



# ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ

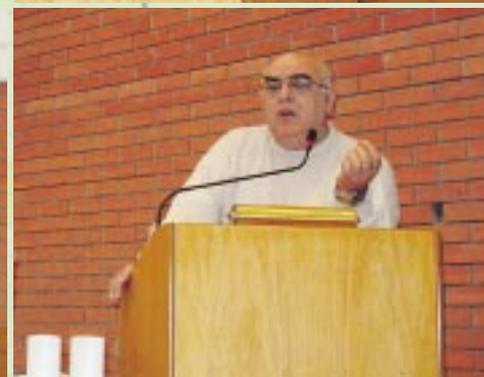
ΤΕΥΧΟΣ 16 | ΦΕΒ.-ΜΑΡ.-ΑΠΡ. 2009 | ΤΙΜΗ 0,01 €

**Άλλη μια πανελλήνια πρωτιά του Νοσοκομείου μας**

## Μπήκαμε δυναμικά στην ψηφιακή εποχή!

**Μέχρι το τέλος του χρόνου θα εφαρμόζουμε πλήρως τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς**

**Νίκος Παπαγεωργίου:** Η γενικευμένη εφαρμογή θα ανοίξει νέους ορίζοντες. Θα προσδώσει κύρος στο Νοσοκομείο, θα βοηθήσει πολλαπλώς τη διοίκηση, θα βοηθήσει τους ασθενείς και κυρίως θα βοηθήσει τους γιατρούς στο δύσκολο έργο τους



- **Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο**
- **Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών**
- **Τμήμα Ιατρικής Φυσικής - Ακτινοφυσικής**

**Πιστοποίηση  
ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000  
στα τμήματα  
του Νοσοκομείου μας**

**Αλλαγή σκυτάλης στην προεδρία  
του Δ.Σ. του Νοσοκομείου μας**



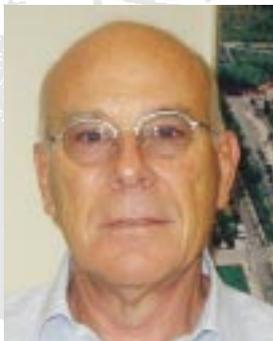
**Ο Νίκος  
Παπαγεωργίου  
παρέδωσε  
τα "ηνία"  
στον Βασίλη Παπά**



## ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Το Γενικό Νοσοκομείο ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο αποτελούμενο από τον Πρόεδρο, τον Αντιπρόεδρο και 5 μέλη. Η σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου είναι η ακόλουθη:

### ΠΡΟΕΔΡΟΣ



**Βασίλειος Παπάς**  
Αρχιτέκτων-Μηχανικός

### ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ



**Αριστείδης  
Κάζης**  
Αντιπρύτανης ΑΠΘ

### ΜΕΛΗ



**Νικόλαος  
Παπαγεωργίου**



**Νικόλαος Σαμαράς**  
Ιατρός Πνευμονολόγος



**Αρίστιππος Μηνάς**  
Καθηγητής Τμήματος  
Ιατρικής ΑΠΘ



**Παναγιώτης Καρδαράς**  
Αν. Καθηγητής Ιατρικής  
Σχολής ΑΠΘ



**Αγγελική Σαρδέλλη**  
Οικονομολόγος



## Αλλαγή σκυτάλης στην προεδρία του Διοικητικού Συμβουλίου

# Ο Βασίλης Παπάς εξελέγη ομόφωνα νέος Πρόεδρος του Νοσοκομείου μας

- Ο δωρητής και πρώτος πρόεδρος Νίκος Παπαγεωργίου υπέβαλε την παραίτησή του από τη θέση του προέδρου και παραμένει απλό μέλος του Δ.Σ.
- Συγκίνηση στη συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου.
- Εγκώμια για τον Νίκο Παπαγεωργίου και δηλώσεις απόλυτης στήριξης στον Βασίλη Παπά.

**Α**ΛΛΑΓΗ ΣΚΥΤΑΛΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΔΡΙΑ του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου πραγματοποιήθηκε στις 9 Απριλίου 2009, μετά την παραίτηση που υπέβαλε στο Δ.Σ. από το αξίωμά του ο δωρητής και πρώτος πρόεδρος του Νοσοκομείου, Νίκος Παπαγεωργίου.

Καθήκοντα νέου προέδρου, με ομόφωνη απόφαση του Δ.Σ ανέλαβε ο πρόεδρος του Ιδρύματος Παπαγεωργίου και μέλος του Δ.Σ. του νοσοκομείου από την πρώτη ημέρα της λειτουργίας του Βασίλης Παπάς. Η υποβολή της παραίτησης του Νίκου Παπαγεωργίου στη συνεδρίαση του Δ.Σ. δημιούργησε κλίμα έντονης συγκίνησης καθώς το όνομα του απεθάνοντος προέδρου έχει καταστεί συνώνυμο όχι μόνο της δημιουργίας του νοσοκομείου αλλά και της άκρωσ επιτυχημένης λειτουργίας του, γεγονός που το έχει καταστήσει υπόδειγμα προς μίμηση για πολλά νοσοκομεία εντός και εκτός των ελληνικών συνόρων. Η συγκίνηση των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου που εκλήθησαν να εγκρίνουν τη μεταβίβαση της προεδρίας από τον Νίκο Παπαγεωργίου στον Βασίλη Παπά, μετριάσθηκε εκ του γεγονότος ότι ο κ. Παπαγεωργίου δήλωσε την απόφασή του να παραμείνει στη διοίκηση του νοσοκομείου ως απλό μέλος του Δ.Σ. παρέχοντας πλήρη υποστήριξη στον αντικαταστάτη του κ. Παπά.

**Μιλώντας στη συνεδρίαση του Δ.Σ. της 9ης Απριλίου 2009, ο Νίκος Παπαγεωργίου ανέφερε μεταξύ άλλων τα εξής:**

*«Υποβάλλω την παραίτησή μου για να υπάρξει ανανέωση, αλλαγή. Παρακάλεσα τον κ. Παπά και με ευχαρίστηση σας ανακοινώνω ότι δέχθηκε να αναλάβει τη θέση του Προέδρου. Τον θεωρώ πολύ ικανό γι' αυτή τη θέση. Από τη μακροχρόνια ενασχόλησή του με όλα τα θέματα και προβλήματα που απασχολούν το Νοσοκομείο έχει αποκτήσει τη γνώση και την εμπειρία που χρειάζεται για την επίλυσή τους.*

*Εγώ παραμένω στο Δ.Σ., σαν απλό μέλος και δηλώνω ότι θα στηρίξω το φίλο και συνεργάτη μου, με όλες τις δυνάμεις μου, για να πετύχει στα νέα του καθήκοντα.*



Σας παρακαλώ όλους σας να τον στηρίξετε, χρειάζεται τη βοήθεια όλων μας. Η αλλαγή αυτή είναι απαραίτητη για ένα φρεσκάρισμα, μια ανανέωση στα Διοικητικά προβλήματα που αντιμετωπίζει το Νοσοκομείο. Είναι καλή και για το Νοσοκομείο, για τον κόσμο που δέχεται τις υπηρεσίες του.

Ένας άλλος λόγος, πολύ σοβαρός, που με οδήγησε στην παραίτησή μου είναι ο εξής: Σαν πρόεδρος είχα την ευθύνη, δεχόμουν κριτική. Θέλω να δοκιμάσω κάποτε και τον άλλο ρόλο, το να μπορώ να ασκώ κριτική. Αυτό θα είναι πρωτόγνωρο για μένα, γιατί και στον ιδιωτικό χώρο, στον οποίο θήτευσα, είχα πάντα τον πρώτο ρόλο, έπαιρνα την ευθύνη των αποφάσεων μου και δεχόμουν πολύπλευρες κριτικές.

Αλλά το σοβαρότερο θέμα που με οδήγησε στην απόφασή μου αυτή είναι ότι είμαι 80 χρόνων και έχω κουραστεί. Θέλω να περιορίσω τις δραστηριότητές μου. Αλλά και να φύγω από την προεδρία μάχιμος».

**Χαρακτηριστικές είναι οι τοποθετήσεις των μελών του Δ.Σ. Αρίστιππου Μηνά και Παναγιώτη Καρδαρά. Είπε ο κ. Μηνάς μεταξύ άλλων:**

«Κε Πρόεδρε, η απόφασή σας μας εκπλήσσει, αλλά αφού εσείς την έχετε ήδη λάβει, σημαίνει ότι τη ζυγίσατε.

Στη ζωή σας και στη σταδιοδρομία σας αποδείξατε ότι μπορείτε να επιτύχετε οτιδήποτε. Επιτύχατε στο επάγγελμα, αλλά και εδώ στο χώρο του Νοσοκομείου. Η μεγάλη επιτυχία σας έγκειται στο ότι κανείς δεν ασχολήθηκε με το Νοσοκομείο, όσο εσείς. Αν δεν υπήρχε η δική σας επιστασία το Νοσοκομείο αυτό δε θα λειτουργούσε τόσο γρήγορα, ούτε θα είχε την εικόνα που έχει σήμερα. Θα πρέπει να μείνετε κοντά μας, γιατί και η γνώση σας, ως επιχειρηματίας, είναι πολύτιμη.

Η πρόταση που αφορά τον κ. Παπά με βρίσκει απόλυτα σύμφωνο, έως ενθουσιασμένο. Θεωρώ ότι ασχολήθηκε ενεργά από τα πρώτα χρόνια του Νοσοκομείου, είναι γνώστης των πραγμάτων του Νοσοκομείου, αλλά χειρίζεται καλά και τις νέες τεχνολογίες.

Υπόσχομαι να συνδράμω τον κ. Παπά. Εύχομαι να είναι γερός, να έχει πάντα το κουράγιο που έχει τώρα. Να έχει την επιτυχία που έχει ήδη στο επάγγελμά του, κάτι που είναι χαρακτηριστικό των ικανοτήτων του.

Ένα τέτοιο ικανό Πρόεδρο, θα τον βοηθήσουμε όλοι».

**Στην τοποθέτησή του ο κ. Καρδαράς τόνισε:**

«Κε Πρόεδρε, την έκπληξή μου διαδέχθηκε η συγκίνηση. Παρά την έντονη συγκίνησή μου, όμως, δεν μπορώ να μην σας εκφράσω το «ευχαριστώ» μου. Δεν ξεχνάω ότι και το έτος 1993 ήμουν ένας από το ανώνυμο πλήθος που ευχαριστούσε τον ευεργέτη Παπαγεωργίου για το Νοσοκομείο των Δυτικών Συνοικιών.



Τα μέλη του Δ.Σ. Ν. Σαμαράς, Α. Σαρδέλλη, Α. Μηνάς, Π. Καρδαράς με τον ιστορικό πρόεδρο Ν. Παπαγεωργίου, τον νέο πρόεδρο Β. Παπά, τον Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας Αν. Κυριακίδη και το Γεν. Διευθυντή του Νοσοκομείου Γ. Χριστόπουλο

*Σήμερα, νοιώθω την απόσταση που μας χώρισε πολύ μικρή. Ο Νίκος Παπαγεωργίου μπήκε στην καρδιά αυτού του λαού και το Νοσοκομείο Δυτικών Συνοικιών έμεινε πλέον ως Νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Η πραγματικότητα είναι, ναι, είστε 80 χρονών. Πράγμα που δείξατε να ξεπερνάτε. Εύχομαι στον διάδοχό σας να έχει την ίδια επιτυχία με εσάς».*

**Μετά τη μυστική ψηφοφορία μεταξύ των μελών του Δ.Σ. το αποτέλεσμα της οποίας ήταν ομόφωνο ως προς την εκλογή του Βασιλή Παπά, ο νεοεκλεγείς πρόεδρος του νοσοκομείου είπτε:**

*«Θέλω να σας ευχαριστήσω όλους για τα καλά σας λόγια και για την τιμή που μου κάνετε. Ελπίζω να μη διαψεύσω τις προσδοκίες σας.*

*Ευχαριστώ θερμά και τον Πρόεδρο, κ. Νικόλαο Παπαγεωργίου, όχι μόνο για την προτίμησή του στο πρόσωπό μου, αλλά και για όλη τη διαδρομή των 20 χρόνων. Ήταν για μένα ένας μεγάλος δάσκαλος και με βοήθησε στη ζωή μου.*

*Γνωρίζω ότι το έργο που αναλαμβάνω είναι δύσκολο. Υπόσχομαι ότι θα προσπαθήσω και με τη βοήθειά σας θα τα καταφέρουμε. Εξάλλου είμαι φύσει αισιόδοξος. Γνωρίζω πως είναι πολύ δύσκολο να διαδέχεται κανείς έναν ιστορικό πρόεδρο. Είναι μεγάλη ευθύνη.*

*Μόνη μου φιλοδοξία είναι να πάει καλά το Νοσοκομείο. Πιστεύω ότι με τη βοήθειά σας και με το ενδιαφέρον που όλοι σας μέχρι σήμερα δείξατε για το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου θα τα καταφέρουμε.*

*Σας ευχαριστώ θερμά και πάλι».*

**Η συνεδρίαση του Δ.Σ. ολοκληρώθηκε με δηλώσεις πλήρους υποστήριξης των μελών του Δ.Σ. στο πρόσωπο του νέου προέδρου. Είναι χαρακτηριστικές οι δηλώσεις που ακολουθούν:**

**Νίκος Σαμαράς:** *«Δηλώνω ενώπιον όλων ότι εγώ θα συνεχίσω να είμαι δίπλα στον Βασίλη τον Παπά, όπως πάντα, με ό,τι γνωρίζω και ό,τι μπορώ».*

**Αγγελική Σαρδέλλη:** *«Συχαίρω θερμά τον κ. Παπά. Θα είμαστε εδώ, κοντά του, συνεργάτες και συνοδοιπόροι».*

**Παναγιώτης Καρδαράς:** *«Κε Παπά, όσο θα είμαστε εδώ να θεωρείτε τη στήριξη μας δεδομένη. Εύχομαι να είστε τόσο άξιος όσο ο Νίκος Παπαγεωργίου».*

**Μετά την εκλογή του κ. Παπά ως νέου Προέδρου, η σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου διαμορφώθηκε ως εξής:** Βασίλειος Παπάς (Πρόεδρος), Αριστείδης Κάζης (Αντιπρόεδρος), Νικόλαος Παπαγεωργίου, Νικόλαος Σαμαράς, Αρίστιππος Μηνάς, Αγγελική Σαρδέλλη, Αθανάσιος Νικολαΐδης (τακτικά μέλη).

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ - ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ  
ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ:  
Βασίλειος Παπάς

ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ - ΑΡΧΙΣΥΝΤΑΞΙΑ:  
Μαρία Ρούμελη-Στρατάκη

*Σε αυτό το τεύχος συνεργάστηκαν:*

Μαρία Αδάλογλου, Λιάνα Μιχαηλίδου, Γεώργιος Καπετάνος, Ευτέρπη Δεμίρη, Λεοντία Ταραμονλή, Ζαφειρώ Σκαρλάτου, Βαΐα Κοντακίδου, Άννα Παντούση, Ευδοξία Τσελεκίδου, Πασχαλίνα Ζήρνα, Φλόρα Κοτζαμανίδου, Συμέλα Τοξιάδου, Δημήτριος Σωτηριάδης, Rudolf Jobst, Στρατής Κολυμπιανάκης, Γεωργία Γεωργιάδου, Ελένη Δαφούλη, Ευαγγελία Σαράντη, Αρσένης Κωσταρέλης, Αστέριος Τρόκος, Ευαγγελία Γιαννούλη, Χριστίνα Βαρβάρα, Στεργιανή Ζερβού, Ελισάβετ Χυδερίδου, Σοφία Παναγιλίδου, Βαρβάρα Παπαδοπούλου, Αντώνιος Κωνσταντούδης, Παναγιώτα Γκουβούδη, Φωτεινή Καλέμου, Χρυσάνθη Σωτηριάδου, Ναντζέντα Πογκοσιάν, Ζωή Αποστόλου, Κύρος Σιώμος, Γεωργία Κυριακίλη, Παναγιώτης Τουχτίδης, Δέσποινα Χριστοδουλίδου, Ιωάννης Ευστρατίου

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 - Ευκαρπία  
Τηλ.: 2310 693000-2 • Fax: 2310 685111  
54 603, Θεσσαλονίκη

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

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς .....	5
Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος στο Νοσοκομείο .....	7
Επιστημονική Ημερίδα: Νοσηλευτική και 3η Ηλικία .....	11
Πιστοποίηση ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000 σε ακόμα τρία τμήματα του νοσοκομείου μας .....	16
Οστεοαρθρίτιδα: η φθορά των αρθρώσεων .....	20
Φροντιστήριο με πρακτική άσκηση: Χειρουργικές τεχνικές συρραφής & αντιμετώπισης τραυμάτων .....	24
Ο ρόλος των νοσηλευτών του Αναισθησιολογικού σε επεμβάσεις αυξημένης φροντίδας .....	27
Καρκίνος ορθού: Νοσηλευτική φροντίδα - παρέμβαση .....	30
Ήλιος και Δέρμα: Ένα θέμα πάντα επίκαιρο .....	34
Ενδοφλέβια θρομβόλυση .....	36
Εξωσωματική γονιμοποίηση: τώρα πιο ασφαλής και φιλική .....	38
Εμβρυογένεση - Ανάπτυξη εμβρύου - Προγεννητικός έλεγχος .....	40
Πολύδυμη κύηση .....	46
Παραμέληση και εγκατάλειψη ατόμων τρίτης ηλικίας .....	50
Παχυσαρκία .....	57
Αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με περιοριστικά μέτρα .....	60
Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε παγκρεατεκτομή για CA παγκρέατος .....	65
Η σημασία του μόνιμου εμφυτεύσιμου καταγραφέα βρόγχου στη διερεύνηση συγκοπής αγνώστου αιτιολογίας ...	68
Φροντίδα ασθενών με μη Hodgkin Λέμφωμα (NHL) .....	70
Το βήμα των εργαζομένων .....	73
Τα Άγια Πάθη από το παρεκκλήσιο Αγίου Γεωργίου και 20 Αγίων Αναργύρων ΓΝΠ .....	76
Ευχαριστούν και συχαίρουν τους δικούς μας ανθρώπους .....	78
Δραστηριότητες του Νοσοκομείου .....	81
Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου Παπαγεωργίου .....	82
Νοσοκομειακό σταυρόλεξο .....	88

# ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ



Οι διευθυντές, διευθύντριες κλινικών του νοσοκομείου. Στη πρώτη σειρά διακρίνονται από δεξιά: Βασίλης Παπάς, πρόεδρος Ιδρύματος Παπαγεωργίου, Βασίλης Σαμαράς μέλος Δ.Σ. νοσοκομείου, Τάσος Κυριακίδης δ/ντής Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου, Νίκος Παπαγεωργίου πρόεδρος ΓΝΠ και Αγγελική Σαρδέλλη μέλος Δ.Σ. Νοσοκομείου.

**Μ**ια ακόμη πανελλήνια πρωτιά κατέκτησε το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου επιβεβαιώνοντας τον πρωταγωνιστικό του ρόλο στον τομέα της δημόσιας υγείας. Πρόκειται για τη δυναμική είσοδό του στην ψηφιακή εποχή με την πλήρη εφαρμογή του ηλεκτρονικού φακέλου των ασθενών. Σχετικές επίσημες ανακοινώσεις έγιναν στη διάρκεια ειδικής εκδήλωσης που πραγματοποιήθηκε στο αμφιθέατρο του νοσοκομείου στις 6 Μαρτίου 2009, στην οποία μίλησαν και εκπρόσωποι των εταιρειών που θα υλοποιήσουν το εγχείρημα.

Ειδικότερα ο πρόεδρος του νοσοκομείου **Νίκος Παπαγεωργίου** τόνισε τα εξής:

«Τη σημερινή συνάντηση τη θεωρώ πολύ σημαντική. Γιατί θα ασχοληθεί με όσα προβλήματα χρονίζουν και ταλανίζουν τη λειτουργία του Νοσοκομείου εδώ και πολύ καιρό. Και αποφασιστικά θα προδιαγράψει, με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα, την επίλυσή τους.

Τα προβλήματα αυτά έχουν μελετηθεί από μια ομάδα, που συγκροτήθηκε από τρία μέλη, όλοι εργαζόμενοι στο Νοσοκομείο, που υπεδείχθησαν από τη Διοικητική, την Οικονομική και την Υπηρεσία Πληροφορικής και η οποία, με την καθοδήγηση των συμβούλων: του κ. Τσακίνη, με 15 χρόνια προϋπηρεσία στο νοσοκομείο μας στα θέματα πληροφορικής και μηχανοργάνωσης, και του κ. Ρεβάνογλου, αντίστοιχα με 10 χρόνια συνεργασίας σε θέματα οικονομικά, συντονίζουν και κατευθύνουν τη λειτουργική και οικονομικοδιαχειριστική πορεία του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου.

Η ομάδα αυτή κινείται ανεξάρτητα από τις υπόλοιπες Υπηρεσίες. Παίρνει εντολές από το Δ.Σ. και την προεδρία του Νοσοκομείου. Στόχος της είναι ο συντονισμός, το δέσιμο όλων των δραστηριοτήτων του Νοσοκομείου, αφού - όπως είναι γνωστό - τίποτα δεν μπορεί να δουλέψει ξεκομμένο και ανεξάρτητο. Μελετούν, δίνουν στοιχεία και προτείνουν λύσεις.

Σας παρακαλώ όλους, βοηθήστε τους, είναι πολύ σημαντικός ο ρόλος τους. Και να είστε σίγουροι ότι την παρουσία τους και τη βοήθειά τους θα την αισθανθείτε όλοι σας έντονα.

Τα τρία βασικά θέματα που μας απασχολούν και για τα οποία καθορίζεται συγκεκριμένος χρόνος περαίωσής τους, είναι:

**1ο.** Η επιλογή προγράμματος μηχανοργάνωσης της μισθοδοσίας και βαθμολογικών εξελίξεων των εργαζομένων και η έκδοση, αυτομάτως, επιταγών πληρωμών. Ορίζεται προθεσμία ενός μηνός από σήμερα για την επιλογή και την ανάθεση εφαρμογής.

**2ο.** Η εντολή στις αποθήκες και στο φαρμακείο, όπως όλες οι παραλαβές, διακινήσεις και καταναλώσεις σε φάρμακα και στα πάσης φύσεως υλικά, να παρακολουθούνται με το σύστημα barcode. Δεν εξαιρείται ούτε το τελευταίο



Από αριστερά ο πρόεδρος του Ιδρύματος Παπαγεωργίου Βασίλειος Παπάς, ο πρόεδρος του νοσοκομείου Νίκος Παπαγεωργίου, ο γενικός διευθυντής του νοσοκομείου Γεώργιος Χριστόπουλος και ο διευθυντής του Ακτινοδιαγνωστικού εργαστηρίου Γιάννης Τσιτουρίδης

αναλώσιμο. Ορίζεται προθεσμία υλοποίησης των ανωτέρω διάρκειας 3 μηνών.

**3ο.** Η τήρηση Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου (εκτός από τον κλασικό ιατρικό φάκελο που ήδη τηρείται). Πάνω σ' αυτό το θέμα, υπάρχουν τμήματα που έχουν κάνει σημαντικά βήματα προς αυτήν κατεύθυνση.

Μένει η ολοκλήρωση και η εφαρμογή σε όλα τα τμήματα.

Επίσης, με μεγάλη ευχαρίστηση έχω να σας ανακοινώσω, ότι έχει ολοκληρωθεί από το Ακτινολογικό Εργαστήριο και τίθεται σε εφαρμογή η ηλεκτρονική διαχείριση εικόνας. Είναι κάτι που έρχεται στην κατάλληλη στιγμή. Λεπτομέρειες επί του θέματος θα σας δοθούν από το Διευθυντή του Ακτινολογικού, τον κο Τσιτουρίδη.

Επιθυμία της Διοίκησης είναι η εφαρμογή του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου σε όλα τα τμήματα, ανεξαιρέτως.

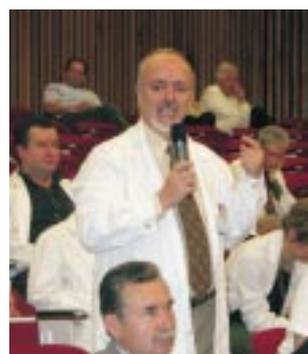
Η γενικευμένη εφαρμογή είμαι σίγουρος πως θα ανοίξει νέους ορίζοντες. Θα προσδώσει κύρος στο Νοσοκομείο, θα βοηθήσει πολλαπλώς τη Διοίκηση. Θα βοη-



Διακρίνονται η Μαρία Αδάλογλου και ο Διευθυντής Πληροφορικής και Μηχανοργάνωσης ΓΝΠ Γεώργιος Ιωακείμιδης



Ο πρόεδρος της Νοσοκομειακής Επιτροπής Αθανάσιος Καλαμπάκας



Ηλίας Καμπέλης, διευθυντής Νευροχειρουργικής κλινικής



Μιχαήλ Σιών, διευθυντής Γ' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ



Δημήτριος Αθάνατος, ειδικευόμενος Ιατρός στην Α' Μ/Γ ΑΠΘ



Δημήτριος Μεταξιώτης, επιμ. Β' της Β' Ορθοπαιδικής Κλινικής



Μάρκος Συγγελάκης, επιμ. Α' της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής ΑΠΘ

θήσει τους ασθενείς. Βασικά, όμως, θα βοηθήσει εσάς τους γιατρούς στο δύσκολο έργο σας

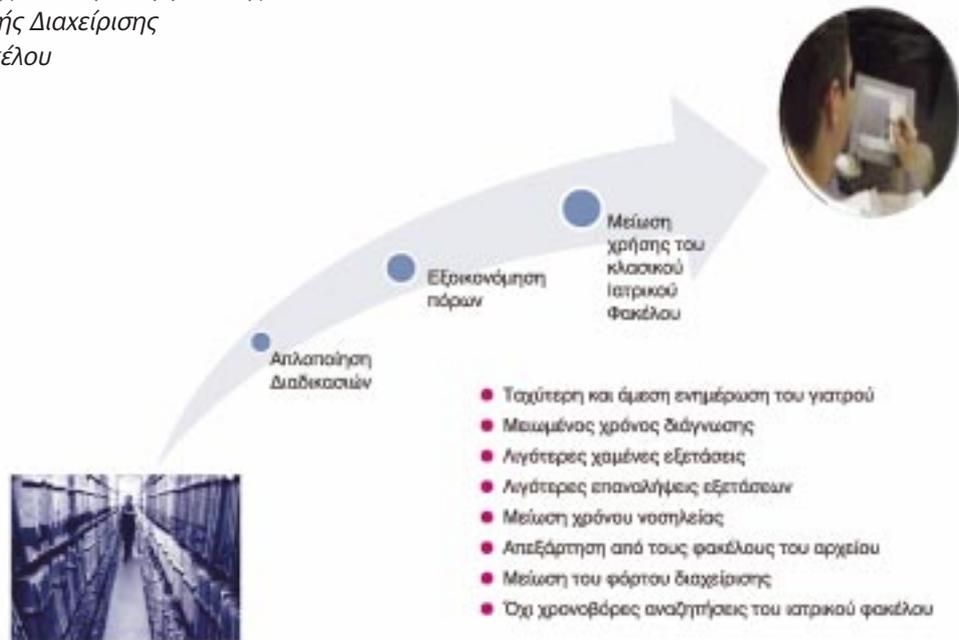
Το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής θα καθοριστεί μετά τις πρώτες συναντήσεις που θα έχουν οι εκπρόσωποί σας με τη συντονιστική επιτροπή.

«Οχι όμως πάνω από τρεις μήνες. Αυτό εκφράζεται σαν ευχή και επιθυμία».

Ακολούθησαν οι τοποθετήσεις των άλλων ομιλητών και στη συνέχεια αναπτύχθηκε πλούσιος και γόνιμος διάλογος με τη συμμετοχή πλήθους στελεχών διαφόρων τμημάτων και κλινικών του νοσοκομείου.

# Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος στο Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Γράφει η **Μαρία Αδάλογλου**, στέλεχος  
του Τμήματος Πληροφορικής και Μηχανοργάνωσης  
ΓΝΠ και μέλος της Επιτροπής Διαχείρισης  
Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου



**Ο**ι εξελίξεις στις Τεχνολογίες Πληροφορικής & Επικοινωνιών σε στενή ανοικτή και αμφίδρομη σχέση με την πρόοδο της ιατρικής έχουν μεταβάλλει ριζικά το φάσμα παροχής υπηρεσιών υγείας. Διεθνώς υπάρχουν αποδεδειγμένα οφέλη αλλά και σημαντικές προοπτικές από τη διεύδυση της Πληροφορικής στον τομέα της Υγείας. Μέσω της πληροφορικής επιτυγχάνεται μια δυναμική παρέμβαση στην διοίκηση των φορέων υγείας. Με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας παραγωγής & διανομής υπηρεσιών υγείας η συνεργασία των ειδικών είναι επιβεβλημένη. Στο Νοσοκομείο μας η χρήση της τεχνολογίας και πληροφορικής ήταν δεδομένη από τον σχεδιασμό του (1995), πάνω στον οποίο έγινε μια προσπάθεια ολοκληρωμένης μηχανοργάνωσης εξ αρχής με την εγκατάσταση του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος & Πληροφοριακού Συστήματος Εργαστηρίων που αναπτύχθηκαν και αυτά μαζί με το ίδιο το Νοσοκομείο (Αύγουστος 1999) με επιτυχία.

Αν και στην Ελλάδα η προσπάθεια ενσωμάτωσης της ηλεκτρονικής υγείας στα Δημόσια Νοσοκομεία βρίσκεται αυτή τη στιγμή σε εξέλιξη, το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου είναι ήδη στη φάση αναβάθμισης και επέκτασης των εφαρμογών του.

Οι ιατρικοί φάκελοι στα περισσότερα δημόσια Νοσοκομεία ακόμα και σήμερα εξακολουθούν να είναι χειρό-

γραφοι, ογκώδεις, ασαφείς, δυσεύρετοι, δυσανάγνωστοι ενώ πολλές φορές χάνονται, φθείρονται και αλλοιώνονται. Η αναζήτηση ιστορικών και κλινικών δεδομένων είναι πολύ δύσκολη, ενώ η εξαγωγή στατιστικών συμπερασμάτων εντελώς αβέβαιη και πολύπλοκη.

Με τη βοήθεια της **Α΄ Χειρουργικής Κλινικής** και του Διευθυντή της κ. **Χ. Μακρίδη** δημιουργήθηκε και εφαρμόστηκε η πρώτη έκδοση σε πρότυπη λειτουργία του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου στο Πληροφοριακό μας σύστημα με την πολύτιμη συμβολή σε θέματα πληροφορικής του κ. Καθ. **Αθ. Τσακνίνη**. Με βάση τα πάρα πολλά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει η ευρεία χρήση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και σε άλλες χώρες, θεωρείται επιτακτική η ανάγκη ανάπτυξης και εφαρμογής του στο σύνολο του στο Νοσοκομείο μας.

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας σαφής ορισμός ή μια ξεκάθαρη άποψη για τα συστήματα Ηλεκτρονικών Ιατρικών Φακέλων, έτσι ώστε δεν υπάρχει αντίστοιχη πρότυπη ηλεκτρονική υποδομή. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ, Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος (Electronic Medical Record - EMR), είναι ένα σύστημα που είναι σχεδιασμένο έτσι ώστε να υποστηρίζει την απόλυτη διαθεσιμότητα και ακρίβεια ιατρικών ή άλλων πληροφοριών, με στόχο την παροχή ιατρικής περίθαλψης.



### Τ Περιγραφή Διάγνωσης

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α ΧΩΡΙΣ ΗΠΑ  
ΘΕΣΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β, ΧΩ  
ΧΡΟΝΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙ  
ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΗΠΑ  
ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝ  
ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑ  
ΔΙΑΦΟΡΑ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΑ  
ΚΛΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑ  
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΚΕ ΑΒΕΒΑΗ Η ΑΓΩΣΤΗ ΕΥΠΕΡΙΦΟΡΑ Η  
ΑΛΛΕΣ ΝΟΣΟΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ  
ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

### Συστατικά ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή

#### Διαγνώσεις

Στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο υπάρχουν κατάλογοι κωδικοποιημένων διαγνώσεων με βάση το πρότυπο κωδικοποίησης (International Classification of Diseases) ICD-10, στα ελληνικά, διαμορφωμένοι και ταξινομημένοι κατά τμήμα. Η κωδικοποίηση της καταγεγραμμένης πληροφορίας είναι ένα μέτρο που εξασφαλίζει την ποιότητα της πληροφορίας.

#### Εργαστηριακά αποτελέσματα

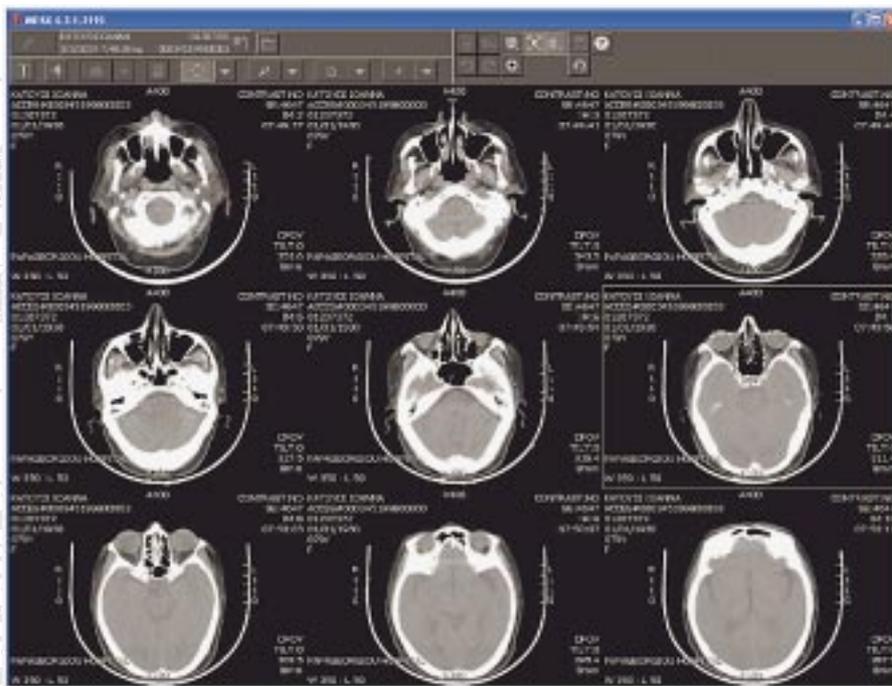
Το σύνολο των εργαστηρίων καταγράφει τα δεδομένα του ηλεκτρονικά και αυτά είναι διαθέσιμα άμεσα μέσα από στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο του ασθενή.

#### Ιατρική εικόνα

Για την ολοκλήρωση του ηλεκτρονικού φακέλου πλέον υπάρχει διασύνδεση με τα απεικονιστικά εργαστήρια. Η ιατρική εικόνα από το ακτινολογικό εργαστήριο, το ενδοσκοπικό εργαστήριο και εργαστήριο πυρηνικής ιατρικής θα είναι πλέον διαθέσιμη σε κάθε γιατρό ηλεκτρονικά μέσα από τον υπολογιστή του συνοδευόμενη από το πόρισμα.

#### Τα ιατρικά έντυπα

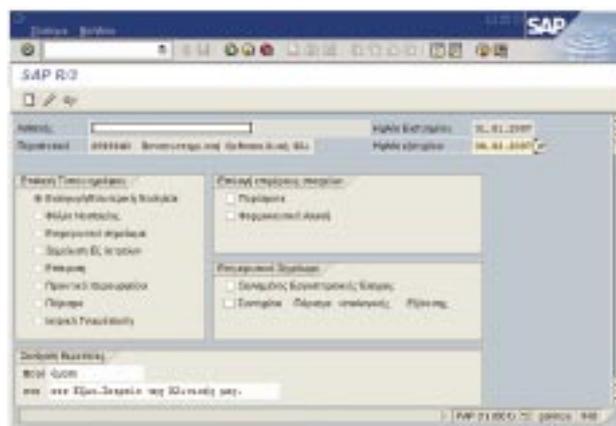
Στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου στο Νοσοκομειακό Σύστημα Διαχείρισης Ασθενών παράγεται και συντηρείται ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας. Το σύνολο των ασθενών ταυτοποιείται μοναδικά αποκτώντας ένα Αριθμό Μητρώου που τον χαρακτηρίζει σε όλα τα υποσυστήματα. Περιπτώσεις διπλοεγγραφών τακτοποιούνται από το τμήμα του Ιατρικού Αρχείου μέσα από τη διαδικασία της συγ-

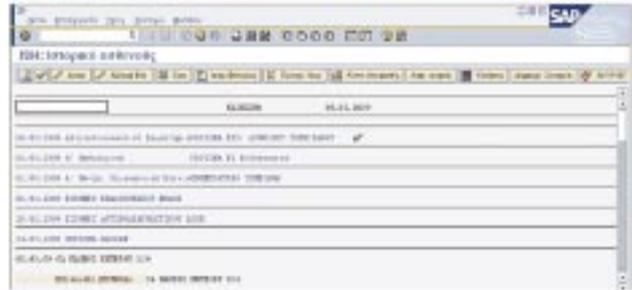
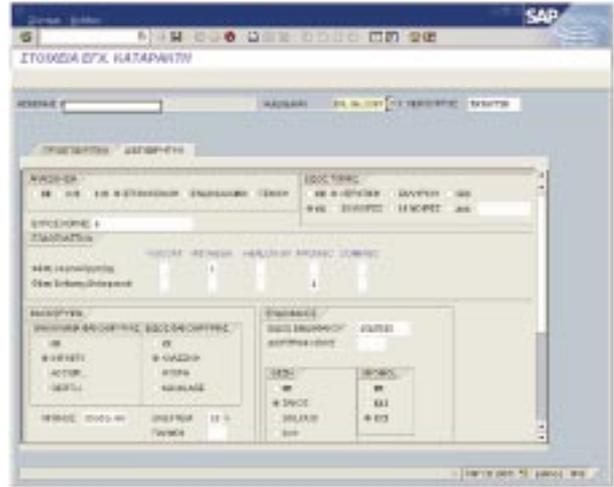


χώνευσης τόσο ηλεκτρονικά όσο και στο κλασικό ιατρικό φάκελο. Τα κλασικά στοιχεία του φακέλου υγείας για κάθε μεμονωμένο περιστατικό (εσωτερικής ή ημερήσιας νοσηλείας, επίσκεψης στα Τακτικά ή Επείγοντα Ιατρεία) καταγράφονται ηλεκτρονικά. Οι κινήσεις του ασθενή (εξέταση, εξιτήριο, κ), τα δημογραφικά του στοιχεία, στοιχεία ασφαλιστικής κάλυψης, στοιχεία νοσηλείας και διάγνωση περιέχονται στον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας του ασθενή.

Χρησιμοποιώντας ως βάση τα στοιχεία του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας του κάθε ασθενή έχει αναπτυχθεί ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος. Χωρίς να είναι πάντα απόλυτα σαφής ο διαχωρισμός της ιατρικής πληροφορίας στο σύστημα υπάρχει δυνατότητα δημιουργίας των ιατρικών εντύπων (ενημερωτικό σημείωμα, ιατρική γνωμάτευση, κ.α.) τα οποία συνδέονται είτε με περιστατικό (φύλλο νοσηλείας), είτε με την ιατρική πράξη (πρακτικό χειρουργείου).

Όταν δημιουργείται ένα ιατρικό έντυπο, βασιζόμενο σε ένα πρότυπο έντυπο (Πρότυπα Έντυπα Υπουργείο Υ-





“

**Η ιατρική εικόνα από το ακτινολογικό εργαστήριο, το ενδοσκοπικό εργαστήριο και εργαστήριο πυρηνικής ιατρικής θα είναι πλέον διαθέσιμη σε κάθε γιατρό ηλεκτρονικά μέσα από τον υπολογιστή του συνοδευόμενη από το πόρισμα.**

”

γείας), ενσωματώνονται στοιχεία από τον ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας του ασθενή προς διευκόλυνση του συγγραφέα. Στη διάθεση των χρηστών υπάρχουν αποθηκευμένα πρότυπα κείμενα που χρησιμοποιούνται συχνά. Το επεξεργασμένο έγγραφο αποθηκεύεται με τη χρονική σφραγίδα και τα στοιχεία δημιουργού του.

Δικαίωμα δημιουργίας ιατρικού εντύπου έχουν οι χρήστες που ανήκουν στην ομάδα των ιατρών και γραμματέων των τμημάτων για ασθενείς για τους οποίους εκτελείται ιατρικό έργο από το τμήμα τους.

**Πορίσματα**

Τα εργαστηριακά τμήματα του νοσοκομείου καταγράφουν ηλεκτρονικά τα πορίσματα των εξετάσεων που εκτελούν. Προϋπόθεση είναι στο ηλεκτρονικό φάκελο υγείας να έχει καταγραφεί ηλεκτρονικά η εξέταση (ηλεκτρονική παραγγελία). Οι διαγνώστες εργαστηριακοί ιατροί έχουν τη δυνατότητα έγκρισης του τελικού πορίσματος πριν αυτό γίνει διαθέσιμο και στους υπόλοιπους χρήστες.

Δικαίωμα δημιουργίας πορισμάτων έχουν οι γραμματείς των εργαστηρίων και δικαίωμα έγκρισης πορισμάτων έχουν οι χρήστες που ανήκουν στην ομάδα των εργαστηριακών γιατρών.

**Δομημένα ιατρικά έγγραφα**

Σε τμήματα όπου υπάρχει η ανάγκη, έχουν αναπτυχθεί δομές καταγραφής της ιατρικής πληροφορίας. Στις περι-

πτώσεις αυτές έχουν δημιουργηθεί διεπαφές για την εύκολη και ταχεία καταχώριση δεδομένων. Τα δεδομένα που αποθηκεύονται αφορούν συγκεκριμένη ποιοτική ιατρική πληροφορία. Υπάρχει δυνατότητα παραγωγής στατιστικών αποτελεσμάτων με βάση το σύνολο των παραμέτρων που καταγράφονται. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους χρήστες μέσα από εργαλεία να έχουν πρόσβαση στα δεδομένα που συνήθως χρησιμοποιούν για έρευνα.

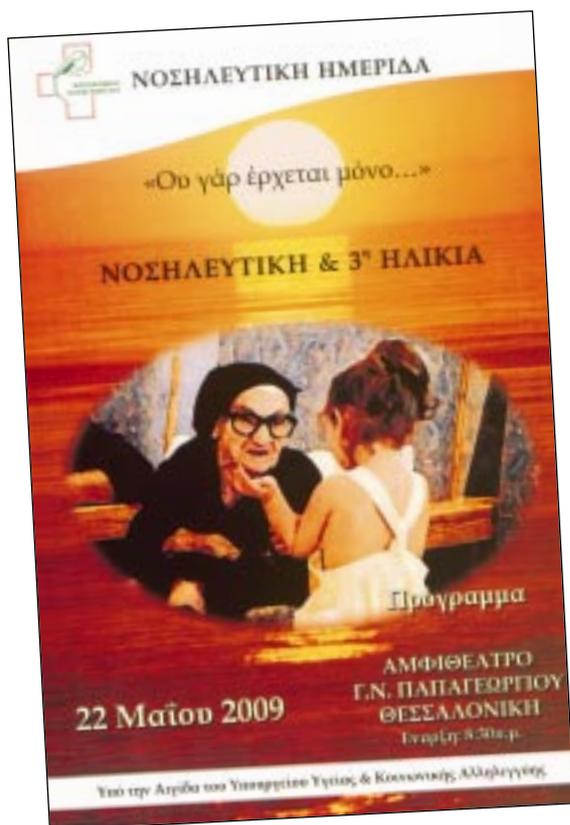
**Ιστορικό**

Το σύνολο αυτής της συστηματοποιημένης καταγραφής των ιατρικών πληροφοριών (διαγνώσεις, πορίσματα, ιατρικές εικόνες, ιατρικά έντυπα, εργαστηριακά αποτελέσματα), που παράγονται, καταγράφονται και συντηρούνται μέσα στο Πληροφοριακό Σύστημα, αποτελούν τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο και παρουσιάζονται στους εξουσιοδοτημένους χρήστες μέσα από το ηλεκτρονικό ιστορικό.

**...στην πράξη**

Αυτή τη στιγμή υπάρχουν κλινικές στο Νοσοκομείο μας που κάνουν αποκλειστική χρήση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου. Με το μοντέλο αυτών των τμημάτων έχει ξεκινήσει η προσπάθεια εφαρμογής του από το σύνολο των κλινικών και η υποστήριξή της προσπάθειας από την Ιατρική Υπηρεσία είναι σημαντική.

# Επιστημονική Ημερίδα στο νοσοκομείο μας Νοσηλευτική και 3η Ηλικία



**ΜΕ ΕΞΑΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑ** πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, στις 22 Μαΐου 2009, επιστημονική ημερίδα με θέμα: «Νοσηλευτική και Τρίτη Ηλικία», η οποία διοργανώθηκε από τη Νοσηλευτική Υπηρεσία του Νοσοκομείου και απετέλεσε την ολοκλήρωση του προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης 2008-2009.

Την ημερίδα που ήταν αφιερωμένη στους ηλικιωμένους συνανθρώπους μας παρακολούθησαν πλήθος ειδικών επιστημόνων, που συμμετείχαν και στα τραπέζια ει-

σηγήσεων και διαλόγου, η διοίκηση το νοσοκομείου, διευθυντές κλινικών και τμημάτων, γιατροί και το σύνολο της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας με επικεφαλής την διευθύντρια Αθανασία Χούτα-Χυτήρη.

Την έναρξη των εργασιών κήρυξε ο δωρητής και ιστορικός πρόεδρος του νοσοκομείου **Νίκος Παπαγεωργίου** αναφέροντας τα εξής:

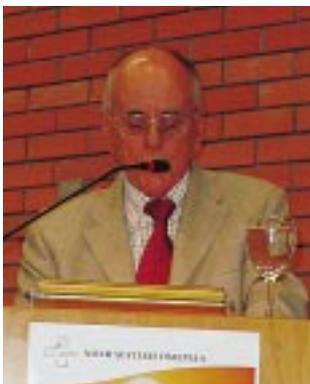
«Σας εύχομαι κάθε επιτυχία στην ημερίδα σας. Αν και αυτή θεωρείται δεδομένη, όταν οργανώνεται από τόσο υπεύθυνους ανθρώπους όπως εσείς. Για μένα όμως η στιγμή αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί μετά την αποχώρησή μου από την προεδρία του Δ.Σ., ήθελα και δημόσια να σας ευχαριστήσω για την άψογη συνεργασία που είχαμε όλα αυτά τα πολύ δημιουργικά χρόνια.

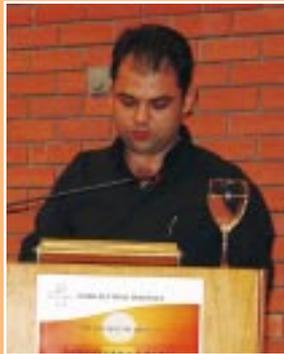
Στήσατε, στήσαμε ένα Νοσοκομείο εκ του μηδενός... Δώσατε τον καλύτερο εαυτό σας. Σήμερα κατά γενική ομολογία αποτελεί πρότυπο για το χώρο. Θα ήθελα όμως να σας ευχαριστήσω και εκ μέρους των ασθενών, των πονεμένων αυτών ανθρώπων που δέχονται τις υπηρεσίες σας. Τα παράπονα των οποίων είναι ουσιαστικά ανύπαρκτα, ενώ τα ευχαριστήρια όλο και πληθαίνουν.

Λέγεται ότι η Νοσηλευτική Υπηρεσία είναι η καρδιά του Νοσοκομείου. Εγώ προσωπικά πιστεύω ότι είσαστε το Νοσοκομείο.

Τελειώνοντας θα ήθελα να σας παρακαλέσω την άψογη αυτή συνεργασία και φιλία, να την συνεχίσετε και με το νέο πρόεδρο τον κ. Παπά. Είναι άξιος, ανέλαβε την προεδρία με πολύ ενδιαφέρον. Είμαι σίγουρος πως θα προσθέσει και άλλες επιτυχίες στο ενεργητικό του Νοσοκομείου.

