

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Αύγουστος - Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 2016 | Τεύχος
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

41

Έρχεται βροχή ...

Συνέντευξη με τον
κ. Χρήστο Τουμπανάκη

Οι αρμόδιοι απαντούν...
Απαντά ο αν. υπουργός
Υγείας Παύλος Πολάκης

Κληρονομικά σύνδρομο
καρκίνου και πολυποδίασης
παχέος εντέρου

Άρθρο Σύνταξης



... η 14η Διημερίδα μας έλαβε τέλος και κατά γενική ομολογία για μια άλλη χρονιά η θεματολογία ενδιαφέρουσα και πρακτικά χρήσιμη για τους μάχιμους γαστρεντερολόγους που την παρακολούθησαν με ζήλο και ενδιαφέρον όπως άλλωστε συμβαίνει 14 συναπτά έτη τώρα.

... οι εκλογές για την ανάδειξη νέου συμβουλίου της ΕΠΕΓΕ επίσης γεγονός που αν και με λιγοστές διαθεσιμότητες επίσης όπως πάντα έγιναν στο γνωστό φιλικό και συναδελφικό κλίμα που χαρακτηρίζει όλη την πορεία μας.

... οι εκλογές είναι λοιπόν παρελθόν με κάποιες αποχωρήσεις, με κάποιες νέες παρουσίες και νέο αίμα και όπως πάντα στην μέση κάποιοι που έχουν ακόμη το κουράγιο και την δύναμη να συνεχίσουν και για αυτή την Ζετία.

... οι ευχαριστίες για τους «αποχωρίσαντες» για όσα, όλα αυτά τα χρόνια, έδωσαν στο κοινό μας σπίτι με μεράκι, φαντασία αλλά και πολύ προσπάθεια και κόπο είναι αυτονόητες. Η ελπίδα μας είναι ότι θα τους βλέπουμε πάλι κοντά μας να επικουρούν τις προσπάθειές μας αφού μάλλον για κάποιες/ους από αυτούς μάλλον δεν θα μπορούσε να είναι διαφορετικά.

... η προσπάθεια όλων μας θα είναι εστιασμένη σε αυτό που απασχολεί κάθε συνάδελφο ξεχωριστά και όλους μαζί και σκοπός μας είναι να «τρέξουμε» κάθε τι που στους δύσκολους καιρούς μπορούμε να «παλαίσουμε».

... σε αυτή την συγκυρία που πατάμε σε κινούμενη άμμο η προσπάθειά μας περισσότερο από ποτέ έχει ανάγκη να πλαισιωθεί από κάθε ζωντανή φωνή και κάθε δυνατή υποστήριξη όλων. Απόψεις, κρίσεις και κριτικές αλλά κυρίως διαθεσιμότητες σε κάθε πρωτοβουλία που θα πρέπει να αναλάβουμε είναι χρήσιμες και κυρίως επιβεβλημένες.

... η 15η Εκπαιδευτική διημερίδα είναι μπροστά μας και οι γνώμες – προτάσεις από παλαιότερους αλλά κυρίως νεότερους συναδέλφους ώστε αυτή να γίνει ακόμη πιο χρήσιμη και ουσιαστική είναι ευπρόσδεκτες (είμαστε ανοικτοί στο να αλλάξουμε και αν τεκμηριωμένα χρειαστεί να ανατρέψουμε κάθε τι που συνηθίσαμε μέχρι τώρα).

... το ασφαλιστικό και το φορολογικό, με τα τραγικά μέτρα

που θα εφαρμοστούν στην χρονιά που τρέχει προβλέπεται να απορροφήσει τις περισσότερες μας προσπάθειες σε κοινή πορεία με τους άλλους επιστημονικούς κλάδους αλλά και την υπόλοιπη κοινωνία.

... η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος μας μέσα σε αυτή θα είναι σίγουρα από τα θέματα που θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε αλλά και ο ΕΟΠΠΥ, η λειτουργία του, η ΗΔΙΚΑ και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση με τις παρεμβάσεις που θα χρειαστούν ώστε να βελτιώσουμε την σχέση μας μαζί τους, να αποκρούσουμε ότι εμποδίζει την δουλειά μας και να διασφαλίσουμε καλύτερες προϋποθέσεις για τις μέρες που έρχονται κύρια για τους νέους συναδέλφους.

Έχει μπει πολύ νέο «αίμα» στο επάγγελμα τα τελευταία χρόνια και την ίδια στιγμή έχουν πολλαπλασιαστεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι παλαιότεροι και κυρίως οι νεότεροι συνάδελφοι. Οι αντικειμενικές συνθήκες λοιπόν λογικά οδηγούν στην όλο και μεγαλύτερη δραστηριοποίηση και ενδυνάμωση του υποκειμενικού παράγοντα. Γι' αυτό δεν μας πρέπει η «αποστράτευση» και η αδιαφορία από την συντριπτική πλειοψηφία των συναδέλφων.

Οι εκλογές έγιναν, νέο συμβούλιο για τα επόμενα 3 χρόνια υπάρχει, έστω με σφιγμένα δόντια οι περισσότεροι αποφασίσαμε να μείνουμε όρθιοι, όμως χρειαζόμαστε την βοήθεια των πολλών με την έκφραση άποψης, κρίσης και κριτικής αλλά και συμμετοχής.

Η Ένωσή μας είναι μια πόρτα ανοικτή για όσους έχουν αίσθηση των καιρών και θέλουν να ζήσουν στο κοινό μας σπίτι. Το περιοδικό μας χρειάζεται όλους, λίγος χρόνος από τους πολλούς μπορεί να ανατρέψει τις δυσκολίες των λίγων.

Στείλτε μας απόψεις, προτάσεις και κριτικές αλλά κυρίως δηλώστε διαθεσιμότητα σε ό,τι νομίζετε ότι μπορείτε να είστε χρήσιμοι.

... όρθιοι λοιπόν και αποφασισμένοι να παλέψουμε για την επιβίωση και την αξιοπρέπεια μας

Χάρης Τσιώνης



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΟΥΜΕ	06
3ήμερες εκδηλώσεις για την πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου και την προληπτική κολοσκόπηση στην Θεσσαλονίκη	
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	08
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ	10
Με τον κ. Χρήστο Τουμπανάκη	
ΟΙ ΑΡΜΟΔΙΟΙ ΑΠΑΝΤΟΥΝ	18
Απαντά ο Αν. Υπουργός Υγείας Παύλος Πολάκης	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	22
Κληρονομικά σύνδρομα καρκίνου και πολυποδίασης παχέος εντέρου	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	24
Εντερικός ρυθμός, ένα νέο ζωτικό σημείο	
ΝΕΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ-ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ	25
ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	26
Αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού συστήματος: τι νεότερο στην αντιμετώπισή της	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	30
ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ	
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	34
Αθήνα θα πάτε;	
ΤΟ ΕΞΟΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	35

Ιδιοκτητής:

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

Εκδότης & Υπεύθυνος παρά τη νόμω:

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

Έδρα:

Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα
Τηλ.: 210 6727531-3
Fax: 210 6727535
Website: www.epege.gr
e-mail: info@epege.gr

Διευθύντρια σύνταξης:

Μαρία Μυλωνάκη

Συντακτική Επιτροπή:

Αναστασίου Ιωάννης
Βασιλειάδης Κωνσταντίνος
Γούλας Σπύρος

Ζωγράφος Κωνσταντίνος
Θεοδωροπούλου Αγγελική
Καρμίρης Κωνσταντίνος
Κούτμος Σπύρος
Κωνσταντούλας Σπύρος
Κωφοκώσιος Αλέξανδρος
Μπομπότση Νάγια
Σιούλας Αθανάσιος
Σκλάβος Παντελής
Τσιώνης Χάρης

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Παναγιώτης Κασαπίδης
Αντιπρόεδρος: Θεοχάρης Τσιώνης
Γεν. Γραμματέας: Σπύρος Βρακάς
Ειδ. Γραμματέας: Κωνσταντίνος Ζωγράφος
Ταμίας: Σπύρος Γούλας
Μέλη: Ηλίας Μπουζάκης, Μαρία Μυλωνάκη
Γραμματεία: Γεναδοπούλου Μαρία

Διευθυντής Διευρηγικού:

Σκούρας Μίλτος

Δημιουργική Επιμέλεια:

Αλέξανδρος Χατζημιάλης

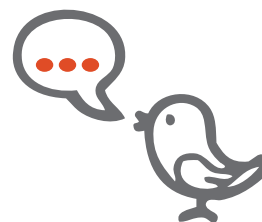
Εικονογραφισι Εξωφύλλου:

Μ.Σ.

Υπεύθυνος Διαφήμισης:

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

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



Νέα ΔΣ

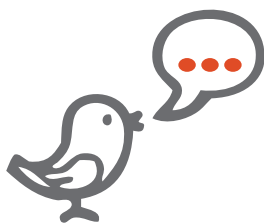
Πραγματοποιήθηκε με επιτυχία η 14η ημερίδα στις 8 & 9 Οκτωβρίου 2016 στο ξενοδοχείο Divani Caravel με θέμα «Φάρμακα και Πεπτικό». Η ευρύτερη συμμετοχή του κοινού υποδηλώνει την επιτυχία της διημερίδας. Ευχαριστούμε τον πρόεδρο του συνεδρίου κ. Νταϊλιάνη, τους ομιλητές και εσάς που με τη συμμετοχή σας τιμήσατε τη διημερίδα.

Κατά τη διάρκεια της διημερίδας πραγματοποιήθηκαν και οι αρχαιρεσίες για την εκλογή νέου Διοικητικού Συμβουλίου. Καλωσορίζουμε τα νέα μέλη, Σπύρο Γούλα, Ηλία Μπουζάκη και Σπύρο Βρακά και τους ευχόμαστε καλή αρχή και καλή δύναμη στο έργο που θα επιτελέσουν. Επίσης χαιρετίζουμε και ευχαριστούμε τα απερχόμενα μέλη για τη σημαντική προσφορά και το έργο που πραγματοποίησαν όλα αυτά τα χρόνια με όρεξη και ανιδιοτέλεια. Κατά τη διάρκεια της Γενικής Συνέλευσης της ΕΠΕΓΕ αυτό που παρατηρήθηκε ήταν η μειωμένη συμμετοχή των συναδέλφων. Όσοι όμως ήταν εκεί συμμετείχαν ενεργά με εύστοχες παρεμβάσεις, ιδέες και προβληματισμούς.

Στα πλαίσια του Πανελλήνιου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας που πραγματοποιήθηκε το Νοέμβριο του 2016 στην Αθήνα, η ΕΠΕΓΕ διοργάνωσε με επιτυχία τη στρογγυλή τράπεζα «Γαστρεντερολόγος-Οδηγός επιβίωσης στο νέο περιβάλλον».

Ο ΕΟΠΥΥ, μετά από επανειλημμένες εισηγήσεις της ΕΠΕΓΕ, αποφάσισε την εισαγωγή εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων στο σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, εξετάσεις τις οποίες έως τώρα ο ασθενής αναγκαζόταν να πληρώσει από την τσέπη του. Το ΦΕΚ στο οποίο ανακοινώνονται αναλυτικά οι εξετάσεις αυτές είναι Β 3458-26.10.2016. Μπορείτε επίσης να βρείτε το αντίστοιχο ΦΕΚ στο site της ΕΠΕΓΕ.

Τέλος, στις 8 Νοεμβρίου 2016 πραγματοποιήθηκε η 1η συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου της ΕΠΕΓΕ με τα νέα και τα απερχόμενα μέλη. Συζητήθηκαν τα προβλήματα που αφορούν στους γαστρεντερολόγους με τον ΕΟΠΥΥ και αποφασίστηκε συνάντηση με τον πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ.



Νέα & Επίκαιρα

Χάρης Τσιώνης

Αντιπρόεδρος του Δ.Σ της ΕΠΕΓΕ.

3ήμερες εκδηλώσεις για την πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου και την προληπτική колоσκόπηση στην Θεσσαλονίκη

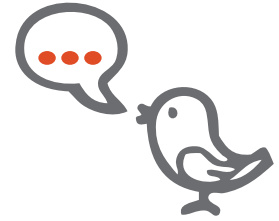


Η Επιτροπή Πρόληψης Καρκίνου Παχέος Εντέρου σε συνεργασία με την ΕΓΕ και υπό την αιγίδα του Δήμου και του Ιατρικού Συλλόγου Θεσ/νίκης διοργάνωσαν 3ήμερο ενημέρωσης των πολιτών της Θεσ/νίκης σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου και την προληπτική колоσκόπηση.

Οι εκδηλώσεις ξεκίνησαν την Παρασκευή 16 Σεπτεμβρίου, με ανοιχτή για το κοινό εκδήλωση – ομιλία, με συντονιστή τον κ. Ακριβιάδη Ευάγγελο καθηγητή του ΑΠΘ και μέλος της Επιτροπής Πρόληψης και την συμμετοχή του Τάσου Ηλία Δ/ντή Γαστρεντερολογικής κλινικής του Νοσοκ. Παπανικολάου και προέδρου του Πανελληνίου Γαστρεντερολογικού Συνεδρίου για το 2017, Δημήτρη Τζιλβέ Δ/ντή στην Γαστρεντερολογική κλινική του Θεαγενείου, Ανδρέα Πρωτοπαππά

πρόεδρο του τμήματος Β.Ελλάδας της ΕΓΕ και Χάρη Τσιώνη Αντιπρόεδρου του Δ.Σ της ΕΠΕΓΕ οι οποίοι απάντησαν σε ερωτήσεις του κοινού. Την εκδήλωση χαιρέτησε ο Δήμαρχος της Θεσσαλονίκης Γιάννης Μπουτάρης που προέτρεψε τους διοργανωτές να πάρουν και άλλες πρωτοβουλίες στην προσπάθεια ενημέρωσης των πολιτών για ανάλογα θέματα πρόληψης σε συνεργασία με τον Δήμο.

Την εκδήλωση παρακολούθησαν αρκετοί συνάδελφοι γαστρεντερολόγοι αλλά και άλλων ειδικοτήτων. Το ενδιαφέρον του κοινού στράφηκε εκτός των άλλων γύρω από το κόστος της εξέτασης, που θα μπορούσε κανείς να την κάνει, την δυσκολία της προετοιμασίας αλλά και το πόσο ανώδυνη μπορεί να είναι η ίδια η εξέταση.



Οι απαντήσεις που δόθηκαν ικανοποίησαν σε μεγάλο βαθμό εξηγώντας ότι οι δημόσιες δομές Υγείας παρά τις δυσκολίες και ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικά ανταποκρίνονται έστω με καθυστέρηση στα ραντεβού (άλλωστε μιλάμε για προληπτικό έλεγχο) ενώ ο ιδιωτικός τομέας παρά την οικονομική δυσπραγία των πολιτών παραμένει εξαιρετικά οικονομικός και προσιτός σε σχέση με άλλες χώρες. Αναγνωρίστηκε η δυσκολία της προετοιμασίας καθαρισμού του εντέρου προτρέποντας τους πολίτες να συνεργάζονται καλά με τον γιατρό και το προσωπικό για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα εξηγώντας ταυτόχρονα ότι η εξέταση πρέπει να γίνεται και γίνεται με καταστολή ώστε να είναι ανώδυνη ή ελάχιστα ενοχλητική.

Την ίδια στιγμή Παρασκευή μέχρι τις 10μ.μ. το Σάββατο 10π.μ. έως 10μ.μ. και Κυριακή 10π.μ. έως 2μ.μ. στην παραλιακή στήθηκε το «περίπτερο» και το μπαλόνι – ομοίωμα παχέος εντέρου με κεντρικό σύνθημα «βάλτο στο πρόγραμμα» ενημερώσου - δράσε - πρόλαβε τον καρκίνο του παχέος εντέρου κάνε την προληπτική κολοσκόπηση. Η επίσκεψη στον χώρο και ενημέρωση των πολιτών με το σχετικό φυλλάδιο αλλά και την «ξενάγηση» μέσα από το μπαλόνι – έντερο από τους γαστρεντερολόγους που έλαβαν μέρος στην καμπάνια άφησε τις καλύτερες των εντυπώσεων. Το μήνυμα της κοινωνίας για άλλη μια φορά ήταν σαφές και αφορούσε στην ανά-

γκη και άλλων παρόμοιων πρωτοβουλιών ενώ για τους ίδιους τους γαστρεντερολόγους να μην «φοβόμαστε» να αναλαμβάνουμε δράσεις που μας φέρνουν πιο κοντά στους ασθενείς μας και τους συμπολίτες μας.

Προσωπική μου διαπίστωση... έπρεπε να μην λείπει ούτε ΕΝΑΣ (ειδικά ιδιώτης) συνάδελφος από την εκδήλωση και από κάθε ανάλογη στο μέλλον εκδήλωση καθώς οι φορείς της γαστρεντερολογικής κοινότητας επενδύουν χρόνο, ανθρώπινο δυναμικό και πολλούς πόρους σε αυτή την καμπάνια που έχει στόχο να σωθούν ζωές συμπολιτών μας αλλά έχει αναπόφευκτα «παράπλευρο όφελος» για την γαστρεντερολογική κοινότητα. Είναι μια μεγάλη επένδυση και είναι κρίμα να μην αξιοποιηθεί στο μέγιστο δυνατό από τους νέους ειδικά συναδέλφους που αντιμετωπίζουν περισσότερο σοβαρά τις δυσκολίες της εποχής. Γκρίνιες, μεψιμοιρίες και παράπονα δεν χωρούν, προτάσεις αλλά κυρίως διαθεσιμότητες σε «κορμιά» χρειάζονται ώστε να γίνουν ακόμη καλύτερα όλα όσα με τόση δυσκολία (και χωρίς την συμμετοχή της πολιτείας) ξεκίνησαν.

Τα πρώτα δειλά (και με αδυναμίες) βήματα να τα κάνουμε δρασκειλές και άλματα...

Χάρης Τσιώνης
αθεράπευτα αισιόδοξος
Αντιπρόεδρος του Δ.Σ της ΕΠΕΓΕ.



Αυτό το προσέξατε;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

1. Οι ασθενείς με εντερική μετάπλαση και ατροφία χρήζουν ενδοσκοπικής παρακολούθησης, ακόμη και μετά την επιτυχή εκρίζωση της *Hp* λοίμωξης.

Histologic intestinal metaplasia and endoscopic atrophy are predictors of gastric cancer development after Helicobacter pylori eradication S. Shichijo, Y. Hirata, R. Niikura et al. Gastrointest Endosc 2016;84:618-24.

Είναι πλέον γνωστό, πως η γαστρική λοίμωξη με το *Helicobacter pylori* (*Hp*), σχετίζεται άμεσα με τον κίνδυνο εμφάνισης γαστρικού καρκίνου. Παρόλα αυτά, γαστρικός καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί ακόμα και μετά την επιτυχή αντιμετώπιση της λοίμωξης. Η ύπαρξη εντερικής μετάπλασης και ενδοσκοπικής/ιστολογικής ατροφίας, που ελάχιστα έως καθόλου επηρεάζονται από την επιτυχή εκρίζωση του *Hp*, εξακολουθούν να αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη γαστρικού καρκίνου. Για το λόγο αυτό, η ανάπτυξη εντερικής μεταπλασίας και ατροφίας, αποτελεί σημείο χωρίς επιστροφή και η όσο το δυνατό, πρωιμότερη εκρίζωση του *Hp* θεωρείται περισσότερο αποτελεσματική στη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης γαστρικού καρκίνου.

Οι ασθενείς (573) που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στην αναδρομική αυτή μελέτη, ταξινομήθηκαν σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με την παρουσία εντερικής μετάπλασης : Α χωρίς εντερική μετάπλαση (70%), Β με μετάπλαση στο άντρο μόνο (20%) και C με μετάπλαση στο σώμα (10%). Σύμφωνα με τα ενδοσκοπικά ευρήματα, 29% δεν είχε ή είχε ήπια εικόνα ατροφίας, στο 52% η ατροφία ήταν μέτρια, ενώ στο υπόλοιπο 19% αυτή εκτιμήθηκε ως σοβαρή.

