

# ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Ιούλιος - Αύγουστος - Σεπτέμβριος 2012 | Τεύχος  
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

25

Βοστώνη θα πάτε;

Αρχές ηλεκτροχειρουργικής

Καρκίνος πρωκτού



# Zurcazol<sup>®</sup>

pantoprazole

## 40mg

## Σχέση Εμπιστοσύνης...



**...χτισμένη στην Ποιότητα!**

“Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες,  
συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος”



Λ. Κηφισίας 196, Χαλάνδρι, 152 31 Αθήνα,  
Τηλ.: 210 67 29 570, Fax: 210 67 29 571  
Λ. Καραμανλή 60, 546 42 Θεσ/νίκη,  
Τηλ.: 2310 87 04 80, Fax: 2310 87 04 79  
www.nycomed.gr



## Άρθρο Σύνταξης



Το παρόν τεύχος του περιοδικού σημαδεύει η απώλεια του δημιουργού του.

Τα πρώτα χρόνια η Επαγγελματική Ένωση επικοινωνούσε με τα μέλη της με ένα κοινό ενημερωτικό δελτίο με την ΕΓΕ. Οι καθυστερήσεις ήταν πολλές, η έκδοση άχρωμη, έμοιαζε να ασχολούνται μαζί του ελάχιστοι. Και τότε ήρθε η ιδέα, δουλεύτηκε πολύ, συζητήθηκε και υλοποιήθηκε. Μια έκδοση που να συνδυάζει την ενημέρωση με επιστημονικά και ψυχαγωγικά θέματα, μια έκδοση που να διευκολύνει την επικοινωνία και να μας ενώνει. Η δημιουργία του περιοδικού «Ενδοσκοπήσεις» ήταν γεγονός. Και ήταν έμπνευση και δημιουργία του Αντώνη Ζερβακάκη.

Στα χρόνια που ακολούθησαν, η συντακτική επιτροπή και το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ αγκάλιασαν το περιοδικό με αγάπη και αξιοποιώντας τη βοήθεια στο δημιουργικό κομμάτι των κατάλληλων συνεργατών, το βελτίωσαν και του έδωσαν τη σημερινή μορφή. Μια καλαίσθητη έκδοση, βήμα επικοινωνίας επαγγελματικής και επιστημονικής και προβολής του προβληματισμού των μελών μας. Με την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης το περιοδικό απειλήθηκε σοβαρά. Η ΕΠΕΓΕ δεν έχει την πολυτέλεια να προσφέρει την απαραίτητη για την κυκλοφορία του οικονομική βοήθεια. Το ΔΣ προβληματίστηκε εάν θα πρέπει να αλλάξει η έκδοση σε μια νέα, ηλεκτρονική, χωρίς χαρτί και έξοδα αποστολής. Το ερώτημα βέβαια ήταν εάν με τη νέα μορφή θα διατηρούνταν το μεράκι όλων όσων συμβάλλουν στη δημιουργία του και αν θα είχε την ίδια αναγνωσιμότητα. Όμως οι «ενδοσκοπήσεις» αντιστάθηκαν, έπεισαν τους χρηματοδότες τους ότι η συμβολή τους αξίζει να συνεχισθεί και εξακολουθούν να είναι ανάμεσα μας.

Σήμερα το περιοδικό αυτό που είναι μοναδικό στο είδος του, εξακολουθεί να δίνει μάχη επιβίωσης και έχει ανάγκη από την εμπλοκή νέων προσώπων με νέες ιδέες, για να του δώσουν νέα δυναμική. Η πρόκληση είναι το μέλλον αυτού του δημιουργήματος του Αντώνη...

**Απόστολος Νταϊλιάνας**



## Περιεχόμενα

|                                                                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ .....                                                                                                       | <b>03</b> |
| ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ .....                                                                                                       | <b>06</b> |
| ΑΓΓΕΛΙΕΣ .....                                                                                                             | <b>08</b> |
| ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ .....                                                                                                        | <b>10</b> |
| Θεραπευτικά πρωτοκόλλα, κατευθυντήριες οδηγίες, διαγνωστικοί και θεραπευτικοί αλγόριθμοι, εν γένει κατευθυντήριες οδηγίες. |           |
| ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΙΑΤΕ; .....                                                                                                  | <b>12</b> |
| Βιβλιογραφική ενημέρωση                                                                                                    |           |



## Περιεχόμενα

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ .....         | <b>14</b> |
| Καρκίνος πρωκτού           |           |
| ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ .....           | <b>18</b> |
| ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ .....     | <b>20</b> |
| Αρχές ηλεκροχειρουργικής   |           |
| ΕΙΩΣΚΟΠΗΣΕΙΣ .....         | <b>26</b> |
| ΣΥΝΕΔΡΙΑ .....             | <b>30</b> |
| Βοστώνη θα πάτε;           |           |
| ΤΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ ..... | <b>34</b> |

### 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](http://www.epege.gr)  
e-mail: [contact@epege.gr](mailto:contact@epege.gr)

**Διευθυντής σύνταξης:**  
Μάθου Νικολέττα

**Συντακτική Επιτροπή:**  
Γιαννακόπουλος Αθανάσιος  
Γούλας Σπύρος  
Ζωγράφος Κωνσταντίνος  
Καραβίτης Παναγιώτης  
Κογεβίνας Αντώνης  
Κουβαράς Στέργιος  
Μπομπόση Νάγια  
Μπουζάκης Ηλίας  
Νικολόπουλος Αντώνης  
Σκλάβος Παντελής

**Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:**  
Πρόεδρος: Νταϊλιάνας Απόστολος  
Αντιπρόεδρος: Κασσιπίδης Παναγιώτης  
Γεν. Γραμματέας: Μπομπόση Νάγια  
Ειδ. Γραμματέας: Ψιλόπουλος Δημήτρης  
Ταμίας: Χρηστίδου Αγγελική

Μέλη: Αρμόνης Α., Οικονόμου Μ.  
Γραμματεία: Γεναδοπούλου Μαρία

**Διευθυντής Δημιουργικού:**  
Σκούρας Μίλτος

**Δημιουργική Επιμέλεια:**  
Ιωάννα Βαρδαξόγλου

**Εικονογραφισή Εξωφύλλου:**  
Μ.Σ.

**Υπεύθυνος Διαφήμισης:**  
Σκούρας Μίλτος

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



## Ενημέρωση από τη συνέλευση της ΕΠΕΓΕ

Το Σάββατο το μεσημέρι στις 29 Σεπτεμβρίου στο Κάραβελ, πραγματοποιήθηκε η ετήσια γενική συνέλευση της ΕΠΕΓΕ. Για άλλη μια χρονιά η συμμετοχή ήταν μεγάλη, γεγονός ιδιαίτερα ενθαρρυντικό γιατί υποδηλώνει το ενδιαφέρον των συναδέλφων για τα κοινά. Μετά τον απολογισμό των οικονομικών και των πεπραγμένων από το διοικητικό συμβούλιο για τη χρονιά που πέρασε, η συζήτηση εστιάστηκε σε τρία θέματα.

**1.** Τον τελευταίο χρόνο η ΕΠΕΓΕ συμμετείχε στις αρχικές συναντήσεις μελών των ΔΣ επαγγελματιών ενώσεων κλινικοεργαστηριακών ειδικοτήτων με στόχο τη δημιουργία ομοσπονδίας. Η συμμετοχή μας σε ένα τέτοιο όργανο, που εκπροσωπεί μεγαλύτερο αριθμό ιατρών με κοινούς στόχους και επιδιώξεις, θεωρούμε ότι θα εξυπηρετήσει την καλύτερη διεκδίκηση των συμφερόντων μας σε σχέση με τον ΕΟΠΥΥ και τους κρατικούς φορείς, σε μία περίοδο οικονομικής κρίσης. Αποφασίστηκε ομόφωνα η συμμετοχή της ΕΠΕΓΕ στην Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων Κλινικοεργαστηριακών Ειδικοτήτων (ΠΟΣΚΕ).

**2.** Εκτεταμένη και παραγωγική συζήτηση έγινε για τον ΕΟΠΥΥ. Και αυτό γιατί, πέρα από τις γενικές οικονομικές συνθήκες και τον ιατρικό πληθωρισμό, ο νοσηρός τρόπος λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ έχει επίδραση σε όλους μας. Οι σχετικά λίγοι συνάδελφοι που έχουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ αμείβονται με χαμηλές τιμές και με αρκετή καθυστέρηση, ενώ υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με το αν θα συνεχίσουν να αμείβονται στο άμεσο μέλλον. Η παράλογη για εποχή οικονομικής κρίσης σύμβαση του ΕΟΠΥΥ με ιδιωτικά νοσοκομεία κατευθύνει μέσω των ΚΕΝ τους ελάχιστους εναπομείναντες πόρους προς τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Το 2012 χορηγήθηκαν για ιατρικές επισκέψεις και ιατρικές πράξεις μόλις 269 εκατ. ευρώ, 60% λιγότερο από το 2011, που είχαν χορηγηθεί 652 εκατ. ευρώ. Στα Δημόσια Νοσοκομεία χορηγήθηκαν 60 εκατ. ευρώ έναντι πρόβλεψης 750, ενώ οι δαπάνες για κλινικές αυξήθηκαν κατά 110%. Ο ίδιος ο ΕΟΠΥΥ προβλέπεται ότι θα έχει έλλειμμα το 2012 >2,35 δις. Οι συμβάσεις αυτές, απορροφούν ζωτικής σημασίας ποσά και παράλληλα στρέφουν τον κύριο όγκο των ενδοσκοπήσεων σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας των ιδιωτικών νοσοκομείων και των διαγνωστικών κέντρων. Η ενδοσκόπηση έχει μετατραπεί στη συνείδηση των ασφαλισμένων σε απρόσκλητη εξέταση, που αναζητούν να την διεκπεραιώσουν σε οποιοδήποτε κέντρο έχει σύμβαση με το ταμείο τους, απομακρύνοντας τους από το ιδιωτικό ιατρείο. Από την άλλη μεριά, οι χαμηλές αμοιβές του ΕΟΠΥΥ σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια του ταμείου να καλύψει έστω και αυτές έχουν διογκώσει τις απαιτήσεις για επιπλέον αμοιβές που ζητούνται από τους ασθενείς. Ένα κοινό τέχνασμα είναι να ζητούνται επιπλέον αμοιβές για πράξεις που δεν προβλέπονται από κάποιο κωδικό, όπως η καταστολή ή η ενδοσκόπηση του τελικού ειλεού. Οι επιπρόσθετες όμως αυτές αμοιβές συντηρούν το ενδιαφέρον των ιδιωτικών νοσοκομείων ή των διαγνωστικών κέντρων, διατηρείται μία «σύμβαση», και τελικά ο ελευθεροεπαγγελματίας που επιθυμεί να κάνει τη δουλειά του τίμια, με απόδειξη παροχής υπηρεσιών, ανακαλύπτει ότι η δεξαμενή των ασθενών έχει στερέψει. Και βέβαια, όπως φαίνεται και από τους αριθμούς, τα δημόσια νοσοκομεία, που λογικά για τον ισολογισμό τους δημιουργήθηκαν τα ΚΕΝ, στερούνται παντελώς πόρων και βρίσκονται σε τραγική κατάσταση.

Με βάση τα ανωτέρω η γενική συνέλευση αποφάσισε:

A. Προτεραιότητα κάλυψης δαπανών κρατικών νοσοκομείων.

B. Διασφάλιση πλήρους οικονομικής κάλυψης της ενδοσκοπικής πράξης με το παραπεμπτικό του ΕΟΠΥΥ.

**3.** Μετά από μια μακρά πορεία εργασιών της επιτροπής που συστάθηκε από την ΕΠΕΓΕ προέκυψε ένα σύνολο προδιαγραφών λειτουργίας γαστρεντερολογικού- ενδοσκοπικού ιατρείου. Σκοπός αυτής της κίνησης της ΕΠΕΓΕ είναι η χρήση των προδιαγραφών αυτών για τη δημιουργία ιδιωτικού προτύπου πιστοποίησης των γαστρεντερολογικών ιατρείων, σε μια προσπάθεια προάσπισης του ιδιωτικού ιατρείου μέσα στο ανταγωνιστικό περιβάλλον της άσκησης της ιατρικής, όπως επίσης και της συνεχούς επαγγελματικής βελτίωσης. Η χρονική συγκυρία στην οποία κατέληξε να ολοκληρωθεί το εγχείρημα συμπίπτει με τη βαθιά οικονομική κρίση γεγονός που δεν θα μπορούσε να προβλεφθεί προ ετών. Κατά τη διάρκεια της γενικής συνέλευσης έγιναν τοποθετήσεις υπέρ και κατά της πιστοποίησης και ακολούθησε ψηφοφορία. Η πλειοψηφία του σώματος αποφάσισε:

A. οι προδιαγραφές λειτουργίας του γαστρεντερολογικού- ενδοσκοπικού ιατρείου να χρησιμοποιούνται ως κατευθυντήριες οδηγίες.

B. η πιστοποίηση με βάση αυτές τις προδιαγραφές να μην ξεκινήσει σε αυτή την οικονομική συγκυρία.

Προτάθηκε να πιστοποιεί, με βάση αυτές τις προδιαγραφές, τα ιατρεία και τις νοσοκομειακές μονάδες η ΕΠΕΓΕ. Το θέμα θα το χειρισθεί πιθανότατα το επόμενο ΔΣ που θα προκύψει από τις εκλογές του 2013.



## Δημιουργώντας υγεία.

Είναι κι αυτή μία μορφή Τέχνης.

Πάθος και προσήλωση. Εμμονή στη λεπτομέρεια. Και όραμα, για να δημιουργήσεις κάτι που θα φτάσει σε όσο το δυνατόν περισσότερους αποδέκτες. Αυτές είναι, όπως και στην Τέχνη, οι αξίες της LIBYTEC®. Είμαστε μια νέα εταιρεία, που διαθέτει ένα αξιόλογο portfolio:

- ποιοτικών γενόσημων φαρμάκων, υψηλής θεραπευτικής αξίας με χαμηλό κόστος
- καινοτόμων δραστικών ουσιών, που κάνουν τη διαφορά στη θεραπευτική τους κατηγορία.

Ήδη, η «υπογραφή» μας είναι αναγνωρίσιμη, κερδίζοντας την εκτίμηση των επαγγελματιών Υγείας και την εμπιστοσύνη των ασθενών.

**Αντιεθκωτικά • Αντιμυκητιασικά • Αντιαίμοπεταλιακά**

**Για την οστεοπόρωση • Για την οστεοαρθρίτιδα**

  
**LIBYTEC®**  
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.

Λ. Βουλιαγμένης 24,167 77 Ελληνικό, Αθήνα, Τηλ: 210 9609960, Fax: 210 9638438, [www.libytec.gr](http://www.libytec.gr)





Αγγελίες

**RIVIERE** **Opportunité de carrière**  
**GASTRO-ENTEROLOGUE en CORREZE**

L'établissement se dote des moyens de faire évoluer la prise en charge des patients et les pratiques professionnelles grâce à l'adhésion aux réseaux de soins tels que Carelink, Mutualité en Clinique, IC mais aussi différents conseils en place qui contribuent à satisfaire cet objectif qualité. Lutte contre la douleur (<http://www.clinique-saint-germain.fr>).

**Le profil :**

- Diplôme de spécialisation en gastro-entérologie
- Profil de gastro-hépato-entérologue polyvalent souhaité

**Plateau technique :**

Pour plus de sécurité et d'efficacité, la clinique utilise les techniques opératoires les plus modernes.

- La salle opératoire : 6 salles d'opération, 1 salle d'endoscopie, 1 salle de réveil.
- La salle d'attente : 1 salle d'accouchement, 1 salle de réanimation pour les nouveau-nés, 1 salle de consultation, 1 salle de pré-traitement, 1 salle pour amputés.
- La stérilisation, Le laboratoire d'anatomopathologie, Le laboratoire d'analyses médicales.

