιώνης

Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος

Ιωάννης Αναστασίου

Σπύρος Γούλας

Κωνσταντίνος Ζωγράφος

Κωνσταντίνος Παπαξοινής

Νάγια Μπομπότση

Κωνσταντίνος Βασιλειάδης

Κωνσταντίνος Καρμύρης

Σπύρος Κωνσταντούλας

Σπύρος Κούτμος

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Παναγιώτης Κασαπίδης

Αντιπρόεδρος: Μανώλης Συμβουλάκης

Γεν. Γραμματέας: Νάγια Μπομπότση

Ειδ. Γραμματέας: Μαρία Μυλωνάκη

Ταμίας: Αγγελική Χρηστίδου

Μέλη: Χάρης Τσιώνης, Κων/νος Ζωγράφος

Γραμματεία: Γενοδοπούλου Μαρία

Διευθυντής Δημιουργικού:

Σκούρας Μίλτος

Δημιουργική Επιμέλεια:

Ιωάννα Βαρδαξόγλου

Εικονογραφισι 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

Νέο ΔΣ

Συμπληρώνοντας ένα εξάμηνο από την εκλογή του, το νέο διοικητικό συμβούλιο, στο πρώτο τεύχος του περιοδικού μας για το 2014 σας ενημερώνει για τις δραστηριότητες του.

Η 12^η διημερίδα της ΕΠΕΓΕ με θέμα «Η Πρόληψη στη Γαστρεντερολογία» και Πρόεδρο τον κ. Θ. Ροκά, θα πραγματοποιηθεί στις 21-22 Σεπτεμβρίου αντί για 28-29 του ίδιου μήνα που είχε αρχικά ανακοινωθεί, παραδοσιακά στο ξενοδοχείο Caravel, αλλά σε νέα λειτουργικότερη αίθουσα (α' υπόγειο).

Η ΕΠΕΓΕ μέσω της ΠΟΣΚΕ συμμετείχε ενεργά σε πολλές συναντήσεις με τον ΕΟΠΥΥ και το Υπουργείο Υγείας σχετικά με το πλαφόν στη συνταγογράφηση, όπως και τη νέα μορφή του συστήματος υγείας. Την ώρα που γράφεται αυτή η στήλη, το πλαφόν έχει ήδη καταργηθεί, αλλά επειδή οι εξελίξεις προλαβαίνουν πάντα την έκδοση του περιοδικού, σας συνιστούμε να επισκέπτεστε την ιστοσελίδα μας, (www.epege.gr) όπου αναρτώνται νέα και ενδιαφέροντα. Σε σχέση με τη θέση της ΠΟΣΚΕ για τις εξελίξεις στο σύστημα Υγείας μπορείτε να διαβάσετε λεπτομέρειες στο δελτίο τύπου που ακολουθεί.

Αναγνωρίζοντας τη σημασία της καταστολής στην ενδοσκόπηση και κατ' επέκταση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των γαστρεντερολόγων σε αυτή, το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ, καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια για την πραγματοποίηση αναβαθμισμένου σεμιναρίου καταστολής στη φετινή διημερίδα. Παράλληλα εξακολουθούν να διενεργούνται τα εντατικά διήμερα σεμινάρια που οργανώνει η Αναισθησιολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων σε συνεργασία με την ΕΠΕΓΕ, όπως έχουν ανακοινωθεί στην ιστοσελίδα μας. Οι δηλώσεις συμμετοχής για το σεμινάριο που θα πραγματοποιηθεί στις 14-15 Ιουνίου 2014, θα διαρκέσουν 1-31 Μαΐου.

Στα πλαίσια του 34^{ου} Πανελληνίου Γαστρεντερολογικού Συνεδρίου που θα διεξαχθεί 4-6 Δεκεμβρίου 2014 στην Αθήνα, η ΕΠΕΓΕ θα συμμετέχει οργανώνοντας Στρογγυλή Τράπεζα με θέμα «ε-γαστρεντερολογία». Οι εξελίξεις στον κυβερνοχώρο προσφέρουν σημαντικές εφαρμογές στην καθημερινή κλινική πράξη αλλά και στην επιστημονική κατάρτιση του γιατρού όχι μόνο μέσα από τον υπολογιστή ή το tablet, αλλά και από τα «έξυπνα» κινητά μας. Στόχος της Στρογγυλής Τράπεζας είναι να ενσωματώσει τη νέα τεχνολογία στην άσκηση της γαστρεντερολογίας σε επιστημονικό, πρακτικό και κοινωνικό επίπεδο.

Salofalk® Granu-Stix 1000mg



ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΙΟΝΤΟΣ



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

ΑΘΗΝΑ 28/3/2014

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Θέμα: Συνάντηση με Υπουργό, Υφυπουργό Υγείας και πρόεδρο ΕΟΠΥΥ για συμβάσεις, ληξιπρόθεσμες οφειλές και συνταγογράφηση.

Ενημερωτικό Σημείωμα

Σήμερα 28/03/2014 πραγματοποιήθηκε συνάντηση με τον Υπουργό Υγείας κ. Αδ. Γεωργιάδη παρουσία του Υφυπουργού Υγείας κ. Αντ. Μπέζα, του Προέδρου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κ. Δημ. Κοντού, του Προέδρου της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κ. Βοζίκη και εκπροσώπων της ΠΟΣΠΥ, της ΠΟΣΚΕ και του Π.Σ.Φ. υπό την αιγίδα του Π.Ι.Σ. που εκπροσωπήθηκε από τον Πρόεδρο του κ. Μιχ. Βλασταράκο.

Τέθηκαν όλα τα φλέγοντα θέματα που απασχολούν τους κλάδους μας και πάρθηκαν κύριες αποφάσεις με χρονοδιάγραμμα υλοποίησής τους.

Αποφασίστηκε :

- 1) Να μην υπάρξει καμία καθυστέρηση στην υπογραφή των νέων συμβάσεων με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που λήγουν 30/04/2013 και επιβεβαιώθηκε η πάγια θέση του Π.Ι.Σ. των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας καθώς και της Πανελλήνιας Επιτροπής Διαπραγμάτευσης ότι θα πρέπει να είναι συλλογικές από τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας υπό την αιγίδα του Π.Ι.Σ., κατά πράξη και περίπτωση από όσους συναδέλφους το επιθυμούν.
- 2) Η άμεση έκδοση εγκυκλίου για τις προϋποθέσεις αδειοδότησης ιδιωτικού διαγνωστικού εργαστηρίου από 01/05/2014 από τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας.
- 3) Συνάντηση την προσεχή Πέμπτη με τον Υπουργό Οικονομικών κ. Ι. Στουρνάρα προκειμένου να επιτραπεί η έκδοση πιστωτικών τιμολογίων για την χρήση του 2013 και για τα ποσά που αφορούν τα rebate και claw back.

- 4) Για την διευκόλυνση της ρευστότητας των παρόχων θα συνεκτιμηθεί στο Claw back του 2013 και το 10% των εκκαθαρίσεων του 2012 αθροιστικά, ρύθμιση η οποία κατατέθηκε στο πολυνομοσχέδιο που θα έρθει προς ψήφιση στη Βουλή.
- 5) Η πληρωμή του Ιανουαρίου του 2014 για τις εργαστηριακές εξετάσεις και ιατρικές πράξεις θα γίνει μέσα στο πρώτο δεκαπενθήμερο του Απριλίου και θα ακολουθήσει η πληρωμή του Φεβρουαρίου μέχρι τις 15 Μαΐου.
- 6) Η εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών συνταγογράφησης (Διαγνωστικά και Θεραπευτικά Πρωτόκολλα) θα γίνει μέχρι το τέλος Απριλίου και θα είναι προσβάσιμη στο διαδίκτυο σε χρήση κάθε γιατρού.
- 7) Για το θέμα των Ι.Ε.Ε. εκκρεμεί η αποστολή και των υπολοίπων προσφορών τους ώστε να μπορούμε να έχουμε όλα τα δεδομένα για τις οικονομικές μας εκτιμήσεις.
- 8) Τέλος, για την εφαρμογή του κλειστού προϋπολογισμού και δεδομένου ότι συμφωνήθηκε πως **ό,τι εξέταση εκτελείται θα πληρώνεται** θα συνεδριάσει στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. άμεσα επιτροπή με τη συμμετοχή μας που εντός της προσεχούς εβδομάδας θα πρέπει να προτείνει λύσεις για την υλοποίηση των στόχων αυτών.

Ο Απρίλιος θα έχει για όλους τους παρόχους αυτές τις προϋποθέσεις.
Πρόθεση του Υπουργού Υγείας είναι τα claw back και rebate να μην εφαρμοστούν ποτέ στο μέλλον.

Μετά τιμής

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

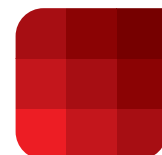


Φ.Ν. ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ



ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ Δ. ΤΣΑΤΣΟΣ



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>

Ενδοσκοπική Ημερίδα: Σύγχρονες εξελίξεις στη θεραπεία της αχαλασίας του οισοφάγου (POEM - per oral endoscopic myotomy)



ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ
**Σύγχρονες εξελίξεις
στη θεραπεία
της αχαλασίας του οισοφάγου**
POEM (Per Oral Endoscopic Myotomy)

Σάββατο 25 Ιανουαρίου, 2014, Αίθουσα Διαλέξεων ΝΝΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

9:00-9:30	Εισαγωγή / Χαιρετισμοί / Εγγραφές
9:30-10:00	Ομιλία με θέμα «Αεροδιαστολή αχαλασίας του οισοφάγου» Ομιλητής: Α. Μαντίνης Προεδρία: Θ. Λιακόπουλος
10:00-10:30	Ομιλία με θέμα «Αποροσκοπική μυοτομή Heller» Ομιλητής: Δ. Θεοδώρου Προεδρία: Δ. Δουβής
10:30-12:00	Ζωντανή μετάδοση POEM Meidong Xu - Γ. Στεφανίδης Σκοπιστές: Α. Πολυδώρου - Ν. Γεωργίου
12:00-12:30	Διάλειμμα / Καφές
12:30-13:00	Ομιλία με θέμα «POEM for achalasia of esophagus» Ομιλητής: Meidong Xu Προεδρία: Γ. Στεφανίδης
13:00-13:30	Τυζιτσα / Σκόλια / Απολαυσμός Γ. Πακλιβανίδης - Γ. Στεφανίδης

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ
ERBE FUJIFILM

ΕΛΕΓΧΟΝΤΕΣ
360°
+30 211 0136740
www.360gr.com

Στις 25 Ιανουαρίου 2014 διοργανώθηκε με επιτυχία από τη Γαστρεντερολογική κλινική του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών (Διευθυντής: Γεράσιμος Στεφανίδης) ενδοσκοπική ημερίδα με θέμα τη διαστοματική ενδοσκοπική μυοτομή, μία μέθοδο που κερδίζει συνεχώς έδαφος στην αντιμετώπιση της αχαλασίας. Καλεσμένοι ήταν διακεκριμένοι έλληνες χειρουργοί και γαστρεντερολόγοι καθώς και ο Prof. Meidong Xu ο οποίος εφάρμοσε την τεχνική σε ζωντανή μετάδοση.

Η τεχνική POEM θεωρείται συνέχεια των χειρουργικών τεχνικών από φυσικές οπές του σώματος (NOTES). Δεδομένης της αποτελεσματικότητας της διαστολής με μπαλόνι και της χειρουργικής μυοτομής, η γαστρεντερολογική κοινότητα δε χρειαζόταν άλλη μια μέ-

θοδο αντιμετώπισης της αχαλασίας. Παρόλα αυτά φαίνεται ότι η ενδοσκοπική μυοτομή είναι δημοφιλής γιατί θεωρητικά προσφέρει την αποτελεσματικότητα του χειρουργείου και την ασφάλεια της διαστολής με μπαλόνι. Ενδιαφέρουσα συζήτηση έγινε για τους περιορισμούς της τεχνικής. Φαίνεται ότι αν εξαιρέσουμε τις πιθανές επιπλοκές της ενδοσκοπικής μυοτομής (πνευμοπεριτόναιο, πνευμοθώρακας, αιμορραγία, διάτρηση) το σημαντικότερο ίσως πρόβλημα μακροχρόνιως είναι η πιθανότητα εμφάνισης γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης μετά τη μυοτομή αφού είναι προφανές ότι δε συνδυάζεται με αντιπαλινδρομική επέμβαση.


PENTASA®
2g Sachet
MESALAZINE
Απλό, Εύκολο, Αποτελεσματικό



www.online.gr

FERRING
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ



Επικοινωνούμε

Επιθυμία μας είναι η καταγραφή στο περιοδικό των απόψεων και προβλημάτων που υπάρχουν στο χώρο της Υγείας - Γαστρεντερολογίας. Όλοι γνωρίζουμε ότι η αναγνώριση των προβλημάτων είναι ο μοναδικός δρόμος για την επίλυση τους. Προσβλέπουμε λοιπόν στην ενεργή συμμετοχή σας. Μπορείτε να μας στείλετε τις απόψεις σας στην διεύθυνση: info@epege.gr

Σέρρες 8 Απριλίου 2014

Περί ισοτιμίας της υπογραφής μας.

Στις Σέρρες υπάρχουν 5 ειδικοί γαστρεντερολόγοι με ιδιωτικό ιατρείο ενώ στο Γενικό Νοσοκομείο Σερρών δεν υπάρχει γαστρεντερολόγος αφού από 31/12/2013 ο μοναδικός συνάδελφος που υπηρετούσε εκεί έχει συνταξιοδοτηθεί.

Ο Νομός Σερρών είναι ένας νομός με σημαντικά ποσοστά ασθενών με Ηπατίτιδα Β και C αφού, πέραν των άλλων λόγων που ισχύουν και στους υπόλοιπους νομούς της χώρας, έχει την ιδιαιτερότητα να έχει άλλους δύο λόγους για αυξημένο επιπολασμό:

1. Γειτνιάζει με την Βουλγαρία που έχει ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά επιπολασμού των Ηπατιτίδων και η επαφή του πληθυσμού μας με τους γείτονες αλλά και με τις υπηρεσίες Υγείας είναι ιδιαίτερες και συχνές.
2. Ο νομός μας έχει δεχτεί ένα σημαντικό αριθμό ομογενών από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης που επίσης σε υψηλά ποσοστά νοσούν από τα πιο πάνω νοσήματα.

Η εξυπηρέτηση όσων χρειαζόταν αγωγή με αντιικά νουκλεοσιδικά ανάλογα κατά του ιού της Ηπατίτιδας Β αλλά και πεγκιλωμένης ιντερφερόνης και αντιικών κατά του ιού της C γινόταν σε μεγάλο βαθμό με γνωματεύσεις που εξέδιδε ο συνάδελφος του Γ.Ν.Σερρών. Σήμερα και μετά την συνταξιοδότηση του συναδέλφου γαστρεντερολόγου οι ασθενείς, όπως είναι φυσικό, ζήτησαν και ζητούν από τους γαστρεντερολόγους της πόλης τις αντίστοιχες συνταγές και γνωματεύσεις.

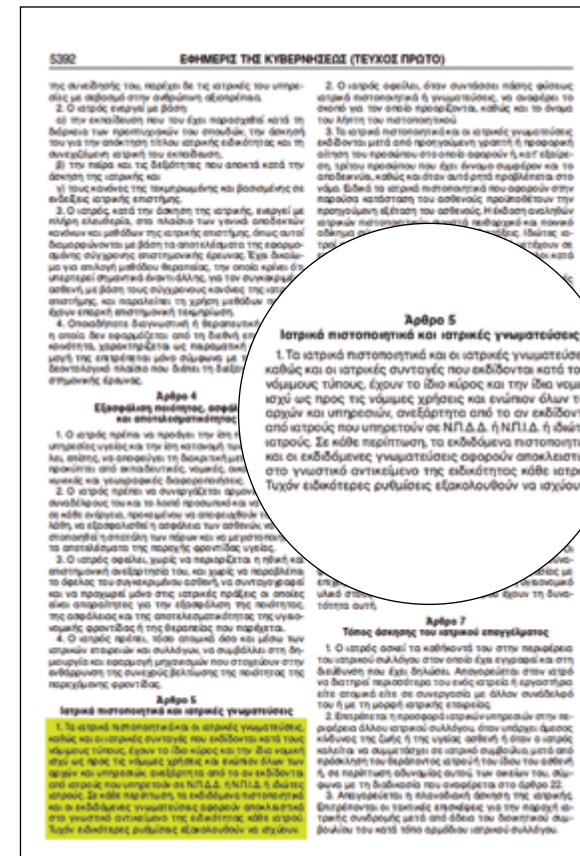
Αυτός είναι και ο λόγος επικοινωνίας μαζί σας, καθώς

προέκυψε το πρόβλημα να αρνούνται από το φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ την χορήγηση φαρμάκων στους ασθενείς χωρίς γνωμάτευση από νοσοκομειακό γιατρό.

Το πρώτο ζήτημα, και είναι σοβαρό, αφορά στο ότι ουσιαστικά όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να κλείσουν ραντεβού σε κάποιο από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων της Θεσ/νίκης για να εξυπηρετηθούν, κάτι που μπορεί να γίνει με καθυστέρηση ακόμη και μηνών και ως εκ τούτου για το διάστημα αυτό οι ασθενείς να μείνουν χωρίς φαρμακευτική αγωγή και άρα προ κινδύνου αναζωπύρωσης της νόσου. Επίσης η αναμενόμενη τάλαιπωρία για τους ασθενείς αλλά και το οικονομικό κόστος που προκύπτει (μιλάμε για πληθυσμό με σοβαρά κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα) μπορεί να αποτελέσει την αιτία διακοπής της αγωγής από τους ίδιους τους ασθενείς.

Οι συνέπειες από μια τέτοια εξέλιξη μπορεί να είναι απρόβλεπτες λόγω του κινδύνου να αυξηθούν οι θύλακες αυτών των λοιμωδών νοσημάτων. Να αυξηθεί το οικονομικό κόστος για τα ίδια τα ταμεία από την επιβάρυνση της υγείας των ασθενών καθώς ο μη έλεγχος αυτών των νοσημάτων οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο Κίρρωσης Ήπατος αλλά και Ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

Με αφορμή όμως αυτό το γεγονός προέκυψε ένα επίσης σοβαρό ζήτημα που αφορά στην μη αποδοχή συνταγών ή γνωματεύσεων ειδικών ιατρών που συνταγογραφούν φάρμακα της ειδικότητάς των από υπηρεσία ασφαλιστικού φορέα και πρέπει να σας επισημάνουμε τα παρακάτω:



Εφημερίες της κυβερνήσεως με αρ. φύλλου 287 2η σελίδα, άρθρο 5, 1η παράγραφος (ιατρικά πιστοποιητικά και ιατρικές γνωματεύσεις)

1. Η πρακτική αυτή ουσιαστικά αφαιρεί το ουσιαστικό δικαίωμα άσκησης της επιστήμης μας αφού μας στερεί το δικαίωμα να ορίζουμε την αγωγή των ασθενών μας και να μπορούμε αυτοί ανεμπόδιστα να λαμβάνουν τις, κατά την επιστήμη μας, τεκμηριωμένες θεραπείες.
2. Η άρνηση αποδοχής γνωμάτευσης από ιδιώτη ιατρό είναι παράνομη καθώς ορίζεται με σαφήνεια από τους νόμους του κράτους η ισοτιμία της υπογραφής των ιατρών ανεξάρτητα αν υπηρετούν σε ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ ή ασκούν την επιστήμη τους σε ιδιωτική κλινική ή ιδιωτικό ιατρείο με μόνη προϋπόθεση να αφορά φάρμακα της ειδικότητάς των. **(Νόμος: 3418, Άρθρο: 5, Παράγραφοι: 1,2,3 και 4. Εφημερίδα Κυβερνήσεως Αρ. Φύλλου: 287).**
3. Καμία εγκύκλιος φορέα ή υπηρεσίας δεν μπορεί να

Επικοινωνούμε



είναι πάνω από τον νόμο και ως εκ τούτου είμαστε υποχρεωμένοι να αναφέρουμε ότι σε περίπτωση που συνεχίσουν οι υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ να αρνούνται την ισοτιμία της υπογραφής μας είμαστε αναγκασμένοι να διεκδικήσουμε με κάθε νόμιμο τρόπο τα δικαιώματά μας.

