

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Νοέμβριος - Δεκέμβριος - Ιανουάριος 2017 | Τεύχος
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

42

Μαζί

Συνέντευξη με τον
κ. Απόστολο Μαντίδη

Εκρίζωση του *H.pylori*:
Το διπλό σχήμα ξαναζει!

Οσφρητική διάγνωση στα νοσήματα
του πεπτικού συστήματος



Άρθρο Σύνταξης



Το περιοδικό μας και η ευθύνη μας

Αφορμή για τις αράδες αυτές πήρα από το γεγονός ότι στο τελευταίο Δ.Σ. ανάμεσα στα άλλα άνοιξε και πάλι η συζήτηση για το περιοδικό «Ενδοσκοπήσεις» της Ένωσής μας.

Τα ερωτήματα τι περιοδικό θέλουμε, πόσο επιστημονικό, πόσο «συνδικαλιστικό» και πόσο ευρύτερου ενδιαφέροντος, ώστε να γίνει περισσότερο ελκυστικό για τους γαστρεντερολόγους της χώρας στους οποίους εντέλει απευθύνεται, είναι μόνιμα στο τραπέζι. Τα ίδια μάλιστα ερωτήματα μας βασανίζουν και ως προς την μορφή αλλά και το περιεχόμενο της ιστοσελίδας μας.

Οι απαντήσεις όμως που προκύπτουν από την συζήτηση μέσα στους «4 τοίχους» του Δ.Σ ή και ανάμεσα στα λιγοστά, πραγματικά ενεργά, μέλη της συντακτικής επιτροπής μάλλον δεν είναι αρκετές για να δώσουν αυτό που η κοινότητα των γαστρεντερολόγων μπορεί να έχει ανάγκη. Εμείς γκάλοπ δεν μπορούμε να κάνουμε, με τον καθένα ξεχωριστά να μιλήσουμε είναι αδύνατο και έτσι μπήκαμε στον πειρασμό να σας προσκαλέσουμε στην ανοικτή ούτως ή άλλως συζήτηση μας.

Όλα είναι υπό συζήτηση και όλα μπορεί να αλλάξουν αρκεί με σοβαρότητα και εμπεριστατωμένα να πέσουν στο τραπέζι προτάσεις και πιθανές λύσεις στους γρίφους που μας βασανίζουν. Ο αριθμός των σελίδων, το εξώφυλλο, το οπισθόφυλλο, το σαλόνι, οι συνεντεύξεις, τα νέα του Δ.Σ, το ελεύθερο θέμα, το ενδοσκοπικό θέμα, τα συνέδρια και όλα μα όλα τα άλλα είναι στο τραπέζι.

Η κυκλοφορία κάθε τεύχους είναι ένας τοκετός επώδυνος για όλους όσους εμπλέκονται σε αυτή καθώς ούτε ειδικοί είναι, ούτε εμπειρία σχετική έχουν. Είναι επίσης «κοινοί θνητοί», με το φόρτο εργασίας που έχουν όλοι, την οικογένεια με τις ποικίλες υποχρεώσεις, τις άλλες κοινωνικές ενδεόμενα δραστηριότητες (από τον σύλλογο γονέων του σχολείου των παιδιών, ή τους συλλόγους και φορείς που ο καθένας απλά μπλέκεται όταν έχει συναίσθηση του κοινωνικού του ρόλου).

Ο καθένας λοιπόν αποδέκτης του περιοδικού θα θέλαμε να γίνει κριτής αλλά και δημιουργός του. Τρόποι υπάρχουν πολλοί αρκεί να το θέλουμε. Γράψτε επιστολές προς δημο-

σίευση, γράψτε άρθρα όσοι έχετε την δυνατότητα. Μιλήστε με το Δ.Σ, την υπεύθυνη σύνταξης του περιοδικού ή με τα μέλη της συντακτικής επιτροπής ακούνε, ακούμε με προσοχή κάθε σχόλιο, παρατήρηση ή ιδέα και πρόταση. Δηλώστε διαθεσιμότητα και δραστηριοποιηθείτε μπορεί να αναδείξετε δυνατότητες σας που μέχρι τώρα δεν βγάλατε προς τα έξω, να σας δοθούν ευκαιρίες να μοιραστείτε πράγματα αλλά και να γίνεται «πλουσιότεροι». Κάποτε άκουσα την Ελένη Γλύκατση Αρβελέρ να λέει πως ο πολιτισμός σου (εγώ αυθαιρτώντας θα έλεγα και την επιστημονοσύνη σου) είναι ίσως το μόνο πράγμα που όταν το μοιράζεσαι γίνεσαι πλουσιότερος. Ας μοιραστούμε λοιπόν εμπειρίες, ας βγούμε από το προσωπικό μας και ας πάμε στο κοινό μας σπίτι.

Οι καιροί απαιτούν δράσεις, απαιτούν συμμετοχή, απαιτούν αλληλεγγύη. Πιασμένοι χέρι- χέρι μπορεί και να βγούμε από τον βάλτο, μπορεί να κάνουμε βήματα μπροστά μπορεί να πάμε στο αύριο. Ο καθένας μόνος του ακόμα και σε «χρυσό κλουβί» να είναι κάποιοι ελάχιστοι, γρήγορα θα βρεθούμε αντιμέτωποι με την ίδια την κοινωνία που βουλιάζει στην κρίση.

Αν νομίζουμε ότι κτίζοντας το προσωπικό επαγγελματικό μας «κάστρο» θα σωθούμε από το μνημονιακό τσουνάμι είμαστε γελασμένοι, όπως αν νομίζουμε ότι σαν επαγγελματική επιστημονική ομάδα μπορούμε να σωθούμε αν δεν σωθεί μαζί και η κοινωνία είμαστε επίσης γελασμένοι.

Οι καιροί είναι δύσκολοι για όλους αλλά κυρίως τους νέους συναδέλφους που βλέπουν κόπους και όνειρα να δοκιμάζονται. Σε αυτούς τους νέους συναδέλφους πρέπει να στηριχθεί η Ένωσή μας, στον αυθορμητισμό, την δύναμη, και την φρεσκάδα τους κρύβεται η προοπτική να διαμορφώσουμε όρους και προϋποθέσεις επαγγελματικής επιβίωσης και πάνω σε αυτή να οικοδομήσουμε όποια συλλογική και ατομική επιτυχία.

Η πρόσκλησή μας ανοικτή, η ανταπόκρισή σας αναγκαία και επιβεβλημένη.

Χάρης Τσιώνης
Αντιπρόεδρος Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
Το περιοδικό μας και η ευθύνη μας	
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΙΑΤΕ;	06
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	08
Οσφρητική διάγνωση στα νοσήματα του πεπτικού συστήματος	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	10
Εκρίζωση του H. pylori: το διπλό σχήμα ξαναζεί!	
ΝΕΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ-ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ	16
Τεχνολογική γωνία	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	18
Συνέντευξη με τον κ. Απόστολο Μαντίδη	
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	28
Ναύπλιο θα πάτε;	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	30
Άνθρωποι	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	32
«Χάρis στους Έλληνες λογίους η Βενετία γίνεται δεύτερη Αθήνα»	
ΤΟ ΕΞΟΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	34

Νέα & Επίκαιρα

Πάνος Κασαπίδης - Νάγια Μπομπότση



Νέα ΔΣ

Είμαστε στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσουμε την επόμενη διημερίδα που θα πραγματοποιηθεί 2-3 Δεκεμβρίου 2017 στο ξενοδοχείο Caravel με τίτλο «ΣΤΟΜΑΧΟΣ Σύγχρονη γνώση και διλήμματα». Ο πρόεδρος της διημερίδας, κος Αλεξανδράκης, ανέλαβε να συγκεράσει τα παλαιά με τα νέα, σύγχρονα δεδομένα που υπάρχουν για το στομάχο. Η θεματολογία έχει ολοκληρωθεί και σύντομα θα σας ανακοινώσουμε τους ομιλητές και το πρόγραμμα στην ιστοσελίδα μας. Φέτος θα επαναληφθεί το κλινικό φροντιστήριο για την πρόληψη απειλητικών για τη ζωή συμβαμάτων από τη χορήγηση καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση. Θα χορηγηθεί πιστοποιητικό παρακολούθησης, ενώ το δικαίωμα συμμετοχής παραμένει στα 50€. Η ημερομηνία έναρξης δηλώσεων συμμετοχής θα αναρτηθεί στο site της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος.



Στο πλαίσιο του Πανελλήνιου Γαστρεντερολογικού Συνεδρίου που διοργανώνεται στη Θεσσαλονίκη στις 5-7 Οκτωβρίου 2017, η ΕΠΕΓΕ οργανώνει στρογγυλή τράπεζα με θέμα: Γαστρεντερολόγοι-Ασφαλιστικό Σύστημα - Μεταρρυθμίσεις. Αναμένουμε την ενεργή συμμετοχή σας.

Επιτυχημένη κρίθηκε η συμμετοχή της ΕΠΕΓΕ στην εκστρατεία για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου που πραγματοποιήθηκε μαζί με την Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία κατά τη διάρκεια του Ημιμαραθώνιου στην Αθήνα στις 20/03/2017. Το ενδιαφέρον του κόσμου μεγάλο, οι ερωτήσεις πολλές, η ενημέρωση σημαντική, η συμμετοχή όμως των συναδέλφων στην προσπάθεια αυτή δυστυχώς μικρή.

Τα δεδομένα για τις νέες ασφαλιστικές εισφορές είναι πολλά και οι εξελίξεις τρέχουν. Στο site της ΕΠΕΓΕ θα βρείτε επιστολή επιφύλαξης προς τον ΕΦΚΑ, η οποία έχει νόημα μόνο αν κάποιος αποφασίσει να προσφύγει κατά της ατομικής ειδοποίησης πληρωμής του ΕΦΚΑ. Η προσφυγή θα πρέπει να γίνει μετά την οριστική εκκαθάριση της εισφοράς ΕΦΚΑ, η οποία θα γίνει μετά την εκκαθάριση των φορολογικών δηλώσεων για το οικονομικό έτος 2016.

Το διοικητικό συμβούλιο της ΕΠΕΓΕ αποφάσισε την έναρξη της διενέργειας πρωτόκολλου, το οποίο αφορά στη θεραπεία του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. Η μελέτη απευθύνεται σε ιδιώτες γαστρεντερολόγους και μόνο και αφορά στο διπλό σχήμα υψηλών δόσεων αμοξυκιλλίνης και αναστολέα αντλίας πρωτονίων. Ο σκοπός είναι να δούμε εάν το σχήμα αυτό έχει θέση ως πρώτης γραμμής θεραπεία στην Ελλάδα. Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη!!! Περισσότερες πληροφορίες θα βρείτε στις επόμενες σελίδες του περιοδικού.

Τέλος, υπήρξε συνάντηση με τον πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ με τον οποίο συζητήθηκαν διάφορα θέματα, ζωτικής σημασίας για τους γαστρεντερολόγους. Η συνάντηση έγινε σε καλό κλίμα, με τον πρόεδρο ανοικτό σε προτάσεις. Το κυριότερο που προέκυψε είναι η διάθεση του προέδρου να βοηθήσει και εμπράκτως στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Αναμένει ο πρόεδρος τις προτάσεις του ΔΣ έτσι ώστε να καταγραφούν και να μελετηθούν από τον ΕΟΠΥΥ. Σύντομα θα έχουμε νέα για το θέμα αφού πρώτα καταθέσουμε τις προτάσεις μας στον ΕΟΠΥΥ.

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

Εκδότης & Υπεύθυνος παρά τω νόμω:
Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Παναγιώτης Κασαπίδης

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

Διευθύντρια σύνταξης:
Μαρία Μυλωνάκη
Συντακτική Επιτροπή:
Αναστασίου Ιωάννης
Βασιλειάδης Κωνσταντίνος
Γούλας Σπύρος

Ζωγράφος Κωνσταντίνος
Θεοδωροπούλου Αγγελική
Καρμίρης Κωνσταντίνος
Κούτμος Σπύρος
Κωνσταντούλας Σπύρος
Κωφοκώτσος 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

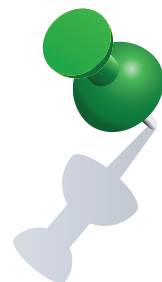
Διευθυντής Δημοσιογραφικού:
Σκούρας Μίλτος

Δημιουργική Επιμέλεια:
Αλέξανδρος Χατζημικαλής

Εικονογραφισή Εξωφύλλου:
Μ.Σ.

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

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



Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

1. Ποιος συνδυασμός τεχνικών στη κολονοσκόπηση (έγχυση νερού, εμφύσηση αέρα και εμφύσηση διοξειδίου του άνθρακα) βελτιώνει την ανοχή στην εξέταση;

Impact of carbon dioxide insufflations and water exchange on postcolonoscopy outcomes in patients receiving on-demand sedation: a randomized controlled trial S. CVadoni, P.Falt, p. Gallitu et al. *Gastrointest Endosc* 2017;85:210-8.

Η ύπαρξη δυσφορίας κατά τη διάρκεια αλλά και μετά το τέλος της κολονοσκόπησης αποτελεί παράγοντα που μπορεί να επηρεάσει την αποδοχή της εξέτασης από τους ασθενείς. Η εμφύσηση αέρα κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης έχει ως αποτέλεσμα την παρατεταμένη διάταση του παχέος εντέρου, γεγονός που προκαλεί δυσφορία λόγω του μετεωρισμού αλλά και κολικοειδείς πόνους του μπορούν να διαρκέσουν ακόμη και λίγες ημέρες.

Η εμφύσηση διοξειδίου του άνθρακα (CO₂), μειώνει σημαντικά τον υπολειπόμενο αέρα τόσο στο λεπτό όσο και στο παχύ έντερο και συνεπώς ελαττώνει τα ενοχλήματα που μπορούν να εμφανιστούν μετά την κολονοσκόπηση. Η εμφύσηση διοξειδίου του άνθρακα (C1O2) όμως έχει φανεί αναποτελεσματική στην ελάττωση του πόνου κατά τη φάση προώθησης του ενδοσκοπίου σε σχέση με την εμφύσηση αέρα (AI) και πολύ περισσότερο με την έγχυση νερού (WE).

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η αξιολόγηση των ενοχλημάτων των ασθενών μετά την κολονοσκόπηση (πόνος, μετεωρισμός, ακράτεια, χρήση τουαλέτας) αλλά και η ικανοποίηση των ασθενών ή η προθυμία τους για επανάληψη της εξέτασης,

ύστερα από συνδυασμό των παραπάνω τεχνικών. Οι διακόσιοι σαράντα ασθενείς της μελέτης που υποβλήθηκαν σε διαγνωστική κολονοσκόπηση με κατ' επίκληση καταστολή, διαχωρίστηκαν σε τρεις ομάδες, ανάλογα με τη φάση της ενδοσκόπησης (προώθησης – απόσυρσης του ενδοσκοπίου) αλλά και ανάλογα με την χρησιμοποιούμενη μέθοδο, ως εξής: WE-CO₂, WE-AI και CO₂-CO₂.

Όπως διαπιστώθηκε, ο συνδυασμός έγχυσης νερού κατά την προώθηση του ενδοσκοπίου και εμφύσησης διοξειδίου του άνθρακα κατά την απόσυρση (WE-CO₂) ήταν ο πλέον αποτελεσματικός στην μείωση του πόνου κατά τη διάρκεια της εξέτασης αλλά και στην ελάττωση των δυσάρεστων ενοχλημάτων του μπορούν να εμφανιστούν μετά από αυτή.

2. PPI's & H2RA : παρόμοια αποτελεσματικότητα στην πρόληψη αιμορραγίας από έλκος σε ασθενείς χρήστες υψηλού κινδύνου που λαμβάνουν ασπιρίνη.

Similar efficacy of Proton-Pump Inhibitors vs H2-Receptor antagonists in reducing risk of upper gastrointestinal bleeding or ulcers in high-risk users of low-dose aspirin F.K.L. Chan, M. Kyaw, T. Tanigawa et al. *Gastroenterology* 2017;152:105-110

Η ασπιρίνη προβάλλει ως μια από τις συχνότερες αιτίες αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό. Εξ άλλου, η συχνότητα ανάπτυξης πεπτικού έλκους έχει συσχετιστεί με την ολοένα και αυξανόμενη κατανάλωσή της. Η συγχορήγηση γαστροπροστατευτικών παραγόντων (PPI's & H2RA) σε χρήστες ασπιρίνης έχει πλέον καθιερωθεί και πολλές προηγούμενες μελέτες μελέτες έχουν αξιολογήσει την αποτελε-

σματικότητά τους.

