

ενδοσκοπήσεις

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

33

Συνέντευξη με τον
κ. Δημήτρη Τζουρμακλήωτη

Γαστροπάρεση: φάσμα και
προσέγγιση

Σύντομη εισαγωγή στην αρχαία
τραγωδία και στους μεγάλους
τραγικούς ποιητές



ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ

Άρθρο Σύνταξης



Αγαπητοί συνάδελφοι,

Μέσα από τη στήλη του περιοδικού μας μου δίνεται η ευκαιρία να επικοινωνήσω μαζί σας, για να μοιραστούμε επίκαιρους επαγγελματικούς και συναδελφικούς μας προβληματισμούς.

Έχουμε βιώσει όλοι μας, με κάποιο βασανιστικό τρόπο, την προβληματική λειτουργία του νέου ΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ. Είναι προφανής η ανάγκη να γίνουν επείγοντως κάθετες αλλαγές – τομές. Ετσι η ΕΠΕΓΕ η ίδια, αλλά και μέσω της ΠΟΣΚΕ στην οποία ανήκει, ενεργοποιείται με παρεμβάσεις και προτάσεις βελτίωσης του ήδη υπάρχοντος συστήματος. Σίγουρα κάποιος εκσυγχρονισμός υπάρχει, αλλά σημαντικές προτάσεις εξέλιξής του (π.χ. *απλούστευση της ηλεκτρονικής γραφειοκρατίας – εφαρμογή ηλεκτρονικής ατομικής κάρτας ασθενούς – εφαρμογή οδηγιών συνταγογράφησης, που έχουν καταθέσει στο Υπουργείο Υγείας οι επαγγελματικές ενώσεις – ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες*) είναι απαραίτητες. Όλες με γνώμονα το όφελος πρώτα των ασθενών αλλά και των ιατρών έπειτα, ώστε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να κατέχει το ρόλο που πρέπει στο σύστημα της υγείας μας, όπως σε όλα τα προηγμένα κράτη. Για να επιτευχθούν τα παραπάνω είναι πολύ σημαντική η έκφραση των απόψεων και εμπειριών σας, στο περιοδικό μας Ενδοσκοπήσεις και στο site της ΕΠΕΓΕ. Με την επικοινωνία σας, η κάθε πρότασή μας θα είναι αντικειμενικότερη, ουσιαστική και θα μας αντιπροσωπεύει όσο το δυνατόν καλύτερα. Επίσης, η Γενική Συνέλευση της ΕΠΕΓΕ, θα είναι πάντοτε πρώτης τάξης ευκαιρία για άμεση ανταλλαγή εμπειριών, προβληματισμών, κριτικής και προτάσεων.

Μετά από μικρή διακοπή τα σεμινάρια αναλγησίας – καταστολής στην ενδοσκόπηση, ενεργοποιούνται και πάλι σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας (ΕΕΕΠΦ). Όλοι μας, αγκαλιάσαμε με ενδιαφέρον και συμμετείχαμε ενεργά σ' αυτήν την πρωτοβουλία της ΕΠΕΓΕ. Σίγουρα το ίδιο θα συμβεί και στα προσεχή χρόνια.

Αρχίζοντας το Φθινόπωρο σας ευχόμαστε ότι το καλύτερο για τον καθένα από εσάς και επιτυχία στους στόχους μας.

Ο Πρόεδρος της ΕΠΕΓΕ

Π. Κασσιίδης



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	06
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	12
Συνέντευξη με τον κο Δημήτρη Τζουρμακλιώτη	
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΙΑΤΕ;	18
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	20
Γαστροπάρεση: φάσμα και προσέγγιση	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	26
Βάσει ενδείξεων διαγνωστική χρήση μανομετρίας οισοφάγου και 24ωρης φορητής πεχαμετρίας/εμπέδησης	



Περιεχόμενα

ΝΕΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ – ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ	31
Ενδοσκόπια νέας τεχνολογίας	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	32
Εφαρμογή smartphone για την προετοιμασία της κολονοσκόπησης.	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	34
Σύντομη εισαγωγή στην αρχαία τραγωδία και στους μεγάλους τραγικούς ποιητές	
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	36
Αμβούργο θα πάτε;	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	40
Κέντρο Πολιτισμού - Ίδρυμα Σταυρος Νιάρχος	
ΤΟ ΕΞΟΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	42

Ιδιοκτήτης:

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

Εκδότης & Υπεύθυνος παρά τω

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:

Αναστασίου Ιωάννης
Βασιλειάδης Κωνσταντίνος
Γούλας Σπύρος
Ζωγράφος Κωνσταντίνος
Θεοδωροπούλου Αγγελική
Καρμίρης Κωνσταντίνος
Κούτμος Σπύρος
Κωνσταντούλας Σπύρος
Κωφοκώσιος Αλέξανδρος
Μπομπούση Νάγια
Παπαξοΐνης Κωνσταντίνος
Σκλάβος Παντελής
Τσιώνης Χάρης

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Παναγιώτης Κασαπίδης
Αντιπρόεδρος: Μανώλης Συμβουλάκης

Γεν. Γραμματέας: Νάγια Μπομπούση
Ειδ. Γραμματέας: Μαρία Μυλωνάκη
Ταμίας: Αγγελική Χρηστίδου
Μέλη: Χάρης Τσιώνης, Κων/νος Ζωγράφος
Γραμματεία: Γεναδοπούλου Μαρία

Διευθυντής Δημιουργικού:

Σκούρας Μίλτος

Δημιουργική Επιμέλεια:

Ιωάννα Βαρδαξόγλου

Εικονογραφηση 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.

Νέο ΔΣ

Το forum της ΕΠΕΓΕ είναι πλέον έτοιμο. Στην εποχή του διαδικτύου και της πληροφορίας είναι κρίμα να μην εκμεταλλευόμαστε τις δυνατότητες που μας προσφέρονται. Το forum μπορεί και φιλοδοξεί να γίνει το επαγγελματικό και επιστημονικό μας «καφενείο». Θα μας δώσει τη δυνατότητα και την ευκαιρία να επικοινωνούμε μεταξύ μας άμεσα από τον υπολογιστή μας ανταλλάσσοντας γνώμες, απόψεις και πληροφορίες. Στην ιστοσελίδα της ΕΠΕΓΕ πάνω δεξιά υπάρχει ο σύνδεσμος που θα σας μεταφέρει αυτόματα στο forum. Έχετε ήδη λάβει ηλεκτρονική επιστολή με το όνομα χρήστη που είναι η ηλεκτρονική σας διεύθυνση και τον κωδικό εισόδου τον οποίον και μπορείτε να αλλάξετε, αν επιθυμείτε, με το κουμπί μέσα στο forum πάνω δεξιά που γράφει “Αλλαγή Κωδικού”. Σε περίπτωση που δεν έχετε λάβει την επιστολή παρακαλώ επικοινωνήστε στο info@epege.gr. Θα σας περιμένουμε να μας επισκεφθείτε και προσβλέπουμε σε μια ζωντανή, εποικοδομητική και μακροχρόνια παρέα.

Ολοκληρώθηκε με επιτυχία και η 12^η διημερίδα της ΕΠΕΓΕ που έλαβε χώρα στο ξενοδοχείο Caravel στις 20-21 Σεπτεμβρίου 2014. Ο πρόεδρος κ. Ροκκάς παρουσίασε μέσα από πολλά στρογγυλά τραπέζια και διαλέξεις την « Πρόληψη στη Γαστρεντερολογία». Η μεγάλη συμμετοχή των συναδέλφων και τις δύο μέρες επανεπιβεβαίωσε την εμπιστοσύνη και το ενδιαφέρον των γαστρεντερολόγων στις μονοθεματικές διημερίδες της ΕΠΕΓΕ. Οι βελτιωμένες δυνατότητες που προσέφερε η νέα αίθουσα Ιλίσος, φαίνεται ότι θα κατοχυρώσουν τη χρήση της στις μελλοντικές διημερίδες. Μετά από διακοπή ενός έτους, διεξήχθησαν παράλληλα με τη διημερίδα ανανεωμένα Κλινικά Φροντιστήρια για τη χορήγηση καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση από την Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας. Ασκήθηκαν 60 άτομα (γαστρεντερολόγοι και νοσηλευτές ενδοσκοπικών τμημάτων) σε σταθμούς θεωρητικής και πρακτικής άσκησης. Χορηγήθηκαν μόρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και πιστοποιητικό παρακολούθησης.

Το Σάββατο 20/9 διεξήχθη η γενική συνέλευση της ΕΠΕΓΕ. Έγινε οικονομικός απολογισμός και απολογισμός έργου για την πρώτη χρονιά του νέου ΔΣ. Παρουσιάστηκαν αναλυτικά διάφορες πτυχές του νέου ΦΕΚ σχετικά με τους περιορισμούς στη συνταγογράφηση και έγινε ζωντανή ανταλλαγή απόψεων. Η ΕΠΕΓΕ έχει ήδη στείλει τις ενστάσεις της ως προς τα αριθμητικά όρια της συνταγογράφησης. Μετά τις συζητήσεις στη γενική συνέλευση θα σταλεί επιστολή στο Υπουργείο Υγείας και τον ΕΟΠΥΥ όπου θα επισημαίνεται ότι θα σταθούμε αρωγοί σε οποιοδήποτε πρόγραμμα ελέγχου, με την προϋπόθεση ότι η εκπόνηση και η εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών θα αποτελεί αποκλειστικό έργο των επιστημονικών και επαγγελματικών ενώσεων.

Κυκλοφόρησαν εκ νέου τα ενημερωτικά φυλλάδια της ΕΠΕΓΕ με ανανεωμένη εμφάνιση και μικρές αλλαγές στο περιεχόμενο. Τα φυλλάδια μπορείτε να προμηθευτείτε μετά από επικοινωνία με τη γραμματέα μας κα Γενναδοπούλου στο τηλ. 2106727531. Θα παρατηρήσετε ότι δεν περιλαμβάνεται η σελίδα με την ενυπόγραφη συγκατάθεση των ασθενών, διότι προτιμήσαμε να συντάξουμε πιο πλήρες έντυπο για νομική κατοχύρωση. Το έντυπο θα αναρτηθεί σύντομα στην ιστοσελίδα προκειμένου να το εκτυπώνετε προς χρήση.

ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ

12η Διημερίδα ΕΠΕΓΕ



Στις 20 - 21 Σεπτεμβρίου 2014 πραγματοποιήθηκε στο ξενοδοχείο Divani-Caravel η 12^η εκπαιδευτική Διημερίδα που διοργανώθηκε από την ΕΠΕΓΕ και αποτέλεσε τον 12^ο κρίκο στην αλυσίδα των πολύ επιτυχών ανάλογων εκπαιδευτικών Διημερίδων ΕΠΕΓΕ. Το θέμα της εφετινής Διημερίδας ήταν «Η Πρόληψη στη Γαστρεντερολογία» με την παρουσίαση των νεότερων επιστημονικών δεδομένων που αφορούν την πρόληψη στην Γαστρεντερολογία, Ηπατολογία και Παγκρεατολογία, από καταξιωμένους στον χώρο Γαστρεντερολόγους. Την Διημερίδα παρακολούθησαν 300 συνάδελφοι Γαστρεντερολόγοι, αριθμός που ανταγωνίζεται επιτυχώς ανάλογους αριθμούς συμμετοχής επιτυχών διημερίδων του παρελθόντος. Παράλληλα με την Διημερίδα φέτος επανεργοποιήθηκε ανανεωμένο το κλινικό φροντιστήριο για την αντιμετώπιση συμβαμάτων από την χορήγηση καταστολής στην ενδοσκόπηση από την Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας.

Η πρώτη ημέρα (Σάββατο 20 Σεπτεμβρίου) ξεκίνησε με το θέμα της πρόληψη υποτροπών σε καλοήγη νοσήματα του ανώτερου πεπτικού σωλήνα-λεπού εντέρου που αποτέλεσε το αντικείμενο στρόγγυλης τράπεζας με συντονιστές τους Κους Α. Μαντίδη και Χ. Λιάτσο και εισηγητές τους Κους Σ. Σγούρο, Φ. Κωθόνα, Π. Τάσιο, Δ. Καπετάνο και Σ. Γεωργόπουλο που με επιτυχία κάλυψαν όλα τα σχετική θέματα. Το πολύ ενδιαφέρον θέμα της σημασίας των πολυπόδων του στομάχου και το ερώτημα αν θα πρέπει να τους παρακολουθούμε, καλύφθηκε με διάλεξη του Κου Η. Σκοτινιώτη. Το κρίσιμο θέμα της πρόληψη συμβαμάτων σε σχέση με την καταστολή στις

ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ

ενδοσκοπήσεις πεπτικού καλύφθηκε με εξαιρετική ομιλία του Κου Α. Νταιλιάννα. Η πρόληψη σε κακοήθη νοσήματα του ανώτερου πεπτικού σωλήνα αποτέλεσε θέμα στρόγγυλης τράπεζας με συντονιστές τους Κους Σ.Λαδά και Σ. Μιχόπουλο και εισηγητές τους Κους Κ. Βασιλειάδη, Χ. Ζαβό, Χ. Καρακόιδα, Δ.Καμπέρογλου και Ε. Πανάγου. Την απάντηση το ερώτημα αν μπορεί να επιτευχθεί υποστροφή του οισοφάγου Barrett, έδωσε στην ομιλία του ο Κος Γ.Στεφανίδης. Παρόμοια την απάντηση το ερώτημα αν υπάρχει σημείο μη επιστροφής “point of non-return” στην εξέλιξη από γαστρίτιδα προς γαστρικό καρκίνο, έδωσε στην ομιλία του ο Κος Π. Αποστολόπουλος. Η πρώτη ημέρα έκλεισε με στρόγγυλη τράπεζα με αναφορά στην πρόληψη σε καλοήθη νοσήματα του παχέος εντέρου, με συντονιστές τους Κους Χ. Μαυρογιάννη και Ι.Βλαχογιαννάκο. Τα επί μέρους θέματα της τράπεζας κάλυψαν με εισηγήσεις τους οι Κoi Κ.Κατσάνος, Κ.Καρμύρης Γ. Μπάμιας, Γ.Καραμανώλης και Δ. Χριστοδούλου. Η δεύτερη ημέρα (Κυριακή 21 Σεπτεμβρίου) ξεκίνησε με στρόγγυλη τράπεζα αντικείμενο της οποίας ήταν η πρόληψη σε κακοήθη νοσήματα του παχέος εντέρου και συντονιστές τους Κους Δ. Καραμανώλη και Γ. Πασπάτη. Τα θέματα της πρόληψης του κληρονομικού και μη κληρονομικού καρκίνου του παχέος εντέρου, του ρόλου της πολυποδεκτομής, της συμβολής των μοριακών τεχνικών στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και της Ελληνικής εμπειρίας στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, καλύφθηκαν με επιτυχείς ομιλίες της Κας Μ. Γαζούλη και των Κων Μ. Οικονόμου, Α. Κωφοκότσιου και Ν. Βιάζη. Ο Κος Ι. Καραγιάννης σε διάλεξή του ανέπτυξε το θέμα της Ευρωπαϊκής εμπειρίας στην εφαρμογή προγραμμάτων μαζικού ελέγχου για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Στη συνέχεια τα θέματα της συμβολής των νεώτερων τεχνικών στην πρόληψη του καρκίνου του πεπτικού, της πρόληψης του καρκίνου ήπατος και των παραγόντων κινδύνου για τον καρκίνο του παγκρέατος, καλύφθηκαν με ομιλίες των Κων Γ.Αναγνωστόπουλου, Γ. Γερμανίδη και Σ. Δελακίδη αντιστοίχως.

Η επιτυχία της εφετινής εκπαιδευτικής Διημερίδας ήταν μεγάλη όπως αυτό κρίθηκε από τον τρόπο με τον οποίο οι ικανοί συντονιστές και ομιλητές παρουσίασαν τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, αλλά κυρίως από την ενεργό συμμετοχή των συναδέλφων Γαστρεντερολόγων που παρακολούθησαν την Διημερίδα και τη εμφανή διάθεσή τους να συμβάλλουν στην επιτυχία της. Στο τέλος της διημερίδας οι συνάδελφοι ανανέωσαν το ραντεβού τους για την επόμενη Διημερίδα το Φθινόπωρο του 2015.

Θεόδωρος Ροκκάς MD, PhD, FACP, AGAF, FEBG
Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής

ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ

Συνεχίζουμε τον κύκλο αυτό των επαφών «Πρόσωπο με Πρόσωπο» που ξεκίνησε πρόσφατα στο περιοδικό. Αυτή τη φορά δίνουμε το βήμα σε ένα συνάδελφο από το Νοσοκομειακό χώρο που έχει τη δική του διακριτή παρουσία ανάμεσά μας...

Ο **Δημήτρης Τζουρμακλιώτης** γεννήθηκε στη Λάρισα. Είναι πτυχιούχος της Ιατρικής Σχολής του



Πανεπιστημίου Αθηνών και διδάτωρ στο ίδιο Πανεπιστήμιο. Ειδικεύτηκε στην Παθολογία (Παν/κή Παθολογική Κλινική Νοσ Ευαγγελισμός, καθ κ Γαρδίκας) και τη Γαστρεντερολογία Α΄ Γαστρ/κή Κλινική Ευαγγελισμός, καθ Ο Μανούσος). Είναι

αριστούχος διδάτωρ του Πανεπιστημίου Αθηνών και Παρισίων όπου μετεκπαιδεύτηκε επί ένα χρόνο με υποτροφία της Γαλλικής Κυβέρνησης (Νοσοκομείο Cochin – Paris).

Εργάστηκε στον Ευαγγελισμό ως ειδικευμένος στη Γαστρεντερολογία εσωτερικός βοηθός επί 3ετία, ως Επιμελητής Β΄ στο Ιπποκράτειο για ένα έτος και από το 1986 – 2011 στην Πολυκλινική Αθηνών, αρχικά ως Επιμελητής Α΄ και αργότερα ως Αναπληρωτής και ως Διευθυντής της Γαστρεντερολογικής Κλινικής. Στην Πολυκλινική δημιούργησε τη Γαστρεντερολογική Κλινική, αρχικά ως εξωτερικό Ιατρείο και Ενδοσκοπικό Εργαστήριο και αργότερα και ως Κλινική για τη νοσηλεία ασθενών. Η Κλινική ανέπτυξε σημαντική δραστηριότητα στην Ηπατολογία και τα Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου.

Έχει διατελέσει μέλος ΔΣ της ΕΟΜΙΦΝΕ και Πρόεδρος του Πειθαρχικού Συμβουλίου της ΕΓΕ. Επίσης μέλος Συντακτικής Επιτροπής Περιοδικών, Επιτροπών Πλαισίων Ομοφωνίας, Οργανωτικής Επιτροπής Συνεδρίων και Πρόεδρος της Επιτροπής του Συνεδρίου της ΕΠΕΓΕ το 2009.

Έχει πλούσιο επιστημονικό έργο με πλήθος άρθρων

σε ξένα και ελληνικά περιοδικά, κεφαλαίων σε βιβλία, αλλά και μονογραφίες, πολυκεντρικές μελέτες και ερευνητικά πρωτόκολλα. Κάποιες εργασίες του έχουν αποσπάσει βραβεία ή τιμητικές διακρίσεις σε ελληνικά και διεθνή Συνέδρια.

