

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Αύγουστος - Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 2017 | Τεύχος 45
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

στα μέσα του δρόμου

Συνέντευξη με τον
κ. Αναστάσιο Αρμόνη

Barret και καυτηριασμός
με ραδιοσυχνότητες (RFA)

Περί ανωριμότητας
(1ο Μέρος)

15η Εκπαιδευτική Διημερίδα
Το πρόγραμμα του συνεδρίου

Άρθρο Σύνταξης



Ολοκληρώθηκε με απόλυτη επιτυχία το 3ημερο εκδηλώσεων για την πρόληψη του Καρκίνου Παχέος Εντέρου στις Σέρρες και εκτιμώ ότι είναι χρήσιμο για όλους να είστε κοινωνοί της δική μας εμπειρίας.

Για το ιστορικό, είχα προσωπικά στο μυαλό μου την εικόνα μιας ανάλογης εκδήλωσης, αυτής που έγινε ακριβώς πριν ένα έτος στην Θεσ/νίκη, όπου άλλωστε και εκεί συμμετείχα ενεργά. Με τρόμαζε αρχικά η σκέψη ότι η εκδήλωση εκείνη κόστισε, ειλικρινά, ένα απίστευτο και απαγορευτικό ποσό πολλών χιλιάδων ευρώ, που καθιστούσε κάθε ανάλογη προσπάθεια μη ρεαλιστική και αυτό άλλωστε πέρα από την δική μου εκτίμηση μου έγινε ξεκάθαρο και από τον πρόεδρο της ΕΓΕ.

Η αρχική συζήτηση με τους υπόλοιπους συναδέλφους γαστρεντερολόγους (είμαστε 5 στις Σέρρες) ήταν θετική στο να προχωρήσουμε με τις δικές μας δυνάμεις, **να στηριχθούμε στον εθελοντισμό (δικό μας και του προσωπικού των ιατρείων μας), να βρούμε τοπικούς μικρούς χορηγούς και κυρίως να εμπλέξουμε τους φορείς και τις αρχές της πόλης μας.** Τα υπόλοιπα ήρθαν σιγά – σιγά και τα προσθέταμε σε κάθε επόμενη μεταξύ μας συνάντηση.

Έτσι προέκυψε η συνεργασία με τον Ιατρικό και Φαρμακευτικό Σύλλογο αλλά και η υποστήριξη του Δήμου και του Επιμελητηρίου Σερρών.

Είχαμε ουσιαστική παρουσία στον τοπικό έντυπο τύπο, στα τοπικά ραδιόφωνα και την τοπική ΕΡΤ καθώς και την φυσική μας παρουσία στους δύο τοπικούς (περιφερειακούς πλέον) τηλεοπτικούς σταθμούς, ενώ «δουλέψαμε» αρκετά τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

Ουσιαστικά χρειαστήκαμε 3 βραδινές συναντήσεις μεταξύ μας, πίνοντας το κρασί μας, μερικά τηλέφωνα και αρκετά mail για να «στήσουμε» το όλο εγχείρημα.

Το προσωπικό των ιατρείων μας και εμείς καλύψαμε με την συνεχή παρουσία μας στο χώρο της πλατείας, που διαμορφώσαμε κατάλληλα, την ενημέρωση του κοινού μοιράζοντας τα έντυπά μας και «ξεναγώντας» τους πολίτες στο «μπαλόνι-ομοίωμα εντέρου» μας.

Τελειώνοντας με όλα αυτά, πρέπει να σημειώσω ότι οι

συναντήσεις μας για την προετοιμασία των εκδηλώσεων αλλά και **το 3 ήμερο που ζήσαμε όλοι μαζί ήταν ένα σημαντικό κέρδος για όλους μας, καθώς δυνάμωσαν τις ήδη πολύ καλές σχέσεις που έχουμε μεταξύ μας. Δώσαμε ένα σημαντικό μήνυμα στους συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων με την σύμπνοια και άριστη συνεννόησή μας.** Δείξαμε στους συμπολίτες μας ότι δεν τρώμε τις σάρκες μας μεταξύ μας και ενώνουμε τις δυνάμεις μας για το κοινό καλό.

Ξοδέψαμε συνολικά από 50 ευρώ !!! ο καθένας και επιβαρύνσαμε την ΕΓΕ με το ποσό των 300 ευρώ!!!.

Το μήνυμά που βγαίνει από την εκδήλωσή μας σε όλη την περιφέρεια είναι ότι με ένα τέτοιο κόστος μπορεί το «μπαλόνι» να ταξιδέψει στους 4 ορίζοντες της χώρας. Οι γαστρεντερολόγοι συνάδελφοί μας πρέπει να κατανοήσουν, ότι **η δική τους αυτενέργεια** με ανάλογες πρωτοβουλίες που προάγουν το κοινό καλό για τους πολίτες, έχει πρακτικό ενδιαφέρον για τους ίδιους καθώς προβάλλουν την δουλειά τους και βέβαια θα «εισπράξουν» και την ανάγκη για περισσότερες κολονοσκοπήσεις.

Είναι μια επένδυση που κυρίως οι νέοι συνάδελφοι, που πλήττονται περισσότερο από την οικονομική συγκυρία, θα πρέπει να αξιοποιήσουν με ομόνοια, συναδελφικότητα, φαντασία και να πάρουν πρωτοβουλίες χωρίς το «δεν βαριέσαι», το «δεν συμφωνούμε όλοι» (ας το κάνουν όσοι συμφωνούν).

Στους καιρούς της κρίσης χρειάζεται εξωστρέφεια. Η προβολή της δουλειάς μας με αξιοπρέπεια είναι η λύση και όχι οι «πονηρές» προσπάθειες προσωπικής προβολής και άλλες πρακτικές που μας μειώνουν στα μάτια των συμπολιτών-ασθενών μας.

Να πάρουμε λοιπόν πρωτοβουλίες

Η ενθάρρυνση και η βοήθεια από τα Δ.Σ. της ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ, στην πιο πάνω κατεύθυνση, νομίζω ότι είναι δεδομένη και οφείλω να ομολογήσω ότι για εμάς έπαιξε καθοριστικό ρόλο το ότι τους νιώσαμε δίπλα μας.

Χάρης Τσιώνης
Αντιπρόεδρος Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	06
3ήμερες εκδηλώσεις για την πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου και την προληπτική κολοσκόπηση στις Σέρρες	
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΑΤΕ;	08
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	10
Συνέντευξη με τον κ. Αναστάσιο Αρμόνη	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	16
ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....	20
Η τηλεϊατρική στη διαχείριση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου	
ΝΕΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ - ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ	21
Barrett και καυτηριασμός με ραδιοσυχνότητες (RFA)	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	22
Αρχές ηλεκτροχειρουργικής	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	26
ΠΕΡΙ ΑΝΩΡΙΜΟΤΗΤΑΣ (Μέρος 1ο)	
15 ^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ	30
Το πρόγραμμα του συνεδρίου	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	32
Μπείτε στον κόσμο του Βαν Γκογκ.	
ΤΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	34

Ιδιοκτήτης:

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

Εκδότης & Υπεύθυνος παρά τη νόμω:

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

Έδρα:

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

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 Διοικητικού:

Σκούρας Μίλτος

Διοικητική Επιμέλεια:

Αλέξανδρος Χατζημιάλης

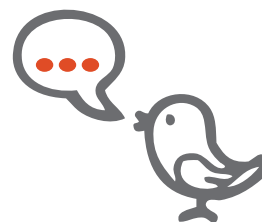
Εικονογραφική Εξωφύλλου:

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

Στις 2-3 Δεκεμβρίου 2017 θα πραγματοποιηθεί στο ξενοδοχείο Divani Caravel η 15η Πανελλήνια Επισημονική Εκδήλωση της ΕΠΕΓΕ, με τίτλο **«ΣΤΟΜΑΧΟΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ»**. Το τελικό πρόγραμμα της εκδήλωσης θα το βρείτε στο site της ΕΠΕΓΕ. Η συμμετοχή διακεκριμένων επιστημόνων στην εκδήλωση αυτή είναι δεδομένη. Και φέτος θα επαναληφθεί σεμινάριο καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση, με υπεύθυνο από την ΕΠΕΓΕ τον κύριο Ζωγράφο. Θα χορηγηθεί πιστοποιητικό παρακολούθησης, ενώ το δικαίωμα συμμετοχής παραμένει στα 50€. Το σεμινάριο θα πραγματοποιηθεί στις 1 και 3 Δεκεμβρίου στο ξενοδοχείο Caravel και συνολικά θα εκπαιδευτούν 70 άτομα. Επίσης, με τη λήξη της Εκπαιδευτικής Διημερίδας θα πραγματοποιηθεί διαγωνισμός ιατρικών γνώσεων. Οι ερωτήσεις θα καλύπτουν όλο το φάσμα του επιστημονικού προγράμματος. Ο διαγωνισμός θα πραγματοποιηθεί με τη μορφή ερωτήσεων πολλαπλής επιλογής. Ο συμμετέχων που θα συγκεντρώσει τη μεγαλύτερη βαθμολογία θα έχει ως έπαθλο την κάλυψη συμμετοχής του σε ευρωπαϊκή γαστρεντερολογική εκδήλωση.

Το πρωτόκολλο για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού τρέχει αυτή την περίοδο και με τη δική σας συνδρομή. Η μελέτη αφορά στη χορήγηση υψηλών δόσεων αμοξυκιλλίνης και αναστολέα αντλίας πρωτονίων σε ασθενείς με πρωτοδιαγνωσθείσα λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Η συμμετοχή των ιδιωτών Γαστρεντερολόγων είναι απαραίτητη. Τα πρώτα αποτελέσματα θα ανακοινωθούν από τον κύριο Μπουζάκη κατά τη διάρκεια της επιστημονικής εκδήλωσης.

Η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδος συμμετείχε στο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, που διεξήχθη στη Θεσσαλονίκη, σε στρογγυλή τράπεζα με τίτλο «Ασφαλιστικό Σύστημα. Μεταρρυθμίσεις. Γαστρεντερολόγοι. Πάροχοι υπηρεσιών Υγείας». Οι κύριοι Βαφειάδης και Δρίκος παρουσίασαν με επιτυχία και διεξοδικά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες Γαστρεντερολόγοι σε σχέση με το ασφαλιστικό σύστημα και τους παρόχους επαγγελματιών υγείας.

3ήμερες εκδηλώσεις για την πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου και την προληπτική колоσκόπηση στις Σέρρες



Οι γαστρεντερολόγοι των Σερρών σε συνεργασία με τον Ιατρικό και Φαρμακευτικό Σύλλογο Σερρών, την υποστήριξη του Δήμου και του Επιμελητηρίου Σερρών στα πλαίσια της SER-EXPO 2017, υπό την αιγίδα της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας (ΕΓΕ) και της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδας (ΕΠΕΓΕ) διοργάνωσαν 3ήμερο ενημέρωσης των πολιτών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου και την προληπτική колоσκόπηση.

Η ενημερωτική εκδήλωση για το κοινό με θέμα «Καρκίνος του Παχέος Εντέρου, μια μάστιγα της εποχής μας – Η Πρόληψη είναι εφικτή», πραγματοποιήθηκε την Κυριακή 1 Οκτωβρίου 2017, στις 11:30' π.μ., στην Αίθουσα «Γεώργιος Χρηστίδης» του Επιμελητηρίου Σερρών (3ος όροφος).

Την εκδήλωση συντόνισε ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Σερρών Βάκαλος Άγγελος και συμμετείχαν οι γαστρεντερολόγοι Γαρέφας Αθανάσιος, Μυστακίδης Κων/νος, Τσιώνης Χάρης, Χαμπαρίδου Αθηνά και Χαρίσης Κων/νος οι οποίοι μίλησαν για τη σημασία της πρόληψης και ιδιαίτερα της колоσκόπησης σε άτομα άνω των 50 ετών, ενώ απάντησαν σε ερωτήσεις του κοινού.

Την εκδήλωση χαιρέτησε ο οικοδεσπότης Πρόεδρος του Επιμελητηρίου Σερρών Μέγκλας Χρήστος που προέτρεψε τους διοργανωτές να πάρουν και άλλες ανάλογες πρωτοβουλίες σε συνεργασία με τους φορείς της πόλης, στην προσπάθεια ενημέρωσης των πολιτών για ανάλογα θέματα

Την εκδήλωση παρακολούθησαν αρκετοί πολίτες των Σερρών. Το ενδιαφέρον του κοινού στράφηκε εκτός των άλλων γύρω από το κόστος της εξέτασης και πού θα μπορούσε 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, 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.

Καθ' όλη τη διάρκεια του τριημέρου (Παρασκευή 29/9 έως και Κυριακή 1/10), με κεντρικό μήνυμα «Βάλ'το στο πρόγραμμα. Ενημερώσου - Δράσε – Πρόλαβε τον καρκίνο του παχέος εντέρου, κάνε την προληπτική колоσκόπηση», το κοινό είχε τη δυνατότητα να περιηγηθεί σε ειδική κατασκευή-ομοίωμα εντέρου που ήταν τοποθετημένη στην κεντρική πλατεία της πόλης (Πλατεία Ελευθερίας), και να ενημερωθεί από τους γα-

Νέα & Επίκαιρα



στρεντερολόγους και νοσηλευτές για τον καρκίνο παχέος εντέρου και τη δυνατότητα πρόληψής του.

Η επίσκεψη στον χώρο της πλατείας, η ενημέρωση των πολιτών με το σχετικό φυλλάδιο αλλά και η «ξενάγηση» μέσα από το μπαλόνι – έντερο άφησε τις καλύτερες των εντυπώσεων.

Η εικόνα των 5 γαστρεντερολόγων της πόλης που με άποψη συνεργασία και συναδελφικότητα έφεραν σε πέρας το όλο εγχείρημα σχολιάστηκε από πολίτες και συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων με εξαιρετικά επαινετικά λόγια.

Το μήνυμα της κοινωνίας για άλλη μια φορά ήταν σαφές και αφορούσε στην ανάγκη 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.

Για μας τους ίδιους και το προσωπικό των ιατρείων μας ήταν μια εμπειρία ανεπανάληπτη που ισχυροποίησε ακόμη περισσότερο τις ούτως ή άλλως άριστες μεταξύ μας σχέσεις, ενώ νιώσαμε ότι με ανάλογες πρωτοβουλίες εκπληρώνουμε στο ακέραιο τον κοινωνικό μας ρόλο.

Υποσχεθήκαμε στους συμπολίτες μας ότι θα συνεχίσουμε την προσπάθεια αυτή και ελπίζουμε να μας μιμηθούν οι συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων που έχουν αντικείμενο πρόληψης.

Όλα αυτά έγιναν σαφώς με την δική μας εθελοντική προσπάθεια, αλλά δεν θα μπορούσαν να γίνουν χωρίς την ουσιαστική συνδρομή της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας που μας έστειλε το "μπαλόνι" ομοίωμα εντέρου και τα απαραίτητα έντυπα ενημέρωσης καλύπτοντας και τα μεταφορικά έξοδα, τον Ιατρικό Σύλλογο Σερρών και τον Φαρμακευτικό Σύλλογο για την πολυεπίπεδη βοήθειά τους, τον Δήμο Σερρών για την χορήγηση μέρους της κεντρικής πλατείας της πόλης μας και την δωρεάν χορήγηση του ηλεκτρισμού, το Επιμελητήριο Σερρών για την υποστήριξη και την ζεστή φιλοξενία στην αίθυσά του, όπου και έγινε η εκδήλωσή μας και τέλος τοπικούς χορηγούς που μας εξασφάλισαν την αφίσα των εκδηλώσεων και άλλα έντυπα, τα οπτικοακουστικά και τις οθόνες προβολής στην πλατεία και την επεξεργασία των βίντεο που προβάλλονταν κατά την διάρκεια του 3ημέρου.

Προσωπική μου διαπίστωση... ότι ανάλογες πρωτοβουλίες πρέπει να παρθούν σε κάθε μεγάλο αστικό κέντρο της περιφέρειας από τους κατά τόπους γαστρεντερολόγους, καθώς οι φορείς της γαστρεντερολογικής κοινότητας υποστηρίζουν, επενδύουν χρόνο, ανθρώπινο δυναμικό και πόρους σε αυτή την καμπάνια που έχει στόχο να σωθούν ζωές συμπολιτών μας.

Χάρης Τσιώνης
Αντιπρόεδρος του Δ.Σ. της ΕΠΕΓΕ.



