

Το νοσοκομείο μας...

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ευκαρπίας
Αρ.Αδείας
2



ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 13 | ΙΑΝ.-ΦΕΒ.-ΜΑΡ. 2008 | ΤΙΜΗ 0,01 €

Επίσκεψη Δημήτρη Αβραμόπουλου

«Ένα από τα καλύτερα νοσοκομεία της Ελλάδας με εξαίρετο έμπυχο επιστημονικό δυναμικό και ευσυνείδητο νοσηλευτικό προσωπικό»



στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Β' ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Νέες ελπιδοφόρες
θεραπείες για
την εκκρύβιση
της ωχράς κηλίδας

ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

της Α' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ

ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΝΔΡΙΚΗΣ
ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ
Σύγχρονη διαγνωστική
και θεραπευτική
αντιμετώπιση

ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ
ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ
Σακχαρώδης
διαβήτης
κατά την κύηση

ΤΜΗΜΑ ΝΕΥΡΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΗΣ Β' ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΘ

Παθήσεις ουροποιητικού
και διαταραχές ούρησης
σε Άτομα Με Ειδικές
Ανάγκες





ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Νικόλαος Παπαγεωργίου

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

Αριστείδης Κάζης, Αντιπρύτανης ΑΠΘ

ΜΕΛΗ

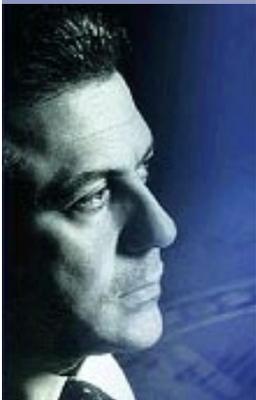
Βασίλειος Παπάς, Αρχιτέκτων-Μηχανικός, Πρόεδρος του Ιδρύματος “Παπαγεωργίου”

Νικόλαος Σαμαράς, Ιατρός Πνευμονολόγος

Αρίστιπος Μηνάς, Καθηγητής Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ

Αθανάσιος Νικολαΐδης, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης

Αγγελική Σαρδέλλη, Οικονομολόγος



Απόσπασμα
από δηλώσεις
του Υπουργού
Υγείας και
Κοινωνικής
Αλληλεγγύης
Δημήτρη
Αβραμόπουλου
προς τον
πρόεδρο και
το Δ.Σ του
Νοσοκομείου
Παπαγεωργί-
ου, κατά την
επίσκεψή του
στις 28 Μαρτί-
ου 2008.

Στα πλαίσια της επίσκεψής μου στη Θεσσαλονίκη επισκέφθηκα σήμερα ένα από τα καλύτερα νοσοκομεία της Ελλάδας, θα έλεγα, το νοσοκομείο Παπαγεωργίου, και είχα μία πολύ χρήσιμη συνεργασία τόσο με τον πρόεδρο όσο και με το διοικητικό συμβούλιο και τους εκπροσώπους των εργαζομένων. Δόθηκαν πολλές διευκρινίσεις για επί μέρους ζητήματα, αιτήματα, και πρέπει να σας πω ότι φεύγω καλύτερα ενημερωμένος αλλά και ικανοποιημένος διότι διεπίστωσα ότι αυτό το νοσοκομείο έχει εξαιρετο έμπυχο επιστημονικό δυναμικό ευσυνείδητο νοσηλευτικό προσωπικό, πάνω από όλα όμως έχει κατακτήσει στα μάτια και στη συνείδηση της τοπικής κοινωνίας μία ξεχωριστή θέση.

Να ευχαριστήσω, τον κ. Παπαγεωργίου, χείμαρρος ήταν, αλλά πρέπει να του πω ότι η πολιτεία πρώτα από όλα δημόσια έχει αναγνωρίσει τη μεγάλη αυτή προσφορά.

Η παρουσία μου εδώ κύριε Παπαγεωργίου αυτό επιβεβαιώνει και επικυρώνει.

Όλα αυτά τα χρόνια, εννέα ολόκληρα χρόνια έχει συντελεστεί και συντελείται ένα σπουδαίο επιστημονικό και κοινωνικό έργο.

Από κει και πέρα πρέπει να είμαστε πραγματιστές τα προβλήματα δεν έπαυσαν και μην νομίζετε ότι λύνονται με ένα μαγικό ραβδί από τη μια στιγμή στην άλλη.

Καταρχήν παρά τα όσα προβλήματα κατά καιρούς καταγράφονται θέλω να γνωρίζετε ότι η κοινωνία πάνω απ' όλα, αλλά και η πολιτεία αναγνωρίζουν την εξαιρετική επιστημονική και κοινωνική δουλειά που γίνεται εδώ και θέλω να πιστεύω ότι στην επόμενη δική μου επίσκεψη ή όταν με το καλό κρίνετε ότι πρέπει να συναντηθούμε θα έχουμε ενδεχομένως άλλα προβλήματα να λύσουμε και σίγουρα όχι αυτά.

Και μία τελευταία γνωστοποίηση είμαστε στα πρόθυρα για κάτι που κατά τη γνώμη μου έχει ιστορική σημασία, είναι πρώτη φορά που γίνεται και ενδεχομένως να ήταν και ο τελευταίος επαγγελματικός κλάδος που δεν είχε συνάψει μια συλλογική σύμβαση εργασίας με την ελληνική πολιτεία. Με τα συλλογικά όργανα που εκπροσωπούνται από τα κεντρικά όργανα στην Αθήνα έχουμε ήδη φθάσει σε μια καταρχήν γενική αποδοχή αρχών επί των οποίων θα στηριχθεί αυτή η συλλογική σύμβαση εργασίας και αυτή προβλέπει πάνω από όλα τη δημιουργία καλών συνθηκών εργασίας, την αναβάθμιση, και βεβαίως ανοίγει προοπτικές και δρόμους για ένα πλέγμα δικαιών αιτημάτων και διεκδικήσεων από πλευράς κυρίως ελλήνων γιατρών γιατί πρώτος εγώ θα πω και το έχω πει πάρα πολλές φορές αλλά δεν το γνώριζα πριν στη συνέχεια έμαθα και εγώ πως έχουν τα πράγματα, δυστυχώς οι έλληνες γιατροί δεν πληρώνονται καλά, το ίδιο ισχύει και για τους νοσηλευτές.

Η πολιτεία σκύβει με ενδιαφέρον, και τα μεγάλα ποσά που εδώ σε λίγους μήνες από τώρα θα εξοικονομούνται από το νοικοκύρεμα στο χώρο των οικονομικών της Υγείας μέσω του νέου συστήματος προμηθειών και που κατά μία πρώτη εκτίμηση πλησιάζουν τα 500 εκατομμύρια ευρώ όλα περιέρχονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας για ενίσχυση των απολαβών των εργαζομένων για προσλήψεις και για αναβάθμιση των υποδομών.

Θέλω να σας ευχαριστήσω με όλη μου την καρδιά για την ενημέρωση και για την φιλοξενία.

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ - ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ
ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ:
Βασίλειος Παπάς

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Βασίλειος Παπάς, Πρόεδρος Ιδρύματος Παπαγεωργίου,
Μέλος Δ.Σ. Νοσοκομείου Παπαγεωργίου
Χαράλαμπος Μακρίδης, Διευθυντής Α' Χειρουργικής Κλινικής,
Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας

ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ - ΑΡΧΙΣΥΝΤΑΞΙΑ:
Μαρία Ρούμελη-Στρατάκη

Σε αυτό το τεύχος συνεργάστηκαν:
Ι. Παπαδήμας, Ε. Ιωαννίδης, Σ. Δημητράκος,
Γ. Βαρλάμης, Δ. Σωτηριάδης, Γ. Καπετάνος,
Α. Ευαγγελίου, Ι. Τσιτουρίδης, Α. Καλαμπάκας,
Ι. Ευστρατίου, Δ. Γουλής, Α. Αποστολίδης, Π. Γκουβούδη,
Β. Κοντού, Α. Κωνσταντούδης, Θ. Τάνης,
Λ. Μιχαηλίδου, Δ. Χριστοδουλίδου, Π. Καλαϊδοπούλου

ΦΩΤΟΡΕΠΟΡΤΑΖ:
ORAMA PRODUCTION
Τηλ.: 2310 508470

Φώτιος Καρακάσης
Τηλ.: 2310 730678

ΕΚΤΥΠΩΣΗ - ΒΙΒΛΙΟΔΕΣΙΑ :
ΜΑΥΡΟΓΕΝΗΣ Α.Ε.
Ολύμπου 3, Καλοχώρι
Τηλ.: 2310 700770

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ :
ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΓΕΡΜΑΝΟΣ»
ΕΓΝΑΤΙΑ 116
Τηλ. 2310 265366

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ
Περιφερειακή οδός Θεσσαλονίκης
Τηλ.: 2310 693000-2 • Fax: 2310 685111
54 603, Θεσσαλονίκη

Απαγορεύεται κατά το Ν. 2121/1993 και τα τη Διεθνή Σύμβαση της Βέρνης (που έχει κυρωθεί με το Ν. 100/1975) η αναδημοσίευση και γενικά η αναπαραγωγή ολική, μερική, περιληπτική ή και η παράφραση ή διασκευή, απόδοση του περιεχομένου του περιοδικού «ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ» με οποιοδήποτε μέσο και τρόπο, μηχανικό ή ηλεκτρονικό, φωτοτυπικό, ηχογράφησης ή άλλο άνευ προηγούμενης έγγραφης αδειάς του εκδότη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Editorial	1
Πιστοποίηση για άλλα τρία τμήματα του Νοσοκομείου μέχρι το καλοκαίρι του 2008	3
Εποικοδομητική επίσκεψη του Δημήτρη Αβραμόπουλου στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου.....	4
Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής	10
Σακχαρώδης διαβήτης κατά την κύηση	14
Παθήσεις ουροποιητικού και διαταραχές ούρησης σε Άτομα με Ειδικές Ανάγκες.....	18
Το 1ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ομοφωνίας σχετικά με τη χρήση της αλλαντικής τοξίνης σε ουρολογικές παθήσεις οργανώθηκε στο Νοσοκομείο.....	20
Το 5ο Ιπποκράτειο Συνέδριο Αμφιβληστροειδή Ώχρας Υαλοειδούς	22
Η ρύπανση του περιβάλλοντος ως αιτία παθήσεων των παιδιών	25
Ο ρόλος της κετογονικής δίαιτας στην επιληψία και εφαρμογές της κετογονού δίαιτας στην παιδική ηλικία.....	28
Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και Γυναίκα	32
Χρώματα, το ΕΣΥ και εσύ	35
Η Ιατρική Δεοντολογία στα χρόνια της Πληροφορικής	36
Ημερίδα στη μνήμη του Καθηγητή Άγγελου Τεκνεντζή	40
Με το μάτι ενός γιατρού: Ποιος έκλεψε την αισιοδοξία και το γέλιο μας;	41
Αθηροσκλήρωση και στεφανιαία νόσος	42
Υπέρταση	44
Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την καταπολέμηση του HIV/AIDS 2008-2013	46
Το βήμα των εργαζομένων	48
Ευχαριστούν και συγχαίρουν τους δικούς μας ανθρώπους	51
Ειδήσεις, δραστηριότητες του Νοσοκομείου μας	53
Μεγάλη τεσσαρακοστή και Εβδομάδα Αγίων Παθών στον Ι. Ναό Αγίου Γεωργίου και 20 Αγίων Αναργύρων	54
Ω γλυκύ μου Έαρ!	55
Σύλλογος Φωτογραφίας εργαζομένων ΓΝΠ.....	56
Ομάδα Ζωγραφικής εργαζομένων ΓΝΠ	58
Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου Παπαγεωργίου	60
Ομάδα Μπάσκετ εργαζομένων ΓΝΠ	64
Νοσοκομειακό σταυρόλεξο.....	64

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Γραφείο Διαχείρισης Ποιότητας Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου

Πιστοποίηση για άλλα τρία τμήματα του Νοσοκομείου μέχρι το καλοκαίρι του 2008

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ EN ISO 9001: 2000 θα λάβουν το παργότερο μέχρι το καλοκαίρι του 2008 τρία ακόμη τμήματα του νοσοκομείου Παπαγεωργίου.

Ήδη άρχισε ο σχεδιασμός τριών ακόμη Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας στο Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και στο Τμήμα Φυσικής-Ακτινοφυσικής.

Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου αποτελεί τη μοναδική νοσηλευτική μονάδα στη Θεσσαλονίκη που πήρε πιστοποίηση τον Οκτώβριο του 2006 για το Νεφρολογικό τμήμα, που πρωτοπορεί στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και καινοτομεί στην εφαρμογή νέων τεχνολογιών. Μάλιστα εκπληρώθηκαν όχι μόνο οι 6 απαραίτητες προδιαγραφές αλλά συνολικά 36 και έτσι η πιστοποίηση δόθηκε με έπαινο.

Η έννοια της πιστοποίησης είναι πως ο ασθενής θα δέχεται στο νοσοκομείο την ίδια ποιότητα υπηρεσιών απ' όλους τους εργαζόμενους.

Σήμερα το μοναδικό νοσοκομείο στην Ελλάδα που έχει πιστοποίηση για το σύνολο των υπηρεσιών του είναι το Ωνάσειο στην Αθήνα ενώ άλλα νοσοκομεία της χώρας έχουν αποσπασματική πιστοποίηση.

Όπως τόνισε η υπεύθυνη του Γραφείου Διαχείρισης Ποιότητας του νοσοκομείου **Λιάνα Μιχαηλίδου**, «απώτερος στόχος είναι να πάρει μελλοντικά πιστοποίηση το σύνολο των κλινικών, τμημάτων και εργαστηρίων του νοσοκομείου Παπαγεωργίου».

ΕΓΡΑΨΑΝ ΓΙΑ ΜΑΣ:

Πιστοποίηση ως το καλοκαίρι του 2008 για τρία τμήματα του νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης



Πιστοποίηση κατά EN ISO 9001:2000 θα λάβουν το παργότερο μέχρι το καλοκαίρι του 2008 τρία ακόμη τμήματα του νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης. Μόλις το κληρονομήσει Γαβριόλ, το οποίο ήδη έχει πιστοήσει τον Δεκέμβριο του 2006, άρχισε η διαδικασία διαχείρισης Ποιότητας κατά EN ISO 9001:2000 στο ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στο τμήμα φυσικής-ακτινοφυσικής.

«Παπαγεωργίου» Πρωτοπόρο... και με τη βούληση



Με τη βούληση, τη σφοδρή προσπάθεια και το ενδιαφέρον με τα οποία κινείται το νοσοκομείο Παπαγεωργίου, η πιστοποίηση κατά EN ISO 9001:2000 του νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης έγινε το μοναδικό νοσοκομείο στην Ελλάδα που πήρε πιστοποίηση τον Οκτώβριο του 2006, πιστοποίηση η οποία το διακρίνει στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Η πιστοποίηση EN ISO 9001:2000 του νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης έγινε το μοναδικό νοσοκομείο στην Ελλάδα που πήρε πιστοποίηση τον Οκτώβριο του 2006, πιστοποίηση η οποία το διακρίνει στην Ελλάδα και στην Ευρώπη.



«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» Πιστοποίηση για άλλα 3 τμήματα μέχρι το 2008

Πιστοποίηση κατά EN ISO 9001:2000 θα λάβουν το παργότερο μέχρι το καλοκαίρι του 2008 τρία ακόμη τμήματα του νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης. Μόλις το κληρονομήσει Γαβριόλ, το οποίο ήδη έχει πιστοήσει τον Δεκέμβριο του 2006, άρχισε η διαδικασία διαχείρισης Ποιότητας κατά EN ISO 9001:2000 στο ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στο τμήμα φυσικής-ακτινοφυσικής του Παπαγεωργίου.

Πιστοποιήσεις ISO σε τμήματα του νοσοκομείου Παπαγεωργίου

Πιστοποίηση κατά EN ISO 9001:2000 θα λάβουν το παργότερο μέχρι το καλοκαίρι του 2008 τρία ακόμη τμήματα του νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης. Μόλις το κληρονομήσει Γαβριόλ, το οποίο ήδη έχει πιστοήσει τον Δεκέμβριο του 2006, άρχισε η διαδικασία διαχείρισης Ποιότητας κατά EN ISO 9001:2000 στο ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στο τμήμα φυσικής-ακτινοφυσικής του Παπαγεωργίου. Σήμερα το μοναδικό νοσοκομείο της Ελλάδας που έχει πιστοποίηση για το σύνολο των υπηρεσιών του είναι το Ωνάσειο στην Αθήνα ενώ άλλα νοσοκομεία της χώρας έχουν αποσπασματική πιστοποίηση. Σήμερα με την κ. Μιχαηλίδου το Παπαγεωργίου είναι το μοναδικό νοσοκομείο στη Θεσσαλονίκη το οποίο πήρε το 2006 πιστοποίηση κατά EN ISO 9001:2000 για την νοσηλευτική κλίμακα του.

Μέχρι το καλοκαίρι του 2008 Πιστοποίηση EN ISO 9001:2000 στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Πιστοποίηση κατά EN ISO 9001:2000 θα λάβουν το παργότερο μέχρι το καλοκαίρι του 2008 τρία ακόμη τμήματα του νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης. Μόλις το κληρονομήσει Γαβριόλ, το οποίο ήδη έχει πιστοήσει τον Δεκέμβριο του 2006, άρχισε η διαδικασία διαχείρισης Ποιότητας κατά EN ISO 9001:2000 στο ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στο τμήμα φυσικής-ακτινοφυσικής του Παπαγεωργίου.

Αγγελιοφόρος

Με τη βούληση, τη σφοδρή προσπάθεια και το ενδιαφέρον με τα οποία κινείται το νοσοκομείο Παπαγεωργίου, η πιστοποίηση κατά EN ISO 9001:2000 του νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης έγινε το μοναδικό νοσοκομείο στην Ελλάδα που πήρε πιστοποίηση τον Οκτώβριο του 2006, πιστοποίηση η οποία το διακρίνει στην Ελλάδα και στην Ευρώπη.

Αναδημοσίευση από: Αγγελιοφόρο, Αυριανή, Η Εφημερίδα των Πολιτών, Ταχυδρόμο, Τύπο Χαλκιδικής, Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων.

ISO 9001:2000

Εποικοδομητική επίσκεψη του Δημήτρη Αβραμόπουλου στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Απόλυτα ικανοποιημένος ο Υπουργός Υγείας από τη λειτουργία και το επίπεδο παροχής υπηρεσιών του νοσοκομείου μας



Με θερμά εγκωμιαστικά σχόλια μίλησε ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Δημήτρης Αβραμόπουλος για το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, κατά την επίσκεψη που πραγματοποίησε στο νοσοκομείο στις 28 Μαρτίου 2008, και την μακρά συνεργασία που είχε τόσο με την διοίκηση όσο και με εκπροσώπους εργαζομένων. Ο κ. Αβραμόπουλος υπογράμμισε τη διαπίστωσή του ότι «αυτό το νοσοκομείο έχει εξαιρετο έμπυχο, επιστημονικό δυναμικό, ευσυνείδητο νοσηλευτικό προσωπικό. Πάνω απ' όλα, όμως, έχει κατακτήσει στα μάτια και στη συνείδηση της τοπικής κοινωνίας μια ξεχωριστή θέση».

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΦΙΕΛ ΤΟΥ στο νοσοκομείο, το οποίο χαρακτήρισε «ένα από τα καλύτερα νοσοκομεία της Ελλάδας», τον Υπουργό Υγείας υποδέχθηκε σύσσωμο το διοικητικό συμβούλιο με επικεφαλής τον πρόεδρό του Νίκο Παπαγεωργίου.

Στην αίθουσα συσκέψεων ο κ. Παπαγεωργίου καλωσόρισε τον κ. Αβραμόπουλο αναφέροντας τα εξής: «Κύριε Υπουργέ,

Σας καλωσορίζουμε στην επίσημη αυτή επίσκεψή σας στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Η παρουσία σας εδώ και το ενδιαφέρον σας για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουμε μας δίνει κουράγιο να συνεχίσουμε να αγωνιζόμαστε για να διατηρήσουμε την μέχρι τώρα επιτυχή πορεία του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου.

Το Νοσοκομείο βρίσκεται στον 9ο χρόνο της λειτουργίας του. Είμαστε πολύ κοντά στην πλήρη ανά-

πτυχή του, περάσαμε το 90 % των στόχων που είχαμε βάλει. Ο αγώνας, όμως, που καταβάλλεται από τη διοίκηση του Νοσοκομείου και από τους εργαζόμενους - γιατρούς, νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό - για να διατηρήσουμε το σημερινό επίπεδο ποιότητας και παραγωγικότητας είναι συνεχής και αυξανόμενος.

Γι' αυτό και θέλω όλο αυτό το επώνυμο και ανώνυμο πλήθος, παρουσία σας, να το ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου για τη μεγάλη προσπάθεια που καταβάλλουν.

Θέματα που μας απασχολούν αυτή τη στιγμή στο Νοσοκομείο, είναι η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού για την ανάπτυξη και των υπολοίπων κρεβατιών ΜΕΘ, που διαθέτουμε και τη λειτουργία δύο νέων μονάδων που παραμένουν κλειστές, ΩΡΛ και Πολυτελείας.

Επίσης περιμένουμε την έγκριση του νέου Οργανισμού Λειτουργίας του Νοσοκομείου, ενώ υπάρχει καθυστέρηση στην κάλυψη εγκεκριμένων πιστώσεων για μισθοδοσία.

Σε εξοπλισμό έχουμε σε εξέλιξη την ανανέωση Αξονικού και Μαγνητικού Τομογράφου. Περιμένουμε σύντομα το αποτέλεσμα.

Ανοιχτό όμως είναι το θέμα εγκατάστασης και στη Θεσσαλονίκη μονάδων PET.

Στην Αμερική και Ευρώπη έχουν εγκατασταθεί εκατοντάδες τέτοια συστήματα. Στην Αθήνα αυτή τη στιγμή λειτουργούν 4 και σύντομα θα αυξηθεί ο αριθμός τους.

Η Θεσσαλονίκη έμεινε στο περιθώριο. Μέχρι τώρα δεν το ζητούσαμε γιατί υπήρχε πρόβλημα στην παραγωγή κυκλοτρονίου. Σήμερα η εταιρεία που προμηθεύει με κυκλοτρόνιο τα λειτουργούντα στην Αθήνα, δέχεται με ευθύνη της να προμηθεύσει και μονάδες της Θεσσαλονίκης, με το ίδιο κόστος των Αθηνών.

Στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου έχουμε όλες τις προϋποθέσεις να αναπτύξουμε μονάδα PET.

Υπάρχει Πανεπιστημιακό Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, όπου θα λειτουργήσει, με την απαραίτητη στελέχωση.

Έχουμε ογκολογικό τμήμα με μεγάλη δραστηριότητα και μεγάλο αριθμό ασθενών.

Έχουμε ακτινοθεραπευτικό τμήμα, το πρώτο στη Βόρεια Ελλάδα.

Έχουμε όλη την υποδομή και τους χώρους που χρειάζονται.

Ο κόσμος είναι ευχαριστημένος από τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Η πληρότητα ξεπερνά το 95%, ποσοστό πρωτόγνωρο για Δημόσιο Νοσοκομείο. Αυτό είναι που κάνει τον κόσμο να προτιμά το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου.



Αλλά κινδυνεύουμε από τη μεγάλη προσέλευση και πίεση για υπηρεσίες πάνω από τις δυνάμεις μας και είναι πρόβλημα που δεν αντιμετωπίζεται εύκολα.

Ελπίζω, σύντομα, με τα μέτρα που παίρνονται από σας, κε Υπουργέ, με τον οικογενειακό γιατρό και τα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου, να περιοριστεί η προσέλευση περιστατικών, που δεν πρέπει να επιβαρύνουν τη λειτουργία ενός τριτοβάθμιου Νοσοκομείου.

Αυτό όμως θα αποδώσει μελλοντικά. Αναγκαστικά θα περιμένουμε.

Είναι υπό σκέψη να καθιερώσουμε μια συμβολική αμοιβή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, όπως συμβαίνει και στα Νοσοκομεία των Αθηνών. Δεν το θέλουμε, φοβάμαι πως δε θα μπορέσουμε να το αποφύγουμε.

Στην τελευταία εφημερία προσήλθαν 1210 περιστατικά, με το μέσο όρο να ξεπερνά τα 1000.

Για την πρότυπη πιλοτική λειτουργία με κλειστό οικονομικό προϋπολογισμό, σας είχα αναφέρει παλαιότερα. Δεν ξέρω εάν το έχετε στις προτεραιότητές σας, απλώς σας το υπενθυμίζω.

Η προσωπική μου άποψη είναι ότι θα έλυνε πάρα πολλά προβλήματα.

Θα μπορέσει να κινηθεί κανείς πιο δραστήρια και ευέλικτα, να δώσει και κίνητρα στους εργαζόμενους. Άλλωστε, έτσι λειτουργούν όλα τα Νοσοκομεία σε όλο τον ανεπτυγμένο χώρο. Με αυτό θα ανοίγαμε τον τρίτο δρόμο στο χώρο της Δημόσιας Υγείας, για να μπορέσει να σταθεί ανταγωνιστικά με τον ιδιωτικό χώρο, που συνεχώς οργανώνεται, αναπτύσσεται και κερδίζει έδαφος.

Κύριε Υπουργέ, δοκιμάστε, με το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου μια πρότυπη πιλοτική λειτουργία. Είμαι σίγουρος πως θα έχουμε επιτυχία.

Ο τρίτος δρόμος, προσωπικά, με ενθουσιάζει γιατί



προέρχομαι από μια επιτυχή πορεία στον ιδιωτικό χώρο. Και θα ήθελα να διαχειριστώ κάτι διαφορετικό από τα επικρατούντα στο Δημόσιο.

Στο θέμα της τήρησης του νόμου για τη λειτουργία των απογευματινών ιδιωτικών ιατρείων και επεμβατικών πράξεων των Πανεπιστημιακών ιατρών εντός του Νοσοκομείου, υπήρξε αναστολή εφαρμογής του, λόγω έλλειψης χώρων και υποδομής στα Δημόσια.

Στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου δεν έχουμε τέτοιο πρόβλημα και θα έπρεπε να προχωρήσουμε στην εφαρμογή του. Χρειαζόμαστε, όμως την κάλυψή σας.

Και ένα πολύ σοβαρό θέμα που μας απασχολεί. Είναι η καλπάζουσα άνοδος δαπανών σε φάρμακα. Η λύση είναι απλή, εύκολη και χωρίς αντιδράσεις. Πρέπει να σταματήσει η συνταγογράφηση με την εμπορική τους ονομασία. Και να γίνεται με τη δραστική ουσία του φαρμάκου, για να σταματήσει η συναλλαγή. Όπως γίνεται σε όλη την Ευρώπη. Νομίζω ότι ένα τέτοιο μέ-

τρο θα περιορίζε εύκολα τις δαπάνες σε φάρμακα, στο ήμισυ απ' ότι δαπανάται σήμερα. Και αναφέρομαι μόνο στο χώρο των Νοσοκομείων, τον οποίο γνωρίζω.

Η δαπάνη σε φάρμακα και υλικά, από τα στοιχεία που έχουμε στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, φαίνεται ότι καλύπτει το 60 % των δαπανών και 40 % η μισθοδοσία. Στη Γερμανία, από όπου ζήτησα και πήρα στοιχεία, μου είπαν ότι συμβαίνει το αντίθετο: 70 % η μισθοδοσία και 30 % φάρμακα και υλικά.

Η πρόταση αυτή συζητείται ευρύτατα από πολλούς παράγοντες και δεν είδα να υπάρχουν αντιρρήσεις. Είναι έξω από το Νομοσχέδιο περί προμηθειών του οποίου την εφαρμογή ξεκινάτε. Και θα έχει άμεση και εύκολη εφαρμογή και απόδοση.

Σε όλα τα ανωτέρω η συμβολή του Ιδρύματος Παπαγεωργίου είναι καθοριστική.

Εκτός, όμως, από τη συμμετοχή στη διοίκηση του Νοσοκομείου, συμβάλλει και οικονομικά σε τομείς που δεν μπορεί να καλύψει η Οικονομική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, ξοδεύοντας πάνω από 300.000 \$ ετησίως.

Το ποσόν αυτό θέλω να το αυξησω. Γι' αυτό αποφάσισα να δωρίσω στο Ίδρυμα ορισμένα περιουσιακά μου στοιχεία.

Συγκεκριμένα, πρόκειται για 6 καταστήματα στο κέντρο της πόλης, αξίας πάνω από 20.000.000 \$. Υπάρχει όμως μια εμπλοκή. Αν και είναι δωρεά μου ζητά το δημόσιο 700.000, ως φόρο μεταβίβασης. Αυτό με πικραίνει και με κάνει να το σκέφτομαι.

Το βρίσκω παράλογο το να ζητείται φόρος μεταβίβασης από το Δημόσιο, όταν η δωρεά είναι προς το Ίδρυμα, που στην ουσία είναι δημόσιο, αφού όλη του η δραστηριότητα είναι υπό την έγκριση και έλεγχο του Δημοσίου. Και η περιουσία των Ιδρυμάτων αποτελεί κρατική περιουσία, τη διαχείριση έχουν τα Ιδρύματα. Θέλω να πιστεύω ότι θα το δείτε με συμπάθεια και θα

μιλήσετε στον Υπουργό Οικονομικών, για να το προσέξουν. Είχα υποβάλει, παλιά, σχετικό αίτημα. Θα το επαναλάβω.

Κε Υπουργέ, με πειράζει που με όλη αυτή την προσπάθεια που σας περιέγραψα και που θα δείτε «ιδίους όμμασι» για την ποιότητα που προσφέρουμε, έχουμε καταλήξει να προσφέρουμε υπηρεσίες σε ασφαλισμένους του ΙΚΑ, του ΟΓΑ και μετανάστες. Αλλά και να αντιμετωπίζουμε όλα τα βαριά περιστατικά από το Δημόσιο και ιδιωτικό χώρο.

Η λύση του προβλήματος είναι απλή: Εφαρμογή του Νόμου».

Ο Δ. Αβραμόπουλος

Στον πρόεδρο και δωρητή του νοσοκομείου Παπαγεωργίου απάντησε ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Δημήτρης Αβραμόπουλος τονίζοντας τα ακόλουθα:



«Να ευχαριστήσω, τον κ. Παπαγεωργίου, χείμαρρος ήταν αλλά πρέπει να του πω ότι η πολιτεία πρώτα από όλα δημόσια έχει αναγνωρίσει τη μεγάλη αυτή προσφορά.

Η παρουσία μου εδώ κύριε Παπαγεωργίου αυτό επιβεβαιώνει και επικυρώνει. όλα αυτά τα χρόνια, εννέα ολόκληρα χρόνια έχει συντελεστεί και συντελείται ένα σπουδαίο επιστημονικό και κοινωνικό έργο.

Από κει και πέρα πρέπει να είμαστε πραγματιστές τα προβλήματα δεν έπαυσαν και μην νομίζετε ότι λύνονται με ένα μαγικό ραβδί από τη μια στιγμή στην άλλη. Να ξεκινήσω όμως από το τελευταίο γιατί διέγνωσα για να χρησιμοποιήσω ιατρικό όρο μια πικρία σε ότι αφορά τουλάχιστον την ευγενή διάθεση να προσφέρετε ακόμη περισσότερο αλλά προσκρούεται σε μια εντελώς τυπική γραφειοκρατική αντίληψη που έχει να κάνει με τις δωρεές. Προφανώς δεν θα έχετε ενημερωθεί αλλά ήδη έχω κάνει ανακοινώσεις στην Αθήνα διότι παρόμοιες προσφορές τον τελευταίο καιρό έχουν προταθεί από πολλές διακεκριμένες προσωπικότητες που θα ήθελαν να αφήσουν χρήσιμο κοινωνικό έργο ευεργετώντας και που και αυτοί αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα. Επίκειται λοιπόν μια νομοθετική πρωτοβουλία που θα δώσει τέλος και που αποθαρρύνει πολλούς εξ εκείνων που συνεχίζοντας τα βήματα των μεγάλων χορηγών και των ευεργετών, οι οποίοι αν θέλετε συνέβαλαν και στη δημιουργία του σύγχρονου ελληνικού κράτους, τώρα είναι απογοητευμένοι. Το νομοθέτημα λοιπόν ήδη έχει ετοιμαστεί και φαντάζομαι ότι με εκείνα που θα ακολουθήσουν και εσείς θα νιώσετε ικανοποίηση και την προσφορά σας η πολιτεία θα δεχτεί χωρίς να σας επιβαρύνει. Τώρα μία σειρά από θέματα από αφορούν τη λειτουργία του νοσοκομείου, παρά τα όσα ζητήματα ή προβλήματα που καλούμεθα κατά καιρούς να αντιμετωπίσουμε το νοσοκομείο Παπαγεωργίου έχει ένα πολύ θετικό άκουσμα, έχει ένα ε-



ξαιρετικής ποιότητας επιστημονικό δυναμικό, νοσηλευτικές υπηρεσίες από τις πιο έμπειρες και καταρτισμένες, λειτουργεί σωστά. Το οικονομικό πρόβλημα δεν είναι μόνο του νοσοκομείου Παπαγεωργίου είναι το οικονομικό πρόβλημα συνολικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας γι' αυτό και η κυβέρνηση έθεσε ως μία εκ των βασικών της προτεραιοτήτων την εξυγίανση και το νοικοκύρεμα. Όλες οι πρωτοβουλίες που έχουν αναληφθεί τον τελευταίο καιρό προς τα εκεί κατατείνουν. Το νομοθέτημα για τις προμήθειες είναι πλέον μια πραγματικότητα. Ένας καινούργιος νόμος που βάζει τάξη σ' αυτό το ακατάστατο και άναρχο τοπίο που μας κληροδοτήθηκε και πολλές εκ των ρυθμίσεων έρχονται να απαντήσουν σ' αυτά που πριν από λίγο εσείς σημειώσατε και αναφέρομαι κυρίως στο φάρμακο για το οποίο από την ώρα που θα τεθεί σε λειτουργία αυτή η νέα κεντρική επιτροπή προμηθειών με απλή υπουργική απόφαση θα περιέλθει πλέον και αυτό στο Υπουργείο Υγείας. Είναι αλήθεια ότι έχουν γίνει μεγάλες σπα-





τάλες και δεν υπήρξε στο παρελθόν εξορθολογισμός. Αυτά όλα τελειώνουν. Έρχεται και η Πρωτοβάθμια φροντίδα. Η οποία και εσείς όπως είπατε πρωτίτερα θα έχει ευεργετικές συνέπειες στη γενικότερη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας ανακουφίζοντας τα μεγάλα νοσοκομεία από τις πιέσεις που δέχονται. Η δε Θεσσαλονίκη έχει δοθεί προτεραιότητα ήδη βρίσκονται σε εξέλιξη πολλά έργα και ακολουθούν και άλλα σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση. Για την ελλιπή όπως σημειώσατε και εσείς επιχορήγηση του νοσοκομείου πρέπει να σας πω ότι ήδη έχει σταλεί στο Υπουργείο Οικονομικών και αναμένεται η συνυπογραφή του νέου ύψους επιχορήγησης ποσού 30 εκατομμυρίων Ευρώ. Σε ότι αφορά τώρα την αναμόρφωση του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας το ΚΕΣΥΠΕ ενέκρινε από τις 21-12-2007 την αναμόρφωση του κανονισμού. Ολοκληρώνεται, είναι ήδη στα χέρια των υπηρεσιών του υπουργείου μας η τελική επεξεργασία προχωράει για το σχέδιο αναμόρφωσης με βάση όπως είπαμε προτάσεις φορέων καθώς και του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου οι οποίες υποβλήθηκαν στο ενδιάμεσο διάστημα. Τώρα για το προσωπικό. Είναι γνωστό το πρόβλημα αφορά συνολικά τα νοσοκομεία της χώρας ήδη έχουν γίνει βήματα μπροστά, αυτή τη χρονιά προσλήφθηκαν 6.500 νοσηλευτές, ακολουθούν άλλοι τόσοι πέραν εκείνων που έρχονται να ενισχύσουν τις μονάδες Εντατικής Θεραπείας οι οποίες και αυτό τον μήνα ολοκληρώνεται η εκπαίδευσή τους γιατί ξέρετε σ' αυτές τις μονάδες δεν μπορεί να διατεθεί προσωπικό που δεν είναι εξειδικευμένο. Ανοίγουν συνολικά οι μονάδες εντατικής θεραπείας σ' όλη τη χώρα. Ήταν ένα στοίχημα που είχαμε βάλει διότι γνωρί-

ζουμε πόσο σημαντικό είναι για την λειτουργία των νοσοκομείων με θετικά αποτελέσματα σ' ότι αφορά την αντιμετώπιση όλων αυτών των περιστατικών σώζοντας κυριολεκτικά ζωές. Έχουν ήδη ξεκινήσει ειδικά οι προσλήψεις για το νοσοκομείο 40 ατόμων νοσηλευτικού, διοικητικού και λοιπού προσωπικού από τη γνωστή σε σας περσινή προκήρυξη. Ταυτόχρονα και έχει σημασία να το γνωρίζετε εξελίσσεται η προκήρυξη 90 ακόμα θέσεων ενώ βρίσκεται στην τριμελή εξ' υπουργών επιτροπή πρόταση του υπουργείου μας για άλλες ακόμα 29 θέσεις. Το νοσοκομείο έχει ήδη ενισχυθεί με 174 θέσεις ειδικευόμενων γιατρών είτε μέσω μεταφοράς θέσεων από άλλα νοσοκομεία είτε με τη σύσταση νέων θέσεων, ενώ το κεντρικό συμβούλιο υγείας έχει γνωμοδοτήσει

θετικά για τη σύσταση επτά(7) ακόμη νέων θέσεων, μιας ορθοπαιδικής, μιας παθολογίας, τρεις παθολογικής Ογκολογίας, και δύο ακτινοδιαγνωστικής.

