

Το νοσοκομείο μας...

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ευκαρπίας
Αρ. Αδειάς
2



ΕΛΤΑ
Hellenic Post



ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 14 | ΙΟΥΛ.-ΑΥΓ.-ΣΕΠ. 2008 | ΤΙΜΗ 0,01 €

Πρωτοπόροι οι Νοσηλευτές μας



Για πρώτη φορά στην Ελλάδα
«1ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ» ενδοσκοπικών χειρουργείων





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

Αρίστιππος Μηνάς, Καθηγητής Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ

Αθανάσιος Νικολαΐδης, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης

Αγγελική Σαρδέλλη, Οικονομολόγος



Στο Νοσηλευτή και ιδιαίτερα στο νοσηλευτή που διακονεί τη δημόσια υγεία στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου είναι αφιερωμένο το παρόν τεύχος του περιοδικού μας.

Αποτελεί τούτο αφενός απόδειξη του μεγέθους της αναγνώρισης από πλευράς διοίκησης του νοσοκομείου μας, της μεγάλης προσφοράς του νοσηλευτικού προσωπικού και αφετέρου την διερμηνεία των αισθημάτων της κοινωνίας και ιδιαίτερα των πολιτών που ζήτησαν και δέχθηκαν τις φροντίδες του νοσοκομείου Παπαγεωργίου.

Ο νοσηλευτής αποτελεί έναν από τους ακρογωνιαίους λίθους του νοσοκομείου μας και ταυτόχρονα μια εγγύηση για την σωστή, αποτελεσματική, και ανθρώπινη λειτουργία του. Αντί άλλου αφιερωματικού κειμένου επιλέγουμε και δημοσιεύουμε απόσπασμα ομιλίας του καθ' ύλην αρμόδιου Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης **Δημήτρη Αβραμόπουλου** που εκφωνήθηκε στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος στις 12 Μαΐου 2008.

... Από την πρώτη κιόλας στιγμή, που ανέλαβα τα καθήκοντά μου ως Υπουργού Υγείας, αισθάνθηκα και αντελήφθην τη σημασία της δικής σας αποστολής. Είσαστε ένας εκ των βασικών πυλώνων της λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας και το λειτουργημά σας χρειαζόταν αναβάθμιση, ενίσχυση αλλά και δημόσια ηθική αναγνώριση. Εγώ δεν κρύβω σε κάθε ευκαιρία και οσάκις μου δίνεται η δυνατότητα, να εξάρω δημόσια τη σημαντική σας αποστολή. Δεν κρύβω δε, ότι μου είστε ο πιο συμπαθής κοινωνικός και επαγγελματικός κλάδος. Γιατί τώρα που γνώρισα από μέσα το σύστημα της Υγείας, ξέρω πού στηρίζεται. Και θα ήθελα εκ μέρους της Ελληνικής Πολιτείας, να εκφράσω δημόσια τον έπαινο, την αναγνώριση και την ευγνωμοσύνη, γιατί παρά τα όσα προβλήματα αντιμετωπίζουμε και εδώ στην Ελλάδα αλλά και σε άλλα συστήματα υγείας παντού στον κόσμο, χάρη σε εσάς το σύστημα καλά κρατεί. Χάρη σε εσάς έχει γίνει πιο ανθρώπινο, πιο ευαίσθητο. Και μιας και βρίσκονται ανάμεσά μας και ξένοι φίλοι, θα ήθελα να σας πω κάτι, το οποίο τιμά το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας. Και δεν έχει κανείς, παρά να το συγκρίνει με άλλα, άλλων χωρών, για να διαπιστώσει το πόσο ανθρώπινο είναι. Έτσι απλά, για να γίνει κατανοητό, δεν υπάρχει Έλληνας πολίτης ή κάτοικος σε αυτή τη χώρα, που - ανεξάρτητα από το νομότυπο της εδώ παρουσίας του - δεν απολαμβάνει τις ευεργετικές ανθρώπινες υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Και αυτό οφελεται κυρίως στο ανθρώπινο δυναμικό. Σε εσάς, στους γιατρούς μας, στο παραϊατρικό προσωπικό. Αυτό είναι και ο καθρέφτης του κοινωνικού μας πολιτισμού, τον οποίο όλοι οι Έλληνες έχουμε κατακτήσει και όλοι μας έχουμε ευθύνη να τον αναβαθμίζουμε ακόμη περισσότερο, κάνοντας όλους αυτούς που βρίσκονται στους κόλπους του Εθνικού Συστήματος Υγείας, να αισθάνονται υπερήφανοι για το λειτουργημά τους. Ο ρόλος του νοσηλευτή, όπως είπα πρωτύτερα, είναι πολύ σημαντικός. Και οφείλουμε, με πρώτους εμάς, την Ελληνική Πολιτεία, να ενθαρρύνουμε νέους ανθρώπους να ακολουθήσουν αυτό τον επαγγελματικό δρόμο. Το χρειάζεται η κοινωνία, το χρειάζεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας...



ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 14 | ΙΟΥΛ.-ΑΥΓ.-ΣΕΠ. 2008

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ - ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ
ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ:
Βασιλειος Παπάς

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Βασιλειος 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:

Νοσηλευτική Υπηρεσία
Γρηγόριος Γκριμπίζης, Γεώργιος Καρβουνάς,
Δημήτριος Γουλής, Ευφημία Παπαδοπούλου,
Χρήστος Μανές, Αριστείδης Πρασσάς,
Ιωάννης Σιτουρίδης, Απόστολος Αποστολίδης,
Δημούλα Μαθαιάκη, Ευανθία Βικία
Σωματείο εργαζομένων ΓΝΠ

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 οικική, μερική, περιληπτική ή και η παράφραση ή διασκευή, απόδοση του περιεχόμενου του περιοδικού «ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ» με οποιοδήποτε μέσο και τρόπο, μηχανικό ή ηλεκτρονικό, φωτοτυπικό, ηχογράφησης ή άλλο άνευ προηγούμενης έγγραφης αδείας του εκδότη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Editorial	1
Νοσηλευτική Υπηρεσία ΓΝΠ: Συνέδριο	
«Τραύμα και Νοσηλευτική Φροντίδα»	4
4ο Σεμινάριο Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής -	
1ο Κλινικό Φροντιστήριο Νοσηλευτικού Προσωπικού.....	10
Ασφαλής και εγγυημένη νοσηλευτική στελέχωση	15
Αξιολόγηση της Α' Μαιευτικής-Γυναικολογικής	
Κλινικής ΑΠΘ από την EBCOG / ESHRE	18
Αυξημένη φροντίδα στην Προεκλαμψία-Εκλαμψία	20
Φροντίδα σε αιμορραγίες Γ' σταδίου τοκετού.....	24
Καρδιακή ανεπάρκεια	28
Ολική αρθροπλαστική του ισχίου: Νοσηλευτική	
φροντίδα και παρέμβαση	32
Στο τμήμα μετά από Διαδερμική Αγγειοπλαστική.....	36
Περιτοναϊκή κάθαρση: Οι ιδιαιτερότητες της	
νοσηλείας των ασθενών	39
Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή	
με νευρογενή ανορεξία	43
Σακχαρώδης διαβήτης	47
Κολπική μαρμαρυγή	50
Καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών με	
κληρονομικό αγγειοοίδημα	54
Σακχαρώδης διαβήτης: Υπάρχει πρόληψη;	56
Χοληστερίνη	58
Στερεοτακτικές επεμβάσεις στον εγκέφαλο	60
Ανύπαρκτοι, το ΕΣΥ και εσύ	63
Διάκριση στο 38ο Παγκόσμιο Συνέδριο για	
τη μελέτη της ακράτειας ούρων	64
Συνέντευξη Νίκου Παπαγεωργίου	66
Κοινωνικο-οικονομικές συνέπειες και	
αποκατάσταση τραύματος	72
1786 αιτήσεις για 65 θέσεις στο Νοσοκομείο μας	77
Ο Καθ. Ματθαίος Μοσκοφίδης άφησε την τελευταία	
του πνοή στο νοσοκομείο που πολύ αγάπησε	78
Ιερός Ναός Αγ. Γεωργίου και 20 Αγ. Αναργύρων ΓΝΠ	82
Το βήμα των εργαζομένων	84
Ευχαριστούν και συγχαίρουν τους δικούς μας	
ανθρώπους	88
Ειδήσεις, δραστηριότητες του Νοσοκομείου μας	89
Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου Παπαγεωργίου	92
Νοσοκομειακό σταυρόλεξο.....	96

ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΙ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ αποτελεί την ουσία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αυτό οφείλεται στην εκπαίδευσή μας, στην εμπειρία μας και στις δομές στις οποίες εργαζόμαστε. Οι νοσηλευτές παρέχουν τις υπηρεσίες τους, οπουδήποτε υπάρχουν άνθρωποι: στο σπίτι, στο σχολείο, στους χώρους εργασίας, στις φυλακές, σε μονάδες Υγείας πρόληψης και θεραπείας, και άλλες δομές της κοινότητας καθώς και σε νοσοκομεία και ερευνητικά κέντρα. Ουσιαστικά, σε όλες τις χώρες, οι νοσηλευτές συνιστούν την πολυπληθέστερη ομάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Οι νοσηλευτές επίσης, έχουν βασικό ρόλο στην εκπαίδευση και την επίβλεψη του λοιπού προσωπικού και το σχεδιασμό, την οργάνωση, τον έλεγχο και την αξιολόγηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Οι νοσηλευτές είναι η κύρια ομάδα προσωπικού υγείας που παρέχει Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ενθαρρύνουν και διατηρούν τους δεσμούς μεταξύ ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων και του υπολοίπου του συστήματος παροχής φροντίδας, λειτουργώντας και αυτόνομα και σε συνεργασία, για να προλάβουν την ασθένεια και την ανικανότητα και να προωθήσουν, βελτιώσουν, διατηρήσουν και αποκαταστήσουν την υγεία. Αντικείμενο της εργασίας τους είναι η υγεία του πληθυσμού, η προαγωγή της υγείας, η πρόληψη της νόσου και η διασφάλιση της ευημερίας, αποτελώντας τον πρώτο σύνδεσμο φροντίδας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου.

«Οι νοσηλευτές γνωρίζουν τις ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών στο σπίτι, την εργασία και το παιχνίδι, ενώ ταυτόχρονα λειτουργούν ως σύνδεσμος μεταξύ των ατόμων, των οικογενειών, των κοινοτήτων και όσων παρέχουν φροντίδα υγείας. Αυτές είναι οι ιδιότητες που καθιστούν τους νοσηλευτές ραχοκοκαλιά της φροντίδας υγείας όλου του κόσμου και αιτιολογούν το ότι οι νοσηλευτές θεωρούνται, υπερασπιστές του δικαιώματος των παιδιών στην επιβίωση, την προστασία, την πλήρη ανάπτυξη και τη συμμετοχή και ενάντιοι στις ανεπίτρεπτες αδικίες που απειλούν αυτά τα δικαιώματα»

*Carol Bellamy, πρώτη
εκτελεστικός διευθυντής, UNICEF*

Απόσπασμα από την ομιλία, «Οι νοσηλευτές ηγούνται της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας», της Θεοδώρας Τσιαπράζη, Προϊσταμένης Α' Παθολογικής Κλινικής ΓΝΠ για την παγκόσμια Ημέρα Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, κατά τη διάρκεια εργασιών του Νοσηλευτικού Συνεδρίου 2008, ΓΝΠ, «Τραύμα και Νοσηλευτική Φροντίδα».





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ & ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ



ΤΡΑΥΜΑ

&

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ



ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ - ΟΜΑΔΑ - ΤΑΧΥΤΗΤΑ - ΠΟΙΟΤΗΤΑ

23-24 ΜΑΪΟΥ 2008
ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

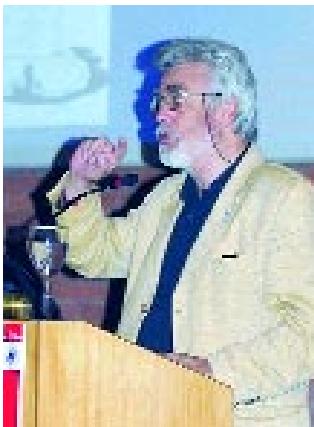


ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΓΝΠ

ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ «ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»



Αθανασία Χούτα-Χυτήρη,
Διευθύντρια N.Y. ΓΝΠ



Δημήτριος Μπούτλης,
διευθυντής ΕΚΑΒ Θεσ/νίκης

Οι πρόεδροι του Συνεδρίου **Αθανασία Χούτα-Χυτήρη**-
Δημήτριος Μπούτλης, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝΠ και ο
Δημήτριος Μπούτλης, Διευθυντής ΕΚΑΒ Θεσσαλονίκης, ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από την μεγάλη επιτυχία
του συνεδρίου τόσο από πλευράς συμμετοχής εκλεκτών ομιλητών όσο και από πλευράς προσέλευσης εν-
διαφερομένων και επισκεπτών, καλωσόρισαν τους συνέδρους με το βασικό μήνυμα του συνεδρίου, «η πρό-
ληψη, η γνώση και η σωστή φροντίδα αποτελούν την πρώτη γραμμή άμυνας για τη νόσο του τραύματος».

Όπως εξήγησαν, «το τραύμα είναι από τα σοβαρότερα προβλήματα που απασχολούν την δημόσια υγεία με κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις. Παγκόσμια και ιδιαίτερα σε αναπτυγμένες χώρες αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στις ηλικίες κάτω των 44 ετών και την τρίτη για όλες τις ηλικίες. Τα αυτοκινητιστικά και τα εργατικά ατυχήματα κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων και ανατηρίας. Για την αντιμετώπιση των τραγικών αυτών καταστάσεων επιβάλλεται η ανάπτυξη συστημάτων υγείας που θα έχουν αφετηρία την πρόληψη και αποτροπή ατυχημάτων και θα επεκτείνονται στην προνοσοκομειακή φροντίδα και στη συνέχεια στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και αποκατάσταση. Βασικός στόχος είναι να περιοριστούν οι τραυματισμοί, να παρέχονται υπηρεσίες υγείας υψηλών προδιαγραφών με ελεγχόμενο κόστος. Ένας ακόμα κυρίαρχος στόχος του προγράμματος, είναι να καλύ-

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ για τα επιστημονικά δρώμενα στην πόλη μας αλλά και για όλο τον ελλαδικό χώρο αποτέλεσε το Νοσηλευτικό Συνέδριο με θέμα «Τραύμα και Νοσηλευτική Φροντίδα», που συνδιοργανώθηκε από την Νοσηλευτική Υπηρεσία του ΓΝΘ Παπαγεωργίου και το ΕΚΑΒ Θεσσαλονίκης με διεθνή συμμετοχή, στις 23 και 24 Μαΐου 2008 στο αμφιθέατρο του νοσοκομείου Παπαγεωργίου, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.



ψει σε μεγάλο φάσμα ότι αφορά το τραύμα αλλά και να δώσουμε σαφή μηνύματα για την πρόληψη και τη σωστή φροντίδα. Η νόσος του τραύματος μας αφορά όλους. Πρέπει να καταβάλλουμε κάθε δυνατή προσπάθεια προς την κατεύθυνση της πρόληψης για να μειωθεί η μάστιγα των ατυχημάτων».

Το πρόγραμμα της επιστημονικής διημερίδας συμπεριελάμβανε σημαντικές θεματολογικές ενότητες που αναφέρονταν: στην προνοσοκομειακή, και ενδονοσοκομειακή φροντίδα, ομιλίες συναφείς με το τραύμα από διακεκριμένους Έλληνες και ξένους επιστήμονες που παρουσίασαν σημαντικά στοιχεία, διαλέξεις ειδικού ενδιαφέροντος, με θέματα: «Οδική Ασφάλεια - Η δική μας ευθύνη» από τον δημοσιογράφο-βουλευτή **Άρη Σταθάκη**, Τα «Νομικά Ζητήματα και Ιατροδικαστική Τεκμηρίωση» από τον καθηγητή Ιατροδικαστικής ΑΠΘ, **Δ. Ψαρούλη**, κλινικά φροντιστήρια από ομάδες του ΕΚΑΒ (ιατρούς, διασώστες) καθώς και ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης τραύματος από ομάδα νοσηλευτών του Νοσοκομείου ειδικά εκπαιδευμένη. Επί-

σης ελεύθερες και αναρτημένες ανακοινώσεις.

Σημαντικά στοιχεία που προκύπτουν από τις έρευνες που παρουσιάστηκαν είναι ότι: παρόλο που τα τροχαία είναι η πρώτη αιτία τραύματος, ένας μεγάλος αριθμός οδηγών δεν φορά ζώνη ασφαλείας στην περιφερειακή οδό ενώ δεν θεωρεί το αλκοόλ ως την σημαντικότερη αιτία τροχαίου ατυχήματος. Τα εργατικά ατυχήματα κατέχουν σημαντικό μερίδιο ενώ οι περισσότεροι ασθενείς αρνούνται να κάνουν δήλωση. Δεν υπάρχουν μέτρα προφύλαξης από τις επιχειρήσεις και όπου υπάρχουν δεν εφαρμόζονται. Στα παιδικά ατυχήματα δεν ακολουθούνται μέτρα για ασφαλές σπίτι και χώρο παιχνιδιού. Πολλές δε παιδικές κατασκευές είναι επικίνδυνες με αποτέλεσμα άδικους τραυματισμούς και θανάτους. Τραύματα από μαχαίρι, πυροβόλο, όπλο, ξυλοδαρμό είναι κοινωνικά φαινόμενα που σχετίζονται με οικονομική κατάσταση των θυμάτων καθώς ανασφάλιστοι οικονομικοί μετανάστες αποτελούν σημαντικό ποσοστό από αυτούς. Αξιοπρόσεκτο είναι ότι από τα θύματα ξυλοδαρμών το 40% αποτελούν γυναικες.



Γεώργιος Γεωργιάδης, πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής του Συνεδρίου



Γαβριήλ Ταχατζόγλου, πρόεδρος ΣΕΝΠ



Χρήστος Παντελιάδης, Διοικητής ΕΚΕΠΥ



Steinmann Rebecca, (ΗΠΑ), διευθύντρια Σχολής TNCC



Πάνελ ομιλητών: Άρης Σταθάκης, Μαριάννα Κάκκουρα, Γεώργιος Χριστόπουλος, Δημήτριος Ψαρούλης



Πάνελ ομιλητών EKAB



Δημήτριος Βαρτζόπουλος, Διοικητής 3ης ΔΥΠΕ



Ευτυχία Κοινοβιάρχου, Μαρία Ιατροπούλου, Κυριακή Μπακαλίδου



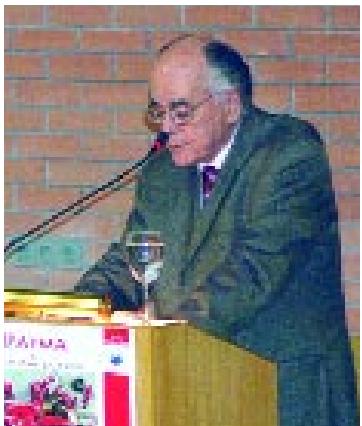
Διακρίνεται η Φωτεινή Τσουκαλά, πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε και στην ανάγκη ανάπτυξης κέντρων τραύματος στη χώρα μας για την ορθότερη αντιμετώπιση των τραυματών, στην αντιμετώπιση μαζικού συμβάντος, τραύμα σε ειδικές ομάδες πληθυσμού (παιδιά, ηλικιωμένους, παχύσαρκους, κύρηση), και αποκατάσταση τραύματος με τα ψυχοκοινωνικά τραύματα που προκύπτουν από αυτό. Στο συνέδριο εκτός από την πολύτιμη γνώση που προσέφερε σε όσους το παρακολούθησαν - διότι η νόσος του τραύματος μας αφορά όλους - τονίσθηκε ότι: για την αποτελεσματική φροντίδα στον τραυματία απαραίτητη είναι η άψογη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων που πρέπει να εργάζονται ως ομάδα. Σαν ένα καλοκουρδισμένο ρολόι, όπου ο καθένας έχει το δικό του ρόλο και όλοι μαζί έναν-σαν τα pit stop της Ferrari- που «δανειστήκαμε» για την αφίσα του συνεδρίου μας, με βασικά μηνύματα:οργάνωση, συντονισμός, ομάδα, ταχύτητα, ποιότητα.

Το Συνέδριο ξεκίνησε με τις ευλογίες του σεβασμιότατου Μητροπολίτη Νεαπόλεως και Σταυρουπόλεως κ. **Βαρνάβα**, ενώ την έναρξη εργασιών κήρυξε ο πρόεδρος ΔΣ του ομώνυμου νοσοκομείου **Νίκος Παπαγεωργίου**. Στο Συνέδριο παραβρέθηκαν και χαιρέτησαν οι: **Χρήστος Παντελιάδης**, Διοικητής ΕΚΕΠΥ Β.Ε, **Δημήτριος Βαρτζόπουλος**, Διοικητής 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας, **Ματθαίος Τσούγκας**, καθηγητής Ιατροδικαστικής ΑΠΘ, **Κώστας Θεοδωρίδης**, Δήμαρχος Πολίχνης, μέλη ΔΣ του νοσοκομείου, ο Γενικός Διευθυντής του νοσοκομείου **Γεώργιος Χριστόπουλος**, διευθυντές κλινικών και τμημάτων του νοσοκομείου καθώς και σύσσωμη η νοσηλευτική κοινότητα η οποία ανταποκρίθηκε με ιδιαίτερη θέρμη στο κάλεσμα των προέδρων του συνεδρίου.

Κήρυξη έναρξης εργασιών Συνεδρίου από τον Πρόεδρο του Νοσοκομείου, Νίκο Παπαγεωργίου

«Η Νοσηλευτική Υπηρεσία του Νοσοκομείου μας, που μας έκανε γνωστούς ανά το Πανελλήνιο με τις πρωτοβουλίες της, την άρτια οργάνωση και υπευθυ-



Νίκος Παπαγεωργίου



Μέλη από την Επιστημονική Επιτροπή του Συνέδριου: από αριστερά, Α. Καλιγά, Γ. Ταχταζόγλου, Σ. Λιάπη, Γ. Γεωργιάδης, Α. Παναγιωτίδης, Κ. Ντινούλης, Μ. Άγγου, Ζ. Σκαρλάτου, Α. Τσιβίκη, Μ. Κυράνου, Σ. Στεφάνου.

νότητα που τη διακρίνει, όπως έχει καθιερωθεί εδώ και χρόνια, πραγματοποιεί και φέτος το Συνέδριο της.

Το θέμα του, αυτή τη φορά, είναι «ΤΡΑΥΜΑ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ» και πραγματοποιείται σε συνεργασία με το Ε.Κ.Α.Β. Θεσσαλονίκης.

Κηρύσσω, λοιπόν, την έναρξη των εργασιών του Συνέδριου και χαιρετίζω, όπως κάθε φορά την προσπάθειά σας αυτή, θυμιζόντας σας ότι η Διοίκηση του Νοσοκομείου, αλλά και το Ίδρυμα Παπαγεωργίου συμπαρίστανται και στηρίζουν πρωτοβουλίες που συμβάλλουν στην εκπαίδευση, έρευνα και αναβάθμιση του προσωπικού.

Σας καλώ να συνεχίσετε με τον ίδιο ζήλο, την ίδια προθυμία και την ίδια αγάπη την προσφορά σας στον άρρωστο. Σας ευχαριστώ για τη σημαντική συμβολή σας στην επιτυχή πορεία του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου και μαζί με τις δικές μου ευχαριστίες σας μεταφέρω και τις ευχαριστίες όλων όσων έχουν φιλοξενηθεί σαν ασθενείς στο Νοσοκομείο μας.

Έχω ακούσει και ακούω τα καλύτερα λόγια για τη ζεστασιά που προσφέρετε με το χαμόγελό σας.

Αυτή τη ζεστασιά τη βίωσα και προσωπικά στις δύο ημέρες που φιλοξενήθηκα σαν ασθενής σας και με συγκίνηση ιδιαίτερα.

Και μια υπόσχεση, μια δέσμευση. Αναγνωρίζω ότι

τελευταία υπάρχει μια μεγάλη έλλειψη σε νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Σας δίνω το λόγο μου, ώτι το πρόβλημα αυτό θα αρχίσει να βελτιώνεται μέσα σε 10 μέρες και θα βρει τη λύση του, ολοκληρωτικά, μέχρι τέλος τους έτους.

Σας εύχομαι καλή επιτυχία στο συνέδριό σας».

Χαιρετισμός Γενικού Διευθυντή Νοσοκομείου, Γεωργίου Χριστόπουλου

«Στο Νοσοκομείο ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ έχει γίνει θεσμός να εορτάζεται η Παγκόσμια Ημέρα Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, αντί άλλης εκδήλωσης, με εκπαιδευτικό σεμινάριο.

Η εκδήλωση αυτή, διάρκειας δύο ημερών, περιλαμβάνει θεματικές ενότητες που αναφέρονται στο Τραύμα και τη Νοσηλευτική Φροντίδα. Θα παρακολουθήσετε διαλέξεις και κλινικά φροντιστήρια από Έλληνες και ξένους διακεκριμένους επιστήμονες.

Το Νοσοκομείο μας εκπαιδεύεσε ομάδα νοσηλευτών στις Η.Π.Α., στην αντιμετώπιση του Τραύματος. Μετά το πέρας του σεμιναρίου αυτού, θα πραγματοποιηθούν, για 15 ημέρες, εκπαιδευτικά σεμινάρια σε ομάδα νοσηλευτών από ξένους ειδικούς επιστήμονες, ώστε να εξασφαλίσουμε διαπιστευμένους εκπαιδευτές



Η Τομεάρχης Ν.Υ. Βασιλική Κοντού ανάμεσα στις: Ανθή Παπανικολούδη, Δέσποινα Μαμούτσοπούλου, Μαρία Ιατροπούλου, Ρούλα Μάρκου.



Κυριακή Σπυροπούλου, Αγγελική Κύρτσιου, Φανή Ζάρβαλη, Σοφία Εξουζίδου



Ελένη Κούτρα, Δημήτρης Ουλουσίδης, Αιμολία Οικονόμου



Σεβή Τοσούνογλου, Ιωάννης Παξιμαδάκης, Στέλλα Ηλιάσκου



Απεγκλωβισμός τραυματία τροχαίου ατυχήματος από όχημα, κλινικό φροντιστήριο EKAB



Ακινητοποίηση πολυτραυματία, κλινικό φροντιστήριο EKAB

στην αντιμετώπιση του τραύματος. Η δια βίου εκπαίδευση πρέπει να υιοθετηθεί από τους νοσηλευτές, νοσηλεύτριες και θα αποτελέσει τη βάση αναβάθμισης και επιστημονικής καταξίωσης του κλάδου αυτού. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου θα είναι πάντα αρωγός σε εκδηλώσεις εκπαιδευτικού χαρακτήρα.

Τελειώνοντας, συγχαίρω τον Πρόεδρο και την Οργανωτική Επιτροπή, για την άρτια οργάνωση και τη με-

γάλη συμμετοχή. Ιδιαίτερα συγχαίρω αυτούς που έχουν καταθέσει εργασίες, τις οποίες θα παρουσιάσουν κατά τη διάρκεια των εργασιών.

Εύχομαι στους ξένους επισκέπτες αλλά και όσους έχουν έλθει από άλλες πόλεις «καλή διαμονή στη φιλόξενη πόλη μας». Χρόνια πολλά σε όλους τους νοσηλευτές και νοσηλεύτριες και καλή επιτυχία στην εκδήλωσή σας αυτή».



Βραβείο καλύτερης προφορικής ανακοίνωσης στην S. Boskovic από το Γεν. διευθυντή ΓΝΠ Γεώργιο Χριστόπουλο



Βραβείο καλύτερης αναρτημένης ανακοίνωσης, στην Ιωάννα Μπουτζιώνα, (ΤΕΠ-ΤΕΙ) ΓΝΠ από τη διευθύντρια NY, Αθανασία Χούτα-Χυτήρη



Βραβείο καλύτερης προφορικής ανακοίνωσης στο Βασιλείο Στεργιόπουλο, Διασώστη EKAB Βόλου από τον Ανδρέα Χριστοδούλου



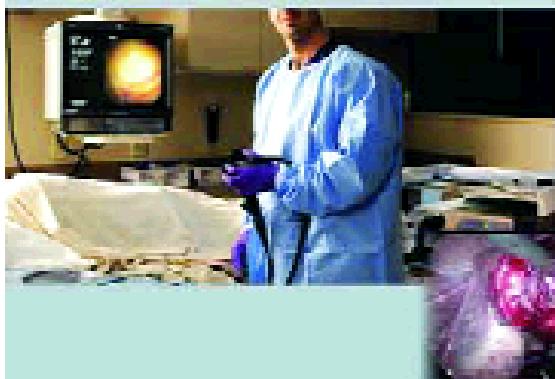
Α' ΜΑΣΤΙΓΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΑΡΧΙΣΤΑΘΑΙΝΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΩΝΙΚΗΣ

ΤΗΛΕΒΙΝΔΑΣ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ
ΑΡΧΙΣΤΑΘΑΙΝΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

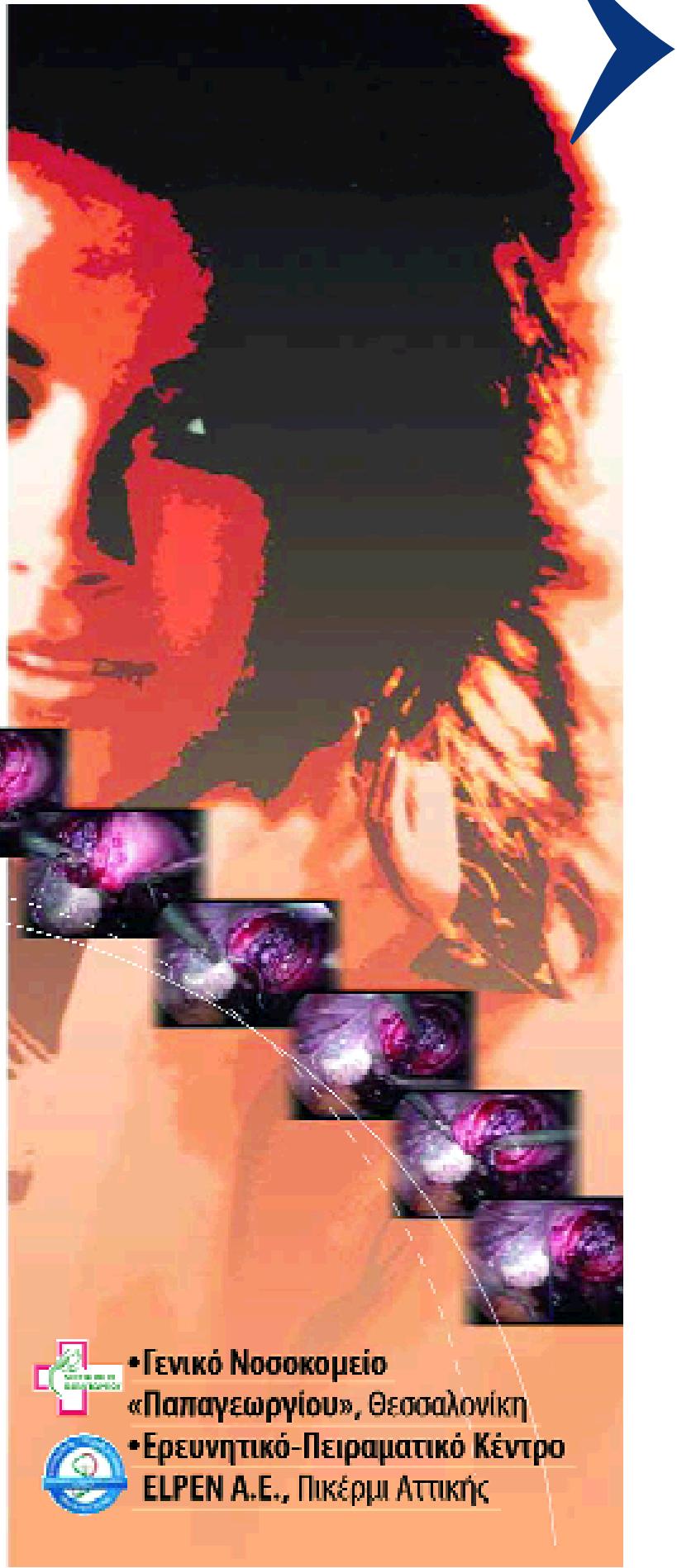
ΚΑΡΙΤΗΣ ΚΑΛΙΝΙΚΗΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ & ΧΙΑΣΤΕΙΑΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ



4ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Με πρακτική εξάσκηση σε πειραματόζωα

1ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



- Γενικό Νοσοκομείο
«Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Ερευνητικό-Πειραματικό Κέντρο
ELPEN A.E., Πικέρμι Αττικής



Γράφει ο Γρηγόριος Φ. Γκριμπίζης,
Επίκουρος Καθηγητής Α' Μ/Γ Κλινική,
Υπεύθυνος Σεμιναρίου



Πρόεδρος

Ιωάννης Ν. Μπόντης
Καθηγητής, Διευθυντής Α' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής

Επιστημονική Επιτροπή

Θεόδωρος Αγαραστός, Καθηγητής
Απόδοτος Λαθανασιδής, Ληκ. Καθηγητής
Ευστράτιος Αυσημακόπουλος, Καθηγητής
Δημητρίος Βαβίλης, Επίκ. Καθηγητής
Δημήτριος Γουλής, Λέκτορας
Διαμαντής Κελλαρτζής, Λασπλ. Καθηγητής
Στρατής Κολυμπιανάκης, Λεκτικός
Αλέξανδρος Λαμπρόπουλος, Αναπλ. Καθηγητής

Ελένη Μπίλη, Λέκτορας
Βασιλείας Παπαμελετίου, Καθηγητής
Αλέξης Παπανικολάου, Επίκ. Καθηγητής
Ιωάννης Παπαδήμας, Καθηγητής
Παναγώπης Σταματόπουλος, Καθηγητής
Βασιλείας Ταρλατζής, Καθηγητής
Φίλιππος Τζεβελέκης, Λασπλ. Καθηγητής
Τρύφων Τσαλίκης, Καθηγητής

Εκπαιδευτική Ομάδα Χειρουργοί/Εκπαιδευτές

Γρηγόριος Γκριμπίζης, Ληκ. Καθηγητής, Α' Μ/Γ Κλινική
Λεωνίδας Ζεπειρίδης, Λέκτορας, Α' Μ/Γ Κλινική
Κωνσταντίνος Μαυρομάτης, Μαγιευτήρας,
Γυναικολόγος, Αθήνα
Θεόδωρος Θεοδωρίδης, Λέκτορας, Α' Μ/Γ Κλινική
Γεώργιος Πάντας, Λέκτορας, Α' Μ/Γ Κλινική
Μιχάλης Παπαδόπουλος, Ι ποστ Γιανεργάτης, Α' Μ/Γ Κλινική
Νικόλαος Παπαδόπουλος, Επιστ. Συντριβάτης, Α' Μ/Γ Κλινική
Αθανάσιος Πρωτάποπας, Λέκτορας, Α' Μ/Γ Κλινική,
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Αναισθησιολόγοι

Ευαγγελία Γκουντζούτρου, Λημενίδηρα Λ'
Ελένη Κουλελάκη, Επιμελήτρια Β'
Κωνσταντίνος Σπανόπουλος, Φιμερλήτης Β'

Μαιευτές / Μαίες Χειρουργίου

Ευαγγελία Βοζίκη
Γεωργία Γεωργιάδης
Νικόλαος Γκόλας
Βασιλική Κασμίδης
Μωυσεΐα-Αικατερίνη Μαντά
Σοφία Παπαδοπούλου

ΤΟ «4Ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ Χειρουργικής με Πρακτική Εξάσκηση σε Πειραματόζωα» πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» στις 20-22 Μαρτίου 2008, ενσωματωνούντας όλες τις καινοτομίες της εκπαίδευσης στην ενδοσκοπική χειρουργική. Παράλληλα, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, οργανώθηκε το «**1ο Κλινικό Φροντιστήριο Νοσηλευτικού Προσωπικού**» ενδοσκοπικών χειρουργείων με Θεωρητική και Πρακτική Εκπαίδευση των συμμετεχόντων στο εξοπλισμό αιχμής των ενδοσκοπικών χειρουργείων.

Η εφαρμογή των νεότερων ενδοσκοπικών τεχνικών (λαπαροσκοπικής & υστεροσκοπικής χειρουργικής) στην γυναικολογία αποτελεί απόλυτη προτεραιότητα για την Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική του Αριστοτέλειου Πανεπιστήμιου Θεσσαλονίκης. Η Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική από πολύ νωρίς αναγνώρισε την ιδιαίτερη σημασία των νέων αυτών τεχνικών και, κάνοντας χρήση ενός σημαντικού επιτελείου στελεχών της, τις



Από αριστερά: Νίκος Παπαδόπουλος, Νίκος Γκόλας, Λία Βοζίκη, Λεωνίδας Ζεπειρίδης, Γρηγόριος Γκριμπίζης, Μιχάλης Παπαδόπουλος, Ευαγγελία Βαμπίρη, Αλέξιος Παπανικολάου



Από αριστερά: Γεώργιος Πάντος, Σοφία Παπαδοπούλου, Μοσχούλα Μαντά, Βασιλική Κοσμίδου, Θεόδωρος Θεοδωρίδης



Ο διευθυντής της Α' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ, καθηγητής Β.Κ. Ταρλατζής

σημαντικά, ο μετεγχειρητικός πόνος είναι ελάχιστος, η ανάρρωση των ασθενών ταχύτερη, η επιστροφή στην εργασία πιο σύντομη, η πιθανότητα μετεγχειρητικών συμφύσεων σημαντικά μικρότερη ενώ το αισθητικό αποτέλεσμα εξαιρετικό δεδομένου ότι η ασθενής δεν υποβάλλεται στην κλασική «τομή» των ανοικτών επεμβάσεων.

Η εγκατάσταση της Α' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» υπό την διεύθυνση του καθηγητού και διευθυντού της μέχρι πρόσφατα **Ιωάννη Μπόντη** και ο νέος υπερσύγχρονος εξοπλισμός που απέκτησε στις δύο υπερσύγχρονες χειρουργικές αίθουσες που δημιουργήθηκαν για τις ανάγκες της αποτέλεσης σταθμό για την ευρύτερη εφαρμογή αυτών των μεθόδων. Είναι χαρακτηριστικό ότι σήμερα στο Νοσοκομείο μας **περισσότερο από το 50% των γυναικολογικών επεμβάσεων** διενεργούνται λαπαροσκοπικά ή υστεροσκοπικά, που αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά παγκοσμίως. Επίσης, το σύνολο σχεδόν των γυναικολογικών επεμβάσεων μπορούν να γίνουν λαπαροσκοπικά και αντικείμενο συζήτησης αποτελεί, πλέον, η σκοπιμότητα επιλογής της λαπαροσκοπικής οδού σε σχέση με την κλασική ανοικτή λαπαροτομία ή την κολπική οδό.

Η εκπαίδευση, όμως, σε αυτές τις νεότερες τεχνικές και στο νέο υπερσύγχρονο εξοπλισμό που είναι απαραίτητος για την εφαρμογή τους αποτελεί ζήτημα υψηλής προτεραιότητας για την ευρεία και ασφαλή εφαρμογή τους. Σημαντικό μέρος του εκπαιδευτικού προγράμματος της Α' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής αποτελεί η συμβολή της στην γενικότερη «**Εκπαίδευση στην Ενδοσκοπική Χειρουργική**» και στις τεχνολογίες αιχμής. Στα πλαίσια αυτού του προγράμματος εκπαίδευσης, οργανώθηκε το «**4ο Σεμινάριο Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής με Πρακτική Εξάσκηση σε Πειραματόζωα**» που αποτελεί την συνέχεια των προηγουμένων σεμιναρίων της Α' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής προσπαθώντας να ενσωματώσει τις καινοτομίες στην ενδοσκοπική εκπαίδευση. Επιπλέον, με το «**1ο Κλινικό Φροντιστήριο Νοσηλευτικού Προσωπικού Ενδοσκοπικών Χειρουργεών**» άνοιξε τον κύκλο της εκπαίδευσης και στους ουσιαστικούς συνεργάτες και, πολλές φορές, αφανείς συντελεστές της γυναικολογικής ενδοσκόπησης.

Οι δύο εκδηλώσεις ετέθησαν υπό την αιγίδα της **Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστήμιου Θεσσαλονίκης** και της **Ελληνικής Εταιρείας Γονιμότητας και Στειρότητας**. Για την εκπαίδευση των συμμετεχόντων σε πειραματόζωα ελήφθη ειδική άδεια πειραματισμού από την οικεία αρχή σύμφωνα με τους κανόνες της **Ευρωπαϊκής Ένωσης**. Τα σεμινάρια αξιολογήθηκαν από το **Γραφείο Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου**. Είναι χαρακτηριστικό ότι για την ποιότητα του εκπαιδευτικού τους προγράμματος μοριοδοτήθηκαν με ιδιαίτερα υψηλή βαθμολογία: 12 (δώδεκα) Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης για το «**4ο Σεμινάριο**



Αθανασία Χούτα-Χυτήρη, Γεώργιος Χριστόπουλος, Βασιλική Κοντού

ενσωμάτωσε διαδοχικά στην καθημερινή κλινική πρακτική της διευρύνοντας διαδοχικά την συλλογική εμπειρία και επεκτείνοντας τις εφαρμογές τους. Επίσης, η εκπαίδευση στην ενδοσκοπική χειρουργική αποτελεί, πλέον, τμήμα της βασικής εκπαίδευσης των ειδικευομένων.

Οι νεότερες αυτές τεχνικές αποτέλεσαν επανάσταση στο τρόπο χειρουργικής αντιμετώπισης των ασθενών στη γυναικολογία με ουσιαστικά οφέλη για την ασθενή και το σύστημα υγείας: ο χρόνος νοσηλείας περιορίστηκε

Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής» και 4 (τέσσερα) Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης για το 1ο Κλινικό Φροντιστήριο Νοσηλευτικού Προσωπικού.

Προκειμένου να εξυπηρετούνται οι εκπαιδευτικοί στόχοι των δύο εκδηλώσεων, ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν αυστηρά περιορισμένος ενώ απαραίτητη προϋπόθεση ήταν οι συμμετέχοντες να έχουν ένα ελάχιστο βαθμό χειρουργικής εμπειρίας (συμμετείχαν μόνο ειδικευόμενοι με περισσότερα των 3 ετών ειδικότητας και ειδικοί Μαιευτήρες Γυναικολόγοι καθώς και νοσηλεύτριες / νοσηλευτές ή Μαίες / Μαιευτές χειρουργείων / αίθουσας τοκετών).

Τις εργασίες των σεμιναρίων άνοιξε ο Διευθυντής της Α' Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής και τέως Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ Καθηγητής κ. **Ιωάννης N. Μπόντης**. Τους σκοπούς και τη δομή του εκπαιδευτικού προγράμματος παρουσίασε ο υπεύθυνος των επιστημονικών εκδηλώσεων Επίκουρος Καθηγητής κ. **Γρηγόριος Φ. Γκριμπέζης**. Χαιρετισμό απηύθυναν ο Γενικός Διευθυντής του νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» κ. **Γεώργιος Χριστόπουλος**, η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ. **Αθανασία Χούτα**, ενώ, η έναρξη των εργασιών έγινε από τον Καθηγητή κ. **Βασιλείο Κ. Ταρλαζή** νων Διευθυντή της Α' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής, Αναπληρωτή Πρόεδρο της Ιατρικής Σχολής και Πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας Γονιμότητας & Στειρότητας υπό την αιγίδα των οποίων τελούσαν οι εκδηλώσεις.

Το 4ο Σεμινάριο Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής είχε σαν κύριους στόχους την θεωρητική εκπαίδευση των συμμετεχόντων στον εξοπλισμό της λαπαροσκόπησης, στην οργάνωση του λαπαροσκοπικού χειρουργείου, στην λαπαροσκοπική ανατομία της γυναικείας πυέλου, στην τεχνική εγκατάστασης της λαπαροσκόπησης, στις τεχνικές λαπαροσκοπικής συρραφής και εξαγωγής των παρασκευασμάτων από την περιτοναϊκή κοιλότητα ενώ ιδιαίτερη βαρύτητα δόθηκε στην πρόληψη των επιπλοκών. Ακόμη, παρουσιάστηκε στους εκπαιδευόμενους όλο το φάσμα των επεμβάσεων που είναι δυνατό να γίνουν με την νεότερη αυτή τεχνική. Το επίπεδο των εισηγήσεων ήταν εξαιρετικό ενώ ακολούθησε πολύ γόνιμη συζήτηση με τους συμμετέχοντες.

Κατά τη διάρκεια του σεμιναρίου έγιναν αυτόματες μεταδόσεις ζωντανών χειρουργείων από την αίθουσα χειρουργίων της Α' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής στο αμφιθέατρο του νοσοκομείου. Παρουσιάστηκε όλο το φάσμα των λαπαροσκοπικών επεμβάσεων που γίνονται πλέον στο νοσοκομείο μας από εξειδικευμένους στην ενδοσκοπική χειρουργική συναδέλφους. Στα πλαίσια των ζωντανών μεταδόσεων επιδείχθηκε για πρώτη φορά σε πανελλήνιο επίπεδο η δημιουργία νεόκολπου σε μία ασθενή με απλασία κόλπου με την μικτή λαπαροσκοπική / κολπική τεχνική «Davidov».

Οι συμμετέχοντες ασκήθηκαν στο τέλος του σεμιναρίου σε πειραματόζωα (χοίρους). Η άσκηση σε πειραματόζωα αποτελεί ξεχωριστής σημασίας και υψηλού επιπέδου εκπαίδευση που τους δίνει την δυνατότητα εφαρμογής στην πράξη των γνώσεων που αποκτώνται και, υπό την καθοδήγηση ειδικών, την εξοικείωσή τους με την τεχνική της λαπαροσκοπησης.





Το 1ο Κλινικό Φροντιστήριο Νοσηλευτικού Προσωπικού περιελάμβανε θεωρητικές συνεδρίες όπου παρουσιάστηκε με ιδιαίτερα αναλυτικό τρόπο ο εξοπλισμός των ενδοσκοπικών χειρουργείων. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι την παρουσίαση του, με υψηλού επιπέδου κατά γενική ομολογία εισηγήσεων, έκαναν μαίες του γυναικολογικού χειρουργείου του νοσοκομείου μας. Γόνιμη σε προβληματισμό ήταν η συζήτηση με τους συμμετέχοντες. Όμως, το πλέον ξεχωριστό για την ποιότητα της εκπαίδευσης ήταν η πρακτική εξάσκηση των συμμετεχόντων στο εξοπλισμό του ενδοσκοπικού χειρουργείου και η εκμάθηση χρήσης του σε μικρές ομάδες.

Για την πληρότητα της εκπαίδευσης τα σεμινάρια πλαισιώθηκαν από δύο ιδιαίτερα επιμελημένες εκδόσεις: μία για το 1ο Κλινικό Φροντιστήριο Νοσηλευτικού Προσωπικού με τίτλο «Ενδοσκοπικό Χειρουργείο: Εξοπλισμός Νοσηλευτική Υποστήριξη» και μία για το 4ο Σεμινάριο Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής με τίτλο «Λαπαροσκόπηση: Εξοπλισμός - Τεχνικές - Ενδείξεις».

Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν την ποιότητα της εκπαίδευσης σε ειδικό ερωτηματολόγιο το οποίο διανεμήθηκε. Είναι εξαιρετικά ενθαρρυντικό ότι τα σχόλια ήταν πολύ ενθουσιώδη. Η Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, υπό την Διεύθυνση του νέου Διευθυντού της Καθηγητή κ Βασιλείου Ταρλατζή, στα πλαίσια του προγράμματος εκπαίδευσης και αξιοποιώντας την εμπειρία που εν τω μεταξύ αποκτήθηκε οργανώνει για το επόμενο έτος, 11-14 Μαρτίου 2009, το 2ο Κλινικό Φροντιστήριο Νοσηλευτικού Προσωπικού και το 5ο Σεμινάριο Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής ενσωματώνοντας όλες τις καινοτομίες της εκπαίδευσης και καθιστώντας το νοσοκομείο μας σαν κέντρο εκπαίδευσης στις ενδοσκοπικές τεχνικές.

Ιωάννης Ν. Μπόντης, Καθηγητής, Διευθυντής Α' Μ/Γ Κλινικής ΓΝΠ, π. πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Ουσιαστικό μέρος του εκπαιδευτικού προγράμματος της Α' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής αποτελεί η συμβολή της στην γενικότερη «Εκπαίδευση στην Γυναικολογική Ενδοσκόπηση» και στις τεχνολογίες αιχμής. Έτσι, το «4ο Σεμινάριο Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής με Πρακτική Εξάσκηση σε Πειραματόζωα» αποτελεί τη συνέχεια των προηγουμένων σεμιναρίων της Α' Μ/Γ Κλινικής προσπαθώντας να ενσωματώσει τις καινοτομίες στην ενδοσκοπική εκπαίδευση. Επιπλέον, με το «1ο Κλινικό Φροντιστήριο Νοσηλευτικού Προσωπικού Ενδοσκοπικών Χειρουργείων» ανοίγει τον κύκλο της εκπαίδευσης και στους ουσιαστικούς συνεργάτες και, πολλές φορές, αφανείς συντελεστές της γυναικολογικής ενδοσκόπησης.

ΑΣΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΕΓΓΥΗΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Μύθος και Πραγματικότητα



Γράφει ο Γεώργιος Καρβουνάς,
Προϊστάμενος Γ' Ορθοπαιδικής
Πανεπιστημιακής Κλινικής ΓΝΠ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

ΔΕΝ ΠΕΡΑΣΕ ΚΑΙΡΟΣ ΑΠΟ ΤΟΤΕ που η Διεθνής Ένωση Νοσηλευτών, για την επίσημη ημέρα εορτασμού της επέλεξε ως κύριο θέμα την ασφαλή και εγγυημένη στελέχωση. Η επιλογή του θέματος δεν υπήρξε τυχαία καθώς αφενός μεν παρατηρήθηκε το φαινόμενο της μείωσης του Νοσηλευτικού προσωπικού παγκοσμίως, παρά την αύξηση των αναγκών σε υγειονομική περιθαλψη και αφετέρου κατανοήθηκε καλύτερα η σύνεση στελέχωσης με την ασφάλεια την νοσηρότητα και την θνητότητα. Η διεθνής βιβλιογραφία με πλήθος ερευνών αποδεικνύει την αλληλένδητη στελέχωση σχέση στελέχωσης και ασφάλειας τόσο για τον ασθενή όσο και για το Νοσηλευτικό προσωπικό.

Αποτελέσματα Ερευνών

- Με 68.000 ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, οι νοσηλευτικές ώρες για κάθε μέρα του ασθενούς υπολογίστηκαν αντιστρόφως ανάλογες με τη θνητότητα. (Schultz, van Servellen et al 1998)
- Με τους ασθενείς του AIDS, ένας επιπλέον νοσηλευτής ανά ασθενή συσχετίστηκε με τη μείωση κατά 50% της θνητότητας μέσα στις 30 μέρες. (Aiken, Sloane et al. 1999)



Αποτελέσματα Ερευνών

- Κάθε επιπλέον ασθενής για το νοσηλευτή με ευθύνη 4 χειρουργικών ασθενών = 7% αύξηση στην πιθανότητα θανάτου στις 30 μέρες από την εισαγωγή.
=7% αύξηση στης πιθανότητες για ανεπιπλή διάσωση. (Aiken, Clarke et al 2002)
- Μια μεγαλύτερη αναλογία ωρών κι ένας υψηλότερος αριθμός ημέρας / φροντίδας από διπλωματούχους νοσηλευτές = χαμηλότερη αναλογία αυρολαμπώζειν, αιμορραγιών του ανώτερου πεπτικού, πνευμονίας, καταπλήξιας και καρδιακών ανακοπών. (Needleman et al 2002)



Η Υγειά των Νοσηλευτών

- Μια μελέτη στη Μ. Βρετανία κατέληξε στο ότι υψηλές αναλογίες ασθενών για τους νοσηλευτές σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο συναισθηματικής εξουθένωσης και δυσαρέσκειας με την τρέχουσα εργασία. (Sheward, Hunt et al. 2005)
- Οι νοσηλευτές που εργάζονται συνεχώς σε υπερωρίες ή χωρίς επαρκή κάλυψη είναι επιρρεπείς σε περισσότερες απουσίες κατ' επανάληψη και σε φθορά της υγείας τους. (Sheward, Hunt et al. 2005)

Μήνυμα Υπουργού Υ.Κ.Α.