Αυτό το προσέξατε;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

1. Διαδερμική Διηπατική ή Ενδοσκοπική παροχέτευση της χοληδόχου κύστης σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου;

EUS-guided gallbladder drainage in patients with acute cholecystitis and high surgical risk using an electrocautery-enhanced lumen-apposing metal stent device. M.Dollhopf, A. Larghi, U. Will, et al. Gastrointest Endosc 2017;86:636-43

Σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου (λόγω μεγάλης ηλικίας είτε λόγω συνυπαρξης σοβαρών συνοδών νοσημάτων), η διαδερμική διηπατική παροχέτευση της χοληδόχου κύστης (PTGBD), έχει προταθεί ως μια εναλλακτική λύση της χολοκυστεκτομής. Ωστόσο, παρά τα υψηλά ποσοστά επιτυχίας της (85,6%), η μέθοδος αυτή είναι δυνατό να επιφέρει σοβαρές επιπλοκές (6,2%, ενδοηπατική αιμορραγία, πνευμοθώρακας, χολώδη περιτονίτιδα και πενυμονία) ενώ στα μειονεκτήματά της θα πρέπει να προστεθεί η δυσφορία που προκαλεί η παρουσία του εξωτερικού σωλήνα παροχέτευσης και η τυχαία εκτόπιση του (8,6%), γεγονός που καθιστά αναγκαία την επανάληψη της διαδικασίας.

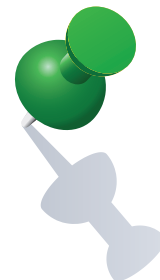
Τα τελευταία χρόνια, στους παραπάνω ασθενείς, επιχειρείται όλο και συχνότερα η ενδοσκοπική υπερηχογραφική παροχέτευση της χοληδόχου κύστης EUS-GBD). Ο σχεδιασμός καινοτόμων μεταλλικών αυτοδιατεινόμενων ενδοπροθέσεων έχει επιτρέψει την δημιουργία σταθερών αναστομών μεταξύ της χοληδόχου κύστης και του στομάχου ή του 12/δακτύλου ανεβάζοντας σημαντικά τα ποσοστά επιτυχούς έκβασης της μεθόδου.

Η παρούσα πολυκεντρική μελέτη, αναφέρει ποσοστά τεχνικής και κλινικής επιτυχίας στο 98,7% και 95,9% των περιπτώσεων αντίστοιχα. Δεν έλειψαν ωστόσο επιπλοκές (10,7%), άμεσες ή απώτερες, που σχετίστηκαν με την μεθοδο αυτή, καθιστώντας αναγκαίο τον σχεδιασμό συγκριτικών μελετών με την PTGBD

2. Είναι αξιόπιστη η διάγνωση της κοιλιοκάκης στα παιδιά, εφαρμόζοντας τα νέα κριτήρια της ESGPHAN;

Accuracy in diagnosis of Celiac Disease without biopsies in clinical practice. K. J. Werkstetter, I. R. Korponay-Szabo, A. popp et al on behalf of the ProCeDe study grup, Gastroenterology 2017;153:924-935

Μεχρι το 2012, η ιστολογική ανάδειξη ατροφίας των εντερικών λαχνών, θεωρείτο απαραίτητη προκειμένου να τεκμηριωθεί η διάγνωση της κοιλιοκάκης (CD). Όμως τα αποτελέσματα μελετών της τελευταίας δεκαετίας, τα οποία διαπίστωσαν ισχυρή συσχέτιση των επιπέδων των αντισωμάτων TGA με την σοβαρότητα των ιστολογικών αλλοιώσεων, έδωσαν το 2012 στην Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής (ESPGHAN), την αφορμή να θέσει νέα διαγνωστικά κριτήρια για την CD. Σύμφωνα με αυτά, δόθηκε στους παιδογαστρεντερολόγους η δυνατότητα διάγνωσης της νόσου σε παιδιά με συμβατή κλινική συμπτωματολογία χωρίς την αναζήτηση ιστολογικών ευρημάτων, εφόσον εμφάνιζαν υψηλούς τίτλους αντισωμάτων TGA (> 10 φορές των



φυσιολογικών ορίων), θετικά αντισώματα EMA-IgA σε επαναληπτικό δείγμα αίματος και θετικά αλληλία κινδύνου HLA (HLA-DQ2 & HLA-DQ8).

Ωστόσο, οι ενδείξεις που υποστήριξαν αυτού του είδους προσέγγιση, βασίστηκαν κυρίως σε αναδρομικές μελέτες ή σε μελέτες μικρών κέντρων. Σε αντίθεση με τις προηγούμενες, η παρούσα προοπτική μελέτη συγκέντρωσε δεδομένα από 743 ασθενείς ηλικίας < 18 ετών, που προέρχονταν από 33 γαστρεντερολογικά κέντρα. Σε 399 από αυτούς (399/743) που πληρούσαν τα νέα διαγνωστικά κριτήρια της ESPGHAN, η νόσος επιβεβαιώθηκε ιστολογικά στους 398. Απεναντίας, μεταξύ των ασθενών (308) που δεν πληρούσαν τα κριτήρια της ESPGHAN, η νόσος επιβεβαιώθηκε μόνο στους 247 εξ αυτών.

Συμφωνα με τα παραπάνω, η μελέτη αυτή εκτιμά την ορθότητα των νέων κριτηρίων της ESPGHAN, Επίσης, θεωρεί πως τουλάχιστον το 50% των παιδιατρικών ασθενών με CD μπορεί να οφεληθεί από αυτή τη νέα προσέγγιση, απογεύγοντας την ενδοσκόπηση και την αναισθησία, και εξαλείφοντας με τον τρόπο αυτό τους κινδύνους από τις παραπάνω ιατρικές πράξεις. Σημαντικό είναι επίσης και το όφελος στη μείωση του κόστους της υγείας.

3. Υπάρχει σχέση μεταξύ της αρχικής εντόπισης αδενωμάτων με την πιθανότητα επανεμφάνισης μεταχρονων βλαβών, στο παχύ έντερο;

Associaton between adenoma detection and risk of recurrence. H.Pohl, D.J. Robertson, D.J. Ahken et aol. *Gastrointest Endosc* 2016;84:709-16

Το εγγύς και άπω παχύ έντερο αποτελούν διαφορετικά βιολογικά περιβάλλοντα, όχι μόνο λόγω διαφορετικής εμβρυικής ανάπτυξης αλλά και εξαιτίας διαφορετικών μορφολογικών (πχ βλεννογονικό δίκτυο τριχοειδών αγγείων, μήκος των κρυπτών) και βιοχημικών χαρακτηριστικών (πχ παραγωγή λιπαρών οξέων). Παρουσιάζουν διαφορές σε φυσιολογικές διαδικασίες (πχ ποικιλομορφία του μικροβιώματος, δευτερογενής μεταβολισμός χολικών οξέων, δείκτης απόπτωσης) ενώ επίσης διαφέρει και η σύσταση των κοπράνων κατά μήκους του παχέος εντέρου.

Επιπρόσθετα, είναι ήδη γνωστό πως τα επιδημιολογικά και μοριακά χαρακτηριστικά του καρκίνου του παχέος εντέρου, διαφέρουν με βάση την εντόπισή του κατά μήκος του εντέρου υποδεικνύοντας την ύπαρξη διαφορετικών οδών καρκινογέννησης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση του κινδύνου υποτροπής των αδενωμάτων με βάση την ανατομική τους εντόπιση κατά την αρχική ενδοσκόπηση.

Διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς με αδενώματα μόνο στο εγγύς κόλον, είχαν ελαφρώς μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης μετάχρονων αδενωμάτων σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν αδενώματα μόνο στο άπω παχύ έντερο.

Ο κίνδυνος αυτός φάνηκε πως ήταν μεγαλύτερος στους ασθενείς με πολλαπλά αδενώματα στο εγγύς κόλον. Επιπλέον, σε ασθενείς με αδενώματα στο εγγύς κόλον, η πιθανότητα εμφάνισης μετάχρονων αδενωμάτων στο ίδιο τμήμα του παχέος εντέρου, ήταν μεγαλύτερη συγκριτικά με τους ασθενείς που είχαν αδενώματα στο άπω παχύ έντερο.



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Σπύρος Γούλας

Είναι μεγάλη η χαρά που αισθάνομαι γιατί το πρόσωπο που φιλοξενούμε σήμερα είναι ένας αξιόλογος συνάδελφος και φίλος ο Τάσος Αρμόνης. Θέλω να τον ευχαριστήσω γιατί δέχθηκε χωρίς δισταγμό να αφιερώσει λίγο από το χρόνο του και να υποβληθεί ... στη βάσανο των ερωτήσεων



Ο Αναστάσιος Αρμόνης γεννήθηκε στη Χαλκίδα και είναι έγγαμος και πατέρας τεσσάρων παιδιών. Είναι πτυχιούχος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και Διδάκτωρ στο ίδιο Πανεπιστήμιο

Υπηρέτησε σαν έφεδρος Ανθυπίατρος στο 404 και 401 Στρατιωτικά Νοσοκομεία. Εκπαιδεύτηκε στη Γαστρεντερολογία στον Ευαγγελισμό με Διευθυντή τον αείμνηστο Αλέξανδρο Αυγερινό. Μετεκπαιδεύτηκε επί δύο έτη στο Royal Free Hospital του Λονδίνου αρχικά με υποτροφία και μετά σε έμμισθη θέση με διευθυντή τον αείμνηστο ΑΚ Burroughs, πολύ γνωστό στην ελληνική γαστρεντερολογική κοινότητα

Το ερευνητικό του έργο εστιάστηκε στην πυλαία υπέρταση σε κιρρωτικούς ασθενείς και την επεμβατική ενδοσκοπική Έχει πλούσιο επιστημονικό έργο με πλήθος άρθρων σε έγκριτα διεθνή (Hepatology, Endoscopy, GIE) και ελληνικά περιοδικά, οργάνωση και συμμετοχή σε επιστημονικά Συνέδρια, Ημερίδες κλπ

Εργάζεται ως Ιδιώτης Γαστρεντερολόγος στη Χαλκίδα και είναι συνεργάτης ιδιωτικών κλινικών της Αθήνας στην επεμβατική ενδοσκοπική (κυρίως ERCP)

Έχοντας ασκήσει τη Γαστρεντερολογία για περισσότερες από δύο δεκαετίες και με θητεία 9 ετών στο ΔΣ της ΕΠΕΓΕ, εκ των οποίων τα 6 από τη θέση του Αντιπροέδρου, νομίζω ότι δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η πρόσεγγισή του στα πράγματα θα είναι ενδιαφέρουσα. Ας προχωρήσουμε λοιπόν...

Έκανες ειδικότητα σε ένα μεγάλο σχολείο, αυτό του Ευαγγελισμού, θέλω να αναφερθείς στις

επόμενες γραμμές στην περίοδο εκείνη ...

Πράγματι το 1990 λόγω ευνοϊκών συγκυριών ευτύχησα να ξεκινήσω, χωρίς καθόλου μάλιστα αναμονή, την ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας στη Β' Γαστρεντερολογική Κλινική του Ευαγγελισμού. Συγκεκριμένα άδειασαν ξαφνικά κάποιες θέσεις λόγω του ότι η Πανεπιστημιακή Κλινική στο Ηράκλειο άρχισε να δίνει πλήρη ειδικότητα και αρκετοί συνάδελφοι έφυγαν από την λίστα αναμονής του Ευαγγελισμού. Έτσι ο οποίος είχε κάνει ήδη τα 2 χρόνια της παθολογίας μπορούσε να αρχίσει αμέσως ειδικότητα ενώ η αρχική αναμονή ήταν 4 χρόνια περίπου.

Ο Ευαγγελισμός την περίοδο εκείνη, όπως άλλωστε και σήμερα, ήταν το μεγαλύτερο νοσοκομείο της χώρας με 5 παθολογικές (η μια Πανεπιστημιακή) και 4 χειρουργικές κλινικές. Υπήρχε πληθώρα περιστατικών και σου έδινε την δυνατότητα πολύ καλής εκπαίδευσης. Ενδεικτικά θα αναφέρω ότι δεν υπήρχε γενική εφημερία χωρίς εισαγωγή 1-2 περιστατικών κίρσορραγίας.

Ήταν βέβαια η εποχή που κάποιοι γνωστοί και αξιόλογοι ιατροί, είχαν παραιτηθεί από τον Ευαγγελισμό και είχαν στραφεί στον ιδιωτικό τομέα, λόγω του ότι λίγο πριν είχε αρχίσει να λειτουργεί το ΕΣΥ. Πολλές διευθυντικές θέσεις τις είχαν αναλάβει νέοι και αξιόλογοι συνάδελφοι που μόλις είχαν επιστρέψει από το εξωτερικό. Την αίγλη βέβαια του παρελθόντος μας θύμιζαν οι σποραδικές επισκέψεις του αείμνηστου καθ. Γαρδίκας στον 8ο όροφο. Επίσης μεγάλη εντύπωση μου είχε κάνει εκείνη την εποχή ο Διευθυντής της Ε' Παθολογικής Κ. Λυμπεράτος. Με είχε εντυπωσιάσει η ορθολογική του σκέψη και η ευρύτητα και καθαρότητα του λόγου του στην προσέγγιση της διαφορικής διάγνωσης. Θυμάμαι επίσης ότι ήταν συχνότατος επισκέπτης της πληρέστατης για την εποχή βιβλιοθήκης του Ευαγγελισμού.

Το Γαστρεντερολογικό στον 6ο όροφο είχε 2 κλινικές



Α και Β με διευθυντές τους αείμνηστους Γ. Τριαντάφυλλου και Α. Αυγερινό αντίστοιχα. Η Πανεπιστημιακή Παθολογική είχε το δικό της τμήμα και ενδοσκοπικό με διευθυντή τον καθ. Σπύρο Λαδά.

Μεγάλο σχολείο αποτέλεσαν για μένα οι συζητήσεις των ενδιαφερόντων περιστατικών μια φορά την εβδομάδα στο δώμα. Ήταν άκρως διδακτικές λόγω του ανοικτού - πολλές φορές ιδιαιτέρως ζωηρού! - πνεύματος με το οποίο διεξαγόταν η επιστημονική αντιπαράθεση.

Εκπαιδεύτηκες από ένα διακεκριμένο Γαστρεντερολόγο που όμως έφυγε νωρίς, αφήνοντας ένα μεγάλο κενό, τον Αλέξανδρο Αυγερινό. Δώσε μας ένα πορτραίτο του για τους νεότερους συναδέλφους

Θα μπορούσα να μιλάω ώρες για τον αείμνηστο Α. Αυγερινό. Δυστυχώς έφυγε πολύ νωρίς. Το επιστημονικό και εκπαιδευτικό του έργο είναι ευρύτερα γνωστό. Θα προσπαθήσω να αναφερθώ εν συντομία στην ανθρωπινή πλευρά του όπως την έζησα κοντά του για περισσότερο από 10 χρόνια.

Δυο πράγματα τον χαρακτήριζαν: Το πάθος του για την εκπαίδευση των νέων συναδέλφων και η εργατικότητα του. Χαρακτηριστικά θα αναφέρω ότι ήταν πολύ σπάνιο στην κλινική μας να ξεκινήσει ενδοσκόπηση ο επιμελητής αν δεν είχε προσπαθήσει πρώτα ο ειδικευόμενος.

Στους νέους ειδικευόμενους έδινε λίγο χρόνο να προσαρμοστούν. Στην συνέχεια, εάν διαπίστωνε ότι ενδιαφέρονταν, προσπαθούσαν και άντεχαν στο δύσκολο πρόγραμμά του, τους παρείχε κάθε δυνατότητα περαιτέρω εξέλιξης: εκπαίδευση στην κλινική, συμμετοχές σε συνέδρια, διατριβή και δυνατότητα για πολύ καλές δημοσιεύσεις. Σου άνοιγε επίσης δρόμους με τις γνωριμίες του στη διεθνή επιστημονική κοινότητα για μετεκπαίδευση στο εξωτερικό και τέλος ενδιαφερό-

ταν για την επαγγελματική σου αποκατάσταση. Επίσης όσοι είχαν περάσει από την κλινική του ως ειδικευόμενοι είχαν ανά πασά στιγμή και αργότερα πρόσβαση για εισαγωγή ασθενούς ή διακομίδι από άλλο νοσοκομείο.

Είχε εφαρμόσει αυστηρό εκπαιδευτικό πρόγραμμα στην κλινική. Όλοι οι ειδικευόμενοι ξεκινούσαν από τους θαλάμους ασθενών το πρώτο όμιλο και μετά συνέχιζαν με rotation και στο ενδοσκοπικό.

Δευτέρα, Τέταρτη και Παρασκευή 3-5 μμ. υπήρχε πρόγραμμα βιβλιογραφικής ενημέρωσης, παρουσίαση περιστατικών, συζήτηση με τις παθολογοανατόμους κες Λ. Πετράκη και Χ. Σπηλιάδη όλων των ενδιαφερόντων βιοψιών της εβδομάδας και τέλος ενημέρωση των υπολοίπων από συναδέλφους που είχαν συμμετάσχει σε συνέδρια.