Έχει επίσης σημαντική συνεισφορά σε εκπαιδευτικά προγράμματα στην Πολυκλινική αλλά και σε άλλα Νοσοκομεία (Ευαγγελισμός, Τζάνειο, μαθήματα ειδικευομένων της ΕΓΕ) τόσο σε θεωρητικό επίπεδο, όσο και σε πρακτικό με την εκπαίδευση στην ενδοσκόπηση ειδικευομένων από άλλα Νοσοκομεία καθώς και φοιτητών του Τμήματος Νοσηλευτικής. Πρόκειται για ένα εκλεκτό συνάδελφο, γνώριμο σε πολλούς από εμάς για την ευγένεια και την μετριοπάθειά του, με μακρά σταδιοδρομία στη Γαστρεντερολογία και τη Νοσοκομειακή Ιατρική την οποία υπηρέτησε σε όλη τη διάρκεια της πορείας του μέχρι και πρόσφατα οπότε και απεχώρησε από την ενεργό δράση. Πιστεύω ότι μια κουβέντα μαζί του θα αποβεί ενδιαφέρουσα.

Ας προχωρήσουμε λοιπόν:

Συνέντευξη με τον κ. **Δημήτρη Τζουρμακλιώτη** Τ. Διευθυντή Γαστρεντερολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «Πολυκλινική».

Εκπαιδευτήκατε στη μεγάλη Σχολή του Ευαγγελισμού, μετεκπαιδευτήκατε στο Παρίσι και ξεκινήσατε την καριέρα σας στο Ιπποκράτειο, το άλλο μεγάλο Γαστρεντερολογικό κέντρο της εποχής. Μετά μικρό χρονικό διάστημα επιλέξατε το μοναχικό δρόμο της Πολυκλινικής, ενός μικρού ιστορικού Νοσοκομείου χωρίς παρελθόν στη Γαστρεντερολογία. Ποιοι λόγοι καθόρισαν αυτή σας την επιλογή;

Όπως τα περισσότερα πράγματα που μας συμβαίνουν στη ζωή, ήταν τυχαίο. Εκείνη την εποχή είχαν προκηρυχθεί ταυτόχρονα 3 θέσεις Επιμελητών Α΄ του ΕΣΥ. Στον Ευαγγελισμό, στο Νοσοκομείο Αλεξάνδρα και στην Πολυκλινική. Υπέβαλα και στις τρεις. Με επέλεξαν για την Πολυκλινική. Για να είμαι ειλικρινής, μετά 9 χρόνια στον Ευαγγελισμό, δεν θα πήγαινα σε ένα μικρό Νοσοκομείο, αν δεν είχα τη διαβεβαίωση

του Προέδρου του Νοσοκομείου Τζων Αλιβιζάτου, ότι θα έστηνα ένα Ενδοσκοπικό Εργαστήριο με πλήρη εξοπλισμό και ότι θα είχα τη συμπαράστασή του.

Αντιλαμβάνομαι ότι τα πρώτα χρόνια στην Πολυκλινική ήταν δύσκολα. Μιλήστε μας για το Νοσοκομείο που βρήκατε και για το εγχείρημα δημιουργίας μιας Γαστρεντερολογικής Κλινικής εκ του μηδενός...

Η έκπληξή μου ήταν μεγάλη όταν διαπίστωσα γρήγορα, ότι το Νοσοκομείο είχε εξαιρετική στελέχωση, Ιατρικά Τμήματα με μεγάλη δραστηριότητα και εντυπωσιακή οργάνωση. Οι περισσότεροι Διευθυντές με υποδέχθηκαν με ενθουσιασμό και είχα την αμέριστη συμπαράσταση της Διοίκησης. Ήταν λοιπόν για μένα μια πρόκληση να αναπτύξω ένα Τμήμα εκ του μηδενός. Στην αρχή λειτούργησε ένα εξωτερικό Ιατρείο και ένα Ενδοσκοπικό Εργαστήριο. Η κίνηση των Ιατρείων μας ήταν τόσο μεγάλη πού το Υπουργείο προχώρησε πρόθυμα στη σύσταση θέσεως Επ. Β΄ Γαστρεντερολόγου, μετά σχετικό μου αίτημα. Η τοποθέτηση του συναδέλφου Σ. Μανωλακόπουλου σ αυτή τη θέση επέτρεψε συν τοίς άλλοις και την ανάπτυξη ενός δραστήριου Ηπατολογικού Ιατρείου. Η ύπαρξη ενός συνεργάτη επέτρεπε πια την διεκδίκηση Νοσηλευτικών κλινών πού ήταν πάντα ο στόχος μου, γιατί αγαπώ την Κλινική Ιατρική και μου είχε λείψει τόσα χρόνια. Μας παραχωρήθηκαν 5 κρεβάτια όπου νοσηλεύαμε, περιστατικά με ιδιαίτερο γαστρεντερολογικό και ηπατολογικό ενδιαφέρον.

Εργαστήκατε σε όλη σας την καριέρα χωρίς τη συνδρομή ειδικευομένων σε μια Μονάδα που η δουλειά της στη Γαστρεντερολογία και την Ηπατολογία συνεχώς διευρυνόταν ποσοτικά και βελτιωνόταν ποιοτικά και που θα μπορούσε να καλύψει ανάγκες εκπαίδευσης νέων συναδέλφων. Άλλωστε σε αναγνώριση αυτού ήρθε η επίσημη έγκριση της Πολιτείας για μερική -δύχρονη- εκπαίδευση ειδικευομένων η οποία όμως δεν υλοποιήθηκε ποτέ. Πως το σχολιάζετε;

Πράγματι, η έλλειψη ειδικευομένων είναι μεγάλη τροχοπέδη στην ανάπτυξη ενός ιατρικού Τμήματος.

Αντιμετωπίσαμε μερικώς αυτή την έλλειψη αξιοποιώντας όσους ειδικευομένους από την Παθολογική Κλινική ενδιαφέρονταν για την Γαστρεντερολογία. Ένας απ αυτούς ήταν η Κα Α. Χρηστίδου, μετέπειτα Επιμελήτρια του Τμήματός μας. Η συνεχώς αυξανόμενη δραστηριότητα του Τμήματος, όπως και σεις σημειώνετε, είχε σαν αποτέλεσμα να εργαστούν σε μάζ, μετά σχετικό αίτημα του Διευθυντού τους, αρκετοί συνάδελφοι από άλλα Γαστρεντερολογικά Τμήματα της Αθήνας, στα πλαίσια ενός άτυπου rotation. Παρ' όλα αυτά ήταν φανερό ότι για την ανάπτυξη του Τμήματος, έπρεπε να διεκδικήσουμε θέσεις ειδικευομένων στη Γαστρεντερολογία. Πράγματι μετά σχετικό μας αίτημα, το ΚΕΣΥ αναγνώρισε την καταλληλότητα του Τμήματος να παρέχει μερική ειδικότητα σε 2 ειδικευομένους. Η απόφαση αυτή δεν υλοποιήθηκε ποτέ παρά τις αγωνιώδεις προσπάθειές μου 10 χρόνων, λόγω μυστηριώδους εμπλοκής στο Υπουργείο. Παρά την αμέριστη συμπαράσταση όλων των Διοικήσεων του Νοσοκομείου μας αλλά και μερικών Προέδρων του ΠΕΣΥ, υπήρχε πάντα ενός σκοτεινός δάκτυλος στο Υπουργείο πού ματαίωνε την σχετική απόφαση. Αυτό είναι και το μεγαλύτερο παράπονο πού έχω από την Πολιτεία. Την αδιαφορία της στην προσφορά ανιδιοτελών υπηρεσιών από μάχιμους λειτουργούς της Υγείας και την εμμονή της σε γραφειοκρατικές αγκυλώσεις. Είμαι σίγουρος ότι εκφράζω το παράπονο και άλλων φιλότιμων συναδέλφων πού αγωνίστηκαν και αυτοί μάταια προς την ίδια κατεύθυνση.

Σκεφθήκατε ποτέ να επιστρέψετε σε ένα μεγάλο Νοσοκομείο;

Η μόνη φορά πού μπήκα στον πειρασμό, ήταν όταν προκηρύχθηκαν οι θέσεις Διευθυντών των Γαστρεντερολογικών Κλινικών του Ευαγγελισμού. Το βιογραφικό μου όμως δεν ήταν τόσο ισχυρό όσο των άλλων συνυποψηφίων, κυρίως επειδή εργάστηκα μόνος μου αρκετά χρόνια, χωρίς συνεργάτες, μή έχοντας τον χρόνο να αναπτύξω ερευνητική και εκπαιδευτική δραστηριότητα. Έτσι δεν υπέβαλα υποψηφιότητα. Παρ όλα αυτά δεν μετάνιωσα, αφού στην Πολυκλινική ευτύχησα να έχω εξαιρετικούς συνεργάτες με τους οποίους συνεργαστήκαμε άριστα



και αναπτύσσαμε συνεχώς το Τμήμα. Μετά την αποχώρηση του κ.Σ.Μανωλακόπουλου, η θέση του καλύφτηκε με τον διορισμό της κας Μαρίας Μελά ενώ ταυτόχρονα συστάθηκε και δεύτερη θέση Επ. Β' Γαστρεντερολογίας την οποία κατέλαβε η κα Α. Χρηστίδου. Παράλληλα αποκτήσαμε νέους χώρους, καινούργιο εξοπλισμό και 2 Νοσηλεύτριες. Ο αριθμός των ασθενών μας, αυξανόταν συνεχώς. Η συμμετοχή μας στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Εταιρείας αλλά και άλλων Νοσοκομείων ήταν συνεχής και, παρά το μικρό μας μέγεθος, προσπαθούσαμε να παρουσιάσουμε ένα αξιοπρεπές ερευνητικό έργο. Η ευχαρίστηση που μου έδινε η δουλειά μας, η συνεχής εξέλιξη του Τμήματος και η άριστη συνεργασία με τους συνεργάτες μου, δεν επέτρεπε σκέψεις αλλαγής του τόπου εργασίας.

Ποια θεωρείτε την καλύτερη στιγμή της καριέρας σας;

Δεν μπορώ να ξεχωρίσω μία. Οι καλύτερες στιγμές σχετίζονται με επιτυχημένες διαγνώσεις και θεραπευτικές επιλογές, καθώς και με τη ζεστασιά της καλής συνεργασίας με όλους τους συνεργάτες μου που αγάπησα και αγαπώ πολύ.

Και τη χειρότερη...

Την τωρινή εικόνα ερήμωσης του Νοσοκομείου όπου εργάστηκα τόσα χρόνια και το βλέπω τώρα στην κατάσταση.

Πως κρίνετε το επίπεδο της Ελληνικής Γαστρεντερολογίας;

Το επίπεδο μιας ειδικότητας καθορίζεται από την ποιότητα των προσφερομένων ιατρικών υπηρεσιών στους πολίτες. Η αλήθεια είναι ότι έχουμε πολύ καλούς Γαστρεντερολόγους που τους αδικεί το σύστημα Υγείας της χώρας μας. Η έλλειψη σχεδιασμού των υπηρεσιών Υγείας από την Πολιτεία, τα ρουσφέτια και ο ανταγωνισμός μεταξύ των σχετικών ειδικοτήτων έχουν οδηγήσει σε έλλειψη Γαστρεντερολογικών μονάδων στα περισσότερα Νοσοκομεία της χώρας και σε ανισοκατανομή του Γαστρεντερολογικού δυναμικού. Οι Οργανισμοί των Νοσοκομείων έχουν γίνει προ 30 ετών και δεν μπορούν να καλύψουν τις

σύγχρονες ανάγκες τους. Οι διορθωτικές αλλαγές που έγιναν αυτή την περίοδο δεν ήταν προϊόν σχεδιασμού αλλά ήταν εμβολωματικές και σπασμωδικές και κάλυπταν πρόσκαιρες και όχι μακροπρόθεσμες ανάγκες. Έτσι, π.χ. δημιουργήθηκαν Γαστρεντερολογικά Τμήματα με μεγάλο αριθμό ειδικευομένων σε Νοσοκομεία που δεν εφημερεύουν και το αντίθετο. Η χωροταξική κατανομή των Τμημάτων είναι έννοια άγνωστη στους ιθύνοντες. Εξ άλλου, τα περισσότερα Γαστρεντερολογικά Τμήματα δεν έχουν επαρκή εξοπλισμό και η στελέχωση τους με παραιτήτρικό Προσωπικό εξυπηρετεί άλλες σκοπιμότητες της Διοίκησης και όχι τις ανάγκες του Τμήματος. Όλα αυτά έχουν σαν συνέπεια την μη ανάπτυξη της ειδικότητάς μας στο βαθμό που της αναλογεί και οδηγούν πολλές φορές σε ακραίες καταστάσεις, όπως π.χ να διακομίζονται από τις επαρχίες περιστατικά με αιμορραγία του ανωτέρου Πεπτικού για να υποβληθούν σε Γαστροσκόπηση.

Αν σας ζητούσα να διατυπώσετε τρεις προτάσεις για τη βελτίωση του επιπέδου της;

Η πρώτη μέριμνα της Πολιτείας θα πρέπει να είναι ο προσδιορισμός του αριθμού των Γαστρεντερολόγων που χρειάζεται η χώρα και η σωστή χωροταξικά κατανομή τους. Είναι επιβεβλημένη η ανάγκη ύπαρξης νέων σύγχρονων Οργανισμών των Νοσοκομείων που θα λάβουν υπ όψιν τις ανάγκες σε Γαστρεντερολογική κάλυψη ανά μονάδα και ανά περιοχή. Μέχρι τότε η χωροταξική αναδιάρθρωση των Γαστρεντερολογικών Τμημάτων που προτείνει ο Δ.Καραμανώλης στην πρόσφατη συνέντευξή του σε σας, ακούγεται σαν λογική και ρεαλιστική λύση. Το θέμα της εκπαίδευσης είναι πολύ σημαντικό. Πιστεύω πως η άσκηση στην Παθολογία θα πρέπει να πάψει να θεωρείται από τους ειδικευόμενους αναγκαίο βάρος προκειμένου να περάσουν γρήγορα στο «σοβαρό» κομμάτι της ειδικότητας, δηλαδή, στην ενδοσκόπηση. Δεν ξέρω αν αυτό θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με αύξηση του χρόνου άσκησης στην Παθολογία ή με εξετάσεις, πάντως θα πρέπει να απασχολήσει τους υπεύθυνους. Στη συνέχεια όποιος θέλει να γίνει ειδικός θα πρέπει να δίνει εξετάσεις που ο βαθμός δυσκολίας

τους θα προσδιορίζεται συν τοις άλλοις και από τις ανάγκες της χώρας σε ειδικούς. Η εκπαίδευση ενός ειδικευομένου σήμερα, θα πρέπει να έχει Ευρωπαϊκό προσανατολισμό. Το γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας έχει προσδιοριστεί πρόσφατα. Είναι φανερό ότι ελάχιστα Τμήματα στη χώρα μας μπορούν να καλύψουν όλο το φάσμα των απαιτήσεων του European Gastroenterology Board. Μέχρι την ιδανική λύση της πλήρους ανάπτυξης των Γαστρεντερολογικών Τμημάτων, το rotation αποτελεί μια πολύ καλή λύση για την εκπαίδευση των ειδικευομένων σε όλα τα θέματα του γνωστικού αντικειμένου της ειδικότητάς τους. Εξ ίσου σημαντική θεωρώ τη συνεχή εκπαίδευση των ειδικευμένων και την αξιολόγηση των εκπαιδευτών και των Τμημάτων που χορηγούν ειδικότητα. Τέλος, στα πλαίσια της συνεχούς εκπαίδευσης, πιστεύω πολύ στην ανάγκη μετάβασης των συναδέλφων όλων των βαθμίδων, σε μεγάλα κέντρα του εξωτερικού με υποτροφίες και μετεκπαιδευτικές άδειες για όσους υπηρετούν στο ΕΣΥ. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών είναι το Νοσηλευτικό προσωπικό. Η επιλογή του προσωπικού των ενδοσκοπικών κυρίως Τμημάτων, πρέπει να γίνεται από την ιατρική υπηρεσία και η εκπαίδευση του θα πρέπει να αποτελεί μια συνεχή μέριμνα του Τμήματος. Ένα Σύστημα Υγείας, όμως στηρίζεται και στον Ιδιωτικό τομέα. Θεωρώ πολύ σημαντική τη σύνδεση των ιδιωτών Γαστρεντερολόγων με τα μεγάλα Δημόσια Γαστρεντερολογικά Κέντρα. Η σύνδεση θα πρέπει να σχετίζεται με την συνεχή εκπαίδευση των ιδιωτών και με την από κοινού αντιμετώπιση δύσκολων περιστατικών. Τέλος πιστεύω ότι ο ιδιωτικός τομέας πρέπει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη κάτι που συνεχώς επαγγέλλεται και ποτέ δεν πραγματοποιείται.

Μιλήστε μας λίγο για το πέρασμα σας από τη Γαλλία, για τις συνθήκες στο Νοσοκομείο και δώστε μας λίγο από το άρωμα της παραμονής σας στο Παρίσι την εποχή εκείνη...

Εργάστηκα στο Νοσοκομείο COCHIN σε ένα από τα μεγαλύτερα Γαστρεντερολογικά Τμήματα στο Παρίσι. Το επίπεδο των Γάλλων συναδέλφων ήταν πολύ καλό

και οι συνθήκες εργασίας θαυμάσιες. Οι θάλαμοι Νοσηλείας της Κλινικής ήταν ευρύχωροι και φωτεινοί και το Νοσηλευτικό Προσωπικό εξαιρετικό ως προς τις γνώσεις και τη συμπεριφορά του προς τους ασθενείς. Στο Ενδοσκοπικό Εργαστήριο λειτουργούσαν ταυτόχρονα 5 πλήρως εξοπλισμένες ενδοσκοπικές αίθουσες από τις 9 το πρωί μέχρι τις 6 το απόγευμα. Η ύπαρξη 6 νοσηλευτριών, 5 εκπαιδευμένων και διπλάσιου αριθμού εκπαιδευομένων, επέτρεπε τη διενέργεια μεγάλου αριθμού ενδοσκοπήσεων. Το Τμήμα ήταν κέντρο αναφοράς για πολλές επεμβατικές πράξεις της εποχής εκείνης και αντιμετωπίζαμε ασθενείς από όλη τη Γαλλία αλλά και από το εξωτερικό. Οι εκθέσεις μαγνητοφωνούνται και δακτυλογραφούνται από Γραμματέα. Πέραν του ενδοσκοπικού εργαστηρίου και του Γαστρεντερολογικού ιατρείου λειτουργούσαν και άλλα ειδικά εξωτερικά ιατρεία και εργαστήρια με ιδιαίτερη επιτυχία, όπως το πρωκτολογικό και το εργαστήριο κινητικών διαταραχών του πεπτικού σωλήνα. Το εύρος των περιστατικών που εξετάζαμε ήταν τεράστιο και κάλυπτε όλο το φάσμα των Παθήσεων του Πεπτικού. Το δωμάτιο του εφημερεύοντος ήταν άνετο με ευχάριστη διακόσμηση, γραφείο και μικρή Βιβλιοθήκη. Στο Τμήμα των επειγόντων, δεν υπήρχε ο γνωστός συνωστισμός των Ελληνικών νοσοκομείων.

