



ενδοσκοπήσεις

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο
ΚΕΜΠ Αθηνών
Αριθμός Άδειας
1



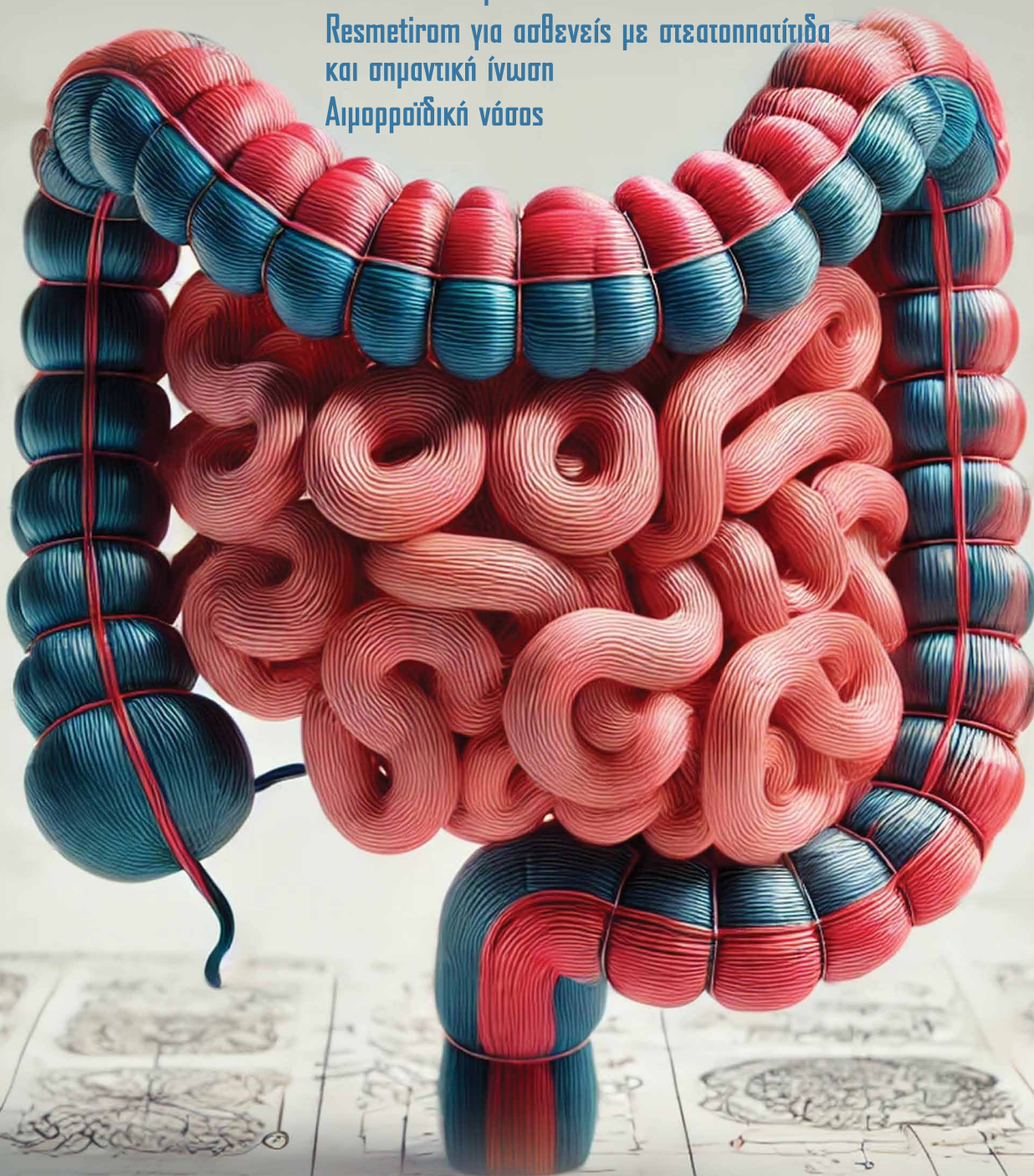
Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων [ΕΠ.Ε.Γ.Ε.] | Μάιος - Αύγουστος 2025 | Τεύχος

71

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

Νοσήματα λεπτού και παχέος εντέρου - Σύγχρονη προσέγγιση

Η τεχνητή νοσηρότητα στην ενδοσκόπηση
Επιπλοκές διαγνωστικής κολινοσκόπησης
Resmetirum για ασθενείς με στεατοπατίτιδα
και σημαντική ίνωση
Αιμορροϊδική νόσος



Ηπατοπάθειες; Υπάρχει τρόπος!



Ursogrix_21x28_09_2024

Η Grindeks Kalceks με χαρά σας ανακοινώνει την κυκλοφορία του

Ursogrix®

Ursodeoxycholic acid



Θεραπευτικές Ενδείξεις:

Πρωτοπαθής χολική
χολαγγειίτιδα
(γνωστή & ως πρωτοπαθής
χολική κίρρωση).

Διάλυση των χολόλιθων
χοληστερόλης

250mg, BT x 60 caps. Χ.Τ. 10,18€, Λ.Τ. 14,03€, Δελτίο Τιμών: 08/2024



Πριν τη
συνταγογράφηση
συμβουλευτείτε την
ΠΧΠ σαρώνοντας
τον κωδικό

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή
και Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

Grindeks Kalceks Ελλάδα ΑΕ
Ζέππου 33, Γλυφάδα 16675
info@grindeks.gr
www.grindeks.gr

Grindex

Περιεχόμενα



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	4
ΕΠΙΓΕΝΕΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: Η ΣΥΝΑΦΕΙΑ ΤΟΥ ΕΓΓΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΤΕΛΕΟΛΟΓΙΚΑ ΑΝΑΓΚΑΙΟ	
ΝΕΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΑΙΡΑ	8
i. ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΔΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.	
ii. ΑΓΓΕΛΙΑ ΠΩΛΗΣΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	
iii. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ 22 ^{ΗΣ} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	14
Η ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ESGE DAYS ΚΑΙ DDW 2025	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	22
ΤΜΗΜΑΤΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΩΣΗ (SEGMENTAL COLITIS ASSOCIATED WITH DIVERTICULOSIS, SCAD)	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	26
ΡΟΜΠΟΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑ ΕΚΤΟΜΗ (ESD)	
TIPS AND TRICKS	28
ΣΤΗΝ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ, ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ, ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑΣ (ΑΑΓ)	
HOW TO AVOID IT	30
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ	
ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	34
RESMETIROM: Η ΠΡΩΤΗ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ	
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	39
ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	52
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ	
ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	59
ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954). ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	75
ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΜΕΡΟΣ Β')	
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ	91
ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ, ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΔΟΚΙΜΗ ΜΗ ΚΑΤΩΤΕΡΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΠΡΩΚΤΙΚΗΣ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ (TRANSANAL MINIMALLY INVASIVE SURGERY - TAMIS) ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑΣ ΔΙΑΤΟΜΗΣ (ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION - ESD) ΓΙΑ ΕΠΙΠΕΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΟΡΘΟΥ	

Ιδιοκτήτης:

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

Εκδότης & Υπεύθυνος

παρά τω νόμω:

Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Σπυρίδων Γούλας

Έδρα:

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

Διευθυντής Σύνταξης:

Νικόλαος Μαργέτης

Συντακτική Επιτροπή:

Σπυρίδων Γούλας
Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος
Γιώργος Τζιάτζιος
Παρασκευάς Γκολφάκης
Χάρης Τσιώνης
Σπύρος Βρακάς
Αθανάσιος Σιούλας

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Σπυρίδων Γούλας
Αντιπρόεδρος: Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος
Γεν. Γραμματέας: Ηλίας Γρίβας
Ειδ. Γραμματέας: Παρασκευή Πολύζου
Ταμίας: Γιώργος Τζιάτζιος
Μέλη: Δημήτριος Δανδάκης,
Νικόλαος Μαργέτης
Νομική Σύμβουλος: Άννα Τσίτουρα
Γραμματεία: Μαρία Γενναδοπούλου

Εικόνα Εξωφύλλου:

Μίλτος Σκούρας

Δημιουργικό – Εκτύπωση:

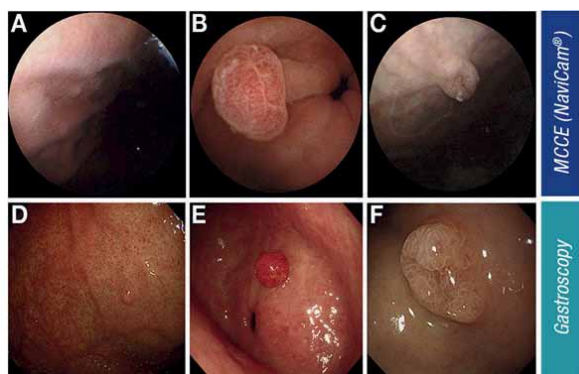
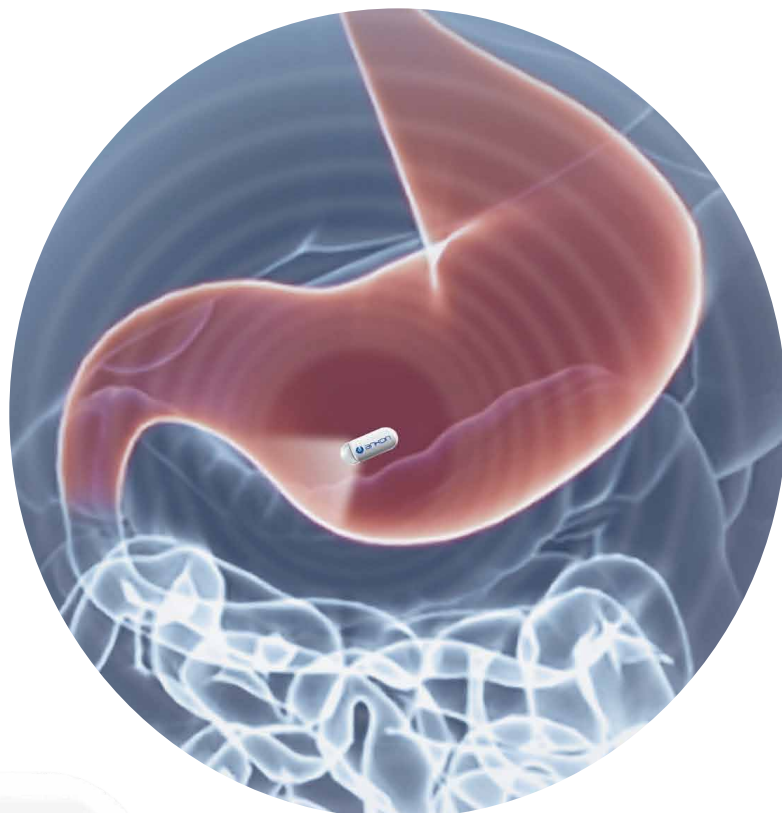
ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑmed

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

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

NaviCam® Xpress™

Disruptive
diagnostic
technology that
changes how
you visualize
gastric
disorders.





ibutin-Gelsectan®

στο Ευερέθιστο Έντερο

"Leaky Gut"

Αποτρέπει

την εντερική διαπερατότητα και την εισροή παθογόνων
ερεθισμάτων εντός του γαστρ/κού σωλήνα^(1,2)

Ανακουφίζει

• Κοιλιακό πόνο • Δυσφορία
• Φουσκώματα

Ομαλοποιεί

τις Κενώσεις σε IBS-D



ίδια σύνθεση



ίδια αποτελεσματικότητα



σε νέα οικονομικότερη
συσκευασία

με 30 κάψουλες

 **Galenica α.ε.**
www.galenica.gr

Αθήνα: Ελευθερίας 4, Κηφισιά 145 64, τηλ.: 210 5281700,
Θεσσαλονίκη: Χάλκης 8, Πυλαία 554 535, τηλ.: 2310 542685
Επιστημονικό Τμήμα τηλ.: 210 5281731
Τμήμα Φαρμακοεπαγρύπνησης τηλ.: 210 5281805

Βιβλιογραφία: 1. FOX ibutin Gelsectan, 2. A. Tirlan et.al Efficacy and safety of Gelsectan for diarrhea- predominant irritable bowel syndrome: A randomized, crossover clinical trial United European Gastroenterology J. 2019 Vol 7(8) 1093-1101



Manufacturer, DEVINTEC SAGL
- Corso Elvezia 14,
6900 Lugano, Switzerland

Κουτί με 30 κάψουλες. Π.Λ.Τ. 18,00 €

Για περισσότερες
πληροφορίες
συμβουλευτείτε την ΠΧΠ



1370 CE



Άρθρο Σύνταξης

Νικόλαος Γ. Μαργέτης, Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Σύνταξης

Επιγενετική Ιατρική: Η συνάφεια του εγγενούς με το τελεολογικά αναγκαίο

...Αυτό που κληρονομείται
βρίσκεται πέρα από την αλληλουχία του DNA...
James Watson (1928 -)

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Η σύγχρονη ιατρική λαμπρύνθηκε από κοσμογονικές ανατροπές και από διευρύνσεις του γνωστικού ορίζοντα της ιατρικής επιστήμης, τέχνης και πρακτικής, οι οποίες συμπεριέλαβαν την αποκωδικοποίηση λεπτομερειών της δομής και λειτουργίας του κυττάρου και των υποκυτταρικών δομών. Κομβικό ρόλο στην ιατρική πρωτοπορία διαδραμάτισε η θεμελίωση της γενετικής. Πολυάριθμοι κρίσιμοι σταθμοί συνέβαλλαν στη δημιουργία της σύγχρονης γενετικής, κυτταρικής και μοριακής. Σταχυολογώντας, αναφέρονται ενδεικτικά, η απομόνωση του μορίου του DNA το 1869, η ανακάλυψη της διπλής έλικας του DNA από τους James Watson και Francis Crick (1916-2004) το 1953, η αποκρυπτογράφηση του γενετικού κώδικα το 1968, ο γενετικός έλεγχος της πρώιμης εμβρυογένεσης το 1995 και η ολοκλήρωση της αλληλούχησης του φυσιολογικού ανθρώπινου γονιδιώματος το 2003. Η τελευταία κατάκτηση κατέστη εφικτή με την ανάλυση του DNA ανώνυμων δοτών διαφόρων εθνοτήτων και κατέληξε στην εκπληκτική ανακάλυψη πως το κάθε ανθρώπινο κύτταρο περιέχει περίπου 6,5 δισεκατομμύρια νουκλεοτίδια. Η σύγχρονη μοριακή γενετική διανοίγει έναν συγκλονιστικό κόσμο εμπρός μας και εντός μας: μικροσκοπικό, γαλαξιακής απεραντότητας, με πληθώρα εικονοκλαστικών μυστηρίων, τα οποία μας προ(σ)καλούν να εξιχνιάσουμε. Ταυτόχρονα, γίνεται αντιληπτό πως η γενετική δεν αναφέρεται αποκλειστικά στην έμβιη κληρονομικότητα, αλλά δομεί τον επιτελικό κυβερνοχώρο, από τον οποίο εξαρτάται το σύνολο των λειτουργιών και των αντιδράσεων που συμβαίνουν στον μικρόκοσμο του κυττάρου και της διακυτταρικής επικοινωνίας.

Παράλληλα με την κατανόηση των περίπλοκων μοριακών μηχανισμών, ένας νέος γλωσσικός κώδικας επινοήθηκε και περιέλαβε όρους, όπως το «γονιδίωμα»: ορίζεται ως ο «ιθύνων νους», ως μία αλληλουχία «λέξεων», που συγκροτούν πληροφορίες στον πυρήνα (και στο μιτοχόνδριο). Οι πληροφορίες αυτές υπαγορεύουν οδηγίες προς το υπόλοιπο κύτταρο: πώς θα λειτουργήσει, πώς θα αλληλεπιδράσει με άλλα κύτταρα, με ακυτταρικές δομές και με το περιβάλλον (του), πώς θα κληρονομήσει τις πληροφορίες που φέρει στα κύτταρα-απογόνους, πώς θα πεθάνει. **Δεν συνιστούν, ωστόσο, αυστηρές ή άκαμπτες προδιαγραφές, αλλά ευρύ πλαίσιο δυνατοτήτων.** Μεταγενέστερα, υιοθετήθηκε ο όρος του «γονιδιώματος αναφοράς»: είναι το λειτουργικό σύνολο των γονιδιακών τόπων που απαντάται απaráλλακτο σε όλους τους ανθρώπους· αυτές οι αλληλουχίες ταξινομούνται ως φυσιολογικές. Βάσει της αλληλουχίας του γονιδιώματος αναφοράς καθορίζονται οι ατομικές νουκλεοτιδικές παραλλαγές, οι μεταλλάξεις και οι λοιπές γενετικές τροποποιήσεις. Μολαταύτα, απεδείχθη πως η ποικιλομορφία των γενετικών διαφοροποιήσεων (μεταλλάξεις, πολυμορφισμοί, χρωμοσωμικές παραλλαγές) δεν προσδίδει επαρκή επιστημονική εξήγηση ούτε για τις ατομικές ιδιαιτερότητες (φυσικά, συμπεριφορικά, νοητικά, χαρακτηρισολογικά χαρακτηριστικά), για την επιρρέπεια σε συγκεκριμένες παθήσεις, για την ανταπόκριση σε δεδομένο θεραπευτικό σχήμα ούτε για τη φαινοτυπική/λειτουργική ετερότητα ανάμεσα στα διαφορετικά κύτταρα ενός πολυκύτταρου οργανισμού, τα οποία φέρουν πανομοιότυπο γονότυπο.

Προς επίρρωση της αδυναμίας της γενετικής να εξηγήσει πλήρως τη φαινομενολογία της ζωής, της υγείας και της νόσου και υπό την πίεση της αδήριτης ανάγκης να γεφυρωθεί το χάσμα μεταξύ γονοτύπου και φαινοτύπου, οι

Άρθρο Σύνταξης



ιατροί-ερευνητές που διείσδυσαν στα άδυτα της επιστήμης ανακάλυψαν ένα αχανές ρυθμιστικό δίκτυο, το οποίο «συνομιλεί» και αλληλεπιδρά κατά βάση με το νουκλεοσωμάτιο (το σύμπλεγμα των νουκλεοτιδικών αλληλουχιών και του πρωτεϊνικού ικριώματος που τις υποστηρίζει, δηλ. των ιστονών) αλλά και με τον μηχανισμό που εξασφαλίζει την πιστότητα της μετάφρασης του εκάστοτε γονιδίου. Το δίκτυο αυτό **επι-καθορίζει** το γονιδίωμα. Οι δομικοί του λίθοι είναι μη νουκλεοτιδικοί, η ιδιοτυπική του ταυτότητα διαμορφώνεται διαρκώς από το σύνολο των μετασχηματιζόμενων μικρομορίων του. Οι λίθοι αυτοί εγγράφουν με «μολύβι» επί των μορίων του γονιδιώματος (η πληροφορία στη νουκλεοτιδική άλυσσος είναι εγγεγραμμένη με «στυλό») ή του μεταγραφώματος· για το λόγο αυτό οι επιδράσεις του θεωρούνται εύπλαστες, αντιστρεπτές. Το νεοφώτιστο δίκτυο ονομάστηκε **επιγονιδίωμα**, μελετάται δε από τον κλάδο της επιγενετικής. Ουσιαστικά, η ανακάλυψη των επιγενετικών αλλαγών μεταφέρει το επίκεντρο της μεταβίβασης της πληροφορίας από την διπλή έλικα του DNA στο νουκλεοσωμάτιο. Η επιγενετική μορφοποιήθηκε κατά την 1^η δεκαετία της νέας χιλιετίας· αποτελεί εν τούτοις σύλληψη προηγούμενων δεκαετιών. Η πατρότητα της έννοιας αποδίδεται στον Conrad Waddington (1905-1975), ο οποίος το 1942 απέδωσε με τον όρο αυτό *αλλαγές που ΔΕΝ τροποποιούν την αλληλουχία βάσεων του DNA, αλλάζουν όμως τη λειτουργία του*. Πολύ νωρίτερα, το 1908, ο ρηξικέλευθος ερευνητής-Ιατρός Γεώργιος Ν. Παπανικολάου (1883-1962) είχε τολμήσει να αποθέσει στο έδαφος της αυθεντικής επιστήμης τον σπερματικό του λόγο: είχε αντιπαραβάλλει την κληρονομικότητα με τη μετα-γενετική.

Οι επιγενετικές τροποποιήσεις (**επιγονότυπος**) αλλοιώνουν επιδραστικά την γονοτυπική έκφραση των σωματικών κυττάρων (όχι των γαμετών), χωρίς να μεταβάλλουν κατ' ελάχιστο την υποκείμενη αλληλουχία των βάσεων. Υπό την έννοια αυτή, οι επιγενετικές αλλαγές νοούνται ως **ισοδύναμα μεταλλάξεων**. Δεν συμβαίνουν συμπτωματικά· τουναντίον, αποτελούν το όχημα παρείσφρησης των παραγόντων του περιβάλλοντος και των συντελεστών της φυσικής ιστορίας της ζωής ενός ατόμου στη γονιδιακή αποτύπωση: οι παράγοντες αυτοί είναι που επιφέρουν τις επιγενετικές τροποποιήσεις. Οι τελευταίες αποκωδικοποιούν (διαβάζουν) την ενδογενή γενετική πληροφορία στα διάδοχα στάδια της ροής της, την ελέγχουν και τη ρυθμίζουν (αδρά ή λεπτά) από το επίπεδο της αντιγραφής έως και το μετα-μεταφραστικό επίπεδο, με γνώμονα την εξωγενή πληροφορία. Οι επιγενετικοί μηχανισμοί συνιστούν μείζονα συνιστώσα για τον φαινότυπο, τον προσδιορίζουν. Υπό φυσιολογικές συνθήκες τα επιγενετικά δεδομένα ορίζουν την μοίρα του κυττάρου στον ίδιο -τουλάχιστον- βαθμό με τα γενετικά. Επιγενετική και γενετική συνιστούν αδιαίρετη ολότητα, αλληλορυθμιζόμενα πλέγματα: **1** η έκφραση της γενετικής πληροφορίας εξαρτάται από την επιγενετική επεξεργασία που θα επιδράσει επ' αυτής **2** η επιγενετική συνδιαμορφώνει την πληροφορία, η κατεύθυνση της αλλοίωσης εξαρτάται από τον προϋπάρχοντα γενετικό σκελετό.

Τα επιγενετικά ρυθμιστικά φαινόμενα είναι δαιδαλώδη, περίπλοκα, εν πολλοίς αδιευκρίνιστα, ενίοτε δυσερμήνευτα. Έχει αποκωδικοποιηθεί μικρό μέρος αυτών. Στους σημαντικότερους επιγενετικούς μηχανισμούς περιλαμβάνονται η μεθυλίωση του DNA, οι τροποποιήσεις των ιστονών και η συμβολή των μικρών, μη μεταφράσιμων μορίων RNA. Η επιγενετική μηχανή διαθέτει πλούσιο οπλοστάσιο : αναγνώστες-αισθητήρες, συγγραφείς, σθηστήρες, τελεστές· όλοι οδηγούν στη θαυμαστή φαινοτυπική ποικιλομορφία των κυττάρων, των ιστών, των οργανισμών. Η έλευση της νέας γνώσης (απομόνωση επιγενετικών παραγόντων, ταυτοποίηση των ρυθμιστικών τους ιδιοτήτων) έχει ποικίλες ευεργετικές συνέπειες: **1** η βαθιά κατανόηση φυσιολογικών φαινομένων, όπως η μνήμη, η μάθηση και η γήρανση, **2** η εξιχνίαση των πολύπλοκων παθογενετικών μηχανισμών ποικίλλων νόσων, όπως η κατάθλιψη, η κοιλιοκάκη και οι καρκίνοι του γαστρεντερικού σωλήνα, του ήπατος και του παγκρέατος, **3** η ανακάλυψη βιοδεικτών για τη διάγνωση και παρακολούθηση προκαρκινικών και καρκινικών νεοπλασμάτων



Άρθρο Σύνταξης

(βλ. τα microRNAs ως βιοδείκτες εντερικών παθήσεων στο τ. 62 των «ενδοσκοπήσεων») και για την πρόγνωση/σταδιοποίηση μερικών κακοθειών, **4** η λογικοφανής ερμηνεία του **αναγωγισμού**, δηλαδή της αναγωγής (αιτιώδους σύνδεση) των μακροσκοπικών φαινομένων της πραγματικής ζωής με τα μικροσκοπικά κυτταρικά και τα υποκυτταρικά συστήματα, και **5** η συνειδητοποίηση πως η απόπειρα όσων -ιταμών- επιβουλεύονται τις γονιδιακές πληροφορίες είναι ματαιόπονη: η εφημερότητα της ταυτότητας εκάστου προσώπου συμπεριλαμβάνει -πλην του γονοτύπου- τον δυσχερέστατα προσδιοριζόμενο επιγονότυπο· το ογκώδες και υπερπερίπλοκο επιγενετικό δίκτυο, μέσα στη χωρική και χρονική μικροκλίμακά του, με τα πολυπληθή εναλλακτικά μονοπάτια ρύθμισης, πιθανόν να αναχαιτίσει τους επίδοξους σφετεριστές.

Οι μοριακοί μηχανισμοί που ελέγχονται επιγενετικά δεν αλλοιώνονται από τις διαδικασίες της μίτωσης· για τον λόγο αυτό κληρονομούνται από τη μια κυτταρική γενιά στην επόμενη και κατά συνέπεια ένα κύτταρο κληρονομεί εκτός από τα γονίδιά του, χαρακτηριστικά που αποκτήθηκαν κατά τις μη μιτωτικές φάσεις του κυτταρικού κύκλου. Επιγενετικοί παράγοντες και ενδοφαινότυπος εγκαθιστούν σχέση αμοιβαίας εξάρτησης : οι επιγενετικές αλλαγές καθορίζουν την φαινοτυπική ταυτότητα και, αντιστρόφως, κύτταρα και οργανισμοί ενίοτε ενσωματώνουν στο επιγονιδίωμά τους επίκτητα φαινοτυπικά γνώρισμα **της τελικής μορφής τους ή/και της λειτουργίας τους**, με σκοπό την μεσοπρόθεσμη προσαρμογή και επιβίωσή τους. Ένα φλέγον δίλημμα των ιατρών-ερευνητών στο μέλλον θα είναι εάν υπάρχει αιτιολογική σχέση ανάμεσα στις παρατηρούμενες περιβαλλοντικές επιδράσεις και στις φαινοτυπικές αλλαγές ή εάν αυτές απλώς συνυπάρχουν. Προχωρώντας σε πρωτοβάθμιστες ατραπούς, η έρευνα ενδεχομένως να συναντήσει το ιερό δισκοπότηρό της : είναι πιθανό το επιγενετικό ερέθισμα, πρωτογενές ή συνεπεία φαινοτυπικών αλλαγών, όταν επιμένει, να ενσωματωθεί ακόμα και στο γονιδίωμα, με σκοπό την μακροπρόθεσμη προσαρμογή;

Τούτων λαμβανομένων υπόψιν, η ιατρική έρευνα στη σύγχρονη φαρμακευτική θεραπεία πολλών παθήσεων βασίζεται στις θεμελιώδεις ιδιότητες από τις οποίες διέπονται οι επιγενετικές τροποποιήσεις : κληρονομικότητα από κυτταρική γενιά σε κυτταρική γενιά, ευπλαστότητα (δυνατότητα αντιστρεπτότητας μιας επιγενετικής αλλαγής και αντικατάστασή της από μια άλλη) και -υπό προϋποθέσεις- ευστάθεια των νεοπαγών (θεραπευτικών) αλλαγών. Η ανάπτυξη της **φαρμακογονιδιωματικής** αφορά στην παραγωγή φαρμάκων, που επηρεάζουν ευεργετικά/ανασταλτικά και εκλεκτικά το νουκλεόσωμα ή/και την εν γένει επιγενετική έκφραση συγκεκριμένων γονιδιακών τόπων. Πρόσφατα εγκρίθηκαν από το FDA **επι-φάρμακα (epi-drugs)** για την αντιμετώπιση αιματολογικών καρκίνων, του καρκίνου του μαστού, του παχέος εντέρου, του εγκεφάλου και του πνεύμονα, νευροεκφυλιστικών νοσημάτων, της επιληψίας και άλλων νόσων. Οι κύριοι εκπρόσωποι των επιφαρμάκων είναι οι αναστολείς των μεθυλοτρασφερασών του DNA και οι αναστολείς των αποασκετυλασών των ιστονών.

Η επίδραση της επιγενετικής στην ανακατεύθυνση των γονιδιακών μας καταβολών προσομοιάζει με την ιδιότητα του ανθρώπου να μεταπλάθει την **εγγενή «δυνατότητα»** σε **εμπράγματη δυνατότητα**, μέσα από την επαπαναπλαισίωση των δωρημάτων του, σε περιβάλλον που ο ίδιος είναι σε θέση να διαμορφώνει. Τούτη η διαπίστωση αποκτά βαρύνον σημασιολογικό φορτίο στον σύγχρονο άνθρωπο, ο οποίος καλείται να προσαρμοζεται διαρκώς σε συνθήκες μετα-αλήθειας, μετα-γονιδιωματικής, μετα-τάξης. Ο ιστορικός καμβάς κοσμεύεται από προσωπικότητες αυθεντικά πρωτοπόρες, από πνεύματα ανήσυχτα και από αληθινούς μύστες. Οι ολύμπιες αυτές μορφές συνεισέφεραν στην ανθρωπότητα -γενναιόδωρα, απροϋπόθετα- πλείστα και πολυδιάστατα αγαθά και κληρονόμησαν στις επόμενες γενεές πολιτισμό, γνώσεις, σοφία, ήθος, μεγαλείο, μονοπάτια διάνοησης. Αληθινά

Άρθρο Σύνταξης

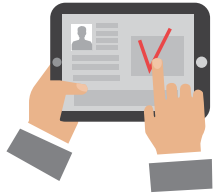


χαρισματικοί, διοχέτευσαν το ευαγγελικό «τάλαντον» προς ευγενείς κατευθύνσεις· τούτο επετεύχθη με πνεύμα αυτοθυσίας, με κοπιώδη αφοσίωση, με αγόγγυστη μαθητεία. Διέθεταν το γονιδιακό χάρισμα να γνωρίζουν **πώς** να επι-γράφουν πάνω στα χαρίσματά τους, αυτό γονιμοποίησε τη στρατηγική τους. Όλοι τους είχαν το έμφυτο διαμάντι της υψηλής νοημοσύνης· δεν αρκέστηκαν όμως σε αυτό. Δεν διαχειρίστηκαν τις κλίσεις τους ναρκισσιστικά, δεν τις αντιμετώπισαν ως παγωμένα κληροδοτήματα της φύσης· τουναντίον, «συνομίλησαν» με αυτές, τις τίμησαν ως πολύτιμα τιμαλφή, τις σμίλευσαν. Προσέθεσαν λέξεις και ιδεογράμματα στο βιβλίο της ψυχής τους, ο ιδρώτας τους κατέλιπε μνημονικά «εγγράμματα» στις σελίδες τους, υπερκέρασαν τις προδιαγραφές. Εν ολίγοις, αρνήθηκαν να γίνουν ενεργούμενα της μοίρας τους, έστω και εάν αυτή ήταν ευνοϊκή. Δεν συμβιβάστηκαν με ό,τι τους δόθηκε, αντιτάχθηκαν στην εσωστρέφεια, καταπολέμησαν την αυτοαναφορικότητα. Συναρθρώθηκαν με τα γεγονότα και δημιούργησαν νέες κοίτες, στις οποίες έρευνε ανεμπόδιστα το ποτάμι της ιστορίας. Μία τέτοια λαμπρή προσωπικότητα ήταν η πρώτη Ελληνίδα Ιατρός Αγγελική Παναγιωτάτου, στην οποία γίνεται περισπούδαστο αφιέρωμα στην ιστορική στήλη του παρόντος τεύχους.

Το τεύχος του κρατάτε στα χέρια σας πρωτοπορεί με κάθε έννοια. Συμβολίζει την αδιάκοπη και αταλάντευτη εξέλιξη του γαστρεντερολογικού δυναμικού της πατρίδας μας. Επί παραδείγματι, η συμπερίληψη των δεδομένων της συμβολής της τεχνητής νοημοσύνης στην ενδοσκόπηση και η διεξοδική αναφορά στο πρώτο εγκεκριμένο φάρμακο για τη θεραπεία ασθενών με στεατοηπατίτιδα και σημαντική ίνωση εγκαθιστά νέα τοπόσημα, ικανά να συνδιαλλαγούν με το μέλλον. Τα άρθρα για την εφάμιλλη αποτελεσματικότητα της ESD με την TAMIS στους επιπέδους πολύποδες του ορθού και για τη χρήση ρομποτικών συστημάτων στην ESD αποδεικνύουν τα διευρυμένα όρια της ειδικότητάς μας. Οι μελέτες για την τμηματική κολίτιδα που σχετίζεται με την εκκολπωμάτωση, για την αυτοάνοση ατροφική γαστρίτιδα και για τις επιπλοκές της διαγνωστικής κολονοσκόπησης δείχνουν ότι η κλινική εγρήγορση των Ελλήνων γαστρεντερολόγων παραμένει ακέραιη. Η εξαιρετικού επιπέδου ανασκόπηση της αιμορροϊδικής νόσου από έναν ειδικευόμενο γαστρεντερολόγο, έργο ομολογουμένως δυσχερές, είναι δηλωτική των κορυφαίων δυνατοτήτων που διαθέτουμε ως γαστρεντερολογική κοινότητα. Τέλος, η συνεργασία της ειδικότητάς μας με τις λοιπές ειδικότητες είναι απόλυτα αρμονική και τελεσφόρος, όπως με την ειδικότητα της Καρδιολογίας, που φιλοξενείται στο παρόν τεύχος, διά της κλινικά ωφέλιμης ανασκόπησης της διερεύνησης του θωρακικού άλγους.

Ολοκληρώνοντας το άρθρο σύνταξης, θέλω να ευχαριστήσω τους συναδέλφους-συγγραφείς του τρέχοντος τεύχους για την προθυμία που επέδειξαν να συγγράψουν υψηλής επιστημονικής αξίας άρθρα. Ακόμα, εκ μέρους του Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. σας μεταφέρω την πρόσκληση να δώσετε το «παρών» στην 22^η Πανελλήνια Επιστημονική Εκδήλωση της ΕΠ.Ε.Γ.Ε., η οποία θα λάβει χώρα στην Αθήνα στις αρχές του επόμενου Δεκεμβρίου· η ενεργός σας συμμετοχή θα είναι ένα από τα εκέγγυα της επιτυχίας της. Τέλος, θέλω να ευχηθώ σε όλες και σε όλους να είναι θαλερή και εποικοδομητική η άρτι αφιχθείσα ακαδημαϊκή χρονιά, και να σας χαρίζει υγεία και συναρπαστικές διαδρομές στον λαβύρινθο της αυθεντικής επιστήμης.

Καλό φθινόπωρο !!



Νέα & Επίκαιρα

ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΔΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Ηλίας Γρίβας, Γαστρεντερολόγος, Μαρούσι

Την Τρίτη 1 Ιουλίου 2025, στα γραφεία της Ε.Γ.Ε., πραγματοποιήθηκε η προγραμματισμένη συνάντηση του ΔΣ της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Παρευρέθηκαν οι: Γούλας Σπύρος, Γρίβας Ηλίας, Μαργέτης Νικόλαος και Δανδάκης Δημήτριος. Δικτυακά μετείχαν οι: Κωφοκώτσιος Αλέξανδρος, Πολύζου Παρασκευή και Τζιάτζιος Γεώργιος. Επίσης, στη συνάντηση της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. έλαβαν μέρος και οι: Ψιλόπουλος Δημήτριος και Χρηστίδου Αγγελική (πρόεδρος και αντιπρόεδρος της ερχόμενης διημερίδας της ΕΠ.Ε.Γ.Ε., αντίστοιχα).

Αντικείμενο συζήτησης ήταν:

1. Η τελική διαμόρφωση του προγράμματος της ερχόμενης διημερίδας της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.
2. Προτάσεις για τη θεματολογία της διημερίδας.
3. Η επιλογή των προέδρων, των σχολιαστών του κάθε τραπεζιού και των ομιλητών.

Ως υπενθύμιση η διημερίδα θα πραγματοποιηθεί στην Αθήνα από 5 έως 7 Δεκεμβρίου, στο ξενοδοχείο Divani Caravel, με θέμα «Νοσήματα του λεπτού και του παχέος εντέρου. Σύγχρονη προσέγγιση».



Αγγελίες

Διατίθεται

- Διατίθεται για μεταβίβαση γαστρεντερολογικό ιατρείο, 30 χρόνια λειτουργίας με ηλεκτρονικό αρχείο ασθενών, σε κεντρικό σημείο στον Κορυδαλλό.

Πληροφορίες: Τηλ. 6944 695950

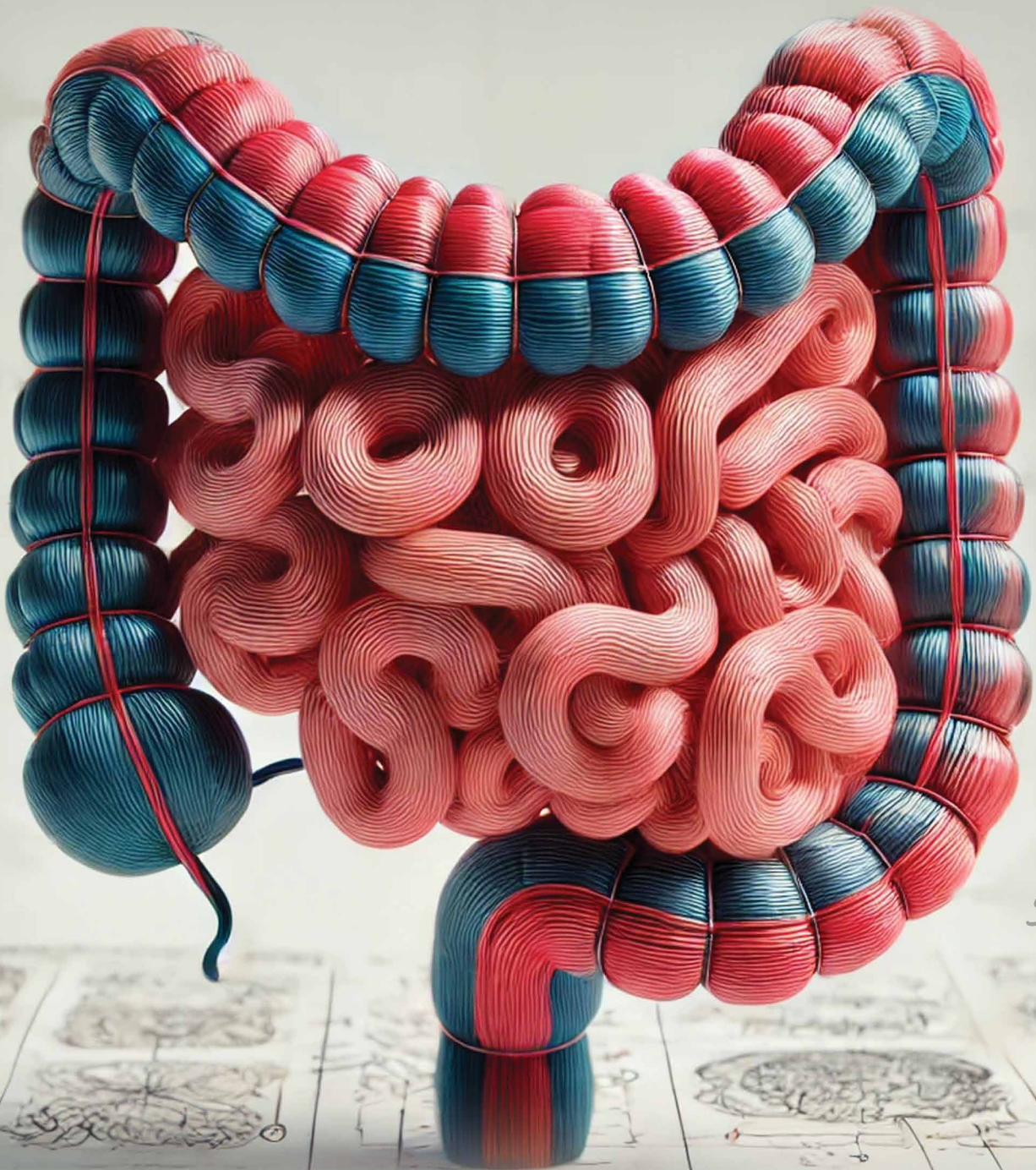
e-mail: gdx@otenet.gr



ΕΠ.Ε.Γ.Ε. Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας
22^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΚΑΙ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

5 – 7 Δεκεμβρίου 2025, Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani-Caravel



MILTO
KOURAS

Γραμματεία:

CONGRESS WORLD | Οργάνωση Συνεδρίων

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210-72 100 52, 210-72 10 001, Web site: www.congressworld.gr, e-mail: info@congressworld.gr



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ
22^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΚΑΙ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

5 - 7 Δεκεμβρίου 2025
ΑΘΗΝΑ, Ξενοδοχείο Divani-Caravel

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Αγαπητές και Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Η 22^η Πανελλήνια Επιστημονική Εκδήλωση της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) με τίτλο «Νοσήματα λεπτού και παχέος εντέρου-Σύγχρονη Προσέγγιση» θα πραγματοποιηθεί στις **5-7 Δεκεμβρίου 2025 στην Αθήνα**, στο ξενοδοχείο **DIVANI-CARAVEL**.

Όπως γνωρίζετε είναι μια επιστημονική εκδήλωση με ξεκάθαρο χαρακτήρα και στόχευση. Μέσα από ένα σύνολο διαλέξεων, στρογγυλών τραπεζιών, παρουσιάσεων ενδιαφερόντων περιστατικών, δορυφορικών συμποσίων, συζητήσεων και αντιπαραθέσεων, θα γίνει προσπάθεια να επικοινωνήσουμε σύγχρονη γνώση, κατευθυντήριες οδηγίες και πολύτιμες εμπειρίες, που αφορούν κυρίως την καθημερινή πρακτική όλων μας στους χώρους εργασίας μας.

Παλαιότεροι καταξιωμένοι, αλλά και νεότεροι άριστα εκπαιδευμένοι στην Ελλάδα και στο εξωτερικό συνάδελφοι, θα επιλεγούν για να υποστηρίξουν με τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους αυτή την εκδήλωση.

Στόχος μας είναι να απαντηθούν κατά το δυνατόν περισσότερες ερωτήσεις από τους συμμετέχοντες, έτσι ώστε να φύγουμε όλοι μας πιο «σοφοί» και πιο ικανοί να επιτελέσουμε το έργο μας με βάση τα πλέον σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης, προς όφελος των ασθενών μας και της κοινωνίας γενικότερα.

Παράλληλα για να εκπληρώνονται στο σύνολο τους οι στόχοι της ΕΠ.Ε.Γ.Ε, θα επιδιώξουμε με θεσμικούς και άλλους τρόπους να συζητήσουμε προβλήματα, δυνατότητες, προτάσεις και διεκδικήσεις που αφορούν την άσκηση της Γαστρεντερολογίας στη χώρα μας.

Με την υπόσχεση ότι θα κάνουμε ό,τι είναι δυνατόν για την επιτυχία της 22^{ης} Πανελλήνιας Επιστημονικής Εκδήλωσης της ΕΠ.Ε.Γ.Ε, **σας καλώ όλους να συμμετέχετε ενεργά**, καθώς η συμμετοχή σας αποτελεί την απολύτως αναγκαία συνθήκη για την εκπλήρωση των στόχων της.

Με εκτίμηση,

Δημήτριος Ψιλόπουλος

Διευθυντής Γαστρεντερολόγος

Ιατρικό Αθηνών, Μαρούσι

Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής

22^{ης} Πανελλήνιας Επιστημονικής Εκδήλωσης

της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Δ. Ψιλόπουλος

Μέλη: Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ

Δ.Σ. ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Πρόεδρος: Σ. Γούλας

Αντιπρόεδρος: Α. Κωφοκώστιος

Γεν. Γραμματέας: Η. Γρίβας

Ειδ. Γραμματέας: Π. Πολύζου

Ταμίας: Γ. Τζιάτζιος

Μέλη: Δ. Δανδάκης
Ν. Μαργέτης

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΚΑΙ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

5 - 7 Δεκεμβρίου 2025
ΑΘΗΝΑ, Ξενοδοχείο Divani-Caravel

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 5 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2025

16.00-17.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

- Εντεροσκόπηση
- Κάψουλα λεπτού εντέρου
- Μαγνητική εντερογραφία
- Υπερηχογράφημα λεπτού εντέρου

17.00-17.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

- Ποιοτική κολονοσκόπηση με χαμηλό κόστος. Ρεαλισμός ή Ουτοπία;

17.30-18.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

18.00-19.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΡΩΚΤΟΥ

- HPV λοίμωξη πρωκτού - Τι νεότερο
- Ασθενής με περιεδρικό απόστημα/ συρίγγιο. Διάγνωση και θεραπεία
- Ασθενής με άλγος / κνησμό πρωκτού. Διερεύνηση και αντιμετώπιση

19.00-19.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

- Τεχνητή νοημοσύνη στην κολονοσκόπηση
Αρωγός ή περιττή πολυτέλεια

19.30-20.30 **ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ**



Ηλίας Κούρας



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ
22^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΚΑΙ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

5 - 7 Δεκεμβρίου 2025

ΑΘΗΝΑ, Ξενοδοχείο Divani-Caravel

ΣΑΒΒΑΤΟ 6 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2025

08.30-09.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΡΘΟΥ: ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

- Ο ρόλος του Γαστρεντερολόγου
- Ο ρόλος του Ογκολόγου
- Ο ρόλος του Χειρουργού

09.30-10.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

- Σύνδρομο πολυποδίαςης - νεότερα δεδομένα

10.00-11.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

- Λοιμώδεις εντερίτιδες
- Έλκη λεπτού εντέρου
- NET λεπτού εντέρου

11.00-11.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

11.30-12.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΟΛΥΠΟΔΕΚΤΟΜΗ Ι

- Οπτική διάγνωση: η σημασία της στη λήψη θεραπευτικής απόφασης
- Νέες τεχνικές πολυποδεκτομής
- Πολυποδεκτομή στο ιατρείο

12.30-13.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

- Ενδοσκοπική αντιμετώπιση ενδοσκοπικών και χειρουργικών επιπλοκών στο παχύ έντερο

13.00-14.00 **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

- Πολυποδεκτομή ΙΙ
- Παρουσίαση και σχολιασμός περιστατικών

14.00-16.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ-ΓΕΥΜΑ-
ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ-ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ
ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

16.30-17.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΙΦΝΕ

- Τι ελέγχω κατά τη διάγνωση
- Πότε και πώς εκτιμώ τη θεραπευτική ανταπόκριση
- Πώς παρακολουθώ τον ασθενή σε ύφεση

17.30-18.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Η ΔΥΣΚΟΛΗ ΙΦΝΕ

18.00-19.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

- Στη ληκυθίτιδα
- Στην οξεία βαριά ελκώδη κολίτιδα
- Στη συριγγοποιό νόσο Crohn

19.00-19.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Ηλίας Κούρας

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ
22^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΚΑΙ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ
ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ



5 - 7 Δεκεμβρίου 2025
ΑΘΗΝΑ, Ξενοδοχείο Divani-Caravel

ΚΥΡΙΑΚΗ 7 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2025

09.00-10.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ
ΕΝΤΕΡΟΥ - ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- Ο ρόλος του γαστρεντερολόγου
- Ο ρόλος του διαιτολόγου
- Ο ρόλος του ψυχιάτρου

10.00-10.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

- Εκκολπωματική νόσος παχέος εντέρου
- Νεότερα Δεδομένα

10.30-11.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

11.00-12.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

- Καρκινογένεση: νέα δεδομένα
- Ενδιάμεσοι καρκίνοι: μπορούμε να μειώσουμε το ποσοστό τους
- Αποτίμηση εθνικού προγράμματος πρόληψης ΚΠΕ

12.00-12.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

- Ενδοσκοπική επιτήρηση στις ΙΦΝΕ

12.30-13.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΠΟΙΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΙΦΝΕ
ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΕΡΟΣ
ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ:

- JAK - αναστολείς
- ANTI-IL23
- S1P
- Συνδυασμούς

13.30-14.30 **QUIZ-ΛΗΞΗ**

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΧΡΟΝΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΠΕΓΕ
5 - 7 Δεκεμβρίου 2025

ΤΟΠΟΣ
Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani Caravel

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Γαστρεντερολόγοι/Μέλη ΕΠΕΓΕ	50 € (ετήσια συνδρομή)
-----------------------------	---------------------------

Μη Γαστρεντερολόγοι - Λοιπές Ιατρικές Ειδικότητες	50 €
--	------

Ειδικευόμενοι - Νοσηλεύτες - Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ
--	--------



Ενδοσκοπικό θέμα

ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ:
ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ESGE DAYS 2025 ΚΑΙ DDW 2025

Γεώργιος Τσιώνης, Ειδικός Γαστρεντερολόγος – Ηπατολόγος,
Certified Υπερηχογραφιστής πεπτικού συστήματος Level I (DEGUM, DE),
Γαστρεντερολογική Διάγνωση Σερρών

Η τεχνητή νοημοσύνη (TN) – artificial intelligence (AI), η οποία εισήχθη ως έννοια τη δεκαετία του 1950, ορίζεται ως η ικανότητα ενός υπολογιστικού συστήματος να επιτελεί γνωσιακές λειτουργίες με τρόπο συγκρίσιμο με τον ανθρώπινο εγκέφαλο. Η μηχανική μάθηση (machine learning) αποτελεί θεμελιώδη προσέγγιση για την υλοποίηση της AI και διακρίνεται σε συμβατικούς αλγόριθμους και σε μεθόδους βαθιάς μάθησης (deep learning, DL). Η βαθιά μάθηση, η οποία εξελίσσεται ραγδαία, περιλαμβάνει βαθιά νευρωνικά δίκτυα, συνελκτικά νευρωνικά δίκτυα (convolutional neural networks, CNNs), καθώς και επαναλαμβανόμενα νευρωνικά δίκτυα, με τα CNNs να αποτελούν αυτή την στιγμή βασικό αντικείμενο εφαρμογής και έρευνας [1].

Τα τελευταία έτη, η τεχνητή νοημοσύνη βρίσκει ολοένα και περισσότερες εφαρμογές στον ιατρικό τομέα, και ιδιαίτερως στην ενδοσκόπηση του πεπτικού συστήματος, σ' έναν από τους πιο ενεργούς τομείς κλινικής έρευνας αυτή την στιγμή. Λόγω της πολύ γρήγορης εξέλιξης της γνώσης, κρίνεται σκόπιμο να γίνει μία σύνοψη των πιο σημαντικών νέων δημοσιεύσεων σχετικά με την τεχνητή νοημοσύνη στην ενδοσκόπηση, που παρουσιάστηκαν στα συνέδρια Esge Days 2025 και DDW 2025.

Η προφορική παρουσίαση των δημοσιεύσεων προηγήθηκε το Σάββατο 28 Ιουνίου 2025 στα πλαίσια της ημερίδας σύνοψης των φετινών συνεδρίων που διοργάνωσε, με εξαιρετική επιτυχία, το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας & Διατροφής, στο Αμφιθέατρο Φυσιολογίας «Γ. Κοτζιάς» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών.

Τόσο στο Esge Days όσο και στο DDW, η τεχνητή νοημοσύνη είχε την «τιμητική» της περισσότερο από κάθε άλλη χρονιά, με πολυάριθμες στρογγυλές τράπεζες, διαλέξεις, συνεδρίες και posters, σχετικά με τις εφαρμογές της στην διαγνωστική και επεμβατική ενδοσκόπηση του ανώτερου και κατώτερου πεπτικού. Πέρα από την εφαρμογή της στην ανίχνευση (CAdE) και διάγνωση πολυπόδων (CAdx) στο κατώτερο πεπτικό, είχαμε πιο

εύρωστα δεδομένα και στην αναγνώριση πρώιμων κακοήθων αλλοιώσεων στον οισοφάγο και στόμαχο, καθώς και σε ασθενείς με ιδιοπαθή χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Παρατηρούμε επίσης έντονη ερευνητική δραστηριότητα στις εφαρμογές της AI στα πεδία του ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος, ERCP και χολαγγειοσκόπησης, ενώ για πρώτη φορά συζητήθηκαν θέματα που αφορούν την, υποβοηθούμενη από υπολογιστή, εκπαίδευση του ενδοσκόπου, την αυτοματοποιημένη δημιουργία ενδοσκοπικών αναφορών καθώς και ηθικά ζητήματα, που ανακύπτουν από την εκτεταμένη εφαρμογή της.