Και βέβαια Τρίτη και Πέμπτη οι ERCP. Το πρόγραμμα ξεκινούσε κατά τις 3μμ και ολοκληρωνόταν αναλόγως... 4-6 περιστατικά τη φορά, πολλές φορές διαρκούσε και μέχρι τις 12 το βράδυ. Έκανε συνήθως τα πρώτα 1-2 δύσκολα περιστατικά και μετά άφηνε τα υπόλοιπα στον επιμελητή και τους ειδικευόμενους. Συνήθως περίμενε στο γραφείο του μέχρι αργά γιατί στα δύσκολα τον φωνάζαμε. Είχε το χάρισμα να τελειώνει σε λίγα λεπτά τα πιο δύσκολα περιστατικά. Δεν θυμάμαι ERCP του που να κράτησε πάνω από μισή ώρα. Είχε και αίσθηση χιούμορ ο αείμνηστος Αυγερινός. Μας πείραζε καμιά φορά λέγοντάς μας ότι καλό θα ήταν να τελειώνουμε κάτι και μόνοι μας για να ησυχάσει και αυτός, ή ότι κουραζόμαστε εύκολα ενώ μπορεί να είχαμε να βγούμε τρεις μέρες από το νοσοκομείο. Όταν καταφέραμε βέβαια κάτι δύσκολο φαινόταν πανευτυχής.

Θυμάμαι επίσης ότι μερικές φορές για να αποφύγουμε να τον φωνάξουμε το τραβάγαμε πολύ και τη νύκτα ο εφημερεύων έτρεχε με τις παγκρεατίτιδες. Ήταν η εποχή που χρησιμοποιούσαμε πρώτα καθετή-



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

ρες ERCP με σκιαγραφικό και στην συνέχεια σφιγκτηροτόμο με ελάχιστη βοήθεια από τα οδηγιά σύρματα. Είχε πολύ "λάντζα" η ERCP τότε γιατί οι ειδικευόμενοι έπρεπε να κατεβάζουν τους πύργους των ενδοσκοπίων, από τον 6ο όροφο στο ακτινολογικό που ήταν στο ισόγειο. Στα ενδιάμεσα να πλένουν τα ενδοσκόπια και καμιά φορά να μεταφέρουν ακόμα και τους ασθενείς. Σε αντιστάθμισμα βέβαια οι ευκαιρίες για εκμάθηση ήταν απεριόριστες. Το 1994 μετά από προσπάθειες ετών κατάφερε να στήσει ενδοσκοπικό στον 6ο με δύο αίθουσες ενδοσκοπήσεων, δωμάτιο μανομετρίας και αίθουσα ακτινοσκόπησης για τα επεμβατικά.

Εκεί που ήταν αυστηρός ήταν με τις ενδείξεις των διαγνωστικών και κυρίως των επεμβατικών τεχνικών. Όταν υπήρχε ένδειξη, έπρεπε η παρέμβαση να διεκπεραιωθεί ταχύτατα - ει δυνατόν "χθες". Αν δεν είχε ένδειξη και είχες παρέμβει, σε έπαιρνε και σε σήκωνε. Έλεγε, ας πούμε: "Ποτέ μην κάνετε ERCP σε ασθενή με φυσιολογική αλκαλική φωσφατάση". Προσωπικά μία φορά μετά από χρόνια που το παράβλεψα το μετάνιωσα οικτρά με βαριά επιπλοκή.

Θα πρέπει επίσης να σας πω ότι το ενδιαφέρον του για τον ασθενή γινόταν υπερβολικό, όταν επρόκειτο για συνάδελφο ασθενή. Εκεί θα έπρεπε να είναι όλα στην εντέλεια.

Είχε κάνει την δική του "σχολή" ο αείμνηστος Α. Αυγερινός όπως όλοι οι μεγάλοι μέντορες της Ιατρικής: την Σχολή Αυγερινού. Επειδή δεν θα ήθελα να ξεχάσω κάποιον, δεν θα αναφέρω ονόματα της "σχολής", αλλά οι περισσότεροι από τους μαθητές της ασκούν σήμερα με επιτυχία την Γαστρεντερολογία είτε από θέσεις ΕΣΥ ή πανεπιστημιακές είτε στον ιδιωτικό τομέα.

Μακάρι όλοι οι νεότεροι συνάδελφοι να έχουν την τύχη να μαθητεύσουν κοντά σε ανάλογους δασκάλους.

Σε είχε απασχολήσει στο ξεκίνημα το δίλημμα Νοσοκομείο η ιδιωτική Ιατρική;

Η μόνη προοπτική όταν τελείωσα την ειδικότητα ήταν ο ιδιωτικός τομέας. Δεν θυμάμαι για ποιο λόγο, αλλά

για πάρα πολλά χρόνια δεν είχε προκηρυχθεί θέση επιμελητή γαστρεντερολόγου και έτσι ο ιδιωτικός τομέας φάνταζε μονόδρομος.

Έτσι μετά από μια μετεκπαίδευσή δύο περίπου ετών στο Royal Free Hospital υπό τον αείμνηστο Andrew Buitoughs, ξεκίνησα την ιδιωτική ιατρική, στην αρχή στο ιατρείο μου στην Χαλκίδα. Στην συνέχεια μετά από δυο χρόνια διεκδίκησα και επέτυχα σε δυο θέσεις. Πρώτα στην Πάτρα και λίγο αργότερα στον Ευαγγελισμό. Δεν το αποφάσισα όμως να πάω. Κυρίως οικογενειακοί ήταν οι λόγοι, αλλά σημαντικό ρόλο έπαιξε και ότι τότε άνοιξαν αρκετές ιδιωτικές κλινικές στην Αθήνα, όπου μου δόθηκε η δυνατότητα να συνεχίσω να ασκώ επεμβατικές πράξεις.

Μετά από 20 χρόνια άσκησης της Γαστρεντερολογίας δεν θα μπορούσα ακόμα να απαντήσω ξεκάθαρα στο ερώτημα "δημόσιος ή ιδιωτικός τομέας". Το καλό στον ιδιωτικό τομέα είναι ότι βάζεις εσύ τους κανόνες, διαλέγεις τους συνεργάτες σου, οι αμοιβές είναι συνήθως καλύτερες. Από την άλλη όμως πλευρά ίσως δεν την χαίρεσαι πολύ την ιατρική, κυρίως γιατί κάποια επεμβατικά περιστατικά που θα ήθελες πολύ να τα κάνεις, αναγκάζεσαι να τα παραπέμπεις σε δημόσια νοσοκομεία κυρίως λόγω του κόστους νοσηλείας στον ιδιωτικό τομέα.

Ποιο νομίζεις ότι είναι το επίπεδο της Γαστρεντερολογίας στην Ελλάδα σήμερα; Υστερεί συγκριτικά με τα διεθνή δεδομένα;

Με μεγάλη χαρά βλέπω ότι αρκετοί νέοι συνάδελφοι είναι εξαιρετικοί. Πολύ καλύτεροι από την γενιά μας. Τόσο σε γνώσεις όσο και σε πρακτική άσκηση. Σε αυτό έχουν συντελέσει πάρα πολύ και οι δυνατότητες που τους δίνονται για μετεκπαίδευση σε μεγάλα κέντρα του εξωτερικού με τις υποτροφίες της Εταιρείας.

Με ποια μέτρα μπορεί η κατάσταση να βελτιωθεί;

Δυστυχώς πολλές κλινικές δεν έχουν ακόμα την δυνατότητα να εκπαιδεύουν σε όλη την βασική τουλάχιστον γκάμα της Γαστρεντερολογίας. Το κατάλληλο



και καλά οργανωμένο rotation μεταξύ των κλινικών θα πρέπει κάποια στιγμή να οργανωθεί στα πρότυπα των Κλινικών του Εξωτερικού.

Θα ενθάρρυνες ένα 18χρονο να προσπαθήσει να σπουδάσει Ιατρική στην Ελλάδα με τα σημερινά δεδομένα;

Σπύρο μου το δίλλημα το αντιμετώπισα πρόσφατα προσωπικά με τους δυο μεγάλους μου γιούς (21 και 19 ετών σήμερα). Ε, λοιπόν μπορώ να σου πω ότι δεν τους ενθάρρυνα καθόλου. Αντιθέτως τους προέτρεψα να σπουδάσουν στο εξωτερικό. Και μπορώ να σε πληροφορήσω ότι η εμπειρία μου λέει ότι μάλλον πιο εύκολα πέρασαν στην ιατρική σχολή του UCL παρά θα πέρναγαν σε Ιατρική Σχολή στην Ελλάδα. Η διαδικασία εισαγωγής ήταν διετής δομημένη σε περιοδικές εξετάσεις όπου σου δίνεται η δυνατότητα να διορθώσεις κάτι στο οποίο δεν έχεις πάει καλά. Βέβαια το ότι εισήχθης δεν σου εξασφαλίζει με τίποτα ότι θα τελειώσεις, δεδομένου ότι δεν επιτρέπονται οι μεταφορές μαθημάτων από έτος σε έτος. Σε ενδεχομένη αποτυχία στην καλύτερη περίπτωση επαναλαμβάνεις το έτος, διαφορετικά διακόπτεις τις ιατρικές σπουδές. Και αυτό ισχύει μέχρι και το 6ο έτος.

Και τι κατεύθυνση θα έδινες σε ένα συνάδελφο που μόλις απέκτησε τον τίτλο του Γαστρεντερολόγου...

Όσο και να φαίνεται άσχημο, αυτό που θα έλεγα σε έναν νέο που πατάει γερά στα ποδιά του και είναι διατεθειμένος να παλέψει, θα ήταν να φύγει για το εξωτερικό. Αν παραμείνει Ελλάδα ο πιθανός διορισμός του ως επικουρικού γιατρού απλώς μετατοπίζει χρονικά το πρόβλημα. Από την άλλη πλευρά η άσκηση ιδιωτικής ιατρικής έχει δυσκολέψει πολύ. Ο σύγχρονος ενδοσκοπικός εξοπλισμός είναι πλέον πάρα πολύ ακριβός και τα leasing των τραπεζών έχουν δυσκολέψει πολύ. Επίσης δεν υπάρχει πλέον η δυνατότητα που είχαμε εμείς οι παλαιότεροι για συμβάσεις με κάποια ταμεία τουλάχιστον για το ξεκίνημα. Το να στηριχθείς σε σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ είναι σίγουρη καταστρο-

φή με τις μεγάλες καθυστερήσεις πληρωμών, τα claw back και rebate.

Κατά κοινή ομολογία στην Ελλάδα της κρίσης ανθούν οι επιστημονικές εταιρείες και τα Ιατρικά Συνέδρια επί παντός επιστητού. Συμμερίζεσαι την άποψη αυτή και πώς νομίζεις ότι μπορεί να επέλθει ο ορθολογισμός; Είναι θέμα Πολιτείας, Εταιρειών, προσώπων...

Δυστυχώς, και παρά την οικονομική κρίση των τελευταίων ετών, ο αριθμός των συνεδρίων, ημερίδων κλπ. συνεχίζει να είναι υπερβολικός και παραδόξως ίσως και να αυξάνεται.

Κατά την γνώμη μου θα έπρεπε να γίνεται μια ενωμένη Γαστρεντερολογική Εβδομάδα όλων των τμημάτων ανά διετία και τίποτα άλλο. Απορώ πως οι φαρμακευτικές εταιρείες καταφέρνουν ακόμα και επιχορηγούν όλες αυτές τις εκδηλώσεις που σε επιστημονικό επίπεδο δεν προσθέτουν απολύτως τίποτα. Το μόνο που προσφέρουν είναι ίσως η καλλιέργεια δημοσίων σχέσεων και η προβολή. Ο πλούτος της πληροφορίας που παρέχεται σήμερα μέσω του διαδικτύου δεν συγκρίνεται με την παρακολούθηση μιας ημερίδας...

Πόσο εύκολο είναι στον ιδιώτη γαστρεντερολόγο να παρακολουθήσει τις εξελίξεις της ειδικότητάς του στις συνθήκες όπως έχουν διαμορφωθεί (χρόνος, πρόσβαση κλπ);

Θα έλεγα ότι δεν είναι καθόλου δύσκολο. Προσωπικά παρακολουθώ κάθε χρόνο ένα από τα γνωστά ευρωπαϊκά live demonstration και το ελληνικό συνέδριο. Θα ήθελα να αναφερθώ και στα εξαιρετικά μετεκπαιδευτικά μαθήματα της εταιρείας μας με την επίβλεψη του κου Μαντίδη, καθώς και την πρόσβαση σε όλα τα περιοδικά που μας προσφέρει το site της ΕΓΕ.

Έχεις άποψη για την ΕΠΕΓΕ;

Είχα την τύχη να συμμετάσχω για αρκετά χρόνια μετά από παρότρυνση του αειμνήστου Αντώνη Ζερβακάκη στο ΔΣ της ΕΠΕΓΕ, για 9 χρόνια περίπου. Στην αρχή ως μέλος και στην συνέχεια από την θέση του Αντιπροέδρου με πρόεδρο τον αγαπητό φίλο Απόστολο Νται-



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

λιάνα. Δυστυχώς οι αυξημένες επαγγελματικές και οικογενειακές υποχρεώσεις δεν μου επέτρεψαν να ασχοληθώ με τα θέματα της ΕΠΕΓΕ στον βαθμό που θα ήθελα. Γεγονός είναι ότι η ΕΠΕΓΕ προβλέπεται ως θεσμός από την Ευρωπαϊκή Ένωση και έχει δυνατότητες παρέμβασης κυρίως σε θέματα επαγγελματικά. Ο αείμνηστος Α. Ζερβακάκης είχε όραμα και εργάστηκε σκληρά για την εξέλιξη της. Η σημερινή της μορφή και υπόσταση καθώς και ότι κατά την γνώμη μου ξεπέρασε τον όποιο ενδοιασμό εκ μέρους συναδέλφων οφείλεται σε αυτόν. Με εντυπωσίαζε η επιμονή του, ιδιαίτερα όταν τον έβλεπα να κτυπά συχνά κλειστές πόρτες κυρίως σε υπουργείο και ΕΟΠΥΥ. Η διημερίδα, το περιοδικό, το site ήταν δικά του δημιουργήματα. Το έργο του βρήκε άξιο συνεχιστή στο πρόσωπο του Απόστολου Νταιλιάνου που, όχι απλώς το συνέχισε, αλλά κατάφερε να φέρει και άλλους νέους συνάδελφους κοντά στην ΕΠΕΓΕ. Με μεγάλη χαρά βλέπω ότι και ο Πάνος ο Κασαπίδης είναι άξιος διάδοχος. Δεν σου κρύβω ότι, μόλις μειωθούν λίγο τα οικογενειακά βάρη, πιθανότατα να ξαναασχοληθώ ενεργά.

Μίλησέ μας λίγο για την άλλη πέραν της Ιατρικής πλευρά σου, για ασχολίες στον ελεύθερο χρόνο, χόμπι, δεξιότητες...

Δυστυχώς ο ελεύθερος χρόνος μου είναι περιορισμένος και τον αφιερώνω όσο μπορώ στα παιδιά μου. Και τα τέσσερα ασχολήθηκαν εκτός από τα μαθήματά τους με το βόλεϊ σε αρκετά καλό επίπεδο. Έτσι μου δίνεται η ευκαιρία να τα παρακολουθώ στους αγώνες, να συζητάμε και όσο μπορώ να είμαι κοντά τους. Συχνά με πειράζουν ότι ίσως παρεμβαίνω πολύ όταν τους αναλύω φάσεις μετά τον αγώνα. «Βγάζεις τα απωθημένα σου» μου λένε και γελάνε. Κι αυτό γιατί κατά την εφηβεία μου υπήρξα καλός παίκτης για την εποχή μου. Βέβαια, όταν ο πατέρας μου μου έβαλε το δίλλημα της Ιατρικής ή του βόλεϊ, οι σπουδές ήταν μονόδρομος. Στα σχέδια μου είναι πάντως, όταν ελαττωθούν κάπως τα οικογενειακά βάρη, να ασχοληθώ με τον παραγοντικό αθλητισμό στο βόλεϊ στην ομάδα της Χαλκίδας.

Αν σου έλεγα να ονομάσεις ένα νησιωτικό προορισμό

που σου αρέσει ιδιαίτερα... Χωρίς αμφιβολία η Σαντορίνη. Την έχω επισκεφθεί αρκετές φορές και κάθε φορά είναι σαν να είναι η πρώτη μου φορά. Η ιδιαιτερότητα του τοπίου και η ομορφιά του νησιού είναι μοναδική.

Και μια χώρα του εξωτερικού;

Οι χώρες της Ασίας και ιδιαίτερα η Ινδία αλλά και οι χώρες της Μέσης Ανατολής όπως η Ιορδανία, Συρία που δυστυχώς είναι αδύνατο να επισκεφθείς σήμερα λόγω της εμπόλεμης κατάστασης.

Πως βιώνεις την πολύπλευρη κρίση στην οποία έχει εγκλωβιστεί η χώρα μας τα τελευταία χρόνια...