Εκείνο που μου έκανε μεγάλη εντύπωση ήταν η συνεργασία των ιδιωτών ιατρών της πόλης με το Τμήμα μας. Οι ιδιώτες ιατροί, παρέπεμπαν ασθενείς για ενδοσκόπηση με πλήρως αιτιολογημένο σκεπτικό και έπαιρναν αναλυτική απάντηση και οδηγίες χειρισμού των ασθενών. Μετά το τέλος της δουλειάς μας επέστρεφα με τα πόδια στο σπίτι μου που βρισκόταν στο Quartier Latin, μία πολύ ενδιαφέρουσα περιοχή εκείνη την εποχή. Ο περίπατος αυτός ήταν πολύ ευχάριστος και ακόμα τον νοσταλγώ αφού το Παρίσι εκείνης της εποχής ήταν πολύ πιο ευχάριστο από τώρα που ο τουρισμός το έχει πνίξει. Το χαρακτηριστικό εκείνης της εποχής, ήταν αυτό που αποκαλείται ποιότητα ζωής, δηλαδή ένα άθροισμα πραγμάτων που σου προσφέρει μία πόλη απλόχερα, χαρίζοντάς σου άνεση και ευχαρίστηση στην καθημερινή σου ζωή. Η βόλτα στην πόλη και στις όχθες του Σηκουάνα, χωρίς κορ-





ναρίσματα και λακκούβες, τα μεγάλα και πανέμορφα πάρκα, τα ατμοσφαιρικά bistrots και cafes αλλά και η ευκολία να παρακολουθήσεις ένα μουσικό ή ένα θεατρικό γεγονός έκαναν τη διαμονή μου ευχάριστη. Από τα πράγματα που με γοήτευσαν επίσης κατά την παραμονή μου στο Παρίσι ήταν τα ιστορικά βιβλιοπωλεία και τα ενδιαφέροντα και πλούσια σε τίτλους δισκοπωλεία. Τέλος απολάμβανα τα παλιά θαυμάσια μουσεία της πόλης και θαύμασα πολλές φορές τη δημιουργική φαντασία των Γάλλων στο στήσιμο των καινούργιων, όπως το Musee d Orsay πού το έβλεπα σιγά σιγά να μετατρέπεται από σταθμό τραίνων σε ένα σύγχρονο μουσείο. Το πολιτιστικό κέντρο Beaubourg ήταν τότε στο ξεκίνημά του και οι νέοι το είχαν αγαλιάσει με ενθουσιασμό. Οι ευκαιρίες για μόρφωση και αναψυχή ήταν πολλές σε μία πολύ όμορφη πόλη!!!

Πως βιώσατε στον επαγγελματικό σας χώρο την πολύπλευρη κρίση που διέρχεται η χώρα μας τα τελευταία χρόνια;

Η φτώχεια φέρνει γκρίνια, όπως λένε. Πέρα από τις ελλείψεις σε υλικά πού έκαναν δύσκολη τη δουλειά μας, αυτό πού με ενόχλησε περισσότερο, ήταν η δυσπιστία και η εχθρότητα πού αναπτύχθηκε μεταξύ όλων μας στους χώρους εργασίας. Οι Διοικητικοί εναντίον των Γιατρών, οι Χειρουργοί εναντίον των Παθολόγων, οι ειδικευόμενοι εναντίον των ειδικευμένων κλπ. Οι ασθενείς επιφυλακτικοί και δύσπιστοι απέναντι σε ένα Σύστημα Υγείας πού έμοιαζε, ιδίως τον πρώτο καιρό να τούς στερεί τα κεκτημένα. Οι ανθρώπινες σχέσεις διαταράχθηκαν σε μεγάλο βαθμό και φοβάμαι ότι αυτό θα διαρκέσει για πολύ καιρό. Τέλος οι αβέβαιες και βιαστικές αποφάσεις της Πολιτείας εξαγρίωναν καθημερινά τους εργαζόμενους στο χώρο της Υγείας και μεγάλωναν την ανασφάλειά τους για το μέλλον.

Η δραστηριότητα της Πολυκλινικής συρρικνώθηκε σημαντικά τελευταία και ουσιαστικά έχει πάψει να λειτουργεί σαν Νοσοκομείο στα πλαίσια των περικοπών στο χώρο της υγείας. Πως κρίνετε το γεγονός; Πιστεύετε ότι το κτίριο, οι υποδομές και το έμπυχο δυναμικό θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν με άλλο τρόπο επωφελή για το κοινωνικό

σύνολο; Τι θα προτείνετε;

Είναι γεγονός πως η Πολυκλινική δεν θα μπορούσε έτσι όπως ήταν, να συνεχίσει να λειτουργεί σήμερα ως Γενικό Νοσοκομείο. Υπήρχαν δύο δρόμοι: να ενισχυθεί επεκτεινόμενη ή να αλλάξει λειτουργία. Η Πολιτεία επέλεξε το δεύτερο. Και οι δύο λύσεις θα μπορούσαν να είναι αποτελεσματικές αν ήταν καλά μελετημένες. Είναι φανερό πως η σημερινή της λειτουργία είναι ασαφής, τόσο για το Προσωπικό, όσο και για τους ασθενείς. Μετά τόσα χρόνια στα Δημόσια Νοσοκομεία, τάσσονται υπέρ των μικρών αποτελεσματικών Νοσοκομειακών μονάδων και κατά των μεγάλων υδροκέφαλων και απρόσωπων Νοσοκομείων. Οι σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων αλλά και μεταξύ νοσηλευόμενων και προσωπικού είναι πολύ πιο ανθρώπινες και αυτό έχει μεγάλη σημασία στη δουλειά μας. Η έννοια του cost effective σε αυτά τα μεγέθη είναι πολύ συζητήσιμη. Πάντως θεωρώντας δεδομένη την αλλαγή λειτουργίας του Νοσοκομείου πιστεύω η Πολυκλινική θα μπορούσε να λειτουργήσει ως μεγάλο άριστα εξοπλισμένο Διαγνωστικό Κέντρο με κλινική ημέρας για μικροεπεμβάσεις πού απαιτούν βραχύχρονη νοσηλεία.

Ας προχωρήσουμε τώρα σε ένα κεφάλαιο πιο προσωπικό θα έλεγα... Μιλήστε μας λίγο για τον εαυτό σας εκτός Ιατρικής. Τα ενδιαφέροντα σας, δεξιότητες, αγαπημένες ασχολίες;

Αγαπώ τα ταξίδια αλλά η μεγάλη μου αγάπη είναι η θάλασσα. Επί 20 χρόνια είχα μία μικρή βάρκα και απολάμβανα βόλτες και ωραίες μοναχικές παραλίες όσο χρόνο επέτρεπε η απαιτητική δουλειά μας. Η επιθυμία μου ν αποτυπώσω τις μαγικές σκηνές τις φύσης με οδήγησε ν ασχοληθώ με τη φωτογραφία. Έχω μεγάλο αριθμό φωτογραφιών από τα μέρη πού αγάπησα. Μ' αρέσει να επεξεργάζομαι και να εκτυπώνω ορισμένες απ αυτές. Διαβάζω λίγο, κυρίως βιβλία με πολιτικό και ιστορικό περιεχόμενο. Αγαπώ πολύ τον καλό κινηματογράφο, ανεξαρτήτως είδους, θέματος και εποχής. Ακούω πολύ μουσική κυρίως στο σπίτι αφού τα κέντρα με καλή μουσική σπανίζουν. Δεν πηγαίνω σε in κέντρα, τα οποία αντιπαθώ. Προτιμώ να περνάω στο σπίτι με παρέα.



Πώς βιώσατε την πρόσφατη αποχώρηση από την ενεργό δράση;

Τον πρώτο χρόνο πήγαινα στο Νοσοκομείο κανονικά με ωράριο τον δεύτερο λιγότερο. Η συνεχής επαφή με τούς συνεργάτες μου και η συχνή συζήτηση ιατρικών περιστατικών, με έκαναν να πέσω στα μαλακά. Πάντως ακόμη δεν έχω απόλυτα συνειδητοποιήσει την κατάσταση και δεν θέλω ν αναφέρομαι σ αυτό το θέμα.

Ποια είναι η γνώμη σας για την κάλυψη υγειονομικών αναγκών της χώρας από επαγγελματίες υγείας, ειδικότερα σε ότι αφορά σε δυσπρόσιτες και νησιωτικές περιοχές και νησιά. Είστε διατεθειμένος να συμμετάσχετε σε ένα τέτοιο εγχείρημα και αν ναι με ποιες προϋποθέσεις;

Πιστεύω πως προς την κατεύθυνση αυτή θα χρειαστεί η ανάπτυξη άρτια εξοπλισμένων μονάδων στα μεγάλα νησιά, πού θα καλύπτουν και τα μικρότερα, με τρόπους πού μπορούν να συζητηθούν με πολλούς φορείς. Το ίδιο ισχύει και για τις δυσπρόσιτες περιοχές πού θα πρέπει να καλύπτονται από μία μεγάλη και εξοπλισμένη Ιατρική μονάδα της περιοχής τους. Για την επάνδρωση αυτών των μονάδων θα χρειαστεί εξειδικευμένο προσωπικό. Θα πρέπει λοιπόν να δοθούν οικονομικά κίνητρα αλλά και κίνητρα εξέλιξης για όσους θέλουν να κάνουν Νοσοκομειακή καριέρα. Πιστεύω ότι γιατροί πού έχουν συνταξιοδοτηθεί μπορούν, λόγω πείρας, να παίξουν έναν σημαντικό ρόλο τόσο στο σχεδιασμό όσο και την υλοποίηση αυτού του προγράμματος. Η πρώτη προϋπόθεση πού θέτω είναι να επιδειχθεί εκ μέρους του Υπουργείου καλή διάθεση συνεργασίας και ευήκοοι ους στις προτάσεις των έμπειρων γιατρών. Η δεύτερη είναι ότι το εγχείρημα θα πρέπει να έχει προϋπολογιστεί και να χρηματοδοτηθεί πριν ξεκινήσει γιατί αλλιώς θα καταλήξει σε φιάσκο όπως πολλές ανάλογες προσπάθειες στη χώρα μας...

Τα τελευταία χρόνια της πολύπλευρης κρίσης και των μεγάλων περικοπών ο χώρος της Υγείας έχει υποστεί σημαντικά πλήγματα: κλείσιμο Νοσοκομείων, υγειονομικών δομών, προβλήματα στην

πρόσβαση των πολιτών στις Υπηρεσίες, ανασφάλιστοι κλπ. Είστε αισιόδοξος για το μέλλον της Υγείας;

Αυτά πού περιγράφετε στην ερώτησή σας δεν θα συνέβαιναν σε τόσο μεγάλη έκταση, παρά την οικονομική κρίση, αν δεν υπήρχε στο χώρο μας η ανοργανωσιδιά, η σπατάλη και οι υπερβολές. Το υπέρμετρο κόστος των εξετάσεων και της φαρμακευτικής δαπάνης δεν θα μπορούσε να σκώσει καμία χώρα. Η εξοικονόμηση όμως πόρων, πού επιχειρείται τώρα από την Πολιτεία δεν αρκεί. Η Υγεία χρειάζεται, πέραν των χρημάτων καλό σχεδιασμό και καλά εκπαιδευμένους λειτουργούς της Υγείας. Είναι φανερό ότι το μέλλον της Υγείας εξαρτάται από το οικονομικό μέλλον της χώρας, την πολιτική βούληση των κυβερνήσεων και την ενεργό και ενθουσιώδη συμμετοχή των λειτουργών της Υγείας.

Και για τη χώρα γενικότερα;

Δεν πιστεύω ότι η κρίση ήταν αποτέλεσμα ενός σατανικού σχεδίου των ξένων. Η έλλειψη μακροπρόθεσμου σχεδιασμού σε όλους τούς τομείς, η ανυπαξία Δημόσιας Διοίκησης, οι πελαταιακές σχέσεις και η διαφθορά δημιούργησαν τόσα χρόνια ένα κράτος αδύναμο, πού λύγισε εύκολα στα οικονομικά προβλήματα και στις επιθέσεις των κερδοσκόπων. Αν η εμπειρία πού αποκτήσαμε δεν οδηγήσει όλους σε ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασης φοβάμαι πως δεν υπάρχει σωτηρία. Η Πολιτεία πρέπει να σοβαρευτεί και να πάρει αποφάσεις επώδυνες αλλά με κοινωνική ευαισθησία, αν θέλει να εξασφαλίσει τη συνεργασία των πολιτών στην προσπάθεια σωτηρίας της χώρας. Τέλος όλοι θα πρέπει να καταλάβουν πως ο λαϊκισμός και η υπεραπλούστευση σύνθετων φαινομένων οδηγούν στη συνεχή αναπαραγωγή των ίδιων καταστάσεων με άλλη μορφή. Επειδή το μέλλον της χώρας εξαρτάται απολύτως από μας και όχι από την επιείκεια των ξένων, δεν ξέρω αν έχω το δικαίωμα να είμαι αισιόδοξος. Οι μέχρι τώρα ενδείξεις από την Πολιτεία και την κοινωνία δεν είναι ενθαρρυντικές αλλά θέλω να πιστεύω ότι τελικά θα επικρατήσει η λογική και το ένστικτο της αυτοσυντήρησης...



Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

Πώς ερμηνεύεται η αυξημένη συχνότητα φλεγμονής και μεταπλασίας όπως επίσης και η συχνότερη ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος της γαστροοισοφαγικής συμβολής σε ασυμπτωματικά άτομα;

Waist belt and central obesity cause partial hiatus hernia and short-segment acid reflux in asymptomatic volunteers. Y.Y. Lee, A. A. Wirz, J.G. Whiting et al. Gut 2014; 63: 1053-1060.

Στις ΗΠΑ και στη δυτική Ευρώπη, όπου η συχνότητα του αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου είναι αυξημένη, το αδενοκαρκίνωμα της καρδιάς είναι επίσης, περισσότερο συχνό σε σχέση με αυτό που αναπτύσσεται στις υπόλοιπες μοίρες του στομάχου. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι στις δυτικές κοινωνίες, η πλειοψηφία των καρκίνων της καρδιάς και της γαστροοισοφαγικής συμβολής δεν σχετίζονται με τη λοίμωξη από το *Helicobacter pylori*, αλλά πιθανότατα να είναι αποτέλεσμα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Παρά τις υποδείξεις των παραπάνω επιδημιολογικών δεδομένων, υπάρχει ασθενή μόνο συσχέτιση των καρκίνων αυτών με συμπτώματα παλινδρόμησης, θέτοντας το ερώτημα κατά πόσο ο οισοφάγος εκτίθεται στη βλαπτική επίδραση του οξέος παρά την απουσία συμπτωμάτων παλινδρόμησης.

Έχει διαπιστωθεί πως σε υγιείς εθελοντές χωρίς συμπτώματα ΓΟΠ, το κυλινδρικό επιθήλιο της καρδιάς, μεταξύ του πλακώδους οισοφαγικού επιθηλίου και του οξυντικού γαστρικού βλεννογόνου, εμφανίζει σχεδόν πάντα εικόνα φλεγμονής και η έκταση της φλεγμονής φαίνεται σε σχετίζεται με τη περιφέρεια της μέσης του σώματος (WC) αλλά και με την ηλικία των ατόμων. Προφανώς, η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση που παρουσιάζουν τα άτομα με αυξημένη WC, αποτελεί την αιτία διείσδυσης του γαστρικού οξέος στον κατώτερο οισοφαγικό σφιγκτήρα,

χωρίς όμως να τον διαπερνά, προκαλώντας εντερική μεταπλασία της περιοχής αυτής.

Το αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου και της καρδιάς του στομάχου έχει αποδειχθεί πως σχετίζεται με αυξημένο δείκτη μάζας-σώματος (BMI) και με αυξημένη WC. Επειδή οι άντρες εμφανίζουν από νωρίς εναπόθεση λίπους μέσα και γύρω στην κοιλιά, η συχνότητα των παραπάνω καρκίνων είναι μεγαλύτερη σε αυτούς σε σχέση με τις γυναίκες. Σε παρόμοια αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης οδηγεί και η χρήση ζωνών μέσης.

Η επίδραση της αυξημένης περιφέρειας της μέσης και της χρήσης ζώνης, στην ανατομία και φυσιολογία της γαστροοισοφαγικής συμβολής, μελετήθηκε τόσο σε 12 άτομα με φυσιολογικό μήκος περιφέρειας όσο και σε 12 άτομα με αυξημένη περιφέρεια, προ και μετά τη λήψη γεύματος αλλά και με ή χωρίς τη χρήση ζώνης. Όπως διαπιστώθηκε τόσο η χρήση της ζώνης όσο και η αυξημένη περιφέρεια της μέσης, συσχετίστηκαν με κεντρική μετατόπιση της γαστροοισοφαγικής συμβολής (GEJ) διαμέσου του διαφραγματικού τρήματος, αλλά και με μείωση του εύρους μετακίνησης της GEJ κατά τη περίοδο χάλασης του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, ευρήματα που υποδεικνύουν ανολοκλήρωτη (partial) διφραγματοκλήση. Επιπλέον, η χρήση ζώνης συνοδεύτηκε από βραχεία παλινδρόμηση οξέος 0,5 έως 1,5 cm άνωθεν της GEJ, η οποία ήταν πιο έντονη στα άτομα με αυξημένη WC.

Χρόνια δυσκοιλιότητα ή σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου με πόνο;

Chronic Constipation, Irritable Bowel Syndrome with Constipation and Constipation with pain/discomfort: similarities and differences E.Rey, A. Balboa and F. Mearin Am J Gastroenterol 2014;109: 876-884.

Η Χρόνια Δυσκοιλιότητα (ΧΔ) και το Σύνδρομο Ευερεθίστου Εντέρου (ΣΕΕ) αποτελούν δύο πολύ κοινές καταστάσεις, η συχνότητα των οποίων κυμαίνεται ευρέως, εξαρτώμενη κυρίως από τα κριτήρια επιλογής που χρησιμοποιούνται κάθε φορά. Σύμφωνα με τα κριτήρια Rome III, οι ασθενείς με ΣΕΕ ταξινομούνται σε διάφορους υποτύπους αναλόγως της σύστασης των κοπράνων. Εξ' ορισμού, όλοι οι ασθενείς με ΣΕΕ συμπεριλαμβάνονται και αυτών με δυσκοιλιότητα (ΣΕΕ-Δ) θα πρέπει να παραπονοούνται για κοιλιακό πόνο ή δυσφορία για να τεθεί η διάγνωση. Αντιθέτως στα άτομα με ΧΔ, τα προηγούμενα συμπτώματα απουσιάζουν. Παρόλα αυτά η διάκριση των δύο παραπάνω καταστάσεων δεν είναι πάντοτε εύκολη, καθώς ορισμένα άτομα με ΧΔ μπορεί να αναφέρουν ήπια κοιλιακά ενοχλήματα (πόνος ή δυσφορία) χωρίς όμως να πληρούν τα υπόλοιπα κριτήρια για να χαρακτηριστούν ως ασθενείς με ΣΕΕ.

