

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Φεβρουάριος - Μάρτιος - Απρίλιος 2015 | Τεύχος
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

35

*Αν είναι
τριαντάφυλλα...*



Συνέντευξη με τον
κ. Γεώργιο Κητή

Διατρήσεις

Η ηδονή της αναμονής
ή περί καρτερίας

ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ

Άρθρο Σύνταξης



Η ΜΑΖΙΚΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

Το πρόβλημα της ανεργίας και της υποαπασχόλησης των Ελλήνων γιατρών στη χώρα μας, χειροτερεύει όλο και περισσότερο. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ), ένας στους τέσσερις γιατρούς αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα ανεργίας. Ο αριθμός των ανειδίκευτων και ειδικευμένων γιατρών που μετανάστευσαν, αναζητώντας καλύτερο μέλλον και επαγγελματική αποκατάσταση, σε μία τετραετία (2009 – 2013) αυξήθηκε κατά 213% (6000 γιατροί)!! Το φαινόμενο της μαζικής μετανάστευσης, για πρώτη φορά, δεν αφορά ανειδίκευτο εργατικό δυναμικό, αλλά το υψηλότερα εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό (63%), όπως είναι οι ειδικευμένοι γιατροί της πατρίδας μας. Η ανεργία των γιατρών, σύμφωνα με τον ΙΣΑ, έφθασε σε επίπεδα ρεκόρ, αφού το 38% είναι άνεργοι ή υποαπασχολούμενοι. Το 60% των αποφοίτων γιατρών θα προτιμούσε να εργασθεί στο εξωτερικό, αντί στην Ελλάδα με μόνιμη θέση εργασίας στον ιδιωτικό ή στο δημόσιο τομέα. Προορισμοί πρώτης επιλογής είναι η Μ. Βρετανία και η Γερμανία και ακολουθούν η Σουηδία, Ελβετία, Γαλλία, Βέλγιο, ΗΠΑ, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, Νορβηγία, Ολλανδία, Ισπανία και η Κύπρος. Από τους 30000 μετανάστες γιατρούς στη Γερμανία, οι 6000 είναι Έλληνες. Αυτοί οι γιατροί ανάλογα με την ειδικότητα και το βαθμό τους αμείβονται από 3500 – 8000 ευρώ. Ο ΙΣΑ για να βοηθήσει τους άνεργους γιατρούς μέλη του, δημιούργησε το γραφείο πληροφόρησης – απασχόλησης (email : tkal@isathens.gr).

Τα ουσιαστικά κίνητρα στις χώρες του εξωτερικού και η απουσία κινήτρων στην Ελλάδα, οδηγούν τους γιατρούς στη μετανάστευση. Η ανεργία κατ' αρχήν και κατόπιν, η αβεβαιότητα, ή έλλειψη προγραμματισμού (ο νόμος για την λήψη ειδικότητας το 2010 άλλαξε τρεις φορές), ο χρόνος αναμονής, οι χαμηλότερες αμοιβές, η εκπαίδευση, οι καθυστερημένες πληρωμές των δεδουλευμένων και η αναξιοκρατία, έχουν δημιουργήσει μια εκρηκτική – αδιέξοδη κατάσταση στην Ελλάδα. Οι γιατροί και οι φορείς που τους εκπροσωπούν έχουν απευθύνει στο Υπουργείο Υγείας, κατ' επανάληψη, προτάσεις για την αντιμετώπιση αυτής της συνεχώς επιδεινούμενης απαράδεκτης κατάστασης. Τώρα, έστω και καθυστερημένα, μαζί με τις υπόλοιπες αναγκαίες τομές – αλλαγές που πρέπει να γίνουν, σε όλη τη χώρα, να αναδιαρθρωθεί και η υγεία κάθετα και όχι με οριζόντια ημίμετρα, ώστε να σταματήσει η αιμορραγία της μετανάστευσης των γιατρών.

Π. Κασαπίδης
Γαστρεντερολόγος
Πρόεδρος ΕΠΕΓΕ



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	06
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	10
Συνέντευξη με τον κ. Γεώργιο Κητή	
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΙΑΤΕ;	14
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	16
Εκκολπωματική νόσος του παχέος εντέρου	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	22
Διατρήσεις	



Περιεχόμενα

ΝΕΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ-ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ	30
Συστήματα αρχειοθέτησης	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	32
Η εφαρμογή της τεχνολογίας στην Υγεία και οι πιθανές μεταβολές που θα επιφέρει	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	34
Η ηδονή της αναμονής ή περί καρτερίας	
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	38
Ερέτρια θα πάτε;	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	40
Δείτε τον κόσμο μ' άλλα μάτια!	
ΤΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ 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

Διευθύντρια 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

Εικονογραφισή Εξωφύλλου:

Μ.Σ.

Υπεύθυνος Διαφήμισης:

Σκούρας Μίλτος

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

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

Νέα ΔΣ

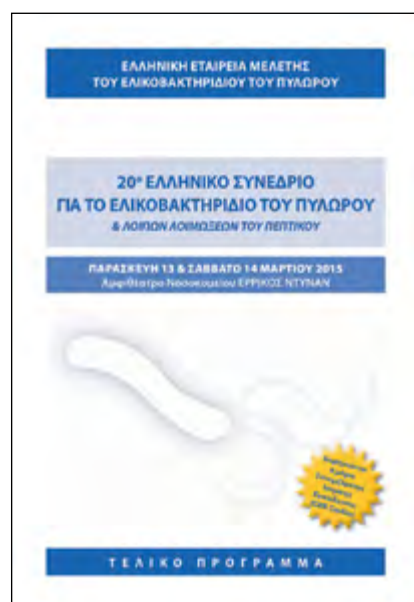
Στο 35^ο Πανελλήνιο Γαστρεντερολογικό Συνέδριο που θα γίνει στην Καλαμάτα 8-11 Οκτωβρίου 2015, το στρογγυλό τραπέζι που παραδοσιακά παρουσιάζει η ΕΠΕΓΕ θα αφορά στο «Παρόν και μέλλον της γαστρεντερολογίας στην Ελλάδα». Πρόεδροι της στρογγυλής αυτής τράπεζας θα είναι οι κ. Μαρία Μυλωνάκη και Αγγελική Χρηστίδου. Οι εισηγητές θα αναφερθούν στην εκπαίδευση, τη μετεκπαίδευση, την έρευνα, την επαγγελματική αποκατάσταση και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των Ελλήνων γαστρεντερολόγων. Η αποτύπωση των ελλείψεων και δυσλειτουργιών της ελληνικής πραγματικότητας, όπως τις βιώνουμε όλοι καθημερινά, μπορεί να αποτελέσει το πρώτο βήμα για τη βελτίωση των συνθηκών της άσκησης της ειδικότητας μας.

Η ΕΠΕΓΕ μέσω της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Σωματείων Κλινικοεργαστηριακών Ειδικοτήτων απέστειλε στον ΕΟΠΥΥ αίτημα σχετικά με την εξαίρεση των ενδοσκοπήσεων από την αποζημίωση με 60% όταν ο εκτελών ιατρός είναι και ο παραπέμπων. Στην απάντηση του ΕΟΠΥΥ (Αρ.Πρωτ. ΔΒ3β/Φ1/42100-26/01/2015) αναφέρεται ότι μόνο οι θεραπευτικές πράξεις μπορούν να εξαιρεθούν από τα οριζόμενα στο άρθρο 3 της υπ αριθμ Υ9/οικ.70521/214 ΦΕΚ2243/Β'/18.8.2014. Η γαστροσκόπηση και η κολονοσκόπηση αποτελούν διαγνωστικές πράξεις και ως εκ τούτου εξακολουθούν να αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ με 60% σε περίπτωση αυτοπαραπομπής.

Σε αυτό το τεύχος θα βρείτε καταχωρημένη την αφίσα της διημερίδας μας που θα γίνει φέτος στις 5-6 Δεκεμβρίου στο ξενοδοχείο Caravel στην Αθήνα. Ο πρόεδρος κ. Τζάθας και ο γενικός γραμματέας της οργανωτικής επιτροπής κ.Γ.Καραμανώλης θα μας παρουσιάσουν τις πρακτικές πτυχές των λειτουργικών παθήσεων του πεπτικού που αποτελούν καθημερινό κλινικό δίλημμα για όλους.

ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ

20^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και τις λοιπές λοιμώξεις του πεπτικού



Στις 13 και 14 Μαρτίου 2015 πραγματοποιήθηκε στο αμφιθέατρο του Νοσοκομείου “Ερρίκος Ντυνάν” το **20^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και τις λοιπές λοιμώξεις του πεπτικού**. Μετά από 20 χρόνια συνεχούς προσπάθειας καταξιωμένων συναδέλφων, το Συνέδριο για το *H.pylori* σηματοδότησε για πρώτη φορά τη διεύρυνση της θεματολογίας του συμπεριλαμβάνοντας το πεδίο των εν γένει λοιμώξεων του πεπτικού συστήματος κατόπιν ομοφωνίας της Γενικής Συνέλευσης της Εταιρείας (ΕΕΜΕΠ) που έλαβε χώρα στο προηγούμενο συνέδριο.

Έμπειροι και εξειδικευμένοι συνάδελφοι παρουσίασαν όλα τα νεότερα δεδομένα που αφορούσαν στη λοίμωξη από το *H.pylori* σχετικά με: i) τις εξωεντερικές εκδηλώσεις που προκαλεί, ii) τους τρόπους βελτίωσης της αποτελεσματικότητας εκρίζωσης του, iii) την αντοχή των αντιβιοτικών στη λοίμωξη όπως καταγράφηκε από το Ινστιτούτο Pasteur, iv) την φαρμακευτική θεραπεία εκρίζωσης και v) τη μελλοντική δυννητικά θεραπεία του μέσω της νανοτεχνολογίας.

Προσκεκλημένος ομιλητής από το εξωτερικό ήταν ένας διακεκριμένος Έλληνας Γαστρεντερολόγος, ο Καθηγητής Γρηγόριος Λεοντιάδης ο οποίος δραστηριοποιείται στο Dpt of Gastroenterology του McMaster University στο Ontario του Καναδά. Στην ομιλία του προσπάθησε να αναλύσει τη θεωρία της συνεξέλιξης ανθρώπου - *H.pylori* ώστε να μας βοηθήσει να ερμηνεύσουμε την ετερογένεια στην έκβαση της λοίμωξης και να απαντήσει στο ερώτημα του ποιός μπορεί να έχει δίκιο: “Ο Martin Blaser που θεωρεί ότι η παρουσία του HP στο γαστρικό βλεννογόνο δεν θα πρέπει να θεωρείται λοίμωξη γιατί είναι κατά κανόνα ουδέτερη ή ωφέλιμη για τον ξενιστή, ή ο David Graham που υποστηρίζει ότι «the only good *H.pylori* is a dead *H.pylori*»”

Πραγματοποιήθηκαν δύο ομιλίες με ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον. Στην πρώτη, δόθηκαν συστάσεις προς τους κλινικούς ιατρούς σχετικά με το πώς πρέπει να προσεγγίζουν οι τελευταίοι μία ιστοπαθολογική έκθεση που αναφέρεται στο γαστρικό λέμφωμα τονίζοντας και το σημαντικό ρόλο του σωστού Παθολογοανατόμου στο πρόγραμμα παρακολούθησης των ασθενών με τη συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα. Στη δεύτερη, έγινε αρχικά μία ανάλυση των υπαρχουσών οδηγιών διαχείρισης ασθενών με προκαρκινωματώδεις βλάβες του στομάχου, εν συνεχεία δε έγινε προσπάθεια απάντησης του ερωτήματος του πως θα μπορούσαμε ίσως στο εγγύς μέλλον να διακρίνουμε τους ασθενείς που πραγματικά κινδυνεύουν να αναπτύξουν γαστρικό καρκίνο, να καθορίσουμε τους αντικειμενικούς στόχους της παρακολούθησης και να αποφασίσουμε για τις τυχόν θεραπευτικές παρεμβάσεις που θα πρέπει να γίνουν.

Οι μικροβιακές και ιογενείς λοιμώξεις του πεπτικού συστήματος ήταν μέχρι σήμερα ένα «παραμελημένο» γνωστικό πεδίο της Γαστρεντερολογίας. Γι’ αυτό, με τη συνεργασία άλλων εμπλεκόμενων ειδικοτήτων (παθολόγων, λοιμωξιολόγων, βιοπαθολόγων), παρουσιάστηκε ό,τι σημαντικό και σύγχρονο συμβαίνει στην έρευνα και στον κλινικό χειρισμό των νοσημάτων αυτών. Προς την κατεύθυνση αυτή πραγματοποιήθηκαν 3 στρογγύλες τράπεζες. Η πρώτη αφορούσε στην πρόληψη των λοιμώξεων του γαστρεντερικού συστήματος με τη συμμετοχή για πρώτη φορά και του Τμήματος της Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ και τη συνεργασία ιατρών και εξειδικευμένων νοσηλευτών. Η δεύτερη αφορούσε σε όλα τα νεότερα δεδομένα σχετικά με τη λοίμωξη από *C. difficile*. Τέλος, η τρίτη ασχολήθηκε με την κλινική σημασία των μεταβολών της εντερικής χλωρίδας και τα θετικά ωφέλη από την παγκόσμια έρευνα του ανθρώπινου “**μικροβιώματος**” και “**ιώματος**”, τονίζοντας ότι το κάθε άτομο έχει μία μοναδική χλωρίδα, το αποκλειστικά δικό του “μικροβιακό και ιικό αποτύπωμα” το οποίο μπορεί πια ο καθένας να το ελέγξει και να το έχει καταγεγραμμένο και στον Ελληνικό χώρο (Personal FilmArray Gastrointestinal Panel: Bacteria - Protozoa - Viruses). Αυτό που εγγυήθηκε ωστόσο την επιτυχία των εργασιών του Συνεδρίου ήταν η ενεργός και ευρεία συμμετοχή των συναδέλφων μας.

Στο σημερινό «Πρόσωπο με Πρόσωπο» φιλο-ξενούμε ένα συνάδελφο Γαστρεντερολόγο από τη συμπρωτεύουσα με μακρά θητεία στο Νοσοκομειακό χώρο.



Ο **Γεώργιος Κητής** γεννήθηκε στα Φάρσαλα και είναι έγγαμος και πατέρας δύο παιδιών. Είναι πτυχιούχος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και αριστούχος διδάκτωρ στο ίδιο Πανεπιστήμιο.

Ειδικεύτηκε στην Παθολογία (τίτλος 1978) και τη Γαστρεντερολογία (τίτλος 1980) στο Μπέρμπιχαμ της Μεγάλης Βρετανίας.

Εργάστηκε ως Γαστρεντερολόγος αρχικά ως Επιμελητής (Β' ΠΠΚ Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης), και στη συνέχεια ως Συντονιστής Διευθυντής της Γαστρεντερολογικής Κλινικής στο Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου» (1986-2010).

Έχει διατελέσει μέλος ΔΣ και Πρόεδρος πολλών ελληνικών Επιστημονικών Εταιρειών (ΕΓΕ, ΕΕΜΗ, ΕΟΜΙΦΝΕ, ΕΛΙΓΑΣΤ) αλλά και διεθνών. Συγκεκριμένα ήταν Πρόεδρος της ΕΓΕ το 2010, της ΕΟ-

ΜΙΦΝΕ 2002-4 και της ΕΕΜΗ 2005-7. Σημαντική προσφορά είχε μεταξύ άλλων στο Ογκολογικό Τμήμα της ΕΓΕ όπου ήταν από τους πρωτεργάτες στη δημιουργία του το 2005 και 1^{ος} Πρόεδρος 2005-7. Ως Διευθυντής μεγάλης Γαστρεντερολογικής Κλινικής έχει εκπαιδεύσει δεκάδες Έλληνες Γαστρεντερολόγους και έχει επί μακρόν συμμετάσχει σε εξετάσεις λήψεις ειδικότητας.

Έχει πλούσιο επιστημονικό έργο με πλήθος άρθρων σε ξένα και ελληνικά περιοδικά, κεφαλαίων σε βιβλία, μονογραφίες, οργάνωση και συμμετοχή σε επιστημονικά Συνέδρια, ομιλίες προς το ευρύ κοινό, κλπ. Τα βασικά ενδιαφέροντα του όπως προκύπτει από το συγγραφικό του έργο αφορούν τις παθήσεις του ήπατος, τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου και την ενδοσκόπηση.