Η ενδοσκοπική παρακολούθηση, ανέδειξε 21 (3,7%) περιπτώσεις γαστρικού καρκίνου (20 περιπτώσεις καρκίνου εντερικού τύπου και μία περίπτωση διάχυτου τύπου). Ο κίνδυνος παρέμενε υψηλός ακόμη και μία δεκαετία μετά την επιτυχή εκρίζωση του *Hp* ιδίως στους ασθενείς με εντερική μετάπλαση στο σώμα (ομάδα C) αλλοθ και σε αυτούς με σοβαρή ατροφία. Ειδικότερα, σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς εντερική μετάπλαση (ομάδα Α), ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου ήταν 3,6 για τους ασθενείς της ομάδας Β και 3,7 για αυτούς της ομάδας C. Όσον αφορά την σοβαρή ατροφία, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου ήταν 9,3 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με αυτούς που δεν παρουσίαζαν ή παρουσίαζαν ήπια ατροφία.

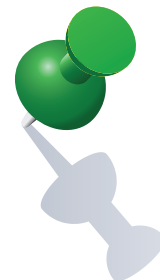
2. Ο κίνδυνος επανεμφάνισης ενός μετάχρονου αδενώματος σχετίζεται με την εντόπιση του αρχικού αδενώματος

Association between adenoma location and risk of recurrence. H.Pohl, D.J. Robertson, L.A. Mott, et al. Gastrointest Endosc 2016;84:709-16

Οι διαφορές μεταξύ του εγγύς και άπω παχέος εντέρου, δεν περιορίζονται μόνο στην διαφορετική εμβρυική τους ανάπτυξη, ούτε στο διαφορετικό βιολογικό τους περιβάλλον (διαφορετική μορφολογική ποιότητα, βιοχημικά χαρακτηριστικά, φυσιολογία αλλά και διαφορετική σύσταση κοπράνων). Μελέτες υποδεικνύουν επίσης, πως λόγω διαφορών των μοριακών χαρακτηριστικών μεταξύ του εγγύς και του άπω τμήματος του παχέος εντέρου, η καρκινογένεση μπορεί επίσης να παρουσιάζει διαφορές ανάλογα με την εντόπιση κατά μήκος του εντέρου. Σε αυτό συνηγορούν και τα αποτελέσματα σχετικών επιδημιολογικών μελετών.

Αυτό το προσέξατε;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



Η παρούσα μελέτη συντάχθηκε με σκοπό να καθορίσει τον κίνδυνο εμφάνισης μετάχρονου αδενώματος σε σχέση με την ανατομική θέση της αρχικής βλάβης. Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν προήλθαν από τρεις προηγούμενες πολυκεντρικές τυχαιοποιημένες μελέτες χημειοπροφύλαξης. Μετά από την ενδοσκόπηση επιτήρησης, που πραγματοποιήθηκε 3-4 χρόνια μετά την ενδοσκόπηση αναφοράς (χωρίς πολύποδες πλέον μετά από μια προηγούμενη αφαίρεση ενός τουλάχιστον αδενώματος), διαπιστώθηκε η ανάπτυξη μετάχρονου αδενώματος στο 36,5% των συμμετεχόντων (στο 16,1% αυτά εντοπίστηκαν στο εγγύς κόλον, στο 13,3% στο άπω κόλον και στο υπόλοιπο 7,1% αυτά εντοπίστηκαν και στο εγγύς και στο άπω παχύ έντερο). Η περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων και η συσχέτιση εντόπισης του μετάχρονου αδενώματος με αυτή της αρχικής βλάβης έδειξε πως, οι ασθενείς με αδένωμα μόνο στο εγγύς κόλον εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης μετάχρονου αδενώματος σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν αδένωμα μόνο στο άπω κόλον και επιπλέον, ο κίνδυνος φαίνεται να είναι μεγαλύτερος στους ασθενείς εκείνους που είχαν πολλαπλά αδενώματα στο εγγύς κόλον. Επίσης, οι ασθενείς με εγγύς αδενώματα έδειξαν μεγαλύτερη τάση επανεμφάνισης μετάχρονου αδενώματος στο ίδιο τμήμα του εντέρου (δηλ στο εγγύς κόλον) συγκριτικά με τους ασθενείς με άπω αδενώματα.

3. Η χορήγηση αντιβιοτικών πριν την ηλικία των 2 ετών, σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα παιδικής παχυσαρκίας.

Administration of antibiotics to children before age 2 years increases risk for childhood obesity. F.I. Scott, D.B. Horton R. Mamtani et. al. Gastroenterology 2016;151:7120-129

Οι πρώτες αναφορές για με την ύπαρξη αιτιολογικής σχέσης μεταξύ χορήγησης αντιβιοτικών και αύξησης του σωματικού βάρους σε ζώα, χρονολογούνται ήδη από τα μέσα του περασμένου αιώνα. Πλέον η χορήγηση αντιβιοτικών σε εκτρεφόμενα ζώα αποτελεί συνήθη πρακτική της αγροτικής βιομηχανίας.

Παρά τις σαφείς ενδείξεις για υπερκατανάλωση αντιβιοτικών στην παιδική ηλικία, δεν υπάρχουν ακόμη επαρκή δεδομένα που να τεκμηριώνουν την πιθανή σχέση αντιβιοτικών με την παιδική παχυσαρκία. Προηγούμενες ανάλογες μελέτες δεν έχουν απαντήσει με σαφήνεια στο παραπάνω ζήτημα, είτε επειδή δεν εκτιμήθηκαν χαρακτηριστικά όπως η διάρκεια, η δόση, το είδος των αντιβιοτικού ή η επαναχορήγηση τους, είτε επειδή λόγω του σχεδιασμού τους ήταν εξαιρετικά δύσκολο να αποκλειστεί η επίδραση άλλων παραγόντων (οικογενών ή περιβαλλοντικών) που επίσης σχετίζονται με παιδική παχυσαρκία.

Στη συγκεκριμένη μελέτη, το μεγάλο σε μέγεθος δείγμα (21.714 παιδιά), η σχεδόν πλήρης κάλυψη όλης της διάρκειας χορήγησης των αντιβιοτικών και η συνεκτίμηση της επίδρασης άλλων παραγόντων (παχυσαρκία της μητέρας, σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία κατά το πρώτο έτος της ζωής, είδος τοκετού και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση) ενδυναμώνουν τα συμπεράσματα της. Το 64,1% των παιδιών της μελέτης έλαβε αντιβιοτικά τουλάχιστον για μία φορά, μέχρι την ηλικία των 2 ετών. Παχύσαρκα ήταν το 5,2% των παιδιών που δεν είχαν λάβει αντιβιοτικά και το 6,4% των παιδιών με έκθεση σε αντιβιοτικά. Μεγαλύτερη πιθανότητα για παχυσαρκία παρατηρήθηκε στα παιδιά που έλαβαν αντιβιοτικά τον πρώτο χρόνο της ζωής τους και μεταξύ αυτών που χρειάστηκε να λάβουν αντιβιοτικά περισσότερο από τρεις φορές.



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

Σπύρος Γούλας

Είναι μεγάλη μας χαρά και τιμή να φιλοξενούμε σε αυτό το τεύχος μια συνέντευξη με ένα νέο συνάδελφο που ζει και εργάζεται στο εξωτερικό και συγκεκριμένα στη Μεγάλη Βρετανία, το Χρήστο Τουμπανάκη.

Ο Χρήστος Τουμπανάκης (MD, PhD, FRCP, FEBGH) είναι Consultant Γαστρεντερολόγος στη Μονάδα Νευροενδοκρινών Όγκων του Royal Free Hospital, London UK. Από το 2008 είναι Υποδιευθυντής της Μονάδος η οποία αποτελεί Κέντρο Αναφοράς για τις παθήσεις αυτές στο Ηνωμένο Βασίλειο και μία από τις πέντε μονάδες στην Ευρώπη που έλαβαν τον τίτλο «European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) – Centre of Excellence»

Είναι απόφοιτος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών (1994), εκπαιδεύτηκε στην Παθολογία στη Θεραπευτική Κλινική του Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα» (1998-2000) και στη Γαστρεντερολογία στην Α΄ Προπαιδευτική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Λαϊκό Νοσοκομείο (2000 – 2004). Το 2007 ολοκλήρωσε τη διαδακτορική του διατριβή και το 2010 πήρε τον τίτλο του Άμισθου Επίκουρου Καθηγητή στο University College of London. Μεταξύ των δραστηριοτήτων του είναι και η εκπαίδευση των φοιτητών της Ιατρικής Σχολής του UCL, όπου και αναδείχθηκε «Top Teacher of the Year» τα έτη 2007, 2009, 2013, 2014 και 2015. Το 2014 λόγω του διδακτικού και ερευνητικού του έργου έλαβε τον τίτλο του Fellow of Royal College of Physicians.

Στο αντικείμενο των NETs έχει πλούσιο ερευνητικό και εκπαιδευτικό έργο που περιλαμβάνει 62 δημοσιεύσεις, διεθνείς διαλέξεις, και συμμετοχές σε Forums. Θεωρείται ένας από τους experts στο αντικείμενο, μέλος του Advisory Board της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Νευροενδοκρινών Όγκων και του Ιδρύματος για τη φροντίδα ασθενών με Νευροενδοκρινείς Ογκούς του Ηνωμένου Βασιλείου (UK NET patients' foundation) Επίσης έχει συμμετάσχει στη συγγραφή των πρόσφατων Ευρωπαϊκών Κατευθυντήριων Οδηγιών (ENETS Consensus Guidelines 2016) Έχει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον για τους προγνωστικούς βιοδείκτες, τη μοριακή απεικόνιση, τη μεσεντέριο ίνωση και την καρκινοειδή καρδιακή νόσο

Το Χρήστο τον γνωρίζω καλά από τα χρόνια που έκανε



Με την Ομάδα Φοιτητών του University College of London, που κατέκτησε Βραβείο Κλινικής Έρευνας στο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο (ENETS 2016)

ειδικότητα Γαστρεντερολογίας καθώς, υπό ιδιαίτερες συνθήκες που υπήρχαν την περίοδο εκείνη, διήνυσε ένα σημαντικό μέρος της εκπαίδευσης του στις ενδοσκοπήσεις στη Μονάδα που εργάζομαι. Με ευκολία μπορούσε κανείς να διακρίνει την προθυμία, το ευπροσήγορο του χαρακτήρα και τη δίψα του για γνώση. Ακολούθησε μια υπερδεκαετής λαμπρή πορεία σε ένα Βρετανικό Ακαδημαϊκό κέντρο, γνωστό στους Έλληνες Γαστρεντερολόγους κατά κύριο λόγο από το χώρο της Ηπατολογίας, το Νοσοκομείο Royal Free του Λονδίνου. Αισθάνομαι λοιπόν ιδιαίτερη ικανοποίηση που δέχθηκε να υποβληθεί στη βάσανο των ερωτήσεων, να «ενδοσκοπηθεί» και θέλω να μου επιτρέψει, σαν φυσική συνέπεια των ανωτέρω ένα πιο προσωπικό ύφος από το συνηθισμένο από τη στήλη αυτή... Εκτιμώ ότι με τις απαντήσεις του μας βάζει σε μια άλλη πραγματικότητα, όχι εικονική αλλά ζώσα όπου όλα λειτουργούν με φαντασία, σχέδιο και προγραμματισμό. Ας καθίσουμε λοιπόν στην αναπαυτική πολυθρόνα μας και ας αφήσουμε το Χρήστο να μας ξεναγήσει στο δικό του κόσμο ...!

Χρήστο θέλω να σε καλωσορίσω στο περιοδικό της ΕΠΕ-ΓΕ και να σε ευχαριστήσω για την αποδοχή της πρόσκλησης γι αυτή τη συνέντευξη.

Μεγαλωμένος σε ιατρική οικογένεια γιός χειρουργού επέλεξε την ειδικευση στη Γαστρεντερολογία,



ποιοι ήταν οι λόγοι που οδήγησαν στη συγκεκριμένη επιλογή;

Κατ' αρχάς, θα ήθελα να σας ευχαριστήσω για την ευκαιρία που μου δίνεται να επικοινωνήσω, μέσα από τις σελίδες του αξιόλογου Περιοδικού σας με φίλους και Συναδέλφους, είναι δε η πρώτη φορά που «ενδοσκοπούμαι» κατ' αυτόν τον τρόπο. Πράγματι, είχα την τύχη και την τιμή να μεγαλώσω σε Ιατρική οικογένεια με 6 ιατρούς, ως στενούς μου συγγενείς. Η οικογένεια μου απο μικρό παιδί, μου εμφύσησε την αγάπη για τον άρρωστο και τη διάθεση για διαρκή και άοκνη προσφορά. Το αρχικό ενδιαφέρον μου σε σχέση με το πεπτικό σύστημα, το οφείλω στον πατέρα μου και τις συχνές συζητήσεις που είχαμε, στα πρώτα μου φοιτητικά χρόνια, σε σχέση με τις ανατομικές παραλλαγές και την παθοφυσιολογία των συμπτωμάτων. Στη συνέχεια, καλλιεργήθηκε στα Κλινικά έτη των σπουδών μου, όταν έμαθα να αναγνωρίζω συμπτώματα και σημεία των γαστρεντερικών παθήσεων και ειδικότερα των ηπατοπαθειών. Η επιλογή της «Γαστρεντερολογίας» ήρθε σχεδόν αβίαστα και στηρίχθηκε στην συναρπαστική Παθολογία των παθήσεων του Πεπτικού/Ήπατος και λιγότερο στην Ενδοσκόπηση. Για το λόγο αυτό άλλωστε επέλεξα να ασχοληθώ και με τους «Νευροενδοκρινείς Όγκους», μια και τα νοσήματα αυτά απαιτούν επισταμένη γνώση Γαστρεντερολογίας/Ήπατολογίας, αλλά και γενικότερα Εσωτερικής Παθολογίας.

Μετά τα τέλος της ειδικότητας πήγες στη Βρετανία για μετεκπαίδευση στο γνωστικό αντικείμενο της Νευροενδοκρινολογίας, μιας εξειδίκευσης που αποτελούσε φυσική συνέχεια της εργασίας σου στο Λαϊκό Νοσοκομείο. Είχες σκοπό να παραμείνεις στο εξωτερικό για εργασία η η εξέλιξη αυτή προέκυψε στην πορεία και υπό ποιές συνθήκες;

Είχα την τύχη να συμμετέχω και να βοηθώ, ως Ειδικευόμενος Γαστρεντερολογίας, στο «Ιατρείο Νευροενδοκρινολογίας Πεπτικού» στο «Λαϊκό Νοσοκομείο», υπό τη Διεύθυνση και την καθοδήγηση του κ. Γ. Νίκου από το 2000 – 2004. Το 2005, είχα την τιμή να λάβω μια από της Υποτροφίες της «Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας» για 12-μηννη άσκηση σε Κέντρο του Εξωτερικού με αντικείμενο τους «Νευροενδοκρινείς Όγκους». Επέλεξα

τη Μονάδα του Royal Free Hospital στο Λονδίνο, μια και ο επικεφαλής της ήταν Γαστρεντερολόγος (Professor Martyn Caplin), έτσι ώστε να μπορώ να ασκώ και τη Γαστρεντερολογία ταυτόχρονα. Στο 12-μηννο της Υποτροφίας, δεν περιορίστηκα σε ένα γραφείο, αναλύοντας δεδομένα και γράφοντας εργασίες, αλλά ασχολήθηκα ενεργά (και όχι ως observer) με την φροντίδα εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών και απέκτησα σημαντική κλινική εμπειρία, ώστε στη τέλος αυτής της περιόδου μου προτάθηκε 12μηννο έμμισθο συμβόλαιο, Senior Clinical Fellow. Αποδέχθηκα την θέση ευθύνης, ενώ παράλληλα εξέταζα το ενδεχόμενο επιστροφής μετά το πέρας του 12μηννου. Κατά την περίοδο αυτή, όλοι θυμούνταν τον Έλληνα Fellow, που ερχόταν πρώτος στη Μονάδα το πρωί γύρω στις 8 και έφευγε τελευταίος, συνήθως μετά τις 8 το βράδυ... Παράλληλα, ο όγκος των ασθενών της Μονάδας αυξανόταν ραγδαία, και έτσι προκηρύχθηκε θέση Locum Consultant, την οποία και έλαβα το 2007. Στις αρχές του 2008, η θέση αυτή καταργήθηκε και προκηρύχθηκε θέση μόνιμου Consultant. Εκεί αντιμετώπισα αρκετά διλλήματα, γιατί πάντα ο νους μου ήταν στην Ελλάδα. Ωστόσο, με βάση και το γεγονός ότι η σύζυγός μου είχε ξεκινήσει στη Βρετανία την υποειδικότητα της Λοιμωξιολογίας, αποφάσισα να διεκδικήσω τη μόνιμη θέση και τελικά τα κατάφερα μετά από Interview μεταξύ 4 υποψηφίων. Έκτοτε, έχω την ξεχωριστή τιμή να υπηρετώ τη Μονάδα «Νευροενδοκρινών Όγκων» του Royal Free Hospital, ως Consultant in Gastroenterology & Neuroendocrine Tumours.

Εκπαιδεύτηκες στην Ελλάδα σε Πανεπιστημιακές Κλινικές και εργάζεσαι σε ένα Βρετανικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, κρίνεις ότι υπάρχουν διαφορές και ποιες θα κατέγραφες ως σπουδαιότερες;

Υπάρχουν όντως διαφορές σε αρκετά επίπεδα και αναφέρω τις σπουδαιότερες : α) Από πλευράς διοίκησης της Κλινικής, υπάρχει κυκλική εναλλαγή του Διευθυντή/Συντονιστή μεταξύ των Consultant του Τμήματος και έτσι ο Καθηγητής δεν έχει μόνιμα αυτό το ρόλο. Ο Καθηγητής στο Βρετανικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ανάλογα με το πρόγραμμα δραστηριοτήτων της Κλινικής θα διεκπεραιώσει ενδοσκοπικές λίστες, θα ενδοσκοπήσει αιμορ-



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

ραγίες πεπτικού τη νύχτα ή το Σαββατοκύριακο αν χρειαστεί, θα δει ασθενείς στα επείγοντα κτλ. Αυτός όπως και όλοι οι Consultants, περνάμε από ετήσια αξιολόγηση (annual appraisal), στην οποία έχουμε να επιδείξουμε όχι μόνο σωστό κλινικό έργο, αλλά και πρόοδο σε ερευνητικό και διδακτικό επίπεδο β) Από πλευράς Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, σημαντικός στη Μ. Βρετανία είναι ο ρόλος των Εξειδικευμένων Νοσηλευτριών/-τών, (Specialist Nurses). Μετά από ειδική εκπαίδευση είναι σε θέση να αξιολογήσουν και να δώσουν λύση σε απλά προβλήματα των ασθενών. Οι ασθενείς έχουν πρόσβαση μέσω e mail ή μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας. Στο Νοσοκομείο μας μάλιστα έχουμε, εκτός των άλλων, έναν Εξειδικευμένο Νοσηλευτή στην Ενδοσκόπηση, ο οποίος τα τελευταία 4 έτη, έχει πραγματοποιήσει με ακρίβεια και ασφάλεια, πάνω από 2000 διαγνωστικές ενδοσκοπήσεις ανώτερου πεπτικού και πάνω από 400 διαγνωστικές κολοσκοπήσεις. γ) Από πλευράς Εκπαίδευσης Ειδικευομένων: ως γνωστόν στη Μ. Βρετανία υπάρχει ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης σε κάθε Ειδικότητα, με συγκεκριμένους στόχους/απαιτήσεις για κάθε έτος, καθώς επίσης υπάρχει και ετήσια κυκλική εναλλαγή των Ειδικευομένων σε διάφορα Νοσοκομεία μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής. Στο Τμήμα μας, στην αρχή κάθε Ακαδημαϊκού Έτους, συναντάμε όλη την νέα Ομάδα Ειδικευομένων Γαστρεντερολογίας/ Ηπατολογίας και θέτουμε κάποιους γενικούς Εκπαιδευτικούς Στόχους που σχετίζονται με τα ιδιαίτερα γνωστικά αντικείμενα του Τμήματος (π.χ ΙΦΝΕ, Μεταμόσχευση Ήπατος, Επεμβατική Ενδοσκόπηση, Εντεροσκόπηση “double-balloon”, Νευροενδοκρινείς Όγκοι). Στη συνέχεια το πρόγραμμα εκπαίδευσης εξατομικεύεται σε σχέση με τις ανάγκες του καθενός/μιας, υπάρχουν μηνιαίες συναντήσεις κάθε Ειδικευόμενου/ης με τον «Σύμβουλο Εκπαίδευσης» του/της για παρακολούθηση/υποστήριξη της προόδου (συνήθως κάθε Consultant επιβλέπει έναν Ειδικευόμενο) και στο τέλος του Έτους, για κάθε Ειδικευόμενο/η υπάρχει γραπτή Αξιολόγηση, ώστε να προχωρήσει στο επόμενο έτος Ειδικότητας. δ) Από πλευράς αντιμετώπισης των ασθενών με κακοήγη/σπάνια νοσήματα: είναι υποχρεωτικό δια νόμου η περίπτωση ΚΑΘΕ ασθενούς με πρωτοδιαγνωσθέν κακόηθες νεόπλασμα να συζητείται στο αντίστοιχο Ογκο-

λογικό Συμβούλιο Πολλαπλών Ειδικοτήτων (Καρκίνου Πνεύμονα, Παχέος εντέρου/ορθού, Μελανώματος κτλ), έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η κατάλληλη αγωγή για κάθε ασθενή με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και να αποφεύγονται «αυθαιρέσιες» μεμονωμένων Ειδικών ή «ειδικών», ε) Από πλευράς αντιμετώπισης λαθών και συνεχόμενης βελτίωσης, υπάρχουν ανά τακτά χρονικά διαστήματα ειδικά «Συμβούλια Νοσηρότητας και Θνητότητας» (“Morbidity & Mortality Meetings”) στα οποία αναλύονται ενδελεχώς λάθη ή παραλείψεις που οδήγησαν σε αρνητικά αποτελέσματα. Σε αυτά τα Συμβούλια, σε καμία περίπτωση δεν «στοχοποιούνται» μέλη του Ιατρικού ή Νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά αναζητούνται τρόποι αποφυγής/ επανάληψης των λαθών. Προς αυτή την κατεύθυνση συμβάλλουν και τα διάφορα “clinical audits”, τα οποία διεκπεραιώνονται συνήθως από τους Ειδικευομένους.