4. Είμαστε αναγκασμένοι να ενημερώνουμε τους ασθενείς μας σε περίπτωση άρνησης χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής των ότι έχουν κάθε νόμιμο δικαίωμα να προσφύγουν σε κάθε αρχή (και δικαστική) για να προασπίσουν την υγεία τους, προσφεύγοντας κατά παντός υπευθύνου υπαλλήλου ή προϊστάμενου τους αρνηθεί το θεμελιώδες δικαίωμα στην θεραπεία, φέρνοντας γραφειοκρατικά προσκόμματα.
5. Είμαστε αναγκασμένοι να ενημερώσουμε σε κάθε περίπτωση αρνητικής εξέλιξης την Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία αλλά και την Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδος ώστε δια των νομικών συμβούλων των να πράξουν ανάλογα.

Πιστεύοντας ότι οι εντεταλμένοι υπάλληλοι μέχρι στιγμής έχουν ενεργήσει περισσότερο από άγνοια και χωρίς την πρόθεση να δημιουργήσουν σκόπιμα προβλήματα στους ασθενείς πάσχοντες από Ηπατίτιδα Β και C, θα ενημερωθούν ανάλογα και θα πράξουν τα δέοντα ώστε ανεμπόδιστα να ασκούμε εμείς οι γιατροί την επιστήμη μας και οι ασθενείς να μπορούν να λαμβάνουν τις σημαντικές, για αυτούς, φαρμακευτικές αγωγές τους.

Μετά τιμής οι ειδικοί γαστρεντερολόγοι της πόλης των Σερρών:

Γαρέφας Αθανάσιος

Μυστακίδης Κων/νος

Τσιώνης Θεοχάρης

Χαμπαρίδου Αθηνά

Χαρίσης Κων/νος

Η νέα Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού επέλεξε να εντάξει στην ύλη του τη στήλη «Πρόσωπο με Πρόσωπο» η οποία θα περιλαμβάνει συνεντεύξεις με πρόσωπα από το Γαστρεντερολογικό και τον ευρύτερο Ιατρικό και επιστημονικό χώρο. Στα πλαίσια αυτά εγκαινιάζει σήμερα την προσπάθεια αυτή με μια συνέντευξη από το Συντονιστή Διευθυντή του Γαστρεντερολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» κο Δημήτρη Καραμανώλη ο οποίος θα απαντήσει σε μια σειρά από ενδιαφέροντα κατά τη δική μας άποψη ερωτήματα.



Ο Δημήτρης Καραμανώλης γεννήθηκε στα Φάρσαλα και είναι έγγαμος και πατέρας τριών παιδιών. Είναι πτυχιούχος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και διδάκτωρ στο ίδιο Πανεπιστήμιο.

Κάτοχος τίτλου ειδικότητας στην Παθολογία (1979) και τη Γαστρεντερολογία (1981), μετεκπαιδεύτηκε σε έγκριτα

Νοσοκομεία του Λονδίνου (St Mark's, UCL).

Εργάζεται ως Γαστρεντερολόγος περισσότερα από 30 χρόνια, αρχικά ως Επιμελητής (ΝΙΜΤΣ, Ευαγγελισμός), ως Συντονιστής Διευθυντής στο Τζάνειο Νοσοκομείο (1987-2006) και στον Ευαγγελισμό (2006 ως σήμερα).

Έχει διατελέσει μέλος ΔΣ. και Πρόεδρος πολλών Ελληνικών Επιστημονικών Εταιρειών (ΕΓΕ, ΕΕΜΗ, ΕΟΜΙΦΝΕ) αλλά και διεθνών. Είναι ιδρυτικό μέλος της ΕΟΜΙΦΝΕ και του Ελληνικού Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας και Διατροφής (ΕΛΙΓΑΣΤ) στο οποίο κατέχει τη θέση του Γενικού Γραμματέα από την ίδρυσή του το 2002 ως σήμερα.

Ως Διευθυντής δύο μεγάλων Γαστρεντερολογικών Τμημάτων έχει εκπαιδεύσει δεκάδες Έλληνες Γαστρεντερολόγους και έχει επί μακρόν συμμετάσχει σε εξετάσεις ειδικότητας και σε Συμβούλια επιλογής και αξιολόγησης Ιατρών ΕΣΥ.

Έχει πλούσιο επιστημονικό έργο με πλήθος άρθρων σε ξένα και ελληνικά περιοδικά, κεφαλαίων σε βιβλία, μονογραφίες, οργάνωση και συμμετοχή σε επιστημονικά Συνέδρια, ομιλίες προς το ευρύ κοινό, συνεντεύξεις σε ΜΜΕ κλπ.

Αναμφισβήτητα με ένα τόσο πλούσιο βιογραφικό και μια μακρά και δημιουργική πορεία στο χώρο της Γαστρεντερολογίας μια συνέντευξη μαζί του με πολλά και ...απαιτητικά ερωτήματα θεωρούμε ότι θα αποβεί ενδιαφέρουσα. Ας προχωρήσουμε λοιπόν:

Συνέντευξη με τον κ. Δημήτρη **Γ. Καραμανώλη**

Διευθυντή Γαστρεντερολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός»

Πώς επιλέξατε την ιατρική και ειδικότερα την Γαστρεντερολογία;

Η επιλογή εργασίας μοιάζει με την επιλογή γυναίκας. Άλλες γυναίκες μας ελκύουν, άλλες όχι και τελικά από κάποιες που ερωτευόμαστε παντρευόμαστε μόνο μία. Η αρχαία λέξη έρωσ που σημαίνει έλξη είναι η γενεσιουργός αιτία των πάντων. Ήθελα απλά να γίνω γιατρός γιατί αυτό με έλκυε. Ίσως ήταν ο σεβασμός και η κοινωνική καταξίωση που απολάμβαναν οι γιατροί της μικρής επαρχιακής πόλης που μεγάλωσα. Με την Γαστρεντερολογία συνέβη κάτι ανάλογο. Με έλκυσε ίσως γιατί τότε, τέλος τις δεκαετίας του 1970, προδιέγραφε ένα αχαρτογράφητο επιστημονικό τοπίο και υποσχόταν πολλές συγκινήσεις.

Υπήρξαν και υπάρχουν εμπόδια στην άσκηση της ιατρικής σας πρακτικής; Πότε τα εμπόδια αυτά ήταν μεγαλύτερα στο ξεκίνημα της σταδιοδρομίας σας ή σήμερα;

Εμπόδια και δυσκολίες υπήρχαν και θα υπάρχουν πάντα. Για μένα οι δυσκολίες ήταν μεγαλύτερες τότε. Χωρίς ιατρική οικογενειακή παράδοση, επαρχιωτόπουλο, ήρθα για πρώτη φορά στην Αθήνα σε ηλικία 18 ετών για να σπουδάσω, χωρίς γνωριμίες με μόνο εφόδιο την αγάπη μου για την επιστήμη που διάλεξα. Βρήκα δυσκολίες πολλές, υπήρχε όμως και έδαφος ελεύθερο μπροστά μας, υπήρχαν ευκαιρίες, με βοήθησε και η τύχη. Έτσι όλα πήγαν καλά.

Ποια νομίζετε ότι ήταν η χειρότερη στιγμή στην καριέρα σας;

Ακόμα νοιώθω βάρος στην συνείδησή μου για μια νέα γυναίκα 40 χρόνων που παρακολουθούσα για 6 μήνες για ποικιλόμορφη γαστρίτιδα (έτσι την λέγαμε τότε) με αρνητικές βιοψίες στομάχου. Τελικά για να μην πολυλογώ, είχε πλαστική λινίτιδα και μου ξανάρθε με μεταστάσεις στο συκώτι. Μολονότι τυπικά ήμουν καλυμμένος, δεν συγκώρεσα ποτέ τον εαυτό μου γιατί δεν επέμενα περισσότερο ώστε να διαγνώσω τον καρκίνο της ενωρίτερα.

Και η καλύτερη;

Είχα πολλές καλές στιγμές στην καριέρα μου. Αν πρέπει να διαλέξω μόνο μία θα έλεγα ότι ήταν η ικανο-

ποίηση που ένιωσα από την επιτυχή διοργάνωση της πρώτης ενωμένης γαστρεντερολογικής εβδομάδας που έγινε στην Αθήνα το 1992 και είχε μεγάλη επιστημονική και οικονομική επιτυχία. Νομίζω ότι ήταν η κορυφαία στιγμή της Ελληνικής Γαστρεντερολογίας και απέδωσε στην εταιρεία 1.200.000 δολάρια, ποσό που αποτέλεσε την στέρεη βάση για την οικονομική μας άνεση, την απόκτηση μόνιμης στέγης, την θέσπιση υποτροφιών κ.λπ. Θα άξιζε νομίζω να αφιερώνατε χώρο και χρόνο στην αποτίμηση του γεγονότος εκείνου και, μολονότι το εγχείρημα ήταν συλλογικό, υπάρχουν δυο τρεις άνθρωποι που θα μπορούσαν να καταθέσουν τα πολύπλοκα γεγονότα της εποχής εκείνης όπως ο Κώστας Αρβανιτάκης και ο Απόστολος Μαντίδης πρόεδρος και ταμίας του συνεδρίου αντίστοιχα. Ίσως και ο ομιλών θα είχε να πει κάποια πράγματα...

Υστερεί η Γαστρεντερολογία στη χώρα μας σχετικά με τις άλλες χώρες;

Η στέρση υπάρχει όχι στην επάρκεια των γαστρεντερολόγων αλλά στην ανεπάρκεια του συστήματος και την έλλειψη σύγχρονων γαστρεντερολογικών και ενδοσκοπικών μονάδων. Ότι έγινε στην γαστρεντερολογία έγινε στην δεκαετία του '80 από προσωπική φιλοδοξία και πάθος τριών τεσσάρων ανθρώπων και όχι βάση οργανωμένου σχεδίου της πολιτείας. Τα γαστρεντερολογικά τμήματα και οι ενδοσκοπικές μονάδες είναι χωροταξικά ανισόρροπα με ελλείψεις σε παραιτήριο προσωπικό και ανεπαρκώς εξοπλισμένα. Όλα αυτά προκαλούν δυσλειτουργίες που τελικά με οδηγούν να απαντήσω στο ερώτημά σας, ότι Ναι, υπολείπεται η γαστρεντερολογία στη χώρα μας σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη.

Είστε πολλά χρόνια Διευθυντής Γαστρεντερολογικών Τμημάτων μεγάλων Νοσοκομείων, στέλεχος και Πρόεδρος της ΕΓΕ και ιδρυτικό μέλος του Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας και της ΕΟΜΙΦΝΕ: έχετε ποτέ κληθεί είτε ατομικά ή ως εκπρόσωπος επιστημονικού φορέα να καταθέσετε προτάσεις για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας στο γνωστικό σας αντικείμενο;

Όχι, ποτέ.

Απαριθμήστε μου τρία πράγματα που θα μπορούσαν να βελτιώσουν το επίπεδο της στον Ελληνικό χώρο

α) Χωροταξική αναδιάταξη των γαστρεντερολογικών τμημάτων με ενοποίηση και ίδρυση νέων

β) Αναδιάταξη του προσωπικού, ιατρικού και νοσηλευτικού ώστε τα τμήματα να είναι πλήρη από πλευράς

παροχής ειδικών υπηρεσιών (ενδοσκόποι, ηπατολόγοι, ΙΦΝΕ κ.α.)

- Εκπαίδευση ικανού αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού ιδιαίτερα στις ενδοσκοπήσεις και στις ΙΦΝΕ

- Κρίσεις για τη θέση του Συντονιστή Διευθυντή όπου είναι κενή και όχι κατάληψη της θέσης με «προαγωγή»

- Αξιολόγηση όλων των ιατρών με ουσιαστική κρίση κάθε 3 χρόνια.

γ) Ορθολογική χορήγηση κονδυλίων για εμπλουτισμό των τμημάτων σε όργανα και τεχνολογικό εξοπλισμό όλων των μονάδων ισόρροπα.

Τι δρόμο θα συμβουλευάτε να ακολουθήσει σήμερα ένας απόφοιτος ιατρικής που επιλέγει να γίνει Γαστρεντερολόγος;

Να ψάξει να βρει θέση στο εξωτερικό να κάνει ειδικότητα.

Τι θα προτείνατε στο νέο γιατρό που μόλις ολοκλήρωσε με επιτυχία την ειδικότητά του;

Να μην φθαρεί με την βιοτική μέριμνα και την στενή άσκηση της επιστήμης. Να συνεχίσει να εκπαιδεύεται και να μετεκπαιδεύεται, να είναι σε συνεχή επαφή με τις εξελίξεις της ειδικότητάς μας γιατί αυτό θα είναι η δύναμή του. Αν είναι ιδιώτης να συνδεθεί με ένα γαστρεντερολογικό κέντρο ώστε και να λύνει τα σύνθετα προβλήματα που μπορεί να του προκύψουν και να συνεχίσει να έχει επαφή με την νοσοκομειακή ιατρική.

Μιλήστε μας λίγο για την εκπαίδευση των γαστρεντερολόγων

Το θέμα είναι πολύπλοκο. Θα πρέπει πρώτα να υλοποιηθούν τα όσα είπα σε προηγούμενη ερώτησή σας για το πώς πρέπει να αναδιαταχθούν οι γαστρεντερολογικές μονάδες στη χώρα μας. Θα πρέπει επίσης να γίνει αναδιάταξη του αριθμού ειδικευομένων ανά κλινική. Η υπάρχουσα κατανομή είναι παρωχημένη και βασίζεται στις δυνατότητες της δεκαετίας του '70. Πρέπει να καθιερωθεί ενιαίο σύστημα εκπαίδευσης που να προβλέπει rotation για τους ειδικευόμενους. Θα πρέπει να θεσπιστούν ενιαίες εξετάσεις πριν την ειδικότητα με ορισμένο αριθμό εισερχομένων και ενιαίες εξετάσεις για λήψη ειδικότητας δυο φορές το χρόνο βάσει κοινού εκπαιδευτικού προγράμματος. Τα κέντρα που δίνουν ειδικότητα θα πρέπει να αξιολογούνται για την επάρκειά τους κάθε δυο χρόνια.

Μιλήστε μου λίγο για το ίδρυμα Γαστρεντερολογίας του οποίου είστε δημιουργός:

Η ιδέα για το ίδρυμα ήταν του Κώστα Αρβανιτάκη.



Πρόσωπο με πρόσωπο SYNENTΕΥΞΗ

Την πρωτάκουσα στη Ρώμη το 1988 όταν είχαμε βάλει υποψηφιότητα για το πανευρωπαϊκό συνέδριο και μου εντυπώθηκε. Όταν ήμουν πρόεδρος της ΕΓΕ το 1994 έκανα επιτροπή για δημιουργία ιδρύματος μέσα από την ΕΓΕ. Η επιτροπή συνεδρίασε άπαξ και δεν προχώρησε γιατί προσέκρουσε σε φιλοδοξίες και αντιπαραθέσεις ενδημικές στη φυλή μας. Γι αυτό το λόγο το 2000 πρότεινα δε μερικούς παλιούς φίλους και εκλεκτούς συναδέλφους να προχωρήσουμε στην ίδρυση του ΕΛΙΓΑΣΤ εκτός της ΕΓΕ. Πιστεύω όμως ότι η ΕΓΕ, η ΕΠΕΓΕ και το ΕΛΙΓΑΣΤ είναι οι τρεις εκφάνσεις της ενιαίας και αδιαίρετης γαστρεντερολογίας στον τόπο μας. Η ΕΓΕ για τα επιστημονικά, η ΕΠΕΓΕ για τα επαγγελματικά και το ΕΛΙΓΑΣΤ για το άνοιγμα στην κοινωνία. Θα εξακολουθήσω να εργάζομαι για την επάνοδο του ΕΛΙΓΑΣΤ στους κόλπους της ΕΓΕ και ελπίζω ότι θα βρεθούν ευήκοα ώτα και από την άλλη πλευρά.

Έχετε κάποια σχέδια για την μελλοντική του πορεία που θέλετε να καταγραφούν σε αυτή την συνέντευξη;

Ο ρόλος του ιδρύματος είναι σημαντικός. Είναι το πρόσωπο της γαστρεντερολογίας στην κοινωνία και έχει να προσφέρει πολλά στην ενημέρωση του κόσμου σχετικά με την πρόληψη των νόσων το πεπτικού και ειδικότερα του καρκίνου και τη σημασία της σωστής διατροφής. Η γενιά μου έκανε ότι μπορούσε. Οι νέοι άνθρωποι, εσείς, πρέπει να το πάρετε επάνω σας και να το κουβαλήσετε παραπέρα. Έχω ιδέες και σχέδια για το εγγύς και το απώτερο μέλλον. Τα σχέδια όμως θέλουν υλοποίηση και η υλοποίηση χρειάζεται ανθρώπους με όραμα, με διάθεση προσφοράς και με όρεξη για δουλειά....

Τα τελευταία τέσσερα χρόνια η χώρα μας έχει βρεθεί στο επίκεντρο μιας πρωτοφανούς οικονομικής και όχι μονό κρίσης που έχει επηρεάσει σε πολύ σημαντικό βαθμό και το χώρο της υγείας : περικοπές δαπανών, μειωμένη χρηματοδότηση, ελλείψεις υλικών στο ΕΣΥ, παλαιός εξοπλισμός, μεγάλες μειώσεις αποδοχών των εργαζομένων και γραφειοκρατικές αγκυλώσεις. Πιστεύετε ότι έχει επηρεαστεί το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Νοσοκομειακό επίπεδο;

Φυσικά και επηρεάστηκε. Το σύστημα κρατιέται όρθιο χάρη στον πατριωτισμό των Ελλήνων. Το νοσηλευτικό προσωπικό και οι γιατροί (ειδικευμένοι και ειδικευόμε-

νοι) καταβάλουν τεράστιες προσπάθειες με μεγάλο προσωπικό κόστος για να κρατήσουν το σύστημα ζωντανό.