Δυστυχώς δεν νομίζω πια ότι υπάρχει ελληνική οικογένεια που να μην έχει πληγεί από την κρίση. Πιστεύω ότι, αν και τα και τα βαθύτερα αίτια της κρίσης είναι μάλλον ηθικά, η άρνηση του καθενός μας να αποδεχθεί την πραγματικότητα και να προσαρμοστεί αναλόγως, οδηγεί σε αυτοκαταστροφή. Προσωπικά προσπαθώ, κυρίως όσον αφορά το οικονομικό σκέλος της κρίσης, να αντεπεξέλθω δουλεύοντας περισσότερο και με μικρότερες οικονομικές απολαβές.

Θεωρείς ότι υπάρχουν προοπτικές ανάκαμψης στο ορατό μέλλον και τι χρειάζεται να γίνει στην κατεύθυνση αυτή;

Η ιστορία δείχνει ότι έχουμε ξεπεράσει ως χώρα πολύ πιο δύσκολες καταστάσεις και σίγουρα, εάν εξισορροπήσουν και τα γενικότερα ευρωπαϊκά προβλήματα, σύντομα θα βρούμε τον δρόμο μας.

Και μια νότα αισιοδοξίας για το κλείσιμο...

Σπύρο μου, μάλλον δεν είμαι ο κατάλληλος άνθρωπος για να απαντήσω σε αυτή την ερώτηση. Ξέρεις, είμαι εκ φύσεως απαισιόδοξο άτομο. Προτιμώ συνήθως να βλέπω την άσχημη πλευρά των πραγμάτων, γιατί πιστεύω ότι έτσι οργανώνεσαι και προετοιμάζεσαι καλύτερα για να αποφύγεις ενδεχόμενες αποτυχίες



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ

Γιώργος Κουτούφαρης, Βρακάς Σπύρος

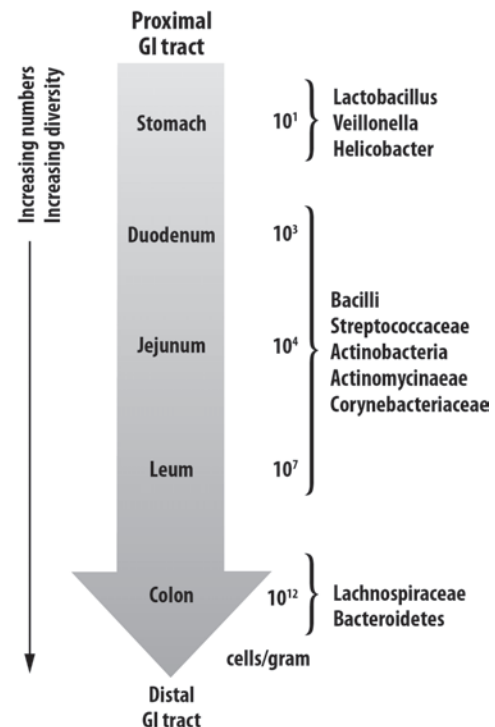
Ο όρος gut microbiota αναφέρεται στους μικροοργανισμούς που ζουν στο γαστρεντερικό σύστημα των ανθρώπων και αποτελείται από μικρόβια, ιούς, μύκητες και ευκαρυωτικούς μικροοργανισμούς. Επομένως ο όρος αυτός αποτελεί τη μικροχλωρίδα του εντέρου. Ο όρος gut microbiome είναι το σύνολο των γονιδίων των μικροβίων της εντερικής μικροχλωρίδας ενός ατόμου.

Η γαστρεντερική (GI) οδός του ανθρώπινου οργανισμού αποικίζεται από ένα μεγάλο φάσμα μικροοργανισμών, οι οποίοι αποτελούν το μικροβίωμα του πεπτικού συστήματος. Το ανθρώπινο μικροβίωμα μεταβολίζει υδατάνθρακες, επιθηλιακά κύτταρα, βλέννα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παράγονται μεταβολίτες οι οποίοι ρυθμίζουν τη λειτουργία των εντερικών επιθηλιακών κυττάρων, την ενεργειακή ισορροπία του ξενιστή, την ανοσολογική απάντηση και την ηπατική λειτουργία.

Σε όλο το μήκος του πεπτικού συστήματος παρατηρείται ετερογένεια στα είδη και στον αριθμό των μικροβίων. Στο στόμαχο ο αριθμός των μικροβίων είναι 10²gr, ενώ στο παχύ έντερο όπου παρατηρείται η μεγαλύτερη συγκέντρωση ο αριθμός των μικροβίων φτάνει έως 10¹¹-10¹²gr. Τέσσερα είναι τα κυρίαρχα μικρόβια καθόλο το μήκος του πεπτικού συστήματος. Συγκεκριμένα: Firmicutes, Bacteroidetes, Proteobacteria και Actinobacteria. Το είδος Firmicutes αποτελεί το 64% του εντερικού μικροβιώματος, ενώ το είδος Bacteroidetes το 23% στο σύνολο του εντερικού μικροβιώματος.

Σύσταση και μικροβιακός πληθυσμός του γαστρεντερικού συστήματος.

Πρόσφατα έχει διατυπωθεί η θεωρία της διαταραχής της ισορροπίας ανάμεσα σε προστατευτικά μικρόβια και σε μικρόβια που βλάπτουν το παχύ έντερο. Η διαταραχή αυτή είναι γνωστή ως δυσβίωση. Η δυσβίωση του μικροβιώματος έχει παρατηρηθεί σε αρκετά νοσήματα, όπως είναι τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, το σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου, η αλκοολική ηπατοπάθεια, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα. Παρόλα αυτά δεν έχει ξεκα-



θαρίσει ακόμα εάν η δυσβίωση του ανθρώπινου μικροβιώματος αποτελεί την αιτία ή εάν αποτελεί τη συνέπεια των παραπάνω παθήσεων.

Από παλαιότερες μελέτες φαινόταν ότι το γαστρεντερικό σύστημα ήταν στείρο μικροβίων κατά τη γέννηση του ανθρώπου. Νεότερες μελέτες δείχνουν ότι το γαστρεντερικό σύστημα είναι ήδη αποικισμένο κατά τη διάρκεια της γέννησης. Φαίνεται πως αποικίζεται από το μικροβίωμα της μητέρας, κατά τη διάρκεια της κύησης, μέσω του πλακούντα της μητέρας. Επίσης, διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν το μικροβίωμα κατά τη διάρκεια των πρώτων 3 ετών της ζωής του ανθρώπου. Οι παράγοντες αυτοί είναι η διατροφή (μητρικός θηλασμός vs γάλα εμπορίου), το είδος του τοκετού και η λήψη αντιβιοτικής αγωγής. Η χρήση αντιβιοτικών ουσιών στα πρώτα έτη της ζωής μπορεί να οδηγήσει στην έναρξη μεταβολικών και φλεγμονωδών διεργασιών. Φαίνεται πως το μικροβίωμα παίρνει την τελική του μορφή τα τρία πρώτα έτη της ζωής, μοιάζοντας με αυτό ενός ενήλικα. Εκτός από τους παραπάνω παράγοντες, η δίαιτα αποτελεί κύριο ρυθμι-



στή του ανθρώπινου μικροβιώματος. Οι υδατάνθρακες, οι βιταμίνες, το λίπος και οι πρωτεΐνες φαίνεται πως ρυθμίζουν τη σύσταση του εντερικού μικροβιώματος. Οι δραστικές αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες οδηγούν σε αλλαγή της σύστασης του εντερικού μικροβιώματος.

Οι περισσότερες μελέτες εξετάζουν το ανθρώπινο μικροβίωμα με τη λήψη κοπρανών υλικού από τον ασθενή. Ο λόγος είναι συγκεκριμένος. Είναι δύσκολο να συλλέξει κάποιος δείγματα ιστού από το βλεννογόνο του εντέρου, γιατί θα πρέπει να υποβάλλει τους ασθενείς σε ολική κολονοσκόπηση. Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι το μικροβίωμα που λαμβάνεται από δείγματα κοπράνων διαφέρει από το μικροβίωμα του εντερικού βλεννογόνου. Αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στο σχεδιασμό μελετών για την επίδραση της μικροχλωρίδας σε παθολογικές καταστάσεις. Σε παθήσεις του εντέρου, όπως είναι τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, το ιδανικό είναι να χρησιμοποιούνται βιοψίες του εντερικού βλεννογόνου παρά δείγματα κοπράνων για τον καθορισμό της μικροχλωρίδας.

Στον καρκίνο του παχέος εντέρου το ανθρώπινο μικροβίωμα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο μηχανισμό καρκινογένεσης, είτε μέσω της διαιτητικής αγωγής που λαμβάνει ο ασθενής είτε μέσω της αντιφλεγμονώδους δράσης στο βλεννογόνο του εντέρου. Από μελέτες έχει φανεί ότι το μικροβίωμα σε ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από καρκίνο παχέος εντέρου χαρακτηρίζεται από αύξηση του *Clostridium* spp, καθώς και από εμπλουτισμό του εντέρου με *Bacteroides* και *Bifidobacterium* spp. Σε ασθενείς οι οποίοι είναι χαμηλού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου, φαίνεται ότι η χλωρίδα του παχέος εντέρου είναι άφθονη σε βακτήρια που παράγουν γαλακτικό οξύ. Άλλες μελέτες καταδεικνύουν τη δυσβίωση του μικροβιώματος στον ορθοκολικό καρκίνο.

Η δυσβίωση του μικροβιώματος έχει μελετηθεί και στα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει αλλαγή της σύνθεσης της χλωρίδας του παχέος εντέρου, τόσο στην ελκώδη κολίτιδα όσο και στη νόσο Crohn. Φαίνεται ότι υπάρχει μειωμένη

ποικιλομορφία στη μικροχλωρίδα του εντερικού αυλού με μείωση στελεχών του φύλου Firmicutes και αύξηση των μικροβίων που είναι προσκολλημένα στη βλέννη. Η νόσος Crohn και η ελκώδης κολίτιδα εμφανίζονται συνήθως στο παχύ έντερο και/ή στον τελικό ειλεό, όπου παρατηρούνται οι μεγαλύτερες συγκεντρώσεις του εντερικού μικροβιώματος.

Το μικροβίωμα φαίνεται πως διαφέρει σε περιοχές με φλεγμονή. Οι συγκεντρώσεις του εντερικού μικροβιώματος στους ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι αυξημένες σε περιοχές όπου υπάρχει φλεγμονή σε σχέση με υγιείς ασθενείς. Ιδιαίτερα αυξημένες συγκεντρώσεις παρατηρούνται στους ασθενείς με νόσο Crohn. Η αυξημένη συκέντρωση στο βλεννογόνο του εντέρου των μικροβίων *E.coli* και *Clostridia* ενισχύει την υπόθεση της δυσβίωσης ανάμεσα στα προστατευτικά και τα τοξικά για τον εντερικό βλεννογόνο μικρόβια στους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Η δυσβίωση αυτή θα μπορούσε να επάγει τη διαδικασία της φλεγμονής. Σε άλλες μελέτες παρατηρήθηκαν μειωμένες συγκεντρώσεις στελεχών *Bacteroidetes* και *Firmicutes*. Επίσης παρατηρήθηκαν μειωμένες συγκεντρώσεις του στελέχους *F. Prausnitzii*, το οποίο συμμετέχει στην παραγωγή αντιφλεγμονωδών παραγόντων. Σε άλλες μελέτες έχουν παρατηρηθεί μειωμένες συγκεντρώσεις των προστατευτικών για τον εντερικό βλεννογόνο στελεχών *Bifidobacteria*. Τα στελέχη αυτά παράγουν λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου και θεωρούνται προστατευτικά για τη λειτουργία του επιθηλίου του βλεννογόνου και την ακεραιότητα του εντερικού φραγμού. Παρόλες τις πολλές μελέτες που έχουν γίνει για το ανθρώπινο μικροβίωμα και τις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, δεν έχει ακόμα αποσαφηνιστεί αν οι αλλαγές στην εντερική μικροχλωρίδα αποτελούν την αιτία ή τη συνέπεια της φλεγμονής.

Η δυσβίωση του μικροβιώματος δεν έχει παρατηρηθεί μόνο σε παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος αλλά και σε άλλα νοσήματα. Έχει φανεί από μελέτες ότι η σημαντική μείωση ορισμένων ειδών μικροβίων, στα πρώτα στάδια της ζωής, συσχετίζεται με την εμφάνιση αλλεργικών συμπτωμάτων. Παιδιά τα οποία ανέπτυξαν αλλεργίες εμφάνισαν μικρότερες συγκεντρώσεις *Clostridium*



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ

Γιώργος Κουτουφάρης, Βρακάς Σπύρος

difficile, Lactobacillus και Bifidobacterium κατά το 2ο μήνα της ζωής.

Πρόσφατα έχει συσχετιστεί η δυσβίωση του μικροβιώματος με τον αυτισμό. Έχει φανεί ότι η εκδήλωση του αυτισμού ακολουθεί συχνά τη χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής. Επίσης υπάρχουν γαστρεντερικές ανωμαλίες κατά την εμφάνιση του αυτισμού. Η χορήγηση βανκομυκίνης φαίνεται πως βελτιώνει τα αυτιστικά συμπτώματα και αυτό που έχει παρατηρηθεί είναι ότι συμβαίνει επανεμφάνιση των συμπτωμάτων μετά από τη διακοπή της αντιβιοτικής αγωγής. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα, διαπιστώθηκε ότι η μικροχλωρίδα των αυτιστικών παιδιών δεν διέφερε σημαντικά από τη μικροχλωρίδα των μαρτύρων. Απομένει να αποσαφηνιστεί ο ρόλος του εντερικού μικροβιώματος στην επαγωγή συμπεριφορών αυτιστικού τύπου.

Πειραματικό μοντέλο μυών έδειξε ότι η πλειονότητα του εντερικού μικροβιώματος στην παχυσαρκία περιλαμβάνει κυρίως δύο φύλα. Τα Bacteroidetes και τα Firmicutes. Η αναλογία των δυο φύλων διαφέρει μεταξύ παχύσαρκων και αδύνατων ποντικών. Από τις μελέτες αυτές φαίνεται ότι τα παχύσαρκα ποντίκια είχαν υψηλότερη αναλογία Firmicutes/Bacteroidetes σε σχέση με τα αδύνατα. Μια πιθανή ερμηνεία των μελετών αυτών είναι ότι τα βακτήρια του φύλου Firmicutes μεταβολίζουν αποτελεσματικότερα τις ενεργειακές πηγές σε σχέση με τα βακτήρια του φύλου Bacteroidetes. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να προάγεται η απορρόφηση των θερμίδων και να αυξάνεται το σωματικό βάρος. Αντίστοιχες μελέτες έδειξαν, ότι όταν τα ποντίκια με στείρο έντερο αποικίζονταν με τη μικροβιακή χλωρίδα παχύσαρκων ποντικών, είχαν αυξημένη πιθανότητα να πάρουν βάρος παρόλο που το διαιτολόγιό τους δε μεταβάλλονταν. Επίσης φαίνεται ότι η επαγόμενη από μικρόβια μετατροπή της χολίνης σε τριμεθυλαμίνη συνεισφέρει στην ανάπτυξη μη αλκοολικής στεατοηπατίτιδας.

Τα προβιοτικά είναι ζωντανοί μικροοργανισμοί, οι οποίοι χορηγούνται σε τέτοιες δόσεις έτσι ώστε να βοηθούν τον ξενιστή. Τα περισσότερα μικρόβια που χρησιμο-

ποιούνται έχουν απομονωθεί από την εντερική χλωρίδα υγιών ατόμων και ανήκουν στα γένη Lactobacillus και Bifidobacterium. Με εξαίρεση ορισμένες παθήσεις, θα μπορούσε να πει κανείς ότι μέχρι σήμερα η ευεργετική δράση των προβιοτικών δεν έχει τεκμηριωθεί απόλυτα.