Σας ευχαριστώ. Κηρύσσω την έναρξη της ημερίδας. Πριν όμως θα ήθελα να πω ότι: Η ημερίδα σας είναι για





την τρίτη ηλικία... Όχι ότι με ενδιαφέρει προσωπικά, έχω ακόμα καιρό. Αλλά το Ίδρυμα έφτιαξε ένα βρεφονηπιακό σταθμό για τα παιδιά, Γυμνάσιο - Λύκειο για τη νέα γενιά. Εκκλησία. Νοσοκομείο για τους πονεμένους. Τα γηρατειά μένουν με το παράπονο.

Καλώ το Σεβασμιότατο Βαρνάβα καθώς και τους κύριους Παπά και Χριστόπουλο την άλλη εβδομάδα σε σύσκεψη, για να προγραμματίσουμε τις διαδικασίες υλοποίησης της υπόσχεσης που είχε δώσει το Ίδρυμα για την «Εστία Γερόντων ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ».

Για το περιεχόμενο και τους στόχους της επιστημονικής ημερίδας μίλησε η **Αθανασία Χούτα-Χυτήρη** τονίζοντας τα ακόλουθα:

« Η Νοσηλευτική Υπηρεσία του νοσοκομείου Παπαγεωργίου ολοκληρώνοντας το πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης(2008-2009) και στα πλαίσια της παγκόσμιας ημέρας Νοσηλευτών-τριών και Μαιευτών/τριών, πραγματοποιεί επιστημονική ημερίδα με θέμα» Νοσηλευτική και 3η Ηλικία» την οποία αφιερώνει στους ηλικιωμένους συνανθρώπους μας. Σύμφωνα με τα νέα δημογραφικά στοιχεία του ΟΗΕ το 21% των ανθρώπων στις αναπτυγμένες χώρες είναι ήδη 60 ετών και αναμένεται να φτάσει στο 33% το 2050. Έως τότε ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων θα είναι περισσότερο από διπλάσιος έναντι των παιδιών. Στη χώρα μας σύμφωνα με την απογραφή του 2001, το ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών ήταν περίπου στο 17% και αναμένεται να ανέλθει στο 23% το 2025 και στο 33% το 2050. Η πρόοδος της επιστήμης, οι βελτιωμένες συνθήκες υγιεινής, διατροφής και υγείας τις τελευταίες δεκαετίες αύξησαν το προσδόκιμο ζωής. Τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Ελλάδα από 76,4 έτη που είναι σήμερα στους άνδρες θα αυξηθεί στο 81,7 και από το 88,4 που είναι σήμερα για τις γυναίκες θα αυξηθεί στο 86,6 έως το 2050. Οι δημογραφικές τάσεις δημιουργούν σύνθετα προβλήματα στις κοινωνίες(ασφαλιστικά συστήματα, συστήματα υγείας, αλλά και γενικότερα στις οικονομίες) και είναι απαραίτητο να γίνουν μεταρρυθμίσεις και να ληφθούν δραστικά μέτρα για να αντιμετωπιστούν οι επιπτώσεις από τη γήρανση του πληθυσμού. Οι νοσηλευτές είναι από τους βασικούς επαγγελματίες υγείας που προσφέρουν φροντίδα στους ηλικιωμένους τόσο στο νοσοκομείο ή στην κοινότητα. Η νοσηλευτική που παρακολουθεί τις εξελίξεις στο χώρο της υγείας οπωσδήποτε δεν μένει ανεπηρέαστη και δεν αδρανεί. Γι αυτό: Διεθνώς εκπονεί εκπαιδευτικά προγράμματα με σκοπό να μελετήσει και να αναδείξει τα προβλήματα των ηλικιωμένων αλλά και να ευαισθητοποιήσει τους νοσηλευτές και τις μαίες να προσφέρουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας. Η γηριατρική είναι μια μεγάλη ειδικότητα. Η επιστημονική επιτροπή προσπάθησε να καλύψει το θέμα με εισηγήσεις από προσκεκλημένους καταξιωμένους επιστήμονες που ασχολούνται με τη γηριατρική, α

πό νοσηλευτές των νοσοκομείων και της κοινότητας που θα καταθέσουν τις εμπειρίες τους από όλες τις ειδικότητες (παθολογία, χειρουργική, ψυχιατρική, κλπ), κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι έχουν να μας πουν επίσης πολλά, κλινικό φροντιστήριο από εκπαιδευμένους νοσηλευτές, το οποίο σας συνιστώ να παρακολουθήσετε κλπ). Πιστεύω ότι θα μπορέσουμε να κατανοήσουμε τι σημαίνει γήρανση, ποιοι είναι οι μύθοι, και ποια η πραγματικότητα, πως οι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται τη ζωή, ποια είναι τα σοβαρά ζητήματα που τους απασχολούν και πως η νοσηλευτική θα μπορέσει να ανταποκριθεί σ' αυτά. Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω τη διοίκηση του νοσοκομείου η οποία μας συμπαρίσταται όχι μόνο ηθικά αλλά και οικονομικά ώστε να μπορούμε να υλοποιούμε όλα τα εκπαιδευτικά μας προγράμματα, όλες τις υπηρεσίες του νοσοκομείου (οικονομική, τεχνική, πληροφορική), όλους τους προσκεκλημένους ομιλητές και συντονιστές που δέχτηκαν την πρόσκλησή μας και το νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό του νοσοκομείου μας που εργάστηκε για την οργάνωση του εκπαιδευτικού μας προγράμματος».

Ιδιαίτερο, συγκινησιακό και ανθρώπινο τόνο έδωσε η ομιλία προς τους συνέδρους του **Σεβασμιώτατου Μητροπολίτη Νεαπόλεως και Σταυρουπόλεως κ. Βαρνάβα**, ο οποίος είπε:

«Με συναισθήματα αγάπης και τιμής απευθύνομαι σε εσάς, τους επιστήμονες, τους ανθρώπους τής προσφοράς, και σε όλους όσους συμμετέχουν στο σημερινό συνέδριο. Η παρουσία μου στον σημερινό εορτασμό τής Παγκόσμιας Ημέρας Νοσηλευτών και Μαιευτών αισθάνομαι ότι δεν περιορίζεται στην τυπική έκφραση συχαρητηρίων για την επιτυχή διεξαγωγή τής ημερίδας σας, αλλά είναι περισσότερο μια ευκαιρία επικοινωνίας με αγαπητά πρόσωπα, με τα μέλη τού νοσοκομείου Παπαγεωργίου, ενός ιδρύματος μεγάλης επιστημονικής, αλλά και κοινωνικής σπουδαιότητας και αναγνωρισμένου κύρους, ενός Νοσοκομείου εξαιρετικής προσφοράς στη βελτίωση τής υγείας τής τοπικής μας κοινωνίας.

Γι' αυτό κάθε φορά ανταποκρίνομαι με μεγάλη χαρά στις προσκλήσεις σας και έρχομαι κοντά σας όχι υπακούοντας στις ανάγκες τής εθιμοτυπίας, αλλά ακούοντας την φωνή τής ποιμαντικής συνειδήσεώς μου, τη φωνή που με φέρνει ανάμεσα σε οικείους και φίλους. Οφείλω να ομολογήσω ότι νιώθω τόσο κοντά σας, ώστε να μπορώ να εκφράσω την προσδοκία και την ελπίδα για την καλλίτερη λειτουργία του Νοσοκομείου. Νιώθω την ανάγκη να μοιραστώ μαζί σας τον κόπο και την αγωνία που καταβάλετε όλοι σας για να ανακουφίσετε τον πόνο των συνανθρώπων μας.

Έρχομαι με χαρά κοντά σας γιατί θέλω να σας υπενθυμίζω ότι Ιατρική και Εκκλησιαστική Ποιμαντική διακονία συναντώνται με άριστο τρόπο στο έργο τής προόδου





της επιστήμης και της ανακούφισης του ανθρώπινου πό-  
νου. Η φροντίδα και η αγάπη για τον πονεμένο άνθρωπο  
είναι αιώνια πνευματικά μεγέθη που καθοδηγούν ιατρούς  
- νοσηλευτές -ερευνητές - εθελοντές σε μια γνήσια αν-  
θρωπιστική θεώρηση του φαινομένου ασθένεια, και μά-  
λιστα όταν αυτή αφορά την τρίτη ηλικία, που αποτελεί και  
το θέμα τής σημερινής ημερίδας σας.

Αγαπητοί σύνεδροι, οι μεγάλες επιτυχίες τής επιστή-  
μης και η οικονομική ευημερία δεν πρέπει να μας προκα-  
λούν ψευδαισθήσεις. Όσο ο άνθρωπος προχωρεί στην η-  
λικία τόσο και τα προβλήματά του αυξάνονται, και εκείνο  
που του λείπει είναι η στοργή. Αυτό θέλω να παρακαλέσω  
εσάς, όλους τούς εκλεκτούς συνέδρους: Αγαπήστε τα γη-  
ρατειά, δώστε τους καλή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη,  
αλλά περισσότερο δώστε τους ενδιαφέρον και αξιοπρέ-  
πεια. Οι σημερινοί ηλικιωμένοι έχουν στο ενεργητικό τους  
μια ολόκληρη ζωή, με αγώνες ποικίλους, με βάσανα και  
κατακτήσεις. Οι ηλικιωμένοι έχουν ο καθένας την ιστορία  
του, τη μεγάλη ή τη μικρή, τη φανερή ή τη μυστική. Εί-  
δαν, έζησαν καταστάσεις, πολέμους, φτώχεια, στέρηση,  
διωγμούς, προσφυγιές, κατοχές, εξάρσεις, υποταγές, ε-  
ξευτελισμούς, δόξες, νίκες, ήττες. Όλα τα δοκίμασαν και  
έβαλε ο καθένας τους το δικό του λιθαράκι για την οικο-  
δόμηση τής ιστορίας, για την πρόοδο αυτού τού τόπου.

Ας τους αντιπροσφέρουμε λοιπόν κάθε δυνατή βοή-  
θεια, για να συνεχίσουν να νιώθουν ακμαίοι σαν νέοι. Δεν  
αρκούν μόνο τα καλά λόγια, η ανακούφιση τού σωματι-  
κού πόνου, η διευκόλυνση σε πρακτικά προβλήματα.  
Έχουμε ιερό χρέος να κάνουμε τη ζωή τους ανθρώπινη,  
άνετη, ευχάριστη. Υπεράνω όλων επιθυμούν την αγάπη  
μας, η οποία πάντα, όταν είναι ειλικρινής, μπορεί να ε-  
φευρίσκει τρόπους για να καλύπτει τις εμφανιζόμενες α-  
νάγκες και να αναπληρώνει καθημερινά τις παρουσιαζό-  
μενες ελλείψεις. Με τη στοργή και την αγάπη μας θα είναι  
σε θέση να ξεπεράσουν τις ανησυχίες από τις παρουσια-  
ζόμενες ασθένειες, τα ψυχολογικά προβλήματα, από την  
εγκατάλειψη των δυνάμεών τους και το φόβο τής μονα-  
ξιάς. Σύμφωνα μάλιστα με τα όσα εσείς οι ειδικοί ιατροί  
χαρακτηριστικά αναφέρετε, οι ηλικιωμένοι, όταν γνωρί-  
ζουν να γηράσκουν σωστά και όταν έχουν την ηθική στή-  
ριξη μας, τότε μπορούν να μη γίνονται γέροι, να μένουν  
γεροί, ρωμαλέοι, ακμαίοι παρά τα χρόνια τους, να μη  
φθείρονται γρήγορα, να μένουν σαν γερά κόκαλα με τις  
μικρότερες κατά το δυνατό συνέπειες από τη φθορά του  
χρόνου.

Εσείς, οι νοσηλευτές τού Νοσοκομείου Παπαγεωργί-  
ου, όχι μόνο σήμερα, αλλά κάθε μέρα προσθέτετε στο ε-  
νεργητικό σας έναν εντυπωσιακό πλούτο προσφοράς  
στην τοπική μας κοινωνία. Ως επίσκοπος τής τοπικής μας  
Εκκλησίας καταθέτω την προσευχή μου για περαιτέρω α-  
νάπτυξη και πρόοδο τού θαυμαστού έργου σας και σας  
παρακαλώ να μείνετε σταθεροί στις αρχές και τις αξίες

# Επιτυχία και Κέντρο

που θεμελιώνουν τον σεβασμό στο σώμα, την τιμή, στο πρόσωπο και τη διακονία τού ασθενούς. Σας εύχομαι ολόψυχα κάθε επιτυχία στη σημερινή σας ημερίδα και ο Αναστάς Κύριός μας να σας ευλογεί και να σας χαριτώνει σε κάθε σας βήμα, μα προπαντός στο σπουδαιότερο έργο σας για το καλό των συνανθρώπων μας και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων αδελφών μας, αυτών που έχουν δικαιώματα στη σκέψη, στο νου και στην καρδιά μας.

Η ευχαριστιακή προσευχή τής Εκκλησίας που γίνεται αγκαλιά της οικουμένης και περικλείει μέσα σ αυτήν το ανθρώπινο πρόσωπο και όλες τις πτυχές τής ζωής του θα μας πει: «το γήρας περικράτησον». Στηρίξτε το γήρας και να σας στηρίζει κι εσάς ο Θεός».

Χαιρετισμό στους συνέδρους απηύθυνε επίσης ο πρόεδρος του νοσοκομείου **Βασίλης Παπάς** ο οποίος αναφέρθηκε ιδιαίτερα στην ξεχωριστή φροντίδα και την αυξημένη ευαισθησία του νοσοκομείου Παπαγεωργίου απέναντι στην Τρίτη Ηλικία και τόνισε ότι οι υπηρεσίες του νοσοκομείου θα αγωνίζονται διαρκώς με όλες τις δυνάμεις τους προκειμένου να εξασφαλίζεται το μέγιστο της παρεχόμενης βοήθειας στους απόμαχους της ζωής και της εργασίας.

Επίσης σύντομο χαιρετισμό απηύθυνε ο διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας **Αναστάσιος Κυριακίδης**, τονίζοντας μεταξύ άλλων: «Με ιδιαίτερη χαρά βρίσκομαι εδώ, εκπροσωπώντας την Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, για να χαιρετίσω την κορυφαία εκδήλωση, του εκπαιδευτικού προγράμματος της αδελφής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, το ετήσιο σεμινάριό της. Εμείς, οι ιατροί του Νοσοκομείου έχουμε την τύχη να συνεργαζόμαστε με μια Νοσηλευτική Υπηρεσία, που διακρίνεται όχι μόνο για την προσήλωσή της στα καθήκοντά της και την αγάπη και το χαμόγελό της στον άρρωστο, αλλά παράλληλα ενδιαφέρεται ενεργά για την συνεχιζόμενη εκπαίδευση, ώστε να προσφέρει πάντοτε αναβαθμισμένες υπηρεσίες. Η ευρηματικότητα των θεμάτων των ετήσιων σεμιναρίων της ανταποκρίνεται πάντοτε στις εκάστοτε απαιτήσεις των καιρών. Γι' αυτό και τα σεμινάρια αυτά καταξιώθηκαν στη συνείδηση τόσο των νοσηλευτών, όσο και του υπόλοιπου υγειονομικού κόσμου και αποτελούν πλέον θεσμό. Με τις σκέψεις αυτές σας συγχαίρω και πάλι, σας ευχαριστώ για την συνεργασία σας και σας εύχομαι υγεία και όρεξη για να συνεχίσετε».

Τέλος χαιρετισμό απηύθυναν ο γενικός διευθυντής του νοσοκομείου **Γεώργιος Χριστόπουλος** και ο Δήμαρχος Συκεών **Σίμος Δανηλίδης** που συνεχάρησαν θερμά τους διοργανωτές της επιστημονικής ημερίδας για την πρωτοβουλία τους.

Οι εργασίες της ημερίδας είχαν τεθεί, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.



# ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000 ΣΕ ΑΚΟΜΑ ΤΡΙΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ



**Το Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο,  
το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και  
το Τμήμα Ιατρικής Φυσικής-Ακτινοφυσικής  
προστέθηκαν στο Νεφρολογικό Τμήμα  
του νοσοκομείου ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ  
που έχει πιστοποιηθεί από το 2006.**

Γράφει η **Λιάνα Μιχαηλίδου**,  
υπεύθυνη Γραφείου Διαχείρισης Ποιότητας ΓΝΠ

**Η** αρχή είχε κιόλας πραγματοποιηθεί από το φθινόπωρο του 2006 όταν το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας του **Νεφρολογικού Τμήματος** του Γ.Ν.Παπαγεωργίου πιστοποιήθηκε από διαπιστευμένο εξωτερικό φορέα κατά **ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000** επιβραβεύοντας την προσπάθεια των ίδιων των εργαζομένων του τμήματος. Οι αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας με έμφαση στον εξωτερικό και εσωτερικό πελάτη και στόχο τη συνεχή βελτίωση των διαδικασιών είχαν βρει και εξακολουθούν έως και σήμερα να βρίσκουν εύφορο έδαφος στο πρόσωπο της ηγεσίας του τμήματος και των γιατρών του, της νοσηλευτικής υπηρεσίας και της γραμματείας. Το ίδιο το εργαλείο διοίκησης που προκύπτει μέσα από το σύστημα αποδεικνύει τη χρησιμότητά του στην οργάνωση και διοίκηση του τμήματος τρία χρόνια αργότερα αποσπώντας θετικές εντυπώσεις στις ετήσιες επισκέψεις επιθεώρησης από αξιόπιστο φορέα επιθεώρησης.

Η ιδέα των καταγεγραμμένων διαδικασιών, καθώς και των διορθωτικών και προληπτικών ενεργειών δεν άργησε να μεταλαμπαδευτεί και σε άλλα τμήματα του Νοσοκομείου. Με δεδομένη τη θετική διάθεση και συνεπώς τη δέ-

σμευση των ηγεσιών των τριών ενδιαφερομένων τμημάτων - **Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και Τμήμα Ιατρικής Φυσικής-Ακτινοφυσικής** - αλλά και τον ουσιαστικό κατευθυντήριο και υποστηρικτικό ρόλο της **Διεύθυνσης Ποιοτικού Ελέγχου**, ο σχεδιασμός τριών ακόμη υπό-συστημάτων μέσα σε ένα ευρύτερο υπερ-σύστημα ήταν απόφαση που ένωσε ομάδες εργαζομένων του Νοσοκομείου σε μια κοινή προσπάθεια.

Το εγχείρημα του σχεδιασμού και της εφαρμογής συστημάτων διαχείρισης ποιότητας, το οποίο θα επιχειρούταν με ίδιους πόρους και θα αξιοποιούσε κατά περίπτωση επιδοτούμενα προγράμματα, έπρεπε να είναι καλά οργανωμένο εξ αρχής. Οι σύνδεσμοι και ομάδες ποιότητας των εργαζομένων από τα ενδιαφερόμενα τμήματα εκπαιδεύτηκαν με ευθύνη της Διεύθυνσης Ποιοτικού Ελέγχου πάνω σε θέματα, όπως:

«Τι ακριβώς περιλαμβάνει το πρότυπο **ISO 9001:2000**, ποια είναι τα κεφάλαιά του; Ποιες είναι οι απαιτήσεις τους; Πώς αυτές μεταφράζονται στον ιδιαίτερο χώρο των υπηρεσιών υγείας;».



# Τριήμερο Εισαγωγικό Σεμινάριο EN ISO 9001: 2000

**Η ολοκλήρωση του τριήμερου εισαγωγικού σεμιναρίου βρήκε τους καταρτιζόμενους με πρόσθετες γνώσεις, προβληματισμούς και σκέψεις εφαρμογής του εργαλείου στα τμήματα.**

Οι επόμενοι μήνες αξιοποιήθηκαν με προγραμματισμένα χρονοδιαγράμματα και συστηματικές συναντήσεις των συνδέσμων και ομάδων ποιότητας με τη Διεύθυνση Ποιοτικού Ελέγχου. Δύο ήταν τα βασικά ερωτήματα που θα οδηγούσαν μέσω των απαντήσεών τους στη σύνταξη διαδικασιών και συνεπώς στο χτίσιμο της **τεκμηρίωσης** του συστήματος: «Ποιες είναι οι **διεργασίες** των τμημάτων και ποιες είναι οι **διαδικασίες** που εντάσσονται σε αυτές; Ποιο ακριβές έργο παράγουν τα τμήματα και πώς εκτελούν αυτό το έργο;»

Η αποσαφήνιση των διαδικασιών και η ταυτόχρονη βελτίωσή τους, όπου αυτό καθίσταται δυνατό, αποτελεί βασικό, αλλά όχι μοναδικό, βήμα προς την κατεύθυνση σχεδιασμού του συστήματος. Όλοι εμείς που ασχολούμαστε με τη διαχείριση ποιότητας, έχουμε μάθει να μην είμαστε ευκολόπιστοι. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι όταν ένας οργανισμός υποστηρίζει ότι παράγει υπηρεσίες καλής ποιότητας, πρέπει να διαθέτει **αποδείξεις-τεκμήρια** ότι πράγματι αυτό κάνει. Ενδεικτικά, αναφέρονται τα παρακάτω παραδείγματα αποδείξεων:



- αποδείξεις ότι ο **εξοπλισμός** που χρησιμοποιείται είναι ετοιμοπόλεμος και οι **εργαζόμενοι** καταλλήλως εκπαιδευμένοι να παρέχουν συγκεκριμένες υπηρεσίες
- αποδείξεις ότι ανεξάρτητα από το πρόσωπο που παρέχει την υπηρεσία, η υπηρεσία θα διαθέτει **τα ίδια (ή βελτιωμένα) προσυμφωνημένα χαρακτηριστικά** από την πρώτη φορά και κάθε φορά
- αποδείξεις ότι όταν παρουσιάζονται **αστοχίες**, το σύστημα δεν επιτρέπει την επανεμφάνισή τους
- αποδείξεις ότι ο οργανισμός ενδιαφέρεται να **προλάβει αστοχίες** πριν αυτές εμφανιστούν

Σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι αυτονόητο ότι οι ομάδες ποιότητας έπρεπε να προετοιμαστούν καταλλήλως προκειμένου να πείσουν τον εξωτερικό φορέα ότι πληρούν τις απαιτήσεις του προτύπου παρέχοντάς του τις απαραίτητες αποδείξεις.

# Φθινόπωρο 2008



**Το φθινόπωρο του 2008, τα εμπλεκόμενα τμήματα παρουσίασαν τα συστήματά τους σε εξωτερικό συνεργάτη προς σχολιασμό προκειμένου ένας ουδέτερος κριτής να καταθέσει τις παρατηρήσεις του πάνω σε αυτά και να κάνει προτάσεις βελτίωσής τους.**

Ήταν η πρώτη φορά που οι ομάδες συνειδητοποιούσαν πώς μπορεί να είναι μία επιθεώρηση του τμήματός τους από τρίτο πρόσωπο, μία εμπειρία αποδεδειγμένα χρήσιμη και εποικοδομητική.



# Χριστούγεννα 2008



**Αργότερα, λίγο πριν από τα Χριστούγεννα του 2008, οι εργασίες εντάθηκαν.**

Τα συστήματα ήταν ήδη σε εφαρμογή από το περασμένο καλοκαίρι, είχαν βελτιωθεί βάσει παρατηρήσεων και εμπειρίας, είχαν ήδη αποδείξει επιμέρους οφέλη και η ώρα είχε έρθει για να επιθεωρηθούν από διαπιστευμένο φορέα πιστοποίησης ο οποίος θα επιβεβαίωνε τη συμμόρφωσή τους ως προς τις απαιτήσεις του προτύπου ISO 9001:2000. Τα τρία συστήματα μπήκαν στο μικροσκόπιο τόσο ως προς την τεκμηρίωσή τους όσο και ως προς την εφαρμογή τους. Ο εξωτερικός φορέας κατανοώντας τους περιορισμούς της δημόσιας διοίκησης και την αξιοπρεπή προσπάθεια των τμημάτων να αξιοποιήσουν τα συστήματα βελτιώνοντας το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών εισηγείται έκδοση πιστοποιητικού υπό τον όρο της βελτίωσης συγκεκριμένων σημείων.



Τα τμήματα βρέθηκαν σε μονόδρομο, καθώς τα συστήματα που βρισκόταν ήδη σε εφαρμογή και οι άνθρωποι πίσω και μπροστά από αυτά δεν είχαν άλλη επιλογή από την προσαρμογή στις εύστοχες παρατηρήσεις.

## χριστούγεννα 2008



**Σήμερα, άνοιξη του 2009, τα πιστοποιητικά έχουν ήδη εκδοθεί.** Για τη Διεύθυνση Ποιοτικού Ελέγχου, η οποία συντόνιζε τις προσπάθειες σχεδιασμού και ενεργοποίησης των τριών υπο-συστημάτων, το ίδιο το πιστοποιητικό αποτελεί απλώς μέσο επιβράβευσης των ανθρώπων που δούλεψαν επί μήνες συμπληρωματικά της εργασίας τους, πίστεψαν σε αυτό - άλλος λιγότερο και άλλος περισσότερο- και δεν παραιτήθηκαν παρά τις αρκετές δυσκολίες που παρουσιάστηκαν στη διαδρομή. Οι ηγεσίες των τμημάτων, οι ομάδες ποιότητας και η Γενική Διεύθυνση επέλεξαν να προσδιορίσουν τις δυσκολίες επακριβώς και να τις αντιμετωπίσουν όσο βαθιά επέτρεπαν οι συνθήκες κατά περίπτωση οδηγώντας σε σταδιακή βελτίωση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών.

Τα τελευταία χρόνια, πολλοί παρασύρονται από κρεμασμένα χαρτιά ποιότητας σε τοίχους ξενοδοχείων, πολυκαταστημάτων, αντιπροσωπειών αυτοκινήτων και τε-

χνικών εταιρειών και τα οποία συχνά μόνο ως «άδεια κελύφη» συγχέουν στο μυαλό των εν δυνάμει πελατών την ποιότητα με ένα είδος πολυτέλειας. Στο Γ.Ν.Παπαγεωργίου, οι τέσσερις λειτουργικές μονάδες - Νεφρολογικό Τμήμα, Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Τμήμα Ιατρικής Φυσικής-Ακτινοφυσικής - ορίζουν τι αποτελεί υπηρεσία καλής ποιότητας, υπόσχονται υπηρεσίες με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά παρέχοντας τεκμήρια-αποδείξεις για αυτές, προλαμβάνουν ή αντιμετωπίζουν αστοχίες, είναι δυναμικά, στοχεύουν στη σταδιακή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και αντιμετωπίζουν στο βαθμό του εφικτού τα αρνητικά χαρακτηριστικά της δημόσιας διοίκησης. Σε κάθε περίπτωση, αποτελούν «ανθρώπων έργα», ανθρώπων που δοκίμασαν την ομαδική εργασία, και επένδυσαν χρόνο, κόπο, μεράκι και αξίες σε ένα εγχείρημα που έχει ήδη αρχίσει να αποδίδει καρπούς!

Ένα πανανθρώπινο,  
αναπόφευκτο πρόβλημα...

# ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ:

## η φθορά

## των αρθρώσεων

Το 75% των ανθρώπων άνω των 65 ετών  
πάσχει από οστεοαρθρίτιδα



Γράφει ο **Γεώργιος Καπετάνιος**, καθηγητής Ορθοπαιδικής και Διευθυντής Χειρουργικού Τομέα Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., διευθυντής Πανεπιστημιακής Ορθοπαιδικής Κλινικής στο Γ.Ν.Π. \*

**Μ**ε το πέρασμα των χρόνων, όλα τα «υλικά» φθείρονται, παλιώνουν. Αναμφίβολα, αυτό συμβαίνει και στα υλικά τμήματα των έμβιων όντων και ειδικότερα στον άνθρωπο. Η φθορά των οστών μπορεί να εκδηλωθεί με δύο τρόπους: είτε να φθαρεί το περιεχόμενο, το εσωτερικό των οστών και αυτά να γίνουν πιο αδύνατα, πιο εύθραυστα (κατάσταση που καλείται οστεοπόρωση και αφορά το 1/3 των ανθρώπων άνω των 60 ετών) είτε να φθαρεί η επιφάνειά τους στις αρθρώσεις (πάθηση που ονομάζεται οστεοαρθρίτιδα και αφορά τη συντριπτική πλειοψηφία των ανθρώπων).

\*Από τη δημοσίευση στο ένθετο περιοδικό «ΜΕ ΥΓΕΙΑ»,  
Απρίλιος 2009, της εφημερίδας «ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ»

Οι δύο προαναφερθείσες παθήσεις είναι αυτονόητα εντελώς διαφορετικές, θα έλεγε κανείς διαμετρικά αντίθετες. Η πρώτη, λοιπόν, «πριν ην ώρα της» φθορά είναι η οστεοαρθρίτιδα, που προσβάλλει συνήθως φορτιζόμενες, καταπονούμενες αρθρώσεις, όπως τα γόνατα, τα ισχία, η σπονδυλική στήλη κοκ.

Είναι σαφές ότι η οστεοαρθρίτιδα είναι συνήθως ένα τοπικό, «μηχανικό» πρόβλημα, χωρίς παθολογικά εργαστηριακά ευρήματα, σε αντιπαράθεση με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, που είναι γενικευμένη συστηματική νόσος με πλήθος ευρημάτων και επιπτώσεων στον οργανισμό, πέραν του μυοσκελετικού.

### Από πού αρχίζει

Η οστεοαρθρίτιδα αρχίζει από το υποχόνδριο οστού, δημιουργούνται μικροκύστες και στη συνέχεια προσβάλλεται και καταστρέφεται ο αρθρικός χόνδρος και όλα τα λοιπά στοιχεία της άρθρωσης (υμένας, θύλακος, σύνδεσμοι, μηνίσκοι, οστού). Η διεργασία αυτής της καταστροφής είναι εξαιρετικά πολύπλοκη και μακροχρόνια. Τα τελευταία μόλις χρόνια αρχίσαμε να καταλαβαίνουμε κάποιους μηχανισμούς, με την αύξηση των γνώσεών μας στη μοριακή βιολογία και στον οστικό μεταβολισμό, αξιολογώντας πλέον τη σημασία των κυτοκινών (προσταγλαδινών, ιντερλευκίνης, κτλ) και άλλων ουσιών.

Η οστεοαρθρίτιδα είναι η αρχαιότερη πάθηση των έμβιων όντων. Έχει παρατηρηθεί στους δεινοσαύρους, καθώς και στον πρώτο άνθρωπο του Νεάντερταλ. Αποτελεί το 30% των ιατρικών πράξεων, ενώ είναι και η συχνότερη αιτία αναπηρίας και αποχής από την εργασία, με δεδομένο ότι το 75% των ανθρώπων ηλικίας άνω των 65 ετών «πάσχουν».

Το κόστος, η νοσηρότητα και οι κοινωνικές επιπτώσεις της νόσου είναι συγκρίσιμες με άλλες σύγχρονες «επιδημίες», όπως τα νοσήματα του κυκλοφορικού, του αναπνευστικού, οι όγκοι, κ.α.

### Κατηγορίες και αίτια

Η οστεοαρθρίτιδα χωρίζεται σε πρωτοπαθή ή ιδιοπαθή, που δεν γνωρίζουμε το αίτιό της και πιθανότατα συμμετέχει στην αιτιοπαθογένειά της κάποιος ενδογενής, γενετικός-κληρονομικός παράγοντας, όπως πρόσφατα αναγνωρίζεται, και σε δευτεροπαθή, με γνωστό προδιαθεσικό αίτιο. Τα γνωστότερα προδιαθεσικά αίτια - επιβαρυντικοί παράγοντες για την οστεοαρθρίτιδα είναι η ανομοιόμορφη ή η υπερβολική φόρτιση η καταπόνηση της άρθρωσης, όπως η παχυσαρκία, η ανισοσκελία, οι συγγενείς παθήσεις του ισχίου(συγγενές εξάρθρωμα), οι ποδοσφαιριστές, ο τραυματισμός της άρθρωσης, άμεσος ή έμμεσος και παθήσεις της άρθρωσης στην παιδική ηλικία(οστεοχονδρίτις) ή στην ενήλικη ζωή(ισχαιμική νέκρωση, παλαιά λοίμωξη).

Η συνήθης εμφάνιση της οστεοαρθρίτιδας είναι η προσβολή μεσήλικων ατόμων, ίσως υπέρβαρων, γενικά υ-



“

**Η οστεοαρθρίτιδα αποτελεί το 30% των ιατρικών πράξεων, ενώ είναι και η συχνότερη αιτία αναπηρίας και αποχής από την εργασία, με δεδομένο ότι το 75% των ανθρώπων ηλικίας άνω των 65 ετών «πάσχουν»...**

”

γών, που αρχίζουν να παραπονούνται για πόνο στα γόνατα, ή στα ισχία με την καταπόνηση, το ανεβοκατέβασμα σκάλας, το σήκωμα και το κάθισμα. Η νόσος, από τη στιγμή που θα αρχίσει, συνήθως επιδεινώνεται προοδευτικά, με εξάρσεις και υφέσεις. Ο ασθενής αρχίζει να χωλαίνει, το σκέλος να παραμορφώνεται(τα γόνατα σε παραμόρφωση ραβδότητας-άνοιγμα προς τα έξω, τα ισχία κονταίνουν και έχουν έξω στροφή), να υπάρχει περιορισμός στην κινητικότητα της άρθρωσης και ο πόνος να αυξάνεται βαθμιαία και τελικά να είναι μόνιμος και συνεχής και στην ανάπαυση(rest pain) και τη νύχτα.

Η διάγνωση τίθεται εύκολα με την κλινική εξέταση και επιβεβαιώνεται με μια απλή ακτινογραφία σε όρθια στάση. Συνήθως δεν χρειάζονται άλλες παρακλινικές αιματολογικές ή απεικονιστικές(μαγνητική τομογραφία) εξετάσεις. Εδώ γίνεται μεγάλη κατάχρηση και ταλαιπωρία των ασθενών, με πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων που στην οστεοαρθρίτιδα είναι όλες φυσιολογικές και με τις αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες που συχνά αποπροσανατολίζουν από τη σωστή διάγνωση.

Η ακτινολογική εικόνα είναι συνήθως τυπική: υπάρχει στένωση ή και εξάλειψη του μεσαρθρίου διαστήματος λό-



γω της φθοράς του χόνδρου, πύκνωση των αρθρικών επιφανειών, δημιουργία κύστεων στο υποχόνδριο και δημιουργία οστεοφύτων.

### Η αντιμετώπιση

Για την αντιμετώπιση της πάθησης πρέπει ευθύς εξαρχής να ξεκαθαρίσουν κάποια σημεία-κλειδιά.

- > **Η πάθηση δεν θεραπεύεται με τα φάρμακα.** Ανακουφίζεται από τον πόνο στα αρχικά στάδια και ίσως με τα νεότερα φάρμακα επιβραδύνεται λίγο η εξέλιξή της.
- > **Η οποιαδήποτε θεραπευτική προσπάθεια δεν στηρίζεται στις ακτινογραφίες και πολύ περισσότερο στις μαγνητικές, αλλά στα ενοχλήματα του αρρώστου.** Αυτά τα δύσκολινη και ακτινολογική εικόνα- δεν συμβαδίζουν πάντα.
- > **Για την οποιαδήποτε παρέμβαση σημασία έχει ο σωστός χρόνος (timing).** Δεν πρέπει να καθυστερεί πολύ η χειρουργική θεραπεία με φάρμακα και με άλλα μέσα γιατί καταπονούνται-φθειρόνται οι γειτονικές αρθρώσεις και καταστρέφονται και αυτές και η εγχείρηση γίνεται δυσκολότερη, ούτε να γίνεται πολύ πρώιμα η εγχείρηση γιατί και αυτή έχει ημερομηνία λήξης. Αρχικά λοιπόν συνιστούμε στον άρρωστο να χάσει βάρος, να περιορίσει τις άσκοπες καταπονήσεις της άρθρωσης, να διορθώσει τυχόν επιβαρυντικούς παράγοντες (π.χ. ανισοσκελία) και να τοποθετεί ζέστη που βοηθά ποικιλοτρόπως τις χρόνιες καταστάσεις (και όχι το κρύο που

έχει αναλγητικές ιδιότητες και έχει περισσότερο θέση στις οξείες καταστάσεις και στους τραυματισμούς). Σωστά προγράμματα φυσικοθεραπείας επίσης βοηθούν τους ασθενείς στα αρχικά στάδια.

### Κατηγορίες φαρμάκων

Υπάρχουν πολλά φάρμακα που χρησιμοποιούνται κυρίως για τον περιορισμό των ενοχλημάτων. Οι δύο κύριες ομάδες είναι:

- > Τα **ταχείας συμπτωματικής δράσης**, που είναι κυρίως τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ. Από την απλή ασπιρίνη(το πλέον δοκιμασμένο φάρμακο) και τα παλαιότερα ισχυρά αντιφλεγμονώδη (Voltaren, Ινδομεθακίνη, Ναπροζίνη) έως τα νεότερα με ήπια εκλεκτική δράση ή μεγάλη εκλεκτική δράση στην κυκλοοξυγενάση-2 (κοξίμπες). Όλα τα ΜΣΑΦ έχουν κάποιες παρενέργειες, όπως ο ερεθισμός τους στομάχου, η κατακράτηση υγρών, η άνοδος της αρτηριακής πίεσης και η νεφροτοξικότητα και γι' αυτό θα πρέπει να δίνονται λελογισμένα, ιδιαίτερα στους υπερήλικες ασθενείς. Ασφαλώς, τα νεότερα εξ αυτών (Mesulid, Movatec) κι κυρίως οι κοξίμπες (Arcoxia, κ.α.) είναι ηπιότερα και γίνονται καλύτερα ανεκτά.
- > Τα **βραδείας δράσης**, «αιτιολογικά ή «χονδροπροστατευτικά» φάρμακα, όπως είναι τα από του στόματος χονδροϊτίνη, γλυκοζαμίνη και διασερεΐνη ή το ενδοαρθρικά χορηγούμενο υαλουρονικό οξύ. Όταν όμως ο

πόνος γίνεται ανυπόφορος, μη ελεγχόμενος με τα φάρμακα και γίνεται και πόνος ανάπαυσης, όταν υπάρχει αδυναμία λήψης φαρμάκων(έλκος, αλλεργία) και όταν έχουμε ανεπάρκεια της άρθρωσης, που χαλάει πλήρως την ποιότητα ζωής του ασθενούς, τότε είναι η ώρα της χειρουργικής επέμβασης. Πέραν των άλλων, όσο πιο γρήγορα γίνεται αυτή όσο ευκολότερη, μικρότερη και «φυσιολογικότερη» είναι. Σε πολύ πρώιμα στάδια και σε νέα άτομα μπορεί να γίνει στις περισσότερες των αρθρώσεων αρθροσκοπικός καθαρισμός-«servise» της άρθρωσης, που μπορεί να ανακουφίσει τον ασθενή για κάποιο χρονικό διάστημα και να επιβραδύνει η νόσο. Σε ήπιες μορφές σε σχετικά νέα άτομα οι οστεοτομίες, ιδιαίτερα στο γόνατο και στο ισχίο, είναι πολύ καλές, «φυσιολογικές» εγχειρήσεις που, όταν γίνουν στον σωστό χρόνο και με τη σωστή τεχνική, εξασφαλίζουν για πολλά χρόνια-σπάνια και ισοβίως- άριστο αποτέλεσμα.

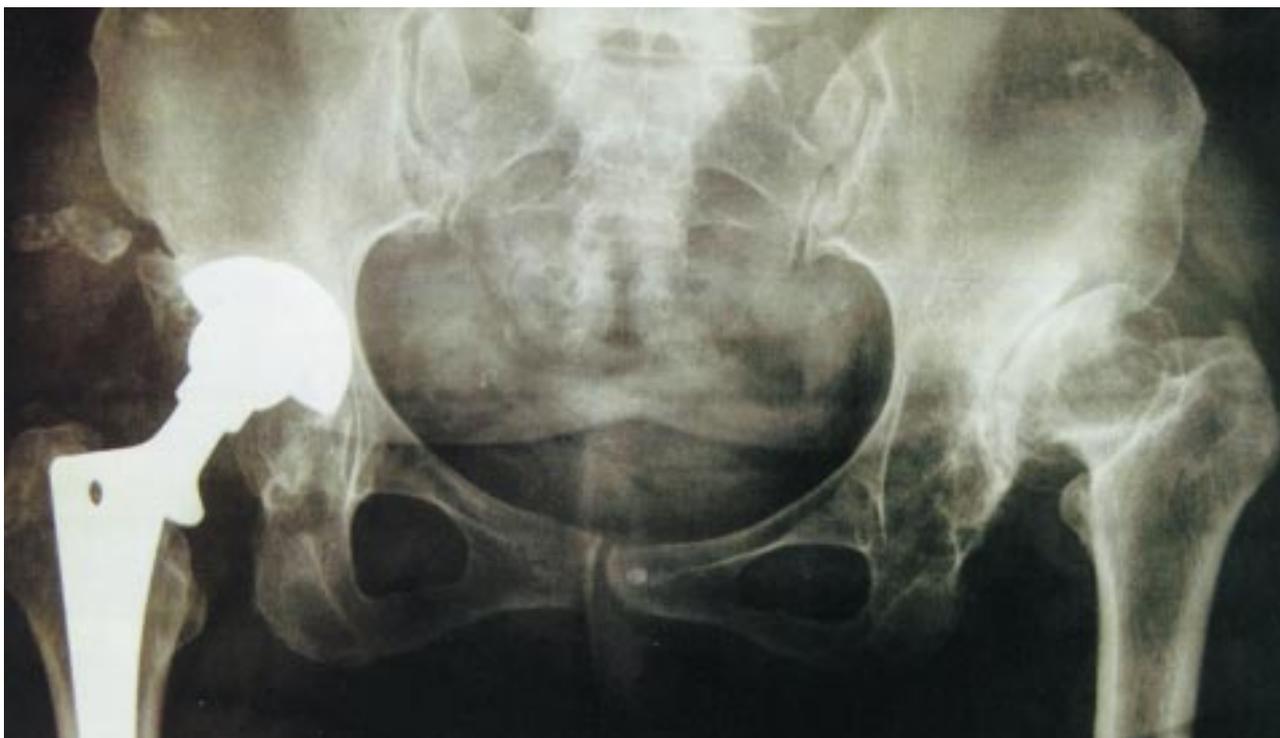
Δυστυχώς, οι περισσότεροι των ασθενών έρχονται στον ορθοπαιδικό πολύ αργά, αφού έχουν περιπλανηθεί για πολύ καιρό σε παθολόγους και ρευματολόγους και τότε έχει προχωρήσει η καταστροφή της άρθρωσης και η μόνη λύση στην περίπτωση αυτή είναι η αντικατάσταση της άρθρωσης, η αρθροπλαστική.

Η αρθροπλαστική είναι μία θαυμαστή επέμβαση, μία επανάσταση στη χειρουργική γενικά και στην ορθοπαιδική ειδικότερα, που «σήκωσε» από την αναπηρική καρέκλα χιλιάδες ασθενείς και τους έδωσε ποιότητα ζωής. Άρχισε στη δεκαετία του 1960 και δικαιώθηκε και καθιερώθηκε στο ισχίο αρχικά και σε μερικές δεκαετίες επεκτάθηκε κατά σειρά στο γόνατο, στον ώμο, στον αγκώνα, στα δάκτυλα, και στην ποδοκνημική και σπονδυ-

λική στήλη. Πρακτικά, σε όλες τις αρθρώσεις του ανθρώπινου σώματος. Από τα αρχικά-ανοξειδωτο χάλυβα, το βιτάλιο και ο πολυαιθυλένιο για την κοτύλη, μαζί με το συνδετικό τους ορθοπαιδικό τσιμέντο (methylmethacrylate) - γρήγορα χρησιμοποιήθηκαν πλέον ευγενή και «φιλικά» υλικά, όπως ο κεραμικό, ο τιτάνιο, και ο υδροξυαπατίτης, το desigh βελτιώθηκε, το τσιμέντο περιορίστηκε και κυριάρχησαν προθέσεις που ενσωματώνονται μόνες τους.

Στο ισχίο επινοήθηκαν μικρότερες, φυσιολογικότερες αρθροπλαστικές, όπως η«επιφανείας» και ο ίδιο έγινε στο γόνατο(μονοδιαμερισματική). Η πρόοδος είναι συνεχής και εντυπωσιακή στον τομέα αυτό, με τη βοήθεια της σύγχρονης τεχνολογίας. Σήμερα γίνονται στις ΗΠΑ 400.000 αρθροπλαστικές γόνατος και σχεδόν άλλες τόσες ισχίου ετησίως. Ανάλογα είναι τα νούμερα και στην Ελλάδα (10.000 γόνατα και περίπου 8.000 ισχία). Η έρευνα και η πρόοδος είναι ανάλογη και για τις άλλες περιοχές του σώματος (ώμος, αγκώνας, σπονδυλικής στήλη, ποδοκνημική).

Τα ποσοστά επιτυχίας των εγχειρήσεων αυτών, που είναι μεγάλες επεμβάσεις, χωρίς επιστροφή, φθάνουν το 98% στη δεκαπενταετία. Τα δύο κύρια προβλήματα- αιτίες αποτυχίας παραμένουν η λοίμωξη(1%) και η μηχανική ανεπάρκεια-χαλάρωση της πρόθεσης(1%).Το κόστος αυτών των επεμβάσεων, εν τούτοις, παραμένει εξαιρετικά υψηλό, με σημαντική επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού. Αναμφισβήτητος στόχος των ερευνητών για την οστεοαρθρίτιδα παραμένει η πρόληψη της νόσου με τη γονιδιακή θεραπεία και με φάρμακα που θα παρεμβαίνουν στα αρχικά στάδια αιτιολογικά. Όλα αυτά σίγουρα δεν είναι πολύ μακριά.



# ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΡΡΑΦΗΣ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ

Φροντιστήριο με πρακτική άσκηση για τελειόφοιτους φοιτητές της Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ



Γράφει η **Ευτέρπη Δεμίρη**,  
επ. καθηγήτρια, Διευθύντρια Κλινικής  
Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ, ΓΝΠ

Το 1ο Φροντιστήριο συρραφής τραυμάτων με πρακτική άσκηση για τελειόφοιτους φοιτητές της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου την Πέμπτη 2 Απριλίου 2009. Την πρωτοβουλία και οργάνωση του φροντιστηρίου ανέλαβε η Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής του ΑΠΘ, υπό την αιγίδα του Χειρουργικού Το-

μέα, στα πλαίσια του 5ου Επιστημονικού Συνεδρίου της Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ.

Κύριοι στόχοι του φροντιστηρίου ήταν η εξοικείωση των φοιτητών της ιατρικής με τα χειρουργικά εργαλεία και τα ράμματα, καθώς και η εξάσκησή τους σε διάφορες μεθόδους χειρουργικής συρραφής και πρωτογενούς αντιμετώπισης των τραυμάτων του δέρματος. Για το σκο-

Ο Διευθυντής  
του Χειρουργικού  
Τομέα της Ιατρικής  
Σχολής ΑΠΘ  
κ. Γεώργιος  
Καπετάνος με  
τους Επίκουρους  
Καθηγητές  
Πλαστικής  
Χειρουργικής  
κ.κ. Ευτέρπη  
Δεμίρη και  
Περικλή Φόρογλου.



