

ΙΑ Ιατρικά Θέματα

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ: 4108 ΤΙΜΗ: 1 ΛΕΠΤΟ • ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ • ΠΛΑΤ. ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 4 – 546 23
ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ Κ.Τ.Θ. 23 206/Ε/25-11-97 • ISSN 1108-5576 • ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ



γράφου

*Χ. Αθανασίου,
Κ. Βαλαρούτσος, Α. Γαρυφάλος,
Ν. Γιαννούτσου, Θ. Δαρδαβέσης,
Α. Εξαδάκτυλος, Θ. Ζαούτης, † Ι. Ζα-
χάρωφ, Ι. Καβαλιώτης, Λ. Καλοβούλου,
Σ. Μπαλογιάννης, Φ. Μέλφου-Γραμματι-
κού, Α. Μπένος, Ν. Νίτσας, Ι. Ξανθάκης,
Α. Παπαγιάννης, R. Srivastava, Β.
Τσιπροπούλου, R. Weinberg, Α.
Χατζητόλιος, Δ. Χίντζογλου-
Αμασλίδου*

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο
Κ.Κ. Θεσ/νικης 21
Αριθμός Άδειας
020065



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΠΛ. ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 4
546 23 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
Τ 2310 273.755, F 2310 278.880

Ιδιοκτησία

Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης
ΝΠΔΔ

Εκδότης

Αθανάσιος Εξαδάκτυλος
Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου
Θεσσαλονίκης, Πλ. Αριστοτέλους 4

Διευθυντής Σύνταξης Αντώνης Παπαγιάννης

Γραμματεία Ιατρικού Συλλόγου
Θεσσαλονίκης, Πλ. Αριστοτέλους 4

Συντακτική Επιτροπή

Βαίτση Βιολέττα
Ισόπουλος Νίκος
Καϊλάρη Σουζάννα
Καρμπόνης Ιωάννης
Κουτελιδάκης Ιωάννης
Λάλλας Αιμίλιος
Λιακόπουλος Νικόλαος
Οικονόμου Δημήτρης
Παραμυθιώτης Δανιήλ
Πίτσης Αντώνιος
Ρίζος Σταύρος
Χατζηπαντελής Μανώλης

Υπεύθυνος Τυπογραφείου

Λεωνίδας Α. Μιχάλης
University Studio Press
Αρμενοπούλου 32
546 35 Θεσσαλονίκη
Τ 2310 209.637, 2310 209.837
F 2310 216.647

Εξώφυλλο

Α. Παπαγιάννης

Τα ενυπόγραφα άρθρα και κείμενα απηχούν τις απόψεις των αρθρογράφων και δεν ταυτίζονται κατ' ανάγκη με την άποψη της συντακτικής επιτροπής του περιοδικού.

ΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΣΗΜΟ
ΟΡΓΑΝΟ ΤΟΥ ΙΣΘ. ΑΠΟΣΤΕΛΛΟΝΤΑΙ
ΣΕ 6.500 ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΚΑΙ 800 ΑΠΟΔΕ-
ΚΤΕΣ (ΝΠΔΔ ΣΩΜΑΤΕΙΑ Κ.ΛΠ.).

ISSN 1108-5576

Ιατρικά Θέματα

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 72 • 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 3 Το γράμμα του Προέδρου**
Δρ Αθανάσιος Α. Εξαδάκτυλος
- 5 Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης και γιατρός στην πρώτη γραμμή της κοινωνίας**
Ν. Νίτσας
- ΕΝΤΟΣ ΕΔΡΑΣ**
- 9 Μνήμη Ιωάννη Ζαχάρωφ**
Δρ Αντώνης Παπαγιάννης
- ΑΦΙΕΡΩΜΑ**
- 11 Μνήμη Γιάννη Ζαχάρωφ**
*Αλέξανδρος Γαρούφαλλος, Αλέξης Μπένος,
Δρ. Θεόδωρος Ι. Δαρδαβέσης, Κλεάνθης Βαλαρούτσος*
- 15 Τρία χρόνια**
† Ιωάννης Γεωργ. Ζαχάρωφ
- ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ**
- 18 Παρόν και Μέλλον της Παθολογίας στην Ελλάδα**
Απ. Χατζητόλιος και συν.
- 24 Η συνετή χρήση των αντιβιοτικών στην παιδιατρική πράξη**
Θεοκλής Ζαούτης, MD, MSCE, PhD
- 29 Αντιβιοτικά και μικροβιακή αντοχή:**
γνώσεις που καταρρίπτονται
Δρ Ι.Θ. Καβαλιώτης
- 32 Αγγίζοντας τα αδήλωτα πάθη**
Δρ Ιωάννης Ξανθάκης, Δρ Βιργινία Τσιπροπούλου

ΙΑ Ιατρικά Θέματα

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 72 • 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 37 Ο ευρωπαϊκός κανονισμός προστασίας προσωπικών δεδομένων: ένας αντίλογος
Δρ Αντώνης Παπαγιάννης
- 39 Περί αμυντικής ιατρικής
Νικολέττα Γιαννούτσου MSc.
- 42 Η χειρουργική επέμβαση της περιτομής στην Έπιτομή ιατρική του Παύλου Αιγινήτη
Χρήστος Αθανασίου

ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΝΑ ΣΑΣ

- 46 Μικρό αφιέρωμα στους Τρεις Ιεράρχες
Δέσποινα Χίντζογλου-Αμασιλίδου
- 48 Κυνηγώντας προθεσμίες και ευτυχία, ξεχνούμε τους μοναχικούς ηλικιωμένους μας
Ranjana Srivastava (Μτφρ.: Α. Παπαγιάννης)
- 51 Η κυρία Λίνκολν
Richard B. Weinberg (Μτφρ.: Α. Παπαγιάννης)
- 55 Αθηνά
Φανή Μέλφου-Γραμματικού
- 58 Το φακελάκι
Λουκία Καλοβούλου

ΕΙΣ ΜΝΗΜΟΣΥΝΟΝ

- 61 Αγγελική Τσαούση, ιατρός (1931-2015).
Η εναρμόνιση της γνώσης με την αρετή και την αγάπη
Σταύρος Ι. Μπαλογιάννης
- 64 Μνήμη Κωνσταντίνου Αρβανιτάκη
Αλέξ. Γαρύφαλλος

66 ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ

67 ΕΚΘΕΣΗ ΒΙΒΛΙΟΥ

Αποστέλλεται ταχυδρομικά στα ταμειακώς τακτοποιημένα μέλη.
Διατίθεται ηλεκτρονικά (pdf) στην ιστοσελίδα του Ιατρικού Συλλόγου
(www.isth.gr/?page=2693).



Φιλοσοφία του περιοδικού

Τα **Ιατρικά Θέματα** είναι το τριμηνιαίο περιοδικό του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης. Εκτός από την επιστήμη και την ενημέρωση, στόχο έχει να προβάλλει την τέχνη, την ιστορία, τη δεοντολογία και φιλοσοφία της ιατρικής, την εκπαίδευση και την πρακτική της. Η οπτική γωνία με την οποία εξετάζονται τα θέματα αυτά (σοβαρή, ανάλαφρη, ακόμη και σκωπτική) αφήνεται στην κρίση και το γούστο του κάθε συνεργάτη (εξαιρείται η εξύβριση και η συκοφαντία). Ελπίδα και φιλοδοξία του περιοδικού είναι να έχει, κατά το δυνατόν, όχι εφήμερο, αλλά διαχρονικό χαρακτήρα.

Η ποιότητα του περιοδικού καθορίζεται από το σύνολο των συνεργασιών που το απαρτίζουν. Η συντακτική επιτροπή καλεί τους αναγνώστες να γίνουν «ποιηταί λόγου» και να προσφέρουν τα κείμενά τους για δημοσίευση, που πρέπει να ακολουθούν τις οδηγίες (βλ. **Πρόσκληση προς τους αναγνώστες**). Οι παρεμβάσεις των συντακτών περιορίζονται στο ελάχιστο, όπως την ταξινόμηση των κειμένων κατά ενότητες και τη διάταξη της ύλης στο κάθε τεύχος. Ελπίζουμε, με τη βοήθεια όλων, η μέχρι τώρα ανοδική πορεία του περιοδικού να συνεχισθεί και στο μέλλον.

Αν και το ιδανικό θα ήταν να κυκλοφορεί το περιοδικό σε καθορισμένες και τακτικές ημερομηνίες, αυτό συχνά δεν είναι δυνατό για τεχνικούς λόγους. Αν κάποιο δημοσίευμα (π.χ. αναγγελία συνεδρίου) έχει χρονικό περιθώριο που δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί από μια τριμηνιαία έκδοση, είναι καλύτερο να αποστέλλεται για ανάρτηση στην ιστοσελίδα του Συλλόγου και όχι για δημοσίευση. Τα τεύχη θα κυκλοφορούν κατά εποχή, ενώ στη δημοσίευση της ύλης θα τηρείται, κατά το δυνατόν, η χρονολογική σειρά υποβολής των κειμένων. Αν κάτι πρέπει να δημοσιευθεί κατά προτεραιότητα, παρακαλούμε να επικοινωνείτε με τη διεύθυνση σύνταξης στην ηλεκτρονική διεύθυνση **antpap56@otenet.gr**. Η συντακτική επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα κατανομής της ύλης κατά την κρίση της, εφόσον υπάρχει πλεόνασμα προσφοράς.

Οι **κανόνες συγγραφής** είναι απλοί. Θέλουμε κείμενα δακτυλογραφημένα στη μια όψη του χαρτιού, μήκους 500-2.000 λέξεων (μέχρι 4 σελίδες Α4 με μονό διάστημα και με στοιχεία Times μέγεθος 12), που μπορούν να αποστέλλονται με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ως προσαρτημένα αρχεία Word (attached files) στην παραπάνω διεύθυνση, ή να κατατίθενται προσωπικά ή ταχυδρομικά στα γραφεία του ΙΣΘ, Πλ. Αριστοτέλους 4. Ανώνυμα άρθρα δεν μπορούν να δημοσιευθούν. Οι συγγραφείς κειμένων πάνω σε επιστημονικά θέματα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το γενικό αναγνωστικό κοινό και να προσφέρουν γνώσεις προσιτές σε όλους τους γιατρούς, αποφεύγοντας τις πολύ εξειδικευμένες πληροφορίες και τη μακροσκελή βιβλιογραφία.



Αποχαιρετιστήρια επιστολή

Δρ Αθανάσιος Α. Εξαδάκτυλος

Πρόεδρος ΙΣΘ
Πλαστικός Χειρουργός

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Αυτή είναι η τελευταία μας επικοινωνία μέσω του περιοδικού μας καθώς η θητεία μου στην προεδρία του ΙΣΘ τερματίζεται στις εκλογές της 21^{ης} Οκτωβρίου 2018, ολοκληρώνοντας και τον προσωπικό μου κύκλο στη διοίκηση του ΙΣΘ.

Στη σύντομη αυτή επιστολή αντί απολογισμού θα ήθελα να αναφερθώ σε μερικές ουσιώδεις στιγμές του συλλόγου μας που σήμερα θεωρούνται δεδομένα με το πέρασμα του χρόνου.

Από το 2003 είχα τη χαρά να γίνει δεκτή η εισήγηση μου στο τότε ΔΣ για τις φόρμες συγκατάθεσης ασθενών, για τις τριμελείς επιτροπές γνωμοδότησης στα δικαστήρια και για τις εσωτερικές ρυθμίσεις υπέρ των συναδέλφων που αντιμετωπίζουν νομικά προβλήματα. Από το 2011 που μας αναθέσατε τη διοίκηση του ΙΣ, αξίζει να θυμηθούμε τη διεύρυνση των αρμοδιοτήτων του συλλόγου (έκδοση αδειών ιατρείων, ηλεκτρονικά πιστοποιητικά κλπ), τις μαζικές αγωγές για τα δεδουλευμένα με τις οποίες δικαιώθηκαν όσοι επέμειναν και τους επιδικάστηκαν και τόκοι, την κατάκτηση του δικαιώματος όλων στην ηλεκτρονική συνταγο-

γράφηση, την αγορά και τη λειτουργία των νέων γραφείων μας στην Αδριανουπόλεως, την ανακαίνιση των παλαιών γραφείων της Αριστοτέλους και τη μεταφορά των διοικητικών υπηρεσιών σε ιδιόκτητο χώρο στον ημιώροφο του κτιρίου, τη δημιουργία του Ταμείου Επαγγελματικής Ασφάλισης, τα ΕΣΠΑ για τους γιατρούς και τις πολλαπλές βελτιώσεις στη νομοθεσία που διέπει τους συλλόγους. Το πιο χειροπιαστό παράδειγμα είναι η δυνατότητα μας να ψηφίζουμε με σύγχρονο ηλεκτρονικό τρόπο που θα εφαρμοστεί και στις εκλογές της 21^{ης} Οκτωβρίου.

Πέρα από την αναδρομή στο παρελθόν όμως, είναι πολλαπλώς χρησιμότερη μια ματιά στο μέλλον. Δυστυχώς, η ιατρική στη χώρα μας δεν είναι από πλευράς νόμων, διαδικασιών, δικαιωμάτων, απολογισμών, στο επίπεδο που θα έπρεπε να είναι και οι γιατροί δεν απολαμβάνουμε τα δικαιώματα και τις συνθήκες εργασίας άλλων ευρωπαϊών συναδέλφων μας.

Τρεις είναι οι παράγοντες που μας διατηρούν σε θέση υποδεέστερη των δυνατοτήτων μας. Ο πρώτος παράγοντας, με τον οποίο συχνά συγκρουστήκαμε, είναι το πολιτικό σύστημα το οποίο ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια α-

δυνατεί να σχεδιάσει και να σκεφτεί πέρα από τα στερεότυπα και δεν επιθυμεί να μειώσει την κομματική παρέμβαση στην διαχείριση του συστήματος υγείας. Ο δεύτερος παράγοντας που συχνά υπονόμει τις δράσεις μας είναι οι συνδικαλιστικές μας ηγεσίες, οι οποίες μέχρι σήμερα συμπεριφέρονται κατά αναλογία με το πολιτικό σύστημα αγνοώντας ή μη αντιλαμβάνόμενες τα πραγματικά συμφέροντα ιατρών και ασθενών. Τρίτος παράγοντας είμαστε εμείς οι ίδιοι όταν δε βρίσκουμε τη δύναμη και τη διάθεση να αναμειχθούμε με τα «κακώς κείμενα κοινά».

Συνισταμένη των παραπάνω είναι αυτό που βλέπουμε ως συστηματική προσπάθεια παραπλάνησης των ασθενών από τη σημερινή κυβέρνηση. Αλληπάλληλες εξαγγελίες χωρίς αντίκρισμα βελτίωσης του ΕΣΥ που εδώ και χρόνια χρειάζεται ριζικό ανασχεδιασμό από μηδενική βάση. Προσπάθεια οικοδόμησης μιας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που από ιδεοληψία δεν εκμεταλλεύεται τον πλούτο του ιατρικού προσωπικού της χώρας, και θα παρέχει υπηρεσίες υποδεέστερες του παρελθόντος στους ασθενείς, υποβαθμίζοντας παράλληλα τη θέση των γιατρών που θα τη στελεχώσουν. Κανόνες για τους συμβεβλημένους με το σύστημα γιατρούς που καθορίζονται μονομερώς και καθημερινά αλλάζουν σε βάρος αυτών και των ασθενών. Και όλα αυτά από πολιτικούς που δημοσίως θρηνούν για όσους επιλέγουν να ζήσουν και να σταδιοδρομήσουν σε φυσιολογικό περιβάλλον εκτός της χώρας.

Όλα τα παραπάνω γράφονται με τη βεβαιότητα, όπως προκύπτει από τις ετήσιες έρευνες κοινής γνώμης του ΙΣΘ, ότι απηχούν και τις απόψεις των απλών πολιτών, των καθημερινών ασθενών μας. Για τους οποίους ο διαχω-

ρισμός δημόσιου και ιδιωτικού τομέα δεν προέχει της αναζήτησης ποιοτικών υπηρεσιών εφόσον είναι σε θέση να καλύψουν τη σχετική δαπάνη. Σε αντίθεση με τις ξεπερασμένες πολιτικές ηγεσίες που βρίσκονται προσκολλημένες στα στερεότυπα του παρελθόντος. Με το σύνολο των πολιτών συμμάχους θα πρέπει στο μέλλον να δοθεί μια συστηματική και μακρά, διαρκής μάχη για τη βελτίωση της υγείας στη χώρα μας.

Στην κατεύθυνση αυτή ο ΙΣΘ κινήθηκε σταθερά τα προηγούμενα χρόνια και με την έγκρισή σας θα συνεχίσει και από την 21^η Οκτωβρίου υπό την προεδρία του συναδέλφου οφθαλμιάτρου με πολύχρονη εμπειρία και δυναμική δράση στον ΙΣΘ κ. Νίκου Νίτσα.

Αν θέλουμε όμως, να δούμε όσα περιγράφουμε να πραγματοποιούνται, είναι καίριας σημασίας να υπάρξει νέα σύγχρονη διοίκηση στον ΠΙΣ. Όπως ενδεχομένως γνωρίζετε, με μια ομάδα συνεργατών από όλη την Ελλάδα, προτίθεμαι να διεκδικήσω ο ΠΙΣ να αποκτήσει ικανή διοίκηση με σαφή ιδεολογική κατεύθυνση και σύγχρονο εφαρμόσιμο πρόγραμμα. Το πρώτο βήμα στην προσπάθεια αυτή βεβαίως, θα εξαρτηθεί από τη δική σας ανταπόκριση στο κάλεσμά μας στις επερχόμενες εκλογές.

Θα ήθελα λοιπόν να σας ευχαριστήσω όλες και όλους τους γιατρούς της Θεσσαλονίκης για τη μέχρι τώρα εμπιστοσύνη σας, να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τα μέλη και τους συνεργάτες μου στο ΔΣ του ΙΣΘ, τους εκπροσώπους στον ΠΙΣ, τον πρόεδρο του Πειθαρχικού Συμβουλίου Δημήτρη Τσάμη, τον αντιπρόεδρο και τα μέλη του πειθαρχικού συμβουλίου και φυσικά τους υπαλλήλους, συνεργάτες και στελέχη του συλλόγου και να ευχηθώ συνεχή ανοδική πορεία του ΙΣΘ για δημιουργικό μέλλον.



Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης και γιατρός στην πρώτη γραμμή της κοινωνίας

Νίκος Νίτσας

Γενικός Γραμματέας ΙΣΘ

Φίλες και φίλοι συνάδελφοι,

Οι εκλογές στους ιατρικούς συλλόγους στις 21 & 22 Οκτωβρίου πραγματοποιούνται σε πολύ ιδιαίτερες συνθήκες για τον κλάδο μας. **Άστοχες πολιτικές προσθέτουν διαρκώς βάρη και δυσκολίες στο Ιατρικό επάγγελμα.** Ο γιατρός στοχοποιείται και ο ρόλος του απαξιώνεται μέσα από μια συστηματική επιχείρηση παραπληροφόρησης. Η θεσμική αντιμετώπιση της πολιτείας προς τους Έλληνες γιατρούς είναι άδικη και ελλειμματική. Όταν μάλιστα είμαστε εμείς που στηρίζουμε με την προσφορά και την ευθύνη μας τους χιλιάδες ασθενείς, την υγεία, την ίδια την κοινωνία στο πιο σημαντικό της αγαθό.

Επί χρόνια αναλώνουμε τις δυνάμεις μας στο να διαχειριστούμε τις επιθέσεις που πλήττουν το Ιατρικό επάγγελμα. **Αντί να δημιουργούμε προστιθέμενη αξία για την υγεία, υπο-**

χρεωνόμαστε να είμαστε σε θεσμικά χαρακώματα για να διασώσουμε το κύρος μας. Δυστυχώς καμία κυβέρνηση δεν στάθηκε μέχρι σήμερα με τόλμη και λογική απέναντι στον Έλληνα γιατρό. Και είναι κρίμα που, με ελάχιστες εξαιρέσεις, είναι συνήθως απέναντι αντί δίπλα μας. Είναι ένας αγώνας διαρκής με στόχο να κερδίσουμε τη θέση που μας ανήκει. Απέναντι σε κάθε πολιτικό χρώμα και σε κάθε άστοχη πολιτική. Μεμονωμένες, αποσπασματικές και σε κάθε περίπτωση κατακριτέες συμπεριφορές συναδέλφων γενικεύονται, για να πλήξουν τον κλάδο μας. Και **αποτελούν άλλοθι στα χέρια όσων νομοθετούν ενάντια στο Ιατρικό επάγγελμα.** Καμία ειδηση δεν υπάρχει για τη συντριπτική πλειοψηφία των συναδέλφων που αγωνίζεται κάτω από αντίξοες συνθήκες, πολλές φορές υπερβαίνοντας τις δυνατότητες ενός μέσου ανθρώπου. Για τους χιλιάδες έλ-

ληνες γιατρούς που έχουν το υψηλό προνόμιο να μάχονται στο πλευρό των ασθενών. Αλλά έχουν και το θλιβερό προνόμιο να πρέπει να αντιμετωπίζουν πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται ερήμην τους. **Από ανθρώπους που δεν ξέρουν και που κυρίως δεν έμαθαν ποτέ να ακούν.** Αυτή η προσπάθεια είναι που κάνουμε κάθε μέρα, μέχρι σήμερα. Με κάθε τρόπο. Με κάθε νομικό και συνδικαλιστικό μέσο. Χωρίς ούτε μια στιγμή να κάνουμε έκπτωση στο λειτούργημα που επιτελούμε, στην ευθύνη μας. Με αυτό τον αγώνα και τη δική σας στήριξη πετύχαμε πολλά:

- Χρηματοδότηση των ιατρείων μας από το Ε-ΣΠΑ.
- Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης, ασπίδα για το μέλλον μας.
- Αδειοδότηση των ιατρείων.
- Επιδότηση συλλογικών νομικών ενεργειών για δεδουλευμένες οφειλές.
- Θεαματική βελτίωση υποδομών του ΙΣΘ.
- Ηλεκτρονική εξυπηρέτηση των συναδέλφων μας.
- Αναβάθμιση του νομικού μας τμήματος.
- Δυνατότητα ηλεκτρονικής ψηφοφορίας στις επερχόμενες εκλογές.

Στην πιο κρίσιμη στιγμή, στον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης έχουμε ήδη σχεδιάσει τα επόμενα βήματα της διαδρομής. Είμαστε έτοιμοι. Έχουμε αποδείξει πως ξέρουμε να αγωνιζόμαστε. Έχουμε τη δύναμη που χρειάζεται, για να επιτύχουμε όλα αυτά που θέλουμε. Είμαστε στην ίδια πλευρά με την κοινωνία, γιατί είμαστε μέρος της.

- Ξεκινούμε αγώνα ευαισθητοποίησης των πολιτών για θέματα Υγείας και Ασφάλειας **σε συνεργασία με τις επιστημονικές εταιρείες της πόλης μας.**
- Οργανώνουμε επιδοτούμενες δράσεις πρόληψης και ενημέρωσης σε σχολεία, ΚΑ-ΠΗ και άλλες δομές **για τη συμπληρωματική απασχόληση των μελών μας.**

ΧΕΙΡΙΖΟΜΑΣΤΕ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΡΟΣΟΧΗ ΚΑ-

ΤΑΓΓΕΛΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ σχετικά με περιστατικά ιατρικής αμέλειας και αντιεπαγγελματικής συμπεριφοράς γιατρών. Η άσκηση της Ιατρικής δεν άλλαξε. Η άριστη συμπεριφορά των ιατρών είναι καθημερινός κανόνας. Όπου υπάρχουν πραγματικά ζητήματα θα τα δούμε πρώτοι. Δεν θα επιτρέψουμε όμως σε εξωιατρικούς κύκλους και σε νομικές μεθοδεύσεις να ανακαλύψουν ανύπαρκτα σφάλματα και παραλείψεις σπιλώνοντας συναδέλφους.

- **Δημιουργούμε γραφείο εξωδικαστικής επίλυσης διαφορών με διαμεσολάβηση,** ώστε ιδιωτικά και χωρίς τη δημοσιότητα μιας δικαστικής διαδικασίας να δίνουμε λύσεις σε διαφορές μεταξύ ασθενών και συναδέλφων.
- **Ενισχύουμε την επιτροπή πραγματογνωμόνων του ιατρικού συλλόγου** και υλοποιούμε τη λειτουργία αρχείου ιατρονομικών υποθέσεων.

ΔΙΕΚΔΙΚΟΥΜΕ ΤΑ ΧΡΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ. Τα τελευταία χρόνια υπήρξαν συνεχόμενες μειώσεις των μισθών των γιατρών του ΕΣΥ, των Πανεπιστημιακών και των Στρατιωτικών γιατρών. Κι όμως δεν έγιναν θέμα καμιάς δημόσιας ειδήσης. Γιατί και οι γιατροί είναι καθημερινοί άνθρωποι που έχουν

οφειλές, δυσκολίες και δίνουν καθημερινό αγώνα για να σταθούν επαγγελματικά.

- **Διεκδικούμε τα αναδρομικά των γιατρών του ΕΣΥ** που δεν συμπεριελήφθησαν στην απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας συστήνοντας μόνιμη επιτροπή νομικών με επιδότηση νομικών ενεργειών
- **Επιδοτούμε τις αγωγές για τη διεκδίκηση των ληξιπρόθεσμων χρεών** παλαιών ταμείων που οφείλονται σε συναδέλφους

ΣΤΗΡΙΖΟΥΜΕ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΑΣ ΣΧΟΛΗ, που υποβαθμίζεται από την υποστελέχωση που δημιουργούν οι συνταξιοδοτήσεις του διδακτικού της προσωπικού για την καλύτερη εκπαίδευση φοιτητών και νέων συναδέλφων.

- ΙΣΘ και διοίκηση της Ιατρικής Σχολής **διεκδικούμε να προχωρήσουν άμεσα οι προκλήξεις των θέσεων** των πανεπιστημιακών που παραμένουν κενές.
- Ζητούμε το ίδιο γρήγορες διαδικασίες για την **πρόσληψη γιατρών στις κενές θέσεις σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας** όπου οι συνθήκες εργασιακής ασφυξίας λόγω της αποδυνάμωσης των Νοσοκομείων και ΚΥ έχουν φέρει σε δυσχερή θέση τους συναδέλφους που εργάζονται σε αυτές.

ΣΤΟΧΟΣ ΜΑΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΘΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ και θα είναι βιώσιμη. Δεν θα δεχθούμε ακόμη πέντε χρόνια πειραματισμών για ένα σχέδιο χωρίς λειτουργικότητα & προοπτική. Ούτε βέβαια και τη διάλυση και αντικατάσταση των υφιστάμενων δομών με νέες δομές με ημερομηνία λήξης (TOMY).

- Διεκδικούμε Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που βασίζεται στη συνεργασία δημοσίων δομών και ιδιωτών-συμβεβλημένων ιατρών με όρους που διασφαλίζουν την αξιοπρέπεια των λειτουργών της υγείας. Με ελεύθερη επιλογή γιατρού και καμία διάκριση μεταξύ των λειτουργών του συστήματος.

ΕΛΕΓΧΟΥΜΕ ΤΙΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ μέσω πειθαρχικών ελέγχων που νομοθετήθηκαν πριν λίγους μήνες με ΔΙΚΗ μας παρέμβαση. Δεν θα επιτρέψουμε πρακτικές και «παραθυράκια» που οδηγούν στην καταπάτηση της ιατρικής δεοντολογίας. Είμαστε ο θεματοφύλακας της ιατρικής δεοντολογίας και θα την επιβάλλουμε χωρίς διακρίσεις και συμβιβασμούς.

ΙΔΡΥΟΥΜΕ ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΛΛΗΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ για να μην αποκοπούν από τον ιατρικό ιστό της χώρας οι συνάδελφοί μας που έφυγαν και για να μπορούν κάποια στιγμή να γυρίσουν ξανά σε μια αγορά υπηρεσιών υγείας με περισσότερες προοπτικές και ευκαιρίες.

Δεν ξεχνούμε πως είναι κομμάτι της ιατρικής μας κοινότητας.

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ που κάνουν μια επίπονη εργασία με πολύ προσωπική θυσία. Δημιουργούμε μαζί με την Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Ασφάλισης & Πρόνοιας μια Επιτροπή Διασύνδεσης του ΙΣΘ και των Κέντρων Πιστοποίησης Αναπηρίας με σκοπό τον καλύτερο συντονισμό ΚΕΠΑ και ΙΣΘ και απαντούμε άμεσα σε φαινόμενα άδικης στοχοποίησης συναδέλφων μας.

Ο ΙΣΘ ΚΙΝΕΙΤΑΙ ΣΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΕΠΟΧΗ δημιουργώντας συνθήκες ταχύτερης μετάδοσης της πληροφορίας. Στόχος μας καλύτερη εξυπηρέτηση των συναδέλφων αλλά και των πολιτών.

- Σχεδιάζουμε άμεσα τις **νέες ηλεκτρονικές ταυτότητες των μελών** του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης με αυτόματο σύστημα ειδοποίησης οφειλών.
- Παρουσιάζουμε σε λίγες εβδομάδες την **πλατφόρμα επαγγελματικής προβολής των συναδέλφων**, μαζί με μια εφαρμογή για έξυπνα κινητά (smartphones) ώστε κάθε πολίτης να γνωρίζει τους πιστοποιημένους γιατρούς και τα νόμιμα ιατρεία της πόλης μας.
- Δημιουργούμε Κέντρο Επιστημονικής Ενημέρωσης των μελών μας, όπου κατά προτεραιότητα **οι ειδικευόμενοι και οι νέοι συνάδελφοι θα έχουν πρόσβαση** στα σημαντικότερα επιστημονικά περιοδικά.

Φίλες και φίλοι συνάδελφοι,

Για να επιτύχουμε, ενώνουμε τις δυνάμεις μας. Σε ένα ισχυρό σχήμα. Με μια δυνατή φωνή που θα ακούγεται και θα επηρεάζει τις αποφάσεις που μας αφορούν. **Με μια πορεία που απέδειξε πως εμείς μπορούμε.** Διαιρεμένοι είμαστε πιο τρωτοί. Μεμονωμένοι φαινόμεστε πιο λίγοι, λιγότερο αποφασιστικοί. Η μέχρι σή-

μερα εμπειρία απέδειξε ότι η συλλογική μας δράση και αλληλοβοήθεια φέρνει αποτελέσματα, αντίθετα η περιχαράκωση ομάδων ιατρών και η μεμονωμένη δράση τους υπήρξε αναποτελεσματική και αυξημένου κόστους. Η διεκδίκηση καλύτερων αμοιβών για τους γιατρούς στο ΕΣΥ, το Πανεπιστήμιο, τους ειδικευόμενους, τους συμβεβλημένους με το δημόσιο, τους Στρατιωτικούς, τους συναδέλφους τα πρώην ΙΚΑ καθώς και τους γιατρούς των μονάδων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα έχει προοπτική και αποτέλεσμα μόνο υπό την κοινή μας στέγη.

Στη δική μας κοινή στέγη είμαστε όλοι μαζί.

Στις 21 & 22 Οκτωβρίου σας καλώ να ενισχύσετε αυτή τη μεγάλη προσπάθεια. Όπως το κάνατε μέχρι σήμερα. **Η δύναμη της διοίκησης είναι η δύναμη της ψήφου του κάθε γιατρού.** Είμαστε όλοι απέναντι στο χτες. Και όλοι μαζί μπροστά στο αύριο. Με τη δική σας συμμετοχή **ΣΥΝΕΧΙΖΟΥΜΕ** πιο δυνατά στον ΙΣΘ αλλά και στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, όπου φιλοδοξούμε πρωταγωνιστικό ρόλο. Όλοι μαζί, όλο και περισσότεροι. Πρωταγωνιστές. Με κύρος. Με καλύτερες αμοιβές και συνθήκες. Με τον γιατρό στην πρώτη γραμμή της κοινωνίας.





Μνήμη Ιωάννη Ζαχάρωφ

Δρ Αντώνης Παπαγιάννης

Πνευμονολόγος

Το παρόν τεύχος των *Ιατρικών Θεμάτων* είναι αφιερωμένο στον ιδρυτή του περιοδικού, ιατρό παθολόγο Ιωάννη Ζαχάρωφ, που άφησε τον κόσμο αυτό στο τέλος Ιανουαρίου. Όπως φαίνεται σε ένα παλιότερο κείμενό του που αναδημοσιεύουμε «εις μνημόσυνον», ο Γιάννης έθεσε τις βάσεις, τις αρχές και τη φιλοσοφία του περιοδικού πριν 22 χρόνια, έχτισε πάνω σ' αυτές και τις μεταλαμπάδευσε στις επόμενες συντακτικές επιτροπές του.

Θυμάμαι ακόμη την πρώτη συνάντησή μας. Το 1997 έγινε μια γενική συνέλευση του Ι.Σ.Θ. στην αίθουσα τελετών του Α.Π.Θ. για θέματα που απασχολούσαν τότε τον ιατρικό κόσμο. Είχα πάρει κι εγώ τον λόγο, για πρώτη φορά σε τέτοια εκδήλωση, και είχα διατυπώσει κάποιες σκέψεις με βάση την πρόσφατη (τότε) εμπειρία από τη θητεία μου στο βρετανικό NHS. Στο τέλος της συνέλευσης με πλησίασε και μου είπε με τη χαρακτηριστική του ευγένεια: «Κύριε συνάδελφε, θα μπορούσατε να μας γράψετε αυτά που είπατε για το περιοδικό του Συλλόγου;». Αυτή ήταν και η αρχή της συνεργασίας μας στη συντακτική επιτροπή του περιοδικού, όπου μνήθηκα στα 'μυστικά' της έκδοσης. Αργότερα, και πάλι με δική του πρόσκληση, συνεργασθήκαμε και στην επιτροπή που επεξεργάστηκε το προσχέδιο του Κώδικα Δεοντολογίας (υπό τον αιμνηστο καθηγητή Σ. Φαλτσή), ένα άλλο πε-

δίο όπου η ευρυμάθεια και η πείρα του από τη μαχόμενη ιατρική συνεισέφεραν πολλά.