Με τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί την τελευταία δεκαετία, γνωρίζουμε καλύτερα τη σύνθεση της εντερικής μικροχλωρίδας μεταξύ φυσιολογικών ατόμων και ατόμων με συγκεκριμένες παθήσεις. Η γνώση αυτή θα βοηθήσει έτσι ώστε να σχεδιαστούν με μεγαλύτερη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα μελέτες για τη μεταβολή της εντερικής μικροχλωρίδας κατά τη χορήγηση προβιοτικών. Από μελέτες έχουν ανακαλυφθεί γονίδια τα οποία επιτρέπουν σε στελέχη Lactobacillus ή Bifidobacterium να προσαρμόζονται στο εντερικό περιβάλλον, να αλληλεπιδρούν με το ανοσοποιητικό σύστημα και να προσκολλώνται στον εντερικό βλεννογόνο. Δεν αποκλείεται μελλοντικά να επιλέγονται προβιοτικά τα οποία να είναι σχεδιασμένα για κάθε άτομο, ανοίγοντας με τον τρόπο αυτό μια προοπτική για την εφαρμογή εξατομικευμένης Ιατρικής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Quigley EM. Basic Definitions and Concepts: Organization of the Gut Microbiome. *Gastroenterol Clin North Am*. 2017 Mar; 46:1-8.
- 2) Sartor BR, Mazmanian SK. Intestinal Microbes in Inflammatory Bowel Diseases. *Am J Gastroenterol Suppl* 2012; 1:15 – 21.
- 3) Eckburg PB, Relman DA. The role of microbes in Crohn's disease. *Clin Infect Dis* 2007; 44: 256–62.
- 4) Khor B, Gardet A, Xavier RJ. Genetics and pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Nature* 2011; 474: 307–17.
- 5) Waterman M, Xu W, Stempak JM et al. Distinct and overlapping genetic loci in Crohn's disease and ulcerative colitis: correlations with pathogenesis. *Inflamm Bowel Dis* 2011; 17: 1936 – 42.
- 6) Frank DN, St Amand AL, Feldman RA et al. Molecular-phylogenetic characterization of microbial community imbalances in human inflammatory bowel diseases. *Proc Natl Acad Sci USA* 2007; 104: 13780–5.
- 7) Ley RE, Peterson DA, Gordon JL. Ecological and



evolutionary forces shaping microbial diversity in the human intestine. *Cell* 2006; 124: 837–48.

- 8) Sartor RB. Microbial influences in inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology* 2008; 134: 577–94.
- 9) Dominguez-Bello MG, Costello EK, Contreras M, et al. Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2010; 107:11971–5.
- 10) Jakobsson HE, Abrahamsson TR, Jenmalm MC, et al. Decreased gut microbiota diversity, delayed Bacteroidetes colonisation and reduced Th1 responses in infants delivered by caesarean section. *Gut* 2014; 63:559–66.
- 11) Dogra S, Sakwinska O, Soh SE, et al. Dynamics of infant gut microbiota are influenced by delivery mode and gestational duration and are associated with subsequent adiposity. *MBio* 2015; 6 [pii:e02419–14].
- 12) Dominguez-Bello MG, De Jesus-Laboy KM, Shen N, et al. Partial restoration of the microbiota of cesarean-born infants via vaginal microbial transfer. *Nat Med* 2016; 22:250–3.
- 13) Marques TM, Wall R, Ross RP, et al. Programming infant gut microbiota: influence of dietary and environmental factors. *Curr Opin Biotechnol* 2010; 21:149–56.
- 14) Cong X, Xu W, Janton S, et al. Gut microbiome developmental patterns in early life of preterm infants: impacts of feeding and gender. *PLoS One* 2016; 11:e0152751.
- 15) Backhed F, Roswall J, Peng Y, et al. Dynamics and stabilization of the human gut microbiome during the first year of life. *Cell Host Microbe* 2015; 17:690–703.
- 16) Yatsunenko T, Rey FE, Manary MJ, et al. Human gut microbiome viewed across age and geography. *Nature* 2012; 486:222–7.
- 17) Vangay P, Ward T, Gerber JS, et al. Antibiotics, pediatric dysbiosis, and disease. *Cell Host Microbe* 2015; 17:553–64.
- 18) Sonnenburg ED, Sonnenburg JL. Starving our microbial self: the deleterious consequences of a diet deficient in microbiota-accessible carbohydrates. *Cell Metab* 2014; 20:779–86.
- 19) Kashyap PC, Marcobal A, Ursell LK, et al. Complex interactions among diet, gastrointestinal transit, and gut microbiota in humanized mice. *Gastroenterology* 2013; 144:967–77.
- 20) Clarke SF, Murphy EF, O'Sullivan O, et al. Exercise and associated dietary extremes impact on gut microbial diversity. *Gut* 2014; 63:1913–20.
- 21) Hildebrandt MA, Hoffmann C, Sherrill-Mix SA, et al. High-fat diet determines the composition of the murine gut microbiome independently of obesity. *Gastroenterology* 2009; 137:1716–24.
- 22) Heinritz SN, Weiss E, Eklund M, et al. Intestinal microbiota and microbial metabolites are changed in a pig model fed a high-fat/low-fiber or a low-fat/high-fiber diet. *PLoS One* 2016; 11:e0154329.
- 23) Kovatcheva-Datchary P, Nilsson A, Akrami R, et al. Dietary fiber-induced improvement in glucose metabolism is associated with increased abundance of *Prevotella*. *Cell Metab* 2015; 22:971–82.
- 24) Sonnenburg ED, Smits SA, Tikhonov M, et al. Diet-induced extinctions in the gut microbiota compound over generations. *Nature* 2016; 529:212–5.
- 25) Degnan PH, Taga ME, Goodman AL. Vitamin B12 as a modulator of gut microbial ecology. *Cell Metab* 2014; 20:769–78.
- 26) Degnan PH, Barry NA, Mok KC, et al. Human gut microbes use multiple transporters to distinguish vitamin B12 analogs and compete in the gut. *Cell Host Microbe* 2014; 15:47–57.
- 27) Walker AW, Sanderson JD, Churcher C, et al. High-throughput clone library analysis of the mucosa-associated microbiota reveals dysbiosis and differences between inflamed and non-inflamed regions of the intestine in inflammatory bowel disease. *BMC Microbiol* 2011; 11: 7.
- 28) Sepehri S, Kotlowski R, Bernstein CN, et al. Microbial diversity of inflamed and noninflamed gut biopsy tissues in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2007; 13: 675–83.
- 29) Kleessen B, Kroesen AJ, Buhr HJ, et al. Mucosal and invading bacteria in patients with inflammatory bowel disease compared with controls. *Scand J Gastroenterol* 2002; 37: 1034–41.
- 30) Ott SJ, Musfeldt M, Wenderoth DF, et al. Reduction in diversity of the colonic mucosa associated bacterial microflora in patients with active inflammatory bowel disease. *Gut* 2004; 53: 685–93.
- 31) Sokol H, Seksik P, Furet JP, et al. Low counts of *Faecalibacterium prausnitzii* in colitis microbiota. *Inflamm Bowel Dis* 2009; 15: 1183–9.
- 32) Martinez C, Antolin M, Santos J, et al. Unstable composition of the fecal microbiota in ulcerative colitis during clinical remission. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 643–8.
- 33) Barzegari A, Saei AA. Designing probiotics with respect to the native microbiome. *Future Microbiol* 2012; 7:571–5.



Η γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

Αθανάσιος Δ. Σιούλας

Η τηλεϊατρική στη διαχείριση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου

Είναι γνωστό πως οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΙΦΝΕ) παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στην κλινική τους έκφραση στα διάφορα άτομα, όσον αφορά στην εντόπιση, τη συμπεριφορά, τη συχνότητα των εξάρσεων, τις επιπλοκές και την απάντηση στην χορηγούμενη αγωγή. Κύριος στόχος των διαφόρων θεραπευτικών σχημάτων είναι η επαγωγή και η διατήρηση της κλινικής ύφεσης. Παραδοσιακά, η παρακολούθηση των πασχόντων γίνεται σε προγραμματισμένες επισκέψεις σε εξωτερική βάση, γεγονός, όμως, που δεν αντιστοιχεί συνήθως στην κλινική πορεία των νοσημάτων και επιπλέον συνεπάγεται σημαντικό κόστος για το σύστημα και φόρτο εργασίας.

Τα συστήματα τηλεϊατρικής προσφέρουν τη δυνατότητα εξατομικευμένης παρακολούθησης χρονίων νοσημάτων, όπως αυτό έχει αποδειχθεί στην συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Μέσω της τηλεϊατρικής επιτυγχάνεται η βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων θεραπευτικών παρεμβάσεων, η έγκαιρη διάγνωση των εξάρσεων και η παροχή άμεσων συμβουλών ανά πάσα στιγμή στον πάσχοντα. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται επιπρόσθετα η λελογισμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και ο συνακόλουθος περιορισμός του κόστους.

Πολύ πρόσφατα ερευνητές από την Ολλανδία παρουσίασαν τα αποτελέσματα της εφαρμογής ενός συστήματος τηλεϊατρικής σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Πρόκειται για μια διαδικτυακή εφαρμογή που παρέχει τη δυνατότητα μνημιαίας ενημέρωσης και περιέχει ερωτήσεις σχετικά με την ενεργότητα της νόσου, τη λαμβανόμενη θεραπεία και τη συμμόρφωση σε αυτή, τυχόν παρενέργειες των φαρμάκων και το βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς. Επιπλέον, καταχωρεί παράγοντες όπως το κάπνισμα, η συναισθηματική κατάσταση, οι διατροφικές συνήθειες και η φυσική εξάσκηση. Σε περίπτωση έξαρσης, η καταχώρηση δεδομένων γίνεται σε εβδομαδιαία βάση, ενώ επί κλινικής ύφεσης επί 3 συνεχείς μήνες, η παρακολούθηση δύναται

να πραγματοποιείται κάθε τρίμηνο. Στην περίπτωση που οι καταχωρούμενες παράμετροι υπερβούν τα προκαθορισμένα όρια ειδοποιείται άμεσα ο υπεύθυνος ιατρός προκειμένου να επιληφθεί περαιτέρω.

Η χρήση της ως άνω εφαρμογής τηλεϊατρικής αξιολογήθηκε και στο πλαίσιο μιας τυχαίοποιημένης μελέτης σε 4 κέντρα στην Ολλανδία στην οποία συμμετείχαν 909 ασθενείς με ΙΦΝΕ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι ασθενείς που παρακολούθηθηκαν μέσω τηλεϊατρικής χρειάστηκαν σημαντικά λιγότερες επισκέψεις σε δομές υγείας και λιγότερες νοσηλείες σε σχέση με αυτούς που παρακολούθηθηκαν με το συμβατικό τρόπο. Επιπρόσθετα ο αναφερόμενος βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα παρακολούθησής τους ήταν σημαντικά μεγαλύτερος με τη χρήση της τηλεϊατρικής. Ο αριθμός των εξάρσεων, των χειρουργικών επεμβάσεων και η χρήση κορτικοστεροειδών δε διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων. Αξίζει, μάλιστα, να τονιστεί, πως τα οφέλη από την τηλεϊατρική παρατηρήθηκαν σε όλους τους διαφορετικούς υπότυπους των ΙΦΝΕ.

Συμπερασματικά, φαίνεται πως η παρακολούθηση ασθενών με ΙΦΝΕ μέσω της τηλεϊατρικής ήταν ασφαλής και είναι πιθανό να οδηγήσει σε ένα πιο εξατομικευμένο πρότυπο αντιμετώπισης και σε βελτίωση της σχέσης κόστους-ποιότητας.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. de Jong M, van der Meulen-de Jong A, Romberg-Camps M, et al. Development and feasibility study of a telemedicine tool for all patients with IBD: MyIBDcoach. *Inflamm Bowel Dis* 2017; 23: 485–93.
2. de Jong M, van der Meulen-de Jong A, Romberg-Camps M, et al. Telemedicine for management of inflammatory bowel disease (myIBDcoach): a pragmatic, multicentre, randomized controlled trial. *Lancet* 2017; 390: 959–68

Νέα από την Τεχνολογία - Βιομηχανία

BARRETT ΚΑΙ ΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΜΕ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ (RFA)



Η συχνότητα της ΓΟΠΝ στο δυτικό κόσμο έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια και μαζί με αυτήν και η συχνότητα του οισοφάγου Barrett και του αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου. Σιγά σιγά αναπτύχθηκαν μέθοδοι αντιμετώπισης του οισοφάγου Barrett και της δυσπλασίας όταν αυτή ανιχνεύεται. Εφαρμόστηκαν το APC, η EMR/ESD, οι ραδιοσυχνότητες (RFA), η κρυοπηξία, η φωτοδυναμική θεραπεία. Οι παραπάνω μέθοδοι έχουν διάφορα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Τον καλύτερο συνδυασμό αποτελεσμάτων και προφίλ ασφαλείας προσφέρει ο συνδυασμός EMR (εφόσον υπάρχουν ορατές βλάβες) και καυτηριασμού του οισοφάγου Barrett με RFA.

Ο καυτηριασμός με RFA απαιτεί ένα ειδικό διπολικό ηλεκτρόδιο. Η διαφορά με άλλα διπολικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι ότι το ηλεκτρόδιο συνδέεται με γεννήτρια που μεταφέρει σήμα σε συχνότητα 450-500 KHz. Ο καθετήρας έχει καθορισμένη περιέλιξη του σύρματος, απόσταση ανάμεσα στις σπείρες. Τα συγκεκριμένα αυτά χαρακτηριστικά σε συνδυασμό με την καθορισμένη ενέργεια 12-15 J/cm² έχουν ως αποτέλεσμα το σταθερό βάθος καυτηριασμού - ηλεκτρικής νέκρωσης στα 700-800 μm που φθάνει στη βλεννογόνια μυική στιβάδα. Με αυτό τον τρόπο καταστρέφεται το αδενικό επιθήλιο του Barrett, χωρίς όμως να επηρεάζονται βαθύτερες δομές του τοιχώματος του οισοφάγου. Έτσι δικαιολογείται το χαμηλό ποσοστό στενώσεων (5-6%) που περιγράφεται μετά από RFA.

Υπάρχουν 2 κατηγορίες ηλεκτροδίων: το περιμετρικό και το εστιακό. Το περιμετρικό (Barxx 360) συστήνεται για βλάβες μεγαλύτερες από 3 εκ. Τα εστιακά είναι 4 διαφορετικοί καθετήρες: ο Barxx 90 focal, ο Barxx Ultra long focal (με διπλάσια επιφάνεια κάλυψης), ο Barxx 60 focal (για μικρές βλάβες) και ο Barxx channel ο οποίος μπορεί να διέλθει από το κανάλι εργασίας του ενδοσκοπίου. Οι εστιακοί καθετήρες συστήνονται για οισοφάγο Barrett με μικρό μήκος <3 εκ.

Ο ασθενής προετοιμάζεται όπως για οποιαδήποτε γαστροσκόπηση. Παλαιότερα γινόταν έκπλυση του βλεννογόνου του Barrett με βλεννολυτικό διάλυμα N-ακετυλοκυστεΐνης. Ωστόσο νεότερες μελέτες δείχνουν ότι και χωρίς έκπλυση επιτυγχάνονται εξίσου καλά αποτελέσματα. Στη συνέχεια ακολουθεί τοποθέτηση οδηγού σύρματος εντός του στομάχου πάνω από το οποίο διέρχεται ο καθετήρας Barxx 360, ενώ στην περίπτωση του εστιακού καθετήρα αυτός προσαρμόζεται στο άκρο του ενδοσκοπίου με την κεφαλή του προ-

σανατολισμένη στην 12h ώρα.

Στην περίπτωση του Barxx 360 ο καθετήρας - μπαλόνι φουσκώνει, ώστε να εφαρμόσει καλά πάνω στο βλεννογόνο. Η πίεση έκπτυξης ελέγχεται διαρκώς με μανόμετρο ώστε να αποτραπεί διάτρηση από υπερέκπτυξη. Μετά την εφαρμογή του παλμού ενέργειας ραδιοσυχνοτήτων ο καυτηριασμένος βλεννογόνος ξύνεται με πλαστικό cap ώστε η δεύτερη εφαρμογή καυτηριασμού να γίνει επιτυγχάνοντας την καλύτερη επαφή του ηλεκτροδίου.

Μετά το πέρας της ενδοσκόπησης αναμένεται ήπιος πόνος ο οποίος απαντάει σε παρακεταμόλη και σπάνια απαιτεί κάτι παραπάνω σε ό,τι αφορά την αναλγησία. Αιμορραγία αναφέρεται σε ποσοστό <1%, ενώ κάποιοι ασθενείς αναφέρουν δεκαδική πυρετική κίνηση. Στενώσεις περιγράφονται σε ποσοστό < 6% και σχετίζονται με προηγηθείσα EMR.

Ο ασθενής παραμένει νήσις για 4 ώρες, ενώ στη συνέχεια επιτρέπονται υγρά για το πρώτο 24ωρο. Στη συνέχεια ο ασθενής μπορεί να καταναλώσει μαλακές τροφές και να επιστρέψει σιγά - σιγά σε φυσιολογικό διαιτολόγιο.

Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην καταστολή της έκκρισης υδροχλωρικού οξέος καθώς μη ελεγχόμενη ΓΟΠ επηρεάζει αρνητικά την επούλωση. Οι ασθενείς λαμβάνουν PPI πρωί - βράδυ, ρανιτιδίνη προ ύπνου και σουκραλφάτη 5 ml 4 φορές τη μέρα.