Εργάζεσαι σε ένα Τμήμα που αποτελεί κέντρο αναφοράς σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο για μια συγκεκριμένη ομάδα παθήσεων, τι σημαίνει αυτό πρακτικά;

Η Μονάδα «Νευροενδοκρινών Όγκων» του Royal Free Hospital, παρακολουθεί πάνω από 1800 ασθενείς με αυτούς τους όγκους σε τακτική βάση και στο επίπεδο αυτό είναι πιθανότατα η μεγαλύτερη Μονάδα παγκοσμίως. Παραπέμπονται περίπου 25 νέοι ασθενείς/μήνα από την περιοχή του Λονδίνου, αλλά και από όλη τη Μ. Βρετανία, όταν οι μικρότερες Μονάδες (υπάρχουν συνολικά 7 Μονάδες «Νευροενδοκρινών Όγκων» στη χώρα) επιζητούν μια δεύτερη γνώμη. Διεξάγονται 5 Εξωτερικά Ιατρεία / μήνα με 40-50 ασθενείς / Ιατρείο. Στο εβδομαδιαίο Συμβούλιο «Νευροενδοκρινών Όγκων» Πολλαπλών Ειδικοτήτων (NET Multi-Disciplinary-Team Meeting), όπου συμμετέχουν Γαστρεντερολόγοι, Ογκολόγοι, Ενδοκρινολόγος, Χειρουργός Ήπατος/Χοληφόρων/Παγκρέατος, Χειρουργός Πεπτικού, Εξειδικευμένος Παθολογοανατόμος, Εξειδικευμένος Ακτινολόγος και Πυρηνικός Ιατρός, ανασκοπούνται οι περιπτώσεις 50 περίπου ασθενών και αποφασίζεται εξατομικευμένο σχέδιο θεραπευτικής αγωγής για κάθε ασθενή. Στη Μονάδα μας παρέχονται όλες οι διεθνώς καθιερωμένες/σύγχρονες θεραπείες



για τους «Νευροενδοκρινείς Όγκους» και υποστηρίζονται με μεγάλο αριθμό ασθενών όλες οι τρέχουσες διεθνείς Κλινικές Μελέτες που αφορούν στις νέες θεραπείες. Έχουμε 5 Εξειδικευμένες Νοσηλεύτριες, μια Εξειδικευμένη Διαιτολόγο που συμβουλεύει τους ασθενείς μας στο Εξωτερικό Ιατρείο και στους Θαλάμους, καθώς και ένα Διαχειριστή της Επιδημιολογικής Βάσης Δεδομένων (Data Manager), ο οποίος καταγράφει κλινικά και επιδημιολογικά στοιχεία όλων τους ασθενών μας. Οι ασθενείς μας από όλη τη Μ. Βρετανία υποστηρίζονται/εξυπηρετούνται επίσης από μια 24ωρη τηλεφωνική γραμμή για οποιαδήποτε ανάγκη/πρόβλημα που αφορά στη νόσο τους. Από πλευράς «Κλινικής Έρευνας», υπάρχει ειδική Ομάδα από Ειδικευμένους και Φοιτητές Ιατρικής που ασχολείται και παρουσιάζει 5-6 μελέτες/έτος, στο δε Πανευρωπαϊκό Συνέδριο (ENETS 2016) μια από τις μελέτες τιμήθηκε με το 3ο Βραβείο Κλινικής Έρευνας. Από πλευράς «Βασικής Έρευνας», η σχετική Ομάδα, που αξιοποιεί τα Εργαστήρια και τη Biobank του University College of London, έχει πρωταγωνιστικό ρόλο διεθνώς, όσον αφορά τα “NET Epigenetics” και τα “Circulating Tumour Cells”. Τέλος, όσον αφορά στην Εκπαίδευση, η Μονάδα μας διοργανώνει σε ετήσια βάση διεθνή διήμερα σεμινάρια που καλύπτουν όλο το φάσμα των «Νευροενδοκρινών Όγκων», το 2014 διοργάνωσε την 1η Παγκόσμια Ημερίδα για την «Καρκινοειδή Καρδιακή Νόσο», ενώ τόσο ο Professor Martyn Caplin όσο και ο συνεντευξιζόμενος δίνουν συχνά ομιλίες στην Ευρώπη, Μέση και Άπω Ανατολή. Για όλα τα παραπάνω, η Μονάδα μας ήταν η πρώτη στη Μ. Βρετανία και μια από τις πρώτες 5 στην Ευρώπη, που ανακηρύχθηκαν ως ENETS (European Neuroendocrine Tumor Society) “Centre of Excellence”, μετά από επισταμένη Εξωτερική Αξιολόγηση από Εξειδικευμένη Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Ο Τίτλος μας αυτός αναewóθηκε έκτοτε, δύο φορές.

Όντας μέλος του Advisory Board της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Νευροενδοκρινών Νόσων γνωρίζεις όλο το θεσμικό πλαίσιο. Θέλω να μας αναφέρεις υπό ποιές προϋποθέσεις ένα Κέντρο μπορεί να ενταχθεί στο δίκτυο; Που βρισκόμαστε από αυτή την άποψη στην Ελλάδα...

Προφανώς εννοείτε την πιθανότητα να δημιουργηθεί και στην Ελλάδα ένα ανάλογο “Centre of Excellence”. Οι προϋποθέσεις είναι αρκετά αυστηρές και αφορούν κυρίως αριθμό ασθενών, συνεργασία πολλαπλών Ειδικότητων και υποδομές για παροχή όλων ή σχεδόν όλων των θεραπειών. Στην Ελλάδα, παρότι υπάρχουν κυρίως προβλήματα υποδομής, είναι σε αυτή τη φάση σε εξέλιξη μια προσπάθεια με πρωτοβουλία του Ενδοκρινολογικού Τμήματος της Κλινικής «Παθολογικής Φυσιολογίας» του «Λαϊκού Νοσοκομείου» σε συνεργασία με το Ογκολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Αττικόν». Από ότι είμαι σε θέση να γνωρίζω, έχει υποβληθεί η σχετική αίτηση και η Εξειδικευμένη Ευρωπαϊκή Επιτροπή Αξιολόγησης αναμένεται να αποφασίσει σχετικά τον Ιανουάριο του 2017. Ωστόσο, θεωρώ ότι καθυστερήσαμε, αφού χώρες πληθυσμιακά μικρότερες από την Ελλάδα, όπως η Νορβηγία, έχουν ήδη “Centre of Excellence”. Οι λόγοι καθυστέρησης δεν αφορούν τόσο στις υποδομές ή την κλινική εμπειρία των Συναδέλφων, αλλά οφείλονται κυρίως στις γνωστές Ελληνικές «ιατρικές παθογενετικές συμπεριφορές», που δημιουργούν εμπόδια σε συνεργασίες. Πρέπει να γίνει κατανοητό στην Ελλάδα, ότι οι «Νευροενδοκρινείς Όγκοι» είναι σπάνια και πολύπλοκα νοσήματα, το «κλειδί» δε για την επιλογή της βέλτιστης θεραπείας είναι η άψογη συνεργασία «Ομάδας Ειδικών» και δεν είναι προσωπική υπόθεση κάποιας «αυθεντίας».

Περιέγραψε μου σε αδρές γραμμές το εβδομαδιαίο πλάνο εργασίας σου στο Νοσοκομείο...

Η εβδομάδα μου δεν εξαντλείται στο πενήνήμερο, πολλές φορές είμαι, έστω και για λίγο, στο Νοσοκομείο και τα Σαββατοκύριακα. Οι βασικές μου υποχρεώσεις, εντός του πενήνήμερου, συνίστανται σε ένα Εξωτερικό Ιατρείο «Νευροενδοκρινών Όγκων», ένα Εξωτερικό Ιατρείο Γενικής Γαστρεντερολογίας στο οποίο ανασκοπώ και ασθενείς με Κληρονομικές Ανοσοανεπάρκειες και συμπτώματα από το Γαστρεντερικό (ένα επιπλέον εξειδικευμένο αντικείμενο με το οποίο ασχολούμαι), μια Ενδοσκοπική Λίστα, επισκέψεις στους εσωτερικούς ασθενείς με «Νευροενδοκρινείς Όγκους», μάθημα στους Φοιτητές και τους Ειδικευμένους, επίβλεψη των τρεχουσών «Κλινικών Μελετών» και επίλυση διοικητικών θεμάτων.



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

Εφημερεύω για τους Γαστρεντερολογικούς Ασθενείς (in and out-of-hours) και για Αιμορραγίες Πεπτικού (out-of-hours), μια εβδομάδα / 7 εβδομάδες. Κάθε δεύτερο Σάββατο, κάνω επίσκεψη στους Εσωτερικούς ασθενείς με «Νευροενδοκρινείς Όγκους», ενώ κάποιες Κυριακές, έχουμε συνάντηση με την Ομάδα «Κλινικής Έρευνας».

Τι σημαίνει Top Teacher of the year?

Είναι μια διαδικασία που βασίζεται σε ηλεκτρονική ψηφοφορία μεταξύ των Φοιτητών της Ιατρικής Σχολής του University College of London στο τέλος κάθε Ακαδημαϊκού Έτους. Κάθε χρόνο αναδεικνύονται συνολικά 5 Διδάσκοντες από όλες τις Ειδικότητες και κρίνεται βασικά ο τρόπος διδασκαλίας και η επισταμένη ενασχόληση με τους Φοιτητές. Αποτελεί ιδιαίτερη τιμή για μένα η επιλογή μου ως «Top Teacher of the year» 5 φορές από το 2005. Επιτρέψατε μου σε αυτό το σημείο να μοιραστώ μαζί σας, τον «τρόπο» μου στα Κλινικά Φροντιστήρια των 4-ετών Φοιτητών : το ονομάζω «εικονική πραγματικότητα» (virtual reality). Οι Φοιτητές επιλέγουν οι ίδιοι ένα σύμπτωμα / ομάδα συμπτωμάτων από το Πεπτικό/Ήπαρ, μελετούν επισταμένα για μια εβδομάδα και κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας κάποιος από την Ομάδα υποδύεται τον Ειδικευόμενο Γαστρεντερολογίας/Ηπατολογίας στο Εξωτερικό Ιατρείο ή στα Επείγοντα. Ο Διδάσκων υποδύεται είτε τον ασθενή που πολλές φορές δίνει «ασαφές ιστορικό», είτε τον «ανήσυχο» συγγενή του ασθενούς, είτε τον Επιμελητή που βλέπει με κριτική ματιά τον διαγνωστικό και θεραπευτικό χειρισμό του «Ειδικευόμενου». Οι υπόλοιποι Φοιτητές συμπληρώνουν/κρίνουν τις απαντήσεις που δίδονται. Οι 4-ετείς δείχνουν πραγματικά να απολαμβάνουν αυτό τον διαδραστικό, αλλά και διασκεδαστικό τρόπο διδασκαλίας.

Γνωρίζοντας την ελληνική πραγματικότητα και έχοντας μια υπερδεκαετή εργασιακή εμπειρία στη Βρετανία πως αξιολογείς τη Γαστρεντερολογία στην χώρα μας;

Είναι κοινά παραδεκτό ότι υπάρχουν στην Ελλάδα αξιολογότεροι Συνάδελφοι με γνώσεις, ικανότητες και εμπειρία, αρκετοί δε από αυτούς με διεθνή αναγνώριση, που έχουν δώσει «μάχες» χωρίς μέσα και υποδομές για να

στηρίξουν τα Τμήματα τους. Είναι σημαντικό ωστόσο να κατανοήσουμε ότι καλώς ή κακώς, βρισκόμαστε στην εποχή της υπερ-Εξειδίκευσης και κάποιες φορές, της «υπερ-υπερ» Εξειδίκευσης... Έτσι το 2016 είναι μάλλον αδύνατον να μπορεί να ισχυρισθεί κάποιος ότι «κάνει τα πάντα», τόσο στην Ενδοσκόπηση όσο και στην Κλινική Γαστρεντερολογία. Είναι απαραίτητο να υπάρχουν στην Αθήνα και τις άλλες μεγάλες πόλεις, Δίκτυα (Networks) υπο-ειδικών από διάφορα Νοσοκομεία με αντικείμενο για παράδειγμα την ΙΦΝΕ, το Ενδοσκοπικό Υπερηχογράφημα, την εντεροσκόπηση, την ESD κτλ, στα οποία να παραπέμπονται ανάλογα οι ασθενείς και τα οποία να υποστηρίζονται/διαφημίζονται από την Γαστρεντερολογική Εταιρεία. Υπάρχουν πολλοί νέοι Συνάδελφοι με σημαντική Εκπαίδευση στο Εξωτερικό που μπορούν να αξιοποιηθούν και να πλαισιώσουν αυτά τα Δίκτυα. Είναι σημαντικό οι παλαιότεροι Συνάδελφοι να δώσουν «χώρο και οξυγόνο» σε αυτούς τους νέους και πολλά υποσχόμενους Γαστρεντερολόγους. Ταυτόχρονα όμως, θα μπορούσε να υπάρχει και ένα σχέδιο αξιοποίησης των Συναδέλφων που συνταξιοδοτήθηκαν. Είμαι σίγουρος ότι κάποιοι από αυτούς θα ήθελαν πολύ να μοιραστούν εθελοντικά τη γνώση και την εμπειρία τους, συμμετέχοντας, για παράδειγμα, στην Εκπαίδευση των Ειδικευομένων.

Υπάρχουν τρωτά σημεία του συστήματος υγείας της Βρετανίας, και αν ναι, έχουν υπάρξει τα χρόνια της παρουσίας σου εκεί προσπάθειες βελτίωσης;

Τα «τρωτά σημεία» του NHS αποτελούν αντανάκλαση των χαρακτηριστικών της Βρετανικής κοινωνίας και των ιδιαιτεροτήτων του Βρετανικού λαού. Τυπολατρεία, περιττή γραφειοκρατία, αγκυλώσεις, προσπάθεια αποφυγής της «πρόσωπο με πρόσωπο» επικοινωνίας (πέραν των "meetings") και έλλειψη αυτού που λέμε στην Ελλάδα, «φιλότιμο». Ευτυχώς υπάρχουν εξαιρέσεις σε Ιατρικό και Νοσηλευτικό επίπεδο (πιο συχνές από άτομα με Ευρωπαϊκή προέλευση), που ασκούν τα καθήκοντά τους με «πάθος και αγάπη για τον άρρωστο» και είναι διατεθειμένοι "to run the extra miles" (κάτι αντίστοιχο με το δικό μας «φιλότιμο»). Σε αυτούς στηρίζεται η οποιαδήποτε προσπάθεια βελτίωσης. Σε αυτούς επίσης θα προσκρούσει και η οποιαδήποτε προσπάθεια απαξίωσης

Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ



του NHS, η οποία πολύ φοβάμαι είναι στα κρυφά σχέδια των «Κυβερνώντων», με απώτερο σκοπό την πλήρη ιδιωτικοποίηση των μεγάλων Νοσοκομείων και Υπηρεσιών Υγείας.

Τα τελευταία χρόνια της κρίσης που συνεπάγεται περικοπές και οικονομικούς περιορισμούς έχει επηρεαστεί ποιοτικά η δουλειά σου;

Οι διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες υπηρεσιών Υγείας σε συνδυασμό με τον περιορισμό των οικονομικών πόρων έχουν ως αποτέλεσμα τους ελλειμματικούς προϋπολογισμούς όλων των μεγάλων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων του Λονδίνου. Υπάρχει και εδώ σχετικό «πάγωμα» προσλήψεων. Σε αυτό το νέο οικονομικό περιβάλλον, για να αποφύγουμε να τεθεί σε κίνδυνο η ποιότητα περίθαλψης των ασθενών μας, αναγκαστήκαμε να «μπούμε στο παιχνίδι» και να λειτουργήσουμε με οικονομικούς όρους. Έτσι, για να είμαι σε θέση να «αντιμετωπίσω» τους Managers του Νοσοκομείου (πολλοί από αυτούς είναι πρώην Bankers), παρακολούθησα Ειδικά Σεμινάρια “Management & Health Economics”, ώστε κάθε προσπάθεια/αίτηση για πρόσληψη επιπλέον προσωπικού να είναι απόλυτα κοστολογημένη (“Business Case”). Παράλληλα, διερευνούμε και συχνά επιτυγχάνουμε εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης. Για παράδειγμα, η Διαιτολόγος, ο Data Manager και μια από τις Εξειδικευμένες Νοσηλεύτριες μας μισθοδοτούνται από «χορηγίες» που κατατίθενται με απόλυτα διαφανή τρόπο, στο σχετικό «Ίδρυμα» που λειτουργεί στο Νοσοκομείο μας (“Royal Free Hospital Foundation Charity”).

Πως διαμορφώνεται το τοπίο μετά τα αποτελέσματα του δημοψηφίσματος για Brexit; Θα υπάρξουν αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις των Ελλήνων Ιατρών;

Είναι φανερό ότι το Brexit δημιούργησε σύγχυση στην Επιστημονική Κοινότητα της Μ. Βρετανίας και αναμένεται να φέρει ανατροπές κυρίως στο επίπεδο της Ακαδημαϊκής Έρευνας, μια και πολλά κονδύλια προέρχονταν από Ευρωπαϊκά Προγράμματα. Δεν διαβλέπω ιδιαίτερα προβλήματα στους Έλληνες Ιατρούς που ήδη εργάζονται στο NHS, άλλωστε είναι κοινά παραδεκτό ότι η εύρυθμη λειτουργία πολλών Τμημάτων βασίζεται σε Ευρωπαίους

Ιατρούς και Νοσηλευτές. Ωστόσο, φοβάμαι ότι μάλλον θα είναι πιο δύσκολο για έναν Έλληνα απόφοιτο Ελληνικού Πανεπιστημίου να ξεκινήσει από την αρχή Ειδικότητα στη Μ. Βρετανία.