Το ανθρώπινο δυναμικό είναι η ψυχή και το πιο σημαντικό κεφάλαιο για κάθε ΕΣΥ και ότι για την κυβέρνηση η επαρκής στελέχωση του ΕΣΥ και η συνεχής εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί μια από τις πλέον καθοριστικές προκλήσεις.

Οι έρευνες αυτές φυσικά γεννούν πλήθος ερωτημάτων και προβληματισμών στη Νοσηλευτική κοινότητα.

1. Τι γίνεται με την επαγγελματική ευθύνη που υφίσταται χωρίς να συνδέεται με την στελέχωση;
2. Πως μπορεί να μετρηθεί η επαγγελματική εξουθένωση;
3. Πως μπορούν να περιοριστούν οι εναλλακτικοί προμηθευτές (συνοδοί) που καλύπτουν το πρόβλημα της υποστελέχωσης;
4. Πως θα χρηματοδοτηθούν τα συστήματα υγείας σε έναν κόσμο οικονομικής δυσπραγίας και αβεβαιότητας;

Απάντηση σε όλα αυτά φαίνεται προς το παρόν να έδωσαν οι πολιτείες της Καλιφόρνια των ΗΠΑ και της Βικτώρια της Αυστραλίας, νομοθετώντας αναλογίες Νοσηλευτών προς ασθενείς.

Πολιτεία Καλιφόρνια ΗΠΑ	
Παιδιατρικό τμήμα	1:4
MENN	1:2
ΜΕΘ	1:2
Τμήμα Επειγόντων περιστατικών	1:4
Κεντρικά Χειρουργεία	1:1
MMAΦ	1:1

Πολιτεία Βικτώρια Αυστραλία		
Τμήμα/Μονάδα	Πρωινή Βάρδια	Βραδινή Βάρδια
Χειρουργικό	1:4+Προϊστ.	1:4+Προϊστ.
Χειρουργείο	3 Νοσηλευτές ανά αίθουσα	3 Νοσηλευτές ανά αίθουσα
MMAΦ	1:1	1:1

Το πρόβλημα αυτό βρίσκει μιμητές παγκοσμίως και ελπίζουμε κάποια στιγμή να εφαρμοστεί και στην πατρίδα μας.

Η ανάγκη της επαρκούς στελέχωσης έχει βέβαια εντοπιστεί και διατυπωθεί εδώ και πολλά χρόνια στη χώρα μας. Ο σημερινός Υπουργός Υγείας αμέσως μετά την ανάληψη των καθηκόντων του δηλώνει ότι:

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για πρώτη φορά στις 31/10/2005 μετά την ίδρυση του ΕΣΥ αποτυπώνει το έμψυχο δυναμικό του.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Συγκεντρωτικά Στοιχεία Ανθρώπινου Δυναμικού Υ.Υ.Κ.Α.



«Αποτίποτη Ανθρώπινου Δυναμικού 31 Οκτωβρίου 2005»

Δεν εμπεριέχονται τα ύστοια της Κ.Ε.Ε.Α. και της Κ.Ε.Θ.Ε.Α.

Εργαζόμενοι ανά Κατηγορία

(ΚΥ ΥΥΚΑ - ΚΥ ΔΥΠΕ - Νοσοκομείων - ΜΚΦ - Εποπτεύομενος Φορέας Υ.Υ.Κ.Α.)

Ιατρικό	:	22.472
Νοσηλευτικό	:	43.248
Παραϊατρικό	:	10.990
Διοικητικό	:	10.696
Τεχνικό-Υποστηρικτικό	:	20.830
Δοιπό	:	122
Γενικό Σύνολο	:	108.358

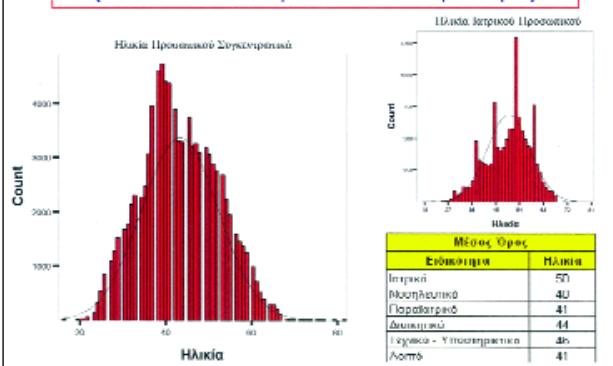
Εργαζόμενοι ανά Κατηγορία – Φύλο

(ΚΥ ΥΥΚΑ - ΚΥ ΔΥΠΕ - Νοσοκομείων - ΜΚΦ - Εποπτεύομενος Φορέας Υ.Υ.Κ.Α.)

	Άνδρες	Γυναίκες
Ιατρικό	: 58,1%	41,9%
Νοσηλευτικό	: 16,7%	83,3%
Παραϊατρικό	: 22,3%	77,7%
Διοικητικό	: 30,1%	69,9%
Τεχνικό-Υποστηρικτικό	: 63,95%	36,05%
Δοιπό	: 62,7%	37,3%

Ηλικία Εργαζομένων

(ΥΥΚΑ - ΚΥ ΔΥΠΕ - Νοσοκομείων - ΜΚΦ - Εποπτεύομενος Φορέας)



Επίπεδο Εκπαίδευσης ανά Ειδικότητα								
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΠΕ		ΤΕ		ΔΕ		ΥΕ	
	Άτομα	%	Άτομα	%	Άτομα	%	Άτομα	%
Ιατρικό	22.472	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Νοσηλευτικό	581	1,34%	18.110	41,87%	18.205	42,04%	0.352	14,09%
Παραίτητρικό	1.906	17,34%	4.815	43,81%	4.264	39,80%	5	0,05%
Διοικητικό	1.954	18,26%	1.552	14,51%	7.155	66,51%	35	0,33%
Τεχνικό - Υποστηρικτικό	471	2,26%	691	3,32%	9.620	46,18%	10.048	48,24%
Λοιπό	33	27,50%	14	10,34%	52	43,10%	23	18,87%
ΣΥΝΟΛΟ	27.417		25.182		39.296		16.483	

Προσλήψεις ανά Έτος και Ειδικότητα										
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ιατρικό	446	562	447	592	566	500	563	692	760	367
Νοσηλευτικό	976	2.113	1.389	705	1.388	1.363	2.582	1.818	1.098	1.089
Παραίτητρικό	233	609	319	268	404	481	538	663	171	326
Διοικητικό	196	199	97	104	246	253	109	628	289	284
Τεχνικό - Υποστηρικτικό	450	1.174	564	354	444	283	547	524	595	146
Λοιπό	6	1	1	1	3	1	0	0	14	21
ΣΥΝΟΛΟ	2.356	4.668	2.817	2.024	3.281	2.981	4.327	3.915	2.923	2.203

Εμμεύσεις: Δεν συμπέριλαμβάνονται Πανεπιστημιούχοι και Στρατιωτικοί, Ειδικευόμενοι, Αγροτικοί και Επικουρικοί Ιατροί και Εκπαιδευόμενοι

Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά λοιπόν αδιαμφισβήτητα στη χώρα μας εργάζεται, λίγο, κακώς εκπαιδευμένο και γερασμένο νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ οι προσλήψεις ανά έτος όχι μόνο δεν καλύπτουν τις ανάγκες των κενών οργανικών θέσεων και των συνταξιοδοτήσεων, αλλά έχουν και φθίνουσα πορεία. Οι 9.000 προσλήψεις νοσηλευτών μέχρι το 2005 ουδέποτε πραγματοποιήθηκαν. Από τις 7.000 που ανακοινώθηκαν πρόσφατα μόνο οι 1.860 είναι μόνιμες.

Σε 42 από τα 13 περίπου κρατικά νοσοκομεία υπάρχουν 4.778 κενές οργανικές θέσεις (ποσοστό 31%).

Η Ελλάδα είναι στις τελευταίες θέσεις με 2,7 Νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους μεταξύ των 27 χωρών της ΕΕ η ανάπτυξη των υποδομών της δεκαετίας 1994-2004 κατά 65% είχε αντίστοιχη στελέχωση η οποία στο Νοσηλευτικό προσωπικό αποτυπώθηκε με αύξηση μόλις κατά 22%.

Χρηματοδότηση του ΕΣΥ συρρικνώνεται χρόνο με το χρόνο και από το 3% ως ποσοστό του ΑΣΕΠ έπεισε στο 2,4% του ΑΕΠ στον προϋπολογισμό του 2008. Μετά την αναθεώρηση ΑΕΠ η σχέση Δημοσίων-Ιδιωτικών δαπανών έχει ανατραπεί με το Δημόσιο Τομέα να είναι συμπληρωματικός του Ιδιωτικού. 55% Ιδιωτικές δαπά-

νες, 45% Δημόσιες Δαπάνες όταν στις χώρες της ΕΕ τα αντίστοιχα μεγέθη είναι 70% δημόσιες και 30% ιδιωτικές.

Οι επιπτώσεις της υποστελέχωσης είναι εμφανείς τόσο στην ποιότητα των υπηρεσιών όσο και στην ποιότητα της εργασίας. Οι πολίτες ταλαιπωρούνται, ο μέσος χρόνος εξυπηρέτησης στα ΤΕΠ είναι πάνω από πέντε ώρες, οι λίστες αναμονής μεγαλώνουν, οι αποκλειστικές είναι απαραίτητες με επιβάρυνση των ασθενών και των ταμείων. Τα μεσαία κοινωνικά στρώματα ωθούνται στον Ιδιωτικό τομέα.

Οι επιπτώσεις στην ποιότητα εργασίας είναι εξίσου μεγάλες. Η καταστρατήγηση του πενθήμερου, τα οφειλόμενα ρεπό, ο χρόνος ανάπαυσης, αδυναμία χορήγησης κανονικών αδειών, η εντατικοποίηση της εργασίας είναι μόνο μερικές από τις επιπτώσεις στο Νοσηλευτικό προσωπικό κατά παράβαση της επαγγελματικής Νομοθεσίας.

Ο επαγγελματίας Νοσηλευτής ζητάει λύσεις όσο το δυνατόν γρηγορότερα γιατί κουράστηκε από τις συνεχιζόμενες υποσχέσεις. Βιώνει καθημερινά την κοινωνική απαξίωση του επαγγέλματός του. Συντεχνίες τον εμποδίζουν για κοινωνική, οικονομική και νομοθετική διάκρισή του. Τα συνδικαλιστικά του όργανα είναι κομματικοποιημένα ενώ κάποιοι εμφανίζονται ως εκπρόσωποι των νοσηλευτών με μοναδικό κίνητρο την ιδιότελεια. Ο κλάδος του έχει έλλειψη συνοχής και ομοφωνίας διεκδικήσεων λόγω διαφορετικών επίπεδων εκπαίδευσης, και το χειρότερο η αίσθηση των ματαιωμένων του προσδοκιών λόγω της αναποτελεσματικότητας των αγωνιστικών κινητοποιήσεων, πράγμα που οδηγεί αιδράνεια του κλάδου

Σίγουρα απέχουμε πάρα πολύ από την ασφαλή και εγγυημένη στελέχωση. Σίγουρα απέχουμε πολύ από την αξιοπρεπή στελέχωση. Σίγουρα υπάρχουν και οι αισιόδοξοι που πιστεύουν ότι η καλή δουλειά αργεί να γίνει και ότι η εδραίωση κουλτούρας εγγυημένης νοσηλευτικής στελέχωσης στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία θα βρει επιτέλους το δρόμο της. Αυτό που όμως είναι βέβαιο είναι ότι ο δρόμος αυτός θα είναι μακρύς και δύσκολος.

Βιβλιογραφία:

Διεθνής Ημέρα Νοσηλευτών 2006 «Η ασφαλής και εγγυημένη Νοσηλευτική Στελέχωση σώζει ζωές».

www.esne.gr

«Υγειονομικό», Μάρτιος-Μάιος 2007

«Περί Νοσηλεύσας ο Λόγος», 2005.

Αξιολόγηση της Α' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ από την EBCOG / ESHRE για την άσκηση στην υποειδικότητα της Αναπαραγωγικής Ιατρικής



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

ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΕΡΓΑΣΙΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ, πραγματοποιήθηκε στις 24 Σεπτεμβρίου 2008 η αξιολόγηση της Α' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ για τη χορήγηση της υποειδικότητας της Αναπαραγωγικής Ιατρικής (subspecialty of Reproductive Medicine). Η αξιολόγηση έγινε από την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία και το Κολλέγιο Μαιευτικής - Γυναικολογίας (European Board of Obstetrics and Gynecology - EBCOG) σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία για την Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και την Εμβρυολογία (European Society for Human Reproduction & Embryology - ESHRE). Αξίζει να σημειωθεί ότι το αντικείμενο της EBCOG / ESHRE αξιολόγησης αποτελεί η ποιότητα της εκπαίδευσης των Μαιευτήρων - Γυναικολόγων (fellows) που επιθυμούν να αποκτήσουν την υπο-ειδικότητα της Αναπαραγωγικής Ιατρικής.

Η προετοιμασία της αξιολόγησης περιελάμβανε την κατάρτιση και υποβολή λεπτομερών αναφορών σχετικά με τη δομή και λειτουργία της Κλινικής, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Κλινικής όσον αφορά στην Ανθρώπινη Α-

ναπαραγωγή και την Ανδρολογία, καθώς και το ερευνητικό έργο των μελών της Κλινικής, όπως αυτό προκύπτει από τις πλήρεις δημοσιεύσεις τους σε ιατρικά περιοδικά της Ελλάδας και του εξωτερικού.

Παράλληλα, σε όλο το διάστημα της προετοιμασίας για την αξιολόγηση, η Κλινική υιοθέτησε μια σειρά από καινοτομίες με σκοπό την εναρμόνιση με τις προδιαγραφές της EBCOG / ESHRE. Οι σημαντικότερες από αυτές ήταν:

- η εφαρμογή συστηματικού εκπαιδευτικού προγράμματος, σύμφωνα με το οποίο, μετά την απόκτηση της ειδικότητας της Μαιευτικής - Γυναικολογίας, οι εκπαιδευόμενοι ιατροί (fellows) ασκούνται για δύο έτη για την απόκτηση της υποειδικότητας της Αναπαραγωγικής Ιατρικής. Ένα προαιρετικό τρίτο έτος μπορεί να οδηγήσει στην απόκτηση διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του ΑΠΘ
- η θέσπιση και συστηματική συμπλήρωση του ειδικού βιβλίου παρακολούθησης της κλινικής και θεωρητικής εκπαίδευσης των εκπαιδευόμενων μαιευτήρων - γυναικολόγων (log book) κατά τη διάρκεια της άσκησής τους στην Κλινική
- η εισαγωγή του θεσμού του υπεύθυνου εκπαίδευσης (tutor), που έχει υπό την καθοδήγησή του τον εκπαιδευόμενο

Φυσικά, τη βάση για την επιτυχή αξιολόγηση της Κλινικής αποτέλεσε η άριστη οργάνωση της σε κλινικό επίπεδο. Πράγματι, κατά τα αμέσως προηγούμενα έτη, η Κλινική, όσον αφορά την Αναπαραγωγή, έχει οργανωθεί σε



Αξιολόγηση της
Α' Μαιευτικής -
Γυναικολογικής
Κλινικής από την
EBCOG / ESHRE.
Καθισμένοι (από
αριστερά) οι
καθηγητές
T. Τσαλίκης,
I. Παπαδήμας,
P. Devroey,
C. Dietrich,
Γ. Κρεατσάς και
B.K. Tarlatzis.

τμήματα και μονάδες, καθώς και ειδικά εξωτερικά ιατρεία, τα οποία περιλαμβάνουν:

Τμήμα Αναπαραγωγικής Ιατρικής

Μονάδα Ανθρώπινης Αναπαραγωγής

Εξωτερικά ιατρεία, εμβρυολογία, πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας, υπερηχογραφήματα, λήψη ωαρίων, εμβρυομεταφορές, βιοψίες όρχεων (FNA / TESE), ενδομήτριες σπερματεγχύσεις (IUI)

Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής

Εξωτερικά ιατρεία Ανδρολογίας, εξωτερικά ιατρεία πολυκυστικών ωοθηκών, εξωτερικά ιατρεία μεταβολικών επιπλοκών της κύησης, εργαστήριο σπέρματος, βιοψίες όρχεων με λεπτή βελόνη (FNA)

Ενδοσκοπική Χειρουργική

Εξωτερικά ιατρεία, ενδοσκοπικές επεμβάσεις σχετιζόμενες με την Αναπαραγωγή

Συνεργαζόμενες δομές (ΑΠΘ):

- Μοριακή Βιολογία και Γενετική (Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ)
- Οικογενειακός προγραμματισμός (Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ)
- Σεξουαλική υγεία (Β' Ουρολογική Κλινική ΑΠΘ)
- Ψυχο-συμβουλευτική (Εργαστήριο Υγειεινής ΑΠΘ)
- Συμβουλευτική Γενετική (Α' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ)

Συνεργαζόμενες δομές (Εθνικό Σύστημα Υγείας - Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»):

- Αναισθησιολογική Κλινική
- Εργαστήριο Ακτινολογίας
- Εργαστήριο Βιοχημείας (αιματολογία, βιοχημεία, ορμόνες, ανοσολογία)
- Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής
- Εργαστήριο Κυτταρολογίας

Μετά την αρχική αποδοχή του φακέλου από την EBCOG / ESHRE, ορίσθηκε η 24η Σεπτεμβρίου 2008 ως ημέρα της τελικής αξιολόγησης της Κλινικής. Η επιτροπή αξιολόγησης αποτελούνταν από τον καθηγητή C. Dietrich, εκπρόσωπο της EBCOG ως πρόεδρο και τους καθηγητές P. Devroey και Γ. Κρεατσά εκπροσώπους της ESHRE ως μέλη.

Η επιτροπή αξιολόγησης της EBCOG / ESHRE δεν προβαίνει απλά σε μια τυπική πιστοποίηση της Κλινικής, αλλά ελέγχει συστηματικά, εκτός από την εκπαίδευση των ιατρών, όλες τις παραμέτρους που σχετίζονται με αυτήν, όπως τη διοικητική και οργανωτική πληρότητα, τις υποδομές και τον εξοπλισμό, τη συνεργασία με τις συναφείς ειδικότητες και, βέβαια, τη συνεργασία με τη διοίκηση του νοσοκομείου.

Στο τέλος της ημέρας, ο καθηγητής C. Dietrich είχε την ευκαιρία να ανακοινώσει τις πρώτες εντυπώσεις της επιτροπής αξιολόγησης σχετικά με την εκπαίδευτική λει-



Οι αξιολογητές της EBCOG / ESHRE, καθηγητές P. Devroey, Γ. Κρεατσά, C. Dietrich και με τον διευθυντή της Α' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ, καθηγητή B.K. Ταρλατζή.

τουργία της Κλινικής. Ιδιαίτερα θετικά ήταν τα σχόλια και η έκθεση της επιτροπής για την Κλινική σε όλα τα επίπεδα της λειτουργίας της. Αντίθετα, καυστικά ήταν τα σχόλια της επιτροπής σχετικά με το γενικό πλαίσιο εκπαίδευσης στις ιατρικές ειδικότητες και υποειδικότητες στη χώρα μας. Συγκεκριμένα, ο καθηγητής Dietrich επεσήμανε ότι:

- Θα πρέπει να καταρτισθεί και να εφαρμοσθεί ένα εθνικό πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Μαιευτική - Γυναικολογία
- Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θα πρέπει να αναγνωρίσει και τις τέσσερεις υποειδικότητες της Μαιευτικής Γυναικολογίας: Αναπαραγωγική Ιατρική, Περιγεννητική Ιατρική, Γυναικολογική Ογκολογία και Ουρογυναικολογία
- Θα πρέπει να αυξηθεί σημαντικά η χρηματοδότηση της έρευνας στην Ιατρική στην Ελλάδα με την προκύρηση εθνικών προγραμμάτων (grants).

Τον Νοέμβριο, σε ειδική συνεδρίαση της EBCOG / ESHRE, πιστοποιήθηκε και τυπικά η Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ ως Ευρωπαϊκό Κέντρο Εκπαίδευσης στην υποειδικότητα της Αναπαραγωγικής Ιατρικής. Την πιστοποίηση συνόδευε η επίδοση του σχετικού διπλώματος.

Η Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ είναι η πρώτη Κλινική στην Ελλάδα που αποκτά πιστοποίηση από την EBCOG / ESHRE για την υποειδικότητα της Αναπαραγωγικής Ιατρικής. Η πιστοποίηση αυτή αποτελεί ένα απόλυτα θετικό γεγονός και δείχνει το δρόμο για κάθε ακαδημαϊκή ή κρατική μονάδα που εκπαιδεύει τόσο ειδικευόμενους, όσο και ειδικούς ιατρούς. Ωστόσο, παράλληλα με την επιβράβευση της εκπαίδευτικής λειτουργίας της Κλινικής, η έκθεση αφορά τόσο το Υπουργείο Υγείας, όσο και το ΚΕΣΥ, σχετικά με την ανάγκη αναδιάρθρωσης του πλαίσιου εκπαίδευσης στις ιατρικές ειδικότητες και υποειδικότητες.

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ- ΕΚΛΑΜΨΙΑ



Γράφουν οι:

Ευαγγελία Βοζίκη (Προϊσταμένη)
Μοσχούλα-Αικατερίνη Μαντά,
Σοφία Παπαδοπούλου (Μαίες ΤΕ)
Αίθουσα Τοκετών Α' Μ/Γ Κλινική ΓΝΠ

Ακούγεται σίγουρα παράξενο το να χρήζει μια επίτοκος αυξημένης φροντίδας νοσηλεία. Γιατί τι πιο φυσικό από την εγκυμοσύνη. Αν όμως συνειδητοποιήσει κάποιος ότι η εγκυμοσύνη, δεν είναι παρά η συνύπαρξη δυο ζεχωριστών μεταξύ τους οργανισμών στο σώμα του ενός, τα πράγματα δεν φαίνονται πλέον και τόσο απλά. Γιατί μπορεί η εγκυμοσύνη να μην είναι ανίστη ασθένεια, ούτε ατύχημα θανατηφόρο, δεν παύει όμως να αποτελεί τη συνύπαρξη ενός ξένου εμβρυϊκού ημιαλλομοσχεύματος μέσα στον γυναικείο σώμα με ότι συνεπάγεται αυτό.

ΦΥΣΙΚΑ Η ΦΥΣΗ ΠΡΟΝΟΗΣΕ ούτως ώστε ο γυναικεί-ος οργανισμός να δύναται να περατώσει την κύηση χωρίς επιπλοκές. Κάποιες φορές όμως δημιουργούνται, λόγω του εμβρύου, διάφορες παθοιφυσιολογικές διαταραχές στη μητέρα με αποτέλεσμα, να επηρεάζεται η έκβαση της κύησης και να τίθεται σε κίνδυνο η μητέρα και το έμβρυο. Τα περιστατικά αυτά χρήζουν αυξημένης φροντίδας και απαιτούν άμεση συνεργασία Μαιών-Μαιευτήρων και Ιατρών άλλων ειδικοτήτων. Η πιο συχνή από αυτές τις παθοιλογικές καταστάσεις που συναντάται στην Αίθουσα Τοκετών είναι η Προεκλαμψία-Εκλαμψία.

Ο όρος **Προεκλαμψία-Εκλαμψία** αφορά αποκλειστικά την κύηση και τη λοχεία. Είναι μια πολυσυστηματική νόσος και εμφανίζεται μετά την 20η εβδομάδα της κύησης ή μέσα σε 48 ώρες από τον τοκετό και αφορά περίπου το 6%-8% του γενικού πληθυσμού.

Η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν τη άποψη ότι η νόσος οφείλεται σε ανοσολογική αντίδραση του μητρικού οργανισμού στο εμβρυϊκό ημιαλλομόσχευμα. Ο πλακούντας θεωρείται ότι κατέχει κεντρικό ρόλο στην παθογένεση της νόσου. Στις εγκυμοσύνες με προεκλαμψία, παρουσιάζεται μη φυσιολογική εισβολή της τροφοβλάστης και ατελής σχηματισμός των σπειροειδών αρτηριδίων της μήτρας, πιθανώς λόγω των αλλαγών στην ανοσολογική ανοχή μεταξύ μητέρας-εμβρύου κατά το 1ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Η νόσος διακρίνεται σε: **Ήπια προεκλαμψία - Βαρεία προεκλαμψία - Εκλαμψία - Σύνδρομο HELLP.**

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- Πρώτη κύηση
- Ηλικία της μητέρας < 19 ετών >40 ετών
- Πολύδυμη κύηση
- Προϋπάρχουσα χρόνια υπέρταση
- Οικογενειακό ιστορικό προεκλαμψίας ή εκλαμψίας
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Χρόνια νεφρική νόσος
- Παχυσαρκία
- Γονίδιο αγγειοτενσίνης T235
- Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο
- Αφροαμερικανική φυλή

Ως πολυσυστηματική νόσος, οι επιπλοκές αφορούν πολλαπλά οργανικά συστήματα

Επιπλοκές που αφορούν τη μητέρα

Καρδιαγγειακό σύστημα, Κ.Ν.Σ., Αιμοποιητικό σύστημα, Νεφρικές βλάβες, Ηπατικές βλάβες

Επιπλοκές που αφορούν το έμβρυο

Αποκόλληση πλακούντα, IUGR, Εμβρυϊκή δυσχέρεια-Ενδομήτριος θάνατος, Πρόωρος τοκετός

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑΣ

Η οριστική θεραπεία της Προεκλαμψίας είναι ο τοκετός. Κύριο μέλημα είναι η διασφάλιση της υγείας της μητέρας και η γέννηση ενός υγιούς και τελειόμηνου νεογονού ενέργειες και παρεμβάσεις μας εξαρτώνται από τη βαρύτητα της νόσου και την κατάταξη της ασθενούς σε μια από τις τέσσερις κατηγορίες, της ήπιας ή βαρείας προεκλαμψίας, εκλαμψίας, HELLP. Οι συνολικοί θεραπευτικοί στόχοι είναι **α)** η πρόληψη των σπασμών **β)** η ελάττωση της αρτηριακής πίεσης για την πρόληψη εγκεφαλικής αιμορραγίας **γ)** ο προγραμματισμός του τοκετού, που εξαρτάται από την κατάσταση της μητέρας και την ωριμότητα του εμβρύου.

Η ήπια προεκλαμψία χαρακτηρίζεται από την κλασική τριάδα:

1. Υπέρταση - Συστολική πίεση περίπου 140 mmHg ή αύξηση αυτής πάνω από 30mmHg από το σύνηθες Διαστολική >90mmHg ή αύξηση πάνω από 25mmHg από το σύνηθες

2. Πρωτεΐνουρία

3. Οιδήματα προσώπου ή άκρων

Αντιμετωπίζεται ως περιστατικό αυξημένης φροντίδας, που χρειάζεται παρακολούθηση σε εμβρυομητρική μονάδα ή στην Αίθουσα τοκετών για την πρόληψη της εξέλιξης της νόσου σε σημείο που θα επηρεάσει τη μητέρα ή το έμβρυο.

Μετά την αρχική εκτίμηση της γυναίκας, αν κριθεί ότι πρέπει να παραμείνει στην Αίθουσα τοκετών και όχι σε εμβρυομητρική μονάδα, η Μαιευτική φροντίδα περιλαμβάνει τη διασφάλιση ενός ήσυχου περιβάλλοντος για αυτήν. Η γυναίκα τοποθετείται σε αριστερή πλάγια θέση, ακολουθεί συνεχής καρδιοτοκογραφία για την εκτίμηση του εμβρύου και της δραστηριότητας της μήτρας. Η γυναίκα συνδέεται με μόνιτορ για να υπάρχει η δυνατότητα ωριαίας ή και πιο συχνής μέτρησης των ζωτικών σημείων, κυρίως της Αρτηριακής πίεσης. Εκτιμάται η γενική κλινική εικόνα της γυναίκας και παρακολουθούνται συμπτώματα όπως: **Κεφαλαλγία, Επιγαστραλγία, Τάση προς εμετό, Διαταραχές δρασης.**

Γίνεται καθημερινός εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει: **Γενική αίματος, Ούρων για Λεύκωμα 24ώρου, Βιοχημικό έλεγχο(ουρικό οξύ, SGOT, SGPT, κρεατινίνη), Έλεγχο πηκτικότητας.**

Τις περισσότερες φορές η γυναίκα τίθεται σε αντι-ύπερτασική αγωγή peros ή ενδοφλεβίως. Όπως προαναφέραμε ο τοκετός είναι η οριστική θεραπεία, γι' αυτό και ο προγραμματισμός του τοκετού κρίνεται απαραίτητος σε όλα τα στάδια της νόσου και μάλιστα στο σημείο εκείνο που είναι δυνατόν να προληφθούν οι επιπλοκές, τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο.

Ως βαρεία προεκλαμψία χαρακτηρίζεται από:

- Συστολική πίεση >160mmHg. Διαστολική πίεση >110mmHg

- ≥5gr Λεύκωμα 24ώρου
- Ολιγουρία
- Αύξηση δεικτών νεφρικής λειτουργίας (ουρικό οξύ, ουρία, κρεατινίνη)
- Γαστρεντερικές διαταραχές
- Διαταραχές ΚΝΣ και οπτικές διαταραχές
- Άλγος επιγαστρίου ή δεξιού υποχονδρίου
- Αύξηση τενόντιων αντανακλαστικών

Η Μαιευτική φροντίδα εστιάζεται στην εκτίμηση και σταθεροποίηση της γυναίκας, την εκτίμηση του εμβρύου και τον προγραμματισμό του τοκετού.



Η γυναίκα παραμένει κλινήρης υπό στενή παρακολούθηση από τις Μαίες και τίθεται σε συνεχή Καρδιοτοκογραφία. Η βαρεία προεκλαμψία απαιτεί συστηματικό monitoring στη γυναίκα καθώς είναι απαραίτητη η ωριαία μέτρηση των ζωτικών σημείων, κυρίως της Α.Π. Τις περισσότερες φορές απαιτείται ωριαία καταμέτρηση ούρων. Ο συνεχής έλεγχος της υπέρτασης, της διούρησης και του ισοζυγίου υγρών γίνεται για την έγκαιρη αντιμετώπιση ή και πρόληψη σοβαρών επιπλοκών από το ΚΝΣ και τους νεφρούς, οι οποίες είναι αναστρέψιμες αλλά επιβαρύνουν την πορεία της λεχωΐδας και αυξάνουν τις μέρες νοσηλείας. Γίνεται καθημερινός εργαστηριακός έλεγχος για την εκτίμηση πιθανών παθολογικών διαταραχών των διαφόρων οργανικών συστημάτων της γυναίκας.

Εκτίμηση του εμβρύου γίνεται με συνεχή καρδιοτοκογραφία για την εκτίμηση του καρδιακού ρυθμού, Υπερηχογραφικός έλεγχος κατά τον οποίο εκτιμάται το βιοφυσικό προφίλ του εμβρύου και η ενδομήτρια ανάπτυξή του. Doppler υπερηχογραφία όπου εκτιμάται η αιματική ροή στα μητρικά και εμβρυϊκά αγγεία (έλεγχος εμβρυοπλακουντιακής μονάδας).

Η βαρεία προεκλαμψία χρήζει άμεσης φαρμακευτικής αγωγής. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι

- Θειικό Μαγνήσιο($MgSO_4$)
- Ηρεμιστικά (Διαζεπάμη)

- Αντιϋπερτασικά (Υδραλαζίνη, Μεθυλντόπα, Νιφεδεπίνη)

Μετά την 24η εβδομάδα εως την 34η εβδομάδα χορηγούνται κορτικοστεροϊδή στη μητέρα, με σκοπό την ωρίμανση των πνευμόνων του εμβρύου.

ΕΚΛΑΜΨΙΑ

Η εκλαμψία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση σπασμών σε έγκυο γυναίκα. Μπορεί να εκδηλωθεί ως εξέλιξη επιδεινούμενης προεκλαμψίας ή μπορεί να εμφανιστεί αναπάντεχα σε ασθενή με ήπια προεκλαμψία, καθόλου πρωτεΐνουρία ή οίδημα μισές περίπου περιπτώσεις εκλαμψίας εμφανίζονται συνήθως πριν από τον τοκετό, με τις υπόλοιπες μισές να κατανέμονται εξίσου κατά τη διάρκεια του τοκετού και κατά την περίοδο της λοχείας εκλαμψία είναι επείγουσα κατάσταση που απειλεί τη ζωή και απαιτεί κατάληλη φροντίδα για την αποφυγή σοβαρής νοσηρότητας ή αυξημένης θνησιμότητας.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΚΛΑΜΨΙΑΣ

Η αντιμετώπιση των γυναικών με εκλαμπτικούς σπασμούς απαιτεί:

- Την διατήρηση ελεύθερων αεροφόρων οδών, για την αποφυγή εισρόφησης, τοποθετώντας την γυναίκα σε πλάγια αριστερή θέση. Τοποθέτηση αεραγωγού και βρογχοαναρρόφηση αν χρειαστεί
- Προστασία της γυναίκας από πιθανή πτώση από το κρεβάτι
- Κλήση αναισθησιολόγου για την περίπτωση που χρειαστεί άμεση διασωλήνωση ή άμεση διενέργεια Καισαρική Τομής
- Χορήγηση φαρμάκων για τον έλεγχο των σπασμών και την πτώση της Α.Π.
- Παρακολούθηση της καλής ή όχι κατάστασης του εμβρύου με τον καρδιοτοκογράφο
- Δίνεται πλήρης εργαστηριακός έλεγχος και διασταυρώνονται αίματα γιατί υπάρχει η πιθανότητα αποκόλλησης πλακούντα ή διενέργειας Κ.Τ.

Σε περίπτωση που ελεγχθούν οι εκλαμπτικοί σπασμοί συνεχίζουμε την ωριαία καταμέτρηση ζωτικών, ούρων και συνεχίζεται η φαρμακευτική αγωγή.

Πραγματοποιείται ταχεία εκτίμηση της δραστηριότητας της μήτρας, της κατάστασης του τραχήλου και της κατάστασης του εμβρύου μετά τους σπασμούς. Μετά τον έλεγχο των σπασμών και της Α.Π., θα πρέπει να αποφασιστεί εάν θα πρέπει να διενεργηθεί τοκετός. Όσο σοβαρότερη είναι η κατάσταση της γυναίκας τόσο μεγαλύτερη είναι η ανάγκη επίσπευσης του τοκετού, ο οποίος συνήθως γίνεται με Καισαρική Τομή.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΗΕΛΠ

Το σύνδρομο HELLP είναι η εργαστηριακή διάγνω-

ση για μια παραλλαγή της βαρειάς προεκλαμψίας και χαρακτηρίζεται από

- ΑΙΜΟΛΥΣΗ
- ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΗΠΑΤΙΚΑ ENZYMA
- ΧΑΜΗΛΟ ΑΡΙΘΜΟ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ <100.000

Το σύνδρομο HELLP εμφανίζεται στο 2% εως 12% των γυναικών με σοβαρή προεκλαμψία. Το 90% των εγκύων αναφέρουν ιστορικό κακουχίας, άλγος δεξιού υποχονδρίου ή επιγαστρίου (πιθανώς λόγω της ηπατικής ισχαιμίας), ναυτία, εμετός.

Η αντιμετώπιση του συνδρόμου HELLP είναι παρόμοια με αυτήν της βαρειάς προεκλαμψίας. Οι στόχοι είναι:

- Σταθεροποίηση τα κατάστασης της εγκύου
- Αξιολόγηση της εμβρυϊκής δυσχέρειας
- Χρήση καρδιοτοκογραφήματος
- Ρύθμιση της Α.Π. και ισοζυγίου υγρών
- Προσδιορισμός του κατάλληλου χρόνου του τοκετού

Η απόφαση για τον χρόνο του τοκετού είναι συνήθως πιο νωρίς σε γυναίκες με σύνδρομο HELLP σε σχέση με τις γυναίκες με σοβαρή προεκλαμψία χωρίς σύνδρομο HELLP. Αν και ο κολπικός τοκετός δεν αντενδείκνυται η καισαρική τομή είναι απαραίτητη λόγω πρωρότητας, ανώριμο τράχηλο, εμβρυϊκής δυσχέρειας. Λόγω των σοβαρών επιπλοκών στους πηκτικούς και αιμοδυναμικούς μηχανισμούς, στην ηπατική και νεφρική λειτουργία είναι πιθανόν να εμφανιστούν ηπατική ρήξη, νεφρική ανεπάρκεια, πνευμονικό οίδημα, ασκήτης, αποκόλληση πλακούντα, αιμορραγία μετά τον τοκετό, διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη. Οι γυναίκες αυτές είναι απαραίτητο μετά τον τοκετό να νοσηλεύονται σε Μονάδα εντατικής θεραπείας ή Μ.Α.Φ. με συνεχόμενο της καρδιακής λειτουργίας, του αναπνευστικού, της νεφρικής λειτουργίας, του αιμοποιητικού συστήματος.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Η αυξημένη φροντίδα της προεκλαμψίας - εκλαμψίας συνεχίζεται και κατά τη διάρκεια της λοχείας. Μετά τον τοκετό τα συμπτώματα της προεκλαμψίας - εκλαμψίας υποχωρούν γρήγορα, συνήθως μέσα σε 48 ώρες από τον τοκετό. Όμως και μετά την απομάκρυνση του πλακούντα, μπορεί να υπάρχουν τροφοβλαστικά στοιχεία στη μήτρα και πιθανόν να εμφανιστούν εκλαμπτικοί σπασμοί μέσα σε 48 ώρες μετά τον τοκετό, σπανιότερα μέρες μετά.

Απαιτείται η συνεχής παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και συχνή μέτρηση της Α.Π., οριαία καταμέτρηση ούρων, φαρμακευτική αγωγή για τη ρύθμιση της Α.Π. μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της λεχωδας. Ο τόνος της μήτρας και η ροή των λοχίων πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Συχνά απαιτείται η εκτίμηση της λεχωδας από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.



Η πρόγνωση για την προεκλαμπτική μητέρα είναι καλή, αν εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή επανεμφάνιση προεκλαμψίας - εκλαμψίας σε επόμενη κύηση είναι σπάνια σε γυναίκες με φυσιολογική αρτηριακή πίεση.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Επειδή η πραγματική αιτία της προεκλαμψίας- εκλαμψίας είναι άγνωστη και αποδεδειγμένοι μέθοδοι πρόληψης δεν υπάρχουν, η αντιμετώπισή της στηρίζεται στην πρόληψη και πρώιμη διάγνωσή της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Καρπάθιος Σ.Ε. : Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική. Β' Τόμος, Δεύτερη Έκδοση, σελ. 474-488
2. A. Καλογερόπουλος: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ, Πρώτη έκδοση Θεσ/νίκη 1992 σελ.69- 78
3. Deitra Leonard-Lowdermilk, Shannon E.Perry, Νοσηλευτική Μητρότητας, 6η έκδοση σελ.707- 727
4. Εγχειρίδιο ALSO, ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΚΔΟΣΗ
5. www.health.in.gr/: Παθοφυσιολογία και προδιαθεσικοί παράγοντες της προεκλαμψίας

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ Γ' ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ



ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ είναι μια από τις πιο επικίνδυνες και σοβαρές καταστάσεις που μπορεί να αντιμετωπίσει ο επαγγελματίας υγείας και είναι ιδιαίτερα τρομακτική εάν εμφανιστεί αμέσως μετά από έναν απλό τοκετό. Είναι ένα απειλητικό για τη ζωή γεγονός που μπορεί να εμφανιστεί απροειδοποίητα και που συχνά δεν αναγνωρίζεται έως ότου η μητέρα εμφανίσει έντονα συμπτώματα.

Εμφανίζεται σε ποσοστό 3-5 % των κολπικών τοκετών. Το 30 % περίπου των περιγεννητικών μητρικών θανάτων διεθνώς οφείλονται στην αιμορραγία της λοχείας.¹

Ως αιμορραγία της λοχείας ορίζεται μέχρι σήμερα η απώλεια αίματος μεγαλύτερη των 500 ml μετά από φυσιολογικό τοκετό και 1000 ml μετά από καισαρική τομή.³

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό είναι:⁴

- Η ατονία της μήτρας, η οποία συνιστά σοβαρή υποτονία και σχετίζεται με: μεγάλο έμβρυο, πολύδυμη κύηση, υδράμνιο, διάταση με πήγματα.
- Η αναισθησία και αναλγησία κατά τον τοκετό και κυρίως η χρήση αλογονωμένων αναισθητικών (αλοθάνιο).
- Το προηγούμενο ιστορικό ατονίας της μήτρας.
- Η μεγάλη πολυτοκία.
- Ο παρατεταμένος τοκετός και ιδίως η πρόκληση τοκετού με ωκυτοκίνη.
- Το τραύμα κατά τον τοκετό που μπορεί να προκληθεί: κατά την εκτέλεση εμβρουσλκίας, με την εφαρμογή αναρροφητήρα, κατά τη διάρκεια καισαρικής τομής.
- Η κατακράτηση τμημάτων πλακούντα που μπορεί να

Γράφουν οι: **Βασιλική Καραϊσαρλή** (Μαία ΤΕ)
και **Ευαγγελία Βοζίκη** (Προϊσταμένη)
Αιθουσα Τοκετών Α' Μ/Γ Κλινική ΓΝΠ)

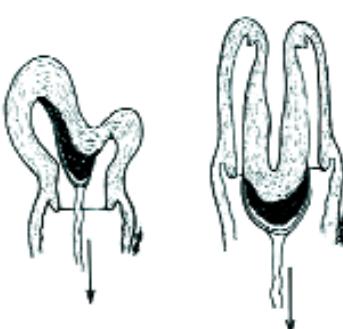




είναι συνέπεια: μερικής αποκόλλησης πλακούντα, παγίδευσης του μερικώς ή πλήρως αποκολλημένου πλακούντα από στένωση της μήτρας που έχει τη μορφή κλεψύδρας, παθολογικής πρόσφυσης ολόκληρου ή τμήματος του πλακούντα στο τοίχωμα της μήτρας.

- Οι ρήξεις του πυελογεννητικού σωλήνα.
Υποψία αιμορραγίας που σχετίζεται με ρήξεις πρέπει να τίθεται όταν η αιμορραγία συνεχίζει παρά το σκληρό και συνεσπασμένο πυθμένα της μήτρας. Οι παράγοντες που προκαλούν αυτές τις ρήξεις είναι: ο οξύς τοκετός, οι συγγενείς ανωμαλίες των μαλακών μορίων της μητέρας, το μέγεθος, η ανώμαλη προβολή και θέση του εμβρύου, οι κιρσοί του αιδοίου, περινέου και κόλπου.

- Η ρήξη της μήτρας.
- Η εκστροφή της μήτρας, που χαρακτηρίζεται ως μεγάλη εξέρυθρη σφαιρική μάζα (πιθανώς με προσφύμενο πλακούντα) να προβάλλει έξω από την είσοδο του κόλπου. Ψηλαφάται μια μαλακή μάζα μέσω του διεσταλμένου τραχήλου. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εκστροφή της μήτρας είναι¹: η εμφύτευση του πλακούντα στον πυθμένα, η εφαρμογή έντονης πίεσης στον πυθμένα, η υπερβολική έλξη



του ομφαλίου λώρου, τα ινομυώματα, η ατονία της μήτρας.

- Ο συμφυτικός πλακούντας, δηλαδή η ήπια διείσδυση της πλακουντιακής τροφοβλάστης στο μυομήτριο.
- Η πρόωρη αποκόλληση πλακούντα.
- Ο προδρομικός πλακούντας.
- Οι διαταραχές της πήξης.
- Η ενδομητρίτιδα.
- Η ατελής παλινδρόμηση της μήτρας λόγω: κατακράτησης υπολειμμάτων πλακούντα, λοίμωξης της πυέλου.

Τα σημεία περιλαμβάνουν παρατεταμένη αποβολή

λοχίων και ανώμαλη ή υπερβολική ποσότητα αίματος.

Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι σε ετοιμότητα σε περίπτωση που παρουσιαστούν **συμπτώματα αιμορραγίας**. Παρατηρεί³:

- Αν υπάρχει χλωμότητα στη λεχωίδα και αν το δέρμα της είναι θερμό και ξηρό
- Την πτώση της αρτηριακής πίεσης
- Αν το επίπεδο συνείδησης της μητέρας μεταβάλλεται η τελευταία μπορεί να παρουσιάσει ανησυχία ή ακόμη και υπνηλία
- Τη μήτρα της λεχωίδας που μπορεί να είναι μεγάλη, καθώς γεμίζει με αίμα ή πήγματα αίματος, μαλακή και διεσταλμένη.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η βασική αρχή φροντίδας των αιμορραγιών μετά τον τοκετό έγκειται στην αντιμετώπιση της βαριάς αιμορραγίας και την ανάνηψη της μητέρας σε περιπτώσεις παρατεταμένης ή μαζικής αιμορραγίας. Η τελευταία περιλαμβάνει άμεσα μέτρα ανάνηψης. Αυτά περιλαμβάνονται μέσα στο πλαίσιο μιας γενικότερης στρατηγικής για την αντιμετώπιση των αιμορραγιών αυτών και περιγράφονται με την εξής σειρά:

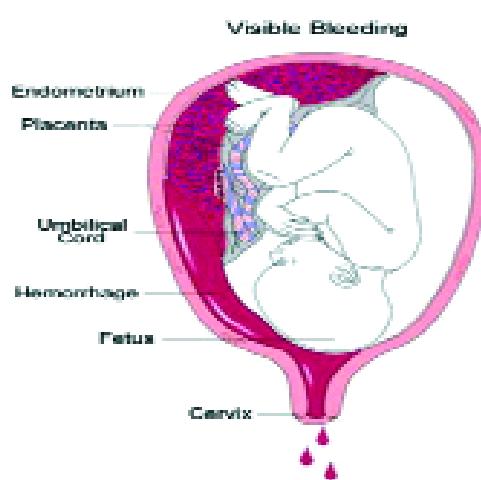
A. Κλήση για ιατρική βοήθεια

Ολόκληρη η ομάδα επαγγελματιών υγείας συνεργάζεται για την εφαρμογή συγκεκριμένης στρατηγικής που περιγράφεται στη συνέχεια⁴.

B. Εκτίμηση για τον προσδιορισμό της αιτίας της αιμορραγίας και των σημείων καταπληξίας

Ελέγχονται τα ζωτικά σημεία π.χ. για την ύπαρξη ταχυκαρδίας, ταχύπνοιας, πτώση της αρτηριακής πίεσης, το χρώμα, η σπαργή του δέρματος, η θερμοκρασία, το επίπεδο συνείδησης, ψηλαφάται ο σφυγμός (για τη συχνότητα, την ποιότητα, την ισότητα του)⁴.

Στο στάδιο αυτό της θεραπείας, ο επαγγελματίας υγείας καλείται να είναι σε θέση να αναγνωρίσει τις συγκεκριμένες αιτίες αιμορραγίας. Αυτές είναι γνωστές με το ακρωνύμιο «THE 4 T'S»¹:



4 Τ'S	Συγκεκριμένες αιτίες	Συχνότητα
Tone (Τόνος)	Ατονία μήτρας	70%
Trauma	Τραχηλικές, κολπικές και (Τραυματισμός) περινεϊκές κακώσεις, αιματώματα πυέλου, εκστροφή- ρήξη μήτρας	20%
Tissue (Ιστός)	Παθολογική πρόσφυση πλακούντα, υπολλείματα πλακούντα	10%
Thrombin (Πήξη)	Διαταραχές μηχανισμού πήξης	1%

C. Χορήγηση O₂, κατά προτίμηση με μάσκα προσώπου μη επανεισπνοής με ρυθμό 10 - 12 L/λεπτό, για τη διατήρηση του κορεσμού του αίματος σε οξυγόνο⁴.

D. Λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις (ομάδα αίματος, διασταύρωση, γενική αίματος, έλεγχος πηκτικότητας)³.

E. Τοποθέτηση δυο ενδοφλέβιων καθετήρων μεγάλης διαμέτρου και άμεση χορήγηση κρυσταλλικών διαλυμάτων (Lactated Ringer's, NaCl) για την αναπλήρωση υγρών, ενδεχόμενη μετάγγιση με αίμα ή παράγωγα αίματος⁴.

F. Προστάθεια για σταμάτημα της αιμορραγίας ανάλογα με την αιτία της¹:

1. ΤΟΝΟΣ (TONE)

Μετά την απομάκρυνση του πλακούντα και εφόσον η μήτρα είναι μαλακή και χαλαρή, η αυξημένη αιμορραγία οφείλεται συνήθως στην ατονία της μήτρας. Γι' αυτό και ο πρώτος χειρισμός για τη μείωση της αιμορραγίας είναι οι μαλάξεις της μήτρας που ασκούνται στον πυθμένα της με απαλές και κυκλικές κινήσεις χωρίς υπερβολική πίεση. Εάν η μήτρα δεν συσπάται ακόμη, πραγματοποιείται επισκόπηση της μητρικής κοιλότητας για κατακρατηθέντα υπολείμματα πλακουντιακού ιστού.³

Είναι σημαντικός ο έλεγχος για τη διάταση της ουροδόχου κύστης διότι η διατεταμένη κύστη μπορεί να προκαλέσει μετατόπιση της μήτρας και να αποτρέψει τις συστολές. Γι' αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η τοποθέτηση ουροκαθετήρα *folley*⁶.

Στη συνέχεια χορηγούνται μητροτονικά φάρμακα. Αρχίζει η συνεχής ενδοφλέβια έγχυση 20-40 IU ακυτοκίνης σε 1000 ml ορού Ringer's με ρυθμό 250 cc/ώρα, περίπου 80 milliuunits/min. Η χορήγηση της ακυτοκίνης αδιάλυτη θα πρέπει να αποφεύγεται διότι μπορεί να προκαλέσει παροδική αγγειοδιαστολή και υπόταση. Τα μειονεκτήματα της ακυτοκίνης είναι το γεγονός ότι μόλις κουραστεί ο υποδοχέας, η επιπλέον δόση δεν δρά ενώ οι πολύ μεγάλες δόσεις προκαλούν δηλητηρίαση από νερό λόγω της αντιδιουρητικής της δράσης².

Εάν η μήτρα δεν ανταποκριθεί χορηγούνται I.M. 0,2 mg εργομητρίνης (mitrotan). Η ενδοφλέβια χορή-

γησή της πρέπει να γίνεται μόνο σε απόλυτες ενδείξεις λόγω κινδύνου υποτασικής κρίσης ή αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Σ' αυτή την περίπτωση η χορήγηση να γίνεται βραδέως (όχι λιγότερο από 1 λεπτό) με παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης η οποία δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 140/90 mmHg. Δεν πρέπει να χορηγούνται πάνω από δύο δόσεις καθώς μπορεί να προκληθεί πνευμονική υπέρταση².

Σε περίπτωση αποτυχίας όλων αυτών χορηγούνται προσταγλαδίνες. Η πιο συνηθισμένη είναι η 15-μεθυλ-προσταγλαδίνη F2a, δίδεται ενδομυομητρικά ή ενδομυϊκά σε δόση των 0,25 mg και επαναλαμβάνεται κάθε 15 λεπτά μέχρι τη συνολική δόση των 2 mg. Σε περίπτωση που αποτύχει συνήθως προϋπάρχει χοριοαμνιονίτιδα⁷. Η μισοπροστόλη (cytotec) είναι μια ακόμη προσταγλαδίνη. Μια δημοσιευμένη μελέτη αντιμετώπισης της αιμορραγίας βρήκε πως 1000 micrograms, που χορηγούνται από το ορθό, μειώνουν σημαντικά την ανάγκη για περαιτέρω χειρισμούς. Οι δοκιμές για την αποτελεσματικότητά της συνεχίζονται⁶.