Τώρα σε ότι αφορά τη προμήθεια του PET είναι από τα τελευταία επιτεύγματα της τεχνολογίας και όπως πολύ σωστά είπατε χρειάζεται και η Θεσσαλονίκη. Ήδη βρίσκεται στα χέρια του ΚΕΣΥΠΕ και επίκειται η έγκρισή του. Αυτά ήθελα να σας πω εγώ σήμερα καταρχήν παρά τα όσα προβλήματα κατά καιρούς καταγράφονται θέλω να γνωρίζετε ότι η κοινωνία πάνω απ' όλα αλλά και η πολιτεία αναγνωρίζουν την εξαιρετική επιστημονική και κοινωνική δουλειά που γίνεται εδώ και θέλω να πιστεύω ότι στην επόμενη δική μου επίσκεψη ή όταν με το καλό κρίνετε ότι πρέπει να συναντηθούμε θα έχουμε ενδεχομένως άλλα προβλήματα να λύσουμε και σίγουρα όχι αυτά. Εκείνο που έχει σημασία να επαναλάβω είναι ότι αυτό που είπατε πρωτίτερα έχει ρυθμιστεί, η καταβολή των εφημεριών θα γίνει, πλέον έχει ήδη αποφασιστεί, ξεπεράσαμε και τις γραφειοκρατικές δυσκολίες, αλλά να λέμε και κάποιες αλήθειες όλα αυτά θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί αν τις δεκαετίες που πέρασαν δεν είχε βρεθεί ένα σιωπηρό «μόντους οπεράντι» με αρκετή δόση υποκρισίας ανάμεσα στην πολιτεία και στους γιατρούς. Ξεκαθαρίζουμε τα πράγματα και νομίζω ότι αυτό πάνω από όλα ικανοποιεί το επιστημονικό δυναμικό συνολικά των ελληνικών νοσοκομείων. Εμείς είμαστε αποφασισμένοι αυτό που πριν σας περιέγραψα ως ένα ακατάστατο και άναρχο τοπίο να το αλλάξουμε σε οργανωμένο, νοικοκυρεμένο αποτελεσματικό. Με τους εργαζόμενους να νοιώθουν πραγματικά την υπερηφάνεια της αποστολής τους και να είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες δουλειάς

γιατί και αυτές βελτιώνονται. Και μία τελευταία γνωστοποίηση είμαστε στα πρόθυρα για κάτι που κατά τη γνώμη μου έχει ιστορική σημασία, είναι πρώτη φορά που γίνεται και ενδεχομένως να ήταν και ο τελευταίος επαγγελματικός κλάδος που δεν είχε συνάψει μια συλλογική σύμβαση εργασίας με την ελληνική πολιτεία. Με τα συλλογικά όργανα που εκπροσωπούνται από τα κεντρικά όργανα στην Αθήνα έχουμε ήδη φθάσει σε μια καταρχήν γενική αποδοχή αρχών επί των οποίων θα στηριχθεί αυτή η συλλογική σύμβαση εργασίας και αυτή προβλέπει πάνω από όλα τη δημιουργία καλών συνθηκών εργασίας την αναβάθμιση και βεβαίως ανοίγει προοπτικές και δρόμους για ένα πλέγμα δικαίων αιτημάτων και διεκδικήσεων από πλευράς κυρίως ελληνικών γιατρών γιατί πρώτος εγώ θα πω και το έχω πει πάρα πολλές φορές αλλά δεν το γνώριζα πριν στη συνέχεια έμαθα και εγώ πως έχουν τα πράγματα δυστυχώς οι έλληνες γιατροί δεν πληρώνονται καλά, το ίδιο ισχύει και για τους νοσηλευτές η πολιτεία σκύβει με ενδιαφέρον και τα μεγάλα ποσά που εδώ σε λίγους μήνες από τώρα θα εξοικονομούνται από το νοικοκύρεμα στο χώρο των οικονομικών της υγείας μέσω του νέου συστήματος προμηθειών και που κατά μία πρώτη εκτίμηση πλησιάζουν τα 500 εκατομμύρια ευρώ όλα περιέρχονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας για ενίσχυση των απολαβών των εργαζομένων για προσλήψεις και για αναβάθμιση των υποδομών. Θέλω να σας ευχαριστήσω με όλη μου την καρδιά για την ενημέρωση και για την φιλοξενία».

Στη συνέχεια ο Υπουργός Υγείας είχε μακρά συνεργασία και αλληπάλληλες ενημερωτικές συναντήσεις με τη διοίκηση, διευθυντές κλινικών και τμημάτων, διευθυντές διοικητικών υπηρεσιών καθώς και εκπροσώπους των θεσμικών επιστημονικών και συνδικαλιστικών οργάνων του νοσοκομείου. Στη διάρκεια αυτών των συναντήσεων ο κ. Αβραμόπουλος ενημερώθηκε αναλυτικά για όλα τα θέματα που απασχολούν το νοσοκομείο και τους εργαζόμενους και έδωσε πολλές διευκρινίσεις για διάφορα επί μέρους ζητήματα. Σχετικά ο Υπουργός υπογράμμισε: «είναι αλήθεια, ότι πολλά από τα ζητήματα που έχουν τεθεί, απαιτούν συνέχιση της συνεργασίας με τα συλλογικά όργανα. Πάντοτε με ένα στόχο, το δημόσιο αγαθό, η υγεία, να αναβαθμιστεί ακόμη περισσότερο και να παρέχεται ισότιμα σε όλους τους πολίτες και τους κατοίκους της ευρύτερης περιοχής».

Ιδιαίτερη συνεργασία είχε ο κ. Αβραμόπουλος με τον πρόεδρο της Ένωσης Νοσοκομειακών Γιατρών Θεσσαλονίκης Χρήστο Παπαστεργίου, ο οποίος παρέθεσε στον υπουργό μια σειρά από ακανθώδη προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσοκομειακοί γιατροί, όπως η μη καταβολή των δεδουλευμένων αποδοχών από τον Δεκέμβριο του 2007.



Ειδικότερα, ο κ. Παπαστεργίου σε δηλώσεις του στα ΜΜΕ σχετικά με την επίσκεψη του κ. Αβραμόπουλου τόνισε, μεταξύ άλλων: «Είμαστε σήμερα εδώ για να εκφράσουμε τη διαμαρτυρία μας απέναντι στον υπουργό για θέματα ουσιαστικά αλλά και λιγότερο ουσιαστικά. Από σήμερα στα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης όπως γίνεται σε πάρα πολλά νοσοκομεία της χώρας ξεκινάει η επίσχεση της εργασίας γιατί η ελληνική πολιτεία οφείλει δεδουλευμένες αποδοχές στους νοσοκομειακούς γιατρούς από τον Δεκέμβριο του 2007. Διαμαρτυρόμαστε για την ελλιπέστατη χρηματοδότηση συνολικά του συστήματος υγείας στη χώρα μας. Ανάγεται το ποσοστό χρηματοδότησης σε επίπεδο χώρας της υποσαχάριας Αφρικής. Δεν αντιστοιχεί σε καμία περίπτωση σε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή του πολιτισμένου κόσμου».

Μετά την συνάντησή του με εκπροσώπους των εργαζομένων ο Υπουργός Υγείας έκανε ιδιαίτερη αναφορά σε αυτή τη συνάντηση ξεκαθαρίζοντας ότι λύθηκε το θέμα που είχε δημιουργηθεί σχετικά με τις εφημερίες:

«Συζητήσαμε καταρχήν το θέμα των εφημεριών. Ενημερώθηκαν οι εργαζόμενοι, ότι δεν υπάρχει πλέον ζήτημα, εκδόθηκε το ΦΕΚ και διετεθήσαν τα χρήματα. Κάθε χρόνο, περίπου το Μάρτιο καταβάλλονται οι εφημερίες. Αυτά, όμως, όλα τελειώνουν. Μην ξεχνάτε, ότι πήραμε συγκεκριμένες αποφάσεις. Νοικοκυρεύεται αυτό το τοπίο, οι εργαζόμενοι πλέον παίρνουν τα λεφτά τους στην ώρα τους», ανέφερε ο κ. Αβραμόπουλος.

Κατά την αποχώρησή του ο Δ. Αβραμόπουλος σε δηλώσεις του στους δημοσιογράφους έπλεξε το εγκώμιο του νοσοκομείου Παπαγεωργίου και εξέφρασε την απόλυτη ικανοποίησή του για το έργο του και για το επίπεδο υπηρεσιών που όλο το προσωπικό παρέχει στον συνάνθρωπο.

Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής του Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»



Η Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής της Α' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του ΑΠΘ λειτουργεί στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» από τον Ιανουάριο του 2003, με υπεύθυνο τον καθηγητή Ενδοκρινολογίας και Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής **Ιωάννη Παπαδήμα**.



Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής

Η ΜΟΝΑΔΑ ΙΔΡΥΘΗΚΕ το 1980 και λειτουργούσε έκτοτε ανελλιπώς στο «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και από το 2003 αναπτύσσει τις δραστηριότητές της στο Νοσοκομείο μας. Αντιμετωπίζει ένα μεγάλο φάσμα προβλημάτων που έχουν σχέση με την Ενδοκρινολογία της Αναπαραγωγής αλλά και γενικότερα με την ευρύτερη Ενδοκρινολογία. Λειτουργούν δύο εξωτερικά ιατρεία: το **Ιατρείο Ανδρικής Υπογονιμότητας** (Δευτέρα και Τετάρτη) και το **Ιατρείο Μεταβολικών Επιπλοκών της Κύησης** (Παρασκευή).

Η ομάδα των στελεχών της Μονάδας αποτελείται από τους εξής:

Ιωάννης Παπαδήμας, καθηγητής Ενδοκρινολογίας - Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, υπεύθυνος της Μονάδας

Δημήτριος Γ. Γουλής, λέκτορας Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής

Πάρις Πολυχρόνου, Μαιευτήρας - γυναικολόγος, διδάκτορας ΑΠΘ (διατριβή στη Μονάδα)

Θεμιστοκλής Μίκος, Μαιευτήρας - γυναικολόγος, διδάκτορας ΑΠΘ (διατριβή στη Μονάδα)

Χρήστος Τσαμέτης, Ενδοκρινολόγος, επιστημονικός συνεργάτης

Κωνσταντίνος Πανταζής, Μαιευτήρας - γυναικολόγος, επιστημονικός συνεργάτης (μεταπτυχιακό στη Μονάδα)

Περσεφόνη-Δήμητρα Κανταρτζή, επιστημονική συνεργάτης (μεταπτυχιακό στη Μονάδα)

Πασχαλία Ηλιάδου, επιστημονική συνεργάτης (μεταπτυχιακό στη Μονάδα)

Μάριος Φράγκος (μεταπτυχιακό στη Μονάδα)

Κωνσταντίνος Τουλής (μεταπτυχιακό στη Μονάδα)
Δημήτριος Χ. Γουλής (υποψήφιος διδάκτορας στη Μονάδα)

Σταύρος Καραγκούνης (υποψήφιος διδάκτορας στη Μονάδα)

Δαμιανός Τσιτλακίδης (υποψήφιος διδάκτορας στη Μονάδα)

Το κλινικό έργο της Μονάδας Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής αφορά ουσιαστικά προβλήματα Γενικής Ενδοκρινολογίας και ιδιαίτερα προβλήματα γονιμότητας, ανδρικής και γυναικείας, καθώς και προβλήματα παθολογίας της εγκυμοσύνης, με ιδιαίτερη έμφαση στο σακχαρώδη διαβήτη. Το ερευνητικό έργο της Μονάδας καλύπτει όλα τα θέματα της κλινικής Ενδοκρινολογίας και Αναπαραγωγής και απέφερε μεγάλο αριθμό δημοσιεύσεων σε διεθνή και ελληνικά περιοδικά.

Το ερευνητικό έργο της Μονάδας γίνεται εφικτό με ευρύ φάσμα συνεργασιών με συναδέλφους διαφόρων συναφών ειδικοτήτων, όπως, μεταξύ των άλλων είναι:

- Μονάδα Ανθρώπινης Αναπαραγωγής (καθηγητής Β.Κ. Ταρλατζής, επίκουρος καθηγητής Γ. Γκριμπίζης, λέκτορας Ε.Μ. Κολυμπιανάκης)
- Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας Α Μ/Γ Κλινικής (αναπληρωτής καθηγητής Α. Λαμπρόπουλος)
- Κυτταρολογικό Εργαστήριο ΓΝ «Παπαγεωργίου» (διευθύντρια Π. Σεβαστιάδου, επιμελήτρια Ε. Αθανασίου)
- Παθολογοανατομικό Εργαστήριο ΓΝ «Ιπποκράτειο» (αναπληρωτής διευθυντής Α. Παπανικολάου)



Μορφολογία σπερματοζωαρίων.

Ανδρική Υπογονιμότητα: Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση

Ορισμοί

Η υπογονιμότητα είναι συχνό πρόβλημα, καθώς ταλανίζει το 17% περίπου των ζευγαριών. Ορίζεται ως η μη επίτευξη εγκυμοσύνης μέσα σε διάστημα δύο ετών μετά από συστηματικές επαφές. Ουσιαστικά, η υπογονιμότητα αποτελεί ένα ευρύ φάσμα που εκτείνεται από εκείνες τις περιπτώσεις όπου είναι εντελώς αδύνατη η αυτόματη επίτευξη εγκυμοσύνης, οι οποίες ορίζονται ως στειρότητα, έως τις περιπτώσεις όπου το μόνο που απαιτείται είναι ένα μικρό επιπρόσθετο χρονικό περιθώριο.

Αίτια

Συχνό αίτιο υπογονιμότητας στη γυναίκα αποτελούν οι διαταραχές της ωοθυλακιορρηξίας. Στον άνδρα αντίστοιχα αίτια είναι η ιδιοπαθής ανεπάρκεια του σπερματικού επιθηλίου, η κισσοκήλη, η κρυφορχία και οι λοιμώξεις των επικουρικών γεννητικών αδένων.

Στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων η υπογονιμότητα οφείλεται σε αίτια που μπορούν να αντιμετωπισθούν με τις δυνατότητες που προσφέρει η σημερινή πρόοδος της επιστήμης. Ωστόσο, σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων δεν είναι δυνατόν να εντοπισθεί το αίτιο που προκαλεί την υπογονιμότητα (ιδιοπαθής ανεπάρκεια του σπερματικού επιθηλίου). Τα περιστατικά αυτά τυγχάνουν αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης στην εποχή μας, με αποτέλεσμα τη διαρκή ανεύρεση νέων αιτίων υπογονιμότητας, ιδίως σε γενετικό επίπεδο.

Διερεύνηση

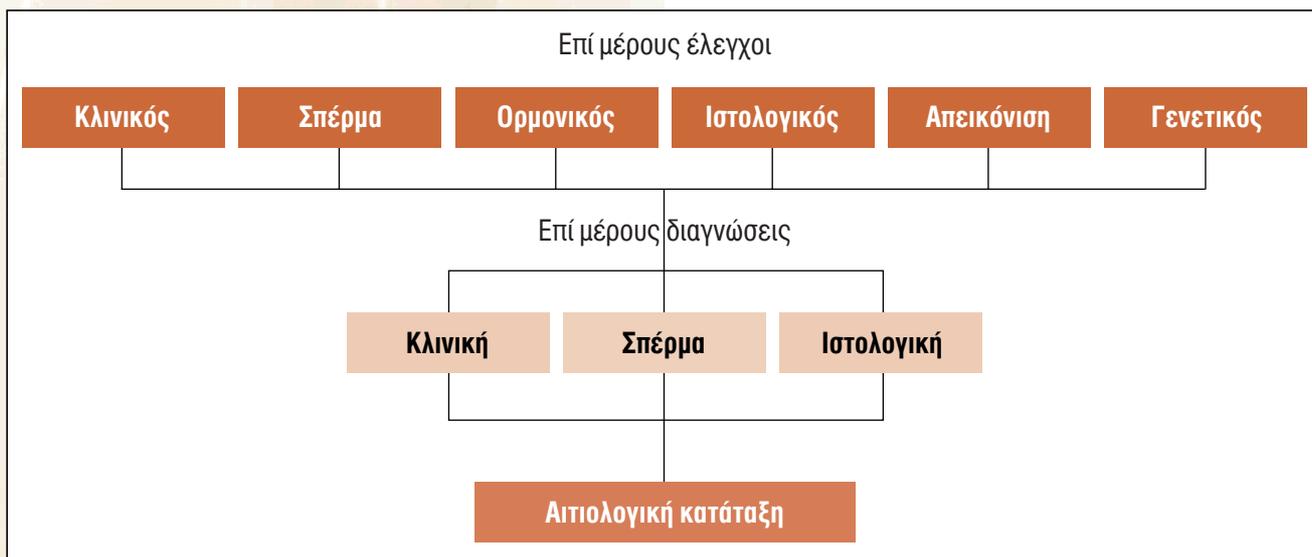
Η διερεύνηση της ανδρικής υπογονιμότητας απο-

τελεί ταχέως εξελισσόμενο πεδίο της κλινικής Ανδρολογίας, ιδιαίτερα κατά την τελευταία πενταετία. Η διαγνωστική μελέτη του υπογόνιμου άνδρα για να θεωρείται ολοκληρωμένη δεν θα πρέπει να βασίζεται μόνο στο σπερμοδιάγραμμα, αλλά να περιλαμβάνει επίσης τη λήψη ιστορικού, την κλινική εξέταση και τον πλήρη εργαστηριακό έλεγχο.

Τα στοιχεία στα οποία δίνεται ιδιαίτερη προσοχή κατά τη λήψη του **ιστορικού** είναι: (1) η σεξουαλική ωρίμανση, (2) η σεξουαλική δραστηριότητα, (3) παθήσεις, τραύματα ή εγχειρήσεις σχετικές με το ανδρικό γεννητικό σύστημα, (4) η λήψη φαρμάκων που είναι δυνατό να επηρεάσουν τη σπερματογένεση, τη σεξουαλική ορμή ή την ικανότητα του άνδρα, (5) χρόνιες γενικές παθήσεις και (6) η πιθανή έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες εξαιτίας του επαγγέλματος.

Η **κλινική εξέταση** του υπογόνιμου άνδρα περιλαμβάνει τη γενική κλινική εξέταση και την ειδική εξέταση των επικουρικών γεννητικών αδένων. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στα κλινικά κριτήρια τα οποία σε συνδυασμό με την τιμή της τεστοστερόνης στο πλάσμα θέτουν τη διάγνωση του ανδρικού υπογοναδισμού. Τα κριτήρια αυτά είναι: (1) η κατανομή της δευτερογενούς τρίχωσης, (2) η σωματική διάπλαση, (3) η ανάπτυξη των έξω γεννητικών οργάνων, (4) η παρουσία ευνοχοειδικών αναλογιών και (5) το μέγεθος των όρχεων.

Η σύγχρονη **εργαστηριακή προσέγγιση** περιλαμβάνει μια σειρά σπερμοδιαγραμμάτων (τουλάχιστον δύο έως τρία στιγμιότυπα), τον υπερηχογραφικό έλεγχο, τον βασικό ορμονικό έλεγχο (FSH, LH, προλακτίνη, ολική τεστοστερόνη), τον ειδικό ορμονικό έλεγχο (ανασταλτίνη-B, ανασταλτική ορμόνη των πόρων του Müller - AMH), τη βιοψία όρχεων (ανοικτή βιοψία και αναρροφητική δια λεπτής βελόνης - FNA) και τον γε-



Σχέδιο 1. Τυποποιημένο σχήμα μελέτης του υπογονίμου άνδρα.

νετικό έλεγχο, ο οποίος περιλαμβάνει τον καρυότυπο και την αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR). Η τελευταία μέθοδος χρησιμοποιείται για τον έλεγχο των μικροελλείψεων του μακρού σκέλους του χρωμοσώματος Y (Υq), των μεταλλάξεων του γονιδίου της κυστικής ίνωσης και του αριθμού των επαναλήψεων CAG του ανδρογονικού υποδοχέα.

Η ακριβής διάγνωση των αιτιών της υπογονιμότητας απαιτεί τη συνεκτίμηση πολλών κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών από έμπειρο και εξειδικευμένο ιατρό. Πολύ σπάνια μία και μόνο εξέταση μπορεί να θέσει τη διάγνωση. Μερικές διαγνωστικές δοκιμασίες έχουν αποδείξει τη σχέση τους με τη γονιμότητα, όπως το σπερμοδιάγραμμα. Αντίθετα, έχει αποδειχθεί ότι εξετάσεις όπως ο προσδιορισμός των αντισπερματικών αντισωμάτων έχει περιορισμένη αξία, ενώ η εκτίμηση της κρυσκοκλήης δίδει ελάχιστες πληροφορίες όσον αφορά στο αναπαραγωγικό δυναμικό του άνδρα.

Ο πλήρης **ορμονικός έλεγχος** και η **FNA όρχεων** έχουν αλλάξει σημαντικά τη διαγνωστική προσέγγιση της ανδρικής υπογονιμότητας. Και οι δύο αυτές μέθοδοι εκτελούνται στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» από τη Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής της Α Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ με την πολύτιμη συνδρομή των τμημάτων της Μικροβιολογίας και της Κυτταρολογίας, αντίστοιχα. Οι πλέον πρόσφατες αυτές προσθήκες στο οπλοστάσιο του ανδρολόγου, αποκτούν μεγαλύτερη σημασία αν συνειδητοποιηθεί ότι, παρά την εφαρμογή της μεθόδου της ενδοωαριακής έγχυσης σπερματοζωαρίων (ICSI) που άλλαξε ριζικά τις θεραπευτικές δυνατότητες, η αιτιολογική κατάταξη των περιστατικών παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος στην αντιμετώπιση της ανδρικής υπογονιμότητας.

Η κωδικοποίηση αυτής της διαγνωστικής προσέγγισης γίνεται με ένα τυποποιημένο σχήμα μελέτης, που παρουσιάζεται στο **Σχέδιο 1**.

Συμπεράσματα

Τα γενικά συμπεράσματα όσον αφορά στη διαγνωστική προσέγγιση της υπογονιμότητας μπορούν να συνοψισθούν στα ακόλουθα:

- Η υπογονιμότητα είναι συχνό πρόβλημα, καθώς ταλανίζει το 17% περίπου των ζευγαριών
- Απαιτείται ομάδα ιατρών για την αντιμετώπιση του ζευγαριού ως ενιαίας μονάδας (ενδοκρινολόγος, μαιευτήρας - γυναικολόγος, ουρολόγος, εργαστηριακός)
- Απαιτείται συνεργασία με άλλους επαγγελματίες της υγείας
- Μεγάλη σημασία έχει η ακριβής διάγνωση τόσο στη γυναίκα, όσο και στον άνδρα ώστε να επιλεγεί η κατάλληλη θεραπεία
- Το τετράπτυχο «πληροφόρηση - συνεργασία με το ζευγάρι σε όλα τα βήματα - απάντηση στα ερωτήματα που αναφύονται - ψυχολογική στήριξη» είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας

Οι ασθενείς που ενδιαφέρονται να συμβουλευθούν τη Μονάδα μπορούν να κλείνουν ραντεβού στο τηλεφωνικό κέντρο του Νοσοκομείου (2310 693229). Οι ιατροί που επιθυμούν να παραπέμψουν ασθενείς τους στη Μονάδα, μπορούν να τηλεφωνούν στη Γραμματεία της Κλινικής (2310 693131).

Σακχαρώδης διαβήτης κατά την κύηση ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΜΥΘΟΙ



Γράφει ο **Δημήτριος Γ. Γουλής**,
Λέκτορας Ενδοκρινολογίας
Αναπαραγωγής ΑΠΘ
Μονάδα Ενδοκρινολογίας
Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική -
Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΠ

ΤΕΙΝΑΙ Ο ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ της κύησης; Πρόκειται για διαβήτη που διαπιστώνεται για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της κύησης. Σύμφωνα λοιπόν με αυτόν τον ορισμό, αποτελεί διαφορετική πάθηση από το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (που συνήθως εμφανίζεται σε παιδιά ή εφήβους) αλλά και το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (που συνήθως εμφανίζεται σε ενήλικες). Ασφαλώς, μια γυναίκα με διαβήτη τύπου 1 ή 2 μπορεί να μείνει έγκυος, αλλά αυτή η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως προϋπάρχοντας διαβήτης και όχι ως διαβήτης της κύησης.

Πόσο συχνός είναι;

Νεότερες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι στο 8% των κυήσεων (1 στις 12 έγκυες γυναίκες) θα εμφανισθεί σακχαρώδης διαβήτης. Επομένως, πρόκειται για μια από τις συχνότερες παθήσεις της κύησης στην εποχή μας. Η αύξηση αυτή της συχνότητας οφείλεται σε δύο κύριους λόγους. Πρώτον, έχουν αυξηθεί τόσο τα ποσοστά της παχυσαρκίας ανάμεσα στις νέες γυναίκες, όσο και η ηλικία που η γυναίκα μένει έγκυος για πρώτη φορά. Δεύτερον, στο παρελθόν δεν δινόταν ιδιαίτερη προσοχή σε γυναίκες που γεννούσαν παιδιά βαρύτερα από τέσσερα κιλά. Πολλές από αυτές τις κυήσεις είχαν επιπλακεί με σακχαρώδη διαβήτη.

Με απλά λόγια, που οφείλεται ο διαβήτης της κύησης;

Τα κύρια συστατικά της διατροφής μας είναι οι πρωτεΐνες, τα λίπη και τα υδατάνθρακες (σάκχαρα, με κύριο εκπρόσωπο τη γλυκόζη). Η ορμόνη που είναι υπεύθυνη για τη χρησιμοποίηση των υδατανθράκων από τον οργανισμό είναι η ινσουλίνη. Σε κάθε εγκυμοσύνη, η ινσουλίνη εμφανί-

ζει «αντίσταση» στη δράση της, που προκαλείται από ορμόνες που παράγονται από τον πλακούντα και ανταγωνίζονται τη δράση της ινσουλίνης. Γι' αυτό και ο διαβήτης εκδηλώνεται συνήθως στο δεύτερο μισό της κύησης, όταν το μέγεθος του πλακούντα και η παραγωγή των ορμονών αυξάνεται. Ο σκοπός αυτής της «φυσιολογικής» αντίστασης είναι η μη χρησιμοποίηση όλων των υδατανθράκων από τη μητέρα, με αποτέλεσμα οι τελευταίοι να περνούν τον πλακούντα και να συμβάλουν στην ανάπτυξη του εμβρύου. Με αυτήν την πρόνοια της φύσης, μπορούν να συντηρηθούν κυήσεις ακόμη και κάτω από εξαιρετικά δυσμενείς συνθήκες. Ωστόσο, σε αυτήν την φυσιολογική αντίσταση στην ινσουλίνη έρχονται πολύ συχνά να προστεθούν δύο άλλες. Πρώτον, η αντίσταση που οφείλεται σε γενετικά αίτια: πρόκειται για γυναίκες που έχουν κληρονομήσει από τους γονείς τους γονίδια που προδιαθέτουν σε διαβήτη, και που είναι πιθανό να εμφανίσουν διαβήτη σε μεταγενέστερη ηλικία, όπως και οι γονείς τους. Δεύτερον, η αντίσταση που οφείλεται στην παχυσαρκία, είτε πρόκειται για αυξημένο σωματικό βάρος κατά την έναρξη της κύησης, είτε σε αύξησή του κατά τη διάρκειά της. Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι μια γυναίκα μπορεί να αυξήσει κατά πολύ την αντίσταση στην ινσουλίνη κατά τη διάρκεια της κύησης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαβήτη.

Αμέσως, μόλις γεννήσει η γυναίκα (για να είμαστε ακριβείς, αμέσως μόλις γίνει ο τοκετός του πλακούντα) παύει αυτόματα η αντίσταση της κύησης, όποτε η γυναίκα επανέρχεται στο σημείο που ήταν πριν τον τοκετό. Γι' αυτό, στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων, ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης αποτελεί παροδική κατάσταση που παύει να υπάρχει μετά τον τοκετό.

Αυτό σημαίνει ότι η γυναίκα που εμφάνισε διαβήτη κατά την κύηση δεν πρέπει να ανησυχεί για το μέλλον;

Ακριβώς το αντίθετο. Η γυναίκα που εμφάνισε διαβήτη κατά την κύηση έχει αυξημένο κίνδυνο για δύο καταστάσεις. Πρώτον, να εμφανίσει ξανά σακχαρώδη διαβήτη σε μία επόμενη κύηση, πιθανόν μάλιστα με μεγαλύτερη βαρύτητα και πιο πρόωμη έναρξη. Δεύτερον, να εμφανίσει σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε μερικά χρόνια. Μελέτες έχουν δείξει ότι η πιθανότητα να εμφανίσει διαβήτη τύπου 2 μια γυναίκα που διαγνώστηκε με διαβήτη της κύησης μέσα στα επόμενα δέκα έτη είναι 50%. Αυτό σημαίνει ότι μια γυναίκα 30 ετών με διαβήτη της κύησης, ο οποίος παύει να υφίσταται μετά τον τοκετό, έχει 50% πιθανότητα να εμφανίσει μόνιμο διαβήτη τύπου 2 πριν την ηλικία των 40 ετών.

Η θεραπεία και στις δύο περιπτώσεις είναι η υιοθέτηση σωστού τρόπου ζωής, με ισορροπημένη διατροφή και σωματική άσκηση. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι αυτή η προσέγγιση καθυστερεί την εμφάνιση του

διαβήτη, ελαττώνει τη βαρύτητά του ή, στην καλύτερη των περιπτώσεων, αποτρέπει ολοκληρωτικά την εμφάνισή του.

Γιατί είναι επικίνδυνος ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης;

Όπως ειπώθηκε προηγουμένως, η αντίσταση στην ινσουλίνη οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα και εκτροπή της προς το έμβρυο, μέσω του πλακούντα. Τα αυξημένα ποσά γλυκόζης στη μητρική και πλακουντιακή κυκλοφορία μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα τόσο στην έγκυο, όσο και στο έμβryo ή το νεογνό.

Η μητέρα εμφανίζει μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης υπέρτασης κατά την εγκυμοσύνη, μια κατάσταση που, στις βαρύτερες μορφές της είναι γνωστή ως προεκλαμψία. Ωστόσο, τα περισσότερα προβλήματα αφορούν στο έμβryo και το νεογνό. Έτσι, κατά τη διάρκεια της κύησης παρατηρούνται αυτόματες αποβολές και ενδομήτριοι θάνατοι. Το νεογνό της μητέρας με διαβήτη έχει αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση επιπλοκών όπως συγγενείς ανωμαλίες, μακροσωμία, υπογλυκαιμία, υπασβεστιαϊμία, αναπνευστική δυσχέρεια, μυοκαρδιοπάθεια και ίκτερο.

Πώς διαγιγνώσκεται ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης;

Δυστυχώς, δεν υπάρχει γενική συμφωνία για τη διάγνωση, γεγονός που δυσκολεύει τόσο τους κλινικούς γιατρούς που παρακολουθούν τις έγκυες, όσο και τους ερευνητές που μελετούν αυτήν την πάθηση. Στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται μια ειδική εξέταση, που είναι γνωστή ως «καμπύλη γλυκόζης». Η γυναίκα, που διατρέφεται με επαρκή ποσότητα υδατανθράκων κατά τις προηγούμενες 2 - 3 ημέρες, λαμβάνει μια ποσότητα γλυκόζης από το στόμα (συνήθως 75 ή 100 γραμμάρια) και μετράται η γλυκόζη στο αίμα πριν και μετά τη χορήγηση της γλυκόζης από το στόμα (συνήθως κάθε μισή ώρα ή κάθε ώρα για τις επόμενες 2 - 3 ώρες). Ανάλογα με τα αποτελέσματα, η καμπύλη χαρακτηρίζεται ως «φυσιολογική», «παθολογική» ή «διαταραγμένη ανοχή γλυκόζης κατά την κύηση», με την τελευταία να αποτελεί μια ενδιάμεση κατάσταση, μεταξύ των δύο πρώτων.

Ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε γυναίκας, η καμπύλη γλυκόζης μπορεί να γίνει νωρίτερα (10η - 12η εβδομάδα) ή αργότερα (24η - 28η εβδομάδα). Σε μερικές περιπτώσεις χρειάζεται να επαναληφθεί για δεύτερη φορά. Σε κάθε περίπτωση, αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία δεν είναι η απόδοση μιας «ταμπέλας» στη γυναίκα, αλλά το να αποφασισθεί αν θα τεθεί σε ειδική παρακολούθηση, επιπλέον της συνηθισμένης παρακολούθησης της εγκυμοσύνης από το μαιευτήρα της.

Πώς πρέπει να παρακολουθείται η έγκυος με διαβήτη;

Το σημαντικότερο μέτρο είναι η συζήτηση με την έγκυο ώστε να κατανοήσει την κατάσταση και να συμβάλει ενεργητικά στην αντιμετώπισή της. Βασικό μέτρο παρακολούθησης αποτελεί η μέτρηση των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα, που γίνεται από την ίδια την έγκυο με τη βοήθεια ειδικών συσκευών («μετρητές γλυκόζης» ή «σακχαρόμετρα»). Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη δείχνει, κατά κάποιο τρόπο, το «μέσο όρο» των επιπέδων της γλυκόζης κατά τους τελευταίους τρεις μήνες. Ιδιαίτερη σημασία έχει η παρακολούθηση του εμβρύου μέσω του υπερηχογραφήματος, όπου προσδιορίζονται σωματομετρικές παράμετροι που αντανακλούν την επίδραση του διαβήτη. Τέλος, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης, εφαρμόζονται ιδιαίτερες παράμετροι παρακολούθησης.

Ο αδρός στόχος είναι τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα να είναι μικρότερα από 90 - 95 mg/dL όταν η γυναίκα είναι νηστική και μικρότερα από 130 - 140 mg/dL μία ώρα μετά το φαγητό.

Πώς μπορούμε να παρέμβουμε με θεραπευτικά;

Η υιοθέτηση ορθού τρόπου ζωής συμβάλλει αποφασιστικά στην αντιμετώπιση του διαβήτη της κύησης. Ο τρόπος αυτός περιλαμβάνει τον έλεγχο του σωματικού βάρους, την άσκηση, τη διακοπή του καπνίσματος και τον περιορισμό της κατανάλωσης αλκοόλ. Φυσιολογικά, το σύστημα «έμβρυο - πλακούντας - εμβρυϊκοί υμένες - κατακρατήσεις υγρών» ζυγίζει 11 κιλά περίπου κατά το τέλος της κύησης. Επομένως, η γυναίκα δεν θα πρέπει να αυξήσει το βάρος της περισσότερο από 11 κιλά. Μερικές φορές μάλιστα απαιτείται ακόμη και να χάσει βάρος κατά την κύηση, γεγονός που με την κατάλληλη καθοδήγηση είναι απολύτως ασφαλές για το έμβρυο. Η διατροφή πρέπει να είναι ισορροπημένη και να περιλαμβάνει πολλά μικρά γεύματα. Η σωματική άσκηση βοηθά όταν δεν υπάρχουν σαφείς απαγορεύσεις.

Σε περίπτωση που τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα δεν ελέγχονται ικανοποιητικά, αποφασίζεται η χορήγηση ινσουλίνης. Η απόφαση για την έναρξη της θεραπείας με ινσουλίνη είναι αρκετά περίπλοκη, καθώς ο γιατρός θα πρέπει να συνυπολογίσει πολλές παραμέτρους, τόσο από την πλευρά της μητέρας (καθημερινές μετρήσεις της γλυκόζης στο αίμα, γλυκοζυλιωμένη

αιμοσφαιρίνη) όσο και από την πλευρά του εμβρύου (μακροσωμία, ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, πολυυδράμνιο). Η ινσουλίνη διακόπτεται συνήθως την ημέρα του τοκετού. Ο διαβήτης της κύησης δεν αποτελεί από μόνος του ένδειξη διενέργειας καισαρικής τομής, ούτε ασφαλώς ένδειξη μη θηλασμού.

Ποια η πρόγνωση του διαβήτη της κύησης;

Πριν την ανακάλυψη της ινσουλίνης το 1921, το ποσοστό των αυτόματων αποβολών σε κυήσεις επιπλεγμένες με σακχαρώδη διαβήτη ήταν περίπου 60% - 70%. Η χρήση της ινσουλίνης και η εφαρμογή καλού μεταβολικού ελέγχου κατά τις τελευταίες δεκαετίες οδήγησε σε θεαματική ελάττωση της περιγεννητικής θνησιμότητας στο 2% - 4%.

Αρκετές επιπλοκές που οφείλονται στην επίδραση των υψηλών επιπέδων γλυκόζης της μητέρας μπορούν να αποφευχθούν με τη σωστή ρύθμιση κατά την περίοδο της σύλληψης και της κύησης. Οι συγγενείς ανωμαλίες συμβαίνουν ανάμεσα στην περίοδο της σύλληψης και τους δύο πρώτους μήνες της κύησης. Συνεπώς, το κρίσιμο διάστημα για την εμφάνιση συγγενούς ανωμαλίας έχει συνήθως τελειώσει κατά τη στιγμή που η κύηση έχει διαπιστωθεί και η μητέρα αναζητά φροντίδα. Για το λόγο αυτό, και προκειμένου να ελαττώσουμε την εμφάνιση αυτών των ανωμαλιών, η φροντίδα για όλες τις γυναίκες που θέλουν να αποκτήσουν παιδί πρέπει να ξεκινάει πριν τη σύλληψη. Αυτό αφορά ιδιαίτερα τις γυναίκες υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη διαβήτη κατά την κύηση (παχυσαρκία με δείκτη μάζας σώματος > 30 kg/m², γέννηση προηγούμενου παιδιού με βάρος μεγαλύτερο των τεσσάρων κιλών, διαβήτη σε συγγενή πρώτου βαθμού).

Η πρόγνωση βελτιώνεται με την παρακολούθηση της εγκύου από εξειδικευμένους γιατρούς και επαγγελματίες της υγείας, όπως ενδοκρινολόγο, μαιευτήρα - γυναικολόγο και διαιτολόγο.

Τι μπορεί να ειπωθεί ως συμπέρασμα;

Ο σακχαρώδης διαβήτης κατά την κύηση αποτελεί μια συχνή πάθηση που συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό. Η έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση, η συστηματική παρακολούθηση και η διατήρηση καλού μεταβολικού ελέγχου έχουν επιφέρει θεαματική βελτίωση στην πρόγνωση των γυναικών και των παιδιών τους.

Το Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» βρίσκεται στην εξαιρετικά προνομιακή θέση να έχει δημιουργήσει ένα τετράπτυχο «ενδοκρινολόγου - μαιευτήρα - διαβητολόγου - νεογνολόγου», που εκφράζει απόλυτα τη σύγχρονη άποψη της προσέγγισης της γυναίκας με σακχαρώδη διαβήτη της κύησης μέσω ομάδας ειδικών και όχι μέσω μεμονωμένων επαγγελματιών της υγείας.

Τι δυνατότητες διάγνωσης και αντιμετώπισης του σακχαρώδη διαβήτη της κύησης υπάρχουν στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»;

Η Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, υπό τη διεύθυνση του καθηγητή Ιωάννη Παπαδήμα, έχει δημιουργήσει ειδικό εξωτερικό ιατρείο «Μεταβολικών Επιπλοκών της Κύησης», το οποίο λειτουργεί κάθε Παρασκευή. Στο ιατρείο αυτό αντιμετωπίζονται, εκτός από το σακχαρώδη διαβήτη της κύησης, και άλλες ενδοκρινικές και μεταβολικές καταστάσεις, όπως οι παθήσεις του θυρεοειδούς αδένος, τα προλακτινώματα, η συγγενής υπερπλασία των επινεφριδίων και η χολόσταση, πάντα στα πλαίσια της κύησης. Το ιατρείο λειτουργεί με την ταυτόχρονη παρουσία ειδικών ενδοκρινολόγων (επιστημονικός συνεργάτης Χ. Τσαμέτης) και μαιευτήρων γυναικολόγων (επιστημονικός συνεργάτης Π. Πολυχρόνου), καθώς και συνεργατών εξειδικευμένων σε θέματα διατροφής (Ε. Τσίρου) και άσκησης (Β. Χαριζοπούλου).

Η Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής ανήκει στην Α Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική του ΑΠΘ, που διευθύνεται από τον καθηγητή Ι.Ν. Μπόντη, ο οποίος από την αρχή υπήρξε θερμός υποστηρικτής της λειτουργίας του ιατρείου. Αξίζει ασφαλώς να τονισθεί η παρουσία στην Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική επιστημόνων με εξειδίκευση στην Περιγεννητική Ιατρική (καθηγητής Ε. Ασημακόπουλος, επίκουρος καθηγητής Α. Αθανασιάδης), η παρουσία των οποίων εγγυάται την άρτια υπερηχογραφική και καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση του εμβρύου. Επίσης, θα πρέπει να τονισθεί η άριστη συνεργασία τόσο με την Α' Παθολογική Κλινική του ΕΣΥ, όσο και με τη Β' Νεογνολογική Κλινική του ΑΠΘ, οι οποίες επίσης στεγάζονται στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου». Η πρώτη, υπό τη διεύθυνση του Δρ. Ε.Μ. Πάγκαλου, παρέχει κάθε δυνατή υποστήριξη σε θέματα όπως η εκτέλεση δοκιμασιών ανοχής γλυκόζης, ο προσδιορισμός της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και η τοποθέτηση αντλίων ινσουλίνης. Η δεύτερη, υπό τη διεύθυνση του αναπληρωτή καθηγητή Ν. Νικολαΐδη, αντιμετωπίζει όλες τις επιπλοκές που είναι πιθανόν να εμφανισθούν στα νεογνά των γυναικών με σακχαρώδη διαβήτη της κύησης.