Des équipements techniques de pointe, tels que la lithotrieur extracorporelle mobile pour la destruction des calculs rénaux, la laser, technique utilisée pour les interventions de prostate, la vidéo chirurgie endoscopique est la technique utilisée dans la plupart des interventions digestives, urologiques et gynécologiques, la thermothérapie de l'endobronche.

En 2008, la Clinique Saint Germain, c'est... 50 médecins consultants ou attachés à la Clinique, 140 salariés, 12 000 patients accueillis dans nos services, Entre 800 et 900 accouchements par an.

La Clinique Saint-Germain est accréditée par un établissement de référence pour certaines spécialités, classées parmi les meilleures cliniques de France par le magazine Le Point en Mars 2010 et 2011 : Clinique 11ème meilleure Clinique sur 50 établissements référencés de moins de 100 lits. (Mars 2011) et Clinique 3ème meilleure Clinique sur 50 établissements référencés de moins de 100 lits. (Mars 2010).

Pour plus de renseignements, n'hésitez pas à contacter Kelly PELENDU au +33 (0)1 44 66 73 83 ou à lui transmettre directement votre candidature à [k.pelendu@riviere-consulting.com](mailto:k.pelendu@riviere-consulting.com), ou à RIVIERE Consulting - 27 rue de Berri - 75008 Paris

**Opportunité de carrière en Gastro-Entérologie**  
Poste situé en Région Bourgogne

**SANTÉ**

**Le projet :**

Ce Centre hospitalier, situé à 2h de Paris et à proximité du parc naturel du Morvan, est un établissement pivot du département de la Nièvre. Il est regroupé dans un bâtiment moderne et fonctionnel, ouvert en 2005. Il souhaite renforcer son service en accueillant un nouveau Praticien. L'ensemble des services HCO (414 lits) est regroupé dans un bâtiment moderne : SAMU, SMUR et SAMU départemental, Scanner, IRM, angioplastie coronaire H24, médecine nucléaire, Chirurgie ortho, digestive, vasculaire, OPIL, OBL, Maternité 1300 accouchements/an, 4 sites externes regroupant les 447 lits de pédiatrie.

L'ensemble de l'établissement emploie environ 1800 agents non médicaux et 160 médecins. Le budget principal d'exploitation s'élève à environ 110 000 K€. La ville de Nevers compte près de 40 000 personnes au sein d'une agglomération de 70 000 habitants. Elle offre un cadre de vie agréable à proximité du parc naturel du Morvan et à 2 h 15 de Paris par autoroute et 2 heures en train.

**L'établissement :**

- La seule structure importante du département de la Nièvre : hôpital de recours aux Urgences 24h/24 ; une importante activité de chirurgie digestive, vasculaire et traumatique ; développement de la médecine nucléaire et de l'ORL ; un service maternité important avec plus de 1300 naissances par an.
- Plateau technique récent (Scanner, IRM, angioplastie coronaire...)
- Gardes réparties entre les différents praticiens avec possibilité de paiement des plages additionnelles.

**L'activité :**

- Statut proposé : Praticien Hospitalier à temps plein ou Praticien Contractuel selon carrière
- Temps de travail : 10 demi-journées hebdomadaires
- Service d'une capacité de 30 lits validant pour le DES de gastro-entérologie.
- Principales missions : Développement de l'activité d'endoscopie, Consultations, Gastrologie digestive, Actes et tests.

**Votre profil :**

- Médecin spécialiste en Hépato-Gastroentérologie inscrit à l'Ordre en France
- Une première expérience confirmée dans un service de Gastroentérologie est souhaitée

Pour plus de renseignements, n'hésitez pas à contacter Kelly PELENDU au +33 (0)1 44 66 73 83 ou à nous transmettre directement votre CV + LM à [k.pelendu@riviere-consulting.com](mailto:k.pelendu@riviere-consulting.com), ou à RIVIERE Consulting - 27 rue de Berri - 75008 Paris

## ΠΩΛΗΣΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ

Πωλείται Ενδοσκοπικός Εξοπλισμός OLYMPUS σε εξαιρετική κατάσταση αποτελούμενος από Γαστροσκόπιο 165, Κολονοσκόπιο 165, Επεξεργαστή, Φωτεινή Πηγή.

Πληροφορίες στα τηλέφωνα 6974442551, 6945801536

## ΠΩΛΕΙΤΑΙ

τμήμα ή ολόκληρος ο εξοπλισμός γαστρεντερολογικού ιατρείου δηλ. έπιπλα, Η/Υ, εκτυπωτής OKI C5100, πρόγραμμα ασθενών, ενδοσκοπικός εξοπλισμός με ενδοσκόπια OLYMPUS CV-145 σε άριστη κατάσταση αγορασθέντα το 2003. Για πληροφορίες καλέστε 2421035395, 6944420353

# Salofalk® Granu-Stix 1000mg



ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΙΟΝΤΟΣ



**Galenica α.ε.**

Ελευθερίας 4, 145 64 Κηφισιά, Τηλ.: 210 52 81 700 - Κουντουριώτου & Φασιανού 2, Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 54 26 85  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: ΤΗΛ.: 210 5281731 - ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗΣ ΤΗΛ.: 210 5281805



**Θεραπευτικά πρωτοκόλλα, κατευθυντήριες οδηγίες, διαγνωστικοί και θεραπευτικοί αλγόριθμοι, εν γένει κατευθυντήριες οδηγίες. Μπορούν να αποτελέσουν απειλή στην άσκηση της σύγχρονης καθημερινής κλινικής Ιατρικής στην Ελλάδα;**

Η χώρα μας κινούμενη μέσα σε ένα γενικά δυσμενές διεθνές περιβάλλον, φαίνεται να βιώνει περισσότερο τα δυσάρεστα αποτελέσματα αυτής της παγκόσμιας κρίσης, πιθανότατα λόγω της ανετοιμότητάς της να μπορέσει να τα διαχειριστεί. Στα πλαίσια αυτής της ανετοιμότητάς της, φαίνεται να ενσκήπτει επιτακτικά η ανάγκη (και όχι αδίκως!) για την σύνταξη εν γένει κατευθυντήριων οδηγιών στην καθ' ημέρα άσκηση της κλινικής Ιατρικής στη χώρα μας. Επιπλέον, η διαχείρισή τους από εξωθεσμικά όργανα και χωρίς στοιχειώδεις νομικό πλαίσιο είναι σίγουρο πως θα προκαλέσει, τουλάχιστον δυνητικά, δυσλειτουργίες, προσθέτοντας περισσότερα προβλήματα στα ήδη υπάρχοντα. Φαίνεται, πως πολιτικά κριτήρια (επαναλαμβάνω, ίσως όχι αδίκως) επιβάλλουν τη σπουδή στην διαμόρφωση και σύνταξη των κατευθυντήριων οδηγιών καθώς και στην ανάθεση της διαχείρισής τους από φαινομενικά θεσμικά όργανα. Το αποτέλεσμα θα είναι η πλήξη του κύρους του Ιατρού αλλά και η υποβάθμιση των Ιατρικών Υπηρεσιών, επαναλαμβάνω λόγω αυτής της βιαστικής και αδιακρίτου επιθυμίας! Τι είναι όμως οι κατευθυντήριες οδηγίες;

Οι εν γένει κατευθυντήριες οδηγίες στην καθ' ημέρα άσκηση της κλινικής Ιατρικής αποτελούν προϊόντα επιστημονικής ιατρικής σκέψης, που πηγάζουν από την βαθιά γνώση και εμπειρία ενός εκάστου γνωστικού αντικειμένου στο οποίο αναφέρονται. Θα πρέπει να είναι εύχρηστες, ευρέως αποδεκτές, επιστημονικά τεκμηριωμένες, με θετική επαναληψιμότητα, προσαρμοσμένες στη κουλτούρα και τις δυνατότητες της χώρας που εφαρμόζονται. Σε καμιά περίπτωση όμως δεν μπορούν να υποκαθιστούν την επιστημονική ιατρική σκέψη, η οποία θα πρέπει να είναι ελεύθερη και δημιουργική, αφού δεν μπορεί να κινείται μέσα στα στενά πλαίσια των κατευθυντήριων οδηγιών. Αποτέλεσμα τούτου είναι η ανάγκη διαρκούς επικαιροποίησής τους αναλόγως της εξέλιξης στην επιστημονική γνώση και πρόοδο του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Η αναγκαιότητά τους είναι προφανής, αποδεικνυόμενη και από την διεθνή τάση χρήσης τους από τις Ιατρικές Επιστημονικές Εταιρείες. Σκοπός της ύπαρξής τους είναι η εκλογίκευση ή η 'εκλαΐκευση' (ως καταχρηστικός

όρος) της επιστημονικής γνώσης και εμπειρίας προς όφελος της εφαρμοσμένης καθ' ημέρα άσκησης της Ιατρικής. Διατυπώνονται από έγκριτους επιστήμονες Ιατρούς επί του συγκεκριμένου γνωστικού αντικειμένου, ενώ καθ' ύλην αρμόδια όργανα διαχείρισης με συντονιστικό και εκτελεστικό ρόλο είναι τα συλλογικά επιστημονικά όργανα εκπροσώπησης (πχ ΕΓΕ, ΕΠΕΓΕ κλπ). Αποδέκτες και χρήστες των εν γένει κατευθυντήριων οδηγιών αποτελούν οι Ιατροί που ασκούν την Ιατρική στην καθ' ημέρα κλινική πράξη. Έχοντας υπ' όψιν τις παραπάνω αρχές που διέπουν τις κατευθυντήριες οδηγίες και οι οποίες, νομίζω, βρίσκουν σε συμφωνία την πλειοψηφία των ασκούντων την Ιατρική, ποια είναι τα πιθανά προβλήματα από τη μη ορθολογική διαχείρισή τους;

Μία αφορμή για την παρουσίαση των προβλημάτων, μου εδόθη από σχετικό άρθρο του ΕΟΠΥΥ με αρ. πρωτ. 10301/14-3-2012 με σκοπό την εφαρμογή της κοινής υπουργικής απόφασης Υ4α/οικ.Γ.Υ.155/29-2-12, αρ.ΦΕΚ 545/1-3-12, καθώς και από τη δημοσίευση θεραπευτικών πρωτοκόλλων από τον ΕΟΦ, χωρίς την οποιαδήποτε πληροφόρηση ή ενημέρωση των αρμόδιων επιστημονικών εταιρειών. Στα προηγούμενα προσθέτω και την επιστολή του ΙΣΑ με αρ. πρωτ. 30981/25-06-2012 στην οποία διαφαίνονται τόσο τα κίνητρα όσο και η βιασύνη για τη σύνταξή τους χωρίς όμως τη προοπτική που θα έπρεπε να έχει ένα τέτοιο εγχείρημα. Ένα πρώτο πρόβλημα που εμφανίζεται είναι η ανάληψη της διαχείρισης των θεραπευτικών πρωτοκόλλων από αναρμόδια εξωθεσμικού ρόλου όργανα (μέχρι στιγμής ΕΟΠΥΥ, ΕΟΦ), χωρίς καν να έχει προβλεφθεί από σχετικό νομικό πλαίσιο ο τρόπος με τον οποίο θα γίνεται η διαχείρισή τους. Βεβαίως, είναι απολύτως κατανοητή και θεμιτή η επιθυμία της πολιτικής ηγεσίας για έλεγχο της Ιατρικής πρακτικής καθώς και η τυχόν εξοικονόμηση και ο εξορθολογισμός των οικονομικών πόρων για την υγεία. Ωστόσο, θα μπορούσε η κατά άλλα νομίμως δρώσα αλλά και καθ' ύλην αρμόδια επιστημονική εταιρεία να συνδράμει και να συνεπικουρεί τέτοιες ενέργειες, πχ γνωμοδοτώντας βάσει των σχετικών εν γένει κατευθυντήριων οδηγιών, τις οποίες συντάσσει με επιστημονική υπευθυνό-

τητα. Και φυσικά, ούτε ο διορισμός από το κράτος κατά τα άλλα απολύτως υπευθύνων ατόμων για τη σύνταξή τους μπορεί να υποκαταστήσει το θεσμικά υπεύθυνο όργανο όπως είναι μια επιστημονική εταιρεία, μέσα στην οποία τα άτομα, όντας προερχόμενα από αυτήν, μπορούν να δρουν και να παράγουν συντεταγμένα. Τέλος, η μέχρι τώρα διαχείριση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων από αυτά τα εξωθεσμικά όργανα δείχνει πως δεν έχουν αντιληφθεί ότι αυτά τα 'εργαλεία' μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνον από πιστοποιημένους διαχειριστές δηλαδή ιατρούς, πράγμα το οποίο καταδεικνύεται πχ από την ανοικτή ανάρτησή τους στο διαδίκτυο, από το ότι δεν υπάρχουν μηχανισμοί προστασίας από αλόγιστη και άκαιρη χρήση τους (η οποία προς το παρόν και φαινομενικά μπορεί να ελέγχεται λόγω της ιατρικής ιδιότητας των προέδρων των σχετικών οργανισμών) κλπ. Ένα δεύτερο πρόβλημα αποτελεί ο κίνδυνος της υιοθέτησης των κατευθυντήριων οδηγιών ως πανάκεια στην άσκηση της Ιατρικής, περιορίζοντας την ελευθερία της επιστημονικής ιατρικής σκέψης, με απρόβλεπτες συνέπειες τόσο στη ποιότητα των προσφερομένων ιατρικών υπηρεσιών όσο και στη προαγωγή της Ιατρικής (ιατρός με ειδικότητα technician!). Ποιος άραγε είναι εκείνος που θα ορίζει πότε ένα θεραπευτικό πρωτόκολλο δεν είναι δυνατόν να υιοθετηθεί έστω και σε εξατομικευμένη περίπτωση; Ένα άλλο πρόβλημα θα ήταν αν φανταστούμε την αδιάκριτη χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από το κοινό (πχ λόγω ευρείας διάδοσης μέσω του διαδικτύου) ή από κατά συνθήκη όργανα ελέγχου (πιθανά κρατικής ή μη προέλευσης όπως δημόσια ή ιδιωτικά ασφαλιστικά ταμεία ή ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες κλπ) και των εύλογων επιπτώσεων στην άσκηση της Ιατρικής!

Από τα μέχρι τώρα, ευκόλως αναγνωρίζεται η πολυπλοκότητα τόσο στην εφαρμογή των εν γένει κατευθυντήριων οδηγιών στη κλινική πράξη όσο και τα πολύπλευρα προβλήματα από τη μη ορθολογική χρήση και διαχείρισή τους. Ωστόσο, για τη διασφάλιση της αναγκαιότητας και της χρησιμότητας απαιτείται η ανάληψη υπευθυνότητας και επίπονου εργασίας από τα καθ' ύλην αρμόδια όργανα δηλαδή τις επιστημονι-

κές εταιρείες. Προς αυτή τη κατεύθυνση απαιτούνται: 1) σύνταξη και διαρκής επικαιροποίηση των εν γένει κατευθυντήριων οδηγιών για όλες τις ενότητες του γνωστικού αντικειμένου αναφοράς 2) υποστήριξη της χρήσης τους στα πλαίσια επιστημονικών εκδηλώσεων (ημερίδες, συνέδρια) και σε δράσεις (κλειστή ανάρτηση στην ιστοσελίδα της εταιρείας κλπ), με σκοπό την όσο το δυνατό ευρύτερη υιοθέτησή τους από τους άμεσα ενδιαφερόμενους κλινικούς ιατρούς 3) διαχείριση των κατευθυντήριων οδηγιών (πχ γνωμοδοτήσεις) από τα καθ' ύλην αρμόδια όργανα με σκοπό την υποστήριξη της διασφάλισης ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών, συνεπικουρώντας τόσο τους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους και το ΠΙΣ όσο και ανάλογες σχετικές δράσεις ενδιαφερομένων μετά από αιτιολογημένες εκκλήσεις κρατικών και μη οργανισμών. Εδώ, αν και ξεφεύγει αυτής της παρουσίασης, η συνεργασία πχ της ΕΓΕ και της ΕΠΕΓΕ είναι προφανής, αφού η μεν ΕΠΕΓΕ θα μπορούσε να συντάσσει κατευθυντήριες οδηγίες χωρίς αποδείξεις (στηριζόμενες σε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και της κοινωνικής κουλτούρας) δηλαδή απλές συστάσεις και η ΕΓΕ να τις υποστηρίξει περισσότερο επιστημονικά δηλαδή κατευθυντήριες οδηγίες βάσει αποδείξεων (χρήση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών ανασκόπησης, μελέτες με μέθοδο όλα ή τίποτε, μελέτες cohort κλπ).