Η συζήτηση με τον Γιάννη ποτέ δεν ήταν ανιαρή. Ακόμη κι αν διαφωνούσες μαζί του, μάθαινες κάτι περισσότερο ακούγοντας τις απόψεις του. Όταν απομακρύνθηκε από τη διεύθυνση του περιοδικού, αραιώσε και η μεταξύ μας επαφή. Μιλούσαμε τότε-πότε στο τηλέφωνο, είτε κοινωνικά είτε για κάποιον άρρωστο, ακολούθησαν τα δικά του προβλήματα υγείας και οι διάφορες δικές μου ασχολίες. Δικαιολογίες όλα αυτά για την όχι τακτική επικοινωνία μου μαζί του. Με παρηγορεί μόνο το γεγονός ότι τον είδα στο νοσοκομείο στην τελευταία του αρρώστια, μερικές εβδομάδες πριν από το τέλος.

Θα ήθελα να κλείσω το μικρό αυτό σημείωμα μνήμης με δυο σκέψεις. Η συνεχιζόμενη πορεία του περιοδικού μετά από τόσα χρόνια, με τις όποιες τεχνικές αλλαγές επέβαλε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, αποτελεί το καλύτερο πνευματικό μνημόσυνο διαρκείας για τον πρωτεργάτη του. Και προς τους αναγνώστες θα επαναλάβω την τελευταία φράση του Γιάννη από το κείμενο που αναδημοσιεύουμε: «Σας ευχαριστούμε για την εμπιστοσύνη και σας καλούμε για μια ακόμη φορά σε ενεργητική σύμπραξη με ιδέες, προτάσεις και γιατί όχι, παραγωγικές κριτικές».

Πρόσκληση προς τους αναγνώστες

Τα **Ιατρικά Θέματα** δέχονται για δημοσίευση, πάντα μετά από έγκριση της συντακτικής επιτροπής, κείμενα που να ενδιαφέρουν το ευρύ ιατρικό κοινό, και που μπορεί να είναι:

Βραχείες παρουσιάσεις ιατρικών θεμάτων γενικού ενδιαφέροντος. Δεν θα πρέπει να είναι ούτε εξαντλητικές από βιβλιογραφική πλευρά, ούτε πολύ εξειδικευμένες. Η απλή γραφή και η ευχάριστη ανάγνωση είναι κριτήρια πιο σημαντικά από την «τελευταία λέξη» της ερευνητικής δραστηριότητας πάνω στα θέματα αυτά. Οπωσδήποτε όμως οι παρεχόμενες πληροφορίες θα πρέπει να είναι επιστημονικά ορθές.

Προσωπικές εμπειρίες είτε από τον επαγγελματικό χώρο της ιατρικής (δημόσιο και ιδιωτικό), είτε από βιώματα ιατρών ως ασθενών (για να γνωρίζουμε και την «άλλη πλευρά του νομίσματος»). Ακόμη και παράπονα ή κριτικές είναι αποδεκτά, αρκεί να μην έχουν χαρακτήρα ονομαστικής προσβολής ή εξύβρισης προσώπων ή ιδρυμάτων. Τέτοια κείμενα μπορούν να γραφούν και από μη ιατρούς. Θα πρέπει πάντοτε να υποβάλλονται επώνυμα, ωστόσο μπορεί να δημοσιεύονται και ανώνυμα, εφόσον ο συντάκτης τους το επιθυμεί.

Σκέψεις και προβληματισμοί πάνω στη φύση, την τέχνη, την αποστολή, την εκπαίδευση και την άσκηση της ιατρικής.

Ιστορικά και λογοτεχνικά κείμενα που αναφέρονται στον ιατρικό χώρο, την υγεία και την αρρώστια.

Όλα τα κείμενα πρέπει να είναι πρωτότυπα και να μην παραβιάζουν πνευματικά δικαιώματα άλλων συγγραφέων ή εκδοτών (copyright).

Τα **Ιατρικά Θέματα** **δεν** δημοσιεύουν παρουσιάσεις περιστατικών, πρωτότυπες ερευνητικές μελέτες ή πρακτικά συνεδρίων, ούτε κείμενα που να έχουν διαφημιστικό χαρακτήρα. Σκοπός του περιοδικού είναι να αποτελεί ένα βήμα έκφρασης και διαλόγου των γιατρών πάνω στα θέματα που τους απασχολούν στην καθημερινή τους εργασία. Για την προβολή του αμιγώς επιστημονικού έργου υπάρχουν πολλά και πιο κατάλληλα έντυπα. Ελπίζουμε στην κατανόηση των συναδέλφων, ώστε να μην βρισκόμαστε στη δυσάρεστη θέση να απορρίπτουμε κείμενα που μπορεί να έχουν επιστημονική αξία, δεν ανήκουν όμως στα πλαίσια της φιλοσοφίας των **Ιατρικών Θεμάτων**.



Μνήμη Γιάννη Ζαχάρωφ

Με τον Γιάννη γνωριστήκαμε σε προσωπικό επίπεδο πριν από 20 περίπου χρόνια, όταν δουλέψαμε, μαζί με άλλους συναδέλφους, στην επιτροπή του Ιατρικού Συλλόγου που επεξεργάστηκε ένα σχέδιο για τον νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, υπό την καθοδήγηση του αείμνηστου Σωτήρη Φαλτσή. Στη συνέχεια η γνωριμία μας έγινε στενότερη όταν εκλεχτήκαμε, ως μέλη του ΔΣ και του Πειθαρχικού του Ιατρικού Συλλόγου, με την παράταξη ΚΑΙ που ο ίδιος είχε ιδρύσει. Τον Γιάννη τον γνωρίζαμε βέβαια και παλιότερα, από τα φοιτητικά μας χρόνια, ως ενεργό συνδικαλιστικό στέλεχος του κεντρώου κυρίως πολιτικού χώρου. Ο λόγος του αναλυτικός, διεισδυτικός, χαρακτηριζόταν πάντοτε από ηπιότητα, συνθετική τάση και ευγένεια.

Γεννημένος στη Θεσσαλονίκη και έχοντας ολοκληρώσει τις εγκύκλιες σπουδές του στο Πειραματικό Σχολείο του ΑΠΘ (πράγμα για το



οποίο ήταν περήφανος) κατείχε μια ευρύτατη μόρφωση, η οποία ήταν εμφανής στον λόγο και τις πράξεις του. Ενεργός γιατρός, ενεργός πολίτης, με μια πολύπλευρη δραστηριότητα ως συνδικαλιστής, ως πρόεδρος ιδρύματος προστασίας τυφλών, ως βασικό στέλεχος της ΧΑΝΘ και άλλων σωματείων, αλλά και ως μέλος της Ένωσης Ευρωπαίων Δημοσιογράφων. Με έργο συγγραφικό και εκδοτικό, μέσα

στο οποίο εντάσσεται και η ίδρυση του περιοδικού του Ιατρικού Συλλόγου *Ιατρικά Θέματα*. Στο εγχείρημα αυτό κατάφερε να συνεπάρει όλους μας, ασχέτως πολιτικών ταυτοτήτων. Με το πάθος και την ευγένειά του μας έβαλε όλους να τρέχουμε, υπό την αδιαμφισβήτητη ηγεσία του, για τον κοινό σκοπό, δηλαδή για την έκδοση ενός αξιοπρεπούς και ενδιαφέροντος περιοδικού.

Ο Γιάννης Ζαχάρωφ υπήρξε ένας ευπατρίδης στον χώρο μας, αλλά και γενικότερα στον

χώρο της πολιτικής και πνευματικής ζωής αυτής της πόλης κατά τη μεταδικτατορική περίοδο. Σφράγισε με το έργο και τη στάση του τον χώρο της Υγείας μεταπολιτευτικά, ως ένας γιατρός με την ευγένεια και την ευρυμάθεια ενός βαθιά εγκυκλοπαιδικά μορφωμένου πολίτη, ένα είδος ανθρώπου που τείνει να εκλείψει στις μέρες μας.

Ειλικρινά θα μας λείψει.

Αλέξανδρος Γαρούφαλλος Αλέξης Μπένος

Για τον Γιάννη που έφυγε

Τον Γιάννη Ζαχάρωφ τον γνώρισα την περίοδο των φοιτητικών μου σπουδών με παρότρυνση του Γιάγκου Πεσματζόγλου, Προέδρου του ΚΟΔΗΣΟ, που είχε ιδρυθεί το 1979 με τη σύμπραξη λαμπρών πολιτικών της εποχής.

Ο Γιάγκος Πεσματζόγλου υπήρξε στην κυριολεξία ένας ευπατρίδης με ευρύτατη μόρφωση και συνειδητά ευρωπαϊστής. Την περίοδο της δικτατορίας είχε εξοριστεί στο χωριό Δεσκάτη και ο πατέρας μου, φίλος του από παλιά, νομιάτρος τότε Κοζάνης, τον επισκεπτόταν σχεδόν κάθε εβδομάδα στο πλαίσιο δήθεν επιθεωρήσεων αγροτικών ιατρείων της περιοχής, για να του παραδώσει, διακριτικά, επιστολές, κομμένα άρθρα από εφημερίδες και βιβλία και να του ψιθυρίσει, βιαστικά, κάποια νέα. Τα δεδομένα αυτά με έκαναν να αισθάνομαι προς το πρόσωπο του Γιάγκου Πεσματζόγλου βαθύ σεβασμό, που ήταν η αιτία να δεχτώ την παρότρυνσή του να γνωρίσω και να συνεργαστώ με τον Γιάννη Ζαχάρωφ.

Ο Γιάγκος Πεσματζόγλου εκτιμούσε και εμπιστευόταν απόλυτα τους Θεσσαλονικείς Τάσο Θεοδωρίδη και Γιάννη Ζαχάρωφ, στους οποίους είχε εκχωρήσει όλες τις αρμοδιότητες του ΚΟΔΗΣΟ για τη Βόρειο Ελλάδα. Κάποια στιγμή, από τηλεφώνου, μου ζήτησε να συναντήσω και να γνωρίσω τον Γιάννη Ζαχάρωφ

με στόχο την προσπάθεια οργάνωσης φοιτητικής νεολαίας του ΚΟΔΗΣΟ στο ΑΠΘ.

Οι συναντήσεις μου με τον Γιάννη Ζαχάρωφ ήταν πολλές και ευχάριστες, επειδή όμως διέβλεπα δυσκολίες στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων και αδυναμία τήρησης χρονοδιαγραμμάτων, έκρινα σκόπιμο να αποχωρήσω από την ομάδα, ενημερώνοντας σχετικά τον Πεσματζόγλου. Ωστόσο, οι εντυπώσεις που είχα αποκομίσει από τον Γιάννη Ζαχάρωφ ήταν άριστες τόσο για τη βαθύτατη πνευματική καλλιέργεια και την έμφυτη ευγένειά του, όσο και για την απλότητα της συμπεριφοράς και την ανθρωπιά του.

Ξανασυναντηθήκαμε με τον Γιάννη το 1992 ως υποψήφιοι Δημοτικοί Σύμβουλοι Θεσσαλονίκης με τον συνδυασμό «Θεσσαλονίκη πάνω απ' όλα – Κοσμοπούλος Δήμαρχος». Αμφότεροι αποτυχόντες, πήγαμε την επομένη των εκλογών στην ταβέρνα «Αχιλλέας» του Γαρέφη, όπου με τραγούδια κανταδόρων, καλό φαγητό και μπόλικο χύμα κρασί γλεντήσαμε την αποτυχία μας με χιουμοριστικά σχόλια και πολύ γέλιο. Θυμάμαι ότι εκείνο το βράδυ είχα μεθύσει, ενώ ο Γιάννης μέχρι το τέλος της βραδιάς έδειχνε νηφάλιος.

Αρκετά χρόνια αργότερα, το 1999, ο Γιάννης Ζαχάρωφ μου ζήτησε να πλαισιώσω με άλλους συναδέλφους τη Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού *Ιατρικά Θέματα* του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης. Αποδέχθηκα την πρότασή του, και με ευχαρίστηση πήρα μέρος σε μία προσπάθεια που με επικεφαλής τον Γιάννη είχε άριστα αποτελέσματα σε επίπεδο ποιότητας της ύλης και αισθητικής της έκδοσης.

Οι συνεδριάσεις της Συντακτικής Επιτροπής του περιοδικού με συντονιστή τον Γιάννη Ζαχάρωφ ήταν μια ευχάριστη διαδικασία, που κανείς μας δεν ήθελε να τελειώσει. Ευχάριστες συζητήσεις για ποικίλα θέματα, εύστοχες παρατηρήσεις, έντιμες κριτικές προσεγγίσεις και πάνω από όλα ήθος. Ενδεικτικό στοιχείο της προσωπικότητας του Γιάννη ήταν η επίμονη

άρνησή του να δεχτεί προς δημοσίευση οποιαδήποτε διαφημιστική καταχώρηση, παρά το γεγονός ότι το τιράζ των 10.000 τευχών του περιοδικού ήταν ελκυστικό για όλες τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Κάποια στιγμή ο Γιάννης πρότεινε να συμπράξω μαζί του ως υποψήφιος για το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης. Παρά τη βαθύτατη εκτίμηση στο πρόσωπό του, την αποδοχή των βασικών αρχών του για θέματα της ιατρικής κοινότητας της πόλης μας, οι ποικίλες υποχρεώσεις μου με έκαναν να αρνηθώ την πρότασή του, τονίζοντας όμως εμφατικά ότι με τιμά. Νομίζω ότι τον στεναχώρησα, γιατί έκτοτε ουδέποτε συναντηθήκαμε παρά μόνο κάποιες φορές, συμπωματικά, στον δρόμο. Ωστόσο, συχνά τον σκεπτόμουν με αγάπη και εκτίμηση για τη σπάνια προσωπικότητά του και το ήθος του.

Και πρόσφατα έμαθα ότι ο Γιάννης έφυγε. Ένωσα σαν να έχασα έναν δικό μου άνθρωπο, συνδεδεμένο με ευχάριστες εμπειρίες και αναμνήσεις περασμένων χρόνων.

Καλό ταξίδι, Γιάννη μου, και καλή αντάμωσή. Είθε ο Πανάγαθος να αναπαύσει την ψυχή σου και να χαρίσει στα αγαπημένα σου πρόσωπα παραμυθία.

Δρ. Θεόδωρος Ι. Δαρδαβέσης
Ιατρός Υγιειονολόγος-Βιοπαθολόγος

Ο Γιάννης και το περιοδικό μας

Όταν μου ζητήθηκε να γράψω κάτι για τον Γιάννη (Ζαχάρωφ) που έφυγε (έτσι το έμαθα, και μάλιστα με καθυστέρηση), δεν είχα τον παραμικρό δισταγμό. Ένωθα πως χρωστούσα κάτι ή μάλλον πάρα πολλά στον Γιάννη που δεν γνώριζα και τόσο με την έννοια της στενής παρέας ή της φιλίας, αλλά που στην ουσία πολύ καλά «γνώριζα» μέσα από το έργο και τη δραστηριότητά του στον σύλλογο και το περιοδικό μας.

Κατ' αρχάς μου έδωσε την ευκαιρία ο ίδιος,

και χωρίς να το ξέρεי μάλιστα, να δώσω μια απάντηση στη μόνιμη απορία που είχα για την επιμονή του στο να κατέρχεται μονάχος (εννοώ εκτός συγκροτημένων ψηφοδελτίων-συντεταγμένων μ' έναν όποιο κομματικό σχηματισμό) και να εκλέγεται άνετα. Είδα στην πράξη τι πάει να πει φιλάθλο πνεύμα των πολλών και όχι νοοτροπία οπαδού και χειροκροτητή. Όταν βρεθήκαμε στις συνεδριάσεις του Δ.Σ., δεν χρειάστηκε πολύ να διαβάσω τα «θέλω» και τις σκέψεις του γύρω απ' αυτό που δυστυχώς εξακολουθούμε να αποκαλούμε ιατρικό συνδικαλισμό. Μια και το θυμήθηκα, να πω ότι ο Γιάννης ασφυκτιούσε με τη στενή έννοια και ήταν αυτός που αφαίρεσε τον πλεονάζοντα όρο «συνδικαλιστικά» από το περιοδικό μας, που έμεινε απλά *Ιατρικά Θέματα*. Πνεύμα ανήσυχο ο ίδιος και με την καλλιτεχνία μέσα του να ξεχειλίζει, ήθελε και προσπάθησε να την περάσει στο περιοδικό μας, πιστεύοντας ότι είναι απαραίτητο κομμάτι, συμπληρωματικό της ύπαρξής μας. Έγινε το βήμα της έκφρασής μας, που τόσο ανάγκη φαίνεται πως έχουμε, γιατί και ο γιατρός έχει ψυχή που απλά ζητά μια... βόλτα έστω και χωρίς να θορυβεί.

Δεν βουλευόταν με τα όρια και έβλεπες παντού σε κάθε του απόπειρα να πάει ακόμη πιο πέρα στο οτιδήποτε καταπιανόταν. Τολμηρός, έριχνε την κριτική κι αν χρειαζόταν επικριτική ματιά του σε κάθε τι που πίστευε πως μας αφορούσε ως κοινωνία ανθρώπων και τον ρόλο μας απέναντι στο γενικό σύνολο. Άνοιγε δρόμους και δεν αρκούσαν στα χαραγμένα και τα υφιστάμενα, βλέποντας την ανάγκη να προχωρήσουμε σαν σώμα και να κάνουμε εμείς πρώτοι το επόμενο βήμα που χρωστάμε στον συνάνθρωπό μας, αλλά και στον ίδιο τον εαυτό μας, ως συνδρομή στην αυτοβελτίωσή μας. Όταν η αρμοδιότητα έκδοσης του περιοδικού μας (συμβαίνουν και αυτά με τις αλλαγές ηγεσίας και στα ιατρικά δρώμενα) πέρασε στα χέρια του Μιχάλη Ναούμ και στα δικά μου, είναι αλήθεια πως ξαφνιάστηκε αρνητικά

ο Γιάννης και αποτραβήχτηκε. Γρήγορα είδα ότι μας έλειπε η αύρα του και κανόνισα να συναντηθούμε. Δεν χρειάστηκαν παρά λίγα λεπτά για να βρεθούμε και η χαρά μας που ήρθε ξανά κοντά μας ήταν ανείπωτη. Έμοιαζε σαν ψήφος εμπιστοσύνης, κι αυτό για εμάς σήμαινε πολλά και βασικά ήταν μια ώθηση να συνεχίσουμε με πίστη και ευθύνη μέχρι την η-

μέρα που η σκυτάλη έμελλε και πάλι να αλλάξει χέρια. Κι έτσι το περιοδικό – πνευματικό δημιούργημα του Γιάννη συνεχίζει την πορεία του, ανεξάρτητα από πρόσωπα, όπως εκείνος θα το ήθελε.

Κλεάνθης Βαλαρούτσος
Δερματολόγος



Είπαν

«Δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα που δεν μπορούμε να το λύσουμε μαζί, αλλά υπάρχουν πολύ λίγα που μπορούμε να τα λύσουμε μόνοι μας»

[Lyndon B. Johnson, πρώην πρόεδρος ΗΠΑ]



Τρία χρόνια

† Ιωάννης Γεωργ. Ζαχάρωφ

Ιατρός παθολόγος
πρώην Διευθυντής σύνταξης των ΙΘ

[Σημείωμα της σύνταξης: Το κείμενο που παραθέτουμε το έγραψε ο Γιάννης Ζαχάρωφ στα τέλη του 1999, σε ένα αναμνηστικό ένθετο για τη συμπλήρωση τριών ετών κυκλοφορίας του περιοδικού. Το αναδημοσιεύουμε αυτούσιο στη μνήμη του, διότι συνοψίζει άριστα το πνεύμα που κινούσε τον ίδιο από την αρχή της έκδοσης και το οποίο μετέδωσε και στους «επιγόνους» του. Όσοι τον ήξεραν δεν θα δυσκολευτούν να αναγνωρίσουν το ιδιαίτερο ύφος της γραφής του, την πάντοτε φιλοσοφική και αυτοκριτική του διάθεση, συνυφασμένη με ευρεία πολυμάθεια σε διάφορους τομείς].

Η συμπλήρωση τριετίας από την πρώτη έκδοση του περιοδικού μάς γεμίζει με υπερηφάνεια, δικαιολογημένη θέλουμε να πιστεύουμε. Είχαμε ως αφετηρία την επιθυμία καλλίτερης ενημέρωσης των συναδέλφων. Η επιτυχία θα αντανakλούσε στη συνέχεια στην εκδοτική επιτροπή ως αναγνώριση ξεπερνώντας τα εμπόδια και το φόβο του αγνώστου. Γιατί, πρέπει να ομολογήσουμε την άγνοιά μας περί την

μαχόμενη δημοσιογραφία και κατ' επέκταση την τυπογραφία. Ίσως αν είχαμε συνειδητοποιήσει τις δυσκολίες να μην προβαίναμε στο εγχείρημα. Εξάλλου, οι καιροί επιβάλλουν προσωπικές χρησιμοθηρικές δραστηριότητες και το κλίμα είναι δυσμενές για τις ομαδικές καλλιέργειες. Μολαταύτα η ενθάρρυνση, τα καλά λόγια που ακούγαμε και ακούμε, καθώς οι κριτικές, καλόπιστες στο συντριπτικό ποσοστό τους, μας ενίσχυσαν ώστε να εξακολουθήσουμε τις προσπάθειές μας. Αλλά και αρνητικές αν ήσαν οι κριτικές, πάλι θα περιείχαν γόνιμα σπέρματα. Θα σήμαινε ότι εμείς ως εκδοτική επιτροπή δεν είμαστε τα κατάλληλα πρόσωπα και κάποιοι άλλοι που οπωσδήποτε υπάρχουν, θα έκαναν καλλίτερη δουλειά. Πάντως το περιοδικό θα προχωρούσε. Στις προσπάθειες της έντυπης κυκλοφορίας του λόγου και των ιδεών σημασία έχει η συμμετοχή, η συνέχεια, η "εταιρική πρόθεση" όπως λέγουν οι νομικοί. Σβύνουν εφόσον παρατηρηθεί αδιαφορία. Τα "Ιατρικά Θέματα" κινδυνεύουν, όπως συνέβη σε χιλιάδες άλλα παρόμοια εγχειρήματα, από

την έλλειψη ενδιαφέροντος εάν από οποιαδήποτε αιτία εκλείψουν οι “φυσικοί αυτουργοί”. Για να μη μας τύχει αυτή η κατάληξη, πρέπει να συμμετέχουμε και να διεκδικούμε μαχητικά τη συμμετοχή μας.

Δυστυχώς στον τόπο μας δεν έχουμε σε μεγάλη υπόληψη, παρά τα όσα ισχυριζόμαστε, την ιστορική παράδοση. Αυτό φαίνεται κατ’εξοχήν στα περιοδικά, επιστημονικά και μη. Τα περισσότερα, αφού διατρέξουν λαμπρές τροχιές ως διάττοντες αστέρες, εξαφανίζονται είτε αιφνίδια είτε μετά από μια περίοδο νεκροβίωσης. Τώρα μάλιστα που διατρέχουμε την έκρηξη της πληροφορικής και των πληροφοριών το φαινόμενο έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας. Δεχόμαστε όλοι δεκάδες εντύπων, τα οποία σπεύδουμε να αρχειοθετήσουμε κατάλληλα στο διπλανό καλάθι των απορριμμάτων προκειμένου να προωθηθούν κατ’ ευθείαν, εφόσον το επιβάλλει η οικολογική ευαισθησία μας και το επιτρέπει ο δήμος, στους κάδους συλλογής χάρτου. Ασυναίσθητα ο νους μας μεταμορφώνει σε πράξη τη διαπίστωση του μεγάλου φυσικού Πιοτρ Καπίτσα: “Περισσότερο από τη μόλυνση των πληροφοριών κινδυνεύουμε από τη μόλυνση των πληροφοριών”. Προκειμένου λοιπόν να τρελλαθούμε, ας απαλλαγούμε από τα περιττά βάρη, καίοντας εν ανάγκη και τα χλωρά, ιδιαίτερα στην “εποχή του χρηματιστηρίου”...

Καθώς γράφονται οι γραμμές αυτές, γίνονται αναπόφευκτα συγκρίσεις. Τις νοιώθουμε συντριπτικές. Το *New England Journal of Medicine* άγει το 187ο έτος συνεχούς έκδοσης και το *Lancet* το 176ο. Η “*Νέα Εστία*”, το αρχαιότερο περιοδικό συνεχούς έκδοσης σε μας, συμπλήρωσε 73 χρόνια. Αυτά μας προκαλούν. Και εδώ τίθεται το δεύτερο πρόκριμα μετά τη συμμετοχή. **Η ανανέωση που συμβάλλει στην αναγνωσιμότητα είναι απαραίτητο στοιχείο.** Το γράφει εξάλλου και ο Δαρβίνος: “*Στη φύση δεν επιβιώνουν τα πιο ωραία και τα πιο δυνατά ζώα. Επιβιώνουν εκείνα που έχουν τη μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα*”. Η προσαρμοστικότητα

αποτελεί τη συνώνυμη λέξη της ανανέωσης. Βέβαια, αυτά δεν σημαίνουν, καθόλου μάλιστα, ότι πρέπει να τρέχουμε πίσω από την καθημερινότητα, να δείχνουμε με το ζόρι “μοντέρνοι”. Ορισμένες αρχές έχουν διαχρονική αξία. Η **εντιμότητα**, η **μετριοπάθεια**, η **αντικειμενικότητα** ως αφετηρία. Δεν τίθεται ζήτημα να συζητήσουμε τις αρχές αυτές. Συμβαδίζουν εξάλλου με την πρόοδο της επιστήμης. Αλλά δεν πρέπει ταυτόχρονα να μένουμε σε τυπολατρείες και σε “δοκιμασμένες συνήθειες”.

Η ελληνική κοινωνία σε μεγάλο βαθμό μένει προσκολλημένη σε παγιωμένες επιφανειακές συμβάσεις. Ίσως επειδή αντιπαθεί την έρευνα και τα προϊόντα της έρευνας και την αξιοκρατία που συνεπάγεται η υιοθέτηση των προϊόντων της έρευνας.

Το τρίτο στοιχείο βιωσιμότητας συνεπώς είναι η αξιοκρατία

Τα “Ιατρικά Θέματα” θα ζήσουν πολλές επετείους με άλλες διάδοχες συντακτικές επιτροπές αν ισχύουν ως όροι οι τρεις αυτές αρχές: **η συμμετοχή, η ανανέωση και η αξιοκρατία.** Ελπίζουμε ότι καθώς η αρχική εύλογη δυσπιστία για την ικανότητα του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης να συντηρήσει το περιοδικό του υποχωρεί, καθώς αυξάνεται η προθυμία συμμετοχής και μειώνεται η αδιαφορία, καθώς θα επιλύονται τα ζητήματα της χρηματοδότησης, τα “Ιατρικά Θέματα” θα εδραιώνουν τη θέση τους ως υπεύθυνο έντυπο πληροφόρησης και στοχασμού των ιατρών. Ίσως θα πρέπει να κάνουμε κάποιους παραγωγικούς συμβιβασμούς στον τομέα της διαφήμισης, χωρίς ν’ αλλοιωθεί η φυσιογνωμία τους. Γιατί ο Σύλλογος έχει περιορισμένους πόρους και το κόστος της έκδοσης είναι δυσβάσταχτο. Όπως κι αν έχει το θέμα, με την υποστήριξή σας θα προχωρήσουμε στη νέα χιλιετηρίδα, αιώνα, χρόνο που θα συμπέσουν με την κυκλοφορία του επόμενου τεύχους.

Όπως θα έχουν διαπιστώσει μέχρι τώρα οι τακτικοί μας αναγνώστες, η εκδοτική επι-

τροπή κατέβαλε προσπάθεια να καλυφθούν τομείς στην πληροφόρηση που δεν αγγίζονται συνήθως από τα ιατρικά περιοδικά στην Ελλάδα. Επιπλέον, ασχολήθηκε με τη ζωή της πόλης και της περιφέρειας, μέσα στην οποία ζουν οι γιατροί, την κίνηση στον “πνευματικό χώρο”, τα τεκταινόμενα στον κόσμο γενικότερα. Δεν είναι τυχαίο ότι μεγάλοι διανοητές και λογοτέχνες ασχολήθηκαν με τις επιστήμες του ανθρώπου αρχή κάνοντας από τον Αριστοτέλη, τους Άραβες σοφούς και συνεχίζοντας με το Λεονάρδο Ντα Βίντσι, τους Διαφωτιστές, τον Τσέχωφ, τον Ντίκενς, τον Σώμερσετ Μωμ, χιλιάδες πρόσωπα που υποστασιοποιούν τον “ιατρό”, τον “θεραπευτή”. Η γνώση ξεπερνά τα όρια της ανατομίας, της φυσιολογίας, της γενετικής. Είναι μια δυναμική διαδικασία όπου το υποκείμενο άνθρωπος διαλέγεται με το πε-

ριβάλλον σε μία συνεχή αλληλεπίδραση. Έτσι, τα Ι.Θ. έχουν μία διδακτική πολυμέρεια. Οι νέοι μας φίλοι, οι νέοι αναγνώστες, θα το διαπιστώσουν ανατρέχοντας στο θεματολόγιο της τριετίας που διέρρευσε. Το παραθέτουμε έτσι ώστε να έχουν μία συνοπτική εικόνα των όψεων του κόσμου που έχουν προσεγγισθεί. Φυσικά από το συνοπτικό θεματολόγιο διαφεύγει η ζωή του συλλόγου, η γραφειοκρατία, οι αντιδικίες, οι αντικατοπτρισμοί της ζωής. Για τους απαιτητικούς υπάρχουν μερικά τεύχη ώστε να συμπληρώσουν αυτό το κενό αναδρομικά εφόσον μας προτιμήσουν ως ιστορικό ανάγνωσμα.

Κλείνοντας, σας ευχαριστούμε για την εμπιστοσύνη και σας καλούμε για μια ακόμη φορά σε ενεργητική σύμπραξη με ιδέες, προτάσεις και γιατί όχι, παραγωγικές κριτικές.





Παρόν και Μέλλον της Παθολογίας στην Ελλάδα

**Χατζητόλιος Ι. Απόστολος, Παγώνη Ματίνα, Μουρουγλάκης Αλέξανδρος,
Γκίκας Αχιλλέας, Σαββόπουλος Χρήστος, Ιωαννίδης Ιωάννης,
Πυρπασόπουλος Μάριος, Κόκκινος Σπυρίδων, Κούτρας Χρήστος,
Κυριαζής Ιωάννης, Χατζηγεωργίου Ιωάννης,
Πεφάνης Άγγελος, Κωτούλας Σόλων, Παπάζογλου Δημήτριος,
Τούλης Ευάγγελος, Μαλτέζος Ευστράτιος**

1. Εισαγωγή

Κατά τη διάρκεια της μακράς ιστορίας της στην Ελλάδα αλλά και παγκόσμια, η ειδικότητα της παθολογίας γνώρισε μεγάλη καταξίωση τόσο στους επιστημονικούς κλάδους όσο και στον κοινωνικό περίγυρο. Σήμερα η Παθολογία αντιμετωπίζει παλιές και νέες προκλήσεις. Ο όρος «ειδικότητα της Παθολογίας», γνωστός στη διεθνή βιβλιογραφία ως *internal medicine* (εσωτερική παθολογία), αναφέρεται στην κλινική ειδικότητα της Ιατρικής, που ασχολείται με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη μη χειρουργική θεραπεία των νοσημάτων στους ενήλικες (μη παιδιατρικούς) ασθενείς. Η Εσω-

τερική Παθολογία ασκείται τόσο σε νοσοκομειακές δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία και ιατρεία/ τμήματα επειγόντων περιστατικών) όσο και σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Κέντρα Υγείας, ιδιωτικά ιατρεία). Συνεχίζοντας την παράδοση δεκαετιών, οι παθολόγοι στελεχώνουν πανελλήνια τις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αναλαμβάνοντας τον ρόλο του «οικογενειακού ιατρού», τα τελευταία χρόνια μάλιστα (από το 1988) μαζί με τους γενικούς ιατρούς.¹

Ο όρος «Εσωτερική Ιατρική» εμφανίζεται το 1882 κατά τη διάρκεια ενός ιατρικού συνεδρίου που έλαβε χώρα στο Wiesbaden της

Γερμανίας. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για να έρθει σε αντιδιαστολή με την έννοια της χειρουργικής. Θα μπορούσαμε να πούμε λοιπόν ότι εκεί γεννήθηκε ο όρος «Εσωτερική Ιατρική», σκοπεύοντας να αφορίσει εκείνη την ειδικότητα της ιατρικής που προσεγγίζει τα νοσήματα συνδυάζοντας την κλινική εικόνα με τα εργαστηριακά ευρήματα, γνωρίζοντας σε βάθος τους φυσιολογικούς (φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος) και τους παθογενετικούς (παθοφυσιολογία του ανθρώπινου σώματος) μηχανισμούς του ανθρώπινου σώματος. Σύμφωνα με τον ορισμό που αναπτύχθηκε από τον Friedrich T. von Frerichs –Γερμανό Καθηγητή Ιατρικής πανεπιστημίου Goettingen (1819-1885)– «η εσωτερική ιατρική είναι ενσωμάτωση της κλινικής άσκησης, της παθολογοανατομικής και του εργαστηρίου».