Σε ό,τι αφορά τα αποτελέσματα από ανασκοπήσεις και μεταanalύσεις προκύπτει εξάλειψη της εντερικής μεταπλασίας (πρακτικά του Barrett) σε ποσοστό που αγγίζει το 80% και της δυσπλασίας σε ποσοστό >90%. Η ανάπτυξη διηθητικού νεοπλάσματος κατά τη διάρκεια 3ετούς παρακολούθησης είναι 0,2% - τεράστια μείωση αν λάβουμε υπόψη μας ότι η μελέτη αφορά πληθυσμό 3.800 ασθενών με δυσπλασία. Μοναδικό αρνητικό σημείο της μεθόδου φαίνεται να είναι ότι η εκκρίωση του οισοφάγου Barrett δεν επιτυγχάνεται συνήθως σε μια συνεδρία, γεγονός το οποίο αυξάνει το κόστος της μεθόδου.

Πρόκειται πάντως για μια εύκολη, ασφαλή και αποτελεσματική τεχνική που φαίνεται ότι έχει πάρει πρωτεύοντα ρόλο στην αντιμετώπιση του οισοφάγου Barrett.

Βιβλιογραφία

Efficacy and Durability of Radiofrequency Ablation for Barrett's Esophagus: Systematic Review and Meta-analysis. Eric S. Orman et al. Clinical Gastroenterol and Hepatol. October 2013 p 1245-1255.



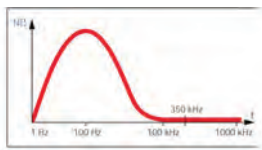
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΑΡΧΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Γρίβας Ηλίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - Η ηλεκτροχειρουργική αναφέρεται στην τομή ή πήξη του ιστού με τη χρήση υψηλής συχνότητας ηλεκτρικού ρεύματος. Οι γιατροί που χρησιμοποιούν την τεχνική αυτή θα πρέπει να γνωρίζουν τις βασικές αρχές του ηλεκτρισμού, τη δράση του ηλεκτρικού ρεύματος στους ιστούς, τη λειτουργία των συσκευών και την πρόληψη και διαχείριση των πιθανών επιπλοκών κατά τη διάρκεια των ηλεκτροχειρουργικών επεμβάσεων.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ - Το ηλεκτρικό ρεύμα δημιουργείται από την κίνηση των ηλεκτρονίων, ενώ η δύναμη που προκαλεί την κίνηση αυτή ονομάζεται τάση. Υπάρχουν δύο τύποι ηλεκτρικού ρεύματος: το συνεχές ρεύμα (DC), όπου η ροή των ηλεκτρονίων είναι πάντα προς την ίδια κατεύθυνση (π.χ. απλές μπαταρίες), και το εναλλασσόμενο ρεύμα (AC), όπου η ροή αλλάζει κατεύθυνση περιοδικά (π.χ. πρίζα). Κάθε φορά που ένα AC ρεύμα αντιστρέφει την κατεύθυνσή του θεωρείται ένας κύκλος. Η συχνότητα αναφέρεται στον αριθμό των κύκλων ανά δευτερόλεπτο και μετρίεται σε Hertz (Hz). Τα ηλεκτροχειρουργικά συστήματα (ESU) που χρησιμοποιούνται στις ενδοσκοπικές μονάδες μετατρέπουν την ηλεκτρική συχνότητα του δικτύου, η οποία είναι 50 έως 60 Hz, σε πολύ υψηλότερες συχνότητες, 500.000 έως 3.000.000 Hz. Αυτό είναι σημαντικό για την ελαχιστοποίηση της διέγερσης των νεύρων και των μυών, η οποία επιτυγχάνεται μόνο όταν το ηλεκτρικό ρεύμα έχει συχνότητα πάνω από 100.000 Hz.

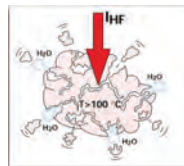


Σχέση συχνότητας - διέγερσης μυών και νεύρων

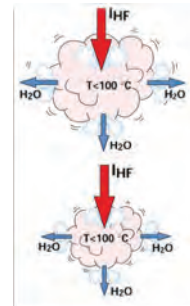
Τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα της εφαρμογής ηλεκτρικού ρεύματος στον ιστό είναι: τομή ή αιμόσταση.

Η ηλεκτροχειρουργική τομής (cutting) επιτυγχάνεται με υψηλή τάση (> 200 V) συνεχούς ρεύματος. Αυτό προκαλεί στα κύτταρα ταχεία αύξηση της εσω-

τερικής τους θερμοκρασίας, με αποτέλεσμα το βρασμό του ενδοκυττάριου ύδατος και τελικά την έκρηξη των κυττάρων. Έτσι, δημιουργείται ένα κενό στη θέση των κυτταρικών δομών που έχουν καταστραφεί και, συνεπώς, μία μη αγωγίμη ζώνη, που εμποδίζει την περαιτέρω επέκταση του φαινομένου. Η διάχυση της θερμότητας στους ιστούς που βρίσκονται στο περιθώριο της τομής παράγει μια ζώνη πήξης.



Η ηλεκτροχειρουργική αιμόστασης (coagulation) οφείλεται στην εξάτμιση του νερού από το εσωτερικό των κυττάρων. Προκειμένου να είναι σταθερή και ομοιόμορφη, πρέπει να εφαρμόζεται κατά περιόδους και με σταδιακή αύξηση της θερμοκρασίας κάτω, όμως, από 100 °C. Η χαμηλή θερμοκρασία προστατεύει τα κύτταρα από τη ρήξη και τελικά προκαλεί μετουσίωση των ενδοκυττάρων πρωτεϊνών (πήξη).



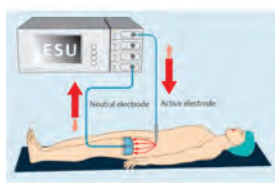
Ηλεκτρικό κύκλωμα: Ανάλογα με την κλινική ένδειξη και το είδος της συσκευής που χρησιμοποιείται, η ενέργεια μπορεί να μεταδοθεί από την ESU μέσω μονοπολικής ή διπολικής λειτουργίας.

Η κύρια διαφορά μεταξύ αυτών των δύο είναι ότι, στη μονοπολική, το ρεύμα διαπερνά τον ασθενή, για να ολοκληρωθεί το κύκλωμα, ενώ στη διπολική, διαπερνά μόνο τον ιστό μεταξύ των δύο ηλεκτροδίων του οργάνου.

Μονοπολική χειρουργική επέμβαση - Σε χειρουργική επέμβαση με μονοπολική διαθερμία, το ηλεκτρικό ρεύμα που δημιουργείται στην ESU διέρχεται μόνο μέσα από ένα ηλεκτρόδιο στον ιστό, προκαλώντας το επιθυμητό αποτέλεσμα (π.χ. ηλεκτροπηξία, αποξήρανση ή εξάτμιση). Η επενέργεια στους ιστούς συντελείται, σχεδόν αποκλειστικά, κοντά στο ηλεκτρόδιο, καθώς η πυκνότητα του ρεύματος μειώνεται γρήγορα

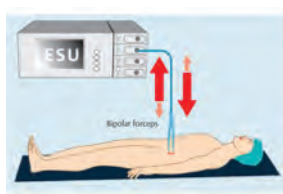


με την απόσταση. Για να ολοκληρωθεί το κύκλωμα, τα ηλεκτρόνια επιλέγουν μία «οδό» μικρής αντίστασης, για να επιστρέψουν σε μια δεξαμενή ηλεκτρονίων, όπως το έδαφος. Αυτόν το ρόλο αναλαμβάνει το ουδέτερο ηλεκτρόδιο, το οποίο συνδέεται με τον ασθενή σε σχετικά μικρή απόσταση από τη χειρουργική περιοχή. Η μεγάλη επιφάνεια του ουδέτερου ηλεκτροδίου ελαττώνει την πυκνότητα του ρεύματος στο σημείο σύνδεσης, ελαχιστοποιώντας έτσι τον κίνδυνο εγκαυμάτων στο δέρμα. Ωστόσο, αν το ουδέτερο ηλεκτρόδιο συνδεθεί χαλαρά ή μερικά με το δέρμα, η αύξηση της πυκνότητας, δυνητικά, μεγιστοποιεί τον κίνδυνο εγκαυμάτων. Για πιο ασφαλή αποτελέσματα, το ουδέτερο ηλεκτρόδιο πρέπει να εφαρμόζεται καλά, σε ξηρό, άτριχο δέρμα πάνω από ένα μεγάλο μυ και μακριά από μεταλλικές προθέσεις. Μεταβλητές, όπως χηλοειδές, μέταλλο, τρίχες και κακή αιμάτωση, αυξάνουν την αντίσταση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εγκαύματα. Μερικές ESUs έχουν αισθητήρες που υπολογίζουν την επαφή του ουδέτερου ηλεκτροδίου με το δέρμα.



Μονοπολικό κύκλωμα

Διπολική χειρουργική επέμβαση - Σε χειρουργική επέμβαση με διπολική διαθερμία, το ηλεκτρικό ρεύμα που δημιουργείται στην ESU περιορίζεται στον ιστό ανάμεσα στα δύο ηλεκτρόδια του χειρουργικού εργαλείου. Ξεχωριστό ηλεκτρόδιο επιστροφής για το ρεύμα εξόδου δεν απαιτείται.



Διπολικό κύκλωμα

ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΡΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΝΟΔΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ

Η ποσότητα του ηλεκτρικού ρεύματος ανά μονάδα επιφάνειας στο σημείο της εφαρμογής ονομάζεται πυκνότητα. Σε ένα μονοπολικό κύκλωμα, η πυκνότητα του ρεύματος είναι σχετικά υψηλή στο σημείο επαφής του ιστού με το ενεργό ηλεκτρόδιο, λόγω της μικρής περιοχής επαφής. Η πυκνότητα του ρεύματος είναι σημαντικά χαμηλότερη στο σημείο τοποθέτησης του ουδέτερου ηλεκτροδίου, επειδή η μεγαλύτερη επιφάνεια του τελευταίου διασκορπίζει τα ηλεκτρόνια.

Αν υποθέσουμε ότι η ηλεκτρική αντίσταση των ιστών είναι ομοιόμορφη και η θερμική αγωγιμότητα αμελητέα, η παραγόμενη θερμότητα στους ιστούς σχετίζεται άμεσα με την ποσότητα ηλεκτρικής ενέργειας που απορροφάται από τον ιστό. Το ποσό αυτό (QE) μπορεί να εκφραστεί από την εξίσωση:

$QE = (I^2 \times R) / S$, όπου R η ηλεκτρική αντίσταση, I η ένταση ρεύματος και S η επιφάνεια του ιστού σε επαφή με το ηλεκτρόδιο.

Όταν το ηλεκτρικό ρεύμα εφαρμόζεται για 1 δευτερόλεπτο, η θερμοκρασία των ιστών αυξάνεται σύμφωνα με την ακόλουθη εξίσωση (υποθέτοντας ότι όλη η ηλεκτρική ενέργεια μετατρέπεται σε θερμότητα):

$$\Delta T = (K \times QE) / S = (I^2 \times K \times R) / S^2$$

όπου K ειδική σταθερά των ιστών.

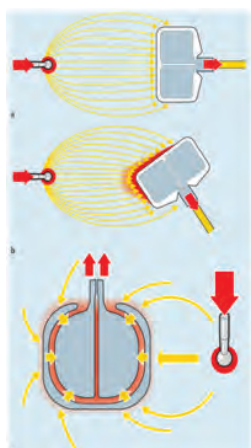
Η QE μπορεί να ρυθμιστεί, ώστε να προκαλέσει αύξηση της θερμοκρασίας του ιστού στο σημείο επαφής με το ενεργό ηλεκτρόδιο, ενώ το θερμικό αποτέλεσμα στη θέση εφαρμογής του ουδέτερου ηλεκτροδίου, το οποίο είναι σημαντικά μεγαλύτερο, είναι αμελητέο. Αντιθέτως, εάν ο ασθενής είναι σε επαφή με μικρό τμήμα του ουδέτερου ηλεκτροδίου ή αν το ουδέτερο ηλεκτρόδιο δεν είναι σωστά προσανατολισμένο, η θερμοκρασία σε αυτήν τη θέση μπορεί να αυξηθεί και να προκαλέσει εγκαύματα. Το υψηλής συχνότητας ρεύμα δε ρέει προς το ουδέτερο ηλεκτρόδιο με ομοιόμορφη κατανομή. Παρατηρείται ρεύμα μεγαλύτερης πυκνότητας στις γωνίες



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΑΡΧΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

και στις πλευρές του, που βρίσκονται πλησιέστερα στο ενεργό ηλεκτρόδιο. Ο σωστός προσανατολισμός επιβάλλει η μεγαλύτερη σε μήκος πλευρά να βρίσκεται απέναντι από το επεμβατικό πεδίο, ώστε να εξασφαλίζεται η ομοιόμορφη κατανομή ρεύματος χωρίς ανεπιθύμητες παρενέργειες.



a: Σωστή τοποθέτηση του ουδέτερου ηλεκτροδίου: προσανατολισμένη, αφού η μεγάλη πλευρά βλέπει το ενεργό ηλεκτρόδιο,

b: λανθασμένη τοποθέτηση του ουδέτερου ηλεκτροδίου, αφού η μικρή πλευρά ή ακμή βλέπει το ενεργό ηλεκτρόδιο,
c: ουδέτερο ηλεκτρόδιο με ισομετρικό δακτύλιο: δεν απαιτεί κανένα προσανατολισμό

Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να διασφαλίζεται ότι το δέρμα του ασθενή βρίσκεται σε τέλεια επαφή με όλη την επιφάνεια του ουδέτερου ηλεκτροδίου και να αποφεύγεται τυχόν παρεμβολή ουσιών που ελαττώνουν την επιφάνεια επαφής (π.χ. κρέμα, τρίχες, ουλή), δεδομένου ότι θα μπορούσε να μειωθεί η αγωγιμότητα και να προκληθούν εγκαύματα. Το ουδέτερο ηλεκτρόδιο πρέπει, επίσης, να τοποθετείται όσο το δυνατόν πιο κοντά στο ενεργό ηλεκτρόδιο, για να μειώνεται η διέλευση ηλεκτρικού φορτίου από το σώμα του ασθενούς.

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΥ ΡΕΥΜΑΤΟΣ

Το μυοκάρδιο, τα νεύρα και οι μύες είναι ευαίσθητα στο οικιακό εναλλασσόμενο ηλεκτρικό ρεύμα χαμηλής συχνότητας, με κίνδυνο εμφάνισης κοιλιακής μαρμαρυγής, καρδιακής ανακοπής και σπασμών. Ρεύμα υψηλής συχνότητας (> 300 kHz), όπως προαναφέρθηκε, είναι αυτό που χρησιμοποιείται στην ηλεκτροχειρουργική, επειδή μειώνεται η ευαισθησία του μυοκαρδίου, των μυών και των νεύρων με την αύξηση της τρέχουσας συχνότητας. Ωστόσο, ο κίνδυνος των

ηλεκτροστατικών απωλειών οξύνεται με την αύξηση των συχνοτήτων, προσβάλλοντας έτσι την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής του ηλεκτρικού ρεύματος στους ιστούς και αυξάνοντας τις πιθανότητες εγκαυμάτων στο χειριστή ή τον ασθενή. Συνεπώς, ρεύμα υψηλής συχνότητας στο φάσμα των 300-1000 kHz είναι συνήθως αυτό που χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της ηλεκτροχειρουργικής.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

a) Crest Factor Ορίζεται ως το πηλίκο της μέγιστης τιμής του ρεύματος (V_{max} ή I_{max}) προς την ενεργό τιμή (V_{rms} ή I_{rms}) του ρεύματος. $CF = V_{max} / V_{RMS}$ Είναι κριτήριο για την αποτελεσματικότητα της αιμόστασης. Αποτελεί σημαντικό δείκτη της ικανότητας της συσκευής να προκαλεί αιμόσταση με μικρή ή καθόλου τομή. Ανάλογα με την τιμή του, η αναλογία αιμόστασης και τομής ποικίλλει.

- $1,4 < CF < 3,5$

Αιμόσταση μικρή ή ανύπαρκτη και τομή αποτελεσματική

- $3,5 < CF < 5$

Αιμόσταση μέση και τομή ελάχιστη

- $CF > 5$

ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ ΜΕΓΙΣΤΗ ΚΑΙ ΤΟΜΗ ΣΧΕΔΟΝ ΑΝΥΠΑΡΚΤΗ

β) Power Efficiency Rating Είναι κριτήριο για την αποτελεσματικότητα της τομής. Προσδιορίζει το βαθμό ταύτισης της προεπιλεγμένης τιμής ισχύος σε σχέση με την πραγματική τιμή της ισχύος, που τελικά διοχετεύεται στους ιστούς μέσω της συσκευής. Ιδανική τιμή είναι το 100.