Με τους πόρους που σήμερα είναι διαθέσιμοι τι θα αλλάζατε στο σύστημα για να λειτουργήσει καλύτερα και πιο αποδοτικά;

Θα πρέπει να υλοποιηθούν όσα ανέφερα σε προηγούμενη ερώτησή σας σχετικά με τα τρία πράγματα που θα μπορούσαν να βελτιώσουν το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Καταρχήν πρέπει αν αλλάξουν οι υποδομές, να αναδιαταχθεί οργανωτικά, χωροταξικά και σε έμπυχο υλικό η Γαστρεντερολογία και μετά να δοθεί επαρκής οικονομική επιχορήγηση.

Μιλήστε μας λίγο για τον εαυτό σας εκτός Νοσοκομείου/ελεύθερος χρόνος/ενδιαφέροντα εκτός ιατρικής..

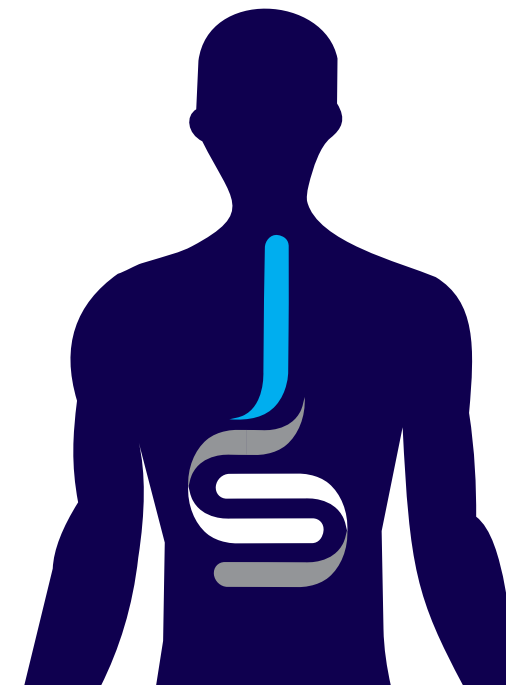
Διαβάζω και ξαναδιαβάζω τους αρχαίους. Όλα είναι γραμμένα εκεί... Μαζεύω μεσαιωνικούς χάρτες και αρχαία νομίσματα. Θέλω να γράψω δυο βιβλία πάνω σε αυτά... Απολαμβάνω τη φύση και ότι απλόχερα χάρισε στους ανθρώπους ο Μέγας Γεωμέτρης του Σύμπαντος. Κάνω σχέδια για εκατό χρόνια και είμαι έτοιμος να πεθάνω σήμερα...

Σταδιοδρομήσατε στο χώρο της Νοσοκομειακής Ιατρικής: έχετε μετανιώσει για αυτή σας την επιλογή/ αν σήμερα βρισκόσασταν στο ξεκίνημα της σταδιοδρομίας ως Γαστρεντερολόγος τι θα κάνατε διαφορετικό;

Ότι έκανα το έκανα με αγάπη και από αγάπη. Έκανα ότι καλύτερο μπορούσα. Εκπαίδευσα νέους, έστησα γαστρεντερολογικά τμήματα από την αρχή, ίδρυσα εταιρείες... και δεν τελείωσα ακόμα. Έζησα μια επιστημονική ζωή πλήρη και γεμάτη συγκινήσεις. Όχι δεν μετάνιωσα για τίποτα. Είμαι ευγνώμων για τους γονείς μου, τους δασκάλους μου, τους συναδέλφους και την τύχη.

Μια λέξη μόνο για το νέο που θέλει να γίνει γιατρός

Αγάπη για την ιατρική και τίποτε άλλο. Αυτό θα σε κάνει καλό γιατρό και θα σου δώσει αντίδωρο στις ικανοποιήσεις που ζητάς. Όλα θα πάνε καλά αν αγαπάς αυτό που κάνεις! Α και κάτι τελευταίο!... Προτού αποφασίσεις να γίνεις γιατρός να διαβάσεις το «Περί Ευσχημοσύνης» σύγγραμμα του Ιπποκράτη...



Δραστική αντιμετώπιση,
πλήρης προστασία

Aircodos
RABEPRAZOLE SODIUM
20mg



SIEGER PHARMA GmbH

Λεωφόρος Μαραθώνος 106 Πικέρμι Αττικής · Τ. 210 3627772 · Ε. info@siegerpharma.gr



Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

Κολονοσκόπηση μετά από ένα επεισόδιο οξείας εκκολπωματίτιδας. Είναι πάντοτε απαραίτητη;

Routine colonoscopy after left-sided acute uncomplicated diverticulitis: a systematic review. L. Daniels, C. Unlu, T. R. de Wijkerslooth, E. Dekker and M. Boermeester. *Gastrointest Endosc* 2014;79:378-388.

Η διενέργεια κολονοσκόπησης μετά από ένα επεισόδιο ανεπίπλεκτης οξείας εκκολπωματίτιδας αποτελεί συνήθη τακτική αν και η σκοπιμότητά της δεν έχει στοιχειοθετηθεί επαρκώς. Στις μέρες μας που η ευρεία χρήση της αξονικής τομογραφίας, αφενός μεν επιτρέπει τη διάγνωση της εκκολπωματίτιδας με μεγάλη αξιοπιστία (ευαισθησία 94% και ειδικότητα 99%) και αφετέρου δε αποκλείει τη συνύπαρξη πιθανών επιπλοκών (απόστημα, συρίγγια, απόφραξη ή διάτρηση), η συνεισφορά της κολονοσκόπησης περιορίζεται στον αποκλεισμό κακοήθειας του παχέος εντέρου. Ωστόσο, παραμένει ανεξακριβωτο εάν η επίπτωση καρκινώματος ή προχωρημένης νεοπλασίας του εντέρου σε ασθενείς με απεικονιστική επιβεβαίωση οξείας εκκολπωματίτιδας είναι μεγαλύτερη από ότι σε έναν πληθυσμό μέσου κινδύνου.

Το παραπάνω ζήτημα αποτέλεσε σκοπό της παρούσας ανασκόπησης. Οκτώ σχετικές μελέτες, οι περισσότερες αναδρομικές, πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας άνω των 18 ετών με πρόσφατο επεισόδιο ανεπίπλεκτης οξείας εκκολπωματίτιδας επιβεβαιωμένης με αξονική τομογραφία ή υπερηχογράφημα κοιλίας που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση. Στην μελέτη συνολικά συμπεριλήφθησαν 1796 ασθενείς.

Όπως διαπιστώθηκε, η συνολική επίπτωση προχωρημένου αδενώματος (αδένωμα > 10 mm ή ύπαρξη υψηλόβαθμης δυσπλασίας ή διαπίστωση λαχνωτής ιστολογίας σε ποσοστό > 25%) ήταν 3,8 % ενώ η επίπτωση καρκίνου βρέθηκε να είναι 1,8%. Το συνολικό ποσοστό ανεύρεσης αδενωμάτων ήταν 14%.

Συμπερασματικά, τα δεδομένα που προκύπτουν από αυτή τη συστηματική ανασκόπηση, υποδεικνύουν ότι η πιθανότητα ανεύρεσης με τη κολονοσκόπηση, κακοήθειας σε ασθενείς με τεκμηριωμένη απεικονιστικά, οξεία εκκολπωματίτιδα είναι χαμηλή. Πιο συγκεκριμένα, τα ποσοστά προχωρημένης νεοπλασίας βρέθηκαν

να είναι χαμηλότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά που παρατηρούνται στον ασυμπτωματικό πληθυσμό. Αντιθέτως, τα ποσοστά ανεύρεσης καρκίνου διαπιστώθηκαν πως ήταν λίγο υψηλότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού, χωρίς όμως η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική. Είναι σημαντικό ωστόσο να αναφερθεί πως σε ασθενείς με επιπλεκόμενη εκκολπωματίτιδα ή σε ασθενείς με υποπτα απεικονιστικά ευρήματα η πιθανότητα ύπαρξης κακοήθειας θα πρέπει να αποκλειστεί με την ενδοσκόπηση.

Πόσο έχει συμβάλλει η κολονοσκόπηση στη μείωση εμφάνισης του Καρκίνου του Παχέος Εντέρου;

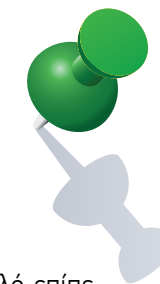
Reduced risk of colorectal cancer up to 10 years after screening, surveillance or diagnostic colonoscopy. H.Brenner, J. Chang-Claude, P. Knebel, C. Stock and M. Hoffmeister. *Gastroenterology* 2014;146:709-1717.

Τα μέχρι τώρα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών σχετικά με την συνεισφορά της προληπτικής κολονοσκόπησης στη μείωση της συχνότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου και της σχετικής με αυτόν θνητότητας, επιβεβαιώνουν τη σημαντική αξία της. Απουσιάζουν όμως αποτελέσματα τυχαιοποιημένων και ελεγχόμενων μελετών όπως επίσης και μελετών με σαφή διάκριση των διαφορετικών ενδείξεων για την κολονοσκόπηση. Μια τέτοια διάκριση θα είχε ουσιαστικό ενδιαφέρον.

Η μείωση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου (ΚΠΕ) μετά από μία προληπτική κολονοσκόπηση αποτελεί τη βασική παράμετρο αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της ίδιας της προληπτικής κολονοσκόπησης. Οι κολονοσκοπήσεις παρακολούθησης μετά από πολυποδεκτομή ή οι διαγνωστικές ενδοσκοπήσεις (διερεύνηση μικροσκοπικής ή ορατής απώλειας αίματος ή κοιλιακών ενοχλημάτων) διεξάγονται σε άτομα με αυξημένη πιθανότητα ανίχνευσης ΚΠΕ. Συνεπώς, τα ποσοστά πιθανής μείωσης του κινδύνου εμφάνισης ΚΠΕ σε αυτές τις ομάδες θα μπορούσαν, εκ των προτέρων να αλλοιωθούν, δεδομένου του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης ΚΠΕ μεταξύ συμπτωματικών ατόμων ή μεταξύ ατόμων μετά από πολυποδεκτομή. Ενδεχομένως οι διαγνωστικές ενδοσκοπήσεις

Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



ή οι ενδοσκοπήσεις για παρακολούθηση να οδηγούν σε «επιμόλυνση» των τυχαιοποιημένων μελετών αποτελεσματικότητας της κολονοσκόπησης. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανεύρεση του κινδύνου ανάπτυξης ΚΠΕ ανάλογα με τις ενδείξεις (πρόληψη, παρακολούθηση, διάγνωση) των ενδοσκοπήσεων που είχαν προηγηθεί. Από έναν αρχικό πληθυσμό που περιελάμβανε 3148 ασθενείς με ΚΠΕ και 3274 άτομα χωρίς ΚΠΕ (ομάδα ελέγχου), στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 2516 ασθενείς και 2284 μάρτυρες αντίστοιχα. Διαπιστώθηκε πως ο κίνδυνος εμφάνισης ΚΠΕ παρέμενε μικρός έως και 10 έτη μετά από μια προληπτική κολονοσκόπηση. Ο κίνδυνος ΚΠΕ σε άτομα που υποβλήθηκαν σε προληπτική κολονοσκόπηση είχε ελαττωθεί κατά 90%. Σε μικρότερο βαθμό (κατά 67-85%) παρατηρήθηκε μείωση του κινδύνου εμφάνισης ΚΠΕ σε αυτούς που ενδοσκοπήθηκαν για άλλους λόγους.

Η τηλεφωνική ενημέρωση των ασθενών την παραμονή της κολονοσκόπησης μπορεί να βελτιώσει τη ποιότητα της εντερικής προετοιμασίας.

Telephone-based re-education of the day before colonoscopy improves the quality of bowel preparation and the polyp detection rate: a prospective, colonoscopist-blinded, randomized, controlled study. X. Iú, L. Zhang, F.W. Leung et al. *Gut* 2014; 63: 125-130.

Παρά τις όποιες βελτιώσεις της διαδικασίας καθαρισμού του εντέρου, σχεδόν στο ένα τρίτο των περιπτώσεων η εντερική προετοιμασία είναι ανεπαρκής. Το γεγονός αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ατελή εξέταση του εντέρου, την απώλεια ανίχνευσης βλαβών (22-48%), τη παράταση του χρόνου ενδοσκόπησης, την αντιμετώπιση περισσότερων τεχνικών δυσκολιών και τέλος την μείωση του μεσοδιαστήματος μεταξύ των ενδοσκοπήσεων παρακολούθησης.

Η αρτιότητα της εντερικής προετοιμασίας φαίνεται να σχετίζεται στενά με τη συμμόρφωση των ασθενών τόσο στη τήρηση των διαιτητικών οδηγιών όσο και στη λήψη των καθαρτικών. Προηγούμενη μελέτη (Ness et al, 2001) έδειξε ότι 18-23,5% των ασθενών με πλημμελή καθαρισμό του εντέρου απέτυχαν να εφαρμόσουν πιστά τις οδηγίες προετοιμασίας. Άλλη σχετική μελέτη (Chan WK et al, 2011) ανέδειξε τη φτωχή συμμόρ-

φωση στις οδηγίες προετοιμασίας, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης αλλά και τη μακρά αναμονή κατά το προγραμματισμό της ενδοσκόπησης ως ανεξάρτητους παράγοντες ανεπαρκούς εντερικής προετοιμασίας. Επιπλέον, οι περισσότεροι γαστρεντερολόγοι εκτιμούν πως οι ασθενείς δεν είναι πρόθυμοι να ακολουθήσουν τις οδηγίες προετοιμασίας, καταβάλλουν προσπάθεια να εφαρμόσουν τη σχετική δίαιτα και το κυριότερο, αδυνατούν να ανεχθούν τη διαδικασία λήψης του καθαρτικού. (Hillyer GC et al, 2012)

Στους μισούς περίπου ασθενείς (305/605) της συγκεκριμένης μελέτης, την προηγούμενη ημέρα της κολονοσκόπησης, δόθηκαν τηλεφωνικώς εκ νέου οδηγίες. Οι οδηγίες αφορούσαν τη χρήση αλλά και τις παρενέργειες των καθαρτικών, υπενθυμίστηκε η κατάλληλη διαιτητική αγωγή, τονίστηκε η σημασία της επαρκούς εντερικής καθαριότητας ενώ δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην ώρα έναρξης της προετοιμασίας (ομάδα TRE). Οι ασθενείς της ομάδας ελέγχου (300/605) έλαβαν προφορικές οδηγίες και ένα σχετικό φυλλάδιο την ημέρα που ορίστηκε η ενδοσκόπηση.

Κατάλληλα προετοιμασμένοι βρέθηκε το 81,6% των ασθενών της ομάδας TRE εν αντιθέσει με το 70,3% της ομάδας ελέγχου. Τα ποσοστά εισόδου του ενδοσκοπίου στο τυφλό ήταν υψηλότερα στην ομάδα TRE (94,9% vs 85,4) ενώ τα ποσοστά ατελούς ενδοσκόπησης εξαιτίας πλημμελούς καθαρισμού του εντέρου ήταν 1,8% στην ομάδα TRE και 10,6% στην ομάδα ελέγχου. Μεγαλύτερα ποσοστά ανίχνευσης πολυπόδων αλλά και περισσότερα εκκολπώματα διαπιστώθηκαν επίσης στην ομάδα τηλεφωνικής επικοινωνίας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Επιπρόσθετα, από την περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε πως η δυσκοιλιότητα, το μεγάλο μεσοδιάστημα από τον προγραμματισμό μέχρι τη διενέργεια της ενδοσκόπησης, οι οδηγίες εκτός TRE, η ανακριβής ώρα έναρξης της λήψης των καθαρτικών και οι λανθασμένοι διαιτητικοί περιορισμοί, σχετίζονταν με μη ικανοποιητική εντερική προετοιμασία.



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΜΕΤΑΠΛΑΣΗ: FROM CORREA'S SEQUENCE TO PADOVA CLASSIFICATION

Κωνσταντίνος Β. Βασιλείδης, Γαστρεντερολόγος
Αμαλία Τ. Καπράνου, Παθολογοανατόμος

Ένα από τα συχνά προβλήματα του γαστρεντερολόγου στην κλινική πράξη αποτελεί η ανεύρεση εντερικής μετάπλασης (EM) στο στομάχο. Η επίπτωση της EM είναι 31.9% σε ασθενείς >50 ετών, και 46.6% σε αυτούς >80 ετών, ενώ είναι μικρή (10.4%) στους ασθενείς ηλικίας κάτω των 50 ετών. Το πρόβλημα γίνεται σημαντικότερο όταν η EM συνοδεύεται από δυσπλασία αφού η χρόνια EM έχει αναγνωριστεί ως προκαρκινική κατάσταση: μεταφράζεται σε >10 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στομάχου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Το προτεινόμενο θεωρητικό μοντέλο καρκινογένεσης περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα (**Correa's cascade**): μη атροφική γαστρίτιδα, πολυεστιακή атροφική γαστρίτιδα, εντερική μετάπλαση, δυσπλασία.

Η EM θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα της προσαρμογής του στομάχου σε ερεθίσματα όπως η αυξημένη πρόσληψη άλατος, το αλκοόλ, τα χολικά οξέα, το κάπνισμα και το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (ειδικά τη cagA-positive H. pylori λοίμωξη). Για παράδειγμα η επίπτωση της EM είναι σημαντικά αυξημένη (33.9%) σε ασθενείς με ελικοβακτηριδιακή λοίμωξη σε σχέση με μη προσβεβλημένους ασθενείς (15.2%). Σύμφωνα με ερευνητές μπορεί να συμβεί βελτίωση της EM μετά από εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου. Από μελέτες σύγκρισης με ομάδα εικονικού φαρμάκου, βελτίωση και σχετική αντιστροφή της EM μπορεί να προκαλέσει και η λήψη βιταμίνης C και β-carotene, μάλιστα σε ποσοστό ίδιο με αυτό που θα προκαλούσε η εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου. Δεδομένης της συσχέτισης του ελικοβακτηριδίου και με το έλκος αξίζει να αναφερθούν οι δύο δρόμοι που πιθανόν να ακολουθήσουν ασθενείς με ελικοβακτηριδιακή γαστρίτιδα: είτε του 12δακτυλικού έλκους μέσω της γαστρίτιδας τύπου άντρου (με μικρότερη πιθανότητα атροφικής γαστρίτιδας) είτε του γαστρικού έλκους και καρκίνου μέσω της πολυεστιακής / εκτεταμένης атροφικής γαστρίτιδας του σώματος.