Η Παθολογία δεν θα πρέπει να συγχέεται με τον διεθνώς γνωστό όρο Pathology μιας και αυτός αντιστοιχεί στην Παθολογική Ανατομική, η οποία δεν αποτελεί κλινική αλλά διαγνωστική (εργαστηριακή) ειδικότητα. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Εσωτερικής Ιατρικής (European Federation of Internal Medicine – EFIM)² και την Ευρωπαϊκή Ένωση Ιατρικών Ειδικοτήτων, η Παθολογία (Internal Medicine) έχει ως αντικείμενο την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ενήλικων ασθενών με νοσήματα εσωτερικών οργάνων (καρδιάς, νεφρών, γαστρεντερικής οδού, ουροποιητικής οδού, εγκεφάλου, πνευμόνων, νωτιαίου μυελού, μυών, νεύρων και αρθρώσεων), πολλαπλές παθήσεις (συννοσηρότητα) ή άτυπη κλινική εικόνα. Η αντιμετώπισή της των νοσημάτων γίνεται κατά κύριο λόγο ολιστικά (ολιστική ιατρική), δηλαδή λαμβάνοντας υπ' όψιν εξίσου όλα τα εσωτερικά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού (φυσιολογία και παθοφυσιολογία) χωρίς να ξεχνά την κοινωνική, ψυχολογική και ηθική διάσταση των κλινικών προβλημάτων των ασθενών.

2. Η Παθολογία στην Ελλάδα

Το νομικό πλαίσιο της ειδικότητας της Παθολογίας ορίζεται από το Νομοθετικό Διάταγμα 3366 20/23 Σεπτεμβρίου 1955 (ΦΕΚ Α' / 258)³ «ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ, ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ»⁴ καθώς και από το προεδρικό διάταγμα 415 της 29ης Δεκεμβρίου του 1994 (ΦΕΚ Α' 236) «ΠΕΡΙ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ». Για την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας της Παθολογίας απαιτείται άσκηση πέντε ετών στην Παθολογία.

Όπως ορίζεται από το νομικό πλαίσιο, κατά το πρώτο και δεύτερο έτος δίνεται έμφαση στην κλινική εξέταση (ιστορικό και σημειολογία) και στην κλινική αξιολόγηση των συνήθων εργαστηριακών εξετάσεων. Επίσης διδάσκονται οι συνήθεις διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις που συμπληρώνουν και ολοκληρώνουν την κλινική εξέταση (παρακεντήσεις, οφθαλμοσκόπηση, εξέταση περιφερικού αίματος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακος κ.λπ.). Δίνεται η πρωτοβουλία στην επίλυση και τον χειρισμό συνήθων προβλημάτων.

Κατά το τρίτο και τέταρτο έτος εκπαίδευσης γίνεται άσκηση στην επίλυση δυσχερών και σύνθετων προβλημάτων κλινικής διαφορικής διαγνωστικής. Γίνεται επίσης άσκηση στη συγγραφή και παρουσίαση περιστατικών σε ακροατήριο. Ταυτόχρονα γίνεται επισκόπηση των συγχρόνων θεμάτων της ειδικότητας (βιβλιογραφική ενημέρωση) καθώς και άσκηση σε κλινικοπαθολογοανατομικά προβλήματα (CPC). Προοδευτικά ανατίθεται στους ειδικευόμενους περισσότερο υπεύθυνο έργο στο εξωτερικό ιατρείο, το τμήμα επειγόντων και στην κλινική. Στο τρίτο τρίμηνο του τετάρτου έτους υπηρετούν και εκπαιδεύονται σε καρδιολογική μονάδα και στο τελευταίο τρίμηνο του ίδιου έτους σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Τέλος κατά το πέμπτο έτος, στο πρώτο εξάμηνο του έτους αυτού οι ειδικευόμενοι γιατροί έχουν δικαίωμα επιλογής για τρίμηνη υπηρεσία σε κάποια από τις υποειδικότητες και εξειδικεύσεις της κυρίας ειδικότητας (εν προκειμένω της Παθολογίας) παραδείγματος χάριν Αιματολογία, Αλλεργιολογία, Γαστρεντερολογία, Δερματολογία, Ενδοκρινολογία, Νεφρολογία, Πνευμονολογία – Φυματιολογία και Ρευματολογία.

2.1 Ειδικά γνωρίσματα της Παθολογίας

Ένα από τα ειδικά γνωρίσματα της ειδικότητας της παθολογίας είναι η ευρύτητα του γνωστικού αντικειμένου της. Έτσι λοιπόν ο παθολόγος καθημερινά καλείται να αντιμετωπίσει μια σειρά από νοσήματα που άπτονται όλων των ανθρωπίνων συστημάτων. Ο παθολόγος καθημερινά διαγιγνώσκει και θεραπεύει νεφρολογικά νοσήματα, όπως οξεία και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, πνευμονολογικά νοσήματα, όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και άσθμα, γαστρεντερολογικά νοσήματα, όπως γαστρεντερίτιδες, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και έλκος δωδεκαδακτύλου, ενδοκρινολογικά νοσήματα όπως υποθυρεοειδισμός και υπερθυρεοειδισμός, καρδιαγγειακά νοσήματα όπως φλεβοθρόμβωση, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιακή ανεπάρκεια, αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο, καρδιακές αρρυθμίες και συγκοπτικά επεισόδια, μεταβολικά νοσήματα όπως σακχαρώδης διαβήτης και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διάφορα απλά και σύνθετα λοιμώδη νοσήματα, λοιμώξεις κοινότητας και ενδονοσοκομειακές, ηπατίτιδα, δερματικές λοιμώξεις, ουρολοιμώξεις και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αιματολογικά νοσήματα όπως αναιμία καθώς και διάφορες άλλες νοσηρές και νοσογόνες καταστάσεις όπως νεοεξεργασίες, καταχρήσεις ουσιών και αλκοόλ, παχυσαρκία και χρόνια επώδυνα νοσήματα. Ο παθολόγος παρα-

κολουθεί ή και αντιμετωπίζει ποικίλα νοσήματα μόνος ή σε συνεργασία και με συναφείς ειδικότητες όπου απαιτείται.

2.2 Ειδικές απαιτήσεις της Παθολογίας

Οι καθημερινές απαιτήσεις του ιατρού παθολόγου ως ιατρού αναφοράς για τον άρρωστο και το περιβάλλον του ποικίλλουν. Πρωτεύοντα ρόλο διαδραματίζει η φροντίδα του ασθενούς, η οξεία αντιμετώπιση και χρόνια παρακολούθηση (Patient care), η συνεχής ενημέρωση της ιατρικής γνώσης ή και η ενασχόληση με ποικίλες ακαδημαϊκές δραστηριότητες όπως η συγγραφή επιστημονικών άρθρων και συμμετοχή σε ιατρικά πρωτόκολλα (Medical knowledge /Academic activities). Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στις ικανότητες επικοινωνίας του ιατρού μιας και αυτές θα συμβάλουν στη δημιουργία διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή (Communication skills), κάτι που θεωρείται απαραίτητο για την ορθή παρακολούθησή του (ολιστική ιατρική). Ο επαγγελματισμός⁵ και η συνέπεια σε βασικές επιστημονικές, ηθικές και κοινωνικές αρχές κρίνεται επιβεβλημένα. Εξάλλου, σημαντική κρίνονται η ακρίβεια στις οδηγίες που δίνει ο ιατρός στους ασθενείς καθώς και η ικανότητα συνεργασίας του με άλλους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων όπου χρειάζεται (Professionalism). Τέλος, ο ιατρός παθολόγος καλείται πολλές φορές να συντονίσει και καθοδηγήσει τη διάγνωση και τη φροντίδα του ασθενούς αλλά και την ενημέρωση του κοινού (Organization and leadership).

2.3 Στην καθ' ημέρα πράξη

Η καθημερινή εργασία του γιατρού παθολόγου είναι μια σύνθετη εμπειρία που περιλαμβάνει την κλινική πράξη αλλά και άλλες επιστημονικές δραστηριότητες. Έτσι ο παθολόγος ασκεί την προληπτική ιατρική διεξάγοντας προσυμπωματικό γενικό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο (αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου –

εμβολιασμοί). Ο ιατρός παθολόγος προβαίνει στη διάγνωση (με κλινική εξέταση και διαγνωστικές πράξεις) και αντιμετώπιση (συμπτωματική και αιτιολογική) οξέων περιστατικών. Αυτό λαμβάνει χώρα στα επείγοντα ιατρεία νοσοκομείων και κέντρων υγείας. Επιπλέον στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (δημόσια και ιδιωτικά) διαχειρίζεται χρόνια νοσήματα και συμβάλλει στην αποκατάστασή τους (π.χ.: αρτηριακή υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, ΧΑΠ κ.ά.). Ο ιατρός παθολόγος καλείται να συνεργαστεί και να συντονιστεί με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων όπου φυσικά αυτό απαιτείται. Στις καθημερινές απαιτήσεις του γιατρού παθολόγου συμπεριλαμβάνεται η συμβουλευτική (καθοδήγηση και υποστήριξη ασθενούς και περιβάλλοντος, παραπομπή σε άλλους ειδικούς ιατρούς και επίπεδα περίθαλψης) η οικογενειακή, ιατρική, η τήρηση ατομικού φακέλου υγείας και φυσικά η συνταγογράφηση. Ως εκ τούτου, εσχάτως απαιτείται η εξοικείωση του παθολόγου με τα σύγχρονα ηλεκτρονικά μέσα, τις φορητές συσκευές, τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και το διαδίκτυο.

2.4 Μετεκπαίδευση των παθολόγων

Η ειδικότητα της παθολογίας διαθέτει διάφορα αντικείμενα μετεκπαίδευσης⁶ καθώς και εξειδικεύσεις⁷. Σε αυτά εντάσσονται η Λοιμωξιολογία, η Εντατικολογία, η Γηριατρική, η Υπερτασιολογία, η Διαβητολογία, η Κλινική Γενετική, οι Μεταβολικές διαταραχές, τα Επαγγελματικά νοσήματα, η Κλινική Φαρμακολογία, η Ιατρική Πληροφορική, η Κλινική Επιδημιολογία – Ιατρική Στατιστική, η Υπερηχοτομογραφία, η Κλινική Ανοσολογία, η Κλινική Ηπατολογία καθώς και η χορήγηση Χημειοθεραπείας στην αντιμετώπιση κακοήθων νεοπλασμάτων.

Σε ό,τι αφορά τα αντικείμενα μετεκπαίδευσης και εξειδίκευσης, η άποψη της Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος διατυπώνεται ξεκάθαρα

λέγοντας να στις εξειδικεύσεις. Αυτό μπορεί να πραγματοποιείται είτε με την ενσωμάτωσή τους στον κορμό της εκπαίδευσης για την απόκτηση ειδικότητας είτε και στο πλαίσιο περαιτέρω μετεκπαίδευσης. Όλα αυτά όμως χωρίς να δημιουργούν περιορισμούς στα επαγγελματικά δικαιώματα του συνόλου των παθολόγων, δεδομένου ότι αντικειμενικά αναφέρονται σε γνωστικά πεδία/κεφάλαια της ειδικότητας. Σε αντίθετη περίπτωση υφίσταται κίνδυνος κατάτμησης της ειδικότητας με τη δημιουργία (κυρίως για ιδιοτελείς επαγγελματίες σκοπιμότητες) νέων «υποειδικοτήτων» που θα μετεξελιχθούν σε νέες ειδικότητες εις βάρος όχι μόνο της Παθολογίας ως ειδικότητας κορμού, αλλά κυρίως εις βάρος της περίθαλψης των ασθενών και του Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά και πιθανές συνέπειες από την αποκλειστική άσκηση εξειδικεύσεων της Παθολογίας. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε απώλεια του ολιστικού χαρακτήρα της Παθολογίας στην καθημερινή ιατρική πράξη με αποκλειστικό προσανατολισμό σε συγκεκριμένες διαγνωστικές και επεμβατικές τεχνικές.

2.5 Προβληματισμοί σχετικά με την ειδικότητα της Παθολογίας

Η ευρύτητα του αντικειμένου δημιουργεί σε θεσμικό επίπεδο προβλήματα και σύγχυση σε αυτούς που ασκούν πολιτικές υγείας ως προς το έργο του παθολόγου και τη θέση του στο Σύστημα Υγείας. Αυτό επιτείνεται από την έλλειψη σαφούς οριοθέτησης της ειδικότητας με τη Γενική Ιατρική. Είναι απαράδεκτη η ισοπεδωτική προκήρυξη θέσεων παθολόγων ή γενικών γιατρών για τα Κέντρα Υγείας (ή άλλες θέσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) με εκ του νόμου μάλιστα πρόκριση των γενικών γιατρών. Επιπλέον ασάφεια προκαλεί η επικάλυψη με συναφείς υποειδικότητες της Παθολογίας (επιχειρείται μάλιστα η προσθήκη στους τίτλους ειδικοτήτων γνωστικών αντικειμένων με τα οποία κατεχορήνη ασχολείται η Πα-

θολογία (π.χ. Ενδοκρινολογία – Διαβήτης και Μεταβολισμός, Γαστρεντερολογία – Ηπατολογία, Γενική Ιατρική – Οικογενειακή Ιατρική).

Ειδικά στον δημόσιο τομέα ο παθολόγος καλείται να καλύψει οποιαδήποτε κενά του Συστήματος χωρίς πάντα επιστημονικά κριτήρια με αντίστοιχη υποβάθμιση του ρόλου του (παραδείγματος χάριν, ενώ στον ιδιωτικό τομέα συναφείς «υποειδικότητες» επεκτείνονται σε περιστατικά της Παθολογίας χρησιμοποιώντας παράτυπα έως και διπλό τίτλο ειδικότητας, στα νοσοκομεία αντίθετα νοσηλεύονται στις παθολογικές κλινικές και όσα περιστατικά «περισσεύουν»).

Βέβαια, το φαινόμενο δεν είναι μόνο ελληνικό, γενικότερα η οριοθέτηση του αντικειμένου της ειδικότητας εμφανίζει δυσχέρειες λόγω της ευρύτητάς του και της κατά περίπτωση αλληλοεπικάλυψής του με τις επιμέρους συναφείς «υποειδικότητες». Από την άλλη, αυθαίρετος περιορισμός θεραπευτικών και διαγνωστικών αντικειμένων θα αναιρούσε τον κεντρικό και ολιστικό χαρακτήρα της ειδικότητας της Παθολογίας (π.χ. αντιεπιστημονικός περιορισμός συνταγογράφησης, περιορισμός παραπομπής εργαστηριακού ελέγχου).

Στην Ελλάδα το φαινόμενο επιτείνεται από το γεγονός ότι η πολιτεία δεν έχει μόνιμους επίσημους θεσμικούς συμβούλους ανά ειδικότητα, με αποτέλεσμα το lobbying να είναι ευκολότερο και το νομικό πλαίσιο να διαμορφώνεται με βάση την ετερογένεια των επαγγελματικών συμφερόντων.

3. Συμπεράσματα

Το μέλλον της Παθολογίας στην Ελλάδα απαιτεί εκ νέου διαμόρφωση του επιστημονικού αντικειμένου και καταγραφή των ιδιαιτεροτήτων του αντικειμένου της Παθολογίας. Οφείλει να κατοχυρωθεί θεσμικά η ενσωμάτωση της γηριατρικής, της οικογενειακής ιατρικής και της προληπτικής ιατρικής, που αντικειμενικά αποτελούν πεδίο καθημερινής ενασχόλησης

κάθε παθολόγου. Σημαντικός κρίνεται ο καθορισμός θέσεων παθολόγων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Κέντρα Υγείας) με κατάργηση της παράλογης διαζευκτικής προκήρυξης με γενικούς ιατρούς. Πρέπει επίσης να δοθεί έμφαση στον επιτελικό ρόλο του παθολόγου ως εκ των πραγμάτων συντονιστή, ιδίως κατά την παρακολούθηση ασθενών με πολυνοσηρότητα.

Η πίεση της οικονομικής κρίσης προς οργανωτικές αλλαγές της υγείας αποτελεί ευκαιρία επαναπροσδιορισμού. Προϋπόθεση αναβάθμισης της ειδικότητας είναι αφενός η βέλτιστη εκπαίδευση και ενασχόληση στη χρήση των υπαρχουσών διαγνωστικών πράξεων (πέραν του ακουστικού και του πιεσόμετρου: ΗΚΓ, οξυμετρία, σπιρομέτρηση, παρακεντήσεις, καθετηριασμοί, doppler υπερηχοτομογραφία κ.ά.) και αφετέρου η εκπαίδευση και εξοικείωση με νέες μεθόδους και τεχνολογίες στον χώρο της Παθολογίας (διαχείριση πληροφοριών / Clinical decision support system – Watson IBM, Artificial Intelligence, βιοτεχνολογία, τηλεϊατρική κτλ.).

Παραμένει ο βασικός χαρακτήρας της Παθολογίας ως ειδικότητας κορμού του Συστήματος Υγείας, με ιδιαίτερο γνώρισμα τη δυνατότητα ολιστικής αντιμετώπισης του ασθενούς και τον συντονισμό των λοιπών ιατρικών ειδικοτήτων, που συνάδει με την ευρύτητα του γνωστικού αντικειμένου της Παθολογίας (εις βάθος γνώση όλων των συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού). Πρέπει μάλιστα να τονισθεί εν προκειμένω ότι όσο πιο πολύπλοκο γίνονται οι θεραπευτικοί αλγόριθμοι και όσο αυξάνεται η δυνατότητα επιλογής νέων διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπειών, τόσο μεγαλώνει η ανάγκη καθοδήγησης και συνολικής ιατρικής διαχείρισης (medical management). Η στοχευμένη εξειδίκευση παρέχει μεν το μεγαλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, ωστόσο ενέχει τον κίνδυνο της μερικής θεώρησης των πραγμάτων, κάτι που μπορεί να αποβεί βλα-

πτικό για την αντιμετώπιση νοσημάτων (ολιστική ιατρική), αλλά και κοστοβόρο λόγω των συνεχών παραπομπών των ασθενών από ειδικότητα σε ειδικότητα. Η ολιστική αντιμετώπιση και η εις βάθος γνώση καθώς και η επιστημονική δυνατότητα συντονισμού και συμβουλευτικής για οποιαδήποτε προβλήματα υγείας του ασθενούς αλλά και του περιβάλλοντός του αναδεικνύουν την καθοριστική θέση του παθολόγου και περαιτέρω, όσον αφορά τη συμμόρφωση του ασθενούς στις θεραπευτικές οδηγίες –λόγω της στενής διαπροσωπικής σχέσης που αναπτύσσεται– και άρα το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία – Παραπομπές

- Ν. 4486/2017 (ΦΕΚ Α' 115/07.08.2017)
- <https://www.efim.org/>
- Νομοθετικό Διάταγμα 3366 20/23 Σεπτεμβρίου 1955 (ΦΕΚ Α' / 258)
- Προεδρικό Διάταγμα 415 της 29ης Δεκεμβρίου του 1994 (ΦΕΚ Α' 236)
- Μ.Η.Η. Kramer et al. / European Journal of Internal Medicine 21 (2010) 173–175
- ΦΕΚ Α 216-1995
- European Journal of Internal Medicine 24 (2013) 627–632

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:

Χατζητόλιος Ι. Απόστολος, Τηλ. Επικοινωνίας: 2310 994 918
Email: axatzito@med.auth.gr

Ιδιότητες συγγραφέων

1. Χατζητόλιος Ι. Απόστολος, Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Α' Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος, Αντιπρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος
2. Παγώνη Ματίνα: Συντονίστρια Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. ΓΕΝ. ΝΗΜΑΤΑΣ», Αναπληρώτρια Συντονίστρια Προσωρινού Συντονιστικού Οργάνου Νοτίου Ελλάδος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος
3. Μουρουλιάκης Αλέξανδρος: Ειδικευόμενος Ιατρός Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Εκπρόσωπος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος

στους Young Internists της European Federation of Internal Medicine (E.F.I.M.)

4. Γκίκας Αχιλλέας: Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμώξεων, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Μέλος Εκτελεστικής Επιτροπής Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος
5. Σαββόπουλος Χρήστος: Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Ταμίας Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος
6. Ιωαννίδης Ιωάννης: Παθολόγος, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας, Γ. Ν. Νέας Ιωνίας «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ», Μέλος Προσωρινού Συντονιστικού Οργάνου Νοτίου Ελλάδος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος
7. Πυρπασόπουλος Μάριος, Παθολόγος, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Χαλκιδικής, Μέλος Εκτελεστικής Επιτροπής Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος
8. Κόκκινος Σπυρίδων: Παθολόγος Αντιπρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Αργολίδας, Υπεύθυνος Δημοσίων Σχέσεων, Τύπου και Ενημέρωσης της Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος
9. Κούτρας Χρήστος: Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Βέροιας, Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος
10. Κυριαζής Ιωάννης: MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Ιατρείου Διαβήτη-Παχυσαρκίας, Γ. Ν. Α. «ΚΑΤ»
11. Χατζηγεωργίου Ιωάννης: Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ Νοσοκομείου Σύρου, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.
12. Πεφάνης Άγγελος: Παθολόγος, Λοιμωξιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
13. Κωτούλας Σόλων: Παθολόγος, Υπερηχολόγος, Ιατρός Ειδικού Σώματος Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.ΠΑ), Γενικός Γραμματέας Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος
14. Παπάζογλου Δημήτριος: Καθηγητής Παθολογίας, Β' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Γενικός Γραμματέας Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος
15. Τούλης Ευάγγελος: Παθολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος Παθολογικής Κλινικής, "EUROMEDICA" Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης, Πρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος
16. Μαλτέζος Ευστράτιος: Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Πρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος



Η συνετή χρήση των αντιβιοτικών στην παιδιατρική πράξη

Judicious (Appropriate) Antibiotic Use in the Pediatric Office Setting

Θεοκλής Ζαούτης, MD, MSCE, PhD

Frederick McNair Scott, Professor of Pediatrics,
University of Pennsylvania School of Medicine, Chief,
Division of Infectious Diseases,
The Children's Hospital of Philadelphia

Προσεγγίζοντας το πρόβλημα

Αν και τα αντιβιοτικά έχουν σώσει αμέτρητες ζωές, η χρήση τους δεν είναι άμοιρη κινδύνων. Το κυριότερο πρόβλημα που προβάλλεται τελευταία είναι η ανάπτυξη αντοχής στα αντιβιοτικά από τους μικροοργανισμούς, που επηρεάζει τόσο τον κάθε ασθενή ξεχωριστά όσο και το σύνολο του πληθυσμού. Εντούτοις η χρήση των αντιβιοτικών συνοδεύεται και από άλλα προβλήματα. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον το 5% των νοσηλευόμενων ασθενών εμφανίζει ανεπιθύμητες ενέργειες **άμεσα** συσχετιζόμενες με τα αντιβιοτικά όπως για παράδειγμα: εξάνθημα, νεφροτοξικότητα, λοίμωξη από *C. difficile*. Επιπλέον, το 50% των ασθενών λαμβάνει αντιβιοτικά που είτε δεν τα χρειάζεται είτε χορηγούνται με λανθασμένο

δοσολογικό σχήμα. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι τα νέα αντιβιοτικά είναι πλέον ελάχιστα και η παραγωγή τους εξαιρετικά δύσκολη.

Αντιμικροβιακή αντοχή

Η ανάπτυξη της αντιμικροβιακής αντοχής από τους μικροοργανισμούς αναγνωρίζεται πλέον διεθνώς ως ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα. Το CDC περιγράφει το ζήτημα της αντιμικροβιακής αντοχής ως «ένα από τα πιο κρίσιμα προβλήματα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο». Ο WHO έχει αναγνωρίσει την αντιμικροβιακή αντοχή ως «μία από τις τρεις κυριότερες απειλές της ανθρώπινης υγείας».

Και αυτό είναι λογικό, δεδομένου ότι οι ασθενείς με λοιμώξεις από ανθεκτικά μικρόβια εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών που

μπορεί να οδηγήσουν σε μόνιμες βλάβες και σε θάνατο. Αυτές οι λοιμώξεις προκαλούν οικονομική επιβάρυνση τόσο στα εθνικά συστήματα υγείας όσο και στην κοινωνία γενικότερα. Συγκεκριμένα, υπολογίζεται ότι το άμεσο υγειονομικό κόστος ανέρχεται στα 20 δις δολάρια, ενώ γενικότερα η κοινωνία επιβαρύνεται με ένα επιπλέον κόστος 35 δις δολαρίων.

Το μέγεθος του προβλήματος γίνεται ακόμα πιο κατανοητό εάν λάβουμε υπόψη τη συνεχιζόμενη απώλεια αποτελεσματικών αντιβιοτικών, την αύξηση του αριθμού των ανοσοκατασταλμένων ασθενών και το γεγονός ότι ο ρυθμός παραγωγής νέων αντιβιοτικών δεν επαρκεί για να ισοσταθμίσει τον επερχόμενο κίνδυνο.

Τι γίνεται στην Ελλάδα;

Η Ελλάδα έχει ένα από τα **υψηλότερα** ποσοστά αντιμικροβιακής αντοχής και κατανάλωσης αντιβιοτικών στην Ευρώπη. Αν και δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία για την εκτίμηση του προβλήματος στην Ελλάδα, εντούτοις θα μπορούσαμε να κάνουμε μερικές υποθέσεις ώστε έμμεσα να έχουμε μια εικόνα του μεγέθους του προβλήματος.

Ο πληθυσμός των ΗΠΑ είναι 28 φορές μεγαλύτερος από εκείνον της Ελλάδας. Αν δεχθούμε ότι οι υπόλοιποι παράγοντες είναι ίδιοι, υπόθεση που δεν ευσταθεί **καθώς ο ρυθμός εμφάνισης ανθεκτικών μικροβίων στην Ελλάδα είναι πολύ μεγαλύτερος**, τότε κατ' αναλογία θα ισχύουν τα ακόλουθα:

- 71.000 λοιμώξεις με ανθεκτικά μικρόβια
- 1.000 θάνατοι
- 714 εκατ. δολάρια ή 500 εκατ. ευρώ κόστος κατ' έτος.

Το πρόβλημα της υπερσυνταγογράφησης στην Ελλάδα

Από μια ανάλυση της βάσης δεδομένων της IMS (Kourlaba et al, J Antimicrob Chemother. 2015), με στοιχεία για πάνω από 7 εκατ. συ-

νταγογραφήσεις στην Ελλάδα την περίοδο 2010-2013, βρέθηκε ότι είχαν συνταγογραφηθεί 1.100 αντιμικροβιακά/1.000 ασθενείς.

Από αυτές τις συνταγογραφήσεις, το 80% των αντιμικροβιακών χορηγήθηκε για οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού: Οξεία μέση ωτίτιδα (22,3%), Οξεία αμυγδαλίτιδα (19,5%), Οξεία βρογχίτιδα/βρογχιοίτιδα (13,9%).

Τα αντιβιοτικά που χορηγήθηκαν στη συντριπτική τους πλειοψηφία (90,4%) ήταν ευρέως φάσματος: Κεφαλοσπορίνες (32,9%), Πενικιλίνες (32,3%), Μακρολίδες (32,1%), με ένα συνολικό κόστος που προσεγγίζει τα 50 εκατ. ευρώ.

Επιστασία της χρήσης των αντιβιοτικών

Από τα παραπάνω, είναι εμφανές ότι χρειάζεται κάποια παρέμβαση γι' αυτό το πρόβλημα και αυτό λέγεται επιστασία της χρήσης των αντιβιοτικών (Antibiotic Stewardship) και ορίζεται ως το σύνολο των στρατηγικών που εξασφαλίζουν την ορθή και ασφαλή χρήση των αντιβιοτικών. Αφορά στην επιλογή του κατάλληλου αντιβιοτικού, του σωστού δοσολογικού σχήματος και τη χορήγηση μόνο εφόσον αυτή κρίνεται απαραίτητη.

Η επιστασία χρειάζεται όχι μόνο για την αντοχή που αναπτύσσουν οι μικροοργανισμοί, αλλά και για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούν τα αντιβιοτικά. Η μελέτη Shehab N. (CID 2008) και το σχόλιο του Linder JA. (CID 2008) δείχνουν ότι υπάρχει 5%-25% πιθανότητα κάποιος που παίρνει αντιβιοτικά να κάνει διάρροια και επιπλέον ότι 1 στις 1.000 επισκέψεις στα τμήματα επειγόντων περιστατικών αφορά ανεπιθύμητη ενέργεια προκαλούμενη από αντιβιοτικό. Ποσοστό συγκρίσιμο με εκείνο της ινσουλίνης, της βαρφαρίνης και της διγοξίνης.

Το παράδειγμα των λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού (ΛΑΑ)

Το 70% των συνταγογραφήσεων στις ΗΠΑ είναι για συμπτώματα βρογχίτιδας και κοινού

κρουολογήματος όπως βήχας, ρινική συμφόρηση και πονόλαιμος. Αντιβιοτικά δεν πρέπει να χορηγούνται παρά μόνο σε ασθενείς με οξεία μέση ωτίτιδα (ΟΜΩ), φαρυγγίτιδα και παραρρινοκολπίτιδα, και ταυτόχρονα οφείλουμε να δίνουμε έμφαση στη συμπτωματική θεραπεία.

Διαφορική διάγνωση βακτηριακής παραρρινοκολπίτιδας από ΛΑΑ

Υπέρ της παραρρινοκολπίτιδας συνηγορούν

- η επιδείνωση των συμπτωμάτων (η επιδείνωση ή επανεμφάνιση πυρετού, βήχα ή ρινικής συμφόρησης μετά από βελτίωση συμπτωματολογίας ιογενούς ΛΑΑ)
- η σοβαρότητα των συμπτωμάτων (εμπύρετο άνω των 39°C με πυώδεις ρινικές εκκρίσεις)
- η εμμονή των συμπτωμάτων (ρινική συμφόρηση ή πρωινός βήχας για πάνω από 10 μέρες)

Αιτιολογικοί παράγοντες που προκαλούν ΟΜΩ και παραρρινοκολπίτιδα:

- *Streptococcus pneumoniae* 25%-50%
Το 15%-30% δεν είναι ευαίσθητα στην πενικιλίνη
- *Haemophilus influenzae* 15%-30%
Το 50% παράγει β-λακταμάσες
- *Moraxella catarrhalis* 3%-20%
Το 100% παράγει β-λακταμάσες
- Ιοί 40%-75%

Η φυσική εξέλιξη της ΟΜΩ εξαρτάται από το αίτιο. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει αυτόματη λύση των συμπτωμάτων, όπως για παράδειγμα στο 20% των περιπτώσεων από *S. pneumoniae*, στο 50% από *H. influenzae* και στο 80% από *Moraxella catarrhalis*.

Είναι λογική η χρήση της αμοξυκιλλίνης ως πρώτη γραμμή θεραπείας δεδομένου ότι είναι αποτελεσματική έναντι του πνευμονιόκοκκου και η πλειονότητα των λοιμώξεων από *H. influenzae* και *M. catarrhalis* είναι αυτοπε-

ριοριζόμενη. Επιπλέον, είναι ασφαλής, έχει χαμηλό κόστος, ικανοποιητική γεύση και άρα καλύτερη συμμόρφωση, και έχει στενό φάσμα δράσης.

Ως γενικό κανόνα χορηγούμε αντιβιοτικά κυρίως για 3 λόγους:

i. για να ελέγξουμε το κλινικό σύνδρομο

Όμως,

στο 78% των παιδιών με ΟΜΩ, η λοίμωξη αυτοπεριορίζεται μέσα σε 4-7 ημέρες απουσία οποιασδήποτε αντιβιοτικής αγωγής.

ii. για να περιορίσουμε ή να εξαλείψουμε τον πόνο

Όμως,

από μια συστηματική ανασκόπηση [(Glaziou et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2, 2004) (*Cochrane Acute Respiratory Infections Group*)] σε 10 κλινικές μελέτες με 2.287 παιδιά φάνηκε ότι δεν παρατηρήθηκε μείωση του πόνου το πρώτο 24ωρο, στο 30% σχετική μείωση του πόνου τις μέρες 2-7 (95% CI: 19-40). Μόνο στο 7% υπήρξε απόλυτη μείωση του πόνου, που σημαίνει περίπου ότι 15 παιδιά πρέπει να λάβουν αντιβιοτικά για να εξαλειφθεί ο πόνος σε ένα μετά από 2 μέρες θεραπείας.

iii. για να προλάβουμε πιθανές επιπλοκές, π.χ. μαστοειδίτιδα

Όμως:

- Σε 1.211 παιδιά που δεν έλαβαν αντιβιοτικά για ΟΜΩ η επίπτωση της οξείας μαστοειδίτιδας ήταν 1/1.000 (95% CI: 0-5) (Takata et al, *Pediatrics* 2001; 108: 239-247)
- Δεδομένα από 6 κλινικές μελέτες και 2 προοπτικές μελέτες δείχνουν ότι η **μαστοειδίτιδα συμβαίνει(,)** στο 0,59% των ασθενών που έλαβαν αντιβιοτικά έναντι 0,17% αυτών που δεν έλαβαν καμία αντιμικροβιακή αγωγή (p= 0,212)
- Η μαστοειδίτιδα μπορεί να συμβεί χωρίς επεισόδιο ΟΜΩ.
- Το 36%-78% των ασθενών με μαστοειδίτιδα είχε λάβει αντιβιοτική αγωγή

- Η επίπτωση της μαστοειδίτιδας είναι μεγαλύτερη στην Ολλανδία, στη Νορβηγία και στη Δανία συγκριτικά με τις ΗΠΑ. Η χρήση των αντιβιοτικών, αν και διπλάσια σε συχνότητα στη Νορβηγία και στη Δανία συγκριτικά με την Ολλανδία, δεν μείωσε την επίπτωση της μαστοειδίτιδας (Van Zuijlen et al, *Pediatr Infect Dis* 2001; 20: 140-44)

π.χ. Βακτηριαμία και Μηνιγγίτιδα σε ασθενείς με ΟΜΩ

- Η βακτηριαμία μπορεί να συνοδεύει την ΟΜΩ, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει πυρετός > 39°C.

Όμως,

- από 4.860 παιδιά με ΟΜΩ που δεν έλαβαν αντιβιοτικά, κανένα δεν εμφάνισε μηνιγγίτιδα
- από 240 παιδιά ηλικίας 6-24 μηνών, 1 παιδί που λάμβανε placebo προσβλήθηκε από μηνιγγίτιδα
- οι θετικές καλλιέργειες αίματος είναι εξίσου συχνά θετικές σε παιδιά που λάμβαναν αντιβιοτικά για ΟΜΩ πριν την εισαγωγή τους (77% vs. 78%)

(Van Buchem FL et al, *BMJ* 1985; 290: 1033-37. Damoiseaux RA et al, *BMJ* 2000; 320: 350-54. Kilpi T et al., *Lancet* 1991; 338: 406-9).