Σε αποτυχία επιπωματίζεται η μήτρα με αποστειρωμένη γάζα που προηγουμένως μουσκεύεται με carboprost ή vasopressin¹.

Μπορεί επίσης να γίνει απόπειρα για πίεση της κοιλιακής αορτής για την επιβράδυνση της αιμορραγίας μέχρις ότου έρθει βοήθεια για εμβολισμό αγγείων, αρτηριακή απολίνωση ή την επείγουσα υστερεκτομή⁶.

2. ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ (TRAUMA)

Εφόσον η μήτρα είναι συνεπασμένη καλά και η αιμορραγία συνεχίζεται, εγείρεται η υποψία για τυχόν τραυματισμό από ρήξεις του τραχήλου, της μήτρας, του κόλπου, του περινέου ή του ορθού και εκστροφή της μήτρας. Ο έλεγχος περιλαμβάνει την τοποθέτηση της λεχαίδας σε θέση λιθοτομής και την επισκόπηση και συρραφή των ρήξεων κάτω από επαρκή φωτισμό³.

Επίσης γίνονται και εργαστηριακές εξετάσεις (π.χ. αιμοσφαιρίνη, αιματοκρίτης, δοκιμασίες πηκτικότητας, αριθμός αιμοπεταλίων)³.

Τα αιματώματα αντιμετωπίζονται με παρακολούθηση, εφαρμογή επιθεμάτων πάγου, απολίνωση του



αγγείου που αιμορραγεί ή παροχέτευση. Πιθανον να απαιτείται αναπλήρωση αίματος και υγρών³.

Η ρήξη της μήτρας μπορεί να είναι μια μικρή ασυμπτωματική διάνοιξη μικρότερη από 2 cm που δεν αιμορραγεί οπότε και αντιμετωπίζεται συντηρητικά. Άλλες περιπτώσεις απαιτούν στενή παρακολούθηση, ανάνηψη της μητέρας, αν χρειαστεί και χειρουργείο για αιμορραγία αποκατάσταση της ρήξης ή υστερεκτομή. Σε περίπτωση εκστροφής της μήτρας η φροντίδα εστιάζεται στην άμεση σταθεροποίηση της αιμοδυναμικής της κατάστασης. Αυτό απαιτεί στενή παρακολούθηση της στη θεραπεία για την πρόληψη καταπληξίας ή υπερφόρτωση με υγρά. Γίνεται, υπό γενική αναισθησία, προσπάθεια για ταχεία επανατοποιητήση της μήτρας, χορήγηση ατροπίνης 0,5 mg IV για τη συμπτωματική βραδυκαρδία. Μόλις αναταχθεί η μήτρα, χορηγούνται ωκυτόκα φάρμακα για την ενίσχυση του τόνου της και την πρόληψη της επανεμφάνισης της εκστροφής στο άμεσο χρονικό διάστημα μετά τον τοκετό, και αντιβιοτικά ευρέως φάσματος¹.

3. ΙΣΤΟΣ - ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

Εφόσον η αιμορραγία προέρχεται από την κατακράτηση πλακούντα που δεν έχει αποκολληθεί, εγχύεται μέσω της ομφαλικής φλέβας 20 IU ωκυτοκίνης (2 ml) διαλυμένα σε 20 ml φυσιολογικού ορού μέσα στα πλαίσια της προσπάθειας για αποκόλληση του πλακούντα¹. Αν αποτύχει η παραπάνω δοσολογία, υπό γενική αναισθησία επιχειρείται δακτυλική αποκόλληση. Μετά από αυτήν εξετάζεται η κοιλότητα της μήτρας και

ο πλακούντας για να παρατηρηθεί αν αποκόλληθηκε ολόκληρος. Στη συνέχεια γίνονται μαλάξεις στη μήτρα και δίνονται ωκυτόκα φάρμακα. Η ασθενής λαμβάνει οξυγόνο, έχει δυο μεγάλους ενδοφλέβιους καθετήρες με συνεχής υποκατάσταση υγρών και ενδεχομένως χορήγηση παραγώγων αίματος, επαρκή αναισθησία. Τότε ακολουθεί μαιευτική απόξεση⁶.



4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΗΞΗΣ

Όταν η αιμορραγία είναι συνεχής και δεν υπάρχει αναγνωρίσιμη αιτία, πιθανόν να οφείλεται σε διαταραχές της πήξης. Πρέπει να εκτιμάται γρήγορα και συνεχώς η κατάσταση πηκτικότητας της γυναίκας και να αρχίσει η συμπληρωματική χορήγηση οξυγόνου⁴. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει γενική αίματος, χρόνο μερικής θρομβοπλαστίνης (APTT), επί-

πεδα ινωδογόνου και προϊόντα αποδόμησης του ινώδους (D-dimmer). Τα επίπεδα της πηκτικότητας αξιολογούνται συνεχώς και αρχίζει η θεραπεία με υποκατάσταση υγρών και αίματος. Χορηγείται φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα (FFP) για τη διατήρηση των επιπέδων ινωδογόνου > 100 mg/dl και τη μείωση του παρατεταμένου χρόνου PT. Γίνεται μετάγγιση με αιμοπετάλια για τη διατήρηση τους > 50.000/ml. Δίδονται συμπυκνωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια για να διατηρηθεί ο αιματοκρίτης κοντά στο 30%¹. Τέλος χορηγούνται αντιβιοτικά, αγγειοδραστικά, μητροσυσπαστικά και χρονοτρόπα φάρμακα⁴.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΧΩΙΔΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Οι σφύξεις και η αρτηριακή πίεση πρέπει να καταγράφονται κάθε μισή ώρα και να γίνεται θερμομέτρηση κάθε 4 ώρες. Η μήτρα να ψηλαφάται συχνά για τον έλεγχο της σύσπασής της και να ελέγχονται τα λόχια που βγαίνουν. Καταγράφεται το ισοζύγιο των υγρών ως ένδειξη της νεφρικής λειτουργίας και γίνεται ωριαία καταμέτρηση ούρων.

Η γυναίκα παραμένει στην αίθουσα τοκετών μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάστασή της³.

Συμπερασματικά, ενώ οι στρατηγικές πρόληψης είναι διαθέσιμες και σημαντικές δεν μπορούν να προβλεφτούν όλες οι περιπτώσεις αιμορραγίας μετά τον τοκετό. Η έγκαιρη αναγνώριση και επιβεβαίωση της διάγνωσης της αιμορραγίας της λοχείας έχει κρίσιμη σημασία για τη διαχείριση της φροντίδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Janice Anderson, Duncan, Doug Smith, Αιμορραγία μετά τον τοκετό και επείγουσες καταστάσεις τρίτου σταδίου, Εγχειρίδιο ALSO 4η Έκδοση, American Academy of Family Physicians, Αθήνα, σελ. 1-19, 2006.
2. Διεγερτικά του μυομητρίου, Εθνικό συνταγολόγιο 4η Έκδοση, Εκδοτική παραγωγή ΙΦΕΤ α.ε., Αθήνα, σελ. 399-400, 2003.
3. Sue McDonald, Physiology and Management of the Third Stage of Labour, Myles Textbook of Midwives 14th Edition, Churchill Livingstone, United Kingdom, σελ. 521-527, 2003.
4. Leonard Low Dermilk, Shanon FG E Terry, Επιπλοκές κατά την περίοδο της λοχείας, Νοσηλευτική Μητρότητας 6η Έκδοση, Αθήνα, σελ. 814-822, 2003.
5. Ειρήνη Λιάγκα, Πρόληψη και αντιμετώπιση της αιμορραγίας της λοχείας. Αναβαθμισμένη Οδηγία για την περίπτωση ελλειμματικών υποδομών, Ελευθώ 4: 28-30, Οκτώβριος-Νοέμβριος- Δεκέμβριος 2006.
6. Word Health Organization. Managing Complications in pregnancy and Childbirth, Section 3- Procedures, 2003.
7. Kupferminc MJ, Gull, Bar-AM A, et al. Intrauterine irrigation with prostaglandin F2-alpha for management of severe postpartum hemorrhage. Acta Obstet. Gynecol. Scand 77 (5): 548-550, May 1998

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ



Γράφουν: Όλγα Τσαγκαρά, Μαρία Μικροπούλου
ΤΕ Νοσ. Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ του ΓΝΠ



ΜΕΤΟΝΟΡΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (KA) χαρακτηρίζεται η παθοφυσιολογική κατάσταση όπου η καρδιά αδυνατεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες του οργανισμού παρά την επαρκή φλεβική επαναφορά.

Η KA μπορεί να προέλθει από δύο αίτια:

Μηχανικά αίτια: βαλβιδοπάθειες, συγγενείς καρδιοπάθειες, υπερφόρτωση κυκλοφορούντος όγκου.

Μυοκαρδιακά αίτια: έμφραγμα, υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια ή άλλες μυοκαρδιοπάθειας.

Η KA διακρίνεται όσον αφορά τον οργανισμό σε:

- Αντιρροπούμενη ή αντισταθμιζόμενη κατά την οποία η καρδιά επιστρατεύει εφεδρικούς μηχανισμούς για να ανταποκριθεί στις συνηθισμένες δραστηριότητες, ανεπαρκεί όμως άν οι απαιτήσεις αυξηθούν.
- Μη αντιρροπούμενη ή μη αντισταθμιζόμενη κατά την οποία παρατηρούνται συμπτώματα καρδιακής κάμψης παρά την επιστράτευση των εφεδρικών μηχανισμών ακόμα και σε συνήθεις δραστηριότητες.

Όσον αφορά το διαχωρισμό της KA με βάση το τι συμβαίνει αριστερά ή δεξιά έχουμε:

- Την αριστερή KA, εδώ η βλάβη βρίσκεται στην αριστερή κοιλία, που αδυνατεί να προωθήσει το αίμα προς την αορτή. Κυριότερο σύμπτωμα είναι η δύσπνοια.
- Την δεξιά KA, εδώ η βλάβη βρίσκεται στη δεξιά κοιλία που αδυνατεί να προωθήσει το αίμα προς την πνευμονική αρτηρία. Κυριότερα συμπτώματα είναι τα οιδήματα στα κάτω άκρα.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΟΝΕΩΝ

Οι γονείς παιδιών με Κ.Α. πρέπει να γνωρίζουν και να αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα της νόσου, τις πληροφορίες για το διαιτολόγιο, τη σημασία της φυσικής άσκησης και δραστηριότητας, τον τρόπο δράσης και χορήγησης και τις παρενέργειες των φαρμάκων

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Ο παρακάτω πίνακας εμφανίζει τα συμπτώματα ανάλογα με την ηλικία.

ΒΡΕΦΗ

Καρδιαγγειακό

Ελαφρά Βαριά ταχυκαρδία στην ηρεμία (άνω των 160/min)
εξασθένηση των περιφερικών σφυγμών

Αναπνευστικό

Ελαφρά Αντιρροποιητικά ταχύπνοια στην ηρεμία (άνω των 60/min)
ταχύπνοια σε ηρεμία διεύρυνση ρωθώνων, υγρός ρόγχος, ξηρός βήχας, δύσπνοια και ορθόπνοια

Γαστρεντερικό

Ελαφρά βραδεία αύξηση του βάρους

Ουρογεννητικό

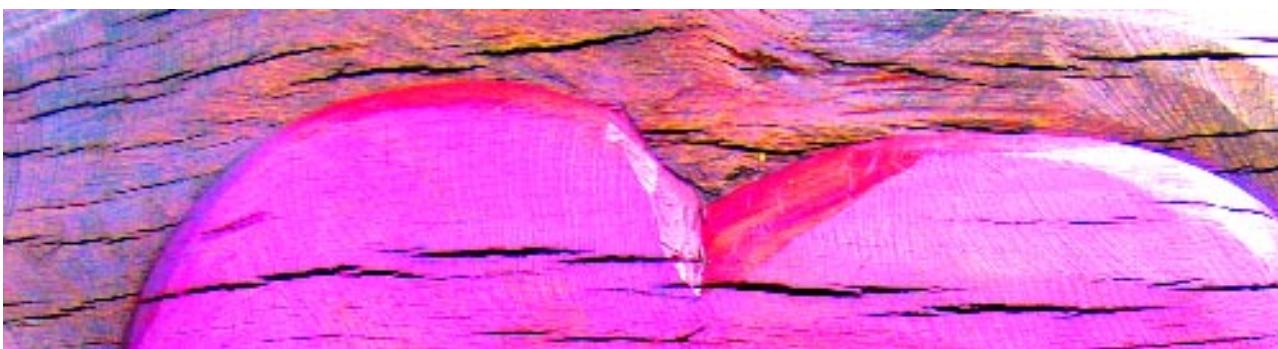
Βαριά ελάττωση της παροχής των ούρων (κάτω του 1ml/Kg/h)

Μυοσκελετικό

Ελαφρά κόπωση κατά τα γεύματα, αδυναμία αύξησης, καθυστέρηση της ανάπτυξης

Δέρμα

Ελαφρά Αντιρροποιητικά εφίδρωση, ωχρότητα, φαιά απόχρωση του δέρματος οιδήμα βλεφαρων, περιφερικό οιδήμα, ψυχρά άκρα

ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ**Καρδιαγγειακό****Ελαφρά** Ελαφρά ταχυκαρδία σε ηρεμία**Βαριά** εξασθένηση των περιφερικών σφυγμών**Αναπνευστικό****Ελαφρά** ταχύπνοια στη ηρεμία, δύσπνοια στην προσπάθεια**Αντιρροπιστικά** ταχύπνοια στην ηρεμία, διεύρυνση ρωθώνων, υγροί ρόγχοι, ξηρός βήχας, ορθόπνοια**Γαστρεντερικό****Ελαφρά** ανορεξία, ταχεία αύξηση του βάρους (κατακράτηση ύδατος)**Ουρογεννητικό****Βαριά** ελάττωση της παροχής των ούρων (κάτω του 1ml/Kg/h)**Μυοσκελετικό****Ελαφρά** κόπωση στην προσπάθεια**Δέρμα****Ελαφρά** εφίδρωση**Αντιρροπιστικά** Οίδημα βλεφάρων, οιδήματα άνω και κάτω άκρων, ψυχρά άκρα, ωχρότητα**ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ**

- Περιορισμός του αλατιού αρχικά από το τραπέζι και έπειτα κατά το μαγείρεμα

- Εάν το παιδί παίρνει φάρμακο που αποβάλλει το κάλιο, χορήγηση τροφών πλούσιων σε κάλιο όπως μπανάνες, πορτοκάλια, φυλλώδη λαχανικά.
- Χορήγηση γευμάτων μετά από διαστήματα ανάπauσης
- Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων (5-6 γεύματα ημερησίως)
- Τοποθέτηση του παιδιού σε θέση ημι-Fowler κατά τα γεύματα
- Γεύματα πλούσια σε θερμίδες, πρωτεΐνες και κυτταρίνη αλλά φτωχά σε λίπη
- Το παιδί δεν θα πρέπει να σιτίζεται αργά το βράδυ ώστε να μην διαταράσσεται ο ύπνος του.

ΤΡΟΦΕΣ ΠΛΟΥΣΙΕΣ ΣΕ ΆΛΑΤΙ	ΤΡΟΦΕΣ ΦΤΩΧΕΣ ΣΕ ΆΛΑΤΙ
Αλάτι, σόδα	Νιωτά φρούτα, λαχανικά
Ψωμί, μακαρόνια, μπισκότα	Πατάτες και ρύζι άναλατα
Γάλα, τυρί, γιαούρτι	Ελαιόλαδο, καλαμποκέλαιο, ειδική μαργαρίνη ή βούτυρο
Καπνιστά κρέατα και ψάρια, αλλαντικά	Ανθότυρο, αποβουτυρωμένο γάλα
Έτοιμοι ζωμοί κρέατος, Pepsi-Cola	Κρέας, αυγά: έχουν μέτρια ποσότητα νατρίου
Κάθε κονσέρβα	Ζελέ, σταφίδες
Όλες σχεδόν οι σάλτσες και τουρσιά του εμπορίου	Τσάι, φυσικοί χυμοί, Coca-Cola
Ξηροί καρποί, σοκολάτα	

ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

- Περιορισμός της σωματικής άσκησης
- Αποφυγή υπερβολικού κλάματος
- Εξήγηση της ανάγκης για ανάπauση στο παιδί
- Ανάπauση κατά το μεσημέρι και το βράδυ
- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και διαβίωσης



- Εξασφάλιση ευχάριστων δραστηριοτήτων, που απαιτούν περιορισμένη κατανάλωση ενέργειας

ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της ΚΑ φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

ΦΑΡΜΑΚΟ	ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ - ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Διουρητικά	<p>Θεραπεία πρώτης εκλογής σε βρέφη.</p> <p>Υποκαλιαιμία, υπονατραιαμία, υπασθεστιαιμία, λιγότερο συχνά ναυτία και γαστρεντερικές διαταραχές. Σε ταχεία ενδοφλέβια χορήγηση μεγάλων δόσεων μπορεί να προκληθεί παροδική κόφωση που σπάνια εμφανίζεται με μικρές δόσεις.</p>
Ινοτρόπα (Δακτυλίτιδα)	<p>Αυξάνει τον όγκο παλμού και ελαττώνει τις αυξημένες τελοδιαστολικές πιέσεις.</p> <p>Ανορεξία, ναυτία, έμμετοι, κοιλιακό άλγος, διάρροια, κεφαλαλγία, κόπωση, διαταραχές όρασης (διπλωπία, δυσχρωματοψία) και αρρυθμίες παντός τύπου.</p>
Αγγειοδιασταλτικοί παράγοντες	<p>Συνήθως χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με δακτυλίτιδα και διουρητικά. Δεν είναι πρώτης εκλογής φάρμακα στην παιδική ηλικία.</p> <p>Ταχυκαρδία, αρρυθμία, αίσθημα παλμών, υπεραιμία προσώπου, τρόμος, ανησυχία, κεφαλαλγία, ζάλη.</p>
Β' αναστολείς	<p>Πρόσφατες μελέτες στα παιδιά έχουν δείξει ότι η χορήγησή τους στην ΚΑ έχει μακροχρόνιες ευνοϊκές επιδράσεις στο μυοκάρδιο.</p> <p>Πυρετός, δύσπνοια, βραδυκαρδία, υπόταση, ναυτία, έμμετος, αύπνια, ζάλη, κατάθλιψη.</p>

Χορήγηση φαρμάκων

- Ενημέρωση των γονέων για τα φάρμακα, τις δοσολογίες και τις πιθανές παρενέργειες τους

- Χορήγηση των φάρμακων σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών
- Εάν παραλείφθηκε μία δόση φαρμάκου, οι γονείς θα πρέπει να την δώσουν το συντομότερο δυνατό. Εάν εν τούτοις πλησιάζει η ώρα της επόμενης δόσης δεν θα πρέπει να δώσουν τη δόση που παραλείφθηκε. Δεν πρέπει να διπλασιάζονται οι δόσεις
- Η χορήγηση διουρητικών να γίνεται το πρωί ώστε να μην διαταράσσεται ο βραδινός ύπνος του παιδιού
- Παρακολούθηση για οιδίματα κάτω άκρων

Χορήγηση διγοξίνης

- Χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια (ΟΧΙ ενδομυϊκά)
- Αρχίζουμε πάντοτε με τις μικρότερες δόσεις
- Ακολουθείται το σχήμα $1/2 + 1/4 + 1/4$ ανά 8ωρο ως δόση εφόδου
- Η δόση συντήρησης υπολογίζεται στο $1/3 - 1/5$ της δόσης εφόδου
- Η από το στόμα χορήγηση προτιμάται να γίνεται σε δύο λήψεις ανά 12ωρο: πρωί και βράδυ
- Όταν χορηγείται δόση εφόδου, πριν την έναρξη και στο τέλος της φάσης εφόδου γίνεται:
 - ΗΚΓ
 - Προσδιορισμός των επιπέδων δακτυλίτιδας και των ηλεκτρολυτών
- Το φάρμακο πρέπει να δίνεται 1 ώρα πριν το φαγητό ή 2 ώρες μετά το φαγητό
- Στα βρέφη το σταγονόμετρο πρέπει να τοποθετείται βαθιά προς το πίσω μέρος της στοματικής κοιλότητας και να αφήνουν οι γονείς το παιδί να καταπιεί σιγά σιγά
- Επίβλεψη κατά την αναρρόφηση του φαρμάκου και τον καθορισμό του ακριβούς επιπέδου του μηνίσκου στη σύριγγα
- Εάν παραληφθεί μία δόση, πρέπει να χορηγηθεί εφόσον έχουν περάσει μέχρι και δύο ώρες από τον κανονικό χρόνο χορήγησης. Εάν όμως έχουν περάσει πάνω από δύο ώρες η δόση παραλείπεται και χο-



- ρηγείται η επόμενη δόση στην προγραμματισμένη ώρα. Ποτέ να μην διπλασιάζεται η δόση
- Εάν το παιδί κάνει εμετό δεν χορηγείται ποτέ δεύτερη δόση
 - Εάν δεν χορηγήθηκαν δύο συνεχείς δόσεις, πρέπει να ενημερώνεται ο γιατρός
 - Εάν παραληφθεί δόση, δεν αυξάνεται ούτε και διπλασιάζεται η δόση
 - Σε περίπτωση διάρροιας, εμετών ή μειωμένης όρεξης θα πρέπει να ενημερώνεται άμεσα ο γιατρός
 - Επαγρύπνηση για σημεία τοξικότητας (φαίνονται στον επόμενο πίνακα)

ΣΗΜΕΙΑ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑ	
Καρδιαγγειακό	Βραδυκαρδία, υπόταση, αρρυθμία
Γαστρεντερικό	Έμετος, ανορεξία, ναυτία, διάρροια, κοιλιακό άλγος
Νευρικό	Κόπωση, μυική αδυναμία, κεφαλαλγία, ζάλη, αύπνια, ίλιγγος, διανοητική σύγχυση Κτηρινοπράσινους φωτεινούς κύκλους γύρω από σκοτεινά αντικείμενα, φωτεινές λάμψεις, αμαυρωμένη όραση

- Η διγοξίνη πρέπει να φυλάσσεται σε ασφαλές μέρος μακριά από παιδιά, κατά προτίμηση σε κλειδωμένο ντουλάπι. Εάν κάποιο παιδί πάρει διγοξίνη από το στόμα, τότε πρέπει να μεταφερθεί αμέσως μαζί με το φιαλίδιο στο πλησιέστερο τμήμα επειγόντων περιστατικών

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

- Αγοράστε μια αξιόπιστη ζυγαριά
- Αγοράστε ένα αξιόπιστο πιεσόμετρο
- Αποκτήστε ένα τετράδιο συστηματικής καταγραφής αρτηριακής πίεσης, σφίξεων, βάρους πρωί και απόγευμα
- Καθημερινό ζύγισμα την ίδια ώρα, με τα ίδια ρούχα και στην ίδια ζυγαριά

- Προσεκτική καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Στα βρέφη πρέπει να ζυγίζονται τα οι πάνες μετά την απομάκρυνσή τους για τον ακριβή προσδιορισμό των αποβαλλόμενων ούρων
- Το χειμώνα να υπάρχει τόση θέρμανση ώστε η ατμόσφαιρα να μην γίνεται ξηρή. Το παιδί να μην κυκλοφορεί άσκοπα έξω όταν έχει κακοκαιρία. Οι μεγάλες αλλαγές θερμοκρασίας αυξάνουν το έργο της καρδιάς
- Στα βρέφη τα ρούχα και οι πάνες να στερεώνονται χαλαρά για να διευκολύνεται η έκπτυξη του θώρακα. Συχνά τα βρέφη εμφανίζουν αναπνευστική δυσχέρεια
- **Πρόληψη και θεραπεία λοιμώξεων:**
 - Αποφυγή συναναστροφών με παιδιά με αναπνευστικές λοιμώξεις, διάρροια κ.λπ.
 - Μηνιαίος εμβολιασμός κατά του RSV τους μήνες έξαρσης της βρογχιολίτιδας
 - Καλή τεχνική πλυσίματος χεριών
 - Χορήγηση αντιβιοτικών για την καταπολέμηση της αναπνευστικής λοιμώξης ή για πρόληψη της μικροβιακής ενδοκαρδίτιδας, σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του γιατρού
- Αποκτήστε βασικές γνώσεις πρώτων βοηθειών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παιδιατρική Νοσηλευτική - Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας, Kathleen Morgan Speer, RN, PhD, CPNP, 3η έκδοση.
2. Καρδιολογική Νοσηλευτική, Μιχ. Στέφα, 2 η έκδοση, Αθήνα 1992.
3. Θεραπευτικός οδηγός, Σ. Νούσια-Αρβανιτάκη, Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, 3η έκδοση, Θεσσαλονίκη 2005.
4. Παιδιατρική Νοσηλευτική, Μαρία Πάνου, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
5. www.incardiology.gr

ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Νοσηλευτική φροντίδα και παρέμβαση



Γράφουν οι: **Σταυρούλα Γρούγιου** (Νοσ. ΤΕ),
Παρασκευή Μπρατάνη (Αν. Προϊσταμένη),
Γεώργιος Καρβουνάς (Προϊστάμενος)
Γ' Ορθοπαιδική Κλινική ΑΠΘ

ΤΟΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΧΡΟΝΟ στην Πανεπιστημιακή

Ορθοπαιδική υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική του ισχίου περισσότεροι από 100 ασθενείς αριθμός που ξεπερνά το 15 % των συνολικών επεμβάσεων.

Η εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου μπορεί πλέον να αποτελεί υπόθεση ρουτίνας ωστόσο δεν παύει να είναι από τις επεμβάσεις που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και φροντίδας από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό του τμήματος.

Ολική αρθροπλαστική του ισχίου είναι η χειρουργική επέμβαση κατά την οποία οι δύο επιφάνειες της άρθρωσης δηλ. η κοτύλη και η κεφαλή του μηριαίου αντικαθίστανται με τεχνητές προθέσεις. Για την σταθεροποίηση αυτών των προθέσεων χρησιμοποιείται ανάλογα με την τεχνική συγκολλητική ουσία (τσιμέντο) είτε όχι.

Η ολική αρθροπλαστική έχει σκοπό την αντιμετώπιση του πόνου, στο ισχίο που δεν υποχωρεί με την συνηρητική αγωγή ακόμα και κατά την ανάπauση, πολύ περισσότερο δε κατά την βάδιση(χωλότητα), όπως επίσης και να βελτιώσει την κινητικότητα της άρθρωσης που θα επιτρέψει στον ασθενή να συνεχίσει την εργασία του και κυρίως να μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί.

Ενδείξεις

Παθολογικές καταστάσεις, εκφυλιστικές ή μη που μπορεί να οδηγήσουν τον ορθοπαιδικό στην επιλογή της συγκεκριμένης επέμβασης μπορεί να είναι:

- Οστεοαρθρίτιδα του ισχίου
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Άσηπτη νέκρωση της κεφαλής του μηριαίου οστού και της κοτύλης
- Συγγενές εξάρθρημα του ισχίου ή δυσπλαστικό ισχίο με βαριές εκφυλιστικές αλλοιώσεις
- Υπεκεφαλικό κάταγμα του μηριαίου ή και της κοτύλης
- Σε αποτυχία προηγειθέσας επανορθωτικής επέμβασης του ισχίου.

Αντενδείξεις

Η ολική αρθροπλαστική ισχίου αντενδεικνύεται και πρέπει να εφαρμόζεται με φειδώ σε νεότερους ασθενείς ιδίως παχύσαρκους αφού μπορεί πολύ συντομότερα να καταλήξει σε αποτυχία, επειδή αυτοί συμμετέχουν σε δραστηριότητες με μεγαλύτερες ανάγκες και φυσικές απαιτήσεις. Εξάλλου είναι απαραίτητη στο μέλλον η επανάληψη της επέμβασης αφού ο αναμενόμενος χρόνος ζωής των προθέσεων δεν ξεπερνά τα 15-20 χρόνια.

Προεγχειρητικά

Συχνά πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο για το χειρουργείο ο ασθενής είναι απαραίτητο να ακολουθήσει κάποιες οδηγίες που θα βελτιώσουν τη γενική του κατάσταση, προκειμένου να ανταπεξέλθει καλύτερα τόσο διεγχειρητικά όσο και κατά την μετεγχειρητική του πορεία. Αυτές μπορεί να αφορούν στη μείωση σωματικού βάρους, στη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη, στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, στη διακοπή του καπνίσματος, στην αντιμετώπιση προϋπάρχουσας λοιμώσεων π.χ. ουρολοίμωξη, στη διακοπή λήψης αντιαιμοπεταλιακών, μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και κυρίως σαλικυλικών (ασπιρίνης) και αντικατάστασή της με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους.

Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο βασικό μέλημα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η ενημέρωση του ασθενή για τη ρουτίνα των προεγχειρητικών διαδικασιών καθώς και η εκτέλεση τους. Η προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει: Αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακος, ακτινογραφία ισχίου (ζητείται από τον ασθενή να προσκομίσει παλαιότερες ακτινογραφίες για σύγκριση), Η.Κ.Γ. (Καρδιολογική εκτίμηση), ξασφάλιση αρκετών μονάδων αίματος συνήθως τριών, τεσσάρων, προετοιμασία του εντέρου με χορήγηση υδρικής δίαιτας και εκτέλεση υποκλυσμού την παραμονή της επέμβασης (νήστις από τα μεσάνυχτα και μετά), έναρξη αντιπηκτικής αγωγής (σε περίπτωση που δε λαμβάνει ήδη ο ασθενής), προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, χορήγηση ηρεμιστικού - υπναγωγού φαρμάκου μετά από εντολή αναισθησιολόγου.

Μετεγχειρητική φροντίδα

Αφού τελειώσει το ΧΙΟ ο ασθενής μεταφέρεται στο κρεβάτι του στο χώρο της ανάνηψης με ιδιαίτερη προσοχή καθώς απότομες και ακατάλληλες κινήσεις μπορούν να καταστρέψουν την επιτυχία της επέμβασης, παραμένει εκεί για το χρονικό διάστημα που θα αποφασιστεί από τον αναισθησιολόγο έως ότου σταθεροποιηθεί αιμοδυναμικά και εξασφαλιστεί επαρκή αναπνευστική λειτουργία.

Στην κλίνη του έχουν τοποθετηθεί από πριν στρώματα αφρολέξ ή αερόστρωμα για την πρόληψη κατακλίσεων, αφού πρόκειται να παραμείνει κλινήρης για αρκετές μέρες (συνήθως 5-7 μέρες).

Στην συνέχεια ο ασθενής μεταφέρεται στο τμήμα και παραλαμβάνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο εξακολουθεί να τον παρακολουθεί για συμπτώματα μετεγχειρητικού shock. Τα ζωτικά σημεία

(σφυγμοί, ΑΠ, αναπνοές, θερμοκρασία) μετρούνται συχνά έστω και αν αυτός έχει ανακτήσει τελείως τις αισθήσεις του.

Εξασφαλίζεται η βατότητα του συστήματος παροχέτευσης (Reddon) με την αποφυγή της κάμψης των σωλήνων, την τοποθέτηση σε επίπεδο χαμηλότερου του τραύματος και τη διατήρηση της αρνητικής πίεσης της συσκευής. Εναλλακτικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί σύστημα αυτομετάγγισης το οποίο συλλέγει και διηθεί το αίμα της παροχέτευσης, ώστε να μπορεί να επαναμεταγγιστεί εντός 6ώρου. Στην περίπτωση

που η ομάδα αίματος του ασθενή είναι σπάνια και υπάρχει έλλειψη διαθέσιμων μονάδων.

Βέβαια αν η ποσότητα του οροαιματηρού υγρού της παροχέτευσης υπερβεί την αναμενόμενη ή διαπιστωθεί αιμορραγία στο σημείο του τραύματος πρέπει να ενημερώνεται πάντοτε ο γιατρός, ο οποίος θα κρίνει ανάλογα με τα αποτελέσματα των αιματολογικών εξετάσεων αν θα ζητηθούν από την αιμοδοσία μονάδες αίματος ή παραγώγων τους για μετάγγιση.

Επίσης ελέγχονται οι ελαστικοί επίδεσμοι που καλύπτουν το σημείο της επέμβασης για την πίεση που ασκούν σ' αυτό. Στο μη χειρουργημένο σκέλος έφαρμόζεται αντιεμβολική κάλτσα, ενώ στο χειρουργημένο τοποθετείται αφού αφαιρεθεί η παροχέτευση περίπου τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα.

Όσο αφορά δε τον πόνο που μπορεί να νιώθει ο ασθενής μετά από ένα τόσο μεγάλο χειρουργείο

αντιμετωπίζεται με τη συνεχή ροή διαλύματος ναρκωτικών φαρμάκων μέσω επισκληρίδιου καθετήρα, όπως και με τη συστηματική χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων κυρίως κατά τα δύο πρώτα 24ωρα, αλλά και αργότερα, πριν την έναρξη κάθε φυσιοθεραπείας συνίσταται η προληπτική χρήση παυούπονων. Προσοχή! Να αποφεύγονται οι ενδομυϊκές ενέσεις στο χειρουργημένο μέλος.

Είναι αυτονόητο ότι πρέπει να εφαρμόζεται αυστηρά άσηπτη τεχνική τόσο κατά την περιποίηση του τραύματος όσο και κατά την εκτέλεση άλλων νοσηλευτικών διεργασιών όπως π.χ την τοποθέτηση ουροκαθητήρα. Ειδικά για το τραύμα πρέπει να αναφέρεται ο ποιοδήποτε έκκριμα, ερυθρότητα, αυξημένη ευαισθησία και άλγος στην διανοιχθείσα περιοχή. Επίσης σωστό είναι ο ασθενής και ιδίως αυτός που εμφανίζει μειωμένη ανταπόκριση από το ανοσοποιητικό σύστημα να μη νοσηλεύεται στον ίδιο θάλαμο με απόστημα, κολοστομίες ή ασθενείς με ανοιχτή φλεγμονή. Τα παραπάνω μέτρα σε συνδυασμό με την έναρξη χορήγησης αντιβιοτικών φαρμάκων ακόμα και προεγχειρητικά μειώνουν αποτελεσματικά τον κίνδυνο εμφάνισης της λοίμωξης και της φλεγμονής.

Ένας από τους σημαντικότερους σκοπούς της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι η διατήρηση του χειρουργημένου μέλους στην επιθυμητή θέση. Αυτό πετυχαίνεται:

Α) Με την τοποθέτηση μαξιλαριού σε σχήμα σφήνας ανάμεσα στα σκέλη, ώστε το χειρουργημένο άκρο να διατηρείται σε απαγωγή συνεχώς.

Β) Με την τοποθέτηση του ασθενή σε ύπτια οριζόντια θέση, εκτός από την ώρα του φαγητού. Και τότε όμως δεν πρέπει να ανυψώνεται το κρεβάτι πάνω από 45-60°, σε καμία περίπτωση η κάμψη του ισχίου δεν πρέπει να ξεπερνάει τις 90° μοίρες για την αποφυγή εξάρθρωσης.

Γ) Διατηρώντας το χειρουργημένο άκρο σε κατάλληλο ευθειασμό και να αποφεύγει την υπερβολική έσω και έξω στροφή.

Δ) Όταν είναι επιτρεπτό, με το γύρισμα του ασθενή σε πλάγια θέση μόνο προς το υγιές σκέλος ενώ το χειρουργημένο βρίσκεται σε απαγωγή για την πρόληψη των κατακλίσεων.

Το επόμενο βήμα είναι η έναρξη προγράμματος φυσιοθεραπείας, που θα βοηθήσει στην γρήγορη έγερση και κινητοποίηση του ασθενή και ακόλουθως στην πρόληψη των κατακλίσεων και στην ενίσχυση της αναπνευστικής λειτουργίας. Πραγματοποιούνται παθητικές και υποβοηθούμενες ενεργητικές ασκήσεις επί κλίνης, που αποσκοπούν στην ενδυνάμωση των ατροφικών μυών και την καλή λειτουργικότητα των αρθρώ-

σεων του κάτω áκρου. Ο ασθενής εκπαιδεύεται στον σωστό τρόπο έγερσης από το κρεβατι, στις τεχνικές βάδισης και στη χρήση βοηθημάτων (περπατούρα).

Επιπλοκές

Με τη λήψη óλων αυτών των μέτρων η εμφάνιση των επιπλοκών ευτυχώς είναι σπάνιες, αν παρόλα αυτά εκδηλωθούν, η έγκυρη αναγνώρισή τους είναι πολύ σημαντική. Διαφορετικά μπορεί να οδηγήσουν όχι μόνο σε αποτυχία της επέμβασης αλλά και κάποιες από αυτές να αποβούν επικίνδυνες για την ίδια τη ζωή. Οι κυριότερες είναι:

- Αιμορραγία ή σχηματισμός αιματώματος
- Θρομβοεμβολικά επεισόδια
- Λιπώδης εμβολή
- Παράλυση νεύρου
- Επιπλοκές κλινοστατισμού
- Εξάρθρημα
- Φλεγμονή
- Χαλάρωση της πρόθεσης

Διδασκαλία του αρρώστου

Πριν από την έξοδο ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει τα σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στον γιατρό και να κατανοεί την ανάγκη συμμόρφωσης στο συσταθέν πρόγραμμα εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης. Επιπλέον δίνονται οδηγίες στον ασθενή:

- Να συνεχίσει να φορά ελαστικές κάλτσες ώσπου να αναλάβει πλήρεις δραστηριότητες.
- Να τοποθετεί ένα μαξιλάρι ανάμεσα στα σκέλη, όταν γυρίζει στα πλάγια
- Να αποφεύγει το κάθισμα σε χαμηλή καρέκλα
- Να μη σταυρώνει τα κάτω áκρα για τρεις μήνες
- Να χρησιμοποιεί μέσα που τον βοηθούν στις καθημερινές δραστηριότητες, όπως ψηλό σκαμνί στο ντους (απαγορεύεται η χρήση της μπανιέρας), στην κουζίνα και να κάνει κάθε μετατροπή στο περιβάλλον του σπιτιού για το σκοπό αυτό.
- Να μη σκύβει προς τα κάτω για να φτάσει αντικείμενα στο πάτωμα
- Να μη σκύβει προς την áκρη της κλίνης για να φθάσει τα κλινοσκεπάσματα
- Να χρησιμοποιεί τον ανυψωτή τουαλέτας
- Να γνωρίζει τις κατάλληλες τεχνικές για την βάδιση και την ορθή χρήση των βοηθημάτων βάδισης.
- Όταν βρίσκετε σε αυτοκίνητο να κάθετε σε σκληρό μαξιλάρι για την αποφυγή κάμψης του ισχίου πέραν των 90 μοιρών
- Να διατηρεί το χειρουργημένο áκρο σε έκταση (τυχόν αιφνίδια πλήξη του γόνατος στο ταμπλό του αυτοκινήτου μπορεί να μετατόπιση την πρόθεση).



Συμπεράσματα

Λαμβάνοντας την κατάλληλη μέριμνα για όλες τις παραμέτρους που αφορούν την προετοιμασία και κυρίως τη μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενή. Ο νοσηλευτής του ορθοπαιδικού τμήματος επηρεάζει σε πολύ σημαντικό βαθμό την καλή πρόγνωση και το προσδόκιμο «επιβίωσης» της τεχνητής άρθρωσης. Με εφόδια την άριστη γνώση της νοσηλευτικής και τη συνεχή επαγρύπνηση εφαρμόζει τα κατάλληλα μέτρα και τεχνικές στοχεύοντας στην πρόληψη και την αποτροπή των τυχών επιπλοκών, στην περίπτωση που αυτές εμφανιστούν αξιολογεί έγκαιρα πρώιμα σημεία και συμπτώματα, ασκεί ενημερωτικό και εκπαιδευτικό έργο κατά το στάδιο της αποθεραπείας συμβάλλοντας έτσι στην καλύτερη δυνατή έκβαση της ολικής προσπάθειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σαχίνη - Καρδάση Α, Πάνου Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική: Νοσηλευτικές Διαδικασίες Τόμος 3ος Μέρος Β, Αθήνα 2002: 394-396.
2. David J. Dandy MA MD FRIS. Βασική Ορθοπεδική και Τραυματολογία. Παρισιάνου, Αθήνα 1995: 381, 383-385
3. Ulrich. Canale. Wendell. Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας. Τρίτη Έκδοση. Λαγός Π. Δημήτριος, Αθήνα, 880-892.
4. Αθανάτου Κ. Ελευθερία. Παθολογική Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική Αθήνα 1995, 411, 412.
5. Παπαβασιλείου Βασιλείος. Συγγενείς Ανωμαλίες Παθήσεις και Κακώσεις του Νοσηλευτικού Συστήματος Δεύτερη Έκδοση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2003: 394, 398, 399.
6. Βασιλειάδου Α. Η Μηχανή του Σώματος: Κατά την Άσκηση της Νοσηλευτικής. Βήτα, Αθήνα 1996: 96

ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Γράφουν οι: **Μαρία Δημητριάδου,
Σωτήριος Κατσέλος, Ελένη Τζιουργκάνου,
Στυλιανή Θεοδωρίδου (Νοσ. ΤΕ)
Ζαφειρώ Μάρκου (Προϊσταμένη
Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΓΝΠ)**

Η διαδερμική διασκευή αγγειοπλαστική των πετρονισίων σύγχριτη γίνεται με σκοπό να ανοιχτεί η αποφραγμένη πετρονισίδια αρτηρία και να ανοκαθισθεί η ροή στο μυοκόρδο. Η αγγειολασική χρησιμοποιείται ως εναλλακτική διεργασία στην χειρουργική επεμβαση *in vivo*.



ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ: Η διαδερμική διαυλική αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αγγείων γίνεται με σκοπό να ανοιχτεί η αποφραγμένη στεφανιαία αρτηρία και να αποκατασταθεί η ροή στο μυοκάρδιο. Η αγγειοπλαστική χρησιμοποιείται ως εναλλακτική διεργασία στην χειρουργική επέμβαση (by pass). Το κύριο μειονέκτημα της μεθόδου είναι ότι σε 20%-30% των ασθενών τους επόμενους 6 μήνες μπορεί η αρτηρία να ξανακλείσει μία κατάσταση αποκαλούμενη επαναστένωση. Τα νέα Stents που κυκλοφορούν με απελευθέρωση διαφόρων ουσιών μειώνουν δραματικά το ποσοστό επαναστένωσης.

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν το μεγαλύτερο παγκόσμιο πρόβλημα υγείας και είναι συχνότερο στις αναπτυγμένες χώρες. Περίπου 10.000 άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο στην Ελλάδα από καρδιαγγειακά νοσήματα και κυρίως από ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Σ' ότι αφορά το ποσοστό θνησιμότητας μετά την διενέργεια αγγειοπλαστικής κυμαίνεται από 0% έως 2,5% σε αντίθεση με την χειρουργική επέμβαση που είναι μεταξύ 3%-41%.

Ενδείξεις διενέργειας αγγειοπλαστικής:

- Συμπτωματική στηθάγχη που δεν ανταποκρίνεται στην συντηρητική φαρμακευτική αγωγή.
- Ασυμπτωματική στηθάγχη αλλά με σημαντική στένωση.
- Σταθερή ασταθής στηθάγχη.
- Άτομα σε υψηλό κίνδυνο για χειρουργική επαναγγείωση.
- Στένωση μιας αρτηρίας ίση ή >50%.
- Νόσος ενός ή και πολλαπλών αγγείων.
- Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου είτε ως εναλλακτικής της θρομβολυτικής θεραπείας είτε όταν αντενδείκνυται η θρομβόλυση.

Η νοσηλευτική παρέμβαση στους ασθενείς που υπόκειται σε PTCA χωρίζεται σε δύο στάδια: Α) ψυχολογική, Β) γενική.

Α) Ψυχολογική: Σημαντικό ρόλο σε κάθε επέμβαση παίζει η ψυχολογία του ασθενή που περιλαμβάνει την ενημέρωση για την διαδικασία της επέμβασης από τον ιατρό του, τον νοσηλευτή καθώς και με σχετικό έντυπο που διανέμεται.

Β) Γενική: Στην γενική προετοιμασία περιλαμβάνονται εργαστηριακές εξετάσεις, λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος, ύπαρξη φλεβικής γραμμής και ευπρεπισμό.

Παρά το υψηλό ποσοστό επιτυχίας η αγγειοπλαστική δεν είναι απαλλαγμένη από ορισμένες επιπλοκές που μπορούν να συμβούν κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή και μετά.

Κατά τη διάρκεια:

- Στηθάγχη
- Έμφραγμα μυοκαρδίου

- Σπασμός της στεφανιαίας αρτηρίας
- Οξεία απόφραξη της διανοιχθήσας αρτηρίας
- Διαχωρισμός της στεφανιαίας αρτηρίας
- Επαναστένωση

Μετά τη διενέργεια της αγγειοπλαστικής ο ασθενής επιστρέφει στην καρδιολογική κλινική. Σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι η παρακολούθηση και καταγραφή επιπλοκών με βάση το εφαρμοζόμενο πρωτόκολλο ώστε να αποφευχθούν ή να αντιμετωπισθούν έγκαιρα οι επιπλοκές. Με την παραλαβή του ασθενή γίνεται:

- Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης, μέτρηση ζωτικών σημείων (Α.Π.-σφίξεις) και λήψη Η.Κ.Γ.
- Έλεγχος του σημείου παρακέντησης για τυχόν αιμορραγία.
- Ενημέρωση του ασθενή για ακινητοποίηση περίπου για 12 ώρες.
- Παρότρυνση του ασθενή για λήψη υγρών ώστε να αποβάλλει ο οργανισμός την ποσότητα σκιαγραφικού φαρμάκου που χορηγήθηκε.

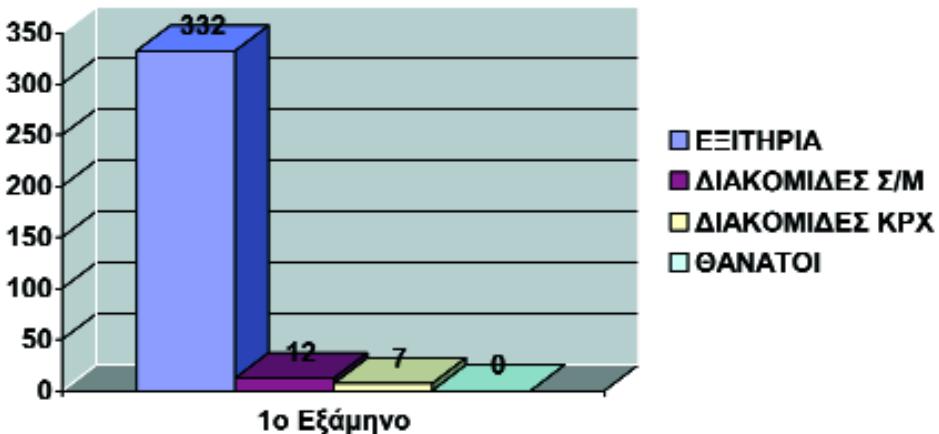
Όλα τα παραπάνω εφαρμόζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα (ανά 1 ώρα) στο πρώτο δωρο. Στην συνέχεια αφαιρείται το θηκάρι και ο ασθενής κινητοποιείται μετά το πέρας 6 ωρών.

Οι συνηθέστερες επιπλοκές που παρατηρήθηκαν στην Β' Καρδιολογική του Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» και η αντιμετώπιση τους από 01/01/2006 μέχρι 31/07/2006 σε έναν αριθμό 351 ασθενών εκ' των οπίων:

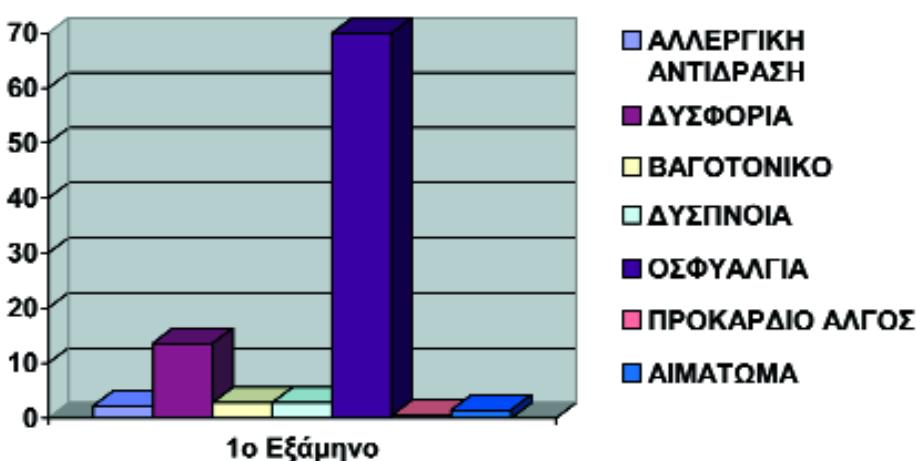
Άνδρες: 260, ηλικίας: 39-80 ετών

Γυναίκες: 91, ηλικίας: 42-82 ετών είναι οι εξής:

- Αλλεργική αντίδραση παρουσίασε το 2,2% των ασθενών από σκιαγραφική ουσία, το κύριο σύμπτωμα των οποίων ήταν εξάνθημα, κνησμός, πτώση της αρτηριακής πίεσης και αίσθημα δυσφορίας. Για την αντιμετώπιση τους χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως κορτικοστεροειδή (Methylprednisolone) - αντισταμηνικά (Dimetindene) - και φυσιολογικός ορός. Τα συμπτώματα υποχώρησαν σε 2 ώρες.
- Δυσφορία εμφάνισε το 13,6% έγινε Η.Κ.Γ. και χορηγήθηκαν νιτρώδη (Glyceril Trinitrate) υπογλώσσιος και αγχολυτικά (Alprazolame) tbl.
- Κατά την αφαίρεση του θηκαριού το 2,8% παρουσίασε ζάλη, απώλεια συνείδησης, πτώση αρτηριακής πίεσης, εφίδρωση και βραδυκαρδία. Χορηγήθηκαν αντιαρρυθμικά (Atropine) IV και φυσιολογικός ορός κρουνιδών.
- Δύσπνοια εμφάνισε το 2,8% με κορεσμό που δεν σημείωσε πτώση πέραν του 85%. Χορηγήθηκε O₂ στα 2litr. ροή.
- Για οσφυαλγία παραπονέθηκε το 70% η αιτία της οπίας ήταν η παρατεταμένη χρονικά ακινητοποίηση του ασθενή και για την υποχώρηση των συμπτωμάτων



ΓΡΑΦΗΜΑ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ



των χορηγήθηκαν αναλγητικά και αγχολυτικά.

- Προκάρδιο άλγος εμφάνισε το 0,5% έγινε Η.Κ.Γ. το οποίο δεν παρουσίαζε παθολογικές αλλοιώσεις και για την αντιμετώπιση δόθηκαν αγχολυτικά (Alprazolame), αναλγητικά tbl. (Codein Phosphate + Paracetamol + Caffein), νιτρώδη (Glyceril Trinitrade) ενδοφλεβίως.

- Τέλος αιμάτωμα παρουσίασε το 1,5% το οποίο ήταν ψηλαφητά αισθητό, ελαφρά ψυχρό και εμφάνισε ήπιο οίδημα. Κρίθηκε απαραίτητο από τους θεράποντες ιατρούς η αγγειοχειρουργική εκτίμηση, έγινε υπερηχογραφικός έλεγχος (triplex) μηριαίας και εκ νέου ελαστική και πιεστική περίδεση της περιοχής.

Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήσαμε η έκβαση των περιστατικών ήταν: Εξιτήρια 332 με μέσο χρόνο νοσηλείας 3 ημέρες. Διακομιδές στην ΚΡΧ 7, Θάνατοι 0, Διακομιδές Σ/Μ 12.

Τέλος γίνεται η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών σε όλη την διάρκεια της νοσηλείας τους με βάση το ερωτηματολόγιο που διανέμεται.