Υπάρχουν προοπτικές απασχόλησης για Έλληνες Γαστρεντερολόγους που ενδιαφέρονται να εργαστούν στη Βρετανία;

Για Ειδικευμένους Γαστρεντερολόγους, θεωρώ ότι ακόμα υπάρχουν θέσεις, όχι όμως στα μεγάλα Νοσοκομεία του κέντρου του Λονδίνου. Στα περιφερικά Νοσοκομεία του Λονδίνου, καθώς και αυτά της επαρχίας, λόγω αυξημένων αναγκών, προκηρύσσονται κάποιες θέσεις “Specialist Doctors”, αλλά και “Locum Consultants”. Δεν θα πρότεινα τις θέσεις “Senior Clinical Fellows”, διότι εμπεριέχουν καθήκοντα Ειδικευομένων, εκτός αν η θέση δίνει εκπαιδευτικές ευκαιρίες σε συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο. Περιττό να αναφέρω, ότι με ιδιαίτερη χαρά θα υποστηρίξω νέους Συναδέλφους με γνώσεις, ήθος και μεγάλη όρεξη για δουλειά, εάν ενδιαφέρονται να εργαστούν στη Μ. Βρετανία.

Μίλησε μας λίγο για τον εαυτό σου έξω από τον εργασιακό χώρο, για ιδιαίτερα ενδιαφέροντα σου, δεξιότητες, τρόπο ψυχαγωγίας κλπ.

Σίγουρα χρειάζομαι λίγο χρόνο για να βρεθούμε με τη σύζυγό μου και να πάμε θέατρο, κινηματογράφο ή να βγούμε για φαγητό με φίλους. Κάποιες μέρες, αμέσως μετά τη δουλειά, επιχειρώ να χαλαρώσω για καμιά ώρα στο γυμναστήριο/κολυμβητήριο του Νοσοκομείου. Τέλος, η ενασχόληση με τη «μαγειρική τέχνη» (αρκετά επιτυχώς σύμφωνα με αντικειμενικούς κριτές..), τα βράδια της Κυριακής είναι κάτι που πραγματικά με ψυχαγωγεί και με ξεκουράζει.

Ο καιρός στη βρετανική πρωτεύουσα δεν είναι ιδιαίτερα καλός, τι προσφέρει η διαβίωση στο Λονδίνο σαν αντιστάθμισμα;

Ο καιρός στο Λονδίνο, οφείλω να ομολογήσω, έχει κάπως βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια. Σε μέρες δε ηλιοφάνειας, τα πάρκα και οι περιοχές πρασίνου, ειδικά την Άνοιξη και το Φθινόπωρο, είναι χάρμα οφθαλμών. Ωστόσο, ακόμα και τις μέρες με συννεφιά, στους Έλληνες δεν



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

λείπει ο ήλιος, γιατί, όπως συνηθίζω να λέω, τον «έχουν στην ψυχή τους». Το Λονδίνο είναι ίσως η πολυπολιτισμική πρωτεύουσα του κόσμου και παρέχει άπειρες δυνατότητες θεαμάτων, ακουσμάτων και γεύσεων από κάθε κουλτούρα. Μακάρι να είχαμε το χρόνο (που δεν τον έχουμε..) να αξιοποιούσαμε όλες αυτές τις δυνατότητες. Τέλος, το Λονδίνο, μου χάρισε τη δυνατότητα να μένω σε μονοκατοικία με πανέμορφο κήπο που βρίσκεται σε μια περιοχή γεμάτη δέντρα και λουλούδια, πράγμα που στερήθηκα στα παιδικά και νεανικά μου χρόνια στην Ελλάδα.

Οργανωμένη χώρα, μητροπολιτικό κέντρο, πολύ καλό εργασιακό περιβάλλον, ικανοποιητικές αν δεν κάνω λάθος αμοιβές, τι σου λείπει από την Ελλάδα;

Δεν θα απαντήσω «ο ήλιος και η θάλασσα» όπως πιθανόν να αναμένετε. Σίγουρα μου λείπουν οι γονείς μου, η αδερφή μου και οι φίλοι μου. Μου λείπει πολύ η απλότητα στις καθημερινές σχέσεις. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα, μια βραδινή έξοδος για φαγητό ή για ποτό, ακόμα και τις καθημερινές, ήταν ζήτημα αυθόρμητο/της τελευταίας στιγμής και απαιτούσε μερικά τηλεφωνήματα μεταξύ φίλων. Εδώ, χρειάζεται προγραμματισμό εβδομάδων.. Μια ζεστή Ελληνική «Καλημέρα και ένα «φιλικό πείραγμα» μεταξύ των Συναδέλφων, που αποτελούν το «αλατοπίπερο» των εργασιακών σχέσεων στην Ελλάδα, αποτελούν στοιχεία «εν ανεπαρκεία» στη Μ. Βρετανία. Παρήγορο ωστόσο, είναι το γεγονός, ότι στο Νοσοκομείο μας πλέον υπηρετούν αρκετοί Έλληνες Ιατροί και Νοσηλεύτες και έτσι το «κλίμα» μάλλον αλλάζει. Στα φιλόδοξα σχέδια μας είναι και η δημιουργία μιας ερασιτεχνικής «λαικορεμπέτικης» μπάντας. Οψόμεθα.!

Στο υποθετικό σενάριο ότι σου προσφέρεται μια θέση στο Ελληνικό Πανεπιστήμιο, ανάλογη του βιογραφικού και της εργασιακής σου εμπειρίας τι απαντάς;

Επιστρέψαμε βλέπω στις σοβαρές ερωτήσεις! Πριν απαντήσω θα πρέπει να καταστήσω γνωστό ότι όλα τα παραπάνω «επιτεύγματα» τόσο σε προσωπικό όσο και σε επίπεδο Μονάδας απαιτήσαν και απαιτούν ατελείωτες ώρες προσπάθειας και προσωπικές θυσίες. Ο δρόμος μέχρι εδώ δεν ήταν «στρωμένος με ροδοπέταλα» και τί-

ποτε δεν χαρίστηκε. Πολλές φορές τα εμπόδια έμοιαζαν ανυπέρβλητα και μόνο τα λόγια του Καζαντζάκη : «Φτάσε όπου δεν μπορείς» καθώς και η βοήθεια του Θεού, μου έδιναν κουράγιο (ειδικά τα πρώτα χρόνια). Πάντα έχω το νου μου στην Ελλάδα και μακάρι τόσο εγώ, όσο και πολλοί άλλοι καλοί Συνάδελφοι που δίνουν τον αγώνα τους σε διάφορα σημεία της γης, να μπορούσαμε να επιστρέψουμε και να προσφέρουμε στον τόπο μας. Για μένα δεν είναι τόσο η «θέση», όσο η δυνατότητα και οι ευκαιρίες που θα μου δοθούν στην Ελλάδα ώστε να δημιουργήσω κάτι καινούριο και να καλλιεργήσω όλες τις γνώσεις και δεξιότητες που απέκτησα αυτά τα χρόνια, προς όφελος των Ελλήνων ασθενών. Δυστυχώς, δεν θεωρώ ότι συντρέχουν ακόμα οι παραπάνω «όροι και προϋποθέσεις», όποτε συνεχίζω να «μένω εκτός» και να τιμώ το όνομα της Ελλάδας από άλλα μετερίζια.

Θέλω κλείνοντας να μας περιγράψεις σε λίγες γραμμές πως αντιλαμβάνεσαι την κρίση στη χώρα μας και ποιες θεωρείς ότι είναι οι ενδεδειγμένες λύσεις που θα μπορούσαν να μας βγάλουν από αυτή και να οδηγήσουν τους πολίτες σε καλύτερες μέρες;

Κλείνουμε βλέπω με «πολιτικές τοποθετήσεις»! Έχουν ακουστεί πολλά όλα αυτά τα χρόνια από Ειδικούς και «ειδικούς». Οι γνώσεις μου περί τα δημόσια οικονομικά είναι αρκετά ελλιπείς. Ωστόσο θεωρώ ότι η οικονομική κρίση έφερε στην επιφάνεια μια «κρίση αυτογνωσίας» που έχουμε ως Έθνος και ως Λαός. Πρέπει να αποφασίσουμε τι και ποιό τελικά είμαστε, που θέλουμε να πάμε και επιτέλους με ποιο «σχέδιο πτήσης». Θα πρότεινα να επενδύσουμε στα ιδιαίτερα χαρίσματα των Ελλήνων που συνοψίζονται σε τρεις λέξεις : πάθος (για ό,τι κάνουμε), ευρηματικότητα και φιλότιμο. Τέλος δεν πρέπει να περιμένουμε πάντα από τους άλλους να αλλάξουν τα πράγματα, η εποχή των «Μεσσιών» και των «εύκολων λύσεων» τελείωσε. Ας δώσουμε βάση στα λόγια του Καζαντζάκη από την «Ασκητική» : «Ν' αγαπάς την ευθύνη. Να λες: Εγώ, εγώ μονάχος μου έχω χρέος να σώσω τη γη. Αν δε σωθεί, εγώ φταίω».

Σας ευχαριστώ και πάλι για την τόσο ευχάριστη και «ανώδυνη» «Ενδοσκόπηση».



Οι αρμόδιοι απαντούν...

ΑΠΑΝΤΑ Ο ΑΝ. ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ

Σπύρος Γούλας

Το σύστημα υγείας δημόσιο και ιδιωτικό αντιμετωπίζει όπως όλοι γνωρίζουμε πολλά προβλήματα σε όλα τα επίπεδα είτε αφορούν τους χρήστες των υπηρεσιών, τους πολίτες, είτε τους εργαζόμενους στο χώρο. Στη σημερινή συγκυρία που τα προβλήματα παραμένουν και κάποια οξύνονται επιλέξαμε να αναζητήσουμε τις απόψεις ενός αρμοδίου από το Υπουργείο Υγείας και συγκεκριμένα του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας και Παύλου Πολάκη ο οποίος αν και με μικρή καθυστέρηση ανταποκρίθηκε στην πρόσκληση. Τα θέματα που τέθηκαν αφορούν σε γενικότερα ζητήματα Υγείας αλλά και σε ειδικότερα που ενδιφέρουν τη Γαστρεντερολογική κοινότητα. Ανάμεσα στα άλλα προκύπτουν και κάποιες ...Ειδήσεις που μας αφορούν.

Συμπληρώσατε ως παράταξη 18 μήνες στη διακυβέρνηση της χώρας και σεις προσωπικά 11 μήνες στο Υπουργείο Υγείας ως Αναπληρωτής Υπουργός. Είναι ένα εύλογο χρονικό διάστημα για άσκηση κριτικής... Θέλω λοιπόν να ξεκινήσω με τα... δύσκολα.

Υποστελέχωση Μονάδων Υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, ΠΕΔΥ) μεγάλες ελλείψεις σε αναλώσιμα υλικά, απαρχαιωμένος εξοπλισμός με σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία και τη συντήρηση, δυσκολίες στην πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα, αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης, επιμήκυνση των λιστών αναμονής για εξετάσεις και θεραπείες εξακολουθούν να αποτελούν καθημερινή πραγματικότητα. Οι συνδικαλιστικές ηγεσίες αλλά και απλοί εργαζόμενοι στο χώρο της Υγείας σας εγκαλούν ότι η κατάσταση βαίνει επιδεινούμενη επί των ημερών σας, τι απαντάτε;

Τον Οκτώβριο του 2015 που αναλάβαμε, μαζί με τον Ανδρέα Ξανθό, την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, το σύστημα έμοιαζε με συναρμολογούμενη κατασκευή που έπεσε στο πάτωμα και τα κομμάτια του σκορπίστηκαν. Έκτοτε καταβάλλουμε μια υπεράνθρωπη προσπάθεια ανάταξης και εξισορρόπησης του συστήματος. Αυτή τη στιγμή τα πρώτα αποτελέσματα της προσπάθειας αυτής αρχίζουν να γίνονται αντιληπτά. Όπως γνωρίζετε ως γιατρός ένας πολυτραυματίας όπως ήταν το Δημόσιο Σύστημα Υγείας πρέπει πρώτα να αναταχθεί πριν προχωρήσει στο στάδιο της ανάρρωσης. Ανετάχθη λοιπόν το σύστημα και στη συνέχεια με σημαντικές πρωτοβουλίες τις οποίες έχουμε αναλάβει θα προχωρήσουμε όχι απλώς στην ανάρρωση, αλλά στη βελτίωσή του.

Ένα ζωτικό θέμα είναι αυτό της υποχρηματοδότησης του τομέα της Υγείας που συνεχίζεται επί των ημερών σας. Συγκεκριμένα τα τελευταία έξι χρόνια στην περίοδο της κρίσης και των Μνημονίων η χρηματοδότηση έχει μειωθεί κατά 60%, και προβλέπεται από την τελευταία συμφωνία να παραμείνει κα-

θηλωμένη στο σημερινό χαμηλό επίπεδο μέχρι και το 2018. Όπως ξέρετε η δημόσια δαπάνη Υγείας στην Ελλάδα σήμερα είναι στο 5% του ΑΕΠ όταν ο μέσος όρος χρηματοδότησης του τομέα Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι 7,5%. Αυτό σημαίνει ότι ο Έλληνας πολίτης που έχει ήδη υποστεί μεγάλη οικονομική αφαίμαξη καλείται να συνεισφέρει ολόένα και μεγαλύτερα ποσά για παροχές υγείας, να βάλει όλο και πιο βαθεία το χέρι στην τσέπη. Την ίδια περίοδο τμήμα της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, αυτό των μεγάλων ομίλων ενισχύει τη θέση του, οι δημόσιες δομές καταρρέουν και όλο και μεγαλύτερο τμήμα συμπολιτών μας αδυνατεί να καλύψει δαπάνες σε φάρμακα και υπηρεσίες υγείας. Και παράλληλα πολλοί, αλλά και εσείς προσωπικά, καταγγέλλεται εστίες διαφθοράς ιδιαίτερα στο σύστημα προμηθειών χωρίς να παίρνεται μέτρα... Ποιές ενέργειες έχετε κάνει για την ανάσχεση αυτής της φθίνουσας πορείας και με ποιά αποτελέσματα;

Σύμφωνα με το Μεσοπρόθεσμο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Σταθερότητας 2015-2018, το οποίο είχε συμφωνηθεί με τους θεσμούς τον Απρίλιο του 2014 από τη συγκυβέρνηση ΝΔ – ΠΑΣΟΚ, το όριο αγορών των νοσοκομείων για λειτουργικές δαπάνες κ.λπ. ανά έτος είχε διαμορφωθεί ως εξής:

- 2015 – 1,388 δις ευρώ
- 2016 – 1,404 δις ευρώ
- 2017 – 1,420 δις ευρώ
- 2018 – 1,420 δις ευρώ

Στη συμφωνία που υπέγραψε η κυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ – ΑΝΕΛ το καλοκαίρι του 2015, τα ποσά αυτά αυξήθηκαν ως εξής:

- 2015 – 1,556 δις ευρώ
- 2016 – 1,634 δις ευρώ
- 2017 – 1,634 δις ευρώ
- 2018 – 1,634 δις ευρώ

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η χρηματοδότηση των νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό και το ΕΟΠΥΥ

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ [ΕΣΥ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΑ, ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΑ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΠΑΙΔΕΙΑΣ (ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ - ΑΙΓΗΝΙΤΕΙΟ), ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, ΩΝΑΣΕΙΟ]			
	2014 (€)	2015 (€)	2016 (€)
ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	1.093.000.000	1.190.000.000	1.200.500.000
ΕΟΠΥΥ	204.295.000	156.391.710	688.000.000
ΣΥΝΟΛΟ	1.297.295.000	1.346.391.710	1.888.500.000

Οι αρμόδιοι απαντούν...

ΑΠΑΝΤΑ Ο ΑΝ. ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ



Καθίσταται λοιπόν σαφές το τι έχουμε κάνει για την υποχρηματοδότηση των νοσοκομείων και μάλιστα εντός ενός ασφυκτικού δημοσιονομικού πλαισίου. Όσο αφορά στη διαπλοκή και στη διαφθορά στο χώρο της υγείας, θα είναι μεγάλο ψέμα να πει κανείς ότι οποιαδήποτε προηγούμενη κυβέρνηση είχε συγκρουσθεί με τα συμφέροντα στο χώρο της υγείας όσο η σημερινή. Το μεγαλύτερο όμως χτύπημα στη διαπλοκή θα είναι το νομοσχέδιο για τις προμήθειες το οποίο θα δημοσιευθεί προς διαβούλευση εντός του επόμενου διαστήματος.

Τεράστιο όπως ξέρετε είναι το θέμα της έλλειψης προσωπικού στα Νοσοκομεία τόσο σε εκείνα των μεγάλων αστικών κέντρων αλλά ιδιαίτερα σε εκείνα της περιφέρειας. Εκτιμάται ότι λόγω της σφικτής δημοσιονομικής πολιτικής των τελευταίων ετών οι ελλείψεις έχουν πάρει μορφή χιονιστιβάδος καθώς σύμφωνα με μέτριους υπολογισμούς λείπουν από το σύστημα περί τους 6000 Ιατρούς και 20000 νοσηλευτές. Αποτέλεσμα των ελλείψεων είναι η ακραία υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι μεγάλες λίστες αναμονής και το φαινόμενο οι απασχολούμενοι να δουλεύουν σε υπερεντατικό ρυθμό, κυριολεκτικά στο όριο της εξουθένωσης. Η αναλογία ενός ατόμου νοσηλευτικού προσωπικού για 30-40 ασθενείς στην απογευματινή και βραδινή βάρδια έχει προ πολλού πάψει να αποτελεί είδηση. Και ενώ η ανεργία και η υποαπασχόληση είναι υπαρκτό φαινόμενο τόσο στο νοσηλευτικό αλλά και στον ιατρικό κλάδο οι προσλήψεις είναι ελάχιστες, τόσο που δεν καλύπτουν ούτε καν το προσωπικό που αποχωρεί, και αφορούν κύρια σε συμβάσεις ορισμένου χρόνου (επικουρικό προσωπικό) και όχι μόνιμο προσωπικό όπως οι αυξημένες ανάγκες απαιτούν. Ουσιαστικά ούτε καν η αναλογία 1/5 η και 1/10 δεν τηρείται. Πως αντιμετωπίζετε το κρίσιμο αυτό θέμα στην πράξη πέρα από τις κατά καιρούς εξαγγελίες καλών προθέσεων;

Σας παραθέτω τα επίσημα στοιχεία με τα πεπραγμένα μας για τη στελέχωση του Δημόσιου Συστήματος Υγείας.

Όσο αφορά στο ΕΚΑΒ:

- Ορκίστηκαν τον Ιανουάριο 187 νέοι διασώστες.
- Μετά από προκήρυξη εσωτερικής κάλυψης κενών θέσεων στην περιφέρεια, προκηρύχθηκαν 100 νέες θέσεις διασωστών, για τις οποίες έχει γίνει ήδη η κατανομή και έχουν αποσταλεί στον ΑΣΕΠ Ετοιμάζεται να αποσταλεί μια επιπλέον κατανομή άλλων 40 θέσεων διασωστών.

Όσο αφορά στη στελέχωση των Δομών Υγείας:

ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΜΟΝΙΜΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ:

• Ολοκληρώνεται η διαδικασία των διορισμών από τους πίνακες κατάταξης των προκηρύξεων 4Κ/2015 και 5Κ/2015, που περιελάμβαναν 916 θέσεις μόνιμου νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού (εκ των οποίων περίπου 650 αφορούν Νοσηλευτικό προσωπικό ενώ το λοιπό προσωπικό αφορά εργαστηριακές ειδικότητες, διοικητικό προσωπικό, οδηγούς ασθενοφόρων, ακτινοφυσικούς κτλ). Από το παραπάνω προσωπικό έχουν αναλάβει ήδη υπηρεσία 780 άτομα.

• Έχουν ήδη σταλεί στον ΑΣΕΠ 1536 νέες θέσεις μόνιμου νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού (εκ των οποίων περίπου οι 1000 αφορούν νοσηλευτικό προσωπικό). Για τις 690 από αυτές τις θέσεις έχουν ήδη βγει προσωρινά αποτελέσματα από τους πίνακες κατάταξης των 4κ και 5κ, ενώ οι υπόλοιπες θα προκηρυχθούν εντός των ημερών. Οι θέσεις αυτές αφορούν κυρίως τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας της περιφέρειας, ενώ έχει δοθεί και ιδιαίτερη έμφαση στην στελέχωση δομών Ψυχικής Υγείας, Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και άλλων εξειδικευμένων τμημάτων.

