



# ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 17 | ΙΟΥΛ.-ΑΥΓ.-ΣΕΠ. 2009 | ΤΙΜΗ 0,01 €

## Νέες πιστοποιήσεις παρεχόμενων υπηρεσιών στο Νοσοκομείο μας

Παρεδόθησαν τα πιστοποιητικά ποιότητας του διαπιστευμένου φορέα πιστοποίησης TUV Hellas



ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ  
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ-  
ΑΚΤΙΝΟΦΥΣΙΚΗΣ



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΥΠΗΡΕΣΙΑ



ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΤΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΥ  
ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΝΔΑΛΟΥΣΙΑΣ  
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΣ

Ο ΑΡΧΙΕΠΙΣΚΟΠΟΣ  
ΑΘΗΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΣΗΣ  
ΕΛΛΑΔΟΣ κ. ΙΕΡΩΝΥΜΟΣ  
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ



Η συμβολή της **ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ**  
και της μαγνητικής μαστογραφίας  
στην έγκαιρη διάγνωση του  
καρκίνου του μαστού

**ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ:**  
Λάθη και Παραλείψεις

Η γυναικεία ακράτεια ούρων και οι  
προπτώσεις του πυελικού εδάφους

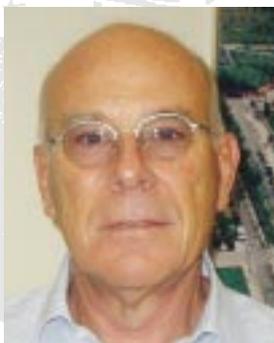




## ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

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  
Κάτσης**  
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



## EDITORIAL

### **Η Αρχιτεκτονική και το Νοσοκομείο**

**Η** Αρχιτεκτονική είναι επιστήμη και τέχνη. Επιστήμη γιατί για τη δημιουργία ενός Αρχιτεκτονήματος είναι απαραίτητη, η γνώση εξειδικευμένων κανόνων και νόμων και τέχνη γιατί απαιτεί ιδιαίτερους χειρισμούς ώστε το αποτέλεσμα να παράγει πολιτισμό.

Η δημιουργία ενός αρχιτεκτονικού έργου π.χ., ενός δημοσίου κτιρίου, προϋποθέτει τη σύνταξη επί μέρους μελετών από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων (Πολιτικούς Μηχανικούς, Ηλεκτρολόγους - Μηχανολόγους κλπ) ώστε τα συστήματα των διαφόρων εγκαταστάσεων να είναι συμβατά μεταξύ τους και να συλλειτουργούν αρμονικά.

Την ευθύνη της σύνθεσης των ετερογενών αντικειμένων σε ένα κτιριακό έργο, ώστε το δημιούργημα να είναι άρτιο, έχει ο κύριος μελετητής αλλά και κατόπιν ο επιβλέπων του έργου που είναι και στις δύο περιπτώσεις ο Αρχιτέκτονας.

Θα πρέπει επίσης το τελικό αποτέλεσμα να ικανοποιεί τους χρήστες που στην προκειμένη περίπτωση θα είναι οι εργαζόμενοι στο κτίριο και τους πολίτες τους οποίους εξυπηρετεί. Ένα βασικό επίσης μέλημα όλων των εμπλεκόμενων θα πρέπει να είναι η οικονομία τόσο στη φάση της κατασκευής όσο και αργότερα στη φάση της λειτουργίας του. Οι σκέψεις αυτές φωτίστηκαν στο μυαλό μου, όταν κάποιος εύλογα με ρώτησαν τι σχέση έχει η Αρχιτεκτονική με τη διοίκηση του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου.

Οφείλω να ομολογήσω πως διέκρινα αρκετές ομοιότητες που όμως δεν ήταν αρκετές!

Η ενασχόλησή μου με το Νοσοκομείο ξεκινά το έτος 1993 όταν ο εκ των Δωρητών κ. Νίκος Παπαγεωργίου μου ανακοίνωσε πως πρόθεση του Ιδρύματος Παπαγεωργίου που είχε συστήσει με τον αδελφό του Λεωνίδα ήταν να αναλάβει τη δημιουργία του Νοσοκομείου των Δυτικών Συνοικιών της Θεσσαλονίκης και μου ζήτησε να οργανώσω τις πολλές μελέτες που ήταν απαραίτητες για την υλοποίηση του έργου και στη συνέχεια τη δημοπράτηση και την επίβλεψή του καθώς και την προμήθεια του εξοπλισμού.

Τα αποτελέσματα είναι λίγο πολύ γνωστά. Είναι γνωστή η αρτιότητα και η ποιότητα των μελετών, (το Αττικό Νοσοκομείο έγινε με την ίδια μελέτη που δώρισε το Ίδρυμα Παπαγεωργίου στο Ελληνικό Δημόσιο), το χαμηλό κόστος της κατασκευής και του εξοπλισμού συγκρινόμενα με τα αντίστοιχα κοστολόγια παρόμοιων νοσοκομείων που ανεγέρθηκαν την ίδια εποχή. Είναι επίσης σημαντική η ταχύτητα με την οποία αποπερατώθηκε (3,5 χρόνια) όπως και πόσα χρόνια μετά με ευθύνη της Πολιτείας παρέμεινε κλειστό!

Η μέχρι σήμερα καλή, ομολογουμένως πορεία του Νοσοκομείου, οφείλεται στη διαρκή παρουσία του Ν. Παπαγεωργίου και στην επιλογή άξιων συνεργατών με προεξάρχοντα τον φίλο Γιώργο Χριστόπουλο.

Μα πάνω απ' όλα καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχία ενός στόχου, μιας ιδέας είναι η αγάπη, ο ενθουσιασμός και οι συνεχείς προσπάθειες.

Όσο πολύπλοκο και δύσκολο εγχείρημα είναι η δημιουργία ενός Νοσοκομείου, άλλο τόσο είναι και η σωστή διοίκησή του. Η πληθώρα και η ετερογένεια του προσωπικού, τα μεγάλα οικονομικά μεγέθη, η διατήρηση της ποιότητας των κτιριακών εγκαταστάσεων και του περιβάλλοντος είναι θέματα που θα πρέπει να απασχολήσουν όλους τους εργαζόμενους. Όλοι θα πρέπει να διαπνέονται από τα ίδια ιδανικά με κυρίαρχο την επιθυμία της προσφοράς στον πονεμένο συνάνθρωπο.

*Βασίλειος Παπάς*

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ - ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ:

Βασίλειος Παπάς

ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΥΛΗΣ:

Μαρία Ρούμελη-Στρατάκη

*Σε αυτό το τεύχος συνεργάστηκαν:*

Σταύρος Βογιατζής, Μαρία Βουροπούλου, Μαρία Γαβρά,  
Ιωάννης Ευστρατίου, Γεώργιος Καρατζάς,  
Ιορδάνης Κωνσταντινίδης, Τριάδα Μαλκότση,  
Χρήστος Μανές, Μαρία Μικροπούλου  
Λιάνα Μιχαηλίδου, Αναστασία Ρακογιάννη,  
Ευαγγελία Σαράντη, Παναγιώτης Τουχιτίδης,  
Τρύφων Τσαλίκης, Θεοδώρα Τσινή, Ιωάννης Τσιτουρίδης,  
Αθανασία Χούτα-Χυτήρη, Δέσποινα Χριστοδουλίδου

ΦΩΤΟΡΕΠΟΡΤΑΖ:

ORAMA PRODUCTION

Ραδιοτηλεοπτικές Παραγωγές

Τηλ.: 2310 508470

ΕΚΤΥΠΩΣΗ - ΒΙΒΛΙΟΔΕΣΙΑ:

ΜΑΥΡΟΓΕΝΗΣ Α.Ε.

Ολύμπου 3, Καλοχώρι

Τηλ.: 2310 700770

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

Τρία ακόμη τμήματα του Νοσοκομείου μας με πιστοποιήσεις παρεχόμενων υπηρεσιών .....	<b>4</b>
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας ISO 9001 .....	<b>7</b>
Η συμβολή της μαστογραφίας και της μαγνητικής μαστογραφίας στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού .....	<b>8</b>
Επανάδρυση ή εκσυγχρονισμός, το ΕΣΥ και εσύ .....	<b>14</b>
Σακχαρώδης Διαβήτης: Λάθη και Παραλείψεις .....	<b>16</b>
Σύγχρονη ηγεσία και management .....	<b>18</b>
Η γυναικεία ακράτεια ούρων και οι προπτώσεις του πυελικού εδάφους .....	<b>20</b>
Όσφρηση και γεύση .....	<b>24</b>
Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών .....	<b>27</b>
Κυστική Ίνωση: Ιδιαιτερότητες κατά τη νοσηλεία .....	<b>30</b>
Τμήμα Αιμοδοσίας: Ασφαλής χορήγηση αίματος και παραγώνων .....	<b>32</b>
Νοσηλευτική παρέμβαση στην ανοσοανεπάρκεια .....	<b>35</b>
Επισκέψεις στο Νοσοκομείο μας .....	<b>38</b>
Αναδρομή στα καλλιτεχνικά δρώμενα των εργαζομένων του Νοσοκομείου στη δεκαετία που πέρασε .....	<b>39</b>
Το βήμα των εργαζομένων .....	<b>42</b>
Ομάδα Ποδοσφαίρου εργαζομένων ΓΝΠ .....	<b>44</b>
Ευχαριστούν και συγχαίρουν τους δικούς μας ανθρώπους ....	<b>45</b>
Οι 100 πρώτες ημέρες ήταν το πρώτο βήμα μιας μεγάλης πορείας .....	<b>46</b>
Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος .....	<b>57</b>
Νοσοκομειακό σταυρόλεξο .....	<b>57</b>
Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου Παπαγεωργίου .....	<b>58</b>

# Φροντίδα & Κέρδος



**ROBORENT**  
ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΕΣ ΜΙΣΘΩΣΕΙΣ &  
ΕΝΟΙΚΙΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΩΝ

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ:** Τηλ. 2310 789000, 2311 995205  
**ΑΘΗΝΑ:** Τηλ.: 210 9216888 - **ΛΑΡΙΣΑ:** Τηλ. 2410 555575

