

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) • Απρίλιος – Μάιος – Ιούνιος 2010 • τεύχος
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

16

Νέα και Επίκαιρα

«Στόχος είναι τα πεφτά» !!

άηλο 'γω!

Οικονομική κρίση: Οι άηλοι φταίνε, εγώ όχι

Ο ρόλος της ενδοσκόπησης στις ιδιοπαθείς
φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου





Zurcazol[®]
pantoprazole
40mg

**Ασφάλεια
& Υπεροχή**

Η μακροχρόνια κακή διαχείριση των οικονομικών της χώρας μας, οδήγησε αναπόφευκτα σε μια βαρεία οικονομική κρίση. Κρίση που θα επηρεάσει αργά ή γρήγορα όλους μας. Το μέσο βιοτικό επίπεδο θα υποβαθμισθεί και θα βιώσουμε κοινωνικές αναταραχές και αβεβαιότητα για το μέλλον. Ένας νέος κύκλος μετανάστευσης θα αρχίσει και η Ελλάδα θα στερηθεί πολλά νέα καλά μυαλά, ικανούς επιστήμονες, που θα επιλέξουν να ζήσουν και να εργασθούν στο εξωτερικό.

Από τις δυσμενείς εξελίξεις δεν εξαιρείται και ο χώρος μας. Οι γαστρεντερολόγοι που ασκούν το επάγγελμα σε έμμισθες θέσεις, έχουν ήδη υποστεί μείωση μισθού και επιδομάτων. Και όχι μόνο αυτό. Οι ελλείψεις στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, οι αναμενόμενες ελλείψεις σε αναλώσιμα (καθετήρες, λαβίδες, βρόχους και άλλα), οι καθυστερήσεις στις επισκευές των ενδοσκοπίων, και η απουσία προοπτικών επένδυσης σε νέο εξοπλισμό θα δυσκολέψουν ακόμη περισσότερο τις καθημερινές συνθήκες των έμμισθων συναδέλφων μας. Επιπλέον στα Δημόσια Νοσοκομεία και στα Ασφαλιστικά Ταμεία ο φόρτος της καθημερινής εργασίας αναμένεται να επιβαρυνθεί περισσότερο από ασθενείς που θα στραφούν προς τη δημόσια περίθαλψη.

Οι ελευθεροεπαγγελματίες γαστρεντερολόγοι, τα 3/4 των Ελλήνων γαστρεντερολόγων, καλούνται να εργασθούν σε ένα περιβάλλον αυξημένου ανταγωνισμού, αφού ο αριθμός των παραγόμενων γαστρεντερολόγων είναι πολύ υψηλότερος από τις ανάγκες της χώρας μας. Κάθε έτος προστίθενται τουλάχιστον 40 νέοι γαστρεντερολόγοι και το ποσοστό > 6 γαστρεντερολόγοι/100.000 κατοίκους στη χώρα μας (στην Αττική και Θεσσαλονίκη > 8/100.000) απέχει ήδη πολύ από τις πραγματικές ανάγκες και τα διεθνή δεδομένα. Η κοστολόγηση από τον ΟΠΑΔ, το 2010, της γαστροσκόπησης στα 8 ευρώ(!), στερεί τη δυνατότητα στο νέο γαστρεντερολόγο να στηρίξει οικονομικά τη δημιουργία νέου ιατρείου. Στο περιβάλλον αυτό του ιατρικού πληθωρισμού, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και ιδιωτικά Νοσοκομεία αναζητούν διάφορους τρόπους να αυξήσουν τα κέρδη τους σε βάρος των ιατρών, όπως πχ. με τη μορφή συμφωνιών capitation. Σε συγκεκριμένους συναδέλφους έχουν προσφερθεί εξευτελιστικές αμοιβές και τις έχουν αποδεχθεί(!) ανοίγοντας ένα κύκλο περαιτέρω μειώσεων και αθέμιτου ανταγωνισμού.

Η κοινότητα μας θα αντιμετωπίσει και θα πρέπει να προσαρμοσθεί σε νέα δεδομένα. Ο δημόσιος έλεγχος αναμένεται να επιταθεί προκειμένου να εκλείψει η παραοικονομία και να αποδοθούν περισσότεροι φόροι. Τα περιθώρια κέρδους των φαρμακευτικών εταιριών, που στηρίζουν τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, μειώνονται. Αυτό σημαίνει λιγότερα ταξίδια, λιγότερα και λιτά συνέδρια, εστιασμένα αποκλειστικά στη μετάδοση γνώσης. Οι δραστηριότητες των εταιριών μας που στηρίζονται στα έσοδα από διαφημίσεις φαρμάκων απειλούνται, ακόμη και η δυνατότητα κυκλοφορίας αυτού του περιοδικού.

Στο βαρύ όμως αυτό κλίμα της έκρηξης που προκλήθηκε από την οικονομική αλλά και την ηθική έκπτωση, η ελπίδα πάντα επιβιώνει. Ίσως έφθασε η ώρα να εμπεδωθεί σε όλα τα κοινωνικά επίπεδα μια νέα συνείδηση, ίσως έφθασε επιτέλους η στιγμή να επικρατήσει η λιτότητα, το ήθος και η γνώση. Αυτή η κρίση μπορεί να βγει και σε καλό...



Λ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ 196 - 152 31 ΧΑΛΑΝΔΡΙ, ΤΗΛ.: 210 6729570, FAX: 210 6729571
Λ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗ 60 - 546 62 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ, ΤΗΛ.: 2310 870480
[http:// www.nycomed.gr](http://www.nycomed.gr), e-mail: info@nycomed.gr



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	06
ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ	08
ΕΝΑ ΑΝΤΙΟ	12
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	14
West... Laterally Spreading Tumours... Story. Η πρώτη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Από την Ανατολή στη Δύση.	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	19
Ο ρόλος της ενδοσκόπησης στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου	

Ταυτότητα

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

Εκδότης & Υπεύθυνος παρά τω νόμω:
Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Νταϊλιάνας
Απόστολος

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

Διευθυντής σύνταξης:
Αρμόνης Αναστάσιος

Αναπλ. Διευθυντής Σύνταξης:
Μάθου Νικολέττα

Συντακτική Επιτροπή:
Αρχαύλης Μανώλης
Γούλας Σπύρος
Ζωγράφος Κωνσταντίνος
Θεοφανίδου Ιωάννα
Κογεβίνας Αντώνης
Κουβαράς Στέργιος
Μπομπότση Νάγια
Ποταμιανός Σπύρος
Σκλάβος Παντελής

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:
Πρόεδρος: Νταϊλιάνας Απόστολος
Αντιπρόεδρος: Αρμόνης Αναστάσιος
Γεν. Γραμματέας: Μπομπότση Νάγια

Ειδ. Γραμματέας: Οικονόμου Μιχάλης
Ταρίας: Μάθου Νικολέττα
Μέλη: Καραγιάννης Δ., Κασσιπής Π.
Γραμματεία: Γεναδοπούλου Μαρία

Εκδοτική επιμέλεια:

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ & ΤΕΧΝΗ Α.Ε
Αμύντα 1, 116 35, Αθήνα
Τηλ.: 210 7258958
Fax: 210 7293426

Διευθυντής Δημοσιογραφικού:
Σκούρας Μίλτος

Δημοσιογραφική Επιμέλεια:
Ιωάννα Βαρδαξόγλου

Εικονογραφισή Εξωφύλλου:
Μ.Σ.

ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΑΤΕ.....	22
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΕΙΔΩΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	24
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑ.....	28
Ποίημα	
ΤΟ ΕΙΔΩΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ.....	30

Υπεύθυνος Διαφήμισης:
Κοπανάς Δημήτριος

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.

Ταυτότητα



Περιεχόμενα



Νέα & Επίκαιρα

Νάγια Μπομπότση - Απόστολος Νταϊλιάνας

Τα νέα από το ΔΣ

Το Βαρύ κλίμα που επικρατεί στη χώρα μας αναπόφευκτα μεταφέρεται και στις συνεδριάσεις του ΔΣ. Συχνά η συζήτηση καταλήγει στην οικονομική κατάσταση και μας κάνει να βλέπουμε με φόβο το μέλλον. Συνειδητοποιούμε πόσο πιο δύσκολες θα είναι πλέον οι προσπάθειες εξασφάλισης καλύτερων όρων υπό τις παρούσες συνθήκες. Παρά ταύτα τα ζητήματα που μας απασχολούν συνεχίζουν να τρέχουν κι εμείς τρέχουμε μαζί τους.

Νέοι όροι συμμετοχής σε συνέδρια

Πρόσφατα δημοσιεύτηκε νέα εγκύκλιος του ΕΟΦ σχετικά με τη συμμετοχή των γιατρών σε επιστημονικές εκδηλώσεις. Η εγκύκλιος αυτή θέτει όρους για την οικονομική υποστήριξη της συμμετοχής γιατρών σε συνέδρια, την αμοιβή συμμετεχόντων σε δορυφορικά συμπόσια, τη δυνατότητα συμμετοχής σε εκδηλώσεις που διοργανώνονται από φαρμακευτικές εταιρείες και την υποχρέωση των ομιλητών να γνωστοποιούν τη σχέση τους με τις φαρμακευτικές εταιρείες. Η εγκύκλιος αυτή περιέχει σημαντικές πληροφορίες για θέματα που χρόνια τώρα θεωρούσαμε δεδομένα και αξίζει να τη διαβάσετε πριν την επόμενη συμμετοχή σας σ' ένα συνέδριο ή οποιαδήποτε επιστημονική εκδήλωση. Η δημοσιοποίησή της δημιούργησε ερωτήματα και απορίες. Πέντε συνάδελφοι απέστειλαν στο ΔΣ της ΕΠΕΓΕ επιστολή ζητώντας εξηγήσεις. Η αλληλογραφία μας όπως και η θέση της νομικής μας συμβούλου δημοσιεύονται παρακάτω. Το πλήρες κείμενο της εγκυκλίου μπορείτε να το βρείτε αναρτημένο στην ιστοσελίδα μας (www.epege.gr).

Σήριαλ ΟΠΑΔ (επαισόδιο ...v3)

Εκπρόσωποι του ΔΣ της ΕΠΕΓ Έ συναντήθηκαν με τον πρόεδρο του ΟΠΑΔ κ. Βλάχο (που την ώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές αντικαταστάθηκε από τον κ. Κ.Σουλιώτη). Αφορμή ήταν η άρνηση ΥΠΑΔ συγκεκριμένου νομού να πληρώσει τα δεδουλευμένα σε γαστρεντερολόγους και η απειλή του ΟΠΑΔ να επιβάλει οικονομικές κυρώσεις για τη μη εκτέλεση ενδοσκοπικών πράξεων σε μία χρονική περίοδο που ακόμα δεν είχαν καταγγείλει τη σύμβασή τους. Ο κ. Βλάχος μας διαβεβαίωσε ότι επιθυμία του ΟΠΑΔ είναι η προώθηση νομοθετικής ρύθμισης την οποία αναμένει από στιγμή σε στιγμή, αλλά φαίνεται πως έχει ξεφύγει από τη δική του δικαιοδοσία και η πολιτική κατάσταση σίγουρα δε συμβάλει στη διευθέτηση τέτοιων οικονομικών εκκρεμοτήτων.

Και ενώ η εκκαθάριση των αμοιβών του Ιουνίου 2009 με τις χαμηλές τιμές του ΠΔ/91 από τις περισσότερες ΥΠΑΔ της χώρας είναι πλέον πραγματικότητα, κάποιοι συνάδελφοι ανακαλύπτουν έκπληκτοι το πρόβλημα σήμερα, με δύο χρόνια καθυστέρηση, κάποιοι άλλοι από έλλειψη συντονισμού αμείβονται μέχρι τώρα ακόμα κανονικά και θεωρούν ότι δεν υπήρξε ποτέ πρόβλημα (!), και κάποιοι άλλοι αποδέχονται τιμή γαστροσκόπησης 8 ευρώ και συνεχίζουν τις συμβάσεις τους κανονικά!!! Η ΕΠΕΓΕ δεν έχει ψευδαισθήσεις για τα όρια των δυνατοτήτων της, αλλά αναμφίβολα αυτά εξαρτώνται από τη συμμετοχή των μελών της γαστρεντερολόγων στις συλλογικές αποφάσεις. Σε κάθε περίπτωση, ακόμη και αν ο καθένας ακολουθεί προσωπικές επιλογές, είναι κρίμα να υποτιμούμε τις δυσκολίες και την αξία της δουλειάς μας.

Χρησιμοποιείτε Dormicum & Anexate στο ιατρείο;

Το τελευταίο δίμηνο παρατηρήθηκαν προβλήματα στην προμήθεια του Anexate (φλουμαζενίλη) από τα φαρμακεία από γαστρεντερολόγους που το χρησιμοποιούν ως αντίδοτο στις ενδοσκοπήσεις που διενεργούν στο ιατρείο τους. Παρ' ότι η μέχρι τώρα έγκριση κυκλοφορίας του φαρμάκου από τον ΕΟΦ το κατατάσσει στα αποκλειστικά νοσοκομειακής χρήσης, η χαλαρότητα εφαρμογής κάποιων διατάξεων μας επέτρεπε την προμήθειά του. Η γενικότερη όμως αυστηρότητα που αρχίζει να επιδεικνύεται τον τελευταίο καιρό μας οδήγησε σε τέτοια φαινόμενα, που με το χρόνο θα εξαπλωθούν και θα συμπεριλάβουν και το Dormicum που αποτελεί επίσης είδος νοσοκομειακής χρήσης και μάλιστα σε «ειδικά κέντρα». Είναι σαφές ότι η προμήθεια αυτών των σκευασμάτων πρέπει να γίνεται με απόλυτη νομιμότητα για να εξασφαλίζει τους γαστρεντερολόγους, τους φαρμακοποιούς αλλά ευρύτερα και τους ασθενείς. Στραφήκαμε έτσι στον ΕΟΦ όπου έχουμε ήδη προχωρήσει σε μερικές συναντήσεις με τη διεύθυνση του τμήματος αξιολόγησης. Παρακάτω μπορείτε να διαβάσετε την επιστολή που έχουμε απευθύνει στο αρμόδιο γραφείο προκειμένου να ξεκινήσει η διαδικασία τροποποίησης διάθεσης του φαρμάκου. Είναι απαραίτητη και η συνεργασία της εταιρείας του φαρμάκου, με εκπροσώπους της οποίας έχουμε ήδη συναντηθεί για να προωθήσουμε το θέμα. Η διαδικασία προβλέπεται πολύμηννη από μέρους του ΕΟΦ, αλλά προσβλέπουμε σε μία σύντομη διευθέτηση της χρήσης των σκευασμάτων αυτών.