Όταν επικοινωνήσα μαζί του για να του ζητήσω να δώσει αυτή τη συνέντευξη αποδέχθηκε χωρίς ενδοιασμούς με την επισήμανση ότι θα ειπωθούν και ...κάποιες αλήθειες. Η απάντησή μου ήταν θετική γιατί πιστεύω ότι δεν πρέπει να μένουμε στα τυπικά αλλά μέσα από αυτό το βήμα να μπορούν να περνάνε κάποια πράγματα προς πάσα κατεύθυνση που θα μας κάνουν όλους καλύτερους σαν άτομα και σαν κοινότητα. Ας δούμε λοιπόν τη συνέχεια...

Επιλέξατε την ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας σε μια πρώιμη περίοδο στα τέλη της δεκαετίας '70. Μιλήστε μας για τους λόγους που καθόρισαν αυτή την επιλογή

Η επιλογή ήταν απλή. Είχα ήδη εργαστεί - ειδικευτεί επί πέντε χρόνια στην Παθολογία στην Αγγλία. Επιθυμούσα να επιστρέψω στην Ελλάδα μετά από εξειδίκευση. Τότε η Γαστρεντερολογία ήταν ιδιαίτερα ελκυστική, λόγω της εισαγωγής και χρήσης των εύκαμπτων ενδοσκοπίων αλλά και θεραπευτικών προόδων στα νοσήματα του ανωτέρου πεπτικού και του ήπατος. Η επιλογή ήταν λοιπόν εύκολη και δεν μετάνιωσα ποτέ γι' αυτήν.

Εργαστήκατε στη Μεγάλη Βρετανία περί τα 8

χρόνια. Δεν σκεφθήκατε να παραμείνετε και να σταδιοδρομήσετε εκεί;

Το σκέφθηκα. Όμως η καθοριστική στιγμή για την απόφαση της επιστροφής ήρθε όταν η Επιτροπή Έρευνας των Midland's απέρριψε την αίτηση χρηματοδότησης της διδακτορικής μου διατριβής, που είχε ήδη γίνει δεκτή από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Birmingham, ενώ ταυτόχρονα ο αείμνηστος καθηγητής Παθολογίας Π. Μεταξάς μου είχε προσφέρει μια θέση νοσοκομειακού βοηθού. Ο κύβος λοιπόν ερρίφθη μόλις ένα μήνα μετά την απονομή της Βρετανικής Υψηκότητας.

Μιλήστε μας λίγο για το τοπίο της Γαστρεντερολογίας στη Θεσσαλονίκη στις αρχές της δεκαετίας '80 όταν επιστρέψατε...

Όπως προανέφερα η ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας είχε μόλις πρόσφατα αναδειχθεί με αξιώσεις και η αντίδραση των ηγετών της ειδικότητας της Παθολογίας, και εκόντων αποφασιστική εξουσία για τον καθορισμό των ορίων της αυτονομίας της, ήταν σκληρή. Νόμιζα τότε ότι ήταν θέμα εξουσίας και κατανομής νοσοκομειακών κλινών, αλλά πιστεύω ότι το κύριο κίνητρο της αντίδρασης ήταν οικονομικό. Κατά συνέπεια η αυτονομία και ανεξαρτησία της Γαστρεντερολογίας δεν ήταν αυτονόητες, όπως είναι σήμερα και χρειάστηκαν αγώνες από τη γενιά μου, που κάποτε έφθαναν και σε επίπεδο αγριότητας, για την κατοχύρωσή τους. Γαστρεντερολόγοι καθηγητές Παθολογίας στη Θεσσαλονίκη δεν θέλησαν ή δεν μπόρεσαν, ακόμα και σήμερα, να ιδρύσουν Πανεπιστημιακές Γαστρεντερολογικές Κλινικές με στόχο την βελτίωση της ποιότητας εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας στον τομέα μας αλλά και την παραγωγή ειδικών γαστρεντερολόγων για την στελέχωση των υπηρεσιών. Ευτυχώς τον ρόλο αυτό ανέλαβαν να παίξουν με επιτυχία νοσοκομειακοί γαστρεντερολόγοι μέσω της ίδρυσης και λειτουργίας γαστρεντερολογικών κλινικών. Για να απαντήσω λοιπόν συνοπτικά στο ερώτημα, το τοπίο της Γαστρεντερολογίας στη Θεσσαλονίκη, στις αρχές της δεκαε-

τίας του '80 ήταν αναιμικό παρά τις μεμονωμένες προσπάθειες εκλεκτών συναδέλφων.

Εργαστήκατε για πολλά χρόνια ως Διευθυντής μιας μεγάλης Γαστρεντερολογικής Κλινικής. Ποια η άποψή σας για το επίπεδο της Γαστρεντερολογίας στην Ελλάδα; Που βρισκόμαστε σε σχέση με το διεθνές χώρο;

Κατ' αρχάς πρέπει να σημειώσω ότι, όταν διορίστηκα, το φθινόπωρο του 1986 Διευθυντής, δεν προϋπήρχε Γαστρεντερολογική Κλινική, παρά ένα εξωτερικό ιατρείο και ένα στοιχειώδες ενδοσκοπικό εργαστήριο. Τα τελευταία 30 χρόνια τα γαστρεντερολογικά κέντρα τόσο στον Δημόσιο όσο και στον Ιδιωτικό τομέα πολλαπλασιάστηκαν ραγδαία, με αποτέλεσμα να καλύπτουν σχεδόν πλήρως τις ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού. Κάποια από αυτά τα κέντρα συνέβαλαν αποφασιστικά τόσο στον τομέα της εκπαίδευσης όσο και σ' αυτόν της έρευνας. Η ΕΓΕ και οι άλλες, συναφείς εταιρείες της ειδικότητας, επιτελούν με επιτυχία το εκπαιδευτικό πρωτίστως έργο τους και το περιοδικό Annals of Gastroenterology έχει φτάσει, πιστεύω, σε πολύ καλό επίπεδο και βελτιώνεται συνεχώς. Την θετική αυτή εικόνα αποδίδω στην ποιότητα του ανθρώπινου παράγοντα στη χώρα μας, παρά τη συχνή αδυναμία συνεργασίας, που μας κατατρέπει αλλά και τις αντίξοες οικονομικές συνθήκες για μεγαλύτερη πρόοδο. Σε σχέση πάντως με τις περισσότερο οργανωμένες, κυρίως ευρωπαϊκές χώρες, ενώ είμαστε ανταγωνιστικοί σε ατομικό επίπεδο, υπολείπομαστε στο συλλογικό.

Απαριθμήστε μου κάποια πράγματα που θα μπορούσαν να βελτιώσουν το επίπεδο στη χώρα μας...

Όταν μια χώρα δεν είναι «κανονική» όπως τελευταία αποκαλείται η Ελλάδα, είναι δύσκολο να απομονώσεις ποια πράγματα θα μπορούσαν να βελτιώσουν το επίπεδο σε ένα τομέα, όπως η Γαστρεντερολογία, χωρίς να ανατρέξεις στη συνο-



λική κατάσταση της λειτουργίας του κράτους και ειδικότερα του τομέα υγείας. Τηλεγραφικά και για την οικονομία του χώρου και του χρόνου θα απαριθμούσα τα εξής:

α. Αντιμέτωπιση της υποχρηματοδότησης των υγειονομικών δομών στους τομείς του έμφυχου δυναμικού αλλά και του τεχνολογικού εξοπλισμού.

β. Ταυτόχρονη ελάττωση της εξάρτησης τόσο σε προσωπικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο των δομών από τις φαρμακευτικές εταιρίες. Η αποκλειστική σχεδόν χρηματοδότηση της εξειδικευμένης ιατρικής εκπαίδευσης από τις φαρμακευτικές εταιρίες είναι ένα δομικό πρόβλημα τόσο για την ποιότητα της επιστημονικής ενημέρωσης όσο και για την αποκατάληψη λήψη και εκτέλεση των ιατρικών αποφάσεων.

γ. Αύξηση της εξωστρέφειας των ελλήνων γαστρεντερολόγων σε όλους τους τομείς ως προς τις εγχώριες και διεθνείς συνεργασίες αλλά και την άμιλλα.

δ. Δημιουργία και στελέχωση ανεξάρτητων γαστρεντερολογικών – ηπατολογικών μονάδων σε όλα τα νομαρχιακά νοσοκομεία της χώρας.

Τι δρόμο θα συμβουλευάτε να ακολουθήσει σήμερα ένας απόφοιτος ιατρικής που επιλέγει να γίνει Γαστρεντερολόγος. Να μείνει για ειδικευση στη χώρα η να αποδράσει; Τι θα προτείνατε στο νέο γιατρό που μόλις ολοκλήρωσε με επιτυχία την ειδικέυσή του εδώ;

Η Ελλάδα δεν είναι φυλακή. Δεν θα χαρακτήριζα λοιπόν την αναζήτηση γαστρεντερολογικής εκπαίδευσης στο εξωτερικό απόδραση. Διαθέτουμε αρκετά κέντρα χορήγησης της ειδικότητας στη χώρα μας με επαρκείς έως εξαιρετικούς εκπαιδευτές. Στο σημερινό κόσμο όμως το θεωρώ επιβεβλημένο να ταξιδέψει και να εκτεθεί ο νέος γιατρός στο διεθνές ιατρικό περιβάλλον σε οποιοδήποτε

στάδιο της σταδιοδρομίας του, είτε για ειδικευση, είτε για μετεκπαίδευση αργότερα. Η πεποίθησή μου αυτή, που απαντά και στην επόμενη ερώτηση, προφανώς σχετίζεται και με την προσωπική μου εμπειρία.

Έχετε παρακολουθήσει/οργανώσει πολλά Συνέδρια. Τι θα αλλάζατε;

- Πρώτα πρώτα θα ελάττωνα τον αριθμό τους.

- Θα θεσμοθετούσα πλήρη διαφάνεια και πραγματική λογοδοσία στην οικονομική τους διαχείριση.

- Θα ενίσχυα την συμμετοχή της πρωτογενούς έρευνας έναντι των ανασκοπήσεων και στρογγυλών τραπέζιων, ειδικά σήμερα, στην εποχή του διαδικτύου, και τέλος

- Θα περιορίζα σημαντικά την υπερβολική στις μέρες μας, και πολλές φορές, επιβλαβή για την αντικειμενική εκπαίδευση συμμετοχή δορυφορικών συμποσίων των φαρμακευτικών εταιριών.

Ποιά διεθνή Συνέδρια θα προτείνατε ένθερμα και γιατί;

Με σειρά προτεραιότητας την αμερικανική DDW, την ευρωπαϊκή UEGW και τα αντίστοιχα αμερικανικά και ευρωπαϊκά ηπατολογικά συνέδρια.

Τι δεν σας αρέσει στη λειτουργία της ΕΓΕ και τι θα προτείνατε για την καλύτερη λειτουργία της.

Δυστυχώς είναι γνωστό στους περισσότερους συναδέλφους μας ότι το κακώς εννοούμενο παρaskήνιο έπαιζε και πιθανώς παίζει ακόμα ένα σημαντικό ρόλο στα διοικητικά πράγματα της εταιρείας με ευθύνη τόσο των εκάστοτε διοικητικών συμβουλίων ή μεμονωμένων ταγών, όσο ενίοτε και μόνιμου ή εποχιακού προσωπικού. Συχνές υπήρξαν οι γνωστές ελληνικές παθογένειες της νομενκλατούρας, του νεποτισμού και του φαβοριτισμού. Ελπίζω, με την προοδευτική αποχώρηση της γενιάς μου και την ευκαιρία



άνοδο του πολιτισμικού μας επιπέδου, τέτοια φαινόμενα να ελαττωθούν αν όχι να εκλείψουν εντελώς. Εξειδικευμένες προτάσεις για την καλύτερη λειτουργία της εταιρείας δεν θα κάνω και λόγω του ότι διανύω τον πέμπτο χρόνο από την συνταξιοδότησή μου και έχω χάσει την επαφή. Θα εκφράσω όμως με την ευκαιρία που μου δίνεται της συνέντευξης, ένα προσωπικό παράπονο. Είναι γνωστό ότι διετέλεσα πρόεδρος ΔΣ τόσο της ΕΓΕ όσο και των ΕΕΜΗ και ΕΟΜΙΦΝΕ και μάλιστα της ΕΓΕ τον τελευταίο χρόνο πριν την συνταξιοδότησή μου τον Δεκέμβριο του 2010. Όμως, ενώ οι άλλες δυο εταιρίες με προσκάλεσαν επανειλημμένως έκτοτε στα Συνεδριά τους, η ΕΓΕ ποτέ.

Καταγράψω από το βιογραφικό σας ότι ολοκληρώσατε μια διαδικασία μέσω ΕΣΠΑ για την αναβάθμιση και τον εξοπλισμό της Γαστρεντερολογικής Κλινικής που διευθύνετε. Μιλήστε μας γι αυτή την εμπειρία

Τα γεγονότα ήταν πολλά και καταγράφηκαν κατά την διάρκεια της τελευταίας πενταετίας της θητείας μου ως Διευθυντή της Κλινικής. Συνοπτικά: Τη διετία 2006-2007 συγκέντρωσα στα ταμεία του ΓΝ «Γεώργιος Παπανικολάου» το ποσό των 220.000 ευρώ για λογαριασμό της Γαστρεντερολογικής Κλινικής από χορηγίες φαρμακευτικών εταιριών. Η κλινική λειτουργούσε με 24 κλίνες στο μισό του εμβαδού μιας πτέρυγας του Νοσοκομείου, το υπόλοιπο 50% της οποίας κατελάμβαναν μια τεράστια βεράντα και μια αποθήκη 280 τ.μ. Την Άνοιξη του 2007 χρηματοδότησα την «οριστική» μελέτη αναβάθμισης της Κλινικής με μετατροπή της βεράντας σε θαλάμους νοσηλείας και της αποθήκης σε ενδοσκοπική μονάδα. Η μελέτη υποβλήθηκε υπηρεσιακά στο Υπουργείο Υγείας και τον Νοέμβριο του 2007 εκδόθηκε απόφαση του υπουργού υγείας για ανακατασκευή της πτέρυγας, σύμφωνα με τη μελέτη, με προϋπολογισμό 1.300.000 ευρώ συν 60.000 ευρώ για τη μελέτη «εφαρμογής», από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων. Η μελέτη «εφαρμογής» υποβλήθηκε

τον επόμενο χρόνο, χρηματοδότησα και την έκδοση οικοδομικής αδείας αλλά, λόγω της οικονομικής κρίσης, που ακολούθησε εργασθήκαμε ώστε το έργο να ενταχθεί στο ΕΣΠΑ 2007-2013. Στη διαδρομή βοήθησαν πολλά άτομα, χωρίς την ενεργό συμβολή των οποίων δεν θα ολοκληρωνόταν η προσπάθεια. Τελικά η κατασκευή άρχισε και τελείωσε μετά την συνταξιοδότηση μου αλλά είμαι ευτυχής για την σημερινή κατάσταση με Κλινική 33 κλινών και πλήρη ενδοσκοπική μονάδα 280 τ.μ. με ανεξάρτητη, νέα είσοδο.

Να επανέλθουμε λίγο σε... πιο προσωπικές ερωτήσεις. Σταδιοδρομήσατε στο χώρο της Νοσοκομειακής Ιατρικής: έχετε μετανιώσει για αυτή σας την επιλογή; Αν σήμερα βρισκόσασταν στο ξεκίνημα της σταδιοδρομίας ως Γαστρεντερολόγος τι θα κάνατε διαφορετικό;

Θα απαντήσω με μια κοινότυπη παροιμία «το χρήμα πολλοί εμίσησαν, τη δόξα κανείς». Συνοπτικά είμαι αμετανόητος αλλά αυτό είναι και θέμα χαρακτήρα.

Ποια νομίζετε ότι ήταν η χειρότερη στιγμή στην καριέρα σας και ποια η καλύτερη;

Η καριέρα όλων μας απαρτίζεται από εκατομμύρια «στιγμών» άλλων ευχάριστων, άλλων δυσάρεστων. Δεν ξεχωρίζω κορυφαίες στιγμές. Γενικά αισθάνομαι μεγάλη ικανοποίηση για μια πλούσια, μακροχρόνια επαγγελματική ζωή.