# 5ο Επιστημονικό Συνέδριο Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Φροντιστήριο  
με πρακτική άσκηση  
**ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ  
ΤΕΧΝΙΚΕΣ  
ΣΥΡΡΑΦΗΣ &  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ  
ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ**

## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.- Τομέας Χειρουργικής  
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής

### Συντονίστρια:

*Ε. Δεμίρη*, Επικ. Καθηγήτρια Πλαστικής Χειρουργικής,  
Διευθύντρια της Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ

### Εκπαιδευτές:

*Α. Αντωνίου*, Επιμελητής Β Κλινικής Πλαστικής  
Χειρουργικής ΑΠΘ

*Ε. Δεμίρη*, Επίκουρη Καθηγήτρια Πλαστικής  
Χειρουργικής ΑΠΘ

*Δ. Διονυσίου*, Πλαστικός Χειρουργός, Διδάσκων  
Ν. 407

*Α. Παπακωνσταντίνου*, Επιμελητής Β' Κλινικής  
Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ

*Λ. Παυλίδης*, Πλαστικός Χειρουργός, Επιστ.  
Συεργάτης Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ

*Α. Τούσινας*, Πλαστικός Χειρουργός, Επιστ. Συεργάτης  
Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ

*Π. Φόρογλου*, Επίκουρος Καθηγητής Πλαστικής  
Χειρουργικής ΑΠΘ

*Α. Χαντές*, Πλαστικός Χειρουργός, Επιστ. Συεργάτης  
Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ

*Θ. Παπάς*, Ειδικευόμενος Πλαστικής Χειρουργικής,  
Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

*Ε. Σπαρβέρη*, Ειδικευόμενη Πλαστικής Χειρουργικής,  
Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

*Α. Στολτίδου*, Ειδικευόμενη Πλαστικής Χειρουργικής,  
Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

*Θ. Κατσώχης*, Ειδικευόμενος Ορθοπαιδικής,  
Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

*Γ. Ευγενιάδης*, Ειδικευόμενος Ορθοπαιδικής,  
Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

*Ε. Καραγέργου*, Ειδικευόμενη Χειρουργικής,  
«Άγιος Σάββας» Αθηνών



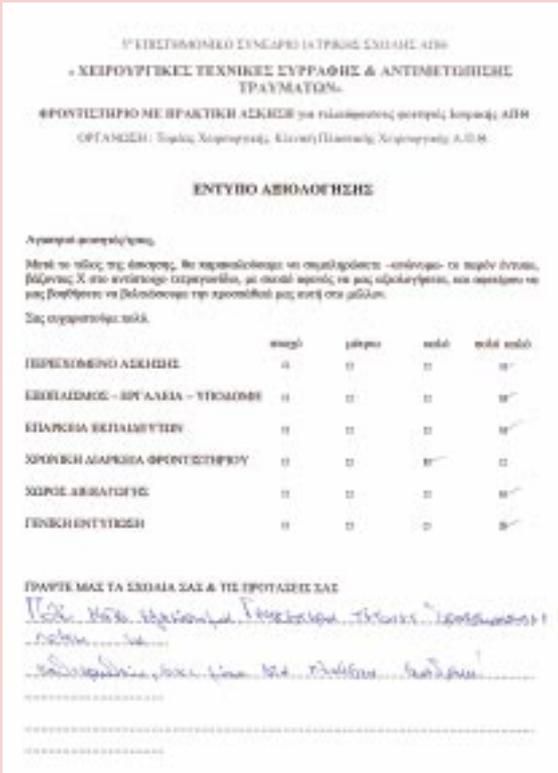
πό αυτό χρησιμοποιήθηκαν ως μοντέλα συρραφής βιολογικοί ιστοί, ενώ ο εξοπλισμός σε χειρουργικά εργαλεία ήταν σύγχρονος και εύχρηστος. Οι εκπαιδευόμενοι εργάστηκαν σε ζευγάρια και πραγματοποίησαν μεγάλο αριθμό συρραφών, καθοδηγούμενοι από τους εκπαιδευτές-ιατρούς μέλη της Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής.

Μετά τη σύντομη εισαγωγική ομιλία που πραγματοποίησε η Διευθύντρια της Κλινικής, Επίκουρη Καθηγήτρια κ. Ε. Δεμίρη, ακολούθησε καθόλη τη διάρκεια του φροντιστηρίου συνεχής παρουσίαση των χειρουργικών τεχνικών με ταυτόχρονη προβολή τους σε οθόνη, γεγονός που διευκόλυνε την άμεση εφαρμογή και εκμάθησή τους από τους εκπαιδευόμενους.

Προκειμένου να επιτευχθούν οι εκπαιδευτικοί στόχοι του φροντιστηρίου, ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν περιορισμένος, ενώ προτεραιότητα στην επιλογή τους δόθηκε στους φοιτητές των τελευταίων ετών φοίτησης. Στο φροντιστήριο συμμετείχαν συνολικά 54 φοιτητές (πρωτοχιακός και μεταπτυχιακός), στους οποίους μετά την ολοκλήρωση της άσκησης, χορηγήθηκαν διδακτικό βοήθημα με το περιεχόμενο του φροντιστηρίου, σε μορφή

DVD και πιστοποιητικά παρακολούθησης. Την ευθύνη έκδοσης του βοηθήματος αυτού, το οποίο είχε τίτλο **“Χειρουργικές τεχνικές συρραφής και αντιμετώπισης τραυμάτων”**, είχε η Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής του ΑΠΘ, αποτελεί δε καινοτομία στην εκπαίδευση των φοιτητών, αλλά και πολύτιμο πρακτικό οδηγό χειρουργικών τεχνικών συρραφής για τις μελλοντικές ανάγκες των νέων γιατρών.

Οι κρίσεις και τα σχόλια σχετικά με την ποιότητα και το επίπεδο του σεμιναρίου ήταν ιδιαίτερα ευνοϊκές από όλους. Η απήχηση του φροντιστηρίου στους φοιτητές υπήρξε μεγάλη, οι δε εντυπώσεις τους αποτυπώθηκαν σε ειδικά έντυπα αξιολόγησης που τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν μετά το τέλος της εκπαίδευσής τους. Καθολική ήταν η ευχή της συνέχισης μιας ανάλογης οργάνωσης στο μέλλον, είναι δε δεδομένη η δέσμευση των οργανωτών, όχι μόνο για την καθιέρωσή της, αλλά και για τη συνεχή βελτίωσή της.



**ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟΥ οι φοιτητές αξιολόγησαν την προσπάθεια της Κλινικής της Πλαστικής Χειρουργικής. Μερικά από τα σχόλια των ίδιων των φοιτητών.**

“Θεωρώ πως πρόκειται για μια πολύ δημιουργική προσπάθεια εκ μέρους της κλινικής, ένα φροντιστήριο με μεγάλη πρακτική αξία για κάθε φοιτητή της Ιατρικής. Θα είναι ευχάριστο και πιο αποτελεσματικό αν η διάρκεια του φροντιστηρίου ήταν μεγαλύτερη και δεν περιοριζόταν στα πλαίσια του συνεδρίου της σχολής...”

“Πιστεύω ότι θα έπρεπε όλοι οι φοιτητές να περνούσαν από το φροντιστήριο, διότι οι γνώσεις αυτές είναι απαραίτητες σε κάθε γιατρό και δυστυχώς δεν υπάρχουν στο υποχρεωτικό πρόγραμμα...”

“Πολύ καλό εγχείρημα. Γενικότερα τέτοιες δραστηριότητες πρέπει να καθιερωθούν, όχι μόνο στα πλαίσια συνεδρίων...”

“Το φροντιστήριο παρέχει πού χρήσιμες γνώσεις στους φοιτητές της ιατρικής. Καλό θα ήταν να γινόταν υποχρεωτικό...”

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΓΝΠ

# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΤΟΥ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ



Γράφουν: **Λεοντία Ταραμονλή** (ΤΕ), **Ζαφειρώ Σκαρλάτου** (Προϊσταμένη), **Βάια Κοντακίδου** (αν. Προϊσταμένη), **Άννα Παντούση** (ΤΕ), **Ευδοξία Τσελεκίδου** (ΔΕ), **Πασχαλίνα Ζήρνα** (ΤΕ), Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝΠ



**Ο**όρος επεμβάσεις «αυξημένης φροντίδας» περι- κλείει αφ' ενός όλες τις επεμβάσεις με μεγάλες ανακατανομές του ενδαγγειακού όγκου και αφ' ετέρου όλες τις επεμβάσεις στις οποίες τα προϋπάρχοντα προβλήματα του ασθενή απαιτούν ιδιαίτερη επαγρύπνηση από την αναισθησιολογική ομάδα.

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστεί ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας του αναισθησιολογικού τόσο στην υλικοτεχνική προετοιμασία και εφαρμογή monitoring όσο και στην ανταπόκριση στις απαιτήσεις των επεμβάσεων αυξημένου κινδύνου και μεγάλης βαρύτητας.

### **Υλικό και μέθοδος**

Επιλέξαμε τυχαία ένα χρονικό διάστημα 60 ημερών και καταγράψαμε 100 περιστατικά που κρίθηκαν ως «αυξημένης φροντίδας». Οι 63 (63%) ήταν άντρες και οι 37 (37%) γυναίκες.

Στην εργασία μας παρουσιάζεται το monitoring που απαιτήθηκε σ' αυτό το είδος των επεμβάσεων, ΗΚΓ πολλαπλών απαγωγών, αρτηριόγραμμα, Κ.Φ. καθετήρας Swan-Ganz ενδείξεων πνευμονικής πίεσης (PA), καρδιακής παροχής (SVO2), κεντρικής φλεβικής πίεσης (CVP), συσκευή για τον διεγχειρητικό έλεγχο του βάθους της αναισθησίας (Bis), συσκευή ελέγχου οξυγόνωσης του εγκεφάλου (INVOS). Παρουσιάζονται επίσης οι φαρμακευτικές ανάγκες διαχειρητικής αναλγησίας, μυοχάλασης και ινότροπης υποστήριξης, οι νοσηλευτικές πράξεις που αφορούν στις μεταγίσεις αίματος και παραγώνων, εργαστηριακών εξετάσεων καθώς και τα επικουρικά μέσα βελτίωσης της μετεγχειρητικής πορείας, όπως επισκληρίδιο καθετήρας και τρόπος αποφυγής υποθερμίας.

### **Αποτελέσματα**

Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις καρδιοχειρουργικές (31%), νευροχειρουργικές (27%), γενικής χειρουργικής κοιλίας κεντρικού διαμερίσματος (21%), αγγειοχειρουργικές που αφορούν στα μεγάλα αγγεία (6%), ουρολογικές (6%), ορθοπεδικές (4%), παιδοχειρουργικές (3%) και γυναικολογικές (2%).

Σε ποσοστό 81% αφορούσαν τακτικά περιστατικά και 19% επείγοντα. Όλοι οι ασθενείς μας (100%) έλαβαν γενική αναισθησία. Επικουρικά τόσο για διεγχειρητική όσο και για μετεγχειρητική αναλγησία τέθηκε επισκληρίδιο καθετήρας κυρίως για χειρουργεία κοιλίας σε ποσοστό 14%. Σε όλους τους ασθενείς βλέπουμε το βασικό monitoring (ΗΚΓ πολλαπλών απαγωγών, αναίμακτη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και

“

**Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστεί ο ρόλος των νοσηλευτών του αναισθησιολογικού τόσο στην υλικοτεχνική προετοιμασία και εφαρμογή monitoring όσο και στην ανταπόκριση στις απαιτήσεις των επεμβάσεων αυξημένου κινδύνου και μεγάλης βαρύτητας**

”

SPO2 ) καθώς και αρτηριακό καθετήρα συνδεδεμένο με μετατροπέα για συνεχή καταγραφή αρτηριακής πίεσης και δυνατότητα λήψης αερίων αίματος. Η διεγχειρητική θέση του ασθενή (πλάγια, πρηγής, γυναικολογική, ύπτια κ.λ.π.) και των χειρουργών ορίζουν τον τρόπο σύνδεσης με το monitor.

Κεντρικός φλεβικός καθετήρας τοποθετήθηκε σε 75 περιστατικά (75%). Το είδος του καθετήρα ήταν συναρτούμενος με την φύση της επέμβασης. Έτσι καταγράφηκε καθετήρας A.V.A. με SWAN-GANZ στα καρδιοχειρουργικά περιστατικά (31%). Ο καθετήρας συνδεδεμένος με τους αντίστοιχους υποδοχείς των monitors παρουσιάζει τιμές πιέσεων στην πνευμονική αρτηρία (PA) μέτρηση της καρδιακής παροχής (SVO2) και άμεση μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης (CVP).

Στα αγγειοχειρουργικά περιστατικά βλέπουμε καθετήρα ενδείξεων SVO2 και CVP και στα υπόλοιπα 38 περιστατικά CVP. Η αξιολόγηση των προαναφερθέντων ενδείξεων αποτελεί πολύτιμο «εργαλείο» για τον αναισθησιολόγο και αξιοποιείται ανάλογα. Ενώ η προετοιμασία των μετατροπέων αφορά στις υπευθυνότητες του νοσηλευτή-τριας του αναισθησιολογικού.

Ο έλεγχος της οξυγόνωσης του εγκεφάλου ιδιαίτερα στα καρδιοχειρουργικά περιστατικά που μπαίνουν στην εξωσωματική κυκλοφορία είναι αναγκαίος και επιτεύχθηκε με συσκευή innos στους 27 (27%) ασθενείς.

Το βάθος της αναισθησίας κυρίως σε ασθενείς που προβλέπεται να αποδισωληνωθούν άμεσα μετά το τέλος της επέμβασης ελέγχθηκε με συσκευή διφασματικού δείκτη (BIS) σε ποσοστό 30%.

Θερμαινόμενο στρώμα, θερμαινόμενη κουβέρτα και θερμαινόμενα υγρά για την πρόληψη της διεγχει-



***Ο ρόλος του νοσηλεύτη-τριας του αναισθησιολογικού στα χειρουργεία αυξημένης φροντίδας είναι πολύπλοκος πολύπλευρος και πολυσήμαντος. Απαιτείται συνεχής μελέτη και εκπαίδευση σε θέματα τεχνολογίας, ταχύτητα, λογική, γνώσεις και εμπειρία.***



ρητικής υποθερμίας κρίθηκαν απαραίτητα σε 38 ασθενείς (38%). Ο έλεγχος της θερμοκρασίας πραγματοποιήθηκε με οισοφάγιο καθετήρα με θερμίστορα στους 44.

Διεχειρητικά χρησιμοποιήθηκαν διαλύματα:

- Αναλγησίας (κυρίως ρεμφαιτανύλης) σε 93 ασθενείς (93%)
- Ινóτροπης υποστήριξης 55% και
- Μυοχάλασης 31%

Ο εργαστηριακός έλεγχος προεχειρητικά διεχειρητικά και μετεχειρητικά αφορούσε σε ποσοστό 100% αέρια αίματος και σε ποσοστό 37% έλεγχο ηηκτικού μηχανισμού (PT, PTT, ACT, INR).

Η διεχειρητική μετάγγιση αίματος και παραγώγων ήταν αναγκαία σε 82 ασθενείς (82%). Η έγκαιρη και ασφαλής μετάγγιση αποτελεί ευθύνη του νοσηλεύτη-τριας του αναισθησιολογικού.

Μετεχειρητική φροντίδα δόθηκε στην Μ.Ε.Θ. σε 49 ασθενείς και στην ανάνηψη σε 51. Από τους ασθενείς που φροντίσαμε στην ανάνηψη οι 3 (5%) ήταν διασωληνωμένοι. Οι 2 εξ' αυτών αποσωληνώθηκαν στις επόμενες τρεις ώρες και ένας ασθενής κρίθηκε σκόπιμο να μεταφερθεί την επόμενη μέρα στην Μ.Ε.Θ.

Η αξία της ολιστικής νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας φαίνεται στο γεγονός ότι οι 50 ασθενείς μας που νοσηλεύτηκαν στην ανάνηψη μεταφέρθηκαν με κάθε ουσιαστική και τυπική ασφάλεια πάντα με γραπτές οδηγίες από τον υπεύθυνο αναισθησιολόγο την ίδια μέρα της επέμβασης στα τμήματα τους.

### **Συζήτηση - Συμπεράσματα**

Η φάση εισόδου από την αναισθησία είναι περίοδος αυξημένου κινδύνου. Η επιβάρυνση της χειρουργικής επέμβασης, η υπολειπόμενη δράση των αναισθητικών

φαρμάκων και οι διαταραχές της ομοιοστασίας και νορμοθερμίας τους ασθενή σε συνδυασμό με τα προϋπάρχοντα προβλήματα απαιτούν υψηλό αίσθημα ευθύνης από την αναισθησιολογική ομάδα.

Η εφαρμογή κατά τα τελευταία χρόνια, ποικίλων τεχνικών monitoring στην καθημερινή πράξη συνέβαλε όχι μόνο στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ασθενών με πολλές και συχνά απρόβλεπτες διακυμάνσεις της γενικής τους κατάστασης αλλά επέτρεψε και την πληρέστερη υ945 αξιολόγηση και διευκρίνηση των επιπτώσεων κάθε θεραπευτικής αγωγής στα διάφορα συστήματα.

### **Επίλογος**

Ο ρόλος του νοσηλεύτη-τριας του αναισθησιολογικού στα χειρουργεία αυξημένης φροντίδας είναι πολύπλοκος πολύπλευρος και πολυσήμαντος. Απαιτείται συνεχής μελέτη και εκπαίδευση σε θέματα τεχνολογίας, ταχύτητα, λογική, γνώσεις και εμπειρία.

Οι ευχές των ασθενών που «πέρασαν» από τα χέρια μας αποτελούν την ουσιαστική ανταμοιβή των κόπων μας και την ενέργεια που δίνει «φτερά» στα πόδια μας.

### **Βιβλιογραφία**

1. Ελένη Ασκητοπούλου: Επείγουσα και εντατική ιατρική: «Monitoring ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση»
2. Νικ. Γ. Μπαλαμούτσος: Στοιχεία περιεχειρητικής ιατρικής: Αν. Ζαραλίδου: «Εξοδος από τη γενική αναισθησία»
3. G. Edward Morgan J.R. Magel S. Mikhail: κεφ. 5 «Τεχνικές αποδιασωλήνωσης»
4. Curtis D. Wendell CS: «Recovery from general anesthesia»

Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝΠ

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΡΘΟΥ

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



Γράφουν: **Συμέλα Τοξιάδου**  
(νυν προϊσταμένη Δ΄ Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ),  
**Φλώρα Γκοτζαμανίδου,**  
Α΄ Χειρουργική Κλινική ΓΝΠ

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΡΘΟΥ

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΑ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

**Τ**ο ορθό βρίσκεται μπροστά από το ιερό οστόύν και τον κόκκυγα και ακολουθεί την πορεία τους. Το άνω όριο αντιστοιχεί στην ανάκαμψη του περιτοναίου και το κάτω όριο θεωρείται η περιοχική μετάπτωσης του κυλινδρικού επιθηλίου του ορθού στο πλακώδες επιθήλιο του πρωκτού (οδοντωτή γραμμή). Έχει μήκος περίπου 15 εκ.<sup>1</sup>

### Συχνότητα

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα στους άνδρες και τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Η θεραπεία του καρκίνου του ορθού είναι κατά βάση χειρουργική.<sup>2</sup>

Είναι συχνότερος στους άνδρες από ότι στις γυναίκες (5/3). Είναι νόσος της μεγάλης ηλικίας, μπορεί όμως να παρουσιασθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Περισσότεροι από το 50% των ασθενών έχουν ηλικία άνω των 60 ετών, με συνηθέστερη την ηλικία 60-70 ετών.<sup>2</sup>

### Προδιαθεσικοί Παράγοντες

Η αιτιολογία της νόσου δεν είναι ακόμη γνωστή. Μας είναι όμως γνωστοί ορισμένοι προδιαθεσικοί παράγοντες που προκαλούν την δημιουργία του όπως:

- Αδενωματώδεις πολύποδες
- Ελκώδης κολίτιδα
- Ακτινοθεραπεία καρκίνου της μήτρας
- Πιθανή επίδραση καρκινογόνων όπως:
  - α) Καρκινογόνες ουσίες παράγονται από το λίπος που χρησιμοποιείται επανειλημμένα το ίδιο για τηγάνισμα τροφής.
  - β) Υδρογονάνθρακες από την πίσσα του αναμμένου τσιγάρου που καταπίνουν οι καπνιστές.
  - γ) Σκόνη που σηκώνεται με τον αέρα από τους δρόμους που έχουν στρωθεί με πίσσα και καταπίνουν οι διαβάτες.
  - δ) Κατάποση αιθάλης και καπνού στο σπίτι ή στην εργασία.
  - ε) Χημικά καρκινογόνα πιθανόν να υπάρχουν σε διάφορα φάρμακα, βελτιωτικά τροφίμων όπως χρωστικές συντηρητικά και βελτιωτικά γεύσης.<sup>2</sup>

### Συμπτώματα

**Κύρια:** Αιμορραγία απο το ορθό, Τεινεσμός, Πόνος στην αφόδευση, Ψευδής διάρροια, Βλενώδεις εκκρίσεις, Δυσκοιλιότητα, Ακράτεια κοπράνων, Στις γυναίκες που έχει αναπτυχθεί ορθοκολπικό συρίγγιο εξέρχονται αέρια και κόπρανα απο το κόλπο, Ψηλάφηση ογκιδίου στον πρωκτό.

**Γενικά:** Ανορεξία, Δυσπεπτικά φαινόμενα, Απώλεια βάρους, Καταβολή δυνάμεων, Ωχρή όψη, Αναμμία υπόχρωμη, Πυρετός.<sup>6</sup>

### Διαγνωστικοί μέθοδοι - Διερεύνηση

Κλινική εξέταση, Δακτυλική εξέταση του πρωκτού και του ορθού, Ακτινογραφία παχέος εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό, Κολonosκόπηση - Βιοψία, Εργαστηριακός, αιματολογικός έλεγχος.<sup>2</sup>

### Πριν τη θεραπεία

Μετά την ανακάλυψη της ύπαρξης καρκίνου είναι απαραίτητη πριν αποφασισθεί η θεραπεία η γνώση των παρακάτω:

- Ιστολογική διάγνωση
- Έκταση του όγκου
- Η ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων
- Η ύπαρξη ή μη αιματογενών μεταστάσεων
- Η κατάσταση της υγείας του ασθενή γενικότερα.<sup>4</sup>

### Χειρουργική θεραπεία

Περιλαμβάνει τη ριζική και την παρηγορική. Ανάλογα με την εντόπιση του όγκου η **ριζική** χειρουργική θεραπεία μπορεί να είναι χαμηλή πρόσθια εκτομή ή κοιλιοπερινεϊκή εκτομή. Η **παρηγορική** χειρουργική θεραπεία είναι η δημιουργία κολοστομίας. Βασικό ρόλο στη θεραπεία διαδραματίζει η χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.

### Προεχειρητικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις

#### - Ενημέρωση του ασθενή για την νόσο.

Τα πολλά και ειδικά προβλήματα των ασθενών αυτών και η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους απαιτούν κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση. Η νοσηλεύτρια/της επικοινωνεί με τον άρρωστο και τα μέλη τις οικογένειας του και χρησιμοποιεί κάθε πληροφορία.<sup>3</sup>

#### - Ψυχολογική στήριξη και προετοιμασία.

Το νοσηλευτικό έργο ξεκινά από την στιγμή εισαγωγής του αρρώστου στο Νοσοκομείο. Πρωταρχικός σκοπός είναι να κατευθύνει τον άρρωστο αλλά και να τον προετοιμάσει σωστά για τις απαραίτητες εξετάσεις, που τυχόν ζητηθούν. Αυτό επιτυγχάνεται με την ορθή ενημέρωση και σωστή προετοιμασία σε περίπτωση χορήγησης καθαρτικών και άλλων σκευασμάτων. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας/τη είναι να σταθεί ψυχολογικά και υποστηρικτικά απέναντι στον άρρωστο διότι ο ασθενής διακατέχεται από φόβους, προβληματισμούς, ανησυχίες για:

- τον κίνδυνο που διατρέχει για την ζωή του

- την σωστή λειτουργία του εντέρου, την εξωτερική του εμφάνιση, για τυχόν απρόβλεπτες καταστάσεις που σχετίζονται με τη στομία (π.χ. διαφυγή κοπράνων και οσμών), τις διατροφικές συνήθειες, την επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο, καθώς και για την σεξουαλική ζωή του.

#### **- Ενημέρωση αναγκαιότητας διενέργειας κολοστομίας.**

Το 92% έχει αρνητική αντίληψη της καταστάσεως τους. Ο καρκινοπαθής άρρωστος που υποβάλλεται σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή επιστρέφει από το χειρουργείο με μια κολοστομία, την δημιουργία της οποίας πρέπει να αποδεχθεί, ώστε στη συνέχεια να μπορέσει να προσαρμοσθεί σε καινούργιο τρόπο ζωής, όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

#### **- Επίδειξη στομίας.**

*Συνέπειες κολοστομίας.*

Η δημιουργία μόνιμης κολοστομίας συνεπάγεται για τον άρρωστο απώλειες και αλλαγές, που μπορεί να είναι:

- Βιολογικές
- Ψυχολογικές
- Κοινωνικές

Το άτομο κάνει τον πλήρη έλεγχο στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής, την ισορροπία στις σχέσεις και την επικοινωνία με τους φίλους και την οικογένειά του, την αίσθηση του υγιούς ανθρώπου και τέλος τον

“

**Η διατήρηση του ελέγχου των πασχόντων επάνω στον εαυτό τους και το περιβάλλον τους δεν είναι πάντοτε εύκολο να επιτευχθεί. Αυτό είναι έντονα αισθητό στα ηλικιωμένα άτομα που η ικανότητα για αυτοφροντίδα και επικοινωνία είναι ελαττωμένη...**

”

έλεγχο στις σωματικές του λειτουργίες, όπως αυτή της αφόδευσης. Η διατήρηση του ελέγχου των πασχόντων επάνω στον εαυτό τους και το περιβάλλον τους δεν είναι πάντοτε εύκολο να επιτευχθεί. Αυτό είναι έντονα αισθητό στα ηλικιωμένα άτομα που η ικανότητα για αυτοφροντίδα και επικοινωνία είναι ελαττωμένη.

Η δημιουργία της μόνιμης στομίας δεν επιδρά μόνο σε αυτόν που πάσχει αλλά σε όλο το κοινωνικό σύστημα σε όλα τα μέλη της οικογένειας και έτσι γίνεται σαφής η ανάγκη ενίσχυσης, κατανόησης και σύμφιξης των οικογενειακών τους δεσμών.<sup>3</sup>

## **Μετεγχειρητικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

### **A) Γενικές:**

Οι κυριότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι οι ακόλουθες:

- Θετική στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην κατάσταση του ασθενή, με κατανόηση-ενθάρυνση-υποστήριξη.
- Φροντίδα σωστού περιβάλλοντος, με ενδιαφέρον και περιορισμό των θορύβων στο ελάχιστο (ανάγκη ηρεμίας). Εξασφάλιση σωστής θερμοκρασίας περιβάλλοντος και καλού αερισμού του χώρου.
- Συνθήκες κλινοστατισμού:
  - Αλλαγή της θέσης του πάσχοντος με ήπιους χειρισμούς και πρόληψη των δυσάρεστων επιπτώσεων της ακινησίας και της παραμονής στο κρεβάτι για αποφυγή κατακλίσεων.
  - Παρακολούθηση παροχετεύσεων.
  - Απαλλαγή από πιέσεις που μπορούν να προκαλέσουν άλγος, όπως η υπερπλήρωση της ουροδόχου κύστεως κ.τ.λ.
- Κατάλληλη διατροφή.
- Ρύθμιση επισκεπτηρίου. Άλλοι προτιμούν τη συντροφιά συγγενών και φίλων τους ενώ άλλοι θέλουν να παραμείνουν μόνοι.
- Φυσικοθεραπεία. Οι μαλάξεις και οι εντριβές είναι δυνατό να επιδράσουν ανακουφιστικά στο άλγος.
- Χορήγηση αναλγησίας ώστε να μειωθεί ο πόνος στο ελάχιστο. Παλαιότερα η αντιμετώπιση του καρκινικού άλγους ήταν ανεπαρκής, σήμερα όμως με τα διάφορα σκευάσματα που χορηγούνται μεμονωμένα ή σε συνδυασμό επιφέρουν τα καλύτερα αποτελέσματα αντιμετώπισης του άλγους. Σημαντική είναι και η εντατική παρακολούθηση του ασθενούς για το αποτέλεσμα της δράσης τους και για τις πιθανές παρενέργειες τους.<sup>4</sup>

### **B) Ειδικές:**

Όταν ικανοποιηθούν οι παρακάτω ανάγκες του ασθενή τότε η στομιοθεραπευτρία νοσηλεύτρια ξεκινάει την ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ για:

#### **Σωστή περιποίηση της στομίας**

Είναι πολύ σημαντικό το δέρμα γύρω από την στομία να είναι υγιές και χωρίς ερεθισμούς. Το περιστομιακό δέρμα θα πρέπει να έχει την ίδια όψη με το υπόλοιπο δέρμα. Για να προλαμβάνονται οι ερεθισμοί του δέρματος ή άλλα προβλήματα, θα πρέπει να χρησιμοποιείται δερμοπροστατευτική βάση και σάκο η οποία να προσαρμόζεται σωστά στη στομία. Μπορεί να κάνει μπάνιο όπως και πριν από τη στομία, με ή χωρίς τον σάκο κατεπιλογή του ασθενή. Το σαπούνι και το νερό δεν βλάπτουν την στομία. Χρειάζεται όμως καλό στέγνωμα της περιοχής γύρω από την στομία και βέβαια το σαπούνι που θα χρησιμοποιείται να μην αφήνει κατάλοιπα.<sup>5</sup>

Όταν οι ασθενείς μπορούν να αλλάζουν και να αδειά-

ζουν τις συσκευές τους και είναι έτοιμοι να φύγουν από το νοσοκομείο, θα χρειαστεί να ξέρουν που θα μπορούν να βρουν βοήθεια εάν υπάρξουν μελλοντικές δυσκολίες.<sup>8</sup>

### **Διατροφή - Δραστηριότητες**

Η διατροφή είναι ένα δύσκολο κομμάτι για το οποίο ο άρρωστος ανησυχεί. Μετά την περίοδο της ανάρρωσης θα μπορεί να επανέλθει στην συνηθισμένη διατροφή του εκτός και εάν έχει διαφορετικές οδηγίες από τον γιατρό του. Τροφές που προκαλούν οσμές και αέρια καλό είναι να καταναλώνονται με μέτρο. Στην αρχή διαλέγουμε με προσοχή το είδος της τροφής και μετά προσθέτουμε προοδευτικά διάφορες τροφές.

Ο άρρωστος που φέρει οποιαδήποτε μορφή στομίας μπορεί να απολαμβάνει τις ίδιες δραστηριότητες και σπορ όπως και πριν την επέμβαση εκτός εάν απαιτούν βίαιη επαφή όπου μπορεί να τραυματιστεί η στομία. Στα ταξίδια καλό είναι να υπάρχουν υλικά για την αλλαγή και περιποίηση της στομίας καθώς και πληροφορίες για το που μπορεί να προμηθευτεί υλικά. Τα αεροπορικά ταξίδια δεν δημιουργούν προβλήματα γιατί έχουν σταθερή πίεση στο θάλαμο των επιβατών και το ύψος δεν επηρεάζει την στομία.<sup>5</sup>

### **Κοινωνική Ζωή - Σεξ**

Η κοινωνική ζωή μπορεί να είναι πιο δραστήρια τώρα απ' όση ήταν πριν την εγχείρηση και αυτό μπορεί να γίνει με σωστή ενημέρωση και υποστήριξη από τους ανθρώπους που τον περιβάλλουν αλλά και από τον ίδιο. Η οποιαδήποτε παροχή εργασίας δεν είναι ανασταλτικός παράγοντας εκτός εάν υπάρχει κίνδυνος να τραυματιστεί η στομία.<sup>5</sup>

Η δημιουργία στόμιας είναι επέμβαση που μεταβάλλει τη μορφή του σώματος, πολλοί άνθρωποι ανησυχούν για την σεξουαλική ζωή τους και τις προσωπικές σχέσεις καθώς και το πως θα τους δεχθούν οι σύντροφοι και τα αγαπημένα πρόσωπα τους. Τα άτομα που δημιουργούν τώρα κάποια σχέση ανησυχούν για το πως θα μιλήσουν στο μελλοντικό σύντροφο τους σχετικά με την στομία. Η υποστήριξη και η κατανόηση από τους ανθρώπους που περιβάλλουν τον άρρωστο παίζει σημαντικό ρόλο, στην αποκατάσταση του μετά την επέμβαση. Η σεξουαλική δραστηριότητα δεν βλάπτει τον ίδιο τον ασθενή ούτε την στομία του. Μετά την ικανοποιητική περίοδο ανάρρωσης κάθε νεαρή γυναίκα που φέρει στομία μπορεί να τεκνοποιήσει αρκεί να ενημερωθεί και να λύσει όποιες απορίες έχει σχετικά με την εγκυμοσύνη. Η σεξουαλική ικανότητα στους άνδρες μπορεί να επηρεαστεί. Αυτό όμως είναι συνήθως προσωρινό. Πολλοί άνδρες έγιναν πατέρες έχοντας την δημιουργία στομίας.<sup>5,8</sup>

Στατιστικές έρευνες έδειξαν ότι η σεξουαλική ζωή των γυναικών επηρεάζεται περισσότερο από την δημιουργία στομίας σε σχέση με τους άνδρες. Ένα ποσοστό 2% χωρίζουν μετά την επέμβαση, 7% παρουσιάζουν τάσεις αυ-

“

**Η κοινωνική ζωή μπορεί να είναι πιο δραστήρια τώρα απ' όση ήταν πριν την εγχείρηση και αυτό μπορεί να γίνει με σωστή ενημέρωση και υποστήριξη από τους ανθρώπους που τον περιβάλλουν αλλά και από τον ίδιο. Η οποιαδήποτε παροχή εργασίας δεν είναι ανασταλτικός παράγοντας εκτός εάν υπάρχει κίνδυνος να τραυματιστεί η στομία...**

”

τοκτονίας και 33% παρουσιάζουν δυσλειτουργίες.<sup>8</sup>

Σχετικές έρευνες αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς που τους έγινε διδασκαλία πριν και μετά την χειρουργική τους επέμβαση παρέμειναν λιγότερο χρόνο στο Νοσοκομείο, παρουσίασαν λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, υπέφεραν λιγότερο και επανήλθαν στο κοινωνικό σύνολο και τις φυσιολογικές τους δραστηριότητες πιο σύντομα από αρρώστους που δεν τους έγινε καμία διδασκαλία.<sup>3</sup>

Η νοσηλεύτρια/τής, μπορεί να βοηθήσει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών και να τους βοηθήσει στην επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο. Έτσι γίνεται σαφής η ανάγκη Ενίσχυσης Κατανόησης Εκπαίδευσης Ενθάρρυνσης του αρρώστου για έναν ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ.

### **Βιβλιογραφία**

- (1) Βασικές Γνώσεις Παθήσεων του Ορθοπρωκτικού Σωλήνα, Γεώργιος Ι. Μηνόπουλος, Αλεξανδρούπολη 1990.
- (2) Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Περίοδος Οκτώβριος 2003 - Ιανουάριος 2004.
- (3) Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Περίοδος Οκτώβριος 2002 - Ιανουάριος 2003.
- (4) Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχο-Ογκολογίας, Περίοδος Νοέμβριος 1999 - Φεβρουάριος 2000.
- (5) Κολοστομία/Ειλεοστομία. Καθημερινή Φροντίδα Holister.
- (6) Νοσηλευτική Γενική Παθολογική-Χειρουργική, Μ.Α. Μαγαρινού - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, Τόμος Α'.
- (7) Νοσηλευτική Φροντίδα Ογκολογικών Ασθενών, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Θεαγένειο". Πρακτικά Ημερίδας, Θεσσαλονίκη 2000.
- (8) Surgery of the Anus, Rectum and Colon, Michael R. B. Keighley MS, FRCS Norman S. Williams MS, FRCS Volume One.

# Ήλιος και Δέρμα

## Ένα θέμα πάντα επίκαιρο



Γράφει ο: **Δημήτριος Σωτηριάδης**, καθηγητής, Διευθυντής Β΄ Κλινικής Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων ΑΠΘ

**Η**ηλιακή ακτινοβολία είναι μια ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία που αποτελείται από διάφορα μήκη κύματος και μας παρέχει τη θερμότητα και το φως, στοιχεία απαραίτητα για τη ζωή μας, ταυτόχρονα όμως και την επιβλαβή υπεριώδη ακτινοβολία.

Η υπεριώδης ακτινοβολία (UV) είναι ένα μικρό, αλλά ιδιαίτερα δραστικό κλάσμα των ακτίνων του ήλιου. Ένα μέρος της UV απορροφάται από το στρώμα του όζοντος. Η «τρύπα» του όμως μπήκε στη ζωή μας τα τελευταία χρόνια και αφαίρεσε ένα σημαντικό αμυντικό σύστημα - αλλά γι' αυτό φταίμε όλοι μας...

Ανάλογα με το μήκος κύματος η UV χωρίζεται σε 3 κατηγορίες:

- 1) UVA — μήκος κύματος 100 - 290 nm
- 2) UVB — μήκος κύματος 290 - 320 nm
- 3) UVC — μήκος κύματος 320 - 400 nm

Η ακτινοβολία που φθάνει σε εμάς είναι η UVB σε ποσοστό περίπου 5% και η UVA σε ποσοστό περίπου 45% καθώς η UVC απορροφάται πλήρως και δεν φθάνει στη γη. Τα ποσοστά βέβαια αυτά παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις ανάλογα με τη γεωγραφική θέση, την εποχή του χρόνου και την ώρα της ημέρας.

Ενώ η UVB, λοιπόν, αποτελεί μικρό μόνο ποσοστό της ολικής υπεριώδους ακτινοβολίας, είναι εξαιρετικά σημαντική διότι ευθύνεται για το έγκαυμα, τη φωτογήρανση

και τον καρκίνο του δέρματος. Αυτό οφείλεται στο ότι προκαλεί επιβλαβείς αλλοιώσεις στο DNA των κυττάρων.

Η UVA αντίθετα, είναι υπεύθυνη για το 10 - 20% μόνο των σχετιζόμενων με την UV δερματικών βλαβών - κυρίως για τα ηλιακά εξανθήματα και τις φωτοαλλεργίες.

Δεν πρέπει όμως να λησμονούμε ότι η υπερϊώδης ακτινοβολία είναι απαραίτητη για την παραγωγή της βιταμίνης D και προκαλεί το «μαύρισμα» που ουσιαστικά αποτελεί την άμυνα του δέρματος έναντι των ακτίνων του ηλίου.

Από το σύνολο της UV ακτινοβολίας που φθάνει στο δέρμα μας μόνο το 5% αντανακλάται. Το υπόλοιπο 95% εισδύει, διαχέεται και απορροφάται από την κερατίνη στιβάδα και το χόριο. Η UVB παραμένει κυρίως στην επιδερμίδα ενώ η UVA διεισδύει βαθύτερα στο χόριο όπου απορροφάται από την αιμοσφαιρίνη ή αντανακλάται από το δέρμα και αποβάλλεται.

Το ηλιακό έγκαυμα είναι η πιο γνωστή συνέπεια της βλαπτικής επίδρασης του ήλιου στο δέρμα. Είναι σαφώς συχνότερο σε άτομα ανοιχτόχρωμα - ξανθά και οφείλεται στην αγγειοδιαστολή του δέρματος και στην παραγωγή φλεγμονωδών χημικών ουσιών.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ακόμη και ποσότητες ηλιακού φωτός μικρότερες από αυτές που προκαλούν έγκαυμα, μπορεί να προκαλέσουν βλάβες στο DNA των κυττάρων της επιδερμίδας. Ευτυχώς όμως οι βλάβες αυτές επιδιορθώνονται στο μεγαλύτερό τους ποσοστό, από τον ίδιο τον οργανισμό μας σε λίγες ώρες ή ημέρες.

Μικρή «ανάμνηση» της βλάβης, εν τούτοις, είναι αυτή που συμμετέχει στη δημιουργία της φωτογήρανσης ή του καρκίνου του δέρματος. Η «αυτόματη» επιδιόρθωση των βλαβών που δημιουργούνται από την UV ακτινοβολία στο DNA των κυττάρων, γίνεται με εξειδικευμένα ένζυμα και ορισμένες φλεγμονώδεις ουσίες. Κάποιες από τις φλεγμονώδεις ουσίες ενδέχεται να προκαλέσουν διαταραχές στις ίνες κολλαγόνου και ελαστίνης του χορίου, με μακροχρόνια συνέπεια τη δημιουργία του φωτογηρασμένου (πρόωρα γηρασμένου) δέρματος.

Βέβαια υπάρχει πάντα το ενδεχόμενο να προκληθεί εκτεταμένη βλάβη στα κύτταρα με συνέπεια τη νέκρωση τους, ή να μην ανακατασκευασθεί με ακρίβεια το DNA, με συνέπεια τη μετάλλαξη ή - αν συμβεί σε γονίδια με σημαντικό ρόλο στον κύκλο ζωής του κυττάρου - την απαρχή δημιουργίας καρκίνου του δέρματος.

Η χρόνια επίδραση της υπερϊώδους ακτινοβολίας είναι η πλέον ύπουλη, διότι αυτή ευθύνεται για τις σοβαρές επιπτώσεις στην ομορφιά (φωτογήρανση) και την υγεία (ανοσοκαταστολή - καρκίνος) του δέρματος. Οι διαταραχές βέβαια αυτές γίνονται με αργούς ρυθμούς και δεν είναι εύκολα αντιληπτές στην αρχή τους.

Με την ευκαιρία που αναφερθήκαμε στην φωτογήρανση, καλό θα είναι να υπενθυμίσουμε τις μορφολογικές αλλοιώσεις του δέρματος κατά την διαδικασία αυτή: με την χρόνια, επαναλαμβανόμενη έκθεση στον ήλιο, το δέρμα γίνεται σταδιακά πιο τραχύ, ατροφικό, εμφανίζει βα-



θείς ρυτίδες, ευρυαγγείες και μελαγχρωματικές κηλίδες.

Όταν δε, αναφερόμαστε στις σοβαρότερες επιπτώσεις (καρκίνοι) εννοούμε τα βασικοκυτταρικά και ακανθοκυτταρικά επιθηλιώματα και φυσικά στο κακόηθες μελάνωμα του δέρματος.

Ιδιαίτερα ευπρόσβληπτα στις βλαπτικές επιδράσεις της ηλιακής ακτινοβολίας είναι τα παιδιά, τα άτομα με ανοιχτό χρώμα δέρματος και ματιών, όσοι εκτίθενται συνεχώς στον ήλιο αλλά και όσοι έχουν υποστεί επανειλημμένα ηλιακά εγκαύματα και, βέβαια, τα άτομα με μεγάλο αριθμό σπύλων. Αν και έχουν αναφερθεί κατά κόρον οι «παράγοντες κινδύνου» της ηλιακής ακτινοβολίας, ίσως είναι σκόπιμο να τους επαναλάβουμε άλλη μια φορά - διότι είναι διαπιστωμένο ότι δεν τους δίνουμε την πρέπουσα σημασία.

- Εποχή του χρόνου: το καλοκαίρι, σαφώς.
- Ώρα της ημέρας: 11 π.μ. - 3 μ.μ. (όταν δηλαδή πηγαίνουμε εμείς στην παραλία...)
- Γεωγραφικό πλάτος: κοντά στον Ισημερινό.
- Άνεμος και νερό: δημιουργείται η ψευδαίσθηση της δροσιάς και ευνοείται η πλέον παρατεταμένη έκθεση.
- Αντανάκλαση: η άμμος, το κυματιστό νερό και το χιόνι αντανακλούν μεγάλο ποσοστό UV ακτινοβολίας.
- Συννεφιά: τα λίγα σύννεφα σχεδόν δεν μειώνουν τον κίνδυνο, ενώ η «βαριά» συννεφιά απορροφά το 50 - 90% της ακτινοβολίας.

Χωρίς να πέσουμε στη γνωστή παγίδα της κινδυνολογίας και της δημιουργίας «ηλιοφοβίας» - ο ήλιος είναι πηγή ζωής, χαράς, ευεξίας, υγείας όταν γνωρίζουμε πώς πρέπει να τον εκμεταλλευτούμε - θα πρέπει να τονίσουμε ότι μέτρο προστασίας έναντι της βλαπτικής δράσης της UV ακτινοβολίας, δεν είναι η αγορά αντιηλιακού «με μεγάλο δεικτη προστασίας». Είναι η συνετή έκθεση, η λήψη όλων των απαραίτητων μέτρων - κυρίως για τα παιδιά - και η ορθή χρήση κατάλληλων αντιηλιακών προϊόντων με βάση όχι τη διαφήμιση αλλά τις συμβουλές των δερματολόγων, που έχουν καθήκον και υποχρέωση να γνωρίζουν επακριβώς τις ιδιότητες και τον τρόπο εφαρμογής τους, ανάλογα με τον τύπο του δέρματος, την ηλικία, την εργασία, τις συνήθειες αλλά και το ιστορικό υγείας του καθενός.

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Γ.Ν.Π

# Ενδοφλέβια θρομβόλυση

**Μοναδική θεραπεία για τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια εφόσον χορηγείται το πρώτο τρίωρο από την εκδήλωσή τους**



Γράφει ο **Dr. med. Jobst Rudolf**  
Νευρολογική Κλινική Γ.Ν.Π

**Η** ενδοφλέβια θρομβόλυση με την χορήγηση rt-PA (ενεργοποιητή του ιστικού πλασμινογόνου) είναι σήμερα η μοναδική θεραπεία του ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου εφόσον χορηγείται τις τρεις, και υπό ορισμένες προϋποθέσεις τις έξι, πρώτες ώρες από την εμφάνισή του. Ωστόσο η θεραπεία αυτή είναι εφικτή μόνο για μία μειονότητα των ασθενών διότι το «θεραπευτικό παράθυρο» των τριών ωρών είναι μικρό.

Σε ημερίδα με θέμα **"Οι νευροψυχιατρικές διαταραχές μέσα από την καθημερινή νοσοκομειακή πρακτική"** που πραγματοποιήθηκε στις 31 Ιανουαρίου 2009 στο Ολυμ

μπιακό Μουσείο Θεσσαλονίκης, ο νευρολόγος-επιμελητής Α΄ της νευρολογικής κλινικής του νοσοκομείου "Γ. Παπαγεωργίου" **Rudolf Jobst**, σε ανακοίνωσή του, εξήγησε ότι: «Δυστυχώς το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο συχνά δεν τυγχάνει της πρέπουσας προσοχής εκ μέρους των ασθενών, των συγγενών τους αλλά και του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού". Ο όρος αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο υποδηλώνει την κάθε λογής αγγειακής αιτιολογίας εστιακή βλάβη του εγκεφάλου, που εγκαθίσταται αιφνίδια και διαρκεί περισσότερες από 24 ώρες ή είναι θανατηφόρα»

# Θάνατος του Εγκεφάλου

του θάνατου του εγκεφάλου του Ε.Ε. (Ε.Ε. - Επείγουσα Επεμβατική Ενδοφλέβια Θεραπεία του Ισχαιμικού Α.Ε.Ε.)

Αυτό, όπως επισημαίνει ο κ Jobst, οφείλεται:

- στο ότι τα κύρια συμπτώματα ενός ΑΕΕ συχνά είναι άγνωστα στο κοινό, αλλά και σε πολλούς ιατρούς.
- στην απουσία πόνου στη πλειοψηφία των ΑΕΕ πράγμα που εμποδίζει τη αναγνώριση του επεισοδίου ως επείγοντος και παραπλανεί τους ασθενείς και το περιβάλλον τους.
- στην άμεση εμφάνιση σωματικής αναπηρίας (παρέςεις, διαταραχές ομιλίας και επικοινωνίας) η οποία εμποδίζει τους ίδιους τους ασθενείς να ζητούν βοήθεια.
- στην παραδοσιακή αντίληψη ότι δεν υπάρχει θεραπεία του ΑΕΕ, η οποία συχνά έχει ως αποτέλεσμα να μη δίνεται η πρόπευσα προτεραιότητα στους ασθενείς αυτούς ούτε από τα μέλη του ΕΚΑΒ ούτε από το προσωπικό των Τμημάτων Επείγοντων Περιστατικών.

Αναφερόμενος στην θεραπεία των ΑΕΕ, ο κ. Jobst, επισημαίνει ότι οι σημερινές ενδείξεις για τη χορήγηση θρομβολυτικής θεραπείας βασίζονται στα αποτελέσματα έξι μεγάλων τυχαιοποιημένων για την ασφάλεια την και αποτελεσματικότητα της ενδοφλέβιας χορήγησης του rt-PA σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ εντός έξι ωρών μετά από την έναρξη των συμπτωμάτων. Συνοπτικά, τα αποτελέσματα αυτά τεκμηριώνουν ότι η ενδοφλέβια χορήγηση του rt-PA μέσα στις πρώτες τρεις ώρες μετά από την έναρξη των συμπτωμάτων του ισχαιμικού ΑΕΕ βελτιώνει σημαντικά τη πρόγνωση του ΑΕΕ, παρ'ότι αυξάνεται ταυτόχρονα το ρίσκο αιμορραγικών επιπλοκών κατά 6%. Το όφελος της θρομβόλυσης επεκτείνεται και μετά από το πέρας του τριώρου, αλλά μειώνεται με τη πάροδο του χρόνου.