• Έχει ήδη δοθεί έγκριση Π.Υ.Σ. για 1200 νέες μόνιμες θέσεις νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού (εκ των οποίων οι 800 αφορούν νοσηλευτικό προσωπικό), για τις οποίες το Υπουργείο Υγείας, σε συνεργασία με τις Υ.ΠΕ. και τους εποπτευόμενους φορείς ολοκληρώνει την κατανομή ώστε ο τελικός πίνακας να σταλεί στον ΑΣΕΠ. Οι θέσεις αυτές αφορούν κυρίως στην ενίσχυση των νοσοκομείων της Αθήνας, του Πειραιά και της Θεσσαλονίκης, με σκοπό την αντιμετώπιση των τεράστιων ελλείψεων αλλά και την εκπλήρωση των δίκαιων αιτημάτων μετάταξης εργαζόμενων που έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση.

• Είναι σε εξέλιξη η διαδικασία πλήρωσης 926 διοικητικών θέσεων που θα καλυφθούν από διοριστέους υποψηφίους της προκήρυξης 1ΕΓ/2016 του ΑΣΕΠ (ΕΠΙΛΑΧΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚ. 8/1997).

• Το Υπουργείο Υγείας ενέκρινε 757 νέες θέσεις μόνιμων ιατρών ΕΣΥ, για τις οποίες τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ολοκληρώνουν σταδιακά την προκήρυξή τους. Οι θέσεις αυτές αφορούν κυρίως δομές της περιφέρειας, απομακρυσμένων και νησιωτικών περιοχών, οι οποίες αντιμετώπιζαν σοβαρότατες ελλείψεις. Ως παράδειγμα για δομές νησιωτικών περιοχών που ανήκουν στη 2η Υ.ΠΕ. έχουν προκηρυχθεί ή πρόκειται να προκηρυχθούν άμεσα 91 νέες θέσεις μόνιμων ιατρών ΕΣΥ.

ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΜΗ ΜΟΝΙΜΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΙ



Οι αρμόδιοι απαντούν...

ΑΠΑΝΤΑ Ο ΑΝ. ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ

ΓΙΑΤΡΟΙ-ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ-ΛΟΙΠΕΣ ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ)

• Εντός του 2016 έχουν τοποθετηθεί στα νοσοκομεία και κέντρα υγείας της χώρας τουλάχιστον 643 επικουρικοί ιατροί (ενώ το τελευταίο τρίμηνο του 2015 είχαν τοποθετηθεί περίπου 400 επικουρικοί γιατροί) και αναμένεται στο αμέσως επόμενο χρονικό διάστημα να ικανοποιηθούν άλλα 484 αιτήματα επικουρικών ιατρών.

• Δόθηκε παράταση έως τις 30/09/2017 στις συμβάσεις 1.472 ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού επικουρικού προσωπικού.

• Είναι σε εξέλιξη από τις Υ.ΠΕ. οι διορισμοί για την κάλυψη 585 θέσεων λοιπού επικουρικού προσωπικού. Μέχρι στιγμής έχουν αναλάβει υπηρεσία 300 περίπου άτομα.

• Έχουν ήδη αναλάβει υπηρεσία 52 ιατροί και 195 νοσηλεύτριες/ριες με 2ετή σύμβαση εργασίας, μέσω του ΚΕ-ΕΛΠΝΟ, για τις ΜΕΘ. Απομένει η ανάληψη υπηρεσίας 10 ιατρών και 9 νοσηλευτών/ριών, από τους πίνακες επιτυχόντων, ενώ οι υπόλοιπες 38 θέσεις ιατρών και οι 196 νοσηλευτών/ριών που δεν καλύφθηκαν θα επαναπροκηρυχθούν στο αμέσως επόμενο διάστημα.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ(ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΜΕ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ)

• Έχουν διορισθεί από τον Απρίλιο 137 άτομα σε θέσεις ιατρικού και λοιπού προσωπικού, στα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου, μέσω του προγράμματος του ISF, για την αντιμετώπιση της προσφυγικής κρίσης. Το παραπάνω προσωπικό πήρε μια επιπλέον παράταση 2 μηνών.(θα λήξει 19/11/2016)

• Έχει εξασφαλιστεί η χρηματοδότηση μέσω του ευρωπαϊκού προγράμματος AMIF και έχουν ήδη προκηρυχθεί μέσω του ΚΕΕΛΠΝΟ περίπου 850 νέων θέσεων ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, για την αντιμετώπιση των αναγκών του προσφυγικού, από τις οποίες οι 494 θα καλύψουν ανάγκες των Νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας και άλλων δομών του Συστήματος Υγείας στις περιοχές της επικράτειας όπου υπάρχουν κέντρα φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών (ανακουφίζοντας έτσι και τις τοπικές κοινωνίες).

Θα ήθελα στο σημείο αυτό να εστιάσω και στο χώρο της Γαστρεντερολογίας. Γνωρίζετε ότι και στη συγκεκριμένη ειδικότητα οι Ιατροί που υπηρετούν στα Νοσοκομεία είναι πολύ λίγοι και εργάζονται κατά κύριο λόγο στα Νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων. Μάλιστα οι περισσότεροι βρίσκονται ήδη σε μέση και μεγάλη ηλικία λόγω της ανάπτυξης του ΕΣΥ

τα τελευταία 30 έτη. Στα επαρχιακά Νοσοκομεία Γαστρεντερολογικά Τμήματα και Μονάδες είτε ελλείπουν ή είναι υποστελεχωμένες με αδιαμφισβήτητα αρνητικές συνέπειες στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Θα συμφωνήσετε ότι η Γαστρεντερολογία είναι απόλυτα απαραίτητο να υπάρχει στο σύγχρονο Νοσοκομείο. Αυτό βέβαια υπαγορεύει την ανάγκη για δημιουργία νέων Οργανισμών των Νοσοκομείων μας που να καλύπτουν τις σύγχρονες ιατρικές ανάγκες και εδώ η ευθύνη σας σαν πολιτική ηγεσία είναι μεγάλη. Την ίδια στιγμή η χώρα μας διαθέτει πολλούς ταλαντούχους συναδέλφους επαρκώς εκπαιδευμένους, αρκετούς και με μετεκπαίδευση σε μονάδες του εξωτερικού, που δεν τους δίνεται επί σειρά ετών καμία ευκαιρία να εργαστούν στο ΕΣΥ λόγω ακριβώς της μη προκήρυξης θέσεων. Η παντελής απουσία προκηρύξεων θέσεων νέων Γαστρεντερολόγων συνεχίζεται και το τελευταίο διάστημα επί των ημερών σας, οπότε και ανακοινώθηκαν νέες θέσεις, περί τις 760 αν δεν απατώμαι, σε διάφορες πλην Γαστρεντερολογίας ειδικότητες. Τι απαντάτε και αν προτίθεστε να αλλάξετε την εικόνα που περιγράφεται παραπάνω προκειμένου να ανοίξουν θέσεις απασχόλησης και οι νέοι συνάδελφοί μας να ενημερωθούν έγκυρα και να λάβουν τις κρίσιμες για το μέλλον τους αποφάσεις...

Το πρόβλημα αυτό έχει εντοπιστεί και προβλέψαμε κάποιες λίγες θέσεις Γαστρεντερολόγων στην προκήρυξη των 760 μόνιμων γιατρών. Στην προκήρυξη για τους 2.000 μόνιμους γιατρούς εντός του 2017 θα προβλέψουμε περισσότερες.

Προτίθεστε να αλλάξετε το πλαίσιο που θα αφορά στην εκπαίδευση των ιατρών για τη λήψη ειδικότητας όπου υπάρχουν πολλά ανοιχτά ζητήματα (κέντρα λήψης ειδικότητας, αριθμός ειδικευόμενων, rotation, blue book, καθορισμός γνωστικού αντικείμενου ανά ειδικότητα κλπ.)

Ήδη έχει ανατεθεί σε ειδική επιτροπή του ΚΕΣΥ η μελέτη με σκοπό τη βελτίωση της παρεχόμενης εκπαίδευσης στους ειδικευόμενους ιατρούς. Ο σχεδιασμός βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, αλλά παρ' όλη τη φημολογία που κυκλοφορεί στο σχεδιασμό δεν θα περιλαμβάνονται εξετάσεις για τη λήψη θέσης ειδικότητας.

Πρωτοβάθμια περίθαλψη: μόνιμη εξαγγελία των κυβερνήσεων της Μεταπολίτευσης, θεσμοθετήθηκε με πολλά νομοθετήματα του Ελληνικού Κοινοβουλίου χωρίς ποτέ να υλοποιηθεί για εύλογους λόγους και με πολλαπλές αρνητικές επιπτώσεις στο σύστημα Υγείας. Ενδεικτικά αναφέρω δυσκολίες ή και αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, μηδενικές επιδόσεις στην πρόληψη και την αγωγή υγείας, επιβάρυνση των ΤΕΠ και των Νοσοκομείων γενικότερα αλλά και οικονομική

Οι αρμόδιοι απαντούν...

ΑΠΑΝΤΑ Ο ΑΝ. ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ



επιβάρυνση των πολιτών και του συστήματος Υγείας. Έχετε εξαγγείλει και σεις σαν πολιτική ηγεσία σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Με ποιο τρόπο και ποιους πόρους θα το υλοποιήσετε; Ποια θα είναι η σχέση εργασίας των Ιατρών στο σύστημα και ποιες ειδικότητες θα περιλαμβάνει...

Θα υπάρχει ρόλος για το Γαστρεντερολόγο στο σύστημα και ποιός;

Για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ανασχεδιάσαμε όλο το πρόγραμμα του ΕΣΠΑ για το 2017-18 και εξασφαλίσαμε τη χρηματοδότηση για τη δημιουργία 140 περίπου δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας πανελλαδικά οι οποίες θα στελεχωθούν με 3.200 άτομα ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού. Ο σχεδιασμός προβλέπει ότι μετά τη διετία αυτή το κόστος λειτουργίας των μονάδων θα περάσει στον κρατικό προϋπολογισμό.

Στο θεσμικό πλαίσιο που σήμερα ισχύει ο Γαστρεντερολόγος στην πρωτοβάθμια υγεία εργάζεται με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση και άρα ασκεί μόνο κλινικό έργο χωρίς να μπορεί να ενδοσκοπεί με οποιαδήποτε μορφή έργου. Ποια είναι η θέση σας για το θέμα;

Θα φροντίσουμε να διαμορφώσουμε τις υλικοτεχνικές συνθήκες εντός των μονάδων ΠΕΔΥ, ώστε οι γαστρεντερολόγοι να έχουν τη δυνατότητα διεξαγωγής ενδοσκοπήσεων.

Από την άλλη πλευρά στον ιδιωτικό τομέα οι Γαστρεντερολόγοι ιδιαίτερα οι νεώτεροι απασχολούνται υπό ετερόκλητες συνθήκες και συχνά με εξευτελιστικούς όρους. Αλλά και η σχέση με τον ΕΟΠΥΥ εμφανίζει πολλά προβλήματα... Σκοπεύετε να βάλετε κάποιους κανόνες και όρους αξιοπρέπειας; Πως θα αντιμετωπίζατε ως πούμε το αίτημα για κλαδική σύμβαση;

Όλες οι συμβάσεις του ΕΟΠΥΥ είναι σε διαπραγμάτευση με γνώμονα την αναβάθμιση των παρεχόμενων προς τους πολίτες υπηρεσιών, αλλά και τις αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας και αμοιβής των συμβεβλημένων ιατρών.

Θα μου επιτρέψετε να πω σε αυτό το σημείο ότι σας γνωρίζω από τα φοιτητικά χρόνια, είστε από τους ανθρώπους που δεν περνούν απαρατήρητοι... Έντονα πολιτικοποιημένος από φοιτητής με μακρά πορεία στο συνδικαλισμό στα φοιτητικά αμφιθέατρα, το Νοσοκομείο τον Ιατρικό Σύλλογο. Πιο πρόσφατα με θητεία στην Τοπική Αυτοδιοίκηση σαν αιρετός δήμαρχος και τελευταία στο Κοινοβούλιο και το Υπουργείο Υγείας. Από μαχόμενος Ιατρός και συνδικαλιστής στο Υπουργείο και στην υλοποίηση πολιτικής υπό σκληρές, ασφυκτικές θα έλεγα δημοσιονομικές συνθήκες. Πως αισθάνεστε στην καρέκλα του

Υπουργείου; Πόσο απέχει το όραμα από την πραγματικότητα, την σκληρή σημερινή πραγματικότητα;

Όπως δρούσα σαν χειρουργός, δρω και σαν υπουργός, προσπαθώ για το βέλτιστο αποτέλεσμα υπό δεδομένες συνθήκες. Το όραμα παραμένει το ίδιο και ο καθημερινός αγώνας είναι για να πλησιάσουμε την πραγματικότητα όσο το δυνατόν πλησιέστερα στο όραμα. Η χώρα σύντομα θα βγει από τα μνημόνια και τότε οι δυνατότητες βελτίωσης του Δημόσιου Συστήματος Υγείας θα είναι σημαντικά περισσότερες. Να είστε σίγουρος ότι θα τα καταφέρουμε να φτάσουμε το επίπεδο του Δημόσιου Συστήματος Υγείας σε δυσθεώρητα για τις προηγούμενες κυβερνήσεις ύψη.

Το επόμενο ερώτημα έρχεται από την πλευρά του «κοινού». Πολλοί συνάδελφοι αλλά και απλοί πολίτες ξαφνιάζονται η αν θέλετε «ενοχλούνται» όχι τόσο από το περιεχόμενο όσο από τον τρόπο που εκφράζεται τις απόψεις σας. Τον χαρακτηρίζουν απόλυτο, αυταρχικό, θα μου επιτρέψετε την έκφραση «ταμπουκαλίδικο». Πως απαντάτε και αν πιστεύετε ότι ο τρόπος που σας προβάλλουν τα ΜΜΕ σας αδικεί...

Ο τρόπος που εκφράζομαι σαν υπουργός είναι αυτός που εκφραζόμουν και σαν απλός πολίτης. Το σύστημα της δι-απλοκής είχε έντεχνα περάσει, μέσω των ΜΜΕ, στην κοινωνία ένα πρότυπο political correct, καλοντυμένου και γενικότερα καθωσπρέπει πολιτικού. Θα σας υπενθυμίσω όμως ότι τη χώρα στην κατάσταση που βρίσκεται σήμερα την έφερε αυτό το πολιτικό κατεστημένο. Πιστεύω ότι όλο αυτό το δημιούργημα κατέρρευσε σαν χάρτινος πύργος και ο λαός είναι πλέον σε θέση να αντιληφθεί ποιοι έχουν το ήθος, την εντιμότητα και την αγωνιστικότητα για να προασπίσει τα συμφέρόντά του. Να είστε σίγουρος ότι έτσι θα παραμείνω και δεν θα χρεώσω ποτέ τους πολίτες με αμοιβές image makers.

Ο χώρος είναι περιορισμένος και τα ερωτήματα πολλά. Η γκάμα θεμάτων ευρύτατη: σχέση με τον ΕΟΠΥΥ, Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας, βελτίωση του συστήματος συνταγογράφησης και έκδοσης παραπεπτικών, διαμόρφωση πολιτικής πρόληψης για τον καρκίνο του παχέος εντέρου με πολλαπλό κοινωνικό και οικονομικό όφελος. Όλα αυτά δεν θα μπορούσαν να χωρέσουν στα στενά όρια μιας συνέντευξης. Γι αυτό θα σας καλούσα με αφορμή αυτή τη συνέντευξη να δεσμευτείτε για μια συνάντηση με το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ, της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων, σε εύλογο χρόνο και με ευρεία ατζέντα θεμάτων. Ευχαριστώ και εύχομαι καλή επιτυχία στο δύσκολο έργο σας...



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Φλωρεντία Φωστήρα, PhD

Εργαστηριακή Γενετίστρια

Εργαστήριο Μοριακής Διαγνωστικής

ΕΚΕΦΕ 'Δημόκριτος'

Τα σύνδρομα του κληρονομικού καρκίνου του παχέος εντέρου (ΚΠΕ) αποτελούν μια ξεχωριστή οντότητα, η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης πολυπόδων και καρκίνου παχέος εντέρου, καθώς και άλλων μορφών καρκίνου. Η μέση ηλικία εμφάνισης πολυπόδων, ο αριθμός και η ιστοπαθολογία αυτών, καθώς το τμήμα του εντέρου όπου αναπτύσσεται η κακοήθεια είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην κλινική διάγνωση του συνδρόμου, η οποία απαιτεί επιβεβαίωση με γονιδιακό έλεγχο. Μέχρι σήμερα έχουν χαρακτηριστεί περισσότερα από 10 γενετικά σύνδρομα κληρονομικού ΚΠΕ, ενώ οι εξελίξεις στην αλληλούχιση του DNA έχουν οδηγήσει στην ανακάλυψη νέων γονιδίων και την περιγραφή νέων γενετικών συνδρόμων. Ο συνήθης διαχωρισμός των κληρονομικών συνδρόμων παχέος εντέρου πραγματοποιείται με βάση την ύπαρξη ή μη, πολυπόδων.

Σύνδρομο Lynch

Το σύνδρομο Lynch αποτελεί το συχνότερο σύνδρομο κληρονομικού ΚΠΕ, αποτελώντας το 2%-5% του συνόλου των περιστατικών του ΚΠΕ και χαρακτηρίζεται κυρίως από την διάγνωση κολοορθικού καρκίνου χωρίς την ταυτόχρονη ανεύρεση πολλαπλών πολυπόδων. Προκαλείται από γαμετικές μεταλλάξεις απώλειας λειτουργίας στα γονίδια επιδιόρθωσης αταίριαστων βάσεων (mismatch repair genes-MMR), οι οποίες προδιαθέτουν και για άλλα είδη κακοηθειών, με συνηθέστερο τον καρκίνο του ενδομητρίου στις γυναίκες. Λιγότερο συχνές κακοήθειες, αλλά σαφέστερα συχνότερες σε σχέση με του γενικού πληθυσμού, αποτελούν οι όγκοι του στομάχου, του λεπτού εντέρου, της ουροεπιθηλιακής οδού, του παγκρέατος και των ωοθηκών. Ο δια βίου κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου (πρωτοπαθούς, σύγχρονου ή μετάχρονου) στα άτομα με σύνδρομο Lynch κυμαίνεται μεταξύ 52%-82%, ο οποίος στην πλειονότητα των περιπτώσεων διαγιγνώσκεται πριν την ηλικία των 50 ετών και συνηθέστερα στο εγγύς κόλον. Η κλινική διάγνωση του συνδρόμου Lynch πραγματοποιείται με βάση το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, τη νεαρή ηλικία διάγνωσης αλλά και τα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά των όγκων, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από συσσώρευση λαθών στην αλληλουχία του DNA, φαινόμενο το οποίο περιγράφεται ως μικροδορυφορική αστάθεια. Το ιδιαίτερο αυτό χαρακτηριστικό είναι δυνατόν να προσ-

διοριστεί έμμεσα μέσω ανοσοϊστοχημικού ελέγχου, όπου αξιολογείται η έκφραση των πρωτεϊνών που παράγονται από τα γονίδια επιδιόρθωσης αταίριαστων βάσεων: MLH1, MSH2, MSH6 και PMS2. Ο έλεγχος αυτός πραγματοποιείται στον όγκο ο οποίος έχει εγκλειστεί σε κύβο παραφίνης και μπορεί να πραγματοποιηθεί στο παθολογοανατομικό εργαστήριο όπου θα γίνει η αρχική ιστολογική διάγνωση, ενώ το κόστος της εξέτασης καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Με τον τρόπο αυτό, διευκολύνεται η διαλογή των υποψήφιων ατόμων που θα υποβληθούν σε γονιδιακό έλεγχο για το σύνδρομο Lynch, αλλά και γίνεται στοχευμένη επιλογή των γονιδίων που θα αναλυθούν στο περιφερικό αίμα των ασθενών βασιζόμενοι στην ένδειξη της ανοσοϊστοχημικής ανάλυσης, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την σημαντική μείωση του κόστους.

Η ταυτοποίηση του συνδρόμου, τόσο στους ίδιους τους ασθενείς όσο και στους συγγενείς επιτρέπει την εφαρμογή πρωτοκόλλου παρακολούθησης, το οποίο αφορά την κολοσκόπηση από την ηλικία των 25 ετών με επανέλεγχο κάθε 1-2 χρόνια, καθώς και λεπτομερή γυναικολογικό έλεγχο στις γυναίκες με την σύγχρονη λήψη βιοψιών ενδομητρίου.