Πώς μπορεί μια γυναίκα να παρακολουθείται στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»;

Ο πιο συνηθισμένος τρόπος είναι η παραπομπή της γυναίκας στο ιατρείο «Μεταβολικών Επιπλοκών της Κύησης» μέσω του μαιευτήρα - γυναικολόγου της. Η παραπομπή αυτή μπορεί να γίνει μέσω του τηλεφωνικού συστήματος ραντεβού του Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου». Γίνεται κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε το χρονικό διάστημα μεταξύ της παραπομπής και της πρώτης επίσκεψης στο ιατρείο να είναι το μικρότερο δυνατό, με δεδομένη τη φύση, τη βαρύτητα και την α-



νάγκη άμεσης παρέμβασης που υπαγορεύει η πάθηση. Συνήθως η γυναίκα παραπέμπεται λίγο μετά την έναρξη του δεύτερου μισού της κύησης, όταν έχει γίνει η καμπύλη ανοχής στη γλυκόζη και έχει διαπιστωθεί η ανωμαλία του μεταβολισμού των υδατανθράκων. Σε μερικές περιπτώσεις, η γυναίκα παραπέμπεται πολύ νωρίτερα στην κύηση, ιδιαίτερα αν ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη της κύησης ή έχει προϋπάρχοντα σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή 2. Τέλος, δεν λείπουν και οι περιπτώσεις γυναικών που παραπέμφθηκαν πριν την επίτευξη κύησης, με σκοπό η τελευταία να γίνει σε όσο το δυνατόν ευνοϊκότερες μεταβολικές συνθήκες. Τέτοια παραδείγματα αποτελούν γυναίκες με μεταβολικό σύνδρομο ή σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών που παραπέμπονται από τη Μονάδα Ανθρώπινης Αναπαραγωγής, που διευθύνεται από τον καθηγητή Β.Κ. Ταρλατζή, πριν την υποβολή σε κάποια από τις σύγχρονες μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η γυναίκα που παραπέμπεται στο ιατρείο εξακολουθεί να παρακολουθείται κανονικά από το μαιευτήρα - γυναικολόγο της και ότι η παραπομπή της έρχεται να λειτουργήσει υποβοηθητικά. Η γυναίκα παρακολουθείται στο ιατρείο έως και τρεις μήνες μετά τον τοκετό, ώστε να επιβεβαιωθεί η αποκατάσταση του μεταβολισμού των υδατανθράκων και να δοθούν οδηγίες σχετικές με τον μακροπρόθεσμο τρόπο ζωής.

Υπολογίζεται, με βάση αδρά επιδημιολογικά δεδομένα, ότι το «Ιατρείο Μεταβολικών Επιπλοκών της Κύησης» της Α' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ που εδρεύει στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» παρακολουθεί περίπου το ένα τρίτο των περιπτώσεων σακχαρώδη διαβήτη της κύησης από την ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλονίκης, αποτελώντας με αυτόν τον τρόπο «κέντρο αναφοράς» για τη συχνή και σημαντική αυτή κατάσταση.

Παθήσεις ουροποιητικού και διαταραχές ούρησης σε Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες

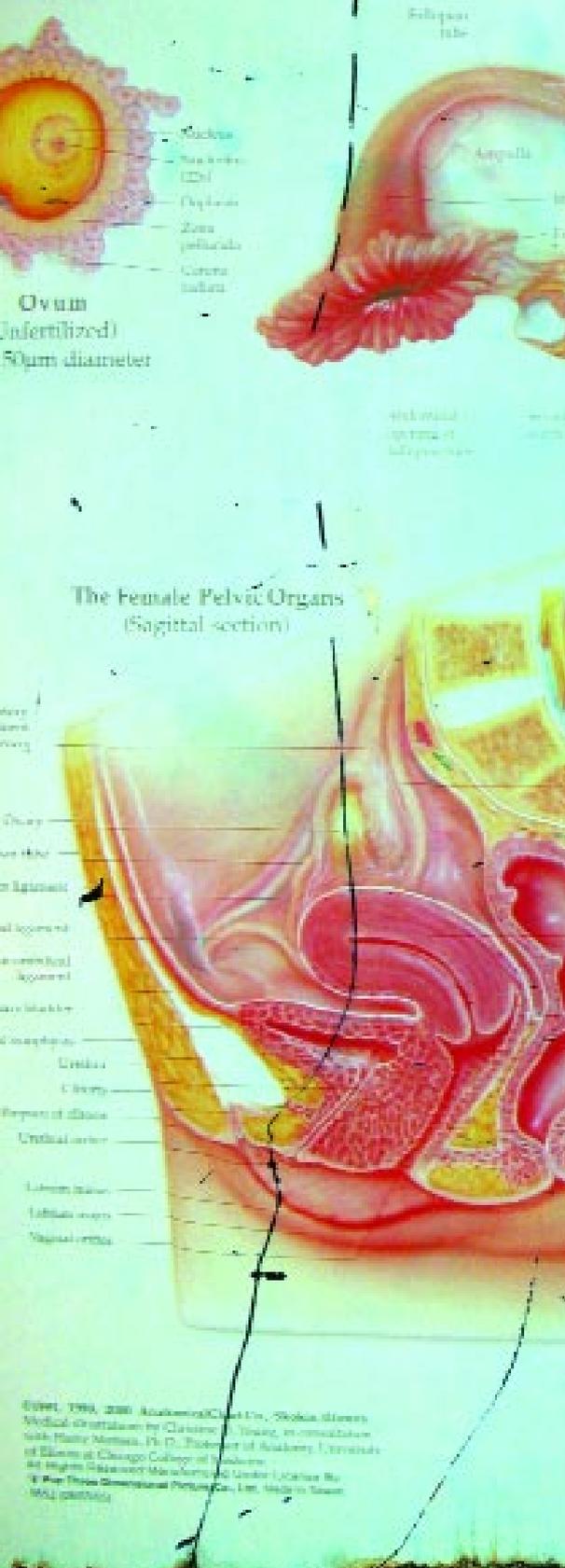


Γράφει ο **Ευάγγελος Ιωαννίδης**,
Καθηγητής Ουρολογίας - Νευροουρολογίας
Β' Ουρολογικής Κλινικής ΑΠΘ στο ΓΝΠ

Το τμήμα Νευροουρολογίας της Β' Ουρολογικής Κλινικής ΑΠΘ στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου έχει την παρακολούθηση ασθενών με ειδικές ανάγκες, με μεγάλη επιτυχία. Επαγγελματίες καταξιωμένοι, πρωταθλητές και ολυμπιονίκες παραολυμπιακών αγώνων ελέγχονται τακτικά στο ειδικό ιατρείο. Εφαρμόζονται σύγχρονες μελέτες με νέα θεραπευτικά μέσα όπως οι εκλεκτικοί ανταγωνιστές, α-αδρενεργικών υποδοχέων, η χρήση αλλαντικής τοξίνης (Botox), η χρήση νευροτροποποιητών, ή ακόμη και πρωτοποριακές επεμβάσεις ακράτειας με αποτέλεσμα το τμήμα να θεωρείται σημείο αναφοράς στον ευρωπαϊκό χώρο.

Τελευταία, στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου, γυναίκες με ειδικές ανάγκες που βρίσκονται υπό παρακολούθηση από το τμήμα Νευροουρολογίας και σε συνεργασία με την Α' Πανεπιστημιακή Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική έχουν προσπαθήσει για τεκνοποίηση. Σε 11 από αυτές τις περιπτώσεις έχει επιτευχθεί γέννηση παιδιών, γεγονός που σημαίνει κοινωνική ένταξη των ασθενών αυτών (προτεινόμενη εργασία στο προσεχές IUGA).

Το Τμήμα Νευροουρολογίας έχει ειδικούς επιστήμονες, με επικεφαλής τον Καθηγητή Ουρολογίας - Νευροουρολογίας **Ευάγγελο Ιωαννίδη**, τον λέκτορα Νευροουρολογίας **Απόστολο Αποστολίδη**, τον κ. **Νικόλαο Κονδελίδη**, Ουρολόγο, επιστημονικό συνεργάτη Νευροουρολογίας, και την κ. **Ελένη Κωνσταντινίδου**, ειδική φυσιοθεραπεύτρια πυελικού εδάφους.



ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ συναντούμε καθημερινά στο δρόμο μας. Είναι ή καθηλωμένα σε αναπηρικό καροτσάκι ή με εμφανή κινητικά προβλήματα. Αυτά βέβαια είναι τα φανερά προβλήματα των ασθενών. Το μεγαλύτερό τους όμως πρόβλημα είναι οι διαταραχές της ούρησης που παλαιότερα οδηγούσαν στο θάνατο το 80% των ανθρώπων αυτών.

Οι παθήσεις που δημιουργούν νευρογενείς κύστει είναι:

1. Επικτήτες, όπως τα τραύματα του νωτιαίου μυελού, (τροχαία ατυχήματα), όγκοι του κεντρικού νευρικού συστήματος, νευροπάθειες κεντρικές, όπως αγγειακά επεισόδια, νόσος Πάρκινσον, σκλήρυνση κατά πλάκας, εγκεφαλίτιδες, μηνιγγίτιδες κλπ. ή περιφερικές όπως νευρίτιδες από σύφιλη, από χρήση ναρκωτικών, σακχαρώδη διαβήτη, επεμβάσεις στη μικρή πύελο και άλλα.

2. Συγγενείς με κύριο εκφραστή την μηνιγγομυελοκλήλη, και σπανιότερα όγκους του νωτιαίου μυελού, συρριγγομυελία, αγενεσία ιερού και άλλες. Οι παθήσεις βλάπτουν τη νεύρωση της κύστης με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η αίσθηση της ούρησης και η λειτουργία του κατωτέρου ουροποιητικού. Η κύστη και η σφιγκτηριακή μονάδα αυτονομούνται και δεν συνεργάζονται.

Αποτέλεσμα αυτής της δυσλειτουργίας είναι η συστηματική παρουσία ουρολοιμώξεων, η συχνή δημιουργία λίθων, η ακράτεια των ούρων και τέλος η εξελισσόμενη νεφρική ανεπάρκεια. Παράλληλα μία νευρολογική επιπλοκή των ασθενών αυτών, η *autonomous dysreflexia* οδηγεί σε εγκεφαλικές αιμορραγίες και για αυτό πρέπει να ελεγχθεί η υπέρταση. Παλαιότερα η συνήθης αντιμετώπιση ήταν η χρήση του μόνιμου καθετήρα. Αυτό όμως ήταν μερική κάλυψη του προβλήματος γιατί η συνεχής παρουσία του καθετήρα οδηγούσε σε μόνιμη προστατίτιδα, δημιουργία συριγγίων, κυρίως κυστεοπερινεϊκών, και σημαντική αύξηση της καρκινογένεσης (>5% καρκίνος κύστης στη πενταετία από το μόνιμο καθετήρα). Ο μόνιμος καθετήρας επίσης αυξάνει την αναπηρία χωρίς ουσιαστικά να δίνει λύση στο πρόβλημα της νευρογενούς κύστης. Από την άλλη μεριά, οι απορροφητικές πάνες δεν λύνουν το πρόβλημα αλλά απλά το καλύπτουν.

Ο Nash περιέγραψε το πρόβλημα της μυελοδυσπλασίας ως «παραπληγικοί ανάπηροι με ακράτεια, απαχθέντες από του χάρου τα δόντια σε νεογνική ηλικία, γεννιούνται με την τραγωδία ενός διογκωμένου κεφαλιού ή ζουν μέσα στην κοινωνική απομόνωση της δι-



Το στελεχιακό δυναμικό του τμήματος Νευροουρολογίας της Β' Ουρολογικής Κλινικής ΑΠΘ του νοσοκομείου Παπαγεωργίου. Από αριστερά η Βαΐα Τσιαντάκη νοσηλεύτρια του Ουροδυναμικού Εργαστηρίου, ο Καθηγητής Ουρολογίας Νευροουρολογίας Ευάγγελος Ιωαννίδης, ο Λέκτορας Ουρολογίας-Νευροουρολογίας Απόστολος Αποστολίδης και ο Επιστημονικός Συνεργάτης ιατρού Νευροουρολογίας και Γυναικολογικής Ουρολογίας Νικόλαος Κονδελίδης.

πλής ακράτειας και των τροφικών ελκών». Σήμερα, τα άτομα αυτά όταν παρακολουθούνται από μικρή ηλικία γίνονται κοινωνικά εντάξιμα και μπορούν να προσφέρουν πολλά. Και αυτό γιατί στην τελευταία 25ετία είναι μάρτυρας σημαντικών εξελίξεων σε επίπεδο φαρμάκων, στη χρήση των διαλειπόντων καθετηριασμών, και στη φυσιοθεραπεία πυελικού εδάφους. Οι νευροτροποποιητές τόσο σε μορφή ηλεκτροδιέγερσης όσο και σε μορφή ηλεκτροκαταστολής περιόρισαν τα συμπτώματα (ακράτεια, ουρολοιμώξεις, σχηματισμό λίθων, συρίγγια, πρόληψη νεφρικής ανεπάρκειας, κλπ).

Επεμβάσεις τύπου μεγεθυντικής εντεροκυστεοπλαστικής (τύπου clam), και η κατασκευή νεοουρήθρας βάσει των αρχών του Mitrofanoff σε συνδυασμό με την χρήση των διαλειπόντων καθετηριασμών ελαχιστοποίησαν τις επιπλοκές και περιόρισαν την αναπηρία. Ο ειδικός επιστήμονας ουρολόγος πρέπει να ελέγχει τον άρρωστο από τη φάση του νωτιαίου σοκ και να αντιμετωπίζει τη νωτιαία καταπληξία που διαρκεί από μια εβδομάδα έως ένα χρόνο.

Ένα από τα χαρακτηριστικά του δείκτη πολιτισμού μιας χώρας είναι η κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες που τα καθιστούν ενεργούς πολίτες με αποδόσεις πολύ αξιόλογες σε ειδικές εργασίες. Η νευροουρολογία, μια εξειδίκευση της ουρολογίας μπορεί να προσφέρει πολλά ακόμη στα άτομα αυτά αρκεί να ασχολούνται μαζί τους καταρτισμένοι επιστήμονες με υπευθυνότητα και διάθεση για προσφορά στο κοινωνικό σύνολο.

Β' ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Το 1ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ομοφωνίας σχετικά με την χρήση της αλλαντικής τοξίνης σε ουρολογικές παθήσεις οργανώθηκε στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

(1st EUROPEAN CONSENSUS CONFERENCE ON THE USE OF BOTULINUM TOXIN IN UROLOGY)



Γράφει ο **Απόστολος Αποστολίδης**, Λέκτορας Ουρολογίας/Νευροουρολογίας Α.Π.Θ., Β' Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου

ΟΙ **ΕΥΡΩΠΑΙΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ** με το μεγαλύτερο αριθμό δημοσιεύσεων σχετικά με την χρήση της αλλαντικής τοξίνης στην Ουρολογία συγκεντρώθηκαν στις 25-26 Ιανουαρίου 2008 στην Θεσσαλονίκη χάρη σε μια πρωτοβουλία του Κέντρου Εγκράτειας και Παθήσεων Πυελικού Εδάφους σε συνεργασία με την Β' Ουρολογική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης με σκοπό τον καθορισμό συστάσεων για την σωστή χρήση της αλλαντικής τοξίνης (εμπορικά σκευάσματα Botox®, Dysport®, Myobloc) σε ουρολογικά προβλήματα που δεν ανταποκρίνονται σε συντηρητική θεραπεία πρώτης γραμμής. Την β' ημέρα πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου η Γ' Ευρωπαϊκή Ημερίδα Ειδικών στην χρήση της αλλαντικής τοξίνης σε ουρολογικές παθήσεις (3rd EUROPEAN MASTERCLASS ON THE USE OF BOTULINUM TOXIN IN

UROLOGY), όπου οι ειδικοί παρουσίασαν τα νεώτερα δεδομένα σχετικά με την χρήση της αλλαντικής τοξίνης στην Ουρολογία. Παράλληλα, σε ζωντανή σύνδεση με τον χώρο των χειρουργείων έγινε αναμετάδοση ενδοκυστικής ένεσης αλλαντικής τοξίνης σε 2 ασθενείς.

Η οργάνωση του **1ου Συνεδρίου Ομοφωνίας** υπήρξε ιδιαίτερα καίρια λόγω των αυξανόμενου όγκου δεδομένων στην διεθνή βιβλιογραφία που έχουν προκύψει από την επεκτεινόμενη χρήση, σε ερευνητικό επίπεδο, της αλλαντικής τοξίνης τα τελευταία 20 χρόνια για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων από ουρολογικές παθήσεις, αλλά και από τον αυξανόμενο αριθμό εφαρμογών και πιθανών ενδείξεων στην Ουρολογία. Η πιο διαδεδομένη εφαρμογή σε αυξανόμενο αριθμό ερευνητικών κέντρων σε παγκόσμιο επίπεδο είναι με την μορφή ενδοκυστικών ενέσεων για την αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων που προκαλείται από επείγουσα ούρηση, της επιτακτικής ούρησης, και της ημερήσιας και νυκτερινής συχνουρίας. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να οφείλονται σε νευρογενή αλλά και μη νευρογενή υπερλειτουργία της ουροδόχου κύστης. Σε όλες τις περιπτώσεις προϋπόθεση για την χρήση της μεθόδου ήταν η έλλειψη ικανοποιητικής αποτελεσματικότητας της φαρμακοθεραπείας α' επιλογής. Σήμερα, 10 χρόνια μετά την πρώτη ενδοκυστική ένεση σε ενήλικα, τα ποσοστά επιτυχίας στις μέχρι σήμερα δημοσιευμένες ερευνητικές μελέτες κρίνονται υψηλά, με την διάρκεια δράσης του φαρμάκου (Botox®, Dysport®) να φτάνει τους 6-11 μήνες, και τα αποτελέσματα να διατηρούνται με επαναληπτικές ενέσεις. Μείωση των συμπτωμάτων της ακράτειας, της συχνουρίας και της επιτακτικής ούρησης παρατηρείται από την πρώτη κιόλας εβδομάδα, και συνοδεύεται από βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Κάποιες μελέτες περιέγραψαν μια ελάχιστη επεμβατική τεχνική για την εφαρμογή της μεθόδου σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων μόνο με τοπική αναισθησία, αφού η ενδοκυστική ένεση αλλαντικής τοξίνης πραγματοποιείται στη διάρκεια μιας απλής κυστεοσκόπησης. Το 2002 δημοσιεύτηκε και η πρώτη μελέτη που περιέγραψε την επιτυχή εφαρμογή της μεθόδου και σε παιδιά με ακράτεια ούρων κυρίως λόγω μηνιγγομυελοκλήλης.

Πέρα όμως από την χρήση σε υπερλειτουργία της ουροδόχου κύστης, άλλες ερευνητικές χρήσεις της αλλαντικής τοξίνης στην Ουρολογία με ενθαρρυντικά αρχικά αποτελέσματα αφορούν:

A. στον δυσλειτουργικό σφιγκτήρα της ουρήθρας (η αρχαιότερη εφαρμογή αφού πρωτοχρησιμοποιήθηκε πριν 20 χρόνια),

B. στα σύνδρομα χρόνιου πυελικού άλγους,

Γ. στη διάμεση κυστίτιδα και,

Δ. σε καλοήθεις παθήσεις του προστάτη (καλοήθης υπερπλασία προστάτη) σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου.



Σε όλες τις περιπτώσεις, προϋπόθεση για την εφαρμογή της μεθόδου αποτελεί η έλλειψη αποτελεσματικότητας των φαρμάκων α' επιλογής.

Οι ειδικοί που συμμετείχαν στο 1ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ομοφωνίας σχετικά με την χρήση της αλλαντικής τοξίνης σε ουρολογικές παθήσεις συναίνεσαν στον υψηλότερο βαθμό σύστασης για την χρήση της αλλαντικής τοξίνης σε συμπτώματα υπερλειτουργίας της ουροδόχου κύστης (ακράτεια ούρων, επιτακτική ούρηση, συχνουρία, νυκτουρία) τόσο νευροπαθούς όσο και μη νευροπαθούς αιτιολογίας. Προϋπόθεση για την εφαρμογή της μεθόδου τέθηκε η αποδοχή από τους ασθενείς της πιθανότητας να χρειάζεται να εκτελούν διαλείποντες αυτοκαθητηριασμούς λόγω ατελούς κένωσης της ουροδόχου κύστης, που είναι και η πιο συχνή παρενέργεια από την εφαρμογή της μεθόδου. Η πιθανότητα αυτή φαίνεται να εξαρτάται από την χρησιμοποιούμενη δόση του φαρμάκου. Η γραπτή ανακοίνωση των προτάσεων ομοφωνίας των ειδικών βρίσκεται σε εξέλιξη και η τελική μορφή του εγγράφου αναμένεται να δημοσιευτεί στο επίσημο περιοδικό της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας. **Οι παρουσιάσεις και ζωντανές αναμεταδόσεις από το Συνέδριο μπορούν να αναζητηθούν στην ιστοσελίδα του Ιδρύματος Μελετών Ουρολογικών Παθήσεων (ΙΜΟΠ) του Α.Π.Θ. (www.imop.gr).**

Οι μελέτες που απαιτούνται για την τελική έγκριση της θεραπείας για την ακράτεια ούρων από τον Αμερικανικό Οργανισμό Φαρμάκων και Τροφίμων βρίσκονται σε εξέλιξη. Η Β' Ουρολογική Κλινική του Α.Π.Θ. μέσα από το Ειδικό Ιατρείο Νευροουρολογίας είναι ένα από τα κέντρα που θα συμμετάσχουν στην διεθνή πολυκεντρική μελέτη που θα καθορίσει την αποτελεσματικότητα 3 διαφορετικών δόσεων του φαρμάκου BOTOX® σε ασθενείς με κακώσεις σπονδυλικής στήλης που πάσχουν από ακράτεια ούρων. Το πρωτόκολλο και η διεξαγωγή της τελευταίας μελέτης έχουν εγκριθεί από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου και βρίσκονται σε φάση έγκρισης από τον ΕΟΦ. Η μελέτη αναμένεται να ξεκινήσει μέσα στους επόμενους 2 μήνες μετά την ένταξη και των τελευταίων κέντρων.

Α', Β' και Γ' ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

ΤΟ 5ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΗ ΩΧΡΑΣ ΥΑΛΟΕΙΔΟΥΣ

Εμπλουτίζεται το οπλοστάσιο της Οφθαλμολογίας Νέες επαναστατικές τεχνικές



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Το 5ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Αμφιβληστροειδή Ω-
χράς Υαλοειδούς το οποίο πραγματοποιείται ανά
2ετία συνδιοργανώθηκε φέτος από τις Α', Β' και Γ' Ο-
φθαλμολογικές Κλινικές του Αριστοτελείου Πανεπιστη-
μίου Θεσσαλονίκης υπό την αιγίδα της Ελληνικής Εται-
ρίας Υαλοειδούς-Αμφιβληστροειδούς, με ιδιαίτερη ε-
πιτυχία.

Η επιστημονική εκδήλωση διεξήχθη στο αμφιθέα-
τρο του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσα-
λονίκης στις 4 και 5 Απριλίου 2008. Συμμετείχαν δια-
κεκριμένοι Έλληνες και ξένοι ομιλητές Καθηγητές Ο-
φθαλμολογίας από το Πανεπιστήμιο Harvard καθώς
και άλλα πανεπιστήμια των Η.Π.Α. και της Ευρώπης.

Το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στη συζήτηση των ε-
μπειριών από την σύγχρονη ατραυματική χειρουργική
του αμφιβληστροειδή. Πρόκειται για αντιμετώπιση
των χειρουργικών παθήσεων του βυθού του οφθαλμού
με λεπτότατα εργαλεία και μέσα, χωρίς ράμματα και με
ταχείες διαδικασίες, που όπως φαίνεται θα αποβεί εις
όφελος των ασθενών που πάσχουν από αυτές. Παρου-
σιάστηκαν επίσης κλινική εμπειρία σε ασθενείς με Με-
λαγχρωστική Αμφιβληστροειδοπάθεια, μετά την εμφύ-
τευση ηλεκτρονικού βοηθήματος, τα νεότερα δια-
γνωστικά βοηθήματα και επιλεγμένες ανακοινώσεις
των αποτελεσμάτων της βασικής έρευνας που διεξά-
γεται σε ελληνικά Πανεπιστήμια και που αφορούν πα-
θήσεις του αμφιβληστροειδούς.

Παράλληλα την πρώτη ημέρα του συνεδρίου διε-
ξήχθησαν και απευθείας μεταδόσεις ζωντανών χει-
ρουργειών από Έλληνες και ξένους χειρουργούς με την
επίδειξη νεότερων χειρουργικών τεχνικών (υαλοειδε-
κτομή χωρίς τη χρήση ραμμάτων μέσω μικρών τομών
25 G και 23 G).

Κατά τη δεύτερη ημέρα του συνεδρίου συζητήθη-
καν θεραπείες αγγειακών παθήσεων του αμφιβλη-
στροειδή και της ωχράς κηλίδας, με ενδοφθάλμιες εγ-
χύσεις φαρμάκων που προστέθηκαν πρόσφατα στο ο-
πλοστάσιο της οφθαλμολογίας και που θα αποτελέ-
σουν σημαντικά εργαλεία για την αντιμετώπιση της Η-

Υπεύθυνοι οργάνωσης:

Π. Μπραζιτικός, Σ. Ανδρούδη

Οργανωτική Επιτροπή:

Ν. Γεωργιάδης, Σ. Δημητράκος, Σ. Λάκε, Ι. Τσινο-
πουλος

Επιστημονική Επιτροπή:

Α. Αλεξανδρίδης, Μ. Αποστολόπουλος, Ι. Βέργα-
δος, Σ. Γαρταγάνης, Δ. Δερεκλής, Χ. Καλογερόπου-
λος, Τ. Κουρής, Ι. Λαδάς, Α. Νικολακόπουλος, Π. Οι-
κονομίδης, Μ. Τσιλιμπάρης, Δ. Χατζούλης.



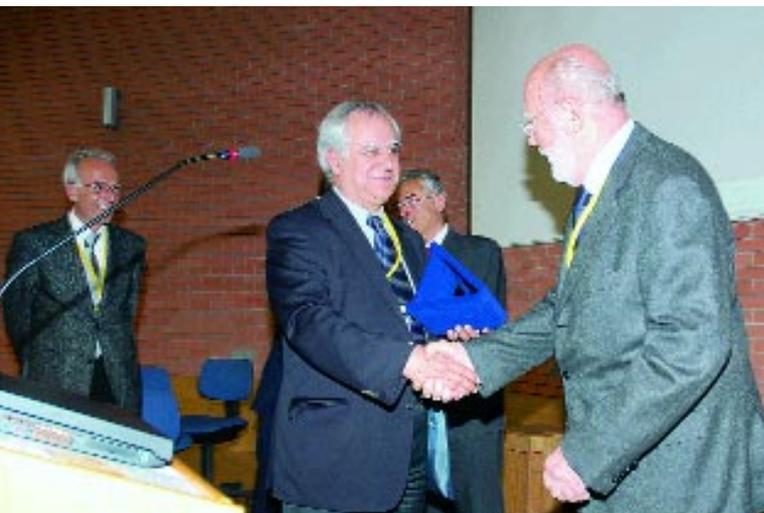
Διακρίνονται από αριστερά, Μ. Αποστολόπουλος, Ninel Gregory, Yale Fisher, Δ. Χατζούλης, Ι. Βέργαδος, Παν. Θεοδοσιάδης, Γεώρ. Θεοδοσιάδης, Donald D Amico, Σ. Δημητράκος, Κ. Πουρναράς και Ν. Γεωργιάδης.



Οι διοργανωτές του 5ου Ιπποκρατείου Συνεδρίου Σταύρος Δημητράκος, Καθηγητής, Διευθυντής Β' Οφθαλμ/κής Κλινικής ΑΠΘ στο ΓΝΠ και Περικλής Μπραζιτικός, Επικ. Καθηγητής, Α' Οφθαλμολογική Κλινική ΑΠΘ.



Ο καθηγητής Σταύρος Δημητράκος με τον καθηγητή Gisbert Richard, University Hospita, Risa, Italy.



λικιακής Εκφύλισης της Ωχράς και του Σακχαρώδη Διαβήτη.

Ακολούθησαν οι διαλέξεις των καθηγητών Νικολάου Στάγκου και Γεωργίου Θεοδοσιάδη, ενώ επιδόθηκαν και αναμνηστικές πλακέτες ως ενθυμήματα του συνεδρίου σε προσκεκλημένους ομιλητές.

Τη λήξη της επιστημονικής διημερίδας χαιρέτησαν οι καθηγητές Ν. Γεωργιάδης, Σ. Δημητράκος και Σ. Λάκε, διευθυντές των Α', Β', Γ' Οφθαλμολογικών Κλινικών ΑΠΘ και ο επ. Καθηγητής Π. Μπραζιτίκος της Α' Οφθαλμολογικής Κλινικής.

Νέες ελπιδοφόρες θεραπείες για την εκφύλιση της ωχράς κηλίδας

Δραματική αύξηση της συχνότητας της ηλικιακής εκφύλισης της ωχράς κηλίδας παρατηρήθηκε σε άτομα ηλικίας άνω των 80 χρονών στη χώρα μας. Παρά την καταστροφική επίδραση της ηλικιακής εκφύλισης της ωχράς κηλίδας στην όραση και την ποιότητα ζωής των ασθενών, η νόσος είναι ιδιαίτερα υποδιαγνωσμένη στην Ελλάδα. Όταν ένα άτομο αρχίσει να βλέπει παραμορφωμένες εικόνες (πχ όταν βλέπει τις ευθείες, καμπύλες ή ζιγκ ζαγκ) θα πρέπει να επισκέπτεται τον οφθαλμίατρο διότι αυτό οφείλεται σε εκφύλιση της ωχράς κηλίδας.

Ελπιδοφόρα όμως για τη σταθεροποίηση ή και για τη βελτίωση της όρασης όσων πάσχουν από τη νόσο είναι μία νέα μέθοδος η οποία εφαρμόζεται εδώ και ένα χρόνο στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου της Θεσσαλονίκης.

Η θεραπεία αυτή γίνεται με την έγχυση στην οφθαλμική κοιλότητα του θεραπευτικού φαρμάκου (ήδη κυκλοφορούν δύο στην Ελλάδα).

Όπως εξήγησε ο διευθυντής της Β' Οφθαλμολογικής Κλινικής του ΑΠΘ, Σταύρος Δημητράκος, κατά τη διάρκεια των εργασιών του 5ου Ιπποκράτειου Συνεδρίου Αμφιβληστροειδή-Ωχράς Υαλοειδούς, «οι ενέσεις αυτές γίνονται μία φορά ανά τρίμηνο, ενώ η θεραπεία εφαρμόζεται μόνο όταν η εκφύλιση της ωχράς κηλίδας είναι σε ένα ενδιάμεσο στάδιο. Η μέθοδος είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία, «τα συγκεκριμένα φάρμακα εφαρμόζονταν στη θεραπεία του καρκίνου, όμως παρουσίασαν ωφέλιμες προοπτικές και στη θεραπεία της γεροντικής εκφύλισης ωχράς κηλίδας». Η συγκεκριμένη ασθένεια αφορά σε 70.000 ασθενείς στην Ελλάδα.

Στο νοσοκομείο «Παπαγεωργίου ήδη έχουν γίνει 700 εγχύσεις σε περίπου 150 άτομα από τα οποία τα περισσότερα είχαν σταθεροποίηση της όρασης.

17ο Ενημερωτικό Σεμινάριο «ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ»
της Δ' Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ

Η ρύπανση του περιβάλλοντος ως αιτία παθήσεων των παιδιών



Γράφει ο **Γ.Σ. Βαρλάμης**, καθηγητής
Παιδιατρικής-Παιδοκαρδιολογίας ΑΠΘ,
διευθυντής Δ' Πανεπιστημιακής
Παιδιατρικής Κλινικής Γ. Νοσοκομείου
Παπαγεωργίου.



Η ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΣΗΣ ΚΑΙ περιβάλλοντος είχε διαπιστωθεί ήδη από τους προϊστορικούς και τους ιστορικούς Έλληνες ιατρούς -θεραπευτές, οι οποίοι επινόησαν τα Ασκληπιεία. Είχαν διαισθανθεί το ρόλο της μόλυνσης του περιβάλλοντος. Σήμερα είναι γνωστή η κατασταλτική παρέμβαση του ανθρώπου στη μόλυνση, αλλά και η καταστροφική παρέμβασή του ως προς τη ρύπανση του περιβάλλοντος, σε κρίσιμο μάλιστα σημείο.

Είναι γνωστό ότι η νόσος και η πάθηση είναι αποτέλεσμα παθολογικών γόνων, ή διαταραχής του ανοσοποιητικού συστήματος, ή βλαπτικής επίδρασης του περιβάλλοντος, ή συνδυασμού αυτών. Το περιβάλλον ευθύνεται για λοιμώξεις, πνευμονικές παθήσεις, καρδιακές παθήσεις, μορφές καρκίνου, οξείες και χρόνιες δηλητηριάσεις κλπ, μέσω της μόλυνσης και της ρύπανσής του, από τις οποίες η τελευταία οφείλεται κατά μέγα μέρος στη δραστηριότητα του ανθρώπου. Η προφύλαξη των παιδιών από τους κινδύνους αυτούς αποτελεί καθήκον των γονέων, των παιδιάτρων αλλά και των υπηρεσιών των Ηνωμένων Εθνών, σύμφωνα με δική τους οδηγία. Σήμερα προβλήματα ρύπανσης είναι α) στις αναπτυσσόμενες περιοχές, η ατμοσφαιρική ρύπανση, τα μέταλλα, η ηχορύπανση, η ...κοινωνική ρύπανση ενώ β) στις αναπτυσσόμενες περιοχές, οι τραυματισμοί της παιδικής ηλικίας, η ατμοσφαιρική ρύπανση, τα λοιμώδη νοσήματα και οι κακές εγκαταστάσεις υγιεινής (νερό, βιομάζα...). Οι καταστάσεις διαφέρουν εντονότατα μεταξύ των περιοχών και δεν συμβαίνει πάντοτε να είναι χειρότερες στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Τα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα σε προβλήματα υγείας περιβαλλοντικής αιτιολογίας διότι έχουν μικρότερο βάρος σώματος, έρχονται σε επαφή με το έδαφος, όπου βρίσκονται τα πιο αγαπημένα τους παιχνίδια και όπου συχνά οι συγκεντρώσεις των τοξινών είναι μεγαλύτερες, έχουν συχνότερο ρυθμό αναπνοής και έχουν την τάση να πιάνουν τα πάντα και να τα φέρνουν στο στόμα τους. Οι ρύποι είναι φυσικής ή τεχνητής προέλευσης (ανθρώπινες δραστηριότητες), ενώ υπάρχουν ειδικές μορφές ρύπανσης (ραδιενεργός, ηχητική, «κοινωνική»). Να υπενθυμίσουμε ότι «ρύπαν-

ση» είναι η πρόσμειξη χημικών ουσιών σε αέρα, έδαφος, νερά και «μόλυνση», η φόρτιση με παθογόνους μικροοργανισμούς. Από τη ρύπανση αέρα (ατμοσφαιρική), νερών και εδάφους μπορούν να υποστούν διαταραχή, πρακτικά, όλα τα συστήματα. Στην εισήγηση αυτή θα αναφερθούμε στην πνευμονική λειτουργία, στην καρδιακή λειτουργία, στην παχυσαρκία, στο σακχαρώδη διαβήτη, στον καρκίνο, στο σύνδρομο υπερκινητικότητας και διάσπασης της προσοχής, σε τρία από τα γνωστά δηλητηριώδη μέταλλα, στην ηχορύπανση, στη βιομάζα.

Πνευμονική λειτουργία: Η περιβαλλοντική (ατμοσφαιρική) ρύπανση είναι υπεύθυνη για την αύξηση της συχνότητας του βρογχικού άσθματος, αλλά και της αλλεργικής ρινίτιδας και παραρρινοκολπίτιδας. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η διαβίωση παιδιών σε περιβάλλον με υψηλές συγκεντρώσεις ρύπων, έχει δυσμενή επίδραση στην FEV και στην εξέλιξη της πνευμονικής λειτουργίας των παιδιών. Με πειραματικές μελέτες Ιάπωνες ερευνητές απέδειξαν σημαντική αύξηση της κυτταροπλήθειας και οίδημα στο διάμεσο πνευμονικό ιστό, μετά από εισπνοή όζοντος και ατμοσφαιρικών ρύπων.

Καρδιακή λειτουργία: Η έκθεση σε ρύπους με λεπτά [PM_{2,5} <2,5μm] και πολύ λεπτά [PM_{0,1} <0,1μm] αιωρούμενα σωματίδια είχε αποτέλεσμα την επιβράδυνση της καρδιακής συχνότητας σε υγιείς ενήλικες, όχι όμως και επίδραση στην Α.Π., ούτε στον αρτηριακό κορεσμό σε O₂. Η επίδραση αυτή οφείλεται σε διασπορά των αιωρούμενων σωματιδίων σε όλα τα όργανα και διαταραχή της λειτουργίας του ΑΝΣ. Οι δείκτες φλεγμονής (CRP, λευκά αιμοσφαίρια, κυτοκίνες, TNF) βρέθηκαν αυξημένοι σε παιδιά με οικογενειακό ιστορικό πρώιμης αθηροσκλήρωσης (δική μας μελέτη), αλλά και σε παιδιά που διαβιώνουν σε ρυπασμένες περιοχές. Είναι γνωστή στους καρδιολόγους η αύξηση των εισαγωγών στα Νοσοκομεία με ποικίλες καρδιακές διαταραχές, ή με απορύθμιση ελεγχόμενης καρδιακής ανεπάρκειας ή αρρυθμίας σε περιπτώσεις έντονων κλιματικών μεταβολών, αλλά και της γεωμαγνητικής δράσης. Το κάπνισμα έχει άμεση αγγειοσυσπαστική δράση στις αρτηρίες οφειλόμενη στη νικοτίνη, λόγω υπερέκκρισης ενδοθηλίνης-1. Το παθητικό κάπνισμα που αφορά στην παιδική ηλικία, έχει όμοια αποτελέσματα σε μικρότερο βαθμό σε πρόσφατη έκθεση του παιδιού ή του ενήλικα στον καπνό. Δική μας μελέτη απέδειξε υψηλότερα επίπεδα ενδοθηλίνης-1 σε παιδιά που διαβιώνουν σε περιοχή με βιομηχανική ρύπανση, συγκριτικά με παιδιά άλλων περιοχών. Τα ίδια παιδιά είχαν περισσότερους από 2 παράγοντες κινδύνου για αθηροσκλήρωση. Τέλος, το μονοξείδιο του άνθρακα και το όζον αυξάνουν τη συχνότητα των συγγενών καρδιοπαθειών από 0,9% σε 1,76%.

Παχυσαρκία: Τα αίτια της παχυσαρκίας δεν διαφέρουν ουσιαστικά από την εποχή του βυζαντινού ιατρού Αέτιου, αλλά διαφέρει η μεγάλη συχνότητα των παχυσάρκων ανδρών, γυναικών και ιδίως των παιδιών, που αυξήθηκε κατακόρυφα κατά τις τελευταίες δεκαετίες.