Κλείνοντας θέλω να σας ευχαριστήσω για την ανταπόκριση και να σας ζητήσω να βάλετε ένα επίλογο...

Αντί επιλόγου θα κάνω μian ευχή και μια προτροπή: Επειδή ο λαός μας δεν αξίζει τη μιζέρια στην οποία ζει, αντίθετα θέλει να αποκαταστήσει την αξιοπρέπεια του, να εργαστούμε όλοι μαζί και κυρίως οι νεότεροι για την κοινή μας ευημερία και το μέλλον των επόμενων γενεών.



Αυτό το προσέξατε;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

Παχύσαρκοι άνδρες, καπνιστές, με λιπώδη διήθηση και μεταβολικό σύνδρομο θα μπορούσαν να ωφεληθούν από μια προληπτική κολονοσκόπηση.

Risk factors for colorectal neoplasia in persons aged 30 to 39 years and 40 to 49 years. Y. S. Jung, Y. Chang, K. E. Yun, et al. Gastrointestinal Endoscopy 2015;81:637-645.

Έχει αναφερθεί πως το 7-9% των ασθενών με Καρκίνο Παχέος Εντέρου (ΚΠΕ) αφορά άτομα ηλικίας < 50 ετών. Επιπλέον, μερικές μελέτες, έδειξαν πως στους πάσχοντες ηλικίας < 50 ετών, η νόσος είναι περισσότερο επιθετική και η πρόγνωση περισσότερο πτωχή σε σχέση με ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Αν και πρόσφατη μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι παχύσαρκοι άνδρες ή με μεταβολικό σύνδρομο θα πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτική κολονοσκόπηση από την ηλικία των 45 ετών, δεν υπάρχουν μελέτες που εστιάζονται στους παράγοντες κινδύνου για ΚΠΕ σε άτομα ηλικίας 30-39 ετών.

Στη μελέτη συμμετείχαν 28.504 άτομα (13.678 ηλικίας 30-39 ετών, 12.507 ηλικίας 40-49 ετών και 2.319 άτομα ηλικίας 50-59 ετών). Όπως διαπιστώθηκε, ο κίνδυνος ανάπτυξης προχωρημένης νεοπλασίας, είχε την τάση να αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, (0,7% στην ηλικία 30-39 ετών, 2,4% στην ηλικία 40-49 ετών και 6,7% στην ηλικία 50-59 ετών). Συνολικά διαπιστώθηκαν 15 περιπτώσεις ΚΠΕ στον πληθυσμό υπό μελέτη (10 περιπτώσεις ή 0,1% στην ηλικιακή ομάδα 40-49 ετών και 5 περιπτώσεις ή 0,2% σε αυτή των 50-59 ετών). Το μεταβολικό σύνδρομο και η παχυσαρκία έδειξαν να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο νεοπλασίας τόσο στην ομάδα των 30-39 ετών όσο

και σε αυτή των 40-49 ετών ενώ η λιπώδη διήθηση φάνηκε να αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου μόνο στα άτομα ηλικίας 30-39 ετών. Όσον αφορά το κάπνισμα, διαπιστώθηκε πως σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο νεοπλασίας στις ηλικίες 30-39 ετών. Αντιθέτως, το οικογενειακό ιστορικό ΚΠΕ φάνηκε να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα κινδύνου μόνο στις ηλικιακές ομάδες των 40-49 ετών και 50-59 ετών.

Η διαπίστωση πως ο κίνδυνος ανάπτυξης νεοπλασίας στους άνδρες ηλικίας 30-39 ετών που είχαν όλους τους παραπάνω επιβαρυντικούς παράγοντες, δεν ήταν μικρότερος από τον αντίστοιχο κίνδυνο των γυναικών ηλικίας > 50 ετών (20,8% vs 18,8%) υποδεικνύει πως μόνο η ηλικία δεν αρκεί ως ένδειξη για προληπτική κολονοσκόπηση σε άτομα μέσου κινδύνου.

Ατελής κολονοσκόπηση: ενδοσκοπική κάψουλα παχέος εντέρου ή αξονική κολονογραφία;

Colon capsule versus CT colonography in patients with incomplete colonoscopy: a prospective comparative trial. C. Spada, C. Hassan, B. Barbaro et al. s J. Y. et al. Gut 2015;64:272-281.

Στην καθημερινή κλινική πράξη, στο 4-15% των κολονοσκοπήσεων δεν είναι εφικτή η είσοδος του ενδοσκοπίου στο τυφλό. Για τον αποκλεισμό ή διάγνωση βλαβών στο εγγύς παχύ έντερο, έχουν προταθεί διάφορες εναλλακτικές μέθοδοι ελέγχου του παχέος εντέρου. Δεδομένης της χαμηλής ευαισθησίας του Βαριούχου Υποκλυσμού (ΒΥ) Διπλής Σκιαγραφικής Αντίθεσης (48% για πολύποδες > 10 mm), η Αξονική Κολονογραφία (CTC), έχει προταθεί ως τη μέθοδο εκλογής σε περιπτώσεις ατελούς κολονοσκόπησης, καθώς

όπως διαπιστώθηκε υπερτερεί του ΒΥ ενώ θεωρείται ισάξια της ενδοσκόπησης στην ανίχνευση μεγάλων πολυπόδων.

Η Ενδοσκοπική Κάψουλα του Παχέος Εντέρου (CCE), αποτελεί νεότερη μέθοδο που σε σχέση με την CTC διαθέτει σημαντικά πλεονεκτήματα: άμεση ενδοσκόπηση του βλεννογόνου του παχέος εντέρου, απουσία έκθεσης σε ιονίζουσα ακτινοβολία και μη εμφύσηση αέρα στο παχύ έντερο. Σκοπός της παραπάνω μελέτης ήταν η συγκριτική αξιολόγηση της διαγνωστικής αξίας των δύο αυτών μεθόδων. Κάθε ασθενής υποβλήθηκε και στις δύο αυτές μεθόδους την ίδια ημέρα (αρχικά σε CCE και μετά την αναμενόμενη αποβολή της κάψουλας σε CTC) χρησιμοποιώντας την ίδια εντερική προετοιμασία. Σε περίπτωση ανίχνευσης πολύποδας ή μάζας > 6 mm, ο ασθενής υποβλήθηκε σε δεύτερη κολονοσκόπηση μέσα σε ένα μήνα.

Ο έλεγχος όλου του παχέος εντέρου με CCE και CCT ήταν εφικτός στο 98% των ασθενών. Η CCE ανίχνευσε 24 (24,5%) ασθενείς με πολύποδα > 6 mm και η CCT ανίχνευσε 12 (12,2%). Η σχετική ευαισθησία της CCE σε σύγκριση με τη CCT ήταν 2,0 (95% CI 1,34 σε σχέση με 2,98). Για μεγαλύτερους πολύποδες (> 10 mm), τα ποσοστά ανίχνευσης ήταν 5,1% για την CCE και 3,1%, με σχετική ευαισθησία 1,67 (95% CI 0,69 σε σχέση με 4,00). Η θετική προγνωστική αξία για πολύποδες > 6 mm και > 10 mm ήταν 96% και 85,7% σε σχέση με 83,3% και 100% για την CCE και CCT αντίστοιχα. Συμπερασματικά, η ενδοσκοπική κάψουλα παχέος εντέρου και η αξονική κολονογραφία έχουν εφάμιλλη αποτελεσματικότητα στην ολοκλήρωση ελέγχου του παχέος εντέρου μετά από ατελή κολονοσκόπηση, η συνολική διαγνωστική αξία όμως της CCE είναι ανώτερη της CCT.

Αυτό το προσέξατε;

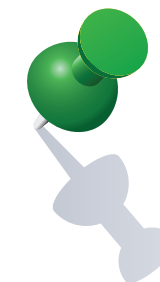
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Υπάρχει πιθανή συσχέτιση της εκκολπωματικής νόσου παχέος εντέρου με το σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου;

Association between the location of diverticular disease and the irritable bowel syndrome: a multicenter study in Japan E. Yamada, M. Inaori, E. Uchida et al. Am J Gastroenterol 2014;109:1900-1905.

Προηγούμενες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η εκκολπωματική νόσος του παχέος εντέρου σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης συνδρόμου ευερεθίστου εντέρου (ΣΕΕ) κυρίως του τύπου του ΣΕΕ με διάρροιες. Σε αντίθεση με τους πληθυσμούς στην Αμερική και στην Ευρώπη όπου η εκκολπωματική νόσος εντοπίζεται κυρίως (90%), στο αριστερό κόλον, στους πληθυσμούς της Ασίας, αυτή εντοπίζεται κυρίως στο δεξί κόλον. Η εντόπιση της εκκολπωματικής νόσου είναι βασικής σημασίας διότι, σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, η παρουσία των εκκολπωμάτων στο δεξί τμήμα του παχέος εντέρου σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο αιμορραγίας. Στον πληθυσμό υπό μελέτη, Δεξιά εκκολπωματική νόσος διαπιστώθηκε στο 21,6%, Αριστερή εντόπιση στο 6,6% και σε όλο το παχύ έντερο στο 12%. Συμπτώματα που αποδόθηκαν σε ΣΕΕ παρουσίαζε το 7,5% των ατόμων και ιστορικό εκκολπωματίδας ανέφερε το 5,5%.

Όπως διαπιστώθηκε, η εντόπιση της νόσου στο αριστερό τμήμα ή σε όλο το παχύ έντερο ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες συνδρόμου ευερεθίστου εντέρου. Αντιθέτως, δεν διαπιστώθηκε καμία συσχέτιση της εκκολπωματικής νόσου όταν αυτή εντοπίζεται στο Δεξί τμήμα του παχέος εντέρου, με το σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου.





ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Κωνσταντίνος Β. Βασιλειάδης

Η εκκολπώματωση του παχέος εντέρου, από την πρώτη περιγραφή του 1800, αναγνωρίστηκε ως κλινική εκδήλωση των βιομηχανοποιημένων χωρών. Είναι από τις πιο κοινές οντότητες που απασχολούν το γενικό πληθυσμό στις Δυτικές κοινωνίες - υπολογίζεται ότι αφορά πληθυσμό πάνω από 2.5 εκατομμυρίων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το εύρος της κλινικής εκδήλωσης της νόσου

I. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η εκκολπωματική νόσος αποτελεί την 5η σοβαρότερη νόσο σε σχέση με το άμεσο και έμμεσο κόστος που προκύπτει από την απασχόληση των μονάδων υγείας. Μπορεί να προσβάλλει όλες τις ηλικίες αλλά η συχνότητα της αυξάνει με την ηλικία. Έως την ηλικία των 80 ετών, το 70% των ατόμων στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν εκκολπώματωση ενώ η εμφάνιση της σε νεαρή ηλικία είναι πιο

II. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Παραδοσιακά θεωρείται ότι η δίαιτα με χαμηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες μειώνει τον όγκο κοπράνων και οδηγεί σε δυσκοιλιότητα που αυξάνει την ενδοαυλική πίεση και την τάση του τοιχώματος του εντέρου. Το αποτέλεσμα είναι να δημιουργούνται συσπάσεις που προκαλούν «διαμερισματοποίηση» του αυλού και επιπλέον αυξημένες πιέσεις που θα έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία κηλών σε ευéndοτες θέσεις του τοιχώματος που είναι οι θέσεις όπου τα «vasa recta» εισέρχονται στο μυϊκό τοίχωμα. Επιπλέον, αλλαγές στο συνδετικό ιστό του παχέος εντέρου με την πρόοδο της ηλικίας που περιλαμβάνουν αύξηση δεσμών κολλαγόνου και αύξηση της περιεκτικότητας σε ελαστίνη προκαλούν αυξημένη ευπάθεια στο τοίχωμα του εντέρου.

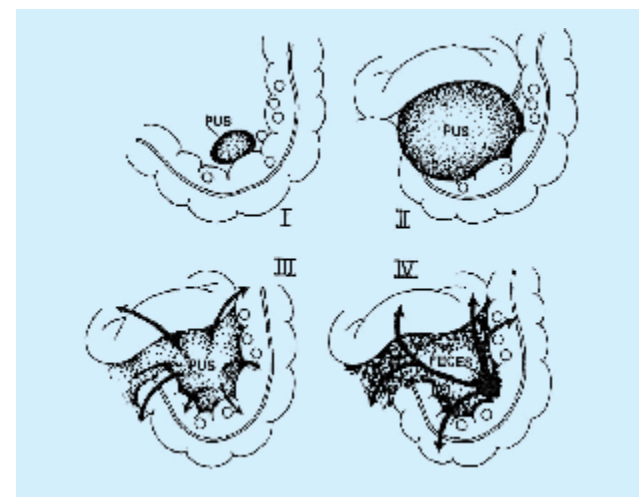
Ασθενείς με συμπτωματική εκκολπώματωση παρατηρήθηκε ότι έχουν αυξημένη κινητικότητα στα προσβεβλημένα από εκκολπώματα τμήματα του παχέος σε σχέση με τα υπόλοιπα μη προσβεβλημένα τμήματα σε σύγκριση με ασυμπτωματικούς ασθενείς ή υγιείς. Βέβαια, δεν κατέστη δυνατό να διαχωριστεί εάν αυτή η αυξημένη κινητικότητα είναι το πρωτοπαθές φαινόμενο που θα οδηγήσει στη δημιουργία των εκκολπωμάτων.

Σε μελέτες έχει τονιστεί η σημασία της σπλαχνικής υπερευαισθησίας σε ασθενείς με συμπτωματική εκκολπω-

ματική νόσο. Η εκκολπώματωση χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ύπαρξη των σακκοειδών προσεκβολών του βλεννογόνου και του υποβλεννογονίου διαμέσου του τοιχώματος του εντέρου.

πιθανό να σχετίζεται με επιπλοκές. Παρόλο που μπορεί να εκδηλωθεί με σημαντικά συμπτώματα και επιπλοκές, το 80-85% των ασθενών είναι χωρίς συμπτώματα. Από το υπόλοιπο 15-20%, το 75% θα εκδηλώσει πόνο χωρίς φλεγμονή, το 1-2% θα χρειαστεί νοσηλεία και το 0.5% θα χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.

μάτωση, ευρήματα που ταυτοποιήθηκαν με μελέτες με βαροστάτη. Σε αυτούς τους ασθενείς παρατηρήθηκε επιπλέον αυξημένη έκφραση νευροκινίνης-1 (NK-1), ιντερλευκίνης-6 (IL-6) και του παράγοντα νέκρωσης όγκου (TNF-α). Τυχαίες βιοψίες από ασθενείς με εκκολπώματα έδειξαν χρόνια φλεγμονή και μικροσκοπική κολίτιδα με παρουσία λεμφοκυττάρων και εναπόθεση κολλαγόνου. Περίπου το 75% των χειρουργικών παρασκευασμάτων από ασθενείς με συμπτωματική ανεπίπλοκη εκκολπω-



Φωτό 1. Απεικόνιση ταξινόμησης Hinchey

ματική νόσο είχαν χρόνια φλεγμονή εν μέσω και πέριξ των εκκολπωμάτων χωρίς όμως ο βαθμός της φλεγμονής να σχετίζεται με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων.

Ως αποτέλεσμα βραδείας διάβασης και ενσφήνωσης κοπρανώδους υλικού εντός των εκκολπωμάτων συμ-

III. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Στάδιο 0	Ανάπτυξη εκκολπωματικής νόσου
Στάδιο I	Ασυμπτωματική νόσος
Στάδιο II	Συμπτωματική νόσος α. ένα επεισόδιο β. υποτροπιάζοντα επεισόδια γ. χρόνια νόσος (επικάλυψη με ΣΕΕ)
Στάδιο III	Επιπλοκές απόστημα φλέγμων απόφραξη συριγγοποίηση αιμορραγία σήψη στένωση

Πίνακας 1. Στάδια εκκολπωματικής νόσου

Τα στάδια της νόσου συμπεριλαμβάνουν όλο το φάσμα από την ανάπτυξη των εκκολπωμάτων, την ασυμπτωματική νόσο έως τη συμπτωματική και τη νόσο με επιπλοκές (πίνακας 1). Η πιο διαδεδομένη ταξινόμηση της νόσου είναι η ταξινόμηση κατά Hinchey (φωτο 1, πίνακας 2). Ο στόχος της αντιμετώπισης είναι η θεραπεία της φλεγμονής, η βελτίωση των συμπτωμάτων και η πρόληψη των υποτροπών και των επιπλοκών της νόσου.