Η μελέτη αυτή είναι μια από τις λίγες που έχει ως σκοπό να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα των γαστροπροστατευτικών παραγόντων σε ασθενείς χρήστες ασπιρίνης, υψηλού κινδύνου. Δηλαδή σε ασθενείς που είχαν προηγουμένως αιμορραγία από έλκος, ενδοσκοπικά διαπιστωμένη, που αποδόθηκε στην ασπιρίνη. Οι διακόσιοι εβδομήντα ασθενείς της μελέτης, μετά την επουλώση του έλκους και αφού παρέιχαν αρνητικό έλεγχο για λοίμωξη από το *Helicobacter pylori*, έλαβαν ασπιρίνη 80 mg και γαστροπροστασία (είτε ραμπεπραζόλη 20 mg είτε φαμοτιδίνη 40 mg) για 12 μήνες. Ο τακτικός έλεγχος τους, περιελάμβανε και ενδοσκόπηση όταν παρουσίαζαν συμπτώματα αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό ή πτώση της τιμής της αιμοσφαιρίνης μεγαλύτερη από 2g/dL. Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση με την ολοκλήρωση του χρόνου παρακολούθησης.

Υποτροπή της αιμορραγίας εμφάνισε ένας από τους ασθενείς που ελάμβανε ραμπεπραζόλη και τεσσερις από αυτούς που ελάμβαναν φαμοτιδίνη, ενώ ενδοσκοπικά διαπιστώθηκαν έλκη σε εννέα ασθενείς της ομάδος της ραμπεπραζόλης και σε δεκατρείς της ομάδος της φαμοτιδίνης.

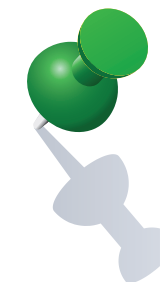
Παρά την συγκριτικά μικρότερη αναλογία των ασθενών της ραμπεπραζόλης που εμφάνισαν αιμορραγία ή έλκος, η διαφορά σε σχέση με αυτούς της ομάδος της φαμοτιδίνης, δεν μπορεί να θεωρηθεί στατιστικά σημαντική.

3. Η σχέση μακροχρόνιας χορήγησης PPI's και οστικών καταγμάτων δεν φαίνεται να είναι αιτιολογική

Long term proton pump inhibitor use is not associated with changes in bone strength and struc-

Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



ture. L. E. Targownik, A. L. Goertzen, Y.Luo and W. D. Leslie. *Am J Gastroenterol* 2017;112:95-101

Οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων, αποτελούν αναμφίβολα, τα πλέον συνταγογραφούμενα φάρμακα της γαστρεντερολογίας. Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης αλλά και η θεραπεία και πρόληψη των πεπτικών ελκών απαιτεί συχνά, τη μακροχρόνια χρήση τους. Οι αρχικές πεποιθήσεις για την εξαιρετική τους ασφάλεια, αρχισαν να κλονίζονται από μελέτες που ανέφεραν απώτερες επιπλοκές μετά από μακροχρόνια χορήγηση, όπως η αύξηση των καταγμάτων του ισχίου κατά 1,2 έως 1,4 φορές. Η αύξηση αυτή, σύμφωνα με προηγούμενη μελέτη, έχει φθάσει το 1,62 μεταξύ των ασθενών που λαμβάνουν PPI's για μία πενταετία.

Παρόλα αυτά, η αιτιολογική σχέση της χρήσης PPI's με τα οστικά καταγμάτα, εξακολουθεί να αποτελεί ζήτημα υπό αμφισβήτηση καθώς δεν έχει εξακριβωθεί ο ακριβής μηχανισμός που οδηγεί την ανάπτυξη καταγμάτων ούτε έχει διαπιστωθεί άμεση δράση των PPI's στην πυκνότητα των οστών. Πιθανόν οι PPI's να προκαλούν αλλαγές στη δομή των οστών που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη δημιουργία καταγμάτων, ακόμη και εν τη απουσία αλλαγών της οστικής πυκνότητας.

Η τελευταία υπόθεση αποτέλεσε το αντικείμενο της παρούσας μελέτης και για το σκοπό αυτό, ασθενείς που ελάμβαναν PPI's για περισσότερο από 5 χρόνια εκτιμήθηκαν με συγχρονες απεικονιστικές μεθόδους των οστών και τα ευρήματα που προέκυψαν συγκρίθηκαν με ανάλογα ευρήματα ασθενών που δεν ελάμβαναν PPI's. Όπως διαπιστώθηκε, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη δομή ή στην ισχύ των οστών μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών.



Οσφρητική διάγνωση στα νοσήματα του πεπτικού συστήματος

Οι πτητικές οργανικές χημικές ενώσεις (ΠΟΧΕ) που προέρχονται από βιολογικά υγρά όπως ούρα και κόπρανα ή από τον εκπνεόμενο αέρα, ανιχνεύονται με την αναπνοή και συνιστούν τελικά προϊόντα των μεταβολικών αντιδράσεων στα επιμέρους συστήματα του οργανισμού. Αποτελούνται από ίχνη ενώσεων όπως είναι οργανικά οξέα, αλκάλια, αλκοόλες, εστέρες, ετεροκυκλικές ενώσεις, αλδεΐδες, κετόνες κ.ά. Έχει βρεθεί ότι οι συγκεντρώσεις των ενώσεων αυτών διαφέρουν μεταξύ υγιών και ασθενών, ενώ παρουσιάζουν και σημαντικές διακυμάνσεις ανάλογα με διατροφικούς παράγοντες και αλλαγές της εντερικής χλωρίδας.

Από τα παραπάνω προκύπτει πως η ανίχνευση εκπομπής τέτοιων ενώσεων ενδέχεται να βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση διαφόρων παθολογικών καταστάσεων του πεπτικού συστήματος και όχι μόνο. Αυτό καθίσταται εφικτό με τη βοήθεια κατάλληλων συσκευών ανίχνευσης («ηλεκτρονικές μύτες») που αναπτύσσονται για το συγκεκριμένο σκοπό. Πρόκειται για εξελιγμένα συστήματα τα οποία μετά από κατάλληλη εκπαίδευση είναι ικανά να αντιλαμβάνονται και να παρουσιάζουν τη συνισταμένη των αποβαλλόμενων ΠΟΧΕ ως συγκεκριμένο πρότυπο εκπομπής.

Η σύγχρονη βιβλιογραφία παρουσιάζει αρκετές εφαρμογές των «ηλεκτρονικών μυτών» στη διάγνωση και διαφορική διάγνωση πλήθους νοσημάτων του πεπτικού συστήματος. Ενδεικτικά, έχει βρεθεί πως οι εν λόγω συσκευές είναι σε θέση να διακρίνουν ασθενείς με ορθοκολικό καρκίνο ή προχωρημένα αδενώματα από υγιείς μάρτυρες, βασιζόμενες στην ανάλυση των ανιχνεύσιμων ΠΟΧΕ στα κόπρανα. Επιπρόσθετα, μελέτες υποστήριξαν πως με την εν λόγω μέθοδο είναι δυνατή η διαφοροδιάγνωση πασχόντων από ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου από εκείνους με ευερέθιστο

έντερο, καθώς επίσης και η εκτίμηση της ενεργότητας των πρώτων. Η ανίχνευση λοιμωδών παθήσεων του πεπτικού σωλήνα (π.χ. από *Clostridium difficile*) ανήκει επίσης στις καταστάσεις στις οποίες οι «ηλεκτρονικές μύτες» μπορούν να βρουν εφαρμογή. Τέλος, πολύ πρόσφατα ανακοινώθηκε πως οι έξυπνοι αυτοί ανιχνευτές εμφάνισαν πολύ καλές επιδόσεις (ευαισθησία 82%, ειδικότητα 80% και ακρίβεια 81%) στη διάγνωση του οισοφάγου Barrett, με βάση τις ανιχνευθέντες ουσίες σε δοκιμασίες αναπνοής.

Καθίσταται φανερό πως η δημιουργία και εξέλιξη τέτοιων συσκευών ενδέχεται να αλλάξει το τοπίο της ιατρικής διάγνωσης στο εγγύς μέλλον. Στα αδιαμφισβήτητα πλεονεκτήματά τους υπάγονται ο μη επεμβατικός χαρακτήρας και η φορητότητά τους, ενώ το κόστος τους παραμένει, προς το παρόν, υψηλό. Περαιτέρω μελέτες αναμένονται προκειμένου να αποσαφηνιστεί ακριβέστερα η θέση αυτών των τεχνολογικών επιτευγμάτων στην καθ' ημέρα κλινική πράξη.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. de Meij TG, Larbi IB, van der Schee MP, et al. Electronic nose can discriminate colorectal carcinoma and advanced adenomas by fecal volatile biomarker analysis: proof of principle study. *Int J Cancer*. 2014;134:1132-8.
2. Chan DK, Leggett CL, Wang KK. Diagnosing gastrointestinal illnesses using fecal headspace volatile organic compounds. *World J Gastroenterol*. 2016;22:1639-49
3. Chan DK, Zakko L, Visrodia KH, et al. Breath Testing for Barrett's Esophagus Using Exhaled Volatile Organic Compound Profiling With an Electronic Nose Device. *Gastroenterology*. 2017;152:24-26



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΕΚΡΙΣΩΣΗ ΤΟΥ H. PYLORI: ΤΟ ΔΙΠΛΟ ΣΧΗΜΑ ΞΑΝΑΖΕΙ!

Ηλίας Μπουζάκης

Το 1989 δημοσιεύθηκε ένα άρθρο το οποίο αποδείκνυε, για πρώτη φορά, ότι ο συνδυασμός ομεπραζόλης και αμοξυκιλλίνης είναι πιο αποτελεσματικός στην εκρίζωση του H. pylori από τη μονοθεραπεία με αυτά τα φάρμακα¹. Γρήγορα φάνηκε ότι η προσθήκη και άλλων αντιβιοτικών αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά εκρίζωσης². Στις σύγχρονες λοιπόν συστάσεις, κυριαρχούν πλέον τα τριπλά και τετραπλά σχήματα εκρίζωσης³.

Πρόσφατα δημοσιεύθηκε ένα ενδιαφέρον άρθρο, το οποίο επιχειρεί την αναβίωση της ιδέας του διπλού σχήματος εκρίζωσης⁴. Το άρθρο προέρχεται από την Ταϊβάν, περιοχή με υψηλά ποσοστά αντοχής του H. pylori στην κλαριθρομυκίνη, τη μετρονιδαζόλη και τη λεβοφλοξασίνη. Πρόκειται για μία προοπτική, τυχαιοποιημένη και καλά σχεδιασμένη μελέτη, σε μεγάλο αριθμό ασθενών. Το στοιχείο που τραβάει την προσοχή είναι η χορήγηση υψηλών δόσεων PPI και αμοξυκιλλίνης και πιο συγκεκριμένα, ραμπεπραζόλης 20mg x4 με αμοξυκιλλίνη 750mg x4 για 14 ημέρες.

Ας αγνοήσουμε το γεγονός ότι το άρθρο συγκρίνει το διπλό σχήμα με σχήματα που το Maastricht V/ Florence Consensus Report θεωρεί πλέον ανεπαρκή (10ήμερο διαδοχικό, 7ήμερο τριπλό με κλαριθρομυκίνη, 7ήμερο τριπλό με λεβοφλοξασίνη)³ και ας εστιάσουμε στα εντυπωσιακά ποσοστά εκρίζωσης: 95,3% στους 150 πρωτοθεραπευόμενους ασθενείς και 89,3% στους 56 που χορηγήθηκε μετά από προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες εκρίζωσης. Τόσο οι παρενέργειες όσο και η συμμόρφωση των ασθενών δεν διέφεραν μεταξύ των σχημάτων. Επιπλέον, τα ποσοστά επιτυχίας του διπλού σχήματος δεν επηρεάζονταν από το γενετικό πολυμορφισμό του κυτοχρώματος CYP2C19.

Ιδιαίτερο όμως ενδιαφέρον έχει το θεωρητικό υπόβαθρο της όλης ιδέας. Ας το δούμε λοιπόν βήμα-βήμα.

Γιατί υπάρχει η ανάγκη επινόησης νέων σχημάτων εκρίζωσης;

Η ανάπτυξη αντοχής του H. pylori στα αντιβιοτικά είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα⁵. Σε μια χώρα με ανεξέλεγκτη χρήση αντιβιοτικών όπως η Ελλάδα, το πρόβλημα αυτό είναι ιδιαίτερα σοβαρό, επηρεάζοντας σημαντικά τα ποσοστά επιτυχίας των σχημάτων εκρίζωσης⁶⁻⁷. Σε χώρες όπως η δική μας, συνιστάται η χορήγηση 14ήμερου τετραπλού με βισμούθιο είτε 14ήμερου ταυτόχρονου σχήματος εκρίζωσης (PPI, αμοξυκιλλίνη, κλαριθρομυκίνη, μετρονιδαζόλη). Σε περίπτωση αποτυχίας συνιστώνται 14ήμερο σχήμα με κινολόνη, είτε τριπλό (PPI, αμοξυκιλλίνη, λεβοφλοξασίνη) είτε τετραπλό (με προσθήκη βισμούθιου). Σε περίπτωση δε νέας αποτυχίας, θα πρέπει να γίνεται καλλιέργεια του H. pylori με δοκιμασίες ευαισθησίας, πριν χορηγηθεί το επόμενο σχήμα εκρίζωσης³.

Στο άμεσο μέλλον δεν φαίνεται πιθανή η κυκλοφορία νέων αντιβιοτικών έναντι του H.pylori⁸. Επιπλέον, σε πολλά μέρη του κόσμου, ανάμεσα στα οποία και η Ελλάδα, δεν είναι διαθέσιμο το βισμούθιο. Επίσης, στα περισσότερα μέρη του κόσμου, ο κανόνας είναι η δύσκολη πρόσβαση σε εργαστήρια που κάνουν καλλιέργεια του H. pylori⁹. Η πραγματικότητα λοιπόν είναι ότι οι τρέχουσες συστάσεις, στις περισσότερες χώρες, είναι δύσκολα εφαρμόσιμες. Έτσι, θα πρέπει να επινοηθούν νέες, απλούστερες χρήσεις, των ήδη υπαρχόντων εργαλείων.

Γιατί αμοξυκιλλίνη;

Σε αντίθεση με την κλαριθρομυκίνη, την μετρονιδαζόλη και τη λεβοφλοξασίνη, η αντίσταση του H. pylori στην αμοξυκιλλίνη, είτε πρωτογενής είτε μετά από θεραπεία, είναι σπάνια και κατά κανόνα <1%¹⁰⁻¹². Μία πιθανή εξήγηση είναι το ότι η αντίσταση στην αμοξυκιλλίνη απαιτεί πολλαπλές μεταλλάξεις, ενώ για την αντίσταση στα άλλα αντιβιο-

τικά αρκεί μία σημειακή μετάλλαξη^{9,13}. Η χορήγησή της λοιπόν μπορεί να γίνει τυφλά, χωρίς την ανάγκη να προηγηθεί κάποια δοκιμασία ευαισθησίας.

Γιατί συχνές δόσεις αμοξυκιλλίνης;

Η βακτηριοκτόνος δράση της αμοξυκιλλίνης είναι κυρίως χρονο- και λιγότερο δοσοεξαρτώμενη¹⁴. Είναι σημαντικό δηλαδή η συγκέντρωσή της στο πλάσμα να είναι σταθερά ανώτερη της MIC. Αυτό επιτυγχάνεται όχι τόσο με τις υψηλές δόσεις όσο με τη συχνή χορήγησή της. Η ανά 6ωρο μάλιστα χορήγησή της φαίνεται ότι υπερτερεί της ανά 8ωρο⁹.

Γιατί ραμπεπραζόλη;

Η βακτηριοκτόνος δράση της αμοξυκιλλίνης, εκτός από χρονο- είναι και pH-εξαρτώμενη. Για την σταθεροποίηση δηλαδή και τη βέλτιστη δράση της, απαιτείται γαστρικό pH>5,5 και ίσως και >6¹⁵⁻¹⁶. Γι αυτό λοιπόν και είναι απαραίτητη η συγχορήγηση ενός PPI. Η μετατροπή των PPI στον ενεργό μεταβολίτη τους γίνεται σε χαμηλό pH¹⁷. Όσο υψηλότερη λοιπόν είναι η σταθερά διάστασης οξέος (pKa) του PPI τόσο αποτελεσματικότερη είναι και η μετατροπή του στον ενεργό μεταβολίτη στο όξινο περιβάλλον του στομάχου. Η ραμπεπραζόλη έχει την υψηλότερη (pKa=4,9), ακολουθούμενη από την ομεπραζόλη (pKa=4,13), τη λανσοπραζόλη (pKa=4,01) και την παντοπραζόλη (pKa=3,96)^{9,18}.