Εδώ η ρύπανση του περιβάλλοντος δεν παίζει ρόλο, μπορούμε όμως να μιλούμε για «κοινωνική ρύπανση», εννοώντας ότι κύρια αποδεδειγμένη αιτία της αύξησης αυτής είναι ο τρόπος ζωής, οι νέες αξίες του κοινωνικού βίου και η μεγάλη τροποποίηση (βιομηχανοποίηση) της διατροφής των παιδιών μας.

Διαβήτης: Η αύξηση της συχνότητας του ΣΔ τύπου II στην παιδική και εφηβική ηλικία αποδίδεται μεταξύ των άλλων και σε λόγους ανάλογους με της παχυσαρκίας. Πρόσφατα βρέθηκε ότι τα θειώδη και ο άνθρακας ευθύνονται για μείωση της ικανότητας προσαρμογής του εύρους των αρτηριών κατά 11-13 %, λόγω διαταραχής παραγωγής νιτρικού οξέος (ρυθμιστικού του τόπου των λείων μυϊκών ινών).

Καρκίνος: Μεταξύ των αιτιών καρκίνου στην παιδική ηλικία περιλαμβάνονται μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας (ιατρογενής ή τυχαία) ο ιός Epstein Barr (για μέρος περιπτώσεων λεμφώματος Burkett και νόσου Hodgkin), άλλοι ιοί που προκαλούν λευχαιμία, παρασιτοκτόνα (χημικός καρκίνος), ταυτόχρονη δράση παραγόντων οφειλόμενων σε ατμοσφαιρική ρύπανση (λίγες μελέτες).

Σύνδρομο Υπερκινητικότητας και διάσπασης της προσοχής: Διοξίνες, παρασιτοκτόνα, ιονίζουσα ακτινοβολία, καπνός τσιγάρου, ενδομήτρια επίδραση οινοπνεύματος, μαριχουάνας, κοκαΐνης, καπνού περιλαμβάνονται στα γνωστά αίτια. Πρόσφατη έρευνα της Βρετανικής Υπηρεσίας Τροφίμων αποκάλυψε την βλαπτική επίδραση των χρωστικών που προστίθενται στις καραμέλες.

Μέταλλα: Η ευρεία χρήση πολλών μετάλλων, όπως π.χ. του μολύβδου και του υδραργύρου στη βιομηχανία πολλών ειδών καθημερινής χρήσης με τα οποία έρχονται σε συχνή επαφή τα παιδιά, δημιουργεί εξαιρετικά μεγάλους κινδύνους τόσο οξείας, όσο και χρόνιας δηλητηρίασης από τα μέταλλα αυτά. Τέτοια προϊόντα είναι για παράδειγμα τα χρώματα, οι μολυβδοσωλήνες νερού, τα οδοντικά αμαλγάματα, πήλινα σκεύη, αντισηπτικά διαλύματα, συντηρητικά εμβολίων κλπ. Τα παιδιά είναι ιδιαίτερα έκθετα σε δηλητηρίαση με βαριές συνέπειες. Δεν είναι τυχαίο ότι αποφασιστήκε η απόσυρση του υδραργύρου και μελετάται και του μολύβδου από τη βιομηχανία.

Ηχορύπανση - Βιομάζα: Η ηχορύπανση της σύγχρονης ζωής ιδίως των πόλεων έχει ήδη επιφέρει αύξηση του κινδύνου εμφράγματος σε ενήλικες, χωρίς να είναι απόλυτα γνωστές οι επιπτώσεις στην παιδική ηλικία. Η βιομάζα είναι μια εναλλακτική πηγή ενέργειας, αλλά η συμβίωση με αυτή, όπως συμβαίνει σε αναπτυσσόμενες χώρες και σε κάποιες περιοχές της χώρας μας, ευθύνεται για συχνότερες λοιμώξεις του αναπνευστικού στα παιδιά και στους εφήβους και για συχνότερο καταρράκτη στους ενήλικες.

Η Παιδιατρική είναι η κατ' εξοχή ειδικότητα της πρόληψης. Οι συνέπειες της ρύπανσης του περιβάλλοντος στην υγεία των παιδιών και των εφήβων είναι ορατές. Το πεδίο είναι μπροστά μας. Ένας μεγάλος ρόλος για τον παιδίατρο ζητά πρωταγωνιστές....

Βιβλιογραφία

1. James Gauderman, Ph.D., Frank Gilliland, MD, Ph.D., Rob McConnell, MD, and John Peters, MD. Air Pollution and Lung Development in Children University of Southern California P30ES07048 and P01ES11627
2. Jane Q. Koenig, Ph.D. Cardiac and Respiratory Effects of Fine Particulate Air Pollution on the Elderly University of Washington P30ES07033
3. Bossaert L. Circadian, circaseptan and circannual periodicity of cardiac arrest. Eur Heart J 2000; 21: 259-261
4. Sharmam PH, Hansel NN, Matsui E, Diette BG, Eggleston P, Breyse P. Indoor environmental influences on childrens asthma. Pediatr Clin N Am 2007; 54: 103-120
5. Lissau I, Overpeck MD, Ruan WS, Due P, Holstein BE, Hediger ML. Body mass Index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel and the United States. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158: 27-33
6. Τούτουζας Π. Ηχορύπανση. Καρδιά & Αγγεία 2006; 11: 359-360
7. Chalemis Z., Varlamis S.G., Karamouzis M., Karamperis S. Forest environment, air pollution and risk factors for atheromatosis in children. The role of endotheline-1. 1st European COST Action E39 Conference Forests, Trees and Human Health and Well being Thessaloniki13-15 October 2005
8. Hussain J, Woolf DA, Sandel M, Shannon WM. Environmental evaluation of a child with developmental diasability. Pediatr Clin North Am 2007; 54: 47-62
9. Buka I, Koranteng S, Vargas ORA. Trends in childhood cancer incidence: Review of environmental linkages. Pediatr Clin N Am 2007; 54: 177-203
10. American Academy of Pediatrics (AAP). Committee of environmental health: handbook of environmental health. 2nd edition. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics (AAP) ; 2003
11. Marie S. O'Neill, Ph.D., Diane E. Gold, MD, Antonella Zanobetti, Ph.D., and Joel Schwartz, Ph.D. Diabetics Have Higher Risk of Adverse Cardiovascular Effects from Particulate Air Pollution Harvard School of Public Health T32ES07069, P01ES09825, and P30ES000002
12. Ibargoyen-Roteta N, Aguinaga-Ontoso I, Fernandez-Benitez M, Marin-Fernandez B, Guillen-Grima F, Serrano-Monzo I, Hermoso-de-medoza J, Brun-Sandiumetge C, Ferrer-Nadal A, Irujo-Andueza A. Role of the home environment in rhinoconjunctivitis and eczema in schoolchildren in Pamplona, Spain. : J Investig Allergol Clin Immunol. 2007; 17: 137-44
13. Balmes JR, Chen LL, Scannell C, Tager I, Christian D, Hearne RQ, Kelly T, Aris RM. Ozone-induced decrements in FEV1 and FVC do not correlate with measures of inflammation. Am J Respir Crit Care Med 1996; 153: 904-909
14. Liu S, Zhou Y, Wang D, Lu J, Zheng J, Zhong N, Ran P. Biomass fuels are the probable risk factor for chronic obstructive pulmonary disease in rural South China. Thorax. 2007; 62: 889-97. Epub 2007 May 4.
15. Clifton II CJ. Mercury exposure and public health. Pediatr Clin N Am 2007; 54: 237-269

Δ' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΕΤΟΓΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΗΨΙΑ και ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΚΕΤΟΓΟΝΟΥ ΔΙΑΙΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ



Αθανάσιος Ευαγγέλου,
Επ. Καθηγητής Παιδιατρικής-
Παιδονευρολογίας,
Δ' Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.



Παναγιώτα Καλαϊδοπούλου,
Επιστημονική Συνεργάτις
Δ' Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.

Η ΚΕΤΟΓΟΝΟΣ ΔΙΑΙΤΑ ΕΙΝΑΙ ΕΙΔΙΚΗ δίαιτα που τα τελευταία χρόνια έχει πάρει ένδειξη για τη θεραπεία συγκεκριμένων παθήσεων. Είναι μια αυστηρή, μαθηματικά υπολογιζόμενη δίαιτα με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος, χαμηλό ποσοστό υδατανθράκων, φυσιολογική πρωτεΐνη (4/1 - 2/1 gr λίπους/gr (πρωτεΐνης και υδατανθράκων)) και περιορισμό στην ημερήσια χορήγηση θερμίδων (75 - 100%) και υγρών (85 - 100% των αναγκών) που γίνεται μόνο υπό ιατρική παρακολούθηση.

Προάγει την καύση από τον οργανισμό λίπους και όχι γλυκόζης, με αποτέλεσμα την παραγωγή κετονοσωμάτων, που αντικαθιστούν τη γλυκόζη ως μόριο παραγωγής ενέργειας στον εγκέφαλο.

Ειδικότερα, επίσημες ενδείξεις της δίαιτας αποτελούν η θεραπεία 1) της έλλειψης του μεταφορέα 1 της γλυκόζης στον εγκέφαλο (GLUT-1 deficiency), 2) της έλλειψης της πυρουβικής δεϋδρογενάσης και 3) της φαρμακοανθεκτικής επιληψίας.

Κετογόνος δίαιτα και σύνδρομο έλλειψης του μεταφορέα 1 της γλυκόζης

Το σύνδρομο της έλλειψης του μεταφορέα 1 της γλυκόζης οφείλεται σε έλλειψη του ινσουλινοεξαρτώμενου αυτού μεταφορέα της γλυκόζης στον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και χαρακτηρίζεται από βρεφικούς σπασμούς ανθεκτικούς στην αντιεπιληπτική αγωγή. Ακολουθούν ελάττωση της αύξησης της περιμέτρου της κεφαλής, καθυστέρηση στην ψυχοκινητική ανάπτυξη, σπαστικότητα, αταξία, δυσαρθρία και άλλες παροξυσμικές νευρολογικές διαταραχές που συνήθως συμβαίνουν πριν από τα γεύματα. Τα βρέφη αυτά φαίνονται φυσιολογικά στη γέννησή τους, με φυσιολογικό ιστορικό κύησης και περιγεννητικής περιόδου. Οι σπασμοί συνήθως ξεκινούν σε ηλικία μεταξύ ενός και τεσσάρων μηνών και αρκετά πριν από αυτούς εμφανίζονται απνοϊκά επεισόδια και παθολογικές κινήσεις των ματιών όπως οψόκλονος. Περιγράφονται πέντε τύποι σπασμών: γενικευμένοι τονικοί ή κλονικοί, μυοκλονικοί, άτυπες αφαιρέσεις, ατονικοί και μη ταξινομούμενοι. Η συχνότητα των σπασμών διαφέρει από ασθενή σε ασθενή, όπως και η νοητική διαταραχή, από την εμφάνιση μαθησιακών διαταραχών μέχρι σοβαρού βαθμού νοητική καθυστέρηση.

Η διάγνωση του συνδρόμου γίνεται με μέτρηση της συγκέντρωσης της γλυκόζης στο ENY που σπάνια υπερβαίνει τα 40 mg/dL και από το λόγο της γλυκόζης στο ENY προς τη γλυκόζη αίματος ($\sim 0.33 \pm 0.01$, ενώ η φυσιολογική τιμή είναι 0.65 ± 0.01). Το σύνδρομο έχει συσχετιστεί με το γονίδιο SLC2A1 και μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα, αλλά είναι λίγοι οι ασθενείς με γονέα που νοσεί. Εάν τη νόσο έχει ο ένας γονέας μπορεί αυτή να εκδηλώνεται στο παιδί ήπια έως υποκλινικά. Συχνά η μετάλλαξη εμφανίζεται de novo. Τα παιδιά των ασθενών με τη νόσο έχουν 50% πιθανότητα να κληρονομήσουν το γονίδιο και να εκδηλώσουν κλινική νόσο. Η προγεννητική διάγνωση είναι δυνατή αν έχει διαγνωστεί η νόσος σε άλλο άτομο της οικογένειας.

Η θεραπεία μέσω της κετογόνου δίαιτας στηρίζεται στο ότι αυτή δίνει καύσιμα στον εγκέφαλο, παρακάμπτοντας τον ενεργειακό δρόμο της γλυκόζης. Έτσι, ο εγκέφαλος που βρίσκεται σε ένδεια γλυκόζης και επομένως ενέργειας, χρησιμο-



ποιεί ως εναλλακτική πηγή ενέργειας τα κετονοσώματα που παράγονται μέσω της κετογόνου δίαιτας.

Η θεραπεία μέσω της κετογόνου δίαιτας αφορά κυρίως τον περιορισμό των σπασμών, ενώ αν ξεκινήσει πολύ νωρίς μπορεί να μειωθεί η βαρύτητα και των υπολοίπων εκδηλώσεων. Φάρμακα τα οποία απαγορεύονται είναι τα βαρβιτουρικά (φαινοβαρβιτάλη) και οι μεθυλοξανθίνες (καφεΐνη).

Κετογόνος δίαιτα και έλλειψη πυρουβικής δεϋδρογενάσης

Η έλλειψη του συμπλέγματος της πυρουβικής δεϋδρογενάσης στα μιτοχόνδρια έχει ως αποτέλεσμα την διαταραχή της σύνδεσης της γλυκόλυσης με την οξειδωτική φωσφορύλιση και επομένως διαταραχή του ενεργειακού μεταβολισμού των κυττάρων. Καθώς η πιο συνηθισμένη μορφή συνδέεται με το χρωμόσωμα X, η εμφάνιση της νόσου στους άντρες μπορεί να είναι πολύ βαριά και μη συμβατή με τη ζωή. Στις γυναίκες ανάλογα με το ποιο χρωμόσωμα X αδρανοποιείται έχουμε διαφορετική έκφραση της νόσου στους διάφορους ιστούς του σώματος. Οι περισσότερες μεταλλάξεις είναι de novo και έχουν αναγνωριστεί ασυμπτωματικοί φορείς. Η κλινική εικόνα διαφέρει σε βαρύτητα ανάλογα με την ηλικία έναρξης. Η νεογνική μορφή είναι η πιο βαριά. Χαρακτηρίζεται από δυσμορφία, χαμηλό βάρος γέννησης, υποτονία, άπνοια, κακή θρέψη και εστιακούς σπασμούς. Παρουσιάζουν γαλακτική οξέωση και κώμα και πρώιμο θάνατο. Η μέσης βαρύτητας μορφή εμφανίζεται τους πρώτους μήνες ζωής με υποτονία, ψυχοκινητική καθυστέρηση, αταξία, πυραμидική συνδρομή, παραλύσεις κρανιακών νεύρων, οπτική ατροφία, καθυστέρηση σωματικής ανάπτυξης, δυσμορφικά χαρακτηριστικά και σπασμούς. Η πιο ήπια μορφή εμφανίζεται στην παιδική ηλικία με κόπωση στην άσκηση, διαλείπουσα αταξία και παροδική παραπάρηση με φυσιολογική νευρολογική εικόνα μεταξύ των κρίσεων. Στις σοβαρές μορφές υπάρχουν σοβαρές δομικές ανωμαλίες στον εγκέφαλο.

Η διάγνωση μπαίνει με την μέτρηση υψηλών τιμών γαλακτικού και πυρουβικού οξέως στο αίμα και το ENY ή μόνο στο ENY. Να σημειωθεί ότι στις ελαφρές μορφές οι διαταραχές αυτές εντοπίζονται μόνο τη στιγμή των κρίσεων. Η διάγνωση μπορεί να μπει με μέτρηση των ενζύμων σε καλλιέργεια ινοβλαστών στους άντρες, και με μικρότερη αξιοπιστία στις γυναίκες. Μία από τις θεραπείες που χρησιμοποιούνται είναι και η κετογόνος δίαιτα με χαμηλή περιεκτικότητα σε γλυκόζη η οποία φαίνεται ότι βελτιώνει την επιβίωση και την νοητική ανάπτυξη.

Κετογόνος διαίτα και επιληψία

Τα τελευταία χρόνια, οι θεραπευτικές επιλογές ενάντια στην επιληψία έχουν αυξηθεί. Φυσικά, τα φάρμακα αποτελούν πάντοτε την θεραπεία εκλογής, όμως εφαρμόζονται πλέον και άλλες θεραπείες μόνες τους ή σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική. Έχουν πια τεθεί οι επίσημες ενδείξεις για την χειρουργική ή ραδιοχειρουργική αφαίρεση των επιληπτογόνων εστιών, την τοποθέτηση εμφυτεύματος (VNS - διεγέρτης πνευμονογαστρικού νεύρου) και την χορήγηση στον ασθενή ειδικής διαίτας, γνωστής ως κετογόνου.

Η κετογόνος διαίτα αποτελεί ίσως την πιο παλιά θεραπευτική παρέμβαση για την επιληψία. Αναφορές για τη θεραπευτική δύναμη της νηστείας στην επιληψία υπάρχουν από την αρχαιότητα ακόμη, στον Ιπποκράτη, το Γαληνό, την Καινή Διαθήκη. Σαν θεραπεία στον σύγχρονο κόσμο υπάρχει από τις αρχές του εικοστού αιώνα (Conklin, Guelra + Marie 1911, Geyelin 1921), όταν εμφανίζονται οι πρώτες δημοσιεύσεις που αφορούν θεραπεία ασθενών μετά από νηστεία. Η κετογόνος διαίτα, όμως, με τη μορφή σχεδόν που υπάρχει σήμερα πρωτοεμφανίστηκε το 1924 στην Αμερική (Wilder + Peterman), για να παραγκωνιστεί, λόγω της εμφάνισης αποτελεσματικότερων αντιεπιληπτικών φαρμάκων, μέχρι την δεκαετία του 1990.

Από την αρχή της ιστορίας της χρησιμοποιήθηκε στην φαρμακοανθεκτική επιληψία και ακόμη και σήμερα ενδείκνυται για ασθενείς με πολλές, μη ελεγχόμενες κρίσεις (>2 κρίσεις /εβδομάδα). Τα ποσοστά επιτυχίας της παραμένουν σταθερά στα παιδιά, με απαλλαγή από τις κρίσεις στο 1/5 περίπου των ασθενών, βελτίωση σε ποσοστό πάνω από 50% στα 2/3 των ασθενών και φτωχή ή καμία ανταπόκριση στους υπολοίπους. Σε ποσοστό περίπου 20% των ασθενών μπορεί να επιτρέψει την διακοπή των αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

Επίσης, πρέπει να τονιστεί ότι η διαίτα θεωρείται θεραπευτική παρέμβαση κυρίως για τα παιδιά, με επιφύλαξη για την πρώτη βρεφική ηλικία, ενώ εφαρμόζεται στους εφήβους λιγότερο λόγω της ιδιαιτερότητας της ηλικίας (συμμόρφωση) και ελάχιστα ή και καθόλου στους ενήλικες στους οποίους έχει χορηγηθεί και μελετηθεί λιγότερο. Οι μελέτες δείχνουν ότι τα ποσοστά επιτυχίας της μειώνονται σταθερά με την πάροδο της ηλικίας.

Ο ακριβής μηχανισμός δράσης της είναι άγνωστος. Οι θεωρίες που υπάρχουν αφορούν την αντιεπιληπτική δράση ουσιών που παράγονται κατά την κέτωση με επικρατέστερη αυτή της άμεσης αντιεπιληπτικής δράσης της ακετόνης, του ακετοξικού και του β-υδροξυβουτυρικού οξέως ή πιθανότερα μεταβολιτών του τελευταίου (Likhodii). Άλλοι μηχανισμοί αφορούν τη δράση των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων (Rho), των μιτοχονδριακών πρωτεϊνών αποσύζευξης (Sullivan) και των νευροστεροειδών (Rhodes, Hartman). Επίσης έχουν προταθεί μηχανισμοί που αφορούν τον περιορισμό των θερμίδων (Seyfried), τη ρύθμιση της ομοιόστασης της γλυκόζης (Greene, Thiele) και την επίδραση στο ασπαρτικό και το GABA (Yudkoff).

Οι παλαιότερες μελέτες έδειχναν ότι η διαίτα είναι πιο αποδοτική σε γενικευμένες κρίσεις, συμπτωματικές ή κρυσταλλικές, και κυρίως στις ατονικές, μυοκλονικές και άτυπες αφαιρέσεις. Νεότερες μελέτες, δίνουν τα πρώτα δεδομένα ότι ίσως να είναι το ίδιο δραστήρια και στις εστιακές επιληψίες

και μάλιστα ότι αποτελεί μία αποδεκτή εναλλακτική λύση σε μη χειρουργήσιμες εστιακές βλάβες. Σε σειρές ασθενών που μελετήθηκαν φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στο σύνδρομο Lennox-Gastaut και έχουν δημοσιευτεί και οι πρώτες θετικές μελέτες για τους βρεφικούς σπασμούς.

Μια διαίτα, όμως, τόσο περιοριστική και τόσο πλούσια σε λίπη είναι αδύνατον να μην παρουσιάζει επιπλοκές. Τις διακρίνουμε σε αυτές που συμβαίνουν στην έναρξη της δίαιτας και σε εκείνες που συμβαίνουν στην πορεία της. Στην έναρξη της δίαιτας, ο μεγαλύτερος κίνδυνος αφορά την ύπαρξη μη διαγνωσμένων σύμφυτων διαταραχών του μεταβολισμού, καθώς στην περίοδο της αρχικής νηστείας μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχές της συνείδησης, κώμα ακόμη και τον θάνατο. Έτσι, απόλυτη αντένδειξη της δίαιτας αποτελούν οι διαταραχές στο μεταβολισμό των λιπαρών οξέων και ειδικά στη β-οξείδωση, η έλλειψη πυροουβικής καρβοξυλάσης, η έλλειψη καρνιτίνης, οι μιτοχονδριακές διαταραχές, οι πορφυρίες, η νόσος Lafora και κάθε νόσημα που απαιτεί χορήγηση υψηλών ποσοτήτων υδατανθράκων. Αναστρέψιμες επιπλοκές αποτελούν η αφυδάτωση, η υπογλυκαιμία, η οξέωση, οι εμετοί, η διάρροια και η άρνηση λήψης τροφής.

Σε δεύτερο χρόνο οι επιπλοκές μπορεί να είναι μεταβολικές, όπως οξέωση, υπερουριχαιμία, υπασβεστιαμία, ελάττωση των αμινοξέων του πλάσματος, ελάττωση των επιπέδων καρνιτίνης, υπερχοληστερολαιμία που αφορά κυρίως τα λιπίδια πολύ μακράς αλύσου και υποπρωτεϊναιμία. Αυτές σπάνια αντιστοιχούν σε κλινικές εκδηλώσεις, ενώ αποκαθίστανται εύκολα. Επίσης έχουν παρατηρηθεί διαταραχές από το πεπτικό (εμετοί, δυσκοιλιότητα, διάρροια, κοιλιαλγία, παγκρεατίτιδα και ελάττωση της όρεξης), από το ΚΝΣ (διεγερσιμότητα ή λήθαργος), από το ουροποιητικό (νεφρολιθίαση), από το καρδιαγγειακό (αναστρέψιμη διατακτική μυοκαρδιοπάθεια και παράταση του διαστήματος Qr με προδιάθεση για αρρυθμίες, ενώ δεν υπάρχουν ικανοποιητικές μελέτες για την εμφάνιση ή όχι αθηροσκλήρωσης). Αιματολογικές διαταραχές που έχουν αναφερθεί αφορούν ελάττωση της φαγοκυττάρωσης και της βακτηριοκτόνου δράσης των ουδετερόφιλων λευκοκυττάρων, διαταραχή της λειτουργικότητας των αιμοπεταλίων, μεγαλοβλαστική αναιμία και θρομβοπενία. Αναφέρεται επίσης αναστρέψιμη συμμετρική αμφοτερόπλευρη οπτική νευροπάθεια. Όσον αφορά την ανάπτυξη των παιδιών, μελέτες που έχουν γίνει έχουν δείξει ότι δεν επηρεάζεται το βάρος τους, ενώ όσο πιο μικρά είναι αυτά τόσο περισσότερο επηρεάζεται το ύψος τους με ελάττωση μέχρι και κατά δύο σταθερές απόκλισης. Σε ασθενείς που παραμένουν στη διαίτα για διάστημα μεγαλύτερο του κλασσικού των δύο ετών δεν έχουν αναφερθεί άλλες επιπλοκές, εκτός από τον επηρεασμό της εμμηνού ρύσεως στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.

Σε σχέση με τα αντιεπιληπτικά φάρμακα αναφέρεται αύξηση της τοξικότητας του βαλπροϊκού, ενώ σχετικές αντενδείξεις της δίαιτας αποτελούν φάρμακα τα οποία προάγουν την οξέωση όπως διουρητικά, καρβονική ανυδράση, τοπιραμάτη και άλλα. Σχεδόν απόλυτη αντένδειξη αποτελούν τα κορτικοειδή ακόμη και στην εισπνεόμενη μορφή τους, ενώ πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ποσότητα ζάχαρης που υπάρχει στα κοινά σιρόπια που χορηγούνται στα άρρωστα παιδιά με προτίμηση για τα χαπάκια ή με αναδιαμόρφωση

της δίαιτας για το χρονικό διάστημα χορήγησης των φαρμάκων αυτών.

Οι περισσότερες από τις παραπάνω επιπλοκές φαίνεται ότι οφείλονται σε κακή ρύθμιση/ παρακολούθηση της δίαιτας και στη μη χορήγηση ικανοποιητικής ποσότητας συμπληρώματος βιταμινών και ασβεστίου.

Η δίαιτα είναι σίγουρα επίπονη και για να ξεκινήσει επιβάλλεται έλεγχος τόσο μεταβολικός, όσο και ειδικός (π.χ. καρδιολογικός). Απαιτεί συνεργασία από τους γονείς και τον μικρό ασθενή και αποφασιστικότητα. Πρακτικά, ξεκινάει αφού έχει προηγηθεί απόλυτη νηστεία για 24-48 ώρες. Ενοείται ότι αυτό γίνεται υπό στενή ιατρική παρακολούθηση σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Στη συνέχεια χορηγείται σταδιακά καθημερινά αυξανόμενο ποσοστό του συνολικού αριθμού των επιτρεπόμενων θερμίδων μέχρι να φτάσουμε στην ολοκληρωμένη μορφή της. Ακολουθεί προκαθορισμένος σε σταθερά χρονικά διαστήματα έλεγχος κλινικός και εργαστηριακός και διαμόρφωση της δίαιτας ανάλογα με τις νέες ανάγκες και την αύξηση του βάρους του παιδιού.

Το ποσοστό διακοπής της δίαιτας εξαρτάται από τις επιπλοκές και την διάθεση των ασθενών να την ακολουθήσουν. Έχει παρατηρηθεί ότι και μικρά ακόμη παιδιά αρνούνται να τραφούν με οτιδήποτε άλλο εκτός από τα επιτρεπόμενα, και το ίδιο ισχύει και για την πολύ δύσκολη από άποψη συμμόρφωσης εφηβική ηλικία.

Σημαντικό είναι να γνωρίζουν οι γιατροί που συμμετέχουν στην παρακολούθηση του παιδιού, όπως και αυτοί που θα χρειαστεί να το αντιμετωπίσουν σε βάση επείγοντος περιστατικού ότι βασικό μας μέλημα είναι να μην χαθεί η κέτωση στον ασθενή μας καθώς μπορεί να προκαλέσουμε σπασμούς ή και επιληπτική κατάσταση. Ο κανόνας αυτός παραβιάζεται μόνο αν η ζωή του ασθενούς μας εξαρτάται από τη χορήγηση γλυκόζης και τότε δε διστάζουμε να τη χορηγήσουμε υπό στενή παρακολούθηση και ιδανικά μετά από συνεννόηση με την ομάδα που τον παρακολουθεί.

Η δίαιτα συστήνεται για δύο χρόνια, όπως και η φαρμακευτική αγωγή σε ασθενείς χωρίς κρίσεις, χρονικό διάστημα που έχει επιλεγεί αυθαίρετα. Η διακοπή της απαιτεί και αυτή πολύ καλή ρύθμιση και παρακολούθηση, με σταδιακή μείωση του ποσοστού του λίπους στα προσλαμβανόμενα και σταδιακή εισαγωγή των υδατανθράκων σε διάστημα που συνήθως διαρκεί έναν ολόκληρο χρόνο. Τα ποσοστά μη επανεμφάνισης των σπασμών πλησιάζουν το 80%, σε ασθενείς απόλυτα ρυθμισμένους.

Άλλες δίαιτες που έχουν χρησιμοποιηθεί σε πειραματικό επίπεδο είναι η δίαιτα τροφών με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη και η ταυτόχρονη χορήγηση αμινοξέων διακλαδισμένης αλυσού στην κετογόνο καθώς και η γνωστή δίαιτα Atkins.

Σε πειραματικό επίπεδο η δίαιτα έχει δοκιμαστεί στον αυτισμό (2003), στους όγκους του εγκεφάλου (2003) στην κατάθλιψη (2004), στη ναρκοληψία (2004), στη γλυκογονίαση τύπου V (2005), στη νόσο Alzheimer (2005), στις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (2005), στη νόσο Parkinson (2005), και στην ημικρανία (2006).

Πρέπει να τονιστεί ότι για την πραγματοποίηση της δίαιτας είναι απαραίτητη η ύπαρξη ομάδας γιατρών που παρακολουθούν τους ασθενείς στενά.

Ειδική αναφορά πρέπει να γίνει στο πιο απαραίτητο ά-



τομο για την πραγματοποίηση αυτής της θεραπείας, τον εξειδικευμένο διαιτολόγο χωρίς τον οποίο η εφαρμογή της είναι αδύνατη.

Η κετογόνος δίαιτα υπόσχεται πολλά στην κατανόηση του μηχανισμού καταστολής της επιληπτικής κρίσης και ίσως και του αντιεπιληπτογόνου μηχανισμού. Έχει ήδη βελτιώσει τη ζωή σημαντικού αριθμού ασθενών με φαρμακοανθεκτική επιληψία και αν και δύσκολη θα πρέπει να αποτελεί μία θεραπευτική παρέμβαση που αξίζει να δοκιμαστεί.

Βιβλιογραφία

1. Dahlin M, Elfving A, Ungerstedt U, Amark P. The ketogenic diet influences the levels of excitatory and inhibitory amino acids in the CSF in children with refractory epilepsy. *Epilepsy Res.* 2005 May;64(3):115-25.
2. Gasior M, Rogawski MA, Hartman AL. Neuroprotective and disease modifying effects of the ketogenic diet. *Behav Pharmacol.* 2006 sep;17 (5-6): 431-9.
3. Kang HC, Chung da E, Kim DW, Kim HD. Early- and Late-Onset Complications of the Ketogenic Diet for Intractable Epilepsy. *Epilepsia* 2004;45:1116-1123.
4. Klepper J, Scheffer H, Leiendecker B, Gertsen E, Binder S, Leferink M, Hertzberg C, Nake A, Voit T, Willemsen MA. Seizure control and acceptance of the ketogenic diet in GLUT1 deficiency syndrome: a 2- to 5-year follow-up of 15 children enrolled prospectively. *Neuropediatrics.* 2005 Oct;36(5):302-8.
5. Noh HS, Hah YS, Nilufar R, Han J, Bong JH, Kang SS, Cho GJ, Choi WS. Acetoacetate protects neuronal cells from oxidative glutamate toxicity. *J Neurosci Res.* 2006 Jan 24.
6. Papandreou D, Pavlou E, Kalimeri E, Mavromichalis I. The ketogenic diet in children with epilepsy. *Br J Nutr.* 2006 Jan;95(1):5-13.
7. Pfeifer HH, Thiele EA. Low-glycemic index treatment: A liberalized ketogenic diet for treatment of intractable epilepsy. *Neurology* 2005; 65: 1810-1812
8. Plecko B. Metabolic and genetic infantile epilepsies: Diagnostic and therapeutic issues. 2005. SPS Publications
9. Stafstrom CE, Rho JM. *Epilepsy and the ketogenic diet.* Humana Press Inc., Totowa, 1st ed (2004)
10. Stafstrom CM. *Dietary Approaches to Epilepsy Treatment: Old and New Options on the Menu.* *Epilepsy Curr.* 2004 November; 4(6): 215-222.

ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΑ

Γράφουν: Γκουβούδη Π., Κοντού Β., Κωνσταντούδης Α.,
Στεφανιά Μονάδα, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»



ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ονομάζεται η ανενανόρθωτη νέκρωση μιας περιοχής του καρδιακού μυός. Αν η αρχική ισχαιμία είναι βαριά και παραταθεί, επακολουθεί ο σχηματισμός εμφράκτου.

Η έκταση του εμφράκτου εξαρτάται από:

- Την βαρύτητα της ισχαιμίας
- Την περιοχή που αιμάτωνα η στεφανιαία αρτηρία
- Το βαθμό της παράπλευρης ροής
- Τις απαιτήσεις σε οξυγόνο του ιστού που άρδευε η αρτηρία

Έμφραγμα μυοκαρδίου

- Διατοιχωματικό
- Μη Διατοιχωματικό

Συμπτώματα στους άντρες

- έντονος πόνος στο στήθος
- αίσθημα παλμού στα χέρια

Συμπτώματα στις γυναίκες

- Δύσπνοια, χωρίς απαραίτητα αυτό να συνοδεύεται από δυσφορία
- Αίσθηση ασυνήθιστης κούρασης, σωματική κόπωση και αδυναμία
- Ναυτία, έμετος, πονοκέφαλος, κρύος ιδρώτας και άλλα συμπτώματα τύπου γρίπης
- Πόνος στο στήθος, στους ώμους, σε λαιμό και πλάτη
- Συναίσθημα ανεξήγητης αγωνίας ή ανησυχίας

Σχεδόν όλες οι μελέτες που αφορούν στην καρδιά και το Ο.Ε.Μ. έχουν γίνει σε άντρες, και επομένως πολλοί ιατροί είναι λιγότερο εξοικειωμένοι με τα συμπτώματα του εμφράγματος στις γυναίκες

National Institutes of Health

<http://usgoninfo.about.com/cs/healthmedical/a/womensami.htm> (11/02/08, 17:49)

Από 515 γυναίκες, τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν περισσότερο ήταν:

- ▶ ασυνήθιστη κούραση (70,6%)
- ▶ διαταραχές στις συνήθειες του ύπνου (47,8%)
- ▶ δύσπνοια (42,1%)

Το 95% κατάλαβαν ότι τα συμπτώματα ήταν νέα ή διαφορετικά 1 μήνα πριν την εμφάνιση του εμφράγματος, περίπου 30% αναφέρουν πόνο στο στήθος, ενώ το 43% ανέφερε απουσία θωρακικού άλγους.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την 1η αιτία θανάτου των εμμηνοπαυσιακών γυναικών στον δυτικό κόσμο.

Οι νεαρές σε ηλικία γυναίκες εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών προβλη-



μάτων σε σχέση με τους άνδρες της ίδιας ηλικίας. Η διαφορά αυτή σχεδόν εκμηδενίζεται μετά την εμμηνόπαυση.

Παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου είναι:

- η ηλικία έναρξης της εμμηνόπαυσης
- οι διαταραχές στην έμμηνο ρύση
- ο αριθμός των αμβλώσεων

Σε γυναίκες με μικρότερη ηλικία εμμηνόπαυσης, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, ανεξάρτητα από αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα, παχυσαρκία.

Η πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου μειώνεται κατά 2% ανά έτος παράτασης της ηλικίας εμμηνόπαυσης.

Ενδογενή οιστρογόνα - Καρδιαγγειακά νοσήματα

Τα οιστρογόνα προστατεύουν έναντι της αθηρωματικής διαδικασίας, ρυθμίζουν την αντίδραση στην αγγειακή βλάβη, επηρεάζουν τον καρδιακό ρυθμό, την υπερτροφία του μυοκαρδίου και αναστέλλουν την λιπογένεση.

Θεραπεία αντικατάστασης οιστρογόνων

Μέχρι το 1998 επικρατούσε η άποψη πως η χορήγηση οιστρογόνων παρείχε προστασία ενάντια στην εμφάνιση μυοκαρδιακών ασθενειών. Η Θεραπεία αντικατάστασης οιστρογόνων πρέπει να γίνεται υπό προϋποθέσεις.

Ανεπιθύμητες ενέργειες οιστρογόνων:

- Θρομβοεμβολικά επεισόδια
- Καρκίνος μαστού
- Θανατηφόρα καρδιαγγειακά επεισόδια

Έρευνα

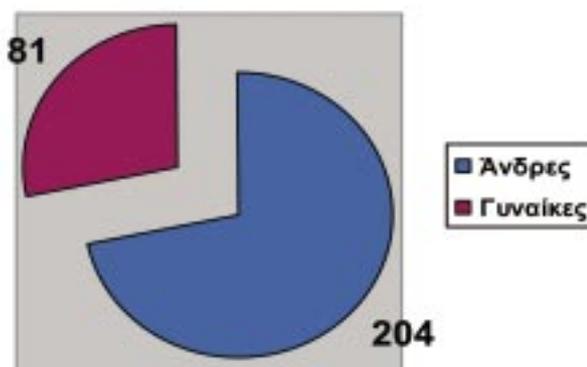
Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου» Στεφανιαία Μονάδα

01/01/2007 - 31/12/2007

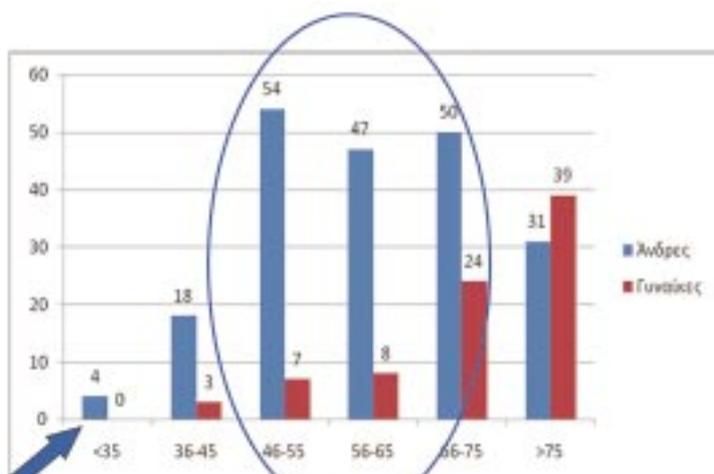
Σκοπός της έρευνας ήταν η καταμέτρηση των ασθενών που εισήχθησαν στην Σ/Μ με διάγνωση "Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου" και η μελέτη των στοιχείων αυτών ως προς το φύλο, την ηλικία και το ποσοστό θνητότητας.

Σύνολο ασθενών με Ο.Ε.Μ. στην Σ/Μ	285
Θάνατοι ασθενών με Ο.Ε.Μ. στην Σ/Μ	31
Ποσοστό θνητότητας από Ο.Ε.Μ.	10,88%

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑ ΦΥΛΟ



ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ Ο.Ε.Μ. ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ



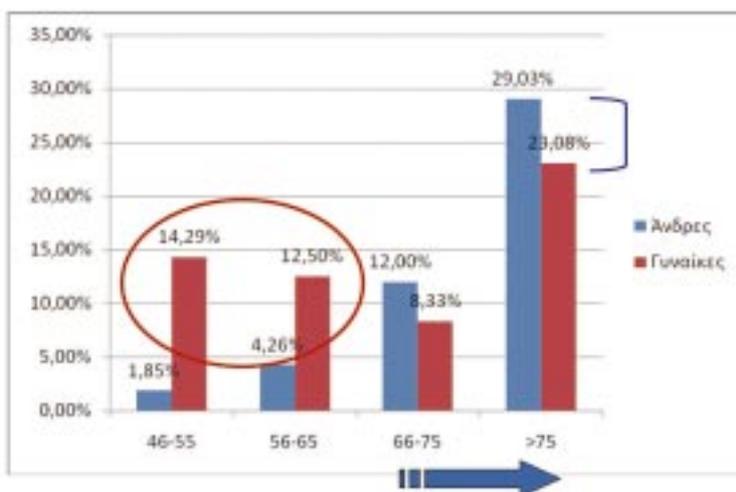
Συνολικό ποσοστό θνητότητας από Ο.Ε.Μ.