III A. ΟΞΕΙΑ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑ

Η διάγνωση θα βασιστεί στο ιστορικό, την φυσική εξέταση, τα εργαστηριακά ευρήματα και κυρίως στην αξονική τομογραφία που θεωρείται το πιο ευαίσθητο διαγνωστικό εργαλείο. Η οξεία εκκολπωματίτιδα είναι απειλητική για τη ζωή σε μεγαλύτερους ασθενείς, σε ανοσοκατεσταλμένους ή όταν υπάρχουν συνοδά νοσήματα όπως σακχαρώδης διαβήτης και νεφρική ανεπάρκεια.



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

βαίνουν αλλαγές στη χλωρίδα που προκαλούν εντερική φλεγμονή και μείωση της ακεραιότητας του βλεννογόνου φραγμού επιδρώντας στην έκλυση φλεγμονωδών κυτοκινών. Αλλαγές στην εντερική χλωρίδα με σημαντική αύξηση των αναερόβιων μικροβίων συμβαίνει και συνεπεία δίαιτας χαμηλής σε φυτικές ίνες.

Ταξινόμηση κατά Hinchey		Τροποποιημένη ταξινόμηση	
		0	Ήπια κλινική εκκολπωματίτιδα
I	Περικολικό απόστημα ή φλέγμων	Ia	Περικολική φλεγμονή
		Ib	Περικολικό απόστημα
II	Πυελικό, ενδοκοιλιακό ή οπισθοπεριτοναϊκό απόστημα	II	Πυελικό, άπω ενδοκοιλιακό ή οπισθοπεριτοναϊκό απόστημα
III	Γενικευμένη πυώδης περιτονίτιδα	III	Γενικευμένη πυώδης περιτονίτιδα
IV	Γενικευμένη κοπρανώδης περιτονίτιδα	IV	Κοπρανώδης περιτονίτιδα
		Συρίγγιο	εντεροκυστικό εντεροκολπικό εντεροεντερικό εντεροδερματικό
		Απόφραξη	παχέος και/ή λεπτού

Πίνακας 2. Ταξινόμηση και τροποποιημένη ταξινόμηση Hinchey

- Περιπτώσεις ήπιας εκκολπωματίτιδας (σταδίου I κατά Hinchey) μπορεί να αντιμετωπιστούν εξωνοσοκομειακά με υδρική δίαιτα και αντιβιοτική αγωγή 7-10 ημερών που να καλύπτει αναερόβια (bacteroides fragilis, peptostreptococcus, clostridium) αλλά και αερόβια βακτήρια (escherichia coli, klebsiella, proteus, streptococcus, enterobacter). Σύμφωνα με διεθνείς οδηγίες του 2007 (WGO - World Gastroenterology



Organisation) ένα τυπικό αντιβιοτικό σχήμα είναι ο συνδυασμός σιπροφλοξασίνης (ή τριμεθοπρίμης-σουλφαμεθοξαζόλης) με μετρονιδαζόλη. Η μοξιφλοξασίνη ή ο συνδυασμός αμοξυκιλλίνης-κλαβουλανικού αποτελούν αποδεκτές μονοθεραπίες για ανεπίπλοκη εκκολπωματίτιδα. Η αγωγή θα επιφέρει βελίωση σε 48-72 ώρες ενώ αναμένεται ότι θα βοηθήσει το 70-100% των ασθενών.

Αξίζει να σημειωθεί ωστόσο ότι σε μια πρόσφατη πολυκεντρική και τυχαιοποιημένη μελέτη σε 623 ασθενείς από τη Σουηδία που παρουσίασαν ανεπίπλεκτη οξεία εκκολπωματίτιδα, δεν αποδείχθηκε ότι η χορήγηση αντιβιοτικών προλαμβάνει την δημιουργία επιπλοκών (απόστημα, διάτρηση ή ανάγκη για χειρουργική επέμβαση εντός ενός έτους). Στη μελέτη αυτή δεν συμμετείχαν ασθενείς με εικόνα σπαιμίας, επηρεασμένη γενική κατάσταση, κύηση ή ασθενείς σε ανοσοκαταστολή. Παρόμοια αποτελέσματα είχαν καταγραφεί και σε μια παλαιότερη αναδρομική μελέτη.

- Νοσοκομειακή αντιμετώπιση απαιτείται όπου υπάρχουν ενδείξεις συστηματικής λοίμωξης ή περιτονίτιδας, σε ασθενείς που αποτυγχάνει η εξωνοσοκομειακή αγωγή σε ανοσοκατεσταλμένους ή με συνυπάρχουσες παθήσεις. Μονοθεραπεία με αναστολείς β-λακταμασών ή καρβαπενέμες προσφέρουν κάλυψη από ευρύ φάσμα μικροβίων. Τέτοιες επιλογές είναι η πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη, αμπικιλλίνη/σουλμπακτάμη, τικαρσιλλίνη/κλαβουλανικό, ιμιπενέμη ή μεροπενέμη. Όταν χορηγείται διπλή αντιβιοτική αγωγή, αυτή συμπεριλαμβάνει τη μετρονιδαζόλη και κεφαλοσπορίνες 3ης γενεάς (κεφτριαξόνη, κεφοταξίμη) ή κάποια φθοριοκινολόνη (σιπροφλοξασίνη, λεβοφλοξασίνη). Με την προσθήκη 3ης γενεάς κεφαλοσπορίνης ή φθοριοκινολόνης θεωρητικά μπορεί να αποφευχθεί η τοξικότητα των αμινογλυκοσιδών.

- Εάν σε 2-3 ημέρες δεν υπάρχει βελτίωση ή υπάρχουν σημεία επιδείνωσης γίνεται αξονική τομογραφία ώστε να αποκλεισθεί γενικευμένος φλέγμων ή απόστημα. Σε μεγάλα περιεκκολπωματικά αποστήματα >4εκ (στάδιο II κατά Hinchey) προτείνεται η παροχέτευση με αξονικό τομογράφο. Αυτή η τακτική αφενός θα βελτιώσει τον ασθενή, αφετέρου θα οδηγήσει σε επιλογή εκλεκτικού χειρουργείου όπου θα είναι δυνατή η επέμβαση σε ένα στάδιο.

- Οι κλασσικές ενδείξεις χειρουργείου είναι το στάδιο III ή IV κατά Hinchey: διάτρηση με κοπρανώδη περιτονίτιδα, δευτεροπαθής περιτονίτιδα μετά ρήξη αποστήματος, σήψη, κοιλιακό ή πυελικό απόστημα (όταν δε γίνεται παρακέντηση), δημιουργία συριγγίου, εντερική απόφραξη. Άλλες ενδείξεις είναι η αδυναμία αποκλεισμού καρκίνου, η αποτυχία συντηρητικής αγωγής, η ανοσοανεπάρκεια και η μεγάλη ηλικία (αυξημένη πιθανότητα αποτυχίας συντηρητικής αγωγής). Συνήθως γίνεται χειρουργείο σε 2 στάδια. Η παραδοσιακή Hartmann με αφαίρεση του πάσχοντος τμήματος του εντέρου, κολοστομία και σύγκλιση του ορθικού κολοβώματος. Τρεις μήνες μετά γίνεται αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου με 2ο χειρουργείο, το οποίο όμως μπορεί να αποδειχθεί τεχνικά δύσκολο. Παραλλαγή της επέμβασης Hartmann αποτελεί η αφαίρεση του φλεγμαίνοντος κόλου, η αναστόμωση και διενέργεια εγγύς στομίας (κολοστομίας ή ειλεοστομίας). Το δεύτερο χειρουργείο είναι η σύγκλιση της στομίας. Αυτή η τακτική προτιμάται όταν δεν υπάρχουν αντενδείξεις για πρωτογενή αναστόμωση (δεν υπάρχει πυώδης ή κοπρανώδης περιτονίτιδα και το έντερο δεν είναι οιδηματώδες). Το πλεονέκτημα αυτής της τεχνικής είναι ότι αποφεύγεται το τεχνικά δύσκολο δεύτερο στάδιο της Hartmann.

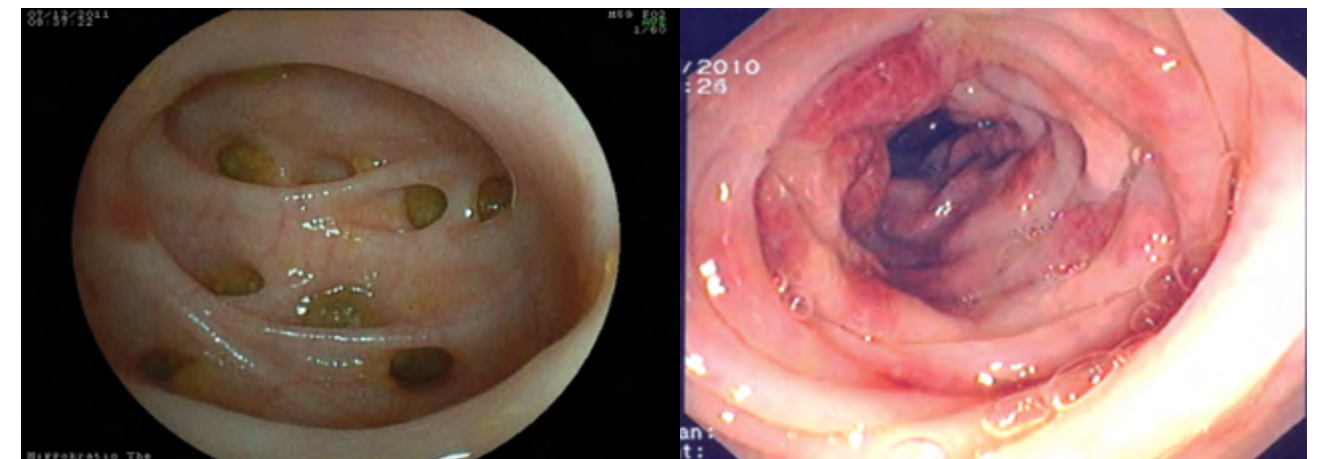
Η τακτική της παραπομπής σε χειρουργείο μετά από περισσότερα από 2 επεισόδια οξείας εκκολπωματίτιδας σήμερα τίθεται υπό αμφισβήτηση σε ασθενείς που κατά τα άλλα είναι υγιείς. Όταν αποφασίζεται τέτοια επέμβαση καλό είναι να διενεργείται τουλάχιστον 6 εβδομάδες μετά την ανάρρωση από το οξύ επεισόδιο. Οι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη είναι η ηλικία και η γενικότερη κατάσταση του ασθενούς, η συχνότητα και η βαρύτητα των επεισοδίων, η παρουσία τυχόν συμπτωμάτων μετά το οξύ επεισόδιο, η αδυναμία αποκλεισμού καρκίνου και το επεισόδιο εκκολπωματίτιδας με επιπλοκές (που αντιμετωπίστηκε με μη χειρουργικό τρόπο). Η εφαρμογή λαπαροσκοπικών τεχνικών υπερέχουν σε σχέση με το ανοιχτό χειρουργείο αλλά έχουν ένδειξη σε ασθενείς όπου έχει αντιμετωπιστεί το οξύ επεισόδιο, ή σε στάδια I και II κατά Hinchey.



III B. ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ - ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΩΣΗ

Εκτός των γνωστών επιπλοκών των εκκολπωμάτων ασθενείς με εκκολπώματα περιγράφουν ποικίλη συμπτωματολογία που προσομοιάζει αυτά του ευερεθίστου

νεση παραμένει άγνωστη αν και πιθανότατα είναι πολυ- παραγοντική. Βλεννογονική πρόπτωση, στάση κοπράνων, και βλεννογονική ισχαιμία έχουν ενοχοποιηθεί ως πιθανοί



Φωτό 2. Εκκολπώματα και κολίτιδα από εκκολπωμάτωση

εντέρου (πόνος, εναλλαγές κενώσεων, μετεωρισμό) χωρίς εμφανή εικόνα εκκολπωματίτιδας. Η κολίτιδα από εκκολπωμάτωση (SCAD syndrome - segmental colitis associated with diverticulosis) αναφέρεται στην ενεργό τοπική φλεγμονή που αναπτύσσεται στο σιγμοειδές κόλον και σχετίζεται με τα εκκολπώματα ανεξάρτητα από το εάν προσβάλλονται τα στόμια ή/και ο βλεννογόνος περίξ των εκκολπωμάτων (φωτο 2). Αναγνωρίζεται πλέον ως ξεχωριστή κλινική και παθολογική οντότητα που συνήθως περιγράφεται σε ασθενείς >40 ετών, κυρίως άντρες με επεισόδια αιμορραγίας, πόνου ή διαρροιών. Η παθογέ-

παθογενετικοί παράγοντες. Ιστολογικά η νόσος χαρακτηρίζεται από ήπιες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις έως διαταραχές που μιμούνται χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Η κολίτιδα από εκκολπώματα ανταποκρίνεται άριστα σε φάρμακα που χρησιμοποιούνται στα φλεγμονώδη νοσήματα αποδεικνύοντας έτσι ομοιότητες με αυτά και ιδιαίτερα με την ελκώδη κολίτιδα. Υπάρχουν σπάνιες αναφορές «μετάπτωσης» της κολίτιδας από εκκολπώματα στην κλασσική ελκώδη κολίτιδα, επιβεβαιώνοντας παρόμοια παθογένεση.

IV. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΟΣΟΥ - ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ

IV A. ΦΥΤΙΚΕΣ ΙΝΕΣ

Οι φυτικές ίνες πιστεύεται ότι μειώνουν τους κινδύνους από την εκκολπωματική νόσο. Οι κατευθύνσεις που ισχύουν από διεθνείς ομάδες μελέτης (National Diverticulitis Study Group - NDSG) προτείνουν πρόσληψη φυτικών ινών >10g/d με ιδανική ποσότητα την κατανάλωση μεταξύ 20 και 30g/d για όλους τους ασθενείς με εξαίρεση τις

περιόδους οξείας προσβολής. Υπάρχουν όμως και μελέτες που δε βρίσκουν καμία ευεργετική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης φυτικών ινών και της βελτίωσης χρόνιων συμπτωμάτων ή της πρόληψης υποτροπών. Επιπλέον, υπάρχουν και μελέτες που αναδεικνύουν αύξηση των εκκολπωμάτων με την πρόσληψη φυτικών ινών.

IV B. ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η λογική στη χρήση αντιχολινεργικών παραγόντων βασίζεται στην παρατηρούμενη αύξηση της κινητικότητας του

σιγμοειδούς κόλου σε πολλούς ασθενείς με εκκολπωματική νόσο. Εξάλλου λόγω της αλληλεπικάλυψης των συ-



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

μπτωμάτων της εκκολπωματικής νόσου με το σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου είναι αναμενόμενη η ανταπόκριση

IV C. ΡΙΦΑΞΙΜΙΝΗ

Η στάση του εντερικού περιεχομένου που συμβαίνει στην εκκολπωματική νόσο οδηγεί σε βακτηριδιακή υπερανάπτυξη και στη συνέχεια σε χρόνια φλεγμονή. Η ριφαξιμίνη είναι αποτελεσματική έναντι Gram-θετικών και Gram-αρνητικών μικροβίων, έχει μεγάλη βιοδιαθεσιμότητα στο έντερο ενώ απορροφάται φτωχά στη συστηματική κυκλοφορία. Έχει αποδειχθεί ότι η ριφαξιμίνη είναι απο-

IV D. ΜΕΣΑΛΑΜΙΝΗ

Ασθενείς που ελάμβαναν μεσαλαμίνη φάνηκε ότι είχαν μικρότερες πιθανότητες υποτροπής και μεγαλύτερα διαστήματα ελεύθερα συμπτωμάτων. Επιπροσθέτως, ο συνδυασμός ριφαξιμίνης (400 mg x2 για 7 ημέρες το μήνα)

IV E. ΠΡΟΒΙΟΤΙΚΑ

Ο ρόλος των προβιοτικών είναι να επαναφέρει τη φυσιολογική χλωρίδα του εντέρου που πιθανόν να έχει επηρεαστεί στην εκκολπωματική νόσο λόγω της στάσης και της μειωμένης διάβασης εντέρου. Μικρές μελέτες με προβιοτικά δείχνουν ότι ασθενείς που τα λαμβάνουν έχουν

σε αντιχολινεργικά φάρμακα.