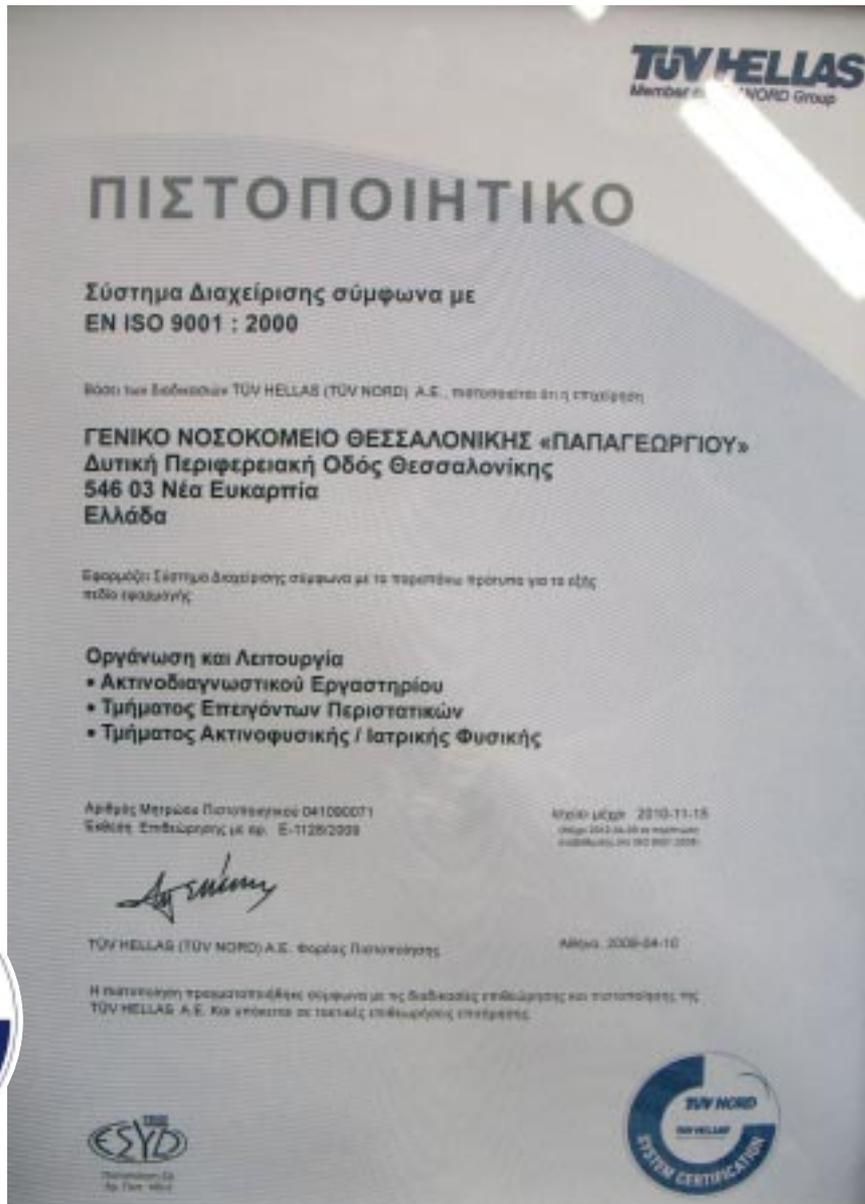
ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΕΣ ΠΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

## Τρία ακόμη τμήματα του Νοσοκομείου μας με πιστοποιήσεις παρεχόμενων υπηρεσιών

Σε ειδική εκδήλωση παρεδόθησαν τα πιστοποιητικά ποιότητας του διαπιστευμένου φορέα πιστοποίησης TUV Hellas



Γράφει η **Λιάνα Μιχαλίδου**,  
Προϊσταμένη Διεύθυνσης  
Ποιοτικού Ελέγχου ΓΝΠ,  
quality@papageorgiou-hospital.gr



**«Έχουμε στο χέρι μας έναν μπούσουλα που εγγυάται τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών του τμήματος προς τους ασθενείς»**

**«Για εμάς τους νοσηλευτές, η λογική του προτύπου, των διαδικασιών και των κανόνων δεν είναι ξένη, καθώς αναγνωρίζοντας την αξία τους, έχουμε μάθει να στηρίζουμε το έργο μας σε σαφείς ρόλους, ξεκάθαρες αρμοδιότητες και νοσηλευτικά πρωτόκολλα. Είμαστε πρόθυμοι να εφαρμόσουμε το πρότυπο»**

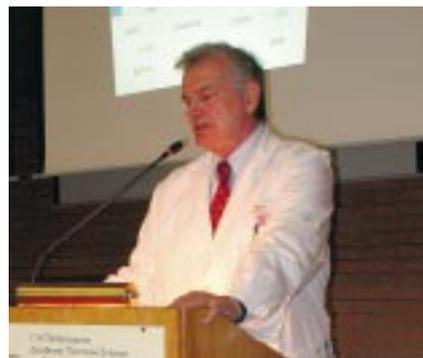


**ΤΡΙΑ ΑΚΟΜΗ ΤΜΗΜΑΤΑ** συμπλήρωσαν το παζλ των πιστοποιημένων συστημάτων διαχείρισης ποιότητας με την απονομή των αντίστοιχων πιστοποιητικών την Τρίτη 29 Σεπτεμβρίου 2009 στο αμφιθέατρο του Νοσοκομείου μας. Ο κος **Ι. Τσιτουρίδης**, Διευθυντής του Ακτινοδιαγνωστικού Εργαστηρίου, η κα **Α. Χούτα**, Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και ο κος **Κ. Χατζηϊωάννου**, Προϊστάμενος του Τμήματος Ιατρικής Φυσικής-Ακτινοφυσικής παρέλαβαν τα πιστοποιητικά ποιότητας του διαπιστευμένου φορέα πιστοποίησης TUV Hellas (TUV

Nord) ΑΕ ολοκληρώνοντας σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Ποιοτικού Ελέγχου τον πρώτο κύκλο εργασιών με έμφαση στη διαχείριση ποιότητας στο Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και στο Τμήμα Ιατρικής Φυσικής-Ακτινοφυσικής αντιστοίχως.

Ο Πρόεδρος του Γ.Ν.Παπαγεωργίου, κος **Β. Παπάς**, ενθάρρυνε ανάλογα μελλοντικά εγχειρήματα και ο Γενικός Διευθυντής, κος **Γ. Χριστόπουλος**, σημείωσε την τεκμηριωμένη προσπάθεια για διαρκή βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών προς τους πολίτες μέσα από πρωτοβουλίες της Διεύθυνσης Ποιοτικού Ελέγχου το-





Χωρίς αμφιβολία, τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας στηρίζονται θεμελιωδώς στην **ηγεσία** (διευθυντές, τομάρχες, προϊστάμενους) των τμημάτων, ωστόσο ιδιαίτερη αναφορά αξίζει στη ψυχή των συστημάτων, δηλαδή τα μέλη των **ομάδων ποιότητας** των πιστοποιημένων τμημάτων αναγνωρίζοντας την καθοριστική συμβολή τους στο σχεδιασμό και την τεκμηρίωση του συστήματος διαχείρισης ποιότητας, καθώς και στην καθημερινή εφαρμογή-ενεργοποίηση του συστήματος.

#### **Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών**

Αναστασία Τσιβίκη  
Θανάσης Τασιούδης  
Βούλα Μπλάγα  
Στέλλα Στεφάνου  
Κική Ασλανίδου

#### **Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο**

Γιάννης Παξιμαδάκης  
Βιβή Κωνσταντινίδου  
Βούλα Ζαχαρούδη  
Γιάννης Καζάρης  
Αλέξης Μανωλίτσας  
Χρήστος Παπαστεργίου  
Τούλα Παπαποστόλου

#### **Τμήμα Ιατρικής Φυσικής-Ακτινοφυσικής**

Κοσμάς Μπαδιαβάς  
Περικλής Παπαβασιλείου  
Ράνια Κιμουνδρή  
Χιονία Κωδωνά

νίζοντας τη σημασία της συλλογικής προσπάθειας.

Χαρακτηριστική ήταν η παρέμβαση του κου **Δ. Τσακίρη**, Διευθυντή του Νεφρολογικού Τμήματος, ο οποίος κερδίζοντας προσφάτως την τριετή ανανέωση του πιστοποιητικού μέσα από τη βελτίωση του συστήματος και έχοντας συμμετάσχει προσωπικά σε συναντήσεις και επιθεωρήσεις του τμήματός του, μοιράστηκε με το ακροατήριο τις θετικές εμπειρίες του σχετικά με την αξιοποίηση του εργαλείου.

Ο κος **Φ. Βούζας**, Επίκουρος καθηγητής μάνατζμεντ με έμφαση στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και η κα **Αικ. Γκοτζαμάνη**, Επίκουρη καθηγήτρια μάνατζμεντ με έμφαση στη Διοίκηση Παραγωγής και Ποιότητας παρέστησαν στην εκδήλωση και εξέφρασαν την ευχάριστη έκπληξή τους από τα παραδείγματα διοικητικού εκσυγχρονισμού που το Γ.Ν.Παπαγεωργίου παρουσιάζει μέσα από την εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας.

Ο κος **Γ. Μελαχροινός**, εκπρόσωπος της TUV Hellas (TUV Nord) ΑΕ μίλησε για το ρόλο των φορέων πιστοποίησης και των προτύπων, αναφέρθηκε στους περιορισμούς της δημόσιας διοίκησης και μοιράστηκε τα συμπεράσματα από την πλούσια εμπειρία επιθεωρήσεων που ο ίδιος διανεργεί.

Η κα **Λ. Μιχαηλίδου**, Προϊσταμένη στη Διεύθυνση Ποιοτικού Ελέγχου, συντόνισε την εκδήλωση, έδωσε έμφαση στη συμβολή του μέσου εργαζόμενου στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή των συστημάτων και πρότεινε την παράδοση της σκυτάλης των επόμενων προσπαθειών στις Διευθύνσεις της Διοικητικής Υπηρεσίας, της Οικονομικής Υπηρεσίας, της Τεχνικής και της Πληροφορικής.



## ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ISO 9001



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

**Α**ΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ της λειτουργίας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών στο Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου ήταν φανερή η διάθεση από πλευράς Διοίκησης του νοσοκομείου να οργανωθεί το ΤΕΠ σύμφωνα με τις τελευταίες εξελίξεις στο κομμάτι της καθημερινής διαχείρισής του και βεβαίως στο κομμάτι των νοσηλευτικών ρόλων και αρμοδιοτήτων. Όταν, επομένως, παρουσιάστηκε η ευκαιρία σχεδιασμού ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας (σύμφωνα με το πρότυπο ISO 9001), όλοι εμείς που ενδιαφερόμαστε για την εύρυθμη λειτουργία του και τη διαρκή βελτίωσή του, δεχτήκαμε με χαρά να δοκιμάσουμε το εγχείρημα.

Με γνώμονα την αποστολή του ΤΕΠ που ξεκάθαρα ορίστηκε να είναι από τη μια πλευρά η συνεχής βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας των ασθενών που εξυπηρετεί (στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ο τεράστιος αριθμός των ασθενών σε ετήσια βάση που αγγίζει τους 90.000) και από την άλλη πλευρά, η συνεχής βελτίωση της εσωτερικής οργάνωσής του, το τμήμα δεσμεύεται να εφαρμόζει διαλογή (TRIAGE) περιστατικών από εκπαιδευμένους Νοσηλευτές βάσει αλγορίθμου ESI, θέτει σαφείς σκοπούς και εν συνεχεία προσδιορίζει στόχους που πρέπει να είναι απλοί, εφικτοί και μετρήσιμοι. Είναι αυτοί οι στόχοι (νοσηλευτικοί, διοικητικοί, χρονικοί, εκπαιδευτικοί και άλλοι) για τους οποίους συλλέγονται δεδομένα από το νοσηλευτικό προσωπικό, ακολουθεί αξιολόγηση, αποτιμάται η προσπάθεια και λαμβάνονται αποφάσεις για διορθωτικές ενέργειες ή ενέργειες βελτίωσης της υπάρχουσας κατάστασης.

Η λογική του προγραμματισμού, της υλοποίησης, του ελέγχου και της ανάλογης δράσης (διόρθωσης ή βελτί-

σης) πάνω στην οποία στηρίζεται το πρότυπο του ISO που μεταφέραμε μεταξύ άλλων και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου δεν είναι ξένη πρακτική για εμάς τους Νοσηλευτές. Μαθαίνουμε και επιδιώκουμε, άλλωστε, χρόνια τώρα να λειτουργούμε στην επαγγελματική μας ζωή βάσει πρωτοκόλλων και σίγουρα υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης, μικρά και μεγάλα. Συνεπώς, στα πλαίσια των συναντήσεων ποιότητας και των επιθεωρήσεων (εσωτερικών και εξωτερικών), είμασταν πρόθυμοι να χτίσουμε πάνω στους προϋπάρχοντες νοσηλευτικούς ρόλους και τις αρμοδιότητές τους, καθώς και να μελετήσουμε, να βελτιώσουμε, να συμφωνήσουμε και να καταγράψουμε ακριβώς ποιες θα είναι οι διαδικασίες, (νοσηλευτικές και υποστηρικτικές) που θα ακολουθούμε όλοι ανεξαιρέτως προκειμένου αρχικά να κλειδώσουμε την ποιότητα σε ένα επίπεδο κάτω από το οποίο δε δεχόμαστε να πέσει και εν συνεχεία φυσικά, (μόλις αυτό επιτευχθεί) να μπορούμε να στοχεύουμε στη βελτίωσή της.