- ▶ 8,82% στους άνδρες
- ▶ 16,05% στις γυναίκες

Συμπεράσματα

- ▶ Το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου εμφανίζεται σε νεαρές ηλικίες με μεγαλύτερη συχνότητα στους άντρες απ ότι στις γυναίκες
- ▶ Στις γυναίκες αυξάνεται η συχνότητα μετά την ηλικία των 66
- ▶ Οι γυναίκες παρουσιάζουν σημαντικά υψηλό ποσοστό θνητότητας από Ο.Ε.Μ., σε όλες τις ηλικίες

ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΑΠΟ Ο.Ε.Μ. ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ



Παρουσίαση της εργασίας στην Ημερίδα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝΠ, με τίτλο «Καρδιολογική Νοσηλευτική-Σύγχρονες Προσεγγίσεις» στις 14 Απριλίου 2008 στο αμφιθέατρο του Νοσοκομείου.

Χρώματα, το ΕΣΥ και εσύ



Γράφει ο **Ιωάννης Τσιτουρίδης**,
Διευθυντής Ακτινολογικού
Εργαστηρίου,
Πρόεδρος του Επιστημονικού
Συμβουλίου Ν. Παπαγεωργίου,
Πρόεδρος της Ακτινολογικής
Εταιρείας Β. Ελλάδος

Χρώματα είναι η χαρά, η αγάπη, ο έρωτας.
Χρώματα είναι τα λουλούδια, το κόκκινο
της παπαρούνας.

Χρώματα είναι η διάθεση, η ποιήση, η δημιουργία.

Χρώματα είναι το ουράνιο τόξο της γαλήνης,
το ημέρωμα της φύσης, η απανεμιά.

Χρώματα είναι η αλλαγή του φθινοπώρου, της άνοιξης.

Χρώματα είναι η ίδια μας η ζωή.

ΑΝΤΙΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΕΥΚΟΛΑ ΚΑΝΕΙΣ τι σημαίνει να είσαι ά-
χρωμος, ουδέτερος από φόβο μην σε δει κανείς, από
φόβο μην σε ακούσει κανείς, από φόβο στην απώλεια των
κεκτημένων, της θεσούλας που μας έδωσαν ύστερα από
ανώτερες σπουδές αμάθειας. Άχρωμος σημαίνει τίποτε.

Γι' αυτό πρέπει να είμαστε ο εαυτός μας, ακόμη και αν
είναι κακός διότι υπάρχει η ελπίδα να βελτιωθούμε, πρέ-
πει να είμαστε μέσα στα όρια της ευπρέπειας ότι συνε-
πάγεται η λέξη αλήθεια, ότι συνεπάγεται η λέξη φως. Α-
ντίθετα για δέστε το πόσο άσχημα νιώθει κανείς με το ά-
κουσμα και μόνο της λέξης ψέμα και της λέξης σκοτάδι.

Το **ΕΣΥ** εξακολουθεί και νοσεί. Χρειάζεται εκσυγχρο-
σμός από εκσυγχρονιστές, όχι από αναχρονιστές. Ο εκ-
συγχρονισμός είναι ανάγκη, θα είναι πάντα επίκαιρος, αλ-
λά διαρκώς θα πρέπει να αλλάζει σύμφωνα με τις ανάγκες
του διαρκούς χρονικού οριζοντος. Ο εκσυγχρονισμός εί-
ναι ζητούμενο παντού και θα πρέπει να είναι στόχος ανα-
ζήτησης διαρκώς. Μοναδική προσπάθεια εκσυγχρο-
σμού του ΕΣΥ από το 1984 έγινε από τον Υπουργό Υγείας
Αλέκο Παπαδόπουλο και τον οδήγησε σε παραίτηση, διό-
τι κάποιοι Πανεπιστημιακοί θεώρησαν εαυτούς υπεράνω
νόμων, όλοι απέρριψαν τα πορίσματα της επιτροπής «σο-
φών» διότι θεώρησαν εαυτούς και μόνο σοφούς, τα πι-
ράνχας της ιδιωτικής υγείας ύψωσαν το ανάστημά τους
και από σωρεία λαθών του ιδίου του υπουργού.

Στον κύκλο των μεταρρυθμίσεων για την αναβάθμιση
του ΕΣΥ δεν θα προσθέσω εγώ προτάσεις, γιατί δεν ωφε-
λεί, υπάρχουν ευρεία προτάσεων που συμφωνώ απόλυτα
στις περισσότερες επισημάνσεις των ειδικών, απλώς θα
ήθελα να προσθέσω την ανάγκη του επείγοντος γιατί δια-
βλέπω ότι στο τέλος τα δημόσια νοσοκομεία θα διαχειρί-
ζονται μόνο τις γενικές εφημερίες.

Άκουσα προχθές μια ενδιαφέρουσα πρόταση για το-
ποθέτηση ενδοαγγειακών βαλβίδων στην καρδιά, χάρη-
κα, και άκουσα αμέσως και την άμεση ανταπόκριση «προ-
χώρα και εμείς είμαστε εδώ». Στα λόγια είμαστε καλοί,
γιατί στην πράξη:

- 1) δεν υπάρχει νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό,
- 2) υλικά αγοράζουμε τα χειρότερα,
- 3) τα μηχανήματα εκκρεμούν από 5ετίας,
- 4) μας επιβάλλουν να αγοράσουμε ότι χειρότερο μηχά-
νημα υπάρχει,
- 5) περιορίζεται ο αριθμός των ιατρών (ιατρομαχικά) μέ-
χρι να εξαντληθούν τελείως οι εναπομείναντες,
- 6) κόβονται τα νόμιμα χρήματα των απογευματινών ια-
τρών,
- 7) απαξιώνονται τα θεσμικά όργανα.

Προχώρα λοιπόν, εμείς είμαστε εδώ. Ναι το ξέρουμε
για εσάς, για εμάς δεν ξέρουμε πόσο θα είμαστε ακόμη.

Αγαπητοί φίλοι, αγαπητοί συνάδελφοι,

Τα χρόνια δημιουργίας περνάν γρήγορα και είναι σχε-
τικά λίγα, όμως δείχνουν την ζωντανία μας, μας κάνουν να
αισθανόμαστε ζωντανοί ώστε όταν θα έρθει η κρίσιμη ώ-
ρα μας θα περάσουμε από το στάδιο του ζωντανού στο
στάδιο του πεθαμένου, γεγονός που θα γίνει αντιληπτό
και στους γύρω μας. Πολλοί προτιμούν να μην περάσουν
από το στάδιο του ζωντανού, δικαίωμα τους και σεβαστή
η επιθυμία τους. Δεν δικαιούται κανείς να μη τους σέβε-
ται, δεν δικαιούται κανείς να αγνοεί την επιθυμία τους,
δεν δικαιούται κανείς να τους λοιδορεί.

Αντίθετα αυτοί που είναι κατάπτυστοι είναι οι γνωστοί
δήθεν που ενώ είναι άχρωμοι αγοράζουν μερικά λουλού-
δια και τα σκορπίζουν γύρω τους. Όμως αυτό είναι το ψέ-
μα, ενώ είναι άχρωμοι χρησιμοποιούν τεχνικό φως (δε-
ξιώσεις, προβολή στα μέσα ενημέρωσης, βαρύγδουπες
εκφράσεις και διάφορα άλλα της κατηγορίας αέρα-
πατέρα) για να μας θαμπώσουν. Όμως αυτό δεν είναι φως, αλ-
λά μαύρο, κατάμαυρο, πνιγερό σκοτάδι, σκιές, μαύροι κύ-
κλοι στα μάτια.

Το ΕΣΥ αγαπητοί φίλοι έχει πνιγεί από τους δήθεν σε
όλα τα κλιμάκια της ιεραρχίας, που το εκμεταλλεύονται με
τρόπο προκλητικό μη αφήνοντας χώρο για να ανταπο-
κριθεί στην αποστολή του που είναι η εξυπηρέτηση του α-
πλού πολίτη.

Γι' αυτό φίλε συνάδελφε απομόνωσε τους δήθεν, α-
γνόησε τους, μη παίρνεις το δόλωμα που σου δίνουν, μην
απογοητεύεσαι αλλά δημιούργησε, γέμισε με αληθινά
χρώματα, με αληθινό φως, με αξιοσύνη, γίνε ο εαυτός
σου, «don't be careful».

Η Ιατρική Δεοντολογία στα χρόνια της Πληροφορικής



Γράφει ο Δρ Αθανάσιος
Καλαμπάκας, MD
Ιατρός Γαστρεντερολόγος,
Πρόεδρος Νοσοκομειακής
Επιτροπής ΓΝΠ

ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ είναι μια από τις υποχρεώσεις και τις αρχές της ιατρικής δεοντολογίας του ιατρικού επαγγέλματος από τα χρόνια του Ιπποκράτη. Στον όρκο του ο Ιπποκράτης λέει:

"Όσα ασκώντας το επάγγελμά μου θα δω ή θ' ακούσω-ας είναι και πέρα από το επάγγελμά μου, στην αναστροφή με τους ανθρώπους -που δεν πρέπει ποτέ στους έξω να κοινολογηθούν, θα τα σκεπάζω με την σιωπή μου: μυστικά θα τα θεωρώ, που κανείς δεν πρέπει γι' αυτά να μιλά".

Το ιατρικό απόρρητο έχει κατά καιρούς αλλάξει οπτική γωνία, είτε βλέποντάς το σαν ένα αναγκαίο κώδικα επαγγελματικής δεοντολογίας προκειμένου να είναι εξασφαλισμένη η εχεμύθεια από μέρος του γιατρού ώστε και ο ασθενής να εκμυστηρευθεί όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που είναι αναγκαίες για την άσκηση του επαγγέλματος είτε βλέποντάς το περισσότερο κοινωνικά σαν αναγνώριση των δικαιωμάτων του ασθενή πάντως δια μέσω των αιώνων διατηρήθηκε και είναι απαραίτητο για την άσκηση της ιατρικής, είναι απαιτητό από τον ασθενή και είναι αποδεκτό και σεβαστό από την υπόλοιπη κοινωνία.

Η εξέλιξη του ιατρικού απορρήτου έχει επίσης μεταβάλλει μορφή, αλλά όχι ουσία, ανάλογα με τις αλλαγές στην επαγγελματική σχέση του γιατρού με τον ασθενή. Παλιότερα η διαπροσωπική σχέση του οικογενειακού γιατρού με τον ασθενή στηρίζονταν στην προσωπική εχεμύθεια. Εξελικτικά η ανάπτυξη των ασφαλιστικών ταμείων και των νοσοκομείων, επέβαλε και την τήρηση οργανωμένων αρχείων, η τήρηση των οποίων ήταν πέρα από την ευθύνη του γιατρού. Η ανάπτυξη πολλών ειδικοτήτων επιβάλλει την φροντίδα του αρρώστου από πολλά πρόσωπα συγχρόνως και συνεπώς την ομαδική τήρηση του απορρήτου. Επίσης η ύπαρξη σχέσεων εργασίας όπως ιατρός εργασίας, στρατιωτικός γιατρός, ιατρός φυλακών, ιατροδικαστής και γιατρός σύμβουλος ασφαλιστικής εταιρείας έθεσε πολλά διλήμματα όσον αφορά την σχέση ιατρού ασθενή και ιατρού εργοδότη.

Τις τελευταίες δεκαετίες ζούμε μία εκπληκτική ανάπτυξη της πληροφορικής. Η εισαγωγή της πληροφορικής στην ιατρική πράξη είναι μια αναπόφευκτη εξέλιξη και αναγκαιότητα. Τα πλεονεκτήματα της εισαγωγής της πληροφορικής στην ιατρική είναι η ταχύτητα πρόσβασης στα ιατρικά δεδομένα, ο μηδενικός όγκος των αρχείων, η δυνατότητα μαζικής επεξεργασίας και η δυνατότητα επικοινωνίας και ανταλλαγής πληροφοριών. Μειονεκτήματα της εισαγωγής της πληροφορικής είναι ότι εύκολα οποιοσδήποτε μπορεί να έχει πρόσβαση στις αποθηκευμένες ιατρικές πληροφορίες είτε τοπικά στον χώρο που φυλάσσονται είτε εξ' αποστάσεως μέσω διασύνδεσης των υπολογιστών. Τα μειονεκτήματα αυτά της μειωμένης ασφάλειας φύλαξης του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλλου έναντι του χειρογράφου φακέλλου, του οποίου η φύλαξη ήταν πιο απτή, θέτουν τον γιατρό σε δίλημμα του κατά πόσο μπορεί να τηρήσει την επαγγελματική του δεοντολογική υποχρέωση και του κατά πόσο ξεφεύγει ο έλεγχος σε άλλους επιστήμονες που δεν είναι γιατροί και συνεπώς δεν εμπνέονται από το ιατρικό απόρρητο.

Αντισταθμιστικά προς τις παραπάνω αδυναμίες διαρροής δεδομένων μέσω της εισαγωγής της πληροφορικής, πέραν των κανόνων της Ιατρικής δεοντολογίας, έχουν θεσπισθεί νόμοι για την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Η προστασία των προσωπικών δεδομένων σε δίκτυα πληροφορικής είναι πλέον νόμος του ελληνικού κράτους (2497/97), όπως και η οδηγία 95/46/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου.

Ορίζονται λοιπόν (στον νόμο 2497/97) ως **δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα** κάθε πληροφορία που αναφέρεται στο υποκείμενο των δεδομένων. Δεν λογίζονται ως δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα στατιστικής φύσεως συγκεντρωτικά στοιχεία, από τα οποία δεν μπορούν πλέον να προσδιορισθούν τα υποκείμενα των δεδομένων.

Ευαίσθητα δεδομένα είναι τα δεδομένα που αφορούν: τη φυλετική ή εθνική προέλευση, τα πολιτικά





φρονήματα, τις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις, τη συμμετοχή σε σωματείο και συνδικαλιστική οργάνωση, την υγεία, την κοινωνική πρόνοια, την ερωτική ζωή, καθώς και τα σχετικά με ποινικές διώξεις ή καταδίκες.

Αρχείο δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα είναι το σύνολο των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, τα οποία αποτελούν ή μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας και τα οποία τηρούνται είτε από το Δημόσιο ή από νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, ή ιδιωτικού δικαίου ή ένωση προσώπων ή φυσικό πρόσωπο

Επεξεργασία δεδομένων είναι κάθε εργασία ή σειρά εργασιών που πραγματοποιείται, με ή χωρίς τη βοήθεια αυτοματοποιημένων μεθόδων και εφαρμόζονται σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, όπως η συλλογή, η καταχώριση, η οργάνωση, η διατήρηση ή αποθήκευση, η τροποποίηση, η εξαγωγή, η χρήση, η διαβίβαση, η διάδοση ή κάθε άλλης μορφής διάθεση, η συσχέτιση ή ο συνδυασμός, η διασύνδεση, η δέσμευση (κλείδωμα), η διαγραφή, η καταστροφή.

Για την τήρηση των αρχείων και την επεξεργασία τους υπάρχει ο υπεύθυνος επεξεργασίας και αυτός είναι οποιοσδήποτε καθορίζει τον σκοπό και τον τρόπο επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, όπως φυσικό ή νομικό πρόσωπο, δημόσια αρχή ή υπηρεσία ή οποιοσδήποτε άλλος οργανισμός.

Τα ευαίσθητα ιατρικά δεδομένα είναι σε διαρκή κίνδυνο διαρροής είτε λόγω τυχαίας πρόσβασης στον ατομικό φάκελο του ασθενή ή λόγω κακόβουλης πρόσβασης με κίνητρο παροχής πληροφοριών σε ασφαλιστικές εταιρείες, εργοδότες, ΜΜΕ, κ.α. είτε λόγω μαζικής μαζικής διαρροής δεδομένων για λόγους προώθησης προϊόντων, έρευνας ή διοίκησης.

Σύμφωνα με τους παραπάνω νόμους ο ασθενής έχει δικαίωμα στην ενημέρωση για το αρχείο που τη-

ρείται για την τήρηση του οποίου και την οποιαδήποτε επεξεργασία απαιτείται η συγκατάθεσή του. Επίσης διατηρεί το δικαίωμα της πρόσβασης στα δεδομένα που τον αφορούν και το δικαίωμα της αντίρρησης στην τήρηση του αρχείου. Ομοίως έχει το δικαίωμα της προσωρινής δικαστικής προστασίας.

Ως συγκατάθεση κάθε ελεύθερη, ρητή και ειδική δήλωση βουλήσεως, που εκφράζεται με τρόπο σαφή, και εν πλήρη επιγνώσει, και με την οποία, το υποκείμενο των δεδομένων, αφού προηγουμένως ενημερωθεί, δέχεται να αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που το αφορούν. Η ενημέρωση αυτή περιλαμβάνει πληροφόρηση του σκοπού της επεξεργασίας, τις κατηγορίες δεδομένων που αφορά η επεξεργασία και τους αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων. Η συγκατάθεση μπορεί να ανακληθεί οποτεδήποτε, χωρίς αναδρομικό αποτέλεσμα.

Η επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων επιτρέπεται εάν αφορά θέματα υγείας και εκτελείται από πρόσωπο που ασχολείται κατ'επάγγελμα με την παροχή υπηρεσιών υγείας και υπόκειται σε καθήκον εχεμύθειας ή σε συναφείς κώδικες δεοντολογίας ή εάν πραγματοποιείται για ερευνητικούς και επιστημονικούς σκοπούς και υπό τον όρο ότι τηρείται η ανωνυμία και λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία των δικαιωμάτων των προσώπων στα οποία αναφέρονται. Και εφ'όσον ο ασθενής έδωσε τη γραπτή συγκατάθεσή.

Ο γιατρός ως υπεύθυνος επεξεργασίας ιατρικών δεδομένων μπορεί να είναι ιδιώτης, να εργάζεται σε πολυιατρείο ασφαλιστικού φορέα, να είναι ιατρός νοσοκομείου, να συμμετέχει ως ερευνητής σε ερευνητικό πρόγραμμα (μόνος ή κύριος) και να συμμετέχει ως ερευνητής σε ερευνητικό πρόγραμμα ως μέλος πολυκεντρικής μελέτης ή μελέτης που καθοδηγείται από φαρμακευτική εταιρεία. Ανάλογα με την περίπτωση η διαδι-

κασία και η ευθύνη τήρησης του απορρήτου είναι διαφορετική. Ως ιδιώτης ιατρός δεν απαιτείται άδεια τήρησης αρχείου (ν. 2819/2000) διότι καλύπτεται από το ιατρικό απόρρητο. Έχει βέβαια την ευθύνη προστασίας του αρχείου από διάρρηξη ή ανεπιθύμητη πρόσβαση. Επίσης απαιτείται να τηρούνται τα απαραίτητα μέτρα προστασίας υποκλοπής δεδομένων εάν χρησιμοποιεί το διαδίκτυο ή άλλες εφαρμογές τηλεϊατρικής.

Ο γιατρός που εργάζεται σε νοσοκομείο ή σε πολυιατρείο ασφαλιστικού φορέα, όπου λειτουργεί σύστημα ολοκληρωμένης διαχείρισης πληροφοριών (Enterprise Resource Planning, ERP) είναι μέρος ενός ευρύτερου δικτύου όπου ισχύουν κανόνες διαχείρισης και ασφάλειας τους οποίους πρέπει να τηρεί. Το σύστημα αυτό το διαχειρίζεται η υπηρεσία Πληροφορικής η οποία είναι υπεύθυνη για την ασφάλεια του δικτύου και των πληροφοριών. Τα προσωπικά δεδομένα για την υγεία του ασθενή υπάγονται στα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα του ν. 2497/97 και συνεπώς προστατεύονται. Το Ιατρικό σώμα, πέραν από την προσωπική συμμόρφωση στους κανόνες ασφαλείας του δικτύου πρέπει να έχει άποψη στους κανόνες ασφαλείας του δικτύου ώστε να διασφαλίζει δεοντολογικά τον ασθενή

Συνήθως ο διαχειριστής του δικτύου ελέγχει την πρόσβαση του κάθε χρήστη στο δίκτυο με την χορήγηση μοναδικού ονόματος στον χρήστη (login) και κωδικού πρόσβασης (password). Τα δικαιώματα πρόσβασης του κάθε χρήστη είναι περιορισμένα βάσει κανόνων χορήγησης δικαιωμάτων (authorization). Τέλος, για λόγους ασφαλείας, η υπηρεσία πληροφορικής παρακολουθεί όλες τις δραστηριότητες και τηρεί ηλεκτρονικό αρχείο δραστηριοτήτων.

Προκειμένου να διασφαλισθεί το ιατρικό απόρρητο πρέπει να ισχύουν κανόνες στην χορήγηση δικαιωμάτων πρόσβασης όπως:

- Κανένας δεν πρέπει να μπορεί να βλέπει πληροφορίες που δεν χρειάζεται ή που δεν τον αφορούν
- Θα πρέπει να υπάρχει οριζόντια κατανομή δικαιωμάτων ανάλογα με τον βαθμό και τον ρόλο
- Θα πρέπει να υπάρχει κάθετη κατανομή δικαιωμάτων κατά νοσηλευτική μονάδα, όπου πρόσβαση έχουν στα δεδομένα του ασθενή όσοι ασχολούνται με τον ασθενή (κλινική, ιατρείο, παραπομπή)
- Το διοικητικό προσωπικό πρέπει να έχει πρόσβαση μόνο στις διοικητικού τύπου πληροφορίες χωρίς να μπορεί να βλέπει ιατρικά δεδομένα
- Η υπηρεσία πληροφορικής αναπόφευκτα έχει πρόσβαση σε όλα τα δεδομένα ανάλογα με τα καθήκοντά τους.

Πέρα από την καθημερινή διαχείριση του αρχείου με επεξεργασία των ατομικών πληροφοριών, η πλη-

ροφορική δίνει την δυνατότητα εξαγωγής επεξεργασμένων συγκεντρωτικών πινάκων για λόγους διοικητικούς ή ερευνητικούς. Μέσω όμως αυτής της διαδικασίας μπορεί να γίνει μαζική διαρροή δεδομένων. Μέσα στο πνεύμα λοιπόν της προστασίας του ιατρικού απορρήτου στατιστικοί πίνακες που εξάγονται για διοικητικούς λόγους δεν πρέπει να συνδυάζουν συγχρόνως διαγνώσεις και στοιχεία ταυτότητας, δηλαδή να εξάγονται μη ταυτοποιήσιμα δεδομένα. Οι γιατροί μπορούν να εξάγουν στατιστικές μόνον των ασθενών που χειρίστηκαν προσωπικά. Όλες οι άλλες στατιστικές που εξάγονται για ερευνητικούς λόγους πρέπει να είναι μετά από έγκριση του συμβουλίου ηθικής και δεοντολογίας.

Πιστεύοντας ότι το ιατρικό σώμα πρέπει να διατηρήσει τον έλεγχο επί του ιατρικού απορρήτου, θα πρέπει να λειτουργεί στα ιδρύματα, όπου η διαχείριση των ιατρικών δεδομένων γίνεται μέσω μηχανογράφησης, επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας στην οποία μπορούν να συμμετέχουν και μη ιατροί όπως νοσηλεύτριες, διοικητικοί, πληροφορικοί. Αυτή η οποία επιτροπή θα καθορίζει του κανόνες χορήγησης δικαιωμάτων πρόσβασης (authorisation), θα προεγκρίνει την εξαγωγή στατιστικών δεδομένων σύμφωνα με τα πρωτόκολλα ερευνών και θα επιβλέπει την ασφάλεια εν γένει του δικτύου.

Ειδικό πρόβλημα στην προστασία του ιατρικού απορρήτου προκύπτει και με τις πολυκεντρικές μελέτες, όπου ευαίσθητα ιατρικά δεδομένα πρέπει να διαβιβασθούν προς τρίτες χώρες. Δεν υπάρχει πρόβλημα στην διαβίβαση ανώνυμων δεδομένων ή κατάλληλα κωδικοποιημένων, όπου οι κώδικες είναι στην διάθεση του ντόπιου ερευνητή και μόνο. Επίσης λύση στο πρόβλημα είναι η συγκατάθεση του ασθενή. Είναι αυτονόητο ότι σ' αυτό το ειδικό και σημαντικό πρόβλημα απαιτείται έλεγχος με ιδιαίτερη προσοχή του πρωτοκόλλου από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας. Επιπλέον εάν διαβιβασθούν ταυτοποιήσιμα προσωπικά δεδομένα αυτό πρέπει να γίνεται μόνο προς χώρες όπου ισχύει ανάλογη νομοθεσία προστασίας των προσωπικών δεδομένων.

Παρ' όλο που φαίνεται από τα παραπάνω ότι οι κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας μαζί με την νομοθεσία προστασίας των προσωπικών δεδομένων είναι επαρκή για την αποτελεσματική προστασία του ιατρικού απορρήτου σε ολοκληρωμένα συστήματα πληροφορικής έχει κριθεί απαραίτητο σε αρκετές χώρες να ψηφισθούν ειδικοί νόμοι που να διευκρινίζουν τις λεπτομέρειες και υποχρεώσεις κάθε εμπλεκόμενου μέρους. Ίσως θα ήταν απαραίτητο και στην χώρα μας να υπάρξει τέτοιος νόμος, μιάς και τα ιδρύματα με ERP είναι ελάχιστα, ώστε στην επερχόμενη μηχανοοργάνωση των νοσοκομείων αυτά να οργανωθούν σωστά.

«Σύγχρονες Θεραπευτικές Προτάσεις σε Δερματικά και Αφροδίσια Νοσήματα»

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ Β' ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΩΝ ΑΠΘ ΤΟΥ ΓΝΠ



Γράφει ο **Δημήτριος Σωτηριάδης**,
Καθηγητής-Διευθυντής Β' Κλινι-
κής Δερματικών και Αφροδισίων
Νόσων ΑΠΘ του ΓΝΠ



Άγγελος Τεκνετζής

ΟΣΟ ΚΟΙΝΟΤΟΠΟ ΚΑΙ ΤΕΤΡΙΜΜΕΝΟ κι αν ακούγεται, τόσο συγκλονιστικά αληθινό είναι: «πως πέρασε ένας χρόνος» Κι όμως πέρασε! Είναι ήδη ένας χρόνος από την ημέρα που ο Άγγελος έφυγε, τελείως ανεπάντεχα, από κοντά μας. Ήταν η δεύτερη απώλεια μέσα σε λίγο καιρό που είχε η μικρή μας οικογένεια, η οικογένεια των «Αφροδισίων» όπως εξακολουθεί να ονομάζει το Νοσοκομείο η κοινωνία της Θεσσαλονίκης. Δεύτερη μετά τη Φωφώ Μπούτλη.

Η ψυχή μας πόνεσε. Από το μυαλό μας πέρασαν στιγμές που ζήσαμε με τον Άγγελο στη δουλειά, στις συγκεντρώσεις, στα ταξίδια-στιγμές όμορφες. Όχι πως στη διαδρομή τόσων ετών δεν υπήρξαν διαφωνίες ή πίκρες. Αλήθεια, ποια οικογένεια δεν έχει και τις δύσκολες στιγμές της; Αυτές όμως είναι σταγόνες σε μια θάλασσα συνεργασίας με ειλικρίνεια, κέφι, ζεστασιά, πειράγματα. Ο Άγγελος ήταν γεμάτος δράση και χιούμορ. Έτσι τον θυμόμαστε, έτσι θα μείνει μέσα μας. Γι αυτό και, όποιο δάκρυ συγκίνησης θολώνει τα μάτια μας, θα το σκουπίσουμε βιαστικά και θα χαμογελάσουμε, ελπίζοντας ότι θα νοιώθει καλύτερα βλέποντάς μας όλους μαζί να τον χαιρετάμε. Η Ημερίδα αυτή γίνεται για να ενώσουμε τις προσευχές μας και τη σκέψη μας άλλη μια φορά-και όχι τελευταία- για το δάσκαλο και φίλο.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ για την τόσο πρόθυμη αποδοχή της πρόσκλησής μας. Το αυθόρμητο και άμεσο «ναι» που άκουγα σε κάθε πρόσκληση ή συμμετοχή από όλους εσάς ήταν η μεγαλύτερη απόδειξη αγάπης για τον Καθηγητή Άγγελο Τεκνετζή. Η Β' Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων του ΑΠΘ τιμά τον πρώτο διευθυντή της και σας καλωσορίζει στο χώρο της, το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου.



Σάββατο
31 Μαΐου
2008

ΗΜΕΡΙΔΑ
στη μνήμη του
Καθηγητή Άγγελου Τεκνετζή

«Σύγχρονες Θεραπευτικές Προτάσεις
σε Δερματικά και Αφροδίσια Νοσήματα»

Διοργάνωση: Β' Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Υπό την Αιγίδα: Ελληνικής Δερματολογικής και
Αφροδισιολογικής Εταιρείας

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
Περιφερειακή Οδός - Νέα Ευκαρπία - Θεσσαλονίκη

Από τη Σύνταξη
Σκέψεις, σχόλια...
Με το μάτι ενός γιατρού

(Πηγή: Εφημερίδα ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

Ποιος έκληψε την αισιοδοξία και το γέλιο μας;



Γράφει ο καθηγητής
Γεώργιος Καπετάνος,
Διευθυντής Γ' Ορθοπαιδικής
Κλινικής ΑΠΘ
του Γ. Νοσοκομείου
Παπαγεωργίου

ΣΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΚΘΕΣΗ για τον δείκτη διαφθοράς (2007) η Ελλάδα κατατάσσεται 56η ανάμεσα σε 179 χώρες, με βαθμολογία κάτω από τη βάση (4,6 στα 10), ξεπερνώντας μόνο την Πολωνία, τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Δυτικής Ευρώπης.

Είναι να μη θλίβεσαι; Να μη ντρέπεσαι; Γιατί; Ποιος φταίει; Δεν γεννηθήκαμε έτσι. Φτιαχτήκαμε, εθιστήκαμε μέρα με τη μέρα μεγαλώνοντας, προσπαθώντας να σταθούμε στα πόδια μας. Κι ύστερα, έχοντας «μπολιαστεί» από τη «διαφθορά» σε όλες της τις μορφές και διαβαθμίσεις, είναι εύκολο να έχεις επιδόσεις στη διαφθορά. Κόντρα σε ένα κράτος-σύστημα, διαφθορέα, κόντρα στον εαυτό σου, που διδάχτηκε και αφομοίωσε τις απαξίες στη ζωή. Στο κράτος-σύστημα, που προσπαθεί να σε δυσκολέψει, να σε μειώσει, να σε γελάσει, να σε κλέψει με κάθε ευκαιρία, με τους ιθύνοντες και αρμοδίους να χασκογελούν κουτοπόνηρα και να απαντούν με ξύλινο, κενό λόγο. Με τους καταφερτζήδες, τους πάσης φύσεως ημετέρους, συνήθως ανεπάγγελτους, αμόρφωτους και ανεπαρκείς, να καμαρώνουν πως τα «βολέψανε».

Διαφθορά είναι η κατάχρηση εξουσίας για ίδιον όφελος και έχει δύο πλευρές: αυτόν που δίνει κι αυτόν που παίρνει. Και οι περισσότεροι των Ελλήνων ομολογούμε ότι έχουμε εμπλακεί στη μια ή στην άλλη διαδικασία. Η πρόεδρος της Διεθνούς Διαφάνειας, σε συνέντευξη της σε ελληνική εφημερίδα (13.01.08), αναφέρει ότι «σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας, σε παγκόσμιο επίπεδο πληρώνονται σε «μίζες» περισσότερα από 1 τρις δολάρια, όταν το σύνολο της παγκόσμιας οικονομίας είναι 30 τρις δολάρια!».

Στην Ελλάδα, τα πολιτικά κόμματα, η εφορία και οι λοιπές δημόσιες υπηρεσίες, τα μέσα ενημέρωσης, η δικαιοσύνη και οι ιατρικές υπηρεσίες βρίσκονται στην κορυφή της λίστας των θεσμών που θεωρούνται από το κοινό ως πιο ευάλωτοι στη διαφθορά. Και έτσι ασφαλώς είναι.

Θλίβομαι βαθύτατα για τον τελευταίο εξ αυτών, την υγεία. Και θλίβομαι, όπως ασφαλώς και όλοι οι συνάδελφοί μου, όταν μιλάνε για «φακελάκια» (ευτυχώς όχι φακέλους...), χωρίς κάποιον να μιλά (και, συνεπακόλουθα, χωρίς ο κόσμος να γνωρίζει) για τις στρατιές και τους αγώνες των γιατρών μας να βρουν μια θέση για ένα μισθό πείνας, για το ότι στα νοσοκομεία μας εργάζεται μέρα-νύχτα μεγάλο ποσοστό άμισθων γιατρών (παρ' όλες τις τεράστιες ελλείψεις), για το ότι οι πανεπιστημιακοί γιατροί, που περνούν πάνω από τη μισή ζωή τους στα νοσοκομεία, δεν αμείβονται καθόλου από αυτά τα νοσοκομεία, καθώς εργάζονται και χειρουργούν παντελώς αμισθί, για το ότι οι γιατροί του ΙΚΑ παίρνουν 1.000(!) ευρώ, για το ότι οι μισθοί των συναδέλφων μου στις χώρες της Ε.Ε. είναι από 5 έως 10 φορές μεγαλύτεροι από τον δικό μου, το ίδιο και οι αμοιβές της ιδιωτικής ιατρικής.

Για όλα αυτά, όμως, σε ένα άλλο σημείωμα...

ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Τι είναι η αθηροσκλήρωση

Αθηροσκλήρωση ή αθηρωμάτωση είναι μία πάθηση του τοιχώματος των αρτηριών, η οποία συνήθως οδηγεί σε σοβαρές κλινικές καταστάσεις, όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, τα ανευρύσματα της αορτής και οι περιφερικές αρτηριοπάθειες. Χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη μιας βλάβης στο τοίχωμα των αγγείων και συγκεκριμένα στο διάστημα μεταξύ του έσω και μέσου χιτώνα. Η βλάβη αυτή συνίσταται στη δημιουργία και τη μεγέθυνση αθηρωματικής πλάκας που στενεύει τον αυλό των αγγείων. Η στένωση του αυλού δυσχεραίνει τη ροή του αίματος και την αιμάτωση των ιστών που αρδεύονται από το συγκεκριμένο αγγείο και έτσι οδηγεί σε μία κατάσταση που λέγεται ισχαιμία των ιστών.

Ποια είναι τα συμπτώματα της αθηροσκλήρωσης

Στα αρχικά στάδια η αθηροσκλήρωση δεν έχει έκδηλα συμπτώματα και συνήθως παραμένει απαρατήρητη. Όταν όμως η αθηρωματική πλάκα μεγαλώσει αρκετά και αρχίσει να προκαλεί ισχαιμία, εμφανίζονται τα συμπτώματα που είναι πόνος και διαταραχή του οργάνου που ισχαιμεί.

- Όταν ισχαιμεί η καρδιά εμφανίζεται η στεφανιαία νόσος προκαλώντας στηθάγχη ή ακόμα και έμφραγμα
- Όταν ισχαιμεί ο εγκέφαλος τα συμπτώματα ξεκινούν από ζάλη, δυσαρθρίες, κινητικές ή αισθητικές διαταραχές μπορεί να φθάσουν ως ο κώμα ή τον θάνατο.
- Όταν ισχαιμούν τα άκρα εμφανίζεται διαλείπουσα χωλότητα, πόνος του μέλους ή γάγγραινα.

Τα συμπτώματα αυτά μπορεί στην αρχή να είναι ήπια και να εμφανίζονται κυρίως όταν καταβάλλουμε προσπάθεια, όταν οι ανάγκες των ιστών σε οξυγόνο αυξάνονται (π.χ. στηθάγχη στο γρήγορο περπάτημα, κεφαλαλγία και ζάλη στην πνευματική εργασία) μπορεί όμως να εμφανισθούν και ξαφνικά και να κορυφωθούν σε μεγάλη ένταση, όπως στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, στο αγ-

γειακό εγκεφαλικό ή στη ρήξη ανευρύσματος της αορτής. Μερικές φορές μπορεί πρώτη και μοναδική εκδήλωση της αθηρωμάτωσης να είναι ο αιφνίδιος θάνατος.

Σε ποιες ηλικίες εμφανίζεται η αθηροσκλήρωση

Οι λιπώδεις γραμμώσεις που είναι το αρχικό στάδιο των αθηρωματικών πλακών παρατηρούνται σε πολύ μικρή ηλικία, ακόμη και σε μωρά. Τις περισσότερες φορές οι βλάβες αυτές υποχωρούν, άλλες φορές όμως εξελίσσονται και γίνονται τυπικές αθηροσκληρωτικές πλάκες με λιπώδη πυρήνα και ινώδη κάψα. Σε νεκροτομές που έγιναν σε Αμερικανούς στρατιώτες στην Κορέα και στο Βιετνάμ διαπιστώθηκαν τυπικές αθηρωματικές πλάκες σε άτομα 20-25 ετών. Το ίδιο παρατηρείται και σε νεαρά άτομα που χάνουν τη ζωή τους σε τροχαία ατυχήματα. Οι κλινικές εκδηλώσεις της αθηρωμάτωσης αρχίζουν μετά την 4η ή την 5η δεκαετία της ζωής και όσο μεγαλώνει η ηλικία τόσο πιο συχνά παρατηρούνται. Στις γυναίκες η εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου (έμφραγμα, στηθάγχη), εμφανίζεται περίπου μία δεκαετία αργότερα από τους άνδρες.

Ποιοι παράγοντες οδηγούν στην εμφάνιση της αθηροσκλήρωσης

Η ακριβής αιτιολογία της αθηροσκλήρωσης δεν είναι απόλυτα γνωστή. Άλλωστε φαίνεται πως δεν υπάρχει μία και μοναδική αιτία. Με, επιδημιολογικές, κλινικές, γενετικές και πειραματικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι στη δημιουργία και εκδήλωση της αθηροσκλήρωσης παίζουν ρόλο γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί που σχετίζονται αιτιολογικά με την εμφάνιση της αθηρωμάτωσης και των καρδιαγγειακών νοσημάτων, λέγονται «παράγοντες κινδύνου».

Οι σπουδαιότεροι παράγοντες κινδύνου που μπορεί να τροποποιηθούν και έτσι να καταπολεμηθεί η στεφανιαία νόσος είναι:

Η Υπέρταση. Η παρουσία της αυξάνει το έργο της καρδιάς, με αποτέλεσμα το πάχος των τοιχωμάτων να γίνεται μεγαλύτερο και ο μυς της καρδιάς να σκληραίνει. Επίσης μεγιστοποιεί τον κίνδυνο εμφράγματος, εγκεφαλικού επεισοδίου, νεφρικής και καρδιακής ανεπάρκειας. Όταν η υπέρταση συνυπάρχει μαζί με άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως την παχυσαρκία, το κάπνισμα, τις υψηλές τιμές χοληστερίνης και τον διαβήτη, ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου ή εγκεφαλικού αυξάνεται σημαντικά.

Η υπερλιπιδαιμία. Όσο αυξάνεται η τιμή της χοληστερίνης τόσο μεγαλώνει και ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων. Και εδώ η συνύπαρξη και άλλων επιβαρυντικών για την υγεία παραγόντων αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο.