Στη παραπάνω μελέτη, συλλέχθηκαν πληροφορίες, τηλεφωνικώς από έναν τυχαίο πληθυσμό 1500 ατόμων και στα αντίστοιχα ερωτηματολόγια, οι συνήθειες του εντέρου αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας τα κριτήρια Rome III. Όπως διαπιστώθηκε η συνολική συχνότητα της ΧΔ ήταν 19,2% (ΧΔ χωρίς πόνο: 13,9%, ΧΔ με πόνο: 2% και άτομα με ΣΕΕ και δυσκοιλιότητα: 3,3%). Η συχνότητα της δυσκοιλιότητας ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (2,7:1), με τάση αύξησης με την ηλικία. Χρήση καθαρτικών ανέφερε το 10% των ερωτηθέντων αλλά μόνο το 50% εξ αυτών ήταν πλήρως ικανοποιημένο. Η χρήση καθαρτικών προκαλούσε την εμφάνιση διάρροιας (10%) ή κοιλιακού πόνου (16%) υποδηλώνοντας το θεραπευτικό κενό που υπάρχει στη θεραπεία της χρόνιας δυσκοιλιότητας, ιδίως μεταξύ αυτών που ανήκουν στις ομάδες της ΧΔ με πόνο και ΣΕΕ-Δ.

Αυτό το προσέξατε;

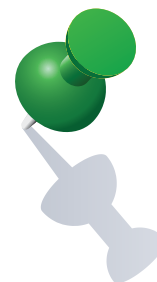
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Μπορεί να ωφελήσει η δίαιτα χωρίς γλουτένη τα ασυμπτωματικά άτομα με αντισώματα IgA έναντι του ενδομυίου (EmA);

Benefits of a gluten-free diet for asymptomatic patients with serologic markers of celiac disease. K.Kurppa, A. Paavola, P. Collin et al. Gastroenterology 2014;147: 610-617.

Όπως είναι γνωστό, η μόνη θεραπευτική αντιμετώπιση της κοιλιοκάκης αποτελεί η δίαιτα χωρίς γλουτένη (GFD) η οποία είναι αρκετά περιοριστική και δύσκολη στην εφαρμογή. Το πιθανό όφελος μιας τέτοιας δίαιτας σε άτομα, ιδίως ασυμπτωματικά, στα οποία έχει διαπιστωθεί μέσω προγραμμάτων ελέγχου, η παρουσία αντισωμάτων EmA δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς.

Τα 40 άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη, τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες εκ των οποίων η μία μόνο ακολούθησε την κατάλληλη δίαιτα (GFD). Όπως διαπιστώθηκε, η διαιτητική παρέμβαση οδήγησε σε ουσιαστική βελτίωση των ορολογικών και ιστολογικών παραμέτρων των ατόμων που την ακολούθησαν. Ακόμη και άτομα τα οποία θεωρήθηκαν ασυμπτωματικά, ανέφεραν βελτίωση της γενικής κατάστασης της υγείας τους. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει πως οι ασθενείς είχαν αποδεχθεί τη παρουσία κάποιων ενοχλημάτων θεωρώντας τα ως φυσιολογικά. Παρά τους οικονομικούς και κοινωνικούς καμιά φορά περιορισμούς που επιφέρει η GFD τα περισσότερα άτομα συμμορφώθηκαν πλήρως με αυτή και έδειξαν προθυμία να την ακολουθήσουν και μετά τη λήξη της μελέτης.





ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΓΑΣΤΡΟΠΑΡΕΣΗ: ΦΑΣΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κωνσταντίνος Β. Βασιλείδης, Γαστρεντερολόγος

Γαστροπάρεση είναι το σύνδρομο αντικειμενικής καθυστερημένης γαστρικής κένωσης σε απουσία μηχανικής απόφραξης. Τα κύρια συμπτώματα της είναι πρόωρος κορεσμός, μεταγευματικό βάρος, ναυτία, έμετοι, μετεωρισμός και επιγαστρικό άλ-

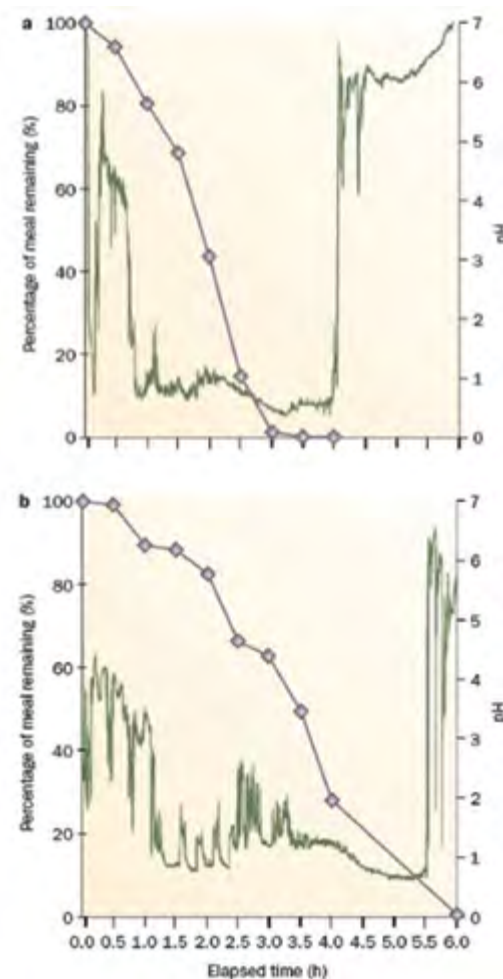
ΑΙΤΙΑ

Ο σακχαρώδης διαβήτης, μετεγχειρητικά αίτια και η ιδιοπαθής γαστροπάρεση (εκδήλωση της νόσου χωρίς παθολογία που να δικαιολογεί την κλινική εικόνα) είναι οι συνηθέστερες αιτίες γαστροπάρεσης. Η ΙΓ αφορά συνήθως νέες ή μέσης ηλικίας γυναίκες που τα συμπτώματα τους αλληλεπικαλύπτονται με αυτά της λειτουργικής δυσπεψίας. Ο πόνος και η δυσανεξία στο επιγάστριο αποτελούν αντιπροσωπευτικότερα συμπτώματα της λειτουργικής δυσπεψίας, ενώ η ναυτία, οι έμετοι και ο πρόωρος κορεσμός της ΙΓ.

Προηγουμένως υγιείς ασθενείς αναφέρουν συμπτωματολογία *ιογενούς λοίμωξης* αλλά, αντί υποχώρησης, εμμονή της ναυτίας, των εμέτων και του πρόωρου κορεσμού έως και για ένα έτος από την προσβολή. Γενικά αυτού του είδους η γαστροπάρεση δε σχετίζεται με αυτόνομη νευροπάθεια αν και μειοψηφία ασθενών με λοιμώξεις από CMV, EB και Varicella Zoster, μπορεί να αναπτύξουν μία μορφή *αυτόνομης νευροπάθειας* (γενικευμένη ή εκλεκτική χολινεργική δυσαυτονομία) που προκαλεί γαστροπάρεση. Αυτό μπορεί να σημαίνει χειρότερη πρόγνωση με μακρύτερα διαστήματα νόσησης σε σχέση με τη γαστροπάρεση χωρίς διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Η *μετεγχειρητική γαστροπάρεση* (με βαγοτομή ή βλάβη του πνευμονογαστρικού) παλαιότερα συνέ-

γος. Τα συμπτώματα που συνήθως οδηγούν σε διερεύνηση είναι ο εμετός σε *διαβητική γαστροπάρεση* (ΔΓ) και το επιγαστρικό άλγος σε *ιδιοπαθή γαστροπάρεση* (ΙΓ).



Εικόνα 1. Η σχέση μεταξύ γαστρικής κένωσης ενός ραδιοσημασμένου γεύματος (μωβ) και ασύρματης κάψουλας (πράσινο). α. αποτελέσματα από υγιή εθελοντή: η γαστρική κένωση ολοκληρώνεται στις 3 ώρες ενώ η κένωση της κάψουλας στις 4 ώρες (φυσιολογικά <5 ώρες). β. αποτελέσματα από ασθενή με γαστροπάρεση: στις 4 ώρες παραμένει 30% του γεύματος, ενώ η κένωση της κάψουλας συμβαίνει στις 5.5 ώρες.

βαινε μετά βαγοτομή σε συνδυασμό με γαστρική παροχέτευση ώστε να διορθωθεί ανθεκτική ή επιπλακείσα ελκωτική νόσος. Με την εφαρμογή των λαπαροσκοπικών τεχνικών η γαστροπάρεση έγινε επιπλοκή της *θολοπλαστικής* (πιθανόν από βλάβη του πνευμονογαστρικού) και των *βαριατρικών χειρουργείων* (γαστροπλαστικής και γαστρικής παράκαμψης). Ο ακριβής μηχανισμός γαστροπάρεσης στην αντιπαλινδρομική επέμβαση δεν έχει αποσαφηνιστεί στη βιβλιογραφία. Ενώ συμπτώματα που θυμίζουν στάση περιγράφονται εξαιρετικά συχνά στους πρώτους 3 μήνες μετά την θολοπλαστική, παραμένουν σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών και ένα έτος μετά την επέμβαση. Πάντως σε ασθενείς που μελετήθηκαν για περισσότερο από 1 έτος μετά θολοπλαστική βρέθηκε ότι η καθυστερημένη γαστρική κένωση συσχετίστηκε και με προεγχειρητικά καθυστερημένη γαστρική κένωση.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το *σπινθηρογράφημα γαστρικής κένωσης*, ο *έλεγχος με ασύρματη ενδοσκοπική κάψουλα κινητικότητας* και το *τεστ αναπνοής* αποτελούν τις 3 διαγνωστικές εξετάσεις που θα μπορούσαν αντικειμενικά να αποδείξουν καθυστερημένη γαστρική κένωση. Όσοι υποβάλλονται στις ανωτέρω εξετάσεις θα πρέπει να διακόψουν τυχόν φάρμακα που επηρεάζουν την κινητικότητα του στομάχου ενώ οι διαβητικοί, καλό είναι, να έχουν φυσιολογικές τιμές σακχάρου την περίοδο της δοκιμασίας.

Το *σπινθηρογράφημα* που χρησιμοποιεί στερεό γεύμα αποτελεί το «gold standard» στη διερεύνηση της γαστροπάρεσης αφού ποσοτικοποιεί την κένωση φυσιολογικού θερμιδικού γεύματος. Επιπλέον,

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΓΑΣΤΡΟΠΑΡΕΣΗ: ΦΑΣΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ



Ο συνδυασμός βαγοτομής, άπω γαστρεκτομής και Roux-en-Y γαστρονστιδοστομίας προδιαθέτει σε καθυστερημένη διάβαση στην απονευρωμένη απιούσα έλικα Roux, παρενέργεια που εξαρτάται από το μήκος της έλικας (συνήθως 25 εκ. είναι ιδανικά για να αποφευχθεί στάση).

Ιατρογενείς λόγοι γαστροπάρεσης είναι η χορήγηση φαρμάκων όπως ναρκωτικών αναλγητικών, αντιχολινεργικών, αντιδιαβητικών (εξενατίδη), και κυκλοσπορίνης, γι'αυτό και πριν οριστικοποιηθεί η διάγνωση καλό θα ήταν να γίνει προσπάθεια διακοπής των φαρμάκων αυτών. Άλλες αιτίες γαστροπάρεσης είναι η *μεσεντερική ισχαιμία* (δυσνητικά αναστρέψιμη), ασθένειες που προσβάλλουν το νευρικό σύστημα (*παρκινσονισμός, αμυλοείδωση και παρανεοπλασματικά σημεία*), ή νοσήματα που προσβάλλουν ή διηθούν το μυϊκό τοίχωμα του στομάχου (*σκληρόδερμα*).

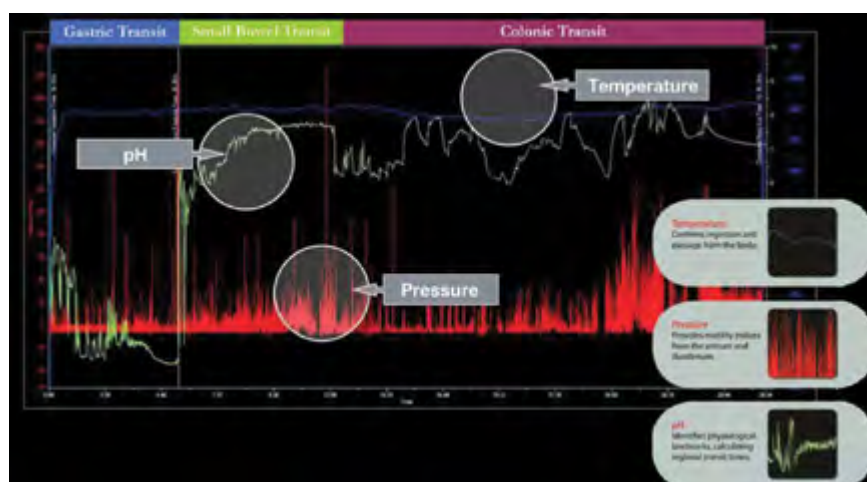


Εικόνα 2. Η κάψουλα κινητικότητας smartpill

αποτελεί και την πιο διαδεδομένη εξέταση αφού ουσιαστικά μπορεί να γίνει σε κάθε κέντρο που εκτελεί σπινθηρογράφημα. Η μέτρηση κένωσης υγρού γεύματος προσθέτει ευαισθησία στην εξέταση αλλά δεν έχει βρεθεί ότι προβλέπει την απάντηση στην τυχόν θεραπεία. Ο συνδυασμός μέτρησης κένωσης στερεού και υγρού γεύματος έχει μεγάλη αξία σε μετεχειρητική γαστροπάρεση, όπου η συμπτωματολογία μπορεί να οφείλεται στη βραδεία διάβαση των στερεών και την ταχεία διάβαση των υγρών. Η πιο αξιόπιστη παράμετρος μελέτης είναι η γαστρική κένωση στις 4 ώρες ενώ μετρήσεις σε μικρότερα διαστήματα ή με υγρό γεύμα μόνο έχουν μικρότερη ευαισθησία.

Η **ασύρματη κάψουλα κινητικότητας** μετρά τη γαστρική κένωση από το χρόνο που παραμένει στο όξινο πε-

καταδεικνύει ότι ο χρόνος που προκύπτει από την εξέταση με την κάψουλα αντιπροσωπεύει το χρόνο κοντά στην κένωση του στομάχου από το στερεό γεύμα. Η εξέταση πραγματοποιείται εύκολα σε κλινικές ή ιδιωτικά ιατρεία και σε συνθήκες φυσιολογικής δραστηριότητας του ασθενή χωρίς την ανάγκη έκθεσης σε ακτινοβολία. Πλεονέκτημα της μεθόδου αποτελεί και η δυνατότητα μέτρησης του χρόνου διόδου και της κινητικότητας όλου του πεπτικού συστήματος σε μία μόνο μελέτη, αντικαθιστώντας και το σπινθηρογράφημα και την εξέταση με ακτινοσκοπούς δείκτες. Έχει πάρει έγκριση από το FDA για την διερεύνηση των διαταραχών κινητικότητας του πεπτικού. Στην Ελλάδα δεν έχει κινηθεί ακόμη η διαδικασία εμπορικής κυκλοφορίας της.



Εικόνα 3. Πλεονεκτήματα κάψουλας κινητικότητας: μετρά πίεση, θερμοκρασία και pH, επιτρέποντας τη μελέτη και της λειτουργίας και της κινητικότητας του πεπτικού.

ριβάλλον του στομάχου και την απότομη αύξηση του καταγραφόμενου pH που σηματοδοτεί την είσοδο της κάψουλας στο αλκαλικό περιεχόμενο του 12δακτύλου. Ο χρόνος παραμονής της κάψουλας έχει μεγάλη συσχέτιση (85%) με το T90% της γαστρικής κένωσης από το σπινθηρογράφημα (ο χρόνος όπου μόνο 10% του γεύματος έχει παραμείνει στο στομάχο). Αυτό

Η **εξέταση αναπνοής** μετράει το $^{13}\text{CO}_2$ που απελευθερώνεται στην αναπνοή μετά από κατανάλωση γεύματος σημασμένου με ^{13}C -οκτανοϊκό οξύ. Το ^{13}C -οκτανοϊκό οξύ απορροφάται στο λεπτό έντερο και μεταβολίζεται σε $^{13}\text{CO}_2$. Προσφέρει αποτελέσματα που συγκρίνονται ικανοποιητικά με αυτά του σπινθηρογραφήματος με καλή επαναληψιμότητα.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι **έμετοι** της γαστροπάρεσης πολλές φορές είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωσθούν από την παλινδρόμηση που παρατηρείται στη **ΓΟΠΝ** ή το **σύνδρομο μη-ρυκασμού**. Παραπλήσια εικόνα επίσης παρατηρείται σε **ελικοβακτηριδιακή λοίμωξη** ή στο **πεπτικό έλκος**. Η **λειτουργική δυσπεψία** και η **γαστροπάρεση** θεωρούνται τα δύο άκρα του ίδιου φάσματος γαστρικών νευρομυϊκών διαταραχών. Δυσκολία διαχωρισμού

υπάρχει και με τις διαταραχές σίτισης όπως την **νευρογενή ανορεξία** και την **βουλιμία**. Η απώλεια βάρους που παρατηρείται σε νευρογενή ανορεξία μπορεί να προκαλέσει καθυστέρηση της γαστρικής κένωσης που βελτιώνεται με τη διατήρηση του φυσιολογικού βάρους. Το **σύνδρομο κυκλικών εμέτων** έχει χαρακτηριστικό ότι περιλαμβάνει και διαστήματα χωρίς συμπτωματολογία.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Διατροφική υποστήριξη

Βασική σημασία στη γαστροπάρεση έχει η **διατροφική υποστήριξη** και η επιλογή του είδους της υποστήριξης (εκ του στόματος, εντερική ή παρεντερική διατροφή). Σε ήπια συμπτωματολογία ο στόχος είναι η διατήρηση σίτισης εκ του στόματος (μικρά γεύματα χαμηλής θερμιδικής αξίας και χωρίς φυτικές ίνες). Επειδή η δίοδος των υγρών συνήθως παραμένει φυσιολογική, διατροφή με θερμιδικά υγρά γεύματα ή πολτοποιήση των στερεών θα μπορούσε να βοηθήσει, αν και αποτελεί τακτική που δεν έχει αποδειχθεί από μελέτες. Ένας εύκολος μνημονικός κανόνας είναι να πολλαπλασιάζεται το βάρος του ασθενούς σε κιλά επί 25 Kcal ώστε να υπολογίζεται το σύνολο των απαιτούμενων θερμίδων πρόσληψης. Φτωχή ανταπόκριση σε υγρά δίαιτα είναι δείκτης κακής ανταπόκρισης στη διατροφή εκ του στόματος.

Η εντερική διατροφή έχει θέση στις περιπτώσεις όπου δεν είναι δυνατή η διατήρηση της δίαιτας εκ του στόματος. Συνήθως χρησιμοποιείται σωλήνας νησιδοστομίας που παρακάμπτει τον προσβεβλημένο στομάχο αν και είναι δυνατό η γαστροπάρεση να συνδυάζεται

με προσβολή και του λεπτού εντέρου οπότε η τακτική αυτή να μην έχει το προσδοκώμενο όφελος. Πριν την εφαρμογή διατροφής από νησιδικό καθετήρα, έχουν προηγηθεί μελέτες κινητικότητας του λεπτού εντέρου με μανομετρία και σπινθηρογράφημα ώστε να διαπιστωθεί εάν το λεπτό έντερο έχει φυσιολογική λειτουργία και να εξασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα της παράκαμψης του στομάχου.