τελεσματική στο ευερέθιστο έντερο και στη βακτηριδιακή υπερανάπτυξη μειώνοντας το μετεωρισμό, το κοιλιακό άλγος και τις διαρροϊκές κενώσεις. Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι είναι αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων, τη συχνότητα των επιπλοκών και τη σοβαρότητα της εκκολπωματικής νόσου.

και μεσαλαμίνης (800 mg x2) είχε καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τη ριφαξιμίνη μόνη της σε ότι αφορούσε τον έλεγχο των συμπτωμάτων, την ομαλοποίηση των κενώσεων και την πρόληψη των υποτροπών.

βελτιωμένη συμπτωματολογία και μεγαλύτερα διαστήματα ύφεσης σε σχέση με αυτούς που δεν τα λαμβάνουν. Ο συνδυασμός με μεσαλαμίνη φάνηκε αποτελεσματικότερος στην αντιμετώπιση και την υποτροπή των συμπτωμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. World Gastroenterology Organisation (WGO). Practice Guidelines 2007. Diverticular disease.
2. Chabok A, Pahlman L, Hjern F et al. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. Br J Surg 2012 Jan 30. doi: 10.1002/bsg. 8688. (Epub ahead of print).
3. Hjern F, Josephson T, Altman D et al. Conservative treatment of acute diverticulitis: are antibiotics always mandatory? Scand J Gastroenterol 2007 Jan;42 (1): 41-7.
4. Stollman N, Magowan S, Shanahan F, Quigley EM. A Randomized Controlled Study of Mesalamine After Acute Diverticulitis: Results of the DIVA Trial. J Clin Gastroenterol 2013;47(7):621-9.
5. Crowe FL, Appleby PN, Allen NE, Key TJ. Diet and risk of diverticular disease in Oxford cohort of European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): prospective study of British vegetarians and non-vegetarians. BMJ 2011;343:d4131.
6. Regenbogen SE, Hardiman KM, Hendren S, Morris AM. Surgery for Diverticulitis in the 21st Century: A Systematic Review. JAMA Surg 2014;149(3):292-303.
7. Peery A, Barrett P, Park D, Rogers A et al. A high-fiber diet does not protect against asymptomatic diverticulosis. Gastroenterology 2012;142:266-72.
8. Pimentel M, Lembo A, Chey W et al. Rifaximin therapy for patients with irritable bowel syndrome without constipation. N Engl J Med 2011;363:22-32.
9. Strate L, Modi R, Cohen E and Spiegel B. Diverticular disease as a chronic illness: evolving epidemiologic and clinical insights. Am J Gastroenterol 2012;107:1486-1493.
10. Van Patten K and West A. The pathology of diverticular disease practical considerations and controversies. J Clin Gastroenterol 2011;45:S20-S26.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ 13^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ



ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

5 & 6 Δεκεμβρίου 2015

Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani-Caravel, Αίθουσα ΙΛΙΣΣΟΣ



Θα χορηγηθούν
μόρια Συνεχιζόμενης
Ιατρικής Εκπαίδευσης
(CME-credits)

Σεμινάριο Καταστολής και Αναλγησίας στην Ενδοσκόπηση
4 & 6 Δεκεμβρίου 2015

Γραμματεία:

ΚΕΓΜ ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΕΣ & ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ Α.Ε.
CONGRESS WORLD - Μ. ΠΑΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 ΑΘΗΝΑ • Τ 210-72 100 52, 210-72 10 001 • Φ 210-72 100 51 • www.congressworld.gr • info@congressworld.gr



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διάτρηση του γαστρεντερικού σωλήνα κατά την διάρκεια τόσο της διαγνωστικής όσο και της θεραπευτικής ενδοσκόπησης είναι ένα όχι συχνό γεγονός, το οποίο χαρακτηρίζεται από σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα.

Η ενδοσκόπηση και ιδίως η θεραπευτική-επεμβατική ενδοσκόπηση κερδίζει ολοένα και περισσότερο έδαφος στην καθημερινή ρουτίνα των γαστρεντερολόγων με αποτέλεσμα να αυξάνουν και οι επιπλοκές της. Η διάτρηση είναι μια επιπλοκή που όλοι οι γαστρεντερο-

λόγοι θα αντιμετωπίσουν κάποια στιγμή στην πορεία τους. Ο μόνος τρόπος για να αποφύγουμε τις διατρήσεις είναι να πάψουμε να ενδοσκοπούμε. Η διάτρηση είναι μια επιπλοκή που φοβίζει κυρίως λόγω της:

- Σημαντικής νοσηρότητα και θνητότητα
- Πιθανής ανάγκης χειρουργικής επιδιόρθωσης
- Εμπλοκής πολλών ιατρικών ειδικοτήτων
- Παρατεταμένης νοσηλείας- κόστους
- Πιθανής δικαστικής εμπλοκής (ποινικά - αστικά).

I. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΗΣΗΣ

Η αντιμετώπιση μιας ιατρογενούς διάτρησης απαιτεί την παρουσία πολυπληθούς ομάδος, η οποία αποτελείται από τον γαστρεντερολόγο, έναν χειρουργό και ένα ακτινολόγο, κατάλληλα εκπαιδευμένους και έμπειρους. Το εάν και πότε θα χειρουργηθεί ο ασθενής είναι συνήθως απόφαση που λαμβάνεται στα πλαίσια της ομάδος, τον πρώτο λόγο όμως τον έχει ο γαστρεντερολόγος.

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί μια διάτρηση πρέπει πρώτα να αναγνωρισθεί. Η ταχεία αναγνώρισή της είναι πολύ κρίσιμη όσον αφορά την τελική έκβαση του ασθενούς, κυρίως διότι επιτρέπει τη πιθανή χειρουργική παρέμβαση σε “καθαρό”περιβάλλον.

Η αναγνώριση των καταστάσεων οι οποίες απαιτούν τάχιση παρέμβαση όπως ο πνευμοθώρακας υπό τάση, το σύνδρομο διαμερίσματος και η περιτονίτιδα είναι κρίσιμα για την επιλογή του τρόπου και του χρόνου παρέμβασης.

Η επιβεβαίωση της διάτρησης είναι προτιμότερο να γίνεται με αξονική τομογραφία καθώς έχει διαπιστωθεί ότι υπερέχει διαγνωστικά των απλών ακτινογραφιών, αφού έχει την δυνατότητα να απεικονίζει πολύ μικρές ποσότητες αέρα, υγρού, εμψύματος ή συλλογών στο περιτόναιο, τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και το μεσοθωράκιο.

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι φυσαλίδες αέρα μπορεί να αναδειχθούν στο περιτόναιο με την CT μετά από ESD. Επομένως τα ακτινολογικά ευρήματα θα πρέπει πάντα να αξιολογούνται βάσει της κλινικής εικόνας του ασθενούς.

Πίνακας 1. Δεκάλογος αντιμετώπισης της ενδοσκοπικής διάτρησης

- Ταχεία αναγνώριση (CT)
- Η παρουσία εξωαυλικού αέρα δεν σημαίνει υποχρεωτικά χειρουργική επέμβαση
- Ο όγκος του εξωαυλικού αέρα δεν συσχετίζεται απόλυτα με το μέγεθος της διάτρησης
- Ο εξωαυλικός αέρας δεν είναι μολυσματικός
- Ο εξωαυλικός αέρας είναι ιατρικά επείγουσα κατάσταση
- Ο εξωαυλικός αέρας μπορεί να βρεθεί απεικονιστικά παντού
- Ο εξωαυλικός αέρας μπορεί να εμμένει χωρίς κλινική σημασία
- Οι διατρήσεις έχουν την τάση να κλείνουν μετά παροχέτευση ή εκτροπή του ενδοαυλικού περιεχομένου
- Διαφυγή σκιαγραφικού χρήζει άμεσης δράσης
- Αποτυχημένη προσπάθεια ενδοσκοπικής διόρθωσης της διάτρησης συνήθως χρήζει χειρουργικής παρέμβασης

Baron TH, Wong Kee Song LM, Zielinski MD, et al. A comprehensive approach to the management of acute endoscopic perforations. *Gastrointest Endosc* 2012;76(4):838–59;

II. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η απόφαση μεταξύ συντηρητικής και χειρουργικής θεραπείας θα πρέπει να ληφθεί βάσει κλινικών χαρακτηριστικών και στοιχείων.

Σε γενικές γραμμές συντηρητική θεραπεία αποφασίζεται σε ασθενείς σε καλή γενική κατάσταση χωρίς σημεία γενικευμένης περιτονίτιδας. Η προσέγγιση περιλαμβάνει ενδοφλέβια αντιβιοτικά ευρέως φάσματος, ενυδάτωση, εντατική παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και της διούρησης, τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα εφόσον πρόκειται για ανώτερο πεπτικό,

διακοπή πρόσληψης υγρών και στερεών τροφίμων από το στόμα.

Εάν η παρέμβασή είναι επιτυχής θα πρέπει μετά από 48 ώρες να υπάρξει σαφής βελτίωση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς. Εάν δεν εμφανιστεί βελτίωση τότε θα πρέπει να σκεφτούμε το ενδεχόμενο την χειρουργικής αντιμετώπισης.

Η απεικόνιση με CT θα πρέπει να γίνεται τόσο για την παρακολούθηση τυχόν διαφυγών όσο και για την παροχέτευση τυχόν συλλογών.

III. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΑΕΡΑ ΥΠΟ ΠΙΕΣΗ.

Η αντιμετώπιση του εξωαυλικού αέρα πρέπει να γίνεται επείγοντως, όταν αυτός βρίσκεται υπό πίεση.

Ο πνευμοθώρακας υπό τάση χρειάζεται άμεση παροχέτευση για την αποφυγή αναπνευστικής δυσχέρειας. Η αποσυμπίεση γίνεται με την τοποθέτηση βελόνας

στην μεσοκλειδική γραμμή κατά το 2ο μεσοπλεύριο διάστημα. Μετά την άμεση παροχέτευση ενδίδνυται η τοποθέτηση θωρακικού σωλήνα παροχέτευσης (Billau). Η παρουσία μικρού πνευμοθώρακα χωρίς τάση, δεν χρειάζεται άμεση παροχέτευση με βελόνα αλλά μπορεί να γίνει κατευθείαν με την τοποθέτηση

θωρακικού σωλήνα παροχέτευσης. Μικροί πνευμοθώρακες μπορούν να αντιμετωπιστούν συντηρητικά.

Αν και παρουσία αέρα στο υποδόριο (υποδόριο εμφύσημα) είναι γενικά ακίνδυνη και συνήθως υποχωρεί σε μερικές ημέρες, η μαζική παρουσία υποδόριου αέρα στον τράχηλο μπορεί να οδηγήσει σε απόφραξη των αεραγωγών και πιθανά να χρειαστεί ενδοτραχειακή διασωλήνωση.

Η παρουσία, μεγάλης ποσότητας αέρα στο περιτόναιο μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη κοιλιακή διάταση προκαλώντας αιμοδυναμική αστάθεια και αναπνευστική δυσχέρεια. Η τοποθέτηση στο κοιλιακό τοίχωμα βελονών 18-20g με τον ασθενή σε ύπτια θέση οδηγεί σε άμεση αποσυμφόρηση και θεαματική βελτίωση της αιμοδυναμικής αστάθειας.



IV. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΥΓΚΛΙΣΗ.

Η τεχνολογική εξέλιξη που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια τόσο στον τομέα της γαστρεντερολογίας τόσο σε επίπεδο απεικόνισης όσο και σε επίπεδο συσκευών καθώς επίσης και η μεγαλύτερη εμπειρία που αποκτούν οι γαστρεντερολόγοι στις επεμβατικές τεχνικές καθιστά την ενδοσκοπική σύγκλιση των ιατρογενών διατρήσεων εφικτή. Σε γενικές γραμμές διατρήσεις μικρότερες από 3εκ είναι δυνατό βάσει της υπάρχουσας τεχνολογίας να αποκατασταθούν ενδοσκοπικά.

Ο καθοριστικός παράγοντας για την ενδοσκοπική αποκατάσταση μιας ιατρογενούς διάτρησης είναι η άμεση αναγνώρισή της. Υπάρχουν διαθέσιμες αρκετές συσκευές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την σύγκλιση μιας διάτρησης όπως endoclips, stents και συσκευές για ράμματα ολικού πάχους ή ο συνδυασμός

clips με endoloops.

Η τοποθέτηση ενδοσκοπικών clips θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος στην αντιμετώπιση των ιατρογενών διατρήσεων.

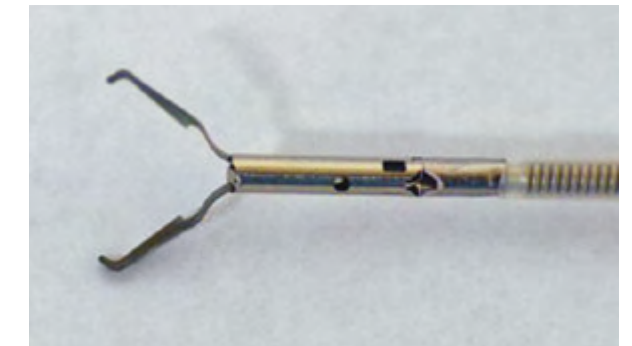
Κυκλοφορούν αρκετά TTS (through-the-scope) clip όπως

1. QuickClip2 (Olympus Inc.)
2. Resolution Clip (Boston Scientific Inc.)
3. Tri-clip (Cook Medical Inc.)
4. Instinct clip (Cook Medical Inc.)

Η επιλογή του clip βασίζεται κυρίως στην διαθεσιμότητα, τα χαρακτηριστικά της βλάβης, το κόστος, την εμπειρία και τις προτιμήσεις του ιατρού.