- ✓ Αποτελεσματικότητα στην επαγωγή και διατήρηση της κλινικής και ενδοσκοπικής ύφεσης^{1,2}
- ✓ Μια φορά την ημέρα³
- ✓ 5-ASA με τεχνολογία MMX³

1. Kamm MA, Sandhu WJ, Gossel M, Schröter S, Judowski L, Butler T, et al. *Carcinogenesis*. 2007;128(1):66–75. 2. Kamm MA, Lichtensin GR, Sandhu WJ, et al. *Dis. Colon Rectum*. 2008;51:983–992. 3. Российский Научно-исследовательский институт онкологии

ПОДАВАНИЈА У НАСТАВНИЦИМА НАСТАВНИКА

[illegible]

1. **Содержание:** 1. **Введение.** 2. **Описание объекта.** 3. **Описание процесса.** 4. **Описание результатов.** 5. **Описание методов.** 6. **Описание оборудования.** 7. **Описание персонала.** 8. **Описание условий.** 9. **Описание сроков.** 10. **Описание стоимости.** 11. **Описание рисков.** 12. **Описание безопасности.** 13. **Описание экологии.** 14. **Описание культуры.** 15. **Описание этики.** 16. **Описание философии.** 17. **Описание религии.** 18. **Описание искусства.** 19. **Описание науки.** 20. **Описание техники.** 21. **Описание искусства.** 22. **Описание науки.** 23. **Описание техники.** 24. **Описание искусства.** 25. **Описание науки.** 26. **Описание техники.** 27. **Описание искусства.** 28. **Описание науки.** 29. **Описание техники.** 30. **Описание искусства.** 31. **Описание науки.** 32. **Описание техники.** 33. **Описание искусства.** 34. **Описание науки.** 35. **Описание техники.** 36. **Описание искусства.** 37. **Описание науки.** 38. **Описание техники.** 39. **Описание искусства.** 40. **Описание науки.** 41. **Описание техники.** 42. **Описание искусства.** 43. **Описание науки.** 44. **Описание техники.** 45. **Описание искусства.** 46. **Описание науки.** 47. **Описание техники.** 48. **Описание искусства.** 49. **Описание науки.** 50. **Описание техники.** 51. **Описание искусства.** 52. **Описание науки.** 53. **Описание техники.** 54. **Описание искусства.** 55. **Описание науки.** 56. **Описание техники.** 57. **Описание искусства.** 58. **Описание науки.** 59. **Описание техники.** 60. **Описание искусства.** 61. **Описание науки.** 62. **Описание техники.** 63. **Описание искусства.** 64. **Описание науки.** 65. **Описание техники.** 66. **Описание искусства.** 67. **Описание науки.** 68. **Описание техники.** 69. **Описание искусства.** 70. **Описание науки.** 71. **Описание техники.** 72. **Описание искусства.** 73. **Описание науки.** 74. **Описание техники.** 75. **Описание искусства.** 76. **Описание науки.** 77. **Описание техники.** 78. **Описание искусства.** 79. **Описание науки.** 80. **Описание техники.** 81. **Описание искусства.** 82. **Описание науки.** 83. **Описание техники.** 84. **Описание искусства.** 85. **Описание науки.** 86. **Описание техники.** 87. **Описание искусства.** 88. **Описание науки.** 89. **Описание техники.** 90. **Описание искусства.** 91. **Описание науки.** 92. **Описание техники.** 93. **Описание искусства.** 94. **Описание науки.** 95. **Описание техники.** 96. **Описание искусства.** 97. **Описание науки.** 98. **Описание техники.** 99. **Описание искусства.** 100. **Описание науки.**



J. Neppertweg 494, 10245 Berlin, Germany. Tel.: +49 30 8771024. Fax: 030 4404000.
E-mail: info@schubert-stiftung.de www.schubert-stiftung.de

Προς το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ

Παρακαλώ να τοποθετηθεί το ΔΣ σχετικά με την καινούργια εγκύκλιο του ΕΟΦ, σύμφωνα με την οποία υποχρεούνται οι ομιλητές των διαφόρων συνεδρίων να υπογράψουν δήλωση συμφερόντων.

Επιπλέον παρακαλώ να ερωτηθεί ο δικηγόρος κατά πόσο οι αμοιβές για διαλέξεις και η κάλυψη των εξόδων για συμμετοχή ή παρακολούθηση συνεδρίων, αποτελούν νομότυπες διαδικασίες για τους ιατρούς του ΕΣΥ (άλλωστε και εκεί οι φαρμακευτικές εταιρίες ζητούν ενυπόγραφες ευχαριστήριες δηλώσεις ή παρακρατούνται οι φόροι).

Με εκτίμηση
Αθήνα
18/3/2010

Κ. Παρασκευά
Μ. Τζουβαλά
Χ. Λιάτσος
Ν. Βιάζης
Β. Βαμβακούσης

Προς Κ. Παρασκευά, Μ. Τζουβαλά, Χ. Λιάτσο, Ν. Βιάζη και Β. Βαμβακούση

Σε απάντηση της από 18/3/2010 επιστολής σας, σας γνωστοποιούμε τα ακόλουθα:

Σχετικά με τη νέα εγκύκλιο του ΕΟΦ, σύμφωνα με την οποία υποχρεούνται οι ομιλητές των συνεδρίων να υπογράψουν δήλωση συμφερόντων, η θέση του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ είναι ότι αυτό είναι σύμφωνο με τη διεθνή πρακτική και θα πρέπει να εφαρμόζεται και στον Ελληνικό χώρο, γιατί έτσι εξασφαλίζεται η διαφάνεια των παρουσιαζόμενων δεδομένων.

Σε σχέση με το δεύτερο ερώτημα σας που είναι: «παρακαλώ να ερωτηθεί ο δικηγόρος κατά πόσο οι αμοιβές για διαλέξεις και η κάλυψη των εξόδων για συμμετοχή ή παρακολούθηση συνεδρίων, αποτελούν νομότυπες διαδικασίες για τους ιατρούς του ΕΣΥ (άλλωστε και εκεί οι φαρμακευτικές εταιρίες ζητούν ενυπόγραφες ευχαριστήριες δηλώσεις ή παρακρατούνται οι φόροι)», η γνωμοδότηση της νομικής συμβούλου της ΕΠΕΓΕ κ. Άννας Τσίτουρα επισυνάπτεται.

ΓΝΩΜΟΔΟΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑ

Ζητήθηκε από τον Πρόεδρο του Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. η έγγραφη άποψη μου, για το αν είναι νόμιμη η λήψη από τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. αμοιβής για την ενεργό συμμετοχή τους σε συνέδρια ή επιστημονικές εκδηλώσεις, και κατά πόσο οι ιατροί που υπηρετούν στον κλάδο ιατρών ΕΣΥ μπορούν να συμμετάσχουν ή να παρακολουθήσουν επιστημονικά συνέδρια με κάλυψη των εξόδων τους από φαρμακευτικές εταιρείες.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΕΙΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Σύνταγμα, άρθρο 5,
Ν.1397/1983, άρθρο 24, όπως ισχύει σήμερα, Ν. 2071/1992, άρθρο 13, όπως ισχύει σήμερα,
Ν. 2889/2001, άρθρο 11, όπως ισχύει σήμερα, Υ6α/28403/01/27-5-2002, όπως ισχύει σήμερα.

ΑΝΑΛΥΣΗ

α. Η υπηρεσιακή κατάσταση των γιατρών κλάδου ΕΣΥ και η ανάληψη ιδιωτικού έργου έναντι φαρμακευτικής εταιρείας.

Με τον Ν. 1397/1983 θεσπίστηκε το ΕΣΥ και συστάθηκε για πρώτη φορά στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ειδικός κλάδος γιατρών ΕΣΥ (βλ. σχετ. άρθρα 24 και 25 του Ν. 1397/1983). Από την ψήφιση του νόμου αυτού οι γιατροί κλάδου ΕΣΥ, οι οποίοι μάλιστα χαρακτηρίζονται ως δημόσιοι λειτουργοί, έννοια διάφορη από αυτή των δημοσίων υπαλλήλων, αποτελούν μία ιδιαίτερη κατηγορία υπαλλήλων με ειδικό σύστημα επιλογής και κατάληψης των θέσεων, και ειδικό μισθολόγιο. Στους γιατρούς κλάδου ΕΣΥ εφαρμόζεται μόνο επικουρικά ο ΥΚ και διακρίνονται σαφώς των λοιπών δημοσίων υπαλλήλων αποτελώντας μία ιδιαίτερη κατηγορία υπαλλήλων του δημοσίου τομέα, των οποίων η υπηρεσιακή κατάσταση διέπεται από τις ειδικές διατάξεις του ΕΣΥ, όπως ισχύουν κάθε φορά. (βλ. σχετ. και 3582/1996 ΣτΕ)

Ειδικότερα στη διάταξη του άρθρου 24 παρ. 2 Ν. 1397/83 ορίζεται ότι «οι ιατροί αυτοί είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί και **απαγορεύεται να ασκούν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα ή οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με συγγραφική ή καλλιτεχνική δραστηριότητα και να κατέχουν οποιαδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση..».**

Αντίστοιχα, στη διάταξη του άρθρου 63 παρ. 3 του Ν. 2071/92 ορίζεται ότι «οι παραπάνω μόνιμοι ιατροί είτε υπηρετούν σε οργανικές θέσεις είτε σε προσωποπαγείς θέσεις **απαγορεύεται να ασκούν την ιατρική ή οδοντιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα ή οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με συγγραφική ή καλλιτεχνική ή διδακτική δραστηριότητα και να κατέχουν οποιαδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση,** πλην εκείνων που προβλέπονται κατ' εξαίρεση με τις διατάξεις του παρόντος νόμου».

Περαιτέρω, στη διάταξη του άρθρου 11 παρ. 1 του Ν. 2889/2001 προβλέπεται ότι «οι ιατροί του ΕΣΥ είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Η λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου εντός ή εκτός του νοσοκομείου ή του κέντρου υγείας ή η **με οποιονδήποτε άλλο τρόπο απασχόληση στον ιδιωτικό τομέα αποτελεί, εκτός από το παράπτωμα της παρ. 1 εδ. α του άρθρου 77 του Ν.2071/92 το πειθαρχικό αδίκημα της χαρακτηριστικώς αναξιοπρεπούς συμπεριφοράς** του άρθρου 109 παρ. 2 περ. δ του Ν. 2683/99...».

Ο ανωτέρω νομοθετικός περιορισμός της οικονομικής και επαγγελματικής ελευθερίας των ιατρών κλάδου ΕΣΥ είναι καθολικός και συνεπάγεται σαφώς, μεταξύ άλλων, την αδυναμία ανάληψης από τους ιατρούς του ΕΣΥ οιασδήποτε απασχόλησης στον ιδιωτικό τομέα και πάσης φύσεως ιδιωτικού έργου. Επομένως, είναι νομοθετικά ανεπίτρεπτη η ανάληψη οιασδήποτε μορφής έργου και συνακόλουθα η λήψη αμοιβής από φαρμακευτική εταιρεία, είτε αυτό αφορά στην ενεργό συμμετοχή σε συνέδριο με ομιλία ή μάθημα

Ο περιορισμός αυτός των ιατρών του ΕΣΥ θα πρέπει να γίνει δεκτό ότι είναι συνταγματικός και νόμιμος. Η κρίση δε για το αν είναι ή όχι θεμιτός ο περιορισμός που επιβάλλεται στην οικονομική και επαγγελματικής ελευθερία όσων παρέχουν κατ' επάγγελμα υπηρεσίες υγείας είναι κρίση νομιμότητας. Στην προκειμένη περίπτωση φαίνεται ότι ο εισαγόμενος περιορισμός έχει τον απαιτούμενο αντικειμενικό και απρόσωπο χαρακτήρα και δεν θεσπίζει αθέμιτες διακρίσεις, τίθεται για σοβαρούς λόγους δημοσίου συμφέροντος που άπτονται στην όλη φιλοσοφία του ΕΣΥ και είναι αναγκαίος και πρόσφορος χωρίς να προσβάλλει τον πυρήνα του κατοχυρωμένου δικαιώματος.

β. Η παρακολούθηση συνεδρίων – επιστημονικών εκδηλώσεων από τους ιατρούς του ΕΣΥ.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 74 παρ. 6 του Ν. 2071/92 «κάθε ιατρός του Ε.Σ.Υ., καθώς και οι ειδικευόμενοι ιατροί δικαιούνται 15 ημέρες το χρόνο άδεια μετ' αποδοχών για παρακολούθηση επιστημονικών συνεδρίων. Η παρακολούθηση πρέπει να πιστοποιείται αμέσως μετά τη λήξη του συνεδρίου, άλλως σε αντίθετη περίπτωση παρακρατούνται οι αποδοχές και δεν προσμετράται ο χρόνος στην ειδικότητα».

Περαιτέρω, στη διάταξη του άρθρου 11 παρ. 18 του Ν. 2889/2001 προβλέπεται ότι «εκπαιδευτική άδεια για συμμετοχή σε συνέδρια στο εσωτερικό ή το εξωτερικό χορηγείται στο επιστημονικό προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας, με την προϋπόθεση ότι ο ενδιαφερόμενος θα έχει ανακοίνωση ή ενεργό συμμετοχή σε επιστημονικές εκδηλώσεις, συζητήσεις ή διαλέξεις. Σε κάθε άλλη περίπτωση χορηγείται εκπαιδευτική άδεια για την παρακολούθηση παγκόσμιων ή πανευρωπαϊκών συνεδρίων ή συνεδρίων ιδιαίτερου επιστημονικού ενδιαφέροντος, μετά από εισήγηση του Διευθυντή του οικείου τομέα και απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου, που εκδίδεται με την προϋπόθεση ότι ο λειτουργός ή υπάλληλος γνωρίζει άριστα τη γλώσσα που χρησιμοποιείται στο συνέδριο και ότι ο συνολικός αριθμός του προσωπικού που απουσιάζει σε εκπαιδευτική ή άλλη άδεια δεν υπερβαίνει το 50% των υπηρετούντων στο τμήμα του αιτούντος και δεν διαταράσσεται κατά τα λοιπά η εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας».

Περαιτέρω στο εδ. 3 της ίδιας παρ. ρητά αναφέρεται ότι «απαγορεύεται σε ιατρούς, στο λοιπό επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Ε.Σ.Υ., καθώς και σε πανεπιστημιακούς ιατρούς, που εργάζονται σε κλινικές εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., να συμμετέχουν σε συνέδρια ή σεμινάρια στο εσωτερικό ή εξωτερικό, που οργανώνονται από φαρμακευτικές εταιρείες ή εταιρείες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για την προβολή των προϊόντων τους».

Από το συνδυασμό των ανωτέρω διατάξεων προκύπτει ότι οι ιατροί του ΕΣΥ έχουν δικαίωμα συμμετοχής στα συνέδρια και επιστημονικές εκδηλώσεις, η δε κάλυψη των εξόδων τους γίνεται στα πλαίσια της με αριθμό Αριθ. Υ6α/28403/01/27-5-2002 (ΦΕΚ Β' 684/31-5-2002) «Δαπάνες προώθησης φαρμακευτικών προϊόντων», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, όπου προβλέπεται ότι «ως δαπάνες προώθησης αναγνωρίζονται οι χαρακτηριζόμενες από το ενιαίο γενικό λογιστικό σχέδιο με τους κάτωθι κωδικούς δαπάνης: 1. Οι καταχωρούμενες σύμφωνα με το γενικό λογιστικό σχέδιο δαπάνες στο λογαριασμό με κωδικό 64.01 και τις υποδιαίρεσεις του και αφορούν έξοδα ταξιδίων και μετακίνησης και φιλοξενίας προσώπων που ασχολούνται προσωπικά με την υγεία στο εξωτερικό και το εσωτερικό».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Από τα όσα ανωτέρω αναφέρθηκαν, καθίσταται σαφές ότι σύμφωνα με τη κείμενη νομοθεσία, οι ιατροί κλάδου Ε.Σ.Υ. δεν μπορούν να λαμβάνουν αμοιβή από τις φαρμακευτικές εταιρείες – επιχειρήσεις, για την ενεργό συμμετοχή τους σε ιατρικά συνέδρια, διαλέξεις ή άλλες επιστημονικές εκδηλώσεις, καθώς υφίσταται καθολική απαγόρευση ανάληψης κάθε δραστηριότητας – έργου στον ιδιωτικό τομέα, πέραν της καλλιτεχνικής και συγγραφικής δραστηριότητας. Αντίθετα, δεν υφίσταται απαγόρευση για την κάλυψη από τις φαρμακευτικές εταιρείες των δαπανών τους, οι οποίες αφορούν αποκλειστικά και μόνο στη μετάβαση στον τόπο του συνεδρίου – επιστημονικής εκδήλωσης, διαμονή και διατροφή τους κατά το χρόνο αυτού.