Συνοψίζοντας, είναι δεδομένη η αναγκαιότητα χρήσης των κατευθυντήριων οδηγιών στη κλινική πράξη. Δεδομένη όμως θα πρέπει να είναι και η διαχείρισή τους από τα αρμόδια καθ' ύλην συλλογικά επιστημονικά όργανα εκπροσώπησης, αφού φυσικά είναι διατεθειμένα να αναλάβουν την ευθύνη ενός τέτοιου έργου. Διαρκής στόχος θα πρέπει να είναι η διασφάλιση ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών καθώς και η διαθεσιμότητα για συνεπικουρία των επιστημονικών ιατρικών οργάνων προς κάθε κατεύθυνση που θα έχει ανάλογο στόχο.

ΥΓ. Ενδιαφέρον σχετικό άρθρο: 'Ο ασθενής, η νόσος, ο γιατρός και οι κατευθυντήριες οδηγίες', Παπαβασιλείου Ευστ., Ενημερωτικό Δελτίο ΕΓΕ, τεύχος 50-51, σελ.10-12



## Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

***Prevalence of missed adenomas in patients with inadequate bowel preparation on screening colonoscopy. R.V. Chokshi, C.E. Hovis, T.H. Hollander, D.S. Early, and J.S. Wang. Gastrointest. Endosc 2012; 75: 1197-203***

***Μήπως δε θα πρέπει να διατάζουμε τη διακοπή της κολονοσκόπησης όταν η εντερική προετοιμασία δεν είναι επαρκής;***

Στις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την προληπτική κολονοσκόπηση σε ασθενείς μέσου κινδύνου, για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, δεν περιλαμβάνονται σαφείς συστάσεις που να αφορούν το χειρισμό ασθενών στους οποίους η εντερική προετοιμασία δεν είναι επαρκής. Γενικά, προτείνεται η επανάληψη της ενδοσκόπησης όταν η εντερική προετοιμασία είναι ανεπαρκής, δηλαδή καθιστά δυσχερή την αναγνώριση πολυπόδων  $\geq 5$  mm, χωρίς όμως να καθορίζεται η επιλογή του κατάλληλου χρόνου.

Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, σε ανάλογες περιπτώσεις, φαίνεται πως οι ενδοσκόποι μάλλον βραχύνουν τα μεσοδιαστήματα ενδοσκοπικής παρακολούθησης παρά επαναλαμβάνουν άμεσα την εξέταση. Η παραπάνω τακτική όμως, ενέχει τον κίνδυνο μη έγκαιρης αναγνώρισης κατά την αρχική ενδοσκόπηση, προχωρημένων αδενωμάτων. Ενδεχομένως, αυτός να είναι ένας από τους βασικότερους λόγους που ένας καρκίνος μπορεί να διαπιστωθεί μετά από μια πρόσφατη κολονοσκόπηση.

Ποια είναι όμως η πιθανότητα απώλειας αδενωμάτων σε ένα παχύ έντερο που δεν έχει προετοιμαστεί ικανοποιητικά; Το παραπάνω ερώτημα αποτέλεσε το σκοπό της παρούσας μελέτης. Μη ικανοποιητική εντερική προετοιμασία αναφέρθηκε σε 373 άτομα μέσου κινδύνου, που υποβλήθηκαν σε προληπτική κολονοσκόπηση σε διάστημα μιας πενταετίας, με αρχικά ποσοστά ανίχνευσης αδενωμάτων 25,7%. Από τα 133

άτομα που υποβλήθηκαν σε επανάληψη της ενδοσκόπησης, ποσοστό 33,8% είχαν τουλάχιστον ένα αδένωμα, εκ των οποίων στο 18% διαπιστώθηκε προχωρημένη κατάσταση ( $>3$  αδενώματα, αδένωμα  $> 1$  cm, αδένωμα με λαχνωτή, εικόνα ή με υψηλόβαθμη δυσπλασία). Στο 31,1% των ατόμων με τουλάχιστον ένα αδένωμα στην επαναληπτική κολονοσκόπηση, δεν είχε διαπιστωθεί πολύποδας στην αρχική κολονοσκόπηση ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων με προχωρημένη κατάσταση ήταν 25%. Σε ποσοστό σχεδόν 65% τα «χαμένα» αδενώματα εντοπίζονταν στο εγγύς κόλον. Το μέσο χρονικό διάστημα μεταξύ των ενδοσκοπήσεων ήταν 271 ημέρες.

Η κλινική σημασία των παραπάνω ευρημάτων είναι προφανής. Μερικά άτομα με «χαμένα» αδενώματα θα τύχαιναν διαφορετικού χειρισμού, εφόσον τα αδενώματα αυτά διαπιστώνονταν στην αρχική ενδοσκόπηση. Επιπλέον, στα άτομα με προχωρημένα αδενώματα να είχε ένδεχομένως, αναπτυχθεί ήδη κακοήθεια. Επομένως, φαίνεται απόλυτα λογική η σύσταση για διακοπή της ενδοσκόπησης όταν η εντερική προετοιμασία είναι μη ικανοποιητική αλλά και η επανάληψή της όσο το δυνατό νωρίτερα.

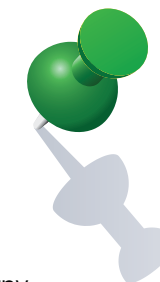
***Proton pump inhibitor therapy does not predispose to small intestinal bacterial overgrowth. S.K Ratnapli, T.G. Ellington, et al. Am J Gastroenterol 2012;107:730-735***

***Η μακροχρόνια αγωγή με PPI's δεν φαίνεται να προδιαθέτει σε βακτηριδιακή υπερανάπτυξη στο λεπτό έντερο.***

Η μικροβιακή υπερανάπτυξη στο λεπτό έντερο συντελείται ως αποτέλεσμα αλλαγών της μικροβιακής χλωρίδας στο ανώτερο πεπτικό σύστημα. Η επαγόμενη από τους αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (PPI's), υποχλωρυδρία, έχει εισηγηθεί ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη βακτηριδιακής υπερανάπτυξης. Παρόλ' αυτά οι

## Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



σχετικές μέχρι τώρα δημοσιευμένες μελέτες έχουν αποφέρει αντικρουόμενα αποτελέσματα. Σκοπός της παραπάνω μελέτης ήταν η εκτίμηση της επίπτωσης της βακτηριδιακής υπερανάπτυξης, στους ασθενείς που λάμβαναν PPI's συγκριτικά με αυτούς που δεν λάμβαναν PPI's. Από όλα τα άτομα της μελέτης συλλέχθηκαν δείγματα εκπνοής υδρογόνου και μεθανίου, πριν αλλά και μετά από 20 και 120 λεπτά μετά τη χορήγηση 50 γραμμών γλυκόζης. Τα παρακάτω αποτελέσματα χαρακτηρίστηκαν θετικά για την δοκιμασία εκπνοής υδρογόνου όταν παρατηρήθηκε: αύξηση του  $H_2 > 20$  ppm πάνω από τις φυσιολογικές τιμές, παρατεταμένη αύξηση  $H_2 > 10$  ppm, επίπεδα  $CH_4 > 15$  ppm.

Συνολικά 1191 άτομα συμπεριελήφθησαν στη μελέτη από τους οποίους οι 566 λάμβαναν αγωγή με PPI's. Διαπιστώθηκε πως τα θετικά αποτελέσματα της δοκιμασίας εκπνοής υδρογόνου δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ατόμων που λάμβαναν PPI's σε σχέση με αυτούς που δεν λάμβαναν τέτοια αγωγή. Αντιθέτως, φάνηκε πως τα θετικά αποτελέσματα της δοκιμασίας σχετίζονταν με την μεγάλη ηλικία αλλά και με τη χρήση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων.

***Tobacco smoking increases the risk of high-grade dysplasia and cancer among patients with Barrett esophagus Coleman HG, et al. Gastroenterol 2012 Feb;142(2):233-40***

***Το κάπνισμα διπλασιάζει την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου ή υψηλόβαθμης δυσπλασίας σε ασθενείς με οισοφάγο Barrett.***

Ο καρκίνος του οισοφάγου, εξαιτίας της πτωχής πρόγνωσής του αλλά και της ολοένα αυξανόμενης συχνότητάς του στον αναπτυγμένο κόσμο, έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης. Ο οισοφάγος Barrett έχει αναγνωριστεί ως προκαρκινωματώδης βλάβη, που προφανώς μέσω ανάπτυξης χαμηλόβαθμης και υψηλό-

βαθμης δυσπλασίας δυνατό να οδηγήσει στην ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου. Ευτυχώς η πρόοδος του οισοφάγου Barrett σε αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου αφορά ένα μικρό μόνο ποσοστό ασθενών καθώς οι περισσότεροι ασθενείς με οισοφάγο Barrett ποτέ δεν αναπτύσσουν δυσπλασία και πολύ περισσότερο αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου.

Οι παράγοντες που διαφοροποιούν αυτή τη μειοψηφία των ασθενών με οισοφάγο Barrett, δεν έχουν προσδιοριστεί επαρκώς. Μεγάλο μέρος της έρευνας έχει εστιαστεί στην αναγνώριση βιολογικών δεικτών ως προγνωστικών παραγόντων ανάπτυξης καρκίνου του οισοφάγου αλλά εξίσου σημαντική φαίνεται πως είναι και η τροποποίηση παραγόντων που σχετίζονται με τις συνήθειες και τον τρόπο συμπεριφοράς των ασθενών με οισοφάγο Barrett. Οι μέχρι τώρα σχετικές μελέτες, έχουν αναδείξει τη περίσσεια σωματικού βάρους ως ισχυρό παράγοντα πρόοδου του οισοφάγου Barrett σε αδενοκαρκίνωμα. Όσον αφορά στο κάπνισμα, μάλλον διπλασιάζει τον κίνδυνο ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος ενώ αντιθέτως το αλκοόλ φαίνεται πως σχετίζεται περισσότερο με την ανάπτυξη καρκίνου από το πλακώδες επιθήλιο.

Ύστερα από διάρκεια παρακολούθησης 7,5 ετών, αδενοκαρκίνωμα ή υψηλόβαθμη δυσπλασία ανέπτυξαν οι 117 από τους 3167 ασθενείς με οισοφάγο Barrett. Παρομοίως με προηγούμενες μελέτες, διαπιστώθηκε πως οι καπνιστές είχαν διπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου ή της καρδιάς του στομάχου σε σχέση με αυτούς που ποτέ δεν είχαν αυτή τη συνήθεια. Επιπλέον, η μελέτη αυτή έδειξε πως ο κίνδυνος παρέμεινε υψηλός ακόμα και σε αυτούς που ήταν πρώην καπνιστές για περίοδο 30 ετών. Το πιο σημαντικό ήταν πως όπως φάνηκε, ο κίνδυνος ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος, μεταξύ των καπνιστών, ήταν ανεξάρτητος της έντασης του καπνίσματος, υποδεικνύοντας την αναγκαιότητα, όχι απλώς περιορισμού του καπνίσματος αλλά πλήρους διακοπής του.



## ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΩΚΤΟΥ

Κατερίνα Ευγενίδη

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Τα νεοπλασμάτα του πρωκτού είναι σπάνια και καθένα παρουσιάζει διαφορετική συμπεριφορά. Αποτελούν το 1% με 2% των κακοηθειών του παχέος εντέρου. Η ηλικία εμφάνισης ποικίλει από 25-75 ετών αν και το 95% των ασθενών είναι μεγαλύτεροι των 45 ετών. Η αναλογία ανδρών / γυναικών είναι 5/1. Ωστόσο στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι ομοφυλόφιλοι και οι οροθετικοί, η αντίστοιχη αναλογία πλησιάζει το 1/1 και η ηλικία εμφάνισης είναι τα 35 έτη. Σε αντίθεση με αυτό που συμβαίνει στα περιπρωκτικά νεοπλασμάτα η αναλογία ανδρών / γυναικών είναι 1/1. Τα πρωκτικά νεοπλασμάτα εμφανίζονται συνήθως στους αστικούς και σπανιότερα στους αγροτικούς πληθυσμούς.

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Στους περισσότερους ασθενείς με καρκίνο του πρωκτού, κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζει ο ιός HPV και κυρίως οι ορότυποι 16,18, καθώς και οι τύποι 31 και 35. Στο 70% των περιπτώσεων ανευρίσκεται στον όγκο HPV-DNA με τη μέθοδο PCR. Μια πρωτεΐνη παραγόμενη από τον ιό, η E6, απενεργοποιεί το ογκοκατασταλτικό γονίδιο P53, προάγοντας την καρκινογένεση.

Άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες είναι ο ιός HIV (αν και ο πρωκτικός καρκίνος είναι ασυνήθης σε ενδοφλέβιους χρήστες ναρκωτικών), ο ιός του έρπητα τύπου 2, η λοίμωξη Chlamydia trachomatis στις γυναί-



κες και η γονόρροια στους άνδρες. Άλλες ασθένειες και καταστάσεις που σχετίζονται με τον καρκίνο

του πρωκτού είναι οι προηγούμενη ακτινοβολία, τα περιπρωκτικά συρίγγια, η ραγάδα του πρωκτού, οι αιμορροΐδες, η χρόνια τοπική φλεγμονή, η νόσος Crohn, το βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα, τα κονδυλώματα, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και ο καρκίνος του αιδοίου.

Οι λήπτες επίσης νεφρικών μοσχευμάτων έχουν 100 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του πρωκτού. Τέλος, το κάπνισμα αυξάνει το σχετικό κίνδυνο κατά 8 φορές.

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Το πρωκτικό κανάλι είναι ένας κυλινδρικός σωλήνας μήκους 3-4 εκ. Η σύνδεση μεταξύ του πρωκτικού καναλιού και του περιπρωκτικού δέρματος είναι γνωστή ως πρωκτικό όριο ή γραμμή του Hilton. Η οδοντωτή γραμμή βρίσκεται 1 με 2 εκ. εγγύς του πρωκτικού ορίου και αποτελεί το σημείο μετάπτωσης του μη κερατοποιημένου πλακώδους επιθηλίου του πρωκτού στο κυλινδρικό επιθήλιο του ορθού. Αποτελεί δηλαδή, το απομεινάρι του ορίου μεταξύ του εμβρυολογικού ενδοδέρματος και εξωδέρματος.

Γενικά, η περιοχή εγγύτερα της οδοντωτής γραμμής, το πρώτο εκατοστό της οποίας ονομάζεται μεταβατική ζώνη, διαθέτει λεμφική παροχέτευση στους άνω ορθικούς λεμφαδένες και στη συνέχεια στους κάτω μεσεντέριους. Επιπλέον, υπάρχει πλάγια παροχέτευση δια των μέσων και κάτω λεμφαγγείων στους κάτω ελκικούς λεμφαδένες. Η γνώση της λεμφικής παροχέτευσης είναι θεμελιώδης για τη σωστή θεραπεία.

### ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ

Το πλακώδες Ca αποτελεί το 63% των περιπτώσεων.

Το καρκίνωμα από κύτταρα της μεταβατικής ζώνης το 23% και το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα το 7%. Το βασικοκυτταρικό (2%) είναι ένα κακόηθες νεό-

πλασμα της ενδοεπιδερμικής μοίρας των αποκρινών αδένων. Το κακόηθες μελάνωμα (9%), συνήθως εξορμάται από την οδοντωτή γραμμή και αναπτύσσεται ως μονήρης ή πολλαπλές πολυποειδείς μάζες. Έχει πτωχή πρόγνωση και εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου και το βάθος της διήθησης.

Άλλες μορφές, περιλαμβάνουν το καρκίνωμα από μικρά κύτταρα (σπάνιο αλλά ιδιαίτερα επιθετικό), τη νόσο του Bowen, το εμβρυονικό ραβδομυοσάρκωμα (σε παιδιά και βρέφη) και το κακόηθες λέμφωμα (σε ασθενείς με AIDS).

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αιμορραγία από το ορθό εμφανίζεται στο 50% των ασθενών, πόνος στο 40%, αίσθημα μάζας στο 25% και κνησμός στο 15%. Σε ένα 25% των ασθενών δεν υπάρχει συμπτωματολογία. Επίσης, μπορεί να υπάρξουν αλλαγές των συνθηκών του εντέρου, διογκωμένοι λεμφαδένες και ελάττωση της διαμέτρου των κοπράνων.

Η διάγνωση, συνήθως κατευθύνεται από τη συμπτωματολογία και το ιστορικό του ασθενούς. Ιστορικό HPV ή HIV λοίμωξης, νεοπλασίας του τραχήλου ή ανοσοκαταστολή, θα πρέπει να θέτουν το γιατρό σε επαγρύπνηση. Η δακτυλική εξέταση του ορθού, η οποία πρέπει να πραγματοποιείται υπό μέθη ή γενική αναισθησία αν υπάρχει έντονος πόνος ή σπασμός, μπορεί να αποκαλύψει μάζα ή εξελκωμένη περιοχή. Πρέπει να γίνεται έλεγχος για την ανεύρεση διογκωμένων βουβωνικών λεμφαδένων όταν ο όγκος εδράζεται άνω της οδοντωτής γραμμής. Στις γυναίκες πρέπει να γίνεται γυναικολογική εξέταση, για αποκλεισμό διήθησης του κόλπου. Έλεγχος για HIV λοίμωξη πραγματοποιείται σε όλους τους ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Στη συνέχεια διενεργείται πρωκτοσκόπηση ή ορθοσκόπηση με λήψη βιοψιών, ενώ ολική κολονοσκόπηση γίνεται για την εκτίμηση του παχέος εντέρου και ιδιαίτερα σε άτομα μεγαλύτερα των 50 ετών. Ο ενδοσκοπικός υπέρηχος βοηθά στην εκτίμηση του

βάθους διήθησης και αποκαλύπτει την ύπαρξη ή όχι λεμφαδένων.

Για τη σταδιοποίηση επιπλέον πραγματοποιείται έλεγχος ηπατικής λειτουργίας καθώς και αξονική τομογραφία θώρακος και άνω - κάτω κοιλίας (για πιθανή μεταστατική νόσο). Τα τελευταία χρόνια, λόγω της μείωσης της ευαισθησίας της αξονικής τομογραφίας πυέλου, στην ανάδειξη λεμφαδένων χρησιμοποιείται η φλουοροδοξυγλυκόζη εκπομπής ποζιτρονίων τομογραφία (FDG-PET scan), η οποία στηρίζεται στη μεταβολική δραστηριότητα των ιστών και όχι στο μέγεθος των λεμφαδένων.

Τέλος, αν υπάρχουν διογκωμένοι βουβωνικοί λεμφαδένες, μπορεί να γίνει FNA ή ανοικτή βιοψία, για επιβεβαίωση της διάγνωσης.

### ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Γίνεται με σύστημα TNM κατά κύριο λόγο:

Η πρόγνωση εξαρτάται από το στάδιο TNM. Ασθενείς με νόσο σταδίου T1 (όγκος με διάμετρο <2εκ.), έχουν καλύτερη πρόγνωση από αυτούς με μεγαλύτερες βλάβες. Η πενταετής επιβίωση είναι μεγαλύτερη από 80% για ασθενείς με όγκο T1 ή T2 και μικρότερη από 20% για εκείνους που είναι T3 και T4. Η επιβίωση είναι πτωχή ακόμη και με επιθετική θεραπεία για βλάβες μεγαλύτερες των 6-10 εκ. Οι λεμφαδενικές μεταστάσεις σχετίζονται με πτωχή πρόγνωση. Απομακρυσμένες μεταστάσεις παρατηρούνται σε ποσοστό μικρότερο από 10%. Άλλοι προγνωστικοί παράγοντες είναι η παρουσία συμπτωμάτων που σχετίζονται με το μέγεθος και το grading του όγκου.

### ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση εξαρτάται από την επαγρύπνηση ασθενή και ιατρού για την ασθένεια, την παρουσία παραγόντων κινδύνου και την ιστολογική εξέταση όλων των χειρουργικών δειγμάτων. Ετήσια πρωκτοσκόπηση και κυτταρολογική





πρέπει να γίνεται σε ασθενείς υψηλού κινδύνου και ετήσια εξέταση του πρωκτού πρέπει να πραγματοποιείται σε ασθενείς με καρκίνο του αιδοίου ή του τραχήλου.

#### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μικροί όγκοι του πρωκτικού καναλιού ή του πρωκτικού ορίου, μικρότεροι των 2 εκ, θεραπεύονται

| Table. The TNM Staging System for Perianal Squamous Cell Cancer <sup>5</sup>                      |                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Primary tumor (T)                                                                                 |                                                                                                 |
| TX                                                                                                | Primary tumor cannot be assessed                                                                |
| T0                                                                                                | No evidence of primary tumor                                                                    |
| Tis                                                                                               | Carcinoma in situ                                                                               |
| T1                                                                                                | Tumor 2 cm or less in greatest dimension                                                        |
| T2                                                                                                | Tumor more than 2 cm but not more than 5 cm in greatest dimension                               |
| T3                                                                                                | Tumor more than 5 cm in greatest dimension                                                      |
| T4                                                                                                | Tumor of any size that invades adjacent extradermal tissue(s): bone, cartilage, skeletal muscle |
| Regional lymph nodes (N)                                                                          |                                                                                                 |
| NX                                                                                                | Regional lymph nodes cannot be assessed                                                         |
| N0                                                                                                | No regional lymph node metastasis                                                               |
| N1                                                                                                | Regional lymph node metastasis                                                                  |
| Distant metastases (M)                                                                            |                                                                                                 |
| MX                                                                                                | Distant metastasis cannot be assessed                                                           |
| M0                                                                                                | No distant metastasis                                                                           |
| M1                                                                                                | Distant metastasis                                                                              |
| Source: American Joint Committee on Cancer. <i>Cancer Staging Manual</i> . Seventh edition, 2009. |                                                                                                 |

Όσο αφορά στον εμβολιασμό έναντι του HPV (τύποι 16 και 18), τα δεδομένα είναι αντικρουόμενα. Αν και το εμβόλιο έχει αποτελεσματικότητα 65% στην πρόληψη των πρωκτικών βλαβών που προκαλούνται από τους 4 τύπους του HPV, έναντι των οποίων ανοσοποιεί. Σε νεαρούς άντρες ηλικίας 19-26 ετών, εντούτοις, δε φαίνεται να προλαμβάνει τον καρκίνο του πρωκτού ή την πρωκτική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (AIN), που προκαλούνται κατά κύριο λόγο από τους τύπους 16 και 18.

στο 80% των περιπτώσεων με απλή εκτομή και χειρουργικά όρια εκτομής το 1 εκ. Η συνδυασμένη ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία είναι η πρωταρχική θεραπεία για πιο προχωρημένους όγκους. Η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή αποτελεί θεραπεία διάσωσης για ανθεκτική στη θεραπεία νόσο και ασθενείς με ακράτεια κοπράνων. Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία αποτελεί την πρωταρχική θεραπευτική επιλογή για τον καρκίνο του πρωκτού. Η συνδυασμένη θεραπεία έχει ως αποτέλεσμα υψηλότερα ποσοστά τοπικού ελέγχου της νόσου και επιβίωσης και διατηρεί τη λειτουργία του πρωκτού σε

αντίθεση με τη χειρουργική θεραπεία. Η χορήγηση υψηλών δόσεων ακτινοβολίας μείωσε τα ποσοστά υποτροπιάζοντων καρκίνων, καθώς και την ανάγκη χειρουργικής λεμφαδεκτομής. Η δόση της ακτινοθεραπείας, ο αριθμός των κύκλων της χημειοθεραπείας, που απαιτούνται για τον τοπικό έλεγχο της νόσου και ο ρόλος της χειρουργικής επανασταδιοποίησης, μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας παραμένει σημείο διαφωνίας.



Τα θεραπευτικά σχήματα που ακολουθούνται είναι τα εξής:

**RADIATION THERAPY ONCOLOGY GROUP (RTOG):**  
Mitomycin C 10mg/m<sup>2</sup> iv bolus(day2)  
5FU 1000mg/m<sup>2</sup>σε 24ωρη έγχυση (day 2-4 and day 28-32)  
RT: 170 cGy/day μεταξύ ημερών 1-28.  
Συνολική δόση RT 4500-5000 cGy.  
**NATIONAL TUMOR INSTITUTE (MILAN):**  
Mitomycin C 15 mg/m<sup>2</sup> iv bolus (day1)  
5FU 750 mg/m<sup>2</sup> σε 24ωρη έγχυση (day1-5)  
RT: 180 cGy/day για 4 εβδομάδες με ελεύθερο μεσοδιάστημα δύο εβδομάδων.  
Συνολική δόση RT 5400 cGy (σε ασθενείς με προχωρημένη τοπικά νόσο, η δόση αυξάνεται, αλλά η συνολική δόση δεν ξεπερνάει τα 6000 cGy.

#### ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Συνήθως, χορηγούνται 6 κύκλοι χημειοθεραπείας με Mitomycin C και 5FU ανάλογα με το μέγεθος του όγκου και την τοξικότητα. Βιοψία ολικού πάχους στον όγκο γίνεται 6-8 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται κάθε μήνα τον πρώτο χρόνο και κάθε 6 μήνες στη συνέχεια. Η παρακολούθηση περιλαμβάνει: δακτυλική εξέταση, ορθοσκόπηση και πρωκτοσκόπηση. Η λήψη βιοψιών από ύποπτες βλάβες επιβάλλεται ιδίως τα 3 πρώτα χρόνια. Σε περίπτωση αποδείξεως κακοήθειας με τη βιοψία, γίνεται κοιλιοπερινεϊκή εκτομή. Η χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής με πλατίνα και 5FU και η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή είναι θεραπείες διάσωσης μετά την υποτροπή. Η ευρεία ολικού πάχους εκτομή είναι ικανοποιητική θεραπεία για ευδιάκριτες επιφανειακές βλάβες του πρωκτικού ορίου. Η πενταετής επιβίωση φτάνει το 80% εκτός αν ο όγκος είναι ευμεγέθης και διηθεί σε βάθος. Η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του πρωκτού και του ορθού είναι η αποκλειστική θεραπεία για όγκους του πρωκτικού καναλιού και μεγάλους όγκους του πρωκτικού ορίου με πενταετή επιβίωση που φτάνει μόλις το 55%.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Gastroenterology and endoscopy news: ISSUE APRIL 2011/ VOLUME: 62:04. Anal cancer part 1.
2. Gastroenterology and endoscopy news: ISSUE: MAY 2011 / VOLUME: 62:05. Anal cancer part 2.
3. Gastroenterology and endoscopy news: ISSUE: JUNE 2011 | VOLUME: 62:06. Anal cancer part 3.
4. American Joint Committee on Cancer. **Cancer Staging Manual**. Seventh edition, 2009.
5. Mullerat J, Northover J. Human papilloma virus and anal neoplastic lesions in the immunocompromised (transplant) patient. **Semin Colon Rectal Surg**. 2004;15(4):215-217.
6. American Cancer Society (ACS). Detailed guide: Anal cancer. What are the key statistics about anal cancer? [www.cancer.org/cancer/analcancer/detailedguide/anal-cancer-what-is-key-statistics](http://www.cancer.org/cancer/analcancer/detailedguide/anal-cancer-what-is-key-statistics). Accessed Dec. 28, 2010.
7. Ryan DP, Mayer RJ. Anal carcinoma: histology, staging, epidemiology, treatment. **Curr Opin Oncol**. 2000;12:345-354.
8. HIV treatment UPDATE: ISSUE 208 JULY 2011.
9. Manual of clinical oncology. Fifth edition, 2004





# Εἰς Μνήμην

Απόστολος Νταλιάνας

## Η ζωή δεν ήταν δίκαιη με τον Αντώνη.

Ούτε με την οικογένειά του, τους φίλους του, τους συναδέλφους του και όλους εμάς που τον γνωρίσαμε. Γιατί μας στέρησε νωρίς το πλατύ χαμόγελό του, την συντροφικότητά του τις ιδέες του και τις ικανότητές του.

Γνωριστήκαμε καλά όταν συνεργασθήκαμε στην Ένωση των γαστρεντερολόγων. Η ηρεμία του και η απλότητα με την οποία ξεδίπλωνε την ευφυΐα του με κέρδισαν από την πρώτη στιγμή. Μερικές φορές θύμωνα με την τάση του να λεπτολογεί τα πάντα, όμως αυτό τον βοηθούσε να μην κάνει λάθη. Είχε ιδέες, πολλές ιδέες που μου έλεγε ότι τις οφείλει στις ανοικτές συζητήσεις με άλλους ανθρώπους. Όμως κατά βάθος αυτός τους κατύθυνε και απλώς επιζητούσε την έγκρισή τους. Του άρεσε να μοιράζεται τους προβληματισμούς του με νέους ανθρώπους, να παίρνει και κυρίως να δίνει. Ήταν η αγάπη του για τους νεότερους και η ανάγκη που ένιωθε να τους καθοδηγήσει που τον απασχολούσαν καθημερινά και τον ώθησαν να ασχοληθεί με την Επαγγελματική Ένωση. Την υιοθέτησε σαν πνευματικό του παιδί και κατάφερε να την επιβάλει στη συνειδήσή μας. Είχε και καλλιτεχνική φλέβα που η πολυπραγμοσύνη του δεν του επέτρεψε να την ξεδιπλώσει. Δικές του πάντως πετυχημένες ιδέες χρησιμοποιήθηκαν για αφίσες επιστημονικών εκδηλώσεων...

Η ζωή μπορεί τελικά να μην ήταν τόσο άδικη για τον Αντώνη. Ούτε για μας που τον γνωρίσαμε. Του πρόσφερε απλόχερα τόσα χαρίσματα... Στο σύντομο πέρασμα από αυτό τον κόσμο του πρόσφερε το ρόλο του ηγέτη, το ρόλο του ανθρώπου που έχει το χάρισμα και το προσφέρει χωρίς ιδιοτέλεια, χωρίς δεύτερη σκέψη και χαράζει ανεξίτηλα τους ανθρώπους γύρω του. Ήταν ένας ιατρός που τίμησε τον όρκο του. Με γνώσεις και επιστημονική συνέπεια, χωρίς ενδιαφέρον για τα υλικά αγαθά. Προικισμένος να διαθέτει όλο το χρόνο του, και να προσφέρει με ήθος και συναίσθημα τις γνώσεις του για να θεραπεύσει τους ασθενείς του.