Οι PPI's μεταβολίζονται και αδρανοποιούνται κυρίως από το κυτόχρωμα P450 και πιο συγκεκριμένα, από τα ένζυμά του CYP2C19 και CYP3A4⁹. Αναλόγως του γενετικού πολυμορφισμού του CYP2C19, γίνεται ταχύς (extensive metabolizers- EM), ενδιάμεσος ταχύτητας (intermediate metabolizers- IM) ή βραδύς (poor metabolizers- PM) μεταβολισμός των PPI's, επηρεάζοντας σημαντικά την αποτελεσματικότητά τους¹⁹. Αξίζει μάλιστα να σημειωθεί ότι το 95% των Καυκάσιων είναι EM ή IM^{16,20}. Ο λόγος των χρόνων

ημιζωής (T1/2) στους PM/EM είναι 2,2, 2,1, 1,9 και 1,4 για την ομεπραζόλη, παντοπραζόλη, λανσοπραζόλη και ραμπεπραζόλη αντίστοιχα^{9,21}, υποδεικνύοντας ότι η δράση της ραμπεπραζόλης επηρεάζεται λιγότερο από το γονότυπο του CYP2C19.

Οι PPI's έχουν και άμεση αντιμικροβιακή δράση έναντι του H. pylori⁹. Και σε αυτόν τον τομέα φαίνεται, τουλάχιστον in vitro, να πλεονεκτεί η ραμπεπραζόλη, δεδομένου ότι η MIC₉₀ της ραμπεπραζόλης έναντι του H. pylori, είναι σημαντικά μικρότερη των MIC₉₀ της λανσοπραζόλης, της ομεπραζόλης και της παντοπραζόλης²²⁻²³.

Γιατί συχνές δόσεις ραμπεπραζόλης;

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η αντιμικροβιακή δράση της αμοξυκιλλίνης μεγιστοποιείται σε pH>5,5. Το pH αυτό φαίνεται ότι επιτυγχάνεται καλύτερα με τις συχνότερες δόσεις PPI. Πιο συγκεκριμένα, όταν χορηγήθηκαν 40mg ραμπεπραζόλης σε μία δόση, το μέσο pH ήταν 4,3, 4,7 και 5,9 στους EM, IM και PM του CYP2C19 αντίστοιχα. Αντίθετα, όταν χορηγήθηκε ως 10mg x4, το pH διατηρήθηκε >6,5 ανεξαρτήτως του γονότυπου του CYP2C19^{9,24-25}.

Συζήτηση

Η ιδέα των διπλών σχημάτων με υψηλές δόσεις PPI και αμοξυκιλλίνης (high dose dual therapy- HDDT) για την εκρίζωση του H. pylori, δεν είναι καινούργια. Ξεκινώντας από 1995 και έως σήμερα, έχουν δημοσιευθεί σχετικά λίγες μελέτες, οι περισσότερες με μικρούς αριθμούς ασθενών και με ποικίλα ποσοστά εκρίζωσης (67-100%)^{4,16,26-38}.

Από αυτές τις μελέτες θα μπορούσε κανείς να βγάλει τα παρακάτω αδρά συμπεράσματα για τα HDDT σχήματα εκρίζωσης:

- Οι νεώτεροι PPI's (ραμπεπραζόλη, εσομεπραζόλη) φαίνεται ότι πλεονεκτούν των παλαιότερων
- Η ανά 6ωρο χορήγηση είναι μάλλον καλύτερη της

ΕΚΡΙΣΩΣΗ ΤΟΥ H. PYLORI: ΤΟ ΔΙΠΛΟ ΣΧΗΜΑ ΞΑΝΑΖΕΙ!





ανά 8ωρο, τόσο για τους PPI's όσο και για την αμο-
ξικιλίνη

- Η 14ήμερη θεραπεία είναι μάλλον καλύτερη της 7ήμερης ή 10ήμερης
- Οι παρενέργειες είναι ίσες, και μπορεί και λιγότερες, σε σύγκριση με τα κλασικά σχήματα
- Η συμμόρφωση των ασθενών ήταν ιδιαίτερα υψηλή και συγκρίσιμη με αυτήν στα κλασικά σχήματα
- Μόνο πρόβλημα είναι η αλλεργία στην πενικιλίνη, πρόβλημα το οποίο ούτως ή άλλως αφορά και τα κλασικά σχήματα.

Επίλογος

Τα HDDT σχήματα για την εκρίζωση του H. pylori φαίνεται να έχουν ιδιαίτερο θεωρητικό και πρακτικό ενδιαφέρον. Σε έναν από τους αλγόριθμους του πρόσφατου Maastricht V/Florence Consensus Report ήδη γίνεται μια πρώτη δειλή αναφορά στα HDDT σχήματα. Η Ελλάδα είναι μία χώρα με υψηλή αντοχή του H. pylori στα αντιβιοτικά, χωρίς βισμούθιο και τετρακυκλίνη και χωρίς εύκολη πρόσβαση στα εργαστήρια που καλλιεργούν το H. pylori. Ως αποτέλεσμα, η εφαρμογή των συστάσεων του Maastricht V, συναντά συχνά πρακτικές δυσκολίες. Η μελέτη αυτών των HDDT σχημάτων είναι σχετικά χαμηλού κόστους και χωρίς ιδιαίτερες οργανωτικές δυσκολίες. Η ιδέα λοιπόν μιας πολυκεντρικής μελέτης στη χώρα μας, ενός ή και περισσότερων HDDT σχημάτων, ίσως να είναι αρκετά ελκυστική.

Βιβλιογραφία

1. Unge P, Gad A, Gnarpe H, et al. Does omeprazole improve antimicrobial therapy directed towards gastric Campylobacter pylori in patients with antral gastritis? A pilot study. Scand J Gastroenterol Suppl 1989;167:49-54.
2. Schwartz H, Krause R, Sahba B, et al. Triple versus dual therapy for eradicating Helicobacter pylori and preventing ulcer recurrence: a randomized, double-blind, multicenter study of lansoprazole, clarithromycin, and/or amoxicillin in different dosing regimens. Am J Gastroenterol 1998 Apr;93(4):584-90.
3. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al. Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht V/Florence

Consensus Report. Gut 2017;66:6–30.

4. Yang JC, Lin CJ, Wang HL, et al. High-dose dual therapy is superior to standard first-line or rescue therapy for Helicobacter pylori infection. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2015;13:895–905.
5. Thung I, Aramin H, Vavinskaya V, et al. Review article: the global emergence of Helicobacter pylori antibiotic resistance. Aliment Pharmacol Ther 2016;43:514–33.
6. Karamanolis GP, Daikos GL, Xouris, et al. The evolution of Helicobacter pylori antibiotic resistance over 10 years in Greece. Digestion 2014;90:229–31.
7. Georgopoulos SD, Xirouchakis E, Martinez-Gonzalez B, et al. Clinical evaluation of a ten-day regimen with esomeprazole, metronidazole, amoxicillin, and clarithromycin for the eradication of Helicobacter pylori in a high clarithromycin resistance area. Helicobacter 2013;18:459–67.
8. Fiorini G, Zullo A, Gatta L, et al. Newer agents for Helicobacter pylori eradication. Clin Exp Gastroenterol 2012;5:109-12.
9. Yang JC, Lu CW, Lin CJ. Treatment of Helicobacter pylori infection: current status and future concepts. World J Gastroenterol 2014;20:5283–5293.)
10. Heep M, Kist M, Strobel S, et al. Secondary resistance among 554 isolates of Helicobacter pylori after failure of therapy. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2000;19:538–541.
11. Glupczynski Y, Megraud F, Lopez-Brea M, et al. European multicentre survey of in vitro antimicrobial resistance in Helicobacter pylori. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2001;20:820–823.
12. Meyer JM, Silliman NP, Wang W, et al. Risk factors for Helicobacter pylori resistance in the United States: the surveillance of H. pylori antimicrobial resistance partnership (SHARP) study, 1993-1999. Ann Intern Med 2002;136:13–24.
13. Rimbara E, Noguchi N, Kawai T, et al. Mutations in penicillin binding proteins 1, 2 and 3 are responsible for amoxicillin resistance in Helicobacter pylori. J Antimicrob Chemother 2008;61:995–998.
14. Berry V, Jennings K, Woodhutt G. Bactericidal and morphological effects of amoxicillin on Helicobacter pylori. Antimicrob Agents Chemother 1995;39:1859–1861.
15. Goddard AF, Jessa MJ, Barrett DA, et al. Effect of omeprazole on the distribution of metronidazole, amoxicillin, and clarithromycin in human gastric juice. Gastroenterology. 1996 Aug;111(2):358-67.
16. Zullo A, Ridola L, Francesco VD, et al. High-dose esomeprazole and amoxicillin dual therapy for first-line Helicobacter pylori eradication: a proof of concept study.

Ann Gastroenterol. 2015 Oct-Dec;28(4):448-51.

17. Besancon M, Simon A, Sachs G, et al. Sites of reaction of the gastric H,K-ATPase with extracytoplasmic thiol reagents. J Biol Chem 1997;272:22438-22446.
18. Huber R, Kohl B, Sachs G, et al. Review article: the continuing development of proton pump inhibitors with particular reference to pantoprazole. Aliment Pharmacol Ther 1995;9:363-378.
19. Niv Y, Rokkas T. Recent advantages in Helicobacter pylori eradication. Ann Gastroenterol. 2015 Oct-Dec;28(4):415-6.
20. Shi S, Klotz U. Proton pump inhibitors: an update of their clinical use and pharmacokinetics. Eur J Clin Pharmacol. 2008 Oct;64(10):935-51.
21. Sakai T, Aoyama N, Kita T, et al. CYP2C19 genotype and pharmacokinetics of three proton pump inhibitors in healthy subjects. Pharm Res 2001;18:721-727.
22. Nakao M, Malfertheiner P. Growth inhibitory and bactericidal activities of lansoprazole compared with those of omeprazole and pantoprazole against Helicobacter pylori. Helicobacter 1998;3:21-27.
23. Kawakami Y, Akahane T, Yamaguchi M, et al. In vitro activities of rabeprazole, a novel proton pump inhibitor, and its thioether derivative alone and in combination with other antimicrobials against recent clinical isolates of Helicobacter pylori. Antimicrob Agents Chemother 2000;44:458-461.
24. Sugimoto M, Furuta T, Shirai N, et al. Different dosage regimens of rabeprazole for nocturnal gastric acid inhibition in relation to cytochrome P450 2C19 genotype status. Clin Pharmacol Ther 2004;76:290-301.
25. Sugimoto M, Shirai N, Nishino M, et al. Rabeprazole 10 mg q.d.s. decreases 24-h intragastric acidity significantly more than rabeprazole 20 mg b.d. or 40 mg o.m., overcoming CYP2C19 genotype. Aliment Pharmacol Ther 2012;36:627-634.
26. Bayerdörffer E, Miehke S, Mannes GA, et al. Double-blind trial of omeprazole and amoxicillin to cure Helicobacter pylori infection in patients with duodenal ulcers. Gastroenterology 1995;108:1412-1417.
27. Furuta T, Shirai N, Takashima M, et al. Effects of genotypic differences in CYP2C19 status on cure rates for Helicobacter pylori infection by dual therapy with rabeprazole plus amoxicillin. Pharmacogenetics 2001; 11: 341-348.
28. Miehke S, Kirsch C, Schneider-Brachert W, et al. A prospective, randomized study of quadruple therapy and high-dose dual therapy for treatment of Helicobacter pylori resistant to both metronidazole and clarithromycin.

Helicobacter 2003;8:310-319.

29. Shirai N, Sugimoto M, Kodaira C, et al. Dual therapy with high doses of rabeprazole and amoxicillin versus triple therapy with rabeprazole, amoxicillin, and metronidazole as a rescue regimen for Helicobacter pylori infection after the standard triple therapy. Eur J Clin Pharmacol 2007;63:743-749.
30. Graham DY, Javed SU, Keihanian S, et al. Dual proton pump inhibitor plus amoxicillin as an empiric anti-H. pylori therapy: studies from the United States. J Gastroenterol 2010;45:816-820.
31. Kim SY, Jung SW, Kim JH, et al. Effectiveness of three times daily lansoprazole/ amoxicillin dual therapy for Helicobacter pylori infection in Korea. Br J Clin Pharmacol 2012;73:140-143.
32. Goh KL, Manikam J, Qua CS. High-dose rabeprazole-amoxicillin dual therapy and rabeprazole triple therapy with amoxicillin and levofloxacin for 2 weeks as first and second line rescue therapies for Helicobacter pylori treatment failures. Aliment Pharmacol Ther 2012 Mar 8; Epub ahead of print.
33. Sapmaz F, Kalkan IH, Atasoy P, et al. A non-inferiority study: modified dual therapy consisting higher doses of rabeprazole is as successful as standard quadruple therapy in eradication of Helicobacter pylori. Am J Ther. 2015 Oct 22;Epub ahead of print.
34. Sugimoto M, Sahara S, Ichikawa H, et al. Four-times-daily dosing of rabeprazole with sitafloxacin, high-dose amoxicillin, or both for metronidazole-resistant infection with Helicobacter pylori in Japan. Helicobacter. 2016 May 23;Epub ahead of print.
35. Kwack W, Lim Y, Lim C, et al. High dose ilaprazole/ amoxicillin as first-Line regimen for Helicobacter pylori infection in Korea. Gastroenterol Res Pract. 2016.
36. Ren L, Lu H, Li HY, et al. New dual therapy for primary treatment of Helicobacter pylori infection: A prospective randomized study in Shanghai, China. J Dig Dis. 2014 Nov;15(11):622-7.
37. Ince AT, Tozlu M, Baysal B, et al. Yields of dual therapy containing high-dose proton pump inhibitor in eradication of H. pylori positive dyspeptic patients. Hepatogastroenterology 2014 Jul-Aug;61(133):1454-8.
38. Gao CP, Zhou Z, Wang JZ, et al. Efficacy and safety of high dose dual therapy for Helicobacter pylori rescue therapy: A systematic review and meta-analysis. J Dig Dis. 2016 Dec 15. (Epub ahead of print).





ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΔΙΠΛΟ ΣΧΗΜΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ ΤΟΥ H. PYLORI ΜΕ ΥΨΗΛΕΣ ΔΟΣΕΙΣ
ΑΜΟΞΥΚΙΛΛΙΝΗΣ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Να καταγραφούν η αποτελεσματικότητα, η συμμόρφωση των ασθενών κι οι παρενέργειες του υπό μελέτη διπλού σχήματος εκρίζωσης του H. pylori με υψηλή δόση αμοξυκιλλίνης σε πρωτοθεραπευόμενους ασθενείς.

ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Προοπτική, open label, πολυκεντρική μελέτη, με συμμετοχή μόνο ιδιωτικών γαστρεντερολογικών ιατρείων. **Οι συμμετέχοντες συνάδελφοι θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στο internet και να διαθέτουν email.**

ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κριτήρια εισόδου:

- Ηλικία >20 ετών
- Ασθενείς με λοίμωξη από H.pylori και δυσπεψία ή/και Γαστροοισοφαγική Παλινδρομική Νόσο (ΓΟΠΝ) με ή χωρίς γαστρικό ή 12/λικό έλκος. Η ύπαρξη του H. pylori θα πρέπει να τεκμηριώνεται με τουλάχιστον δύο από τις εξής τέσσερις μεθόδους: ενδοσκόπηση με CLO test, ιστολογική, δοκιμασία αναπνοής, IgG anti-H. Pylori αντισώματα.

Κριτήρια αποκλεισμού:

- Γνωστή αλλεργία στα φάρμακα της μελέτης
- Συνύπαρξη σοβαρού νοσήματος ή κακοήθειας
- Ιστορικό εγχείρησης στο στομάχο
- Κύηση ή γαλουχία
- Λήψη PPI ή αντιβιοτικού τον τελευταίο μήνα
- Παλαιότερη απόπειρα εκρίζωσης του H. pylori

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Θα πρέπει να υπογράφεται από τον ασθενή το σχε-

τικό έντυπο.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στο ερωτηματολόγιο της πρώτης επίσκεψης θα σημειώνονται:

- ονοματεπώνυμο
- φύλο
- έτος γέννησης
- κάπνισμα
- τακτική χρήση αλκοόλ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

Το υπό μελέτη σχήμα είναι:
tabl Pariet 20mg x4 (ανά 6ωρο) μισή ώρα προ φαγητού και tabl Amoxil 1g x4 αμέσως μετά το φαγητό **για 14 ημέρες.**

Προτιμήθηκαν τα πρωτότυπα σκευάσματα για λόγους ομοιογένειας.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ/ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Τηλεφωνικά, στο μέσον (7η ημέρα) και στο τέλος της θεραπείας (14η ημέρα) ελέγχεται η συμμόρφωση και καταγράφονται οι τυχόν παρενέργειες και οι διακοπές της θεραπείας (dropouts).

ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ

Με δοκιμασία αναπνοής 4-8 εβδομάδες μετά τη λήξη του σχήματος εκρίζωσης. Δεν θα πρέπει να έχουν ληφθεί αντιβιοτικά για 1 μήνα και PPI για 15 ημέρες προ της δοκιμασίας αναπνοής.

ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ

Θα πρέπει να αποστέλλονται με email (ilias.bouzakis@gmail.com) ή με fax (28210 58460, Ηλίας Μπουζάκης):

- Δύο ή περισσότερα από: ενδοσκόπηση με αποτέ-

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΔΙΠΛΟ ΣΧΗΜΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ ΤΟΥ H. PYLORI ΜΕ ΥΨΗΛΕΣ ΔΟΣΕΙΣ
ΑΜΟΞΥΚΙΛΛΙΝΗΣ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ



λεσμα CLO test, ιστολογική, δοκιμασία αναπνοής, anti-H.pylori IgG

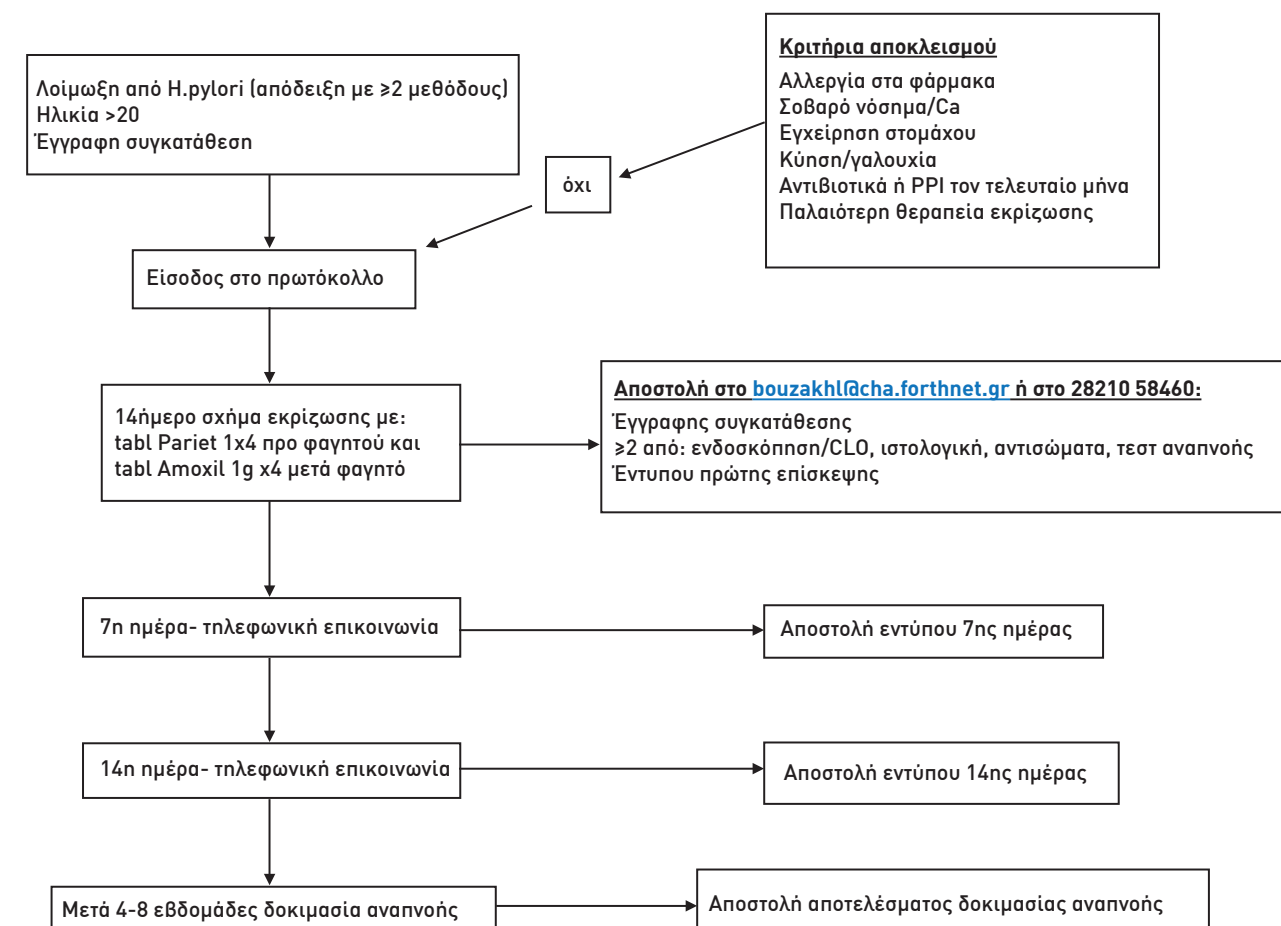
- Η έγγραφη συγκατάθεση
- Τα ερωτηματολόγια πρώτης επίσκεψης, 7ης και 14ης ημέρας
- Η τελική δοκιμασία αναπνοής

ΣΧΟΛΙΑ

Η μελέτη μας προσφέρει την ευκαιρία να καταγράψουμε τι συμβαίνει στον πραγματικό κόσμο. Συνεπώς, εκτός από τα ποσοστά εκρίζωσης και τις

παρενέργειες, είναι πολύτιμη η γνώση της μερικής ή πλήρους έλλειψης συμμόρφωσης. Παρακαλούμε λοιπόν να καταγράφονται όλα τα περιστατικά, ανεξαρτήτως αποτελέσματος.

Μία σημαντική δυσκολία του εγχειρήματός μας είναι η επαρκής τεκμηρίωση των περιστατικών. Αυτό οδηγεί αναπόφευκτα σε άρση του απορρήτου, δεδομένου ότι τα αποστέλλόμενα στοιχεία θα φέρουν τα ονοματεπώνυμα των ασθενών. Η συγκέντρωση των πληροφοριών από ιατρούς και μόνον πιστεύουμε ότι διασφαλίζει επαρκώς την αποφυγή περαιτέρω διαρροών.





Νέα από την Τεχνολογία - Βιομηχανία

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΓΩΝΙΑ

Κωφοκότσιος Αλέξανδρος

Έχω ξαναγράψει από αυτή τη στήλη για τα νεώτερα ενδοσκόπια με εικόνα High Definition. Όλες οι εταιρείες παραγωγής ενδοσκοπίων κατασκευάζουν πλέον τέτοια ενδοσκόπια. Μου θυμίζει, κατ' αναλογία την εξέλιξη στα μοντέλα κινητών τηλεφώνων: το περσινό έχει κάμερα 6 MP, το φετινό 8MP και αυτό του χρόνου 12 MP κοκ. Πράγματι το πρώτο smartphone ήταν ένα τεχνολογικό και εμπορικό breakthrough. Οι τακτικές αναβαθμίσεις τους όμως δεν ενδιαφέρουν ιδιαίτερα εκτός από τους φανατικούς οπαδούς τους. Το ίδιο σε μεγάλο βαθμό συμβαίνει και με τα ενδοσκόπια: πέρα από κάποιες βελτιώσεις οι αλλαγές είναι μικρές από τη μία σειρά στην επόμενη. Περιμένουμε κάθε χρόνο την σημαντική τεχνολογική εξέλιξη που συνήθως δεν έρχεται.

Μιλώντας με συνάδελφο που είχε ταξιδέψει στην Ιαπωνία πριν από κάποια χρόνια και μίλησε με ανώτερα στελέχη της Fujifilm, μου είπε ότι του αποκάλυψαν πως η κάμψη στις πωλήσεις film έχει στρέψει τον προγραμματισμό της εταιρείας σε νέους ορίζοντες. Βλέπουμε άλλωστε και άλλους κολλοσούς του χώρου των film όπως την Eastman Kodak να βρίσκονται στα πρόθυρα της χρεωκοπίας. Ένας από τους τομείς έρευνας της Fujifilm είναι τα ιατρικά συστήματα στα οποία περιλαμβάνονται και τα ενδοσκόπια. Έχουν επενδυθεί μεγάλα ποσά στην έρευνα σε αυτό τον τομέα.

Φέτος στο UEGW 2016 της Βιέννης η Fujifilm παρουσίασε τα αποτελέσματα της επένδυσης αυτής, το νεώτερο σύστημά της με το όνομα ELUXEO και τα ενδοσκόπιά του - τη σειρά 700. Σε ό,τι αφορά τον επεξεργαστή, η μεγάλη διαφορά που αποτελεί και την εξέλιξη του συστήματος, είναι η πηγή φωτισμού: από τις λυχνίες αλογόνου περάσαμε στις λυχνίες xenon και τώρα στα LED. Το νέο σύστημα έχει 4 λυχνίες LED. Οι διαφορές είναι πολλές: διάρκεια ζωής 10.000 ώρες έναντι 1.000 των λυχνιών xenon, προσθήκη δύο νέων συστημάτων επεξεργασίας εικόνας - τα BLI (Blue Light Imaging) και LCI (Linked Color Imaging) και τέλος σημαντικά βελτιωμένη εικόνα όσον αφορά

τη φωτεινότητα και την αντίθεση. Σε ό,τι αφορά την εικόνα, στελέχη της εταιρείας, μας είπαν ότι στα κέντρα που πρωτοδοκιμάστηκαν τα νέα συστήματα, οι ενδοσκόποι εντυπωσιάστηκαν κυρίως από τη φωτεινότητα του συστήματος. Σε ό,τι αφορά τα συστήματα επεξεργασίας εικόνας φαίνεται ότι η Fujifilm εγκαταλείπει σταδιακά το FICE. Το βασικό μειονέκτημα του συστήματος σε σχέση με το NBI της Olympus είναι ο ψηφιακός θόρυβος (noise) λόγω της επεξεργασίας του σήματος σε δεύτερο χρόνο. Τα δύο νέα συστήματα βοηθούν κυρίως στην ευκολότερη αναγνώριση βλαβών (LCI) και τον καλύτερο προσδιορισμό των ορίων της βλάβης (BLI). Μάλιστα στην παρουσίαση που έγινε προτάθηκε η είσοδος του κολονοσκοπίου να γίνεται με λευκό φωτισμό και η απόσυρση του με LCI. Όλα αυτά βέβαια ειπώθηκαν εν μέσω ευφορίας κατά τη διάρκεια της παρουσίασης ενός νέου προϊόντος για το οποίο η Fujifilm τρέφει πολλές ελπίδες και πρέπει να επιβεβαιωθούν και στην πράξη. Το νέο σύστημα είναι συμβατό με τα ενδοσκόπια σειράς 500, 600 και 700 ενώ τα παλαιά 400 βαίνουν σιγά σιγά προς απόσυρση.

Τα νέα ενδοσκόπια της σειράς 700 είναι τα μόνα τα οποία θα μπορούν να εκμεταλευθούν πλήρως τις δυνατότητες του νέου συστήματος, ενώ οι σειρές 500 και 600 θα είναι απλά συμβατές. Τα νέα ενδοσκόπια έχουν νέα πιο εργονομική λαβή- G7, σύνδεση πλήρως αδιάβροχη και χωρίς κινητά μέρη, ώστε να αποφεύγονται ατυχήματα, διαρροές, φθορές κλπ. Έχουν επίσης μικρότερη ακτίνα κάμψης του άκρου τους και μεταβαλλόμενη σκληρότητα (κολονοσκόπια). Φαίνεται ότι πλέον η Fujifilm εφαρμόζει στοιχεία που υπήρχαν σε ανταγωνιστικά μοντέλα για χρόνια, κοιτάει κατάματα τον ανταγωνισμό και ίσως να τον ξεπερνάει σε κάποια σημεία.

Εννοείται βέβαια ότι τα νέα αυτά συστήματα θα έχουν και την ανάλογη τιμή. Μένει μόνο η αξία τους να επαληθευθεί στην πράξη. Αν πράγματι είναι τόσο καλά, θα έχουμε ένα τεχνολογικό breakthrough...



Ο Απόστολος Μαντίδης γεννήθηκε στο Βόλο, είναι έγγαμος και πατέρας δύο κοριτσιών. Σπούδασε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, απ' όπου αποφοίτησε με Άριστα, και ορκίστηκε ως Σημαιοφόρος Ιατρός στο Πολεμικό Ναυτικό. Εκπαιδεύτηκε στην Παθολογική Κλινική του ΝΝΑ και την Α' Γαστρεντερολογική Κλινική του Ευαγγελισμού.

Μετά το τέλος της ειδικότητας εργάστηκε ερευνητικά επί ένα έτος στο Κέντρο Μελέτης Γαστρεντερικής Κινητικότητας του Πανεπιστημίου της Leuven Βελγίου με την καθοδήγηση του Καθηγητή G Vantrappen. Την ίδια περίοδο ολοκλήρωσε με Άριστα τη διδακτορική του διατριβή με θέμα σχετιζόμενο με τη μελέτη των πρωτοπαθών κινητικών διαταραχών του οισοφάγου με απερίσπαστη πριν και μετά αεροδιαστολή. Από την περίοδο εκείνη το επιστημονικό του ενδιαφέρον κλινικό και ερευνητικό επικεντρώθηκε στο συγκεκριμένο αντικείμενο της τεκμηρίωσης και αντιμετώπισης των κινητικών διαταραχών του πεπτικού και ιδιαίτερα του οισοφάγου. Οργάνωσε και λειτούργησε στο ΝΝΑ Εργαστήριο Κινητικότητας Πεπτικού το οποίο χάρη στις συνεχείς και άοκνες προσπάθειες του έγινε ευρύτατα γνωστό στον Ελλαδικό χώρο και η καταξίωσή του στη συνείδηση της Γαστρεντερολογικής κοινότητας το καθιέρωσε σαν κέντρο αναφοράς στο ειδικό αυτό επιστημονικό πεδίο.

Η ανέλιξη του στο Ναυτικό ήταν συνεχής μέχρι τις ανώτατες βαθμίδες της ιεραρχίας καθώς υπηρέτησε σε πολλές επιτελικές θέσεις, ανάμεσα στις οποίες Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας, Διευθυντής του ΝΝΑ και Διευθυντής Υγειονομικού του ΓΕΝ. Αποστρατεύτηκε με το βαθμό του Αντιναυάρχου και τον τίτλο του Επίτιμου Διευθυντού Υγειονομικού του Γενικού Επιτελείου Ναυτικού.

Όσον αφορά στο ιατρικό σκέλος διετέλεσε Διευθυντής Παθολογικών Κλινικών σε Κρήτη και Σαλαμίνα και Διευθυντής του Γαστρεντερολογικού Εργαστηρίου και της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του ΝΝΑ.

Το ερευνητικό του έργο, σταθερά προσανατολισμένο στον τομέα της κινητικότητας του πεπτικού και ιδιαίτερα του οισοφάγου είναι πλούσιο, και περιλαμβάνει πλήθος εργασιών που έχουν ανακοινωθεί σε Συνέδρια και δημοσιευτεί σε Διεθνή και Ελληνικά περιοδικά.

Ο Τομέας όμως που κατέχει κατά την άποψη μας ξεχωριστή θέση στην δημιουργική πορεία του Απόστολου Μαντίδη είναι το εκπαιδευτικό του έργο ευρύτατα γνωστό στη γαστρεντερολογική κοινότητα. Επί δέκα και πλέον έτη (1999-2010) ήταν ο εμπνευστής και κύριος διοργανωτής, μαζί με τον Καθηγητή Χειρουργικής του Πανεπιστημίου Κρήτης Ε. Ξυνό, των ετήσιων Μετεκπαιδευτικών Σεμιναρίων στη Γαστρεντερική Κινητικότητα και Αισθητικότητα τα οποία παρακολούθησαν πολλοί συνάδελφοι μας. Τα Σεμινάρια ήταν υψηλού επιστημονικού επιπέδου, και λάμβαναν εξαιρετικές κριτικές αξιολόγησης εκ μέρους των συμμετεχόντων.

Θετικότητας σχόλια είχαν διατυπωθεί και για το 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο που έφερε το στίγμα του ως Προέδρου της Οργανωτικής Επιτροπής, στο οποίο εφαρμόστηκε ένα νέο μοντέλο παρουσίασης και συζήτησης θεμάτων κλινικής Γαστρεντερολογίας πολύ χρήσιμο για την καθημερινή κλινική πράξη.