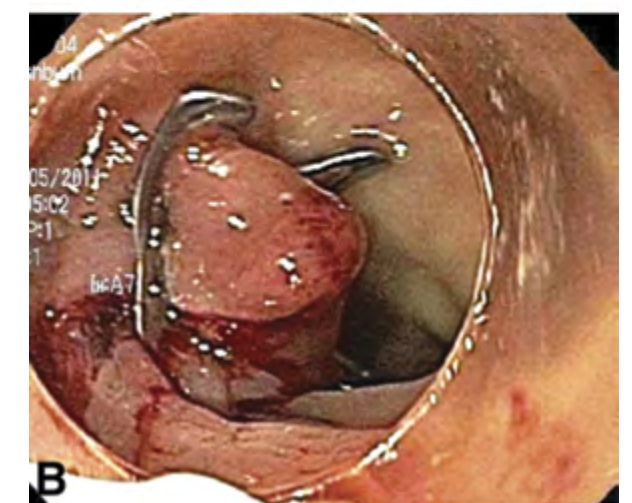
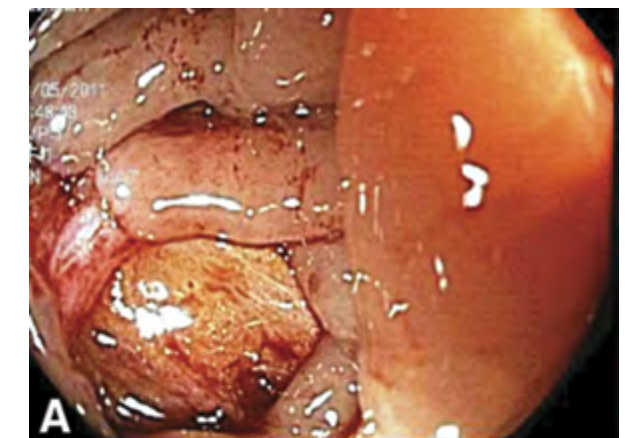
Resolution clip κλειστό



Resolution clip ανοικτό



Α. Διάτρηση στο ορθό μετά από ESD.
Β. Σύγκλιση με clips



Α. Διάτρηση εκκολπώματος με το ενδοσκόπιο.
Β. Σύγκλιση με OTC clip



Διάτρηση παχέος εντέρου μετά από πολυπεκτομή και σύγκλιση με endoclip



Triclip



instinct



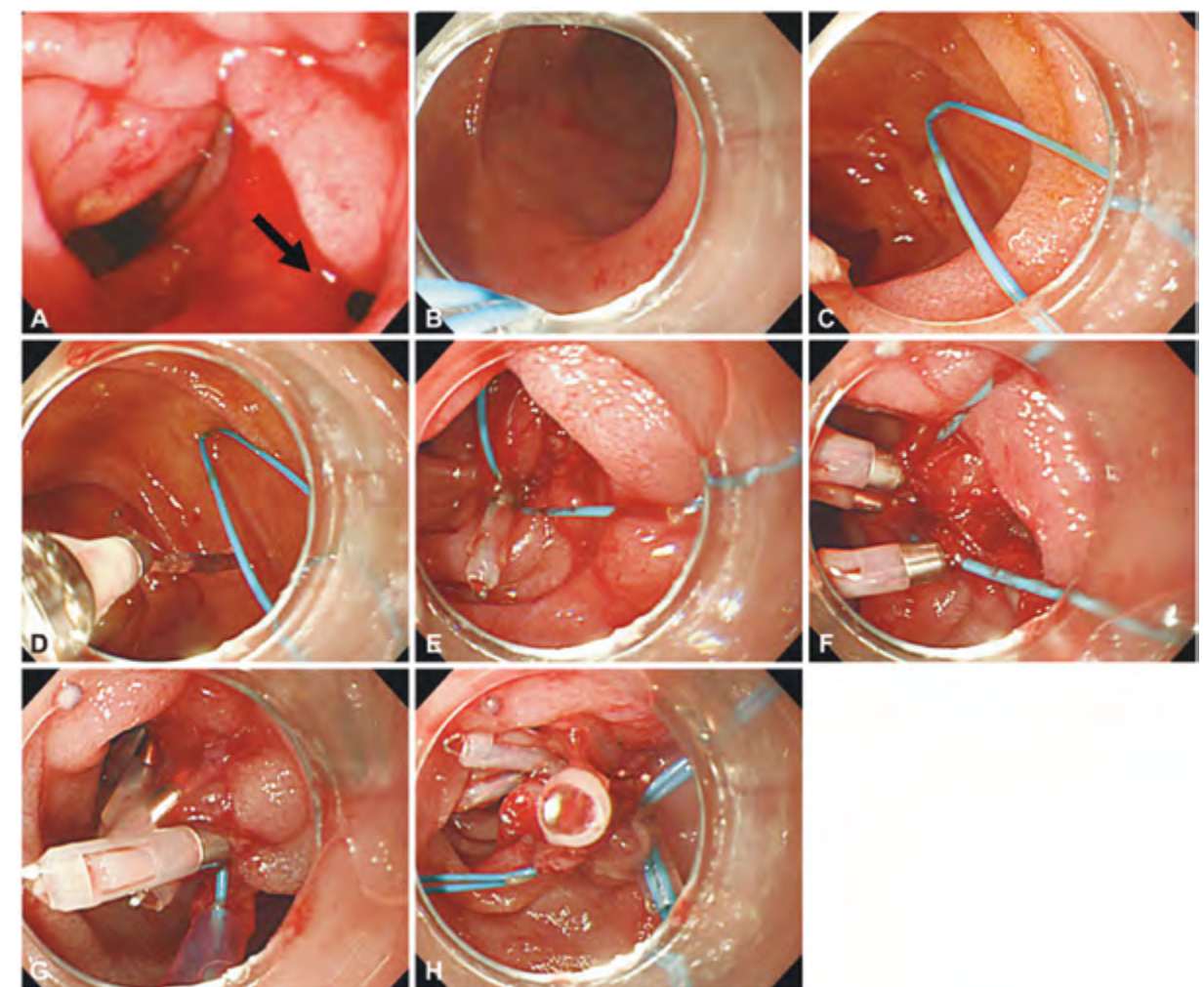
Quick clip2



Over The Scope clip (OTC)



Endoloop



Σύγκλιση διάτρησης στο λεπτό έντερο με endoloop και clips

Σε μεγάλες διατρήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο παχύ έντερο. clips συνδυαστικά με endo-loop.

Εκτός των TTS clip τα τελευταία χρόνια έχει κυκλοφορήσει το λεγόμενο OTC (over the scope clip Onesco Endoscopy Inc.). Το OTC διαφέρει σημαντικά στην φιλοσοφία από τα TTS clips, καθώς εφαρμόζει μεγαλύτερη δύναμη σύγκλισης, είναι ολικού πάχους και έχει μεγαλύτερη διάμετρο και χωρητικότητα.

Ex vivo μελέτες έχουν δείξει ότι το OTC μπορεί να συρράψει διατρήσεις 5-20mm στο στομάχι και 10-30mm

Τα stents συμπεριλαμβανομένων των μεταλλικών μερικώς επικαλυμμένων αυτοδιατεινομένων (PCSEMS), των μεταλλικών πλήρως επικαλυμμένων αυτοδιατεινόμενων και των πλαστικών αυτοδιατεινόμενων έχουν χρησιμοποιηθεί για θεραπεία διατρήσεων κυρίως στον οισοφάγο αλλά και αλλού στον πεπτικό σωλήνα, παρόλο που δεν υπάρχει επίσημη ένδειξη χρήσης τους στις διατρήσεις.

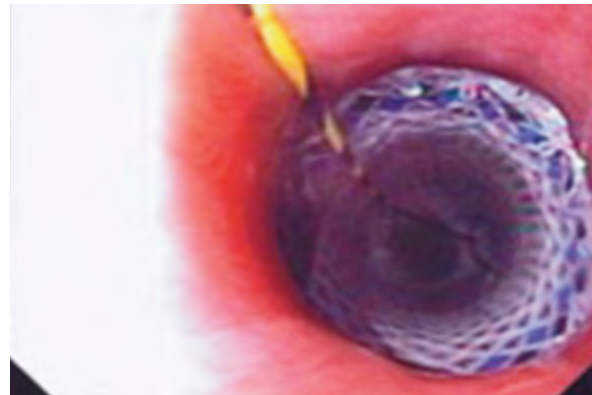
Η επιλογή του τύπου του stent που θα χρησιμοποιη-

θεί εξαρτάται από την διαθεσιμότητα, τα χαρακτηριστικά της βλάβης, τον κίνδυνο μετανάστευσης του, την εμπειρία και τις προτιμήσεις του ιατρού.

Ο βέλτιστος χρόνος παραμονής του stent επί της βλάβης δεν έχει καθοριστεί επακριβώς. Είθισται το stent να παραμένει από 2 έως 12 εβδομάδες αναλόγως της βλάβης.



A. Διάτρηση οισοφάγου.



B. Εικόνα μετά την τοποθέτηση stent επι της βλάβης



Polyflex stent



wallflex stent



Overstitch endoscopic suturing system:
the handle the end cap

Τέλος κυκλοφορούν αρκετές συσκευές ενδοσκοπικών ραμμάτων ολικού πάχους, οι οποίες αναπτύχθηκαν αρχικά για NOTES, αντιπαλινδρομικές επεμβάσεις και επεμβάσεις βαριατρικής.

Τέτοιες είναι το

- Overstitch (Apollo Endosurgery),
- το NDO Plicator (NDO Surgical Inc.),
- το flexible Endostich (Covidien Inc.) και
- το flexible stapler (Power Medical Interventions Inc).

Η χρήση τους όμως στην σύγκλιση των ιατρογενών διατρήσεων παραμένει ακόμη περιορισμένη.

V. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η αντιμετώπιση των ιατρογενών διατρήσεων παραδοσιακά γινόταν με χειρουργική επέμβαση. Λόγω της εξέλιξη της τεχνολογικής και της εμπειρίας που έχουν αποκομίσει οι γαστρεντερολόγοι στην χρήση των νέων συσκευών, είναι πλέον εφικτή η ενδοσκοπική αντιμετώπιση τους.

Βέβαια το ποια διάτρηση θα αντιμετωπιστεί χειρουργικά και ποια ενδοσκοπικά έχει να κάνει με την φύση

της διάτρησης, το μέγεθος και την τοπογραφία, την εμπειρία του ενδοσκόπου και την διαθεσιμότητα των κατάλληλων υλικών.

Σε κάθε περίπτωση η αντιμετώπιση του ασθενούς θα πρέπει να είναι γρήγορη αλλά όχι βιαστική και οι αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται στα πλαίσια εξειδικευμένης ομάδας. Με τον τρόπο αυτό θα πετύχουμε την καλύτερη έκβαση για τον ασθενή μας.

Πίνακας 2. Σημεία πρόσφατης ενδοσκοπικής διάτρησης

- Υποδόριο εμφύσημα
- Θωρακικό άλγος
- Κοιλιακή διάταση
- Πνευμοθώρακας
- Δυσκολία στην διατήρηση του αέρα εντός του αυλού/σύμπτωση των τοιχωμάτων
- Αιμοδυναμική αστάθεια
- Αναπνευστική δυσχέρεια.

Πίνακας 3. Όψιμα σημεία ενδοσκοπικής διάτρησης>24h

- Συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση
- Οξεία κοιλία
- Ναυτία/έμετοι
- Πόνος στην οσφύ ή το θώρακα
- Οίδημα σε μη αναμενόμενα σημεία (όσχεο/λαιμός)
- Κοιλιακή διάταση
- Πνευμοθώρακας
- Μειζων θωρακικό άλγος
- Υπόταση
- Δυσκολία στην αναπνοή
- Σύγχυση

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Al Ghossaini N, et al Endoscopic treatment of iatrogenic gastrointestinal perforations: an overview. Dig Liver Dis. 2014 Mar;46(3):195-203. doi: 10.1016/j.dld.2013.09.024. Epub 2013 Nov 8.
2. Baron TH, et al. A comprehensive approach to the management of acute endoscopic perforations (with videos). 2012 Oct;76(4):838-59. doi: 10.1016/j.gie.2012.04.476. Epub 2012 Jul 24.
3. Boumitri C, Kumta NA, et al. Closing Perforations and Post-perforation Management in Endoscopy: Duodenal, Biliary, and Colorectal. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2015 Jan;25(1):47-54. doi: 10.1016/j.giec.2014.09.010.
4. Paspatis GA, Dumonceau JM, et al. Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Endoscopy. 2014 Aug;46(8):693-711. doi: 10.1055/s-0034-1377531. Epub 2014 Jul 21.



Νέα από την Τεχνολογία - Βιομηχανία

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΡΧΕΙΟΘΕΤΗΣΗΣ

Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος

Θυμάμαι τον πατέρα μου, παλαιό γαστρεντερολόγο, να καταχωρεί σε καρτέλες τα στοιχεία και τα ιστορικά των ασθενών του. Στη συνέχεια καταχωρούσε τις καρτέλες αυτές αλφαβητικά σε μια μεγάλη δελτιοθήκη που καταλάμβανε σημαντικό χώρο στο γραφείο του. Κάποια στιγμή πέρασε σε ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής με λειτουργικό DOS - ένα αρχείο το οποίο χάθηκε επειδή έπαυσε η λειτουργία της εταιρείας που το υποστήριζε και άλλες εταιρείες δεν είχαν την πρόθεση να ταλαιπωρηθούν μετατρέποντας ένα παλαιό αρχείο εφαρμογής άλλης εταιρείας σε περιβάλλον Windows.

Από τότε βέβαια πολλά έχουν αλλάξει. Ένα πολύ μεγάλο κομμάτι της δουλειάς μας είναι οι ενδοσκοπήσεις με τους ασθενείς να περιμένουν - πολύ λογικά - το μηχανογραφημένο πόρισμα με τις φωτογραφίες, το DVD, το USB stick κλπ. Όλα αυτά απαιτούν βέβαια τη χρήση υπολογιστών, server, ειδικών λογισμικών και την υποστήριξή τους από τεχνικές εταιρείες. Στο σημερινό άρθρο μου θα κάνω μια σύντομη, όχι εξαντλητική, παρουσίαση των λογισμικών και των υποστηρικτών τους.

Το πιο γνωστό πρόγραμμα διεθνώς που απευθύνεται στους γαστρεντερολόγους είναι το Endobase της Olympus, ενώ παραπλήσιο είναι και το Fujinon Adam. Πρόκειται για πλήρεις και δοκιμασμένες πλατφόρμες. Το πρόβλημά τους είναι ότι δεν υποστηρίζουν τα ελληνικά και το να δώσει κάποιος από εμάς ένα πόρισμα στα αγγλικά δεν θα ικανοποιήσει την συντριπτική πλειονότητα των ασθενών μας.

Για το λόγο αυτό έχουν δημιουργηθεί αρκετές εταιρείες στην Ελλάδα που προσφέρουν τέτοια προγράμματα. Όλα τα λογισμικά προσφέρουν τη δημιουργία καρτέλας ασθενή με τα δημογραφικά στοιχεία, τηλέφωνα επικοινωνίας, e-mail κλπ. Σε άλλο χώρο καταγράφεται το ιστορικό του ασθενούς, το ατομικό αναμνηστικό, η φαρμακευτική αγωγή, τυχόν αλλεργίες, βιομετρικά στοιχεία κλπ. Κάποια λογισμικά δίνουν τη δυνατότητα γραμματειακής διαχείρισης ιατρού με κατα-

χώριση των ραντεβού, συνταγογράφηση, στατιστικά στοιχεία, απομακρυσμένη πρόσβαση, συγχρονισμό με smartphone ή tablet ώστε πρακτικά να έχουμε το αρχείο μας μαζί μας ανά πάσα στιγμή. Τα περισσότερα λογισμικά επιτρέπουν και την έκδοση ΑΠΥ, τη δημιουργία excel πινάκων με τους ασθενείς μας, κάτι που θα εκτιμήσουν ιδιαίτερα οι λογιστές μας.

Μία από τις πλέον σημαντικές δυνατότητες των λογισμικών είναι η δυνατότητα σύνδεσής τους με τους video επεξεργαστές των ενδοσκοπίων μας και άμεσης αποθήκευσης εικόνων στο σκληρό δίσκο του υπολογιστή ή του server σε περίπτωση πολλαπλών workstations - ενδοσκοπικών πύργων. Κάποια λογισμικά επιτρέπουν και την αποθήκευση video.

Τα 3 προγράμματα τα οποία είναι παραμετροποιημένα για γαστρεντερολόγους είναι: το TMS Iasis της ομώνυμης εταιρείας, το Icon print & video της Grafimedia και ο Γαστρεντερολόγος της Πλήκτρο Software. Υπάρχουν αρκετές ακόμη εταιρείες που προσφέρουν ιατρικό λογισμικό είτε χωρίς εξειδίκευση, είτε με προσανατολισμό σε άλλες ιατρικές ειδικότητες. Τέτοια προγράμματα είναι: το MediconPro της εταιρείας Noon, το SK Ιατρείο της SK Developers, το Professional Clinic της Profclinic, το Doctors Net της ομώνυμης εταιρείας και το Medifiler Imager της Compucon.

Όπως γίνεται αντιληπτό υπάρχει πληθώρα επιλογών για τον υποψήφιο αγοραστή και καλό είναι ο καθένας να κάνει τη δική του έρευνα αγοράς για να ξεκαθαρίσει ποιο είναι το καταλληλότερο πρόγραμμα γι αυτόν. Κάποια από τα προγράμματα προσφέρονται και από τις ενδοσκοπικές εταιρείες με την αγορά καινούριου ενδοσκοπικού συστήματος.

Σημαντικότατο είναι το after sales service το οποίο μπορεί να προσφέρεται είτε on line είτε on site με την δυνατότητα σύναψης συμβολαίων συντήρησης.

Καλή επιλογή...

ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ



Η γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

Ιωάννης Αναστασίου

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

Η εφαρμογή της τεχνολογίας στην Υγεία και οι πιθανές μεταβολές που θα επιφέρει



Η Meg Whitman, Διευθύνουσα Σύμβουλος της HP, σε πρόσφατο άρθρο της περιγράφει τις 10 **συναρπαστικές τεχνολογίες στον τομέα της υγείας** που υπόσχονται να φέρουν σημαντικές αλλαγές στο βιοτικό μας επίπεδο. Τις συγκεντρώσαμε, προσθέσαμε παραδείγματα που θα σας φανούν χρήσιμα και σας τις παρουσιάζουμε:

1. Smartphones, εφαρμογές και wearables

Το Fitbit και το Jawbone, το Apple Watch, οι φακοί επαφής της Google, οι εφαρμογές μέτρησης καρδιακών παλμών μέσω τηλεφώνου, το προσωπικό ιστορικό υγείας ως εφαρμογή για κινητό τηλέφωνο, οι μετρητές δραστηριότητας, οι αναλύσεις στατιστικών ύπνου, τα apps για την προετοιμασία της κολοσκόπησης και δεκάδες άλλα παραδείγματα δείχνουν ότι οι χρήστες πλέον είναι εξοικειωμένοι με την "προληπτική ιατρική" η οποία βασίζεται σε αναλυτικά στοιχεία παρακολούθησης της καθημερινής μας δραστηριότητας. Όμως, όπως αναφέρει η κα Whitman, αυτά είναι μόνο η αρχή. Με την πρόοδο της τεχνολογίας, οι επόμενες εφαρμογές που έρχονται θα είναι ακόμα πιο αναλυτικές και σε συνδυασμό ακόμα και με νανοτεχνολο-

γικές ανακαλύψεις θα μπορούν να προλαμβάνουν παθήσεις αλλά και να τροφοδοτούν με πολύ χρήσιμα δεδομένα την επιστημονική κοινότητα. Παραδείγματα: Fitbit, Jawbone, Google Contact Lens, Apple Health, Celgene, Sleepcycle, Real-Time Healthcare Analytics Solution for Preventative Medicine for SAP HANA.

2. Big Data και Υγεία

Ένας από τους τομείς που θα ωφεληθεί περισσότερο από την χρήση εργαλείων ανάλυσης μεγάλου όγκου δεδομένων είναι ο τομέας της Υγείας. Με εργαλεία όπως το SAP Genomic Analyzer for SAP HANA, το DNA μας μπορεί να "μετατραπεί" σε ένα επεξεργάσιμο σετ δεδομένων από το οποίο να εξαγάγουμε πληροφορίες σχετικά με πιθανές παθήσεις που θα κληθούμε να αντιμετωπίσουμε αλλά και σημαντικές βελτιώσεις στην υγεία μας. Παράδειγμα: SAP Genomic Analyzer.

3. Ευκολία πρόσβασης δεδομένων υγείας μέσω του Cloud Computing

Με την ευκολία πρόσβασης σε κάθε είδους δεδομένο με την χρήση ενός απλού browser η πρόληψη και η περίθαλψη θα γίνονται ταχύτερα, με λιγότερους περιορισμούς και πιο οικονομικά. Οι ερευνητές θα μπορούν να επεξεργάζονται ταχύτερα στοιχεία για ασθένειες, να προλαμβάνουν επιδημίες και να αναγνωρίζουν πιθανές αιτίες εξάπλωσης. Το ιατρικό προσωπικό θα μπορεί να έχει πρόσβαση στο πλήρες ιστορικό ενός ασθενούς και θα μπορεί να το διαθέσει στον ασθενή με ένα απλό email. Παράδειγμα: SAP for Healthcare.

4. Ασφάλεια Δεδομένων

Όσο εξελίσσεται η διαδικτυακή τεχνολογία, τόσο προχωράει και η κακόβουλη επίθεση με σκοπό την υπαρπαγή κάθε είδους δεδομένων. Είναι χαρακτηριστικό πως σε πρόσφατη έρευνα της Skyhigh Networks, το 90% των εταιρειών υγείας στις ΗΠΑ χρησιμοποιεί συστήματα ασφάλειας με μεσαίο ή χαμηλό δείκτη προστασίας από κακόβουλες διαδικτυακές επιθέσεις. Ταυτόχρονα, το 44% των διαδικτυακών επιθέσεων

Η γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο



το 2013 έγινε σε φαρμακευτικές εταιρείες σύμφωνα με στοιχεία του Identity Theft Resource Center. Είναι άρα βέβαιο ότι θα δούμε νέες τεχνολογίες προστασίας δεδομένων οι οποίες θα είναι εύκολες και χρηστικές στην λειτουργία τους. Παραδείγματα: Έρευνα ασφάλειας δεδομένων στον τομέα της υγείας (ΗΠΑ), Έρευνα Διαδικτυακών Επιθέσεων 2013, Skyhigh Secure.

5. Υπολογιστική Δύναμη και Διαχείριση Ενέργειας θα παίξουν σημαντικό ρόλο στις υπηρεσίες Υγείας

Σύμφωνα με την Whitman, το 2020 θα υπάρχουν 30 δις. συνδεδεμένες συσκευές. Ο εξαιρετικά μεγάλος όγκος δεδομένων που θα παράγουν θα καταναλώνει σχεδόν το 30% της παγκόσμια παραγόμενης ενέργειας. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να υπάρξει σημαντική αλλαγή και στον τρόπο διαχείρισης των δεδομένων αλλά και στον τρόπο ηλεκτροδότησης ώστε το μοντέλο να παραμείνει βιώσιμο. Τεχνολογίες όπως το IBM Watson, το "The Machine" της HP, η real-time διαχείριση ενεργειακού δικτύου της SAP είναι βέβαιο ότι θα πρωταγωνιστούν σε έναν τομέα με μεγάλη ανάγκη σε υπολογιστική ισχύ και ενέργεια όπως ο τομέας της υγείας. Παραδείγματα: IBM Watson, HP "The Machine", SAP Smart Energy Management.

6. 3D printing οργάνων και πρόσθετων μελών

Τον Οκτώβριο του 2014, γιατροί εκτύπωσαν κομμάτι μιας καρδιάς και έσωσαν την ζωή ενός παιδιού 2 ετών. Είναι βέβαιο ότι η εν λόγω εγχείρηση θα είναι στο εγγύς μέλλον μια εφαρμόσιμη κλινική πρακτική, αφήνοντας πίσω τις λίστες δωρεάς οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις από ζωντανούς οργανισμούς. Παράδειγμα: 3διάστατη εκτυπωμένη καρδιά μεταμοσχεύεται σε 2χρονο.

7. Η Τηλεϊατρική θα επεκταθεί εκτός σπιτιού

Με την εξάπλωση των smartphones, των tablet και του mobile internet η επαφή ιατρού-ασθενή θα γίνει ακόμα πιο άμεση. Με παραδείγματα εφαρμογών και συσκευών που αναφέραμε ο ιατρός θα έχει την δυνα-

τότητα διάγνωσης και θεραπείας του ασθενή ακόμα και στα πιο απομακρυσμένα σημεία του πλανήτη.

8. Τα συστήματα υγείας θα βοηθήσουν ιδιαίτερα τις αναπτυσσόμενες χώρες

Σύμφωνα με την κυρία Whitman, οι αναπτυσσόμενες χώρες θα ωφεληθούν ιδιαίτερα από τις νέες τεχνολογικές ανακαλύψεις στον χώρο της υγείας, ιδιαίτερα επειδή το κόστος επικοινωνίας μειώνεται ενώ η υπολογιστική ισχύς αυξάνεται. Παράδειγμα: Τα eHealth Centers της HP παρέχουν δυνατότητες ιατρικής κάλυψης σε απομονωμένες περιοχές της Ινδίας, το πρόγραμμα Telestroke στις ΗΠΑ για την έγκαιρη εξ αποστάσεως διάγνωση των εγκεφαλικών επεισοδίων.

9. Οι νέες τεχνολογίες θα μας βοηθήσουν να κατανοησούμε καλύτερα πως λειτουργεί ο ανθρώπινος εγκέφαλος

Η Emotiv, μια εταιρεία στο San Francisco δημιούργησε μια συσκευή η οποία μπορεί να μεταφράσει εγκεφαλικά κύματα σε κινήσεις, ανοίγοντας νέους δρόμους βελτίωσης της ζωής ανθρώπων με κινητικές δυσκολίες ή εγκεφαλικές παθήσεις. Επιπρόσθετα, ερευνητές του MIT κατάφεραν να δημιουργήσουν νέες αναμνήσεις σε ασθενείς με την χρήση οπτογενετικής. Το αποτέλεσμα και στις 2 περιπτώσεις που αναφέρθηκαν είναι η καλύτερη κατανόηση των εγκεφαλικών λειτουργιών μας και η πρόληψη και θεραπεία εγκεφαλικών παθήσεων. Παραδείγματα: Emotiv, Ramirez – Liu Συνέντευξη για την οπτογενετική.

10. Νέες επιχειρηματικές ευκαιρίες με κοινωνικό αντίκρυσμα

Συμπερασματικά οι νέες τεχνολογικές ανακαλύψεις στον τομέα της υγείας δημιουργούν εξαιρετικό πεδίο για επενδύσεις οι οποίες εκτός των άλλων θα έχουν και σημαντικό κοινωνικό αντίκτυπο στις ζωές εκατομμυρίων.

Η ηδονή της αναμονής ή περί καρτερίας



Δεν είναι τυχαίο που σε περιόδους παρακμής στην Ιστορία της Ανθρωπότητας η καρτερία και η λοταρία (τύχη) έχουν κεντρική θέση στη ζωή των ανθρώπων. Βέβαια από τη στιγμή που γεννιέται ο άνθρωπος, εκπαιδεύεται να περιμένει. Η αναμονή και η υπομονή θεωρούνται αρετές που πρέπει να εγκολληωθεί κατά την ανατροφή του, εις βάρος της επιμονής, του αυτοσχεδιασμού και της πρωτοβουλίας. Έτσι η αναμονή, του γίνεται δεύτερη φύση που εκτός από βολική, ντύνεται με τον ελκυστικό μανδύα της ελπίδας. Η Ελληνική Μυθολογία με σοφία επεσήμανε το θέμα

της Ελπίδας!! Από το κουτί της Πανδώρας, όπου κρύβονταν όλα τα δεινά του κόσμου, οι Έλληνες έβγαλαν την ελπίδα τελευταία, σα να ήταν το χειρότερο απ' όλα. Δεν έχω γνωρίσει πιο συναρπαστικό συμβολισμό. Γιατί η ελπίδα, αντίθετα απ' ό,τι λέγεται, αντιστοιχεί στην παραίτηση. Και το να ζεις σημαίνει ακριβώς το να μην παραιτείσαι (Αλμπέρ Καμύ).

Οι θρησκείες δε, ύμνησαν την αναμονή, την υπομονή και την καρτερία με αλληγορίες και παραβολές όπως το μάννα εξ ουρανού, ο Ιώβ και η γη

της Επαγγελίας. Έτσι στο μεγαλύτερο μέρος των σκοτεινών χρόνων (Μεσαίωνας) κυριαρχούσε η αναμονή της «πραγματικότητας», της μετά θάνατον ζωής, υπομένοντας με καρτερία την αθλιότητα της γήινης ζωής.

Βαδίζοντας από τη Μυθολογία προς την Ιστορία, σοφά βλέποντας οι Αρχαίοι την ηδονική φυγοπονία της αναμονής προέτρεπαν «συν Αθηνά και χείρα κίνει», μόνο που η Αθηνά εδώ συμβόλιζε περισσότερο τη νόηση και λιγότερο την εύνοια. Και στα Ομηρικά έπη γίνεται φανερό ότι οι Αρχαίοι δεν έλπιζαν ούτε περίμεναν μια καλύτερη ζωή στον άλλο κόσμο, επειδή γι αυτούς ακόμα κι αν υπήρχε άλλη ζωή, ήταν χειρότερη από την εδώ ζωή. Έτσι όταν ο Οδυσσέας στη Νέκυια επισκέπτεται τον Άδη, συναντά τον Αχιλλέα και τον ακούει να λέει: «καλύτερα να' μουν βοηθός ενός αγρότη στη Θεσσαλία παρά άρχοντας εδώ, στις σκιές του κάτω κόσμου, στο τίποτα».

Ο Οδυσσέας δε, είναι η μόνη συγκλονιστική περίπτωση στην Οικουμένη που αρνείται την Αθανασία που του προτείνει η θεά Καλυψώ και διαλέγει την εδώ ζωή, όπως και οι θεοί του Ολύμπου που κατέβαιναν στη γη, ζηλεύοντας τη ζωή των θνητών και μάλιστα κάποιοι ερωτεύονταν θνητές! Σωστά λοιπόν ελέχθη ότι οι Αρχαίοι «έκαναν τη γνώση του θανάτου οίστρο της ζωής».

Στη συνέχεια έχουμε το αποκορύφωμα του ανθρωπολογικού τύπου του Αθηναίου του 5^{ου} αιώνα π.Χ που όμοιό του δεν ξαναείδε η ανθρωπότητα.

Μέσα από τη γραφίδα του Θουκυδίδη και το λόγο των Κορινθίων αντιπροσώπων στους Σπαρτιάτες, μεσούντος του Πελοποννησιακού Πολέμου, περιγράφονται οι Αθηναίοι: «Είναι καινοτόμοι και οξείς στην επινόηση, εκτελούν τάχιστα τα αποφασισθέντα,

τολμούν δυσανάλογα προς τις δυνάμεις τους, διακινδυνεύουν παρά τις υποδείξεις της λογικής και διατηρούν την αισιοδοξία τους μέσα στις χειρότερες αναποδιές. Την ησυχία της απραξίας τη θεωρούν μεγαλύτερη συμφορά από την επίπονη ασχολία, ώστε αν με ένα λόγο έλεγε κανείς γι' αυτούς ότι η φύση τους είναι να μην ησυχάζουν ποτέ, ούτε τους άλλους ν' αφήνουν ήσυχους, θα έλεγε την αλήθεια». Σωστά λοιπόν επισημάνθηκε από το Νίτσε ότι κατά το Χρυσό Αιώνα η Ιστορία κινήθηκε με ταχείς και βαθείς ρυθμούς κατά τρόπο μοναδικό και ανεπανάληπτο, καθ' όσον οι Αθηναίοι δεν ήταν ανυπόμονοι αλλά επίμονοι στο να ζουν, να δρουν και να δημιουργούν και όχι να αδρανούν.

Παράλληλα, η Αττική Τραγωδία σπλίτευσε με τον ποιητικό και συμβολικό της λόγο και την αδράνεια και την απραξία, αλλά κυρίως τις φρούδες ελπίδες (Προμηθέας Δεσμώτης).

Αλλά και τον επόμενο αιώνα (4^{ος} π.Χ) παρά την ατμόσφαιρα της παρακμής, οι άνθρωποι έκαναν πράξη το ρητό «να ζεις το σήμερα σαν να επρόκειτο να πεθάνεις αύριο», ο Επίκουρος δε, ως φιλόσοφος της αληθινής ηδονής, βλέποντας με την ευφυΐα του ότι η αναμονή είναι μια ηδονική αναβολή, την κατακεραυνώνει λέγοντας: «Ο άνθρωπος αναβάλλει συνεχώς την ευτυχία του και πεθαίνει εν μέσω ασχολιών».

Στη σχετικά πρόσφατη ιστορία μας πάλι, η καρτερία και η αναμονή ψευτοπαρηγορούν τους κατακτημένους Έλληνες αλλά και τους κοιμίζουν με ψεύτικες ελπίδες: «κι ακαρτέρει κι ακαρτέρει... ώσπου να' ρθεί ο Μόσκοβος» (Δ. Σολωμός), όπως και οι λαϊκοί θρύλοι για το «Μαρμαρωμένο Βασιλιά» και το «πάλι με χρόνια με καιρούς πάλι δικά μας θα' ναι».

Στην παγίδα της ηδονικής αναμονής και προσμο-



Ελεύθερο Θέμα

νής εκτός από τους ιδρυτές θρησκειών, έπесαν και μεγάλοι στοχαστές (Marx, Hegel), νομίζοντας ότι ανακάλυψαν τους «νόμους της Ιστορίας», όπου με μια χιλιαστικού τύπου αναμονή και ελπίδα οδηγούμαστε «νομοτελειακά» στην αταξική κοινωνία, δηλαδή τη γη της Επαγγελίας.