Θα μας λείψουν το ήθος του και η επιστημοσύνη του. Θα μας λείψουν σε μια εποχή κρίσης που έχουμε ανάγκη από ανθρώπους σαν τον Αντώνη. Ανθρώπους που ήξεραν να σε πάρουν από το χέρι και να σε οδηγήσουν με τις δικές τους αξίες μπροστά. Ας του ευχηθούμε καλή ανάπαυση. Καλό ταξίδι Αντώνη... Η οικογένειά σου, οι φίλοι σου, οι ασθενείς σου και οι συνάδελφοί σου, θα σε θυμούνται. Καλό ταξίδι...



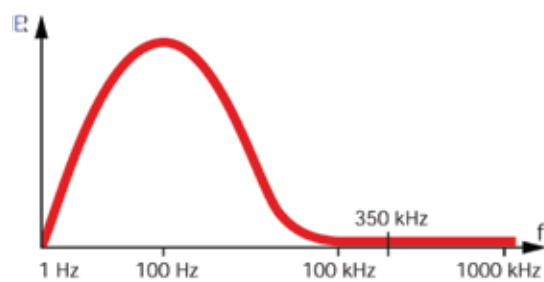


### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ηλεκτροχειρουργική αναφέρεται στην τομή ή πήξη του ιστού με τη χρήση υψηλής συχνότητας ηλεκτρικού ρεύματος. Οι γιατροί που χρησιμοποιούν την τεχνική αυτή θα πρέπει να γνωρίζουν τις βασικές αρχές του ηλεκτρισμού, τη δράση του ηλεκτρικού ρεύματος στους ιστούς, τη λειτουργία των συσκευών και την πρόληψη και διαχείριση των πιθανών επιπλοκών κατά τη διάρκεια των ηλεκτροχειρουργικών επεμβάσεων.

### ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Το ηλεκτρικό ρεύμα δημιουργείται από την κίνηση των ηλεκτρονίων, ενώ η δύναμη που προκαλεί την κίνηση αυτή ονομάζεται **τάση**. Υπάρχουν δύο τύποι ηλεκτρικού ρεύματος: το συνεχές ρεύμα (DC), όπου η ροή των ηλεκτρονίων είναι πάντα προς την ίδια κατεύθυνση (π.χ. απλές μπαταρίες), και το εναλλασσόμενο ρεύμα (AC), όπου η ροή αλλάζει κατεύθυνση περιοδικά (π.χ. πρίζα).



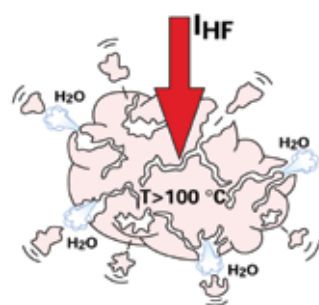
Σχέση συχνότητας - διέγερσης μυών και νευρών.

Κάθε φορά που ένα AC ρεύμα αντιστρέφει την κατεύθυνσή του θεωρείται ένας κύκλος. Η **συχνότητα** αναφέρεται στον αριθμό των κύκλων ανά δευτερόλεπτο και μετρείται σε Hertz (Hz). Τα ηλεκτροχειρουργικά συστήματα (ESU) που χρησιμοποιούνται στις ενδοσκοπικές μονάδες μετατρέπουν την ηλεκτρική συχνότητα του δικτύου, η οποία είναι 50 έως 60 Hz, σε πολύ υψηλότερες

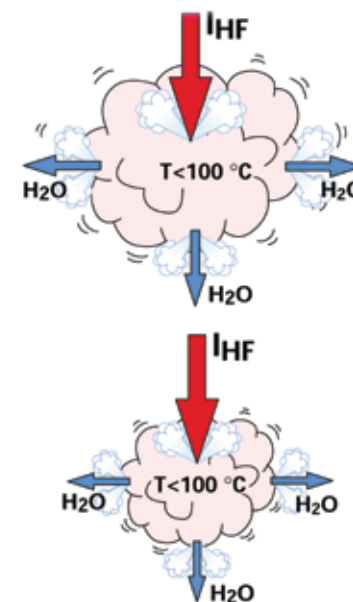
συχνότητες, 500.000 έως 3.000.000 Hz. Αυτό είναι σημαντικό για την ελαχιστοποίηση της διέγερσης των νευρών και των μυών, η οποία επιτυγχάνεται μόνο όταν το ηλεκτρικό ρεύμα έχει συχνότητα πάνω από 100.000 Hz.

Τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα της εφαρμογής ηλεκτρικού ρεύματος στον ιστό είναι: **τομή ή αιμόσταση**.

**Η ηλεκτροχειρουργική τομής (cutting)** επιτυγχάνεται με υψηλή τάση (> 200 V) συνεχούς ρεύματος. Αυτό προκαλεί στα κύτταρα ταχεία αύξηση της εσωτερικής τους θερμοκρασίας, με αποτέλεσμα το βρασμό του ενδοκυττάριου ύδατος και τελικά την έκρηξη των κυττάρων. Έτσι, δημιουργείται ένα κενό στη θέση των κυτταρικών δομών που έχουν καταστραφεί και, συνεπώς, μία μη αγωγίμη ζώνη, που εμποδίζει την περαιτέρω επέκταση του φαινομένου. Η διάχυση της θερμότητας στους ιστούς που βρίσκονται στο περιθώριο της τομής παράγει μια ζώνη πήξης.



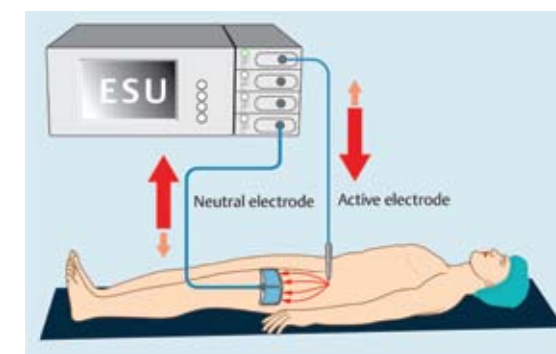
**Η ηλεκτροχειρουργική αιμόστασης (coagulation)** οφείλεται στην εξάτμιση του νερού από το εσωτερικό των κυττάρων. Προκειμένου να είναι σταθερή και ομοιόμορφη, πρέπει να εφαρμόζεται κατά περιόδους και με σταδιακή αύξηση της θερμοκρασίας κάτω, όμως, από 100 °C. Η χαμηλή θερμοκρασία προστατεύει τα κύτταρα από τη ρήξη και τελικά προκαλεί μετουσίωση των ενδοκυττάρων πρωτεϊνών (πήξη).



**ΗΛΕΚΤΡΙΚΟ ΚΥΚΛΩΜΑ:** Ανάλογα με την κλινική ένδειξη και το είδος της συσκευής που χρησιμοποιείται, η ενέργεια μπορεί να μεταδοθεί από την ESU μέσω μονοπολικής ή διπολικής λειτουργίας. Η κύρια διαφορά μεταξύ αυτών των δύο είναι ότι, στη μονοπολική, το ρεύμα διαπερνά τον ασθενή, για να ολοκληρωθεί το κύκλωμα, ενώ στη διπολική, διαπερνά μόνο τον ιστό μεταξύ των δύο ηλεκτροδίων του οργάνου.

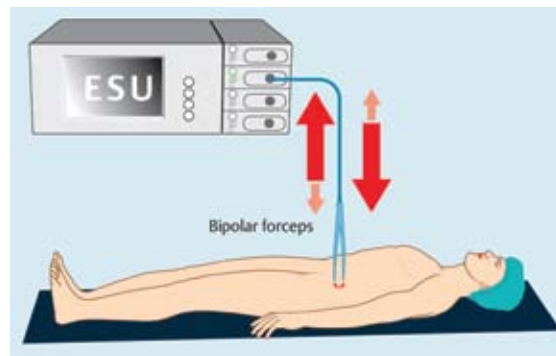
**Μονοπολική χειρουργική επέμβαση** - Σε χειρουργική επέμβαση με μονοπολική διαθερμία, το ηλεκτρικό ρεύμα που δημιουργείται στην ESU διέρχεται μόνο μέσα από ένα ηλεκτρόδιο στον ιστό, προκαλώντας το επιθυμητό αποτέλεσμα (π.χ. ηλεκτροπηξία, αποξήρανση ή εξάτμιση). Η επενέργεια στους ιστούς συντελείται, σχεδόν αποκλειστικά, κοντά στο ηλεκτρόδιο, καθώς η πυκνότητα του ρεύματος μειώνεται γρήγορα με την απόσταση. Για να ολοκληρωθεί το κύκλωμα, τα ηλεκτρόνια επιλέγουν μία «οδό» μικρής αντίστασης, για να επιστρέψουν σε μια **δεξαμενή ηλεκτρονίων**, όπως

το έδαφος. Αυτόν το ρόλο αναλαμβάνει το ουδέτερο ηλεκτρόδιο, το οποίο συνδέεται με τον ασθενή σε σχετικά μικρή απόσταση από τη χειρουργική περιοχή. Η μεγάλη επιφάνεια του ουδέτερου ηλεκτροδίου ελαττώνει την πυκνότητα του ρεύματος στο σημείο σύνδεσης, ελαχιστοποιώντας έτσι τον κίνδυνο εγκαυμάτων στο δέρμα. Ωστόσο, αν το ουδέτερο ηλεκτρόδιο συνδεθεί χαλαρά ή μερικά με το δέρμα, η αύξηση της πυκνότητας, δυνητικά, μεγιστοποιεί τον κίνδυνο εγκαυμάτων. Για πιο ασφαλή αποτελέσματα, το ουδέτερο ηλεκτρόδιο πρέπει να εφαρμόζεται καλά, σε ξηρό, άτριχο δέρμα πάνω από ένα μεγάλο μυ και μακριά από μεταλλικές προθέσεις. Μεταβλητές, όπως κηλιδές, μέταλλο, τρίχες και κακή αιμάτωση, αυξάνουν την αντίσταση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εγκαύματα. Μερικές ESUs έχουν αισθητήρες που υπολογίζουν την επαφή του ουδέτερου ηλεκτροδίου με το δέρμα.



Μονοπολικό κύκλωμα.

**Διπολική χειρουργική επέμβαση** - Σε χειρουργική επέμβαση με διπολική διαθερμία, το ηλεκτρικό ρεύμα που δημιουργείται στην ESU περιορίζεται στον ιστό ανάμεσα στα δύο ηλεκτρόδια του χειρουργικού εργαλείου. Ξεχωριστό ηλεκτρόδιο επιστροφής για το ρεύμα εξόδου δεν απαιτείται.



Διπολικό κύκλωμα.

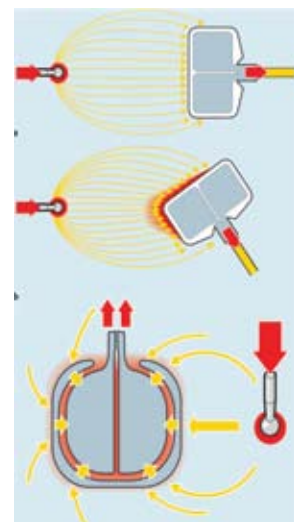
#### ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΡΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΝΟΔΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ

Η ποσότητα του ηλεκτρικού ρεύματος ανά μονάδα επιφάνειας στο σημείο της εφαρμογής ονομάζεται **πυκνότητα**. Σε ένα μονοπολικό κύκλωμα, η πυκνότητα του ρεύματος είναι σχετικά υψηλή στο σημείο επαφής του ιστού με το ενεργό ηλεκτρόδιο, λόγω της μικρής περιοχής επαφής. Η πυκνότητα του ρεύματος είναι σημαντικά χαμηλότερη στο σημείο τοποθέτησης του ουδέτερου ηλεκτροδίου, επειδή η μεγαλύτερη επιφάνεια του τελευταίου διασκορπίζει τα ηλεκτρόνια. Αν υποθέσουμε ότι η ηλεκτρική αντίσταση των ιστών είναι ομοιόμορφη και η θερμική αγωγιμότητα αμελητέα, η παραγόμενη θερμότητα στους ιστούς σχετίζεται άμεσα με την ποσότητα ηλεκτρικής ενέργειας που απορροφάται από τον ιστό. Το ποσό αυτό (QE) μπορεί να εκφραστεί από την εξίσωση:

$QE = (I^2 \times R) / S$ , όπου R η ηλεκτρική αντίσταση, I η ένταση ρεύματος και S η επιφάνεια του ιστού σε επαφή με το ηλεκτρόδιο.

Όταν το ηλεκτρικό ρεύμα εφαρμόζεται για 1 δευτερόλεπτο, η θερμοκρασία των ιστών αυξάνεται σύμφωνα με την ακόλουθη εξίσωση (υποθέτοντας ότι όλη η ηλεκτρική ενέργεια μετατρέπεται σε θερμότητα):  $\Delta T = (K \times QE) / S = (I^2 \times$

$R) / S^2$  όπου K ειδική σταθερά των ιστών. Η QE μπορεί να ρυθμιστεί, ώστε να προκαλέσει αύξηση της θερμοκρασίας του ιστού στο σημείο επαφής με το ενεργό ηλεκτρόδιο, ενώ το θερμικό αποτέλεσμα στη θέση εφαρμογής του ουδέτερου ηλεκτροδίου, το οποίο είναι σημαντικά μεγαλύτερο, είναι αμελητέο. Αντιθέτως, εάν ο ασθενής είναι σε επαφή με μικρό τμήμα του ουδέτερου ηλεκτροδίου ή αν το ουδέτερο ηλεκτρόδιο δεν είναι σωστά προσανατολισμένο, η θερμοκρασία σε αυτήν τη θέση μπορεί να αυξηθεί και να προκαλέσει εγκαύματα. Το υψηλής συχνότητας ρεύμα δε ρέει προς το ουδέτερο ηλεκτρόδιο με ομοιόμορφη κατανομή. Παρατηρείται ρεύμα μεγαλύτερης πυκνότητας στις γωνίες και στις πλευρές του, που βρίσκονται πλησιέστερα στο ενεργό ηλεκτρόδιο. Ο σωστός προσανατολισμός επιβάλλει η μεγαλύτερη σε μήκος πλευρά να βρίσκεται απέναντι από το επεμβατικό πεδίο, ώστε να εξασφαλίζεται η ομοιόμορφη κατανομή ρεύματος χωρίς ανεπιθύμητες παρενέργειες.



α: Σωστή τοποθέτηση του ουδέτερου ηλεκτροδίου: προσανατολισμένη, αφού η μεγάλη πλευρά βλέπει το ενεργό ηλεκτρόδιο, β: λανθασμένη τοποθέτηση του ουδέτερου ηλεκτροδίου, αφού η μικρή πλευρά ή ακμή βλέπει το ενεργό ηλεκτρόδιο, γ: ουδέτερο ηλεκτρόδιο με ισομετρικό δακτύλιο: δεν απαιτεί κανένα προσανατολισμό.

Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να διασφαλίζεται ότι το δέρμα του ασθενή βρίσκεται σε τέλεια επαφή με όλη την επιφάνεια του ουδέτερου ηλεκτροδίου και να αποφεύγεται τυχόν παρεμβολή ουσιών



που ελαττώνουν την επιφάνεια επαφής (π.χ. κρέμα, τρίχες, ουλή), δεδομένου ότι θα μπορούσε να μειωθεί η αγωγιμότητα και να προκληθούν εγκαύματα. Το ουδέτερο ηλεκτρόδιο πρέπει, επίσης, να τοποθετείται όσο το δυνατόν πιο κοντά στο ενεργό ηλεκτρόδιο, για να μειώνεται η διέλευση ηλεκτρικού φορτίου από το σώμα του ασθενούς.

#### ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΥ ΡΕΥΜΑΤΟΣ

Το μυοκάρδιο, τα νεύρα και οι μύες είναι ευαίσθητα στο οικιακό εναλλασσόμενο ηλεκτρικό ρεύμα χαμηλής συχνότητας, με κίνδυνο εμφάνισης κοιλιακής μαρμαρυγής, καρδιακής ανακοπής και σπασμών. Ρεύμα υψηλής συχνότητας (> 300 kHz), όπως προαναφέρθηκε, είναι αυτό που χρησιμοποιείται στην ηλεκτροχειρουργική, επειδή μειώνεται η ευαισθησία του μυοκαρδίου, των μυών και των νεύρων με την αύξηση της τρέχουσας συχνότητας. Ωστόσο, ο κίνδυνος των ηλεκτροστατικών απωλειών οξύνεται με την αύξηση των συχνότητων, προσβάλλοντας έτσι την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής του ηλεκτρικού ρεύματος στους ιστούς και αυξάνοντας τις πιθανότητες εγκαυμάτων στο χειριστή ή τον ασθενή. Συνεπώς, ρεύμα υψηλής συχνότητας στο φάσμα των 300-1000 kHz είναι συνήθως αυτό που χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της ηλεκτροχειρουργικής.

#### ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

##### α) Crest Factor

Ορίζεται ως το πηλίκο της μέγιστης τιμής του ρεύματος ( $V_{max}$  ή  $I_{max}$ ) προς την ενεργό τιμή ( $V_{rms}$  ή  $I_{rms}$ ) του ρεύματος.

$$CF = \frac{V_{max}}{V_{RMS}}$$

Είναι κριτήριο για την αποτελεσματικότητα της αιμόστασης. Αποτελεί σημαντικό δείκτη της ικανότητας της συσκευής να προκαλεί αιμόσταση με μικρή ή καθόλου τομή. Ανάλογα με την τιμή του, η ανα-

λογία αιμόστασης και τομής ποικίλλει.

- $1,4 < CF < 3,5$   
Αιμόσταση μικρή ή ανύπαρκτη και τομή αποτελεσματική
- $3,5 < CF < 5$   
Αιμόσταση μέση και τομή ελάχιστη
- $CF > 5$   
Αιμόσταση μέγιστη και τομή σχεδόν ανύπαρκτη

#### β) Power Efficiency Rating

Είναι κριτήριο για την αποτελεσματικότητα της τομής. Προσδιορίζει το βαθμό ταύτισης της προεπιλεγμένης τιμής ισχύος σε σχέση με την πραγματική τιμή της ισχύος, που τελικά διοχετεύεται στους ιστούς μέσω της συσκευής. Ιδανική τιμή είναι το 100.

#### ΚΥΜΑΤΟΜΟΡΦΕΣ ΡΕΥΜΑΤΟΣ

Η κυματομορφή του ρεύματος υψηλής συχνότητας που παράγεται από τις ESUs είναι μία εκ των δυο ακόλουθων τύπων:

α) **ημιτονοειδής κυματομορφή ρεύματος** (ρεύμα κοπής)

- Ο Crest Factor είναι σταθερός στο 1,4.
- Υψηλότερες τάσεις αιχμής παρέχουν πιο έντονη πήξη.
- Εάν η τάση αιχμής ( $V_{max}$ ) είναι κάτω από τα 200 V, είναι ανεπαρκής για τομή αλλά είναι ιδανική για μαλακή πήξη (soft coag).
- $V_{max}$  περίπου στα 300 V επιτρέπει τομή των ιστών με το μικρότερο δυνατό αιμοστατικό αποτέλεσμα.



Κυματομορφή κοπής.



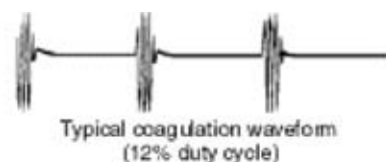


# ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

## ΑΡΧΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

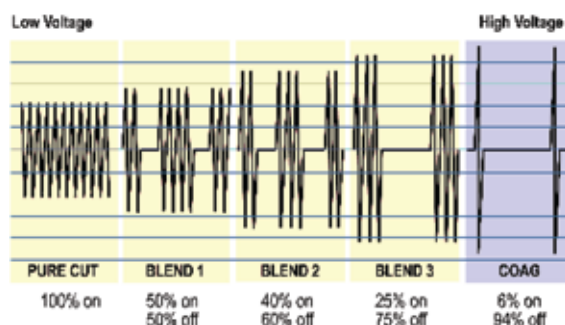
β) **Διαμορφωμένη κυματομορφή ρεύματος** (ρεύμα αιμόστασης)

- Ο Crest Factor κυμαίνεται μεταξύ 1,5 και 8 (η αύξηση του Crest Factor παρέχει καλύτερο αιμοστατικό αποτέλεσμα).



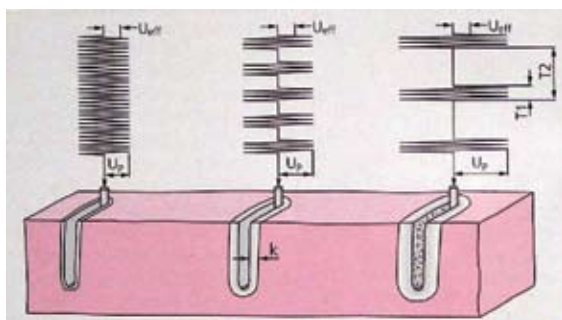
Κυματομορφή αιμόστασης.

γ) Για τη λειτουργία της **μίξης** συνδυάζονται τα χαρακτηριστικά των κυματομορφών τομής και αιμόστασης.



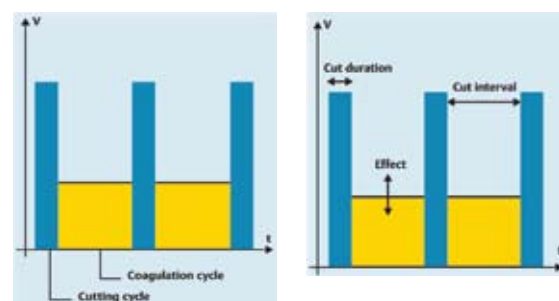
Κυματομορφή αιμόστασης-τομής.

Ο βαθμός συνδυασμού (Blend) των κυματομορφών τομής και αιμόστασης ποικίλλει και ανάλογα ποικίλλει και η ικανότητα τομής και αιμόστασης. Συγκρίνοντας Blend1 → Blend2 → Blend3, παρατηρείται πως προοδευτικά μειώνεται η ικανότητα τομής και αυξάνεται η ικανότητα αιμόστασης.



Βαθμός αιμόστασης και διαμόρφωση.

γ) Αρκετές πλέον ESUs παρέχουν τη δυνατότητα αυτόματης εναλλαγής, με κατάλληλο λογισμικό, ρεύματος, κοπής και πήξης (**endocut**). Σε αυτές τις ESUs υπάρχει η δυνατότητα ρύθμισης της διάρκειας του ρεύματος κοπής, καθώς και της ισχύος και του χρόνου εφαρμογής του ρεύματος πήξης.



Endocut mode.

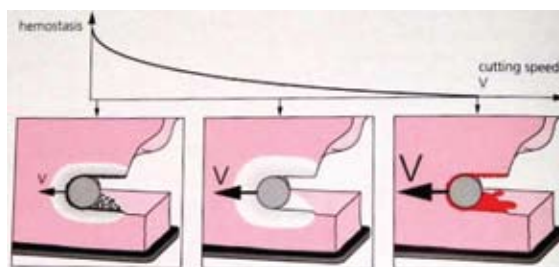
Παράμετροι με δυνατότητα ρύθμισης.

### ΧΡΟΝΟΣ-ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

Ο χρόνος εφαρμογής του ηλεκτρικού ρεύματος σε συνδυασμό με την ισχύ του ρεύματος επηρεάζουν το βάθος της τομής. Πολύ υψηλή τάση προκαλεί τοπικό έγκαυμα, το οποίο δρα μονωτικά και δεν επιτρέπει περαιτέρω επέκταση της βλάβης σε μεγαλύτερο βάθος.

Η ταχύτητα της εφαρμογής επηρεάζει, επίσης, τη σχέση τομής και αιμόστασης.

Αν η ταχύτητα τομής είναι υψηλή, τότε το αιμοστατικό αποτέλεσμα είναι ανεπαρκές. Και το αντίστροφο, αν η ταχύτητα τομής είναι χαμηλή, τότε η αιμόσταση είναι ικανοποιητική.



Αιμόσταση και ταχύτητα τομής.

# INCIVO®

telaprevir



Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:  
Συμπληρώστε την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Αναφέρατε:  
• **ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα φάρμακα [N]  
• Τις **ΣΟΒΑΡΕΣ** ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γνωστά φάρμακα

**JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.**

Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000  
www.janssen.com.gr

**Janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF **Johnson & Johnson**





## Η μέθοδος των προβολών.



Παρακολουθώντας τη διαμάχη φαρμακοποιών, ιατρών και νοσοκομείων με το Υπουργείο Υγείας η μόνη σοβαρή διαπίστωση που μπορεί να κάνει κανείς είναι ότι **για το κράτος η υγεία δεν είναι πρώτη προτεραιότητα. Για το κράτος προηγείται η εξόφληση ομολόγων και ακολουθούν άλλες εξίσου “μη ελαστικές προτεραιότητες”**. Η υγεία όχι μόνον βρίσκεται πολύ χαμηλά στον κατάλογο προτεραιοτήτων, αλλά κατάντησε να αποτελεί αντικείμενο διαπραγμάτευσης με την Τρόικα !

Το ΔΝΤ και η ΕΚΤ είναι οικονομικοί οργανισμοί και εξ ορισμού ενδιαφέρονται μόνον για τα χρήματα. Τους είναι αδιάφορες οι κοινωνικές επιπτώσεις. **Η ΕΕ όμως - που μετονομάστηκε έτσι από ΕΟΚ ώστε να μην είναι μόνον οικονομική κοινότητα αλλά ένωση κρατών που ενδιαφέρεται για τους πολίτες - ούτε και αυτή αισθάνεται οποιαδήποτε υποχρέωση να προσάψει το στοιχειώδες, που είναι η υγεία των ασθενών πολιτών**. Τρόικα και κυβέρνηση δείχνουν να συμφωνούν: Σημασία έχουν μόνον τα ομόλογα. Όλα τα άλλα είναι ανάλωμα.

Το καταπληκτικό είναι ότι η κυβέρνηση έχει στρέ-

ψει τους προβολείς πάνω στους φαρμακοποιούς και τους υγειονομικούς ωθώντας τους στο να απολογούνται, επειδή ... δεν δίνουν δωρεάν φάρμακα ή δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες και γιατί ζητάνε να πληρωθούν δεδουλευμένα μηνών και ετών!

Η τεχνική των κυβερνόντων είναι απλή, κλασική, πονηρή αλλά τόσο πρωτόγονη που θα έπρεπε να έχει ήδη ακυρωθεί από τους υγειονομικούς. **Όταν ρίχνουν τους προβολείς πάνω σου και σε βάζουν σε άμυνα - ενώ αυτοί μένουν σαν κατήγοροι στο σκοτάδι - τότε το μόνο που έχεις να κάνεις είναι να γυρίσεις τους προβολείς πίσω σ' αυτούς που σε φωτίζουν**. Να τους ξετρυπώσεις από την κρυψώνα και να εκθέσεις τη μέθοδό τους.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ένοχο είναι το κράτος, τόσο για την ανεξέλεγκτη συσσώρευση χρέους όσο και για τον τρόπο που βάζει τις προτεραιότητές του. Όμως η πονηρή τεχνική των προβολών, που φέγγει επιλεκτικά, κρύβει την αλήθεια και τις ευθύνες των κυβερνώντων. Γι' αυτό βλέπουμε συχνά τον απελπισμένο κόσμο να τα βάζει με τους φαρμακοποιούς και τους υγειονομικούς.

spray καθετήρα. Περιμένεις περίπου 1/2-1 λεπτό για να δεις το πολύ καλό αποτέλεσμα που διαρκεί μερικά λεπτά.

2. **ΕΥΓΕΥΣΤΗ ΛΗΨΗ FORTTRANS** : Αντικατάσταση μέρους από το νερό που διαλύει κανείς τη σκόνη, με **τσάι με άρωμα λεμόνι ή με μήλο** ή άλλο αρωματισμένο τσάι από αυτά που κυκλοφορούν στα supermarket. Ένα φλιτζάνι για κάθε λίτρο αρκεί.

3. **Η ΜΑΓΙΚΗ ΛΕΞΗ** για να λυγίσει ο ξαπλωμένος άρρωστος τα πόδια ώστε να χαλαρώσει το κοιλιακό τοίχωμα ή για να πάρει στάση εμβρύου δεν είναι “διπλώστε” ή “σπάστε” ή “λυγίστε τα πόδια” αλλά “μαζέψτε τα πόδια”. Για κάποιο λόγο το “μαζέψτε” δεν επιδέχεται παρερμηνείας.

## Πρακτικές οικονομικές λύσεις.



**ΔΟΧΕΙΑ ΓΙΑ ΒΙΟΨΙΕΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ** : Απλή, σίγουρη, καλή και φθηνή λύση είναι **οι πλαστικοί δοκιμαστικοί σωλήνες** που μεταχειρίζονται οι μικροβιολόγοι για τις βιοχημικές εξετάσεις. Αδειάζεις τις πλαστικές μπίλιες που συνήθως έχουν μέσα και βάζεις διάλυμα φορμόλης. Έχουν καλό πλαστικό πώμα. Στοιχίζουν 6€ τα 100 σωληνάκια. Για μεγαλύτερη ασφάλεια κατά τη μεταφορά τυλίγεις το πώμα με ταινία PARAFILM με αμελητέο κόστος (που επίσης χρησιμοποιούν οι μικροβιολόγοι). Μπορεί κανείς να βάζει τους σωλήνες όρθιους σε στατώ.

1. **ΣΚΙΑΓΡΑΦΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΠΟΛΥΠΟΔΑ** : **Ξύδι εμπορίου σε αναλογία 1 μέρος ξύδι και 2 μέρη νερό**. Το εκτοξεύεις μέσα από το jet νερού ή μέσα από το κανάλι βιοψιών χωρίς



## Alexander Yersin και Yersinia.



Τρία είδη Yersinia προκαλούν νόσο στους ανθρώπους: Η Yersinia pestis προκαλεί την πανώλη. Η Yersinia enterocolitica προκαλεί την εντεροκολίτιδα που προσβάλλει τον τελικό ειλεό και το παχύ

έντερο. Η Yersinia pseudotuberculosis κατά καιρούς ενοχοποιήθηκε για τη νόσο Crohn, αλλά αυτό ποτέ δεν τεκμηριώθηκε.

**Η Yersinia pestis, που προκαλεί την πανώλη, ανακαλύφθηκε το 1894 από τον Ελβετό Alexander Yersin (1863-1943)**, ο οποίος αρχικά την ονόμασε Pasteurella pestis προς τιμήν του Εργαστηρίου Louis Pasteur όπου εργαζόταν. Αργότερα μετονομάστηκε σε Yersinia pestis προς τιμήν του. Ο Yersin συνεργάστηκε με σπουδαίους μικροβιολόγους όπως με τον R.Koch, τον Amédée Borrel που ανακάλυψε την Borrelia, και τον E.Roux μαζί με τον οποίο ανακάλυψε την τοξίνη του κορυνοβακτηριδίου της διφθερίτιδας.