Τα τελευταία χρόνια, αρκετές τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες έχουν αξιολογήσει τον ρόλο των συστημάτων υποβοηθούμενης ανίχνευσης πολυπόδων (CAdE) στη βελτίωση της ανίχνευσης των τελευταίων, κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης. Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες επικεντρώνονται αποκλειστικά σε συστήματα AI, που βασίζονται σε τοπικά εγκατεστημένο hardware στην ενδοσκοπική μονάδα. Μία νέα τεχνολογία αποτελούν τα συστήματα που λειτουργούν μέσω υπολογιστικού νέφους (cloud-based). Το CADDIE της Odin Vision (εταιρεία του ομίλου Olympus) αποτελεί ένα σύστημα CAdE βασισμένο σε cloud, το οποίο λαμβάνει σε πραγματικό χρόνο τη ροή εικόνας από την ενδοσκοπική μονάδα μέσω του διαδικτύου του νοσοκομείου. Ο αλγόριθμος τεχνητής νοημοσύνης επεξεργάζεται τις εικόνες και προβάλλει άμεσα στην οθόνη της ενδοσκόπησης πλαίσια (bounding boxes) για την επισήμανση ύποπτων πολυπόδων. Ένα τέτοιο σύστημα θα μπορούσε να προσφέρει πλεονεκτήματα ως προς την προσβασιμότητα και την ταχύτερη αναβάθμιση της τεχνολογίας CAdE, παρέχοντας την δυνατότητα για συνεχή εμπλουτισμό των training data sets του συστήματος AI και την ενσωμάτωση νέων εφαρμογών AI στην ενδοσκόπηση. Στην μελέτη EAGLE, μια διεθνή, πολυκεντρική, τυχαίοποιημένη μελέτη, που διεξήχθη σε οκτώ κέντρα, σε τέσσερις ευρωπαϊκές χώρες, οι ερευνητές θέλησαν ν' αξιολογήσουν την



αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του συγκεκριμένου cloud-based συστήματος CAdE στην αύξηση της ανίχνευσης πολυπόδων. Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 22 έμπειροι ενδοσκόποι και 841 ασθενείς, ηλικίας ≥ 40 ετών, που υποβάλλονταν σε κολονοσκόπηση για προληπτικό έλεγχο ή παρακολούθηση. Συμπρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η υπεροχή στον αριθμό αδενωμάτων ανά κολονοσκόπηση (APC) ως μέτρο αποτελεσματικότητας, και η μη κατωτερότητα στη θετική ποσοστιαία συμφωνία (Positive Percent Agreement – PPA), δηλαδή στο ποσοστό των αφαιρεθέντων αλλοιώσεων που επιβεβαιώθηκαν ιστολογικά ως αδενώματα, οδοντωτές αλλοιώσεις (SSLs) ή μεγάλοι υπερπλαστικοί πολύποδες (>10 mm) στο εγγύς κόλον, ως δείκτης ασφαλείας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάστηκαν τόσο στο συνέδριο Esge Days 2025, κατά τη διάρκεια της συνεδρίασης της ολομέλειας, όσο και στο DDW. Μάλιστα διακρίθηκε ως ένα από τα καλύτερα έξι abstracts που παρουσιάστηκαν στο συνέδριο. Η χρήση του συστήματος CADDIE οδήγησε, έναντι του SoC (μη-υποβοηθούμενη από AI κολονοσκόπηση), σε στατιστικά σημαντική αύξηση του APC (Adenoma Per Colonoscopy) κατά 33% και του ADR κατά 7,3% ενώ επιτεύχθηκε η μη-κατωτερότητα στον δείκτη PPA, χωρίς αύξηση στον αριθμό των μη αναγκαίων πολυεκτομών. Επίσης, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στον μέσο αριθμό ανιχνευθέντων επίπεδων οδοντωτών αλλοιώσεων (SSL-PC, Ratio 3,33), μεγάλων πολυπόδων (>10 mm PPC, Ratio 2,36) και με-

γάλων αδενωμάτων (>10 mm APC, Ratio 1,93) (Πίνακας 1, 2). Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν την ασφάλεια αλλά και αποτελεσματικότητα της πρώτης cloud-based εφαρμογής CAdE στην ανίχνευση πολυπόδων και αδενωμάτων - ιδιαίτερα για μεγάλους πολύποδες, μεγάλα αδενώματα και τις επίπεδες οδοντωτές βλάβες - χωρίς να συνοδεύεται από αύξηση περιττών εκτομών [2].

Εξίσου ενδιαφέρουσα ήταν και η επόμενη μελέτη που διακρίθηκε επίσης ως ένα από τα έξι καλύτερα abstracts του φετινού συνεδρίου Esge Days, ενώ παρουσιάστηκε και στο DDW. Τα συστήματα οπτικής διάγνωσης με υποστήριξη Τεχνητής Νοημοσύνης (CADx) εμφανίστηκαν πρόσφατα, υποσχόμενα τη δυνατότητα πρόβλεψης της ιστοπαθολογίας, σε πραγματικό χρόνο κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης, συμβάλλοντας έτσι στη μείωση των περιττών πολυεκτομών με ό,τι αυτές συνεπάγονται. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν έχουν δημοσιευθεί τυχαίοποιημένες μελέτες που να αξιολογούν στρατηγικές εξοικονόμησης κόστους βασισμένες σε οπτική διάγνωση, ούτε την επίδραση των CADx συστημάτων σε αυτές. Η μελέτη αυτή αποτελεί την πρώτη πολυκεντρική, τυχαίοποιημένη, ελεγχόμενη κλινική δοκιμή που αξιολόγησε την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα μιας στρατηγικής «Leave-in-Situ» για μικρούς (<5 mm) υπερπλαστικούς πολύποδες του ορθοσιγμοειδούς, με τη χρήση εγκεκριμένου συστήματος CAdE/CADx.

Συνολικά, 847 ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν σε δύο ομάδες: (α) Leave-in-Situ, όπου οι, οπτικά διαγνωσμένοι ως υπερπλαστικοί, πολύποδες δεν αφαιρέθηκαν, και (β)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Αποτελέσματα συμπρωτευόντων καταληκτικών σημείων. APC = Adenomas per colonoscopy, PPA = Positive percent agreement.

Outcome	Study arm	N patients	Mean $\pm$ SD	Ratio (95% CI)	P-value
APC	SoC	424	0.62 $\pm$ 1.19	1	0.01
	CAdE	417	0.82 $\pm$ 1.40	1.33 (1.06, 1.67)	
Outcome	Study arm	N polyps	N positive (%)	% Difference (1-sided 97.5% CI)	
PPA	SoC	517	276 (53.4%)	0	-
	CAdE	700	377 (53.9%)	0.5% (-5.0%, ∞)	



Ενδοσκοπικό θέμα

ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ:
ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ESGE DAYS 2025 ΚΑΙ DDW 2025

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Αποτελέσματα δευτερευόντων και διερευνητικών καταληκτικών σημείων: ADR = Adenoma detection rate, NPPC = Neoplastic polyps per colonoscopy, PPC = Polyps per colonoscopy, NSP-PC = Serrated neoplastic polyps per colonoscopy, SSL-PC = Sessile serrated lesions per colonoscopy.

Outcome	Study Arm	N patients	Summary	Difference (95% CI)	P-value
ADR	SoC	424	152 (35.9%)	0	0.03
	CADe	417	180 (43.2%)	7.3% (0.7%, 13.9%)	
NSP-PC	SoC	424	0.04 ± 0.21	1	0.03
	CADe	417	0.09 ± 0.46	2.15 (1.07, 4.32)	
SSL-PC	SoC	424	0.03 ± 0.16	1	0.006
	CADe	417	0.08 ± 0.45	3.30 (1.41, 7.571)	
NPPC	SoC	424	0.66 ± 1.20	1	0.002
	CADe	417	0.91 ± 1.48	1.39 (1.12, 1.73)	
PPC	SoC	424	1.06 ± 1.53	1	0.001
	CADe	417	1.41 ± 1.85	1.35 (1.13, 1.61)	
	CADe	417	8 [6, 9]		

Resect-All, όπου όλοι οι ανευρεθέντες πολύποδες αφαιρούνταν ανεξαρτήτως διάγνωσης. Κύριο καταληκτικό σημείο αποτέλεσε η μη κατωτερότητα του ποσοστού ανίχνευσης αδενωμάτων (ADR), ενώ δευτερεύοντα σημεία περιλάμβαναν τον μέσο αριθμό πολυπεκτομών ανά ασθενή (MPP), τα αδενώματα ανά ασθενή (APC), τον δείκτη αληθούς ιστολογίας (THR) και τον χρόνο απόσυρσης (WT). Τα αποτελέσματα κατέδειξαν μη κατωτερότητα του ADR στην ομάδα "Leave-in-Situ" (46,5% έναντι 47,9%, p για μη κατωτερότητα = 0,006). Η ομάδα "Leave-in-Situ" εμφάνισε σημαντικά μειωμένο αριθμό πολυπεκτομών (1,48 έναντι 2,98), χωρίς διαφορά στον αριθμό αδενωμάτων ανά ασθενή. Επιπλέον, παρατηρήθηκε σημαντικά υψηλότερος δείκτης αληθούς ιστολογίας στην ομάδα "Leave-in-Situ" (68,7% έναντι 32,2%). Δεν καταγράφηκαν διαφορές στον χρόνο απόσυρσης ή σε άλλους δείκτες ασφάλειας μεταξύ των δύο ομάδων. Τα αποτελέσματα τεκμηριώνουν την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της στρατηγικής "Leave-In-Situ" υπό συνθήκες - υποβοηθούμενης με AI - ενδοσκόπησης, επιτυγχάνοντας μείωση κατά περίπου 50% των μη απαραίτητων πολυπεκτομών, χωρίς να μειώνεται το ADR. Η εφαρμογή CADx μπορεί να ενισχύσει την σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας της προσυμπτωματικής

κολονοσκόπησης, διατηρώντας υψηλά πρότυπα ασφάλειας και προάγοντας τη σταθεροποίηση και τυποποίηση της ενδοσκοπικής πρακτικής [3].

Από τις εφαρμογές της AI στο ανώτερο πεπτικό ξεχώρισε μια πολυκεντρική προοπτική μελέτη σε τρία τριτοβάθμια νοσοκομεία από το Ηνωμένο Βασίλειο, που αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα του συστήματος τεχνητής νοημοσύνης CADe WISEVISION για την ανίχνευση νεοπλασιών σε οισοφάγο Barrett κατά τη διάρκεια γαστροσκόπησης, σε συνθήκες πραγματικής κλινικής πράξης, και διερεύνησε την πρόσθετη διαγνωστική αξία των βιοψιών βάσει του πρωτοκόλλου Seattle, σε σύγκριση με τις στοχευμένες - καθοδηγούμενες από το CAD - βιοψίες. Η μελέτη, που παρουσιάστηκε σε αμφότερα τα συνέδρια, συμπεριέλαβε 116 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση είτε για αξιολόγηση ύποπτης νεοπλασίας είτε για τακτική παρακολούθηση οισοφάγου Barrett. Το πρωτόκολλο περιλάμβανε αρχικά χρήση CAD για στοχευμένη λήψη βιοψιών, ακολουθούμενη από εκτίμηση από έμπειρο ενδοσκόπο με τεχνικές ενίσχυσης εικόνας και λήψη επιπλέον στοχευμένων βιοψιών, εάν κρινόταν απαραίτητο. Τέλος, γινόταν λήψη βιοψιών σύμφωνα με το πρωτόκολλο Seattle.

Ενδοσκοπικό θέμα

ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ:
ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ESGE DAYS 2025 ΚΑΙ DDW 2025



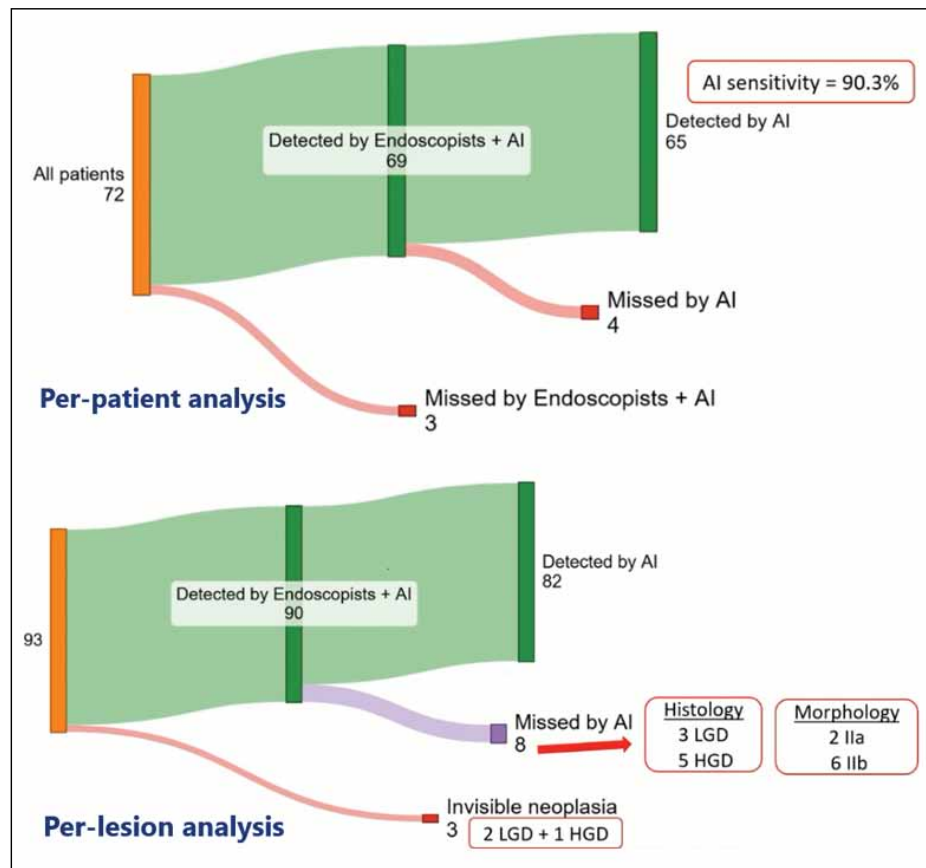
Στην ανάλυση ανά ασθενή, ο συνδυασμός ενδοσκόπου και CAD ανίχνευσε νεοπλασία στο 95,8% των περιπτώσεων (69/72). Από τους 3 ασθενείς που διέφυγαν, οι δύο είχαν χαμηλόβαθμη δυσπλασία (LGD) και ο ένας υψηλόβαθμη (HGD), οι οποίες διαγνώστηκαν αποκλειστικά μέσω των βιοψιών χαρτογράφησης. Το CAD σύστημα εντόπισε νεοπλασία σε 65/69 θετικών ασθενείς (94,2%), με τις υπόλοιπες 4 να ανιχνεύονται μόνο από τον ενδοσκόπο. Στην ανάλυση ανά βλάβη, από τις 93 ιστολογικά επιβεβαιωμένες νεοπλασίες, οι 90 ήταν ορατές ενδοσκοπικά και εντοπίστηκαν με στοχευμένες βιοψίες, ενώ οι 3 διαγνώστηκαν αποκλειστικά από τις τυφλές βιοψίες. Το CAD ανίχνευσε 82/90 (91,1%) των ορατών βλαβών, ενώ οι 8 που διέφυγαν ήταν επίπεδες και δυσδιάκριτες (κυρίως τύπου Paris IIb) και αφορούσαν κατά κύριο λόγο ασθενείς μετά από προηγούμενη θεραπεία (π.χ. ablation, EMR) (Εικόνα 1). Αξιοσημείωτο

είναι ότι απαιτήθηκαν 582 επιπλέον τυφλές βιοψίες για να εντοπιστούν μόλις 3 επιπλέον νεοπλασίες, με αναλογία 194 βιοψιών ανά μία επιπλέον διάγνωση, γεγονός που θα μπορούσε να θέσει υπό αμφισβήτηση τη χρησιμότητα των βιοψιών χαρτογράφησης σε πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου.

Συμπερασματικά, η μελέτη τεκμηριώνει την αξιοπιστία και αποτελεσματικότητα του συστήματος CAdE στην ανίχνευση νεοπλασιών σε έδαφος οισοφάγου Barrett, σε πραγματικό κλινικό περιβάλλον, ενώ παράλληλα φαίνεται ότι η προστιθέμενη αξία των βιοψιών χαρτογράφησης, κατά το πρωτόκολλο Seattle, είναι πολύ χαμηλή και θα μπορούσε ενδεχομένως να εγκαταλειφθεί σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου [4].

Η χρήση της πανεντερικής ενδοσκόπησης με κάψουλα (Pan-intestinal Capsule Endoscopy – PCE) αποτελεί μια

Εικόνα 1.
Αποτελεσματικότητα του συστήματος CAdE WISEVISION στην ανίχνευση νεοπλασιών σε έδαφος οισοφάγου Barrett, σε πραγματικό κλινικό περιβάλλον. Επάνω: Ανάλυση ανά ασθενή. Κάτω: Ανάλυση ανά βλάβη.





Ενδοσκοπικό Θέμα

ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ:
ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ESGE DAYS 2025 ΚΑΙ DDW 2025

εναλλακτική μη επεμβατική διαγνωστική μέθοδο για ασθενείς με υποψία μέσης έως κατώτερης αιμορραγίας του γαστρεντερικού σωλήνα (MLGIB). Η παρούσα μονοκεντρική μελέτη, που παρουσιάστηκε και στα δύο συνέδρια, αξιολόγησε τη συμβολή της τεχνητής νοημοσύνης, μέσω συνελκτικών νευρωνικών δικτύων (Convolutional Neural Networks – CNN), στην ακρίβεια της ανάγνωσης της PCE (CNN-PCE) σε σύγκριση με την κλασική ανάγνωση της από ιατρούς (CR-PCE).

Σε ένα δείγμα 100 διαδοχικών PCE εξετάσεων, οι αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν με χρήση CNN-PCE εντόπισαν πιθανώς αιμορραγικές βλάβες (potentially haemorrhagic lesions – PHL) σε ποσοστό 60% των ασθενών, σημαντικά υψηλότερο από το 42% που ανιχνεύθηκε μέσω CR-PCE ($p < 0,01$). Συγκεκριμένα, τα ποσοστά ανίχνευσης αγγειακών βλαβών ήταν 51% έναντι 33% ($p < 0,01$), ενώ διαβρώσεις/έλκη εντοπίστηκαν στο 16% έναντι 7% των περιπτώσεων ($p = 0,012$). Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ανίχνευση εξελκωμένων βλαβών ή ενεργού αιμορραγίας. Η ευαισθησία της CNN-PCE στην ανίχνευση PHL ήταν εντυπωσιακά ανώτερη της CR-PCE (95% έναντι 67%), ενώ και η αρνητική προγνωστική αξία παρουσίασε υπεροχή (92% έναντι 63%). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα που αφορούν δευτερογενή καταληκτικά σημεία της μελέτης, όπου η CNN-PCE εμφάνισε υπεροχή ακόμα και έναντι της κολονοσκόπησης – του καθιερωμένου διαγνωστικού μέσου εκλογής – καταγράφοντας υψηλότερη ευαισθησία (90% vs. 32%) και ειδικότητα (100% vs. 88%) στην ανίχνευση παθολογικών βλαβών του παχέος εντέρου (Εικόνα 2).

Τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν ότι η εφαρμογή τεχνητής νοημοσύνης μέσω CNNs ενισχύει σημαντικά τη διαγνωστική ακρίβεια της PCE, καθιστώντας την CNN-PCE ισχυρό υποψήφιο ως την νέα μέθοδο εκλογής ανάγνωσης της ενδοσκόπησης λεπτού και παχέος εντέρου με κάψουλα, με δυνατότητα ταυτόχρονης μείωσης του απαιτούμενου χρόνου ανάγνωσης και της πιθανότητας ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων [5].

Στο πεδίο του ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος

άξια αναφοράς είναι μια πολυκεντρική μελέτη, που παρουσιάστηκε κατά τις εργασίες του DDW, σχετικά με τις δυνατότητες της AI στην διαφοροδιάγνωση εστιακών αλλοιώσεων του παγκρέατος. Η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία (EUS) αποτελεί το βασικό εργαλείο στη διάγνωση και δειγματοληψία παγκρεατικών βλαβών, όπως είναι τα ενδοπορικά θηλώδη βλεννώδη νεοπλασμάτα (IPMN), που αποτελούν τις συχνότερα ευρισκόμενες βλεννώδεις παγκρεατικές κυστικές αλλοιώσεις (M-PCL) και που φέρουν αυξημένο κίνδυνο κακοήθειας. Η διαφοροδιάγνωση μεταξύ IPMN χαμηλού βαθμού δυσπλασίας (LGD) και υψηλού βαθμού δυσπλασίας ή καρκίνου (HGD/C) είναι κρίσιμη για τη λήψη απόφασης μεταξύ παρακολούθησης και χειρουργικής αντιμετώπισης.

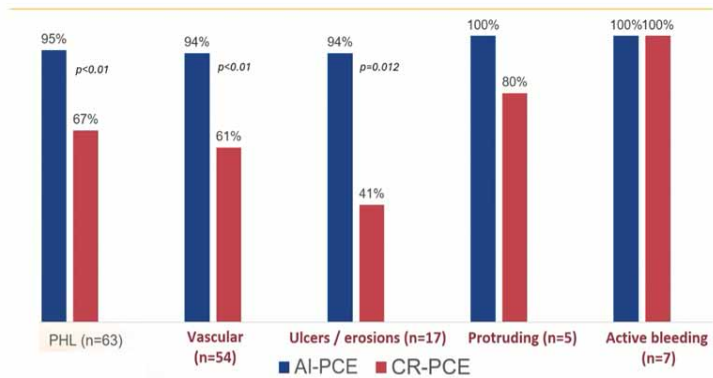
Σε αυτή μελέτη που περιέλαβε 10 κέντρα σε Πορτογαλία, Ισπανία, Βραζιλία και ΗΠΑ, αναπτύχθηκε και αξιολογήθηκε ένα μοντέλο τεχνητής νοημοσύνης βασισμένο σε συνελκτικό νευρωνικό δίκτυο, το οποίο ταξινομεί τις IPMN ως HGD/C ή LGD με βάση τις εικόνες EUS. Συνολικά, αναλύθηκαν 51.007 εικόνες από 57 εξετάσεις EUS, εκ των οποίων 42.875 αφορούσαν LGD και 8.132 HGD/C. Το μοντέλο παρουσίασε εξαιρετική διαγνωστική απόδοση με ευαισθησία 97,5%, ειδικότητα 98,9%, συνολική ακρίβεια 98,7% και AUC 0,98 (Εικόνα 3).

Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τη δυναμική της TN στην προεγχειρητική σταδιοποίηση των IPMN, ενισχύοντας την ικανότητα λήψης αποφάσεων των ενδοσκοπών σε πραγματικό χρόνο. Η αξιόπιστη διαστρωμάτωση των ασθενών μπορεί να περιορίσει τις περιπτώσεις υπο- ή υπερθεραπείας, μειώνοντας την περιττή χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς με βλάβες χαμηλού κινδύνου [6].

Άλλη μία μελέτη που παρουσιάστηκε τόσο στο Esge Days όσο και στο DDW αφορούσε εφαρμογές της TN στο πεδίο της ERCP. Σκοπός της μονοκεντρικής αυτής μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ακρίβειας ενός νέου αυτοματοποιημένου συστήματος τρισδιάστατης ανακατασκευής (3DR) των ενδοηπατικών χοληφόρων με βάση την αξονική τομογραφία (CT), ως προς τον καθορισμό της ενδοηπατικής επέκτασης περιπυλαίων

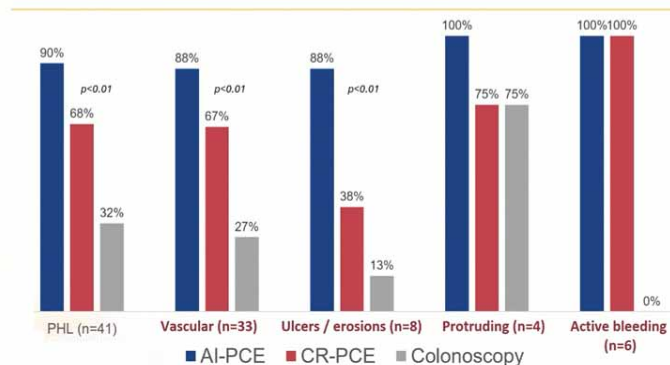


Sensitivity of AI-PCE vs. CR-PCE per type of lesion



COLON

Sensitivity of AI-PCE vs. CR-PCE vs. colonoscopy per type of lesion



Εικόνα 2. Επάνω: Ευαισθησία της AI-PCE έναντι της CR-PCE ανά είδος βλάβης. Κάτω: Ευαισθησία της AI-PCE έναντι της CR-PCE και έναντι της κολonosκόπησης ανά είδος βλάβης σε ό,τι αφορά αποκλειστικά το παχύ έντερο.

χολαγγειοκαρκινωμάτων (CCA), σε σύγκριση με τη μαγνητική χολαγγειο-παγκρεατογραφία (MRCP) και την ενδοσκοπική ανάστροφη χολαγγειο-παγκρεατογραφία (ERCP). Συμπεριλήφθηκαν 63 ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένο περιπυλαίο CCA, που υποβλήθηκαν σε ERCP για παροχέτευση, κατά την περίοδο 2015–2023. Όλοι είχαν υποβληθεί, προ της ERCP, σε CT και η πλειοψηφία (92%) σε MRCP. Η κατηγοριοποίηση των ασθενών έγινε με βάση την ταξινόμηση Bismuth (τύποι 1–4), η εκτίμηση της οποίας βασίστηκε στην ERCP, που αποτελεί την gold standard εξέταση.

Τα αποτελέσματα της μελέτης είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά: Η ακριβής ταύτιση της τρισδιάστατης ανακατασκευής (3DR), με τη χρήση τεχνητής νοημοσύνης, με την ERCP ως προς τον τύπο Bismuth έφτασε το 60%, με ισχυρή συμφωνία (weighted Kappa 0,72). Η

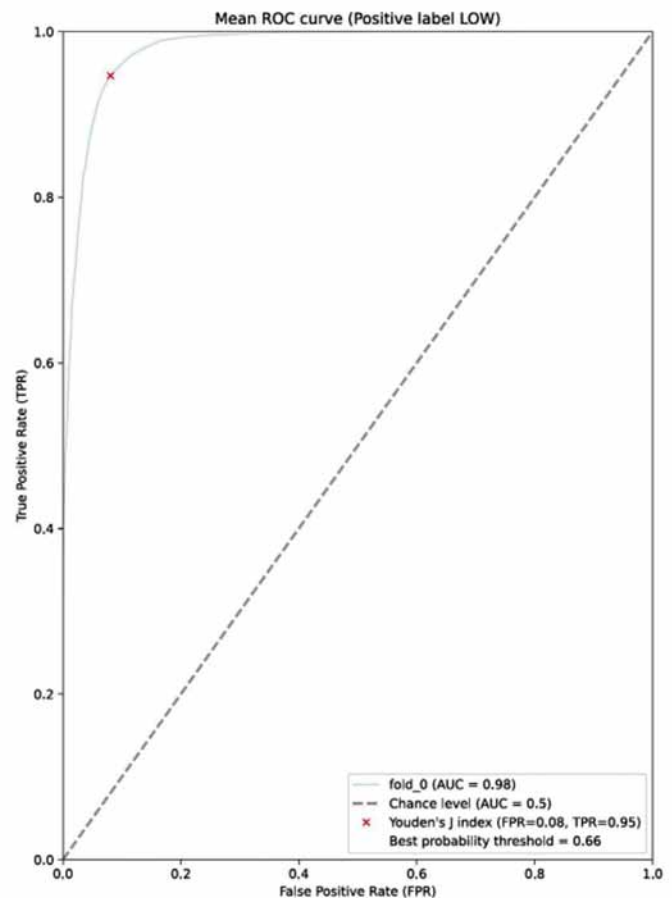
αντίστοιχη απόδοση της MRCP ήταν χαμηλότερη (52% ταύτιση, Kappa 0,57), ενώ η CT χωρίς ανακατασκευή είχε ακόμη χαμηλότερη απόδοση (48% ταύτιση, Kappa 0,47). Η διαφορά συμφωνίας μεταξύ 3DR και CT ήταν στατιστικά σημαντική ($p = 0,013$). Σε ανάλυση ευαισθησίας που περιέλαβε μόνο τους 38 ασθενείς με πλήρη σκιαγράφιση χοληφόρων στην ERCP, η απόδοση της 3DR βελτιώθηκε περαιτέρω, με ποσοστό πλήρους ταύτισης 71% και εξαιρετικά υψηλή συμφωνία (Kappa 0,88). Τέλος, η συμφωνία μεταξύ ενδοσκοπίων και ακτινολόγων στην ανάγνωση της 3DR ήταν επίσης πολύ υψηλή (Kappa 0,83) (Εικόνα 4).

Τα δεδομένα, αν και προερχόμενα από μία μονοκεντρική μελέτη, υποστηρίζουν την προοπτική ενσωμάτωσης της 3DR στη διαγνωστική διαδικασία των περιπυλαίων χολαγγειοκαρκινωμάτων πριν την παροχέτευση. Εάν τα



Ενδοσκοπικό θέμα

ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ:
ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ESGE DAYS 2025 ΚΑΙ DDW 2025



Εικόνα 3. Καμπύλη ROC για την ταξινόμηση των IPMN.

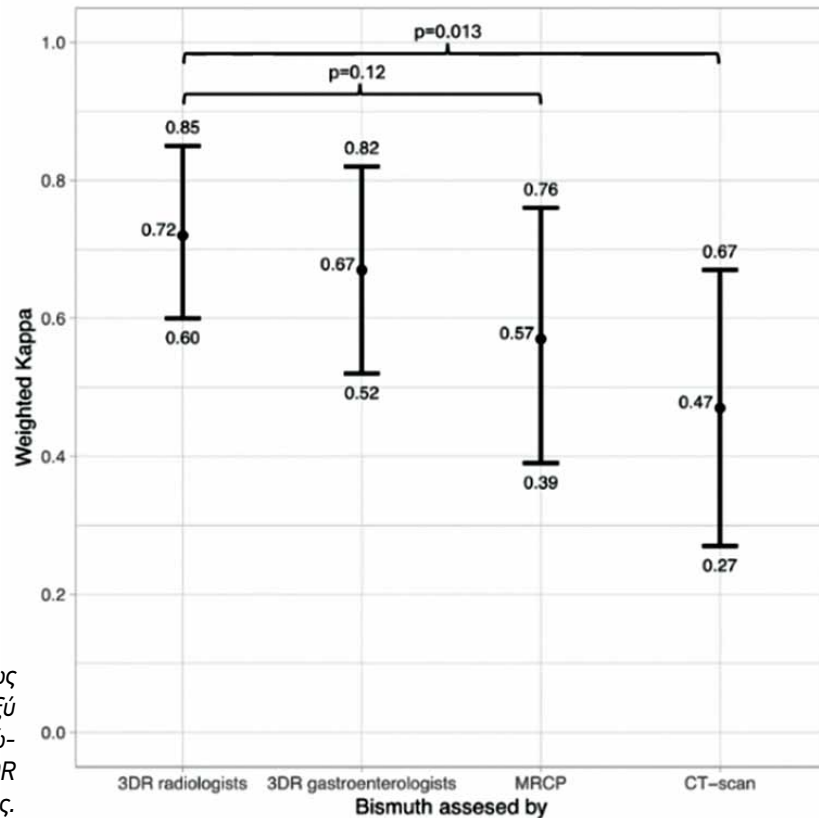
ROC curve for IPMN stratification.

αποτελέσματα αυτά επαναληφθούν σε προοπτικές πολυ-κεντρικές μελέτες, η προεγχειρητική σταδιοποίηση των pCCA ενδέχεται στο μέλλον να βασίζεται αποκλειστικά σε CT με 3D ανακατασκευή, προσφέροντας μια μη επεμβατική, ταχύτερη και επαναλήψιμη διαγνωστική επιλογή [7].

Τα αποτελέσματα αυτών και πολλών άλλων μελετών που παρουσιάστηκαν κατά τις εργασίες των δύο εξαιρετικά δημοφιλών διεθνών συνεδρίων φαίνονται εντυπωσιακά, παρ' όλο που η τεχνητή νοημοσύνη φέρει αυτή την στιγμή αρκετούς περιορισμούς και βρίσκεται ακόμη στην «εμβρυική» της – θα λέγαμε – φάση. Η διαρκής βελτίωση των αλγορίθμων μηχανικής μάθησης και η ενσωμάτωσή τους σε πραγματικό χρόνο σε ενδοσκοπικές πλατφόρμες προμηνύουν ένα μέλλον όπου η τεχνητή νοημοσύνη δεν θα αποτελεί απλά ένα εργαλείο, αλλά έναν «συνεργάτη»

του κλινικού ιατρού. Η ερευνητική δραστηριότητα και οι πρώτες κλινικές δοκιμές ανοίγουν τον δρόμο για νέες εφαρμογές, όπως η πρόβλεψη της ανταπόκρισης σε θεραπείες, η πρόγνωση βάσει ενδοσκοπικής εικόνας και η αυτοματοποιημένη στρατολόγηση ασθενών για μελέτες ή θεραπευτικά πρωτόκολλα.

Ωστόσο, η ταχεία ενσωμάτωση της ΤΝ φέρνει και ηθικά διλήμματα στο προσκήνιο. Ζητήματα όπως η διαφάνεια των αλγορίθμων (black-box models), η επαλήθευση της εγκυρότητας των δεδομένων εκπαίδευσης, η ευθύνη για διαγνωστικά σφάλματα, καθώς και η διατήρηση της αυτονομίας του ιατρού, οφείλουν να αντιμετωπιστούν με σοβαρότητα και θεσμικό σχεδιασμό. Παράλληλα, η διασφάλιση της ιδιωτικότητας των ασθενών και η αντιμετώπιση των πιθανών προκαταλήψεων (bias) στους αλγορίθμους,



Εικόνα 4. Σύγκριση της συμφωνίας, ως προς την ταξινόμηση Bismuth, μεταξύ ERCP και: MRCP, CT, AI-3DR εκτιμώμενη από ακτινολόγους και AI-3DR εκτιμώμενη από γαστρεντερολόγους.

αποτελούν προϋποθέσεις για τη δίκαιη και καθολικά αποδεκτή χρήση της ΤΝ. Ιδανικά, η τεχνητή νοημοσύνη δεν πρέπει να σκοπεύει στο να αντικαταστήσει τον ιατρό, αλλά να ενισχύσει την ακρίβεια, την αποτελεσματικότητα και την προγνωστική του δύναμη. Η πρόκληση της επόμενης δεκαετίας θα είναι να μεταφραστούν οι ακαδημαϊκές επιτυχίες της τεχνητής νοημοσύνης σε καθημερινή κλινική αξία, διατηρώντας παράλληλα το ήθος και την ανθρωποκεντρική φύση της ιατρικής πράξης.

We stay tuned!

Βιβλιογραφία

1. Guo F, Meng H. Application of artificial intelligence in gastrointestinal endoscopy. Arab J Gastroenterol. 2024;25(2):93–96.
2. Kader R et al. Cloud-based Artificial Intelligence for Detection of Colorectal Neoplasia – A Randomized Controlled

Trial (EAGLE Trial). Endoscopy 2025; 57(S 02): S8–S9.

3. Antonelli G et al. Artificial Intelligence for Leaving in Situ Colorectal Polyps: results from a Randomised Trial. Endoscopy 2025; 57(S 02): S9.
4. Htet H et al. Real-life prospective evaluation of a novel computer-aided detection (CAD) of Barrett's neoplasia: Do we still need quadrant biopsies following CAD targeted biopsies? Endoscopy 2025; 57(S 02): S71–S72.
5. Rosa B et al. Unveiling the Potential of Artificial Intelligence in Pan-intestinal Capsule Endoscopy: A Paradigm Shift for GI Diagnostics. Endoscopy 2025; 57(S 02): S41.
6. Saraiva MM et al. Artificial Intelligence for Pancreatic Cyst Dysplasia Grading: A Multicenter Endoscopic Ultrasound Study. Gastrointest Endosc 2025; 101(5 Suppl): S13–S14.
7. Martin A et al. Concordance between automated 3D biliary tract reconstruction and ERCP in patients with hilar cholangiocarcinoma. Endoscopy 2025; 57(S 02): S123.



Κλινικό θέμα

ΤΜΗΜΑΤΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΩΣΗ SEGMENTAL COLITIS ASSOCIATED WITH DIVERTICULOSIS (SCAD)

Γεώργιος Μαργαντίνης, Γαστρεντερολόγος-Ενδοσκόπος, Διευθυντής,
Γ' Ενδοσκοπικό Τμήμα, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Μαρούσι

Εισαγωγή

Η SCAD είναι μια όχι ιδιαίτερα συχνή αλλά αναγνωρισμένη φλεγμονώδης διαταραχή στο φάσμα της εκκολπωματώδους νόσου του παχέος εντέρου. Προσβάλλει κυρίως ηλικιωμένους άνδρες και χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή στον βλεννογόνο μεταξύ των εκκολπωμάτων, χωρίς συμμετοχή των στομιών ή του ορθού. Παρότι ενδοσκοπικά και ιστολογικά μπορεί να μοιάζει με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) ή νόσο του Crohn, η πορεία και η αντιμετώπισή της είναι διαφορετικές.

Ορισμός και Χαρακτηριστικά

Η SCAD είναι μια ιδιόζουσα μορφή φλεγμονώδους νόσου του εντέρου που εντοπίζεται αποκλειστικά στο τμήμα του σιγμοειδούς ή κατιόντος κόλου που φέρει εκκολπώματα. Το ορθό και το υπόλοιπο κόλον παραμένουν μακροσκοπικά και ιστολογικά φυσιολογικά.

Βασικά χαρακτηριστικά:

- Συνοδεύει την εκκολπωματική νόσο, αλλά δεν προκαλείται από οξεία εκκολπωματίτιδα.
- Μπορεί να μιμείται ελκώδη κολίτιδα ή νόσο Crohn, αλλά έχει διακριτό ιστολογικό και τοπογραφικό προφίλ.
- Δεν επεκτείνεται σε άλλα τμήματα του εντέρου.

Παθογένεση

Η αιτιολογία της SCAD δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Πιθανοί μηχανισμοί περιλαμβάνουν:

- Πρόπτωση βλεννογόνου και ισχαιμία λόγω μηχανικής πίεσης
- Στάση κοπράνων και δυσβίωση που προάγουν τοπική ανοσιακή ενεργοποίηση
- Αυξημένη διαπερατότητα βλεννογόνου και έκθεση σε ενδοαυλικά αντιγόνα
- Τοπική ισχαιμία εξαιτίας εκκολπωμάτωσης και αγγειακών αλλοιώσεων

Η πιο πιθανή αιτιολογία είναι πολυπαραγοντική, με συνδυασμό περιβαλλοντικών, μηχανικών, μικροβιολογικών και ανοσολογικών παραγόντων.

Επιδημιολογία

Η SCAD είναι σχετικά σπάνια, με συχνότητα 0,3%–1,5% σε ασθενείς που υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση και 1,9–11% σε πληθυσμούς με διεγνωσμένη εκκολπωμάτωση παχέος εντέρου. Εμφανίζεται κυρίως σε ηλικιωμένους άνδρες, με μέση ηλικία μεταξύ 62 και 66 ετών.

Κλινικά Χαρακτηριστικά

Συχνά Συμπτώματα:

- Χρόνια διάρροια
- Άλγος στο αριστερό κάτω τεταρτημόριο της κοιλίας
- Αιματοχεσία

Συστηματικές εκδηλώσεις όπως ο πυρετός και η απώλεια βάρους είναι σπάνιες.

Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν συνδυασμό συμπτωμάτων ή μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί και η διάγνωση να τίθεται τυχαία κατά τη διάρκεια ενδοσκοπικού ελέγχου.

Διάγνωση

Ενδοσκόπηση

Το κύριο εύρημα είναι η παρουσία φλεγμονής του βλεννογόνου μεταξύ των εκκολπωμάτων, χωρίς συμμετοχή των στομιών και του ορθού. Η SCAD ταξινομείται ενδοσκοπικά σε τέσσερις τύπους (Πίνακας 1, Εικόνα 1):

Ιστολογία

Συστήνεται λήψη βιοψιών από περιοχές παθολογικού αλλά και φυσιολογικού μακροσκοπικά βλεννογόνου, από ΔΕΞΙΟ και ΑΡΙΣΤΕΡΟ κόλον (**και από το ορθό**). Οι βιοψίες αναδεικνύουν μη ειδικά χρόνια φλεγμονή με ευρήματα που ποικίλλουν ανάλογα με τον ενδοσκοπικό τύπο της νόσου:

- Τύπος Α: Διήθηση από λεμφοκύτταρα και ουδετερόφιλα χωρίς σημαντικές δομικές αλλοιώσεις
- Τύποι Β/Δ: Βασική πλασματοκυττάρωση, μικτή φλεγμονώδης διήθηση, μεταπλασία κυττάρων Paneth, διαταραχή κρυπτών, κρυπτίτιδα, αποστήματα κρυπτών και αιμορραγία από τις κρύπτες.



ΤΜΗΜΑΤΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΩΣΗ SEGMENTAL COLITIS ASSOCIATED WITH DIVERTICULOSIS (SCAD)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ενδοσκοπική ταξινόμηση SCAD

Τύπος	Ενδοσκοπικό Πρότυπο	Ενδοσκοπικά ευρήματα
A	"Crescentic fold"	Ερυθρές, διογκωμένες πλάκες διαμέτρου 0,5–1,5 εκ.
B	Τύπου Ελκώδους κολίτιδας	Διάχυτη απώλεια αγγειακού δικτύου, οίδημα και υπεραιμία του βλεννογόνου, και διάχυτες διαβρώσεις.
C	Τύπου νόσου Crohn	Μονήρη αφθώδη έλκη.
D	Τύπου Βαριάς Ελκώδους Κολίτιδας	Όπως στον τύπο Β αλλά πιο βαριά, με διάχυτα έλκη και στένωση του αυλού.

- Τύπος C: Διατοίχωματική φλεγμονή, σχισμοειδή έλκη, επιθηλιοειδή κοκκιώματα και λεμφοϊστοκυτταρική αγγειίτιδα.

Οι βιοψίες από το ορθό είναι φυσιολογικές.

δης κολίτιδα και η νόσος του Crohn, είναι γενικά αρνητικοί στη SCAD.

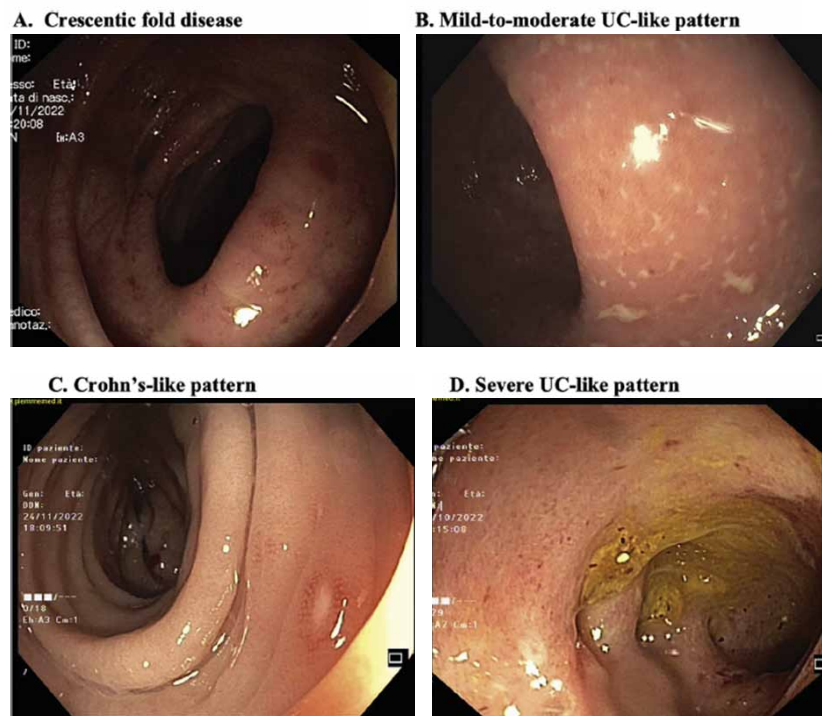
- Η καλπροτεκτίνη κοπράνων μπορεί να βοηθήσει στη διάκριση της SCAD από υγιή άτομα ή από το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, αλλά όχι από άλλες μορφές φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου.

Εργαστηριακά ευρήματα

- Ορολογικοί δείκτες: αντισώματα pANCA και ASCA, τα οποία είναι συχνά θετικά σε άλλες μορφές φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου, όπως η ελκώ-

Απεικόνιση

- Αξονική τομογραφία: μπορεί να αναδείξει τμηματική



Εικόνα 1. Ενδοσκοπικά ευρήματα τμηματικής κολίτιδας σχετιζόμενης με εκκολπωματώση Προσαρμοσμένο από N. Imperatore, G. Cordone, L. Martorelli et al. *Digestive and Liver Disease* 57 (2025) 134–140.



Κλινικό θέμα

ΤΜΗΜΑΤΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΩΣΗ SEGMENTAL COLITIS ASSOCIATED WITH DIVERTICULOSIS (SCAD)

κυκλοτερή πάχυνση τοιχώματος σιγμοειδούς/κατιόντος με ή χωρίς ήπια θολερότητα του περικοιλικού λίπους λόγω φλεγμονής, αλλά τα ευρήματα είναι μη ειδικά. Σημαντικό στοιχείο ενδεχομένως αποτελεί η φυσιολογική απεικόνιση του τελικού ειλεού, του δεξιού κόλου και του ορθού.

- Εντερικός υπέρηχος (IUS): μπορεί να αναδείξει τμηματική πάχυνση τοιχώματος σιγμοειδούς/κατιόντος με αυξημένη αγγείωση κατά τον έλεγχο με Doppler.

Διαφορική Διάγνωση

- Ελκώδης κολίτιδα: χαρακτηρίζεται από προσβολή του ορθού και φλεγμονή με συνεχή κατανομή.
- Νόσος του Crohn: Μπορεί να προσβάλει οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, ιστολογική εξέταση: παρουσία διατοξωματικής φλεγμονής και κοκκιωμάτων.
- Οξεία εκκολπωματίτιδα: παρουσία συστηματικών εκδηλώσεων και αύξηση των δεικτών φλεγμονής (π.χ πυρετός και λευκοκυττάρωση).
- Ισχαιμική κολίτιδα: Συνήθως οξεία έναρξη συμπτωμάτων, δύναται να σχετίζεται με αγγειακούς παράγοντες κινδύνου.
- Κολίτιδα από ΜΣΑΦ: Σημαντικό το φαρμακευτικό ιστορικό, ισχαιμικού τύπου αλλοιώσεις στην ιστολογική εξέταση.
- Λοιμώδης κολίτιδα: Οξεία έναρξη συμπτωμάτων, επιβεβαίωση με καλλιέργεια κοπράνων.

Αντιμετώπιση

Η **βέλτιστη διαχείριση της SCAD** (Segmental Colitis Associated with Diverticulosis) **δεν έχει ακόμη καθοριστεί πλήρως** και βασίζεται κυρίως σε περιγραφές περιστατικών (case reports) και έμμεσες ενδείξεις από τη θεραπεία της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου και της θυλακίτιδας.

- **Η αρχική θεραπεία** μπορεί να περιλαμβάνει σιπροφλοξασίνη (500mg x 2) και μετρονιδαζόλη (10

mg/kg ημερησίως σε δύο ή τρεις δόσεις) για 10 έως 14 ημέρες.

- **Σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στα από του στόματος αντιβιοτικά**, μπορεί να προστεθεί μεσαλαμίνη από του στόματος (800mg x3 για 7 έως 10 ημέρες). Εάν δεν υπάρχει επαρκής ανταπόκριση εντός 2-4 εβδομάδων, η δόση μπορεί να αυξηθεί σε 1600mg x3 ημερησίως.
- **Ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται** ούτε σε αντιβιοτικά ούτε σε μεσαλαμίνη, μπορούν να λάβουν πρεδνιζολόνη 40 mg ημερησίως για μία εβδομάδα, ακολουθούμενη από σταδιακή μείωση και διακοπή εντός έξι εβδομάδων. Εναλλακτικά, μπορεί να εξεταστεί η χρήση βουδεσονίδης.
- **Τμηματική εκτομή** προορίζεται για περιπτώσεις ανθεκτικές ή εξαρτώμενες από κορτικοστεροειδή (δηλαδή όταν δεν είναι εφικτή η μείωση κάτω από 10 mg/ημέρα εντός τριών μηνών ή υπάρχει υποτροπή εντός τριών μηνών από τη διακοπή).
- **Τα διαθέσιμα δεδομένα για χρήση επιπλέον φαρμακευτικών παραγόντων στη SCAD είναι περιορισμένα.** Ορισμένες μεμονωμένες περιπτώσεις δείχνουν ότι οι ανοσοτροποποιητικοί παράγοντες και/ή τα βιολογικά φάρμακα (π.χ. αντι-TNF παράγοντες), που χρησιμοποιούνται συνήθως στη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, ενδέχεται να είναι ωφέλιμα σε ασθενείς με SCAD που είναι ανθεκτικοί σε αντιβιοτικά και μεσαλαμίνη.

Πρόγνωση – Πορεία νόσου

Η SCAD έχει συνήθως καλοήγη και αυτοπεριοριζόμενη πορεία. Οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία. Ωστόσο, σε τύπους Β και D μπορεί να παρατηρηθεί υποτροπή ή χρόνια φλεγμονή, που απαιτεί τακτική παρακολούθηση. Αντίθετα με τις ΙΦΝΕ, η SCAD δεν σχετίζεται συνήθως με καρκίνο του παχέος εντέρου, αν και έχουν αναφερθεί μεμονωμένες περιπτώσεις κακοήθειας εγγύς ή άπω των τμημάτων SCAD. Τέλος, σε κάποιες σειρές περιστατικών έχει τεκμηριωθεί η εξέλιξη της νόσου σε ΙΦΝΕ.



Βιβλιογραφικές παραπομπές

1. Imperatore N, Cordone G, Martorelli L, Rispo A, Familiari V, Musto D, Avellino M, Franzese MD, Ricciolino S, Lamanda R. Segmental colitis associated with diverticulosis (SCAD) in a colorectal cancer screening population: Prevalence, endoscopic features and oncological outcomes. *Dig Liver Dis.* 2025 Jan;57(1):134-140.
2. Freeman HJ. Segmental Colitis Associated with Diverticulosis (SCAD). *Curr Gastroenterol Rep.* 2023 Jun;25(6):130-133.
3. Danese, S., Lahat, A. (2022). Segmental Colitis Associated with Diverticulosis. In: Tursi, A., Bafutto, M., Brandimarte, G., Chaves de Oliveira, E. (eds) *Colonic Diverticular Disease*. Springer, Cham.
4. Luís Luporini R, Domeniconi M, Carolina Parra A, Rizzo A, Freitas D, Frizol S, et al. Segmental Colitis Associated with Diverticulosis [Internet]. *Diverticular Disease of the Colon - Recent Knowledge of Physiopathology, Endoscopic Approaches, Clinical and Surgical Treatments*. IntechOpen; 2022.
5. Koutroubakis IE, Antoniou P, Tzardi M, Kouroumalis EA. The spectrum of segmental colitis associated with diverticulosis. *Int J Colorectal Dis.* 2005 Jan;20(1):28-32.
6. UpToDate, 2025 https://www.uptodate.com/contents/segmental-colitis-associated-with-diverticulosis?search=SCAD&usage_type=default&source=search_result&selectedTitle=2%7E14&display_rank=2. Last assessed July 23, 2025



Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

ΡΟΜΠΟΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑ ΕΚΤΟΜΗ (ESD)

Αθανάσιος Δ. Σιούλας, MD, PhD, FEBGH, Γαστρεντερολόγος, Δ.Θ.Κ.Α. ΥΓΕΙΑ

Η ενδοσκοπική υποβλεννογονία εκτομή (ESD) αποτελεί σημαντική τεχνική στην ενδοσκοπική θεραπεία, αλλά απαιτεί υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων και ενέχει κινδύνους, όπως αιμορραγία και διάτρηση. Οι τεχνικές έλξης αναπτύχθηκαν για να αντιμετωπίσουν τον περιορισμό του ενδοσκοπίου στη διατήρηση καλής ορατότητας κατά την ESD, με σκοπό τη μείωση των επιπλοκών και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της μεθόδου.

Η ρομποτικά υποβοηθούμενη έλξη αποτελεί μια νέα προσέγγιση που προσφέρει δυναμικό έλεγχο της έλξης, βελτιώνει την ορατότητα, μειώνει τον χρόνο επέμβασης και διευκολύνει την εκπαίδευση των νέων ενδοσκόπων.

Παρακάτω γίνεται αναφορά σε 3 σχετικά συστήματα που έχουν, έως σήμερα, αναπτυχθεί.

EndoSamurai

Το σύστημα EndoSamurai (Olympus Medical Systems Corp, Τόκιο, Ιαπωνία) αποτελείται από έναν ενδοσκοπικό σωλήνα και δύο ανεξάρτητους βραχίονες με ενσωματωμένα κανάλια εργασίας, για εναλλαγή χειρουργικών εργαλείων. Αυτοί οι ανεξάρτητοι βραχίονες είναι παράλληλοι με τον ενδοσκοπικό σωλήνα και μπορούν να ανοίξουν αφού εισαχθεί το ενδοσκόπιο στο σημείο ενδιαφέροντος. Ένα τρίτο κανάλι εργασίας είναι διαθέσιμο εντός



Εικόνα 1.

του ενδοσκοπικού σωλήνα. Το σύστημα EndoSamurai απαιτεί δύο ενδοσκόπους για τη λειτουργία του (ένας που χειρίζεται το ενδοσκόπιο και ένας που ελέγχει την κινσάλα εντολών για τους δύο βραχίονες εργασίας). Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν μελέτες σε ανθρώπους και η χρήση του συστήματος in vivo μένει να αξιολογηθεί.

ANUBIScope



Εικόνα 2.

Το ANUBIS προέκυψε από συνεργασία της εταιρείας Storz και του Ινστιτούτου IRCAD. Αποτελείται από έναν εύκαμπτο ενδοσκοπικό σωλήνα με τετραπλή άρθρωση και δύο «φτερά», τα οποία παραμένουν κλειστά κατά την εισαγωγή του ενδοσκοπίου, λειτουργώντας ως αμβλύ τροκάρ σε σχήμα τουλίπας. Αυτά τα «φτερά» περιέχουν δύο κανάλια εργασίας διαμέτρου 4,2 mm, ενώ ένα τρίτο κανάλι εργασίας διαμέτρου 3,4 mm βρίσκεται εντός του ενδοσκοπικού σωλήνα. Το ANUBIScope απαιτεί συνεργασία μεταξύ δύο ιατρών. Το σύστημα STRAS/ANUBIScope αποτελεί ρομποτική εκδοχή του ANUBIScope με τηλεχειριζόμενο περιβάλλον χρήστη που καθιστά περιττή την παρουσία δεύτερου ιατρού και έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχώς για τη διενέργεια ESD σε πειραματικά μοντέλα χοίρων. Παρ' όλα αυτά, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες πριν την εφαρμογή του συστήματος σε ανθρώπους.