Και στη εποχή μας, εκτός από τη Σταχτοπούτα που περιμένει το πριγκιπόπουλο πάνω σ' άσπρο άλογο ή τα κατάλοιπα της παιδικής ηλικίας με την αναμονή του Αν-Βασίλη, εκφράσεις όπως «περιμένω να μου πέσει το λαχείο», «έχει ο καιρός γυρίσματα», «θα 'ρθουν καλύτερες μέρες», «θα γυρίσει ο τροχός» κ.ά, είναι τελικά μορφές της αβουλίας, της αδράνειας και της απραξίας μας ώστε να γίνουν βούληση κάποιου άλλου (άλλος να «βγάλει το φίδι από την τρύπα») κι εμείς να καρπωθούμε τα οφέλη «αβρόχοις ποσί».

Όμως σ' εμάς και μόνο σ' εμάς ανήκει η ευθύνη της πρωτοβουλίας, της τόλμης και της αποφασιστικότητας μας να αδράξουμε την ημέρα (carpe diem), να πάρουμε τη ζωή στα χέρια μας, να ξεχάσουμε τις δικαιολογίες και μεταθέσεις ευθυνών, γιατί αν το καλοσκεφθούμε, όλοι μας ανεξαιρέτως έχουμε χάσει χρόνο σε άχρηστες και βολικές αναμονές, σε ασήμαντες και «καβαλέ» νομίζοντας ότι θα ζήσουμε τα χίλια χρόνια.

Ο Καβάφης μας παροτρύνει: «κι αν δε μπορείς να κάμεις τη ζωή σου όπως την θέλεις, προσπάθησε τουλάχιστον, όσο μπορείς, να μην την εξευτελίζεις, μες στην πολλή συνάφεια του κόσμου, μες στις πολλές κινήσεις κι ομιλίες... κι εκθέτοντάς την στον σχέσεων και των συναναστροφών την καθημερινή ανοησία...».

Αντί να καμαρώνουμε υπομονετικά και καρτερικά, προσθέτοντας χρόνια στη ζωή μας, αξίζει έχει να

προσθέτουμε ζωή στα χρόνια μας! Πότε θα ζήσει ο άνθρωπος; Λένε ότι λίγο πριν πεθάνει ο άνθρωπος συνειδητοποιεί πώς θα ήθελε να είχε ζήσει! Ζω λοιπόν δε σημαίνει προσδοκώ. Ζω όταν τολμώ και παίζω την αληθινή ζωή στα δάκτυλα και όχι με τα δάκτυλα να παίζω την «ψηφιακή ζωή», όταν συγκλονίζομαι συναντώντας και συμμετέχοντας στην Παιδεία, στη Γνώση, στην Ομορφιά και στη Δημιουργία. Ζω, δηλαδή γράφω Ιστορία.

Για τις χαμένες ζωές μέσα στις αναμονές η λαϊκή σοφία με την παροιμία της είναι καταλυτική: «δε μας δόθηκαν δυο ζωές για ν' αφήσουμε τη μια να πάει χαμένη». Για τούτο δε θα' ταν υπερβολή να πούμε πως το χειρότερο «μαστίγιο» είναι η αναμονή με «καρότο» την ελπίδα για ανταμοιβή.

Κάποιοι θα αντιτείνουν τη γνωστή παροιμία «κάθε πράγμα στον καιρό του». Μόνο που καιρός (εξ' ου το καίριος) δεν είναι η αναμονή μέσα στο χρόνο (ώριμο φρούτο) αλλά η κατάλληλη στιγμή για δράση, ως προϊόν φρόνησης και ελεύθερης επιλογής.

Λέγεται ότι τον 19^ο αιώνα, η μεγαλύτερη ανακάλυψη δεν ήταν η ατμομηχανή αλλά η επισήμανση της βλακείας από τον Φλωμπέρ ως μια από τις διαστάσεις της ανθρωπίνης ύπαρξης. Τηρουμένων των αναλογιών, όπως θα πρέπει να αντιπαλεύουμε τη βλακεία, το ίδιο πρέπει να μαχόμαστε ενάντια στη βολική αναμονή και καρτερία.

Τέλος, είναι καιρός να τελειώνουμε με την Ινδική νιρβάνα, την υπαρξιακή απάθεια, τη βολική αναβολή, τη Στωική αναισθησία και την πουριτανική ασκητική και να ριχτούμε με πάθος στη ζωή! Γνωρίζοντας ότι είμαστε «νεκροί υπό αναστολή» (Σαρτρ), δηλαδή θνητοί, να μην αφεθούμε να γίνουμε «ζωντανοί υπό αναστολή», δηλαδή ζωντανοί νεκροί!

ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ

Ερέτρια θα πάτε;



5-7 Ιουνίου 2015, Eretria Village Conference Center



Ο Δήμος Ερέτριας, (πρώην Δήμοι Αμαρυνθίων και Ερέτριας), σήμερα αποτελεί ένα γλυκό και απαλό τοπίο στη μέση του Ευβοϊκού κόλπου. Μιας θάλασσας περιτριγυρισμένης με βουνά που της δίνουν το σχήμα λίμνης. Μια όμορφη γωνιά της Ελλάδας, ένα θαυμάσιο τουριστικό θέρετρο με άριστη ρυμοτομία, με φαρδείς δρόμους, δενδροφυτεμένους και καθαρούς, με υπέροχα καταλύματα και γευστική τοπική κουζίνα.

Μια μικρή γωνιά της Γης, αγκαλιασμένη από θάλασσα και επιβλητικά βουνά, ζωγραφισμένη με αρχαία χρώματα, με ιστορία, αλλά κυρίως με ανθρώπους που τιμούν τη φιλοξενία.

Όμως δεν ήταν πάντα έτσι καθώς η Ερέτρια υπήρξε από τις σημαντικότερες πόλεις – κράτη του αρχαίου Ελληνικού κόσμου (6ος και 5ος αιώνες π.Χ.) απένα-

ντι από τις βόρειες ακτές της Αττικής στον Ν. Ευβοϊκό κόλπο, νοτιοανατολικά της Χαλκίδας.

Η πρώτη αναφορά στην Ερέτρια γίνεται από τον Όμηρο στην Ιλιάδα, που εμφανίζεται στον κατάλογο των πλοίων που εκστρατεύουν κατά της Τροίας (Τρωικός πόλεμος). Τον 8ο π.Χ. αιώνα, η Ερέτρια και η γειτονική Χαλκίδα, υπήρξαν οι πιο ακμάζουσες πόλεις της Εύβοιας. Η Ερέτρια έλεγχε την Άνδρο, την Τήνο, την Κέα στις Κυκλάδες επίσης κατείχε και τμήμα των απέναντι ακτών της Βοιωτίας. Οι Ερετριείς ίδρυσαν και αποικίες στην Νότια Ιταλία από κοινού με τους Χαλκιδείς: τις Πιθηκούσες και την Κύμη.

Το 499 π.Χ. με την Ιωνική Επανάσταση υποστήριξαν μαζί με την Αθήνα τις πόλεις της Ιωνίας στην εξέγερσή τους κατά των Περσών. Μετά την αποτυχία της επα-

νάστασης, ο Πέρσης βασιλιάς Δαρείος Α', θέλοντας να εκδικηθεί για αυτή την ενέργεια, πολιορκήσε και κατέστρεψε την πόλη κατά την Περσική εκστρατεία του Δάτη και του Αρταφέρνη το 490 π.Χ. Κατά την καταστροφή της πόλης δεν έγιναν σεβαστοί ούτε οι ναοί της, καταστράφηκε ακόμη και ο μεγαλοπρεπής ναός του Απόλλωνα.

Η Ερέτρια κτίστηκε ξανά και έλαβε μέρος και στην Μάχη των Πλαταιών με 600 οπλίτες (479 π.Χ.). Τον 5ο αιώνα π.Χ. ήταν μέρος της Α' Αθηναϊκής Συμμαχίας.



Κατά τον Πελοποννησιακό Πόλεμο οι Ερετριείς ήταν σύμμαχοι των Αθηναίων κατά των Σπαρτιατών. Το 411 π.Χ. έλαβε μέρος η λεγόμενη μάχη της Ερέτριας στην περιοχή, μεταξύ Αθηναίων και Σπαρτιατών.

Μετά την νίκη της Σπάρτης, το 404 π.Χ. η Αθήνα σταδιακά επανέκαμψε και εγκαθίδρυσε και πάλι ηγεμονικό ρόλο στην περιοχή της Εύβοιας, η οποία ήταν πλούσια σε σιτηρά. Το 343 π.Χ. ο Φίλιππος Β' της Μακεδονίας είχε την πόλη υπό τον έλεγχό του, αλλά το 341 π.Χ. ο Αθηναίος στρατηγός Δημοσθένης την υπέταξε.

Μετά την Μάχη της Χαιρώνειας (338 π.Χ.), όπου ο Φίλιππος νίκησε των συνασπισμένο στρατό Αθηναίων και Θηβαίων, σήμανε και το οριστικό τέλος της Ερέτριας ως σημαντική πόλη-κράτος. Η πόλη εξακολουθούσε να υφίσταται ως μικρή επαρχιακή κωμόπολη.

Το 198 π.Χ. λεηλατήθηκε από τους Ρωμαίους και το 87 π.Χ. καταστράφηκε κατά την διάρκεια των Μιθριδικών Πολέμων και τελικά ερημώθηκε.

Η σύγχρονη κωμόπολη ιδρύθηκε το 1824 μετά το ξέσπασμα της Ελληνικής Επανάστασης και την καταστροφή των Ψαρών τον Ιούνιο του 1824, όταν ήλθαν στην περιοχή επιζώντες από τα Ψαρά, οι οποίοι της έδωσαν το όνομα Νέα Ψαρά. Το όνομα χρησιμοποιήθηκε σημαντικά στον 19ο αιώνα (η εκλογική περιφέρεια και οι βουλευτές ονομαζόταν «Νέων Ψαρών»),

αλλά στη συνέχεια επικράτησε το όνομα Ερέτρια.

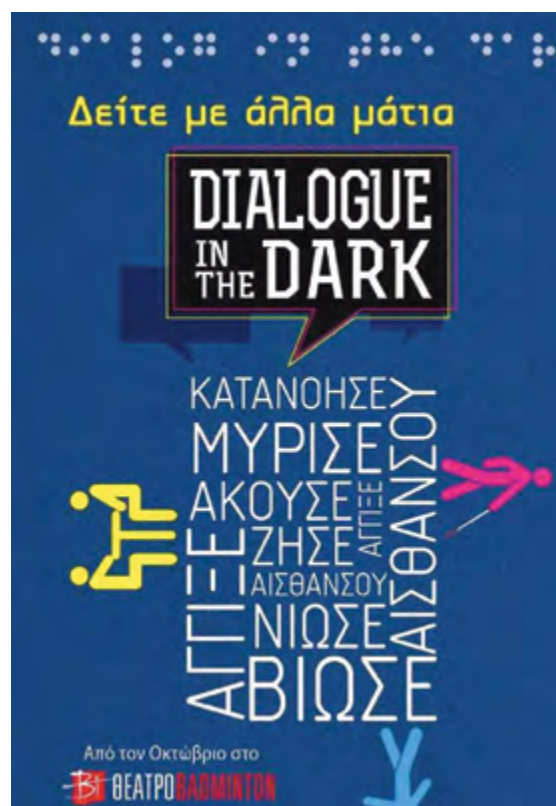
Σήμερα είναι τουριστικό παραθαλάσσιο θέρετρο.

Η Ερέτρια σήμερα αποτελεί σημαντικό λιμένα πορθμειακής γραμμής με τον λιμένα Ωρωπού (Αττικής), και συνδέεται οδικώς με την Χαλκίδα και νότια με το Αλιβέρι. Ως παραθαλάσσια πόλη διαθέτει ταβέρνες και πολλά σημεία ψυχαγωγίας και διασκέδασης, μεταξύ των οποίων και το λεγόμενο “νησί των ονείρων”. Ο αρχαιολογικός χώρος βρίσκεται στο βόρειο άκρο της σύγχρονης πόλης, και πολλά αξιόλογα ευρήματα εκτίθενται στο αρχαιολογικό μουσείο της.

Για περισσότερες πληροφορίες στην ιστοσελίδα της ΕΟΜΙΦΝΕ: <http://www.eomifne.gr/>



Δείτε τον κόσμο μ' άλλα μάτια!



Πώς είναι να ζεις στο απόλυτο σκοτάδι, πώς είναι να μην έχεις εικόνα από το συνομιλητή σου ή τον περιβάλλοντα χώρο και όμως να ζεις και να κινείσαι σε αυτόν... Πώς είναι να έχεις προβλήματα όρασης και να θέλεις να βγεις από το σπίτι σου; Πάρτε το λευκό μπαστούνι και αφήστε τον «οδηγό» σας να σας ξεναγήσει σε έναν άλλο κόσμο.

Εδώ και ένα χρόνο περίπου το Badminton στην Αθήνα φιλοξενεί το «Dialog in the Dark» ένα πρωτοποριακό δρώμενο που αντιστρέφει τους ρόλους: οδηγοί με μειωμένη ή καθόλου όραση συνοδεύουν μια ομάδα επισκεπτών σε μια βόλτα στο αστικό περιβάλλον, μέσα στο απόλυτο σκοτάδι.

Στους ειδικά διαμορφωμένους και απόλυτα ασφαλείς χώρους της εγκατάστασης, μικρή ομάδα επισκεπτών, για 80 περίπου λεπτά, όσο διαρκεί ο περίπατος στο σκοτάδι, ξεναγούνται σ' έναν κόσμο χωρίς φως, βασιζόμενοι μόνο στους ήχους, τη θερμοκρασία και την αφή, αλλά κυρίως στους τυφλούς οδηγούς, οι οποίοι «γίνονται» τα μάτια τους. Όταν οι πιο απλές δραστηριότητες μετατρέπονται ξαφνικά σε πρόκληση, οι επισκέπτες μαθαίνουν να βλέπουν τον κόσμο γύρω τους αλλιώς. Μπαίνεις στο απόλυτο σκοτάδι και αφήνεις τις υπόλοιπες αισθήσεις να σε οδηγήσουν, όταν καταλαγιάσει λίγο ο πανικός του βλέποντος που ξαφνικά δεν βλέπει τίποτα... Πόση σημασία έχει εκεί μια ανθρώπινη φωνή, ένα ανθρώπινο άγγιγμα! Πόσο δυνατά ακούγονται τα κελαηδίσματα των πουλιών



και πόσο πολύ σε εμποδίζει η βοή των αυτοκινήτων να αντιληφθείς τι γίνεται γύρω σου! Κι όταν πια το σκοτάδι παύει να αποτελεί πρόβλημα αντικρίξεις μέσα από αυτό την πραγματικότητα. Στην έξοδο, όταν ανάβουν και πάλι τα φώτα, τίποτε δεν είναι πια το ίδιο.

Το «Dialogue in the Dark» δεν είναι μία ακόμα έκθεση, αλλά ένα θεμελιώδες γεγονός που αλλάζει την κοσμοθεωρία μας, ενθαρρύνει τους επισκέπτες να δουν τον κόσμο με τα μέσα μάτια· πρόκειται για ένα παιχνίδι, που μας καλεί ν' ανακαλύψουμε, να εμπιστευθούμε και ν' αναπτύξουμε τη δύναμη των αισθήσεών μας. Παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στη Γερμανία το 1988 κι έκτοτε έχει ταξιδέψει σε πάνω από 30 χώρες και 127 πόλεις



σ' όλον τον κόσμο.

Πρόκειται για μια μοναδική εμπειρία που αξίζει να βιώσουν ενήλικες και παιδιά (μεγαλύτερα των 8 ετών). Η εγκατάσταση θα παραμείνει στο Badminton μέχρι το τέλος Μαΐου και μπορείτε να κάνετε τηλεφωνικά κρατήσεις σε μικρές ομάδες μέχρι 8 ατόμων.

Το εξώφυλλο από μέσα



«Αν είναι τριαντάφυλλα θ' ανθίσουν»
επαναλάμβανε στον εαυτό της, διατηρώντας
κατά κάποιο τρόπο τις επιφυλάξεις της.
Γιατί ήξερε πόσο απρόβλεπτη μπορεί να είναι η Άνοιξη.

Μίλτος Σκούρας

ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ

ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