Οικογενή Σύνδρομο Αδενωματώδους Πολυποδίασης

Στον αντίποδα του συνδρόμου Lynch περιγράφονται τα οικογενή σύνδρομα πολυποδίασεως, τα οποία διακρίνονται σε σύνδρομα αδενωματώδους και αμαρτωματώδους πολυποδίασης.

Τα σύνδρομα αδενωματώδους πολυποδίασης χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση εκατοντάδων έως και χιλιάδων πολυπόδων, με το σύνδρομο της οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης (Familial Adenomatous Polyposis - FAP) να αποτελεί το συχνότερο και χαρακτηριστικότερο φαινοτυπικά. Το σύνδρομο της οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης έχει ως βασικό χαρακτηριστικό την εμφάνιση εκατοντάδων έως χιλιάδων αδενωματωδών πολυπόδων σε όλη την έκταση του παχέος εντέρου. Οι πρώτοι πολύποδες συνήθως κάνουν την εμφάνισή τους στην εφηβική ηλικία, ενώ η μη χειρουργική εξαίρεση αυτών οδηγεί στην καρκινογένεση. Οι ασθενείς με FAP έχουν αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης εξωεντερικών εκδηλώσεων, όπως καρκίνου του φύματος του Vater, του θυρε-



οειδούς, ανάπτυξη δεσμοειδών όγκων κοιλιακής χώρας, αλλά και ανάπτυξη μυελοβλαστώματος και ηπατοβλαστώματος σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 5 ετών. Άλλες εκδηλώσεις, οι οποίες δεν θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών, αποτελούν τα οστεώματα της γνάθου, οι επιδερμοειδείς κύστες, αλλά και η χαρακτηριστική συγγενής υπερτροφία του επιθηλίου του αμφιβληστροειδούς.

Το σύνδρομο FAP προκαλείται από γαμετικές μεταλλάξεις απώλειας λειτουργίας του γονιδίου APC, οι οποίες κληρονομούνται με αυτοσωμικό επικρατή χαρακτήρα και χαρακτηρίζονται από υψηλή διεισδυτικότητα. Η πλειονότητα των οικογενειών με το σύνδρομο FAP παρουσιάζονται με πολλαπλά περιστατικά πολυποδίασης, αλλά και καρκίνου του παχέος εντέρου. Παρόλα αυτά, περίπου το 30% των περιπτώσεων προκύπτουν από *de novo* μεταλλάξεις, οι οποίες δημιουργούνται κατά την εμβρυογένεση και ενώ δεν έχουν κληρονομηθεί από τους προγόνους του ατόμου που τις φέρουν, δύναται να κληροδοτηθούν προς τους απογόνους του.

Το σύνδρομο FAP χαρακτηρίζεται από την συσχέτιση γονότυπου-φαινοτύπου κατά την οποία μεταλλάξεις σε συγκεκριμένες περιοχές του γονιδίου σχετίζονται με την οξύτητα του φαινοτύπου, η οποία ορίζεται από τον αριθμό των πολυπόδων, την ηλικία εμφάνισης, αλλά και την παρουσία εξω-εντερικών εκδηλώσεων. Με βάση τα παραπάνω, οι ασθενείς με FAP κατηγοριοποιούνται σε τρεις διακριτές ομάδες οι οποίες διαχωρίζονται με βάση τον φαινότυπο σε οξεία, κλασσική και εξασθενημένη μορφή του συνδρόμου. Η κατηγοριοποίηση αυτή, η οποία γίνεται με βάση τον γονότυπο, παίζει σημαντικό ρόλο στη εξατομίκευση της κλινικής διαχείρισης. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ηλικία έναρξης της ενδοσκοπικής παρακολούθησης, ο έλεγχος για πιθανές εξω-εντερικές εκδηλώσεις, αλλά και η επιλογή της χειρουργικής επέμβασης, τόσο ως προς την χρονική στιγμή που θα διενεργηθεί, όσο και ως προς την έκταση του χειρουργείου. Η εξατομίκευση αυτή έχει συμβάλει στην σημαντική μείωση θνητότητας στους ασθενείς με το σύνδρομο FAP.

Αρκετά μεταγενέστερα ταυτοποιήθηκε και το σύνδρομο αδενωμάτων πολυποδίασης, το οποίο προκαλείται από μεταλλάξεις του γονιδίου MUTYH και κληρονομείται με αυτοσωμικό υπολειπόμενο τρόπο. Τα άτομα με παθολόγους μεταλλάξεις και στα δύο αλληλόμορφα εμφανίζουν

10-100 αδενώματα στην τέταρτη με πέμπτη δεκαετία της ζωής τους, ενώ οι εξω-εντερικές αλλοιώσεις παρουσιάζονται σπάνια.

Οικογενή Σύνδρομα Αμαρτωματώδους Πολυποδίασης

Τα οικογενή σύνδρομα αμαρτωματώδους πολυποδίασης είναι αρκετά σπάνια αλλά με ιδιαίτερα γνωρίσματα, με τα γνωστότερα σύνδρομα να είναι το σύνδρομο Peutz-Jeghers, το σύνδρομο της νεανικής πολυποδίασης και το σύνδρομο Cowden και προκαλούνται από γαμετικές μεταλλάξεις στα γονίδια STK11, SMAD4 & BMPR1A και PTEN, αντίστοιχα. Χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση πολυπόδων οι οποίοι έχουν τον χαρακτηριστικό αμαρτωματώδη ιστολογικό τύπο και αναπτύσσονται συνηθέστερα στο λεπτό έντερο και το στομάχι των ασθενών, ενώ ο αριθμός τους είναι σαφέστερα μικρότερος συγκριτικά με αυτό των ασθενών με σύνδρομο FAP.

Προκειμένου να δρομολογηθεί με ακρίβεια ο γονιδιακός έλεγχος απαιτείται μια πολύ-επίπεδη διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει τη λήψη αναλυτικού οικογενειακού ιστορικού, τη συλλογή λεπτομερών κλινικοπαθολογικών στοιχείων, την ανάλυση με τη χρήση ποικίλων εργαστηριακών μεθόδων (αλληλούχιση κατά Sanger, MLPA & NGS), καθώς και την ερμηνεία των ευρημάτων. Η διαδικασία αυτή πραγματοποιείται εξ' ολοκλήρου στο Εργαστήριο Μοριακής Διαγνωστικής, όπου αρχικά συλλέγονται οι απαραίτητες πληροφορίες για την κατασκευή αναλυτικού γενεαλογικού δέντρου, ενώ πραγματοποιείται συνεκτίμηση με τα κλινικο-παθολογικά χαρακτηριστικά των πολυπόδων ή των όγκων. Με βάση τα παραπάνω, διενεργείται η γενετική αξιολόγηση όπου και επιλέγεται ο κατάλληλος γονιδιακός έλεγχος, ενώ η διενέργεια αυτή πραγματοποιείται σε τηλεφωνική συνεδρία με τον υποψήφιο εξεταζόμενο και είναι ανέξοδη, ενώ δεν δημιουργεί καμία οικονομική υποχρέωση προς το εργαστήριο.

Παρόλο που τα σύνδρομα που περιεγράφηκαν έχουν αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις μεταξύ τους, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εκείνες όπου η αναγνώριση του γενετικού συνδρόμου είναι αρκετά δύσκολη αλλά παραμένει απαραίτητη για την εφαρμογή των κατάλληλων προσαρμοσμένων πρωτοκόλλων παρακολούθησης, αλλά τη χρήση στοχευμένων θεραπειών.



Η γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

Αθανάσιος Δ. Σιούλας
Γαστρεντερολόγος
Δ.Θ.Κ.Α. Υγεία

Εντερικός ρυθμός, ένα νέο ζωτικό σημείο

Παρά την πρόοδο που έχει αδιαμφισβήτητα σημειωθεί στις χειρουργικές τεχνικές, η πλειοψηφία των ασθενών εμφανίζει παροδικά παραλυτικό ειλεό μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στην κοιλία. Όταν η διαταραχή της κινητικότητας του εντέρου παραταθεί χρονικά ή επιπλακεί, οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα, χειρότερα συνολικά αποτελέσματα και αυξημένο κόστος και διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο.

Σημαντική μετεγχειρητικά είναι η τακτική κλινική παρακολούθηση των ασθενών προκειμένου να εκτιμάται η αποκατάσταση ή μη της εντερικής κινητικότητας και αναλόγως να αποφασίζεται η έναρξη της εντερικής σίτισης. Η παρακολούθηση βασίζεται στην ακρόαση των εντερικών ήχων και τον έλεγχο της αποβολής αερίων ή/και κοπράνων. Είναι, όμως, παραδεκτό πως η συνήθης βραχεία χρονικά εκτίμηση των εντερικών ήχων αποτελεί μάλλον αδρή αποτύπωση της κινητικότητας του εντέρου, ενώ ιδανικά θα χρειαζόταν η συνεχής ακουστική καταγραφή τους που την αντανάκλα ακριβώς.

Στα πλαίσια αυτά ομάδα ερευνητών από τις Η.Π.Α. ανέπτυξε έναν βιοαισθητήρα AGIS (acoustic gastrointestinal surveillance) ο οποίος επιτρέπει συνεχή καταγραφή και αυτοματοποιημένη ανάλυση και παρουσίαση των εντερικών ήχων εντός του ανθρώπινου ακουστικού φάσματος. Το σύστημα αποτελείται από ειδικούς υποδοχείς με μικροηλεκτρονικά μικρόφωνα που ανιχνεύουν κοιλιακές δονήσεις και ακουστικά κύματα και οι οποίοι επικολλώνται στο κοιλιακό τοίχωμα με μη επεμβατικό τρόπο. Οι υποδοχείς συνδέονται με αντίστοιχα καλώδια τα οποία με τη σειρά τους συνδέονται σε μικρό υπολογιστή παρά την κλίνη του ασθενούς δια του οποίου υπολογίζονται scores κινητικότητας και παρουσιάζονται οπτικά τα αποτελέσματα στον εξεταστή.

Το 2014 η ερευνητική ομάδα ανακοίνωσε τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης εφαρμογής του εν λόγω συστήματος. Σύμφωνα με αυτά, η συσκευή ανίχνευσε στατιστικά σημαντικά μειωμένους σε συχνότητα εντερικούς ήχους σε μετεγχειρητικούς ασθενείς με παραλυτικό ειλεό σε σύγκριση με άλλους που ανέχονταν την εντερική σίτιση. Επιπρόσθετα, οι μετεγχειρητικοί ασθενείς είχαν σημαντικά βραδύτερη εντερική κινητικότητα σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες.

Τέλος, σε μια πρόσφατη πολυκεντρική προοπτική μελέτη ο βιοαισθητήρας AGIS ήταν αποτελεσματικός στην πρόβλεψη εκείνων των χειρουργημένων ασθενών που θα εμφανίσουν εικόνα παραλυτικού ειλεού.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό πως ο βιοαισθητήρας AGIS προσφέρει ένα νέο «ζωτικό σημείο», τον εντερικό ρυθμό, κατ' αναλογία του καρδιακού και αναπνευστικού ρυθμού. Παρόλα αυτά, μένει να αποδειχθεί από κατάλληλες μελλοντικές μελέτες αν η μέθοδος αυτή δύναται να επηρεάσει τις θεραπευτικές αποφάσεις (π.χ. για χορήγηση ή μη εντερικής σίτισης) και τελικά να τροποποιήσει τη διάρκεια και το κόστος νοσηλείας.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Spiegel BM, Kaneshiro M, Russell MM, et al. Validation of an acoustic gastrointestinal surveillance biosensor for postoperative ileus. J Gastrointest Surg. 2014;18:1795-803
2. Kaneshiro M, Kaiser W, Pourmorady J, et al. Postoperative Gastrointestinal Telemetry with an Acoustic Biosensor Predicts Ileus vs. Uneventful GI Recovery. J Gastrointest Surg. 2016;20:132-9



Αγγελίες

Πωλείται

Συνάδελφος επικοινωνήσε μαζί μας και μας ενημέρωσε ότι διαθέτει προς πώληση ενδοσκόπια (γαστροσκόπιο και κολινοσκόπιο) οθοκαίνουργια με μικρό αριθμό ενδοσκοπήσεων (FUJINON EG/EC 250WR-5) με ολόκληρο τον πύργο και την οθόνη, πλυντήριο ενδοσκοπίων, και συσκευή διαθερμίας (ackerman instrumente 16-2000-120. HF-GENERATOR) σε τιμή ευκαιρίας.

Τηλ επικοινωνίας: 6944671590.

Νέα από την Τεχνολογία - Βιομηχανία

ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ

Κωφοκότσιος Αλέξανδρος



Αφορμή για το σημερινό θέμα μου, αποτελεί η παρουσίαση που έκανα στα πλαίσια της διημερίδας του τμήματος Βορείου Ελλάδος της ΕΓΕ με θέμα την ενδοσκόπηση στη βαριατρική. Πολλοί από εμάς έχουμε ασχοληθεί με βαριατρικούς ασθενείς. Ωστόσο οι εξελίξεις στο χώρο της ενδοσκόπησης για βαριατρικούς ασθενείς είναι εντυπωσιακές και αξίζει να αναφερθούν.

Σε ό,τι αφορά τις ενδοσκοπικές τεχνικές για απώλεια βάρους, όλοι μας γνωρίζουμε τα ενδογαστρικά μπαλόνια με το γνωστό BIB να κυκλοφορεί εδώ και πολλά χρόνια. Αν και η τοποθέτησή του είναι απλή, η αφαίρεσή του είναι λίγο πιο δύσκολη. Ήταν πολύ συνηθισμένη τεχνική προ 10ετίας. Τα αρχικά προβλήματα της έντονης ναυτίας και της επιγαστραλγίας υποχωρούν εντός 1-2 εβδομάδων. Ωστόσο 1 στους 12 ασθενείς δεν ανέχονται το μπαλόνι και πρέπει να το αφαιρέσουν. Οι επιπλοκές του είναι λίγες, αναφέρονται όμως και σοβαρές. Η διάρκεια παραμονής του είναι 6-7 μήνες, ενώ μια μέση απώλεια κιλών που έχω δει σε ασθενείς μου είναι 15-20. Βέβαια αν ο ασθενής δεν συμμορφώνεται με την δίαιτα που πρέπει να ακολουθήσει και καταναλώνει υπερθερμιδικές τροφές, μπορεί και να αυξήσει το βάρος του αντί να το μειώσει. Το πρόβλημα με το ενδογαστρικό μπαλόνι είναι κατά πόσο μπορεί να διατηρηθεί σε βάθος χρόνου η απώλεια βάρους που προκαλεί. Αυτός ο ενδοιασμός οδήγησε στη διακοπή της αποζημίωσης του μπαλονιού από τα ασφαλιστικά ταμεία και τη δραστική μείωση των ασθενών που το επιλέγουν.

Εκτός από το μπαλόνι BIB, έχει προταθεί και το μπαλόνι Spatz. Οι διαφορές των δύο είναι: το Spatz τοποθετείται για 1 έτος αντί των 6 μηνών και φέρει μια προέκταση η οποία μπορεί να ανασυρθεί ενδοσκοπικά για αυξομείωση του όγκου του μπαλονιού (αύξηση για βελτίωση του αποτελέσματος και μείωση σε περίπτωση που υπάρχει επιγαστραλγία ή ανθεκτική ναυτία, ΓΟΠΝ). Ωστόσο το Spatz δεν έχει ιδιαίτερη εμπορική επιτυχία, ίσως λόγω της πιο πολύπλοκης κατασκευής του.

Μία άλλη τεχνική η οποία έχει πάρει πρόσφατα έγκριση από τον FDA είναι το A Tube - Aspire. Πρόκειται στην ουσία για μια γαστροστομία παροχέτευσης, η οποία αδειάζει τη τροφή που μόλις μπήκε στο στομάχι μας. Η τεχνική μου φαίνεται αισθητικά δυσάρεστη. Πολύ πιο

σημαντική βέβαια είναι η ιατρική πλευρά του θέματος. Η παρατεταμένη χρήση θα μπορούσε να προκαλέσει υποχλωραιμική αλκάλωση. Επιπλέον η τεχνική δεν βοηθάει καθόλου τη συμπεριφορική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, γιατί προτείνει ως λύση το "φάτε όσο θέλετε και μετά θα το αδειάσουμε". Υποψιάζομαι ότι ως τεχνική θα εγκαταληφθεί.

Μία άλλη αμφιλεγόμενη τεχνική είναι το Endobarrier. Πρόκειται για μια συσκευή σαν μακρύ "προφυλακτικό" το οποίο στερεώνεται με ένα μεταλλικό έλασμα στο βολβό του 12δακτύλου και απλώνεται καλύπτοντας 120 εκ. κατά μήκος του 12δακτύλου και της εγγύς νήστιδας. Η συσκευή δρα προκαλώντας δυσασπορόρροφηση θερμίδων και θρεπτικών συστατικών. Ωστόσο λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών έχει αποσυρθεί από κάποιες χώρες όπως η Αυστραλία, ενώ δεν έχει καταφέρει να πάρει την έγκριση του FDA.

Μία φιλόδοξη ενδοσκοπική τεχνική είναι το ενδοσκοπικό γαστρικό μανίκι. Η μέθοδος είχε προταθεί με την τεχνική Endocinch, αλλά ανανεώθηκε το ενδιαφέρον με την τεχνική Apollo OverStitch. Πρόκειται για μια ενδοσκοπική μέθοδο συρραφής (μπορεί να χρησιμοποιηθεί για συρραφή διατρήσεων, διευρυσμένων στομιών κ.ά). Έχει τα πλεονεκτήματα ότι είναι ελάχιστα επεμβατική, επαναλήψιμη, αναστρέψιμη και μη ακρωτηριαστική καθώς δεν αφαιρείται τμήμα στομάχου. Βέβαια είναι τεχνικά πολύπλοκη, απαιτεί γενική αναισθησία, διπλοκάναλο γαστροσκόπιο και το πιο σημαντικό: χρειάζονται περισσότερες κλινικές μελέτες για την αποτελεσματικότητά της πριν εφαρμοστεί ευρύτερα καθώς και απλούστευση της συσκευής.

Διάφορες άλλες τεχνικές έχουν προταθεί όπως η χρήση μαγνητών, η καταστροφή του 12δακτυλικού βλεννογόνου με σύστημα ραδιοσυχνότητας καθώς και "stent" διαπυλωρικά ή θόλου, ώστε να προκαλούν καθυστέρηση γαστρική κένωση ή αίσθημα κορεσμού αντίστοιχα.

Όπως φαίνεται η ταχεία ανάπτυξη της θεραπευτικής ενδοσκόπησης, έχει φέρει στο προσκήνιο και νέες τεχνικές αντιμετώπισης της παχυσαρκίας. Λογικά θα δούμε σημαντικές εξελίξεις στο χώρο τα προσεχή έτη. Αναμένουμε...



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:

ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ

Μαρία Φραγκάκη, Αγγελική Θεοδωροπούλου

Γαστρεντερολογική Κλινική, Βενιζέλιο Νοσοκομείο Ηρακλείου

Η αιμορραγία του ανωτέρου πεπτικού συστήματος (ΑΑΠ) ορίζεται ως η αιμορραγία της οποίας η εστία εντοπίζεται εγγύτερα του συνδέσμου του Treitz. Συχνά οδηγεί σε νοσηλεία με αυξημένη θνητότητα και θνησιμότητα, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Η ετήσια επίπτωση της στις ΗΠΑ εκτιμάται σε 160 εισαγωγές ανά 100.000 κατοίκους [1]. Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας φαίνεται μία πτωτική τάση στην επίπτωση της αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού συστήματος, η οποία πιθανά οφείλεται στην ευρεία χρήση PPI's [2,3].

Οι συχνότερες αιτίες αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού συστήματος είναι: το πεπτικό έλκος (28%-59%, δωδεκαδακτυλικό έλκος 17%-37% & γαστρικό έλκος 11%-24%), διαβρώσεις (1%-47%), οι κίρσοι οισοφάγου ή οι γαστρικοί κίρσοι (16%), η οισοφαγίτιδα (13%), νεοπλασμάτα (7%), αγγειεκτασίες (6%), σύνδρομο Mallory Weiss (4%-7%), βλάβη Dieulafoy (2%) και σε ποσοστό από 2% έως και 25% δεν ανευρίσκεται η αιτία [4,5]. Στο 16%-20% των περιπτώσεων διαπιστώνεται ενδοσκοπικά πάνω από μία αιτία.