Η θρομβολυτική θεραπεία πρέπει να χορηγείται μόνο από ιατρούς εξειδικευμένους στη θεραπεία του ΑΕΕ και μόνον εντός τριώρου από την έναρξη συμπτωμάτων. Πριν την έναρξη της θρομβόλυσης, συνιστάται η εισαγωγή του ασθενή σε μονάδα αυξημένης φροντίδας. Η θρομβόλυση έχει σαφή αντένδειξη, όταν η έναρξη των συμπτωμάτων δεν μπορεί να προσδιοριστεί σαφώς, και όταν η κλινική εικόνα είναι βαριά, ή όταν παρατηρούνται εκτεταμένα πρώιμα σημεία ισχαιμίας στην αξονική τομογραφία του εγκεφάλου.

Η Υπηρεσία Φαρμακο-επαγρύπνησης της Ε.Ε. έχει δώσει από το 2001 έγκριση για την θρομβολυτική θεραπεία του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ εντός τριώρου. Στην Ελ-

λάδα και ο ΕΟΦ έχει δώσει αντίστοιχη έγκριση και έτσι, η θρομβολυτική θεραπεία έχει ξεπεράσει και στη χώρα μας το στάδιο μελετών και η χορήγηση του rt-PA αποτελεί μια ενδεδειγμένη θεραπεία του ισχαιμικού ΑΕΕ.

## Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο όρος αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο υποδηλώνει την κάθε λογής αγγειακής αιτιολογίας εστιακή βλάβη του εγκεφάλου, που εγκαθίσταται αιφνίδια και διαρκεί περισσότερες από 24 ώρες ή είναι θανατηφόρα.

Τα ΑΕΕ βρίσκονται στην πρώτη θέση μεταξύ των νευρολογικών νοσημάτων και διεθνώς αποτελούν την πιο συχνή αιτία μόνιμης αναπηρίας και ταυτόχρονα την τρίτη αιτία θανάτου μετά τις καρδιακές παθήσεις και τον καρκίνο. Παγκοσμίως, η ετήσια επίπτωση των ΑΕΕ εκτιμάται ότι φθάνει τα 200 ανά 100.000 άτομα του γενικού πληθυσμού, ενώ στη χώρα μας πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι η ετήσια επίπτωση τους κυμαίνεται περίπου στους 310/100.000, στις ηλικίες 45 - 85 ετών. Οι άνδρες προσβάλλονται πιο συχνά (362/100.000) από τις γυναίκες (271/100.000).

Ένα μήνα μετά από το ΑΕΕ, το 26% των ασθενών έχει ήδη πεθάνει. Ένα χρόνο μετά το ΑΕΕ, η θνησιμότητα έχει φθάσει στο 37% και από τους επιζώντες, το ένα τρίτο περίπου είναι ανάπηροι και χρειάζονται συνεχή βοήθεια, υποστήριξη και επίβλεψη από άλλο (συγγενικό ή μη) πρόσωπο. Ο κ. Jobst εξηγεί ότι αυτοί οι αριθμοί τεκμηριώνουν το ότι η επίπτωση των ΑΕΕ στην Ελλάδα δεν διαφέρει σημαντικά από την επίπτωσή τους στις αναπτυγμένες χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, αλλά ότι η πρόγνωση των ΑΕΕ στην Ελλάδα είναι πιο βαριά. «Σ' αυτό συντελεί χωρίς αμφιβολία η ουσιαστική έλλειψη οργανωμένων έξω- ή ενδο-νοσοκομειακών προγραμμάτων αποκατάστασης, ενώ τα ελάχιστα κέντρα αποκατάστασης νευρολογικών (και άλλων) χρόνιων παθήσεων αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών. Οι περισσότεροι ασθενείς με βαριά αναπηρία, λόγω ενός ΑΕΕ, νοσηλεύονται κατ'οίκον και κάτω από τέτοιες συνθήκες, που οι δυνατότητες ιατρικής, νοσηλευτικής και φυσιοθεραπευτικής φροντίδας είναι περιορισμένες» προσθέτει ο κ. Jobst.

Πηγή: (ΑΠΕ-ΜΠΕ 28-1-2009)

Α΄ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, ΓΝΠ

# ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ:

## ΤΩΡΑ ΠΙΟ ΑΣΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΦΙΛΙΚΗ



Γράφει ο **Στρατής Κολυμπιανάκης**  
Λέκτορας Μαιευτικής/Γυναικολογίας και  
Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής  
Μονάδα Ανθρώπινης Αναπαραγωγής, Α΄ Μ/Γ, ΓΝΠ

**Η** εξωσωματική γονιμοποίηση έχει ως τελικό στόχο την επίτευξη εγκυμοσύνης με την μεταφορά ενός ή περισσότερων εμβρύων στην μήτρα της μελλοντικής μητέρας. Για τον σκοπό αυτό, αρχικά η γυναίκα υποβάλλεται σε φαρμακευτική αγωγή, ώστε, να αναπτυχθούν στις ωοθήκες πολλαπλά ωοθυλάκια, καθένα από τα οποία περιέχει ένα ωάριο.

Όταν τα ωοθυλάκια αυτά φτάσουν στο κατάλληλο μέγεθος, ακολουθεί η διαδικασία της ωολήψιας κατά την οποία τα ωάρια που περιέχουν λαμβάνονται με μια λεπτή βελόνη από τις ωοθήκες.

Στη συνέχεια τα ωάρια θα γονιμοποιηθούν στο εργαστήριο με το σπέρμα του συζύγου και τα έμβρυα που θα προκύψουν από την ένωση ωαρίου-σπερματοζωαρίου θα μεταφερθούν στην μήτρα μερικές μέρες αργότερα.

Η χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής είναι από τα πιο βασικά στάδια επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Για το λόγο αυτό, ένα σημαντικό μέρος της έρευνας στο χώρο της Αναπαραγωγής τα τελευταία χρόνια, έχει επικεντρωθεί στη δημιουργία νέων φαρμακευτικών ουσιών και στη βελτίωση των σχημάτων θεραπείας.

Τα πιο ευρέως διαδεδομένα σχήματα θεραπείας περιλαμβάνουν ουσίες που εισήχθησαν στην εξωσωματική γονιμοποίηση το 1984 και ονομάζονται αγωνιστές. Η θεραπεία με αγωνιστές, η μόνη επιλογή για πάρα πολλά χρόνια στην διέγερση των ωοθηκών για εξωσωματική γονιμοποίηση, χαρακτηρίζεται από ορισμένα σοβαρά μειονεκτήματα.

Με τη χρήση των αγωνιστών, απαιτείται περίπου ένας μήνας από την πρώτη ένεση έως την λήψη των ωαρίων. Η παρατεταμένη διάρκεια της θεραπείας επιβαρύνει σε μεγάλο βαθμό το ζευγάρι, σωματικά και ψυχολογικά. Δεδομένου ότι, μπορεί να απαιτηθούν περισσότερες από μία προσπάθειες για την επίτευξη εγκυμοσύνης, η αθροιστική αυτή επιβάρυνση του ζευγαριού και ιδίως της γυναίκας, οδηγεί συχνά στην πρόωρη εγκατάλειψη της προσπάθειας απόκτησης ενός παιδιού.

Επίσης, δεν μπορεί να παραβλεφθεί η εμφάνιση της πιο συχνής και σοβαρής επιπλοκής της χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής, αυτής του συνδρόμου υπερδιέγερσης των ωοθηκών. Το σύνδρομο υπερδιέγερσης, που προκαλείται από μια υπερβολική αντίδραση των ωοθηκών με ανάπτυξη πολύ μεγάλου αριθμού ωοθυλακίων,

μπορεί να οδηγήσει, στις πιο σοβαρές μορφές του, στην εισαγωγή της γυναίκας στο νοσοκομείο και ενδεχομένως σε επιπλοκές επικίνδυνες για την υγεία της. Πραγματικά, είναι πολύ δύσκολο για μια γυναίκα που υποβλήθηκε σε εξωσωματική γονιμοποίηση και εμφάνισε σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών να επιχειρήσει ξανά νέα προσπάθεια. Τα παραπάνω σοβαρά μειονεκτήματα, οδήγησαν την έρευνα στο χώρο της Αναπαραγωγής στην ανάπτυξη δύο θεμελιωδών ερωτημάτων:

- Μπορούμε να κάνουμε την εξωσωματική γονιμοποίηση **πιο φιλική** προς την γυναίκα;
- Μπορούμε να κάνουμε την εξωσωματική γονιμοποίηση **πιο ασφαλή** για τη γυναίκα;

Η θετική απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα είναι σήμερα πραγματικότητα με την χρήση νεότερων φαρμακευτικών ουσιών που ονομάζονται **ανταγωνιστές** και που μπορούν να αντικαταστήσουν με επιτυχία τους αγωνιστές.

Πράγματι, με τη χρήση των ανταγωνιστών, η εξωσωματική γονιμοποίηση μπορεί επιτέλους να γίνει πιο φιλική. Δεν υπάρχει κανένας λόγος οι γυναίκες σήμερα να υποβάλλονται σε 25-30 ημέρες φαρμακευτικής αγωγής με αγωνιστές, όταν με την χρήση των ανταγωνιστών η αντίστοιχη θεραπεία δε ξεπερνά τις **10-12 ημέρες**.

Επιπλέον, σήμερα δεν αμφισβητείται ότι η χρήση των ανταγωνιστών σε σύγκριση με τους αγωνιστές συνδέεται με **δύο φορές μικρότερο κίνδυνο** εισαγωγής της γυναίκας στο νοσοκομείο λόγω εμφάνισης του συνδρόμου υπερδιέγερσης των ωοθηκών (Al-Inany et al., 2006; Kolibianakis et al., 2007). Γίνεται σαφές λοιπόν, ότι η χρήση των ανταγωνιστών καθιστά την εξωσωματική γονιμοποίηση μια πιο ασφαλή διαδικασία.

Επιπρόσθετα, η αποτελεσματικότητα των ανταγωνιστών στην επίτευξη εγκυμοσύνης έχει επιβεβαιωθεί από τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα (Kolibianakis et al., 2007). Για τους παραπάνω λόγους, οι ανταγωνιστές αποτελούν την θεραπεία εκλογής στα μεγαλύτερα κέντρα Αναπαραγωγής στην Ευρώπη.

Η απλή, ασφαλής και αποτελεσματική εξωσωματική γονιμοποίηση, που ήταν για χρόνια απαίτηση τόσο των ζευγαριών όσο και της ιατρικής κοινότητας, σήμερα μπορεί να γίνει πραγματικότητα. Τα υπογόνιμα ζευγάρια, στην προσπάθεια τους να φέρουν στον κόσμο ένα υγιές παιδί, δεν προσδοκούν τίποτα λιγότερο.

Α΄ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, ΓΝΠ

# ΕΜΒΡΥΟΓΕΝΕΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΜΒΡΥΟΥ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ



Γράφει η **Γεωργία Γεωργιάδου**  
Τ.Ε. Μαία Αίθουσα Τοκετών Α΄ Μαιευτική &  
Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΠ

**Α**πό την εποχή των πρωτόπλαστων το θαύμα της ζωής επαναλαμβάνεται αέναα σε ολόκληρο τον πλανήτη με τον ίδιο στερεότυπο μα συνάμα μοναδικό τρόπο. Οι διαδικασίες της γονιμοποίησης, της εγκυμοσύνης και της γέννησης που για χιλιάδες χρονιά παρέμεναν καλά φυλαγμένες μέσα στο σώμα της γυναίκας και ως εκ τούτου ακατανόητες και άγνωστες, σήμερα χάρη στις σημαντικές προόδους της επιστήμης φωτίστηκαν και το μυστήριο σχεδόν λύθηκε.

### **Γονιμοποίηση - Εμβρυογένεση - Ανάπτυξη του εμβρύου**

Για να δημιουργηθεί μια νέα ζωή πρέπει τα κομμάτια ενός πολύπλοκου παζλ γεγονότων να μπουκωθούν στη θέση τους με απόλυτη ακρίβεια.<sup>(2)</sup>

Σε κάθε ωοθηκικό κύκλο αρχίζει να ωριμάζει ένας αριθμός ωοθυλακίων, μόνο ένα θα φθάσει σε πλήρη ωρίμανση και μόνο ένα αποβάλλεται κατά την ωοθυλακιορρηξία. Σε αυτή τη δεδομένη στιγμή το ωοκύτταρο βρίσκεται στο στάδιο της δεύτερης μειωτικής διαίρεσής του και περιβάλλεται από τη διαφανή ζώνη και μερικά κοκκώδη κύτταρα. Με τις σαρωτικές κινήσεις των κροσσών του ωαγωγού το ωοκύτταρο μεταφέρεται στο εσωτερικό αυτού.<sup>(1,2)</sup> Εδώ μετακινείται αργά κατά μήκος του ωαγωγού, προσμένοντας τον αρσενικό του σύντροφο.

Μετά την εκσπερμάτιση ένα σμήνος σπερματοζωαρίων, περίπου πεντακόσια εκατομμύρια, εισέρχεται στον κόλπο και κατευθύνεται προς τον τράχηλο, την πύλη της ζώνης. Αφού περάσουν την τραχηλική Βιέννη, τον τράχηλο και τη μήτρα προχωρούν προς την σάλπιγγα.<sup>(2)</sup>

Κατά την διαδρομή τα σπερματοζωάρια πριν καταστούν ικανά να γονιμοποιήσουν το ωοκύτταρο, πρέπει να υποστούν α) την διεργασία της ενεργοποίησης κατά την οποία το γλυκοπρωτεϊνικό περίβλημα και πρωτεΐνες της κυτταρικής μεμβράνης του σπερματοζωαρίου απομακρύνονται από την κεφαλή του και β) την ακροσωματική αντίδραση κατά την οποία απελευθερώνονται υαλουρονιδάση και ουσίες τύπου θρυψίνης για να διαπεράσουν τους κυτταρικούς φραγμούς. Κατά την διάρκεια της γονιμοποίησης το σπερματοζωάριο πρέπει να διαπεράσει α) τον ακτινωτό στέφανο β) τη διαφανή ζώνη και γ) την κυτταρική μεμβράνη του ωοκυττάρου.

Μόλις το σπερματοζωάριο εισέλθει στο ωοκύτταρο συμβαίνουν τα εξής: α) το ωοκύτταρο ολοκληρώνει τη δεύτερη μειωτική του διαίρεση και σχηματίζει θήλυ πρόπινα, β) η διαφανής ζώνη καθίσταται αδιαπέραστη σε άλλα σπερματοζωάρια και γ) η κεφαλή του σπερματοζωαρίου χωρίζεται από την ουρά, διογκώνεται και σχηματίζει τον άρμενα πρόπινα. Μετά την αντιγραφή του DNA και των δυο προπυρήνων, τα πατρικά και τα μητρικά χρωματοσώματα αναμειγνύονται, τη στιγμή εκείνη ένας μοναδικός γεννητικός κώδικας δημιουργείται, σχίζονται επίμηκες και υφίστανται μειωτική διαίρεση, γεγονός που οδηγεί στο στάδιο των δύο κυττάρων. Τα αποτελέσματα της γονιμοποίησης είναι α) η αποκατάσταση του διπλοει-

δούς αριθμού των χρωματοσωμάτων β) ο καθορισμός του χρωματοσωματικού φύλλου και γ) η έναρξη της αυλάκωσης.

Η αυλάκωση αποτελεί μια σειρά μειωτικών διαίρεσεων που οδηγούν σε αύξηση του αριθμού των κυττάρων, των βλαστομεριδίων, τα οποία καθίστανται συνεχώς μικρότερα με κάθε νέα διαίρεση. Μετά 3-4 ημέρες καθώς κινείται μέσα στη σάλπιγγα ο ζυμωτής έχει την εμφάνιση μούρου (ΜΟΡΙΔΙΟ) και εισέρχεται στην κοιλότητα της μήτρας. Την ίδια περίοδο το ΜΟΡΙΔΙΟ χάνει την διαφανή ζώνη του, ενώ αναπτύσσεται η κοιλότητα της βλαστοκύστης. Σε αυτό το σημείο έχουμε την πρώτη σαφή κατανομή καθηκόντων μεταξύ των κυττάρων. Τα κύτταρα τότε διατάσσονται α) σε μια έξω κυτταρική μάζα, η οποία θα σχηματίσει την τροφοβλάστη και β) σε μια έσω κυτταρική μάζα, η οποία θα σχηματίσει το ιδίως έμβρυο. Το έμβρυο χαρακτηρίζεται πλέον ως βλαστοκύστη.<sup>(1,2,3)</sup> Μέσα στην άνετη και προετοιμασμένη κατάλληλα από τις ορ-



***Οι διαδικασίες της γονιμοποίησης, της εγκυμοσύνης και της γέννησης που για χιλιάδες χρονιά παρέμεναν καλά φυλαγμένες μέσα στο σώμα της γυναίκας και ως εκ τούτου ακατανόητες και άγνωστες, σήμερα χάρη στις σημαντικές προόδους της επιστήμης φωτίστηκαν και το μυστήριο σχεδόν λύθηκε...***



μόνες κοιλότητες, η βλαστοκύστη βρίσκει το μέρος όπου θα φωλιάσει για τους επόμενους 9 μήνες. Στην πραγματικότητα το μικροσκοπικό έμβρυο είναι ένας εισβολέας με πρωτεϊνική σύσταση εν μέρει ξένη προς αυτήν της μητέρας και γι' αυτό πρέπει να απορριφθεί. Ωστόσο, κατά κανόνα αυτό δεν συμβαίνει.

Περίπλοκοι μηχανισμοί στο σώμα της μητέρας διασφαλίζουν ότι το έμβρυο θα παραμείνει και θα αναπτυχθεί. Το έμβρυο πριν εμφυτευθεί πρέπει πρώτα να εκκολαφθεί, να αποβάλλει δηλαδή το κέλυφος που το περιβάλλει. Ο φιλικός αυτός παρείσακτος εγκαθίσταται σταδιακά στη μήτρα και μεγαλώνει εξαιρετικά γρήγορα.<sup>(2)</sup> Στην αρχή της δεύτερης εβδομάδας η βλαστοκύστη είναι εν μέρει εμφυτευμένη στο στρώμα του ενδομήτριου. Η τροφοβλάστη διαφοροποιείται α) σε μια εσωτερική, έντονα πολλαπλασιαζόμενη στιβάδα, την κυτταροτροφοβλάστη και β) σε μια εξωτερική στιβάδα, τη συγκυτιο-



τροφοβλάστη, η οποία διαβρώνει τους μητρικούς ιστούς.

Μέχρι την 9η μέρα αναπτύσσονται κοιλότητες στη συγκυτιοτροφοβλάστη. Ακολούθως, μητρικά κολποειδή διαβρώνονται από τη συγκυτιοτροφοβλάστη, μητρικό αίμα εισέρχεται στο δίκτυο των κοιλοτήτων και ως το τέλος της 2ης εβδομάδας εγκαθίσταται μια υποτυπώδης μητροπλακουντική κυκλοφορία. Εν τω μεταξύ η κυτταροτροφοβλάστη σχηματίζει κυτταρικούς στύλους, οι οποίοι διεισδύουν στο συγκύριο που τους περιβάλλει. Αυτοί οι στύλοι αποτελούν τις πρωτογενείς λάχνες. Έως το τέλος της 2ης εβδομάδας ηβλαστοκυση έχει πλήρως εμφυτευθεί, ενώ το επιφανειακό έλλειμμα του ενδομήτριου έχει επουλωθεί.

Εν τω μεταξύ η έσω κυτταρική μάζα η εμβρυοβλάστη διαφοροποιείται α) στην επιβλάστη και β) στην υποβλάστη, που και οι δυο μαζί σχηματίζουν το δίστιχο δίσκο. Τα εξωδερμικά κύτταρα συνέχονται με τις αμνιοβλάστες και μαζί περιβάλλουν μια νέα κοιλότητα, την αμνιακή κοιλότητα. Τα ενδοδερμικά κύτταρα συνεχίζονται με την έξω κυματική μεμβράνη και μαζί περιβάλλουν τον αρχέγονο λεκιθικό ασκό. Στο τέλος της 2ης εβδομάδας σχηματίζεται το εξωεμβρυϊκό μεσόδερμα, το οποίο γεμίζει το χώρο μεταξύ της τροφοβλάστης εξωτερικά και του αμνιού και της εξωκυλοματικής μεμβράνης εσωτερικά. Με την ανάπτυξη κενотоπιών σε αυτό τον ιστό σχηματίζεται το εξωεμβρυϊκό κοιλώμα η χορειακή κοιλότητα. Το τμήμα του εξωεμβρυϊκου μεσοδέρματος που επενδύει την κυτταροτροφοβλάστη και το αμνιό λέγεται σωματοπλευρικό μεσόδερμα, ενώ εκείνο που καλύπτει το λεκιθικό ασκό λέγεται σπλαγχοπλευρικό μεσόδερμα.

Η εμφύτευση συμβαίνει στο τέλος της 1ης εβδομάδας.<sup>(1,3)</sup> Το πλέον χαρακτηριστικό γεγονός που συμβαίνει κατά την διάρκεια της 3ης εβδομάδας είναι ο σχηματισμός του γαστριδίου, ο οποίος αρχίζει με την εμφάνιση της αρχικής γραμμής που στο κεφαλικό άκρο της φέρει το αρχικό κομβικό. Στην περιοχή του κομβικού και της αρχικής γραμμής επιβλαστικά κύτταρα κινούνται προς το εσωτερικό (καταδύονται) για να σχηματίσουν δυο νέες στιβάδες κυττάρων α) το ενδόδερμα και β) το μεσόδερμα. Ως εκ τούτου η επιβλάστη παράγει και τις τρεις βλα-

στικές στιβάδες του εμβρίου. Κύτταρα της ενδοεμβρυϊκής μεσοδερμικής βλαστικής στιβάδας μεταναστεύουν μεταξύ των δυο άλλων βλαστικών στιβάδων μέχρι να έλθουν σε επαφή με το εξωεμβρυϊκό μεσόδερμα που καλύπτει το λεκιθικό ασκό και το αμνιό.

Κύτταρα καταδυόμενα στην περιοχή του αρχικού κομβικού κινούνται κατευθείαν εμπρός μέχρι να φθάσουν στην προχορδιαία πλακά. Αυτά τα κύτταρα σχηματίζουν μια σωληνώδη δομή, τη νωτιαιοχορδική ή κεφαλική απόφυση. Με περαιτέρω ανάπτυξη ο αυλός της απόφυσης εξαφανίζεται και σχηματίζεται μια συμπαγής χορδή, η νωτιαία χορδή. Αυτή η χορδή σχηματίζει έναν άξονα στη μέση γραμμή, ο οποίος θα χρησιμεύσει ως βάση του αξονικού σκελετού. Ως εκ τούτου, στο τέλος της τρίτης εβδομάδας έχουν σχηματιστεί οι τρεις βλαστικές στιβάδες αποτελούμενες από α) το εξώδερμα, β) το μεσόδερμα και γ) το ενδόδερμα, και έτσι μπορεί πλέον να αρχίσει η περαιτέρω διαφοροποίηση ιστών και οργάνων.

Η τροφοβλάστη εν τω μεταξύ παρουσιάζει γρήγορη εξέλιξη. Η πρωτογενής λάχνη έχει αποκτήσει μεσοδερμικό σώμα μέσα στο οποίο ακολούθως αναφύονται μικρά αιμοφόρα τριχοειδή. Όταν αυτά τα τριχοειδή των λαχνών έλθουν σε επικοινωνία με τριχοειδή του χορειακού πετάλου και του συνδεδεικτικού μίσχου, το σύστημα των λαχνών καθίσταται πλέον έτοιμο να εφοδιάσει το έμβρυο με θρεπτικές ουσίες και οξυγόνο.<sup>(1,3)</sup> Η πρώιμη εμβρυϊκή περίοδος εκτείνεται από την 3η μέχρι την 8η εβδομάδα της ανάπτυξης και είναι η περίοδος εκείνη κατά την οποία κάθε μια από τις τρεις βλαστικές στιβάδες παράγει τους ιστούς και τα οργανικά συστήματά της. Αποτέλεσμα του σχηματισμού των οργάνων είναι η εμφάνιση των κύριων χαρακτηριστικών του σώματος.

Η εξωδερμική βλαστική στιβάδα δίνει γέννηση στα όργανα και τις δομές που διατηρούν την επικοινωνία με τον έξω κόσμο α) το κεντρικό νευρικό σύστημα, β) το περιφερικό νευρικό σύστημα, γ) το αισθητικό επιθήλιο των ωτών, της ρινός και των οφθαλμών, δ) το δέρμα, συμπεριλαμβανομένων των τριχών και των ονύχων ε) την υπόφυση τους μαζικούς και ιδρωτοποιούς αδένες καθώς και την αδαμαντίνη ουσία των δοντιών.

Σημαντικά στοιχεία της μεσοδερμικής βλαστικής στιβάδας είναι α) το παραξόνιο μεσόδερμα, β) το διάμεσο μεσόδερμα, γ) το πλάγιο πέταλο του μεσοδέρματος. Το παραξόνιο μεσόδερμα σχηματίζει σωματομερή, τα οποία θα δώσουν γένεση στο μεγαλύτερο μέρος του μεσεγχύματος της κεφαλής και θα οργανωθεί σε σωμίτες στο ινιακό και στο ωριαίο τμήμα. Οι νωμίτες δίνουν γένεση στο μυοτόμιο (μυϊκός ιστός), το σκληροτόμιο (χόνδροι και οστά) και το δερμοτόμιο (υποδόριος ιστός), που είναι όλοι τους ερειστικοί ιστοί του σώματος. Το μεσόδερμα δίνει γένεση επίσης στο κυκλοφορικό σύστημα, δηλαδή την

καρδιά, τις αρτηρίες, τις φλέβες, τα λεμφικά αγγεία κι όλα τα κύτταρα του αίματος και της λέμφου. Επιπλέον δίνει γένεση στο ουρογεννητικό σύστημα, τους τεφρούς τις γονάδες και τους πόρους, όχι όμως την ουροδόχο κύστη. Τέλος ο σπλήνας και τα επινεφρίδια είναι μεσοδερμικά παράγωγα.

Η ενδοδερμική βλαστική στιβάδα χορηγεί την επιθηλιακή επένδυση της γαστρεντερικής οδού, της αναπνευστικής οδού και της ουροδόχου κύστης. Επίσης σχηματίζει το παρέγχυμα του θυροειδούς, των παραθυροειδών, του ήπατος και του παγκρέατος. Τέλος η επιθηλιακή επένδυση της τυμπανικής κοιλότητας και της ευσταχιανής σάλπιγγας έχει ενδοδερμική προέλευση.

Όσο για το σχήμα του σώματος λόγω του σχηματισμού των οργανικών συστημάτων και της ταχείας αύξησης του κεντρικού νευρικού συστήματος, ο αρχικά επίπεδος εμβρυϊκός δίσκος αρχίζει να κάμπτεται κατά τον κεφαλουραίο άξονα, σχηματίζοντας με αυτόν τον τρόπο την κεφαλική και την ουραία καμπή. Ο δίσκος κάμπτεται επίσης και κατά τον εγκάρσιο άξονα δίνοντας έτσι στο σώμα το κυλινδρικό σχήμα του. Η επικοινωνία με το λεκιθικό ασκό και τον πλακούντα συνεχίζεται διαμέσου του λεκιθικού μίσχου και του ομφαλίου λώρου αντίστοιχα.

(1,2,3)

Το πρώιμο αυτό στάδιο είναι εξαιρετικά ευαίσθητο, καθόσον ακόμη και η παραμικρή απόκλιση από το πρόγραμμα μπορεί να οδηγήσει σε βλάβες και δυσμορφίες οι οποίες θα συνοδεύουν το παιδί σε όλη του τη ζωή. Κατά το διάστημα αυτό είναι παρά πολύ σημαντική η σπουδαιότητα τόσο του εξωτερικού όσο και του εσωτερικού περιβάλλοντος. Τα μεμονωμένα όργανα αλλά και η μεταξύ τους επικοινωνία πρέπει να αναπτυχθούν τέλεια, μέχρι και την παραμικρή λεπτομέρεια. Αν προκύψει ένα σοβαρό ελάττωμα, τίθενται σε λειτουργία οι φυσικοί προστατευτικοί μηχανισμοί και η γυναίκα αποβάλλει. Αν και μια αποβολή μπορεί να οφείλεται σε διάφορους λόγους, η πιο συνηθισμένη αιτία είναι κάποια γενετική ανωμαλία. Σχεδόν μια στις πέντε εγκυμοσύνες διακόπτεται σε αυτό το στάδιο, επειδή είτε το ωάριο είτε το σπερματοζωάριο δεν είχε τις καλύτερες δυνατές γενετικές προδιαγραφές.<sup>(2)</sup>

Την 4η εβδομάδα αρχίζει η σύμφυση των νευρικών πτυχών. Έκδηλος είναι η κεφαλική και ουραία πτυχή. Υπάρχουν δυο φαρυγγικά τόξα. Αρχίζουν οι συστολές της καρδιάς. Την 5η εβδομάδα το έμβρυο έχει μήκος ελάχιστα χιλιοστά και το σώμα του είναι μαλακό και διάφανο. Τα τμήματα του εγκεφάλου είναι ορατά, κλείνουν ο ρύγχος και ουραίος νευροπόρος. Σχηματίζεται η μεσεγκεφαλική καμπή. Υπάρχουν το οπτικό και ωτικό κυστίδιο. Αναφέρονται οι καταβολές των πνευμόνων, του στομάχου, του ήπατος, του παγκρέατος, του θυροειδούς αδένα, τα κεφαλικότερα μεσοεμφρικό σωληνάκια. Εμφανίζονται τα



εκβλαστήματα των άνω μελών και υπάρχουν 3 με 4 φαρυγγικά τόξα.

Την 6η-7η εβδομάδα εμφανίζονται τα εκβλαστήματα κάτω ακρών. Σχηματίζονται τα δευτερογενή εγκεφαλικά κυστίδια και εκβλαστάνουν τα νωτιαία νεύρα. Το ωτικό κυστίδιο έχει κλείσει και αρχίζει η ανάπτυξη του οπτικού κάλυκα, σχηματίζεται πρόσωπο, δημιουργείται ένα ολοκληρωμένο σύστημα νευρών, το οποίο υπηρετεί τις αισθήσεις μας. Σχηματίζονται τα δάχτυλα.

Την 8η-10η εβδομάδα το κεφάλι είναι κυρίαρχο. Τα νεφρά παράγουν ούρα, το στομάχι γαστρικά υγρά, τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αναπτύσσονται. Το έμβρυο αρχίζει να κινείται. Από εδώ αρχίζει η όψιμη εμβρυϊκή περίοδος που εκτείνεται από την 9η εβδομάδα της κύησης έως τη γέννηση και χαρακτηρίζεται από την ταχεία αύξηση του σώματος και την ωρίμανση των οργανικών συστημάτων. Η σε μήκος αύξηση είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακή κατά τη διάρκεια του 3ου, 4ου και 5ου μήνα (περίπου 5 εκατοστά ανά μήνα), ενώ η σε βάρος αύξηση είναι περισσότερο εντυπωσιακή τους δυο τελευταίους μήνες της κλήσης (περίπου 700 γρ. ανά μήνα). Μια εντυπωσιακή αλλαγή είναι η σχετική επιβράδυνση της αύξησης της κεφαλής. Τον 3ο μήνα η κεφαλή αντιστοιχεί στο ήμισυ περίπου του βρεγματοουραίου μήκους, τον 5ο μήνα στο 1/3 περίπου και κατά τη γέννηση στο 1/4 του βρεγματοπετρικού μήκους. Το έμβρυο κολυμπά σε μια εσωτερική θάλασσα.

Την 12η-15η εβδομάδα η οστέωση προχωρεί γρήγορα. Το χνούδι καλύπτει το σώμα, αυξάνονται οι κινήσεις, τα εξωτερικά γεννητικά όργανα διαφοροποιούνται πλήρως, οι όρχεις παράγουν τεστοστερόνη ενώ οι πρωτογενείς ωθήκες περιέχουν κίβλας εκατομμύρια ανώριμα ωάρια. Ο κίνδυνος της αποβολής μειώνεται αισθητά.

Την 16η-20η εβδομάδα ο ταχύς ρυθμός αύξησης αρχίζει να επιβραδύνεται, ενεργοποιούνται οι σημηματογό-



νοι αδένες, τα κύτταρα χρωστικής αρχίζουν να δίνουν χρώμα, το έμβρυο καταπίνει αμνιακό υγρό, δεν υπάρχει υποδόριος ιστός και η μητέρα αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις κινήσεις του εμβρύου.

Την 20η-27η εβδομάδα η ανάπτυξη συνεχίζεται στην ησυχία όχι όμως και στη σιωπή, το έμβρυο αρχίζει να αντιλαμβάνεται ήχους, κάνει θηλαστικές κινήσεις - ένα αντανακλαστικό επιβίωσης, δεν έχουμε άμεσες ενδείξεις αν αντιλαμβάνεται τις γεύσεις, τα βλέφαρα ανοίγουν, ο εγκεφαλικός φλοιός αποκτά αύλακες και έλικες για να εξοικονομήσει χώρο για όλους τους νευρώνες, το έμβρυο αρχίζει να κοιμάται για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα.

Την 27η-40η εβδομάδα το πρόσωπο έχει πλήρως διαμορφωθεί, τα όργανα εξακολουθούν να ωριμάζουν, το σώμα είναι αδύνατο, λεπτό και κόκκινο, προς το τέλος της περιόδου θα γίνει παχουλό (τις τελευταίες εβδομάδες εναποτίθενται περί τα 14 γρ. λίπους ημερησίως), η ακοή τελειοποιείται, ο ομφαλός βρίσκεται σε κεντρική θέση στην κοιλιά, η αύξηση βάρους είναι συνεχής.<sup>(1,2,3,4)</sup>

Οι 9 μήνες πέρασαν και η ώρα έφθασε. Η γέννηση είναι εξαιρετικά επίπονη για το μωρό, έχει όμως μια αφάνταστη ικανότητα να ανταπεξέρχεται στην καταπόνηση αυτή. Το να γεννηθεί κανείς είναι ένα κατόρθωμα, είναι η στιγμή που δοκιμάζονται όλα εκείνα για τα οποία το μωρό προετοιμαζόταν μέσα στη μήτρα. Εξαντλημένο από την προσπάθεια να έλθει στον κόσμο φωλιάζει στην αγκαλιά της μητέρας του. Δισεκατομμύρια γυναίκες έχουν γεννήσει παιδιά, όμως κάθε τοκετός είναι μοναδικός.

## Προγεννητικός έλεγχος

Κάθε κύηση και κάθε τοκετός είναι ένα συνηθισμένο γεγονός και ταυτόχρονα ένα θαύμα. Ένα θαύμα για το οποίο αμέτρητα ερωτηματικά γεννιούνται. Τα υπάρχοντα στη διάθεσή μας δεδομένα σήμερα, δίνουν απαντήσεις σε πάρα πολλά από αυτά.

Στο διαφοροποιούμενο και αυξανόμενο έμβρυο μπορεί να επιδράσουν πολλοί τερατογόνοι παράγοντες. Είναι

γνωστό ότι ποικίλοι παράγοντες προκαλούν συγγενείς διαμαρτίες σε περίπου 2-3% των νεογνών που γεννιούνται ζωντανά. Ο τύπος της διαμαρτίας εξαρτάται από το στάδιο της κύησης και της διαφοροποίησης των οργάνων κατά την διάρκεια των οποίων ήταν παρών ο τερατογόνος παράγοντας. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν ιούς, ακτινοβολία, φάρμακα, ναρκωτικές ουσίες, καπνό, οινόπνευμα, ορμόνες, σακχαρώδη διαβήτη της μητέρας, χρωματοσωματικές ανωμαλίες. Αν και έχει περιγραφεί μεγάλος αριθμός συγγενών διαμαρτιών που έχουν αποδοθεί σε ειδικούς παράγοντες, εντούτοις ελάχιστα πράγματα είναι γνωστά για τον τρόπο με τον οποίο ένας παράγοντας προκαλεί πράγματι μια διαμαρτία ή για τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να προληφθεί ή να αναστραφεί μια διαμαρτία. Γι' αυτό, η ιατρική αντιμετώπιση του προβλήματος συνιστάται σε μεταγεννητική διάγνωση ή σε πρώιμη διάγνωση.

Σήμερα υπάρχουν στη διάθεση του περιγενετιστού αρκετές μέθοδοι εκτίμησης της αύξησης και της ανάπτυξης του εμβρύου στη μήτρα. Η συνδυασμένη χρήση αυτών των τεχνικών αποσκοπεί στην ανίχνευση συγγενών διαμαρτιών και χρωματοσωμάτων ανωμαλιών, καθώς και στην παρακολούθηση της ανάπτυξης του εμβρύου.

Η λιγότερο τραυματική από αυτές είναι η υπερηχογραφία, η οποία χρησιμοποιεί υπερήχους για να παράγει εικόνες. Τα υπερηχογραφήματα μπορούν να καθορίσουν το μέγεθος και τη θέση του εμβρύου και του πλακούντα, την ηλικία κλήσης, τη βιωσιμότητα του εμβρύου, αναπτυξιακές διαμαρτίες, το φύλλο του εμβρύου, επίσης μπορεί να εκτιμηθεί η παροχή αίματος δια των ομφαλικών αγγείων του εμβρύου.<sup>(1,4)</sup> Τα υπερηχογραφήματα γίνονται στο 1ο τρίμηνο στην 6η-7η εβδομάδα (καθορισμός ηλικίας κλήσης, αποκλεισμός έκτοπης κλήσης, πολυδυμία, κενός εμβρυϊκός σάκος, παθολογία γεννητικού συστήματος), στην 11η-14η εβδομάδα με καταλληλότερη την 12η-12,5η εβδομάδα (αυχενική διαφάνεια, αδρή ανατομική εκτίμηση, έλεγχος καρδιάς) στο 2ο τρίμηνο στην 22η-24η εβδομάδα που γίνεται ο γεννητικός υπέρηχος (υπέρηχος β επιπέδου και υπερηχογράφοι δείκτες για χρωματοσωματικές ανωμαλίες) και τέλος στο 3ο τρίμηνο για έλεγχο ανάπτυξης και μέτρηση αντιστάσεων στις μητριάδες (έμμεσος έλεγχος πλακούντα).

Μια άλλη τεχνική συνιστάται στη λήψη τμήματος χοριακών λαχνών. Αυτός ο ιστός περιέχει πολυάριθμα έντονα διαιρούμενα εμβρυϊκά κύτταρα, τα οποία προσφέρονται για άμεσες αναλύσεις για χρωματοσωματικές και βιοχημικές ανωμαλίες. Η εν λόγω τεχνική προσφέρει το πλεονέκτημα ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί νωρίς στην κλήση (8η -10η εβδομάδα, σήμερα προτιμάται η 12η), καθώς επίσης και για άμεση κυτταρική ανάλυση χωρίς αναμονή για καλλιέργεια των κυττάρων.

Άλλη εξέταση είναι το A-TEST που μετράει τα επίπεδα α-εμβρυικής πρωτεΐνης (AFP) στο αίμα της μητέρας για να υπολογιστεί ο κίνδυνος ανωμαλιών του νευρικού σωλήνα και του συνδρόμου DOWN. Γίνεται στο πρώτο τρίμηνο στην 11η-14η εβδομάδα επίσης μετριόνται η free b-CHG και η PAPP-a που είναι ορμόνες.

Μια άλλη μέθοδος είναι η αμνιοκέντηση και συνιστάται στη λήψη αμνιακού υγρού με βελόνη δια μέσου του κοιλιακού τοιχώματος της μητέρας και της μήτρας. Εμβρυικά κύτταρα τα οποία βρίσκονται στο αμνιακό υγρό καλλιεργούνται και αναλύονται για χρωματοσωματικές ανωμαλίες. Αρχικά γινόταν στις 16η-18η εβδομάδα σήμερα προτιμάται να γίνεται αφού συμπληρωθούν οι 18 εβδομάδες, όταν δε πρόκειται για πολυδυμες κυλήσεις γίνεται στην 22η-24η εβδομάδα.

Πολύ σημαντική είναι η λήψη ενός σχολαστικού οικογενειακού και ατομικού ιστορικού σε συνδυασμό με μια σειρά εργαστηριακών εξετάσεων που θα μας βοηθήσουν να γνωρίζουμε την κατάσταση της υγείας της μητέρας, το οικονομικό, κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον της ώστε να αξιολογήσουμε τους πιθανούς κινδύνους να κατατάξουμε τη γυναίκα σε υψηλού ή χαμηλού κινδύνου κύηση και να δράσουμε ανάλογα.

Όλες οι εξετάσεις που γίνονται με σκοπό τον προγεννητικό έλεγχο, εκτός από την αμνιοκέντηση, δεν μπορούν να μας δώσουν διάγνωση παρά μόνο ένδειξη. Παρόλο που οι προγεννητικές εξετάσεις πολλές φορές οδηγούν σε σαφή συμπεράσματα άλλες φορές είναι αδύνατον να γνωρίζουμε με ακρίβεια πως μια γενετική παρέκκλιση που εντοπίζεται όταν το μωρό βρίσκεται στη μήτρα θα το επηρεάσει αφού αυτό γεννηθεί. Γι' αυτό το λόγο, οι γιατροί θα πρέπει πάντα να συζητούν με τους μέλλοντες γονείς αναλυτικά τα δυνητικά αποτελέσματα των εξετάσεων να τους ενημερώνουν για κάθε πιθανότητα και να βεβαιώνονται ότι έγιναν απολύτως κατανοητά. Δεν πρέπει ποτέ να ξεχνάμε ότι όλα αυτά γίνονται χάρη της ευγονίας δηλαδή ενημερώνουμε, συστήνουμε και οι μέλλοντες γονείς αποφασίζουν ανάλογα με τις προσωπικές τους πεποιθήσεις αν θα κάνουν τις εξετάσεις και εφόσον εντοπιστεί κάποιο πρόβλημα αν θα διακόψουν την εγκυμοσύνη. <sup>(1,2,5,6)</sup>

## Συμπεράσματα

Συμπερασματικά λοιπόν μπορούμε να πούμε ότι το μαγικό ταξίδι της ζωής αρχίζει με την ούσσεια των σπερματοζωαρίων στο γυναικείο γεννητικό σύστημα όπου ψάχνουν την Ιθάκη τους, το ωάριο. Μετά τη γονιμοποίηση η περιπέτεια συνεχίζεται με την κάθοδο και την εμφύτευση στη μήτρα. Αρχίζει τότε η διαφοροποίηση των κυττάρων και η οργανογένεση και αφού ξεπεραστούν οι Λαιστρυγόνες και οι Κύκλωπες και ο αγριεμένος Ποσειδώνας το έμβρυο συνεχίζει την πορεία του προς την ωρίμανση



και το ταξίδι τελειώνει με το κλάμα του νεογέννητου. Σε όλο αυτό το διάστημα εμείς ως άλλοι παπουτσωμένοι γάτοι είμαστε εκεί για να εξασφαλίσουμε ότι όλα θα εξελιχθούν και θα τελειώσουν με ασφάλεια.

## Επίλογος

Το πολύπλοκο φαινόμενο της ανθρώπινης αναπαραγωγής είναι ένα εκπληκτικό θαύμα, είναι το παραμύθι της ζωής, της ζωής του καθενός μας, ένα παραμύθι που βασίζεται στο αέναο ταξίδι του ανθρώπου με στόχο τη διαίωσή του, ένα παραμύθι αληθινό.<sup>(2)</sup>

## Βιβλιογραφία

- 1) ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ LONGMANS T. SADLER
- 2) ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΓΕΝΝΙΕΤΑΙ LEONARD NILSSON LARS HAMBURGER
- 3) ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ- ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΤΟΜΟΣ Ι ΧΡΥΣΗ ΚΕΡΑΜΕΙΣ -ΦΟΡΟΓΛΟΥ
- 4) Η ΖΩΗ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΓΕΝΝΗΣΗ ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ MARJORIE A. ENGLAND
- 5) ΟΒ/GIN SECRETS THOMAS BADER MD
- 6) MANUAL OF OBSTETRICS WILLIAM

# ΠΟΛΥΔΥΜΗ ΚΥΗΣΗ



Γράφουν: **Ελένη Δαφούλη** (ΤΕ Μαία), **Ευαγγελία Σαράντη** (Προϊσταμένη), Α΄ Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΠ

Για εκατομμύρια ζευγάρια ανά τον κόσμο, η ανικανότητα να τεκνοποιήσουν αποτελεί τροχοπέδη στη ζωή τους, (κατά προσέγγιση είναι περίπου 1 στα 7 ζευγάρια) και οδηγεί σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το πρόβλημα ωστόσο πρέπει να αναζητηθεί τόσο στη γυναίκα, όσο και στον άνδρα, καθώς ο όρος υπογονιμότητα αναφέρεται ως η αδυναμία σύλληψης μετά από 12 μήνες σεξουαλικών επαφών χωρίς τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και διακρίνεται στην πρωτοπαθή, όταν δεν υπάρχει προηγούμενη κύηση και στη δευτεροπαθή υπογονιμότητα, όταν υπάρχει προηγούμενη κύηση ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα αυτής.

Η γυναικεία υπογονιμότητα οφείλεται σε διάφορους παράγοντες μερικοί από τους οποίους είναι οι διαταραχές της ωοθυλακιορρηξίας, η απόφραξη των σαλπίγγων, η υδροσάλπιγγα, προηγούμενες έκτοπες



κυήσεις, ενδομητρίωση. Και βέβαια δεν πρέπει να παραληφθεί ο παράγοντας της ηλικίας μιας γυναίκας, καθώς όσο αυξάνεται η ηλικία ελαττώνονται οι σεξουαλικές επαφές, τα ωάρια είναι λιγότερα και πιο αδύναμα, η συχνότητα των προβλημάτων της μήτρας αυξάνεται, όπως και ο κίνδυνος χρωμοσωμικών ανωμαλιών και αποβολών.

Η ανδρική υπογονιμότητα από την άλλη πλευρά μπορεί να οφείλεται σε παράγοντες όπως οι ορμονικές διαταραχές (χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης, προβλήματα του θυρεοειδούς), οι μολυσματικές ασθένειες (παρωτίτιδα, βλεννόροια, χλαμύδια), απόφραξη του σπερματικού πόρου, τραυματισμός των όρχεων, παλίνδρομη εκσπερμάτωση, κισσοκίλη. Αλλά ένας από τους βασικότερους παράγοντες είναι ο τρόπος ζωής καθώς η κατανάλωση φαρμάκων ή ουσιών, όπως το αλκοόλ, το κάπνισμα, τα αναβολικά, η κοκαΐνη, η μαριουάνα, μπορούν να επηρεάσουν την ανδρική γονιμότητα.

Προκειμένου, λοιπόν, να τεκνοποιήσουν πολλά ζευγάρια καταφεύγουν σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και κυρίως στη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης (I.V.F). Κατά τη μέθοδο αυτή οι ωοθήκες διεγείρονται φαρμακευτικά για να παράγουν ωάρια. Η διαδικασία αυτή παρακολουθείται στενά με υπερηχογραφήματα και ορμονικές εξετάσεις. Όταν τα ωάρια ωριμάσουν γίνεται ωοληψία με υπερηχογραφικό έλεγχο και τοπική αναισθησία. Τα ωάρια γονιμοποιούνται στο εργαστήριο με τα σπερματοζωάρια του συζύγου και τα γονιμοποιημένα ωάρια μεταφέρονται στη μήτρα δυο ή τρεις μέρες αργότερα.

Τα ποσοστά της επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι τόσο μεγαλύτερα, όσο πιο συστηματικά ερευνηθεί το ζευγάρι πριν από την προσπάθεια. Φυσικά εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικία της γυναίκας και από την αιτία της υπογονιμότητας. Ωστόσο η επιτυχία κυμαίνεται σε ποσοστό 35% - 40% για

γυναίκες κάτω των 40 ετών. Στο 70% των περιπτώσεων κυοφορείται ένα έμβρυο, στο 30% περίπου έχουμε δίδυμη κύηση ενώ σε ποσοστό μικρότερο του 1% παρουσιάζεται τρίδυμη ή τετράδυμη κύηση.