Η ενδοσκοπική διάγνωση της EM αγγίζει το 71% ανάλογα με την εμπειρία του ενδοσκόπου και την ενδοσκοπική εικόνα. Σε σχέση με τη συμβατική ενδοσκόπηση, πιθανότατα να βοηθούν τεχνικές όπως η χρωμοενδοσκόπηση, η μεγεθυντική ενδοσκόπηση ή το Narrow Band Imaging. Η EM ξεκινάει από τη γωνία του στομάχου και το όριο άντρου - σώματος και επεκτείνεται και προς το άντρο και προς το σώμα. Η χαρακτηριστική ενδοσκοπική εικόνα είναι ο "αποχρωματισμός" του βλεννογόνου ή οι λευκωπές περιοχές. Θέσεις εντερικής μετάπλασης μπορεί επίσης να αναδειχθούν και σε θέσεις γαστρικών εξελκώσεων ή πολυποειδών υπεργέρσεων του βλεννογόνου αν και υπεργερμένες ή υπόσκαφες βλάβες θέτουν την υποψία ύπαρξης δυσπλασίας.

Το πρόβλημα της ιδανικής λήψης βιοψιών (που λαμβάνονταν κλασσικά από άντρο και σώμα) για την επιβεβαίωση της EM αρχικά θεωρήθηκε ότι λύνεται με τη θεώρηση του Sydney για την ταξινόμηση της γαστρίτιδας. Έως τη δεκαετία '70 και '80, με την άγνοια της επίδρασης του ελικοβακτηριδίου, οι παθολογοανατόμοι απλά περιέγραφαν "φλεγμονώδεις αλλαγές του βλεννογόνου χωρίς καρκίνο". Με τη θεώρηση του Sydney έγινε δυνατή η αναγνώριση ιστολογικών παραμέτρων και τοπογραφικής κατάταξης της γαστρίτιδας καθώς και η αναφορά στην αιτιοπαθογένεια της (π.χ. ελικοβακτηριδιακή / μη ελικοβακτηριδιακή γαστρίτιδα, αντιδραστική γαστρίτιδα, αυτοάνοση γαστρίτιδα κτλ). Παρόλη την αξία της ταξινόμησης Sydney, μελέτες έδειξαν ότι με αυτόν τον τρόπο χανόταν έως το 50% των θέσεων EM και υποεκτιμόταν η ύπαρξη του ελικοβακτηριδίου. Γι' αυτούς τους λόγους αναπτύχθηκαν συστήματα βαθμονόμησης γνωστά ως OLGA (operative link for gastritis assessment) και ως OLGIM (operative link on gastric intestinal metaplasia) ώστε να διαχωριστούν οι ασθενείς σε χαμηλού και υψηλού κινδύνου για καρκινογένεση. Το σύστημα OLGA ορίζει τον κίνδυνο γαστρι-

κού καρκίνου ανάλογα με την τοπογραφία και τη βαρύτητα της атροφίας (όπως έχει χαρακτηριστεί από την ταξινόμηση του Sydney), ενώ το σύστημα OLGIM ενσωματώνει το σύστημα OLGA αντικαθιστώντας την атροφία με την εντερική μετάπλαση.

Η EM διαχωρίζεται σε **τύπου I (τέλειος τύπος), II και III (ατελείς τύποι)**. Η **τύπου I** EM έχει καλυκοειδή, βλεννοπαραγωγά και απορροφητικά κύτταρα που εκκρίνουν όξινες βλέννες οι οποίες δεν εκφράζουν τις γαστρικές βλεννοπρωτείνες (mucin core proteins) MUC1, MUC5AC, MUC6. Αντίθετα εκφράζουν έντονα εντερικές βλεννοπρωτείνες όπως τη MUC2. Στον **τύπο II** εκρίνονται ουδέτερες



A. Τέλειος τύπος εντερικής μετάπλασης με καλυκοειδή κύτταρα και κύτταρα Paneth (βέλος).

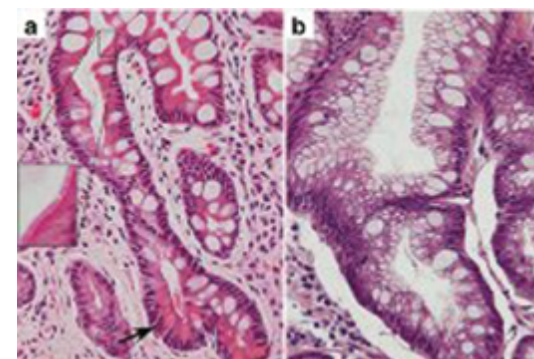
(γαστρικές) και όξινες σιαλικές βλέννες και στον **τύπο III** όξινες θειϊκές βλέννες. Δεδομένης της λεπτής διαφοράς των εκκρινόμενων βλεννών, έχουν προταθεί 2 μοντέλα ανάπτυξης των τύπων της EM: α) επειδή στον τέλειο τύπο δεν εκκρίνονται γαστρικές βλέννες ενώ στους ατελείς τύπους μπορεί να εκκρίνονται και γαστρικές βλέννες, είναι πιθανόν οι τρεις τύποι να αποτελούν εξ'αρχής διαφορετικούς «δρόμους διαφοροποίησης» β) επειδή στον ατελή τύπο II εκκρίνονται γαστρικές βλέννες πιθανόν αυτός ο τύπος να αντιπροσωπεύει το πρώτο βήμα μετάπλασης που είτε θα οδηγήσει στον τύπο I χάνοντας τη δυνατότητα έκκρισης των γαστρικών βλεννών ή στον τύπο III με μετατροπή των γαστρι-

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΜΕΤΑΠΛΑΣΗ: FROM CORREA'S SEQUENCE TO PADOVA CLASSIFICATION



κών ουδέτερων βλεννών σε θειϊκές. Προσφάτως, σε ερευνητικό επίπεδο, έχει αναγνωρισθεί και ένας άλλος τύπος μετάπλασης που ονομάζεται **SPEM** (spasmolytic polypeptide-expressing metaplasia), αναπτύσσεται στο σώμα και το θόλο του στομάχου και σχετίζεται με χρόνια ελικοβακτηριδιακή λοίμωξη και αδενοκαρκίνωμα του στομάχου. Σε συνέχεια του καθορισμού των τύπων EM, η **ταξινόμηση Padova-Vienna** προσπάθησε να δημιουργήσει ένα κοινό τόπο συνεννόησης μεταξύ των παθολογοανατόμων καθορίζοντας 5 τύπους γαστρικής νεοπλασίας: 1) αρνητική για νεοπλασία/δυσπλασία 2) ακαθόριστη για νεοπλασία/δυσπλασία 3) μη διηθητική χαμηλόβαθμη δυσπλα-



B. Ατελής τύπος εντερικής μετάπλασης με ύπαρξη πολλαπλών, διαφόρων μεγεθών βλεννών.

σία 4) μη διηθητική υψηλόβαθμη δυσπλασία 5) διηθητική νεοπλασία. Η χρόνια атροφική γαστρίτιδα και η εντερική μετάπλαση εντάσσονται στην κατηγορία 1, ενώ στην κατηγορία 2 ανήκουν ουσιαστικά οι περιπτώσεις βλαβών που είναι αδύνατον να ταξινομηθούν στις αληθείς δυσπλασίες ή στις αντιδραστικές ατυπίες / αναγεννητικές αλλοιώσεις.

Από μελέτες προκύπτει ότι ο καρκίνος στομάχου εντερικού τύπου σχετίζεται περισσότερο με τον ατελή τύπο EM (κυρίως τον III), αν και δε συμφωνούν όλοι οι ερευνητές. Για παράδειγμα, υπάρχει ένας τύπος καλά διαφοροποιημένου καρκίνου του στομάχου που μιμείται την εντερική μετάπλαση τύπου I. Η πιθανότητα καρκινογένεσης σε έδαφος



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΜΕΤΑΠΛΑΣΗ: FROM CORREA'S SEQUENCE TO PADOVA CLASSIFICATION

ΕΜ είναι μικρότερη ακόμα και από αυτή στον οισοφάγο Barrett για να δικαιολογήσει γενικότερο έλεγχο στον πληθυσμό. Δεδομένου ότι είναι δύσκολο να δοθούν γενικευμένες οδηγίες, το είδος της παρακολούθησης της ΕΜ με ή χωρίς συνοδό δυσπλασία πρέπει να εξατομικεύεται.

Το 2011 έγινε προσπάθεια από 4 μεγάλους οργανισμούς - The European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), the European Helicobacter Study Group (EHSG), the European Society of Pathology (ESP), the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) - ώστε να υπάρχουν κοινώς αποδεκτές οδηγίες για τις προκαρκινικές καταστάσεις του στομάχου. Κατ'αρχάς η πιθανότητα εξέλιξης της ΕΜ σε καρκίνο μεταφράζεται διαφορετικά ανάλογα με τον πληθυσμό και τη γεωγραφική του προέλευση. Μεγαλύτερο κίνδυνο εμφανίζουν περιοχές όπως η Ιαπωνία, η Ασία, η Λατινική Αμερική και η Ανατολική Ευρώπη και λιγότερο οι δυτικές κοινωνίες και Ηνωμένες Πολιτείες.

Μεγάλης σημασίας για την αξιολόγηση της ΕΜ είναι η χαρτογράφηση του στομάχου που περιλαμβάνει τη λήψη βιοψιών από 6 ζώνες (άντρο μείζον τόξο, άντρο έλασσον τόξο, γωνία στομάχου, σώμα μεί-

ζον τόξο, σώμα έλασσον τόξο και θόλος) και φυσικά από τυχόν ορατές βλάβες. Ασθενείς με εντερική μετάπλαση / ατροφία μόνο στο άντρο δεν απαιτείται να ενταχθούν σε πρόγραμμα παρακολούθησης, ειδικά εάν ανευρίσκεται τέλεια ΕΜ με απουσία άλλων παραγόντων κινδύνου. Ασθενείς με εκτεταμένη εντερική μετάπλαση ή/και ατροφία πρέπει να υποβάλλονται σε ενδοσκόπηση κάθε 3 έτη. Εάν βρεθεί ελικοβακτηρίδιο αυτό πρέπει να εκριζωθεί ως προφύλαξη πιθανής εξέλιξης σε δυσπλασία. Ασθενείς με χαμηλόβαθμη δυσπλασία χωρίς ορατή βλάβη πρέπει να επανενδοσκοπηθούν στους επόμενους 12 μήνες. Εάν υπάρχει ορατή βλάβη πρέπει να εξετασθεί το ενδεχόμενο αφαίρεσής της ώστε να υπάρξει αξιόπιστη ιστολογική διάγνωση π.χ. επιβεβαίωση της δυσπλασίας ή ενδεχόμενη συνύπαρξη υψηλόβαθμης δυσπλασίας στον ίδιο ιστό. Ασθενείς με υψηλόβαθμη δυσπλασία πρέπει να έχουν ειδική αντιμετώπιση διότι είναι πιθανή είτε η σύγχρονη είτε η μετάχρονη ανάπτυξη διηθητικού καρκίνου. Αν δεν υπάρχει ορατή βλεννογονική βλάβη οι ασθενείς πρέπει να επανεξετασθούν αμέσως και κατόπιν στους 6 και 12 μήνες, ενώ σε ενδοσκοπικά ορατή βλάβη πρέπει να γίνεται σταδιοποίηση και να αποφασίζεται η ενδοσκοπική ή η χειρουργική αφαίρεσή της.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. M. Dinis-Ribeiro, M. Areia, A. C. de Vries, et al. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHSG), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). Endoscopy 2012;44:74-94.
2. ASGE guideline: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract. Gastrointestinal Endoscopy 2006;63:4.
3. WK Leung, SR Lin, JYL Ching, et al. Factors predicting progression of gastric intestinal metaplasia: results of a randomised trial on Helicobacter pylori eradication. Gut 2004;53:1244-1249.
4. MM Walker. Is intestinal metaplasia of the stomach reversible? Gut 2003;52:1-4.
5. Pelayo Correa, M. Blanca Piazuelo and Keith T Wilson. Pathology of gastric intestinal metaplasia: clinical implications. Am J Gastroenterol 2010;105:493-498.
6. WK Leung and JJY Sung. Review article: intestinal metaplasia and gastric carcinogenesis. Aliment Pharmacol Ther 2002;16:1209-1216.
7. A Zullo. Follow-up of intestinal metaplasia in the stomach: When, how and why. World J Gastrointest Oncol 2012;4(3):30-36.
8. M Rugge, M Fassan, M Pizzi et al. Operative link for gastritis assessment vs operative link on intestinal metaplasia assessment. World J of Gastroenterology 2011;17(41):4596-4661.
9. M Stolte, A Meining. The updated Sydney system: Classification and grading of gastritis as the basis of diagnosis and treatment. Can J Gastroenterol 2001;15(9):591-8.

Νέα από την Τεχνολογία - Βιομηχανία

ΨΥΧΡΗ ΠΟΛΥΠΕΚΤΟΜΗ (COLD SNARE POLYPECTOMY)

Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος



Η πολυπεκτομή είναι γνωστό ότι σχετίζεται με αιμορραγία σε ποσοστό που ξεπερνάει το 1% (1). Τελευταία πολλά κέντρα του εξωτερικού χρησιμοποιούν την τεχνική της ψυχρής πολυπεκτομής (cold snare polypectomy) για την εκτομή μικρών πολυπόδων (< 10mm). Για την τεχνική αυτή χρησιμοποιούν μικρούς πολυπεκτόμους. Οι μικροί πολυπεκτόμοι επιτρέπουν εγγύτερη εφαρμογή στον πολύποδα. Το ερώτημα που τίθεται είναι αν η τεχνική αυτή είναι ασφαλής σε ότι αφορά την μετά πολυπεκτομή αιμορραγία. Η ασφάλειά της έχει καταδειχθεί σε αρκετές μελέτες (2-5). Μία νεώτερη μελέτη καταδεικνύει την υπεροχή της σε ότι αφορά τον κίνδυνο αιμορραγίας σε ασθενείς που λάμβανουν κατά την διάρκεια της πολυπεκτομής κουμαρινικά αντιπηκτικά. Ο κίνδυνος της άμεσης αι-

μορραγίας είναι σαφώς μικρότερος. Ακόμη σημαντικότερη είναι η μείωση του κινδύνου της καθυστερημένης αιμορραγίας. Αυτό φαίνεται να σχετίζεται με την μείωση του τραυματισμού των υποβλεννογονίων αγγείων λόγω της μη χρήσης της διαθερμίας (6). Η εταιρία US Endoscopy διαθέτει τον πολυπεκτόμο Exacto, ο οποίος προορίζεται αποκλειστικά για ψυχρή πολυπεκτομή. Ο Exacto έχει εξαγωνικό σχήμα, με άνοιγμα 9mm και είναι κατασκευασμένος από ειδικό πολυκλώνο σύρμα (braided) κατά 33% λεπτότερο από τα κλασσικά πολυκλώνο σύρματα. Μπορούμε λοιπόν να παρέμβουμε σε τέτοιους πολύποδες με μικρότερους πολυπεκτόμους, γρηγορότερα (δεν χρειάζεται η χρήση διαθερμίας - τοποθέτηση γείωσης) και το σημαντικότερο με μεγάλη ασφάλεια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ASGE Standards Practice Committee, Anderson MA, Ben-Menachem T, Gan SI, et al. Management of Antithrombotic Agents for Endoscopic Procedures. Gastrointest Endosc 2009;70:1061-1070.
2. Repici A, Hassan C, Vietta E, et al. Safety of cold polypectomy for <10 mm polyps at colonoscopy: a prospective multicenter study. Endoscopy 2012; 44: 27-3.
3. Hewett DG, Rex DK. Colonoscopy and Diminutive Polyps: Hot or cold biopsy or snare? Do I send to Pathology? Clinical Gastroenterology and Hepatology 2011; 9: 102-105.
4. Paspatis GA, Konstantinidis K, Theodoropoulou A, V et al. A prospective randomized comparison of cold versus hot snare polypectomy in the occurrence of postpolypectomy bleeding in small colonic polyps. Colorectal Disease 2011; Oct 13 (10): e345-8.
5. Yasuyuki I, Akira Horiuchi, Yoshiko Nakayama et al. Prospective randomized comparison of cold snare polypectomy and conventional polypectomy for small colorectal polyps. Digestion 2011 Apr 14; 84 (1): 78-81.
6. Akira Horiuchi, Yoshiko Nakayama, Masashi Kajiyama et al. Removal of small colorectal polyps in anticoagulated patients: a prospective randomized comparison of cold snare and conventional polypectomy. Gastrointest Endosc. 2014; 79: 417-423.

Θέσεις εργασίας

Σπύρος Γουλάς



Θέσεις εργασίας στη Μεγάλη Βρετανία:

1. Μία (1) θέση Consultant Gastroenterologist στο Portsmouth - Permanent. Λήξη προθεσμίας υποβολής: 11/5/14
 2. Μία (1) θέση Consultant with a special interest in Gastroenterology στο Scarborough - Permanent. Λήξη προθεσμίας υποβολής: 9/6/14
- Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.jobs.nhs.uk

Προκηρύξεις από την Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία:

- Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας προκηρύσσει:
1. Τρεις (3) ετήσιες και μια (1) εξαμηνιαία υποτροφία εξωτερικού για το έτος 2015.
 2. Την χρηματοδότηση 3 ερευνητικών πρωτοκόλλων για το έτος 2014.



Ο ορθοκολικός (ΟΚ) καρκίνος αποτελεί τον 2^ο συχνότερο καρκίνο στην Ευρώπη και για τα δύο φύλα και τον 3^ο στις ΗΠΑ.

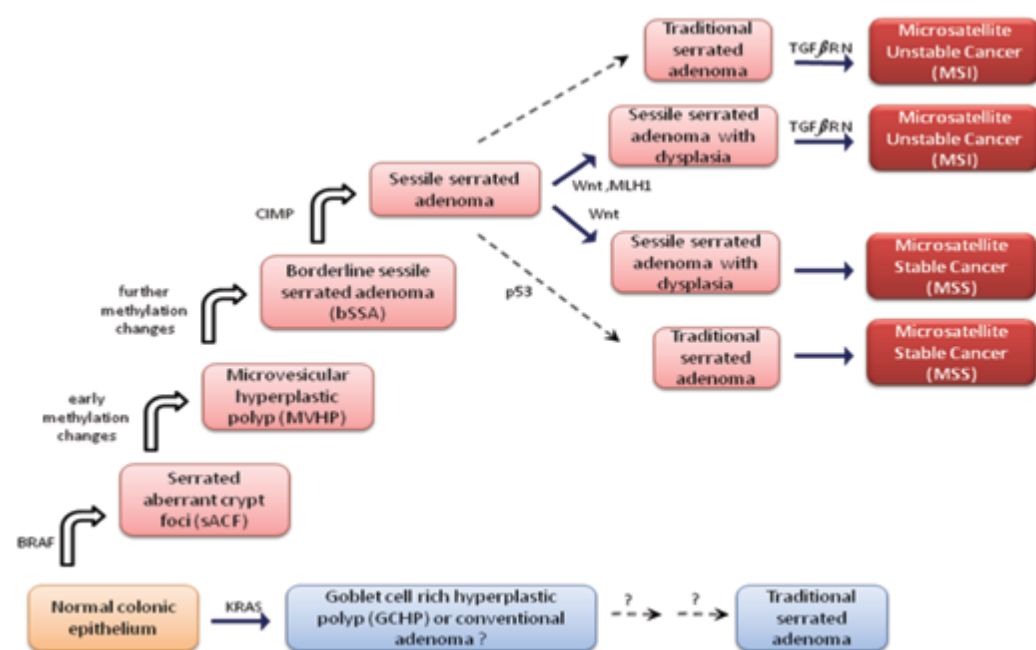
Το 80% των σποραδικών (ΟΚ) καρκίνων ακολουθούν το μονοπάτι από το φυσιολογικό επιθήλιο στο αδένωμα-καρκίνωμα. Το 20% των σποραδικών μη εντασσομένων σε σύνδρομο καρκίνων, ακολουθούν το **μονοπάτι της οδοντωτής νεοπλασίας**.