Διάρκεια Θεραπείας

Ένα άλλο σημαντικό θέμα είναι η επιλογή της διάρκειας της θεραπείας. Γνωρίζουμε ότι, με ελάχιστες εξαιρέσεις, η διάρκεια καθορίζεται αυθαίρετα. Ιστορικά, η διάρκεια της θεραπείας δεν θεωρήθηκε ποτέ πρόβλημα γιατί υπήρχε μεγάλη ποικιλία διαθέσιμων αντιβιοτικών, επικρατούσε η αντίληψη ότι οι επιπλέον μέρες θεραπείας δεν ήταν επιβλαβείς για τον ασθενή, διότι οι επιπλέον μέρες θεραπείας δημιουργούσαν αίσθημα ασφάλειας για τον ιατρό, και, τέλος, επειδή οι κλινικές μελέτες χρησιμοποιούν κατά κανόνα θεραπευτικά σχήματα μεγάλης διάρκειας.

Θα μπορούσαμε να καταφύγουμε στις κατευθυντήριες οδηγίες για να αποφασίσουμε τη διάρκεια της αγωγής. Όμως και εκεί φαίνεται ότι υπάρχει πρόβλημα. Κοιτάζοντας, για παράδειγμα, τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάρκεια της θεραπείας σε πνευμονία της κοινότητας, βλέπουμε ότι υπάρχει μια ασυμφωνία:

- Κατευθυντήριες οδηγίες ATS 1993: 7-10 μέρες
- Κατευθυντήριες οδηγίες IDSA 1998: 7-14 μέρες
- Κατευθυντήριες οδηγίες ATS/IDSA 2007: τουλάχιστον 5 μέρες
- Κατευθυντήριες οδηγίες PIDS/IDSA: «Έχουν μελετηθεί θεραπευτικά σχήματα 10 ημερών, ωστόσο σχήματα μικρότερης διάρκειας μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματικά σε εξωτερικούς ασθενείς με ήπια νόσο (ισχυρή σύσταση, βαθμός τεκμηρίωσης μέτριος)».

Οπότε εύλογα προκύπτει το ερώτημα: «Θα μπορούσαμε να χρησιμοποιούμε αντιβιοτικά για μικρότερη διάρκεια;» και απ' ό,τι φαίνεται από μελέτες αυτό είναι δυνατό. Τα παραδείγματα είναι αρκετά:

- Σε μη επιπλεγμένη κυτταρίτιδα TKM έδειξε ότι 5 μέρες θεραπείας ισοδυναμούν με 10
- Σε μη επιπλεγμένη κυστίτιδα 3 μέρες με τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη ή κινολόνη, 5 μέρες με νιτροφουραντοΐνη, 7 μέρες με κεφαλοσπορίνη
- Πυελονεφρίτιδα 7 μέρες αν χορηγηθεί σιπροφλοξασίνη ή 5 μέρες αν χορηγηθεί λεβοφλοξασίνη (750 mg)

Χρήση αντιβιοτικών και αντιλήψεις

Το πρόβλημα της χρήσης των αντιβιοτικών όμως είναι ένα θέμα που περιλαμβάνει και το κομμάτι των αντιλήψεων τόσο των γιατρών όσο και των γονέων των ασθενών.

Στην ποιοτική μελέτη της Szymczak et al (ICHE, 2014) φάνηκε ότι οι περισσότεροι γιατροί δεν πιστεύουν ότι οι τακτικές συνταγογράφησης τους οδηγούν σε κατάχρηση αντιβιοτικών.

Αναφέρουν συχνά πως υποκύπτουν στις «πιέσεις» των γονέων και η αιτιολόγηση που δίνουν είναι ότι συνταγογραφούν αντιβιοτικά προκειμένου να φανούν ικανοί, να μην χάσουν τους ασθενείς γιατί τελικά θα καταφύγουν σε επαγγελματίες υγείας που θα χορηγήσουν αντιβιοτικά, για να καθησυχάσουν τους γονείς και, τέλος, ακόμα και για να διευκολύνουν επερχόμενα ταξίδια, οικογενειακές γιορτές και τα εργασιακά προγράμματα των γονέων.

Η μελέτη Mangione-Smith et al (*Pediatrics* 1999) έδειξε ότι ο μοναδικός παράγοντας που μπορούσε να προβλέψει την πιθανότητα χορήγησης αντιβιοτικού για μια ιογενή λοίμωξη ήταν η αντίληψη του ιατρού για τις προσδοκίες των γονέων σχετικά με τη χρήση των αντιβιοτικών. Χαρακτηριστικά, όταν νόμιζαν πως ο γονιός ήθελε αντιβιοτικό, τότε 62% έβριταν 7% το χορηγούσε. Παράλληλα η μελέτη έδειξε ότι οι τακτικές συνταγογράφησης των ιατρών δεν συσχετιζόνταν με τις πραγματικές προσδοκίες των γονέων.

Σε μελέτη των Mangione-Smith et al (*Arch Pediatr Adolesc Med* 2001) σχετικά με τις προσδοκίες των γονιών για τη χρήση των αντιβιοτικών, μόνο στο 1% των περιπτώσεων ο γονέας ζήτησε να δοθεί αντιβιοτικό, ενώ δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ των πραγματικών προσδοκιών των γονέων σχετικά με τη χορήγηση αντιβιοτικών και αυτών που αντιλαμβάνονταν ο γιατρός.

Η ίδια μελέτη εξέτασε την ικανοποίηση των γονιών καθώς και την επικοινωνία μεταξύ γιατρού και γονιού. Οι γονείς που περίμεναν ότι θα δοθεί αντιβιοτικό αλλά δεν δόθηκε ήταν περισσότερο ευχαριστημένοι όταν ο ιατρός

πρότεινε εναλλακτικό σχέδιο. Η αδυναμία του ιατρού να ικανοποιήσει τις προσδοκίες των γονέων σχετικά με τα επικοινωνιακά θέματα ήταν ο **μόνος σημαντικός παράγοντας** που μπορούσε να προβλέψει την ενδεχόμενη δυσαρέσκεια των γονέων (και όχι η αποτυχία του ιατρού να ικανοποιήσει τις προσδοκίες των γονέων σχετικά με τα αντιβιοτικά).

Φαίνεται ότι η σχέση ιατρού και γονέα και η επικοινωνιακή δυναμική μεταξύ τους είναι ιδιαίτερα σημαντικές όσον αφορά στη χρήση των αντιβιοτικών. Στη μελέτη των Mangione-Smith et al (*Ann Fam Med* 2015) σε γονείς και ιατρούς ύστερα από 1.285 επισκέψεις που αφορούσαν ΟΛΑ σε 28 παιδίατρους από 10 διαφορετικές κλινικές στο Seattle οι συμβουλές που σχετιζόνταν με την ανακούφιση των συμπτωμάτων του παιδιού οδήγησαν σε μείωση της πιθανότητας χορήγησης αντιβιοτικών, ανεξάρτητα από το αν ο ιατρός προσπαθούσε να πείσει τους γονείς για τη μη αναγκαιότητα των αντιβιοτικών ή όχι.

Η αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των γιατρών σε θέματα που αφορούσαν στην επικοινωνία με τους ασθενείς φάνηκε από τη μελέτη Little et al (*Lancet* 2013). Συγκεκριμένα, σε 246 κλινικές σε 6 ευρωπαϊκές χώρες, έγινε εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας με τους ασθενείς – συλλογή πληροφοριών για τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του ασθενούς, ανταλλαγή πληροφοριών για τα συμπτώματα, τη φυσική ιστορία της νόσου, τις πιθανές θεραπείες καθώς και το θεραπευτικό πλάνο. Το αποτέλεσμα ήταν να μειωθεί η πιθανότητα συνταγογράφησης αντιβιοτικών κατά ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 30%.



Αντιβιοτικά και μικροβιακή αντοχή: γνώσεις που καταρρίπτονται

Δρ Ι.Θ. Καβαλιώτης

Παιδίατρος-Λοιμωξιολόγος

Μετά δεκαετίες χρήσης αντιβιοτικών, κάποια δεδομένα που τα θεωρούσαμε αδιαμφισβήτητα φαίνεται πως δεν ήταν και τόσο σωστά. Ας εξετάσουμε πέντε γνώσεις, μέχρι τώρα ευρέως αποδεκτές, αλλά σήμερα εντόνως αμφισβητούμενες.

1. Τα αντιβιοτικά ανακαλύφθηκαν τον 20ό αιώνα. Η πρώτη κλινική χρήση που ήταν αποτελεσματική έγινε με τη σουλφοναμίδη prothosil rubrum, που παρασκευάστηκε το 1931. Ωστόσο, δεν ήταν το πρώτο αντιμικροβιακό που εφευρέθηκε ούτε οι άνθρωποι οι πρώτοι εφευρέτες. Γενετικές αναλύσεις δείχνουν ότι τα μικρόβια ήσαν αυτά που ανακάλυψαν τα αντιβιοτικά αλλά και ανέπτυξαν την αντοχή στα αντιβιοτικά. Πότε; 2-2,5 δισεκατομμύρια χρόνια πριν. Τα βακτήρια εξόντωναν το ένα τα άλλα με αυτά τα όπλα, ενώ χρησιμοποιούσαν και μηχανισμούς αντοχής για να προστατεύονται από αυτά τα όπλα. Χίλιετίες πριν εμείς γνωρίσουμε ότι υπάρχουν αντιβιοτικά.

Πρόσφατη ανακάλυψη πολύ βαθιάς σπηλιάς στο Ν. Μεξικό έδειξε γεωλογικό υλικό που

δεν είχε έρθει σε επαφή με την επιφάνεια του πλανήτη επί 4 εκατομμύρια χρόνια. Η σπηλιά ουδέποτε είχε προσεγγισθεί από άνθρωπο. Οι ερευνητές ανακάλυψαν πλείστα βακτήρια στους τοίχους της σπηλιάς. Κάθε βακτηριακό στέλεχος ήταν ανθεκτικό σε τουλάχιστον ένα σύγχρονο αντιβιοτικό, ορισμένα μάλιστα ήταν πολυανθεκτικά. Η αντοχή δεν αφορούσε μόνο φυσικά αντιβιοτικά αλλά και συνθετικά αντιβιοτικά που ο άνθρωπος τα παρασκεύασε μετά το 1960-1980.

Η ανατροπή της γνώσης αυτής δείχνει ότι σε μια μικροβιακή εξελικτική διαδικασία 2 δισεκατομμυρίων ετών, τα μικρόβια ήδη είχαν ανακαλύψει αντιβιοτικά για καταπολέμηση όποιας βιοχημικής διεργασίας, αλλά και ανθεκτικούς μηχανισμούς για να προστατεύουν τις διεργασίες αυτές. Θεωρείται λοιπόν ότι μηχανισμοί αντοχής προς αντιβιοτικά τα οποία δεν έχουν ακόμη ανακαλυφθεί είναι ήδη διαδεδομένοι στη φύση. Η αντοχή είναι αναπόφευκτη.

2. Μη κατάλληλη χρήση αντιβιοτικών προκαλεί ανάπτυξη αντοχής. Η γνώση αυτή

επαναλαμβάνεται συχνά, με το συμπλήρωμα ότι, αν περιορίσουμε την κακή χρήση, θα εξαφανισθεί και η ανοχή. Λάθος. Όλοι οι τρόποι χορήγησης αντιβιοτικών (καλοί ή κακοί) προκαλούν την ίδια επιλεκτική πίεση στα μικρόβια. Η διαφορά είναι ότι η μη κατάλληλη χρήση δεν είναι αποτελεσματική, γι' αυτό πρέπει να τη σταματήσουμε. Αντίθετα, σωστή χρήση οδηγεί σε μείωση νοσηρότητας και θνητότητας. Αυτό είναι και το δίδαγμα της ανατροπής του συγκεκριμένου δεδομένου. Ανοχή υπάρχει και σε κανονική χρήση αντιβιοτικών, αλλά εκεί υπάρχει και όφελος. Αντίθετα, σε μη κανονική χρήση υπάρχει και ανοχή και καθόλου όφελος.

3. Για πρόληψη της ανοχής ο ασθενής πρέπει να λάβει όλες τις δόσεις αντιβιοτικού που του έχει δοθεί, έστω και αν νιώθει πολύ καλά. Η προέλευση αυτού του μύθου δεν είναι γνωστή, αλλά φαίνεται να χρονολογείται στην περίοδο του '40. Παρά το ότι αυτό είναι βαθιά ριζωμένο, δεν υπάρχουν δεδομένα που να στηρίζουν την άποψη ότι συνέχιση του αντιβιοτικού πέραν της ύφεσης των συμπτωμάτων μειώνει την ανάπτυξη ανοχής. Αντίθετα, όλο και περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι βραχύτερες θεραπείες είναι πιο πιθανό να μην προκαλούν ανοχή, κάτι που είναι συμβατό και με τις βασικές αρχές της φυσικής επιλογής. Πολλές μελέτες που συγκρίνουν βραχείες και μακρές θεραπείες σε διάφορες οξείες λοιμώξεις δείχνουν τα ίδια σχεδόν αποτελέσματα. Επίσης, όπου αυτό μελετήθηκε, βρέθηκε ότι οι βραχείες θεραπείες δεν οδηγούν σε αύξηση της ανοχής. Μήπως θα πρέπει λοιπόν η γνώση περί πλήρους και μακράς θεραπείας να αντικατασταθεί από τη φράση «το σύντομο είναι καλύτερο»; Οι γιατροί θα πρέπει να εξατομικεύουν τη διάρκεια της θεραπείας, να καθοδηγούν ανάλογα τον ασθενή και να δεχθούν ότι σε οξείες λοιμώξεις, η παράταση της αντιβίωσης πέραν της λύσεως των συμπτωμάτων δεν ωφελεί και ίσως αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ανοχής.

4. Όταν αναπτύσσεται ανοχή, συνήθως αυτή είναι συνέπεια νέων μεταλλάξεων στο σημείο της λοίμωξης. Η άποψη στηρίζεται πιθανόν στο ότι η ανοχή κατά τη διάρκεια φυματίωσης (TB) συμβαίνει στο σημείο της λοίμωξης λόγω αυτόματης μετάλλαξης. Όμως η TB έχει ιδιάζοντα χαρακτηριστικά που δεν τα έχουν άλλες οξείες λοιμώξεις. Δεν υπάρχει δεξαμενή της TB στο περιβάλλον και το παθογόνο δεν είναι μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας. Ως εκ τούτου, τυχόν ανοχή θα αναπτυχθεί μόνο στο σημείο της λοίμωξης. Τα σπήλαια της TB περιέχουν πολύ υψηλές πυκνότητες βακίλλων ($> 10^{12}$ per gram), οι οποίες προδιαθέτουν σε ανάπτυξη ανοχής όταν εφαρμόζεται μονοθεραπεία και αυτό γιατί σε φάρμακα όπως η isoniazid και η rifampin εμφανίζονται συχνά αυτόματες μεταλλάξεις. Αντίθετα, όταν χρησιμοποιούνται τυπικά αντιβιοτικά, αυτά προκαλούν επιλεκτική πίεση στη φυσιολογική βακτηριακή χλωρίδα του ατόμου. Εδώ στις περισσότερες περιπτώσεις η ανοχή δεν αναπτύσσεται στο σημείο της λοίμωξης αλλά μεταξύ των βακτηρίων του εντέρου ή του δέρματος, ως αποτέλεσμα γενετικού διαμοιρασμού προϋπαρχόντων μηχανισμών ανοχής. Το γεγονός ότι η λοίμωξη υποχωρεί με μακρά αγωγή ή με ευρέως φάσματος αντιβιοτικά που ουσιαστικά δεν θα έπρεπε να είναι τέτοιου φάσματος, δεν σημαίνει ότι αποφεύγεται η ανοχή. Αντίθετως, είναι πιθανόν ότι μετά έκθεση σε αντιβιοτικό, η φυσιολογική χλωρίδα έχει εμπλουτισθεί με στελέχη ανθεκτικά, τα οποία κάποια στιγμή μπορεί να προκαλέσουν λοιμώξεις ή να μεταδοθούν σε άλλα άτομα.

5. Τα μικροβιοκτόνα αντιβιοτικά οδηγούν σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα και έχουν μικρότερο κίνδυνο για ανάπτυξη ανοχής από ό,τι τα μικροβιοστατικά αντιβιοτικά. Μια ακόμη ευρέως αποδεκτή άποψη που δεν βασίζεται σε ενδείξεις. Τα μικροβιοστατικά αντιβιοτικά φονεύουν τα μικρόβια, παρά το αντιθέτως παραδεκτό. Απλά απαιτούνται υψηλό-

τερες συγκεντρώσεις. Ο επίσημος ορισμός του μικροβιοκτόνου αντιβιοτικού βασίζεται στο ότι η ελάχιστη μικροβιοκτόνα συγκέντρωση (MBC) του φαρμάκου είναι τέσσερις ή και πλέον φορές πάνω από την ελάχιστη ανασταλτική συγκέντρωση (MIC) του φαρμάκου.

- MIC είναι η συγκέντρωση του φαρμάκου που αναστέλλει τον ορατό πολλαπλασιασμό εντός 24 ωρών (η μικρότερη συγκέντρωση αντιβιοτικού που δεν επιτρέπει την ανάπτυξη του μικροοργανισμού *in vitro*).
- MBC είναι η συγκέντρωση του φαρμάκου που οδηγεί σε μείωση κατά 1.000 φορές τον πληθυσμό των βακτηρίων εντός 24 ωρών (η ελάχιστη συγκέντρωση του αντιβιοτικού που επιτρέπει την επιβίωση 1/10.000 βακτήρια).

Άρα:

- Βακτηριοκτόνο – Bactericidal (MBC/MIC < 4)
- Βακτηριοστατικό- Bacteriostatic (MBC/MIC > 4)

Οι ορισμοί αυτοί φυσικά είναι κατά κάποιον τρόπο αυθαίρετοι, όπως και τα αριθμητικά όρια που έχουν τεθεί. Κλινικές ενδείξεις που να δείχνουν ότι τα «κτόνα» είναι καλύτερα από τα «στατικά» δεν υπάρχουν. Συγκριτικές μελέτες μεταξύ των δύο κατηγοριών δεν δείχνουν σημαντικές διαφορές αποτελεσματικότητας. Θα λέγαμε ότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα «στατικά» είναι καλύτερα από τα «κτόνα» αντιβιοτικά. Άρα δεν μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι τα «κτόνα» είναι πιο αποτελεσματικά και δεν προκαλούν αντοχή.

Συμπερασματικά:

- Δεν υπάρχει τέλος στον πόλεμο με τα μικρόβια
- Ποτέ ο άνθρωπος δεν θα κερδίσει αυτόν τον πόλεμο
- Ποτέ δεν θα βρεθεί το κορυφαίο αντιβιοτικό που θα μας απαλλάξει από την εμφάνιση αντοχής
- Η αντοχή είναι αναπόφευκτη
- Ας μην σπαταλούμε τα αντιβιοτικά
- Ας μην τα συνταγογραφούμε σε ιογενείς καταστάσεις
- Να χορηγούμε το φάρμακο με το στενότερο αναγκαίο φάσμα
- Να υπολογίζουμε τη μικρότερη δυνατή διάρκεια θεραπείας
- Να εκτιμούμε την κατάσταση έχοντας κατά νου την πιθανότητα ενωρίτερα διακοπής του αντιβιοτικού εφόσον ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα
- Η επιλογή του αντιβιοτικού να γίνεται ανάλογα με τις ανάγκες του νοσήματος και όχι με το αν το φάρμακο είναι μικροβιοκτόνο ή μικροβιοστατικό.

Βιβλιογραφία

- *Drug Resist Update*. 2004;7:111
- *G. Vriani. MIC, MBC*. 2008
- *Am J Surg*. 2010;199:804
- *J Clin Pharm Ther*. 2010;35:195-200
- *Clin Infect Dis*. 2012;54:621
- *N Engl J Med*. 2013;368:299
- *Antimicrob Agents Chemother*. 2013;57:1756
- *Antimicrob Agents Chemother*. 2014;58:4014
- *J Antimicrob Chemother*. 2015;70:264
- *Medscape*. Oct 20, 2016.
- *JAMA Intern Med*. 2016;176:1254
- *J Infect Dis*. 2016;213:901

Είπαν

«Τα μόνα εφόδια που χρειάζεσαι στη ζωή είναι άγνοια και αυτοπεποίθηση. Μετά η επιτυχία είναι εξασφαλισμένη»

[Mark Twain, συγγραφέας]



Αγγίζοντας τα αδήλωτα πάθη

Δρ Ιωάννης Ξανθάκης¹, Δρ Βιργινία Τσιπροπούλου²

¹Παθολόγος, Ογκολόγος, ²Συστημική Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπεύτρια

Η ανακοίνωση – Η σκιά του πάσχοντος προσώπου. Αυτός που δεν ξέρω, προσέρχεται ΗΔΗ άρρωστος...

Γράφει κάποιος αγαπημένος Γέροντας: «Αν υπάρχει ζωή, θέλω να ζήσω». Ο κάθε άρρωστος που προσέρχεται στον χώρο της θεραπείας φέρει το αίτημά του. Στον δικό μας χώρο της θεραπείας, δεν έχει χαθεί μόνον το σθένος (ασθενής) ή η ρώμη (ά-ρρωστος), το ζητούμενο δεν είναι η αντιμετώπιση του κατεπείγοντος ή η αποκατάσταση μιας βλάβης: συχνά έχουμε την αίσθηση ότι το πρώτο ζητούμενο είναι το να αντικρίσει κανείς τον φόβο: αδήλωτο, αμίλητο, ξορκισμένο, πανίσχυρο. Αν υπάρχει ζωή λοιπόν, εγώ, ο Άρρωστος, θέλω να ζήσω. Υποτιθέσθω ότι υπάρχει, υποτιθέσθω ότι η προοπτική ζωής με αφορά, ότι ακόμα έχω το δικαίωμα να μετέχω σε αυτήν, ότι μπορώ να μου επιτρέψω σκέψεις, προσδοκίες ή όνειρα για το μέλλον, αν υπάρχει μέλλον και δεν διαπράττω

ύβρη και μόνο που με απασχολεί. Στην ουσία, αν νοσώ από καρκίνο είμαι κάτι παραπάνω από τον σφραγιδοφόρο της επαράτου; Ή ακόμα το ανατριχιαστικότερο: χρήστης εκτεταμένων, δαπανηρών, χρονοβόρων και πολύπλοκων υπηρεσιών υγείας; Στην ουσία, χρησιμοποιώ μια σειρά λογικών παραδοχών ως αντίβαρο σ' έναν τιτάνιο όγκο αρχέγονων, υπέρλογων φόβων αφανισμού της ύπαρξης· αν θέλω να ζήσω, θα πρέπει να απαντήσω στο αν υπάρχει ζωή, μετά, πέρα, εκτός ή έστω διά της νόσου.

Θέλω να ζήσω λοιπόν. Δουλεύουμε πάνω στην κατάφαση της ζωής, με όλη τη δυσκολία και την πολυπλοκότητά της. Μόνον οι νεαρότεροι από εμάς, έξοχα ανυποψίαστοι, θεωρούμε την επιθυμία για ζωή αυτονόητο, μοναδικής σημαντικής δεδομένο, που εξηγεί την προσέλευση του αρρώστου στη θεραπεία – δεν είναι όμως.

Αν μπορούσα να παραφράσω την έκφραση των παλαιότερων κλινικών, θα συμπλήρωνα

στο ιστορικό: «Ο ασθενής προσήλθε αιτιώμενος φόβο, απελπισία, πόνο, αμηχανία, αγωνία, και αιτούμενος ζωή, κατάφαση στη ζωή, θέλω». Θέλω από επιθυμία, όχι για να διεκπεραιώσω εαυτόν. Αποκαθαίρω τα «θέλω» μου από την αυτονόητη εξέλιξη ενός «μέσου όρου» προσδόκιμου επιβίωσης, «*ἐπιθυμία ἐπιθυμῶ*», ζωή, διότι παρά τη νόσο –κι ίσως εξαιτίας της– ακόμα μαγεύομαι από τη ζωή. Η απογοήτευση δεν συνιστά απλώς απομάγευση από τα πράγματα, έχει να κάνει περισσότερο με την τεφροφόρο αίσθηση ότι η ζωή η ίδια δεν γοητεύει πια. Γνωρίζοντας στη «*βαθείαν καρδίαν*» ότι αυτό αποκλείεται, υποψιάζομαι ότι αυτό που με φθείρει, με πονά και με καταστρέφει ίσως είναι ότι εγώ, ο πάσχων, δεν μπορώ να μετάρχω στο εξαρσιακό πανηγύρι της ζωής.

Πριν από τις θαυματουργικές επεμβάσεις του Κυρίου μας στην ανθρώπινη φθορά και την αρρώστια, σε όλες τις ζοφερές εκφάνσεις του «*άνθρωπον ουκ έχω*», υπάρχει μια ερώτηση: «*θέλεις να γίνεις καλά*;». Στην ουσία, θέλεις να αντισταθείς στην ελκτική λαγνεία της καταστροφής, την α-νοησία του θανάτου, να συμμαχήσεις με τη ζωή τη ζωντανή, τη δεδομένα αήτητη;

Κάπως έτσι προσέρχονται και ξεκινούν να μας μιλούν σιωπηλά οι άρρωστοι, κάπως έτσι ξεκινούμε εμείς να αφουγκραζόμαστε τον κοινό μας παράλογο φόβο, σεμνυόμενοι ότι αν ζητούμε απροϋπόθετη εμπιστοσύνη στις μεθόδους και τα εργαλεία μας είναι *ex nomina*: στο όνομα της θεραπείας, της λαχτάρας για ζωή, της δικής μας δέσμευσης έναντι του ανθρώπινου αγωνιώδους «*τι θα κάνουμε τώρα*;», στο «*ό,τι καλύτερο μπορούμε*», σιωπηλά ευχόμενοι αυτό να είναι αρκετό ή τουλάχιστον όχι βάνουσα ανεπαρκές.

Η συνάντηση – Ο θεραπευτής

Προσερχόμενος ο άρρωστός μας στη συνάντηση, κουβαλά το φορτίο της αμφιβολίας, της ανησυχίας, της αγωνίας· ένα ανθρώπινο πλά-

σμα στο κέντρο ενός κυκλώνα ασύμμετρης πληροφόρησης, πρωτοποριακών θεραπειών, εναλλακτικών προσεγγίσεων και υφερούσων μυριάδων μυστικών αγωνιών και φόβων.

Σχεδόν αυτόματα, αντανακλαστικά θάρρηεις, εισβάλλουν στη δική μας στάση, τη «*θεραπευτική*», απίθανης έντασης «*ευκολίες*»: υπερκαθορισμός της διάγνωσης, καταιγισμός πληροφοριών, που συχνά είναι ανατιολόγητα ακριβείς και απροσπέλαστες, άρα αμφισβητούμενης χρησιμότητας από τον ασθενή, τον μη ειδικό.

Όταν παρουσιάζει ο θεραπευτής τις όποιες θεραπευτικές επιλογές βιαστικά, διεκπεραιωτικά, κάποτε αμήχανα, όταν καλύπτει με όρους κοινωνικής αγωγής τη δυσφορία του, ακούγοντας επανειλημμένες ερωτήσεις για την αναγκαιότητα επώδυνων, διαταρακτικών ή ακρωτηριαστικών θεραπευτικών επιλογών, μήπως απλώς δηλώνει τη δική του, προσωπική αγωνία ή αμφιβολία ως προς τη διαχειριστική του επάρκεια;

Κάποτε, αφού αναρωτηθούμε για το μένος της αυθεντίας που μας καταλαμβάνει, καταφέρνουμε, σε απειροστά διαστήματα ακρόασης μιας βουβής πανδαιμόνιας μάχης να ακούσουμε «*την αγωνία του απέναντι*». Κι όταν τα καταφέρουμε, απεκδυόμαστε την αυθεντία, ως σκευή που δεν τη χρειαζόμαστε πια, για να σεβαστούμε, να φροντίσουμε, να κατευθύνουμε, να προφυλάξουμε, εντέλει, για να θεραπεύσουμε. Αποκτούμε σιγά-σιγά την επίγνωση πως το θεραπευτικό γεγονός είναι ενώπιος ενωπίω. Πρόσωπο με Πρόσωπο. Στάσεις όπως οι κεκαλυμμένες υπαινικτικές ανακοινώσεις, η απόκρυψη ή η επιμελημένη ασάφεια ως προς δεδομένα της νόσου «*μιλούν*» εύγλωττα για την αμηχανία των θεραπειών, τουλάχιστον όπως εμφανιζόταν στην πρότερη στάση μας. Συχνά, αυτή μας η αμηχανία στιγματίζεται ακόμη περισσότερο από τη βλασφημία του παιδισμού: αντιμετωπίζουμε τον άρρωστό μας με την ευνουχιστική καθησυχαστικότητα που

προκύπτει όταν απευθύνεσαι σε πάσχοντες ενήλικες ως τρομαγμένα παιδιά.

Από πλευράς θεραπειών, αν δεν μπορούμε να προσδώσουμε στη μορφή του αρρώστου την ανείπωτη ομορφιά ενός καθ' ολοκληρίαν προσώπου (στόχος υπερφιλόδοξος για έναν κλινικό), ας τον προσφυλάξουμε τουλάχιστον από τη στέρηση της προσωπικής αξιοπρέπειας, έτσι ώστε ο Άλλος από την κόλαση της αντιπαράθεσης να βρεθεί στον χώρο που γίνεται ο πάσχων αδελφός, εγώ ο ίδιος, εντέλει.

Τα άδηλα και τα κρύφια

Η θραύση της παντοδυναμίας

Εισβάλλει στον χώρο της πραγματικότητας το «αδιανόητο». Δεν ορίζουμε τα πάντα, για την ακρίβεια ούτε καν τον ίδιο μας τον εαυτό.

Απειλή απώλειας του ελέγχου – Κατερρείπωση ελέγχου του εαυτού

Με τη διαδικασία των θεραπειών ή/και την πρόοδο της νόσου, σωματικές και διανοητικές διαδικασίες δεδομένες ή αυτονόητες καταργούνται ή τροποποιούνται. Οι σωματικές αισθήσεις με τις εξωτερικές τους αναπαραστάσεις μοιάζει να λειτουργούν με χαοτικά αιφνίδιες μεταβλητές· τίποτα δεν μοιάζει να εξαρτάται μόνον από τον εαυτό, «το εγώ δεν είναι αφεντικό ούτε στο ίδιο του το σπίτι». Το εκτελεστικό κομμάτι μοιάζει αυτοματοποιημένα να εκτελεί πρωτόκολλα και οδηγίες – απόν!

Ο χρόνος εισβάλλει στην προσωπική εμπειρία

Μια κοινή εμπειρία της νόσου είναι η εμπειρία του χρόνου: το πεπερασμένο, το φθαρτό γίνεται κυρίαρχο! Η συγκεκριμένη νόσος και το σημειολογικό της φορτίο δηλούν σταθερά το πεπερασμένο του βίου – ανεξάρτητα από τη βαρύτητα ή την πρόγνωση της. Η ζωή, το σώμα ως έχει, η ομαλή και σταδιακή ανημπόρια που φέρνει το γήρας ξεφεύγουν από την ομαλή ακολουθία τους, εισέρχονται βίαια και ανεξήγητα στο τώρα, συχνά κατά παράδοξο, κα-

τάπληκτο τρόπο. Το μέλλον, η προσδοκία, απειλείται με εξαφάνιση. Κάποτε ακόμα και η στοιχειώδης προοπτική ηχεί υβριστική: «να δούμε πώς θα είμαστε, να δούμε τι θα γίνει...». Πώς άραγε μπορεί να επιβιώσει ένα ανθρώπινο πλάσμα εγκλωβισμένο σε ένα αδυσώπητο παρόν;

Η εξάρτηση: η αδυναμία φροντίδας του εαυτού

Τα συμπτώματα της νόσου, η κλινική της πορεία αλλά και οι εφαρμοζόμενες θεραπείες αφορούν σε «πραγματικές πραγματικότητες». Η απώλεια ενεργητικότητας, η κατάδηλη αδυναμία, ο πόνος (άλλοτε επαρκέστερα και άλλοτε πλημμελέστερα ελεγχόμενος), οι ανεπιθύμητες ενέργειες των διαφόρων θεραπευτικών σχημάτων, ο σωματικός ακρωτηριασμός (η προσωπική αντίληψη του οποίου δεν συναρτάται ευθέως ανάλογα με την «αντικειμενική» σημαντική του προσωπικού τραύματος), είναι όψεις της υπαρξιακής περιπέτειας που ζει ο ασθενής μας. Η σωματική βία που του ασκείται, η παραβίαση των ορίων του σώματός του, του κόσμου του, ανεξάρτητα από το αν βασίζεται στο «*ἐπ' ὠφελείᾳ*», γίνεται καθημερινή μαρτυρία, μαρτύριο στο όνομα της ζώσας ζωής.

Στο επίπεδο της ψυχικής πραγματικότητας, ο άρρωστος μας επιστρέφει σε όρους απόλυτης εξάρτησης από ένα μη βουλευτικά ελεγχόμενο σύμπαν: η πορεία της νόσου (η επανεμφάνιση, οι υποτροπές, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, ο χρόνος διάρκειάς της) δεν αποφασίζεται/προοικονομείται/τροποποιείται από τον ίδιο. Κάποτε απαιτείται η φροντίδα ανθρώπων, οικείων ή μη, με τους οποίους το αυτεξούσιο πρόσωπο, ελεύθερα, ΔΕΝ θα επιθυμούσε/επέλεγε οιαδήποτε εμπλοκή.