Δε θα σας πω ότι ο δρόμος ήταν εύκολος ούτε και σύντομος, αλλά τα καταφέραμε αρκετά καλά. Σήμερα, είμαι περήφανη που κλείνει ο αρχικός κύκλος προσπαθειών των Νοσηλευτών του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών και του Ακτινολογικού εργαστηρίου σε ό,τι αφορά Νοσηλευτικές πράξεις, για την πλήρωση των απαιτήσεων του προτύπου ISO και αυτομάτως δεσμευόμαστε να γινόμαστε καλύτεροι στο πέρασμα του χρόνου και να μπορούμε να το αποδεικνύουμε κάθε φορά που συναντιόμαστε στο ραντεβού των επιθεωρήσεων.

Για την πλήρη επίτευξη του στόχου, ρόλο παίζουν και άλλοι παράγοντες όπως η λειτουργία του ΕΣΥ (πρωτοβάθμια φροντίδα, οικογενειακός γιατρός κ.λ.π.) και η αυτονόμηση του ΤΕΠ ως ανεξάρτητα ιατρικά τμήματα με δική τους στελέχωση.

Ευχαριστώ πολύ τον Τομεάρχη κ. Γεωργιάδη Γεώργιο, τους Προϊσταμένους κ. Τσιβίκη Αναστασία, κ. Παξμαδάκη Ιωάννη καθώς και όλη τη Νοσηλευτική ομάδα για τις προσπάθειες που κατέβαλαν.

Όλες τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου (Διοικητική, Οικονομική, Τεχνική, Πληροφορική) για την υποστήριξη.

Τις ομάδες επιθεώρησης και ιδιαίτερα τον κ. Μελαχροινό Γεώργιο.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ την κ. Μιχαηλίδου Στυλιανή, υπεύθυνη της Υπηρεσίας Ποιοτικού ελέγχου του Νοσοκομείου διότι αποτελεί το επίκεντρο όλων αυτών των προσπαθειών.

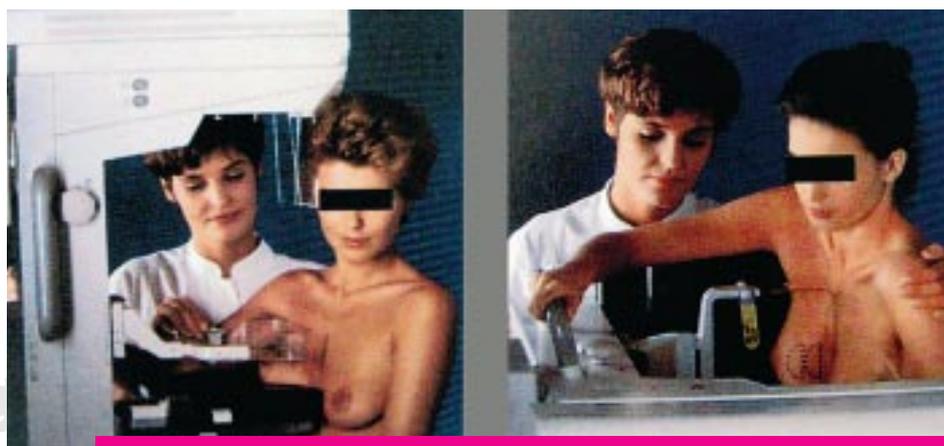
Τέλος απευθύνομαι προς τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, τον Γενικό Διευθυντή κ. Γεώργιο Χριστόπουλο, τον απερχόμενο Πρόεδρο κ. Παπαγεωργίου Νικόλαο, τον νυν Πρόεδρο κ. Βασίλειο Παπά και τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου για τις ευκαιρίες, τις δυνατότητες και την υποστήριξη (ηθική και οικονομική) που μας παρέχουν ούτως ώστε να ενδυναμώσουμε το ρόλο των Νοσηλευτών στο χώρο της υγείας για να παρέχουμε υπηρεσίες ποιότητας.

# Η συμβολή της ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ και της ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού



Γράφει η **Τριάδα Μαλκότση** Ακτινολόγος,  
Ακτινοδιαγνωστικού Εργαστηρίου ΓΝΠ





**Το Ca ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ** αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα. Είναι το συχνότερο κακόηθες νεόπλασμα των γυναικών και η δεύτερη αιτία θανάτου από Ca μετά το Ca του πνεύμονα στο γενικό πληθυσμό.

Τα τελευταία χρόνια όμως οι θάνατοι από Ca μαστού ελαττώνονται σταθερά κάθε χρόνο. Οι μέθοδοι διάγνωσης και θεραπείας έχουν εξελιχθεί σε τέτοιο βαθμό που είμαστε σε θέση να διαγνώσουμε ένα Ca σε πρώιμο στάδιο, τότε που μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά ώστε οι περισσότερες ασθενείς να θεραπεύονται με επιτυχία και να συνεχίσουν κανονικά την ζωή τους.

#### **ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Υπάρχουν αρκετές εξετάσεις που μπορούν να ανιχνεύσουν τον καρκίνο και συνήθως χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό. Καμία μέθοδος δεν είναι πλήρως αξιόπιστη εκτός από την βιοψία κατά την οποία ο ύποπτος ιστός αφαιρείται και εξετάζεται με το μικροσκόπιο.

#### **ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ**

Η περισσότερο δοκιμασμένη και παραδεκτή μέθοδος εξέτασης του μαστού είναι η μαστογραφία. Σκοπός της η ανάδειξη καρκίνων του μαστού με όσο το δυνατόν μικρότερο μέγεθος. Πρόκειται για ειδική ακτινογραφία του μαστού, η οποία σήμερα γίνεται με μαστογράφους χαμηλής δόσεως ακτινοβολίας - low dose mammography - και χρησιμοποιείται ευρέως και σε προγράμματα μαζικού ελέγχου (screening).

Είναι μια ακτινολογική μέθοδος που επιτρέπει την απεικόνιση της μορφολογίας και της δομής των ανατομικών στοιχείων του μαστού, των παθολογικών αλλοιώσεων του μαστού, και αποτελεί την καταλληλότερη εξέταση για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

#### **Γιατί πρέπει μια γυναίκα να κάνει μαστογραφία;**

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 40-55 ετών στις ανεπτυγμένες χώρες. Το σημαντικότερο για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι η πρόληψη η οποία επιτυγχάνεται κυρίως με την μαστογραφία.

Έχει αποδειχθεί ότι η θνησιμότητα μπορεί να μειωθεί κατά 30% εάν όλες οι γυναίκες >40 ετών υποβληθούν ανά τακτικά χρονικά διαστήματα σε προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο.

#### **Πότε πρέπει μία γυναίκα να κάνει τη πρώτη μαστογραφία;**

Επειδή η συχνότητα του καρκίνου του μαστού αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας προτείνεται η πρώτη μαστογραφία να γίνεται ανάμεσα στην ηλικία των 35-40 ετών, η οποία χρησιμοποιείται ως εξέταση αναφοράς στην Ελλάδα.

*Δρ. Αθηνά Βούρτση*

*Άλμα ζωής (Ιατρική επικαιρότητα) 07-07-2008*

Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Κολλέγιο Ακτινολογίας και την Αμερικάνικη κοινότητα καρκίνου, η πρώτη μαστογραφία αναφοράς-βάσης πρέπει να γίνεται σε ηλικία 40 ετών εκτός και αν υπάρχει ιστορικό:

- Καρκίνου του μαστού σε 1ου βαθμού συγγενή (10 έτη πριν την ηλικία εμφάνισης του καρκίνου στην συγγενή)
- Ακτινοθεραπεία στην περιοχή του θώρακα και του μεσοθωρακίου σε ηλικία <30 ετών (8 έτη μετά την ακτινοθεραπεία)
- Μετάλλαξη στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 (προτεινόμενη ηλικία 1ης μαστογραφίας 25 ετών)

#### **Πόσο συχνά μπορεί να την επαναλαμβάνει;**

- Σε ηλικία άνω των 40 ετών συνιστάται ο ετήσιος έλεγχος με μαστογραφία.
- Η ηλικία διακοπής του προληπτικού ελέγχου δεν έχει καθοριστεί με ακρίβεια (συνεκτίμηση των παραγόντων κινδύνου, χωριστά για κάθε γυναίκα)
- Προτείνεται, λόγω της αυξημένης συχνότητας του καρκίνου σε προχωρημένη ηλικία, να συνεχίζεται ανά διετία μετά το 72ο έτος της ηλικίας

#### **Χαρακτηριστικά μαστογραφίας**

- Πρόκειται για ακτινολογική μέθοδο.

- Η χρησιμοποιούμενη δόση είναι πολύ μικρή <300m Gy για κάθε μαστό.
- Μπορεί να αναδείξει καρκίνους πολύ μικρού μεγέθους, έως και 5 χιλιοστά.
- 5-15% από τους καρκίνους μπορεί να μην αναδειχθούν στην μαστογραφία για διαφόρους λόγους, όπως πολύ πυκνοί μαστοί.
- Η ευαισθησία της είναι ιδιαίτερα μικρή σε γυναίκες νεαρές >30 ετών που έχουν συνήθως πυκνούς μαστούς.
- Είναι η μόνη απεικονιστική μέθοδος που χρησιμοποιείται για πληθυσμιακό έλεγχο κυρίως λόγω του χαμηλού της κόστους σε σχέση με τις νεότερες απεικονιστικές μεθόδους (MRI, PET).
- Είναι αντικειμενική μέθοδος και δεν παρουσιάζει εξάρτηση από τον εξεταστή, όπως το υπερηχογράφημα. Βεβαίως η παρατήρηση και η ορθή ερμηνεία των ευρημάτων εξαρτάται από την εκπαίδευση και εμπειρία του ακτινοδιαγνώστη.

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μαστογραφίας είναι, εκτός από την ενίσχυση της κλινικής διάγνωσης όταν υπάρχει ψηλαφητό εύρημα, η ανάδειξη άλλων εστιών καρκίνου και μη ψηλαφητών όγκων με τη μορφή αποστιτανώσεων, αλλοιώσεις της αρχιτεκτονικής του μαζικού αδένου ή σκιάσεων μικρού μεγέθους <1 εκατοστού ή στο βάθος του μαστού.

ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ = ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όγκοι St. I, <1,5 εκ. με αρνητικούς λεμφαδένες

ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ = ΖΩΗ - ΕΠΙΒΙΩΣΗ

### ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

- ΤΥΧΑΙΑ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ ανακαλύπτονται όγκοι της τάξεως των 3 εκ.
- ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ όγκοι της τάξεως των 2 εκ.
- ΤΑΚΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ της τάξεως του 1 εκ.
- ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ έως και 2 χιλ. (υποκλινική διάγνωση)
- ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ

### ΡΥΘΜΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ο Χρόνος διπλασιασμού όγκου ποικίλει από 100-1000 ημέρες. Από 1 κύτταρο για να γίνει 1 εκ. χρειάζεται 8 χρόνια αν ο χρόνος διπλασιασμού είναι 100 ημέρες.

Θα πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερα ότι: Ο κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 40 ετών, είναι πρακτικά ανύπαρκτος. Ένα ποσοστό 8-12% περίπου των καρκίνων του μαστού, παρά τις άριστες συνθήκες τεχνικής και μηχανήματος, δεν απεικονίζεται στη μαστογραφία. Η κλινική εξέταση από εξειδικευμένο ιατρό είναι απαραίτητη και σε συνδυασμό με την μαστογραφία ανεβάζει τη διαγνωστική ακρίβεια, όσον αφορά τον καρκίνο στο 98-99%.

### ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΤΑ BI-RADS

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	
<b>0</b>	Είναι απαραίτητη πρόσθετη απεικονιστική εκτίμηση
<b>1</b>	Αρνητική
<b>2</b>	Καλοήγη ευρήματα
<b>3</b>	Πιθανά καλοήγη ευρήματα - σύσταση επαναξιολόγησης σε σύντομο χρονικό διάστημα
<b>4</b>	Ύποπτη ανωμαλία - σύσταση για βιοψία της βλάβης
<b>5</b>	Υψηλή πιθανότητα κακοήθειας - σύσταση απαραίτητων χειρισμών

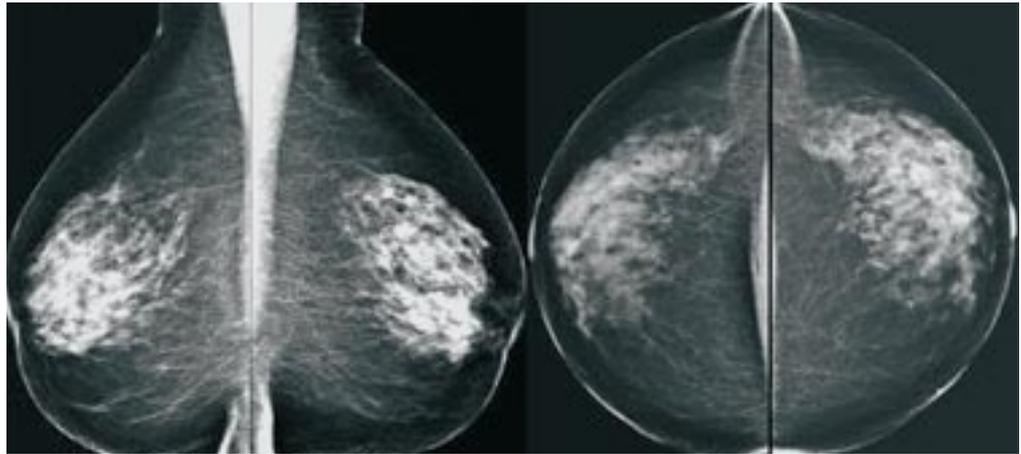
### Αξιοπιστία της μαστογραφίας

Η επίτευξη του σκοπού της μαστογραφίας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, κυριότεροι από τους οποίους είναι:

- Σωστή τοποθέτηση του μαστού στο μαστογράφο.
- Ιδανική δόση ακτινοβολίας για τη συγκεκριμένη πυκνότητα μαστού, ώστε να έχουμε τη μεγαλύτερη δυνατή ευκρίνεια.
- Καλή εμφάνιση σε ειδικό εμφανιστήριο των films της μαστογραφίας.
- Ποιότητα του μαζικού αδένου. Σε δυσπλαστικούς μαστούς και σε μαστούς με μεγάλη ανάπτυξη των στοιχείων του αδένου δεν επιτυγχάνεται η σωστή αντίθεση και η μαστογραφία έχει χαμηλή αξιοπιστία στη διάγνωση. Αντίθετα σε λιπώδεις μαστούς έχει το καλύτερο αποτέλεσμα.
- Αναγνώση της μαστογραφίας σε ειδικό διαφανοσκόπιο με κατάλληλο φωτισμό και δυνατότητα απομόνωσης πλάγιου φωτισμού, dimmer και μεγένθυσης.
- Σωστή εκτίμηση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων από ειδικά εκπαιδευμένο και έμπειρο ακτινοδιαγνώστη.

### Μαστογραφικό Screening

- Περιοδικός έλεγχος για τον προσδιορισμό υποκλινικού, ασυμπτωματικού καρκίνου του μαστού.
- Χρονικό διάστημα μεταξύ των μαστογραφικών ελέγχων ποικίλει 1-3 χρόνια ανάλογα με την χώρα.
- Σποραδικός μαστογραφικός έλεγχος, ανευρίσκει τους κλινικά μη προσδιορισμένους καρκίνους.
- Συστηματικός μαστογραφικός έλεγχος, μειώνει την θνητότητα του γενικού πληθυσμού. Μείωση κατά 30% της θνητότητας σε γυναίκες πάνω από 50%. Το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο σε πιο μικρές ηλικίες.
- Η ευαισθησία της μεθόδου 98% για λιπώδεις μαστούς, <50% σε πυκνούς μαστούς.



- Ο συμπληρωματικός έλεγχος με υπερήχους και μαγνητική μαστογραφία πρέπει να γίνεται σε γυναίκες οι οποίες ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου

#### **Στόχοι του μαστογραφικού Screening**

- Ανεύρεση υποκλινικών καρκίνων.
- Μέσος όρος διηθητικού καρκίνου <1 εκατοστό.

#### **Ποσοστό ανεύρεσης καρκίνου του μαστού**

- Μαστογραφία: 3-5/1000 γυναίκες μέσης επικινδυνότητας.
- Υπερηχοτομογράφημα: 3-4/1000 μέσης επικινδυνότητας, πυκνούς μαστούς 4,8-13/1000 γυναίκες υψηλής επικινδυνότητας.
- Μαγνητική μαστογραφία: 10/1000 γυναίκες μέσης επικινδυνότητας, 18-38/1000 με πιθανό θετικό ιστορικό (BRCA μετάλλαξη)

#### **Κλινική σημασία**

- Θετικό γεννητικό υπόβαθρο BRCA 1(+).
- Ογκοκατασταλτικό γονίδιο στο 17 χρωμόσωμα, αυτοσωμικό επικρατούν.
- Κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου μαστού 50-85%, συχνά εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία, δεύτερος πρωτοπαθής καρκίνος (40-60%).
- Καρκίνος ωοθηκών 15-45%.
- Καρκίνος προστάτη στους άνδρες.
- Θετικό γεννητικό υπόβαθρο BRCA 2 (+).
- Ογκοκατασταλτικό γονίδιο στο 13 χρωμόσωμα, αυτοσωμικό επικρατούν.
- Κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου μαστού 50-85%.
- Καρκίνος μαστού στους άνδρες 6%.
- Καρκίνος ωοθηκών 10-20%.
- Αυξημένος κίνδυνος μελανώματος, καρκίνου παγκρέατος και καρκίνου προστάτη στους άνδρες.
- Παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν την πιθανότητα γεννητικής μετάλλαξης.
- Διο ή περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου μαστού στην ίδια οικογένεια με ηλικία εμφάνισης <50 ετών.
- Διο ή περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου μαστού και

“

**Σε αντίθεση με την εντύπωση που υπάρχει, πολλές γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν θεραπευτεί και ζουν σήμερα μια φυσιολογική ζωή.**

”

ωοθηκών στην ίδια οικογένεια, ανεξαρτήτου ηλικίας.

- Ιστορικό καρκίνου μαστού ή ωοθηκών στην ίδια γυναίκα.
- ≥3 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στην ίδια οικογένεια.
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού που διαγνώστηκε σε ηλικία <35 έτη.
- Αμφοτερόπλευρος καρκίνος μαστού.
- Καρκίνος του μαστού σε άνδρα.

Η μαστογραφία πρέπει πάντα να «διαβάζεται» συγκριτικά, τόσο σε σχέση με παλαιότερες προηγούμενων ετών-παρατήρηση τυχών μεταβολής, νέων στοιχείων ή αλλαγή στην απεικόνιση παλαιότερων ευρημάτων όσο και συγκρίνοντας τον ένα με τον άλλο μαστό, που συνήθως παρουσιάζουν σχετικά συμμετρική ανάπτυξη.

#### **ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΜΑΣΤΟΥ**

Η μαγνητική τομογραφία είναι μια μέθοδος υψηλής τεχνολογίας για την απεικόνιση του μαστού που μπορεί να χρησιμοποιηθεί επιπρόσθετα εκτός από την μαστογραφία και το υπερηχογράφημα.

Μπορεί να ανακαλύψει τον πρωτοπαθή όγκο όταν ανευρίσκονται διογκωμένοι λεμφαδένες στην μασχάλη που υποδεικνύουν την ύπαρξη καρκίνου του μαστού ενώ η μαστογραφία και η φυσική εξέταση είναι φυσιολογικές.



#### MR ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

- Μέθοδος υπό εξέλιξη
- Συνεχώς διευρυσμένες εφαρμογές
- MRM βιοψία

#### Δυναμική Μαγνητική Μαστογραφία

Βασίζεται στη δυνατότητα να ανιχνεύει και να χαρακτηρίζει βλάβες του μαστού, μετά την ενδοφλέβια χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας.

Διαφορετική φαρμακοκινητική συμπεριφορά των ιστών στη διάρκεια του χρόνου (οι κακοήθεις βλάβες του μαστού έχουν χαρακτηριστική φαρμακοκινητική συμπεριφορά).

Οι καρκίνοι του μαστού (διηθητικοί καρκίνοι) παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό έντονη και γρήγορη πρόσληψη σκιαστικού και γρήγορο ξέπλυμα του σκιαστικού (wash-out).

*Προσλαμβάνουν επίσης:* Ιναδενώματα, Ινοκυστικές αλλοιώσεις (Σκληρυντική αδένωση, Λιπώδης νέκρωση, Ακτινωτές ουλές, Άτυπη υπερπλασία), Μαστίτιδα, Ο φυσιολογικός μαστός σε διαφορετικές φάσεις του κύκλου.

*Απαραίτητα:* Πλήρες ιστορικό - προηγούμενες εξετάσεις (Masto-US), Έλεγχος μεταξύ 5ης - 15ης ημέρας του κύκλου, Τουλάχιστον 3 μήνες μετά επέμβαση, 6 μήνες μετά την ακτινοβολία.

Οι ενδείξεις χρήσης της μαγνητικής μαστογραφίας χωρίζονται σε **απόλυτες** και **σχετικές**.

#### Απόλυτες ενδείξεις

- Η εξέταση των μαστών μετά από μερική ή τμηματική μαστεκτομή η οποία πραγματοποιείται 9-12 μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση
- Η παρακολούθηση μαστών στους οποίους έχει τοποθετηθεί σιλικόνη
- Η παρακολούθηση της πορείας της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας

#### Σχετικές ενδείξεις

- Χρησιμοποιείται για τον έλεγχο πολύ πυκνών μαστών καθώς και σε νεαρές γυναίκες με θετικό οικογενειακό ιστορικό
- Σε περιπτώσεις προβλήματος διαφοροδιάγνωσης με την βοήθεια της μαστογραφίας και των υπερήχων
- Προεγχειρητικός έλεγχος για τον καθορισμό του αριθμού των βλαβών του μαστού
- Στα πλαίσια διερεύνησης αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας

#### Ετήσιος έλεγχος με μαγνητική μαστογραφία

Χρησιμοποιείται σε γνωστό ή υποπτευόμενο θετικό γεννητικό υλικό (BRCA). Δεν χρησιμοποιείται ως προληπτικός έλεγχος σε γυναίκες μέσης επικινδυνότητας με πυκνούς μαστούς. Ορισμένες φορές χρησιμοποιείται σε χρονικό μεσοδιάστημα 6 μηνών μετά τον μαστογραφικό έλεγχο.