Φαρμακευτική θεραπεία

Η **μετοκλοπραμίδη** είναι φάρμακο αποδεκτό για την αντιμετώπιση της γαστροπάρεσης από το FDA για διάστημα μικρότερο από 12 εβδομάδες. Μεγαλύτερα διαστήματα χορήγησης είναι αποδεκτά σε ασθενείς που ωφελούνται πραγματικά από το φάρμακο ώστε ο κίνδυνος από τη χρόνια χορήγηση του να είναι μικρότερος από το όφελος του ασθενούς. Η **δομπεριδόνη** έχει παρόμοια δράση με τη μετοκλοπραμίδη και είναι εξίσου αποτελεσματική με λιγότερες παρενέργειες από το ΚΝΣ. Η **ερυθρομυκίνη** είναι αποτελεσματική όταν δίδεται σε δοσολογία 3 mg/kg κάθε 8 ώρες (ενδοφλεβίως σε 45 λεπτά) ενώ μπορεί να χορηγηθεί και από το στόμα. Η αποτελεσματικότητα της μειώνεται μετά



από 4 εβδομάδες χορήγησης αν και μερικοί ασθενείς μπορεί να συνεχίσουν να ωφελούνται και πέραν του μηνός.

Εκτός των προκινητικών, συμπτωματική ανακούφιση της ναυτίας, του πόνου και των εμέτων στη γαστροπάρεση προσφέρουν οι *φαινοθειαζίνες* και τα *αντισταμινικά* (συμπεριλαμβανομένης της προμεθαζίνης), ενώ δεν υπάρχουν μελέτες για τυχόν ανωτερότητα της *ονδανσετρόνης* σε σχέση με τη μετοκλοπραμίδη. Τα **τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά** μπορούν να αποδειχθούν χρήσιμα στον έλεγχο της ανθεκτικής ναυτίας, των εμέτων και του πόνου ωστόσο **η αμιτρυπιλίνη** λόγω αντιχολινεργικής δράσης μπορεί να επιδεινώνει τη γαστρική κένωση. Τα *τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά* και οι *εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης* είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στο διαβήτη βελτιώνοντας με αυτόν τον τρόπο τον έλεγχο του σακχάρου και τα συμπτώματά. Ενώ, όπως έχει αναφερθεί, **τα οπιοειδή** πρέπει να αποφεύγονται, έχει βρεθεί ότι φάρμακα όπως η *τραμαδόλη* μπορεί να χρησιμοποιηθούν στην αντιμετώπιση του άλγους της γαστροπάρεσης χωρίς όμως να έχει μελετηθεί διεξοδικά η επίδραση που έχει στη γαστρική κένωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Hasler WL. Gastroparesis: pathogenesis, diagnosis and management. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2011;19;8(8):438-53.
2. Cherian D, Parkman HP. Nausea and vomiting in diabetic and idiopathic gastroparesis. Neurogastroenterol Motil 2012;24:217-103.
3. Cherian D, Sachdeva P, Fisher RS et al. Abdominal pain is a frequent symptom of gastroparesis. Clin Gastroenterol Hepatol 2010;8:676-81.
4. Stein B, Everhart KK, Lacy BE. Treatment of functional dyspepsia and gastroparesis. Curr Treat Options Gastroenterol 2014;Aug 30 (Epub ahead of print).
5. Bharucha AE, Kudva Y, Basu A et al. Relationship between gly-

Εναλλακτικές θεραπείες

Μεταξύ των εναλλακτικών θεραπειών ο *βελονισμός* αποτελεί τη μέθοδο που έχει μελετηθεί περισσότερο στη ναυτία και τον έμετο με μελέτες να αναφέρουν βελτίωση έως και 94%.

Χειρουργική θεραπεία

Σε ασθενείς με σημαντικό πρόβλημα κινητικότητας η χειρουργική *γαστροστομία παροχέτευσης* με ή χωρίς νησιδοστομία σίτισης μείωσε τις παραπομπές στο νοσοκομείο ένα έτος μετά την τοποθέτηση. Τα αποτελέσματα ενδοσκοπικής γαστροστομίας ή νησιδοστομίας δεν έχουν μελετηθεί αρκετά. Χειρουργικές τεχνικές αντιμετώπισης που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς είναι η *γαστρονησιδοστομία*, η *μυοτομή του πυλωρού* και η *υφολική γαστρεκτομή*. Υφολική γαστρεκτομή έχει εφαρμοστεί με επιτυχία σε περιπτώσεις γαστροπάρεσης μετά από χειρουργείο ελκωτικής νόσου αλλά τα αποτελέσματα της σε ακέραιο στόμαχο δεν ήταν τα επιθυμητά. *Υφολική γαστρεκτομή με Roux-Y* έχει εφαρμοστεί σε δευτεροπαθή μετεχειρητική γαστρική ατονία.

- cemic control and gastric emptying in poorly controlled type 2 diabetes. Clin Gastroenterol Hepatol 2014;Jul 17(Epub ahead of print).
6. Deli G, Bosnyak E, Pusch G et al. Diabetic neuropathies: diagnosis and management. Neuroendocrinology 2013;98(4):267-80.
7. Borrazzo EC. Surgical management of gastroparesis: gastrotomy/jejunostomy tubes, gastrectomy, pyloroplasty, gastric electrical stimulation. J Gastrointest Surg 2013;17(9):1559-61.
8. Camilleri M, Parkman HP, Shafi MA et al. Clinical Guideline: management of gastroparesis. Am J Gastroenterol 2013;108:18-37.
9. Saad RJ, Hasler WL. A technical review and clinical assessment of the wireless motility capsule. Gastroenterol Hepatol 2011;7(12):795-804.

ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΒΑΣΕΙ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΚΑΙ 24ΩΡΗΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΧΑΜΕΤΡΙΑΣ/ΕΜΠΕΔΗΣΗΣ

Παντελής Ουσταμανωλάκης - Αγγελική Θεοδωροπούλου, Γαστρεντερολόγοι

ΜΕΡΟΣ 1^ο: ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Η διαταραχή της φυσιολογικής φαρυγγικής και οισοφαγικής κινητικότητας αποτελεί συχνή αιτία συμπτωμάτων, όπως δυσφαγία, θωρακικός πόνος και συμπτώματα που σχετίζονται με γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο. Η κινητικότητα του οισοφάγου μπορεί να αξιολογηθεί με διάφορες μεθόδους, όπως οισοφαγογράφημα, σπινθηρογράφημα και τελευταία μελέτη με αντιστασιομετρία (εμπέδωση). Η εξέταση αναφοράς παραμένει ωστόσο, η μανομετρία οισοφάγου, η οποία αποτελεί την πιο άμεση μέθοδο ελέγχου της οισοφαγικής κινητικότητας. Επιπλέον, μόνον η μανομετρία μπορεί να αξιολογήσει την ένταση της πίεσης του οισοφάγου.

Τα τελευταία χρόνια η τεχνολογική εξέλιξη έχει εμπλουτίσει τη μανομετρία με εξελιγμένα μανόμετρα, λογισμικό και καθετήρες που επιτρέπουν την υψηλή ανάλυση της κινητικότητας του οισοφάγου σε δισδιάστατη ή και τρισδιάστατη απεικόνιση, με πολύ μεγαλύτερη λεπτομέρεια και σαφώς υψηλότερη διαγνωστική ακρίβεια (εικόνα 1). Η διενέργεια τεχνικώς επαρκών μανομετρικών καταγραφών καθώς και η ανάλυση των ευρημάτων απαιτεί ειδική εκπαίδευση και επαρκές θεωρητικό και τεχνολογικό υπόβαθρο.

Ωστόσο, παρά την τεχνολογική εξέλιξη, οι κλινικές ενδείξεις διενέργειας μανομετρίας οισοφάγου παραμένουν αναλλοίωτες. Γενικά, οισοφαγική μανομετρία ενδείκνυται σε ασθενείς με συμπτώματα και κλινικοεργαστηριακό έλεγχο (ενδοσκόπηση ή/και οισοφαγογράφημα) που υποδηλώνουν κινητική διαταραχή. Η μανομετρία δεν αποτελεί εξέταση πρώτης γραμμής και θα πρέπει να διενεργείται σε περιπτώσεις αδυναμίας διάγνωσης από το ιστορικό, το οισοφαγογράφημα και τη γαστροσκόπηση.

Η πιο ισχυρή ένδειξη για μανομετρία οισοφάγου είναι η δυσφαγία (δυσκαταποσία) σε στερεά ή/και υγρά, χαμηλή (στην κατώτερη στερνική περιοχή) ή υψηλή (στον τράχηλο). Η δυσφαγία που οφείλεται σε κινητική διαταραχή είναι συνήθως διαλείπουσα, ποικίλης έντασης και συχνότητας, εμφανίζεται τόσο σε λήψη στερεών τροφών, όσο και υγρών, ωστόσο είναι εντονότερη στα στερεά. Υπάρχει ισχυρή ένδειξη για μανομετρία οισοφάγου σε ασθενείς με

φυσιολογική γαστροσκόπηση και σταθερή δυσφαγία σε στερεά, συνήθως με αναγωγές τροφής, απώλεια βάρους ή και σημαντική επιδείνωση της καθημερινότητάς τους. Τότε, υπάρχει υψηλή πιθανότητα ανεύρεσης κινητικής διαταραχής οισοφάγου, όπως αχαλασία ή διάχυτο οισοφαγικό σπασμό. Θα πρέπει να σημειωθεί η περίπτωση της οδυνοφαγίας: η οδυνοφαγία επισήμως, ως κλινικό σύμπτωμα δεν αποτελεί ένδειξη διενέργειας μανομετρίας οισοφάγου. Ωστόσο, δεδομένης της ισχυρής αλληλοεπικάλυψης του συμπτώματος με τη δυσφαγία, αλλά και δεδομένης της συχνής αδυναμίας των ασθενών να περιγράψουν σωστά τα δύο συμπτώματα (καθώς η οδυνοφαγία συχνά ακολουθεί τη δυσφαγία), προτείνεται η διενέργεια μανομετρίας σε ασθενείς με οδυνοφαγία, που δε μπορεί να αποδοθεί σε συγκεκριμένη αιτία.

Το οπισθοστερνικό άλγος μη καρδιακής αιτιολογίας αποτελεί άλλη συχνή ένδειξη μανομετρίας οισοφάγου. Ωστόσο, η διαγνωστική ακρίβεια παραμένει σχετικά χαμηλή, ειδικά επί απουσίας δυσφαγίας. Γενικά, η αχαλασία και ο διάχυτος οισοφαγικός σπασμός αποτελούν το αίτιο του θωρακικού πόνου χωρίς δυσφαγία, σε ποσοστό μόνο 5% των ασθενών.

Η γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ) αποτελεί περιορισμένη ένδειξη για οισοφαγική μανομετρία. Γενικά, δεν υπάρχουν συγκεκριμένα διαγνωστικά ευρήματα σε ασθενείς με ΓΟΠΝ που υποβάλλονται σε μανομετρία οισοφάγου. Η ΓΟΠΝ μπορεί να ευθύνεται για πληθώρα μη ειδικών κινητικών διαταραχών που ανευρίσκονται στη μανομετρία, αλλά καμία από αυτές δεν αποτελεί παθολογικό εύρημα στο οποίο να στηρίζεται η διάγνωση της ΓΟΠΝ. Ωστόσο, η μανομετρία είναι χρήσιμη στον καθορισμό της θέσης του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ), για χρήση στην τοποθέτηση του καθετήρα μέτρησης του pH, για τη διενέργεια 24ωρης φορητής πεχαμετρίας. Μανομετρία οισοφάγου διενεργείται επίσης ως προεγχειρητικός έλεγχος, προ της διενέργειας αντιπαλινδρομικής επέμβασης, προς αποκλεισμό κινητικών διαταραχών του οισοφάγου, που μπορεί να συνυπάρχουν με γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο και θα μπορούσαν

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΒΑΣΕΙ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΚΑΙ 24ΩΡΗΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΧΑΜΕΤΡΙΑΣ/ΕΜΠΕΔΗΣΗΣ

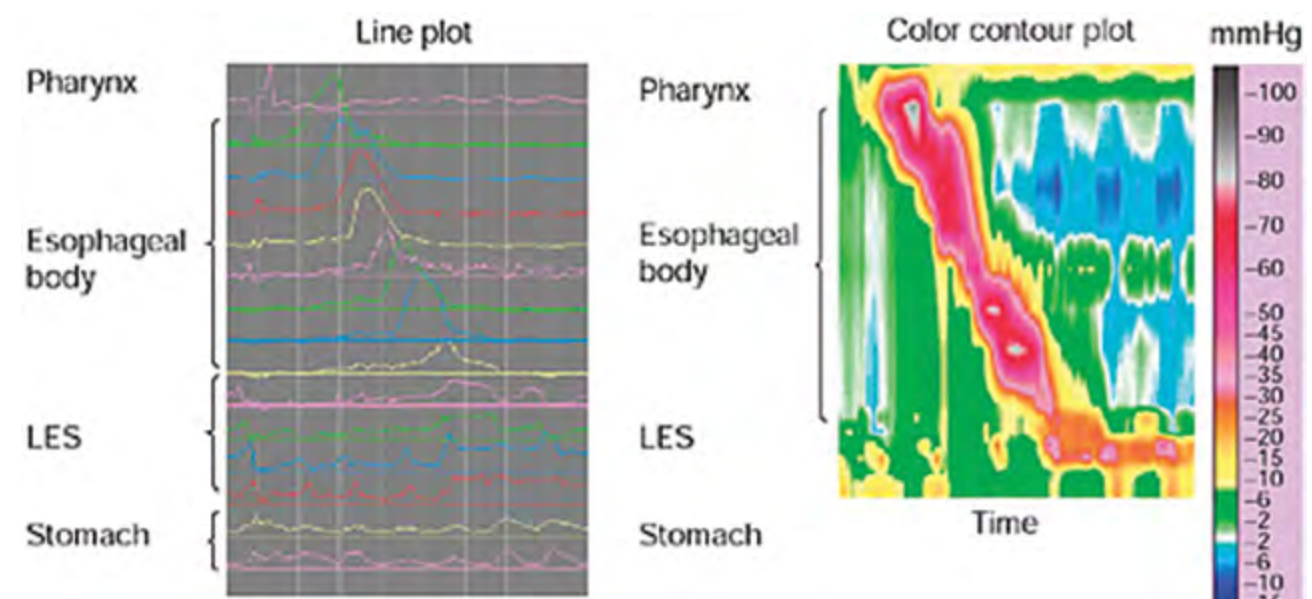


να θέσουν σε κίνδυνο την επιτυχία της επέμβασης. Πάντως προεγχειρητική μανομετρία οισοφάγου δεν μπορεί να προταθεί επισήμως ως εξέταση ρουτίνας, σε ασθενείς με σαφώς καθορισμένη ΓΟΠΝ.

Η μανομετρία οισοφάγου έχει επίσης ένδειξη σε ασθενείς όπου πιθανολογείται κινητική διαταραχή και συνυπάρχουν νοσήματα, όπου αποδεδειγμένα προσβάλλεται η οισοφαγική κινητικότητα, όπως το σκληρόδερμα. Επιπροσθέτως, η μανομετρία οισοφάγου περιλαμβάνεται στο μετεγχειρητικό έλεγχο, για εκτίμηση του αποτελέσματος μετά από χειρουργική ή ενδοσκοπική μυστομή, ή ενδοσκοπική διαστολή ή αεροδιαστολή του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, καθώς και σε ασθενείς που έχουν

(οισοφαγογράφημα/βαριούχο γεύμα, ΥΤ) που έγινε για οποιοδήποτε λόγο.

Στη βάση της εξέλιξης της μανομετρίας σε μανομετρία υψηλής ανάλυσης, θα πρέπει να αναφερθεί ο ρόλος της στην αξιολόγηση ασθενών με συμπτώματα που υποδηλώνουν κινητική διαταραχή του ανώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΑΟΣ), όπως υψηλή δυσφαγία, πλήρη αδυναμία εισόδου του βλωμού στον οισοφάγο και υποτροπιάζουσες εισροφές τροφής στους πνεύμονες. Οι διαταραχές κινητικότητας του φάρυγγα περιλαμβάνουν διαταραχές είτε αμιγώς του φάρυγγα, είτε του ΑΟΣ. Η κινητικότητα των φαρυγγικών μυών ελέγχεται με βιντεοακτινοσκόπηση υψηλής ταχύτητας, ενώ η μανομετρία



Εικόνα 1. Παράδειγμα φυσιολογικής κινητικότητας οισοφάγου μετά από κατάποση νερού, που απεικονίζεται ως συμβατική καταγραφή (αριστερά) και καταγραφή υψηλής ανάλυσης (δεξιά).

υποβληθεί σε αντιπαλινδρομική επέμβαση και εμφανίζουν δυσφαγία μετεγχειρητικά. Σημειώνεται ότι στην περίπτωση του μετεγχειρητικού ελέγχου, συνιστάται η συσχέτιση της μανομετρίας με οισοφαγογράφημα και μέτρηση του χρόνου κένωσης του οισοφάγου από το σκιαγραφικό υγρό. Η μανομετρία οισοφάγου ενδείκνυται επίσης στη διερεύνηση ασθενών με διάταση οισοφάγου ή διαταραχές κινητικότητας αυτού, σε απεικονιστικό έλεγχο

του ΑΟΣ είναι χρήσιμη για τον έλεγχο της κινητικότητας αμιγώς του ΑΟΣ. Η αξιολόγηση του ΑΟΣ προστέθηκε σαν ένδειξη μανομετρίας με την εμφάνιση της μανομετρίας υψηλής ανάλυσης- και ειδικά της μανομετρίας ξηράς κατάστασης (solid state)- οπότε και κατέστη δυνατή η ταχύτατη καταγραφή των κινήσεων του ΑΟΣ, οι οποίες είναι πολύ γρήγορες και η συμβατική μανομετρία αποτύγχανε να τις ακολουθήσει χωρίς διαφορά φάσης.



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΒΑΣΕΙ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΚΑΙ 24ΩΡΗΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΧΑΜΕΤΡΙΑΣ/ΕΜΠΕΔΗΣΗΣ

Τέλος, σκόπιμη κρίνεται η παράθεση και των αντενδείξεων διενέργειας μανομετρίας οισοφάγου, καθώς, ενώ είναι εξέταση σχετικώς άνετη και ανώδυνη, όταν γίνεται σε ακατάλληλους ασθενείς μπορεί να αποβεί ιδιαιτέρως επώδυνη και επικίνδυνη. Μανομετρία οισοφάγου δε θα πρέπει να διενεργείται:

- Σε ασθενείς με μειωμένο ή μηδενικό επίπεδο συνείδησης.