Αθήνα 14-4-2010

Η ΓΝΩΜΟΔΟΤΟΥΣΑ ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ

Προς Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων

Αθήνα 28 Απριλίου 2010

Υπόψη: α. Προέδρου κ. Τούντα
β. Διεύθυνση Αξιολόγησης

ΑΠ 569

Κύριοι,

Η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδος (ΕΠΕΓΕ) θα ήθελε να σας ενημερώσει για τα ακόλουθα:

Η διενέργεια των ενδοσκοπήσεων του πεπτικού συστήματος (γαστροσκόπηση & κολonosκόπηση) από γαστρεντερολόγους στη χώρα μας, γίνεται από τη δεκαετία του 1980 σε ιδιωτικά ιατρεία με συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό. Στην Ελλάδα σήμερα σε σύνολο 700 γαστρεντερολόγων, ελευθεροεπαγγελματίες είναι οι 520. Στα ιδιωτικά ιατρεία διεκπεραιώνεται ο μεγαλύτερος όγκος των ασθενών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αποσυμφορώντας το Εθνικό Σύστημα Υγείας και εξοικονομώντας πολυάριθμες ημέρες νοσηλείας από την διακίνηση των ασθενών της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Στην επαρχία μάλιστα, οι ιδιώτες γαστρεντερολόγοι εξυπηρετούν τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού και ελαχιστοποιούν τις μετακινήσεις, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις καλύπτουν και τις ανάγκες του Νομαρχιακού Νοσοκομείου.

Οι ενδοσκοπήσεις αυτές γίνονται σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική με την χορήγηση καταστολής και αναλγησίας που κρίνεται κατά κανόνα απαραίτητη για την άρτια διεξαγωγή τους. Η χορήγηση καταστολής και αναλγησίας γίνεται από τους ίδιους τους γαστρεντερολόγους, με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και τις κατευθυντήριες

οδηγίες και συστάσεις των επιστημονικών και επαγγελματικών εταιριών. Σας επισυνάπτουμε σχετικά τις κατευθυντήριες οδηγίες που έχει εκδώσει η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων σχετικά με το θέμα όπως και την πρόσφατη ανασκόπηση της Αμερικανικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας.

Ο ελευθεροεπαγγελματίας γαστρεντερολόγος προμηθεύεται από το φαρμακείο σκευάσματα όπως είναι η μιδαζολάμη και η φλουμαζενίλη. Τα συγκεκριμένα φάρμακα όμως ανήκουν στην κατηγορία των νοσοκομειακών και ήδη πρόσφατα παρατηρήθηκε δυσκολία στην προμήθεια του Anexate (φλουμαζενίλη). Σας παρακαλούμε όπως μεριμνήσετε για τον τρόπο διάθεσης των ανωτέρω φαρμάκων, προκειμένου να συνεχίσουν να τα προμηθεύονται απρόσκοπτα οι γαστρεντερολόγοι.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Η ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ



Α. ΝΤΑΙΛΙΑΝΑΣ

Ν. ΜΠΟΜΠΟΤΣΗ

Προς Διευθυντή
Τμήμα Κανονιστικών & Δημοσίων Υποθέσεων
κ. Κ. Ντόρτα
ROCHE HELLAS ΑΕ
Αλαμάνας 4 & Δελφών 15125 Μαρούσι

Αθήνα 3 Ιουνίου 2010
ΑΠ 570

Κύριε Ντόρτα,

Η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδος (ΕΠΕΓΕ), όπως σας ενημερώσαμε και στην πρόσφατη συνάντησή μας, απέστειλε επιστολή στον ΕΟΦ (επισυνάπτεται), σχετικά με τον τρόπο διάθεσης της μιδαζολάμης και της φλουμαζενίλης. Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται από τους γαστρεντερολόγους για τη χορήγηση καταστολής και αναλγησίας κατά την ενδοσκόπηση στα Νοσοκομεία και στα Ιδιωτικά Ιατρεία σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική, τη διεθνή βιβλιογραφία και τις κατευθυντήριες οδηγίες της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδας.

Ο ελευθεροεπαγγελματίας γαστρεντερολόγος προμηθεύεται από το φαρμακείο την μιδαζολάμη και τη φλουμαζενίλη. Τα συγκεκριμένα φάρμακα όμως ανήκουν στην κατηγορία των νοσοκομειακών και ήδη πρόσφατα παρατηρήθηκε δυσκολία στην προμήθεια του Anexate (φλουμαζενίλη). Σας παρακαλούμε όπως μεριμνήσετε, προκειμένου να συνεχίσουν να τα προμηθεύονται απρόσκοπτα οι γαστρεντερολόγοι, να τροποποιηθεί ο τρόπος συνταγογράφησης από αποκλειστικά «νοσοκομειακή χρήση» σε: μόνο με συνταγή ιατρού εκπαιδευμένου στη χορήγηση καταστολής και αναλγησίας (π.χ. γαστρεντερολόγου).

Για το Διοικητικό Συμβούλιο

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Η ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ



Α. ΝΤΑΙΛΙΑΝΑΣ

Ν. ΜΠΟΜΠΟΤΣΗ



Ένα αντίο

Παναγιώτης Οικονομόπουλος

Φίλε μας, Καλέ κι Αγαπημένε Φίλε μας Θανάση!

Τι αστροπελέκι ήταν και τούτο που μας βρήκε, τόσο αναπάντεχα, το καταμεσήμερο της αποφράδας εκείνης ημέρας του Απρίλη; Το νέο του απρόσμενου χαμού Σου διαδόθηκε με ταχύτητα φωτός. Ήταν απίστευτο, πλην όμως αληθινό. Και πως να το πιστέψει κανείς. Πριν λίγες μέρες ακούγαμε τη φωνή σου, ήρεμη, αλλά καμπανιστή, ολοστρόγγυλη και σμιλεμένη με την ευφράδεια που σε διέκρινε από την άριστη χρήση της γλώσσας μας και την ελληνική Σου παιδεία. Μιας γλώσσας, που την γνώριζες σε βάθος και είχες το χάρισμα να τη χειρίζεσαι άψογα και με γλαφυρότητα χάρις στην ιδιαίτερη παιδεία και από τον Εκπαιδευτικό πατέρα Σου. Ναι, Θανάση μας, θυμόμαστε τη συγκίνηση και το σεβασμό κάθε φορά που τον ανέφερες.

Εμείς, που είχαμε την τύχη, την τιμή, αλλά και το προνόμιο να μας συγκαταλέγεις στους φίλους Σου μέيناμε άφωνοι. Γιατί για μας ήσουν ο ορισμός του πραγματικού φίλου, στον οποίο ξομολογιόμαστε τα προβλήματά μας, τις σκέψεις μας, τις αγωνίες μας και πάντα είχες ένα καλό και ωφέλιμο λόγο, μια συμβουλή και στις δύσκολες στιγμές πραγματική συμπαράσταση. Τι να πρωτοθυμηθούμε στις συζητήσεις μας. Σε θέματα ιατρικά, κοινωνικά, τέχνης, φιλοσοφίας και πολύ συχνά κι επί παντός επιστητού. Πάντα απεγάδιστος, ειλικρινής, αντικειμενικός, σώφρων, ενήμερος, εκέμυθος, με περισσό χιούμορ, προσόντα Σου που μας ενέπνεαν εμπιστοσύνη αλλά και σεβασμό στο άτομό Σου. Η φροντίδα και η αγάπη για τους πολύ δικούς Σου ανθρώπους, την κόρη Σου την Κατερίνα, τη γυναίκα Σου τη Ρούλα, την αδελφή Σου την Ευγενία και γενικά όλους τους συγγενείς Σου, για τους οποίους νοιαζόσουν, αλλά και γενικότερα για τον άνθρωπο, ήσαν στοιχεία του ιδιαίτερα πράου και μελίχιου χαρακτήρα Σου. Δεν Σε θυμόμαστε ποτέ, ακόμα και σε στιγμές έντασης, να ύψωνες τη φωνή Σου, αφού πάντα είχαμε να ακούσουμε έναν ήρεμο και μεστό λόγο από Εσένα. Να, γιατί χαιρόμαστε την ανθρωπιά Σου και τη συντροφιά Σου, που στέριωνε κι ενδυνάμωνε με γερά θεμέλια τη φιλία μας! Να, γιατί τώρα ζούμε και αισθανόμαστε ολομόναχοι τη φτώχεια μας. Ναι, Θανάση μας, μας φαίνεται ότι φτωχύνουμε χωρίς Εσένα.

Ξεκίνησες να γίνεις Πανεπιστημιακός Δάσκαλος και, σε πείσμα των καιρών στις μέρες μας, τα κατάφερες. Κάπου εκεί στα πρώτα Σου βήματα συναντηθήκαμε και εκτιμήσαμε τα προσόντα Σου. Βλέπαμε την πρόοδο Σου, χαιρόμαστε και κοντολογής καμαρώναμε για τον καλό μας φίλο. Σε θυμόμαστε πάντοτε στις διάφορες επιστημονικές συναντήσεις όπου μέσα από την απεραντοσύνη των λεχθέντων, ουσιωδών, επουσιωδών και του τίποτα, είχες την ικανότητα να ξεχωρίζεις την ήρα από το σιτάρι, να δίνεις γλαφυρά και σύντομα στον, συνήθως, καταπονημένο ακροατή ένα ξεκάθαρο συμπέρασμα, μια χρήσιμη και πολύτιμη γνώση. Νοιώθαμε την αγάπη και την εκτίμηση των φοιτητών Σου, των συνεργατών Σου, αλλά κι εκείνη των παραπάνω από Σένα, όσων, τουλάχιστον, βρίσκονταν στο ανάλογο ηθικό Σου επίπεδο.

Θανάση μας, να είσαι βέβαιος ότι θα Σε θυμόμαστε πάντα με συγκίνηση, θαυμασμό και με αγάπη.

Για τους φίλους Σου

Παναγιώτης Οικονομόπουλος

Αθήνα 8-6-2010



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

West... Laterally Spreading Tumours... Story.

Η πρώτη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Από την Ανατολή στη Δύση.

Ι. Γ. Καλλιακμάνης

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί τη 2^η αιτία θανάτου από καρκίνο σε Ευρώπη και Αμερική. Στην Ιαπωνία η επίπτωση αυξάνεται και σήμερα αποτελεί την 4^η αιτία θανάτου σε άντρες, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, του στομάχου και του ήπατος, ενώ στις γυναίκες αποτελεί την 1^η αιτία θανάτου.

Η κολονοσκόπηση σε Δύση και Ανατολή, αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την πρώτη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Με τη κολονοσκόπηση ανιχνεύονται εύκολα οι πολυποειδείς βλάβες. Αντιθέτως μη πολυποειδείς βλάβες συχνά παραβλέπονται ή υποεκτιμώνται. Αρχικά οι γνώσεις για τις μη πολυποειδείς βλάβες του παχέος εντέρου βασίστηκαν σε παρατηρήσεις σε Ιάπωνες ασθενείς¹. Οι παρατηρήσεις αυτές αποτέλεσαν τη βάση για την ταξινόμηση που αποφασίσθηκε στο διεθνές συνέδριο του 2002 στο Παρίσι, που βασίζεται στη μακροσκοπική εμφάνιση των νεοπλασμάτων, γνωστή ως Paris classification². Οποιαδήποτε προβολή $\leq 2,5$ χιλιοστά ταξινομείται σαν επίπεδη νεοπλασματική βλάβη. Τα 2,5 χιλιοστά μπορεί να τα εκτιμήσει κανείς με τον εξής πρακτικό τρόπο: συγκρίνοντας το ύψος της προέχουσας βλάβης με το πάχος της λαβίδας βιοψιών, που είναι 2,5 mm.

Η χρησιμότητα και η λογική της ενδοσκοπικής ταξινόμησης των επιφανειακών νεοπλασματικών εξεργασιών σύμφωνα με τη Συμφωνία των Παρισίων είναι: 1) μια προσπάθεια να γίνει ενδοσκοπική εκτίμηση της διήθησης του τοιχώματος από τη νεοπλασία in vivo, προτού η βλάβη φτάσει στον παθολογοανατόμο. Αυτή η εκτίμηση βοηθάει να ληφθούν αποφάσεις για επεμβατικές πράξεις κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης, 2) να συμφωνηθεί μια ενιαία ορολογία, ώστε να μπορεί να γίνεται συγκριτική μελέτη της διακριτικής ικανότητας των νεότερων μεθόδων και τεχνικών.

Σύμφωνα με αυτή οι επιφανειακές βλάβες (τύπος 0) διακρίνονται σε 3 ξεχωριστές ομάδες: α) πολυποειδείς (τύπος 0-I), β) μη πολυποειδείς (τύπος 0-II) που υποδιαιρούνται σε 0-IIa=ελαφρά υπεργερμένες, 0-IIb=επίπεδες και 0-IIc=με ελαφρά

εμβάθυνση και γ) μη πολυποειδείς με έλκος (0-III). Η κατεύθυνση της ανάπτυξης του όγκου έχει ιδιαίτερη σημασία στην κατά Paris ταξινόμηση. Στον κάθετο άξονα και προς τα πάνω αυξάνονται οι βλάβες που προεξέχουν δηλ. οι πολυποειδείς (τύπος 0-I). Οι βλάβες με κεντρική εμβάθυνση ή εντύπωμα αντιπροσωπεύονται από τον τύπο 0-IIc και αυξάνονται κατά τον κάθετο άξονα (προς τα κάτω).

