



ενδοσκοπήσεις

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο
ΚΕΜΠ Αθηνών
Αριθμός Άδειας
1



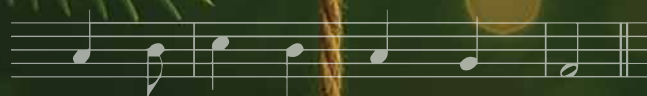
Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων [ΕΠ.Ε.Γ.Ε.] | Σεπτέμβριος - Δεκέμβριος 2025 | Τεύχος

72

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



You bet-ter watch out...



...for good-ness sake

Διερεύνηση και αντιμετώπιση
της δυσφαγίας

Ενδοπροθέσεις ανώτερου
γαστρεντερικού

Οι αναστολές της IL-23
στη θεραπεία των Ι.Φ.Ν.Ε.

Γαστρεντερολογικές Μ.Η.Ν.



Ηπατοπάθειες; Υπάρχει τρόπος!



Ursogrix_21x28_01_2026

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

250 mg, BT x 60 caps. Χ.Τ. 10,18€, Λ.Τ. 14,02€, Δελτίο Τιμών: 12/2025



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
Ανδ. Συγγρού 294, 17673 Καλλιθέα
Τηλ.: 213 0900609
info@grindeks.gr
www.grindeks.gr

Grindex



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	4
ΤΑ ΑΠΟΚΑΛΥΠΤΗΡΙΑ ΤΟΥ ΜΕΛΛΟΝΤΟΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΤΑΣΜΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	
ΝΕΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΑΙΡΑ	8
I. Η ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΑΠΕΡΧΟΜΕΝΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.	
II. Η ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΝΕΟΕΚΛΕΓΕΝΤΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.	
III. ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΗΣ 22 ^{ης} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	14
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΥΠΕΡΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΗΜΑ (EUS): THE ART BEHIND THE IMAGE – TIPS & TRICKS ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΞΗ	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	17
ΔΥΣΦΑΓΙΑ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	23
ΕΠΙΔΕΙΝΩΝΕΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΤΙΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΟΥ;	
ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ	24
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	
I. Μ.Η.Ν.: ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ. ΤΙ ΚΕΡΔΙΣΑΜΕ ΚΑΙ ΠΩΣ ΠΡΟΧΩΡΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ	
II. ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Μ.Η.Ν.). Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	
HOW TO DO IT	39
ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΝΩΤΕΡΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ: ΤΥΠΟΙ, ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ	
ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	47
ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ IL-23: ΜΙΑ ΝΕΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΙΦΝΕ	
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	51
ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	60
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	63
Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΠΟΥ ΕΔΩΣΕ ΤΗΝ ΚΙΝΗΣΗ: Ο ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΤΖΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΑ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	74
ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΕ ΕΠΟΧΗ ΓΕΩΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΑΡΑΧΗΣ	
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ	79
ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΙΑ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΕΠΑΝΑΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΩΝ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΗ ΚΑΤΩΤΕΡΟΤΗΤΑΣ	

Ιδιοκτήτης:

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

Εκδότης & Υπεύθυνος

παρά τω νόμω:

Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος

Έδρα:

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

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος, Αντιπρόεδρος: Σπυρίδων Γούλας,
Γεν. Γραμματέας: Ορέστης Σιδηρόπουλος, Ειδ. Γραμματέας: Νικόλαος Μαργέτης,
Ταμίας: Γεώργιος Τζιάτζιος, Μέλη: Δημήτριος Δανδάκης, Γεώργιος Τσιώνης,
Αναπληρωματικά Μέλη: Έλενα Μανθοπούλου, Παντελής Ουσταμανωλάκης,
Αθανάσιος Γιαννακόπουλος

Διευθυντής Σύνταξης:

Νικόλαος Μαργέτης

Αναπληρωτές Διευθυντές Σύνταξης:

Γεώργιος Τσιώνης, Έλενα Μανθοπούλου

Συντακτική Επιτροπή:

Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος, Σπυρίδων Γούλας,
Γεώργιος Τζιάτζιος, Δημήτριος Δανδάκης,
Ορέστης Σιδηρόπουλος, Παντελής
Ουσταμανωλάκης, Αθανάσιος Γιαννακόπουλος

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.

Made for you: the **IMAGINA** **EPK-i5500c Video Processor**

Your choice for daily practices

PENTAX
MEDICAL



Το νέο σύστημα **IMAGINA** δημιουργήθηκε για τις καθημερινές σας ανάγκες. Ο νέος επεξεργαστής **IMAGINA** υποστηρίζει κάθε βήμα της κλινικής οδού, από την παρακολούθηση έως τη διάγνωση και την θεραπεία, με την κορυφαία ποιότητα εικόνας **Full HD** με **Χρωμοενδοσκόπηση i-scan**. Με την πρωτοποριακή του τεχνολογία, ο επεξεργαστής **IMAGINA** μειώνει το κόστος λειτουργίας και το κόστος επένδυσης λόγω της τελευταίας τεχνολογίας φωτισμού **LED on the Tip**.

Η νέα πλατφόρμα **IMAGINA** είναι η πρώτη και η μοναδική που:

- δεν έχει πηγή ψυχρού φωτισμού καθώς **2 LED** είναι ενσωματωμένα στο άκρο του ενδοσκοπίου.
- μπορεί να καταγράψει εικόνες και βίντεο **σε FHD**.
- μπορεί να αναπαράγει τα βίντεο και τις φωτογραφίες την ίδια στιγμή τόσο στην οθόνη του επεξεργαστή όσο και στο μόνιτορ.
- επιτρέπει στον χειριστή να κάνει **zoom in/zoom out** στην οθόνη αφής του επεξεργαστή.
- έχει **αδιάβροχο** συνδετικό.

PAPAPOSTOULOU
HEALTHCARE TECHNOLOGIES
est. 1914

ΑΘΗΝΑ Εθν. Αντιστάσεως 93, 154 51, Νέο Ψυχικό **T.** +30 210 67 90 000
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ Πλ. Σιντριβανίου 4, 546 21 **T.** +30 2310 233 251

E: info@papapostoulou.gr **www.papapostoulou.gr**

ΠΑΤΡΑ • ΙΩΑΝΝΙΝΑ • ΗΡΑΚΛΕΙΟ • ΧΑΝΙΑ • ΛΑΡΙΣΑ • ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑ



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

Τα αποκαλυπτήρια του μέλλοντος μέσα από το πέτασμα του χρόνου

*«Τι είναι ο χρόνος; Αν κανείς δεν με ρωτήσει, το ξέρω.
Αν θέλω να το εξηγήσω σε αυτόν που με ρωτά, δεν το ξέρω.»*
Ιερός Αυγουστίνος (354-430 μ.Χ.)

Αξιότιμες κυρίες και αξιότιμοι κύριοι Συνάδελφοι,

Ο χρόνος ρέει αδυσώπητα μέσα από τα νοητά τοπόσημα που τίθενται στο διάβα μας. Ο χρόνος διαδράμει ερήμην μας, αδιαφορεί για τις πληθυντικές αγωνίες μας, δεν τηρεί ούτε τα υπαρξιακά προσχήματα: θάλλει απροκάλυπτα ως ένας κυνικός επιταχυντής. Όσο κι αν ποθούμε το αργό κύλισμά του, όσο κι αν θέλουμε να τον αξιοποιούμε στο έπακρο, εκείνος μας εγκαταλείπει με ρυθμό συγκεκριμένο, ψυχρό, αμείλικτο. Λίγοι έχουν συμφιλιωθεί με το πέρασμά του· λιγότεροι έχουν την συναισθηματική ευφυΐα να βλαστάνουν πυκνά γεγονότα που τους οδηγούν σε υποκειμενική αντίληψη επιμήκυνσης του βίου τους. Ακόμα και όσοι τοποθετούν τον εαυτό τους στον χρόνο με εσχατολογική προοπτική (έχουν πεποίθηση πως η ζωή τους θα συνεχιστεί ως ένα κατοπτρικό είδωλο της επίγειας βιωτής), τον εκθρεύονται. Συνεπεία τούτου, προκύπτει το οξύμωρο: ο άνθρωπος θλίβεται όχι για την βαθμιαία απομάκρυνση ενός «φίλου», αλλά ενός «εχθρού». Με την έννοια αυτή, ο χρόνος αποστασιοποιείται στη συνείδησή μας ως απωθημένο: παρά την αδάμαστη επιθυμία μας, τον χρόνο δεν τον «συλλαμβάνουμε», ούτε αλληγορικά (αδυνατούμε να αντιληφθούμε την τελεολογικό λόγο ύπαρξής του), ούτε εννοιολογικά (δεν δυνάμεθα να κατανοήσουμε την ουσία του π.χ. την αρχή ή το τέλος της ιστορίας), ούτε κυριολεκτικά (δεν υπακούει στα κελεύσματά μας). Ο ακατάλυτος χρόνος μας εξουσιάζει αθόρυβα, υποδόρια, αδιόρατα.

Χρόνος, παρελθόν, παρόν, μέλλον: συναποτελούν έννοιες που εγγράφονται στη συνείδησή μας ως πυρίκαυστες. Μας συγκλονίζουν, μας προσκαλούν αλλά και μας προκαλούν να εντρυφήσουμε σε αυτές. Εάν θρηνούμε για το παρελθόν με όχημα την πιστότητα της μνήμης, εάν βιώνουμε το παρόν υπνωτισμένοι από τη λαθροχειρία της πρόμνησης (deja-vu) και την αυταπάτη της βουλευσιαρχίας, τότε τρέμουμε το μέλλον με ένδυμα την πορφύρα της αβεβαιότητας των προσδοκιών μας. Επιπλέον, ο φόβος για το μέλλον οφείλεται στην εγγενή ανικανότητά μας να προβλέψουμε τα μελλούμενα, να τα θέσουμε υπό έλεγχο, να αισθανθούμε σταθεροί, παρότι πορευόμαστε σε ασταθή ισορροπία υπέρθεν “τεκτονικών πλακών”. Μας συνθλίβει η διαπίστωση πως, άκοντες και μοιραίοι, υποστυλώνουμε τη νομοτέλεια. Όμως ο χρόνος είναι άρρητος θεσμός. Μέσα στην αρραγή του ουσία φέρει κύρος, κυβερνάται από προαιώνιους νόμους, εμφορείται από διαχρονικές αρχές. Τα θέσφατα αυτά παραμένουν αναλλοίωτα παρά την ορμητικότητα του χρόνου. Με το μέλλον δεν συνάπτουμε δικαιοπραξία. Το περιμένουμε και μας περιμένει. Το μέλλον δεν είναι δικαιοκρίτης, ούτε «στοργικός πατέρας». Αντιθέτως, δομεί υπόβαθρο, επί του οποίου δυνάμεθα να βιώσουμε αποφασιστικά μία ζωή που δεν θα ταλαντεύεται αμήχανα και μάταια μεταξύ της δικαίωσης και της απαλλοτρίωσης.

Στα υπόγεια ρεύματα του χρόνου, το μέλλον φαντάζει ως ανασφαλές κατοικητήριο, ειδικά στο σύγχρονο μάγμα, όπου πυλώνες κλυδωνίζονται, νεοπαγείς σταθερές αναζητούνται, σχέσεις απαξιώνονται, η

Άρθρο Σύνταξης



λογική σχετικοποιείται, οι παγιωμένοι κανόνες εκθεμελιώνονται, η αλληλεγγύη πολτοποιείται στον μύλο της συμφεροντολαγνείας και το πρόθεμα “μετα-” αλλοιώνει όλο και συχνότερα, όλο και περισσότερα εδραιωμένα σημαινόμενα. Για να τροχοδρομήσουμε τη ζωή μας σε μελλοντικές ράγες, αναγκαία συνθήκη είναι να μορφοποιήσουμε το μέλλον επί χάρτου, ως συνισταμένη της διαπάλης δύο αντιθετικών κόσμων: της εικονολογικής προβολής του παρόντος αφενός και της εξιχνίασης των μύχιων πόθων μας αφετέρου.

Σύμφωνα με τον ισχυρισμό αρκετών, τα επάλληλα στάδια μέσα στην κονίστρα του βίου μας είναι προκαθορισμένα, διότι, υπόκεινται στην αρχή της ειμαρμένης. Κατ’ αυτούς, η συνειδητοποίηση πως ο χρόνος καταναλίσκεται ως παρανάλωμα συνιστά ζοφερή οντολογική αλήθεια, διότι αυτός συμπαρασύρει γεγονότα, επιθυμίες και όνειρα, χωρίς εμείς να μπορούμε να αποκλίνουμε την πορεία προς επιθυμητή κατεύθυνση. Εν τούτοις, σύμφωνα με την κοσμοθεωρία άλλων, αντί να διαβαίνουμε τα νευραλγικά τρίστρατα του χρόνου με μοιρολατρία, είναι ρεαλιστικό να επιλέγουμε εμείς -ενσυνείδητα, επιδραστικά, συνετά- την εξελικτική μας πορεία. Η μερίδα αυτή πράττει ανάλογα: διασχίζει το σκαίο περικείμενο κοσμώντας τον χρόνο με γεγονότα-γεννήματα, με επιτεύξεις-δημιουργήματα, τα οποία λειτουργούν ως τέμνον μέσο. Υπό την έννοια αυτή, τα συμβαίνοντα διαιρούν τον χρόνο, εμπλουτίζοντάς τον. Ο χρόνος δεν διαλάθει άστοχα, αδόκητα, άδοξα· τέμνεται γόνιμα και ανασυντίθεται αρμονικά. Εντός των ερμαρίων του οι στόχοι δύνανται να εκπληρωθούν, η θεματική της λύτρωσης δεν συνιστά φενάκη, η στόχευση της αυτοπραγμάτωσης καταλαμβάνει τον ορίζοντα των πιθανοτήτων.

Μολονότι το μέλλον δεν είναι προδιαγεγραμμένο, είναι εφικτό να το εικάσουμε, εφόσον καταφέρουμε να διαυγάσουμε το νοητό πέτασμα που ορθώνεται εμπρός μας. Το πέτασμα συνιστά τη θολή και δύσμορφη μεθόριο μεταξύ της στιγμής που εκπνέει και του μέλλοντος που κείται σπαργανωμένο· κατ’ ουσία, το πέτασμα διαχωρίζει το λειτουργικό παρόν από το επερχόμενο μέλλον. Η διαύγαση του πετάσματος επιτυγχάνεται μέσα από το μετείκασμα που καταλείπει η εκάστοτε εμπειρία. Η αποκρυστάλλωσή του προϋποθέτει την εξόρυξη πολύτιμων διδαχών από την εξονυχιστική μελέτη του παρελθόντος: όχι από τα κατάλοιπα ή τις φαντασιακές ερμηνείες του, αλλά από τη νουνεχή αναψηλάφησή του. Διότι, όπως σοφά είχε διαπιστώσει ο Θουκυδίδης (460-398 π.Χ.), “όσο η φύση του ανθρώπου παραμένει η ίδια, τα παρελθοντικά (γινόμενα) θα γίνονται μελλοντικά (εσόμενα)”. Μόνο εάν αντιληφθούμε το μέλλον μέσα από το καλιδοσκόπιο των συμβαμάτων, θα λύσουμε τον γόρδιο δεσμό μεταξύ της ενεστώσας πολύπτυχης πραγματικότητας και της μελλοντικής συνθήκης, που εξελίσσεται με πλαστικότητα εμπρός μας.

Ωστόσο, το σημαντικότερο όλων για την εξασφάλιση μελλοντικής σταθερότητας, είναι να γίνουμε εμείς οι ίδιοι οι φορείς της σταθερότητας. Να μην επαναπαυόμαστε στη μεμψίμοιρη «ασφάλεια» ενός ετεροπροσδιοριζόμενου, γλυκερού μέλλοντος, αλλά να γίνουμε συν-γενεσιουργοί του κόσμου που επελαύνει. Να επανατοποθετήσουμε τη ζωή μας στο λίκνο της βιωματικής γνώσης. Η ρηξικέλευθη διαδρομή δεν μπορεί παρά να είναι ατομική, διότι προϋποθέτει την *προσωποποίηση της ιδέας*, όπως ρητώς είχε αποφθεγματίσει ο Νίκος Καζαντζάκης (1883-1957) με το ρητό του: “...υπάρχουν μονάχα άνθρωποι που κουβαλούν τις ιδέες και αυτές παίρνουν το μπόι του ανθρώπου που τις κουβαλά...”. Μόνο με την αρωγή της προσωπικής του σκευής μπορεί ο καθένας να δώσει σάρκα και οστά σε ένα οραματικό σύμπαν που μορφοποιείται στο δικό του μυαλό, **το ιδιώνυμο όραμα** μπορεί να εμπνεύσει το συλλογικό γίγνεσθαι.



Άρθρο Σύνταξης

Τούτων ρηθέντων, καθίσταται σαφές πως τα σχέδια και οι στόχοι δοκιμάζονται μέσα στην κάμινο της ελευθερίας, που ο χρόνος μας προσφέρει δοτικά. Αλλά και αναμετρώνται με τις συμπληγάδες που ανακύπτουν από τις δαιδαλώδεις αναγκαιότητες. Όποιος τολμά να περνά το συναίσθημά του μέσα από χώρους δυσανάλογα μικρούς και αποδέχεται πως το αυτεξούσιό του ενδέχεται να ευνουχίζεται σε συγκεκριμένες συγκυρίες, όποιος ατσαλώνεται μέσα από τα βιώματά του, αυτός μεταμορφώνει νου και ψυχή, οπλίζει τη μνήμη του με ισχυρά εφόδια και αποκτά νεότευκτη διεισδυτική ματιά στα τεκταινόμενα. Το νέο «μάτι», που οφείλεται στην αναδιαμόρφωση κομβικών κέντρων του Κ.Ν.Σ., αποκαθαίρει τη συγχυτική σκέψη και μετατρέπει το αδιαφανές πέτασμα του χρόνου σε διαυγές «υάλινο» χώρισμα. Επιπλέον, κομίζει αισιοδοξία, επιτρέπει διορατική δράση, γεννά ολιστική κρίση και απελευθερώνει εγγενείς ικανότητες με τρόπο τέτοιο που να καταλείπουν επιδραστικό αποτύπωμα. Η σμίλευση του ανθρώπου στις συμπληγάδες του βίου του τον βοηθά να υλοποιήσει τους ευκλείς πόθους του, τον θωρακίζει με απροσπέλαστη ασπίδα και τον καθιστά ικανό να αντιπαρέρχεται την προβληματική του μέλλοντος.

Το τεύχος που κρατάτε στα χέρια σας αποδεικνύει την εμπράγματη σχέση του ανθρού ιατρικού μέλλοντος με το διψασμένο παρόν. Η μελέτη για τις ενδοπροθέσεις του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα αποδεικνύει πως οι Έλληνες γαστρεντερολόγοι βρίσκονται στο μέτωπο της επιστημονικής προόδου. Το άρθρο για την επίδραση της τεχνητής νοημοσύνης στις δεξιότητες του ενδοσκοπού τεκμηριώνει πως η κοινότητά μας αφουγκράζεται τους προβληματισμούς της εποχής. Τα έτερα δύο ενδοσκοπικά (αυτό που ξεναγεί τον ενδοσκόπο στα μυστικά του ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος και εκείνο που αναφέρεται στα γαστροσκόπια μιας χρήσης) καταδεικνύουν το καινοτόμο πνεύμα που μας διέπει ως γαστρεντερολογική κοινότητα. Ανατρέχοντας στις εισηγήσεις δύο πρώην προέδρων της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. για τις Γαστρεντερολογικές Μ.Η.Ν., κατανοούμε πως τα μέλη της κοινότητάς μας επιδεικνύουν συνεχή συνέπεια, δραστηριοποιούμενα στις εκάστοτε θέσεις ευθύνης. Ο εμβολιασμός του παρόντος με το καρποφόρο μέλλον αναδεικνύεται στα σπουδαία άρθρα των δύο ειδικευόμενων γαστρεντερολόγων (για τους ανταγωνιστές της IL-23 στη θεραπεία των Ι.Φ.Ν.Ε. και για τους νευροενδοκρινείς όγκους του στομάχου)· αμφότερα είναι χρηστικά και περιλαμβάνουν όλες τις πληροφορίες που είναι χρήσιμες (ανά επί μέρους θεματική ενότητα) στον σύγχρονο γαστρεντερολόγο. Το συχνό κλινικό πρόβλημα της δυσφαγίας προσεγγίζεται με διδακτική μεθοδολογία στην οικεία στήλη. Η κλινική σύζευξη των ειδικοτήτων της Γαστρεντερολογίας και της Πνευμονολογίας αποτυπώνεται στο άρθρο για τη φυματίωση του πεπτικού συστήματος. Τέλος, η περισπούδαστη μελέτη του κ. Αριστείδη Διαμαντή για τον Ιατρό-Ερευνητή Γεώργιο Κοτζιά δείχνει ανάγλυφα πως η εμβάθυνση στο έργο κορυφαίων ιατρικών προσωπικοτήτων του παρελθόντος μας διδάσκει την αξία της πρωτοπορίας· όταν οι Ιατροί αυτοί βρουν μιμητές στο πρόσωπο υπέρλαμπρων σύγχρονων Ελλήνων Ιατρών-Ερευνητών, είναι βέβαιο πως νέες κοσμογονικές ιατρικές ανακαλύψεις θα αναδυθούν.

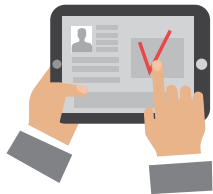
Ως επιστέγασμα της σημερινής μας συνάντησης, θέλω να εκφράσω τα ειλικρινή μου ευχαριστήρια και τα θερμά συγχαρητήρια στους συγγραφείς των άρθρων του παρόντος τεύχους, διότι με πνεύμα πρακτικό κομίζουν στην κοινότητά μας επικαιροποιημένη γνώση, αγκυροβολώντας στο μέλλον. Παράλ-

Άρθρο Σύνταξης



ληλα, η ΕΠ.Ε.Γ.Ε. πλάθει τη δική της διαχρονία: ανανεώθηκε με νέο Πρόεδρο και νέο ΔΣ. Συγχρόνως, νέα μέλη ενσωματώθηκαν στο ενεργητικό της. Στο ίδιο μοτίβο, οι «ενδοσκοπήσεις», το περιοδικό όλων μας, συνεχίζει την αναζήτηση προκλήσεων· απέκτησε “συγκυβερνήτες” στο “ταξίδι” του δύο εξαιρετικούς γαστρεντερολόγους της νέας γενιάς, τον κ. Γεώργιο Τσιώνη και την κ. Έλενα Μανθοπούλου. Τους καλωσορίζω στα ηνία του περιοδικού και τους εύχομαι να βιώσουν τη χαρά της δημιουργίας και της προσφοράς που γεύτηκα και εγώ κατά την προηγούμενη εξαετία. Κλείνοντας, θέλω να ευχηθώ σε όλες και σε όλους το 2026 να είναι χαρούμενο, παραγωγικό και γαλήνιο, με πολλές επιτυχίες και προσωπική εξέλιξη, με υγεία και ευημερία σε εσάς και τις οικογένειές σας.

Καλή και Ευλογημένη Χρονιά !



Νέα & Επίκαιρα

Η ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΑΠΕΡΧΟΜΕΝΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Σπυρίδων Γούλας, Πρώην Πρόεδρος του Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Απολογισμός και Προοπτική

Το κείμενο αυτό γράφτηκε δύο εβδομάδες πριν τα Χριστούγεννα του 2025 και μία εβδομάδα μετά την ετήσια επιστημονική μας εκδήλωση. Σε λίγες ημέρες ολοκληρώνεται η θητεία του Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. της τριετίας 2023-2025 του οποίου είχα την τιμή να είμαι Πρόεδρος. Η χρονική στιγμή είναι κατάλληλη για ένα απολογισμό ο οποίος αναπόφευκτα θα έχει και προσωπικό χαρακτήρα. Εντάχθηκα στα δρώμενα της Εταιρείας και συμμετείχα στο Δ.Σ. ως Ταμίας το 2016. Την πρώτη τριετή θητεία ακολούθησε η δεύτερη, πάλι από τη θέση του Ταμία. Είχα την τιμή να εργαστώ στο Δ.Σ. και να συνεργαστώ με εκλεκτούς συναδέλφους με επικεφαλής τους Προέδρους, τον Παναγιώτη Κασαπίδη (2017-2019) και τον Χάρη Τσιώνη (2020-2022) και βέβαια με όλα τα μέλη των Δ.Σ. Τώρα λοιπόν ολοκληρώνεται η τρίτη μου θητεία αυτή τη φορά από την θέση του Προέδρου.

Στα χρόνια που πέρασαν γνώρισα από κοντά τα προβλήματα της γαστρεντερολογικής κοινότητας και ιδιαίτερα τα επαγγελματικά μας που είναι και το κύριο αντικείμενο της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. Ως Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. κάναμε συζητήσεις, ανταλλάξαμε απόψεις, θέσαμε στόχους, επικοινωνήσαμε τα προβλήματα. Αλλού πετύχαμε σημαντικές νίκες αλλού δεν καταφέραμε να κάνουμε βήματα παρά την προσπάθεια.

Σταθμός σε αυτή την πορεία ήταν η ψήφιση του άρθρου 31 του Νόμου 4715/20 που αφορά την καταστολή στις ενδοσκοπήσεις. Υπενθυμίζω ότι προηγουμένως το νομικό πλαίσιο ήταν ανύπαρκτο και ήδη γκρίζα σύννεφα είχαν συσσωρευτεί στον ορίζοντα για την ειδικότητά μας από μία διάταξη νόμου που είχε ψηφιστεί ένα χρόνο πριν και έβαζε σε θανάσιμο περιορισμό την χορήγηση καταστολής. Απομένουν βέβαια να γίνουν τα επόμενα βήματα σε αυτό τον τομέα, και αυτό θα είναι στον σχεδιασμό του νέου Δ.Σ., όπως η διαμόρφωση προγράμματος εκπαίδευσης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην καταστολή για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των Ενδοσκοπικών μας Εργαστηρίων και η νομική κατοχύρωση χορήγησης προποφύλης.

Τη διετία 2023-24 συμμετείχαμε, αν και όχι ως επίσημοι προσκεκλημένοι, στη διαμόρφωση της Υπουργικής Απόφασης με την οποία υλοποιείται το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης Καρκίνου Παχέος Εντέρου - πρόγραμμα ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ. Χαιρετίσαμε την δράση αυτή ως την πρώτη συστηματική εφαρμογή ενός προγράμματος μαζικού προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Σε συνεργασία με την Ε.Γ.Ε. κάναμε παρεμβάσεις στην πολιτική ηγεσία σε καίρια σημεία αυτής της απόφασης με σκοπό τη βελτίωση των όρων εφαρμογής της προς όφελος της γαστρεντερολογικής κοινότητας.

Πολύ πρόσφατα κάναμε παρέμβαση, από κοινού με την Ε.Γ.Ε. με την Πρόεδρο Κωνσταντίνα Παρασκευά, στον Υπουργό για τη νομοθετική ρύθμιση του πλαισίου που διέπει τις Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ).

Για το θέμα αυτό άμεσα μετά την ψήφιση του Νόμου με κοινή μας επιστολή με την Ε.Γ.Ε. ζητήσαμε από την πολιτική ηγεσία την επικαιροποίηση της εισήγησης του ΚΕΣΥ και στη συνέχεια την έκδοση Υπουργικής Απόφασης για την ίδρυση και λειτουργία Μ.Η.Ν. Γαστρεντερολογίας. Ήδη τις τελευταίες ημέρες, μετά από επαφή που είχαμε με την πολιτική ηγεσία υπάρχει θετική ανταπόκριση στο αίτημά μας και βέβαια αυτή θα πρέπει να επιβεβαιωθεί και στην πράξη.

Επίσης περιγράψαμε αναλυτικά τα προβλήματα και τις στρεβλώσεις που υπάρχουν στο Ιδιωτικό Τομέα στη σχέση των Γαστρεντερολόγων (και γενικότερα όλων των Ιατρών) που απασχολούνται σε Διαγνωστικά Κέντρα ή Ιδιωτικές Κλινικές τόσο με αυτά όσο και με τις Ασφαλιστικές Εταιρείες. Τις προτάσεις μας τις επικοινωνήσαμε

Νέα & Επίκαιρα

Η ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΑΠΕΡΧΟΜΕΝΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.



στον Π.Ι.Σ. και τον Ι.Σ.Α., οι οποίοι λόγω της εμβέλειας τους μπορούν να κινηθούν πιο αποτελεσματικά από την ΕΠ.Ε.Γ.Ε. στη διεκδίκηση βελτιωμένων όρων εργασίας και συνεργασίας μας.

Από την άλλη πλευρά με την Ε.Γ.Ε. έχουμε αναπτύξει μια πολύ καλή επικοινωνία και συνεργασία για την επίλυση χρόνιων προβλημάτων και τη διεκδίκηση των στόχων της γαστρεντερολογικής κοινότητας την οποία θα επιδιώξουμε να συνεχίσουμε και να διευρύνουμε στα επόμενα χρόνια.

Η ΕΠ.Ε.Γ.Ε. είναι ένας ζωντανός οργανισμός που διαθέτει τεχνογνωσία, αξιοπιστία και μεθοδικότητα. Χρειάζεται όμως ενδυνάμωση με νέα μέλη που θα ενταχθούν σε αυτή και θα συμμετέχουν στα δρώμενα. Χρειαζόμαστε μαζικότητα και πλούτο ιδεών για να συνεχίσουμε και να ενδυναμώσουμε τις προσπάθειες μας. Στην κατεύθυνση αυτή είναι ιδιαίτερα θετικό ότι στις πρόσφατες εκλογές, πέραν κάποιων μελών της «παλιάς φρουράς», έθεσαν υποψηφιότητα και νέοι συνάδελφοι οι οποίοι εξελέγησαν και θα αποτελέσουν την προωθητική δύναμη. Ενδεικτικά εξελέγησαν στο Δ.Σ. μας δύο νέα τακτικά και τρία αναπληρωματικά μέλη που όλα θα συνεισφέρουν στην κοινή μας προσπάθεια. Τους καλωσορίζω και τους ευχαριστώ πολύ για την απόφασή τους να έρθουν κοντά μας.

Στις πρόσφατες εκλογές τα μέλη της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. μου έκαναν τη μεγάλη τιμή να με αναδείξουν στην πρώτη θέση και αυτό αποτελεί για μένα μεγάλη ηθική ικανοποίηση και με ενδυναμώνει για τη συνέχεια. Θέλω να σας ευχαριστήσω όλους και ιδιαίτερα τα μέλη του απερχόμενου Δ.Σ. αλλά και τους Προέδρους και τα μέλη των προηγούμενων δύο Δ.Σ. στα οποία συμμετείχα. Στο νέο Δ.Σ., η σύνθεση του οποίου καθορίζεται εσωτερικά σύμφωνα με το καταστατικό της ΕΠ.Ε.Γ.Ε., αποφάσισα να μην διεκδικήσω τη θέση του Προέδρου αλλά να είμαι Αντιπρόεδρος (μετά από έγκριση του σώματος) προκειμένου να συνεχίσουμε από κοινού τις προσπάθειες της Εταιρείας γιατί πράγματι έχουμε μπροστά μας πολύ δρόμο. Την θέση του Προέδρου αναλαμβάνει ο έμπειρος και καταξιωμένος συνάδελφος Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος προερχόμενος από Θεσσαλονίκη και με τον οποίο είχαμε άριστη συνεργασία τα τελευταία χρόνια. Σε άλλη στήλη θα βρείτε την σύνθεση και την κατανομή των ρόλων στο νέο Δ.Σ. Το ταξίδι της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. συνεχίζεται.....

Κλείνοντας θέλω να ευχηθώ σε σας και τις οικογένειές σας καλές γιορτές με Υγεία και ένα χαρούμενο και δημιουργικό 2026.



Νέα & Επίκαιρα

Η ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΝΕΟΕΚΛΕΓΕΝΤΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος, Πρόεδρος του Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Προ λίγων ημερών ολοκληρώθηκε η ετήσια επιστημονική εκδήλωση της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. που είχε ως θεματολογία τις παθήσεις του λεπτού και του παχέος εντέρου. Η επιστημονική μας εκδήλωση προσανατολίζεται πάντα σε καθημερινά κλινικά προβλήματα που αντιμετωπίζουμε και με αυτό τον τρόπο συγκεντρώνει τη συμμετοχή και προκαλεί την ανταλλαγή απόψεων. Το πιο ελαστικό πρόγραμμα επιτρέπει τη διεξαγωγή των συζητήσεων χωρίς να υπάρχει η αυστηρή τήρηση του ωραρίου όπως κάνουμε σε άλλα συνέδρια της ειδικότητάς μας. Ως αποτέλεσμα η συνάντηση στέφθηκε με επιτυχία, όπως αποδεικνύεται από την ενεργό και σημαντική συμμετοχή των συναδέλφων καθώς και από το υψηλό επίπεδο των παρουσιάσεων και των συζητήσεων.

Παράλληλα διεξήχθησαν και εκλογές για την ανάδειξη νέου διοικητικού συμβουλίου της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. Τα μέλη του απερχομένου συμβουλίου είδαμε με μεγάλη χαρά και ικανοποίηση τη συμμετοχή στις εκλογές πέντε νέων συναδέλφων - που αφ' ενός δεν είχαν εμπλακεί στο παρελθόν με τα διοικητικά της εταιρείας και αφ' ετέρου αποτελούν το νέο αίμα της ειδικότητάς μας έχοντας λάβει τον τίτλο ειδικότητας μετά το 2022 (οι τέσσερις από τους πέντε).

Είχα την τιμή να αποδεχθώ την πρόταση των συναδέλφων να αναλάβω την προεδρία του διοικητικού συμβουλίου της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. για την προσεχή τριετία. Από την τελευταία συνεδρίαση του απελθόντος Δ.Σ. και γνωρίζοντας την πρόθεση δέκα συναδέλφων να λάβουν μέρος στις εκλογές, είχαμε αποφασίσει στις συνεδριάσεις του νέου Δ.Σ. να συμμετέχουν τόσο τα επτά τακτικά όσο και τα τρία αναπληρωματικά μέλη. Ο στόχος είναι σαφής: να αποκτήσουν εμπειρία ώστε να αποτελέσουν τα μελλοντικά στελέχη της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. Και εδώ βρίσκεται η μεγάλη δύναμη κάθε εταιρείας: στην ενεργό συμμετοχή πολλών μελών της. Και αυτός είναι και ο χαρακτήρας της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: να είναι ένα ανοιχτό σπίτι για όλους τους συναδέλφους.

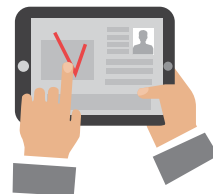
Τα προηγούμενα Δ.Σ. (από τότε που παρακολουθώ τα διοικητικά της εταιρείας- για να μην αδικήσω κάποιον) υπό την καθοριστική καθοδήγηση εξαίρετων συναδέλφων όπως ο κος Θεοχάρης Τσιώνης και ο κος Σπύρος Γούλας, κατάφεραν σε συνεργασία με την Ε.Γ.Ε. να επιτύχουν τη νομική κατοχύρωση της χορήγησης καταστολής από τον ενδοσκόπο ανάμεσα σε άλλα.

Οι προτεραιότητες του νέου Δ.Σ. θα είναι:

- α)** Το θέμα των αμοιβών, ιδίως για ενδοσκοπικές πράξεις, από ιδιωτικές κλινικές, ασφαλιστικές εταιρείες και διαγνωστικά κέντρα. Οι αμοιβές αυτές είναι συχνά απαξιωτικές για επιστήμονες. Το θέμα είναι δυσεπίλυτο και σαφέστατα ξεπερνά τα όρια της ειδικότητάς μας. Η προσπάθειά μας, σε συνεργασία με τον Π.Ι.Σ., θα είναι να ασκηθεί πίεση ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση.
- β)** Να καθορισθεί σε συνεργασία με την Ε.Γ.Ε. το curriculum εκπαίδευσης στην καταστολή με βάση τις οδηγίες της ESGE
- γ)** Να διερευνηθεί η δυνατότητα χρήσης κατά την ενδοσκόπηση προποφύλης από τους γαστρεντερολόγους (μετά από εκπαίδευση) όπως γίνεται σε πολλές χώρες
- δ)** Να γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες για την νομική ολοκλήρωση της λειτουργίας Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.) Γαστρεντερολογίας

Νέα & Επίκαιρα

Η ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΝΕΟΕΚΛΕΓΕΝΤΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.



ε) Η προσθήκη στον κατάλογο συνταγογραφούμενων εξετάσεων της καλπροτεκτίνης κοπράνων και άλλων εξετάσεων που δεν περιλαμβάνονται σήμερα στην υπάρχουσα λίστα

Η θητεία μου ξεκινάει βρίσκοντας το περιοδικό μας “Ενδοσκοπήσεις” να διανύει μία από τις καλύτερες περιόδους του. Η προσθήκη νέων μελών του Δ.Σ. που θα πλαισιώσουν τον υπεύθυνο σύνταξης κ. Νικόλαο Μαργέτη αποτελεί την καλύτερη παρακαταθήκη για τη μελλοντική επιτυχία της έκδοσής μας. Και αυτή η τελευταία αποτελεί και την ελπίδα για κάθε εταιρεία: τη συμμετοχή νέων μελών σε όλες τις εκδηλώσεις: ετήσιο συνέδριο, Δ.Σ., περιοδικό.

Σας εύχομαι καλή και δημιουργική χρονιά!



Νέα & Επίκαιρα

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

ΤΗΣ 22^{ης} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Αγαπητοί συνάδελφοι και φίλοι,

Η 22^η Πανελλήνια Επιστημονική Εκδήλωση της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. με θέμα «ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΚΑΙ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ – ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ», πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, στο ξενοδοχείο Divani Caravel, από τις 5 έως τις 7 Δεκεμβρίου 2025. Ήταν ιδιαίτερη τιμή για μένα, να μου ανατεθεί η διοργάνωσή της και κατέβαλλα κάθε δυνατή προσπάθεια για την επιτυχία της.

Η Εκδήλωση περιέλαβε έντεκα (11) Στρογγυλές Τράπεζες, οκτώ (8) Διαλέξεις, καθώς και συνεδρία video-παρουσίασης και σχολιασμού ενδιαφερόντων περιστατικών. Παράλληλα έλαβε χώρα Νοσηλευτικό Σεμινάριο με σύγχρονα και ενδιαφέροντα θέματα. Συμμετείχαν δια ζώσης 309 συνάδελφοι, ενώ έγιναν 421 προεγγραφές. Με δεδομένες τις αντικειμενικές συνθήκες μετακίνησης που παρουσιάστηκαν στη χώρα το εν λόγω τριήμερο, θεωρώ ποσοτικά σημαντική την παρουσία των συναδέλφων και τους οφείλω ένα μεγάλο “ευχαριστώ” γιατί συνέβαλλαν αποφασιστικά στην επιτυχία της. Όσοι δεν κατάφεραν να παρακολουθήσουν δια ζώσης τις εργασίες της Εκδήλωσης, έχουν τη δυνατότητα να τις δουν βιντεοσκοπημένες, στο site της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην επιλογή των θεμάτων και των ομιλητών, που καθόρισε την ποιότητα του επιστημονικού προγράμματος. Από την πλευρά μου θέλω να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους, παλαιότερους και νεότερους, που αφιέρωσαν τον πολύτιμο χρόνο τους, για να μας μεταδώσουν τη γνώση και τις εμπειρίες τους, ως ομιλητές ή ως πρόεδροι και να τους συγχαρώ για τις υψηλού επιπέδου παρουσιάσεις και συζητήσεις που συνέβαλλαν αποφασιστικά στην επιτυχία της Εκδήλωσης. Οφείλω δε να τονίσω, ότι το σύνολο σχεδόν των διαλέξεων και των τραπεζών χαρακτηρίστηκε από την ενεργό συμμετοχή των συνέδρων, που με ερωτήσεις και τοποθετήσεις συμμετείχαν σε ένα ζωντανό και παραγωγικό επιστημονικό διάλογο.

Στην 22^η Επιστημονική Εκδήλωση της ΕΠΕΓΕ συζητήθηκαν μεταξύ άλλων θεματικές ενότητες, που αφορούν νοσήματα του λεπτού και του παχέος εντέρου, εξελίξεις στη διαγνωστική τους προσέγγιση, νεότερες και καθιερωμένες ενδοσκοπικές επεμβατικές τεχνικές, εφαρμογές της Τεχνητής Νοσημοσύνης, καινούργια φάρμακα κυρίως για τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου, καθώς και το μείζον θέμα της σύγχρονης προληπτικής και θεραπευτικής προσέγγισης στον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού. Πεποίθησή μου είναι ότι όλοι οι συμμετέχοντες προσθέσαμε κάτι στη διαγνωστική και θεραπευτική μας φαρέτρα, αρωγό στην καθημερινή μας προσπάθεια για καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών μας.

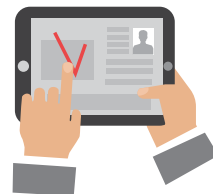
Στα πλαίσια της Εκδήλωσης, τόσο σε στρογγυλή τράπεζα, όσο και στη Γενική Συνέλευση, συζητήθηκαν επαγγελματικά θέματα-προβλήματα της ειδικότητας και της καθημερινής πρακτικής μας, με επικέντρωση στο νομικό πλαίσιο δημιουργίας Γαστρεντερολογικών Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας, στα αποτελέσματα της πρώτης εφαρμογής στη χώρα μας κρατικού προγράμματος για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και στην εκπαίδευση των συναδέλφων στην καταστολή. Τοποθέτηση επί των προθέσεων του Υπουργείου Υγείας, έκανε η Γενική Γραμματέας κα Κράβαρη Μαρία-Χριστίνα, που μας τίμησε με την παρουσία της.