#### Καρκίνος του μαστού πριν τα 45

- Πυκνός νεανικός μαστός → μείωση της ευαισθησίας της Μ/Γ στην ανίχνευση όγκου
- Κληρονομικό ιστορικό
- Περιοδικοί US έλεγχοι από 20-39 ετών
- Προτείνουμε ετήσια Μ/Γ και κλινικό έλεγχο μετά τα 40

#### Προτεινόμενο πρόγραμμα για νέες γυναίκες

- Εκπαίδευση των ασθενών
- Ευαισθητοποίηση υγ. υπηρεσιών
- Ενημέρωση και ενασχόληση με θέματα που απασχολούν τις νέες ασθενείς (Γονιμότητα, Σεξουαλικά θέματα, Κούραση, Ψυχοκινητικά θέματα, Διατροφή- διατήρηση βάρους, Stress και αγωνία, Ανάγκη για υποστηρικτικά συστήματα)

Σε αντίθεση με την εντύπωση που υπάρχει, πολλές γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν θεραπευτεί και ζουν σήμερα μια φυσιολογική ζωή.

Αν και δεν έχει βρεθεί μια εγγυημένη θεραπεία, η διάγνωση και η θεραπεία έχουν εξελιχθεί σε τέτοιο σημείο ώστε ο καρκίνος του μαστού να ανιχνεύεται σε πρώιμα στάδια και να μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά.

# HOTEL BYZANTIO

Το ξενοδοχείο BYZANTIO λειτουργεί από το 2005 και σχεδιάστηκε με λεπτομέρεια στην αισθητική και στην λειτουργικότητα. Βρίσκεται 500 μ. από το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου και το καινούργιο 424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, δίπλα στον κόμβο της Περιφερειακής με την Εγνατία οδό.

Είναι ιδανική επιλογή για τον επισκέπτη που θέλει να συνδυάσει τη γαλήνη και την ηρεμία του τοπίου αλλά και να έχει εύκολη και γρήγορη μετακίνηση προς τις δραστηριότητές του.

Επίσης παρέχει μεγάλο και άνετο ιδιωτικό parking .

Το ζεστό οικογενειακό περιβάλλον, η άψογη εξυπηρέτηση και τα πολυτελή δωμάτια θα προσφέρουν μια καλή και ευχάριστη διαμονή.



**ΔΩΜΑΤΙΑ** Όλα τα δωμάτια είναι σε ζεστά χρώματα του ξύλου και διακοσμημένα σε ευχάριστη μοντέρνα γραμμή

- 30 de luxe δωμάτια • Executive δωμάτια με ατομικό jacuzzi • Αμεα δωμάτια • Όλα τα κρεβάτια king size με ορθοπεδικό στρώμα • Ατομικός ρυθμιζόμενος κλιματισμός • Ατομική ρυθμιζόμενη θέρμανση • 21 ιντσών τηλεόραση • Χρηματοκιβώτιο • Εξωτερική γραμμή τηλεφώνου • Δωρεάν σύνδεση στο Internet μέσω γραμμής ADSL cable και wireless • Στεγνωτήρας μαλλιών • Minibar • Μπαλκόνι ή βεράντα

## ΠΑΡΟΧΕΣ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟΥ

- Εστιατόριο • Café & snack bar • 24ωρη υπηρεσία room service • 24ωρη υπηρεσία υποδοχής
- Ταχεία εξυπηρέτηση άφιξης και αναχώρησης • Υπηρεσία concierge • Ιδιωτικό parking χωρίς χρέωση • Ενοικιάσεις αυτοκινήτων • Υπηρεσία αφύπνισης • Όλοι οι χώροι κλιματίζονται • Συναλλαγές με τις κυριότερες πιστωτικές κάρτες

Δυτική Περιφερειακή Οδός Θεσσαλονίκης-Ευκαρπίας (Πλησίον Νοσοκομείων Παπαγεωργίου και νέου 424 Στρατιωτικό)

T.Θ. 31508, Τ.Κ. 565 10 ΠΟΛΙΣΤΗ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Τηλ: +30 2310 690000 • Fax: +30 2310 681222 • E-mail: byzhotel@otenet.gr • www.byzantio.com



# Επανάδρυση ή εκσυγχρονισμός, το ΕΣΥ και εσύ



Γράφει ο: **Ιωάννης Τσιτουρίδης**  
Διευθυντής Ακτινολογικού Εργαστηρίου,  
Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

**Ε**ΧΕΙ ΤΟΝΙΣΘΕΙ ΑΠΟ ΠΟΛΛΟΥΣ η κατάσταση που επικρατεί στο ΕΣΥ. Το συνοψίζω στα εξής:

■ **Ασύμμετρη ανάπτυξη σε υλικοτεχνική υποδομή και προσωπικό** ανάμεσα στα δευτεροβάθμια και στα «τρίτοβάθμια νοσοκομεία». Τα εισαγωγικά... γιατί προφανώς δεν πιστεύω ότι υπάρχουν.

Προσωπικό δεν χρειαζόμαστε άλλο. Χρειαζόμαστε ανακατανομή και συνεχή αξιολόγηση του προσωπικού. Τα δύο αυτά δρομολογούν και ένα άλλο σκέλος, την μετακίνηση του προσωπικού, είτε πρόκειται για ιατρικό είτε για νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.

Κριτήρια η παραγωγικότητα, η επιστημονική δραστηριότητα και η προοπτική κάθε κλινικής ή εργαστηρίου.

■ **Θεσμοθέτηση ποινών για την Διοίκηση.** Η ανευθυνότητα πρέπει να σταματήσει, όπως και η μαγκιά με τα χρήματα του κράτους. Η διοίκηση ανά έτος πρέπει να αξιολογείται και να λογοδοτεί στο Υπουργείο Υγείας για την απόδοσή του σε παραγωγικότητα, οικονομική λογιστική πληρότητα και επιστημονική προβολή του Νοσοκομείου και του θεσμού του ΕΣΥ.

■ **Δημιουργία συνθηκών ανταγωνισμού με τον Ιδιωτικό Τομέα.** Αυτό μπορεί να γίνει αν: **1)** αποκλεισθεί η παρέμβαση της Πολιτείας στα Ταμεία και στη σχέση της με το Νοσοκομείο, **2)** το Νοσοκομείο αποτελεί αυτοτελή οικονομική μονάδα και δεν μπορεί να παρεμβαίνει στην αγορά υλικοτεχνικής υποδομής με χρονοβόρες διαδικασίες. Ζη-

τάς ένα μηχάνημα μαγνήτη 1T και μετά 9 έτη σου επιτρέπουν να το αγοράσεις με δικά σου χρήματα, όταν έχει καταργηθεί το 1T και πήγαμε στα 3T, **3)** την σκοπιμότητα αγοράς της υλικοτεχνικής υποδομής θα έχει μικτή επιτροπή που θα συνεδριάζει σε τακτά χρονικά διαστήματα και όχι όποτε θέλει, ο εκάστοτε Υπουργός.

■ **Θεσμοθέτηση του ρόλου του Πανεπιστημιακού Ιατρού.**

Οι Πανεπιστημιακές Κλινικές αποτελούν στις μεγάλες πόλεις το ήμισυ των κλινικών του ΕΣΥ, με αποτέλεσμα οτιδήποτε έχει σχέση με το Νοσοκομείο και το ΕΣΥ αναγκαστικά να περνάει από την ρύθμιση των σχέσεων εργασίας των Πανεπιστημιακών Ιατρών. Η μέχρι τώρα πολιτική να «είναι» ταυτόχρονα στο Νοσοκομείο, στο ιατρείο και στην ιδιωτική κλινική αποτελεί παγκόσμια πρωτοτυπία και αυτοκτονική συμπεριφορά για την οντότητα του ΕΣΥ.

■ **Έλεγχος των προμηθειών των Νοσοκομείων** και του θεσμού των «προμηθειών» των ειδικών απατεώνων. Αυτό μπορεί να γίνει με απευθείας διαπραγμάτευση του Νοσοκομείου με τους προμηθευτές με γνώμονα τις διεθνείς τιμές και όχι τις ελληνικές τιμές για το ίδιο υλικό.

■ **Να υλοποιηθεί επιτέλους η δημιουργία πρωτοβάθμιας περίθαλψης,** με ένταξη του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, επαναπροσδιορισμό της προσφοράς και τροποποίηση της λειτουργίας των κέντρων διακομιδής και αράγματος, γνωστά και ως κέντρα υγείας, και εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού.

■ **Απομάκρυνση όλων των συνδικαλιστών από τις επιτροπές αξιολόγησης και κρίσεων,** διότι αυτοί κρίνουν ως έθιστα με κριτήριο τις ψήφους και στην πλειοψηφία τους το επιστημονικό και παραγωγικό έργο τους κυμαίνεται γύρω στο μηδέν. Πρέπει να γράψεις ένα άρθρο για να δεις την αξία του, πρέπει να χειρουργήσεις για να ξέρεις τη δυσκολία της επέμβασης.



### **Πως όμως μπορούν να υλοποιηθούν όλα αυτά;**

Με την μέχρι τώρα πολιτική υγείας οι βουλευτές διόριζαν τους Διοικητές των Νοσοκομείων με κριτήρια αποκλειστικά τα συμφέροντά τους. Κατά συνέπεια εκτός από την κεντρική κρατική πολιτική υγείας πρέπει σε τοπικό επίπεδο να υπάρχει μια επιτροπή με αξιόλογους ιατρούς, αξιόλογους οικονομολόγους και εκπροσώπους όλων των κομμάτων, η οποία θα εγκρίνει τους διορισμούς, θα ελέγχει ανά έτος την λειτουργία των και θα κάνει τις εισηγήσεις της προς την κεντρική κρατική διοίκηση Υγείας.

Ο έλεγχος θα πρέπει στην συνέχεια να οριζοντιωθεί προς όλες τις κατευθύνσεις.

Το ΕΣΥ λοιπόν δεν χρειάζεται επανίδρυση αλλά εκσυγχρονισμό. Η λέξη αυτή έχει κακοποιηθεί κυρίως γιατί ορισμένοι αναχρονιστές μυρίσθηκαν την άνοδο του εκσυγχρονιστικού block και αυτοβαπτίσθηκαν ως εκσυγχρονιστές. Η λέξη όμως εκσυγχρονισμός δεν είναι τίποτε άλλο από την διαρκή ανάγκη για τροποποιήσεις- βελτιώσεις για να γίνει πιο λειτουργικό ένα σύστημα, μια διαδικασία. Δεν σταματά ποτέ, συνεχίζει πάντοτε να αποτελεί



ανάγκη γιατί τρέχει και ο χρόνος, αλλάζουν οι συνθήκες, αλλάζουν οι άνθρωποι, αλλάζουν οι ανάγκες της εποχής.

Εκσυγχρονισμός φίλοι μου, είναι η απομυθοποίηση, η γνωστοποίηση του αγνώστου, η προσαρμογή σε ένα νέο περιβάλλον και απαιτεί χειρισμούς από ανθρώπους με τόλμη και όραμα και οι οποίοι πρέπει να είναι μαχητές και λέω μαχητές γιατί θετικό είναι να λέμε ότι υπάρχουν πιράνχας της Υγείας, αλλά φίλοι μου οι δημόσιοι άντρες οφείλουν να τα ονοματίσουν και όχι να φυγομαχούν.



# ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

## Λάθη - Παραλείψεις



Γράφει ο Δρ. **Χρήστος Μανές**,  
Παθολόγος - Διαβητολόγος,  
Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΠ

**ΠΟΛΛΟΙ ΣΥΝΑΝΘΡΩΠΟΙ ΜΑΣ** αναρωτιούνται αν ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι σοβαρή νόσος ή όχι. Δικαιολογημένη η απορία καθώς η νόσος δεν προκαλεί συμπτώματα π.χ. δεν πονά το άτομο, δεν εμφανίζει πυρετό ή εμέτους - διάρροιες κ.λ.π.

