

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Δημήτριος Σιδερής

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας



“ Η ανθρωπότητα
χρειάζεται όλων
των ειδών τους ιατρούς ”

Ο Δημήτρης Αντ. Σιδεράς γεννήθηκε το 1936 στη Σύρο όπου και τελείωσε το Δημοτικό και το Γυμνάσιο με άριστα. Εγγράφηκε στην Ιατρική Σχολή Αθηνών μετά από εξετάσεις και έλαβε υποτροφία από το ΙΚΥ. Ειδικεύτηκε στην παθολογία και την καρδιολογία στη θεραπευτική κλινική της ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Μετεκπαιδεύτηκε για 4 χρόνια στην Αγγλία. Ακολούθησε ακαδημαϊκή καριέρα στη θεραπευτική κλινική και έφθασε ως το βαθμό του αναπληρωτή καθηγητή. Το 1992 εκλέχθηκε καθηγητής καρδιολογίας στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, όπου και πέρασε το υπόλοιπο της πανεπιστημιακής του δραστηριότητας ως τη συνταξιοδότησή του το 2004.

Ως καρδιολόγος, ασχολήθηκε με όλο το φάσμα των επεμβατικών και μη διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων της καρδιολογίας. Ως ερευνητής έχει περί τις 150 διεθνείς δημοσιεύσεις και διπλάσιο αριθμό ελληνικών. Η έρευνά του, κλινική και πειραματική, χαρακτηρίζεται από μεγάλη πρωτοτυπία, με ιδέες που βρήκαν συχνά την εφαρμογή τους πολλά έτη μετά τη δημοσίευσή τους. Ιδιαίτερα ασχολήθηκε ερευνητικά με τις καρδιακές αρρυθμίες. Πολύ γόνιμη υπήρξε η θεώρηση του καρδιακού ρυθμού και των διαταραχών του ως εκδήλωση ταλαντωτών.

Πέρα από την αμιγώς ιατρική έρευνα που έχει εκπονήσει, ιδίως στον τομέα της Καρδιολογίας, έχει ασχοληθεί σε ερευνητικό και πρακτικό επίπεδο με την ιατρική εκπαίδευση, αλλά και με την Ελληνική γλώσσα, ιδιαίτερα τη γλώσσα της ιατρικής. Είναι πολυγραφότατος έχοντας δημοσιεύσει πάνω από 150 επιστημονικές εργασίες στο διεθνές ιατρικό τύπο και πολυάριθμες Ελληνικές. Εξέδωσε ποικίλα ιατρικά βιβλία, αλλά και περι-ιατρικά, όπως για την ιατρική έρευνα, το Λεξικό Καρδιολογικών Όρων και Ανάλεκτα από τις ομιλίες του για δεοντολογικά, κοινωνικά, οικονομικά κ.λπ. θέματα περί την ιατρική. Διατέλεσε Πρόεδρος της ΕΚΕ τη διετία 2002-2003.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΑ ΣΑΝΙΔΑ ΚΑΙ ΓΙΩΡΓΟ ΛΙΓΝΟ

Τι θυμάστε από τη θητεία σας στην Προεδρία της ΕΚΕ; Πώς ήταν διαμορφωμένη τότε η Ελληνική Καρδιολογική Κοινότητα;

«Η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία (ΕΚΕ) ήταν καλά διαμορφωμένη όταν έγινα εγώ πρόεδρος της. Ωστόσο, τις διεθνείς προόδους που είχαν σημειωθεί ανά τον κόσμο η Ελληνική κοινότητα δεν μπορούσε να τις παρακολουθήσει ικανοποιητικά. Για παράδειγμα, οι ασθενείς που χρειάζονταν καρδιοχειρουργική επέμβαση έπρεπε να πάνε στο εξωτερικό - και αρκετά άλλα. Από την άλλη μεριά η ερευνητική δραστηριότητα στην Ελλάδα ήταν πολύ σημαντική και στο Ευρωπαϊκό Καρδιολογικό Συνέδριο ο αριθμός των εργασιών που επιλέγονταν να παρουσιασθούν ήταν πολύ μεγάλος, ίσως μάλιστα ο μεγαλύτερος από όλες τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Θεώρησα ότι χρειαζόταν αναθεώρηση του Καταστατικού της ΕΚΕ. Η προπτυχιακή καρδιολογική εκπαίδευση ήταν ευθύνη κυρίως των Πανεπιστημίων. Η καρδιολογική ειδίκευση αρμοδιότητα κυρίως των Πανεπιστημιακών και κρατικών καρδιολογικών κλινικών. Το μεγάλο βάρος της διαβίου εκπαίδευσης έπεφτε στην ΕΚΕ.