Η επιτυχία της Εκδήλωσης δεν θα μπορούσε να επιτευχθεί χωρίς τη συλλογική προσπάθεια πολλών συντελεστών. Θερμές ευχαριστίες οφείλονται στα μέλη του ΔΣ της ΕΠ.Ε.Γ.Ε., στην αντιπρόεδρο της Εκδήλωσης κα Χρηστίδου Αγγελική, στη γραμματέα της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. κα Γενναδοπούλου Μαρία, στο γραφείο Congress Travel (ιδιαίτερα στις κυρίες Αναγνωστάκη Ειρήνη και Βαρθαλίτη Χρυσάνθη), για την άσκοπη διοργάνωση και συνεργασία καθώς και στις Εταιρείες-χορηγούς της Εκδήλωσης, χωρίς την βοήθεια των οποίων δεν θα ήταν δυνατή η πραγματοποίηση της.

Νέα & Επίκαιρα

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

ΤΗΣ 22^{ης} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.



Ο Πρόεδρος της 22^{ης} Πανελληνίας Επιστημονικής Εκδήλωσης της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. κ. Δημήτριος Ψιλόπουλος με την Αντιπρόεδρο της Εκδήλωσης κ. Αγγελική Χρηστίδου και με τον πρώην Πρόεδρο του Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. κ. Σπυρίδωνα Γούλα.

Θα ήταν παράλειψη μου να μην ευχαριστήσω τον κο Μαυρόπουλο Αντώνη, χημικό μηχανικό, συγγραφέα και μέλος του Συμβουλίου Διοίκησης του Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου για την εξαιρετική ομιλία του στην Τελετή Έναρξης με τίτλο: «Τεχνητή Νοημοσύνη: Επιστήμη, εφαρμογές και προκλήσεις», που με απλό και κατανοητό τρόπο μας “ξενάγησε” στην τεράστια τεχνολογική πρόκληση της εποχής μας, που πιθανά θα καθορίσει το μέλλον της Επιστήμης, της Κοινωνίας και του Πλανήτη μας.

Κλείνοντας θέλω να τονίσω ότι η επιστημονική πρόοδος επιτυγχάνεται μέσα από τη συνεργασία, τον διάλογο και τη συνεχή εκπαίδευση. Η ΕΠ.Ε.Γ.Ε., χρόνια τώρα, προάγει συστηματικά τα παραπάνω στη Γαστρεντερολογική κοινότητα. Η ενεργός συμμετοχή των συναδέλφων, κυρίως των νεότερων, αποτελεί εγγύηση για τη συνέχιση του έργου της.

Με εκτίμηση,
Δημήτριος Ψιλόπουλος
Διευθυντής Γαστρεντερολόγος, Ιατρικό Αθηνών, Μαρούσι



Ενδοσκοπικό θέμα

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΗΜΑ (EUS):

THE ART BEHIND THE IMAGE – TIPS & TRICKS ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΞΗ

Μιχαήλ Π. Γαλανόπουλος, MD, PhD, FEBGH

Γαστρεντερολόγος- Ηπατολόγος-Επεμβατικός Ενδοσκόπος

Εξειδικευθείς στην ERCP και στον Ενδοσκοπικό Υπέρηχο (EUS)

Η Τέχνη του EUS

Το EUS συνδυάζει ανατομική ακρίβεια, τεχνική δεξιοσύνη και επεμβατική στόχευση. Η ποιότητα της απεικόνισης επηρεάζει άμεσα τόσο τη διαγνωστική ακρίβεια όσο και τις θεραπευτικές αποφάσεις. Η «τέχνη» έγκειται στη μετατροπή μιας δυναμικής τρισδιάστατης ανατομίας σε καθαρή, σταθερή και ερμηνεύσιμη εικόνα.

1. Ηρεμία & Σταθερότητα – Το θεμέλιο της απεικόνισης

Πριν ξεκινήσει η απεικόνιση, απαιτείται σταθεροποίηση του ηχοενδοσκοπίου.

Στομάχι

- Ήπια περιστροφή και μικρή έλξη ώστε ο ηχοβολέας να έχει σταθερή επαφή.

Δωδεκαδάκτυλο

- Short position → λιγότερα artifacts, πιο ελεγχόμενη στόχευση.

Tip: Μικρο-κινήσεις (micro-adjustments) βελτιώνουν θεαματικά την ποιότητα της εικόνας.

Clinical Pearl

Αλλαγή μόλις 3–5 mm στην έλξη του ηχοενδοσκοπίου μπορεί να μεταμορφώσει πλήρως την απεικόνιση της κεφαλής του παγκρέατος και του CBD.

Pitfalls

- Υπερβολική έλξη → απώλεια επαφής → «θολή» κεφαλή παγκρέατος.
- Ασταθής αναπνοή ασθενούς → προτιμήστε σύντομη παύση αναπνοής πριν από FNB (fine-needle biopsy).

2. Fine-Tuning Ρυθμίσεων. Η εικόνα είναι ιατρική πράξη

Το EUS δεν είναι «plug & play». Η ενεργή ρύθμιση των παραμέτρων είναι ο καθοριστικός παράγοντας που διαχωρίζει την βασική από την υψηλού επιπέδου απεικόνιση.

Κύρια στοιχεία ρύθμισης (Εικόνα 1)

Συχνότητα:

- 10–12 MHz → μέγιστη λεπτομέρεια για επιφανειακές αλλοιώσεις.
- 5–7 MHz → καλύτερη διείσδυση σε βαθύτερες δομές.

Gain:

- Λειτουργεί ως «φωτισμός» της εικόνας.
- Χαμηλό gain → καθαρός διαχωρισμός παρεγχύματος/βλάβης.
- Υψηλό gain → αποκαλύπτει septa, microcysts, λεπτές δομές.

Advanced Tip: Κατά τη διάρκεια FNB, μικρές αλλαγές στο gain μπορούν να αναδείξουν vascular patterns ή μικρολοβώσεις, αόρατες σε default ρυθμίσεις.

3. Doppler – Η Ασφάλεια Πρώτα

Το Doppler είναι κάτι πολύ περισσότερο από εργαλείο ασφαλείας: αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διαγνωστικής στρατηγικής.

Πριν από κάθε παρακέντηση

Ελέγξτε με Doppler **τρία σημεία της πορείας της βελόνας:**

1. Έξοδος από τον ηχοβολέα
2. Μεσαίο τμήμα
3. Σημείο στόχευσης της βλάβης

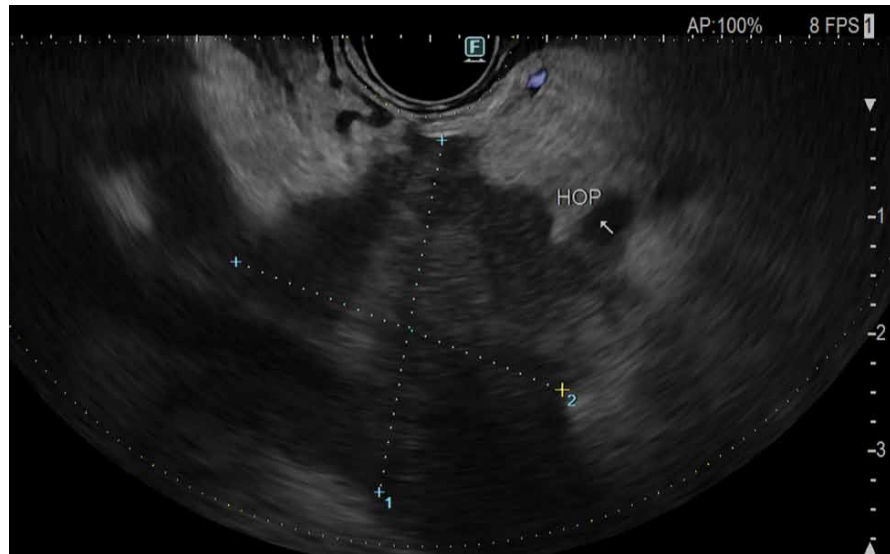
Χρησιμοποιήστε τόσο **e-flow** όσο και **power Doppler** και DFI τεχνολογία (Εικόνα 2).

Τι προσφέρει το Doppler

- Διαχωρισμό αγγείου από στερεή ή κυστική δομή.
- Αναγνώριση θρόμβου ή high-flow συρίγγια.
- Αποφυγή τραυματισμού GDA, splenic artery, portal confluence κ.ά.

Red Flag

Στερεή βλάβη χωρίς Doppler flow **δεν συνεπάγε-**



Εικόνα 1.

ται νεκρωτικό ιστό. Σε πολλές περιπτώσεις απαιτείται CE-EUS για επιβεβαίωση.

4. Επιλογή Βελόνας– Το μυστικό της σωστής δειγματοληψίας

Η βελόνα είναι το βασικό εργαλείο της διάγνωσης. Η σωστή επιλογή της βελτιώνει το diagnostic yield, μειώνει τον αριθμό των περασμάτων και αυξάνει την ιστολογική ακρίβεια.

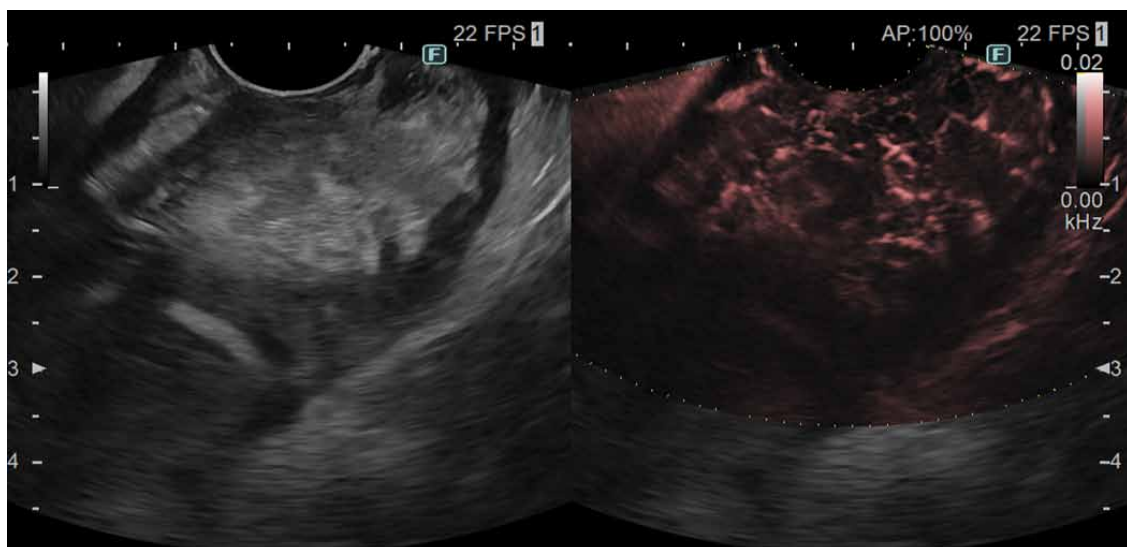
Πρακτικές επιλογές

Στερεές βλάβες (Εικόνα 3):

- **FNB 22G** → καλύτερη ιστολογική αρχιτεκτονική.
- **25G** → ιδανική για δύσκολες γωνιώσεις στο δωδεκαδάκτυλο.

Κυστικές βλάβες:

- **19G** → κατάλληλη για drainage, υψηλή παροχή, λιγότερες αποφράξεις.



Εικόνα 2.



Ενδοσκοπικό θέμα

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΗΜΑ (EUS):

THE ART BEHIND THE IMAGE – TIPS & TRICKS ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΞΗ



Εικόνα 3.

Τεχνικές δειγματοληψίας

- **Slow-pull** → υψηλής ποιότητας κυτταρολογικό υλικό.
- **Fanning technique** → καλύπτει την ετερογένεια της βλάβης.

Clinical Insight

Σε IPMN / MCN, η FNB υπερτερεί της FNA στη διατήρηση της αρχιτεκτονικής cell-block και επιτρέπει καλύτερη συσχέτιση με MRI/MRCP.

5. Freeze the Pancreas

Το πάγκρεας μετακινείται με κάθε αναπνοή. Ο έλεγχος της κινητικότητάς του αυξάνει την ακρίβεια και την ασφάλεια.

Τεχνικές σταθεροποίησης

- Ήπια πρόσθια πίεση ώστε ο ηχοβολέας να «αγκυροβολεί» στην επιφάνεια.
- Ενθάρρυνση ήρεμης, ρηχής αναπνοής.
- “Anticipatory aiming”: στοχεύετε τη μελλοντική θέση της βλάβης.

Οφέλη

- Λιγότερη κινητικότητα → λιγότερες επανα-διαδρομές.
- Μειωμένος κίνδυνος αιμορραγίας.
- Καλύτερη λήψη υλικού (tissue yield).

6. Συστηματική Πλοήγηση – Η ανάγνωση του EUS σαν χάρτης

Το EUS απαιτεί ένα «νοντικό GPS» της ανατομίας. Η συστηματική προσέγγιση μειώνει τα blind spots και αυξάνει την επαναληψιμότητα.

Roadmap της εξέτασης

Από το στομάχι:

- Σώμα παγκρέατος → αυχέννας → πυλαία → σπληνική φλέβα → αριστερή νεφρική φλέβα.

Από το δωδεκαδάκτυλο:

- Κεφαλή παγκρέατος → CBD → uncinate process → GDA → portal confluence → ampulla.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Polkowski M, et al. Technical aspects of EUS-guided tissue acquisition. *Endoscopy*, 2017.
2. Iglesias-Garcia J, et al. EUS elastography for pancreatic masses. *Gastrointest Endosc*, 2009.
3. Kitano M, et al. Contrast-enhanced EUS: Principles and clinical applications. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2019.
4. Dumonceau JM, et al. ESGE guidelines for EUS-guided sampling. *Endoscopy*, 2021.
5. Hewitt MJ, et al. Comparative accuracy of FNA vs FNB. *Gut*, 2012.
6. Larghi A, et al. Fine-needle biopsy: Histologic advantages and modern applications.
7. Yamashita Y, et al. EUS in cystic pancreatic lesions — diagnostic algorithm. *CGH*, 2020.



Εισαγωγή - ορισμός

Με τον όρο **δυσφαγία** χαρακτηρίζουμε τη διαταραχή της μεταφοράς τροφής από τη στοματική κοιλότητα, τον φάρυγγα και τον οισοφάγο προς το στομάχι. Πρόκειται για μια αρκετά συχνή κατάσταση, με διάφορες μελέτες να δείχνουν ότι επηρεάζει περίπου το 2-20 % του παγκόσμιου πληθυσμού. Συναντάται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με το ποσοστό εμφάνισής της να αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό την υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Επίσης προκαλεί σημαντική επιβάρυνση σε όλες τις βαθμίδες των συστημάτων υγείας.

Κατηγορίες- αίτια

Η κατάποση είναι μια σύνθετη και πολύπλοκη διαδικασία, η οποία εμπλέκει πλήθος νευρών, μυϊκών ομάδων και άλλων ανατομικών δομών, επομένως η δυσφαγία μπορεί να οφείλεται σε ένα πλήθος παραγόντων και παθολογικών καταστάσεων. Ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο ανευρίσκεται η διαταραχή, χωρίζουμε την δυσφαγία σε δύο κύριους τύπους: την **στοματοφαρυγγική** (διαταραχή μεταφοράς της τροφής από το στόμα και τον φάρυγγα προς τον οισοφάγο) και την **οισοφαγική** (διαταραχή μεταφοράς της τροφής από τον οισοφάγο προς το στομάχι). Η διάκριση του τύπου της δυσφαγίας είναι πολύ σημαντική για την περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση της από τους κατάλληλους ειδικούς.

Ο κάθε τύπος δυσφαγίας μπορεί να οφείλεται σε ένα πλήθος παραγόντων, όπως αυτοί εμφανίζονται στις εικόνες 1 και 2. Κυριότερα αίτια της στοματοφαρυγγικής δυσφαγίας αποτελούν τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και οι νευροεκφυλιστικές παθήσεις, ενώ η οισοφαγική δυσφαγία οφείλεται συχνότερα στη Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση και την Ηωσινοφιλική Οισοφαγίτιδα.

Κλινική εικόνα

Η δυσφαγία εκδηλώνεται με μια πλειάδα συμπτωμάτων και σημείων, τα κυριότερα από τα οποία είναι:

- Σιελόρροια
- Διαφυγή τροφής ή υγρών από το στόμα

- Βήχας ή πνιγμός κατά την κατάποση τροφής (στερεής/υγρής)
- Αίσθημα κόμβου ή παρουσίας τροφής στον φάρυγγα
- Παλινδρόμηση τροφής
- Εκδήλωση υγρής φωνής
- Βράγχος φωνής
- Δυσφορία στον τράχηλο και στο στήθος

Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση επιπλοκών, όπως η πνευμονία από εισρόφηση και η απώλεια σωματικού βάρους.

Διερεύνηση

1. Ιστορικό

Το πρώτο βήμα προς τη διερεύνηση της δυσφαγίας είναι η λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού, το οποίο θα μας βοηθήσει να διαχωρίσουμε τη στοματοφαρυγγική από την οισοφαγική δυσφαγία και θα κατευθύνει την περαιτέρω αντιμετώπιση του ασθενή. Με το ιστορικό αναζητούμε πληροφορίες, όπως ο χρόνος έναρξης των συμπτωμάτων, η εξέλιξή τους με την πάροδο του χρόνου, η συσχέτιση τους με στερεές ή/και υγρές τροφές, η παρουσία βήχα - πνιγμών - θωρακικού άλγους, καθώς και οι συννοσηρότητες και η φαρμακευτική αγωγή που τυχόν λαμβάνει ο ασθενής. Για να βοηθήσουν περαιτέρω τη λήψη ιστορικού, έχουν αναπτυχθεί ειδικά ερωτηματολόγια, όπως το Sydney Swallow Questionnaire και το SWAL-QoL Questionnaire.

2. Κλινική εξέταση

Ακολουθεί η πλήρης κλινική εξέταση του ασθενούς, κατά την οποία ελέγχουμε:

- Όψη και θρέψη ασθενή, καταγραφή ζωτικών σημείων
- Νοητική κατάσταση – επίπεδο συνείδησης
- Ακρόαση πνευμόνων
- Στοματική κοιλότητα (υγιεινή, παρουσία σιέλου, παρουσία τροφής, κινητικότητα γλώσσας)



Κλινικό θέμα

ΔΥΣΦΑΓΙΑ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

ΑΙΤΙΑ ΣΤΟΜΑΤΟΦΑΡΥΓΓΙΚΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- N. Parkinson
- Σύνδρομο άνοιας
- Πλάγια μυατροφική σκλήρυνση
- Πολλαπλή σκλήρυνση
- Μυασθένειες
- Δερματομυοσίτιδα/πολυμυοσίτιδα
- Λήψη αντιψυχωσικής αγωγής

ΜΗΧΑΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

- Καρκίνος κεφαλής-τραχήλου
- Χειρουργικές επεμβάσεις
- Ακτινοθεραπεία-χημειοθεραπεία
- Εκκόλπωμα Zenker
- Αυχενικά οστεόφυτα
- Λεμφαδενοπάθεια
- Βρογχοκήλη- διογκώσεις θυρεοειδούς
- Δυσλειτουργία ΑΟΣ
- Κακή στοματική υγιεινή- οδοντοστοιχίες
- Κατάποση καυστικής ουσίας

Εικόνα 1.

ΑΙΤΙΑ ΟΙΣΟΓΑΓΙΚΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

- ΓΟΠΝ
- Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα

- Πεπτικές στενώσεις
- Δακτύλιος Schatzki
- Καλοήθεις όγκοι οισοφάγου
- Καρκίνος οισοφάγου
- Μάζες μεσοθωρακίου
- Εκκόλπωμα
- Τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο
- Μετακτινική οισοφαγίτιδα
- Στενώσεις μετά από κατάποση καυστικής ουσίας
- Λοιμώξεις (Candida, CMV, HSV)
- Ενσφήνωση βλωμού- ξένου σώματος

- Κινητικές διαταραχές οισοφάγου
 - Αχαλασία
 - EGJ outflow obstruction
 - Διάχυτος οισοφαγικός σπασμός
 - Υπερσυσπώμενος οισοφάγος
- Συστηματική σκλήρυνση (σκληρόδερμα)
- Φαρμακευτική οισοφαγίτιδα
- Λήψη αντιψυχωσικών – οπιοειδών
- Χειρουργικές επεμβάσεις

Εικόνα 2.

- Τράχηλο για ψηλαφητές διογκώσεις (θυρεοειδής, λεμφαδένες)
- Ομιλία (βράγχος, «υγρή» φωνή)
- Αδρή νευρολογική εκτίμηση με έλεγχο των κρανιακών συζυγιών
- Δοκιμασία έκλυσης αντανakλαστικού εμέτου (gag reflex)

Η κλινική εκτίμηση της κατάποσης μπορεί να ολοκληρωθεί και με τη δοκιμαστική χορήγηση μικρών ποσοτήτων τροφής διαφορετικής πυκνότητας (υγρά, πολτός, στερεά), εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση του ασθενή και το επίπεδο συνεργασίας του.

3. Απεικονιστικός- επεμβατικός έλεγχος

Εφόσον η κλινική εξέταση αποκαλύψει εικόνα συμβατή με δυσφαγία, ακολουθεί ο απεικονιστικός- επεμβατικός έλεγχος, κατά τον οποίο χρησιμοποιούμε διάφορες τεχνικές και εξοπλισμό αναλόγως και με το πιθανό επίπεδο της βλάβης. Ο έλεγχος αυτός πραγματοποιείται από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και οι κυριότερες μέθοδοι είναι οι εξής:

- **Κλασικό οισοφαγογράφημα με βάριο:** πραγματοποιείται λήψη στατικών ακτινολογικών εικόνων μετά από κατάποση βαρίου (εικόνα 3).



- **Βιντεοακτινοσκόπηση κατάποσης με βάριο (VFS):** πρόκειται για δυναμική μέθοδο, κατά την οποία πραγματοποιείται χορήγηση βαρίου αναμειγμένου με τροφές διαφόρων συστάσεων και άμεση καταγραφή της κατάποσης υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο, με δυνατότητα εγγραφής της μελέτης και για μεταγενέστερο έλεγχο. Είναι η εξέταση εκλογής για την πιθανή παρουσία εισρόφησης τροφής, καθώς την αναδεικνύει σε πραγματικό χρόνο.
- **Αξονική τομογραφία- μαγνητική τομογραφία-υπέρηχοι:** χρησιμοποιούνται κατά περίπτωση για την ανάδειξη παθολογίας στην περιοχή κεφαλής - τραχήλου - θώρακα.
- **Εκτίμηση κατάποσης με εύκαμπτο ενδοσκόπιο (fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing, FEES):** πρόκειται για μέθοδο που πραγματοποιείται από ΩΡΛ και αφορά στη χρήση εύκαμπτου ενδοσκοπίου, το οποίο εισέρχεται από τη ρινική κοιλότητα και ελέγχει τις δομές του φάρυγγα και του λάρυγγα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την κατάποση τροφών με πρόσμιξη χρώματος. Με αυτή τη μέθοδο μπορούν να εντοπιστούν παθολογικά ευρήματα στις ανωτέρω δομές (εξεργασίες, βλάβες μετά από ακτινοβολία), υπολείμματα τροφής στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα, καθώς και να παρατηρηθεί εισρόφηση σε πραγματικό χρόνο.

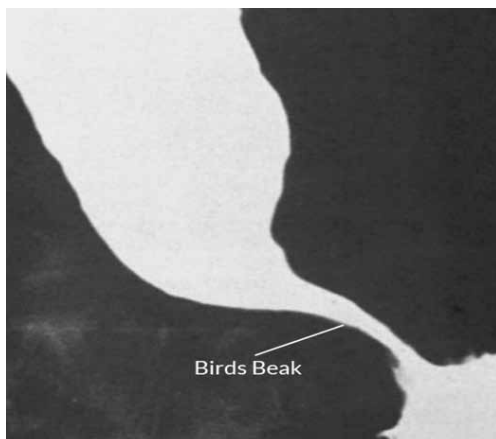
Η μέθοδος είναι ελάχιστα επεμβατική, καλά ανεκτή και μπορεί να πραγματοποιηθεί ακόμα και στην κλίνη του ασθενή λόγω φορητότητας του εξοπλισμού.

- **Ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού (EGD):** Αποτελεί την κυριότερη εξέταση για τον έλεγχο της οισοφαγικής δυσφαγίας (εικόνα 4). Τα πλεονεκτήματά της είναι η άμεση επισκόπηση του βλεννογόνου του οισοφάγου, η δυνατότητα λήψης βιοψιών προς ιστολογική επιβεβαίωση των παθολογικών ευρημάτων, καθώς και η δυνατότητα θεραπευτικών χειρισμών.
- **Μανομετρία υψηλής ανάλυσης (HRM):** χρησιμοποιείται συμπληρωματικά κυρίως για τη μελέτη των κινητικών διαταραχών του οισοφάγου. Είναι μια ελάχιστα επεμβατική και καλά ανεκτή μέθοδος, κατά την οποία ένας λεπτός ρινογαστρικός καθετήρας με αισθητήρες μέτρησης πίεσης προωθείται ως το στόμαχο και λαμβάνει μετρήσεις που στέλνονται σε εξωτερικό σύστημα καταγραφής (εικόνες 5,6).

Αντιμετώπιση

Οι γενικές αρχές αντιμετώπισης της δυσφαγίας συνοψίζονται στα εξής κύρια σημεία:

- Αντιμετώπιση του αιτιολογικού παράγοντα όπου αυτό είναι δυνατό.
- Ανακούφιση των συμπτωμάτων.



Εικόνα 3. Αχαλασία οισοφάγου.



Εικόνα 4. Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα.



Κλινικό θέμα

ΔΥΣΦΑΓΙΑ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- Εξασφάλιση της σίτισης με εναλλακτικές μεθόδους, αν καταστεί αναγκαίο.

Στοματοφαρυγγική δυσφαγία:

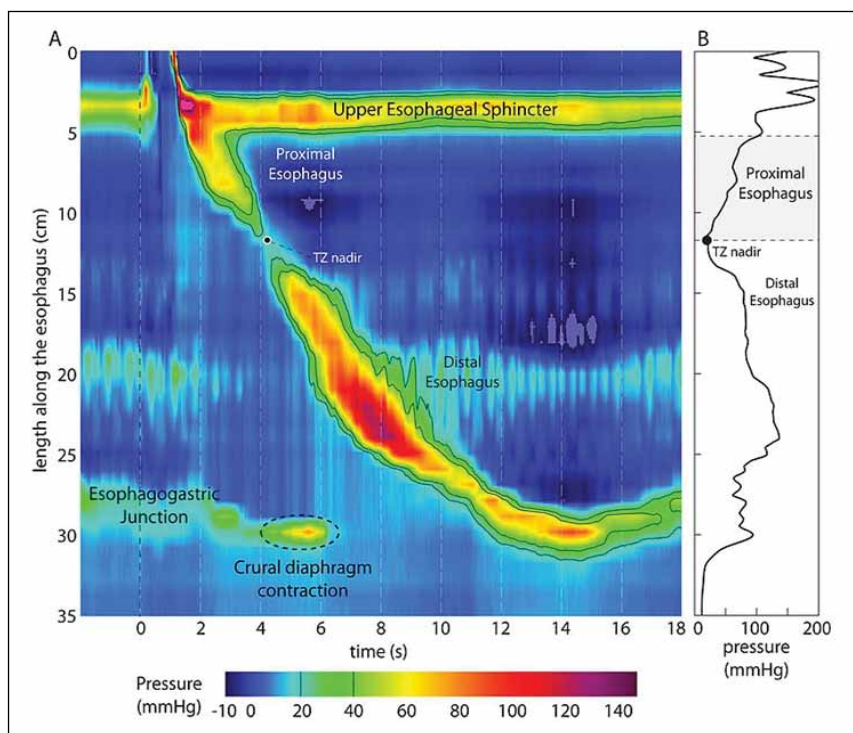
- Θεραπευτική αντιμετώπιση του αιτιολογικού παράγοντα, ή διατήρηση αυτού σε ύφεση με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή (σε περιπτώσεις χρόνιων νευρολογικών νοσημάτων).
- Τροποποιήσεις στη δίαιτα του ασθενή ώστε να μπορεί να διαχειριστεί καλύτερα την τροφή (αποφυγή σκληρών τροφών, πολτοποίηση τροφών, προσθήκη υγρών).
- Επανεκπαίδευση σίτισης του νευρολογικού ασθενή με τη συνδρομή φυσικοθεραπευτών - λογοθεραπευτών με σκοπό την διατήρηση της φυσιολογικής οδού σίτισης για όσο το δυνατόν περισσότερο, με τη χρήση ειδικών χειρισμών που ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο εισρόφησης.
- Τέλος, σε αδυναμία σίτισης από το στόμα, εξα-

σφάλιση της σίτισης του ασθενή με εναλλακτικές μεθόδους σίτισης, όπως ο ρινογαστρικός καθετήρας (Levine) ή η διαδερμική γαστροστομία (PEG).

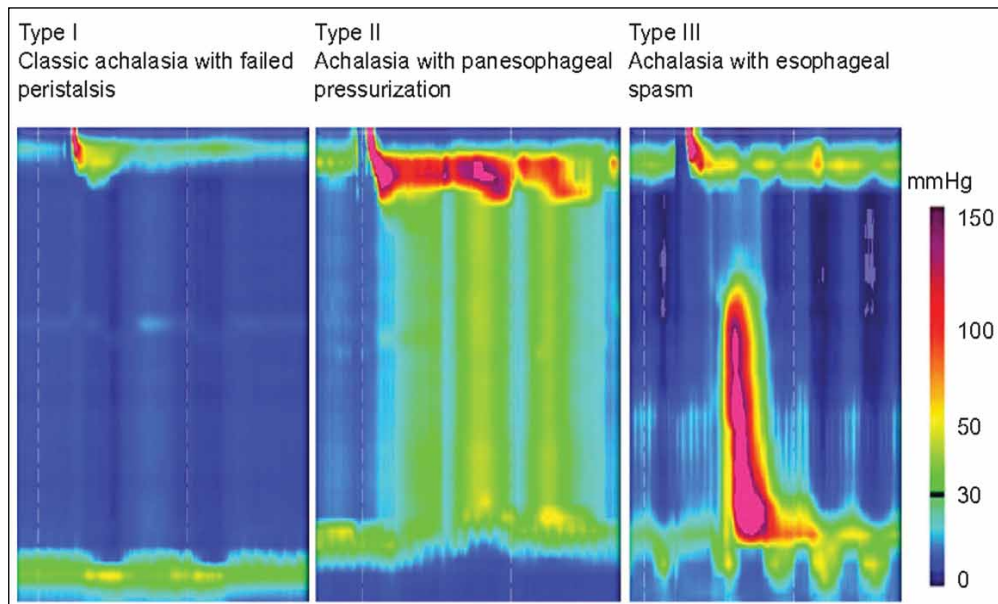
Οισοφαγική δυσφαγία:

Και σε αυτή την περίπτωση ισχύουν οι αυτής βασικές αρχές διαχείρισης. Ενδεικτικά θα αναφερθούμε σε ορισμένες από αυτές συχνότερες αιτίες και αυτής τρόπους αντιμετώπισής αυτής:

- ΓΟΠ: χορήγηση αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPI's)
- Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα: χορήγηση PPI's, κορτικοστεροειδών από το στόμα, νεότερων παραγόντων (Dupilumab)
- Κακοήθειες οισοφάγου: χειρουργική αντιμετώπιση αυτής υποκείμενης νόσου ή τοποθέτηση stent για την εξασφάλιση αυτής βατότητάς του
- Λοιμώδεις οισοφαγίτιδες: χορήγηση αυτής κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής κατά περίπτωση (συχνότερα αντιϊική ή αντιμυκητιασική αγωγή)



Εικόνα 5. φυσιολογική HRM.



Εικόνα 6. HRM - τύποι αχαλασίας.

- Δακτύλιος Schatzki: διατομή με κατάλληλες μεθόδους
- Αχαλασία: αντιμετώπιση ανάλογα με τον τύπο αυτής με διαστολές, μυοτομή κατά Heller, POEM, botox
- Πεπτικές στενώσεις: χορήγηση PPI's, διαστολές

Ανακεφαλαίωση

Όπως προκύπτει και από τη διεθνή βιβλιογραφία, η δυσφαγία είναι μια αρκετά συχνή, αλλά δυστυχώς υποδιαγνωσμένη κατάσταση. Ειδικά τις τελευταίες δεκαετίες, με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και του γηράσκοντος πληθυσμού, αυξάνονται ταυτόχρονα και οι παθολογικές καταστάσεις που μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνισή της. Για τους λόγους αυτούς, χρειάζεται υψηλή κλινική υποψία για την εμφάνιση των συμπτωμάτων της δυσφαγίας, ειδικά σε συγκεκριμένους πληθυσμούς ασθενών, όπως αυτοί με χρόνια νευρολογικά ή εκφυλιστικά νοσήματα, που θα απαιτήσουν έγκαιρη παρέμβαση ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος εισρόφησης και υποσιτισμού. Εξίσου σημαντική κρίνεται η συνεχιζόμενη βελτίωση των διαγνωστικών μέσων που έχουμε στη διάθεσή μας, καθώς και η ανάπτυξη εργαλείων που θα επιτρέψουν

την έγκαιρη διαλογή των ασθενών που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο. Τέλος, απαραίτητη είναι και η συνεργασία των διαφόρων ιατρικών και παραϊατρικών ειδικοτήτων, με σκοπό την μεγιστοποίηση του διαγνωστικού και θεραπευτικού αποτελέσματος, προς όφελος των ασθενών μας.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines, Dysphagia, Update 2014.
2. Dellon ES, Muir AB, Katzka DA, Shah SC, Sauer BG, Aceves SS, Furuta GT, Gonsalves N, Hirano I. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis. Am J Gastroenterol. 2025 Jan 1;120(1):31-59. doi: 10.14309/ajg.00000000000003194. Epub 2025 Jan 2. PMID: 39745304.
3. Oude Nijhuis, R., Zaninotto, G., Roman, S., Boeckxstaens, G., Fockens, P., Langendam, M., Bredenoord, A. (2020). European Guideline on Achalasia – UEG and ESNM recommendations. United European Gastroenterology Journal, 8(1), 13–34. doi:10.1177/2050640620903213.



4. Kim JP, Kahrilas PJ. How I Approach Dysphagia. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019 Aug 20;21(10):49. doi: 10.1007/s11894-019-0718-1. PMID: 31432250.
5. Wilkinson JM, Codipilly DC, Wilfahrt RP. Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. *Am Fam Physician*. 2021 Jan 15;103(2):97-106. PMID: 33448766.
6. Rommel N, Hamdy S. Oropharyngeal dysphagia: manifestations and diagnosis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016 Jan;13(1):49-59. doi: 10.1038/nrgastro.2015.199. Epub 2015 Dec 2. PMID: 26627547.
7. Johnston BT. Oesophageal dysphagia: a stepwise approach to diagnosis and management. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2017 Aug;2(8):604-609. doi: 10.1016/S2468-1253(17)30001-8. PMID: 28691686.
8. Eslick GD, Talley NJ. Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life – a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27: 971–9.

Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

ΕΠΙΔΕΙΝΩΝΕΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ
ΤΙΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΟΥ;



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

Η παρούσα στήλη έχει πολλαπλώς ασχοληθεί με την αξιοποίηση των δυνατοτήτων που προσφέρει η τεχνητή νοημοσύνη (artificial intelligence; AI) στην άσκηση της Ιατρικής, κλινικής και εργαστηριακής. Η Γαστρεντερολογία και η ενδοσκόπηση του πεπτικού συστήματος αποτελούν χαρακτηριστικό πεδίο τέτοιων εφαρμογών. Στο πλαίσιο αυτό, μελέτες έχουν δείξει πως η AI δύναται να βελτιώσει τους δείκτες ποιότητας των ενδοσκοπήσεων και την απόδοση των ενδοσκόπων.

Σε αντιδιαστολή με τα ως τώρα γνωστά, μια πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη έδειξε πως η χρήση της AI στην κολονοσκόπηση οδήγησε τελικά σε μείωση των δεξιοτήτων των ενδοσκόπων, όταν αυτή δεν είναι διαθέσιμη.

Πρόκειται για πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης από την Πολωνία που συνέκρινε κολονοσκοπήσεις (n=1443) σε 2 χρονικές περιόδους: η πρώτη, 3 μήνες προ της εισαγωγής της AI (n=795) και η δεύτερη, 3 μήνες μετά, για τις κολονοσκοπήσεις χωρίς υποστήριξη από AI (n=648). Ως δείκτης αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκε το γνωστό ADR (adenoma detection rate), το ποσοστό δηλ. των εξετάσεων στις οποίες ανευρίσκεται τουλάχιστον ένας αδενωματώδης πολύποδας.

Με βάση τα αποτελέσματα, πριν την εισαγωγή της AI, το ADR ήταν 28,4%, ενώ μετά την περίοδο εκτεταμένης χρήσης της AI έπεσε σε 22,4%. Δηλαδή, οι ενδοσκόποι ανίχνευαν λιγότερους πολύποδες, όταν δεν είχαν βοήθεια από AI. Επιπρόσθετα, η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η έκθεση στην AI ήταν ανεξάρτητος παράγοντας μείωσης της απόδοσης των ενδοσκόπων. Όσον αφορά

στην απόδοση όταν χρησιμοποιόταν AI, αυτή παρέμεινε αρκετά καλή, με ADR περίπου 25,3%.

Η μελέτη θέτει τον προβληματισμό πως, ενώ η AI βοηθά στην ανίχνευση πολυπόδων, υπάρχει ο κίνδυνος η εξάρτηση από αυτή να μειώσει τις βασικές δεξιότητες του ενδοσκόπου, όταν η τεχνολογία δεν είναι διαθέσιμη ή δεν χρησιμοποιείται. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να έχει σοβαρές συνέπειες στην ποιότητα της φροντίδας των ασθενών, δεδομένου ότι η ADR είναι σημαντικός δείκτης με τελική αντανάκλαση στην επίπτωση του καρκίνου παχέος εντέρου.

Βεβαίως, η μελέτη έχει περιορισμούς όπως είναι ο μη τυχαίοποιημένος χαρακτήρας της, η περίληψη έμπειρων, μόνο, ενδοσκόπων και ο βραχύς χρόνος αξιολόγησης των δεδομένων.

Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα καταδεικνύει ότι η συνεχής χρήση της AI ως εργαλείο υποστήριξης σε κολονοσκοπήσεις μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της απόδοσης (de-skilling) των ενδοσκόπων, όταν αυτή δεν χρησιμοποιείται. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με αυξανόμενες αντίστοιχες αναφορές σε άλλους τομείς, δείχνει ότι πρέπει να σχεδιάζεται η χρήση της με τρόπο που να διατηρούνται και -γιατί όχι;- να επαυξάνονται παράλληλα οι ανθρώπινες δεξιότητες.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2025; 10:896-903
2. Cogn Res Princ Implic 2024;9:46



Ειδικό Άρθρο

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Σπυρίδων Γούλας, Πρώην Πρόεδρος του Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε., Διευθυντής Γαστρεντερολόγος, Π.Γ.Ν.Μ. «Ελενα Βενιζέλου»

Χάρης Τσιώνης, Πρώην Πρόεδρος του Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε., Γαστρεντερολογική Διάγνωση Σερρών

Στα πλαίσια της 22^{ης} Πανελλήνιας Επιστημονικής Εκδήλωσης της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. (Αθήνα, 5-7/12/2025) πραγματοποιήθηκε στρογγυλή τράπεζα με θέμα τις Γαστρεντερολογικές Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.). Προεδρεύοντες ήταν ο Πρόεδρος της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. κ. Σπυρίδων Γούλας (ο οποίος ήταν και ο αρχικός εισηγητής) και η Πρόεδρος της Ε.Γ.Ε. κ. Κωνσταντίνα Παρασκευά. Η στρογγυλή τράπεζα ολοκληρώθηκε με την εισήγηση του πρώην Προέδρου της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. κ. Χάρη Τσιώνη. Κατά γενική ομολογία, οι εισηγήσεις διαφώτισαν τους γαστρεντερολόγους αναφορικά με την αξία των Μ.Η.Ν. στη σύγχρονη Ελληνική ιατρική πρακτική και επικοινωνήσαν τα βήματα προόδου που έχουν συντελεστεί, ως προϊόν του διαλόγου με την Πολιτεία. Οι συνάδελφοι επέδειξαν έντονο και ειλικρινές ενδιαφέρον, συνειδητοποιώντας πως η υπό διαμόρφωση συνθήκη αφορά όλους και πως κάθε γαστρεντερολόγος δύναται να επηρεάσει τις εξελίξεις με τις γόνιμες προτάσεις του. Οι ομιλίες αυτές αποτυπώνονται στα κείμενα που ακολουθούν. Ο διευθυντής σύνταξης και η συντακτική επιτροπή των «ενδοσκοπήσεων» ευχαριστούν θερμά τους εισηγητές για την πρωτοβουλία τους να δημοσιεύσουν τις ομιλίες τους στις «ενδοσκοπήσεις».

I. Μ.Η.Ν.: Νομικό Πλαίσιο. Τι κερδίσαμε και πώς προχωρούμε για τη θεσμοθέτηση

Σπυρίδων Γούλας

Οι Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ) είναι πολύτιμες δομές Υγείας που παρέχουν υπηρεσίες με αποτελεσματικότητα και ασφάλεια, εφόσον τηρούνται συγκεκριμένες προδιαγραφές καθώς και μειωμένο κόστος για τα συστήματα υγείας. Τα πλεονεκτήματα των ΜΗΝ είναι αναμφισβήτητα όπως προκύπτει τόσο από τη διεθνή όσο και από την ελληνική εμπειρία λειτουργίας Μονάδων συγκεκριμένων ειδικοτήτων (Οφθαλμολογία, Δερματολογία, ΩΡΛ, Πλαστική Χειρουργική) που έχουν αδειοδοτηθεί και λειτουργούν από το 2018.