Μερικά επίπεδα νεοπλάσματα (αδενώματα) εξαπλώνονται στον οριζόντιο άξονα στο τοίχωμα του π. εντέρου και δεν αυξάνονται ιδιαίτερα σε ύψος. Αυτός ο συγκεκριμένος τύπος νεοπλασμάτων, που έχει διάμετρο μεγαλύτερη από 10mm, έχει επικρατήσει με τον όρο **LST(laterally spreading tumor)**. Συχνά οι LST βλάβες παραβλέπονται ακόμα κι αν είναι μεγάλες σε μέγεθος, ενώ είναι σαφές ότι είναι πάρα πολύ δύσκολο να ανευρεθούν με βαριούχο υποκλυσμό. Η διάγνωση απαιτεί να μπορεί ο ενδοσκόπος να παρατηρεί μια μικρή περιοχή που παρουσιάζει ήπιες ή πολύ ήπιες αλλαγές στο χρώμα. Επίσης διακοπή του βλεννογονικού αγγειακού δικτύου, μια πολύ μικρή αλλοίωση του εντερικού τοιχώματος ή σημεία αυτόματης αιμορραγίας συνιστούν εμβάθυνση ή επίπεδες βλάβες. Ο ενδοσκόπος των Δυτικών χωρών που δεν είναι εξοικειωμένος, πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή σε αλλοιώσεις που είναι επίπεδες ή σε εκείνες που παρουσιάζουν εμβάθυνση, διότι οι πρώιμες ορατές αλλαγές στον βλεννογόνο, είναι δυσδιάκριτες. Τέτοιες είναι οι ήπιες αλλαγές στο χρώμα, όπως προαναφέρθηκε, η απότομη διακοπή του αγγειακού δικτύου, τα αυτόματα σημεία αιμορραγίας καθώς και οι αλλαγές στη μορφή της βλάβης με εμφύσηση ή αναρρόφηση αέρα.^{3,4}

Τα LSTs διακρίνονται σε δύο τύπους: α) LST-G (granular type), τύπο που διαιρείται επιπλέον σε ομογενοποιημένο και αδενικό μεικτό τύπο και β) LST-NG (non- granular) type (εικ 1), τύπο που διαιρείται επιπλέον σε επίπεδο τύπο με ήπια ανύψωση και σε εκείνον με ψευδοεμβάθυνση. (Πίνακας 1)

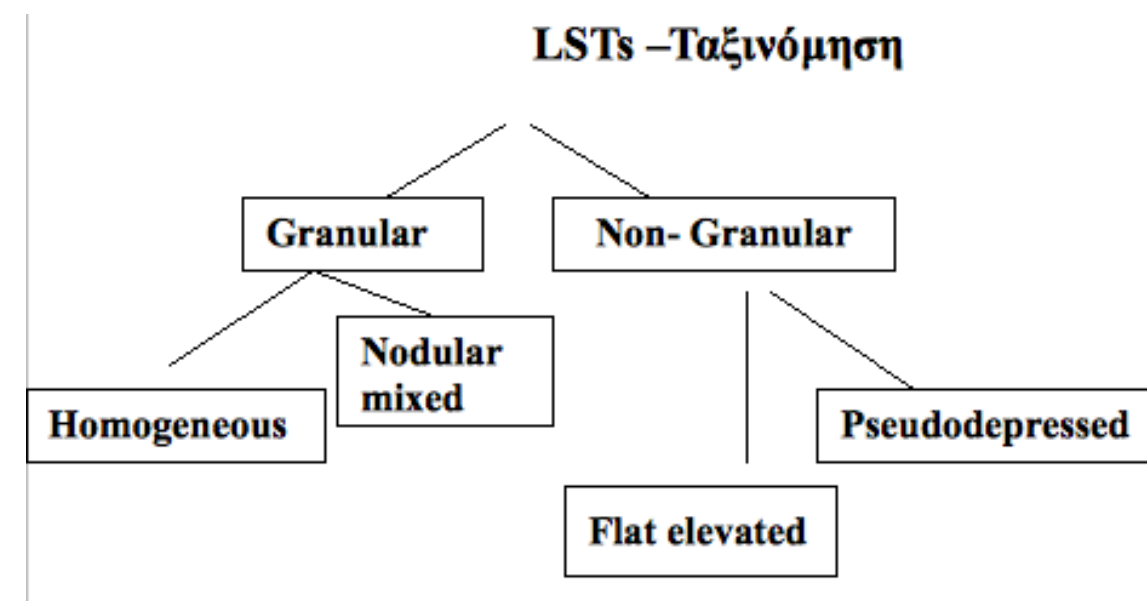


ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

West... Laterally Spreading Tumours... Story.

Η πρώτη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Από την Ανατολή στη Δύση.



Πίνακας 1

Με λεπτομερή παρατήρηση αλλά και χρήση χρωμοενδοσκόπησης (blue de methylene & indigo carmine είναι οι χρωστικές που βοηθούν περισσότερο) είναι δυνατόν να αναδειχθεί η βλάβη σε όλη την έκτασή της καθώς και να χαρακτηριστεί με σαφήνεια αν πρόκειται για αληθή εμβάθυνση ή ψευδοεμβάθυνση.

Επειδή λίγα LSTs διηθούν τον υποβλεννογόνο χιτώνα αποτελούν μια καλή ένδειξη για EMR (endoscopic mucosal resection)^{5,6}

Η θεωρία της ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου σε έδαφος προϋπάρχοντος πολύποδος είναι καλά τεκμηριωμένη από ετών. Είναι η θεωρία (adenoma-carcinoma sequence) που υποστηρίζει ότι το καρκίνωμα προέρχεται από προεξέχουσες αδενωματώδεις πολυποειδείς βλάβες που αυξάνονται σε μέγεθος και τελικά εξελκώνονται και εξαλλάσσονται. Αυτή η αλληλουχία γεγονότων συνοψίζεται με τον εύστοχο όρο "mountain route"⁷. Ωστόσο με την χρήση περισσότερο προηγμένης τεχνολογίας υψηλής ανάλυσης στην ενδοσκόπηση, αναδείχθηκε ότι πολλά νεοπλάσματα προέρχονται από επίπεδες μη- πολυποειδείς βλάβες

ή από αλλοιώσεις με κεντρική εμβάθυνση. Πρόκειται για τη θεωρία της de novo ανάπτυξης καρκινώματος χωρίς αδενωματώδες στοιχείο, σε έδαφος μη πολυποειδούς βλάβης "direct route". Κάποιοι συγγραφείς, κυρίως Ιάπωνες, ανέπτυξαν λοιπόν τη θεωρία ανάπτυξης καρκίνου από μη πολυποειδείς βλάβες και διεπίστωσαν, ότι οι βλάβες αυτές είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο κακοήθους διήθησης συγκρινόμενο με αυτόν των πολυποειδών νεοπλασμάτων.^{8,9}

Η τάση που έχουν να διεισδύουν οι επίπεδες βλάβες με εμβάθυνση στον υποβλεννογόνο χιτώνα κάνει την πρώτη ανεύρεση τους κριτικής σημασίας για την βελτίωση των δεικτών της θνητότητας και θνησιμότητας από καρκίνο παχέος εντέρου. Για αυτούς τους λόγους οι ενδοσκόποι της Δύσης θα πρέπει να μπορούν να αναγνωρίσουν αυτές τις βλάβες και είναι σημαντικό να συζητηθεί το κακόηθες δυναμικό και οι θεραπευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης των μη-πολυποειδών βλαβών. Έτσι σχετικά πρόσφατα, ο Hurlstone DP και συν. από την Αγγλία, παρατήρησαν περιοχές με υψηλόβαθμη δυσπλασία στα επίπεδα αδενώματα



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

West... Laterally Spreading Tumours... Story.

Η πρώτη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Από την Ανατολή στη Δύση.



Εικόνα 2. Μετά από υποβλεννογόνιο έγχυση διαλύματος Blue de methylene για καθορισμό των ορίων της



Εικόνα 1. Ανάδειξη LST-NG με χρήση NBI



Εικόνα 3. Ευμέγεθες LST-G στην περιοχή του ορθού-ανάστροφη όραση

σε ποσοστό 25% , ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα πολυποειδή αδενώματα ήταν 12%¹⁰.

Επίσης , προηγούμενες μελέτες δείχνουν ότι μεταξύ των επιπέδων βλαβών, εκείνες με **το μεγαλύτερο κίνδυνο κακοήθους διηθήσεως είναι οι αλλοιώσεις με εμβάθυνση. Για τις βλάβες αυτές και μέγεθος μεγαλύτερο των 2 cm , ο κίνδυνος της κακοήθους εξαλλαγής είναι 40%** ενώ ο αντίστοιχος κίνδυνος για τα πολυποειδή νεοπλασμάτα είναι μόλις 1.3%¹¹.

Το πρώιμο καρκίνωμα του παχέος εντέρου καθορίζεται από το βάθος της διήθησης στον υποβλεννογόνιο χιτώνα. Ο βαθμός της υποβλεννογονίας διήθησης ταξινομείται σε τρεις τύπους με βάση το βάθος: όταν η διήθηση είναι λιγότερο από το 1/3 του υποβλεννογόνου τότε λέγεται στάδιο sm1 και αν είναι περισσότερο από τα 2/3 λέγεται στάδιο sm3. Το ενδιάμεσο στάδιο είναι το sm2. Τα sm1 πρώιμα καρκινώματα χωρίς διηθήσεις των αγγείων δεν περιέχουν ουσιαστικά κίνδυνο λεμφαδενικών μεταστάσεων και επομένως μπορούν να αφαιρεθούν με σχετική ασφάλεια ενδοσκοπικά¹¹.

Επιλογή για ενδοσκοπική αντιμετώπιση

Η επιλογή των βλαβών για ενδοσκοπική εκτομή είναι πολύ σημαντική. Γενικά, ο δείκτης της υποβλεννογονίας διήθησης για τις LSTs βλάβες είναι χαμηλός καθώς αυτές εκτείνονται οριζοντίως και επιφανειακά. Για αυτόν τον λόγο η EMR (endoscopic mucosal resection) είναι ιδανική μέθοδος για θεραπεία. Ο ομοιογενής τύπος (homogeneous type) των granular LSTs, σπάνια εισδύει στον υποβλεννογόνιο χιτώνα και η φυσική ιστορία αυτού του τύπου δείχνει ότι μπορεί σε ηλικιωμένους ασθενείς να μην είναι απαραίτητη η βλεννογονεκτομή.

Καλή επιλογή για ενδοσκοπική αντιμετώπιση αποτελούν ο αδενικός μεικτός τύπος όπως και ο επίπεδος ελαφρά ανυψωμένος τύπος.^{13,14} (εικ.1).



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

West... Laterally Spreading Tumours... Story.

Η πρώτη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Από την Ανατολή στη Δύση.

Ταξινόμηση μη πολυποειδών βλαβών και προτεινόμενη αντιμετώπισή τους

ΤΥΠΟΣ	ΜΕΓΕΘΟΣ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
Ελαφρώς υπέγερση τύπος(flat adenoma)	<0.5cm 0.5-1.0 cm	Βιοψία EMR
LST >2.0cm	1.0-2.0 cm	EMR en bloc EPMR
Με εμβάθυνση ή εντύπωμα	<1.0cm >1.0 cm	EMR, en bloc Χειρουργική αντιμετώπιση

EMR: endoscopic mucosal resection, EPMR: endoscopic peace meal mucosal resection

Πίνακας 2

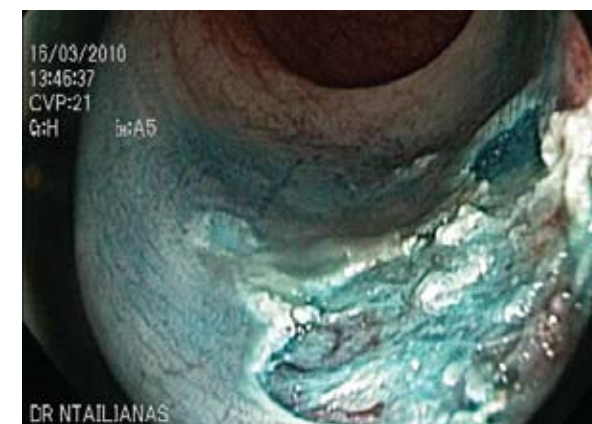
Ο πιο ενδιαφέρων τύπος LSTs είναι ο εκείνος με ψευδοεμβάθυνση (pseudodepressed) διότι εμφανίζει έναν ιδιαίτερα υψηλό δείκτη διήθησης του υποβλεννογονίου χιτώνα περίπου 37.7% στο σύνολο και 100% για LSTs μεγέθους >30mm σε διάμετρο¹⁴.

Οι Hurlstone et al πέτυχαν ικανοποιητική αντιμετώπιση στα 56 από τα 82 LSTs που ανευρέθησαν με EMR. Ωστόσο παραμένει κρίσιμη η ερώτηση αν η ενδοσκοπική ή χειρουργική αντιμετώπιση είναι αυτή που πρέπει να εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση των μη πολυποειδών βλαβών. Στις βλάβες με εντύπωμα ή εμβάθυνση έχει φανεί ότι γρήγορα διηθούν στον υποβλεννογόνιο χιτώνα και έχουν κακοήθες

δυναμικό και γι'αυτό πρέπει να αντιμετωπίζονται. Εάν περιορίζονται στον βλεννογόνο ή έχουν μόλις διηθήσει στον υποβλεννογόνιο χιτώνα, χωρίς διήθηση των αγγείων του, μπορούν να αφαιρεθούν τελείως ενδοσκοπικά. Η ιστολογική εξέταση είναι εκείνη που θα αναδείξει την μαζική διήθηση του υποβλεννογονίου από το καρκίνωμα ή όχι και την πιθανή διήθηση των αγγείων του, όποτε και απαιτείται συμπληρωματικά χειρουργική αντιμετώπιση.¹⁵

Σημεία του προχωρημένου καρκινώματος είναι οι βλάβες με εντύπωμα, μεγάλες σε μέγεθος >10mm, που έχουν ακαθόριστη αρχιτεκτονική των κρυπών ακόμη και μετά από χρώση, όπως και η απουσία σημείου ανύψωσης μετά από υποβλεννογόνιο έγχυση διαλύματος οπότε και πρέπει να αντιμετωπίζονται χειρουργικά (Πίνακας 2).

Επίπεδες βλάβες έως 5mm μπορούν να αφαιρεθούν με λαβίδα βιοψίας, έως 2cm μπορούν να αφαιρεθούν en bloc με EMR, ενώ βλάβες μεγαλύτερες από 2 cm πρέπει να αντιμετωπίζονται με τμηματική εκτομή (piecemeal resection) κάτι που όμως αυξάνει τον κίνδυνο για τοπική υποτροπή όπως έδειξε στη μελέτη του ο Hurlstone (στο 17% ανερχόταν ο κίνδυνος υποτροπής στη μελέτη) και συστήνεται επισταμένη παρακολούθηση¹⁵. Σε περιπτώσεις που δεν επιτυγχάνεται ολική αφαίρεση, συμπληρωματικά η χρήση με Argon Plasma Coagulation μπορεί να είναι μια καλή επιλογή όπως επίσης και η χρωμοενδοσκόπηση για την αναγνώριση πιο εύκολα εναπομεινάντων



Εικόνα 4. Η επιτυχής αφαίρεσης ευμεγέθους βλάβης LST μετά από υποβλεννογόνιο έγχυση διαλύματος Blue de Methylene



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

West... Laterally Spreading Tumours... Story.

Η πρώτη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Από την Ανατολή στη Δύση.

νσιδίων νεοπλασματικού ιστού.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι ο γαστρεντερολόγος της Δύσης πλέον, θα πρέπει να αναζητά την ύπαρξη τέτοιων μη πολυποειδών βλαβών για να εξοικειωθεί με τη δύσκολη ανεύρεσή τους, αλλά κυρίως για να τις ταξινομήσει και έτσι να εντάξει την ενδοσκοπική βλενογονεκτομή στο θεραπευτικό του οπλοστάσιο. Ειδικά σε ενδοσκοπικά τμήματα της Δύσης που διαθέτουν υψηλής ανάλυσης τεχνολογία και δυνατότητες χρωμοενδοσκόπησης θα πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκονται οι ύποπτες βλάβες και να αντιμετωπίζονται ενδοσκοπικά και όπου απαιτείται με συμπληρωματική χειρουργική θεραπεία, με σκοπό την πλήρη εξάλειψη της βλάβης και του κακοήθους δυναμικού της.

Ήδη με τη χρήση υψηλής ανάλυσης απεικόνισης, έχει αυξηθεί στις Δυτικές χώρες, το ποσοστό των επιπέδων αλλοιώσεων και των βλαβών με εντύπωμα γεγονός που επιβεβαιώνει ακόμη περισσότερο ότι δεν είναι Ιαπωνικό φαινόμενο. Ήταν πάντα εκεί αλλά δεν τις βλέπαμε...