Θεώρησα αναγκαίο να γίνει αποκέντρωση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Εκείνο τον καιρό από όλη την επαρχία συνέρρεαν οι ασθενείς στις δυο μεγάλες πόλεις, Αθήνα και Θεσσαλονίκη, με συνέπειες αφενός να χάνεται πολύτιμος χρόνος για τη μεταφορά των ασθενών, και μάλιστα σε μια ειδικότητα όπου η ταχύτητα επέμβασης έχει συχνά κρίσιμη σημασία για την έκβαση, αφετέρου οι δυο μεγάλες πόλεις δεν επαρκούσαν για να αντιμετωπίσουν έγκαιρα και αποτελεσματικά τόσο μεγάλο αριθμό ασθενών. Στο νέο καταστατικό που ψηφίστηκε προβλεπόταν συστηματική ανάπτυξη της εκπαίδευσης στην περιφέρεια. Στη διάρκεια της θητείας μου έγιναν δεκάδες συνέδρια έξω από την Αθήνα. Ο άλλος μεγάλος τομέας που χρειαζόταν ενίσχυση ήταν οι εξειδικεύσεις της καρδιολογίας. Είχαν

“ Μόνον όποιος ασχολείται με την έρευνα μπορεί εύκολα να εφαρμόσει τις διεθνώς παραγόμενες γνώσεις στον τόπο μας ” ”



Από την πρόσφατη τιμητική βράβευση του Δ. Σιδερά στο Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο.

τεθεί ήδη οι βάσεις σ' αυτό από προηγούμενες προεδρίες (θυμάμαι π.χ. εκείνη του κ. Δ. Κόκκινου). Συστηματοποιήθηκε αυτή η διαδικασία με το νέο Καταστατικό. Ένας τρίτος τομέας που δόθηκε έμφαση ήταν η έρευνα. Ακολουθούσα το δόγμα του καθηγητή μου και παλιότερου προέδρου της ΕΚΕ κ. Σ. Μουλόπουλου ότι σπάνια μπορεί να παρουσιασθεί στη φτωχή και μικρή Ελλάδα διεθνώς πρωτοποριακή γνώση.

Όμως μόνον όποιος ασχολείται με την έρευνα μπορεί εύκολα να εφαρμόσει τις διεθνώς παραγόμενες γνώσεις στον τόπο μας. Με βάση το νέο καταστατικό λοιπόν, χρηματοδοτήθηκε έρευνα

που γινόταν αποκλειστικά στην Ελλάδα.

Κίνητρο για να ασχοληθούν οι Έλληνες καρδιολόγοι εντακτικότερα με την έρευνα».

Μπορείτε να ανασύρετε από τη μνήμη σας την περίοδο δημιουργίας και εξέλιξης της καρδιολογικής κλινικής στα Ιωάννινα; Ποιες ήταν οι συνθήκες τότε και ποια πρόσωπα έπαιξαν πρωταγωνιστικό ρόλο;

«Όταν πήγα στα Ιωάννινα βρήκα ένα καλά οργανωμένο εργαστήριο και μια σωστά εξοπλισμένη Μονάδα Εμφραγμάτων. Οι επίκουροι καθηγητές τότε κ. Ι. Γουδέβενος και Σ. Φούσσας είχαν αρχίσει να κάνουν καθετηριασμούς των στεφανιαίων αγγείων. Ο προηγούμενος από εμένα καθηγητής δεν είχε εγκατασταθεί ποτέ στα Ιωάννινα για να αξιοποιήσει την υπάρχουσα υποδομή και παραιτήθηκε σύντομα. Όπως ανέφερα ήδη, η υποδομή υπήρχε.