Ρομποτικό σύστημα Master

Το σύστημα Master αποτελείται από κύρια μονάδα ελέγχου, τηλεχειρουργικό σταθμό εργασίας για ανε-

Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

ΡΟΜΠΟΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ
ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑ ΕΚΤΟΜΗ (ESD)



Εικόνα 3.

ξάρτητο έλεγχο των ενδοσκοπικά αναπτυσσόμενων χειρουργικών εργαλείων για ESD, και έναν ειδικά σχεδιασμένο θεραπευτικό ενδοσκοπικό σωλήνα με δύο κανάλια εργασίας. Απαιτείται η παρουσία δύο χειριστών, του ενδοσκόπου που κατευθύνει το ενδοσκόπιο και του χειρουργού που ελέγχει τη ρομποτική κονσόλα. Η γαστρική ESD με βοήθεια του συστήματος MASTER έχει

αναφερθεί σε αρκετές μελέτες. Το σύστημα MASTER έχει δοκιμαστεί και για εκτομή ολικού πάχους (EFTR) καθώς και για NOTES ηπατική σφηνοειδή εκτομή με ενθαρρυντικά αποτελέσματα ως προς τον χρόνο επέμβασης, τη δυνατότητα χειρισμών, τους βαθμούς ελευθερίας και την ευκολία χρήσης. Πρόσφατα, τυχαioποιημένη, ελεγχόμενη, ex vivo μελέτη συνέκρινε την κλασική ESD με την ESD με ρομποτική υποβοήθηση (RESO) και έδειξε ότι η RESO οδήγησε σε υψηλότερο ποσοστό en bloc εκτομής, συντομότερο χρόνο επέμβασης και χαμηλότερο ποσοστό διάτρησης.

Είναι φανερό, πως οι τεχνικές ρομποτικής έλξης βρίσκονται ακόμη σε αρχικό στάδιο ανάπτυξης και απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για τη διερεύνηση του προφίλ ασφάλειας και της αποτελεσματικότητάς τους, τόσο σε πειραματικό επίπεδο, όσο, μεταγενέστερα, και σε ανθρώπους.

Βιβλιογραφία

1. Front Oncol 2022; 12:1062357
2. Surg Endosc 2018;32:3386–92
3. Endosc Int Open 2018;6:E1065–9



Tips & Tricks

... ΣΤΗΝ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ, ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ, ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑΣ (ΑΑΓ)

Ερασμία Βλάχου, MD, FEBGH, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Τι είναι η αυτοάνοση ατροφική γαστρίτιδα;

Η αυτοάνοση ατροφική γαστρίτιδα (ΑΑΓ) είναι μια χρόνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από την καταστροφή του οξυντικού βλεννογόνου του στομάχου μέσω αυτοαντισωμάτων έναντι των τοιχωματικών κυττάρων (Anti Parietal Cell Antibodies, APCA) ή/και έναντι του ενδογενούς παράγοντα (Anti-Intrinsic Factor, anti-IF).

Πόσο συχνή είναι;

Η επίπτωση της ΑΑΓ στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 0,3% και 2,7% και είναι συχνότερη στις γυναίκες και σε ηλικίες >60 ετών.

Συσχετίζεται με άλλες αυτοάνοσες παθήσεις;

Η ΑΑΓ απαντάται συνηθέστερα σε άτομα με οικογενειακό ή/και ατομικό ιστορικό αυτοάνοσων παθήσεων και ιδίως σε αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση της αυτοάνοσης ατροφικής γαστρίτιδας γίνεται με συνδυασμό ορολογικών εξετάσεων και βιοψιών από το γαστρικό βλεννογόνο.

- Οι ορολογικοί δείκτες της ΑΑΓ περιλαμβάνουν τα αντισώματα έναντι των τοιχωματικών κυττάρων (Anti Parietal Cell Antibodies, APCA) και τα αντισώματα έναντι του ενδογενούς παράγοντα (Anti-Intrinsic Factor, anti-IF).
- Η ευαισθησία και η ειδικότητα των APCA για τη διάγνωση της ΑΑΓ είναι 81% και 90% αντίστοιχα, με υψηλή αρνητική προγνωστική αξία που αγγίζει το 99%. Τα anti-IF αντισώματα, έχουν χαμηλή ευαισθησία (27%) αλλά 100% ειδικότητα για τη διάγνωση της ΑΑΓ.
- Τα APCA μπορεί να εμφανιστούν πολλά χρόνια πριν την «εγκατάσταση» της γαστρικής ατροφίας και υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν πως το 50% των ασθενών με «δυσνητική» ΑΑΓ, τελικά θα την εμφανίσουν, εντός μιας διετίας.

- Η ιστολογική εξέταση του γαστρικού βλεννογόνου είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της διάγνωσης για την ΑΑΓ. Σύμφωνα με τις επικαιροποιημένες οδηγίες της ESGE (MAPS III), συστήνονται δύο βιοψίες από το άντρο/γωνία στομάχου και άλλες δύο από το σώμα, σε διαφορετικά φιαλίδια.
- Άλλοι ορολογικοί δείκτες της ΑΑΓ είναι το πεψινογόνο I και II (PGI, PGII), η γαστρίνη και η χρωμογρανίνη A (CgA). Οι δύο τελευταίοι είναι ευρέως διαθέσιμοι, ωστόσο η αξιολόγησή τους θα πρέπει να γίνεται με προσοχή, μιας και μπορεί να αυξηθούν και σε άλλες καταστάσεις, όπως σε χρόνια χρήση PPIs. Σε αυτή την περίπτωση, απαιτείται αποχή από τα PPIs τουλάχιστον για 4 εβδομάδες, προκειμένου η μέτρηση της γαστρίνης και της CgA να είναι αξιόπιστη.

Πώς εκδηλώνεται κλινικά;

Η πλειοψηφία των ασθενών με ΑΑΓ είναι ασυμπτωματικοί. Αν υπάρχουν συμπτώματα, συνήθως αυτά οφείλονται στην αχλωρυδρία που προκύπτει από την καταστροφή των τοιχωματικών κυττάρων και περιλαμβάνουν το αίσθημα πρώιμου κορεσμού, επιγαστρικού φόρτου και δυσπεψία.

Επιπλέον, η ΑΑΓ μπορεί να προκαλέσει δυσαπορρόφηση και έλλειψη βιταμινών. Πιο συγκεκριμένα, η αχλωρυδρία εμποδίζει τη μετατροπή του σιδήρου στην απορροφήσιμη μορφή του, ενώ η καταστροφή των τοιχωματικών κυττάρων οδηγεί σε έλλειψη του ενδογενούς παράγοντα, που είναι απαραίτητος για την απορρόφηση της βιταμίνης B12. Σε αυτή την περίπτωση, η παρεντερική αναπλήρωση του σιδήρου και της βιταμίνης B12 είναι σαφώς πιο αποτελεσματική, σε σύγκριση με την από του στόματος χορήγηση.

Συσχετίζεται η ΑΑΓ με γαστρικά νεοπλάσματα;

Η ΑΑΓ είναι μια προνεοπλασματική κατάσταση, και συσχετίζεται με την ανάπτυξη γαστρικών νευροενδοκρινικών νεοπλασμάτων τύπου I (καρκινοειδή) (Type I g-NEN) και γαστρικού αδενοκαρκινώματος.



- Τα g-NEN τύπου I προέρχονται από τα ECL κύτταρα, τα οποία στα πλαίσια της υπεργαστριναιμίας που αναπτύσσεται αντιδραστικά λόγω της ακλωρυδρίας που προκαλεί η καταστροφή των τοιχωματικών κυττάρων, διεγείρονται και υπερπαράγουν ισταμίνη. Αυτή με τη σειρά της, λειτουργεί ως τροφικός παράγοντας επί των ECL κυττάρων, προκαλώντας την υπερπλασία τους, τη δυσπλασία τους και τελικά τη δημιουργία των NEN.
- Το γαστρικό αδενοκαρκίνωμα αναπτύσσεται μέσω της αλληλουχίας *φλεγμονή – ατροφία – μεταπλασία – δυσπλασία – νεοπλασία* που συνοψίζει τον «καταρράκτη του Correa». Όσο πιο σοβαρή είναι η ατροφία, τόσο πιο αυξημένος είναι ο κίνδυνος καρκινογένεσης. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση μελετών, ανέδειξε την επίπτωση του γαστρικού αδενοκαρκινώματος σε ασθενείς με ΑΑΓ σε 0,14% ανά άτομο-έτος.
- Ως εκ τούτου, η ESGE στις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες (MAPS III), συστήνει ενδοσκοπική επιτήρηση ανά τριετία σε ασθενείς με ΑΑΓ.

Πώς αντιμετωπίζεται η ΑΑΓ;

Δεν υπάρχει θεραπεία για την ΑΑΓ και η διαχείριση των ασθενών στοχεύει στην αποκατάσταση της έλλειψης

σιδήρου και βιταμίνης B12, καθώς και στην έγκαιρη διάγνωση των γαστρικών νεοπλασμάτων, που μπορεί να αναπτυχθούν στα πλαίσια της γαστρικής ατροφίας.

Βιβλιογραφία

1. Castellana C et al. Autoimmune Atrophic Gastritis: A Clinical Review. *Cancers (Basel)*. 2024 Mar 28;16(7):1310. doi: 10.3390/cancers16071310. PMID: 38610988; PMCID: PMC11010983.
2. Dinis-Ribeiro M et al. Management of epithelial precancerous conditions and early neoplasia of the stomach (MAPS III): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG) and European Society of Pathology (ESP) Guideline update 2025. *Endoscopy*. 2025 May;57(5):504-554. doi: 10.1055/a-2529-5025. Epub 2025 Mar 20. PMID: 40112834.
3. Shah SC, Piazuelo MB, Kuipers EJ, Li D. AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Atrophic Gastritis: Expert Review. *Gastroenterology*. 2021 Oct;161(4):1325-1332.e7. doi: 10.1053/j.gastro.2021.06.078. Epub 2021 Aug 26. PMID: 34454714; PMCID: PMC8740554.



How to avoid it

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

Τσιώνης Θεόδωρος, Ειδικός Γαστρεντερολόγος
Εξειδίκευση στην Επείγουσα Ιατρική (Notarzt, DE)
Γαστρεντερολογική Διάγνωση Σερρών

Η διαγνωστική κολονοσκόπηση αποτελεί μια ιατρική πράξη, η οποία στη σύγχρονη εποχή διενεργείται πλέον από το σύνολο των ειδικευμένων και ειδικευόμενων γαστρεντερολόγων στην Ελλάδα και αποτελεί σημαντικό μέρος της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Τα τελευταία χρόνια, η συχνότητα διενέργειας της έχει αυξηθεί, κυρίως λόγω της επιστημονικά τεκμηριωμένης σαφούς συσχέτισης της με τη μείωση των ποσοστών εμφάνισης και θνητότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου, αλλά και λόγω της βελτιστοποίησης του τεχνολογικού εξοπλισμού και των τεχνικών που χρησιμοποιούνται για τη διενέργεια της. Σαν αποτέλεσμα όλων αυτών αλλά και της προσπάθειας όλης της γαστρεντερολογικής κοινότητας στη χώρα μας, η εξέταση αυτή έχει εδραιωθεί στην κοινωνία ως μια βασική προληπτική εξέταση του γενικού πληθυσμού στην ηλικία των 50 ετών με εξαιρετικό προφίλ ασφάλειας και ελάχιστους κινδύνους.

Τα επιστημονικά δεδομένα επιβεβαιώνουν καθημερινά την ασφάλεια της διαγνωστικής κολονοσκόπησης, ωστόσο, τόσο οι ιατροί όσο και οι ασθενείς θα πρέπει πριν τη διενέργεια της εξέτασης να είναι ενήμεροι για τους πιθανούς κινδύνους και επιπλοκές, καθώς δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι πρόκειται για μια ιατρική πράξη και παρά το γεγονός ότι τα ποσοστά εμφάνισης των επιπλοκών είναι πολύ μικρά, η αυξανόμενη συχνότητα διενέργειας της εξέτασης μπορεί αναπόφευκτα κάποια στιγμή να μας οδηγήσει στην εμφάνιση τους.

Η ασφάλεια των ενδοσκοπικών πράξεων είναι ένα πολύπλευρο αντικείμενο συζήτησης που συμπεριλαμβάνει πολλές πτυχές της εξέτασης όπως τη σωστή αξιολόγηση και επιλογή του ασθενούς, την αναλυτική ενημέρωση του, την ασφαλή χορήγηση καταστολής, την ασφαλή διενέργεια επεμβατικών πράξεων, την επιλογή του κατάλληλου εξοπλισμού, του κατάλληλου χώρου με τις απαραίτητες προδιαγραφές ασφαλείας αλλά και τη σωστή εκπαίδευση του ιατρού και του προσωπικού που συμμετέχουν στην ιατρική πράξη. Το συγκεκριμένο άρθρο αναφέρεται αποκλειστικά στις επιπλοκές της διαγνωστικής κολονοσκόπησης ως ιατρική πράξη,

χωρίς να γίνει αναφορά σε όλους του επιπρόσθετους ανωτέρω παράγοντες.

Κοιλιακή δυσφορία, πόνος και μετεωρισμός

Δεν αποτελούν τυπικές επιπλοκές της κολονοσκόπησης αλλά τα συχνότερα συμπτώματα για τα οποία διαμαρτύρονται οι ασθενείς μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης σε ποσοστό έως 10% και τα οποία μπορεί να διαρκέσουν έως και 2 μέρες μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης. Αν και δεν αποτελούν κίνδυνο για τους ασθενείς, είναι σημαντικό να έχουν ενημερωθεί κατάλληλα ώστε να είναι προετοιμασμένοι σε περίπτωση εμφάνισης τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η χορήγηση CO₂, η χρήση νερού (water exchange techniques) και η αποφυγή δημιουργίας loops κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες πρόληψης, ενώ σπάνια χρειάζεται οι ασθενείς να νοσηλευτούν λόγω αυτών των συμπτωμάτων. Σε περίπτωση έντονης επιμονής των συμπτωμάτων είναι απαραίτητος ο περαιτέρω έλεγχος για τον αποκλεισμό άλλων επιπλοκών.

Διάρτηση

Αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή της διαγνωστικής κολονοσκόπησης, η οποία στη βιβλιογραφία αναφέρεται σε ποσοστό 0.03%-0.08% στις απλές διαγνωστικές κολονοσκοπήσεις. Προδιαθετικοί παράγοντες για την εμφάνιση της αποτελεί η ύπαρξη εκτεταμένης εκκολπωμάτωσης, συμφύσεων, φλεγμονής (ιδίως σε ΙΦΝΕ υπό κορτιζόνη), ενώ σημαντικό ρόλο φαίνεται να κατέχει η εμπειρία του ενδοσκόπου, η ηλικία και οι συννοσηρότητες του ασθενούς. Η συχνότερη θέση εμφάνισης είναι το ορθοσιγμοειδές μετά από άσκηση πίεσης κατά την προώθηση του ενδοσκοπίου, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί στο τυφλό, ιδίως σε εκτεταμένη εμφύσηση αέρα (βαρότραυμα) και συνύπαρξη σημαντικής στένωσης. Τα τελευταία χρόνια, η χρήση CO₂ κατά τη διάρκεια της εξέτασης έχει ελαχιστοποιήσει τέτοιες περιπτώσεις, λόγω ταχείας απορρόφησης του CO₂ σε σύγκριση με τη χρήση αέρα. Η αναγνώριση της διάρτησης μπορεί

How to avoid it

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ



να γίνει κατά τη διάρκεια της εξέτασης, αμέσως μετά ή με καθυστέρηση έως και 72 ώρες, επιδεινώνοντας σημαντικά την πρόγνωση του ασθενούς. Σημαντικό ρόλο στη διάγνωση παίζει η συμπτωματολογία του ασθενούς, η οποία ποικίλει ανάλογα με τη θέση της διάτρησης και μπορεί να συμπεριλαμβάνει εικόνα οξείας κοιλίας, πνευμοπεριτόναιο, υποδόριο εμφύσημα ενώ στην περίπτωση καθυστερημένης διάγνωσης εμφανίζονται συστηματικά συμπτώματα βαρέως πάσχοντος και αιμοδυναμικής αστάθειας. Εξέταση εκλογής αποτελεί η διενέργεια CT χωρίς σκιαγραφικό για τον εντοπισμό ελεύθερου αέρα εξωαυλικά. Οι διατρήσεις κατά τη διάρκεια διαγνωστικών εξετάσεων, λόγω του μηχανισμού πρόκλησής τους, είναι συνήθως μεγάλες, καθιστώντας δύσκολη έως ανέφικτη τη σύγκλειση με τη χρήση TTS Clips, ενώ η χρήση OTS Clips φαίνεται να προσδίδει κάποια πλεονεκτήματα και να συνοδεύεται από καλύτερα ποσοστά επιτυχημένης παρέμβασης. Σε περίπτωση αποτυχίας ενδοσκοπικής σύγκλεισης, καθοριστικό ρόλο κατέχει η χειρουργική παρέμβαση.

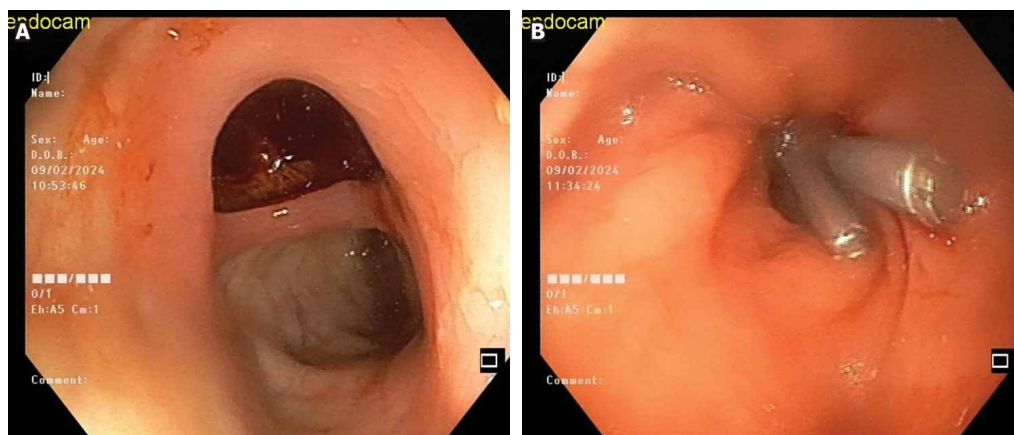
Αιμορραγία

Στην καθημερινή κλινική πρακτική, η αιμορραγία μετά από ενδοσκόπηση είναι άρρηκτα συνυφασμένη με επεμβατικές πράξεις, μπορεί, ωστόσο, σε σπάνιες

περιπτώσεις να εμφανιστεί και σε απλές διαγνωστικές εξετάσεις σε ποσοστά 0.03%-0.06%. Σε αυτές τις περιπτώσεις αφορά κυρίως τον τραυματισμό αγγείων κατά τη λήψη βιοψιών και πολύ σπανιότερα τον εκτεταμένο τραυματισμό του τοιχώματος κατά την προώθηση του ενδοσκοπίου. Η διάγνωση στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι εύκολη κατά τη διάρκεια της εξέτασης και η αντιμετώπιση περιορίζεται σε ενδοσκοπικές τεχνικές αιμόστασης. Η διενέργεια αζονικής αγγειογραφίας για τον εντοπισμό της θέσης και η χειρουργική αντιμετώπιση της επιπλοκής αφορά σπάνιες ειδικές περιπτώσεις, στις οποίες η ενδοσκοπική αντιμετώπιση δεν καθίσταται εφικτή.

Βακτηραιμία

Τα ποσοστά εμφάνισης βακτηραιμίας μετά από διαγνωστική κολονοσκόπηση ποικίλουν στη βιβλιογραφία μεταξύ 0%-25% καθιστώντας πολύ δύσκολη την εκτίμηση του πραγματικού κινδύνου εμφάνισης της. Ο κυριότερος λόγος της μεγάλης ετερογένειας των μελετών οφείλεται στο γεγονός ότι η πλειονότητα των περιστατικών είναι ασυμπτωματικοί ασθενείς καθιστώντας πολύ δύσκολη τη λεπτομερή καταγραφή. Τα συχνότερα μικρόβια που έχουν απομονωθεί σε καλλιέργειες αφορούν *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterobacteriaceae* και *Enterococci*.



Εικόνα 1. (Α) Διάτρηση στην περιοχή του σιγμοειδούς μετά από δίοδο του ενδοσκοπίου κατά τη διάρκεια διαγνωστικής κολονοσκόπησης. (Β) Προσπάθεια σύγκλεισης με τοποθέτηση TTS Clips⁷



How to avoid it

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

Ο κύριος μηχανισμός πρόκλησης της βακτηριαιμίας είναι η μεταπήδηση μικροβίων από τραυματισμούς του τοιχώματος κατά τη διάρκεια της ενδοσκοπικής. Αν και, όπως αναφέρθηκε, η πλειονότητα των περιπτώσεων βακτηριαιμίας είναι ασυμπτωματικές, η εμφάνιση πυρετού με ρίγος μετά τη διενέργεια ενδοσκοπικής, πρέπει να εγείρει την υπόνοια ώστε να αντιμετωπιστεί κατάλληλα με χορήγηση αντιβιοτικών. Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση βακτηριαιμίας αποτελεί η βαριά λευκοπενία, η κίρρωση ήπατος και η εφαρμογή περιτοναϊκής κάθαρσης σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών σε αυτές τις ομάδες ασθενών είναι βιβλιογραφικά αμφιλεγόμενη και θα πρέπει να εξατομικευθεί σε κάθε περίπτωση.

Τραυματισμός/ρήξη σπληνός

Μια από τις επιπλοκές με τα μεγαλύτερα ποσοστά θνητότητας έως 5% είναι ο τραυματισμός/ρήξη σπληνός, ως αποτέλεσμα άμεσου τραυματισμού με το ενδοσκόπιο ή έλξης του σπληνός στα πλαίσια συμφύσεων ή μέσω του σπληνοκολικού συνδέσμου. Αν και η συχνότητα εμφάνισης περιορίζεται σε 1-4,5 περιστατικά /10000 κολονοσκοπήσεις, είναι πολύ σημαντικό να τεθεί γρήγορα η υποψία και να πραγματοποιηθεί άμεσα υπερηχογράφημα κοιλίας ή CT ώστε να εκτιμηθεί η βαρύτητα του τραυματισμού, η οποία κατατάσσεται σε 5 κατηγορίες (Table 1). Σε περιπτώσεις αιμοδυναμικά σταθερού ασθενούς, συνήθως επιλέγεται η συντηρητική αντιμετώπιση με εντατική παρακολούθηση, χορήγηση

υγρών, μεταγίσεις και χορήγηση αντιβιοτικών, ενώ σε βαρύτερες περιπτώσεις μπορεί να συζητηθεί ο εμβολισμός της σπληνικής αρτηρίας ή ακόμα και η χειρουργική αντιμετώπιση.

Εμβολή αέρα

Αποτελεί μια από τις επιπλοκές που τείνουν να εξαλειφθούν λόγω της όλο και αυξανόμενης χρήσης CO₂ κατά τη διάρκεια της κολονοσκοπικής, γεγονός που ελαχιστοποιεί ακόμα περισσότερο την πιθανότητα εμφάνισης της. Σε περίπτωση, ωστόσο, που ο ασθενής εμφανίσει χωρίς κάποια σαφή αιτιολογία αιμοδυναμική αστάθεια, αναπνευστική ανεπάρκεια ή αιφνίδια νευρολογική σημειολογία, είναι σημαντικό να τεθεί η υπόνοια εμβολής. Η άμεση διακοπή της εξέτασης, η χορήγηση 100% O₂ και υγρών καθώς και η τοποθέτηση σε θέση Trendelenburg είναι απαραίτητα μέτρα μέχρι την μεταφορά του ασθενούς σε νοσοκομειακή δομή για κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Θάνατος

Όπως κάθε ιατρική πράξη, έτσι και η διαγνωστική κολονοσκόπηση έχει συσχετιστεί στο παρελθόν με case report περιστατικά θανάτων, χωρίς, ωστόσο, να είναι πάντα σαφής η αιτιολογία, καθώς στην πλειονότητα των περιπτώσεων πρόκειται για πολυπαραγοντικά αίτια.

Συνοψίζοντας και λαμβάνοντας υπόψη όλα τα ανωτέρω, η διαγνωστική κολονοσκόπηση οφείλει να αναγνω-

TABLE 1. The American Association for the Surgery of Trauma (AAST) splenic injury scale.⁸

Grade	Injury description
I	Hematoma subcapsular <10% surface area Laceration capsular tear <1 cm parenchymal depth
II	Hematoma subcapsular 10%-50% surface area; intraparenchymal <5 cm in diameter Laceration 1-3 cm parenchymal depth that does not involve a trabecular vessel
III	Hematoma subcapsular >50% surface area or expanding; ruptured subcapsular or parenchymal hematoma Intraparenchymal hematoma >5 cm or expanding Laceration >3 cm parenchymal depth or involving trabecular vessels
IV	Laceration involving segmental or hilar vessels producing major devascularization (>25% of spleen)
V	Completely shattered spleen Hilar vascular injury that devascularizes spleen

How to avoid it

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ



ρίζεται ως μια ασφαλής εξέταση, της οποίας το όφελος υπερβαίνει κατά πολύ τους πιθανούς κινδύνους και για αυτό το λόγο έχει καθιερωθεί ως η βασική προληπτική εξέταση για τον έλεγχο του παχέος εντέρου. Η ασφαλής διενέργεια της αποτελεί μια αλυσίδα πολλών γεγονότων και η εγρήγορση του θεράποντα ιατρού πρέπει να είναι τέτοια ώστε σε κάθε στάδιο της προετοιμασίας, της διενέργειας και της ολοκλήρωσης να προλαμβάνονται και να αποφεύγονται οι πιθανές επιπλοκές. Ο ασθενής από την πλευρά του οφείλει να γνωρίζει και να έχει ενημερωθεί αναλυτικά ότι ακόμα και στην περίπτωση που όλα έχουν πραγματοποιηθεί σωστά, η πιθανότητα επιπλοκών δεν μπορεί να εξαιρεθεί πλήρως, ενώ παράλληλα το σημαντικότερο στοιχείο για την επιτυχή έκβαση είναι η άμεση επικοινωνία με τον ιατρό, η αναγνώριση της επιπλοκής και η σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση της.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Derbyshire E, Hungin P, Nickerson C, et al. Colonoscopic perforations in the English national health service bowel cancer screening programme. *Endoscopy* 2018; 50:861–70.
2. Stock C, Ihle P, Sieg A, et al. Adverse events requiring hospitalization within 30 days after outpatient screening and nonscreening Colonoscopies. *Gastrointest Endosc* 2013; 77:419–29.
3. Rabeneck L, Saskin R, Paszat LF. Onset and clinical course of bleeding and perforation after outpatient colonoscopy: a population-based study. *Gastrointest Endosc* 2011; 73:520–3.
4. Waddingham W, Kamran U, Kumar B, et al. Complications of colonoscopy: common and rare—recognition, assessment and management. *BMJ Open Gastroenterol* 2023;10:e001193.
5. Kim SY, Kim HS, Park HJ. Adverse events related to colonoscopy: Global trends and future challenges. *World J Gastroenterol* 2019; 25(2): 190-204.
6. Kothari, Shivangi T. et al. ASGE review of adverse events in colonoscopy, *Gastrointestinal Endoscopy*, Volume 90, Issue 6, 863 - 876.e33.
7. Tawheed A, Bahcecioglu IH, Yalniz M, Ozercan M, Oral AC, El-Kassas M. Summary of the current guidelines for managing iatrogenic colorectal perforations and the evolving role of endoluminal vacuum therapy. *World J Clin Cases* 2025; 13(6): 97545.
8. Kozar RA, Crandall M, Shanmuganathan K, Zarzaur BL, Coburn M, Cribari C, Kaups K, Schuster K, Tominaga GT; AAST Patient Assessment Committee. Organ injury scaling 2018 update: Spleen, liver, and kidney. *J Trauma Acute Care Surg*. 2018 Dec;85(6):1119-1122.
9. Paspatis GA, Vardas E, Theodoropoulou A, Manolaraki MM, Charoniti I, Papanikolaou N, Chroniaris N, Chlouverakis G. Complications of colonoscopy in a large public county hospital in Greece. A 10-year study. *Dig Liver Dis*. 2008 Dec;40(12):951-7.
10. Reumkens A, Rondagh EJ, Bakker CM, Winkens B, Masclee AA, Sanduleanu S. Post-Colonoscopy Complications: A Systematic Review, Time Trends, and Meta-Analysis of Population-Based Studies. *Am J Gastroenterol*. 2016 Aug;111(8):1092-101.



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

RESMETIROM: Η ΠΡΩΤΗ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Χρίστος Παυλίδης, MD, PhD, FEBGH, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Υπεύθυνος Ηπατο-Γαστρεντερολογικού Τμήματος ΓΝ Κέρκυρας

Η στεατοηπατίτιδα που σχετίζεται με μεταβολικό σύνδρομο (MASH),¹ είναι μια προοδευτική ηπατική νόσος που χαρακτηρίζεται από την παρουσία ηπατικής στεάτωσης σε ποσοστό $\geq 5\%$ με συνοδό ηπατοκυτταρική βλάβη και φλεγμονή.²⁻⁴ Η προοδευτική εξέλιξη της νόσου με την παρουσία σημαντικής ίνωσης (στάδια F2 και F3, σε κλίμακα από F0 [χωρίς ίνωση] έως F4 [κίρρωση]), συνοδεύεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων

κλινικών αποτελεσμάτων, ιδιαίτερα σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2.⁵⁻⁸

Ο εκτιμώμενος παγκόσμιος επιπολασμός της MASH είναι 4 έως 6% και το σχετικό κοινωνικοοικονομικό κόστος είναι υψηλό.⁹⁻¹¹

Μέχρι σήμερα δεν υπήρχε εγκεκριμένη θεραπεία για την MASH. Πρόσφατα το FDA (στις 14 Μαρτίου 2025), και ο EMA (στις 20 Ιουνίου 2025), έδωσαν *έγκριση υπό 'ειδικές*

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δημογραφικά δεδομένα ασθενών της μελέτης MAESTRO-NASH

Characteristic	Resmetirom, 80 mg (N=322)	Resmetirom, 100 mg (N=323)	Placebo (N=321)
Age — yr	55.9±11.5	57.0±10.8	57.1±10.5
Male sex — no. (%)†	140 (43.5)	141 (43.7)	143 (44.5)
Body weight — kg	100.1±22.3	101.9±22.9	100.2±23.1
Body-mass index	35.5±6.4	36.2±7.4	35.3±6.5
Type 2 diabetes — no. (%)	224 (69.6)	213 (65.9)	210 (65.4)
Hypertension — no. (%)	243 (75.5)	254 (78.6)	257 (80.1)
Dyslipidemia — no. (%)	229 (71.1)	236 (73.1)	224 (69.8)
Hypothyroidism — no. (%)§	39 (12.1)	46 (14.2)	45 (14.0)
History of ASCVD — no. (%)	20 (6.2)	23 (7.1)	14 (4.4)
Estimated 10-yr risk of ASCVD — %¶	14.7±12.0	14.5±12.1	15.4±11.6
FibroScan liver-stiffness measurement — kPa			
Mean	13.3±6.8	13.6±7.1	12.9±5.5
Median (IQR)	11.5 (9.5–14.9)	11.9 (9.5–15.9)	11.7 (9.4–14.8)
LDL cholesterol level — mg/dl	106.6±37.4	103.0±36.8	106.8±41.1
Alanine aminotransferase level — U/liter	52.8±27.3	56.3±34.0	54.7±34.8
Aspartate aminotransferase level — U/liter	38.2±19.3	42.5±25.2	40.7±24.6
γ-Glutamyltransferase level — U/liter	84.3±111.3	84.6±99.0	75.7±85.0
Liver-biopsy findings — no. (%)			
NAFLD activity score ≥ 5 §§	266 (82.6)	288 (89.2)	253 (78.8)
Fibrosis stage¶¶			
F1B	16 (5.0)	15 (4.6)	18 (5.6)
F2	107 (33.2)	100 (31.0)	112 (34.9)
F3	199 (61.8)	208 (64.4)	191 (59.5)

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

RESMETIROM: Η ΠΡΩΤΗ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ



συνθήκες' στη δραστική ουσία Resmetirom για τη θεραπεία της στεατοηπατίτιδας σε ασθενείς με στάδια ίνωσης F2 και F3, αλλά **όχι** για ασθενείς με κίρρωση ήπατος.^{12,13}

Η έγκριση της ρεσμετιρόμης βασίστηκε στα αποτελέσματα της μελέτης MAESTRO-NASH που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένη MASH.¹⁴

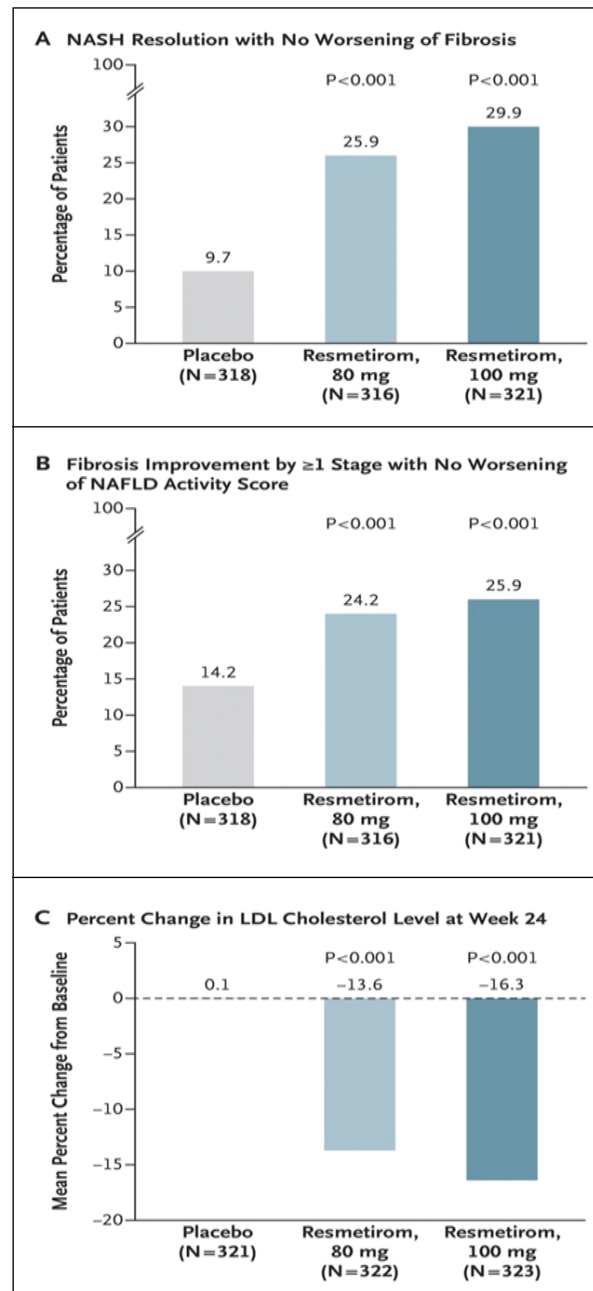
Η ρεσμετιρόμη είναι ένας από του στόματος, ηπατικά κατευθυνόμενος, εκλεκτικός αγωνιστής του βήτα υποδοχέα της θυρεοειδικής ορμόνης, THR-β.^{15,16} Στη MASH, η λειτουργία της THR-β στο ήπαρ είναι μειωμένη, γεγονός που οδηγεί σε μείωση της μιτοχονδριακής λειτουργίας και της β-οξειδωσης των λιπαρών οξέων σε συνδυασμό με αύξηση της ίνωσης.¹⁷

Οι ασθενείς της μελέτης MAESTRO-NASH τυχαιοποιήθηκαν σε αναλογία 1:1:1 για να λάβουν ρεσμετιρόμη μία φορά την ημέρα στην δόση 80 mg, στην δόση των 100 mg ή το εικονικό φάρμακο (Πίνακας 1).

Τα **δύο κύρια τελικά σημεία** στην εβδομάδα 52 ήταν:

- α)** η υποχώρηση της φλεγμονής, MASH, (συμπεριλαμβανομένης της μείωσης της βαθμολογίας δραστηριότητας της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος [NAFLD] κατά ≥ 2 μονάδες), χωρίς επιδείνωση της ίνωσης και
- β)** η βελτίωση, (μείωση) της ίνωσης κατά τουλάχιστον ένα στάδιο χωρίς επιδείνωση της βαθμολογίας δραστηριότητας της NAFLD.

Στην μελέτη **συμπεριλήφθηκαν 966** ασθενείς, (322 στην ομάδα ρεσμετιρόμης 80 mg, 323 στην ομάδα ρεσμετιρόμης 100 mg και 321 στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου). Η **υποχώρηση της MASH** χωρίς επιδείνωση της ίνωσης επιτεύχθηκε **στο 25,9%** των ασθενών στην ομάδα ρεσμετιρόμης 80 mg και στο **29,9%** των ασθενών στην ομάδα ρεσμετιρόμης 100 mg, σε σύγκριση με το 9,7% των ασθενών στην ομάδα εικονικού φαρμάκου ($P < 0,001$ και για τις δύο συγκρίσεις με το εικονικό φάρμακο). **Βελτίωση της ίνωσης κατά τουλάχιστον ένα στάδιο** χωρίς επιδείνωση της



Εικόνα 1. Κύρια καταληκτικά σημεία μελέτης.

βαθμολογίας δραστηριότητας της NAFLD, επιτεύχθηκε στο **24,2%** των ασθενών στην ομάδα ρεσμετιρόμης 80 mg και στο **25,9%** των ασθενών στην ομάδα ρεσμετιρόμης 100 mg, σε σύγκριση με το 14,2% των ασθενών στην ομάδα εικονικού φαρμάκου ($P < 0,001$ και για τις



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

**RESMETIROM: Η ΠΡΩΤΗ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ**

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Τα πρωτεύοντα και δευτερεύοντα σημεία με βάση τα δεδομένα βιοψιών.

End Point	Resmetirom, 80 mg (N=316)	Resmetirom, 100 mg (N=321)	Placebo (N=318)
<i>percent with response</i>			
Primary end points			
NASH resolution with no worsening of fibrosis	25.9	29.9	9.7
Fibrosis improvement by ≥ 1 stage with no worsening of NAFLD activity score	24.2	25.9	14.2
Other end points			
≥ 2 -Point improvement in NAFLD activity score, including ≥ 1 -point improvement in hepatocellular ballooning or lobular inflammation, with no worsening of fibrosis	41.3	44.9	21.2
≥ 2 -Point improvement in NAFLD activity score, including ≥ 1 -point improvement in hepatocellular ballooning or lobular inflammation, with improvement in fibrosis	18.8	21.2	8.5
Improvement in each component of NAFLD activity score	23.3	27.9	7.2
Improvement in fibrosis by ≥ 2 stages	8.3	10.1	2.8
Both NASH resolution and fibrosis improvement by ≥ 1 stage	14.2	16.0	4.9

δύο συγκρίσεις με το εικονικό φάρμακο). Η μεταβολή στα **επίπεδα χοληστερόλης χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών** από την αρχική τιμή έως την εβδομάδα 24 ήταν -13,6% στην ομάδα ρεσμετιρόμης 80 mg και -16,3% στην ομάδα ρεσμετιρόμης 100 mg, σε σύγκριση με 0,1% στην ομάδα των ασθενών του εικονικού φαρμάκου ($P < 0,001$ και για τις δύο συγκρίσεις με το εικονικό φάρμακο) (Εικόνα 1).

Τα πρωτεύοντα και δευτερεύοντα σημεία της μελέτης με βάση τα αποτελέσματα των βιοψιών περιγράφονται αναλυτικά στον πίνακα 2. Έτσι, φαίνεται σημαντική η βελτίωση της φλεγμονώδους δραστηριότητας σε ποσοστό ~42 των ασθενών που έλαβαν ρεσμετιρόμη. Επίσης, η ταυτόχρονη αποκατάσταση της φλεγμονής με μείωση κατά 1 στάδιο της ίνωσης επιτεύχθηκε σε ποσοστό ~15% αυτών.

Σχετικά με τις **ανεπιθύμητες ενέργειες**, η διάρκεια και η ναυτία ήταν οι συχνότερες στους ασθενείς που έλαβαν ρεσμετιρόμη σε σχέση με ασθενείς που

έλαβαν το εικονικό φάρμακο. Η συχνότητα εμφάνισης **σοβαρών ανεπιθύμητων** ενεργειών ήταν παρόμοια μεταξύ των ομάδων της δοκιμής: 10,9% στην ομάδα ρεσμετιρόμης 80 mg, 12,7% στην ομάδα ρεσμετιρόμης 100 mg και 11,5% στην ομάδα εικονικού φαρμάκου, (Πίνακας 3).

Συμπερασματικά, τόσο η δόση των 80 mg όσο και η δόση των 100 mg ρεσμετιρόμης ήταν ανώτερες από το εικονικό φάρμακο όσον αφορά την υποχώρηση της φλεγμονής (NASH), αλλά και τη βελτίωση της ηπατικής ίνωσης κατά τουλάχιστον ένα στάδιο. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ρεσμετιρόμης ήταν γενικά ήπιες και καλά ανεκτές και δεν οδήγησαν σε διακοπή του φαρμάκου, αλλά η ασφάλεια της **μακροχρόνιας χρήσης** της ρεσμετιρόμης είναι κάτι που πρέπει να αξιολογηθεί επαρκώς. Η κλινική δοκιμή έχει προγραμματιστεί να συνεχιστεί για 54 μήνες προκειμένου να συγκεντρωθούν και να αξιολογηθούν περισσότερα αποτελέσματα που σχετίζονται με την ηπατική νόσο, συμπεριλαμβανομένης και

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

**RESMETIROM: Η ΠΡΩΤΗ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ**



ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Ανεπιθύμητες ενέργειες των ασθενών της μελέτης MAESTRO-NASH.

Event	Resmetirom, 80 mg (N=322)	Resmetirom, 100 mg (N=323)	Placebo (N=321)
	<i>number of patients (percent)</i>		
≥1 Adverse event attributed to resmetirom or placebo*	124 (38.5)	134 (41.5)	88 (27.4)
≥1 Serious adverse event	35 (10.9)	41 (12.7)	37 (11.5)
≥1 Serious adverse event attributed to resmetirom or placebo*	2 (0.6)	0	1 (0.3)
Adverse event leading to trial discontinuation before wk 52†	6 (1.9)	22 (6.8)	7 (2.2)
Adverse event leading to trial discontinuation during entire treatment period‡	9 (2.8)	25 (7.7)	11 (3.4)
Fatal adverse event	1 (0.3)	2 (0.6)	1 (0.3)
Major adverse cardiovascular event‡	1 (0.3)	1 (0.3)	1 (0.3)
Other cardiovascular event‡	0	1 (0.3)	3 (0.9)
Adverse events affecting >10% of patients in any group			
Diarrhea	87 (27.0)	108 (33.4)	50 (15.6)
Covid-19	69 (21.4)	54 (16.7)	66 (20.6)
Nausea	71 (22.0)	61 (18.9)	40 (12.5)
Arthralgia	48 (14.9)	35 (10.8)	40 (12.5)
Back pain	35 (10.9)	27 (8.4)	38 (11.8)
Urinary tract infection	33 (10.2)	27 (8.4)	27 (8.4)
Fatigue	33 (10.2)	26 (8.0)	28 (8.7)
Pruritus	26 (8.1)	37 (11.5)	22 (6.9)
Vomiting	28 (8.7)	35 (10.8)	17 (5.3)

της εξέλιξης αυτής σε κίρρωση. Γεγονός είναι όμως ότι διαθέτουμε πλέον το πρώτο φάρμακο που επηρεάζει την εξέλιξη της MASH, σε συνδυασμό με τη διατροφή και την άσκηση.

Βιβλιογραφία

1. Rinella ME, Lazarus JV, Ratziu V, et al. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Hepatology* 2023; 78:1966-1986.
2. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al. The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology* 2018; 67:328-357.
3. Rinella ME, Neuschwander-Tetri BA, Siddiqui MS, et al. AASLD Practice Guidance on the clinical assessment and management of nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology* 2023; 77:1797-1835.
4. Loomba R, Friedman SL, Shulman GI. Mechanisms and disease consequences of nonalcoholic fatty liver disease. *Cell* 2021; 184:2537-2564.
5. Dulai PS, Singh S, Patel J, et al. Increased risk of mortal-



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

**RESMETIROM: Η ΠΡΩΤΗ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ**

ity by fibrosis stage in nonalcoholic fatty liver disease: systematic review and meta-analysis. *Hepatology* 2017; 65:1557-1565.

6. Angulo P, Kleiner DE, Dam-Larsen S, et al. Liver fibrosis, but no other histologic features, associates with long-term outcomes of patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Gastroenterology* 2015;149(2):389-97. e10.
7. Huang DQ, Wilson LA, Behling C, et al. Fibrosis progression rate in biopsy-proven nonalcoholic fatty liver disease among people with diabetes versus people without diabetes: a multicenter study. *Gastroenterology* 2023;165(2):463-472.e5.
8. Targher G, Tilg H, Byrne CD. Non-alcoholic fatty liver disease: a multisystem disease requiring a multidisciplinary and holistic approach. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2021; 6:578-588.
9. Estes C, Razavi H, Loomba R, Younossi Z, Sanyal AJ. Modeling the epidemic of nonalcoholic fatty liver disease demonstrates an exponential increase in burden of disease. *Hepatology* 2018; 67:123-133.
10. Schattenberg JM, Lazarus JV, Newsome PN, et al. Disease burden and economic impact of diagnosed non-alcoholic steatohepatitis in five European countries in 2018: a cost-of-illness analysis. *Liver Int* 2021; 41:1227-1242
11. Younossi ZM, Blissett D, Blissett R, et al. The economic and clinical burden of nonalcoholic fatty liver disease in the United States and Europe. *Hepatology* 2016; 64:1577-1586.
12. FDA Approves First Treatment for Patients with Liver Scarring Due to Fatty Liver Disease. US Food and Drug Administration, 14 March 2025.
13. First treatment against liver scarring caused by a type of 'fatty liver disease', European Medicines Agency, 20 June 2025.
14. Stephen A. Harrison, M.D., Pierre Bedossa, M.D., Ph.D., Cynthia D. Guy, et al. A Phase 3, Randomized, Controlled Trial of Resmetirom in NASH with Liver Fibrosis, *N Engl J Med* 2024;390:497-509.
15. Kelly MJ, Pietranico-Cole S, Larigan JD, et al. Discovery of 2-[3,5-dichloro-4-(5-isopropyl-6-oxo-1,6-dihydropyridazin-3-yloxy)phenyl]-3,5-dioxo-2,3,4,5-tetrahydro[1,2,4]triazine-6-carbonitrile (MGL-3196), a highly selective thyroid hormone receptor β agonist in clinical trials for the treatment of dyslipidemia. *J Med Chem* 2014; 57:3912-3923.
16. Harrison SA, Ratziu V, Anstee QM, et al. Design of the phase 3 MAESTRO clinical program to evaluate resmetirom for the treatment of nonalcoholic steatohepatitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2024; 59:51-63.
17. Taub R, Chiang E, Chabot-Blanchet M, et al. Lipid lowering in healthy volunteers treated with multiple doses of MGL-3196, a liver-targeted thyroid hormone receptor- β agonist. *Atherosclerosis* 2013;230:373-380.

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Νικόλαος Καλάκος, Ειδικευόμενος Γαστρεντερολόγος,
Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ "Γ. Γεννηματάς", Αθήνα



Ορισμός- Ανατομία

Οι αιμορροΐδες αποτελούν φυσιολογικό φλεβικό δίκτυο του πρωκτού και, αναλόγως της εντόπισής τους, διακρίνονται σε εσωτερικές και εξωτερικές. Το εσωτερικό αιμορροϊδικό φλεβώδες πλέγμα εντοπίζεται άνωθεν της οδοντωτής γραμμής, μεταξύ του βλεννογόνου του αυλού του πρωκτού και του έσω πρωκτικού σφιγκτήρα, καλύπτεται από μεταβατικό και κυλινδρικό επιθήλιο και παροχετεύει αίμα από το ορθό στις άνω, μέσες και κάτω ορθικές φλέβες, οι οποίες με τη σειρά τους παροχετεύουν αίμα στην κάτω μεσεντέρια φλέβα (από την άνω ορθική φλέβα) και στην πυλαία φλέβα (πυλαίο φλεβικό σύστημα) και στις έσω λαγόνιες φλέβες (μέση και κάτω ορθική φλέβα). Το εξωτερικό αιμορροϊδικό φλεβικό πλέγμα εντοπίζεται κάτωθεν της οδοντωτής γραμμής, καλύπτεται από πλακώδες επιθήλιο και παροχετεύει αίμα από την περιοχή του άπω πρωκτικού αυλού στις κάτω ορθικές φλέβες και στις αιδοϊκές φλέβες, οι οποίες αναστομώνονται με τις έσω λαγόνιες φλέβες (συστηματική κυκλοφορία).

Φυσιολογία- Παθοφυσιολογία

Οι εσωτερικές αιμορροΐδες εξυπηρετούν την πρωκτική εγκράτεια και συμβάλλουν στον τόνο ηρεμίας του πρωκτικού αυλού. Η εμφάνιση συμπτωμάτων (αιμορροϊδική νόσος ή αιμορροϊδοπάθεια) από εσωτερικές αιμορροΐδες σχετίζεται με: 1) την μειωμένη φλεβική παροχέτευση στις ορθικές φλέβες και την στάση του αίματος στο διατεταμένο φλεβικό δίκτυο, 2) τη διαταραχή της υποστήριξής τους από τον υποκείμενο συνδετικό ιστό και 3) τα υψηλά επίπεδα κυκλοφορούντων μεταλλοπρωτεϊνών (ευνοούν την αποδόμηση του εξωκυττάριου στρώματος και του κολλαγόνου). Με αυτόν τον τρόπο ευνοείται η διάταση, η προβολή ή/και πρόπτωση του φλεβικού δικτύου εντός του πρωκτού με τελική συνέπεια τον τραυματισμό τους κατά την προσπάθεια κένωσης και κατά την διέλευση σκληρών κοπράνων.

Οι εξωτερικές αιμορροΐδες αναγνωρίζονται στο πρωκτικό χείλος ως θρομβωμένοι ή μη αιμορροϊδικοί όζοι ή ως προβολή του δέρματος (συνήθως σε έδαφος

παλαιότερου επεισοδίου αιμορροϊδικής θρόμβωσης/οιδήματος/φλεγμονής).

Συνυπάρχουσες διαταραχές που ευνοούν την εκδήλωση συμπτωμάτων από αιμορροΐδες αποτελούν η δυσκοιλιότητα, οι πολλαπλές μαλακές κενώσεις, ο παρατεταμένος χρόνος στην τουαλέτα, η κύηση και η παχυσαρκία. Στον πίνακα 1 αναφέρονται οι κύριοι και οι πιθανοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση αιμορροϊδοπάθειας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση αιμορροϊδοπάθειας.

Κύριοι παράγοντες κινδύνου

Δυσκοιλιότητα
Παρατεταμένη και έντονη προσπάθεια αφόδευσης
Διάρροια
Κύηση
Παχυσαρκία

Πιθανοί παράγοντες κινδύνου

Δυσλειτουργίες πυελικού εδάφους
Κληρονομικότητα
Καλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση
Κατάθλιψη
Καθιστικός τρόπος ζωής
Κάπνισμα
Αλκοόλ
Διατροφικές συνήθειες (μειωμένη κατανάλωση φυτικών ινών, καυτερά/ πικάντικα φαγητά)

Δεδομένα από: Belgian consensus guideline 2021

Κλινική Εικόνα- Εξέταση

Εκτιμάται ότι περίπου 4,4- 45% του ενήλικου πληθυσμού (συνηθέστερα στην ηλικία 45-65 ετών με ίση κατανομή μεταξύ των φύλων) θα παρουσιάσει συμπτώματα σχετιζόμενα με αιμορροϊδοπάθεια. Η εσωτερική αιμορροϊδοπάθεια μπορεί να εκδηλωθεί με αιμορραγία από το ορθό (ανώδυνη, φρέσκο και κόκκινο αίμα στο χαρτί υγιείας ή/ και στη λεκάνη, με μορφή σταγόνας,



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

σπάνια σκουρόχρωμο αίμα/ αποβολή θρόμβων- συσσώρευση αίματος στο ορθό), κνησμό (λόγω περιπρωκτικής υγρασίας- εκκρίσεων βλέννης) και αίσθημα προβολής ή πρόπτωσης των αιμορροΐδων (σε συνδυασμό με ήπια ακράτεια κοπράνων, αίσθημα περιπρωκτικής πληρότητας). Η κλασική εικόνα είναι η απώλεια αίματος από το ορθό μετά από εργώδης κένωση σε έδαφος δυσκοιλιότητας. Σπανιότερα μπορεί να σημειωθεί άλγος σε επιπλεγμένη εσωτερική αιμορροϊδοπάθεια (θρόμβωση, εγκλωβισμός, περίσφιξη).

Αναλόγως του βαθμού προβολής ή πρόπτωσης, η εσωτερική αιμορροϊδοπάθεια ταξινομείται (Goligher classification) σε:

- α)** Βαθμού I: Απώλεια αίματος από το ορθό
- β)** Βαθμού II: Αιμορροΐδες προπίπτουν με την αφόδευση και ανατάσσονται αυτόματα.
- γ)** Βαθμού III: Αιμορροΐδες προπίπτουν με την αφόδευση και χρήζουν χειροκίνητη ανάταξη
- δ)** Βαθμού IV: Αιμορροΐδες σε πρόπτωση και αδυναμία ανάταξης.