ΜΕΡΟΣ 2ο: 24-ΩΡΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΧΑΜΕΤΡΙΑ / ΕΜΠΕΔΗΣΗ

Η ΓΟΠΝ είναι από τις συχνότερες παθήσεις του πεπτικού συστήματος, με σημαντική επίπτωση στην ποιότητα ζωής και σημαντική επιδείνωση της καθημερινότητας των ανθρώπων που πάσχουν από αυτή. Από το 1946, όπου περιγράφηκε για πρώτη φορά η διαβρωτική οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση, το οπλοστάσιο της γαστρεντερολογίας έχει εμπλουτισθεί με νέες τεχνολογίες για τη διερεύνηση ασθενών που πάσχουν από τυπικά ή άτυπα συμπτώματα ΓΟΠΝ, επί απουσίας αλλοιώσεων στον οισοφαγικό βλεννογόνο, και βρίσκονται ή δε βρίσκονται σε θεραπεία καταστολής της έκκρισης οξέος.

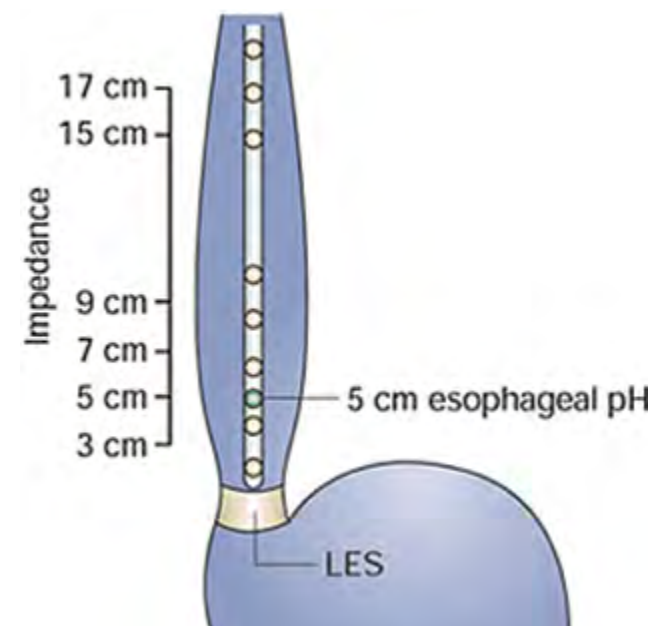
Η 24ωρη φορητή πεχαμετρία συνίσταται στη διαρινική τοποθέτηση στον αυλό του οισοφάγου, ενός καθετήρα ο οποίος φέρει στο περιφερικό άκρο του έναν αισθητήρα μέτρησης του pH. Η τοποθέτηση του καθετήρα γίνεται σε τέτοιο βάθος, ώστε το ηλεκτρόδιο μέτρησης να βρίσκεται συνήθως 5 εκατοστά κεντρικότερα του ΚΟΣ. Ο καθετήρας συνδέεται με μία φορητή καταγραφική συσκευή, η οποία καταγράφει ανά 5 δευτερόλεπτα και για 24 ώρες το pH στο σημείο του αισθητήρα. Ωστόσο, η αμιγής μέτρηση του pH έχει ορισμένους περιορισμούς: καταγράφοντας μόνο επεισόδια όπου το pH πέφτει κάτω από 4.0, δεν παρέχει πληροφορίες για τα ασθενώς όξινα επεισόδια παλινδρόμησης, όπου το pH βρίσκεται μεταξύ 4.0 και 7.0, ή για τα επεισόδια μη όξινης παλινδρόμησης, όπου το pH βρίσκεται πάνω από 7.0. Επιπλέον, δεδομένης της ευρείας χρήσης των κατασταλτικών του οξέος φαρμάκων, όπως οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (ΑΑΠ), και από μη γαστρεντερολόγους, καθίσταται περισσότερο εμφανής η

- Σε ασθενείς που αρνούνται την εξέταση ή αδυνατούν να κατανοήσουν και να ακολουθήσουν τις οδηγίες.
- Σε υποψία ή παρουσία απόφραξης του φάρυγγα ή του ανώτερου οισοφάγου (π.χ. όγκοι).
- Σε ασθενείς με σοβαρές διαταραχές πήξης.
- Σε ασθενείς με γνωστές διαταραχές του οισοφάγου, όπως έλκη, κισοί, εκκόλπωμα Zenker και στενώσεις.

αδυναμία διερεύνησης επεισοδίων παλινδρόμησης, σε ασθενείς υπό θεραπεία με τέτοια φάρμακα. Αυτό είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας της συμβατικής πεχαμετρίας στο διαχωρισμό των ασθενών, των οποίων τα ανθεκτικά συμπτώματα σχετίζονται με επεισόδια ασθενώς όξινης ή μη όξινης παλινδρόμησης, από τους ασθενείς των οποίων τα συμπτώματα δε σχετίζονται με κανένα τύπο παλινδρόμησης.

Το διαγνωστικό αυτό κενό έρχεται να καλύψει η προσθήκη στην πεχαμετρία μίας ακόμη διαγνωστικής παραμέτρου, της αντιστασιομετρίας ή αλλιώς εμπέδησης (impedance), μίας μεθόδου καταγραφής της ενδοοισοφαγικής κίνησης του βλωμού. Συνοπτικά, η μέθοδος στηρίζεται στη μέτρηση της αγωγιμότητας μεταξύ δύο παράπλευρων ηλεκτροδίων πάνω στον καθετήρα, από το περιεχόμενο που παρεμβάλλεται κάθε φορά μεταξύ τους: όταν αυτό είναι απλώς ο οισοφαγικός βλεννογόνο (δηλαδή δεν κινείται περιεχόμενο εντός του οισοφάγου), η αντίσταση βρίσκεται μεταξύ 2000 και 4000 ohm. Η ύπαρξη υγρού μεταξύ των ηλεκτροδίων μειώνει την αντίσταση απότομα, ενώ η ύπαρξη αέρα την αυξάνει απότομα σε επίπεδα άνω των 5000 ohm. Η ύπαρξη μεικτού τύπου περιεχομένου (αέρα-υγρού) αλλάζει την αντίσταση ανάλογα. Χρησιμοποιώντας τις διαδοχικές καταγραφές από γειτονικά ηλεκτρόδια, σε ύψη 3, 5, 7, 9, 15 και 17 εκ. άνωθεν του ΚΟΣ (εικόνα 2), έχουμε τη δυνατότητα να καταγράψουμε την ύπαρξη και να ταυτοποιήσουμε περιεχόμενο σε διαφορετικές θέσεις και χρονικές στιγμές, αλλά και να καταγράψουμε και την κατεύθυνση της πορείας του περιεχομένου αυτού (προς

τα κάτω ή προς τα πάνω, εντός του οισοφάγου) (εικόνα 3). Με το συνδυασμό πεχαμετρίας και εμπέδησης είναι δυνατή η ταξινόμηση των επεισοδίων παλινδρόμησης σε όξινα, ασθενώς όξινα ή μη όξινα (εικόνα 4), καθώς και ανάλογα με το περιεχόμενο του παλινδρομούντος περιεχομένου σε υγρά, αέρια ή μεικτά (εικόνα 5). Επίσης, με την ύπαρξη πολλαπλών καναλιών μέτρησης σε διαφορετικά ύψη από τον ΚΟΣ, είναι δυνατή η καταγραφή επεισοδίων παλινδρόμησης έως και στον ανώτερο οισοφάγο, ενώ για πρώτη φορά η ΓΟΠΝ «ποσοτικοποιείται» με την καταγραφή του πλήθους των επεισοδίων, του χρόνου παραμονής

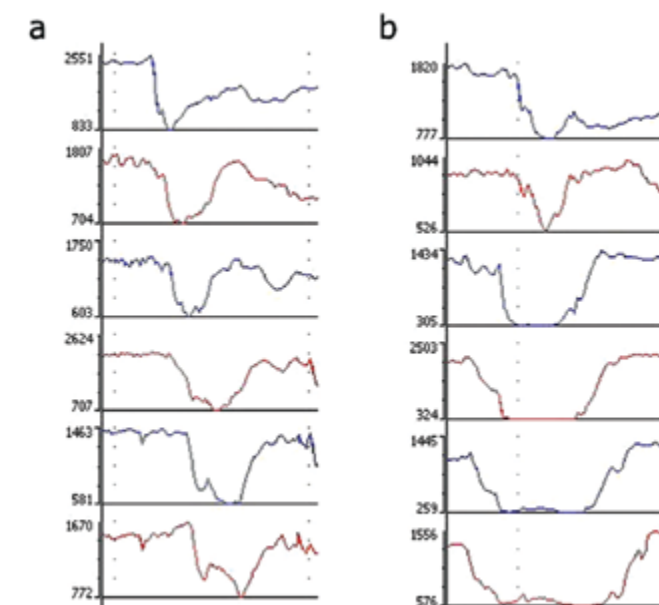


Εικόνα 2. Σχηματική αναπαράσταση καθετήρα 24ωρης φορητής πεχαμετρίας/εμπέδησης, με αισθητήρες pH (στα 5 εκ. άνωθεν του ΚΟΣ) και αντίστασης (στα 3, 5, 7, 9, 15, 17 εκ. άνωθεν του ΚΟΣ).

του βλωμού σε διάφορα επίπεδα του οισοφάγου και του χρόνου έκθεσης του οισοφάγου σε pH μικρότερο του 4.0. Με την προσθήκη της εμπέδησης στην πεχαμετρία, διαμορφώθηκαν τα τελευταία χρόνια ανάλογα και οι ενδείξεις διερεύνησης ασθενών με την εξέταση αυτή. Γενικά, 24ωρη πεχαμετρία/εμπέδηση διενεργείται σε κάθε ασθενή, στον οποίο θέλουμε για οποιοδήποτε λόγο να μελετή-

σουμε το αν πάσχει ή όχι από ΓΟΠΝ, πόσο «έντονη» είναι αυτή, τί τύπου είναι και – το κυριότερο- αν η παλινδρομική νόσος του είναι υπεύθυνη για τα συμπτώματά του, όποια κι αν είναι αυτά (τυπικά ή άτυπα). Κατά τη διάρκεια της 24ωρης καταγραφής, ο ασθενής καταγράφει ηλεκτρονικά και χειρόγραφα όλα τα συμπτώματα, τα οποία κατά την ανάλυση συσχετίζονται με επεισόδια παλινδρόμησης, βάσει διαφόρων δεικτών συσχέτισης (που εκφράζονται σε ποσοστό %).

Έτσι λοιπόν οι ασθενείς που θα πρέπει να υποβληθούν σε 24ωρη φορητή πεχαμετρία/εμπέδηση περιλαμβάνουν:



Εικόνα 3. Κατεύθυνση κίνησης οισοφαγικού περιεχομένου προς τα κάτω (ως επί κατάποσης, εικόνα α) και προς τα άνω (ως επί παλινδρόμησης, εικόνα β), όπως καταγράφεται με πολυκαναλικό καθετήρα εμπέδησης.

1. Ασθενείς με τυπικά συμπτώματα ΓΟΠΝ (οπισθοστερνικός καύσος) και φυσιολογική γαστροσκόπηση, που δεν ανταποκρίνονται (ή χάνουν την ανταπόκριση) σε θεραπεία με διπλή δόση αναστολέων αντλίας πρωτονίων, διάρκειας 4 εβδομάδων, με στόχο τη διαγνωστική τεκμηρίωση μη διαβρωτικής ΓΟΠΝ, υπερευσαίσθητου οισοφάγου ή λειτουργικού καύσου, και καθορισμό της



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΒΑΣΕΙ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΚΑΙ 24ΩΡΗΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΧΑΜΕΤΡΙΑΣ/ΕΜΠΕΔΗΣΗΣ

Νέα από την Τεχνολογία - Βιομηχανία

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΑ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος

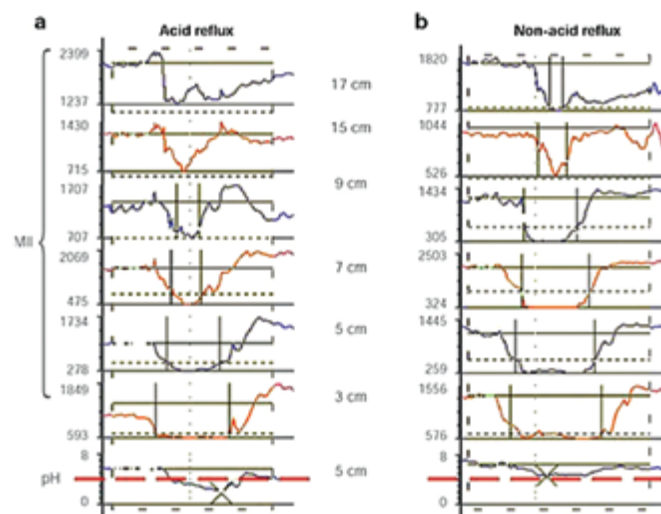


ανάλογης θεραπευτικής προσέγγισης.

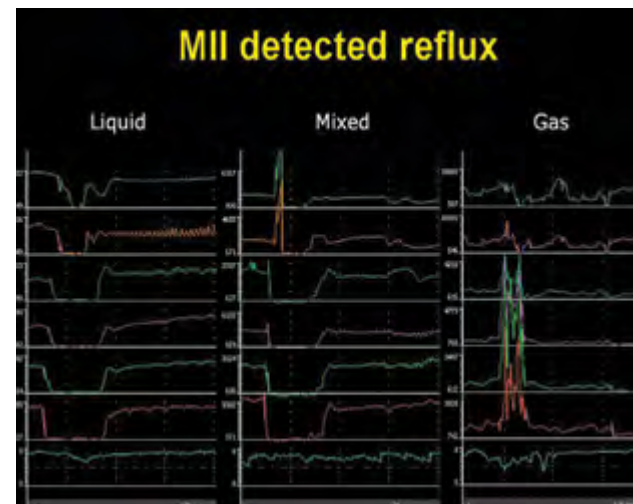
2. Ασθενείς με άτυπα συμπτώματα ΓΟΠΝ (οπισθοστερνικό άλγος, βήχας, αναγωγές, κλπ) και φυσιολογική γαστροσκόπηση, που δεν ανταποκρίνονται (ή χάνουν την ανταπόκριση) σε θεραπεία με διπλή δόση αναστολέων αντλίας πρωτονίων, διάρκειας 8 εβδομάδων.
3. Διερεύνηση συσχέτισης συμπτωματολογίας του ασθενούς με ΓΟΠΝ (όξινη, ασθενώς όξινη ή αλκαλική):

λουθηθούν συγκεκριμένες διαγνωστικές ενδείξεις και αλγόριθμοι για την κάθε υποομάδα ασθενών, οι οποίες βρίσκονται εκτός των ορίων της παρούσας ανάλυσης και μπορούν να αναζητηθούν στην τρέχουσα βιβλιογραφία. Γενικά θεωρείται ότι η πεχαμετρία/εμπέδηση είναι υψηλότερης διαγνωστικής αξίας όταν διενεργείται εκτός θεραπείας.

Οι αντενδείξεις της 24ωρης πεχαμετρίας/εμπέδησης είναι



Εικόνα 4. Επεισόδιο γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, υγρού περιεχομένου και όξινου pH (εικόνα a) ή μη όξινου pH (εικόνα b), όπως καταγράφεται με πολυκαναλικό καθετήρα εμπέδησης.



Εικόνα 5. Καταγραφές μεταβολής της αντίστασης, σε περιπτώσεις παλινδρόμησης υγρού, μεικτού ή αερίου περιεχομένου, εντός του οισοφάγου.

βήχας, οπισθοστερνικό άλγος, αίσθημα κόμπου στον τράχηλο, αίσθημα πνιγμονής στον τράχηλο, αίσθημα πόνου/ξηρότητας στον τράχηλο, φαρυγγίτιδα/λαρυγγίτιδα από ΩΡΛ εξέταση, που δε δύναται να αποδοθεί σε άλλη αιτιολογία.

4. Προεγχειρητικός έλεγχος, προ της διενέργειας αντιπαλινδρομικής επέμβασης (χειρουργικής ή ενδοσκοπικής).
5. Ασθενείς με εμμένουσα συμπτωματολογία ΓΟΠΝ (τυπική ή άτυπη), μετά από διενέργεια αντιπαλινδρομικής επέμβασης.

Αναφορικά με το ερώτημα διενέργειας της εξέτασης υπό θεραπεία με ΑΑΠ ή εκτός θεραπείας, θα πρέπει να ακο-

ίδιες με εκείνες της μανομετρίας οισοφάγου.

Συμπερασματικά, η επιλογή των ασθενών για 24ωρη φορητή πεχαμετρία/εμπέδηση θα πρέπει να γίνεται με προσοχή, γιατί είναι εξέταση που ο ασθενής τη θεωρεί ιδιαίτερα επίπονη, λόγω της μεγάλης διάρκειάς της, ενώ όσο ισχυρότερη είναι η ένδειξή της, τόσο αυξάνεται η διαγνωστική της ακρίβεια.

Η εξέλιξη των ενδοσκοπίων τα τελευταία χρόνια κατευθύνεται προς την πιο πρώιμη ανίχνευση προκαρκινικών καταστάσεων με χαρακτηριστικά παραδείγματα τον οισοφάγο Barrett και τα αδενώματα του παχέος εντέρου. Η τεχνολογική εξέλιξη στην εικόνα (HD τηλεοράσεις, φωτογραφικές μηχανές πολλών MPixel) δεν έχει αφήσει ανεπηρέαστη και την εικόνα που προσφέρουν τα σύγχρονα ενδοσκόπια.

Τα ενδοσκόπια με τα οποία οι περισσότεροί μας εκπαιδευτήκαμε και εργαζόμαστε, είναι κλασικού λευκού φωτισμού με standard ανάλυση 300.000 pixel. Τα HD ενδοσκόπια χρησιμοποιούν CCD chip με ανάλυση άνω του 1 MP. Επίσης οι 3 μεγαλύτερες εταιρείες παραγωγής ενδοσκοπίων εφαρμόζουν πλέον συστήματα εικονικής χρωμοενδοσκόπησης: Narrow-Band imaging ή NBI από την Olympus, Fujinon Intelligent Color Enhancement από τη Fujinon και I-Scan από την Pentax.

Το NBI είναι το πρώτο πρόγραμμα από τα τρία που εμφανίστηκε και αυτό με τις περισσότερες δημοσιεύσεις και εργασίες. Το NBI χρησιμοποιεί ένα οπτικό φίλτρο το οποίο επιτρέπει τη διέλευση μπλε και πράσινου φωτός μήκους κύματος 415 και 540 nm αντίστοιχα. Το μπλε φως καταδεικνύει τα επιφανειακά τριχοειδή, τα οποία εμφανίζονται καφέ, ενώ το πράσινο φως καταδεικνύει καλύτερα τα φλεβίδια που βρίσκονται κάτω από το επιθήλιο τα οποία εμφανίζονται γαλάζια.

Τα FICE και I-Scan από την άλλη πλευρά χρησιμοποιούν ηλεκτρονική επεξεργασία του σήματος που λαμβάνουν από το ενδοσκόπιο. Στο FICE το σήμα το οποίο στέλνει το ενδοσκόπιο, αναλύεται από επεξεργαστή και τελικά παρουσιάζεται στην οθόνη ένα σήμα RGB με επιλεγμένα μήκη κύματος. Υπάρχουν αρκετές προεπιλογές του κατασκευαστή, ωστόσο ο ενδοσκόπος μπορεί να επιλέξει τις δικές του ρυθμίσεις δημιουργώντας έτσι χιλιάδες συνδυασμούς. Στην πράξη βέβαια αυτό δεν εφαρμόζεται, ενώ ακόμη και οι 10 προεπιλογές είναι πολλές και στο τέλος ο ενδοσκόπος καταλήγει σε 2-3.