Η Εκτελεστική Επιτροπή του ΚΕΣΥ σε εισήγηση της τον Ιανουάριο του 2021 είχε αποδεχθεί τη χρησιμότητα των ΜΗΝ, είχε προτείνει την επέκτασή τους και σε άλλες ειδικότητες μεταξύ των οποίων και η Γαστρεντερολογία και είχε καταγράψει το είδος των ιατρικών πράξεων που θα μπορούν να διενεργηθούν στις Μονάδες της ειδικότητάς μας. Είχε επίσης προτείνει την επέκταση του είδους της αναισθησίας μέχρι το βαθμό της γενικής αναισθησίας για την διενέργεια των ιατρικών πράξεων αναλόγως της ειδικότητας των ΜΗΝ. Βεβαίως όλα αυτά υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις και κριτήρια

από πλευράς ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, ιατροτεχνολογικού και λοιπού εξοπλισμού κλπ

Σε συνέχεια αυτής της εισήγησης του ΚΕΣΥ τον 11/22 η ΕΠΕΓΕ είχε αποστείλει στην τότε Αναπληρώτρια Υπουργό Υγείας, η οποία είχε η ίδια κάνει την εισήγηση που προαναφέραμε με την προηγούμενη της ιδιότητα της Προέδρου του ΚΕΣΥ, επιστολή με την οποία την πρόετρεπε να προχωρήσει τις διαδικασίες για την έκδοση Υπουργικής Απόφασης για την ίδρυση και λειτουργία ΜΗΝ Γαστρεντερολογίας.

Το θέμα επανήλθε τελευταία στην επικαιρότητα με την πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας να προχωρήσει σε επικαιροποίηση του θεσμικού πλαισίου των ΜΗΝ η οποία αποτυπώθηκε σε συγκεκριμένο άρθρο του λεγόμενου ερανιστικού Νομοσχεδίου. Διαβάζοντας το άρθρο του Νομοσχεδίου που είχε τεθεί σε διαβούλευση από τα τέλη Σεπτεμβρίου διαπιστώσαμε ότι πράγματι ήταν στη σωστή κατεύθυνση και προέβλεπε μεταξύ άλλων και την επέκταση του βαθμού αναισθησίας. Ωστόσο, προκειμένου τα πράγματα να είναι ξεκάθαρα και να υπάρχει εναρμόνιση με τη διάταξη για την καταστολή στις ενδοσκοπικές πράξεις (άρθρο 31 του Νόμου 4715), θεωρήσαμε ότι

Ειδικό Άρθρο

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ



στις προβλεπόμενες μεθόδους αναισθησίας (τοπική, περιοχική και γενική) θα ήταν αναγκαίο να προστεθεί και η καταστολή με την οποία γίνονται οι ενδοσκοπικές πράξεις (μέτρια, βαθιά) ανάλογα με το είδος της πράξης και την κατάσταση του ασθενούς.

ΓΕ αποστείλαμε επιστολή στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου και επιδιώξαμε και συνάντηση δια ζώσης. Η συνάντηση με τον Υπουργό έγινε την 9/10/25 και σε αυτή είχαμε ευκαιρία να συζητήσουμε γι' αυτό αλλά και για άλλα θέματα της γαστρεντερολογικής κοινότητας.

Στην κατεύθυνση αυτή από κοινού η ΕΓΕ και η ΕΠΕ-

Η επιστολή έχει ως εξής:

Προς Υπουργό Υγείας
κ. Άδωνι Γεωργιάδη

Αθήνα, 30/9/25
Αρ. Πρωτ.

Αξιότιμε κύριε Υπουργέ,

ΘΕΜΑ: ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

Ο θεσμός των Μονάδων Ημερησίας Νοσηλείας (ΜΗΝ) είναι εξαιρετικά ανεπτυγμένος στα συστήματα υγείας σε διεθνές επίπεδο καθώς η συγκεκριμένη πρακτική της διενέργειας χειρουργικών ή επεμβατικών πράξεων με τους σύγχρονους κανόνες αποτελεσματικότητας και ασφάλειας και με ολιγόωρη παραμονή του ασθενούς στη Μονάδα, χωρίς την ανάγκη διανυκτέρευσης, έχει πολλαπλά οφέλη τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για τα συστήματα Υγείας. Στη χώρα μας ο επιστημονικός σύμβουλος της Πολιτείας σε θέματα Υγείας, το ΚΕΣΥ, έχει αποφανθεί από ετών ότι οι ΜΗΝ είναι αποτελεσματικές και ασφαλείς όταν λειτουργούν σε συγκεκριμένο πλαίσιο όσον αφορά στο προσωπικό, τους χώρους, τις υποδομές και τον αναγκαίο ιατροτεχνολογικό και λοιπό εξοπλισμό που ορίζονται από την Πολιτεία και επιπλέον έχουν χαμηλότερο κόστος ανάπτυξης και λειτουργίας συμβάλλοντας στη μείωση των νοσοκομειακών δαπανών.

Στη χώρα μας λειτουργούν από το 2018 μετά από Υπουργικές αποφάσεις ΜΗΝ για τις ειδικότητες Οφθαλμολογίας, Πλαστικής Χειρουργικής, Ωτορινολαρυγγολογίας και Δερματολογίας/Αφροδισιολογίας (Υ.Α. 46632/2018 – ΦΕΚ Β' 2283/2018). Με δική σας απόφαση τον περασμένο Δεκέμβριο στον κατάλογο προστέθηκαν οι ΜΗΝ ειδικότητας Παθολογικής Ογκολογίας και Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας (Υ.Α. 66957/2024 ΦΕΚ Β' 7623/2024).

Για την ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας έχει υπάρξει μια αρχική θετική για ΜΗΝ εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής του ΚΕΣΥ προς την ολομέλεια (18/1/21) από την τότε Πρόεδρο του ΚΕΣΥ και μετέπειτα Αναπληρώτρια Υπουργό Υγείας κα Γκάγκα που αφορά στην ίδρυση και λειτουργία ΜΗΝ άλλων ιατρικών ειδικοτήτων (πλην των ήδη αδειοδοτημένων Οφθαλμολογίας κλπ) συμπεριλαμβανομένης της Γαστρεντερολογίας (επισυνάπτεται το σχετικό έγγραφο).

Οι Εταιρείες μας, τόσο η Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία (ΕΓΕ) όσο και η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας (ΕΠΕΓΕ), είχαν από ετών υιοθετήσει το αίτημα της επιστημονικής κοινότητας των Γαστρεντερολόγων για θέσπιση του πλαισίου για την ίδρυση και λειτουργία ΜΗΝ Γαστρεντερολογίας και τελευταία είχαν θέσει ως στόχο να επαναφέρουν το αίτημα προς την πολιτική ηγεσία.



Ειδικό Άρθρο

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Στην παρούσα χρονική συγκυρία πληροφορούμαστε ότι το Υπουργείο Υγείας έθεσε σε δημόσια διαβούλευση Νομοσχέδιο το οποίο στο άρθρο 92 ρυθμίζει (με τροποποίηση και συμπλήρωση του ισχύοντος πλαισίου του άρθρου 33 του Νόμου 4025/11) το πλαίσιο για την ίδρυση και λειτουργία ΜΗΝ. Στο συγκεκριμένο άρθρο, αν γίνει δεκτή από την πλευρά σας μία μικρή προσθήκη ανοίγει ο δρόμος για την έκδοση της Υπουργικής απόφασης για τις ΜΗΝ Γαστρεντερολογίας.

Συγκεκριμένα οι ενδοσκοπικές πράξεις της ειδικότητάς μας διαγνωστικές και θεραπευτικές γίνονται με τη χορήγηση καταστολής. Γενικότερα η καταστολή διαβαθμίζεται σε 4 στάδια που είναι τα εξής:

Στάδιο 1. Ηπία καταστολή (αγχόλυση)

Στάδιο 2. Μέτρια καταστολή (καταστολή με συνείδηση)

Στάδιο 3. Βαθιά καταστολή και

Στάδιο 4. Γενική αναισθησία

(σελ. 15 σύγγραμμα «Αναλγησία- Καταστολή στην Ενδοσκόπηση του Γ. Παπαδόπουλου Καθηγητή Αναισθησιολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, εκδόσεις Εφυρα 2009)

Το 2020 με το άρθρο 31 του Νόμου 4715/2020 για πρώτη φορά υπήρξε νομοθετική ρύθμιση για **την χορήγηση καταστολής στις ενδοσκοπικές πράξεις**. Η σχετική διάταξη αναφέρει ότι "οι σύνθετες ενδοσκοπικές πράξεις σε όλους τους ασθενείς και όλες οι ενδοσκοπήσεις σε ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας πρέπει να γίνονται με μέτρια ή και βαθιά καταστολή επιπέδου (II -III) από αναισθησιολογική ομάδα σε οργανωμένες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Το ίδιο είναι αναγκαίο και σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επείγουσες ενδοσκοπήσεις καθώς και σε ασθενείς με ιστορικό παρενεργειών ή συμβαμάτων κατά τη διάρκεια καταστολής και αναισθησίας.

Κατά συνέπεια, με βάση τη διαβάθμιση σε στάδια της καταστολής και το άρθρο 31 του Νόμου 4715/2020 που αφορά την καταστολή στις ενδοσκοπικές πράξεις αιτούμαστε στο άρθρο 92 παράγραφος 3 που αναφέρει:

Οι ΜΗΝ διακρίνονται στις εξής κατηγορίες

α. Στις ΜΗΝ εντός Νοσοκομείων και Κλινικών, στις οποίες επιτρέπεται η εκτέλεση ιατρικών πράξεων με τοπική, γενική και περιοχική (ραχιαία, επισκληρίδιος) αναισθησία σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης να προστεθεί η φράση **και καταστολή (ήπια, μέτρια, βαθιά) και η παράγραφος να διαμορφωθεί ως εξής:**

Οι ΜΗΝ διακρίνονται στις εξής κατηγορίες

α. Στις ΜΗΝ εντός Νοσοκομείων και Κλινικών, στις οποίες επιτρέπεται η εκτέλεση ιατρικών πράξεων με τοπική, γενική και περιοχική (ραχιαία, επισκληρίδιος) αναισθησία η καταστολή (ήπια, μέτρια ή βαθιά) σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης

β. Στις αυτοτελείς ΜΗΝ, στις οποίες επιτρέπεται η εκτέλεση ιατρικών πράξεων με τοπική, γενική και περιοχική (ραχιαία, επισκληρίδιος) αναισθησία σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης να προστεθεί η φράση **και καταστολή (ήπια, μέτρια, βαθιά) και η παράγραφος β να διαμορφωθεί ως εξής:**



β. Στις αυτοτελείς ΜΗΝ, στις οποίες επιτρέπεται η εκτέλεση ιατρικών πράξεων με τοπική, γενική και περιοχική (ραχιαία, επισκληρίδιος) αναισθησία η καταστολή (ήπια, μέτρια, βαθιά) σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης

Επίσης στην παράγραφο 12 του ίδιου άρθρου

12. Οι αυτοτελείς ΜΗΝ στις οποίες εκτελούνται ιατρικές πράξεις γενικής και περιοχικής αναισθησίας (ραχιαία και επισκληρίδιος) εγκαθίστανται σε περιοχή στην οποία υπάρχει Νοσοκομείο η ιδιωτική κλινική, στα οποία λειτουργεί αντίστοιχο τμήμα της ειδικότητας η ειδικοτήτων που αναπτύσσει η ΜΗΝ και σε ακτίνα είκοσι (20) χιλιομέτρων να προστεθεί η φράση **και καταστολής (ήπιας, μέτριας, βαθιάς)**
Έτσι η παράγραφος 12 να διαμορφωθεί ως εξής:

12. Οι αυτοτελείς ΜΗΝ στις οποίες εκτελούνται ιατρικές πράξεις γενικής και περιοχικής αναισθησίας (ραχιαία και επισκληρίδιος) ή καταστολής (ήπιας, μέτριας, βαθιάς) εγκαθίστανται σε περιοχή στην οποία υπάρχει Νοσοκομείο η ιδιωτική κλινική, στα οποία λειτουργεί αντίστοιχο τμήμα της ειδικότητας η ειδικοτήτων που αναπτύσσει η ΜΗΝ και σε ακτίνα είκοσι (20) χιλιομέτρων

Συμπερασματικά, ζητούμε να συμπεριλάβετε τη συγκεκριμένη προσθήκη στο άρθρο 92 του υπό διαβούλευση Νομοσχεδίου που αφορά τις ΜΗΝ. Με τον τρόπο αυτό ανοίγει ο δρόμος για εισήγηση από το ΚΕΣΥ και στη συνέχεια έκδοση υπουργικής απόφασης για την **ίδρυση και λειτουργία ΜΗΝ Γαστρεντερολογίας** που είναι κατά την άποψη μας ώριμο αίτημα της επιστημονικής μας κοινότητας και είναι προς όφελος των ασθενών μας και του συστήματος υγείας γενικότερα. Οι εταιρείες που εκπροσωπούμε, ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ, είναι πρόθυμες να καταθέσουν τις προτάσεις τους σε πνεύμα διαλόγου και συνεργασίας για την διαμόρφωση από μέρους του ΚΕΣΥ μιας άρτιας εισήγησης που θα περιγράφει τους όρους και τις προϋποθέσεις αδειοδότησης της λειτουργίας ΜΗΝ Γαστρεντερολογίας (προσωπικό, χώρους, υποδομές, ιατροτεχνολογικό και λοιπό εξοπλισμό, είδος των διαγνωστικών και θεραπευτικών εξετάσεων της ειδικότητας) και γενικότερα ό,τι κριθεί απαραίτητο σύμφωνα με τα διεθνή standards και με όρους ποιότητας, αποτελεσματικότητας και ασφάλειας.

Στη διάθεσή σας σχετικά

Με εκτίμηση

Κωνσταντίνα Παρασκευά
Πρόεδρος ΕΓΕ

Σπυρίδων Γούλας
Πρόεδρος ΕΠΕΓΕ

Μετά την κατάθεση του Νομοσχεδίου στη Βουλή ο Πρόεδρος της ΕΠΕΓΕ εκλήθη να παραστεί στην ακρόαση φορέων της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής. Εκεί, την 23/10/25, παρουσία του Υπουργού και βουλευτών όλων των κομμάτων μελών της Επιτροπής αναπτύξαμε και προφορικά το αίτημά μας αυτό για την προσθήκη.

Ακολούθησε η συζήτηση του Νομοσχεδίου στην Βουλή και τελικά η διάταξη για τις ΜΗΝ ψηφίστηκε χωρίς την προσθήκη και παράλληλα εξαιρέθηκαν από την αδειοδότηση ΜΗΝ η Αττική και η περιφερειακή ενότητα Θεσσαλονίκης. Όσον αφορά το θέμα της καταστολής είχαμε την προφορική διαβεβαίωση ότι δεν υπάρχει πρόβλημα για μας που θα μας έθετε εκτός αφού στο Νόμο



Ειδικό Άρθρο

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

προβλέπεται η χορήγηση του 4^{ου} βαθμού καταστολής, δηλαδή η γενική αναισθησία. **Και πράγματι θα ήταν οξύμωρο και επιστημονικά παράδοξο να μην μπορεί να δοθεί άδεια για πράξεις σε ΜΗΝ που γίνονται με μέτρια η βαθεία καταστολή (2^{ος} και 3^{ος} βαθμός) και να είναι νόμιμη η χορήγηση της γενικής αναισθησίας, ήτοι ο 4^{ος} βαθμός καταστολής.**

Στην κατεύθυνση αυτή και προκειμένου να προχωρήσουμε στο δρόμο για τις ΜΗΝ Γαστρεντερολογίας

συντάξαμε από κοινού και πάλι ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ επιστολή προς την πολιτική ηγεσία του Υπουργείου με την οποία ζητάμε την επικαιροποίηση μέσω του ΚΕΣΥ της εισήγησης του 2021, η οποία να περιλαμβάνει όλους τους απαραίτητους όρους και προϋποθέσεις για ίδρυση και λειτουργία ΜΗΝ Γαστρεντερολογίας η οποία να επικυρωθεί τελικά με Υπουργική Απόφαση για ίδρυση και λειτουργία ΜΗΝ Γαστρεντερολογίας. Συγκεκριμένα η επιστολή έχει ως εξής:

Προς κκ

Υπουργό, Αναπληρώτρια Υπουργό
& Υφυπουργό Υγείας

Αθήνα 25/11/25

ΘΕΜΑ: ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

- Σχετ: 1. Η εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής του ΚΕΣΥ προς την 285^η ολομέλεια (18/1/21)
2. Το άρθρο 92 του Ν. 5243/25

Ο θεσμός των Μονάδων Ημερησίας Νοσηλείας (ΜΗΝ) είναι εξαιρετικά ανεπτυγμένος στα συστήματα υγείας σε διεθνές επίπεδο καθώς η συγκεκριμένη πρακτική της διενέργειας χειρουργικών η επεμβατικών πράξεων με τους σύγχρονους κανόνες αποτελεσματικότητας και ασφάλειας, και με ολιγόωρη παραμονή του ασθενούς στη Μονάδα χωρίς την ανάγκη διανυκτέρευσης, έχει πολλαπλά οφέλη τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για τα συστήματα Υγείας. Στη χώρα μας ως επιστημονικός σύμβουλος της Πολιτείας σε θέματα Υγείας το ΚΕΣΥ έχει αποφανθεί από ετών ότι οι ΜΗΝ είναι αποτελεσματικές και ασφαλείς όταν λειτουργούν σε συγκεκριμένο πλαίσιο όσον αφορά στο προσωπικό, τους χώρους, τις υποδομές και τον αναγκαίο ιατροτεχνολογικό και λοιπό εξοπλισμό που ορίζονται από την Πολιτεία και επιπλέον έχουν χαμηλότερο κόστος ανάπτυξης και λειτουργίας συμβάλλοντας στη μείωση των νοσοκομειακών δαπανών (σχετ έγγραφο 1).

Στη χώρα μας σε εφαρμογή του άρθρου 33 του Νόμου 4025/2011 με Υπουργικές αποφάσεις λειτουργούν ΜΗΝ για τις ειδικότητες Οφθαλμολογίας, Πλαστικής Χειρουργικής, Ωτορινολαρυγγολογίας και Δερματολογίας/Αφροδισιολογίας (Υ.Α. 46632/2018 – ΦΕΚ Β' 2283/2018). Με Υπουργική απόφαση τον περασμένο Δεκέμβριο στον κατάλογο προστέθηκαν οι ΜΗΝ ειδικότητας Παθολογικής Ογκολογίας και Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας (Υ.Α. 66957/2024 ΦΕΚ Β' 7623/2024).

Για την ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας έχει υπάρξει **μία αρχική θετική για ΜΗΝ εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής του ΚΕΣΥ προς την 285^η ολομέλεια (18/1/21)** από την τότε Πρόεδρο του ΚΕΣΥ και μετέπειτα Αναπληρώτρια Υπουργό Υγείας κα Γκάγκα που αφορά στην ίδρυση και λειτουργία ΜΗΝ άλλων ιατρικών ειδικοτήτων (πλην των ήδη αδειοδοτημένων Οφθαλμολογίας κλη) συμπεριλαμβανομένης της Γαστρεντερολογίας. **Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι «οι ιατρικές πράξεις**



που μπορούν να διενεργηθούν στις ΜΗΝ κρίνεται σκόπιμο να διευρυνθούν.....όσον αφορά στο είδος της αναισθησίας το οποίο ως τώρα προσδιορίζεται ως τοπική αναισθησία και καταστολή πρέπει να προβλεφθεί η δυνατότητα επέκτασης, εφόσον τηρούνται όλες οι απαιτούμενες προδιαγραφές υποδομής και επιστημονικού προσωπικού και για τη χορήγηση γενικής αναισθησίας σε επιλεγμένες επεμβάσεις η και περιπτώσεις. Αναφορικά με το είδος της επέμβασης που μπορεί να πραγματοποιηθούν αναφέρονται στη συνέχεια οι προτεινόμενες επεμβάσεις ανά ειδικότητα... και στη σελίδα 12 και 13 αναφέρεται η επεμβατική Γαστρεντερολογία και παρατίθεται ο κατάλογος των ιατρικών πράξεων ανά όργανο (οισοφάγος, στόμαχος, παχύ έντερο κλπ) (το σχετικό έγγραφο 1 επισυνάπτεται)

Ο Νόμος 5243/25 που ψηφίστηκε πρόσφατα στο άρθρο 92 επικαιροποιεί (με τροποποίηση και συμπλήρωση του ισχύοντος πλαισίου του άρθρου 33 του Νόμου 4025/11) το πλαίσιο για την ίδρυση και λειτουργία ΜΗΝ.

Συγκεκριμένα προβλέπει ότι:

Οι ΜΗΝ διακρίνονται στις εξής κατηγορίες

- α.** Στις ΜΗΝ εντός Νοσοκομείων και Κλινικών, στις οποίες επιτρέπεται η εκτέλεση ιατρικών πράξεων με τοπική, γενική και περιοχική (ραχιαία, επισκληρίδιος) αναισθησία σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης
- β.** Στις αυτοτελείς ΜΗΝ, στις οποίες επιτρέπεται η εκτέλεση ιατρικών πράξεων με τοπική, γενική και περιοχική (ραχιαία, επισκληρίδιος) αναισθησία σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης με εξαίρεση την Περιφέρεια Αττικής και την Περιφερειακή Ενότητα Θεσσαλονίκης όπου επιτρέπεται η εκτέλεση ιατρικών πράξεων μόνο με τοπική αναισθησία.....Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) καταρτίζεται και τροποποιείται ο λεπτομερής κατάλογος των ιατρικών πράξεων που επιτρέπεται να εκτελούνται ανά κατηγορία ΜΗΝ, και σύμφωνα με την ιατρική ειδικότητα που αναπτύσσει

...Για τις ΜΗΝ εκδίδεται απόφαση του Υπουργού Υγείας μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) με την οποία ορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις, οι τεχνικές προδιαγραφές, ο απαραίτητος επιστημονικός και τεχνολογικός εξοπλισμός, η σύνθεση του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, ο κανονισμός εσωτερικής λειτουργίας κλπ

Κατά συνέπεια με το Νόμο 5243/25 εκσυγχρονίζεται το νομικό πλαίσιο για ίδρυση και λειτουργία ΜΗΝ.

Η ίδρυση και λειτουργία ΜΗΝ Γαστρεντερολογίας την οποία έχει εισηγηθεί η ΕΕ του ΚΕΣΥ το 2021 είναι ώριμο αίτημα της επιστημονικής μας κοινότητας και είναι προς όφελος των ασθενών και του συστήματος υγείας γενικότερα. **Αιτούμαστε λοιπόν να καλέσετε το ΚΕΣΥ να επικαιροποιήσει την εισήγηση του 2021 (σχετικό 1) προκειμένου να προχωρήσει η έκδοση Υπουργικής απόφασης για ίδρυση και λειτουργία ΜΗΝ Γαστρεντερολογίας σε εφαρμογή της νέας νομοθετικής ρύθμισης. Οι εταιρείες που εκπροσωπούμε, Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία (ΕΓΕ) και Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας (ΕΠΕΓΕ) είναι πρόθυμες να καταθέσουν τις**



Ειδικό Άρθρο

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

προτάσεις τους σε πνεύμα διαλόγου και συνεργασίας για την διαμόρφωση από μέρους του ΚΕΣΥ μιας άρτιας εισήγησης που θα περιγράφει τους όρους και τις προϋποθέσεις αδειοδότησης και λειτουργίας (προσωπικό, χώρους, υποδομές, ιατροτεχνολογικό και λοιπό εξοπλισμό, είδος των διαγνωστικών και θεραπευτικών εξετάσεων της ειδικότητας) και γενικότερα ότι κριθεί απαραίτητο σύμφωνα με τα διεθνή standards και με όρους ποιότητας, αποτελεσματικότητας και ασφάλειας.

Στη διάθεσή σας σχετικά

Με εκτίμηση

Κωνσταντίνα Παρασκευά
Πρόεδρος ΕΓΕ

Σπυρίδων Γούλας
Πρόεδρος ΕΠΕΓΕ

Συνημμένα: 1. Εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής του ΚΕΣΥ προς την 285^η Ολομέλεια 18/1/21
2. Το άρθρο 92 του Ν. 5243/25

Είμαστε λοιπόν σε αναμονή, παρακολουθούμε το θέμα και θα επανέλθουμε όταν, όπως και όπου κριθεί αναγκαίο.

Κλείνοντας, θα ήθελα να επισημάνω ότι ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ έχουμε αναπτύξει μια πολύ καλή επικοινωνία μεταξύ μας και έχουμε άριστη συνεργασία στη διεκδίκηση των στόχων της γαστρεντερολογικής κοινότητας. Επίσης θα τολμούσα να πω ότι έχουμε εγγραφεί στο υποσυνείδητο του Υπουργείου Υγείας ως αξιόπιστοι συνομιλητές για τα ευαίσθητα θέματα της ειδικότητας. Αυτό τεκμαίρεται τόσο από την άμεση ανταπόκριση του Υπουργού στο αίτημα για συνάντηση όσο και από την πρόσκληση να αναπτύξουμε τις κοινές απόψεις μας στην Κοινοβουλευτική Επιτροπή της Βουλής. Σε κάθε περίπτωση στις διεκδικήσεις μας προς την Πολιτεία θα πρέπει να είμαστε άρτια προετοιμασμένοι, μεθοδικοί και ορθολογικοί. Ο δρόμος είναι δύσκολος συχνά ανηφορικός αλλά αξίζει να τον περπατήσουμε...



II. Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.). Ο ρόλος τους στο σύγχρονο σύστημα υγείας

Χάρης Τσιώνης

Η **Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.)** είναι μια υγειονομική μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) στην οποία παρέχονται διαγνωστικές, θεραπευτικές ή επεμβατικές υπηρεσίες υγείας, χωρίς να απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς.

Μικρή ιστορική αναδρομή

Ημερήσια νοσηλεία είναι ορολογία που χρησιμοποιείται εδώ και λίγες 10ετίες, όμως είναι μια πρακτική πολύ παλιά.

Για 100άδες χρόνια γνωρίζουμε ότι επεμβάσεις χειρουργικές πραγματοποιούνταν στα πεδία μαχών, στα ιατρεία και στα σπίτια πασχόντων.

Και μετά την εμφάνιση των πρώτων νοσοκομείων, που περιέθαλπαν αρχικά άπορους και ταξιδιώτες, οι εύποροι ασθενείς συνέχιζαν να υποβάλλονταν σε επεμβάσεις στην οικία τους.

Ακόμα και στα πρώτα χρόνια από την εφεύρεση της αναισθησίας, οι μεγάλες επεμβάσεις σε εύπορα άτομα, εξακολουθούσαν να γίνονται στα σπίτια τους.

Η εξέλιξη της χειρουργικής και η εκτέλεση όλο και πιο πολύπλοκων επεμβάσεων που απαιτούσαν πιο πολύπλοκο εξοπλισμό αλλά και η εξέλιξη της αναισθησίας που απαιτούσε όμως μεγάλους χρόνους ανάνηψης, έφερε την ανάπτυξη των Νοσοκομείων και την συγκέντρωση των χειρουργών σε αυτά.

Οι Παιδοχειρουργοί υπήρξαν η πρωτοπορία. Η αφητηρία της Ημερήσιας Νοσηλείας στην σύγχρονη εποχή είναι στις αρχές του 20ου αιώνα, όταν στην Γλασκώβη ο παιδοχειρουργός James Nicoll, ξεκίνησε να χειρουργεί παιδιά στο νοσοκομείο και να τα στέλνει σπίτι τους την ίδια ημέρα. Τα αποτελέσματα αυτής της πρακτικής ήταν πολύ καλά για τα παιδιά και τις οικογένειές τους.

Η μη απομάκρυνση των παιδιών από τον οικείο τους χώρο και η περιορισμένη παραμονή στο φιλόξενο πε-

ριβάλλον των νοσοκομείων αποτέλεσαν ισχυρά κίνητρα για την επέκταση της πρακτικής.

Η εξέλιξη της χειρουργικής και της αναισθησίας έσπρωξαν στην πορεία τις εξελίξεις. Το 1961 δημιουργείται στο Μίτσιγκαν των ΗΠΑ η πρώτη μονάδα όπου γίνονται επεμβάσεις σε μη νοσηλευόμενους ασθενείς. Ακολούθησαν στο Λος Άντζελες και στο Φοίνιξ άλλες 2 μονάδες. Τα εξαιρετικά αποτελέσματα αυτών των μονάδων αποτέλεσαν την απαρχή για την επέκταση σε πολλά άλλα νοσοκομεία εντός και εκτός των ΗΠΑ.

Ακολούθησε ουσιαστικά έκτοτε ραγδαία ανάπτυξη της Ημερήσιας Νοσηλείας με αποτέλεσμα σήμερα πάνω από το 50% των προγραμματισμένων χειρουργείων σε ΗΠΑ, Καναδά, Μ. Βρετανία και Αυστραλία να γίνονται σε αυτό το πλαίσιο.

Το 1965 ιδρύεται η Διεθνής Εταιρεία για την Μονοήμερη Χειρουργική (Η International Association for Ambulatory Surgery), ως αποτέλεσμα της ευρείας διάδοσης της.

Τι άλλαξε τα τελευταία χρόνια

Στην χειρουργική, οι επεμβάσεις με μεγάλες τομές και πολυήμερες νοσηλείες στην μεγάλη μάζα των χειρουργείων μειώθηκαν δραματικά.

Στην αναισθησιολογία, νέες τεχνικές και νέα φάρμακα έκαναν ευκολότερη, συντομότερη και ασφαλέστερη την καταστολή, την νάρκωση και την ανάνηψη.

Η ανάγκη εξορθολογισμού των οικονομικών δαπανών και της καλύτερης αντιμετώπισης του ασθενούς.

Με βάση τα πιο πάνω οδηγούμεστε στο συμπέρασμα πως η χειρουργική με νοσηλεία μίας ημέρας έχει σε όλες τις χώρες λαμπρό μέλλον.

Μόνο στις ΗΠΑ σήμερα λειτουργούν περίπου 6.300 Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας.



Ειδικό Άρθρο

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ποιες οι αρχές που διέπουν την λειτουργία τους;

A. Ισχύει η αρχή των «κατάλληλων ασθενών».

Οι ασθενείς που είναι κατάλληλοι για να υποβληθούν σε επέμβαση με μονοήμερη νοσηλεία είναι αυτοί που εκπληρώνουν **κριτήρια ιατρικά**:

1. Βρίσκονται σε καλή κατάσταση υγείας (γενικά). (ASA I,II και υπό προϋποθέσεις III)
2. Έχουν πνευματική διαύγεια και όχι έντονο άγχος
3. Έχουν καλό δείκτη σωματικής μάζας, και
4. Η βιολογική ηλικία τους να είναι τέτοια που να επιτρέπει την ταχεία ανάνηψη και ανάρρωση

Οι ασθενείς που είναι κατάλληλοι για να υποβληθούν σε επέμβαση με μονοήμερη νοσηλεία πρέπει επίσης να εκπληρώνουν **κριτήρια κοινωνικά**:

1. Έχουν ένα υπεύθυνο άτομο να τους συνοδεύσει στην μονάδα ημερήσιας νοσηλείας την ημέρα της επέμβασης.
2. Είναι σε θέση να καταλαβαίνουν και να συνεννοηθούν με το προσωπικό της μονάδας ώστε να καταλαβαίνουν τις οδηγίες.
3. Διαθέτουν ιδιωτικό μέσο μεταφοράς ή να έχουν φροντίσει για την μετακίνηση τους.
4. Έχουν κάποιο που θα τους φροντίζει στο σπίτι.
5. Μπορεί να επιστρέψουν στο νοσοκομείο εντός εύλογου χρονικού διαστήματος (όχι περισσότερο από 1 ώρα).

B. Ισχύει επίσης η αρχή των «κατάλληλων επεμβάσεων»

Δεν είναι δυνατόν όλες οι επεμβάσεις να γίνουν σε Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας.

Σε αυτήν επιλέγονται να πραγματοποιηθούν επεμβάσεις που:

1. Η διάρκεια τους δεν ξεπερνά την μία ώρα* (*σε επιλεγμένες περιπτώσεις ίσως και την 1,5 ώρα)
2. Η κατάσταση του ασθενούς, Η τραυματικότητα της

επέμβασης και το είδος της αναισθησίας να το επιτρέπουν και να μην καθιστούν πιθανή μία παρατεταμένη και δύσκολη ανάνηψη που έχει ως επακόλουθο την αδυναμία εξόδου του ασθενούς από την Μονάδα την ίδια ημέρα.

Γ. Και τέλος η αρχή της **αναγκαστικής διανυκτέρευσης**.

Οι επεμβάσεις σε ΜΗΝ είναι προγραμματισμένες και οι ασθενείς επιλεγμένοι και προετοιμασμένοι ώστε να μπορεί να λάβουν αυθημερόν εξιτήριο με απόλυτη ασφάλεια και να διανυκτερεύσουν το βράδυ της επέμβασης στο σπίτι τους.

Σε σπάνιες περιπτώσεις κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό και σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία οι λόγοι είναι συνήθως:

- α) **ψυχοκοινωνικοί** (δεν υπάρχει η απαραίτητη υποστήριξη στο σπίτι ή από δομές)
- β) **κάποια επιπλοκή ή μη ταχεία ανάρρωση από την νάρκωση** (κυρίως παρουσία ναυτίας ή/και εμετού),
- γ) **επιπλοκή από το τραύμα** (κυρίως αιμορραγία),
- δ) **έντονος πόνος μη καλά ελεγχόμενος με από του στόματος παυσίπονα.**

Τι ισχύει στην Ελλάδα και πως φτάσαμε στο σήμερα

Η νομοθεσία για τις Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας ρυθμίζει: την ίδρυση, τη λειτουργία, τις προδιαγραφές (πολεοδομικές, πυροπροστασίας κ.λπ.) και τους όρους που απαιτούνται για την παροχή υπηρεσιών υγείας, με βάση την ισχύουσα Εθνική Νομοθεσία.

Η αρχή έγινε το 2011 με το Άρθρο 33 του Ν. 4025/2011

Επιτρέπει την ίδρυση και λειτουργία **Ιδιωτικών Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας** Η Ιδιωτική Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας μπορεί να λειτουργεί είτε αυτοτελώς είτε σε συνεργασία με φορείς Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας ή Ιδιωτικές Κλινικές.

Για ποιες πράξεις;

Για χειρουργικές και επεμβατικές πράξεις που **δεν**



απαιτούν νοσηλεία και για τις οποίες δεν απαιτείται, σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα, γενική, ραχιαία ή επισκληρίδιος αναισθησία.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται **μετά από πρόταση του Υπουργού Υγείας** και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και **γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ)**, ορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και οι τεχνικές προδιαγραφές, ο απαραίτητος επιστημονικός και λοιπός εξοπλισμός, η διαδικασία, τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και οι έλεγχοι για τη χορήγηση άδειας και λειτουργίας. Επίσης καθορίζεται το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό που απαιτείται για τη λειτουργία της Ιδιωτικής ΜΗΝ.

Στην **Αιτιολογική έκθεση του Άρθρου 33** αναφέρεται πως σκοπός είναι η αποσυμφόρηση των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και των τμημάτων επειγόντων περιστατικών των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων νοσοκομείων, η μείωση των εισαγωγών στις κλινικές των νοσοκομείων αυτών, ο έλεγχος του κόστους περίθαλψης, τόσο για τα ασφαλιστικά ταμεία, όσο και για τους ιδιώτες, η βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, μέσω της αποφυγής έκθεσης στον κίνδυνο ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων, αφού η παραμονή του ασθενούς δεν θα ξεπερνά τις 24 ώρες και τέλος η αύξηση του αισθήματος ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Η πρώτη αλλαγή γίνεται το 2014 με την τροποποίηση Άρθρου 33:

Το άρθρο 33 του Ν. 4025/2011 (ΦΕΚ 228,τ.Α΄) αντικαθίσταται ως εξής: Επιτρέπεται η ίδρυση, ανάπτυξη και λειτουργία Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.), ως εξής:

- α)** δημοσίων ΜΗΝ στα δημόσια Νοσοκομεία του ΕΣΥ (ΜΗΝ- ΕΣΥ),
- β)** δημοσίων ΜΗΝ στις δημόσιες μονάδες της ΠΦΥ (ΜΗΝ- ΠΕΔΥ),
- γ)** ΜΗΝ ως μονάδων ιδιωτικών κλινικών και
- δ)** αυτοτελών ιδιωτικών ΜΗΝ (εκτός ιδιωτικών κλινικών)

Επεμβατικές πράξεις «για τις οποίες δεν απαιτείται, σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα, γενική, ραχιαία ή επισκληρίδιος αναισθησία».

Με **απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ**, καταρτίζεται, τροποποιείται και συμπληρώνεται ο λεπτομερής κατάλογος των ιατρικών θεραπευτικών ή χειρουργικών πράξεων, οι οποίες επιτρέπεται να εκτελούνται σε ΜΗΝ.

Τι άλλαξε; Τώρα μπορούν να ιδρύονται ΜΗΝ και σε Δημόσια Νοσοκομεία αλλά και στα πλαίσια Ιδιωτικών Κλινικών ενώ δεν απαιτείται Προεδρικό Διάταγμα αλλά μόνο Υπουργική Απόφαση πάντα με την σχετική εισήγηση του ΚΕΣΥ.

Ακολουθούν στα επόμενα χρόνια σειρά νομοθετικών ρυθμίσεων:

Ν. 4486/2017 (άρθρο 30) (ΦΕΚ 115/Α΄/2017): Θέτει τους γενικούς όρους και προϋποθέσεις λειτουργίας των δημόσιων και ιδιωτικών Μ.Η.Ν.

Υ.Α. Γ1β/ΓΠ/οικ.43245 (ΦΕΚ 1152/Β/29-03-2018): Καθορίζει τα πολεοδομικά θέματα για την εγκατάσταση και λειτουργία των αυτοτελών ιδιωτικών Μ.Η.Ν.

Υ.Α. Γ1β/Γ.Π./οικ.46632/2018 (ΦΕΚ 2283/Β/15-6-2018): Θέτει όρους, προϋποθέσεις και προδιαγραφές λειτουργίας για αυτοτελείς ιδιωτικές Μ.Η.Ν. ειδικοτήτων όπως οφθαλμολογίας, πλαστικής/επανορθωτικής χειρουργικής, ωτορινολαρυγγολογίας και δερματολογίας.

Υ.Α. 12609 Φ.700.18/2019 (ΦΕΚ 1514/Β/7.5.2019): Αφορά τα μέτρα και μέσα πυροπροστασίας για εγκαταστάσεις υγείας, συμπεριλαμβανομένων των Μ.Η.Ν.

Ν. 4737/2020 (άρθρο 122, παρ. 3): Ρυθμίζει θέματα σχετικά με τον ελάχιστο αριθμό χειρουργικών αιθουσών στις αυτοτελείς Μ.Η.Ν. και την εξέταση εκκρεμών αδειοδοτήσεων.

ΦΕΚ 7623/31-12-2024 τ. Β΄ Όροι, προϋποθέσεις και προδιαγραφές λειτουργίας των αυτοτελών ιδιωτικών



Ειδικό Άρθρο

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ) ειδικότητας α) Παθολογικής Ογκολογίας και β) Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας

Τι ουσιαστικό έφεραν αυτές οι αλλαγές;

Το 2018 δίνεται οι δυνατότητα σε 4 ιατρικές ειδικότητες (Οφθαλμιατρική, ΩΡΛ, Δερματολογική και Πλαστική Χειρουργική) να ιδρύουν ΜΗΝ.

Το 2024 επεκτείνεται η δυνατότητα στην ειδικότητα της Παθολογικής Ογκολογίας και της Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας.

Τέλος ακολούθησε τον 10/2025 η τελευταία αλλαγή με τροποποίηση του αρχικού Άρθρου 33 με τον **Νόμο 5243/2025 - ΦΕΚ 187/Α/31-10-2025 Άρθρο 92**

Τροποποίηση άρθρου 33 ν. 4025/2011

γ) στην παρ. 3, γα) στην περ. β, ii) οι λέξεις «μόνο με τοπική» αντικαθίστανται από τις λέξεις «με τοπική, γενική και περιοχική (ραχιαία, επισκληρίδιος)»,

γβ) στο τέλος, προστίθενται οι λέξεις «με εξαίρεση την Περιφέρεια Αττικής και την Περιφερειακή Ενότητα Θεσσαλονίκης, όπου επιτρέπεται η εκτέλεση ιατρικών πράξεων μόνο με τοπική αναισθησία».

Και τι καινούργιο έφερε; Η ουσιαστική μεγάλη αλλαγή αφορά στον τρόπο της αναισθησίας όπου τώρα επιτρέπεται η **περιοχική (επισκληρίδιος) και γενική αναισθησία σε όλων των τύπων ΜΗΝ εκτός Αττικής και Θεσσαλονίκης.**

Τι ισχύει τελικά σήμερα:

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 5243/31/10/2025

Ρυθμίσεις για την ενίσχυση της δημόσιας υγείας και την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.

Άρθρο 92 Όροι και προϋποθέσεις λειτουργίας των δημόσιων και ιδιωτικών Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας - Τροποποίηση άρθρου 33 ν. 4025/2011

Δημόσιες Μ.Η.Ν. στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., στα

Ν.Π.Ι.Δ. (Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου), στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού (Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.), και στα στρατιωτικά και Πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

Μ.Η.Ν. ως τμήματα ιδιωτικών κλινικών.

Αυτοτελών ιδιωτικών Μ.Η.Ν.

Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), καταρτίζεται και τροποποιείται ο λεπτομερής κατάλογος των ιατρικών πράξεων, οι οποίες επιτρέπεται να εκτελούνται ανά κατηγορία Μ.Η.Ν. και σύμφωνα με την ιατρική ειδικότητα που αναπτύσσει.

Οι Μ.Η.Ν. που λειτουργούν στα πλαίσια Δημόσιων Νοσοκομείων αναπτύσσουν όλες τις ειδικότητες, υπό την προϋπόθεση ότι στο νοσοκομείο λειτουργεί και αντίστοιχη κλινική της ειδικότητας αυτής. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, δύνανται να προσδιορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις, οι τεχνικές προδιαγραφές, ο απαραίτητος επιστημονικός και τεχνικός εξοπλισμός, οι λεπτομέρειες για τη διοικητική και επιστημονική διεύθυνση και κάθε άλλο σχετικό θέμα.