Πριν 30 έτη η ταξινόμηση περιελάμβανε τα αδενώματα και τους υπερπλαστικούς πολύποδες, που θεωρούνταν απολύτως αθώες βλάβες. Το 1990 όμως, οι Longacre και Fenoglio-Preiser εισήγαγαν τον όρο οδοντωτό αδένωμα, ενώ το 2003 οι Torlakovic και συν. υποστήριξαν ότι ο

τα (TSA).

Οι υπερπλαστικοί πολύποδες αποτελούν περίπου το 80% των οδοντωτών αλλοιώσεων. Εντοπίζονται κυρίως στο ορθοσιγμοειδές. Χαρακτηριστικά τους αποτελούν η οδόντωση των κρυπτών στο άνω τριτημόριο, χωρίς πυρηνική ατυπία ή δυσπλασία. Τα ¾ αυτών είναι μικρότεροι από 0,5cm και σπάνια μεγαλύτεροι από 1cm. Ο μικροφυσσαλιδώδης τύπος-MVHP αφορά σε όλο το παχύ έντερο, ο πλούσιος σε καλυκοειδή κύτταρα-goblet cells αποκλειστικά AP ενώ ο πτωχός σε βλέννη είναι πολύ σπάνιος.

Τα άμισχα οδοντωτά αδενώματα (SSA): Αποτελούν το 1%- 9% των πολυπόδων παχέος εντέρου ενώ σε ομάδες



υπερπλαστικός πολύποδας έχει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκινώματος, και εισήγαγαν τον όρο **άμισχος οδοντωτός πολύποδας (SSA)**.

Η εμφάνιση οδοντωτών βλαβών έχει συσχετιστεί με το κάπνισμα, τον υψηλό BMI, τη λήψη αλκοόλ, ενώ υπάρχει προβάδισμα στις γυναίκες.⁽¹⁾

Τα οδοντωτά αδενώματα/πολύποδες ταξινομούνται πλέον σύμφωνα με τη WHO 2010 σε 3 κατηγορίες: υπερπλαστικοί πολύποδες, άμισχα οδοντωτά αδενώματα/πολύποδες (SSA), παραδοσιακά οδοντωτά αδενώμα-

τα (TSA). Ο υπερπλαστικός πολύποδας έχει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκινώματος, και εισήγαγαν τον όρο **άμισχος οδοντωτός πολύποδας (SSA)**. Η εμφάνιση οδοντωτών βλαβών έχει συσχετιστεί με το κάπνισμα, τον υψηλό BMI, τη λήψη αλκοόλ, ενώ υπάρχει προβάδισμα στις γυναίκες.⁽¹⁾ Τα οδοντωτά αδενώματα/πολύποδες ταξινομούνται πλέον σύμφωνα με τη WHO 2010 σε 3 κατηγορίες: υπερπλαστικοί πολύποδες, άμισχα οδοντωτά αδενώματα/πολύποδες (SSA), παραδοσιακά οδοντωτά αδενώμα-



προκαλείται είτε από BRAF είτε από KRAS μετάλλαξη. Υπάρχει πυρηνική ατυπία στο μέσο και άνω τμήμα των κρυπτών και αποπλάτυνση των κρυπτών στη βάση, με T ή L σχήματα.

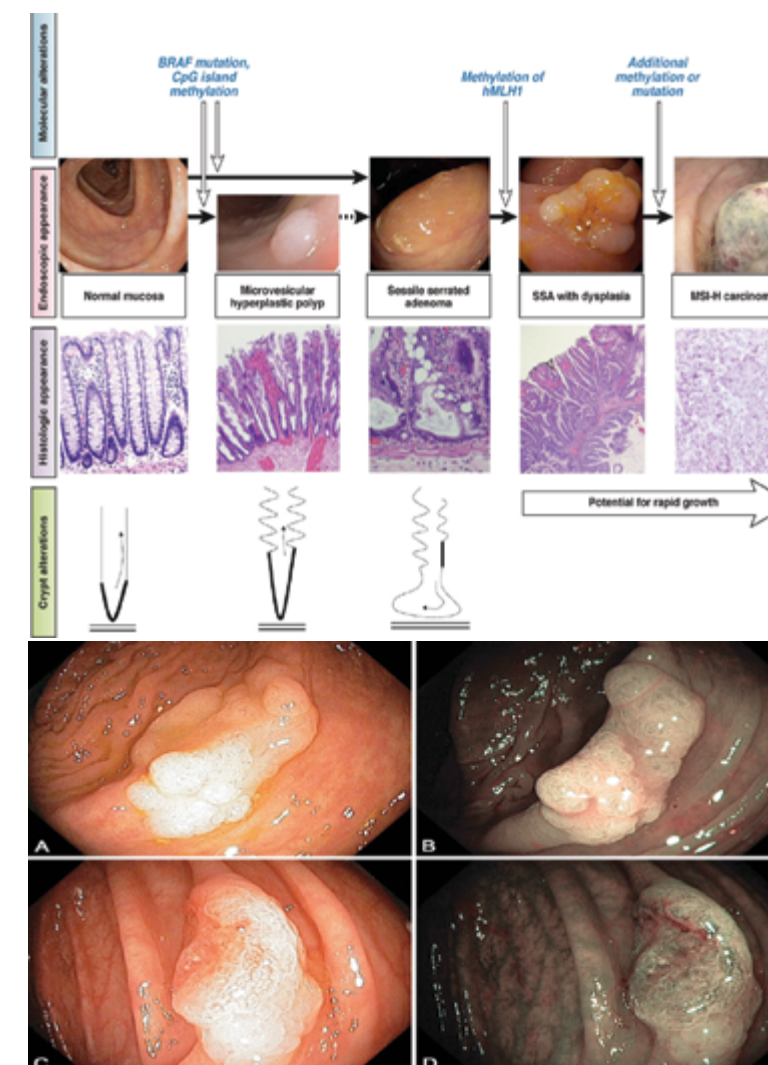
Το παραδοσιακό οδοντωτό αδένωμα (TSA): Αποτελεί το 1-2% των οδοντωτών αδενωμάτων και σε ποσοστό 80% απαντάται στο AP κόλον. Συνήθως είναι προέχον ή έμμοιχο με διάμετρο <1,5εκ. Χαρακτηριστική είναι η ηωσινοφιλία του πρωτοπλάσματος και η παρουσία δυσπλασίας (90% low grade & 10% high grade).

Οδός οδοντωτής νεοπλασίας: Τα SSAs και τα TSAs αποτελούν εν δυνάμει προκαρκινικές βλάβες, ακολουθώντας

την οδό της οδοντωτής νεοπλασίας: BRAF μετάλλαξη ή KRAS (σπάνια) μεθυλίωση των νησιδίων CpG (CpG Island Methylator Phenotype- CIMP) και συνεχείς μεθυλίωσεις, με μεθυλίωση του MLH1 γονιδίου με συνέπεια μικροδορυφορική αστάθεια (MSI).

Όσον αφορά στην **ενδοσκοπική εμφάνιση** χαρακτηριστικά ενδοσκοπικά γνωρίσματα των SSAs αποτελούν η εγγύς εντόπιση(>75%), η άμισχη ή επίπεδη εμφάνιση (>90%), τα ακαθόριστα όρια (>75%), η ωχρότητα στην εμφάνιση (>75%) και η επικάλυψη με βλέννη (έως και 100%).⁽³⁾

Στην NBI ενδοσκοπία, εμφανίζουν συνήθως χαρακτη-



ριστικό Pit Pattern (type II-0), με καλή ειδικότητα αλλά όχι ευαισθησία. ^(4,5)

Ως σύνδρομο οδοντωτών αδενωμάτων (SPS) ορίζεται η παρουσία τουλάχιστον 5 SSAs στο εγγύς κόλον με 2 ή περισσότερους >1 cm ή ανεξάρτητος αριθμός SSA στο εγγύς κόλον σε ασθενή με α' βαθμού συγγενή με SP, ή >20 SSAs, κάθε μεγέθους, οπουδήποτε στο κόλον. ⁽⁶⁾

Σύγχρονη και μετάχρονη νεοπλασία: Ασθενείς με SPS έχουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Σε μερικές μικρές σειρές, 25%-70% ασθενών με SPS, έχουν CRC είτε στην αρχική διάγνωση είτε στην παρακολούθηση. ^(7,8) Το ακριβές ποσοστό κινδύνου για καρκίνο σε σύνδρομο SP είναι άγνωστο. Υπάρχουν ενδείξεις ότι μεγάλοι SSPs, με εντόπιση στο εγγύς κόλον, σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο σύγχρονης νεοπλασίας και καρκίνου. ^(9,10) Άτομα με συνυπάρχοντα SSAs και αδενώματα εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο για σύγχρονο CRC. ⁽¹¹⁾ Υπάρχουν λίγες μελέτες (με περιορισμούς), που συνδέουν τα SSAs με αυξημένο κίνδυνο μετάχρονης νεοπλασίας. ⁽¹²⁾

Ο **ρυθμός κατάδειξης** των οδοντωτών αδενωμάτων (ADR) κατά την ενδοσκόπηση κυμαίνεται από 6%-22% ανάμεσα σε έμπειρους ενδοσκόπους. ⁽¹³⁾ Η χρωμοενδοσκόπηση με indigo carmine φαίνεται να αυξάνει την κατάδειξη των οδοντωτών βλαβών (1,19 Vs 0,49 πολύποδες/ασθενή). ⁽¹⁴⁾ Οι νέες τεχνικές στην ενδοσκόπηση θα βοηθήσουν στην κατάδειξη των SP περισσότερο τους ενδοσκόπους με χαμηλό ADR.

βλάβες πρέπει να αφαιρούνται κατά την κολονοσκόπηση, εκτός από μικροσκοπικούς HPs στο ορθο-σιγμοειδές, που πρέπει να λαμβάνονται δείγματα για ιστολογική εξέταση. ⁽¹⁵⁾

Εκτομή των SSAs: Το 30% των SSAs εκτέμνονται ατελώς συγκριτικά με το 7% των άλλων πολυπόδων. Το ποσοστό φτάνει στο 50% για μεγάλα SSAs (1-2 cm). Για το λόγο αυτό χρειάζεται φροντίδα για την πλήρη εκτομή των επίπεδων πολυπόδων στο ΔΕ κόλον. ⁽¹⁶⁾

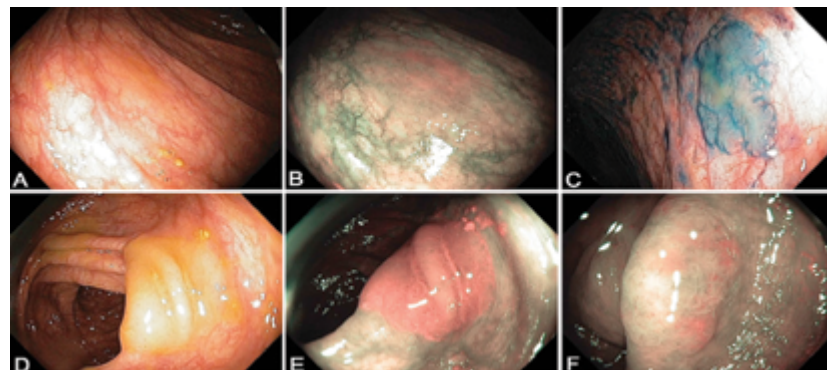
Cold snaring συστήνεται, για βλάβες <1 cm.

Για μεγαλύτερες βλάβες, ηλεκτροπηξία, με ή χωρίς υποβλεννογόνια έγχυση. ⁽¹⁷⁾

NBI, τοπικός ψεκασμός με spray, υποβλεννογόνια έγχυση (κυανό του μεθυλενίου, indigo carmine), μπορεί να βοηθήσουν στον καθορισμό των ορίων.

Σε τμηματική εκτομή, προβλέπεται εφαρμογή APC στα όρια της βλάβης, με επανενδοσκόπηση σε 3-6 μήνες. Η ατελής εκτομή και η μη κατάδειξη των SSAs μπορεί να είναι η εξήγηση για μερικούς γρήγορα αναπτυσσόμενους καρκίνους. ⁽¹⁸⁾

Ο **παθολογοανατόμος** πρέπει να είναι ενημερωμένος για τη σχετικά νέα οντότητα λόγω της ποικιλότητας στην εμφάνιση. Με προσεκτική δεύτερη ματιά αρκετοί πολύποδες που αρχικά χαρακτηρίστηκαν ως υπερπλαστικοί, επαναπροσδιορίστηκαν ως SSAs (17% των εγγύς HPs και 20% των HPs >5mm). ⁽¹⁹⁾ Καταργείται ο όρος μικτός πολύποδας.



Η κακοήθης εξαλλαγή είναι αποδεδειγμένη αλλά το μέγεθος του κινδύνου είναι άγνωστο. Όλες οι οδοντωτές

Ο γαστρεντερολόγος πρέπει να συνεργάζεται με τον παθολογοανατόμο δίδοντας του κλινικές πληροφορίες, και

πληροφορίες σχετικά με τα αποσταλμένα δείγματα (en bloc ή μη εκτομή, προέλευση των δειγμάτων) για να είναι σε θέση να καθορίσει καλύτερα τα όρια, και εάν υπάρχει υπολειπόμενος ιστός που θα βοηθήσει στον καθορισμό της επανενδοσκόπησης.

Ανάγκη επιτήρησης: Σκοπός της, η μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου στο μεσοδιάστημα των ενδοσκοπήσεων. Συστήνεται κολονοσκόπηση μετά από πολυεκτομή από 1 έως 5 έτη ανάλογα με τον αριθμό και το μέγεθος των βλαβών και την παρουσία ή μη δυσπλασίας. ⁽²⁰⁾

<3 SSA, όλα <10mm: 5y

>3 SSA: 3y

SSA >10mm :3y

SSAD: 1-3 y

Αν και η ενδοσκόπηση επιτήρησης σε **3 έτη** σε ασθενείς με SSAs **και δυσπλασία**, φαίνεται αρκετή όταν έχει γίνει πλήρης εξαίρεση, συχνά οι ενδοσκόποι συστήνουν επανενδοσκόπηση **σε μικρότερο διάστημα (3-6 μήνες)**, όταν έχει αφαιρεθεί τμηματικά ο πολύποδας ή όταν εκτιμηθεί ότι παρέμεινε ιστός, είτε από την ενδοσκοπική εικόνα είτε από την παθολογοανατομική εξέταση.

Επιπλέον συστήνεται παράταση του ορίου ηλικίας για επιτήρηση και πέραν των 75 ετών που συστήνεται στα συμβατικά αδενώματα, εξαιτίας του δεδομένου της δυνητικής γρήγορης ανάπτυξης καρκίνου. ⁽²¹⁾

Επιτήρηση SPS: Χειρουργική αντιμετώπιση συνιστάται εάν έχει αναπτυχθεί καρκίνος ή όταν ο αριθμός και το μέγεθος των πολυπόδων καθιστά αδύνατο τον ενδοσκοπικό χειρισμό.

Για την ενδοσκοπική επιτήρηση συστήνεται αρχικά κολονοσκόπηση σε 6-12 μήνες, με αφαίρεση όλων των βλαβών του εγγύς κόλου άνω των 5 mm, και στη συνέχεια ανά έτος.

Κολονοσκόπηση ελέγχου συστήνεται στους α' βαθμού συγγενείς στην ηλικία των 40 ετών ή σε ηλικία 10 έτη μικρότερη από την ηλικία διάγνωσης του νεότερου συγγενούς με SPS.

Συμπερασματικά λοιπόν, τα οδοντωτά αδενώματα αποτελούν νέα οντότητα και προκαρκινωμάτωδεις αλλοιώσεις δια της οδού της οδοντωτής νεοπλασίας (20% των νεοπλασμάτων ακολουθούν αυτή την οδό). Τα δεδομένα για την πραγματική επίπτωση τους και τον σχετικό κίνδυνο για ανάπτυξη νεοπλασματος, είναι περιορισμένα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ενδιαμέσοι ή ταχέως αναπτυσσόμενοι καρκίνοι στο εγγύς κόλον προκαλούνται από SSAs που χάνονται στην ενδοσκόπηση. Χρειάζεται ανάπτυξη των νέων τεχνικών ενδοσκόπησης. Ο γαστρεντερολόγος πρέπει να είναι προσεκτικός στην κατεύθυνση της ανεύρεσης (με τη βελτίωση του ADR), και αφαίρεσης όλων αυτών των βλαβών στο εγγύς κόλον, και >5mm στο ορθοσιγμοειδές, και να τηρεί πρόγραμμα σωστής επιτήρησης. Οι παθολογοανατόμοι πρέπει να είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με τα ιστολογικά χαρακτηριστικά. Χρειάζονται επιπλέον μελέτες σχετικά με την παθογένεια, την επιδημιολογία, τους παράγοντες κινδύνου, τη συμπεριφορά, την ενδοσκοπική αντιμετώπιση και μακροχρόνια επιτήρηση αυτών των σημαντικών πρόδρομων για την ανάπτυξη καρκίνου βλαβών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Aderson JC, et al. J Clin Gastroenter 2011
2. World J Gastroenterology, 2010
3. Tadepalli US, et al. Gastrointest Endosc 2011
4. Limketkai BN, et al. Gastrointest Endosc 2013
5. Kimura et al, Am J Gastroenterol, 2012
6. WHO classification, 2010
7. Rosty C, et al. Am J Surg Pathology 2012
8. Boparai KS, et al. Gut 1010
9. Alvarez C, et al. Endoscopy 2013
10. Schreiner MA, et al. Gastroenterology 2010.
11. Vu HT, et al. Dis Colon Rectum 2011

12. Lu FI, et al. Am J Surg Pathol 2010
13. Wijkerslooth TR, et al. Endosc 2013
14. Pohl, et al, Gut 2011
15. Rex DK, et al, Am J Gastroenterol 2012.
16. Pohl H, et al. Gastroenterology 2013
17. Hewett DG, et al, Clin Gastroent Hepatol, 2011
18. Farrar WD, et al. Clin Gastroent Hepatol 2006
19. Singh H, et al. Gastrointest Endosc 2012.
20. US Multi-society Task Force, 2012
21. East JE, et al. Clin North Am 2008



Η γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

Ιωάννης Αναστασίου

Ειδικευόμενος Ιατρός, Γαστρεντερολογική Κλινική Γ.Ν.Α "Ευαγγελισμός"



Δωρεάν ιατρικές εφαρμογές για smartphones

1. Medscape

Ο ιστότοπος Medscape Education είναι η πληρέστερη δωρεάν διαδικτυακή πηγή πληροφοριών και εκπαίδευσης σε ιατρικά θέματα.