Βασικά βήματα στην αντιμετώπιση ασθενών με ΑΑΠ είναι η άμεση εκτίμηση της αιμοδυναμικής κατάστασης, με αναπλήρωση του ενδοαγγειακού όγκου αρχικά με κρυσταλλοειδή επί αιμοδυναμικής αστάθειας και η μετάγγιση με στόχο η τιμή της αιμοσφαιρίνης (Hb) να είναι μεταξύ 7 g/dL και 9 g/dL. Σε ασθενείς με συννοσηρότητες, όπως ισχαιμική καρδιοπάθεια) στόχος είναι υψηλότερες τιμές Hb [6,7].

Σε ασθενείς με ΑΑΠ μη κίρσικης αιτιολογίας συστήνεται η αρχική εκτίμηση του κινδύνου (Risk stratification) χρησιμοποιώντας επικυρωμένα ερ-

γαλεία για τον καθορισμό των ασθενών σε ομάδες υψηλού και χαμηλού κινδύνου, ώστε να εκτιμάται ο χρόνος ενδοσκόπησης και ο πιθανός χρόνος νοσηλείας. Προ της ενδοσκόπησης προτείνεται η χρήση του Glasgow-Blatchford Score (GBS) (Πίνακας 1). Αν GBS 0-1, ο ασθενής δε χρήζει επείγουσας ενδοσκόπησης και πιθανά ούτε νοσηλείας [8]. Οι ασθενείς που δε χρήζουν νοσηλείας οφείλουν να ενημερώνονται για την πιθανότητα επανααιμορραγίας και της άμεσης προσέλευσής τους στο νοσοκομείο.

Πίνακας 1. Glasgow-Blatchford Score (GBS)

	Πόντοι
Συστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	
100 – 109	1
90 – 99	2
<90	3
Ουρία (mmol/L)	
6.5 – 7.9	2
8.0 – 9.9	3
10 – 24.9	4
≥ 25	6
Αιμοσφαιρίνη, g/dL- σε άρρεν	
12 – 12.9	1
10- 11.9	3
<10	6
Αιμοσφαιρίνη, g/dL- σε θήλυ	
10 – 11.9	1
<10	6
Σφύξεις ≥ 100	1
Μέλαινα κένωση	1
Συγκοπτικό επεισόδιο	2
Ηπατική νόσος	2
Καρδιακή ανεπάρκεια	2

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:

ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ



Επιπλέον, προτείνεται η διόρθωση των διαταραχών πηκτικότητας σε ασθενείς που λαμβάνουν ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ εκτιμώντας το καρδιολογικό κίνδυνο. Σε αιμοδυναμική αστάθεια συστήνεται η χρήση βιταμίνης Κ, PCC (prothrombin complex concentrate) ή FFP. Ανεξαρτήτως της πιθανότητας ενδοσκοπικής αιμόστασης το επιθυμητό INR πριν την ενδοσκόπηση πρέπει να είναι < 2,5 [9].

Οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPI's) χορηγούνται ενδοφλεβίως αρχικά bolus (80mg) και ακολούθως σε συνεχή έγχυση (8mg/h) μέχρι την ενδοσκόπηση [10,11]. Δεν προτείνεται η χρήση τρανεξαμικού οξέος, σωματοστατίνης ή αναλόγων οκρεοτίνης σε ασθενείς με ΑΑΠ μη κίρρωσης αιτιολογίας [12,13]. Η χορήγηση ερυθρομυκίνης ενδοφλεβίως bolus 250mg 30-120 min προ της ενδοσκόπησης συστήνεται σε ασθενείς με σοβαρή αιμορραγία, διότι βελτιώνει σημαντικά την ενδοσκοπική εικόνα και ακολούθως τη δυνατότητα επιτυχημένης παρέμβασης οδηγώντας σε μείωση της ανάγκης επανενδοσκόπησης [14]. Δεν προτείνεται η χρήση και παραμονή του ρινογαστρικού σωλήνα σε οξεία ΑΑΠ, ενώ θα πρέπει να προχωράμε σε διασωλήνωση προ ενδοσκόπηση σε διεγερτικούς ασθενείς, με εγκεφαλοπάθεια ή ενεργό αιματέμεση λόγω αυξημένου κινδύνου εισρόφησης [15].

Ο επιθυμητός χρόνος ενδοσκόπησης ασθενών με ΑΑΠ είναι ≤ 24 ώρες. Επί αιμοδυναμικής αστάθειας παρά την αναπλήρωση του όγκου, σε αιματέμεση εντός νοσηλείας ή σε αντένδειξη διακοπής αντιπηκτικής αγωγής η ενδοσκόπηση μπορεί να πραγματοποιηθεί και νωρίτερα. Στις μονάδες υγείας προτείνεται η 24ωρη διαθεσιμότητα ενδοσκόπου και εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού

εκπαιδευμένου στη χρήση των εργαλείων ενδοσκοπικής αιμόστασης [9].

Στο πεπτικό έλκος χρησιμοποιείται η ενδοσκοπική ταξινόμηση κατά Forrest, η οποία προσδιορίζει και τον κίνδυνο επαναιμορραγίας [16]. Επιπλέον, αναλόγως της ταξινόμησης αυτής προτείνεται η ανάλογη ενδοσκοπική παρέμβαση και θεραπεία [9].

Πίνακας 2. Ταξινόμηση κατά Forrest

Ταξινόμηση	Ενδοσκοπική εικόνα	Κίνδυνος επαναιμορραγίας
I	Ενεργός αιμορραγία	
Ia	Αθρόα ενεργός αιμορραγία (spurting)	85-100%
Ib	Στάγδην ενεργός αιμορραγία (oozing)	10-27%
II	Σημεία προσφάτου αιμορραγίας	
IIa	Ορατό αγγείο	50%
IIb	Παρουσία θρόμβου	30-35%
IIc	Μελανά στίγματα	<8%
III	Κανένα σημείο προσφάτου αιμορραγίας	<3%

Σε υψηλού κινδύνου ενδοσκοπικά στίγματα (ενεργό αιμορραγία ή με σημεία προσφάτου αιμορραγίας) συστήνεται η συνδυαστική ενδοσκοπική αιμόσταση με έγχυση διαλύματος αδρεναλίνης και χρήση είτε θερμικής είτε μηχανικής μεθόδου. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η ενδοφλέβια χορήγηση PPI's για 72 ώρες, όπως και ο έλεγχος για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και ακολούθως η θεραπεία εκρίζωσής του. Σε χαμηλού κινδύνου ενδοσκοπικά στίγματα (Forrest IIc και III) δε



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ: ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ

συστήνεται ενδοσκοπική αιμόσταση, αλλά χορήγηση PPI's από του στόματος μία φορά ημερησίως. Σε πεπτικό έλκος με προσκολλημένο θρόμβο (Forrest IIb) συστήνεται η αφαίρεσή του με βρόχο πολυπεκτομής και αναλόγως των ευρημάτων ενδοσκοπική αιμόσταση. Σε περίπτωση επαναιμορραγίας, όπου ενδείκνυται κρίνεται επιβεβλημένη η επανάληψη της ενδοσκόπησης και η χρήση θεραπειών διάσωσης με τις νεότερες μηχανικές μεθόδους ή με τοπικούς αιμοστατικούς παράγοντες και επί αποτυχίας χειρουργείο ή αγγειογραφία.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η αντιμετώπιση των ασθενών με ΑΑΠ που λαμβάνουν αντιπηκτικά, ιδιαίτερα με τη χρήση των νέων από του στόματος σκευασμάτων. Και σε αυτούς τους ασθενείς η ενδοσκοπική εικόνα και η αιτιολογία λήψης των συγκεκριμένων φαρμάκων καθορίζει το επόμενο βήμα [9, 17]. Ασθενείς με υψηλού κινδύνου ενδοσκοπικά στίγματα με γνωστή καρδιαγγειακή νόσο, οι οποίοι λαμβάνουν μόνο ασπιρίνη μπορούν να τη διακόψουν για 3 ημέρες, ενώ αυτοί που λαμβάνουν διπλή αντι-αιμοπεταλική αγωγή και δεν μπορούν να τη διακόψουν μπορούν να συνεχίσουν τη λήψη της ασπιρίνης και να διακόψουν το δεύτερο σκεύασμα. Αντίστοιχα, ασθενείς με χαμηλού κινδύνου ενδοσκοπικά στίγματα με γνωστή καρδιαγγειακή νόσο, οι οποίοι λαμβάνουν είτε μόνο ασπιρίνη είτε διπλή αγωγή μπορούν να τη συνεχίσουν. Σημαντική πάντα παραμένει η εκτίμηση του ασθενούς από καρδιολόγο για περαιτέρω οδηγίες.

Σε πρόσφατο άρθρο του Weilert F et al. [18] έγινε επισκόπηση των νεότερων μεθόδων ενδοσκοπική αιμόστασης. Ένας νέος ιδιαίτερα υποσχόμενος τρόπος μηχανικής αιμόστασης είναι το Over-The-Scope Clip System (OTSC) (Εικόνα 1), το οποίο επιτυγχάνει ολικού πάχους σύγκλειση των τοιχωμάτων και έχει ένδειξη στην ΑΑΠ (Εικόνα 2). Αντενδείκνυται η χρήση του σε κίρσορραγία.

Στην αντιμετώπιση της ΑΑΠ ιδιαίτερη θέση έχουν οι τοπικοί αιμοστατικοί παράγοντες, όπως το Hemospray (Εικόνα 3), οι οποίοι δρουν σε ενεργό αιμορραγία. Πλεονέκτημα αυτών είναι η εύκολη χρήση, ακόμη και σε δύσκολες ανατομικές θέσεις, ενώ βασικό μειονέκτημα αποτελεί η αλλοίωση του πεδίου, οπότε σε περίπτωση αποτυχημένης προσπάθειας αιμόστασης είναι σχεδόν αδύνατη άλλη παρέμβαση [19].

Τέλος, διαφορετικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης ακολουθείται σε ασθενείς με υποψία κίρσορραγίας. Η ενδοσκόπηση πρέπει να πραγματοποιείται άμεσα (εντός 12ωρου) με πιθανά διασωληνωμένο τον ασθενή, ιδιαίτερα επί εγκεφαλοπάθειας. Συστήνεται η χορήγηση αναλόγων οκρεοτίδης για 3-5 ημέρες και η προφυλακτική χορήγηση αντιβίωσης για 7 ημέρες. Ενδοσκοπικά πρώτης εκλογής παραμένουν οι ελαστικοί δακτύλιοι περιίδεσης των κίρσων. Επί αποτυχίας θέση έχει η σκληροθεραπεία ή η χρήση του σωλήνα sengstaken blakemore μέχρι να υποβληθεί ο ασθενής σε TIPS (Transjugular intrahepatic portosystemic shunt) [20].



Εικόνα 1. Over-The-Scope Clip System (OTSC)



Εικόνα 2. Over-The-Scope Clip System (OTSC)



Εικόνα 3. Hemospray

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ: ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ



Βιβλιογραφία

1. Lewis JD, Bilker WB, Brensinger C, Farrar JT, Strom BL. Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: relationship to sales of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and acid suppression medications. *Am J Gastroenterol* 2002;97:2540-9.
2. Paspatis GA, Matrella E, Kapsoritakis A, Leontithis C, Papanikolaou N, Chlouverakis GJ, Kouroumalis E. An epidemiological study of acute upper gastrointestinal bleeding in Crete, Greece. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2000 Nov;12(11):1215-20.
3. Paspatis GA, Konstantinidis K, Chalkiadakis I, Tribonias G, Chlouverakis G, Roussomoustakaki M. Changing trends in acute upper gastrointestinal bleeding in Crete, Greece: a population-based study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2012 Jan;24(1):102-3.
4. van Leerdam ME. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2008; 22: 209-224.
5. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. *Gut* 2011; 60: 1327-1335.
6. Hébert PC, Wells G, Blajchman MA, et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. *N Engl J Med* 1999; 340: 409-17.
7. Baradarian R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R, et al. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 619-22.
8. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000; 356: 1318-1321
9. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanis A, Sanders DS, Kurien M, Rotondano G, Hucl T, Dinis-Ribeiro M, Marmo R, Racz I, Arezzo A, Hoffmann RT, Lesur G, de Franchis R, Aabakken L, Veitch A, Radaelli F, Salgueiro P, Cardoso R, Maia L, Zullo A, Cipolletta L, Hassan C. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015 Oct;47(10):a1-46.
10. Sabah ALS, Barkun AN, Herba K et al. Cost-effectiveness of proton-pump inhibition before endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008; 6: 418-425
11. Tsoi KKF, Lau JYW, Sung JJY. Cost-effectiveness analysis of high-dose omeprazole infusion before endoscopy for patients with upper-GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2008; 67: 1056-1063
12. Gluud LL, Klingenberg SL, Langholz E. Tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 1: CD006640
13. Raptis S, Dollinger HC, von Berger L et al. Effects of somatostatin on gastric secretion and gastrin release in man. *Digestion* 1975; 13: 15-26
14. Winstead NS, Wilcox CM. Erythromycin prior to endoscopy for acute upper gastrointestinal haemorrhage: a cost-effectiveness analysis. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26: 1371-1377
15. Huang ES, Karsan S, Kanwal F et al. Impact of nasogastric lavage on outcomes in acute GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2011; 74: 971-980
16. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974; 2: 394-397
17. Veitch AM, Vanbiervliet G, Gershlick AH, Boustiere C, Baglin TP, Smith LA, Radaelli F, Knight E, Gralnek IM, Hassan C, Dumonceau JM. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines. *Gut*. 2016; 65 :374-89.
18. Weilert F., Binmoeller K.F. New Endoscopic Technologies and Procedural Advances for Endoscopic Hemostasis, *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2016; 14 :1234-1244.
19. Sung JJ, Luo D, Wu JC, et al. Early clinical experience of the safety and effectiveness of Hemospray in achieving hemostasis in patients with acute peptic ulcer bleeding. *Endoscopy* 2011; 43 :291-295
20. Garcia-Tsao G, Bosch J. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *N Engl J Med*. 2010; 362 :823-32.



Ελεύθερο Θέμα

ΣΠΥΡΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΥΛΑΣ

ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ

Πολύ πριν τον Καρτέσιο που πρόβαλε το αίτημα «να γίνουμε αφέντες και κυρίαρχοι της φύσης», το επιθετικό δόγμα κατά του πλανήτη βρίσκεται στη «Γένεση» της Παλαιάς Διαθήκης: «αυξάνεσθε και πληθύνεσθε και κατακυριεύσατε την Γην», με αποτέλεσμα η έλλειψη μέτρου της πληθυσμιακής πληθώρας και η Ύβρις με τη συνεργία και κυριαρχία της Μηχανής, να κάνουν την ανθρωπότητα να μοιάζει σήμερα μ' ένα τεράστιο καρκίνωμα που κατατρώει και καταστρέφει αυτόν τον πανέμορφο Πλανήτη.

Όπως κάποια μικρά παιδιά έχουν την τάση να κακοποιούν τα ζώα, σχεδόν με τον ίδιο τρόπο η ψευδοενήλικη ανθρωπότητα δείχνει απέναντι στη φύση μια απίστευτη βαρβαρότητα. Με την ίδια βλακώδη μανία που ψάχνει για άλλους πλανήτες και εξωγήινους κατά τον ίδιο τρόπο αδιαφορεί για τη Γη και τους γήινους!

Με περισσή αλαζονεία και πλάνη, όπως θέλουν να αντικαταστήσουν τη μοναδική Γη με άλλον πλανήτη, θέλουν να αντικαταστήσουν τη μοναδική ανθρώπινη νοημοσύνη και συνείδηση με «νοήμονες» μηχανές και τεχνητή νοημοσύνη.

Η εποχή της Μυθολογίας, γνωρίζοντας τη δίψα του ανθρώπου για υπέρβαση των ορίων και υπερνίκηση των νόμων της φύσης, προειδοποιεί για μέτρο και για φρόνηση. Ο Ήκαρος όμως τολμώντας με τα μηχανικά φτερά του, ξεπέρασε το μέτρο και με άγνοια της Ύβρεως οδηγήθηκε στην καταστροφή. Εδώ έγκειται και η τραγικότητα της Ύβρεως, γιατί δε γνωρίζουμε εκ των προτέρων ποιο είναι το μέτρο ούτε πότε εισερχόμαστε στην Ύβρη. Όταν τη συνειδητοποιούμε, είναι πια αργά και η καταστροφή αναπόφευκτη. Κάποιοι θα πουν: τι χρειάζονται σήμερα οι μύθοι και τα διδάγματα της Αρχαίας Ελλάδας για φρόνηση, μέτρο και αυτοπεριορισμό; Σήμερα χρειάζονται περισσότερο από ποτέ γιατί δεν ξεχάστηκαν ούτε η Χιροσίμα ούτε το Ναγκασάκι αλλά ούτε και οι καταστροφές που έγιναν στις μέρες μας (Τσερνομπίλ, Φουκουσίμα). Ήταν ήδη αργά και ήταν άχρηστες οι τύψεις

και οι δημόσιες μετάνοιες όταν, ο μεγάλος κατά τ' άλλα πυρηνικός φυσικός Οπενχάιμερ, από τους πρωτεργάτες κατασκευής της ατομικής βόμβας, έφθασε να πει: «δε θέλαμε αυτό που έγινε, δε γνωρίζαμε τις επιπτώσεις και τις συνέπειες». Και σήμερα, δυστυχώς, βλέπουμε την έλλειψη συνείδησης των διαδόχων του επιστημόνων, οι οποίοι χωρίς να γνωρίζουν τις «επιπτώσεις και τις συνέπειες», επιδίδονται σε παιχνίδια και σε άλλους τομείς όπως η γενετική (βιολογικά όπλα) που είναι δυνάμει απείρως πιο καταστροφικά και επικίνδυνα!

Η Ανθρωπότητα, σε όλη την ιστορική αλλά και την προϊστορική διαδρομή της, έκανε χρήση εργαλείων, κατασκευαστικών μηχανών και τεχνικών επιτευγμάτων, με αποκορύφωμα την Κλασσική εποχή, όπου η τεχνική μαζί με την έμπνευση πέτυχαν ένα μοναδικό ποιοτικό άλμα που οδήγησε στην καλλι-τεχνική δημιουργία διαχρονικών αριστουργημάτων. Η αρμονία με τη φύση είναι φανερή όταν βλέπει κανείς τα αετώματα του Παρθενώνα, που είναι αναλογία και σχεδόν «συνομιλία» με τα αετόμορφα σχήματα των βουνών της Αττικής.

Στις περιόδους παρακμής (Ελληνιστική, Ρωμαϊκή) η οπτική αλλάζει και δε στοχεύει στην Ομορφιά αλλά στη Δύναμη. Έτσι η λατρεία του κολοσσιαίου και γιγαντιαίου οδηγεί σε μηχανικές υπερκατασκευές όπως ο Κολοσσός της Ρόδου που θεωρείται θαύμα της μηχανικής, το Κολοσσαίο της Ρώμης και φτάνοντας μέχρι τις μέρες μας, στον Πύργο του Άιφελ και τους ουρανοξύστες. Αυτά τα «θαύματα» μόνο θαυμασμό δεν προκαλούν, παρά μόνο το αίσθημα του ογκώδους και της δύναμης που θέλει να σε καταπιέσει και να σε καταπλακώσει. Δεν είναι τυχαίο που ο μεγάλος συγγραφέας Γκυ ντε Μωπασάν όταν αντίκρουσε για πρώτη φορά τον πύργο του Άιφελ, το έβαλε στα πόδια!