Αίσθημα προσωπικής αδικίας – Βίωση της ήττας

Η ορθολογική επίκληση της κοινής ανθρώπινης μοίρας ή η εκτίμηση ότι «τα μηχανήματα κάποτε χαλούν» δεν ανακουφίζουν από την ένταση του προσωπικού παράπνου· το καθιστούν

παράλογο, παιδόμορφο, ανώριμο, πρακτικά το ενισχύουν με κάθε τρόπο! Δεν μπορεί να σταθεί σε λογική επεξεργασία το παράπονο του «γιατί σε εμένα;», ίσως γι' αυτό τόσο σπάνια εκστομίζεται. Όμως με τα χρόνια της εμπειρίας, ο κλινικός θεραπευτής το βλέπει να υποδηλώνεται, να απλώνεται στην ύπαρξη, και θα πρέπει να συμπεριληφθεί η απάντησή του στη Στάση, να απαντηθεί εν μέσω των μη λεγομένων.

Ο Άλλος – Ο θεραπευτής Άλλος

Στον κυρίαρχο ρόλο της θεραπευτικής σχέσης πρωταγωνιστούν άλλος/άλλοι άνθρωποι. Ξέννοι ως πριν λίγο καιρό ή κοινωνικά/προσωπικά γνωστοί, ούτως ή άλλως σχέσεις δομημένες εντός διαφορετικών πλαισίων. Η νόσος διαφοροποιεί την όποια αυθόρμητη κοινωνική ανταλλαγή – το αίτημα της θεραπείας και η εκπλήρωσή του προΐστανται· αισθήματα ευχαριστίας ή ευγνωμοσύνης συχνά εμπλέκονται με δυναμικά αντεκδίκησης ή φθόνου για την –κάποτε υποτιθέμενη– υγεία, επάρκεια, ικανότητα ελέγχου της κατάστασης από τον θεραπευτή. Κάποτε, ακόμα και η μη συμμόρφωση των ασθενών μας προς τις οδηγίες ίσως είναι μια ενσάρκωμένη δήλωση ανεξαρτησίας, κάτι σαν «αν δεν αναγνωρίσω τον θεραπευτή ή τη θεραπεία, μπορώ να αμφισβητήσω την ίδια την ύπαρξη της νόσου». Αν εγώ δεν αναγνωρίσω κάτι, αυτό παύει να υπάρχει, πολλώ δε μάλλον παύει να με κυριαρχεί και να με ορίζει.

Ο φροντίζων – Ο συμπάσχων Άλλος

Ο άρρωστος μας δεν προήλθε *ex vacuo*, κουβαλά έναν αστερισμό σκέψεων, συναισθημάτων, ονειρών, προσδοκιών και κυριότατα ανθρώπων. Με κάποιους συμβιώνει, με άλλους συμπορεύεται, άλλους τους χρειάζεται, άλλοι τον φροντίζουν, άλλοι περιμένουν να φροντιστούν από αυτόν. Γύρω του η πολυπλοκότητα της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης χορεύει· η αγάπη, η λύπη, η συμπόνια, η αγωνία, η χαρά

της ανταπόδοσης μπλέκουν αξεδιάλυτα με αισθήματα οργής (και κρυμμένης, μεταμφιεσμένης θλίψης για τον αγαπημένο που πάσχει), με αίσθημα φυσικής και ψυχολογικής καταπόνησης ιδίως αν αυτά διαμεμβώνονται σε υποτιθέμενα ματαιωτικό πλαίσιο: «τι νόημα έχουν όλα αυτά, αφού...». Η επίγνωση της μυστικής ακρόασης των ανθρώπων αυτών ίσως ανοίξει επικουρίες στη θεραπευτική πορεία που δεν μπορούσαμε να διανοηθούμε ότι υπάρχουν. Η νόσος τέμνει.

Ο χώρος της θεραπείας είναι γύρω από την τομή

- Παλαιότερα δεν λέγαμε τίποτα στους αρρώστους, εξηγούσαμε στους συγγενείς.
- Τελευταία είμαστε σαφέστατοι. Πρέπει οι άρρωστοι να γνωρίζουν τι ακριβώς συμβαίνει, πού βρισκόμαστε και τι δυνατότητες υπάρχουν.
- Εμείς απλώς συμμαχούμε με τον οργανισμό και διαχειριζόμαστε μια αρρώστια *έφ' ἵπποκρατική ωφελεία*, τι άλλο να κάνουμε;

Είναι απολύτως ακριβή τα προαναφερθέντα. Κανένα τους όμως δεν απαντά στον πιγμένο λυγμό που υποβόσκει στη φωνή που προσπαθεί να κρατηθεί σταθερή και τρέμει, στη χαρακτηριστική κλίση του σώματος που κυφώνεται και έλκεται προς τον πυρήνα του για να προστατευθεί από τον κίνδυνο, στα τραβηγμένα από τους μυς της έκφρασης χαρακτηριστικά – σ' όλα αυτά δηλαδή που καταυγάζουν τον δικό μας τόπο συμπαρτηρίας, όταν εξετάζουμε μια φυσική λειτουργία ή αποφαινόμεστε για το πόρισμα μιας απεικονιστικής διαγνωστικής εξέτασης.

Κάποτε ο φόβος των ασθενών μας συναντά τους δικούς μας, στο ίδιο παιχνίδι της ανθρώπινης μοίρας – σώματα καθημαγμένα καταφύσκουν στη ζωή. Η δική μας Άτροπος, αυτή που θα τμήσει και το δικό μας πεπρωμένο, παραμονεύει αγκαλιασμένη με τη δική τους, κι η συγκεκριμένη μοίρα σπανίως σαγηνέυεται.

Μυστικά, εκ βαθείας καρδίας, ταυτόχρονα με τη συνταγογράφηση και τη χάραξη της θεραπευτικής στρατηγικής, ίσως χρειαστεί να αρθρώσουμε τον δικό μας Λόγο, ίσως το κάνουμε ήδη, ανεπίγνωστα, αναπόφευκτα. Αν έχουμε σταθεί αρκετά τυχεροί, σ' αυτή τη μυστική, υπαινικτική συν-ομιλία θα κομίσουμε όσα έχουμε για να μας κρατούν εμάς ζωντανούς, όσο για όσο, το χάδι ενός πρεσβύτε, το χέρι ενός συντρόφου, το χαμόγελο ενός παιδιού, τα άγια των αγίων του καθενός μας.

Το μέγεθος του πόνου και της αγωνίας, ούτε θα μπορούσε ούτε και θα έπρεπε, κατά την εκτίμησή μας, να παρεκτραπεί σε έναν φλύαρο, συναισθηματικό καθησυχασμό, αυτόχρημα προσβλητικό προς τον πάσχοντα. Κάποτε οι ευκολίες μιας τεχνητά προκατασκευασμένης «συμπάρστασης» μοιάζουν με ασελγές άγγιγμα σε αιμάσσοσα και πυορροούσα πληγή: ΠΟΝΑΕΙ.

Η ανακούφιση από τον πόνο, η κατά το δυνατόν διασφάλιση όρων αξιοπρεπούς παραμονής στους χώρους νοσηλείας, η στήριξη της σωματικής αυτοεικόνας, και κυρίως η δαπάνη ικανού χρόνου και για την «έν σιωπή» συμπίεση με τον ασθενή μας θα έπρεπε να αποτελούν αδιαπραγμάτευτους θεραπευτικούς όρους.

Δάνεια και Αντιδάνεια

Γύρω στα δύο με τρία μας χρόνια αποκτούμε την ικανότητα μιας πολυεπίπεδης αντίληψης του κόσμου των Άλλων: η ελληνική εμπάθεια,

που αποδίδεται με τον σημερινό όρο ενσυναίσθηση, αφορά μια γνωστική και συναισθηματική διαδικασία βίωσης και κοινωνίας των προοπτικών, των νοητικών καταστάσεων, των υποκειμενικών εμπειριών, των συναισθηματικών διαθέσεων του Άλλου. Δεν αφορά απλώς μια έμπρακτη αποκήρυξη της ναρκισσιστικής μας κωφότητας, ούτε περιορίζεται σε μια καθησυχαστική υπερεγωτική αυτογνωσία. Στην ουσία, ίσως είναι η βάση του τρόπου που οι άνθρωποι κοινωνούν: δεν χρειάζεται κι ίσως βλάπτει το να νιώσουμε ό,τι νιώθει ο άλλος, καλούμαστε θεραπευτικά να νιώσουμε το βίωμα του Άλλου στη δική του ύπαρξη, τι θέλει, τι πιστεύει και τι μπορεί επ' αυτών να νιώθει, ένα κίνητρο που προσανατολίζεται προς τον άλλο.

Στη βάση οιασδήποτε θεραπείας η φροντίδα του Άλλου, η μέριμνα για το αλώβητο πρόσωπο στη σωματική του διάσταση επανοηματοδοτεί τον χρησμό της αρρώστιας για την ύπαρξη όλων μας – πασχόντων και δυνάμει πασχόντων.

Κλείνοντας, η αρρώστια τη δουλειά της κι εμείς τη δική μας. Κι ας μας επιτραπεί, στον σοφότερο κανόνα όλων των εποχών για τις ανθρώπινες σχέσεις: «*Πάντα όσα αν θέλητε ίνα ποιῶσιν ὑμῖν οἱ ἄνθρωποι, οὕτω καὶ ὑμεῖς ποιῆτε αὐτοῖς*», να προσθέσουμε και κάτι από τα δικά μας πολύτιμα, το σεμνό παράπονο του κυρ-Αλέξανδρου: «...σαν να 'χαν ποτέ τελειωμό, τα πάθια κι οι καημοὶ του κόσμου...».

Είπαν

«Δημοκρατία δεν σημαίνει ότι η πλειοψηφία έχει δίκαιο.
Σημαίνει πως έχει το δικαίωμα να κυβερνά»

[Umberto Eco, συγγραφέας]



Ο ευρωπαϊκός κανονισμός προστασίας προσωπικών δεδομένων: ένας αντίλογος

Δρ Αντώνης Παπαγιάννης

Πνευμονολόγος

Από τις 25 Μαΐου έγινε υποχρεωτικός για όλους όσοι τηρούν αρχεία με προσωπικά δεδομένα (άρα και για τους γιατρούς) ο ευρωπαϊκός γενικός κανονισμός 2016/679 για την προστασία προσωπικών δεδομένων (γνωστός ως GDPR). Μπορείτε αλλού να διαβάσετε σχετικά με τις προβλέψεις του και τις επιπτώσεις που έχουν αυτές για την καθημερινή ιατρική πράξη. Εκμεταλλευόμενος την ισχύουσα –ακόμη– ελευθερία της γνώμης, και με μόνο εργαλείο την κοινή λογική, θα ήθελα να εκφράσω κάποιες προσωπικές ενστάσεις.

Όλοι γνωρίζουμε ότι το ιατρικό απόρρητο προβλέπεται ακόμη από τον όρκο του Ιπποκράτη: «*Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἰδῶ ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἅ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα*» [= Όσα τυχόν δω ἢ ἀκούσω κατὰ τὴ διάρκεια τῆς θεραπείας ἢ καὶ ἐκτὸς αὐτῆς στὴν καθημερινή ζωή, που δεν πρέπει να μαθευτούν παραέξω, δεν θα τα κοινοποιῶ, θεωρώντας ὅτι αὐτὰ εἶναι

απόρρητα]. Πιο απλή και κατηγορηματική διατύπωση είναι δύσκολο να διανοηθεί κανείς, γι' αυτό και η πρόβλεψη αυτή δεν έχει αλλάξει ακόμη και στους διάφορους επικαιροποιημένους ιατρικούς όρκους που κατά καιρούς έχουν δει το φως της δημοσιότητας.

Ωστόσο, ζούμε σε μια εποχή που η κάθε είδους πληροφορία, ιδίως η ψηφιακή, έχει αναχθεί, αν όχι (ακόμη) σε θεότητα, οπωσδήποτε σε εμπορεύσιμο είδος και αντικείμενο θεμιτών και πιο συχνά αθέμιτων συναλλαγών. Υπό το πρίσμα αυτό βλέπουν –υποθέτω– και οι συντάκτες του κανονισμού τα προσωπικά δεδομένα που περιέχονται στο επαγγελματικό αρχείο του ιατρού. Και επειδή η υποκλοπή και η υφαρπαγή στοιχείων συμβαίνει παντού, ακόμη και σε χώρους υπεράνω υποψίας (αν βέβαια υπάρχουν ακόμη τέτοιοι), επιβάλλουν μια σειρά από περιοριστικές διατάξεις που να δίνουν την εντύπωση ότι γίνεται κάθε τι δυνατόν για να προστατευθεί το πολύτιμο απόρρητο.

Έτσι διαβάζουμε ότι κάθε επιχείρηση που

τηρεί αρχείο με προσωπικά στοιχεία πρέπει να έχει γραπτές πολιτικές απορρήτου που θα λένε επακριβώς τι είδους επεξεργασία των δεδομένων κάνει ο κάτοχός τους, ποιος άλλος τα βλέπει και σε ποιο βαθμό, πώς προστατεύονται από αδιάκριτα βλέμματα, αν πρέπει ή δεν πρέπει να αποστέλλονται με e-mail (μόνο κρυπτογραφημένα). Οι λεπτομέρειες που προβλέπει ο κανονισμός είναι τέτοιες που σε κάνουν να αναρωτιέσαι αν θα πρέπει να προσλάβεις ως συνεργάτη τον... Τζέιμς Μποντ για να είσαι εντάξει με τα προαπαιτούμενα ασφαλείας.

Για παράδειγμα, δείτε την ακόλουθη υπόδειξη του κανονισμού: «Ο ιδιώτης ιατρός που λειτουργεί ένα ιδιωτικό ιατρείο μικρής κλίμακας οφείλει να διατηρεί αρχείο δραστηριοτήτων για την επεξεργασία δεδομένων υγείας. Το αρχείο αυτό είναι ένα πολύ χρήσιμο μέσο για την ανάλυση των συνεπειών των επεξεργασιών, την αναγνώριση και υλοποίηση των κατάλληλων μέτρων ασφαλείας στο πλαίσιο της υποχρέωσης για λογοδοσία του Υπεύθυνου Επεξεργασίας». Τι ακριβώς θα περιέχει το αρχείο αυτό; Θα πρέπει στο τέλος κάθε εργάσιμης ημέρας να γράφω π.χ. ότι σήμερα καταχώρισα τρεις νέους ασθενείς και ενημέρωσα τους φακέλους άλλων τεσσάρων που ήρθαν για επανεξέταση, ενώ ζήτησα από τη γραμματέα μου να διαγράψει έναν που απεβίωσε πριν δέκα χρόνια (όπως προβλέπει ο νόμος);

Ή ακόμη: «Η αποστολή δεδομένων υγείας μέσω mail στον ίδιο τον ασθενή επιτρέπεται μόνο εάν οι πληροφορίες είναι κρυπτογραφημένες, ο ασθενής έχει συγκατατεθεί να του αποσταλούν με τον τρόπο αυτό και έχει γνωστοποιήσει εγγράφως το mail του». Δεν έχω δυστυχώς τη νοητική δυνατότητα να απομνημονεύω ηλεκτρονικές διευθύνσεις χωρίς να τις έχω γραμμένες. Όσο για την κρυπτογράφηση, θα ζητούσα ευχαρίστως τη συνδρομή του Τζων Λε Καρέ, αλλά μαθαίνω ότι είναι απασχολημένος με το να γράφει το επόμενο θρίλερ του που έχει ως κεντρικό θέμα έναν ιδιόρρυθμο ευρωπαϊκό κανονισμό...

Έχουμε συνηθίσει τα τελευταία χρόνια να

βλέπουμε να περιβάλλονται με ιδιαίτερη νομική υπόσταση θέματα και καταστάσεις που έχουν αυτόνοτο χαρακτήρα και καλύπτονται από την ήδη υπάρχουσα νομοθεσία. Έτσι π.χ. αποκτήσαμε ειδικό αντιρατσιστικό νόμο, παρόλο που ο Ποινικός Κώδικας ανέκαθεν χαρακτήριζε ως αδικήματα την εξύβριση, την κακοποίηση, την παρακίνηση σε πράξεις βίας κ.ο.κ. Κάτι ανάλογο θα μπορούσε κανείς να πει και για τον παρόντα κανονισμό. Βλέπετε, δεν μας φτάνει που το ιατρικό απόρρητο προβλέπεται στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, αλλά χρειαζόμαστε κι ένα επιπλέον μανιφέστο, για το θεαθήναι: αυτή είναι η μόνη λειτουργία που υπηρετεί ο κανονισμός αυτός.

Το ζητούμενο σε οποιαδήποτε επαγγελματική δραστηριότητα είναι να ασκείται αυτή με τρόπο ουσιαστικά και δεοντολογικά ορθό και φορτωμένη με τις λιγότερες διαδικαστικές αγκυλώσεις και γραφειοκρατικές διατυπώσεις. Η ιατρική πράξη ήδη έχει ένα μεγάλο φορτίο τέτοιων υποχρεώσεων. Η ακόμη μεγαλύτερη επιβάρυνσή της απλώς θα την καταστήσει πιο χρονοβόρα και δαπανηρή, χωρίς να προσθέσει απολύτως τίποτε στην ουσία της. Εδώ είμαστε και θα το δούμε.

Και μια τελευταία σκέψη. Ο κανονισμός δεν αφορά μόνο τους ιδιώτες ιατρούς, εργαστήρια και κλινικές. Αναφέρεται εξίσου και στον δημόσιο τομέα της υγείας. Θα έχει πολύ ενδιαφέρον –ηδονικά νοσηρό θα το χαρακτηρίζα!– με δεδομένη την κατάσταση που επικρατεί στα ελληνικά νοσοκομεία (από πλευράς προσωπικού, εξοπλισμού και φόρτου εργασίας), να δούμε πώς ακριβώς θα εφαρμοσθεί στους χώρους αυτούς.

Υστερόγραφο. Αν με την εφαρμογή του κανονισμού κοπούν με το μαχαίρι τα καθημερινά διαφημιστικά τηλεφωνήματα προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών που δεν έχουμε ζητήσει από γνωστές εταιρείες που (προφανώς) με κάποιες βάσεις δεδομένων δουλεύουν κι αυτές, τότε το γραφειοκρατικό αυτό επιπόνημα θα έχει κάποια πρακτική αξία...



Περί αμυντικής ιατρικής

«ἀσκεῖν περὶ τὰ νοσήματα δύο,
ὠφελεῖν ἢ μὴ βλάπτειν»

Νικολέττα Γιαννούτσου MSc.

Ειδικευόμενη Ρευματολογίας

Μοναδικό νοσοκομείο μεγάλου τουριστικού νησιού. Ησυχία στα ΤΕΠ. Η ώρα αισίως τρεις τα ξημερώματα. Η μέρα Κυριακή. Ο μήνας Ιούνης. Ξεκουράζω το κεφάλι στον ώμο μου. Ο εφημερεύων παθολόγος διαγωνίως απέναντι έχει κλείσει λίγο τα μάτια. Από μακριά μέσα στην ησυχία ακούγεται η σειρήνα του ασθενοφόρου. Τα μάτια του συναδέλφου μου ανοίγουν διάπλατα. Ανασυντασσόμαστε αμφοτέρω. Κοιταζόμαστε και μετά κοιτάζουμε τη διπλή πόρτα που ανοίγει και απ' τις δυο πλευρές. Η σειρήνα προοδευτικά δυναμώνει και στο τέλος παύει. Μια ανάσα, μετά η πόρτα ανοίγει απ' την έξω πλευρά. «Τροχαιό», ενημερώνει ο διασώστης. Ο εφημερεύων παθολόγος χαλαρώνει ξανά. Αυτή η μάχη δεν είναι δική του.

Στο ωχρο πρόσωπο του αρρώστου, στα κλειστά του μάτια, στον ψιλό ιδρώτα του μετώπου του, στη βέρα στο δεξί του χέρι, στο αίμα που έχει βάψει τον λαιμό του, στην ανένδοτη κοιλιά του, στα αγγειοσπασμένα του άκρα, κρύβεται κάτι που δεν βλέπω, κάτι που πάντα λησμονώ, κάτι που δεν έχει να κάνει με τα ζωτικά, δεν έχει να κάνει με το ατύχημα, δεν

έχει να κάνει με το ιστορικό του, δεν έχει να κάνει ακριβώς με την ιατρική. Κρύβεται το Ενδεχόμενο.

Αλλάζουμε σκηνικό. Τακτικό εξωτερικό ιατρείο τριτοβάθμιου νοσοκομείου κάπου στη Σκανδιναβία. Η ώρα έντεκα το πρωί. Η μέρα Πέμπτη. Ο μήνας Ιούνης. Μόλις έχω τελειώσει την υπαγόρευση των σημειώσεων του προηγούμενου περιστατικού. Φωνάζω ένα δυσπρόφερτο όνομα. Βήματα συρτά και ασύμμετρα ακούγονται από τον διάδρομο. Ο ασθενής μου κουτσαίνει. Η πόρτα ανοίγει. Σηκώνομαι, τείνω το χέρι για χειραψία, όπως συνηθίζεται εδώ.

Στο ροδαλό πρόσωπο του αρρώστου, στα λαμπερά του μάτια, στα λευκόξανθα μαλλιά, στην κεφάτη του φωνή, στην πρησιμένη πηχεοκαρπική του, στο πονεμένο γόνατό του, στο ελεγκτικό πρόσωπο της γυναίκας που τον συνοδεύει, κρύβεται κάτι που δεν βλέπω, κάτι που πάντα λησμονώ, κρύβεται κάτι που δεν έχει να κάνει με την πορεία της αρθρίτιδάς του, δεν έχει να κάνει με την πρόσφατη προστατευτομή του, δεν έχει να κάνει ακριβώς με την ιατρική. Κρύβεται το Ενδεχόμενο.

Στον κώδικα του Χαμουραμπί, μια από τις αρχαιότερες συλλογές νόμων, αναφέρεται το εξής: «*Αν ένας γιατρός χειρουργεί έναν άντρα για ένα βαρύ τραύμα με χάλκινο νυστέρι και προκαλέσει τον θάνατο του αντρός, ή καταστρέψει το μάτι του, τότε το χέρι του γιατρού πρέπει να κοπεί. Αν ένας γιατρός χειρουργεί έναν σκλάβο για ένα βαρύ τραύμα και προκαλέσει τον θάνατό του, τότε πρέπει να τον αντικαταστήσει με έναν σκλάβο ίσης αξίας.*»

Το “malpractice”, η κακή ιατρική πρακτική, είναι αρχαία έννοια. Ο γιατρός οφείλει εξ ορισμού να είναι υπεύθυνος. Ορκιζόμαστε: «*Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ’ ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξωιν*», δηλαδή ότι θα χρησιμοποιήσουμε τις θεραπείες για να φέρουμε όφελος στους ασθενείς σύμφωνα με τη δύναμη και την κρίση μας, ποτέ για να βλάψουμε ή να αδικήσουμε. Το χωρίο είναι βαθιά φιλοσοφικό. Εκ πρώτης όψεως και πεζά μοιάζει να αναφέρεται στεγνά στο αποτέλεσμα, δηλαδή στην εξάλειψη περιστατικών ιατρογενούς βλάβης. Είναι σαφές όμως πως ορίζει με λίγες λέξεις την ιατρική πράξη από τη σύλληψη της ως την εκτέλεσή της. Η σύλληψη γίνεται με την ένωση της γνώσης και της πρόθεσης καταλυόμενη από την κρίση. Η πρόθεση, ορκιζόμαστε, θα είναι πάντοτε καλή. Τα όρια της κρίσης και της γνώσης τίθενται από τη δύναμη, τη δυνατότητα, το εφικτό. Ο γιατρός, όσο και αν ενίοτε μοιάζει να λαμβάνει μυθικές διαστάσεις ιδωμένος μέσα από το πρίσμα της απελπισίας, του πόνου, του επερχόμενου θανάτου, είναι εντέλει κι αυτός ένας θνητός, κάποτε ένας ασθενής όπως όλοι οι ασθενείς. Και από τα χέρια του θνητού αυτού γιατρού, όσο κι αν για λόγους πολιτικής ορθότητας πολλοί πλέον το αρνούνται, ανά στιγμές περνά μεγάλη εξουσία, περνούν λυτρώσεις, σωτηρίες, εξομολογήσεις, ψέματα, χαρές, λύπες, απώλειες, θάνατοι, περνούν πολλές, αν όχι όλες οι εκφάνσεις της ζωής. Η πρόθεση, δε, είναι ένα ζή-

τημα εσωτερικό και ως εκ τούτου δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί. Η μοντέρνα τάση της ιατρικής για ποσοτικοποίηση και αλγοριθμοποίηση των πάντων με τη σχέση πάθους με τη στατιστική (πόσοι δεν έχουμε ευχηθεί να είχαμε ένα αρχαίο αριθμητήριο καθώς υπολογίζουμε για λόγους πρωτοκόλλου CHA₂DS₂VASc και Stroke Scales και ό,τι άλλο καλό και βεβαίως χρήσιμο της σύγχρονης επιστήμης) «σκαλώνει» στα θέματα που δεν είναι ευκόλως απτά. Εκεί έρχεται ο δαιμόνιος νομικός όρος «εξ αμελείας» και έτσι ο γιατρός παγιδεύεται επιτυχώς από τις ευθύνες του, και κυρίως από το Ενδεχόμενο, το οποίο αποτελείται από τα αναρίθμητα ανυπολόγιστα και αδιανόητα μικρά ξεχωριστά ενδεχόμενα της κάθε στιγμής, της κάθε δεδομένης κατάστασης, της κάθε ιστορίας.

Η ιατρική ψηφιοποιείται, μετατρέπεται σε μια τετραγωνισμένη επιστήμη, η αρχαία αναλογικότητα του επαγγέλματος και η δύστροπη σχετικότητα, αστάθεια, μεταβλητότητα του αντικειμένου χώνονται κάτω απ’ το χαλί γιατί είναι στοιχεία που δυσκολότερα στέκονται στο δικαστήριο, στα ερευνητικά έντυπα, στις παρουσιάσεις των συνεδρίων απ’ ό,τι το πρωτόκολλο, τα κριτήρια, οι αριθμοί, οι αλγόριθμοι και οι κατευθυντήριες οδηγίες. Στο δανέζικο σύστημα υγείας τα πάντα καταγράφονται από τους γιατρούς, τους νοσηλευτές, τους βοηθούς νοσηλευτών, τους φυσιοθεραπευτές, τους εργοθεραπευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους διαιτολόγους, τους... Αν πάνω στη βράση της εφημερίας ο γιατρός λησμονήσει να υπαγορεύσει ή γράψει μια προφορική οδηγία, ξαφνικά είναι ακάλυπτος. Τι θα γίνει *ΑΝ* η οδηγία λησμονηθεί; *ΑΝ* εκτελεστεί αργότερα απ’ ό,τι ζητήθηκε; *ΑΝ* εκτελεστεί διαφορετικά; *ΑΝ* εκτελεστεί όπως δόθηκε και οδηγήσει σε βαριά επιπλοκή; Τι θα γίνει *ΑΝ*...;

Ο πόθος για την τετραγωνισμένη του ιατρικού κύκλου βοηθά στην τυποποίηση των ιατρικών υπηρεσιών, δηλαδή στη δημιουργία μιας ιατρικής γραμμής παραγωγής, με αποτέλεσμα

πιο ομοιογενή περίθαλψη, μικρότερη τοπική απόκλιση στις πρακτικές, διευκόλυνση για το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, μια κάποια προστασία για τους ασθενείς, ενσωμάτωση της evidence based medicine (ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις) στην κλινική πράξη, ομαλοποίηση της επικοινωνίας μεταξύ συναδέλφων και συνεργατών. Δεν είναι δηλαδή κάτι εγγενώς βλαπτικό, είναι αναπόσπαστο κομμάτι του μέλλοντος της ιατρικής.

Υπό τη σκιά του Ενδεχομένου όμως, ο γιατρός αποφεύγει ει δυνατόν να γράφει κύκλους μέσα στην τετραγωνισμένη ιατρική λογική. Πρέπει όλες οι εμπύρετες κεφαλαλγίες μιας εφημερίας να υποβάλλονται σε οσφυονωτιαία παρακέντηση; Όχι. Όμως σε κάποιο παράλληλο σύμπαν θα μπορούσαν όλες οι εμπύρετες κεφαλαλγίες να είναι μηνιγγίτιδες. Οπότε γιατί όχι; Φύλαγε τα ρούχα σου να έχεις τα μισά... Λόγω αυτού του αμυντικού αξιώματος, η κλινική εξέταση εκτελείται συχνά υποτυπωδώς ή και παραγκωνίζεται, ο ασθενής περνά από λεπτό κόσκινο με όλα τα εφικτά διαγνωστικά, εργαστηριακά, παρακλινικά δέοντα, όσα περισσότερο το εκάστοτε σύστημα επιτρέπει αναλόγως της ευμάρειάς του, με σκοπό όταν

φύγει για το σπίτι, ο γιατρός αμυνόμενος να μπορέσει να σημειώσει στο πρακτικό: «στην παρούσα ώρα κ.φ., κ.φ., κ.φ.», και κάθε κ.φ. (κατά φύση) που γράφεται είναι μια κίνηση άμυνας, ένα σκύψιμο, μια άρση ασπίδας. Έμπειροι και άπειροι γιατροί χορεύουν ατέρμονα στον ρυθμό του τυμπάνου του πολέμου τους, όχι του πολέμου με τις παθολογίες του κορμιού, αλλά του πολέμου με την ίδια τη θνητή τους ανθρώπινη φύση, την επιρρεπή στα ανθρώπινα λάθη, του πολέμου με τους ασθενείς, τους συγγενείς τους, τη συνείδηση, κοινή και ιδιωτική, το αόριστο παντοδύναμο σύστημα. Ο σκοπός είναι να στηριχθεί η απόφαση με κάθε διαθέσιμο μέσο, και στη θεωρία ακούγεται πολύ λογικός, ώστε εάν –και να 'το πάλι το σκοτάδι του Ενδεχομένου– ο ασθενής επανεισυχθεί πέντε μέρες αργότερα με βαριά μηνιγγίτιδα, ο γιατρός να μπορέσει προς υπεράσπισή του να πει: «στην εκείνη παρούσα ώρα όλα ήταν κ.φ., δεν το λέω μόνος μου, το λέει και ο ακτινολόγος, το λέει και το μικροβιολογικό, το βιοχημικό, το λέει ο νευρολόγος που κάλεσα και ήρθε για εκτίμηση, το λένε τα ελάφια, το λένε του δάσους τα πουλιά, είμαι άνθρωπος κι εγώ, αφήστε με να κάνω λάθος!».





Η χειρουργική επέμβαση της περιτομής στην Έπιτομή Ιατρική του Παύλου Αιγινήτη

Χρήστος Αθανασίου

Φιλολόγος Μέσης Εκπαίδευσης,
Υποψήφιος Διδάκτορας Φαρμακευτικής ΑΠΘ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περιτομή είναι η επεμβατική μέθοδος που γίνεται για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της φίμωσης, της παθολογικής δηλαδή κατάστασης στην οποία το στόμιο της ακροποσθίας είναι πολύ στενό και η απελευθέρωση της βαλάνου δεν μπορεί να γίνει καθόλου ή γίνεται με δυσκολία. Συχνά η περιτομή γίνεται και για λόγους διατήρησης της υγιεινής στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, καθώς έτσι δεν εγκλωβίζονται ούρα και σμήγμα, που αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης μικροβίων και ιών και μπορεί να έχουν και καρκινογόνο δράση (σημειώνεται ότι οι Εβραίοι, που λόγω θρησκείας κάνουν όλοι περιτομή, έχουν μηδενικά ποσοστά καρκίνου του πέους). Ταυτόχρονα, με την περιτομή μειώνεται ο κίνδυνος προσβολής από μολυσματικές ασθένειες. Τέλος, η περιτομή γίνεται και για αισθητικούς λόγους,

καθώς το πέος δείχνει πιο μεγάλο και πιο καθαρό. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι στην Αίγυπτο η περιτομή ήταν γνωστή ήδη από το 1550 π.Χ., όπως αποκαλύπτει ένας από τους αρχαιότερους και σημαντικότερους για ιατρικά θέματα παπύρους που έχουν βρεθεί ως σήμερα.

2. Ο ΠΑΥΛΟΣ ΑΙΓΙΝΗΤΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ

Σημαντικό τμήμα του καθημερινού βίου των Βυζαντινών αποτελούσαν αναμφίβολα η ιατρική και η φαρμακευτική, οι οποίες γνώρισαν αξιοσημείωτη πρόοδο από τις αρχές της βυζαντινής αυτοκρατορίας τον 4^ο αι. έως και τη δύση της, λίγο μετά τα μέσα του 15^{ου} αι. Μια από τις σημαντικότερες μορφές της πρωτοβυζαντινής φαρμακευτικής και ιατρικής υπήρξε ο Παύλος Αιγινήτης, ο οποίος έμεινε στην ιστορία κυρίως με την ιδιότητα του χειρουργού.

γού και του μαιευτήρα¹. Το ερανιστικό του έργο με τίτλο *Έπιτομή Ιατρική*, βασισμένο κυρίως στον Γαληνό και τον Ορειβάσιο, αποτελείται από επτά βιβλία, εξυπηρετώντας διδακτικούς σκοπούς, χάρη στη συνοπτική του μορφή¹. Η ιδιαίτερη σημασία του έγκειται στο γεγονός ότι ο Παύλος Αιγινήτης, δίπλα στις απόψεις προγενέστερων ιατρών πάνω σε διάφορα ζητήματα, προσθέτει τη δική του άποψη βασισμένη στην πολυετή πείρα του, για να προτείνει τελικά την καλύτερη θεραπεία¹. Τα επτά βιβλία της *Έπιτομής* περιλαμβάνουν πλήθος πληροφοριών, όπως οδηγίες υγιεινής και διαιτητικής, παθολογία βασισμένη στο σχήμα *a capite ad calcem* (από το κεφάλι ως τα πόδια), αλλά και χειρουργική, η οποία συνεχίζει να εντυπωσιάζει τους μελετητές με την ακρίβεια και τη μεθοδικότητά της, καθώς στηρίζεται στην προσωπική πείρα του Αιγινήτη^{1,2,3}.