Όμως η χρήση των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχει οδηγήσει στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της πολύδυμης κύησης, η οποία ορίζεται ως η παρουσία 2 ή περισσότερων εμβryών στην κοιλότητα της μήτρας. Η πιθανότητα αυτόματης σύλληψης μιας πολύδυμης κύησης, ως παράγοντας κληρονομικότητας, ανέρχεται σε ποσοστό 1% - 2%.

Ο αριθμός των εμβryών που μπορούν να εμφυτευθούν θα πρέπει να συμφωνείται εκ των προτέρων μεταξύ του γιατρού και του ζευγαριού. Ωστόσο θα πρέπει να ακολουθούνται κάποια πρωτόκολλα αναφορικά με την ηλικία:

Σε ηλικίες < 35, οι οποίες έχουν καλή πρόγνωση, θα πρέπει να μεταφέρεται μόνο 1 έμβρυο. Στην αντίθετη περίπτωση, όταν δηλαδή η πρόγνωση δεν είναι ικανοποιητική, θα πρέπει να μεταφέρονται 2 έμβρυα.

Σε ηλικίες 35 - 37, οι οποίες έχουν καλή πρόγνωση, όχι περισσότερα από 2 έμβρυα. Σε αντίθετη περίπτωση θα πρέπει να μεταφέρονται έως 3 έμβρυα.

Σε ηλικίες 38 - 40, οι οποίες έχουν καλή πρόγνωση, θα πρέπει να μεταφέρονται όχι περισσότερα από 3 έμβρυα. Σε αντίθετη περίπτωση, θα πρέπει να μεταφέρονται έως 4 έμβρυα.

Σε ηλικίες > 40 δεν θα πρέπει να μεταφέρονται περισσότερα από 5 έμβρυα.

Σε ζευγάρια με δυο ή περισσότερες αποτυχημένες I.V.F ή λιγότερο ικανοποιητική πρόγνωση ο αριθμός των μεταφερόμενων εμβryών εξαρτάται από τις εκάστοτε περιστάσεις (δηλαδή την ποιότητα των γονιμοποιημένων ωαρίων, την επιθυμία του ζευγαριού).

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τη νέα νομοθεσία ο αριθμός των εμβryών, που επιτρέπεται να μεταφερθούν, κυμαίνεται από 2 - 4 έμβρυα ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Αν και το προσδοκώμενο αποτέλεσμα μιας θεραπείας υπογονιμότητας είναι μια μονήρης κύηση, εντούτοις με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης αυξάνονται οι πιθανότητες μιας πολύδυμης κύησης. Και παρόλο που πολλά ζευγάρια στην προοπτική μιας τέτοιας κύησης είναι δεκτικά, θα πρέπει πρωτίστως να γνωρίζουν και να κατανοήσουν τους ενδεχόμενους κινδύνους της πολυδυμίας.

Στις μητρικές επιπλοκές, εκτός από την αύξηση των συμπτωμάτων μιας μονήρους κύησης όπως οι εμετοί και οι ναυτίες, η μεγαλύτερη αύξηση του βάρους σώματος, περιλαμβάνονται και:

- Υπέρταση προεκλαμψία, συμβαίνει πολύ νωρίτερα και συχνότερα σε σύγκριση με μια μονήρη κύηση.
- Αιμορραγίες, κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τον τοκετό, επίσης συμβαίνουν σε μεγαλύτερο βαθμό.



- Διαβήτης κύησης, αναιμία και υδράμνιο (αύξηση αμνιακού υγρού).
- Η προοπτική μιας καισαρικής τομής είναι σίγουρη, τόσο στην περίπτωση δίδυμης, όσο και τρίδυμης κύησης.

Στις εμβρυϊκές και νεογνικές επιπλοκές περιλαμβάνονται:

- Ο πρόωρος τοκετός. Συμβαίνει στο 50% των δίδυμων κυήσεων και στο 90%!!! στις τρίδυμες κυήσεις. Σε σύγκριση με μια μονήρη κύηση στην οποία η διάρκειά της είναι 37 - 40 εβδομάδες, στις δίδυμες κυήσεις η διάρκειά της φτάνει μέχρι την 35η εβδομάδα, ενώ σε μια τρίδυμη κύηση η διάρκεια φτάνει μέχρι την 33η εβδομάδα. Ο πρόωρος τοκετός αποτελεί σημαντικό πρόβλημα, γιατί συνδέεται με σοβαρές εμβρυϊκές επιπλοκές και αυξημένη νεογνική θνησιμότητα. Οι επιπτώσεις στην σωματική και στην νοητική εξέλιξη τους εξαρτώνται από το βαθμό της προωρότητας.
- Σε σύγκριση με ένα νεογνό, ένα δίδυμο κινδυνεύει επτά φορές περισσότερο να πεθάνει στο πρώτο τρίμηνο της ζωής του, ενώ ένα τρίδυμο είκοσι φορές περισσότερο.
- Το χαμηλό βάρος γέννησης, κατά μέσο όρο τα δίδυμα στα 2500 γραμ. ενώ τα τρίδυμα στα 1800 γραμ.
- Η νεογνική νοσηρότητα αυξάνεται

επίσης, καθώς τα πρόωρα νεογνά εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό επιπλοκές όπως το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, η ενδοκοιλιακή αιμορραγία κ.α.

Οι επιπλοκές ωστόσο των πολύδυμων κυήσεων με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης αντιμετωπίζονται σε πολύ μεγάλα ποσοστά με επιτυχία. Οι πολύδυμες κυήσεις είναι πλέον ένα φαινόμενο καθημερινό και σύμφωνα με μια έρευνα στις Η.Π.Α το 2001 από τις 26.550 εγκυμοσύνες που προέκυψαν με τη χρήση της μεθόδου της εξωσωματικής γονιμοποίησης, το 58% ήταν μονόδυμες, το 29% ήταν δίδυμες, και περίπου 7% ήταν τρίδυμες. Από τις κυήσεις αυτές γεννήθηκαν 21.813 νεογνά, και μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 5% κατέληξαν σε αποβολή.

Η παρακολούθηση της πολύδυμης κύησης είναι ουσιαστικά ίδια με της μονήρους κύησης, ειδικά κατά το πρώτο ήμισυ της κύησης, ενώ στο δεύτερο ήμισυ είναι παρόμοια με την παρακολούθηση μιας κύησης υψηλού κινδύνου. Μέχρι την 24η εβδομάδα η συχνότητα των επισκέψεων, μια φορά το μήνα, είναι συνήθως αρκετή. Κατά την 11η - 13η εβδομάδα μπορεί να γίνει ο έλεγχος της αυχενικής διαφάνειας στα έμβρυα με ή χωρίς τον έλεγχο PAPP - A και β - χοριακής γοναδοτροπίνης για έλεγχο χρωμοσωμικών ανωμαλιών.

Μετά τη 14η εβδομάδα μπορεί να γίνει το α - test για τους ίδιους λόγους, αλλά και για έλεγχο πιθανών ανωμαλιών του νωτιαίου σωλήνα. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του α - test, όταν πρόκειται για πολύδυμη κύηση, παρουσιάζει ίσως κάποια δυσκολία. Κατά την 16η - 17η εβδομάδα, εάν υπάρχουν ενδείξεις, μπορεί να γίνει αμνιοπαρακέντηση με ιδιαίτερη προσοχή. Εναλλακτικά, προτείνεται νωρίτερα (11η - 13η εβδομάδα) η βιοψία τροφοβλάστης. Εάν από τον έλεγχο αυτό προκύψει ανωμαλία σε ένα από τα έμβρυα, μπορεί να προταθεί μείωση του πάσχοντος εμβρύου.

Κατά την 20η - 22η εβδομάδα γί-

νεται υπερηχογράφημα δεύτερου επιπέδου για την πλήρη ανατομική εκτίμηση των εμβρύων, ενώ συνήθως ένα μήνα μετά (κατά την 24η εβδομάδα) εκτιμάται το μήκος του τραχήλου και αξιολογείται η αιματική ροή των μητριάων και εμβρυϊκών αγγείων με Doppler υπερηχογραφήματα. Σκοπός του τελευταίου υπερηχογραφήματος είναι η πρόβλεψη κατά το δυνατόν του πρόωρου τοκετού, της προεκλαμψίας και της υπολειπόμενης ενδομήτριας ανάπτυξης. Από την 24η εβδομάδα και πλέον συνίσταται υπερηχογραφικός έλεγχος της ανάπτυξης των εμβρύων ανά δυο εβδομάδες.

Τέλος η μητέρα μπορεί να αναλάβει έναν ρόλο πιο ενεργό στην καταγραφή των εμβρύων μετρώντας τις εμβρυϊκές κινήσεις κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης στιγμής της μέρας. Αυτή η μέθοδος αναφέρεται ως «χτυπήματα» του εμβρύου. Ένας μέσος όρος περίπου 6,4 «χτυπήματα» το λεπτό έχει αναφερθεί για έμβρυα μιας πολύδυμης κύησης κατά τη 32η εβδομάδα της κύησης. Γενικότερα, η μητέρα δεν μπορεί να διαχωρίσει πιο έμβρυο κινείται, αλλά μια μείωση των εμβρυϊκών κινήσεων θα πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό.

Εκτός όμως από τις ανωτέρω μεθόδους παρακολούθησης για τη διατήρηση μιας ασφαλούς πολύδυμης κύησης, υπάρχουν και περιπτώσεις στις οποίες κρίνεται αναγκαία η μείωση του αριθμού των εμβρύων. Η μείωση στην πολύδυμη κύηση είναι μια τεχνική κατά την οποία μειώνεται ο αριθμός των εμβρύων σε μια προσπάθεια να αυξηθεί η πιθανότητα ότι η κύηση θα συνεχιστεί. Επιπροσθέτως, οι κίνδυνοι για τη μητέρα και για τα έμβρυα που παραμένουν μειώνονται. Αυτή η διαδικασία συνίσταται να γίνεται όταν υπάρχουν τέσσερα ή περισσότερα έμβρυα στη μήτρα. Ο αριθμός των εμβρύων συνήθως μειώνεται στα δυο, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μειώνεται και σε ένα. Λόγω του γεγονότος ότι οι δίδυμες και οι τρίδυμες κυήσεις σε γενικές γραμμές έχουν καλύτερη πρόγνωση από τις μεγαλύτερες πολυδυμίες, η μείωση σε

αυτές τις περιπτώσεις συνίσταται σπάνια, παρόλο που μπορεί να προκύψει υπό ορισμένες συνθήκες.

Η μείωση στην πολύδυμη κύηση συνήθως λαμβάνει χώρα μεταξύ της 9ης και της 12ης εβδομάδας της κύησης, αλλά έχει εφαρμοστεί και την 24η εβδομάδα. Η διαδικασία έχει μεγαλύτερη επιτυχία όταν εφαρμόζεται νωρίτερα στην κύηση. Κατά την διαδικασία ο κίνδυνος μιας ενδεχόμενης αποβολής ανέρχεται σε ποσοστό 4% - 5%.

Συμπερασματικά, λοιπόν, μια πολύδυμη κύηση προκύπτει κυρίως με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης και παρόλο που θεωρείται u969 ως κύηση υψηλού κινδύνου, μπορεί να παρακολουθηθεί και να συνεχιστεί μέχρι το πέρας της με επιτυχή έκβαση και σε αυτό συμβά-

λουν σημαντικά οι σύγχρονες μέθοδοι παρακολούθησης της κύησης.

#### Βιβλιογραφία

I. Chitkara U., Berkowitz R.L, 2002, Multiple gestations, In S.G.Gabbe, J.R.Niebyl & J.L.Simpson, Obstetrics. Normal and problem pregnancies, New York, Churchill Livingstone.

II. Daskalakis J., Papantoniou E., Koutsodimas B., Papapanagiotou A., Antsalakis J., 2000, Fetal fibronectin as a predictor of preterm birth, Journal of Obstetrics and Gynecology.

III. Flynn K., 1999, Preterm labor and premature rupture of membranes, High risk and critical care intrapartum nursing, L.K.Mandeville & N.H.Troiano, Philadelphia

IV. Jams J.D, 2002, Preterm birth, Obstetrics, Normal and problem pregnancies, New York, Churchill

Livingstone.

V. Gilleland C, 1999, Multiple births multiply the risks, Journal of Newborn Nursing.

VI. Littleton L.Y, Engebretson J.C, 2002, Maternal, neonatal and women's health nursing, New York, Delmar Tomson Learning.

VII. Luke B.,Eberlein T., 1999, When you're expecting twins, triplets, or quads, New York, Quill.

VIII. Μπόντης Ν.Ι., 2002, Βασικές γνώσεις μαιευτικής και γυναικολογίας, University studio press, Θεσσαλονίκη.

IX. <http://www.American Journal of Obstetrics and Gynecology.com>

X. <http://www.WHO.org>

XI. <http://www.medcare.com>

XII. <http://www.midwifery.com>

XIII. <http://www.obstetrics.com>

XIV. <http://www.health.com>

XV. <http://www.medicine.com>

## Η βάπτισμα του πρώτου παιδιού της Μονάδας Ανθρώπινης Αναπαραγωγής

**Σ**τις 7 Σεπτεμβρίου 2008, στον Ιερό Ναό Κοιμήσεως της Θεοτόκου Καβάλας έγινε η βάπτισμα του πρώτου παιδιού που γεννήθηκε μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση που πραγματοποιήθηκε στη Μονάδα Ανθρώπινης Αναπαραγωγής του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου. Στο παιδί δόθηκε το όνομα Μαρία-Αντωνία και νονά ήταν η Καλλιόπη Λουτράδη, Κλινική Εμβρυολόγος της Μονάδας Ανθρώπινης Αναπαραγωγής. Στη βάπτισμα παραβρέθηκαν ο Καθηγητής Βασίλειος Ταρλατζής, Διευθυντής Α΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής, καθώς και η Στέλλα Ηλιάσκου, Μαία.

Να μας ζήσει και ευχόμαστε στο προσωπικό της Μονάδας κάθε επιτυχία στο έργο της.



# Παραμέληση και Εγκατάλειψη Ατόμων Τρίτης Ηλικίας

Γράφει ο **Αрсένης Κωσταρέλης**,  
Κοινωνικός Λειτουργός ΓΝΠ\*

Οι δημογραφικές και κοινωνικές αλλαγές που συμβαίνουν στις σύγχρονες κοινωνίες έχουν αλλάξει το ηλικιακό χάρτη του πληθυσμού και έχουν δημιουργήσει νέες κοινωνικές συνθήκες και ανάγκες. Η τρίτη ηλικία παρουσιάζεται ως η ομάδα που το ποσοστό της αυξάνεται συνεχώς ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού και κατά συνέπεια, έχουν αρχίσει να γίνονται πιο έντονα και τα προβλήματα που αυτή αντιμετωπίζει. Το θέμα της φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων προβάλλει πλέον ως μια από τις βασικότερες κοινωνικές ανάγκες, ενώ φαινόμενα όπως αυτά της παραμέλησης και της εγκατάλειψης ηλικιωμένων γίνονται ολοένα και περισσότερο αισθητά. Τα φαινόμενα αυτά είναι πολυδιάστατα και πολυάριθμοι οι παράγοντες που μπορούν να τα προκαλέσουν. Κατά συνέπεια και η αντιμετώπιση τους χρειάζεται μια ολιστική προσέγγιση και την εμπλοκή του συνόλου των παραγόντων (κοινωνικές δομές και δομές υγείας) που μπορούν να λειτουργήσουν υποστηρικτικά. Οι κοινωνικές πολιτικές που στοχεύουν στην τρίτη ηλικία πολλές φορές φαίνεται να μην μπορούν να ανταποκριθούν στα νέα δεδομένα και στις νέες προκλήσεις, ωστόσο η σημασία του προβλήματος έχει γίνει αντιληπτή και παρατηρείται κινητικότητα στο θέμα του επαναπροσδιορισμού των πολιτικών και των δράσεων για τους ηλικιωμένους.

*\*Απόσπασμα από την παρουσίαση εισήγησης του συντάκτη του κειμένου κατά τη διάρκεια της Νοσηλευτικής Ημερίδας με τίτλο «Νοσηλευτική και 3η Ηλικία» στις 22 Μαΐου 2009 που διοργάνωσε η Νοσηλευτική Υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.*

**ΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ** αλλαγές που λαμβάνουν χώρα τις τελευταίες δεκαετίες έχουν επηρεάσει καταλυτικά, τον τρόπο με τον οποίο είναι δομημένες οι κοινωνίες καθώς και τους ρόλους και τις σχέσεις των ατόμων στα πλαίσια του κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο διαβιούν. Σημαντικές είναι οι αλλαγές οι οποίες έχουν επέλθει στη δομή και στη λειτουργία του βασικού κυττάρου της κοινωνικής δομής, την οικογένεια.

Η παραδοσιακή εκτεταμένη οικογένεια έχει δώσει τη θέση της στον τύπο της πυρηνικής οικογένειας, ενώ παράλληλα νέες μορφές οικογενειακής δομής έχουν αρχίσει να παρουσιάζονται (π.χ. μονογονεϊκή). Ο ρόλος και η θέση των ατόμων μέσα στα πλαίσια της οικογένειας έχουν επίσης αλλάξει ριζικά, με σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινή τους διαβίωση. Για παράδειγμα τα άτομα της τρίτης ηλικίας δεν αποτελούν πια μέλη μιας εκτεταμένης οικογένειας, αλλά το ηλικιωμένο ζεύγος είναι μια αυτόνομη οικογενειακή οντότητα η οποία, σε πολλές περιπτώσεις, θα καταλήξει στη μοναχική πορεία του ενός από τα μέλη του ζεύγους. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας ωστόσο εμφανίζονται εξαιρετικά ευάλωτα και με ιδιαίτερες δυσκολίες στην κάλυψη των αναγκών τους, εξαιτίας των αλλαγών που επέρχονται σε βιολογικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

Η κάλυψη των αναγκών των ατόμων της τρίτης ηλικίας απαιτεί τη στήριξη τόσο του οικογενειακού όσο και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος, προκειμένου οι ηλικιωμένοι να ανταποκρίνονται με μεγαλύτερη αυτονομία στις ανάγκες τους και να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Η απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος (οικογενειακού, συγγενικού, φιλικού), ή η έλλειψη ενδιαφέροντος από μέρους του όταν αυτό υπάρχει, σε συνδυασμό με την έλλειψη ή την απουσία υποστηρικτικών κοινωνικών δομών, ενισχύουν την εμφάνιση φαινομένων όπως αυτών της παραμέλησης και της εγκατάλειψης.

Τα φαινόμενα αυτά τα οποία έχουν αρχίσει να παρουσιάζονται ιδιαίτερα έντονα, θα αρχίζουν να έχουν μεγαλύτερη συχνότητα, δεδομένης της αύξησης του ποσοστού των ηλικιωμένων μελλοντικά και της μη ανάλογης λήψης, σε ικανοποιητικό βαθμό, δράσεων που στοχεύουν στην προστασία και την στήριξη των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

### **Παραμέληση και Εγκατάλειψη**

Οι έννοιες της παραμέλησης και της εγκατάλειψης των ηλικιωμένων αποτελούν δύο διαστάσεις της ευρύτερης έννοιας της κακοποίησης, η οποία σύμφωνα με τον ΠΟΥ ορίζεται ως μία μεμονωμένη ή επαναλαμβανόμενη ενέργεια, ή απουσία κατάλληλης ενέργειας, η οποία μπορεί να προξενήσει βλάβη ή ενόχληση σε ένα ηλικιωμένο άτομο». Η κακοποίηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας μπορεί να λάβει διάφορες διαστάσεις. Συγκεκριμένα περιγράφονται επτά διαφορετικές διαστάσεις, η οποία κάθε μία ακόμη και από μόνη της μπορεί να θεωρηθεί κάποιου είδους κα-



κοποίηση. Οι διαστάσεις αυτές είναι οι εξής: **Σωματική κακοποίηση, Σεξουαλική κακοποίηση, Συναισθηματική κακοποίηση, Οικονομική εκμετάλλευση, Παραμέληση, Αυτό-παραμέληση, Εγκατάλειψη.**

Η έννοια της παραμέλησης περιλαμβάνει την πρόσκαιρη ή μόνιμη έλλειψη φροντίδας των βασικών αναγκών ενός ηλικιωμένου, (όπως επαρκής σίτιση, ρουχισμός, στέγη, ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα) η οποία μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία και την ασφάλεια του ηλικιωμένου. Η έννοια της αυτό-παραμέλησης συνιστά ουσιαστικά μια προέκταση της έννοιας της παραμέλησης και αναφέρεται στο γεγονός όπου οι κύριοι λόγοι της παραμέλησης είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του ίδιου του ατόμου.

Εν συνεχεία, η έννοια της εγκατάλειψης, περιγράφεται ως το γεγονός της εγκατάλειψης ενός ηλικιωμένου χωρίς κάποια δικαιολογημένη αιτία, από το άτομο που έχει την επιμέλεια της φροντίδας του, και η οποία θέτει σε κίνδυνο ή χειροτερεύει την σωματική ή την ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκονταν το άτομο.

Την εμφάνιση των περιπτώσεων παραμέλησης και εγκατάλειψης ενισχύουν επίσης μια σειρά από παράγοντες

οι οποίοι γενικά καθιστούν πιο ευάλωτα τα άτομα της τρίτης ηλικίας, οι σημαντικότεροι από τους οποίους είναι οι εξής:

- Χρόνιες ασθένειες, απώλεια των σωματικών και αισθητηριακών λειτουργιών οδηγούν στην αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης σε ικανοποιητικό βαθμό, στην ανάγκη για βοήθεια στη προσωπική φροντίδα και τελικά στην έλλειψη αυτονομίας.
- Προβλήματα νοητικών και γνωστικών λειτουργιών, μελαγχολία και προβλήματα στην επικοινωνία επιφέρουν δυσκολίες τόσο στην αντίληψη όσο και στην σχέση με τους άλλους
- Κοινωνικοί παράγοντες: φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός, χαμηλό κοινωνικό status, έλλειψη στήριξης από την κοινότητα, στερεότυπα, πολιτισμικοί και γλωσσικοί παράγοντες (κυρίως στην περίπτωση ηλικιωμένων μεταναστών)
- Γενικότερες κοινωνικές συνθήκες και τάσεις: ανεπάρκεια πόρων για την κάλυψη κοινωνικών αναγκών, απουσία πολιτικών που να στοχεύουν στην τρίτη ηλικία, αλλαγή του μοντέλου οικογενειακής δομής, έλλειψης στο νομικό πλαίσιο που αφορά την προστασία και την κατοχύρωση δικαιωμάτων των πολιτών που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.

### Μορφές παραμέλησης και εγκατάλειψης

Οι μορφές της κακομεταχείρισης που παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανιστούν είναι η πλημμελής σωματική φροντίδα των ηλικιωμένων και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης, κύρια χαρακτηριστικά της παραμέλησης και της εγκατάλειψης. Η κακοποίηση και κατά συνέπεια τόσο η παραμέληση όσο και η εγκατάλειψη μπορεί να συμβούν σε οποιοδήποτε ηλικιωμένο είτε αυτός ζει μόνος του είτε ζει μαζί με κάποιο άλλο άτομο π.χ με την οικογένειά του. Επίσης μπορεί να συμβούν σε οποιοδήποτε μέρος το οποίο υποθετικά θεωρείται ασφαλές (σε ένα νοσοκομείο, στο σπίτι από τους επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα στο σπίτι, σε ένα κέντρο ημερήσιας φροντίδας σε ένα ίδρυμα) ενώ οι αιτίες τους μπορεί να είναι αποτέλεσμα των ενεργειών μελών της οικογένειας ή του προσωπικό των υπηρεσιών που παρέχει φροντίδα στους ηλικιωμένους. Σημάδια τα οποία υποδηλώνουν παραμέληση ενός ηλικιωμένου μπορεί να αποτελέσουν το χάσιμο βάρους, η συχνή εικόνα έλλειψης

ατομικής υγιεινής, η έλλειψη ιατρικής παρακολούθησης και η μη εφαρμογή της θεραπείας που συνιστά ο γιατρός, η έλλειψη κοινωνικών συναναστροφών και επικοινωνίας.

Πιο συγκεκριμένα η παραμέληση μπορεί να αφορά ενέργειες του ατόμου το οποίο έχει αναλάβει την ευθύνη για τη φροντίδα του ηλικιωμένου, οι οποίες όμως εν τέλει δεν παρέχουν επαρκή φροντίδα, με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται οι σωματικές, κοινωνικές ή συναισθηματικές ανάγκες του ηλικιωμένου προσώπου. Η παραμέληση μπορεί να περιλαμβάνει στέρηση τροφής, νερού, ρουχισμού, φαρμάκων και βοήθειας στις καθημερινές δραστηριότητες και την προσωπική υγιεινή. Αν ο παρέχων βοήθεια έχει την ευθύνη της πληρωμής των λογαριασμών του ηλικιωμένου, η παραμέληση μπορεί να αφορά στη μη πληρωμή τους ή στον ανεύθυνο χειρισμό των οικονομικών του ηλικιωμένου (ΚΕΥΘΚΚΑ, 2007).

Από την άλλη πλευρά, σχετικά με την εγκατάλειψη, σημάδια τα οποία ενδέχεται να σημαίνουν την παρουσία της, αποτελούν η μη απάντηση σε τηλεφωνικές κλήσεις, η ξαφνική διακοπή των επισκέψεων μελών της οικογένειας ή των υπηρεσιών που παρέχουν φροντίδα στο ηλικιωμένο, ή όταν για κάποιο χρονικό διάστημα δεν έχουμε δει τον ηλικιωμένο ή έχει σταματήσει να πραγματοποιεί καθημερινές δραστηριότητες.

Ηλικιωμένοι οι οποίοι ζουν στο δρόμο, σε δημόσιους χώρους (π.χ. πάρκα), σε εγκαταλειμμένα κτήρια, με έλλειψη φροντίδας της ατομικής τους υγιεινής, ηλικιωμένοι που ζουν ουσιαστικά έγκλειστοι σε κάποιο σπίτι χωρίς να έχουν κοινωνικές επαφές, αποτελούν άτομα τα οποία μπορεί να βρίσκονται σε εγκατάλειψη.

Πολλές φορές επίσης συναντάται το φαινόμενο της εγκατάλειψης των ηλικιωμένων σε νοσοκομεία ή γηροκομεία από τους συγγενείς που αδυνατούν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Οι συγγενείς ενδέχεται να μην

δίνουν προσωπικά τους στοιχεία (όπως αριθμό τηλεφώνου, διεύθυνσης) τα οποία είναι απαραίτητα για την επικοινωνία μαζί τους και να μην συμμετέχουν, σε συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες, στο σχεδιασμό των ενεργειών που αφορούν την επάνοδο του ηλικιωμένου στο οικείο περιβάλλον του, μετά από την έξοδο του από το νοσοκομείο.

Μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση σχετικά με την εγκατάλειψη και την παραμέληση των ηλικιωμένων παρουσιάζεται στην έκθεση του ευρωβαρόμετρου για το 2007.





Ένα μεγάλο μέρος των ερωτηθέντων της έρευνας ,που αφορά το κομμάτι της τρίτης ηλικίας το οποίο δέχεται κάποιου είδους βοήθεια (από οικογένεια ή φορείς), θεωρεί ότι το 47% των ηλικιωμένων δέχεται συχνά κάποιο είδος κακομεταχείρισης ενώ 41% θεωρεί ότι υπάρχει κακομεταχείριση αλλά, αυτή συμβαίνει σπάνια ή πολύ σπάνια(AGE, 2008).

Όστοςο τα χαρακτηριστικά τα οποία σκιαγραφούν εικόνες παραμέλησης και εγκατάλειψης, δεν θα πρέπει να αποτελούν a priori αποδείξεις ύπαρξης των φαινομένων αυτών. Θα πρέπει όμως να λαμβάνονται υπόψη ως ενδείξεις που πιθανώς σηματοδοτούν την έναρξη της εμφάνισης τέτοιων καταστάσεων και ουσιαστικά συνιστούν προειδοποίηση ότι θα πρέπει να δοθεί περισσότερο βάρος στην φροντίδα των ηλικιωμένων που βρίσκονται σε αυτήν κατάσταση ή παρουσιάζουν αυτή την εικόνα.

**Ένα παράδειγμα παραμέλησης και εγκατάλειψης:** Το καλοκαίρι του 2003 ένα παρατεταμένος καύσωνας έπληξε τη Γαλλία. Η αναποτελεσματική διαχείριση της κατάστασης από τη γαλλικές αρχές είχε σαν αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι να χάσουν τη ζωή τους.

Όλοι σχεδόν οι άνθρωποι που έχασαν τη ζωή ήταν ανάπηροι ή ηλικιωμένοι, οι οποίοι κατά την περίοδο του καύσωνα, βρίσκονταν σε γηροκομεία, άσυλα, ιδρύματα προσωρινής φροντίδας ή μόνοι στο σπίτι, ενώ οι οικογένειές τους έλειπαν σε διακοπές. Η γαλλική κυβέρνηση δεν κάλεσε ποτέ τις οικογένειες να επιστρέψουν, δεν ανακάλεσε τις άδειες του προσωπικού, δεν κινητοποίησε επαρκώς τις υπηρεσίες διάσωσης αν και η περίοδος του καύσωνα ήταν παρατεταμένη και ο αριθμός των νεκρών αυξάνονταν συνεχώς καθημερινά. Αξιοσημείωτη επίσης ήταν η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και προσωπικού για την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (14000 άτομα). Ως αποτέλεσμα της σοβαρής αμέλειας, των ελλείψεων και της αδυναμίας διαχείρισης της κρίσης ήταν ο τελικός απολογισμός να περιλαμβάνει τη διαγραφή 14 800 ατόμων από τα μητρώα των κοινωνικών υπηρεσιών της Γαλλίας (GAA, 2003).

Η γαλλική κυβέρνηση στην προσπάθεια για την βελτίωση του συστήματος παροχής ιατρικών και κοινωνικών

υπηρεσιών, πρότεινε την κατάργηση της αργίας του Αγίου Πνεύματος προκειμένου να εξοικονομηθούν 1 δις ευρώ και να χρηματοδοτηθούν υπηρεσίες για τη παροχή κοινωνικής και ιατρικής φροντίδας στους ηλικιωμένους. Μπορεί η πρόταση να δημιούργησε σημαντικές αντιδράσεις, ωστόσο κατέστη σαφές ότι οι κάθε είδους υπηρεσίες που στόχο έχουν την παροχή υπηρεσιών φροντίδας στα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι ανεπαρκής και ότι κρίνεται απαραίτητη η θέσπιση νέων μέτρων και εναλλακτικών θεσμών για την προστασία αυτής της ευπαθούς ομάδας του πληθυσμού.

### **Δομές φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα**

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αρχίσει να λαμβάνουν χώρα δράσεις οι οποίες στοχεύουν στην παροχή φροντίδας και προστασίας των ηλικιωμένων εκτός των πλαισίων τα οποία έχουν ιδρυματική μορφή. Σκοπός των δράσεων αυτών είναι η παραμονή των ηλικιωμένων στην κοινότητα, κοντά στο οικογενειακό περιβάλλον και η αποφυγή της ιδρυματικής κλειστής περιθάλψης, λειτουργώντας ενισχυτικά και υποστηρικτικά προς την οικογένεια και με σκοπό να μειώσουν την πίεση που δέχεται το οικογενειακό περιβάλλον από την συνεχή μέριμνα για τη φροντίδα του ηλικιωμένου. Τέλος στοχεύουν στη διατήρηση των κοινωνικών και ατομικών δεξιοτήτων και στην διατήρηση και ενίσχυση του ρόλου των ηλικιωμένων ως μελών της κοινότητας.

Οι δομές οι οποίες στοχεύουν στα θέματα της φροντίδας των ατόμων της τρίτης ηλικίας θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε δύο ομάδες. Οι δομές ανοικτού τύπου, οι οποίες ως σκοπό έχουν τη φροντίδα και την στήριξη των ηλικιωμένων στο οικείο περιβάλλον και οι δομές κλειστού τύπου στις οποίες οι ηλικιωμένοι διαμένουν σε μονάδες οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας σε ηλικιωμένους.

### **Δομές ανοικτού τύπου**

#### **Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)**

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1984. Οι δομές εντάσσονται στα πλαίσια των δήμων



και απευθύνεται σε άτομα άνω των 60 ετών που κατοικούν στα όρια του δήμου, ανεξάρτητα από οικονομικά ή κοινωνικά κριτήρια. Σκοπός των ΚΑΠΗ είναι από τη μια πλευρά η παραμονή και η σύνδεση των ατόμων με το περιβάλλον της κοινότητας, η ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής και η αποφυγή φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού και από τη άλλη πλευρά η πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη.

Οι ειδικότητες που εργάζονται σε ένα ΚΑΠΗ περιλαμβάνουν Γιατρούς, Ψυχολόγους, Κοινωνικούς λειτουργούς, Φυσιοθεραπευτές, Εργοθεραπευτές, Επισκέπτες Υγείας ή Νοσηλευτές.

Οι υπηρεσίες που προσφέρει περιλαμβάνουν:

- Συμβουλευτική, ψυχοσυναισθηματική στήριξη, κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους
- Φροντίδα και οδηγίες για Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή Περίθαλψη
- Φυσιοθεραπεία και εργοθεραπεία
- Συμμετοχή σε προγράμματα λουτροθεραπείας και θερμών κατασκευών
- Προγράμματα εθελοντισμού
- Ψυχαγωγία και συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες

#### **Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)**

Σύμφωνα με το σχέδιο περιγραφής της συγκεκριμένης δράσης του Υπουργείου Υγείας, το πρόγραμμα αποσκοπεί στην παραμονή των ατόμων της τρίτης ηλικίας στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατή-

ρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με ηλικιωμένο μέλος, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας.

Τα ΚΗΦΗ απευθύνονται σε ηλικιωμένα άτομα που παρουσιάζουν αδυναμία στην αυτοεξυπηρέτηση, των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει. Τα ΚΗΦΗ αναπληρώνουν αυτό το κενό με την παροχή οργανωμένης κοινωνικής φροντίδας, σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους ημερήσιας ή/ και ολιγόωρης παραμονής.

Τα ΚΗΦΗ παρέχουν υπηρεσίες ημερήσιας φιλοξενίας, στις οποίες περιλαμβάνονται:

- νοσηλευτική φροντίδα
- φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- ατομική υγιεινή
- προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
- προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

Επίσης μπορεί να υπάρχει η δυνατότητα μετακίνησης των φιλοξενούμενων από και προς το ΚΗΦΗ, εφόσον διαθέτει μεταφορικό μέσο. Τα ΚΗΦΗ διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με ΚΑΠΗ που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή, αξιοποιώντας την εμπειρία των στελεχών στην καταγραφή και αξιολόγηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων της περιοχής, αλλά και την προσφορά εργασίας στελεχών του ΚΑΠΗ οι ειδικότητες των οποίων δεν περιλαμβάνονται στο βασικό κορμό των στελεχών του ΚΗΦΗ. Οι ειδικότητες που απασχολούνται στα ΚΗΦΗ περιλαμβάνουν νοσηλευτή, κοινωνικούς φροντιστές και βοηθητικό προσωπικό.

#### **Βοήθεια Στο Σπίτι**

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» άρχισε να λειτουργεί από τα τέλη της δεκαετίας του 90. Γενικά, ο σκοπός του προγράμματος συνίσταται στην καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και της ιδρυματοποίησης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των δύο ομάδων στόχων του: των ατόμων της τρίτης ηλικίας και των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Μεγαλύτερη προτεραιότητα δίνεται στα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρευθούν, μένουν μόνοι τους και δεν διαθέτουν τους απαιτούμενους οικονομικούς πόρους που θα τους εξασφάλιζαν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και ανεξαρτησίας. Επιπλέον, έμμεσος στόχος του προγράμματος είναι η ενίσχυση και η βοήθεια του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος των εξυπηρετούμενων ατόμων, με την παροχή συμβουλευτικής, τη συμμετοχή στη φροντίδα και την πα-

ροχή υπηρεσιών που σε διαφορετική περίπτωση, η παροχή τους θα αποτελούσε μια επιπλέον οικονομική επιβάρυνση για την οικογένεια.

Η επίτευξη των σκοπών του προγράμματος επιτυγχάνεται μέσα από ενέργειες των επαγγελματιών που εργάζονται σ' αυτό και σε γενικές γραμμές στοχεύουν στα εξής:

- Παροχή συμβουλευτικής και ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης στις ομάδες στόχο και την οικογένεια
- Εξασφάλιση υπηρεσιών, παροχών και μέτρων κοινωνικής προστασίας
- Έμπρακτη υπεράσπιση και προώθηση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και ευαισθητοποίηση του άμεσου και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος
- Παροχή νοσηλευτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Οικογενειακή Οικιακή φροντίδα και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- Φροντίδας της ατομικής υγιεινής και καθαριότητας
- Διασυνδετικής με άλλους φορείς, δίκτυα, υπηρεσίες και προγράμματα για την αξιοποίηση των υπηρεσιών, μέσων και παροχών τους για την κάλυψη των αναγκών αξιοπρεπούς και υγιούς διαμονής, διαβίωσης, υγειονομικής περίθαλψης, σίτισης κ.λ.π.

Η ομάδα του κάθε προγράμματος περιλαμβάνει κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη και οικογενειακούς βοηθούς.

## Δομές κλειστού τύπου

### Μονάδες Κοινωνικής φροντίδας

Η κλειστή περίθαλψη των ηλικιωμένων ατόμων παρέχεται από τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, οι οποίες λειτουργούν με την μορφή ΝΠΙΔ και είναι μη κερδοσκοπικού (ιδρύονται από Φιλανθρωπικά Σωματεία, την Εκκλησία ή την ή την Τοπική Αυτοδιοίκηση) και κερδοσκοπικού χαρακτήρα (ιδρύονται από ιδιώτες). Για τη φροντίδα των οικονομικά αδυνάτων και ανασφάλιστων ηλικιωμένων αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων, το ΥΥΚΑ έχει συνάψει συμβάσεις με Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η χρηματοδότηση γίνεται από εθνικούς πόρους. Λειτουργούν 118 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων από ΜΚΟ με 13 από τις οποίες το Υπουργείο υπογράφει συμβάσεις για 166 κλίνες. Παράλληλα λειτουργούν 108 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων από ιδιώτες επιχειρηματίες (ΥΥΚΑ, 2005). Η ονομασία Μονάδες Κοινωνικής φροντίδας αποτελεί ένα νεολογισμό ο οποίος αναφέρεται στις μονάδες κλειστής περίθαλψης των ηλικιωμένων που στο παρελθόν αναφέρονταν ως γηροκομεία ή οίκοι ευγηρίας θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων.

## Γενικότερες κατευθύνσεις για μια ενιαία και αποτελεσματικότερη πολιτική για την Τρίτη ηλικία

Γενικότερα, ανεξάρτητα από τις πολιτικές που χρησιμοποιεί απέναντι στα προβλήματα της τρίτης ηλικίας κά-

θε χώρα και τον μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό επιτυχίας τους, υπάρχουν ορισμένα κοινά σημεία στα οποία οι διάφορες πολιτικές πρέπει να συγκλίνουν. Η σύγκλιση αυτή αφορά κυρίως τα δυνατά σημεία πετυχημένων δράσεων όπως το παράδειγμα της κατ' οίκον φροντίδας ενώ η διαφορετικότητα πρέπει να διατηρείται επίσης όπου το επιβάλλουν οι πολιτισμικές διαφορές και όπου αυτές είναι αιτία να ισχυροποιούνται οι δράσεις αυτές, όπως η αξιοποίηση των ισχυρών οικογενειακών δεσμών.

Η στήριξη της οικογένειας και η ενεργοποίηση της ως τμήμα του μηχανισμού προστασίας και φροντίδας των ηλικιωμένων, συμβάλλει στη διατήρηση της επαφής του ηλικιωμένου με το οικείο του περιβάλλον. Από την άλλη πλευρά αναγνωρίζει και στηρίζει, ηθικά και πρακτικά την άτυπη λειτουργία της οικογένειας ως παράγοντα κοινωνικής στήριξης των γηραιότερων μελών της κοινωνίας. Τέλος εξασφαλίζει τη διατήρηση ενός minimum επιπέδου κοινωνικοποίησης.

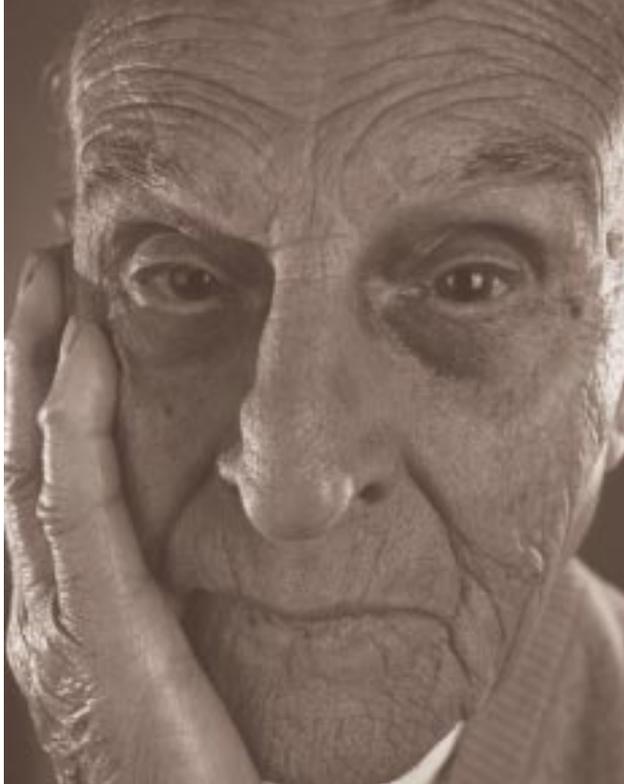
Η σύνδεση με την κοινότητα και η ενίσχυση της κοινωνικοποίησης των ηλικιωμένων δεν αποτελεί προσπάθεια μόνο των ανοικτών δομών φροντίδας αλλά και των κλειστών οι οποίες δεν αποτελούν ξένο σώμα, αποκομμένο από την υπόλοιπη κοινότητα. Η σύνδεση ατόμου κοινότητας αφορά ακόμη και τα άτομα τα οποία δεν μπορούν να ζουν ανεξάρτητα αλλά νοσηλεύονται σε κάποια εξωνοσοκομειακή δομή...

Η δημιουργία ενός κεντρικού οργάνου που θα έχει ως ρόλο το σχεδιασμό την οργάνωση και την εποπτεία της λειτουργίας των δομών που παρέχουν κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας κρίνεται επίσης απαραίτητη. Η παροχή πρέπει να περιλαμβάνει τόσο το την φροντίδα υγείας όσο και την κοινωνική φροντίδα. Οι δύο αυτές έννοιες είναι άρρηκτα δεμένες μεταξύ τους και η έλλειψη μια εξ αυτών δεν επιτρέπει την ολοκληρωμένη φροντίδα και στήριξη των ηλικιωμένων. Τα προβλήματα παρουσιάζονται συνήθως επειδή ενώ η ευθύνη για τη φροντίδα της υγείας ανήκει στο εθνικό σύστημα υγείας της κάθε χώρας, οι υπηρεσίες που είναι υπεύθυνες για την παροχή κοινωνικής φροντίδας αποτελούν ευθύνη της τοπικής αυτοδιοίκησης, χωρίς να συνδέονται αυτοί οι δύο πυλώνες μεταξύ τους...

Τέλος η σύνδεση και η συνέχεια της νοσοκομειακής φροντίδας με την φροντίδα που παρέχεται από τις δομές της κοινότητας, ενισχύει τη ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα όταν αυτοί αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας.

## Επίλογος

Η τρίτη ηλικία είναι ένα κομμάτι του πληθυσμού το οποίο συνεχώς θα καταλαμβάνει μεγαλύτερο ποσοστό ως μέρος του πληθυσμού τις επόμενες δεκαετίες. Παράλληλα αποτελεί μια κοινωνική ομάδα η οποία χρειάζεται περισσότερη στήριξη για την αντιμετώπιση των κοινωνικών και βιολογικών της αναγκών, την εξασφάλιση ενός ικα-



νοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής και αξιοπρέπειας.

Το πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης το οποίο έχει σκοπό την κοινωνική αλληλεγγύη, οι κοινωνικές πολιτικές και οι πολιτικές υγείας, πολλές φορές δεν καταφέρνουν να δημιουργήσουν πλαίσιο προστασίας για την ευπαθή αυτή ομάδα του πληθυσμού, με αποτέλεσμα ολοένα και περισσότερο να παρουσιάζονται εντονότερα φαινόμενα όπως αυτό της παραμέλησης και της εγκατάλειψης ατόμων της τρίτης ηλικίας. Επιπλέον κοινωνικές διεργασίες που έχουν ως αποτέλεσμα την αλλαγή της οικογενειακής δομής δημιουργούν νέους παράγοντες που επιδρούν ενισχυτικά στην εμφάνιση των καταστάσεων αυτών.

Πολλές χώρες έχουν προχωρήσει σε αλλαγές των κοινωνικών πολιτικών τους προκειμένου να αντιμετωπίσουν προβλήματα όπως αυτά της παραμέλησης και της εγκατάλειψης, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται έντονη κινητικότητα και σε χώρες όπου μέχρι τώρα στηρίζονταν στην οικογένεια. Οι πολιτικές αυτές είναι προσανατολισμένες στην κοινότητα, στην στήριξη της οικογένειας και ως στόχο έχουν την διακίνηση των ηλικιωμένων στο τόπο και τον χώρο κατοικίας τους, την κατά το δυνατότερο ανεξάρτητη διαβίωση τους, την αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού, και την επανακοινωνικοποίηση τους.

Στην Ελλάδα παρατηρείται επίσης κινητικότητα στο θέμα των πολιτικών για την τρίτη ηλικία, ωστόσο η συμβολή της οικογένειας είναι αυτή που αποτελεί την βασικό πυλώνα στήριξης των ηλικιωμένων. Οι ανοιχτές δομές κοινωνικής φροντίδας αν και κερδίζουν έδαφος στην συλλογική συνείδηση και συνοδεύονται από υψηλό βαθμό ικανοποίησης των χρηστών τους, παρέχοντας πολλές φορές το μοναδικό τρόπο αντιμετώπισης θεμάτων που αφορούν την φροντίδα των ηλικιωμένων αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης, στήριξης, και σύνδεσης με το ευρύτερο σύστημα υγείας και τις υπόλοιπες κοινωνικές υπηρεσίες.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### α) ελληνόγλωσση

Κέντρο Έρευνας και Υποστήριξης Θυμάτων Κακοποίησης και Κοινωνικού Αποκλεισμού: Η Συμβουλευτική στην Οικογένεια και στην Εργασία Τεύχος 5 Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2007

Τσαούσης Δ., "Η κοινωνία μας" οργάνωση, λειτουργία, δυναμική, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1995,

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, *Ετήσια Έκθεση για την Υγεία: Η υγειονομική Περίθαλψη και η Μέριμνα για τους Ηλικιωμένους* Αθήνα, Ιούνιος 2005

Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη 2005 - 2006 , Αθήνα 2005

### β) ξενόγλωσση

AGE (European Older People's Platform): «Κακοποίηση ηλικιωμένων, μια βασική προτεραιότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης» [www.age-platform.org](http://www.age-platform.org). 24/4/2009

Eurobarometer 2007, «Health and long-term care in the European Union», European Community, Brussels, 2008

Joan Costa - Font: *The Design of the Long-Term Care System in Spain: Policy and Financial Constraints*, Social Policy & Society 4:1, 1120, 2005

Cambridge University Press

Global Aciton on ageing, «France to Scrap Holiday to Pay for Elderly Care» October, NY, 2003

<http://www.globalaging.org/elderrights/world/pentecost.htm>, 24/4/09

Santana, S., Dias, A., Souza, E., Rocha, N. «The Domiciliary Support Service in Portugal and the change of paradigm in care provision », *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 2007

Tarricone P, Tsouros A.: «the solid facts: Home Care in Europe», WHO, Regional office for Europe, Copenhagen, 2008

## NΟΜΟΘΕΣΙΑ

<http://www.euro.who.int/Document/E91884.pdf>, 24/4/2009

1. Ν. 2646/1998 «Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις» (Φ.Ε.Κ. 236/ τα΄ / 26/10/1998)

Κ.Υ.Α. 4035/2001 «Σύστημα Διαχείρισης, Παρακολούθησης και Ελέγχου διαδικασία Εφαρμογής της Ενέργειας «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων» (Κ.Η.Φ.Η.), συγχρηματοδοτούμενης από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.), στο πλαίσιο των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (Π. Ε. Π.) του Γ΄ Κ.Π.Σ. (Φ.Ε.Κ.1127/ τβ΄ / 30-8-2001) και η τροποποίηση της (Κ.Υ.Α. 114574/2002 Φ.Ε.Κ.1503/τβ΄ / 2-12-2002).