Ήλθε τότε και εκλέχτηκε λέκτορας ο κ. Λ. Μιχάλης ο οποίος είχε ήδη πολύ μεγάλη πείρα στις αγγειοπλαστικές με χρήση στεντ. Ωστόσο οι επαναστάσεις που γίνονταν εκείνο τον καιρό στην Καρδιολογία δεν ήταν δυνατό να εφαρμοσθούν στα Ιωάννινα. Θεωρούνταν τότε ότι δεν είναι δυνατό να γίνεται αγγειοπλαστική, αν δεν υπήρχε δίπλα καρδιοχειρουργική κλινική για να αντιμετωπίσει τυχόν επιπλοκές. Κανένας καρδιοχειρουργός όμως δεν ενδιαφερόταν να έλθει στα Ιωάννινα χωρίς να είναι πλήρως αναπτυγμένη επεμβατική καρδιολογία. Φαινόταν φαύλος κύκλος, αδιέξοδο.

Ωστόσο, με σημαντικό προσωπικό κίνδυνο οφείλω να ομολογήσω, σκέφτηκα πως δεν ήμουν μόνο διευθυντής καρδιολογικής κλινικής, αλλά και καθηγητής καρδιολογίας, υποχρεωμένος να κάνω έρευνα. Ένα δόγμα στην ιατρική έρευνα είναι το εξής. "Όταν υπάρχει δίλημμα και έχοντας εξαντλήσει όλα τα βιβλιογραφικά δεδομένα, δεν είναι σαφές τι να κάνεις, τυχαιοποίησε τους ασθενείς και κάνε έρευνα. Έτσι οι εκ των προτέρων πιθανότητες για ευνοϊκή έκβαση είναι τουλάχιστον 50% σε όλους".

Ήταν τότε βιβλιογραφικά γνωστό ότι στις περιπτώσεις οξέος καρδιακού ισχαιμικού επεισοδίου (π.χ. ασταθή στηθάγχη, οξύ έμφραγμα κ.λπ.) η άμεση επεμβατική θεραπεία σώζει ζωές. Δεν ήταν γνωστό όμως αν αυτό ισχύει όταν δεν υπάρχει εκεί κοντά καρδιοχειρουργική κλινική. Επομένως έπρεπε, για το καλό των ασθενών, να κάνουμε έρευνα. Σε συνεργασία και με το κρα-



Στιγμιότυπο από την επιστημονική δραστηριοποίηση του Δ. Σιδερά στην Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία.

τικό νοσοκομείο της πόλης τυχαιοποιήσαμε τους ασθενείς με ή χωρίς αγγειοπλαστική. Πριν συμπληρωθεί ο προγραμματισμένος αριθμός των ασθενών είχε φανεί στατιστικά ότι η θνητότητα ήταν σημαντικά χαμηλότερη στην ομάδα με αγγειοπλαστική παρά στην ομάδα με τη συντηρητική αγωγή. Το εύρημά μας δημοσιεύθηκε διεθνώς, καθώς ήταν η πρώτη φορά που δινόταν απάντηση σε τέτοιο ερώτημα σε όλο τον κόσμο. Αμέσως άλλαξε το κλίμα. Το Πανεπιστήμιο, το Υπουργείο Υγείας και πολλοί καρδιοχειρουργοί ενδιαφέρθηκαν να αρχίσουν καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις στα Ιωάννινα. Το εγχείρημα δεν ήταν απλό, υπήρξε μια περίοδος στην οποία έγιναν επιτυχείς επεμβάσεις με στεφανιαία παράκαμψη, πριν ακόμη λειτουργήσει κανονικά η καρδιοχειρουργική κλινική. Τελικά προχώρησε το θέμα, αλλά πια ήταν πέρα από τις προτεραιότητες στις οποίες είχα άμεση ευθύνη».