Στο 6^ο βιβλίο της *Έπιτομής* του Αιγινήτη γίνεται αναφορά στη φίμωση και στη χειρουργική της αντιμετώπιση μέσω της περιτομής. Ακολουθεί το κείμενο του Αιγινήτη και η μετάφρασή του.

3. ΑΡΧΑΙΟ ΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Περί φιμού.

Διττόν τῆς φιμώσεως αἴτιον γίνεται· ποτὲ μὲν γὰρ ἡ πόσθη καλύψασα τὴν βάλανον ἀποσύρεσθαι πάλιν ἀδυνατεῖ, ποτὲ δὲ ἀπαχθεῖσα ὀπίσω οὐκέτι ἐπάγεται· τοῦτο τὸ εἶδος ἰδίως περιφίμωσις προσαγορεύεται. ἡ μὲν οὖν πρώτη διαφορά γίνεται ἥτοι δι' οὐλήν ἐν τῇ πόσθῃ γενομένην ἢ διὰ σαρκὸς πρόσφυσιν· ἡ δὲ δευτέρα ἐν ταῖς τῶν αἰδοίων φλεγμοναῖς ἀποτελεῖται, ὅποταν ἀπαχθέντος τοῦ δέρματος ὀπίσω ἡ βάλανος ἀνοιδήσασα μηκέτι ἐπιδέχεται τὴν πόσθην. εἰ μὲν οὖν τὸ πρῶτον εἶδος τῆς φιμώσεως αἴτιον γίνοιτο, χειρουργήσομεν αὐτοὺς τόνδε τὸν τρόπον· μετὰ τὸ σχηματῖσαι τὸν πάσχοντα οἰκείως, ἐπισπασάμενοι τὴν πόσθην εἰς

τοῦμπροσθεν καθήσομεν ἄγκιστρα γ ἢ δ εἰς αὐτὴν τὴν ἄκραν καὶ δόντες ὑπὲρταῖς διακρατεῖν ἐπιτρέψομεν, ἐφ' ὅσον οἶον τε, διατείνειν καὶ ἀνοίγειν αὐτήν· ἔπειτα, ἐὰν ἐξ οὐλῆς ἢ ἔξω συνδρομῆ γένοιτο, φλεβοτόμῳ ἢ σκολοπίῳ ἐκ τῶν ἔνδοθεν μερῶν διαιρούμεν τὴν πόσθην ἐν τρισὶν ἢ δ τόποις ποιούμενοι τὰς διαιρέσεις κατὰ τὰ ἔνδοθεν μέρη εὐθυτενεῖς τε καὶ ἴσον ἀπ' ἀλλήλων διεστῶσας. ἔστι δὲ διπλῆ κατὰ τὴν βάλανον ἡ πόσθη· τὸ οὖν ἐν αὐτῆς, ἤγουν τὸ ἔνδοθεν, μέρος διελοῦμεν· οὕτω γὰρ τὸ ἀγκύλιον τὸ ἐκ τῆς οὐλῆς γεγονὸς διαλύσαντες ἐπάξομεν τὴν πόσθην.

εἰ δὲ σὰρξ προσπεφυκυῖα ἐκ τῶν ἔνδοθεν μερῶν ἐργάζοιτο τὴν φίμωσιν, κατὰ τῆς σαρκὸς πάσης τὰς ἐγχαράξεις τάξομεν ἀποσύραντες τὴν πόσθην, τὰς δὲ μετὰ τῶν διαιρέσεων ὑπεροχὰς τῆς σαρκὸς ξύσομεν. μετὰ δὲ τοῦτο μολίβου σωλῆνα περιβαλοῦμεν τῇ βαλάνῳ πάσῃ κατειλήσαντες αὐτήν· ἐξηρασμένη παπύρω. ἐχέτω δὲ πάντῃ ἴσον τὸ ἄνοιγμα ὁ σωλῆν· οὕτω γὰρ διὰ τὴν τοῦ σωλῆνος περιέσειν κωλυθήσεται συμφῦναι πάλιν ἐπαχθεῖσα ἡ πόσθη ἐν διαστάσει φυλασσομένη ὑπὸ τε τοῦ μολίβου καὶ τῆς κατειλημμένης παπύρου· ἀνοιδούσα γὰρ ἐκ τῆς διαβροχῆς ἔτι μᾶλλον δίστησι τὸ δέρμα. τοῦτο οὖν ποιούμεν, εἴτε δι' οὐλήν εἴτε δι' ἔκφυσιν σαρκὸς φιμώσεως γεγεννημένης χειρουργήσομεν.

εἰ δὲ ἡ λεγομένη περιφίμωσις γένοιτο, εἰ μὲν ἐγχρονίσοιεν, συμφύεται καὶ ἀνιάτός ἐστιν, εἰ μὴ τις θέλοι χειρίζειν ὥσπερ λειπόδερμον· εἰ δὲ μήπω συμπεφυκέναι τύχοι, κατασχάσαντες αὐτὴν εὐθυτενεῖσιν ἀμυχαῖς γ ἢ δ ἢ καὶ πλείοσι κύκλῳ καταντλήσαντες χλιαρῶ ἐλαίῳ πολλῶ ἐπισπασόμεθα πρὸς τοῦκόσ⁴.

Μετάφραση (Αθανασίου Χρήστος)

Υπάρχουν δύο αιτίες φίμωσης. Μερικές φορές η ακροποσθία καλύπτει έτσι το πέος, ώστε αυτή δεν μπορεί να μαζευτεί προς τα πί-

σω. Και μερικές φορές όταν μαζευτεί πίσω, δεν μπορεί να προωθηθεί ξανά μπροστά, κατάσταση η οποία ονομάζεται παραφίμωση. Η πρώτη περίπτωση φίμωσης προκαλείται είτε από ουλή που σχηματίζεται στην ακροποσθία είτε από προσκόλληση του δέρματος. Αλλά η δεύτερη περίπτωση φίμωσης λαμβάνει χώρα σε φλεγμονές του πέους, όταν η ακροποσθία μαζεύεται πίσω αλλά δεν μπορεί να προωθηθεί ξανά μπροστά, καθώς το πέος βρίσκεται σε κατάσταση οιδήματος. Αν πρόκειται για το πρώτο είδος φίμωσης, μπορούμε να κάνουμε την εξής χειρουργική επέμβαση. Αφού τοποθετήσουμε τον ασθενή στην κατάλληλη θέση και τραβήξουμε την ακροποσθία μπροστά και αφού έχουμε στερεώσει τρία ή τέσσερα άγκιστρα στο άκρο της και έχουμε δώσει την εντολή στους βοηθούς μας να τα κρατάνε, τους κατευθύνουμε να τεντώσουν την ακροποσθία και να την ανοίξουν. Και έπειτα αν η εξωτερική προσκόλληση οφείλεται σε ουλή, χωρίζουμε την ακροποσθία από τα εσωτερικά μέρη με ένα νυστέρι ή κοφτερό μαχαίρι σε τρία ή τέσσερα τμήματα, φροντίζοντας να είναι ευθύγραμμο και σε ίση απόσταση μεταξύ τους. Η ακροποσθία της βάλανου είναι διπλή. Γι' αυτό εμείς χωρίζουμε το ένα τμήμα της, το οποίο βρίσκεται εσωτερικά. Έχοντας διαλύσει τον βρόχο που είχε δημιουργηθεί από την ουλή, θα μπορέσουμε να επαναφέρουμε την πόσθη.

Αν όμως η φίμωση προκαλείται από την προσκόλληση σάρκας των εσωτερικών μερών μπορεί να γίνει χάραξη σε όλη τη σάρκα, τραβώντας πίσω την ακροποσθία και αποξέοντάς τα σαρκώδη προεξέχοντα μεταξύ των τομών. Στη συνέχεια, εφαρμόζουμε ένα σωληνάριο μολύβδου σε όλο το πέος, αφού το τυλίξουμε σε αποξηραμένο χαρτί, ενώ ο σωλήνας θα πρέπει να έχει το ίδιο άνοιγμα παντού. Για τον λόγο αυτό, με την εφαρμογή του σωλήνα, η ακροποσθία, όταν επανέλθει προς τα εμπρός, εμποδίζεται από τον σχηματισμό συμφύσεων, διατηρούμενη χωριστά από τον μόλυβδο και

το τυλιγμένο χαρτί γύρω από αυτό. Γιατί με το να διογκώνεται με την υγρασία διαχωρίζει το δέρμα ακόμα περισσότερο. Αυτό μπορούμε να κάνουμε είτε σε φίμωση που οφείλεται σε ουλή είτε σε υπερβολική προσκόλληση σάρκας.

Αλλά εάν η βάλανος εμφανίσει παραφίμωση και γίνει χρόνια, παρουσιάζονται συμφύσεις και το πρόβλημα μετατρέπεται σε ανιάτο, εκτός εάν κάποιος επιλέξει να υποβληθεί στη χειρουργική επέμβαση για αφαίρεση της ακροποσθίας. Αλλά αν δεν έχουν ακόμη σχηματιστεί συμφύσεις, μπορούμε να κάνουμε τρεις, τέσσερις ή περισσότερες ευθύγραμμες τομές κυκλικά και έχοντας βρέξει την περιοχή με πολύ χλιαρό έλαιο, να τραβήξουμε την ακροποσθία προς τα έξω.

4. ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΕΡΙΤΟΜΗΣ ΚΑΙ Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΤΟΜΗ ΤΟΥ ΑΙΓΙΝΗΤΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη σύγχρονη ιατρική πραγματοποιούνται δύο τύποι περιτομής: η πλήρης, κατά την οποία αφαιρείται όλο το δέρμα γύρω από τη βάλανο και αυτή δεν καλύπτεται από δέρμα, ακόμα και όταν το πέος είναι σε χαλαρή κατάσταση, και η μερική περιτομή, που αφήνει ένα μικρό τμήμα δέρματος να καλύπτει μερικώς τη βάλανο. Ο γιατρός κρίνει ποια διαδικασία πρέπει να ακολουθηθεί. Η επέμβαση διαρκεί 20 έως 30 λεπτά και γίνεται με εφαρμογή τοπικής αναισθησίας στην περιφέρεια της βάσης του πέους. Στη συνέχεια, τέμνεται και απολιώνεται ο χαλινός και ακολουθεί αφαίρεση του δέρματος που έχει υποστεί σκλήρυνση και στένωση. Αφού γίνει η ραφή του τραύματος, τοποθετούνται γάζες και ελαστικός επίδεσμος γύρω από το πέος. Ο ασθενής επιστρέφει σύντομα στις καθημερινές του δραστηριότητες, ενώ αν χρειάζεται ο γιατρός θα του χορηγήσει αντιβίωση. Η επούλωση του τραύματος συνήθως γίνεται σε 25 ημέρες, οπότε επιτυγχάνεται η πλήρης ανάρρωση μέχρι να επιτραπεί η ε-

πιστροφή στη φυσική και σεξουαλική δραστηριότητα⁵.

Σε αντίθεση με τη σύγχρονη χειρουργική πρακτική ο Παύλος Αιγινήτης δεν κάνει αναφορά στη χρήση αναισθησίας και ραμμάτων, ενώ εντύπωση προκαλεί η χρήση αγκίστρων στη διάρκεια της επέμβασης, αλλά και η χρήση μολύβδινου σωλήνα για την αποφυγή σχηματισμού περαιτέρω συμφύσεων στην ακροποσθία. Παρά την έλλειψη των προαναφερθέντων υλικών που σήμερα βοηθούν τον ασθενή, μετατρέποντας ουσιαστικά την περιτομή σε επέμβαση ρουτίνας, ο μελετητής του Αιγινήτη δεν μπορεί παρά να νιώσει δέος και θαυμασμό για τους βυζαντινούς θεραπευτές, οι οποίοι παρά την ένδεια των μέσων που χαρακτήριζε την ιατρική της εποχής τους επέδειξαν αξιοζήλευτο έργο, προσφέροντας ανακούφιση στους συνανθρώπους τους. Άλλωστε, δεν είναι τυχαίο ότι ο Αιγινήτης έγινε διάσημος για

το φάσμα των χειρουργικών επεμβάσεων που επιχειρούσε, ενώ το έργο του συνιστά τη σημαντικότερη πηγή γνώσης για τη βυζαντινή χειρουργική. Τα επτά βιβλία του έργου του αποτέλεσαν αργότερα την κύρια πηγή γνώσης των Αράβων ιατρών, που με τη σειρά τους μεταλαμπάδευσαν τη γνώση τους στη Δύση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Hunger H. *Die hochsprachliche profane Literatur der Byzantiner*, Wien 1978 (ελλην. μτφρ. *Βυζαντινή λογοτεχνία. Η λόγια κοσμική γραμματεία των Βυζαντινών, τ. Γ', Μαθηματικά και Αστρονομία, Φυσικές Επιστήμες, Ιατρική, Πολεμική Τέχνη, Νομική Φιλολογία, Μουσική*, Μ.Ι.Ε.Τ., Αθήνα 2000, 127-128).
- Scarborough J. Early Byzantine Pharmacology, *Dumbarton Oaks Papers* 38 (1984) 213-232.
- Kazhdan A.P. (ed.). *The Oxford Dictionary of Byzantium*, v.3, Oxford – New York 1991, 1607.
- Παύλος Αιγινήτης, *Ιατρική πραγματεία εις επτά διηρημένη βιβλία*, έκδ. L.J. Heiberg, Paulus Aegineta [CMG 7], Lipsiae – Berolini 1921-1924, 95-96.
- <http://www.lekas-urology.com/peritomi/>





Μικρό αφιέρωμα στους Τρεις Ιεράρχες

Δέσποινα Χίντζογλου-Αμαολίδου

Ιατρός-συγγραφέας

Με την πένα και τον λόγο τους κατάφεραν να ενώσουν αρμονικά την ελληνική φιλοσοφία με το χριστιανικό πνεύμα, δηλαδή στην ουσία να θεμελιώσουν τον Χριστιανισμό. Άγιοι των γραμμάτων, των μαθητών, των δασκάλων και των έργων ευποιίας, θα έχουν πάντα κυρίαρχη θέση στην επικαιρότητά μας. Τα παρακάτω πεζοποιήματα είναι αφιερωμένα στη ζωή και το έργο τους.

Μέγας Βασίλειος

Ο πανεπιστήμων Βασίλειος, ο προεξάρχων της Ρητορικής και Φιλοσοφικής των Αθηνών, ο εκλεκτός εικοσιπεντάχρονος νέος, σοφότατος της εποχής με την αξία του έγινε. Με τον λόγο του ηγέτης, συγκινεί, χειροκροτείται και τα χιλιάδες «εύγε» ηλεκτρίζουν και πλανεύουν.

Φτωχά καθώς είναι τα ανθρώπινα φώτα σβήνουν και μαζί σβήνει η φωνή του ρήτορος και του φιλοσόφου. Ανατέλλει Αγιότητα. Ετάφη ο σοφός, ανεστήθη ο Άγιος. «*Ὡσπερ ἐξ ὕπνου βαθέος διαναστάς, ἀπέβλεψα μὲν πρὸς τὸ θανάμαστόν φῶς τῆς ἀληθείας τοῦ Εὐαγγελίου, κατείδον δὲ τὸ ἄχρηστον τῆς σοφίας τῶν ἀρχόν-*

των τοῦ αἰῶνος τούτου, τῶν καταργουμένων»¹. Βροντή ο λόγος, αστραπή ο βίος του.

Τα βάζει με τον Ιουλιανό τον Παραβάτη². Μαίνεται ο βασιλέας. Ο Βασίλειος κανέναν δεν φοβάται. «*Ἀνέγνως, ἀλλ' οὐκ ἔγνως εἰ γὰρ ἔγνως, οὐκ ἂν κατέγνως*», τολμáει να του γράψει. Και μετά από λίγο, και ο Μόδεστος³ στον Ουάλεντα,⁴ «*Ἦττήμεθα, βασιλεῦ*», θα παραδεχθεί, διότι «*κρείττων ἀπειλῶν ὁ ἀνὴρ, λόγων στερρότερος, πειθοῦς ἰσχυρότερος*».

Μέγας πράγματι ο άνθρωπος στα μάτια όλων. Μέγας μπροστά στους σοφούς, μέγας και ανίκητος μπροστά στην εξουσία, μέγας στους αιώνες που ήρθαν!

Γρηγόριος ο Θεολόγος

Αττικός και φιλαθήναιος, ο ευγενής ευπατρίδης τρέχει για σπουδές στην Καισάρεια, στην Αλεξάνδρεια, στην Αθήνα. Γίνεται κορυφαίος στη ρητορική, τη φιλοσοφία, τη θεολογία, την ποίηση. Ονειρεύεται να ασκητεύσει παρέα με τον φίλο του Βασίλειο.

Στον Ίρι ποταμό στον Πόντο, βιώνουν μαζί την ισάγγελο πολιτεία. Την ιεροσύνη δέχεται,

1. 23^η επιστολή.

2. Ιουλιανός ο Παραβάτης: προσπάθησε να επαναφέρει το δωδεκάθεο.

3. Μόδεστος: ο απεσταλμένος από τον Ουάλη αξιωματούχος, που είχε εντολή να απειλήσει τον Βασίλειο.

4. Ουάλης: βασιλέας της αυτοκρατορίας, οπαδός του Αρείου.

αλλά με φόβο, γιατί πιστεύει ότι: «Καθαρθῆναι δεῖ πρῶτον, εἶτα καθᾶραι, σοφισθῆναι καὶ οὕτω σοφίσαι· [...] ἐγγίσαι Θεῶ καὶ προσαγαγεῖν ἄλλους, ἀγιασθῆναι καὶ ὕστερον ἀγιάσαι...». Αρνείται με πείσμα αξιώματα και δόξα. Λαχταράει μόνον το τρίχινο εσώρασο, τον τράγινο σάκκο και την προσευχή στο ασκηταριό. Μετά βίας δέχεται την επισκοπή στα Σάσιμα⁵, κάνοντας υπακοή στον Βασίλειο και αργότερα, πάλι διά της βίας, τον αντίστοιχο θρόνο της Κωνσταντινούπολης, μια και είναι ο καταλληλότερος να υπερασπισθεί την Ορθοδοξία. Θρίαμβος τα λόγια και τα έργα του. Συγχώρηση και επιστροφή σωτήρια επιθυμεί, των ομολογούντων την πλάνη του Αρείου. Μακριά από τους χριστιανούς η εκδίκηση, λέει. Και για την Αρχιεπισκοπή αποφασίζει, «ἄσκευον⁶ βίον, εὐτελήν τράπεζαν, μικρὸν τῶν πτηνῶν ἀποδέουσαν».

Όμως, λιτότης, πραότης και αγιότης, ξυπνούν τον φθόνον των σεβαστῶν συνέδρων της Συνόδου και αμφισβητοῦν την προεδρία του. Εγκαταλείπει χωρὶς καμία πίκρα: «Ἄνδρες ποιμένες τῆς ἱερᾶς ποιμένης τοῦ Χριστοῦ, εἰ τι ὑμῖν ἐγὼ τῆς διαστάσεως αἴτιος, θρόνου ἐξώσατε, πόλεως ἀπελάσατε, μόνον τὴν ἀλήθειαν καὶ τὴν εἰρήνην ἀγαπήσατε». «Ὡς πέλειαν τανύπτερος⁷ καὶ ὡς χελιδῶν» φεύγει μακριά από τους ανθρώπους και βρίσκει ειρηνικό καταφύγιο για το γήρας του στον αγαπημένο κήπο της Αριανζού. Διαισθανόμενος το τέλος του θα γράψει: «Παρῆλθον ἄνθη, καιρὸς ἤγγικε θέρους. Λευκὴ δὲ μοι θρίξ, ἡ δὲ ἄλωσ⁸ καλεῖ στάχυν...».

Ο απολογισμός της προσφοράς του μέγας! Με τον ποιμενικό αυλό της θεολογίας του,

πραγματικά ενίκησε τις σάλπιγγες των ρητόρων. Τις έκανε να σιγήσουν!⁹

Ιωάννης ο Χρυσόστομος

Ξανά στον δρόμο της εξορίας ο Άγιος. Εκείνη η Φράγκισσα, η Ευδοξία η ακατανόμαστη, το αποφάσισε, κι ο άνδρας της ο βασιλιάς Αρκάδιος, ο άχρηστος.

Οδοιπορεί ασταμάτητα. Στον ήλιο ασκεπής, στη βροχή και το κρύο αφύλακτος. Νικομήδεια, Νίκαια, Δορύλαιο, Άγκυρα, Καισάρεια, Αραβησός, Κουκουσός. Θα τον κυνηγήσουν οι Ίσαυροι και θα κρυφτεί στα δάση, θα γλιστρήσει στα βράχια, θα παγώσει στα χιόνια, θα κοιμηθεί στις σπηλιές. Πληρωμένοι από το μίσος της βασιλίσσας, εγκληματίες στρατιώτες θα τον βάλουν και πάλι στον δρόμο του θανάτου, για Πιτυούντα και Κόμανα, κι ας είναι άρρωστος βαριά. Εκεί στα Κόμανα, μες στο Ιερό, θα γονατίσει, θα κοινωνήσει και σβήνοντας θα ψιθυρίσει: «Δόξα τῷ Θεῷ πάντων ἔνεκεν»!

Τριάντα χρόνια αργότερα, ο Θεοδόσιος Β΄, στη Χαλκηδόνα, με την αυτοκρατορική τριηρη, θα περιμένει το Άγιο λείψανό του. Φωταγωγημένα πλοία θα συνοδεύσουν τη μεγάλη πομπή στη Βασιλεύουσα. Πλήθη λαού θα περιμένουν με θρήνους, για να υποδεχθούν τον Δάσκαλο της Οικουμένης με τον χρυσό λόγο και να τον οδηγήσουν στους Δώδεκα Αποστόλους. Ο Θεοδόσιος θα βγάλει την αυτοκρατορική πορφύρα από τους ώμους του και θα καλύψει το σκευοφυλάκιο και μετά δακρυσιμένος θα του ζητήσει να συγχωρήσει τους γονείς του για τη σκληρότητα και το λάθος τους. Αλίμονο, εκείνη η βάρβαρη φύτρα, η Ευδοξία, ήταν υπεύθυνη για όλα... Ο Αρκάδιος είχε το ακαταλόγιστο! Το Ξέραν όλο!

5. «...πάλιν ἐγὼ πενθῶν καὶ σκυθρωπάζων πορεύομαι [...], οὐκ ἐπέισθημεν ἀλλ' ἐβιάσθημεν...» θα γράψει παραπονούμενος στον Βασίλειο.

6. Άσκευος βίος: ζωή χωρίς πολυτέλεια.

7. Πέλειαν τανύπτερος: περισσότερη με σπαθάτα πτερά.

8. Άλωσ: αλώνι.

9. Απολυτικίον Γρηγορίου του Θεολόγου: «Ο ποιμενικός αυλός τῆς θεολογίας σου, τὰς τῶν ρητόρων ἐνίκησε σάλπιγγας. Ὡς γὰρ τὰ βᾶθη τοῦ Πνεύματος ἐκζητήσαντι καὶ τὰ κάλλη τοῦ φθέγματος προσέτεθη σοι. Ἀλλὰ πρέσβευε Χριστῷ τῷ Θεῷ, Πάτερ Γρηγόριε, σωθῆναι τὰς μυχὰς ἡμῶν».



Κυνηγώντας προθεσμίες και ευτυχία, ξεχνούμε τους μοναχικούς ηλικιωμένους μας

Ranjana Srivastava

Μετάφραση: Α. Παπαγιάννης

Ένας καταθλιπτικός χειμώνας επιτέλους έχει δώσει τη θέση του στην ευτυχία της άνοιξης. Όμορφα λουλούδια ανθίζουν και τα γυμνά δέντρα υπόσχονται ότι θα ξαναπρασινίσουν. Καθώς αρχίζω τη σαββατιάτικη επίσκεψή μου, νιώθω ευτυχισμένη για τους ασθενείς μου που ίσως θα πάρουν εξιτήριο ή έστω θα μπορέσουν να βγουν στον κήπο.

«Μπορείς να πας στο σπίτι!» συγχαίρω τον πρώτο μου άρρωστο.

«Μη βιάζεσαι, αγάπη μου», απαντάει, και σκέφτομαι ότι μετά από δυο εβδομάδες νοσηλείας θα αστειεύεται. Σε ποιον αρέσουν τα νοσοκομεία;

Κι έπειτα θυμάμαι. Είναι χήρος με μια κόρη που πάντα είναι πολυάσχολη. Μιλάει γι' αυτήν

με αφοσίωση, αλλά και με μια απελπισία. «Δεν είναι ο τύπος που κάνει επισκέψεις».

Τι θα γράψω στον φάκελο; Μοναξιά ως αιτία αναβολής εξιτηρίου; Χωρισμένη οικογένεια; Μου λύνει το δίλημμα κάνοντας μια κρίση πανικού. Γράφω να πάρει ένα αγχολυτικό. Η κόρη το έχει ήδη ξεκαθαρίσει ότι εκείνος δεν είναι «δική της δουλειά».

Είναι ώρα του μεσημεριανού. Δίσκοι φαγητού μένουν ανέγγιχτοι και ποτά απείραχτα. Σηκώνουμε ένα καπάκι εδώ, ανοίγουμε έναν χυμό εκεί, ενώ οι αδελφές σπεύδουν από τον έναν άρρωστο στον άλλο, ταΐζοντας, καθαρίζοντας, ανακουφίζοντας. Κανένας δεν το αναφέρει, αλλά ο «ελέφαντας στο δωμάτιο» είναι η σχεδόν πλήρης απουσία μελών της οικογε-

Σ.τ.Μ.: Η Ranjana Srivastava είναι παθολόγος-ογκολόγος και βραβευμένη συγγραφέας στην Αυστραλία, και αρθρογραφεί συχνά πάνω σε θέματα υγείας και φροντίδας των ασθενών. Το παρόν άρθρο (πρωτότυπος τίτλος: "Chasing deadlines and happiness, we forget our lonely elderly") δημοσιεύθηκε στην εφημερίδα *Guardian* στις 12/10/2017 και αναδημοσιεύεται με την άδεια της συγγραφέως και της εφημερίδας.

<http://ranjanasrivastava.com/>

<https://www.theguardian.com/commentisfree/2017/oct/12/chasing-deadlines-and-happiness-we-forget-our-lonely-elderly>

νείας ή επισκεπτών, παρ' όλο που είναι Σαββατοκύριακο. Όχι για να κάνουν τη βαριά δουλειά, αλλά απλώς για να καθίσουν να μιλήσουν, και να προσφέρουν το μεγαλύτερο φάρμακο, τη συντροφιά. Όμως αυτό το όμορφο απόγευμα τα μάτια των αρρώστων είναι απλανή και οι διάδρομοι άδειοι. Εμείς το βλέπουμε, αλλά όντας ανέτοιμοι να βοηθήσουμε, συνεχίζουμε τη ρουτίνα – γράφουμε αντιβιοτικά, τροποποιούμε ορούς, προσφέρουμε ηρεμιστικά, μέχρι που τα χέρια μας παθαίνουν κράμπες και τα κεφάλια μας πονούν από το να νοσηλεύουμε χωρίς αληθινά να βοηθούμε.

Στεκόμαστε δίπλα στο κρεβάτι ενός 94χρονου που «πονάει παντού». Θέλω να του πω ότι, όπως όλοι στην ηλικία του, ταλαιπωρείται από αρθρίτιδα και δεν έχει τίποτε πιο σοβαρό, αλλά τα μάτια του είναι υγρά, κι εγώ παλεύω με την απόγνωσή μου για το γεγονός ότι ο πιο μακρόχρονος ασθενής είναι εκείνος που η οικογένειά του τον επισκέπτεται λιγότερο. Η νοσηλεύτριά του σπεύδει να βοηθήσει.

«Τι γίνεται;», χαμογελάει. «Πονάμε παντού, ε;» Τα αρθρικά του δάχτυλα είναι λυγισμένα και παραμορφωμένα, η ευαισθησία του ολοφάνερη.

«Όμως, αν δεν έρθει κανείς, θα σε ταΐσω εγώ».

Κι εδώ εκείνος ξεσπάει σε δάκρυα. Στεκόμαστε παγωμένοι και αμήχανοι. Σκεφτόμαστε ότι αυτό συμβαίνει σε κάθε γέυμα, και παρ' όλα τα χρήματα που ξοδεύονται για μια εν πολλοίς μάταια φροντίδα, το μόνο που λαχταράει είναι μια δόση ανθρωπιάς.

Αλλά το μεγαλύτερο σοκ της ημέρας δεν ήρθε ακόμη. Μια χήρα κρεμιέται από το χέρι μου και λέει με λυγμούς: «Δώστε μου μόνο ένα χάπι να πεθάνω».

«Μια γαστρίτιδα έχεις. Η γαστρίτιδα θεραπεύεται!», αναφωνώ.

«Νιώθω απάισια».

«Πού είναι ο γιος σου;» ρωτάω, λαχταρώντας να δω ένα μέλος της οικογένειας που θα

καθίσει μαζί της και θα τη βοηθήσει να δει αλλιώς τη μιζέρια της.

«Έχει δουλειές».

Κάθομαι στο γραφείο και αναλογίζομαι ότι ένα ολόκληρο Σαββατοκύριακο παίρνω ιστορικά, πιθανολογώ διαγνώσεις και γράφω συνταγές, ενώ ουσιαστικά ο μεγαλύτερος εχθρός είναι η μοναξιά των αρρώστων που αισθάνονται αγνοημένοι, παραμελημένοι ή εντελώς εγκαταλελειμμένοι από την οικογένειά τους. Υπολογίζω ότι μέσα σε ολόκληρο το Σαββατοκύριακο συναντήσαμε μόνο μια χούφτα ενήλικες συγγενείς και ούτε ένα παιδί.

Λίγα πράγματα ανακουφίζουν καλύτερα τους ηλικιωμένους και τους δίνουν περισσότερο σκοπό στη ζωή από το να ξέρουν ότι κάποιος τους νοιάζεται. Είναι συγκινητικό να βλέπεις πώς ο πόνος υποχωρεί και το άγχος ξεθωριάζει όταν έχουν δίπλα τους αγαπημένα πρόσωπα. Όταν όμως βλέπεις άδειους διαδρόμους και αθροίζεις τις μάταιες προσπάθειες επαφής με συγγενείς, φτάνεις στο αναπόφευκτο συμπέρασμα ότι ως κοινωνία έχουμε πάψει να εκτιμούμε τους ηλικιωμένους μας. Ενώ κυνηγούμε την ευτυχία, πηγαίνουμε τα παιδιά μας στο ποδόσφαιρο, προλαβαίνουμε προθεσμίες και βρίσκουμε χρόνο να συμμαζέψουμε το σπίτι, έχουμε αφήσει τις υποχρεώσεις μας προς τους ηλικιωμένους να χαλαρώσουν, ή ακόμη χειρότερα, τους βλέπουμε σαν φορτία. Όσο κι αν ακούγεται απαίσιο, αρνούμαστε στους ηλικιωμένους μας την προσωπική αξία τους.

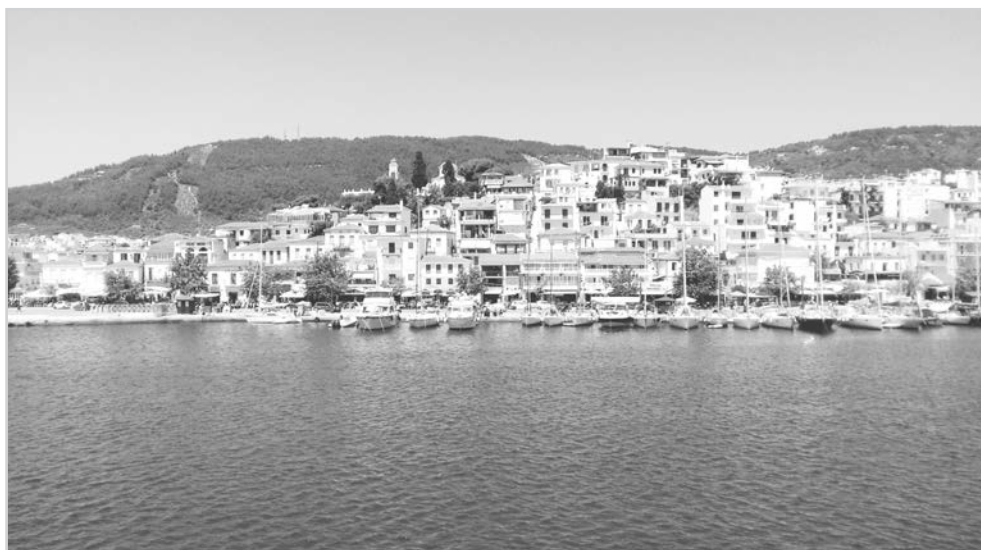
Τα νοσοκομεία μαρτυρούν αξιοθαύμαστες ιστορίες θυσίας, και τακτικά συναντούμε συγγενείς εξαντλημένους, μη προνομιούχους και ανάπηρους που αγωνίζονται να φροντίσουν έναν ηλικιωμένο συγγενή τους. Τέτοιοι φροντιστές σπάνια βρίσκουν αναγνώριση και αξίζουν τον θαυμασμό και τη βοήθειά μας. Ωστόσο, όλο και συχνότεροι είναι εκείνοι που ρωτούν όχι πώς μπορούν να βοηθήσουν, αλλά πώς το νοσοκομείο μπορεί να λύσει τα προ-

βλήματα του γηρασμένου, χρόνια άρρωστου, εξαρτημένου από τη φροντίδα συγγενούς τους. Ναι, θα μπορούσαμε να έχουμε περισσότερες νοσηλεύτριες, καλύτερους οίκους ευγηρίας και προσβάσιμες υπηρεσίες φροντίδας για τους ηλικιωμένους, αλλά δεν έχεις παρά να μιλήσεις με έναν ασθενή για να καταλάβεις ότι τίποτε από αυτά δεν αντικαθιστά την επένδυση της οικογένειας. Οι έξυπνες παρεμβάσεις και τα νεότερα φάρμακα ποτέ δεν θα είναι ισοδύναμα με την καλοσυνάτη φροντίδα που είναι το ισχυρότερο φάρμακο.