Οι εξωτερικές αιμορροΐδες είναι συνήθως ασυμπτωματικές. Πολλές φορές οι δερματικές πτυχές δυσχεραίνουν την υγιεινή της περιοχής ή προκαλούν κνησμό. Ωστόσο, μπορεί να παρουσιάσουν οξεία εικόνα π.χ. τοπική αιμορραγία (ρήξη τοιχώματος, εξέλκωση, σκούρο αίμα με θρόμβους) ή/ και άλγος (θρόμβωση- διατεταγμένος βλεννογόνος με μπλε χροιά).

Μετά από προσεκτική λήψη ιστορικού, η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την επισκόπηση του πρωκτού, την δακτυλική εξέταση (έλεγχος πιθανής κακοήθειας/αποστήματος/τόνος των σφιγκτήρων), την πρωκτοσκόπηση (επισκόπηση έως 2-3 εκ. από πρωκτικό δακτύλιο) ή την ορθοσιγμοειδοσκόπηση με ανάστροφη όραση μετά από υποκλυσμό για καλύτερο έλεγχο και με τον ασθενή σε αριστερή πλάγια θέση (εναλλακτικές θέσεις: γυναικολογική θέση και θέση γόνατος- στήθους). Στον πρωκτικό αυλό, όταν ο ασθενής εξετάζεται σε γυναικολογική θέση, οι αιμορροΐδες εντοπίζονται στην αριστερή πλάγια (3^η

ώρα), στην δεξιά πρόσθια (1^η ώρα) και δεξιά οπίσθια θέση (7^η ώρα). Στόχος είναι ο αποκλεισμός άλλων σοβαρών παθήσεων (π.χ. καρκίνος παχέος εντέρου (ΚΠΕ), ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου) μέσω της λήψης ιστορικού και της εξέτασης του ασθενή. Τέλος, σε ασθενείς >45 ετών/με παράγοντες κινδύνου-red flags για ΚΠΕ/ ή σε αποτυχία αντιμετώπισης αιματοχεσίας μετά από την εφαρμογή τεχνικών θεραπείας για αιμορροϊδοπάθεια, καθίσταται αναγκαία η διερεύνηση άλλης πιθανής αιτίας (Διάγραμμα ροής 1, σελ. 48).

Θεραπεία

A) Εσωτερικές αιμορροΐδες

Τα γενικά μέτρα (αφορούν κυρίως γνώμες ειδικών, καθώς δεν υπάρχουν επαρκή κλινικά δεδομένα) περιλαμβάνουν:

1. Ενημέρωση και καθυσχασμός του ασθενή, ότι δεν είναι απαραίτητη η χειρουργική αντιμετώπιση της αιμορροϊδοπάθειας. Προσδιορισμός προσδοκιών του ασθενή και τελικά, επιλογή προσωποποιημένης θεραπείας πάντα σε συνεργασία με τον ασθενή.
2. Εκπαίδευση τουαλέτας:
 - a.** Ορθή σωματική θέση κατά την διάρκεια της αφόδευσης (καθιστή θέση με κάμψη γονάτων σε γωνία 35° με χρήση υποποδίου για ευθυγράμμιση ορθοπρωκτικού σωλήνα).
 - b.** Αποφυγή της παρατεταμένης διάρκειας και έντονης προσπάθειας (σημαντική αύξηση ενδοκοιλιακής πίεσης) κατά τη διάρκεια της αφόδευσης.
3. Έναρξη ή αύξηση σωματικής δραστηριότητας.
4. Σε ασθενείς με δυσσυνέργεια αφόδευσης και δυσλειτούργιες πυελικού εδάφους υπάρχει πιθανό όφελος με εφαρμογή θεραπείας βιοανάδρασης (biofeedback therapy, βελτίωση αυτόματων εβδομαδιαίων κενώσεων).

Αντιμετώπιση δυσκοιλιότητας

- Διατροφική παρέμβαση για βελτίωση κενώσεων και αντιμετώπιση δυσκοιλιότητας η οποία περιλαμβάνει:



α) την επαρκή ενυδάτωση με 6-8 ποτήρια μη αλκοολούχου και μη καφεϊνούχου ροφήματος/ημέρα, β) την αύξηση κατανάλωσης φυτικών ινών (20-30 γρ./ημέρα). Διαμόρφωση ημερολογίου τροφίμων για προσδιορισμό ημερήσιων λαμβανόμενων φυτικών ινών σύμφωνα με πίνακες τροφίμων και σε περίπτωση αδυναμίας επίτευξης ημερήσιου στόχου τότε προσθήκη συμπληρώματος διατροφής φυτικών ινών (π.χ. ψύλλιο). Σε ανασκόπηση 7 τυχαιοποιημένων παρεμβατικών μελετών (Randomized Controlled Trials- RCTs) η αύξηση λήψης φυτικών ινών σχετίστηκε με 53% μείωση επίμονων συμπτωμάτων αιμορροϊδοπάθειας και 50% μείωση της αιμορραγίας.

- Η τακτική αερόβια σωματική δραστηριότητα (περπάτημα, Τσι Κουνγκ) μπορεί να βελτιώσει σημαντικά (έως 2,4 φορές) στα συμπτώματα της δυσκοιλιότητας σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση.
- Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας εφαρμόζεται σε περίπτωση αποτυχίας των παραπάνω μέτρων. Συστήνεται η λήψη μαλακτικών κοπράνων (π.χ. νατριούχος δοκουσάτη, παραφινέλαιο) και σε περίπτωση μη βελτίωσης των κενώσεων τότε προτείνεται η λήψη υπακτικών (π.χ. πολυαιθυλενογλυκόλη 3350, λακτουλόζη, λακτιτόλη, υδροξείδιο του μαγνησίου, σορβιτόλη).

Φαρμακευτική αντιμετώπιση συμπτωμάτων

- Περιλαμβάνουν τοπικά λιπαντικά, βλεννοπροστατευτικά, αναισθητικά (π.χ. λιδοκαΐνη), κορτικοστεροειδή (π.χ. τριαμσινολόνη, πρεδνιζολόνη) και τοπικούς σκληρυντικούς παράγοντες (π.χ. πολιδοκανόλη). Λίγα δεδομένα από μεμονωμένες μελέτες υποστηρίζουν την τοπική εφαρμογή κρεμών με τοπικό αναισθητικό (π.χ. πραμοκαΐνη 1%) και κορτικοστεροειδή (π.χ. υδροκορτιζόνη 1%) αναφέρουν βελτίωση συμπτωμάτων κνησμού, άλγους και οιδήματος. Ωστόσο, η τοπική εφαρμογή κορτικοστεροειδών για χρονικό διάστημα >14 ημέρες σχετίζεται ατροφία του δέρματος, αλλεργική αντίδραση και διαταραχές της αισθητικότητας.

- Τοπικά νιτρώδη (π.χ. τρινιτρική γλυκερίνη) και ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου μπορούν να χορηγηθούν για την αντιμετώπιση μετεγχειρητικού πόνου, καθώς παρέχουν χαλάρωση του έσω σφιγκτήρα. Σε μελέτη με 58 ασθενείς με αιμορροϊδοπάθεια 1^{ου} ή 2^{ου} βαθμού και υψηλή πίεση ηρεμίας πρωκτού, η τοπική εφαρμογή κρέμας τρινιτρική γλυκερίνης 0,2% σχετίστηκε με σημαντική μείωση της αιμορραγίας, του πόνου και του κνησμού, αλλά 43% των ασθενών παρουσίασαν κεφαλαλγία.

- Τα τοπικά ή συστηματικά φλεβοτονικά αποτελούν ομάδα φαρμάκων φυτικής προέλευσης (π.χ. φλαβονοειδή) ή ημισυνθετικά (π.χ. δοβεσυλικό ασβέστιο), που δρουν ενισχύοντας το αγγειακό τοίχωμα, αυξάνοντας τον φλεβικό τόνο και την λεμφική παροχέτευση και περιορίζοντας την διαπερατότητα των αγγείων. Συστηματική ανασκόπηση 24 RCTs (n=2334) αναφέρει ότι η λήψη φλεβοτονικών από του στόματος (Micronized Purified Flavonoid Fraction- MPFF) σε 13/24 RCTs, διοσμίνη, δοβεσυλικό ασβέστιο και υδροξυαιθυλορουτίνη σε 2/24 RCTs έκαστος, τροξερουτίνη σε 3/24 RCTs, MPFF διοσμίνης σε 1/24 RCTs) σχετίζεται με 77% μείωση του κνησμού, 88% μείωση της αιμορραγίας και των πρωκτικών εκκρίσεων και 84% μείωση των γενικών συμπτωμάτων. Ωστόσο, πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση με 10 RCTs, η οποία ελέγχει την αποτελεσματικότητα των MPFF σε δόσεις από 1γρ. έως 6γρ./ ημέρα και για χρονικό διάστημα >6ημερών σε σχέση με placebo αναφέρει σημαντική βελτίωση της αιμορραγίας (RR 1.46; 95% CI 1.10, 1.93; p = 0.008) (n=172), χωρίς, ωστόσο, να παρατηρείται βελτίωση λοιπών συμπτωμάτων και χωρίς σημαντική διαφορά στη σύγκριση των MPFF με άλλα φλεβοτονικά φάρμακα. Τέλος, παλαιότερη μετα- ανάλυση αναφέρει, ότι η λήψη MPFF σε σχέση με άλλα φλεβοτονικά μειώνει 47% τον κίνδυνο επανεμφάνισης νόσου σε χρονικό διάστημα 2-6 μήνες, ενώ πρόσφατη μετα- ανάλυση σημειώνει, ότι η λήψη φλαβονοειδών μετεγχειρητικά σχετίζεται με μείωση του πόνου και



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

87% μείωση του κινδύνου αιμορραγίας. Ωστόσο, και στις τρεις μετα- αναλύσεις τα αποτελέσματα χαρακτηρίζονται από υψηλή ετερογένεια, ενώ δεν προσδιορίζεται πάντα το σαφές χρονικό διάστημα θεραπείας, κάτι το οποίο καθιστά απαραίτητη την διαμόρφωση νέων μελετών με καλό προγραμματισμό. Δυστυχώς μέχρι στιγμής υπάρχουν δεδομένα από μεμονωμένες μελέτες με μικρό αριθμό ασθενών που να υποστηρίζουν την εφαρμογή τοπικών φλεβονοειδών στην συμπτωματική αντιμετώπιση της αιμορροϊδοπάθειας. Πρόσφατη RCT με 86 ασθενής με αιμορροϊδοπάθεια 2^{ου} βαθμού αναφέρει ότι η τοπική/ορθική εφαρμογή λοσιόν με φυτικό φλαβονοειδές (μέλι, πρόπολη και ελαιόλαδο) σε σχέση με τοπική αντι-αιμορροϊδική κρέμα (υδροκορτιζόνη, λιδοκαΐνης) σχετίστηκε με σημαντική μείωση του βαθμού των αιμορροϊδων στο 1^ο γκρουπ. Ωστόσο, και στις δύο ομάδες παρέμβασης παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της αιμορραγίας και του ορθικού πόνου. Άλλες θεραπείες αποτελούν η τοπική εφαρμογή φλαβονοειδών όπως: διοσμίνη (βελτίωση οιδήματος και ερυθήματος), allium ampeloprasum (βελτίωση αιμορραγίας, δυσφορία κατά την αφόδευση). Σύμφωνα, λοιπόν, με τις βέλγικες οδηγίες για την αντιμετώπιση της αιμορροϊδοπάθειας, τα φλαβονοειδή μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου, (κυρίως την αιμορραγία και τις εκκρίσεις), αλλά για μικρό χρονικό διάστημα και με περιορισμένη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση του άλγους.

- Παράλληλα, πληθώρα μη κορτικοστεροειδών, μη φλεβοτονικών τοπικών κρεμών (π.χ. αλόη-υαλουρονικό οξύ-jojoba oil, θρυψίνη-χυμοθρυψίνη-ηπαρίνη), έχουν δοκιμαστεί σε μεμονωμένες μελέτες με μικρούς αριθμούς ασθενών και υπόσχονται βελτίωση των συμπτωμάτων ασθενών με αιμορροϊδοπάθεια 1^{ου} ή 2^{ου} βαθμού, ωστόσο χρειάζονται περισσότερα δεδομένα για να καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητά τους.

■ Σύμφωνα με τις συστάσεις της European Society of Coloproctology του 2020 τα μη στεροειδή αντι-φλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) και τα μη οπιούχα αναλγητικά κατέχουν θέση στην αντιμετώπιση του πρωκτικού άλγους, χωρίς, ωστόσο να υπάρχουν επαρκή δεδομένα.

- Τέλος, η τοπική έγχυση βοτουλινικής τοξίνης σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αιμορροϊδεκτομή σχετίζεται με μείωση του μετεγχειρητικού πόνου (έως 45%) έως και την 14^η μετεγχειρητική ημέρα, σε σχέση με placebo, χωρίς σημαντικές επιπλοκές σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση (n=340, 7 RCTs).

Ενδοσκοπική και μικρο- επεμβατική αντιμετώπιση (η μέθοδος, η συχνότητα εφαρμογής, οι ενδείξεις, το ποσοστό επιτυχίας, οι επιπλοκές και η πιθανότητα επανεμφάνισης αιμορροϊδοπάθειας περιγράφονται στον πίνακα 2).

1. Ελαστική περίδεση αιμορροϊδων (Rubber Band Ligation- RBL)

Περιλαμβάνει την τοποθέτηση ελαστικών δακτυλίων σε αιμορροϊδικό κισσό εγγύτερα της οδοντωτής γραμμής, το οποίο οδηγεί σε καθήλωση του βλεννογόνου στον υποβλεννογόνο, την αποφυγή πρόπτωσης του όζου και την δημιουργία ουλώδους ιστού. Η τοποθέτηση δακτυλίου εφαρμόζεται άνωθεν της οδοντωτής γραμμής (≥2εκ.), αμέσως εγγύτερα του έσω αιμορροϊδικού όζου. Πραγματοποιείται με γαστροσκόπιο σε παλίνδρομη θέση ή τυφλά με πλαστικές συσκευές αναρρόφησης (π.χ. CRH- O'Regan, ConMed SpaceBander). Ο ασθενής επανελέγχεται σε 4-6 εβδομάδες (συνολικά 2-3 συνεδρίες και τοποθέτηση έως 6 δακτυλίων/ συνεδρία).

Συγκριτικά με άλλες μεθόδους αντιμετώπισης χαρακτηρίζεται από λιγότερο πόνο και επιπλοκές σε σχέση με την χειρουργική αιμορροϊδεκτομή, με καλύτερη απόκριση στη θεραπεία σε σχέση με την σκληροθεραπεία και μικρότερη πιθανότητα επανεμφάνισης αιμορροϊδοπάθειας σε σχέση με την σκληροθεραπεία και τον καυτηριασμό με υπέρυθρη ακτινοβολία. Τέλος, φαίνεται να έχει κα-



ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Σύγκριση βασικών ελάχιστα επεμβατικών και χειρουργικών μεθόδων στην αντιμετώπιση της αιμορροϊδοπάθειας. RBL: Rubber Band Ligation, IS: Injection Sclerotherapy, IP: Infrared Photocoagulation, SH: Stapled Hemorrhoidopexy, DGHAL: Doppler Guided Hemorrhoid Artery Ligation, ΣΘ: Συνηρητική Θεραπεία. Δεδομένα από: 1) Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 2) Belgian consensus guideline on the management of hemorrhoidal disease 2021, 3) European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease 2020, 4) The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids 2024

Ελάχιστα Επεμβατική/ Ενδοσκοπική Αντιμετώπιση		Χειρουργική Αντιμετώπιση		
Μέθοδος	RBL	Σκληροθεραπεία (IS)	Φωτοπηξία (IP)	Αιμορροϊδεκτομή Αιμορροϊδοπηξία (SH) DGHAL
Ενδείξεις- Βαθμός αιμορροϊδοπάθειας	I, II, III μη ανταποκρινόμενη στη ΣΘ	I, II, III/ IV (σπάνια)	I, II	II, III, IV
Αντενδείξεις	Πιθανόν ή λήψη αντιπηκτικών- αδυναμία διακοπής	Ασθενείς με AIDS		II (αποτυχία άλλων μεθόδων) III (κυκλοτερώς προβάλλουσες), IV Εξωτερική αιμορροϊδοπάθεια
Ποσοστό επιτυχίας	75% (Βαθμός I, II)	60-95.6%	78% (Βαθμός I)	>85% (10 ετή παρακολούθηση)
Επανεμφάνιση συμπτωμάτων	65% (Βαθμός III)		52% (Βαθμός II) 22% (Βαθμός III)	
Επιπλοκές	15.5-20%		26% (17έτη)	9.5-17.5% Πρόπτωση (9%) Αιμορραγία (7.8%) Τενεσμός (3.1%)
Επιπλοκές	Μείζονες	Άλγος (έως 2 ημέρες, 9-70%)	Άλγος (16-100%)	Άλγος (33%)
	Αιμορραγία (1%)	Σήψη (μετά από 3-5 ημέρες)	Αιμορραγία (1.4-44%)	Αιμορραγία (1.4-5%)
	Περινεϊκή σήψη	Αιμορραγία (1.5-29%)	Οξεία επίσχεση ούρων (1-15%)	Οξεία επίσχεση ούρων (2.3%)
	Κυτταρίτιδα	Επανεμφάνιση πρόπτωσης (16%)		Έπειξη προς αφόδευση (28%)
	Θάνατος Ελάσσονες Πόνος (16.1%)			Πυελική σήψη Ορθοκολπικά συρίγγια Στένωση οδοντωτής γραμμής Διάτρηση ορθού
Αίσθημα πληρότητας ορθού Έπειξη προς αφόδευση Ραγάδα				



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

λύτερη σχέση κόστους- αποτελέσματος συγκριτικά με την αιμορροϊδεκτομή και την απολίνωση αιμορροϊδικής αρτηρίας.

Συνήθως οι ασθενείς μετά την εξέταση αναφέρουν αίσθημα ορθικής πληρότητας και έπειξης προς αφόδευση διάρκειας 1-2 ημέρες. Σύμφωνα με αναδρομική μελέτη 2635 ασθενών με αιμορροϊδοπάθεια από 1^{ου} έως 4^{ου} βαθμού, που υποβλήθηκαν σε RBL, επιπλοκές παρουσίασαν το 22,5% με συχνότερη επιπλοκή τον πόνο. Η αιμορραγία παρουσιάζεται συνήθως 4-14 ημέρες μετά την περίδεση (από εναπομένειν έλκος σε θέση τοποθέτησης ελαστικού δακτυλίου).

Συνήθως, συστήνεται στους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε RBL διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής 7-10 ημέρες πριν την περίδεση. Ο κίνδυνος αιμορραγίας- θρόμβωσης σε ασθενείς υψηλού κινδύνου και η χρονική στιγμή διακοπής της αντιπηκτικής ή αντισταθμιστικής αγωγής πρέπει να εξατομικεύεται σύμφωνα με το ιστορικό του ασθενούς, καθώς δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα που να τεκμηριώνουν την διακοπή της αγωγής. Ωστόσο, σε ασθενείς με πρόσφατη λήψη αντιπηκτικής αγωγής εναλλακτική επιλογή αποτελεί η σκληροθεραπεία.

2. Ενέσιμη Σκληροθεραπεία με σκληρυντικούς παράγοντες (Injection Sclerotherapy- IS)

Η IS περιλαμβάνει την τοπική έγχυση σκληρυντικών παραγόντων (διάλυμα φαινόλης 5% με αμυγδαλέλαιο ή φυτικό έλαιο, θειικό τετραδεκυλικό νάτριο, τον αφρό πολυδοκανολόλης, και το θειικό άλας αργιλίου και καλίου με ταννικό οξύ) στον υποβλεννογόνο χιτώνα στον ορθοπρωκτικό δακτύλιο (εγγύτερα των εσωτερικών αιμορροϊδικών όζων, σε βάθος 2-5 χιλ.) με αποτέλεσμα την φλεγμονή και ίνωση του αιμορροϊδικού όζου και σταθεροποίηση του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνου στον έσω σφιγκτήρα, εμποδίζοντας την πρόπτωση. Δύναται να πραγματοποιηθούν έως 3 συνεδρίες με μεσοδιάστημα 4 εβδομάδων. Προτιμάται σε ασθενείς με σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (Acquired

Immune Deficiency Syndrome- AIDS) έναντι της RBL λόγω αυξημένης συχνότητας επιπλοκών.

Πολυκεντρική μελέτη 183 ασθενών με 2^{ου} βαθμού αιμορροϊδοπάθεια αναφέρει, ότι η ένεση αφρού πολυδοκανολόλης 3% παρέχει αποτελεσματική αντιμετώπιση συμπτωμάτων στο 95,6% των ασθενών για χρονικό διάστημα παρακολούθησης έως 1 έτος. Σε πρόσφατη RCT 120 ασθενών με αιμορροϊδοπάθεια 1^{ου} έως 3^{ου} βαθμού, η IS σε σχέση με την RBL φαίνεται να έχει όμοια αποτελεσματικότητα στην θεραπευτική αντιμετώπιση, αλλά μικρότερο ποσοστό επανεμφάνισης (16,1% vs 41,2%) και σπανιότερη εκδήλωση επιπλοκών (10% vs 30%). Ωστόσο, τα δεδομένα είναι αντικρουόμενα, καθώς παλαιότερες μελέτες με χορήγηση άλλων διαλυμάτων αναφέρουν αποτελεσματικότητα 60-70% στον 1 χρόνο και 25% στα 3 έτη παρακολούθησης.

Παρά τις περιορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες, έχουν αναφερθεί μεμονωμένα περιστατικά με σοβαρές επιπλοκές (πχ, αναφυλακτικό σοκ, ορθοπρωκτική κυτταρίτιδα και απόστημα, στυτική δυσλειτουργία, αιμοσπερμία και βακτηριαιμία).

3. Καυτηριασμός

Διακρίνουμε 2 τεχνικές: α) την κρυοθεραπεία κατά την οποία πραγματοποιείται καταστροφή του αιμορροϊδικού ιστού με την τοπική εφαρμογή υγρού αζώτου (τείνει να εγκαταλειφθεί λόγω της δυσκολίας στον έλεγχο της έκτασης του ιστού που χρήζει καυτηριασμό, της σημαντικής χρονικής διάρκειας της εξέτασης και την δυσοσμία των εκκρίσεων από τον νεκρωμένο ιστό) και β) την χρήση υπέρυθρης ακτινοβολίας/ Φωτοπηξία (infrared photocoagulation- IP). Η IP χρησιμοποιεί την υπέρυθρη ακτινοβολία για την καταστροφή του αιμορροϊδικού όζου εφαρμόζοντας την άκρη του καθετήρα σε 2-3 (έως 6) σημεία για 1-1,5 δευτερόλεπτα εγγύτερα της βλάβης για την καθήλωσή του και αντιμετώπιση της πρόπτωσης και της αιμορραγίας.

Ελάχιστα δεδομένα από λίγες RCTs για την αποτελεσματικότητα και τις επιπλοκές από την εφαρμογή



της IP. Πρόσφατη μετα-ανάλυση με 9 RCTs συγκρίνει την IP με την RBL και αναφέρει, ότι δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά στην αποτελεσματικότητα και την επανεμφάνιση της πρόπτωσης και των συμπτωμάτων μεταξύ των δύο μεθόδων, ωστόσο σημειώνει ότι η IP σχετίζεται με πιθανότερη μετεπεμβατική αιμορραγία, αλλά σπανιότερη εκδήλωση άλγους. Επιπλέον, παλαιότερη RCT με 351 ασθενείς με αιμορροϊδοπάθεια από 1^{ου} έως 3^{ου} βαθμού αναφέρει ότι ο συνδυασμός IP και MPFF υπερτερεί έναντι της μεμονωμένης χειρουργικής ή συντηρητικής θεραπείας στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας από το ορθό με μεγαλύτερο όφελος στην αντιμετώπιση 1^{ου} και 2^{ου} βαθμού αιμορροϊδοπάθειας. Ωστόσο, δεν παρατηρείται διαφορά στην αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης της αιμορραγίας όταν εφαρμόζεται ξεχωριστά η κάθε μέθοδος.

4. Νεότερες Θεραπείες

a. Καυτηριασμός με ραδιοσυχνότητες (Radiofrequency ablation- RFA)

Η τεχνική περιλαμβάνει τον καυτηριασμό (ρίκνωση) των αιμορροϊδων με ηλεκτρόδιο, το οποίο διέρχεται μέσω του πρωκτοσκοπίου, μετά από υποβλεννογόνια έγχυση διαλύματος λιδοκαΐνης 1%. Η μέθοδος υπόσχεται αποτελεσματικότητα 67-92% στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας ασθενών με αιμορροϊδοπάθεια 2^{ου} βαθμού με περιορισμένες επιπλοκές (π.χ. ήπια αιμορραγία 10%, σοβαρή αιμορραγία 1,7%, πρωκτικό άλγος 12%). Ωστόσο, περισσότερες μελέτες χρειάζονται για την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της RFA στην αντιμετώπιση της αιμορροϊδοπάθειας.

b. Αιμορροϊδοπλαστική με laser

Η συγκεκριμένη μέθοδος χρησιμοποιεί οπτική ίνα laser, η οποία εισέρχεται από το περιφερικό τμήμα του αιμορροϊδικού όζου (μετά από τομή στην περιπρωκτική περιοχή) και καταλήγει στο κεντρικότερο τμήμα αυτού, όπου πραγματοποιείται καυτηριασμός (από το εγγύς τμήμα προς την περιφέρεια) με ισχύ έως 13W και ενέργεια έως 250J. Εφαρμόζεται σε αιμορροϊδοπάθεια 2^{ου} και 3^{ου}

βαθμού· ωστόσο, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της.

c. Εμβολισμός άνω ορθικών αρτηριών

Η τεχνική εφαρμόζεται σε αγγειογράφο από επεμβατικούς ακτινολόγους, οι οποίοι με ειδικό καθετήρα εισέρχονται μέσω της δεξιάς μηριαίας αρτηρίας στην κάτω μεσεντέρια αρτηρία και εγχύουν micro-coils μεγέθους 2-3 χιλ., τα οποία εμβολίζουν τους περιφερικούς κλάδους της άνω ορθικής αρτηρίας. Οι αρχικές επιδημιολογικές προοπτικές μελέτες υπόσχονταν αποτελεσματικότητα έως 96% στην αντιμετώπιση αιμορροϊδοπάθειας 2^{ου} και 3^{ου} βαθμού, χωρίς σημαντικές επιπλοκές.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Συστήνεται σε αιμορροϊδοπάθεια 2^{ου} ή 3^{ου} βαθμού που απέτυχε της συντηρητικής θεραπείας ή με την εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων, σε 4^{ου} βαθμού ή 3^{ου} βαθμού με ευμεγέθεις αιμορροϊδικούς όζους και σε σοβαρή αιμορροϊδική αιμορραγία ανεξάρτητα της σταδιοποίησης. Στον πίνακα 2 συγκρίνονται οι κυριότεροι μέθοδοι.

1. Αιμορροϊδεκτομή

Η αιμορροϊδεκτομή πραγματοποιείται με νυστέρι, διαθερμία ή laser με τοπική, επισκληρίδιο ή γενική αναισθησία και η σύγκλιση της τομής επιτυγχάνεται κατά πρώτο (μέθοδος Ferguson) ή δεύτερο σκοπό (μέθοδος Milligan- Morgan). Συνήθως προτιμάται σε περίπτωση αποτυχίας, δυσανεξίας ή ακαταλληλότητας των ασθενών για εφαρμογή των ανωτέρω θεραπειών, σε περίπτωση αιμορροϊδικών όζων που δεν καταλαμβάνουν κυκλοτερώς τον αυλό ή σε περίπτωση συνυπάρχουσας εξωτερικής αιμορροϊδοπάθειας. Σε σύγκριση με την RBL παρέχει μακροχρόνια ύφεση σε αιμορροϊδοπάθεια 3^{ου} βαθμού αλλά με περισσότερες επιπλοκές. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί ο έντονος μετεγχειρητικός πόνος με προσπάθεια αντιμετώπισής του με ποικίλους τοπικούς παράγοντες (π.χ. κρέμα τρινιτρικής γλυκερόλης, αναισθητική κρέμα, σουκραλφάτη, τοπική βουπιβακαΐνης μακράς δράσης).



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

2. Περιμετρική βλεννογονική εκτομή και αιμορροϊδοπηξία με κυκλικό αναστομωτήρα (Stapled hemorrhoidopexy -SH/μέθοδος Longo)

Με τη χρήση κυκλικού συρραπτικού, αφαιρείται ένας δακτύλιος βλεννογόνου από το ορθό, με αποτέλεσμα την επαναφορά και καθήλωση των προπίπτοντων αιμορροϊδων στη φυσιολογική τους θέση και τη διακοπή της αιματικής ροής προς αυτές. Συγκριτικά με την κλασσική αιμορροϊδεκτομή σχετίζεται με λιγότερο μετεγχειρητικό άλγος, μικρότερη διάρκεια παρέμβασης και παραμονής στο νοσοκομείο, ταχύτερη επούλωση και ανάρρωση, αλλά με μεγαλύτερη συχνότητα επανεμφάνισης συμπτωμάτων (έως τριπλάσια πιθανότητα) και υψηλότερα ποσοστά μετεγχειρητικού τενεσμού και ακράτειας. Σε σχέση με την RBL η SH φαίνεται να σχετίζεται με περισσότερο μετεγχειρητικό άλγος και αιμορραγία. Η υψηλή συχνότητα μετεγχειρητικού άλγους περιορίζει την επιλογή της συγκεκριμένης τεχνικής. Συστηματική ανασκόπηση 784 μελετών (14.232 ασθενών) που υποβλήθηκαν σε αιμορροϊδοπηξία αναφέρει ποσοστό επιπλοκών 16,1% (περισσότερα δεδομένα περιλαμβάνονται στον πίνακα 2).

3. Απολίνωση αιμορροϊδικών αρτηριών καθοδηγούμενη με Doppler (Doppler Guided-Hemorrhoid artery ligation- DGHAL)

Η επέμβαση πραγματοποιείται με πρωκτοσκόπιο στην άκρη του οποίου ενσωματώνεται καθετήρας doppler. Στόχος είναι η διακοπή της αιματικής παροχής στον πρωκτικό αυλό με την (καθοδηγούμενη με doppler) τοποθέτηση ράμματος στο κατώτερο τμήμα του ορθού. Όπως και η SH, η DGHAL σε σχέση με την αιμορροϊδεκτομή χαρακτηρίζεται από ηπιότερο μετεγχειρητικό άλγος και ταχύτερη ανάρρωση, αλλά μεγαλύτερη πιθανότητα επανεμφάνισης συμπτωμάτων. Σε σχέση με την SH έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, αλλά μεγαλύτερη πιθανότητα μετεγχειρητικού άλγους και αιμορραγίας. Πρόσφατη μετα-ανάλυση 5 RCTs με 953 ασθενείς με αιμορροϊδοπάθεια 2^{ου} ή 3^{ου} βαθμού αναφέρει ότι η DGHAL σε σχέση με την RBL χαρακτηρίζεται από σημαντικά μικρότερη πιθανότητα επανεμφάνισης συμπτωμάτων,

ενώ δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά ως προς την μετεγχειρητική αιμορραγία και το άλγος ή τον κίνδυνο μόλυνσης του τραύματος. Τέλος, σε πολυκεντρική RCT 393 ασθενών με αιμορροϊδοπάθεια 2^{ου} ή 3^{ου} βαθμού, η απολίνωση συγκριτικά με την αιμορροϊδοπηξία φαίνεται να έχει μικρότερης έντασης μετεγχειρητικού άλγους, αλλά συχνότερη επανεμφάνιση συμπτωμάτων σε 6 μήνες (25,1% vs 13,8% αντίστοιχα).

Συμπερασματικά, η επιλογή της μεθόδου εξατομικεύεται στον κάθε ασθενή αναλόγως του βαθμού βαρύτητας της αιμορροϊδικής νόσου, της αποτελεσματικότητας, των επιπλοκών, της διαθεσιμότητας της εκάστοτε τεχνικής και των προτιμήσεών του. Συνήθως, στο γαστρεντερο-

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Ανακεφαλαίωση της σύγκρισης μεταξύ των ελάχιστα επεμβατικών μεθόδων και των χειρουργικών τεχνικών για την αντιμετώπιση της αιμορροϊδοπάθειας.

Ελάχιστα επεμβατικές μέθοδοι	Χειρουργική θεραπεία
• Πλεονεκτήματα • Ηπιότερο άλγος • Λιγότερες επιπλοκές • Δεν χρήζουν γενικής αναισθησίας	• Πλεονεκτήματα • Υψηλή αποτελεσματικότητα (μικρή πιθανότητα επανεμφάνισης) • Μεγαλύτερη διάρκεια ύφεσης • Αντιμετώπιση σοβαρότερης αιμορροϊδοπάθειας (4^{ου} βαθμού)
Μειονεκτήματα	Μειονεκτήματα
✗ Συχνή επανεμφάνιση νόσου ✗ Πιθανή ανάγκη πολλαπλών συνεδριών ✗ Λιγότερο αποτελεσματικές σε σοβαρή αιμορροϊδοπάθεια 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού	✗ Εντονότερο και συχνότερο μετεγχειρητικό άλγος ✗ Υψηλότερη συχνότητα επιπλοκών ✗ Χρήζουν γενικής αναισθησίας



λογικό ιατρείο, παρέχεται συμβουλευτική καθοδήγηση για την αντιμετώπιση αιμορροϊδοπάθειας από 1^{ου} έως 3^{ου} (γενικές οδηγίες, τοπική θεραπεία). Σε περίπτωση εμμονής συμπτωματολογίας τότε η RBL φαίνεται να έχει το μεγαλύτερο όφελος, ακολουθούμενη από την αιμορροϊδεκτομή, η οποία, αν και σχετίζεται με εντονότερο μετεγχειρητικό πόνο, υπερτερεί της αποτελεσματικότητας, της πιθανότητας επανεμφάνισης συμπτωμάτων και της ποιότητας της ζωής σε σχέση με τις υπόλοιπες μεθόδους. Ενδιαφέρον προκαλεί πρόσφατη μετα-ανάλυση 760 ασθενών με αιμορροϊδοπάθεια (3 RCTs και 4 επιδημιολογικές μελέτες) όπου όπου παρατηρείται σημαντική υπεροχή της χειρουργικής αντιμετώπισης (αιμορροϊδεκτομή/ DGHAL) σε σχέση σε σχέση με την συντηρητική αντιμετώπιση (διατροφή, τοπική αγωγή) ως προς την άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και του πόνου. Ωστόσο, το όφελος αυτό εξαφανίσθηκε μετά τις 10 ημέρες θεραπείας. Επιπλέον, οι χειρουργικές θεραπείες σε σχέση με τη συντηρητική αντιμετώπιση παρουσιάζουν μικρότερη πιθανότητα επανεμφάνισης νόσου, αλλά περισσότερες επιπλοκές. Τέλος, οι ελάχιστα επεμβατικές θεραπείες εφαρμόζονται από περιορισμένο αριθμό ειδικών (κυρίως Γενικών Χειρουργών) του ιδιωτικού τομέα, κάτι που περιορίζει την εύκολη πρόσβαση του γενικού πληθυσμού. Στον πίνακα 3 συνοψίζεται η σύγκριση μεταξύ ελάχιστα επεμβατικών και χειρουργικών μεθόδων αντιμετώπισης της αιμορροϊδοπάθειας. Προτεινόμενος αλγόριθμος αντιμετώπισης σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της European Society of ColoProctology (ESCP) 2020 και προσαρμοσμένο στα νέα δεδομένα παρέχεται στο διάγραμμα ροής 1.

Β) Εξωτερικές αιμορροΐδες

Γενικές οδηγίες

- Καθυσυχασμός και ενημέρωση του ασθενή
- Καλή τοπική υγιεινή και αποφυγή επιθετικής χρήσης χαρτιού
- Αντιμετώπιση δυσκοιλιότητας
- Τοπική εφαρμογή αναλγητικών κρεμών ή φυτικών ελαίων (π.χ. witch- hazel).

Χειρουργική αντιμετώπιση

Χειρουργική αφαίρεση (αιμορροϊδεκτομή) μπορεί να εφαρμοστεί, αλλά συνήθως σχετίζεται με εμφάνιση δερματικών πτυχών, οι οποίες δύναται να προκαλέσουν μελλοντικά όμοια προβλήματα. Συνήθως, όταν αφαιρούνται οι εσωτερικές αιμορροΐδες, ταυτόχρονα αφαιρούνται και οι εξωτερικές αιμορροΐδες. Θρόμβωση εξωτερικών αιμορροϊδων αντιμετωπίζεται χειρουργικά με τοπική αναισθησία και με τομή και αφαίρεση του θρόμβου και εκφυρήνιση της βλάβης, εφόσον εμμένει ή επιδεινώνεται το πρωκτικό άλγος. Σε αντίθετη περίπτωση (συντηρητική αντιμετώπιση της οξείας θρόμβωσης) το άλγος αρχίζει να υποχωρεί σε 4-7 ημέρες. Μελέτη με 150 ασθενείς με οξεία θρόμβωση αιμορροϊδων σημειώνει την υπεροχή της αιμορροϊδεκτομής σε σχέση με την διάνοιξη ή την τοπική εφαρμογή κρέμας τρινιτρικής γλυκερόλης στην αντιμετώπιση του άλγους και την πιθανή μελλοντική επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Πρόσφατη μετα- ανάλυση 851 ασθενών με εξωτερική αιμορροϊδοπάθεια αναφέρει ότι δεν υπάρχει διαφορά στην πιθανότητα επανεμφάνισης αιμορραγίας μεταξύ χειρουργικής και συντηρητικής αντιμετώπισης. Ωστόσο, η χειρουργική θεραπεία σχετίστηκε με σημαντικά μικρότερο κίνδυνο επανεμφάνισης συμπτωμάτων (51%).

Γ) Ειδικές ομάδες πληθυσμού

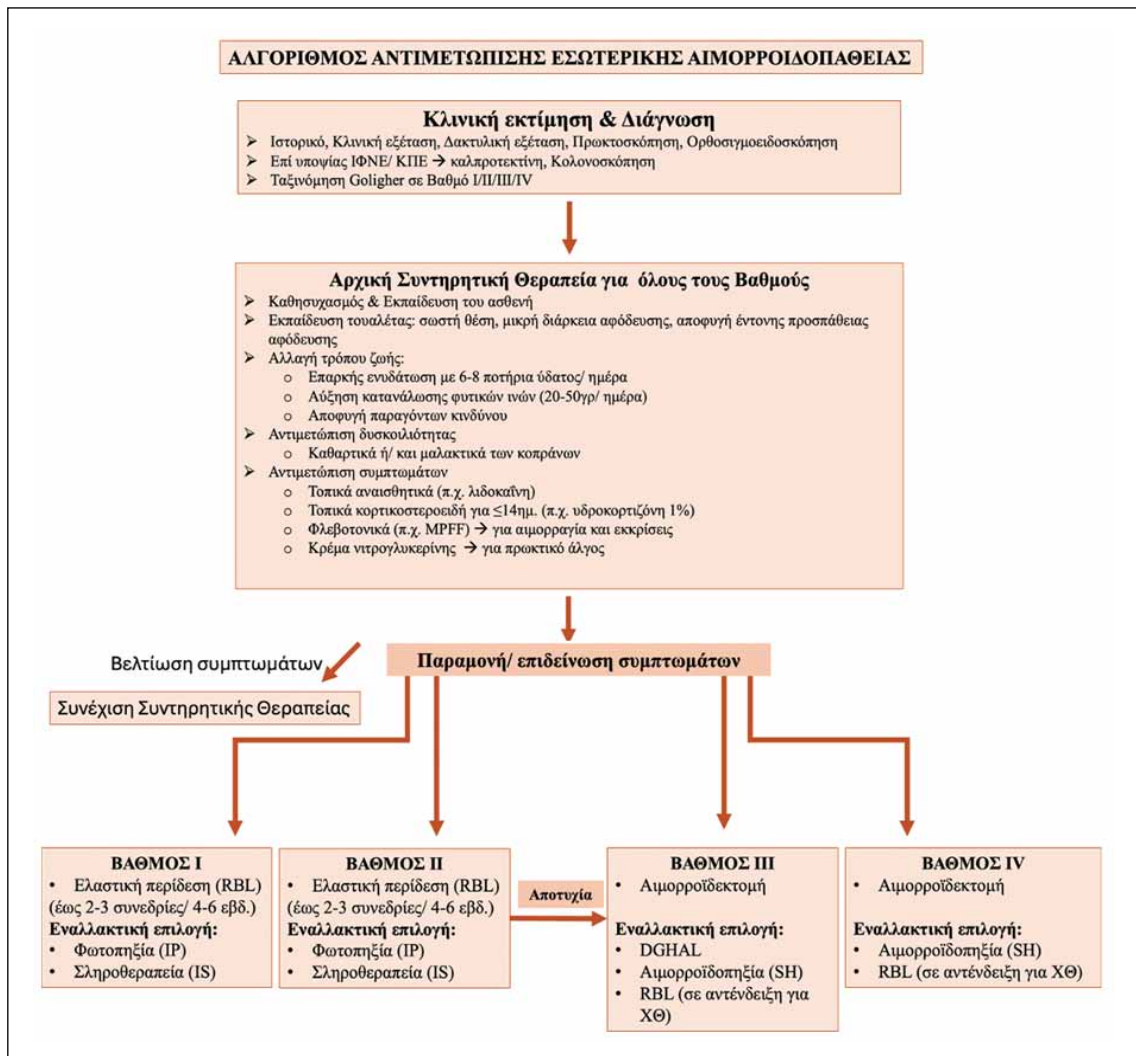
Κύηση και θηλασμός

Τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και μετά τον τοκετό παρατηρείται κίνδυνος αιμορροϊδοπάθειας. Θρόμβωση των αιμορροϊδων αναφέρεται στο 8% των εγκύων στο 3^ο τρίμηνο της κύησης και στο 20% των γυναικών στη λοχεία. Παράγοντες κινδύνου αποτελούν: α) ο κολπικός τοκετός, β) βάρος νεογνού >3800gr, γ) εξωθήσεις διάρκειας >20 λεπτά, δ) δυσκοιλιότητα. Κατά την κύηση και τον θηλασμό συστήνεται εφαρμογή γενικών (π.χ. ψύλλιο, υπακτικά) και τοπικών μέτρων αντιμετώπισης (π.χ. λουτρό πρωκτού σε καθιστή θέση (20gr. αλάτι 40-50° C για 10 λεπτά, υπόθετα γλυκερίνης) για αντιμετώπιση δυσκοιλιότητας. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να υποστηρίζουν την λήψη φλεβοτονικών (π.χ. MPFF) και αντενδείκνυται η εφαρμογή επεμβα-



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΙΚΗ ΝΟΣΟΣ



Διάγραμμα ροής 1. Αλγόριθμος αντιμετώπισης εσωτερικής αιμορροϊδοπάθειας. ΙΦΝΕ: Ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, ΚΠΕ: Καρκίνος παχέος εντέρου, MPFF: Micronized Purified Flavonoid Fraction, RBL: Rubber band ligation, IP: Infrared Photocoagulation, IS: Injection Sclerotherapy, DGHAL: Doppler Guided- Hemorrhoid artery ligation, SH: Stapled hemorrhoidopexy, ΧΘ: Χειρουργική Θεραπεία. Δεδομένα από: European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease 2020, The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids 2024, Belgian consensus guideline on the management of hemorrhoidal disease 2021.

τικών μεθόδων (π.χ. IP). Θρόμβωση αιμορροΐδων μη ανταποκρινόμενη σε συντηρητική θεραπεία μπορεί να αντιμετωπισθεί χειρουργικά. Μεμονωμένη RCTs με 23 γυναίκες >28^η εβδομάδα κύησης σημειώνει, ότι, τόσο η τοπική εφαρμογή κρέμας υδροκορτιζόνης 1%, όσο και η χρήση ειδικών καθισμάτων τουαλέτας (που εξυπηρετούν τον ευθυσισμό του ορθοσιγμοειδούς) βοηθούν στην

μείωση των συμπτωμάτων (πόνος, οίδημα, αιμορραγία, κνησμό) με σημαντική διαφορά και υπεροχή ως προς το άλγος, το οίδημα και την δυσφορία για την 2^η ομάδα.

Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ)

Ο επιπολασμός της αιμορροϊδοπάθειας σε ασθενείς



με ΙΦΝΕ είναι <20%. Συστήνεται αποφυγή παρεμβατικής θεραπείας (π.χ. IP, RBL, χειρουργική θεραπεία) σε ασθενείς με ΙΦΝΕ σε περίοδο έξαρσης. Επιπλέον, ο κίνδυνος σοβαρών επιπλοκών της αιμορροϊδεκτομής σε ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι υψηλότερος από τον υπόλοιπο πληθυσμό και τριπλάσιος σε ασθενείς με νόσο του Crohn (17,1%) σε σχέση με τους ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα (5,5%). Επομένως, εφόσον κρίνεται αναγκαία η παρέμβαση συστήνεται διενέργεια αυτής σε περίοδο ύφεσης της νόσου.

Λήψη αντιπηκτικής ή αντιαιμοπεταλιακής αγωγής

Το βέλγικο consensus του 2021 για την αντιμετώπιση της αιμορροϊδοπάθειας συστήνει διακοπή της λήψης ανταγωνιστών βιταμίνης Κ για 7 ημέρες, νεότερων αντιπηκτικών (novel oral anticoagulants- NOACs) για 2 ημέρες και αντιαιμοπεταλιακών (με εξαίρεση την ασπιρίνη) για 5 ημέρες πριν την εφαρμογή ελάχιστα επεμβατικών ή χειρουργικών θεραπειών και εφόσον είναι εφικτό σύμφωνα με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο του ασθενούς. Επανεκκίνηση αντιπηκτικής αγωγής δύναται ιδανικά 2 εβδομάδες μετά την RBL, αλλά αμέσως μετά την χειρουργική θεραπεία. Σε περίπτωση δευτερογενούς πρόληψης δεν συστήνεται διακοπή λήψης ασπιρίνης για την διενέργεια ελάχιστα επεμβατικών παρεμβάσεων. Η IP μπορεί να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια σε ασθενείς που λαμβάνουν ασπιρίνη ή κλοπιδογρέλη. Τέλος, η RBL πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς υπό κλοπιδογρέλη και συστήνεται αλλαγή σε ασπιρίνη. Η DGHAL και ο εμβολισμός των ορθικών αρτηριών δεν χρήζουν διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής. Συνήθως κάθε χώρα εφαρμόζει το δικό της πρωτόκολλο και οι επαγγελματίες υγείας το προσαρμόζουν στον ασθενή για την ορθότερη επιλογή λήψη αντιπηκτικής αγωγής.

Κίρρωση ήπατος

Οι ασθενείς με αντιρροπούμενη κίρρωση Child-Pugh A μπορούν να υποβληθούν σε RBL. Σε προχωρημένη κίρρωση Child-Pugh B ή C αντενδείκνυται η RBL λόγω αυξημένου κινδύνου μετεγχειρητικής αιμορραγίας. Πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση 2801 ασθενών με

αιμορροϊδοπάθεια 1^{ου} έως 4^{ου} βαθμού (1 RCT, 3 επιδημιολογικές και 2 μελέτες περιστατικών) αναφέρουν ότι τόσο η RBL, η IS, η αιμορροϊδοπηξία και ο εμβολισμός των αρτηριών έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αιμορροϊδοπάθειας με μεγαλύτερο κίνδυνο επανεμφάνισης με την εφαρμογή της τεχνικής του εμβολισμού.

Προτεινόμενη Βιβλιογραφία

1. Abounozha S, Ibrahim R, Saafan T, et al. Hemorrhoidal Artery Ligation (HAL) vs. Rubber Band Ligation (RBL) for Second- and Third-Degree Hemorrhoids: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus* 2025. <https://doi.org/10.7759/cureus.79810>.
2. Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez-Zapata MJ, et al. Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids. *British Journal of Surgery* 2006; 93:909–20. <https://doi.org/10.1002/bjs.5378>.
3. Aziz Z, Huin WK, Badrul Hisham MD, et al. Efficacy and tolerability of micronized purified flavonoid fractions (MPFF) for haemorrhoids: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine* 2018; 39:49–55. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.05.011>.
4. Belcaro G, Cesarone MR, Errichi B, et al. Pycnogenol® treatment of acute hemorrhoidal episodes. *Phytotherapy Research* 2010; 24:438–44. <https://doi.org/10.1002/ptr.3021>.
5. Brown SR, Tiernan JP, Watson AJM, et al. Haemorrhoidal artery ligation versus rubber band ligation for the management of symptomatic second-degree and third-degree haemorrhoids (HubBLE): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *The Lancet* 2016; 388:356–64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30584-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30584-0).
6. Čavčić J, Turčić J, Martinac P, et al. Comparison of topically applied 0.2% glyceryl trinitrate ointment, incision and excision in the treatment of perianal thrombosis. *Digestive and Liver Disease* 2001; 33:335–40. [https://doi.org/10.1016/S1590-8658\(01\)80088-8](https://doi.org/10.1016/S1590-8658(01)80088-8).



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

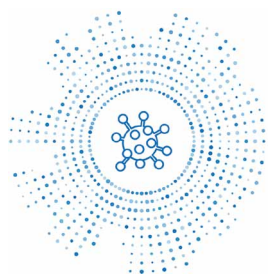
ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

7. Cocorullo G. The non-surgical management for hemorrhoidal disease. A systematic review. *GHIR* 2017; 38:5. <https://doi.org/10.11138/gchir/2017.38.1.005>.
8. De Schepper H, Coremans G, Denis MA, et al. Belgian consensus guideline on the management of hemorrhoidal disease. *AGEB* 2021; 84:101–20. <https://doi.org/10.51821/84.1.497>.
9. Dimitroulopoulos D, Tsamakidis K, Xinopoulos D, et al. Prospective, randomized, controlled, observer-blinded trial of combined infrared photocoagulation and micronized purified flavonoid fraction versus each alone for the treatment of hemorrhoidal disease. *Clinical Therapeutics* 2005; 27:746–54. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2005.06.016>.
10. Ding Z, Xuan J, Tang G, et al. Rubber band ligation versus coagulation for the treatment of haemorrhoids: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Postgraduate Medical Journal* 2023; 99:946–53. <https://doi.org/10.1136/pmj-2022-141941>.
11. Downs MJ, Kulow B. Hemorrhoids. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, Pathophysiology, Diagnosis, Management*, vol. 2. 11th ed., Elsevier Inc.; n.d., p. 2172–7.
12. Gallo G, Pietroletti R, Novelli E, et al. A multicentre, open-label, single-arm phase II trial of the efficacy and safety of sclerotherapy using 3% polidocanol foam to treat second-degree haemorrhoids (SCLEROFOAM). *Tech Coloproctol* 2022; 26:627–36. <https://doi.org/10.1007/s10151-022-02609-w>.
13. Gupta PJ. Use of enzyme and heparin paste in acute haemorrhoids. *Rom J Gastroenterol* 2002; 11:191–5.
14. Hawkins AT, Davis BR, Bhamra AR, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Diseases of the Colon & Rectum* 2024; 67:614–23. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000003276>.
15. Khan K, Lakshminarayan R, Yiasemidou M, et al. Endovascular rectal artery embolisation (RAE) for symptomatic haemorrhoids. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024;2024. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014829>.
16. Lehur PA, Didnée AS, Faucheron J-L, et al. Cost-effectiveness of New Surgical Treatments for Hemorrhoidal Disease: A Multicentre Randomized Controlled Trial Comparing Transanal Doppler-guided Hemorrhoidal Artery Ligation With Mucopexy and Circular Stapled Hemorrhoidopexy. *Annals of Surgery* 2016; 264:710–6. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001770>.
17. Lim SS, Yu CW, Aw LD. Comparing topical hydrocortisone cream with H ai's Perianal Support in managing symptomatic hemorrhoids in pregnancy: A preliminary trial. *J of Obstet and Gynaecol* 2015; 41:238–47. <https://doi.org/10.1111/jog.12523>.
18. Lohsiriwat V, Jitmongngan R. Strategies to Reduce Post-Hemorrhoidectomy Pain: A Systematic Review. *Medicina* 2022; 58:418. <https://doi.org/10.3390/medicina58030418>.
19. Martins MAB, Almeida LFCD, Cappellaro AP, et al. Operative versus nonoperative treatment of thrombosed external hemorrhoids: a systematic review and meta-analysis. *Updates Surg* 2025. <https://doi.org/10.1007/s13304-025-02302-1>.
20. Mosavat SH, Ghahramani L, Sobhani Z, et al. Topical Allium ampeloprasum Subsp Iranicum (Leek) Extract Cream in Patients With Symptomatic Hemorrhoids: A Pilot Randomized and Controlled Clinical Trial. *J Evid Based Complementary Altern Med* 2015; 20:132–6. <https://doi.org/10.1177/2156587214567954>.
21. Perera N, Liolitsa D, Iype S, et al. Phlebotonics for haemorrhoids. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;2012. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004322.pub3>.
22. Perrotti P, Antropoli C, Molino D, et al. Conservative treatment of acute thrombosed external hemorrhoids with topical nifedipine. *Diseases of the Colon & Rectum* 2001; 44:405–9. <https://doi.org/10.1007/BF02234741>.
23. Pitesa R, Yuen WY (Rachel), Hill AG. Flavonoids and post haemorrhoidectomy recovery: a systematic review and



meta-analysis. ANZ Journal of Surgery 2024; 94:1480–90. <https://doi.org/10.1111/ans.19116>.