Περιέχει μεταξύ άλλων :

- Ειδήσεις
- Άρθρα-Απόψεις από παγκοσμίως αναγνωρισμένους ειδικούς
- Επιστημονικές εργασίες
- Βάσεις δεδομένων για ασθένειες, ανατομία, φάρμακα, θεραπευτικές μεθόδους
- Οπτικοακουστικό υλικό
- Εκπαιδευτικό υλικό, (με δυνατότητα κατεβάσματος από το χρήστη)

Πολύ χρήσιμη είναι η δυνατότητα αναζήτησης παρενέργειών από συνδυασμό φαρμάκων. Ο χρήστης επιλέγει όποιο συνδυασμό φαρμάκων τον ενδιαφέρει και λαμβάνει ως απάντηση τις παρενέργειες (εφόσον αυτές υπάρχουν).

2. Epocrates

Αναμφισβήτητα αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο ιατρικό app. Το Epocrates είναι μια κινητή πηγή αναφοράς των φαρμάκων που παρέχει κλινικά στοιχεία σχετικά με χιλιάδες συνταγές και OTC φαρμακευτικών προϊόντων. Διαθέτει σε βάθος πληροφορίες, συνταγολόγιο, πληροφορίες αλληλεπίδρασης και έχει δεκάδες υπολογισμούς (π.χ. BMI, GFR).

3. Skyscape

Η εφαρμογή *Skyscape* είναι μια από τις πιο διαδεδομένες εφαρμογές ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν τηλέφωνα με λειτουργικό android. Η εφαρμογή παρέχεται δωρεάν από το google play και απαιτεί μόνο κάποιο e-mail για εγγραφή. Αναλυτικά οι δωρεάν παροχές της εφαρμογής είναι οι παρακάτω:

- **Rx Drugs** - ευρετήριο φαρμακευτικών ουσιών και σκευασμάτων. Περιλαμβάνει φαρμακευτικά σκευάσματα από ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλία και Ηνωμένο Βασίλειο. Η αναζήτηση μπορεί να γίνει τόσο για δραστική ουσία όσο και για σκεύασμα ενώ σε κάθε φάρμακο περιλαμβάνεται δοσολογία, ενδείξεις, αντενδείξεις, προσαρμογή δόσης, προειδοποιήσεις, κύηση-θλασμός, κλινική φαρμακολογία, ταξινόμηση και τιμολόγηση.

- **Outlines in clinical medicine**- ευρετήριο φυσιολογικών και παθολογικών οντοτήτων της ιατρικής με σύνομη επισήμανση των κυριότερων σημείων.

- **Archimedes**- υπολογιστής πολλών χρήσιμων ιατρικών δεικτών.

- **MedAlert** -σημαντικά νέα από την παγκόσμια ιατρική κοινότητα. Τα νέα είναι από τα σπουδαιότερα ιατρικά περιοδικά (π.χ. BMJ) και από οργανισμούς όπως ο FDA.

- **MedStream, ACC Pocket Guides** και πολλά νέα εργαλεία που προστίθενται συχνά.

Η εφαρμογή προσφέρει και μια πλειάδα άλλων χρήσιμων εργαλείων επι πληρωμή όπως *Netter's Anatomy* και *Red Book* μέσα από την εφαρμογή που όμως ξεφεύγουν από τον σκοπό αυτής της παρουσίασης. Στα θετικά της εφαρμογής η δυνατότητα άμεσης αναζήτησης σε όλες τις βάσεις δεδομένων αυτής άμεσα και σε πρώτο χρόνο.

4. Evernote

Η **Evernote** που δίνει τη δυνατότητα στους χρήστες της να έχουν εύκολα και γρήγορα **πρόσβαση σε σημειώσεις, φωτογραφίες και βίντεο που έχουν αρχειοθετήσει**, από όλες τις συσκευές τους: Smartphone, tablet και υπολογιστή.

Με το Evernote ο χρήστης μπορεί να αποθηκεύει δεδομένα έως και 1GB κάθε μήνα, να διατηρεί ηλεκτρονικά και offline σημειωματάρια, μεμονωμένες σημειώσεις έως και 50MB, να έχει πρόσβαση και να διατηρεί ιστορι-

Η γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο



κό σημειώσεων, να αναζητά .pdf αρχεία, αλλά και να έχει κοινή χρήση αρχείων με τρίτους.

5. PubMed Mobile

Η εφαρμογή αυτή είναι μια γρήγορη και εύκολη πρόσβαση στο PubMed από μια φορητή συσκευή. Εκείνοι που χρησιμοποιούν τακτικά το PubMed μπορεί να βάλουν αυτό το app σε πρώτη χρήση. Οι χρήστες μπορούν να αναζητήσουν και να δουν αποσπάσματα δημοσιεύσεων σε μια φορητή συσκευή. Μετά την τοποθέτηση ετικετών στα άρθρα που παρουσιάζουν ενδιαφέρον, ο χρήστης μπορεί να στείλει το άρθρο μέσω e-mail ή να

μοιραστεί τα άρθρα μέσω των κοινωνικών δικτύων. Οι δυνατότητες που προστίθενται στο PubMed Mobile μετά την τελευταία αναβάθμιση περιλαμβάνουν συνδέσμους προς PubMed άρθρα σε ένα πρόγραμμα περιήγησης, καθώς και απευθείας συνδέσεις με "PubMed Central (PMC) Δωρεάν άρθρα"

6. Γαλνός Mobile

Η δωρεάν εφαρμογή του Γαλνού για συσκευές Android σας δίνει τη δυνατότητα να λαμβάνετε πολύτιμες πληροφορίες για τα φάρμακα της ελληνικής αγοράς στο κινητό ή στο tablet, με εύκολο και γρήγορο τρόπο.

Η εφαρμογή προσφέρει:

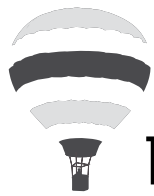
- αναζήτηση και προβολή εμπορικών σκευασμάτων, δραστικών ουσιών, φαρμακευτικών εταιρειών, ομάδων ATC και νόσων ICD-10.
- έλεγχος συγχορήγησης φαρμάκων (αλληλεπιδράσεις και αντενδείξεις)
- σύνδεση με την κάμερα για την αναγνώριση γραμμοκωδικών (barcode) φαρμακευτικών σκευασμάτων.
- ιστορικό πλοήγησης για την γρήγορη επιστροφή σε πρόσφατες καταχωρήσεις
- για τους συνδρομητές του Γαλνού: προβολή SPC μέσα από την εφαρμογή.

7. iLiver

Πρόκειται για εφαρμογή που αναπτύχθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση για τη Μελέτη του Ήπατος (EASL), που παρέχει άμεση ιατρική ενημέρωση και κλινικές συστάσεις για γαστρεντερολόγους.

8. InPractice Hepatology

Πρόκειται για διαρκώς ανανεούμενη εφαρμογή που αφορά στην κλινική ηπατολογία. Περιέχει φαρμακευτικό οδηγό, κατευθυντήριες οδηγίες, και άρθρα από διεθνώς αναγνωρισμένους επιστήμονες στον τομέα.



Εἰς Μνήμην

Δημήτρης Νικολάκης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα Ε.Α.Ν.Π. Μεταξά

Εἰς μνήμην Αντωνίου Νικολάου

Πριν από λίγες ημέρες έφυγε από τη ζωή ο Αντώνης Νικολάου μετά από βραχύχρονη και άνιση, αλλά ιδιαίτερα θαρραλέα μάχη με την επάρατο. Για όλους εμάς που τον γνωρίσαμε ή τον ζήσαμε από κοντά, η απώλειά του σηματοδοτεί το τέλος μιας εποχής, που ήθελε την αρμονική έκφραση του κοινωνικού και επιστημονικού προτύπου σε ένα πρόσωπο.

Πράγματι, ο βίος του βραχύς, αλλά η τέχνη του μακρά. Και η προσφορά του ακόμα μεγαλύτερη. Γεννήθηκε στους Αγίους Θεοδώρους. Σε ηλικία δώδεκα ετών ήρθε στην Αθήνα και εγκαταστάθηκε στο Μεταξουργείο. Τελείωσε το 9ο Γυμνάσιο στην πλατεία Κουμουνδούρου και στη συνέχεια φοίτησε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ειδικεύτηκε στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο και εργάστηκε στο Νοσοκομείο “Ευαγγελισμός” με τον καθηγητή Ορέστη Μανούσο. Για μερικά χρόνια άσκησε ελεύθερο επάγγελμα και από το 1990 ως και τη συνταξιοδότησή του εργάστηκε στο Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά “Μεταξά”. Κλασική νοσοκομειακή φιγούρα με ανθρώπινο πρόσωπο, δημιουργούσε πάντα ένα ευχάριστο και εποικοδομητικό περιβάλλον. Διέθετε καλλιέργεια ψυχής, αλλά και πνευματικά χαρίσματα που καταξίωναν την έννοια του ανθρώπου. Υπήρξε τολμηρός και καινοτόμος στη σκέψη, αλλά και αποφασιστικός σε πρωτοβουλίες που στόχευαν στην πρόοδο στον εργασιακό χώρο. Φιλικός, ανθρώπινος, αλληλέγγυος προς τον άρρωστο, αλλά και εμπνευστής διαπροσωπικών σχέσεων με στερρούς δεσμούς, που είχαν ως βάση τον αμοιβαίο σεβασμό και την εμπιστοσύνη. Για όλα αυτά τα χαρίσματα ο Αντώνης Νικολάου υπήρξε ένας πολλαπλά χρήσιμος άνθρωπος για την κοινωνία, την ιατρική, το νοσοκομείο, τους ασθενείς, τους συνεργάτες και την οικογένειά του.

Παντρεμένος με την Ντιάνα Δημοπούλου, έζησαν μαζί 45 χρόνια. Απέκτησαν τρία παιδιά, τη Ζέτα, τη Βίκυ και τον Χρήστο, καθώς και τρία εγγόνια. Στοργικός πατέρας, μεταλαμπάδευσε την αγάπη του για την ιατρική επιστήμη στα παιδιά του, που ήδη τιμούν επάξια τις καταβολές τους στον ιατρικό στίβο.

Εμείς, οι μαθητές και συνεργάτες του, τιμούμε τη μνήμη του αναγνωρίζοντας τη συμβολή του στη σύγχρονη Γαστρεντερολογία. Γι’ αυτό το βραχύ, αλλά τόσο δημιουργικό πέρασμα από τη ζωή, ο Αντώνης Νικολάου αναπαύεται “εν σκηναίς δικαίων” και σε “χώρα ζώντων”.

Παρακμή των αξιών ή παρακμή του ανθρώπου;

Το πρώτο σκέλος του ερωτήματος ισχύει επαρκώς για οικονομικά μεγέθη του χρηματιστηρίου, όχι όμως για τον Άνθρωπο! Οι άνθρωποι είναι εκείνοι που ή παρακμάζουν και αδρανούν ή γίνονται φορείς αξιών και δημιουργούν. Όλα λοιπόν ξεκινούν από τον άνθρωπο, όπως σοφά το διατύπωσε ο Αριστοτέλης: «Ἡ γὰρ ἀρχὴ ἐν ἡμῖν» και «Ἀνθρώπος ἀρχὴ τῶν πράξεων εἶναι».

Χρειάζεται ειλικρίνεια και θάρρος για να αποδεχθούμε ότι ο άνθρωπος έχει την τάση να μετατοπίζει αιτίες και ευθύνες σε εξωανθρώπινες περιοχές και να βαπτίζει τις ψευδοαξίες ως Αξίες, συγκαλύπτοντας αδυναμίες και ευκολίες!

Έτσι λοιπόν και η έκφραση «Παρακμή του Πολιτισμού ή των Αξιών» είναι μετάθεση και απέκδυση της ευθύνης του ανθρώπου για τη δική του παρακμή. Είναι η μετάθεση αυτή ευκολία; Ναι, είναι ένας τρόπος της ευκολίας. Ακόμα και σπουδαίοι στοχαστές όπως ο Heidegger είπαν ότι η Ιστορία (του Ανθρώπου) είναι δώρο του Είναι (εξωανθρώπινη προέλευση – άρα μετάθεση), ενώ στην πραγματικότητα η Ιστορία είναι ανθρώπινη δημιουργία ή πάλι ο Πλάτωνας μετέθεσε τον κόσμο των αξιών στο Επέκεινα, ενώ οι αξίες δημιουργούνται μέσα στην «Πόλιν» από τους ανθρώπους – πολίτες.

Είναι άραγε ιστορικός νόμος ή νομοτέλεια η παρακμή; Όχι. Είναι στο χέρι του ανθρώπου και στην ευθύνη του ως δημιουργού της Ιστορίας. Και αν φέρεται προς την κατάπτωση και την αδράνεια ή αν τον καταβάλλει «το πνεύμα της βαρύτητας» όπως λέει ο Νίτσε, πάλι ο ίδιος ο άνθρωπος είναι υπεύθυνος.

Άλλοι θα πουν για ευνοϊκές ή μη ιστορικές συνθήκες. Οι συνθήκες όμως έπεσαν απ' τον ουρανό; Όχι. Δημιουργήθηκαν από τον άνθρωπο. Ακόμα και για τον παράγοντα της τυχαιότητας που δεν μπορούμε να τον αγνοήσουμε, η μεγαλοποίησή του είναι πρωτοφανής προκειμένου να «τα φορτώσουμε

όλα στην τύχη» και έτσι να σκεπάσουμε την αδράνειά μας και την οκνηρία μας, όπως εύστοχα επεσήμανε ο μέγιστος Δημόκριτος: «Ἀνθρώποι τύχης εἰδῶλον ἐπλάσαντο πρόφασιν ἰδίους ἀβουλῆς».

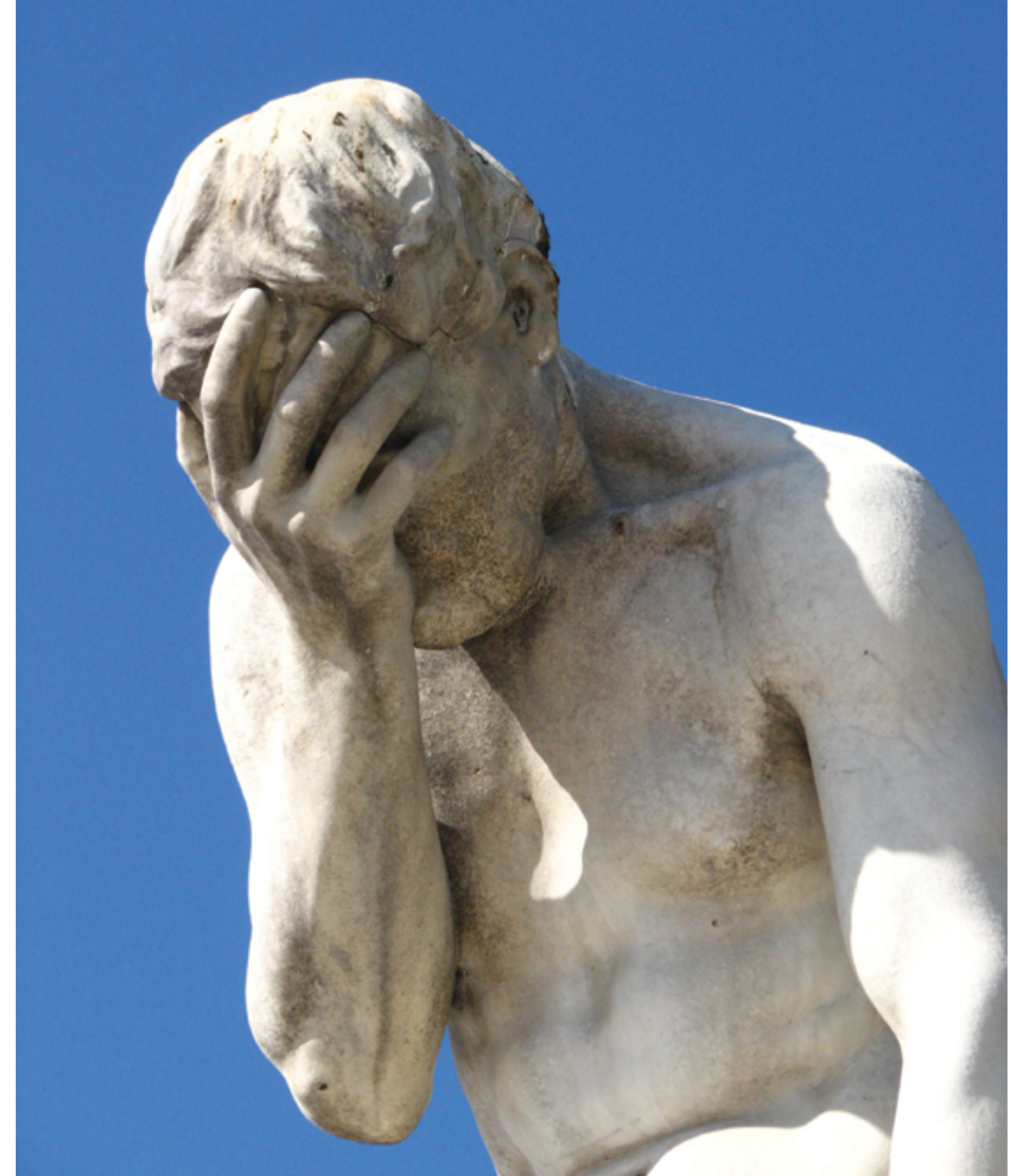
Βλέποντας αμερόληπτα, τί διαπιστώνουμε για την κατάσταση του ανθρώπου σήμερα; Αν πάρουμε τον άνθρωπο σε σχέση με τον Εαυτό του, με την Κοινωνία και την Ιστορία, η καθοδική του πορεία είναι οφθαλμοφανής.

Σε σχέση με τον εαυτό του, εν πολλοίς είναι ένας «ξένος», απουσιάζει η ενδοσκόπηση, η αυτοκριτική και το «γνώθι σαυτόν». Αντί να δει τα εσωτερικά του κενά κατάματα, τα σκεπάζει ή τα γεμίζει με εξωτερικά αγαθά ή με ψευτορόλους και ψευτοφροντίδες.

Σε σχέση με την Κοινωνία, κατά το πλείστον είναι ένας κομφορμιστής, υπήκοος και ιδιώτης (idiot). Ενώ θα μπορούσε να είναι φορέας και ενσάρκωτής αξιών, γίνεται μεταφορέας καταναλωτικών αγαθών, εικονοφάγος και ταμειυτήρας άχρηστων πληροφοριών.

Προχωρώντας στη συνέχεια να δούμε την πνευματική ζωή, την πολιτική δραστηριότητα, την αισθητική καλλιέργεια και την καλλιτεχνική δημιουργία διαπιστώνουμε ότι η κατάσταση δεν είναι ενθαρρυντική.