Οι δυο δεκαετίες που έχω περάσει σε νοσοκομεία είναι ένα αφυπνιστικό μάθημα για τη διάβρωση της φροντίδας και του σεβασμού μας προς τους ηλικιωμένους. Ο πληθυσμός που γεννάει δεν είναι αόρατη οντότητα· είναι οι ηλικιωμένοι συγγενείς μας που δικαιούνται μια παρουσία στη ζωή μας. Θα πρέπει να τους τιμούμε στην προχωρημένη ηλικία τους όπως τους τιμούσαμε όταν ήταν νεότεροι και παρα-

γωγικοί, και είχαν φωνή.

Στη ζωή μας, γεμάτη με όλο και πιο πολλές δουλειές και επιδιώξεις, όλοι θα συναντήσουμε το πρόβλημα του πώς καλύτερα θα τιμήσουμε, θα σεβαστούμε και θα φροντίσουμε τους ηλικιωμένους συγγενείς μας. Πολλοί από τους συγγενείς αυτούς θα γίνουν ασθενείς, αλλά για ένα πράγμα είμαι σίγουρη: η απάντηση σε μια κοινωνική αρρώστια δεν θα έλθει από την ιατρική. Η ιατρική θα κάνει αυτό που ξέρει, θα θεραπεύει νοσήματα, συχνά απλώς με «μπαλώματα». Αυτό που δεν μπορεί να κάνει είναι να μεταγγίσει στους ασθενείς μια αίσθηση κοινωνίας και αυτοαξίας. Η θεραπεία μιας πνευμονίας και η επιδιόρθωση ενός σπασμένου ισχίου δεν είναι το ίδιο με το να ξαναδώσεις αξιοπρέπεια και νόημα σε μια ζωή. Αυτή τη διάκριση πρέπει όλοι να τη σκεφτούμε, διότι όπως φερόμαστε στους μεγαλύτερους μας σήμερα, έτσι να περιμένουμε ότι θα μας φερθούν και τα παιδιά μας αύριο.





Η κυρία Λίνκολν

Richard B. Weinberg

MD, Winston-Salem, North Carolina,
Am J Med 1995 Aug; 99(2): 217-8.

Μετάφραση: Α. Παπαγιάννης

Την πρώτη φορά που τη συνάντησα, ήταν σαν να έπεσε ένας τσιμεντόλιθος απ' τον ουρανό στο κεφάλι μου.

«ΓΙΑΤΡΕ! Τι κάνεις εκεί πέρα;»

Είχα πάρα πολλή δουλειά καθώς άρχιζα εργασία σε καινούριο τμήμα και δεν είχα φύγει από την πτέρυγα για φαγητό, κι έτσι είχα ακολουθήσει το τρόλεϊ με τα γεύματα των αρρώστων μέχρι το τέλος του διαδρόμου, και όταν έφτασε στο τελευταίο δωμάτιο είχα πάρει έναν απείραχτο δίσκο.

Στράφηκα για να αντιμετωπίσω την κατήγορό μου. Ήταν κοντή και γεμάτη, η στολή της άστραφτε κάτασπρη, τα γκριζωπά μαλλιά της ήταν τακτοποιημένα κάτω από ένα καπέλο με περύγια και το πρόσωπό της είχε το χρώμα του καλογουαλισμένου έβενου. Βάδιζε στον διάδρομο προς το μέρος μου σαν επιθετικός ποδοσφαιριστής που σκοπεύει να προσπεράσει έναν άτυχο αμυντικό. Στάθηκε λίγα εκατοστά μπροστά μου με τα χέρια στους γοφούς

και με μια έκφραση δίκαιας αγανάκτησης στο πρόσωπο.

«Βάλε αμέσως πίσω τον δίσκο!» διέταξε.

Δεν μου φάνηκε συνετό να αντιμιλήσω.

«Εεε... συγγνώμη... η καντίνα έκλεισε και πεινούσα», μουρμούρισα ταπεινά. Έσπευσα να βάλω τον δίσκο στη θέση του και αναζήτησα καταφύγιο στο γραφείο των ειδικευμένων. Όμως εκείνη με ακολούθησε. Δεν είχε τελειώσει ακόμη μαζί μου.

«Με ξαφνιάζεις. Ένας καλός γιατρός σαν εσένα να ακολουθεί το καρότσι στον διάδρομο σαν σκύλος πίσω από το φορητό του χασάπη! Ο κ. Μακέην δεν έχει δυο ώρες που βρίσκεται στην αγκαλιά του Χριστού κι εσύ του παίρνεις το φαγητό!»

Σωριάστηκα ένοχα στην καρέκλα δίπλα στο τραπέζι εργασίας, προσπαθώντας να αποφύγω την οργή αυτής της εφιαλτικής χίμαιρας, ενός συνδυασμού της Φλόρενς Ναϊτινγκέιλ, ενός εκπαιδευτή επιλοχία και της μητέ-

ρας μου.

«Την επόμενη φορά που θα πεινάς, θα το πεις σε μένα και θα σου βρω εγώ δίσκο», ανήγγειλε.

«Μάλιστα, μαντάμ», ξεστόμισα. Η οργισμένη μάζα βγήκε και στο δωμάτιο έγινε νεκρική σιγή.

«Ποιος διάβολος νομίζει ότι είναι και μου φωνάζει έτσι;» διαμαρτυρήθηκα.

«Είναι η κυρία Λίνκολν, η προϊσταμένη του τμήματος», με πληροφόρησε ο αρχαιότερος ειδικευόμενος, «και στη θέση σου δεν θα τα έβαζα μαζί της», πρόσθεσε, χωρίς να χρειάζεται. «Καλώς ήλθες στο Δυτικό 3».

Είχε μεγαλώσει στο γκέτο που άρχιζε μόλις μερικά τετράγωνα νότια του νοσοκομείου, και είχε αποφοιτήσει από τη σχολή πρακτικής νοσηλευτικής του νοσοκομείου. Είχε εργασθεί στο Δυτικό 3 από τότε που θυμόταν και είχε ανέβει μέχρι τη θέση της προϊσταμένης. Ωστόσο, συνέχιζε να αλλάζει ωράριο και να περνάει απ' όλες τις βάρδιες για να είναι ενήμερη για τη δραστηριότητα στο τμήμα «της». Ντυνόταν ίδια κάθε μέρα: κολλαριστή λευκή στολή, καπέλο με πτερύγια και μια καρφίτσα νοσηλεύτριας σε εμφανή θέση στον γιακά της. Είχε επιβλητική παρουσία, και ο πιο σκληρός ναρκομανής, ο πιο ιδιότροπος VIP, ο πιο πομπώδης εσωτερικός βοηθός, όλοι την αποκαλούσαν «Κυρία».

Εκείνη τη νύχτα η εφημερία μας ήταν εξοντωτική. Παρακοιμήθηκα το πρωί και έσπευσα στο τμήμα χωρίς πρωινό πλύσιμο. Ήταν εκεί, δίπλα στο ράφι με τους φακέλους, με τον αρχαιότερό μου, και με περίμεναν.

«ΓΙΑΤΡΕ! Μοιάζεις με κάτι που έφερε στο σπίτι ο σκουπιδιάρης! Δείξε λίγο σεβασμό στους ασθενείς σου! Πήγαινε να πλυθείς και να αλλάξεις ρούχα πριν κάνουμε επίσκεψη στους αρρώστους!» Κοίταξα τον βοηθό για υποστήριξη, αλλά εκείνος απλώς κούνησε αργά το κεφάλι σαν συγκατάθεση. Αυτός ο μήνας θα ήταν δύσκολος, σκέφθηκα μελαγχολικά κα-

θώς επέστρεφα στο εφημερείο.

Ήταν εκεί κάθε μέρα στις 6.30 το πρωί. Γρήγορα έμαθα ότι ήταν σοφό να γνωρίζω καλά τα περιστατικά μου, γιατί εκείνη τα ήξερε. Δεν χωρούσε προχειρότητα στο τμήμα της. Οι επισκέψεις άρχιζαν στην ώρα τους, οι οδηγίες υπογράφονταν αμέσως και οι φακέλοι επέστρεφαν στα ράφια. Καθώς ο μήνας περνούσε, παρά το αρχικό τραύμα στη νεανική ιατρική μου υπερηφάνεια, βαθμιαία ανέπτυξα έναν απρόθυμο σεβασμό γι' αυτήν, γιατί πρόσεξα πως οτιδήποτε έκανε ήταν προς όφελος των ασθενών. Και βοηθούσε και μένα. Σιωπηλά διόρθωνε τις οδηγίες μου όταν έκανα λάθη. Στάθηκε δίπλα μου και με δασκάλεψε στον πρώτο μου «Κώδικα» [Σ.τ.Μ.: Αμερικανικό νοσοκομειακό συνθηματικό για την καρδιακή ανακοπή]. Με τη Βίβλο της στο χέρι, ηρέμησε μια οργισμένη, θλιμμένη οικογένεια που είχε χάσει απροσδόκητα ένα αγαπημένο πρόσωπο. Με την καθοδήγησή της η κλινική μου συμπεριφορά βελτιώθηκε και οι άρρωστοί μου πήγαιναν καλά. Αρχισα να αναζητώ τη συμβουλή της σε δύσκολες περιπτώσεις: πάντα είχε καλές ιδέες. Τους μήνες που ακολούθησαν γίναμε καλοί φίλοι, και χαιρόμουν ιδιαίτερα το γεγονός ότι ήμουν από τους λίγους ανθρώπους που μπορούσαν να την πειράζουν χωρίς αντιποινα.

«Ξέρω ότι ο Ιησούς δουλεύει με τα χέρια σου και γιατρεύει τους αρρώστους», μου είπε μια μέρα.

«Μα, κυρία Λίνκολν, ξέρεις ότι είμαι Εβραϊός», την τσίγκλισα.

«Δεν έχει σημασία», απάντησε. «Παρ' όλα αυτά σε βοηθάει».

Ήταν άνοιξη του τελευταίου μου έτους και βάδιζα προς τα εξωτερικά ιατρεία, όταν άκουσα στα μεγάφωνα την κλήση: «Μπλε Κώδικας, Δυτικό 3». Δεν χρειάζεται τρεχάλα, είπα μέσα μου. Αν υπάρχει κάποιο μέρος στον κόσμο που είναι καλό να πάθεις ανακοπή, είναι το Δυτικό 3. Η κλήση όμως επαναλήφθηκε κι ένας συνά-

δελφος πέρασε τρέχοντας δίπλα μου.

«Η κυρία Λίνκολν έπαθε ανακοπή», φώναξε. Έτρεξα πίσω του. Θα νόμιζες ότι όλοι οι ειδικευόμενοι ήταν εκεί. Οι πρώτοι που έφτασαν δούλευαν πυρετωδώς πάνω στην κ. Λίνκολν, κάνοντας μαλάξεις στο στήθος της, ζητώντας φάρμακα, φωνάζοντας για ΗΚΓ και αέρια αίματος. Δεν είχε να κάνω πολλά πράγματα, κι έτσι περίμενα ανήσυχος στον συνωστισμένο διάδρομο.

«Δεχόταν τόση πίεση», είπε μια νεότερη νοσηλεύτρια κλαίγοντας στον ώμο μου. Το είχα ακούσει. Η νοσηλευτική άλλαξε. Είχε βγει μια καινούρια απόφαση που έλεγε ότι όλες οι νοσηλεύτριες σε διοικητικές θέσεις έπρεπε να έχουν πτυχία τετραετούς φοίτησης ή να παραιτηθούν. Η απόφαση έμοιαζε δρακόντεια, γιατί θα έδιωχνε μερικές από τις πιο ικανές νοσηλεύτριες του νοσοκομείου. Σίγουρα δεν θα ανάγκαζαν κάποια σαν την κ. Λίνκολν να εγκαταλείψει το τμήμα της.

«Πιάνω σφυγμό!» ξεφώνισε κάποιος. «Να την πάμε στη μονάδα αμέσως!» Ανήμπορος ακολούθησα το έξαλλο πλήθος καθώς μετέφεραν την κ. Λίνκολν στη στεφανιαία μονάδα.

Την επισκέφθηκα μετά τρεις μέρες, όταν είχε σταθεροποιηθεί. Η μονάδα έσφυζε από κίνηση, αλλά η περισσότερη ήταν γύρω από το Δωμάτιο 4. Οι ειδικευόμενοι μπαινόβγαιναν διαδοχικά, σαν να χαιρετούσαν κάποιον της βασιλικής οικογένειας. Ο διευθυντής του Καρδιολογικού απορημένος εξέτασε τον φάκελο της κ. Λίνκολν. Λίγοι ασθενείς άξιζαν κάποια ιδιαίτερη προσοχή στη μονάδα του, και σίγουρα όχι χωρίς την έγκρισή του. Γιατί όλη αυτή η φασαρία για μια ηλικιωμένη μαύρη γυναίκα με κατώτερο έμφραγμα; Τριγυρισμένος από τη συνοδεία του προχώρησε στο κρεβάτι της για να το μάθει.

«Πώς είμαστε σήμερα, αγαπητή μου;» ρώτησε, κοιτάζοντας αφ' υψηλού πάνω από τα διπλεστικά γυαλιά του.

«Μια χαρά, γιατρέ».

«Φαίνεται ότι πολλοί ενδιαφέρονται για σας».

«Μάλιστα, γιατρέ».

Απορημένος ακόμη, ο διευθυντής επέμεινε. «Πιστεύω να έχεις καλή φροντίδα από το προσωπικό μας».

«Και βέβαια, κύριε», συμφώνησε καλόκαρδα η κ. Λίνκολν, «τους έχω δασκαλέψει καλά».

Ο επικεφαλής βοηθός έπνιξε ένα επιφώνημα κι ο ειδικευόμενος καρδιολόγος δάγκωσε το χεϊλί του για να μην γελάσει δυνατά. Ο διευθυντής, με το πρόσωπο κόκκινο, βγήκε από το δωμάτιο. «Εεε... χμ... έτσι φαίνεται».

Μετά την αποχώρηση του διευθυντή έμεινα για να τη δω. «Λοιπόν, θα μας λείψεις για ένα διάστημα», είπα.

«Δεν ξέρω αν θα ξαναγυρίσω», είπε κουρασμένα. «Η νέα διευθύνουσα τριγυρνάει όλη μέρα με κοστούμι, ονομάζει τον εαυτό της αντιπρόεδρο. Λέει ότι δεν έχω αρκετή εκπαίδευση για να είμαι προϊσταμένη. Ούτε μια «πάπια» δεν θα μπορούσε να καθαρίσει! Λέει ότι χρειάζομαι καθηκοντολόγιο! Δεν έχω ανάγκη ένα κομμάτι χαρτί για να μου πει πώς θα κάνω τη δουλειά μου! Ίσως ο Κύριος θέλει μ' αυτόν τον τρόπο να μου πει ότι είναι καιρός να σταματήσω».

«Μα, κ. Λίνκολν, σε χρειαζόμαστε. Είσαι από τους ανθρώπους που κάνουν αυτό το νοσοκομείο σπουδαίο. Ποιος θα βάζει σε τάξη το Δυτικό 3; Ποιος θα εκπαιδεύει τους νέους βοηθούς;»

«Δεν ξέρω», αναστέναξε.

«Κοίταξε, ξεκουράσου τώρα. Αλλά σκέψου καλά να ξαναγυρίσεις. Αν έρθεις, υπόσχομαι να ξεφορτωθώ τον "Γέρο"».

Ο «Γέρος», το στηθοσκοπικό μου, ήταν το μόνο σημείο τριβής που είχε απομείνει μεταξύ μας. Το είχα αγοράσει την πρώτη μου μέρα στην ιατρική σχολή, και όσο τα εξαρτήματά του φθειρόνταν, περιμάζευα ανταλλακτικά κι εκείνο συνέχιζε να δουλεύει. Δεν είχε πλέον τίποτε από τα αρχικά του κομμάτια και έδειχνε

απαίσιο, αλλά είχε μια ευαισθησία που δεν την έφταναν τα ακριβά μοντέλα που είχα δοκιμάσει στο ιατρικό βιβλιοπωλείο. Η κ. Λίνκολν ήθελε να το εξοστρακίσει από την κλινική.

«Θες να πεις ότι αν ξαναγυρίσω θα ξεφορτωθείς αυτό το παλιόπραμα;» Σκέφθηκε για μια στιγμή. «Ε λοιπόν, γιατρέ μου, καλά θα κάνεις να ψάξεις για καινούριο στηθοσκόπιο».

Μετά από τρεις μήνες ανάρρωση η κ. Λίνκολν επέστρεψε στο Δυτικό 3. Στο τμήμα είχε διορισθεί μια προϊσταμένη νοσηλεύτρια, αλλά καθόταν τον περισσότερο καιρό στο γραφείο της και είχε την ευαισθησία να τοποθετήσει την κ. Λίνκολν ως υπεύθυνη ημέρας. Τα μαλλιά της κ. Λίνκολν είχαν λιγάκι ασπρίσει και οι κινήσεις της είχαν γίνει λίγο πιο αργές, αλλά βασικά συνέχισε όπως πάντα, κι έτσι ουσιαστικά τίποτε δεν άλλαξε πολύ στο Δυτικό 3.

Η μέρα που τελείωσα την ειδίκευσή μου ήταν από τις πιο ευτυχισμένες της ζωής μου. Έτρεχα γύρω στο νοσοκομείο αποχαιρετώντας συναδέλφους, καθηγητές και φίλους. Η τελευταία μου στάση ήταν το Δυτικό 3. Η κ. Λίνκολν κι εγώ καθίσαμε στον σταθμό νοσηλείας και θυμηθήκαμε τα προηγούμενα τρία χρόνια.

«Μήπως έχεις καμιά αδελφή στο Σικάγο για να με κρατάει σε τάξη στην εξειδίκευσή μου;» αστειεύθηκα.

«Ε, δεν ήσουν και τόσο χάλια», χαμογέλασε. «Απλώς χρειάστηκες λίγη ευθυγράμμιση στην αρχή. Όμως να προσέξεις, όταν φτάσεις να γίνεις μεγάλος προφέσορας, να μην φουσκώσεις το κεφάλι σου. Να θυμάσαι την κ. Λίνκολν, γιατί θα σε βλέπω από ψηλά». Σηκώθηκε αργά και έπιασε το χέρι μου στα δικά της. «Είσαι καλός γιατρός, και σίγουρα θα μου λείψεις». Μ' έσφιξε παρατεταμένα στην αγκαλιά της. «Καλή τύχη, γιατρέ».

Έδωσα τις εξετάσεις ειδικότητας εκείνο το φθινόπωρο, και μερικούς μήνες αργότερα έφτασε με το ταχυδρομείο ένας χαρτονένιος κύλινδρος που περιείχε το Δίπλωμα της Ειδικής Παθολογίας. Το ξετύλιξα και το κράτησα ψηλά, καμαρώνοντας τις πολλές επίσημες υπογραφές και σφραγίδες του. Έμοιαζε περισσότερο με πιστοποιητικό επιβίωσης παρά με αποδεικτικό της επάρκειάς μου. Αλλά γι' αυτήν δεν χρειαζόμουν ένα κομμάτι χαρτί. Η κ. Λίνκολν είχε μελετήσει προσεκτικά τις ιατρικές μου ικανότητες, και δεν μου είχε βρει ελλείψεις.

Είπαν

«Η υπεροψία εκδηλώνεται όταν εκείνοι που παίρνουν αποφάσεις χωρίς επαρκή στοιχεία δεν αναγνωρίζουν ή δεν παραδέχονται πόσο άδριο είναι το ντουλάπι της γνώσης τους, ενώ οι άριστοι επιστήμονες ή γιατροί έχουν πάντα επίγνωση του πόσο λίγα γνωρίζουν»

[Franz Ingelfinger, πρώην διευθυντής σύνταξης του περιοδικού *New England Journal of Medicine*]



Αθηνά

Φανή Μέλφου-Γραμματικού

Συν/χος Μικροβιολόγος – Λογοτέχνης

Ο καθηγητής Ζήσης Ολυμπίου κοίταξε αυστηρά έναν-έναν τους γιατρούς της Α΄ Παθολογικής Κλινικής του Αττικού Νοσοκομείου. Τα αετίσια μάτια του διαπερνούσαν το φράγμα του ουδέτερου επαγγελματικού του προσώπιου και τρύπωναν στα άδυστα των κρυφών στοχασμών τους. Ο υφηγητής Πάνος Ευσταθίου, ο επιμελητής Άρης Θεοφύλακτος και η νεαρή ειδικευόμενη Αθηνά Σοφίδου ένωσαν διάφανοι κάτω από το διεισδυτικό του βλέμμα και κατέφυγαν σε διάφορα τεχνάσματα για να το αποφύγουν. Ο Πάνος Ευσταθίου έβγαλε ένα μαντήλι από την τσέπη του και σκούπισε επιμελώς τα γυαλιά του, ο Άρης Θεοφύλακτος προσποιήθηκε πως ψάχνει τις σημειώσεις του και η νεαρή Αθηνά έστριψε τα μεγάλα γαλάζια μάτια της στα κλαδιά της ασημένιας ελιάς, έξω από το παράθυρο.

Η φωνή του Ολυμπίου, βραχνή και βροντερή, τους υποχρέωσε να στρέψουν τα βλέμματά τους επάνω του: «Σας κάλεσα εδώ για να πάρουμε μια απόφαση σχετικά με τον ασθενή χωρίς όνομα, τον Κανένα, όπως τον αποκαλεί-

τε. Ζητώ να μου πείτε ξεκάθαρα τη γνώμη σας. Υπάρχει κάποια πρόοδος, κάποιο σημάδι βελτίωσης της κατάστασής του; Και αν όχι, τι προτείνετε;».

Πρώτος πήρε το λόγο ο υφηγητής Πάνος Ευσταθίου: «Κύριε καθηγητά, ο ασθενής χωρίς όνομα ευρίσκεται εις την κλινικήν μας πλέον των δυο μηνών. Όπως γνωρίζετε, εισήχθη με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, απώλεια μνήμης και κάταγμα δεξιάς κνήμης. Κατόπιν χειρουργικής επεμβάσεως, απεφεύχθη το μοιραίο, όμως η απώλεια μνήμης παραμένει χωρίς σημεία βελτίωσης. Επομένως φρονώ ότι η περαιτέρω παραμονή του εις την κλινική μας είναι περιττή και επιζήμια».

«Εσείς, κύριε Θεοφύλακτε, ποια γνώμη έχετε; Συμφωνείτε με τον κύριο Ευσταθίου;» στράφηκε προς τον επιμελητή της κλινικής, έναν γεροδεμένο νέο άντρα που το γυμνασμένο κορμί του τον έκανε να μοιάζει με αθλητή αγώνων δρόμου. Έμεινε συλλογισμένος ο Άρης Θεοφύλακτος. Λογικά ήταν σωστή η άποψη του υφηγητή Ευσταθίου. Ο άνθρωπος

χωρίς όνομα, ο Κανένας όπως συνήθιζαν να τον αποκαλούν μεταξύ τους, είχε ελάχιστες ελπίδες να βελτιωθεί η κατάσταση της μνήμης του, κι αυτό μακροχρόνια, εάν τα υγιή εγκεφαλικά του κύτταρα κατόρθωναν να καλύψουν τις νεκρωμένες περιοχές του εγκεφάλου του. Με τη βοήθεια συγγενικών ή φιλικών του προσώπων ήταν πιθανή μια τέτοια εξέλιξη, όμως δεν υπήρχαν τέτοια πρόσωπα. Δυο μήνες στο νοσοκομείο και κανέναν δεν τον αναζήτησε. Κανένα στοιχείο για την ταυτότητά του. Παρόλα αυτά, ο Άρης Θεοφύλακτος δίσταζε να συμφωνήσει με το εξιτήριο που πρότεινε ο Ευσταθίου. «Συμφωνώ πως η παραμονή του εν λόγω ασθενούς είναι άνευ αποτελέσματος και επιζήμια. Εντούτοις, θα πρότεινα μια τελευταία προσπάθεια με τη μέθοδο των ήπιων ηλεκτροσόκ».

«Η σειρά σου, Αθηνά», στράφηκε στην νεαρή γιατρό μ' ένα αδιόρατο υπομειδίσμα ο καθηγητής. Ήταν ολοφάνερο πως συμπαθούσε την Αθηνά ο καθηγητής Ολυμπίου. Το αποκάλυπτε ο φιλικός τόνος της φωνής του όταν απευθυνόταν σ' αυτήν, ο τρόπος που την κοίταζε, το χαμόγελό του, ο ενικός που χρησιμοποιούσε. Διστακτικά, για να μην προκαλέσει αντίδραση, η Αθηνά διατύπωσε την άποψή της. «Συμφωνώ με τα συμπεράσματα των συναδέλφων, τα οποία είναι σωστά με την ψυχρή ιατρική λογική, όμως...».

«Όμως, τι;» ρώτησε συνοφρυωμένος ο καθηγητής, χωρίς χαμόγελο αυτή τη φορά.

«Υπάρχει και ο ανθρώπινος παράγων, κύριε καθηγητά. Ο άνθρωπος χωρίς όνομα βρίσκεται στα όρια ψυχολογικής κατάρρευσης. Αν τον εγκαταλείψουμε στην παρούσα φάση, τον οδηγούμε με μαθηματική ακρίβεια σε σοβαρή ψύχωση. Σκεφτείτε τι θα συμβεί όταν βρεθεί στο δρόμο χωρίς όνομα, οικογένεια και χρήματα. Μήπως είναι καθήκον μας να τον προστατεύσουμε μέχρι να βρεθεί μια ικανοποιητική λύση;»

Η σιωπή που ακολούθησε ήταν μεγάλη και

φορτισμένη. Ο Πάνος Ευσταθίου, φανερά ενοχλημένος, έκανε μια γκριμάτσα αποδοκιμασίας και μουρμούρισε: «Δεν είναι φιλανθρωπικό ίδρυμα το νοσοκομείο, άλλες είναι οι αρμοδιότητές του». Αντίθετα, στο πρόσωπο του Άρη Θεοφύλακτου διαγράφηκε ένα πονηρό χαμόγελο: «Μην ανησυχείτε για το μέλλον του κυρίου Ανώνυμου. Η νοσοκόμος Καλυψώ Νησιώτου είναι πρόθυμη να τον αναλάβει».

Αίσθηση προκάλεσε αυτή η δήλωση. Ο καθηγητής Ολυμπίου άφησε να πέσει το στυλό που κρατούσε πάνω στα χαρτιά του γραφείου του και τον κοίταξε έκπληκτος. «Τι θέλετε να πείτε, κύριε Θεοφύλακε;»

Χαμογέλασε ο Θεοφύλακτος με την ικανοποίηση του ανθρώπου που ανακοινώνει μια άγνωστη στους άλλους πληροφορία. «Μα είναι φανερή η προτίμηση της Καλυψώς προς τον εν λόγω ασθενή».

Δεν πρόλαβε να τελειώσει τα λόγια του και πετάχτηκε η Αθηνά θυμωμένη. «Αυτή ακριβώς τη διευθέτηση πρέπει να αποφύγουμε. Ο ασθενής μας δεν είναι σε θέση να επιλέξει με ελεύθερη βούληση τι επιθυμεί. Η νοσοκόμος Καλυψώ εκμεταλλεύεται την κατάσταση του για να τον κάνει υποχείριό της».

«Δε βρίσκω κατακριτέα τη στάση της», επενέβη ο Πάνος Ευσταθίου. «Αντίθετα, είναι μια ικανοποιητική λύση».

«Και αν ο εν λόγω ασθενής έχει οικογένεια, γυναίκα και παιδιά; Αν αργότερα επανέλθει η μνήμη του;» φώναξε συγκρατώντας με δυσκολία το θυμό της η νεαρή γιατρός.

«Δεν θα είναι ο πρώτος ούτε ο τελευταίος που εγκαταλείπει την οικογένειά του, πολύ περισσότερο που στην περίπτωση του συντρέχουν λόγοι που δικαιολογούν την πράξη του», απάντησε αλαζονικά ο Ευσταθίου.

Ο καθηγητής Ολυμπίου σήκωσε το χέρι του, σημάδι να σταματήσουν οι διαφωνίες. «Όπως καταλαβαίνετε, η απόφαση είναι δύσκολη, μια και εμπλέκονται θέματα ηθικής. Ο άνθρωπος χωρίς όνομα θα παραμείνει δέκα α-

κόμη μέρες στην κλινική υπό την παρακολούθηση ψυχιάτρων. Αν στο διάστημα αυτό δεν παρουσιάσει βελτίωση και δεν εμφανιστούν δικά του πρόσωπα, θα τον παραδώσουμε στις φροντίδες της νοσοκόμας Καλυψώς...»

Τρεις μέρες αργότερα, το πρωί της 23ης Μαρτίου, 1970, στην εφημερίδα «Βολιώτικα Νέα» υπήρχε ένα εκτενές άρθρο για τον άνθρωπο χωρίς όνομα. Το ρεπορτάζ αυτό έφερε την υπογραφή: «Η σοφή», πίσω από την οποία κρυ-

βόταν η γιατρός Αθηνά Σοφίδου, που κατέφυγε σ' αυτό το μέσον σαν τελευταία προσπάθεια αναγνώρισης της ταυτότητας του ασθενούς χωρίς όνομα. Το ρεπορτάζ έκανε αίσθηση στη μικρή κοινωνία του Βόλου, πολλοί αναρωτήθηκαν ποιος μπορεί να είναι ο τραυματίας, κάποιιοι έκαναν υποθέσεις για πρόσωπα που εξαφανίστηκαν τα τελευταία χρόνια, όμως το τελικό αποτέλεσμα ήταν απογοητευτικό. Το μυστήριο με τον τραυματία χωρίς μνήμη παρέμεινε αξεδιάλυτο.





Το φακελάκι

Λουκία Καλοβούλου

Συν/χος βιοπαθολόγος

Συνταξιούχος η Κατερίνα με πολύ λιγότερες ασχολίες, πίστευε πως δεν θα της ήταν πλέον απαραίτητος ο μεσημεριανός αναζωογονητικός ύπνος που τόσο είχε στερηθεί τις ατελείωτες ημέρες εφημέρευσής της. Μάζεψε το τραπέζι και τακτοποίησε σε μία γωνίτσα το ιδιαίτερα περιποιημένο βαζάκι με το γλυκό του κουταλιού που της είχαν προσφέρει εκείνο το πρωί. Θα το τιμούσε μετά τον μεσημεριανό της ύπνο καθώς θα συνόδευε μ' αυτό το απογευματινό της καφεδάκι.

Ξάπλωσε λοιπόν αλλά δεν ήταν γραφτό να ξεκουραστεί. Περασμένες τέσσερεις και το κινητό κουδούνισε αυθάδικα και επίμονα.

«Κατερίνα, συγγνώμη για το ακατάλληλο της ώρας, αλλά δεν ήξερα σε ποιον άλλον να μιλήσω». Γνώριμη η φωνή. Ερχόταν από μακριά. Ήταν ο Κώστας, ο γιος της σπιτονοικοκυράς της, τότε που έκανε αγροτικό στον βορειοανατολικότερο νομό της πατρίδας της. «Η γυναίκα μου η Μαίρη πιάνει κάτι στο αριστερό της στήθος και έχει πανικοβληθεί. Πήγαμε στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου και μας σύστησαν ψηφιακή μαστογραφία και υπέρηχο. Μας έκλεισαν όμως ραντεβού για τα μέσα του επόμενου μήνα. Το μηχάνημα του Νοσοκομείου, λέει,

έχει βλάβη και μόνον τότε θα είναι διαθέσιμο. Σκεφτήκαμε να ρωτήσουμε και σένα».

Παρ' ότι το «παρακαλώ» το είπε μισοκοιμισμένη στο ακουστικό, το μυαλό ξαστέρωσε αμέσως και η σκέψη έψαξε για φίλους, συμφοιτητές, ή έστω απλώς γνωστούς γιατρούς που να ασχολούνται με το θέμα.

Η πρώτη της ερώτηση: «Ιδιωτικό ή δημόσιο; Ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει μέρος μόνον των εξόδων στο Ιδιωτικό».

«Ιδιωτικό! Και σήμερα αν είναι δυνατόν». Η Κατερίνα γνώριζε πως η οικογένεια του Κώστα, παρ' ότι δεν ήταν εύπορη, μπορούσε να αντεπεξέλθει, σε λογικά πλαίσια βέβαια, στα έξοδα νοσηλείας και επέμβασης στον ιδιωτικό τομέα. Χρειάστηκαν κάποια τηλεφωνήματα για να καταλήξει στο όνομα ενός καλού χειρουργού που προθυμοποιήθηκε να εξετάσει τη Μαίρη άμεσα.

Η συνέχεια ήταν η αναμενόμενη. Τη μαστογραφία και τον υπέρηχο ακολούθησαν το σπινθηρογράφημα οστών, αξονικές τομογραφίες θώρακος, άνω και κάτω κοιλίας, και η επέμβαση πραγματοποιήθηκε την επόμενη εβδομάδα. Γιατροί και κλινική πληρώθηκαν για τις υπηρεσίες που προσέφεραν, με ένα κόστος

το οποίο γνώριζε σε γενικές γραμμές η ασθενής εκ των προτέρων.

Η ανάρρωση ήταν ταχεία. Ο όγκος ήταν μικρός, ορμονοεξαρτώμενος, χωρίς μεταστάσεις, κι έτσι χρειαζόταν μόνο η συνταγογράφηση του σχετικού ορμονικού ανταγωνιστή. Γι' αυτή τη συνταγή ξεκίνησε να πάει στον γιατρό της η Μαίρη και βρέθηκε με διατροχαντήριο κάταγμα στο εφημερεύον νοσοκομείο, όπου της συστήθηκε επέμβαση.