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Matsui T, Yao t, Iwashita A. Natural history of colorectal cancer. World J Surg 2000;24:1022-8
- 2) Lambert R, Lightdale CJ, The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon. Gastrointest Endosc 2003;58(Suppl 6): s3-43
- 3) Kudo S, Kashida H, Tamura T, et al. Colonoscopic diagnosis and management of nonpolypoid colorectal cancer. World J Surg 2000;24:1081-90
- 4) Kudo S, Kashida H, Nakajima T, et al. Endoscopic diagnosis and treatment of early colorectal cancer. World J Surg 1997;21(7):94-701
- 5) Tanaka S, Hamura K, Oka S, et al. Clinicopathological features and endoscopic treatment of superficially spreading colorectal neoplasms larger than 20 mm. Gastrointest Endosc 2001;54(1):62-6
- 6) Soetinko RM, Inoue H, Chang KJ. Endoscopic mucosal resection. Current concepts-Gastrointest Endosc Clin N Am 2000;10(4):595-617
- 8) Kuramoto S, Oohara T. Flat early cancers of the large intestine. Cancer 1989;15:950-5

9) Minamoto T, Sawaguchi K, Ohta T, et al. Superficial -type adenomas and adenocarcinomas of the colon and the rectum :a comparative morphological study. Gastroenterology 1994;106:1436-43

10) Hurlstone DP, Sanders DS, Cross SS, et al. A prospective clinicopathological and endoscopic evaluation of flat and depressed colorectal lesions in the United Kingdom. Am J Gastroenterol 2003;98:2543-9

11) Kudo S, Kashida H, Tamura T, et al. Colonoscopic diagnosis and management of nonpolypoid colorectal cancer. World J Surg 2000;24:1081-90

12) Ajioka Y, Watanabe H, Kazama S, et al. Early colorectal cancer with special reference to the superficial nonpolypoid type from a histopathologic study. World J Surg 2000;24:1075-80

13) Uraoka T, Saito Y, Matsuda T, et al. Endoscopic indications for endoscopic mucosal resection of laterally spreading tumours in the colorectum. Gut 2006;55(11):1592-7.

14) Shin-ei Kudo, Orie Takemura, Kazuo Ohtsuka. Flat and Depressed Types of Early Colorectal Cancers: From East to West. Gastroint. Endoscopy Clin N Am 18(2008) 581-593

15) Hurlstone DP, Sanders DS, Cross SS, et al. Colonoscopic resection of laterally spreading tumours : a prospective analysis of endoscopic mucosal resection. Gut 2004;53:1334-9

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Σταυρούλα Β Κοιλάκου



Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντεροπάθειες (ελκώδης κολίτις και νόσος του Crohn) είναι χρόνιες νόσοι, η πορεία των οποίων χαρακτηρίζεται από περιόδους υφέσεων και εξάρσεων και στην αντιμετώπιση των οποίων η ενδοσκόπηση κατέχει ρόλο «κλειδί». Γεννάται όμως το εύλογο ερώτημα του πότε ενδοσκοπούμε τους ασθενείς αυτούς και πώς. Στην απάντηση θα πρέπει να σταθμίσουμε την αναγκαιότητα της παρέμβασής μας και το θεραπευτικό όφελος από αυτήν. Στη συνέχεια θα αναφερθούν σε γενικές γραμμές οι κατευθυντήριες οδηγίες που ακολουθούνται από την επιστημονική κοινότητα, έτσι όπως αυτές έχουν προκύψει από διεθνείς ομοφωνίες και αποτελούν ένα βασικό οδηγό ιατρικής πρακτικής, χωρίς όμως να δεσμεύουν το θεράποντα ιατρό, ο οποίος και τελικά θα σταθμίσει κατά περίπτωση την ανάγκη διενέργειας ενδοσκόπησης για τον εκάστοτε ασθενή του.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η ενδοσκοπική εξέταση του πεπτικού σωλήνα με τη σύγχρονη λήψη βιοψιών αποτελεί το απαραίτητο εργαλείο που σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα και τις παρακλινικές εξετάσεις θα θέσει τη διάγνωση της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου (ΙΦΝΕ), αλλά και θα δώσει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τη βαρύτητα και την έκτασή της, παράγοντες, η γνώση των οποίων είναι απαραίτητη για το σχεδιασμό της θεραπείας αλλά και για την πρόγνωση της πορείας των νοσημάτων αυτών. Σε κάθε περίπτωση ύποπτη για ΙΦΝΕ θα πρέπει να διενεργείται ολική κολονοσκόπηση και ειλεοσκόπηση με λήψη πολλαπλών βιοψιών (> 2) από κάθε τμήμα του εντέρου (τελικός ειλεός, τυφλό, ανιόν, εγκάρσιο, κατión, σιγμοειδές και ορθό), τοποθετημένες σε χωριστά φιαλίδια μεταφοράς και συνοδευόμενες από τις απαραίτητες κλινικές πληροφορίες. Στις περιπτώσεις μόνο με οξεία βαριά προσβολή του παχέος, όπου η προσπάθεια για ολική κολονοσκόπηση θα μπορούσε να οδηγήσει σε επιπλοκές όπως

η διάτρηση, δικαιολογείται η διενέργεια σιγμοειδοσκόπησης και η λήψη τουλάχιστον δύο βιοψιών, ως αρχικής διαγνωστικής εξέτασης. Στις περιπτώσεις διεγνωσμένης ελκώδους κολίτιδας (ΕΚ) η γαστρο12δακτυλοσκόπηση συστήνεται μόνο επί συμπτωμάτων του ανώτερου πεπτικού, ενώ στις περιπτώσεις υποψίας ή και διεγνωσμένης ακόμα νόσου του Crohn, κρίνεται απαραίτητη η καρτογράφιση της νόσου, η οποία μεταξύ άλλων θα περιλαμβάνει και τη διενέργεια γαστροσκόπησης με λήψη βιοψιών. Η δε γαστροσκόπηση με λήψη βιοψιών βοηθά και στις περιπτώσεις εκείνες όπου ο ασθενής έχει μια ακαθόριστη ιστολογικά κολίτιδα και όπου η τυχόν ανάδειξη εστιακής ενεργού γαστρίτιδας στο στόμαχο, απουσία εξέλκωσης, μπορεί να είναι χαρακτηριστικό νόσου Crohn και να αποτελέσει χρήσιμη διαφοροδιαγνωστική πληροφορία. Οι μακροσκοπικά ορατές βλεννογονικές βλάβες στη νόσο του Crohn γενικά χαρακτηρίζονται από ασυνέχεια, τμηματική κατανομή, αφθώδη έλκη ή μεγαλύτερα οφιοειδή έλκη εν μέσω φυσιολογικού βλεννογόνου δίδοντας την εικόνα «λιθοστρώτου», ενώ στην ελκώδη κολίτιδα οι βλάβες ξεκινούν ήδη από το ορθό και επεκτείνονται κεντρικά κατά βλεννογονική συνέχεια και μπορεί να ποικίλουν από ερύθημα, οίδημα, κοκκίωση, έως αυτόματη ή προκλητή αιμορραγία, διαβρώσεις και εξελκώσεις. Η ενδοσκόπηση λεπτού εντέρου με ασύρματη κάψουλα θα πρέπει να γίνεται σε εκείνους τους ασθενείς που υπάρχει υψηλή κλινική υποψία για νόσο Crohn παρά την αρνητική ειλεοκολονοσκόπηση και τις αρνητικές ακτινολογικές εξετάσεις (αξονική, μαγνητική ή συμβατική εντερόκλυση). Η εντεροσκόπηση με διπλό μπαλόνι θα πρέπει να συστήνεται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις, όπου οι βλάβες δεν είναι αλλιώς προσπελάσιμες και απαιτείται η λήψη βιοψιών για τη διάγνωση ή για θεραπευτικούς λόγους (π.χ. διενέργεια διαστολών σε αυτές τις περιοχές όταν συνοδεύονται από μόνιμη ινώδη στένωση)



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ
ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΛΗΚΥΘΙΤΙΔΑ

Η ενδοσκόπηση είναι απαραίτητο διαγνωστικό εργαλείο στις περιπτώσεις ληκυθιτίδας. Υπολογίζεται ότι το 50% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, που έχουν υποβληθεί σε ολική κολεκτομή και ειλεοπρωκτική αναστόμωση με δημιουργία νεοληκύθου, θα αναπτύξουν φλεγμονή της ληκύθου μέσα στα επόμενα 10 χρόνια από την επέμβαση. Η διάγνωση της ληκυθιτίδας απαιτεί την παρουσία συμπτωμάτων σε συνδυασμό με χαρακτηριστικά ενδοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα. Τα ενδοσκοπικά ευρήματα στη ληκυθίτιδα μπορεί να περιλαμβάνουν ερύθημα, οίδημα, ευθρυπτότητα, αυτόματα ή προκλητή αιμορραγία, διαβρώσεις ή/και εξελκώσεις. Οι παραπάνω βλάβες μπορεί να κατανέμονται τμηματικά σε αντίθεση με ό,τι συνήθως συμβαίνει στην ελκώδη κολίτιδα, οι δε βιοψίες πρέπει να λαμβάνονται και από τη λήκυθο, αλλά και από το εγγύς σκέλος του τελικού ειλεού, προς αποκλεισμό της πιθανότητας να πρόκειται για νόσο Crohn, μη αρχικά διαγνωσθείσης.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΚΠΕ)

Οι ασθενείς στους οποίους χρονολογείται από μακρόν η παρουσία ελκώδους κολίτιδας, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αναπτύξουν καρκίνο στο παχύ έντερο. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος αυτός εξαρτάται από την έκταση της νόσου, τη διάρκεια της και την σύγχρονη παρουσία πρωτοπαθούς σκληρυντικής χολαγγειίτιδας. Πιο συγκεκριμένα, η αθροιστική επίπτωση ανάπτυξης ΚΠΕ ανέρχεται στο 2.5% στα 20 χρόνια νόσου, στο 7.6% στα 30 χρόνια και στο 10.8% στα 40 χρόνια νόσου. Επιπλέον μεγαλύτερο κίνδυνο έχουν οι ασθενείς με εκτεταμένη κολίτιδα, μέτριο κίνδυνο εκείνοι με αριστερόπλευρη κολίτιδα, ενώ όσοι πάσχουν από ορθίτιδα δεν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Συστήνεται λοιπόν να ακολουθούν οι ασθενείς με ΕΚ ένα πρόγραμμα κολονοσκόπησης επιτήρησης το οποίο επιτρέπει την πρωιμότερη ανακάλυψη περιπτώσεων ΚΠΕ και την επακόλουθη καλύτερη πρόγνωση. Βάσει λοιπόν των κατευθυντήριων οδηγιών του ECCO (European Crohn's and Colitis Organization) συστήνεται η

διενέργεια της πρώτης κολονοσκόπησης ελέγχου 8-10 χρόνια μετά την έναρξη των συμπτωμάτων της νόσου, για να επανεκτιμηθεί η έκταση της νόσου. Στις περιπτώσεις εκτεταμένης κολίτιδας οι κολονοσκοπήσεις επιτήρησης πρέπει να ξεκινούν αμέσως μετά την κολονοσκόπηση ελέγχου και να διενεργούνται κάθε δύο έτη για τα πρώτα 20 χρόνια και ετησίως από και πέρα. Στην αριστερόπλευρη κολίτιδα η επιτήρηση ξεκινά 15 χρόνια μετά την έναρξη των συμπτωμάτων, ενώ για την ορθίτιδα δεν απαιτείται επιτήρηση. Όταν ο ασθενής πάσχει και από πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα, η επιτήρηση πρέπει να αρχίζει ήδη από τη στιγμή της διάγνωσης της ΠΣΧ και να διενεργείται ανά έτος. Απαιτούνται τουλάχιστον 33 βιοψίες για να ανιχνευθεί δυσπλασία με ευαισθησία της τάξεως του 90-95%. Έτσι συστήνεται να λαμβάνονται 4 βιοψίες κάθε 10 εκατοστά καθ'όλο το μήκος του παχέος εντέρου από τον φυσιολογικό μακροσκοπικά βλεννογόνο, ενώ πρέπει να λαμβάνονται βιοψίες και από κάθε στενωμένη περιοχή ή προβάλλουσα βλάβη. Η διενέργεια ολικής κολονοσκόπησης είναι απαραίτητη μιας και το 1/3 των αναπτυσσόμενων όγκων εμφανίζονται στο δεξιό έντερο. Εναλλακτική δυνατότητα στην κλασική κολονοσκόπηση αποτελεί η χρωμοενδοσκόπηση με χρήση χρωστικών όπως το μπλε του μεθυλενίου και το indigo carmine και η λήψη στοχευμένων βιοψιών από ύποπτες μακροσκοπικά περιοχές. Στις περιπτώσεις υψηλόβαθμης δυσπλασίας σε επίπεδο βλεννογόνου ή αδενοκαρκινώματος ο ασθενής πρέπει να οδηγείται σε κολεκτομή. Σε περιπτώσεις ανεύρεσης χαμηλόβαθμης δυσπλασίας, θα πρέπει να συζητείται και να προσφέρεται στον ασθενή η λύση της κολεκτομής ή η εναλλακτική δυνατότητα της επανάληψης της κολονοσκόπησης επιτήρησης εντός τριών ή έξι μηνών. Οι προβάλλουσες βλάβες πρέπει να αφαιρούνται πλήρως και να λαμβάνονται βιοψίες από τον παρακείμενο βλεννογόνο. Αν στον παρακείμενο επίπεδο βλεννογόνο δεν υπάρχει δυσπλασία, το ενδοσκοπικό πρόγραμμα επιτήρησης εντατικοποιείται με την επόμενη να διενεργείται μετά από τρεις μήνες και στη συνέχεια κάθε έξι μήνες, καθώς αυτοί οι ασθενείς έχουν μεγάλη πιθανότητα να αναπτύξουν περαιτέρω προβάλλουσες βλάβες. Στις περιπτώσεις βέβαια



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ
ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

που ο παρακείμενος επίπεδος βλεννογόνος παρουσιάζει επίσης δυσπλασία, ο ασθενής πρέπει να κολεκτομηθεί.

Παρόμοια είναι η πρακτική μας και σε περιπτώσεις από μακρόν διαγνωσθείσης Crohn κολίτιδας, καθώς και εκεί φαίνεται πως η επίπτωση του ΚΠΕ αυξάνεται με την πάροδο των ετών.

ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Στις περιπτώσεις παρουσίας περιπρωκτικής νόσου πέρα από τις απεικονιστικές εξετάσεις (MRI πυέλου / διορθικό υπερηχογράφημα) ή την χειρουργική εξέταση υπό αναισθησία, που απαιτούνται για τη σωστή εκτίμηση της φύσης των συριγγίων, κρίνεται απαραίτητος και ο ενδοσκοπικός έλεγχος με ορθοσιγμοειδοσκόπηση, καθώς η παρουσία φλεγμονής στο ορθό έχει προγνωστική και θεραπευτική συσχέτιση με την έκβαση της περιπρωκτικής νόσου.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΣΕ ΝΟΣΟ CROHN

Περίπου το 80% των ασθενών με νόσο Crohn θα χρειαστεί να χειρουργηθούν κατά τη διάρκεια της ζωής τους, η δε πλειοψηφία αυτών των ασθενών υφίσταται εκτομή του τελικού ειλεού και του τυφλού. Ενδοσκοπική υποτροπή χωρίς προφυλακτική μετεγχειρητική θεραπεία παρατηρείται στο 65-90% των ασθενών στον πρώτο χρόνο μετά την εγχείρηση και στο 80-100% το δεύτερο χρόνο, ενώ κλινική υποτροπή εμφανίζεται στο 20-25% ανά έτος. Η ενδοσκοπική υποτροπή προηγείται της εμφάνισης συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη νόσο. Εκτός δε από εκείνους τους ασθενείς που χαρακτηρίζονται υψηλού κινδύνου για υποτροπή (π.χ. καπνιστές, όσοι έχουν ιστορικό προηγηθείσης εντερεκτομής ή εκτεταμένης εκτομής εντέρου, ασθενείς με περιπρωκτική νόσο ή νόσο με διατρηαίνουσα συμπεριφορά) όπου η έναρξη της προφυλακτικής θεραπείας θα ήταν καλό να αρχίζει εντός δυο εβδομάδων από την εγχείρηση, στους υπόλοιπους ασυμπτωματικούς και χαμηλού κινδύνου, συστήνεται να γίνεται μια κολονοσκόπηση ελέγχου εντός του πρώτου έτους μετά το χειρουργείο και εάν τα ενδοσκοπικά ευρήματα αποκαλύπτουν σοβαρές

βλάβες στον νεοτελικό ειλέο και την αναστόμωση (Rutgeet's score 3 ή 4) να ξεκινά προφυλακτική θεραπεία ακόμη και επί απουσίας συμπτωμάτων, γιατί μια τέτοια ενδοσκοπική εικόνα αποτελεί κακό προγνωστικό δείκτη.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΠΟΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Το ερώτημα που απασχολεί περισσότερο ίσως απ' οτιδήποτε άλλο τον γαστρεντερολόγο κατά την παρακολούθηση των ασθενών με διαγνωσμένη ΙΦΝΕ είναι η συχνότητα διενέργειας ενδοσκοπικού ελέγχου. Έτσι λοιπόν ενώ ο ουδός αντίστασης για τη διενέργεια μιας εκ νέου κολονοσκόπησης είναι χαμηλός στις περιπτώσεις κλινικής υποτροπής ή στις περιπτώσεις ανθεκτικότητας στη θεραπεία με τα εκάστοτε χορηγούμενα φάρμακα, όπου οι πληροφορίες της ενδοσκόπησης θα καθορίσουν και την περαιτέρω θεραπεία, το πόσο συχνά και το εάν εν τέλει είναι απαραίτητο να ενδοσκοπείται ασθενής που βρίσκεται σε κλινικοεργαστηριακή ύφεση δεν έχει επαρκώς απαντηθεί. Η συνήθης πρακτική είναι να μην ενδοσκοπείται ένας τέτοιος ασθενής καθώς για τους περισσότερους ιατρούς αρκεί η απουσία συμπτωματολογίας και εργαστηριακών παραμέτρων που να υποδηλώνουν ενεργότητα της νόσου. Εξίσου αλήθεια είναι όμως ότι η εξασφάλιση των δυο παραπάνω προϋποθέσεων δεν αντιστοιχεί πάντα και σε πλήρη απουσία φλεγμονής ή επίτευξη ενδοσκοπικής επούλωσης, στόχος που φαίνεται να αποτελεί το βέλτιστο θεραπευτικό ζητούμενο στις μέρες μας. Ακόμα πάντως δεν υπάρχουν στοιχεία τέτοια που να υποστηρίζουν τη διενέργεια ενδοσκοπήσεων μόνο και μόνο για να επιβεβαιώνεται ή όχι η βλεννογονική επούλωση σε ασθενείς χωρίς άλλη υπόνοια ενεργής νόσου και η ρύθμιση της θεραπευτικής αγωγής ανάλογα

Έχοντας όλα τα παραπάνω υπόψη ο κλινικός ιατρός είναι εκείνος που θα σταθμίσει το πότε και πώς θα ενδοσκοπήσει τον ασθενή του, καθώς οι κατευθυντήριες οδηγίες υπάρχουν για τη διευκόλυνσή του, σε καμία όμως περίπτωση δεν λειτουργούν απόλυτα δεσμευτικά και δεν τον εμποδίζουν να ασκήσει το κλινικό του κριτήριο.



1. Το σύστημα TER μπορεί να αυξήσει σημαντικά τα ποσοστά ανεύρεσης πολυπόδων παχέος εντέρου.

Impact of experience with a retrograde-viewing device on adenoma detection rates and withdrawal times during colonoscopy: the Third Eye Retro-scope study group. D.C. DeMarco, E. Odstrcil, L. F. Lara et al. Gastrointest Endosc 2010;71:542-50.

Παρά τις τεκμηριωμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες της κολονοσκόπησης, ένα σημαντικό ποσοστό βλαβών μπορεί να ξεφύγει της προσοχής του ενδοσκοπού. Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, πολύποδες οποιουδήποτε μεγέθους και αδενώματα, μπορούν να καθούν σε ποσοστό 28 και 20 % αντίστοιχα. Ιδιαίτερα ανησυχητικά τα αποτελέσματα μελέτης των Rabby et al, οι οποίοι αναφέρουν πως στο 23% των ασθενών στους οποίους διαγνώστηκε καρκίνος του παχέος εντέρου και είχαν υποβληθεί σε κολονοσκόπηση τους προηγούμενους 30 μήνες, δεν είχε διαπιστωθεί καμία βλεννογονική βλάβη.

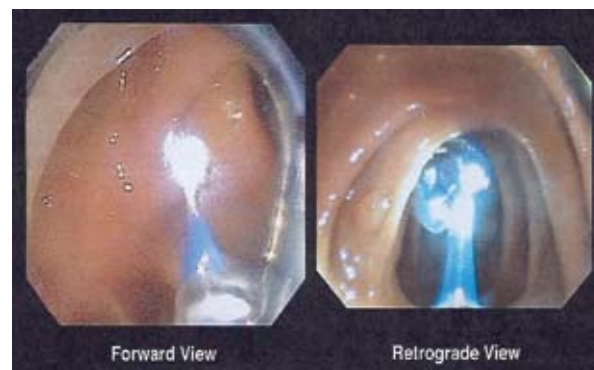
Διάφοροι παράγοντες ενοχοποιούνται για τα παραπάνω ευρήματα, όπως η μη ικανοποιητική εντερική προετοιμασία, η βραχεία διάρκεια της φάσης απόσυρσης του ενδοσκοπίου αλλά και η αδυναμία ανίχνευσης βλαβών που εντοπίζονται στην εγγύς επιφάνεια των κολικών κυψελών ή καμπών. Με σκοπό να αποφευχθεί ο τελευταίος περιοριστικός παράγοντας, σχεδιάστηκε ένα νέο βοηθητικό ενδοσκοπικό όργανο (TER – Third Eye Retroscope) το οποίο εισάγεται μέσω του καναλιού βιοψίας κατά τη φάση απόσυρσης του κολονοσκοπίου και αφού καμφθεί κατά 180 μοίρες έτσι ώστε να αποκτήσει σχήμα J, παρέχει ενδοσκοπικές εικόνες όπως αυτές που λαμβάνονται κατά την ανάστροφη ενδοσκόπηση. Εκτιμάται πως με τη χρήση της τεχνικής αυτής, το ποσοστό της επιφάνειας του παχέος εντέρου που ενδοσκοπείται μπορεί να φθάνει το 98,7%, ιδίως με ενδοσκόπια που διαθέτουν εύρος ενδοσκοπικού πεδίου 170 μοιρών.

Στη παραπάνω πολυκεντρική μελέτη, αρχικά οι 298 ασθενείς υποβλήθηκαν σε κολονοσκόπηση σύμφωνα με τη συνήθη μέθοδο και διαπιστώθηκαν 182 πολύποδες. Με τη χρήση της νέας τεχνικής στους ίδιους ασθενείς, διαπιστώθηκαν 27 επιπλέον

πολύποδες (αύξηση κατά 14,8%), εκ των οποίων οι 16 ήταν αδενωμάτωδεις (αύξηση κατά 16%). Τα παραπάνω ποσοστά ήταν μεγαλύτερα (17 και 25% αντίστοιχα) μεταξύ των ενδοσκοπίων που συμμετείχαν στη μελέτη και είχαν πραγματοποιήσει τουλάχιστον 15 ενδοσκοπήσεις με τη νέα μέθοδο. Επίσης δεν παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της διάρκειας της ενδοσκόπησης, ούτε περισσότερες επιπλοκές.



Το TER αφού προωθηθεί μέσω του κολονοσκοπίου κάμπτεται έτσι ώστε να αποκτήσει σχήμα J



Κατά την ανάστροφη ενδοσκόπηση με το σύστημα TER, επισημαίνεται μικρός πολύποδας, ο οποίος διέφυγε της ανίχνευσής του με την

πρόσθια ενδοσκόπηση.

2. Ασφαλής και αποτελεσματική, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα, η νέα μέθοδος ενδοσκοπικής μυοτομής σε ασθενείς με αχαλασία οισοφάγου.

Peroral Endoscopic Myotomy (POEM) for esophageal achalasia. H.Inoue, H Minami, Y. Kobayashi, et al. Endoscopy 2010; 42:265-271.

Τριάντα χρόνια έχουν περάσει από την πρώτη δημοσίευση μικρής σειράς ασθενών που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική μυοτομή λόγω αχαλασίας του οισοφάγου. Η μέθοδος θεωρήθηκε μη ασφαλής και ως εκ τούτου η ενδοσκοπική παρέμβαση στο πρόβλημα της αχαλασίας περιορίστηκε στην έγχυση Botox και στη διαστολή με μπαλόνι.

Στη παραπάνω μελέτη 17 ασθενείς με αχαλασία υποβλήθηκαν σε μια νέα μέθοδο ενδοσκοπικής μυοτομής. Η POEM εμπνεύστηκε από τις ιδέες της ενδοσκοπικής χειρουργικής μέσω φυσικών οπών (NOTES) και τροποποιήθηκε σημαντικά σε σχέση με αυτή που εφαρμόστηκε προηγουμένως σε πειραματόζωα, προκειμένου να εφαρμοστεί με ασφάλεια σε κλινικές περιπτώσεις. Με τον ασθενή σε γενική αναισθησία, προηγήθηκε υποβλεννογονία έγχυση στη μεσότητα του οισοφάγου και στη συνέχεια ακολούθησε σχάση του βλεννογόνου ανοίγοντας με τον τρόπο αυτό, δίοδο στον υποβλεννογόνιο χώρο. Δημιουργήθηκε ένα κανάλι μήκους περίπου 12 εκατοστών, μέσω του οποίου το ενδοσκόπιο προωθήθηκε έως 3 εκατοστά κάτωθεν της γαστροοισοφαγικής συμβολής. Η μυοτομή ξεκίνησε 3 εκ. μετά το σημείο εισόδου του ενδοσκοπίου και αφορούσε την εσωτερική κυκλοτερή μυϊκή στοιβάδα, αφήνοντας την εξωτερική επιμήκη στοιβάδα, ανέπαφη. Η διαδικασία ολοκληρώθηκε με τη σύγκλειση της πύλης εισόδου του ενδοσκοπίου με clips.

Σε κανέναν από τους παραπάνω ασθενείς δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές επιπλοκές, ενώ πνευμοπεριτόναιο εμφάνισε ένας ασθενής και αντιμετωπίστηκε άμεσα. Η πολύ καλή κλινική ανταπόκριση (μείωση του βαθμού δυσφαγίας από 10 σε 1,3, ενώ 5 ασθενείς ανέφεραν πλήρη εξαφάνιση των συμπτωμάτων τους και κανένας από τους υπόλοιπους δεν χρειάστηκε επιπλέον παρέμβαση για την αντιμετώπιση της δυσφαγίας) επιβεβαιώθηκε και

μανομετρικά (μείωση της μέσης πίεσης ηρεμίας του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα από 52,4 mmHg σε 19,9 mmHg).

3. Ποιοι παράγοντες καθορίζουν την ανάπτυξη και την πρόοδο των γαστροοισοφαγικών κισρών σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C.

Factors that determine the development and progression of gastroesophageal varices in patients with chronic hepatitis C RJ Foantana, AJ Sanyal, MG Ghany et al. Gastroenterology 2010;138:2321-2331.

Όλοιοι συμμετέχοντες στη παραπάνω μελέτη (ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C που δεν ανταποκρίθηκαν σε προηγούμενη αντική θεραπεία και με προχωρημένη ηπατική ίνωση) υποβλήθηκαν σε αρχική ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού πριν την έναρξη θεραπείας η οποία επαναλήφθηκε τέσσερα χρόνια μετά. Όσοι εξ αυτών είχαν ήδη αναπτύξει κισσούς υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση δύο χρόνια μετά.

Διαπιστώθηκε η ανάπτυξη κισμών στους 157 από τους 598 ασθενείς (26,2%). Στους περισσότερους ασθενείς (76,4%) , οι κισσοί είχαν μικρό μέγεθος και μόνο το 1% των ασθενών εμφάνισε κισσορραγία. Η ανάπτυξη κισμών συσχετίστηκε με την φυλή (Ισπανόφωνοι > Καυκάσιοι > Αφροαμερικάνοι), με χαμηλά επίπεδα αλβουμίνης και υψηλά επίπεδα υαλουρονικού οξέος.

Μεταξύ των 210 ασθενών που είχαν ήδη κισσούς οι 74 ασθενείς (35,2%), παρουσίασαν αύξηση του μεγέθους των κισμών ή ακόμη και κισσορραγία. Σε αυτούς τους ασθενείς τα υψηλά επίπεδα AST/ALT και ο χαμηλός αριθμός των αιμοπεταλίων, αποτέλεσαν δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες.

Επιπλέον, η παρατεταμένη διάρκεια θεραπείας με χαμηλή δόση peg-interferon-a2a ή με β-αποκλειστές, δεν φάνηκε να μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ή επιδείνωσης των κισμών.





Εξωσκοπήσεις

Αντώνης Κογεβίνας, kogeIdotenet.gr

Όταν ο Υπουργός Υγείας είναι νομικός ή πολιτικός μηχανικός.



Βλέπουμε να επαναλαμβάνεται το ίδιο σκηνικό και να **ορίζονται Υπουργοί Υγείας άτομα άσχετα με το χώρο της Υγείας**. Είναι άραγε καλό αυτό; Μια γρήγορη ματιά σε όσα συνέβησαν τα τελευταία χρόνια δείχνει ότι αυτό δεν είναι ούτε καλό, ούτε αποτελεσματικό.

Μερικά από τα άτομα αυτά περιορίστηκαν στο να κάνουν Δημόσιες Σχέσεις, όπως **ο νομικός κ. Δημήτρης Αβραμόπουλος**.

Όταν κάποιοι από τους Υπουργούς αυτούς κατά καιρούς προσπάθησαν «να κάνουν κάτι», όπως **ο πολιτικός μηχανικός Γεώργιος Γεννηματάς**, η στόχευση αν και αγαθών προθέσεων απεδείχθη ανεπιτυχής. Έτσι ναυάγησε το ΕΣΥ, αφού λανθασμένα ταυτίστηκε μόνο με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, ενώ στην πραγματικότητα το μεγάλο πρόβλημα ήταν και παραμένει η πρωτοβάθμια. Οι λανθασμένοι χειρισμοί και η άγνοια φόρτωσαν στα νοσοκομεία την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Τα νοσοκομεία, με το λιγοστό προσωπικό τους, τελικά εξαντλήθηκαν, απαξιώθηκαν και κατέρρευσαν.