**Περιπετειώδης φυσιογνωμία ο Yersin, σε ηλικία 27 ετών αναχώρησε για την Γαλλική Ινδοκίνα (σημερινό Βιετνάμ) εργαζόμενος για τη ναυτική εταιρεία Messageries Maritimes**. Ταξίδευε

στη γραμμή Σαϊγκόν – Μανίλα. Το 1894 κλήθηκε από τη Γαλλική κυβέρνηση να μεταβεί στο Hong-Kong, για να μελετήσει **την επιδημία Πνευμονικής Πανώλης που είχε ξεσπάσει στη Μαντζουρία. Εκεί ανακάλυψε την Yersinia pestis** την οποία συσχέτισε με τα τρωκτικά, υποδεικνύοντας έτσι και τον τρόπο μετάδοσης της πανώλης.

Γοττευμένος από την Άπω Ανατολή πέρασε την υπόλοιπη ζωή του στο Βιετνάμ. Ήταν από τους ιδρυτές της Ιατρικής Σχολής του Ανόι την οποία διέυθυνε μέχρι το 1904. Παράλληλα με την ιατρική, **ο Yersin πρωτοστάτησε στην καλλιέργεια καουτσουκόδεντρων**, που εισήγαγε στην Ινδοκίνα από τη Βραζιλία.

Ο Yersin πέθανε το 1943, κατά τη διάρκεια του Β' παγκοσμίου πολέμου, στο Βιετνάμ. Οι Βιετναμέζοι που τον αποκαλούσαν Ông Nấm τον τιμούν μέχρι σήμερα. Υπάρχουν αρκετοί δρόμοι, ένα μουσείο και ένα Πανεπιστήμιο με το όνομά του. Στον τάφο του στο Nha Trang επιγράφεται σαν «Ευεργέτης και ανθρωπιστής, που τιμήθηκε από τον Βιετναμέζικο λαό».

Ήταν ένας ξεχωριστός άνθρωπος με ευρύτητα πνεύματος, με όραμα και με ανθρωπισμό, όπως ήταν αρκετοί σπουδαίοι ιατροί της εποχής εκείνης.

## Αυτοί που κάνουν σωστά τη δουλειά τους.



Αυτή την εποχή όλοι ασχολούνται με τα σκάνδαλα, τις κλεψιές και αυτούς που εκμεταλλεύονται τη θέση τους στο δημόσιο για δικό τους πλουτισμό. **Η πραγματική είδηση όμως είναι ότι υπάρχουν άνθρωποι μέσα στο σύστημα που επιμένουν να κάνουν τη δουλειά τους σωστά, έντιμα, με ενδιαφέρον και χωρίς φθηνά, ιδιοτελή κίνητρα**.

Υπάρχουν αρκετοί έντιμοι ιατροί στο δημόσιο σύστημα υγείας που δουλεύουν κάτω από απερίγραπτες συνθήκες και παρόλα αυτά επιμένουν. **Η συνεισφορά τους είναι πολύ μεγαλύτερη από την καλή εξυπηρέτηση μερικών ασθενών. Η μεγάλη συνεισφορά τους είναι στο ότι δεν αφήνουν το σύστημα να**

**καταρρεύσει**. Δεν επιτρέπουν την πλήρη παράδοση του συστήματος στους αμοραλιστές, που ακόμα και στις σημερινές τραγικές συνθήκες συνεχίζουν να ενδιαφέρονται μόνον για τον παράνομο χρηματισμό τους.

Έντιμους συνειδητούς ανθρώπους μπορεί να βρει κανείς σε όλους τους οργανισμούς: Σε πολεοδομίες, στο εκπαιδευτικό σύστημα, σε δήμους, στα σώματα ασφαλείας, στο στρατό, σε υπηρεσίες κοινωνικών, στον ΟΤΕ, στη ΔΕΗ και αλλού. Είναι αυτοί που κρατάνε ότι έχει απομείνει όρθιο από το κράτος.

Το μικρό σημείωμα αυτό **θέλει να ευχαριστήσει όλους αυτούς τους ξεχωριστούς έντιμους ανθρώπους για αυτό που κάνουν**.





# Εξωσκοπήσεις

Αυτή τη στιγμή προέχει να μην απογοητευτούμε και να μην παραιτηθούμε. Η συνεχής επιμονή, που αντέχει στο χρόνο θα φέρει τελικά αποτελέσματα. Δεν είναι όλα μαύρα και κατεστραμμένα, γιατί ... “όπως υπάρχει ένας βαθμός εξαχρείωσης στην ανθρωπότητα που

## Μια επιτυχημένη διημερίδα.



Όπως κάθε χρόνο, η διημερίδα της ΕΠΕΓΕ είναι μια από τις πιο πετυχημένες σε ποιότητα και συμμετοχή γαστρεντερολογικές εκδηλώσεις. Ο Γρηγόρης Πασπάτης, που ήταν πρόεδρος της φετινής εκδήλωσης, μαζί με την Οργανωτική Επιτροπή κατάφερε να δώσει ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον, ουσιαστικό και πολύ χρήσιμο πρακτικό διήμερο πάνω στις τεχνικές και τα τεχνάσματα της ενδοσκόπησης. **Η αίθουσα ήταν ασφυκτικά γεμάτη, με όρθιους ακροατές στις περισσότερες ομιλίες.**

Το συνεχώς ανανεωνόμενο εκπαιδευτικό hands-on σεμινάριο ανάνηψης του καθηγητή Γ. Παπαδόπουλου και των συνεργατών του, συγκέντρωσε περισσότερο κόσμο από ποτέ.

Όλα αυτά δείχνουν ότι **όταν υπάρχει ενδιαφέρον οι γαστρεντερολόγοι συμμετέχουν**

## Μεσάζοντες – Middlemen.



Αν αναρωτηθεί κανείς ποια είναι **η ιδεολογία που διαπερνά τους δημόσιους άντρες αυτού του τύπου θα έλεγε ότι είναι η ιδεολογία του μεσάζοντα**. Είτε πρόκειται για υπουργό, δήμαρχο, προϊστάμενο πολεοδομίας, έφορο αρχαιοτήτων, γενικό γραμματέα ή για πρόεδρο συλλόγου ή σωματείου. Ο μεσάζων δεν παράγει, δεν προσθέτει κάτι. Απλά εκμεταλλεύεται τη θέση του και **μεσολαβεί στις δουλειές κάποιων άλλων προκειμένου να αποκομίσει**

χρειάζεται περίσκεψη και δυσπιστία, **έτσι υπάρχουν άλλες ποιότητες στην ανθρωπότητα που δικαιολογούν σεβασμό και εμπιστοσύνη**”.

(Πρόεδρος James Madison, 1817).

**και καθόλου δεν αδιαφορούν.** Για να το πούμε ανάποδα: Όταν βλέπει κανείς άδειες αίθουσες σε διημερίδες ή συνέδρια, τότε αυτό συνήθως οφείλεται σε αστοχίες των οργανωτών, παρά σε αδιαφορία των συνέδρων.

Ένα πρόβλημα με τη διημερίδα είναι η **αίθουσα του Caravel που είναι μικρή, χαμηλοτάβηνη και ακατάλληλη για μια τέτοια εκδήλωση**. Οι περισσότεροι ακροατές βλέπουν μόνον το ½ πάνω της οθόνης όταν κάθονται, αφού οι οθόνες δεν μπορούν να ανέβουν πιο ψηλά. Η συμπληρωματική οθόνη στο πλάι εξυπηρετεί, αλλά μόνον όσους κάθονται εκεί κοντά.

Εφόσον ο λόγος που μαζευόμαστε είναι να ακούσουμε και να δούμε, η οπτικοακουστική είναι πρώτη προτεραιότητα, έστω και με λίγο μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση.

**κάποιο ίδιο όφελος.**

Στόχος ενός δημάρχου θα έπρεπε να είναι η λύση των προβλημάτων του τόπου. Οι άνθρωποι του δημαρχείου είθισται να αποσπούν ένα τμήμα από τα χρήματα των προγραμμάτων ή ενισχύσεων κατά τη ανάθεση των εργασιών ή κατά την χορήγηση αδειών. Είναι κανόνας πια η «προμήθεια».



# Εξωσκοπήσεις

**ανάμεσα στα μέλη και αυτοί κρατούν το ρόλο διαιτητή, ειρηνιστή.**

Με τον τρόπο όμως αυτό και την παρεμβολή των μεσάζοντων τα έργα δεν προχωρούν ή προχωρούν εξαιρετικά αργά, σπαταλούνται πολλαπλάσια ποσά και δομούνται μικρές μαφίες που λυμαίνονται τον τόπο. **Η ανάδειξη των «μεσάζοντων» με δημοκρατικές διαδικασίες δεν εγγυάται την οικονομική τους εντιμότητα.**

**Για να περιοριστούν οι μεσάζοντες, τα έργα θα μπορούσαν να ανατίθενται στον ίδιο τον χρηματοδότη**, αφού αυτός έχει κάθε συμφέρον να υλοποιηθεί οικονομικά και να τελειώσει γρήγορα το έργο. Όσο για τους πολίτες, που σήμερα δεν έχουν ουσιαστικό λόγο, θα μπορούσαν να φτιάξουν οργανώσεις με τις οποίες θα έλεγχαν τα τεκταινόμενα και θα εγκαλούσαν όσους δημόσιους λειτουργούς δείχνουν ανάρμοστη συμπεριφορά στη δικαιοσύνη. Αρκετή ανοχή έχουν δείξει όλοι σε όλους.

Όταν όμως κάποιος δήμος ζητά από ευπατρίδες ή από κοινωφελή ιδρύματα οικονομική βοήθεια και αυτοί προτείνουν να φτιάξουν οι ίδιοι το έργο που θα τους υποδεικτεί, η προσφορά τους συνήθως δε γίνεται αποδεκτή. **Θέλουν τα χρήματα να τα διαχειριστεί ο ίδιος ο Δήμος αλλιώς δε θέλουν το έργο.**

Ανάλογα σενάρια εκτυλίσσονται σε αρκετές εφορείες αρχαιοτήτων και φυσικά στις πολεοδομίες. **Η αντίληψη είναι ότι όταν σε διορίζουν σε ένα πόστο, ουσιαστικά σου δίνουν την εξουσία να αποκομίσεις προσωπικά οφέλη προκειμένου... να μην εμποδίζεις.** Οι ίδιοι μάλιστα θεωρούν ότι αυτό είναι αυτονόητο, παρότι δεν προβλέπεται από το σύνταγμα και ότι **διέπεται από κάποιο άγραφο εθιμοτυπικό δίκαιο.**

Ανάλογη νοοτροπία όμως έχουν και οι πρόεδροι πολλών σωματείων και συνδικαλιστικών οργανώσεων. **Θεωρούν εαυτούς διαιτητές, μεσάζοντες, ανάμεσα στα διάφορα επιμέρους τμήματα του σωματείου.** Φροντίζουν να είναι ευχάριστοι με όλους, δεν αντιμάχονται κανέναν παρά μόνον αυτόν που τους αμφισβητεί την καρέκλα. **Φροντίζουν οι εσωτερικές έριδες να φαίνονται σαν διαμάχες**

## Αντώνης Ζερβακάκης.



Ο Αντώνης Ζερβακάκης δεν ζει πια, μετά από μια σιωπηρή μάχη που κράτησε περισσότερο από τρία χρόνια. Η παρουσία του στην ελληνική γαστρεντερολογική κοινότητα ήταν σημαντική όχι μόνον για την επιστημονική του συνεισφορά, αλλά και για την οργανωτική και πρωτοποριακή σκέψη του με σκοπό το κοινό καλό. Ένα παράδειγμα είναι το σεμινάριο ανάνηψης που καθιέρωσε στις διημερίδες της

ΕΠΕΓΕ. Ο Αντώνης ήταν ανοικτός σε κάθε καινούργια ιδέα. Σαν πρόεδρος της ΕΠΕΓΕ έβαλε τα πράγματα και τις διεκδικήσεις της εταιρείας πάνω σε επιστημονική βάση. Εκπονήθηκε η ολοκληρωμένη πολυσέλιδη μελέτη για την γαστρεντερολογία στην Ελλάδα. Ο Αντώνης ήταν ένας εξαιρετικά καλός άνθρωπος, ένας καλός φίλος, ένας καλός ιατρός, πάντα πρόθυμος να ακούσει, να βοηθήσει και να κάνει με την καρδιά του αυτό το έξτρα χιλιόμετρο για χάρη των άλλων. Όσοι τον γνωρίσαμε από κοντά, τον κρατάμε στην καρδιά μας και τον ευχαριστούμε για αυτό που υπήρξε.

## Βοστώνη θα πάτε;



Στη Βοστώνη φιλοξενείται φέτος η 63η «Συνάντηση για το ήπαρ» που διοργανώνεται ετησίως από την AASLD, 9-13 Νοεμβρίου. Η μεγαλύτερη πόλη της Νέας Αγγλίας με τα πολλά ονόματα, «το λιμάνι», «Beantown», «Baahstin», είναι ιδανική για εξερεύνηση. Η αποικιακή της αρχιτεκτονική, η ζωντανή ναυτική της κληρονομιά και ο «Yankee» χαρακτήρας που δεν μπορεί να καταπιεσθεί, κάνουν τη Βοστώνη μία από τις ιδιαίτερες πόλεις της Αμερικής. Παρά τα χαρακτηριστικά και τις πολυτέλειες μιας μεγαλούπολης – εστιατόρια, μουσεία, καταστήματα παγκοσμίου φήμης – η Βοστώνη παραμένει εκπληκτικά προσπελάσιμη και περπατιέται εύκολα.

Μόλις το 1630 Άγγλοι άποικοι ίδρυσαν την πόλη Trimountain στη χερσόνησο Massachusetts Bay, που στη συνέχεια μετονομάστηκε σε Boston από την ομώνυμη πόλη του Lincolnshire της Αγγλίας, η αρχαιότερη πόλη της Αμερικής. Οι κανόνες και η ηθική των Πουριτανών μεταναστών -κλάδος της Αγγλικής προτεσταντικής εκκλησίας- συντέλεσαν στη δημιουργία μίας σταθερής και καλοδομημένης κοινωνίας. Ένα από τα σχολεία που ιδρύθηκαν τότε, το Roxbury Latin School, είναι ακόμη σε λειτουργία. Κατά τη διάρκεια της Αμερικανικής επανάστασης, οι κάτοικοι της πόλης συμμετείχαν ενεργά μετατρέποντάς την σε σκηνικό γνωστών μαχών και ιστορικών γεγονότων. Μετά την Ανεξαρτησία η Βοστώνη πολύ γρήγορα μετατράπηκε σε μείζονος σημασίας λιμάνι και παραγωγικό κέντρο, κερδίζοντας πολλές πρωτιές στην Αμερική όπως το πρώτο υπόγειο δίκτυο μέσων μαζικής μεταφοράς. Στα χρόνια που ακολούθησαν, μέχρι και σήμερα, η πόλη δικαίως φημίζεται για τα ακαδημαϊκά και νοσηλευτικά ιδρύματα. (Harvard University, MIT, Beth Israel Deaconess Medical Center,

Massachusetts General Hospital).

Αν είστε λάτρης της ιστορίας, η καλύτερη περιπατητική διαδρομή στη Βοστώνη είναι το Freedom Trail, δωρεάν, δεν χρειάζεται οδηγό, γεμάτη ιστορία, και ανοιχτή όλο το χρόνο και όλες τις ώρες της ημέρας. Απλά ακολουθήστε τη βαμμένη κόκκινη γραμμή και το «μονοπάτι της ελευθερίας» θα σας οδηγήσει στο Κοινοβούλιο της Μασαχουσέτης, το παλιό και το νέο, την εκκλησία Park street, το κοιμητήριο Old Granary, το παρεκκλήσι του Βασιλιά, το σπίτι του Paul Revere και το Faneuil Hall με την αγορά Quincy.