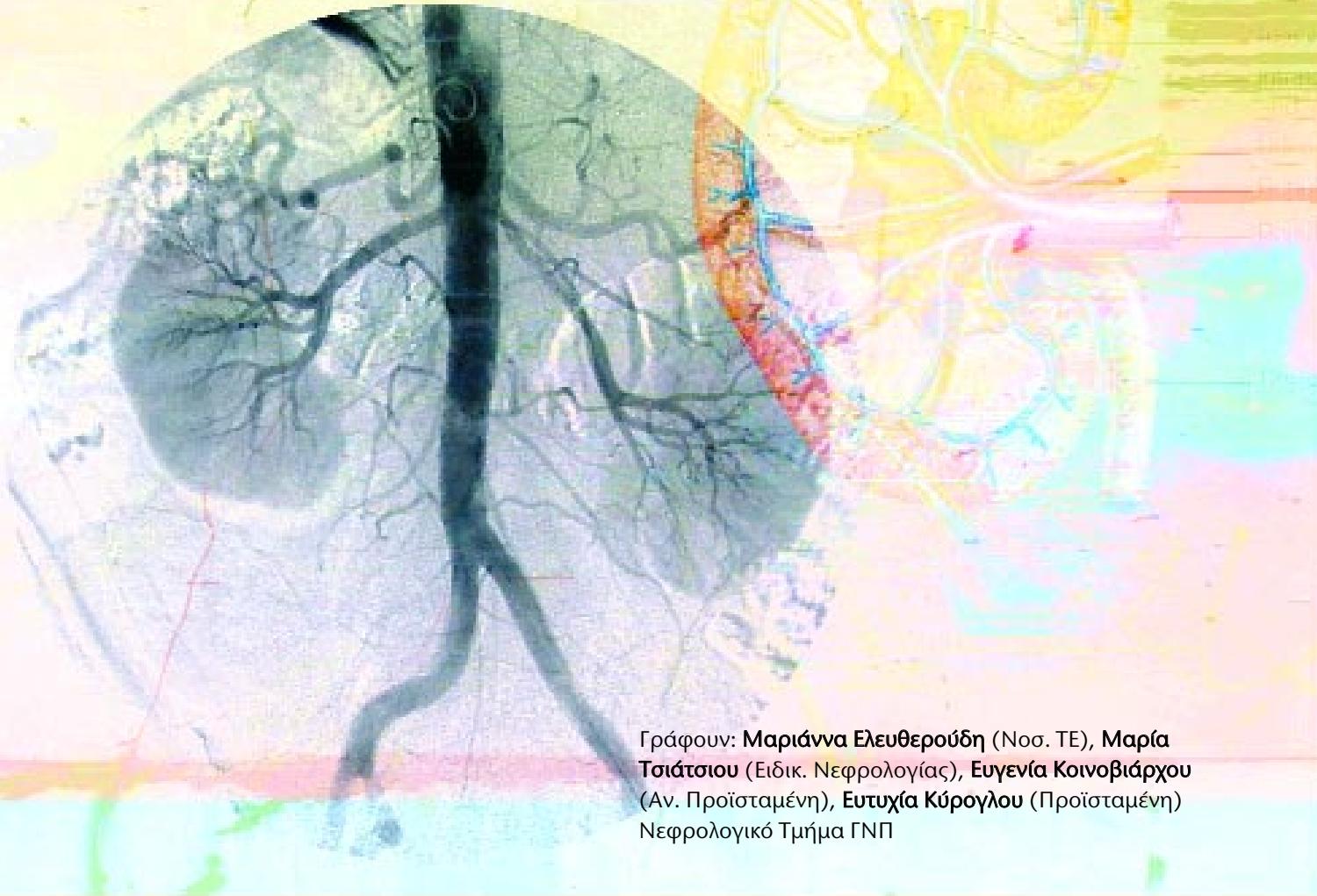
Ανακεφαλαιώνοντας όλα τα παραπάνω μπορούμε να ανάγουμε το συμπέρασμα ότι η τήρηση πρωτοκόλλου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική

σε συνδυασμό με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό συμβάλλει στην μείωση και έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Εγχειρίδιο Καρδιολογικής Νοσηλευτικής Δημητρας Β. Ακύρου Αθήνα 1998
2. Grossmans Cardiac Catheterization Angiography and Intervention Donald S. Baim 2006
3. Harrison's Εξελίξεις στην Καρδιολογία Eugene Braunwald 2004
4. Hoffmann R, Takimoglou-Boerekci M, Langerberg R, Knackstedt C, Franke A, Radke PW, Hanrath P. Randomized comparison of direct stenting with predilatation followed by stenting on vessel trauma and restenosis. Am Heard J. 2004.
5. Παθολογικη και Χειρουργικη κλινικη Νοσηλευτικη E. Αθανάτου 2001.
6. <http://de.wikipedia.org/wiki/angioplastie> wikipedia dei freie Enzyklopädie 2/4/2007
7. www.springerlink.com/conent/4clbtbf2r3q8mj stenosen und verschlisse der gefasste behandlung von patienten mit erhoeten operationsrisiko-Heidelberg, M Heise , B Beyer 2/42007

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥΣ



Γράφουν: Μαριάννα Ελευθερούδη (Νοσ. ΤΕ), Μαρία Τσιάτσιου (Ειδικ. Νεφρολογίας), Ευγενία Κοινοβιάρχου (Αν. Προϊσταμένη), Ευτυχία Κύρογλου (Προϊσταμένη) Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝΠ

Η ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ έρχεται να υποκαταστήσει τρεις από τις βασικές λειτουργίες του φυσιολογικού νεφρού, δηλαδή την απομάκρυνση των τοξικών ουσιών, τη διατήρηση του ισοζυγίου υγρών-ηλεκτρολυτών και την οξεοβασική ισορροπία.

Η λειτουργία των νεφρών όμως μπορεί να επηρεασθεί από διάφορα νοσήματα, όπως σπειραματοεφρίτιδα, νεφρολιθίαση, χρόνια πυελονεφρίτιδα, όπως επίσης και από τον σακχαρώδη διαβήτη, την αρτηριακή υπέρταση κ.ά. Τα νοσήματα αυτά συχνά οδηγούν σε οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ONA) ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (XNA).

Και στις δύο περιπτώσεις υπάρχει έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Όταν η λειτουργικότητα των νεφρών φτάσει κάτω του 10%, ο ασθενής δεν μπορεί να

αντιμετωπιστεί με συντηρητική αγωγή. Για την επιβίωση του νεφροπαθή πλέον είναι αναγκαία η «κάθαρση» ή κοινώς «φιλτράρισμα» του αίματος δια μέσω της αιμοκάθαρσης (AK) ή της περιτοναϊκής κάθαρσης (ΠΚ).

Η ΠΚ ως μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, θεωρείται ότι προσεγγίζει περισσότερο τη λειτουργία του φυσιολογικού νεφρού. Στην ΠΚ χρησιμοποιείται σαν φίλτρο μια φυσική μεμβράνη, το περιτόναιο. Το διάλυμα για την κάθαρση εισάγεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα μέσα από έναν μικρό, μαλακό, πλαστικό σωλήνα που τοποθετείται μόνιμα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα με μια μικρή επέμβαση. Ενώ το διάλυμα βρίσκεται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, γίνεται η κάθαρση. Τα περιττά υγρά και οι άχρηστες ουσίες δηλαδή αφαιρούνται από το αίμα μέσω του πε-

ριτοναίου, που λειτουργεί σαν φίλτρο, μεταφέρονται στο διάλυμα με τη βοήθεια της γλυκόζης (η οποία εμπεριέχεται στο συγκεκριμένο διάλυμα που χορηγείται ενδοπεριτοναϊκά), και τέλος οδηγούνται έως από το ανθρώπινο σώμα μέσω του ίδιου σωλήνα. Το διάλυμα ανταλλάσσεται σε τακτά διαστήματα και η διαδικασία αυτή ονομάζεται «ανταλλαγή» ή «αλλαγή». Η δε μέθοδος ονομάζεται **συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ)**.

Η επιλογή του ασθενή για ένταξη σε μία από τις παραπάνω μεθόδους (ΑΚ ή ΠΚ) εξαρτάται από τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε μεθόδου ανάλογα με τα συνυπάρχοντα ιατρικά προβλήματα και από κοινωνικές παραμέτρους. Η συνύπαρξη άλλων νοσημάτων στο τελικό στάδιο της ΧΝΑ αποτελεί κάποιες φορές καθοριστικό παράγοντα επιλογής μιας από τις δύο μεθόδους. Πολύ συχνά ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με εξωνεφρική κάθαρση πάσχουν συγχρόνως ή εμφανίζουν κατά τη διαδρομή της χρόνιας υποκατάστασης διάφορες νοσηρές καταστάσεις που απαιτούν ειδική αντιμετώπιση. Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις οι καταστάσεις αυτές, όπως για παράδειγμα ο σακχαρώδης διαβήτης και η βαριά αρρύθμιση χρόνια υπέρταση ευθύνονται ως πρωτοπαθή νοσήματα και για την εγκατάσταση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ).

Από τα πρώτα χρόνια της εφαρμογής της ΠΚ θεωρήθηκε ιδιαίτερα χρήσιμη για ορισμένες κατηγορίες ασθενών με συνυπάρχοντα νοσήματα, όπως οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, καρδιακή ανεπάρκεια ή ισχαιμική καρδιακή νόσο. Η ΠΚ έδωσε τη δυνατότητα στους ασθενείς να υποκαθιστούν τη νεφρική λειτουρ-

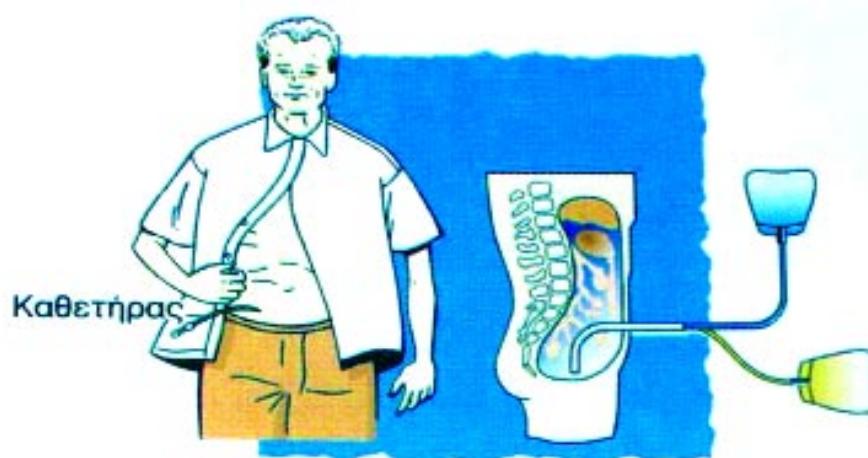
γία στο σπίτι. Όμως, λόγω της ιδιαιτερότητας της μεθόδου, της ηλικίας και των συνοδών νοσημάτων των ασθενών, αρκετές είναι οι φορές που πρέπει να νοσηλευτούν στη νεφρολογική κλινική.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση της συχνότητας νοσηλείας των περιτοναϊκών ασθενών και των ιδιαιτεροτήτων της νοσηλευτικής τους φροντίδας, εξαιτίας της μεθόδου, της αιτίας εισαγωγής, της ηλικίας και της συνυπάρχουσας νοσηρότητας.

Κατά τη διάρκεια του έτους 2006 νοσηλεύτηκαν στη νεφρολογική κλινική του νοσοκομείου μας 68 περιτοναϊκοί ασθενείς (άνδρες και γυναίκες), με μέσο όρο ηλικίας 69 έτη (από 22 ως 84 χρονών). Κάποιοι από αυτούς νοσηλεύτηκαν περισσότερο από μία φορά και καταγράφηκαν συνολικά 157 νοσηλείες, με μέσο όρο ημερών ανά νοσηλεία τις 20 ημέρες.

ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

- 29 εισαγωγές (18,5%) λόγω κατακράτησης υγρών (οιδήματα, δύσπνοια)
- 24 εισαγωγές (15,3%) λόγω τοποθέτησης περιτοναϊκού καθετήρα και εκπαίδευσης της μεθόδου
- 23 εισαγωγές (14,6%) λόγω περιτονίτιδας
- 15 εισαγωγές (9,6%) λόγω εμπύρετου
- 7 εισαγωγές (4,5%) λόγω στηθάγχης
- 6 εισαγωγές (3,8%) λόγω ηλεκτρολυτικών διαταραχών
- Υπόλοιπο 33,7% για άλλους ποικίλους λόγους (διαβητικό πόδι, απορρύθμιση του σακχάρου, ΑΕΕ, ψυχοκοινωνικοί λόγοι κ.α.)



► Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (Σ.Φ.Π.Κ.).
Είναι μια χειροκίνητη μέθοδος η οποία εκτελείται κατά τη διάρκεια της ημέρας.

ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

- Το 68% των ασθενών είχε αρτηριακή υπέρταση
- Το 47% των ασθενών είχε σαιχαρώδη διαβήτη
- Το 29% των ασθενών είχε στεφανιαία νόσο
- Το 17.6% των ασθενών είχε περάσει ΑΕΕ και
- Το 19% των ασθενών ήταν κατακεκλιμένο

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Η νοσηλευτική φροντίδα σε κάθε περίπτωση εισαγωγής αφορά στην:
- Διαφοροποίηση του προγράμματος αλλαγών ΣΦΠΚ (π.χ. συχνές αλλαγές, μικρότερος όγκος διαλύματος για ανταλλαγή)
 - Εφαρμογή πρωτοκόλλων κατά περίπτωση
 - Εφαρμογή αντίστοιχης νοσηλείας κατά περίπτωση
 - Συνεργασία των αντίστοιχων ιατρικών ειδικοτήτων κατά περίπτωση. Οφείλουμε π.χ. να νοσηλεύσουμε το νεφροπαθή μετά από
 - έμφραγμα του μυοκαρδίου, κολπική μαρμαρυγή,
 - αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο,
 - ορθοπεδικό ή άλλο χειρουργεί
 ο οποίος νοσηλεύεται στη νεφρολογική κλινική αλλά και σε άλλες κλινικές.
 - Πραγματοποίηση του απαραίτητου, εργαστηριακού ελέγχου
 - Φροντίδα για την ατομική υγιεινή του ασθενή, όσο χρόνο παραμένει κλινήρης
 - Φροντίδα για πρόληψη κατακλίσεων ή περιποίηση των κατακλίσεων (στην περίπτωση που υπάρχουν), οι οποίες εύκολα δημιουργούνται λόγω της ηλικίας και των συνοδών νοσημάτων.

- Αντιμετώπιση της καταθλιπτικής διάθεσης του ασθενή, η οποία εύκολα δημιουργείται λόγω της χρονιότητας της ασθένειας, με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη.

Η κατακράτηση υγρών αποτελεί τη συχνότερη αιτία εισαγωγής του περιτοναϊκού ασθενή, γεγονός που σημαίνει ότι το βάρος του έχει υπερβεί κατά πολύ το φυσιολογικό του. Δηλαδή, η ποσότητα των υγρών που λαμβάνεται είναι μεγαλύτερη από την ποσότητα των αποβαλλόμενων υγρών (ούρα, υπερδιηθημα). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα κυρίως την εμφάνιση οιδημάτων σε διάφορα σημεία του σώματος, όπως τα κάτω άκρα, περιοχικά κ.ά.

Οφείλεται συνήθως στην κατανάλωση περισσότερων από το επιτρεπτό υγρών ημερησίως, γεγονός που δημιουργείται πολλές φορές και από την συνύπαρξη συνοδών νοσημάτων, όπως είναι ο σαιχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση κ.ά.

Αντιμετώπιση:

Καταρχήν πρέπει να αντιμετωπίσουμε το πρόβλημα με συχνές αλλαγές ΣΦΠΚ, ώστε να αποφορτιστεί σταδιακά ο ασθενής από το περιττό βάρος, δηλαδή αλλαγές κάθε 1h /2h ανάλογα με την περίπτωση. Ταυτόχρονα συνδυάζονται και υπέρτονες αλλαγές (με διάλυμα μεγαλύτερης περιεκτικότητας σε γλυκόζη).

Φροντίζουμε να γίνει άμεσα ο εργαστηριακός έλεγχος που απαιτείται (αιμοληψία, λήψη ενδοπεριτοναϊκού υγρού για έλεγχο, α/α θώρακα).

Χορηγούμε την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή ίν ή ενδοπεριτοναϊκά.

ΣΥΝΕΧΗΣ ΦΟΡΗΤΗ
ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ
(Σ.Φ.Π.Κ.)



Παρατηρούμε για ύπαρξη δύσπνοιας και χορηγούμει οξυγόνο κατά περίπτωση.

Ελέγχουμε το σάκχαρο (σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη) με συχνές μετρήσεις και χορηγούμει την αντίστοιχη ποσότητα ινσουλίνης υποδόρια ή και ενδοπεριτοναϊκά.

Ελέγχουμε τα ζωτικά σημεία καθημερινά και το ισοζύγιο των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών καθημερινά.

Προσέχουμε για σημεία συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, πνευμονικού οιδήματος.

Ελέγχουμε αυστηρά τη διατροφή του και κυρίως τη λήψη υγρών και αλατιού.

Γίνεται επανεκπαίδευση του ασθενή στη ΣΦΠΚ και επαναπροσδιορισμός της κατάστασής του.

Η **περιτονάϊδα** αποτελεί επίσης συχνή αιτία εισαγωγής του περιτοναϊκού ασθενή, αλλά και τη σοβαρότερη ίσως επιπλοκή της ΣΦΠΚ. Η περιτονάϊδα της ΣΦΠΚ είναι μια λοίμωξη με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, η οποία οφείλεται σε μικροοργανισμούς που προέρχονται κυρίως από τη μικροβιακή χλωρίδα του ασθενή ή του περιβάλλοντος. Προκύπτει συνήθως από τυχαία επιμόλυνση των σημείων σύνδεσης του περιτοναϊκού καθετήρα με τον σάκο του διαλύματος.

Τα συνήθη συμπτώματα και σημεία της περιτονάϊδας είναι τα εξής: κοιλιακός πόνος, ναυτία, έμετος, διάρροια, ρίγος και πυρετός, ευαισθησία στην ψηλάφηση, αντίστοιχα.

Αντιμετώπιση:

- Εργαστηριακός έλεγχος του περιτοναϊκού υγρού για τον εντοπισμό του μικροβίου και ανίχνευση λευκοκυττάρων.
- Χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων ίν ή και ενδοπεριτοναϊκά σύμφωνα με το πρωτόκολλο.
- Καθημερινός έλεγχος του ισοζυγίου υγρών
- Καθημερινός έλεγχος των ζωτικών σημείων
- Καθημερινός εργαστηριακός έλεγχος αίματος και περιτοναϊκού υγρού για τον έλεγχο της πορείας της νόσου/θεραπείας.
- Διαφοροποίηση των περιτοναϊκών αλλαγών (αλλαγές πιο συχνά) από το συνηθισμένο πρόγραμμα.
- Περιποίηση του αντιστομίου (σημείο εξόδου του περιτοναϊκού καθετήρα από το ανθρώπινο σώμα) καθημερινά.
- Λήψη αιμοκαλλιεργών, αν συνυπάρχει πυρετός
- Αντιμετώπιση των παραπάνω συμπτωμάτων και σημείων ένα προς ένα και χορήγηση αντιπυρετικών, αντιεμετικών, αναλγητικών, αντιδιαρροϊκών κατά περίπτωση

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι ο νεφροπαθής που εφαρμόζει τη μέθοδο της ΠΚ απαιτεί όχι μόνο εξειδικευμένη, νεφρολογική νοσηλευτική φροντίδα, αλλά και φροντίδα που αφορά στην αντιμετώπιση των συνοδών νοσημάτων. Η ηλικία του ασθενή επίσης παίζει σημαντικό ρόλο, όσον αφορά τη βαρύτητα της νοσηλείας του και κατ επέκταση την ποιότητα της ζωής του. Ο βαθμός επιτυχίας της θεραπευτικής προσπάθειας επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ασθενή αλλά και του περιβάλλοντός του. Η εμπλοκή όμως πολλών επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση των πολλών και διαφορετικών προβλημάτων βελτιώνει το αποτέλεσμα.

Ο νοσηλευτής της νεφρολογικής κλινικής επομένως οφείλει να νοσηλεύσει τον περιτοναϊκό ασθενή που:

- πάσχει από καρδιακή ανεπάρκεια, στηθάγχη
- ταλαιπωρείται μετά από ΑΕΕ
- υποφέρει από ορθοπεδικό πρόβλημα
- υποφέρει από διαβητικό πόδι
- ταλαιπωρείται και νοσεί λόγω εκτεταμένων κατακλίσεων
- υποφέρει από ψυχιατρικές διαταραχές
- «παραμελείται» για κοινωνικούς λόγους

Και όλα τα παραπάνω βέβαια σε συνδυασμό με την εφαρμογή της περιτοναϊκής κάθαρσης, η οποία απαιτεί περισσότερο επισταμένη φροντίδα, επειδή με την εμφάνιση των συνοδών νοσημάτων επηρεάζεται η ανταλλαγή του περιτοναϊκού υγρού ή και το αντίστροφο.

Διαπιστώνουμε λοιπόν τον πολυδιάστατο ρόλο του νοσηλευτή της νεφρολογικής κλινικής, ο οποίος καλείται να εφαρμόσει νοσηλείες και τακτικές πολλών άλλων ειδικοτήτων πέρα της νεφρολογίας, αλλά και να λειτουργήσει πολλές φορές ως «αποκούμπι» του νεφροπαθή.

Παρόλο που η περιτοναϊκή κάθαρση αποτελεί κατ' οίκον μέθοδο νεφρικής υποκατάστασης, η ανάγκη νοσηλείας αυτών των ασθενών είναι αυξημένη. Η ιδιαιτερότητα της μεθόδου και η βαρύτητα της κλινικής κατάστασης των περιτοναϊκών ασθενών απαιτούν αυξημένη και ειδική νοσηλευτική φροντίδα που διαφοροποιεί το νοσηλευτικό έργο της νεφρολογικής κλινικής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Εγχειρίδιο περιτοναϊκής κάθαρσης, Ε. Κύρογλου, σελ. 5
2. Πρωτόκολλα νεφρολογικής νοσηλευτικής πρακτικής, Αθήνα 2003, Μ. Κωστενίδου, Ε. Παναγιωτάκη, Ι. Θάνου, σελ. 59
3. Χρόνια ΠΚ, 3Ο Πανελλήνιο Συμπόσιο 25-26/11/98, Κ.Χ. Σιαμόπουλος, σελ. 163
4. Χρόνια ΠΚ, 2ο Συμπόσιο 22-23/03/95, Π.Ν. Ζηρογιάννης, σελ.571
5. Πανελλήνιο Συνέδριο ENEN, 16-19/05/2002, Α.Τσίνογλου, σελ.198

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ



Γράφουν οι: Χριστίνα Βαρβάρα (ΤΕ Νοσ.),
Ευαγγελία Γιαννούλη (ΤΕ Νοσ.), Αθανάσιος Λαγούδης (Ειδικ. Ψυχιατρικής), Αστέριος Τρόκος (ΤΕ Νοσ.), Στεργιανή Ζερβού (Προϊσταμένη)
Α' Ψυχιατρική Κλινική ΑΠΘ του ΓΝΠ



Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ αποτελεί μια από τις κυριότερες νοσολογικές οντότητες των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Αν και επιδημιολογικές έρευνες επιβεβαιώνουν τη γενικότερη αύσθηση πως η συχνότητα των διαταραχών αυτών αυξάνεται, ιδιαίτερα τις τελευταίες λίγες δεκαετίες, πως ενδημούν σχεδόν αποκλειστικά σε νεαρό - επί το πλείστον - γυναικείο πληθυσμό και πως οι πολιτισμικές σταθερές παιζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ευόδωση ανορεκτικών διαθέσεων και συμπεριφορών, θέματα όπως η ακριβής συχνότητά τους, το σαφές αιτιολογικό τους πλαίσιο και ακόμα πιο σημαντικό, ο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης τους, παραμένουν εν πολλοί αναπάντητα.

Αποχής μπορεί να θεωρηθεί επιλογή των δύο συνθετικών του ονόματος της κλινικής οντότητας (Νευρογενής Ανορεξία), καθώς η λέξη ανορεξία είναι αποπροσανατολιστική, αφού η όρεξη δε βλαπτεται, παρά - αν τελικά αυτό συμβεί - αργά στην πορεία της νόσου και δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι η προέλευση της - ανύπαρκτης - ανορεξίας είναι νευρογενής. Μάλιστα, τα αίτια της νοσολογικής αυτής οντότητας, εξακολουθούν να παραμένουν ομιχλώδη και δυσνόητα παρά το παγκοσμίως αυξανόμενο ενδιαφέρον, το οποίο τροφοδοτεί μια διαφαινόμενη αύξηση της συχνότητάς της, κυρίως, στις δυτικού τύπου κοινωνίες.

Η νευρική ανορεξία περιγράφεται ως η διαταραχή εκείνη της οποίας τα προεξάρχοντα στοιχεία είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό για το ύψος και την ηλικία του, ένας υπερβολικός φόβος διτο το άτομο είναι ή θα γίνει παχύ, η διαταραχή της εικόνας του σώματος (ως προς το βάρος, το σχήμα ή το μέγεθος) και η αμηνόρροια στις γυναίκες.

Συγκεκριμένα τα διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV για την νευρογενή ανορεξία παρουσιάζονται παρακάτω:

A. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο, του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση του βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης), οδηγώντας σε βάρος σώματος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου.

B. Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμα και όταν αυτό είναι κάτω από το κανονικό.

Γ. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτοαξιολόγηση ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού σωματικού βάρους.

Δ. Σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμηνορυφουσιακών κύκλων (μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια, εάν οι περίοδοι της εμφανίζονται μόνο μετά την χορήγηση ορμονών, π.χ. οιστρογόνων).

Σημαντική κλινική σημασία έχει και ο προσδιορισμός του τύπου της νευρογενούς ανορεξίας. Έχουν λοιπόν καθοριστεί οι εξής δύο τύποι:

Περιοριστικός Τύπος: Κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου νευρογενούς ανορεξίας, το άτομο δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλαδή προκλητό έμετο ή κακή χρήση καθαρικών, διουρητικών ή ενεμάτων).

Τύπος υπερφαγίας / κάθαρσης: Κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου νευρογενούς ανορεξίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλαδή προκλητό έμετο ή κακή χρήση καθαρικών, διουρητικών ή ενεμάτων).

Συνοδά συμπτώματα - σωματικές επιπλοκές

Οι κυριότερες κλινικές επιπτώσεις είναι το πολύ χαμηλό βάρος, που κυμαίνεται από λίγο κατώτερο του φυσιολογικού μέχρι απίσχναση, η υποθερμία, που εκδηλώνεται με ψυχρά άκρα και χαμηλή ανοχή στο κρύο, συμπτώματα από το πεπτικό, όπως δυσκοιλιότητα, αίσθηση πλήρωσης, ακόμα και μετά από μικρά γεύματα, αδυνατίσμα των μαλλιών, τα οποία μοιάζουν με αυτά των βρεφών (lanugo), αμηνόρροια στις γυναίκες, οι οποίες είναι στην έμμηνορυφουσιακή περίοδο και καθυστέρηση της εμφάνισης της εμμήνου ρήσεως στα νεαρά κορίτσια και, τέλος, ελάττωση της ερωτικής επιθυμίας τόσο στις γυναίκες, όσο και στους άντρες.

Εργαστηριακά, τόσο η ασιτία, όσο και ο προκλητός έμετος και η κατάχρηση καθαρικών, διουρητικών και ενεμάτων μπορεί να προκαλέσουν παθολογικά (εργαστηριακά) ευρήματα. Έτσι, οι εξετάσεις του αίματος μπορεί να δείξουν λευκοπενία, ήπια αναιμία, σπάνια θρομβοκυτταροπενία, αύξηση της ουρίας (από την αφυδάτωση), υπερχοληστεριναιμία, αύξηση καροτίνης ορού, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, θυρεοειδικές ορμόνες (T3, T4) στα κατώτερα φυσιολογικά επίπεδα, με φυσιολογική συγκέντρωση TSH. Το ΗΚΓ μπορεί να δείξει βραδυκαρδία και σπάνια αρρυθμίες (Δ/χες αγωγιμότητας με προεξάρχοντα την παράταση του διαστήματος QT, λόγω ηλεκτρολυτικών δ/χων). Τέλος, στις νευροαπεικονιστικές μεθόδους μπορεί να εμφανίζεται διεύρυνση των κοιλιών του εγκεφάλου και συνολικότερα των χώρων που υποδέχονται το ENY με αποτέλεσμα να υπάρχει εικόνα «ψευδοατροφίας».

Επιδημιολογία

Υπάρχει γενικά για τις δ/χες πρόσληψης τροφής, η αίσθηση ότι η συχνότητα εμφάνισής τους έχει αυξηθεί

τις τελευταίες δεκαετίες, παρότι διατυπώνονται δικαιολογημένα επιφυλάξεις που αφορούν στη μεγαλύτερη αναγνωρισμότητά τους και στην αύξηση της τάσης των ασθενών να ζητούν βοήθεια σε σχέση με το παρελθόν.

Ο επιπολασμός ζωής του πλήρους συνδρόμου της νευρογενούς ανορεξίας στις γυναίκες εκτιμάται 0,5-2 % με ελαφρώς αυξητική τάση. Σ' αυτό το νούμερο δεν συμπεριλαμβάνονται περιπτώσεις που πληρούν μερικά μόνο από τα κριτήρια του συνδρόμου που συμπεριλαμβάνονται στο DSM IV, γεγονός που αν συμβεί αυξάνει εντυπωσιακά την συχνότητα εμφάνισής του. Η δυσαναλογία ανάμεσα σε γυναίκες και άνδρες, που προκύπτει από το σύνολο των μελετών και κυμαίνεται ως αναλογία 1020/1, εκφράζεται ιδανικά από την εικόνα που έχει ο καθένας μας στο μυαλό του για τον τυπικό ασθενή που πάσχει από νευρογενή ανορεξία: Καυκάσια Έφηβη μέσου ή ανώτερου οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. **Σε φυλετικό επίπεδο, προσβάλλει κυρίως εκπροσώπους της λευκής φυλής, προτιμά εμφανώς το γυναικεί φύλο και την εφηβεία ή τη νεαρή ενήλικη ζωή και εκκολάπτεται συχνότερα στους κόλπους ανώτερων κοινωνικών στρωμάτων.** Ο επιπολασμός της υπολογίζεται σε 0,7% σε γυναίκες στην εφηβεία και η επίπτωσή της ανά 100.000 πληθυσμού τον χρόνο, είναι 8 νέα περιστατικά.

Αιτιολογία

Πολυπαραγοντική εκτιμάται ότι είναι η αιτιολογία της Ν.Α., καθώς γενετικοί, βιοχημικοί, οικογενειακοί, μαθησιακοί, κοινωνικοοικονομικοί και ψυχολογικοί παράγοντες διαπλέκονται σε αυτήν, δημιουργώντας ένα εντυπωσιακό «μωσαϊκό» κλινικών μορφών της νόσου. Σε μια εμπειρισταώμενη ανασκόπηση της σημασίας των κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων στις ΔΠΤ η Jane White (1992) διαχωρίζει αυτές τις επιδράσεις σε **α)** τη σημασία που δίνεται στο αδύνατο της εμφάνισης, **β)** στη δίαιτα ως ρουτίνα, **γ)** στην τελειοθηρία, **δ)** στην επίδραση των ΜΜΕ στις παραπάνω αξέες και νόρμες και **ε)** στην επιλογή συγκεκριμένων επαγγελμάτων.

Νοσοκομειακή θεραπεία της Ν.Α.

Στενότατα συνδεδεμένη με την ορθή αντιμετώπιση της νόσου είναι η απόφαση του τρόπου που πρέπει να επιλεγεί για την αντιμετώπισή της. Τέσσερις -κατά σειρά φθίνοντος επιπέδου αντιμετώπισης- είναι οι ενδεικνυόμενοι τρόποι διαχείρισης του ασθενούς σε συνάρτηση με την κλινική του εικόνα και την -άμεση ή εν δυνάμει- απειλή που προκύπτει απ' αυτήν.

- Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία
- Μερική νοσηλεία
- Εντατική εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση

- Εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση.

Η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία χρησιμοποιείται σε σοβαρές περιπτώσεις:

- Απώλεια βάρους άνω του 15% ($\Delta M < 17$)
- Σοβαρές ιατρικές επιπλοκές (π.χ. καρδιακή αρρυθμία)
- Πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας
- Προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας
- Προηγούμενη αποτυχία θεραπείας σε κατώτερο επίπεδο αντιμετώπισης

Σε περίπτωση που καταστεί αδύνατον ο ασθενής να αντιληφθεί την κρισιμότητα της κατάστασής του και απειλείται άμεσα αυτή η ίδια η ζωή του, είτε από ιατρικές επιπλοκές που εμφανίζονται νομοτελειακά σε προχωρημένα στάδια της νόσου, είτε από τον - αυξημένο στην Ν.Α. - κίνδυνο αυτοκτονίας, η ακούσια νοσηλεία είναι μονόδρομος.

Βασικά στοιχεία νοσηλευτικής φροντίδας

A. Νοσηλευτική εκτίμηση

- Πλήρης εκτίμηση και υπολογισμός βάρους
 - βάρος στην παρούσα φάση
 - πρόσφατη λήψη ή απώλεια βάρους
- Αξιολόγηση των προτύπων διατροφής
 - πόσο πολύ και πόσο συχνά τρώει ο ασθενής
 - ποιες τροφές καταναλώνει
 - ύπαρξη κύκλων παχυσαρκίας
 - διερεύνηση συναισθημάτων γύρω από τις διατροφικές του συνήθειες
 - επίπτωση των διατροφικών του συνηθειών στις καθημερινές του δραστηριότητες
 - επίπεδο ελέγχου σε άλλες περιοχές όπως χρήση φαρμάκων, ναρκωτικών, ψευδολογίας
- Εκτίμηση του επιπέδου δραστηριότητας για την ύπαρξη έντονης άσκησης

B. Νοσηλευτική Διάγνωση

- Η κύρια νοσηλευτική διάγνωση αφορά:
 - στα προβλήματα γύρω από την εικόνα του σώματος
 - στις μεταβολές στη διατροφή, ποσότητες μικρότερες από τις ανάγκες του οργανισμού
 - στην πιθανότητα εκρήξεων βίας
- Επιπλέον νοσηλευτικές διαγνώσεις (συνυπάρχουσες σωματικές και ψυχικές καταστάσεις):
 - άγχος
 - διαταραχή της καρδιακής λειτουργίας, λόγω ανισορροπίας των ηλεκτρολυτών
 - μη αποδοτικοί μηχανισμοί άμυνας
 - μη αποδοτική οικογενειακή αντιμετώπιση
 - πιθανή έλλειψη όγκου υγρών
 - προβλήματα έλλειψης αυτοσεβασμού

C. Σχεδιασμός (Στοχοθεσία)

- Γενικοί στόχοι:
 - πρόληψη των τάσεων αυτοκαταστροφής

- μεταβολή των καταστροφικών διατροφικών συνθετιών
- ανάπτυξη υγιών μηχανισμών άμυνας
- Παραδείγματα συγκεκριμένων στόχων
 - ο ασθενής πρέπει να παίρνει μέχρι 1 Kg την εβδομάδα
 - η συχνότητα των κενώσεων να έχει ελαττωθεί κατά 90% μέσα σε 2 εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας
 - ο ασθενής να προαγάγει τον αυτοσεβασμό του

Δ. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Γενικές παρεμβάσεις στις διατροφικές δ/χες
 - ενημέρωση του ασθενή για τα υγιή πρότυπα διατροφής και επικέντρωση ενδιαφέροντος στη συμπεριφορά και όχι στο Β.Σ.
 - εγκαθίδρυση σχέσεως εμπιστοσύνης: ακρόαση με ενσυναίσθηση και αποφυγή επικρίσεων ή συγκρούσεων με τον ασθενή
 - διερεύνηση οικογενειακών ζητημάτων με τον ασθενή και την οικογένεια
 - τακτικός έλεγχος του ασθενή για διαπίστωση τυχών τάσεων αυτοκτονίας
 - προώθηση των κοινωνικών του σχέσεων, έτσι ώστε να αποκατασταθεί η έκπτωτη κοινωνική λειτουργικότητα και να περιοριστεί η απομόνωση.
- Συγκεκριμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με νευρογενή ανορεξία
 - διαμορφώνεται ένα ατομικό πρόγραμμα διατροφής για την απόκτηση σταθερού βάρους ανά εβδομάδα
 - καθημερινός έλεγχος ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αναπνοές, πίεση αίματος και παλμούς)
 - προσεκτική χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και παρακολούθηση για τυχόν παρενέργειες
 - έλεγχος για σημεία τετανίας και κράμπες των μυών, έτσι ώστε να εντοπιστούν εγκαίρως ανισορροπία των ηλεκτρολυτών και υποασθετιαιμία
 - χορήγηση παρεντερικής διατροφής ή σίτιση με σωλήνα (Levin) όταν η κατάσταση του ασθενή το επιβάλλει
 - παρατήρηση και μέτρηση θερμίδων που λαμβάνει ο ασθενής και εκτίμηση των ούρων και κοπράνων που αποβάλει
 - επισταμένη προσοχή για σημεία απόρριψης του φαγητού, λ.χ. μέσα σε πετσέτα
 - έλεγχος για σημεία κενώσεων ή εμέτων μετά το φαγητό
 - παρατήρηση του επιπέδου άσκησης και διεξαγωγής δραστηριοτήτων
 - ζύγισμα του ασθενή την ίδια ώρα κάθε μέρα
 - ενημέρωση του ασθενή για το ότι πρέπει να πετύ-

χει το ελάχιστο του επιθυμητού βάρους, πριν βγει από το νοσοκομείο

- καθίσταται σαφές στον ασθενή ότι η ταχεία ή υπερβολική λήψη βάρους δεν αποτελεί στόχο της θεραπείας.

Επίλογος

Συμπερασματικά, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι ο διπτός χαρακτήρας της νόσου, με τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα να εκφράζονται παράλληλα - προεξάρχοντας τα μεν ή τα δε κατά περίσταση- υπαγορεύει ευέλικτες και εξατομικευμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα πρέπει να κατευθύνονται τόσο προς τον τομέα των σωματικών προβλημάτων, όσο και προς αυτόν της αποκατάστασης των ψυχολογικών παραμέτρων.

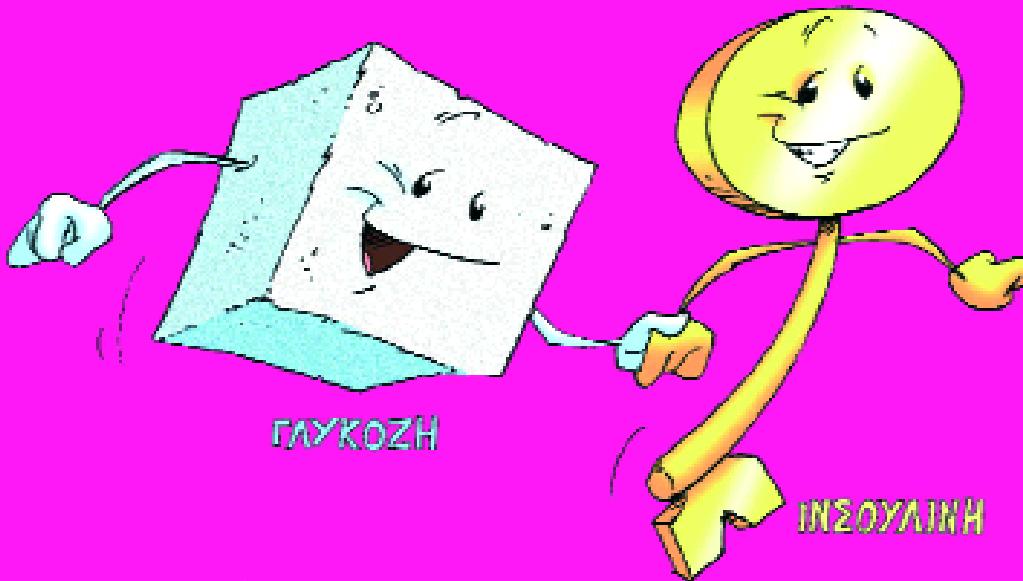
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Fairburn CG, Harrison PJ.(2003).Eating disorders. Lancet, 361, 407-416.
2. Grant CA, Mericle B, Royes SA (1997). Psychiatric Nursing. Delmar Publishers. Μετάφραση στα ελληνικά από τις εκδόσεις «Έλλην», Αθήνα 2001.
3. Hoek HW, van HD. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eat Disord, 34, 383-396.
4. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 7th ed. Williams and Wilkins, Baltimore. Μετάφραση στα ελληνικά από τις ιατρικές εκδόσεις «Λίτσας», Αθήνα 2005.
5. Klein DA, Walsh BT. (2004).Eating disorders: clinical features and pathophysiology. Physiol Behav, 81, 359-374.
6. Muise AM, Stein DG, Arbess G.(2003). Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. J Adolesc Health, 33, 427-435.
7. Steinhause HC. (2002).The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry, 159, 1284-1293.
8. Stewart TM, Williamson DA. (2004). Multidisciplinary treatment of eating disorders - Part 2: Primary goals and content of treatment. Behav Modif, 28, 831-853.
9. Stewart TM, Williamson DA. (2004). Multidisciplinary treatment of eating disorders - Part 1: Structure and costs of treatment. Behav Modif, 28, 812-830.
10. Williamson DA, Gleaves DH, Stewart TM. (2005). Categorical versus dimensional models of eating disorders: an examination of the evidence. Int J Eat Disord, 37, 1-10.
11. Williamson DA, White MA, York-Crowe E, Stewart TM. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. Behav Modif, 18, 1073-1088.
12. Μάνος N.(1997) Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής.University studio press, Θεσσαλονίκη.

Πρόληψη τώρα, πρόβλημα ποιέ **ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ**



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ είναι μία πάθηση του παγκρέατος, που χαρακτηρίζεται από υψηλές τιμές γλυκόζης στο αίμα. Εμφανίζεται είτε όταν το πάγκρεας δεν παράγει καθόλου ινσουλίνη, είτε όταν παράγει λίγη, είτε όταν η ινσουλίνη που παράγει δεν λειτουργεί σωστά. Σε φυσιολογικές συνθήκες, η ινσουλίνη βοηθά τη γλυκόζη να εισέλθει στα κύτταρα εξασφαλίζοντάς τους ενέργεια. Στην περίπτωση όμως που κάποιος έχει διαβήτη, η γλυκόζη (εξαιτίας της έλλειψης ινσουλίνης) δεν καταφέρνει να εισέλθει στα κύτταρα με αποτέλεσμα να αυξάνεται το ποσοστό της στο αίμα.

Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ

Για να καταλάβουμε πως λειτουργεί ο διαβήτης πρέπει πρώτα να κατανοήσουμε τη λειτουργία του μεταβολισμού. Μεταβολισμός, με απλά λόγια, είναι η επεξεργασία των τροφών με σκοπό τη εξασφάλιση της απαραίτητης ενέργειας για τη ζωή.

Όταν τρώμε, ο οργανισμός μας διασπά και μετασχηματίζει τις τροφές σε μια πολύ απλή μορφή, που ονομάζεται γλυκόζη. Η γλυκόζη τροφοδοτεί κάθε κύτταρο του σώματός μας με την ενέργεια που χρειάζεται. Μεταφέρεται μέσω του αίματος και των αγγείων από

το σημείο που λαμβάνεται (στομάχι) ή επεξεργάζεται (ήπαρ), στα κύτταρα όπου χρησιμοποιείται (μυς) ή στους χώρους αποθήκευσής της (λίπος).

Η γλυκόζη όμως, δεν μπορεί μόνη της να εισέλθει μέσα στα κύτταρα. Χρειάζεται την ινσουλίνη, μία ορμόνη που απελευθερώνεται από το πάγκρεας και λειτουργεί σαν κλειδί, επιτρέποντας την είσοδό της στα κύτταρα. Όταν η γλυκόζη εισέρχεται στα κύτταρα, μειώνεται το ποσοστό γλυκόζης που κυκλοφορεί στο αίμα. Στην περίπτωση όμως, που κάποιος πάσχει από διαβήτη, δηλαδή από έλλειψη ή δυσλειτουργία ινσουλίνης, η γλυκόζη δεν μπορεί να εισέλθει στα κύτταρα με αποτέλεσμα να αυξάνεται η συγκέντρωσή της στο αίμα.

ΠΟΙΟΙ ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΒΗΤΗ ΥΠΑΡΧΟΥΝ

ΤΥΠΟΣ 1: Ο διαβήτης τύπου 1 οφείλεται στην καταστροφή των Β-κυττάρων του παγκρέατος, που παράγουν ινσουλίνη. Στην περίπτωση αυτή, το πάγκρεας παράγει από λίγη έως καθόλου ινσουλίνη. Τα άτομα με διαβήτη τύπου 1, θα πρέπει να χρησιμοποιούν ενέσιμη ινσουλίνη για να ελέγχουν τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα τους. Ο διαβήτης αυτού του τύπου, εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα μικρότερα των 40 ετών. Μόλις το



10% των διαβητικών παρουσιάζει διαβήτη τύπου 1.

ΤΥΠΟΣ 2: Στην περίπτωση του διαβήτη τύπου 2, το πάγκρεας παράγει ινσουλίνη, αλλά η ποσότητα που παράγει ή δεν επαρκεί ή δεν λειτουργεί σωστά ή και τα δύο. Ο διαβήτης αυτού του τύπου, μπορεί να ελεγχθεί με τον συνδυασμό δίαιτας, φαρμακευτικής αγωγής και άσκησης. Σε

μερικές περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί και χορήγηση ενέσιμης ινσουλίνης. Γενικά, αυτός ο τύπος διαβήτη εμφανίζεται συχνότερα σε παχύσαρκα άτομα, μεγαλύτερα των 40 ετών. Τελευταία ούμως, ο διαβήτης αυτού του τύπου παρουσιάζει αύξηση και μάλιστα σε άτομα μικρότερα των 40 ετών. Περίπου το 90% των διαβητικών εμφανίζει διαβήτη τύπου 2.



ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Δεν έχει πλήρως ξεκαθαριστεί τι προκαλεί τον διαβήτη, αλλά υπάρχουν παράγοντες, που μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισής του, όπως:

- Το οικογενειακό ιστορικό διαβήτη
- Η παχυσαρκία
- Οι καταστάσεις στρες
- Η χρήση ορισμένων φαρμάκων
- Οι βλάβες στο πάγκρεας
- Οι αυτοάνοσοι νόσοι
- Η υπέρταση
- Η υπερλιπιδαιμία
- Η αύξηση της ηλικίας
- Το αλκοόλ
- Το κάπνισμα
- Η εγκυμοσύνη

Όσοι αντιμετωπίζουν κάποιον από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου πρέπει να ελέγχονται με καμπύλη σαιχάρου.

ΠΟΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Ο ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΑ ΜΑΤΙΑ

Οι επιπλοκές που παρουσιάζονται στα μάτια είναι η αμφιβληστροειδοπάθεια, ο καταρράκτης και το γλαυκωμα. Όλοι οι ασθενείς με διαβήτη θα πρέπει να



επισκέπτονται σε τακτά διαστήματα τον οφθαλμίατρό τους. Ο διαβήτης αποτελεί την κύρια αιτία τύφλωσης ατόμων ηλικίας μεταξύ 20-74 ετών, ενώ η παρουσία του αυξάνει τον κίνδυνο κατά 25 φορές.

ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Επειδή ο διαβήτης είναι ο κύριος υπαίτιος για την εμφάνιση νεφροπάθειας, θα πρέπει να γίνεται εξέταση ούρων κάθε χρόνο ή και συχνότερα, σύμφωνα με τη σύσταση του γιατρού. Ένα πρώιμο σημείο νεφρικής βλάβης είναι η εμφάνιση μικροαλβουμίνης στα ούρα. Για να προληφθεί οποιαδήποτε νεφρική βλάβη θα πρέπει να υπάρχει καλή ρύθμιση σακχάρου και αρτηριακής πίεσης. Η αρτηριακή πίεση θα πρέπει να είναι χαμηλότερη από 130/80mm Hg.

ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ

Ο διαβήτης επηρεάζει τόσο τα περιφερικά νεύρα, όσο και τα περιφερικά αγγεία. Συμπτώματα νευροπάθειας και αγγειοπάθειας είναι η υπαισθησία στα άκρα, η αίσθηση καύσου (τα οποία μπορεί να είναι πιο έντονα κατά τη διάρκεια της νύχτας), καθώς και ο πόνος στις γάμπες στο περπάτημα.

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου των διαβητικών ασθενών. Το 75-85% των διαβητικών θα πεθάνει από στεφανιαία νόσο ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο κίνδυνος αυτός, στους διαβητικούς άνδρες αυξάνεται 2-3 φορές σε σχέση με τους μη διαβητικούς, ενώ στις γυναίκες αυξάνεται κατά 4-6 φορές. Τα συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά της στεφανιαίας νόσου, όπως ο προκάρδιος πόνος στο περπάτημα και η δύσπνοια όταν καταβάλλεται έντονη προσπάθεια.

ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙ Ο ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο πιο ακριβής τρόπος διάγνωσης του διαβήτη, είναι η μέτρηση του σαιχάρου νηστείας. Δηλαδή, η μέτρηση που γίνεται αφού ο εξεταζόμενος παραμείνει νηστικός για τουλάχιστον 10-12 ώρες. Φυσιολογικές τιμές γλυκόζης θεωρούνται οι κάτω των 100mg/dl. Τιμές μεταξύ 100 και 125 χαρακτηρίζουν τον προδιαβήτη και όποιος τις παρουσιάζει πρέπει να ελέγχεται με καμπύλη σαιχάρου. Η διάγνωση του διαβήτη γίνεται αν ο εξεταζόμενος παρουσιάσει τιμές σαιχάρου νηστείας μεγαλύτερες από 126mg/dl σε δύο ξεχωριστές μετρήσεις.

Η μέτρηση σαιχάρου νηστείας είναι επιβεβλημένη στην περίπτωση που κάποιος παρουσιάζει μερικά από τα παρακάτω συμπτώματα, προκειμένου να διαπιστωθεί αν πάσχει ή όχι από διαβήτη.

- Πολυδιψία
- Πολυουρία

- Πολυφαγία
- Κόπωση
- Απώλεια βάρους
- Θάμβος οράσεως
- Ξηροστομία

ANTIMETOPIZΩ ΜΕ ΑΠΛΟΥΣ ΚΑΙ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

Κάθε άτομο με διαβήτη θα πρέπει να αλλάξει τρόπο ζωής ρυθμίζοντας παράλληλα και τους άλλους παράγοντες κινδύνου, που πολύ συχνά συνυπάρχουν με τον διαβήτη, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων.



ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Σήμερα γνωρίζουμε ότι ακόμη και μια μικρή αύξηση στη σωματικό βάρους, μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει τον διαβήτη τύπου 2 και ν αυξήσει την πίεση και την χοληστερίνη. Αντίθετα, η μείωση του σωματικού βάρους συμβάλλει, στον έλεγχο όχι μόνο του σακχάρου του αίματος, αλλά και των άλλων παραγόντων κινδύνου.

ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ

Η άσκηση βοηθά στη ρύθμιση του σακχάρου και στη μείωση του σωματικού βάρους. Κάθε άτομο θα πρέπει να περπατά τουλάχιστον 30-40 λεπτά την ημέρα, 5-7 φορές την εβδομάδα.

ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η διακοπή του καπνίσματος είναι επιτακτική στην περίπτωση ασθενών με διαβήτη, γιατί το κάπνισμα αυξάνει θεαματικά την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

ANTIMETOPIZΩ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

Κάθε ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει ότι η θεραπεία του διαβήτη είναι σύνθετη, αφού θα πρέπει να ακολουθεί πρόγραμμα λήψης φαρμάκων και τακτικών γευμάτων, ώστε αφενός να ρυθμίσει καλύτερα το σάκχαρο του και αφετέρου να αποφύγει τον κίνδυνο της υπογλυκαιμίας. Τόσο ο σωστός προγραμματισμός των γευμάτων όσο και η άσκηση βοηθούν στην καλύτερη χρήση της ινσουλίνης από τον οργανισμό για την πα-



ραγωγή ενέργειας. Για τη θεραπεία του διαβήτη τύπου 2 μπορεί να αρκεί μόνο ο συνδυασμός δίαιτας και άσκησης. Για τις δυσκολότερες περιπτώσεις, έχουμε στη διάθεσή μας χάπια, και ενέσιμη ινσουλίνη. Τα χάπια βοηθούν το σώμα μας να παράγει περισσότερη ινσουλίνη αλλά και να τη χρησιμοποιεί καλύτερα. Επίσης, η μέτρηση της αιμοσφαιρίνης A1C στο αίμα, δείχνει αν το σάκχαρο θεραπεύεται σωστά τους τελευταίους δύο μήνες.

Κάθε άτομο με διαβήτη θα πρέπει να επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τον ειδικό γιατρό και τον διαιτολόγο για τη ρύθμιση του σακχάρου του. Επίσης, θα πρέπει περιοδικά να υποβάλλεται σε καρδιολογική και οφθαλμολογική εξέταση. Τέλος, επιτακτική είναι και η μέτρηση του σακχάρου του στο σπίτι από τον ίδιο και η ενημέρωση του γιατρού που τον παρακολουθεί για τα αποτελέσματά της.

ANTIMETOPIZΩ ΜΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΤΗΝ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ

Η θεραπεία του διαβήτη μειώνει το σάκχαρο του αίματος, αλλά μερικές φορές μπορεί η αγωγή να είναι πιο ισχυρή από όσο χρειάζεται ή ο ασθενής να μη λάβει κανονικά τα γεύματά του, με αποτέλεσμα την κάτω από το φυσιολογικό πτώση του σακχάρου. Αυτή, η κατάσταση ονομάζεται υπογλυκαιμία και πρέπει να αποφεύγεται, αφενός γιατί προκαλεί δυσάρεστα συμπτώματα και αφετέρου γιατί μπορεί να αποβεί μοιραία για τη ζωή του ασθενούς. Τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας είναι: εφίδρωση, ατονία, αιφνίδια πείνα, νευρικότητα, διαταραχές όρασης, ωχρότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, υπνηλία και ταχυκαρδία. Μόλις εμφανιστούν τα συμπτώματα αυτά, θα πρέπει να λάβει άμεσα 4 κύβους ζάχαρης και να πιει χυμό φρούτων.

Ακόμη και αν υπάρχει αμφιβολία, ο ασθενής θα πρέπει να καταναλώσει ζάχαρη, γιατί ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος από την υπογλυκαιμία, παρά από την αύξηση σακχάρου.

ANTIMETOPIZΩ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΗΝ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ

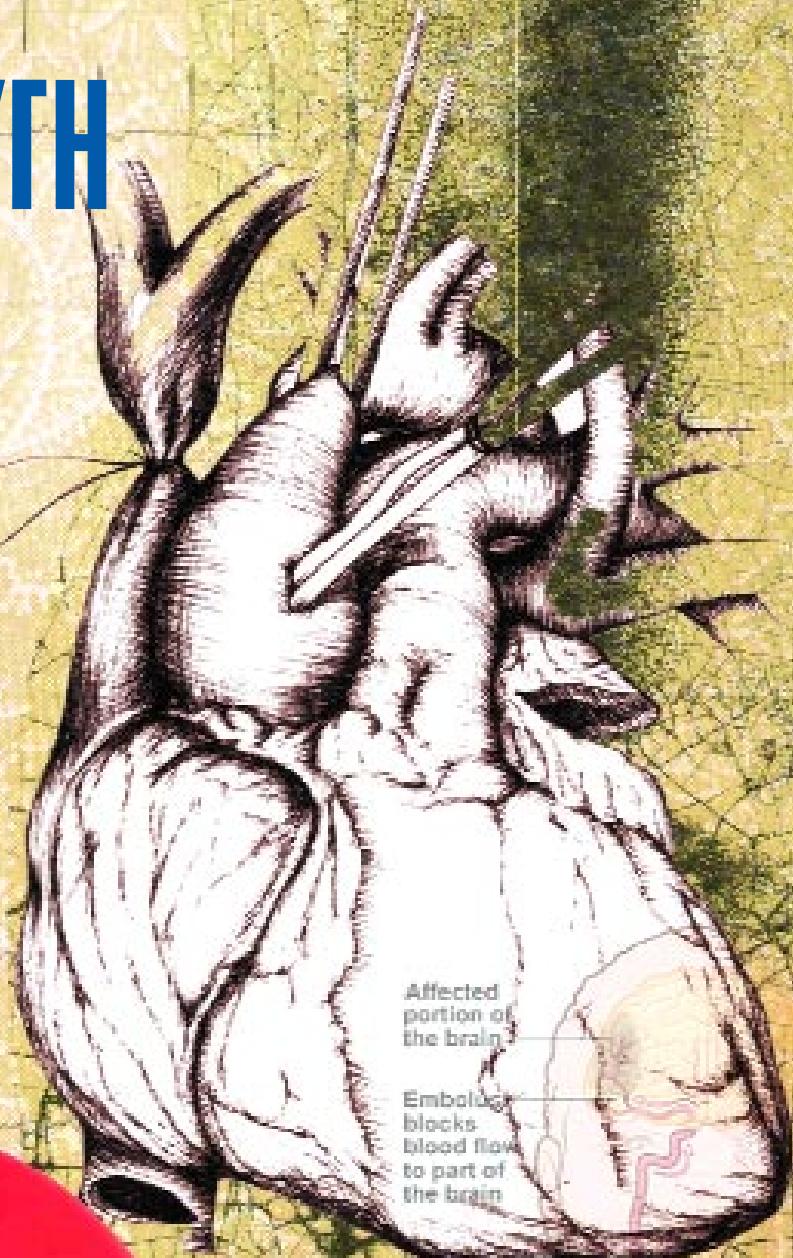
Όσοι ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή για να αποφύγουν τον κίνδυνο της υπογλυκαιμίας θα πρέπει να γνωρίζουν ότι:

- Πρέπει να παίρνουν κανονικά όλα τα φάρμακα και τα γεύματά τους
- Μπορεί ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας να είναι χαμηλότερος χάρη στη λήψη αντιδιαβητικών δισκίων, αλλά παραμένει υπαρκτός.
- Η υπερβολική άσκηση, οι καταστάσεις στρες και οι λοιμώξεις, μπορεί να επηρεάσουν τις τιμές του σακχάρου. Η ρύθμιση του σακχάρου προϋποθέτει τη σωστή εκπαίδευση του ασθενούς από τον ειδικό γιατρό και φυσικά την καλή συνεργασία και των δύο.

ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ



Γράφουν οι: **Βαία Ντελλή** και
Κωνσταντίνα Μυλωνοπούλου,
Νοσηλεύτριες ΤΕ, Β' Καρδιολογικής
Κλινικής ΓΝΠ



ΑΡΡΥΘΜΙΑ ΟΝΟΜΑΖΕΤΑΙ κάθε διαταραχή του καρδιακού ρυθμού. Συνήθως εκφράζεται ως βραδυαρρυθμία ή ταχυαρρυθμία. Οι καρδιακές αρρυθμίες αποτελούν διαταρραχές της παραγωγής της ηλεκτρικής διέγερσης ως προς τη συχνότητα, τη ρυθμικότητα και την εστία παραγωγής τους.

Οι αρρυθμίες χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:
α) Υπερκοιλιακές όταν η έκτοπη εστία είναι πάνω από τον κολποκοιλιακό κόμβο

β) κοιλιακές όταν η έκτοπη εστία είναι κάτω από τον κολποκοιλιακό κόμβο.

Η κολπική μαρμαρυγή είναι η πιο συχνή απ' όλες τις καρδιακές αρρυθμίες. Ένα ποσοστό 1% των ανθρώπων ηλικίας άνω των 60 ετών και 5% άνω των 69 ετών πάσχουν από κολπική μαρμαρυγή. Χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά γρήγορες ακανόνιστες κολπικές κινήσεις με συχνότητα έως 400 ανά min. Οι κοιλίες συστέλλονται άρρυθμα με συχνότητα έως 60-180 ανά min.

Στο ΗΚ/Γράφημα τα κολπικά επάρματα P απουσιάζουν, αντικαθίστανται από ανισουψή μικροκύματα που ονομάζονται f και σχηματίζουν ακανόνιστη κυματοειδή γραμμή στη θέση της ισοηλεκτρικής γραμμής.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Χρόνια κολπική μαρμαρυγή

Οι ασθενείς έχουν μια μόνιμη ακατάπαυστη αρρυθμία. Η αρρυθμία αυτή περιορίζεται με την χορήγηση δακτυλίτιδας σε συνδυασμό με αντιπηκτική αγωγή για την αποφυγή εμβολών.

Παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή

Οι ασθενείς εμφανίζουν επεισόδια που συνήθως επέρχονται μετά από κάποια συναισθηματική ένταση. Είναι μικρής διάρκειας (συνήθως 2-7 μερες) και τερματίζει αυτόματα ή με αντιαρρυθμικά φάρμακα.

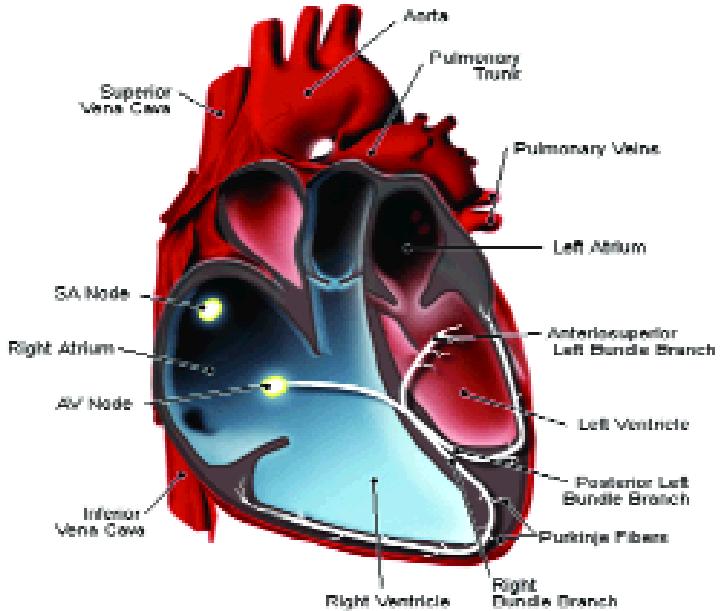
Εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή

Η εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή διαρκεί περισσότερο από 2-7 ημέρες και συνήθως απαιτείται ηλεκτρική ανάταξη παρά φαρμακευτική αγωγή (χορήγηση ενδοφλεβίως Αμιωδαρόνης- Angoron).

ΑΙΤΙΑ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Καρδιακά αίτια

Ρευματικές βαλβιδοπάθειες, Ισχαιμία του μυοκαρδίου, Υπέρταση, Καρδιοπνευμονικές επειμβάσεις, Μυοκαρδίτιδες-Μυοκαρδιοπάθειες, Μεσοκολπική επικοινωνία, Καρδιακή ανεπάρκεια.



Μη καρδιακά αίτια

Υπερθυρεοειδισμός, Υποξεία-Υπερκαπνία, Υπερβολική λήψη αλκοολούχων ποτών, Παρασυμπαθητικοτονία, Λοιμώξεις πνευμόνων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα συμπτώματα που συνοδεύουν την κολπική μαρμαρυγή εξαρτώνται από τη συχνότητα των κοιλιών, την καρδιακή λειτουργία, συνυπάρχοντα ιατρικά προβλήματα, κλπ. Οι περισσότεροι ασθενείς αισθάνονται παλμούς, προσυγκοπή, ζάλη, κόπωση και δύσπνοια.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

- αίσθημα παλμών (ένα ξαφνικό φούσκωμα, φτερούγισμα ή ταχυπαλμία στο στήθος).
- ταχυκαρδία
- έλλειψη ενέργειας ή αίσθημα αδυναμίας και υπερκόπωσης



- Ιλιγγος (αίσθημα ελαφριάς κεφαλαλγίας ή λιποθυμίας)
- Θωρακική δυσφορία (πόνος και πίεση στο στήθος)
- πολλές φορές σε συνήθεις δραστηριότητες ή ακόμα και σε ηρεμία εμφανίζουν δύσπνοια με δυσκολία στην αναπνοή.

ΠΩΣ ΔΙΑΓΙΓΝΩΣΚΕΤΑΙ Η ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Η κολπική μαρμαρυγή διαγιγνώσκεται με τέσσερις εξετάσεις:

- ΉΚΓ
- Holter ρυθμού
- monitor συμβάντων
- τηλεφωνικό monitor

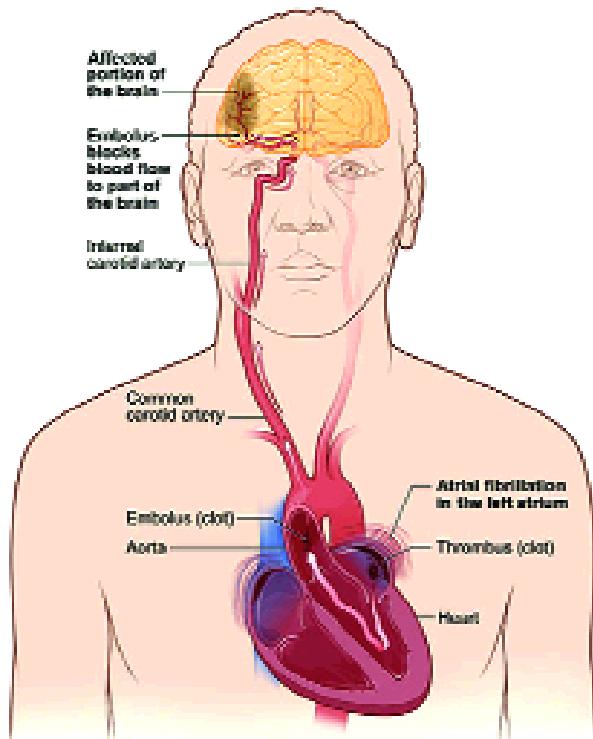
Αυτές οι συσκευές monitor βοηθούν να αποκαλυφθούν ανωμαλίες στον καρδιακό ρυθμό, το είδος τους, τη διάρκειά τους και, πιθανόν η αιτία τους.

ΣΚΟΠΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Να επανέλθει φυσιολογικός καρδιακός ρυθμός
- Να υπάρχει έλεγχος καρδιακής συχνότητας
- Να γίνει πρόληψη δημιουργίας θρόμβων και εκδήλωσης εγκεφαλικού.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτάται από την γενική κατάσταση του αρρώστου, το αίτιο και το χρόνο εμφάνισης της αρρυθμίας.



Σε κολπική μαρμαρυγή που ο άρρωστος είναι αιμοδυναμικά σταθερός ή η κολπική μαρμαρυγή είναι χρόνια χορηγούνται τα εξής φάρμακα:

- Δακτυλίτιδα (ΕΦ ή από το στόμα). Μπορεί να χορηγηθεί σε συνδυασμό με αντιπηκτική αγωγή για την αποφυγή εμβολών
- Προπαναλόλη

Για την πρόληψη κρίσεων κολπικής μαρμαρυγής σήμερα χρησιμοποιείται:
Σοταλόλη, Προπαφαινόνη (ρυθμονόρμ), Αμιωδαρόνη (Angoron), β Blocker.

Για την πρόληψη θρόμβων και εγκεφαλικού

- Αντιπηκτικά ή αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα όπως τα κουμαρινικά (sintrom) χορηγούνται για να μειώσουν τον κίνδυνο σχηματισμού θρόμβων ή εγκεφαλικού. Η κοθμαρίνη μειώνει τον κίνδυνο σχηματισμού θρόμβων ή εγκεφαλικού 60-80% σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή. Όταν χρησιμοποιείται κουμαρίνη, χρειάζονται εξετάσεις πήξεως αίματος για να εξασφαλιστεί ότι η πηκτικότητα του αίματος είναι σε ασφαλές και αποτελεσματικό επίπεδο, δηλ. INR 2 εως 3 ανάλογα με την ηλικία. Μερικοί άρρωστοι μπορεί να λάβουν ασπιρίνη αντί κουμαρίνης.

Εάν τα φάρμακα δεν είναι ικανά να ελέγχουν μια επίμονη αρρυθμία μπορεί να απαιτηθεί **ηλεκτρική ανάταξη**. Ο ασθενής μεταφέρεται στη στεφανιαία μονάδα όπου του χορηγείται μια βραχεία δράση αναισθησίας



και στη συνέχεια ο ιατρός εφαρμόζει συγχρονισμένη εκκένωση ηλεκτρικού ρεύματος στο θωρακικό τοίχωμα. Μετά την επιτυχή ανάταξη στο ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώνεται φλεβοκομβικός ρυθμός. Στη συνέχεια γίνεται μεταφορά του ασθενούς στο θάλαμό του όπου λαμβάνονται, αξιολογούνται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία του. Η αντιπηκτική αγωγή συνεχίζεται και μετά την ανάταξη.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΣΥΣΚΕΥΕΣ

- **Εμφύτευση Βηματοδότη.** Είναι μια συσκευή που στέλνει μικρά ηλεκτρικά ερεθίσματα στον καρδιακό μυ για να διατηρήσει μια ικανοποιητική καρδιακή συχνότητα. Οι βηματοδότες εμφυτεύονται σε ασθενείς μετά την κατάλυση του κολποκοιλιακού κόμβου ή σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή που έχουν χαμηλές σφύξεις.
- **ICD.** Είναι ένας εμφυτεύσιμος καρδιομετατροπέας-απινιδωτής σχεδιασμένος για να "εφοδιάζει" ένα άτομο με τη δυνατότητα να θεραπεύεται μόνο του χωρίς να πρέπει να πάει στο νοσοκομείο. Όταν συμβούν τα συμπτώματα της κολπικής μαρμαρυγής ο ασθενής μπορεί να ανοίξει τη συσκευή όταν οι συνθήκες είναι κατάλληλες ή η συσκευή τίθεται σε αυτόματη λειτουργία.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ασθενείς με χρόνια κολπική μαρμαρυγή που δεν ανακουφίζονται με φάρμακα, παρεμβάσεις ή έχουν άλλες καταστάσεις που απαιτούν καρδιοχειρουργική επέμβαση είναι υποψήφιοι για χειρουργική θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής.

Η πιο γνωστή επέμβαση είναι η **MAZE** όπου γίνονται μια σειρά από ακριβείς τομές στο δεξιό και αριστερό κόλπο δημιουργώντας έτσι στενούς διαδρόμους για προώθηση του ερεθίσματος που εμποδίζουν την επανείσοδο κυματομορφών που την προκαλούν.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ

ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Πολύ συχνά είμαστε το πρώτο πρόσωπο από την ομάδα υγείας που θα αντιληφθεί την ύπαρξη αρρυθμίας. Γι' αυτό:

- συνιστούμε στον άρρωστο να διακόψει κάθε δραστηριότητα την ώρα της αρρυθμίας
- ενημερώνεται ο ιατρός
- χορηγείται οξυγόνο
- φλεβοκέντηση του ασθενούς

- γίνεται λήψη ζωτικών σημείων (ο σφυγμός μετριέται σε διάστημα 1 min και καταγράφεται)
- λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος (διαπίστωση ανωμαλίας στον ρυθμό)
- χορηγείται ενδοφλεβίως αμιοδαρώνη (Angorogon)
- λήψη σύντομου νοσηλευτικού ιστορικού: Πότε άρχισε η αρρυθμία; Τι νομίζετε ότι την προκάλεσε; Είχατε τέτοια αρρυθμία και παλιότερα; Έχετε άλλα συμπτώματα π.χ. εφίδρωση, ναυτία, δύσπνοια;
- συνίσταται στον ασθενή να παραμείνει κλινήρης.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η κολπική μαρμαρυγή αποτελεί ένα μεγάλο και ετερόκλητο κεφάλαιο της καρδιολογίας. Ορισμένες φορές μπορεί να προκαλέσει αιθώνα ενοχλήματα και άλλες ακόμη και το θάνατο.

Σήμερα, με την εξέλιξη των φαρμάκων και της τεχνολογίας, η κολπική μαρμαρυγή αντιμετωπίζεται με επιτυχία, όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο. Σημαντική προυπόθεση, για να συμβεί όμως αυτό, αποτελεί η ενημέρωση του ασθενούς για τα δυνητικά συμπτώματα και η ευαισθητοποίησή του, για να προστρέξει στη βοήθεια ενός ειδικού καρδιολόγου, που θα τον οδηγήσει σε διαγνωστικό έλεγχο, για την εντόπιση και αντιμετώπιση του προβλήματός του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ ΙΩΑΝ. ΧΑΝΙΩΤΗΣ, Παθολογία, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, τόμος δεύτερος, 1997
2. INTERNET in. Cardiology
3. ΔΗΜΗΤΡΑ Β. ΑΚΥΡΟΥ, (Διδάκτωρ Νοσηλ. Πανεπιστ. Αθηνών) Εγχειρίδιο καρδιολογικής νοσηλευτικής, Γ έκδοση, Αθήνα 2005
4. Π.Κ. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ, Χ.Ι. ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ, Χ. ΜΠΟΥΝΤΟΥΛΑΣ Καρδιακές παθήσεις. Τόμος Β, Β έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Α.Ε. Αθήνα 2001
5. INTERNET health. in. gr
6. ΑΝΝΑ ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΣΗ, ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 2ος τόμος, Β έκδοση, 2004
7. ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ Κ. ΑΘΑΝΑΤΟΥ, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Έκδοση Ζ, Αθήνα 2004

Η παραπάνω εργασία παρουσιάστηκε στη Νοσηλευτική Ημερίδα με τίτλο «Καρδιολογική Νοσηλευτική - Σύγχρονες Προσεγγίσεις», που διοργανώθηκε στο αμφιθέατρο του ΓΝΠ στις 14-4-2008.

Η συνεργασία μεταξύ των παιδιάτρων, αναισθησιολόγων και χειρουργών οδηγεί στην καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών με κληρονομικό αγγειοοίδημα



Γράφει η **Ευφημία Παπαδοπούλου-Αλατάκη**
Λέκτορας Παιδιατρικής-Ανοσολογίας Α.Π.Θ.
Δ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ.

ΤΟ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΟΟΙΔΗΜΑ συγκαταλέγεται στον κατάλογο των σπάνιων νοσημάτων και οφείλεται σε μια συγγενή ανεπάρκεια ενός συστατικού του συμπληρώματος, του αναστολέα της C1 εστεράσης. Πρόκειται για μια ανοσοανεπάρκεια που είναι μεν σπάνια, αλλά εμφανίζεται συχνά σε πολλά μέλη της ίδιας οικογένειας. Αυτό συμβαίνει γιατί κληρονομείται με τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα (εάν ένας γονιός είναι πάσχων, το ένα από τα δύο παιδιά του θα εμφανίσουν το νόσημα). Χαρακτηρίζεται από προσβολές οιδημάτων που εντοπίζονται σε διάφορα συστήματα, κυρίως στο δέρμα, όπου εκδηλώνονται συνήθως σαν οιδήματα άκρων αλλά και στον εντερικό σωλήνα όπου εκδηλώνονται σαν κρίσεις οξεός κοιλιακού άλγους. Η σοβαρότερη όμως εντόπιση είναι το οίδημα του λάρυγγα που αποτελεί εκδήλωση απειλητική για τη ζωή και καθίσταται ιδιαίτερα επικίνδυνο σε κάθε χειρουργική επέμβαση, ιδίως όταν απαιτείται γενική αναισθησία.

Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να παρακολουθούνται από εξειδικευμένους γιατρούς, να ενημερώνονται για τις επιπτώσεις του νοσήματος και να αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη επαγρύπνηση στις περιπτώσεις που θα χρειασθούν χειρουργική επέμβαση.

Στο Ανοσολογικό Τμήμα της Δ' Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ. παρακολουθούνται ασθενείς με κληρονομικό αγγειοϊδήμα, παιδιά και ενήλικες, που αποτελούν μέλη ιδίων οικογενειών προερχομένων κυρίως από το χώρο της Βόρειας Ελλάδας. Η ενδεδειγμένη αντιμετώπιση είναι η θεραπεία υποκατάστασης που στηρίζεται στη χορήγηση του ανθρώπειου παράγοντα C1 Inhibitor. Χάρη στις άοκνες προσπάθειες του Φαρμακείου του Νοσοκομείου, η παραγγελία του φαρμάκου αυτού εκτελείται πλέον σε εύλογο χρόνο προς ανακούφιση των ασθενών μας.

Οι ασθενείς όμως με το κληρονομικό αγγειοϊδήμα, πέραν του χρόνιου εφόρου ζώντος νοσήματός τους, είναι δυνατόν να παρουσιάσουν και άλλα προβλήματα υγείας που γίνονται πολύ σοβαρά λόγω της υποκείμενης νόσου. Έτσι, προέκυψε η ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης ενός ασθενούς 10 ετών με κληρονομικό αγγειοϊδήμα που παρακολουθείται στην Παιδιατρική Κλινική του Νοσοκομείου μας, ο οποίος εμφάνισε βουβωνοκήλη. Ο μικρός ασθενής είχε αναζητήσει ιατρική αντιμετώπιση και αλλού, επειδή όμως ο κίνδυνος εμφάνισης λαρυγγικού οιδήματος είναι απειλητικός για τη ζωή τόσο εγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά, υπήρχε η άρνηση χορήγησης αναισθησίας από τους αναισθησιολόγους άλλων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Όμως, η στενή συνεργασία με το Αναισθησιολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου μας και η πλήρης ενημέρωση σχετικά με τα προβλήματα της σπάνιας αυτής νόσου, μας οδήγησε, αφενός μεν στη σωστή προετοιμασία του ασθενούς από την Παιδιατρική Κλινική (χορήγηση



C1 Inhibitor), αφετέρου δε στην ενδεδειγμένη αναισθησιολογική τεχνική στο χειρουργείο. Η χειρουργική επέμβαση έγινε με επιτυχία από την Α' Παιδοχειρουργική Κλινική Α.Π.Θ και ακολούθησε εντατική μετεγχειρητική παρακολούθηση από το Αναισθησιολογικό τμήμα και ετοιμότητα για αντιμετώπιση επικίνδυνων για τη ζωή του μικρού ασθενούς καταστάσεων.

Μετά την πρώτη επιτυχή έκβαση, το Παιδοανοσολογικό σε συνεργασία με το Αναισθησιολογικό τμήμα, ανέλαβε τη διεκπεραίωση της χειρουργικής επέμβασης μιάς ενήλικος ασθενούς με κληρονομικό αγγειοϊδήμα, η οποία, μετά από πολλές αναβολές, χειρουργήθηκε επιτυχώς για ολική αρθροπλαστική γόνατος από την Γ' Ορθοπεδική Κλινική Α.Π.Θ.

Κατ'αναλογία, επιτυχής υπήρξε και η διεκπεραίωση τοκετού σε ασθενή με κληρονομικό αγγειοϊδήμα (η μητέρα του αγοριού με την εγχειρισθείσα βουβωνοκήλη) στην Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ.

Το κληρονομικό αγγειοϊδήμα είναι μια νόσος χρόνια και συχνά επικίνδυνη για τη ζωή των ασθενών. Οι ασθενείς με το νόσημα αυτό μπορούν να μην είναι πλέον ανασφαλείς και να αισιοδοξούν για το μέλλον τους, εφόσον έχουν την ενδεδειγμένη αντιμετώπιση στα πλαίσια λειτουργίας της Δ' Παιδιατρικής Κλινικής. Συγχρόνως όταν απαιτείται η χορήγηση αναισθησίας για τη διεκπεραίωση μιας χειρουργικής επέμβασης, παρά την επικινδυνότητα του εγχειρήματος, αυτή αντιμετωπίζεται με επιτυχία από το Αναισθησιολογικό τμήμα σε σύνδεση και με τις άλλες κλινικές του Νοσοκομείου μας. Η στενή συνεργασία μεταξύ των γιατρών πολλών ειδικοτήτων στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου επέτυχε με τον καλύτερο τρόπο τον στόχο όλων μας για βελτίωση της περιθαλψης και ποιότητας ζωής των συναθρώπων μας με το σπάνιο αυτό νόσημα, το κληρονομικό αγγειοϊδήμα.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ: ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Υπάρχει πρόληψη;



Γράφει ο Δρ. Χρήστος Μανές
Παθολόγος - Διαβητολόγος
Διευθυντής Παθολογίας ΕΣΥ
Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου
Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»



Ο ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ είναι χρόνια νόσος. Θεωρείται ως η μάστιγα του αιώνα μαζί με την παχυσαρκία σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Ο κύριος λόγος είναι η ραγδαία αύξηση των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη παγκοσμίως. Το έτος 2008 ο πληθυσμός των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη πλησίαζε τα 194 εκατομμύρια. Ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί το έτος 2025 σε 300 εκατομμύρια (το 2015 θα είναι 215 εκατομμύρια). Πριν να φύγει η δική μας γενιά από τη ζωή θα έχει διπλασιαστεί ο αριθμός των διαβητικών σε όλο τον κόσμο. Η ραγδαία αυτή αύξηση των ατόμων σε Σακχαρώδη Διαβήτη αποδίδεται κυρίως στην επίσης ραγδαία αύξηση της παχυσαρκίας που θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση του Σακχαρώδη Διαβήτη.

Μέχρι τώρα δεν δίναμε προσοχή στην ύπαρξη του προβλήματος αυτού. Ας αναλογιστούμε όμως ότι ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι χρόνια νόσος δηλαδή ακολουθεί το άτομο σε όλη του ζωή και απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και ιατρική φροντίδα. Αυτό σημαίνει πως απαιτούνται θεραπευτικές παρεμβάσεις που διαρκώς θα γίνονται πιο έντονες, δηλαδή θα χρειαζόμαστε συνεχώς περισσότερα φάρμακα, περισσότερη προσοχή στις χρόνιες επιπλοκές που αφορούν τα μάτια, τα πόδια, τους νεφρούς και την καρδιά.

Το κόστος οικονομικό και κοινωνικό είναι μεγάλο. Αναφερόμαστε στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, στη συνεχώς αυξανόμενη απαίτηση πλέον εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης και στην απουσία εργατικού δυναμικού λόγω πρόωρης συνταξιοδότησης ατόμων με αναπηρία εξαιτίας του Σακχαρώδη Διαβήτη.

Ποια πρέπει να είναι η απάντηση μιας οργανωμένης υπηρεσίας υγείας στο πρόβλημα αυτό αυτό; Αυτό ακριβώς που συνιστούν οι διεθνείς οργανισμοί κυρίως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Πρόληψη!

Πρόληψη της εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη

Υπάρχουν παρεμβάσεις - στρατηγικές που αποδεδειγμένα μειώνουν (όχι εξαλείφουν) την εμφάνιση νέων περιπτώσεων Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (δηλαδή της μορφής που εμφανίζεται στους ενήλικες). Οι παρεμβάσεις αυτές που μελετήθηκαν πρόσφατα, αφορούσαν αλλαγή στον τρόπο διαβίωσης.

Υπήρξε δε τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας από πολύ καλές μελέτες. Στην Φινλανδία π.χ. αποδείχθηκε πως αν σε παχύσαρκα άτομα που βρίσκονται στο προστάδιο για εμφάνιση Σακχαρώδη Διαβήτη παρέμβουμε με συμβουλές για σωστή διατροφή και φυσική δραστηριότητα ο κίνδυνος εμφάνισης νέων περιπτώσεων Διαβήτη μειώνεται κατά 50%. Δηλαδή άτομα που ασκήθηκαν σωματικά για 150 λεπτά (περίπου) κάθε εβδομάδα και ελάμβαναν σωστή διατροφή (από ειδικά προγράμματα που συμμετείχαν διατροφολόγοι)

εμφάνισαν μείωση κατά 50% σε νέες περιπτώσεις Σακχαρώδη Διαβήτη παρόλο που ήταν σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση Διαβήτη. Μελέτη σε πληθυσμό από την Κίνα έδειξε επίσης πως όταν συνδυάζεται η σωστή διατροφή με τη σωστή και συστηματική σωματική άσκηση εμφανίζεται μείωση νέων περιπτώσεων Σακχαρώδη Διαβήτη κατά 42% σε διάστημα 5ετίας. Στην περίπτωση αυτή αποδείχθηκε πως ο συνδυασμός σωστής διατροφής και σωματικής άσκησης είχε πιο ευνοϊκά αποτελέσματα. Το σημαντικό όμως είναι πως και στις δύο έρευνες που αναφέρθηκαν τα άτομα που συμμετείχαν θεωρούνταν υψηλού κινδύνου ασθενείς για την εμφάνιση του Σακχαρώδη Διαβήτη.

Το γεγονός αυτό δείχνει πως η αποτροπή της εμφάνισης της νόσου είναι εφικτή απλά, χωρίς ιδιαίτερες και πολύπλοκες στρατηγικές παρεμβάσεις. Αρκεί να γίνεται με ορθό επιστημονικό τρόπο και πάντα με ιατρική παρακολούθηση. Χρειάζεται η εθελοντική συμμετοχή σε ανάλογα προγράμματα. Αν ακόμα αυτό δεν είναι εφικτό, η σωστή διατροφή (αποφυγή λιπών και υπερβολικής ποσότητας τροφής) και η συνεχής σωματική άσκηση μας προφυλάσσουν από την εμφάνιση Διαβήτη. Ας θυμηθούμε όλοι την κληρονομιά που έχουμε σε σχέση με τις διατροφικές μας συνήθειες π.χ. πολλά φρούτα, όσπρια, λαχανικά, ψάρι ή κοτόπουλο και λιγότερο κόκκινο κρέας (όχι αποφυγή του). Οφειλούμε να διατηρήσουμε τις πατροπαράδοτες διατροφικές συνήθειες που αναφέραμε.

Οι σωματικές δραστηριότητες που συνιστώνται είναι γυμναστική για 30 λεπτά την ημέρα, ήρεμη κολύμβηση (όταν είναι δυνατόν), γρήγορο βάδισμα και συμμετοχή σε αθλοπαιδιές (ιδίως για τα νέα άτομα). Προσοχή όμως: η συμβουλή του γιατρού είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τα παραπάνω.

Τελικά τι κερδίζουμε από τον τρόπο διαβίωσης που περιγράψαμε παραπάνω; Η απάντηση έχει ήδη αναφερθεί δηλαδή την εμφάνιση του Σακχαρώδη Διαβήτη. Η επόμενη ερώτηση που βρίσκεται στα χειλή όλων είναι, πιστεύω, η εξής: «Και τι πειράζει αν εμφανίσω Σακχαρώδη Διαβήτη;». Η απάντηση εδώ είναι δύσκολη. Ας διαβάσουμε ακόμα μια φορά τις πρώτες παραγγράφους του κειμένου. «Ο Σακχαρώδης Διαβήτης δεν θεραπεύεται, είναι χρόνια νόσος. Εμφανίζει αυξημένο κίνδυνο να βλάψει μερικά ζωτικής σημασίας όργανα του σώματος π.χ. την καρδιά, τα μάτια, τους νεφρούς και τα πόδια».

Επομένως η πρόληψη της εμφάνισης Διαβήτη έχει μεγάλη σημασία για την υπόλοιπη ζωή μας. Αξίζει να προσπαθήσουμε. Εάν τελικά εμφανιστεί όμως Διαβήτης η προσπάθεια θα επικεντρωθεί στον τρόπο αποφυγής των σοβαρών επιπλοκών. Ίσως θα έχουμε την ευκαιρία να συζητήσουμε το θέμα αυτό στην επόμενη επικοινωνία μας.

Πρόληψη τώρα, πρόβλημα ποτέ **ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ**



Τι είναι η υπερλιπιδαιμία

Ως υπερλιπιδαιμία, ορίζεται η αύξηση των λιπιδίων του αίματος, ή πιο απλά της χοληστερίνης πάνω από το φυσιολογικό όριο τιμών.

Τι είναι η χοληστερίνη

Είναι μία εξαιρετικά ωφέλιμη ουσία για τον ανθρώπινο οργανισμό, όταν βέβαια κυμαίνεται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια. Λιπαρή και μαλακή, σαν κερί στην όψη, κυκλοφορεί στα αγγεία με σκοπό τη δημιουργία της μεμβράνης των κυττάρων και την παραγωγή ορμονών. Ο ανθρώπινος οργανισμός μπορεί και να την παράγει αλλά και να την προσλαμβάνει μέσα από ζωικές τροφές, όπως το κρέας, τα αυγά και τα γαλακτομικά. Η κατανάλωση των τροφών αυτών πρέπει να γίνεται με μέτρο, καθώς η αύξηση της χοληστερίνης πέρα από τα φυσιολογικά επίπεδα ή αλλιώς η υπερλιπιδαιμία ευθύνεται για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Τι είναι τα τριγλυκερίδια

Είναι και αυτά μέρος του λίπους του οργανισμού. Τα τριγλυκερίδια όπως και η χοληστερίνη παράγονται από τον οργανισμό αλλά και προσλαμβάνονται μέσω των τροφών. Άτομα με υψηλές τιμές τριγλυκεριδίων συνήθως έχουν αυξημένες τιμές χοληστερίνης και χαμηλές τιμές καλής χοληστερίνης. Έτοιμα με στεφανιαία νόσο καθώς και άτομα με διαβήτη, ή παχύσαρκα παρουσιάζουν υψηλές τιμές τριγλυκεριδίων. Οι γυναίκες έχουν την τάση να παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό τριγλυκεριδίων σε σχέση με τους άντρες.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Ποια είναι η διάκριση ανάμεσα σε καλή και κακή χοληστερίνη

HDL χοληστερίνη: Η καλή χοληστερίνη

HDL(High Density Lipoprotein) χοληστερίνη ή καλή χοληστερίνη ονομάζεται η λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας, που αναλαμβάνει να απομακρύνει το 25%-30% της χοληστερίνης από τον οργανισμό, μιας και δεν μπορεί μόνος του να απαλλαχθεί από αυτή, διαλύοντάς την. Η HDL χοληστερίνη, χαρακτηρίζεται ως καλή, όχι μόνο γιατί μεταφέρει μακριά από τα αγγεία την πλεονάζουσα χοληστερίνη αλλά και επειδή δρα κατά των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Επιπροσθέτως, σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι απομακρύνει και την κακή χοληστερίνη από τις αθηροματικές πλάκες.

LDL χοληστερίνη: Η κακή χοληστερίνη

LDL χοληστερίνη ή κακή χοληστερίνη, ονομάζεται η λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας (Low Density Lipoprotein). Χαρακτηρίζεται ως κακή, γιατί όταν ξεπεράσει το φυσιολογικό όριο, συσσωρεύεται στα τοιχώματα ων αγγείων, προκαλώντας αθηροσκλήρωση. Εάν σχηματισθεί στην περιοχή αυτή ένας θρόμβος από ρήξη της πλάκας, προκαλείται απόφραξη του αγγείου επιφέροντας καρδιακό επεισόδιο, ή αλλιώς έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αντίστοιχα στον εγκέφαλο μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλικό επεισόδιο.

Πότε αρχίζει η μέτρηση της χοληστερίνης

Η μέτρηση της χοληστερίνης πρέπει να ξεκινά από την ηλικία των 20 ετών και να επαναλαμβάνεται κάθε πέντε χρόνια εφόσον κυμαίνεται μέσα στα φυσιολογικά επίπεδα. Σε μεγαλύτερες ηλικίες ή εάν υπάρχει βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, η εξέτασή της πρέπει να είναι συχνότερη και σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του γιατρού. Όμως για να είναι τα αποτελέσματα αξιόπιστα, θα πρέπει ο εξεταζόμενος να έχει παραμείνει τουλάχιστον 12 ώρες νηστικός πριν από την αιμοληψία.

Πότε είναι η χοληστερίνη αυξημένη

Δεν είναι απλό να ορισθεί αν κάποιος έχει υψηλή χοληστερίνη. Οι παθολογικές τιμές της εξαρτώνται από:

- Τα επίπεδα της HDL και της LDL χοληστερίνης
- Την ολική χοληστερίνη
- Την ηλικία και την άσκηση
- Τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του ατόμου

Γενικά θα λέγαμε ότι τα πλαίσια τιμών είναι τα ακόλουθα:

Ολική χοληστερίνη

Επιθυμητή: λιγότερο από 200 mg/dl, Οριακά υψηλή: 200-239 mg/dl, Υψηλή: άνω των 240 mg/dl

HDL χοληστερίνη

Επιθυμητή: άνω των 45 mg/dl, Οριακή: 40-45 mg/dl,

Χαμηλή: κάτω από 40 mg/dl

LDL χοληστερίνη

Φυσιολογική: λιγότερη από 100 mg/dl, Οριακά φυσιο-

λογική: 100-129 mg/dl, Οριακά αυξημένη: 130-159

mg/dl, Υψηλή: 169-189 mg/dl

Σε άτομα όμως με στεφανιαία νόσο σύμφωνα με τις νέες οδηγίες θα πρέπει να είναι λιγότερο από 70mg/dl.

Πόσο σημαντική είναι η πρόληψη από την παιδική ηλικία

Επειδή οι βλάβες στα αιμοφόρα αγγεία αρχίζουν από την παιδική ηλικία και είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου στην ενήλικη ζωή, θα πρέπει οι γονείς να λάβουν τα σωστά μέτρα πρόληψης έγκαιρα. Πιο, συγκεκριμένα, θα πρέπει να φροντίσουν ώστε τα παιδιά να τρέφονται υγιεινά και να αθλούνται συστηματικά. Σημαντικό επίσης είναι να προστατεύσουν τα παιδιά από την παχυσαρκία ελέγχοντας την ποσότητα φαγητού που καταναλώνουν. Δυστυχώς στις μέρες μας η παιδική παχυσαρκία έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας και είναι πολύ επικίνδυνη από όσο νομίζουμε, αφού συνδέεται στενά με την εκδήλωση των καρδιαγγειακών παθήσεων στην ενήλικη ζωή.

Φυσιολογικές τιμές για τα παιδιά από 2-19 ετών

Ολική χοληστερίνη

Αποδεκτή: λιγότερο από 170mg/dl, Οριακή: 170-199 mg/dl, Υψηλή: άνω των 200 mg/dl

LDL χοληστερίνη

Αποδεκτή: λιγότερο από 110mg/dl, Οριακή: 110-129 mg/dl, Υψηλή: άνω των 130 mg/dl

Πως η χοληστερίνη επηρεάζει τις γυναίκες

Οι γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση παρουσιάζουν χαμηλότερο ποσοστό καρδιοπάθειας σε σχέση με τους άντρες. Αυτό οφείλεται στα οιστρογόνα, που αυξάνουν τα επίπεδα καλής χοληστερίνης στο αίμα. Όταν όμως οι γυναίκες εισέρχονται στην εμμηνόπαυση, η χοληστερίνη αρχίζει να αυξάνεται με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν τους ίδιους κινδύνους με τους άντρες.

Αντιμετωπίζω τη χοληστερίνη με απλούς τρόπους

1. Μειώνω το σωματικό μου βάρος, εάν είμαι παχύσαρκος, γιατί με τη μείωσή του, ελαττώνεται η χοληστερίνη και αυξάνεται η καλή χοληστερίνη.

2. Ασκούμαι συστηματικά. Κατόπιν συνεννόσης με τον γιατρό μου, ξεκινώ την αεροβική άσκηση, 30-40, λεπτά,

την ημέρα, τουλάχιστον 4-5 φορές την εβδομάδα.

3. Αυξάνω την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.

4. Μειώνω την κατανάλωση του κόκκινου κρέατος. Περιορίζω την κατανάλωση του κόκκινου κρέατος σε μία με δύο φορές την εβδομάδα και το αντικαθιστώ με κοτόπουλο, γαλοπούλα και ψάρι, βραστά ή ψητά.

5. Προσθέτω στη διατροφή μου τόνο, σολομό και σαρδέλες που έχουν ευνοϊκή επίδραση στη χοληστερίνη γιατί περιέχουν ω3 λιπαρά οξέα

6. Περιορίζω τα λίπη σε ποσοστό 30% των ολικών θερμίδων.

7. Ελέγχω τα συστατικά των τυποποιημένων προϊόντων και την περιεκτικότητά τους σε λιπαρά

8. Αποφεύγω τις μαργαρίνες και το βούτυρο, γιατί περιέχουν μεγάλες ποσότητες λίπους. Τα αντικαθιστώ με υγρές μαργαρίνες που περιέχουν λιγότερα λιπαρά.

9. Ακολουθώ υγιεινή διατροφή ακόμη και αν δεν είμαι παχύσαρκος

Αντιμετωπίζω τη χοληστερίνη με φαρμακευτική αγωγή

Τα άτομα που δεν κατορθώνουν να μειώσουν τα επίπεδα της χοληστερίνης στις επιθυμητές τιμές, με τους τρόπους που αναφέρθηκαν πιο πάνω, θα πρέπει να ακολουθήσουν φαρμακευτική θεραπεία. Ωστόσο, όταν ένα άτομο έχει σοβαρή δυσλιπιδαιμία (με επίπεδα ολικής χοληστερίνης πάνω από 300mg/dl) όπου είναι γνωστό ότι μόνο η δίαιτα δεν θα επαρκέσει, μπορεί να αρχίσει συγχρόνως με τη δίαιτα και φαρμακευτική αγωγή. Ειδικά στους ασθενείς με έκδηλη στεφανιαία νόσο ή ισοδύναμες παθήσεις όπως, ο σακχαρώδης διαβήτης, η χορήγηση υπολιπιδαιμικού φαρμάκου πρέπει να γίνει άμεσα. Επίσης, στα άτομα με σοβαρές υπερτριγλυκεριδαιμίες, δηλαδή με τριγλυκερίδια πάνω από 500mg/dl η χορήγηση υπολιπιδαιμικού φαρμάκου, μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο της παγκρεατίτιδας που είναι ιδιαίτερα υψηλός. Υπάρχουν 5 κατηγορίες υπολιπιδαιμικών φαρμάκων. Ο γιατρός θα επιλέξει το κατάλληλο φάρμακο ανάλογα με την επικρατούσα ανωμαλία των λιπιδίων, δηλαδή την αύξηση της χοληστερίνης ή την αύξηση των τριγλυκεριδίων ή και των δύο. Στις δύσκολες περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθεί ο συνδυασμός δύο ή ακόμη και τριών υπολιπιδαιμικών φαρμάκων. Επίσης, μπορεί να κριθεί απαραίτητη η παρεμβατική αντιμετώπιση (LDL-αφαίρεση) που γίνεται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα.





Β' ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝΠ

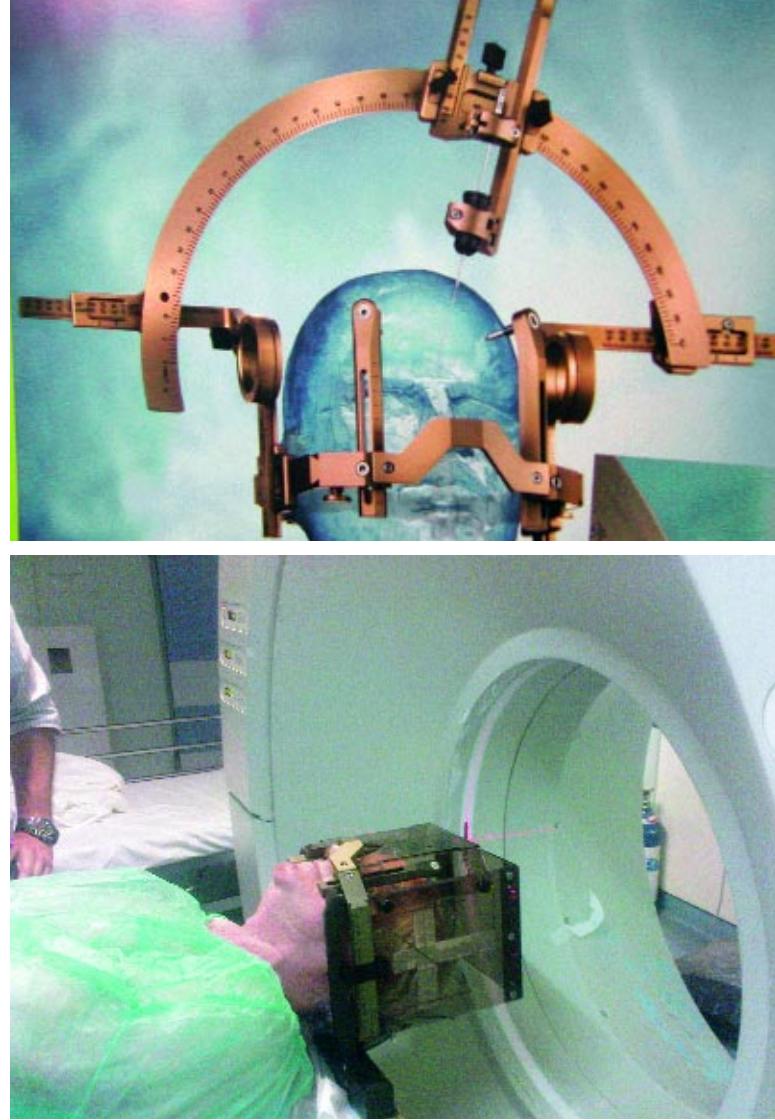
ΣΤΕΡΕΟΤΑΚΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ

Μια μέθοδος τόσο παλαιά και τόσο νέα



Γράφει ο Αριστείδης Χ. Πρασσάς,
Επιμελητής Β' Νευροχειρουργικής Κλινικής ΓΝΠ
Διεύθ: Dr H. Καμπέλης

Η στερεοτακτική χειρουργική είναι μια ελάχιστη επεμβατική μέθοδος που χρησιμοποιεί τρισδιάστατες συντεταγμένες για την εντόπιση μικρών στόχων εντός του σώματος στους οποίους λαμβάνονται βιοψίες, γίνονται εγχύσεις ουσιών, εμφυτεύσεις και μία πλειάδα λοιπών ιατρικών παρεμβατικών πράξεων.



ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΚΑΘΕ ΤΜΗΜΑ του ανθρωπίνου σώματος μπορεί να υποβληθεί σε στερεοταξία. Οι δυσκολίες της τοποθέτησης ενός αξιόπιστου πλαισίου αναφοράς (frame) σε σχέση με το οποίο θα προσδιορισθεί η θέση του στόχου, περιόρισαν τη χρήση της στην χειρουργική του εγκεφάλου.

Η στερεοτακτική μέθοδος αρχικά ανακαλύφθηκε από 2 Βρετανούς επιστήμονες το 1908, τον sir Victor Horsley που ήταν νευροχειρουργός και τον R.H. Clarke που ήταν μηχανικός. Η συσκευή Horsley-Clarke που ανέπτυξαν αρχικά χρησιμοποιήθηκε για πειράματα σε ζώα και έκανε χρήση του καρτεσιανού συστήματος συντεταγμένων. Ακολούθως εξελίχθηκε και είναι μέχρι σήμερα σε εφαρμογή σε πειραματόζωα. Εντούτοις η συσκευή Horsley-Clarke παρουσίαζε δυσκολίες για την εφαρμογή της στον ανθρώπινο εγκέφαλο λόγω της υψηλής ποικιλομορφίας της σχέσης χώρου μεταξύ εγκεφάλου και οστικού κρανίου.

Η ανάπτυξη απεικονιστικών μεθόδων της εποχής, όπως η πνευμοεγκεφαλογραφία και η κοιλιογραφία, διευκόλυνε την εφαρμογή της σε ανθρώπους. Χρησιμοποιώντας την εμπειρία αυτή μεταξύ 1947 και 1949 δύο Αμερικανοί Νευροχειρουργοί ο Ernest A Spieger και ο H.T. Wycis, και ο Σουηδός Νευροχειρουργός Lars Leksell ανέπτυξαν την πρώτη στερεοτακτική συσκευή για την χειρουργική στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Οι Αμερικανοί χρησιμοποιούσαν το καρτεσιανό σύστημα συντεταγμένων για τη συσκευή τους ενώ ο Leksell τις πολικές συντεταγμένες, ή σφαιρικό σύστημα που ήταν ευκολότερο να ρυθμιστεί στην αίθουσα του χειρουργείου.