Πρόληψη τώρα, πρόβλημα ποτέ...

# ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΥΣΗΣ



**Α**ν και η παχυσαρκία είναι ένα πρόβλημα του σύγχρονου ανθρώπου, η σημασία της ως παράγοντα κινδύνου αναγνωρίζεται ήδη από τα χρόνια του Ομήρου. Στην Οδύσσεια χαρακτηριστικά αναφέρεται: «Η φοβερή κοιλία, η καταστρεπτική, πολλά κακά προξενεί στους ανθρώπους».

Δυστυχώς όμως στις μέρες μας, το πρόβλημα της παχυσαρκίας έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας και μαστίζει ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων παγκοσμίως. Περισσότεροι από το 60% των Αμερικανών, ηλικίας άνω των 20 ετών, παρουσιάζουν αυξημένο βάρος. Το 25% των Αμερικανών είναι παχύσαρκοι. Όσο αφορά τη χώρα μας, βρίσκεται στην πρώτη θέση της κατάταξης των πιο παχύσαρκων λαών της Ευρώπης. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι στην Ελλάδα το 42% των ατόμων που επισκέπτονται τον γιατρό είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, έναντι του 38% του μέσου ευρωπαϊκού όρου.

## Τι είναι παχυσαρκία

Ως παχυσαρκία, ορίζεται η υπέρμετρη ανάπτυξη του λιπώδη ιστού. Πολλοί άνθρωποι όμως, εσφαλμένα χαρακτηρίζουν παχύσαρκο κάποιον που έχει πολύ αυξημένο σωματικό βάρος. Σε αντιδιαστολή με την παχυσαρκία, που αναφέρεται στο ποσοστό του λίπους, το αυξημένο σωματικό βάρος αναφέρεται στο σύνολο του σώματος και

αφορά όχι μόνο τον λιπώδη ιστό αλλά και τους μύες, τα οστά και τα υγρά. Έτσι, ορισμένα γυμνασμένα άτομα, όπως οι αθλητές, μπορεί να παρουσιάζουν αυξημένο σωματικό βάρος χωρίς όμως να είναι παχύσαρκοι.

## Πως μετριέται η παχυσαρκία

Η παχυσαρκία μετριέται με τον Δείκτη Μάζας Σώματος αλλά και με την κατανομή του λίπους στο σώμα, δηλαδή με την εξέταση της ύπαρξης και του μεγέθους της κοιλιακής παχυσαρκίας.

## Δείκτης Μάζας Σώματος

Ως Δείκτης Μάζας Σώματος, ορίζεται το ηλικίο του βάρους του σώματος σε κιλά με το τετράγωνο του ύψους σε εκατοστά:  $\Delta.Μ.Σ. = \text{kg}/\text{cm}^2$ . Ο φυσιολογικός Δ.Μ.Σ. κυμαίνεται μεταξύ του 18.5 και του 25. Τα άτομα με Δ.Μ.Σ. μεταξύ του 25 και του 30 θεωρούνται υπέρβαρα, ενώ τα άτομα με Δ.Μ.Σ. άνω του 30 θεωρούνται παχύσαρκα.

## Κοιλιακή παχυσαρκία

Σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα, μεγάλη σημασία έχει αν η εναπόθεση του λίπους παρουσιάζεται στην κοιλιά ή στους γλουτούς, δηλαδή αν έχει σχήμα αχλαδιού ή μήλου. Είναι πλέον γνωστό ότι το λίπος που



είναι αποθηκευμένο στην κοιλιά είναι πιο επικίνδυνο από το λίπος στους γλουτούς. Ενώ παλιά πιστεύαμε ότι τα λιποκύτταρα που συσσωρεύονται γύρω από την κοιλιά ήταν απλά αποθήκες λίπους, σήμερα γνωρίζουμε ότι εκκρίνουν διάφορες ουσίες που ευνοούν την εμφάνιση υπέρτασης, διαβήτη, στεφανιαίας νόσου και άλλων καρδιαγγειακών επεισοδίων.

Μπορούμε να αντιληφθούμε αν διατρέχουμε κίνδυνο παρατηρώντας απλά την κοιλιά μας ή μετρώντας την περιμέτρο της μέσης μας με μεζούρα. Η μέτρηση της περιμέτρου της μέσης, γίνεται στο μέσο της απόστασης μεταξύ των γλουτών και του κάτω μέρους των πλευρών, στη φάση της εκπνοής. Η περιμέτρος δεν πρέπει να ξεπερνά τα 102cm στους άνδρες και τα 88cm στις γυναίκες. Το άτομο με περιμέτρο μέσης που ξεπερνά αυτά τα όρια διατρέχει κίνδυνο εμφάνισης καρδιοπάθειας και σακχαρώδη διαβήτη.

### Που οφείλεται η παχυσαρκία

Η παχυσαρκία εμφανίζεται όταν προσλαμβάνουμε περισσότερες θερμίδες από όσες καταναλώνουμε. Εκδηλώνεται, δηλαδή, όταν υπάρχει διαταραχή του ισοζυγίου μεταξύ των θερμίδων που καταναλώνονται και των θερμίδων που προσλαμβάνονται. Τα αίτια της διαταραχής αυτής δεν έχουν ακόμη πλήρως διευκρινιστεί. Υπάρχουν όμως κάποιοι παράγοντες που θεωρούνται υπεύθυνοι για την παχυσαρκία όπως:

- Η διατροφή με πολλά λιπαρά ή πολλές θερμίδες
- Η καθιστική ζωή και η έλλειψη άσκησης
- Το οικογενειακό ιστορικό και οι γενετικοί παράγοντες
- Η ηλικία
- Οι διάφορες ενδοκρινοπάθειες, όπως ο υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο Cushing's, η κατάθλιψη, και διάφορες νευρολογικές παθήσεις που αυξάνουν το αίσθημα της όρεξης
- Κάποια φάρμακα όπως τα στεροειδή και ορισμένα αντικαταθλιπτικά, που μπορεί να οδηγήσουν στην αύξηση του σωματικού βάρους
- Η ψυχολογία και η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Πολλά άτομα τρώνε σαν απάντηση σε αρνη-

τικά συναισθήματα όπως η πλήξη, η οργή και η θλίψη.

### Ποιες είναι οι συνέπειες της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία δεν είναι απλά ένα πρόβλημα που σχετίζεται με την εξωτερική εμφάνιση. Είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας που ευθύνεται για πολλές νοσηρές καταστάσεις όπως ο διαβήτης τύπου 2, η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση, το εγκεφαλικό επεισόδιο, ενώ σχετίζεται επίσης με ορισμένους τύπους καρκίνου. Αξίζει να σημειωθεί ότι περίπου 280.000 θάνατοι ηλικιωμένων ατόμων στις Η.Π.Α. κάθε χρόνο οφείλονται στην παχυσαρκία. Οι παχύσαρκοι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από τους μη παχύσαρκους να εκδηλώσουν καρκίνο στο παχύ και το λεπτό έντερο και στον προστάτη. Οι παχύσαρκες γυναίκες αντίστοιχα, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στη χοληδόχο κύστη, στη μήτρα και στις ωοθήκες. Ίσως δεν είναι ακόμη ευρύτερα γνωστό ότι η παχυσαρκία συνδέεται με:

- Τις παθήσεις του ήπατος
- Την οστεοαρθρίτιδα
- Την ουρική αρθρίτιδα
- Κάποιες παθήσεις των πνευμόνων, όπως το σύνδρομο άπνοιας ύπνου
- Τις διαταραχές αναπαραγωγής στις γυναίκες.

### Ποιος πρέπει να χάσει βάρος

Τα άτομα με Δείκτη Μάζας Σώματος μεγαλύτερο του 30 θα πρέπει να μειώσουν το βάρος τους, ακολουθώντας ένα κατάλληλο γι' αυτούς πρόγραμμα διατροφής.

Όσοι έχουν Δείκτη Μάζας Σώματος που κυμαίνεται μεταξύ του 25 και του 30 μπορεί να μη χρειάζεται να χάσουν βάρος επιτακτικά αλλά θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί με τη διατροφή τους, προκειμένου να μην αυξήσουν παραπάνω το βάρος τους. Στην περίπτωση όμως που έχουν και άλλους παράγοντες κινδύνου θα πρέπει να το μειώσουν. Οι ειδικοί συνιστούν ότι τα άτομα αυτά θα πρέπει να χάσουν βάρος αν αντιμετωπίζουν δύο ή περισσότερα από τα παρακάτω προβλήματα υγείας:



- Οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου
- Οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη
- Υπέρταση
- Αυξημένες τιμές χοληστερίνης
- Αυξημένο σάκχαρο αίματος
- Κοιλιακή παχυσαρκία

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι μια μείωση του σωματικού βάρους κατά 5-10% θα οδηγήσει σε μείωση της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερίνης ενώ ταυτόχρονα προφυλάσσει από την εμφάνιση διαβήτη τύπου 2.

### Αντιμετώπιση με άσκηση και σωστή διατροφή

Ο τρόπος αντιμετώπισης της παχυσαρκίας εξαρτάται από το μέγεθός της, την κατάσταση υγείας του ατόμου, και τη θέλησή του. Η θεραπεία της συνίσταται στον συνδυασμό άσκησης και σωστής διατροφής. Σε ορισμένες περιπτώσεις σοβαρής παχυσαρκίας συστήνεται η χορήγηση ειδικών φαρμάκων ή η επεμβατική της αντιμετώπιση. Όμως πάνω από όλα, θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι ο έλεγχος του σωματικού βάρους και η καταπολέμηση της παχυσαρκίας απαιτούν καθημερινή προσπάθεια και γενικότερη αλλαγή του τρόπου ζωής.

#### Βάζω την άσκηση στη ζωή μου

- Περπατάω τουλάχιστον μισή ώρα κάθε μέρα, τουλάχιστον τέσσερις φορές την εβδομάδα.
- Αποφεύγω τη χρήση του ανελκυστήρα και του αυτοκινήτου όσο μπορώ.

#### Ακολουθώ σωστές διατροφικές συνήθειες

Εάν θέλω να μειώσω το βάρος μου, φροντίζω ώστε οι θερμίδες που προσλαμβάνω να είναι λιγότερες από τις θερμίδες που καταναλώνω.

Γενικότερα, είτε θέλω να μειώσω το βάρος μου, είτε να το σταθεροποιήσω, προκειμένου να έχω καλή κατάσταση υγείας:

- Αποφεύγω τα έτοιμα φαγητά και τις τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, αλάτι και ζάχαρη.
- Προτιμώ το βράσιμο των τροφών, το μαγείρεμα στον ατμό και το ψήσιμο στη σχάρα από το τηγάνισμα.
- Καταναλώνω φρούτα και λαχανικά σε μεγάλη ποικιλία
- Τρώω τρία πλήρη γεύματα την ημέρα σε τακτικές ώρες
- Πίνω αρκετό νερό κατά τη διάρκεια της ημέρας
- Περιορίζω την κατανάλωση καφεΐνης



- Αποφεύγω τις αυστηρές δίαιτες που ταλαιπωρούν τον οργανισμό
- Αποφεύγω τις καταστάσεις στρες και άγχους, γιατί επηρεάζουν δυσμενώς την διατροφική μου συμπεριφορά

### Αντιμετώπιση με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα

Αν αποφασίσετε να ακολουθήσετε ένα πρόγραμμα διαίτας, θα πρέπει να βεβαιωθείτε ότι είναι ασφαλές και αποτελεσματικό.

- Για να είναι ασφαλής μία διαίτα θα πρέπει να είναι χαμηλή σε θερμίδες αλλά όχι φτωχή σε θρεπτικά συστατικά.
- Στόχος της διαίτας θα πρέπει να είναι αργή και σταθερή απώλεια βάρους, εκτός αν ο γιατρός κρίνει ότι απαιτείται γρήγορη απώλεια. Θα πρέπει να χάσετε το πρώτο σας κιλό μετά την 1η ή την 2η εβδομάδα. Με τις αυστηρές δίαιτες, παρατηρείται γρήγορη απώλεια την 1η και τη 2η εβδομάδα, που κυρίως οφείλεται σε απώλεια υγρών. Μετά την επιστροφή όμως σε φυσιολογική διατροφή το βάρος αυτό ανακτάται πολύ γρήγορα.
- Αν προγραμματίζετε να χάσετε περισσότερα από 15-20 κιλά, έχετε κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας, ή παίρνετε φάρμακα, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το γιατρό σας πριν ξεκινήσετε κάποιο πρόγραμμα διαίτας.
  - Η διατήρηση του βάρους είναι εξίσου σημαντική με την απώλεια του. Προκειμένου να εξασφαλίσετε ότι θα διατηρήσετε το ιδανικό βάρος σας μετά τη διαίτα, θα πρέπει να ακολουθήσετε πρόγραμμα διατήρησης βάρους. Επιπλέον η άσκηση, θα ενισχύσει την προσπάθειά σας για τη σταθεροποίηση του βάρους σας.

### Μεσογειακή διατροφή

Η μεσογειακή διατροφή, απλή αλλά σοφή, έχει αλλοιωθεί τις τελευταίες δεκαετίες κυρίως εξαιτίας του σύγχρονου τρόπου ζωής, της έλλειψης χρόνου και της γενικότερης αλλαγής των διατροφικών συνθηκών. Η αλλοίωσή της έχει οδηγήσει στην αύξηση της παχυσαρκίας και της εμφάνισης των καρδιαγγειακών παθήσεων, γι' αυτό σήμερα είναι πιο επιτακτική από ποτέ η ανάγκη επιστροφής στις αρχές της.

Η μεσογειακή διατροφή απεικονίζεται σχηματικά με τη μορφή πυραμίδας για να χαρακτηρίσει έτσι την απαιτούμενη ποσότητα των ειδών διατροφής σε μηνιαία, εβδομαδιαία και καθημερινή βάση.

Α΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

# ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ



Γράφουν: **Αστέριος Τρόκος** (ΤΕ), **Ευαγγελία Γιαννούλη** (ΤΕ), **Χριστίνα Βαρβάρα** (ΤΕ), **Στεργιανή Ζερβού** (Προϊσταμένη), Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΑΠΘ

**Η** Ψυχιατρική νοσηλευτική σέβεται την «αυτονομία» του ψυχικά πάσχοντα, ούσα ταυτόχρονα υποχρεωμένη να συμβάλλει μερικές φορές, στην αποκατάσταση της «αυτονομίας» ενός ασθενή που την περιορίζει η νόσος. Στο πλαίσιο αυτό η εφαρμογή περιοριστικών μέτρων κατά τη νοσηλεία των ψυχωσικών κυρίως ασθενών, αν και έχει δραστικά περιοριστεί δεν παύει να ανήκει στις θεραπευτικές παρεμβάσεις της επείγουσας ψυχιατρικής νοσηλείας. Αποσκοπεί στην προφύλαξη τόσο του ίδιου του ασθενή, όσο και του προσωπικού, και τρίτων από πιθανή σωματική βλάβη, πάντα, όμως, με σεβασμό προς τα θεμελιώδη δικαιώματα και την αξιοπρέπεια του ασθενούς.

### **Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων**

Η προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων ρυθμίζεται συμπληρωματικά με το Νόμο 2071/1992 με το Κεφάλαιο Α άρθρο 2 του Νόμου 2716/1999. Στο θεσμό της προάσπισης περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που έχουν ως στόχο την υπεράσπιση και προαγωγή των δικαιωμάτων (ατομικών, πολιτικών, αστικών, κ.ο.κ.) των ψυχικά πασχόντων, καθώς και τη δημιουργία πολιτικών και θεσμικών αλλαγών υπέρ αυτής της κατηγορίας πολιτών. Οι δραστηριότητες αυτές αφορούν σε περιπτώσεις ψυχικά ασθενών των οποίων καταπατούνται τα δικαιώματα ή υφίστανται διακρίσεις ή αφορούν στα δικαιώματα για αξιοπρεπή νοσηλεία.

**Στη χώρα μας η προάσπιση ασκείται μέσα από α) το «Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές», β) την «Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων με Ψυχικές Διαταραχές» (στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας) την εφαρμογή του Ν.2716/99, και γ) το Συνήγορο του Πολίτη.**

Ο θεσμός της προάσπισης των ανθρώπινων δικαιωμάτων είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένος στις ευρωπαϊκές χώρες και στην περίπτωση των ψυχικά ασθενών εξειδικεύεται με τη νομική υπεράσπισή τους, μέσα από εταιρείες αλλά και με την άσκηση πιέσεων σε πολιτικό επίπεδο, σε οργανισμούς και την παροχή πληροφόρησης για τα δικαιώματά τους (χρήση εντύπων και ηλεκτρονικού τύπου ή άλλων μέσων).

### **Περιοριστικά μέτρα**

Η εφαρμογή περιοριστικών μέτρων - π.χ., απομόνωση και καθήλωση - συμπεριλαμβάνεται στις θεραπευτικές παρεμβάσεις της ψυχιατρικής ενδονοσοκομιακής νοσηλείας. Ως μέθοδος «αντιμετώπισης» μιας διέγερσης π.χ. εγείρει, βέβαια, σοβαρά ηθικά, νομικά και επιστημονικά ζητήματα, που για δεκαετίες έχουν απασχολήσει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αλλά και θα συνεχίσουν να τους απασχολούν ακόμα. Τα περιοριστικά μέτρα, που χρησιμοποιούνται, συνήθως, είναι τα εξής:

#### **1. Χημικός περιορισμός**

Η δυνατότητα εφαρμογής των περιοριστικών μέτρων πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν και τη δυνατότητα χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, δηλαδή την εφαρμογή ενός άλλου είδους περιορισμού, του «χημικού περιορισμού». Αυτός έχει σκοπό την ύφεση της αυτό- ή ετερο-επιθετικότητας και όχι τη νάρκωσή του. Ο ασθενής πρέπει να διατηρεί καλό επίπεδο συνείδησης, ώστε να μπορεί να συνεχίζεται η εξεταστική διαδικασία για την ολοκλήρωση της εκτίμησης και η συνεργασία με το προσωπικό. Όλα αυτά μειώνουν, επίσης, τον χρόνο περιορισμού που αποτελεί βασικό στόχο στην αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων. Πρέπει να επανεκτιμάται η ανάγκη χορήγησης αγωγής πριν από κάθε νέα δόση.

Συνήθεις φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται είναι οι βενζοδιαζεπίνες, κατά προτίμηση βραχείας δράσης (lorazepam, midazolam, diazepam) και τα αντιψυχωσικά (haloperidol +/- biperiden ή νεώτερα αντιψυχωσικά όπως clozapine, olanzapine, risperidone), ή



***Η εφαρμογή περιοριστικών μέτρων κατά τη νοσηλεία των ψυχωσικών κυρίως ασθενών, αν και έχει δραστικά περιοριστεί δεν παύει να ανήκει στις θεραπευτικές παρεμβάσεις της επείγουσας ψυχιατρικής νοσηλείας.***



συνδυασμός τους, ανάλογα με τον ασθενή και το ιστορικό του. Προτιμάται πάντα η χορήγηση από το στόμα (P.O.), στη συνέχεια ενδομυϊκή (I.M.) και τέλος η ενδοφλέβια χορήγηση (I.V.), ανάλογα και με τα σκευάσματα. Όσο είναι δυνατόν πρέπει να αποφεύγονται οι υψηλές δόσεις και η χορήγηση πολλών φαρμάκων μαζί.

#### **2. Απομόνωση**

Η απομόνωση, ως περιοριστικό μέτρο, χρησιμοποιείται για να εξασφαλιστεί ένα ασφαλές περιβάλλον, όταν οι άλλες επεμβάσεις δεν είναι αποτελεσματικές ή κατάλληλες. Αφορά στον εγκλεισμό του ασθενή σ' ένα ειδικά διαμορφωμένο δωμάτιο, έτσι ώστε να παρέχει ασφάλεια και μείωση ερεθισμάτων στον ασθενή και δίνει την δυνατότητα συνεχούς επιτήρησης από το προσωπικό. Το δωμάτιο αυτό επιβάλλεται να έχει καλό φωτισμό, απαλά χρώματα, ιδανικό κλιματισμό και να μην περιέχει αντικείμενα επικίνδυνα για την ασφάλεια του ασθενή. Αυτό έχει σαν σκοπό, ο ασθενής να νιώσει ήρεμος και ασφαλής, χωρίς

να γίνει επικίνδυνος για τον εαυτό του και το περιβάλλον του. Υπάρχουν, όμως, και απόψεις που υποστηρίζουν την περιορισμένη χρήση τέτοιων δυνατοτήτων, που θυμίζουν «λευκά κελιά» φυλακής» και προτιμούν τη συνήθη καθήλωση του ασθενούς στο θάλαμό του, με τη παρουσία και άλλου ή άλλων ασθενών.

### 3. Σωματική καθήλωση

Σωματική καθήλωση είναι ο περιορισμός του ασθενούς στο κρεβάτι του με σκοπό την εφαρμογή μιας απολύτως αναγκαίας νοσηλείας την οποία αρνείται αλλά, κυρίως, για την αποτροπή βαριάς σωματικής βλάβης του ίδιου και των υπολοίπων. Η λήψη απόφασης για περιορισμό αποτελεί την έσχατη λύση, όταν όλα τα άλλα μέσα που αναφέρθηκαν προηγουμένως, έχουν εξαντληθεί. Η απόφαση για την καθήλωση ή απομόνωση πρέπει να λαμβάνεται μετά από συνεργασία και σχετική συζήτηση όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας. Η τελική απόφαση πρέπει να λαμβάνεται από τον υπεύθυνο ψυχίατρο. Ο περιορισμός ενός ασθενή γίνεται μόνο παρουσία ψυχιάτρου και κατόπιν εντολής του. Αυτός δίνει την εντολή για την έναρξη του περιορισμού, καθώς και για τη λήξη αυτού.

### Ενδείξεις για τη λήψη περιοριστικών μέτρων

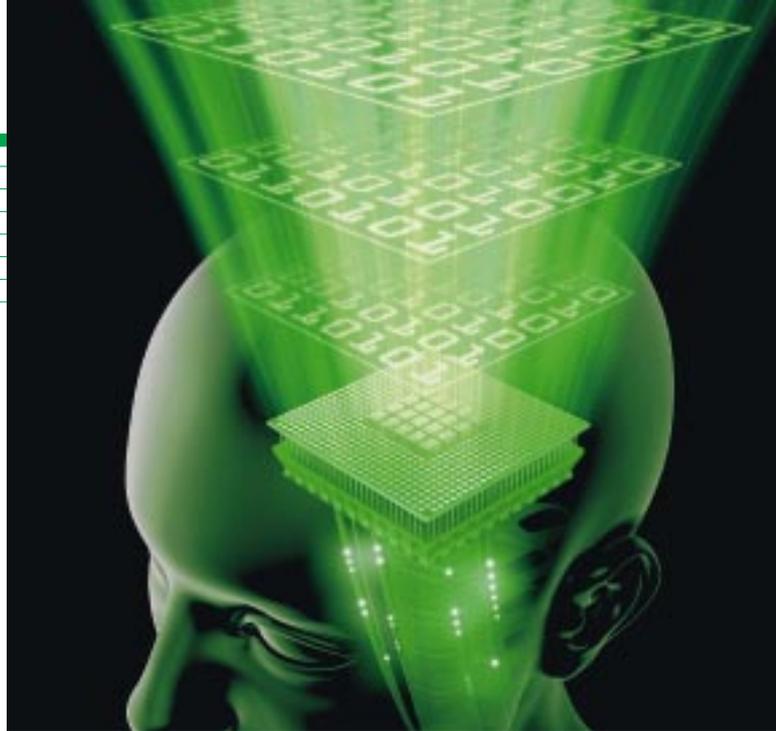
Ο κύριος λόγος για τη λήψη περιοριστικών μέτρων είναι η αποφυγή βαριάς σωματικής βλάβης του ασθενή και των ατόμων που συναναστρέφεται. Άλλες ενδείξεις για τη λήψη περιοριστικών μέτρων είναι:

- Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (πρόσφατη απόπειρα αυτοκαταστροφής, απόπειρα αυτοκτονίας).
- Βιαιότητα και διεγερτική συμπεριφορά, ως αποτέλεσμα οξείας ψυχωσικής συνδρομής, μανίας (σπανίως), χρήσης ουσιών.
- Οξεία τοξίκωση από ουσίες ή μέθη και συναφή συμπτώματα/στερητικό σύνδρομο.
- Μετατραυματική / αποσυνδεδετική διαταραχή (κρίση).
- Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, που προτρέπουν τον ασθενή σε ποικίλες, έως πολύ σοβαρές, επικίνδυνες πράξεις.
- Παρανοϊκός ιδεασμός, που κάνει τα άτομα να δρουν βίαια, επειδή νιώθουν, ότι διώκονται ή απειλούνται («διωκόμενος διώκτης»).
- Διαταραχή της κριτικής ικανότητας, λόγω ποικίλων οργανικών, κυρίως, καταστάσεων.
- Ύπαρξη διαταραχής που παρουσιάζει υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας (π.χ. Σχιζοφρένεια, Διπολική διαταραχή-Κατάθλιψη - Διαταραχή Προσωπικότητας)

### Εφαρμογή περιοριστικών μέτρων Μέθοδος ασφαλούς περιορισμού

Δεν εμπλεκόμαστε σωματικά, εάν είμαστε μόνοι. Η εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων απαιτεί μία ομάδα τεσσάρων, τουλάχιστον, ατόμων. Η σύσταση της ομάδας, πρέπει να είναι ανάλογη με την ηλικία, το φύλο και το μέγεθος του ασθενή. Συγκεκριμένα:

- Επιδιώκεται προσυνεννόηση, έτσι, ώστε ένα μέλος της ομάδας να συντονίζει τον περιορισμό και ένα μέλος να ενημερώνει τον ασθενή για το λόγο του περιορισμού.
- Προσυμφωνείται, ποια θα είναι η συγκεκριμένη δράση που θα αναλάβει το κάθε μέλος της ομάδας.
- Γίνεται οπτικός έλεγχος για πιθανή κατοχή επικίνδυνων αντικειμένων πριν επέλθει η ομάδα.
- Εκκενώνεται ο χώρος από άλλους ανθρώπους και ό,τι αντικείμενο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν όπλο.
- Τα μέλη της ομάδας πρέπει να απομακρύνουν από πάνω τους κάθε αντικείμενο, που μπορεί να αφαιρεθεί ξαφνικά από τον ασθενή και να χρησιμοποιηθεί σαν όπλο.
- Ακινητοποιούνται τα άκρα του ασθενή ευέλικτα, ομαλά, με ασφάλεια και αρμονική συνεργασία.
- Τοποθετείται ο ασθενής στο στρώμα, σε θέση πρηνή.
- Επανεκτίμηση, συχνά, της κατάστασης για την δυνατότητα συνεργασίας και τις εναλλακτικές λύσεις που προσφέρονται (φαρμακευτική αγωγή, απομόνωση, καθήλωση) και χρησιμοποιείται, τελικά, το λιγότερο περιοριστικό μέτρο.
- Συνεχής ενημέρωση του ασθενή για τους λόγους του περιορισμού. Ενημερώνεται, ότι γίνεται για την ασφάλεια του ίδιου και των υπολοίπων, αφού δεν δείχνει να μπορεί να ελέγξει την συμπεριφορά του. Δεν γίνεται διαπραγματεύση. Τονίζεται ότι ο σκοπός είναι θεραπευτικός και όχι τιμωρία.
- Επιδιώκεται, όσο το δυνατόν νωρίτερα, η εκούσια συνεργασία του ασθενή.
- Δεν θίγονται ευαίσθητες πολιτισμικές, κουλτούρας, θρησκείας ή φύλλου του ασθενή (π.χ. γυναικείο προσωπικό εξηγεί σε γυναίκα, που πρόκειται να καθλωθεί).
- Δεν ακινητοποιείται ο ασθενής από το λαιμό. Δεν καστουκίζεται, ούτε γρονθοκοπείται.
- Μπορούμε να τοποθετήσουμε μαλακό κολάρο, ώστε να μειώσουμε την κινητικότητα και να αποφύγουμε τα χτυπήματα της κεφαλής και τα δαγκώματα.
- Αποφεύγεται η τοποθέτηση βάρους σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος, αλλά ιδιαίτερα στο στήθος, στο στομάχι και λαιμό.



- Ο ασθενής που καθλώνεται πρέπει να παραμείνει σε μέρος, όπου υπάρχει οπτική επαφή από το νοσηλευτικό προσωπικό, έτσι ώστε να βρίσκεται υπό τη συνεχή παρακολούθηση και φροντίδα αυτού.
- Μετά την καθήλωση, ερευνείται αν υπάρχουν επικίνδυνα αντικείμενα ή ουσίες κρυμμένες πάνω του.
- Αλλάζεται, συχνά, η θέση των καθλωμένων άκρων και ελέγχεται η αγγειακή και νευρική λειτουργία.
- Τοποθετείται το κεφάλι του ασθενούς, έτσι, ώστε να μπορεί να ελέγχει τον χώρο και να νοιώθει λιγότερο αβοήθητος και πιο ασφαλής και για να αποφευχθεί πιθανή αναρρόφηση.

### **Αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με περιοριστικά μέτρα - Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

Είναι απαραίτητο, να υπάρχει συνεχής παρακολούθηση και οπτική επαφή με τον ασθενή, γιατί έτσι επιβλέπεται η ασφαλής παραμονή του σε συνθήκες καθήλωσης και καθησυχάζεται το άγχος και η ανησυχία του, με το να μας αισθάνεται κοντά του. Ειδικότερα:

- Καθοριστικό ρόλο παίζει η παρουσία του νοσηλευτή και η ήρεμη προσέγγιση του, με συνεχή έκφραση ενδιαφέροντος και διάθεση κατανόησης για τον ασθενή.
- Σε κάθε επαφή με τον ασθενή, τονίζεται, ότι ο σκοπός του περιορισμού είναι θεραπευτικός και όχι τιμωρία.
- Στην περίπτωση, που ο ασθενής παρερμηνεύει, όσα συμβαίνουν, ο νοσηλευτής επαναπροσδιορίζει τη πραγματικότητα και τον προσανατολίζει, σε τακτά χρονικά διαστήματα, σε Χρόνο, Χώρο, Εαυτό, ελέγχοντας ταυτόχρονα και το επίπεδο συνείδησής του.
- Δίνεται πίστωση χρόνου στον ασθενή, για να βιώσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του.
- Αποφεύγεται η δυσμενής κριτική για την συμπεριφορά του και προτείνεται η ανάγκη για την συνεργασία του.
- Τα σωματικά προβλήματα, που αναφέρει ο ασθενής,

δεν υποτιμούνται, αλλά λαμβάνονται, ως πραγματικά κι αντιμετωπίζονται κατάλληλα.

- Μειώνονται τα ερεθίσματα απ' το περιβάλλον (θόρυβοι, συνομιλίες κτλ.), γιατί μπορεί να λειτουργήσουν διασπαστικά για τον ασθενή.
- Δίνεται προτεραιότητα στις ανάγκες του ασθενή, τόσο στις σωματικές (ατομική καθαριότητα επικλινής, σωστή σίτιση και ενυδάτωση), όσο και στις ψυχικές (ψυχολογική υποστήριξη, καθησυχασμός). Καλό είναι να αποφεύγεται ο επιπόλαιος και υπερβολικός καθησυχασμός.
- Καταγράφονται, από τον νοσηλευτή, όλες οι ενέργειες και η συμπεριφορά του ασθενή, κατά τακτά χρονικά διαστήματα (κάθε 30 λεπτά).
- Ελέγχονται τα ζωτικά σημεία και η πορεία του ασθενή στο χρόνο.
- Τέλος, ο νοσηλευτής κάνει συχνή εκτίμηση των περιορισμένων άκρων και φροντίζει για τη συχνή αλλαγή της θέσης τους, τόσο, για την ασφάλεια, όσο και για την φροντίδα αυτού.

### **Απόφαση για άρση περιορισμού**

Ο περιορισμός του ασθενή είναι προσωρινό μέτρο. Ή αρκεί μικρό χρονικό διάστημα, 4 ώρες κι αν χρειαστεί να παρατεθεί περισσότερο αυτό πρέπει να γίνεται μετά την εκτίμηση από διευθυντή ή αναπληρωτή διευθυντή. Όταν ο ασθενής συνεργάζεται πλέον, με την οδηγία του ειδικού ψυχιάτρου αρχίζει η αφαίρεση των ιμάντων (περιγράφεται η ανά 5 λεπτά αφαίρεσή τους μέχρι να μείνουν δύο. Οι τελευταίοι δύο ιμάντες αφαιρούνται ταυτόχρονα).

Η συζήτηση του προσωπικού, μετά την καθήλωση οδηγεί στην εκτόνωση των συναισθημάτων, στην βελτιστοποίηση της συνεργασίας της ομάδας και στην επανεκτίμηση του θεραπευτικού χειρισμού και αποφυγή λαθών και όταν είναι δυνατόν νέων περιορισμών σε ανάλογες



συνθήκες. Οι παρακάτω ερωτήσεις απευθύνονται σε όλους τους εμπλεκόμενους.

- Τι συνέβη;
- Επισημάνετε κάποιους εκλυτικούς παράγοντες;
- Ο ρόλος των μελών της ομάδας. Πώς τα πήγε ο καθένας; Μπορεί να γίνει κάτι καλύτερο την άλλη φορά;
- Πώς νιώθουν τώρα;
- Πώς νομίζουν ότι θα νιώθουν τις επόμενες μέρες;
- Τι μπορεί να γίνει ώστε να υ945 αποφεύγονται νέα τέτοια περιστατικά;

Κάθε μέλος πρέπει να έχει την δυνατότητα να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό για συμβουλευτική και υποστηρικτική συνεργασία, που ορίζεται από τον διευθυντή του τμήματος. Όλο το προσωπικό που έρχεται σε άμεση επα-

φή με τους ασθενείς πρέπει να εκπαιδεύεται στην ασφαλή άσκηση των πρακτικών περιορισμού και τις εναλλακτικές μεθόδους αυτών. Η εκπαίδευση επαναλαμβάνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα (ανά 6μηνο).

### Επίλογος

Η εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων στην ψυχιατρική νοσηλευτική αν και όχι με τη συχνότητα του παρελθόντος, εξακολουθεί να αποτελεί ένα χρήσιμο ιατρικό-νοσηλευτικό μέτρο που θέτει πάντα σοβαρούς ηθικούς και δεοντολογικούς προβληματισμούς και απαιτεί αυξημένη νοσηλευτική επαγρύπνηση στο πλαίσιο της εξατομικευμένης φροντίδας των αρρώστων.

### Βιβλιογραφία

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001), Practice Parameter for the Prevention and Management of Aggressive Behavior in Child and Adolescent Psychiatric Institutions with Special Reference to Seclusion and Restraint (In Press).
2. American Psychiatric Association, American Psychiatric Nurses Association, National Association of Psychiatric Health System, (2003) Learning From Each Other, Success Stories and Ideas for Reducing Restraint/Seclusion in Behavioral Health. [www.naphs.org](http://www.naphs.org)
3. Daffern M. Howells K. (2002) Psychiatric inpatient aggression, A review of structural and functional assessment approaches. Aggression and Violent Behavior. Pergamon.
4. Delaney R. Kathleen, D.N.Sc. RN, Fogg Louis, Ph.D. (2005) Patient Characteristics and Setting Variables Related to Use of Restraint on Four Inpatient Psychiatric Units for Youths. <http://ps.psychiatryonline.org>
5. Fisher J.A. (2003) Curtailing The Use of Restraint In Psychiatric Settings, Journal of Humanistic Psychology, <http://jhp.sagepub.com>.
6. Kaplan and Sadocks (2005) Ψυχιατρική Τόμος Β΄ Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
7. National Institute of Clinical Excellence (2005) Violence-The sort-term management of disturbed/violent behavior in

8. National Mental Health Association (2000) The use of Restraining and Seclusion for persons with Mental or Emotional Disorders.
9. Olsen, D. (1998) Ethical Considerations of Video Monitoring Psychiatric Patients in Seclusion and Restraint, W.B. Saunders Company
10. Ramos F. (1996). The use of restraint and seclusion, In: Psychiatric Nursing- A Comprehensive Review, Lippincott, Philadelphia, PA.
11. Winship G. (2006) Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Further thoughts on the process of restraint. Blackwell Publishing. Ltd
12. Αλεβιζόπουλος Γ. (1998) Δικαστική Ψυχιατρική. Αθήνα. Παρισιάνος.
13. Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αρ. Πρωτ. ΘΨΠΧ 5752, 14/7/2003.
14. Μάνος Ν. (1997) Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press
15. Μεγαλοοικονόμου Θ. (1999) Φυσική Καθίλωση και Θεραπευτική Πράξη, Τετράδια Ψυχιατρικής (Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 2000).
16. Ραγιά Α.Χ. (2004) Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Δ΄ ΕΚΔΟΣΗ Βελτιωμένη

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΣΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ



Γράφει η **Ελισάβετ Χυδερίδου**, αν. Προϊσταμένη Β΄ Χειρουργική Κλινική ΓΝΠ

**Τ**ο πάγκρεας είναι αδένας, που βρίσκεται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, πίσω από το στομάχι, στην αγκύλη του δωδεκαδάκτυλου. Έχει μήκος 15cm και σχήμα αποπλατυσμένου αχλαδιού. Το διογκωμένο τμήμα του λέγεται κεφαλή, το στενότερο είναι η ουρά του και το μεσαίο τμήμα ονομάζεται σώμα. Το βάρος του φυσιολογικού παγκρέατος υπολογίζεται στα 100gr.

Το πάγκρεας χωρίζεται σε 2 μοίρες, την εξωκρινή και την ενδοκρινή. Η **εξωκρινής μοίρα** παράγει και εκκρίνει το παγκρεατικό υγρό προς το δωδεκαδάκτυλο. Το παγκρεατικό υγρό αποτελείται από νερό, ηλεκτρολύτες, διττανθρακικά και ένζυμα και βοηθά στην πέψη των τροφών. Το πάγκρεας παράγει 1-2lit παγκρεατικού υγρού ημερησίως.

Τα ένζυμα εμπίπτουν σε 3 κατηγορίες:

- πρωτεολυτικά (θρυψίνη, χυμοθρυψίνη, καρβοξυπεπτιδάση, ριβονουκλεάση, δεοξυριβονουκλεάση και ελαστάση)
- λιπολυτικά (λιπάση, συνλιπάση, φωσφορολιπάση)
- αμυλολυτικά (αμυλάση)

Η έσω έκκριση του παγκρέατος προέρχεται από τα νησίδια του παγκρέατος (Langerhans). Παράγει ορμόνες που βοηθούν τον οργανισμό να αποθηκεύσει ενέργεια από τις **τροφές** και να ρυθμίσει το σάκχαρο του αίματος.

*Οι κύριες ορμόνες του παγκρέατος είναι:*

- η ινσουλίνη συντίθεται από τα β κύτταρα του παγκρέατος και μειώνει τη στάθμη του σακχάρου στο αίμα.

- το γλυκαγόνο συντίθεται από τα α κύτταρα και αυξάνει τη γλυκόζη του πλάσματος.
- η σωματοστατίνη, εκκρίνεται από τα δ κύτταρα του παγκρέατος. Αναστέλλει την έκκριση ινσουλίνης και έχει ανασταλτικές ιδιότητες επί της έκκρισης γαστρίνης, σεκρετίνης, γαστρικού οξέος, παγκρεατικών ενζύμων και γλυκογόνου. Κύριος μηχανισμός έκκρισης είναι η λήψη τροφών iv και peros.
- τα παγκρεατικά πολυπεπτίδια. Εκκρίνονται από το πάγκρεας και αναστέλλουν την εξωκρινή έκκριση του παγκρέατος.

Ο καρκίνος του παγκρέατος που ξεκινά από τους πόρους και τα κύτταρα του αδένου, που παράγουν το παγκρεατικό υγρό με τα ένζυμα ονομάζεται καρκίνος της εξωκρινούς μοίρας 95% ή καρκίνος του παγκρέατος ενώ ο καρκίνος, που ξεκινά από τα κύτταρα του αδένου που παράγουν τις ορμόνες ονομάζεται καρκίνος της ενδοκρινούς μοίρας ή κακώθης νησιδίωμα 5%. Ο καρκίνος της ενδοκρινούς μοίρας έχει λίγο καλύτερη πρόγνωση (δηλαδή πιθανότητες θεραπείας και επιβίωσης) από εκείνον της εξωκρινούς μοίρας.

### Επιδημιολογία - Συχνότητα

Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι η τέταρτη αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες και η πέμπτη στις γυναίκες. Η αναλογία ανδρών-γυναικών είναι 2:1 και η συχνότερη ηλικία εμφάνισης είναι μεταξύ 70 και 80 ετών. Η συχνότητά του αυξάνει τα τελευταία χρόνια στις δυτικές χώρες και στις ΗΠΑ όπου υπολογίζονται 15 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους.

### Αίτια

Η ακριβής αιτία που προκαλεί τον καρκίνο του παγκρέατος είναι άγνωστη. Ενοχοποιείται: η αυξημένη χρήση καπνού και αλκοόλ, ο διαβήτης, η κληρονομική προδιάθεση, η μακροχρόνια έκθεση σε ορισμένα πετρελαιοειδή, η μεγάλη κατανάλωση ζωικού λίπους.

Η ενοχή της χρόνιας παγκρεατίτιδας μένει πάντοτε ακαθόριστη. Παρατηρήθηκε συνύπαρξη λιθίασης των χοληφόρων και καρκίνος του παγκρέατος σε γυναίκες.

### Συμπτώματα

Σε πρώιμο στάδιο τα συμπτώματα δεν είναι δυστυχώς χαρακτηριστικά, αλλά ασαφή. Αρκετά συχνά ανάλογα συμπτώματα παρατηρούνται και σε άλλες συνήθεις παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος. Αυτή είναι η βασική αιτία που δεν αποδίδεται ιδιαίτερη σημασία από την πλειονότητα των πασχόντων, με αποτέλεσμα όταν εμφανιστούν ενοχλήσεις, η νόσος να βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Τα συχνότερα συμπτώματα είναι η απώλεια βάρους, η ανορεξία, ο ίκτερος. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από τον ίκτερο καλοήθους αιτιολογίας, ο οποίος συνοδεύεται από πυρετό και ρίγος.

Συνοδά συμπτώματα είναι η αδυναμία, δυσπεψία και

έμετοι. Μερικές φορές η πρώτη εκδήλωση είναι ο σακχαρώδης διαβήτης.

### Εργαστηριακές εξετάσεις

Η αύξηση του επιπέδου της ολικής και άμεσης χοληρυθρίνης αντανάκλουν το μέγεθος της απόφραξης του χοληδόχου πόρου. Η αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης αποτελεί πρώιμο εύρημα, όπως επίσης και η αύξηση της τιμής του σακχάρου σε γνωστό μη διαβητικό ασθενή. Σε αρκετές περιπτώσεις είναι δυνατή η ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα. Όσον αφορά τους u954 καρκινικούς δείκτες, μόνο τα επίπεδα του CA 19-9 είναι αξιολογήσιμα. Μεγαλύτερη προγνωστική αξία έχουν τα επίπεδα του CA 19-9 όταν μετρώνται σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε εγχείρηση εκτομής του όγκου. Μετά την αφαίρεση του όγκου τα επίπεδα υποχωρούν σε φυσιολογικές τιμές, αυξάνονται με την υποτροπή του νεοπλάσματος. Η διάγνωση τίθεται με:

- την κλινική εικόνα
- εργαστηριακές εξετάσεις
- το υπερηχογράφημα
- την αξονική τομογραφία
- την μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP)
- την παλινδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP) (δυνατότητα λήψης εικόνας, βιοψίας, τοποθέτηση stent)

Η εξακρίβωση της διάγνωσης του καρκίνου του παγκρέατος γίνεται μόνο με βιοψία, η οποία γίνεται κατά την εγχείρηση ή με την παρακέντηση του όγκου με βελόνα βιοψίας.

### Θεραπεία

Η θεραπεία είναι κυρίως χειρουργική και σ' αυτήν γίνεται αφαίρεση της κεφαλής του παγκρέατος, του δωδεκαδάκτυλου με τμήμα του λεπτού εντέρου, της χοληδόχου κύστης και του μεγαλύτερου τμήματος του χοληδόχου πόρου και λεμφαδενικός καθαρισμός (εγχείρηση κατά Whipple) η οποία όταν γίνεται από έμπειρα χέρια αποτελεί την καλύτερη δυνατή επιλογή.

Περιφερική παγκρεατεκτομή γίνεται σε καρκίνο του σώματος και της ουράς του παγκρέατος.

Σε μη εξαιρέσιμους όγκους η παρηγορική επέμβαση (χολοπεπτική αναστόμωση- γαστροεντερική αναστόμωση και εντεροεντερική αναστόμωση κατά Reux en y) μπορεί υπό ορισμένες συνθήκες να καταπολεμήσει τα συμπτώματα (ίκτερο-είλεο) και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία δεν έχουν προς το παρόν ικανοποιητικά αποτελέσματα, γίνονται παρηγορικά.

Στην κλινική μας από 01.01.2000 έως 01.01.2006 αντιμετωπίστηκαν εκατόν τέσσερις ασθενείς με καρκίνο κεφαλής παγκρέατος. Πρόκειται για εξήντα έναν άνδρες και σαράντα τρεις γυναίκες, ηλικίας 34-83 ετών με μέσο

όρο ηλικίας τα 65 έτη. Μόνο τριάντα από τους ασθενείς μας (23%) είχαν εξαιρέσιμο όγκο κατά τη στιγμή της διάγνωσης και υπεβλήθησαν σε παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή κατά Whipple. Οι υπόλοιποι εβδομήντα τέσσερις ασθενείς (71%) προσήλθαν με παραμελημένη νόσο και αντιμετώπισθηκαν παρηγορικά με χολοπεπτική αναστόμωση και ΓΕΑ ή τοποθέτηση u949 ενδοπρόθεσης.

Επιπλοκές μετά από επέμβαση κατά Whipple είχαμε στο 24% των ασθενών και ήταν επιπλοκές από το αναπνευστικό 9%, χολόρροια 6%, παγκρεατικά συρίγγια 4%, αιμορραγία 3%, ρήξη παγκρεατικής αναστόμωσης 2% ενώ μετά από παρηγορική επέμβαση είχαμε στο 21% των ασθενών και ήταν επιπλοκές από το αναπνευστικό 9%, χολόρροια 8%, και αιμορραγία 4%.

Η συνολική θνητότητα ήταν 5,8% και η μέση μετεγχειρητική νοσηλεία 16ημέρες. Η μέση επιβίωση των ασθενών μας μετά από παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή ανέρχεται σε 3 έτη. Η μέση επιβίωση μετά από παρηγορική θεραπεία ήταν 8 μήνες.

### Νοσηλευτική φροντίδα

Προεγχειρητικά η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση του πόνου, στην ανακούφιση του κνησμού, που προκαλεί η αυξημένη χολερυθρίνη, στην ενυδάτωση του αρρώστου με σκοπό τη μεγαλύτερη δυνατή απομάκρυνση της χολερυθρίνης και στην πολύ καλή προετοιμασία του εντέρου με τη χορήγηση καθαρτικών φαρμάκων και υποκλυσμών. Εφόσον η αιμοδυναμική κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, μεταφέρεται στο τμήμα, διαφορετικά οδηγείται στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Ο άρρωστος μετά το χειρουργείο φέρει ρινογαστρικό καθετήρα Levin, κεντρικό φλεβικό καθετήρα, καθετήρα κύστεως Foley, παροχετεύσεις, μάσκα οξυγόνου.