ΚΥΜΑΤΟΜΟΡΦΕΣ ΡΕΥΜΑΤΟΣ

Η κυματομορφή του ρεύματος υψηλής συχνότητας που παράγεται από τις ESUs είναι μία εκ των δυο ακόλουθων τύπων:



α) ημιτονοειδής κυματομορφή ρεύματος

(ρεύμα κοπής)

- Ο Crest Factor είναι σταθερός στο 1,4.
- Υψηλότερες τάσεις αιχμής παρέχουν πιο έντονη πήξη.
- Εάν η τάση αιχμής (V_{max}) είναι κάτω από τα 200 V, είναι ανεπαρκής για

τομή αλλά είναι ιδανική για μαλακή πήξη (soft coag).

- V_{max} περίπου στα 300 V επιτρέπει τομή των ιστών με το μικρότερο δυνατό αιμοστατικό αποτέλεσμα.

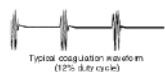


Κυματομορφή κοπής

β) Διαμορφωμένη κυματομορφή ρεύματος

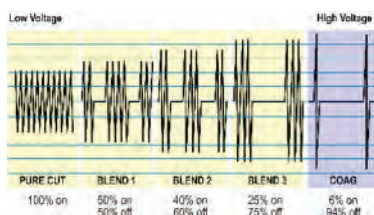
(ρεύμα αιμόστασης)

- Ο Crest Factor κυμαίνεται μεταξύ 1,5 και 8 (η αύξηση του Crest Factor παρέχει καλύτερο αιμοστατικό αποτέλεσμα).



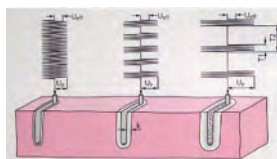
Κυματομορφή αιμόστασης

- γ) Για τη λειτουργία της **μίξης** συνδυάζονται τα χαρακτηριστικά των κυματομορφών τομής και αιμόστασης.



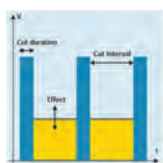
Κυματομορφή αιμόστασης-τομής

Ο βαθμός συνδυασμού (Blend) των κυματομορφών τομής και αιμόστασης ποικίλλει και ανάλογα ποικίλλει και η ικανότητα τομής και αιμόστασης. Συγκρίνοντας Blend1 → Blend2 → Blend3, παρατηρείται πως προοδευτικά μειώνεται η ικανότητα τομής και αυξάνεται η ικανότητα αιμόστασης.



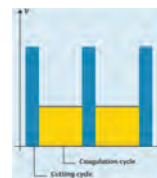
Βαθμός αιμόστασης και διαμόρφωση

- γ) Αρκετές πλέον ESUs, παρέχουν τη δυνατότητα αυτόματης εναλλαγής με κατάλληλο λογισμικό, ρεύματος κοπής πήξης. Σε αυτές τις ESUs υπάρχει η δυνατότητα ρύθμισης της διάρκειας του ρεύματος κοπής, της ισχύος και του χρόνου εφαρμογής του ρεύματος πήξης.



Endocut mode

Παράμετροι οι οποίες έχουν δυνατότητα Endocut



ΧΡΟΝΟΣ-ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

Ο χρόνος εφαρμογής του ηλεκτρικού ρεύματος σε συνδυασμό με την ισχύ του ρεύματος επηρεάζουν το βάθος τομής. Πολύ υψηλή τάση θα προκαλέσει τοπικό έγκαυμα, το οποίο δρα μονωτικά και δεν επιτρέπει περαιτέρω επέκταση της βλάβης σε μεγαλύτερο βάθος.

Η ταχύτητα της εφαρμογής επηρεάζει επίσης την σχέση τομής και αιμόστασης.

Αν η ταχύτητα τομής είναι υψηλή τότε το αιμοστατικό αποτέλεσμα είναι ανεπαρκές. Και το αντίστροφο, αν η ταχύτητα τομής είναι χαμηλή τότε η αιμόσταση είναι ικανοποιητική.



Αιμόσταση και ταχύτητα τομής



Ελεύθερο Θέμα

Σπύρος Κωνσταντούλας.

ΠΕΡΙ ΑΝΩΡΙΜΟΤΗΤΑΣ 1^ο ΜΕΡΟΣ

Μπορούμε να ισχυρισθούμε σήμερα ότι η Ανθρωπότητα διακατέχεται από σοβαρότητα και ωριμότητα ή αντιθέτως βρίσκεται σε μια απύθμενη ανωριμότητα και λιμνάζουσα ανευθυνότητα;

Γνωρίζοντας την αποκαρδιωτική απάντηση, ας μη βιαστούμε να παραιτηθούμε. Όπως κάθε λεξικό της γλώσσας και το αλφαβητάρι της γραμματικής αρχίζει με το Άλφα και τελειώνει στο Ωμέγα, έτσι θα μπορούσαμε να πούμε πως το Λεξικό και Αλφαβητάρι της Ζωής και της Ιστορίας αρχίζει με το Α, όπου μεταφορικά θα βάζαμε την Ανωριμότητα, και τελειώνει στο Ωμέγα, σημαίνοντας την Ωριμότητα, ίσως δε και την τελειότητα. Σχεδόν όλοι οι άνθρωποι είναι εξοικειωμένοι με το συμβολισμό αυτόν της πληρότητας, λέγοντας: είναι το Άλφα και το Ωμέγα!

Το ταξίδι λοιπόν και η πορεία από το Α στο Ω, δηλαδή από την Ανωριμότητα στην Ωριμότητα, δεν είναι στρωμένο με ροδοπέταλα αλλά γεμάτο εσωτερικά και εξωτερικά εμπόδια, παράλληλα όμως αφθονούν και τα εφόδια. Κι ενώ σίγουρα τα εμπόδια προηγούνται, οδηγούν όμως σε εφόδια που και αυτοσχεδιάζονται και επινοούνται. Είναι δε σήμερα τόση η πληθώρα των εφοδίων, ώστε να προκαλεί θλίψη το ότι οι άνθρωποι δεν τα αξιοποιούν, και με μια άνευ προηγουμένου ανευθυνότητα, σχεδόν επιδεικτικά, τα αγνοούν ή τα περιφρονούν.

Ανατρέχοντας στην εποχή της Μυθολογίας, των Ομηρικών επών, των Λυρικών ποιητών αλλά και των μεγάλων Τραγικών, δε βλέπουμε παρά το επίμοχθο ταξίδι και τη μεγαλειώδη πορεία του ανθρώπου για να φθάσει από την ανωριμότητα στην ωριμότητα.

Οι μύθοι του Αισώπου και οι άθλοι του Ηρακλή, με τους βαθύτατους αλληγορικούς συμβολισμούς τους

και τη διαχρονική παιδαγωγική τους αξία, καταδεικνύουν τα συγκλονιστικά αποτελέσματα της βούλησης και της προσπάθειας του ανθρώπου, σε αντίθεση με την αθλιότητα της αβουλίας, της απάθειας και της οκνηρίας. Ο άθλος παρεμπιπτόντως, αν και έχει την ίδια ρίζα με την αθλιότητα, σχετίζεται με τη γενναιότητα και τα έπαθλα της ωριμότητας, ενώ η αθλιότητα συνάδει με την δειλία και την ανωριμότητα.

Ο Οδυσσέας περιπλανήθηκε και πλανήθηκε, έπαθε πολλά και έμαθε πολλά και ως αμετανόητος λάτρης της ζωής (Νέκυια) και θνητός (αρνητής αθανασίας) έφθασε στην πολυπόθητη Ιθάκη ώριμος και σοφός. Να, «οι Ιθάκες τι σημαίνουν»!

Ο ελεγειακός ποιητής Θεόγνις ο Μεγαρεύς (6ος αιώνας π.Χ), σε ένα ποίημά του έβαλε την αρετή της ωριμότητας στην κορυφή ενός δύσβατου βουνού (ές άκρον αρετής) και κάλεσε τον άνθρωπο να την κατακτήσει με τόσο ιδρώτα που θα του δαγκώνει τη ψυχή (**δακέθυμος ιδρώς**).

Στη δημοκρατική Αθήνα του 5ου π.Χ αιώνα, ο πρωτόγνωρος και ανεπανάληπτος ρυθμός πνευματικής δημιουργίας, κάνει την Ιστορία, με τη βαθιά έννοια της λέξης, να πραγματώνεται ως αλλαγή συνυφασμένη με συνεχή προσπάθεια αυτογνωσίας, που είναι δράση και ενέργεια και όχι στατικό αποτέλεσμα της αδράνειας.

Μια καθοριστική στιγμή αυτής της αλλαγής μπορούμε να δούμε παραβάλλοντας και συγκρίνοντας την ανθρωπολογία των μεγάλων Τραγικών Αισχύλου και Σοφοκλή, όπου μέσα σε λιγότερο από είκοσι χρόνια (Προμηθέας Δεσμώτης 464 π.Χ, Αντιγόνη 443 π.Χ) συντελείται μια πνευματική επανάσταση και υπαρξιακή ανατροπή τεράστιας σημασίας και βαρύτητας.

Ενώ ο Αισχύλος περιγράφει ένα ξαφνικό πέραςμα από την προ-ανθρώπινη στην ανθρώπινη κατάσταση, ως δώρο και αποτέλεσμα της απόφασης και πράξης του Προμηθέα, ο οποίος έκλεψε και απέσπασε ικανότητες και δυνατότητες που προϋπήρχαν σε υπεράνθρωπες δυνάμεις (Δίας), ο Σοφοκλής παρουσιάζει τον άνθρωπο όπου οι δυνατότητες και ικανότητες αυτές ούτε προϋποτίθενται ούτε χαρίζονται αλλά δημιουργούνται από τους ίδιους τους ανθρώπους. Οι άνθρωποι δεν πήραν τίποτα από τους θεούς και κανένας θεός δεν τους έδωσε τίποτα!

Για το Σοφοκλή τίποτα δεν είναι δεινότερον του ανθρώπου, «ουδέν ανθρώπου δεινότερον», ούτε τα πράγματα (όντα της φύσης) ακόμα ούτε κι οι θεοί, και παρ' όλες τις δυνάμεις που έχουν, τις έχουν γιατί τους έχουν δοθεί μια για πάντα, δεν προέρχονται από αυτά τα ίδια και δεν μπορούν να τις αλλάξουν. Έτσι οι θεοί, συντριπτικά πιο δυνατοί από τον κοινό άνθρωπο, είναι αυτό που είναι από τη «φύση» τους, χωρίς να έχουν κάνει τίποτα γι αυτό. Η τέχνη του Ηφαίστου είναι ασύγκριτα ανώτερη από την ανθρώπινη, αλλά την τέχνη αυτή δεν την επινόησε ο Ήφαιστος, του είναι έμφυτη. Ο Ήφαιστος ΕΙΝΑΙ η Τέχνη, όπως ο Άρης ΕΙΝΑΙ ο Πόλεμος και η Αθηνά ΕΙΝΑΙ η Σοφία..

Ο άνθρωπος όμως:

**«και φθέγμα και ανεμόεν φρόνημα
και αστυνόμους οργάς
εδιδάξατο»**

Εδώ η μέση φωνή (εδιδάξατο) σημαίνει την επιστροφή του αποτελέσματος της πράξης στο υποκείμενο που ενεργεί. Τον άνθρωπο δεν τον δίδαξε κανείς (Προμηθέας) αλλά ο ίδιος δίδαξε τον εαυτό του!

Παρ' όλο που έναν αιώνα μετά ο βαθυστόχαστος Αριστοτέλης θα ορίσει τον άνθρωπο ως «ζώνον λόγον έχον και ζώνον πολιτικόν», η σκέψη του Σοφοκλή παραμένει ριζικότερη, γιατί ο άνθρωπος δεν «έχει» το λόγο ως «φυσική» ιδιότητα, ούτε η πολιτικότητά του (αστυνόμους οργάς) είναι δοσμένη. Ο άνθρωπος δίδαξε τον εαυτό του, δημιούργησε τη γλώσσα (φθέγμα), τη σκέψη (ανεμόεν φρόνημα) και την πολιτική του ικανότητα (να θεσμίζει πολιτείες).

Ο Προμηθέας έμαθε στους ανθρώπους ότι είναι θνητοί, και όπως επισημαίνει ο Χορός, το να ξέρεις ότι είσαι θνητός είναι νόσος για την οποία χρειάζεται ένα φάρμακο κι αυτό το φάρμακο δεν είναι παρά οι τυφλές ελπίδες!

Στο Σοφοκλή ο άνθρωπος ξέρει ότι είναι θνητός και δεν καταδέχεται να αυτοπαρηγορηθεί με αθανασίες και φρούδες ελπίδες και αντί η γνώση της θνητότητας να τον πνίγει και να τον συνθλίβει απεναντίας τον κεντρίζει και τον εμπνέει για δράση και δημιουργία!. Γνωρίζοντας όμως ο Σοφοκλής, όπως και ο Θουκυδίδης αργότερα, τη δυσπόστατη βούληση του ανθρώπου **«τοτέ μεν κακόν, άλλωτ' επ' εσθλόν έρπει»** δικαίως δεν βλέπει καμιά ηθική «πρόοδο» να επιτελείται παρά την τιτάνια διαδικασία δημιουργίας και κατάκτησης δύναμης και δυνάμεων από τον άνθρωπο. Το κακό και το καλό πάντα θα συνοδεύουν και εναλλασσόμενα θα κατευθύνουν τα βήματα του ανθρώπου.

Η εμπειρία εικοσιπέντε αιώνων με τα μεγαλειώδη αριστουργήματα αλλά και τα τερατώδη κακουργήματα, τα χειρότερα εκ των οποίων έγιναν εν ονόματι του καλού και της εγκόσμιας ή εξωκοσμικής σωτηρίας της ανθρωπότητας, επιβεβαιώνουν και δικαιώνουν τη βαθιά γνώση και αντίληψη του Σοφοκλή για



Ελεύθερο Θέμα

τον άνθρωπο. Αυτή δε τη διπλή δυνατότητα προς το καλό ή το κακό, ο ποιητής δεν τη βλέπει μοιρολατρικά. Γνωρίζει ότι ο άνθρωπος μπορεί να γίνει υψίπολις και εσθλός αλλά και το αντίθετο.

Αυτό ήταν το πνεύμα του 5ου π.Χ αιώνα κι αυτή είναι η τραγωδία που βράβευσαν οι Αθηναίοι, κι ακούγεται τουλάχιστον αφελής, αν όχι κακεντρεχής, ο χαρακτηρισμός του Χέγκελ και του Μαρξ ότι η Αρχαιότητα ήταν η παιδική ηλικία της Ανθρωπότητας!

Τι είναι όμως εκείνο που κινεί τον άνθρωπο προς τη μια ή την άλλη κατεύθυνση; Μήπως ενώ μπορεί δε θέλει;

Ο τελευταίος μεγάλος τραγικός, ο Ευριπίδης, που δικαίως θεωρείται ο πατέρας του ψυχολογικού θεάτρου, με την κατάδυσή του στα βάθη της ψυχής του ανθρώπου μας εκπλήσσει και μας φωτίζει με τη Μήδεια:

**« Και μανθάνω μεν οία δραν μέλλων κακά
θυμός δε κρείσσων των εμών βουλευμάτων
όσπερ μεγίστων αίτιος κακών βροτοίς... »**

δηλαδή «γνωρίζω ότι αυτό που πάω να κάνω είναι κακό, αλλά ο θυμός είναι δυνατότερος από τα λογικά μου, αυτός ο θυμός που είναι η αιτία των μεγαλύτερων συμφορών στους ανθρώπους»!

Παρεμπιπτόντως, λίγα χρόνια αργότερα, η φράση του Πλάτωνα **«ουδείς εκών κακός»** που προτάσσει την άγνοια ως αιτία του κακού και τη γνώση ως το αντίθετο, φαντάζει και αναχρονιστική αλλά και αστήρικτη, καθόσον με την ίδια λογική θα μπορούσαμε να πούμε «ουδείς εκών καλός». Ο ιδεαλισμός του Πλάτωνα θέλει η γνώση να είναι αρετή, όμως η γνώση δεν οδηγεί απαραίτητα στην αρετή, καθόσον η ίδια η αρετή δεν

είναι γνώση αλλά κυρίως βούληση και επιλογή για ενάρετη πράξη. Σωστά ο Αριστοτέλης λίγο αργότερα, λέγοντας ότι η αρετή είναι **«έξι προαιρετική»** επισημαίνει τον καθοριστικό ρόλο της βούλησης και της ελεύθερης επιλογής (προαίρεσις).

Αν παρακάμψουμε τους Σκοτεινούς Αιώνες και μέσω της Αναγέννησης έρθουμε στην εποχή του Διαφωτισμού, βλέπουμε το νήμα που θα έλεγε κανείς ότι συνδέει τον Ευριπίδη με τον Ζαν-Ζακ Ρουσό.