Ασχολείστε εδώ και δεκαετίες με τη φιλοσοφία. Πώς ταιριάζατε τις δύο επιστήμες, την Ιατρική και τη φιλοσοφία; Πώς η φιλοσοφία μπορεί να βοηθήσει έναν επιστήμονα και δη ιατρό;

«Έχω δύο ενστάσεις στο χαρακτηρισμό της ιατρικής και της φιλοσοφίας ως επιστημών. Η ιατρική είναι και επιστήμη (βασικά γνώσεις) και τέχνη και πολιτική. Τα ιατρικά (και αναγκαία προ-ιατρικά) στοιχεία (γνώσεις) τα προσλαμβάνει, στα δικά μας πανεπιστήμια τουλάχιστον, ο φοιτητής στα πρώτα έτη των προπτυχιακών σπουδών του. Ολοκληρώνονται με την παθολογική ανατομική και την παθολογική φυσιολογία. Ακολουθεί η εκμάθηση της τέχνης, πώς γίνεται το ένα, πώς γίνεται το άλλο, πώς παίρνουμε το ιστορικό, πώς εξετάζουμε τον άρρωστο, πώς κάνουμε διάφορες επεμβάσεις πάνω του. Το τελευταίο στάδιο είναι πολιτικό. Όπως στην πολιτική, με συχνά ατελή δεδομένα, καλούμαστε να πάρουμε αποφάσεις σε συνεργασία με τον άρρωστο. Η πιθανότερη διάγνωση είναι αυτή. Οι θεραπευτικές δυνατότητες είναι εκείνες, καθεμιά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της. Ποια να εφαρμόσουμε; Η λογική διαδικασία είναι ίδια με τη λήψη πολιτικών αποφάσεων. Ως προς τη φιλοσοφία, ασφαλώς δεν είναι επιστήμη, είναι η μητέρα όλων των επιστη-

μών. Κατά τον G. Picon, η αγάπη της σοφίας, η φιλοσοφία, είναι η ειδικότητα της γενικότητας. Έτσι δεν είναι απορίας άξιο πως συχνά ιατροί ασχολούνται με τη φιλοσοφία. Εξάλλου η ευρύτητα της ιατρικής (επιστήμη + τέχνη + πολιτική) τη φέρνει πολύ κοντά στη φιλοσοφία. Όπως ανέφερα ήδη από τη φιλοσοφία ξεπήδησαν οι επιστήμες - και η ιατρική. Συχνά ακούμε για κάποιον να λέγεται πως είναι 'ιατροφιλόσοφος'. Εγώ ακολουθήσα τον αντίστροφο δρόμο: Από την ιατρική στη φιλοσοφία. Ακολουθώντας διαφορετικό δρόμο, είχα και αναπάντεχα συναπαντήματα, δηλαδή πρωτότυπες σκέψεις που τις έχω ανακοινώσει σε αρκετά Ελληνικά φιλοσοφικά συνέδρια, αλλά και δημοσιεύσει σε διεθνή περιοδικά».

Με αφορμή την πρόσφατη βράβευσή σας από την ΕΚΕ, ποια γνωρίσματα θα λέγατε ότι είναι απαραίτητα για έναν επιστήμονα ώστε να μακροημερεύσει επιτυχώς στη σταδιοδρομία του;

“ Το Πανεπιστήμιο, το Υπουργείο Υγείας και πολλοί καρδιοχειρουργοί ενδιαφέρθηκαν να αρχίσουν καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις στα Ιωάννινα. Το εγχείρημα δεν ήταν απλό, υπήρξε μια περίοδος στην οποία έγιναν επιτυχείς επεμβάσεις με στεφανιαία παράκαμψη, πριν ακόμη λειτουργήσει κανονικά η καρδιοχειρουργική κλινική. ”

«Το ερώτημα φοβούμαι πως δεν έχει σαφή απάντηση. Σε μια έρευνα που είχε γίνει, για να επιλεγούν υποψήφιοι σε μια ιατρική σχολή, είχε τεθεί το ερώτημα "τι θα θέλατε να είναι ικανός ο γιατρός να κάνει;" Οι απαντήσεις ήταν τόσο ποικίλες που ήταν αδύνατο να βγει οποιοδήποτε συμπέρασμα. Για παράδειγμα, κάποιες αφορούσαν τι πρέπει να γνωρίζει,

“Εκείνο τον καιρό από όλη την επαρχία συνέρρεαν οι ασθενείς στις δυο μεγάλες πόλεις, Αθήνα και Θεσσαλονίκη, με συνέπειες αφενός να χάνεται πολύτιμος χρόνος για τη μεταφορά των ασθενών, και μάλιστα σε μια ειδικότητα όπου η ταχύτητα επέμβασης έχει συχνά κρίσιμη σημασία για την έκβαση, αφετέρου οι δυο μεγάλες πόλεις δεν επαρκούσαν για να αντιμετωπίσουν έγκαιρα και αποτελεσματικά τόσο μεγάλο αριθμό ασθενών.”