24. Ponte SB, Oliveira J, Rei A, et al. Treatment of Hemorrhoidal Disease in Patients with Liver Cirrhosis: A Systematic Review. GE Port J Gastroenterol 2024;1–14. <https://doi.org/10.1159/000540702>.
25. Porrett LJ, Porrett JK, Ho Y-H. Documented Complications of Staple Hemorrhoidopexy: A Systematic Review. International Surgery 2015; 100:44–57. <https://doi.org/10.9738/INTSURG-D-13-00173.1>.
26. Quan L, Bai X, Cheng F, et al. Comparison of efficacy and safety between surgical and conservative treatments for hemorrhoids: a meta-analysis. BMC Gastroenterol 2025; 25:492. <https://doi.org/10.1186/s12876-025-04089-2>.
27. Quinn R, Jamsari G, Albayati S. Botulinum toxin injection for management of post-haemorrhoidectomy pain: an updated systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. Tech Coloproctol 2025; 29:96. <https://doi.org/10.1007/s10151-025-03137-z>.
28. Razdar S, Panahi Y, Mohammadi R, et al. Evaluation of the efficacy and safety of an innovative flavonoid lotion in patients with haemorrhoid: a randomised clinical trial. BMJ Open Gastroenterol 2023;10: e001158. <https://doi.org/10.1136/bmjgast-2023-001158>.
29. Salgueiro P, Garrido M, Santos RG, et al. Polidocanol Foam Sclerotherapy Versus Rubber Band Ligation in Hemorrhoidal Disease Grades I/II/III: Randomized Trial. Diseases of the Colon & Rectum 2022;65: e718–27. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002117>.
30. Sturiale A, Fralleone L, Cafaro D, et al. Safety and efficacy of topical drug-free cream in subjects with hemorrhoidal disease: a randomized, double blind, clinical trial. Minerva Gastroenterol 2022;68. <https://doi.org/10.23736/S2724-5985.22.03173-4>.
31. Sturiale A, Gallo G, Bruscianno L, et al. Safety and Efficacy of Proctosoll Allevia in the Management of Haemorrhoidal Disease in Adults: A Prospective Randomized Clinical Trial. RRCT 2020; 15:152–9. <https://doi.org/10.2174/1574887115666200421110107>.
32. Tajana A, Boccasanta P, Micheletto G, et al. [Results of the use of topical diosmin (venosmine) in the treatment of acute hemorrhoid pathology]. Minerva Med 1988; 79:387–90.
33. Tjandra JJ, Tan JJY, Lim JF, et al. Rectogesic® (glyceryl trinitrate 0.2%) ointment relieves symptoms of haemorrhoids associated with high resting anal canal pressures. Colorectal Disease 2007; 9:457–63. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2006.01134.x>.
34. Van Tol RR, Kleijnen J, Watson AJM, et al. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease. Colorectal Disease 2020;22:650–62. <https://doi.org/10.1111/codi.14975>.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Βασίλειος Βαχλιώτης, Καρδιολόγος, Αθήνα



Εισαγωγή

Το θωρακικό άλγος αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες προσέλευσης στα επείγοντα και τα εξωτερικά ιατρεία, προκαλώντας εύλογη ανησυχία τόσο στον ασθενή όσο και στον ιατρό. Σύμφωνα με μελέτες, περισσότερες από 6 εκατομμύρια επισκέψεις ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες σχετίζονται με θωρακικό άλγος, κατατάσσοντάς το στα συχνότερα συμπτώματα της καθημερινής κλινικής πράξης. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα εξακολουθούν να αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, ευθυνόμενα για περίπου το 30–35% των συνολικών θανάτων. Και στη χώρα μας τα δεδομένα καταδεικνύουν παρόμοια εικόνα, παρά τη σημαντική πρόοδο στις θεραπευτικές επιλογές.

Η έγκαιρη διάκριση μεταξύ καρδιογενούς και μη καρδιογενούς αιτιολογίας είναι ζωτικής σημασίας, καθώς επηρεάζει άμεσα την πρόγνωση και τον θεραπευτικό σχεδιασμό. Οι πρώτες ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων είναι ιδιαίτερα κρίσιμες για την επιβίωση, ειδικά σε περιπτώσεις οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Παράλληλα, νοσήματα γαστρεντερικής αιτιολογίας (όπως η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ή ο σπασμός του οισοφάγου) μπορεί να εκδηλώνονται με συμπτώματα που προσομοιάζουν καρδιογενές άλγος, γεγονός που καθιστά τη συμβολή του γαστρεντερολόγου καθοριστική για τη σωστή διάγνωση.

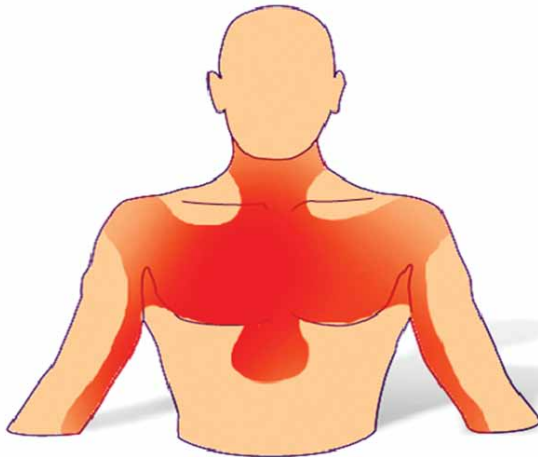
Στόχος του παρόντος άρθρου είναι να παρουσιάσει μια ολοκληρωμένη και σύγχρονη προσέγγιση στη διαφορική

διάγνωση του θωρακικού άλγους, υπό το πρίσμα του καρδιολόγου προς τον γαστρεντερολόγο, αναδεικνύοντας τη σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας και παρέχοντας πρακτικά εργαλεία και διαγνωστικό αλγόριθμο για την αξιολόγηση και διαχείριση των ασθενών.

Ο όρος «θωρακικό άλγος» περιλαμβάνει κάθε αίσθηση πόνου, πίεσης, καύσου ή δυσφορίας στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα — από τη βάση του τραχήλου έως την άνω κοιλία. Ο πόνος μπορεί να είναι οξύς ή χρόνιος, συνεχής, διαλείπων ή περιοδικός. Η αξιολόγηση χαρακτηριστικών όπως εντόπιση, ένταση, διάρκεια και συνθήκες πρόκλησης ή ανακούφισης αποτελεί θεμέλιο της διαγνωστικής διαδικασίας.

Ο **τυπικός καρδιακός πόνος** είναι οπισθοστερνικός, πιεστικός ή συσφιγκτικός, με πιθανή αντανάκλαση στον τράχηλο, το σαγόνι, το αριστερό (ή λιγότερο συχνά το δεξιό) άνω άκρο ή την πλάτη (Εικόνα 1). Συνοδεύεται συχνά από ναυτία, εφίδρωση και τάση προς έμετο — εκδηλώσεις που ενδέχεται να δημιουργήσουν διαγνωστική σύγχυση με γαστρεντερικές αιτίες.

Αντίθετα, **άτυπος πόνος** μπορεί να εμφανιστεί με άτυπα κλινικά χαρακτηριστικά, κυρίως σε γυναίκες, ηλικιωμένους και διαβητικούς, ενώ τα λεγόμενα **ισοδύναμα στηθάγχης**, όπως ανεξήγητη δύσπνοια, κόπωση ή γενικευμένη αδυναμία, ενδέχεται να υποδηλώνουν ισχαιμία χωρίς τυπικό πόνο.



Εικόνα 1. Κατανομή Στηθάγχης.

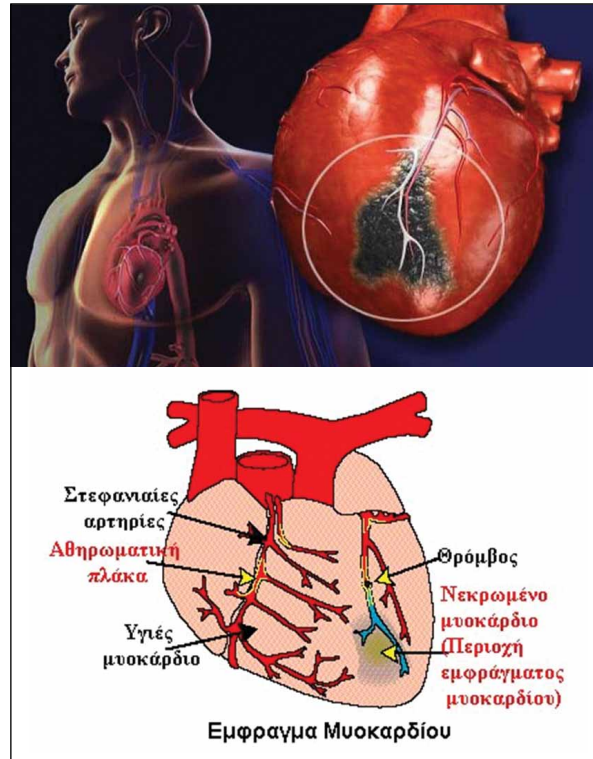
Η διερεύνηση της σχέσης του πόνου με την κόπωση, τη σωματική δραστηριότητα, την αναπνοή ή τη λήψη τροφής, καθώς και η προσεκτική αξιολόγηση των συνοδών συμπτωμάτων, είναι κρίσιμη για την αρχική εκτίμηση.

Αιτιολογία

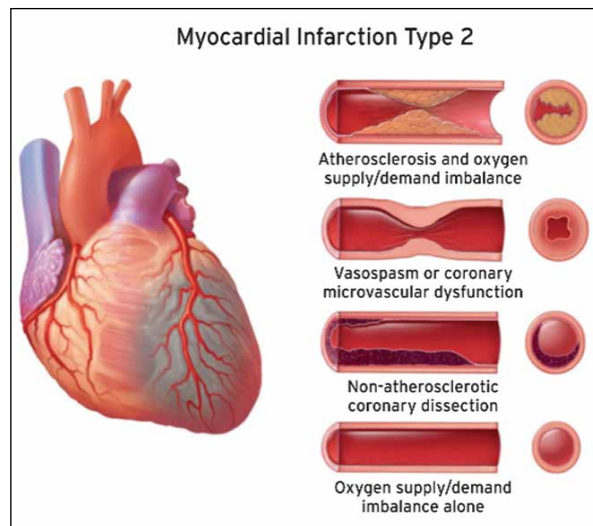
Το θωρακικό άλγος μπορεί να προέρχεται από ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων, που αφορούν συστήματα όπως το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό, το γαστρεντερικό, το μυοσκελετικό, το νευρικό, καθώς και ψυχιατρικές διαταραχές.

Καρδιογενή αίτια: Τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα — περιλαμβανομένης της ασταθούς στηθάγχης και του εμφράγματος του μυοκαρδίου (με ή χωρίς ανάσπαση ST) — αποτελούν τις σοβαρότερες και πλέον απειλητικές διαγνώσεις (Εικόνες 2 και 3). Άλλες καρδιακές αιτίες περιλαμβάνουν τη χρόνια σταθερή στηθάγχη, μυοκαρδιοπάθειες (ιδιοπαθείς ή δευτεροπαθείς), σοβαρή στένωση της αορτικής βαλβίδας, περικαρδίτιδα και μυοκαρδίτιδα. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτεί ο διαχωρισμός της αορτής, ο οποίος, αν και σπάνιος, ενέχει υψηλό κίνδυνο θανάτου και απαιτεί άμεση διάγνωση.

Πνευμονικά αίτια: Η πνευμονική εμβολή είναι μια επείγουσα και δυνητικά θανατηφόρα διάγνωση (Εικόνα 4).

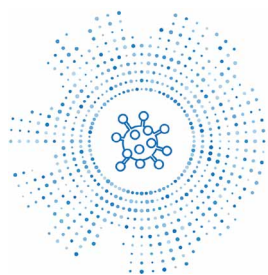


Εικόνα 2. Ουλή μυοκαρδίου (άνω εικόνα).



Εικόνα 3. Έμφραγμα μυοκαρδίου τύπου 2.

Επίσης, η πνευμονία, η πλευρίτιδα, ο πνευμοθώρακας και οι κακοήθειες του πνεύμονα ενδέχεται να εκδηλώνονται με θωρακικό άλγος.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ



Εικόνα 4. CT Πνευμονικής Εμβολής.

Γαστρεντερικά αίτια: Συχνές αιτίες αποτελούν η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠΝ), ο οισοφαγικός σπασμός, η ρήξη οισοφάγου, το πεπτικό έλκος, η παγκρεατίτιδα και η χολολιθίαση. Πολλές από αυτές παρουσιάζονται με κλινική εικόνα που προκαλεί διαγνωστική σύγχυση με καρδιογενές άλγος.

Μυοσκελετικά αίτια: Μπορεί να περιλαμβάνουν μυαλγίες, πνευροχονδρίτιδα, σύνδρομο Tietze, μυοπεριτοναϊκό σύνδρομο, ινομυαλγία, ρευματοπάθειες (όπως σπονδυλοαρθρίτιδες και ρευματοειδής αρθρίτιδα), καθώς και τραύματα θώρακα.

Νευρολογικά αίτια: Ενδεικτικά, η μεσοπλευρία νευραλγία, οι ριζίτιδες, το προεξάνθημα του έρπητα ζωστήρα, αλλά και σπανιότερες νευροεκφυλιστικές παθήσεις (π.χ. νόσος του κινητικού νευρώνα) μπορούν να εκδηλώνονται με άτυπο πόνο ή δύσπνοια.

Μεσοθωρακικά αίτια: Νεοπλασίες, κύστες ή διηθητικές αλλοιώσεις στο μεσοθωράκιο ενδέχεται να προκαλέσουν χρόνιο ή υποξύ θωρακικό άλγος.

Ψυχιατρικά / λειτουργικά αίτια: Κρίσεις πανικού, έντονο άγχος ή ψυχοσωματικές εκδηλώσεις είναι δυνατό να προκαλέσουν άτυπο, μη επικίνδυνο αλλά συχνά έντονα ενοχλητικό άλγος.

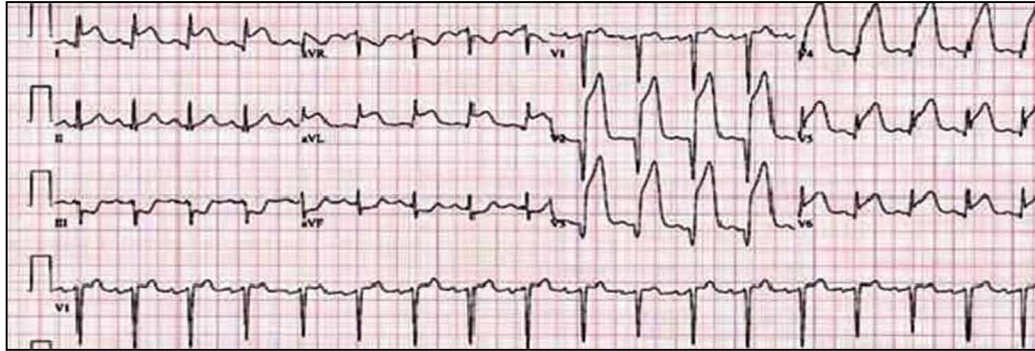
Διαγνωστική Προσέγγιση

Η διαγνωστική προσέγγιση του θωρακικού άλγους ξεκινά με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού, με έμφαση στα χαρακτηριστικά του πόνου — εντόπιση, ποιότητα, διάρκεια — καθώς και στους παράγοντες που τον πυροδοτούν ή τον ανακουφίζουν. Εξίσου σημαντική είναι η αξιολόγηση συνοδών συμπτωμάτων, όπως δύσπνοια, εφίδρωση, ναυτία ή προλιποθυμικά επεισόδια. Η φυσική εξέταση οφείλει να είναι πλήρης και συστηματική, περιλαμβάνοντας καταγραφή ζωτικών σημείων, ακρόαση καρδιάς και πνευμόνων, ψηλάφηση του θωρακικού τοιχώματος και έλεγχο για αναπαραγωγή του πόνου με πίεση.

Η διενέργεια **ηλεκτροκαρδιογραφήματος 12 απαγωγών** αποτελεί θεμελιώδες διαγνωστικό βήμα για την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό ισχαιμίας. Τυπικά ευρήματα οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) περιλαμβάνουν ανάσπαση του ST σε δύο ή περισσότερες συνεχόμενες απαγωγές (Εικόνα 5), νέο αποκλεισμό του αριστερού σκέλους του δεματίου, παρουσία παθολογικών κυμάτων Q ή δυναμικές μεταβολές στο ST και στα κύματα T. Πρέπει να τονιστεί ότι σε αρχικά στάδια ένα φυσιολογικό ΗΚΓ δεν αποκλείει την ύπαρξη οξέος στεφανιαίου συνδρόμου.

Η μέτρηση **τροπονίνης**, και ειδικότερα της **υψηλής ευαισθησίας τροπονίνης (hs-Tn)**, έχει καθιερωθεί ως η πλέον ευαίσθητη και ειδική βιοχημική παράμετρος για την ανίχνευση μυοκαρδιακής βλάβης. Η τροπονίνη αρχίζει να αυξάνεται εντός **1–3 ωρών** από την έναρξη της ισχαιμίας, κορυφώνεται μεταξύ **12 και 24 ωρών** και παραμένει αυξημένη για αρκετές ημέρες, κυρίως μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η παρακολούθηση της δυναμικής μεταβολής (αύξηση ή μείωση $\geq 20\%$) σε διαδοχικές μετρήσεις — συνήθως ανά **3 έως 6 ώρες** — αποτελεί κρίσιμο διαγνωστικό εργαλείο. Εφόσον η αρχική τιμή είναι αρνητική, **η επανάληψη της μέτρησης μετά από 6 ώρες** έχει ιδιαίτερη σημασία: εάν παραμείνει αρνητική χωρίς ση-



Εικόνα 5. . Πρόσθιο-πλάγιο εκτεταμένο OEM.

μαντική μεταβολή και συνοδεύεται από μη ισχαιμικό ΗΚΓ, η πιθανότητα οξέος στεφανιαίου συνδρόμου είναι εξαιρετικά χαμηλή (αρνητική προγνωστική αξία >99% σε πληθυσμούς χαμηλού έως μέσου κινδύνου).

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες των ESC και ACC, **ο συνδυασμός αρνητικής τροπονίνης στις 0 και 6 ώρες, φυσιολογικού ΗΚΓ και απουσίας τυπικού ισχαιμικού πόνου** επιτρέπει με ασφάλεια τον αποκλεισμό εμφράγματος του μυοκαρδίου στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Ωστόσο, σε ασθενείς με παρατεταμένα ή επιδεινούμενα συμπτώματα, συνιστάται επανάληψη της μέτρησης στις 12 ή και 24 ώρες, ιδίως σε πλαίσιο υψηλού κινδύνου.

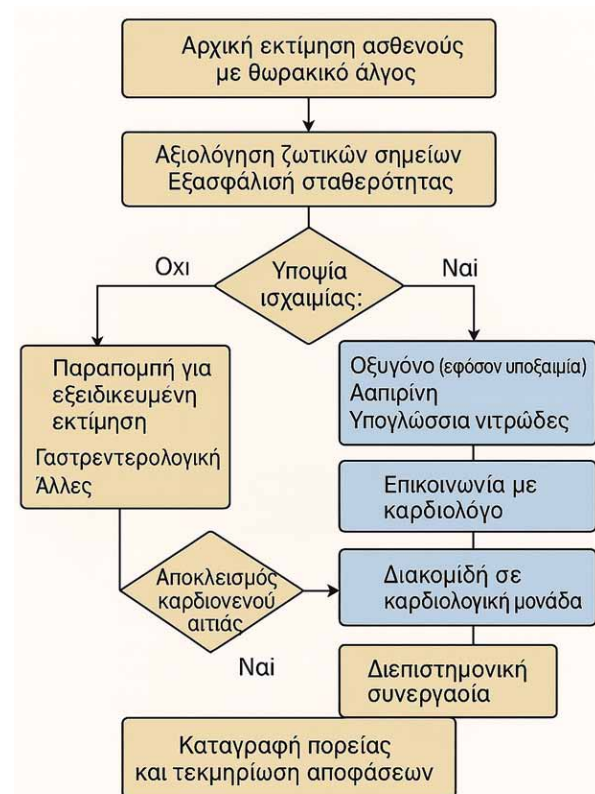
Ανάλογα με τα αρχικά ευρήματα, η διαγνωστική διερεύνηση μπορεί να συμπληρωθεί με απεικονιστικές μεθόδους, όπως **υπερηχοκαρδιογράφημα (triplex), αξονική τομογραφία θώρακα, γαστροσκόπηση ή οισοφαγική μανομετρία**, κυρίως όταν η καρδιογενής αιτιολογία έχει αποκλειστεί.

Συχνά Λάθη και Παγίδες στη Διάγνωση

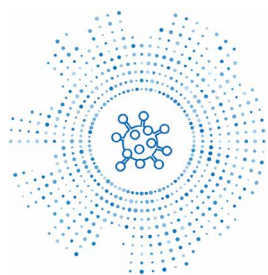
Η αξιολόγηση του θωρακικού άλγους συνοδεύεται από αρκετές διαγνωστικές παγίδες, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση, με ενδεχομένως σοβαρές συνέπειες για τον ασθενή. Ένα από τα συχνότερα σφάλματα είναι η υπερεκτίμηση γαστρεντερικής αιτιολογίας, χωρίς να έχει προηγηθεί συστηματικός αποκλεισμός καρδιογενούς παθολογίας

— ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν συμπτώματα, όπως ναυτία ή τάση προς έμετο, που μπορεί να παραπέμπουν παραπλανητικά σε γαστροοισοφαγική δυσλειτουργία.

Εξίσου σημαντική παγίδα είναι η υποτίμηση άτυπων εκδηλώσεων ισχαιμίας, όπως δύσπνοια, ανεξήγητη



Εικόνα 6. Αλγόριθμος θωρακικού πόνου.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

κόπωση ή γενικευμένη δυσφορία, κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα, γυναίκες και διαβητικούς, όπου ο τυπικός οπισθοστερνικός, συσφιγκτικός πόνος μπορεί να απουσιάζει. Η μη διενέργεια **ΗΚΓ** κατά την αρχική αξιολόγηση ή η λανθασμένη ερμηνεία του συνιστά επίσης κρίσιμο διαγνωστικό σφάλμα.

Ένα ακόμη συχνό λάθος είναι η αυτόματη ερμηνεία του αναπαραγόμενου πόνου στο θωρακικό τοίχωμα ως μυοσκελετικής αιτιολογίας, χωρίς παράλληλη διερεύνηση πιθανής ισχαιμίας. Μελέτες έχουν δείξει ότι ακόμη και πόνος καρδιακής προέλευσης μπορεί να αναπαραχθεί με πίεση στο θώρακα.

Η προσεκτική συλλογή στοιχείων, η υψηλή κλινική υποψία για καρδιογενή αιτία και η στενή συνεργασία μεταξύ καρδιολόγου και γαστρεντερολόγου συμβάλλουν καθοριστικά στη μείωση των διαγνωστικών λαθών και στη βελτίωση της έκβασης των ασθενών (Πίνακας 1).

Αλγόριθμος Αντιμετώπισης και Παραπομπής

(Εικόνα 6)

Η αρχική εκτίμηση ασθενούς με θωρακικό άλγος ξεκινά με την αξιολόγηση των ζωτικών σημείων και τη διασφάλιση αιμοδυναμικής σταθερότητας. Σε περιπτώσεις υπότασης, ταχυκαρδίας, δύσπνοιας ή ενδείξεων αστάθειας, η αντιμετώπιση πρέπει να γίνεται άμεσα ως επείγον περιστατικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συγκριτικά χαρακτηριστικά καρδιογενούς και γαστρεντερικού θωρακικού άλγους

Χαρακτηριστικό	Καρδιογενές άλγος	Γαστρεντερικό άλγος
Έναρξη	Κατά την κόπωση, το stress ή κατά τη νύχτα	Μετά από γεύμα, κατά την κατάκλιση ή τη νηστεία
Εντόπιση	Οπισθοστερνικά, με πιθανή αντανάκλαση σε τράχηλο, άνω άκρα, σαγόνι, πλάτη	Συνήθως επιγαστρικά, σπανιότερα οπισθοστερνικά
Χαρακτήρας πόνου	Πιεστικός, συσφιγκτικός, αίσθημα βάρους	Καυστικός, νυγμώδης ή αισθητός ως «κάψιμο»
Διάρκεια	2–15 λεπτά σε στηθάγχη, μεγαλύτερη σε οξύ έμφραγμα	Ποικίλλει — μπορεί να είναι διαρκής ή να υποτροπιάζει
Σχέση με κόπωση	Σαφής επιδείνωση με κόπωση ή stress	Δεν σχετίζεται άμεσα με τη σωματική δραστηριότητα
Σχέση με τροφή	Συνήθως καμία	Εμφανίζεται ή επιδεινώνεται μετά τη λήψη τροφής ή υγρών
Ανταπόκριση σε νιτρώδη	Συχνά υποχωρεί μετά από χορήγηση	Δεν υποχωρεί με νιτρώδη
Συνοδά συμπτώματα	Ναυτία, εφίδρωση, δύσπνοια, λιποθυμική τάση	Ροφήσεις, όξινη γεύση, δυσπεψία, μετεωρισμός
ΗΚΓ / Τροπονίνη	Παθολογικά ευρήματα σε περιπτώσεις ισχαιμίας	Φυσιολογικά
Αναπαραγωγή με πίεση θώρακα	Πιθανή (σε ορισμένες καρδιογενείς περιπτώσεις)	Όχι συνήθως, εκτός αν συνυπάρχει μυοσκελετικό στοιχείο
Ανακούφιση με αντιόξινα	Όχι	Συχνή
Προηγούμενο ιστορικό	Ιστορικό ΣΝ, υπέρτασης, διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας	ΓΟΠΝ, πεπτικό έλκος, ηπατολογική νόσος



Το πρώτο βήμα περιλαμβάνει τη διενέργεια **ΗΚΓ** και τη μέτρηση καρδιακών βιοδεικτών, κυρίως **τροπονίνης**. Όταν υπάρχει υποψία ισχαιμίας, συστήνεται η χορήγηση οξυγόνου (σε περιπτώσεις υποξαιμίας), ασπιρίνης, υπογλώσσιου νιτρώδους (εφόσον η αρτηριακή πίεση το επιτρέπει) και άμεση επικοινωνία με καρδιολόγο. Η διακομιδή του ασθενούς σε καρδιολογική μονάδα πρέπει να πραγματοποιείται χωρίς καθυστέρηση.

Σε περίπτωση που αποκλειστεί καρδιογενής αιτία, ο ασθενής παραπέμπεται για γαστρεντερολογική ή άλλη εξειδικευμένη εκτίμηση, ανάλογα με τα συνοδά ευρήματα. Ο συνδυασμός απεικονιστικών εξετάσεων (π.χ. triplex καρδιάς, αξονική θώρακος) με γαστρεντερολογική διερεύνηση (π.χ. ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού, δοκιμασία οισοφαγικής λειτουργίας) συμβάλλει στην τεκμηρίωση της διάγνωσης.

Η **διεπιστημονική συνεργασία** είναι ουσιώδης σε κάθε στάδιο της προσέγγισης, με σαφή τεκμηρίωση των αποφάσεων και λεπτομερή καταγραφή της πορείας για την ασφάλεια και την ορθή ενημέρωση του ασθενούς.

Συμπεράσματα

Η διαχείριση του θωρακικού άλγους αποτελεί σταθερή πρόκληση στην κλινική ιατρική. Η διαφορική διάγνωση εκτείνεται από καλοήθεις παθήσεις έως καταστάσεις άμεσης απειλής για τη ζωή. Η έγκαιρη αναγνώριση καρδιογενούς αιτιολογίας, μέσω ιστορικού, φυσικής εξέτασης, **ΗΚΓ** και τροπονίνης, είναι καθοριστικής σημασίας.

Η ορθολογική ιεράρχηση των πιθανών αιτιών, η επίγνωση των συχνών διαγνωστικών παγίδων και η στενή συνεργασία μεταξύ καρδιολόγου και γαστρεντερολόγου αποτελούν θεμέλια για την ασφαλή και αποτελεσματική προσέγγιση. Η κατάλληλη ενημέρωση και καθοδήγηση του ασθενούς ενισχύουν τη συμμόρφωση και συμβάλλουν στη βελτίωση της πρόγνωσης.

Τέλος, η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση και διαχείριση του θωρακι-

κού άλγους παραμένει απαραίτητη για τη μείωση των σφαλμάτων και τη βελτίωση των κλινικών εκβάσεων.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Thygesen K, Alpert Is, Iaffe As, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Circulation*. 2018;138: e618–e651.
2. Braunwald's heart disease. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
3. Ελληνική καρδιολογική εταιρεία. Κατευθυντήριες οδηγίες για οξύ θωρακικό άλγος. Αθήνα, 2019.
4. Esc guidelines for the management of acute coronary syndromes without persistent st-segment elevation (2020). *Eur heart j*. 2020;42(14):1289–1367.
5. ACC/AHA guideline for the management of patients with st-elevation myocardial infarction (2013). *J am coll cardiol*. 2013;61(4): e78–140.
6. Τούτουζας Κ, Στεφανίδης Κ. Καρδιολογία. Εκδόσεις λαγός; 2020.
7. Μουντοκαλάκης Δ. Διαφορική διάγνωση στην παθολογία. Τόμος β'. Εκδόσεις Παρισιάνου; 2017.
8. De Gowing's diagnostic examination. 11th ed. McGraw hill; 2014.
9. Ελληνική εταιρεία παθολογίας. Παθολογία. Εκδόσεις Παρισιάνου; 2018.
10. Goldman I, Schafer ai. Goldman-Cecil medicine. 26th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
11. Γαστρεντερολογία – πρακτικός οδηγός. Σύνδεσμος γαστρεντερολόγων Ελλάδος. Αθήνα, 2020.
12. Guyton & hall. Textbook of medical physiology. 14th ed. Philadelphia: saunders; 2021.
13. Floras Is. Clinical aspects of silent myocardial ischemia. *J am coll cardiol*. 2019;73(11):1459–1470.
14. Makaryus an, et al. Role of cardiac imaging in the evalu-



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

- ation of chest pain. *Am j med.* 2016;129(4):352–360.
- 15.** Fox Ka, Duarte Fs. Management of unstable angina and non-st-elevation myocardial infarction. *Lancet.* 2015;386(9992):2067–2078.
- 16.** Sandoval y, smith sw. High-sensitivity cardiac troponin in chest pain evaluation. *Am j med.* 2021;134(1):14–22.
- 17.** Kahrilas Pj, et al. Diagnosis and management of esophageal motility disorders. *Nat rev gastroenterol Hepatol.* 2018;15(6):369–385.
- 18.** Oshero ab, et al. Noncardiac chest pain: diagnosis and management. *Curr treat options gastroenterol.* 2018;16(1):50–65.
- 19.** Walsh Jm, et al. Integrating chest pain protocols into practice. *Crit care nurs clin north am.* 2017;29(4):453–64.
- 20.** Black h, et al. Chest pain in the emergency department. *Bmj.* 2019;367:l5845.
- 21.** Ελληνική εταιρεία γενικής ιατρικής. Πρακτικός οδηγός γενικής ιατρικής. Εκδόσεις βήτα; 2021.
- 22.** Πρόσφατες εξελίξεις στη διαχείριση του θωρακικού άλγους. Ελληνικό αρχειακό περιοδικό ιατρικής. 2022;39(4):455–464.
- 23.** Richard p, et al. Approach to the patient with chest pain. Uptodate. Accessed 2024.
- 24.** Magyar cardiol társaság. Acute coronary syndromes. Hungarian guidelines. *Orv hetil.* 2021;162(5):167–182.
- 25.** Braunwald e. Stemi and nstemi: pathophysiology and management. *Circulation.* 2020;141(4):348–366.
- 26.** National institute for health and care excellence (nice). Chest pain of recent onset: assessment and diagnosis. Guideline ng95. 2016.
- 27.** Reeder Gs. Diagnosis of acute coronary syndromes. *Curr Opin cardiol.* 2015;30(6):570–575.
- 28.** Reiffel Ja. The 12-lead ecg in acute coronary syndromes. *J electrocardiol.* 2020;62:115–122.
- 29.** Evangelista a, et al. Aortic dissection: pathogenesis, diagnosis and management. *Heart.* 2018;104(9):776–84.
- 30.** Khosla n, et al. Chest pain evaluation in women. *Cardiol clin.* 2020;38(4):495–507.

Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).
ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



Αριστείδης Γ. Διαμαντής¹, Λάζαρος Ε. Βλαδίμηρος²

Η ζωή και το έργο της Αγγελικής Παναγιωτάτου ενσαρκώνουν με τρόπο μοναδικό τον αγώνα της γυναίκας για επιστημονική αναγνώριση, πνευματική ελευθερία και κοινωνική ισότητα, σε μια εποχή κατά την οποία το φύλο καθόριζε αυστηρά τις δυνατότητες και τις προσδοκίες κάθε ανθρώπου. Η Παναγιωτάτου υπήρξε η πρώτη γυναίκα που φοίτησε και αποφοίτησε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών· η πρώτη γυναίκα ιατρός με πανεπιστημιακό αξίωμα στην Ελλάδα· η πρώτη Ελληνίδα καθηγήτρια Πανεπιστημίου· πρωτοπόρος ερευνήτρια τροπικών νοσημάτων και αφοσιωμένη κοινωνική εργάτρια του ελληνισμού της διασποράς. Στο πρόσωπό της συγκλίνουν η παιδεία, η επιστημονική αριστεία και η εθνική ευθύνη. Το παρόν άρθρο στοχεύει στην ανάδειξη του επιστημονικού και κοινωνικού της έργου, καθώς και στον επαναπροσδιορισμό της παρουσίας της στη συλλογική μνήμη.

Τα πρώτα χρόνια και η πρόσβαση στη γνώση



Η Αλεξάνδρα και η Αγγελική Παναγιωτάτου.



Αγγελική Παναγιωτάτου (1878-1954).

Η Αγγελική Παναγιωτάτου γεννήθηκε το 1875 στη Θενιά της Κεφαλονιάς, σε μια εποχή κατά την οποία η πρόσβαση των γυναικών στην ανώτατη εκπαίδευση βρισκόταν ακόμη υπό διαπραγμάτευση. Η οικογένεια Παναγιωτάτου διακρινόταν για το πνευματικό της ήθος. Η απουσία θεσμικού πλαισίου για την εκπαίδευση των κοριτσιών την οδήγησε μαζί με την αδελφή της Αλεξάνδρα να φοιτήσουν στο Αρσάκειο και σε γαλλικά σχολεία, χωρίς όμως να λάβουν επίσημο απολυτήριο. Η ίδια αργότερα θα γράψει για την υποστήριξη που είχε από τον πατέρα της: «Είπαμε πως ο πατέρας μου ήτο προύχοντας. Πολυταξιδεμένος έμπορος, εγνώρισε τον κόσμο, μελέτησε πλατειά τους ανθρώπους κι' απέκτησε τέτοια πείρα ώστε μπόρεσε να ευρύνει τον πνευματικό του ορίζοντα, να σταθή πάνω από προλήψεις, να γίνη προοδευτικός. Για τον λόγο αυτό δεν εδίστασε να επιτρέψη στα κορίτσια του να φοιτήσουν στο Πανεπιστήμιο». Ιδού, πώς περιγράφει η Αλεξάνδρα την εισαγωγή τους στο Πανεπιστήμιο: «Κατέβασαν εκ των αρχείων τον νόμον και εξήτασαν εάν ανέφερε

¹ Ιατρός-Κυτταρολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Ιστορικός της Ιατρικής, Υποναύαρχος (ΥΙ) ΠΙΝ ε.α.

² Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Ιστορικός της Ιατρικής.



Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).

ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

καμμίαν άρνησιν [για την εγγραφή κορασίδων]. Επειδή ο νόμος ουδέν το αποκλειστικόν ανέφερεν, ... εδόθη η άδεια εξετάσεως. Ήδη, η οδός ήτο ανοικτή για το Πανεπιστήμιον». Το 1893, με άδεια του Πρύτανη, έγιναν δεκτές στην Ιατρική Σχολή Αθηνών, κατόπιν ειδικών εξετάσεων. Η εγγραφή τους προκάλεσε έντονες αντιδράσεις, ενώ, σύμφωνα με μαρτυρίες, η παρουσία τους στα αμφιθέατρα συνοδευόταν από τα θορυβώδη ρυθμικά επιφωνήματα συμφοιτητών τους «στην κουζίνα! στην κουζίνα!», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει στη Διάπλαση των Παίδων ο σπουδαίος Ζακυνθινός μυθιστοριογράφος, δημοσιογράφος και συγγραφέας θεατρικών έργων Γρηγόριος Ξενόπουλος (1867-1951).

Το παρακάτω δημοσιογραφικό αφήγημα, που υπογράφει ο διακεκριμένος λογοτέχνης, δημοσιογράφος και κριτικός της τέχνης Ζαχαρίας Παπαντωνίου (1877-1940), ο οποίος εγκατέλειψε τις σπουδές της ιατρικής χάριν της λογοτεχνίας και της δημοσιογραφίας, είναι μία από τις πρώιμες και συγκινητικές μαρτυρίες για τις δυσκολίες, που αντιμετώπισε η Αγγελική Παναγιωτάτου ως πρωτοπόρος γυναίκα φοιτήτρια ιατρικής στην Ελλάδα. Πρόκειται για τεκμήριο ιδιαίτερης σημασίας για την ιστορία της γυναικείας χειραφέτησης και της ιατρικής εκπαίδευσης στη χώρα μας, που αναφέρεται στις αποδοκιμασίες των φοιτητών και στην τόλμη της να εισέλθει σε έναν ανδροκρατούμενο επιστημονικό χώρο: «Με την δεσποινίδα Παναγιωτάτου ήμουν συμφοιτητής. Ενθυμούμαι ότι προς αποφυγήν ταραχών έμπαιναν εις το μάθημα ταυτοχρόνως με τον καθηγητήν. Αλλά οι φοιτηταί ήτο αδύνατον να κρατηθούν και το δαιμόνιον τής ελληνικής βαρβαρότητος προκαλούσε πάντοτε μίαν στιγμιαίαν συμφωνίαν μπαστουνοκρουσίας. Η κόρη αυτή εν τούτοις είχε την ανδρείαν να σπουδάση ποδοκροτούμενη επί τέσσερα χρόνια... εις τα βάθη του Ανατομείου προ 8 ετών, όταν είμεθα συμφοιτηταί εις την ιατρικήν. Το αβρόν εκείνο χέρι το οποίον τόσον απαθώς έσχιζε πτώματα, έδωσε μίαν γροθιάν κατά των κοινωνικών προλήψεων, και ήτο εκ των πρώτων που ήνοιξαν την θύραν των επιστημών εις τας Ελληνίδας. Όπως οι πρώτοι ριζοσπάσαι

παίρνουν επάνω των τα μαρτύρια των ιδεών και η μικρά κόρη με την πλουσίαν μαύρην κόμην εδέχθη τας πρώτας φοιτητικές αποδοκιμασίας... Εχρειάζετο δε τότε καρδιά ανδρός και πνεύμα όχι κουκλίστικον διά ν' αναλάβη μία κόρη την ευθύνην της παρουσίας της εν μέσω χιλίων νέων. Όταν ενεφανίζετο μαζί με την αδελφήν της -είνε και η αδελφή της ιατρός- κάτω εις το βάθος του αμφιθεάτρου, ήρχιζεν ο κρότος των μπαστουνιών, ελαφρότατος κατ' αρχάς έπειτα γενικός και τρελλός, ως είνε κάθε θόρυβος, τον οποίον κάμνει η ηνωμένη νεότης χιλίων φοιτητών. Ο καθηγητής κ. Νικολαΐδης έστρεφε και μας εκύτταζε με τα γυαλιά του, μόνον δε η ταχύτης με την οποίαν ήρχιζεν επίτηδες το μάθημα ανεχαίτιζε τα άτακτα μπαστούνια, τα απείρων ειδών και διαφόρων κρότων, μπαστούνια ασθενικά, κομπά, ισχυρά, βαρέα, πολλάκις ρόπαλα. Την επομένην εγίνοντο τα ίδια. Οι φοιτηταί εννοούσαν να υπερασπίσουν την καταπατηθείσαν κοινωνικήν συνθήκην, ήσαν φίλοι της σκουριάς, μερικοί ίσως και φίλοι του συμφέροντος, το οποίον εκινδύνευεν από την είσοδον των γυναικών εις τα επαγγέλματα του ανδρός...». Το κείμενο αυτό, αν και σύντομο, δισσώζει την εικόνα της Παναγιωτάτου όχι μέσα από την οπτική των βραβείων και των τίτλων, αλλά από τη ζώσα καθημερινότητα του αγώνα της: τη στιγμή που εκείνη δεν είχε ακόμη κερδίσει τον σεβασμό, αλλά πάλευε γι' αυτόν σιωπηλά και με ήθος. Ο Ζαχαρίας Παπαντωνίου μέσα από το βίωμα του παρατηρητή -του αυτόπτη μάρτυρα- μας κληροδοτεί ένα νέο τρόπο διευρυμένης ορατότητας της ζωής της Παναγιωτάτου. Το δημοσίευμα είναι πολύτιμο όχι μόνον ως λογοτεχνικό έργο αλλά και ως ιστορικό τεκμήριο, γιατί προβάλλει την πρώτη Ελληνίδα ιατρό όχι ως φιγούρα ηρωίδας, αλλά ως παρουσία ρήξης και τομής στο ακαδημαϊκό και κοινωνικό κατεστημένο.

Το 1897, η Αγγελική Παναγιωτάτου αναδείχθηκε πρώτη απόφοιτος της Ιατρικής Σχολής, καταρρίπτοντας τις προσδοκίες ενός πατριαρχικού ακαδημαϊκού κόσμου. Η επιτυχία της δεν υπήρξε απλώς ατομική διάκριση· αποτέλεσε θεσμική και αξιακή τομή στην

Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).
ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



Οι αδελφές Αγγελική και Αλεξάνδρα Παναγιωτάτου μαζί με συμφοιτητές τους στην Ιατρική Σχολή στα μέσα της δεκαετίας του 1890. Στη δεύτερη σειρά στο μέσον διακρίνεται ο καθηγητής Σπυρίδων Μαγγίνας (1839 - 1920).

καθιέρωση της γυναικείας παρουσίας στην επιστημονική κοινότητα και στην προαγωγή της ισότητας των φύλων.

Σπουδές στη Γερμανία – Διδακτορική Διατριβή και Τροπική Ιατρική

Αμέσως μετά την αποφοίτησή της, μετέβη στη Γερμανία για περαιτέρω σπουδές στη Μικροβιολογία και στην Υγιεινή, τότε νεοσύστατους αλλά ραγδαία εξελισσόμενους κλάδους. Ασχολήθηκε με την πανώλη και ολοκλήρωσε διδακτορική της διατριβή πάνω στις επιδημικές μεταβολές και στις συνθήκες μετάδοσης του βακίλου του Yersin (*Beiträge zur Epidemiologie der Pest*, Heidelberg, 1900). Η Παναγιωτάτου μετεκπαιδεύτηκε στο Ινστιτούτο Pasteur των Παρισιών πάνω στα τροπικά νοσήματα. Η επιλογή της μελέτης σε θέματα τροπικής ιατρικής δεν ήταν τυχαία· ήδη από τότε διαμορφωνόταν το πεδίο μιας ιατρικής προσανατολισμένης στις αποικιακές και μεταναστευτικές πολιτικές του 20ού αιώνα.

Αλεξάνδρεια: πεδίο επιστημονικής δράσης και κοινωνικής προσφοράς

Η αναζήτηση επαγγελματικής και ερευνητικής δρα-

στηριότητας, σε συνδυασμό με τις πρώτες οικονομικές δυσχέρειες, που είχε αρχίσει να αντιμετωπίζει η άλλοτε εύπορη οικογένειά της, οδήγησαν τις αδελφές Παναγιωτάτου στην Αίγυπτο. Το 1900, εγκαθίστανται στην Αλεξάνδρεια της Αιγύπτου, όπου η άτυχη Αλεξάνδρα Παναγιωτάτου θα φύγει από τη ζωή χωρίς να γίνουν γνωστά τα αίτια του θανάτου της ή κάποια άλλη επίσημη ιατρική ανακοίνωση. Στο τεύχος της *Ιατρικής Προόδου* της 1ης Ιανουαρίου του 1903 αναγράφεται η σύντομη είδηση του θανάτου της: «*Η πρώτη Ελληνής ιατρός απέθανε. Μετά μακράν και επώδυνον νόσον απέθανε προχθές εις την Αλεξάνδρειαν εν νεαρωτάτη ηλικία και εν τη αρχή της επιστημονικής της δράσεως η γνωστοτάτη εις την Αθηναϊκήν κοινωνίαν, η πρώτη Ελληνής ιατρός, Δις Αλεξάνδρα Παναγιωτάτου. Η ατυχής νεάνις, της οποίας η εγκυκλοπαιδική μόρφωσις και το ευρύ επιστημονικόν μέλλον εξετιμήθησαν αφ' ης προ εξαιτίας περίπου μετ' αυστηράν δοκιμασίαν ανηγορεύθη αριστούχος διδάκτωρ της ιατρικής εν τω Εθνικώ Πανεπιστημίω, συνεπλήρωσε τας σπουδάς της επί τετραετίαν ολόκληρον εν Βιέννη, μετά τούτο δε διωρίσθη βοηθός του μεγαλειτέρου εν τη Αυστριακή πρωτευσούση νοσοκομείου. Κατελθούσα κατόπιν εις Αλεξάνδρειαν προσελήφθη εις την υπηρεσίαν του Διεθνούς υγειονομείου, όπου υπηρέτησε μετ' αξιοθαυμάστου ζήλου, αναδειχθείσα αληθής επιστήμων και καταλαβούσα περίβλεπτον μεταξύ των εκεί συναδέλφων της θέσιν*».

Στην Αλεξάνδρεια, η Αγγελική –μετά από επιτυχείς εξετάσεις και χάρις στις άριστες συστάσεις του διακεκριμένου Αιγυπτιώτη γιατρού Στέφανου Καρτούλη (1852-1920)– διορίστηκε στο Κυβερνητικό Νοσοκομείο, στο Αντιχολερικό Ινστιτούτο και στο Υγειονομείο (Λοιμοκαθακτήριο), όπου εργάστηκε ως μικροβιολόγος, αντιμετωπίζοντας επιδημίες χολέρας, πανώλης και εξανθηματικού τύφου. Ένα χρόνο μετά την εγκατάστασή της στην Αίγυπτο, ασχολήθηκε με τη μελέτη των επιδημιών της χολέρας και της πανώλης στο λοιμοκαθακτήριο του Ελ Τορ (στους πρόποδες του όρους Σινά), συντάσσοντας δύο επιστημονικές πραγματείες, μία για τη χολέρα και μία για την πανώλη.

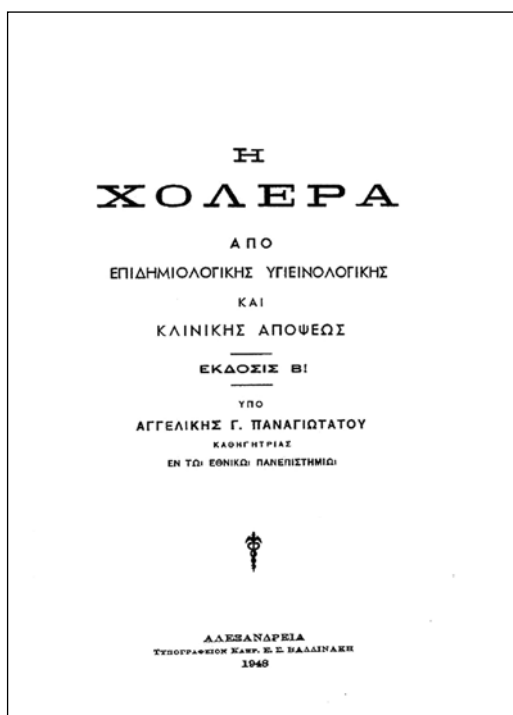


Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).
ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η χολέρα υπό το πρίσμα της Αγγελικής Παναγιωτάτου: Ένα πρότυπο έργο επιστημονικής και κοινωνικής ιατρικής

Το 1911, δημοσιεύτηκε στην Αθήνα η μελέτη της «*Η χολέρα από επιδημιολογικής υγιεινολογικής και κλινικής απόψεως*», η οποία θα επανεκδοθεί στην Αλεξάνδρεια το 1948. Και οι δύο εκδόσεις είναι αφιερωμένες στη μνήμη της αδελφής της «*Τη ιερά μνήμη της αλησμόνητου αδελφής μου Αλεξάνδρας*». Η δεύτερη έκδοση φέρει και ιδιόχειρη αφιέρωση της συγγραφέως στον ακαδημαϊκό Ιωάννη Καλιτσούνακη (1878-1966) «*Στον διαπρεπή Ακαδημαϊκόν Κον Καλιτσούνακην με εκτίμησιν η συγγραφέυς Αγγ. Παναγιωτάτου*».



Το εξώφυλλο της μελέτης «*Η χολέρα από επιδημιολογικής υγιεινολογικής και κλινικής απόψεως*».

Το έργο της Παναγιωτάτου αποτελεί όχι μόνο μια εμπεριστατωμένη μελέτη για μία από τις φονικότερες λοιμώδεις αρρώστιες του 19ου και των αρχών του 20ού αιώνα αλλά και μια καινοτόμο σύλληψη προληπτικής ιατρικής και δημόσιας υγείας. Δο-

μημένη σε 17 κεφάλαια συμπεριλαμβανομένης της βιβλιογραφίας, η συγγραφέας με μεθοδικότητα και σαφήνεια εξετάζει τη χολέρα από τρεις αλληλοσυμπληρούμενες σκοπιές: επιδημιολογική, υγιεινολογική και κλινική. Το έργο ξεκινά με ιστορική αναδρομή, όπου καταδεικνύεται η μετάβαση από τις μεταφυσικές ερμηνείες στις επιστημονικές αιτιολογήσεις της νόσου και συνεχίζεται με ανάλυση της διασποράς, της παθογένειας και της σχέσης της χολέρας με τους όρους διαβίωσης και το υγειονομικό περιβάλλον. Η Παναγιωτάτου αποδίδει ιδιαίτερη σημασία στην πρόληψη. Ανιχνεύει με εντυπωσιακή ακρίβεια τους παράγοντες μετάδοσης και υποδεικνύει αναγκαίες παρεμβάσεις στον αστικό ιστό, από την καθαριότητα των υδάτων έως την αποχέτευση, αναγνωρίζοντας τη σημασία της συλλογικής υγειονομικής ευθύνης. Το έργο της δεν περιορίζεται σε ιατρικά συμπεράσματα, αλλά αγγίζει και τον πυρήνα της ιατρικής ως κοινωνικής αποστολής. Στο κλινικό σκέλος, επιδεικνύει εντυπωσιακή αρτιότητα: περιγράφει με ακρίβεια την κλινική εικόνα, τις μορφές και την εξέλιξη της νόσου, εισάγει την έννοια των ψευδοχολερικών βακτηριδίων και παρουσιάζει τις θεραπευτικές δυνατότητες της εποχής με κριτικό πνεύμα. Παράλληλα, αναλύει με σαφήνεια τις προγνωστικές παραμέτρους και θέτει τη διάγνωση στο επίκεντρο της ιατρικής πράξης, στηριγμένη σε εργαστηριακή τεκμηρίωση. Το έργο διακρίνεται για τον πολυεπιστημονικό του χαρακτήρα, συνδυάζοντας ιατρική, δημόσια υγεία, κοινωνιολογία και μικροβιολογία.

«*Survie du vibron cholérique dans l'eau du Nil*»: Μια ρηξικέλευθη μελέτη για την ανθεκτικότητα του δονακίου της χολέρας στο υδάτινο περιβάλλον και τη σημασία της στη δημόσια υγεία

Η μελέτη της Παναγιωτάτου «*Survie du vibron cholérique dans l'eau du Nil*» (Επιβίωση του δονακίου της χολέρας στο νερό του Νείλου) και η δημοσίευσή της στο έγκριτο ιατρικό γαλλικό περιοδικό *Revue*

Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).
ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



d'Hygiène et de Police Sanitaire, το 1913, αποτέλεσε σταθμό στην πρόληψη των ασθενειών, που προκαλούνται από την κατανάλωση ή την επαφή με μολυσμένο νερό.

Στη μελέτη της, η συγγραφέας διερεύνησε με μεθοδικότητα τις συνθήκες επιβίωσης του δονακίου της χολέρας (*Vibrio cholerae*) στα ύδατα του Νείλου, επισημαίνοντας παράγοντες όπως η θερμοκρασία, η ηλιοφάνεια, η οργανική ρύπανση και οι στάσιμες ροές, που καθιστούσαν το ποτάμιο σύστημα ευνοϊκό για την παραμονή και την εν δυνάμει μετάδοση του παθογόνου μικροοργανισμού. Οι παρατηρήσεις της ενίσχυσαν τη θέση ότι το νερό του Νείλου δεν ήταν απλώς φορέας της νόσου, αλλά δυνητικά και δεξαμενή της, γεγονός που ενίσχυσε τις επιδημιολογικές πολιτικές πρόληψης, οι οποίες εφαρμόστηκαν εκείνη την εποχή. Ωστόσο, οι πρωτοποριακές παρατηρήσεις της Παναγιωτάτου για τη φυσική καταστολή της χολέρας στον Νείλο, πιθανώς λόγω της έντονης ανταγωνιστικής δράσης των βακτηριακών στελεχών έναντι του δονακίου, που προηγήθηκαν της σημερινής εποχής της Μοριακής Μικροβιολογίας, έχουν σήμερα περιορισμένη πρακτική εφαρμογή και παρουσιάζουν ενδιαφέρον μόνο για τους ιστορικούς της Ιατρικής.

Η ερευνητική της εργασία έγινε δεκτή με ιδιαίτερη εκτίμηση από τη διεθνή υγειονομική κοινότητα. Όχι μόνον ενίσχυσε τα επιχειρήματα υπέρ της καθαρότητας του πόσιμου νερού και της αποχέτευσης, αλλά συμπεριλήφθηκε σε προγράμματα πρόληψης υδατογενών νοσημάτων σε μια περίοδο έντονης υγειονομικής κινητοποίησης στην κοιλάδα του Νείλου, καθώς η χολέρα εξακολουθούσε να αποτελεί σοβαρή απειλή για τις πυκνοκατοικημένες περιοχές της Αιγύπτου και του Σουδάν, περιοχές που ανήκαν στη βρετανική σφαίρα επιρροής και τελούσαν υπό επιδημιολογική επιτήρηση από διεθνείς οργανισμούς.