Οι μεγάλοι Εγκυκλοπαιδιστές και φιλόσοφοι του Διαφωτισμού (Βολταίρος, Ντιντερό, Ντ' Αλαμπέρ κ.α.) αγωνίζονται και αγωνιούν, γράφουν και μιλούν για την αφύπνιση και την πνευματική πρόοδο της ανθρωπότητας.

Η Ακαδημία της Ντιζόν προκηρύσσει διαγωνισμό με βραβείο για το ζήτημα αν η πρόοδος των τεχνών και των επιστημών έκαναν καλύτερο τον άνθρωπο, και το γενναίο «όχι» του Ρουσώ με την **«Πραγματεία για την προέλευση της ανισότητας»**, όχι μόνο βραβεύεται αλλά φέρνει και μια φιλοσοφική και υπαρξιακή επανάσταση, με τη συνειδητοποίηση της **«αβύσσου ανάμεσα στο βασίλειο της βούλησης και το βασίλειο της γνώσης»**. Η πνευματική ωριμότητα και ελευθερία δεν ωφελεί τον άνθρωπο σε τίποτα εάν δεν έχει ηθική ελευθερία και θυμική ωριμότητα!

Έτσι ο Ρουσώ, χωρίς να ανατρέπει το Διαφωτισμό, αλλά μετατοπίζοντας τον πυρήνα του σ' ένα ιδιάζον βάθος, ώστε να αναδύεται μια νέα ηθική βούληση, προετοίμασε το δρόμο για τον Καντ, που με την κριτική φιλοσοφία του, φθάνει στην κορύφωσή του ο αιώνας του Διαφωτισμού.

Ο Καντ θα ορίσει το Διαφωτισμό ως **«έξοδο του ανθρώπου από την ανωριμότητα για την οποία ο ίδιος**

είναι υπεύθυνος» και θα προτείνει ως σύνθημά του το *sapere ande* (τόλμα να σκεφθείς).

Η έξοδος όμως του ανθρώπου από την ανωριμότητα για την οποία ο ίδιος είναι υπεύθυνος και η είσοδός του στον κόσμο της ωριμότητας, της ευθύνης και της ελεύθερης επιλογής, δε γίνεται αυτόματα και ξαφνικά, αλλά χρειάζεται οπωσδήποτε την κινητοποίηση και την έγκριση της βούλησης για αναστοχασμό, αυτοσυνειδησία και αυτογνωσία..

Πλησιάζοντας τους κοντινούς στην εποχή μας αιώνες, κάποιοι ισχυρίζονται ότι ο Σοπενάουερ εισήγαγε στη φιλοσοφία μια αξιοσημείωτη καινοτομία: την υπαγωγή των διανοητικών λειτουργιών στις θυμικές (υπεροχή της βούλησης επί των λειτουργιών της νόησης, των αναπαραστάσεων, της φαντασίας και του ορθολογισμού). Προκύπτει έτσι μια κριτική του ορθολογισμού που καθιστά τον Σοπενάουερ πρόδρομο του Νίτσε, του Φρόιντ και σε κάποιο βαθμό του Μαρξ.

Το ριζικό διαζύγιο που επιχειρείται από τον Σοπενάουερ ανάμεσα στις αποφάσεις της βούλησης και τις αναπαραστάσεις της νόησης περιέχει εν δυνάμει την αμφισβήτηση όλων των ιδεαλιστικών και πνευματοκρατικών τάσεων της φιλοσοφίας από τον Πλάτωνα και εφεξής.

Η διακήρυξη της υπεροχής της βούλησης (Βουλησιαρχία) επί της νόησης (Νοησιαρχία) οδηγεί, ιδίως το Νίτσε, να επιχειρήσει τη γόνιμη και βαθιά εξερεύνηση της μη συνειδητής βούλησης. Αργότερα ο Φρόιντ θα τονίσει τη συγγένεια που συνδέει την ψυχανάλυση με τη σκέψη του Σοπενάουερ ώστε η βούληση που απαγορεύει ορισμένες αναπαραστάσεις, προβάλλει αντιστάσεις στην εκδίπλωση της νόησης. Όμως δεν μπορεί να γίνει αποδεκτό ότι ο άνθρωπος

είναι μια μαριονέτα (νευρόσπαστο) που τον κάνει να κινείται και να ενεργεί η βούληση που κατά το Σοπενάουερ είναι μια εξωανθρώπινη, σχεδόν μεταφυσική δύναμη (βούληση του είδους κλπ), γιατί αυτό είναι απέκδυση και μετατόπιση ευθύνης που ακυρώνει την πορεία του ανθρώπου για την αυτογνωσία, την αλήθεια (Οιδίποδας) και την ωριμότητα.

Η Φυσιοκρατική θεωρία με το βιολογικό ντετερμινισμό (προκαθορισμός: όλα τα κάνει η φύση και η βούληση του είδους), εκτός από βολική είναι και επικίνδυνη και παραπλανητική, αγνοώντας ότι η βούληση είναι δική μας ευθύνη και επιλογή και όχι τυφλή προσταγή του βιολογικού μας είδους όπως ισχυρίζεται ο Σοπενάουερ.

Ακόμη και η μη συνειδητή βούληση (ασυνείδητο, υποσυνείδητο) που διερεύνησαν ο Νίτσε και κυρίως ο Φρόιντ, δεν παύει να είναι ανθρώπινη βούληση. Δικαιώνεται θα λέγαμε έπειτα από χιλιετίες η σκέψη του Αριστοτέλη για την ψυχή με το άλογο και λογικό της μέρος, πως δε χωρίζεται ούτε με τείχη ούτε με στεγανά: «Άλογον πλην μετέχον Λόγου», δηλαδή το άλογο μέρος της ψυχής μπορεί να συμμετέχει στη λογική, να «παίρνει από λόγια», να συνειδητοποιηθεί.

Ο Γ. Σεφέρης με λεπτή ειρωνεία θα αναρωτηθεί: **«άραγε είναι πραγματική αυτή η αντίθεση ελλόγου και αλόγου στοιχείου στην ποίηση;».**

Ακόμα και τα αντιμαχόμενα για τα πρωτεία φιλοσοφικά ρεύματα (Νοησιαρχία και Βουλησιαρχία) είναι ψευδοαντιθέσεις καθόσον ο Αριστοτέλης μας λέει ότι η φρόνηση είναι αρμονία βούλησης και νόησης.

Ακόμα πιο απλά θα λέγαμε πως η βούληση επιθυμεί, η νόηση αξιολογεί και η Φρόνηση αποφασίζει!

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2017

08.00–08.30 Προσφωνήσεις

08.30–10.10 Προεδρείο: **Γ. Πασπάτης, Μ. Οικονόμου**
ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Ενδοσκόπηση Ανωτέρου Πεπτικού

08.30–08.50 Έκθεση Γαστροσκόπησης "scripta manet": **Α. Μαντίδης**

08.50–09.10 Αναλγησία – Καταστολή στην ενδοσκόπηση:

Α. Καψωριτάκης

09.10–09.30 Λήψη βιοψιών: τυχαία ή στοχευμένα: **Α. Αρμόνης**

09.30–09.50 Γαστροσκόπηση στο ιδιωτικό ιατρείο: **Ι. Παπανικολάου**

09.50–10.10 Συζήτηση – Περιστατικά

10.10–11.30 Προεδρείο: **Κ. Γκούμας, Δ. Ταμβακόπουλος**

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Νέες Τεχνολογίες στην Ενδοσκόπηση: Πώς μας βοηθούν στη διερεύνηση και παρακολούθηση παθήσεων του στομάχου

10.10–10.30 Βελτίωση ενδοσκοπικής εικόνας: χρωμοενδοσκόπηση, ενδοσκόπια υψηλής ευκρίνειας, NBI, FICE, endo-microscopy. Ανάγκη ή πολυτέλεια: **Π. Αποστολόπουλος**

10.30–10.50 Νεώτερα αναλώσιμα και εφαρμογές τους:

Δ. Καπετάνος

10.50–11.10 Εξέλιξη ενδοσκοπικού Υπερήχου (EUS) και σύγχρονες εφαρμογές του: **Ε. Κυπραίος**

11.10–11.30 Συζήτηση

11.30–12.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12.00–12.30 Διάλεξη

Προεδρείο: **Γ. Παπαθεοδωρίδης**

Transnasal endoscopy: **Ε. Despott**

12.30–13.50 Προεδρείο: **Κ. Τριανταφύλλου, Α. Γραμματόπουλος**

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Αιμορραγία Ανωτέρου Πεπτικού μη κίρσινης αιτιολογίας

12.30–12.50 Αιτίες αιμορραγίας και εκτίμηση του ασθενούς πριν την ενδοσκόπηση: **Χ. Καπιζώνη**

12.50–13.10 Κλίπαρε – Ένεση – Κάψιμο – Ψέκασε: μέθοδοι ενδοσκοπικής αιμόστασης. Τι διαθέτουμε και ποια μέθοδο επιλέγουμε: **Α. Γιαννακόπουλος**

13.10–13.30 Ενδοσκόπηση και χειρισμός ασθενών υπό αντιαιμοπεταλιακή – Αντιπηκτική αγωγή: **Χ. Καλαντζής**

13.30–13.50 Συζήτηση

13.50–15.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

15.00–16.15 Προεδρείο: **Γ. Στεφανίδης, Α. Νταλιάνας**

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Πρώιμος Γαστρικός Καρκίνος – Early Gastric Cancer

15.00–15.20 Από την ατροφία στην κακοήθεια: δρόμος χωρίς επιστροφή: **Ε. Δελλαπόρτα**

15.20–15.40 Πρώιμος γαστρικός καρκίνος: ενδοσκοπική διάγνωση, σταδιοποίηση, αφαίρεση, παρακολούθηση:

Γ. Μαυρογένης

15.40–16.00 Πρώιμος γαστρικός καρκίνος: χειρουργική αντιμετώπιση (hybrid techniques): **Ν. Νικητέας**

16.00–16.15 Συζήτηση

16.15–16.45 Διάλεξη

Προεδρείο: **Ι. Μουζάς**

Λεμφώματα στομάχου: **Σ. Ποταμιάνος**

16.45–18.00 Προεδρείο: **Δ. Τσιλβές, Ε. Βλάχου**

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Υποβλεννογόνοι όγκοι στομάχου

16.45–17.05 Στρωματικοί όγκοι στομάχου: **Η. Σκοτινιώτης**

17.05–17.25 Γαστρικά NETs. Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση – παρακολούθηση: **Ι. Πιλιλίδης**

17.25–17.45 Χειρουργική ή ενδοσκοπική αντιμετώπιση; Νεώτερες τεχνικές: EMR – ESD: **Ε. Despott**

17.45–18.00 Συζήτηση

18.00–19.45 Προεδρείο: **Θ. Ροκκάς, Δ. Καραγιάννης**

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Γαστρίτιδες – Γαστροπάθειαι

18.00–18.30 HP γαστρίτιδα: **Η. Ξηρουχάκης, Μ. Καραγιάννη**

18.30–19.00 Αυτοάνοση γαστρίτιδα:

Γ. Μιχαλόπουλος, Μ. Καραγιάννη

19.00–19.30 Άλλες γαστρίτιδες: **Σ. Μακρέας, Μ. Καραγιάννη**

19.00–19.45 Συζήτηση

ΚΥΡΙΑΚΗ 3 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2017

09.00–10.30 Προεδρείο: **Σ. Μιχόπουλος, Σ. Γεωργόπουλος**

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού: θεραπευτικά διλήμματα.

09.00–09.20 Εκκρίζωση του HP: ποιους και πότε θεραπεύουμε:

Μ. Τζουβαλά

09.20–09.40 Ανθεκτικά στελέχη HP: υπάρχουν τρόποι να νικήσουμε την αντοχή: **Δ. Καμπέρογλου**

09.40–10.00 Από το Maastricht στην Αθήνα: Ελληνικές κατευθυντήριες οδηγίες: **Χ. Λιάτσος**

10.00–10.15 Πρωτόκολλο ΕΠΕΓΕ εκκρίζωσης HP: Πρόδρομα αποτελέσματα: **Η. Μπουζάκης**

10.15–10.30 Συζήτηση

10.30–11.00 Διάλεξη

Προεδρείο: **Κ. Παρασκευά**

Γαστρικοί Πολύποδες – ταξινόμηση, διάγνωση, θεραπεία: **Α. Καραγιαννίδης**

11.00–11.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11.30–12.45 Προεδρείο: **Π. Γαβριήλ, Γ. Καραμανώλης**

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Λειτουργικές – κινητικές διαταραχές του στομάχου:

Από την παθοφυσιολογία στη θεραπεία

11.30–11.50 Καθυστερημένη γαστρική κένωση – γαστροπάρηση:

Δ. Νάστου

11.50–12.10 Ταχεία γαστρική κένωση – Dumping:

Π. Ουσταμανωλάκης

12.10–12.30 Λειτουργική δυσπεψία: **Γ. Κολιός**

12.30–12.45 Συζήτηση

12.45–14.00 Προεδρείο: **Ε. Παπαβασιλείου, Δ. Χριστοδούλου**

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Ο ρόλος του Γαστρεντερολόγου στο βαριατρικό ασθενή

12.45–13.05 Επεμβάσεις βαριατρικής: **Α. Αλεξάνδρου**

13.05–13.25 Ο ρόλος της ενδοσκόπησης: **Α. Κωφοκώτσιος**

13.25–13.45 Συμπτωματολογία και αντιμετώπιση: **Γ. Θεοχάρης**

13.45–14.00 Συζήτηση

14.00–15.00 QUIZ



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

15^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

ΣΤΟΜΑΧΟΣ

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

2 & 3 Δεκεμβρίου 2017, Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani-Caravel



ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΚΑΙ
ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

1 & 3 Δεκεμβρίου 2017

Γραμματεία:

CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL Ε.Ε. Οργάνωση Συνεδρίων

Μαϊάνδρου 23, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210-72 100 52, 210-72 10 001, Web site: www.congressworld.gr, e-mail: cv@congressworld.gr



Μπείτε στον κόσμο του Βαν Γκογκ.

Όταν η τεχνολογία παρέχει τις δυνατότητες της στην τέχνη το αποτέλεσμα μπορεί να είναι συναρπαστικό. Μια τρισδιάστατη εικαστική έκθεση περιμένει να υποδεχθεί το κοινό στην Αθήνα στο Μέγαρο Μουσικής από τον Νοέμβριο και για τέσσερις μήνες.

Μέσω ενός πρωτοποριακού ηλεκτρονικού συστήματος που ενσωματώνει 40 προβολείς υψηλής ευκρίνειας, γραφικά πολλαπλών καναλιών και ήχο surround, δημιουργείται ένα φαντασμαγορικό περιβάλλον όπου ο επισκέπτης βρίσκεται να περιδιαβαίνει μέσα στα έργα του μεγάλου ζωγράφου. Σε αυτή τη ζωντανή συμφωνία φωτισμού, χρωμάτων, ήχων και μουσικής εκτίθενται 3.000 πίνακες σκίτσα και κινούμενες εικόνες, στους τοίχους, τις κολώνες, το ταβάνι και τα πατώματα του εκθεσιακού χώρου των 1500τμ.

Η μεγαλειώδης έκθεση «Van Gogh Alive - the experience» είναι μία μοναδική παρουσίαση όλων των έργων του με-



γάλου Ολλανδού ζωγράφου Βίνσεντ βαν Γκογκ, σε μία και μόνο φορά, κάτι που δεν έχουμε ξανδεί. Και μάλιστα, όχι με τον καθιερωμένο συνήθη τρόπο, κάτι που για πολλούς θεωρείται πλέον ξεπερασμένο, αλλά με μία μέθοδο που αναδεικνύει νέες οπτικές γωνίες και προοπτικές, που αφηγείται ταυτόχρονα την ιστορία του δημιουργού τους, περιγράφει το ιστορικό, κοινωνικό, αλλά και πολιτισμικό περιβάλλον, μέσα στο οποίο μεγαλούργησε, καταγράφει και αναλύει τις δημιουργικές του περιόδους και αλληλεπιδράσεις, διεισδύει και αγγίζει τις σκέψεις του και τα συναισθήματά του, προβάλλοντας ολόκληρο τον κόσμο του.

Η έκθεση σας καλεί να επαναπροσδιορίσετε την κλασική μουσειακή σχέση μέσα από μια βιωματική εμπειρία. Μην το χάσετε!



VAN GOGH ALIVE - THE EXPERIENCE

Το εξώφυλλο από μέσα



στα μισά του δρόμου

Ήμουν στα μισά του δρόμου στο ταξίδι μου μέσα στην Αμερική, πάνω στη διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην Ανατολή της νεότητάς μου και τη Δύση του μέλλοντός μου.

Δεν είχα πουθενά να πάω παρά μόνο παντού, έτσι απλά συνέχιζα να κυλάω κάτω από τ' αστέρια.

*Έργο από το βιβλίο του Μίλτου Σκούρα
BLACK & WHITE STORIES εκδόσεις Νήσος.*