Την τελευταία πενταετία δραστηριοποιείται με μεγάλη επιτυχία σαν Πρόεδρος της Επιτροπής Εκπαίδευσης της ΕΓΕ εισάγοντας και εδώ ένα νέο σύγχρονων προδιαγραφών εκπαιδευτικό μοντέλο που απευθύνεται σε ειδικευόμενους και νέους – και όχι μόνο – Γαστρεντερολόγους το οποίο μεταδίδεται ζωντανά μέσω του διαδικτύου. Την περίοδο αυτή οργάνωσε στην ιστοσελίδα της ΕΓΕ και τη βάση δεδομένων που περιέχει όλα τα μαθήματα της πενταετίας.

Στο συγγραφικό του έργο ιδιαίτερα αναφέρω την μονογραφία για την Γαστρεντερική Μανομετρία καθώς και την ανανεούμενη ανά τριετία έκδοση των Πρακτικών των τριών ενοτήτων των Μετεκπαιδευτικών



Σεμιναρίων στη γαστρεντερική κινητικότητα και αισθητικότητα.

Τέλος πλούσια είναι η συμμετοχή του στα συλλογικά μας όργανα, ενδεικτικά Γραμματέας της ΕΓΕ 2002-5, Αντιπρόεδρος της ΕΠΕΓΕ 2001-4 και Πρόεδρος της ΕΓΕ το 2015. Αντιλαμβανόμαστε όλοι ότι ο σημερινός μας καλεσμένος έχει κατά το κοινώς λεγόμενο διανύσει πολλά χιλιόμετρα στους δρόμους της Γαστρεντερολογίας και κατά συνέπεια έχει πολλά να πεί υποβαλλόμενος στη βάσανο των ερωτήσεων μας....

Η πρώτη ερώτηση αφορά στην επιλογή ειδικότητας, αν ήταν προσωπική σας επιλογή ή προέκυψε λόγω αναγκών του Ναυτικού στο οποίο σταδιοδρομήσατε;

Η επιλογή της ειδικότητας ήταν προσωπική μου επιλογή από τα φοιτητικά μου χρόνια. Ηθικός «αυτουργός» ήταν ο παλιός συνάδελφος στρατιωτικός γιατρός Δημήτρης Βουτσάς πολύ γνωστός τότε στη Θεσσαλονίκη. Πριν το 3ο έτος της ιατρικής οι μαθητές της Στρατιωτικής Ιατρικής που είχαν τελειώσει τις εξετάσεις από τον Ιούνιο, μετά τις καλοκαιρινές διακοπές μέχρι την έναρξη των μαθημάτων στο Πανεπιστήμιο πήγαιναν για εκπαίδευση στο 424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο. Από τύχη με έστειλαν στην κλινική του κου Βουτσά. Εκείνος έδειξε ενδιαφέρον για μένα σε βαθμό που πιάνοντας μου το χέρι έκανα την πρώτη μου δακτυλική εξέταση. Ήταν η εποχή του βαριούχου γεύματος για τη διάγνωση των παθήσεων του ανώτερου πεπτικού. Εντυπωσιάστηκα από τη διαγνωστική διαδικασία σε βαθμό που δανείστηκα μια φωτογραφική μηχανή και έβγαζα φωτογραφίες τις ακτινογραφίες στομάχου που ακόμη έχω. Στο Πολεμικό Ναυτικό, όταν με τοποθέτησαν στην Παθολογική- Γαστρεντερολογική Κλινική για το rotation πριν πάω ως γιατρός σε πολεμικό πλοίο, το ενδιαφέρον μου για την ειδικότητα μεγιστοποιήθηκε από τις ενδοσκοπήσεις που έκανε τότε ο Διευθυντής της Κλινικής Κος Νίκος Νικολόπουλος. Άρχισα την ειδικότητα παθολογίας το 1979 με σκοπό στη συνέ-

χεια να εξειδικευθώ στην Γαστρεντερολογία. Όμως, το 1981 η γαστρεντερολογία έγινε κύρια ειδικότητα. Εκεί είχα να αντιμετωπίσω την σθεναρή άρνηση της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Ναυτικού, να πάρω εξ αρχής την ειδικότητα γαστρεντερολογίας. παρά τις θετικές εισηγήσεις του κ. Νικολόπουλου και του Διευθυντή του ΝΝΑ. Η απογοήτευσή μου ήταν απόλυτη, αλλά ήρθε ο από μηχανής Θεός που μου έδωσε την λύση. Ήταν η εφημερία μου την ημέρα που έκανε χολοκυστεκτομή ο τότε Αρχηγός του Ναυτικού, στον οποίο είχε μιλήσει για το πρόβλημά μου ο τότε Διευθυντής του Νοσοκομείου. Μετά την επίσκεψή μου στον ασθενή για κάποιο μετεγχειρητικό πρόβλημά του, φαίνεται ότι κάτι εκτίμησε από την παρουσία μου και τη επομένη ανακοίνωσε στον Διευθυντή του ΝΝΑ ότι «αυτός» θα γίνει Γαστρεντερολόγος. Ήταν μια ευλογημένη μέρα.

Δώστε μας κάποια στοιχεία για τα πρόσωπα, τις συνθήκες και τη γενικότερη ατμόσφαιρα στη Γαστρεντερολογική Κλινική του Ευαγγελισμού, αλλά και τη Γαστρεντερολογία γενικότερα την περίοδο εκείνη.

Μετά μεγάλη προσπάθεια, πείσθηκε η Υπηρεσία να κάνω τα τέσσερα χρόνια γαστρεντερολογίας στην Γαστρεντερολογική Κλινική του Ευαγγελισμού στην Κλινική του Κου Ορέστη Μανούσου την οποία είχα επιλέξει. Ήταν ένα δώρο Θεού γιατί ο Κος Μανούσος ήταν ένας μεγάλος δάσκαλος της κλινικής γαστρεντερολογίας. Η φιλοσοφία του περιελάμβανε: την ιατρική με επίκεντρο το τον άρρωστο, τη συνεχή κλινική έρευνα ως μέσο εκπαίδευσης και την ψυχική και κοινωνική επαφή όλων των γιατρών της Κλινικής που λειτουργούσαν ιατρικά ως ομάδα και κοινωνικά ως οικογένεια. Η λειτουργία της Κλινικής υποστηριζόταν ενεργά από άλλες ομάδες του νοσοκομείου όπως το ανοσολογικό και παθολογανατομικό εργαστήριο και από εξωνοσοκομειακούς συναδέλφους όπως ο Τάσος Εμμανουηλίδης που τότε ήταν ο μόνος που έκανε ολική κολονοσκόπηση.



Θυμάμαι ότι, επειδή δεν γινόταν ολική κολονοσκόπηση στον Ευαγγελισμό συνοδεύαμε, ως ειδικευόμενοι, τους ασθενείς στο Πολυιατρείο της Αστυνομίας στην Ομόνοια για να κάνουν την εξέταση. Με την φιλοσοφία αυτή λειτουργούσαν και οι επιμελητές της Κλινικής ο «δάσκαλος» Χρήστος Παπαδημητρίου και ο Γιάννης Τριανταφυλλίδης. Κάθε ένας στην κλινική είχε τομείς επιστημονικής δραστηριότητας και παρακολούθησης ενοτήτων της ειδικότητας είτε ήταν ειδικευμένος είτε ήταν ειδικευόμενος. Με τα χαρακτηριστικά αυτά δημιουργήθηκε στην περίοδο 1982-1986 η γνωστή «ομάδα Μανούσου» με τους δύο επιμελητές, τους αείμνηστους Αντώνη Ζερβακάκη και Χρήστο Σπηλιάδη, τον Δημήτρη Τζουρμακλιώτη, τον Αντώνη Κογεβίνα, τον Γιάννη Μουζά, τον Μανώλη Μερικά και εμένα. Ένα βασικό χαρακτηριστικό της καθοδήγησης της εκπαίδευσης από τον κο Μανούσο ήταν η ώθηση και η ενεργός υποστήριξή του να «ανοίξεις τα φτερά σου», όταν αναγνώριζε το ενδιαφέρον και τις προσπάθειές σου για επιστημονική πρόοδο. Το χαρακτηριστικό παράδειγμα ήταν η υποστήριξη του να γίνω καλός «οισοφαγίατρος», όπως με αποκαλούσε. Βλέποντας την προσπάθειά μου να διαχειριστώ ασθενείς με οισοφαγικές παθήσεις, στην ουσία αυτοεκπαιδευόμενος, θεώρησε ότι έπρεπε να τεκμηριώσω και να προεκτείνω τις γνώσεις και εμπειρίες μου στο αντικείμενο σε ένα κέντρο αναφοράς της εποχής εκείνης. Με δική του πρωτοβουλία και προσωπικές του ενέργειες μου εξασφάλισε χορηγό για να συμμετάσχω το Νοέμβριο του 1983 σε ένα workshop πέντε ημερών για την γαστρεντερική κινητικότητα που οργάνωνε ο καθηγητής Gaston Vantrappen στη Λουβέν του Βελγίου. Επιπλέον όμως μου εξασφάλισε επιπλέον παραμονή στο Κέντρο αυτό για ένα επιπλέον μήνα. Γυρίζοντας στον Ευαγγελισμό, σημειώστε ότι ήμουν τριτοετής ειδικευόμενος, άμεσα άρχισα να κάνω διαστολές οισοφαγικών στενώσεων με μεταλλικούς διαστολείς Eder-Puestow και διαστολές με χειρο-

ποίητα μπαλόνια σε αχαλασία. Η μεγαλοσύνη του δασκάλου γίνεται εμφανής με την υποστήριξη και εμπιστοσύνη του κ. Μανούσου στην πρότασή μου να αντιμετωπίσουμε συντηρητικά μια ατελή οισοφαγική ρήξη χωρίς διαφυγή από διαστολή σε αχαλασία, παρά την επιμονή έμπειρου θωρακοχειρουργού για άμεση χειρουργική θεραπεία.

Επιλέξατε να μετεκπαιδευτείτε στο εξωτερικό και να ασχοληθείτε με την «τεκμηρίωση και αντιμετώπιση των κινητικών διαταραχών του πεπτικού σωλήνα και ειδικότερα των παθήσεων του οισοφάγου» Τα ερωτήματα:

Σε ποιο επίπεδο βρισκόμαστε σήμερα στο εξειδικευμένο αυτό αντικείμενο;

Η κατάσταση σήμερα είναι σαφώς καλύτερη απ' ότι τις προηγούμενες δεκαετίες, όπως όταν ξεκίνησα την ειδικότητά στη δεκαετία του 80. Όμως ακόμη υστερεί σε σχέση με το επίπεδο της Δυτικής Ευρώπης. Οι κύριοι λόγοι αυτής της υστέρησης είναι η μικρή επίπτωση των σοβαρών κινητικών διαταραχών του πεπτικού, που περιορίζει το καλώς εννοούμενο «επαγγελματικό και επιστημονικό ενδιαφέρον» και η έλλειψη ενός κέντρου αναφοράς για τις κινητικές διαταραχές του πεπτικού που θα προωθούσε την κλινική και ερευνητική δραστηριότητα στο αντικείμενο και θα τροφοδοτούσε το σύστημα υγείας με νέα εξειδικευμένα στελέχη. Αυτό ισχύει ακόμη και για την ιδιωτική ιατρική. Για να γίνει εμφανής η υπάρχουσα κατάσταση αρκεί να αναλογισθεί κανείς την χαμηλή διαθεσιμότητα στη χώρα μας των βασικών διαγνωστικών εξετάσεων, όπως της μανομετρίας υψηλής ανάλυσης, την εμπέδνηση, του βαροστάτη, της σπινθηρογραφικής μέτρησης της γαστρικής κένωσης, των δοκιμασιών αναπνοής για μέτρηση της γαστρικής κένωσης και του χρόνου διάβασης, του αφοδεογράμματος, της ηλεκτρομυογραφίας, αλλά και θεραπευτικών μεθόδων όπως, η γαστρική βηματοδότηση, η διέγερση των ιερών νεύρων, βιοανά-



δραση, κ.ά. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν μερικοί νέοι συνάδελφοι στην επαρχία που σε επίπεδο ιδιωτικής άσκησης της ιατρικής κάνουν τις βασικές εξετάσεις (μανομετρίες, πεχαμετρίες), σε κανένα από τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία της χώρας, πλην του ΕΚΠΑ, δε υπάρχει εργαστήριο γαστρεντερικής κινητικότητας υψηλού επιπέδου και εξειδικευμένοι συνάδελφοι στο αντικείμενο.

Ποιος είναι ο αναγκαίος τεχνικός εξοπλισμός σε ένα σύγχρονο Εργαστήριο Κινητικών Διαταραχών Πεπτικού και ποιες άλλες ειδικότητες και με ποιους τρόπους συμπληρώνουν την ομάδα μελέτης και αντιμετώπισης;

Βασική προϋπόθεση για την λειτουργία ενός εργαστηρίου κινητικότητας είναι η διαθεσιμότητα εξειδικευμένων στο αντικείμενο γαστρεντερολόγων, κυρίως για την επιλογή των ενδείξεων κάθε εξέτασης και την ερμηνεία των ευρημάτων, παρά για την εκτέλεση των διαγνωστικών αυτών εξετάσεων, που άλλωστε και στα μεγαλύτερα εξειδικευμένα κέντρα είναι αντικείμενο των τεχνολόγων. Κατά την άποψή μου η διερεύνηση της γαστρεντερικής κινητικότητας και η βασική αντιμετώπιση πρέπει να είναι αντικείμενο δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου. Ο βασικός εξοπλισμός στην περίπτωση αυτή περιλαμβάνει την μανομετρία υψηλής ανάλυσης για οισοφάγο και ορθοπρωκτό, την εμπέδνηση-pH, την πεχαμετρία Bravo και την διαθεσιμότητα αφοδεογράμματος. Η εξειδικευμένη διερεύνηση και θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι αντικείμενο τριτοβάθμιων Νοσοκομείων ή κέντρων αναφοράς. Στην περίπτωση αυτή στο γαστρεντερολογικό εργαστήριο πρέπει να υπάρχει εξειδικευμένος εξοπλισμός για 24ωρη μανομετρία, εμπέδνηση-μανομετρία, αντρο-δωδεκαδακτυλο-νησική μανομετρία, μανομετρία του σφιγκτήρα του Oddi, ηλεκτρομυογραφία, δοκιμασίες αναπνοής και βαροστάτης. Εξίσου σημαντική στα τριτοβάθμια κέντρα είναι η διαθεσιμότητα εργαστηρίων με εξειδικευμένους ακτινοδιαγνώστες, πυρηνικούς γιατρούς και παθολογανατόμους,

αλλά και η διαθεσιμότητα έμπειρων εξειδικευμένων χειρουργών οισοφάγου, στομάχου, παχέος εντέρου και ορθοπρωκτικής περιοχής. Είναι γνωστό ότι η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια στη θεραπεία της αχαλασίας είτε με διαστολή είτε με λαπαροσκοπική μυστομή είναι σημαντικά μεγαλύτερες όταν γίνονται σε κέντρα αναφοράς από εξειδικευμένους συναδέλφους που εκτελούν μεγάλο αριθμό επεμβάσεων κάθε χρόνο. Το ίδιο ισχύει π.χ για τη διερεύνηση και αντιμετώπιση της αποφρακτικής δυσκοιλιότητας ή της ακράτειας. Άλλωστε η τάση στα προηγμένα συστήματα υγείας είναι να έχουν πιστοποίηση επάρκειας γιατροί και ιατρικές μονάδες για να εκτελούν συγκεκριμένες επεμβάσεις, με βάση τον ετήσιο αριθμό επεμβάσεων και την αποτελεσματικότητά τους.

Θα μπορούσε κάποιος να σας απονείμει το ρόλο του expert στο αντικείμενο αυτό λόγω της βαθιάς γνώσης και της μακράς εμπειρίας. Το ερώτημα είναι πόσα κατά την άποψή σας τέτοια κέντρα είναι απαραίτητα στην Αθήνα στα πλαίσια του Δημόσιου Συστήματος για την κάλυψη των αναγκών;

Αν και στη χώρα μας δεν γνωρίζουμε την συχνότητα της αχαλασίας, του διάχυτου οισοφαγικού σπασμού, της γαστροπάρεσης ή της χρόνιας εντερικής ψευδοαπόφραξης, με βάση τα ευρωπαϊκά δεδομένα ο αριθμός των νέων περιπτώσεων δεν είναι πολύ μεγάλος ώστε να απαιτείται μεγάλη διαθεσιμότητα εξειδικευμένων γαστρεντερολόγων, χειρουργών, παθολογανατόμων, πυρηνικών γιατρών ή ακτινολόγων. Με βάση αυτές τις προϋποθέσεις, εκτιμώ ότι στο λεκανοπέδιο χρειάζεται τουλάχιστον ένα κέντρο αναφοράς για τις οισοφαγο-γαστρικές κινητικές διαταραχές και ένα κέντρο για τις σοβαρές κινητικές διαταραχές του λεπτού-παχέος εντέρου και της ορθοπρωκτικής περιοχής. Στα πιστοποιημένα αυτά κέντρα αυτά θα πρέπει να παραπέμπονται για διερεύνηση και θεραπεία οι ειδικές, δύσκολες και σπάνιες περιπτώσεις.