Η Παναγιωτάτου, σε μια εποχή κατά την οποία οι γυναίκες γιατροί ελάχιστα εκπροσωπούνταν στη διεθνή

βιβλιογραφία, κατόρθωσε όχι μόνο να δημοσιεύσει τη μελέτη της σε ένα κορυφαίο γαλλικό περιοδικό δημόσιας υγείας, αλλά και να ενισχύσει τη φήμη της ως ειδική στην τροπική νοσολογία και την υγιεινή. Το έργο αυτό αποτελεί τρανταχτό παράδειγμα της επιστημονικής της εμβέλειας και της συμβολής της στην παγκόσμια προσπάθεια για την κατανόηση και τον έλεγχο των υδατογενών λοιμώξεων.

Αναγνωρίζοντας το σημαντικό ερευνητικό της έργο και τη συμβολή της στο δημόσιο σύστημα υγείας, η Παναγιωτάτου ήταν η πρώτη γυναίκα, που τιμήθηκε από την Αιγυπτιακή Κυβέρνηση με το παράσημο του «Τάγματος του Νείλου» (*Order of the Nile*).

Ο Αθανάσιος Πολίτης (1893-1967), που υπηρέτησε ως διπλωματικός ακόλουθος στο Γενικό Προξενείο της Αλεξάνδρειας και στο Κάιρο, στην ιστορική του μελέτη «Ο ελληνισμός και η νεωτέρα Αίγυπτος», σημειώνει: «Η κ. Αγγελική Παναγιωτάτου είχε η πρώτη διδάκτωρ της ιατρικής. Ιατρός εν τη υπηρεσία των Καθάρσεων της Αιγύπτου, διευθύντρια του μικροβιολογικού εργαστηρίου του ελληνικού νοσοκομείου, ιατρός της Δημαρχίας Αλεξανδρείας, η κ. Παναγιωτάτου παρέσχε πολυτίμους υπηρεσίες. Αρκεί να υπομνήσωμεν ότι κατά την τελευταίαν χολερικήν επιδημίαν εν Αλεξανδρεία ανέλαβε εθελοντικήν υπηρεσίαν διά την κατ' οίκον ή εις το νοσοκομείον επίσκεψιν των χολερικών. Έγραψεν εις διάφορα ιατρικά περιοδικά, πολλά άρθρα και μελέτας περί ιατρικών ζητημάτων των τροπικών χωρών, τα σπουδαιότερα των οποίων αφορῶσι τα δυσεντερικά αποστήματα του ήπατος, τας αμοιβάδας και τας έξω-εντερικάς εντοπίσεις των αμοιβάδων. Έγραψεν επίσης περί της υγιεινής παρά τοις αρχαίοις Έλλησιν. Η ιατρική Ακαδημία των Παρισίων έκαμε μνείαν της τελευταίας εργασίας της κ. Παναγιωτάτου περί της Αμοιβαδώσεως, κατά τον Δεκέμβριον 1925. Εν τω τελευταίω διεθνεί ιατρικῷ των τροπικών χωρών Συνεδρίῳ του 1928 εν Καΐρῳ, αὐτὴ υπέβαλε δύο ανακοινώσεις: Α) *Sur 300 cas d'entérite guéris par la vaccinothérapie*, Β) *Sur la tuberculose et l'héliothérapie*».



Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).
ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

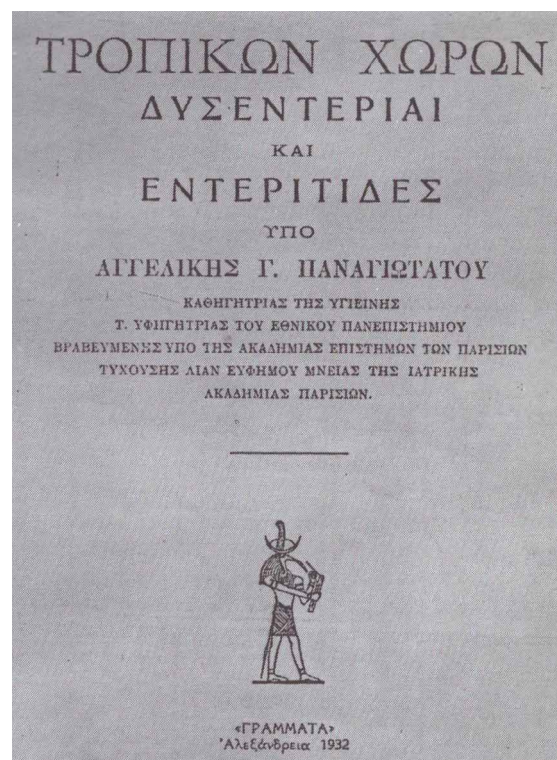
Το κείμενο αυτό φωτίζει μια λιγότερο γνωστή, αλλά εξαιρετικά σημαντική πτυχή του έργου της Αγγελικής Παναγιωτάτου: την αθόρυβη, αλλά ανυποχώρητη επιστημονική της δράση σε διεθνές περιβάλλον και μάλιστα σε συνθήκες αυξημένου υγειονομικού κινδύνου, όπως οι επιδημίες. Η Παναγιωτάτου αναδεικνύεται όχι μόνο ως πρωτοπόρος Ελληνίδα γιατρός αλλά και ως ακαταπρόσβλητη ερευνήτρια σε τροπικές παθήσεις, με έργο που αναγνωρίστηκε από ακαδημαϊκούς θεσμούς διεθνούς κύρους, όπως η Ιατρική Ακαδημία Παρισίων. Η εθελοντική της προσφορά κατά την επιδημία χολέρας στην Αλεξάνδρεια φανερώνει την αφοσίωσή της στον πάσχοντα άνθρωπο, υπερβαίνοντας το επιστημονικό καθήκον και προσεγγίζοντας το ιδεώδες του λειτουργήματος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι δύο μελέτες που παρουσίασε στο Διεθνές Ιατρικό Συνέδριο Τροπικής Ιατρικής του 1928 στο Κάιρο: η πρώτη αφορά την επιτυχία της εμβολιοθεραπείας σε 300 περιπτώσεις εντερίτιδας, αναδεικνύοντας τη συμβολή της στην τότε ρηξικέλευθη εφαρμογή ανοσολογικών μεθόδων στα λοιμώδη νοσήματα και η δεύτερη εξετάζει τη σχέση φυματίωσης και ηλιοθεραπείας, αναγνωρίζοντας τη συμβολή της ηλιακής ακτινοβολίας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι εργασίες αυτές φανερώνουν τη διεπιστημονική ευρύτητα, την ερευνητική διορατικότητα και την ικανότητα της Παναγιωτάτου να συνδυάζει την εμπειρική παρατήρηση με τις καινοτόμες θεραπευτικές προσεγγίσεις της εποχής της.

«Τροπικών Χωρών Δυσεντερίαι και Εντερίτιδες»: Η επιστημονική σφραγίδα της Αγγελικής Παναγιωτάτου στην Τροπική Ιατρική

Η μονογραφία «Τροπικών Χωρών Δυσεντερίαι και Εντερίτιδες», που εξέδωσε η Αγγελική Παναγιωτάτου το 1932 στην Αλεξάνδρεια, αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές συνεισφορές της ελληνικής ιατρικής επιστήμης στον τομέα της Τροπικής Ιατρικής. Το έργο αυτό φέρει ανεξίτηλα τα ίχνη της πολύπλευρης επιστημονικής της παιδείας, της εργαστηριακής της πείρας καθώς και της ιδεολογικής της προσήλωσης σε μια

επιστήμη χωρίς υλικές απολαβές, αλλά με απεριόριστη αφιέρωση στο δημόσιο συμφέρον και τη γνώση. Όπως χαρακτηριστικά η ίδια σημειώνει στην εισαγωγή του πονήματός της με συγκινητική λιτότητα και βάθος: «*Η Ιδεολογική Φύσις μας και η διαρκής προσκόλλησίς μας εις το ιδανικόν της επιστήμης δεν μας επέτρεψε να αποκτήσουμε χρηματικόν κεφάλαιον, το οποίον ως φόρο ευγνωμοσύνης να προσφέρωμεν εις την φίλη Πατρίδα, μετά την μακροχρόνιον εις τα ξένα διαμονήν μας. Αντί τούτου όμως, ας μας επιτραπεί να καταθέσωμεν ευσεβάστως εις τον στυλοβάτην του βωμού της προς την Μητέρα Πατρίδα αφοσιώσεώς μας το Πνευματικόν τούτο προϊόν μακράς πείρας, πολυετούς μελέτης κι επιστημονικής ερεύνης....*».

Δεν πρόκειται για ρητορική σεμνότητα. Η Παναγιωτάτου είχε αφιερώσει δεκαετίες ερευνητικής και διδακτικής προσπάθειας στις πλέον απαιτητικές γωνίες



Το εξώφυλλο της μελέτης «Τροπικών Χωρών Δυσεντερίαι και Εντερίτιδες».

Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).
ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



της Μεσογείου και των ιθαγενών πληθυσμών του Νείλου· από τις συνοικίες της Αλεξάνδρειας έως τα κρατικά νοσοκομεία της αιγυπτιακής κυβέρνησης και τα υγειονομικά εργαστήρια του Ελληνικού Νοσοκομείου. Βασισμένη σε πλούσιο υλικό, που συνέλεξε επί χρόνια σε κλινικό και ερευνητικό πεδίο, επιχειρεί μία εξαντλητική παρουσίαση των μορφών, αιτιών, κλινικών εκδηλώσεων και μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας των δυσεντεριών και εντερίτιδων που πλήττουν ιδιαιτέρως τις τροπικές χώρες. Η μελέτη εξετάζει διεξοδικά τις βακτηριακές, αμοιβαδικές και άλλες μορφές της νόσου, ενώ εισχωρεί στα μικροσκοπικά ευρήματα, τη μορφολογία και τις ιδιαιτερότητες κάθε μορφής λοιμώδους εντερίτιδας. Επίσης, σχολιάζει τις θεωρίες της εποχής της για τη φύση της νόσου και τις ανανεώνει με κριτικό πνεύμα, παρατηρώντας εύστοχα πως: *«Η δυσεντερία εθεωρείτο ως μια μόνη νοσηρά οντότης, μολονότι είχε παρατηρηθεί η διάφορος εξέλιξις της νόσου εις τας Τροπικές και τας Συγκερασμένας χώρας. Η παρατηρούμενη χρονία ως τα πολλά μορφή της νόσου και η ηπατική διαπύησις εις τας Τροπικές χώρας απεδίδοντο εις διάφορον επίδρασιν του κλίματος, χωρίς ουδαμώς το ενιαίον της νοσηράς οντότητος να θίγεται....»*.

Το βιβλίο δεν στέκεται μόνο στις μικροσκοπικές παρατηρήσεις ή στις κλινικές περιγραφές. Πίσω από κάθε περιγραφή, κάθε πίνακα και συμπέρασμα, διακρίνεται το βλέμμα μιας γιατρού που υπερβαίνει τα στενά όρια της ειδικότητάς, αρνούμενη να περιοριστεί στη μικροβιολογική εξειδίκευση. Η Παναγιωτάτου προσεγγίζει την Ιατρική ως ανθρωπολογία. Το επιστημονικό της βλέμμα δεν εξαντλείται στο μικροσκόπιο· περιλαμβάνει τον άνθρωπο, το περιβάλλον του, την αδικία της φτώχειας και την ανάγκη για υγειονομική ισότητα. Γι' αυτό και η προσφορά της δεν ήταν απλώς ερευνητική. Όπως σημειώνει η ίδια στην εισαγωγή: *«Και έστω τούτο μηδαμινόν δείγμα της απείρου προς τα Ελληνικά γράμματα ευγνωμοσύνης μας και ελάχιστη συμβολή εις την νεωτέρα της Επιστήμης μας σταδιοδρομίαν....»*. Η Αγγελική Παναγιωτάτου,

χωρίς να επιζητεί τιμές, πρόσφερε στην πατρίδα της όχι πλούτο, αλλά κάτι πολυτιμότερο: το παράδειγμα μιας ζωής όπου η γνώση έγινε πράξη και η πράξη ελπίδα.

Η ταξινόμηση των μορφών δυσεντερίας σε βακτηριακή, αμοιβαδογενή, αιμολυτική, πρωτοζωική, νηματώδη κ.ά., συνοδευόμενη από πλούσια στατιστικά δεδομένα, πίνακες καλλιιεργειών και μορφολογικούς χαρακτήρες μικροοργανισμών, προσδίδουν στο έργο της χαρακτήρα όχι μόνο διαγνωστικό και θεραπευτικό αλλά και εκπαιδευτικό. Η συγγραφέας επιχειρεί να οργανώσει τη διάγνωση και την παθολογία σε ένα επιστημονικά θεμελιωμένο «ιατρο-ταξιδιωτικό» οδηγό για τους υγειονομικούς των αποικιακών περιοχών, τους στρατιωτικούς γιατρούς και τους κλινικούς γιατρούς των ευρωπαϊκών μητροπόλεων, οι οποίοι αντιμετώπιζαν φορείς από αποικίες ή περιοχές με ενδημική διάδοση τροπικών νοσημάτων.

Το έργο της Παναγιωτάτου δεν εντάσσεται απλώς στη διεθνή συζήτηση για τα τροπικά νοσήματα, αλλά την προάγει. Κατατάσσεται στις πλέον πρωτότυπες συνεισφορές στην Τροπική Ιατρική εκείνης της εποχής, καταξιώνοντας την ελληνίδα επιστήμονα στους διεθνείς ιατρικούς κύκλους. Η επιστημονική της νηφαλιότητα, η σαφής γλώσσα και η ακρίβεια των παρατηρήσεών της μετατρέπουν το πόνημά της σε υπόδειγμα ιατρικής συγγραφής και σε μία από τις πρώτες ολοκληρωμένες ιατροκοινωνικές μελέτες, που εξετάζουν τη νόσο όχι μόνον ως παθολογική οντότητα αλλά και ως κοινωνικό φαινόμενο συνυφασμένο με τη φτώχεια, τις κοινωνικές ανισότητες και τις υγειονομικές ελλείψεις του τόπου και της εποχής. Σε ένα κόσμο, που ακόμη και σήμερα παλεύει με τις ίδιες αρρώστιες κάτω από τις ίδιες κοινωνικές συνθήκες, η φωνή της παραμένει διαυγής και αναγκαία.

Η πρώτη ιατρική παρουσία στην Αλεξάνδρεια πριν την επίσημη εγκατάσταση το 1900

Η μέχρι σήμερα επικρατούσα βιβλιογραφική εκδοχή τοποθετεί την εγκατάσταση της Αγγελικής Παναγιω-



Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).
ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

τάτου στην Αλεξάνδρεια γύρω στα 1900, όταν και ανέλαβε καθήκοντα στο Ελληνικό Νοσοκομείο της Αλεξάνδρειας, το «διαμάντι» της ελληνικής παροικίας. Ωστόσο, ένα σπάνιο και παραγνωρισμένο τεκμήριο, το οποίο δημοσιεύθηκε στο πρωτοποριακό γαλλόγλωσσο περιοδικό *La Grèce Médicale* έρχεται να ανατρέψει εν μέρει αυτή την αφήγηση και να φωτίσει μια άγνωστη αλλά καθοριστική πτυχή της πρώιμης επιστημονικής της δράσης.

Η Παναγιωτάτου υπογράφει με εξαιρετική κλινική ακρίβεια μια περίπτωση ενδομυοκαρδίτιδας υπό τον τίτλο «*Endomyocardite avec la dilatation aigue du cœur consécutive à la malaria*», η οποία αφορά τη διαχείριση ενός ιδιαίτερα σοβαρού περιστατικού ενδομυοκαρδίτιδας με οξεία καρδιακή διάταση, ως επιπλοκή της ελονοσίας. Το περιστατικό φέρεται να έχει αντιμετωπιστεί εντός του έτους 1898, στο Ελληνικό Νοσοκομείο της Αλεξάνδρειας, δηλαδή δύο χρόνια πριν την επίσημη εγκατάστασή της στην πόλη. Η πληροφορία αυτή υποδηλώνει ότι η Αγγελική Παναγιωτάτου είχε ήδη ξεκινήσει ιατρική δραστηριότητα στην Αλεξάνδρεια, τουλάχιστον περιστασιακά ή με μορφή κλινικών επισκέψεων, πριν από τη μόνιμη μετεγκατάστασή της.

Η σημασία αυτού του στοιχείου είναι πολλαπλή και αξίζει ιδιαίτερης επιστημονικής ερμηνείας. Πρώτον, αποδεικνύει ότι η Παναγιωτάτου είχε ήδη οικοδομήσει επιστημονικούς δεσμούς με την αιγυπτιακή ελληνική κοινότητα. Δεύτερον, τεκμηριώνει την εντυπωσιακή ταχύτητα με την οποία εντάχθηκε στον ιατρική κοινότητα του εξωτερικού, σε ένα περιβάλλον όπου η παρουσία γυναικών-ιατρών εξακολουθούσε να προκαλεί αμφισβήτηση, αν όχι αντίδραση. Τρίτον, το ίδιο το περιστατικό αποτελεί σαφές δείγμα των εξαιρετικών διαγνωστικών γνώσεων της Παναγιωτάτου, οι οποίες κινούνταν σε ευρωπαϊκό επιστημονικό επίπεδο. Η σχέση μεταξύ ελονοσίας και καρδιομυοπάθειας, αν και είχε διατυπωθεί νωρίτερα, αντιμετωπιζόταν ακόμα με σκεπτικισμό· η τεκμηρίωση της Αγγελικής

Παναγιωτάτου εντάσσεται σε μια σύγχρονη ιατρική προσέγγιση, η οποία επιδίωκε όχι μόνον την περιγραφή, αλλά τη συνθετική ερμηνεία της αιτιολογίας, της παθογένειας και των κλινικών εκδηλώσεων.

Τέλος, η ίδια η δημοσίευση σε ιατρικό περιοδικό, γραμμένη σε επιμελημένη ιατρική γαλλική γλώσσα, μαρτυρεί τη φιλοδοξία της Παναγιωτάτου να ενταχθεί ενεργά στον διεθνή ιατρικό διάλογο. Μέσα από αυτό το άρθρο, το οποίο πιθανότατα αποτελεί και την πρώτη επιστημονική δημοσίευση Ελληνίδας γιατρού στο εξωτερικό, αναδύεται μια προσωπικότητα με ισχυρή επιστημονική ταυτότητα, κοσμοπολίτικη παιδεία και βαθύ αίσθημα ευθύνης απέναντι στην ιατρική επιστήμη.

Το γεγονός ότι η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε στην Αλεξάνδρεια –πόλη-γέφυρα Ανατολής και Δύσης και σταυροδρόμι της ελληνικής, αραβικής και ευρωπαϊκής επιστήμης– προσδίδει ιστορική και πολιτισμική βαρύτητα. Δεν πρόκειται απλώς για μια προγενέστερη εργασία. Πρόκειται για το πρώτο επιστημονικό αποτέλεσμα μιας γυναίκας, που επρόκειτο να πρωτοστατήσει στη διεκδίκηση της γυναικείας ισότητας στο πεδίο της Ιατρικής, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στον ευρύτερο μεσογειακό και ευρωπαϊκό χώρο. Ο διαπρεπής συντοπίτης της, καθηγητής Χειρουργικής και ακαδημαϊκός Γεράσιμος Φωκάς (1861-1937), δήλωσε ότι «...*Με έδραν εν Αιγύπτω, το σύνολον των εργασιών τούτων δικαιούται να ονομασθή Νεοελληνική Σχολή της Αιγύπτου*».

Η επιστροφή στην Ελλάδα και η ακαδημαϊκή πρωτιά

Το 1908, διορίζεται υφηγήτρια της Υγιεινής και της Τροπικής Παθολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, γεγονός που την καθιστά την πρώτη Ελληνίδα πανεπιστημιακή διδάσκουσα. Στην *Εφημερίδα των Κυριών*, που εξέδιδε η δημοσιογράφος, λογία και πρωτοπόρος του φεμινισμού στην Ελλάδα Καλλιρρόη Παρρέν (1861-1940), διαβάζουμε τα κάτωθι: «*Μετά αναβολάς και υπεκφυγάς, οι οποίαι ήχον διοργανωθή*

Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).
ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



επιτηδείως παρά μερίδας μικράς, ευτυχώς, κυρίων ιατρών κατά της εισαγωγής των γυναικών υφηγητριών εις το Εθνικόν Πανεπιστήμιον, εξελέγη επί τέλους παμψηφεί τοιαύτη η κ. Αγγελική Παναγιωτάτου... Και η νέα υφηγήτρια δεν είναι μόνον μία ιατρός καλή, όπως τόσοι άλλοι ιατροί άνδρες και γυναίκες. Πριν ή γείνη ιατρός ήτο ήδη, αν και νεωτάτη, αριστούχος με δίπλωμα της Γαλλικής σχολής, και αι εξετάσεις της εις το Πανεπιστήμιον είχαν σημειώσει εποχήν. Οι βαθμοί της όλοι ήσαν άριστα. Ο κοσμήτωρ δε τότε είχεν ομιλήσει με αληθή ενθουσιασμόν διά την καταπληκτικήν επίδοσίν της εις την ιατρικήν επιστήμην. Εις την Αλεξάνδρειαν όπου μετάβη έπειτα έλαβε μέρος μετ' άλλων ξένων διά την θέσιν της ιατρού του υγειονομείου. Και εις τον διαγωνισμόν αυτόν μόνον αυτή επέτυχε και ήλθε πρώτη εκεί γυναίκα ιατρός εις δημοσίαν υπηρεσίαν. Έκτοτε εξασκεί το επάγγελμά της ευδοκιμώτατα, προαγομένη ολονέν, ώστε σήμερον να έχη μηνιαίαν μισθοδοσίαν πενήντα λίρας Αιγυπτιακάς. Η κ. Αγγελική Παναγιωτάτου είναι επί πλέον ιατρός του εκεί Ελληνικού Νοσοκομείου και άλλων φιλανθρωπικών ιδρυμάτων της Ελληνικής Κοινότητος, εις την οποίαν αριθμεί πλουσιωτάτην πελατείαν, ως και μεταξύ των καλλιτέρων χαρεμιών. Γλωσσομαθής, φιλόλογος, ασχολούμενη εκτός του κλάδου της εις επιστημονικάς μελέτας, ως την δημοσιευμένην εις την Εφημ. των Κυριών, διηγηματογράφος πολύ καλή, είναι συγχρόνως πιανίστρια και μουσικός άριστη. Γυναίκα του κόσμου, κομψή, καλλαίσθητος και εννοούσα την αξίαν του χρήματος, μόνον διά την ευχαρίστησιν μιάς ζωής αισθητικώς και καλλιτεχνικώς ανωτέρας, έχει μεταβάλλει την κατοικίαν της εις αληθινόν καλλιτεχνικόν Παρισινόν σπίτι. Έργα τέχνης, έπιπλα ρυθμού –το γραφείον της είναι εντελώς αραβικού ρυθμού– bibelots διάφορα, άνθη και φυτά σπάνια, βιβλιοθήκη πλουσιωτάτη, ιδού το περιβάλλον, μέσα εις το οποίον απλόνεται η καλλιτεχνική ψυχή της νέας κυρίας, η οποία με το να είναι επιστήμων και να έχη να παλαίη ημέραν και νύκτα με τας αθλιότητας και τους πόνους των πασχόντων, και να ασχολήται εις τόσον επίπονα και δραματικών πολλάκις περιπετειών καθήκοντα, όμως δεν έχασε τίποτε από την αβρότητα

της γυναικός και από την χάριν με την οποίαν εκτελεί τα καθήκοντα της καλής οικοδεσποίνης...».

Το απόσπασμα αυτό σκιαγραφεί με θαυμαστή ενάργεια τη μορφή της Αγγελικής Παναγιωτάτου, η οποία δεν υπήρξε απλώς η πρώτη υφηγήτρια του Εθνικού Πανεπιστημίου, αλλά ένα πρότυπο επιστήμονος και γυναίκας με σπάνια πνευματική ευρύτητα. Μέσα από προκαταλήψεις και προσκόμματα, διέπρεψε όχι μόνο για τις ακαδημαϊκές της επιδόσεις αλλά και για το ήθος, τη λεπτότητα, την καλλιέργεια και την κοσμοπολίτικη αισθητική της. Τελικά, οι καθηγητές της αποδείχθηκαν πιο φιλελεύθεροι από τους φοιτητές, που της εμπιστεύτηκαν τη θέση της υφηγήτριας στην Ιατρική Σχολή Αθηνών. Ο βίος της αποτέλεσε μια διακριτική, αλλά βαθιά επαναστατική παρουσία στην ιστορία της ελληνικής ιατρικής, ένα πρότυπο γόνιμης σύνθεσης ανάμεσα στη γνώση και την ομορφιά, στην αυστηρότητα του καθήκοντος και τη λεπτότητα της ψυχής.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι Αγγελική Παναγιωτάτου, τελειόφοιτη ακόμη της Ιατρικής, έδωσε σειρά διαλέξεων υγιεινής στο Παρθεναγωγείο Σκορδέλη, ένα από τα πιο αξιόλογα εκπαιδευτικά ιδρύματα της Αθήνας. Οι διαλέξεις αυτές, που δημοσιεύτηκαν στην Εφημερίδα των Κυριών, χαρακτηρίζονταν για τον επιστημονικά αυστηρό, αλλά προσιτό τους λόγο, ιδιότητα που η Καλλιρρόη Παρρέν αποδίδει τόσο στη ρητορική δεξιότητα της νεαρής γιατρού όσο και στην ακαδημαϊκή της κατάρτιση: «Την διδασκαλίαν της εντός ολίγου νεαράς δόκτορος χαρακτηρίζει αβρά γλαφυρότης και καλλιέπεια συνηνωμένοι μετά πλούτου εμβριθεστάτων επιστημονικών γνώσεων και μεθοδικότητος εξαιρετικής περί την κατάταξιν και διαίρεσιν της ύλης». Στις διαλέξεις της, η Παναγιωτάτου αναλύει την έννοια της υγιεινής μέσα από διεπιστημονική προσέγγιση, ξεκινώντας από γλωσσολογική ανάλυση του όρου και προχωρώντας σε ιστορική επισκόπηση των μεθόδων που εφαρμόστηκαν διαχρονικά για τη διαφύλαξη της ανθρώπινης υγείας. Στην ίδια Εφημερίδα δημοσίευσε και επιστημονικά άρθρα σχετικά με τη βρεφική διατροφή



Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).
ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

και πέψη, μελέτες που πραγματοποίησε την περίοδο, κατά την οποία εργαζόταν στο Δημοτικό Νοσοκομείο της Αλεξάνδρειας.

Το 1908, η Αγγελική Παναγιωτάτου ανακηρύσσεται υφηγήτρια της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών με τη διατριβή της *«Περί πανώλους»*, την οποία υπέβαλε στην Έδρα Υγιεινής και Μικροβιολογίας. Τον Νοέμβριο του ίδιου έτους εκφωνεί τον «εναρκτήριο λόγο» της στη Μεγάλη Αίθουσα της Νομικής Σχολής με θέμα *«Υγιεινή, Επιδημιολογία, Οροθεραπεία»*, εγκαινιάζοντας με παρρησία και επιστημονική ευγλωττία τη διδασκαλική της παρουσία στο Πανεπιστήμιο. Λίγες ημέρες αργότερα πραγματοποιεί το πρώτο της επίσημο μάθημα με τίτλο *«Κοινωνία και Επιδημιολογία»*. Ωστόσο, η ιστορική αυτή στιγμή αμαυρώνεται από τις αποδοκιμασίες μερίδας φοιτητών, οι οποίοι, μη αποδεχόμενοι την παρουσία μιας γυναίκας στον πανεπιστημιακό άμβωνα, διέκοψαν το μάθημα μέσα σε ένα κλίμα προκατάληψης. Παρών στην αίθουσα, ο τότε πρωθυπουργός Ελευθέριος Βενιζέλος (1864-1936) καταδίκασε απερίφραστα τη στάση των φοιτητών, εξήρε την ομιλία της Παναγιωτάτου και χαρακτήρισε την εισήγησή της ως «σοφή διδασκαλία», προσδίδοντας στην επιστημονική της φωνή το κύρος που της άξιζε. Παρά τις πιέσεις, παραμένει στο Πανεπιστήμιο. Το 1938, προάγεται σε έκτακτη καθηγήτρια και το 1947 σε καθηγήτρια «τιμής ένεκεν». Το 1950, γίνεται η πρώτη γυναίκα που εκλέγεται αντεπιστέλλον μέλος της Ακαδημίας Αθηνών –σύμβολο θεσμικής αποδοχής της μέχρι τότε περιθωριοποιημένης γυναικείας διάνοησης. Στην έκτακτο συνεδρία της 11ης Νοεμβρίου στην Ακαδημία Αθηνών, επί προεδρίας Αναστασίου Ορλάνδου (1887-1979), η Παναγιωτάτου ανέπτυξε το θέμα *«Περί εξαπλώσεως της χολέρας και της νεωτέρας απ' αυτής προφυλάξεως»*. Η συμβολή της στην ανάπτυξη της Υγιεινής ως αυτόνομου επιστημονικού πεδίου στην Ελλάδα υπήρξε θεμελιώδης. Δίδαξε τις αρχές της προληπτικής ιατρικής, ανέπτυξε τις θεωρίες περί μικροβιακής προέλευσης των λοιμώξεων και εστίασε στη δημόσια υγεία και τις επιδημίες.

Η Ιστορία της Ιατρικής

Η Αγγελική Παναγιωτάτου δεν περιορίστηκε μόνο στην επιστημονική και συγγραφική της δραστηριότητα στον χώρο της ιατρικής, αλλά αφιέρωσε χρόνο και στην έρευνα της Ιστορίας της Ιατρικής. Το 1915, δημοσίευσε στο έγκριτο ιατρικό περιοδικό της εποχής *Ιατρική Πρόοδος* εργασία με τίτλο *«Υγιεινή του περιβάλλοντος εις τους αρχαίους Έλληνας»*.

Το εκτενές και επιστημονικά συγκροτημένο άρθρο της, το οποίο δημοσιεύτηκε σε δύο συνέχειες, είχε προηγουμένως ανακοινωθεί στο Ιατρικό Τμήμα του εν Αλεξανδρεία Επιστημονικού Συλλόγου «Πτολεμαίος Α΄». Αποτελεί μία από τις πρώιμες και πλέον συστηματικές ελληνόγλωσσες απόπειρες ιστορικής ανάγνωσης του ιατρικού στοχασμού στην αρχαιότητα με έμφαση στον Όμηρο, τους προσωκρατικούς φιλοσόφους και ιδίως στον Ιπποκράτη, στον οποίο αφιερώνει ενδελεχή ανάλυση.

Με φιλολογική ακρίβεια και επιστημονική αυστηρότητα, η Παναγιωτάτου ξεκινά με τον Όμηρο, τον οποίο θεωρεί ως την πρώτη πηγή καταγραφής υγειονομικών στάσεων και νοοτροπιών. Μέσα από αναφορές στην *«Ιλιάδα»* και την *«Οδύσσεια»*, διαφαίνεται η γνώ-



Η Αγγελική Παναγιωτάτου μπροστά στο μικροσκόπιό της.

Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).
ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



ση των αρχαίων για την αξία της καθαριότητας, της απολύμανσης, του αέρα και του φωτός. Η παρουσία των θεραπόντων και η τελετουργική περιποίηση των τραυμάτων καθώς και η ευλαβική σχέση προς το καθαρό νερό και το άφθονο φως, υποδεικνύουν πρώιμες υγειονομικές ευαισθησίες με πρακτική αλλά και ηθική, διάσταση. Η Παναγιωτάτου αναγνωρίζει στον Όμηρο όχι ιατρική γνώση με τη σύγχρονη έννοια, αλλά μια πρωτοϊατρική συνείδηση, στην οποία ο αέρας, το νερό και το φως αποτελούν φορέα κάθαρσης και υγείας.

Κεντρική θέση στην πραγματεία της κατέχει η ανάλυση του ιπποκρατικού έργου «*Περί Αέρων, Υδάτων, Τόπων*», το οποίο παρουσιάζει ως το θεμέλιο της επιστημονικής ιατρικής οικολογίας. Η Παναγιωτάτου εντοπίζει στον Ιπποκράτη μια επιστημονική και μεθοδική αντιμετώπιση του περιβάλλοντος ως βασικού αιτιολογικού παράγοντα των νόσων. Η θέση του ότι η διαμόρφωση του σώματος και του ήθους των ανθρώπων εξαρτάται από τους ανέμους, τις εποχές, τη γεωγραφία και την ποιότητα των υδάτων αποκαλύπτει μια περιβαλλοντική αιτιοκρατία, που προδιαγράφει όψεις της σύγχρονης προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής.

Στη συνέχεια, η Παναγιωτάτου ερμηνεύει αποσπάσματα από τους «*Νόμους*» του Πλάτωνα και την «*Πολιτεία*» του Αριστοτέλη, δίνοντας έμφαση στον τρόπο που οι αρχαίοι φιλόσοφοι αντιμετώπιζαν την πόλη, όχι μόνον ως πολιτικό μόρφωμα αλλά και ως υγειονομικό οργανισμό. Ορθολογική πολεοδομία, επιλογή υγιεινής τοποθεσίας, σωστός προσανατολισμός των κατοικιών, επάρκεια καθαρού νερού και καλός αερισμός των κοινών χώρων παρουσιάζονται ως ουσιώδη στοιχεία μιας πολιτείας φιλικής προς την υγεία των πολιτών της. Κατά την Παναγιωτάτου, η αρχαία πόλη ενσωμάτωνε στον σχεδιασμό της τη γνώση του φυσικού περιβάλλοντος και τις προϋποθέσεις της υγιεινής, σε αντίθεση με τις μεταγενέστερες αστικές συγκροτήσεις. Η μελέτη της αποκτά ιδιαίτερο βάρος με την προσεκτική ενσωμάτωση της φιλοσοφικής συμβολής του Αριστοτέλη, ο οποίος, παρά το γεγονός

ότι δεν είναι ο ίδιος γιατρός, διαμόρφωσε τη μεθοδολογία της επιστημονικής παρατήρησης και ανάλυσης, η οποία επηρέασε βαθύτατα τον ιατρικό λόγο.

Εξαιρετικής σημασίας είναι και η εκτεταμένη βιβλιογραφία που παρατίθεται στο τέλος του άρθρου, η οποία φανερώνει την ευρύτατη παιδεία της συγγραφέως τόσο στην αρχαία ελληνική γραμματεία όσο και στη νεότερη ιστορία της Ιατρικής. Η Παναγιωτάτου δεν περιορίστηκε σε απλή περιγραφή ή απαρίθμηση αρχαίων γνώσεων, αλλά αντίθετα επιχείρησε μία συγκριτική θεώρηση των ιατρικών ιδεών με όρους σύγχρονης επιστημονικής σκέψης, αναδεικνύοντας τόσο τις διαχρονικές συνέχειες όσο και τις καινοτόμες ρήξεις, που σηματοδότησαν την εξέλιξη της Ιατρικής από τη μαγεία, τη δεισιδαιμονία και τη θρησκεία σε ορθολογική επιστήμη.

Η μελέτη αυτή αποτέλεσε τη βάση για τη συγγραφή της μνημειώδους μονογραφίας της «*Η Υγιεινή στους αρχαίους Έλληνες*» (*L'Hygiène chez les anciens Grecs*).

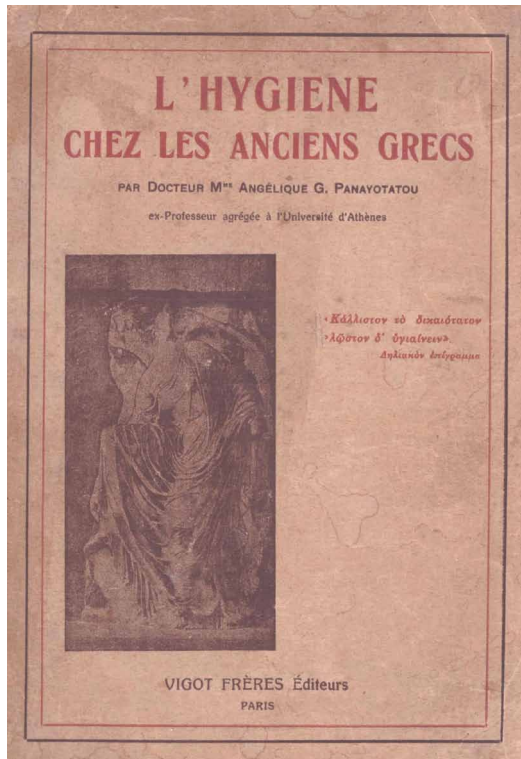
Η Παναγιωτάτου μελέτησε, επίσης, τον λοιμό των Αθηνών μέσα από τα ιστορικά κείμενα του Θουκυδίδη, εφαρμόζοντας μια διεπιστημονική προσέγγιση που συνδύαζε ιστορική κριτική με ιατρική ερμηνευτική. Τα αποτελέσματα της έρευνάς της παρουσίασε στο Β' Διεθνές Συνέδριο Ιστορίας της Ιατρικής στο Παρίσι (*deuxième Congrès International d'histoire de la Médecine*), το 1921. Στο τέλος της ομιλίας της, ο προεδρεύων καθηγητής, λαμβάνοντας τον λόγο, είπε: «*Χαιρετίζω και συχαίρω τη σοφή εξαίρετη Γαλλίδα*», για να λάβει την απάντησή της: «*Ευχαριστώ θερμά για την επαινετική προσφώνηση, αλλά δεν έχω την τιμή να είμαι Γαλλίδα. Είμαι Ελληνίδα!*».

Αυτή η τοποθέτηση έγινε θρύλος στους Ελληνικούς κύκλους της Αιγύπτου και αποτελεί ενδιαφέρουσα ιστορική λεπτομέρεια, που αναδεικνύει όχι μόνο το πατριωτικό της αίσθημα αλλά και την ευρύτερη πολιτισμική δυναμική της εποχής στις αρχές του 20ού αιώνα,



Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).
ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



Το εξώφυλλο της μελέτης *«L'Hygiène chez les anciens Grecs»*.

όπου Έλληνες επιστήμονες και λόγιοι διαμόρφωναν την ταυτότητά τους μέσω διεθνούς αναγνώρισης. Η εγκωμιαστική αναφορά στο πρόσωπο της Παναγιωτάτου δεν ήταν απλώς μια τυπική επιστημονική διάκριση, αλλά ένα ιστορικό γεγονός με βαθύτερες προεκτάσεις. Η αναγνώριση αυτή ανέδειξε τη συνεχή επιστημονική συνεισφορά της Ελλάδας στην επιστήμη, αποδεικνύοντας ότι οι αρχαίοι Έλληνες δεν ήταν μόνο φιλόσοφοι αλλά και πρακτικοί εφευρέτες συστημάτων υγιεινής, που προηγήθηκαν της σύγχρονης επιστήμης. Σε μια εποχή που η Ευρώπη κυριαρχούσε στον επιστημονικό λόγο, η Παναγιωτάτου επιβεβαίωσε ότι η γνώση έχει εθνική υπόσταση και ότι η Ελλάδα δεν ήταν απλώς ένα «μουσείο» του παρελθόντος, αλλά μια ζωντανή πηγή επιστημονικής σκέψης, υπενθυμίζοντας ότι οι ρίζες της δυτικής ιατρικής είναι ελληνικές. Η Παναγιωτάτου, με την ευγενική, αλλά σταθερή της διόρθωση (*«Είμαι Ελληνίδα γιατρός»*), δεν υπερασπίστηκε μόνο

την προσωπική της ταυτότητα αλλά και τη συλλογική μνήμη ενός πολιτισμού, που συνέχιζε να επηρεάζει τον κόσμο.

«L'Hygiène chez les anciens Grecs»: Ένα δοκίμιο για την ολιστική διάσταση της ιατρικής των αρχαίων Ελλήνων και η διεθνής αναγνώριση

Στο Παρίσι του 1923, στην ακμή της επιστημονικής ιατρικής επανάστασης, όταν ο θρίαμβος της βακτηριολογίας άρχισε να επισκιάζει την ολιστική θεώρηση της υγείας, η Αγγελική Παναγιωτάτου εκδίδει στη γαλλική γλώσσα μια μελέτη με τίτλο *«L'Hygiène chez les anciens Grecs»* (*Η Υγιεινή στους αρχαίους Έλληνες*), η οποία –εκ πρώτης όψεως– μοιάζει να κοιτάζει πίσω. Πίσω, όχι όμως νοσταλγικά, αλλά αναστοχαστικά· όχι με σκοπό να εξυμνήσει έναν αρχαίο κόσμο, αλλά να αναδείξει το βάθος και την επικαιρότητα μιας φιλοσοφίας της υγείας, που αντιλαμβάνεται το ανθρώπινο σώμα μέσα στο περιβάλλον, την ψυχή μέσα στην κοινότητα και την υγιεινή ως πράξη ηθική, πνευματική και πολιτισμική.

Παραθέτουμε κριτική, που καταχωρίστηκε το 1924 στο γαλλικό επιστημονικό περιοδικό *Revue des Études Grecques*, το οποίο από το 1888 μέχρι σήμερα δημοσιεύει ακαδημαϊκά άρθρα καθώς και κριτικές βιβλίων, που σχετίζονται με τη μελέτη της αρχαίας Ελλάδας: *«Σε αυτόν τον τόμο των 280 σελίδων, εικονογραφημένο με αναπαραστάσεις αρχαίων αγαλμάτων, η συγγραφέας, που είναι γιατρός, συγκέντρωσε μια σειρά άρθρων, μερικά εκ των οποίων είχαν ήδη δημοσιευτεί, κυρίως, στο Διεθνές Συνέδριο Ιστορίας της Ιατρικής. Το έργο χωρίζεται σε εννέα κεφάλαια: Γενικά για την υγιεινή στους αρχαίους Έλληνες· η επιδημιολογία, η απολύμανση και τα απολυμαντικά· η μεταδοτικότητα και η προφύλαξη· η υγιεινή και το λουτρό· η υγιεινή και ο χορός· η υγιεινή και η μουσική· η υγιεινή του περιβάλλοντος· η υγιεινή και η ηθική· η υγιεινή στη διατροφή· η υγιεινή και η γυμναστική. Φαίνεται ότι το θέμα καλύπτεται πλήρως με πολλές αναφορές σε*

Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).
ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



αρχαίους Έλληνες συγγραφείς, που συνοδεύουν το κείμενο, ενώ στο σύνολό του είναι καλογραμμένο. Η συγγραφέας, Ελληνίδα στην καταγωγή, δεν μπορεί να συγκρατήσει τον ενθουσιασμό της για την υγιεινή των αρχαίων Ελλήνων: οι εκφράσεις της συχνά είναι πολύ δυνατές. Θα μπορούσε κανείς να αμφισβητήσει κάποια από τα στοιχεία που παρουσιάζει ως αυτονόητα, κυρίως, όσον αφορά στην ερμηνεία τους. Για παράδειγμα, η εξήγηση που δίνει για την ιατρική στους αρχαίους Έλληνες: ασφαλώς ήταν σπουδαίοι γιατροί και, εν προκειμένω, εξαιρετικοί υγιεινολόγοι. Ωστόσο, η θρησκεία και οι μυστικιστικές τελετουργίες, παρά η λογική, εξηγούν συχνά πρακτικές που ερμηνεύονται εύκολα ως μέτρα υγιεινής. Δεν θέλω, όμως, εδώ να εμπλακώ σε μια συζήτηση, που θα μας οδηγούσε πολύ μακριά και που, ίσως, να έφερνε σε δύσκολη θέση μια συγγραφέα, η οποία είναι γυναίκα και Ελληνίδα — δύο λόγοι που μου επιβάλλουν τον σεβασμό. Η επιστημονική κριτική δεν έχει να κάνει με τον διθύραμβο και τον παθιασμένο θαυμασμό· καλύτερα, λοιπόν, αυτά να τα αφήσουμε στην άκρη. P. Lecène».

Δεν γνωρίζουμε –αν αυτός που υπογράφει– είναι κάποιος Γάλλος γιατρός ή κάποιος άλλος λόγιος κριτικός ή ιστορικός της ιατρικής και της αρχαίας ελληνικής γραμματείας, συνεργάτης του περιοδικού. Πιθανολογούμε ότι μάλλον πρόκειται για τον διακεκριμένο χειρουργό Paul Lecène (1878-1929), δεδομένου ότι το συγκεκριμένο περιοδικό εκδιδόταν από τις εκδόσεις «Vigot Frères», που εξειδικευόταν σε ιατρικές εκδόσεις και μεταφράσεις ιατρικών κειμένων. Η κριτική της μελέτης της Παναγιωτάτου αποτελεί έγκυρο και σημαντικό τεκμήριο αναγνώρισης του έργου της, που αναδεικνύει τόσο την επιστημονική της ακρίβεια όσο και τις μεθοδολογικές της προσεγγίσεις.

Το έργο της Παναγιωτάτου δεν αποτελεί απλώς μια ιστορική επισκόπηση της υγιεινής στην αρχαία Ελλάδα, αλλά μια ουσιαστική φιλοσοφική ανάγνωση της σχέσης ανθρώπου, σώματος, ψυχής και περιβάλλοντος. Σε μια εποχή που η ιατρική επιστήμη

επικεντρωνόταν στους μικροοργανισμούς και τη παθολογία, η Παναγιωτάτου αναδεικνύει την έννοια της υγείας ως φυσική, ηθική και πνευματική αρμονία. Αντλώντας στοιχεία από τον Ιπποκράτη, τον Πλάτωνα και τους Στωικούς φιλόσοφους, υποστηρίζει πως η υγιεινή δεν είναι μόνο πρόληψη, αλλά τρόπος ζωής, πειθαρχία και παιδεία. Το κείμενο είναι γραμμένο με επιστημονική ακρίβεια αλλά και λογοτεχνική χάρη, αποκαλύπτοντας το εύρος της παιδείας της πρώτης Ελληνίδας πανεπιστημιακής γιατρού. Σε έναν αιώνα που ξανασκέφτεται την έννοια της υγείας μέσα από την περιβαλλοντική και ψυχοσωματική της διάσταση, το έργο της Παναγιωτάτου επανέρχεται επίκαιρο και διαχρονικό. Αν η επιστήμη επιδιώκει σήμερα να αποκαταστήσει τη σύνδεση ανάμεσα στην υγεία, το περιβάλλον, την ηθική και τον πολιτισμό, τότε η Παναγιωτάτου υπήρξε προάγγελος αυτής της πορείας. Με την επιστημονική της τόλμη, τη λογοτεχνική της



Η Αγγελική Παναγιωτάτου στο γραφείο της.



Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).
ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ευαίσθησή και την αδιαμφισβήτητη κλασική της παιδεία διέσωσε όχι απλώς αρχαία σοφία, αλλά μια σύγχρονη φιλοσοφία υγείας, καλύπτοντας από τεχνικές πρόληψης μέχρι κοινωνικές διαστάσεις της υγείας. Η συμβολή της Παναγιωτάτου στην ανάπτυξη της Υγιεινής ως αυτόνομου επιστημονικού πεδίου στην Ελλάδα υπήρξε θεμελιώδης.

Το 1924, η μελέτη της βραβεύτηκε από τη Γαλλική Ακαδημία Επιστημών (Académie des Sciences). Ένα χρόνο αργότερα, το 1925, η Ιατρική Ακαδημία των Παρισίων (Académie Nationale de Médecine) την τίμησε με «*λίαν εύφημη μνεία*» για τη μελέτη της «*Περί της εντερικής αμοιβαδώσεως και εξωεντερικών εντοπίσεών της*»

Πνευματική παρουσία και κοινωνική προσφορά

Η Αγγελική Παναγιωτάτου δεν υπήρξε μόνον η πρώτη Ελληνίδα πανεπιστημιακή καθηγήτρια αλλά και μία πολυσχιδής πνευματική φυσιογνωμία. Στην ατμόσφαιρα της πολυπολιτισμικής Αλεξανδρείας των αρχών του 20ού αιώνα και του Μεσοπολέμου, εκεί όπου ο ελληνισμός επιβίωνε υπερήφανος μέσα από σχολεία, βιβλιοθήκες και φιλολογικές λέσχες, η Παναγιωτάτου γνώρισε τη βαθύτερη άνθηση της ζωής και του έργου της. Η παρουσία της στην αιγυπτιακή μητρόπολη υπήρξε πολύπλευρη: επιστημονική, λογοτεχνική, εκπαιδευτική, φιλανθρωπική.

Πίσω από τη διακεκριμένη γιατρό αναδυόταν μία ψυχή ευαίσθητη, βαθιά λογοτεχνική. Έγραψε και δημοσίευσε πληθώρα λογοτεχνικών κειμένων και ποιητικών συλλογών. Με το ψευδώνυμο «Αγκελ Ναγιώ», η Παναγιωτάτου δημοσίευσε τη φιλολογική της μελέτη «*Στα Θάμβη των Φαραώ*», ένα ποιητικό αφήγημα-οδοιπορικό στην αιγυπτιακή γη, γραμμένο με λεπταίσθητο λυρισμό και συμβολιστικό ύφος. Στις σελίδες του, η προσωπική της ματιά μεταμορφώνεται σε στοχαστικό βλέμμα πάνω στον τόπο, την ιστορία και τον πολιτισμό. Με τη διπλή της ταυτότητα –γυναίκα,

επιστήμονας– κατέγραψε μια μοναδική πολιτισμική εμπειρία μιας γυναίκας της ελληνικής διασποράς.

Ως ενεργό μέλος και αργότερα ως πρόεδρος από το 1942 έως το 1944 του ιστορικού Συλλόγου Ελλήνων Επιστημόνων Αλεξανδρείας «Πτολεμαίος Α΄», που ιδρύθηκε το 1909, συνέβαλε στη διάδοση της επιστήμης και την προστασία της δημόσιας υγείας. Οργάνωσε διαλέξεις και παρουσιάσεις πάνω σε φλέγοντα θέματα, όπως τη φυματίωση, την καταπολέμηση των ναρκωτικών (οπίου και κοκαΐνης) και την ατομική και κοινωνική υγιεινή. Οι διαλέξεις της συνοδεύονταν από μια βαθύτερη παιδευτική πρόθεση: να καταστήσει την επιστήμη συμμετοχο στην καθημερινότητα των απλών ανθρώπων.

Κατά τη διάρκεια των Βαλκανικών πολέμων ο Σύλλογος διακρίθηκε για το εθνικό εθελοντικό του έργο στην Ελλάδα, αποστέλλοντας πλήρες εξοπλισμένο χειρουργείο εκστρατείας στο μέτωπο του πολέμου.



Πορτραίτο της Αγγελικής Παναγιωτάτου από τη ζωγράφο Θάλεια Φλωρά-Καραβία (1871 - 1960).

Παράλληλα, η Παναγιωτάτου ανέπτυξε φιλανθρωπική δράση με την ίδρυση του Ελληνικού Συνδέσμου Ελλήνων Αιγύπτου το 1918, ο οποίος συντηρούσε παιδικές εξοχές για τα άπορα και ασθενικά παιδιά των Ελληνικών Σχολών της Κοινότητας Αλεξανδρείας καθώς και ημερήσια σχολεία, όπου παρέδιδε μαθήματα υγιεινής και οικογενειακής φροντίδας. Μέσα από τη «Φιλολογική Συντροφιά Ελληνίδων Κυριών Αλεξαν-

Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954). ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



δρείας», την οποία ίδρυσε το 1934, εγκαινιάστηκε για πρώτη φορά μία σταθερή εστία ελληνικής γυναικείας παιδείας και φιλολογικής αναγέννησης στον ελληνισμό της διασποράς. Μέσα σε δύο δεκαετίες –μέχρι τον θάνατό της το 1954– οργάνωσε περισσότερες από 250 εκδηλώσεις (διαλέξεις, μουσικές βραδιές, θεατρικά και χορευτικά δρώμενα), όλες προσανατολισμένες στην ελληνική πολιτιστική παράδοση και την ευρωπαϊκή κουλτούρα. Το σαλόνι της υπήρξε σημείο αναφοράς όχι μόνο για τις Αλεξανδρινές κυρίες αλλά και για διανοούμενους, πατριάρχες, διπλωμάτες και αξιωματούχους της εποχής. Από το 1930, το όνομα της Αγγελικής Παναγιωτάτου συμπεριλαμβάνεται ανάμεσα στις 25 σημαντικότερες και πιο επιδραστικές γυναίκες της πρώτης τριακονταετίας του 20ού αιώνα, όπως καταγράφεται στο έργο της Γερμανίδας δημοσιογράφου και συγγραφέως Έλγκα Κερν (Elga Kern, 1888-1957) «*Γυναίκες Ηγέτιδες της Ευρώπης*» (*Führende Frauen Europas*), στο οποίο παρουσιάζονται εξέχουσες γυναικείες προσωπικότητες, που διακρίθηκαν στο επιστημονικό, πολιτικό και κοινωνικό πεδίο της σύγχρονης ευρωπαϊκής ιστορίας.

Η Αγγελική Παναγιωτάτου έφυγε από τη ζωή το 1954 στην Αλεξάνδρεια. Η τελευταία και σπουδαιότερη χειρονομία της υπήρξε η δωρεά της οικίας και της βιβλιοθήκης της στην Ελληνική Κοινότητα Αλεξανδρείας και στον Σύλλογο «Πτολεμαίος Α΄». Το σπίτι της έγινε κιβωτός γνώσης, διαμορφώνοντας έναν από τους πρώτους θεσμούς της ελληνικής παιδείας στη διασπορά. Με την πράξη της αυτή, η Παναγιωτάτου ενεγράφη στη μακρά παράδοση των μεγάλων εθνικών ευεργετών, χωρίς ποτέ να επιδιώξει καμιά αναγνώριση.