άλλες να είναι καλός ερευνητής, άλλες να είναι διαρκώς δίπλα στον άρρωστο κ.ο.κ. Η ποικιλία ήταν τόση που τελικά αποφάσισαν να επιλέγονται οι εισακτέοι στη σχολή με κλήρωση, με τον όρο ότι είχαν στοιχειώδεις διανοητικές ικανότητες! Η ανθρωπότητα χρειάζεται όλων των ειδών τους ιατρούς».

Τι θα συμβουλευάτε τη νέα γενιά καρδιολόγων στην προσπάθεια που καταβάλλει να εξελιχθεί - ιδιαίτερα στη χώρα μας;

«Βρισκόμαστε σε μια κρίσιμη καμπή της εξέλιξης με την τεχνητή νοημοσύνη να εισβάλλει βίαια στη ζωή μας. Η τεχνητή νοημοσύνη έχει ένα μόνο μειονέκτημα: Δεν μπορεί να σφάλει!

Πιο σωστά, η τεχνητή νοημοσύνη δεν κάνει τυχαία σφάλματα. Όποτε της τεθεί το ίδιο ερώτημα, θα απαντήσει με τον ίδιο τρόπο. Ωστόσο, κάνει συστηματικά σφάλματα, έχει προκαταλήψεις που είναι αδύνατο να εξουδετερωθούν, διότι έχουν εγκατασταθεί μέσα της από τον πρώτο προγραμματιστή της. Γενικότερα θα μπορούσαμε να διαιρέσουμε το έργο του ιατρού σε τρεις φάσεις. Στην πρώτη έχουμε ροή δεδομένων από τον άρρωστο στο γιατρό, με τη λήψη του ιστορικού και την αντικειμενική εξέταση.

Σ' αυτή τη φάση ο ιατρός μεταφράζει τα στοιχεία που παίρνει σε ιατρική ορολογία. Στη δεύτερη φάση γίνεται η επεξεργασία αυτών των στοιχείων συνδυάζοντάς τα με τις υπάρχουσες γνώσεις, για να καταλήξει στην πιθανότερη διάγνωση και θεραπευτικές δυνατότητες. Στην τρίτη φάση, ο γιατρός μεταφέρει το συμπέρασμα που είναι διατυπωμένο σε ιατρική ορολογία στον άρρωστο με τρόπο που αυτός το καταλαβαίνει και να πάρει αποφάσεις που θα τις εκτελέσει σαν εντολοδόχος του ο γιατρός. Σ' αυτή τη φάση γίνεται ροή στοιχείων από το γιατρό στον άρρωστο. Τα συμπτώματά του ο ασθενής έχει άπειρους τρόπους να τα εκφράσει, ενώ ο γιατρός θα τα μεταφράσει στην ιατρική ορολογία, που οσοδήποτε πληθής κι αν είναι, είναι πεπερασμένη.

Τι ακριβώς εννοεί κάποιος όταν λέει ότι έχει "ζαλάδες"; Είναι ίλιγγος; λιποθυμική τάση; εμβοές; κ.ο.κ. Η επεξεργασία των δεδομένων γίνεται άριστα από την τεχνητή νοημοσύνη με τρόπο ίσο ή και καλύτερο από οποιονδήποτε γιατρό. Στην τρίτη φάση την ιατρική ορολογία πρέπει να την μεταφέρει ο ειδικός στον πάσχοντα με τρόπο που να μπορεί αυτός να την κατανοήσει. Την πρώτη και την τελευταία φάση, που είναι επικοινωνιακές, φορτισμένες όχι μόνο με λογικά, αλλά και συναισθηματικά και βουλητικά στοιχεία, δεν μπορεί να τις κάνει η τεχνητή νοημοσύνη. Σ' αυτές τις ικανότητες πρέπει να ασκηθούν ιδιαίτερα οι νέοι γιατροί».