Οι Μ.Η.Ν. που λειτουργούν στα πλαίσια Ιδιωτικών Κλινικών αναπτύσσονται ως τμήματα ιδιωτικών κλινικών σε γενικές κλινικές, οι οποίες διαθέτουν κατ' ελάχιστον παθολογικό, καρδιολογικό και χειρουργικό τμήμα.

Οι Αυτοτελείς Μ.Η.Ν. στις οποίες εκτελούνται ιατρικές πράξεις γενικής και περιοχικής (ραχιαία και επισκληρίδιος) αναισθησίας, εγκαθίστανται σε περιοχή στην οποία υπάρχει νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική, στα οποία λειτουργεί αντίστοιχο τμήμα της ειδικότητας/ειδικοτήτων που αναπτύσσει η Μ.Η.Ν. και σε ακτίνα μέχρι είκοσι (20) χιλιομέτρων. Για την ασφάλεια των ασθενών το Νοσοκομείο ή η κλινική διασύνδεσης καλύπτει τη Μ.Η.Ν. επιστημονικά και τη στηρίζει στην αντιμετώπιση προβλημάτων.

Σήμερα, το να προσδιοριστούν οι κύριες προϋποθέσεις για μια επιτυχημένη επέκταση των ΜΗΝ έχει ιδιαίτερη αξία για τους επαγγελματίες υγείας και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής όπου, όπως στην χώρα



μας, οι ΜΗΝ βρίσκονται ακόμη στα σπάργανα ενώ στην Ευρώπη θεωρούνται ήδη πολύ σημαντικές.

Δυστυχώς στην χώρα μας η όποια καθυστέρηση οφείλεται και στο ότι κινούμαστε πάντα με βάση την πίεση και την δυναμική των συντεχνιών και στον τομέα των ΜΗΝ μάλλον με την ίδια πρακτική κινήθηκε η πολιτεία μέχρι σήμερα. Κραυγαλέο παράδειγμα όπου στο πρόσφατο νομοθέτημα (άρθρο 92) τροποποίησης του άρθρου 33, μετά από ομολογημένη από την ηγεσία του Υπουργείου παρέμβαση των κλινικαρχών, μπήκαν περιορισμοί στις αυτοτελείς ΜΗΝ της Αττικής και Θεσσαλονίκης).

Η υιοθέτηση των ΜΗΝ δείχνει το μέτρο της ικανότητας των συστημάτων υγείας να ανταποκρίνονται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες.

Με ελάχιστες εξαιρέσεις, τα τελευταία 25 έτη οι ΜΗΝ έχουν αυξηθεί σημαντικά και σταθερά, αν και με διαφορετικούς ρυθμούς, σε πολλές χώρες με εύρωστες οικονομίες. Αντίθετα χώρες με αναδυόμενες ή αδύναμες οικονομίες δυσκολεύονται να κατανοήσουν τα οφέλη που μπορεί να προσφέρουν οι ΜΗΝ στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι λόγοι για αυτό περιλαμβάνουν την πολιτική άγνοια και αδυναμία, τη διαφθορά και τον ιατρικό συντηρητισμό και προστατευτισμό.

Τα εμπόδια στην επέκταση των ΜΗΝ:

- **Θεσμικό – Νομικό πλαίσιο** (χρονοβόρες διαδικασίες, φοβικό και αναχρονιστικό θεσμικό πλαίσιο)
- **Οικονομικά** (η αποζημίωση μπορεί να είναι πιο συμφέρουσα για τα νοσοκομεία και κλινικές, και στις ιδιωτικές ΜΗΝ οι ασθενείς ενδέχεται να δυσκολεύονται να πληρώσουν ολόκληρη ή ένα ποσοστό της συνολικής αμοιβής. Το τελευταίο μπορεί να γίνεται ακόμη σημαντικότερο όσο η κοινωνία βυθίζεται οικονομικά μετά από 15 χρόνια οικονομικής κρίσης)
- **Εκπαίδευσης** – η έλλειψη εκπαιδευτικών προγραμμάτων μειώνει την επίγνωση των οφελών.
- **Χωροθέτηση εγκαταστάσεων** – οι διαθέσιμες εγκαταστάσεις υγείας ενδέχεται να μην είναι διαμορφωμένες με τρόπους που να διευκολύνουν

την ανάπτυξη μίας ΜΗΝ. Την ίδια στιγμή η επένδυση δημιουργία υποδομών τρομάζει, καθώς χρειάζεται πόρους, κόπο και τεχνογνωσία που δεν είναι απαραίτητα πάντα διαθέσιμη.

- **Οικογενειακή και κοινοτική υποστήριξη** – η έλλειψη επαρκών κοινοτικών υπηρεσιών μπορεί να εμποδίσει ορισμένους ασθενείς να υποβληθούν σε επέμβαση σε μία ΜΗΝ.
- **Ενημέρωση** – αφού υποψήφιοι ασθενείς και οι παραπέμποντες γιατροί τους ενδέχεται να μην γνωρίζουν πλήρως τα πλεονεκτήματα να υποβληθούν σε επέμβαση σε μια ΜΗΝ.
- **Οργανωτικά** – αδύναμη διεπιστημονική ομαδική εργασία (το γνωστό «κουσουρί της φυλής»).

Το δίλημμα αν μπορεί να αντιμετωπιστεί κάποιος ασθενής στα πλαίσια της ΜΗΝ θα αντικατασταθεί με το γιατί δεν μπορεί να γίνει κάτι τέτοιο καθώς αυτό θα είναι ο κανόνας. Μένει σε μάς να αποφασίσουμε αν θα τρέχουμε πίσω από τις εξελίξεις ή να δυσκολευόμαστε να τις παρακολουθήσουμε ενώ θα μας αφορούν και μπορεί να καθορίσουν σημαντικά την επαγγελματική μας εξέλιξη.

Τι περιμένουμε να δώσουν οι ΜΗΝ στον ασθενή:

1. Μείωση του **χρόνου αναμονής** πριν από μία επέμβαση.
2. Μείωση του **χρόνου παραμονής** στην μονάδα, καθώς δεν έχει διανυκτέρευση.
3. Καλύπτει ένα **ευρύ φάσμα ιατρικών πράξεων** (διαγνωστικές εξετάσεις, θεραπείες και μικροεπεμβάσεις).
4. Μικρότερο **κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών** (λοιμώξεων, πνευμονικής εμβολής και θρομβοφλεβίτιδων).
5. **Προσωποποιημένη περίθαλψη**, καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό έχει μικρότερο όγκο διαχείρισης περιστατικών.
6. **Χαμηλότερο Κόστος**, καθώς δεν επιβαρύνεται με έξοδα φιλοξενίας αλλά και τα μικροέξοδα της εκτός κατοικίας παραμονής.
7. **Ψυχολογική Αποφόρτιση** σε ένα ήρεμο περιβάλλον, χωρίς τον συνωστισμό και την χαστική πολλές φορές



κατάσταση που συναντάται σε μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα, χωρίς να αποξενώνει ή να διαταράσσει την οικογενειακή ζωή (σημαντικός παράγοντας κυρίως για ηλικιωμένους ασθενείς).

Τι περιμένουμε να δώσουν οι ΜΗΝ στα Νοσοκομεία:

- I.** Να μειώσουν τις δαπάνες τους.
- II.** Να μειώσουν τις λίστες αναμονής για επεμβάσεις και να ελευθερώσουν κλίνες για βαρύτερα πάσχοντες ασθενείς αυξάνοντας την αποδοτικότητα.
- III.** Να συνοδεύονται από μικρότερο αριθμό αναβολών και κυρίως ακυρώσεων

Τι περιμένει η κοινότητα από τις ΜΗΝ:

- Μείωση εξόδων των ασφαλιστικών ταμείων
- Μείωση αναρρωτικών αδειών ως συνέπεια της μη νοσηλείας.
- Μείωση εξόδων της οικογένειας.

Τι προβλήματα θα συνοδεύσουν τις ΜΗΝ:

Συνήθως από παρεξηγήσεις και αδικαιολόγητες παρερμηνείες γύρω από τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των. Επιφύλαξη, φόβος και ανασφάλεια του πληθυσμού ως προς την πρακτική αυτή. Φυσιολογικό για κάθε τι νέο, που όμως πολύ γρήγορα υποχωρούν όσο προχωρά η σωστή λειτουργία και η υψηλή αποδοτικότητα των ΜΗΝ.

Οι προεπεμβατικές οδηγίες με τον ασθενή στο σπίτι και όχι στον χώρο, μπορούν να δημιουργούν σύγχυση στον ίδιο ή το περιβάλλον του. Αντιμετωπίζεται σημαντικά με την όσο γίνεται καλύτερη ενημέρωση και την απόρριψη όσων έχουν πρόβλημα συνεννόησης και κατανόησης των οδηγιών.

Η μετά την επέμβαση φροντίδα στο σπίτι να είναι προβληματική λόγω των εκεί άσχημων κοινωνικοοικονομικών συνθηκών. Και εδώ οι ερωτήσεις που συνοδεύουν το ιατρικό και κοινωνικό ιστορικό του ασθενούς μπορούν να χαρακτηρίσουν ως ακατάλληλους για την ΜΗΝ τέτοιους ασθενείς.

Οι εξαιρετικά σπάνιες σημαντικές επιπλοκές με την επιστροφή στο σπίτι μετά την έξοδο από την ΜΗΝ, αν και οι όποιες επιπλοκές κατά κανόνα θα εμφανιστούν όσο ακόμη είναι ο ασθενής στην αίθουσα ανάνηψης. Επίσης δεν γίνονται δεκτοί συνήθως ασθενείς (ανάλογα και με το είδος της επέμβασης) που η κατοικία τους ή τόπος διανυκτέρευσης μετά την επέμβαση απέχει πάνω από ώρα από την μονάδα ή το Νοσοκομείο που την υποστηρίζει.

Όλα τα πιο πάνω κάνουν προφανές το γιατί οι ΜΗΝ δεν περιθάλπουν βαριά και επικίνδυνα περιστατικά θέτοντας εξαιρετικά αυστηρά κριτήρια λειτουργίας.

Τέλος όπως κάθε καινοτομία είναι «φυσιολογικό» να εισπράττει τις επιφυλάξεις και αντιδράσεις του ίδιου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που «ξεβολεύεται» από ένα υπάρχων κατεστημένο τρόπο λειτουργίας.

Είναι ώριμη ανάγκη η δημιουργία Γαστρεντερολογικών ΜΗΝ;

Σε έναν κόσμο που αλλάζει με μεγάλες ταχύτητες (σε κοινωνικό αλλά και επιστημονικό επίπεδο) υπάρχει ζωτική ανάγκη να προσαρμόζουμε την πράξη μας και να βελτιωνόμαστε καθημερινά.

Η ειδικότητά μας στα πλαίσια αυτά έχασε τον διαγνωστικό μόνο χαρακτήρα των ενδοσκοπήσεων καθώς επεκτάθηκε και στον θεραπευτικό – επεμβατικό τομέα.

Η επαγγελματική (εκτός των άλλων) συνεργασία μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα και να επεκτείνει τις δυνατότητές μας.

Στην Ε.Ε το 80 με 90% των επεμβατικών ενδοσκοπικών πράξεων γίνονται στα πλαίσια ΜΗΝ

Στις ΗΠΑ λειτουργούν πάνω από 6300 ΜΗΝ, με 21 εκατ. Κολονοσκοπήσεις και 7 εκατ. Γαστροσκοπήσεις ετησίως.

Δεν θα είναι εύκολη η αλλαγή νοοτροπίας και το πέρασμα από το μικρό μας «μαγαζάκι» σε κάτι που δεν θα έχουμε τον αποκλειστικό έλεγχο εμείς.



Την ίδια στιγμή θα έχουμε την υποδομή που αρμόζει στο επιστημονικό μας βάρος και την επαγγελματική μας εξέλιξη, θα έχουμε στην διάθεσή μας τεχνολογία αιχμής με μικρότερο κόστος στον εξοπλισμό, τα αναλώσιμα και την λειτουργία μας.

Είναι χρήσιμο να μην ξεχνάμε ότι όπου υπάρχουν Ιδιωτικές Κλινικές και «Ιατρικά Κέντρα» ήδη συμπεριφέρονται και λειτουργούν ουσιαστικά ως ΜΗΝ.

Ο γαστρεντερολογικός ασθενής εισάγεται, κάνει την διαγνωστική ή επεμβατική Γαστρεντερολογική πράξη και επιστρέφει στο σπίτι του την ίδια ώρα - μέρα.

Μια ΜΗΝ λοιπόν δεν έχει να προσφέρει τίποτε περισσότερο σε όλους αυτούς.

Από τον μέχρι σήμερα διάλογο με την πολιτεία προκύπτει ότι αυτοί που δεν θέλουν να έχουμε το δικαίωμα δημιουργίας ΜΗΝ είναι οι ισχυροί οικονομικοί όμιλοι, οι ιδιοκτήτες Κλινικών και «Ιατρικών Κέντρων» που δεν θέλουν να χάσουν το προνόμιο να διαθέτουν τέτοιες μονάδες, με γιατρούς ως υπαλλήλους συχνά κακοπληρωμένους.

Το μόνο ενδιαφέρον που έχουν για αυτές είναι να μην μπορούμε ΕΜΕΙΣ να τους ανταγωνιστούμε αυτονομούμενοι από αυτούς.

Η εξέλιξη της ειδικότητάς μας στην **επεμβατική ενδοσκόπηση** που αναπτύσσεται με ταχείς ρυθμούς, λόγω της τεχνολογικής εξέλιξης, θα μας αφήσει πίσω αν δεν κινηθούμε εμείς προς τα εμπρός και θα μας καταδικάσει σε επαγγελματική και επιστημονική στασιμότητα αν δεν μας κάνει στην καλύτερη περίπτωση υπαλλήλους των μεγάλων οικονομικών συμφερόντων στην υγεία, συμφέροντα που έχουν την δυνατότητα να επενδύουν σε υποδομές και στις νέες τεχνολογίες αντλώντας, σε αντίθεση με εμάς, με ευκολία κεφάλαια από το τραπεζικό σύστημα.

Ειδικά στην περιφέρεια είναι επιβεβλημένος ο ρόλος της δημιουργίας των ΜΗΝ για να μην ακυρώνο-

νται οι νέοι ειδικά συνάδελφοι που έχουν εξαιρετική επιστημονική και τεχνική κατάρτιση και μπορούν να προσφέρουν πολλά περισσότερα στον εαυτό τους και στις τοπικές κοινωνίες τους δημιουργώντας υποδομές με προδιαγραφές ΜΗΝ.

Η δημιουργία Γαστρεντερολογικών ΜΗΝ θα βάλει σε κίνδυνο το ιδιωτικό ιατρείο;

Σε καμία περίπτωση.

Ο ρόλος του Ιδιωτικού Ιατρείου θα παραμείνει ενεργός για όσους συναδέλφους θα επιλέξουν να συνεχίσουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα με τον ίδιο μέχρι σήμερα τρόπο.

Το κλινικό, ενδοσκοπικό, διαγνωστικό και ελάχιστα επεμβατικό έργο, με το επιτρεπόμενο σήμερα δικαίωμα χορήγησης καταστολής στο ιδιωτικό ιατρείο, δεν απειλείται.

Είναι βέβαια σαφές ότι από την ώρα που μας χορηγήθηκε η δυνατότητα χρήσης φαρμάκων καταστολής θα πρέπει να τηρούμε όλες τις Ελληνικές και Διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες που καθορίζουν την χρήση της.

Το ιδιωτικό ιατρείο μπορεί να απειληθεί μόνο από το δικό μας malpractice.

Η δημιουργία και λειτουργία των ΜΗΝ μπορεί να μας επιτρέψει να επεκτείνουμε τις επεμβατικές πράξεις μας παρέχοντας, σε συνεργασία με άλλους συναδέλφους, περισσότερες και καλύτερες ιατρικές υπηρεσίες στους ασθενείς μας.

Θα μας επιτρέψει να έχουμε στην διάθεσή μας περισσότερα τεχνολογικά μέσα με λιγότερο κόστος.

Ευτυχώς τα θεσμικά μας όργανα (ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ) είναι ζωντανά και παρόντα να υποστηρίξουν τα ώριμα αιτήματα της κοινότητας μας, διαμορφώνοντας και διεκδικώντας το θεσμικό πλαίσιο των απαιτούμενων αλλαγών που μας χρειάζονται, είτε αυτές αφορούν



Ειδικό Άρθρο

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

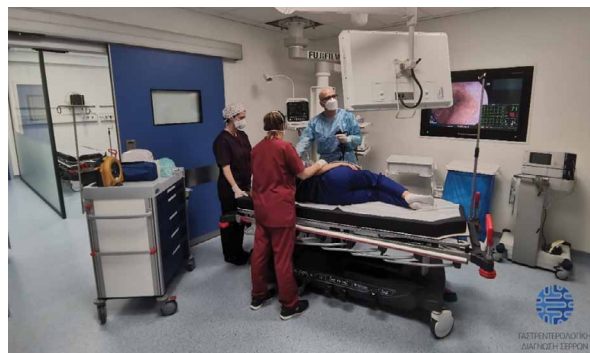
στις ΜΗΝ, είτε στην χρήση της προποφύλης από μη αναισθησιολόγους.

Για να το πετύχουν αυτό πρέπει να πείσουν τους θεσμικούς συνομιλητές μας (ΚΕΣΥ και Υπουργείο), ότι πρώτοι εμείς ενδιαφερόμαστε:

- για προδιαγραφές και κατευθυντήριες οδηγίες στην άσκηση της επιστήμης μας,
- **για το ποιος μπορεί, με ποια εκπαίδευση, σε ποιόν ασθενή, σε ποιο χώρο και**
- **με ποια υποδομή** να κάνει ενδοσκοπήσεις, ενδοσκοπικές επεμβατικές πράξεις, να δίνει καταστολή και να μπορεί να αντιμετωπίσει τις -ετυχώς- σπάνιες σοβαρές επιπλοκές όταν και αν προκύψουν.

Τον **Δεκέμβριο του 2022** στην αποχαιρετιστήρια επιστολή μου προς τα μέλη της ΕΠΕΓΕ, με αφορμή την ολοκλήρωση της θητείας μου ως προέδρου του Δ.Σ., ανέφερα μεταξύ άλλων:

«Η ανάγκη να μας δοθεί η δυνατότητα δημιουργίας Γαστρεντερολογικών ΜΗΝ (Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας) θα επιτρέψει αλλά και θα ωθήσει



στην συνεργασία συναδέλφων που μπορούν να δημιουργήσουν υψηλού επιπέδου υποδομές, που δεν υπάρχουν στο σύνολο σχεδόν των πόλεων της περιφέρειας, αλλά και στα μεγάλα αστικά κέντρα, θα δώσει την ευκαιρία αποδέσμευσης και αυτονόμησης από τους ομίλους και τα μεγάλα ιατρικά κέντρα που καρπώνονται την υπεραξία της δικής μας εργασίας».

..όλα λοιπόν είναι δρόμος.. ας τολμήσουμε...

και μια προσωπική, ας μου επιτραπεί, αναφορά... αυτός ο δρόμος με έφερε εδώ...

Υ.Γ. Η όποια καθυστέρηση ή και άρνηση της Πολιτείας για θεσμοθέτηση των Γαστρεντερολογικών Μ.Η.Ν. δεν θα πρέπει να αποτελέσει εμπόδιο στο να αναζητήσουμε οι Γαστρεντερολόγοι την συνεργασία μεταξύ μας, στην προοπτική της δημιουργίας μονάδων που θα αναπτύξουν την δουλειά μας και μπορούν να έχουν προδιαγραφές Μ.Η.Ν. και ας μην ονομάζονται στην φάση της δημιουργίας τους έτσι. Σημασία έχει να μπορούμε να κάνουμε περισσότερα και καλύτερα πράγματα εμείς και όταν έρθει το νομοθέτημα καλοδεχούμενο. Να μην πληρώσουν όσοι συνάδελφοι, θέλουν και μπορούν να προχωρήσουν μπροστά, τις όποιες καθυστερήσεις και παλινδρομήσεις της Πολιτείας.



Εισαγωγή

Οι ενδοπροθέσεις του ανώτερου γαστρεντερικού αποτελούν συσκευές που χρησιμοποιούνται κυρίως για την αποκατάσταση και τη διατήρηση της βατότητας του αυλού σε περιπτώσεις απόφραξης, διάτρησης, διαφυγών ή στενώσεων σε όλο το μήκος του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα, συμπεριλαμβανομένων του οισοφάγου, του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου. Έχουν αναπτυχθεί πρωτίστως για την ανακούφιση των αποφρακτικών συμπτωμάτων που οφείλονται σε κακοήθειες του οισοφάγου, του στομάχου ή της περιοχής του φύματος του Vater, καθώς και σε άλλους καρκίνους που διηθούν το ανώτερο γαστρεντερικό.

Οι ενδοπροθέσεις έχουν καταστεί ολοένα και πιο δημοφιλείς ως αποτέλεσμα των βελτιώσεων στον σχεδιασμό τους και της διαθεσιμότητας διαφορετικών μοντέλων, τα οποία διαφέρουν ως προς τη διάμετρο του αυλού, την ακτινική δύναμη, την ευκαμπτότητα και τον βαθμό βράχυνσης μετά την έκπτυξη.

Τύποι Ενδοπροθέσεων

Οι διαθέσιμες ενδοπροθέσεις μπορούν να διακριθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες: οι αυτοδιατεινόμενες μεταλλικές ενδοπροθέσεις (SEMS), οι αυτοδιατεινόμενες πλαστικές ενδοπροθέσεις (SEPS) και οι βιοδιασπώμενες ενδοπροθέσεις (BDS). Τα SEMS, που συνήθως κατασκευάζονται από νιτινόλη (ένα κράμα νικελίου και τιτανίου), ταξινομούνται περαιτέρω σε πλήρως επικαλυμμένα (FCSEMS, εικόνα 1), μερικώς επικαλυμμένα (PCSEMS) ή ακάλυπτα (UCSEMS).

Κάθε τύπος ενδοπρόθεσης προσφέρει συγκεκριμένα πλεονεκτήματα σε διαφορετικά κλινικά σενάρια, με τις

μεταλλικές ενδοπροθέσεις να αποτελούν σήμερα τις πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενες και τις πλαστικές να έχουν σε μεγάλο βαθμό εγκαταλειφθεί. Τα FCSEMS φέρουν επικάλυψη σιλικόνης ή πολυτετραφθοροαιθυλενίου (PTFE) σε όλο το μήκος τους, αποτρέποντας την ενσωμάτωση της ενδοπρόθεσης στο τοίχωμα και διευκολύνοντας την αφαίρεση ή την αλλαγή θέσης, αν και το τίμημα για το πλεονέκτημα αυτό αποτελεί ο αυξημένος κίνδυνος μετανάστευσης. Τα PCSEMS διαθέτουν ακάλυπτα άκρα για μείωση του κινδύνου μετανάστευσης, γεγονός που όμως αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης ιστού εντός της ενδοπρόθεσης και ενσφήνωσης στο τοίχωμα. Λόγω αυτών των χαρακτηριστικών, τα FCSEMS και PCSEMS χρησιμοποιούνται συχνά στη θεραπεία διαφυγών του οισοφάγου, τοιχωματικών ελλειμμάτων και καλοθών στενώσεων, ενώ παράλληλα εφαρμόζονται και στην παρηγορική αντιμετώπιση του καρκίνου του οισοφάγου, καθώς μειώνουν τον κίνδυνο ενδοαυλικής ανάπτυξης του όγκου.

Τα BDS, ως νεότερη κατηγορία ενδοπροθέσεων, έχουν σχεδιαστεί για καλοήθειες στενώσεις ώστε να αποδομούνται εντός του οργανισμού, αποφεύγοντας την ανάγκη δεύτερης ενδοσκοπικής για αφαίρεση. Παρόλα αυτά, προς το παρόν δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να τεκμηριώνουν την υπεροχή τους έναντι των άλλων τύπων ενδοπροθέσεων.

Τα lumen-apposing metal stent (LAMS) αποτελούν εξειδικευμένο τύπο SEMS, σχεδιασμένο για ενδοσκοπική παροχέτευση και για τη δημιουργία αναστομών μεταξύ γειτονικών κοίλων οργάνων. Τα LAMS είναι πλήρως επικαλυμμένα και διαθέτουν διαπλευσμένα άκρα, τα οποία εξασφαλίζουν σταθερή σύγκλιση των

Εικόνα 1. Τα πλήρως επικαλυμμένα SEMS (FCSEMS) είναι φτιαγμένα από νιτινόλη και φέρουν επικάλυψη σιλικόνης ή πολυτετραφθοροαιθυλενίου σε όλο το μήκος τους.





How to do it

ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΝΩΤΕΡΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ: ΤΥΠΟΙ, ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

παρακείμενων δομών και ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο μετανάστευσης. Η τοποθέτησή τους πραγματοποιείται συνήθως υπό καθοδήγηση ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος (EUS), μέσω προφορτωμένου συστήματος εισαγωγής με καθετήρα.

Οισοφάγος

Ανεγχείρητος Καρκίνος Οισοφάγου

Η τοποθέτηση ενδοπρόθεσης στον οισοφάγο αποτελεί τη συχνότερα χρησιμοποιούμενη μέθοδο για την αντιμετώπιση της δυσφαγίας που προκαλείται από καρκίνο του οισοφάγου. Σύμφωνα με τις οδηγίες της ESGE, τα FCSEMS ή τα PCSEMS συνιστώνται ως οι προτιμώμενες επιλογές για την παρηγορική αντιμετώπιση της κακοήθους δυσφαγίας.

Μελέτες δείχνουν ότι τα FCSEMS και PCSEMS είναι αποτελεσματικότερα από τα UCSEMS, κυρίως λόγω του μειωμένου κινδύνου ενδοαυλικής ανάπτυξης του όγκου, η οποία αποτελεί σημαντική αιτία υποτροπής της δυσφαγίας. Στην κλινική πράξη, τα PCSEMS χρησιμοποιούνται συχνότερα λόγω του χαμηλότερου κινδύνου μετανάστευσης. Αντίθετα, στα FCSEMS έχει περιγραφεί αυξημένος κίνδυνος μετανάστευσης, ο οποίος μπορεί να περιοριστεί με τη χρήση τεχνικών καθήλωσης, όπως η εφαρμογή ενδοσκοπικών clip.

Τα SEMS ενδείκνυνται κυρίως σε ανεγχείρητους ασθενείς με προσδόκιμο επιβίωσης μικρότερο των τριών μηνών και πτωχή γενική κατάσταση, λόγω της ταχείας ανακούφισης των συμπτωμάτων δυσφαγίας, η οποία συνήθως επιτυγχάνεται εντός 1–2 ημερών από την τοποθέτηση της ενδοπρόθεσης. Σε ασθενείς με μεγαλύτερο αναμενόμενο χρόνο επιβίωσης, τα SEMS μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με βραχυθεραπεία, προσφέροντας πιο σταθερή ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Αντιθέτως, η ταυτόχρονη χρήση ακτινοθεραπείας εξωτερικής δέσμης (EBRT) δεν συνιστάται παρουσία ενδοπρόθεσης οισοφάγου, λόγω του αυξημένου κινδύνου

σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών που έχει αναφερθεί. Επιπλέον, η χρήση SEMS ως «γέφυρα» προς χειρουργική επέμβαση ή πριν από προεγχειρητική χημειοακτινοθεραπεία αντενδίδκνται, καθώς έχει συσχετιστεί με υψηλά ποσοστά επιπλοκών. Σε αυτές τις περιπτώσεις, προτιμώνται εναλλακτικές μέθοδοι υποστήριξης της θρέψης, όπως η τοποθέτηση καθετήρα σίτισης.

Τέλος, η τοποθέτηση SEMS ενδείκνυται για τη σύγκλειση κακοήθων τραχειοοισοφαγικών ή βρογχοοισοφαγικών συριγγίων. Όταν η σύγκλειση του συριγγίου δεν επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση ενδοπρόθεσης είτε μόνο στον οισοφάγο είτε μόνο στον αεραγωγό, μπορεί να εφαρμοστεί ταυτόχρονη τοποθέτηση ενδοπρόθεσεων στον οισοφάγο και τον αεραγωγό.

Ενδοσκοπική Τεχνική

Η τοποθέτηση SEMS πραγματοποιείται συνήθως σε εξωτερικούς ασθενείς και ιδανικά υπό βαθιά καταστολή.

Ο καθορισμός των εγγύς ορίων της στένωσης γίνεται πάντα ενδοσκοπικά. Όταν το ενδοσκόπιο μπορεί να περάσει τη στένωση, καταγράφεται και το άπω όριο της. Εάν η διάβαση της είναι αδύνατη, πραγματοποιείται ενδοσκοπικά-υποβοηθούμενο οισοφαγογράφημα με σκιαγραφικό, προκειμένου να εκτιμηθεί το μήκος της στένωσης.

Η ακριβής σήμανση των εγγύς ορίων του όγκου είναι απαραίτητη για τη σωστή τοποθέτηση της ενδοπρόθεσης υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο. Η πιο συνηθισμένη τεχνική περιλαμβάνει την τοποθέτηση εξωτερικών δεικτών στο θωρακικό τοίχωμα του ασθενούς, αντίστοιχα με τα όρια της στένωσης όπως προσδιορίζονται ενδοσκοπικά υπό ακτινοσκόπηση. Παρότι εύκολη στην εφαρμογή, η μέθοδος αυτή μπορεί να οδηγήσει σε μικρές αποκλίσεις λόγω κινήσεων του ασθενούς (αναπνοή, αλλαγή θέσης). Για μεγαλύτερη ακρίβεια, ορισμένοι ενδοσκόποι προτιμούν τη χρήση clips ή την υποβλεννογόνια έγχυση μεγλουμίνης.

Αφού καθοριστούν τα χαρακτηριστικά της στένωσης (μήκος, διάμετρος, όρια), εισάγεται σκληρό ατσάλινο οδη-



γό σύρμα, όπως το Savary-Gilliard, υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση, με το άπω άκρο τοποθετημένο βαθιά μέσα στον στόμαχο. Στη συνέχεια, επιλέγεται ενδοπρόθεση έτσι ώστε, μετά την αναμενόμενη βράχυνσή της κατά την απελευθέρωση, το μήκος της να υπερβαίνει το μήκος της στένωσης κατά τουλάχιστον 2 cm σε εγγύς και άπω όρια.

Η τοποθέτηση SEMS στον εγγύς οισοφάγο γίνεται ενδοσκοπικά, καταγράφοντας την απόσταση από τους κοπήρες μέχρι το εγγύς όριο του όγκου, ώστε το εγγύς άκρο της ενδοπρόθεσης να τοποθετηθεί κάτω από τον άνω οισοφαγικό σφιγκτήρα. Στον άπω οισοφάγο, πρέπει να αποφεύγεται η υπερβολική επέκταση της ενδοπρόθεσης στον στόμαχο, για να μην έρχεται σε επαφή με το βλεννογόνο της καρδιάς ή το απέναντι τοίχωμα του στομάχου, μειώνοντας τον κίνδυνο εξέλκωσης.

Μόλις η ενδοπρόθεση προωθηθεί πάνω από το οδηγό σύρμα, απελευθερώνεται προσεκτικά υπό ακτινοσκοπική ή/και ενδοσκοπική καθοδήγηση. Οι περισσότερες ενδοπρόθεσεις απελευθερώνονται από το άπω άκρο τους. Αν η διαδικασία απελευθέρωσης γίνει πολύ γρήγορα, η ενδοπρόθεση μπορεί να ανοίξει πρόωρα και να μεταναστεύσει περιφερικά.

Στο τέλος της διαδικασίας, μπορεί να γίνει έγχυση σκιαγραφικό μέσω του καναλιού εργασίας για να επιβεβαιωθεί η σωστή θέση της ενδοπρόθεσης και να αποκλειστούν πιθανές επιπλοκές. Αφού αποκλειστούν άμεσες επιπλοκές, η σίτιση ξεκινά με υγρά και συνεχίζεται σταδιακά με ημίρρεστες τροφές. Συνιστάται δίαιτα πτωχή σε ίνες.

Σε ασθενείς με ενδοπρόθεση που διέρχεται από τη γαστροοισοφαγική συμβολή, συνιστάται διατήρηση όρθιας ή ημικαθιστής θέσης και καθημερινή χορήγηση PPI για πρόληψη γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και εισρόφησης.

Η αφαίρεση ενδοπρόθεσης που έχει μεταναστεύσει μπορεί να γίνει ενδοσκοπικά με λαβίδα σύλληψης ξένων σωμάτων. Οι ενδοπρόθεσεις με θηλιά στο εγγύς

άκρο μπορούν να συλληφθούν με λαβίδα από τη θηλιά, επιτρέποντας εύκολη επανατοποθέτηση ή αφαίρεση. Η αφαίρεση ενδοπρόθεσεων χωρίς θηλιά είναι συνήθως πιο απαιτητική. Η τοποθέτηση προστατευτικού καλύμματος στο άπω άκρο του ενδοσκοπίου επιτρέπει την ασφαλή αφαίρεση της ενδοπρόθεσης, μειώνοντας τον κίνδυνο τραυματισμού του βλεννογόνου.

Καλοήθειες Στενώσεις Οισοφάγου

Η ενδοσκοπική διαστολή αποτελεί τη θεραπεία πρώτης γραμμής για τις καλοήθειες στενώσεις του οισοφάγου. Ωστόσο, σε ανθεκτικές στενώσεις, οι οποίες ορίζονται ως αδυναμία επίτευξης διαμέτρου 14 mm μετά από διαστολές ανά δύο εβδομάδες για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των πέντε εβδομάδων ή ως αδυναμία διατήρησης της διαμέτρου-στόχου έως και τέσσερις εβδομάδες μετά τη διαστολή, η τοποθέτηση ενδοπρόθεσης αποτελεί θεραπευτική επιλογή δεύτερης γραμμής.

Μεταξύ των διαθέσιμων επιλογών, τα FCSEMS χρησιμοποιούνται συχνότερα, λόγω του πολύ χαμηλού κινδύνου ενσωμάτωσης στο τοίχωμα και της ευκολίας αφαίρεσής τους. Οι ενδοπρόθεσεις αυτές παραμένουν συνήθως για τουλάχιστον 6–8 εβδομάδες, αλλά όχι πέραν των 10–12 εβδομάδων από την τοποθέτησή τους, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος επιπλοκών, όπως η ενσφήνωση της ενδοπρόθεσης στο τοίχωμα.

Παρά την υποσχόμενη βραχυπρόθεσμη ανακούφιση των συμπτωμάτων, τα ποσοστά κλινικής επιτυχίας των FCSEMS στις καλοήθειες στενώσεις του οισοφάγου παραμένουν μέτρια, καθώς η πλειονότητα των ασθενών απαιτεί μακροπρόθεσμα επαναλαμβανόμενες διαστολές με μπαλόνι λόγω υποτροπής της στένωσης.

Διαφυγή, Συρίγγια και Διάτρηση Οισοφάγου

Σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς χωρίς σημεία σήψης, η ενδοσκοπική αντιμετώπιση των ελλειμμάτων του οισοφαγικού τοιχώματος προτιμάται έναντι της χειρουργικής επέμβασης, η οποία σχετίζεται με υψηλή νοσηρότητα.



How to do it

ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΝΩΤΕΡΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ: ΤΥΠΟΙ, ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Σύμφωνα με τις οδηγίες της ESGE, η ενδοσκοπική θεραπεία μπορεί να εξεταστεί σε περιπτώσεις οισοφαγικών διαφυγών, συριγγίων ή διατρήσεων (εικόνα 2). Ωστόσο, λόγω ανεπαρκών δεδομένων, δεν υπάρχει σαφής σύσταση υπέρ συγκεκριμένου τύπου θεραπείας για καθεμία από τις τρεις αυτές κλινικές οντότητες, ενώ και η διάρκεια της παρέμβασης θα πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με το κλινικό σενάριο.

Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, τα SEMS έχουν καθιερωθεί ως η συχνότερα χρησιμοποιούμενη ενδοσκοπική θεραπεία για τα ελλείμματα του οισοφαγικού τοιχώματος. Συμβάλλουν στην επούλωση μέσω της δημιουργίας μηχανικού φραγμού έναντι των εκκρίσεων και επιτρέπουν την πρώιμη επανασίτιση. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι τύποι είναι τα FCSEMS και PCSEMS, με ποσοστά κλινικής επιτυχίας που υπερβαίνουν το 60%, χωρίς να καταγράφονται σημαντικές διαφορές μεταξύ τους.

Οι ενδοπροθέσεις αφαιρούνται συνήθως 6–8 εβδομάδες μετά την τοποθέτηση, ενώ επανατοποθέτηση απαιτείται περίπου στο 10% των ασθενών. Σε περιπτώσεις αναστομωτικών διαφυγών ενδέχεται να απαιτείται μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής.

Παρά τα ευνοϊκά αποτελέσματα, τα ποσοστά επιπλο-

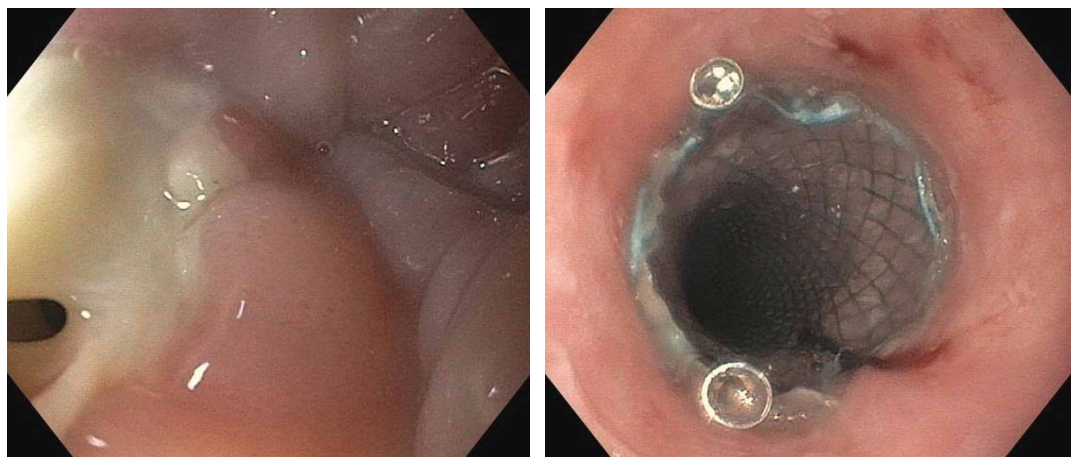
κών παραμένουν σχετικά υψηλά, αν και πολλές από αυτές είναι διαχειρίσιμες ενδοσκοπικά.

Η μετανάστευση της ενδοπρόθεσης αποτελεί τη συχνότερη επιπλοκή και παρατηρείται συχνότερα σε τραχηλικές αναστομώσεις. Για τον περιορισμό της έχουν αναπτυχθεί FCSEMS μεγαλύτερης διαμέτρου, ενώ επιπλέον στρατηγικές περιλαμβάνουν τεχνικές ενδοσκοπικής καθήλωσης, όπως ενδοσκοπικά ράμματα, through-the-scope clip ή over-the-scope clip.

Ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα αποτελεί η επιμονή της διαφυγής παρά την τοποθέτηση ενδοπρόθεσης, η οποία συχνά αντιμετωπίζεται με αντικατάσταση της ενδοπρόθεσης με μεγαλύτερη ή με την προσθήκη δεύτερης.

Η ενδοσκοπική θεραπεία κενού συνίσταται στην τοποθέτηση σπόγγου πολυουρεθάνης ενδοαυτικά, πλησίον μικρών ελλειμμάτων χωρίς συλλογές, ή ενδοκοιλοτικά σε μεγαλύτερα ελλείμματα. Ο σπόγγος συνδέεται με σωλήνα αναρρόφησης που δημιουργεί συνεχή αρνητική πίεση, προάγοντας τη συνεχή παροχέτευση και την επούλωση.

Μια καινοτόμος συσκευή για την αντιμετώπιση των τοιχωματικών ελλειμμάτων του οισοφάγου αποτελεί το VAC stent, το οποίο συνδυάζει τις ιδιότητες των SEMS και της EVT και φαίνεται να αποτελεί δυνητικά ανώ-



Εικόνα 2. Τοποθέτηση FCSEMS στον κατώτερο οισοφάγο για αντιμετώπιση διάτρησης από κατάποση αιχμηρού ξένου σώματος (πλαστικό περιτύλιγμα αναλγητικού δισκίου).



τερη εναλλακτική. Αποτελείται από ένα FCSEMS που εξωτερικά περιβάλλεται από σπόγγο πολυουρεθάνης συνδεδεμένο με αντλία κενού και τοποθετείται ενδοσκοπικά υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση.

Τα κύρια πλεονεκτήματά του σχετίζονται με την ενσωμάτωση της θεραπείας κενού, η οποία ενισχύει την παροχέτευση των συλλογών, καθώς και με το σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό μετανάστευσης σε σύγκριση με τα συμβατικά SEMS. Αυτό αποδίδεται στην προσκόλληση στο οισοφαγικό τοίχωμα μέσω της αρνητικής πίεσης, στη σταθεροποιητική δράση του σωλήνα παροχέτευσης και στα διαπλατυσμένα άκρα της ενδοπρόθεσης. Επιπλέον, εμφανίζει μικρότερη πιθανότητα διαφυγής γύρω από την ενδοπρόθεση.

Ωστόσο, η χρήση του απαιτεί συνεχή παρακολούθηση και διαρκή σύνδεση με εξωτερική συσκευή κενού, γεγονός που παρατείνει τη νοσηλεία. Επιπλέον, απαιτούνται συχνότερες αντικαταστάσεις, περίπου κάθε 7 ημέρες έως την πλήρη επούλωση, αυξάνοντας το φορτίο των ενδοσκοπήσεων και την επιβάρυνση του ασθενούς σε σύγκριση με τα SEMS. Ακόμη, διατίθεται σε ένα μόνο μέγεθος, σε αντίθεση με τα SEMS που κυκλοφορούν σε ποικιλία διαστάσεων.