Επίμετρο

Στη σημερινή εποχή μας, όπου η επιστήμη επαναπροσδιορίζει τον ρόλο της γυναίκας σε κάθε τομέα, το παράδειγμα της Παναγιωτάτου αποκτά νέα δυναμική. Οι αίθουσες όπου δίδαξε, τα χειρόγραφα των διαλέξεών της και οι σπάνιες φωτογραφίες της συνιστούν πλέον κομμάτι της πολιτισμικής και ακαδημαϊκής κληρονο-

μιάς της χώρας μας. Η Αγγελική Παναγιωτάτου δεν υπήρξε μόνο μια σπουδαία γιατρός· ήταν, πάνω απ' όλα, μια γυναίκα που έσπασε τη σιωπή των αιώνων και απέδειξε –σε μια Ελλάδα που μόλις διαμόρφωνε τον σύγχρονο εαυτό της– ότι η αριστεία δεν έχει φύλο. Η ιστορία της είναι ένας διαχρονικός ύμνος στην τόλμη, στη μόρφωση και στο αστείρευτο πάθος της προσφοράς προς τον συνάνθρωπο.

Βιβλιογραφικές πηγές

1. Ανώνυμος (Παρρέν Κ.). Η πρώτη υφηγήτρια του Πανεπιστημίου Αθηνών. Εφημερίς των Κυριών, 1908, 949: 251.
2. Ατσαβέ Π.Α. Στην κουζίνα...Στην κουζίνα...Η ιστορία της Αγγελικής Παναγιωτάτου, <https://history.arsakeio.gr/index.php/2018-07-13-09-47-16/42>.
3. Βογιατζάκης Ε. Αγγελική Παναγιωτάτου (1878-1954): Η πρώτη ιατρός Μικροβιολόγος και Καθηγήτρια της Υγιεινής του Εθνικού Πανεπιστημίου, *Acta Microbiologica Hellenica*, 1995, 40(4): 434-439.
4. Παννακάκη Χ. Οι «ρομαντικές» πρώτες Ελληνίδες γυναίκες ιατροί: Αφιέρωμα (επιμέλεια Δουγένης Δ.), <https://hub.uoa.gr/the-romantic-first-greek-women-doctors-a-tribute/>
5. Ιατρική Πρόοδος, 1903, 8 Δ΄ (αριθ. 1).
6. Lecène P. Panayiotatou A. L'Hygiène chez les anciens Grecs, *Revue des Études Grecques*, 1924, 37(169): 131.
7. Μαρκέτος Σ.Γ. Αγγελική Παναγιωτάτου (1878-1954). Η πρώτη γυναίκα καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής, Σπύρος Γερ. Μαρκέτος almarch@polsci.auth.gr.
8. Ναγιώ Α. Στα θάμβη των Φαραώ, Τυπογραφείον του Εμπορίου, Αλεξάνδρεια 1929.
9. Παναγιωτάτου Α. Εν μάθημα υγιεινής Α΄, Εφημερίς των Κυριών, 1896, 448: 5-6.
10. Παναγιωτάτου Α. Εν μάθημα υγιεινής Β΄, Εφημερίς των Κυριών, 1896, 449: 5-6.



Ιστορία της Ιατρικής

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΤΟΥ (1875-1954).
ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΧΕΙΡΑΦΕΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

11. Παναγιωτάτου Α. Η θρέψις των νεογνών, Εφημερίς των Κυριών, 1898, 529: 4-5.
12. Παναγιωτάτου Α. Διαταραχαί της πέψεως των νεογνών, Εφημερίς των Κυριών, 1898, 530: 7.
13. Παναγιωτάτου Α. Υγιεινή του περιβάλλοντος εις τους αρχαίους Έλληνας, Ιατρική Πρόοδος, 1915, 20: 288-294 και 329-333.
14. Παναγιωτάτου Α. «Τροπικών Χωρών Δυσεντερίαι και Εντερίτιδες», εκδοτικός οίκος Γράμματα, Αλεξάνδρεια, 1932.
15. Παναγιωτάτου Α. «Η χολέρα από επιδημιολογικής υγιεινολογικής και κλινικής απόψεως», έκδοσις Β΄, Τυπογραφείον Κληρ. Ε. Σ. Βαλλινάκη, Αλεξάνδρεια 1948.
16. Panayiotatou A. Endomyocardite avec la dilatation aigue du cœur consécutive à la malaria, La Grèce Médicale, 1899, 1: 22.
17. Panayotatou A. Survie du vibron cholérique dans l'eau du Nil, Revue d'Hygiène et de Police sanitaire, 1913, 35(7): 779.
18. Panayiotatou A. L'Hygiène chez les anciens Grecs, Éditeurs Vigot Frères, Paris 1923.
19. Πολίτης Α.Γ. Ο ελληνισμός και η νεωτέρα Αίγυπτος. Συμβολή του ελληνισμού εις την ανάπτυξιν της νεωτέρας Αιγύπτου", τόμος δεύτερος, σελ. 397-398, εκδοτικός οίκος Γράμματα, Αλεξάνδρεια-Αθήναι 1930.
20. Πουλάκου-Ρεμπελάκου Ε. Υπαρκτοί και μυθιστορηματικοί φοιτητές της Ιατρικής στις σελίδες της αστικής λογοτεχνίας (1850-1910), Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2008, 25(5):673-684.
21. Ριζόπουλος Α.Χ., Βλαδίμηρος Λ.Ε. Στην κουζίνα! Στην κουζίνα!. Οι πρώτες Ελληνίδες γιατροί στο «Ανάλεκτα Ιστορίας Ιατρικής», σελ. 179-187, έκδοση Ομίλου Ιασώ, Αθήνα 2005.
22. Τσιάμης Κ., Τσακρής Α. Η δυσεντερία στην Ελλάδα του μεσοπολέμου: ανάλυση των δεδομένων βασισμένη στο βιβλίο της πρώτης Ελληνίδας μικροβιολόγου, Αγγελικής Παναγιωτάτου, με τίτλο «Τροπικών Χωρών Δυσεντερίαι και Εντερίτιδες», Δελτίον Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, 2010, 55(4): 331-337.



(συνέχεια από το τεύχος 70)

1. Ποια από τις ιδιότητες του Ιατρού είναι σημαντικότερη για την ορθή άσκηση της Ιατρικής, η επαγγελματική ή η ανθρώπινη ;

Η ιατρική πράξη έχει ως τελικό ωφελούμενο αποδέκτη τον άνθρωπο, νοούμενο ως αδιαίρετη ψυχοσωματική οντότητα. Κριτής, όχι κατ' ανάγκη ακριβοδίκαιος και καλοπροαίρετος, αλλά εκ των πραγμάτων στρατολογούμενος, είναι ο ίδιος ο αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας, ασθενής ή όχι. Η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών ανάγουν την «ανθρώπινη» ιδιότητα του Ιατρού, με την έννοια του αλτρουιστή που συμπάσχει με τον πάσχοντα συνάνθρωπό του, στον κολοφώνα των απόλυτα απαραίτητων αρετών, που πρέπει να διαθέτει ο καλός Ιατρός.²⁶ Συνηθέστατα μάλιστα αντιπαραβάλλουν την “ανθρωπιά” με τις απαξιώτικες συμπεριφορές του επαγγελματία που δεν έχει κατανόηση, ή του επιστήμονα που αδιαφορεί για τον συνάνθρωπό του ή του Ιατρού που συμπεριφέρεται προς τον ασθενή, ξεχνώντας πως και ο ίδιος είναι άνθρωπος.¹⁷

Η έννοια του επαγγελματισμού παρουσιάζει εγγενή προβλήματα. Αρχικά, οι περισσότεροι καταφεύγουν στις ιδιότητές του για να τον περιγράψουν, αδυνατώντας να τον ορίσουν. Αποτέλεσμα τούτου είναι η ερμηνευτική απόδοση να γίνεται με αυθαίρετο τρόπο και οι ορισμοί να παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις. Επίσης, ο επαγγελματισμός, ακόμα και εάν είναι ωφέλιμος, δεν μπορεί να αποκοπεί από τις λοιπές αξίες της ιατρικής, και, κατά συνέπεια, δεν δύναται να σταθεί μόνος του ως κυρίαρχη αξία. Τέλος, ο επαγγελματισμός δύσκολα δύναται να διδαχθεί, διότι απαιτεί Ιατρούς-δασκάλους που να κατέχουν ταυτόχρονα την επιστήμη της ιατρικής, την τέχνη της ιατρικής και τις δεξιότητες του επαγγελματισμού, δηλαδή συνδυασμό ικανοτήτων που δεν απαντάται συχνά στο ίδιο πρόσωπο.²⁷

Οι υπέρμαχοι του επαγγελματισμού διατείνονται πως το περιεχόμενό του έχει διαστρεβλωθεί. Ισχυρίζονται πως όσοι υποτιμούν στη συνείδησή τους τον

επαγγελματισμό των Ιατρών, αγνοούν πως αυτός είναι συνώνυμος με τον διαρκή εμπλουτισμό των γνώσεων και τον εκσυγχρονισμό των δεξιοτήτων του Ιατρού, με τον ορθολογικό τρόπο του «πράττειν»,²⁶ με την καλλιέργεια και την εξάσκηση επαγγελματικών ευθυνών, με την προσήλωσή του στην αρχή της εχεμύθειας, με την οικοδόμηση έντιμης σχέσης με τους ασθενείς του και με την αποτελεσματική διαχείριση της σύγκρουσης συμφερόντων.²⁸ Ισχυρίζονται πως η αμοιβή του Ιατρού, η πέτρα του σκανδάλου, είναι αντικείμενο συκοφαντίας, διότι όταν ο Ιατρός λαμβάνει υπόψη του τα τρέχοντα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα, αξιολογεί την κατάσταση του ασθενούς και δεν επιβάλλει την αμοιβή του αλλά την προτείνει ευγενικά, αυτή είναι το πειστήριο μιας έντιμης και ειλικρινούς σχέσης.

Αναμφίβολα, ο Ιατρός που ασκεί την ιατρική με υπερβολικά αυστηρά επαγγελματικά κριτήρια, κινδυνεύει να υποπέσει σε ολισθήματα που απάδουν του ύψιστου ρόλου του και της αξιοπρέπειάς του και προκαλούν ρωγμές στην ηθική ακεραιότητά του. Ο Ιατρός, που αγκιστρώνεται από το «ωράριό του» και/ή δείχνει ανυπομονησία κατά την άσκηση του έργου του,¹⁷ απομακρύνει εαυτόν από τον άρρωστο, αλλά και εν δυνάμει διακυβεύει την υγεία και τη ζωή των συνανθρώπων του. Ο Ιατρός που σκέφτεται και δρα τυπολατρικά,²⁹ βάσει προκαθορισμένων καθηκόντων, καταφεύγει σε υπερβολές, που, συνήθως δεν προάγουν την υγεία του ασθενούς. Ο Ιατρός που θυμώνει με τον ασθενή του ή που είναι προσβλητικός στη συμπεριφορά του, μετατρέπεται σε απρόσωπο επαγγελματία. Τέλος, ο Ιατρός που επιδιώκει να αυξήσει την ιδιωτική δραστηριότητά του παραμελώντας την διάβιου εκπαίδευσή του, αποστραγγίζεται από την ζώσα και διαρκώς εξελισσόμενη ιατρική και συρρικνώνεται βαθμικώς σε έναν επαγγελματία που επιδιώκει κυρίως το κέρδος, αλλά και που, όλο και συχνότερα σε όλο και σε περισσότερους ασθενείς, ασκεί ιατρική διεκπεραιωτική, στάσιμη, μακριά από τις εξελίξεις, χωρίς ουσιαστικό αντίκρισμα.



Ελεύθερο Θέμα

ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΜΕΡΟΣ Β')

Σε αντίστιξη, η σχεδόν καθολική αποδοχή της ανθρωπίνης διάστασης του Ιατρού ως αυταξίας έλκει τις ρίζες της από την Ιπποκρατική Ιατρική, από την χριστιανική παράδοση και από το πνευματικό κίνημα του Ανθρωπισμού. Το τελευταίο έθεσε την αξία του ανθρώπου πάνω από όλες τις άλλες αξίες, τοποθέτησε τον άνθρωπο στο συμπαντικό κέντρο και εισήγαγε την αρχή της αλληλεγγύης. Η έννοια της «ανθρωπιάς» του Ιατρού αποδίδεται ακριβέστερα με όρους, όπως: η αγάπη και ο σεβασμός στον συνάνθρωπο, η ικανότητα του να εισέρχεται στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, το πνεύμα του «αλλήλους περιπτωζόμεθα», η συμπόνοια, ο αλτρουϊσμός, η διάθεση της προσφοράς ως πρωταρχικό κίνητρο του Ιατρού.^{5,17,26,29} Η κοσμοθεωρία του ανθρωπισμού πηγάζει από την αξιωματική θέση πολλών πως, ο Ιατρός «οφείλει» να διακατέχεται από την μύχια όσο και απόλυτη βεβαιότητα πως υποχρέωσή του είναι να προσφέρει την μέγιστη δυνατή ανακούφιση και, στο μέτρο του εφικτού, την ίαση του προβλήματος της υγείας που βασανίζει τον «πλησίον», δηλαδή τον **πάσχοντα** συνάνθρωπό του.

Ουδείς αμφισβητεί πως ο Ιατρός που συνδυάζει υψηλό διανοητικό πηλίκιο (I.Q. -Intelligence Quotient) με υψηλό συναισθηματικό πηλίκιο (E.Q. - Emotional Quotient) είναι ο ιδεώδης λειτουργός που θα βοηθήσει ουσιαστικά τους ασθενείς του. Η υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη είναι η καύσιμη ύλη, η οποία θα επιτρέψει στον Ιατρό να επιταχύνει το όχημα των πολλών γνώσεων και της εμπειρίας, το οποίο με τόσο κόπο έχει αποκτήσει.^{19,26,29} Το αμείωτο και διαρκές ενδιαφέρον του Ιατρού για την ευνοϊκότερη έκβαση του ζητήματος υγείας του ασθενούς του είναι η «εν των ων ουκ άνευ» προϋπόθεση για να ασκηθεί η ιατρική *lege artis*. Εξάλλου, το ενδιαφέρον για τη μέγιστη δυνατή συνδρομή στον πάσχοντα συνάνθρωπο είναι ο κινητήριο μοχλός **και** για την αναζήτηση/εκμάθηση της κλινικά χρήσιμης γνώσης, την εμβάθυνση στην επιστήμη και την εξειδίκευση σε ιατρικές δεξιότητες (σύμφωνα με το απόφθεγμα του Ιπποκράτη: *ην γάρ παρῇ φιλανθρωπῇ πάρεστι καὶ φιλοτεχνίη*, εκεί που υπάρχει αγάπη για τον άνθρωπο υπάρχει και αγάπη για την ιατρική τέχνη).

Στο σημείο αυτό είναι σκόπιμο να γίνουν δύο καίριες επισημάνσεις. Κατά πρώτον, η εγγενής αξία της «ανθρωπιάς» του Ιατρού, όσο ειλικρινής και καλοπροαίρετη και εάν είναι, εγείρει ενστάσεις από μερίδα ιατρών, όσον αφορά στον τρόπο και στο βαθμό που αυτή κοινωνείται. Ισχυρίζονται πως, παρότι η υπερβολική αλληλεγγύη και η συμπόνοια εκτιμώνται από τον ασθενή ως ένδειξη καλοσύνης, ταυτοχρόνως όμως φαλκιδεύουν την εκτίμησή του στην επιστημονική ισχύ του Ιατρού. Υποστηρίζουν πως υπάρχει μία διαχωριστική γραμμή, πέρα από την οποία ο **απαραίτητος** αλτρουϊσμός μετουσιώνεται σε **προαιρετική** υπέρβαση καθήκοντος.³⁰ Η υπέρβαση καθήκοντος - πρεσβεύει η μερίδα αυτή - είναι ένα είδος ηθικού ιδανικού με αμφισβητούμενη αξία, διότι, εγκυμονεί και κινδύνους, όπως την εκμετάλλευση του Ιατρού από τον ασθενή,¹⁰ αλλά και τη δυσχέρεια επιτέλεσης του ιατρικού έργου από τη θέση ισχύος του Ιατρού, που πλέον δεν υφίσταται, εφόσον έχει αποδυναμωθεί. Εξάλλου, αυτό που χαρακτηρίζεται ηθικά υποχρεωτικό για έναν Ιατρό, εκτιμάται ως προαιρετικό για τον συνάδελφό του.³⁰ Συνοπτικά, σύμφωνα με την άποψη αυτή, ο Ιατρός πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός για τον τρόπο που θα δείξει την αλληλεγγύη του, πως η ενσυναίσθησή του πρέπει να εκδηλώνεται με τρόπο που να μην υπονομεύει το κύρος του και πως το αληθινό ενδιαφέρον του Ιατρού για τον άρρωστό του ισοδυναμεί με το ιατρικό του έργο και όχι με εκδηλώσεις αμφιβόλου αξίας και αποτελεσματικότητας.²⁶⁻²⁹

Κατά δεύτερον, η ανθρωπινή ιδιότητα του Ιατρού μονοπωλείται από την αρετή της καλοσύνης και της άδολης προσφοράς. Δεν αναγνωρίζονται (; εσκεμμένα) οι λοιπές πτυχές-ιδιότητες του «Ιατρού-ανθρώπου». Αποσιωπώνται η ανάγκη του για πνευματική και ψυχική αυτονομία και παραβλέπονται οι ψυχικές και οι διανοητικές του αντοχές. Ξεχνιούνται επίσης τα δικαιώματα του Ιατρού, ενώ προβάλλονται εμμονικά και **αποκλειστικά** οι υποχρεώσεις του. Ακόμα, αγνοείται το δικαίωμα του Ιατρού στο ανθρώπινο λάθος, τουλάχιστον στο βαθμό που αναγνωρίζεται και στους λοιπούς ανθρώπους.²⁵ Επιπλέον, ο Ιατρός «κολακεύεται» διά της ένδυσής του με



εξωπραγματικές/υπεράνθρωπες ιδιότητες, προκειμένου να του αποδοθούν στη συνέχεια ευθύνες δυσανάλογες με τις ικανότητές του και τις υποχρεώσεις του. Έτσι η έννοια της ανθρωπίνης ιδιότητας του Ιατρού εκφυλίζεται από κάποιους στην έννοια-παρωδία του «συμπαραστάτη με το υπερανθρώπινο προσώπείο» και διαστρεβλώνεται κατά το δοκούν. Οι ασθενείς που πρεσβεύουν αυτές τις αξίες λησμονούν τις υποχρεώσεις τους προς τον Ιατρό, αλλά διεκδικούν με πάθος τα δικαιώματά τους. Αυτή η επιλεκτική “απόδοση” της “ανθρωπιάς” έχει οδηγήσει μερίδα του ιατρικού κόσμου στην αναζήτηση προστατευμένου περιβάλλοντος, στο οποίο ευελπιστούν πως δεν θα νοιώθουν απειλούμενοι¹⁰ ή πολιορκημένοι²⁹ και έχει αναγάγει τον καθορισμό των επαγγελματικών ορίων των Ιατρών (καθήκοντα, κανόνες, υποχρεώσεις, δικαιώματα) σε αδήριτη αναγκαιότητα, σύμφωνα με την πρακτική πολυάριθμων Ιατρικών συλλόγων ανά την υφήλιο.^{25,27,29}

Τελικά, στο δίλημμα επαγγελματισμός ή ανθρωπιά, **επάγγελμα ή λειτούργημα**, οι απαντήσεις ποικίλλουν. Είναι συχνά αδιέξοδο για τον Ιατρό να αποφασίσει ποια στάση θα επιλέξει, παρότι επαγγελματισμός και ανθρωπιά δεν εκφράζουν αμοιβαία αποκλειόμενες ιατρικές αξίες, παρόλο που αμφότερες είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για την άσκηση της Ιατρικής. Ο Ιατρός, με επίγνωση πως είναι επιστήμονας με κοινωνική αποστολή, επιλέγει τελικά μία στάση που αντλεί χαρακτηριστικά των δύο στάσεων, σε άλλοτε άλλη ποσόστωση, με βάση τις εκάστοτε συνθήκες άσκησης της ιατρικής. Ο Ιατρός καλείται -συχνά- να τετραγωνίσει τον κύκλο· η πρόκληση είναι να μην απωλέσει την ενσυναίσθησή του σε συνθήκες εξορθολογισμένου επαγγελματισμού.¹⁰ Συνοπτικά, το κύρος του Ιατρού διαφυλάσσεται διά της επίτευξης του συγκεκριμένου φαινομενικά αντιτιθέμενων στόχων, όπως η επιδίωξη του **πράττειν** (επαγγελματισμός) με την στόχευση του **είναι** (ανθρωπισμός).²⁶

2. Είναι ηθικό να ενδιαφέρεται ο Ιατρός για την αυτοπροστασία του;

Σε κάθε ημέρα του ιατρικού του βίου, ελλοχεύουν πολλαπλοί κίνδυνοι για τον Ιατρό (όπως δικαστικές

εμπλοκές, εκμετάλλευση από ασθενείς) αλλά και καταστάσεις που τον θλίβουν και παρακμάζουν το ηθικό του (όπως αποτυχία αντιμετώπισης ενός περιστατικού παρά την επιμελή του πρακτική, επιπλοκές και θάνατοι ασθενών του). Πολλοί πιστεύουν πως ο Ιατρός δεν είναι φρόνιμο να δίνει υπερβολική σημασία σε αυτές τις ενέδρες και πως, εάν επικεντρωθεί στο ιατρικό του έργο με φρόνηση και επιστημονική προσήλωση, δεν έχει λόγο να ανησυχεί ή να φοβάται. Διατείνονται πως ο Ιατρός που ασκεί την τέχνη του σε καθεστώς φόβου ή με γνώμονα την προσωπική του προστασία, επιλέγει συνήθως να μην αποφασίζει από το σύνολο των δυνατοτήτων της σύγχρονης θεραπευτικής φαρέτρας, αλλά από το υποσύνολο των «ασφαλών» επιλογών. Ήθος για τον γιατρό -ισχυρίζονται- αποτελεί η προσπάθεια του οφέλους του ασθενή του και όχι η ατομική του «άνεση», προτεραιότητα έχει ο αλτρουϊσμός και όχι το αυτιστικό του ενδιαφέρον να διαβεί «αλώβητος» τις ιατρικές συμπληγάδες.

Παρά ταύτα, η πλειονότητα αντιτίθεται στην άποψη αυτή. Ο Ιατρός, ως αναπόσπαστο σκέλος του ζεύγους «Ιατρός-ασθενής», έχει υποχρέωση -υποστηρίζουν- να προστατεύει την εικόνα της ακεραιότητάς του, για να είναι δυνατή η βιωσιμότητα του διπόλου και να διατηρείται η εμπιστοσύνη στο πρόσωπό του. Στην αντίθετη περίπτωση προκαλούνται ρωγμές στην αξιοπιστία της κοινωνίας προς τον Ιατρό και, κατά συνεκδοχικά, προς το σύνολο της ιατρικής κοινότητας. Η ανάληψη πρωτοβουλιών από τον Ιατρό έχει όρια· αυτά τα όρια δεν πρέπει να παραβιάζονται και η εξουσία του Ιατρού δέον να ασκείται μέχρι ενός σημείου. Όσο ανεύθυνο είναι να μην αναλαμβάνει ο Ιατρός κάποιο λελογισμένο κίνδυνο (π.χ. την ελάχιστη πιθανότητα πρόκλησης παρενέργειας από δεδομένο φάρμακο), άλλο τόσο ανεύθυνο είναι να εκθέτει τον ασθενή σε δυσανάλογα μεγάλο κίνδυνο. Ο Ιατρός δεν πρέπει να υπερεκτιμά την ικανότητά του προς επίτευση συγκεκριμένων πράξεων, ιδιαίτερα εάν αυτές είναι παρεμβατικές και απαιτούν εξειδικευμένη τεχνική δεξιότητα. Η μερίδα αυτή πιστεύει πως οι συνθήκες που θεωρούνται πως προστατεύουν τον ασθενή είναι



Ελεύθερο Θέμα

ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΜΕΡΟΣ Β')

επιθυμητό να συμπίπτουν με τις συνθήκες που θεωρούνται πως προστατεύουν τον Ιατρό.

Επίσης ο Ιατρός οφείλει να διατηρεί τον εαυτό του ψυχικά σταθερό, νοητικά θαλερό και σωματικά ακμαίο, προκειμένου να αποδίδει το μέγιστο των δυνατοτήτων του στο απαιτητικότατο έργο του. Ο Ιατρός έχει ηθική υποχρέωση τόσο προς τον εαυτό του όσο και προς τους ασθενείς του να φροντίζει στον ύψιστο βαθμό και τη δική του υγεία. Ο ασθενής έχει μόνο να κερδίσει από τον Ιατρό που διατηρεί αμέριμνες και σφριγηλές όλες του τις δυνάμεις και παραμένει σε επαγρύπνηση. Προς επίρρωση της αρχής αυτής, ο Ιατρός πρέπει να αποφεύγει τις αιτίες που μπορούν να τον οδηγήσουν στο **σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout syndrome)**, όπως η ακατάπαυστη εργασία που δημιουργεί συνθήκες ακραίας κόπωσης και αμβλύνει τη διανοητική δεινότητά του, η υπερτίμηση των ικανοτήτων του και των εφεδρειών του, η υπερβάλλουσα πολυπραγμοσύνη του και ο αυτοεγκλωβισμός του στην ψευδούποχρεωση του προσωπικού αλάθητου.^{25,31} Στο δίλημμα εάν ο Ιατρός οφείλει να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε περισσότερους αρρώστους, όπως το ηθικό του καθήκον προστάζει ή σε λιγότερους έχοντας υψηλότερη διαύγεια πνεύματος, οι περισσότεροι συντάσσονται με τη δεύτερη επιλογή, υπό την προϋπόθεση πως ο Ιατρός δύναται να επηρεάσει τις καταστάσεις και να επιλέξει μία εκ των δύο οδών, και εφόσον δεν διακινδυνεύει η ζωή ενός συνανθρώπου του. Η επαγγελματική εξουθένωση ή η εξέταση/επέμβαση ενός ασθενούς από Ιατρό διανοητικά εξοντωμένο θέτει την υγεία των ασθενών εν αμφιβόλω, κατάσταση που αντίκειται στην αρχή του "μη βλάπτει".

Επίσης αναγκαία είναι και η νομική κατοχύρωση του Ιατρού, όχι μόνο με την εξασφάλιση της αστικής ευθύνης και της νομικής προστασίας, αλλά και με τη μέριμνα να διατηρεί ο Ιατρός σε κάθε άρρωστό του επαρκές υλικό (ιστορικό, αρχείο εξετάσεων, φωτογραφικό υλικό, βίντεο, εικόνες κλπ), το οποίο θα κληθεί να χρησιμοποιήσει σε ανύποπτο χρόνο, για να τεκμηριώσει προς τους μη έχοντες ιατρικές γνώσεις πως έπραξε το "δέον γενέσθαι".¹³

Τέλος, ο Ιατρός έχει υποχρέωση (νομική και ηθική) να προστατεύει τον εαυτό του, λαμβάνοντας έγγραφη συναίνεση για οποιαδήποτε ιατρική πράξη με δυνητική επικινδυνότητα που θα επιτελέσει ο ίδιος, κατόπιν πλήρους, κατανοητής και σαφούς ενημέρωσης, από ασθενείς με ικανότητα συναίνεσης, όπως προβλέπει σαφώς ο ΚΙΔ (2005).^{13,24}

Η τέχνη του Ιατρού συναποτελείται από διάφορες κορυφές, οι οποίες είναι πολύ δύσκολο να πατηθούν στο σύνολό τους, ταυτόχρονα και στον απόλυτο βαθμό. Μία από αυτές είναι να πολεμά ο Ιατρός στο πεδίο της καθημερινής του μάχης τη νόσο του ασθενούς του και ταυτόχρονα να θωρακίζεται από τα "βέλη" που περνούν κοντά του (από τον ασθενή και από άλλες πηγές). Μία άλλη είναι να μην αποδεικνύεται αναίτια ρίψασις, συγχρόνως όμως να μην θυσιάζεται ασκόπως. Η ικανότητα, τέλος, του να διατηρεί ο Ιατρός τον εαυτό του ψύχραιμο, δυνατό, αισιόδοξο, μάχιμο και αποτελεσματικό, χωρίς να εξουθενώνεται και χωρίς να διακινδυνεύει ούτε την ακεραιότητά του ούτε την αξιοπρέπειά του, είναι αρετή που αποκτάται και καλλιεργείται συν τω χρόνω.

Ο Ιατρός αξίζει να μην λησμονεί πως πρώτιστος ηθικός στόχος του είναι η ευποιΐα του αρρώστου του μεν αλλά πως έχει υποχρεώσεις και προς τον εαυτό του δε. Θεμελιώδη καθήκοντα του Ιατρού προς τον εαυτό του είναι να τον κρίνει δίκαια, όχι υπερβολικά αυστηρά, αλλά ούτε με υπερβολική επιείκεια, να τον συμπονεί και να ενδιαφέρεται γι' αυτόν, και να τον προστατεύει από πολλαπλούς κινδύνους, ως εάν επρόκειτο για ένα τρίτο πρόσωπο που χρήζει συμπαραστάσης.²⁵ **Εν τέλει, η αυτοπροφύλαξη του Ιατρού προφυλάσσει συγχρόνως και εφάμιλλα και τους ασθενείς του.**

3. Τι συνιστά ηθικό, η υπακοή του Ιατρού στον προσωπικό του αξιακό κώδικα ή η συμμόρφωσή του με τις επιθυμίες του ασθενούς ;

Υπάρχουν πολυάριθμες στιγμές κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος που ο Ιατρός συνειδητοποιεί, πώς εάν επιλέξει να ικανοποιήσει τις επιθυμίες



του ασθενή, θα παραβιάσει θεμελιώδεις αρχές του δικού του ηθικού πλαισίου ή πως θα δράσει με τρόπο μη ορθό επιστημονικά. Ο ασθενής προτάσσει τις δικές του «ανάγκες» ή αυτό που εκείνος αντιλαμβάνεται ως προτεραιότητα ή πρόπον και θέτει τον Ιατρό ενώπιον τεχνητού ψευτοδιλήμματος, αναγκάζοντάς τον να προβεί σε διλημματική απόφαση, αχρείαστη επιστημονικά, αλλά αναπόφευκτη πρακτικά.

Η γνώμη των περισσότερων Ιατρών συγκλίνει στη θέση πως η συμμόρφωση του Ιατρού με τις ανάγκες του ασθενή, όταν αυτές είναι παράλογες ή υπερβολικές, συνιστούν μορφή λαϊκισμού. Ο ασθενής δημιουργεί τεχνητά «θέλω» ή «νομίζω» και πολλάκις πιέζει τον Ιατρό, προκειμένου να τον εξαναγκάσει σε στρεβλή άσκηση της Ιατρικής. Ενίοτε, «προειδοποιεί» τον Ιατρό πως οι συστάσεις του δεν θα τηρηθούν, διότι ο ασθενής έχει άλλα «πιστεύω» σε σχέση με την πορεία της υγείας του, διότι είναι εναντίον των φαρμάκων, διότι «διαφωνεί» με τον τρόπο που λειτουργούν τα φάρμακα που του έχει προτείνει ο Ιατρός ή επειδή του είναι αδύνατον να διακόψει έξις. Πολλάκις καταφεύγουν στον Ιατρό με μόνη τους επιδίωξη την ανακούφιση της συμπτωματολογίας τους, χωρίς να τους ενδιαφέρει η αναζήτηση της υποκείμενης πάθησης η ορθολογική διαγνωστική διερεύνηση, η στοχευμένη θεραπεία. Η μερίδα αυτή θεωρεί πως ο ασθενής ερμηνεύει εσφαλμένα το δικαίωμά του να συμμετέχει στην τελική απόφαση, διότι είναι ο ίδιος που διακατέχεται από άκαμπτες απαιτήσεις και όχι ο Ιατρός που του προτείνει εναλλακτικές επιλογές. Το να γίνεται ο Ιατρός παρακολούθημα του ασθενούς -ισχυρίζονται- επιτρέπει στον ασθενή να φαντασιώνεται πως χειραγωγεί τη σκέψη του Ιατρού. Πιστεύουν δε πως η συμπεριφορά της «χαλαρής ιατρικής συνειδησης» γυρίζει μπουόμερανγκ στον γιατρό, διότι οι περισσότεροι ασθενείς, παρόλο που πιέζουν να επιβληθεί η δική τους «άποψη», τελικά προτιμούν τον Ιατρό με τις στέρεες ιατρικές γνώσεις, ο οποίος έχει ταυτόχρονα την παρηγορία και τα πειστικά επιχειρήματα να τις υπερασπίζεται, αλλά και την εξουσία να τις εφαρμόζει.

Σε άλλο μήκος κύματος κινείται η μειονότητα -όχι αμελητέα- του ιατρικού σώματος, που υποστηρίζει

πως οι επιθυμίες του ασθενούς και η κοσμοθεωρία του δεν είναι απλώς συνιστώσες που χρήζουν σεβασμού, αλλά μεταβλητές που ο Ιατρός είναι απαραίτητο να τις εξακριβώσει, να τις εμπεδώσει και ακολούθως να τις γονιμοποιήσει με τις δικές του γνώσεις, εάν επιθυμεί τη συμμόρφωση του αρρώστου του. Ο ασθενής βιώνει τη δική του πραγματικότητα (συνθήκες καθημερινότητας, κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, ιδεολογία, καταβολές, οικογενειακοί περιορισμοί κλπ) και δεν επιθυμεί τις λύσεις που ταιριάζουν στο μέσο όρο των ιατρικών μελετών, αλλά την δική του, την εξατομικευμένη οδό αντιμετώπισης, που ο Ιατρός, ως πνευματική προσωπικότητα, έχει την δικαιοδοσία και το καθήκον να ανακαλύψει. Υποστηρίζουν δε πως η ιδιαιτερότητα του ασθενούς δεν είναι μόνο η σωματική του ιδιοσυγκρασία, αλλά και οι μοναδικές νοητικές ιδιότητές του. Για το λόγο αυτό, συνεχίζουν, τα σύγχρονα συστήματα ασφάλισης θέτουν την «ικανοποίηση» του ασθενή ως παράμετρο με βαρύνουσα προτεραιότητα.

Στο πολυεπίπεδο πεδίο δράσης της σύγχρονης ιατρικής πρακτικής, η συμπίεση Ιατρού-ασθενή έχει αναδειχθεί σε αδήριτη ανάγκη. **Ο καθένας διατηρεί το δικαίωμα να ασκεί τα δικαιώματά του, με κυρίαρχο αυτό της αυτονομίας.** Το συμφέρον του κάθε ασθενούς ανήκει, φυσικά, **και** στη δική του σφαίρα εκτίμησης, εφόσον ο ίδιος «πάσχει»· ωστόσο ο Ιατρός γνωρίζει πολύ καλύτερα το ιατρικό συμφέρον του αρρώστου του. Ο Ιατρός έχει την μείζονα ευθύνη για κάθε πράξη (είτε για την αποφυγή της) που ο ίδιος συνιστά στον άρρωστό του. Λόγω της άγνοιάς του, ο ασθενής έχει το τεκμήριο της "αθωότητας" για οποιαδήποτε απόφαση του Ιατρού. Αρμόζει στον Ιατρό να μην κρύβεται πίσω από τον δικαιωματισμό του ασθενούς, προκειμένου να αποφύγει τις ιατρικές ευθύνες του και να μην θυσιάζει έστω και κατ' ελάχιστο την ασφάλεια του ασθενούς του, έστω και για μία στιγμή. Ούτε ταιριάζει στο ιατρικό ήθος να επιρρίπτει στον άρρωστο ευθύνες που δεν του αναλογούν.³² Η εφαρμογή των ιατρικών δεδομένων, προσαρμοσμένη στην ιδιοσυστασία του συγκεκριμένου αρρώστου με τον πλέον δόκιμο τρόπο, είναι το πρόταγμα



Ελεύθερο Θέμα

ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΜΕΡΟΣ Β')

που δικαιώνει τη δύσκολη τέχνη του Ιατρού και δεν μπορεί να αντικατασταθεί ούτε από την εγκυκλοπαιδική πληροφόρηση ούτε από τις ιδέες του ασθενούς, ούτε από φήμες που κυκλοφορούν στο συλλογικό συνειδητό ή στον κοινωνικό περίγυρο. Ο Ιατρός οφείλει να περι-
χαράκωνει τα αιτήματα του ασθενούς με συνέπεια.¹¹ Ο ασθενής έχει οπωσδήποτε μερίδιο ευθύνης για την τελική έκβαση του προβλήματος υγείας του, αλλά τα σκήπτρα της υπευθυνότητας ανήκουν αυτοδίκαια στην αρμοδιότητα του Ιατρού.

4. Είναι ηθικά επιτρεπτό να παιδαγωγεί ο Ιατρός τον ασθενή κατά την άσκηση της κλινικής ιατρικής ;

Η εκπαίδευση της κοινότητας σε θέματα υγείας και συμπεριφοράς προς τους ιατρούς παρουσιάζει σοβαρές στρεβλώσεις· αποτελεί, ως εκ της παραδοχής αυτής, κρίσιμη πρόκληση η κάλυψη του κενού. Οι ασθενείς που προσέρχονται για ιατρική επίσκεψη συνήθως αγνοούν τους βασικούς κανόνες ορθής συμπεριφοράς τους προς τον Ιατρό. Συχνά είναι θύματα των μύθων τους για την ενδεδειγμένη στάση αλλά και τα καθήκοντα του Ιατρού. Επιπλέον γέμουν προκαταλήψεων, ψευδών πεποιθήσεων και στρεβλών και αποσπασματικών "ιατρικών" πληροφοριών. Κάποιοι ασθενείς έχουν προσβληθεί από τη σύγχρονη μάλιστα, **το σύνδρομο της διαδικτυακής υποχονδρίας (cyberchondria)**, το οποίο αναφέρεται στην αγχώδη συνήθεια πολλών να αναζητούν ψυχαναγκαστικά και κατ' εξακολούθηση διαγνωστική «λύση» στη συμπτωματολογία τους με τη βοήθεια των μηχανών αναζήτησης του διαδικτύου. Η παροδική ανακούφιση εναλλάσσεται με την επιδείνωση του άγχους και του πανικού τους. Καταλήγουν μάλιστα να έχουν «πρόταση» προς τον Ιατρό τους (!!!) για την πιθανότερη πάθηση από την οποία πάσχουν, βάσει δικών τους, αδιευκρίνιστων, κριτηρίων, η οποία, συχνότατα, είναι και η σοβαρότερη από τις υποψήφιες.³³

Ευρισκόμενος αντιμέτωπος με «απαιδευτους» ασθενείς, ο Ιατρός βρίσκεται ενώπιον του διλήμματος : *έχω ή όχι το δικαίωμα και, πολύ περισσότερο, την υποχρέωση*

να διαπαιδαγωγήσω τον ασθενή μου, οριοθετώντας τον σε ζητήματα συμπεριφοράς, γνώσεων, δημόσιας υγείας και ιατρικής συλλογιστικής ; Όσοι Ιατροί απαντούν θετικά στα ερωτήματα αυτά, υποστηρίζουν πως χωρίς τη νοου-
θέτησή του, ο ασθενής θα πελαγοδρομεί άπραγος, πως εφόσον η σχολική αλλά και η κοινωνική εκπαίδευση δεν φρόντισε να «μορφώσει» τον πολίτη επί των ιατρικών θεμάτων, εναπόκειται στην ευχέρεια του Ιατρού να διαλύσει τα μυθεύματα που έχουν ριζώσει στο νου του ασθενή και να του δώσει τη δυνατότητα να δομήσει απο-
δεκτές συμπεριφορές έναντι του Ιατρού. Θεωρούν πως ο πολίτης έχει σημαντική ευκαιρία -που δεν πρέπει να περάσει ανεκμετάλλευτη- να σμιλεύσει τις γνώσεις του, ακόμα και κατά την περίοδο της ασθένειάς του. Τέλος, θεωρούν πως η στιγμή της επαφής του με τον ασθενή είναι μία από τις ελάχιστες που έχει ο Ιατρός στη διάθεσή του να εξασκήσει την πειθώ του και να μεταφέρει στον ασθενή-πολίτη έστω και ελάχιστα μηνύματα, τα οποία θα είναι χρήσιμα για την υγεία του.

Η αντίθετη άποψη θεωρεί πως ο χώρος άσκησης της ιατρικής, το Νοσοκομείο και το Ιατρείο, είναι ακατάλληλοι για την ορθή μεταλαμπάδευση πολύ σπουδαίων μηνυμάτων και τρόπου σκέψης, τόσο λόγω ελλείψεως χρόνου, όσο και λόγω της συναισθηματικής φόρτισης και της επικέντρωσης του αρρώστου στο θέμα της υγείας του, που καθιστούν ελλειμματική την αφομοίωση των λεγομένων. Ο ασθενής ενδέχεται να θεωρήσει πως ο Ιατρός υποπίπτει στο ολίσθημα της κατάχρησης εξουσίας ή πως ξεπερνά τη δικαιοδοσία του ή πως συμπεριφέρεται πατερναλιστικά, ως μη όφειλε, εφόσον ο λόγος της επίσκεψης στο Ιατρείο ή το Νοσοκομείο δεν είναι η εκπαίδευσή του αλλά η ανακούφισή του.¹⁰ Επίσης θεωρούν πως η απόλυτη απαραίτητη εκπαίδευση του κοινού σε ιατρικά θέματα δέον να γίνεται θεσμικά, μέσω των υπεύθυνων οργάνων της Πολιτείας και διά εκλαϊκευμένων ομιλιών, που θα είναι οργανωμένες από τους Ιατρικούς Συλλόγους και από τις επιστημονικές και επαγγελματικές εταιρείες των ιατρικών ειδικοτήτων.

Η ηθικά σολομώντεια λύση θα δοθεί και πάλι μέσα από την κρίση του Ιατρού, ο οποίος χωρίς να θυσιάζει



το κλινικό του έργο, είναι θεμιτό να διαβλέπει τις χαράμαδες εκπαίδευσης των ασθενών, εάν αυτές υπάρχουν. Πολύ περισσότερο, είναι σωστό να ενσταλάζει σπόρους διδαγμάτων και εύκολα αντιληπτών ιατρικών δεδομένων, όταν αυτό είναι εφικτό, στους ανθρώπους που διαφαίνεται πως είναι δεκτικοί. Μία πρόταση για την εκπλήρωση του ηθικού καθήκοντος του ιατρικού κόσμου στην εκπαίδευση της κοινότητας θα μπορούσε να είναι η θέσπιση «σχολείων» διά βίου μάθησης σε θέματα ιατρικού πολιτισμού, πρόληψης και ανάπτυξης ορθής συμπεριφοράς για την προαγωγή της ατομικής και της δημόσιας υγείας.

5. Είναι ηθικό καθήκον του Ιατρού η εκπαίδευση συναδέλφων του ;

Η Ιατρική Ηθική αποτελεί το υλικό αίτιο αλλά επίσης και το τελικό αίτιο (κατά τον ορισμό του Αριστοτέλη, 384-322 π.Χ.) της διά βίου ιατρικής εκπαίδευσης. Ηθικά κίνητρα είναι αυτά από τα οποία (οφείλει να) εμφορείται ο Ιατρός· αγαθός επίσης (οφείλει να) είναι ο σκοπός της επιτέλεσης του ιατρικού έργου. Το δίλημμα που τίθεται είναι εάν **και** η μετακένωση της ιατρικής τέχνης από Ιατρό σε Ιατρό συνιστά ιατρική ηθική υποχρέωση και, εάν ναι, κάτω από ποιες συνθήκες.

Κάποιοι -λίγοι- πιστεύουν πως, εφόσον δεν είναι εφικτό να αποκτήσει ο Ιατρός όλη την απαιτούμενη εμπειρία στη διάρκεια της προπτυχιακής του εκπαίδευσης και της μεταπτυχιακής του εξειδίκευσης, απαιτείται η προσωπική μελέτη, αλλά και η διαρκής επιδίωξη απόκτησης εμπειρίας μέσα από τον προσωπικό αγώνα του Ιατρού. Ισχυρίζονται πως η διαδικασία αυτο-εκπαίδευσης είναι η σημαντικότερη, διότι ο ενδιαφερόμενος Ιατρός, γνωρίζοντας τις ανάγκες του και τα ελλείμματά του, δύναται να εκπαιδεύσει επιτυχώς τον εαυτό του, εάν συνδυάσει τις κλινικές του εμπειρίες με την προσεκτική και στοχευμένη μελέτη του.

Παρά ταύτα, οι περισσότεροι ομονοούν πως η Ιατρική διδάσκεται· πως ο Ιατρός που πληροί ταυτόχρονα τρεις προϋποθέσεις: α) να είναι γνώστης (γνωρίζει τα

σημαίνοντα αλλά και τα **σημαινόμενα**), β) να επιθυμεί να μεταλαμπαδεύσει τις γνώσεις του και γ) να έχει την ικανότητα του διδάσκειν, είναι αναντικατάστατος πλάστης της ιατρικής συνείδησης του συναδέλφου του. Η Ιατρική δεν έχει καμία σχέση με τη στεία πληροφορηση· πολύ περισσότερο συνιστά συγχρόνως γνώση θεωρητική και πρακτική, μόρφωση και τέχνη, θεωρία και εμπειρία. Οι αενάως μεταλλασσόμενες και πολλαπλασιαζόμενες ιατρικές γνώσεις και τα νέα πεδία που αναδύονται διαρκώς απαιτούν ιδιοφυή Ιατρό και συνάμα τη βούλησή του να θέτει εαυτόν στη διαδικασία εκμάθησης και εκπαίδευσης, προκειμένου αυτές να γίνουν κτήμα του. Η εκπαίδευση αυτή απαιτεί ικανό “δάσκαλο”· η διδασκαλία Ιατρού από Ιατρό αποτελεί ύψιστης ηθικής σημασίας ιατρική πράξη.

Τούτων δοθέντων, δεν αποτελούν έκπληξη τα διδάγματα της εμπειρίας : κανένας δεν έγινε καλός Ιατρός μόνο διά της προσωπικής ενασχόλησής του, η οποία είναι μεν αναγκαία συνθήκη, αλλά δεν είναι ούτε ικανή ούτε επαρκής για την πλήρη ιατρική εκπαίδευση. Το απόφθεγμα του Αριστοτέλη πως «κανείς δεν μπορεί να γίνει Ιατρός διαβάζοντας ιατρικά βιβλία» εκφράζει την αλήθεια αυτή γλαφυρά και λακωνικά. Εξάλλου, ο ίδιος ο Ιπποκράτης στον «Όρκο» αναβιβάζει τους δασκάλους του Ιατρού σε πρόσωπα ισότιμα με τους γονείς του. Τέλος, είναι πεποίθηση πολλών, πως ο Ιατρός θεωρείται πως έχει ολοκληρώσει την τέχνη του όχι μόνο με την εφαρμογή της Ιατρικής αλλά και με τη διδασκαλία της· διότι χωρίς την εκπλήρωση του ηθικού καθήκοντος της εκπαίδευσης των εκκολαπτόμενων αλλά και των καταξιωμένων συναδέλφων του, δεν θα οικοδομηθεί επαρκώς η ισχυρή ιατρική τους οντότητα.

Για να μπορέσει όμως ο Ιατρός να ολοκληρώσει την εκπαίδευσή του, είναι αναγκαίο να εκπαιδευτεί ισότιμα με την ιατρική γνώση και στην ιατρική ηθική. Η υποχρέωση αυτή δεν μπορεί να τελεστεί εφάπαξ, στα αρχικά χρόνια εκπαίδευσης, αλλά είναι σκόπιμο να συνεχίζεται σε όλη την πορεία του Ιατρού. Η ιατρική ηθική δεν είναι προϊόν μελέτης· διδάσκεται σε κάποιο βαθμό, αλλά κυρίως ασκείται. Η άσκηση κομίζει πείρα και η εμπειρία σμιλεύει



Ελεύθερο Θέμα

ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΜΕΡΟΣ Β')

ηθική. Ο Ιατρός-δάσκαλος είναι εκείνος, ο οποίος με το παράδειγμά του αλλά και τις συμβουλές του, μπορεί να εμψυχήσει τις αρχές της ιατρικής ηθικής αλλά και τον πρακτικό τρόπο που αυτές μετουσιώνονται σε πράξη. Πλείστες μελέτες έχουν αποδείξει πως η εκπαίδευση των Ιατρών στην ιατρική ηθική βελτιώνει την αντιληπτική ικανότητά τους για τα τεκταινόμενα, την αυτοπεποίθησή τους, την εμπιστοσύνη που εμπνέουν, την επικοινωνιακή προσέγγιση των ασθενών, την εξεμύθησή τους, την επιδεξιότητά τους να ανταποκρίνονται επιτυχώς σε καινοφανή ή/και δύσκολα ηθικά διλήμματα, την ικανότητα ανάκλησης γνώσεων, τον επαγγελματισμό τους και την ικανότητά τους να λαμβάνουν ορθολογικά “δύσκολες” αποφάσεις.^{28,34} Η τεράστια συμβολή του Ιατρού-δασκάλου είναι η επιμελής διδασκαλία των **μυστικών** της ιατρικής τέχνης, που περιλαμβάνει όχι μόνο τη γνώση και την τεχνική, αλλά και αρχές, αφορισμούς, διδάγματα και αξίες. Διότι ο σκελετός της σκέψης του Ιατρού έχει ως ίδιον συστατικό τον επιστημονικό αλγόριθμο· η σάρκα της, ωστόσο, πλάθεται με ηθικούς κανόνες.

6. Ιατρικός ανταγωνισμός: ηθικά χρήσιμος ή αναγκαίο κακό;

Η ιατρική εκτός από λειτούργημα είναι και επάγγελμα, το οποίο όταν ασκείται έντιμα και συνετά, επιφέρει, εκτός από θλίψεις και προβληματισμούς, οφέλη και ευεργεσίες στον Ιατρό. Εκτός από τα ιδιαίτερα παρεξηγημένα οικονομικά οφέλη, προσδίδει φήμη, καταξίωση και κύρος, αφού η αριστεία που οφείλει να επιδιώκει ο Ιατρός τον τοποθετεί δικαιωματικά στην κορυφή της πνευματικής, επιστημονικής και κοινωνικής ιεραρχίας. Είναι νομοτελειακό να συναγωνίζονται οι Ιατροί μεταξύ τους για την κατάκτηση της πολυπόθητης κορυφής; Πόσες ιατρικές κορυφές υπάρχουν; Είναι ρεαλιστικό να πιστεύουμε πως δεν χρειάζεται ιατρικός συναγωνισμός, με το επιχείρημα πως η «ζήτηση» είναι τόσο μεγάλη που η ιατρική «προσφορά» θα την υπερκαλύψει;

Η ρομαντική σχολή, που ψέγει τον ανταγωνισμό, θεωρεί πως η ανταγωνιστική λογική δεν συνάδει με το ήθος του Ιατρού. Πως η αξία της συναδελφικότητας

είναι ηθικό να διέπει τις σχέσεις των μελών της ιατρικής κοινότητας. Πως η συνεργασία των Ιατρών είναι επ' ωφελεία τους. Πως η ιατρική κοινότητα γίνεται αποτελεσματικότερη για την υγεία των ασθενών μόνο όταν ομονοεί. Οι υποστηρικτές αυτής της άποψης θέλγονται από την ηθική βουλησιαρχία και είναι πεπεισμένοι πως, όποιος πράττει το σωστό και το ηθικό, αργά ή γρήγορα ανταμείβεται και πως, η δυνατότητα να πατήσει ο εκάστοτε Ιατρός την κορυφή εξαρτάται **αποκλειστικά** από τον ίδιο και όχι από το να «προσπεράσει» τον συνάδελφό του σε έναν εικονικό αγώνα δρόμου. Ισχυρίζονται πως δεν υπάρχει μία κορυφή, αλλά πάρα πολλές. Τέλος, διατείνονται πως αρκεί ο Ιατρός να υπερβεί τον εαυτό του με επίπονο αγώνα, προκειμένου να ανέλθει στην κλίμακα της προόδου και να αγγίξει την τελειότητα, να πατήσει την **δική του** κορυφή.

Η πραγματικότητα όμως είναι αδυσώπητη. Οι Ιατροί διαφέρουν μεταξύ τους σε γνώσεις, απόψεις, κριτήρια, καταβολές, χαρακτήρα, προσωπικότητα, κίνητρα, λεκτικό και μη λεκτικό τρόπο επικοινωνίας, αντίληψη περί συναδελφικότητας, ροπή προς το αγαθό, θυσιαστικό πνεύμα, αυτογνωσία για τη δική τους επιστημονική, ιατρική, ηθική και πνευματική ταυτότητα κ.ο.κ. Διαφέρει επίσης ο τρόπος που αντιλαμβάνονται την ιατρική εκπαίδευση, η θέληση και η ικανότητά τους για ιατρική διδασκαλία αλλά και η άποψή τους για τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις που χαρακτηρίζουν τα διάφορα στάδια της ιατρικής ιεραρχίας.¹²

Εξάλλου, οι κατοχυρωμένες, θεσμικά ή μη, ευκαιρίες για την εξειδίκευση των Ιατρών, για την απόκτηση κλινικής και/ή επεμβατικής εμπειρίας και για την βαθιά εξοικείωση με συγκεκριμένες δεξιότητες είναι πεπερασμένες. Η γνώση έχει γκετοποιηθεί· προϊόντος του χρόνου οι θέσεις για υποειδίκευση σε τεχνικές δεξιότητες και επεμβατικές ικανότητες περιορίζονται όλο και περισσότερο. Επιπλέον, η εμπειρία που δύναται να αποκομίσει ο Ιατρός στον περιορισμένο χώρο του Νοσοκομείου εξειδίκευσής του έχει φραγμούς, με αποτέλεσμα οι Ιατροί να αναζητούν τον εμπλουτισμό της αλλαχού.