Σήμερα που η μόρφωση είναι απίστευτα προσιτή σχεδόν στον καθένα, απουσιάζει η «Παιδεία» στον άνθρωπο. Αντ' αυτού συνήθως βλέπουμε έναν πολύ καλά εκπαιδευμένο και άξεστο τεχνοκράτη και τούτο προφανώς γιατί είναι άλλο η εκπαίδευση και άλλο η παιδεία!. Μπορείς να έχεις ταχύρρυθμη εκπαίδευση, όχι όμως ταχύρρυθμη παιδεία. Βέβαια η παιδεία δεν είναι ευκολία, χρειάζεται «παίδεμα» για να εμβαθύνεις, γι' αυτό και πολλοί βαφτίζουν «παιδεία» επιφανειακά πασαλείμματα και σκόρπιες πληροφορίες.



Η πολιτική δραστηριότητα, «η αρχιτεκτονικώτερη όλων των ασχολιών» όπως τονίζει ο Αριστοτέλης, προϋποθέτει πολίτες, πόλιν, πολιτισμό και πολιτικές (Δημόσιες) αρετές που εμπεριέχουν όλες τις άλλες ηθικές αρετές. Αντ' αυτού σήμερα διαπιστώνουμε την έλλειψη πολιτικού (Δημόσιου) χώρου, την απουσία Πολιτών και την παρουσία υπηκόων και ιδιωτών, ο δε χώρος της πολιτικής τείνει να γίνει και αυτός Ιδιωτικός (οικογενειοκρατία αντί Δημοκρατία) και ο πολιτικός πολιτισμός απουσιάζει λόγω του Μακιαβελισμού και της λατρείας της δύναμης και της εξουσίας. Πολύ σωστά ισχυρίστηκε ο Καστοριάδης πως η αληθινή Πολιτική έπαψε να υφίσταται από το 404 π.Χ και αντικαταστάθηκε από τη διαχείριση και τον πολιτικαντισμό.

Ένα διεισδυτικό βλέμμα όπως του Καβάφη είδε

την ευθύνη όχι στην εποχή ούτε στις συνθήκες, αλλά στον ίδιο τον άνθρωπο κι έτσι στους τελευταίους στίχους του ποιήματος «Ηρώδης ο Αττικός» με καημό διαπιστώνει: «Αχ! Οι Έλληνες, μήτε να κρίνουν ή να συζητούν μήτε να εκλέγουν πια, μα να ακολουθούνε μόνο!». Πόσο βολική είναι για τον άνθρωπο η ακρισία, η αβουλία η «ακολουθία» και η μετάθεση ευθυνών!

Κι ενώ η λατρεία της δύναμης πήγε να κλονισθεί σοβαρά από τον υψηλόφρονα ουμανισμό του 18^{ου} αιώνα, βρήκε έναν αναπάντεχο σύμμαχο: τη μηχανή και την τεχνολογία με επακόλουθο τη χρήση τους σε μια συνεχή και αδυσώπητη πάλη οικονομικών συμφερόντων. Ακόμα και μεγάλοι πολιτικοί οραματιστές και στοχαστές των τελευταίων αιώνων μέσα στην φιλοσοφία και ιδεολογία τους είδαν

τον άνθρωπο μόνο ως Homo Economicus και όχι ως πνευματικό άνθρωπο (Homo Sapiens). Έτσι ολοκληρώθηκε η εκπαράθρωση της Πολιτικής από την Οικονομία, με αποτέλεσμα την ξέφρενη ανάπτυξη της τεχνολογίας και τη φρεναρισμένη έως ανύπαρκτη ανάπτυξη του ανθρώπου αποσκοπώντας στην υπερσυσσώρευση άχρηστου οικονομικού πλούτου και δύναμης. «Σωρεύει ανυπαρξία ο φιλάργυρος και χαίρεται» (Ο.Ελύτης).

Εάν δούμε δε το θέμα της αισθητικής καλλιέργειας και της καλλιτεχνικής δημιουργίας, η ομορφιά απουσιάζει και η ασχήμια περισσεύει. Η ποιότητα της Κοινότητας δεν απαρτίζεται ούτε καν από ιδιαιτερότητες ή ιδιότητες αλλά από ομοιότητες. Συγκρίνοντας την ποιότητα της Κοινότητας των Αθηναίων του 5^{ου} π.Χ. αιώνα και με γνώμονα το «φιλοκαλούμεν μετ' ευτελείας», είναι φανερό η παρακμή της σήμερα σε «ασκημοσύνης υπερπολυτελείας». Πλημμυρίσαμε από εφευρέσεις τεχνικού και εργαλειακού τύπου και στερέψαμε από Δημιουργία. Με κεντρικό θέμα την ασχήμια και το κιτς, η σημερινή «Τέχνη» πλειοδοτεί στην υπερπαραγωγή καταναλωτικών ψευδοκαλλιτεχνικών σκουπιδοπροϊόντων με τη βοήθεια του μεταμοντερνισμού, όπου τα πάντα συνδυάζονται με τα πάντα καταστρέφοντας έτσι και το ύφος (στυλ) και τη σύνθεση της αληθινής δημιουργίας, η οποία απαιτεί κόπο, έμπνευση και ήθος.

Και αν τα ανωτέρω δεν είναι αρκετά, άλλος ένας αδιάψευστος μάρτυρας της σύγχρονης παρακμής είναι ο καθρέφτης της Γλώσσας.

Η «ευθυμία» κατά το Δημόκριτο είναι ο ύψιστος σκοπός του ανθρώπου, δηλαδή η πλήρης αρμονία του ανθρώπου με το «θυμό» του, τον εαυτό του, τον ψυχισμό του. Σήμερα η λέξη αυτή (υποχωρώντας στην ευκολία) σχεδόν γελοιοποιήθηκε (εύθυμη χήρα, ευθυμογράφημα κλπ).

Ο Αριστοτέλης στο κεφάλαιο «Περί Ευδαιμονίας»,

στα Ηθικά Νικομάχεια, προσεγγίζει εμβριθέστατα την ευδαιμονία ως τη βαθύτατη αυτογνωσία και την ύψιστη ισορροπία με το «δαίμονά μας» που είναι ο ψυχισμός μας. Στις μέρες μας η ευδαιμονία παρήκμασε σ' ένα αχαλίνωτο «ευδαιμονισμό» δηλαδή στον καταναλωτισμό. Και η ευθυμία και η ευδαιμονία εκτοπίστηκαν από την «ευτυχία» η οποία, όπως με σαφήνεια εξήγησε ο Δημόκριτος, είναι «εύνοια της Τύχης» και όχι έργο δικό μας. Έργα δικά μας (που έχουν δυσκολίες) είναι η ευθυμία και η ευδαιμονία.

Συνεχίζοντας με γνώμονα τη γλώσσα που αναφέρεται στο Δημόσιο χώρο, βλέπουμε λέξεις όπως η Αγορά (προερχόμενη από το αγορεύω, αгейρομαι-συγκεντρώνομαι, πανηγυρικός) να παρακμάζει στο «αγοράζω» (ψωνίζω, shopping therapy) και στο «αποσύρομαι», ιδιωτεύω. Η Τραγωδία δε, ως κορυφαίος θεσμός της Δημοκρατίας του 5^{ου} π.Χ. αιώνα, και το κεντρικό της θέμα η Ύβρις παρήκμασαν σε εύκολες και επιφανειακές εκφράσεις του τύπου: «τραγωδία στην ασφάλτο, τραγικές ελλείψεις, ύβρις της πλουτοκρατίας κ.α.», χάνοντας έτσι το βάθος της σημασίας σε απλουστεύσεις που δεν έχουν καμιά σχέση με το τραγικό και την ύβρη, παρά μόνο με το καθημερινό και τη «βρισιά» (βλασημία).

Η λαίλαπα της οικονομίας και της ορολογίας της διέβρωσε σε λέξεις και εκφράσεις με άλλη εννοιολογική σημασία και ευαισθησία. Παλαιότερα λέγαμε «αυτός είναι κεφάλι» τώρα λέμε «αυτός είναι κεφάλαιο» ή «κατάθεση ψυχής» αντί ξεχείλισμα ψυχής, «συναισθηματική επένδυση» αντί αισθαντικότητα ή «θησαυρέ μου» κ.α.

Στρέφοντας τώρα την αξιολογική μας ματιά στο κοινωνικό και οικονομικό πεδίο εύκολα αντιλαμβανόμαστε ότι όλη η ανθρωπότητα βρίσκεται σε λάθος προσανατολισμό και σε απόσταση αναπνοής από την Ύβρη.

Ο Αριστοτέλης είχε επισημάνει στα «Πολιτικά» του ότι ο σκοπός (τέλος) της οικονομίας είναι η αυτάρκεια. Υπάρχει όμως λέει και μια «παρά φύσιν οικονομία ή χρηματιστική» (τότε σποραδικά, σήμερα οικουμενικά: παγκοσμιοποίηση του χρηματοπιστωτικού συστήματος), της οποίας το τέλος (σκοπός) είναι η πλεονεξία και η απληστία (το χρήμα γεννά – τόκος – χρήμα). Δεν είναι υπερβολή τελικά να πούμε ότι η Γη μας έγινε ένα «πλανητικό καζίνο» (Καστοριάδης).

Εύλογα θα αναρωτηθεί κανείς γιατί να συμβαίνουν όλα αυτά. Είναι στη «φύση» του ανθρώπου να ρέπει προς την παρακμή; Να πάλι μια ευκολία, να μεταθέτουμε στη «φύση» τις δικές μας ευθύνες. Ο άνθρωπος, όπως μοναδικά συνέλαβε ο Σοφοκλής, είναι «δεινός» με τη διττή σημασία της λέξης. Μπορεί να φτιάξει Παρθενώνες όπως μπορεί και να αυτοεξολοθρευτεί (Δημιουργία – Καταστροφή). Στο χέρι του είναι η επιλογή και ολόκληρη η ευθύνη δική του. Η ευκολία, που δεν είναι παρά δειλία, δίνει προτεραιότητα στην ροπή προς την κατηφόρα, την ενδοτικότητα («γιατί αφήνεσαι και ενδίδεις» – Καβάφης) και την σκηνή. Ο Επίκτητος εντόπισε σοφά τρεις μεγάλες αδυναμίες του ανθρώπου, για τις οποίες ο ίδιος ευθύνεται: Αμάθεια, Φόβος, Ματαιοδοξία. Πράγματι η αμάθεια με επακόλουθα τη σύγχυση και το φόβο βολεύει και η ματαιοδοξία γοητεύει.

Όλα τα ανωτέρω δεν είναι θεομηνίες αλλά ανθρωπινες κακουργίες. Από τον άνθρωπο εξαρτάται να αλλάξει ρότα, να ξεφύγει από την «αέναη ανάπτυξη», το φάντασμα της παντοδυναμίας, την αλαζονεία της παντογνωσίας και να αναπτύξει επιτέλους τον Άνθρωπο!

Τι μπορούμε να κάνουμε; Να νικήσουμε την καταπονητική πλευρά του εαυτού μας! Σχεδόν όλοι αναγνωρίζουν ότι ο σημερινός ανθρωπολογικός τύπος δεν είναι αυτός που ταιριάζει στην αξιοπρέπεια και το ανάστημα του ανθρώπου. Σε μας

εναπόκειται να τον αλλάξουμε, γνωρίζοντας ότι η ατομικότητα (ιδιοσυστασία) μεν κληρονομείται, η προσωπικότητα δε, κατακτιέται. Με θάρρος και αποφασιστικότητα να διαυγάσουμε τις αληθινές μας επιθυμίες, απαλλάσσοντας τον εαυτό μας από μισητικές επιθυμίες (θέλω και κάνω ότι θέλουν και κάνουν οι άλλοι). Αρνούμενοι την ψυχαναγκαστική κατανάλωση εικόνων και παραστάσεων, πλησιάζουμε πολύ στο να μην εκλαμβάνουμε τις φαντασιώσεις ως πραγματικότητα. Εγκαθιδρύοντας καινούρια και ειλικρινή σχέση του Εγώ με το Ασυνείδητό μας μπαίνουμε στο δρόμο της αυτογνωσίας και προετοιμάζουμε τη συνάντηση αλλά και τη δύσκολη αφομοίωση υψηλών Αξιών, που άντεξαν στη διάβρωση του χρόνου. Αναζητώντας τις αξίες αυτές (πνευματικές, αισθητικές, πολιτικές και ηθικές) κατά το πλείστον τις συναντάμε στον Αρχαίο Ελληνικό κόσμο, ως γόνιμα παραδείγματα και πρότυπα, όχι για να τις μιμηθούμε αλλά για να τις αφομοιώσουμε και να τις ασκήσουμε με το δικό μας τρόπο επειδή οι Αξίες πραγματώνονται και ενσαρκώνονται καθώς ασκούνται. Όλα όμως απαιτούν σοβαρή και επίμονη προσπάθεια και κυρίως το «παίδεμα» της Παιδείας.

Καταλήγοντας και αναλογιζόμενοι την Ομορφιά ως Αξία, δεν μπορούμε να μην αναφέρουμε το διάλογο του Σωκράτη με το νεαρό σοφιστή Ιππία Μείζονα, στο ομώνυμο έργο του Πλάτωνα. Προσεγγίζοντας το ερώτημα «τι είναι ομορφιά» από πολλές πλευρές, δεν καταλήγουν παρά στο ότι «όμορφα είναι τα δύσκολα». Και ο Ελύτης: Αχ! Ομορφιά κι αν δε μου παραδόθηκαν ολόκληρη, κάτι κατάφερα να σου υποκλέψω!

Με ξεχείλισμα ψυχής, αξίζει να προσπαθήσουμε. Ας ξεφοβηθούμε τη δυσκολία, ας ανηφορίσουμε και έτσι θα ανυψωθούμε αφήνοντας πίσω την παρακμή μας!



Σικάγο ... θα πάτε;



Το **Σικάγο** (*Chicago*) - το διασχίζει ο ομώνυμος ποταμός Σικάγο από όπου πήρε και το όνομά της η πόλη- είναι η μεγαλύτερη πόλη στην πολιτεία του Ιλινόις και η 3η μεγαλύτερη από άποψη πληθυσμού στις Ηνωμένες Πολιτείες μετά τη Νέα Υόρκη και το Λος Άντζελες. Η ευρύτερη μητροπολιτική περιοχή (γνωστή και ως «Chicagoland») έχει περί τα 9,7 εκατομμύρια κατοίκους ενώ στην ίδια την πόλη ζουν περί τα 3 εκατομμύρια. Βρίσκεται στη νοτιοδυτική ακτή της λίμνης Μίσιγκαν και τα ευρύτερα όρια της πόλης περιλαμβάνουν εδάφη τριών πολιτειών: του Ιλινόις, του Ουισκόνσιν και της Ιντιάνα.

Το Σικάγο ιδρύθηκε το 1833, ενώ επισήμως ανακηρύχθηκε πόλη το 1837. Το Σικάγο έχει γίνει παγκοσμίως γνωστό και για τους διαβόητους εγκληματίες, όπως ο Άλ Καπόνε, που έδρασαν κυρίως τη δεκαετία του 1920 ενώ σήμερα είναι μία από τις πιο καθαρές και ασφαλείς πόλεις.

Σήμερα το Σικάγο είναι μια από τις 10 σημαντικότερες (σε επιρροή) πόλεις του κόσμου και αποτελεί ένα μείζον επικοινωνιακό, επιχειρηματικό και αρχιτεκτονικό κέντρο των Ηνωμένων Πολιτειών. Τα πιο αναγνωρίσιμα σύμβολα της πόλης είναι οι ουρανοξύστες, η λίμνη, και οι αθλητικές της ομάδες. Προσελκύει κάθε χρόνο περίπου 44 εκατομμύρια επισκέπτες και εξυπηρετείται από το Διεθνές Αεροδρόμιο Ο' Χερ, που είναι το δεύτερο μεγαλύτερο σε κίνηση επιβατών αεροδρόμιο της Αμερικής, και από το Διεθνές Αεροδρόμιο Μίντγουέι.

Η πόλη έχει πλούσια πολιτική ιστορία και θεωρείται άντρο του Δημοκρατικού Κόμματος ενώ από εδώ κατάγεται ο πρώτος Αφρο-Αμερικανός πρόεδρος των Ηνωμένων Πολιτειών, ο Μπαράκ Ομπάμα.

Το Σικάγο είναι γνωστό και με τα προσωνύμια *Second City* (*Συμπρωτεύουσα*) και *Windy City* (*Η πόλη των*



Ανέμων) που αντικατοπτρίζουν το χαρακτήρα του. Το προσωνύμιο «Η Πόλη των Ανέμων» δεν αναφέρεται σε κάποια μετεωρολογική ιδιαιτερότητα της πόλης, παρά τους ισχυρούς βορειοανατολικούς ανέμους που παρατηρούνται τον χειμώνα. Το Σικάγο χαρακτηρίζεται ως «Η Πόλη των Ανέμων» επειδή οι πολιτικοί που προέρχονται από την πόλη είχαν, στο παρελθόν, την συνήθεια να αλλάζουν τις θέσεις τους ανάλογα με την κατεύθυνση των πολιτικών ανέμων (κάτι αντίστοιχο της Ελληνικής έκφρασης «όπου φυσά ο άνεμος»)

Η «πόλη των ανέμων» διαθέτει μοντέρνα τέχνη, εκλεκτά εστιατόρια, πρωτοποριακή κωμωδία και φανατικούς φιλάθλους. Τραβήξτε μία φωτογραφία της αντανάκλασής σας στο ασημένιο γλυπτό Κλάουντ Γκέιτ



που βρίσκεται στο Πάρκο Μιλένιουμ και, στη συνέχεια, επισκεφθείτε το Πάρκο Γκραντ για να δροσιστείτε στο σιντριβάνι Μπάκιγχαμ Φάουντεν. Υπάρχουν δεκάδες μουσεία και θεατρικές ομάδες στο Σικάγο, άρα δεν λείπουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες.

Το σημερινό Σικάγο είναι μια από τις πόλεις με τους περισσότερους και ψηλότερους ουρανοξύστες στον κόσμο. Επίσης, τα δύο ψηλότερα κτήρια των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής βρίσκονται στο Σικάγο: ο Πύργος Γουίλις (Willis Tower) μέχρι πρότινος γνωστός και ως Πύργος Σίαρς (Sears Tower) και το κτήριο Trump (Trump Tower).

Εφόσον μείνετε στο κέντρο του Σικάγου μάλλον δεν θα χρειαστείτε άλλο μεταφορικό μέσον, καθώς οι αποστάσεις είναι σχετικά μικρές και μπορείτε να τις περπατήσετε. Αν βέβαια χρειαστεί να πάτε κάπου πιο μακριά μπορείτε να πάρετε ταξί (τα βρίσκετε παντού), λεωφορείο ή φυσικά το μετρό. Το απλό εισιτήριο του μετρό και του λεωφορείου ισχύει για περίπου 1 ώρα. Προσοχή όμως γιατί στις στάσεις του μετρό κόβεις εισιτήρια μόνο από αυτόματα μηχανήματα που δέχονται μόνο το ακριβές αντίτιμο του εισιτηρίου. Στα λεωφορεία μπορείς να πάρεις εισιτήριο και από τον οδηγό αρκεί να έχεις το ακριβές ποσό του εισιτηρίου. Υπάρχει επίσης και ημερήσια κάρτα για όλα τα μεταφορικά μέσα.