Το κάπνισμα. Οι καπνιστές έχουν 2-4 φορές υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακού επεισοδίου από τους μη καπνιστές. Το κάπνισμα είναι σημαντικός και ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για καρδιακό θάνατο ατόμων με στεφανιαία νόσο ενώ διπλασιάζει τον κίνδυνο σε σχέση με τους μη καπνιστές. Το κάπνισμα πίπας και πούρου επιβαρύνει την υγεία αλλά ο κίνδυνος που επιφέρει είναι σχετικά μικρότερος από το κάπνισμα τσιγάρου.

Ο σακχαρώδης διαβήτης. Η παρουσία του αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου ακόμη και στην περίπτωση διαβητικών που ελέγχουν αποτελεσματικά το σάκχαρό τους. Ο κίνδυνος όμως αυτός είναι μικρότερος ως προς αυτόν που αντιμετωπίζουν όσοι δεν το ελέγχουν. Το 70% των ασθενών με διαβήτη θα πεθάνει από κάποιο καρδιαγγειακό επεισόδιο. Γι' αυτό αν πάσχετε από διαβήτη θα πρέπει να δώσετε πολύ μεγάλη σημασία σε όλους τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου.

Η παχυσαρκία. Οι παχύσαρκοι και κυρίως αυτοί με εναπόθεση λίπους στην περιοχή της κοιλιάς παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και εγκεφαλικού επεισοδίου ακόμη και επί απουσίας άλλων επιβαρυντικών παραγόντων.

Η έλλειψη άσκησης. Η καθημερινή άσκηση βοηθά σημαντικά στην πρόληψη των καρδιαγγειακών επεισοδίων. Όσο περισσότερο ασκείστε τόσο μεγαλύτερη ωφέλεια αποκομίζετε. Η άσκηση συμβάλλει σημαντικά στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας, στη μείωση της αρτηριακής πίεσης, στον έλεγχο της χοληστερίνης και του σακχάρου του αίματος.

Το στρες. Ορισμένοι ερευνητές έχουν παρατηρήσει μία σχέση μεταξύ στεφανιαίας νόσου, στρες, κοινωνικής κατάστασης, και προσωπικότητας του ατόμου. Η παρουσία του στρες ενισχύει την αρνητική δράση των άλλων παραγόντων κινδύνου.

Το αλκοόλ. Η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ αυξάνει την πίεση και την παχυσαρκία, ενώ συνδέεται στενά με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου και των εγκεφαλικών επεισοδίων. Φαίνεται ότι η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ έχει ευεργετική δράση στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου.

Εκτός από τους παράγοντες κινδύνου που μπορούμε να τροποποιήσουμε, δυστυχώς υπάρχουν και κάποιοι άλλοι στους οποίους δεν μπορούμε να επεμβούμε. Οι παράγοντες αυτοί λέγονται **μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου** και είναι οι ακόλουθοι:



Η κληρονομικότητα. Τα παιδιά ανθρώπων που πάσχουν από στεφανιαία νόσο έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Συνήθως αντιμετωπίζουν και άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες. Γι' αυτό έχει πολύ μεγάλη σημασία να ελέγξουν το ταχύτερο δυνατόν τους άλλους παράγοντες κινδύνου και να αθλούνται σε καθημερινή βάση.

Η ηλικία. Ποσοστό άνω του 80% που θα πεθάνει από στεφανιαία νόσο, είναι μεγαλύτερο των 65 ετών. Σε αυτές τις ηλικίες οι γυναίκες πεθαίνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από καρδιακό επεισόδιο τις πρώτες εβδομάδες εκδήλωσης του συγκριτικά με τους άνδρες.

Το φύλο. Οι άνδρες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τις γυναίκες να παρουσιάσουν κάποιο καρδιακό επεισόδιο και αυτό εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία. Ακόμα και μετά την εμμηνόπαυση, όταν ο κίνδυνος για τις γυναίκες αυξάνει, πάντα είναι μικρότερος συγκριτικά με τον κίνδυνο που αντιμετωπίζουν οι άνδρες.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΩ...

...Την αθηροσκλήρωση με απλούς τρόπους

Μερικοί παράγοντες κινδύνου δεν είναι τροποποιήσιμοι, όπως το φύλο, η ηλικία και η κληρονομικότητα, άλλοι όμως μπορεί να καταπολεμηθούν ή και να εξαλειφθούν εντελώς. Οι κίνδυνοι που επιφέρει το κάπνισμα μπορεί να εξαλειφθούν εντελώς, οριστικά και ακίνδυνα, αν το άτομο αποφασίσει να το διακόψει και να επιμείνει σε αυτό.

Η αρτηριακή υπέρταση μπορεί να καταπολεμηθεί με περιορισμό του αλατος, απώλεια βάρους (εφόσον χρειάζεται), σωματική άσκηση και φάρμακα. Με τη λήψη κατάλληλων μέτρων μπορεί να αντιμετωπισθούν και οι υπόλοιποι τροποποιήσιμοι παράγοντες. Οι μη τροποποιήσιμοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στον υπολογισμό του κινδύνου και στην απόφαση για θεραπεία.

Σήμερα υπάρχουν αρκετές κλινικές μελέτες που απέδειξαν ότι με την ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, της μείωσης της LDL-χοληστερόλης, τη διακοπή του καπνίσματος, την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, την τροποποίηση της δίαιτας και την απώλεια βάρους, επιτυγχάνεται σημαντική μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας τόσο από στεφανιαία νόσο όσο και από αγγειακά εγκεφαλικά.

...Την αθηροσκλήρωση με εξέταση και παρακολούθηση

Όλοι οι άνθρωποι στην ηλικία των 20 ετών πρέπει να έχουν μετρήσει την αρτηριακή τους πίεση και τη χοληστερίνη τουλάχιστον μία φορά. Όσοι τις βρίσκουν μέσα στα φυσιολογικά όρια, αρκεί να τις ελέγξουν ανά πενταετία, εφόσον δεν αντιμετωπίζουν άλλους παράγοντες κινδύνου. Όσοι όμως έχουν κληρονομικό ιστορικό, είναι παχύσαρκοι ή δεν ασκούνται συχνά θα πρέπει να αρχίσουν να εξετάζονται από μικρότερη ηλικία και τακτικά. Όσοι βρεθούν να έχουν αυξημένη αρτηριακή πίεση ή χοληστερίνη θα πρέπει να ακολουθήσουν τις οδηγίες του γιατρού τους για τη συχνότητα των επισκέψεών τους αλλά και για τα μέτρα που πρέπει να λάβουν.



ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΠΟΤΕ

ΥΠΕΡΤΑΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Τι είναι η αρτηριακή πίεση

Αρτηριακή πίεση είναι η δύναμη με την οποία η καρδιά εξωθεί το αίμα προς τα αγγεία σε κάθε παλμό. Η αρτηριακή πίεση αποτελείται από τη συστολική (αντιστοιχεί στη συστολή της καρδιάς σε κάθε παλμό) και τη διαστολική (αντιστοιχεί στη χάλασση της καρδιάς ανάμεσα σε δύο παλμούς). Για παράδειγμα η μέτρησή της αναγράφεται ως 130/80mmHg.

Τι είναι υπέρταση

Ως υπέρταση, χαρακτηρίζεται η κατάσταση κατά την οποία η πίεση μέσα στα αγγεία είναι αυξημένη, με αποτέλεσμα η καρδιά να χρειάζεται να ασκήσει μεγαλύτερη πίεση για την εξώθηση του αίματος. Επειδή η υπέρταση είναι ασυμπτωματική για να διαγνωσθεί θα πρέπει να μετρηθεί.

Πως μετριέται η αρτηριακή πίεση

Πολύ συχνά η αρτηριακή πίεση μετριέται λανθασμένα. Οι οδηγίες για τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης θα πρέπει να ακολουθούνται με προσοχή προκειμένου να εξακριβώσουμε αν κάποιος έχει αρτηριακή πίεση ή όχι. Ο εξεταζόμενος θα πρέπει:

- Να είναι καθιστός τουλάχιστον για 5 λεπτά
- Να είναι χαλαρός, ήρεμος και σε ευχάριστο περιβάλλον
- Να μην έχει πει καφέ και καπνίσει την προηγούμενη μισή ώρα
- Να ακουμπά το χέρι του σε σταθερό σημείο

Συχνά θα χρειαστεί να πάρουμε 2 έως 3 μετρήσεις και την πρώτη φορά να μετρήσουμε την πίεση και στα δύο χέρια. Συνήθως πολλά άτομα μετρούν την πίεσή τους όταν δεν νοιώθουν καλά, όταν εκνευριστούν ή έχουν πονοκέφαλο, με συνέπεια η μέτρηση να μην ανταποκρίνεται στην πραγματική τους πίεση.

Ποιες είναι οι φυσιολογικές τιμές της αρτηριακής πίεσης;

Οι πρόσφατες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης αναφέρουν ότι οι φυσιολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης

- για άτομα χωρίς διαβήτη ή βλάβη στην καρδιά ή στον εγκέφαλο πρέπει να είναι μικρότερες από 140/90 mm/Hg
 - για άτομα με διαβήτη μικρότερες από 130/80 mm/Hg
- Τιμές μεγαλύτερες από τις παραπάνω δείχνουν ότι ο εξεταζόμενος έχει υπέρταση.

Επίσης μπορεί κάποιος να μετρήσει η πίεσή του και στο σπίτι ακολουθώντας τις οδηγίες μέτρησης που αναφέραμε. Για τη μέτρηση στο σπίτι ως φυσιολογικές τιμές θεωρούνται οι μικρότερες από 135/85 mm/Hg

Γιατί η υπέρταση θεωρείται τόσο επικίνδυνη

Σήμερα υπολογίζεται ότι στη χώρα μας το 25-30% του πληθυσμού παρουσιάζει υπέρταση. Η υπέρταση μπορεί να προκαλέσει βλάβες σε πολλά όργανα στο σώμα μας, όπως στην καρδιά, στον εγκέφαλο, στα νεφρά αλλά και στα αγγεία.

Η υπέρταση ευθύνεται για:

- το 67% των καρδιακών επεισοδίων
- το 77% των εγκεφαλικών επεισοδίων
- το 74% της καρδιακής ανεπάρκειας
- τη νεφρική ανεπάρκεια, καθώς αποτελεί τη δεύτερη αιτία της

Η υπέρταση:

- Είναι η συχνότερη αιτία επίσκεψης στον γιατρό
- Αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιδείνωσης της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας και της νόσου Alzheimer
- Δημιουργεί στις ΗΠΑ κόστος από τις επιπλοκές της που ξεπερνά τα 100 δις \$ ετησίως.

Τι προκαλεί την υπέρταση

Σε ποσοστό μεγαλύτερο από 90% δεν είναι δυνατόν να βρεθεί η αιτία της υπέρτασης, διότι οφείλεται σε πολλούς παράγοντες και αναφέρεται ως ιδιοπαθής υπέρταση. Η παρουσία υπέρτασης στους γονείς φαίνεται ότι παίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνισή της στα παιδιά. Αλλά και ο τρόπος ζωής παίζει σημαντικό ρόλο, αφού η μείωση της κατανάλωσης άλατος και αλκοόλ, ή άσκηση και η καταπολέμηση της παχυσαρκίας βοηθούν στη μείωση της αρτηριακής πίεσης.

Γενικά κινδυνεύουν να παρουσιάσουν υπέρταση:

- τα άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό
- οι έγκυες
- οι γυναίκες που κάνουν χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων
- οι παχύσαρκοι
- οι ηλικιωμένοι
- τα άτομα που δεν αθλούνται
- τα άτομα που κάνουν μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ
- τα άτομα που καταναλώνουν λιπαρές τροφές και πολύ αλάτι

- οι καπνιστές

Σε ποσοστό περίπου 5% η υπέρταση οφείλεται σε διάφορες ενδοκρινικές παθήσεις ή παθήσεις των νεφρών. Αν δημιουργηθεί στο γιατρό υποψία για την ύπαρξη αυτών των παθήσεων, κατά τη διάρκεια λήψης του ιστορικού, θα ζητήσει περαιτέρω εξετάσεις.

Ποιες είναι οι αρνητικές συνέπειες της αρτηριακής πίεσης

Η μακροχρόνια αύξηση της αρτηριακής πίεσης είναι επικίνδυνη επειδή προκαλεί βλάβες στην καρδιά, στον εγκέφαλο, στα μάτια, και στα νεφρά.

Πιο συγκεκριμένα η υπέρταση:

- αυξάνει το μέγεθος της καρδιάς, προκαλεί αθηροσκλήρυνση στα αγγεία, στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια.
- προκαλεί αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- επιφέρει νεφρική ανεπάρκεια
- δημιουργεί αλλοιώσεις στο βυθό του αμφιβληστροειδούς και αιμορραγίες στα μάτια

Πως μπορώ να καταλάβω αν έχω υπέρταση

Επειδή δεν υπάρχουν σαφή συμπτώματα υπέρτασης, θα πρέπει να μετριέται κατά διαστήματα η αρτηριακή πίεση, για να είναι δυνατή η έγκαιρη διάγνωσή της. Συχνά, πολλά άτομα μόλις αισθανθούν δυσφορία, πονοκέφαλο, ή κάποιο άλλο σύμπτωμα και υπό το κράτος πανικού, μετρούν την αρτηριακή τους πίεση και σαφώς τη βρίσκουν αυξημένη. Αυτή όμως είναι πίεση πανικού, δεν έχει σχέση με την υπέρταση και συνήθως δεν αποτελεί κίνδυνο για τον ασθενή.

Πως μπορεί να θεραπευτεί η υπέρταση

Αν και η υπέρταση μπορεί να θεραπευτεί είναι μικρό το ποσοστό των υπερτασικών που το έχουν καταφέρει με επιτυχία. Από τους 100 υπερτασικούς περίπου οι 50 βρίσκονται σε θεραπεία και από αυτούς το ποσοστό που έχει ρυθμίσει την πίεσή του σε φυσιολογικά επίπεδα κυμαίνεται από 8-25%.

Η συνεργασία του γιατρού και του ασθενούς είναι εξαιρετικά σημαντική για την αντιμετώπιση της κυριότερης αιτίας θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα. Συνήθως οι υπερτασικοί, έχουν υψηλή χοληστερίνη, είναι παχύσαρκοι και επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο τον οργανισμό τους εάν καπνίζουν. Για να γίνει αποτελεσματική αντιμετώπιση του κινδύνου, θα πρέπει να γίνει συνολική αντιμετώπιση όλων των προδιαθεσικών παραγόντων και όχι μεμονωμένα του ενός. Η θεραπεία της υπέρτασης έχει καταφέρει να εξαλείψει σχεδόν πλήρως τη νεφρική ανεπάρκεια που οφείλεται στην αρτηριακή υπέρταση και να μειώσει:

- Τα εγκεφαλικά επεισόδια σε ποσοστό περίπου 45%
- τα καρδιακά επεισόδια σε ποσοστό 25%
- την καρδιακή ανεπάρκεια κατά 50%

Αντιμετωπίζω...

...Την υπέρταση με απλούς τρόπους

Αντιμετωπίζω αποτελεσματικά την υπέρταση σημαίνει αλλάζω τρόπο ζωής δηλαδή:



- μειώνω την κατανάλωση του άλατος
- προσέχω το σωματικό μου βάρος
- ελαττώνω την κατανάλωση αλκοόλ
- ασκούμαι
- προσθέτω ποικιλία φρούτων και λαχανικών στη διατροφή μου

...την υπέρταση με φαρμακευτική αγωγή

Σε ορισμένες περιπτώσεις σοβαρής υπέρτασης, ή επί παρουσίας διαβήτη, ή βλάβης οργάνου μαζί με την αλλαγή του τρόπου ζωής θα πρέπει να χορηγηθεί και φαρμακευτική αγωγή.

Έχουμε στη διάθεσή μας 5 κύριες ομάδες φαρμάκων:

- διουρητικά
- αναστολείς των β-αδρενεργικών υποδοχέων
- ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου
- αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης
- ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης.

Εκτός από τις παραπάνω, υπάρχουν και άλλες ομάδες φαρμάκων, όχι όμως πρώτης επιλογής.

Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι:

- Ο υπερτασικός θα πρέπει να ακολουθεί ειδική θεραπεία για όλη του τη ζωή
- ποσοστό μεγαλύτερο από το 50% των υπερτασικών θα χρειασθεί περισσότερα από 2 φάρμακα για τη ρύθμιση της αρτηριακής του πίεσης.
- η αγωγή θα πρέπει να συνοδεύεται με την αλλαγή του τρόπου ζωής
- κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικός, αντιμετωπίζει διαφορετικούς παράγοντες κινδύνου ή παθήσεις και ως εκ τούτου η λήψη φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται πάντα με τη σύσταση του θεράποντος γιατρού.
- επειδή δεν είναι όλα τα πιεσόμετρα (για τη μέτρηση της πίεσης στο σπίτι) αξιόπιστα θα πρέπει πριν αγοράσουμε αυτόματο πιεσόμετρο να ελέγχουμε αν είναι πιστοποιημένο από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Υπέρτασης ή άλλο διεθνή οργανισμό.

Σε πολλά κρατικά νοσοκομεία λειτουργούν κέντρα αλλά και ιατρεία υπέρτασης, τα οποία επανδρώνονται από εξειδικευμένους γιατρούς που είναι στη διάθεσή σας για τη διάγνωση και θεραπεία της υπέρτασής σας.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη αντιυπερτασικών ιατρείων επικοινωνήστε με το πλησιέστερο νοσοκομείο της περιοχής σας.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την καταπολέμηση του HIV/AIDS 2008 - 2013

Στις αρχές του 21ου αιώνα, το AIDS παραμένει μία ανοικτή πληγή για την ανθρωπότητα. Μία πληγή που δοκιμάζει τα υγειονομικά συστήματα των κρατών, τη συνοχή των κοινωνιών και τον πολιτισμό των ανθρώπινων δικαιωμάτων.

Είναι ταυτόχρονα μία πρόκληση για τη χάραξη πολιτικής Δημόσιας Υγείας σε μία παγκόσμια εποχή που σηματοδοτείται από νέες πολιτικές αξίες, νέους τρόπους επικοινωνίας και από την καθοριστική σημασία των μεταναστευτικών ρευμάτων.

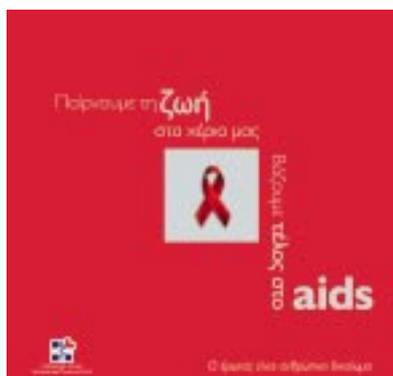
Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά του AIDS 2008 - 2013 αποτελεί την πρώτη ολοκληρωμένη παρέμβαση εκ μέρους της οργανωμένης ελληνικής πολιτείας για την καταπολέμηση του HIV/AIDS. Αποτελεί επίσης καθοριστικό σταθμό στην υγειονομική ιστορία της χώρας, γιατί για πρώτη φορά μπαίνουν στέρεες βάσεις για το σχεδιασμό και την υλοποίηση εθνικής και βιώσιμης πολιτικής, για ένα θέμα που αφορά στη Δημόσια Υγεία αλλά και στην προάσπιση των ανθρώπινων δικαιωμάτων.

Το Σχέδιο ανταποκρίνεται στις δεσμεύσεις που έχει αναλάβει η χώρα μας έναντι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της UNAIDS και εκφράζει με δημιουργικό τρόπο τη συνεργασία της πολιτείας, με την επιστημονική κοινότητα και την κοινωνία των πολιτών.

Ευρύτερη αποστολή του Σχεδίου Δράσης είναι η θεμελίωση σύγχρονων πολιτικών για την καταπολέμηση του AIDS, η δυναμική έμφαση στην πρόληψη, η καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού, η ανάπτυξη σύγχρονων εκπαιδευτικών πολιτικών και η ενίσχυση των θεραπευτικών δομών στη χώρα μας.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά του AIDS 2008 - 2013, είναι μία τομή για τον υγειονομικό πολιτισμό της πατρίδας μας. Μία παρέμβαση καθοριστικής πολιτικής και κοινωνικής σημασίας. Ένα στοχευμένο πρόγραμμα δράσεων που εξασφαλίζει ότι η Ελλάδα θα καταπολεμήσει τον ιό, υπερασπίζοντας ταυτόχρονα της αξίες της ανοικτής κοινωνίας και της Υγειονομικής Δημοκρατίας.

Δημήτρης Α. Αβραμόπουλος



Παίρνουμε τη ζωή στα χέρια μας. Βάζουμε τέλος στο AIDS.

Ο έρωτας είναι ανθρώπινο δικαίωμα

Στις 5 Ιουνίου 1981, αναφέρθηκε από το Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων των ΗΠΑ το πρώτο περιστατικό που αργότερα ονομάστηκε Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας ή AIDS. Σήμερα, 26 χρόνια μετά, 40.000.000 άνθρωποι ζουν μ' αυτό το νόσημα, 25.000.000 έχουν πεθάνει, 15.000.000 παιδιά έχουν μείνει ορφανά λόγω του ιού και η ανθρωπότητα ακόμη παλεύει να το ελέγξει.

Το AIDS δεν μεταδίδεται με μια αγκαλιά

Το AIDS μας αφορά όλους. Δεν κάνει διακρίσεις εθνικότητας, ηλικίας, φύλου, φύλης, επαγγέλματος, θρησκείας ή σεξουαλικής προτίμησης. Η διάκριση, η απόρριψη και ο αποκλεισμός των ανθρώπων μας που πάσχουν από AIDS, αποδυναμώνουν τους κοινωνικούς δεσμούς οι οποίοι στηρίζουν την κοινωνία. Το ορθοθετικό άτομο έχουν ανάγκη τη στήριξή μας, τη βοήθειά μας και την αλληλεγγύη μας. Άλλωστε, το AIDS δεν μεταδίδεται με μια αγκαλιά. Μόνο η αγάπη μεταδίδεται.

Τι σημαίνει «ορθοθετικό άτομο»;

Ορθοθετικό είναι το άτομο που έχει μολυνθεί από τον ιό (HIV) και μπορεί να μην έχει συμπτώματα. Μπορεί όμως πάντα να μεταδώσει τη μόλυνση.

Τι είναι και πώς δρα ο HIV;

Ο HIV, ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, επιτίθεται και προοδευτικά καταστρέφει το ανοσοποιητικό σύστημα. Ο HIV καταστρέφει μια κατηγορία κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος που λέγονται CD4 λεμφοκύτταρα. Όταν ο αριθμός των CD4 λεμφοκυττάρων μειωθεί σημαντικά, ο οργανισμός δεν μπορεί να καταπολεμήσει τις ασθένειες που μπορεί έτσι να αποβούν επικίνδυνες για τη ζωή. Έτσι εκδηλώνεται το AIDS.

Πού βρίσκεται ο HIV;

Ο HIV, ο ιός που προκαλεί το AIDS, βρίσκεται σε όλα τα βιολογικά υγρά του σώματος. Ωστόσο, δυναμικά ικανά να μολύνουν είναι: Το αίμα, Το σπέρμα και τα κοιλιακά υγρά, Το μητρικό γάλα. Ο ιός επιζεί έξω από τον ανθρώπινο οργανισμό για ελάχιστο χρονικό διάστημα.

Πώς μεταδίδεται ο HIV;

Τρόποι μετάδοσης

Με σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις, με οροθετικό άτομο.
Με τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος ή παραγώγων αίματος.
Από μητέρα που έχει μολυνθεί στο παιδί της, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή του θηλασμού.
Με τη χρήση από κοινού ακαθάρτων αντικειμένων (ξυραφάκια, βελόνες, σύριγγες κ.λπ.)

1) Μετάδοση με σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις

Ο HIV περιέχεται στο σπέρμα, στα προσπερματικά υγρά (δηλαδή τα υγρά που βγαίνουν πριν από την εκσπερμάτωση) και στα κοιλικά υγρά. Από τις σεξουαλικές πρακτικές, οι πιο επικίνδυνες είναι η παθητική κολπική και πρωκτική επαφή. Οι βλεννογόνοι του κόλπου και του πρωκτού είναι πολύ ευαίσθητοι, τραυματίζονται εύκολα και οι μικρές αμυγλές που δημιουργούνται επιτρέπουν την είσοδο του ιού. Η ύπαρξη άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων μπορεί να διευκολύνει ακόμη περισσότερο τη μετάδοση.

Το στοματικό σεξ, παρότι δεν αποτελεί σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, δεν είναι τελείως ασφαλές. Αποτελεί εξόχως εύκολο τρόπο μετάδοσης άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως η σύφιλη ή η βλεννόρροια, που η ύπαρξη τους μπορεί να διευκολύνει τη μετάδοση και του HIV. Το στοματικό σεξ γίνεται πιο επικίνδυνο εάν υπάρχουν πληγές ή ουλές και εκσπερμάτωση στο στόμα.

Η σωστή χρήση προφυλακτικού ελαστικοποιεί την πιθανότητα μετάδοσης του HIV με τη σεξουαλική επαφή.

2) Με την από κοινού χρήση ακαθάρτων αντικειμένων

Όταν χρησιμοποιείται σύριγγα, βελόνα ή και ξυραφάκι που έχει χρησιμοποιηθεί προηγουμένως από οροθετικό άτομο, η πιθανότητα μόλυνσης από τον HIV είναι μεγάλη. Για τα τατουάζ και το body piercing, να χρησιμοποιούνται πάντα καινούργια, αποστειρωμένα εργαλεία.

3) Μετάδοση από μητέρα με HIV λοίμωξη στο βρέφος (κάθετη μετάδοση)

Ο HIV μπορεί να μεταδοθεί από τη μητέρα στο παιδί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή του θηλασμού. Στις οροθετικές μητέρες χορηγείται θεραπεία, ώστε να προληφθεί η μετάδοση, ενώ για τον ίδιο λόγο επιλέγεται η καισαρική τομή ως τρόπος τοκετού και αποθαρρύνεται ο θηλασμός.

4) Μετάδοση με το αίμα

Για να μολυνθούμε με τον HIV πρέπει να έλθουμε σε επαφή με μολυσμένο αίμα. Κάτι τέτοιο είναι δυνατό να γίνει με αμυγλές ή πληγές του δέρματος και των βλεννογόνων. Υπάρχει επίσης η πιθανότητα μόλυνσης με τη μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος. Από το 1985 το αίμα -και τα παραγώγιά του που μεταγγίζονται- ελέγχεται τόσο για τον HIV όσο και για άλλα παθογόνα που μπορούν να μεταδοθούν με τη μετάγγιση. Η πιθανότητα μόλυνσης με τη μετάγγιση έχει πρακτικά ελαστικοποιηθεί.

Και αν το προφυλακτικό σπάσει;

Κάποιες φορές και για διάφορους λόγους, μπορεί να υπάρχει η ύπνωση έκθεσης στον HIV. Αν το προφυλακτικό σπάσει, είναι καλύτερα να επικοινωνήσετε με το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. στο τηλ. 210 52 12 054.

Έχετε τη δυνατότητα μέσα στις πρώτες 72 ώρες (όσο το δυνατόν πιο σύντομα) να απευθυνθείτε στα Τμήματα Επεγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων. Αφού συζητηθεί το είδος της επαφής και το πόσο επικίνδυνη ήταν, ο γιατρός μπορεί να σας συστήσει τη λήψη ανατροπικής αγωγής (θεραπείας για το AIDS) προκειμένου να προληφθεί η μόλυνση. Η χορήγηση αυτής της αγωγής είναι πολύπλοκη και μπορεί να έχει παρενέργειες. Σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να υποκαταστήσει τη χρήση προφυλακτικού, ενώ η λήψη της δεν εξασφαλίζει 100% την αποφυγή της μετάδοσης. Στο σύστημα χορήγησης της προφυλακτικής ανατροπικής αγωγής και μέχρι τη λήψη του αποτελέσματος του τεστ για AIDS, σε κάθε σεξουαλική επαφή είναι απαραίτητη η χρήση του προφυλακτικού. Στους επόμενους τρεις μήνες, μετά την πιθανή ημερομηνία μόλυνσης και παρά τη χρήση προφυλακτικής αγωγής, χρειάζεται να επαναλάβετε το τεστ για το AIDS.

Τρόποι Προφύλαξης

Σωστή χρήση προφυλακτικού, κάθε φορά, σε όλη τη διάρκεια και σε κάθε είδους σεξουαλική επαφή, με κάθε ερωτικό σύντροφο.

Αποφυγή χρήσης από κοινού ακαθάρτων αντικειμένων (π.χ. σύριγγες, βελόνες, ξυραφάκια κ.λπ.)

Συμβουλευτική καθοδήγηση και έλεγχος για την HIV λοίμωξη στη γυναίκα που είναι ή σκοπεύει να μείνει έγκυος.

Στις μητέρες με HIV λοίμωξη συνιστάται ως μέθοδος τοκετού η καισαρική τομή και η αποφυγή θηλασμού.

Πώς ΔΕΝ μεταδίδεται ο HIV;

Από τον αέρα
Από τη θάλασσα
Από την παίσα
Από τα έντομα
Από την τουαλέτα
Από την κοινή χρήση μαγειρικών σκευών
Από το σάλιο
Από τη σωματική επαφή
Από φιλικό κοινωνικό ή και βαθιά ερωτικό
Από τον ομοφυλοφιλικό ανασυνισμό
Από το ζώο

Ασφαλές σεξ ή ρίσκο;

Το σεξ είναι από τις πιο σημαντικές απολαύσεις στη ζωή μας. Ωστόσο, είναι σημαντική η γνώση των κινδύνων της κάθε σεξουαλικής επαφής. Μια μόνη επαφή χωρίς προφυλάξεις, μπορεί να είναι αρκετή για να αλλάξει την πορεία μιας ολοκληρωμένης ζωής.

Ο ιός δεν κάνει διακρίσεις, ούτε προειδοποιεί. Η καλή γεμάτη υγεία εμφάνιση, δεν αποκλείει την ύπαρξη HIV λοίμωξης, που και το ίδιο το άτομο μπορεί να αγνοεί.

Ασφαλές σεξ σημαίνει περισσότερο σεξ!

Αν η χρήση του προφυλακτικού προβληματίζει, ακόμη περισσότερο προβληματίζει ένα σοβαρό, χρόνιο νόσημα ή και οποιοδήποτε άλλο σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα, που μπορεί επίσης να δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα υγείας όπως είναι η ηπατίτιδα, ο έρπης, τα κλαμύδια και άλλα.

Πώς μπορεί να μάθει κανείς αν έχει μολυνθεί από τον HIV;

Ο μόνος σίγουρος τρόπος να μάθει κανείς αν έχει μολυνθεί από τον ιό είναι να κάνει το ειδικό τεστ. Αυτή η ειδική εξέταση αίματος ελέγχει την ύπαρξη αντισωμάτων για τον ιό, που μπορεί να χρειαστούν έως και τρεις μήνες για να αναπτυχθούν. Συνεπώς, πρέπει να περιμένει κανείς τρεις μήνες από τη στιγμή που πιστεύει πως έχει εκτεθεί σε κίνδυνο μόλυνσης για να κάνει αυτή την εξέταση.

Το τεστ γίνεται δωρεάν σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας. Τα αποτελέσματα της εξέτασης, είναι εμπιστευτικά. Ανακοινώνονται μόνο στο άτομο που εξετάστηκε.

Τι γίνεται αν το τεστ βγει θετικό;

Υπάρχουν εξειδικευμένα κέντρα για την περαιτέρω παρακολούθηση του οροθετικού ατόμου. Παρότι το γεγονός ότι η HIV λοίμωξη παραμένει μια πολύ σοβαρή ασθένεια, οι άνθρωποι που έχουν μολυνθεί ζουν πολύ περισσότερο και πολύ καλύτερα χάρη στα νέα φάρμακα. Η HIV λοίμωξη παραμένει μια ασθένεια που δε θεραπεύεται και η φαρμακευτική αντιμετώπιση απαιτεί την πλήρη συμμόρφωση του ασθενούς. Ωστόσο, η φαρμακευτική αγωγή έχει μετατρέψει μια δυνητικά θανατηφόρα αρρώστια σε μακροχρόνιο νόσημα.

Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, το νοσοκομείο μας...



Γράφει ο Θεόδωρος Τάνης,
Ειδικός Γραμματέας Σ.Ε.Ν.Π.



Αγαπητέ συμπολίτη,

Πάνε πλέον αρκετά χρόνια που η οικογένεια Παπαγεωργίου μπήκε μπροστά και πραγματοποίησε την κατασκευή και λειτουργία του Νοσοκομείου μας. Η Ελληνική Πολιτεία και η Κοινωνία της πόλης μας (ως οφείλαμε) την τίμησε πολλές φορές και θα συνεχίσει να την τιμά για την προσφορά της αυτή. Η μέγιστη αναγνώριση της προσφοράς της αυτής γίνεται ολοφάνερη αν αναλογιστούμε πως το ίδιο το Νοσοκομείο φέρει (και καλώς το φέρει) το όνομα της Οικογένειας που υλοποίησε αυτό το στόχο. Μπήκε λοιπόν στο Πάνθεον αν συγκρίνουμε πως τα ονόματα που φέρουν τα υπόλοιπα «μεγάλα» Νοσοκομεία της πόλης μας αντιστοιχούν σ' ένα πρόσωπο της Αρχαιότητας που σ' όνομα του ορκίζονται οι γιατροί όλου του κόσμου (Ιπποκράτειο) και σ' έναν Έλληνα γιατρό που οι έρευνες του σώζουν εκατομμύρια ζωές κάθε χρόνο (Γεώργιος Παπανικολάου).

Το κομμάτι λοιπόν της δωρεάς τελείωσε, ο δωρητής τιμάται όπως πραγματικά το αξίζει και ξεκινά η λειτουργία και διαχείριση ενός μεγάλου Νοσοκομείου που είναι πλήρως ενταγμένο στο Ε.Σ.Υ.

Είναι γνωστό πως ο τρόπος λειτουργίας του Δημόσιου Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί συνταγματικά αποκλειστική αρμοδιότητα και ευθύνη της Ελληνικής Πολιτείας. Η Ελληνική Πολιτεία αποτελεί τον απόλυτο και μοναδικό εργοδότη μας καθώς αυτή καρπώνεται το παραγόμενο έργο μας (εκτός και αν το παραγόμενο αυτό έργο το καρπώνονται και άλλοι, τους οποίους δεν γνωρίζουμε και δεν θα θέλαμε να πιστεύουμε ότι υπάρχουν). Άλλωστε η Ελληνική Πολιτεία (δηλαδή εσύ αγαπητέ συμπολίτη) βάζει το χέρι στην τσέπη προκειμένου να κλείσει ο ισολογισμός κάθε έτους ο οποίος υπολείπεται κατά πολλά εκατομμύρια ευρώ (σαφώς λιγότερα από κάθε άλλο Δημόσιο Νοσοκομείο).

Το Ίδρυμα Παπαγεωργίου έχοντας κάθε νόμιμο δικαίωμα από τη σύμβαση που συνυπέγραψε με την Ελληνική Πολιτεία δηλώνει μέχρι στιγμής αμετακίνητο σε σχέση με το καθεστώς λειτουργίας του Νοσοκομείου. Άρα το Δ.Σ. του Νοσοκομείου μας εκτός από την επιβράβευση που δικαιολογημένα πρέπει να δέχεται για την αξιόλογη λειτουργία του, θα πρέπει να αναλάβει και την ευθύνη επίλυσης κάθε προβλήματος που προκύπτει από το ιδιότυπο αυτό καθεστώς. Δεν νοείται να κρύβεται πίσω από την Ελληνική Πολιτεία σε κάθε πρόβλημα που ανακύπτει. Θα ήμασταν αφελείς να πιστεύαμε πως από

μόνο του το Δ.Σ. μπορεί μονομερώς παραβαίνοντας νόμους να δώσει λύσεις σε κάθε πρόβλημα. Οφείλει όμως εκ της θέσης του α) να προβλέψει και να ενημερώσει την Ελληνική Πολιτεία για τα επερχόμενα προβλήματα, β) να λάβει σαφή θέση και γ) να προτείνει λύσεις που θα επιλύουν τα προβλήματα αυτά.

Ο Πρόεδρος του Νοσοκομείου σε πρόσφατη συνέντευξή του ανακοίνωσε το ενδιαφέρον του προκειμένου να προχωρήσει στην ανάληψη του management και άλλων δημόσιων Νοσοκομείων. Αν στις προθέσεις της Κοινωνίας για την παροχή κάθε Κοινωνικού αγαθού όπως αυτό της Δημόσιας Υγείας, της Παιδείας κλπ. είναι να περάσουν στα χέρια φιλεύσπλαχνων ιδιωτών που θα φροντίζουν για την Υγεία και την Εκπαίδευση μας καλώς θα κάνει να το πράξει. Εμείς απλώς οφείλουμε να καταγράψουμε την αντίθεση μας και με κάθε πρόσφορο μέσο να σε ενημερώνουμε για τα πραγματικά προβλήματα που αφορούν το μικρόκοσμο μας (χωρίς αυτό να σημαίνει πως αδιαφορούμε για όσα συμβαίνουν γύρω μας).

Κυρίως γιατί θεωρούμε ότι μάλλον σ' αφορά το να μην φτάσουμε σε απαράδεκτα φαινόμενα να υπάρχει μια νοσηλεύτρια βάρδιας για να επιβλέπει 32 κρεβάτια βαριάς χειρουργικής κλινικής, μάλλον γιατί θα πρέπει να είναι σοβαρό να μην φτάσει να εκτελούν κίνηση και εργαλειοδοσία στο χειρουργείο σου σπουδαστές της Πρακτικής Άσκησης, μάλλον γιατί είναι απαράδεκτο να χρειάζονται 8 ώρες για την διεκπεραίωση μιας ακτινογραφίας στα Τ.Ε.Π. καθώς και το ότι μάλλον θα είναι ανθρωπίνως αδύνατο για ένα προσωπικό που εργάζεται για την Υγεία σου να έχει απόλυτη διαύγεια όταν θα δουλεύει σε συνεχόμενο κυκλικό ωράριο για 15 και πλέον μέρες χωρίς ανάπαυση.

Το Νοσοκομείο μας έχει έναν αυξημένο ρυθμό παραγωγικότητας. Το Νοσοκομείο μας λειτουργεί με ελλιπέστατο προσωπικό. Η επίτευξη υψηλής παραγωγικότητας με ελλιπές προσωπικό γίνεται μόνο με ένα συγκεκριμένο τρόπο: την παράκαμψη ή την έκπτωση διαδικασιών. Αυτή δεν είναι απλά η αντίληψη του Σωματείου μας, αλλά βασικό κεφάλαιο κάθε εγχειριδίου που αφορά την διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού.

Εάν δεν θεωρείς ότι αυτό σε αφορά τότε έχεις δίκιο να νομίζεις πως οποιαδήποτε απεργιακή κινητοποίηση των Εργαζομένων γίνεται προκειμένου να θιγούν τα συμφέροντα σου, να σου προκαλέσουν αναστάτωση και να σε ταλαιπωρήσουν. Το Σωματείο όμως οφείλει με την προσπάθεια του να αναδείξει παρόμοια προβλήματα και να παλέψει για την επίλυση τους θεωρώντας εκ των προτέρων ότι έχει την συναίνεση και συμπαράσταση σου μιας και η απάλειψη των συνθηκών αυτών βελτιώνει τις παρεχόμενες προς εσένα Υπηρεσίες Υγείας.