Το VAC stent έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό στη θεραπεία διαφυγών μετά από οισοφαγεκτομή ή βαριατρικά χειρουργεία, καθώς και σε οισοφαγικές διατρήσεις, ιατρογενείς ή αυτόματες, ακόμη και σε περιπτώσεις ανθεκτικές σε άλλες ενδοσκοπικές θεραπείες.

Οξεία Αιμορραγία Κιρσών Οισοφάγου

Τα SEMS έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της οξείας αιμορραγίας από κιρσούς οισοφάγου, ιδίως σε περιπτώσεις όπου οι συνήθεις φαρμακευτικές, ενδοσκοπικές και ακτινολογικές παρεμβάσεις αποτυγχάνουν. Σε τέτοιες ανθεκτικές περιπτώσεις, συνιστάται η τοποθέτηση FCSEMS.

Τα FCSEMS παρουσιάζουν υψηλή αποτελεσματικότητα στον έλεγχο της κιρσικής αιμορραγίας και, σε σύγκριση

με το μπαλόνι Sengstaken–Blakemore, είναι καλύτερα ανεκτά, επιτρέπουν τη σίτιση από το στόμα και σχετίζονται με χαμηλότερα ποσοστά επιπλοκών.

Οι ενδοπρόθεσεις αυτές έχουν σχεδιαστεί ειδικά για τους κιρσούς οισοφάγου, με ατραυματικά άκρα, και τοποθετούνται κατά τη διάρκεια ενδοσκόπησης πάνω από οδηγό σύρμα χωρίς την ανάγκη ακτινοσκοπικής καθοδήγησης. Προορίζονται για προσωρινή χρήση έως 30 ημέρες και λειτουργούν παράλληλα ως γέφυρα προς οριστικές θεραπείες, όπως TIPS ή μεταμόσχευση ήπατος.

Στόμαχος και Δωδεκαδάκτυλο

Απόφραξη Γαστρικής Εξόδου

Ο όρος απόφραξη γαστρικής εξόδου (GOO) αναφέρεται σε στένωση του άπω στομάχου, του πυλωρού ή του δωδεκαδακτύλου. Η πλειονότητα των περιπτώσεων οφείλεται σε κακοήθεια, συχνότερα σε καρκίνο του άντρου και του παγκρέατος, ενώ καλοήγη αιτία περιλαμβάνουν τα πεπτικά έλκη, την καυστική βλάβη, τη νόσο Crohn, τη γαστροπάρεση και την παγκρεατική ψευδοκύστη.

Τα SEMS δωδεκαδακτύλου αποτελούν μια ελάχιστη επεμβατική εναλλακτική της χειρουργικής γαστρονηστικής αναστόμωσης (SGE) για την παρηγορητική αντιμετώπιση της κακοήθους GOO, προσφέροντας μειωμένο περιεγχειρητικό κίνδυνο και ταχύτερη ανάρρωση. Ωστόσο, λόγω της περιορισμένης μακροχρόνιας βατότητας και του αυξημένου κινδύνου μετανάστευσης, προτιμώνται κυρίως σε ασθενείς που δεν είναι κατάλληλοι για χειρουργική επέμβαση και έχουν περιορισμένο προσδόκιμο επιβίωσης, από λίγες εβδομάδες έως μερικούς μήνες.

Μεταξύ FCSEMS και UCSEMS, τα FCSEMS συχνά προτιμώνται λόγω καλύτερης βατότητας, παρά τον αυξημένο κίνδυνο μετανάστευσης, ενώ τα UCSEMS προσφέρουν καλύτερη αγκύρωση αλλά είναι πιο επιρρεπή σε ενδοαυλική ανάπτυξη ιστού. Τα UCSEMS προτιμώνται όταν αναμένεται μελλοντική ανάγκη πρόσβασης στο φύμα του Vater, καθώς τα FCSEMS ενδέχεται να δυσχεραίνουν τον



How to do it

ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΝΩΤΕΡΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ: ΤΥΠΟΙ, ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

καθετηριασμό του. Όταν απαιτείται παροχέτευση των χοληφόρων, αυτή θα πρέπει κατά κανόνα να προηγείται της τοποθέτησης ενδοπρόθεσης στο δωδεκαδάκτυλο. Ωστόσο, υπάρχουν αναφορές ασθενών με ταυτόχρονη απόφραξη χοληφόρων και δωδεκαδακτύλου, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν αρχικά με τοποθέτηση ενδοπρόθεσης δωδεκαδακτύλου, ακολουθούμενη από ενδοπρόθεση χοληφόρων.

Ενδοσκοπική Τεχνική Τοποθέτησης SEMS

Η τοποθέτηση SEMS στο δωδεκαδάκτυλο φέρει αυξημένο κίνδυνο εισρόφησης λόγω συσσώρευσης τροφής και υγρών στον στόμαχο. Για τον λόγο αυτό, συνιστάται νηστεία τουλάχιστον 12 ώρες πριν την επέμβαση. Ανάλογα με τα συμπτώματα του ασθενούς, μπορεί να χρειαστεί τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα για την κένωση του στομάχου. Σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο εισρόφησης, ενδέχεται να χρειαστεί διασωλήνωση. Η επέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί υπό ήπια-μέτρια ή βαθιά καταστολή.

Η εκτίμηση των εικόνων αξονικής τομογραφίας πριν από την ενδοσκόπηση συμβάλλει στον προσδιορισμό του μεγέθους του όγκου. Στις περισσότερες περιπτώσεις συμπτωματικής κακοήθους GOO, η προσπέλαση του όγκου με το ενδοσκόπιο είναι αδύνατη.

Χρησιμοποιείται καθετήρας ERCP για την προώθηση ενός οδηγού σύρματος (διαμέτρου 0,035 ιντσών) με ατραυματικό υδρόφιλο άκρο πέρα από τον όγκο στο άπω δωδεκαδάκτυλο. Μόλις το σύρμα περάσει την απόφραξη, προωθείται καθετήρας πάνω από αυτό.

Εάν δεν υπάρχει διαθέσιμη ακτινοσκόπηση, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ενδοσκόπια πολύ μικρής διαμέτρου, τα οποία είναι ικανά να περάσουν τη στένωση και να αφήσουν ένα οδηγό σύρμα πέρα από αυτή.

Ο ενδοσκόπος εγχύει σκιαγραφικό μέσω του ανοικτού αυλού του καθετήρα για να καθορίσει τα άπω όρια του όγκου και το μήκος της στένωσης, ή, εναλλακτικά, τραβά ένα φουσκωμένο μπαλόνι εξαγωγής λίθων προς το άπω

άκρο της στένωσης υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση.

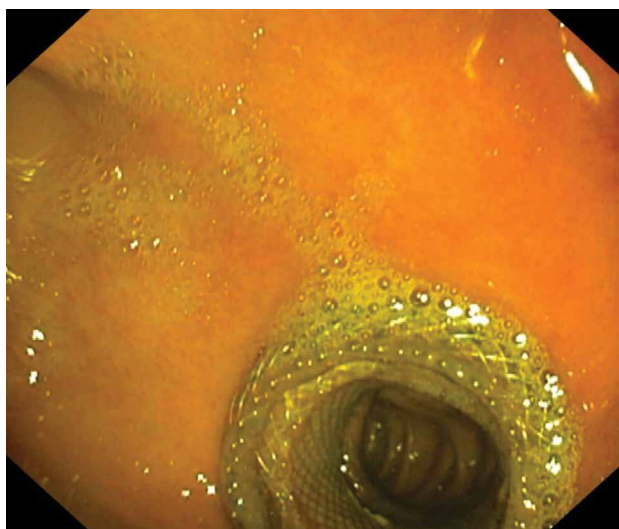
Ιδανικά, το μήκος της ενδοπρόθεσης πρέπει να υπερβαίνει το μήκος της στένωσης κατά τουλάχιστον 2 cm. Αν ένα μόνο stent δεν καλύπτει ολόκληρη τη στένωση, μπορούν να τοποθετηθούν δύο stents επικαλυπτόμενα.

Στη συνέχεια, ο καθετήρας αντικαθίσταται από το σύστημα εισαγωγής της ενδοπρόθεσης. Τα συστήματα αυτά σχεδιάζονται συνήθως για χρήση μέσω καναλιού εργασίας $\geq 3,7$ mm, οπότε απαιτείται θεραπευτικό ενδοσκόπιο (γαστροσκόπιο, κολονοσκόπιο ή δωδεκαδακτυλοσκόπιο). Ορισμένα SEMS τοποθετούνται πάνω σε οδηγό σύρμα υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση.

Όταν ο ενδοσκόπος διαπιστώσει ότι η ενδοπρόθεση βρίσκεται στη σωστή θέση, αυτή απελευθερώνεται αργά, τραβώντας το εξωτερικό κάλυμμα. Κατά την απελευθέρωση της ενδοπρόθεσης, το άπω άκρο βραχύνεται προς τη στένωση, γι' αυτό απαιτείται συνεχής προσαρμογή της θέσης της.

Η μέγιστη διάμετρος της ενδοπρόθεσης επιτυγχάνεται συνήθως εντός 1–3 ημερών, γι' αυτό οι ασθενείς καλούνται να ξεκινούν τη σίτιση τους σταδιακά: αρχικά με υγρά, στη συνέχεια με μαλακές τροφές και τέλος με στερεές. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται κατά τη μάζηση, ώστε να αποφεύγεται η κατάποση μεγάλων κομματιών τροφής, και οι ασθενείς συνιστάται να πίνουν νερό κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Ταυτόχρονα, πρέπει να αποφεύγουν τροφές που μπορεί να αποφράξουν εύκολα την ενδοπρόθεση, όπως μανιτάρια ή κρέας και ψάρι με κομμάτια οστού.

Λόγω των προαναφερθέντων περιορισμών, τα SEMS έχουν σταδιακά αντικατασταθεί από την EUS-καθοδηγούμενη γαστρεντεροστομία (EUSGE), μια τεχνική κατά την οποία δημιουργείται γαστρονηστιδική αναστόμωση με τη χρήση LAMS υπό καθοδήγηση EUS (εικόνα 3). Η μέθοδος αυτή σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά αρχικής κλινικής επιτυχίας και πιο παρατεταμένη ανακούφιση των συμπτωμάτων, αν και προς το παρόν εφαρμόζεται κυρίως σε εξειδικευμένα κέντρα.



Εικόνα 3. Δημιουργία EUS-καθοδηγούμενης γαστρεντεροστομίας για ανακούφιση αποφρακτικών συμπτωμάτων παγκρεατικού καρκίνου.

Στην κλινική πράξη, η EUSGE έχει επιδείξει ευνοϊκό προφίλ ασφάλειας. Οι αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν λανθασμένη απελευθέρωση της ενδοπρόθεσης, διάτρηση, αιμορραγία, καθυστερημένη μετανάστευση και απόφραξη του LAMS.

Ενδοσκοπική Τεχνική Γαστρεντεροστομίας Καθοδηγούμενης από Ενδοσκοπικό Υπερηχογράφημα (EUSGE)

Η EUSGE συνίσταται στη δημιουργία αναστόμωσης μεταξύ στομάχου και νήστιδας, περιφερικά της απόφραξης, με την τοποθέτηση ενδοπρόθεσης τύπου LAMS. Η επέμβαση πραγματοποιείται με θεραπευτικά γραμμικά ηχοενδοσκόπια.

Ανάλογα με την περίοδο και την εμπειρία του κέντρου, έχουν περιγραφεί διαφορετικές τεχνικές.

Η άμεση τεχνική βασίζεται στην αναγνώριση της νήστιδας στο επίπεδο της γωνίας του Treitz. Ακολουθεί παρακέντηση της εντερικής έλικας με βελόνα 19G και έγχυση μίγματος φυσιολογικού ορού και σκιαγραφικού για την επιβεβαίωση της ενδοαυλικής θέσης. Στη συνέχεια προωθείται οδηγό σύρμα εντός της νήστιδας και το σύστημα LAMS, με εφαρμογή ρεύματος Autocut. Η αναστόμωση ολοκληρώνεται με την απελευθέρωση του άπω άκρου της ενδοπρόθεσης εντός της νήστιδας

υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση και του εγγύς άκρου εντός του στομάχου.

Η νεότερη και πλέον διαδεδομένη τεχνική WEST (wireless EUS-guided gastroenterostomy simplified technique) περιλαμβάνει την τοποθέτηση ρινονηστιδικού καθετήρα στο επίπεδο της γωνίας του Treitz, πάνω από οδηγό σύρμα. Η νήστιδα διατείνεται με έγχυση μίγματος φυσιολογικού ορού και σκιαγραφικού μέσω αντλίας, ώστε να επιτευχθεί επαρκής διάταση και καλύτερη αναγνώριση με το EUS. Ακολουθεί παρακέντηση της διατεταμένης εντερικής έλικας με το σύστημα LAMS και διαδοχική απελευθέρωση και των δύο άκρων της ενδοπρόθεσης υπό EUS και ενδοσκοπική καθοδήγηση.

Η αναγνώριση της εντερικής έλικας μπορεί επίσης να υποβοηθηθεί με εντεροσκόπιο, το οποίο προωθείται πέρα από τη στένωση.

Μετά την επέμβαση, οι ασθενείς ξεκινούν υγρά από την πρώτη ημέρα και, εφόσον δεν παρουσιαστούν ανεπιθύμητα συμβάματα, προχωρούν σε μικτή δίαιτα από τη δεύτερη ημέρα, την οποία συνεχίζουν για περίπου μία εβδομάδα. Το εξιτήριο δίνεται συνήθως μεταξύ της δεύτερης και πέμπτης ημέρας νοσηλείας.

Η λανθασμένη απελευθέρωση του LAMS αποτελεί



How to do it

ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΝΩΤΕΡΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ: ΤΥΠΟΙ, ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

τη συχνότερη επιπλοκή της EUSGE και εμφανίζεται λιγότερο συχνά με την τεχνική WEST σε σύγκριση με τις άλλες προσεγγίσεις. Η λανθασμένη απελευθέρωση ταξινομείται σε τέσσερις τύπους, οι οποίοι καθορίζουν και την αντιμετώπιση:

Τύπος 1: Άπω άκρο στο περιτόναιο, εγγύς άκρο στον στόμαχο, χωρίς εντεροτομή, αντιμετωπίζεται με αφαίρεση του LAMS και σύγκλειση με over-the-scope clip.

Τύπος 2: Άπω άκρο στο περιτόναιο, εγγύς άκρο στον στόμαχο, με επιβεβαιωμένη εντεροτομή, αντιμετωπίζεται με επανατοποθέτηση LAMS ή εφαρμογή τεχνικής LAMS-in-LAMS.

Τύπος 3: Άπω άκρο στο λεπτό έντερο, εγγύς άκρο στο περιτόναιο. Συνήθως απαιτεί χειρουργική παρέμβαση.

Τύπος 4: Άπω άκρο στο κόλον, εγγύς άκρο στον στόμαχο. Αντιμετωπίζεται συντηρητικά ή χειρουργικά μετά την ωρίμανση του συριγγώδους πόρου.

Στις καλοήθεις στενώσεις, η ενδοσκοπική διαστολή με μπαλόνι παραμένει η θεραπεία πρώτης γραμμής.

Η τοποθέτηση FCSEMS έχει διερευνηθεί ως θεραπευτική επιλογή σε καλοήθη GOO σε ασθενείς ανθεκτικούς στις διαστολές ή μη κατάλληλους για χειρουργική επέμβαση, με αφαίρεση της ενδοπρόθεσης συνήθως μετά από περίπου 12 εβδομάδες. Ωστόσο, η χρήση τους παραμένει αμφιλεγόμενη λόγω του κινδύνου μετανάστευσης και ενδοαυλικής ανάπτυξης ιστού και των τεχνικών δυσκολιών κατά την αφαίρεσή τους. Επιπλέον, σε περιπτώσεις εξωτερικής πίεσης, τα διαθέσιμα δεδομένα υποδηλώνουν ότι ούτε η διαστολή ούτε η τοποθέτηση ενδοπρόθεσης προσφέρουν αποτελεσματική μακροχρόνια ανακούφιση.

Νεότερα δεδομένα υποστηρίζουν τη χρήση της EUSGE σε επιλεγμένους ασθενείς με καλοήθη GOO, ιδιαίτερα σε όσους δεν είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση. Παρά τα ενθαρρυντικά αυτά αποτελέσματα, οι τρέχουσες

οδηγίες της ESGE περιορίζουν τη χρήση της σε κακοήθη GOO, κυρίως λόγω ανησυχιών σχετικά με τη λανθασμένη απελευθέρωση της ενδοπρόθεσης. Ωστόσο, η αυξημένη ασφάλεια που προσφέρει η τεχνική WEST ενδέχεται να επηρεάσει τις μελλοντικές συστάσεις.

Προτεινόμενη Βιβλιογραφία

1. Spaander MCW, et al. Esophageal stenting for benign and malignant disease: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. *Endoscopy*. 2021;53(7):751–762.
2. Van Hooft JE, et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: ESGE Guideline – Update 2020. *Endoscopy*. 2020;52(5):389–407.
3. Jue TL, et al. ASGE Standards of Practice Committee. Management of gastric outlet obstruction. *Gastrointest Endosc*. 2021;93(2):309–322.
4. Jeurnink SM, et al. Surgical gastrojejunostomy or endoscopic stent placement for the palliation of malignant gastric outlet obstruction (SUSTENT study): a multicenter randomized trial. *Gastrointest Endosc*. 2010;71(3):490–499.
5. Wastell HJ, et al. A randomized trial to verify the efficacy of a partially covered stent (Ultraflex) versus an uncovered stent (Wallstent) for malignant dysphagia. *Endoscopy*. 2015.
6. Teoh AYB, et al. Endoscopic ultrasonography-guided gastroenterostomy versus uncovered duodenal metal stenting for unresectable malignant gastric outlet obstruction (DRA-GOO): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2024.
7. Hirdes MM, et al. In vitro evaluation of the radial and axial force of self-expanding esophageal stents. *Endoscopy*. 2013;45(12):997–1005.

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ IL-23: ΜΙΑ ΝΕΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΙΦΝΕ



Διονυσία Πισκόπου, Ειδικευόμενη Γαστρεντερολόγος,
Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Εισαγωγή

Σε μια εποχή συνεχιζόμενης αύξησης των αναγκών θεραπείας ασθενών με μέτρια-σοβαρή Νόσο Crohn και Ελκώδη κολίτιδα γίνεται επιτακτική η ανάγκη διάθεσης νέων θεραπευτικών επιλογών για την επίτευξη του βέλτιστου θεραπευτικού αποτελέσματος, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους θεράποντες γαστρεντερολόγους. Τα τελευταία χρόνια είναι διαθέσιμο μεγάλο φάσμα θεραπευτικών επιλογών, μεταξύ αυτών και τα μονοκλωνικά αντισώματα που στοχεύουν την IL-23p19, εκπρόσωποι των οποίων αποτελούν τα Risankizumab (RIS), Mirikizumab (MIR) και Guselkumab (GUS). Ο πρώτος επιτυχημένος βιολογικός παράγοντας με στόχο την αναστολή του μονοπατιού της IL-23, στοχεύοντας όμως στην υπομονάδα p40, την οποία μοιράζεται με την IL-12, είναι το Ustekinumab. Μετά την ανάδειξη του κυρίαρχου παθογενετικού ρόλου της IL-23, έναντι εκείνου της IL-12, αναπτύχθηκαν πιο εκλεκτικοί αναστολείς IL-23, η επόμενη γενιά των μονοκλωνικών αντισωμάτων που στοχεύουν μόνο στην υπομονάδα p19.

Παθοφυσιολογικός μηχανισμός

Η IL-23 είναι μια κυτταροκίνη δύο υπομονάδων (p19 και p40) και παράγεται κυρίως από τα μακροφάγα και τα δενδριτικά κύτταρα, ως απόκριση σε μικροβιακά σήματα. Δρα μέσω της σύνδεσής της με ένα ειδικό σύμπλοκο υποδοχέων που ενεργοποιεί τις κινάσες JAK2 και TYK2, οι οποίες στη συνέχεια ενεργοποιούν τον STAT3. Αυτό οδηγεί στη μετακίνηση του STAT3 στον πυρήνα και στην έκφραση του RORγt, ενός βασικού μεταγραφικού παράγοντα που εμπλέκεται στις φλεγμονώδεις αποκρίσεις. Η κύρια λειτουργία της IL-23 είναι η διατήρηση και η επέκταση των κυττάρων Th17 επιπλέον δρα σε διάφορα άλλα ανοσοκύτταρα, συμπεριλαμβανομένων των κυττάρων NK T, των κυττάρων ILC3 και των μακροφάγων. Μέσω αυτών των αλληλεπιδράσεων, η IL-23 προάγει την παραγωγή πολλαπλών φλεγμονωδών μορίων, όπως οι IL-17, IL-22, TNF-α και αντιμικροβιακά πεπτίδια. Συνολικά, η IL-23 λειτουργεί ως κεντρικός ρυθμιστής της παρατεταμένης προφλεγμονώδους ανοσολογικής

απόκρισης στον οργανισμό. Οι παράγοντες anti-IL-23p19 συνδέονται εκλεκτικά με την υπομονάδα p19 της κυτταροκίνης IL-23, ενώ οι παράγοντες anti-IL-12/23 δρουν στην υπομονάδα p40, η οποία είναι κοινή στις δύο κυτταροκίνες.

Κλινικές εφαρμογές των θεραπειών anti-IL-23

Τρεις αναστολείς της υπομονάδας p19 της IL-23 (παράγοντες anti-IL-23p19), οι GUS, RIS και MIR, έχουν πρόσφατα εγκριθεί από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (European Medicines Agency) και τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών (United States Food and Drug Administration) για τη θεραπεία της μέτριας έως σοβαρής νόσου του Crohn (CD) και της ελκώδους κολίτιδας (UC). Η αποτελεσματικότητά τους έχει αποδειχθεί μέσω συμβατικής ενδοφλέβιας (IV) αγωγής επαγωγής (τρεις δόσεις που χορηγούνται ανά 4 εβδομάδες σε κέντρο εγχύσεων), ακολουθούμενης από υποδόρια (SC) αγωγή συντήρησης που χορηγείται κάθε τέσσερις έως οκτώ εβδομάδες.

Risankizumab (RIS)

Το Risankizumab παρουσίασε υπεροχή έναντι του placebo στην κλινική και ενδοσκοπική ανταπόκριση ως θεραπεία επαγωγής ασθενών με μέτρια-σοβαρή v.Crohn που δεν ανταποκρίνονταν στις συμβατικές θεραπείες (μελέτη φάσης III ADVANCE). Τα ποσοστά κλινικής ύφεσης, βάσει του Δείκτη Ενεργότητας της Νόσου του Crohn (Crohn's Disease Activity Index, CDAI), ήταν 45% στην ομάδα των 600 mg, 42% στην ομάδα των 1200 mg και 25% στην ομάδα του placebo.

Ακόμη και σε ασθενείς με μέτρια-σοβαρή v.Crohn που είχαν αποτύχει σε προηγούμενες βιολογικές θεραπείες, το Risankizumab παρουσίασε υπεροχή έναντι του placebo (μελέτη φάσης III MOTIVATE). Στην εβδομάδα 12, τα ποσοστά κλινικής ύφεσης βάσει του CDAI ήταν 42% για τη δόση των 600 mg, 40% για τη δόση των 1200 mg και 20% για την ομάδα του placebo.

Το Risankizumab φάνηκε επίσης να υπερέχει έναντι



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ IL-23:

ΜΙΑ ΝΕΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΙΦΝΕ

του placebo σε ασθενείς με μέτρια-σοβαρή ελκώδη κολίτιδα ως θεραπεία επαγωγής (μελέτη φάσης III INSPIRE). Μέχρι την εβδομάδα 12, κλινική ύφεση επιτεύχθηκε στο 20,3% των ασθενών στην ομάδα της ρισανκίζουμάμπης, σε σύγκριση με 6,2% στην ομάδα του placebo. Από πλευράς ασφάλειας, η ρισανκίζουμάμπη ήταν καλά ανεκτή, χωρίς να αναφερθούν σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα.

Η μελέτη συντήρησης COMMAND (μελέτη φάσης III) αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της ρισανκίζουμάμπης ως θεραπείας συντήρησης σε ασθενείς που είχαν επιτύχει κλινική ύφεση στη μελέτη INSPIRE. Στις 52 εβδομάδες τα ποσοστά κλινικής ύφεσης ήταν 40,2% στην ομάδα των 180 mg, 37,6% στην ομάδα των 360 mg και 25,1% στην ομάδα του placebo. Τα αποτελέσματα ασφάλειας ήταν συνεπή με εκείνα της μελέτης INSPIRE, χωρίς να αναφερθούν νέες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Risankizumab vs Ustekinumab

Το RIS συγκρίθηκε άμεσα (head-to-head) με το UST στη νόσο του Crohn (CD), αλλά όχι στην ελκώδη κολίτιδα (UC), με τη μελέτη SEQUENCE, ανοικτή (open-label) μελέτη άμεσης σύγκρισης που συνέκρινε τη ρισανκίζουμάμπη (RIS) με την ουστεκινουμάμπη (UST) σε ασθενείς με νόσο του Crohn μέτριας έως σοβαρής βαρύτητας, οι οποίοι είχαν προηγούμενη έκθεση ή αποτυχία θεραπείας με anti-TNF παράγοντες. Καταληκτικό σημείο αποτέλεσε η μη κατωτερότητα του RIS έναντι του UST ως προς την κλινική ύφεση (58,6% έναντι 39,5%) και υπεροχή του RIS έναντι του UST ως προς την ενδοσκοπική ύφεση (31,8% έναντι 16,2%).

Mirikizumab (MIR)

Σε ασθενείς με μέτρια-σοβαρή v.Crohn που έλαβαν MIR επιτεύχθηκε ενδοσκοπική ανταπόκριση σε 220 ασθενείς (38,0%) από τους 579 που έλαβαν mirikizumab, σε σύγκριση με 18 ασθενείς (9,0%) από τους 199 που έλαβαν placebo, ενώ κλινική ύφεση σύμφωνα με τον δείκτη CDAI (composite) επιτεύχθηκε σε 263 ασθενείς (45,4%) από τους 579 που

έλαβαν mirikizumab, σε σύγκριση με 39 ασθενείς (19,6%) από τους 199 που έλαβαν placebo (μελέτη φάσης III VIVID-I).

Επιπλέον, παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά διατήρησης της ενδοσκοπικής ανταπόκρισης και της ενδοσκοπικής ύφεσης σε ασθενείς με μέτρια-σοβαρή v.Crohn (CD) που είχαν ανταποκριθεί ενδοσκοπικά στο 1ο έτος, με επιπλέον ασθενείς να επιτυγχάνουν ενδοσκοπική ύφεση στο 2ο έτος της θεραπείας με mirikizumab (μελέτη φάσης III VIVID-2).

Στην μέτρια-σοβαρή ελκώδη κολίτιδα το mirikizumab ως θεραπεία επαγωγής και συντήρησης φάνηκε να είναι αποτελεσματικό. Συγκεκριμένα, την εβδομάδα 12, τα ποσοστά κλινικής ύφεσης ήταν υψηλότερα στην ομάδα mirikizumab σε σύγκριση με το placebo (24,2% vs 13,3%) (μελέτη φάσης III LUCENT I), ενώ στην εβδομάδα 40, τα ποσοστά κλινικής ύφεσης ήταν υψηλότερα στην ομάδα mirikizumab σε σύγκριση με το placebo (49,9% vs 25,1%) -μελέτη φάσης III LUCENT II. Και οι δύο μελέτες έδειξαν καλό προφίλ ασφαλείας του φαρμάκου.

Mirikizumab vs Ustekinumab

Σύμφωνα με τη μελέτη VIVID-1 (head-to-head) μεταξύ MIR και UST, το MIR απέδειξε μη κατωτερότητα (non-inferiority) σε σύγκριση με το UST τόσο στη φάση επαγωγής όσο και στη φάση συντήρησης (54,1% έναντι 48,4%), χωρίς σημαντικές διαφορές στις υποομάδες ασθενών με προηγούμενη αποτυχία βιολογικής θεραπείας (bio-IR). Ωστόσο, δεν επιτεύχθηκε υπεροχή στην ενδοσκοπική ανταπόκριση.

Guselkumab (GUS)

Το Guselkumab μπορεί να συνδεθεί με τους υποδοχείς CD64 στα μυελοειδή κύτταρα, συμπεριλαμβανομένων των μακροφάγων, των μονοκυττάρων και των δενδριτικών κυττάρων. Αυτή η αλληλεπίδραση εξασθενεί τη μεταγενέστερη φλεγμονώδη σηματοδότηση, προσφέροντας έναν επιπλέον μηχανισμό, πέρα

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ IL-23:
ΜΙΑ ΝΕΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΙΦΝΕ



ΠΙΝΑΚΑΣ: Δοσολογικά σχήματα αναστολέων IL-23p19.
(βάσει *spc guselkumab, mirikizumab, risankizumab*)

		Induction	Maintenance
Guselkumab	CD	200mg iv week 0,4,8 or 400mg sc week 0,4,8	100mg sc week 16, every 8 weeks thereafter or 200mg sc week 12, every 4 weeks thereafter
	UC		
Mirikizumab	CD	900 mg iv week 0,4,8	300 mg sc week 12, every 4 weeks thereafter
	UC	300 mg iv week 0,4,8	200 mg sc week 12, every 4 weeks thereafter
Risankizumab	CD	600mg iv week 0,4,8	360mg sc week 12, every 8 weeks thereafter
	UC	1200 mg iv week 0,4,8	180 or 360 mg sc week 12, every 8 weeks thereafter

από την άμεση εξουδετέρωση της IL-23, για τον έλεγχο της φλεγμονής.

Σύμφωνα με τη μελέτη GALAXY 1, μετά τη 12^η εβδομάδα σε ασθενείς με μέτρια-βαριά ν.Κροhn, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του δείκτη δραστηριότητας της νόσου του Κροhn (CDAI) σε κάθε ομάδα που έλαβε guselkumab σε σύγκριση με την ομάδα placebo. Το guselkumab παρουσίασε καλό προφίλ ασφαλείας. Στη μελέτη GRAVITI, η κλινική ύφεση στην εβδομάδα 12 παρατηρήθηκε σε περίπου 56,1% των ασθενών που έλαβαν guselkumab έναντι 21,4% στην ομάδα placebo. Τα ποσοστά ενδοσκοπικής ανταπόκρισης ήταν σημαντικά υψηλότερα με guselkumab (~41,3% vs ~21,4%), με τα οφέλη να διατηρούνται μέχρι την εβδομάδα 48.

Σημαντική αποτελεσματικότητα αναδείχθηκε και σε ασθενείς με μέτρια-σοβαρή ελκώδη κολίτιδα. Μεγαλύτερα ποσοστά ασθενών πέτυχαν κλινική ύφεση, ενδοσκοπική βελτίωση, ιστολογικά-ενδοσκοπική βελτίωση βλεννογόνου (HEMI) και ενδοσκοπική

ύφεση στην εβδομάδα 12, όταν η επαγωγή γινόταν με guselkumab 200 mg IV, για επαγωγή σε σύγκριση με placebo (QUASAR).

Η φάσης III μελέτη ASTRO, που αξιολόγησε την υποδόρια επαγωγή με guselkumab, έδειξε ότι η κλινική ύφεση στην εβδομάδα 12 επιτεύχθηκε σε περίπου 27,6% των ασθενών έναντι 6,5% με placebo, με σημαντική ενδοσκοπική βελτίωση.

Guselkumab vs Ustekinumab

Για τους ασθενείς με μέτρια-σοβαρή ν.Κροhn αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική ανωτερότητα GUS έναντι UST αναφορικά με την κλινική και ενδοσκοπική ύφεση την εβδομάδα 48 (head-to-head phase III trial GALAXY 2&3). Όσον αφορά στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα δεν υπάρχουν head-to-head μελέτες.

Συμπεράσματα

Οι αναστολείς IL-23p19 έχει αποδειχθεί ότι αποτελούν χρήσιμα θεραπευτικά όπλα στους ασθενείς με ν.Κροhn και ελκώδη κολίτιδα, διευρύνοντας το φάσμα



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ IL-23:

ΜΙΑ ΝΕΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΙΦΝΕ

των αποτελεσματικών θεραπευτικών επιλογών των γαστρεντερολόγων και προσφέροντας παράλληλα ένα καλό προφίλ ασφαλείας για τους ασθενείς. Στον πίνακα της σελίδας 49, περιγράφονται τα δοσολογικά σχήματα των τριών αναστολέων της IL-23p19 στη νόσο Crohn και στην ελκώδη κολίτιδα.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Long-term efficacy and safety of mirikizumab treatment for Crohn's Disease: Results from the VIVID-2 open-label extension study, S Vermeire et al, Journal of Crohn's and Colitis, Volume 19, Issue Supplement_1, January 2025.
2. Drug Development in Inflammatory Bowel Diseases: What Is Next? Lorenzo Petronio et al, pharmaceuticals, Jan 2025.
3. Practical considerations for the use of IL-23p19 inhibitors in inflammatory bowel disease: how to choose between them and why it matters? Cecilia Lina Pugliano et al, Journal of Crohn's and Colitis, 2025.
4. Risankizumab versus Ustekinumab for Moderate-to-Severe Crohn's Disease, L. Peyrin-Biroulet et al, The New England Journal of Medicine August 17, 2025.

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Κωνσταντίνος Τσιτσιγιάννης, Ειδικευόμενος Γαστρεντερολόγος,
Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα



1. Εισαγωγή

Οι νευροενδοκρινείς όγκοι (NENs) είναι μία ετερογενής ομάδα νεοπλασμάτων και προέρχονται από κύτταρα νευροενδοκρινούς προέλευσης τα οποία εντοπίζονται σε πολλούς ιστούς του ανθρώπινου σώματος (πεπτικός σωλήνας, πάγκρεας, πνεύμονες, θυροειδής-παραθυρεοειδείς αδένες, υπόφυση, επινεφρίδια, δέρμα κ.ά.). Συνηθέστερη εντόπισή τους είναι το γαστρεντερικό (GEP-NENs), το οποίο αφορά περίπου το 60% του συνόλου των NENs και δευτερευόντως οι πνεύμονες με ποσοστό 20-25% επί του συνόλου.

2. Επιδημιολογία

Πρόκειται για μια σχετικά σπάνια κατηγορία νεοπλασμάτων, η οποία ωστόσο παρουσιάζει σταθερά αυξανόμενους επιδημιολογικούς δείκτες -εξαιτίας και της ευρείας χρήσης της ενδοσκόπησης και των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων- αντιστοιχώντας περίπου στο 2% όλων των νεοπλασιών. Σύμφωνα με τη μεγαλύτερη μέχρι σήμερα καταγραφή ασθενών με NENs στις ΗΠΑ σε 145.477 περιστατικά, τα προσαρμοσμένα ως προς την ηλικία ποσοστά επίπτωσης αυξήθηκαν κατά 5,2 φορές μεταξύ 1975 και 2021, με ετήσια ποσοστιαία μεταβολή 3% την περίοδο 2000–2020. Όσον αφορά τους νευροενδοκρινείς όγκους του στομάχου, στο παραπάνω χρονικό διάστημα παρατηρήθηκε 15πλάσια αύξηση της επίπτωσης σε σύγκριση με άλλες νευροενδοκρινείς νεοπλασίες, καταγράφοντας συνολική επίπτωση περίπου 0,4 ανά 100.000 άτομα. Επιπλέον, σύμφωνα με μια μεγάλη αναδρομική μελέτη από τις ΗΠΑ, που περιλάμβανε 121.264 ενδοσκοπήσεις ανώτερου πεπτικού, η πιθανότητα ανεύρεσης ενός NET στομάχου κατά τη διάρκεια μιας τυπικής γαστροσκόπησης είναι περίπου 0,37 ανά 1.000 άτομα, με διπλάσια συχνότητα να παρατηρείται στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες.

3. Ταξινόμηση

Οι νευροενδοκρινείς όγκοι διακρίνονται με βάση το βαθμό διαφοροποίησης σε καλά διαφοροποιημένα νεοπλάσματα- τα οποία και ορίζονται ως νευροενδοκρινείς

όγκοι (neuroendocrine tumors, NETs)- και σε κακώς διαφοροποιημένα νεοπλάσματα τα οποία ορίζονται ως νευροενδοκρινικά καρκινώματα (neuroendocrine carcinomas, NECs). Μεταξύ των NETs και NECs υπάρχουν σημαντικές διαφορές ως προς την επίπτωση, τη μορφολογία, τον ανοσοφαινότυπο, τα γενετικά χαρακτηριστικά και τη βιολογική τους συμπεριφορά, γεγονός που τα καθιστά ουσιαστικά δύο διαφορετικές νοσολογικές οντότητες.

Πέρα ωστόσο από το βαθμό διαφοροποίησης που κατατάσσει τα NENs σε NETs και NECs, ο έτερος βασικός προγνωστικός παράγοντας είναι ο ρυθμός πολλαπλασιασμού του όγκου. Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά WHO (2022) τα NETs κατηγοριοποιούνται με βάση τον ρυθμό πολλαπλασιασμού τους σε Grade 1 (G1), Grade 2 (G2) και Grade 3 (G3). Ο βαθμός πολλαπλασιασμού ορίζεται με βάση δύο στοιχεία του κυτταρικού κύκλου: τον μιτωτικό δείκτη, ο οποίος καθορίζεται από τον αριθμό των κυττάρων που διαιρούνται και παρατηρούνται σε μια συγκεκριμένη περιοχή στο μικροσκόπιο (2 mm² ή 10 HPF), και τον δείκτη Ki-67, όπου το Ki-67 είναι μια πρωτεΐνη της οποίας η ποσότητα αυξάνεται καθώς τα κύτταρα προετοιμάζονται να διαιρεθούν (Πίνακας 1).

Για την σταδιοποίηση χρησιμοποιείται η TNM ταξινόμηση, όπου T=μέγεθος του όγκου και επέκταση σε παρακείμενες δομές, N= διήθηση τοπικών λεμφαδένων και M= παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Τα γαστρικά NETs (gNETs), εκτός από την ταξινόμηση κατά WHO όπως περιγράφηκε παραπάνω, υπόκεινται και σε περαιτέρω κατηγοριοποίηση σε τρεις κλινικοπαθολογικούς τύπους βάση του ρόλου της γαστρίνης στην παθοφυσιολογία τους. Τα gNETs τύπου I (70–80% του συνόλου) και τύπου II (~5%) αποτελούν όγκους εξαρτώμενους από τη γαστρίνη, οι οποίοι αναπτύσσονται στο πλαίσιο χρόνιας ατροφικής γαστρίτιδας και συνδρόμου Zollinger–Ellison (ZES) αντίστοιχα, με το ZES είτε να σχετίζεται με σύνδρομο πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας τύπου 1 (MEN1) είτε να εμφανίζεται σποραδικά. Αντίθετα, τα gNETs



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ταξινόμηση NENs κατά WHO (2022).

Μορφολογία	Βαθμός (Grade)	Μιτωτικός αριθμός/ 2 mm ² (ή 10 HPF)	Δείκτης Ki-67 (%)
Καλώς διαφοροποιημένα NETs	G1 (Grade 1)	<2	<3
Καλώς διαφοροποιημένα NETs	G2 (Grade 2)	2–20	3–20
Καλώς διαφοροποιημένα NETs	G3 (Grade 3)	>20	>20
Κακώς διαφοροποιημένα NECs	G3 (Grade 3)	>20	>20

τύπου III (20–30%) είναι σποραδικά και αναπτύσσονται απουσία υπεργαστριναιμίας (Πίνακας 2).

4. Παθοφυσιολογία-Ιστολογία

Τα **gNETs τύπου I** εμφανίζονται συνήθως σε έδαφος **χρόνιας ατροφικής γαστρίτιδας** — συχνότερα αυτοάνοσης αιτιολογίας, αλλά μπορεί επίσης να προκύψουν μετά από παρατεταμένη φλεγμονώδη βλάβη του γαστρικού βλεννογόνου (όπως σε λοίμωξη με *Helicobacter pylori*). Σε αυτές τις συνθήκες, η φλεγμονή οδηγεί σε καταστροφή των τοιχωματικών κυττάρων, με επακόλουθη έκπτωση της οξύτητας και εμφάνιση πυλωρικής ή εντερικής μετάπλασης στο σώμα του στομάχου. Η μειωμένη παραγωγή οξέος προκαλεί αντιρροπιστική αύξηση της γαστρίνης από τα G-κύτταρα του άντρου.

Η χρόνια υπεργαστριναιμία διεγείρει τον πολλαπλασιασμό των ECL κυττάρων στο ατροφικό γαστρικό σώμα, με μορφές που κυμαίνονται από απλή ή γραμμική έως οζώδη υπερπλασία. Με την πάροδο του χρόνου, αυτές οι αλλοιώσεις μπορεί να εξελιχθούν σε νευροενδοκρινικούς όγκους προερχόμενους από τα ECL κύτταρα.