Αντιλαμβάνομαι ότι για να γίνουν αυτά τα κέντρα, πρέπει να ξεπεραστούν «δομικές αγκυλώσεις» τόσο των γιατρών, που έχουν τη νοοτροπία ότι τα ξέρουν και τα κάνουν όλα στον «δικό τους ασθενή», όσο και του συστήματος υγείας που δεν σχεδιάζει, δεν πιστοποιεί και δεν προβλέπει τη στελέχωση μιας συγκεκριμένης χειρουργικής κλινικής πχ. με χειρουργούς οισοφάγου, με εξειδικευμένους γαστρεντερολόγους κλπ.

Η προσφορά σας στον εκπαιδευτικό τομέα είναι πολύ μεγάλη γιατί έχετε διοργανώσει επί σειρά ετών εκπαιδευτικά σεμινάρια και επιστημονικές εκδηλώσεις και συνεχίζετε με σφρίγγος, επάρκεια, συνέπεια και αποτελεσματικότητα, όπως προκύπτει τόσο από προσωπικές μαρτυρίες συναδέλφων όσο και από στοιχεία που συλλέγονται από έντυπα αξιολόγησης των διάφορων επιστημονικών εκδηλώσεων. Συγκεκριμένα επί 10 και πλέον χρόνια είσα-στε ο ηθικός αυτουργός, η ψυχή θα λέγαμε, των ιδιαίτερα επιτυχημένων Μετεκπαιδευτικών Σεμιναρίων Κινητικότητας και Αισθητικότητας στα οποία έχει εκπαιδευτεί μεγάλος αριθμός Γαστρεντερολόγων. Την τελευταία 5ετία, ως Πρόεδρος της Επιτροπής Εκπαίδευσης της ΕΓΕ, υλοποιείτε το Πρόγραμμα Μαθημάτων της Εταιρείας, άρτια οργανωμένο με σύγχρονη θεματολογία και υψηλού επιπέδου εκπαιδευτές. Θέλω να μας μιλήσετε αναλυτικά γι αυτές τις δραστηριότητες για να τις γνωρίσουν καλύτερα τα μέλη της ΕΠΕΓΕ και ευρύτερα ακόμη.

Συμφωνώ με την άποψη ότι η εκπαίδευση αποτελεί το τελευταίο στάδιο δραστηριότητας ενός εξειδικευμένου γιατρού μετά τα μακροχρόνια στάδια της ερευνητικής και κλινικής του δραστηριότητας, προκειμένου να μεταδώσει την συσσωρευμένη του εμπειρία σε διάφορα επίπεδα. Αυτό είναι περισσότερο απαραίτητο σε ειδικούς «μη δημοφιλών τομέων»

της ιατρικής.

Είχαμε την εμπειρία λειτουργίας στο NNA μιας ομάδας με εξειδικευμένους στην γαστρεντερική κινητικότητα με μέλη γαστρεντερολόγο, χειρουργό, ακτινολόγο και πυρηνικό γιατρό που μετά επίμονες προσπάθειες πέτυχε ένα υψηλό επίπεδο προδιαγραφών διαγνωστικής και θεραπευτικής αντιμετώπισης των κινητικών διαταραχών του πεπτικού και έγινε κέντρο αναφοράς. Βλέποντας την ομάδα αυτή να διαλύεται λόγω σταδιακής αποχώρησης από το Νοσοκομείο χωρίς να τροφοδοτείται από αντίστοιχα στελέχη σκεφθήκαμε με τον χειρουργό Βαγγέλη Ξυνό που εν τω μεταξύ έγινε πανεπιστημιακός στην Κρήτη, να μεταφέρουμε την εμπειρία μας στο αντικείμενο αυτό στην κοινότητα των γαστρεντερολόγων και χειρουργών καλύπτοντας ένα εκπαιδευτικό κενό στον κλινικό, εργαστηριακό και θεραπευτικό χειρισμό των κινητικών και λειτουργικών διαταραχών του πεπτικού. Ο τρόπος που επιλέξαμε εξ αρχής ήταν ένα υψηλών προδιαγραφών «μαθησιακό» Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο 3,5 ημερών, με πολύ «σφικτό και σκληρό» πρόγραμμα διδασκαλίας θεωρητικών και κλινικών γνώσεων και πρακτικής βήμα-βήμα διαχείρισης ασθενών και εκπαιδευτικού τύπου εξετάσεων πιστοποίησης της απόδοσης των συμμετεχόντων. Βασικά χαρακτηριστικά ήταν η επιλογή ως εκπαιδευτών εξειδικευμένων συναδέλφων στα αντικείμενά τους και η χορήγηση εκτενών εκπαιδευτικών κειμένων για όλα τα θέματα διδασκαλίας. Τα ετήσια αυτά Σεμινάρια, σε τρεις κυλιόμενους κύκλους θεματολογίας για όλο το πεπτικό, έγιναν για 12 συνεχή χρόνια. Με συνεχείς παρεμβάσεις βελτίωσης, με βάση τα κριτήρια αξιολόγησης που είχαμε θέσει, τα σεμινάρια αυτά έτυχαν της πολύ υψηλής αποδοχής από τους νέους και παλαιότερους συναδέλφους, αλλά διακόπηκαν με την οικονομική κρίση γιατί το υψηλό οργανωτικό κόστος του μοντέλου που είχαμε επιλέξει δεν μπορούσε να υποστηριχθεί πλέον από χορηγίες.



Όμως το επιτυχημένο αυτό μοντέλο εκπαίδευσης έχει μεταφερθεί σε μεγάλο μέρος του στα Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα της ΕΓΕ, όπως γίνονται τα τελευταία έξη χρόνια που έχω την ευθύνη της Επιτροπής Εκπαίδευσης της ΕΓΕ.

Ανατρέποντας τα ισχύοντα επιλέξαμε ως στόχο την εκπαίδευση στον διαγνωστικό και θεραπευτικό χειρισμό των ασθενών στην κλινική πράξη, από έμπειρους στα θέματα εκπαιδευτές που είναι καλοί ομιλητές, έχουν μεταδοτικότητα και επιτυγχάνουν υψηλά ποσοστά απόδοσης στην αξιολόγηση από τους παρακολουθούντες. Εργαζόμενοι με όραμα και σχέδιο, εντατικά και συστηματικά, αναλύοντας τις αξιολογήσεις κάθε μαθήματος στην Επιτροπή Εκπαίδευσης διατηρήσαμε την πολύ υψηλή αποδοχή του μοντέλου αυτού από την κοινότητα. Με ομάδα στόχο τους συναδέλφους της περιφέρειας έχουμε καθιερώσει την ζωντανή διαδικτυακή και διαδραστική μετάδοση των Μαθημάτων. Για την κατ' επίκληση μελέτη από τα τακτικά και δόκιμα μέλη της ΕΓΕ καθιερώσαμε την ανάρτηση των πρακτικών (κείμενα, παρουσιάσεις, βίντεο των μαθημάτων) στην ιστοσελίδα της ΕΓΕ σε ειδική βάση δεδομένων. Επιτύχαμε επίσης την αυτόματη ψηφιακή διαδικασία γραπτών δοκιμασιών για πιστοποίηση της επιτυχούς παρακολούθησης των Μαθημάτων, η οποία αποστέλλεται σε όλα τα μέλη της ΕΓΕ με στόχο της αυτοαξιολόγησης των γνώσεων τους και την πυροδότηση της μελέτης των εκπαιδευτικών τους κενών στα πρακτικά των Μαθημάτων. Παρά την πολύ υψηλή αποδοχή όλων των παραμέτρων αξιολόγησης του προγράμματος από όσους το παρακολουθούν, υπάρχουν στόχοι που δεν έχουμε πετύχει. Έτσι μετά πέντε χρόνια η παρακολούθηση των μαθημάτων από τους ειδικευόμενους της περιφέρειας είναι πολύ χαμηλή όπως και η κατ' επίκληση παρακολούθηση από τους γαστρεντερολόγους. Ένα άλλο θέμα στο οποίο επίσης δεν πετύχαμε σύγκλιση θέσεων και συνεργασίας είναι και η διασύνδεση των εκπαιδευτικών στόχων

του προγράμματος μας με τη θεματολογία των εξετάσεων για την απόκτηση ειδικότητας γαστρεντερολογίας.

Πολλοί υποστηρίζουν ότι το ισχύον σύστημα λήψης της ειδικότητας είναι ξεπερασμένο και απαραίτητο να αλλάξει. Συμμερίζετε αυτή την άποψη και ποιες αλλαγές θα προτείνετε;

Συμφωνώ απόλυτα ότι η εκπαίδευση για λήψη ειδικότητας πρέπει αν περάσει στις επιστημονικές εταιρείες, αλλά με σαφείς προδιαγραφές. Εκτιμώ ότι δεν χρειάζονται ατέρμονες ελληνικού τύπου συζητήσεις για το θέμα, που συνήθως έχουν ιδιοτελείς στόχους από τους εμπλεκόμενους πολιτικούς και επιστημονικούς φορείς. Αρκεί να εφαρμοσθεί το εκπαιδευτικό μοντέλο που έχει εκπονήσει η UEMS. Ο βασικός στόχος πρέπει να είναι η προετοιμασία και η «εξέταση» των ειδικευόμενων για να ασκήσουν επιστημονικά επαρκώς με αξιοκρατική πιστοποίηση την γαστρεντερολογία στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Με άλλα λόγια το σύστημα πρέπει να «παράγει» γαστρεντερολόγους στους οποίους εμείς οι ίδιοι θα εμπιστευόμασταν τη δική μας υγεία. Η «παραγωγή» εξειδικευμένων γαστρεντερολόγων θα πρέπει να είναι αντικείμενο πιστοποιημένης «μεταπτυχιακής» εκπαίδευσης.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα και η διαδικασία πιστοποίησης γνώσεων για τη λήψη ειδικότητας πρέπει να διασυνδέονται και να υλοποιούνται με κανόνες σε πανελλήνιο επίπεδο από συλλογικούς επιστημονικούς φορείς και όχι από διαφορετικές προσωπικές επιλογές των πολλών επιτροπών εξετάσεων ανά τη χώρα, όπως ισχύει σήμερα.

Τι νέο έφερε το 28ο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας του οποίου είχατε την ευθύνη σας Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής και ποιο είναι το απόσταγμα της εμπειρίας σας από αυτό;

Όταν μου ανατέθηκε η προεδρεία του 28ου συνεδρίου 2008 από το ΔΣ της ΕΓΕ, έκανα μια έρευνα



ρωτώντας πολλούς συναδέλφους τι θα ήθελαν για να ωφεληθούν από ένα συνέδριο. Με βάση αυτές τις απόψεις εφήρμωσα ένα συνεδριακό μοντέλο με στόχο την κλινική και θεωρητική ωφέλεια των συναδέλφων με συζητήσεις συγκεκριμένων ερωτημάτων, σε περιβάλλον σαλονιού, από εξειδικευμένους συναδέλφους, ώστε να ενημερωθούν για τις επιστημονικά ισχύουσες απαντήσεις. Δηλαδή ήταν ένα συνέδριο που δεν είχε τον χαρακτήρα βιβλιογραφικής ενημέρωσης, από ομιλητές επιλεγμένους με βάση τις «δημόσιες σχέσεις». Οι συζητήσεις ήταν διαδραστικές με εκτενή χρήση συστήματος ηλεκτρονικής ψηφοφορίας. Εκτός από το επιστημονικό πρόγραμμα το συνέδριο είχε να χαρακτηριστεί «σύναξη» της κοινότητάς μας με εκδηλώσεις επαφής με την κοινωνία (παρουσία συλλόγων κοινωνικού χαρακτήρα, προβολή της πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου) και με τον πολιτισμό (συναυλία, παραγωγή μουσικού CD). Το μοντέλο αυτό έτυχε πολύ υψηλής αποδοχής όλων των παραμέτρων του, αλλά δυστυχώς κανένα από τα καλά και ευρύτατα αποδεκτά χαρακτηριστικά του δεν διατηρήθηκε στα επόμενα συνέδρια. Νομίζω ότι η κύρια αιτία είναι ότι η πρόοδος χρειάζεται όραμα, στόχους, διάθεση πολύ χρόνου και πολύ σκληρή δουλειά για την υλοποίησή τους. Αυτά είναι χαρακτηριστικά «εν ανεπαρκεία» στη χώρα μας και συνεπώς και στην κοινότητά μας.

Πρόεδρος της Γαστρεντερολογικής Εταιρείας πολύ πρόσφατα το 2015, δώστε μας λίγο από το κλίμα, τα πεπραγμένα και αν νομίζετε ότι χρειάζονται αλλαγές στη λειτουργία του ΔΣ και προς ποια κατεύθυνση.

Η αίσθηση που έχω είναι ότι η ΕΓΕ τα τελευταία χρόνια είναι απαξιωμένη στη συνείδηση των περισσότερων γαστρεντερολόγων. Τα αίτια αυτής της απαξίωσης πρέπει να αναζητηθούν στην εικόνα που εξέπεμπαν για χρόνια οι ασχολούμενοι με τα διοικητικά της εταιρείας, που αντιστοιχούσε στα χαρα-

κτηριστικά της ελληνικής κοινωνικής κουλτούρας κάθε εποχής. Τα χαρακτηριστικά των συναδέλφων που ασχολήθηκαν με τα διοικητικά της ΕΓΕ μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 80 ήταν η αγάπη και το ενδιαφέρον τους για την εταιρεία, η ενεργός ανιδιοτελής προσφορά και συμμετοχή τους στις δραστηριότητές της και οι κοινωνικές επαφές μεταξύ τους. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες η ενασχόληση με τα διοικητικά της ΕΓΕ απέκτησε συνδικαλιστικά χαρακτηριστικά, ομαδοποίηση, ιδιοτέλεια, προσωπική προβολή, φημολογούμενα οφέλη, ελάχιστη ενεργητικότητα και ελάχιστη διάθεση προσωπικού δημιουργικού χρόνου. Είναι πρόδηλο ότι η διοίκηση της ΕΓΕ έχει πλέον διαχειριστικό χαρακτήρα. Υπάρχει επιτακτική ανάγκη αλλαγής του καταστατικού και του εσωτερικού κανονισμού της εταιρείας με στόχο την εξυπηρέτηση των σκοπών της εταιρείας, όπως περιγράφονται στο ισχύον καταστατικό που είναι ταυτόσημοι με αυτούς της Βρετανικής. Βασικοί στόχοι πρέπει να είναι η άμεση εκλογή των θεσμικών προσώπων από λίστες υποψηφίων με συγκεκριμένα προσόντα (Προέδρου, Αντιπροέδρου, Γ. Γραμματέα) για 2-3 χρόνια, η μόνιμη επιτροπή σχεδιασμού, προγραμματισμού και στόχων, η οργάνωση του Συνεδρίου από το ΔΣ, κλπ. Σας διαβεβαιώνω ότι δεν είμαστε όλοι ικανοί να διοικήσουμε ούτε έχουμε τα προσόντα και τον μεγάλο απαιτούμενο χρόνο να εργασθούμε δημιουργικά και αποτελεσματικά με την διοίκηση της ΕΓΕ. Πιθανότατα δε είμαστε και ανώριμοι για τέτοιες σοβαρές μεταρρυθμίσεις. Γιατί το λέω αυτό. Το ΔΣ μου ανέθεσε την υποβολή σχεδίων νέου καταστατικού και εσωτερικού κανονισμού. Μετά εξάμηνη εντατική προσπάθεια υπέβαλα την εισήγησή μου αλλά η απαιτούμενη διαβούλευση δεν έγινε ποτέ. Θα μου πείτε ότι ο κόπος θα πάει χαμένος γιατί κυοφορείται η νομοθέτηση κοινού καταστατικού για όλες τις επιστημονικές εταιρείες κορμού. Ακόμη και στην περίπτωση αυτή θα υπάρχει ελευθερία εφαρμογής προοδευτικών παρεμβάσεων πέραν των υποχρεω-

τικών άρθρων του Νόμου.

Από την πολυετή εμπειρία σας πως τοποθετείτε την Ελληνική Γαστρεντερολογία στο διεθνές περιβάλλον. Υπάρχει υστέρηση και αν ναι περιγράψτε τρόπους που θα βελτιώναν τη θέσης της στη σημερινή δύσκολη δημοσιονομική πραγματικότητα.