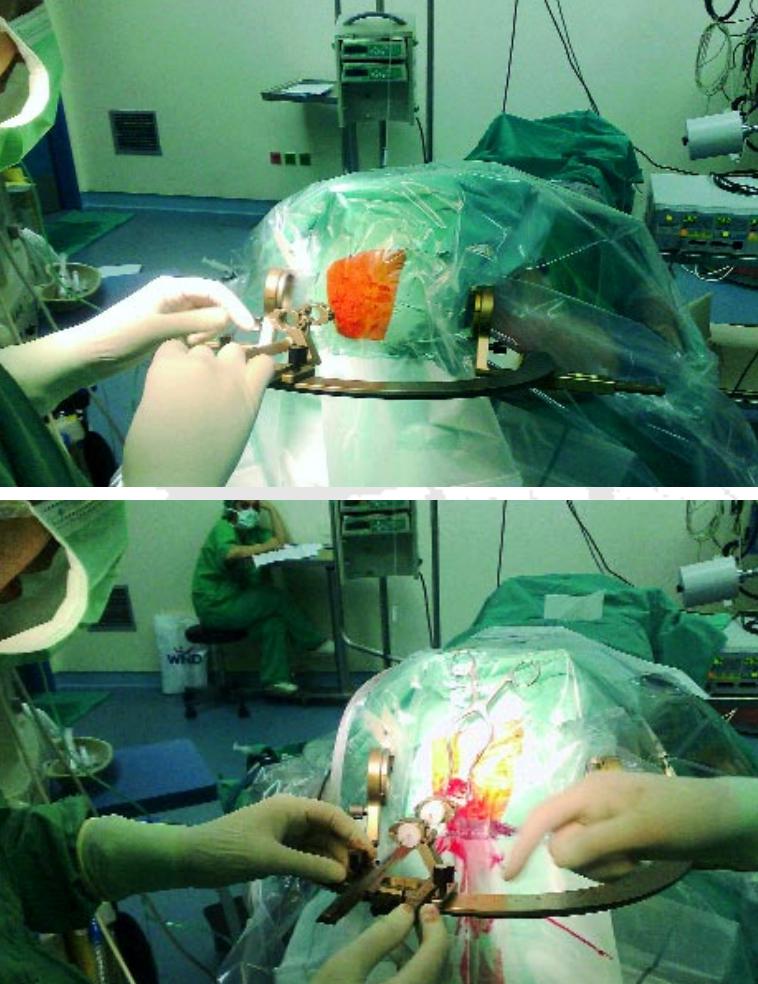
Το 1976 από το πανεπιστήμιο του Τορόντο, αναπτύχθηκε ένα σύστημα που χρησιμοποιούσε CT υποβοηθούμενη απεικόνιση για την ακριβέστερη εντόπιση του επιθυμητού στόχου. Το σύστημα χρησιμοποιούσε εικόνες του εγκεφάλου που είχαν ληφθεί προεγχειρητικά και είχαν εισαχθεί σε ένα τερματικό (monitor) στην αίθουσα του χειρουργείου. Η μέθοδος συνέχισε να εξελίσσεται και σήμερα χρησιμοποιείται ένα σύνθετο μείγμα εικονοκατευθυνόμενης χειρουργικής που συνδυάζει εντός της χειρουργικής αίθουσας αξονική, μα-

γνητική τομογραφία και στερεοτακτική εντόπιση.

Το σύστημα στερεοταξίας με την χρήση πλαισίου (frame) είναι ένα λεπτό ορθογώνιο πλαίσιο που τοποθετείται στην κεφαλή συγκρατούμενο με μεταλλικές καρφίδες. Ο εγκέφαλος απεικονίζεται με αξονική ή μαγνητική τομογραφία, ή και αγγειογραφία μετά την εφαρμογή του πλαισίου για να προσδιορισθεί ο στόχος εν σχέσει με αυτό. Δεδομένου ότι τόσο το πλαίσιο όσο και ο στόχος απεικονίζονται, η απόσταση του στόχου από τα σημεία αναφοράς του πλαισίου μπορεί να μετρηθεί στις τρεις διαστάσεις. Ακολούθως χειρουργικά εργαλεία που προσαρμόζονται στο πλαίσιο μπορούν να «ρυθμιστούν» εν σχέσει με τις ήδη μετρηθέσες συντεταγμένες του στόχου, ο οποίος έτσι μπορεί να προσπελασθεί με ακρίβεια 1-2 χιλιοστών για την εκτέλεση της επιθυμητής δράσης.

Το φάσμα των εφαρμογών που είναι διαθέσιμες με τη στερεοτακτική νευροχειρουργική αυξάνεται συνεχώς. Υπάρχουν 7 βασικές κατηγορίες ενδείξεων:

- Η διενέργεια βιοψιών από δύσκολα προσπελάσιμες περιοχές του εγκεφάλου,
- Αναρρόφηση εν τω βάθει κύτων και αιματωμάτων,
- Η έγχυση ουσιών και εμφύτευση ραδιοισοτόπων,
- Οι νευροενδοσκοπίσεις υπό στερεοτακτική καθοδήγηση,



- ▶ Η στερεοτακτική ακτινοχειρουργική με γ Knife, (Gamma Knife)
- ▶ Η λειτουργική νευροχειρουργική (πχ τρόμος, στη νόσο του Πάρκινσον, Δυστονίες ,κλπ)
- ▶ Η ψυχονευροχειρουργική (ηλεκτροδιέγερση συγκεκριμένων πυρήνων του εγκεφάλου σε συγκεκριμένες ψυχιατρικές διαταραχές, ένα πεδίο, με μεγάλες προοπτικές και ιδιαίτερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια-) εν συνδυασμώ με την φαρμακευτική αγωγή.

Με τη στερεοτακτική νευροχειρουργική είναι δυνατή, χωρίς γενική νάρκωση η εντόπιση και η προσπέλαση περιοχών στόχων που άλλως θα ήταν αδύνατον η ιδιαίτερα επικίνδυνο να προσπελασθούν. Ο ασθενής με το πέρας της επέμβασης επιστρέφει στο θάλαμο του και συνήθως εξέρχεται το επόμενο εικοσιτετράωρο (και εντός ολίγων ημερών επιστρέφει στις συνήθεις του δραστηριότητες).

Φυσικά δεν παύει να είναι μία νευροχειρουργική επέμβαση με τους συνήθεις κινδύνους και πιθανές επιπλοκές μιας εγχείρησης στον εγκέφαλο (λοίμωξη, αιμορραγία, παροδικό ή μόνιμο νευρολογικό έλλειμμα) αλλά με χαμηλά ποσοστά εμφάνισής τους (2-6%).

Γι' αυτό πάντα εκτελείται σε χειρουργική αίθουσα από εξειδικευμένους νευροχειρουργούς, παρουσία αναισθησιολόγου, υπό συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς (monitoring), ούτως ώστε εάν απαιτηθεί να α-

ντιμετωπισθεί άμεσα ο ασθενής με τις κλασσικές μεθόδους (κρανιοτομία).

Η στερεοτακτική Νευροχειρουργική έχει αρχίσει να εφαρμόζεται πρόσφατα στη Νευροχειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου μας, από Ιατρούς που έχουν εξειδικευθεί σε Κέντρο του Εξωτερικού στη μέθοδο. Τα πρώτα αποτελέσματα είναι πολύ ικανοποιητικά. Στόχος της Κλινικής είναι η διεύρυνση των εφαρμογών της στερεοταξίας. Το κόστος των χρησιμοποιούμενων υλικών καλύπτεται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία.

Συμπερασματικά η στερεοτακτική νευροχειρουργική είναι μία ελάχιστα επεμβατική μέθοδος με μεγάλο φάσμα εφαρμογών στη Νευροχειρουργική. Είναι ακριβής και ασφαλής μέθοδος με ικανοποιητικά αποτελέσματα, είτε ως εναλλακτική (βιοψίες), της κλασικής νευροχειρουργικής αντιμετώπισης, είτε ως η κατεξοχήν μέθοδος για συγκεκριμένη κατηγορία παθήσεων (λειτουργική Νευροχειρουργική) που προαναφέρθησαν.

Διενεργείται υπό τοπική νάρκωση σε αίθουσα χειρουργείου από εξειδικευμένη νευροχειρουργική ομάδα, ο ασθενής δέ, εξέρχεται του Νοσοκομείου, επί απουσίας επιπλοκών, το επόμενο εικοσιτετράωρο.

Η δυνατότητα εφαρμογής της τεχνικής σε μία σύγχρονη Νευροχειρουργική Κλινική, εν συνδυασμώ, με τις λοιπές επεμβάσεις, επιτρέπει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση και αντιμετώπιση του νευροχειρουργική ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Patrick Kelly. Introduction and Historical aspects, Tumor Stereotaxy, Philadelphia: W B Saunders Comp,1941.
2. Philip I, Gildenburg. Stereotactic Surgery: present and past. Stereotactic Neurosurgery Ed M P Heilbrun, Baltimore, Williams and Wilkins, 1980
3. Sabbatini, RME: St. Neus. In: The history of psychosurgery. Brain and mind magazine, 2, 1977.
4. Kongkam PN, Knifed E et al: complications in 622 cases of frame based stereotactic biopsy, a decreasing procedure. Can J. Neurol Sci 2008 Mar, 35(1):79-84
5. Dammers R, Haitsma IK et al: safety and efficacy of frameless and frame based intracranial tumor Biopsies. Acta Neurochir (Wien). 2008Jan; 150(1): 23-9. Epub 2008 Jan 3

Ανύπαρκτοι, το ΕΣΥ και εσύ



Γράφει ο Ιωάννης Τσιτουρίδης,
Διευθυντής Ακτινολογικού
Εργαστηρίου ΓΝΠ

Αλήθεια τι σημαίνει ανύπαρκτος;

Ανύπαρκτος σημαίνει ότι δεν υπάρχεις.

Ανύπαρκτος σημαίνει ότι είσαι εδώ αλλά απέχεις.

Ανύπαρκτος σημαίνει ότι δεν συμμετέχεις.

Ανύπαρκτος σημαίνει ότι δεν ξέρεις τις υποχρεώσεις σου.

Ανύπαρκτος σημαίνει ότι δεν μπορείς να εκπληρώσεις τις υποχρεώσεις σου.

Όμως δυστυχώς στην Ελλάδα δεν σημαίνει αποτυχία.

Όμως δυστυχώς στην Ελλάδα δεν σημαίνει πάτος.

Όμως δυστυχώς στην Ελλάδα δεν σημαίνει «στην γωνία».

Όμως δυστυχώς στην Ελλάδα δεν σημαίνει στο «περιθώριο».



ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΙΣΑΙ ΑΝΥΠΑΡΚΤΟΣ αλλά να είσαι πρώτος διότι δυστυχώς εδώ υπάρχει αντί της βασικής εξίσωσης που επικρατεί στο εξωτερικό και είναι: Ανύπαρκτος = συνταγή αποτυχίας, η εξίσωση: Ανύπαρκτος + κορόϊδο = συνταγή αποτυχίας.

Όταν λοιπόν δεν μπορείς να αλλάξεις τη λέξη ανύπαρκτος αλλάζεις τη λέξη κορόϊδο και τότε η συνταγή από αποτυχία γίνεται επιτυχία.

Τι άραγε να βάλουμε στη θέση της λέξης κορόϊδο που να αφορά το ΕΣΥ;

α) τη λέξη «Πανεπιστημιακός»

- Έχουν θεσμοθετημένα προνόμια (απουσιάζουν οι θεσμοθετημένες υποχρεώσεις- κρίσεις- αξιόλογησεις)
- Έχουν εργασία παράλληλη στο Νοσοκομείο του ΕΣΥ, στο ιατρείο, στην ιδιωτική κλινική
- Το μόνο αξιόλογο που βρήκαν στο Νομοσχέδιο του Υπουργού Παπαδόπουλου Αλέκου ήταν η αποδοχή εκ μέρους των του νοσοκομειακού επιδόματος.

β) τη λέξη «συνδικαλιστής του ΕΣΥ»

Είναι μονίμως σε αγαστή συνεργασία με τους εκάστοτε υπουργούς, οι απόψεις τους αλλάζουν ανάλογα με τα προσωπικά τους συμφέροντα, έχουν τακτοποιηθεί όλοι και είναι παράδειγμα προς αποφυγή.

Μπορεί να δημιουργήσουν ένα θέμα ασήμαντο και να το μετατρέψουν σε μείζον αρκεί να τους συμφέρει, και να έχει όφελος για το κόμμα τους ή τους ίδιους.

Το ανύπαρκτο έργο τους δεν συμβαδίζει ποτέ με τις βαρύγδουπες δηλώσεις τους. Εγώ όταν κάποιος συνδικαλιστής αναφέρεται σε κάτι, πιστεύω ακριβώς το αντίθετο και δυστυχώς μονίμως επαληθεύομαι.

γ) τη λέξη «ενταγμένος ιατρός του ΕΣΥ»

Είναι ενταγμένοι σε κάποιες κοινωνικές ομάδες στήριξης και πίεσης, όπως κομματικά στελέχη, παραχριστιανικές οργανώσεις, παρα-αθλητικές οργανώσεις.

Όλοι αυτοί πρωθυπότητες πραγματοποιώντας τα ó-

νειρά τους, με μηδενικό έργο και πολλές απειλές προς κάθε κατεύθυνση.

Η ταυτότητά τους αυτομάτως τους προσδίδει θράσος, αιγλή, δύναμη.

δ) τη λέξη «διοικήσεις του ΕΣΥ»

Όλοι τους είναι κομματικά στελέχη, πιστοί στο κόμμα και όχι στο καθήκον ανεξάρτητα από κυβερνήσεις, χωρίς έλεγχο κάνοντας προσωπικές επιλογές για τα πάντα. Διορισμένοι να υπηρετούν το Δημόσιο Νοσοκομείο, όμως με τις ενέργειες τους ή πολλές φορές με την αδιαφορία τους απαξιώνουν το σύστημα.

Στη θέση λοιπόν της λέξης κορόϊδο τοποθετούν την λέξη κόμμα.

ε) τη λέξη «επιτροπές προμηθειών ΕΣΥ»

Όλοι τους είναι άμεμπτοι και εργατικοί. Τους ζητάς πριν 5 χρόνια να κάνουν τον διαγωνισμό και αντί του ορισμένου χρόνου που περιλαμβάνει και τις ενστάσεις να ολοκληρωθεί ο διαγωνισμός του αξονικού τομογράφου σε 6 μήνες, αυτοί κατόρθωσαν το παγκόσμιο ρεκόρ εργατικότητας να εργάζονται ακατάπαυστα για 6 χρόνια για τον διαγωνισμό αυτού.

Όμως δυστυχώς για όλους αυτούς πρέπει να λειτουργήσουν και καθημερινά με αποτέλεσμα η ανυπαρξία τους να τους οδηγεί πάλι προς τα κάτω εξ ού και η λέξη «ξύνω τον πάτο».

Δεν γνωρίζω αν έχετε καταλάβει, αλλά η παραίτησή μου από τη θέση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου ήταν διότι δεν είχα διάθεση για ξύσιμο του πάτου ή για περίπατο στο τέλμα και τη λασπούρια.

Είναι η δεύτερη παραίτησή μου. Η πρώτη, το 2004, ήταν από την θέση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου του Β' ΠΕΣΥΠ για ιδεολογικούς λόγους (είμαι υποστηρικτής του Δημόσιου Νοσοκομείου και όχι της ιδιωτικής αισχροκέρδειας που βαπτίζεται ιδιωτική πρωτοβουλία).

ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΤΟ 38Ο ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΟΥΡΩΝ

Ανακοίνωση των συμπερασμάτων του 1ου Ευρωπαϊκού
Συνεδρίου Ομοφωνίας σχετικά με τη χρήση της αλλαντικής
τοξίνης σε ουρολογικές παθήσεις που οργανώθηκε
στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου



Ο Απόστολος Αποστολίδης, Λέκτορας Ουρολογίας / Νευροουρολογίας στην Β' Ουρολογική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου και επιστημονικός υπεύθυνος του Κέντρου Εγκράτειας και Παθήσεων Πυελικού Εδάφους του Α.Π.Θ. υπήρξε επικεφαλής ομάδας Ευρωπαίων ειδικών με το μεγαλύτερο αριθμό δημοσιεύσεων σχετικά με την χρήση της αλλαντικής τοξίνης στην Ουρολογία οι οποίοι συγκεντρώθηκαν στις 25-26 Ιανουαρίου 2008 στην Θεσσαλονίκη για να καθορίσουν επιστημονικές συστάσεις και οδηγίες για την σωστή χρήση της αλλαντικής τοξίνης (εμπορικά σκευάσματα BOTOX, Dysport) σε ουρολογικά προβλήματα. Ο κ. Αποστολίδης παρουσίασε τα συμπεράσματα του 1ου Ευρωπαϊκού Συνεδρίου Ομοφωνίας στην διάρκεια του 38ου Παγκόσμιου Συνεδρίου για την μελέτη της Ακράτειας Ούρων στο Κάιρο της Αιγύπτου. Η ανακοίνωση επιλέχθηκε ανάμεσα στις υπόλοιπες για να δημοσιευτεί στην εφημερίδα του Συνεδρίου.



ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ δεδομένα, οι ειδικοί συνιστούν την χρήση της αλλαντικής τοξίνης στην «σπαστική» κύστη που παρατηρείται σε νευρολογικούς αλλά και μη νευρολογικούς ασθενείς, με σκοπό την θεραπεία της ακράτειας ούρων και την διαφύλαξη της σωστής λειτουργίας των νεφρών. Προϋπόθεση για την εφαρμογή της μεθόδου είναι η έλλειψη αποτελεσματικότητας των υπαρχόντων φαρμάκων για την ακράτεια των ούρων. Άλλη βασική προϋπόθεση είναι η αποδοχή από τους ασθενείς της πιθανότητας να χρειάζεται να εκτελούν διαλείποντες καθετηριασμούς για να πετυχαίνουν την ολοκληρωμενή κένωση της ουροδόχου κύστης μετά την θεραπεία. Τα περισσότερα δεδομένα προέρχονται από την χρήση του σκευάσματος BOTOX για το οποίο συστάθηκαν συγκεκριμένες δόσεις, διαλύσεις και τεχνικές ένεσης μέσα στην ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα. Η δράση της αλλαντικής τοξίνης υποχωρεί μετά από κάποιο διάστημα, κατά μέσο όρο 8 μηνών στους νευρολογικούς ασθενείς και 6 μηνών σε ακράτεια ούρων μη νευρολογικής αιτιολογίας. Οι ειδικοί θεωρούν ότι υπάρχουν αρκετά δεδομένα για να συστήσουν τις επαναληπτικές ενέσεις τουλάχιστον σε νευρολογικούς ασθενείς με ακράτεια, ώστε να διατηρηθεί το καλό αποτέλεσμα. Επίσης συμφώνησαν ότι η χρήση της αλλαντικής τοξίνης σε ουρολογικές παθήσεις είναι ασφαλής στις χρησιμοποιούμενες δόσεις και τεχνικές, αφού η συχνότερη παρενέργεια είναι η αδυναμία της ουροδόχου κύστης να αδειάσει τελείως από τα ούρα και η ανάγκη εκτέλεσης διαλειπόντων καθετηριασμών.

Σε παρόμοια πλαίσια κυμάνθηκαν και οι οδηγίες χρήσης σε παιδιά με ακράτεια ούρων κυρίως λόγω νευρολογικής βλάβης. Η δόση του φαρμάκου πρέπει να καθορίζεται ανάλογα με το βάρος του σώματος και να μην ξεπερνάει τις 300 μονάδες του σκευάσματος BOTOX που είναι το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο. Το

φάρμακο δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε παιδιά μικρότερα των 3 ετών, ενώ προσοχή χρειάζεται στην συνολική δόση όταν χρησιμοποιείται ταυτόχρονα και για θεραπεία σπαστικότητας των άκρων.

Παρά το σημαντικό αριθμό δημοσιεύσεων με θετικά αποτελέσματα από την χρήση της αλλαντικής τοξίνης σε περιπτώσεις «σπαστικότητας» της ουρήθρας σε νευρολογικούς κυρίως ασθενείς, περισσότερες μελέτες προτάθηκαν ώστε να δοθεί σύσταση για της ένδειξη αυτή. Επίσης, τα μέχρι σήμερα δεδομένα θεωρήθηκαν ανεπαρκή για να συσταθεί επίσημα η χρήση της αλλαντικής τοξίνης σε καλοήθη υπερπλασία του προστάτη, σε σύνδρομο επώδυνης ουροδόχου κύστης και σε επώδυνα σύνδρομα, όπως δυσμηνόρροια, δυσπαρεύνεια, κολεόσπασμο, που οφείλονται σε «σπασμό» των μυών του πυελικού εδάφους. Συστάθηκε η εκτέλεση περισσότερων ερευνητικών προγραμμάτων τόσο για την χρήση στον προστάτη, ουρήθρα, επώδυνη ουροδόχο κύστη και δυσλειτουργικό πυελικό έδαφος, όσο και για τον καθορισμό της αποτελεσματικότητας διαφορετικών δόσεων και επαναληπτικών ενέσεων σε ασθενείς με ακράτεια ούρων λόγω «σπαστικής» ουροδόχου κύστης, αλλά και για τον έλεγχο της ασφαλούς μακροχρόνιας χρήσης της θεραπείας.

Τα προγράμματα παρακολούθησης που απαιτούνται για την τελική έγκριση της θεραπείας για την «σπαστική» ουροδόχο κύστη που προκαλεί ακράτεια ούρων βρίσκονται ήδη σε εξέλιξη. Η Β' Ουρολογική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης είναι ένα από τα κέντρα που συμμετάσχουν σε διεθνές πρόγραμμα που χρησιμοποιεί 3 διαφορετικές δόσεις του φαρμάκου BOTOX σε άτομα με κακώσεις σπονδυλικής στήλης που πάσχουν από ακράτεια ούρων. Το πρωτόκολλο και η διεξαγωγή της μελέτης στο Νοσοκομείο Παιπαγεωργίου έχουν εγκριθεί από τον Ε.Ο.Φ. Η μελέτη αναμένεται να ολοκληρωθεί στο τέλος του έτους.

Η πλήρης δημοσίευση των συστάσεων που προέκυψαν από το 1ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ομοφωνίας των ειδικών έγινε αποδεκτή στο περιοδικό European Urology που είναι το επίσημο περιοδικό της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας (Apostolidis A., Dasgupta P., Denys P. et al.: RECOMMENDATIONS ON THE USE OF BOTULINUM TOXIN IN THE TREATMENT OF LOWER URINARY TRACT DISORDERS AND PELVIC FLOOR DYSFUNCTIONS: A EUROPEAN CONSENSUS REPORT. European Urology In Press, 2008) και είναι προσβάσιμη στο διαδίκτυο στην βάση δεδομένων PubMed. Οι παρουσιάσεις των ειδικών από το 1ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ομοφωνίας για την χρήση της αλλαντικής τοξίνης είναι προσβάσιμες στην ιστοσελίδα www.imop.gr του Ιδρύματος Μελετών Ουρολογικών Παθήσεων, όπου υπάγεται το Κέντρο Εγκράτειας και Παθήσεων Πυελικού Εδάφους του Α.Π.Θ.

Νίκος Παπαγεωργίου: Νοιώθω δικαιωμένος και τυχερός

Συνέντευξη στο ένθετο περιοδικό «ΜΕ ΥΓΕΙΑ»
της εφημερίδας «ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ» της Κυριακής

Αίσθηση προκάλεσε
η συνέντευξη που
παραχώρησε ο
δωρητής και πρόεδρος
του Δ.Σ. του Νοσοκο-
μείου Παπαγεωργίου,
Νίκος Παπαγεωργίου
στο ένθετο περιοδικό
«ΜΕ ΥΓΕΙΑ» της εφημε-
ρίδας «Μακεδονία»,
η οποία δημοσιεύτηκε
την Κυριακή 12 Οκτω-
βρίου 2008, με την
υπογραφή της Μάρθας
Βρεττάκου. Στη συνέ-
ντευξή του ο Ν. Παπα-
γεωργίου αναφέρθηκε
εκτενώς στο Νοσοκο-
μείο, ενώ απεκάλυψε
πολλές ανθρώπινες
πτυχές της πορείας
τόσο του ίδιου όσο και
της οικογένειάς του,
μιας πορείας που έχει
έντονο το στοιχείο της
κοινωνικής προσφο-
ράς. Αναδημοσιεύουμε
την εν λόγω συνέντευξη
του Ν. Παπαγεωργίου,
η οποία φωτίζει
αρκετές πλευρές της
ιστορίας του Νοσοκο-
μείου, εν πολλοίς
άγνωστες μέχρι
σήμερα.



Κύριε Παπαγεωργίου, η έννοια του ευεργέτη, όπως τη θυμόμαστε από παλιά, συνεχώς ξεθωριάζει. Ελάχιστοι προσφέρουν πια, ωστόσο ο πλούτος αυξάνεται. Πώς το εξηγείτε αυτό;

Είναι ένα φαινόμενο, που δεν είμαι αρμόδιος να το εξηγήσω. Αν και πιστεύω ότι και σήμερα υπάρχει σε πολλούς κοινωνική ευαισθησία και προσφέρουν ο καθένας με τον τρόπο του. Πάντως, το ίδιο θέμα μου είχε θίξει και ο αείμνηστος Κωνσταντίνος Καραμανλής σε μια συνάντησή μας. Αφού με συνεχάρη για την προσφορά μου, μου είπε: "Παλιά είχαμε στην Ελλάδα λίγους πλούσιους και πολλούς ευεργέτες. Σήμερα έχουμε πολλούς πλούσιους και λίγους ευεργέτες".

Η προσφορά στο κοινωνικό σύνολο αποτελεί παράδοση για σας και την οικογένειά σας.

Όχι μόνο για την οικογένειά μας, για ολόκληρη την ιδιαίτερη πατρίδα μας, τη Σιάτιστα. Η ιστορία της Σιάτιστας είναι ταυτόσημη με τη δωρεά, με την ευεργεσία των παιδιών της. Αν ρίξετε μια ματιά, σήμερα, στη Σιάτιστα, θα δείτε ότι τα σχολεία, οι εκκλησίες, τα δημοτικά κτίρια, οι πλατείες, έχουν γίνει με δωρεές Σιατιστινών. Ανθρώπων που ουσιαστικά εξαναγκάστηκαν να φύγουν από τον τόπο τους, που ήταν άγονος και φτωχός. Ταξίδεψαν, δημιουργήθηκαν και επέστρεψαν στη Σιάτιστα για να τη βοηθήσουν, επειδή την αγαπούσαν. Αυτή η ιστορία δεν ήταν δυνατό να μην επηρεάσει την οικογένειά μας. Ακολουθήσαμε και εμείς το δρόμο που έχει χαράξει η Σιάτιστα. Το δρόμο της προσφοράς.

Στρέφοντας το βλέμμα πίσω στο χρόνο μπορείτε να μας δώσετε έναν σύντομο απολογισμό της ζωής σας;

Ποια είναι η οικογένεια Παπαγεωργίου: Είμαι ο μεγαλύτερος από τα τρία αδέλφια. Ζήσαμε την περίοδο του πολέμου, αντιμετωπίσαμε πολλές δυσκολίες. Ζήσαμε την εποχή της μετανάστευσης. Το 1948 όλοι οι φίλοι μου έφυγαν για Αυστραλία. Ετοιμαζόμουν και εγώ. Το απέφυγα την τελευταία στιγμή, εντασσόμενος σαν μαθητευόμενος, σε μια βιοτεχνία επεξεργασίας γουναρικών. Αυτό που απέφυγα εγώ, δεν το απέφυγαν τα αδέλφια μου. Το 1955 φεύγει σαν μετανάστης στην Αμερική ο δεύτερος αδελφός, ο Λεωνίδας. Και το 1957 ο μικρότερος, ο Απόστολος, για Φρανκφούρτη Γερμανίας. Φαινομενικά, αναζήτωντας την τύχη τους, ουσιαστικά αυτά ήταν τα πρώτα βήματα για το στήσιμο μιας επιχείρησης, με παγκόσμια εμβέλεια. Εγώ παρέμεινα στην Ελλάδα, δημιουργώντας μια αξιόλογη παραγωγική μονάδα επεξεργασίας γουναρικών.

Η επιτυχία ξεκινά το 1960, όταν ξανασμίγουμε. Και βάζουμε σαν στόχο την εξαγωγική προσπάθεια, με αντικείμενο τις γούνες. Δημιουργούμε στην αρχή μια μικρή μονάδα με κέντρο διάθεσης των γουναρικών στη Φρανκφούρτη Γερμανίας.

Στη συνέχεια επεκτεινόμαστε. Στη 10ετία του 1970,



Με τον εγγονό Νίκο Παπαγεωργίου



Οικογένεια Νίκου Παπαγεωργίου

πρέπει να ήμασταν πρώτοι στην παραγωγή και εμπορία γουναρικών, σε παγκόσμια κλίμακα.

Και όλα αυτά, όταν δχι μόνο δε βρήκατε τίποτα έτοιμο, αλλά απεναντίας ξεκινήσατε κάτω από αντίξεις συνθήκες...

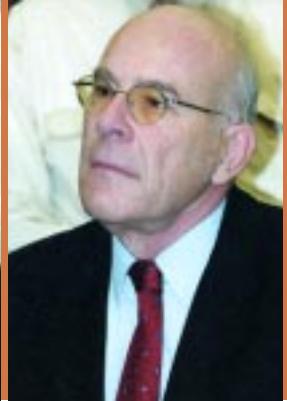
Έχετε δίκιο. Η δραστηριότητά μας, με την παραγωγή και το εμπόριο, ξεκινά αρχές του 1945, πραγματικά με αντίξεις συνθήκες. Με το θάνατο του πατέρα μου μείναμε με την μητέρα μας, ήταν στα 33 της χρονια, πολύ φιλάσθενη, προφυματική, με τρία ανήλικα αγόρια, 14 ετών εγώ, 12 ο Λεωνίδας και 4 Απόστολος. Τον πρώτο καιρό επιβιώναμε με τη βοήθεια συγγενών. Στο μεταξύ, είχα αρχίσει να συνειδητοποιώ τη δραματική κατάσταση που βρισκόμασταν και ψάχναμε τρόπο επιβίωσης. Ο πατέρας μας ήταν εμποροράφτης, τα καλοκαίρια και τα απογεύματα πήγαινα στο ραφείο. Μεταξύ δουλειών και παιχνιδιού, είχα αποκτήσει μια εξοικείωση με τη ραπτική. Με το που ορφανέψαμε, ζήτησα από έναν πρώην κάλφα του πατέρα μου να με βοηθήσει να φτιάξω καμιά τραγιάσκα, κανένα παιδικό παντελονάκι. Μηχανή και υλικά υπήρχαν καθώς και το ύφασμα από ρετάλια του ραφείου. Τα κατάφερα και αυτή ήταν η πρώτη μου επαφή με την παραγωγή, μ' αυτά ξεκίνησα, με τον αδελφό μου, γύρους στα γειτονικά χωριά, ανταλλάσσοντας το εμπόρευμα με καμία οκά σιτάρι, καλαμπόκι και ότι φαγώσιμο βρίσκαμε. Αυτό ήταν και το πρώτο μας εμπόριο.



Λεωνίδας Παπαγεωργίου



Με τον Γιώργο Χριστόπουλο



Βασίλης Παπάς

Στην επιστροφή μας από εάν τέτοιο γύρο, φορτωμένοι με ό,τι είχαμε κατορθώσει να μαζέψουμε, μας φτάνει ένας αντάρτης, καβάλα σ' ένα άλογο, με σταυρώτα τα φυσεκλίκια του, καθώς ο ΕΛΑΣ δεν είχε παραδώσει ακόμη τα όπλα. Μας λυπήθηκε. Προσφέρθηκε να μας βοηθήσει και αφού φόρτωσε στο άλογο αυτά που κουβαλούσαμε, μας έπιασε την κουβέντα.

Μας ρώτησε εάν έχουμε πατέρα, η απάντηση ήταν: "Όχι, τον σκοτώσανε οι Γερμανοί", "Έχετε μητέρα;", "Ναι", "Δουλεύει", "Όχι", "Έχετε κτήματα;", "Όχι", "Χρήματα, περιουσία;", "Όχι, όχι". Και η απορία του "καλά και πώς θα ζήσετε;".

Εκείνη η κουβέντα με τον αντάρτη με είχε συγκλονίσει. Έβλεπα, για πολύ καιρό, στον ύπνο μου τρομερούς εφιάλτες, ότι έπεφτα σ' ένα χάος που δεν είχε τελειωμό. Ξυπνούσα αναστατωμένος, τρομαγμένος. Ψυχολόγοι, ψυχοθεραπείες και ψυχοφάρμακα δεν υπήρχανε τότε. Τα ψυχολογικά παιδικά τραύματα εφευρέθηκαν πολύ αργότερα.

Πώς ξεπέρασα το πρόβλημα, ποια ήταν η γιατρειά; Εκείνο το διάστημα μας είχαν δοθεί δύο χρυσές λίρες, σαν βοήθεια από την ΠΕΑΕΑ, Κοινωνική Πρόνοια του ΕΑΜ - ΕΛΑΣ. Πήγαμε στην Κοζάνη, με τη μητέρα μου, τις ανταλλάξαμε με μια σημαντική ποσότητα αλεύρι, το φέραμε στο σπίτι και γεμίσαμε το άδειο αμπάρι που είχαμε. Την εικόνα εκείνη με το γεμάτο αμπάρι, την έχω έντονη στη μνήμη μου. Είναι από τις ευτυχέστερες της ζωής μου. Η εικόνα αυτή με το "γεμάτο αμπάρι" ήταν αυτή που με έσωσε, με γλίτωσε από τους εφιάλτες της πτώσης στο χάος και τις ανασφάλειες που με τυραννούσαν. Το γεμάτο αμπάρι είμαι μια έννοια που σήμερα δεν είναι κατανοητή, δεν απασχολεί τον κόσμο.

Για τα χρόνια, όμως, της κατοχής αλλά και τα παλαιότερα, όσα από τα νοικοκυριά είχανε εξασφαλισμένο το ψωμί της χρονιάς τους, το γεμάτο αμπάρι που λέγαμε, αυτοί ήταν οι προνομιούχοι με τα λυμένα προβλήματα.

Τι ήταν αυτό που, αρχικά, σας ώθησε να δραστηριοποιηθείτε στην κοινωνική προσφορά γενικά και αργό-

τερα να προβείτε στη συγκεκριμένη δωρεά στο χώρο της Υγείας με την ίδρυση του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου;

Η πρώτη μας σκέψη ήταν να κάνουμε κάτι για τον τόπο μας. Κρίναμε απαραίτητη τη δημιουργία ενός Γυμνασίου - Λυκείου. Έτσι, ανεγέρθηκε στη γενέτειρά μας το Γυμνάσιο - Λύκειο 28 αιθουσών, προσφορά στην παιδεία και στη νεολαία της Σιάτιστας. Ακολούθησαν:

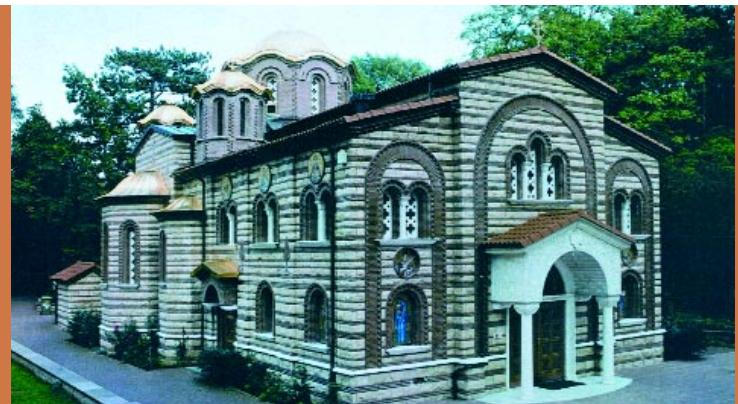
- Η ανέγερση του Ορθοδόξου Ναού της Φραγκφούρτης Γερμανίας, όπου βρίσκεται το κέντρο της εκεί επαγγελματικής δραστηριότητάς μας, προσφορά στην Εκκλησία και τον απόδημο ελληνισμό.
- Η διαμόρφωση του περιβάλλοντα χώρου του Ιερού



Θεμελίωση Γηροκομείου «Στέγη Γερόντων Παπαγεωργίου» από τον Οικουμενικό Πατριάρχη (10/2006, Θεσσαλονίκη)



Γυμνάσιο - Λύκειο Σιάτιστας



Ο Ορθόδοξος Ναός της Φραγκφούρτης Γερμανίας

Ναού Αγίου Δημητρίου στη Σιάτιστα και διάφορες μελέτες δρόμων και πάρκων.

- Η συντήρηση Εκκλησιών και Σχολείων.
- Η στήριξη μορφωτικών και αθλητικών συλλόγων.
- Οι ετήσιες βραβεύσεις αριστούχων μαθητών.

Το Ίδρυμα Παπαγεωργίου, που συστήθηκε από εμένα και τον αδελφό μου, Λεωνίδα, προσέφερε 30 εκατομμύρια δολάρια και ανέλαβε την κατασκευή και τον εξοπλισμό του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου στη Θεσσαλονίκη.

Πέραν τούτου, στηρίζει τη λειτουργία του με την κάλυψη της δαπάνης ανέγερσης και εξοπλισμού Βρεφονηπιακού σταθμού για τα παιδιά των εργαζομένων, χρηματοδοτεί τις παιδικές εκδηλώσεις Χριστουγέννων και Νέου Έτους, ενισχύει οικονομικά αδύναμους ασθενείς του νοσοκομείου και καλύπτει τα νοσήλια απόρων ασθενών, χρηματοδοτεί έναν αριθμό κλινικών ερευνών και καλύπτει τα έξοδα συμμετοχής ιατρών για την παρακολούθηση ιατρικών συνεδρίων.

Η ιστορία του Νοσοκομείου ξεκινά το 1989. Όταν συζητώντας με το φίλο μου, Νίκο Χριστιανάκη, Στρατιωτικό Γιατρό, Διευθυντή του 404 Στρατιωτικού Νοσοκομείου, καθώς καθόμασταν σ'ένα καφέ της Πλατείας Αριστοτέλους, ήρθε στην κουβέντα, ότι κρίνονταν επιβεβλημένη η δημιουργία ενός Νοσοκομείου 200 κλινών στην πολυπληθή Δυτική Θεσσαλονίκη.

Το συζήτησα με τον αδελφό μου και αποφασίσαμε να συμβάλουμε οικονομικά για την υλοποίηση του. Είχε προηγηθεί η προσφορά μας στο χώρο της Παιδείας, της Εκκλησίας και σε άλλους τομείς και θεωρήσαμε ότι σειρά είχε η Δημόσια Υγεία.

Γνωριζόμουν, τότε, με τον Μιχάλη Παπακωνσταντίνου, Υπουργό Εξωτερικών στην Κυβέρνηση Μητσοτάκη. Του έκανα γνωστή την πρόθεσή μας να βοηθήσουμε οικονομικά αυτήν την προσπάθεια και ανέλαβε να βοηθήσει, ώστε να μας δεχθεί ο τότε πρωθυπουργός, Κωνσταντίνος Μητσοτάκης. Η συνάντηση έγινε, μας δέχθηκε στο Μαξίμου. Του γνωστοποιήσαμε την πρόθεσή μας, μας ευχαρίστησε για την χειρονομία μας, αλλά πρόσθεσε το εξής βασικό στην όλη εξέλιξη:

Μας είπε επιγραμματικά: «Κύριοι, εάν θέλετε να το δείτε να τελειώνει και να το χαρείτε, κτίστε το μόνοι σας».

Ο Κωνσταντίνος Μητσοτάκης αποδείχθηκε και σ' αυτήν την περίπτωση, ότι ήξερε την ελληνική πραγματικότητα, τις δυνατότητες του Δημόσιου Τομέα και με το πρακτικό πνεύμα που τον διέκρινε, ήθελε αποτελεσματικές λύσεις. Αποδεχθήκαμε την πρόκληση, χωρίς να ξέρουμε, σε τι αγώνα εμπλεκόμαστε.

Συστήσαμε το Ίδρυμα Παπαγεωργίου, το οποίο υπέγραψε σύμβαση με το Δημόσιο αναλαμβάνοντας την ευθύνη της δημιουργίας του Νοσοκομείου, από μελέτες, κατασκευές, μέχρι και τον εξοπλισμό του, καλύπτοντας το 50 % της συνολικής δαπάνης. Το υπόλοιπο 50 % καλύφθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Ελληνικό Δημόσιο.

Στη σύμβαση προβλεπόταν και η συμμετοχή του Ιδρύματος στη διοίκηση διαχείριση λειτουργίας του Νοσοκομείου. Η σύμβαση υπεγράφη και ομόφωνα κυρώθηκε με νόμο από τη βουλή των Ελλήνων. Στην πορεία υπήρξαν πολλές αντιδράσεις και εμπλοκές. Από μικροπολιτικά και οικονομικά συμφέροντα. Όλα όμως ξεπεράστηκαν με το σκληρό αγώνα που δώσαμε, μαζί με μια ομάδα συνεργατών, που πιστέψανε σ'ένα όραμα.

Αυτοί ήταν, εκτός από τον αδελφό μου Λεωνίδα, ο Βασίλης Παπάς, Πρόεδρος του Ιδρύματος και ο Γιώργος Χριστόπουλος, σημερινός Γενικός Διευθυντής του Νοσοκομείου.

Η επιτυχία σας στον επιχειρηματικό τομέα, νομίζετε διτι δεν οφελεται, σ'ένα βαθμό, και στον παράγοντα τύχη ή σε ευτυχείς συγκυρίες, γιατί εκείνο το χρονικό διάστημα, στην Ελλάδα δινόταν πολλές ευκαιρίες για ανάπτυξη.

Με αυτή την ερώτηση, μου φέρνετε στο νου τον παππού μου. Μου έλεγε συχνά μια κουβέντα που με προβλημάτιζε, σ'όλη την πορεία μου. Μου έλεγε, λοιπόν: είσαι τολμηρός, αλλά και τυχερός. Ο παππούς μου μας αγαπούσε και καμάρωνε για τις επιτυχίες μας, ή-ξερε από παραγωγή και εμπόριο, είχε ξεκινήσει από βιοτέχνης στη Σιάτιστα και κατέληξε με κατάστημα

γουναρικών στο κέντρο της Αθήνας. Αναρωτιόμουν, λοιπόν, μήπως τελικά είχε δίκιο και όντως τα όσα πετύχαμε οφειλούνταν αποκλειστικά και μόνο στον παράγοντα τύχη, κάτι που δεν ήθελα να πιστέψω.

Σήμερα κάνοντας έναν απολογισμό της πορείας μας, αισθάνομαι βαθιά ικανοποίηση, γιατί πιστεύω ότι κερδίσαμε ένα στοίχημα που είχαμε βάλει με τον εαυτό μας.

Στην άποψη του παππού μου ότι ήμουν τυχερός, σήμερα μπορώ να απαντήσω, ότι ναι, ήμουν και είμαι τυχερός, γιατί είχα και έχω δίπλα μου άξιους συνεργάτες που μαζί αξιοποιήσαμε όλες τις δυνατότητες που μας δόθηκαν για το κοινό καλό, πλην όμως δεν φτάνει μόνο η τύχη. Δεν είναι δυνατόν μόνο με τη βοήθεια της τύχης να μπορείς να δημιουργήσεις μια επιχείρηση πρώτη σε παγκόσμια κλίμακα στην παραγωγή και την εμπορία γουναρικών. Ούτε μπορείς να δημιουργήσεις ένα νοσοκομείο με αδιαφορίστητες πρωτίες, τουλάχιστον στον ελληνικό χώρο, με μόνο βιοηθό σου την τύχη.

Και εδώ, όμως, αν ζούσε ο παππούς μου, θα μπορούσε να μου πεί: ναι, είσαι και εδώ τυχερός, γιατί ξεκίνησες το κτίσιμο και τη λειτουργία ενός νοσοκομείου από μηδενική βάση, χωρίς κατεστημένες αγκυλώσεις, κάνοντας το τι πρέπει και όχι το τι ισχύει, με άξιους συνεργάτες στη βασική ομάδα μελετών και προγραμματισμού, με εξαιρετούς γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητούς, τεχνικούς, με την δυνατότητα εφαρμογής των νέων συστημάτων πληροφορικής και μηχανοργάνωσης και με σύγχρονο εξοπλισμό.



Με τον Υπουργό ΥΚΑ Δημήτρη Αβραμόπουλο

ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ - ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ

Ο Νικόλαος Παπαγεωργίου με τον αδελφό του Λεωνίδα:

- Ανακηρύχθηκαν το 1990 από τον Πρωθυπουργό της Ελλάδας σύγχρονοι Εθνικοί Ευεργέτες και άξιοι της Πατρίδας.
- Από το Τραμπάτζειο Γυμνάσιο και Λύκειο της Σιάτιστας, από το Εκκλησιαστικό Συμβούλιο του Ιερού Ναού Αγίου Δημητρίου και από το Δημοτικό Συμβούλιο Σιάτιστας, ανακηρύχθηκαν Μεγάλοι Ευεργέτες και τους απονεμήθηκε το Χρυσό Μετάλλιο της πόλεως Σιάτιστας.
- Τιμήθηκαν και βραβεύθηκαν επίσης από την Ακαδημία Αθηνών, την Μακεδονική Φιλεκπαιδευτική Αδελφότητα, από Ροταριανό Όμιλο Θεσσαλονίκης, την Ομοσπονδία Δυτικομακεδονικών Σωματείων, το Εμπορικό και Βιομηχανικό Επιμελητήριο Θεσσαλονίκης, το Σύνδεσμο Βιομηχανιών Βορείου Ελλάδος, το Σύλλογο Σιατιστέων Αθηνών Πειραιώς, το Νομαρχιακό Συμβούλιο Κοζάνης, το Δήμο Θεσσαλονίκης, τον Σύνδεσμο Ελληνοαμερικανικής φιλίας, την πολιτιστική εταιρεία «Μακεδόν» κ.α.

Εδώ είμαι υποχρεωμένος να παραδεχτώ, ότι θα είχε δίκιο ο παππούς μου.

Τι σημαίνει για σας η ύπαρξη ενός νοσοκομείου που φέρει το όνομά σας;

Ευθύνη. Αυτός ήταν ο λόγος που το ίδρυμα ζήτησε να εκπροσωπείται στη διοίκηση του νοσοκομείου. Πιστεύω, ότι η επιτυχημένη πορεία του νοσοκομείου οφειλεται, εν πολλοίς, και σ' αυτό το γεγονός.

Αν ξεκινούσατε σήμερα τη ζωή σας, θα παίρνατε τις ίδιες αποφάσεις; Θα κάνατε τις ίδιες επιλογές;

Γενικά θα κρατούσα την ίδια πορεία, φροντίζοντας για την αποφυγή λαθών, που αναπόφευκτα γίνονται στη ζωή μας.

Τι θα συμβουλεύατε στα νέα παιδιά που ξεκινούν σήμερα τη ζωή τους;

Ό,τι και αν αποφασίσουν να κάνουν να το θέσουν στο πλαίσιο αρχών και αξιών. Χωρίς αρχές και αξίες και κυρίως χωρίς την αξία της οικογένειας, όλες οι επιτυχίες μπορούν να αποδειχτούν εφήμερες και άνευ ουσίας.

Κύριε Παπαγεωργίου, κλείνοντας αυτή τη συνέντευξη θέλω να σας ρωτήσω, κατά πόσο δικαιωμένος αισθάνεστε.

Νοιώθω δικαιωμένος και τυχερός, γιατί έχω εκπληρώσει όλους τους στόχους μου, επαγγελματικούς και κοινωνικής προσφοράς. Άλλα το βασικότερο είναι ότι έχω μια πολύ καλή οικογένεια, τη γυναίκα μου, τα παιδιά μου, τις νύφες και τα εγγόνια μου, που υπεραγαπώ. Αυτό είναι η πραγματική ευτυχία.



Βρεφονηπιακός σταθμός ΓΝΠ



Είπαν για το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου:

«Ευχαριστώ τον κ. Παπαγεωργίου. Πρέπει να του πω ότι η πολιτεία πρώτη από όλους δημόσια έχει αναγνωρίσει τη μεγάλη αυτή προσφορά του. Η παρουσία μου εδώ κ. Παπαγεωργίου αυτό επιβεβαιώνει και επικυρώνει. Όλα αυτά τα χρόνια, εννέα ολόκληρα χρόνια, έχει συντελεστεί και συντελείται ένα σπουδαίο επιστημονικό και κοινωνικό έργο».

Δημήτρης Αθραμόπουλος

«Θα ήθελα να συγχαρώ το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου και όλους όσοι συμμετέχουν σε αυτή τη σημαντική προσπάθεια. Μια προσπάθεια που αποδεικύει ότι η πολιτεία έχει να προσφέρει σε επίπεδο ουσίας στον πολίτη».

Ντόρα Μπακογιάννη

«Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου αποτελεί μια ακόμη απόδειξη των αποτελεσμάτων που μπορεί να έχει η συνεργασία της πολιτείας με την ιδιωτική πρωτοβουλία και η επιδίωξη εθελοντικής προσφοράς στον τόπο και τους συνανθρώπους μας. Σας συγχαίρω για τις προσπάθειες που καταβάλλετε τις οποίες αναγνωρίζουμε και επικροτούμε».

Γιώργος Ορφανός

«Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου είναι ένα από τα κορυφαία σημεία του Συστήματος Υγείας της χώρας. Ένας από τους πυλώνες του συστήματος αυτού και είμαστε υπερήφανοι για την υποδομή που έχει διαμορφωθεί εδώ στη Θεσσαλονίκη η οποία κινείται στο υψηλότερο επίπεδο των ευρωπαϊκών προδιαγραφών».

Ευάγγελος Βενιζέλος

«Η μεγαλύτερη αξία της ζωής είναι η προσφορά. Ιδιαίτερα η προσφορά στον πάσχοντα. Μας αυτό το μέτρο το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου αποτελεί ένα δείγμα συμπεριφοράς αξιοζήλευτο».

Βάσος Λυσσαρίδης

«Οι πρωτόγνωρες για τα ιατρικά δεδομένα υποδομές του νοσοκομείου Παπαγεωργίου, οι συνεχείς ενέργειες για την επέκταση σε όλους τους τομείς υγειονομικής φροντί-

δας καθώς και οι ως τώρα προσπάθειες που καταβάλλονται, είναι αλήθεια ότι κέρδισαν την εμπιστοσύνη των πολιτών σε σύντομο χρονικό διάστημα».

Χάρης Καστανίδης

«Για μένα είναι μια πολύ ευχάριστη μέρα σήμερα γιατί επισκέφθηκα για πρώτη φορά το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Καλή δύναμη και πάντα να μας ξαφνιάζετε με αξιοζήλευτες πρωτοβουλίες».

Δημήτρης Τσοβόλας

«Νομίζω ότι το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου είναι ένα στολίδι όχι μόνο για τη Βόρειο Ελλάδα, αλλά και για ολόκληρη τη χώρα».

Κώστας Στεφανής

«Είναι γεγονός ότι παρακολουθώντας την εξέλιξη του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, βλέπει κανείς ότι έχουν γίνει θαύματα».

Αθανάσιος Γιαννόπουλος

«Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, έχει συμβάλλει ιδιαίτερα θετικά στην παροχή, ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της Θεσσαλονίκης και γενικότερα της Βόρειας Ελλάδας».

Χάρης Πρωτόπαπας

«Σας εύχομαι να έχετε πάντα το ζήλο, τη θέληση και τη φιλοδοξία να υπηρετείτε τον άνθρωπο με τη συναίσθηση εκπλήρωσης ενός υψηλού χρέους».