Τα **gNETs τύπου II** εμφανίζονται σε έδαφος συνδρόμου ZES είτε στο πλαίσιο MEN1 είτε όχι. Η παθογένεσή τους βασίζεται στην υπεργαστριναιμία, η οποία υπάρχει σε έδαφος παρουσίας όγκου G-κυττάρων (γαστρίνωμα) εντοπισμένο εκτός στομάχου, συγκεκριμένα στο δωδεκαδάκτυλο (στο 70–100% των περιπτώσεων) και σπανιότερα στο πάγκρεας ή σε άλλες θέσεις. Η μακροχρόνια και συνεχής υπερ-

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Χαρακτηριστικά των γαστρικών NETs (gNETs) ανά τύπο

Τύπος gNET	Τύπος I	Τύπος II	Τύπος III	gNEC
Υπεργαστριναιμία	+	+	–	–
ZES (MEN1 ή σποραδικό)	–	+	–	–
Συνηθέστερη εντόπιση	Σώμα & θόλος	Σώμα & θόλος	Οπουδήποτε	—
Συχνότητα	70–80%	5%	20–30%	Σπάνια
Grade (WHO)	1–2	1–2	1–3	3
Μεταστάσεις	2–5%	10–30%	50–100%	–
Συνοδή ιστολογία	Χρόνια ατροφική γαστρίτιδα	Υπερπλαστικός βλεννογόνος σώματος	Μη ειδική	Μη ειδική

Πηγή: Lamberti, Giuseppe, et al. «Gastric neuroendocrine neoplasms.» *Nature Reviews Disease Primers*”



γαστριναιμία στο σώμα του στομάχου ασθενών με MEN1–ZES προκαλεί διάχυτη υπερπλασία των ECL κυττάρων και ανάπτυξη πολλαπλών νευροενδοκρινικών όγκων σε υπόστρωμα έντονης υπερτροφίας του γαστρικού βλεννογόνου. Αντίθετα, στο άντρο, ο πληθυσμός των G-κυττάρων παραμένει φυσιολογικός ή και ελαττώνεται. Ο συνδυασμός της υπερτροφίας του βλεννογόνου του σώματος με συνοδή απουσία σημαντικής φλεγμονής του και του φυσιολογικού πληθυσμού των G-κυττάρων στο άντρο αποτελούν τα βασικά ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά για τη διάγνωση των γαστρικών gNETs τύπου II.

Τα **gNETs τύπου III** αναπτύσσονται σε έδαφος φυσιολογικού βλεννογόνου, χωρίς χρόνια φλεγμονή και δεν συσχετίζονται με αυξημένα επίπεδα γαστρίνης. Πιστεύεται ότι εμφανίζονται σε ασθενείς χωρίς συγκεκριμένο ή γνωστό γενετικό υπόβαθρο, αν και είναι πιθανό να υπάρχει κάποια μορφή προδιάθεση σε άγνωστους ακόμη παράγοντες. Ως εκ τούτου, οι γαστρικοί νευροενδοκρινικοί όγκοι τύπου III θεωρούνται μέχρι στιγμής σποραδικοί. Ο συνδυασμός φυσιολογικού βλεννογόνου του σώματος και φυσιολογικού πληθυσμού G-κυττάρων στο άντρο αποτελεί τα βασικά στοιχεία για την ιστοπαθολογική διάγνωση των gNET τύπου III.

Από τον ανοσοϊστοχημικό έλεγχο ο νευροενδοκρινικός φαινότυπος επιβεβαιώνεται μέσω ανίχνευσης των νευροενδοκρινικών δεικτών συναπτοφυσίνη ή/και χρωμογρανίνη A (CgA). Η πλήρης απουσία και των δύο δεικτών είναι εξαιρετικά σπάνια και μπορεί να παρατηρηθεί μόνο σε ορισμένα κακώς διαφοροποιημένα NECs. Οι δείκτες NSE και CD56 συχνά εμφανίζονται θετικοί σε GEP–NENs, στα οποία συμπεριλαμβάνονται και τα gNETs.

5. Διάγνωση

Συμπτωματολογία

Συνήθως οι ασθενείς με gNETs τύπων I και III δεν αιτιώνται κάποια συγκεκριμένη συμπτωματολογία. Όταν, ωστόσο, υπάρχουν συμπτώματα, αυτά είναι συνήθως

μη ειδικά, με τα δυσπεπτικά ενοχλήματα να αναφέρονται συχνότερα. Λόγω της απουσίας χαρακτηριστικής συμπτωματολογίας, οι gNETs συχνά ανευρίσκονται τυχαία κατά τη διάρκεια ενδοσκόπησης ανώτερου πεπτικού συνήθως μετά από ανεύρεση συνυπάρχουσας αναιμίας (50%) ή αυτοάνοσης νόσου του θυρεοειδούς (40%) ή των επινεφριδίων (5%), τα οποία οδηγούν σε ανάγκη για περαιτέρω ενδοσκοπικό έλεγχο.

Αντίθετα, οι ασθενείς με gNETs τύπου II παρουσιάζουν συμπτωματολογία σχετιζόμενη με το σύνδρομο Zollinger–Ellison (ZES). Τα κυριότερα συμπτώματα είναι το κοιλιακό άλγος, ως εκδήλωση πεπτικού έλκους ή διαβρωτικής γαστρίτιδας, οπισθοστερνικός καύσος και διάρροια. Ένα χαρακτηριστικό εύρημα σε αυτούς τους ασθενείς είναι η βελτίωση της διάρροιας μετά από λήψη αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPI).

Ενδοσκόπηση

Η ενδοσκοπική εικόνα των gNETs ποικίλλει. Συνήθως εμφανίζονται ως στρογγυλές υπεργερμένες βλάβες, συχνά είτε με πιο ανοιχτό (κιτρινωπό) είτε με πιο σκούρο (ερυθρωπό) χρώμα και πιθανά με ορατά αγγεία σε σύγκριση με τον παρακείμενο βλεννογόνο. Οι όγκοι είναι κυρίως άμισχοι και σκληροί στην αίσθηση με τη λαβίδα βιοψίας (Εικόνα 1).

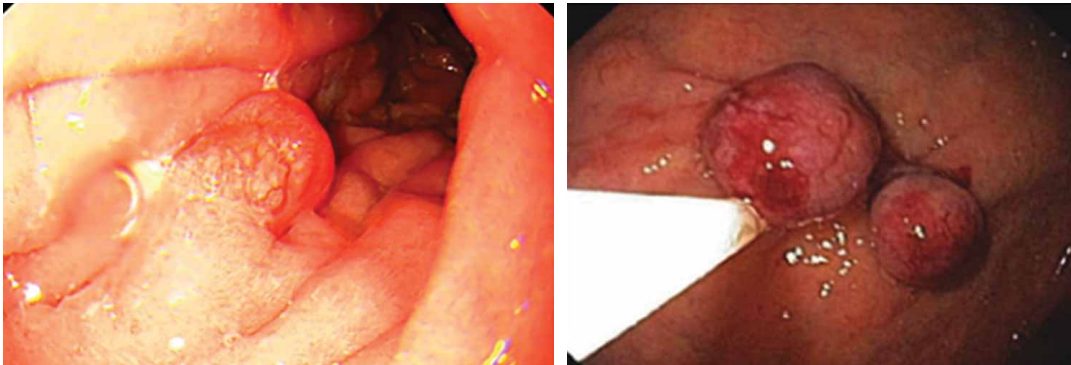
Στα gNETs τύπου I (που σχετίζονται με χρόνια ατροφική γαστρίτιδα) οι αλλοιώσεις συχνά είναι πολλαπλές και μπορεί ενίοτε να παρουσιάζουν κεντρική διάβρωση. Αντίθετα, ένας μονήρης όγκος, ειδικά βλάβη >1 cm σε κατά τα άλλα φυσιολογικό γαστρικό βλεννογόνο, υποδηλώνει συνήθως gNET τύπου III ή gNEC. Σε αντίθεση με το αδενοκαρκίνωμα στομάχου, τα τύπου III gNETs σπάνια εμφανίζονται εξελκωμένα ή με διάχυτη διήθηση του παρακείμενου ιστού, αλλά συνήθως ελέγχονται με μακροσκοπικά σχετικά ακανόνιστη αλλά σε μεγάλο βαθμό άθικτη βλεννογονική επιφάνεια (Εικόνα 2).

Για την αξιολόγηση των gNETs, είναι απαραίτητο εκτός από την λήψη βιοψιών από τη ίδια τη βλάβη, να λαμβάνονται βιοψίες του περιβάλλοντος βλεννογόνου



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



Εικόνα 1. gNETs στο σώμα του στομάχου.

καθώς και από άλλα τμήματα του στομάχου (άντρο, σώμα, θόλος). Αυτές παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τον τύπο και, κατ' επέκταση, την πρόγνωση και τη θεραπεία του gNET. Επιπλέον, συνιστάται η λήψη γαστρικού υγρού για μέτρηση του pH που επίσης βοηθά στον προσδιορισμό του τύπου του όγκου (λ.χ. στην περίπτωση βλαβών τύπου II αναμένεται έντονα όξινο pH και συγκεκριμένα $\text{pH} < 2$). Επίσης, η εικονική χρωμοενδοσκόπηση (narrow-band imaging, blue light imaging, i-scan) μπορεί να είναι χρήσιμη για την παροχή πρόσθετων πληροφοριών.

Ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (EUS)

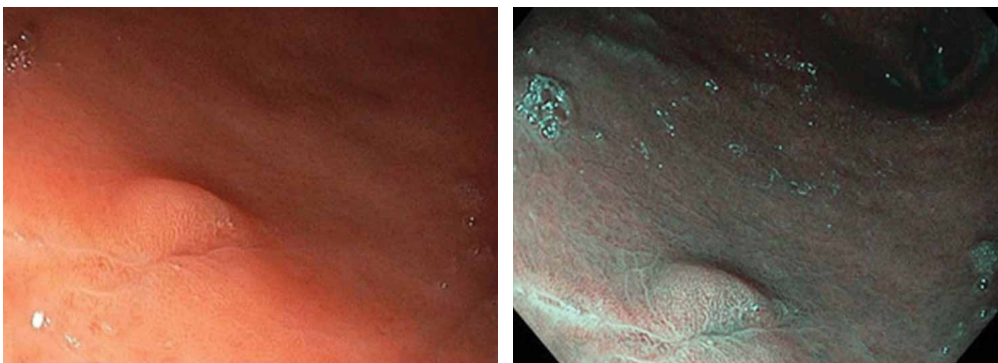
Στο ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (EUS) τα gNETs απεικονίζονται ως υποηχογενείς, ομοιογενείς, καλά περιγεγραμμένες, στρογγυλές ή ωοειδείς βλάβες που

εξορμώνται από τη 2^η (deep mucosa) ή την 3^η στιβάδα (submucosa) του γαστρικού τοιχώματος (εικόνα 3). Η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία είναι απαραίτητη για την εκτίμηση της διήθησης στην μυϊκή στιβάδα καθώς και για την ανίχνευση τοπικής λεμφαδενικής συμμετοχής, πράγμα που παίζει σημαντικό ρόλο στη σταδιοποίηση και στις θεραπευτικές αποφάσεις.

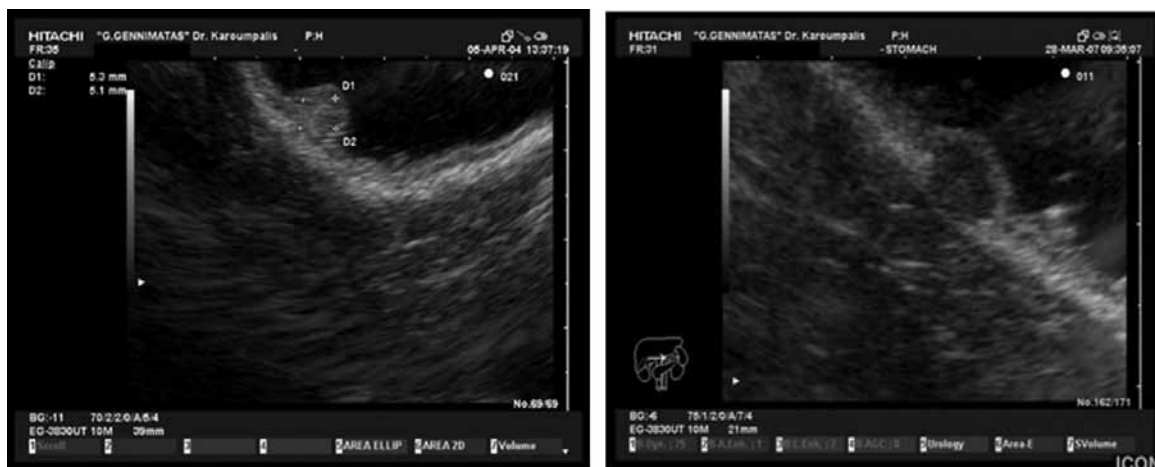
Επιπλέον το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα δίνει και την δυνατότητα πιο στοχευμένης λήψης υλικού από τον όγκο στην περίπτωση που οι βιοψίες που λήφθηκαν κατά την γαστροσκόπηση ήταν μη διαγνωστικές (εικόνα 4).

Απεικόνιση

Στα NETs στομάχου η ανάγκη για απεικονιστικό έλεγχο καθώς και το είδος του απεικονιστικού ελέγχου καθορίζεται από την ίδια τη φύση του NET και διαφορο-



Εικόνα 2. gNET τύπου III στο άντρο του στομάχου.



Εικόνα 3. EUS με παρουσία υποηχογενούς βλάβης στο τοίχωμα του στομάχου που αντιστοιχεί σε gNET.

ποιείται ανάλογα με το μέγεθος, το grade και τον τύπο της βλάβης. Έτσι, στο πλαίσιο σταδιοποίησης μπορεί να απαιτηθεί η διενέργεια CT, MRI καθώς και PET-CT. Συγκεκριμένα η PET-CT με ραδιοφάρμακα που στοχεύουν υποδοχείς σωματοστατίνης (SSTR) αποτελεί την κύρια λειτουργική απεικόνιση για NETs με υψηλή έκφραση SSTR. Σε αντίθεση με NENs άλλων εντοπίσεων (π.χ. λεπτό έντερο, πάγκρεας), η λειτουργική απεικόνιση δεν είναι εξέταση ρουτίνας στους γαστρικούς NETs, λόγω της συχνά βραδείας τους εξέλιξης. Παρ' όλα αυτά, σε

ορισμένα κλινικά σενάρια η SSTR PET-CT μπορεί να είναι χρήσιμη (παρουσία ή υποψία μεταστάσεων, gNETs τύπου III).

6. Αντιμετώπιση

Δεδομένου το ότι κάθε τύπος γαστρικού NET έχει διαφορετική βιολογική συμπεριφορά η αντιμετώπιση κάθε τύπου είναι διαφορετική και καθορίζεται από τη σταδιοποίηση και το ρυθμό πολλαπλασιασμού τους (grade).



Εικόνα 4. Διενέργεια FNB σε NET στομάχου.



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

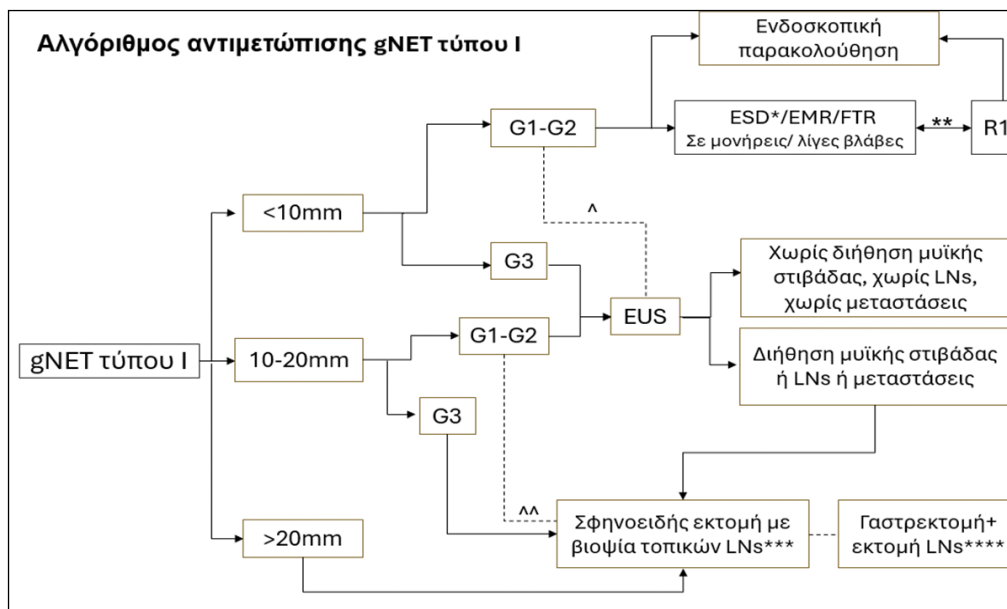
gNETs τύπου I

Οι θεραπευτικές επιλογές για τους γαστρικούς NET τύπου I περιλαμβάνουν την ενδοσκοπική παρακολούθηση, την ενδοσκοπική αφαίρεση, την αγωγή με ανάλογα σωματοστατίνης (SSA) και, σε επιλεγμένες περιπτώσεις, την χειρουργική επέμβαση. Δεδομένου ότι η πρόγνωση είναι γενικά πολύ καλή, η ανάπτυξη των όγκων αργή και ο κίνδυνος μεταστατικής νόσου για βλάβες <10 mm είναι <1%, για τα NET μικρότερα του 1 cm μπορεί να υπάρχει η επιλογή της παρακολούθησης χωρίς ανάγκη άμεσης παρέμβασης. Δεν υπάρχει συγκεκριμένο πρωτόκολλο για τη συχνότητα των ενδοσκοπικών ελέγχων επιτήρησης, αλλά η συνθεότερη πρακτική είναι ο πρώτος επανέλεγχος με γαστροσκόπηση να γίνεται στους 6 μήνες και στη συνέχεια σε ετήσια βάση. Επαναληπτικές βιοψίες δεν απαιτούνται συστηματικά, εκτός εάν εμφανιστούν

άτυπα χαρακτηριστικά (π.χ. εξέλκωση, διάβρωση κλπ) που μπορεί να υποδηλώνουν εξέλιξη της βλάβης. Για τις βλάβες αυτές δεν απαιτείται EUS. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις συνίσταται η θεραπευτική αντιμετώπιση.

Στον παρακάτω αλγόριθμο (εικόνα 5) συνοψίζονται οι διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις που συστήνονται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του κάθε γαστρικού NET τύπου I, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ευρωπαϊκής εταιρίας νευροενδοκρινικών όγκων (ENETS).

Επιπλέον, για περιπτώσεις που δεν είναι κατάλληλες για ενδοσκοπική ή χειρουργική εκτομή λόγω παραγόντων που σχετίζονται με τη νόσο (για παράδειγμα, δύσκολη εντόπιση, ανάγκη για επαναλαμβανόμενες ενδοσκοπικές εκτομές και μεγάλο μέγεθος όγκου, πολλαπλές βλάβες) ή παραγόντων που σχετίζονται με



Εικόνα 5. Αλγόριθμος αντιμετώπισης gNETs τύπου I.

*ESD προτιμάται έναντι EMR (χαμηλότερος κίνδυνος R1 εκτομής). ** Η ESD μπορεί να προταθεί σε περιπτώσεις R1 εκτομής μετά από EMR. Η FTR μπορεί να προταθεί σε περιπτώσεις R1 εκτομής μετά από ESD. *** Απαιτείται σταδιοποίηση προεγχειρητικά με απεικονιστικό έλεγχο. **** Σε περίπτωση λεμφαδενικής συμμετοχής μετά από σφηννοειδή εκτομή.

^ Na εξεταστεί η διενέργεια EUS πριν από ενδοσκοπική εκτομή για high grade 2 NET (το cutoff του Ki-67 δεν έχει καθοριστεί).

^^ Na εξεταστεί η χειρουργική προσέγγιση για high grade 2 NET (το cutoff του Ki-67 δεν έχει καθοριστεί).

Πηγή: Panzuto, Francesco, et al. «European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) 2023 guidance paper for gastroduodenal neuroendocrine tumours (NETs) G1–G3.»

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



τον ασθενή (όπως προχωρημένη ηλικία και συννοσηρότητες) υπάρχει και η φαρμακευτική θεραπεία με ανάλογα σωματοστατίνης. Τα gNETs τύπου I συνήθως εκφράζουν υποδοχείς σωματοστατίνης οπότε και η θεραπεία με ανάλογα σωματοστατίνης συνδέεται με υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης, αλλά ταυτόχρονα με υψηλό ποσοστό υποτροπής μετά τη διακοπή της.

Για το follow up των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε ενδοσκοπική εκτομή gNETs τύπου I συστήνεται παρακολούθηση με διενέργεια γαστροσκόπησης κάθε 12-24 μήνες, διάστημα το οποίο προσαρμόζεται στον κάθε ασθενή βάση και των παραγόντων κινδύνου (π.χ grade 2, μέγεθος >20mm). Πέρα, ωστόσο, από τον κίνδυνο υποτροπής μετά την εκτομή, οι ασθενείς με gNETs τύπου I και κατά συνέπεια και με χρόνια ατροφική γαστρίτιδα (CAG) διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο ανάπτυξης γαστρικού αδενοκαρκινώματος, οπότε και σε αυτό το πλαίσιο συστήνεται η τακτική ενδοσκοπική τους παρακολούθηση.

gNETs τύπου II

Οι γαστρικοί νευροενδοκρινικοί όγκοι τύπου II είναι ο σπανιότερος τύπος gNET (5% των περιπτώσεων) και εμφανίζονται στο πλαίσιο υπεργαστριναιμίας που σχετίζεται με το σύνδρομο Zollinger–Ellison (ZES). Η θεραπεία των ασθενών με gNET τύπου II εξαρτάται αυστηρά από τη διαχείριση της υπεργαστριναιμίας και του πιθανού υποστρώματος του συνδρόμου MEN-1, μιας και ο έλεγχος της παραγωγής γαστρίνης προκαλεί την υποστροφή των gNET τύπου II.

gNETs τύπου III

Οι τύπου III γαστρικοί νευροενδοκρινικοί όγκοι (gNETs) είναι σποραδικοί νεοπλασματικοί όγκοι, που δεν σχετίζονται με υπεργαστριναιμία, και οι οποίοι παρουσιάζουν υψηλότερο δείκτη πολλαπλασιασμού και μεγαλύτερο μεταστατικό δυναμικό σε σύγκριση με τους τύπου I και τύπου II gNETs. Παραδοσιακά θεωρούνταν ιδιαίτερα επιθετικά νεοπλάσματα και απαιτούσαν μείζονες χειρουργικές παρεμβάσεις (δηλαδή μερική ή

ολική γαστρεκτομή) με συνοδό λεμφαδενικό καθαρισμό. Ωστόσο, με την ευρεία χρήση της ενδοσκόπησης υψηλής ευκρίνειας, εντοπίζονται πλέον συχνότερα τύπου III gNETs μικρότερου μεγέθους και χαμηλότερου βαθμού κακοήθειας, με αποτέλεσμα να έχουν διερευνηθεί λιγότερο επεμβατικές θεραπευτικές επιλογές, όπως η ενδοσκοπική εκτομή και η σφηνοειδής εκτομή.

Λόγω του υψηλού δυναμικού κακοήθειας των βλαβών, και σε αντίθεση με τους άλλους δύο τύπους, στα gNETs τύπου III απαιτείται σταδιοποίηση με απεικονιστικό έλεγχο (cross-sectional και functional) για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Η επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού πλάνου θα πρέπει να καθορίζεται μετά την αξιολόγηση των πιο σημαντικών κλινικών και ιστολογικών χαρακτηριστικών του όγκου, ιδίως του μεγέθους και του grade του όγκου, του βάθους διήθησης του γαστρικού τοιχώματος και της ύπαρξης πιθανών λεμφαδενικών ή απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Παρακάτω (εικόνα 6) παρουσιάζεται ο αλγόριθμος των θεραπευτικών παρεμβάσεων που συστήνονται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του κάθε γαστρικού NET τύπου III, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ευρωπαϊκής εταιρίας νευροενδοκρινικών όγκων (ENETS).

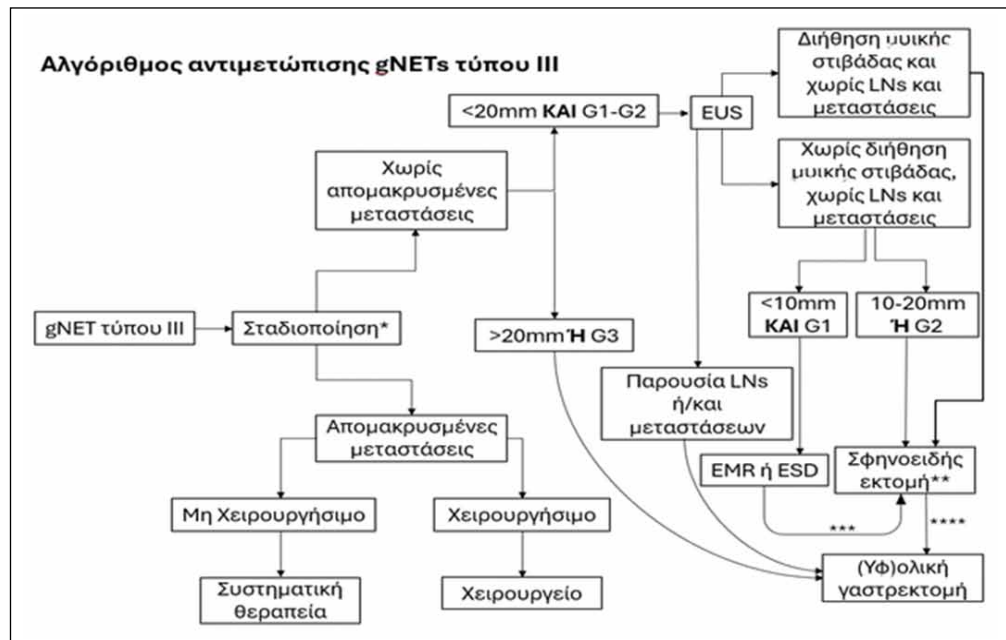
Όπως λοιπόν απεικονίζεται και στον αλγόριθμο η ενδοσκοπική εκτομή φαίνεται να συστήνεται για ασθενείς με εντοπισμένους G1 όγκους με διάμετρο ≤ 10 mm, καθώς όγκοι μεγαλύτερου μεγέθους είναι πιο πιθανό να έχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις (ακόμη κι αν αυτές δεν ανιχνεύονται με απεικονιστικές μεθόδους). Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική ή η φαρμακευτική προσέγγιση.

Ως προς το follow up, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε συντηρητική αντιμετώπιση (με ενδοσκοπική αφαίρεση ή σφηνοειδή εκτομή) θα πρέπει να υποβληθούν σε ενδοσκοπικό έλεγχο με γαστροσκόπηση περίπου 3 μήνες μετά, για έλεγχο του σημείου εκτομής και εφόσον δεν υπάρχει μακροσκοπικό υπολειμματικό νεόπλασμα, θα πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά με απεικονι-



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



Εικόνα 6. Αλγόριθμος αντιμετώπισης gNETs τύπου III.

*Απαιτείται σταδιοποίηση με απεικονιστικό έλεγχο (cross-sectional και functional). **Με βιοψία λεμφαδένων.

*** Σε περίπτωση R1 εκτομής μετά από ενδοσκοπική αφαίρεση. ****Σε θετική βιοψία λεμφαδένων μετά από σφηνοειδή εκτομή

Πηγή: Panzuto, Francesco, et al. «European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) 2023 guidance paper for gastroduodenal neuroendocrine tumours (NETs) G1–G3.»

στικές μεθόδους και ενδοσκόπηση/EUS. Η συχνότητα και η επιλογή των εξετάσεων θα επηρεάζονται από το μέγεθος και το grade του όγκου, καθώς και από τη συνολική κατάσταση υγείας του ασθενούς.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των gNETs περιορίζεται σε ασθενείς με μεταστατική νόσο ή και σε ασθενείς που λόγω της γενικότερης τους κατάστασης δεν δύνανται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Υπάρχουν περιορισμένα ειδικά δεδομένα για τη συστηματική θεραπεία σε προχωρημένη νόσο μιας και η μεγάλη πλειονότητα των γαστρικών NETs είναι τύπου I και σε πρώιμο στάδιο, με αποτέλεσμα οι συστάσεις για τα gNETs βασίζονται σε κλινικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε ασθενείς με εξωπαγκρεατικά NETs. Οι αντινεοπλασματικές συστηματικές θεραπευτικές επιλογές που έχουν εγκριθεί για τη θεραπεία εξωπαγκρεατικών NETs περιλαμβάνουν τα ανάλογα σωματοστατίνης, τη ραδιοϊσοτοπική θεραπεία

που στοχεύει τους υποδοχείς σωματοστατίνης, τους αναστολείς του mTOR, τους αναστολείς αγγειογένεσης και τη χημειοθεραπεία.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

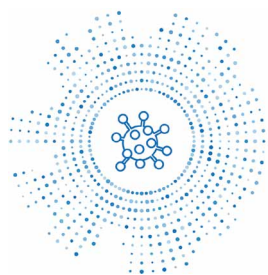
1. Sultana, Qamar, et al. "A comprehensive review on neuroendocrine neoplasms: presentation, pathophysiology and management." *Journal of Clinical Medicine* 12.15 (2023): 5138.
2. Lamberti, Giuseppe, et al. "Gastric neuroendocrine neoplasms." *Nature Reviews Disease Primers* 10.1 (2024): 25.
3. Dasari, Arvind, et al. "Trends in the incidence, prevalence, and survival outcomes in patients with neuroendocrine tumors in the United States." *JAMA oncology* 3.10 (2017): 1335-1342.

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



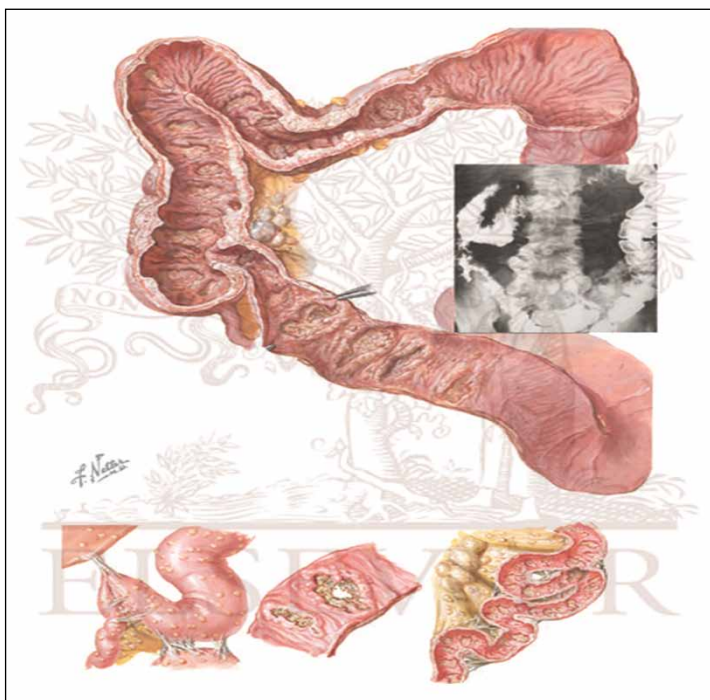
4. Panzuto, Francesco, et al. "Tumour type and size are prognostic factors in gastric neuroendocrine neoplasia: A multicentre retrospective study." *Digestive and Liver Disease* 51.10 (2019): 1456-1460.
5. Panzuto, Francesco, et al. «European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) 2023 guidance paper for gastro-duodenal neuroendocrine tumours (NETs) G1–G3.» *Journal of neuroendocrinology* 35.8 (2023): e13306.
6. Pavel, Marianne, et al. "Gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up." *Annals of Oncology* 31.7 (2020): 844-860.
7. Felder, Stephan, et al. "Gastric neuroendocrine neoplasias: manifestations and comparative outcomes." *Endocrine-Related Cancer* 26.9 (2019): 751-763.
8. Dasari, Arvind, et al. "Epidemiology of Neuroendocrine Neoplasms in the US." *JAMA Network Open* 8.6 (2025): e2515798-e2515798.
9. Carmack, S. W., Genta, R. M., Schuler, C. M. & Saboorian, M. H. The current spectrum of gastric polyps: a 1-year national study of over 120,000 patients. *Am. J. Gastroenterol.* 104, 1524–1532 (2009).
10. Laffi, Alice, et al. "Gastric neuroendocrine tumors (g-NETs): a systematic review of the management and outcomes of type 3 g-NETs." *Cancers* 15.8 (2023): 2202.
11. Deprez, Pierre H., et al. "Endoscopic management of sub-epithelial lesions including neuroendocrine neoplasms: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline." *Endoscopy* 54.04 (2022): 412-429.
12. Sharzei, Kaveh, Amrita Sethi, and Thomas Savides. "AGA clinical practice update on management of subepithelial lesions encountered during routine endoscopy: expert review." *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 20.11 (2022): 2435-2443.
13. Exarchou, Klaire, et al. "Is local excision sufficient in selected grade 1 or 2 type III gastric neuroendocrine neoplasms?" *Endocrine* 74.2 (2021): 421-429.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Νικόλαος Παπανικολάου, Ειδικός Πνευμονολόγος,
Πνευμονολογική Κλινική, Ευρωκλινική Αθηνών



Περίληψη

Η φυματίωση του πεπτικού αποτελεί σπάνια αλλά κλινικά σημαντική μορφή εξωπνευμονικής φυματίωσης. Παρουσιάζει προκλήσεις στη διάγνωση, λόγω μη ειδικών συμπτωμάτων και συχνά μιμείται άλλες παθήσεις, όπως η νόσος Crohn ή τα νεοπλάσματα του γαστρεντερικού. Στο άρθρο αυτό γίνεται ανασκόπηση της επιδημιολογίας, της παθοφυσιολογίας, της κλινικής εικόνας, των διαγνωστικών μεθόδων και της θεραπευτικής προσέγγισης, με έμφαση στις πρόσφατες εξελίξεις και τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες.

Εισαγωγή

Η φυματίωση (TB) παραμένει παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας, με εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ετησίως. Παρόλο που η πνευμονική εντόπιση είναι η συχνότερη, η εξωπνευμονική φυματίωση ευθύνεται για περίπου 15-20% των περιπτώσεων, με τη φυματίωση του πεπτικού να αντιπροσωπεύει το 1-3% αυτών. Η νόσος συχνά παραμένει αδιάγνωστη για μεγάλο χρονικό διάστημα, λόγω της μη ειδικής συμπτωματολογίας. Πα-

ράλληλα, η αύξηση της χρήσης βιολογικών παραγόντων και η ανοσοκαταστολή έχουν αυξήσει τον αριθμό των περιστατικών τα τελευταία χρόνια.

Επιδημιολογία

- Στην Ασία και την Αφρική, όπου η φυματίωση είναι ενδημική, η γαστρεντερική εντόπιση είναι πιο συχνή.
- Στην Ευρώπη και την Ελλάδα, παρατηρείται χαμηλότερη επίπτωση, ωστόσο η μετανάστευση και οι ανοσοκατασταλτικές θεραπείες (αντισώματα anti-TNF, κορτικοστεροειδή, χημειοθεραπεία) συμβάλλουν στην εμφάνιση περιστατικών.
- Συχνότερη εντόπιση: ειλεοσυφλική συμβολή (λόγω πλούσιου λεμφικού ιστού, βραδείας διέλευσης περιεχομένου και αυξημένης απορροφητικής ικανότητας).

Παθογένεια

Η εγκατάσταση της νόσου μπορεί να προκύψει μέσω:

1. Κατάποσης μολυσμένων πτυέλων από πνευμονική εστία.

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



2. Αιματογενούς διασποράς κατά τη διάρκεια πρωτοπαθούς λοίμωξης.

3. Λεμφογενούς εξάπλωσης από γειτονικούς λεμφαδένες.

4. Άμεσης επέκτασης από παρακείμενα όργανα.

Οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις περιλαμβάνουν:

- Υπερπλαστικούς ή ελκωτικούς τύπους βλαβών
- Σχηματισμό κοκκιωμάτων με τυροειδοειδή νέκρωση.
- Στένωση εντερικού αυλού ή συμφύσεις.

Κλινική Εικόνα

Η κλινική εικόνα είναι ποικίλη και μη ειδική:

- **Γενικά συμπτώματα:** αδυναμία, κακουχία, απώλεια βάρους, πυρετός χαμηλού βαθμού.
- **Γαστρεντερικά συμπτώματα:** χρόνιος κοιλιακός πόνος (κωλικοειδής), διάρροια ή δυσκοιλιότητα, ναυτία, έμετοι.
- **Ψευδοαποφρακτικά επεισόδια:** λόγω στένωσης ειλεοτυφλικής περιοχής.
- **Αιμορραγία πεπτικού:** σπάνια, αλλά πιθανή.
- **Ψηλαφητή μάζα:** σε προχωρημένες περιπτώσεις.

Διαγνωστική Προσέγγιση

Η διάγνωση είναι δύσκολη και απαιτεί συνδυασμό κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών στοιχείων:

- 1. Εργαστηριακά:** αυξημένη ΤΚΕ, CRP, ήπια αναιμία, υπολευκωματιναιμία. Δερματικό τεστ **Mantoux και quantiferon ορού (IGRA):** δεν διακρίνουν ενεργό από λανθάνουσα νόσο.
- 2. Απεικόνιση:** - Ακτινογραφία κοιλίας: ενδείξεις απόφραξης.
- 3. Αξονική/Μαγνητική τομογραφία κοιλίας:** πάχυνση εντερικού τοιχώματος, μεσεντερική λεμφαδενοπάθεια με κεντρική νέκρωση.
- 4. Υπερηχογράφημα κοιλίας:** μπορεί να δείξει μάζα ή λεμφαδένες.

5. Ενδοσκόπηση: ελκωτικές, οζώδεις ή υπερπλαστικές βλάβες. Συχνά αμφίβολη διάκριση από νόσο Crohn.

6. Ιστολογική εξέταση: κοκκιώματα με τυροειδοειδή νέκρωση, επιβεβαίωση με χρώση Ziehl-Neelsen ή μοριακή διάγνωση PCR.

7. Καλλιέργεια κοπράνων/βιοψιών: θετική μόνο στο 30-40%.

Διαφορική Διάγνωση

Η φυματίωση του πεπτικού συχνά συγχέεται με νόσο Crohn, καρκίνο ειλεοτυφλικής περιοχής, λεμφώματα, αμοιβαδική εντερίτιδα και με μη ειδικές φλεγμονώδεις εντερίτιδες

Η διάκριση από τη νόσο Crohn είναι η μεγαλύτερη πρόκληση, καθώς και οι δύο παθήσεις παρουσιάζουν κοκκιωματώδη φλεγμονή και παρόμοια ενδοσκοπικά ευρήματα.

Θεραπευτική Αντιμετώπιση

■ Φαρμακευτική αγωγή:

- Τυπικό σχήμα κατά της φυματίωσης: INH, RIF, PZA, EMB για 2 μήνες (εντατική φάση), ακολουθούμενο από INH και RIF για 4-7 μήνες (φάση συνέχισης).
- Συνολική διάρκεια: 6-9 μήνες. Σε επιπλοκές ή ανθεκτικές μορφές, μπορεί να παραταθεί έως 12 μήνες.

■ Ενδείξεις χειρουργικής παρέμβασης:

- Απόφραξη εντέρου που δεν ανταποκρίνεται σε συντηρητική αγωγή.
- Διάτρηση με περιτονίτιδα.
- Επίμονη αιμορραγία.
- Διαγνωστική αβεβαιότητα (όταν δεν αποκλείεται νεοπλασία).

Πρόγνωση

- Η πρόγνωση είναι γενικά καλή με έγκαιρη διάγνωση και σωστή θεραπεία.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

- Καθυστερημένη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές όπως στένωση, συρίγγια ή εντερική διάτρηση.

Συμπέρασμα

Η φυματίωση του πεπτικού παραμένει μια σπάνια αλλά σημαντική νόσος με αυξανόμενη κλινική σημασία. Απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας σε ασθενείς με μη ειδικά γαστρεντερικά συμπτώματα, ιδιαίτερα σε περιοχές με ενδημική φυματίωση ή σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Η πρόοδος στη μοριακή διάγνωση και οι κατευθυντήριες

οδηγίες για θεραπεία ενισχύουν τη δυνατότητα έγκαιρης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

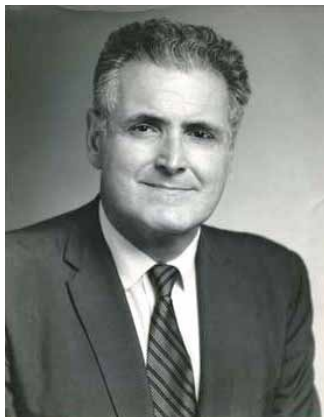
1. WHO Global Tuberculosis Report, 2024.
2. Tandon RK, et al. Abdominal tuberculosis: clinical presentation, diagnosis and management. World J Gastroenterol. 2021.
3. Αθανασίου Ε. Φυματίωση: σύγχρονες προσεγγίσεις διάγνωσης και θεραπείας. Ιατρικά Χρονικά, 2022.

Ιστορία της Ιατρικής

Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΠΟΥ ΕΔΩΣΕ ΤΗΝ ΚΙΝΗΣΗ:

Ο ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΤΖΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΑ

Αριστείδης Γ. Διαμαντής¹



Γεώργιος Κοτζιάς (1918-1977).

Στον απόηχο των βομβαρδισμών και στη σκιά ενός κόσμου σε πόλεμο, όπου η ανθρωπότητα φαινόταν να ξεχνά την αξία της, αναδύθηκαν φώτα που πρόσφεραν ελπίδα, όχι μόνο για την άμεση επιβίωση, αλλά για την ίδια την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Ένα από αυτά τα φώτα ήταν ένας νεαρός από τα Χανιά, ο Γεώργιος Κοτζιάς. Η ζωή του δεν ήταν απλώς μια ακολουθία επιστημονικών επιτευγμάτων, αλλά ένα επικό ταξίδι πίστης, ανθεκτικότητας και βαθιάς πεποίθησης ότι η επιστήμη, όταν αγγίζει την ανθρωπιά, μπορεί να πραγματοποιήσει θαύματα. Ήταν ένας άνθρωπος που έδειξε ότι η πραγματική μεγαλοφυΐα δεν μετριέται μόνο σε ανακαλύψεις, αλλά στην ικανότητα να χρησιμοποιείς τη γνώση για να αγγίζεις ανθρώπινες ψυχές, να επιστρέφεις την ελπίδα και να αλλάζεις τον τρόπο που βλέπουμε τον εαυτό μας και τις δυνατότητές μας.