Αυτός που έδειχνε ότι μπορούσε να πετύχει, λόγω συγκρότησης, αποφασιστικότητας και εντιμότητας, ήταν ο επίσης **δικηγόρος κ. Αλέκος Παπαδόπουλος**. Όμως και αυτός αγνοούσε τους συσχετισμούς μέσα στον ιατρικό χώρο και άνοιξε ταυτόχρονα τόσα πολλά μέτωπα, με Πανεπιστημιακούς, ταμειακούς, νοσοκομειακούς ιατρούς, ΙΚΑ κτλ που οδήγησε τη μεταρρύθμιση σε αδιέξοδο. Τελικά έχασε και τη στήριξη του πρωθυπουργού, που είναι αλήθεια ότι

Εξαιρετικά συνέδρια ΙΦΝΕ

Το Μάιο πραγματοποιήθηκε στη Λεμεσό της Κύπρου το **9^ο Συνέδριο της Ελληνικής Οργάνωσης Μελέτης Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου** που ήταν ιδιαίτερα πετυχημένο τόσο από περιεχόμενο όσο και από συμμετοχή. Τα ετήσια συνέδρια της ΕΟΜΙΦΝΕ είναι εξειδικευμένα, εκπαιδευτικά και εξαιρετικά χρήσιμα.

Το τελευταίο συνέδριο προσπάθησε να δώσει τις καινούργιες κατευθυντήριες οδηγίες και να απαντήσει σε πολλά πρακτικά ερωτήματα, όπως το «πότε και πώς βγάζουμε τους αρρώστους από τους

φάνηκε άτολμος να έρθει σε ρήξεις, ιδιαίτερα με το ΙΚΑ.

Ερχόμαστε λοιπόν στη **δικηγόρο κ. Μ.**

Ξενογιαννακοπούλου η οποία έδειχνε να έχει παραλύσει μπροστά στο αντικείμενο «Υγεία»

το οποίο δεν γνώριζε. Σήμερα λοιπόν αποφάσισε και αυτή «να κάνει κάτι». Επέλεξε λοιπόν ... να προωθήσει την ολοήμερη απασχόληση των νοσοκομείων με την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Μεγαλώνει δηλαδή το πρόβλημα που διέλυσε το ΕΣΥ και ξεχαρβάλωσε τα νοσοκομεία. Αν μιν το σκέφθηκε η ίδια τότε πρόκειται για εγκληματική επιπολαιότητα. Αν όμως το εισηγήθηκαν οι συνήθεις σύμβουλοι – που παρέσυραν και τους προηγούμενους υπουργούς – τότε είτε **είναι εντελώς άσχετοι, είτε εξυπηρετούν προσωπικά οφέλη**. Η κ. Ξενογιαννακοπούλου θα ξεχαστεί βέβαια λόγω του ανύπαρκτου θετικού έργου, αλλά τις συνέπειες των λανθασμένων επιλογών της που οδηγούν στη διάλυση των νοσοκομείων θα το εισπράξουν οι ασθενείς. Είναι λοιπόν καλό να ορίζεται ένας δικηγόρος Υπουργός Υγείας; **Υποθέτω ότι είναι τόσο καλό όσο το να οριστεί ένας ιατρός Υπουργός Δικαιοσύνης**.

Αλλά, αλήθεια, οι ιατροί που υπήρξαν Υπουργοί Υγείας πέτυχαν στην αποστολή τους; Οι περισσότεροι μάλλον όχι, αλλά προφανώς ... δεν ήταν οι κατάλληλοι ιατροί. Δεν φθάνει μόνον να είναι κανείς ιατρός. Εκτός από το να ξέρει το αντικείμενο, **θα πρέπει να θέλει να λύσει το πρόβλημα της Υγείας και θα πρέπει να ξέρει να διοικεί**.

antiTNF παράγοντες», πότε και πώς εμβολιάζουμε, πώς αρχίσαμε να συνδυάζουμε ξανά antiTNF με αζαθειοπρίνη τουλάχιστον για ένα έμνηνο, πώς κάνουμε screening για καρκινογένεση στις ΙΦΝΕ καθώς και άλλα πολλά. Εκτός από το επιστημονικό πρόγραμμα υπήρχε πολύ καλή οργάνωση και στις κοινωνικές εκδηλώσεις του συνεδρίου. Πρόεδρος του συνεδρίου ήταν ο κ. Δημήτρης Καραμανώλης, ο οποίος μαζί με την Οργανωτική Επιτροπή **οργάνωσε ένα λαμπρό συνέδριο**.

Ακολουθεί **το συνέδριο της ΕΠΕΓΕ που είναι αφιερωμένο στις ΙΦΝΕ στις 2-3 Οκτωβρίου με**

τίτλο «Χειρισμός Ασθενών με ΙΦΝΕ στην καθημερινή πράξη». Την οργάνωση έχει αναλάβει σαν πρόεδρος ο κ. Κώστας Παπαδάκης του Πανεπιστημίου Κρήτης. Θα είναι ένα εφαρμοσμένο, πρακτικό συνέδριο που θα βοηθάει στην καθημερινή πράξη. Είναι φανερό ότι υπάρχει ανάγκη για τα εξειδικευμένα αυτά συνέδρια.

Ακολούθως το επόμενο **συνέδριο της ΕΟΜΙΦΝΕ θα γίνει στην Καλαμάτα το 2011** και Πρόεδρος θα είναι ο κ. Γεράσιμος Μάντζαρης. Πληροφορούμαι ότι θα έχει πολλές πρωτοτυπίες.

«Στόχος είναι τα λεφτά» !!



Όταν λαμβάνονται μέτρα όπως η **υπερβολική φορολόγηση κάποιων επαγγελματιών που φθάνει μέχρι 45%**, οι περισσότεροι εστιάζουν στο βραχυπρόθεσμο αποτέλεσμα: “Θα μαζέψει το κράτος γρήγορα και εύκολα χρήματα από αυτούς που έχουν. Θα πληρώσουν οι έχοντες”. Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες

φαίνεται ότι ελάχιστα απασχολούν.

Στην περίπτωση της ιδιωτικής ιατρικής **η τεράστια αύξηση της φορολογίας και η προσθήκη ΦΠΑ, σαφώς δεν ευνοούν τη μείωση των τιμών**. Αυτό όμως θα δημιουργήσει εκβιαστικές και αποπνικτικές συνθήκες για τους ασθενείς που κάνουν χρήση αυτών των υπηρεσιών. Οι άρρωστοι καταφεύγουν στην ιδιωτική ιατρική **όχι γιατί επιθυμούν να ξοδέψουν χρήματα, αλλά γιατί δεν εξυπηρετούνται από το ασφαλιστικό ταμείο τους**, που κατά κανόνα βρίσκεται σε τέλμα πχ ΙΚΑ, ΟΓΑ. Οι άρρωστοι είναι παγιδευμένοι ανάμεσα στην ανύπαρκτη πρωτοβάθμια κρατική φροντίδα υγείας και στις ακριβές ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

Το κράτος παρεμβαίνει στην τόσο ευαίσθητη συναλλαγή ιατρού – αρρώστου για να αποσπάσει ένα σημαντικό χρηματικό ποσό **χωρίς να προσφέρει απολύτως τίποτα για αντιστάθμισμα**. Στα μάτια όμως του ασθενούς **φαίνεται σαν να τα εισπράττει ο ιατρός**. Το κράτος, **αντί να απολογείται για την ανεπάρκειά του** και να προσπαθεί να μειώσει ή να ευνοήσει τη μείωση των τιμών της μη-κρατικής ιατρικής, τις ωθεί πιο πάνω **δείχνοντας με το δάκτυλο «τον κερδοσκόπο ιατρό»**.

Η αλήθεια όμως είναι ότι οι άρρωστοι υποχρεώνονται να πληρώνουν στο κράτος τεράστια ασφαλιστική εισφορά, για να εξασφαλίσουν υγειονομική περίθαλψη. Η προπληρωμένη

Εξωσκοπήσεις

Αντώνης Κογεβίνας, kogeIdotenet.gr



Η ΕΟΜΙΦΝΕ συμμετέχει στην ECCO. Πρόσφατα μεταφράστηκε στα Ελληνικά το πολύ χρήσιμο εγχειρίδιο της ECCO με τίτλο **«Ευρωπαϊκή Ομοφωνία Βασισμένη σε αποδείξεις για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της Ελκώδους Κολίτιδας»**. Σ' αυτό περιέχονται αξιώματα μετά από ομοφωνία, που αποτελούν την τελευταία λέξη χειρισμού ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Το αντίστοιχο εγχειρίδιο για τη ν. Crohn μπορεί κανείς να το δει στα Αγγλικά στο site της ECCO www.ecco-ibd.eu.

αυτή υπηρεσία τελικώς δεν τους αποδίδεται. Για την ακρίβεια, **ο τρόπος που την αποδίδουν τα κρατικά ασφαλιστικά ταμεία ισοδυναμεί με άρνηση απόδοσης**: Εξωφρενικές καθυστερήσεις, άθλιες γραφειοκρατικές διαδικασίες, ανυπέρβλητες δυσκολίες, αναξιόπιστες εξετάσεις, εξαθλίωση του υγειονομικού προσωπικού των ταμείων, εύνοια στη συνταγογράφηση αντιγράφων φαρμάκων αμφίβολης ποιότητας και προσβλητική συμπεριφορά. Αν οποιοσδήποτε ιδιώτης συμπεριφερόταν έτσι, θα θεωρούνταν ότι **εξαπατά κατά συρροή τους πελάτες του, λαμβάνοντας προκαταβολικά χρήματα για υπηρεσίες που δεν προσφέρει**.

Στις Σκανδιναβικές χώρες οι ασθενείς ασφαρίζονται σε ιδιωτικούς φορείς, τους οποίους ελέγχει το κράτος. Στην Ελλάδα το κράτος **είναι ταυτόχρονα ασφαλιστικός αλλά και ελεγκτικός οργανισμός του εαυτού του!** Αυτή είναι μια επιβεβαιωμένη συνταγή αποτυχίας. Παρόλα αυτά είναι άξιο θαυμασμού γιατί η συνταγή αυτή δεν αμφισβητείται από κανένα κόμμα, δεξιό, κεντρώο ή αριστερό.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΗ: Το κείμενο δεν υποστηρίζει ότι οι ιατροί δεν πρέπει να φορολογούνται, ούτε ότι οι ιατροί που φοροδιαφεύγουν δεν πρέπει να διωχθούν, ούτε ότι πρέπει να νομιμοποιηθεί το φακελάκι, ούτε τίποτα άλλο παρόμοιο. Απλώς αμφισβητεί τη λογική με την οποία οι εμπορικές εταιρείες φορολογούνται με 25% αδιακρίτως εσόδων, ενώ οι ιατροί με σαφώς μικρότερα έσοδα φθάνουν να φορολογούνται μέχρι και με 45%. Αυτό θα κρατήσει ψηλά τις τιμές της ιατρικής και με δεδομένο ότι το κρατικό σύστημα υγείας είναι διαλυμένο, οι άρρωστοι οι οποίοι δεν μπορούν να κάνουν διαφορετικά, εκβιάζονται να διπλοπληρώνουν. Όσοι ζουν από κοντά τους δύστυχους αυτούς ανθρώπους, οι οποίοι στριμώχνονται οικονομικά, αισθάνονται απελπισμένοι και εξαπατημένοι από το κράτος, γνωρίζουν την απόγνωση που αισθάνονται. Αλλά το κράτος δεν είναι εκεί. **Το κράτος δείχνει να αδιαφορεί για όλα τα άλλα εκτός από το «πώς θα πάρει τα λεφτά»**.



Ποια είναι η πραγματική αξία των χρημάτων;



Ένα πολύ κατατοπιστικό βίντεο που απαντάει στο ερώτημα του πώς δημιουργούνται και ποια είναι η πραγματική αξία των χρημάτων σήμερα, ξετρύπωσε ο Γιάννης Μουζάς. Σε μια εποχή όπου τα χρήματα δεν αντιστοιχούν πια σε χρυσό, όπως συνέβαινε πριν από το 1990, ποια είναι στ' αλήθεια η αξία των χρημάτων; Η απάντηση δίδεται στα πέντε μικρά βίντεο στο <http://www.youtube.com/watch?v=vVkfB26u9g8&feature=related>

Εκτός από τα χαρτονομίσματα που τυπώνει μια κυβέρνηση και που αντιστοιχούν στο 5% των χρημάτων μιας χώρας, **το υπόλοιπο 95% κυκλοφορεί και παράγεται μέσω τραπεζών σαν πίστωση**, που είναι μόνον μια θεωρητική λογιστική έννοια. Πίστωση δημιουργείται όταν κάποιος πάει να πάρει ένα δάνειο από μια τράπεζα, οπότε υπόσχεται ότι θα το αποπληρώσει και δίνει κάποιες εγγυήσεις

Η δύναμη 100 ανύπαρκτων Ευρώ!



Το προηγούμενο σχόλιο φέρνει στο νου την ιστορία με τον Αμερικάνο που επισκέπτεται ένα χωριουδάκι. Το χωριό έχει πληγεί από την πρόσφατη οικονομική κρίση. Όλοι χρωστούν, ο ένας στον άλλο. Ο Αμερικάνος μπαίνει στο μοναδικό ξενοδοχείο του χωριού, ζητάει ένα δωμάτιο, πληρώνει 100 Ευρώ και ανεβαίνει πάνω. Ο ξενοδόχος αμέσως παίρνει τα 100 Ευρώ και πηγαίνει να ξεχρεώσει τον μπακάλη. Ο μπακάλης ξεχρεώνει τον χασάπη και αυτός με τη σειρά του πηγαίνει στον κτηνοτρόφο που του προμηθεύει κρέας και πληρώνει το χρέος του. Ο κτηνοτρόφος παίρνει τα 100 Ευρώ και εξοφλεί αυτά που χρωστούσε στην εκδιδόμενη αλλοδαπή λίγο έξω από το χωριό.

Αυτή με τη σειρά της πηγαίνει στο μοναδικό

γι' αυτό. Η υπόσχεση για αποπληρωμή επιτρέπει στην Τράπεζα να θεωρήσει ότι απέκτησε ένα αληθινό ποσό, και αυτό με τη σειρά του της επιτρέπει να δανείσει το 90% της αξίας του σε κάποιον άλλο. Η αξία όμως στηρίζεται μόνον στην αξιοπιστία του δανειζόμενου ότι θα το αποπληρώσει και όλα γκρεμίζονται αν αυτό δεν γίνει. **Τα χρήματα με λίγα λόγια είναι στην πραγματικότητα χρέος, εξ ου και ο τίτλος Money as debt.**

Το βίντεο είναι πολύ κατατοπιστικό και χρήσιμο ιδιαίτερα για όσους δεν είναι μυημένοι στα οικονομικά. Μπορεί κανείς να το παραγγείλει και σαν DVD μαζί με το δεύτερο μέρος που αναφέρεται στα τελευταία οικονομικά γεγονότα, βάζοντας το Google να ψάξει για το λήμμα Money as Debt II και με πληρωμή μέσω Paypal.