«Βρέθηκε λίγο αυξημένο το σάκχαρο αίματος» αναφέρει κάποιος και η άμεση απάντηση είναι «δεν χάλασε και ο κόσμος». Αυτό είναι το μεγαλύτερο λάθος σχετικά με τα τρέχοντα προβλήματα υγείας που απασχολούν την κοινωνία μας, που επαναλαμβάνεται και από αρκετά άτομα που έχουν διαρκώς αυξημένα σάκχαρα αίματος ή κατέχουν κοινωνικά σημαντικές θέσεις.

Ας προσέξουμε λίγο τα παρακάτω. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας χαρακτηρίζει το Σακχαρώδη Διαβήτη ως Παγκόσμιο πρόβλημα με χαρακτηριστικές πανδημίας. Το γεγονός αυτό σημαίνει πως υπάρχει συνεχής αύξηση των περιπτώσεων του Διαβήτη σε όλο τον κόσμο. Φυσικά αυτό συμβαίνει και στη χώρα μας. Περίπου 800.000 συνάνθρωποί μας στην Ελλάδα εμφανίζουν αυξημένα σάκχαρα αίματος δηλ. είναι διαβητικοί.

Πολλοί κοινωνικοί φορείς συζητούν το χρονικό διάστημα αυτό για την πανδημία της γρίπης H1N1, για τα μέ-

τρα προστασίας και πρόληψης. Πολύ σωστά γίνονται οι ενημερώσεις, αν και με υπερβολή μερικές φορές.

Η έννοια της πανδημίας έχει αποδοθεί και στον Διαβήτη. Η κοινωνία μας όμως δεν ασχολείται σοβαρά με το θέμα. Μόνο σε μερικές επετείους ακούγονται δυο-τρία λόγια σχετικά με το πρόβλημα του Διαβήτη και μετά το ξεχνάμε. Η πανδημία της γρίπης σε λίγο καιρό θα αποτελεί μια άσχημη ανάμνηση. Δεν μας ξεχνά όμως ο Διαβήτης. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης από τη στιγμή που εμφανισθεί, δεν εξαφανίζεται. Πρέπει να τονίσουμε πως είναι χρόνια νόσος, δεν θεραπεύεται. Ακολουθεί το άτομο σε όλη του τη ζωή. Η χρόνια υπεργλυκαιμία προκαλεί προβλήματα. Προκαλεί βλάβες σε όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος, αν δεν τηρηθούν οι κανόνες ρύθμισης που αναφέρονται από τους επιστημονικούς φορείς.

### Συγκεκριμένα

- Προκαλεί βλάβη στους οφθαλμούς. Είναι η κύρια αιτία τύφλωσης (ολικής ή μερικής) σε όλο τον κόσμο. Οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν χάσει την όρασή τους ακόμα και στις αναπτυγμένες χώρες είναι άτομα με Διαβήτη.

- Επηρεάζει τη νεφρική λειτουργία, βλάπτοντας τους νεφρούς. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία με τεχνητό νεφρό είναι διαβητικοί ασθενείς. Σε αναπτυγμένες χώρες το ποσοστό ξεπερνά το 40% ή και ενίοτε το 50%.
- Η καρδιά και τα αγγεία βλάπτονται επίσης. Υπολογίζεται πως τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη έχουν διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν καρδιαγγειακό επεισόδιο από ότι οι συνομήλικοί τους. Τα εγκεφαλικά επεισόδια και τα εμφράγματα είναι συχνότερα στο διαβητικό πληθυσμό.
- Ο Διαβήτης είναι η πιο συχνή αιτία ακρωτηριασμών των κάτω άκρων σε όλο τον κόσμο. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας τονίζει πως κάθε 30 δευτερόλεπτα κάποιο άτομο στον κόσμο χάνει το πόδι του εξαιτίας του Σακχαρώδη Διαβήτη.

Για να τελειώσουμε το κεφάλαιο αυτό με τα λάθη και τις παραλείψεις της κοινωνίας μας σχετικά με το μέγεθος του προβλήματος που λέγεται Σακχαρώδης Διαβήτης θα αναφερθούμε σε μια άλλη τραγική διαπίστωση. Τουλάχιστον 50% των ατόμων που έχουν Σακχαρώδη Διαβήτη δεν το γνωρίζουν, πράγμα που σημαίνει ότι δεν υπάρχει η παραμικρή προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος. Οι συνέπειες σε κάθε ολιγωρία είναι σοβαρές. Αναφέρθηκαν παραπάνω.

Λείπει η ενημέρωση για τον αριθμό των διαβητικών ατόμων; Αναμφισβήτητα ΝΑΙ. Λείπει η ενημέρωση όμως σχετικά με τα μέτρα πρόληψης των χρόνιων επιπλοκών. Αυτό είναι το τραγικό λάθος όλης της κοινωνίας μας.

Δεν έρχεται το μήνυμα που εκπέμπουν οι Παγκόσμιες Ιατρικές Ομοσπονδίες στον κάθε πολίτη για τα αυξημένα σάκχαρα αίματος, ενώ για οποιαδήποτε άλλη «αλμυρή» κατάσταση οι πληροφορίες έρχονται σωρηδόν με «ειδικές ανταποκρίσεις». Συνιστούν λοιπόν οι επιστημονικές οργανώσεις το σάκχαρο αίματος (πρωί, σε νηστεία) να μην ξεπερνά τα 126mg% ή 110 mg% (ειδική μέτρηση αίματος). Συνιστούν επίσης ότι το σάκχαρο μετά το φαγητό δεν πρέπει να ξεπερνά τα 140 mg % (σε 2 ώρες). Ακόμη περισσότερο δίνουν έμφαση όλοι οι επιστήμονες που εξειδικεύονται στον τομέα αυτό στη διατήρηση του σακχάρου αίματος κάτω και από 110mg%.

Αναρωτιόμαστε όλοι γιατί αυτή η προσπάθεια να διατηρείται τόσο χαμηλά το σάκχαρο αίματος; Ας προσπαθήσουμε να δώσουμε την απάντηση.

Για τα άτομα που έχουν ήδη διαπιστωμένο Διαβήτη, η **πολύ καλή ρύθμιση του σακχάρου, της υπέρτασης και των λιπιδίων (χοληστερόλης κ.λ.π.)** αποτρέπει σε μεγάλο βαθμό τις επιπλοκές που αναφέραμε στην αρχή. Είναι ο μόνος αρκετά ασφαλής για να σωθούν μάτια, πόδια, νεφροί και η καρδιά των συνανθρώπων μας με Διαβήτη.



### Προτάσεις για να αντιμετωπιστεί η κατάσταση

- Τακτικός έλεγχος για σάκχαρο κ.λ.π. σε άτομα άνω των 50 ετών.
- Ιδιαίτερη προσοχή σε άτομα που έχουν συγγενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη που πρέπει να ελέγχονται τακτικότερα.
- Το ίδιο ισχύει για τα παχύσαρκα άτομα και για όσους έχουν καθιστική εργασία. Η παχυσαρκία και η καθιστική ζωή είναι οι κύριοι παράγοντες που οδηγούν σε εμφάνιση Διαβήτη.

Θεωρείται πανδημία η νόσος όπως αναφέραμε. Μεγαλύτερη απειλή για την ανθρωπότητα στο μέλλον (ίσως μεγαλύτερη και από τη νόσο του AIDS). Εάν αντιμετωπιστούν οι παράγοντες που αναφέρθηκαν και προδιαθέτουν στην εμφάνιση Διαβήτη (π.χ. 30-60 λεπτά βάδισμα την ημέρα και σωστή διατροφή) ελαχιστοποιείται η πιθανότητα εμφάνισης του προβλήματος.

### Πρόληψη

Συμμετοχή σε προγράμματα σωματικής άσκησης, εφαρμογή διατροφικών οδηγιών που δεν καταλήγουν σε αυξημένο βάρος είναι οι δύο κύριοι παράγοντες που θα μειώσουν την εμφάνιση Σακχαρώδη Διαβήτη.

Οφείλουμε να ενεργοποιήσουμε κάθε κύτταρο της κοινωνίας μας (οικογένεια, σχολείο, εργασιακό περιβάλλον, επαγγελματικούς συλλόγους κ.λ.π.) ώστε να αντισταθούμε στην έκρηξη της πανδημίας του Διαβήτη.

Ενωμένοι μπορούμε να πετύχουμε πολλά! Ας το σκεφτούμε! Αφορά όλους μας! Αρκεί να δουλέψουμε προς την κατεύθυνση αυτή από σήμερα οργανωμένα σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες. Ενίοτε συμμετέχουν και Έλληνες επιστήμονες στη συγγραφή των οδηγιών αυτών που υπάρχουν σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή και είναι διαθέσιμες σε όλους τους φορείς. Ακόμη και οι χώροι με τον εξοπλισμό σκιαγραφούνται. Ως κοινωνία τα παραβλέπουμε όλα αυτά τα σημαντικά. Μας αρκεί ένα άτομο και μία «καμαρούλα».

Οι υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες ακολουθούν τις οδηγίες πιο πιστά. Μήπως γνωρίζουν κάτι περισσότερο;

## ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΗΓΕΣΙΑ & MANAGEMENT

Δυναμικές τεχνικές ανάπτυξης ηγετικών δεξιοτήτων που οδηγούν στη συνοχή και κινητοποίηση των ομάδων και στη δημιουργία θετικού εργασιακού κλίματος στο σύγχρονο νοσοκομείο



Γράφει ο **Γεώργιος Καρατζάς**,  
Διοικητικός Διευθυντής ΓΝΠ

**Ε**ΝΑ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ απαιτεί υψηλά πρότυπα α-πόδοσης σε ότι αφορά την ποιότητα, την ποσότητα και το κόστος των υπηρεσιών που παρέχει, προκειμένου να είναι σε θέση να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις παρούσες και δυνητικές ανάγκες της περιοχής εμβέλειάς του. Απαιτεί επίσης ένα μοντέλο ηγεσίας και διοίκησης, που να εξασφαλίζει τη δέσμευση και την κινητοποίηση του προσωπικού, θετικό εργασιακό κλίμα, άριστη επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των λειτουργικών του μονάδων, βέλτιστη εξυπηρέτηση και μέγιστη δυνατή ε-τοιμότητα και αποτελεσματικότητα.

Τα μοντέλα διοίκησης του παρελθόντος, που εξασφάλιζαν την εύρυθμη λειτουργία σε ένα Νοσοκομείο, δεν είναι πλέον λειτουργικά, παρά τις υψηλών προδιαγραφών υλικοτεχνικές υποδομές και τη στελέχωση του από έμπειρο προσωπικό. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και η ανάγκη ευελιξίας και προσαρμογής σε περιόδους κρίσεων και αλλαγών αφενός, και η πολυπλοκότητα και κρισιμότητα των υπηρεσιών που σχετίζονται με τη ανθρώπινη ζωή και την υγεία αφετέρου, έχουν ανεβάσει τον πήχυ για τα ηγετικά στελέχη του Νοσοκομείου, που καλούνται σε σταθερή βάση να αντεπεξέρχονται καθημερινά σε πολυμέτρες προκλήσεις και σε καθήκοντα στρατηγικής σημασίας.