Το «νέο» Κοινοβούλιο της Μασαχουσέτης ολοκληρώθηκε το 1798 και είναι ένα από τα πιο ιδιαίτερα κτίρια της πόλης. Ο ριζοσπαστικός σχεδιασμός, το επιβλητικό μέγεθος και η πληθωρική χρήση φίνων υλικών ενσαρκώνουν περίφημα την αισιοδοξία που χαρακτήριζε τη μετεπαναστατική Αμερική. Στην αίθουσα της γερουσίας κάτω από τον τεράστιο τρούλο του φιλοξενήθηκαν μερικές από τις σημαντικότερες διαμάχες και ομιλίες της ιστορίας των Ηνωμένων Πολιτειών. Το κτίριο που βρίσκεται στην κομψή συνοικία του Beacon Hill έχει να επιδείξει μερικές εκκεντρικότητες όπως ένα ανάγλυφο μπακαλιάρo 200 ετών, την εικόνα ενός Ινδιάνου σε γυαλί Βιτρώ, ή έναν χρυσό θόλο 23 καρατίων με στέμμα του ένα κουκουναρί πεύκου.

Ο κήπος Boston Common ηλικίας 350 ετών μαζί με το γειτονικό του Δημόσιο Κήπο που άνοιξε το 1839 αποπνέει μια παλιομοδίτικη κομψότητα καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου. Πέρα από τα φεστιβάλ και τα παιχνίδια με φρίσμπι έχει κατά καιρούς φιλοξενήσει δημοπρασίες, κοπάδια να βόσκουν και δημόσιους απαγονισμούς! Οι Βάρκες σε σχήμα κύκνου με τις κλαίουσες ιτιές και την αφιδωτή γέφυρα που μοιάζει σαν κρεμαστή αποτελούν κάποια από τα πιο γοητευτικά εμβλήματα της Βοστώνης. Ο στρατηγός Ουάσιγκτον έφιππος πάνω στο βάθρο του εποπτεύει τα τεκταινόμενα στο πάρκο, έναν από τους κρίκους του Σμαραγδένιου Περιδέραιου. Πρόκειται για μια αλυσίδα χώρων πρασίνου που εκτείνονται κατά μήκος τη Βοστώνης η οποία ολοκληρώθηκε το 1896 από τον Olmsted, την ψυχή του Central Park της Νέας Υόρκης.



Το Πανεπιστήμιο Harvard, με το μεγαλύτερο κύρος στην Αμερική αλλά και παγκοσμίως, ονομάστηκε έτσι από το όνομα του ευεργέτη του John Harvard το 1638. Ανάμεσα στους πολλούς και διάσημους αποφοίτους, συγκαταλέγονται ονόματα όπως αυτά του John Adams, F.D. Roosevelt, Oliver W. Holmes, Leonard Bernstein, T.S. Eliot, Henry Kissinger, Benazir Bhutto κτλ. Μεγάλο μέρος του πανεπιστημίου είναι ανοιχτό στο κοινό.

Η αγορά Faneuil Hall προσελκύει περίπου 20εκ. επισκέπτες το χρόνο. Μπορεί οι Βοστωνέζοι να γκρινιάζουν για τη δημοτικότητά της, αλλά αξίζει οπωσδήποτε όλη την προσοχή και τους επαίνους που συγκεντρώνει μετά την ανάπλασή της. Την αποκαλούν και «λίκνο της ελευθερίας» μιας και αποτέλεσε σκηνικό πολλών επαναστατικών συναντήσεων. Το κτίσμα της αγοράς Quincy στέγαζε παλαιότερα τη χονδρική διανομή τροφίμων της Βοστώνης ενώ τώρα δεσπόζει με το αναστηλωμένο αίθριο και χώρο εστίασης. Το Blackstone Block είναι ένα από τα παλαιότερα οικοδομικά τετράγωνα της Βοστώνης, η πρώτη εμπορική συνοικία της πόλης. Εδώ γεννήθηκαν δύο από τους παλαιότερους χώρους της χώρας για ποτό και φαγητό, το Union Oyster και το Dragon tavern. Στην ίδια περιοχή θα βρείτε ένα βράχο μέσα σε τούβλινο τοίχο, το Boston Stone που υπήρξε κάποτε το σημείο ως προς το οποίο υπολογίζονταν όλες οι αποστάσεις από και προς τη Βοστώνη.

Το Μουσείο Καλών Τεχνών με περισσότερα από 130 χρόνια ιστορίας, περιλαμβάνει στη συλλογή του περισσότερα από 350.000 εκθέματα από μια ευρεία γκάμα πολιτισμών. Σήμερα το MFA (Museum of Fine Arts) διαθέτει εξαιρετικές συλλογές από την Αρχαία Αίγυπτο, την Ιαπωνία, τις αποικίες της Νέας Αγγλίας, έργα ιμπρεσι-





## Συνέδρια

ονιστών και δείγματα από τη σύγχρονη και παραδοσιακή τέχνη. Ακόμα κι αν δεν είστε φανατικοί με τις τέχνες, σίγουρα θα σας ενθουσιάσει το μουσείο Isabella Stewart Gardner. Πρόκειται για ένα Βενετσιάνικου στυλ Παλάτσο, το Fenway Court, που η ιδιοκτήτρια του όρισε στη διαθήκη της ότι το κτίσμα μαζί με τη συλλογή της θα μετατραπεί σε ομώνυμο δημόσιο μουσείο μετά το θάνατό της. Το παλάτι αποτελεί μια γιορτή αντικειμένων τέχνης, που ακούραστα συνέλεξε η Gardner, σε συνδυασμό με την αρχιτεκτονική, τους ολάνθιστους κήπους, τις κρυφές γωνιές με τα γλυπτά και τις τεράστιες οροφές που αποκαλύπτουν τις ευρωπαϊκές ρίζες. Περιηγηθείτε ανάμεσα σε έργα του Ρέμπραντ, Ραφαήλ, Τιτσιάνο, Ματίς, Σάρτζεντ και πολλών άλλων, που δεν έχουν επεξηγηματικές επιγραφές σύμφωνα με την επιθυμία της ιδιοκτήτριας για να ενθαρρύνονται οι επισκέπτες να ασχολούνται οι ίδιοι με τα έργα.

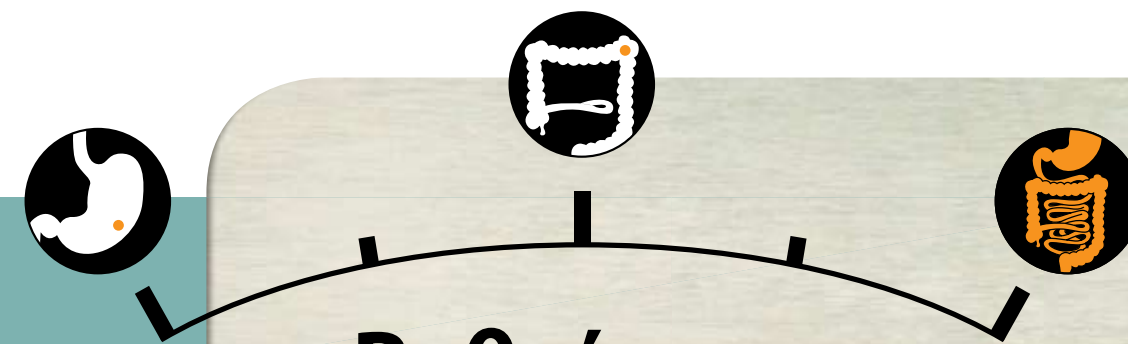


Παραθαλάσσια πόλη η Βοστώνη εκμεταλλεύτηκε το βαθύ λιμάνι της που την έκανε ιδανική για την κατασκευή του πρώτου ναυπηγείου της Αμερικής μόλις το 1800. Μερικά από τα διασημότερα μαχητικά πλοία της Αμερικής ναυπηγήθηκαν στο Charlestown Navy Yard. Το USS Constitution με τα ξύλινα ύφαλα, που πολέμησε το 1812, είναι το παλαιότερο πολεμικό πλοίο στον κόσμο που επιπλέει ακόμα. Την 4<sup>η</sup> Ιουλίου, πραγματοποιεί την ετήσια βόλτα του με τη βοήθεια ρυμουλκού. Σε μια προβλήτα του Charlestown θα βρείτε μεταξύ άλλων μουσείο που αναβιώνει τα 200 χρόνια της ιστορίας του πλοίου και διαθέτει ναυτικά αναμνηστικά για όλα τα γούστα. Διάδοχος κατάσταση, το ασάβλινο αντιτορπιλικό USS Cassin Yang του Β' παγκοσμίου πολέμου, ποζάρει μπροστά στα μάτια των επισκεπτών, μετά από πολλές επιθέσεις καρικάζι που δέχθηκε στον Ειρηνικό.

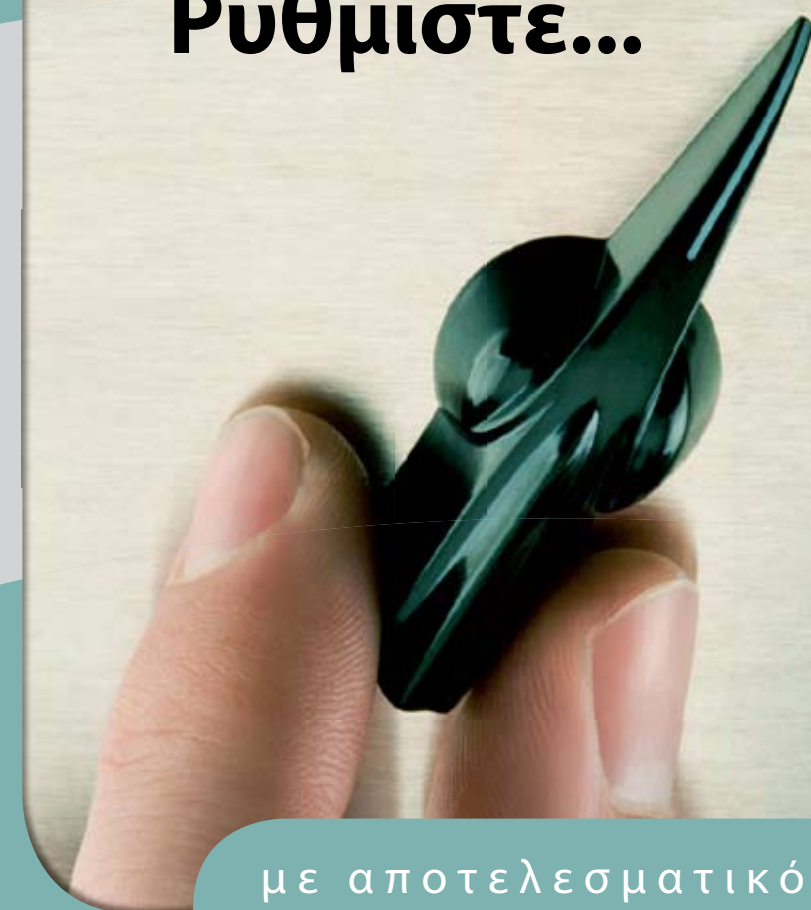
Τέλος, ακόμα κι αν δεν είστε φανατικοί του shopping, μια βόλτα στη Newbury Street, θα σας πείσει ότι υπάρχουν πολλά περισσότερα εκεί, από επώνυμα καταστήματα ρούχων. Στα 150 χρόνια ζωής του δρόμου αυτού υπάρχει μια ιστορική πλευρά που αγνοούν οι fashionistas. Ο πεζόδρομος της Commonwealth avenue, το μουσείο Gibson House, η εταιρεία Τεχνών και Χειροτεχνίας, η Γενεαλογική εταιρεία, η Γαλλική Βιβλιοθήκη & Πολιτιστικό Κέντρο, ο Ναός της Διαθήκης και η εκκλησία Emmanuel, αποτελούν κάποια από τα στοιχεία αυτά που μπορείτε να ανακαλύψετε αν διαθέτετε τον απαραίτητο χρόνο.

Μια αμερικανική μεγαλούπολη γεμάτη ιστορία σας περιμένει να την ανακαλύψετε.

Καλό ταξίδι!



## Ρυθμίστε...



με αποτελεσματικότητα

# ibutin<sup>®</sup>300

Υπεύθυνος Άδειας Κυκλοφορίας:



**Galenica α.ε.**

• Ελευθερίας 4, 145 64, Κηφισιά, Αθήνα,  
Τηλ. Κέντρο: 210 5281700

Συμπρώθηση με την εταιρεία:

**JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.**

Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000,  
www.janssen.com.gr

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:  
Συμπληρώστε την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Αναφέρατε:

• **ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα φάρμακα [N]  
• Τις **ΣΟΒΑΡΕΣ** ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γνωστά φάρμακα

**janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF *johnson-johnson*









## Η νέα διέξοδος από τη χρόνια δυσκοιλιότητα

Το Resolor ενδείκνυται για την συμπτωματική θεραπεία της χρόνιας δυσκοιλιότητας σε γυναίκες στις οποίες τα υπακτικά προϊόντα αδυνατούν να προσφέρουν επαρκή ανακούφιση<sup>1</sup>

- Το Resolor είναι ένας προκινητικός παράγοντας<sup>2,4</sup>, που βοηθάει στην αποκατάσταση της κινητικότητας του εντέρου<sup>1</sup>
- Σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στην ανακούφιση των πολυημερών ενοχλητικών συμπτωμάτων της δυσκοιλιότητας<sup>1,5</sup>
- Σημαντική βελτίωση στις παραμέτρους της Ποιότητας Ζωής, συμπεριλαμβανομένης και της ικανοποίησης από τη θεραπεία<sup>†1</sup>
- Ανεπιθύμητες ενέργειες παρουσιάστηκαν κυρίως στην αρχή της θεραπείας και συνήθως ήταν παροδικές. Οι περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν ήπιες ως μέτριες<sup>1</sup>
- Συνταγογραφήστε το Resolor στους κατάλληλους ασθενείς  
†έναντι εικονικού φαρμάκου στις αρχικές κλινικές μελέτες<sup>4,6,7</sup>

### Σημαντικές Πληροφορίες Ασφάλειας

Παρακαλώ συμβουλευτείτε την ΠΧΠ του Resolor πριν την συνταγογράφηση, ειδικά για θέματα σχετικά με υπερευαισθησία στα συστατικά, νεφρική δυσλειτουργία που απαιτεί αιμοδιύλιση, εντερική διάτρηση ή απόφραξη λόγω δομικής ή λειτουργικής διαταραχής του εντερικού τοιχώματος, αποφρακτικού ειλεού, σοβαρών φλεγμονωδών καταστάσεων της εντερικής οδού και κλινικά μη σταθεροποιημένη συννοσηρότητα. Επανεξετάστε σε τακτά χρονικά διαστήματα το όφελος σε περίπτωση παρατεταμένης θεραπείας.

**Βιβλιογραφία:** 1. Περιλήψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Resolor 2. Bouras EP, Camilleri M, Burton DD, Thomforde G, McKinzie S, Zinsmeister AR. Gastroenterology 2001;120:354-60. 3. Briejer MR, Bosmans JP, Van Daele P, et al. Eur J Pharmacol 2001;423:71-83. 4. Tack J, van Outryve M, Beyens G, Kerstens R, Vandeplassche L. Gut 2009;58:357-65. 5. Johanson JF, Kralstein J. Aliment Pharmacol Ther 2007;25:599-608. 6. Camilleri M, Kerstens R, Rykx A, Vandeplassche L. N Engl J Med 2008;358:2344-54. 7. Quigley EM, Vandeplassche L, Kerstens R, Ausma J. Aliment Pharmacol Ther 2009;29:315-28

## Μία φορά την ημέρα



To be as brave as the people we help.

Για τις συνταγογραφικές πληροφορίες ανατρέξτε σε επόμενη σελίδα



Α. Κηφισίας 274, 152 32 Χαλάνδρι, Αθήνα, Τηλ.: 210 8771500, Fax: 210 6891918  
e-mail: info@genesishpharma.com, www.genesishpharma.com