Η γέννηση ενός οράματος: Από τα Χανιά στο Χάρβαρντ

Ο Γεώργιος Κοτζιάς γεννήθηκε στα Χανιά το 1918, σε μια οικογένεια όπου η διάνοηση και η δημόσια υπηρεσία ήταν κληρονομικό αξίωμα. Πρωτότοκος γιος του διακεκριμένου νομικού, πολιτικού και δημάρχου Αθηναίων Κωνσταντίνου Κοτζιά (1892-1951), κουβαλούσε μέσα του εκείνη την αρχέγονη λεβεντιά της κρητικής γης. Αυτή η κρητική καταγωγή δεν ήταν απλώς μια γεωγραφική αναφορά· ήταν η πηγή μιας συγκεκριμένης ηθικής στάσης απέναντι στη ζωή, μιας φιλοσοφίας που τιμούσε την αυτοβελτίωση, την πίστη και την ανδρεία απέναντι στις δοκιμασίες. Η ανατροφή του εμποτίστηκε από τις αξίες της γνώσης, της ευθύνης και της αγάπης προς την πατρίδα. Από μικρός είχε την ορμή της αναζήτησης, την αγωνία του ανθρώπου που θέλει να αγγίξει το αόρατο. Και αυτό το πάθος, καθώς μεγάλωνε, μεταμορφωνόταν

σε βαθιά αγάπη για τη γνώση και την ιατρική, μια αγάπη που θα σφράγιζε την πορεία του και θα άλλαζε τη μοίρα της νευρολογίας. Η φλόγα του νέου επιστήμονα φούντωσε στα αμφιθέατρα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, όπου φοίτησε μέχρι το 1940. Ήταν τότε που η ιστορία έκοψε το νήμα της νεότητας, καλώντας μια ολόκληρη γενιά να υπηρετήσει την πατρίδα.

Ο Κοτζιάς κατατάχθηκε ως εθελοντής λοχίας του Υγειονομικού, ακο-

λουθώντας τον αγαπημένο του δάσκαλο Ξενοφώντα Κοντιάδη (1903-1941), τον σπουδαίο καθηγητή της Χειρουργικής, ο οποίος πίστευε βαθιά στην ιατρική επιστήμη ως μορφή ανιδιοτελείας. Ο Κοντιάδης δεν ήταν απλώς ένας δάσκαλος· ήταν φάρος ηθικής. Προέτρεψε τον νεαρό Κοτζιά να ακολουθήσει τη χειρουργική, ενθαρρύνοντάς τον να δει πέρα από τα βιβλία, στο ίδιο το ανθρώπινο πάθος. Η επιρροή του Κοντιάδη θα έμενε χαραγμένη στην ψυχή του Κοτζιά, όχι μόνο ως επιστημονική καθοδήγηση, αλλά ως απόδειξη αυτοθυσίας. Το 1941, εν μέσω του πολέμου, ο Κοντιάδης, υπηρετώντας ως έφεδρος πλωτάρχης στο Στρατιωτικό Νοσοκομείο των Ιωαννίνων, μετά από δική του αίτηση, έπεσε ηρωικά «υπέρ πατρίδος» ανήμερα του Πάσχα, θύμα ανανδρου αεροπορικού γερμανικού βομβαρδισμού, την ώρα που χειουργούσε Έλληνα τραυματία. Η εικόνα του δασκάλου του, που υπέκυψε φορώντας την άσπρη του ποδιά μέσα στη φωτιά του πολέμου, χάραξε ανεξίτηλα τη συνείδηση του νεαρού Κοτζιά και αποτέλεσε τον ακρογωνιαίο λίθο της δικής του φιλοσοφίας: ότι ο γιατρός είναι πολεμιστής στην πρώτη γραμμή της μάχης για την ανθρώπινη ζωή και ότι η επιστήμη χωρίς ηθική είναι κενή. Η τραγική αυτή απώλεια δεν τον σκλάβωσε στο πένθος, αλλά τον όπλισε με μια αποφασιστικότητα να ζήσει μια ζωή που θα τιμούσε τη μνήμη του δασκάλου του, μετατρέποντας το τραύμα σε κίνητρο για δημιουργία. Από τότε, η ιατρική για εκείνον θα έπαυε να είναι επάγγελμα· θα γινόταν λειτούργημα, στάση ζωής και πράξη πίστης.

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



Ιστορία της Ιατρικής

Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΠΟΥ ΕΔΩΣΕ ΤΗΝ ΚΙΝΗΣΗ:

Ο ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΤΖΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΑ



Ο Κοτζιάς στο ερευνητικό Εργαστήριο του Ινστιτούτου Rockefeller.

Η διαφυγή και το αμερικανικό όνειρο

Μετά την κατάρρευση του μετώπου και την εισβολή των Γερμανών στην Ελλάδα, η οικογένεια Κοτζιά αναγκάζεται να εγκαταλείψει την Ελλάδα και να διαφύγει με πολλούς κόπους και κινδύνους μέσω Τουρκίας και στη συνέχεια μέσω Αιγύπτου και Νότιας Αφρικής στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου ο νεαρός Γιώργος θα εγκατασταθεί στη Νέα Υόρκη, ξαναρχίζοντας από την αρχή. Τα πλοία που τους μετέφεραν από την κατεχόμενη Ελλάδα προς την ελευθερία δεν μετέφεραν απλώς πρόσφυγες· μετέφεραν όνειρα. Στα μάτια του νεαρού Κοτζιά, η Αμερική δεν ήταν μόνο ένας τόπος ασφάλειας, αλλά ένα μέρος δυνατοτήτων όπου η ελληνική του ρίζα θα μπορούσε να ανθίσει σε ξένο έδαφος, φέρνοντας καρπούς για όλη την ανθρωπότητα. Η Νέα Υόρκη, με τους ουρανοξύστες της που σκίαζαν τον ουρανό, δεν τον τρόμαξε. Τον ενθουσίασε. Είδε σε κάθε γωνιά μια νέα ευκαιρία, σε κάθε Εργαστήριο μια πιθανή ανακάλυψη. Αν και μακριά από την πατρίδα, δεν έχασε ποτέ το όραμά του. Η αποφασιστικότητά του να ολοκληρώσει τις σπουδές του τον οδήγησε στις αίθουσες του κορυφαίου Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ (*University of Harvard*). Εκεί, στο έδαφος της αμερικανικής ακαδημαϊκής ελίτ, ο Κοτζιάς δεν προ-

σαρμόστηκε απλώς· εκεί άκμασε! Αποφοίτησε το 1943 μετά πολλών επαίνων (*cum laude*), κουβαλώντας μαζί του όχι μόνο ένα πτυχίο αλλά και ένα αμείωτο πείσμα να αλλάξει τον κόσμο. Το Χάρβαρντ του έδωσε όχι μόνο τα εργαλεία, αλλά τη φλόγα της ανακάλυψης. Ο συνδυασμός της παιδείας του μαζί με το κρητικό του πείσμα θα του επέτρεπε αργότερα να προσεγγίσει προβλήματα που άλλοι θεωρούσαν ανεπίλυτα.

Η αναζήτηση της χαμένης κίνησης:

Η L-Dopa και η απελευθέρωση του ασθενή

Η επαγγελματική του πορεία υπήρξε η κορύφωση μιας διαδρομής που διαμορφώθηκε μέσα σε κορυφαίους θεσμούς — το Γενικό Νοσοκομείο της Μασσαχουσέτης (*Massachusetts General Hospital*), το νοσοκομείο του Ινστιτούτου Ροκφέλερ (*Rockefeller Institute Hospital*) και το Εθνικό Εργαστήριο Μπρουκχάβεν (*Brookhaven National Laboratory*), όπου ο Κοτζιάς άφησε ανεξίτηλη την επιστημονική του σφραγίδα, πραγματοποιώντας μια από τις σημαντικότερες θεραπευτικές κατακτήσεις του 20ού αιώνα: τη διερεύνηση του ρόλου και την καθιέρωση της L-Dopa (λεβοντόπα) στην καταπολέμηση της νόσου του Πάρκινσον (*Parkinson's disease*).

Ιστορία της Ιατρικής

Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΠΟΥ ΕΔΩΣΕ ΤΗΝ ΚΙΝΗΣΗ:

Ο ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΤΖΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΑ

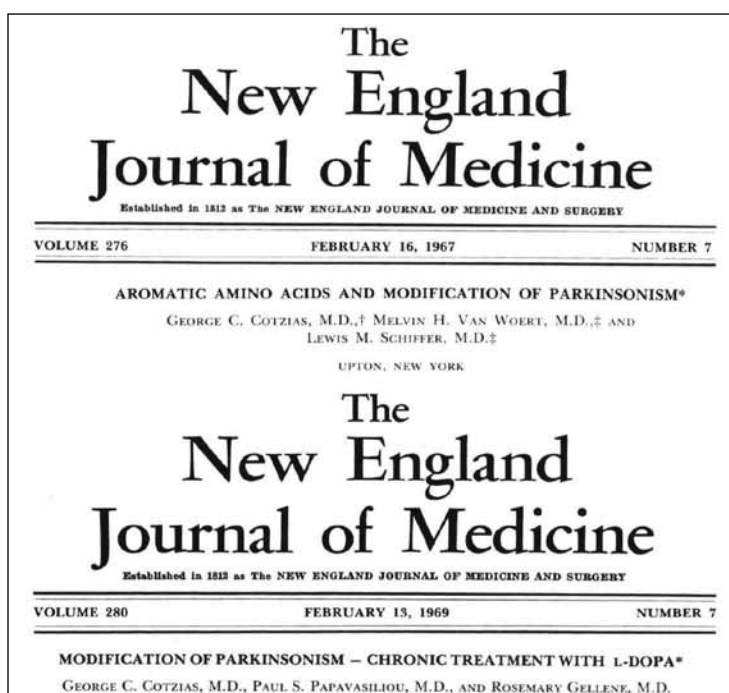


Η νόσος του Πάρκινσον ήταν τότε μια καταδικαστική αρρώστια, μια προοπτική σταδιακής απώλειας του ελέγχου, του τρόμου και της κίνησης, που άφηνε τους ασθενείς σε ένα κέλυφος του πρώην εαυτού τους. Μπορεί πολλοί ερευνητές εγνωσμένου κύρους να είχαν επιχειρήσει να διερευνήσουν τη θεραπευτική αξία των λεγομένων «μονοαμινών», κανένας τους όμως δεν είχε την τόλμη, τον ενθουσιασμό και την αποφασιστικότητα του Κοτζιά να προσεγγίσει το πρόβλημα, ο οποίος έφτανε σε τέτοιο σημείο, ώστε ορισμένοι να τον χαρακτηρίζουν ρισκοκίνδυνο ερευνητή. Ο Κοτζιάς δεν ήταν ο συνηθισμένος επιστήμονας· ήταν ένας φιλόσοφος της επιστήμης. Βλέποντας έναν ασθενή με Πάρκινσον, δεν έβλεπε απλώς ένα σύμπτωμα που έπρεπε να καταπολεμηθεί· έβλεπε μια ανθρώπινη ιστορία που είχε παγώσει, μια προσωπικότητα που είχε παγιδευτεί μέσα σε ένα σώμα που δεν της υπάκουε πια. Για αυτόν, η L-Dopa δεν ήταν απλώς μια χημική ένωση· ήταν το κλειδί που ξεκλείδωνε τις πύλες αυτής της φυλακής. Κάθε δόση που χορηγούσε ήταν μια προσευχή, μια πράξη ελπίδας που μετέτρεπε την αφρημένη επιστήμη σε χειροπιαστή

ανακούφιση. Για εκείνον, δεν ήταν απλώς ένα πείραμα· ήταν μια σταυροφορία. Ο Κοτζιάς έριχνε όλο του το εἶναι στην αναζήτηση της αλήθειας. Η προσέγγισή του ήταν ταυτόχρονα κλινική και πειραματική, βασισμένη στην πεποίθηση ότι η θεραπεία πρέπει να προκύπτει μέσα από μια βαθιά κατανόηση των βιοχημικών μηχανισμών, που να στοχεύει πάντοτε στην ευημερία του συνόλου του ασθενή.

Η επιτυχία υπήρξε επαναστατική. Η L-Dopa δεν βελτίωνε απλώς τα συμπτώματα, μειώνοντας τη δυσκαμψία και καταπνίγοντας τον τρόμο, αλλά επέστρεφε στους ασθενείς ένα μέτρο της χαμένης τους κίνησης και, συνεπώς, της ανθρώπινης αξιοπρέπειάς τους. Ήταν σαν να είχε βρει το χαμένο κλειδί ενός πολύπλοκου μηχανισμού. Αυτή η ανακάλυψη δεν ήταν απλώς μια φαρμακευτική ανακάλυψη· άνοιξε νέους δρόμους στην ιατρική έρευνα για την απομόνωση και άλλων αμινών περισσότερο δραστικών και με λιγότερες παρενέργειες, δημιουργώντας ένα μοντέλο για την ανάπτυξη ντοπαμινομιμικών φαρμάκων που μέχρι σήμερα αποτελούν τον πυλώνα της θεραπευτικής αρωγής, όχι μόνο για τη

Οι τίτλοι των δύο πρώτων άρθρων για τη νόσο του Πάρκινσον στο περιοδικό 'The New England Journal of Medicine'.

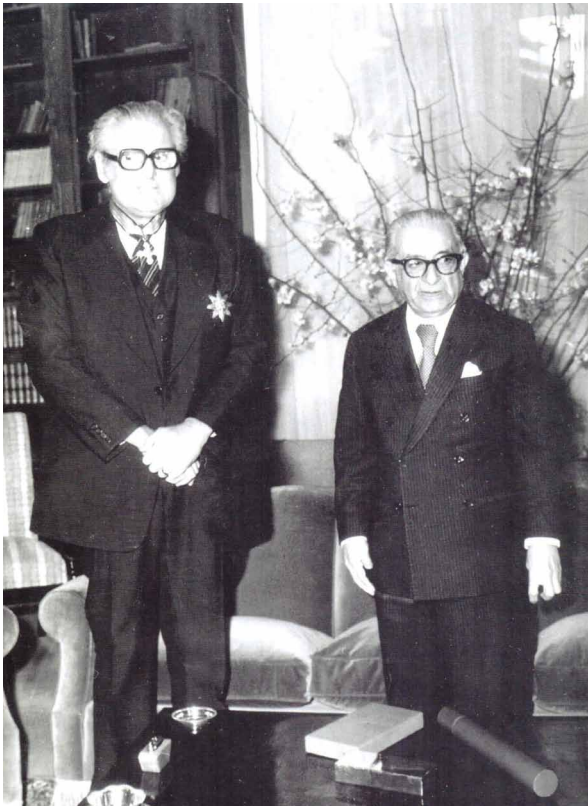




Ιστορία της Ιατρικής

Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΠΟΥ ΕΔΩΣΕ ΤΗΝ ΚΙΝΗΣΗ:

Ο ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΤΖΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΑ



Ο Κοτζιάς με τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας Κωνσταντίνο Τσάτσο στη τελετή της απονομής του Ανωτέρου Ταξιάρχου του Τάγματος του Φοίνικος.

νόσο του Πάρκινσον αλλά και για άλλες σοβαρές νευρολογικές και νευροεκφυλιστικές παθήσεις. Ήταν μια ανακάλυψη που δεν άλλαξε απλώς συμπτώματα, άλλαξε ζωές. Ξαφνικά, μια ασθένεια που φαινόταν αμετάκλητη είχε μια θεραπευτική απάντηση.

Η ολοκληρωμένη πειραματική και κλινική έρευνα του Κοτζιά για τη χορήγηση της L-Dopa σε παρκινσονικούς ασθενείς, που προκάλεσε διθυραμβικά σχόλια στον παγκόσμιο ιατρικό Τύπο αμέσως μετά τις πρώτες δημοσιεύσεις της στο έγκριτο αμερικανικό περιοδικό *The New England Journal of Medicine* (*Aromatic amino acids and modification of Parkinsonism*, το 1967 και *Modification of Parkinsonism-Chronic treatment with L-Dopa*, το 1969), κυριάρχησε στην ιατρική βιβλιογραφία των τριών τελευταίων δεκαετιών του 20ού αιώνα και

παραμένει μέχρι και σήμερα οδηγό σημείο αναφοράς και επίκεντρο του παγκοσμίου επιστημονικού ενδιαφέροντος. Η κοινότητα των νευροεπιστημών αναγνώρισε αμέσως τη σημασία του έργου του, όχι μόνο για τις άμεσες θεραπευτικές του συνέπειες αλλά και για τις προοπτικές που άνοιγε στην κατανόηση των βασικών μηχανισμών του εγκεφάλου.

Ο «Ζορμπάς της επιστήμης»

Στο εξωτερικό, τον αποκαλούσαν «Ζορμπά της επιστήμης». Αυτός ο τίτλος δεν ήταν απλώς μια κολακευτική προσφώνηση· ήταν μια ακριβής περιγραφή της προσέγγισής του στη γνώση. Όπως ο Ζορμπάς χόρευε γύρω από τη φωτιά, έτσι κι εκείνος «χόρευε» γύρω από τα μυστήρια του εγκεφάλου. Ήξερε πώς να «γλεντάει» τη γνώση, πώς να την αγγίζει με πάθος, πώς να της μιλάει σαν να είναι ζωντανή οντότητα. Αντί να υιοθετήσει την αυστηρά αντικειμενική παρατήρηση, ο Κοτζιάς προσέγγισε την επιστημονική έρευνα όχι με αποστασιοποιημένη αντικειμενικότητα, αλλά με μια μεθοδολογία που ενσωμάτωνε πάθος και διαίσθηση. Κατά συνέπεια, η ανακάλυψή του δεν ήταν απλώς το προϊόν μιας ψυχρής μεθοδολογίας, αλλά το αποτέλεσμα μιας δυναμικής και επαναλαμβανόμενης αλληλεπίδρασης μεταξύ της κριτικής του σκέψης και των φαινομένων που μελετούσε.

Ήταν ρωμαλέος, πληθωρικός, ενθουσιώδης, με μια δωρική απλότητα και έναν αυθορμητισμό που γοήτευε. Στον χαρακτήρα του, η ζωτικότητα και η υπαρξιακή ειλικρίνεια του Αλέξη Ζορμπά, του θρυλικού ήρωα του Καζαντζάκη (1883-1957), είχαν βρει το αντίβαρό τους σε μια βαθιά, ακλόνητη πνευματική βάση. Η ομολογία του συγγραφέα, «*Ο Ζορμπάς μ' έμαθε να αγαπώ τη ζωή και να μη φοβούμαι το θάνατο*», αποτελούσε για τον Κοτζιά πυξίδα για μια ζωή που όφειλε να ζήσει ολοκληρωτικά, να αγαπά χωρίς φόβο και να υπηρετεί τον σκοπό του με πάθος και αφοσίωση δίχως ανιδιοτέλεια. Αυτός ο παραλληλισμός δεν αφορούσε μόνο τον χαρακτήρα του αλλά και μια βαθύτερη φιλοσοφία: την απεριόριστη αγάπη για τη ζωή και την αποδοχή της ως

Ιστορία της Ιατρικής

Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΠΟΥ ΕΔΩΣΕ ΤΗΝ ΚΙΝΗΣΗ:
Ο ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΤΖΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΑ



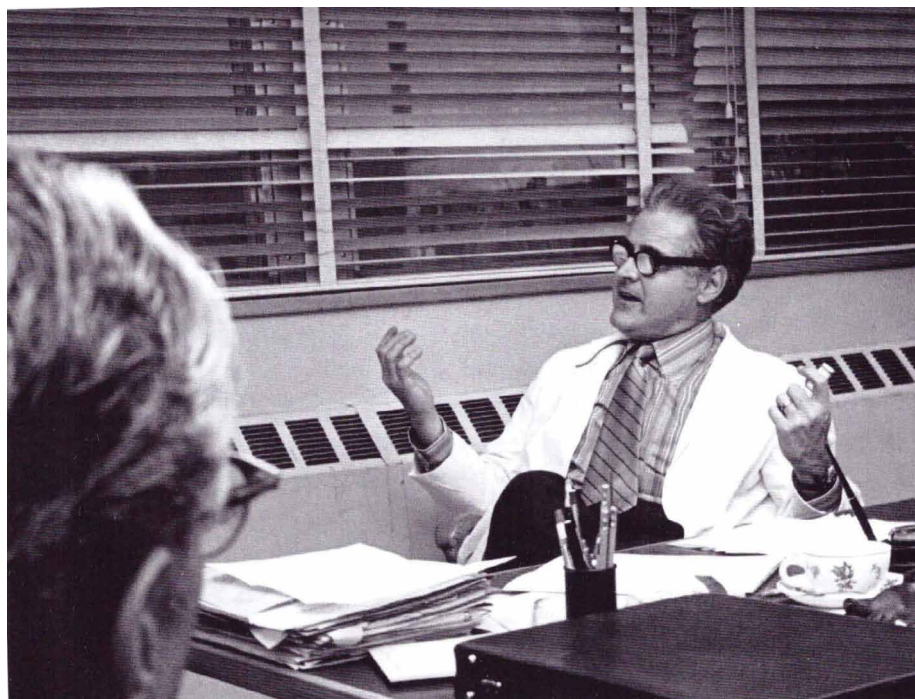
έναν χορό, ακόμα και όταν η μουσική είναι θρήνος. Ο Ζορμπάς ήταν η προσωποποίηση του περιπλανώμενου Έλληνα, του σκληραγωγημένου ανθρώπου με το πρακτικό μυαλό και τον απότομο χαρακτήρα, χαρακτηριστικά που ενσάρκωνε ο Κοτζιάς στην καθημερινή του ενασχόληση με την επιστήμη. Αυτή η αναλογία τονίζει πως η ελληνική ταυτότητα δεν ήταν για αυτόν ένα απλό στοιχείο καταγωγής, αλλά μια δύναμη που διαμόρφωνε την επιστημονική του διαίσθηση και την ανθρωπινή του σχέση με τον κόσμο. Ο Κοτζιάς διέθετε έναν εξωστρεφή και δυναμικό χαρακτήρα, που χαρακτηριζόταν από αυθεντικότητα και αμέσως αναγνωρίσιμη ζωτικότητα.

Ο «Έλληνας Σβάιτσερ»: Η πίστη ως συνεργάτης της επιστήμης

Η άλλη του προσωπομυμία «ο Έλληνας Σβάιτσερ» ήταν εξίσου βαθιά και ουσιαστική. Η σύγκριση με τον μεγάλο Αλσατό ιεραπόστολο, γιατρό και ανθρωπιστή Albert Schweitzer (1875-1965) μπορούσε να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι και οι δύο μοιράζονταν την πεποίθηση

πως η πίστη και η επιστήμη δεν ήταν αντίπαλες δυνάμεις, αλλά συμπληρωματικές πηγές δύναμης. Η πίστη του Κοτζιά δεν ήταν δογματική, αλλά υπαρξιακή. Δεν ήταν μια λίστα από κανόνες, αλλά μια ζωντανή σχέση με το Θεό. Πίστευε ότι ο Θεός δεν ήταν μακρινός παρατηρητής, αλλά συνεργάτης στην επιστημονική διαδικασία. Στην προσευχή του, δεν ζητούσε να του λύσει τα προβλήματα· ζητούσε δύναμη για να τα αντιμετωπίσει. Η σχέση του με τον Θεό θύμιζε τη σχέση μεταξύ δασκάλου και μαθητή: ο Θεός του έδινε τα εργαλεία και τον οδηγούσε, αλλά ο Κοτζιάς έπρεπε να κάνει τη δουλειά, να πειραματιστεί, να αποτύχει και να ξαναπροσπαθήσει.

Σε μια συνέντευξή του, όταν ρωτήθηκε αν ποτέ η πίστη του στον Θεό είχε συγκρουστεί με την επιστήμη του, είχε απαντήσει ότι απεναντίας, η θρησκευτικότητά του ήταν αυτή που τροφοδοτούσε το πάθος του για την έρευνα και του έδινε ελπίδα για το θαύμα. Χωρίς αυτή, ομολογούσε, οι δοκιμασίες θα του φαίνονταν ανυπέρβλητες. *«Είμαι άνθρωπος που μάχεται ως το τέλος. Για να δοθεί,*



Ο Κοτζιάς σε ιατρική του συνέντευξη.



Ιστορία της Ιατρικής

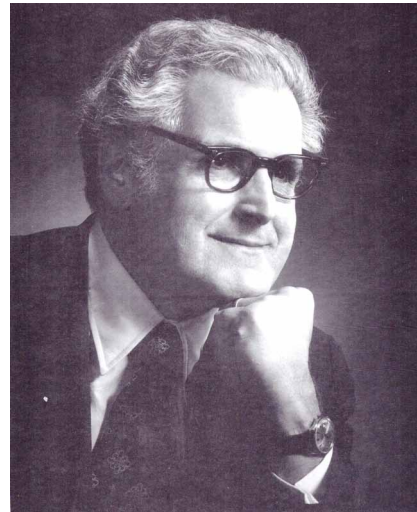
Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΠΟΥ ΕΔΩΣΕ ΤΗΝ ΚΙΝΗΣΗ:

Ο ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΤΖΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΑ

όμως, η μάχη με την αρρώστια χρειάζεται πίστη. Αντλώ κουράγιο από την πίστη μου στη ζωή» είναι η δήλωση που αποτυπώνει την ουσία του ανθρώπου, που υπήρξε για πολλούς «ακτίνα φωτός μέσα στο σκοτάδι». Στη θύμησή του έρχονταν συχνά τα λόγια του Σβάιτσερ: «Όποιος έχει αποφασίσει να κάνει στη ζωή του το καλό, ας μην περιμένει ότι γι' αυτό το λόγο οι άνθρωποι θα απομακρύνουν από το δρόμο του τα εμπόδια. Πρέπει μοιραία να περιμένει ότι, αντίθετα, θα του προσθέσουν κι άλλα! Μόνο με τη δύναμη και την πίστη του μπορεί να τα παραμερίσει...». Οι δύο άνδρες, Σβάιτσερ και Κοτζιάς, είχαν δει στην ιατρική όχι ένα επάγγελμα, αλλά μια ιεραποστολή, μια διακονία προς την ανθρωπότητα που πηγάζει από μια βαθιά πνευματική πεποίθηση. Αυτή του η πίστη ήταν ορατή σε όλη του τη συμπεριφορά, από τον τρόπο που μιλούσε στους ασθενείς του μέχρι την ταπεινοφροσύνη που έδειχνε απέναντι στις επιτυχίες του. Σε έναν αιώνα όπου η επιστήμη και η θρησκεία θεωρούνταν συχνά ασύμβατες, ο Κοτζιάς υπήρξε το ζωντανό παράδειγμα του πώς αυτές μπορούν να συνυπάρχουν αρμονικά, ενισχύοντας η μία την άλλη.

Ο δάσκαλος της επιστήμης: Η δυναμική μιας ακαδημαϊκής πορείας

Η επιστημονική του σταδιοδρομία ήταν ένα μωσαϊκό ακαδημαϊκών τίτλων και θέσεων που θα ζήλευε οποιοσδήποτε επιστήμονας. Διετέλεσε καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Στόνι Μπουκ της Νέας Υόρκης (*Stony Brook's Renaissance School of Medicine, NY*), καθηγητής Νευρολογίας στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Μάουντ Σάιναι της Νέας Υόρκης (*Icahn School of Medicine at Mount Sinai, NY*), καθηγητής Νευρολογίας στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κορνέλ της Νέας Υόρκης (*Joan & Sanford I. Weill Medical College of Cornell University, NY*) και καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ροκφέλερ στη Νέα Υόρκη (*Rockefeller University Hospital, NY*). Διετέλεσε επίσης ειδικός σύμβουλος-συνεργάτης του ογκολογικού κέντρου Μεμόριαλ Σλόαν Κέτερινγκ της Νέας Υόρκης (*Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, NY*), το οποίο αδελοφοποίησε με το Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο-



Ο καθηγητής Γεώργιος Κοτζιάς (1918-1977).

το, καθώς και σύμβουλος-ερευνητής και διευθυντής του ιατρικού τμήματος και του ερευνητικού κέντρου Μπρουκχέιβεν (*Brookhaven National Laboratory*) στη Νέα Υόρκη. Σε κάθε θέση, δεν ήταν απλώς ένα «όνομα»· ήταν πηγή έμπνευσης, ένας δάσκαλος που κατακτούσε τους συναδέλφους του με το βάθος της γνώσης του και την ανθρωπιστική του παιδεία. Ήταν διάσημος τόσο ως δάσκαλος όσο και ως ερευνητής· ξεχώριζε για την ικανότητά του να εξηγεί τα πιο περίπλοκα θέματα με σαφήνεια και πάθος, μεταδίδοντας όχι μόνο γνώση αλλά και ενθουσιασμό για κάθε ανακάλυψη. Οι διαλέξεις του δεν ήταν απλώς παρουσιάσεις δεδομένων· ήταν σαν να εξιστορούσε μια περιπέτεια, πλούσια σε προσωπικές εμπειρίες και φιλοσοφικούς στοχασμούς.

Υπό την καθοδήγηση του διάσημου Ολλανδο-Αμερικανού βιοχημικού και ερευνητή του Ροκφέλερ, Ντόναλντ Βαν Σλάικ (*Donald van Slyke, 1883-1971*), ο Κοτζιάς εμβάθυνε σε ένα ευρύ φάσμα ερευνητικών πεδίων. Οι υπέρ των διακοσίων, τον αριθμό, ερευνητικές και πειραματικές του μελέτες, που δημοσιεύτηκαν στα εγκυρότερα επιστημονικά περιοδικά του κόσμου, επικεντρώνονται σε πέντε μεγάλες κατηγορίες: α) στην εξακρίβωση της βιολογικής σημασίας των ιχνοστοιχείων και ιδιαιτέρως του ψευδαργύρου, του καδμίου και του μαγγανίου, β) στη μελέτη του μεταβολισμού του νευ-



ρικού συστήματος, γ) στη χρήση των ραδιοϊσοτόπων στην κλινική ιατρική, δ) στην παθογένεια της νεφρικής πρωτεϊνουρίας και τη θεραπεία της υπέρτασης και ε) στην πειραματική και κλινική έρευνα της θεραπείας της νόσου του Πάρκινσον. Ήταν ένας σπάνιος νους που μπορούσε να καλλιεργήσει τόσο το δέντρο όσο και το δάσος της γνώσης, πηγαίνοντας από τη μικροσκοπική ανάλυση μιας ντοπαμινικής οδού μέχρι την ευρύτερη κατανόηση των νευροχημικών συστημάτων. Αυτή η ευελιξία τον καθιστούσε έναν πραγματικά διαλεκτό επιστήμονα, ικανό να βλέπει συνδέσεις όπου άλλοι έβλεπαν μόνο μεμονωμένα φαινόμενα. Η δουλειά του με τα ιχνοστοιχεία, για παράδειγμα, τον βοήθησε να κατανοήσει πώς η έλλειψη ή η υπερβολή συγκεκριμένων μετάλλων θα μπορούσε να επηρεάσει τη νευροχημεία, ανοίγοντας έτσι νέους δρόμους για την κατανόηση διαφόρων νευροεκφυλιστικών παθήσεων.

Οι τιμές και η ταπεινοφροσύνη: Το ήθος και το μέτρο του ανθρώπου

Σε έναν κόσμο που τιμά τη θεαματικότητα, ο Κοτζιάς υπήρξε ο ακούρατος υπηρέτης της σιωπηλής και υπομονετικής εργασίας. Ακριβώς, για αυτή την αφοσίωσή του στο έργο –και όχι στη δόξα– απέσπασε 22 διεθνείς διακρίσεις και βραβεία. Στην κορυφή του επιβλητικού καταλόγου αυτών, επίζηλη θέση κατέχουν τα παγκόσμιες εμβέλεις βραβεία Α. Gressy Morrison (1954), Albert Lasker Award (1969), που θεωρείται εφάμιλλο του βραβείου Νομπέλ, το Borden Award (1972), το Harvey Society Award και το American Medical College Award. Η εκλογή του ως μέλος της Αμερικανικής Ακαδημίας Τεχνών και Επιστημών (*American Academy of Arts and Sciences*) και της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των ΗΠΑ (*National Academy of Sciences*) απογείωσε τη φήμη του. Αναγνωρισμένος από τα πιο απαιτητικά φόρουμ της παγκόσμιας επιστήμης, βρέθηκε στο προσκήνιο της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας, με την απήχσή του να φτάνει μέχρι τη Λατινική Αμερική, όπου το 1969 αναγορεύτηκε επίτιμος διδάκτορας του Καθολικού Πανεπιστημίου του Σαντιάγκο της Χιλής

(*Catholic University, Santiago*) για τις αφιλοκερδείς του έρευνες στη διερεύνηση της μυϊκής αδυναμίας και των αναπηριών, που εκδηλώνονταν στους Χιλιανούς εργάτες των μεταλλωρυχείων μετά από χρόνια δηλητηρίαση με μαγγάνιο. Στη χώρα μας, ο Κοτζιάς ανακηρύχθηκε επίτιμος διδάκτορας του Πανεπιστημίου Αθηνών και Αντεπιστέλλον Μέλος της Ακαδημίας Αθηνών και τιμήθηκε με τον Μεγαλόσταυρο του Ταξίρχη του Φοίνικος.



Βραβείο Lasker (1969).

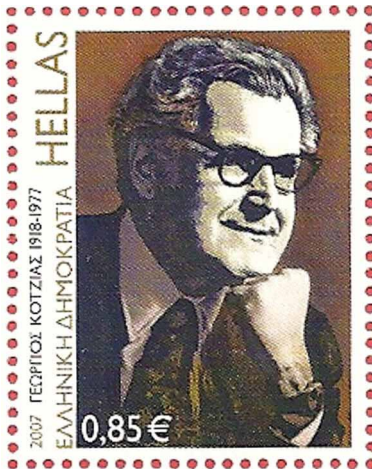
Κάθε βραβείο ήταν και μια επιβεβαίωση της αξίας της δουλειάς του, κανένα όμως από αυτά δεν άγγιξε τον πυρήνα της ταπεινής του φύσης. Οι διακρίσεις αυτές, αντί να τον κάνουν υπερήφανο –ίσως και αλαζόνα– φαίνεται να τον έκαναν ακόμα πιο συμπονετικό και προσηλωμένο στο ουσιαστικό του έργο, στην πραγματική βοήθεια προς τον ασθενή. Στην τελευταία του δημόσια εμφάνιση, στην κορυφαία στιγμή της δημόσιας αναγνώρισής του, όταν το Πανεπιστήμιο Αθηνών τον τίμησε με τον τίτλο του επίτιμου διδάκτορα, βαριά άρρωστος πλέον, εξεφώνησε το «κύκνειο άσμα» της ζωής του με φιλοσοφική διάθεση. Στην ομιλία του, με τίτλο «*Μακροζωία, εγκεφαλικές εκφυλίσεις και αμίναι*», εξέφρασε μια βαθιά σοφή άπο-



Ιστορία της Ιατρικής

Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΠΟΥ ΕΔΩΣΕ ΤΗΝ ΚΙΝΗΣΗ:

Ο ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΤΖΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΑ



Γραμματοσήμο των ΕΛΤΑ προς τιμήν του Γ. Κοτζιά στην αναμνηστική σειρά 'Επέτειοι-Γεγονότα', τον Απρίλιο του 2007.

ψη για την επιστημονική πρόοδο, επισημαίνοντας ότι: «...στην έρευνα προχωρεί κανείς βήμα προς βήμα, παρ' όλον ότι οι εφημερίδες πληροφορούνται τελευταίες τα επιστημονικά επιτεύγματα και το αναφέρουν σαν να έγινε Επανάσταση! Επαναστάσεις δεν υπάρχουν στην Επιστήμη. Υπάρχει μόνον η ανακάλυψη και η περιγραφή ορισμένων ιδεών, θεωριών ή ευρημάτων, τα οποία ακολουθεί κανείς, ωστόσο έχει οριστικά αποτελέσματα».

Για τον Κοτζιά, η επιστήμη ήταν η διαρκής και ταπεινή αναζήτηση για γνώση, όχι η επιθυμία για θεαματικές ανακοινώσεις. Αυτή η ταπεινοφροσύνη δεν ήταν υποκρισία· ήταν η φυσική έκφραση μιας ψυχής που είχε δει την ουσία πέρα από την επιφανειακή δόξα και είχε ανακαλύψει το πραγματικό βάθος της ανθρωπίνης ύπαρξης.

Η ελληνική ψυχή ενός Homo Universalis

Παρά τα χρόνια στην Αμερική, η καρδιά του χτύπαγε σε ρυθμό ελληνικό. Η κρητική του λεβεντιά δεν ήταν απλώς μια συμπεριφορά· ήταν μια φιλοσοφία ζωής. Ο μεγάλος Έλληνας γιατρός και ερευνητής υπήρξε πνεύμα υπερβολικά ανεξάρτητο, που κατακτούσε τους συναδέλφους του με τη βαθειά επιστημοσύνη του και την ανθρωπιστική του παιδεία και γοήτευε το ακροατήριο με τη δωρική του απλότητα, την έμφυτη ζωτικότητα

και το ταλέντο της επικοινωνίας. Πίστευε ότι ο Έλληνας γιατρός φέρει μια μοναδική ευαισθησία – μια κληρονομιά από τον Ιπποκράτη που συνδυάζεται με τη μεσογειακή φιλοξενία και το πάθος. Σε κάθε του διάλεξη, σε κάθε του εργασία, υπήρχε μια αόρατη ελληνική σημαία που κυμάτιζε. Δεν το δήλωνε με λόγια, αλλά με πράξεις – με τον τρόπο που άκουγε τους ασθενείς, με τον σεβασμό που έδειχνε στους συναδέλφους του, με την ταπεινοφροσύνη που διατήρησε ακόμα κι όταν ο κόσμος κυριολεκτικά τον λάτρευε. Εμφανισιακά, ο Κοτζιάς ήταν ένας θεόρατος άνθρωπος με λεβέντικη κορμοστασιά, που θύμιζε ανθρώπινο γίγαντα! Ήταν ρωμαλέος, πληθωρικός, ενθουσιώδης, χαρισματικός και ταυτόχρονα ευαίσθητος και καταδεκτικός. Έχοντας έντονο πατριωτικό φρόνημα, υποστήριζε με πάθος ότι «οι Έλληνες γιατροί είναι εφάμιλλοι των ξένων». Παρά το γεγονός ότι εργαζόταν σε ένα τεράστιο τεχνολογικό πυρηνικό κέντρο, όπου η υψηλή τεχνολογία είχε αρχίσει να εκτοπίζει το ανθρώπινο στοιχείο της επαφής του γιατρού με τον άρρωστο, εντούτοις πολέμησε για μια ανθρωποκεντρική άσκηση της επιστήμης, συνταιριάζοντας το επιστημονικό όραμα με την Ιπποκρατική παράδοση. Ήταν ταυτόχρονα ένας διακεκριμένος τεχνοκράτης ερευνητής και ένας γνήσιος Ιπποκρατικός γιατρός.

Η ελληνική του ταυτότητα ήταν εμφανής και στην προσωπική του ζωή. Παρά τις διεθνείς διακρίσεις, παρέμεινε πάντα δεμένος με τις ρίζες του, την Κρήτη και την Ελλάδα. Η αναγνώρισή του στον ελλαδικό χώρο και οι τιμές που του επιφύλαξε το Πανεπιστήμιο, η Ακαδημία και η Πολιτεία, είχαν για αυτόν ιδιαίτερη αξία. Ήταν ο πραγματικός πολίτης του κόσμου που δεν ξέχασε ποτέ από πού ξεκίνησε, ο μεγάλος διανοούμενος που παρέμεινε απλός και προσιτός, ο επιστήμονας που δεν φοβήθηκε να μιλήσει για την πίστη του και την αγάπη του για την πατρίδα του. Αυτή η πίστη στην ελληνική καταγωγή του δεν ήταν εθνοκεντρική, αλλά ανθρωποκεντρική· πίστευε ότι η Ελλάδα είχε να δώσει στον κόσμο όχι μόνο αρχαία μνημεία, αλλά μια ζωντανή ηθική και πνευματική κληρονομιά που μπορούσε να εμπνεύσει λύσεις για τα σύγχρονα προβλήματα.



Ο τελικός αγώνας και η αθανασία της κληρονομιάς

Τον Δεκέμβριο του 1973, ο Κοτζιάς διαγνώστηκε με καρκίνο του πνεύμονα. Μπροστά στο δικό του δράμα, η πίστη του δεν κλονίστηκε. Πριν τη χειρουργική επέμβαση, είχε πει: «Εγώ πάντα προσευχόμουν. Και τώρα προσεύχομαι. Δεν ζητώ από το Θεό να με γιατρέψει από τον καρκίνο, αλλά μόνο να με βοηθήσει να τον πολεμήσω. Ο Θεός ζητά από εμάς να βοηθήσουμε τους ίδιους τους εαυτούς μας. Πρέπει να αγωνιστούμε έτσι ώστε να μπορέσουμε κάποτε να συμπορευθούμε με τη βοήθεια και τη δύναμη του Θεού». Αυτές οι δηλώσεις αποκαλύπτουν την ουσία του χαρακτήρα του: μια άψογη πίστη που δεν ζητά παθητική σωτηρία, αλλά ενεργή συμμετοχή στη μάχη της ζωής. Πέθανε το 1977, σε ηλικία 59 ετών, αφήνοντας ένα τεράστιο κενό στην επιστήμη, στερώντας την από έναν αληθινό υπηρέτη της.