Τι είδους όμως ηγετικό προφίλ και στυλ management απαιτούν οι καιροί; Ποιος ο ρόλος της πολυσυζητημένης συναισθηματικής νοημοσύνης; Με ποιες τεχνικές και ποια διαδικασία μπορούν να αναπτυχθούν ηγετικές δεξιότητες που να εξασφαλίζουν την προσαρμοστικότητα,

την ευελιξία, την πειθώ, την επιρροή, τη συνοχή των ομάδων, τις αρμονικές λειτουργικές σχέσεις και συνεργασίες και τη δημιουργία κοινού οράματος σε έναν σύγχρονο οργανισμό;

Έγινε πια σαφές, ότι οι πράξεις αυτών που διευθύνουν, σκόπιμα ή μη, διαμορφώνουν διαχρονικά την εργασιακή κουλτούρα και το συναισθηματικό κλίμα. Το εργασιακό «περιβάλλον» υποβάλλει συμπεριφορές, και η εργασία σταδιακά γίνεται μέρος της κουλτούρας και της ταυτότητας των ανθρώπων. Οι μεγάλες αποδόσεις και οι ξεχωριστές επιδόσεις δεν επιβάλλονται, υποβάλλονται. Ως εκ τούτου ο ρόλος της ηγεσίας και του management στη λειτουργικότητα και αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού αποδεικνύεται πιο καθοριστικός από ποτέ.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα των επιστημονικών ερευνών, οι δυσλειτουργικές συμπεριφορές των διευθυντικών στελεχών σε ένα Νοσοκομείο, είναι εν δυνάμει καταστροφικές για το νοσοκομείο, τους υφισταμένους τους, και για τους ίδιους, και είναι σημάδι γενικότερης διοικητικής ανικανότητας και ανεπάρκειας. Επηρεάζουν αρνητικά το εργασιακό κλίμα και μπορούν να προκαλέσουν έναν κυκεώνα από χρονίζοντα προβλήματα, επικοινωνιακά στεγανά, δυσαρέσκεια, κόπωση, στρες, σύγχυση, παραλείψεις και λάθη με τραγικές συνέπειες.

Σύμφωνα πάντα με τις έρευνες, τα ηγετικά στελέχη που χαρακτηρίζονται από υψηλό δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης, έχουν τη δύναμη να επηρεάζουν, να παρακινούν και να κατευθύνουν τους άλλους. Διαισθάνονται

τι τους ενθαρρύνει, τι τους συγκινεί και τι τους ενθουσιάζει. Μπορούν να δημιουργήσουν ένα όραμα και να το επικοινωνήσουν στους άλλους με τρόπο που να το θυμούνται, να το πιστέψουν και να επενδύσουν σ' αυτό. Διαθέτουν ένα πλούσιο ρεπερτόριο συμπεριφορών που προσαρμόζουν κατά περίπτωση, ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες και το επίπεδο δέσμευσης και δεξιότητας των υφισταμένων τους.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που υλοποιείται στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου αντιπροσωπεύει μια ρεαλιστική προσέγγιση στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα, δί-

νοντας απαντήσεις και προτείνοντας λύσεις, στη βάση των νέων επιστημονικών δεδομένων ερμηνείας της ανθρώπινης συμπεριφοράς, με την εφαρμογή συγκεκριμένων τεχνικών και στρατηγικών για την αξιολόγηση, την ανάπτυξη και τη βελτίωση της προσωπικής και διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας των στελεχών του.

Επενδύοντας βραχυπρόθεσμα στην εκπαίδευση των στελεχών, αλλά και του λοιπού προσωπικού, το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου προσβλέπει σε μακροπρόθεσμα οφέλη, στο πλαίσιο της βελτιστοποίησης της λειτουργικότητας και της μεγιστοποίησης της αποτελεσματικότητας του.

Εισηγητής του σεμιναρίου ήταν ο κος **Χρήστος Βονδικακίης**, Πτυχιούχος ΑΣΟΕΕ & MBA York University, Εισηγητής-Εκπαιδευτής ΟΑΕΔ & ΕΚΕΠΙΣ. Σύμβουλος Επιχειρήσεων με πολυετή εμπειρία, ειδικός στην εφαρμογή Σύστημάτων Management, Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού & Αναδιοργάνωσης Επιχειρήσεων. Διδάσκει στο μεταπτυχιακό τμήμα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και είναι συγγραφέας του βιβλίου "ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ & ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ".

Θέματα τα οποία παρουσιάστηκαν και αναλύθηκαν κατά τη διάρκεια του πρώτου μέρους του προγράμματος:

- Τι διακρίνει τον άριστο ηγέτη - Η επίδραση του στο κλίμα του Νοσοκομείου
- Ο ηγέτης που κερδίζει και κινητοποιεί - Ενσυναισθητικοί μηχανισμοί και διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις
- Τα στυλ ηγεσίας και τα αποτελέσματα της πρακτικής εφαρμογής τους - μια ρεαλιστική προσέγγιση για τη μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων σε ένα σύγχρονο νοσοκομείο
- Συναισθηματική Νοημοσύνη και Ηγεσία
- Τεχνικές ανάπτυξης διαπροσωπικών δεξιοτήτων και παραγωγικών συμπεριφορών
- Τεχνικές επικοινωνίας ενός συμμετοχικού συλλογικού

οράματος - Δημιουργία ταυτότητας και συναίσθησης σπουδαιότητας & νοήματος

- Σύγχρονες τεχνικές ανάπτυξης των ηγετικών σας δεξιοτήτων - Η διαδικασία της εξέλιξής σας σε πραγματικό ηγέτη.
- Η φύση των ομάδων και ο ρόλος της ηγεσίας
- Προϋποθέσεις και τεχνικές για την δημιουργία πνεύματος ομάδας.
- Ήπιες και ακραίες τεχνικές χειρισμού της συμπεριφοράς ατόμων & ομάδων - Πως ο ηγέτης "παίζει" με τα συναισθήματα των μελών μιας ομάδας προκαλώντας επιθυμητές συμπεριφορές, τόσο των εργαζομένων μεμονωμένα, όσο και της ομάδας σαν σύνολο
- Τεχνικές για τη διατήρηση της παρακίνησης σε υψηλά επίπεδα - Ενίσχυση του ηθικού - Πρόκληση ενθουσιασμού και πνεύματος συνεργασίας
- Ο ρόλος της ηγεσίας στις συγκρούσεις και την επιτυχημένη επίλυσή τους για την αποτελεσματική λειτουργία του νοσοκομείου
- Η σημασία της δημιουργίας ηγετών σε όλα τα επίπεδα της ιεραρχίας - Τεχνικές έμμεσης ηγεσίας
- Στρατηγικές προώθησης και διαχείρισης της αλλαγής - Διαδικασία ρεαλιστικής προσαρμογής στα νέα δεδομένα του περιβάλλοντος του νοσοκομείου.



# Η γυναικεία ακράτεια ούρων και οι προπτώσεις του πυελικού εδάφους



Γράφει ο **Τρύφων Τσαλίκης**, καθηγητής  
Μαιευτικής και Γυναικολογίας ΑΠΘ,  
Υπεύθυνος του Τμήματος Ουρογυναικολογίας  
και προπτώσεων του πυελικού εδάφους, ΓΝΠ

**Η ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ** είναι η αιφνίδια απώλεια των ούρων χωρίς τη θέληση του ατόμου. Αυτή η απώλεια συνήθως συμβαίνει με το βήχα, το γέλιο, το φτάρνισμα, την προσπάθεια κατά τις δύσκολες εργασίες στην άσκηση του επαγγέλματος ή τις οικιακές εργασίες. Ακόμα η ακράτεια μπορεί να εμφανισθεί όταν η ασθενής αισθάνεται την ανάγκη να πάει στην τουαλέτα αλλά συνήθως δεν προλαβαίνει να φθάσει και τότε αισθάνεται την απώλεια των ούρων.

Η ακράτεια δεν είναι η νόσος αλλά το σύμπτωμα μιας νόσου που έχει σχέση με την ουροδόχο κύστη και την

ουρήθρα και εμφανίζεται πιο συχνά στις μεγαλύτερες ηλικίες των γυναικών. Τυπικά η ακράτεια δεν δημιουργεί σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή της γυναίκας αλλά μπορεί να διαταράξει σοβαρά τον ψυχικό κόσμο της γυναίκας, την προσωπική την οικογενειακή, την επαγγελματική, ενώ παράλληλα να προσβάλλει γενικότερα την κοινωνική τοποθέτηση του ατόμου. Δυστυχώς υπάρχουν εκατομμύρια γυναίκες που βιώνουν αυτό το πρόβλημα ανά τον κόσμο αλλά οι περισσότερες από αυτές το αποκρύπτουν χωρίς να αποζητούν τη θεραπεία από τους ειδικούς.



## Ποιά είναι τα αίτια της ακράτειας;

Στην γυναικεία ακράτεια που παρατηρείται όταν η γυναίκα κάνει προσπάθεια κατά τις διάφορες εργασίες ή όταν βήχει ή όταν γελάει συνήθως συνυπάρχει και χαλάρωση του πυελικού εδάφους καθώς και συχνά και πρόπτωση της μήτρας.

Γενικότερα η χαλάρωση του πυελικού εδάφους που αποτελεί το έδαφος της γυναικείας λεκάνης και συμπεριλαμβάνεται από μύες και συνδέσμους προκαλεί τη χαλάρωση των στηριγμάτων των γεννητικών οργάνων της γυναίκας έτσι ώστε σταδιακά ο κόλπος και η μήτρα να προπίπτουν προς τα κάτω και πολλές φορές, σε τελικό στάδιο να προβάλλουν έξω από την είσοδο του κόλπου. Παράλληλα αυτές οι προπτώσεις συμπαρασύρουν την ουροδόχο κύστη που βρίσκεται σε επαφή με το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου (κυστεοκήλη), ώστε η ουροδόχος κύστη να προβάλλει μέσα στον κόλπο και πολλές φορές ακόμη να εμφανίζεται και έξω από τον κόλπο. Παράλληλα παρεκτοπίζεται η ουρήθρα η οποία συμβάλλει στην επιδείνωση της ακράτειας. Επίσης τις περισσότερες φορές μπορεί να προκληθεί και πρόπτωση του εντέρου που βρίσκεται σε επαφή με το οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου έτσι ώστε να προέχει το έντερο με τμήμα του κόλπου έξω από αυτόν (ορθοκήλη).

Όταν αυτοί οι σχηματισμοί όπως: η μήτρα, η ουροδόχος κύστη και το έντερο προβάλλουν με το τοίχωμα του κόλπου προς τα έξω και είναι ορατά ή ψηλαφητά από τον ασθενή δημιουργούν έντονο αίσθημα ανησυχίας που την οδηγεί στον γυναικολόγο. Παράλληλα οι καταστάσεις αυτές προκαλούν στην γυναίκα τόσο δυσκολία στην βάδιση, την εργασία της, τις δουλειές του σπιτιού όσο και την μείωση ή την αδυναμία σεξουαλικής δραστηριότητας, ενώ περιγράφονται ως αίσθημα ξένου σώματος στην περιοχή του κόλπου. Φυσιολογικοί τοκετοί και ιδιαίτερα εκείνοι με μεγάλο βάρος νεογνά, η παχυσαρκία, η εμμηνόπαυση και τέλος η έλλειψη άσκησης θεωρούνται οι αιτίες που οδηγούν σε διάταση και χαλάρωση του πυελικού εδάφους της λεκάνης και κατά συνέπεια στην πρόπτωση και την ακράτεια ούρων.

Επίσης ακράτεια ούρων μπορεί να προκληθεί και με άλλους μηχανισμούς όπως: οι φλεγμονές της ουροδόχου κύστεως, της ουρήθρας, νευρολογικές βλάβες μετά από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, τραυματισμούς ή βλάβες του νωτιαίου σωλήνα και τέλος μεταβολικά νοσήματα με

πιο συχνό των σακχαρώδη διαβήτη. Τις περισσότερες φορές η αντιμετώπιση της γυναικείας ακράτειας είναι χειρουργική αλλά σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να θεραπευθεί με χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών. Επίσης η ακράτεια ούρων πολλές φορές μπορεί να είναι μικτή ή μικτής αιτιολογίας, δηλαδή να οφείλεται σε ανατομική βλάβη αλλά και σε νευρογενή αίτια. Ο ειδικός, είναι αυτός που βάλλει την διάγνωση και θα καθορίσει τελικά τη θεραπεία.