Ας αναφερθούμε λοιπόν και στο μείζον πρόβλημα που απασχολεί το Νοσοκομείο μας που δεν είναι άλλο από αυτό της συνεχιζόμενης αιμορραγίας του από την μαζική αποχώρηση των στελεχών του. Η Διοίκηση φαίνεται (σύμφωνα με πρόσφατες συνεντεύξεις, οι οποίες ποτέ δεν διαψεύστηκαν) να πιστεύει πως αυτό οφείλεται α) στην προσπάθεια των στελεχών να επιστρέψουν στον τόπο καταγωγής τους και β) στη Διοίκηση του Σωματείου Εργαζομένων η οποία με τον αγώνα της και τη θεωρία της περί συνθηκών Δημοσίου Δικαίου, δημιουργεί ανασφάλεια στους εργαζόμενους. Με τις αναφορές αυτές δεν κάνει τίποτε άλλο απ' το να κρύβεται πίσω από το δάκτυλο της, αρνούμενη να κοιτάξει κατάματα το πρόβλημα και να δώσει πραγματικές λύσεις που μπορούν να απογειώσουν την λειτουργία του Νοσοκομείου.



Οι πραγματικοί λόγοι της αποχώρησης των στελεχών συνοψίζονται στην:

Η αίσθηση ανασφάλειας που αισθάνονται οι εργαζόμενοι. Η ασάφεια που χαρακτηρίζει το ιδιότυπο νομικό καθεστώς με βάση το οποίο λειτουργεί το νοσοκομείο. Είναι τραγελαφικό το γεγονός ότι ακόμη και η ίδια η διοίκηση άλλοτε επικαλείται το ιδιωτικό καθεστώς και ακριβώς τα αντίθετα σε διαφορετικές περιπτώσεις.

Το αίσθημα ανισότητας και μη επιβράβευσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δεν νοείται να μην υπάρχουν ίσοι όροι αντιμετώπισης των εργαζόμενων στο νοσοκομείο (δεν δικαιολογείται το γεγονός ότι αναγνωρίζεται η προϋπηρεσία των γιατρών και όχι των υπόλοιπων εργαζομένων). Η επίκληση της αυξημένης παραγωγικότητας του νοσοκομείου πρέπει να τύχει και της αντίστοιχης επιβράβευσης (άλλωστε αυτή είναι η βασική αρχή που διέπει τον τρόπο διαχείρισης που θέλει να επιβάλλει η Διοίκηση).

Το μονίμως ελλιπές προσωπικό του νοσοκομείου. Από μόνο του το πρόβλημα αναπαράγει το πρόβλημα. Κανείς



**ΤΟ ΕΝΝΕΑΜΕΛΕΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ (ΣΕΝΠ)
ΑΠΟΤΕΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ:**

Πρόεδρος: Γαβριήλ Ταχτατζόγλου

Αντιπρόεδρος: Λάζαρος Κοτζαμανίδης

Γεν. Γραμματέας: Ιωάννης Κώτσος

Ειδ. Γραμματέας: Θεόδωρος Τάνης

Ταμίας: Ρίτσα Νικολιδάκη

Μέλη: Χρυσούλα Μαντι,
Φούλη Ονουφριάδου,
Σοφία Παπαδοπούλου και
Παναγιώτης Τουχτίδης



δεν θέλει να παραμείνει σε ένα εργασιακό χώρο που η συνεχής έλλειψη προσωπικού τον επιβαρύνει σε υπέρμετρο βαθμό.

Η ψυχολογική και σωματική πίεση που ασκείται στο μειωμένο προσωπικό. Η αυξημένη παραγωγικότητα δεν εμφανίζεται ως δια μαγείας. Παράγεται από το συνεχώς ελλειπές προσωπικό, κι αυτό σημαίνει πως για να παραχθεί το προσωπικό αυτό δέχεται τρομερή πίεση.

Η ανάγκη διεκδίκησης των πλέον αυτονόητων κεκτημένων δικαιωμάτων (ειδικές άδειες και ρεπό που αποδίδονται στα υπόλοιπα νοσοκομεία).

Οι περικοπές συγκεκριμένων επιδομάτων που δίνονταν επί σειρά ετών σε διάφορες κατηγορίες εργαζομένων. Αυτό από μόνο του έρχεται να επιτείνει το παραπάνω πρόβλημα και να δείχνει ότι η διοίκηση συνεχώς προσπαθεί να περικόψει εργασιακά δικαιώματα (άραγε διέβλεψε και απέδωσε ποτέ η διοίκηση προς τους εργαζόμενους κάτι χωρίς να έχει προηγουμένως διεκδικηθεί επί μακρόν;).

Και η κυβέρνηση αποστασιοποιημένη σαν να μην την απασχολεί το όλο ζήτημα σιγοσφυρίζει αδιάφορα καθώς το μόνο που παρατηρεί είναι το μικρό έλλειμα που εμφανίζεται σε σχέση με τα υπόλοιπα Νοσοκομεία. Εμφανίζονται δηλαδή μια αδιάφορη κυβέρνηση και μια άτολμη Διοίκηση να διαχειρίζονται την Υγεία σου με μοναδικό και αποκλειστικό στόχο την μείωση του κόστους και όχι την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σαν να μην αντιλαμβάνεσαι ότι η μείωση του κόστους λειτουργίας κάθε Νοσοκομείου έχει να κάνει με τις διάφορες προμήθειες που πραγματοποιούνται εις βάρος σου αλλά με την ύπαρξη περισσότερου προσωπικού, καλύτερης τεχνολογίας και βελτιωμένων υλικών.

Η Δημόσια Υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό. Το παραγόμενο προϊόν των εργαζομένων στο Νοσοκομείο μας δεν είναι άλλο από αυτό το κοινωνικό αγαθό. Από τη στιγμή που η Διοίκηση αποδέχεται ότι το Νοσοκομείο αποδίδει στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας με ρυθμούς απόδοσης κατά πολύ υψηλότερους από τα υπόλοιπα Δημόσια Νοσοκομεία οφείλει να αποδώσει στους εργαζόμενους του τα δεδουλευμένα. Ποιος είναι αυτός που μπορεί να αποδεχτεί το γεγονός ότι κάποιος μπορεί να παράγει περισσότερο και να αμείβεται λιγότερο; Άλλωστε αυτή είναι και η βασική παραδοχή όλων των παραμέτρων που αφορούν την λειτουργία της ελεύθερης οικονομίας που η Διοίκηση του Νοσοκομείου προβάλλει ως την Πανάκεια στο χώρο της Υγείας. Ήρθε η ώρα μετά από τα πρώτα αυτά χρόνια της πιλοτικής λειτουργίας του να αποδώσουμε και στους εργαζόμενους αυτό που πραγματικά αξίζουν και όχι μόνο η Διοίκηση να εισπράττει συγχαρητήρια για την λειτουργία του. Ήρθε η ώρα να αναλάβει τις πραγματικές της ευθύνες απέναντι στους εργαζόμενους.

Ευχή μας είναι να βρεθούμε στην ίδια πλευρά προς την επίτευξη του αντικειμενικού στόχου όλων μας που δεν είναι άλλος από το να αποδώσουμε στην Κοινωνία ένα Νοσοκομείο αντάξιο και εφάμιλλο των καλύτερων Νοσοκομείων διεθνώς. Αυτό όμως δεν μπορεί να γίνει όταν όλα πραγματοποιούνται εις βάρος των ίδιων των εργαζομένων του. Αυτό δεν το αποδέχεται ούτε η ίδια η Κοινωνία που κάνει χρήση των υπηρεσιών μας. Στόχος του Σωματείου μας δεν είναι να βρίσκεται εξ ορισμού απέναντι στη Διοίκηση. Θέλουμε να πιστεύουμε ότι δεν θα χρειαστεί να βρεθούμε.

Ευχαριστούν και συγχαίρουν τους δικούς μας ανθρώπους

Πολλά, και συγκινητικά, είναι τα ευχαριστήρια μηνύματα προς τη Διοίκηση και τους εργαζομένους του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, ανθρώπων οι οποίοι δέχτηκαν τις υπηρεσίες του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού μας, σε μια δύσκολη γι' αυτούς στιγμή της ζωής τους.

Λόγω χώρου είναι αδύνατη η δημοσίευση όλων των ευχαριστηρίων, γι' αυτό και αρκούμαστε στη δημοσίευση ορισμένων, χαρακτηριστικών, εξ αυτών.

ΕΥΓΕ ΣΤΗΝ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Σίγουρα ο καθηγητής **Σταύρος Δημητράκος** θα πρέπει να αισθάνεται υπερήφανος γιατί έχει καταφέρει να πραγματοποιήσει ένα ακόμα βήμα, που τόσο έχει ανάγκη το πολύπαθο σύστημα υγείας. Αξίζει λοιπόν να πούμε ένα εύγε στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό της **Οφθαλμολογικής Κλινικής ΑΠΘ του νοσοκομείου Παπαγεωργίου**, την οποία διευθύνει ο καθηγητής Σταύρος Δημητράκος. Η επιτυχής χειρουργική επέμβαση που πραγματοποιήθηκε από τους ειδικούς στο μάτι του 87χρονου πατέρα μου κ. Αντώνη Αναγνώστου, ήταν και το γεγονός για τις θετικές διαπιστώσεις μας. Θα ήταν μεγάλη παράλειψη να μην σημειώσουμε την ευγένεια και την αντιμετώπιση με χαμόγελο προς όλους τους ασθενείς της ειδικού γιατρού κ. Ελένης Ψημενίδου, αλλά και των υπολοίπων ειδικών γιατρών της κλινικής, τα ονόματα των οποίων θεωρούμε υποχρέωσή μας να σημειώσουμε: Αναστασόπουλος Λευτέρης, Ανδρούδη Σοφία, Μπασιάκος Χάρης, Παπάς Φάνης, Τσακπίνης Δημήτρης, Χαλβατζής Νίκος. Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλουμε και στους συνεργάτες της κλινικής πρωτίστως στην Μπουρτουλαμαίου Αρετή και Μουργελά Άννα, Σαλονικίου Αγγελική και Φουντή Παναγιώτα. Αξίζουν τα συγχαρητήριά μας και οι ειδικευόμενοι Γάκης Γεώργιος, Κρασσάς Νικόλαος, Μάνθος Κυριάκος, Παπαθωμάς Θωμάς, Συμεωνίδης Χρύσανθος, και Φράγκου Κατερίνα. Το μεγάλο μας ευχαριστώ και τα θερμά μας ευχαριστήρια κυρίως όμως αξίζουν οι: Γιάννης Τσινόπουλος Λέκτορας ΑΠΘ, Ματαυσή Μίνα Λέκτορας ΑΠΘ, και Τοπούζης Φώτης επίκουρος καθηγητής. Τέλος οφείλουμε ένα εύγε στο ακούραστο νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής και πρωτίστως στην προϊσταμένη Τσαμασιώτη Μαρία και Κουμανδράκη Αναστασία. Να επισημάνουμε την συμπαράσταση και φροντίδα προς όλους τους ασθενείς των νοσηλευτριών Δέσποινας Παυλίδου, (που σίγουρα είναι το γελαστό παιδί της κλινικής) και της ακούραστης Ιωάννας Γκομιάτη. Έξα συγχαρητηρίων είναι και η Τατιάνα Κοβάτσεβιτς στη Γραμματεία της κλινικής που καταφέρνει να μην ταλαιπωρεί ποτέ και κανέναν. Κλείνοντας χρωστάμε ένα θερμό ευχαριστώ και πολλά συγχαρητήρια στην κ. Βασιλική Κουνέλη που εξυπηρετεί τον κόσμο στη ρεσεψιόν των επειγόντων περιστατικών. Σε όλους ένα θερμό ευχαριστώ!

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΔΡΥΜΑ «ΙΕΡΑ ΜΟΝΗ ΠΑΝΑΓΙΑΣ ΣΟΥΜΕΛΑ»

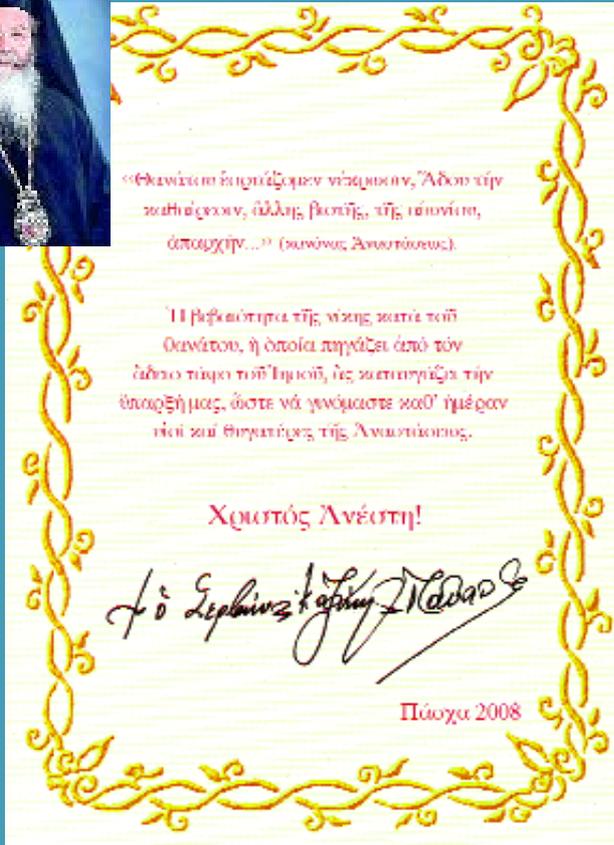
Παρασκευή 11-4-2008, του Ακάθιστου Ύμνου, Καστανιά.

Προς τον κ.κ. Νικόλαο Παπαγεωργίου
Πρόεδρο Δ.Σ Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης.

Κ. Παπαγεωργίου,
Πριν δύο εβδομάδες περίπου χρειάστηκε να έρθω να εξεταστώ στο νοσοκομείο το οποίο εκείνη τη βραδιά είχα εφημερία. Η αναμονή ήταν περίπου 3,5 ώρες. Είχα ετοιμαστεί να στείλω μία επιστολή διαμαρτυρίας προς τη διοίκηση του Νοσοκομείου, χωρίς φυσικά να ελπίζω σε κάτι, απλά να πω το παράπονό μου. Το παράπονο της μεγάλης αναμονής. Εκείνο όμως το οποίο άλλαξε εντελώς τη σκέψη και την απόφασή μου ήταν η συμπεριφορά του εφημερεύοντος ιατρού και συγκεκριμένα του Οφθαλμιάτρου κ. **Θωμά Παπαθωμά της Β' Οφθαλμολογικής Κλινικής του ΑΠΘ**. Συμπεριφορά η οποία μαρτυρούσε ευσυνειδησία και θυσιαστική προσφορά υπηρεσιών κατά τον καλύτερο τρόπο. Μακάρι σε όλη την καριέρα του να υπηρετεί του ασθενείς με αυτό τον όμορφο τρόπο τον γεμάτο ζήλο και διάθεση. Τρόπος ο οποίος υποδηλώνει επιστήμονα με απόλυτη γνώση του λειτουργήματός του. Κύριε Πρόεδρε, παρακαλώ εάν αυτή η απλή επιστολή μου μπορεί να χρησιμοποιηθεί υπέρ του κ. Παπαθωμά θα επιθυμούσα να το πράξετε.
Τέλος εύχομαι τόσο προσωπικά σε σας όσο και σε όλους όσους μοχθούν για την καλύτερη λειτουργία του Νοσοκομείου, τον από Θεού φωτισμό, η δε Κυρά του Πόντου η Σουμελιώτισσα να σκεπάζει τη ζωή και τη σκέψη όλων σας, οδηγώντας σας πάντα σε πράξεις και δράσεις ικανές επ' ωφελεία των ασθενών και των ανθρώπων γενικότερα. Με αγάπη Χριστού, Καλό και πνεματοστόλιστο Πάσχα.

Αρχιμ. Σεραφείμ Ατματζίδης, Καθηγούμενος
Ιεράς Μονής Παναγίας Σουμελά.

Ευχαριστούμε το διευθυντή κ. **Ηλία Καμπέλη**, τους **γιατρούς και το προσωπικό της Νευροχειρουργικής Κλινικής** του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου για την επιστημονική επάρκεια, το ήθος και την ανθρωπιά που επέδειξαν τόσο κατά τη χειρουργική επέμβαση της Κωνσταντινιάς Συμεωνίδου του Βασιλείου στις 9-1-2008 όσο και κατά την προεγχειρητική και μετεγχειρητική περίοδο. Θεωρούμε ελάχιστο χρέος μας αυτό το δημόσιο ευχαριστήριο.
Η οικογένεια (εφημερίδα «Μακεδονία»)



Αγαπητές Νοσηλεύτριες της Βραχείας Ογκολογικής ΓΝΠ

Την Τετάρτη 24 Οκτωβρίου 2007, ύστερα από μία μάχη 11,5 ετών με τον καρκίνο η μητέρα μας Αναστασία Κετσετζή αναπαύτηκε. Έφυγε από τη ζωή αντιμετωπίζοντας τον θάνατο, όπως και τη νόσο της όλα αυτά τα χρόνια, με γενναιότητα, καρτερία και χωρίς τον παραμικρό γογγυσμό. Ο Θεός που την στήριξε και τη βοήθησε σ' όλη της τη ζωή και ιδιαίτερα σ' αυτή τη μεγάλη δοκιμασία, την πήρε κοντά του τόσο ήρεμα και ειρηνικά, που μέσα στο βαθύ μας πόνο, νοιώθουμε ανακούφιση και γαλήνη. Η ζωή της επεφύλαξε την ατυχία να νοσήσει από καρκίνο, αλλά και τη μεγάλη τύχη να έχει την καλύτερη ιατρική υποστήριξη και βοήθεια. Εκτός από τη μεγάλη συμβολή των γιατρών, εξίσου σημαντική ήταν και η δική σας συμμετοχή στο να μπορέσει να παλέψει τη νόσο της για τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα και το σπουδαιότερο με καλή ποιότητα ζωής. Δεν παρέλειπε ποτέ να αναφέρεται σε σας και στις υπηρεσίες που της προσφέρατε με πολλή αγάπη και βαθιά ευγνωμοσύνη.

Η προσφορά σας στη μητέρα μας ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2005 και με μικρά διαλείμματα συνεχίστηκε μέχρι τον Οκτώβριο του 2007. Όλο αυτό το μακρύ διάστημα είχαμε την ευκαιρία να σας γνωρίσουμε και να εκτιμήσουμε την σπουδαία αποστολή που επιτελείτε κάτω από αντίξοες πολλές φορές συνθήκες, την άσπογη συμπεριφορά σας όχι μόνο απέναντι στους ασθενείς, αλλά και προς εμάς τους συνοδούς, που πολλές φορές σας δημιουργούσαμε προβλήματα αντί να σας διευκολύνουμε. Η ευγένεια, η υπομονή και το χαμόγελό σας είναι αυτά που μετρίαζαν την αγωνία μας για την τύχη της μητέρας μας και μας έδιναν δύναμη να την στηρίζουμε στην άνιση μάχη που έδινε.

Ευχόμαστε ο Θεός να σας ενισχύσει στο δύσκολο και σημαντικό έργο σας. Σας ευχαριστούμε από τα βάθη της καρδιάς μας.

**Με τιμή, τα παιδιά της κας Αναστασίας Κετσετζή,
Ιουλίτα και Παντελής**

Προς τον Πρόεδρο, ΔΣ., Γ.Ν. Παπαγεωργίου
Κοινοποίηση:

Διευθυντή και προσωπικό Καρδιολογικής Κλινικής
Διευθυντή και προσωπικό Νευρολογικής Κλινικής
Διευθύνουσα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Κύριε Πρόεδρε,

Παρακαλώ να μεταβιβάσετε τις προσωπικές ευχαριστίες, εμού, του αδελφού μου και της μητέρας μου σχετικά με την προσπάθεια του προσωπικού του νοσοκομείου σας στις δύσκολες ώρες που είχε ο αείμνηστος πατέρας μας κατά τη νοσηλεία του στην Καρδιολογική και Νευρολογική Κλινική.

Με εκτίμηση, Σ. Α. Τσουκαλάς

Αξιότιμε κ. Παπαγεωργίου

Κατ' αρχήν θα θέλαμε η σύζυγός μου και εγώ (ασθενής της Β' Καρδιολογικής Κλινικής, 17-29-9-2007) να εκφράσουμε δημόσια τα συγχαρητήριά μας για το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου και πρέπει να είστε υπερήφανος που φέρει το επίθετό σας. Είναι παράδειγμα προς μίμηση για τη Δημόσια Υγεία.

Σε συνέχεια οφείλουμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες προς τον Διευθυντή της Β' Καρδιολογικής Κλινικής κ. **Καπρίνη Ιωάννη**, υπέροχο γιατρό και άνθρωπο καθώς και τους επίσης εξαιρετους γιατρούς συνεργάτες του, την κα Άσια Κάρπη και τον κ. Χρήστο Ζαφείρη.

Ακόμη δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τα συγχαρητήριά μας για το Νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και για το προσωπικό καθαριότητας για τις άσπογες υπηρεσίες τους, της Β' Καρδιολογικής Κλινικής. **Συγχαρητήρια και στους υπαλλήλους των Διοικητικών Υπηρεσιών** (Γραμματεία Επειγόντων, Γραφείο Κίνησης Ασθενών, Γραφείο Νοσηλείας, κλπ).

Και τέλος ευχαριστούμε πολύ τον εξαιρετο άνθρωπο πρώην συνάδελφό μας και πάντα φίλο κ. **Καρατζά Γιώργο** Διευθυντή του Διοικητικού. Να είστε πάντα καλά όλοι σας.

Με εκτίμηση, Δημήτριος-Πηνελόπη Χατζηαποστόλου
(Θεσσαλονίκη)

Η οικογένεια του εκλιπόντος Λεωνίδα Ψωμιάδη ευχαριστεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ «Ιπποκρατείου» Νοσοκομείου, της ΜΕΘ «Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Νοσοκομείου Παπανικολάου», της ΜΕΘ «Νοσοκομείου Παπαγεωργίου», την Νευροχειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, ιδιαίτερα δε τον καθηγητή Νευροχειρουργό κ. **Ηλία Καμπέλη** καθώς και την Επιμελήτρια Α' Αιματολόγο κ. Ειρήνη Κατωδρύτου του Νοσοκομείου «Θεαγενείου», για την αμέριστη συμπαράσταση και περιποίηση κατά τη νοσηλεία του συζύγου και πατέρα μας.
Οικογένεια Ψωμιάδη (Εφημερίδα, Αγελλιοφόρος).

Προς το Διοικητικό Συμβούλιο ΓΝΠ

Πριν από έναν περίπου χρόνο έζησα μία από τις πιο δύσκολες φάσεις της ζωής μου. Σχεδόν τυχαία αποκαλύφθηκε ότι υπήρχε ένα «επενδύωμα» στον πρωταίο μυελό και φυσικά θα έπρεπε να γίνει επέμβαση. Από τη στιγμή εκείνη τα πάντα στη ζωή μου άλλαξαν. Δύσκολη επέμβαση και με μεγάλο βαθμό επικινδυνότητας. Το πρώτο πράγμα που έπρεπε να κάνω ήταν να επιλέξω τους κατάλληλους ανθρώπους που θα εμπιστευόμουν την υγεία μου. Μια συνάντηση με την ομάδα των ιατρών που θα με χειρουργούσαν ήταν ικανή να με πείσει αυτό ήταν το νοσοκομείο και η ομάδα των ανθρώπων που είχα ανάγκη. Ακόμη και το περιβάλλον με έκανε να νιώθω άνετα και να μην αισθάνομαι τη δυσφορία που έχουμε όταν μπαίνουμε μέσα σε τέτοιους χώρους έστω και σαν επισκέπτες. Την ίδια στιγμή απευθύνθηκα στον κ. **Καμπέλη** και του είπα: «Αφήνω την υγεία μου στα χέρια σας». Η επέμβαση καθορίστηκε 2-1-2007. Τελικά όλα πήγαν σχετικά καλά εκτός από κάποια επιπλοκή (θραύση τραύματος μετά από λίγες μέρες).

Αν και πέρασε αρκετός χρόνος από τότε, θα ήθελα να ευχαριστήσω ειδικά την ιατρική ομάδα, το προσωπικό και γενικότερα το νοσοκομείο για την αβιδοτελή και ανθρώπινη προσφορά. Δεν θα ήθελα να αναφέρω άλλα ονόματα εκτός του επικεφαλής της ομάδας των νευροχειρουργών μήπως και αδικήσω κάποιους. Εύχομαι προσωπική υγεία και δύναμη στο δύσκολο έργο σας.

Με εκτίμηση, **Ιωάννου Νικόλαος-Κατερίνη**

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά τον χειρουργό κ. **Κωνσταντίνο Νικόπουλο** και την ομάδα του, για την επέμβαση που μου έγινε στις 18-4-2008. Ο τρόπος του, και η συμπεριφορά του, αναδεικνύουν το νοσοκομείο Παπαγεωργίου σε ένα από τα καλύτερα Νοσοκομεία στην Ελλάδα.

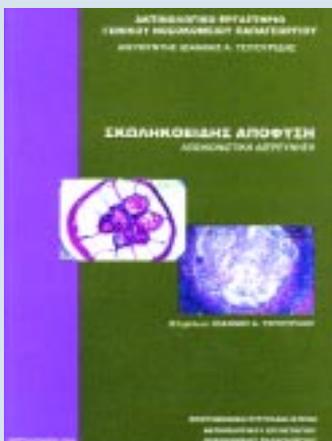
Με εκτίμηση, **Αγγελάκης Κυριάκος**

Προς τον κ. Νικόλαο Παπαγεωργίου Πρόεδρο του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης
Κύριε Πρόεδρε,

Στις 5 Μαρτίου 2008 εισήχθη στο νοσοκομείο σας, το οποίο εφημέρευε, ο σύζυγός μου Πέτρος με βαριά κраниοεγκεφαλική κάκωση η οποία προήλθε από πτώση. Νοσηλεύτηκε στη **Νευροχειρουργική Κλινική**, δωμάτιο 622, επί δεκαπέντε ημέρες και από τη στιγμή της εισόδου του οι γιατροί κατέβαλλαν κάθε δυνατή προσπάθεια για να τον σώσουν. Πραγματοποίησαν όλες τις επιβαλλόμενες εξετάσεις, αναπνευστική υποστήριξη, φαρμακευτική αγωγή, συνεχής παρακολούθηση και έντονο ενδιαφέρον για τον ασθενή μέχρι την τελευταία ώρα ενώ παράλληλα μας ενημέρωναν λεπτομερειακά καθημερινώς για την πορεία της υγείας του. Η κατάσταση όμως δεν ήταν αναστρέψιμη και κάποια στιγμή κατέληξε. Το στοργικό ενδιαφέρον των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού μας συγκίνησε βαθύτατα όλους, εμένα, τα παιδιά μου τους συγγενείς και φίλους μας. Παρακαλώ κύριε Πρόεδρε δεχτείτε τις θερμές και εγκάρδιες ευχαριστίες μας για την τόσο ανθρώπινη και αξιοθαύμαστη συμπεριφορά του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου σας και τον τρόπο που επιτελούν το ύψιστο λειτούργημά τους.

Με εκτίμηση **Σοφία χήρα Πέτρου Δραγάτη και παιδιά.**

Ειδήσεις, δραστηριότητες του νοσοκομείου μας

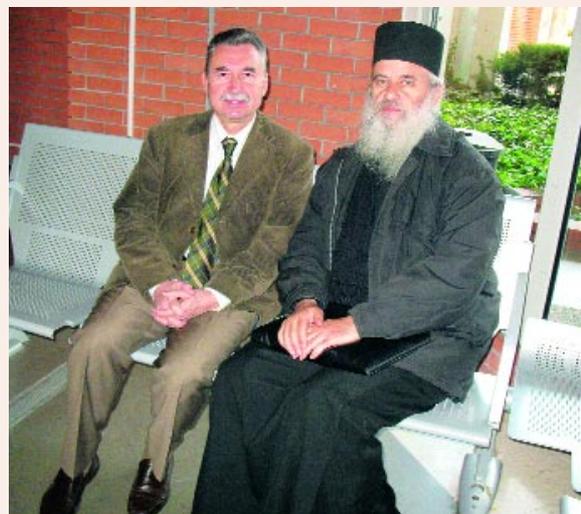


ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ

ΤΟ 10ο ΒΙΒΛΙΟ ΤΟΥ, εξέδωσε το Ακτινολογικό Εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, διευθυντής του οποίου είναι ο Ιωάννης Τσιτουρίδης.

Το νέο βιβλίο με τίτλο «**Σκωληκοειδής Απόφυση - Απεικονιστική Διερεύνηση**» που εκδόθηκε με την επιμέλεια του Ιωάννη Τσιτουρίδη και περιλαμβάνει σημαντικά επιστημονικά κείμενα ιατρών του Ακτινολογικού Εργαστηρίου, χορηγήθηκε δωρεάν σε 2.500 ακτινολόγους σε όλη την Ελλάδα καθώς και σε 300 χειρουργούς στη Βόρεια Ελλάδα.

Τη διεκπεραίωση της διανομής του ανέλαβε το νοσοκομείο Παπαγεωργίου, γεγονός για το οποίο ο κ. Γιάννης Τσιτουρίδης εκφράζει τις θερμές ευχαριστίες του προς τον Γενικό Διευθυντή του νοσοκομείου κ. Γεώργιο Χριστόπουλο.



Συνάντηση του Αγιορείτη πατέρα **Τύχωνα** της Ιεράς Μονής Σίμωνος Πέτρων κατά τη διάρκεια επίσκεψής του στο νοσοκομείο μας με τον διοικητικό διευθυντή **Γιώργο Καρατζά**.



ΜΕΓΑΛΗ ΤΕΣΣΑΡΑΚΟΣΤΗ ΚΑΙ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΑΓΙΩΝ ΠΑΘΩΝ στον Ι. Ναό Αγίου Γεωργίου και 20 Αγίων Αναργύρων ΓΝΠ



ΚΑΘ' ΟΛΗ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ της Μεγάλης Τεσσαρακοστής, της ιερότερης χρονικής περιόδου του εκκλησιαστικού έτους, οι εργαζόμενοι, οι ασθενείς και επισκέπτες καθώς η διοίκηση και τα μέλη του Δ.Σ. του νοσοκομείου Παπαγεωργίου βίωσαν στιγμές χριστιανικής κατάνυξης, μετανοίας και αγάπης συμμετέχοντας στις λατρευτικές συνάξεις του νοσοκομειακού Ι. Ναού Αγίου Γεωργίου και 20 Αγίων Αναργύρων.

Ο ιερέας του Ι. Ναού πατήρ Γεώργιος Δημόπουλος μαζί με τα μέλη της Επιτροπής του ναού που απαρτίζεται από εργαζόμενους στο νοσοκομείο φρόντισαν και φέτος για την εύρυθμη λειτουργία του προγράμματος των Ιερών Ακολουθιών, την προσέλευση των πιστών, ενώ παράλληλα είχαν αναλάβει και όλες τις προετοιμασίες για την τέλεση των ιερών μυστηρίων.

Η Ιερά Μητρόπολη Νεαπόλεως και Σταυρουπόλεως στα πλαίσια της ποιμαντικής της διακονίας δια εκπροσώπων του Σεβασμιωτάτου Μητροπολίτη κ. Βαρνάβα επισκέφθηκαν το νοσοκομείο στις 17 Απριλίου 2008 για την τέλεση του Ιερού Ευχελαίου προς ενίσχυση, ευλογία και αγιασμό των πιστών.

Το ιερόν Μυστήριο του Ευχελαίου είναι το μυστήριο της ίασεως δηλαδή της θεραπείας της ψυχής και του σώματος

Δείχνει την άπειρη αγάπη της Εκκλησίας μας προς τον ασθενούντα συνάνθρωπό μας. Την διάθεση, το ενδιαφέρον την ουσιαστική βοήθεια και την συμμετοχή στον ανθρώπινο πόνο. Συμπάσχει, συμπροσεύχεται, εύχεται, ελπίζει στην ίαση του ασθενούς με την παράκληση προς τον Κύριο Ιησού Χριστό.



Ω γλυκύ μου Έαρ

ΜΕΙΕΡΗ ΚΑΤΑΝΥΞΗ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΗ ευλάβεια γιορτάστηκε η Α-
γία και Μεγάλη Εβδομάδα και η Ανάσταση του Θεαν-
θρώπου Ιησού στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου.

Ξεχωριστή η συμμετοχή και η απόδοση των εκκλησιαστικ-
κών ύμνων της Εβδομάδας των Παθών από ομάδα γυναικών
εργαζομένων στο νοσοκομείο. Η έξοδος και η περιφορά του Ε-
πιταφίου το βράδυ της Μεγάλης Παρασκευής προκάλεσε ρί-
γη συγκίνησης τόσο στο προσωπικό του νοσοκομείου όσο και
κυρίως στους ασθενείς πολλοί από τους οποίους ήσαν κλινή-
ρεις όταν ο Επιτάφιος περνούσε μπροστά από τον θάλαμό
τους. Παρότι η περιφορά έγινε φέτος υπό διαρκή βροχή πάρα
πολλοί ήσαν οι πιστοί που ακολούθησαν τον Επιτάφιο μέχρι
την επιστροφή του στην εκκλησία ψάλλοντας τα Εγκώμια.

Τη Δευτέρα του Πάσχα εορτή του Μεγαλομάρτυρος Αγίου
Γεωργίου εόρταζε και ο φερώνυμος ναός του νοσοκομείου.

Ανήμερα της εορτής σε κλίμα κατάνυξης και ευλάβειας τε-
λέστηκε η πανηγυρική Θεία Λειτουργία ενώ, καθ' όλη τη διάρ-
κεια της ημέρας πλήθος πιστών προσήλθαν στο Ναό και προ-
σκύνησαν την εικόνα του Αγίου.



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΓΝΠ

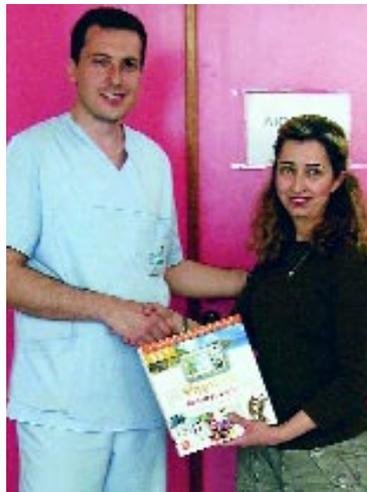
ΜΕ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΘΗΚΕ η δεύτερη έκθεση Φωτογραφίας του Συλλόγου μας με θέμα «**Ταξιδεύοντας στην Ελλάδα**» που διήρκεσε από 22 Φεβρουαρίου έως και τις 16 Μαρτίου 2008. Τα φωτογραφικά στιγμιότυπα και πολύτιμα ενθυμμήματα από τις εξορμήσεις των μελών μας σε ολόκληρη την Ελλάδα, φιλοξενήθηκαν σε ειδικά στάντ στον ημιόροφο του νοσοκομείου.

Πάνω από χίλια άτομα επισκέφθηκαν την έκθεση καθώς και όλοι οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου. Ξεχωριστά τα σχόλια, όταν διαβάζοντας το βιβλίο εντυπώσεων χαμογελάσαμε με ευχαρίστηση και ικανοποίηση με τα καλά λόγια των επισκεπτών της έκθεσης καθώς και με τις προτάσεις τους.

Μα και συγκινηθήκαμε με τις εντυπώσεις που γράφτηκαν από ασθενείς και συνοδούς. Γράφοντάς μας πως απαλύνουμε τον πόνο τους, το χαμόγελό μας μεγάλωσε και έγινε υπόσχεση. «Ναι, θα τα ξανακάνουμε και θα προσπαθήσουμε να σας ξαναδώσουμε χαρά».

Τα αποτελέσματα της ψηφοφορίας των επισκεπτών ανέδειξαν νικητές αυτής της έκθεσης τους: **Κλεόβουλο Αναγνωστίδη** (1ο Βραβείο) και τον **Γιώργο Μπαϊρακταρίδη** (2ο και 3ο Βραβείο).

«Το Χρέος Ζωής» απαθανάτισε την επίδοση των βραβείων στους νικητές από την πρόεδρο **Δέσποινα Χριστοδουλίδου** παρουσία των μελών του Συλλόγου.



Κλεόβουλος Αναγνωστίδης
(1ο Βραβείο)



ΣΑΣ ΠΑΡΑΘΕΤΟΥΜΕ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΚΑΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ, ΣΧΟΛΙΑ, ΚΡΙΣΕΙΣ, ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, ΟΠΩΣ ΓΡΑΦΤΗΚΑΝ ΣΤΟ ΒΙΒΛΙΟ ΕΝΤΥΠΩΣΕΩΝ.

*Η ζέση σας είναι η καλύτερη αφαίμαξη των πόσων: από όλη την η πόλη σας
Διευθυντή Ευχαριστώ και συγχαίρω
9-3-08
Κ. Βασιλείου*



Γιώργος Μπαϊρακταρίδης (2ο και 3ο Βραβείο)



Ο προορισμός είναι το άλλοθι, το ταξίδι, η ουσία και οι αναμνήσεις το μεδούλι. Μπράβο και συγχαρητήρια, **Κορμπέτης Δημήτριος**, 26-2-08.

Μπράβο παιδιά συγχαρητήρια, όλες οι φωτογραφίες είναι καταπληκτικές! Χαίρομαι που γίνονται τέτοιες εκδηλώσεις, άλλωστε βρισκόμαστε σ' ένα χώρο υ-

γείας, και υγεία σημαίνει, διασκέδαση, φαντασία, πολιτισμός, χαρά!!! Μπράβο. **Π. Γκόλιαρα**, 27-2-08

Μας κάνετε να αισθανόμαστε περήφανοι για τους φίλους-συναδέλφους μας! Μας κάνετε να νοιώθουμε πολύ όμορφα. Συγχαρητήρια! **Βασίλης Βαλσαμάνης**, 27-2-08

Όμορφες φωτογραφίες εντυπωσιακές εικόνες, ωραία επιλογή θεμάτων για ανθρώπους με άποψη και αισθητική καλλιέργεια! Συγχαρητήρια! **Γ. Καραϊσκού**, 26-2-08

Πάρα πολύ καλή δουλειά, συγχαρητήρια σε όλους τους συμμετέχοντες και καλή συνέχεια. Είμαστε εδώ και σας στηρίζουμε. **Μαντί Χρυσούλα**, 26-2-08

Συγχαρητήρια, κάνατε αξιόπαινη δουλειά! Το μόνο που θα πρότεινα είναι να υπήρχαν τα ονόματα με τα μέρη που αποτυπώνουν οι φωτογραφίες. Καλή συνέχεια! **Κώτσου Ιωάννης**, 26-2-08

Το σημείο συνάντησης της ψυχής με τη τέχνη. Κοσμίδης **Δημήτριος και Βούλα**, 29-2-08

Εντυπωσιάστηκα κυρίως επειδή ανακάλυψα ότι γύρω μου περπατούν και εργάζονται άνθρωποι με ιδιαίτερα ευαίσθητη και καλλιτεχνική ματιά, έτσι που δυσκολεύτηκα να διαλέξω ποια φωτογραφία να ψηφίσω για καλλίτερη. Με βάλατε σε πειρασμό να ενταχθώ στην ομάδα (τον σύλλογο) του νοσοκομείου κι εγώ. Ελπίζω μετά την ανακήρυξη του «νικητή» να προσθέσετε τα ονόματα των φωτογράφων κάτω από κάθε φωτογραφία. Ο συνδυασμός αυτός θα κάνει ακόμη πιο ενδιαφέρουσα την έκθεση αυτή. **Διαμαντής Χλωρός**, 28-2-08

Αξίζουν τέτοιες προσπάθειες. Μπράβο σε όλους. Όλες είναι πραγματικά υπέροχες. Σε ταξιδεύουν και έτσι ξεχνάς τον πόνο σου. **Αποστόλης**, 29-2-08

Οι φωτογραφίες σας, μας άρεσαν πάρα πολύ. Μας μάγεψαν, μας ταξίδεψαν σε κόσμους φανταστικούς, και μαγευτικούς. Ελπίζω να βάλετε και άλλες φωτογραφίες πιο όμορφες, πιο μαγευτικές. Με αγάπη, **Μαρία Μητρούδη**, Γ2 τάξη.