Το I-Scan εφαρμόζει ψηφιακή επεξεργασία της εικόνας με βελτίωση του contrast, της οξύτητας (sharpening) και του τόνου (tone) της εικόνας. Με αυτό τον τρόπο αναδεικνύονται καλύτερα οι λεπτεμέρειες της αγγείωσης, της μορφολογίας του βλεννογόνου, του pit pattern των πολυπόδων κλπ.

Συγκρίνοντας τα SD ενδοσκόπια με τα HD είναι σαν να συγκρίνουμε την πρώτη έγχρωμη τηλεόραση που είχαμε στο σπίτι μας με μια Full HD που προβάλλει μια ταινία σε υψηλή ανάλυση. Ωστόσο πέρα από τη σαφώς πιο εντυπωσιακή εικόνα, αυτό το πλεονέκτημα μεταφράζεται σε βελτιωμένη διάγνωση;

Οι μελέτες που συγκρίνουν τα SD - HD ενδοσκόπια στην ανίχνευση πολυπόδων παχέος εντέρου (ADR) δείχνουν μια μικρή βελτίωση στην ανίχνευση μικρών αδενωμάτων < 1εκ. Κάποιες διαφορές εξηγούνται από το υψηλότερο ποσοστό ανίχνευσης υπερπλαστικών πολυπόδων.

Στη σύγκριση HD - NBI οι μελέτες των Rex και Kaltenbach δεν δείχνουν καμία διαφορά, ενώ αυτή του Ilioue εμφανίζει βελτιωμένα ποσοστά ανίχνευσης πολυπόδων με NBI σε υποκατηγορίες ασθενών. Μελέτες που συγκρίνουν ADR από SD - HD ενδοσκόπια έναντι FICE ή I-Scan έδειξαν μικρή ή καμία διαφορά.

Σε ό,τι αφορά την διάκριση μεταξύ αδενωματοειδών και υπερπλαστικών πολυπόδων, υπάρχει σαφής διαφοροποίηση με σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα από τις τεχνικές εικονικής χρωμοενδοσκόπησης. Η βελτιωμένη δυνατότητα των μεθόδων εικονικής χρωμοενδοσκόπησης στη διάκριση νεοπλασματικού και μη ιστού παρατηρείται και στον οισοφάγο Barrett με ευαισθησία που ξεπερνάει το 90% και συγκρίσιμη προς αυτήν της χρωμοενδοσκόπησης με οξικό οξύ.

Είναι σαφές ότι τα νεώτερα ενδοσκόπια προσφέρουν σαφώς καλύτερη εικόνα. Οι τεχνικές εικονικής χρωμοενδοσκόπησης όμως δεν φαίνεται να αυξάνουν το ποσοστό ανεύρεσης πολυπόδων (ADR). Ωστόσο βοηθούν στη διάκριση μεταξύ αδενωματοειδών - νεοπλασματικών και μη βλαβών σε παχύ έντερο και οισοφάγο. Με τα μέχρι σήμερα στοιχεία φαίνεται ότι η υψηλή τεχνολογία δεν μπορεί να υποκαταστήσει την άσπογη προετοιμασία του παχέος εντέρου και την προσεκτική και επαρκή παρατήρηση (χρόνος απόσυρσης ενδοσκοπίου) του βλεννογόνου.

Εν κατακλείδι, τα HD ενδοσκόπια και οι νεώτερες εφαρμογές τους είναι σαν τις Full HD τηλεοράσεις. Αυτές θέλουμε για το σαλόνι μας, ασχέτως της τιμής τους και του αν γνωρίζουμε ή μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε όλες τις δυνατότητές τους.



Η γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

Ιωάννης Αναστασίου

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

Εφαρμογή smartphone για την προετοιμασία της κολονοσκόπησης.



Αρκετές φορές ερχόμαστε αντιμέτωποι με κακές ως μέτριες εντερικές προετοιμασίες και ασθενείς οι οποίοι ορκίζονται ότι έλαβαν την προετοιμασία ακριβώς όπως τους υποδείξαμε. Ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Stanford, υπόσχονται λύση στο πρόβλημα χάριν στην πρωτοποριακή εφαρμογή που ανέπτυξαν για το iPhone.

Η εφαρμογή αυτή περιλαμβάνει φωνητικές υπενθυμίσεις και οδηγίες, ειδικό μενού με εικόνες και γραφήματα και κυρίως ένα ειδικά διαμορφωμένο check-list που πρέπει να τηρηθεί κατά τη λήψη της προετοιμασί-

ας. Έχει προβλεφθεί και η παράθεση link για τη μεταφορά από και προς το νοσοκομείο καθώς και γραμμή επικοινωνίας για την επίλυση προβλημάτων.

Στη συνέχεια ερευνητές από το πανεπιστήμιο της Αριζόνα ανέπτυξαν αντίστοιχη εφαρμογή, κατά την οποία ο χρήστης εισάγει την ημερομηνία και ώρα της κολονοσκόπησης. Κατόπιν η εφαρμογή αναλαμβάνει με ηχητικές υπενθυμίσεις και εικόνες να υπενθυμίζει τα βήματα της προετοιμασίας. Ακολούθως διεξήγαγαν κλινική μελέτη σε 2 στάδια. Στο πρώτο στάδιο δε χρησιμοποιήθηκε η εφαρμογή. Αρχικά έδειξαν ότι οι χρήστες smartphone (326 στον αριθμό) δεν είχαν καλύτερη προετοιμασία από αυτούς που δε χρησιμοποιούν smartphone (ο ενδοσκόπος που αξιολογούσε την προετοιμασία δε γνώριζε περί χρήσης smartphone ή μη). Στη δεύτερη φάση προέκυψε ότι οι χρήστες της εφαρμογής είχαν 22% καλύτερο score προετοιμασίας.

Τα αποτελέσματα από τη σχετική μελέτη ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά και ήδη νοσοκομεία στην Αμερική έχουν αναπτύξει ανάλογες εφαρμογές τις οποίες έχουν εντάξει στην καθημερινή κλινική πράξη. Σχετικό μειονέκτημα αυτών των εφαρμογών παρά το ιδιαίτερα εύχρηστο μενού τους είναι ότι απευθύνονται σε αγγλομαθείς. Είμαστε αισιόδοξοι όμως ότι είναι θέμα χρόνου η ανάπτυξη εφαρμογών και στα ελληνικά.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Testing a Mobile Virtual Patient Coach for Colonoscopy Preparation, ACG 78th Meeting 2013, Abstract ID:1743560.
2. Digestive Disease Week (DDW) 2013: Abstract 143c. Presented May 18, 2013.

ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ

Σύντομη εισαγωγή στην αρχαία τραγωδία και στους μεγάλους τραγικούς ποιητές

ΙΣΤΟΡΙΑ

Η τραγωδία ως μοναδικό και ανεπανάληπτο είδος, δημιουργήθηκε μόνο στην Αθήνα του 5^{ου} αιώνα π.Χ και γι' αυτό σωστά θα έπρεπε να αποκαλείται Αττική ή Αθηναϊκή τραγωδία.

Σε συνθήκες άμεσης Δημοκρατίας, η τραγωδία αναδύεται ως ύψιστη κορύφωση του Χρυσού Αιώνα, όντας ταυτόχρονα εφαρμοσμένη φιλοσοφία, εφαρμοσμένη πολιτική και εφαρμοσμένη τέχνη, μέσα από τους τραγικούς αγώνες και τη θεατρική πράξη.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Κατανόηση σε βάθος της τραγωδίας μπορεί να επιτευχθεί στη σύγκριση με το δράμα ή το μελόδραμα. Στην τραγωδία οι δυνάμεις που βρίσκονται αντιμέτωπες είναι εξίσου νόμιμες και εξίσου οπλισμένες σε επίπεδο λογικής, στο δράμα αντιθέτως μία μόνο είναι θεμιτή. Στην τραγωδία κάθε δύναμη είναι ταυτοχρόνως καλή και κακή, στο δράμα η μία δύναμη είναι το καλό, η άλλη το κακό. Επομένως ένας μόνο είναι δίκαιος και δικαιολογημένος. Στην τραγωδία όλοι είναι δικαιολογημένοι, ουδείς είναι δίκαιος.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

Μόνιμο θέμα της τραγωδίας είναι το όριο, το μέτρο το οποίο δεν πρέπει να υπερβούμε. Εκατέρωθεν του ορίου αυτού συναντούνται δυνάμεις εξίσου θεμιτές, σε μια ανυποχώρητη και εντεινόμενη σύγκρουση. Το να υπερβεί κανείς αυτό το όριο, το να θελήσει να συνταράξει αυτή τη συμπαντική ισορροπία, σημαίνει να διαπράξει *ὕβριν* που οδηγεί στην αυτοκαταστροφή και το θάνατο. Για το λόγο αυτό ο Χορός των τραγωδιών δίνει κυρίως συμβουλές σύνεσης και σωφροσύνης.

ΟΙ ΜΕΓΑΛΟΙ ΤΡΑΓΙΚΟΙ

ΑΙΣΧΥΛΟΣ

Δικαίως θεωρείται ο πατέρας της τραγωδίας, αν και προηγήθηκαν άλλοι τραγικοί ποιητές, καθότι σύμφωνα με τον Αριστοτέλη η τραγωδία «οψέ απεσεμνύθη» (αργά απέκτησε σοβαρή μορφή) και ολοκληρώθηκε στο έργο του Αισχύλου.

Η μεγαλεπήβολη άρθρωση της συνεχόμενης τριλογίας είναι δική του δημιουργία και άνοιξε καινούργιες δυνατότητες στη διαμόρφωση του δράματος. Οι άνθρωποι της τραγωδίας του Αισχύλου είναι ως ένα βαθμό κοινωνοί της θεότητας: οι θεοί προσφέρουν σε αυτούς τη δύναμη και τους νόμους τους. Οι άνθρωποι δε στέκουν απέναντι των θεών με την πλήρη αυτοδυναμία των μορφών του Σοφοκλή ούτε ξεπερνούν αυτήν την εξάρτηση φτάνοντας στην ατομικότητα ορισμένων ηρώων του Ευριπίδη. Τελικά ο Αισχύλος αποκρυστάλλωσε στο δραματικό έργο την προβληματικότητα και την αβεβαιότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, την άτεγκτη ανάγκη της επιλογής και τις αδιέξοδες καταστάσεις σχετικά με μια απόφαση, καθώς και την αδυναμία αποφυγής μιας καταστροφής.

ΣΟΦΟΚΛΗΣ

Με την ιδιοφυία του Σοφοκλή εγκαταλείπεται η επιβλητική δομή της τριλογίας και προβάλλεται σε πρώτο επίπεδο ο μεμονωμένος τραγικός ήρωας, ο τρόπος δε που συσπειρώνονται τα δραματικά γεγονότα γύρω στο μοναδικό κεντρικό πρόσωπο δείχνει, με την απόλυτη ενότητα περιεχομένου και μορφής, το κορύφωμα της κλασσικής τέχνης. Απέναντι στην προτεραιότητα του μύθου (πλοκή) που υποστηρίζει ο Αριστοτέλης, ο Σοφοκλής καινοτομεί προβάλλοντας το ήθος και το πάθος του τραγικού ήρωα. Το ήρεμο μεγαλείο και το ύφος

ωριμότητας του ποιητή, κατανοείται πολύ καλύτερα ως έκφραση του κλασσικού στον αττικό 5^ο αιώνα. Θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για «ύφος Παρθενώνα» δηλαδή η ελευθερία μέσα στην μορφική αυστηρότητα. Έτσι ο Σοφοκλής, στην ακμή της κλασσικής Ελλάδας, στέκει ανάμεσα στη μεγαλειώδη ορμή του Αισχύλου και στο εναλλασσόμενο με στοχασμούς, οξύ πάθος του Ευριπίδη. Όντας ευσεβής ο ίδιος απέναντι στη συμπαντική τάξη που πρέπει να σέβεται ο άνθρωπος, χωρίς να ελπίζει ότι θα την κατανοήσει ολότελα, στις τραγωδίες του Σοφοκλή, μέσα στη θύελλα της θεόσταλτης μοίρας, ο άνθρωπος δεν παρουσιάζεται μόνο με τη δύναμη μιας μεγάλης καρδιάς, αλλά αποκαλύπτεται μαζί και όλος ο πλούτος, το μεγαλείο και όλο το βάθος της ανθρώπινης ψυχής, με τον Οιδίποδα να αναφωνεί: «Όλα είναι καλά...»!

ΕΥΡΙΠΙΔΗΣ

Ο Ευριπίδης θα διαταράξει την ισορροπία της τραγωδίας των αντιτιθέμενων δυνάμεων, προς την έννοια του ατόμου και της ψυχολογίας. 'Ισως γι' αυτό δικαίως τον θεώρησαν πατέρα του ψυχολογικού θεάτρου. Όντας σύγχρονος των σοφιστών, χωρίς όμως να γίνει φερέφωνο της σοφιστικής βιοθεωρίας, δεν την προσπέρασε αδιάφορος όπως ο Σοφοκλής. Ολόκληρο το έργο του μαρτυρά μια βαθιά αναστάτωση που του δημιουργούσαν οι καινούριες ιδέες, ενώ ταυ-

τόχρονα παρουσιάζει μια εξαιρετικά ποικίλη αντιμετώπισή τους. Η αμφισβήτηση και η αμφιθυμία με την οποία εμφορούνται οι ήρωές του καταδεικνύονται από τον πλούτο των επιχειρημάτων και τον αγώνα των «διττών λόγων» αλλά και τη σοφία των γνωμικών του Χορού. Στη θέση της βεβαιότητας, που βασίζεται στην παράδοση και είναι εγγυημένη χάρη σε αυτήν, εμφανίζεται τώρα μια ανασφάλεια, με κύρια έκφραση την αμφιβολία για θέματα που κάποτε δεν επιδέχονταν αμφισβήτηση. Εδώ

αναγνωρίζεται η δυναμική εμπειρία του ποιητή σχετικά με την άλυτη αντινομία ανά-

μεσα στην αγωνία της ακούραστης σκέψης και τη βαθιά λαχτάρα της ανθρωπίνης καρδιάς για γαλήνη. Ας μη νομισθεί ότι ο Ευριπίδης, που τον αποκάλεσαν άθεο, είχε στόχο να απελευθερώσει τους Αθηναίους από τη θρησκευτική πίστη, μολονότι τα πρόσωπα των δραμάτων ασκούν συχνά και τόσο απροκάλυπτα κριτική εναντίον των παραδοσιακών ιδεών, αλλά μπορεί να λεχθεί πως ότι χάθηκε για το θεολογικό στοχασμό κερδήθηκε για τη μελέτη του ίδιου του ανθρώπου. Τέλος, με την τελευταία τραγωδία του τις «Βάκχες», ορ-

θώνεται μεγαλόπρεπος και τρομερός ο Διόνυσος, καταδεικνύοντας την αιγιματική υπερδύναμη, που ποτέ δεν κατόρθωσε ούτε θα κατορθώσει να αντιμετωπίσει ο ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΣ ΛΟΓΟΣ, εκφράζοντας έτσι τη σύγκρουση και την ασυμφιλίωτη αντίθεση που διατρέχει όλο το έργο αλλά και την πνευματική ύπαρξη του Ευριπίδη.



Αμβούργο θα πάτε;



November 7&8, 2014
Congress Center Hamburg



Το Αμβούργο, πόλη-λιμάνι του βορρά, με ένα από τα μεγαλύτερα, όμορφα και ζωντανά λιμάνια της γηραιάς Ηπείρου. «Πράσινη Πρωτεύουσα» της Ευρώπης για το έτος 2011 και δικαιολογημένα, καθώς τα πάρκα των Ελληνικών πόλεων μοιάζουν με παρτέρια σε σύγκριση με αυτά του Αμβούργου. Με 2300 γέφυρες πάνω από τα κανάλια του, περισσότερες και από την Βενετία και το Άμστερνταμ. Με περισσότερους φοιτητές από άλλες γνωστές φοιτητοπόλεις, με νυχτερινή ζωή που ακυρώνει την πειθαρχημένη εικόνα των υπόλοιπων Γερμανικών πόλεων αλλά και ιστορία πλουσιότερη από αυτή του Λονδίνου.

Το Αμβούργο, χάρη στο γεγονός ότι δεν υπέστη μεγάλες

καταστροφές από τους βομβαρδισμούς κατά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο, δεν χρειάστηκε να ανακατασκευάσει τα κτίρια με την τεράστια σε ποικιλία προίκα αρχιτεκτονικών ρευμάτων.

Το υδάτινο στοιχείο είναι όμως αυτό που καταφέρνει να κλέψει την παράσταση όχι μόνο χάρη στο λιμάνι, στα κανάλια και τις πολλές γέφυρες αλλά και λόγω της κυρίαρχης θέσης μιας τεράστιας λίμνης μέσα στο κέντρο της πόλης. Η πόλη όμως θα ήταν απλά ένα όμορφο και γραφικό λιμάνι αν δεν αντλούσε την δύναμη και την ισχύ της από το γεγονός ότι μεθοδικά συγκέντρωσε στην «αγκαλιά» της τα τελευταία χρόνια κολοσσούς εκδόσεων, τηλεπικοινωνιών

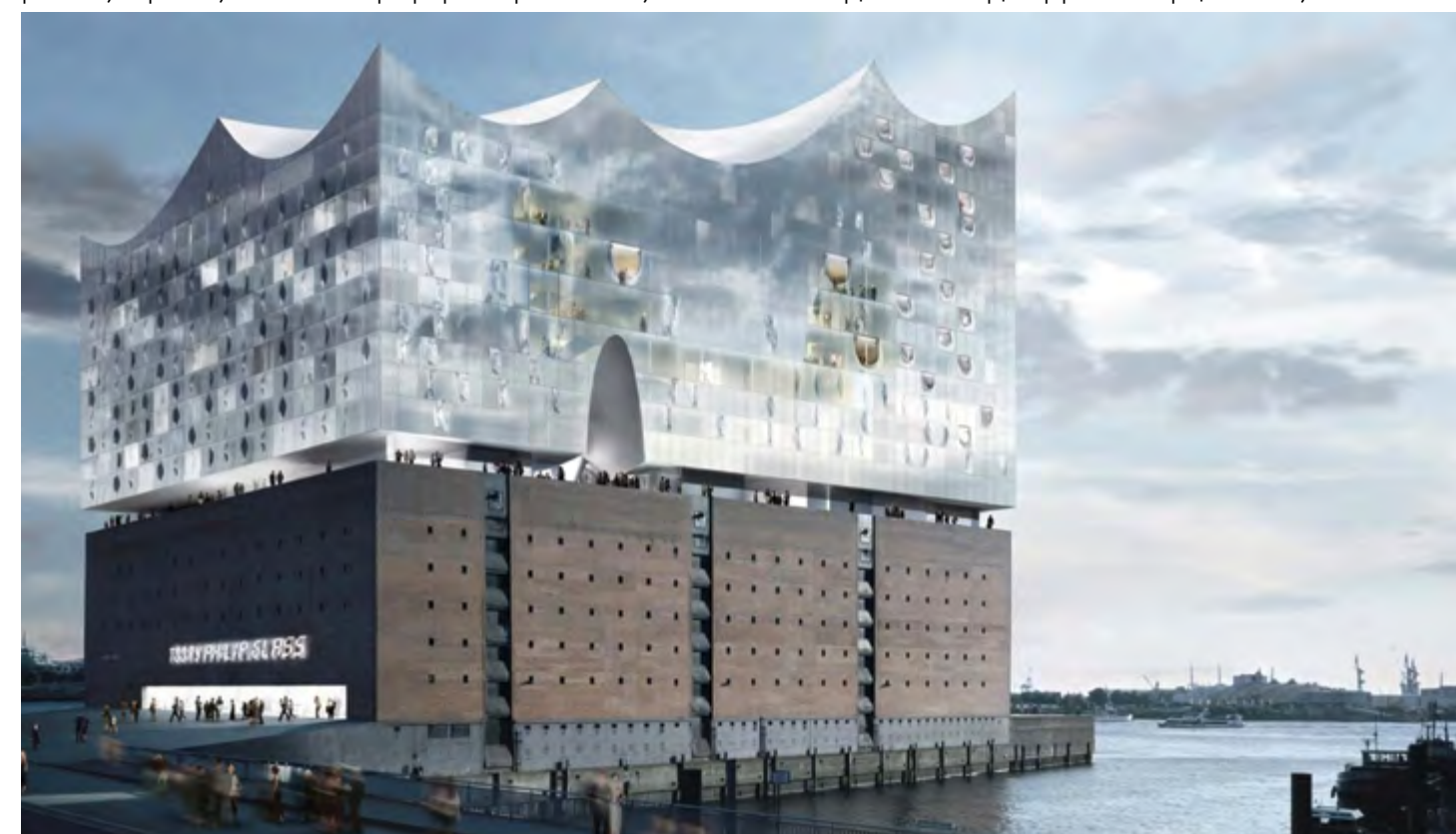
και ναυπηγείων προκαλώντας μια δημιουργική έκρηξη στην παγωμένη Βόρεια Γερμανία.