ξενοδοχείο, στο οποίο φέρνει την πελατεία της, και εξοφλεί το χρέος της. Εκείνη τη στιγμή κατεβαίνει ο Αμερικάνος και λέει στον ξενοδόχο ότι δεν του αρέσει το δωμάτιο και ότι θα φύγει. Ο ξενοδόχος του δίνει πίσω τα 100 Ευρώ, που μόλις είχε πάρει από την εκδιδόμενη αλλοδαπή και αυτός φεύγει.

Όλοι όμως εν τω μεταξύ ξεχρέωσαν το χρέος τους, χωρίς να ζημιώσει κανένας. Μόνον με αέρα! Να σκεφτεί κανείς ότι θα μπορούσε κάλλιστα να ήταν και πλαστό το κατοστάριο ή και να ήταν ακάλυπτη επιταγή. Αυτή είναι η έννοια και η δύναμη της πίστωσης ...

Ω

Είναι άπιστευτο πώς ιατροί, ενίοτε και γαστρεντερολόγοι, γράφουν «**παχέως εντέρου**», **αντί από το σωστό παχέος εντέρου.**

Ποιοι συνειρμοί άραγε κάνουν το “ω” να παρεισφρύνει; Το σχήμα του γράμματος;



Descartes και λειτουργικές παθήσεις.



Ο René Descartes ή Καρτέσιος (1596-1650 μΧ) στα βιβλία του Passions of the Soul και The Description of the Human Body υποστηρίζει ότι το ανθρώπινο σώμα εργάζεται όπως μια μηχανή και ότι ακολουθεί τους νόμους της φυσικής. Το μυαλό (η ψυχή) από την άλλη μεριά θεωρήθηκε σαν μη-υλική οντότητα που δεν ακολουθεί τους νόμους της φυσικής.

Τι συνέπειες είχε αυτό; **Τον διαισμό**, δηλαδή τον διαχωρισμό του σώματος και της ψυχής, σαν να είναι δύο ξεχωριστά πράγματα. Αυτό, επέτρεψε να γίνει **διάνοιξη και μελέτη του ανθρώπινου σώματος, πράγμα που απαγορεύονταν από την εκκλησία μέχρι τότε**, γιατί θεωρείτο ότι επενέβαινε κανείς σε χωράφια του θεού αφού ψυχή και σώμα ήταν ένα. Λόγω της απαγόρευσης αυτής η ιατρική ήταν μπλοκαρισμένη και είχε μείνει πίσω, περιοριζόμενη σε υποθέσεις. Η διατομή του ανθρώπινου σώματος οδήγησε στο να μάθουμε την ανατομία και τη φυσιολογία του, αλλά και να τεκμηριωθούν οι παθήσεις.

Σύμφωνα με τη θεωρία του **Descartes η επικοινωνία της ψυχής και του σώματος γινόταν στην επίφυση**, ήταν δε αμφίδρομη: Το μυαλό ελέγχει το σώμα, αλλά και το σώμα θα μπορούσε να επηρεάσει το κατά τα άλλα λογικό μυαλό. Ο Descartes πρότεινε την επίφυση σαν «την έδρα της ψυχής» για δύο λόγους:

- Η ψυχή είναι μία και ενιαία. Στο μόνο μέρος που θα μπορούσε να βρίσκεται ενιαία ήταν η επίφυση, αφού φαινόταν σαν να είναι το μόνο τμήμα του εγκεφάλου που ήταν ενιαίο σε αντίθεση με τα ημισφαίρια (παρότι αργότερα με το μικροσκόπιο διαπιστώθηκε ότι και η επίφυση αποτελούνταν και αυτή από δύο ημισφαίρια).
- Η θέση της επίφυσης κοντά στις κοιλίες έκανε τον Descartes να πιστεύει ότι δια μέσου του εγκεφαλονωτιαίου υγρού των κοιλιών ασκούσαν επίδραση στα νεύρα και από εκεί στο σώμα.

Παρότι ο Descartes διαπίστωσε ότι οι άνθρωποι αλλά και τα ζώα είχαν επιφύσεις, είχε την άποψη ότι μόνον οι άνθρωποι είχαν μυαλό. Αυτό τον οδήγησε στο **συμπέρασμα ότι τα ζώα δεν έχουν συναισθήματα όπως ο πόνος. Η πρακτική της διάνοιξης του σώματος ζωντανών ζώων (vivisection)** για μελέτη διαδόθηκε σε όλη την Ευρώπη μέχρι τον Διαφωτισμό. Αργότερα ομολόγησε ότι δεν γνώριζε πώς το μυαλό επικοινωνεί με το σώμα, εγκαταλείποντας τη θεωρία για

επικοινωνία μέσω της επίφυσης. Ο διαισμός του Καρτέσιου έβαλε το ζήτημα της σχέσης συνείδησης και σώματος στην ατζέντα των φιλοσοφικών συζητήσεων μέχρι σήμερα. Ο Descartes έγινε περισσότερο γνωστός λόγω της ρήσης **“Cogito ergo sum”**. Η σκέψη είναι το μόνο βέβαιο λέει, σε αντίθεση με τις αισθήσεις που μπορεί να μας παραπλανούν. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι υπάρχω, αφού σκέφτομαι, ακόμα και αν με τη σκέψη μου αμφισβητώ ή αναρωτιέμαι αν υπάρχω.

Το μυαλό θεωρούνταν στα μεταγενέστερα χρόνια σαν έδρα της ψυχής και άρα πεδίο στο οποίο δεν επιτρεπόταν να επέμβει κανείς. Μέχρι πολύ πρόσφατα η **δράση του νου πάνω στο σώμα, η επίδραση του στρες και των ψυχικών παθήσεων πάνω στη φυσιολογία του σώματος αμφισβητούνταν, υποτιμούνταν ή απορρίπτονταν**. Η αναγνώριση ότι το μυαλό και το σώμα αλληλεπιδρούν και μπορούν να προκαλέσουν νόσους και παθήσεις χωρίς οργανική βλάβη, είναι πολύ πρόσφατες. Γι' αυτό μόνον τελευταία οι **λειτουργικές παθήσεις του πεπτικού** αναγνωρίζονται σαν παθήσεις, ενώ παλαιότερα ούτε καν διδάσκονταν. **«Δεν έχεις τίποτα!»** έλεγε ο ιατρός στον άρρωστο που δεν είχε οργανική νόσο. Πολύ συχνά μάλιστα αναγκαζόταν να εφεύρει ατεκμηρίωτες **«γαστρίτιδες»**, **«κολίτιδες»** και **«χρόνιες σκωληκοειδίτιδες»** για να δικαιολογήσει τα φάρμακα που έδινε.



Καρδιοτεχνικά & άλλα

Απόστολος Νταϊλιάνας



Ο σατιρικός ποιητής Γεώργιος Σουρής (1853-1919), επί 35 συναπτά χρόνια (από το 1883 έως το 1918) έγραφε μόνος του κάθε βδομάδα την τετρασέλιδη εφημερίδα του Ο Ρωμνός, η οποία, ήταν ολόκληρη έμμετρη, από τον τίτλο της (Ο Ρωμνός, εφημερίς - που την γράφει: Σουρής) μέχρι τις μικρές αγγελίες της! Στις σελίδες του Ρωμνού σχολιάζεται εύθυμα όλη η ιστορία αυτών των 35 χρόνων. Αυτό που εντυπωσιάζει τον σημερινό αναγνώστη, πέρα από την αβίαστη ροή του στίχου του Σουρή, είναι το πόσο λίγο έχουν αλλάξει ορισμένες καταστάσεις και χαρακτηριστικά των Ελλήνων. Στο απόσπασμα που ακολουθεί αναδεικνύεται η εκτίμηση του συγγραφέα προς τους ιατρούς, ο σεβασμός, αλλά και μια λεπτή ειρωνική διάθεση.

Από την εφημερίδα «Ο Ρωμνός»:

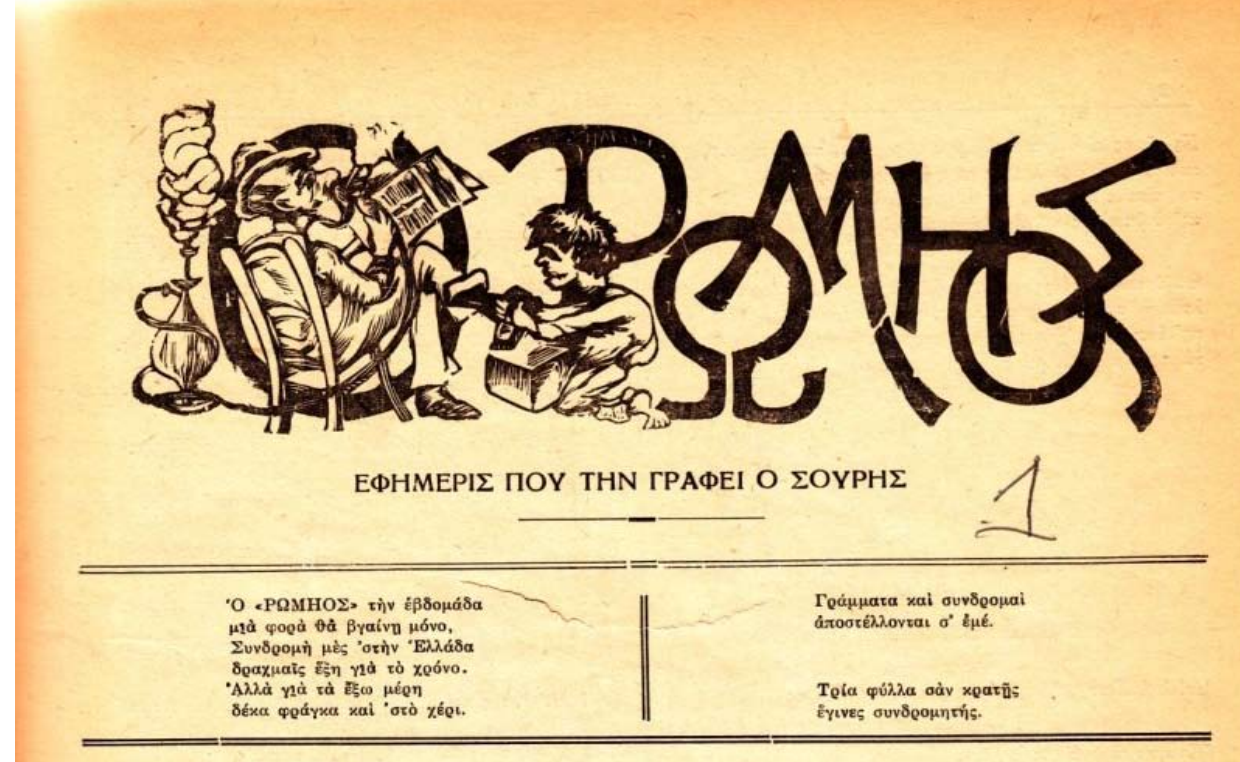
Έτος χίλια κι'εννιά κι'εννιακόσια
Συνέδριον εις την Ακαδημίαν (απόσπασμα)

...Κι' εγώ που λές επήγαινα με τόσην ευθυμίαν
Προς την Ακαδημίαν.
Και τόσοσ κόσμος έμπαινε περίεργος εκεί,
Κι' εστάθηκα κι' ερώτησα καμπόσους κεκηνώς
Μήπως ανεκηρύχθησαν Ακαδημαϊκοί
Χωρίς να μάθωμεν κι' εμείς το μέγα γεγονός.

Όχι μου λένε Περικλή, πολύξεροι πολίται,
Μέγα κατά της φθίσεως συνέδριον τελείται,
Κι' όσοι στην Ακαδήμειαν εισέρχονται, σκαρτάδε,
Είναι σωτήρες ιατροί, Ρωμνών Ασκληπιάδαι,
Μεγάλοι στην ποσότητα, μεγάλοι στο ποιόν,
Αλεκτρυόνας θύοντες εις τον Ασκληπιόν.

Τότε κι'εγώ με τους γιατρούς εμπήκα για
ν'ακούσω
Και της Ακαδημίας μας εθαύμαζα το λούσο,
Και κόσμος έστεκ'εξυμνών
Παλνά και νέα κλέη,
Κι'άκουσα πάλιν τον γυμνόν
Απόλλωνα να λέη:

Τόμαθες Αθηνούλα μου, το θλιβερό μαντάτο;
Μες στην Ακαδημία μας μαζεύτηκαν ντοτόροι,
και για την φυματίωσι φωνάζουν εκεί κάτω,



και μη ρωτάς τι γίνεται, χαριτωμένη κόρη.

Μη κυττάς σωρούς πετρών,
Μήτε τρύπαις υπονόμων,
Βλέπε πλήθος ιατρών
Κι'έσω προς αυτούς ευγνώμων.

Με τοσαύτην προθυμίαν
Και με δύναμιν Τιτάνων
Ήλθαν στων ιοστεφάνων
Την σεπτήν Ακαδημίαν.

Τι συνέδριο μεγάλο!...
Σ'όλα τα δωμάτια
Δεν ακούεις τίποτ'άλλο
Παρά για φυματία.

Άκου Γαληνούς ποικίλους
Άκου στόματα στωμύλα
Πώς μιλούνε για βακίλλους
Και μικρόβια ποικίλα.

Βλέπε φώς επιστημόνων,
Που δεν ήλθανε του κάκου,
Και πνοήν βαρεία άκου
Από σπήλαια πνευμόνων.

Βλέπε τούτους με διόπτρας κι'άλλους με
μονύελα

Πώς προσέχουν, πώς σπουδάζουν,
Πόσο μας διασκεδάζουν
Με πασχόντων πτύελα.

Αθηνά χαριτωμένη,
Ποία τέρψις αληθής
Σήμερον αναγεννάται.

Στων χαρίτων τα τεμένη
Νόσος χαριτοβριθής
Και τερψίθυμος πλανάται.

Με των ιατρών τους βόμβους
Πνεύμα και ψυχή τρυφά,
Πλην κι'ιδρώτος βλέπω θρόμβους
Από μέτωπα σοφά.

Το πάγκαλον πτολίεθρον σκεπάζει σκονοθύελλα,
Και φθάνουν με το χώμα
Στο μουσικόν μου στόμα
Και φθισιώντων πτύελα.

Εδώ που λάμπουν τόσαι μναί και δαρεικοί
στατήρες
Συνήλθαν Αθηνούλα μου, τόσοι γιατροί σωτήρες
Με δύναμιν Ασκληπιού
Κατά μιας φθοροποιού,
Και σήμερον επαίρονται κατά της επαράτου
Και λέγουν τόσα ανιαρά κατά της ανιάτου...

A painting of a horse with human legs standing on a beach. The horse is brown and white, facing left. It has two human legs in grey trousers and brown shoes. The background is a beach with a blue sea and a light sky.

30

Three photographs of people wearing athletic clothing. The first photo shows a middle-aged couple walking outdoors; the woman is wearing a light blue long-sleeved shirt and black pants, and the man is wearing a yellow polo shirt and blue jeans. The second photo shows a young boy sitting on a rock, wearing a green polo shirt and blue jeans. The third photo shows a woman running, wearing a white tank top and red shorts.



Colson & Co.

Electrophysiology 4, 145-154 (1994), Tel.: 070 36 51 700 - Kassenstrasse 8, Darmstadt 6, Germany, Tel.: 0615 39 43 33
E-Mail: 39 43 33 - Fax: 0615 39 43 33 - E-Mail: 39 43 33 - Fax: 0615 39 43 33 - E-Mail: 39 43 33 - Fax: 0615 39 43 33