Chicago Jazz Band... για βραδινή διασκέδαση του ANDY'S

Επίσημο νόμισμα των ΗΠΑ και άρα και του Σικάγου είναι το αμερικάνικο δολάριο \$. Γενικά όμως, στις ΗΠΑ προτιμούν να πληρώνουν με κάρτες παρά με μετρητά.

Για να μπορέσει να έχει σήμα το κινητό σας τηλέφωνο θα πρέπει να υποστηρίζει 3G. Σε πάρα πολλά εστιατόρια και καφετέριες υπάρχει ελεύθερο WiFi, αλλά στα ξενοδοχεία συνήθως το χρεώνουν επιπλέον στην τιμή.

Υπάρχει κέντρο ενημέρωσης τουριστών στην οδό North Michigan Avenue (είναι η κεντρικότερη λεωφόρος) και στεγάζεται σε έναν παλιό πύργο νερού.

Θα το καταλάβετε αμέσως γιατί είναι το ομορφότερο και παλαιότερο κτίσμα σε όλη την οδό.

Η πόλη είναι πολυεθνική. Τα 2/5 περίπου είναι Αфро-Αμερικανοί, το 1/3 Λευκοί, 1/4 Ισπανόφωνοι και 1/20 Ασιάτες. Υπάρχουν ακόμα πολλές άλλες εθνότητες σε μικρότερους αριθμούς. Οι κυριότερες από αυτές είναι οι Ιρλανδοί, οι Γερμανοί, οι Ιταλοί, οι Πολωνοί, οι Έλληνες, οι Κινέζοι, οι Μεξικάνοι, οι Σέρβοι και οι Πορτορικανοί. Οι Πολωνοί του Σικάγου αποτελούν το μεγαλύτερο συγκεντρωμένο πολωνικό πληθυσμό μετά τη Βαρσοβία, την πρωτεύουσα της Πολωνίας.

Η δική μου εμπειρία:

Το «εδώ θα γίνει Σικάγο...» αγαπημένη έκφραση των Ελλήνων μάλλον πρέπει να αλλάξει καθώς βρήκα μια πόλη πεντακάθαρη, φωτεινή, αλλά και εξαιρετικά ασφαλή, κυκλοφορείς ότι ώρα θέλεις χωρίς δεύτερη σκέψη... και εκεί λένε ότι υπεύθυνος για αυτή την μετάλλαξη είναι ένας δήμαρχος... ο δήμαρχος της πόλης του Σικάγο..

Κεντρικοί δρόμοι χωρίς πολλά - πολλά αυτοκίνητα, όλη η κυκλοφορία γίνεται ένα επίπεδο κάτω από τις κεντρικές λεωφόρους της πόλης όπου περπατούν οι πεζοί.. και εννοείται αυτοκίνητα παρκαρισμένα στα πεζοδρόμια και τους δρόμους επίσης δεν υπάρχουν και όχι γιατί δεν έχουν αυτοκίνητα λόγω φτώχειας!!! Δεν κατεβαίνεις στην πόλη χωρίς να έχεις εξασφαλίσει θέση παρκινγκ (τα οποία επίσης είναι πανάκριβα!!) αλλά εναλλακτικά δημόσια μέσα μεταφοράς όσα θέλεις... να χορτάσεις!!!

Και να μην ξεχάσω... μαζί με την Chinatown και την Little Italy θα βρείτε και εδώ Ελληνική κοινότητα της πόλης που έχει απλωθεί κυρίως κατά μήκος της οδού Χάλστεντ (Halsted street) δυτικά από το κέντρο της πόλης. Από το 1960 και έπειτα η κοινότητα διασκορπίστηκε σε άλλες γειτονίες της πόλης αλλά και σε προάστια. Αιτία της διασποράς αυτής αποτέλεσε η χάραξη των αυτοκινητοδρόμων I-290 και I-90 που ουσιαστικά διαμέλισαν την Ελληνική γειτονιά. Επίσης η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου οδήγησε τους Έλληνες μετανάστες σε αναζήτηση καλύτερων και μεγαλύτερων κατοικιών στα προάστια. Σήμερα κατά μήκος της οδού Halsted βρίσκονται τα κυριότερα ελληνικά εστιατόρια του Σικάγου καθώς και λίγα καταστήματα Ελληνικών προϊόντων.

Και να μην ξεχάσουμε ότι το DDW 2014 που είναι η αφορμή για να βρεθείτε στο Σικάγο γίνεται στο συνεδριακό κέντρο McCormick Place από τις 3 έως τις 6 Μαΐου 2014 και για το οποίο μπορείτε να πάρετε περισσότερες πληροφορίες στο site: <http://www.ddw.org/>



Παυλοπέτρι, η Βυθισμένη Πολιτεία

Τα τουρκουάζ νερά της εξωτικής παραλίας της Πούντας ακριβώς απέναντι από την Ελαφόνησο της Λακωνίας αποκάλυψαν το 1968 στους ωκεανογράφους του πανεπιστημίου του Southampton, μια αρχαία πόλη που σαν άλλη Πομπηία θάφτηκε κάτω από το νερό και την άμμο μετά από καταστροφικούς σεισμούς, το Παυλοπέτρι.



Είναι μία πόλη με άριστη ρυμοτομία, καλοσχεδιασμένους δρόμους, σπίτια διώροφα περιτριγυρισμένα από κήπους και ένα πολύπλοκο σύστημα διαχείρισης των υδάτων, όπως δείχνουν τα κανάλια και οι υδρορροές. Μόνον που βρίσκεται τέσσερα μέτρα κάτω από την επιφάνεια της θάλασσας. Πρόκειται για μία βυθισμένη αρχαία ελληνική πόλη, που έρχεται κατ' ευθείαν από την ηρωική εποχή της Ιλιάδας του Ομήρου, πόσο μάλλον που βρίσκεται στην Πελοπόννησο στις νότιες ακτές της Λακωνίας κοντά στα παλάτια του Μενελάου.

Στο Παυλοπέτρι, Έλληνες και ξένοι αρχαιολόγοι δραστηριοποιούνται εντατικά τα τελευταία χρόνια, μόνον που, μόλις το καλοκαίρι του 2009 η αρχαία

πόλη χαρτογραφήθηκε πλήρως ψηφιακά -με περιθώριο σφάλματος μικρότερο από τρία εκατοστά- και στη συνέχεια «ξανακτίσθηκε» σε τρεις διαστάσεις με τη βοήθεια της σύγχρονης τεχνολογίας. Το τρισδιάστατο μοντέλο της βυθισμένης πολιτείας, δημιούργημα του Πανεπιστημίου του Nottingham παρουσιάσθηκε το 2011 σε ντοκιμαντέρ του BBC στη Βρετανία (www.youtube.com «Παυλοπέτρι - Η πόλη κάτω από τα κύματα»). Όχι όμως και στην Ελλάδα, όπου ούτε καν τα αποτελέσματα της έρευνας των βρετανών επιστημόνων δεν ανακοινώνονται επισήμως. Αντιθέτως η περιοχή παραμένει ανεκμετάλλευτη, αλλά κυρίως απροστάτευτη απέναντι στα επεκτατικά σχέδια βιομηχανικών μονάδων που θέλουν να εγκατασταθούν στην περιοχή.

«Είναι ένα από τα λίγα μέρη στον κόσμο όπου μπορείς κυριολεκτικά να κολυπήσεις κατά μήκος ενός βυθισμένου δρόμου μιας αρχαίας πόλης ή να κοιτάξεις μέσα σε έναν τάφο», δηλώνει ο δρ Τζον Χέντερσον επικεφαλής των θαλασσίων ερευνών που διεξάγονται από το Κέντρο Υποβρύχιων Αρχαιολογικών Ερευνών του Πανεπιστημίου του Nottingham, σε συνεργασία με τον κ. Η. Σπονδύλη από την εφορία ενάλιων αρχαιοτήτων και την αρχαιολόγο κα Χρ. Γάλλου.

Η ομάδα προέβη σε λεπτομερή ψηφιακή υποβρύχια έρευνα και μελέτη της δομής των ευρημάτων – ερειπίων που πίστευαν ότι ανήκαν στη Μυκηναϊκή περίοδο – μεταξύ 1600 – 1000 π.Χ.. Όμως η έρευνα ξεπέρασε όλες τις προσδοκίες τους, καθώς αποκάλυψε



λυψε άλλα 150 τετραγωνικά μέτρα νέων κτηρίων, καθώς και κεραμικά που υποδηλώνουν ότι η περιοχή είχε κατοικηθεί την Εποχή του Χαλκού – τουλάχιστον από το 2800 π.Χ. έως το 1100 π.Χ..

Ο Δρ Jon Henderson δήλωσε: «Αυτή η τοποθεσία είναι μοναδική καθώς έχουμε σχεδόν το πλήρες σχέδιο της πόλης, στους κεντρικούς δρόμους και οικιακά κτίρια, αυλές, λαξευτούς τάφους και θρησκευτικά κτίρια, σαφώς ορατά στο βυθό της θάλασσας. Επιπλέον και λόγω του ότι η πόλη διέθετε τοπικό λιμένα, η μελέτη του αρχαιολογικού υλικού που έχει ανακτηθεί θα είναι εξαιρετικά σημαντική από την άποψη της αποκάλυψης του τρόπου διεξαγωγής του θαλάσσιου εμπορίου στην Εποχή του

Χαλκού».

Πρόκειται για σπάνιο εύρημα και αυτό είναι σημαντικό, διότι ως βυθισμένη περιοχή η οποία ουδέποτε επανακατοικήθηκε αποτελεί μια άριστα διατηρημένη απεικόνιση του παρελθόντος που καλύπτει όλες τις επιμέρους φάσεις από την Τελική Νεολιθική εποχή (μέσα 4ης χιλιετίας π.Χ.) μέχρι το τέλος της Ύστερης Εποχής του Χαλκού (1100 π.Χ.).

Ας ελπίσουμε ότι το 2014 που θα σημάνει το πέρας της μελέτης του πανεπιστημίου του Nottingham δεν θα αποτελέσει την αρχή του τέλους για το Ελληνικό ενδιαφέρον στο μοναδικό Παυλοπέτρι!

Το εξώφυλλο από μέσα



Ο καλός ο καπετάνιος...

...στη φορτούνα φαίνεται.

Κανείς δεν μπορεί να πει ότι δεν πήρε "δελτίο καιρού". Αρκεί να ρίξεις μια ματιά από το φινιστρίνι για να επιβεβαιώσεις αυτό που νιώθεις και με κλειστά τα μάτια.

Ένα χαμηλό βαρομετρικό έχει καθίσει από καιρό πάνω μας και σηκώνει κύματα ψηλά κι απότομα.

Κι όμως ο καλός ο καπετάνιος που ξέρει να αξιολογεί σωστά τις συνθήκες, να επιλέγει και να προετοιμάζει την πορεία του, δεν φοβάται την πρόκληση. Ούτε το πλήρωμα βέβαια κάνει πίσω. Είναι μια ομάδα που ξέρει να συνεργάζεται και να υλοποιεί με ετοιμότητα και τις πιο δύσκολες manóvres.

Έτσι το σκάφος θα φτάνει πάντα ασφαλές στον προορισμό του. Μια τρανή απόδειξη για το τι μπορεί να κατορθώνει το όραμα, ο στόχος και η συνεργασία.

Στις προσταγές σου λοιπόν καπετάνιε.

"Λύστε τους κάβους".

Μίλτος Σκούρας

transit

ELUSANES

Η νέα αποτελεσματική φυσική
καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας

Αρ. Γνωστοποίησης ΕΟΦ: 29336/10-4-13

- ➔ Χωρίς παρενέργειες φαρμάκων
- ➔ Χωρίς να προκαλεί εθισμό
- ➔ Χωρίς φούσκωμα, αέρια και επώδυνες κενώσεις



Pierre Fabre
FARMAKA S.A.

Για πληροφορίες επικοινωνήστε με την εταιρία
Τηλ.: 210 72 34 582



ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΝΑΥΤΙΑΣ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΥ, ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ
ΠΛΗΡΟΤΗΤΑΣ, ΔΥΣΦΟΡΙΑΣ ΑΝΩ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΚΑΙ ΑΝΑΓΩΓΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΧΟΜΕΝΟΥ



Oropерidys

Δομπεριδόνη 10mg

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΗΡΕΜΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ OROPERIDYS 10 mg, δισκία διασπειρόμενα στο στόμα **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ**
Ένα δισκίο διασπειρόμενο στο στόμα περιέχει 10 mg δομπεριδόνης. Έκδοχα: θείου διοξειδίο. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ** Δισκίο διασπειρόμενο στο στόμα. Ομοιόμορφα λευκό ή σχεδόν λευκό, αμφικυκλό, στρογγυλό διασπειρόμενο στο στόμα δισκίο με χαρακτηριστική οσμή μέντας. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ Θεραπευτικές ενδείξεις** Επώλξεις: Ανακούφιση από συμπτώματα ναυτίας και εμέτου, επιγαστρικού αίσθηματος πληρότητας, δυσφορίας άνω κοιλιακής χώρας και αναγωγής γαστρικού περιεχομένου. Επώλξη (άνω των 12 ετών και βάρους 35 kg ή μεγαλύτερου): Ανακούφιση από συμπτώματα ναυτίας και εμέτου. Αντενδείξεις Το φάρμακο αυτό αντενδείκνυται στις ακόλουθες καταστάσεις: Γνωστή υπερευαισθησία στη δομπεριδόνη ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Όγκος της υπόφυσης που απελευθερώνει προλακτίνη (προλακτίνωμα). Το φάρμακο αυτό δεν πρέπει να χρησιμοποιείται όταν η διέγερση της γαστρικής κινητικότητας θα μπορούσε να είναι επιβλαβής: γαστρεντερική αιμορραγία, μηχανική απόφραξη ή διάτρηση του πεπτικού. Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση Χρήση κατά τη γαλουχία: Η συνολική ποσότητα δομπεριδόνης που εκκρίνεται στο ανθρώπινο μητρικό γάλα αναμένεται να είναι μικρότερη από 7 μg ημερησίως στο μεγαλύτερο συνιστάμενο δοσολογικό σχήμα. Δεν είναι γνωστό εάν αυτό είναι επιβλαβές για το νεογνό. Επομένως, το φάρμακο αυτό δεν συνιστάται σε γυναίκες που θηλάζουν. Χρήση σε ψιατικές διαταραχές: Καθώς η δομπεριδόνη μεταβολίζεται σε μεγάλο βαθμό στο ήπαρ, συνιστάται προσοχή σε ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία. Νεφρική ανεπάρκεια: Σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια (κρεατινίνη ορού > 6 mg/100 mL, δηλαδή > 0,6 mmol/L), η δοσολογία πρέπει να προσαρμόζεται λόγω μειωμένης απέκκρισης. Τέτοιου ασθενείς που ακολουθούν παρατεταμένη αγωγή πρέπει να εξετάζονται τακτικά. Χρήση με ισχυρούς αναστολείς του CYP3A4: Η συγχρηρήγηση με κετοконаζόλη από το στόμα, ερυθρομυκίνη ή άλλους ισχυρούς αναστολείς του CYP3A4 που παραιτούν το διάστημα QTc πρέπει να αποφεύγεται. Ανεπιθύμητες ενέργειες Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος: Πολύ σπάνιες: αλλεργικές αντιδράσεις που περιλαμβάνουν αναφυλαξία, αναφυλακτική καταπληξία, αναφυλακτική αντίδραση αγγειοοίδημα. Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος: Σπάνιες: αυξημένα επίπεδα προλακτίνης¹. Ψυχιατρικές διαταραχές: Πολύ σπάνιες: διέγερση², νευρικότητα. Διαταραχές του νευρικού συστήματος: Πολύ σπάνιες: ανεπιθύμητες ενέργειες του εξωπυραμιδικού², σπασμοί², υπνηλία², κεφαλαλγία. Διαταραχές του γαστρεντερικού: Σπάνιες: διαταραχές του γαστρεντερικού που περιλαμβάνουν πολύ σπάνια παροδικούς σπασμούς του εντέρου. Πολύ σπάνιες: διάρροια. Διαταραχές του δέρματος και

του υποδόριου ιστού: Πολύ σπάνιες: κνίδωση, κνησμός, εξάνθημα. Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού: Σπάνιες: γαλακτόρροια, γυναικομαστία, αμηνόρροια. Καρδιακές διαταραχές: Πολύ σπάνιες: κοιλιακές αρρυθμίες. Μη γνωστές: παράταση διαστήματος QTc. Παρενέργειες εξετάσεις: Πολύ σπάνιες: δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας μη φυσιολογικές.¹ Καθώς η υπόφυση βρίσκεται έξω από τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό, η δομπεριδόνη ενδέχεται να προκαλέσει αύξηση των επιπέδων προλακτίνης. Σε σπάνιες περιπτώσεις, αυτή η υπερπρολακτιναιμία μπορεί να οδηγήσει σε νευρο-ενδοκρινολογικές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως γαλακτόρροια, γυναικομαστία και αμηνόρροια.² Οι εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι πολύ σπάνιες στα νεογνά και τα βρέφη και εξαιρετικά σπάνιες στους ενήλικες. Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες αναστρέφονται αυθόρμητα και πλήρως μόλις διακοπεί η θεραπεία.³ Άλλες δράσεις που σχετίζονται με το κεντρικό νευρικό σύστημα, σπασμοί, διέγερση και υπνηλία, είναι επίσης πολύ σπάνιες και αναφέρονται κυρίως σε βρέφη και παιδιά. Υπερδοσολογία Συμπτώματα: Συμπτώματα υπερδοσολογίας μπορεί να περιλαμβάνουν υπνηλία, αποπροσανατολισμό και εξωπυραμιδικές αντιδράσεις, ιδιαίτερα στα παιδιά. Αντιμετώπιση: Δεν υπάρχει ειδικό αντίδοτο για τη δομπεριδόνη αλλά, σε περίπτωση υπερδοσολογίας, μπορεί να είναι χρήσιμη η πλύση στομάχου καθώς επίσης και η χορήγηση ενεργού άνθρακα. Συνιστάται στενή ιατρική παρακολούθηση και υποστηρικτική αγωγή. Αντιχολινεργικά, αντιπαρκινσονικά φάρμακα μπορεί να βοηθήσουν στον έλεγχο των εξωπυραμιδικών αντιδράσεων. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ PIERRE FABRE FARMAKA A.E. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ 45832/6-7-2012 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ 6-7-2012. Για περισσότερες πληροφορίες, συμβουλευθείτε την ΠΧΠ. Χρηργείται με ιατρική συνταγή.**

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



Pierre Fabre
FARMAKA S.A.

A. Μεσογείων 350, 15341, Αγία Παρασκευή
Τηλ. 210 7234 582, Fax. 210 7234 589