Τα ανωτέρω, αλλά και διάφορες άλλες νομοθετικές ή τοπικές αγκυλώσεις, καθιστούν τον ιατρικό ανταγωνισμό, με τη μορφή της άμιλλας και του συναγωνισμού με ηθικά κριτήρια σύγχρονη αναγκαιότητα, εάν ο Ιατρός επιθυμεί να επιτύχει εμπράκτως στην ύψιστη αποστολή του. Ιατρός χωρίς ιατρική γνώση και δεινότητα και χωρίς ασθενείς που να τον εμπιστεύονται δεν λογίζεται ως Ιατρός· οι στόχοι αυτοί, εν τούτοις, δεν είναι δεδομένοι, αλλά ζητούμενοι. Η πράξη έχει αποδείξει πως, χωρίς το συναγωνισμό με τους συναδέλφους του-μνηστήρες της πρωτιάς, ο Ιατρός δεν βελτιώνεται διαρκώς, δεν ξεπερνάει τον εαυτό του. Η εμπειρία εγκαταλείπει τον Ιατρό που ράθυμα αποφεύγει να θέσει εαυτόν στη βάσανο της ευγενούς άμιλλας. Αντιθέτως, εισερχόμενος σε ομάδες γνώσης και τεχνικής εξειδίκευσης γίνεται εμπειρότερος, γεγονός που του επιτρέπει να εισέρχεται σε νέες δεξαμενές εξειδικευμένης γνώσης και να γίνεται ακόμα εμπειρότερος· η εξειδίκευση έλκει την εμπειρία και τανάπαλιν.

Συνεπώς, η αδιάκοπη πορεία βελτίωσης, εγγενές καθήκον του Ιατρού, επιτυγχάνεται μέσα από την ευγενή άμιλλα. Ο συναγωνισμός είναι αυτονόητο δικαίωμα αλλά και υποχρέωση του Ιατρού, εφόσον αναγνωρίζει εμπράκτως στους συναδέλφους του το ίδιο δικαίωμα και την ίδια υποχρέωση αφενός και γίνεται με ηθικούς και αμοιβαία αποδεκτούς όρους αφετέρου. Το αντικείμενο του ανταγωνισμού προσφέρει στον Ιατρό απάντηση στα ερωτήματα «τι και διατί», του δίνει κίνητρο να διασπάσει τα όριά του και να μεγαλουργήσει. Η αποκτηθείσα γνώση μετατρέπεται τότε σε κέντρο της σφαίρας, η οποία διαρκώς μεγαλώνει. Τέλος, οι καρποί του ανταγωνισμού, στηρίζουν με ακλόνητα θεμέλια την ιατρική αυθυπαρξία και αυτονομία, καθιστώντας τον Ιατρό χρήσιμο στους ασθενείς του και την κοινωνία.

7. Είναι επιτρεπτό να ασκεί ο Ιατρός την επιστήμη του εκτός των ορίων της ειδικότητάς του ;

Το δίλημμα αυτό δεν γίνεται προδήλως αντιληπτό. Διαλάβει του ηθικού αξιακού κώδικα του Ιατρού, διότι

ο επιμερισμός των πεδίων αρμοδιοτήτων των Ιατρών θέτει -υποτίθεται- σαφείς διαχωριστικές γραμμές μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων. Πόσο όμως σαφή και διακριτά είναι τα όρια των ειδικοτήτων ; Πόσο απροσπέλαστα είναι ή πρέπει να είναι ; Τα όρια αυτά χωρίζουν ή συνδέουν, οδηγούν σε αμοιβαίο αποκλεισμό ή σε γόνιμη συνύπαρξη τις ιατρικές ειδικότητες ;

Οι υπέρμαχοι του ξεκάθਾਰου διαχωρισμού κυριαρχούν στην πράξη, αλλά και στο δεοντολογικό κώδικα των Ιατρών· συμπλέει ομοίως το γράμμα του νόμου και οι πεποιθήσεις των περισσότερων πολιτών. Θεωρούν πως ο εξειδικευμένος Ιατρός είναι σε ευνοϊκότερη θέση σε σχέση με τον γενικό Ιατρό/γενικό Παθολόγο να διαγνώσει αλλά και να θεραπεύσει τον ασθενή, σύμφωνα με τις εκάστοτε τρέχουσες εξελίξεις, λόγω της βαθύτερης γνώσης των νόσων της ειδικότητάς του και λόγω της εμπειρίας που απορρέει από τη συχνή ενασχόλησή του με το εξειδικευμένο γνωστικό αντικείμενο· συνεπώς δεν θεωρούν ηθικό να θεραπεύει ο Ιατρός γενικής κατεύθυνσης τις εξειδικευμένες παθήσεις. Επίσης πιστεύουν πως οι ειδικοί Ιατροί είναι ηθικό να διαχειρίζονται τον ασθενή όσο και όπως τους επιτρέπουν τα από του νόμου και από την επιστήμη καθορισμένα καθήκοντα της ειδικότητάς τους, καθώς και να μην αναλαμβάνουν αλλότρια (**αντιποίηση ειδικότητας**).

Στην παράλληλη κοίτη του ποταμού της δεοντολογίας κείται η αντίθετη άποψη, σύμφωνα με την οποία ο ασθενής είναι ενιαίο και αδιαίρετο σύνολο, πως τα συστήματα του σώματος αλληλεπιδρούν και αλληλοεξαρτώνται και πως τα διάφορα όργανα δεν είναι στεγανά και αυτόνομα. Ούτε οι εκδηλώσεις από τις παθήσεις των διαφόρων οργάνων έχουν ειδικά διαγνωστικά και αλληλοαποκλειόμενα χαρακτηριστικά. Με ισχυρό εφόδιο την άριστη ιατρική κατάρτιση, ο Ιατρός είναι «ο γιατρός του ασθενή του», γνωρίζει *πώς να τον κατευθύνει και να τον συμβουλέψει ως Ιατρός*, γνωρίζει πότε και σε ποιον συνάδελφό του να τον παραπέμψει, καθώς και ποια είναι η προτεραιότητα για την υγεία του αρρώστου του σε δεδομένη στιγμή. Κορωνίδα της επιχειρηματολογίας



Ελεύθερο Θέμα

ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΜΕΡΟΣ Β')

τους είναι η πεποίθησή τους πως η ορθή ιατρική για τη διερεύνηση ενός ασθενούς δεν (πρέπει να) εξαρτάται από την ιατρική ειδικότητα (**η ιατρική είναι μία**, υποστηρίζουν) και πως η περιχαράκωση των ιατρικών ειδικοτήτων είναι τεχνητή, διότι αναγκάζει τον Ιατρό στην υιοθέτηση αποστειρωμένης ιατρικής και οδηγεί τον ασθενή σε σύγχυση.

Η ραγδαία εξέλιξη των ιατρικών γνώσεων και η εκτόξευση των ιατροτεχνολογικών εξελίξεων κατέστησε τον κατακερματισμό της ιατρικής σε ειδικότητες και υπο-ειδικότητες μονόδρομο. Η ιατρική έρευνα καλπάζει, επιβάλλοντας νέα εργαλεία σκέψης και δράσης. Η αίγλη του εξειδικευμένου Ιατρού αυξάνεται εκθετικά. Το ηθικό ζήτημα που αυθόρμητα αναφύεται είναι εάν ο Ιατρός που ασκεί **αποκλειστικά** υπερ-εξειδικευμένη ιατρική είναι ο συντελεστής που λείπει από την εξίσωση της αποτελεσματικής προσφοράς υπηρεσιών υγείας.

Η πράξη έχει δείξει πως η γενική και ισόρροπη γνώση της Ιατρικής είναι απαιτούμενη **και** για τον ειδικό Ιατρό (όχι μόνο για τους γενικούς Ιατρούς/Παθολόγους), που θέλει να εξασκήσει ορθά την ειδικότητά του. Πως, χωρίς να εμφολωρεί σε ξένα προς την ειδικότητά του αντικείμενα, ο Ιατρός έχει δικαίωμα, αλλά και καθήκον, να αντιμετωπίζει τον ασθενή ολιστικά, λαμβάνοντας υπόψη όλα του τα συμπτώματα, έχοντας κατά νου συχνές και σπάνιες παθήσεις, χωρίς να υποβιβάζει τον ψυχικό παράγοντα σε παρία. Πως η συνεργασία με συναδέλφους του αποβαίνει προς όφελος του ασθενή και της ιατρικής επιστήμης. Πως η μία ειδικότητα αδιόρατα εισχωρεί μέσα στην όμορφη της ερήμν του Ιατρού και πως ο νοητός χώρος επικάλυψής τους είναι πολλάκις το θερμό πεδίο του προβλήματος του αρρώστου και η αφορμή ανάδυσης των διαγνωστικών και των ηθικών διλημάτων.

Εν τέλει, ο εξειδικευμένος Ιατρός προφανώς και δεν πρέπει να αναλάβει τη θεραπεία και την παρακολούθηση ασθενών που υποφέρουν από νόσους εκτός της ειδικότητάς του, αλλά δεν είναι φρόνιμο να απεκδυθεί το ρόλο του Ιατρού με το πρόσχημα της εξειδίκευσής του.

ο απερίσκεπτος απογαλακτισμός του από τον κορμό της Ιατρικής θα συρρικνώσει τον ορίζοντα σκέψης και δράσης του και θα τον οδηγήσει να γνωρίζει βαθμιαία όλο και περισσότερα για όλο και στενότερο πεδίο ενδιαφέροντος.

8. Ορθή χρήση της γλώσσας στην ιατρική πρακτική και έρευνα: Ηθική αναγκαιότητα ή περιττή πολυτέλεια;

Η επικοινωνία μεταξύ των Ιατρών, αλλά και μεταξύ Ιατρών και επαγγελματιών υγείας, λοιπών επιστημόνων και ασθενών είναι βασική προϋπόθεση για την επιτυχή ολοκλήρωση πολλών τομέων και πολλών δεξιοτήτων της ιατρικής πράξης: επικοινωνιακή δεξιότητα, κοινός γλωσσικός κώδικας μεταξύ ιατρών, συγγραφή ιατρικών άρθρων και βιβλίων, ομιλίες επιστημονικές και εκλαϊκευμένες, εξοικείωση με τις εξελίξεις της βιοϊατρικής τεχνολογίας κ.λ.π. Μερικά από τα ερωτήματα που αναδύονται στη σύγχρονη γλωσσική Βαβέλ είναι τα ακόλουθα : Είναι αναγκαίο για τον Ιατρό να χρησιμοποιεί πλούσιο λεξιλόγιο και να δίνει σημασία στην κυριολεξία ; Είναι ισχυρό εφόδιο των Ιατρών η ευφράδεια και η ορθολογική χρήση της αγγλικής γλώσσας για την εξέλιξη και τη διάδοση της ιατρικής γνώσης ;

Αρκετοί Ιατροί δεν δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην επιλογή των κατάλληλων λέξεων στον λόγο τους, γραπτό και προφορικό, πιστεύοντας πως η επιδεξιότητα αυτή είναι περιττή. Θεωρούν πως με λίγα και λιτά λόγια μπορούν να εκφράσουν τη σκέψη τους και να αντλήσουν ή να μεταδώσουν τις πληροφορίες που επιθυμούν. Είναι της άποψης πως η εστίαση του Ιατρού στη γλωσσική επικοινωνία του δημιουργεί ανούσιους περισπασμούς από το κλινικό, το επεμβατικό ή το ερευνητικό του έργο. Αυτό που έχει σημασία, ισχυρίζονται, είναι πώς πράττεις κάτι και όχι πώς διατυπώνεις αυτό που πράττεις. Όσον αφορά στην επικοινωνία με τον ασθενή, επιχειρηματολογούν λέγοντας, πως η μη λεκτική επικοινωνία είναι σημαντικότερη από τη λεκτική, η γλώσσα του σώματος έχει μεγαλύτερη επιδραστική ισχύ από τις λέξεις.

Η μεγάλη πλειονότητα όμως διαφωνεί, πιστεύοντας πως το πνευματικό επίπεδο, που το πλούσιο λεξιλόγιο



δηλώνει, συνάδει με την ανωτερότητα του Ιατρού. Οι λέξεις-υποστηρίζουν οι περισσότεροι- εμπερικλείουν ζωοποιό ενέργεια. Σκεφτόμαστε με τις λέξεις, χωρίς αυτές, οι συλλογισμοί μας πτωχεύουν, ατροφούν, επιπεδώνονται. Οι λέξεις εκφράζουν νοήματα περίπλοκα, όπως αυτά που καλείται καθημερινά να συλλάβει, αλλά και να αποδώσει ο Ιατρός. Οι λέξεις αποδίδουν έννοιες· αντιστρόφως, χωρίς αυτές, οι έννοιες ούτε γεννώνται ούτε σχηματοποιούνται. Η χρήση των λέξεων διαμορφώνει τον διανοητικό ορίζοντα και οριοθετεί τη γνωστική και ηθική συνείδηση του Ιατρού. Οι προσεκτικά επιλεγμένες λέξεις διαπλάθουν τη μνήμη. Αρκετές φορές, οι λέξεις αφήνουν στο μυαλό των Ιατρών αποτύπωμα εφάμιλλο με τη βιωματική εμπειρία. Οι απαιτητικές λέξεις τροχίζουν τα χαρίσματα σε δεξιότητες. Λέξεις και συνάψεις αλληλεπιδρούν και αλληλοενισχύονται. Μαθαίνει ο Ιατρός γνώσεις, αποκτά εμπειρίες και δομεί ηθική προσωπικότητα διά της εκλεπτυσμένης χρήσης της γλώσσας. Οι λέξεις εκδικοούνται· εάν ο Ιατρός τις χρησιμοποιήσει εσφαλμένα, μετατρέπονται -στις καθημερινές ιατρικές μάχες- από χρηστικά εργαλεία και όπλα σε μπούμερανγκ. Οι λέξεις είναι οι ρίζες της διανοητικής και της συναισθηματικής νοημοσύνης του Ιατρού. Τέλος, με την ορθή χρήση της γλώσσας, ο Ιατρός καλλιεργεί και την προσήκουσα στην ιδιότητά του μη λεκτική επικοινωνία.

Η γλώσσα κομίζει στον κάτοχό της γνωσιακό, εννοιολογικό, πολιτισμικό, κοινωνικό και συναισθηματικό φορτίο. Η ιατρική γλώσσα, αν και συγγενεύει και εκφύεται από τη μητρική της γλώσσα, διαφέρει από αυτήν· είναι γλώσσα ειδικού σκοπού. Δομώντας ορισμούς και έννοιες που δεν υπάρχουν στην καθομιλουμένη, είναι υποχρεωμένη να απαρτίζει τον ιατρικό λόγο, ο οποίος πρέπει να είναι σαφής, λιτός, ακριβής, άμεσος και καθαρός. Χρειαζόμαστε νέο λεξιλόγιο για να περιγράψουμε τις ιατρικές εξελίξεις και ανακαλύψουμε και να αποδώσουμε διεργασίες που δεν ήταν στο φως του ιατρικού σύμπαντος τα προηγούμενα χρόνια. Είναι χρήσιμο η νέα γλώσσα να είναι “νοηματική”, να είναι δηλαδή σε θέση ο χρήστης της να κατανοεί το περιεχόμενό της από το άκουσμά της. Η ιατρική γλώσσα βοηθά και στην ιατρική εκπαίδευση,

αφού βοηθά τον Ιατρό που (θέλει να) εκπαιδεύεται να αναπτύσσει επιστημονική σκέψη και επιστημονικό λόγο, με άμεσο θετικό αντίκτυπο στην ιατρική του πρακτική.³⁵

Στο σύγχρονο παγκοσμιοποιημένο ιατρικό γίγνεσθαι, η επικυριαρχία της αγγλικής γλώσσας την έχει αναγάγει σε γλώσσα εκμάθησης και εκπαίδευσης πολλών Ελλήνων Ιατρών εντός και εκτός Ελλάδας, διότι είναι το πληρέστερο οικουμενικό επικοινωνιακό ιατρικό εργαλείο (η συντριπτική πλειονότητα της ιατρικής βιβλιογραφίας είναι στην αγγλική γλώσσα) και είναι αυτή που αποδίδει τα νοήματα των κατακτήσεων της ιατρικής έρευνας. Ωστόσο, οι Έλληνες Ιατροί, αν και από τους επαρκέστερους γνώστες της αγγλικής ιατρικής γλώσσας, είναι σκόπιμο να μην παραμελούν το καθήκον τους: η μετάδοση και η διδασκαλία της ιατρικής εξειδικευμένης πληροφορίας είναι επιβεβλημένο να γίνεται με τρόπο που να εστιάζει στη δόμηση των εννοιών και της ιατρικής σκέψης στην ελληνική γλώσσα. Η γλώσσα μεταφέρει και αρχές και αξίες· η εκμάθηση της ιατρικής αγγλικής γλώσσας είναι απαραίτητη, αλλά δεν είναι φρόνιμο και αποτελεσματικό αυτή να εκτοπίζει την ελληνική, αφού έτσι απεμπολούμε τον ηθικό, πολιτιστικό και εννοιολογικό πλούτο της ελληνικής γλώσσας, αλλά και της θυγατρικής της (ελληνικής) ιατρικής γλώσσας. Όπου δεν υπάρχουν ελληνικοί όροι, είναι θεμιτό οι Έλληνες Ιατροί να παραδειγματίζονται από τους ξένους συναδέλφους τους, οι οποίοι επινοούν αγγλοσαξονικούς ιατρικούς όρους με δάνειο από την ελληνική γλώσσα, αξιοποιώντας την σαφήνεια και την κυριολεξία της τελευταίας (**κάποια λέξη πρέπει να έχουν οι Έλληνες για την έννοια αυτή**). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο όρος «σύναψη». Η αγγλική της ονομασία (synapse) εδόθη από τον πατέρα της σύγχρονης Νευροφυσιολογίας Charles Sherrington (1857-1952), αφού συμβουλευτηκε τον Καθηγητή του Cambridge Arthur Woollgar Verrall (1851-1912), ο οποίος ήταν ειδικός στα Αρχαία Ελληνικά.³⁶

Οι Έλληνες Ιατροί και ακαδημαϊκοί δάσκαλοι αξίζουν τη διεθνή αναγνώριση, και αυτό το εξασφαλίζουν με την ορθή χρήση της αγγλικής γλώσσας· είναι όμως ζήτημα



Ελεύθερο Θέμα

ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΜΕΡΟΣ Β')

βιωσιμότητας της ιατρικής στην Ελλάδα να διατηρηθεί η επικοινωνία των Ιατρών-ερευνητών με το χώρο που τους φιλοξενεί και τους δίδει το επιστημονικό υλικό, προκειμένου να επιτευχθεί η διά βίου μάθηση και εξέλιξη του συνόλου της Ελληνικής ιατρικής κοινότητας.³⁵ Διότι, μπορεί η επιστήμη να μην έχει πατρίδα, οι επιστήμονες όμως έχουν (Ivan Petrovich Pavlov, 1849-1936).

9. Η διάκριση ως γνώρισμα του Ιατρού: Συνιστά αρετή ή απαξία;

Η διάκριση ως έννοια επιδέχεται πολλές ερμηνείες. Ο Ιατρός έχει την ευχέρεια, ως πνευματική προσωπικότητα, να χρησιμοποιεί το ηθικό του κριτήριο και να αποφασίζει κατά πράξη και περίπτωση. Πότε όμως η διάκριση ενέχει ηθική αξία και πότε κολάζεται στην ηθική συνείδηση;

Σε επίπεδο νόησης, ο Ιατρός έχει ηθική υποχρέωση να αναζητά και να εφαρμόζει την αλήθεια. Αν και πολλοί ενίστανται στο κατά πόσο είναι εφικτή η εξεύρεση της απόλυτης αλήθειας, η Ιατρική, εκ της φύσεώς της και της αποστολής της είναι προορισμένη να την επιζητεί, όσο σισύφειο και εάν είναι το έργο αυτό, όσο και εάν συχνά ματαιοπονεί. Το ίδιο οφείλουν να κάνουν και οι λειτουργοί της, οι οποίοι εάν επιθυμούν να εστιάσουν στην πραγματικότητα, εμπράγματα και άυλη, εάν θέλουν να συμφωνεί ο λόγος τους με ότι τεκταίνονται γύρω τους και αμφότερα με την σκέψη τους, εάν φλέγονται από την επιθυμία να ανακαλύψουν τα αδιαπραγμάτευτα δεδομένα τόσο στην ιατρική έρευνα όσο και στην κλινική ιατρική πράξη, έχουν μία οδό: να διατηρήσουν στο νου τους τις διακρίσεις των εννοιών «πραγματικότητα-μυθοπλασία», «αλήθεια-ψεύδος», «γεγονός-άποψη», «αντικειμενικό δεδομένο-πεποίθηση», «επιθυμία-δυνατότητα» και «διατί-διότι». Μόνον έτσι θα αποφύγουν την ιατρική πλάνη, μόνον έτσι δεν θα παγιδευτούν στη μετα-αλήθεια και θα προσεγγίσουν σε μεγάλο βαθμό αυτό που δεν θα καταδικαστεί στη λήθη (α-λήθη).

Σε επίπεδο καθημερινής πράξης, ο Ιατρός έχει υποχρέωση προς τη διάκριση, υπό την έννοια της εξατομίκευσης του χειρισμού του κάθε ασθενούς χωριστά. Με την αρωγή της κλινικής του κρίσης, ο Ιατρός καθορίζει

μέχρι ποιο σημείο πρέπει να προχωρήσει ο διαγνωστικός έλεγχος, μέχρι ποιο επίπεδο οφείλει να φθάσει ο θεραπευτικός χειρισμός, ποια είναι η βέλτιστη αλληλουχία των ιατρικών πράξεων σε έναν δεδομένο ασθενή, πότε είναι μάταιο να θεραπεύουμε τους ασθενείς μας (και, φυσικά, πώς θα πράξουμε στις περιπτώσεις αυτές),³⁷ πότε ένας ασθενής δεν χρειάζεται αγωγή, πότε απαιτείται να λάβει επείγουσα και πότε εντατικοποιημένη θεραπεία.

Οι αλγόριθμοι δέον να χρησιμοποιούνται με περίσκεψη και να διηθούνται μέσα από τον ηθμό της ηθικής κλινικής κριτικής. Πολύ περισσότερο, οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν είναι αυτοσκοπός, αλλά το μέσο για την επίτευξη του βέλτιστου κλινικού αποτελέσματος· η χρήση τους με διάθεση άκαμπτης και επιστημονικοφανούς προσήλωσης εξαναγκάζει όλους τους ασθενείς να κείνται αδιακρίτως σε προκρούστειες κλίνες, που καλύπτουν (νομικά και ηθικά) τον Ιατρό αλλά όχι (όλους) τους ασθενείς. Διότι, όπως είχε γράψει και ο Eric Jonathan Cassell (1928-2021) «πολλές από τις κατευθυντήριες οδηγίες είναι σχεδιασμένες να προωθούν τον έλεγχο του κόστους και όχι το συμφέρον των ασθενών». Διάκριση απαιτείται, τέλος, και όταν ο Ιατρός αντιμετωπίζει έναν συγκεκριμένο ασθενή σε διαφορετικές χρονικές συγκυρίες· κάθε στιγμή η διαγνωστική σκέψη του Ιατρού (οφείλει να) ξεκινά από μηδενική αφετηρία.

Παρά το θετικό της πρόσημο, η διάκριση λαμβάνει αρνητική χροιά, όταν παραβιάζεται η αρχή της δικαιοσύνης. Είναι προφανές πως ο ηθικός κώδικας του Ιατρού επιβάλλει την ισότητα και άριστη (κατά το δυνατόν) αντιμετώπιση του κάθε ασθενούς, ανεξάρτητα από γλώσσα, φυλή, φύλο, ηλικία, θρησκεία, ιδεολογία, εθνικότητα, κοινωνική θέση και ανεξάρτητα από τη συμπάθεια ή την αντιπάθεια που ενδεχομένως υφίσταται μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Παρά ταύτα, μερίδα του ιατρικού σώματος θεωρεί πως ο Ιατρός οφείλει, για το αγαθό του ασθενούς του, να αποφεύγει να αναλαμβάνει ασθενείς με τους οποίους υπάρχει αντιπαράθεση στο παρελθόν ή συγγενείς εξ αίματος, λόγω της ενδεχόμενης υπονόμησης της αντικειμενικής του



κρίσης, συνεπεία των ιδιότυπων αυτών σχέσεων. Σε κάθε περίπτωση, ηθικός γνώμονας είναι το συμφέρον της υγείας του ασθενούς και μόνο, και ο Ιατρός οφείλει με κριτικό πνεύμα, να επιλέγει την βέλτιστη δυνατή οδό δράσης.^{4,9,10,36,38}

Σε επίπεδο πληθυσμών, η δίκαιη κατανομή των περσασμένων πόρων υγείας τόσο εντός των κοινωνικών ομάδων που συμβιώνουν στον χωρόχρονο ενός πληθυσμού, όσο και μεταξύ διαφορετικών κρατών, είναι, ευνόητα, ένας ηθικός στόχος. Εν τούτοις, ο στόχος αυτός σπάνια προβληματίζει και καθορίζει την ατομική δράση του Ιατρού, διότι ο Ιατρός σπανιότατα συμμετέχει στη λήψη πολιτικών αποφάσεων· συνεπώς, δεν επηρεάζει την αναλογία των διαθέσιμων κονδυλίων ανά πολίτη. Παρόλα αυτά, η εξοικονόμηση πόρων (αποφυγή περιττών εξετάσεων, εάν δύναται να παραλειφθούν, αντικατάσταση θεραπευτικών επιλογών με λιγότερο δαπανηρές που επιτυγχάνουν ισοδύναμο αποτέλεσμα) άπτεται των ηθικών υποχρεώσεων του Ιατρού προς το κοινωνικό σύνολο, διότι η βιωσιμότητα των ασφαλιστικών συστημάτων προάγει την υγεία του συνόλου των μελών ενός πληθυσμού. Η αρχή της δικαιοσύνης ισχύει και για την ισοκατανομή των ευεργετικών συνεπειών της ιατρικής έρευνας· χρέος του Ιατρού είναι να δώσει τη δυνατότητα σε όλους τους ασθενείς του να αξιοποιήσουν τους καρπούς της αλματώδους ιατροτεχνολογικής εξέλιξης, κινούμενος στα πλαίσια των κανόνων της ορθής ιατρικής πρακτικής.^{4,9}

Τέλος, είναι συχνή ιατρική ανάγκη η θεραπευτική προσέγγιση του ασθενή να αποτελεί πεδίο συγκλίνοιας δράσης Ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων. Στις περιπτώσεις αυτές, η σπουδαιότητα της διάκρισης δέον να εκλαμβάνεται διττώς. Αφενός ο Ιατρός έχει ηθική ευθύνη απέναντι στον ασθενή του, όταν συστήσει σε αυτόν ομότεχνό του· οφείλει συνεπώς να επιλέγει με διάκριση τον Ιατρό που είναι ο καταλληλότερος για το ιατρικό πρόβλημα του ασθενούς του, αλλά και για την προσωπικότητά του. Αφετέρου δε, στην περίπτωση που ο Ιατρός αντιληφθεί πως κάποιος συνάδελφός του προκάλεσε βλαπτικό αποτέλεσμα στον ασθενή

του (**επηρεάζον αλλότριο σφάλμα**),²⁴ το ηθικό βήμα είναι να το διακρίνει και να το διαλευκάνει. Η Ελληνική νομοθεσία, ωστόσο, απαλλάσσει τον Ιατρό από την υποχρέωση αυτή. Επειδή, όπως προαναφέρθη, τα σύνορα κάποιων πεδίων δικαιοδοσίας δεν είναι δυνατόν να περιγραφούν ευκρινώς σε όλες τις περιπτώσεις και επειδή η νομική διατύπωση (ΚΙΔ, 2005)¹³ είναι μάλλον ασαφής, ο Ιατρός δέον να χρησιμοποιεί το κλινικό του και το ηθικό του αισθητήριο, πράττοντας με τρόπο που να εξασφαλίζει πρωταρχικά το όφελος του ασθενή του και δευτερευόντως την “κάλυψη” τη δική του ή/και του συναδέλφου του.²⁴

Καταληκτικές διαπιστώσεις

Εν κατακλείδι, το κεντρικό μήνυμα της παρέμβασης αυτής είναι πως το ιατρικώς ηθικό και ορθό τελεί σε συνθήκες σχετικότητας. Οι κανόνες της ιατρικής ηθικής είναι πολύ δύσκολο να περιχαρακωθούν σε ασφυκτικά πλαίσια, πόσω μάλλον να μετουσιωθούν στους άκαμπτους κανόνες ενός ψυχρού κώδικα δεοντολογίας. Η υιοθέτηση ενός απόλυτα αυστηρού πλαισίου ιατρικής πρακτικής εντός του οποίου οφείλουν να κινούνται όλοι οι Ιατροί, που να ισχύει σε κάθε περίπτωση και χωρίς βαθμούς ελευθερίας, είναι επιδίωξη μη ρεαλιστική. Συγχρόνως όμως εγείρει ηθικές αιτιάσεις, όπως το **ποιοι θα αποφασίσουν το απόλυτο ηθικό, αφού αυτό είναι εν πολλοίς άγνωστο**, με ποια κριτήρια και τίνι τρόπω θα προσδιορίζονται οι παρεκκλίσεις από τον κώδικα καθώς και το εάν θα υπάρχει θεσμικό όργανο εξουσιοδοτημένο να κρίνει, πολύ περισσότερο να κολάσει, την φερόμενη ως ηθικά παραβατική ιατρική συμπεριφορά.

Η οικοδόμηση ιατρικού ήθους είναι φιλοδοξία ευγενική αλλά δύσκολα προσεγγίσιμη σε ατομικό επίπεδο, αφού το ήθος είναι εντελώς προσωπική κατάκτηση και σχετίζεται με τις αξίες και τις καταβολές του κάθε Ιατρού. Ο αείμνηστος Κωνσταντίνος Δ. Γαρδίκας υποστήριζε πως «οι γνώσεις παρέχονται, η πείρα αποκτάται, αλλά το ήθος δεν διδάσκεται».¹⁷ Παρά ταύτα, οι κώδικες και οι αρχές ορθής πρακτικής του ιατρικού επαγγέλματος είναι χρήσιμοι ως μαγιά εκπαίδευσης και ως πυξίδα



Ελεύθερο Θέμα

ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΜΕΡΟΣ Β')

προσανατολισμού για τους Ιατρούς, εφόσον συνεπικουρούνται από τα χρηστά παραδείγματα άλλων Ιατρών.¹⁷ Μέσα από την κλιμακούμενη βελτίωση της προσωπικής του ηθικής κατά την άσκηση του λειτουργημάτων του, ο κάθε Ιατρός δομεί **τη δική του ηθική ταυτότητα** αφενός και συμβάλλει με το έργο του και το παράδειγμά του στη διαμόρφωση της ηθικής ταυτότητας της ιατρικής κοινότητας αφετέρου.

Παρά το επίπονο της διαδικασίας, ο Ιατρός, εάν επιθυμεί να παράξει έργο **«αντάξιον ενός ανθρώπου ηθικού και δυνατού»** (κατά τη ρήση του μεγάλου Ιατρού-ερευνητή Γεωργίου Ν. Παπανικολάου, 1883-1962), είναι αναγκαίο να αναζητήσει εντός του τη φυσική **του** ροπή προς την αρετή, να επιδιώξει να “εκπαιδευτεί” στην ιατρική ηθική και, κυρίως, να επιδοθεί στην καθημερινή εξάσκησή της με τον ίδιο ζήλο που είναι αναγκαίο να επιδιδεται στην άσκηση της κλινικής ιατρικής. Αφενός μεν διότι η αριστεία στον τομέα της ιατρικής ηθικής είναι το ίδιο σημαντική με την αριστεία στον τομέα της ιατρικής επιστήμης για την ολοκλήρωση της τέχνης του Ιατρού, αφετέρου δε διότι η ενάρετη ιατρική είναι το απαραίτητο υπόστρωμα επί του οποίου θα ανθίσει η αριστεία της ιατρικής τέχνης και της ιατρικής επιστήμης. Δεν υπάρχει στιγμή ή πτυχή ή περίπτωση στη πορεία ενός Ιατρού ή στην πρακτική της ιατρικής κοινότητας που να μην περνά από τη βάση των ηθικών κριτηρίων, όπως/όσο και αν αυτά ετεροκαθορίζονται ή/και αυτοπροσδιορίζονται.

Στη σύγχρονη εποχή, οι κανόνες του ηθικού βίου δεν είναι προφανείς και οι όποιοι “ηθικοί ιατρικοί κανόνες” δεν έχουν οικουμενική αποδοχή και εφαρμογή. Τελικά, ο Ιατρός καλείται κάθε στιγμή της δράσης του να ανταποκρίνεται ταυτόχρονα και επιτυχώς στις απαιτήσεις του δικού του ηθικού κώδικα (επώδυνο καθήκον), του ηθικού κώδικα των άλλων (απροσδιόριστο καθήκον) αλλά του δεοντολογικού κώδικα του νόμου (ερμηνευτικά δυσπρόσιτο καθήκον). Μόνο μέσα από το επίπονο και επίμονο διύλισμα των σειρήνων, ο Ιατρός θα αναζητήσει και θα σχηματίσει τις δεοντολογικές και ηθικές του συντεταγμένες. Μόνο εάν ο Ιατρός εγκύπτει με ενουναί-

σθηση μέσα στον εσωτερικό κόσμο του ασθενή, αλλά και στον δικό του, μπορεί να αντιληφθεί τις ανάγκες του ασθενούς, να τις συναρθρώνει με τις δικές του αξίες και ικανότητες και εν τέλει να καταλήγει να αποφασίζει με βάση τις αρχές του ηθικού νόμου, οι οποίες, συνήθως, δεν είναι ασύμβατες με τις εκάστοτε νομικές επιταγές.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

1. «Η έννοια της ηθικής ως φιλοσοφικής επιστήμης». Ιωάννης Ν. Θεοδωρακόπουλος. Κεφάλαιο στο βιβλίο: Εισαγωγή στη Φιλοσοφία. Σελ. 179-186, Αθήνα 1975.
2. Ιπποκρατική Ιατρική Ορολογία (Βιβλίο), Βίος Ιπποκράτους, σελ 21-22. Πάνος Αποστολίδης, Εκδόσεις Παρασκήνιο, Αθήνα 2010.
3. Εισαγωγή στο Βιβλίο : «Ιπποκράτης. Όρκος. Περί Αρχαίας Ιατρικής». Σελ, 7-16, Άννα Παπακωνσταντίνου. Εκδόσεις DeAGOSTINI, Αθήνα 2005.
4. Taylor RM. Ethical principles and concepts in medicine. Chapter 1 in Handbook of Clinical Neurology, Vol. 118 (3rd series) - Ethical and Legal Issues in Neurology, J.L. Bernat and R. Beresford, Editors, 2013 Elsevier, 118:1-9. doi: 10.1016/B978-0-444-53501-6.00001-9.
5. «Βιοηθική». Ενότητα από το βιβλίο «Χρονικό ενός Αγίατρευτου...Γιατρού», σελ. 495-500. Κ.Δ. Γαρδίκας. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2002.
6. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. BMJ, 1994 Jul 16; 309 (6948) :184-188. doi: 10.1136/bmj.309.6948.184.
7. Takala T. What Is Wrong with Global Bioethics? On the Limitations of the Four Principles Approach. Camb Q Healthc Ethics. 2001 Winter;10(1):72-77. doi: 10.1017/s0963180101001098.
8. Christen M, Ineichen C, Tanner C. How “moral” are the principles of biomedical ethics? - a cross-domain evaluation of the common morality hypothesis. BMC Med Ethic. 2014 Jun 17; 15:47. doi: 10.1186/1472-6939-15-47.
9. «Εισαγωγή στην Ιατρική Ηθική». Διονύσης Σπ. Μπονίκος, Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου



Πατρών. Υλικό που προορίζεται για τους φοιτητές της ίδιας σχολής (μάθημα : Βιοηθική).

Υλικό που προορίζεται για τους φοιτητές της ίδιας σχολής (μάθημα : Ιατρική ευθύνη και δεοντολογία).

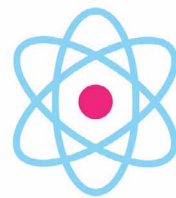
10. «Η απώλεια της ενσυναίσθησης» - κεφάλαιο 10 (σελ. 104-112) στο βιβλίο : Ιατρική Ηθική και Δεοντολογία. Διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές και οι ειδικευόμενοι επαγγελματίες υγείας στην κλινική πράξη. Τ. Κ. Kushner, D. C. Thomasma. Μετάφραση : Αλέξανδρος - Σταμάτιος Αντωνίου και Σοφία Τριανταφυλλίδου. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2007.
11. «Διαχωρίζοντας τις επαγγελματικές από τις προσωπικές αξίες» - κεφάλαιο 9 (σελ. 98-103) στο βιβλίο : Ιατρική Ηθική και Δεοντολογία. Διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές και οι ειδικευόμενοι επαγγελματίες υγείας στην κλινική πράξη. Τ. Κ. Kushner, D. C. Thomasma. Μετάφραση : Αλέξανδρος - Σταμάτιος Αντωνίου και Σοφία Τριανταφυλλίδου. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2007.
12. «Επιδιώκοντας την εκτίμηση των ανωτέρων : Η εκούσια εξαπάτηση» - κεφάλαιο 8 (σελ. 88-96) στο βιβλίο : Ιατρική Ηθική και Δεοντολογία. Διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές και οι ειδικευόμενοι επαγγελματίες υγείας στην κλινική πράξη. Τ. Κ. Kushner, D. C. Thomasma. Μετάφραση : Αλέξανδρος - Σταμάτιος Αντωνίου και Σοφία Τριανταφυλλίδου. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2007.
13. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Νόμος υπ' αριθμ. 3418/2005 (ΦΕΚ Α.Φ. 287).
14. «Η πρακτική φιλοσοφία του Kant και η κριτική της κατηγορικής προσταγής». Ιωάννης Θεοδωρακόπουλος. Κεφάλαιο στο βιβλίο: Εισαγωγή στη Φιλοσοφία. Σελ 263-302, Αθήνα 1975.
15. «Η κριτική του Ωφελισμού». Ιωάννης Ν. Θεοδωρακόπουλος. Κεφάλαιο στο βιβλίο: Εισαγωγή στη Φιλοσοφία. Σελ. 187-212, Αθήνα 1975.
16. «Η τήρηση του ιατρικού απορρήτου ως νομική και δεοντολογική ευθύνη». Σταυρούλα Παπαδόδημα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατροδικαστικής, Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.
17. «Γύρω από την άσκηση της Ιατρικής» και «Μερικά από τα ηθικά προβλήματα του ιατρού». Διαδοχικές ενότητες από το βιβλίο «Χρονικό ενός Αγιάτρευτου...Γιατρού», σελ. 295-356. Κ.Δ. Γαρδίκας. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2002.
18. «Λήψη αποφάσεων σε κίνδυνο». Λουκάς Σπάρος, Πέτρος Γαλάνης. Κεφάλαιο 1 (σελ. 25-38) στο βιβλίο : Ηθική και Δεοντολογία της υγείας. Επιμέλεια : Φερενίκη Παναγοπούλου - Κουτνατζή. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2012.
19. «Παραλείψεις, αποτυχίες στην αποκάλυψη της αλήθειας» - κεφάλαιο 7, σελ. 80-87, στο βιβλίο : Ιατρική Ηθική και Δεοντολογία. Διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές και οι ειδικευόμενοι επαγγελματίες υγείας στην κλινική πράξη. Τ. Κ. Kushner, D. C. Thomasma. Μετάφραση : Αλέξανδρος - Σταμάτιος Αντωνίου και Σοφία Τριανταφυλλίδου. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2007.
20. Ιατρικό Εγκόλπιο. Προτρεπτικοί λόγοι προς Νέους Ιατρούς. Πάνος Ζηρογιάννης. Κεφάλαιο 9. Ιατρικά Λάθη (σελ. 115-122). Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, Αθήνα 2017.
21. Ιπποκρατική Ιατρική Ορολογία (Βιβλίο). Μέρος 1ο, Κεφάλαιο 2ο. Περί Ιατρικής και Ιατρού. Σελ 35-48. Πάνος Αποστολίδης, Εκδόσεις Παρασκήνιο, Αθήνα 2010.
22. Ιατρικό Εγκόλπιο. Προτρεπτικοί λόγοι προς Νέους Ιατρούς. Πάνος Ζηρογιάννης. Κεφάλαιο 8. Ιατρική Πράξη (σελ. 103-114). Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, Αθήνα 2017.
23. Ιπποκρατική Ιατρική Ορολογία (Βιβλίο), Γενική εισαγωγή του βιβλίου, σελ. 25-34. Πάνος Αποστολίδης, Εκδόσεις Παρασκήνιο, Αθήνα 2010.
24. «Ο Ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας και η ποινική ευθύνη των ιατρών για προσβολές εννόμων αγαθών των ασθενών από αμέλεια». Μ. Καϊάφα-Γκμπάντι. 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία. Ομιλίες Εναρκτήριας Τράπεζας. Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση 107: 175-183, 2015.



Ελεύθερο Θέμα

ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΜΕΡΟΣ Β')

25. Sabroe I, Mather S, Wilson A, Hall-Flavin DK, Fricker, Barron LA, Millard C. Error, injustice, and physician wellbeing. *Lancet*. 2021 Mar 6 ; 397(10277) : 872-873. doi: 10.1016/S0140-6736 (21) 00512-2.
26. Cohen JJ. Viewpoint: linking professionalism to humanism: what it means, why it matters. *Acad Med*. 2007 Nov; 82 (11) : 1 029 - 32. doi: 10.1097/01.ACM.0000285307.17430.74.
27. Kinghorn WA. Medical education as moral formation: an Aristotelian account of medical professionalism. *Perspect Biol Med*. 2010 Winter;53(1):87-105. doi: 10.1353/pbm.0.0145.
28. Hart CW. Pedagogy and Purpose: Moral Imagination and the Teaching of Medical Ethics. *J Relig Health*. 2016 Apr;55(2):431-438. doi: 10.1007/s10943-015-0147-x.
29. Swick HM. Viewpoint: professionalism and humanism beyond the academic health center. *Acad Med*. 2007 Nov; 82 (11): 1022 - 1028. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181575dad.
30. «Τα όρια της συμπόνοιας» - κεφάλαιο 11 (σελ. 113-122), στο βιβλίο : Ιατρική Ηθική και Δεοντολογία. Διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές και οι ειδικευόμενοι επαγγελματίες υγείας στην κλινική πράξη. Τ. Κ. Kushner, D. C. Thomasma. Μετάφραση : Αλέξανδρος - Σταμάτιος Αντωνίου και Σοφία Τριανταφυλλίδου. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2007.
31. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018 Mar; 16 (3): 311 - 317. doi: 10.1016/j.cgh.2017.06.043. Epub 2017 Jun 30.
32. «Η επίρριψη ευθύνης στον ασθενή» - κεφάλαιο 3 (σελ. 43-49) στο βιβλίο : Ιατρική Ηθική και Δεοντολογία. Διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές και οι ειδικευόμενοι επαγγελματίες υγείας στην κλινική πράξη. Τ. Κ. Kushner, D. C. Thomasma. Μετάφραση : Αλέξανδρος - Σταμάτιος Αντωνίου και Σοφία Τριανταφυλλίδου. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2007.
33. Vldan Starcevic, David Berle, Sandra Arnáez. Recent Insights Into Cyberchondria. *Curr Psychiatry Rep*. 2020 Aug 27;22(11):56. doi: 10.1007/s11920-020-01179-8.
34. Manson H. The need for medical ethics education in family medicine training. *Fam Med*. 2008 Oct;40(9):658-664.
35. «Γλώσσα και Λόγος στην ιατρική εκπαίδευση». Αναστάσιος Γερμενής. Κεφάλαιο 18 (σελ. 255-264) στο βιβλίο : Ηθική και Δεοντολογία της υγείας. Επιμέλεια : Φερενίκη Παναγοπούλου - Κουτνατζή. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2012.
36. «Σύναψη : η δομή που χωρίζει και παράλληλα συνδέει τα νευρικά κύτταρα». Κεφάλαιο (σελ. 31-35) στο βιβλίο : Ικνηλατώντας τα μονοπάτια του εγκεφάλου και του νου. Ηλίας Δ. Κούβελας, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2η έκδοση, Αθήνα 2025.
37. Massimo Valentino, Pietro Pavlica. Medical ethics. *J Ultrasound*. 2016 Jan 7;19(1):73-76. doi: 10.1007/s40477-015-0189-7. eCollection 2016 Mar.
38. Swarupa Bhagwat, Sanjay A Pai. Medical ethics in laboratory medicine: A review, with an oath for pathologists. *Indian J Med Ethics*. 2020 Jan - Mar; V (1):39-44. doi: 10.20529/IJME.2020.02.



Καινοτομίες στην Ενδοσκόπηση

ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ, ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΔΟΚΙΜΗ ΜΗ ΚΑΤΩΤΕΡΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΠΡΩΚΤΙΚΗΣ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ (TRANSANAL MINIMALLY INVASIVE SURGERY - TAMIS) ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑΣ ΔΙΑΤΟΜΗΣ (ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION - ESD) ΓΙΑ ΕΠΙΠΕΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΟΡΘΟΥ

Γεώργιος Τζιάτζιος, Επικουρικός Επιμελητής Β' Γαστρεντερολογίας
Παρασκευάς Γκολφάκης, Επιμελητής Β' Γαστρεντερολογίας, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο Πατησίων», Αθήνα

Η διαπρωκτική ελάχιστα επεμβατική χειρουργική (Transanal Minimally Invasive Surgery - TAMIS) και η ενδοσκοπική υποβλεννογονία διατομή (Endoscopic Submucosal Dissection - ESD) είναι ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές για την en bloc εκτομή μεγάλων επίπεδων πολύποδων στο ορθό. Ενώ η TAMIS χρησιμοποιείται ευρέως, η υιοθέτηση της ESD παραμένει περιορισμένη, ενώ η απουσία τυχαιοποιημένων δοκιμών αφήνει την επιλογή της τεχνικής να εξαρτάται από την τοπική εμπειρογνωμοσύνη.

Σε αυτό το πλαίσιο, πρόσφατη προοπτική, πολυκεντρική τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη μη κατωτερότητας που παρουσιάστηκε ως μορφή προφορικής ανακοίνωσης στο πρόσφατο ESGE DAYS 2025 στην Βαρκελώνη, συνέκρινε την TAMIS και την ESD όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια, την επιβάρυνση του ασθενούς και το κόστος [1]. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν το ποσοστό τοπικής υποτροπής, ενώ το ποσοστό επιπλοκών αποτέλεσε το δευτερογενές. Συνολικά τυχαιοποιήθηκαν 198 ασθενείς με επίπεδους πολύποδες ορθού

>20mm, που εντοπίζονταν ≤ 15 cm από την οδοντωτή γραμμή. Τα κριτήρια αποκλεισμού περιλάμβαναν βαθιά υποβλεννογονία διήθηση κατά την ενδοσκόπηση ή την απεικόνιση, προηγούμενη ενδοσκοπική εκτομή, κακή γενική κατάσταση ή πολύ σύντομο προσδόκιμο ζωής. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η τοπική υποτροπή στους 12 μήνες (περιθώριο μη κατωτερότητας: 6%). Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιελάμβαναν το ποσοστό ριζικής (R0) εκτομής, τις επιπλοκές (ταξινόμηση AGREE) και την σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.

Αρχικά από τους 198 ασθενείς που τυχαιοποιήθηκαν (98 TAMIS, 100 ESD), 6 ασθενείς πέρασαν από τη μία ομάδα στην άλλη και 1 αποχώρησε πριν από τη θεραπεία. Ο μέσος χρόνος επέμβασης ήταν 108 λεπτά για την ESD και 80 λεπτά για την TAMIS. Τα ποσοστά en bloc εκτομής ήταν 95% για την ESD και 92% για την TAMIS. Συνολικά, αφαιρέθηκαν 156 καλοήθεις και 41 κακοήθεις βλάβες (27 T1, 13 T2 και 1 T3). Τα ποσοστά εκτομής R0 ήταν 83% για την ESD και 70% για την TAMIS ($p=0,04$). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι στους 12 μήνες,

Πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη δοκιμή μη κατωτερότητας μεταξύ Διαπρωκτικής Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής (TAMIS) και Ενδοσκοπικής Υποβλεννογονίας Διατομής (ESD) για πολύποδες ορθού



Η εκτομή αδενωμάτων ορθού > 20mm θα πρέπει να γίνεται en bloc



Ασθενείς με αδενωματώδεις πολύποδες ορθού με μέγεθος $\geq 20mm$



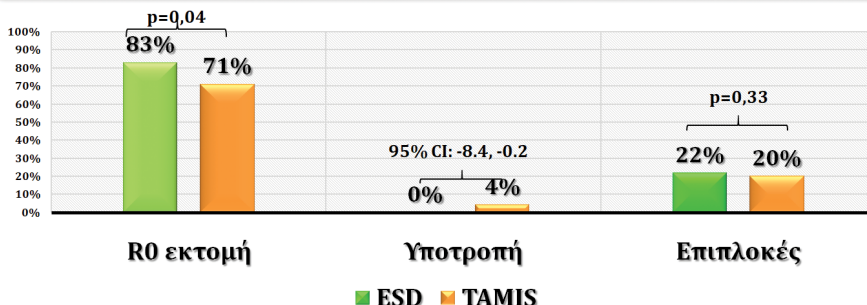
Ενδοσκοπική Υποβλεννογονία διατομή (ESD) Διαπρωκτική ενδοσκοπική χειρουργική (TAMIS)

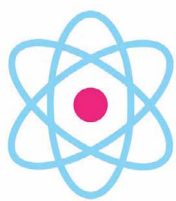


Σχεδιασμός

Προοπτική, τυχαιοποιημένη μελέτη σε 5 Ολλανδικά κέντρα

Πρωτογενές καταληκτικό σημείο
Υποτροπή σε 12 μήνες (όριο μη κατωτερότητας -6%)





Καινοτομίες στην Ενδοσκόπηση

ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ, ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΔΟΚΙΜΗ ΜΗ ΚΑΤΩΤΕΡΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΠΡΩΚΤΙΚΗΣ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ (TRANSANAL MINIMALLY INVASIVE SURGERY - TAMIS) ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑΣ ΔΙΑΤΟΜΗΣ (ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION - ESD) ΓΙΑ ΕΠΙΠΕΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΟΡΘΟΥ

εμφανίστηκαν 0 (0%) υποτροπές στην ομάδα ESD και 4 (4,3%) στην ομάδα TAMIS, όλες καλοήθεις, με διαφορά 4,3% υπέρ της ESD (95% CI: -8,4, -0,2), επιβεβαιώνοντας την μη κατωτερότητα της ESD (Εικόνα). Τα συνολικά ποσοστά επιπλοκών ήταν παρόμοια (22% ESD έναντι 20% TAMIS, $p=0,33$).

Συμπερασματικά, τα δεδομένα αυτά υποδεικνύουν για πρώτη φορά ότι η ESD δεν είναι κατώτερη από την TAMIS αναφορικά με την τοπική υποτροπή στους 12

μήνες για την εκτομή μεγάλων επίπεδων πολυπόδων του ορθού, με τις δύο τεχνικές να έχουν παρόμοια προφίλ ασφάλειας.

Βιβλιογραφία

1. Verhoeven, D. Dekkers, N. Boonstra, J.J. et al. Multicenter, randomized non-inferiority trial comparing Transanal minimal Invasive Surgery (TAMIS) and Endoscopic Submucosal Dissection (ESD) for resection of non-pedunculated rectal lesions. *Endoscopy* 2025; 57(S 02): S36-S37, DOI: 10.1055/s-0045-1805160.

Το εξώφυλλο από μέσα



Για να δημιουργήσω το εξώφυλλο του περιοδικού το πρωταρχικό είναι μεν το θέμα, αλλά αυτό που του δίνει υπόσταση είναι η ιδέα.

Ενίοτε το ίδιο το θέμα είναι η ιδέα, όπως εν προκειμένω η απεικόνιση του πεπτικού συστήματος στην αφίσσα της ΕΠΕΓΕ.

Η Ιδέα κατά τον Πλάτωνα είναι ένα ον αληθινό, το πρότυπο των πάντων. Από αυτό ξεκινούν όλα.

Ακόμα και σήμερα συχνά λέγεται «όλα μια ιδέα είναι».

Μη με ρωτήσετε μόνο πως μου προέκυψε η ιδέα της αφίσας.

Πραγματικά δεν έχω ιδέα!

Καλό υπόλοιπο καλοκαιριού.

Υ.Γ. Και αυτό μια ιδέα είναι

Μίλτος Σκούρας
www.miltoskouras.com



Pariet[®]
rabeprazole



Μέγιστη αποτελεσματικότητα
1^η δόση / 1^η ημέρα^{1,2}
μετά την

Πριν την συνταγογράφηση παρακαλούμε συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος πατώντας [εδώ](#)

Βιβλιογραφία: **1.** Pace F, Pallotta S, Casalini S, Porro GB. A review of rabeprazole in the treatment of acid-related diseases. Ther Clin Risk Manag. 2007 Jun;3(3):363-79. **2.** Norris V, Baisley K, Dunn K, Warrington S, Morocutti A. Combined analysis of three crossover clinical pharmacology studies of effects of rabeprazole and esomeprazole on 24-h intragastric pH in healthy volunteers. Aliment Pharmacol Ther. 2007 Feb 15;25(4):501-10.

Τρόπος Διάθεσης: Φαρμακευτικό Προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή. Το PARIET προορίζεται για χρήση σε άτομα άνω των 18 ετών.

PARIET® FC TAB 20MG/TAB BTX14 Λιανική τιμή: 5,33€

PARIET® FC TAB 20MG/TAB BTX28 Λιανική τιμή: 8,16€

Πρώτηση και Διανομή από τη:



BIANEX A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEX A.E. - Έδρα : Οδός Βαρυμπόμπης 8, 14671 Ν. Ερυθραία, Κηφισιά,
Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία, Τηλ. : 210 8009111 • Fax: 210 8071573
E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδήμου 113, 562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Johnson & Johnson

Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:

Janssen-Cilag Φαρμακευτική Μονοπρόσωπη Α.Ε.Β.Ε.

Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000

www.janssen.com.gr

Αρ.Γ.Ε.ΜΗ 000314201000