Αναστάσης Παπαληγούρας

«Στα πέντε χρόνια λειτουργίας του νοσοκομείου Παπαγεωργίου η Βόρεια Ελλάδα και η ευρύτερη περιοχή των Βαλκανίων απολαμβάνουν ιατρικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας».

Ευριπίδης Στυλιανίδης

«Οδηγός σας σ' αυτή την προσπάθεια είναι το αίσθημα του καθήκοντος απέναντι στον συνάνθρωπο».

Βασιλης Παπαγεωργόπουλος

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ



Γράφει η Δημούλα Ματθαιάκη,
Κοινωνική Λειτουργός,
Κοινωνική Υπηρεσία Γ.Ν. «Παπαγεωργίου»

Η ευτυχία του κόσμου
είναι να φτιάχνεις
την ευτυχία του κόσμου
Γ. Ρίτσος

ΕΙΝΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΑΠΟΔΕΚΤΟ, ότι για να λειτουργήσει ο-μαλά ένα κοινωνικό σύστημα στο σύνολό του, προ-ϋποθέτει την υγεία των μελών του. Το τραύμα διατα-ράσσει την ισορροπία της λειτουργίας των ατόμων, δ-χι μόνο από τη βιολογική της υπόσταση αλλά επίσης στην κοινωνική και ψυχολογική της διάσταση.

Η ακριβής αποτίμηση του κόστους και των συνε-πειών του τραύματος είναι πραγματικά δύσκολο να α-ποδοθούν με αριθμούς και όρους αντίστοιχα. Σε καμία περίπτωση δεν είναι δυνατός ο υπολογισμός του κό-στους της απώλειας ζωής, ένα αγαθό μη μετρήσιμο με ανεκτίμητη αξία.

Στο κοινωνικό σύνολο

Σύμφωνα με την οικονομική προσέγγιση της υγεί-ας η αρρώστια δεν επιτρέπει στο άτομο που νοεί να συμμετέχει στις παραγωγικές διαδικασίες αλλά αντίθε-τα αποτελεί κόστος για το κοινωνικό σύνολο και ως εκ τούτου πρέπει να αντιμετωπίσει κατά το δυνατότερο για να περιοριστεί στο ελάχιστο. Σε κάθε περίπτωση σοβαρού τραυματισμού ή θανάτου η κοινωνία χάνει



τη μελλοντική παραγωγή του συγκεκριμένου ατόμου στην οποία είχε επενδύσει προσφέροντας του δωρεάν κοινωνικά αγαθά (υγεία, εκπαίδευση κ.α.).

Στην προσπάθεια του υπολογισμού του κόστους για το κοινωνικό σύνολο, σε περιπτώσεις σοβαρών τραυματισμών, πρέπει να συνυπολογίσουμε τις εξής παραμέτρους:

- Το χρονικό διάστημα που θα απομακρυνθεί το άτομο από την εργασία του
- Το μέγεθος του τραυματισμού σε σχέση με τη βλάβη της λειτουργικότητας του ατόμου (βαθμός ανικανότητας, επάρκεια του στην προηγούμενη εργασιακή σχέση)
- Τα επιδόματα που παρέχονται στους παθόντες και τους συγγενείς αυτών
- Τις συντάξεις αναπηρίας από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς εάν το άτομο έχει υποστεί αναπηρία άνω του 67%,
- Το κόστος που προκύπτει από τα έξοδα νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του όσο και μετά το πέρας αυτής.

Εύκολα γίνεται αντιληπτό, το μέγεθος του προβλήματος που παύει να είναι ιατρικό μόνο αλλά ανάγεται αυτομάτως σε κοινωνικό, οικονομικό, δημογραφικό (σε περίπτωση απώλειας της ζωής) με πολλές προεκτάσεις.

Αναμφισβήτητα προκύπτει το ότι το κοινωνικοοικονομικό κόστος με οποιονδήποτε τρόπο κι αν αποτιμηθεί (ανθρώπινος πόνος, δυστυχία, προσωρινή ή μόνιμη αναπηρία, απώλεια οικονομικών πόρων, αριθμός θανάτων, χαμένα χρόνια αναμενόμενης ζωής, κόστος θεραπείας και αποκατάστασης) είναι ιδιαίτερα υψηλό.

Στο Άτομο

Το άτομο, πριν το τραύμα, ήταν υγιές, όριζε τη ζωή του, είχε όνειρα, επιδιώξεις και δυνατότητες. Μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα έχουν ανατραπεί όλα, η φυσική του κατάσταση έχει αλλάξει το ίδιο και οι προτεραιότητες και τα σχέδια του. Η ιδεατή εικόνα του σώματος του διαταράσσεται και κατάθλιψη, απογοήτευση, άρνηση ακόμη και αυτοκτονικός ιδεασμός βασανίζουν τόσο το άτομο όσο και την οικογένεια του. Περιέρχεται σε κατάσταση κρίσης και διακόπτεται η φυσιολογική λειτουργία του, η εργασία του, ο τρόπος ζωής του και



η καθημερινή άσκηση των ρόλων του. Με τον όρο κρίση εννοούμε την αναταραχή στη ζωή του ατόμου που διαταράσσει τις προσωπικές συνήθειες προκαλώντας νέες εξελίξεις και αντιδράσεις στη ζωή του (Rogers, C. R. 1952).

Οι συνέπειες του τραύματος στην οικογένεια, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα είναι πολύπλευρες. Η δυναμική και οι σταθερές της οικογένειας μεταβάλλονται με τη νέα κατάσταση καθώς το μέλος που νοσεί αδυνατεί προσωρινά η μόνιμα να αντεπεξέλθει στους οικογενειακούς ρόλους είτε ως σύντροφος, είτε ως γονέας, είτε ως τέκνο.

Το άτομο αισθάνεται ότι αποτελεί βάρος αφού δεν μπορεί να προσφέρει αυτά που συνήθιζε. Τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας έχουν επωμισθεί, εκτός από το συναισθηματικό φορτίο της κατάστασης και όλες τις πρακτικές λειτουργίες που μέχρι πριν ήταν αρμοδιότητες του μέλους που νοσεί. Επίσης ανάλογα με την έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου τίθενται και ζητήματα φροντίδας του ίδιου με αποτέλεσμα να αναγκάζεται και άλλο μέλος της οικογένειας να παραιτηθεί από την εργασία του ή εναλλακτικά να προσληφθεί άτομο για τη φροντίδα του.

Συνέπεια αυτού είναι η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος σε μια περίοδο που ήδη η οικογένεια δοκιμάζεται οικονομικά και ψυχολογικά με την ασθένεια. Όλα τα παραπάνω έχουν σαν αποτέλεσμα να υπάρχει μια σταθερά αυξανόμενη σχέση μεταξύ ασθένειας και διαζυγίου.

Ανατροπή έρχεται και στον επαγγελματικό-οικονομικά τομέα. Το άτομα αναγκαστικά απέχει από την εργασία του κατά τη διάρκεια της θεραπείας του και για αρκετό χρονικό διάστημα μετά το πέρας της. Τα ίδιο συμβαίνει και στον συνοδό του από το οικείο περιβάλλον. Σε ενδεχόμενο σοβαρού τραυματισμού επανεξετάζεται η ικανότητα του ατόμου να προσφέρει τις υπηρεσίες του στην ίδια θέση.



Ο φόβος της αλλαγής στον εργασιακό τομέα σε συνάρτηση με το φόβο της ανεργίας δημιουργεί μια επιπρόσθετη ψυχολογική πίεση ειδικά αν πρόκειται για άτομο εξειδικευμένο σε έναν τομέα που το τραύμα τον αποκλείει από αυτόν.

Έτσι μαζί με τα όνειρα και τις φιλοδοξίες, χάνονται τα κίνητρα για ζωή και τα ενδιαφέροντα του ατόμου. Η άρνηση και η παθητικότητα κυριαρχούν και το τέλμα φαντάζει ολοένα και πιο κοντά.

Υπάρχει ελπίδα να επανενταχθεί το άτομο στο κοινωνικό σύνολο και να ξαναγίνει ενεργό και παραγωγικό μέλος της κοινωνίας; Εδώ αρχίζει το έργο της αποκατάστασης.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ορισμοί

Αποκατάσταση είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από τη συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει στόχο να υποβοηθήσει το ανάπτηρο άτομο να φτάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία (Π.Ο.Υ. 1981).

Με τον όρο «Αποκατάσταση» εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπτηρα άτομα να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους, είτε στην ελεύθερη αγορά εργασίας είτε στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μια συνεχή διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Στη διαδικασία αυτή η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (ορισμός που δόθηκε από το συμβούλιο Ευρώπης 1958).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙ

Αναπηρία είναι το αποτέλεσμα οργανικών ή περιβαλλοντικών αιτιών, που δημιουργούν ένα σύνολο εμποδίων σε σημαντικές περιοχές της ζωής, όπως η αυτοεξυπρέτηση, η απασχόληση, η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία και η γενικότερη κοινωνική συμμετοχή (Π.Ο.Υ. 2002). Σήμερα αναπηρία δεν θεωρείται κάποια κατάσταση ενός ανθρώπου, αλλά το αποτέλεσμα της σχέσης των ικανοτήτων ενός ατόμου και των απαιτήσεων του περιβάλλοντος.

Η μείωση της ικανότητας ενός ατόμου να πραγματοποιήσει μια λειτουργία ή δραστηριότητα ονομάζεται **απώλεια ικανότητας**.

Προσβασιμότητα είναι η ικανότητα του ατόμου να επιδρά σωματικά ως προς ένα αντικείμενο ή μια υπηρεσία.

Η διεθνής βάση των αναπηριών δημοσιεύτηκε αρχικά από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1980. Στηρίχθηκε σε ένα διευρυμένο ιατρικό μοντέλο, το οποίο περιγράφει ένα σύνολο από αιτίες, ξεκινώντας από την κατάπτωση δεξιοτήτων (απώλεια λειτουργίας), που οδηγούν στην απώλεια ικανοτήτων και τελικά στην αναπηρία (απώλεια της ικανότητας συμμετοχής σε κοινωνικές διεργασίες). Έτσι η έμφαση πέρασε από την ιατρική κατάσταση στην πρόοδο της αναπηρίας και στις περιβαλλοντικές και κοινωνικές συνθήκες υπό το πρίσμα των οποίων αυτή πραγματοποιείται.

Ιστορική Αναδρομή

Ιστορικά η αντιμετώπιση των ατόμων με προβλήματα υγείας, είναι ανάλογη με τις θρησκευτικές, επιστημονικές και κοινωνικές αντιλήψεις της εκάστοτε εποχής. Κατά το Μεσαίωνα, για τους ανάπτηρους, τους τραυματίες και γενικώς τα άτομα που υπέφεραν από ασθένειες μη ιάσιμες για την εποχή, υπήρχε η αντίληψη ότι διακατέχονται από κακά πνεύματα ή δαίμονες και υποβάλλονταν σε τελετές εξορκισμού. Όταν ο εξαγνισμός δεν επιτυγχάνονταν με τις τελετές, η πυρά ήταν η μέθοδος λύτρωσης τόσο του ιδίου όσο και του υπόλοιπου συνόλου.

Η πόλη κράτος των Αθηνών, από τον 6ο αιώνα είχε ως υποχρέωση την περίθαλψη και την ενίσχυση οικονομικά των αναπήρων πολέμου και των αδυνάτων. Αναφορές δείχνουν ότι και άλλες πόλεις-κράτη της Αρχαίας Ελλάδας είχαν αντίστοιχες δομές με εξαίρεση το κράτος της Σπάρτης.

Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που απέρριψε τις δαι-

ΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

μονολογίες, στο έργο του «Κατ' Ιατρείον» μιλησε πρώτος για την αποκατάσταση των κακώσεων και τα ευεργετικά αποτελέσματα των μαλάξεων και τις γυμναστικής. Με βάση αυτή την αντίληψη, τόσο η ελληνική όσο και η ρωμαϊκή ιατρική εφάρμοσαν ανθρώπινες θεραπείες για την αποκατάσταση των ασθενών. Τον 20ο αιώνα, οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι συνέτειναν στο να αυξηθεί πολύ ο αριθμός των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Έτσι ξεκίνησε η σκέψη για την σωστότερη αντιμετώπιση και το μεγαλύτερο προσδόκιμο της αποκατάστασης. Από το 1944 ξεκίνησε η πρώτη οργανωμένη παροχή αποκατάστασης και ο στόχος της ήταν η επιβίωση των ανθρώπων με αναπηρίες, η επανεκπαίδευση τους και η αλλαγή στάσης απέναντι στο πάσχων μέλος.

Ο Dr. Rusk, αμερικανός, γιατρός της αεροπορίας οργάνωσε το πρώτο πρόγραμμα αποκατάστασης στο Δημοτικό Νοσοκομείο της Νέας Υόρκης και θεωρείται ο πατέρας της αποκατάστασης.

Τα πρώτα χρόνια των κέντρων αποκατάστασης ήταν έμφαση δόθηκε σε αυτό που σήμερα λέγεται «ιατρική αποκατάσταση». Με την πάροδο του χρόνου, τα αντιβιοτικά έσωσαν πολλές ζωές και η επιστήμη της αποκατάστασης έλυσε άλυτα προβλήματα. Η αναπηρία σήμερα θεωρείται ένα ενδεχόμενο που μπορεί να συμβεί στον καθένα μας και δεν είναι πλέον απροσπέλαστη.

Φιλοσοφία και Στόχοι Αποκατάστασης

Ο όρος αποκατάσταση, σημαίνει την επαναφορά του νοσούντος ατόμου στην προηγούμενη λειτουργικότητα του, εκπαιδεύοντας το να ζει και να εργάζεται αξιοποιώντας όλες του τις δυνατότητες. Είναι λάθος να ταυτίζεται ο όρος της αποκατάστασης με τον όρο ανάρρωση. Στην ανάρρωση, το άτομο αφήνεται να αναπαυτεί ώστε η φύση και ο χρόνος να κάνουν το έργο τους. Αντίθετα η αποκατάσταση είναι ενεργητικό πρόγραμμα, που απαραίτητη προϋπόθεση του είναι η συμμετοχή του ιδίου του ατόμου. Η διαδικασία της αποκατάστασης είναι ένα πολυδιάστατο συνεχές και έχει ως αφετηρία την είσοδο του ασθενή στο Νοσοκομείο, ξεκινάει με τη διάγνωση-αξιολόγηση-αρχική εκτίμηση του προβλήματος και λήγει με την επανένταξη στην εργασία και το κοινωνικό σύνολο.

Η φυσική αποκατάσταση στοχεύει:

- Στην ολική εξάλειψη ή στο μέγιστο δυνατό περιορισμό της φυσικής αναπηρίας.
- Στην ανακούφιση των συμπτωμάτων



- Στην εξάλειψη και στην παρεμπόδιση δημιουργίας επιπλοκών
- Στη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας των μελών που έχουν προσβληθεί.
- Στην εκπαίδευση του ατόμου ώστε να ζει και να εργάζεται με τα νέα δεδομένα της φυσικής του κατάστασης.

Η ψυχο-κοινωνική αποκατάσταση έχει τρεις άξονες που στοχεύουν:

- Στην ανάπτυξη του ατόμου,
- Στην κάλυψη των κοινωνικών και στεγαστικών του αναγκών με την παράλληλη ανάπτυξη δημιουργικών και καθημερινών δραστηριοτήτων και
- Στην επαγγελματική αποκατάσταση μερική η πλήρης.

Επομένως η εκπαίδευση του ατόμου κινείται επίσης σε τρεις άξονες, ώστε να καλυφθούν οι ατομικές ανάγκες του ατόμου (στους τομείς της προσωπικής υγιεινής, τροφής, στέγασης, ασφάλειας, οικονομίας, μετακινήσεων και χρήσης μέσων μεταφοράς), οι κοινωνικές ανάγκες (στους τομείς της χρήσης του ελεύθερου χρόνου και της ανάπτυξης σχέσεων με άλλα άτομα) και οι επαγγελματικές ανάγκες με την εκπαίδευση σε εξειδικευμένα επαγγελματικά αντικείμενα (Danley et al. 1991).

Ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας αποκατάστασης

Η αποκατάσταση δεν είναι αποτέλεσμα της προσπάθειας ενός μόνο ατόμου. Προϋποθέτει τη συνεργασία και την προσφορά υπηρεσιών από πολλές ειδικότητες. Εξειδικευμένα άτομα αποτελούν την Ομάδα Αποκατάστασης η οποία εργάζεται στις δομές αποκατάστασης είτε σε κλινικές Φ.Ι.Α.Π. Γενικών Νοσοκομείων είτε σε εξειδικευμένα κέντρα αποκατάστασης ή σε

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΥ

Ημερήσιες Μονάδες Αποκατάστασης.

Η ομάδα αποκατάστασης οφείλει να αποτελείται από: Φυσίατρους, Νευρολόγους, Νευροχειρουργούς, Νευροφυσιολόγους, Φυσιοθεραπευτές, Νοσηλευτές Αποκατάστασης, Ψυχίατρους, Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Λογοθεραπευτές, Εργοθεραπευτές, Επισκέπτες Υγείας, Ηλεκτρονικού/μηχανικού/χειριστές συσκευών και μηχανημάτων.

Εκτός από αυτή τη βασική στελέχωση σε πολλές περιπτώσεις απαιτείται συνεργασία και με άλλες ειδικότητες όπως: Χειρουργούς, Ορθοπεδικούς, Διαιτολόγους, Ειδικούς Εκπαιδευτικούς, Συμβούλους Επαγγελματικού Προσανατολισμού.

Το αποτέλεσμα που εξασφαλίζει η ενιαία και ολιστική προσέγγιση της Ομάδας Αποκατάστασης μέσα από την κλινική εκτίμηση και λειτουργική αξιολόγηση του πάσχοντος, τον προσδιορισμό των στόχων, την θεραπευτική παρέμβαση της Ομάδας, την αποτίμηση της θεραπευτικής πορείας είναι άμεσο και πολλαπλασίως υψηλότερο ποιοτικά, από το αποτέλεσμα που προκύπτει από το απλό άθροισμα μεμονωμένων και αποσπασματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η Ομάδα Αποκατάστασης λειτουργεί με βάση το τρίπτυχο «ολική προσέγγιση - ολική φροντίδα ολική ποιότητα» στις Υπηρεσίες Υγείας και Αποκατάστασης.

Το εξειδικευμένο προσωπικό των φορέων αποκατάστασης μαζί με τα συμμετέχοντα άτομα είναι οι κύριοι αρχιτέκτονες της αποκατάστασης. Τα τελευταία χρόνια ο ρόλος και των δύο έχει αλλάξει οι ασθενείς συμμετέχουν ενεργά στα ίδια τα προγράμματα αποκατάστασης ενώ οι επαγγελματίες εργάζονται ως διεπιστημονικές ομάδες με γνώμονα την μέγιστη υγειονομική, κοινωνική, λειτουργική και επαγγελματική ένταξη των ασθενών.

Ο ρόλος της Ομάδας Αποκατάστασης περιλαμβάνει την επικοινωνία με το άτομα και την οικογένεια του μέσω ενός σημαντικού μέσου: την πληροφόρηση. Η οικογένεια δεν είναι δυνατά να μένει έξω από οποιαδήποτε παρέμβαση που στοχεύει στην αποκατάσταση, είναι αναγκαίο να έχει έγκαιρη και συστηματικά ενημέρωση για να κατανοήσει, να αποδεχτεί και να προσαρμοστεί στους νέους ρόλους αφενός και αφετέρου να στηρίξει το μέλος της που έχει ανάγκη. Η εκπαίδευση και η στήριξη της οικογένειας είναι εξίσου σημαντική γιατί αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ιδιοσυγκρασίας του ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης, Κάρτα λειτουργικότητας «διαβατήριο Ζωής», Σχέδιο Εφαρμογής.
2. Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών. Θέματα προγραμματισμού 11. το κοινωνικό κόστος των ατυχμάτων στην Ελλάδα, Αθήνα 1985.
3. Κουκλόγιαννου-Δουρζιώτου Εσθηρ. Αποκατάσταση ατόμων ειδικές ανάγκες. Αθήνα 1990.
4. Λουκία Μουσούρου, Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας, Gutenberg-Αθήνα 1989.
5. Μαδιάνος, Μ (1985) σημειώσεις Ψυχιατρικής, Επαγγελματικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης. Αθήνα, Σχολή Επιστημών Υγείας.
6. Μάρκος Σαρρης (2001) Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητας ζωής. Εκδ. Παπαζήση
7. Πρακτικά 1ου Ιατροκοινωνικού Συνεδρίου «Κινητική Αναπηρία μπροστά στο 2000» Πανελλήνιος Σύνδεσμος Παραπληγικών και Κινητικά Αναπήρων, Ελληνική Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης.
8. Πρακτικά 2ου Ιατρικοκοινωνικού Συνεδρίου «κινητική αναπηρία φυσική και κοινωνική αποκατάσταση»
9. Πανελλήνιος Σύνδεσμος Παραπληγικών και Κινητικά Αναπήρων, Ελληνική Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης.
10. Ρουμελιώτης Α. Δημήτριος, Ιατρική Αποκατάσταση Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, εκδ. Ζήτα, Αθήνα 1993
11. Φόρογλου Γ., Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση, Αριστοτελείο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, τμήμα Ιατρικής-Τομέας Νευροεπιστημών, Υπηρεσία Δημοσιευμάτων, Θες/νίκη 1994.
12. Χαρούπιας Α.Π., Ο συνοδός του ατόμου με ειδικές ανάγκες, Κοινωνική Εργασία, Αθήνα 2002.
13. Danley, K.S, Rogers., E.S., Nevas, D.B. (1991) An overview of a psychiatric rehabilitation. In M.Farkas and W.A. Anthony(eds.), Psychiatric Rehabilitation Programs: Putting Theory into Practice. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
14. Dickson, D.A.,Hargie, O.(1989) Communication Skills Training for Health Professionals. An instructors handbook. Chapman Hall, London.
15. Parkers C(1971), psychosocial transions: a field of a study.
16. Rogers,C.R.(1952),Client-centered Therapy. Houghton Mifflin, Boston.

Οι φωτογραφίες αφορούν κλινικά φροντιστήρια στην επείγουσα Νοσηλευτική Φροντίδα του Τραύματος κατά τη διάρκεια διεξαγωγής του Συνεδρίου, «Τραύμα και Νοσηλευτική Φροντίδα», Μαΐος 2008, που οργάνωσε η Νοσηλευτική Υπηρεσία του νοσοκομείου Παπαγεωργίου.



1786 αιτήσεις για 65 θέσεις οτο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Σε χρόνο ρεκόρ αναριθμήθηκαν τα προσωρινά αποτελέσματα της προκήρυξης



Γράφει η Ευανθία Βικία,
προϊσταμένη Τμήματος Προσωπικού ΓΝΠ

ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΑΝ ΣΤΙΣ 10.10.2008 τα προσωρινά αποτελέσματα της υπ' αρ. 2/441Μ/2008 προκήρυξης πλήρωσης εξήντα πέντε (65) θέσεων λοιπού προσωπικού στους χώρους του Νοσοκομείου, στη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Θεσσαλονίκης και στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας. Για τις ανωτέρω θέσεις κατα-

τέθηκαν χλιες επτακόσιες εβδομήντα εννέα (1779) εμπρόθεσμες και επτά (7) εκπρόθεσμες αιτήσεις υποψηφίων. Είναι η δεύτερη προκήρυξη πλήρωσης θέσεων λοιπού προσωπικού που πραγματοποιείται φέτος στο Νοσοκομείο.

Άξια συγχαρητηρίων είναι η ομάδα των εργαζομένων από τη Διοικητική και Οικονομική Υπηρεσία του Νοσοκομείου που εργάσθηκε υπερωριακά για την επίτευξη του ανωτέρω στόχου, με δεδομένο ότι η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων έληξε μόλις στις 08.09.2008. Για μία ακόμη φορά οι παρακάτω εργαζόμενοι ανταποκρίθηκαν με προθυμία και μεγάλο αίσθημα ευθύνης, αναγνωρίζοντας την ανάγκη του Νοσοκομείου σε προσωπικό: Ευανθία Βικία, Μαρία Γιογκάτζη, Αλίκη Μήτσου, Μαρία Ασλάνογλου, Γεωργία Τζιβανοπούλου, Αλεξάνδρα Μουτσιούνα, Νικόλαος Μπάλλας, Αθηνά Καλαϊτζή, Σάσα Καραμητοπούλου, Ιωάννης Κώτσου, Αικατερίνη Καραστεργίου, Ιωάννα Μπάρκα, Μαρία Αμανατίδου, Γεωργία Λάιου, Νικόλαος Μαντές, Κωνσταντία Δαμιανού, Σοφία Τζούτζη, Αγγελική Ζάχου, Γιώτα Γκολιαρά, Θεόδωρος Τοπαλίδης, Ελένη Κουτλούμπαση.



Ο Διευθυντής Διοίκησης του Νοσοκομείου Γεώργιος Καρατζάς ανάμεσα σε μέλη της ομάδας εργαζομένων του Νοσοκομείου κατά τη διάρκεια επεξεργασίας των αποτελεσμάτων.



Καθηγητής ΜΑΤΘΑΙΟΣ ΜΟΣΚΟΦΙΔΗΣ

Άφησε την τελευταία του πνοή στο νοσοκομείο που πολύ αγάπησε

ΣΤΙΣ 9 ΑΥΓΟΥΣΤΟΥ 2008, άφησε την τελευταία του πνοή στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου ένας άνθρωπος που αγωνίστηκε, όσο λίγοι, για την καταξίωση αυτού του νοσοκομείου στη συνείδηση όλων.

Ήταν ο αν. καθηγητής Ιατρικής Μικροβιολογίας και Λοιμωανοσολογίας και διευθυντής του Μικροβιολογικού-Βιοχημικού- Ιολογικού Τμήματος του νοσοκομείου Παπαγεωργίου, **Ματθαίος Μοσκοφίδης**.

Η είδηση του θανάτου του προκάλεσε άφατη θλίψη στο σύνολο των μελών της οικογένειας του νοσοκομείου καθώς και της ιατρικής κοινότητας.

Η διοίκηση και οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου ακόμα και σήμερα αισθάνονται το τεράστιο κενό που άφησε πίσω του ο αείμνηστος Ματθαίος Μοσκοφίδης.

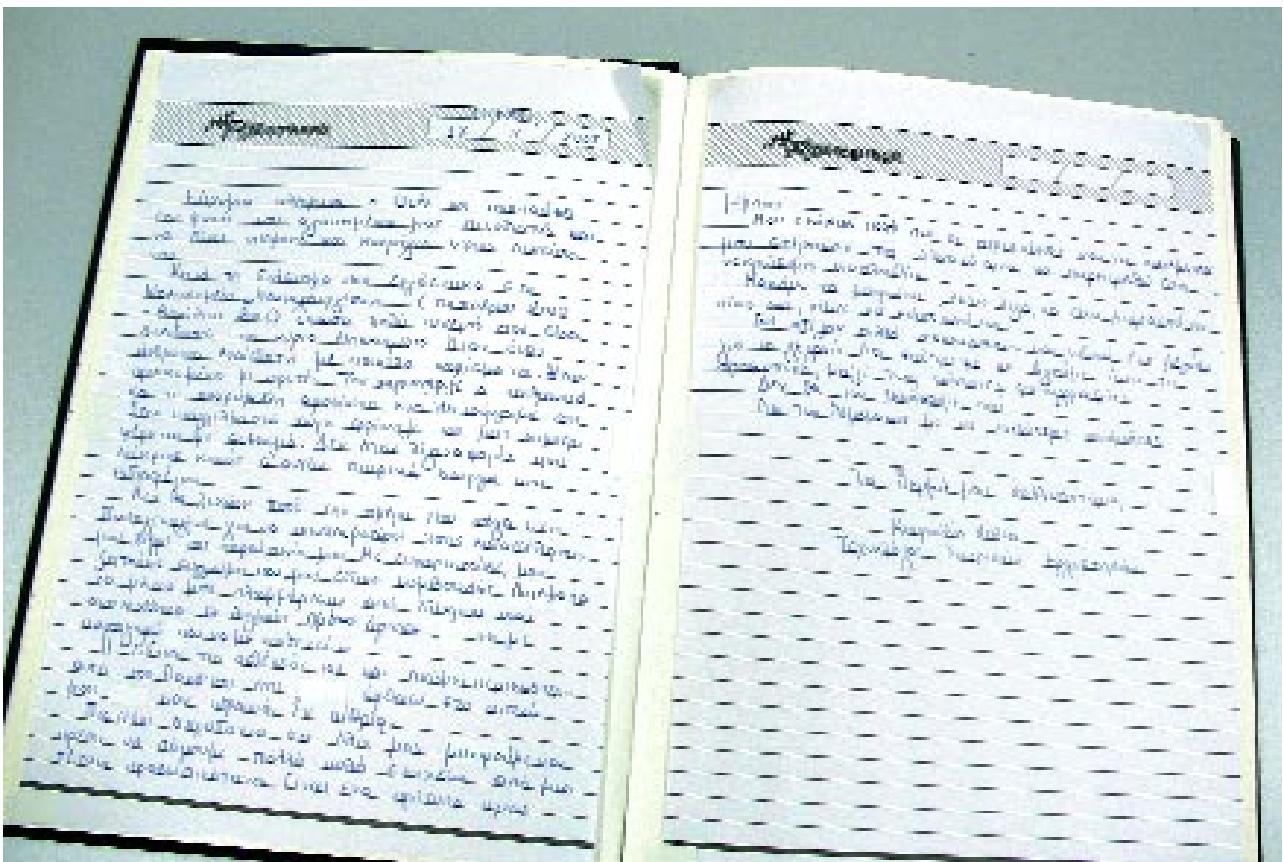
Στην κηδεία του εκλιπόντος καθηγητή τον επικήδειο εκφώνησε η Βιοπαθολόγος **Ελένη Μάρτζιου**, διερμηνεύοντας τα αισθήματα όλων όσοι αγάπησαν και τίμησαν τον Ματθαίο Μοσκοφίδη. Η κ. Μάρτζιου, μεταξύ άλλων είπε τα εξής:

«Βρισκόμαστε σήμερα όλοι εδώ, να αποχαιρετίσουμε για το μεγάλο ταξίδι έναν άνθρωπο που στις καρδιές όλων μας κατείχε ξεχωριστή θέση. Η θλίψη βαθιά ριζωμένη στην ψυχή μας με την απώλεια του ανθρώπου μας, συζύγου και πατέρα, επιστήμονα και συναδέλφου, διευθυντή και συνεργάτη. Ενός εργάτη που μεγαλούργησε σε ξένους τόπους και που θέλησε, κάνοντας την υπέρβαση των επιλογών του να αφήσει την παρακαταθήκη του στη χώρα που τον γέννησε. Έλαχε σε μένα κύριε Διευθυντά, συνάδελφο και συμπατριώτισσά σας από τη Δράμα, να σηκώσω αυτό το φορτίο, να απευθύνω το στερνό αντίο, το ύστατο χαίρε εκ μέ-



ρους των συναδέλφων του τμήματος που εσείς ακούραστα ξεκινώντας από το μηδέν οργανώσατε και διευθύνατε ως σήμερα. Γίνεται πιο δύσκολο βέβαια και πιο βαρύ αυτό το καθήκον, έχοντας απέναντι μου την αγαπημένη σας σύζυγο, τα αγαπητά σας παιδιά τους προσφιλείς συγγενείς και φίλους σας. Φύγατε κύριε Διευθυντά για ένα ταξίδι χωρίς γυρισμό δίνοντας τον

προσωπικό σας αγώνα με θάρρος και αξιοπρέπεια. Δεν προτιμούσατε ποτέ τα πολλά λόγια. Ήσασταν ο άνθρωπος του καθήκοντος κάνοντας έτσι σημαντικότερη την προσφορά σας. Τούτο μόνο έχω να προσθέσω ότι, αυτός που φεύγοντας αφήνει πίσω του το έργο του, θα παραμείνει αθάνατος. Να είναι ελαφρύ το χώμα που θα σας σκεπάσει...»



Από το βιβλίο συλλυπητηρίων που ανοίχθηκε στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου σταχυολογούμε και δημοσιεύουμε χαρακτηριστικά αποσπάσματα.

Ο Ματθαίος Μοσκοφίδης ένας καλός φίλος και από τους πρωτεργάτες της συγκρότησης του νοσοκομείου, στάθηκε, μέχρι και την τελευταία του πνοή, συνεπής μαχητής στην έπαλξη του χρέους.

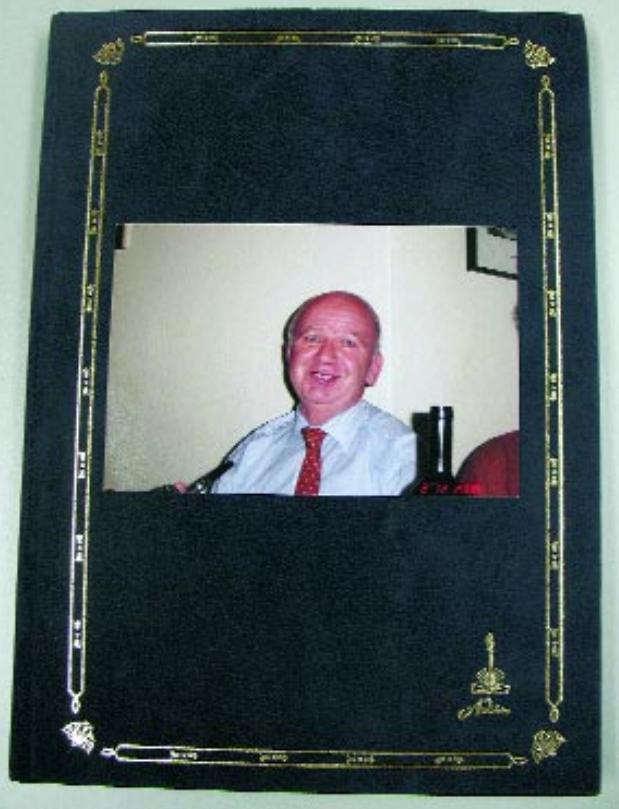
Ένας ξεχωριστός επιστήμονας που ανέπτυξε ένα πλούσιο ερευνητικό έργο έχοντας ως αποκλειστικό γνώμονα την αγάπη του για την ιατρική και τον συνάνθρωπο. Η μεγάλη οικογένεια του νοσοκομείου θα θυμόμαστε με ευγνωμοσύνη την προσφορά του

Νίκος Παπαγεωργίου, Πρόεδρος Δ.Σ. ΓΝΠ

Ήταν καλοκαίρι του έτους 1999 όταν ο Ματθαίος ανταποκρίθηκε στο προσκλητήριο του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου να προσφέρει τις γνώσεις και τις εμπειρίες του στο νοσοκομείο αυτό που ξεκινούσε τη λειτουργία του. Πρώτος μεταξύ των πρώτων με ορά-

ματα και αισιοδοξία για προσφορά στον άρρωστο συνάνθρωπο και μετάδοσης γνώσεων και συσσωρευμένης εμπειρίας στους συνεργάτες του, οργάνωσε το Μικροβιολογικό Εργαστήριο κατά υποδειγματικό τρόπο που σύντομα αναγνωρίστηκε ως κορυφαίος από τους συναδέλφους του στο νοσοκομείο αλλά και πέρα από αυτό. Ο θάνατός του ήταν πρόωρος και απρόσμενος. Είχε πολλά ακόμη να προσφέρει και ελπίζουμε οι συνεργάτες του να ολοκληρώσουν τα οράματά του. Αντιμετώπισε με γενναιότητα, μαχητικότητα και αξιοπρέπεια τους ασθενείς του, συμβουλεύοντας τους συνεργάτες του μέχρι την τελευταία στιγμή για τη συνέχιση του έργου του. Ο Ματθαίος υπήρξε ιδιαίτερα αγαπητός σε όλους για την επιστημονική του κατάρτιση, το ήθος, την αγάπη προς τους συνεργάτες και συναδέλφους του και τον σεβασμό για τον άρρωστο και το καθήκον. Η μνήμη του θα είναι αιώνια στις σκέψεις μας και τις καρδιές μας.

Γεώργιος Χριστόπουλος, Γενικός Διευθυντής ΓΝΠ



Σεμνά ήρθες σ' αυτόν τον κόσμο, σεμνά και με αξιοπρέπεια έφυγες από αυτόν αγαπητέ Ματθαίο. Ήσουν από τους πρώτους φίλους που έκανα σ' αυτό το νοσοκομείο και εκτίμησα την ανωτερότητά σου στον χαρακτήρα, την επιστημονική σου επάρκεια και την οργανωτική σου δραστηριότητα. Κόσμος σου το εργαστήριο, στόχος η ποιότητα της δουλειάς σου. Σπάνια προσόντα σήμερα. Μικρή και περιορισμένη η καθημερινότητά σου, μεγάλος ο πλούτος των ιδανικών σου. Μεγάλη και η γενναιότητα που έδειξες σε όλη τη διάρκεια της ασθένειάς σου γνωρίζοντας καλά την τελική κατάληξη και κοιτάζοντάς την κατάματα χωρίς υπεκφυγές. Πραγματικά μας λείπεις καλέ μας φίλε, φεύγοντας άφησες ένα κενό. Ας μείνεις στις καρδιές μας για πάντα.

**Κωνσταντίνος Καραμόσχος, Διευθυντής
Β' Χειρουργικής Κλινικής ΓΝΠ**

Ήσουν από τους πρώτους συνεργάτες που γνώρισα όταν την άνοιξη του 1999 ανέλαβα υπηρεσία στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Από την πρώτη στιγμή διέκρινα το κέφι σου για δημιουργία. Το αποτέλεσμα, διοργάνωσες άριστα το Μικροβιολογικό Εργαστήριο και είχες πάντοτε επίκεντρο τον άρρωστο. Υπήρξες για μένα ένας άριστος συνεργάτης αλλά και πολύ καλός φίλος. Θα σε θυμάμαι πάντα.

**Αθανασία Χούτα-Χυτήρη, Διευθύντρια
Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝΠ**

Το έργο που αφήνει πίσω του θα είναι παράδειγμα για όλους μας. Θα τον θυμόμαστε πάντα. Θερμά συλλυπητήρια.

**Μάρτζιου Ελένη, Βιοπαθολόγος,
Επιμελήτρια Α' ΓΝΠ**

Θερμά συλλυπητήρια. Θα θυμάμαι πάντα τον επιστήμονα, τον αγωνιστή, τον συνάδελφο, τον Διευθυντή.

**Βάσω Κουλουρίδα, Βιοπαθολόγος,
Επιμελήτρια Α' ΓΝΠ**

Μοιραστήκαμε πολλές ευχάριστες στιγμές. Ήσασταν πάντα δίπλά μας σε δύσκολες στιγμές. Ζήσαμε πολλές «φουρτούνες» μα πάντα ήσασταν ο καπετάνιος μας. Ήσασταν ο δικός μας 'νθρωπος. Θα σας θυμόμαστε και θα σας αγαπάμε πάντα. Θερμά συλλυπητήρια.

**Οι παρασκευαστές του Μικροβιολογικού-
Βιοχημικού-Ιολογικού Εργαστηρίου ΓΝΠ**

Ήμασταν για εσάς η οικογένειά σας και ήσασταν ο πατέρας μας.

Άγγελος, Ντίνα

Θα σας θυμάμαι πάντα κ. Μοσκοφίδη. Με σεβασμό,
Μαίρη Σταυροπούλου

Κύριε Μοσκοφίδη, η απουσία σας είναι αισθητή σε ολόκληρο το χώρο των εργαστηρίων. Θα σας θυμόμαστε με αγάπη.

Άννα Κιουμή

Κύριε Διευθυντά, η απουσία σας αφήνει δυσαναπλήρωτο κενό. Θα σας θυμόμαστε για πάντα.

**Αναστασία Γιαννακού (Ανοσολογικό
Εργαστήριο ΓΝΠ)**

Υπήρξατε αξιοπρεπής και ευγενικός! Καλό ταξίδι...
Ελένη Κανελλίδου

Θα σε θυμάμαι πάντα με πολύ αγάπη καλέ μου φίλε και συνάδελφε. Ήταν άδικο που έφυγες τόσο νωρίς.

**Καίτη Παυλίτου, Διευθύντρια Εργαστηρίου
Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας ΓΝΠ**

Καλό ταξίδι Φίλε Ματθαίο. Εύχομαι η ψυχή σου να αναπαύεται στους κόλπους του Αβραάμ με όλους τους αγίους και να ατενίζει το λαμπρό έργο που θεμελίωσε στο νοσοκομείο μας.

**Ιωάννης Κοραντζής, Διευθυντής Τμήματος
Αιματολογικού-Αιμοδοσίας ΓΝΠ**

Τα λόγια σε τέτοιες δύσκολες περιπτώσεις, πόσο μάλλον στην είδηση της δικής σας απώλειας είναι πο-

λύ φτωχά για να εκφράσουν όλα όσα αισθανόμαστε για εσάς. Πιστεύαμε ότι θα σας έχουμε πάντα στο πλευρό μας να μας καθοδηγείτε όπως κάνατε μέχρι σήμερα. Ήσασταν ο διευθυντής μας, ο δάσκαλός μας, ο φίλος μας, ο άνθρωπος πάνω απ' όλα και στην ψυχή μας θα συνεχίστε να είστε. Δεν θα ξεχάσουμε ποτέ το χαμόγελό σας, χαρακτηριστικό της διακριτικότητας και της ευαισθησίας σας, και πολύ περισσότερο τα υπέροχα μεγάλα γαλάζια μάτια σας που ήταν σίγουρα ο καθρέφτης της ψυχής σας. Καλό ταξίδι, οι ειδικευόμενοί σας,

Γιώργος, Ηρακλής, Σοφία, Στάθης, Χάρης, Διονυσία

Χάσαμε ένα σπάνιο άνθρωπο, εξαιρετικό επιστήμονα, πάντα πρόθυμο να βοηθήσει. Θα μείνει αξέχαστος.

**Γιάννης Ευστρατίου, Διευθυντής Εργαστηρίου
Παθολογικής Ανατομικής ΓΝΠ**

Λυπάμαι που δεν στάθηκα τυχερή να σας γνωρίσω καλύτερα ως άνθρωπο, διευθυντή και επιστήμονα. Μετά τον πρόωρο και απρόσμενο θάνατό σας δεν πρόλαβα να εισπράξω την αγάπη σας για τους συνεργάτες και τη θέλησή σας να διδάξετε τους νέους γιατρούς. Καλό ταξίδι κύριε Διευθυντά. Θα σας θυμάμαι πάντα.

Ελένη Σίσκου, Βιοπαθολόγος-Επιμελήτρια Β'

Ο καλός μας ο κύριος Ματθαίος. Πάντα ήρεμος, πάντα χαμογελαστός. Πάντα να χαιρετάει όλους. Πάντα απλός με όλους. Πάντα θα σας έχουμε στην καρδιά μας. Καλό παράδεισο. Να ζείτε με γαλήνη και ευφροσύνη κοντά στον Θεό.

Η τραυματιοφορέας, Ειρήνη Ζουρελίδη

Αποχαιρετούμε το όραμα, την αγωνιστικότητα, την απλότητα και το δυναμισμό συνάμα που σας διέκριναν. Αποχωριζόμαστε δύσκολα τον άνθρωπο γιατρό, τον αέναο μαθητή της σοφίας, με την ελπίδα σταθερή και την ευχή να αγιωθεί το μεγάλο ταξίδι πλάι στο Δάσκαλο όλων. Ευχή μας να συνεχισθεί το μεγάλο έργο σας. Με εκτίμηση,

Μαρία Γ. Γαβρά, Δρ. Επιμελήτρια Α' Παθολογίας

Θα σε θυμούμαι, ο Θεός να σε αναπαύσει.

Μαρία Ανάπαση

Εύχομαι ολόψυχα ο Θεός να αναπαύσει την ψυχή του αγαπημένου μας διευθυντή και να δίνει υπομονή και κουράγιο στους οικείους του.

Κατά το διάστημα που εργάστηκα στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου (Οκτώβριος 2005 - Απρίλιος 2007) ένοιωσα πολύ τυχερή που είχα διευθυντή τον κ. Μοσκοφίδη. Ήταν ένας άνθρωπος ευαίσθητος με ποικίλα χαρίσματα. Ήταν προικισμένος με αρετές. Τον χαρακτήριζε η ανθρωπιά και η απαράμιλλη αφοσίωση στο λειτούργημά του. Στον επαγγελματικό χώρο φρόντιζε να μας συμπεριφέρεται με σεβασμό. Δεν ήταν λίγες οι φορές που διέκρινε κανείς σ' αυτόν πατρική στοργή και ενδιαφέρον. Δεν θα ξεχάσω ποτέ την ημέρα που πήγα στο Παπαγεωργίου για να αποχαιρετίσω τους συναδέλφους μου λόγω της παραίτησής μου. Με ευχαριστούσε, μου ζητούσε συγγνώμη και μου έδινε συμβουλές. Αυτόματα τα μάτια μου πλημμύρισαν από δάκρυα και αναλύθηκα σε λυγμούς. Αμέσως άρχισε να με παρηγορεί και να με νουθετεί

Η είδηση της αισθένειάς του και ακόμη περισσότερο αυτή του θανάτου του, έφθασε στα αυτιά μου σαν κεραυνός εν αιθρίᾳ.

Πιστεύω ακράδαντα ότι όλοι μας μπορούμε και πρέπει να πάρουμε πολλά καλά στοιχεία από μια τέτοια προσωπικότητα. Είναι ένα πρότυπο προς μίμηση. Μου στοίχισε πολύ που οι περιστάσεις και τα χιλιόμετρα μου στέρησαν τη δυνατότητα να παρευρεθώ στη νεκρώσιμη ακολουθία. Μακάρι να μπορούσα, έστω για λίγο, να είχα μοιραστεί τον πόνο του, ώστε να ελαττωνόταν

Του αξίζουν πολλά «ευχαριστώ» και ειδικά ένα μεγάλο για το γεγονός ότι επέτρεψε να βγούμε όλο το προσωπικό, μαζί του, κάποιες φωτογραφίες. Δεν θα τον ξεχάσουμε ποτέ. Θα τον θυμόμαστε με τις καλύτερες αναμνήσεις.

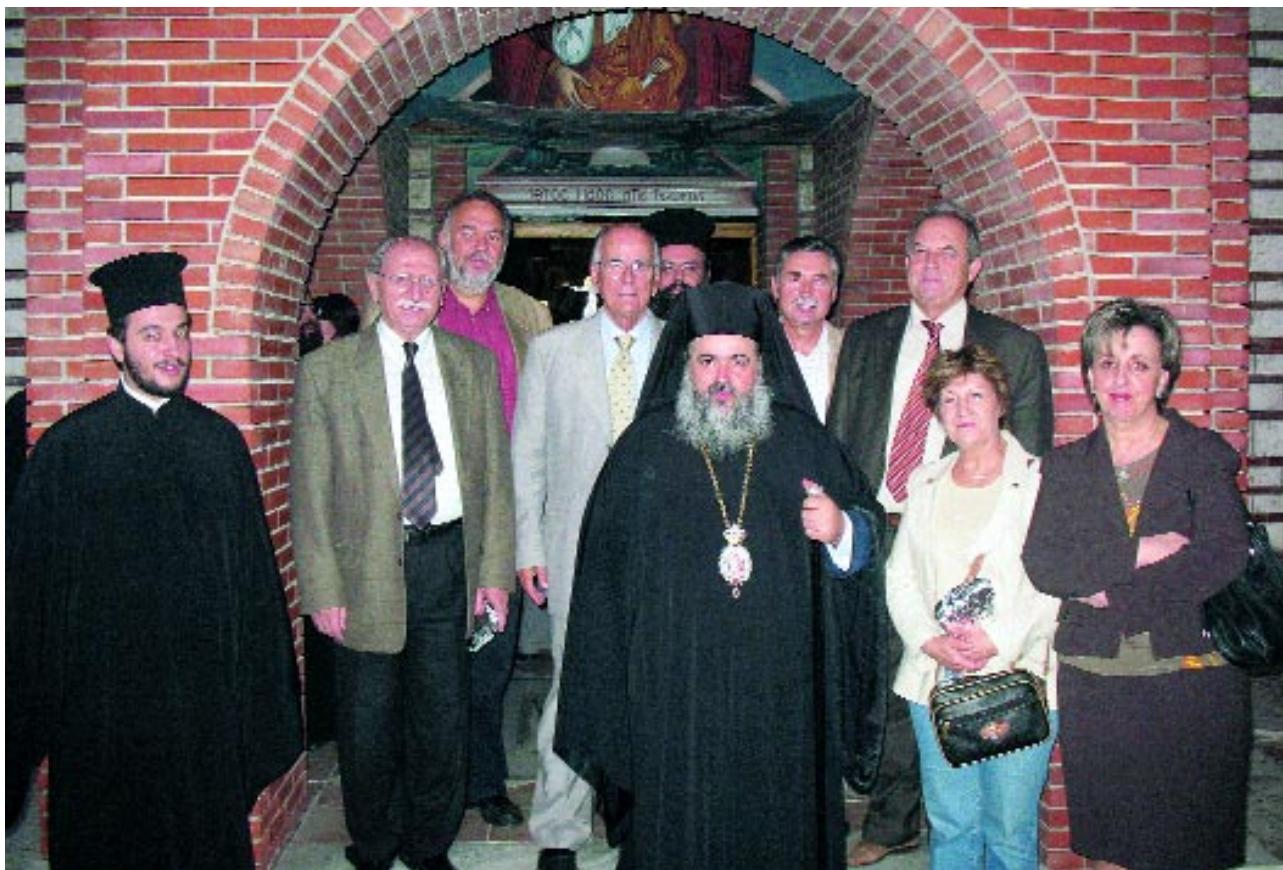
**Τα θερμά μου συλλυπητήρια
Λυδία Κουρούδη, Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων**



17 Οκτωβρίου, μνήμην και εορτήν επιτελούμεν πάντων των είκοσι Αγίων και ιαματικών Αναργύρων τα ονόματα των οποίων είναι: Κύρος και Ιωάννης, Τρύφωνας, Ιουλιανός, Μώκιος, Θαλλελαίος, Σαμψών, Κοσμάς και Δαμιανός εκ Ρώμης, Ερμόδλαος, Παντελεήμονας, Ανίκητος, Διομήδης, Κοσμάς και Δαμιανός εξ Αραβίας, Λεόντιος, Άνθιμος και Ευπρέπιος, Κοσμάς και Δαμιανός εξ Ασίας.

ΙΕΡΟΣ ΝΑΟΣ ΑΓΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΚΑΙ 20 ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ ΓΝΠ

Άγιοι Ανάργυροι καί θαυματουργοί, επισκέψασθε τάς ασθενείας ημών,
δωρεάν ελάβετε, δωρεάν δότε ημίν



ΜΕΓΑΛΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ και ιδιαίτερη κατάνυξη στο παρεκκλήσιο του Αγίου Γεωργίου και των 20 Αγίων Αναργύρων του νοσοκομείου Παπαγεωργίου πραγματοποιήθηκε ιερά πανήγυρις στις 17 Οκτωβρίου 2008 στη μνήμη των 20 Αγίων Αναργύρων.

Στις λατρευτικές συνάξεις, παραμονή της εορτής στον Μέγα Εσπερινό μετ' αρτοκλασίας και ανήμερα στον όρθρο και τη Θεία Λειτουργία χοροστάτησε ο **σεβασμιότατος Μητροπολίτης Νεαπόλεως και Σταυρούπολεως κ. Βαρνάβας**. Στις ιερές ακολουθίες παραβρέθηκαν η διοίκηση, οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου, νοσηλευόμενοι και επισκέπτες.

Ο βίος των Αγίων εκφωνήθηκε από τον αρχιμανδρίτη πατέρα **Κωνσταντίνο Φουντουκίδη** τονίζοντας ότι: «όλοι αυτοί οι άγιοι τους οποίους σήμερα συγκεντρωθήκαμε για να τιμήσουμε και να εγκωμιάσουμε και να επαινέσουμε φέρουν ένα κοινό επίθετο. Το επίθετο Ανάργυρος. Ήταν όλοι τους ιατροί κατά το λειτουργημα και κατά το επιάγγελμα και επειδή ήταν άνθρωποι καλοί και αγαθοί και η καρδιά τους πραγματικά ήταν αγνή, η χάρις και το πνεύμα του Θεού τους αγίασε και έτσι έγιναν ιατροί και θεραπευτές των ψυχών και των σωμάτων όλων των ανθρώπων, όλων των αδελφών ανεξαιρέτως και αδιακρίτως.