Μέσα σε ένα περιβάλλον σαν αυτό του νοσοκομείου φέρατε τη ζεστασιά και το χρώμα μαζί με την ελπίδα. Όλες οι φωτογραφίες είναι υπέροχες και μας ταξιδεύουν τη ψυχή σ' αυτό που ξέρουμε «απέραντο γαλάζιο». Μπράβο σας, **Σταύρος - Κωνσταντίνα**

Όλες ωραίες, φέρνουν γαλήνη στην ψυχή του κάθε υποψήφιου εγχειρισμένου. Σας ευχαριστώ. **Γρατίνος**

Συγχαρητήρια σε όλους! Κάθε φωτογραφία έχει κάτι το ξεχωριστό. Ξεπεράσατε την απλή απεικόνιση της πραγματικότητας και πιάσατε το σουρεαλιστικό συναίσθημα της στιγμής. Μπράβο! **Φάνη Φτάτα**, 3-3-08

Μου είναι δύσκολο να ξεχωρίσω κάποια γιατί θα αδικούσα όλες τις υπόλοιπες. Με ταξιδέψατε άθελά σας ή ηθελημένα σε τόπους μαγικούς, ονειρεμένους. Συγχαρητήρια. **Δ.Κυριακέλης**

Πολύ καλή η ιδέα να εκτεθούν φωτογραφίες σ' αυτό τον χώρο. Γαληνεύουν για λίγο την ψυχή αυτών που περιμένουν έξω από τα χειρουργεία να βγουν οι δικοί τους άνθρωποι. Σας ευχαριστούμε. **Παναγιώτα Αγορίτσα**, 4-3-08

Πολύ καλή προσπάθεια. Θα ήταν καλύτερο να υπάρχουν λεζάντες στις φωτογραφίες. **Χ. Μανές**.

Ότι καλλίτερο θα μπορούσε να δει κανείς σε ένα νοσοκομείο, το είδα εδώ μέσα. Αν και οι συνθήκες δεν ήταν οι καλλίτερες μας δώσατε λίγη χαρά βλέποντας την όμορφη Ελλάδα μας! **Γιώργος**, 7-3-08

Η τέχνη εξευγενίζει. Η αισθητική αλαφρώνει τον πόνο: αυτή είναι και η ηθική της διάσταση. Συγχαρητήρια και ευχαριστώ. **Κ. Δημητριάδου**, 8-3-08



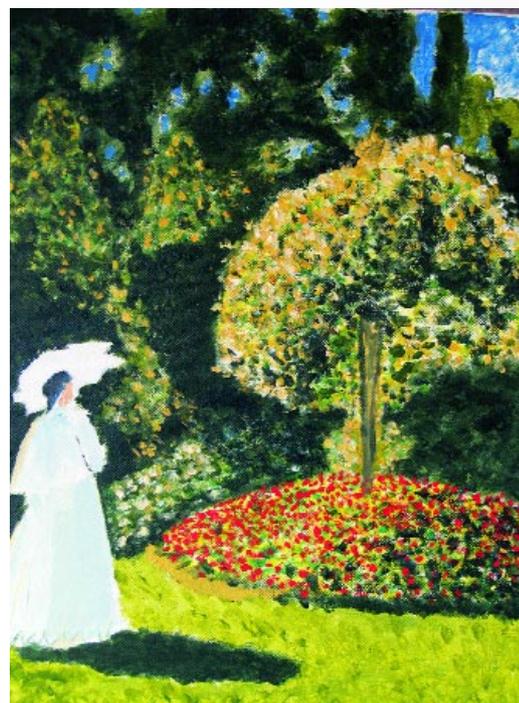
ΟΜΑΔΑ ΖΩΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΓΝΠ

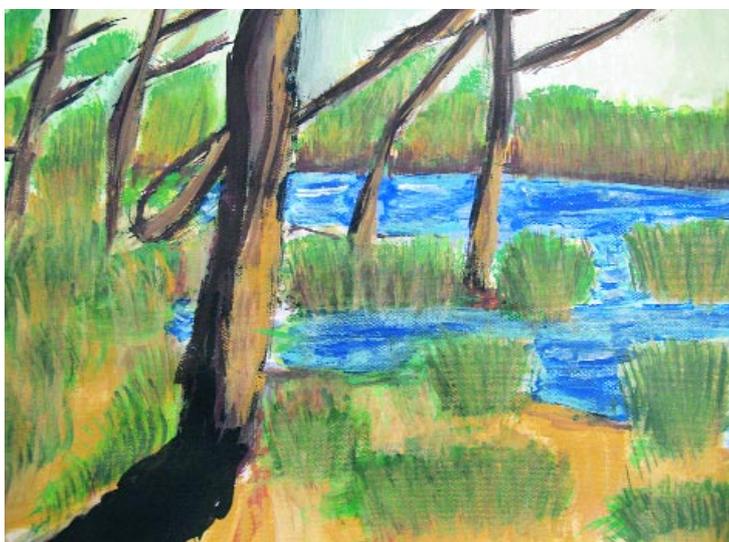
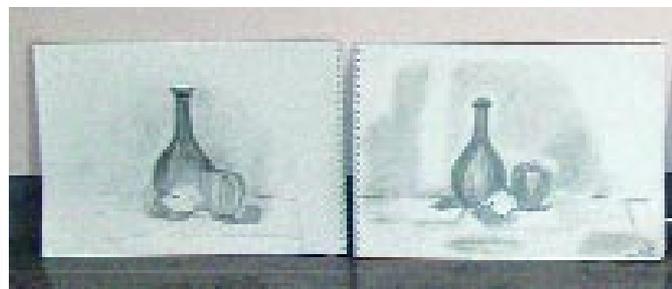
Εργαζόμενοι και καλλιτέχνες...

ΔΕΙΛΑ-ΔΕΙΛΑ ΤΟΝ ΠΕΡΑΣΜΕΝΟ Φλεβάρη ξεκινήσαμε τις εγγραφές των ενδιαφερομένων για μαθήματα ζωγραφικής. Πολύ γρήγορα διαπιστώσαμε πως το ενδιαφέρον των συναδέλφων ήταν άμεσο. Έτσι λοιπόν, τον Μάρτη ξεκινήσαμε τα μαθήματα ζωγραφικής με δασκάλα μας την κα Ηρώ Φαρμακά απόφοιτη της Σχολής Καλών Τεχνών ΑΠΘ.

Με χαρά ξεκινήσαμε την πρώτη άσκηση που ήταν νεκρή φύση σε μπλοκ σχεδίου με μολύβι. Προχωρήσαμε στην αποτύπωση του ίδιου θέματος στο μπλοκ με ακρυλικά χρώματα. Κατόπιν με ενθουσιασμό ζωγραφίσαμε σε καμβά το πρώτο μας έργο(τοπίο) το οποίο με την ολοκλήρωσή του, μας γέμισε όλους με περίσσια χαρά.

Τα μαθήματα συνεχίζονται και πιστεύουμε πως με την πολύτιμη καθοδήγηση της δασκάλας μας θα μπορέσουμε να εκφράσουμε όσο μπορούμε καλλίτερα τον εσωτερικό μας κόσμο.





Η ομάδα Ζωγραφικής αποτελείται από τους:

Χριστοδουλίδου Δέσποινα, Κοινοβιάρχου Ευγενία, Σίμου Σούλα, Μπρατάνη Βούλα, Δογάτζαλη Ευαγγελία, Τζιούργκανου Ελένη, Κατσαδούρου Ελένη, Κούτρα Ελένη, Νικολιδάκη Ρίτσα, Μπογιατζή Θεοδοσία, Καραπαναγιωτίδου Κωνσταντίνα, Τυριακίδης Κοσμάς, Τουτζιάρης Βαλάντης, Παπαθεοδώρου Μαρία, Πεντέλη Αρετή, Κονταργύρη Μαρία, Χάμου Μάγδα, Πεχλιβανίδου Χρυσούλα, Τζέκου Αναστασία, Σοφινίδου Κατερίνα, Σεκέρογλου Μαρία, Καλαϊτζή Αθηνά, Καλογεροπούλου Χαρά, Λεωνίδα Ειρήνη



ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου λειτουργούν από 16/08/1999.

Τα τηλέφωνα επικοινωνίας είναι **2310/693229** και **693231**.

Στο Νοσοκομείο σήμερα λειτουργούν τα παρακάτω Εξωτερικά Ιατρεία:

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	ΗΜΕΡΕΣ - ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	
1. Αιματολογικό Εξωτερικό Ιατρείο	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: 8.30-14.00 & Δευτέρα: 16.00-20.00
2. Αιματολογικό Πήξης	Τρίτη, Πέμπτη: 8.30-14.00 & Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
1. Εργαστήριο Αξονικού Τομογράφου	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.00-14.00 & 16.00-20.00
2. Εργαστήριο Μαγνητικού Τομογράφου	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.00-14.00 & 16.00-20.00
3. Εργαστήριο Μαστογράφου	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 9.00-13.00
4. Ε.Ι. Μέτρησης Οστικής Πυκνότητας	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-15.00
5. Εργαστήριο Υπερήχου	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.00-13.00
ΤΜΗΜΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	
Ε.Ι. Ακτινοθεραπείας	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-14.30
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	
Ε.Ι. Αναισθησιολογικού	Δευτέρα: 9.00-10.45 & Τετάρτη: 16.00-19.30
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
1. Ε.Ι. Γαστρεντερολογικό (Ηπατολογικό: Δευτέρα 11.00-13.00)	Δευτέρα, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-12.30 & Ανά 15ήμερο Δευτέρα & Τετάρτη: 16.00-20.00
2. Ε.Ι. Διαβητολογικό	Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: 8.30-12.00
3. Ε.Ι. Διαβητικό Πόδι	Πέμπτη: 10.30-12.00
4. Ε.Ι. Δυσλιπιδαιμίας	Τετάρτη: 9.30-10.45
5. Ενδοσκοπικό Εργαστήριο Α' Παθολογικής	Δευτέρα: 9.00-10.30 , Τρίτη, Τετάρτη: 9.00-12.30 , Πέμπτη: 9.00-10.30 , Παρασκευή: 9.00-12.30
6. Ε.Ι. Α' Παθολογικό	Δευτέρα: 8.30-13.30 & 16.00-20.00 , Τρίτη: 8.30-13.30 , Τετάρτη: 16.00-20.00
7. Ρευματολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-14.30 & Δευτέρα: 16.00-19.30
8. Ε.Ι. Υπέρτασης	Παρασκευή: 8.30-11.30
Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
1. Ε.Ι. Άνω Πεπτικού	Παρασκευή: 8.30-14.30 & Δευτέρα: 16.00-20.00
2. Ε.Ι. Ενδοκρινών	Τετάρτη: 8.30-14.30
3. Ε.Ι. Κάτω Πεπτικού	Πέμπτη: 8.30-14.30 & Τετάρτη: 16.00-20.00
4. Ιατρείο Κλινικό Μαστού	Δευτέρα: 8.30-14.30
5. Ε.Ι. Γενικής Χειρουργικής	Τρίτη: 8.30-14.30 & Δευτ.-Τετ.: 16.00-19.00
6. Ιατρείο Μικροεπεμβάσεων	Τετάρτη: 8.30-14.30
7. Ε.Ι. Ιατρείο προληπτικό Μαστού	Τετάρτη: 8.30-14.30
8. Ε.Ι. Λαπαροσκοπικής	Πέμπτη: 8.30-11.10
9. Ε.Ι. Παχυσαρκίας	Πέμπτη: 12.00-14.00
Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
Ε.Ι. Καρδιολογικό	Δευτέρα, Τετάρτη: 8.30-14.00 , Τρίτη: 10.00-13.00 , Παρασκευή: 9.00-13.00 , Πέμπτη: 8.30-12.30 & Δευτ.-Τετ.: 16.00-20.00
Β' ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
1. Ε.Ι. Ορθοπαιδικό	Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: 9.00-13.00 , & Δευτέρα: 8.30-12.45 & Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	ΗΜΕΡΕΣ - ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
2. Ιατρείο Καταγμάτων	Δευτέρα: 9.00-13.00
3. Ε.Ι. Σπονδυλικής Στήλης	Κάθε 2η & 4η Τρίτη του μήνα: 8.30-12.45
4. Ε.Ι. Επανορθωτικής χειρουργικής ισχίου & γόνατος	Κάθε 1η & 3η Τρίτη του μήνα: 8.30-12.45
5. Ε.Ι. Αθλητικών κακώσεων και αρθροσκοπικής χειρ.	Κάθε 1η & 3η Δευτέρα του μήνα: 8.30-12.45
6. Ε.Ι. Ιατρείο άκρας χειρός	Κάθε 1η & 3η Πέμπτη του μήνα: 8.30-12.45
7. Ε.Ι. Οστεοπόρωσης	Κάθε 1η & 3η Πέμπτη του μήνα: 8.30-12.45
8. Ε.Ι. Αφαιρέσεις ραμμάτων και αλλαγές τραυμάτων	Δευτέρα, Τετάρτη, Πέμπτη: 8.30-9.00 & Τρίτη: 8.30-13.00
9. Ε.Ι. Ιατρείο Παίδων	Κάθε 2η & 4η Πέμπτη του μήνα: 8.30-11.45
10. Ε.Ι. Ιατρείο Άκρου Πόδα	Κάθε 2η & 4η Πέμπτη του μήνα: 12.00-12.45
11. Ειδικό Ιατρείο Ενδομελικών Ηλώσεων	29/3,31/5,30/7,29/10,29/11,31/1,31/3,29/5,31/7,29/9,30/10
12. Ορθοπαιδικό - Ογκολογικό	Κάθε 2η & 4η Δευτέρα του μήνα: 8.30-12.30
Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
1. Ε.Ι. Διαβητολογικό	Τρίτη: 8.00-11.30 , Τετάρτη: 10.00-13.00 , Πέμπτη: 8.00-11.00 & Τετάρτη: 16.00-20.00
2. Ε.Ι. Διαβητικό Πόδι	Παρασκευή: 11.00-12.45
3. Ε.Ι. Παθολογικό	Τετάρτη, Παρασκευή: 8.00-12.00 & Τετάρτη: 16.00-20.00
4. Ε.Ι. Υπέρτασης	Παρασκευή: 8.00-11.00
5. Ε.Ι. Υπετασιολογικό 24 ωρών	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη: 13.00-13.50
6. Ε.Ι. Πνευμονολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.00-13.30 & Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00
Διακοπή καπνίσματος	Τετάρτη: 11.00-13.30
7. Ε.Ι. Ενδοκρινολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-13.30
Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
1. Ε.Ι. Β' Χειρουργικής Γενικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 9.00-10.30 & Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00
2. Ε.Ι. Αγγειοχειρουργικό	Τρίτη: 11.00-13.30 & Δευτέρα: 16.00-20.00
3. Επεμβάσεων θυροειδούς & παγκρέατος	Τετάρτη: 10.30-13.30
4. Παχέος εντέρου & πρωκτού	Δευτέρα: 10.30-13.30
5. Χολής & Λαπαροσκοπικής χειρουργ.	Παρασκευή: 10.30-12.30
6. Οισοφάγου & στομάχου	Πέμπτη: 11.30-13.30
7. Κήλης	Παρασκευή: 12.30-13.30
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
1. Ε.Ι. Γυναικολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: 8.30-12.30 , Παρασκευή: 9.00-11.30 & Τετάρτη: 16.00-19.30
TEST PAP	Δευτέρα-Πέμπτη: 8.30-9.20
2. Ε.Ι. Ενδοκρινολογικό Αδεν. & Κύησης	Παρασκευή: 9.00-10.36
3. Ε.Ι. Κολποσκόπησης - LASER	Δευτέρα, Τετάρτη, Πέμπτη: 9.30-11.10
4. Ε.Ι. Μαιευτικό	Δευτέρα Τρίτη, Τετάρτη: 9.30-12.15 , Πέμπτη: 9.00-12.15
5. Ε.Ι. Προληπτικός Έλεγχος Μαστού	Πέμπτη, Παρασκευή: 11.30-12.30
Ε.Ι. ΕΙΔΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	
1. Ε.Ι. Ανδρικής Γονιμότητας	Δευτέρα, Τετάρτη: 10.30-12.10
2. Ε.Ι. Γυναικ. Γονιμότητας	Τρίτη, Πέμπτη: 10.30-12.30
3. Ε.Ι. Εμμηνόπαυσης	Δευτέρα, Τετάρτη: 9.30-11.15
4. Ε.Ι. Οικογενειακού Προγραμματισμού	Δευτέρα, Τετάρτη: 9.30-10.30
5. Ε.Ι. Καθ' έξιν Αποβολές	Δευτέρα: 9.30-10.30 , Τρίτη: 8.30-10.15
6. Ε.Ι. Γυναικολογικό Ογκολογικό	Τρίτη: 10.30-12.15
7. Ε.Ι. Γυναικολ. Ουρολογίας	Τρίτη, Πέμπτη: 11.30-12.15
8. Ε.Ι. Ενδοσκ. Γυναικολ. Χειρουργικό	Δευτέρα: 8.30-9.15 , Τρίτη: 9.30-10.15
9. Ε.Ι. Λήψης Κολπικών Εκκρίματων	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: 8.30-9.30
10. Ε.Ι. Παιδ.-Εφηβ. Γυναικολογίας	Δευτέρα: 11.30-12.15
11. Ε.Ι. Διαταραχών κύκλου & Πολυκυστικών Ωοθηκών	Τετάρτη: 9.30-10.14
12. Ε.Ι. HPV DNA (Πρόγραμμα Λυσιστράτη)	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: 8.30-9.20
13. Ε.Ι. Ψυχοσεξουαλικής Υγείας	Τετάρτη: 11.30-12.15
Ε.Ι. ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
Ε.Ι. Καρδιοθωρακοχειρουργικό	Τρίτη, Πέμπτη: 9.00-10.15 & Τετάρτη: 16.00-20.00
Ε.Ι. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων	Πέμπτη: 9.00-13.00 & Δευτέρα: 16.00-20.00
2. Ε.Ι. Άνοιας	Δευτέρα: 9.00-13.30
3. Ε.Ι. Κεφαλαλγίας	Τρίτη: 8.30-13.00
4. Ε.Ι. Νευρολογικό	Παρασκευή: 8.30-12.30 , Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00
5. Ε.Ι. Νευροφυσιολογικό	Δευτέρα, Πέμπτη: 8.30-13.30 & Τετάρτη: 8.30-13.30

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	ΗΜΕΡΕΣ - ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
6. Ε.Ι. Πολλαπλής Σκλήρυνσης	Τρίτη: 8.30-13.30
7. Ε.Ι. Νευροανοσολογικό	Πέμπτη: 9.00-12.10
Ε.Ι. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
Ε.Ι.Νευροχειρουργικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-13.30 & Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00
ΤΜΗΜΑ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ - ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ	
Κυτταρολογικό Εργαστήριο	Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-18.00
Ε.Ι. Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ	
1. Ε.Ι. Παν. Χειρουργικής Παιδών	Τρίτη, Πέμπτη: 9.00-11.45 & Δευτέρα: 18.00-19.40
2. Ε.Ι. Νεογνική Χειρουργική	Τετάρτη: 11.00-13.00
3. Ε.Ι. Κρανιοπροσωπικές παθήσεις - Σχιστίες προσώπου	Παρασκευή: 11.00-13.00
Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ	
Ε.Ι. Παθολ. Ογκολογίας	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: 9.00-11.30 , Παρασκευή: 8.30-10.45 & Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00
Ε.Ι. Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Ειδικό Άνω Άκρου	Τρίτη: 9.00-11.40
2. Ε.Ι. Παιδών Ορθοπαιδικό	Δευτέρα: 8.30-11.00
3. Ε.Ι. Ορθοπαιδικό	Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή: 8.30-13.30 , Τρίτη: 8.20-9.10 & 11.50-13.30 & Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00
4. Ε.Ι. Σκολίωσης	Ανά 15ήμερο κάθε Τρίτη: 8.30-10.00
5. Ε.Ι. Οστεοπόρωση	Ανά 15ήμερο κάθε Τρίτη: 8.30-11.30
6. Ε.Ι. Σπονδυλικής Στήλης	Παρασκευή: 8.30-13.00
Ε.Ι. Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Σεξουαλικής & Αναπαραγωγής	Δευτέρα, Τετάρτη: 9.00-13.30
2. Ε.Ι. Γυναικολογικής Ουρολογίας	Δευτέρα, Πέμπτη: 9.00-14.30
3. Ε.Ι. Νευροουρολογικό	Τετάρτη: 9.00-14.00
4. Ε.Ι. Ουρολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη: 9.00-14.40 & Δευτέρα: 16.00-20.00
5. Ε.Ι. Ουρολογικής Ογκολογίας	Τρίτη, Πέμπτη: 10.00-14.00 (Κυστεοσκοπήσεις) Τετάρτη: 9.00-14.00 (Εγχύσεις)
6. Ε.Ι. Παθήσεων Προστάτη (βιοψία)	Τρίτη, Παρασκευή: 9.00-14.30
7. Ε.Ι. Ουροποιογεννητικού συστήματος	Δευτέρα: 11.00-13.00
Ε.Ι. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	
	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 7.45-14.00
Ε.Ι. Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
Ε.Ι. Γενικό Οφθαλμολογικό	Δευτέρα, Παρασκευή: 8.30-13.20 & Δευτ., Τετ.: 16.00-20.00
Ε.Ι. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι.Αγγειογραφίες Παν. Οφθαλμολογικής κλινικής	Πέμπτη: 8.40-10.40
2. Ε.Ι. Οπτικά Πεδία	Δευτέρα, Τετάρτη: 8.20-13.20
ΕΙΔΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Βυθού	Πέμπτη: 9.50-13.30
2. Ε.Ι. Γλαυκώματος	Τετάρτη: 8.30-12.20
3. Ε.Ι. Διαβήτη	Τρίτη: 8.30-10.50
4. Ε.Ι. Επανεξέταση Καταρράκτη	Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη: 8.30-11.30
5. Ε.Ι. Κόγχου Κερατοειδούς	Δευτέρα: 8.30-10.10
6. Ε.Ι. Παιδιατρ. Στραβισμού Γεννητικής	Δευτέρα: 10.30-13.20
7. Ε.Ι. Ραγοειδή	Πέμπτη: 12.00-13.20
8. Ε.Ι. Ωχρα	Πέμπτη: 10.00-12.30
9. Ε.Ι. Υαλοειδούς Αμφιβληστροειδή	Τρίτη: 12.00-13.20
ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. YAG-LASER	Δευτέρα: 9.00-10.30
2. Ε.Ι. LASER	Δευτέρα, Παρασκευή: 9.00-10.30
Ε.Ι. Δ' ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Παιδιατρικό Ανοσολογικό Β'	Τετάρτη: 11.00-13.00
2. Ε.Ι. Παιδ. Γαστρεντερολ. & Διατροφής	Πέμπτη: 11.00-13.00
3. Ε.Ι. Παιδ. Διαβητολογικό	Παρασκευή: 9.00-11.00

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	ΗΜΕΡΕΣ - ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
4. Ε.Ι. Παιδ. Ενδοκρινολογικό	Τρίτη: 11.00-13.00
5. Ε.Ι. Παιδιατρικό Καρδιολογικό	Πέμπτη: 9.00-12.00 & Τετάρτη: 16.00-20.00
6. Ε.Ι. Παιδ. Πrol. Καρδιαγ. Νοσημάτων	Δευτέρα: 9.00-11.00
7. Ε.Ι. Παιδ. Κυστικής Ύψωσης	Τρίτη: 11.00-13.00
8. Ε.Ι. Παιδιατρικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-10.45 Τετάρτη: 16.00-19.00
9. Ε.Ι. Παιδ. Πνευμονολογίας	Τετάρτη: 10.30-12.30
10. Ε.Ι. Παιδ. Νευρολογικό	Τετάρτη: 8.30-11.00
11. Ε.Ι. Παιδ. Νεφρολογικό	Δευτέρα: 11.00-12.30
Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Ογκολογικό Πλαστικής Χειρουργικής	Τρίτη, Πέμπτη: 8.30-13.30
2. Ε.Ι. Πλαστικής Χειρουργικής Χειρός	Παρασκευή: 11.00-13.30
3. Ε.Ι. Πλαστικής Χειρουργικής	Δευτέρα, Τετάρτη: 8.30-13.30
Γ' ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΘ	
Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής (Για Θυροειδή Δευτ., Πέμ., Παρ.: 9.30-11.30)	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.00-15.00 Δευτέρα, Τετάρτη: 15.00-19.00 & Τρίτη, Πέμπτη: 15.00-19.00
Ε.Ι. Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Α' Αγγειοχειρουργικής	Τρίτη, Πέμπτη: 8.30-13.35
2. Ε.Ι. Α' Χειρουργικής Μαστού	Παρασκευή: 8.30-12.00
3. Ε.Ι. Α' Χειρουργικής Ογκολογικό	Παρασκευή: 11.00-12.30
4. Ε.Ι. Α' Χειρουργικής Γενικό	Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή: 8.30-13.35
5. Ε.Ι. Παχέος εντέρου & πρωκτού	Πέμπτη: 8.00-13.30
6. Ε.Ι. Ενδοκρινών	Παρασκευή: 8.30-12.30
Ε.Ι. ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Νεφρολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Παρασκευή: 9.00-12.00 & Δευτέρα: 16.00-18.30 , Τετάρτη: 16.00-19.30
2. Ε.Ι. Περιτοναϊκής Κάθαρσης	Δευτέρα-Παρασκευή: 10.00-12.00
ΤΟΜΕΑΣ Ε.Ι. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ	
Ε.Ι. Οδοντιατρικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-13.45
Ε.Ι. Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Ψυχιατρικής	Δευτέρα: 9.00-12.00 , Τετάρτη: 9.30-12.30 , Πέμπτη: 9.00-12.00 & Δευτέρα: 16.00-20.00
2. Ε.Ι. Ψυχολογίας	Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: 9.00-12.00
3. Ε.Ι. Πιστοποιητικών Ψυχικής Υγείας	Κάθε 2η Παρασκευή: 9.00-12.00
4. Ε.Ι. Πιστοποιητικών Ψυχικής Υγείας (Ψυχολόγοι)	Κάθε 2η Παρασκευή: 9.00-12.00
5. Ε.Ι. Ψυχοσωματικής Ιατρικής	Κάθε 2η Δευτέρα: 9.00-12.00
6. Ε.Ι. Νευροψυχολογίας	Κάθε 2η Πέμπτη: 9.00-12.00
7. Ε.Ι. Λογοθεραπείας	Τετάρτη, Πέμπτη: 9.00-11.00
8. Ε.Ι. Ψυχογηριατρικής	Κάθε 2η Πέμπτη: 9.00-12.00
9. Ε.Ι. Σεξουαλικών Δυσλειτουργιών	Κάθε 2η Τετάρτη: 11.00-12.30
10. Ε.Ι. Δυναμικής Ψυχοθεραπείας	Κάθε 2η Τετάρτη: 9.00-12.00
11. Ε.Ι. Οικογ. Συστημικής Ψυχοθεραπείας	Τρίτη, Πέμπτη: 10.00-13.00
12. Ε.Ι. Γνωστικής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας	Τρίτη: 9.00-12.00
13. Ε.Ι. Μαθησιακών Δυσκολιών	Τρίτη, Πέμπτη: 10.00-13.00
Ε.Ι. Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤ. Ω.Ρ.Λ. ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Φωνής	Δευτέρα: 9.00-12.00
2. Ε.Ι. Ωτορινολαρυγγολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 9.00-13.00 Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00
3. Ε.Ι. Ακοής - Ισορροπίας	Τετάρτη: 9.00-12.00
4. Ε.Ι. Ριнологικό Ειδικό Ιατρείο	Τρίτη: 9.00-11.45
5. Ε.Ι. Όσφρησης - Γεύσης	Πέμπτη: 11.00-12.40
Ε.Ι. Β' ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΑΠΘ	
Νεογνολογικό	Δευτέρα: 9.00-13.00
Ε.Ι. Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
1. Ε.Ι. Δερματολογικό	Τρίτη, Πέμπτη: 8.30-11.15 , Τετάρτη: 16.00-20.00

ΟΜΑΔΑ ΜΠΑΣΚΕΤ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΓΝΠ

Η ομάδα μπάσκετ του Νοσοκομείου μας για μια ακόμη χρονιά τερμάτισε τις υποχρεώσεις της, καταλαμβάνοντας την τέταρτη θέση στην δεύτερη κατηγορία του πρωταθλήματος του Εργατικού Κέντρου Θεσσαλονίκης. Το αποτέλεσμα θεωρούμε ότι δικαιώνει τους κόπους της ομάδας, η οποία παρόλο που διένυσε τη δυσκολότερη χρονιά από τη δημιουργία της λόγω τραυματισμών, τερμάτισε **4η μεταξύ δεκατριών ομάδων.**



Το καθιερωμένο ΖΝΤΟ πριν την έναρξη κάθε αγώνα.



Αναμνηστική φωτογραφία της ομάδας μπάσκετ του Γ.Ν.Π από τον αγώνα με την ομάδα του ΟΤΕ



Στιγμιότυπο από τον αγώνα Παπαγεωργίου ΟΤΕ με κεντρικό πρόσωπο τον ιατρό χειρουργό του Νοσοκομείου μας κ. Π. Δεληβοριά

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΣΤΑΥΡΟΛΕΞΟ



Επιμέλεια: **Ιωάννης Ευστρατίου**,
Διευθυντής Παθολογοανατομικού
Εργαστηρίου ΓΝΠ.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1									
2									■
3		■					■		
4						■			
5				■					
6	■								
7					■				■
8			■						
9									

ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ: 1) ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ 2) ΕΚΚΛΙΣΗ 3) ΟΛΕΤ. ΠΕ 4) ΟΥΑΝ, ΝΕΤ 5) ΙΡΑ, ΑΛΑΝΑ 6) ΚΡ, ΣΚΛΗΡΟ 7) ΤΑΙΜ, ΤΗ 8) ΕΝ, ΠΙΝΟΝ 9) ΑΟ, ΡΟΣΚΑ
ΚΑΘΕΤΑ: 1) ΙΕΡΟΙ, ΤΕΑ 2) ΝΚ, ΥΡΚΑΝΟ 3) ΧΟΑΝ 4) ΟΥΑ, ΜΠΡ 5) ΛΜΕΝΑΣ, ΝΟ 6) ΛΤ, ΑΚ (ΑΙΝΑ ΚΑΦΑΝΤΑΡΗ), ΟΥ 7) ΙΣ, ΝΑΥΤΗΣ 8) ΝΠΗΝΕΘΝΗ 9) ΣΤΑΗ, ΑΑ

ΗΣΥΝ

ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ

- Ορμόνη
- Μορφή τραυματισμού
- α) Από το όνομα Ελβετού ήρωα (αιτιατ. αντίστρ)
β) 280 (αντίστρ.)
- α) Λέξη από το όνομα της πρωτεύουσας της Μογγολίας
β) Κανάλι της κρατικής τηλεόρασης
- α) Τα αρχικά του Ιρλανδικού Δημοκρατικού Στρατού
β) Υπάρχει και στην Τούμπα
- α) τα αρχικά του ρεμπέτη Ρούκουνα
β) Κάτοικος της αρχαίας Θράκης(αιτ)
- α) Αμερικανικό περιοδικό
β) 308
- α) Αρχαία πρόθεση
β) «με τι καρδιά με τι...» από την «Άρνηση» του Σεφέρη
- α) Συμπληρώνουν ονομασίες αθλητ. Σωματείων
β) Τιμήθηκε με το βραβείο Νόμπελ Φυσικής το 1986 για την εφεύρεση του ηλεκτρονικού μικροσκοπίου

ΚΑΘΕΤΑ

- α) Ομάδα Σπονδύλων
β) Ένοπλα τάγματα στη μετεμφυλιακή ύπαιθρο
- α) Τα αρχικά του συγγραφέα του Καπετάν Μιχάλη
β) Κάτοικος Ασιατικής χώρας που κατέκτησε ο Μ. Αλέξανδρος(αιτ.)
- α) Χωριό του νομού Θεσσαλονίκης
- α) Προστατεύουν τα δόντια
β) Επιφώνημα για πολύ κρύο
- α) Υπάρχει και αρθρικός
β) Ξενική άρνηση
- α) Η γυναίκα του έγινε στήλη άλατος
β) Τα αρχικά ηθοποιού βουλευτήνας του ΚΚΕ
γ) Αρχή πολλών εντολών
- α) Λεπτή και δυσδιάκριτη(αρχαία)
β) Απεικονίζεται σε πολλούς πίνακες του Τσαρούχη
- Τίτλος ποιητικής συλλογής του Κ. Καρυωτάκη
- α) Περσόνα της ιδιωτικής τηλεόρασης
β) Μουσική νότα

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΥΣΩΝΑ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

- 

1 Προσπαθούμε να παραμείνουμε σε μέρη δροσερά ή κλιματιζόμενα κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού. Αποφεύγουμε τους χώρους με συνιστάση και τις άσκοπες μετακινήσεις κάτω από τον καυτό ήλιο.
- 

2 Αποφεύγουμε τη βαριά σωματική εργασία υψηλής θερμοκρασία ή κάτω από τον ήλιο, και την άσκηση σε χώρους με
- 

3 Φοράμε δροσερά και ανοιχτόβραχα ρούχα από φυσικά υλικά ώστε το σώμα να αναπνέει. Επίσης βάζουμε πάντα καπέλο όταν κλιμαφορούμε στον ήλιο.
- 

4 Ψάχνουμε εσθρά και μικρό γυμναστήριο με λίγα δροσερά πόδια σε φρούτα και λαχανικά. Πίνουμε άφθονο νερό και αποφεύγουμε το αλκοολοποιημένο ποτό.
- 

5 Πίνουμε πολλά δροσερά νεύα κατά τη διάρκεια της μέρας. Προληπτικά βάζουμε δροσερά καπνέρες στον λαιμό ή το μέτωπο.
- 

6 Προσπαθούμε τα μάτια μας από την έντονη φωςάντα απροφρακτικό γυαλί ήλιου, αντανάλας του ήλιου
- 

7 Συμβούλιο άρασε τον γυαρό μας σε περίπτωση που πάσουμε από κάποιο χρόνο νόσημα ή αναλυθούμε κάποια φαρμακευτική ογαγή. Ξαλας κρεασεί τραπεσηήση της δασολογίας των φαρμάκων επειδή κάποια από αυτά αυξάνουν τη θερμοκρασία του σώματος.
- 8 Αποφεύγουμε τα ποδήλατα ταξίδια ειδικά με μέσα που δεν κλιματίζονται, κατά τη διάρκεια της μεγάλης ζέσης.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΑ ΚΑΙ ΤΑ ΜΙΚΡΑ ΠΑΙΔΙΑ

- 

1 Τα νεογέννητα πρέπει να είναι ντυμένα όσο γίνεται πιο ελαφρά.
- 

2 Φροντίζουμε ώστε τα νεογέννητα και τα μικρά παιδιά να πίνουν εκτός από γάλα νερό, καμωμήλι ή κάποιο άλλο αφέψημα.
- 

3 Η διατροφή των μικρών παιδιών πρέπει να είναι πλούσια σε φρούτα και λαχανικά με όσο το δυνατόν λιγότερα λιπαρά.
- 

4 Τα παιδιά κάτω των 2 ετών δεν πρέπει να καθόλου στον ήλιο. Τα μεγαλύτερα, πρέπει να όσο γίνεται λιγότερη ώρα στον ήλιο, και να φορούν καπέλο πάντα καπέλο.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Οι ηλικιωμένοι κρεάζονται ιδιαίτερα φροντίδα κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού επειδή ο οργανισμός τους δεν έχει την ικανότητα να αντιδρά και να προσαρμάζεται στις μεταβολές του περιβάλλοντος.

Πιο συγκεκριμένα φροντίζουμε ώστε οι ηλικιωμένοι:

- να παραμείνουν σε δροσερά ή κλιματιζόμενο μέρος το οποίο κατά τη διάρκεια της ημέρας θα πρέπει να παραμένει κλειστό αφού προηγουμένως έχει αερισθεί και μείνει ανοιχτό όλη νύχτα
- να αποφεύγουν τις άσκοπες μετακινήσεις κάτω από τον ήλιο
- να μη μένουν τελείως μόνοι, αλλά να υπάρχει πάντα κάποιος στον οποίο θα μπορούν να ζητήσουν βοήθεια



Σημαντικό πρόβλημα υγείας παραμένει και σήμερα το AIDS και ειδικά το καλοκαίρι, με τις περιστασιακές σεξουαλικές επαφές σε έξαρση, η απειλή μεγαιστοποιείται. Η πρόληψη, τονίζουν οι ειδικοί, παραμένει η πρώτη γραμμή άμυνας κατά του HIV(του ιού που προκαλεί τη νόσο) με το προφυλακτικό να αποτελεί τη βάση αυτής.



Το test του AIDS και γιατί να το κάνω

Το να κάνω το test για το AIDS μου επιτρέπει να πάρω ξεκάθαρους αποφάσεις για τη ζωή μου. Μου δίνει τη δυνατότητα να μάθω αν είμαι φορέας του ιού του AIDS ή όχι.

Το AIDS δεν με αφορά

Αν έχω, καλύτερα να μην ξέρω

Και τι θα αλλάξει;

Φοβάμαι για το αποτέλεσμα

Κι αν μαθευτεί;

Ποιόν να εμπιστευτώ

Δεν ξέρω που γίνεται

Μήπως είναι ακριβό;

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΠΑΡΑΜΕΝΕΙ Η ΠΡΩΤΗ ΓΡΑΜΜΗ ΑΜΥΝΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ AIDS

Όπως δείχνει η επιδημιολογική πορεία της νόσου και σύμφωνα με τα πρόσφατα στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) διαφαίνεται ξεκάθαρα ότι το AIDS προσβάλλει με ανησυχητική συχνότητα νέους άνδρες και γυναίκες.

Η πλειονότητα των νέων κρουσμάτων AIDS στην Ελλάδα αφορούν ανθρώπους ηλικίας 25-44 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών είναι ηλικίας 30 έως 34 ετών, ενώ στις γυναίκες η προεξάρχουσα ηλικιακή ομάδα είναι αυτή των 25 έως 29 ετών.

Το AIDS αφορά κάθε σεξουαλικά ενεργό άτομο

Η βεβαιότητα είναι καλύτερη από την αβεβαιότητα

Μπορώ να φροντίσω καλύτερα την υγεία μου

Όσο πιο γρήγορα το μάθω τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η θεραπεία

Γίνεται ανώνυμα

Υπάρχουν υπηρεσίες να με στηρίξουν

Μπορώ να το κάνω σε όποιο δημόσιο νοσοκομείο διαλέξω

Γίνεται δωρεάν

Αλλά...



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Υποστηρίξτε την Κοινωνία



ΚΕΕΛΠΝΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



ΚΕΕΛΠΝΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΙΚΗ
ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΑΣ

ΤΟ ΛΟΓΟΣ ΤΟΥ ΒΑΘΕΥ
ΤΟΝ ΚΑΝΕΙΝΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΤΑΝΕΙΝΑ ΤΟΝ ΕΛΛΗΝΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΟΥΡΑΝΟ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙ-ΑIDS ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Περιφερειακή οδός Θεσσαλονίκης, Τ.Κ. 54603, Θεσσαλονίκη • Τηλ.: 2310 693000-2 • Fax.: 2310 685111
e-mail: info@papageorgiou-hospital.gr