Γοττευτικά παλαιοπωλεία συνυπάρχουν αρμονικά με υπερσύγχρονα πολυκαταστήματα, όπως το κελάρυσμα των δύο ποταμών «δένει» με τα μπαρόκ κτίρια στις όχθες τους, όπως οι πολυάριθμες πάπιες της λίμνης «δένουν» με τους ανθρώπινους «ποταμούς» των όμορφων εμπορικών πεζοδρόμων.

Βαλτική από την ανατολή, Βόρεια θάλασσα από την Δύση και ο ποταμός Έλβας που ενώνει το τρίτο μεγαλύτερο λιμάνι της Ευρώπης και την δεύτερη μεγαλύτερη πόλη της

στον τελευταίο μεγάλο πόλεμο αφού παραδόθηκε άνευ όρων στις συμμαχικές δυνάμεις και έσωσε έτσι την αρχιτεκτονική και το κλασικό ύφος της, με τα 1,8 εκατομμύρια κατοίκους (5 εκατομμύρια στην ευρύτερη μητροπολιτική περιοχή) αποτελεί πόλη πρότυπο ανάπτυξης με οικολογική συνείδηση παρά τις βαριές βιομηχανίες που έκτισαν εδώ την έδρα τους.

Ξεκινώντας λοιπόν την βόλτα μας αρχή θα γίνει από το περίφημο Rathaus, το επιβλητικό δημαρχείο της πόλης, καθώς δύσκολα μπορείς να μην προσέξεις το μεγάλο νεοκλασικό σύμβολο του Αμβούργου που τραβάει τους



Γερμανίας με την θάλασσα.

Τον Χειμώνα σαν συχνή επισκέπτρια η ομίχλη μεταμορφώνει την πόλη σε ένα μυστηριώδες «λιμάνι της αγωνίας» που «περιθάλλει» ναυτικούς από τις τέσσερις άκρες του ορίζοντα ακόμη από την εποχή των Ρωμαίων που εδώ στο τότε αφιλόξενο αλλά σημαντικό σταυροδρόμι των νερών έκτισαν τον πρώτο οικισμό. Λοιμοί, καταποντισμοί και πυρκαγιές δεν εμπόδισαν την πόλη να επιβιώσει αλλά και να μεγαλώνει συνεχώς μέχρι και τον περασμένο αιώνα που έζησε και την μεγαλύτερή της δόξα.

Σήμερα η πόλη του Αμβούργου, που δεν καταστράφηκε

επισκέπτες όχι μόνο χάρη στην εξωτερική του όψη αλλά και στον εσωτερικό του πλούσιο διάκοσμο, με τον οποίο φρόντισε η περηφάνια της μεσαιάς τάξης του 19^{ου} αιώνα να το στολίσει.

Προσπερνώντας τις κομψές στοές γύρω από το Δημαρχείο και την υπαίθρια αγορά φτάνουμε μπροστά στην Bienenster, την μεγάλη λίμνη του κέντρου. Τραβάμε τις απαραίτητες φωτογραφίες με τις καθιερωμένες πόζες στην όχθη της όπως άλλωστε κάνουν οι περισσότεροι σε αυτή αλλά και στην ακόμη μεγαλύτερη λίμνη στα βόρεια της πόλης, την Ausenalster.

Από το ψηλότερο σημείο του εμπορικού κέντρου Alsterhaus θα απολαύσουμε την πόλη καθώς ξεδιπλώνει στα πόδια μας όλο της το μεγαλείο, ξεπνώνοντας τις αισθήσεις καθώς παρατηρούμε τα αξιοθέατα, που δεν είναι μόνο άξια θέασης, όπως τα μουσεία και οι εκθέσεις που μπορεί ο ταξιδιώτης να συναντήσει και αλλού αλλά κυρίως λόγω «άλλου ιδιαίτερου αέρα».

Το μεγαλύτερο πάρκο της πόλης, το Stadtpark, προσφέρεται για βόλτα και χαλάρωση, με όμορφες διαδρομές για περιπάτους αλλά και «ποδηλατάδες», παιδικές χαρές, το

πλανητάριο που δεσπόζει στην μία του πλευρά αλλά και το πολύ νερό και εδώ σαν κυρίαρχο στοιχείο.

Η «καυτή» έδρα της πιο διάσημης «αναρχικής» ποδοσφαιρικής Ευρωπαϊκής ομάδας είναι εδώ, στο St. Pauli που είναι απαραίτητη στάση για τους ποδοσφαιρόφιλους.

Η μπαρόκ αισθητική και ο μεγάλος πύργος της εκκλησίας St.Michaelis, που οι ντόπιοι αποκαλούν χαιδευτικά «Michel», εντυπωσιάζει κυρίως γνωρίζοντας ότι υπήρξε το ψηλότερο κτίσμα στον κόσμο κατά τον 19° αιώνα.

Η πιο ενδιαφέρουσα και εντυπωσιακή έκθεση μοντελι-

σμού στην Ευρώπη φιλοξενείται εδώ στο Μουσείο Μινιατούρας με κορυφαίο του καύχημα τον μίνι σιδηρόδρομο του.

Η Όπερα του Αμβούργου φιλοδοξεί να συναγωνιστεί ως έμβλημα την Opera House του Sydney. Εκτός από τα τρία κρατικά θέατρα μεταξύ των οποίων και η Κρατική Όπερα του Αμβούργου με έτος ίδρυσης το 1678, το Deutsches Schauspielhaus και το Thalia Theater, περισσότερα από 50 μουσεία και συνολικά 313 θέατρα, μουσικές σκηνές, βαριετέ και μικρές ανεξάρτητες σκηνές λειτουργούν ως

πόλος έλξης για το κοινό προσφέροντας μία πολυποίκιλη πολιτισμική εμπειρία.

Για την «διασκέδαση» των πιο «ζωηρών» η πόλη διαθέτει το μεγαλύτερο Red Light District της Ευρώπης (αυτό του Άμστερνταμ μοιάζει με παιδική χαρά!), στην κατηφόρα του Reeperbahn λοιπόν μέχρι το λιμάνι και την καθιερωμένη βόλτα δίπλα από την όχθη.

Όμως η βόλτα μέσα από το περιοδικό μας τελειώνει εδώ καθώς το άρθρο έχει σκοπό να μας κεντρίσει το ενδιαφέρον για την πόλη και όχι να αντικαταστήσει τους ταξιδιω-



τικούς οδηγούς, άλλωστε ο κάθε ταξιδιώτης θα ήθελε να βάλει και την δική του πινελιά στις αναμνήσεις του από το κάθε ταξίδι.

Αάααα..... και παραλίγο να ξεχάσω ότι δεν πάμε για βόλτα και αναψυχή στο Αμβούργο, αφορμή είναι το Συνέδριο **Endo Club Nord 2014 στις 7 και 8 Νοεμβρίου στο Congress Center Hamburg** και όλα τα προηγούμενα θα γίνουν στον ενδιάμεσο ελεύθερό μας χρόνο.....

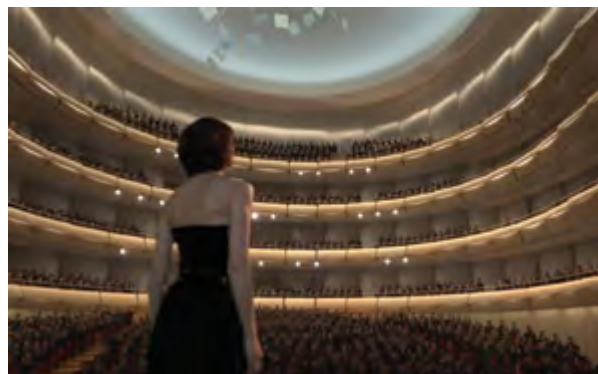
Πληροφορίες:

για το συνέδριο: www.endoclubnord.de/.

για την πόλη: www.hamburg-travel.com/.



Κέντρο Πολιτισμού Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος



«Για μένα η ομορφιά στην αρχιτεκτονική σχετίζεται με τον παλμό, την ελαφρότητα, την βιωσιμότητα, τη διαύγεια, έτσι ώστε οι άνθρωποι να αισθάνονται σαν στο σπίτι τους». Χωρίς βαρύγδουπα λόγια αλλά με στόχο την ουσία, όπως ακριβώς και το έργο του ο διάσημος Ιταλός αρχιτέκτονας **Ρέντσο Πιάνο** παρουσίασε τον Ιούνιο του 2011 τα σχέδια του Κέντρου Πολιτισμού Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος, η κατασκευή του οποίου άρχισε εντός του ίδιου έτους στην άκρη του Φαληρικού Δέλτα στην Αθήνα και προβλέπεται να ολοκληρωθεί το 2015.

Με στοιχεία του ελληνικού τοπίου τον ήλιο, την πέτρα, τη γη και τη θάλασσα, με απλότητα στη σύλληψη, χωρίς διάθεση εντυπωσιασμού και επίδειξης αλλά με βαθιά μελέτη του τόπου, των αναγκών και των προδιαγραφών του και ταυτόχρονα με την επιστράτευση των σύγχρονων μεθόδων περιβαλλοντικής βιωσιμότητας. Άλλωστε ο Ρέντσο Πιάνο παρ' ότι βρίσκεται στην διεθνή αφρόκρεμα της αρχιτεκτονικής, είναι ταυτόχρονα ένας «λαϊκός» αρχιτέκτονας με την έννοια του σχεδιασμού κτιρίων, που στοχεύουν στην αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής όλων. «Είναι μεγάλη η ευθύνη να κατασκευάζεις ένα κτίριο που θα αγαπηθεί από τον κόσμο», είπε ο ίδιος χαρακτηριστικά δηλώνοντας όμως πολλές φορές πόσο ευτυχής νιώθει, που το ανέλαβε.

Πάρκο, Εθνική Βιβλιοθήκη και Εθνική Λυρική Σκηνή συνυπάρχουν στο χώρο που στοχεύει να αναδειχθεί στο μεγαλύτερο κέντρο πολιτισμού της χώρας. Σύμφωνα

με το «απλό» σχέδιο του Ρέντσο Πιάνο, το Πάρκο ανηφορίζει με ήπια κλίση οδηγώντας τον επισκέπτη στην κορυφή του λόφου, ύψους 32 μέτρων όπου μία γυάλινη κατασκευή, το Αναγνωστήριο έκτασης 900 τ. μ. συνδέει οπτικά τη θάλασσα με την πόλη. Αλλά το καλύτερο σημείο θέασης του έργου, της αρχιτεκτονικής έννοιας του τόπου και της σχεδιαστικής αρχής της διαφάνειας θα είναι η Εσπλανάδα, παράλληλα με την οποία βρίσκεται και ένα πλατύ κανάλι ως μεταφορική συνέχεια της θάλασσας. Το ίδιο το Πάρκο θα λειτουργεί και ως πράσινη στέγη του κτιρίου, το κανάλι θα παρέχει επιπλέον αντιπλημμυρική προστασία και το φωτοβολταϊκό στέγαστρο στην οροφή θα παράγει ενέργεια για τις ανάγκες των κτιρίων. Κάτω από το Πάρκο εξάλλου τα δύο κτίρια δημιουργούν μία ενιαία, εύπλαστη δομή με γυάλινη πρόσοψη, η οποία αφήνει χώρο στην ανάπτυξη της Αγοράς, που θα είναι ταυτόχρονα χώρος συνάντησης και εισόδου προς τη Βιβλιοθήκη και προς τη Λυρική Σκηνή.

Ο συνολικός προϋπολογισμός του έργου –που καλύπτεται εξ' ολοκλήρου από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος – ανέρχεται στα 56 εκατ. ευρώ. Στα έργα εκτός από το κτίριο της Εθνικής Λυρικής Σκηνής, το κτίριο της Βιβλιοθήκης και το Πάρκο, περιλαμβάνονται ακόμα η κατασκευή ενός κτιρίου στάθμευσης αυτοκινήτων, χωρητικότητας 1.000 θέσεων και τρία βοηθητικά κτήρια. Το κτήριο του υδάτινου καναλιού, το κτήριο του πάρκου και το κτήριο συντήρησης του πάρκου.

Το ενεργειακό στέγαστρο στην οροφή του κτηρίου της Εθνικής Λυρικής Σκηνής επιφάνειας 10.000 τ.μ. είναι ένα κατασκευαστικό και μηχανικό επίτευγμα, που δεσπόζει 14 μέτρα πάνω από την κορυφή του λόφου. Μάλιστα όπως αναφέρθηκε κατά την διάρκεια παρουσίασης της πορείας των εργασιών τον Οκτώβριο του 2013, το έργο αποσκοπεί να κατακτήσει την πλατινένια ή χρυσή πιστοποίηση LEED (Leadership In Energy and Environmental Design) του αμερικανικού οργανισμού αξιολόγησης και αποτίμησης της αειφόρου δόμησης. Εάν επιτευχθεί ο στόχος, θα είναι η πρώτη διάκριση αυτού του είδους στην Ελλάδα και η πρώτη για έργο αυτής της κλίμακας σε όλη την Ευρώπη.



Το κτίριο της Εθνικής Λυρικής Σκηνής θα είναι ένας πολυλειτουργικός χώρος έκτασης 28.000 τ. μ. με δυνατότητα φιλοξενίας διαφορετικών καλλιτεχνικών παραστάσεων και εκδηλώσεων καθώς στις σκηνές του θα μπορεί να διοργανώνονται παραγωγές όπερας, μπαλέτου, παιδικές παραστάσεις, συναυλίες, θεατρικές παραστάσεις και καλλιτεχνικά προγράμματα με πολυμέσα. Η κατασκευή υπόσχεται κορυφαία ακουστική, υψηλές τεχνολογικές δυνατότητες, ευελιξία στην εναλλαγή σκηνικών και αισθητική. Θα διαθέτει Παιδική Σκηνή με ειδικά προγράμματα για παιδιά (παιδική όπερα, εκπαιδευτικά προγράμματα, σεμινάρια κλπ) και ένα μικρότερο Πειραματικό Θέατρο, δυναμικότητας 400 θέσεων για σύγχρονες παραγωγές.

Το κτίριο της Εθνικής Βιβλιοθήκης έκτασης 22.000 τ. μ. συνδυάζει την παράδοση με την τεχνολογική καινοτομία και τη συντήρηση σπάνιων χειρογράφων με την πληροφορία και την επικοινωνία. Ένας εμβληματικός πύργος, ύψους τριών ορόφων, ορατός από απόσταση είναι η πρώτη ένδειξη για το νέο ρόλο της ως μέσο προσβάσιμο σε όλους. Θα εξυπηρετεί επισκέπτες όλων των ηλικιών και μορφωτικών επιπέδων ενώ και η δανειστική βιβλιοθήκη θα περιλαμβάνει τμήματα για ενήλικες, εφήβους και παιδιά. Στο σχεδιασμό της έχει συνδράμει η Βρετανική Βιβλιοθήκη με την οποία θα υπάρχει

άμεση σύνδεση, όπως και με τις μεγαλύτερες βιβλιοθήκες του κόσμου. Θα διαθέτει επίσης Επιχειρηματικό Κέντρο με σταθμούς εργασίας και ασύρματη σύνδεση στο διαδίκτυο όπως και Ερευνητικό τμήμα στο οποίο θα στεγαστούν όλες οι υπάρχουσες ερευνητικές συλλογές, που τώρα είναι διασπασμένες σε τρία κτίρια σε συνδυασμό με εκθεσιακό χώρο με επιλεγμένα χειρόγραφα.

Όσο για το πάρκο, ο Ιταλός αρχιτέκτονας έχει οραματιστεί έναν ανοικτό ηλιόλουστο μεσογειακό κήπο (περί τα 1000 δέντρα και χιλιάδες δενδρύλλια και θάμνους) που καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της έκτασης



του Κέντρου Πολιτισμού. Οι δενδροστοιχίες που οδηγούν στο εσωτερικό του αποτελούνται από ψηλά πεύκα και ελιές ενώ στο κέντρο του Πάρκου διαμορφώνεται ανοικτός χώρος πρασίνου και

τόπος συγκέντρωσης, ο οποίος προσφέρεται για διοργάνωση συναυλιών, προβολή ταινιών αλλά και προγράμματα και παραστάσεις της Εθνικής Βιβλιοθήκης και της Εθνικής Λυρικής Σκηνής.

Ο Νοέμβριος του 2015 θα μας φέρει κοντά σε ένα σύγχρονο πολιτιστικό θαύμα που δεν μπορούμε παρά να περιμένουμε με ανυπομονησία!

Το εξώφυλλο από μέσα



Σχεδόν απαλά, κυκλικά, αλλά και άναρχα, ακολουθούσε μια ασύμμετρη πορεία προς τα κάτω. Σημασία δεν είχε το κάτω, ούτε μάλλον το πάνω - έναν ολόκληρο χρόνο ήταν εκεί επάνω - σημασία είχε η κίνηση.

Και την απολάμβανε.

Δεν είχε πράγματι φανταστεί ωραιότερο ταξίδι προς το τέλος.

Το Φθινόπωρο είναι μια αισιόδοξη εποχή.

Μίλτος Σκούρας

ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ

ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