Η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται:

- στην πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών και στη συστηματική αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, ώστε ο άρρωστος να μπορεί να αναπνέει σωστά και να συνεργάζεται καλύτερα στις αναπνευστικές τουασκήσεις και στην αποβολή εκκρίσεων. Ο άρρωστος συνδέεται με παλμικό οξύμετρο για την παρακολούθηση του κορεσμού οξυγόνου.
- Στην παρακολούθηση και διατήρηση σταθερής αιμοδυναμικής κατάστασης του αρρώστου με συχνή λήψη ζωτικών σημείων, με τη χορήγηση iv υγρών και ηλεκτρολυτών, με ωριαία καταγραφή της διούρησης και υπολογισμό του ισοζυγίου.
- Στη χορήγηση σωματοστατίνης με σκοπό τη μείωση των παγκρεατικώνυγρών και καλύτερη επούλωση των αναστομώνσεων.
- Στην χημειοπροφύλαξη και την αντιθρομβωτική αγωγή.
- Στην παρακολούθηση των παροχετεύσεων, οι οποίες ελέγχονται για αιμορραγία, για ύπαρξη χολής, για παρουσία παγκρεατικών υγρών καιγια εντερικό περιεχόμενο.
- Στον καθημερινό εργαστηριακό έλεγχο (γενική αίμα-

τος, σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, χολερυθρίνη, αμιλάση, κάλιο, νάτριο).

- Στην παρακολούθηση της θερμοκρασίας του αρρώστου.
- Στην παρακολούθηση των τραυμάτων και περιποίηση των καθετήρων τουαρρώστου για την μεγαλύτερη δυνατή απομάκρυνση παθογόνων μικροβίων, που θα μπορούσαν να προκαλέσουν μία επιπρόσθετη λοίμωξη στον άρρωστο.
- Ο άρρωστος σιτίζεται παρεντερικά. Η σίτιση από το στόμα θα αρχίσει, αφού ελεγχθούν ακτινσκοπικά με χορήγηση γαστρογραφίνης οι αναστομώσεις του αρρώστου.
- Η κινητοποίησή του γίνεται την 3η με 4η μετεγχειρητική μέρα εφόσον η κατάστασή του το επιτρέπει.

### Συμπεράσματα

Συμπερασματικά πρέπει να σημειωθεί ότι μπορεί αφενός η πρόγνωση του καρκίνου του παγκρέατος να εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο, το μέγεθος και την εντόπισή του, την εξωπαγκρεατική επέκταση, την λεμφαδενική διήθηση, το χρόνο και το είδος της θεραπείας, και αφετέρου η επιλογή της καλύτερης δυνατής θεραπείας να απαιτείσυνεργασία ακτινολόγου, γαστρεντερολόγου, χειρουργού, η ομαλή μετεγχειρητική πορεία όμως και η επιτυχής έκβαση της επέμβασης οφείλεται σε σημαντικό βαθμό και στη νοσηλεύτρια, της οποίας ο ρόλος είναι καθοριστικός. Η πρόληψη και η θεραπεία απειλητικών για τη ζωή επιπλοκών, η εστιασμένη νοσηλευτική αξιολόγηση, η ανίχνευση πρώιμων σημείων και η αναγνώριση δυνητικών προβλημάτων αποτελούν την έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση.

Μια καλή ποιότητα ζωής είναι το λιγότερο, που μπορούμε να διασφαλίσουμε στους αρρώστους αυτούς, αφού η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παγκρέατος γίνεται τυχαία.

### Βιβλιογραφία

1. Η εμπειρία μας στην αντιμετώπιση του καρκίνου της κεφαλής τουπαγκρέατος, 25ο Πανελλήνιο Χειρουργικό Συνέδριο, Αθήνα 22-26.11.2006, Ευαγγέλου, Δ. Σέτζης, Θ. Ντίτσιος, Δ. Μάτσης, Κ. Καραμόσχος.
2. Αναπηρία Τώρα 6.12.2006 ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr))
3. Καρκίνος στο πάγκρεας: νέα ελπιδοφόρα θεραπεία 3/11/2005 ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr))
4. 6ο Συνέδριο Χειρουργικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος, 13-16 Νοεμβρίου 2003.
5. Γενική χειρουργική, τομέας χειρουργικής Α.Π.Θ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2001.
6. Λαζαρίδης Δ. Μεταπτυχιακή Χειρουργική, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1993.
7. Κλινική χειρουργική πεπτικού συστήματος, Διαμαντής Κασσιούμης, Ιωάννινα, 1991
8. Χειρουργική, παθήσεις παγκρέατος, Γ. Κουράκλης
9. Σύγχρονη γενική χειρουργική, Ιωάννης Παπαδημητρίου.

ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ ΓΝΠ

# Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΟΝΙΜΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΑ ΒΡΟΓΧΟΥ (LOOP RECORDER) ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΓΚΟΠΗΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ



Γράφουν: **Σοφία Παναγηλίδου** (ΤΕ), **Βαρβάρα Παπαδοπούλου** (ΔΕ), **Αντώνιος Κωνσταντούδης** (αν. Προϊστάμενος), **Παναγιώτα Γκουβούδη** (ΤΕ), Στεφαναία Μονάδα ΓΝΠ

**Η** αιφνίδια απώλεια συνείδησης αγνώστου αιτιολογίας αποτελεί ένα από τα συχνά προβλήματα που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε. Τα αίτια της απώλειας συνείδησης μπορεί να είναι:

1. Καρδιολογικά, δηλαδή ηλεκτροφυσιολογικές διαταραχές,
2. Νευρολογικά, δηλαδή επιληψία.

Η δυσκολία στην ανεύρεση της αιτιολογίας της συγκοπής οφείλεται στην σποραδική και απρόβλεπτη εμφάνιση των επεισοδίων καθώς και στον συσχετισμό της αιτίας και των εργαστηριακών ευρημάτων. Οι εξετάσεις που απαιτούνται για τον καθορισμό της αιτίας των συγκοπτικών επεισοδίων είναι: υπέρηχος καρδιάς, ηλεκτροκαρδιογράφημα, εγκεφαλογράφημα, ηλεκτροφυσιολογική μελέτη, Holter ρυθμού, δοκιμασία κόπωσης και tilt test.

Στην περίπτωση που οι παραπάνω εξετάσεις είναι φυσιολογικές και αδυνατούν να καταδείξουν την αιτία των συγκοπτικών επεισοδίων, τότε προχωρούμε στην εμφύτευση του εμφυτεύσιμου καταγραφέα βρόγχου (Ε.Κ.Β.).

### Ορισμός

Ο καταγραφέας βρόγχου είναι μια εμφυτεύσιμη συσκευή η οποία καταγράφει συνεχώς τον καρδιακό ρυθμό, είτε αυτόματα με κυκλική καταγραφή, είτε χρησιμοποιώντας τον φορητό ενεργοποιητή του ασθενούς (τηλεχειριστήριο). Ο ασθενής πρέπει αμέσως μετά την εμφάνιση ενός επεισοδίου, να ενεργοποιήσει την συσκευή μέσω του τηλεχειριστηρίου. Ο Ε.Κ.Β. έχει την δυνατότητα να κρατήσει στην μνήμη του έως και τρεις ενεργοποιήσεις, έως ότου προσέλθει στο νοσοκομείο και τον θεράποντα ιατρό του, προκειμένου να διαβαστούν και να αξιολογηθούν τα στοιχεία που καταγράφηκαν. Η συσκευή εμφυτεύεται με μια απλή διαδικασία, και μπορεί να παραμείνει κάτω από το δέρμα του ασθενούς έως και 14 μήνες.

Η διαδικασία εμφύτευσης του Ε.Κ.Β. μοιάζει με τη διαδικασία που ακολουθείται για την εμφύτευση ενός μόνιμου βηματοδότη. Αρχικά, επιλέγεται το σημείο εμφύτευσης της συσκευής που παρέχει την καλύτερη ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα. Κατόπιν εμφυτεύεται υποδορίως μετά από την χορήγηση τοπικής αναισθησίας. Το μέγεθος του Ε.Κ.Β. είναι αρκετά μικρό, μόλις 6 εκ. μήκος, 2 εκ πλάτος και 1 εκ. ύψος. Το τηλεχειριστήριο που το συνοδεύει είναι επίσης μικρό σε μέγεθος και ελαφρύ σε βάρος, τοποθετημένο σε ειδική θήκη, έτσι ώστε να είναι εύκολη η μεταφορά του. Για την ενεργοποίηση της συσκευής, πρέπει το τηλεχειριστήριο να τοποθετηθεί κατά το δυνατό σε μικρότερη απόσταση από το Ε.Κ.Β.

### Έρευνα

Στην κλινική μας εμφυτεύτηκαν 11 Ε.Κ.Β σε ασθενείς με συγκοπή που η αιτιολογία της παρέμεινε άγνωστη μετά τον συμβατικό έλεγχο. Τα επεισόδια αυτά μπορεί να ήταν:

- πολλαπλά συγκοπτικά επεισόδια που επηρέαζαν την ποιότητα ζωής, χωρίς οργανική καρδιοπάθεια,
- συγκοπτικά επεισόδια με σοβαρό τραυματισμό χωρίς οργανική καρδιοπάθεια, και
- οργανική καρδιοπάθεια.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως επτά (7) από τους 11 ασθενείς παρουσίασαν υποτροπή της συγκοπής. Οι καταγραφές του Ε.Κ.Β ήταν ενδεικτικές της αιτίας σε 6 από τους 7 ασθενείς. Σε 2 καταγράφηκαν διαταραχές της κολποκοιλιακής αγωγής και εμφυτεύτηκε μόνιμος βηματοδότης. Στους υπόλοιπους 4 ασθενείς το συγκοπτικό επεισόδιο δεν συνοδεύτηκε από διαταραχές του ρυθμού και αποδόθηκε σε βαγοτονία. Συνολικά ο Ε.Κ.Β ήταν διαγνωστικός σε 6 από τους 11, δηλαδή σε ποσοστό 55%.

“

**Η συσκευή εμφυτεύεται με μια απλή διαδικασία, και μπορεί να παραμείνει κάτω από το δέρμα του ασθενούς έως και 14 μήνες. Η διαδικασία εμφύτευσης μοιάζει με τη διαδικασία που ακολουθείται για την εμφύτευση ενός μόνιμου βηματοδότη.**

”

### Νοσηλευτική Παρέμβαση

Ο νοσηλευτής παρέχει την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη στον πάσχοντα, και τον ενημερώνει πλήρως τόσο για την διαδικασία εμφύτευσης, όσο και για τον ορθό χειρισμό του τηλεχειριστηρίου που συνοδεύει την συσκευή του Ε.Κ.Β. Ακολουθεί όλη την διαδικασία προετοιμασίας του ασθενούς για την εμφύτευση ενός μόνιμου βηματοδότη, ενώ κατά τη διαδικασία εμφύτευσης του Ε.Κ.Β., συμμετέχει στην επιλογή του σημείου εμφύτευσης της συσκευής που παρέχει την καλύτερη ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα.

### Συμπεράσματα

Ο Ε.Κ.Β είναι πολύτιμο εργαλείο στην διερεύνηση της συγκοπής αγνώστου αιτιολογίας όταν τα υπόλοιπα διαγνωστικά εργαλεία αποτυγχάνουν. Ο χειρισμός του είναι απλός, με αποτέλεσμα να μην αγχώνει τον ασθενή, καθώς μπορεί να γίνει όχι μόνο από τον ίδιο, αλλά και από οποιονδήποτε βρίσκεται εκείνη την στιγμή κοντά του.

# ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ

# ΜΗ HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ (NHL)



Γράφουν: **Φωτεινή Καλέμου (ΤΕ)**, **Χρυσάνθη Σωτηριάδου (ΤΕ)**, **Ναντζέττα Πογκοσιάν (ΤΕ)**, **Ζωή Αποστόλου (ΔΕ)**, **Κύρος Σιώμος (Ιατρός ειδικευόμενος Παθολογίας)**, **Γεωργία Κυριακέλη (αν. Προϊσταμένη)**, Γ΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΠ



**Τ**α μη Hodgkin λεμφώματα είναι μία από τις δύο μεγάλες κατηγορίες των κακοηθών λεμφωμάτων, των νεοπλασιών δηλαδή του λεμφικού ιστού. Στις ΗΠΑ και τη δυτική Ευρώπη αντιπροσωπεύουν περίπου το 40% του συνόλου των νεοπλασιών και το 70% όλων των λεμφωμάτων.

Η αιτιολογία τους παραμένει ασαφής. Ανοσοκαταστολή, ιδίως σε μεταμόσχευση νεφρού ή καρδιάς, αυτάνοσα νοσήματα, σύνδρομα ανοσοεπάρκειας, ιοί, ακτινοβολία και ορισμένες γενετικές καταστάσεις αποτελούν πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες.

## Ταξινόμηση

Τα μη Hodgkin λεμφώματα ταξινομούνται κατά παθολογοανατομικό υπότυπο και κατά κλινικό στάδιο. Ο καθορισμός του παθολογοανατομικού υποτύπου βασίζεται στη γενική εικόνα της αρχιτεκτονικής των λεμφαδένων και στη μορφολογία των κυττάρων που επικρατούν στο νεοπλασματικό λεμφαδένα.

## Κλινική εικόνα NHL

Η κλινική εικόνα του μη Hodgkin λεμφώματος ποικίλει ανάλογα με τον τύπο. Παρατηρείται διόγκωση επιπο-

λής λεμφαδένα ή ομάδας λεμφαδένων. Συχνά εντοπίζεται η ανεύρεση μόνο σπληνομεγαλίας. Δε λείπουν οι σπλαχνικές εντοπίσεις, με ανάλογη κλινική εικόνα.

Γενικά συμπτώματα όπως αδυναμία, καταβολή, απώλεια βάρους, εφιδρώσεις, πυρετός, μόνα τους ή σε συνδυασμό με άλλα κλινικά ευρήματα, μπορεί να συνυπάρχουν.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις σε φάση έξαρσης της νόσου, δείχνουν αυξημένη την Τ.Κ.Ε., μειωμένο το σίδηρο ορού, αυξημένο το ινωδογόνο, αυξημένες τις α2 -σφαιρίνες και χαρακτηριστικά αυξημένη LDH. Η συχνότητα αύξησης της LDH εξαρτάται από τον τύπο του λεμφώματος.

### Θεραπεία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των λεμφωμάτων εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο και την σταδιοποίηση της νόσου. Στο λέμφωμα Hodgkin η σταδιοποίηση είναι περισσότερο χρήσιμη από τον ιστολογικό τύπο, ενώ αντίθετα στο μη Hodgkin, ο ιστολογικός τύπος είναι περισσότερο χρήσιμος από τη σταδιοποίηση.

Η θεραπευτική προσέγγιση στα μη Hodgkin λεμφώματα περιλαμβάνει την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία και συνδυασμό ακτινοβολίας και χημειοθεραπείας.

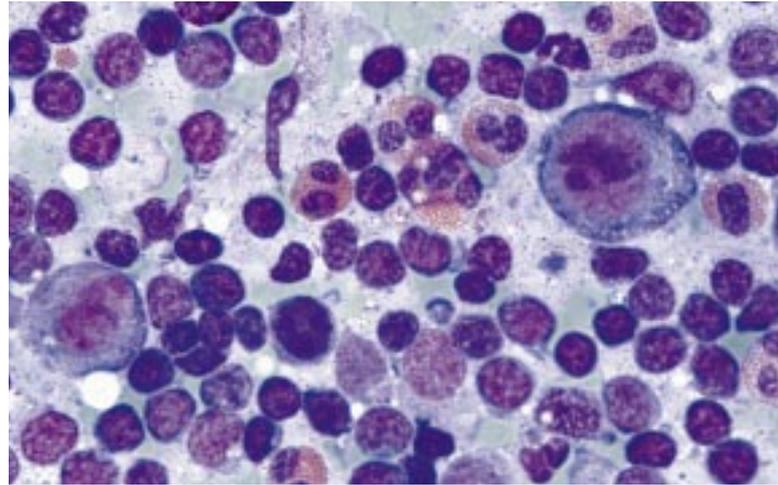
Σε ό,τι αφορά τα λεμφώματα χαμηλής ή ενδιάμεσης κακοήθειας, εκτός από την έγκαιρη μεταμόσχευση μυελού των οστών ή αιμοποιητικών προγονικών κυττάρων από το περιφερικό αίμα, ενδιαφέροντα είναι η χρήση εμβολίου ειδικού για κάθε ασθενή, που λαμβάνεται από επεξεργασία δικού του νεοπλασματικού ιστού. Η αλλογενής ή αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών ή αρχέγονων κυττάρων από το περιφερικό αίμα έχει δώσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα, ενώ κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις το λέμφωμα Hodgkin και ορισμένες κατηγορίες μη Hodgkin λεμφωμάτων, θεωρούνται ίσιστα λεμφώματα.

Από τις νέες προοπτικές που διανοίγονται στη θεραπεία των λεμφωμάτων αναφέρονται χαρακτηριστικά η χρησιμοποίηση αντί - Β μονοκλωνικών αντισωμάτων (CD20) και η μέθοδος της ραδιοανοσοτοξίνης, όπου το μονοκλωνικό αντίσωμα συνδέεται με ραδιοϊσότοπο, δίνοντας τη δυνατότητα στο αντίσωμα να προσκολληθεί «in situ» στα νεοπλασματικά κύτταρα.

Εν κατακλείδι, η θεραπεία πρέπει να προσαρμόζεται σε κάθε περίπτωση και αποτελεί αντικείμενο εξειδικευμένων μονάδων.

### Νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή με μη Hodgkin λέμφωμα είναι εξαιρετικά σημαντική. Τα προβλήματα του ασθενή που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πολλά και ποικίλα. Σημαντικό μέρος της φροντίδας αποτελεί η διευθέτηση δυσχερειών που αφορούν στη μεταβολή της εικόνας και περισσότερο των καθημερινών συνηθειών του. Για το λόγο αυτό ο προσανατολισμός των



νοσηλευτών στρέφεται αφενός στην κάλυψη βιολογικών αναγκών και αφετέρου στην ψυχολογική και κοινωνική στήριξη του, προσπάθεια που πολλές φορές ξεπερνά τον απρόσωπο επαγγελματισμό.

Ο ασθενής με μη Hodgkin λέμφωμα υποφέρει πρώτα απ όλα από μία σειρά ενοχλημάτων που το καθένα θέλει λίγο ή πολύ ξεχωριστή αντιμετώπιση.

Πρωτεύον μέλημα είναι η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση του πόνου και των ενοχλήσεων (οσταλγία, νευραλγία, ενοχλήσεις που οφείλονται στη διόγκωση των οργάνων και των λεμφαδένων). Η αλλαγή θέσης στο κρεβάτι του αρρώστου, η φροντίδα της στοματικής υγιεινής, η χορήγηση ήπιων ή ισχυρών αναλγητικών μπορούν να τον u945 ανακουφίσουν.

Η συχνή λήψη της θερμοκρασίας σώματος του ασθενή για τον έλεγχο του πυρετού, με τη χορήγηση αντιπυρετικών και την παρακολούθησή του κατά τη νύχτα, μπορεί να προλάβει την εξάντληση και τις συχνές νυχτερινές εφιδρώσεις που υφίστανται συχνά αυτοί οι ασθενείς. Η ανακούφισή τους από τα συμπτώματα της ναυτίας και του εμετού έχει πολύ μεγάλη σημασία για τη βελτίωση της ποιότητας της νοσηλείας τους. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να αντιμετωπιστούν με φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με κάποια γενικά μέτρα όπως μικρά και συχνά γεύματα, τροφές ξηρές και κρύες.

Η σε μεγάλο βαθμό ανορεξία και δυσφαγία που παρατηρείται στους αρρώστους εξαιτίας της χημειοθεραπείας, της ακτινοβολίας, της διόγκωσης των λεμφαδένων της κοιλιακής κοιλότητας και του μεσοθωρακίου, δημιουργεί σοβαρό πρόβλημα σίτισής τους από το στόμα. Η επιλογή της τροφής γίνεται με προσοχή και τη βοήθεια διαιτολόγου. Επίσης, είναι καλό να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικές τροφές του εμπορίου που είναι γευστικές και με καλή θερμιδική κάλυψη.

Η δυσκοιλιότητα και η διάρροια είναι συχνές σε κληνήρεις ασθενείς που διατρέφονται ανεπαρκώς και παίρνουν πολλά φάρμακα. Για την πρόληψη της δυσκοιλιότητας χορηγούνται υπακτικά φάρμακα και ειδική δίαιτα. Όσον αφορά στις διάρροιες, οξείες ή χρόνιες, μια καλή

προσέγγιση εκτός από την χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι και η επιλογή τροφών που να την αποτρέπουν.

Σε μεγάλη συχνότητα παρατηρείται δύσπνοια, οπότε πρέπει να αναζητείται το αίτιο ώστε να δοθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, οξυγονοθεραπεία με χρήση εισπνεόμενων ή και κορτιζόνης. Για την αντιμετώπισή της μεγάλη σημασία έχει επίσης η σωστή θέση επί της κλίνης και η αποφυγή πανικού.

Οι συχνές εξετάσεις αίματος είναι απαραίτητες για να ελέγχεται η τοξική επίδραση των φαρμάκων στο μυελό. Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν λευκοπενία, θρομβοπενία και αναιμία. Η απομόνωσή τους είναι αναγκαία για την αποφυγή κάποιας άλλης λοίμωξης. Η λευκοπενία καθιστά απαραίτητη τη χρήση μάσκας τόσο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο και από το οικογενειακό περιβάλλον. Η τροποποίηση του επισκεπτηρίου και η ενημέρωση των συνοδών είναι απαραίτητα.

Για την αντιμετώπιση της αναιμίας και της ένδειας των άλλων σειρών, απαιτούνται συχνές μεταγγίσεις αίματος και παραγώγων του. Ακολουθώντας τις οδηγίες του αντίστοιχου νοσοκομειακού πρωτοκόλλου για την ασφάλεια των ασθενών κατά τη χορήγηση αίματος ή παραγώγων του, λαμβάνονται όλα τα μέτρα για την αποφυγή δυσάρεστων συμβαμάτων.

Η κατάθλιψη και ο φόβος αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις στη διάγνωση και τη θεραπεία, ενώ συνυπάρχει το στρες της αβέβαιης έκβασης. Συχνά η κακή ψυχολογία του ασθενή εκφράζεται με άγχος και θυμό. Η καλή επικοινωνία μαζί του και με την οικογένειά του, η ψυχολογική υποστήριξη και εκπαίδευσή τους, ενθαρρύνουν τον άρρωστο να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του. Η ενημέρωση και η συζήτηση τον βοηθούν να δεχτεί ηπιότερα τις σωματικές αλλαγές όπως την αλωπεκία, καθώς και τις ψυχικές του διαταραχές. Τον βοηθούν να νιώσει ασφαλής και να δεχτεί όλες τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις με ανοχή και κατανόηση.

## Έρευνα

Με αφορμή λοιπόν την ιδιαίτερη και εξειδικευμένη φροντίδα που απαιτείται στη νοσηλεία ασθενών με NHL, διενεργήθηκε έρευνα από νοσηλευτές της Γ΄ Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. του νοσοκομείου Παπαγεωργίου, σκοπός της οποίας ήταν η συσχέτιση της νόσου με δημογραφικά στοιχεία, η διερεύνηση του χρόνου νοσηλείας και της τελικής έκβασης.

## Υλικό - Μέθοδος

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη, τον πληθυσμό της οποίας αποτέλεσαν 29 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας κατά το χρονικό διάστημα 3 ετών 2004-2006, στους οποίους μελετήθηκε η ηλικία, το φύλο, οι ημέρες νοσηλείας, οι επαναεισαγωγές και η έκβαση της νόσου.

## Στατιστική Ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το πακέτο SPSS for windows.

## Αποτελέσματα - Συζήτηση

Τα αποτελέσματα από την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων καταδεικνύουν τη φυλοσύνδετη διαφοροποίηση στην εμφάνιση της νόσου, με στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο το ποσοστό των ανδρών - ασθενών (62,06%) έναντι των γυναικών (37,94%). Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας, με ποσοστό 68,97% των ασθενών της μελέτης να ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 60-80 χρονών.

Σε ό,τι αφορά στη διάρκεια της νοσηλείας τους, αυτή ποικίλει, με περισσότερους να νοσηλεύτηκαν από 0-4 ημέρες, ποσοστό 55,17%. Οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας προσήλθαν στην κλινική αποκλειστικά είτε για μεταγγισιοθεραπεία είτε για προγραμματισμένο follow up.

Επιπροσθέτως, για ποσοστό 13,79% του πληθυσμού απαιτήθηκαν επαναλαμβανόμενες νοσηλείες. Δηλαδή, οι ασθενείς χρειάστηκε να έρθουν στην κλινική περισσότερες από μία φορές προκειμένου να υποβληθούν σε προγραμματισμένη χημειοθεραπεία ή να αντιμετωπιστούν συστηματικές επιπλοκές της νόσου. Το συχνότερο αίτιο επείγουσας εισαγωγής στο νοσοκομείο ήταν το εμπύρετο.

Τέλος, όσο αφορά στην έκβαση της νόσου, ποσοστό 6,89% των ασθενών απεβίωσαν μετά από περισσότερες της μίας νοσηλείες στο νοσοκομείο. Το ποσοστό ενδεομένως είναι μεγαλύτερο, γιατί κάποιοι από τους ασθενείς διακομίστηκαν, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ή αργότερα, σε εξειδικευμένα αιματολογικά κέντρα, για περαιτέρω αντιμετώπιση.

## Επίλογος

Δεδομένου λοιπόν ότι πρόκειται για χρόνια νόσο με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας, οι νοσηλευτές που στελεχώνουν αιματολογικές κλινικές ή και Παθολογική, όπως στη δική μας περίπτωση, οφείλουν να παρέχουν αυξημένη φροντίδα, με ιδιαίτερη έμφαση στην ενημέρωση, τη διδασκαλία, την ψυχολογική υποστήριξη και την καθοδήγηση των ασθενών με NHL.

## Βιβλιογραφία

1. Κρικέλης Ι., Μαλιαράς Σ., Μαλιαράς Δ., Μανούσος Ο., Μουντοκαλάκης Θ., Φερτάκης Α., Χατζημηνάς Ι. : Εσωτερική παθολογία, 1982, Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιάνου
2. Μουτσόπουλος Χ.: Παθολογία CECIL, 1989, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
3. Γεωργούλης Ι.: Αιματολογία - Διαγνωστικές προσεγγίσεις, 2001, Θεσσαλονίκη
4. Σαχίνη - Καρδάση Α.: Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, 1997, Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ

# Μία φανταστική συνέντευξη...



του **Παναγιώτη Τουκτίδη**,  
Προέδρου Σ.Ε.Ν.Π.

**Η** συνέντευξη που ακολουθεί είναι φανταστική, όμως θα μπορούσε να είναι πέρα για πέρα πραγματική. Υποκείμενο της συνέντευξης ο επανεκλεγείς πρόεδρος του Συλλόγου Εργαζομένων στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου και αντικείμενο της συνέντευξης οι θέσεις και οι απόψεις του πάνω στα ουκ ολίγα ζητήματα που απασχολούν τα μέλη του Συλλόγου και όχι μόνο.

Ρητορικά τα ερωτήματα αλλά απαραίτητα ως έναυσμα για την καταγραφή ενός διαλόγου που έτσι και αλλιώς καθημερινά διεξάγεται μεταξύ μας στους χώρους της εργασίας μας.

## **ΠΡΟΕΔΡΕ καλημέρα!**

Καλημέρα καλώς ήρθες!

## **Αρχικά να σε συγχαρώ για την επανεκλογή σου. Πέρασε κάποιος καιρός που τα ξαναείπαμε από αυτή τη θέση!**

Περίπου 21 μήνες, για άλλους πολύς καιρός για άλλους μπορεί να είναι και λίγος!



## **Πως το εννοείς αυτό; Δεν ήταν ομόφωνη η επανεκλογή;**

Απόλυτα! Και μάλιστα με πρόταση του πρωτεύσαντα απερχόμενου πρόεδρου του ΤΑΧΤΑΤΖΟΓΛΟΥ ΓΑΒΡΙΗΛ.

## **Τότε;**

Κοίταξε στη δημοκρατία πάντα υπάρχουν και πρέπει να εκφράζονται διαφορετικές απόψεις. Άλλωστε αυτός δεν είναι ο σκοπός; Απλά το ΔΣ διένυσε μια αρκετά δύσκολη περίοδο αμφισβήτησης και απόρριψης αλλήλων πριν καταφέρει να ξαναβρεί το δρόμο του καθώς η προηγούμενη πρακτική πολλές φορές επικρίθηκε ως «απολυταρχική» ακόμα και αλαζονική ίσως, ενώ η πρακτική των ανθρώπων που ανέλαβαν τα ηνία μετά από τις προηγούμενες εκλογές κατηγορήθηκε ως ενδοτική και άχρωμη αν καταλαβαίνεις τι εννοώ.

## **Τελικά τι ισχύει;**

Τίποτα από τα δυο! Απλά ο καθένας μπορεί, προσεγγίζεις ένα συγκεκριμένο κοινό στόχο είτε από διαφορετική οδό είτε με διαφορετική ταχύτητα. Σίγουρα κανένας από όσους μέχρι σήμερα έχουν ασχοληθεί με τα κοινά στο νοσοκομείο δεν έκανε κάτι που να έβλαψε οποιονδήποτε ή με φαύλα ελατήρια. Αυτό αποδείχτηκε εύκολα όταν παραμερίσαμε τις όποιες διαφορές ή προσωπικές πικρίες για ένα κοινό στόχο την εκλογή μου ως γενικού συμβούλου στην Ένωση Δημοσιοϋπαλληλικών Οργανώσεων Θεσσαλονίκης.

## **Τι έγινε τότε;**

Το αυτονόητο για ένα σωματείο που εκλέγει αντιπροσώπους με κοινό ψηφοδέλτιο! Σύσσωμο το ΔΣ και όλοι οι λοιποί αντιπρόσωποι (σχεδόν) στήριξαν την υποψηφιότητά μου και εκλέξαμε τον ομιλούντα πρώτο γενικό σύμβουλο στην ιστορία του σωματείου και μάλιστα και πρώτο σε ψήφους!

## **Πώς επηρέασε αυτό τις σχέσεις σας;**

Αυτό οδήγησε σε ένα ξεκαθάρισμα ρόλων ώστε εγώ ουσιαστικά να αναλάβω συμβουλευτικό ρόλο στο ΔΣ και περισσότερο το κομμάτι προς τα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια όργανα ενώ οι υπόλοιποι ασχολήθηκαν περισσότερο με την καθημερινότητα. Με την ίδια λογική εκλέχτηκα και γενικός σύμβουλος της Πανελληνίας Ομοσπον-



δίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων και με ανάλογη στήριξη.

***Δεν είναι πολλοί ρόλοι αυτοί για ένα μόνο άνθρωπο;***

Η αλήθεια είναι ότι δεν είναι εύκολο. Η θέση όμως οποιουδήποτε μέσα στο ΔΣ είναι υπό αίρεση! Βέβαια εγώ πάντα έλεγα ότι αυτός που αποφασίζει να ασχοληθεί με τα κοινά αποκτά μια πολλή μεγάλη οικογένεια και αυτή πρέπει να είναι η άμεση προτεραιότητα του. Φορτώνεται τόσα προβλήματα που καμιά φορά ξεχνάς ότι μπορεί να παραμελείς τους δικούς σου ανθρώπους! Τέλος πάντων όμως οι επιλογές έχουν και συνέπειες αρκεί μόνο να ξέρεις ότι δε σου υπαγορεύονται και ότι είσαι έτοιμος να αποδεχτείς το αποτέλεσμα τους!

***Πως είναι τώρα τα πράγματα μέσα στο ΔΣ; Είχατε κάποιες αναταράξεις πρόσφατα...***

Νομίζω, και το είπα κατά τη συγκρότηση, ότι αυτό το ΔΣ (αν εξαιρέσεις το γεγονός ότι ένα πολύ καλός παλιός και άμεσος συνεργάτης ο Γιάννης Κώτσου επέλεξε να είναι ε-

κτός) είναι το καλύτερο από πλευράς «μονάδων». Βεβαίως η ίδια η παρουσία του προηγούμενου προέδρου Ταχτατζόγλου Γαβριήλ με τη μεστή του στάση αποτελεί εξισορροπητικό παράγοντα ενώ η ύπαρξη για πρώτη φορά γυναίκας γ.γ. της Νικολιδάκη Ρίτσας και ενός ταμία στη θέση του ταμία του Τραϊκούδη Πέτρου εγγυάται ένα καλό «νοικοκύρεμα». Η εμπειρία βέβαια του Λάζαρου Κοτζαμανίδη και της Μαντί Χρυσούλας εξισορροπεί τις νέες εισόδους των ορεξάτων αγωνιστικών νέων μελών Σωτηρίου Ελένης και Παραθυρά Γιώργου. Η Παπαδοπούλου Σοφία έχει αναλάβει να σηκώσει μόνη της το βάρος της οργάνωσης των κινητοποιήσεων και νομίζω ότι τα πάει πολύ καλά.

***Βλέπω ότι έχεις ένα καλό λόγο για το καθένα...***

Η αλήθεια είναι ότι όταν προσπαθείς να συντονίσεις μια ομάδα ο στόχος σου δεν είναι να αναδείξεις τις αδυναμίες της αλλά να πάρεις από τον καθένα αυτό που μπορεί να δώσει και να εξωτερικεύσει δυνάμεις ή προοπτικές, τα θετικά χαρακτηριστικά δηλαδή που θα σε βοηθήσουν στο έργο σου.

***Ποσό επηρέασε το ΔΣ η παραίτηση του Θεοδωρή Τάνη;***

Επί των τύπων των ήλων βλέπω! Εντάξει, καθένας κάνει τις επιλογές του και σίγουρα ο Θόδωρος είναι, υπήρξε, ένα μεγάλο επικοινωνιακό κεφάλαιο που όμοιο του δύσκολα βρίσκεις και πίστεψε με, με την ιδιότητα του γενικού συμβούλου της ΠΟΕΔΗΝ γύρισα πολλά νοσοκομεία και γνώρισα πολύ κόσμο ήδη! Απλά να πω «εξ απαλών ονύχων» την παρατήρηση ότι η προσέγγιση των υπό εξέταση θεμάτων για μένα δεν έχει να κάνει με τη διαδικασία αλλά με το αποτέλεσμα. Δηλαδή προτιμώ ένα καλό αποτέλεσμα γρήγορα και εις βάρος ακόμα και θεμιτών διαδικασιών παρά την τήρηση μια άκαμπτης και σχεδόν γραφειοκρατικής στάσης εις βάρος της αμεσότητας!

***Δηλαδή η πρακτική τώρα θα είναι πάλι η ίδια;***

Όχι αλίμονο! Όταν πλέον έχεις συνεργάτες που μπορείς να βασιστείς δε νοείται να τους παρακάμπεις. Άλλωστε τα καρπούζια πια είναι πολλά και η βοήθεια όχι μόνο απαραίτητη αλλά και αξιολογήσιμη γιατί πρέπει πάντα να είμαστε έτοιμοι και για την επόμενη μέρα.





**Ποια θα είναι αυτή;**

Όταν οι αρμοδιότητες πληθαίνουν και πλέον έχεις βρεθεί σε ανώτερες κλίμακες πρέπει πάντα να φροντίζεις να αφήνεις το πρωτοβάθμιο σωματείο, το κύτταρο του συνδικαλισμού σε αξίους συνεργάτες που θα συνεχίσουν να βοηθάς για να συνεχίσουν να σε στηρίζουν. Ο ομφάλιος λώρος δεν κόβεται ποτέ καθώς αυτό το ενδεχόμενο μπορεί να σε καταδικάσει σε απομόνωση και αποτυχία.

**Πώς βλέπεις το μέλλον του νοσοκομείου;**

Δυστυχώς το νοσοκομείο αυτό είναι μια πολιτική σκακιέρα όπου θυσιάζονται τα πόνια για να μείνουν όρθιοι οι βασιλιάδες! Ακόμα και αυτό το ΔΣ του νοσοκομείου διο-

ρίζεται από τον έκαστο ΥΓΚΑ και σύντομα καταλαμβάνει τη θέση του στην «πρώτη γραμμή» προσπαθώντας με πενιχρά μέσα να διοικήσει ένα κατ' απαίτηση του τρίτοβάθμιο νοσοκομείο. Η φθορά που εισπράττουν νομίζω ότι δεν πληρώνεται με ευκολόγια και δάφνες! Η στιγμή που τελικά θα αναγκαστούν να το παραδώσουν στο Δημόσιο δεν θα αργήσει και σ' αυτό συνηγορεί τόσο η παγκόσμια κρίση όσο και η απροθυμία της πολιτείας να στηρίξει τις επιλογές της παράλληλα με την παντελή έλλειψη στοιχειώδους πολιτικής βούλησης για νέες πρακτικές.

**Ευχαριστώ πολύ πρόεδρε, καλή δύναμη!**

Ευχαριστώ...

**Η σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου του Σωματείου Εργαζομένων Νοσοκομείου Παπαγεωργίου (ΣΕΝΠ)**



Παναγιώτης Τουχιδής,  
Πρόεδρος



Λάζαρος Κοτζαμανιδής,  
Αντιπρόεδρος



Ρίτσα Νικολιάκη,  
Γενική Γραμματέας



Πέτρος Τραϊκούδης,  
Ταμίας



Σοφία Παπαδοπούλου,  
Ειδική Γραμματέας



Χρυσούλα Μαντί,  
Μέλος



Γεώργιος Παραθιράς,  
Μέλος



Γαβριήλ Ταχτατζόγλου,  
Μέλος



Ελένη Σωτηρίου,  
Μέλος

# ΤΑ ΑΓΙΑ ΠΑΘΗ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΡΕΚΚΛΗΣΙΟ ΑΓΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΚΑΙ 20 ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ ΓΝΠ



**Ο** Ιερός Ναός Αγίου Γεωργίου και 20 Αγίων Αναργύρων απετέλεσε ακόμα μια φορά έναν από τους σημαντικότερους χώρους του νοσοκομείου μας τόσο κατά τη διάρκεια της Τεσσαρακοστής όσο και κατά την Μεγάλη Εβδομάδα και βεβαίως και κατά την εορτή του Αγίου Γεωργίου.

Με πρώτον τον ιερέα του παρεκκλησίου πατέρα Γεώργιο Δημόπουλο, πολλοί εργαζόμενοι στο νοσοκομείο, καθώς και τα μέλη της Επιτροπής του ναού αφιέρωσαν όλο τον ελεύθερο χρόνο τους στην προετοιμασία και τον στολισμό της εκκλησίας ούτως ώστε πανέτοιμος να λειτουργεί σε κάθε περίπτωση κατά τρόπο άψογο και βαθύτατα θρησκευτικό.

Από τους Χαιρετισμούς της Θεοτόκου έως και την Εβδομάδα των Παθών η Επιτροπή και οι εργαζόμενοι καθημερινά παρείχαν τις υπηρεσίες τους στην εκκλησία με κορύφωση το Μέγα Ευχέλαιο που τέλεσε ο Σεβασμιώτατος Μητροπολίτης Νεαπόλεως και Σταυρουπόλεως κ. **Βαρνάβας**.



Ιδιαίτερη αίσθηση προκάλεσε στους προσκυνητές ο υπέροχος στολισμός των Αγίων εικόνων, του Επιταφίου και του εσωτερικού του ναού.

Και φέτος πλήθος νοσηλευομένων, επισκεπτών, και εργαζομένων στο νοσοκομείο προσήλθαν στον Ιερό Ναό του Αγίου Γεωργίου συμμετέχοντας στις Ιερές Ακολουθίες προσευκόμοι για την εξ ύψους βοήθεια και παρηγορία.

Ιδιαίτερα για τους ασθενείς του νοσοκομείου μας οι οποίοι είχαν τη δυνατότητα να νοιώσουν την όλη κατασκευτική ατμόσφαιρα αυτής της ιερής περιόδου καθώς και την χαρά της γιορτής του Αγίου Πάσχα.





# 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.

## Ο Παναγιώτης Τσολακίδης ευχαριστεί

Περνώντας μία προσωπική, μίνι ευτυχώς περιπέτεια υγείας, είμαι υποχρεωμένος να ευχαριστήσω προσωπικά αλλά και ολόκληρη η οικογένειά μου, το **Επιστημονικό και Νοσηλευτικό προσωπικό της Καρδιολογικής και Καρδιοχειρουργικής Κλινικής** του νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» της πόλης μας, για την αμέριστη και ολόθερμη συμπαράστασή του στο πρόβλημά μου, χάρη των οποίων από σήμερα κιάλας, άρχισα να επικοινωνώ μέσω της στήλης μου, με το αναγνωστικό κοινό της εφημερίδας που κρατάτε στα χέρια σας. Θα ήταν ασυγκώρητη μου παράλειψη πάντως, να μην αναφέρω ιδιαίτερα, τις απεριόριστες ευχαριστίες μου, κατά χρονολογικής σειρά, στον Διευθυντή της Καρδιολογικής κλινικής κ. **Ιωάννη Καπρίνη** και τους άξιους συνεργάτες του κ.κ. **Φαρμάκη, Πριονίδη** και την κυρία **Γκούνη**. Ομοίως τις ίδιες ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στον Διευθυντή της Καρδιοχειρουργικής κλινικής κ. **Γεώργιο Χατζηκώστα** και τους εξαιρετικούς συνεργάτες του κ.κ. **Σαρήπουλο Παναγιώτη** και **Μαρίνο Θωμά**, για την φροντίδα και την ιδιαίτερη επιμελημένη έρευνα που έδειξαν για την περίπτωσή μου.

Ο Θεός να σας έχει καλά όλους σας, γιατί στα δύσκολα χρόνια που περνάμε, η κοινωνία μας και οι συνάνθρωποί μας, έχουμε απόλυτη ανάγκη της άρτιας επιστημονικής σας κατάρτισης, αλλά ακόμη περισσότερο της «ανθρωπιάς» που δείχνετε στους ασθενείς που σας εμπιστεύονται την ζωή τους!

Με ιδιαίτερη εκτίμηση,  
Παναγιώτης Τσολακίδης  
Εφημερίδα «Metrosport», 29-4-2009

☛ Στις 12-2-2009 ημέρα Πέμπτη και ώρα 19.45 γεννήθηκε η κόρη μας και γέμισε ευτυχία η ζωή μας. Το θαύμα όμως αυτό δεν θα μπορούσε ένα πραγματοποιηθεί, αν δεν συνέβαλλε σ' αυτό με όλη του την αφοσίωση και ανθρωπιά ο κ. **Ταρλατζής** και οι συνεργάτες του στην **Μονάδα Τεχνητής Γονιμοποίησης** του Γενικού Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» στη Θεσσαλονίκη. Τους ευχαριστούμε μέσα από την καρδιά μας και εύχομαι να συνεχίσουν να κάνουν και άλλα ζευγάρια ευτυχισμένα, όπως εμάς. Ένα θερμό ευχαριστώ στην κ. **Αναστασία**, την παρασκευάστρια της ομάδας. Θα την ευγνωμονούμε πάντα.

Αναστασία Αποστολίδου-Παύλος  
Παπαδόπουλος  
Εφημερίδα «Άγγελιοφόρος»

☛ Μετά την περιπέτεια υγείας του συζύγου και πατέρα μας **Αλέξανδρου Τσότσου** και την ευτυχί κατάληξή της, αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου «Παπαγεωργίου». Ειδικότερα το γενικό διευθυντή του νοσοκομείου κ. **Χριστόπουλο**, τους γιατρούς κ.κ. **Καπρίνη, Μπομπότη, Τσαγκούρια**, και **Σιδόπουλο** και τους ιατρούς και νοσηλευτές της **Στεφανιαίας Μονάδας** για το ενδιαφέρον και τις φροντίδες τους.

Οικογένεια Α. Τσότσου  
Εφημερίδα «Άγγελιοφόρος», 21-2-2009

☛ Αισθάνομαι την ανάγκη αλλά και την υποχρέωση, να ευχαριστήσω όλους αυτούς που προσπάθησαν, βοήθησαν και μας συμπαραστάθηκαν στο δράμα και την αγωνία που περάσαμε με την ασθένεια του συζύγου μου Γεωργίου Κιτσώνα. Ο Θεός θέλησε να τον ξεκουράσει. Ευχαριστώ τον Διοικητή του Νοσοκομείου για την βοήθειά του και τον συγχαίρω για την άψογη λειτουργία του νοσοκομείου «Παπαγεωργίου». Ευχαριστώ όλο το νοσηλευτικό προσωπικό του **Αιματολογικού Τμήματος** και κυρίως τους γιατρούς όλους. Ιδιαίτερα αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον Διευθυντή κ. **Κοραντζή**, τους γιατρούς **Παπαδάκη, Κάτσιο** και **Λουκίδη** επειδή ίσως ήταν πιο κοντά και μου δίνανε κουράγιο.

Σας ευχαριστούμε η σύζυγος **Μαρία Κιτσώνα**, τα παιδιά του **Χρήστος** και **Δημήτρης** (Τριπόταμος Ημαθίας)  
Αρ/μός Πρωτ. ΓΝΠ:16179. 23/4/2009

☛ Κύριε Παπαγεωργίου για μένα και για τη σύζυγό μου είστε και θα είστε μια ζωή ευεργέτης. Τα συγχαρητήρια θα ήταν πολύ λίγα μπροστά σε αυτά που προσφέρετε καθημερινά σε όλο τον κόσμο. Έρθαμε από την Κοζάνη με το μωρό μας γεννημένο μόλις τριών ημερών σε ιδιωτική κλινική και χάρη στην υπεύθυνη, έμπειρη, σχολαστική και επιστημονική δουλειά του ιατρικού και νοσηλευτικού σας προσωπικού, σώσατε το παιδί μας. Κάποτε χάσατε ένα πολύ δικό σας οικείο και νέο παιδί τόσο άδικα. Δεν ξέρετε πόσο περφόρα το κάνετε καθημερινά βλέποντας από κει ψηλά την χαρά και τη ζωή που δίνετε σε τόσο κόσμο. Ο Θεός να σας έχει πάντα καλά και να σας δίνει καθημερινά υγεία και κουράγιο. Όλα τα καλά του κόσμου σε εσάς και στην οικογένειά σας. Θα σας είμαστε μια ζωή ευγνώμων.

Με εκτίμηση, **Χάρης Παφίλης**



ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Θεσσαλονίκη 10 Απριλίου 2009  
Αριθμ. Πρωτ. : ΑΥ.....

Προς  
κ. Νίκο Παπαγεωργίου  
Πρόεδρο  
Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης  
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Αναητέ κ. Πρόεδρε,

μόλις πληροφορήθηκα την εθελουσία παροχώρηση της προεδρίας του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, στον συνεργάτη σας, κ. Παππά.

Θεωρώ υποχρέωσή μου να σας συγχαρώ από την καρδιά μου τόσο για το τεράστιο κοινωνικό έργο το οποίο έχετε προσφέρει ως ευεργέτης της Πατρίδας μας, όσο και ως οργανωτής και Διοικητής ενός υποδειγματικού Νοσοκομείου-κόσμημα του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας,

Κύριε Παπαγεωργίου,

Για μένα είστε ένας Μεγάλος Άνδρας, αντάξιος της Μακεδονικής καταγωγής σας, και το επιβεβαιώσατε με την έξοδό σας αυτή, δεδομένου ότι ο μεγάλος άνδρας ξέρει πότε πρέπει να φύγει και ξέρει να αφήνει διαδόχους.

Θεωρώ τιμή μου ότι συνεργάστηκα μαζί σας.