Βγαίνοντας από τον ύπνο του Μεσαίωνα και μπαίνοντας στην Αναγέννηση, μια απέραντη νοσταλγία ώθησε την Ευρώπη να στρέψει τα ματιά της ψυχής προς την

Αρχαία Ελλάδα. Πάνω στα ερείπια της θα υψωθεί ένας νέος Ανθρωπισμός που θέλει να αποτελέσει συνέχεια του αρχαιοελληνικού ανθρωπισμού αλλά που θα γίνει τελικά το ακριβώς αντίθετο. Για τους αρχαίους Έλληνες η Φύση ήταν ο κανόνας και αποτελούσε Αξία, η δε επιστήμη πρόσφερε την Αρετή. Στο εξής, η Φύση θα γίνει «αντικείμενο» κυριαρχίας και τεχνικής εκμετάλλευσης, στερημένο από κάθε ηθική σημασία, ενώ η επιστήμη θα προσφέρει τη Δύναμη και την Εξουσία. Η Γνώση είναι εξουσία (knowledge is power) θα πει ο Φράνσις Μπέικον, και ο ποιητής Κρίστοφερ Μάρλοου, σύγχρονος του Σαίξπηρ, μέσα από τον εκρηκτικό του λόγο θα αρνηθεί πλήρως όλα αυτά που η φιλοσοφία και η φρόνηση είχαν μέχρι τότε διδάξει. Η θέληση για εξουσία και ισχύ μεταβάλλεται σε ουσία και νόημα της ύπαρξης. Η αλαζονεία της δύναμης και της βεβαιότητας θα οδηγήσει στη Νεωτερικότητα, όπου η επικράτηση του μυθεύματος της «προόδου» και της βιομηχανικής επανάστασης εις βάρος των ιδεωδών του Διαφωτισμού (παιδεία, αλληλεγγύη, ελευθερία) θα επεκτείνει το ρήγμα μεταξύ ανθρώπου και φύσης και θα το μετατρέψει σε χάσμα (τραύμα θα το πει ο Νίτσε). Παρ' όλα τα κινήματα του Ρομαντισμού και τις αντι-αναγεννήσεις του 20ου αιώνα, παρά τη συγκλονιστική ανακάλυψη της Αρχής της αβεβαιότητας (απροσδιοριστίας) του Χάϊζενμπεργκ, δεν κατέστη δυνατό να αναχαιτιστεί η αχαλίνωτη και καλπάζουσα μηχανιστική λαίλαπα και το μόνο που απέμεινε ήταν μια νοσταλγία για τη φύση και το φυσικό-ειδυλλιακό τρόπο ζωής.

Στη μετανεωτερική εποχή μας έχουμε μια ανεύθυνη δημογραφική έξαρση (τα τελευταία πενήντα χρόνια ο πληθυσμός της Γης διπλασιάστηκε!) και αυτός ο πληθυσμός, προσπαθώντας να υιοθετήσει το καταναλωτικό πρότυπο του Δυτικού ανθρώπου, θα οδηγήσει σε πλήρη εξάντληση τις δυνατότητες της Γης και σε οικολογική επιδείνωση των ήδη μολυσμένων θαλασσών, λιμνών, ποταμών μαζί με την εξαφάνιση των δασών και κατά συνέπεια και πολλών μοναδικών βιολογικών ειδών.

Σχεδόν ένα δισεκατομμύριο τόνοι διοξειδίου του άνθρακα μόνο από τις αεροπορικές συγκοινωνίες μολύνουν ετησίως την ατμόσφαιρα της Γης. Εάν δε προσθέσουμε και τους βιομηχανικούς και αστικούς ρύπους καθώς και τα πυρηνικά απόβλητα, την τρύπα του όζοντος, το λιώσιμο των πάγων, το φαινόμενο θερμοκηπίου, την άνοδο της στάθμης των ωκεανών και την κλιματική αλλαγή, τότε επιτέλους θα πρέπει να σκεφθούμε σοβαρά ότι η ανθρωπότητα «πριονίζει το κλαδί στο οποίο κάθεται», με σχεδόν μηδαμινές πιθανότητες αντιστρεψιμότητας της κατάστασης. Σαν τη γάτα που δαγκώνει την ουρά της, δημιουργεί τεράστια προβλήματα, μπαίνοντας σ' ένα φαύλο κύκλο και μετά τρέχει ασθμαίνοντας να προλάβει να λύσει τα προβλήματα που η ίδια δημιούργησε.

Η μηχανή ετυμολογικά προέρχεται από τη λέξη «μήχος» (Ιωνική: μήχαρ) που θα πει φροντίδα. Σήμερα περισσότερο φροντίζουμε εμείς τις μηχανές και υποδουλωνόμαστε σ' αυτές και λιγότερο εκείνες μας φροντίζουν. Με την κατάχρηση της μηχανής ο άνθρωπος σήμερα περιέπεσε σε τέτοια «αμηχανία» και αναπηρία που δεν μπορεί να κάνει βήμα χωρίς μηχανή. Έφτασε μάλιστα στο σημείο, για λόγους χρησιμοθηρικούς να έχει έντονα συναισθήματα για τα μηχανήματα, σχεδόν όπως ο σκύλος για το αφεντικό του. Από άρχοντας των χειρών (χειρ + άναξ = βασιλιάς) και χειροτέχνης, έγινε υποχείριο των ψηφιακών μηχανών. Αν δώσουμε σήμερα σ' ένα παιδί να ράψει ένα κουμπί, το πιθανότερο είναι να τρυπηθεί, ενώ μπορεί ώρες ατελείωτες να παίζει με τα δάχτυλα στο κινητό τηλέφωνο ή τον υπολογιστή. Είναι θλιβερό να παρατηρεί κανείς εφηβικές παρέες κοριτσιών και αγοριών που αντί να επικοινωνούν, να συνομιλούν και να ερωτοτροπούν, οι «χειροπέδες νέου τύπου», τα κινητά τηλέφωνα, σχεδόν τα παραλύουν και τα ακινητοποιούν. Ειρωνικά θα έλεγε κανείς ότι τα κινητά τηλέφωνα αφής (touch phones) στερούν την ουσιαστική ανθρώπινη επαφή.

Κανείς δεν αμφιβάλλει ότι οι μηχανές και οι συσκευές



Ελεύθερο Θέμα

προσφέρουν άνεση και ευκολία, κι ενώ ελπίζουμε στην ξενοιασιά μέσω αυτών, η υπερβολική μας εξάρτηση από αυτές πληρώνεται με πολλή έγνοια και αγωνία για αυτές. Είναι πολύ συχνή η εικόνα ανθρώπων που συνωστίζονται σε κατάσταση σχεδόν πανικού (μέχρι του σημείου να ξενυχτούν κάποιες φορές) προκειμένου να προμηθευτούν από καταστήματα τις τελευταίου τύπου «έξυπνες» συσκευές. Διαπιστώνει κανείς ότι οι άνθρωποι αυτοί είναι γεμάτοι από «ανάγκες», ψυχαναγκασμούς και άγχη και άδαιοι από ομορφιά, αξιοπρέπεια και περηφάνια. Ταπεινώνεται έτσι ο άνθρωπος ως ένα πλάσμα πνιγμένο σε «ανάγκες» που ουσιαστικά δεν τις έχει ανάγκη!

Θα' λεγε κανείς ότι έχουμε φτάσει σήμερα στο ζενίθ της τεχνικότητας και της μηχανικής βαρβαρότητας και στο ναδίρ της ανθρώπινης ποιότητας. Έχουμε αέναη ανάπτυξη οικονομικών μεγεθών, τεχνολογιών, συσκευών και μηχανών, ενώ απουσιάζει η ανάπτυξη του ανθρώπου, των αξιών και των πολιτισμικών ιδανικών! Δεν είναι τυχαίο ότι οι πολεμικές βιομηχανίες και τα φερέφωνα τους τροφοδοτούν ασύστολα και κατά κόρον την πλαστή ανάγκη των ανθρώπων για εκθρούν! Σε κάποιο μύθο του Αισώπου, ο Πόλεμος παίρνει για σύζυγό του την Ύβρη και παραμένουν το πιο σταθερό και αγαπημένο ζευγάρι! Το νόημα είναι συγκλονιστικό και «ηλίου φαινότερον». Ευτυχώς όμως, ακόμα και σήμερα φαίνεται ότι η ισχύς των μηχανών, ακόμα και των πολεμικών που σκοπεύουν στην κατάκτηση και την κυριαρχία, ποτέ δεν μπόρεσε να κάμψει την ψυχή και το φρόνημα ανθρώπων και λαών που διψούν για Αξιοπρέπεια και Ελευθερία!

Από την αρχή του προηγούμενου αιώνα έως τις μέρες μας κατασκευάζονται μηχανές ανίχνευσης του ψεύδους (μηχανές της αλήθειας όπως λέγονταν στην αρχή) με σκοπό να βοηθήσουν σε ανακριτικές ή δικαστικές διαδικασίες: έχουν στεφθεί από παταγώδη «αποτυχία». Τώρα κάποιοι θέλουν την υποκατάσταση του ανθρώπι-

νου εγκεφάλου από «νοήμονες» μηχανές ή την τεχνητή νοημοσύνη και με περισσή αφέλεια, ελπίζουν ίσως να ελέγξουν την ανθρώπινη συνείδηση και να περιορίσουν την ελευθερία σκέψης και την φαντασία.

Κανείς δεν αμφισβητεί την απίστευτη συμβολή της τεχνολογίας και ιδίως των ιατρικών μηχανημάτων και συσκευών στο να ζούμε καλύτερα και περισσότερο (ποσοτικά, όχι οπωσδήποτε ποιοτικά) αλλά ας μην ξεχνάμε ότι σήμερα περισσότεροι άνθρωποι σκοτώνονται σε πολέμους (ιδίως στους δυο φρικτούς παγκόσμιους πολέμους) και σε τροχαία ή εργατικά ατυχήματα.

Αναρωτιέται κανείς πού μπορούμε να εντοπίσουμε και να εξηγήσουμε την αιτία όλων αυτών;

Σίγουρα ο φόβος του θανάτου που γίνεται πόθος αθανασίας οδηγεί στη φρενίτιδα της αένης και απεριόριστης ανάπτυξης, της υπερπαραγωγής και στη λατρεία της μηχανής, της βιο-μηχανίας, του μηχανό-βιου ανθρώπου και του μηχανικού βίου.

Απεναντίας η Αρχαιότητα εμφορούμενη από τραγική συνείδηση και σπάνιο ήθος θνητότητας (θνητά φρονείν) έκανε το φόβο του θανάτου οίστρο της ζωής. Ο μεγάλος τραγικός ποιητής Ευριπίδης «γνωρίζοντας» την αινιγματικότητα της ύπαρξης εμπνεύσθηκε ειρωνικά τον «από μηχανής θεό» ενώ εμείς σήμερα κάναμε τη μηχανή θεό! Ο Οδυσσέας αρνήθηκε την αθανασία που του πρόσφερε η Καλυψώ, διάλεξε τη γήινη ζωή και περιπέτεια. Μόνο με μια σχεδία, περιπλανώμενος γνώρισε (νόον έγνω) πολιτισμούς άλλων λαών και ήταν πολύτροπος και πολυμήχανος. Αντίθετα οι σημερινοί άνθρωποι έγιναν μονό-τροποι και μηχανο-κίνητοι. Εμφορούμενοι από τουριστική «συνείδηση» κάνουν πολλά «καταναλωτικά ταξίδια», ονειρεύονται διαπλανητικά ταξίδια και επισκέπτονται πολλές χώρες με αξιοθέατα μνημεία και μουσεία με μοναδικό αποτέλεσμα μια ρηχή πολυγνώσια τουριστικής νοημοσύνης. Και στο φεγγάρι που πήγαμε τι καταλάβαμε; Σοφά θα απαντήσει ο Οδυσσέας Ελύτης: «η σελήνη της Σαπφούς επέζησε της σελήνης του Άρ-

μστρονγκ!». Ευτυχώς ακόμα, ενώ όλοι επισκέπτονται τον πύργο του Άιφελ η αληθινή συγκίνηση που χαράσσεται στη μνήμη, έρχεται από άλλη εποχή (Αφροδίτη της Μήλου, Νίκη της Σαμοθράκης) !

Ήλπισε ο άνθρωπος ότι οι μηχανές θα τον απελευθέρωναν από τη βαναυσότητα της εργασίας και θα του παρείχαν ελεύθερο χρόνο για αληθινή ζωή και δημιουργία αλλά τώρα ο ελεύθερος χρόνος σπαταλιέται για να υπηρετεί τις μηχανές και την on-line τεχνολογία , έτσι ώστε δικαιολογημένα πολλοί αναρωτιούνται τι χρειάζονται τα ρομπότ αφού οι ίδιοι οι άνθρωποι σχεδόν έγιναν ρομπότ;

Είναι πραγματικότητα ήδη οι μηχανές σε ρόλο «γιατρού» για αυτόματες διαγνώσεις, όπως και τα αυτοκίνητα χωρίς οδηγό, τα μη επανδρωμένα αεροσκάφη οι υπολογιστές που κερδίζουν παγκόσμιους πρωταθλητές στο σκάκι κ.α.

Πολλές φορές ο διάσημος φυσικός Stephen Hawking προειδοποίησε ότι η τεχνητή νοημοσύνη , ως το «μεγαλύτερο ανθρώπινο επίτευγμα» μπορεί να είναι και το τελευταίο αν δε βρεθούν τρόποι να αποφευχθούν οι κίνδυνοι από την ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των υπολογιστών! Ακολουθούν διάσημοι μηχανολόγοι και τεχνολόγοι του κυβερνοχώρου, διάφορων επώνυμων πολυεθνικών εταιρειών που φοβούνται την «ανταρσία» των μηχανών και τη μεγάλη πιθανότητα οι μηχανές να υποδουλώσουν μέχρι και να εξοντώσουν το ανθρώπινο είδος! Μερικοί δε, θεωρώντας τη πιθανότητα αυτή βεβαιότητα, με απίστευτο ναρκισσισμό και αλαζονεία (που σίγουρα πίσω της κρύβει φόβο θανάτου και πόθο αθανασίας) προτείνουν να εμφυτεύσουν μικρορομπότ στον εγκέφαλο των ανθρώπων για να αμυνθούν στην τεχνητή αυτή νοημοσύνη που θα είναι εκατομμύρια φορές ισχυρότερη απ' όλα τα ανθρώπινα μυαλά στη Γη! Εύλογα αναρωτιέται κανείς: αυτό το κράμα βιολογικού ανθρώπου και «νοήμονος μηχανής» θα είναι άνθρωπος ή ένα φρικιαστικό πλάσμα;

Η μόνη ελπίδα και αντίσταση στα σενάρια αυτά είναι η

γνώση ότι καμία νοήμων μηχανή δεν μπορεί να έχει ψυχή, συναισθήματα, συνείδηση και φαντασία. «Το ριζικό φανταστικό, η δημιουργική φαντασία και ο κόσμος της ψυχής εν γένει είναι κόσμος μαγματικός και όχι αλγοριθμικός, γι αυτό και είναι αδύνατη –ευτυχώς– η υποκατάστασή του από τεχνητή νοημοσύνη» όπως υποστηρίζει ο Καστοριάδης.

Ενώ η πραγματική Επιστήμη που συναντιέται με την αληθινή Φιλοσοφία γνωρίζει με φρόνηση ότι δεν πρέπει να ξεπερνά τα όρια που ενυπάρχουν μέσα της και τα οποία συμβαδίζουν συχνά με τα ηθικά όρια (βιοηθική, γενετική μηχανική), η Τεχνολογία/Τεχνική δεν έχει κανένα φραγμό ούτε καν όρια και με ένα φρενήρη, ξεκομμένο και δαιμονιώδη ρυθμό γίνεται ένας μηχανισμός που συνεχώς αναπαράγει τον εαυτό του. Φωνές σοβαρών επιστημόνων και φιλοσόφων ενώνονται και πληθαίνουν τελευταία, κρούοντας τον κώδωνα του κινδύνου από την ψευτοπρόοδο, ζητώντας απο-ανάπτυξη και μετάβαση σ' ένα τρόπο ζωής απλό, ουσιαστικό και περισσότερο φιλικό για τον άνθρωπο και το φυσικό περιβάλλον του, με στόχο ένα νέο ανθρωπολογικό τύπο που δε θα είναι εξαρτημένος από την Τεχνική ούτε από την ψευδοορθολογικότητα της κυριαρχίας πάνω στη φύση, που θα είναι απαλλαγμένος από την αλαζονεία του φαντάσματος της παντοδυναμίας και παντογνωσίας του ανθρώπου, στοχεύοντας και στην εγκαθίδρυση μιας καινούργιας σχέσης του με τη φύση.

Οι νέες τεχνολογίες δεν ενδιαφέρονται να εκπληρώσουν τις αληθινές ανθρώπινες επιθυμίες παρά μόνο τις καταναλωτικές «ανάγκες» και ψευτοεπιθυμίες. Συμπερασματικά, αν στα σοβαρά μας προβληματίζει «τι θα γίνει με τον άνθρωπο» καιρός είναι να αφήσουμε πίσω μας τη μηχανιστική αντίληψη της ζωής, τον τεchnοκρατικό τρόπο αντίληψης του εαυτού μας και των άλλων, να αναστήσουμε τη συνείδησή μας οδηγούμενοι στην αυτοεκπλήρωσή μας, έχοντας συνειδητοποιήσει ότι το «κατά φύσιν» σημαίνει μαζί και μέσα στη φύση και όχι εκτός και εναντίον της, καθώς και το ότι υπάρχει ακόμα η δυνατότητα για μια «άλλη» Ανθρωπότητα!



Συνέδρια

Χάρης Τσιώνης

Προσεχή Ελληνικά Συνέδρια



Για το επιστημονικό πρόγραμμα στον ιστότοπο:

<https://www.eemh.gr/sunedria/24ixadziyannisepistimoniko.aspx>

1st Belgian meeting on “Liver Disease and Regeneration” 12 και 13 Ιανουαρίου 2017



University Hall of KULeuven

Naamsestraat 22, Leuven, 3000 Βέλγιο.

<https://kuleuvencongres.be/heprosymposium>

Topics will include:

- Mechanisms of liver disease
- Liver development
- The role of liver progenitor cells
- In vitro models to study liver disease
- Gene therapy and gene editing
- Human chimeric mice

List of already confirmed invited speakers:

- Stuart Forbes – University of Edinburgh, UK
- Gianfranco Alpini – Texas A&M University, Temple, USA
- Nicola Elvassore – University of Padova, Italy
- Thierry VandenDriessche – Vrije Universiteit Brussel, Belgium
- Satdarshan P. Singh Monga – University of Pittsburgh, USA
- Ype de Jong – Weill Cornell Medicine & Rockefeller University, New York, USA

Speakers of the IAP-HEPRO network

- Vera Rogiers – Vrije Universiteit Brussel, Belgium
- Stuart McDonald – Queen Mary University of London, United Kingdom
- Tania Roskams – Katholieke Universiteit Leuven, Belgium
- Isabelle Leclercq – Université Catholique de Louvain, Brussels, Belgium
- Leo van Grunsven – Vrije Universiteit Brussel, Belgium
- Joery DeKock – Vrije Universiteit Brussel, Belgium
- Frédéric Lemaigre – Université Catholique de Louvain, Brussels, Belgium
- Christian Trautwein – Universitätsklinikum, Aachen, Germany
- Philip Meuleman



Προσεχή Διεθνή Συνέδρια

- Controversies in nutrition? Not anymore!
- Diseases of the colon
- Obesity Therapy: Tablet, scope or knife
- Science, Medicine and Politics
- HCV and HBV
- From viral liver disease to autoimmunity and metabolism
- Endoscopy highlights
- Imaging modalities vignettes
- IBD: Best use of current drugs
- Functional bowel disease
- Looking into the crystal ball-what can we expect in 2018?
- GERD
- Quality in Endoscopy: How to improve my colonoscopy skills
- Helicobacter pylori. Sleeping with the enemy
- Colorectal Cancer prevention; What is the current status?

• Inflammation Beyond IBS and IBD

• Neuroendocrine Tumors

Prof. Nadir Arber Chairman

Head - Israeli Gastroenterology and Liver Disease Society
Honorary Symposium Members and Faculty:

Μεταξύ άλλων από την διεθνή γαστρεντερολογική κοινότητα συμμετέχουν οι:

Γεωργόπουλος Σωτήρης. Καραγιάννης Ιωάννης. Μιχόπουλος Σπύρος. Παρασκευά Κωνσταντίνα. Πασπάτης Γρηγόρης. Ροκκάς Θεόδωρος.

Το εξώφυλλο από μέσα



Έρχεται βροχή ...

Έρχεται βροχή, έρχεται μπόρα...

Ναι, αλλά έρχονται και Χριστούγεννα και Πρωτοχρονιά και φωτάκια και γιορτές.

Ας αρχίσουν οι χοροί, θα έλεγε ο τραγουδοποιός.

Ή αλλιώς, let's keep singing and dancing in the rain.

Μίλτος Σκούρας