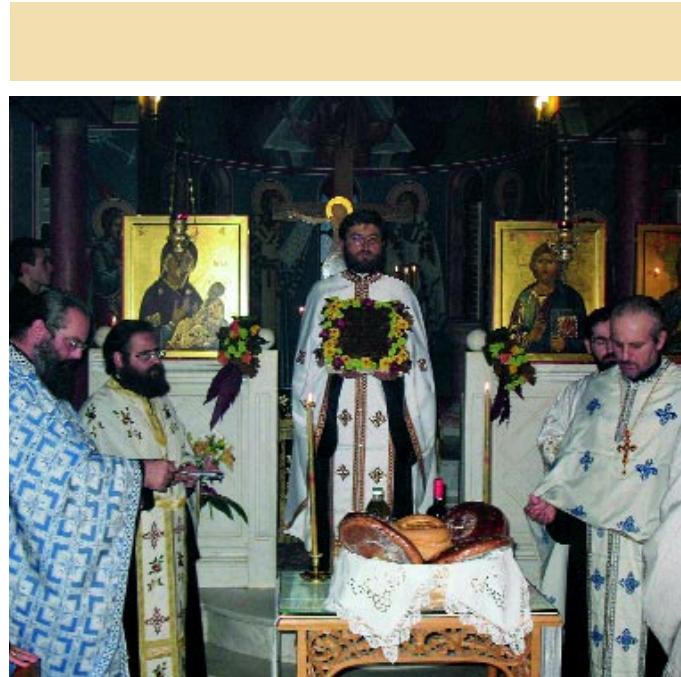
Δεν ενδιαφέρονταν για τα πρόσκαιρα και τα φθαρτά, με τα οποία οι περισσότεροι εξημών καταγινόμαστε νύχτα και ημέρα, δεν τους ένοιαζε ούτε η δόξα των ανθρώπων δεν τους ένοιαζε η φήμη και το κύρος που θα είχαν στην κοινωνία δεν τους ενδιέφερε μια πολυτελής και άνετη ζωή αλλά τους ενδιέφερε κυρίως, κατ' εξοχήν ο αδελφός και δεν έχαναν στιγμή που δεν ήταν έτοιμοι να φανούν αρωγοί και συμπαραστάτες στον ανθρώπινο πόνο και στήριγμα στις θλίψεις των αδελφών μας.

Οι άγιοι αυτοί λοιπόν μεταμόρφωσαν την φιλοχρηματία σε αγάπη προς τον αδελφό. μεταμόρφωσαν την φιλοδοξία και την εξουσιομανία σε εξουσία των ιάσεων και της θεραπείας».

Στο πέρας του Εσπερινού εκφωνήθηκε Θείο Κήρυγμα από τον Μητροπολίτη κ. **Βαρνάβα**, επισημαίνοντας πως: «η αγάπη γίνεται έργο διακονία και θεραπεία του ανθρωπίνου προσώπου και του ανθρωπίνου πόνου. Οι Άγιοι Ανάργυροι να δείχνουν αυτό τον δρόμο της διακονίας και της αγάπης σ όλους όσους βρίσκονται εδώ για τη θεραπεία τους. Η προσευχή μας και η αγάπη μας γίνεται βακτηρία και στηριγμός γίνεται συμπαράσταση και παράκληση στην παναγία μας και τους Αγίους Αναργύρους. Ο Θεός να τους θεραπεύσει να ζήσουν την προσωπική τους δοκιμασία με υπομονή.

Τέλος, για μια ακόμη φορά στο πρόσωπό σας θα ήθελα να ευχαριστήσω τη διοίκηση τους διακονούντας, τους εργαζομένους τους γιατρούς μας, τους νοσηλευτές για την άρτια οργάνωση του νοσοκομείου μας που στόχο έχει πάντοτε το καλύτερο, που στόχο έχει πάντοτε τη διακονία του ανθρωπίνου προσώπου και μάλιστα σ' αυτή τη δύσκολη στιγμή όταν αισθάνεται αδύναμος και του χρειάζεται στ' αλήθεια αγάπη και αξιοπρέπεια.

Γι' αυτό αγωνίζεσθε να παρέχετε εσείς και όλοι οι συνεργάτες σας εδώ στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου, το νοσοκομείο της μητρόπολής μας το οποίο αποτελεί στολίδι για την πόλη μας και για τον τόπο μας».



Δημοσιοποίηση του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου



Γράφει ο **Παναγιώτης Τουχτίδης**,
Γεν. Σύμβουλος Ε.Δ.Ο.Θ.
ν/τ Α.Δ.Ε.Δ.Υ.
Μέλος Δ.Σ. Σ.Ε.Ν.Π.

Το νοσοκομείο ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Θεσσαλονίκης είναι ευρύτερα αποδεκτό ως ένα πιλοτικό μοντέλο λειτουργίας, μια πρώτη προσπάθεια «σύμπραξης» του Ιδιωτικού με το Δημόσιο τομέα από την γέννηση του όρου ως ιδέα και ως σήμερα.

Το ισχύον καθεστώς του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου όμως είναι ένα καταχρηστικό νομοθετικό αποκύημα που με έντεχνο τρόπο οδηγεί ένα κατά τα άλλα Δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα σε μια ιδιότυπη μορφή ΝΠΙΔ με περιορισμένη υποχρέωση λογοδοσίας περί των πρακτέων του στα οικονομικά (παρά το γεγονός ότι η μισθοδοσία των υπαλλήλων προέρχεται εξ ολοκλήρου από τον κρατικό κορβανά - άρθρο 3 παράγραφος 15 του ΕΚΛ).

Η παρωχημένη λειτουργία του όλα αυτά τα χρόνια σε συνδυασμό με τα υπέρογκα χρέη του και τις πλέον των 450 παραιτήσεων προσωπικού, **αποδεικνύει καταφανέστατα την ανάγκη για άμεση ανάληψη πρωτοβουλίας προς την πλήρη δημοσιοποίηση του αφού το μοντέλο που δοκιμάστηκε απέτυχε μακράν από το να αναδείξει την ελάχιστη υποψία πλεο-**

νεκτήματος από την ισχύουσα κρατική πρακτική στο τομέα της δημόσιας υγείας. Κύρια παράμετρος που πρέπει να ληφθεί υπόψη ώστε να μας οδηγήσει προς αυτή την κατεύθυνση είναι το γεγονός ότι με το Ν. 1892/1990 ο «δημόσιος τομέας» επαναοριθετήθηκε και ορίστηκε ότι περιλαμβάνει, μεταξύ των άλλων, **τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου δημόσιου χαρακτήρα που επιδιώκουν κοινωφελείς ή άλλους δημόσιους σκοπούς**.

Επομένως για την υπαγωγή ενός νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου στον δημόσιο τομέα, αποφασιστικό κριτήριο είναι ο **δημόσιος χαρακτήρας** του. Τα στοιχεία που προσδιορίζουν τον δημόσιο χαρακτήρα ενός ΝΠΙΔ είναι η σύστασή του με πράξη του νομοθετικού οργάνου ή με πράξη που εκδίδεται κατά νομοθετική εξουσιοδότηση, ο δημόσιος ή κοινωφελής σκοπός του, όπως αυτός προσδιορίζεται στη συστατική πράξη, ο τρόπος επιλογής και διορισμού των οργάνων διοικήσεως αυτού, το ιδιοκτησιακό του καθεστώς και κυρίως η προικοδότησή του κατά την ίδρυσή του ή και μεταγενέστερα με μεταβίβαση σ' αυ-





τό περιουσιακών στοιχείων από μέρους του κράτους ή ΟΤΑ ή άλλου δημοσίου νομικού προσώπου, η ασκούμενη επι αυτού κρατική εποπτεία, η οποία υπερβαίνει τη συνήθη εποπτεία επί των ΝΠΙΔ και ασκεί αποφασιστική επιρροή στη διοίκηση και λειτουργία του, ο οικονομικός και διαχειριστικός του έλεγχος αυτού, ο τρόπος προσλήψεως και η υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του, το εάν απολαμβάνει τυχόν ειδικών προνομίων, απαλλαγών και ατελειών κλπ.

Λαμβάνοντας υπόψη λοιπόν ότι:

1. το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ συστήθηκε με την από 24/05/1991, μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του «Ιδρύματος Παπαγεωργίου» σύμβαση που κυρώθηκε με το Ν.1964/1991, όπως αυτή τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε α) με την από 03-11-1997 σύμβαση που κυρώθηκε με το Ν. 2618/1998, β) με την από 08/07/1999 σύμβαση που κυρώθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2737/1999 και γ) με την από 12/09/2003 σύμβαση, που κυρώθηκε με το άρθρο 45 του Ν. 3204/2003. Το Νοσοκομείο αυτό ιδρύθηκε επομένως με την κυρωθείσα με νόμο προαναφερθείσα βιούληση, με την οποία εκδηλώθηκε η σύμπτωση τόσο της κρατικής βιούλησης, όσο και αυτής του Ιδρύματος Παπαγεωργίου.
2. Το Νοσοκομείο ιδρύθηκε ως ΝΠΙΔ κοινωφελές, μη δυνάμενο να μετατραπεί σε κερδοσκοπική επιχείρηση και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Τα πάσης φύσεως έσοδά του διατίθενται για την κάλυψη των λειτουργικών του αναγκών, τυχόν δε πλεόνασμα διατίθεται στο Ελληνικό Δημόσιο.
3. Ο σκοπός του είναι κοινωφελής.
4. Το κτιριακό του συγκρότημα κατασκευάσθηκε επί οικοπεδικής έκτασης που ανήκει στο Ελληνικό Δημόσιο, η χρήση της οποίας διετέθη στο ιδρυθέν ΝΠΙΔ στο διηνεκές χωρίς αντιπαροχή ή άλλης μορφής αντάλλαγμα.
5. Οι πόροι του Νοσοκομείου προέρχονται από τα ημερήσια νοσήλια και τις εισπράξεις αλλά και από ετήσια επιχορήγηση του Δημοσίου, καθοριζόμενη πάντοτε με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, κατά την ελεύθερη κρίση τους.

6. Το Δημόσιο δικαιούται να ελέγχει την διαχείριση του ιδρύματος, το δε ίδρυμα υποχρεούται να έχει στη διάθεση των ελεγκτικών οργάνων του Δημοσίου όλα τα αναγκαία παραστατικά και να παρέχει κάθε αναγκαία για τη διενέργεια του σχετικού ελέγχου πληροφορία. Τα μέλη της διοίκησης του Ιδρύματος Παπαγεωργίου υπέχουν τις ευθύνες των δημοσίων υπόλογων.

7. Το 7μελές Διοικητικό Συμβούλιο διορίζεται από τον Υπουργό Υγείας για τριετή θητεία.
8. Ο καταρτιζόμενος από το πρώτο ΔΣ Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας του Νοσοκομείου, εγκρίνεται από τους Υπουργούς Οικονομικών και Υγείας.
9. Οι πάσης φύσεως μισθώσεις, προμήθειες και εκμισθώσεις ακινήτων εν γένει, αγορές ή εκποίήσεις ακινήτων καθώς και η εκτέλεση έργων του Νοσοκομείου διενεργούνται με την εφαρμογή των διατάξεων που ισχύουν στα ΝΠΔΔ.

Αξιολογώντας όλα τα ανωτέρω χαρακτηριστικά προκύπτει ότι το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ανήκει στο δημόσιο τομέα, κατά την έννοια των άρθρων 1 παρ. 6 του Ν. 1256/1982 και 51 παρ. 1 του Ν. 1892/1990. (όπως άλλωστε ομόφωνα γνωμοδότησε και το Νομικό Συμβούλιο του Κράτους με την υπ' αριθμόν 38/2004 απόφαση του).

Επιπροσθέτως οφελούμε να λάβουμε υπόψη τις καταχρηστικές ρυθμίσεις στον ΕΚΛ και σε σχετικές κείμενες διατάξεις οι οποίες παραβιάζουν κατάφορα τις αρχές ισονομίας και ισότητας:

Ενώ λοιπόν ως βασική παράμετρος ορίζεται ότι το Νοσοκομείο εφημερεύει κανονικά ενταγμένο στον υγειονομικό χάρτη της πόλης και μάλιστα ως κύριο νοσοκομείο Πυλώνα,

- Στο άρθρο 7 παρ. 1 αποκλείεται καταχρηστικά η συμμετοχή εκπροσώπου των εργαζομένων στο 7μελές Δ.Σ. του νοσοκομείου ενώ δεν προβλέπεται υπηρεσιακό συμβούλιο όπως συμβαίνει σε οποιοδήποτε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα του Ε.Σ.Υ.
- Αναφορικά με την παράγραφο 16 του άρθρου 9 σε μια απόπειρα εκφοβισμού και στυγνής εργοδοτικής [...] εκμετάλλευσης του υπαλληλικού προσωπικού που με χρήματα του ελληνικού λαού προσλαμβάνονται, δίνεται η δυνατότητα στο Δ.Σ. του νοσοκομείου



ου να προσλαμβάνει ή να απολύει το λοιπό προσωπικό «μέσα στα πλαίσια του προϋπολογισμού»(!), προσωπικό που προσλαμβάνεται σύμφωνα με το άρθρο 34 παρ. 1 και 3 με καθ' όλα νόμιμες και διαφανείς διαδικασίες στο σύνολο του (ΑΣΕΠ).

- Ένα ακόμα καταχρηστικό όσο και αφελές μέσο πίεσης του προσωπικού είναι και η παρ. 2 του άρθρου 35 του Ε.Κ.Λ. όπου ορίζεται ως χρόνος πρόσληψης η τριετία ή πενταετία με δυνατότητα (ή μη) ισόχρονης ανανέωσης από όπου προκύπτει ένα **πεδίο μεγάλων ανισοτήτων** αλλά και αδικιών σε βάρος του υπαλληλικού του δυναμικού!

Οι διαφορές και τα προβλήματα που έχουν προκύψει όλα αυτά τα χρόνια της λειτουργίας του οφείλονται στην προχειρότητα με την οποία αντιμετωπίστηκε ίσως το θέμα των εργασιακών σχέσεων, φαινόμενο όμως που δε σταματά μόνο εκεί.

- Έτσι έχουμε καταγράψει, πρώτο και κύριο, το **νοσηρό άρθρο 41 του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας του**, που καθιστά τους εργαζόμενους δέσμιους της Εργατικής Νομοθεσίας, τη στιγμή που όλοι οι υπόλοιποι συνάδελφοί τους στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. υπάγονται στον Υπαλληλικό Κώδικα! Εξωφρενικότερο δε όλων είναι το γεγονός ότι συνάδελφοι που προσφέρουν δίπλα δίπλα τις υπηρεσίες τους στο πάσχοντα πολίτη (Ι.Δ. που προσλήφθηκαν μέσω ΑΣΕΠ φυσικά από το νοσοκομείο και Δ.Υ. που αποσπάστηκαν για μια 5ετία το 1999 και παρέμειναν τελικά) **έχουν ίδιες υποχρεώσεις αλλά διαφορετικά δικαιώματα!**

- Οι υπάλληλοι του Νοσοκομείου οι οποίοι προσλαμβάνονται με **συμβάσεις εργασίας ορισμένου χρόνου (τριετείς)** υπάγονται ασφαλιστικά στο ΙΚΑ. Οι εργαζόμενοι δηλαδή που δουλεύουν μέσα σε Νοσοκομείο για μια απλή έστω συνταγή πρέπει να αποταθούν στον Ιατρό του ΙΚΑ! Αναρρωτική, συνταγογράφηση ή έστω μια απλή εξέταση **δεν έχει ισχύ από γιατρούς τριτοβάθμιου νοσοκομείου** (!) αν δεν περάσει ο εργαζόμενος από το πολυιατρείο του ΙΚΑ!
- Οι ορισμένου χρόνου συμβάσεις επίσης, αλλά και γενικότερα το καθεστώς Ν.Π.Ι.Δ. του νοσοκομείου **αποτρέπει μετακινήσεις υπαλλήλων από και προς αυτό** με συνέπεια σε αδυναμία συνυπηρέτησης ή άλλους οικογενειακούς λόγους, οι εργαζόμενοι να ε-

ξωθούνται σε παραίτηση, και το νοσοκομείο να αιμορραγεί συνεχώς από τις αλλεπάλληλες **αποχωρήσεις προσωπικού οι οποίες έχουν πλέον ξεπεράσει τις 450** μέσα σε εννιά χρόνια λειτουργίας! Το ίδιο καθεστώς εγείρει απαγορεύσεις και για εργαζόμενους σε αλλά δημόσια νοσοκομεία που επιθυμούν να αποσπαστούν ή να μετατεθούν στο «Παπαγεωργίου».

- Παράδοξο επίσης μπορεί να χαρακτηρισθεί το γεγονός ότι η προϋπηρεσία των συναδέλφων μας ιατρών Ι.Δ. αναγνωρίζεται πάραυτα και μισθολογικά όταν αυτοί καταλαμβάνουν θέση σε άλλο νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ., δε συμβαίνει όμως το ίδιο και για τους λοιπούς εργαζόμενους.
- Και όλα αυτά μέσα σε ένα κλίμα πίεσης και εκφοβισμού που επιτείνει την δεδομένη ανασφάλεια των υπαλλήλων και οδηγεί σε ολοένα πιο **αντεργατική συμπεριφορά από πλευράς προϊσταμένων και διευθυντικών στελεχών** που έχουν κάνει παντιέρα της εργασιακής φιλοσοφίας τους δόγματα όπως «οποίος δεν αντέχει φρεύγει» και «ουδείς αναντικατάστατος» προκειμένου να αναδειχθούν και να ικανοποιήσουν την ματαιοδοξία τους -και όχι μόνο- μέσα από νούμερα και στατιστικές, στις πλάτες των «πληθείων».

Νομίζω ότι όπως προκύπτει από όλα τα ανωτέρω η δημοσιοποίηση του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου είναι μονόδρομος τόσο για την εξυγίανση των ισχουσών εργασιακών σχέσεων, όσο απαραίτητη και ως πρόληψη ακόμη δυσχερέστερων καταστάσεων στη μελλοντική λειτουργία του, αφού αν μη τι άλλο αποδεικνύει ότι η Υγεία, το ύψιστο αυτό κοινωνικό αγαθό, ούτε εμπορεύσιμο είδος μπορεί να γίνει, ούτε αντέχει περαιτέρω πειράματα και βιασμούς

Γενικεύοντας, καλώ κάθε εργαζόμενο, κάθε πρωτοβάθμιο Σωματείο, κάθε Δευτεροβάθμια οργάνωση, καθώς και τα Τριτοβάθμια Συνδικαλιστικά όργανα της χώρας να ενώσουν τις φωνές τους μαζί μας και **υιοθετώντας άμεσα την πρόταση για άμεση Δημοσιοποίηση του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου στα βασικά τους αιτήματα και διεκδικήσεις, να καταδείξουν σε σύσσωμη την πολιτική ηγεσία του τόπου ότι:**

Ο ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΠΟΥΛΗΜΑ!



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.

Προς τον Πρόεδρο του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου,
κ. Νικόλαο Παπαγεωργίου

Νοιώθω την ανάγκη να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου, τον θαυμασμό μου, και την ικανοποίησή μου ως μια απλή πρώην ασθενής για την γενναιόδωρη προσφορά τους, προς τους συμπατριώτες τους. Πολλά κοσμητικά επίθετα δεν θα φτάσουν για να περιγράψουν αυτό το μεγαλειό ψυχής, τον αλτρουϊσμό, και πάνω από όλα το ήθος και τιν τρόπο με τον οποίο οι αδελφοί Παπαγεωργίου, μετέδωσαν στους εξαιρετικούς επιστήμονες και νοσηλευτικό προσωπικό και λοιπό προσωπικό να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς, με το ίδιο ενδιαφέρον την ίδια στοργή που θα έδειχναν στους γονείς ή στα παιδιά τους.

Λόγω της κατάστασης της υγείας μου, έχω νοσηλεύτεί και σε άλλα νοσοκομεία του δημοσίου, ακόμη και σε αυτά τα πολύ γνωστά της πόλης μας, όπου τους ασθενείς τους βλέπουν ως ένα κοπτήριο νομισμάτων. Εκεί μένχρι και εμένα είχαν πείσει ότι όταν ασθενήσεις και νοσηλευτείς εκεί, για να συνεχίσεις να νοιώθεις άνθρωπος και μετά το εξιτήριο, πρέπει να στερηθείς αρκετά αγαθά της ζωής σου, διότι αυτό είναι το σωστό.

Όνειρα θερινής νυκτός ήταν ότι την ίδια και πολύ πολύ καλύτερη αντιμετώπιση θα μπορούσαν να έχουν οι Έλληνες στην πατρίδα τους και σε νοσοκομείο του Δημοσίου. Σε μια εποχή όπου οι πάντες λαδώνονται, σ' αυτό το νοσοκομείο εάν τολμήσεις να προτείνεις γρηγορόσημο, θα δεις στο βλέμμα των επιστημόνων κάθε ειδικότητας έως και την αποστροφή. Αυτό δεν είναι τυχαίο. Κατόρθωμα των αδελφών Παπαγεωργίου είναι και αυτό. Περνώντας ην είσοδο του νοσοκομείου σπιθαμή προς σπιθαμή θαυμάζεις από το προαύλιο, τις αίθουσες αναμονής, τα υπερσύγχρονα μηχανήματα, την μελέτη μέχρι και την τελευταία γωνιά, τα χειρουργεία, τις κλινικές σ' όλα τα τμήματα σχεδόν την τελειότητα.

Η προσφορά αγάπης και φιλανθρωπίας Παπαγεωργίου σε ακολουθούν. Νοιώθω υπερήφανη που υπάρχουν ακόμη τέτοιοι Έλληνες ευεργέτες που βάζουν το καλό του συμπολίτη τους σε προτεραιότητα. Αν ήταν στο δεκαπλάσιο.

Παρακαλώ κύριε Πρόεδρε δεχθείτε τις θερμές μου ευχαριστίες γι' αυτό το θαυμάσιο έργο που προσφέρετε στους συμπατριώτες σας, στους συνανθρώπους σας, και ο Θεός να σας ανταμείψει κατά τις επιθυμίες σας στο

Με τιμή, Αναστασία Παπαδοπούλου

κ. Πρόεδρε

Σήμερα Δευτέρα 17-3-2008 δόθηκε το εξιτήριο στη κόρη μας Παυλίδη Ευαγγελία από την **Β' Παιδοχειρουργική Κλινική** του νοσοκομείου σας. Θέλουμε να εξάρουμε τη αφοσίωση, τη εργατικότητα, την ηθική και ουσιαστική συμπαράσταση ων εργαζομένων, γιατρού και υπόλοιπο προσωπικό, την υποδειγματική συμπεριφορά και την αυταπάρνηση που διέπει το σύνολο των εργαζομένων στην εν λόγω κλινική. Πιστεύοντας ότι κάποτε πρέπει να λέμε και τα θετικά σ' αυτή την χώρα. Δεχθείτε τις ειλικρινείς ευχαριστίες μας για το σημαντικό έργο που επιτελείτε.

Οι γονείς, Τάσος Παυλίδης- Ελένη Γκόγλη

Αξιότιμε κ Παπαγεωργίου

Θα ήθελα να σας συγχαρώ για το αξιόλογο έργο σας. Στις 25-3-2008 είχαμε τη χαρά με τη σύζυγό μου αποκτήσουμε το πρώτο μας παιδί στο νοσοκομείο σας. Ενικρινά συγχαρητήρια σε εσάς προσωπικά, στον διευθυντή της Μαιευτικής Κλινικής καθηγητή κ.Ι. Μπόνη, τον γυναικολόγο κ. Θ. Θεοδωρίδη και όλο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πλήρη κλινικής. Οι υπηρεσίες, η καθαριότητα, το φαγητό και κυρίως το ανθρώπινο δυναμικό είναι σε πολύ υψηλό επίπεδο και δεν έχετε να ζηλέψετε τίποτε από τα νοσοκομεία ου εξωτερικού.

Με εκτίμηση Βρέτας Θωμάς, Καστοριά

Αγαπητέ Κύριε Πρόεδρε,

Θα ήθελα να σας μεταφέρω τις ευχαριστίες μας καθώς και τα συγχαρητήριά μας προς το νοσοκομείο, το προσωπικό και σε εσάς προσωπικά για τις υψηλού επιπέδου υπηρεσίες-εξυπηρέτηση που προσφέρετε στους ασθενείς σας και στην προκείμενη περίπτωση στην μητέρα μου Εύα Λυτρίδου ασθενή στην **Ορθοπαιδική Κλινική** (Ζος όροφος). Εύχομαι ο Θεός να δίνει δύναμη σε όλους σας και να συνεχίσετε να προσφέρετε τις υψηλού επιπέδου υπηρεσίες σας. Οι εντυπώσεις μας οι καλύτερες από την εισαγωγή στα επείγοντα έως και το χειρουργείο-ανάρρωση. Εύχομαι να γίνεται παράδειγμα προς μίμηση και από το σύνολο των νοσοκομείων της χώρας μας, για να απολαμβάνουν όλοι αυτά που παρασχέθηκαν σε εμάς.

Σας ευχαριστούμε, Γεώργιος Λυτρίδης

Προς Β' ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλη τη **Β' Ορθοπαιδική** για την άφογη νοσηλεία μου στην περίπτωση ρήξη αχλει-Μεταξιώτη, που με εγχείρησε και όλη την ομάδα. Την αναισθησιολόγο που δεν θυμάμαι το όνομά της, άφογη!!! Σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

Κωνσταντίνος Μεταλλείδης

Ειδήσεις, δραστηριότητες του νοσοκομείου μας

Εκοιμήθη ο Μητροπολίτης πρώην Νεαπόλεως-Σταυρουπόλεως και Δυτικών Συνοικιών κύρος Διονύσιος

Η σεβάσμια μορφή του και οι γλυκείς λόγοι του θα μείνουν για πάντα χαραγμένοι στην καρδιά όλων όσοι αισθάνθηκαν έντονη τη θέρμη της δικής του καρδιάς.

ΜΕΑΦΑΤΗ ΘΛΙΨΗ η διοίκηση και οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου πληροφορήθηκαν την κοιμηση του μακαριστού Μητροπολίτη πρώην Νεαπόλεως-Σταυρουπόλεως και Συκεών κυρός Διονυσίου, στις 8 Αυγούστου 2008. Η σορός του τέθηκε σε λαϊκό προσκύνημα στον Ιερό καθεδρικό Ναό Τιμίου Προδρόμου από το Σάββατο 9 έως και τη Δευτέρα 11 Αυγούστου.

Τον επικήδειο εκφώνησε ο σεβασμιότατος Μητροπολίτης Νεαπόλεως-Σταυρουπόλεως και Δυτικών Συνοικιών, κ. Βαρνάβας αποχαιρετώντας τον μακαριστό με λόγια του ποιητή Τάκη Βαρβιτσιώτη:

«Δεν είναι καιρός για λύπη, αδελφοί μου
Όταν δε θα 'μαι πια κοντά σας
Να 'ρχεσθε πάντα στον τάφο μου
και να μου φέρνετε όλες τις λύπες σας,
όλο το μόχθο και τη συντριβή σας.
Θα 'ναι για μένα τα ωραιότερα λουλούδια.
Και να μιλάτε θέλω, να μου μιλάτε
Σα να 'μαι ζωντανός.
Γιατί για σας θα είμαι πάντα ζωντανός»

Όλοι οι άνθρωποι του νοσοκομείου θυμούνται έντονα τον μακαριστό Διονύσιο, όταν επισκεπτόταν το Νοσοκομείο για να χοροστατήσει σε θεία λειτουργία στον Ι. Ναό του Αγίου Γεωργίου και των 20 Αγίων Αναργύρων ή απλά για να βρε-



θεί κοντά στους εργαζόμενους και στους ασθενείς, για να τους ευλογήσει και να τους ενθαρρύνει. Η σεβάσμια μορφή του και οι γλυκείς λόγοι του θα μείνουν για πάντα χαραγμένοι στην καρδιά όλων όσοι αισθάνθηκαν έντονη τη θέρμη της δικής του καρδιάς.

Ο Σεβασμιότατος Μητροπολίτης πρώην Νεαπόλεως και Σταυρουπόλεως κύρος Διονύσιος (κατά κόσμον Ιωάννης Λαδόπουλος) γεννήθηκε στο Καστέλι Κισσάμου Κρήτης το 1929. Γόνος ευσεβών γονέων, του Γεωργίου Λαδόπουλου από τη Σμύρνη και της Μαρίας Λαϊνάκη από την Κρήτη, ήταν το δεύτερο από τα έξι παιδιά της οικογένειας. Δύο χρόνια μετά τη γέννησή του η οικογένεια Λαδόπουλου αναγκάσθηκε λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης του 1929 να μετοικήσει στη Σίνδο Θεσσαλονίκης. Εκεί παρακολούθησε τις εγκύκλιες σπουδές του, ενώ παράλληλα αρχίζει να διαφαίνεται η ιερατική του κλίση.

Ολοκλήρωσε τις θεολογικές του σπουδές και αποφοίτησε από τη Θεολογική Σχολή Χάλκης το 1965. Διάκονος χειροτονήθηκε το 1955 και Πρεσβύτερος το 1960. Υπηρέτησε ως Κωδικογράφος στο Οικουμενικό Πατριαρχείο, ως ιερέας και ως ιεροκήρυκας στη Μητρόπολη Κίτρους και ως Καθηγητής στο Ανώτερο Εκκλησιαστικό Φροντιστήριο Κατερίνης. Εξελέγη στις 22 Μαΐου 1974 πρώτος Μητροπολίτης της νεοσύστατης τότε Μητροπόλεως Νεαπόλεως και Σταυρουπόλεως. Η επόμενη μέρα της ενθρονίσεώς του τον βρήκε χωρίς επισκοπείο, χωρίς κατοικία, με ναούς μικρούς και πρόχειρα κατασκευασμένους. Στα χρόνια πού ακολούθησαν χτίστηκαν 25 νεοί και άλλοι επεκτάθηκαν ή διορθώθηκαν, τελεστήκαν περισσότερες από 150 χειροτονίες, ενώ ίδρυθηκαν τρία μοναστήρια (δύο γυναικεία και ένα ανδρικό) και 18 αίθουσες διαλέξεων. Το 1990 δημιούργησε το Ίδρυμα Νεότητας με ποικίλες δραστηριότητες για τα παιδιά και τούς νέους της επαρχίας του και το 1994 το εκκλησιαστικό Λύκειο για υποψήφιους κληρικούς. Ίδρυσε επίσης 42 Ενοριακά Φιλόπτωχα Ταμεία και 10 Ενοριακά Συσσίτια, τον Ξενώνα της Μητρόπολης, τη Βιβλιοθήκη και τις Κατασκηνώσεις.

Στα 30 χρόνια της ποιμαντορίας του ανάλωσε τη ζωή του στην υπηρεσία του λαού του Θεού και η προσφορά του στην εκκλησιαστική επαρχία της Δυτικής Θεσσαλονίκης υπήρξε παροιμιώδης. Το πρωτοποριακό του έργο έτυχε πάνδημης αποδοχής και αναγνώρισης και αποτελεί οδοδείκτη και βαριά παρακαταθήκη όχι μόνο για τα πνευματικά του παιδιά αλλά για όσους τον γνώρισαν και τον συναναστράφηκαν.



Αναμνηστικό στιγμιότυπο από τα θυρανοίξια του Ι. Ναού Αγίου Γεωργίου και 20 Αγίων Αναργύρων του νοσοκομείου Παπαγεωργίου, στις 18-3-2000 χοροστατούντος του σεβασμιότατου Μητροπολίτη κ. Διονύσιου.



Κερδίζουν τις «μάχες» της ζωής με ένα χαμόγελο.
Νοσηλεύτριες από τη Β'
Καρδιολογική
Κλινική, Βαρβάρα
Τσιρώνη,
Κωνσταντινιά
Ιωάννου, Άννα
Καζαμία,
Κωνσταντινιά
Μυλωνοπούλου
και Βαΐα Ντελλή.

Μία μοναδική όμορφη στιγμή για τον φακό του «Χρέος Ζωής». Οι Μαίες των Εξωτερικών Ιατρεών της Α' Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Αλεξάνδρα Ασβεστά, Ειρήνη Βλαχοπούλου, Αναστασία Γαλανίδου, Ευτυχία Λαμπροπούλου και Αγλαΐα Μανδάλου.



Στιγμές συμπτροσευχής, ευχής, ελπίδας και αισιοδοξίας για την ίαση των ασθενών τους κατά τη διάρκεια τέλεσης Ιερού Ευχελαίου από τον πατέρα Γεώργιο Δημόπουλο, ιερέα του παρεκκλησίου του νοσοκομείου απαθανάτισε το «Χρέος Ζωής», μέλη από το ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό και τη γραμματεία της Μονάδας Βραχείας Ογκολογικής Νοσηλεύσας ΑΠΘ. Ανάμεσά τους και ο Παθολόγος-Ογκολόγος, Επιμελητής Α' Ιωάννης Ξανθάκης.

Για την προσφορά του στην Ιατρική και το ΑΠΘ Τιμήθηκε ο καθηγητής Ιωάννης Μπόντης

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΦΟΡΑ του στην επιστήμη της Ιατρικής και το ΑΠΘ τιμήθηκε ο καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ Ιωάννης Μπόντης σε ειδική εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε στην αίθουσα Τελετών του ΑΠΘ. Προσφωνήσεις εκφωνήθηκαν από τον Πρύτανη του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, καθηγητή Αναστάσιο Μάνθο, τον Πρόεδρο της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ καθηγητή Νικόλαο Ντόμπρο, τον αναπληρωτή Πρόεδρο της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ καθηγητή Βασιλείο Ταρλατζή, τον πρόεδρο του ΔΣ του νοσοκομείου Παπαγεωργίου Νικόλαο Παπαγεωργίου, τον αντιπρύτανη του Πανεπιστημίου Αθηνών καθηγητή Γεώργιο Κρεατσά και από τον καθηγητή του Ελεύθερου Πανεπιστημίου Βρυξελών καθηγητή Paul Devroey.

Ο κ. **Μπόντης** ο οποίος είναι ο πρώτος επιστήμονας που εφήρμοσε στην Ελλάδα τις ακτίνες λέιζερ ενδοσκοπικά, μεταξύ άλλων διετέλεσε: πρόεδρος της Μαιευτικής-Γυναικολογικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης, της εταιρείας Φυσικοπαθολογίας, αντιπρόεδρος της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας, γραμματέας της Εταιρείας Στειρότητας, πρόεδρος Ελληνικής Ενδοσκοπικής Εταιρείας, μέλος της Συμβουλευτικής Επιτροπής της ESHRE, πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Γονιμότητας και Στειρότητας, πρόεδρος της Ελληνικής Επιτροπής Προδιαγραφών Βλαστικών κυττάρων. Έχει δημοσιεύσει περισσότερες από 600 επιστημονικές εργασίες σε ελληνικά και ξένα περιοδικά και πρακτικά συνεδρίων, καθώς και βιβλία.

Πηγή: Εφημερίδα «Θεσσαλονίκη», Ιούνιος 2008.



Β' ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΓΝΠ

ΔΥΟ ΝΕΑ ΕΙΔΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ



ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ:
Αν. Καθηγητής
Δημήτριος Σωτηριάδης

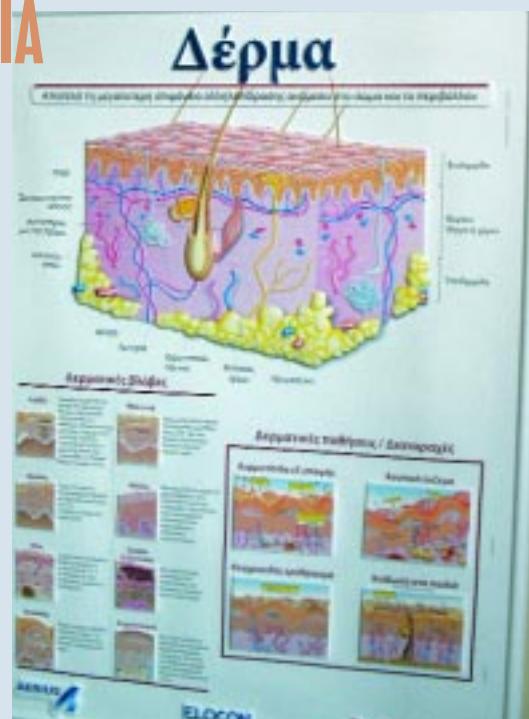
ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ των παρεχόμενων υπηρεσιών η Β' Κλινική Αφροδισιών και Δερματικών Νόσων ΑΠΘ στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου ξεκινά τη λειτουργία δύο νέων Ειδικών Εξωτερικών Ιατρείων από 15 Οκτωβρίου 2008.

1. Ιατρείο Ψωρίασης-Σπιλων και Όγκων, κάθε πρώτη και τρίτη Τετάρτη κάθε μήνα

2. Ιατρείο Παιδοδερματολογικό, κάθε δεύτερη και τέταρτη Τετάρτη κάθε μήνα.

Ώρες λειτουργίας: 09.00-11.00 π.μ.

Τηλέφωνα ραντεβού: 2310-693229 και 2310-693231.



ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ



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 προληπτικού 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

ΞΩΤΕΡΙΚΟ 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 χειρός	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 Παιδών	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 Διακοπή καπνίσματος	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.00-13.30 & Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00 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 Δευτέρα-Πέμπτη: 8.30-9.20
TEST PAP	
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 Εκκριμάτων	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 Ωθηκών	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. Καρδιοθαρακοχειρουργικό	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. E.I. Πολλαπλής Σκλήρυνσης	Τρίτη: 8.30-13.30
7. E.I. Νευροανοσολογικό	Πέμπτη: 9.00-12.10
Ε.Ι. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
E.I. 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. E.I. Παν. Χειρουργικής Παιδων	Τρίτη, Πέμπτη: 9.00-11.45 & Δευτέρα: 18.00-19.40
2. E.I. Νεογνή Χειρουργική	Τετάρτη: 11.00-13.00
3. E.I. Κρανιοπροσωπικές παθήσεις - Σχιστίες προσώπου	Παρασκευή: 11.00-13.00
Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ	
E.I. 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. E.I. Ειδικό Άνω Άκρου	Τρίτη: 9.00-11.40
2. E.I. Παιδων Ορθοπαιδικό	Δευτέρα: 8.30-11.00
3. E.I. Ορθοπαιδικό	Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή: 8.30-13.30 , Τρίτη: 8.20-9.10 & 11.50-13.30 & Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00
4. E.I. Σκολίωσης	Ανά 15ήμερο κάθε Τρίτη: 8.30-10.00
5. E.I. Οστεοπόρωσης	Ανά 15ήμερο κάθε Τρίτη: 8.30-11.30
6. E.I. Σπονδυλικής Στήλης	Παρασκευή: 8.30-13.00
Ε.Ι. Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. E.I. Σεξουαλικής & Αναπαραγωγής	Δευτέρα, Τετάρτη: 9.00-13.30
2. E.I. Γυναικολογικής Ουρολογίας	Δευτέρα, Πέμπτη: 9.00-14.30
3. E.I. Νευροουρολογικό	Τετάρτη: 9.00-14.00
4. E.I. Ουρολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη: 9.00-14.40 & Δευτέρα: 16.00-20.00
5. E.I. Ουρολογικής Ογκολογίας	Τρίτη, Πέμπτη: 10.00-14.00 (Κυστεοσκοπήσεις) Τετάρτη: 9.00-14.00 (Εγχύσεις)
6. E.I. Παθήσεων Προστάτη (βιοψία)	Τρίτη, Παρασκευή: 9.00-14.30
7. E.I. 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	
E.I. Γενικό Οφθαλμολογικό	Δευτέρα, Παρασκευή: 8.30-13.20 & Δευτ., Τετ.: 16.00-20.00
Ε.Ι. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ	
1. E.I. Αγγειογραφίες Παν. Οφθαλμολογικής κλινικής	Πέμπτη: 8.40-10.40
2. E.I. Οπτικά Πεδία	Δευτέρα, Τετάρτη: 8.20-13.20
ΕΙΔΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ	
1. E.I. Βυθού	Πέμπτη: 9.50-13.30
2. E.I. Γλαυκώματος	Τετάρτη: 8.30-12.20
3. E.I. Διαβήτη	Τρίτη: 8.30-10.50
4. E.I. Επανεξέταση Καταρράκτη	Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη: 8.30-11.30
5. E.I. Κόγχου Κερατοειδούς	Δευτέρα: 8.30-10.10
6. E.I. Παιδιατρ. Στραβισμού Γεννετικής	Δευτέρα: 10.30-13.20
7. E.I. Ραγοειδή	Πέμπτη: 12.00-13.20
8. E.I. Ωχρά	Πέμπτη: 10.00-12.30
9. E.I. Υαλοειδούς Αμφιβληστροειδή	Τρίτη: 12.00-13.20
ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ	
1. E.I. YAG-LASER	Δευτέρα: 9.00-10.30
2. E.I. LASER	Δευτέρα, Παρασκευή: 9.00-10.30
Ε.Ι. Δ' ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. E.I. Παιδιατρικό Ανοσολογικό Β'	Τετάρτη: 11.00-13.00
2. E.I. Παιδ. Γαστρεντερολ. & Διατροφής	Πέμπτη: 11.00-13.00
3. E.I. Παιδ. Διαβητολογικό	Παρασκευή: 9.00-11.00

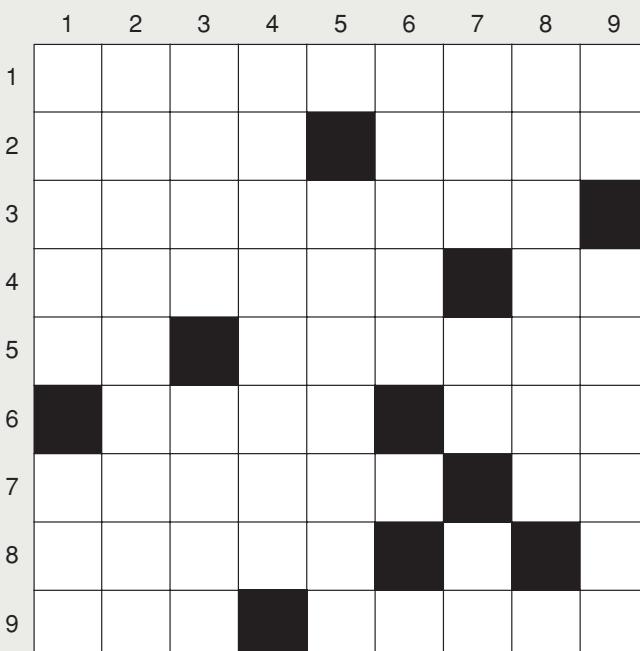
ΞΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	ΗΜΕΡΕΣ - ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
4. Ε.Ι. Παιδ. Ενδοκρινολογικό	Τρίτη: 11.00-13.00
5. Ε.Ι. Παιδιατρικό Καρδιολογικό	Πέμπτη: 9.00-12.00 & Τετάρτη: 16.00-20.00
6. Ε.Ι. Παιδ. Προλ. Καρδιαγ. Νοσημάτων	Δευτέρα: 9.00-11.00
7. Ε.Ι. Παιδ. Κυστικής Ίνωσης	Τρίτη: 11.00-13.00
8. Ε.Ι. Παιδιατρικό	Δευτέρα, 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. Ψυχογητριατρικής	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. Ρινολογικό 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
2. Ε.Ι. Ειδικό Ψωρίασης-Σπιλων και Όγκων Δέρματος	Κάθε 1η & 3η Τετάρτη: 9.00-11.00
3. Ε.Ι. Ειδικό Παιδοδερματολογικό	Κάθε 2η και 4η Τετάρτη: 9.00-11.00



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΣΤΑΥΡΟΛΕΞΟ



Επιμέλεια: Ιωάννης Ευστρατίου,
Διευθυντής Παθολογοανατομικού
Εργαστηρίου ΓΝΠ.



ΑΥΞΗ
ΑΠΖΟΝΤΑ: 1) ΑΥΤΙΤΙΚΟ 2) ΚΙΟΣ, ΠΟΣ 3) ΖΟΠΟΒΤΖΕ 4) ΑΕΔΑΝΑΣ, ΚΙ 5) ΑΕ, ΟΙΤΕΠΕ
6) ΤΡΙΠΕ 7) ΙΟΤ, ΕΑ 8) ΚΕΖΕΚΙ 9) ΟΖ, ΙΖΑΡΠΟ
ΚΑΕΤΑ: 1) ΑΚΕΑ, ΜΗΤΟ 2) ΥΙΟΕΞΕΙΖ 3) ΤΟΡΑ, ΑΖΕ 4) ΙΖΟΝΟΜΙΑ 5) ΒΑΤΟΠΑ
ΕΔΑΝΟΙ, ΕΣΑ 7) ΜΙΖΠΗ, ΙΒ 8) ΛΙΑΛΑΙ 9) ΟΖΕ, ΑΒΡΑΤΟ
ΟΠΖΟΝΤΑ: 1) ΑΥΤΙΤΙΚΟ 2) ΚΙΟΣ, ΠΟΣ 3) ΖΟΠΟΒΤΖΕ 4) ΑΕΔΑΝΑΣ, ΚΙ 5) ΑΕ, ΟΙΤΕΠΕ
6) ΤΡΙΠΕ 7) ΙΟΤ, ΕΑ 8) ΚΕΖΕΚΙ 9) ΟΖ, ΙΖΑΡΠΟ

ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ

1. Αυτό το παιδί βρίσκεται σε συναισθηματική απομόνωση
2. α) Η νέα βρίσκεται στην Αργολίδα
β) Όνομα εκδοτικού οίκου
3. Παλιά ονομασία του Αμύνταιου
4. α) Ποιητής και ακαδημαϊκός
β) Σύνδεσμος με απόστροφο
5. α) 35
β) Ανεβάζονται πολλές στη Σκάλα του Μιλάνου
6. α) Πατρίδα του Πυθαγόρα (αιτ.)
β) Μέλη της επί δικτατορίας πολλοί βασανιστές
7. α) Η Αίγυπτος σε ανατολίτικα τραγούδια
β) Κατηγορία εργαζομένων (αρχικά)
8. Από το όνομα κλειστού γηπέδου στο χώρο της ΔΕΘ
9. α) Αρχικά μεταφορικό μέσου
β) Ισχύει για τις γυναίκες στο Αγιον Όρος

ΚΑΘΕΤΑ

1. α) Χαλαρά (αντιστρ.)
β) ... Ντέρεκ, παλιότερη γόνοσσα της οθόνης
2. Λύση για άτεκνους γονείς (γεν.)
3. α) Συνθηματική λέξη που θυμίζει Περλ Χάρμπορ
β) Γυναικείο υποκοριστικό (αντιστρ.)
4. Στοιχείο του δημοκρατικού πολιτεύματος
5. Έχουν πολλά οι εφοπλιστές
6. Ο διοικητής της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας
7. α) Κιότο χωρίς αρχή και τέλος
β) Μουσική νότα
γ) Μόριο του μέλλοντα
8. Μικρασιατικό φαγητό με σιτάρι
9. α) Κατάληξη ουσιαστικών αρσενικού γένους
β) Μέλος Βυζαντινής δυναστείας (αιτ.)

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Το ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Θεσσαλονίκης είναι 9μελές εκλεγμένο Συμβούλευτικό όργανο, όπου εκπροσωπούνται όλες οι βαθμίδες των εργαζομένων και η θητεία του είναι διετής. Ο ρόλος του ΕΣ είναι να γνωμοδοτεί για κάθε θέμα το οποίο σχετίζεται με την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας στους νοσηλευόμενους και τους εξωτερικούς ασθενείς του Νοσοκομείου.

Οι αρμοδιότητες του ΕΣ είναι:

Η κατάρτιση και εισήγηση του ετήσιου & μηνιαίου προγράμματος εφημεριών των ιατρών των Τομέων & Τμάτων του Νοσοκομείου.

- Η συγκρότηση και παρακολούθηση της δραστηριότητας Επιστημονικών Επιτροπών του Νοσοκομείου και όποιων άλλων επιτροπών ή ομάδων εργασίας, όταν η σύστασή τους αποφασίστεί από τον Διοικητή.
- Η οργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων, με συμμετοχή ειδικών επιστημόνων εκτός Νοσοκομείου.
- Η οργάνωση και η ενημέρωση της κλασσικής & ηλεκτρονικής βιβλιοθήκης του Νοσοκομείου
- Οι αρμοδιότητες της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας
- Η εισήγηση, προς τον Διοικητή, μέτρων που αφορούν στη βελτίωση της λειτουργίας των επί μέρους μονάδων του Νοσοκομείου, στη θέσπιση προτεραιοτήτων κατά τον προγραμματισμό της προμήθειας εξοπλισμού ή υγειονομικού υλικού και σε οπιδήποτε κριθεί, από τον Διοικητή, ότι δύναται να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων προς τους ασθενείς υπηρεσιών

Πρόεδρος και μέλη Επιστημονικού Συμβουλίου (4464/26-3-08 απόφαση)

ΠΡΟΕΔΡΟΣ:



Σταύρος Α. Δημητράκος
Καθηγητής, Δ/ντής Β' Οφθαλμολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ:



Μαριάννα Κάκουρα
Αντιπρόεδρος, Διευθύντρια
Πνευμονολογικής Κλινικής



Ιωάννης Τσιτουρίδης
Μέλος, Δ/ντής
Ακτινολογικού Τμήματος



Ρούντολφ Γιομπότ
Μέλος, Επιμελητής Α'
Νευρολογικής Κλινικής



Γεώργιος Μητσιάκος,
Μέλος, Επιμελητής Β' Πανεπ.
Νεογνολογικής Κλινικής



Γραμματέας:
Λίνα Ζλατάνου



Δημήτριος Καλαϊτζίδης
Μέλος, Ειδικευόμενος
Γενικής Ιατρικής



Κων/νος Χατζηιωάννου
Μέλος, Ακτινοφυσικός



Γεώργιος Γεωργιάδης
Μέλος, Τομεάρχης
Νοσηλευτικής Υπηρεσίας



Θεόδωρος Βλαχόπουλος
Μέλος, Προϊστάμενος
Προσωπικού Εργαστηρίων

ΑΝΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΜΕΛΗ:

Ηλίας Καμπέλης, Δ/ντής Νευροχειρουργικής Κλινικής

Χρήστος Μανές, Δ/ντής Παθολογικής Κλινικής

Αλέξανδρος Γιακουμέλος, Επιμελητής Α', Β' Πανεπιστημιακής Ουρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.

Χρήστος Παπαστεργίου, Επιμελητής Β' Ακτινολογικού Τμήματος

Ιωάννης Χαραλαμπίδης, Ειδικευόμενος Α' Πανεπιστημιακής Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.



η ζωή νικά τον καρκίνο

ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΕΘΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ

Ένα Σύμβολο για τη Ζωή

Οι «**Ένωμένες Καρδιές**» είναι το πρώτο εθνικό σύμβολο για τον αντικαρκινικό αγώνα. Ένα σύμβολο που δημιουργήθηκε για να ενώσει δυνάμεις. Για να σηματοδοτήσει τη δύναμη της ζωής που νικά τον καρκίνο. Για να εκφράσει τη δύναμη της εθελοντικής συμμετοχής στη χώρα μας.

Οι τέσσερις καρδιές-αξίες που συνθέτουν το σύμβολο της ζωής είναι: η πρόληψη, η διάγνωση, η φροντίδα και η ελπίδα.



Η **πρόληψη** για τις ζωές που πρέπει να αλλάξουν.



Η **έγκαιρη διάγνωση** για τις ζωές που μπορούν να κερδοθούν.



Η **φροντίδα** για τις ζωές που υποφέρουν.



Η **ελπίδα** για όλα όσα μπορούμε να πετύχουμε ως άνθρωποι.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

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