Ο



ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ και ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΓΑΚΗΣ

Καλαμαριά, 6-2-2009

Προς τον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Γ.Ν.Π.  
Αξιότιμε κ. Πρόεδρε,

Σας αποστέλλω ευχαριστήρια επιστολή για το γεγονός του ότι προσερχόμενος στο νοσοκομείο με καρδιακό πρόβλημα υγείας, νοσηλεύθηκα και όπως αναφέρει το εξιτήριο βελτιώθηκε η κατάσταση μου και αυτό χάριν του προσωπικού σας το οποίο με αντιμετώπισε με ανθρωπιά, ευγένεια και από όσο μπορώ να κρίνω με άριστη επιστημονική κατάρτιση! Συγκεκριμένα, στις 2-2-2009 προσίλθα στα εφημερεύοντα Εξωτερικά Ιατρεία με αρκετά ενοχλητικό πόνο στο στήθος. Λέγοντας ότι πονώ, μου έδωσαν κατά παρέκκλιση της σειράς, προτεραιότητα, και μετά από λίγο με οδήγησαν στον εφημερεύοντα ιατρό. Ο κ. **Κουντουράς**, νέος και πρόσχαρος ιατρός (θυμάμαι το όνομά του γιατί είχα συννόματο συμμαθητή) μετά την εξέταση με πρότεινε να παραμείνω στο νοσοκομείο για άμεση αντιμετώπιση ου προβλήματός μου. Οδηγήθηκα στη στεφανιαία μονάδα από άλλον ιατρό, ο οποίος με ενθάρρυνε ακόμη περισσότερο. Εκεί, στη στεφανιαία, τι να πω και τι να αφήσω για τις αδελφές! Είτε επειδή ο θάλαμος είναι σχετικά ενιαίος, είτε επειδή η κλίνη μου ήταν απέναντι από την «υποδοχή» μπορούσα να παρατηρώ όλη την κίνησή τους. Κυριολεκτικά δεν σταματούσανε ούτε στιγμή! Επειδή, έτυχε να βρεθώ και σε άλλα νοσοκομεία, ή ιδιωτικές κλινικές, πρώτη φορά άκουσα να απαντά σε κάλεσμα οποιουδήποτε ασθενούς η αδελφή νοσοκόμα λέγοντας, «ναι καλέ μου-ναι καλή μου, έρχομαι αμέσως». Αυτή και μόνη η απάντηση, αλλά και το ευγενικό βλέμμα και το χαμόγελο, που μετέδιδε αισιοδοξία, νομίζω ότι όπλιζε με θάρρος και ελπίδα όλους τους ασθενείς. Αεικίνητες και πρόθυμες. Θυμάμαι ένα βράδυ έναν ηλικιωμένο ασθενή, ο οποίος δεν άφησε, κυριολεκτικά, ούτε σε στιγμή σε πουχία μία αδελφή. Και αυτή αγόγγυστα και πάντα λέγοντας «ναι καλέ μου» πήγαινε και ερχότανε. Ο γείτονας ασθενής δεν άντεξε και είπε: «ά πα πα, χαρά στο κουράγιο και την υπομονή της, εγώ θα τον αγρίεψα!».

Ξημερώνοντας, βρέθηκα πρώτος στο αιμοδυναμικό. Η αναισθησιολόγος χαμογελώντας προσπάθησε να με χαλαρώσει και μετά ήλθαν ο γνωστός μου πλέον από τα εξωτερικά ιατρεία κος **Κουντουράς**, η κυρία **Βλαχοδήμου** και ο κος **Μπομπότης**, ο οποίος στη διάρκεια της επέμβασης με ενημέρωσε εάν

Το πνευματικόν άρτημα της πορείας παντός ανθρώπου και διη παντός ορθόδοξου χριστιανού πρέπει να είναι το Μεγα Μυστήριον της Αναστάσεως τού Αρχηγού της πίστεώς μας Ιησού. Αυτό νοστιμίζει, αυτό ομορφύνει, νοσηματοδοτεί και σηματοδοτεί συμπεριφορές. Διαπλάσσει χαρακτήρας και συγκροτεί τόν όλον άνθρωπον ως εικόνα Θεού! Ο άνθρωπος γίνεται συμμετέχων και με τα μάτια της ψυχής του καθημερινώς θεάται την Αναστάσειν τού Κυρίου ως ιδιάν του και τόν Αναστάντα ως φώς εις την πορείαν του.

Τό αντίθετον είναι αυτό τό όποσον ζώμεν και πάντοτε είμεθα μάρτυρες: αίμα, πόλεμος, εγκλήματα παντός είδους. Ακαταστασία!

Εύχεσθε τούτο τό ΠΑΣΧΑ νά άφύπνισή τόν ζώον άνθρωπον και νά ανακαλύψή τόν κεικευμενον εις τάς καρδίας όλων τών ανθρώπων Θεόν, ώστε τό πνευματικόν σκάφος τών λαών, τών κοινωνιών, τού καθηνός κειχωρισμένα, νά έχη οδηγόν και κυβερνητήν τόν Αναστάντα Κύριον.

ΧΡΙΣΤΟΣ ΑΝΕΣΤΗ - ΑΛΗΘΩΣ ΑΝΕΣΤΗ Ο ΚΥΡΙΟΣ



Μετά Πατριαρχίαν εύχών και προσήχητων

Εὐχολόγος Ἡγούμενος  
Μετρώσιμος Ἡγούμενος



θα ήθελα να προχωρήσει σε αγγειοπλαστική. Ο τρόπος αντιμετώπισής μου μέσα στο αιμοδυναμικό; Άψογος! Η ήρεμη και φιλική φωνή του κ. Μπομπότη, ενέπνεε εμπιστοσύνη. Ο κοφτός και πρόσχαρος τόνος του κ. Κουντουρά μαζί με την κα Βλαχοδήμου η οποία μάλιστα για να αισθανθώ καλύτερα με ρώτησε εάν θα ήθελα να ακούσω μουσική, δημιούργησαν ένα ευχάριστο κλίμα. Πότε ξεκίνησαν, πότε τελείωσαν «χαμπάρι δεν πήρα». Συγκινηθήκα και ευχαριστώντας τον κ. Μπομπότη για το αίσιο της επέμβασης, διέκρινα και τη δική του ικανοποίηση-και όχι αδιαφορία για την θετική κατάληξη. Πίσω στην εντατική. Ιατρός **Ζάρβαλης**. Συγκράτησα το όνομά του γιατί μπόρεσα και ο διάβασα στο ταμπελάκι του ενώ όσο αυτό θεραπευε- παρακολουθούσε για αρκετή ώρα τον διπλανό μου ο οποίος ήταν κυριολεκτικά «διασωληνωμένος». Όταν ερχόταν σε εμένα, όπως και σε όλους τους υπόλοιπους ασθενείς που ήμασταν φαντάζομαι «πιο απλά περιστατικά», τόσο ο κ. Ζάρβαλης όσο και οι υπόλοιποι ιατροί, έρχονταν για λίγο. Με συγκρατημένο χαμόγελο, έντονο διαπεραστικό βλέμμα, ουσιώδεις ερωτήσεις, έλεγχο των συνοδευτικών εγγράφων μας και αμέσως μετά στον επόμενο. Όσο χρόνο αναλώνει μέλισσα από άνθος σε άνθος. Γρήγορα και ασταμάτητα. Όχι ότι αισθανόμουν παραμελημένος, τόσο εγώ όσο και οι άλλοι ασθενείς αλλά να, δεν προλάβαινες «να κόψεις φάσα», να μετρήσεις ανάστημα, να καταλάβεις τι καπνό φουμάρει, τι τύπος είναι». Πάνω που πήγαινες να πλησιάσεις λίγο ανθρώπινά, είχε ήδη σειρά ο επόμενος ασθενής. Όχι, δεν παραπονιέμαι με τίποτα, το ξαναγράφω δεν αισθάνομαι παραμελημένος, τουλάχιστον. Πιστεύω ότι το ερευνητικό βλέμμα των ιατρών, μπορούσε να μας καταλάβει, να αισθανθεί εάν έχουμε κάποια απορία. Μάλλον εγώ αισθανόμουν εκεί εκτός περιβάλλοντος και ήμουν λίγο χαμένος. Επόμενη φάση, μεταφορά σε κανονικό θάλαμο νοσηλείας στην **Β' Καρδιολογική**. Οι ιατροί, άλλη ήδη γνωστοί, άλλους τους βλέπω για πρώτη φορά. Γνωρίζω την προϊστάμενη, με την νεαρή ιατρό που την συνοδεύει. Μόνο καλά λόγια θα μπορούσα να πω. Τους λέω πως αισθάνομαι, με καθυσυχάζουν εξηγώντας μου, με ιατρικούς όρους. Στο απέναντι κρεβάτι έρχεται ένας που μόλις χειρουργήθηκε. Ώρα επίσκεψης ιατρών. Μπροστά του στέκεται ένας ψηλός κριζομάλλης κύριος. «Ποιόν έχουμε εδώ, πως πάμε» ρωτά τους ιατρούς που

τον συνοδεύουν. Και ο ασθενής: «Πήγαμε πολύ καλά, ευχαριστώ!» Ο ένας κοιτάζει τον άλλο έντονα, με γεμάτο βλέμμα. Ενδιαφέρον από τη μία πλευρά, ικανοποίηση για την εξέλιξη από την άλλη. Το καταλαβαίνεις, είναι και οι δύο ευχαριστημένοι. Η σύζυγος του ασθενούς δάκρυσε από χαρά. Γυρίζω αλλού το βλέμμα. Ώρα είναι τώρα να μας πάρουν και μας τα δάκρυα, σκέφτομαι. Αργότερα μαθαίνω, πως ο κύριος που τον είδα και στη στεφανιαία μονάδα λεγόταν **Καπρίνης** και είναι ο Διευθυντής της καρδιολογικής. Θυμάμαι, κύριε πρόεδρε, πως στην ιστοσελίδα του νοσοκομείου, κάπου σημειώνετε πως εύχεστε να είστε πάντα «αχρείαστοι», όμως και κάτι τέτοιες στιγμές γεμάτες ανθρωπιά, ίσως να τις ζει κανείς μόνο σε τέτοιους χώρους! Και εδώ οι νοσοκόμες να «πετάνε». Και εδώ η ερώτηση «τι θέλεις καλέ μου». Βρε, σκέφτομαι θα μας καλοαρέσει εδώ. Και οι κυρίες που καθαρίζουν πρόθυμες και καταδεκτικές. «Σε αυτό το σημείο, το παράθυρο είναι λίγο θαμπό». «Μισό λεπτό» και ξανακαθαρίζει όλο το παράθυρο. Το φαγητό; Ανάλατο! Φαίνεται πως έχετε να πληρώσετε εδώ και πολύ καιρό τον προμηθευτή άλατος. Όμως καλομαγειρεμένο και ζεστό. Την παρατήρηση του ζεστού φαγητού την κάνουν ασθενείς που έτυχε να νοσηλευτούν αλλού όπου ο φαγητό σερβιριζόταν κρύο. Εάν σας έχω κουράσει με τη μακροσκελέστατη επιστολή με τις τόσες λεπτομέρειες ζητώ κατανόηση. Όμως θα ήθελα να πω περισσότερα για τις κυρίες, κυρίως ιατρούς, νοσηλευτές και το άλλο προσωπικό. Για τις απαντήσεις που έλαβα πάνω σε ιατρικά θέματα, για το πως θα πρέπει να ζω από δω και πέρα, για την αισιοδοξία που μου ενέπνευσαν. Στο τέλος θα ήθελα να σημειώσω κάτι ακόμα χωρίς αυτό να σημαίνει πως το θεωρώ μικρής σημασίας, απευαντίας. Όσο διάστημα έμεινα στο νοσοκομείο, τόσο πριν όσο και μετά την επέμβαση δεν μου ζητήθηκε το παραμικρό. Αισθάνομαι την υποχρέωση να το καταγράψω στα θετικά των συνεργατών σας, επειδή έχω προσωπική εμπειρία από άλλα νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, που χρειάστηκε να νοσηλευτούν συγγενικά μου πρόσωπα και για να χειρουργηθούν έδωσα «φακελάκι». Κύριε πρόεδρε, θα ήθελα να ρωτήσω εάν υπάρχει κάποιος σύλλογος ή ομάδα φίλων του νοσοκομείου που συγκροτήθηκε από ανθρώπους που είτε χειρουργήθηκαν ή απλώς εξετάστηκαν ή για οποιαδήποτε λόγο θέλησαν να βρισκο-

νται πιο κοντά στο κόσμο του, για να με εγγράψετε σε αυτή την ομάδα. Είτε κάτι άλλο. Εάν δοθείς ευκαιρίας διοργανώνετε ή με οποιοδήποτε τρόπο βράβευση του προσωπικού του νοσοκομείου, τότε σας παρακαλώ να καλούμαι για να παρευρίσκομαι σε αυτή την τιμητική συγκέντρωση.

Τελειώνοντας, κύριε Πρόεδρε, θα ήθελα να απευθύνω θερμότεαυτος ευχαριστήριους καιρετισμούς, σε όλους όσους με υποδέχθηκαν, περιέβαλαν, χειρουργήσαν και γενικότερα έτυχα της φροντίδας τους.

Με τιμή

*Αριστοτέλης Κωνσταντινίδης,*  
Καλαμαριά-Θεσσαλονίκη

Προς Πρόεδρο Νοσοκομείου  
Νίκο Παπαγεωργίου

Ένα μέγα ευχαριστώ, μέσα από την ψυχή μου για όλα τα άτομα της **M.E.N.N.** Προσπαθώ τόσο πολύ να κατανοήσω την προσπάθειά τους, αλλά μου φαίνεται πως αδυνατώ διότι με ενοχλεί πολύς κόσμος δεξιά και αριστερά μου, με αποτέλεσμα να μην έχω καν προσωπικό χρόνο, πέρα από τον βραδινό ύπνο όπου και αυτός είναι ελλιπής! **Κ. Τσολέκα**, κ. **Νικολαΐδης**, κ. **Τσακαλίδης**, κ. **Μητσιάκος**, κ. **Εξαδακτύλου** (δεν θυμάμαι όλα τα ονόματα) και όλο το επτελείο της M.E.N.N. (μηδενός εξαιρουμένου) είναι υπέροχοι άνθρωποι. Υ.Γ. είμαι πολύ χαμηλά νοήμων.. για να μπορέσω να αναγνωρίσω την πραγματική αξία, την προσπάθεια που καταβάλουν για την αντιμετώπιση του προβλήματος του γιου μου. Υγεία με χαμόγελο, με εκτίμηση. Μέγα ευχαριστώ! (παρακαλώ πολύ να τους ενημερώσετε) Υ.Γ. 2. Όσο για το νοσοκομείο μόνο θετικά έχω ακούσει. Προσωπικά δεν το ήξερα καθόλου, εντυπωσιάστηκα με τα όσα άκουσα, αν και δεν συζητώ το γεγονός μου με κανέναν. Πάραυτα όσοι με ρώτησαν που νοσηλεύεται ο γιος μου και τους είπα πως είναι στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου, ο καθένας τους μιλούσε για την περιπέτειά του με λάμψη και χαρά, δίνοντάς με εικόνα θετική και τέτοια.. Όλα όσα είπαν είναι όντως έτσι. Δεν έχω κάτι αρνητικό να πω, ειλικρινά.. Η μεγαλύτερη επιτυχία σε έναν άνθρωπο είναι να είναι άνθρωπος και όχι να αισθάνεται άνθρωπος. **ΜΑΤΙΑ, ΝΟΥ-ΑΚΟΗ ΨΥΧΗΣ (Ο ΧΡΟΝΟΣ)**

*Αυτό το e-mail έχει αποσταλεί από την IP- Διεύθυνση 94.67.24.173 στις 27 Μαρτίου 2009 και ώρα: 21:44:21*

### Προς Νεφρολογική Κλινική ΓΝΠ

Κύριε Διευθυντά,

Προσωπικά εγώ, η μητέρα μου και οι αδελφές μου, όλη η οικογένεια του Αναστασίου Ραφτόπουλου, θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για όσα επί σειρά ετών κάνατε για τον άνθρωπό μας. Επί σχεδόν πέντε χρόνια αφότου ο πατέρας άρχισε τις περιτοναϊκές καθάρσεις, τόσο οι γιατροί όσο και το νοσηλευτικό, το βοηθητικό αλλά και το διοικητικό προσωπικό, μας αντιμετωπίσατε (πέρα από το καθαρά επιστημονικό ή επαγγελματικό κομμάτι) και με ανθρωπιά και ευαισθησία. Μας έκανε εντύπωση και δεν λησμονούμε ότι μπορούσαμε ανά πάσα στιγμή να συνεννοηθούμε μαζί σας για οτιδήποτε προέκυπτε. Ότι οι ίδιοι οι γιατροί τηλεφωνούσατε ακόμα και από τα προσωπικά σας τηλέφωνα για να μας δώσετε αποτελέσματα, ή οδηγίες ή να του κλείσετε κάποιο ραντεβού. Μας παρηγορεί να πιστεύουμε ότι εσείς που βρεθήκατε κοντά του τις τελευταίες του στιγμές, του παρείχατε την αίσθηση ότι βρίσκεται ανάμεσα σε δικούς του ανθρώπους, μια και εμείς, η οικογένειά του, που φύγαμε με τη λήξη του επισκεπτηρίου, αγνοούσα-

με την κατοπινή επιδείνωση της κατάστασής του και ως εκ τούτου δεν ήμασταν εκεί την κρίσιμη ώρα. Τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μας στον κ. **Μητσόπουλο** (που έκανε και χιούμορ μαζί του), την κ. **Δώρα Παπαδοπούλου** (που του «χτυπούσε» την πλάτη), τον κ. **Μαρίνο Σουλακέλη** (που εκτός πολλών άλλων καλών ενεργειών του- επέτρεψε την τελευταία του νύχτα ο άνθρωπός μας να έχει δίπλα την κόρη του και έτσι να μη βιώσει μόνος την αγωνία του αρρώστου που αισθάνεται ανήμπορος ακόμη και να σηκωθεί από το κρεβάτι του). Δεν θα ξεχάσουμε ποτέ τις νοσηλεύτριες, τα υπέροχα κορίτσια, την **Αθανασία** (που μαζί της ο πατέρας μας αισθάνονταν ιδιαίτερη σιγουριά), την **Δήμητρα** (αιεκίνητη και ανάλαφρη, έτσι που την ονόμαζε «πεταλούδα»), την **Εύη**, την **Σοφία**... τις τραπεζοκόμους, τους βοηθούς θαλάμου, όλους Εσάς που αγνοούμε τα ονόματά σας αλλά αναγνωρίζουμε ότι προσφέρατε πολλά στην περφηφάνια και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Επί πέντε χρόνια μαινοβγαίναμε στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου σαν να ήταν προέκταση του σπιτιού μας. Θα θυμόμαστε πάντα το πολιτισμένο επίπεδο, την ευγένεια, την κατα-

νόηση, την ανθρωπιά, το ευχάριστο περιβάλλον.

Σας ευχαριστούμε

*Ευγνωσία Ραφτοπούλου-Χατζηπρίμου, Δικηγόρος, Θεσσαλονίκη, για λογαριασμό της οικογένειας του Αναστασίου Ραφτόπουλου, 18-5-2009.*

☞ Στις 2-3-2009 νοσηλεύτηκα στην κλινική ΩΡΛ με τη διάγνωση:σκολίωση ρινικού διαφράγματος-πολύποδες ρινός-αφαίρεση. Ήθελα να ευχαριστήσω για την μεγάλη ιατρική φροντίδα που αντιμετώπισαν το πρόβλημά μου: Τον κ.

**Σπύρο Μεταξά** τον χειρουργό μου, τον κ. **Ιορδάνη Κωνσταντινίδη**, τον κ. **Βασίλειο Νικολαΐδη**, την προϊσταμένη κα **Παύλα Αβραμίδου** και όλο το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο όλες τις μέρες της νοσηλείας μου ήταν άψογα. Εύχομαι πάντα να τηρούν τον ίδιο ζήλο για το καθήκον τους. Πολλά, πολλά συγχαρητήρια στη Διοίκηση του Νοσοκομείου και τα ίδια συγχαρητήρια ανήκουν στην κλινική ΩΡΛ.

*Παπαμανουδής Μιλτιάδης, 9-3-2009.*

## Δραστηριότητες του Νοσοκομείου μας

Στις 9 Μαΐου 2009, στο πλαίσιο των εξορμήσεων-προσκυνηματικών εκδρομών, εργαζόμενοι και μέλη της επιτροπής του Ι. Ναού Αγίου Γεωργίου και 20 Αγίων Αναργύρων του νοσοκομείου μας συνοδευόμενοι από τον πατέρα Γεώργιο Δημόπουλο, ιερέα της εκκλησίας μας, επισκέφθηκαν την Ι. Μονή Γενέθλιον της Θεοτόκου στην Κλεισούρα της Καστοριάς.





# 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:



### ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΟΡΑΝΤΖΗΣ

- Αιματολογικό Εξωτερικό Ιατρείο  
Δευτέρα, Τετάρτη, Πέμπτη: **10.00-13.30**  
& Δευτέρα, Τετάρτη: **16.00-20.00**



### ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΟΥΡΙΔΗΣ

- Εργαστήριο Αξονικού Τομογράφου  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **8.00-15.00 & 16.00-21.00**
- Εργαστήριο Μαγνητικού Τομογράφου  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή, Σάββατο: **9.00-13.00 & 16.00-21.00** εκτός Σαββάτου  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **9.00-13.00**
- Μέτρησης Οστικής Πυκνότητας  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **8.30-15.00**
- Εργαστήριο Υπερήχου  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **8.00-14.00**
- Εργαστήριο Μαστογράφου  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **9.00-14.00**



### ΤΜΗΜΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΜΙΣΑΗΛΙΔΟΥ

- Ακτινοθεραπείας  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **8.30-14.30**



### ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ:

ΠΟΛΥΞΕΝΗ ΘΕΟΔΟΣΙΑΔΟΥ-ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ

- Αναισθησιολογικό  
Δευτέρα: **9.00-11.00** &  
Τετάρτη: **16.00-20.00**



### Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΠΑΓΚΑΛΟΣ

- Γαστρεντερολογικό  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **8.30-12.30**  
Δευτέρα & Τετάρτη: **16.00-20.00**
- Διαβητολογικό  
Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: **8.30-12.30**
- Διαβητικό Πόδι Πέμπτη: **10.30-12.30**
- Δυσλιπιδαιμίας  
Τετάρτη: **9.30-11.00**
- Ενδοσκοπικό Εργαστήριο  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη Πέμπτη,  
Παρασκευή **9.00-13.00**
- Γενικό Παθολογικό  
Τρίτη: **8.30-13.30** &  
Δευτέρα, Τετάρτη: **16.00-20.00**
- Ρευματολογικό  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **8.30-14.30** &  
Δευτέρα: **16.00-20.00**
- Υπέρταση  
Παρασκευή: **10.00-13.30**



### Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΜΑΚΡΙΔΗΣ

- Άνω Πεπτικού Παρασκευή: **8.30-14.30**
- Εκπαιδευτικό Ιατρείο Τετάρτη: **8.30-14.30**
- Ενδοκρινών Τετάρτη: **8.30-14.30**
- Κλινικές Συναντήσεις  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **14.00-15.00**
- Κάτω Πεπτικού & Γεν. Χειρουργικής  
Πέμπτη: **8.30-14.30**
- Μαστού Δευτέρα: **8.30-14.30**
- Γενικής Χειρουργικής  
Τρίτη: **8.30-14.30** & Δευτέρα,  
Τετάρτη: **16.00-20.00**
- Ιατρείο Μικροεπεμβάσεων  
Τετάρτη: **8.30-14.30**
- Λαπαροσκοπικό Πέμπτη: **8.30-11.30**

- Ιατρείο προληπτικού ελέγχου Μαστού  
Τετάρτη: **8.30-14.30**
- Παχυσαρκίας Πέμπτη: **12.00-14.30**



### **Β΄ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΠΡΙΝΗΣ

- Αγγειοπλαστικών Δευτέρα: **8.30-11.50**
- Αθυρωμάτωσης Λιπιδίων  
Πέμπτη: **10.30-12.30**
- Καρδ. Ανεπάρκειας Αγγειοπλαστικής  
Δευτέρα: **10.30-12.30**
- Αρρυθμιών Τετάρτη: **13.00-14.40**
- Συνταγογράφησης Φαρμάκων  
Πέμπτη: **9.12-10.25**
- Υπέρτασης Τρίτη: **9.00-10.40**
- Καρδιολογικό  
Δευτέρα, Τετάρτη: **16.00-20.00**
- Βηματοδοτών  
Τρίτη, Τετάρτη: **10.00-13.30**
- Προγραμματισμός Στεφανιογραφίας  
Παρασκευή: **11.00-13.30**
- ΕCHO Καρδιάς- Τέστ Κόπωσης  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **11.30-13.30 & 9.30-11.30**



### **Β΄ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ

- Αθλητικών Κακώσεων Δευτέρα: **8.30-13.00**
- Άκρου Πόδα Πέμπτη: **12.00-13.00**
- Ενδομυελικών Ηλώσεων  
Τρίτη: **30/06/09, 31/08/09, 29/09/09, 30/11/09, 29/12/09**
- Επανορθωτικής χειρουργικής ισχίου & γόνατος Τρίτη: **8.30-13.00**
- Ορθοπαιδικό Ογκολογικό  
Δευτέρα: **8.30-12.45**
- Οστεοπόρωσης Πέμπτη: **8.30-13.00**
- Παιδών Πέμπτη: **8.30-12.00**
- Ειδικό Ορθοπαιδικό Χειρός  
Πέμπτη: **8.30-13.00**
- Ορθοπαιδικό  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη:  
**8.30-13.00 & Τετάρτη: 16.00 20.00**
- Σπονδ. Στήλης. Κυφο-Σπονδ/πλασκη  
Τρίτη: **8.30-13.00**



### **Γ΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΜΙΧΑΗΛ ΣΙΩΝ

- Λοιμώξεων Τρίτη: **9.00-12.00**
- Διαβητολογικό Πέμπτη: **9.00-12.00**
- Μεταβολικού Συνδρόμου  
Παρασκευή: **9.00-12.00**
- Παθολογικό  
Δευτέρα και Παρασκευή: **8.00-12.00**

- Ιατρείο Υπέρτασης και 24ωρης καταγραφής της Αρτηριακής Πίεσης  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη: **13.00-14.00**  
και Δευτέρα: **16.00-17.00**

- Ενδοκρινολογικό  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **8.30-13.30**



### **ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΜΑΡΙΑΝΝΑ ΚΑΚΟΥΡΑ

- Πνευμονολογικό  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **8.00-13.30 &**  
Δευτέρα, Τετάρτη: **16.00-20.00**
- Ιατρείο Διακοπής καπνίσματος  
Τετάρτη **11.00-13.30**



### **Β΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΩΝ/ΝΟΣ ΚΑΡΑΜΟΣΧΟΣ

- Χειρουργικής Γενικό  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **9.00-10.30,**  
Δευτέρα, Τετάρτη: **16.00-20.00**
- Αγγειοχειρουργικό  
Τρίτη: **10.30-13.30**
- Επεμβάσεων Θυροειδούς & παγκρέατος  
Τετάρτη: **10.30-13.30**
- Παχέος Εντέρου & Πρωκτού  
Δευτέρα: **10.30-13.30**
- Χολής & Λαπαροσκοπικής Χειρουργ.  
Παρασκευή: **10.30-12.30**
- Οισοφάγου & Στομάχου  
Πέμπτη: **11.30-13.30**
- Κήλης Παρασκευή: **12.30-13.30**



### **Α΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΤΑΡΛΑΤΖΗΣ

- Γυναικολογικό Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη,  
Πέμπτη, Παρασκευή: **8.30-12.30 &**  
Τετάρτη: **16.00-20.00**
- TEST PAP  
Δευτέρα-Πέμπτη: **8.30-9.20**
- Ενδοκρινολογικό Αδεν. & Κύησης  
Παρασκευή: **9.30-13.15**
- Κολποσκόπησης - LASER Δευτέρα,  
Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: **9.30-11.30**
- Μαιευτικό Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη,  
Πέμπτη: **9.30-12.30**
- Προληπτικός Έλεγχος Μαστού  
Πέμπτη: **11.00-12.30**
- ΕΙΔΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ**
- Ανδρικής Γονιμότητας  
Δευτέρα, Τετάρτη: **10.30-12.30**

- Γυναικείας Γονιμότητας  
Τρίτη, Πέμπτη: **10.30-12.30**
- Εμμηνοπαυση  
Δευτέρα, Τετάρτη: **9.30-11.15**
- Οικογενειακού Προγραμματισμού  
Δευτέρα, Τετάρτη: **10.30-11.30**
- Καθ' ἔξιν Αποβολές  
Δευτέρα, Τρίτη: **9.30-10.30**
- Γυναικολογικό Ογκολογικό  
Τρίτη: **11.00-12.30**
- Γυναικολογικό - Ουρολογίας Δευτέρα, Τετάρτη, Πέμπτη: Πέμπτη: **12.30-14.00**
- Ενδοσκ. Γυναικολ. Χειρουργικό  
Δευτέρα, Τρίτη: **9.30-10.30**
- Λήψης Κολπικών Εκκρίμάτων  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: **8.30-9.30**
- Παιδ.-Εφηβ. Γυναικολογίας  
Δευτέρα: **11.30-12.15**
- Διαταραχών κύκλου & Πολυκυστ. Ωοθηκών  
Τετάρτη: **9.30-10.30**
- HPV DNA (Πρόγραμμα Λυσιστράτη)  
Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: **8.30-9.30**
- Ψυχοσεξουαλικής Υγείας  
Τετάρτη: **11.30-12.30**

#### **ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **8.00-15.00**

#### **ΚΑΡΔΙΟΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑΣ  
• Καρδιοθωρακοχειρουργικό  
Τρίτη, Πέμπτη: **9.00-11.00**

#### **ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΙΑΚΩΒΟΣ ΤΣΙΠΤΣΙΟΣ  
• Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων  
Πέμπτη: **9.00-13.00**- Άνοιας Τρίτη: **9.00-13.30**
- Κεφαλαλγίας Δευτέρα: **9.00-11.40**
- Γενικό Νευρολογικό  
Παρασκευή: **8.30-11.30** & Δευτέρα, Τετάρτη: **16.00-20.00**
- Νευροφυσιολογικό  
Τετάρτη, Πέμπτη: **9.00-12.00**
- Πολλαπλής Σκλήρυνσης  
Τρίτη: **9.00-14.00**
- Νευροανοσολογικό Πέμπτη: **9.00-12:30**
- Επιληψίας Τετάρτη: **10.00-13.00**



#### **ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΗΛΙΑΣ ΚΑΜΠΕΛΗΣ  
• Νευροχειρουργικό  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **8.30-13.30** &  
Δευτέρα & Τετάρτη: **16.00-20.00**



#### **ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΙΩΑΝΝΗΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΥ  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **8.30-15.00**



#### **ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ** ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ:

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΣΕΒΑΣΤΙΑΔΟΥ-ΚΛΕΙΤΣΙΝΙΚΟΥ  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **8.30-15.00**- Ε.Ι. Κυτταρολογικό Εργαστήριο  
Δευτέρα, Τετάρτη: **16.00-18.00**



#### **Β΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ  
• Χειρουργικής Παιδων Τρίτη, Πέμπτη:  
**9.00-12.30** & Δευτέρα: **16.00-20.00**- Νεογνική Χειρουργική  
Τετάρτη: **11.00-13.00**
- Κρανιοπροσωπικές Παθήσεις - Σχιστίες προσώπου Παρασκευή: **11.00-13.00**
- Ουροποιογεννητικού Συστήματος  
Δευτέρα: **11.00-13.00**



#### **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΦΟΥΝΤΖΗΛΑΣ  
• Παθολογικής Ογκολογίας  
Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **12.00-14.30** &  
Δευτέρα, Τετάρτη: **16.00-20.00**



#### **Γ΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΠΕΤΑΝΟΣ  
• Ειδικό Άνω Άκρου Δευτέρα: **9.10-11.50**- Παιδων Ορθοπαιδικό Τρίτη: **8.30-11.00**
- Γενικό Ορθοπαιδικό  
Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή: **8.30-13.25**,  
Δευτέρα, Τετάρτη: **16.00-20.00**
- Σκολίωσης Τρίτη: **8.30-10.00**
- Οστεοπόρωσης Τρίτη: **8.30-11.50**
- Σπονδυλικής Στήλης  
Παρασκευή: **8.30-13.10**
- Αρθροπλαστικών Δευτέρα: **8.30-13.10**
- Όγκων Μυοσκελετικού Τρίτη: **8.30-13.10**

**Β΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ

- Σεξουαλικής & Αναπαραγωγής

Δευτέρα, Παρασκευή: **10.00-13.00**

- Γυναικολογικής Ουρολογίας

Δευτέρα, Πέμπτη: **9.30-12.50**

- Νευροουρολογικό Τετάρτη: **9.30-12.30**

- Ουρολογικό Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: **9.30-12.10** & Δευτέρα: **16.00-20.00**

- Παθήσεων Προστάτη (βιοψία)

Τρίτη, Παρασκευή: **8.30-10.00**

- Κυστεοσκοπήσεις

Τετάρτη, Πέμπτη: **8.30-10.30**

**ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ: ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ ΖΑΧΑΡΑΚΗΣ

Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **7.45-14.00**

**Β΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΣΤΑΥΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΣ

- Γενικό Οφθαλμολογικό

Δευτέρα, Παρασκευή: **8.30-13.20** &  
Δευτέρα, Τετάρτη: **16.00-20.00**

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ**

- Αγγειογραφίες Παν. Οφθαλμολ. κλινικής

Πέμπτη: **8.40-10.40**

- Οπτικά Πεδία

Δευτέρα, Τετάρτη: **8.20-13.20**

**ΕΙΔΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ**

- Βυθού Πέμπτη: **9.50-13.30**
- Γλαυκώματος Τετάρτη: **8.30-12.20**
- Διαβήτη Τρίτη: **8.30-10.50**
- Επανεξέταση Καταρράκτη

Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη: **8.30-11.30**

- Κόγχου Κερατοειδούς

Δευτέρα: **8.30-10.10**

- Παιδιατρ. Στραβισμού Γενετικής

Δευτέρα: **10.30-13.20**

- Ραγοειδή Πέμπτη: **12.00-13.20**

- Ωχρα Πέμπτη: **10.00-12.30**
- Υαλοειδούς Αμφιβληστροειδή

Τρίτη: **12.00-13.20**

**ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ**

- YAG-LASER Δευτέρα: **9.00-10.30**
- LASER Δευτέρα, Παρασκευή: **9.00-10.30**

**Δ΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΒΑΡΛΑΜΗΣ

- Παιδιατρικό Ανοσολογικό Β΄

Τετάρτη: **11.00-13.00**

- Παιδ. Γαστρεντερολ. & Διατροφής

Πέμπτη: **11.00-13.00**

- Παιδ. Διαβητολογικό

Παρασκευή: **9.00-11.00**

- Παιδ. Ενδοκρινολογικό

Τρίτη: **11.00-13.00**

- Παιδιατρικό Καρδιολογικό

Πέμπτη: **9.00-11.30**

- Παιδ. Πρωλ. Καρδιαγ. Νοσημάτων

Δευτέρα: **9.00-11.30**

- Παιδ. Κυστικής Ίνωσης

Τρίτη: **11.00-13.00**

- Παιδιατρικό

Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: **9.00-11.00**  
Τετάρτη: **16.00-20.00**

- Παιδ. Μεταβολικών Νοσημάτων

Τρίτη, Παρασκευή: **9.00-11.00**

- Παιδ. Πνευμονολογίας

Τετάρτη: **10.30-12.30**

- Παιδ. Νευρολογικό

Τετάρτη: **8.30-10.30**

- Παιδ. Νεφρολογικό

Τρίτη: **11.00-13.00**

- Παιδ. Αναπνευστικό

Τετάρτη: **10.30-12.30****ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΕΥΤΕΡΠΗ ΔΕΜΙΡΗ

- Ογκολογίας Δέρματος & Μαλακών Μοριών

Τρίτη: **8.30-13.30**

- Χειρουργικών Παθήσεων Χεριού

Δευτέρα: **8.30-13.30**

- Γενικής Πλαστικής Χειρουργικής

Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: **8.30-13.30**

Παρασκευή: **11-13.30**

- Χειρουργικής Παθήσεων του Μαστού

Τετάρτη: **8.30-13.30**

- Κρανιοπροσωπικής Χειρουργικής

Παρασκευή: **11-13.30**

**Γ΄ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΘ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΑΡΑΤΖΑΣ

- Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής

Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: **8.00-15.00** & Δευτέρα, Τετάρτη: **15.00-19.00**

- & Τρίτη, Πέμπτη: **15.00-19.00**

- Για εξετάσεις Θυροειδή:

- Δευτέρα, Πέμπτη Παρασκευή: **9.30-11.30**

**Α΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΙΣΚΙΝΗΣ

- Αγγειοχειρουργικής

Τρίτη, Πέμπτη: **8.30-13.35**

- Χειρουργικής Μαστού

Παρασκευή: **8.30-12.00**

- Χειρουργικής Ογκολογικό

Παρασκευή: **8.30-12.00**

- Χειρουργικής Γενικό

Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή: **8.30-13.35**

- Παχέος εντέρου & Πρωκτού

Πέμπτη: **8.00-13.30**

- Ενδοκρινών

Παρασκευή: **8.30-12.30**



### **ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΤΣΑΚΙΡΗΣ

- Νεφρολογικό

Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,

Παρασκευή: **9.00-13.00** &

Δευτέρα: **16.00-18.30** & Τετάρτη:

**16.00-19.30**

- Περιτοναϊκής Κάθαρσης

Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Παρασκευή:

**9.00-12.00**



### **ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ**

ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α΄ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΜΠΟΥΓΑΣ

Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,

Παρασκευή: **8.30-13.45**



### **Α΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΣΠΥΡΟΣ ΦΩΚΑΣ

- Ψυχιατρικής

Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη:

**10.15-12.35** & Δευτέρα: **16.00-20.00**

- Ψυχολογίας

Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: **9.00-12.00**

- Πιστοποιητικών Ψυχικής Υγείας

Παρασκευή: **9.00-13.00**

- Ψυχολογίας

Τετάρτη: **9.00-13.00**

- Ψυχοσωματικής Ιατρικής

Κάθε 2η Δευτέρα: **9.00-12.00**

- Νευροψυχολογίας

Πέμπτη: **9.00-12.45**

- Λογοθεραπείας

Τετάρτη, Πέμπτη: **9.00-12.00**

- Ψυχογηριατρικής

Πέμπτη: **9.00-12.45**

- Σεξουαλικών Δυσλειτουργιών

Τετάρτη: **11.00-13.15**

- Δυναμικής Ψυχοθεραπείας

Παρασκευή: **9.00-13.00**

- Γνωστικής Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας

Τρίτη: **9.00-12.00**

- Μαθησιακών Δυσκολιών

Τρίτη, Πέμπτη: **10.00-14.00**



### **Β΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Ω.Ρ.Λ.**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΣΠΥΡΟΣ ΜΕΤΑΞΑΣ

- Φωνής και Διατ. Κατάποσης

Δευτέρα: **10.00-12.30**

- Ωτορινολαρυγγολογικό

Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,

Παρασκευή: **8.30-13.30** &

Δευτέρα, Τετάρτη: **16.00-20.00**

- Ακοής - Ισορροπίας

Τετάρτη: **9.00-12.00**

- Ειδικό Ριнологικό

Τρίτη: **9.00-12.00**

- Ειδικό Όσφρησης - Γεύσης

Πέμπτη: **11.00-13.00**



### **ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ - Β΄ Μ.Ε.Ν.Ν. ΑΠΘ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΝΙΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ

- Νεογνολογικό (Μόνο νεογνά Μονάδας)

Δευτέρα: **9.00-13.00**

Υπεύθυνη:

Παρασκευή Καραγιάννη



### **Β΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΩΝ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΩΤΗΡΙΑΔΗΣ

- Δερματολογικό

Τρίτη, Πέμπτη: **8.30-11.15** &

Τετάρτη: **16.00-20.00**

- Ειδικό Ψωρίασης, Σπύλων & Όγκων Δέρματος

Κάθε 1η & 3η Τετάρτη: **9.00-11.00**

- Ειδικό Παιδοδερματολογικό

Κάθε 2η & 4η Τετάρτη: **9.00-11.00**



### **ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ -**

**ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ** ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ:

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΠΑΥΛΙΤΟΥ-ΤΣΙΟΝΤΣΗ

Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,

Παρασκευή: **8.30-15.00**



### **ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ - ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ - ΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**

ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ: Επιμελήτρια Α΄,

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΑ

- Αιμοληψίες: Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη,

Πέμπτη, Παρασκευή: **8.00-13.00**

### **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΜΑΤΑΜΗΣ

Καθημερινά: **14.00-15.00**



**ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ,  
ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ &  
ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ: ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΤΣΙΒΙΚΗ

Σύμφωνα με το πρόγραμμα ωρών λειτουργίας του Νοσοκομείου και Εφημεριών της πόλης Θεσσαλονίκης

**ΙΑΤΡΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ**

*ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ*



**ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ & ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ**

ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α΄  
ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΚΑΛΑΜΠΑΚΑΣ  
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Β΄  
ΑΣΤΕΡΙΟΣ ΓΚΑΓΚΑΛΗΣ



• Γαστρεντερολογικό  
Δευτέρα, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή:  
**8.30-12.30**

• Ηπατολογικό  
Τετάρτη: **11.00-12.30**



**ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ**

ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ Α΄  
ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΥ  
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Β΄  
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **8.30-14.00**  
Τετάρτη: **16.00-20.00**



**ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ**

ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ Α΄  
ΕΥΑΝΘΙΑ ΤΣΙΩΤΣΙΑ

Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη,  
Παρασκευή: **8.30-13.30**





## ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Από 27 Ιουνίου 2009 έως 5 Ιουλίου 2009 θα πραγματοποιηθεί έκθεση Ζωγραφικής των παιδιών των εργαζομένων ηλικίας 6-12 ετών με θέμα: **«Η εργασία των γονιών μας στο νοσοκομείο»**



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

## ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΣΤΑΥΡΟΛΕΞΟ

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

**ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ:** 1) ΚΟΡΟΜΗΝΑΣ 2) ΕΠΑΝΕ ΟΛΝΤ 3) ΡΙΨΑΣΠΙΔΑ 4) ΒΟΔΑΣ ΑΜΕΑ 5) ΑΝΟΥΚ 6) ΡΟΝΣ 7) ΟΙ ΚΝΕ ΗΒ(Η)ΙΑΣ ΒΕΚΕΛΗΓ 8) ΣΤΕΡΟΣ 9) ΗΠΙΑ ΝΤΙΕ  
**ΚΑΘΕΤΑ:** 1) ΚΕΡΒΕΡΟΣ 2) ΟΠΙΟ ΟΙΤΙΟ 3) ΡΑΨΑΝΗΝ ΗΝΗ 4) ΕΠ(Ε)ΓΚΡΑΠΟΥΛΗ ΠΑΠΠΟΣ 5) ΟΒΑΣ 6) ΜΕΣ 7) Φ 8) ΠΑΝΘΕΟΝ 9) ΟΜΙΟΜΟ ΣΤ 8) ΑΔΑΕΛΥΔΗ 9) ΣΠΙΑΚ, ΒΙΕ  
**ΗΣΥΝ**

### ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ

1. Πρόξενος της Ελλάδας στη Θεσσαλονίκη την εποχή του Μακεδονικού Αγώνα
2. α) Αφρικανός τέως ποδοσφαιριστής του Ηρακλή που αγωνίζεται στη Γερμανία β) Αρχικά οργανισμού
3. Φυγόμαχος, δειλός (καθ., αιτιατ.)
4. α) Μεγάλο φίδι β) Αρχικά συνανθρώπων μας με κινητικά και άλλα προβλήματα
5. Το μικρό όνομα παλιάς γαλλίδας ηθοποιού (Ένας άνδρας και μια γυναίκα)
6. Οι νόμοι της διδάσκονται στη Φυσική (γεν.)
7. α) Άρθρο (πληθ.) β) Γαλλικό κλειδί γ) Τα αρχικά του συγγραφέα της Αιολικής Γης
8. Στείρος
9. α) Αρχικά υπερδύναμης β) Όττο... Γερμανός ζωγράφος του 20ού αιώνα

### ΚΑΘΕΤΑ

1. Φύλακας στον Άδη και καλός τερματοφύλακας
2. α) Προκαλεί εθισμό β) Βουνό της Στερεάς Ελλάδας
3. α) Χωριό στις υπώρειες του Ολύμπου β) Τα αρχικά Σερραίου αγωνιστή του 1821
4. α) Ταραχή, αναστάτωση (αντιστρ. αιτιατ.) β) Χωριό του Ν. Κιλκίς γνωστό από μάχη του 1918
5. α) Είδος κόμμωσης β) Άφωνο ελάφι
6. Παλιό γυναικείο περιοδικό
7. α) Θανατηφόρα επιδημία (αιτιατ.) β) Ο Λέων ο Σοφός με γράμματα
8. Χημική ένωση
9. α) Παλιός γ.γ. του ΝΑΤΟ β) Κρέμα για εντριβές

# ΕΚΔΡΟΜΗ ΣΤΗΝ ΠΡΑΓΑ



Γράφει η **Δέσποινα Χριστοδουλίδου**

**Μ**ία ακόμη εκδρομή των εργαζομένων του Νοσοκομείου μας πραγματοποιήθηκε, αυτή τη φορά, στην κατά γενική ομολογία, ομορφότερη πρωτεύουσα της Ευρώπης την Πράγα, καθώς και στην πανέμορφη λουτρόπολη Κάρλοβι Βάρι.

Περάσαμε τέσσερις ημέρες γεμίζοντας τις «μπαταρίες» μας, με όμορφες εικόνες και πολλή μουσική, που τη συναντήσαμε σε πολλές πλατείες, από υπέροχους «μουσικούς του δρόμου» με πολύ κέφι και ζωντάνια. Αξέχαστες και οι στιγμές που ζήσαμε από την εντυπωσιακή παράσταση που παρακολουθήσαμε στο μαύρο θέατρο, καθώς και από την τζαζ παράσταση που απολαύσαμε σε ένα από τα πολλά τζαζ κλάμπ της πόλης.

Η παρέα μας ήταν υπέροχη όπως και σε όλες τις προηγούμενες εξορμήσεις, χάρη στην άψογη οργάνωση της συναδέλφου Χρυσούλας Μαντί αλλά και στην καλή διάθεση όλων των μελών της μεγάλης συντροφιάς.

Η εκδρομή έκλεισε στο αεροδρόμιο της Πράγας με μία αναπάντεχη μουσική νότα από την ορχήστρα του Δημοτικού Ωδείου Θέρμης, με το οποίο συνταξιδεύαμε. Μας προσέφεραν μία ώρα καταπληκτικών μουσικών ακουσμάτων στην αίθουσα αναμονής του αεροδρομίου, περιμένοντας την πτήση μας.

**Αξίζει να αναφέρω πως η ορχήστρα του Δημοτικού Ωδείου Θέρμης με Μαέστρο τον κύριο Γιάννη Πολυμενέρη και τριάντα πέντε μουσικούς ηλικιών από 13 έως 28 ετών**



**απέσπασαν το ΧΡΥΣΟ βραβείο στην κατηγορία ΤΖΑΖ ορχηστρών, στο διεθνή διαγωνισμό νεανικών ορχηστρών και χορωδιών που πραγματοποιήθηκε στην Πράγα.**

Οφείλουμε λοιπόν να πούμε στο μαέστρο και στα παιδιά πολλά-πολλά συγχαρητήρια για την παγκόσμια πρωτιά που έφεραν στην πόλη μας και να ευχηθούμε να έχουν πάντα τέτοιες διακρίσεις γιατί πραγματικά το αξίζουν.

Είμαστε όλοι μας περήφανοι για σας και σας ευχαριστούμε για την μοναδικά ευχάριστη μουσική έκπληξη που μας προσφέρατε στο αεροδρόμιο της Πράγας.

# 3η ΕΚΘΕΣΗ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑΣ

## ΘΕΜΑΤΑ

«Ο Πλανήτης μας χάνεται»

«Φωτογραφία του δρόμου»

**Φωτογραφίες εκθέτουν τα μέλη του Συλλόγου**

**Φωτογραφίας εργαζομένων του ΓΝΘ Παπαγεωργίου:**

Κλεόβουλος Αναγνωστίδης, Αναστασία Αναστασιάδου,  
Αλέξανδρος Βαρδίκος, Μαρία Βαρσάμη, Θόδωρος  
Γουλτίδης, Ευγενία Κοινοβιάρχου, Βούλα Μπρατάνη,  
Θανάσης Τασιούδης, Νίκος Ταχτσής, Ελένη Τζιουργκάνου,  
Βαλάντης Τουτζιάρης, Παναγιώτης Τουχτίδης,  
Δημήτριος Τσακίρης, Δέσποινα Χριστοδουλίδου.