Το μέσο επίπεδο της κλινικής γαστρεντερολογίας στη χώρα μας είναι ικανοποιητικό και αυτό επιβεβαιώνεται από την επιτυχή καριέρα συναδέλφων στο εξωτερικό. Αντίθετη είναι η εικόνα μας στα διεθνή φόρα του χώρου μας, όπου οι ελληνική συμμετοχή στα κέντρα διοίκησης και λήψης αποφάσεων είναι σχεδόν μηδενική, ενώ και το παραγόμενο ερευνητικό έργο, όπως αυτό προβάλλεται από τις ελληνικές ανακοινώσεις στα διεθνή συνέδρια είναι πολύ μικρό. Αυτή η υστέρηση μας στο ευρωπαϊκό περιβάλλον αφορά πρωτίστως τα τεράστια θεσμικά οργανωτικά, λειτουργικά και οικονομικά προβλήματα του δημόσιου αλλά και του ιδιωτικού συστήματος υγείας στην χώρα μας, που φυσικά περιλαμβάνουν και την ειδικότητά μας. Άλλος ένας λόγος είναι η προβληματική εκπαίδευσή μας, σε κλινικές και υπό εκπαιδευτές που δεν αξιολογούνται και δεν έχουν πιστοποίηση για το σκοπό αυτό. Είναι σαφές ότι έχουμε τις δυνατότητες να βελτιώσουμε το επίπεδο μας αλλά και την προς τα έξω εικόνα μας, αρκεί να λειτουργήσουμε αξιοκρατικά επιλέγοντας τους καταλληλότερους συναδέλφους για κάθε μας δραστηριότητα. Ένα παράδειγμα επιτυχίας αυτού του λειτουργικού μοντέλου ήταν ο εντυπωσιασμός του συμβουλίου της UEG από την παρουσίαση του ψηφιακού εκπαιδευτικού προγράμματος της ΕΓΕ, υπό συνθήκες κρίσης, που δεν διαθέτουν οι εταιρείας ακόμη και των πολύ ποιο ανεπτυγμένων ευρωπαϊκών χωρών.

Πέραν της Ιατρικής έχετε και μεγάλη διοικητική εμπειρία λόγω της εργασίας σας στο Πολεμικό Ναυτικό όπου κληθήκατε να υπηρετήσετε σε θέσεις ευθύνης, όπως Διοικητής Νοσοκο-

μείου και Υγειονομικού Σώματος. Πως αποτιμάτε εκείνη την περίοδο;

Η εποχή που ανάλαβα διοικητικά καθήκοντα στην Υγειονομική Υπηρεσία του Πολεμικού Ναυτικού συνέπεσε με την έναρξη της οικονομική κρίσης. Παρά το γεγονός ότι ήμουν γιατρός πρώτης γραμμής, αποφάσισα να διακόψω την «ακαδημαϊκή» ενασχόληση με την ιατρική και να προσπαθήσω να προσφέρω στην ναυτική οικογένεια επιστημονικά τεκμηριωμένες διοικητικές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις με στόχο τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας επ' ωφελεία της ναυτικής οικογένειας ως ανταπόδοση σε ότι μου πρόσφερε στην δική μου ζωή και επαγγελματική μου εξέλιξη. Στο επίπεδο διοίκησης του ΝΝΑ διαπίστωσα ότι οι διοικήσεις πρέπει να έχουν όραμα και συγκεκριμένους στόχους που υλοποιούνται με cost-effective προγράμματα βελτίωσης τη ποσοτικής και ποιοτικής απόδοσης ενός νοσοκομείου και ειδικότερα του προσωπικού του. Καθοριστικός παράγοντας είναι ο πλήρης έλεγχος των οικονομικών παραμέτρων λειτουργίας ενός νοσοκομείου, που μπορεί να εξοικονομήσει πόρους.

Στο επίπεδο διοίκησης της υγειονομικής υπηρεσίας διαπίστωσα την σκληρή αντίσταση της κατεστημένης πολιτικής και στρατιωτικής διοίκησης στην εφαρμογή μεταρρυθμίσεων και αλλαγών ακόμη και όταν αυτές υποστηρίζονται από τεκμηριωμένες εκθέσεις σοβαρών εξειδικευμένων ακαδημαϊκών φορέων. Θεωρώ ότι τα δύο χρόνια που υπηρέτησα σε επιτελικό επίπεδο πήγαν χαμένα μόνο στην προσπάθεια να πείσω ανεπαρκείς εγκεφάλους ότι πρέπει να κάνουμε κινήσεις προς τα εμπρός.

Μιλήστε μας λίγο για τον εαυτό σας εκτός Ιατρικής για δεξιότητες, αγαπημένες ασχολίες... Ποια η σχέση σας με τις τέχνες;

Διαχρονική από παιδικής ηλικίας ασχολία, τώρα μόνο στις διακοπές, είναι το ψάρεμα και η βαρκούλα μου. Θεωρώ ως μείζονα «non-action» δραστηριό-





τητα το ψάρεμα με καλάμι, γιατί με ηρεμεί απόλυτα αδειάζοντας το μυαλό μου αφού μένουν ενεργοποιημένες μόνο οι εγκεφαλικές λειτουργίες παρακολούθησης, ετοιμότητας και αντίδρασης στη βύθιση του φελλού. Είμαι γενικά καλλιτεχνικό τύπος. Από μικρό παιδί ασχολήθηκα ερασιτεχνικά με τη ζωγραφική. Αυτό κορυφώθηκε με μερικούς πίνακες σε καμβά που έκανα όταν ήμουν ειδικευόμενος. Στη συνέχεια ασχολήθηκα για πολλά χρόνια με τη φωτογραφία με αγαπημένα μου θέματα τα λουλούδια, τα δένδρα και τα τοπία, δημιουργώντας μια μεγάλη συλλογή σε διαφάνειες. Την εποχή της φωτογραφίας ακολούθησε η εποχή των βίντεο και η περιοδική μανία συλλογών απλών αντικειμένων. Τώρα πλέον ασχολούμαι με την εορταστική χειροτεχνία για την οικογένεια και τους φίλους μου.

Τι είδους βιβλία διαβάζετε και αν έχετε να προτείνετε κάποιο(α) που διαβάσατε πρόσφατα.

Δυστυχώς μετά τη λήψη ειδικότητας, οι υπερβολικές απασχολήσεις μου με την «ιατρική» μελέτη, οι υπηρεσιακές μου υποχρεώσεις στο Πολεμικό Ναυτικό και ο βιοπορισμός με την άσκηση ιδιωτικού επαγγέλματος, σε συνδυασμό με την τελειωτική ψυχολογία μου για ότι κάνω, άφηνε πολύ λίγο ελεύθερο χρόνο που προτιμούσα να διαθέσω στην οικογένειά μου παρά στο διάβασμα βιβλίων. Βιβλία διαβάζω μόνο στις διακοπές. Προτιμώ ελληνο-ιστορικά και κοινωνικά θέματα. Τα πλέον πρόσφατα βιβλία που διάβασα και που θα μπορούσα να συστήσω ήταν «Ο χαρακτήρας των Ελλήνων» του αείμνηστου καθηγητή ιστορίας Απόστολου Βακαλόπουλου που διαπραγματεύεται την ιστορική καταγωγή και τα χαρακτηριστικά μας ως λαού που διαχρονικά δεν αλλάζουν και το «Συνδεδεμένοι» των Nicolas Christakis και James Fowel που τεκμηριώνει επιστημονικά την ύπαρξη των κοινωνικών δικτύων που εξηγούν την ανθρώπινη κοινωνική συμπεριφορά λαών και κοινωνικών ομάδων. Σημειώστε τέλος τη συνθήειά μου να ξαναδιαβάζω

κατά καιρούς το «Απομνημονεύματα του Μακρυγιάννη». Διαχρονικά παραμένω λάτρης της μουσικής και ειδικότερα του μουσικού ήχου της «καθ' ημάς ανατολής» και της μουσικής Latin, γιατί έχουν συναίσθημα και πάθος.

Τι κατεύθυνση θα δίνετε στο νέο γιατρό που θέλει να γίνει Γαστρεντερολόγος;

Πρώτο μέλημα του πρέπει να είναι η καλλιέργεια των χαρακτηριστικών του σωστού γιατρού. Να είναι καθαρός, ευηρεπώς ντυμένος, να είναι ευγενής, ήρεμος, να ελέγχει το θυμό και να ασκεί την ιατρική ως επιστήμη και όχι πρωτίστως ως οικονομική δραστηριότητα. Η οικονομική απολαβή θα είναι αυτόματη συνέπεια της άσκησης ιατρικής υψηλών ποιτικών προδιαγραφών που σήμερα αναγνωρίζεται εύκολα από την κοινωνία. Ειδικότερα για τους νέους που θέλουν να γίνουν γαστρεντερολόγοι, θα πρέπει να εκμεταλλευτούν πολύ την εκπαίδευση τους στην εσωτερική παθολογία. Δεν θα πρέπει να έχουν ως κύριο στόχο μόνο την εκτέλεση ενδοσκοπήσεων. Αυτό θα μπορούσε να το κάνει και ένας εκπαιδευμένος τεχνολόγος. Ο γαστρεντερολόγος δεν θα πρέπει να γίνει τελικά μόνο «κολονοσκόπος», αλλά θα πρέπει να δίνει λύση στο πρόβλημα κάθε ασθενή. Να εκπαιδευτεί να αφιερώνει χρόνο ακόμη και για τους λειτουργικούς ασθενείς που άλλωστε είναι και οι περισσότεροι. Δεν είναι σωστή άσκηση της ιατρικής να λες στον ασθενή με ευερέθιστο έντερο «κάναμε γαστροσκόπηση, κολονοσκόπηση, αξονική και δεν έχεις τίποτε». Ο ασθενής για να έρθει έχει συμπτώματα και κακή ποιότητα ζωής που έχει υποχρέωση ως γιατρός να τα βελτιώσεις. Είναι σαφές ότι η επιστημονική και επαγγελματική καταξίωση επιτυγχάνεται με την εξειδίκευση σε βάθος σε τομείς της ειδικότητας που πρέπει να είναι ο στόχος κάθε γαστρεντερολόγου στο μεγάλης έκτασης γνωστικό μας αντικείμενο. Δεν μπορείς να ασκείς κλινική γαστρεντερολογία άριστα σε όλους τους τομείς και να κάνεις άριστα όλες τις ενδοσκοπικές τεχνικές. Όλοι



μας πρέπει αν έχουμε το θάρρος να λέμε «αυτό δεν το γνωρίζω καλά και νομίζω ότι ο καταλληλότερος χειριστής του προβλήματος σας θα ήταν ο τάδε συνάδελφος».

Πως βιώνετε την περιπέτεια που περνά τα τελευταία επτά χρόνια η χώρα μας. Τι γίνεται λάθος, υπάρχει διέξοδος και τι θα προτείνετε στους «επαίοντες»;

Οι αρνητικές επιδράσεις της κρίσης αφορούν όλους μας. Οι αιτίες είναι διαχρονικές και δεν είναι άλλες από τα χαρακτηριστικά μας ως λαού ως μοντέλου ανατολικής κοινωνίας. Το ίδιο σκηνικό υπάρχει στην Ελλάδα από την αρχαιότητα και σε όλες τις ιστορικές περιόδους. Αναζητείστε στο διαδίκτυο την «επιστολή ενός συγκλητικού» του αείμνηστου Κωνσταντίνου Τσάτσου για να διαπιστώσετε ότι τα γραφέντα για την κοινωνική και πολιτική συμπεριφορά των Ελλήνων το 1958 ισχύουν απόλυτα και σήμερα. Είναι διαχρονική η διαίρεση των Ελλήνων σε αντίπαλες «φανατικοποιούμενες» ομάδες και ο αγώνας ανάληψης της εξουσίας με κάθε μέσο για βόλεμα της δικής τους ομάδας και η εκδικητική συμπεριφορά στην αντίπαλη, που τελικά τις περισσότερες φορές οδήγησε σε εθνικές καταστροφές. Παραδείγματα άπειρα: Αθήνα-Σπάρτη, νότιοι-βόρειοι, αγωνιστές του 1821-φαναριώτες, βενιζελικοί-αντιβενιζελικοί, αριστεροί-δεξιόι, μπλε και πράσινα καφενεία, μνημονιακοί-αντιμνημονιακοί, «προοδευτικοί»-συντηρητικοί, κοκ. Η νοοτροπία να «πεθάνει η κατσίκα του γείτονα», εγώ να βολεψώ, το ανέντιμο κράτος, να πληρώσουν οι έχοντες, η κομματικοκρατία και ο φανατισμός παντού, ακόμη και στο δημοτικό σχολείο, είναι παραδείγματα μιας παθολογικής κοινωνικής αντίληψης και συμπεριφοράς. Και φυσικά διαχρονικά οι έχοντες τη ευθύνη διακυβέρνησης να παίζουν σαν μικρά παιδιά (τα λένε πολιτικά παιχνίδια) για να πείσουν τον όχλο ότι αυτοί κάνουν μόνο τα σωστά και οι αντίπαλοι τους είναι οι κακοί εχθροί τους. Κανείς

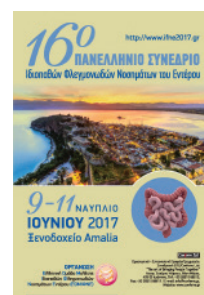
δεν ασχολείται με την χώρα, την κοινωνία και το μέλλον. Θαρρείς και κανείς δεν αγαπάει αυτή την ιστορική πανέμορφη χώρα. Οι σοφοί του λαού τα έχουν περιγράψει στις παροιμίες. Κάθε μέρα που βλέπετε τηλεόραση είναι εύκολο να μονολογήσετε: «εδώο κόσμος χάνεται, βαρκούλες αρμενίζουν». Όλα αυτά με κάνουν απαισιόδοξο για το μέλλον της κοινωνίας μας, γιατί δεν υπάρχουν πια «φωτισμένοι ηγέτες» να καθοδηγήσουν και να εκπαιδεύσουν αυτό το λαό. Τα παραπάνω βιβλία που σας συνέστησα θα πιστοποιήσουν αυτή μου την άποψη.

Και κάτι αισιόδοξο για να κλείσουμε...

Εκτός από τις παθολογικές μεταλλάξεις του «Ελληνικού DNA», υπάρχουν και προστατευτικά γονίδια, η επίπτωση των οποίων μπορεί να καλλιεργηθεί για να αυξηθεί και να μειώσει τις κοινωνικές μας αρρώστιες. Είμαστε εργατικός, «πνευματικός» και δημιουργικός λαός και μεγαλουργούμε όταν μεταναστεύσουμε σε άλλες χώρες. Αυτό πρέπει να επιδιώξουμε ζώντας στη χώρα μας. Αν ο καθένας μας χωριστά προσπαθήσει να λειτουργεί βιωματικά με τα κλασικά μηνύματα της αρχαίας μας φιλοσοφίας και της αρχές της χριστιανικής πίστης και με δημιουργική διάθεση, αδιαφορώντας για τις σειρήνες του περιβάλλοντός μας, υπάρχει ελπίδα να γίνουμε πολλοί. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα στην ελληνική ιστορία.

Αν αναλογιστώ την απόδοση του προσωπικού μου «δόγματος», με το οποίο λειτουργήσα στην προσωπική μου ζωή, στην ιατρική και στο Πολεμικό Ναυτικό, νομίζω πως υπάρχει μέλλον αρκεί να το πιστέψουμε σαν φιλοσοφία και να το υλοποιήσουμε ο καθένας πρώτα στον εαυτό του. Άλλωστε όπως πρόσφατα διαπίστωσα είναι η πρόταση της επιστήμης του “management”, δηλαδή: να έχουμε όραμα, στόχους, σχέδιο και πρόγραμμα για την κατάκτηση τους, εργαζόμενοι συστηματικά, οργανωμένα με αξιοκρατία και ανιδιοτέλεια.

Ναύπλιο θα πάτε;



Το Ναύπλιο, η πρώτη πρωτεύουσα της Ελλάδος, κατά την άποψή μου η γοητευτικότερη πόλη της Πελοποννήσου και από τις ομορφότερες της χώρας, αγαπημένος προορισμός για όλες τις εποχές του χρόνου επιλέχτηκε ως η πόλη που θα φιλοξενήσει το 16ο Πανελλήνιο συνέδριο των ΙΦΝΕ.

Η πόλη με ιδιαίτερη αρχιτεκτονική φυσιογνωμία και διατηρητέα πολλά ιστορικά της στοιχεία κάνει τον ταξιδιώτη να νιώθει όμορφα καθώς μέσα από τα στενά σοκάκια της μεταφέρεται σε άλλες εποχές ενώ τα δύο ενετικά κάστρα (Παλαμήδι και Ακροναυπλία) στεφανώνουν στην κυριολεξία την πόλη.