Ο Αμερικανός καθηγητής Νευρολογίας του Πανεπιστημίου Cornell, Φρεντ Πλαμ (Fred Plum, 1924-2010), τον αποκάλεσε «πρώτο άνθρωπο-Μινώταυρο», έναν

χαρακτήρα μυθικών διαστάσεων που «ερέθιζε τον κόσμο επιστημονικά και τον αφύπνιζε πνευματικά». Σύμφωνα με τον Plum, ο Κοτζιάς ενσάρκωνε την ελληνική νοοτροπία που είναι η βάση σχεδόν όλων μας των γνώσεων για τον εγκέφαλο. Η ανακάλυψή του της L-Dopa «άλλαξε τη ζωή των πασχόντων από τη νόσο του Parkinson, αλλά παράλληλα άλλαξε και τον τρόπο σκέψης μιας ολόκληρης γενιάς γιατρών». Ο ίδιος επισήμανε: «...Πάντα πίστευα πως το γεγονός ότι γεννήθηκε στην Κρήτη σήμαινε πως ήταν ο πρώτος άνθρωπος-Μινώταυρος. Οι διαστάσεις του Γιώργου ήταν ξεχωριστές. Ερέθιζε τον κόσμο επιστημονικά και τον αφύπνιζε πνευματικά. Στο πρόσωπό του συνοψίζονταν το γεγονός ότι οι Έλληνες είναι οι πρόδρομοι του σύγχρονου πνεύματος, ότι σ' αυτήν την εξέχουσα ελληνική νοοτροπία οφείλουμε τα περισσότερα απ' όσα γνωρίζουμε για τον εγκέφαλο και ότι χάρη στον Γιώργο Κοτζιά έχει διαμορφωθεί ένας ιδιαίτερος τομέας της φαρμακολογίας και της ιατρικής θεραπευτικής. Η ανακάλυψη της L-Dopa πέτυχε ένα διπλό σκοπό. Άλλαξε τη ζωή των πασχόντων από τη νόσο του



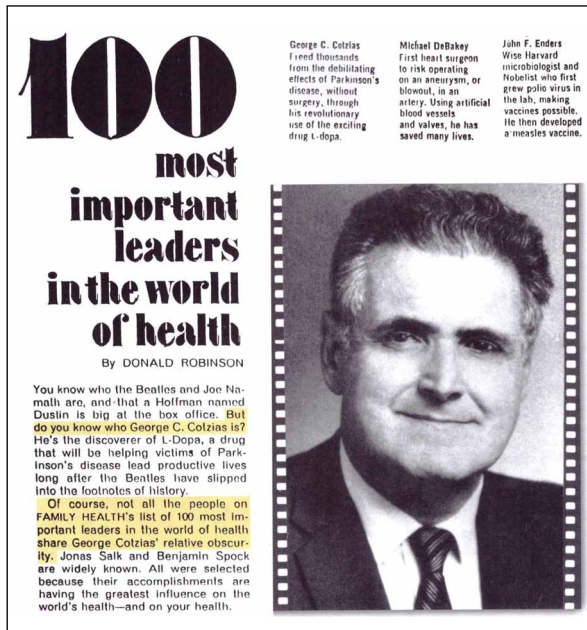
Ο Κοτζιάς εκφωνεί το 'κύκνειον άσμα' του.



Ιστορία της Ιατρικής

Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΠΟΥ ΕΔΩΣΕ ΤΗΝ ΚΙΝΗΣΗ:

Ο ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΤΖΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΑ



Το αμερικανικό ιατρικό περιοδικό 'Family Health' τον κατέταξε ανάμεσα στους 100 διασημότερους ηγέτες της παγκόσμιας υγείας.

Parkinson, αλλά παράλληλα άλλαξε και τον τρόπο σκέψης μιας ολόκληρης γενιάς γιατρών για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσαν στο εξής να αντιμετωπίσουν τις σοβαρές ασθένειες, εντοπίζοντας, δηλαδή, το στοιχείο που έλειπε, αναλαμβάνοντας περιπτώσεις που φαινόταν απελπιστικά σοβαρές, φθάνοντας σε επιστημονικά λογικούς τρόπους προσέγγισης του προβλήματος και καταλήγοντας σε αποτελεσματικές λύσεις για ανθρώπους που έως εκείνη τη στιγμή ήταν καταδικασμένοι...». Αυτή η αλλαγή στον τρόπο σκέψης ήταν ίσως το σημαντικότερο μέρος της κληρονομιάς του: η ιδέα ότι ακόμα και οι πιο απελπιστικές περιπτώσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν, ότι το στοιχείο που λείπει μπορεί να βρεθεί, και ότι η επιστήμη μπορεί να φέρει πραγματική ανακούφιση και όχι απλώς θεωρητική κατανόηση. Ο Κοτζιάς δεν ήταν μόνο ο εφευρέτης ενός φαρμάκου· ήταν ο εφευρέτης μιας νέας στάσης απέναντι στην αρρώστια.

Το παρακάτω απόσπασμα από τη νεκρολογία του καθηγητή της Θεολογικής Σχολής του Πανεπιστημίου

Αθηνών Νικολάου Μπρατσιώτη (1932–2023) φωτίζει, με ψυχογραφική διεισδυτικότητα, το ήθος και το πνευματικό ανάστημα του μεγάλου Έλληνα γιατρού και ερευνητή: «Ενώ ο παγκόσμιος τύπος εις πρωτοσέλιδα άρθρα του εξακολουθεί να ασχολείται με το θάνατο του φαινομένου Γιώργος Κοτζιάς, η Ελλάδα θρηνεί διά το μέγα τέκνον και καύχημά της, το οποίον τόσον έξοχα ετίμησε εις την οικουμένην το ελληνικό όνομα, την ελληνική επιστήμη, το ελληνικό πνεύμα αλλά και το ελληνικό ήθος. ...Προικισμένος με σπάνια πνευματικά και ψυχικά χαρίσματα και με όλη εκείνη την προγονική αρχοντιά και την ελληνική του λεβεντιά, κατέστη από ετών διάσημος ανά τον κόσμο, ως πρωτοποριακός ερευνητής και ανεγνωρίσθη υπό των διαπρεπεστέρων συναδέλφων του, ως ιδιοφυΐα και ως μέγας κατ' επιστήμη. Αλλ' ενώ αι ύψισται επιστημονικά διακρίσεις τον κατέκλυζαν, αι πανεπιστημιακαί έδραι του προσέφεροντο κατά συρροήν και αι επιστημονικά εταιρείαι διηγωνίζοντο να τον αναγορεύσουν επίτιμον εταίρον των, αι δε Ακαδημιαί των Επιστημών ήνοιγαν η μία μετά την άλλην τας πύλας των διά να τον υποδεχθούν, ο πολυβράβευτος μέγας Γεώργιος Κοτζιάς ουδέποτε έχασε την χαρακτηριστικήν και πηγαίαν ταπεινοφροσύνην του, την ανεπιτήδευτον καταδεκτικότητα του, τον αφοπλίζοντα αυθορμητισμόν του, αλλά και όλην την ευγένειαν και ευαισθησίαν της μαγευτικής εις κάλλος μεγάλης ελληνικής ψυχής του. Παρέμεινε πάντοτε αναλλοίωτος, μέχρι τέλους: Γνήσιος Άνθρωπος. Αντέσχε εις την δόξαν του, εις τας πολλές και μεγάλας τιμάς του, εις τας καταπληκτικές του επιτυχίας, εις την παγκόσμιον αναγνώρισίν του, εις τον θαυμασμόν των συνανθρώπων του και μάλιστα των ομοτέχνων του και απέδειξε με τη ζωή του ότι ο πράγματι μέγας, ο αληθινός σοφός είναι, πρέπει να είναι, απλούς και σεμνός, όπως ο κατά κοινήν ομολογίαν πάντοτε διακριθείς εις το ήθος και την ανθρωπιά εξίσου προς την επιστήμην Γιώργος Κοτζιάς. Ακριβώς αυτός υπέροχος συνδυασμός υψίστης επιστήμης και ήθους, σοφίας και σεμνότητος συνέθεσε το μεγαλείο του Γιώργου Κοτζιά και την ακαταμάχητον γοητείαν της προσωπικότητός του. Ήτο αυτό το σπάνιο μεγαλείο του Γιώργου Κοτζιά, το οποίο αμέσως και ανεπιφυλάκτως του ανεγνώρισε



και του εθαύμασε ο λαός μας, δι' αυτό και με όλην την καρδίαν του τον ηγάπησε και, αφού ήδη εν ζωή τόσο τον εκαμάρωσε και τον περιέβαλε με τον θρύλον, τώρα τον θρηνεί ως αδελφόν του. Διότι ο Γιώργος Κοτζιάς απέδειξεν ότι έμεινε πάντοτε πάντοτε φλογερός πατριώτης, γνήσιος Έλλην...».

Με τη φράση του «Γνήσιος Άνθρωπος», ο καθηγητής Μηπρασιώτης κατάφερε να πιάσει την ουσία αυτού του ανθρώπου. Ο Κοτζιάς δεν υπήρξε απλώς ένας μεγάλος επιστήμονας, υπήρξε ένας ολοκληρωμένος άνθρωπος, που κατάφερε να συνδυάσει την επιστημονική μεγαλοφυΐα με την ανθρώπινη απλότητα, την ακλόνητη πίστη με τη βαθιά γνώση, την παγκόσμια αναγνώριση με την αμετάβλητη ταπεινοφροσύνη.

Ηθική και Επιστήμη:

Η παρακαταθήκη του Γεώργιου Κοτζιά

Ο Κοτζιάς μας δίδαξε ότι η επιστήμη χωρίς ηθική είναι ένα κενό δοχείο, και η ηθική χωρίς επιστημονική γνώση είναι σαν ένα πλοίο χωρίς πηδάλιο. Στην εποχή μας, όπου η τεχνητή νοημοσύνη και η βιοτεχνολογία αναπτύσσονται με ρυθμούς που προκαλούν δέος και ανησυχία, το μήνυμά του είναι πιο σχετικό από ποτέ: ότι κάθε τεχνολογικό επίτευγμα οφείλει να υπηρετεί τον άνθρωπο, όχι να τον υποβιβάζει και ότι ο γιατρός πρέπει να παραμένει φορέας ανθρωπιάς και κρίσης και όχι απλός χειριστής μηχανών. Γιατί η αληθινή επανάσταση δεν βρίσκεται στη δημιουργία ισχυρότερων εργαλείων, αλλά στη διαφύλαξη της ανθρώπινης αξιοπρέπειας μέσα στην ορμή της τεχνολογικής θύελλας.

Στο πρόσωπο του Κοτζιά συναντήθηκαν η ιατρική σκέψη του Ιπποκράτη, η σοφία του Σωκράτη και η ψυχή του Ζορμπά. Αυτός ο συνδυασμός τον έκανε τόσο μοναδικό: έναν επιστήμονα που δεν φοβήθηκε να αισθανθεί, έναν Έλληνα που δεν δίστασε να ανοιχτεί στον κόσμο, ένα γιατρό που τόλμησε να θεραπεύσει το σώμα αλλά και το βλέμμα του ασθενή.

Η ζωή και το έργο του Γεώργιου Κοτζιά αποτελούν

διαχρονικό μήνυμα για την εποχή μας· κάλεσμα επιστροφής στις αξίες που θεμελιώνουν την ιατρική και την ίδια την ανθρώπινη ύπαρξη. Αυτός ο «Γνήσιος Άνθρωπος», που συνέβαλε στην παγκόσμια επιστήμη χωρίς ποτέ να απαρνηθεί την ταπεινοφροσύνη και την πίστη του, στέκει έως σήμερα αιώνιο μνημείο της ελληνικής πνευματικής και ηθικής ανωτερότητας.

Ο Γεώργιος Κοτζιάς δεν κληροδότησε απλώς ένα φάρμακο στην ανθρωπότητα· χάραξε έναν δρόμο: τον δρόμο της αλύγιστης πίστης στην ανθρωπιά, της αγνής επιστήμης και της συνεχούς αναζήτησης για το φως, ακόμα και μέσα στο πιο πυκνό σκοτάδι. Η κληρονομιά του δεν είναι μόνο η L-Dopa, αλλά το παράδειγμα μιας ζωής που υπηρέτησε τον συνάνθρωπο με όλη του την ύπαρξη. Σε έναν κόσμο που συνεχώς αλλάζει με τεράστιες ταχύτητες, το μήνυμά του Κοτζιά για την ανθρώπινη κλίμακα, την ηθική ευθύνη και την πνευματική βάση της γνώσης, παραμένει το πιο πολύτιμο εφόδιο για το μέλλον.

Βιβλιογραφικές πηγές

1. Μαρκέτος Σ.Γ.: Γεώργιος Κ. Κοτζιάς (1918-1977) στη σειρά «Ιστορία της Ιατρικής του 20ού αιώνα. Οι Έλληνες πρωτοπόροι», Δεύτερος Τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα 2000.
2. Koutsilieris M., Diamantis A., Marketos S.: Dr George C. Cotzias (1918-1977). 30 years after the death of a pioneer in Neurophysiology, *Asclepios*, 2007; I (XX): 28-30.
3. Διαμαντής Α.: Γεώργιος Κ. Κοτζιάς (1918-1977) στο «Διαπρεπείς Έλληνες γιατροί της διασποράς στα βήματα του Ιπποκράτη», τόμος «Ασκληπιός-Ιπποκράτης και Επέκεινα» (επιμέλεια έκδοσης Κουσκούκης Κ.Ε.), Κεφάλαιο Χ, σελ. 403-408, έκδοση Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, Αθήνα 2022.
4. Διαμαντής Α.: Γεώργιος Κοτζιάς: «Ο Ζορμπάς της επιστήμης», *Ενημέρωση των Ιατρών*, 2025, 275-276: 54-56.



Ελεύθερο Θέμα

ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΕ ΕΠΟΧΗ ΓΕΩΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΑΡΑΧΗΣ

Σταμάτιος Τσόρης, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Εισαγωγή

Ο σημερινός γιατρός δραστηριοποιείται σε έναν κόσμο όπου η γεωστρατηγική αστάθεια στην Ευρώπη και στην Αμερική εν αναμονή ενός πολυπολικού κόσμου μεταξύ Δύσης και Ευρασίας δημιουργεί νέες προκλήσεις αλλά και απρόσμενες ευκαιρίες.

Αλλά, θα αναρωτηθεί κάποιος: γιατί και πώς φτάσαμε έως εδώ; Η απάντηση σ' αυτό το ερώτημα είναι σημαντική για την κατανόηση της μεγαλύτερης εικόνας της παγκόσμιας οικονομίας που θα μας επηρεάσει ακόμη πιο πολύ εδώ στη χώρα μας και η γνώση της είναι απαραίτητη, γιατί ο καθένας μας έχει διαμορφώσει διαφορετικές ανάγκες και όραμα άρα και η αντιμετώπιση του προβλήματος θα έχει στη λεπτομέρειά της διαφορετικές ιεραρχήσεις από κάθε άτομο.

Με λίγα λόγια το πρόβλημα δημιουργήθηκε ως εξής: Η δυτική οικονομία στις αρχές του 1970 με ηγέτιδα δύναμη τις ΗΠΑ (δολάριο) αποσυνδέθηκε από το χρυσό και οι διεθνείς συναλλαγές βασίστηκαν στην αξία του νέου παγκόσμιου νομίσματος του δολαρίου.

Σιγά σιγά όμως δημιουργήθηκε εξαιτίας αυτής της μονοπωλιακής κατάστασης ένα διεθνές χρηματοπιστωτικό σύστημα, το οποίο στηριζόταν ολόένα και περισσότερο στην τραπεζική διαχείριση της οικονομίας (χαμηλά επιτόκια για διαρκή δανεισμό μεγάλων εταιρειών και κρατών, εκτύπωση χρήματος για κάλυψη ελλειμμάτων, ψευδή χαμηλό πληθωρισμό κλπ), διαχείριση που αποσύνδεσε το παραγωγικό σκέλος των δυτικών οικονομιών από την παραγωγή που μεταφέρθηκε στην Ασία που διέθετε φτηνό εργατικό κόστος.

Το αποτέλεσμα ήταν να γιγαντωθεί η οικονομία των ασιατικών χωρών και να μειωθεί η δυναμική της Δύσης. Συνάμα η Ασία απέκτησε τεχνογνωσία και ισάξια ισχυρή πολεμική μηχανή και διεκδικεί πλέον μια θέση ηγέτη στο παγκόσμιο γίγνεσθαι.

Οι δυτικές και κυρίως οι ευρωπαϊκές χώρες με τις διοικούσες ελίτ τους, οι οποίες γαλουχήθηκαν μέχρι

τώρα μέσα σε μια ειρηνική και απρόσκοπτη περίοδο στα κοινωνικά και οικονομικά θέματα, αρνούνται να δεχτούν τις νέες προκλήσεις και τη σημερινή κατάσταση.

Αυτή η άρνηση συμβιβασμού τους και η επερχόμενη αποδοχή του παγκόσμιου υποβιβασμού τους είναι η βαθύτερη αιτία όλων αυτών που θα βιώσουμε εμείς και τα παιδιά μας τις επόμενες δεκαετίες. Αυτό θα εκφραστεί με πολεμικές και οικονομικές συγκρούσεις, απώλεια κεκτημένων, εσωτερική και εξωτερική αναταραχή στα κράτη, ανασφάλεια και τελικά αδυναμία από τα κράτη και τους πολίτες να προγραμματίσουν τη ζωή τους αφού θα βαδίζουμε σε αχαρτογράφητα νερά.

Από τη μία πλευρά, η αβεβαιότητα που πηγάζει ήδη από πολεμικές συγκρούσεις, ενεργειακές κρίσεις και γεωπολιτικούς ανταγωνισμούς επηρεάζει και σίγουρα θα επηρεάσει ακόμη πιο πολύ στο άμεσο μέλλον τα συστήματα υγείας.

Οι οικονομικοί περιορισμοί, η αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων και η εντεινόμενη πίεση στη δημόσια υγεία περιορίζουν συχνά τους πόρους και τη δυνατότητα του γιατρού να προσφέρει φροντίδα στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο. Παράλληλα, η μετακίνηση πληθυσμών λόγω κρίσεων δημιουργεί νέες υγειονομικές ανάγκες, από την αντιμετώπιση μολυσματικών ασθενειών έως την ψυχική στήριξη προσφύγων και μεταναστών.

Από την άλλη πλευρά, η ίδια αναταραχή γεννά και κάποιες ευκαιρίες. Παραδείγματος χάριν, η αυξημένη ανάγκη για συνεργασία ανάμεσα σε χώρες, οργανισμούς και επιστημονικές κοινότητες οδηγεί σε ταχύτερη ανταλλαγή γνώσης και τεχνολογίας. Οι γιατροί που είναι πρόθυμοι να κινηθούν πέρα από τα παραδοσιακά τους πλαίσια έχουν τη δυνατότητα να συμμετάσχουν σε διεθνή δίκτυα έρευνας και καινοτόμες μορφές τηλεϊατρικής που επεκτείνονται χάρη στη γεωπολιτική και την οικονομική πίεση για την όποια επιστημονική και οικονομική επιβίωσή τους μέσα στα συστήματα υγείας όπου βλέπουν καθημερινά να αποδομούνται ή να μεταλλάσσονται.



Ο γιατρός, λοιπόν, καλείται να σταθεί όχι μόνο ως επιστήμονας αλλά και ως οικονομικός διαχειριστής μιας ποιοτικά και ποσοτικά φθίνουσας κατάστασης. Να διαχειριστεί την αβεβαιότητα, να παραμείνει ευέλικτος μπροστά στις πιέσεις, να αξιοποιήσει τις νέες δυνατότητες που ανοίγονται για την ιατρική γνώση και την προσφορά προς τον άνθρωπο αλλά και να επιβιώσει και ο ίδιος ως παραγωγός αυτών των εξειδικευμένων και εξατομικευμένων υπηρεσιών.

Οικονομικές προκλήσεις και στρατηγικές επιβίωσης του γιατρού στη σύγχρονη γεωστρατηγική κρίση

Η γεωστρατηγική αστάθεια που επικρατεί στην Ευρώπη και στην Αμερική δεν επηρεάζει μόνο την πολιτική και την ασφάλεια, αλλά διαμορφώνει άμεσα και το οικονομικό περιβάλλον μέσα στο οποίο δρα ο γιατρός. Γιατί η υγεία, όπως γνωρίζουμε, είναι ακριβή και επομένως οι αναταράξεις αυτές οδηγούν σε δημοσιονομική πίεση, περιορισμό δημόσιων δαπανών και παράλληλη ενίσχυση του ρόλου των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών όχι βέβαια πάντα –όπως έχουμε δει από την εμπειρία μας– προς όφελος των ασθενών και ημών των παραγωγών υγείας.

Προκλήσεις για τον γιατρό:

1. Συμπίεση αμοιβών από το δημόσιο σύστημα υγείας – Καθώς τα κράτη στρέφουν πόρους στην άμυνα και στην ενεργειακή ασφάλεια, οι αμοιβές του γιατρού μέσα από τα δημόσια ταμεία γίνονται χαμηλότερες και πιο καθυστερημένες.
2. Αυστηρότεροι έλεγχοι και όροι από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές – Οι ασφαλιστικές, σε περιόδους κρίσης, επιβάλλουν περιορισμούς, περικοπές στις καλύψεις και χαμηλότερες αποζημιώσεις, μεταφέροντας το οικονομικό βάρος στον γιατρό και τον καλούν να αιτιολογήσει τα αδικαιολόγητα στους πελάτες τους όταν φτάνει η ώρα της καταβολής της αποζημίωσης των υπηρεσιών του.
3. Αύξηση κόστους λειτουργίας ιατρείου – Ο πληθω-

ρισμός, οι ενεργειακές ανατιμήσεις και η γενικότερη αβεβαιότητα στις μεταφορικές αλυσίδες παγκοσμίως αυξάνουν τα πάγια έξοδα, μειώνοντας την καθαρή κερδοφορία.

4. Αστάθεια στη ζήτηση υπηρεσιών – Σε περιόδους κρίσης, οι ασθενείς περιορίζουν τις επισκέψεις για «μη επείγοντα» προβλήματα, κάτι που χτυπά ιδιαίτερα την πρωτοβάθμια και την εξειδικευμένη ιδιωτική ιατρική.

Δυνατές στρατηγικές για οικονομική επιβίωση και ενίσχυση εσόδων στη θεωρία:

1. Διαφοροποίηση πηγών εισοδήματος – Ο γιατρός μπορεί να συνδυάζει την κλασική κλινική πράξη με συνεργασίες σε διαγνωστικά κέντρα, συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα ή διδασκαλία (σε ιδρύματα ή μέσω διαδικτύου).
2. Ιδιωτική πελατεία εκτός ασφαλιστικών – Επένδυση στη φήμη, στην προσωπική σχέση με τον ασθενή και στην παροχή premium υπηρεσιών (π.χ. check-up χωρίς αναμονές, εξατομικευμένα προγράμματα υγείας).
3. Τηλεϊατρική και εξ αποστάσεως συμβουλευτική – Προσφέρει πρόσβαση σε ευρύτερο κοινό, ακόμα και εκτός συνόρων, μειώνοντας την εξάρτηση από το τοπικό οικονομικό κλίμα.
4. Δικτύωση και ομαδικές πρακτικές – Συνεργασία με άλλους γιατρούς για κοινό ιατρείο, ώστε να μειωθούν τα λειτουργικά έξοδα και να ενισχυθεί η διαπραγματευτική ισχύς απέναντι στις ασφαλιστικές, όπου αυτό είναι νομικά κατοχυρωμένο.
5. Συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης και εταιρικής ιατρικής – Οι εταιρείες, σε περιόδους κρίσης, επενδύουν στην πρόληψη για τους εργαζομένους τους ώστε να περιορίσουν το κόστος ασθενειών. Αυτό ανοίγει νέο πεδίο για τον ιδιώτη γιατρό.

Συνολικά, ο γιατρός της εποχής μας δεν μπορεί πλέον να βασίζεται σε μία μόνο πηγή εισοδήματος, ούτε να περιμένει ότι το κράτος ή οι ασφαλιστικές θα του διασφαλίσουν οικονομική σταθερότητα. Η επιβίωσή του



Ελεύθερο Θέμα

ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΕ ΕΠΟΧΗ ΓΕΩΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΑΡΑΧΗΣ

απαιτεί ευελιξία, επιχειρηματική σκέψη και ικανότητα να προσφέρει υπηρεσίες που διαφοροποιούνται και διατηρούν αξία ακόμα και σε δύσκολες εποχές.

Επιγραμματικά λοιπόν, ο **κίνδυνος** εκφράζεται ως η διαρκής υπαλληλοποίηση του γιατρού που τον καθιστά έναν ανώνυμο αναλώσιμο κρίκο στην όλη διαδικασία που έχει ξεκινήσει από τα τέλη του 1980 και επιταχύνεται σήμερα λόγω των συνθηκών που προαναφέραμε.

- i. Οι ασφαλιστικές θα πιέζουν για συντομεύσεις κόστους (μειωμένες αμοιβές, περισσότερα πρωτόκολλα/εγκρίσεις), μεταφέροντας ρίσκο και εργασία στον πάροχο.
- ii. Το δημόσιο θα μειώνει αμοιβές και καθυστερεί πληρωμές σε περιόδους δημοσιονομικής κρίσης.
- iii. Αυξημένα λειτουργικά έξοδα (ενέργεια, αναλώσιμα) θα μειώνουν το μικτό κέρδος.
- iv. Ένας γιατρός που εξαρτάται >50% από έναν τύπο πληρωμής (π.χ. μία μεγάλη ασφαλιστική ή το δημόσιο) θα χάνει την διαπραγματευτική του ελευθερία ολόένα και περισσότερο.

Επιθετικές στρατηγικές ανεξαρτησίας (what to do — πρακτικά και άμεσα)

1. Μείωση εξάρτησης / ποσοστό ρίσκου

- Στόχος: κανένας πληρωτής να μην υπερβαίνει ~30% του εισοδήματος. Αν κάποιος το υπερβαίνει, ενεργήστε για μείωση εξάρτησης (π.χ. προώθηση ιδιωτικών πελατών, concierge).

2. Concierge / Direct Primary Care / Συνδρομητικά μοντέλα

- Προσφέρετε συνδρομή (μηνιαία ή ετήσια) για άμεση πρόσβαση, check-ups, τηλεσυνεδρίες. Αυτό δίνει σταθερό, προβλέψιμο εισόδημα και μειώνει την πίεση από αποζημιώσεις (αυτό αφορά κυρίως μεγαλύτερους ιατρικούς σχηματισμούς πχ ιδιωτικά νοσοκομεία κλινικές κλπ).

3. Διαπραγμάτευση συμβάσεων — επιθετικά

- Μην υπογράφετε «blanket» συμβάσεις — απαιτήστε γραπτά όσα σας συμφέρουν ή απορρίψτε.

4. Συμμετοχή σε ομαδικές/συνεταιρικές πρακτικές

- Συγκρότηση ομάδας (κλινική ή ιατρείο πολλών ειδικοτήτων) για να μοιράζεστε κόστη (περι/προμήθειες, προσωπικό) και να αποκτήσετε καλύτερη διαπραγματευτική δύναμη απέναντι σε ασφαλιστικές.

5. Αναθεώρηση κόστους λειτουργίας — «λεπτομέρεια»

- Ομαδική προμήθεια (group purchasing) για οικονομία σε αναλώσιμα.
- Outsource billing σε ειδική εταιρεία (αν η σχέση κόστους/οφέλους είναι σωστή).
- Ψηφιοποίηση ροών (ηλεκτρονικά ραντεβού, ηλεκτρονικά τιμολόγια) για μείωση προσωπικού κόστους.

6. Αύξηση εσόδων πέρα από κλινική πράξη

- Ιατρική συμβουλευτική σε επιχειρήσεις (corporate health), νομικές υποθέσεις (expert witness), ιατρικά σε εταιρικά προγράμματα, συγγραφή/online σεμινάρια, συνεργασίες με διαγνωστικά κέντρα, συμμετοχή σε πληρωμένες κλινικές μελέτες.
- Telemedicine σε διεθνείς αγορές όπου οι αμοιβές είναι ανώτερες — προώθηση σε ελλινόφωνο κοινό στο εξωτερικό ή σε αγορές με υψηλότερες αμοιβές.

7. Δημιουργία ταμειακού «μαξιλαριού»

- Στόχος: ρευστότητα 3–6 μηνών λειτουργικών δαπανών. Αυτό επιτρέπει ριζικές επιλογές (απόρριψη άδικων συμβάσεων) χωρίς άμεσα προβλήματα.

8. Νομική-φορολογική οργάνωση

- Εταιρική δομή (π.χ. ΕΠΕ/εταιρεία) που μειώνει φορολογικό/νομικό ρίσκο και επιτρέπει συμβάσεις ως εταιρεία. Σχεδιάστε με λογιστή/δικηγόρο για φοροαπαλλαγές.



Τι να αποφύγεις (λάθη που κοστίζουν)

1. Να στηρίζεις πάνω από το 50% σε έναν πληρωτή.
2. Να μην έχεις γραπτές ρήτρες για πληρωμές / audits / αναπροσαρμογές.
3. Να παραμελείς το marketing και το value proposition σου — οι ασθενείς δεν θα έρθουν μόνοι τους όταν η αγορά σφίγγει.
4. Να μην καταγράφεις οικονομικά: χωρίς real-time οικονομική εικόνα δεν μπορείς να πάρεις σωστές αποφάσεις.

Σύντομη περίληψη — στρατηγική σε μία πρόταση

Μείωσε την εξάρτηση από έναν μόνο πληρωτή, δημιούργησε προβλέψιμες συνδρομητικές ροές εισοδήματος, συμμαχίες για μείωση κόστους και διαπραγματεύσου συμβάσεις με αυστηρούς όρους — όλα αυτά συνδυασμένα με επιχειρηματικό προσανατολισμό (marketing, νέες υπηρεσίες) θα σε κρατήσουν οικονομικά ανεξάρτητο απέναντι σε ασφαλιστικές και δημοσιονομική πίεση.

Οικονομική επιβίωση Γαστρεντερολόγου σε αυτά τα δεδομένα

Η γαστρεντερολογία είναι ειδικότητα με υψηλή τεχνολογική εξάρτηση (ενδοσκοπικός εξοπλισμός, αναλώσιμα, υποστήριξη), πράγμα που σημαίνει ότι κάθε πληθωριστική κρίση και κάθε πίεση από ασφαλιστικές μεταφράζεται σε τεράστια συμπίεση μικτού κέρδους. Σήμερα στην Ελλάδα, οι ασφαλιστικές δίνουν χαμηλές αποζημιώσεις για γαστρεντερολογικές πράξεις, ενώ το δημόσιο συχνά καθυστερεί πληρωμές. Ο γιατρός κινδυνεύει να γίνει προμηθευτής υπηρεσιών με μισθό υπαλλήλου.

Προκλήσεις ειδικότητας στην Ελλάδα

- A.** Ενδοσκοπικές πράξεις: Απαιτούν ακριβό εξοπλισμό και αναλώσιμα (π.χ. πολυπεκτομές, stents, clips) — οι αποζημιώσεις συχνά δεν καλύπτουν το πραγματικό κόστος.
- B.** Ιδιωτικές ασφαλιστικές: Επιβάλλουν χαμηλά DRGs

(συμπληρωματικά πακέτα), με περιορισμό πράξεων και υποχρέωση έγκρισης.

- C.** Δημόσιο: Χαμηλές αμοιβές, μεγάλες καθυστερήσεις πληρωμών, περιορισμένες θέσεις.
- D.** Ιδιωτικός ασθενής: Πληρώνει μόνο σε συγκεκριμένες περιστάσεις (άμεσο ραντεβού, second opinion, high-end check-up).

Επιθετικές στρατηγικές ανεξαρτησίας (γαστρεντερολογία)

1. Διαφοροποίηση υπηρεσιών

- Παροχή check-up πεπτικού (ετήσιο πακέτο: ιστορικό, εξετάσεις, ενδοσκόπηση, διατροφική καθοδήγηση). Αυτό μπορεί να πωλείται ως premium service σε ιδιωτική τιμή.
- Εξατομικευμένα προγράμματα πρόληψης (π.χ. για καρκίνο παχέος εντέρου, GERD follow-up). Αυτά δεν τα καλύπτουν εύκολα οι ασφαλιστικές → χώρος για ιδιωτική χρέωση.

2. Συνεργασία με κλινικές / διαγνωστικά

- Διαπραγμάτευση με ποσοστό επί της πράξης (όχι fixed χαμηλή αμοιβή).
- Ζητήστε profit sharing στα ακριβά αναλώσιμα (π.χ. για πολυπεκτομές ή advanced ERCP).

3. Corporate Medicine

- Συμβόλαια με μεγάλες εταιρείες για προγράμματα πρόληψης πεπτικού στους εργαζομένους τους (π.χ. check-up, colonoscopy >45 ετών).
- Οι εταιρείες θέλουν να μειώσουν τα sick days → αυτό είναι διαπραγματευτικό χαρτί.

4. Εξωτερικό & τηλεϊατρική

- Παροχή δεύτερης γνώμης σε Έλληνες της διασποράς (Αμερική, Γερμανία, Κύπρος, Αυστραλία). Αυτοί πληρώνουν υψηλότερα για να έχουν Έλληνα ειδικό που μιλά τη γλώσσα τους.
- Online πλατφόρμες: ραντεβού 30 λεπτών (100–



Ελεύθερο Θέμα

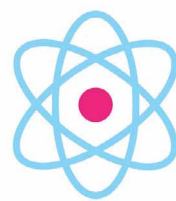
ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΕ ΕΠΟΧΗ ΓΕΩΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΑΡΑΧΗΣ

150€) για review εξετάσεων / γαστρεντερολογικών θεραπειών.

Συμπέρασμα

Ο γαστρεντερολόγος στην Ελλάδα δεν μπορεί να στηρίζεται ούτε στο δημόσιο ούτε στις ασφαλιστικές. Για να

επιβιώσει οικονομικά πρέπει να δημιουργήσει αυτόνομες ροές εισοδήματος (premium ασθενείς, συνδρομητικά, τηλεϊατρική, corporate health), να διαπραγματευτεί επιθετικά με κλινικές/ασφαλιστικές και να παρουσιάσει το ιατρείο του ως brand υψηλής αξίας, διαφοροποιημένο από τη «μαζική» ιατρική των χαμηλών αμοιβών.



Καινοτομίες στην Ενδοσκόπηση

ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΙΑ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΕΠΑΝΑΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΩΝ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΗ ΚΑΤΩΤΕΡΟΤΗΤΑΣ

Παρασκευάς Γκολφάκης, Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας,
Β' Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Γεώργιος Τζιάτζιος, Επιμελητής Β' Γαστρεντερολογίας, Γαστρεντερολογικό Τμήμα,
Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο Πατισίων», Αθήνα

Τα τελευταία χρόνια στον κλάδο της ενδοσκόπησης αποτελεί γεγονός η ανάπτυξη και κυκλοφορία ενδοσκοπίων μίας χρήσης. Παρόλα αυτά, η ακριβής τους θέση στην καθημερινή κλινική πράξη παραμένει ασαφής. Στην παρούσα μελέτη που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *Endoscopy* τέθηκε ως στόχος η σύγκριση της απόδοσης των γαστροσκοπίων μίας χρήσης με εκείνη των επαναχρησιμοποιούμενων γαστροσκοπίων, σε περιπτώσεις ασθενών που υπεβλήθησαν σε επείγουσα οισοφαγο-γαστρο-δωδεκαδακτυλοσκόπηση στα πλαίσια διερεύνησης πιθανής αιμορραγίας του ανώτερου πεπτικού συστήματος.

Για τη διεξαγωγή της μελέτης ασθενείς με πιθανή αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού που έρχονταν ενδοσκόπησης ανώτερου πεπτικού τυχαιοποιήθηκαν να υποβληθούν σε ενδοσκόπηση είτε με τη χρήση ενδοσκοπίων μίας χρήσης είτε με τη χρήση επαναχρησιμοποιούμενων ενδοσκοπίων. Η περίοδος ένταξης των

ασθενών στη μελέτη ήταν από το Μάρτιο του 2023 έως τον Απρίλιο του 2024. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν η δυνατότητα πλήρους αξιολόγησης του ανώτερου πεπτικού συστήματος σε ότι αφορά την ανάδειξη εστίας αιμορραγίας.

Συνολικά, συμπεριελήφθησαν 148 ασθενείς. Σε ότι αφορά το πρωτεύον καταληκτικό σημείο, πλήρης αξιολόγηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος επιτεύχθηκε σε 72/74 ασθενείς με τα ενδοσκόπια μίας χρήσης και σε 71/74 ασθενείς στην ομάδα των επαναχρησιμοποιούμενων ενδοσκοπίων (97,3% έναντι 95,9% - $p < 0,001$). Παρουσιάζει ενδιαφέρον ότι η εστία αιμορραγίας αναγνωρίστηκε σημαντικά συχνότερα στην ομάδα των επαναχρησιμοποιούμενων ενδοσκοπίων (83,8% έναντι 68,9% - $p = 0,03$) σε σύγκριση με την ομάδα των ενδοσκοπίων μίας χρήσης. Η ανάγκη για θεραπευτική παρέμβαση δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων (55,4% έναντι 50,0% - $p = 0,51$). Στα πλαίσια της μελέτης πέντε

Γαστροσκόπια μίας χρήσης έναντι επαναχρησιμοποιούμενων γαστροσκοπίων για την αρχική αξιολόγηση ασθενών με αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού: μια προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη μη κατωτερότητας



Παρά την ανάπτυξη τους και την κυκλοφορία τους, τα ενδοσκόπια μίας χρήσης δεν έχουν βρει τη θέση τους στην καθημερινή κλινική πράξη



Ασθενείς με πιθανή αιμορραγία ανώτερου πεπτικού που χρήζουν ενδοσκόπησης



Ενδοσκόπια μίας χρήσης vs. επαναχρησιμοποιούμενα

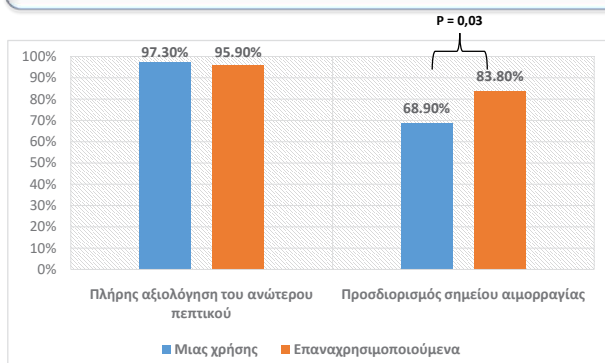


Σχεδιασμός

Προοπτική, τυχαιοποιημένη μελέτη μη κατωτερότητας σε 1 κέντρο στη Γερμανία

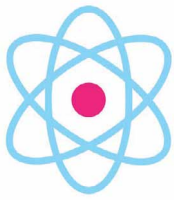
Πρωτογενές καταληκτικό σημείο

Πλήρης αξιολόγηση του ανώτερου πεπτικού για εστία αιμορραγίας



	Μίας χρήσης (n=74)	Επαναχρησιμοποιούμενα (n=74)	P - value
Χρόνος ενδοσκόπησης, min (IQR)	23 (18-30)	23,5 (16,8-32,5)	0,85
Εμπειρία ενδοσκόπου*, μέση τιμή (95%ΔΕ)	3,3 (3,2-3,4)	4,4 (4,2-4,6)	< 0001

* με βάση κλίμακα Likert (1: ελάχιστη, 5: μέγιστη)



Καινοτομίες στην Ενδοσκόπηση

ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΙΑ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΕΠΑΝΑΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΩΝ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΙΩΝ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ:
ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΗ ΚΑΤΩΤΕΡΟΤΗΤΑΣ

ασθενείς που είχαν τυχαιοποιηθεί στην ομάδα των ενδοσκοπίων μίας χρήσης χρειάστηκε να αλλάξουν ομάδα παρέμβασης προς επαναχρησιμοποιούμενο ενδοσκόπιο λόγω καλύτερης επισκόπησης του βλεννογόνου και εμπειρίας του χρήστη.

Τα ενδοσκόπια μίας χρήσης δεν είναι κατώτερα των επαναχρησιμοποιούμενων στην πλήρη αξιολόγηση του ανώτερου πεπτικού σε ασθενείς με πιθανή αιμορραγία. Ωστόσο, σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αναγνώρισης της εστίας αιμορραγίας, ανώτερη ποιότητα επισκόπησης, μεγαλύτερη αποδοχή από τους ενδοσκόπους και τάση

προς αποτελεσματικότερη θεραπευτική παρέμβαση επιτεύχθηκαν με τα επαναχρησιμοποιούμενα ενδοσκόπια.

Βιβλιογραφία

1. Römmele C, Ayoub M, Scheppach MW, Muzalyova A, Wanzl J, Tadic V, Braun G, Weber T, Roser D, Nagl S, Messmann H, Ebigbo A. Single-use versus reusable gastroscopes for the initial assessment of patients with upper gastrointestinal bleeding: a prospective randomized noninferiority trial. *Endoscopy*. 2025 Dec 17. doi: 10.1055/a-2735-1114. Epub ahead of print. PMID: 41161323.

Το εξώφυλλο από μέσα



SANTA CLAUS IS COMING TO TOWN

Το 1938 όταν γράφτηκε το πολύ γνωστό χριστουγεννιάτικο τραγούδι «Santa Claus is coming to town», δεν είχε υπάρξει ακόμα ο δεύτερος παγκόσμιος πόλεμος και ο κόσμος δεν μπορούσε καν να φανταστεί τις ολέθριες και καταστροφικές συνέπειες που επρόκειτο να ακολουθήσουν.

Έτσι το χειρότερο που θα μπορούσε να σκεφτεί ο μέσος Αμερικάνος εν αναμονή των γιορτών, ήταν ο Άν Βασίλης να μην φέρει χριστουγεννιάτικο δώρο στα άτακτα παιδιά.

Σήμερα όμως είναι τρομακτικά ακατανόητο πώς οι μεγάλοι ηγέτες της Ευρώπης, η οποία πλήγηκε περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο μέρος του πλανήτη από αυτό τον πόλεμο, να καλλιεργούν όλο και περισσότερο την ιδέα ότι ένας νέος παγκόσμιος πόλεμος πρόκειται σύντομα να ξεκινήσει ακριβώς από την Ευρώπη.

Έτσι, σημαδιακά θα έλεγα ότι η αρχή και το τέλος του χριστουγεννιάτικου αυτού τραγουδιού, πάλι με αφορμή τις γιορτές, μας επισημαίνουν:

«Προσέξτε! Για όνομα του θεού».

Εύχομαι σε όλους μας πολλά ειρηνικά και ευτυχισμένα Χριστούγεννα.

Μίλτος Σκούρας
www.miltosskouras.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:



BIANEE A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEE 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