Και πάλι στην Κατερίνα απευθύνθηκε ο Κώστας. «Μία εβδομάδα νοσηλεύεται η Μαίρη στο Ορθοπαιδικό τμήμα και ακόμη να της πουν πότε θα χειρουργηθεί». Τον γνώριζε τον ορθοπαιδικό της Κλινικής η Κατερίνα. Άριστος επιστήμονας, καλός άνθρωπος και ουδέποτε ακούστηκε κάτι για χρηματισμό για το άτομό του. Τον επισκέφθηκε. Εκείνος της εξήγησε πως προηγούνταν άλλοι ασθενείς και η καθυστέρηση οφειλόταν σε έλλειψη της ανάλογης προσθετικής κεφαλής ισχίου. «Τι να πω στην ασθενή ή και στην οικογένειά της; Θα νομίσουν πως το κάνω για να πάρω φακελάκι...» της τόνισε με νόημα.

Η Κατερίνα μετέφερε τη δικαιολογία του γιατρού στον Κώστα, αλλά εκείνος την αντιμετώπισε με περισσή δυσπιστία. Έφταιγε και η εισαγωγή της κυρίας με το κάταγμα ισχίου που δεν πρόλαβε να εισαχθεί και είχε ήδη οδηγηθεί για επέμβαση. Οι συγγενείς της διατείνονταν πως με ένα παχυλό φακελάκι υπερκεράστηκε το πρόβλημα της έλλειψης...

Ευκαιρίας δοθείσης στο τρίκλινο δωμάτιο άνοιξε μία ενδιαφέρουσα συζήτηση για το φακελάκι. Ασθενείς και συγγενείς έλεγαν τις απόψεις τους. Η Κατερίνα δεν φανέρωσε την επαγγελματική της ιδιότητα. Εξάλλου ήταν πλέον μια συνταξιούχος γιατρός.

Ακούστηκαν ακραίες καταστάσεις. Άλλες λιγότερο και άλλες περισσότερο αληθοφανείς. Όλοι γνώριζαν στο συγγενικό, φιλικό ή και επαγγελματικό τους περιβάλλον περιστατικά δωροδοκίας-δωροληψίας. Μόνον που τονίστηκε μόνον το σκέλος της δωροληψίας και

όχι της δωροδοκίας. Σχεδόν όλα αφορούσαν χειρουργικές ειδικότητες. Αναφέρθηκαν επώνυμα περιστατικά χειρουργών που δεν βάζουν μαχαίρι αν δεν βάλουν πρώτα όλο ή μέρος του ποσού που απαιτήσαν στην τσέπη, καθώς και άλλα όπου τα χρήματα τα πήραν με το πέρασ της επέμβασης. Παρά το γεγονός ότι το πατροπαράδοτο φακελάκι είχε την τιμητική του, φαίνεται πως δεν έλειπαν και πιο ευφάνταστοι τρόποι χρηματοδότησης όπως η κατάθεση του ποσού σε γειτονικό κατάστημα ηλεκτρικών ή ηλεκτρονικών ειδών.

Ο διστακτικός αντίλογος μόλις ακούστηκε. «Μα χρηματισμός υπάρχει σε όλα τα επαγγέλματα». «Ναι, αλλά στην περίπτωση της υγείας τα πράγματα έχουν άλλη βαρύτητα. Ο ασθενής βρίσκεται σε μειονεκτική θέση». Δυστυχώς όχι σπάνια ένα σχετικά απλό πρόβλημα υγείας μεγαλοποιείται για να εκμαιευτεί η άμεση συναίνεση για επέμβαση...

Κάθε είδους απαίτηση ήταν κατακριτέα για την Κατερίνα, αλλά μήπως δεν είναι κατακριτέα και η απαίτηση του ασθενούς να βρει τρόπο να παρακάμψει στη λίστα όλους όσοι προηγούνται επειδή τυγχάνει εκείνος να έχει τη δέουσα οικονομική ευχέρεια; Και τι γίνεται αν ο ασθενής απαιτήσει εκτός από την παράκαμψη της λίστας να έχει και το δικαίωμα επιλογής του χειρουργού του; Είναι νόμιμο; Είναι ηθικό; Οι ασθενείς που ζητούν παράλληλα με την παράκαμψη της λίστας τη δυνατότητα επιλογής συγκεκριμένου γιατρού δίνουν βολική δικαιολογία στη συνείδηση εκείνων των χειρουργών του δημόσιου τομέα που εκμεταλλεύομενοι φήμη και ικανότητα δεν αρκούνται στον πενιχρό μισθό τους...

Στην είσοδο του κάθε νοσοκομείου σε εμφανές σημείο υπάρχει ένα κουτί παραπόνων, ενώ σε κάποιο άλλο σημείο λειτουργεί το γραφείο επικοινωνίας με τον πολίτη. Σε περίπτωση ατυχούς έκβασης της επέμβασης ένα απ' αυτά τα δύο θα τραβήξει την προσοχή του εξερχόμενου ασθενούς ή και συγγενούς του για

να αναφέρει είτε άμεσα ή εν καιρώ τη δωροδοκία που του απαιτήθηκε. Είναι άλλωστε γνωστό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των καταγγελιών αφορά περιστατικά με δυσμενή έκβαση.

Αντίθετα, στην περίπτωση που ο ασθενής εξέρχεται ικανοποιημένος από το αποτέλεσμα απλά θα τα προσπεράσει αδιάφορα, προβληματιζόμενος όμως συχνά για το τι δωράκι να κάνει στον γιατρό που τον θεράπευσε σε ένδειξη ευγνωμοσύνης. Σε κάποιες δε περιπτώσεις δεν καταφέρνει να αποφύγει μία μικρή υστερόβουλη σκέψη του τύπου: «*Ανθρωποι είμαστε. Ποτέ δεν ξέρεις πότε μπορεί να τον ξαναχρειαστούμε...*»

Η Κατερίνα θυμήθηκε που της διηγήθηκαν κάποτε πως οικογενειακός γιατρός σε επαρχιακή πόλη στα μέσα του προηγούμενου αιώνα όχι μόνον αρνούνταν να πάρει την αμοιβή

που δικαιούνταν για μια κατ'οίκον επίσκεψη, αλλά άφηνε στο μαξιλάρι του ασθενούς και χρήματα για την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή.

Το βράδυ εκείνης της ίδιας μέρας μπαίνοντας στην κουζίνα είδε το βάζο με το γλυκό κυδώνι. Τι κι αν ήταν συνταξιούχος; Έφερε στο μυαλό την ηλικιωμένη κυρία που όταν ερχόταν να πάρει απαντήσεις από το εργαστήριο έβγαζε από την τσάντα μία σειρά παλαιότερων εξετάσεων και η Κατερίνα της εξηγούσε υπομονετικά τη διακύμανση στον χρόνο προθρομβίνης της.

Εκείνο το ιδιαίτερα περιποιημένο βάζο με το χειροποίητο γλυκό ήταν ο σύνδεσμος της Κατερίνας με το επαγγελματικό της παρελθόν. Μία συναλλαγή σε είδος. «*Είναι άραγε φακελάκι;*» αναλογίστηκε καθώς γευόταν μία νοστιμότατη κουταλιά γλυκού.





Αγγελική Τσαούση, ιατρός (1931-2015)

Η εναρμόνιση της γνώσης
με την αρετή και την αγάπη

Σταύρος Ι. Μπαλογιάννης

Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής

«...ἐπιχορηγήσατε ἐν τῇ πίστει ὑμῶν τὴν ἀρετὴν, ἐν δὲ τῇ ἀρετῇ τὴν γνῶσιν, ἐν δὲ τῇ γνώσει τὴν ἐγκράτειαν, ἐν δὲ τῇ ἐγκρατεῖα τὴν ὑπομονήν, ἐν δὲ τῇ ὑπομονῇ τὴν εὐσεβείαν, ἐν δὲ τῇ εὐσεβεία τὴν φιλαδελφίαν, ἐν δὲ τῇ φιλαδελφία τὴν ἀγάπην... (Β΄ Πέτρον, 1,5-7)

Η εναρμόνιση της βαθιάς επιστημονικής γνώσης με την αρετή και την απέραντη αγάπη διαμορφώνουν το ωραιότερο περίγραμμα της προσωπικότητας του γιατρού που θα παραμένει αξέχαστο στη συνείδηση των ασθενών και των συναδέλφων του και θα κοσμεί πάντοτε σαν εύχυμος καρπός τον πολύμοχθο αγρό της ιατρικής επιστήμης.

Η ιατρός Αγγελική Τσαούση μιλούσε πάντοτε την ανυπέρβλητη σε γλυκύτητα πανανθρώπινη γλώσσα της αγάπης, η οποία ήταν οδηγός της σε όλη την πορεία της ζωής της και αλάθητος γνώμονας στην κοινωνική προσφορά της. Αντλούσε συνεχώς την ανυπέρβλητη δύναμη και το ιλαρό φως της αγάπης και της πραότητας¹ από τη μοναδική και ανεξάντλητη πηγή της θυσιαστικής αγάπης, τον Κύριο, που Του είχε δώσει συνειδητά και ολοπρόθυμα την



καρδιά της από τα νεανικά της χρόνια².

Το φως της αγάπης την οδήγησε στην Ιατρική, την οποία σπούδασε με ενθουσιασμό, χαρά, αίσθημα ευθύνης, ξεχωριστή επιμέλεια και με άριστες πάντοτε επιδόσεις. Το φως της αγάπης την οδήγησε αργότερα στο ευφρόσυνο και εύφορο φυτώριο της ειδικότητας της Παιδιατρικής, όπου θα μπορούσε, παράλληλα με την απόδοση της υγείας, να φυτέψει και να καλλιεργήσει τα πολύτιμα άνθη της αρετής στις αγνές ψυχές των παιδιών και να φωτίσει διακριτικά με ακτίνες γαλήνης, χαράς και ελπίδας τις ψυχές των γονέων.

Το φως της θυσιαστικής αγάπης την οδηγούσε σταθερά να λειτουργεί ακαταπόνητα με μοναδική ευγένεια, επιστημονικότητα, υπομονή, στοργή και ειρήνη επί ατέλειωτες ώρες, κάθε μέρα, στο παιδιατρείο και τα ιδρύματα της κοινωνικής προσφοράς της «Αγάπης Χριστού», της Ορθόδοξης Χριστιανικής Αδελφότητας, την οποία ίδρυσε με τους πνευματικούς της πατέρες, για να υπηρετεί ανάργυρα, με αφοσίωση και αυτοθυσία τον ανθρώπινο πόνο σε όλη του την ψυχοσωματική έκταση και να γλυκαίνει το πικρό νερό της ανθρώπινης θλίψης, της ασθένειας, του άγχους, της αγωνίας, της ανέχειας, της κοινωνικής απόρριψης, της ανασφάλειας και των καθημερινών επίπονων βιωτικών μεριμνών, προσφέροντας με μοναδική διάκριση μέσα από το ολόφωτο βλέμμα της και τα ακούραστα στοργικά και καλλιεργημένα στην προσφορά χέρια της το ελιξίριο του θάρρους, της δύναμης, της βεβαιότητας, της προσδοκίας, της νίκης και της χαράς, που το αντλούσε συνέχεια από τον κρυστάλλινο ποταμό της πίστης, της σοφίας και της αγάπης που έκρυβε με μοναδική ευλάβεια και ιερότητα στα βάθη της ψυχής της³.

Το φως της αγάπης της την οδηγούσε να γράφει τα λογοτεχνικά έργα της και να συνθέτει τα ορατόριά της, που μιλούσαν για τη μοναδικότητα της Αλήθειας ως κίνητρο ουσιαστικής ζωής, και δίδασκαν και υμνούσαν με μοναδική απλότητα, πηγαιότητα, γλαφυρότητα



και αρμονία την ομορφιά της πίστης, της αγάπης, της συγγνώμης, της ευγνωμοσύνης και της μεγαλοψυχίας, που ως βασικές αξίες στολίζουν την ψυχή και ετοιμάζουν τον θρόνο της χαράς, της πληρότητας και της ειρήνης.

Το συνεχώς αυξανόμενο φως της αγάπης οδήγησε τα βήματά της στα χρόνια της ωριμότητας, μέσα από τον πλούσιο αγρό του θερισμού, στην οδό της αμέριμνης μέριμνας και του απερίσπαστου περισπασμού για να ζει πλέον την αδιάλειπτη προσευχή και το μεγαλείο της συνεχούς μυστηριακής ζωής και να ομολογεί διαρκώς με κατάνυξη «ζήτησω ὄν ἠγάπησεν ἡ ψυχή μου [...] ἀδελφιδός μου ἐμοί, κάγω αὐτῶ, ὁ ποιμαίνων ἐν τοῖς κρίνοις⁴ [...] ὅτι τετρωμένη ἀγάπης ἐγὼ εἰμι⁵».

Η αγάπη είναι ο οδηγός προς την Αλήθεια και το μοναδικό και ακατανίκητο κίνητρο ζωής και θυσίας για την Αλήθεια. Η αγάπη είναι η δύναμη, που δέχεται το μαρτύριο σαν την ύψιστη έκφραση της μέθεξης στον Σταυρό και την Ανάσταση του Κυρίου.

Η μακαριστή αδελφή Αγγελική, παιδίατρος, ιεραπόστολος, συγγραφέας, συνθέτης, μεγα-

λόσχημη μοναχή καταξιώθηκε να ζήσει με υπομονή και το μαρτύριο της ασθένειας, προσκαρτερώντας με ειρήνη να ιδεί «*εἰ ἦνθησεν ἡ ἄμπελος, ἦνθησεν ὁ κυπρισμός, ἦνθησαν αἶροσαι*⁶» και να ομολογεί με ολόφωτο πρόσωπο μέχρι την τελευταία της πνοή, ότι «*ὔδωρ πολὺ οὐ δυνήσεται σβέσαι τὴν ἀγάπην, καὶ ποταμοὶ οὐ συγκλύσουσιν αὐτήν*⁷».

Αιωνία αυτής η μνήμη.

Βιογραφικά: Η αείμνηστη παιδίατρος Αγγελική Τσαούση γεννήθηκε το 1931 στο χωριό Εμμανουήλ Παππός των Σερρών και ήταν απόγονη του ομώνυμου ήρωα της Επανάστασης του 1821 από τη μητέρα της. Αρίστευσε σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης, αποφοίτησε από την Ιατρική Σχολή του ΑΠΘ και έλαβε την ειδικότητα της παιδιατρικής, την οποία αξιοποίησε με ισόβια ανιδιοτελή προσφορά στα παιδιά και τις οικογένειές τους, κυρίως μέσα από το Παιδιατρείο της Ορθόδοξης Χριστιανικής Αδελφότητας «Αγάπη Χριστού». Ανέπτυξε πολυσχιδές κοινωνικό

και πνευματικό έργο ασκώντας την ιατρική με πλήρη αφιλοκέρδεια, αλλά και χωρίς «εκπτώσεις» στον επιστημονικό τομέα, τις εξελίξεις του οποίου παρακολουθούσε ανελλιπώς. Λίγο πριν από την εκδημία της, και ενώ ήδη αντιμετώπιζε με χριστιανική καρτερία τη μεταστατική νόσο, πραγματοποίησε την επιθυμία της ζωής της και εκάρη μεγαλόσχημη μοναχή στην Ιερά Μονή Αγ. Νικολάου Τσιριλόβου, στην Κορησσό της Καστοριάς, διατηρώντας το όνομα Αγγελική. Εκοιμήθη εν Κυρίω στις 5 Ιανουαρίου 2015. Αιωνία ας είναι η μνήμη της.

Α. Παπ.

Σημειώσεις

1. «μάθετε ἀπ' ἐμοῦ, ὅτι πρὸς εἰμὶ καὶ ταπεινὸς τῆ καρδία», Ματθ. 11, 29
2. Πρβλ. Παροιμ. 23, 26
3. «Ταῦτα λελάληκα ὑμῖν ἵνα ἡ χαρὰ ἢ ἐμὴ ἐν ὑμῖν μείνη καὶ ἡ χαρὰ ὑμῶν πληρωθῆ», Ιωαν. 15, 11
4. Ἄσμα Ἀσμάτων 2, 16 και 6, 3
5. Ἄσμα Ἀσμάτων 5, 8
6. Ἄσμα Ἀσμάτων 6, 11 και 7, 13
7. Ἄσμα Ἀσμάτων 8, 7

Είπαν

«Δεν εξετάζουμε τη νομοθεσία με γνώμονα τα οφέλη που θα προκύψουν αν εφαρμοσθεί σωστά, αλλά με κριτήριο τις ζημιές που θα μπορούσε να επιφέρει αν εφαρμοσθεί λανθασμένα»

[Lyndon B. Johnson, πρώην πρόεδρος ΗΠΑ]



Μνήμη Κωνσταντίνου Αρβανιτάκη

Αγαπημένε μας Δάσκαλε,
αγαπημένε μας Διευθυντή,

Εκ μέρους του Ιατρικού Τμήματος του ΑΠΘ και της Δ' Παθολογικής Κλινικής, θα ήθελα να σου απευθύνω τον τελευταίο χαιρετισμό.

Υπήρξες μία λαμπρή επιστημονική προσωπικότητα στον χώρο της Ιατρικής στο ΑΠΘ αλλά και την Ελλάδα γενικότερα. Η προσφορά σου στον Τομέα της Παθολογίας, της Γαστρεντερολογίας και ιδιαίτερα της Παγκρεατολογίας είναι δύσκολο ακόμη να αποτιμηθεί.

Από μια οικογένεια με παράδοση στον χώρο της εκπαίδευσης, με πολύ καλές εγκύκλιες σπουδές και με εξαιρετικές ακαδημαϊκές σπουδές, για την εποχή, στο εξωτερικό, με γνώσεις όχι μόνον στην κλινική αλλά και στην πειραματική ιατρική, με ανώτατες θέσεις ευθύνης



στο μεγάλο ιατρικό κέντρο του Πανεπιστημίου του Κάνσας των ΗΠΑ, επιστρέφεις στην Ελλάδα φορτωμένος με γνώσεις, ελπίδες και οράματα. Αυτά τα πραγματοποιείς αρχικά στην Α' Παθολογική Κλινική του ΑΧΕΠΑ και στη συνέχεια, για 9 χρόνια, από το 1997 έως το 2006, στη Δ' Παθολογική Κλινική του Ιπποκρατείου. Από τις μεγαλύτερες προσωπικές σου επιτυχίες η διοργάνωση

του Παγκόσμιου Συνεδρίου Παγκρεατολογίας και της 1^{ης} Πανευρωπαϊκής Εβδομάδας Γαστρεντερολογίας στη χώρα μας, που υπήρξε ουσιαστικά η πρώτη διεθνής οργανωτική επιτυχία της Ελλάδας, στον επιστημονικό αυτό τομέα, αυτού του μεγέθους. Υπήρξες από τους πρώτους γαστρεντερολόγους στη χώρα μας με τόσο μεγάλη διεθνή αναγνώριση.

* Ο καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας Κωνσταντίνος Αρβανιτάκης απεβίωσε την 1η Μαΐου 2017.

Προσωπικά, σε γνώρισα με την ανάληψη της Διεύθυνσης της Δ΄ Παθολογικής Κλινικής. Σοβαρός αλλά και φιλικός μαζί, κατάφερες να διευθύνεις όλα αυτά τα 9 χρόνια την κλινική μέσα σ' ένα πνεύμα ομόνοιας και συνεργασίας. Διακριτικός, άφηνες πάντα χώρο στους συνεργάτες σου να ανασαίνουν ελεύθερα και να δημιουργούν. Δίδαξες γενιές παθολόγων και γαστρεντερολόγων που διέπρεψαν και εξακολουθούν να διαπρέπουν στη χώρα μας αλλά και στο εξωτερικό. Στις επισκέψεις σου είχες πάντα κάτι να προσθέσεις, πέρα από τα επιστημονικά δεδομένα, κάτι που είχε σχέση με τις γενικότερες αξίες της ζωής, με θέματα φιλοσοφίας και ανθρωπισμού.

Γιατί εκτός από άνθρωπος της επιστήμης, υπήρξες και ένας λάτρης της τέχνης, του πνεύματος και του πολιτισμού. Μέσα σ' έναν επιστημονικό χώρο, που τα χαρίσματα αυτά, πρέπει να ομολογήσω ότι δεν είναι συνήθη. Αρκετές φορές σε συνάντησα σε μουσεΐα και οι συνομιλίες μας πάνω σε θέματα τέχνης ήταν

πραγματικά απολαυστικές. Μέχρι και λίγες μέρες πριν. Στη ζωγραφική, το θέατρο, τη μουσική, τη λογοτεχνία. Σ' ευχαριστώ που μου έμαθες την αξία του Ιερώνυμου Μπος. Δεν υπήρξε κάποιος τομέας της τέχνης που να μην είχες κάτι να προσθέσεις, κάτι να σχολιάσεις, κάτι να πεις.

Ήσουν ό,τι οι παλιότεροι θα ονόμαζαν Ιατροφιλόσοφος, ένας Ουμανιστής, ένας Homo Universalis. Κι αυτό σε κατατάσσει στη μνήμη μας ως σπάνια και ξεχωριστή προσωπικότητα και κάνει την απουσία σου πιο έντονη, πιο δυσαναπλήρωτη. Από την άλλη όμως, όλα αυτά που μας έδωσες αποτελούν και τη δική σου πολύτιμη παρακαταθήκη για εμάς.

Στην οικογένειά σου και τους δικούς σου ανθρώπους τα θερμά μας συλλυπητήρια. Εμείς θα σε θυμόμαστε πάντα με σεβασμό και αγάπη.

Καλό σου ταξίδι

Αλέξ. Γαρούφαλλος

Απεβίωσαν το 2017

ΑΛ ΜΠΕΪΑΤΙ ΜΟΥΝΤΧΕΡ, ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ
 ΒΥΖΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΘΩΡΑΚΟΣ
 ΔΑΛΑΜΠΟΥΡΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΜΑΙΕΥΤ.-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
 ΗΛΙΑΔΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ, ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
 ΚΑΝΤΖΑΔΗΣ ΛΑΖΑΡΟΣ, ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΗΣ
 ΚΟΠΑΤΣΑΡΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ, ΜΑΙΕΥΤ.-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ

ΚΟΤΑΝΙΔΗΣ ΛΑΖΑΡΟΣ, ΜΑΙΕΥΤ.-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
 ΚΥΡΚΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΣ
 ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ
 ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ
 ΣΑΜΑΡΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΣ
 ΧΑΛΒΑΤΖΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ



Οι αποχωρήσαντες

Αυτοί που συνταξιοδοτήθηκαν το 2017

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ
ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
ΑΛΑΤΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΑΛΒΑΝΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ ΣΑΡΑΝΤΗΣ, ΜΑΙΕΥΤ.-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ, ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛ.-
ΦΥΜΑΤΙΟΛ.

ΑΝΤΥΠΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΑΝΤΩΝΙΤΣΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΑΦΘΟΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ
ΒΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ
ΒΑΡΔΑΚΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛ.-ΦΥΜΑΤΙΟΛ.
ΒΙΡΒΙΛΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΙΑΤΡ.
ΒΛΑΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ, ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ
ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
ΓΙΓΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΣ
ΓΚΜΠΑΝΤΙ ΟΝΟΡΑ-ΡΕΪΜΟΝΤ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΓΟΜΠΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
ΓΟΡΓΙΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΓΡΗΓΟΡΙΑΔΗΣ ΗΛΙΑΣ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
ΓΡΙΤΣΗ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-
ΨΥΧΙΑΤΡ.

ΕΠΕΠΕΣ ΠΑΥΛΟΣ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ
ΕΥΣΤΡΑΤΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ
ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ
ΖΕΡΒΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΑΚΤΙΝ.-ΡΑΔΙΟΛΟΓΟΣ
ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ ΙΟΡΔΑΝΗΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
ΘΕΟΔΩΡΟΥ ΠΕΛΟΠΙΔΑΣ, ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ
ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛ.-ΦΥΜΑΤΙΟΛ.
ΚΑΛΟΥΤΣΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΣ
ΚΕΛΕΜΟΥΡΙΔΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, ΑΚΤΙΝ.-ΡΑΔΙΟΛΟΓΟΣ
ΚΟΥΡΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ

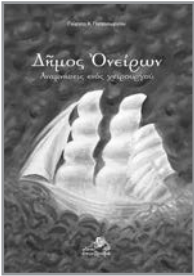
ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΗΣ
ΛΑΜΠΡΟΥΔΗ ΜΑΡΙΑ, ΔΕΡΜΑΤΟΛ.-ΑΦΡΟΔΙΣ.
ΛΙΑΓΚΟΥΡΗΣ-ΛΙΑΓΚΟΥΡΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΠΙΣΤ. ΓΕΝ.
ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΑΚΡΙΔΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΜΑΜΖΟΡΙΔΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ-ΜΑΡΙΑ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
ΜΑΝΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΠΛΑΣΤ.-ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΜΑΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΜΑΤΖΑΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΜΑΙΕΥΤ.-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
ΜΠΑΛΑΜΠΑΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΣ
ΝΤΑΡΜΠΟΥΚ ΑΜΠΟΥΜΠΑΚΕΡ, ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΣΠΥΡΙΔΩΝ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΠΑΛΕΤΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
ΠΑΛΛΑΔΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, ΑΚΤΙΝ.-ΡΑΔΙΟΛΟΓΟΣ
ΠΑΝΕΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΜΑΙΕΥΤ.-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
ΠΑΝΙΔΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΣ
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ, ΑΚΤΙΝ.-ΡΑΔΙΟΛΟΓΟΣ
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΠΑΠΑΣΤΕΦΑΝΟΥ ΛΙΟΥΜ. ΑΓΑΠΗ, ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ
ΡΑΠΤΟΠΟΥΛΟΥ-ΓΙΓΗ ΜΑΡΙΑ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
ΣΑΒΒΑΤΗΣ ΣΤΕΡΓΙΟΣ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ
ΣΑΚΕΛΛΑΡΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ
ΣΕΒΡΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ
ΣΠΑΝΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΗΣ
ΤΟΜΠΟΥΛΙΔΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΜΑΙΕΥΤ.-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟ-
ΓΟΣ
ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΟΥ ΣΟΦΙΑ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΟΥ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟ-
ΓΙΑ
ΧΑΡΙΤΑΝΤΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ, ΑΚΤΙΝ.-ΡΑΔΙΟΛΟΓΟΣ
ΧΡΗΣΤΙΔΟΥ ΓΛΥΚΕΡΙΑ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ



Έκθεση βιβλίου

Παπαγεωργίου ΓΚ. Δήμος Ονειρών: Αναμνήσεις ενός χειρουργού. Ναύπλιο, Εκδόσεις Επιτροφή 2018, σελ. 240. ISBN: 978-618-83450-0-3



Ο χειρουργός Γιώργος Παπαγεωργίου, ομότιμος πλέον καθηγητής, γεννήθηκε στην Πάτρα, σπούδασε στην Αθήνα, ειδικεύθηκε στη χειρουργική στον «Ευαγγελισμό» και μετεκπαιδεύθηκε στην Αγγλία και Γαλλία. Στο βιβλίο αυ-

τό παραθέτει μια σειρά από αυτοβιογραφικές αληθινές ιστορίες από τα χρόνια της εκπαίδευσής του και στη συνέχεια από τη μακρά θητεία του στη χειρουργική τόσο στον «Ευαγγελισμό» όσο και στην Αφρική, όπου πρόσφερε πολλές φορές αφιλοκερδώς ιατρικές υπηρεσίες υπό δύσκολες συνθήκες. Επίσης εκθέτει με τη μορφή επιμέρους δοκιμίων σκέψεις, εμπειρίες και προβληματισμούς πάνω στα μεγάλα θέματα της ιατρικής, όπως η σχέση γιατρού-ασθενούς, ο πόνος, η ενημέρωση του βαριά αρρώστου, η σχέση επιστήμης και θρησκείας, ο πνευματικός παράγων στην πορεία της αρρώστιας και

οι προκλήσεις της σύγχρονης τεχνολογίας. Με γλώσσα απλή αλλά και γλαφυρή, ο συγγραφέας εισάγει τον αναγνώστη στις καθημερινές δυσκολίες και τα διλήμματα της χειρουργικής πρακτικής και μοιράζεται μαζί του τις φιλοσοφικές, μεταφυσικές και πνευματικές ανησυχίες του. Το τελικό αποτέλεσμα είναι ένα ανάγνωσμα ζωντανό και ενδιαφέρον για τον καθένα που έρχεται σε επαφή με την ιατρική, είτε επαγγελματία ή ασθενή.

Α. Παπ.

Παπαγιάννης Α. Μιλώντας με τον άρρωστο. Εισαγωγή στην Κλινική Επικοινωνία (Β΄ Έκδοση). Σελ. 264. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2017. ISBN: 978-960-12-2322-3.



Καθώς μελετούσα τη δεύτερη έκδοση του βιβλίου του συναδέλφου πνευμονολόγου Αντώνη Παπαγιάννη *Μιλώντας με τον άρρωστο: Εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία*, αυτόματα ξεπήδησαν από τη μνήμη μου τρία αποφθέγματα παλιών δασκάλων

που μένουν βαθιά χαραγμένα στο μυαλό μου:

Το πρώτο, από τα φοιτητικά χρόνια, είναι του αείμνηστου καθηγητού της Παθολογίας Δημητρίου Βαλτή, ο οποίος στα μαθήματα «Κλινικής Διαγνωστικής – Παρουσίασης Περιστατικού» στο αμφιθέατρο του ΑΧΕΠΑ τόνιζε: *«Στην Ιατρική υπάρχουν τέσσερα πράγματα. Πρώτον, η διάγνωση. Δεύτερον, η διάγνωση. Τρίτον, η διάγνωση. Και τέταρτον, η θεραπεία».*

Το δεύτερο, από τα χρόνια της ειδικότητας, τα λόγια του σεβαστού σοφού καθηγητού μας και ιδρυτού και διευθυντού της Κλινικής μας, της Β΄ Νευρολογικής-Ψυχιατρικής Κλινικής του ΑΠΘ Ιωάννου Λογοθέτου, ο οποίος τόνιζε: *«Η λήψη ενός καλού ιατρικού ιστορικού που βασίζεται στη σχέση εμπιστοσύνης γιατρού και ασθενούς αποτελεί το 60% της διάγνωσης. Το υπόλοιπο 40% καλύπτουν η προσεκτική, επισταμένη κλινική εξέταση και ο ενδελεχής παρακλινικός έλεγχος».*

Το τρίτο απόφθεγμα, από τα πρώτα χρόνια άσκησης της ειδικότητας, προέρχεται από τον ακέραιο και ανυποχώρητο στις αρχές του, συνεπή και ασυμβίβαστο στην καθημερινή κλινική και διδακτική πράξη, Υφηγητή Νίκο Μάνο, ο οποίος τόνιζε: *«Η δημιουργία και εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για τη διάγνωση, συνειδητοποίηση, αντιμετώπιση και επίλυση οιασδήποτε προβλήματος σωματικής ή ψυχικής υγείας, όσο σοβαρό κι αν είναι».*

Οπωσδήποτε δεν είναι τυχαίο το πώς και γιατί ξεπήδησαν οι μνήμες αυτές. Τα ερεθίσματα δόθηκαν από το γχειρίδιο που μελετούσα, και αυτό διότι:

Ξεκινά καθορίζοντας προσεκτικά τους παράγοντες που επηρεάζουν την Κλινική Επικοινωνία. Περιγράφει λεπτομερώς και εμπειριστωμένα τις προϋποθέσεις και τις αρχές που θα πρέπει να εφαρμόζει κάθε γιατρός ώστε να επιτύχει τη συνεργασία και τη θεραπευτική συμμαχία με τον ασθενή του, ώστε τελικά να

καταλήξει στην ορθή διάγνωση, ολοκληρώνοντας την κλινική εξέταση και τον παρακλινικό έλεγχο. Συνεχίζει αναλύοντας τη διαδικασία της Κλινικής Επικοινωνίας, εστιάζοντας την προσοχή στα θέματα της ενημέρωσης του ασθενούς για τη διάγνωση της νόσου καθώς και για τον σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Διεξοδικά πραγματεύεται τις «δύσκολες περιπτώσεις» όπου ο θεράπων ιατρός καλείται να ενημερώσει τον ασθενή και το περιβάλλον του για τη σοβαρότητα της διάγνωσης μιας κακοήθους νόσου. Παρουσιάζει τα προβλήματα που προκύπτουν από την είσοδο του Διαδικτύου στον χώρο της ιατρικής πληροφόρησης και τους δυνητικούς κινδύνους από την παραπληροφόρηση. Αναφέρεται ακόμη και σε θέματα εφαρμογής της νέας πρακτικής της Τηλεϊατρικής. Η συμμετοχή στη συγγραφή εμπειρών συναδέλφων από τις ειδικότητες της Χειρουργικής, Ψυχιατρικής, Παιδοψυχιατρικής και Παιδιατρικής καλύπτει τις ιδιαίτερες επιμέρους πτυχές της επικοινωνίας στους χώρους αυτούς.

Τέλος, πραγματεύεται θέματα δεοντολογίας που αφορούν στη σχέση γιατρού-ασθενούς, την επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων, καθώς και την ενημέρωση και πληροφόρηση του συγγενικού περιβάλλοντος. Το κεφάλαιο των θεμάτων της δεοντολογίας αποτελεί έναν χρήσιμο οδηγό που προστατεύει από κινδύνους, παραλείψεις και λάθη στην καθημερινή άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος, ιδιαίτερα στους σημερινούς χαλεπούς καιρούς.

Πιστεύω ότι το γχειρίδιο αυτό αποτελεί ένα πολύτιμο πρακτικό βοήθημα για φοιτητές ιατρικής, ειδικευόμενους κάθε ειδικότητας, αλλά και για κάθε γιατρό, σε οποιοδήποτε στάδιο της επαγγελματικής και επιστημονικής του πορείας κι αν βρίσκεται.

Ιωάννης Σ. Γκιουζέπας

Νευρολόγος-Ψυχίατρος

Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΑΠΘ



Διορθώσεις κειμένων

Αντώνης Παπαγιάννης, Ελένη Χαρίση

Εικόνες τεύχους

Α. Παπαγιάννης

Υπεύθυνος ύλης

Αντώνης Παπαγιάννης

Σελιδοποίηση – Εκτύπωση

Εκδοτικός οίκος



UNIVERSITY STUDIO PRESS