Όλη η παλιά πόλη είναι ρυμοτομημένη με σχέδια του Σταμάτη Βούλγαρη από την εποχή του Καποδίστρια, με πρωτοβουλία του οποίου κατασκευάστηκε και ο πρώτος δρόμος με κλασικές, Ευρωπαϊκές προδιαγραφές (οδός Βασ. Κων/νου). Εκεί στην αρχή του μεγάλου δρόμου, σημείο αναφοράς σε κάθε περιήγηση στην πόλη, έχτισε το σπίτι του ο ίδιος ο Καποδίστριας γνωστό ως «παλατάκι» που κάηκε στα 1929.

Ο «Μεγάλος Δρόμος» (οδός Βασ. Κων/νου) κεντρικός πεζόδρομος της πόλης που την διασχίζει σχεδόν ολόκληρη καταλήγει στην, με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά Ιταλικής Piazza, Πλατεία Συντάγματος. Εδώ βρίσκεται ένα σημαντικό βενετσιάνικο κτίριο που κτίστηκε ως οπλοστάσιο το 1713 και από το 1930 φιλοξενεί το Αρχαιολογικό Μου-

σείο, το Βουλευτικό, όπου στεγάστηκε το 1ο κοινοβούλιο του νεοσύστατου ελεύθερου Ελληνικού κράτους, ενώ σήμερα φιλοξενεί το Ωδείο και το Παλιό Τζαμί.

Στην συμβολή της οδού Τερζάκη με την Βασ.Κων/νου βρίσκεται η πρώτη Στρατιωτική Σχολή της Ελλάδος (1829). Στην ίδια περιοχή βρίσκεται η Πλατεία των 3 Ναυάρχων (Κόρδικτον, Δεριγνύ και Χέυδεν) όπου και το άγαλμα του Δ. Υψηλάντη, το πρώτο Ελληνικό Γυμνάσιο (1833) και το πρώτο Φαρμακείο.

Στην διασταύρωση των οδών Πλαπούτα και Συγγρού σώζεται το σπίτι του επικεφαλής της τριανδρίας των Αντιβασιλέων του Όθωνα, Άρμανσπεργκ. Κοντά είναι το Δικαστικό Μέγαρο με ιδιαίτερη ομορφιά, ενώ νοτιότερα συναντάμε το σπίτι του Νικηταρά.

Η βιβλιοθήκη του Πολιτιστικού Συλλόγου «Παλαμήδης» με πολλές χιλιάδες βιβλία επί της οδού Αμαλίας όπου βρίσκονταν τα σπίτια πολλών αγωνιστών του 1821 καθώς την περιδιαβαίνουμε προς την Πλατεία Συντάγματος, το Μουσείο του Πελοποννησιακού Λαογραφικού Ιδρύματος, η Μητρόπολη του Ναυπλίου (όπου δολοφονήθηκε από τους Μαυρομικαλήδες το 1831 ο Καποδίστριας) και η Πινακοθήκη είναι από τα σημεία της πόλης που κάθε επισκέπτης επιδιώκει να επισκεφτεί.

Παράλληλη της Βασ.Κων/νου είναι η οδός Σταϊκοπούλου με τα παραδοσιακά ταβερνάκια, που στο τέρμα της βρίσκεται το Μουσείο Κομπολογιού ενώ κάνοντας βόλτα στα γύρω σοκάκια συναντάμε τούρκικες κρήνες και χαμάμ που θυμίζουν την Τουρκική κατοχή και παρουσία στην πόλη αλλά και ιστορικές εκκλησίες.

Η παλιά πόλη έχει σαν σύνορό της προς την θάλασσα τις ακτές Μπουμπουλίνας και Μιαούλη όπου από τις πολλές ταβέρνες και καφέ απολαμβάνει κανείς την υπέροχη θέα προς το μικρό ξερονήσι των Αγ. Θεοδώρων ή Μπούρτζι με το ομώνυμο κάστρο.

Πάνω από την πόλη στον γκρίζο βράχο βρίσκεται το Παλαμήδι, το επιβλητικό κάστρο που από ύψος 216 μέτρα αγναντεύει την θάλασσα και στο οποίο μπορεί να φτάσει κανείς ανεβαίνοντας τα, κατά την παράδοση, 999 σκαλιά (κατ' άλλους 857) η με το αυτοκίνητο από την ανατολική πλευρά.

Κατασκευάστηκε την περίοδο 1687-1715 από τους Βενετούς και συγκεκριμένα από τον πορθητή Φραγκίσκο Μοροζίνη. Ο σκοπός ήταν να αποτελέσει το κύριο αμυντικό στήριγμα του Ναυπλίου, που ήταν η πρωτεύουσα της Πελοποννήσου. Τότε, θεωρήθηκε μνημείο οχυρωματικής τεχνικής και παρ' όλο που εθεωρείτο απόρθητο, κυριεύθηκε σχετικά εύκολα από τους Τούρκους το 1715 στον τελευταίο Βενετο-τουρκικό Πόλεμο.

Κατά τη διάρκεια της Ελληνικής Επανάστασης μετά από πολλές προσπάθειες και αποτυχίες, τη νύχτα της 29ης Νοεμβρίου του 1822, οι Έλληνες καταλαμβάνουν το Παλαμήδι με τους οπλαρχηγούς Στάικο Σταϊκόπουλο και Μοσχονησιώτη. Έπειτα από λίγο έφθασε ο Κολοκοτρώνης, ο οποίος ανάγκασε τη φρουρά του Ναυπλίου να συνθηκολογήσει και να παραδοθεί. Στις 30 Νοεμβρίου εορτάζεται η επέτειος της αλώσεως.

Γνωστή και με την τουρκική ονομασία της, Ιτς Καλέ (=εσωτερικό κάστρο) η βραχύδης χερσόνησος της Ακροναυπλίας υπήρξε η αρχαία Ακρόπολη του Ναυπλίου, καθώς κατοικείται από τα προϊστορικά χρόνια. Αποτελείται από τρία επίπεδα, καθένα εκ των οποίων ήταν κι ένα ξεχωριστό κάστρο. Τα τείχη της έχουν ύψος 85μ., πλάτος 400μ. και μήκος 900 μέτρα.

Το πρώτο τείχος, από το οποίο σώζονται μόνο ερείπια, κατασκευάστηκε τον 3ο αιώνα π.Χ. Στη συνέχεια κατασκευάστηκε ένα φρούριο από τους Φράγκους, την οχύρωση του οποίου ολοκλήρωσαν οι Ενετοί.



Το 1822 οι Τούρκοι παρέδωσαν το κάστρο στον τότε αρχιστράτηγο Θεόδωρο Κολοκοτρώνη ο οποίος υψώνει στις επάλξεις τη σημαία της ελευθερίας..

Μετά το 1821 χρησιμοποιήθηκε σαν στρατόπεδο αλλά και σαν φυλακή όπου μάλιστα στα 1833 ο Θ. Κολοκοτρώνης φυλακίστηκε στο κάστρο που ο ίδιος απελευθέρωσε μόλις 10 χρόνια νωρίτερα. Για πολλά χρόνια "φιλοξένησε" αντικαθεστωτικούς και πολιτικούς κρατούμενους. Αργότερα, επί βασιλείας Παύλου του Α', οι φυλακές αυτές κατεδαφίστηκαν και στη θέση τους ανεγέρθηκε ξενοδοχείο.

Στον λιγοστό μας χρόνο αξίζει να προσέξουμε τα παραδοσιακά μαγαζιά της πόλης αλλά και να ξεκουραστούμε στα πολλά όμορφα καφέ της και τις ταβέρνες που θα συμπληρώσουν με γαστρονομική νότα την βόλτα μας.

Όλα τα παραπάνω όμως είναι εφικτά, στον λιγοστό βέβαια ελεύθερο χρόνο μας, εφ' όσον αποφασίσουμε να κάνουμε την εγγραφή μας και παρακολουθήσουμε το υψηλό, όπως πάντα, επιστημονικού επιπέδου συνέδριο των ΙΦΝΕ που θα γίνει στο Ναύπλιο 9 με 11 Ιουνίου 2017.



Ελεύθερο Θέμα

Τσιώνης Θεόδωρος (tsionisth@hotmail.com)

Ειδικευόμενος Γαστρεντερολόγίας

Χαϊδελβέργη – Γερμανία.

Άνθρωποι

Παρατήρηση. Ύψιστη λέξη. Αρχή της ερμηνείας των πάντων και κατάργηση της γένεσης εκ του μηδενός.

Ένα μικρό, σκονισμένο με αρκετή έμβια ύλη παγκάκι, στη μέση ενός δρόμου συνεχώς μετακινούμενων ανθρώπων.

Κάπου εκεί που σταματάει για λίγο ο χρόνος.

Πλανόδιοι μουσικοί με βλέμματα διαθέσιμα για χρήση προς απόδειξη της ύπαρξης κάποιας μορφής ψυχής.

Αδέσποτα ή μη τετράποδα στην αναζήτηση σημείων εναπόθεσης του προσωπικού στίγματος που ίσως αντιλαμβάνονται ότι φέρουν, προς απόδειξη της προσωπικής τους κυριαρχίας και του αυτοπροσδιορισμού τους.

Μια οσμή, κάπως περίεργη, με γεύση άλλοτε γνώριμης υφής και άλλοτε απλά τραγουδισμένης.

Ένα αεράκι απ' τα γνωστά βουνά του Μπόσδα ή τα άγνωστα μονοπάτια των μυστικών του Νέκαρ. Και μια πάντα όμορφη πεταλούδα να σου θυμίζει την Άνοιξη που έφυγε και ίσως έρθει πάλι.

Μάτια. Πολλά ζευγάρια μάτια να περνούν. Περπατούν ή και τρέχουν. Σκυθρωπά, φοβισμένα, καταπιεσμένα, με αγωνία, πόνο, απορία και άλλα χαρούμενα, ανέμελα, ίσως παιδικά, ακατανόητα, υποκριτικά, σίγουρα όλα θεατρικά. Στο θέατρο της ζωής τους, για την παράσταση που κάνουν πρόβα κάθε βράδυ πριν κοιμηθούν. Στο πάντα ελλιπές πάλκο της ζωής τους.

Μάτια. Ζευγάρια μάτια να κοιτούν απορημένα, με απογοήτευση, σκέψη, επανάσταση και ελπίδα τούτο το έργο των αιώνων με τους κομπάρσους σε ρόλο πρωταγωνιστή, στο παράλογο θέατρο του νου τους. Ασυμβίβαστοι, ανεξάρτητοι, επαναστατημένοι. Ελεύθεροι, ερωτευμένοι, σκεπτόμενοι. Άνθρωποι με μπλε γιακάδες, πένες μυτερές και στίχους πάντα ηρωικούς.

Μάτια. Ζευγάρια μάτια ανάμεσα και εδώ και εκεί. Και ιστορίες με δράκους και νεράιδες, άλλες ανείπωτες και άλλες τόσες που περιμένουν ακόμα να γραφτούν.

Μάτια. Περιπλανώμενα στα τυχαία μονοπάτια που τους έλαχε να ζήσουν. Τα ίδια πάντα ζευγάρια μάτια. Σε κάθε παγκάκι αυτού του κόσμου. Η απογοήτευση και η ελπίδα ενός κόσμου που πεθαίνει και ξαναγεννιέται από τις στάχτες του. Ένα διαρκές Déjà vu επαναλαμβανόμενο ευλαβικά σε χώρο και χρόνο. Αδέλφια με δεσμούς αιώνιους και αόρατους. Τόσο όμοιοι όσο και μοναδικοί. Αδέλφια στην ίδια οικογένεια. Χωρίς θρήσκευμα, πατρίδα και φυλή. Άνθρωποι.

«Χάρις στους Έλληνες λογίους η Βενετία γίνεται δεύτερη Αθήνα»

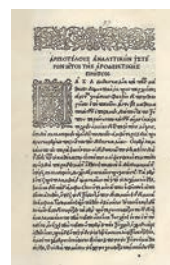
Βενετία, Άλδος Μανούτιος (1449-1515)

«Αν η Βενετία αποτελεί τη Σίλικον Βάλεϊ της τυπογραφίας, ο Άλδος Μανούτιος είναι σίγουρα ο Στίβ Τζόμπς ή ο Μπιλ Γκέιτς», διαβάζουμε στην New York Times με αφορμή τη συμπλήρωση των 500 ετών από το θάνατο του. Ο Ιταλός ουμανιστής και λόγιος συνέβαλε τα μέγιστα στη διάσωση και διάδοση των έργων των Ελλήνων κλασικών στα χρόνια της Αναγέννησης. Γόνος πλούσιας ιταλικής οικογένειας έλαβε σφαιρική μόρφωση σπουδάζοντας λατινικά στη Ρώμη και αρχαία ελληνικά στη Φερράρα. Στη συνέχεια ασχολήθηκε με τη διδασκαλία και η χρηματοδότηση από τους πρίγκηπες μαθητές του ήταν αυτή που τον βοήθησε να ξεκινήσει την επιχειρηματική του δραστηριότητα στην τυπογραφία, λίγα μόλις χρόνια μετά την ανακάλυψη της από το Γουτεμβέργιο. Η κυριότερη φιλοδοξία του Μανούτιου ήταν να περισώσει ότι είχε απομείνει από την Αρχαία Ελληνική γραμματεία. Τον 16ο αι. με συνεργάτη και επιμελητή τον Έλληνα λόγιο Μάρκο Μουσούρο, θα εκδώσει βιβλία όλων των αρχαίων κλασικών, όπως Αριστοτέλης, Θεόκριτος, Πλάτωνας. Ο Μάρκος Μουσούρος σε όλες αυτές τις εκδόσεις δεν παραλείπει να περνάει με τη μορφή προλόγων και αφιερώσεων την αγωνία των Ελλήνων της διασποράς για την απελευθέρωση του Ελληνικού Γένους. Με τον τρόπο αυτό η Βενετία έγινε το κατ'εξοχήν Ελληνικό Τυπογραφικό κέντρο για τουλάχιστον 300 χρόνια μέχρι να παραδώσει τη σκυτάλη στη Βιέννη.

Ο Άλδος Μανούτιος ως ένας από τους κυρίαρχους τυπογράφους της εποχής της Αναγέννησης εδραίωσε το βιβλίο, επινόησε τις πλάγιες γραμματοσειρές και καθιέρωσε την άνω τελεία. Η σημαντικότερη όμως συνεισφορά του υπήρξε η μεγάλη παραγωγή δερματόδετων βιβλίων τσέπης σε προσιτές τιμές που κατάφερναν να φέρουν το βιβλίο πιο κοντά στους αναγνώστες. Είναι ο άνθρωπος που κατέβασε τα καθ' όλα αριστουργήματα αλλά ασήκωτα και ογκώδη folio από τα αναλόγια και τα τοποθέτησε στα

χέρια όσων είχαν τα αντίστοιχα, μάλλον παχιά, βαλάντια. Το δελφίνι που ελίσσεται γύρω από την άγκυρα αποτελεί το αναγνωρίσιμο σήμα του τυπογραφείου του Άλδου Μανούτιου, με το λατινικό ρητό "Festina Lente" που σημαίνει 'σπεύδε βραδέως'.

Μόλις πριν λίγους μήνες εγκαινιάστηκε με μεγάλη επισημότητα αλλά και συγκίνηση μια παροδική έκθεση των πρωτοτύπων αλδινών εκδόσεων στη Μαρκιανή βιβλιοθήκη στη Βενετία με πρωτοβουλία του Ιδρύματος Αικατερίνης Λασκαρίδη. Η συντριπτική πλειοψηφία των εκθεμάτων προέρχεται από τη βιβλιοθήκη του ιδρύματος της Αικατερίνης Λασκαρίδη στον Πειραιά, στην οποία έχει συνεισφέρει κατά πολύ με τη δωρεά του ο Έλληνας συλλέκτης Αθανάσιος Οικονομόπουλος με την περίφημη Biblioteca Greca (3200 τίτλοι βιβλίων). Η έκθεση αποτέλεσε πόλο έλξης για τον ένα μήνα που διήρκεσε, ακριβώς όπως και σε αντίστοιχη έκθεση προ έτους στο Μανχάταν της Νέας Υόρκης. Είναι μάλλον καιρός να τον γνωρίσουμε κι εμείς...!



Το εξώφυλλο από μέσα



Μαζί

“μαζί” είναι η πρώτη λέξη που σου έρχεται στο νου με το που διαβάζεις το άρθρο σύνταξης.
Ας είναι λοιπόν αυτή η ευχή μας για την νέα χρονιά.

Μίλτος Σκούρας