Η συζήτηση με τον γυναικολόγο Η γυναίκα επισκέπτεται πιο συχνά από άλλους γιατρούς τον γυναικολόγο της και θα πρέπει να συζητήσει το πρόβλημα από τις πρώτες μέρες που θα εμφανισθεί το σύμπτωμα της ακράτειας, παρόλο που αποκρύπτεται από ένα μεγάλο αριθμό γυναικών. Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η ακράτεια ούρων είναι ένα πολύ συχνό ιατρικό πρόβλημα. Δεν πρέπει η ασθενής να θεωρεί ότι αποτελεί «ιδιαιτερότητα» γιατί το πρόβλημα αυτό υπάρχει σε εκατομμύρια γυναίκες.

Έτσι λοιπόν χωρίς κανένα δισταγμό η ασθενής πρέπει να επισκεφθεί το γυναικολόγο της και να του αναφέρει το πρόβλημα της, αν και ο έμπειρος γυναικολόγος τις περισσότερες φορές και όταν διαγνώσει βλάβη του πυελικού εδάφους κατά τη γυναικολογική εξέταση θα ερωτήσει εάν συνυπάρχει και το σύμπτωμα της ακράτειας. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπως: σε μια πρόπτωση της μήτρας όπου επέρχεται αλλαγή της ανατομικής θέσης της ουρήθρας σε σχέση με την ουροδόχο κύστη (γωνίωση), το σύμπτωμα της ακράτειας συγκαλύπτεται, ενώ δυνητικά υπάρχει και μπορεί να εμφανισθεί όταν αναταχθεί η πρόπτωση της μήτρας και κατά την συνέπεια αποκαταστηθούν οι ανατομικές θέσεις.

## Η φυσιολογική διούρηση

Η ικανότητα να μπορεί κανείς να συγκρατεί τα ούρα εξαρτάται από την φυσιολογική ανατομική θέση της ουροδόχου κύστεως και της ουρήθρας, τη φυσιολογική λειτουργία των νεφρών και των ουρητήρων και τέλος την καλή λειτουργία του νευρικού συστήματος. Η διούρηση περιλαμβάνεται από δύο φάσεις όσον αφορά την ουροδόχο κύστη.

Αρχικά γεμίζει η ουροδόχος κύστη και διογκώνεται ώστε, να κρατήσει τον όγκο των ούρων που περιέχει. Σε δεύτερο χρόνο ακολουθεί η διαδικασία της εξόδου των ούρων. Η πρώτη αίσθηση ούρησης εμφανίζεται όταν η ουροδόχος κύστη γεμίσει με 200cm<sup>3</sup>, περίπου λιγότερο

από ένα ποτήρι νερό. Το φυσιολογικό νευρικό σύστημα δεν αντιδρά με την διούρηση αλλά η ουροδόχος κύστη δέχεται την εντολή να συνεχίσει να γεμίζει μέχρι να φθάσει σε όγκο ούρων τα 350 - 550cm<sup>3</sup> όπου και λαμβάνει την εντολή προς διούρηση. Βέβαια για να φθάσει η ουροδόχος κύστη να συμπεριλάβει αυτόν τον όγκο ούρων απαιτείται να υπάρχει φυσιολογικός σφιγκτήρας της ουρήθρας, ενώ παράλληλα το μυϊκό τοίχωμα της ουροδόχου να επιδέχεται τη διάταση. Η φάση της διούρησης απαιτεί ένα λειτουργικό μυϊκό τοίχωμα της ουροδόχου κύστεως, ώστε όταν συσπάται να προωθήσει τα ούρα προς την ουρήθρα αλλά και ένας σφιγκτήρας που ενώ μέχρι τότε ήταν κλειστός για να αποτρέψει την διαφυγή ούρων τότε να ανοίξει.

### Η υπερδραστήρια κύστη

Αν και η ουροδόχος κύστη θα πρέπει να έχει μεγάλη ποσότητα ούρων για να αισθανθεί ένα άτομο ότι πρέπει να ουρήσει υπάρχουν περιπτώσεις που με μικρή ποσότητα ούρων, ο εγκέφαλος δεν προειδοποιεί, αλλά δίνει εντολή λόγω υπερδραστηριότητας του μυϊκού τοιχώματος της ουροδόχου κύστεως να προκληθεί διούρηση. Στην περίπτωση αυτή εμφανίζεται έπειξη στιγμιαία και η ασθενής δεν προλαβαίνει να φθάσει στην τουαλέτα. Οι ασθενείς εμφανίζουν αιφνίδια ανάγκη για διούρηση (έπειξη), ενώ πηγαίνουν πολύ συχνά στην τουαλέτα, περίπου 8-10 φορές περισσότερο από του ασθενείς με συχνουρία και εμφανίζουν πρόωρη διαφυγή των ούρων (ακράτεια από έπειξη).

### Η διάγνωση της ακράτειας των ούρων

Ο ειδικός γυναικοουρολόγος θα βάλει την διάγνωση από το ιστορικό της ασθενούς, τη φυσική και τη γυναικολογική εξέταση, τον εργαστηριακό έλεγχο, ενώ απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην εξέταση της κοιλίας, των γεννητικών οργάνων, την πύελο, το ορθό και την νευρολογική εξέταση.

Το ιστορικό περιλαμβάνει:

- Χρόνος εμφάνισης της ακράτειας.
- Πόσες φορές την ημέρα παρατηρείται;
- Γίνεται αισθητή η ανάγκη για διούρηση πριν εμφανισθεί η απώλεια ούρων;
- Γίνεται αμέσως αντιληπτή η απώλεια ούρων; Είναι η υγρή η ασθενής τον περισσότερο χρόνο της ημέρας;
- Εάν φοράει η ασθενής σερβιέτες για τα επεισόδια της ακράτειας; Πόσο συχνά;
- Αποφεύγει λόγω του προβλήματος τις κοινωνικές εκδηλώσεις;
- Εμφανίζει ουρολοιμώξεις και πόσο συχνά;
- Εμφανίζει απώλεια ούρων με το βήχα, το γέλιο ή το φτάρνισμα;
- Εμφανίζει απώλεια ούρων κατά την διάρκεια της εργασίας όταν αυξάνεται η ενδοκοιλιακή πίεση, το βά-

δισμα, το τρέξιμο ή το ποδήλατο;

- Επιδεινώνεται η ακράτεια ούρων κατά την όρθια ή καθιστική θέση;
- Υπάρχει δυσκοιλιότητα και από πότε;
- Υπήρξε προηγούμενη θεραπεία για την ακράτεια και ποιά; Χειρουργική; Φαρμακευτική; Ασκήσεις πυελικού εδάφους;
- Κατανάλωση καφέ ή αλκοόλ; Πόσο συχνά;
- Εάν είναι καπνίστρια και πόσο;
- Εάν πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη; Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη;
- Υπάρχουν άλλα συνοδά συμπτώματα;

### Εργαστηριακός έλεγχος

Εξέταση ούρων, Καλλιέργεια ούρων, Κυστεοσκόπηση, Ουροδυναμικός έλεγχος, Μέτρηση υπολοιπούμενου όγκου ούρων μετά τη διούρηση.

### Πρόληψη στην γυναικεία ακράτεια ούρων

Μπορεί να γίνει μόνο και εφόσον δεν υπάρχουν σοβαρές ανατομικές βλάβες, με μια σειρά συγκεκριμένων ασκήσεων του πυελικού εδάφους. Συνήθως εφαρμόζονται οι ασκήσεις Kegels που συνιστανται στην σύσπαση των μυών του πυελικού εδάφους όπως κατά προσπάθεια ανακοπής της εξόδου ούρων από την ουρήθρα ή την έξοδο αερίων από τον πρωκτό. Η ασθενής λαμβάνει την οδηγία να συσπάσει τους μύες της για 3 δευτ. ενώ τους χαλαρώνει για τα επόμενα 3 δευτ. Η άσκηση εκτελείται οκτώ φορές και το σετ επαναλαμβάνεται για 5 έως 10 φορές.

Επίσης, πραγματοποιούνται και ασκήσεις της ουροδόχου κύστεως, όπου η ασθενής αρχίζοντας ανά τακτά χρονικά διαστήματα της 1 ώρας ανάμεσα στην ούρηση και στη συνέχεια αυξάνοντας το χρόνο ανά 30 λεπτά να κρατηθεί χωρίς να επισκεφθεί την τουαλέτα με στόχο να μπορέσει να διατηρήσει τους χρόνους. Όταν η ασθενής επιτύχει να διατηρήσει χρόνους 3-4 ωρών με μεσοδιαστήματα ουρήσεων θεωρείται ικανοποιητική πρόοδος.

### Άλλα προληπτικά μέτρα

- Ρύθμιση της δυσκοιλιότητας
- Αποφυγή του καπνίσματος (χρόνιος βήχας)
- Αποφυγή καφέ και αλκοόλ (ιδιαίτερα η κατανάλωση του καφέ ερεθίζει την ουροδόχο κύστη.
- Απώλεια βάρους στις παχύσαρκες
- Αποφυγή τροφών και ποτών που ερεθίζουν την ουροδόχο κύστη (πικάντικα, αεριούχα, χυμοί).

### Θεραπεία της γυναικείας ακράτειας

Η θεραπεία της γυναικείας ακράτειας ούρων είναι το σημαντικότερο σημείο για την επίλυση του συμπτώματος που απασχολεί ένα υψηλό ποσοστό γυναικών παγκοσμίως. Η αιτιολογία της ακράτειας μπορεί να οφείλεται σε μια σειρά παραγόντων που μπορούν να αξιολογηθούν μό-

νο από εξειδικευμένους ιατρούς στο συγκεκριμένο αντικείμενο ώστε να δώσουν την καλλίτερη λύση αφού προηγηθεί η εξακρίβωση των αιτιών που την προκαλούν. Ο προκαθορισμός των αιτιών είναι πολύ σημαντικός, γιατί θα καθορίσει την θεραπεία εξατομικευμένα σε κάθε ασθενή με σκοπό να είναι όσο το δυνατό αποτελεσματικότερη.

Νευρολογικά νοσήματα όπως: η νόσος του Alzheimer, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η κατάθλιψη, οι μετατραυματικές βλάβες του νωτιαίου σωλήνα, οι βλάβες του μυϊκού συστήματος, ο σακχαρώδης διαβήτης και η ακτινοβολία πρέπει να είναι επακριβώς διαγνωσμένες και φαρμακευτικά ρυθμισμένες, ώστε να μειωθεί στο ελάχιστο η γενεσιουργός αιτία.

Η αντιμετώπιση του συμπτώματος της ακράτειας ούρων είναι πολυδιάστατη και συνήθως χειρουργική. Σε περιπτώσεις που υπάρχει νευρογενής ή υπερδραστήρια κύστη εμφανίζεται ακράτεια ούρων από έπειξη που αντιμετωπίζεται με την χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών.

Σε πολλές γυναίκες όμως συνυπάρχουν με ακράτεια ούρων στην προσπάθεια δηλαδή μεικτού τύπου. Για μία μόνιμη λύση του προβλήματος πολλές φορές απαιτείται η αποκατάσταση των βλαβών του πυελικού εδάφους που είναι αποτέλεσμα της χαλάρωσης των ιστών (πρόπτωση της μήτρας, κυστεοκήλη, ορθοκήλη).

Η χειρουργική αποκατάσταση επιτυγχάνεται είτε διακοιλιακά, δηλαδή από τον χώρο της κοιλίας είτε διακολπικά, δηλαδή από τον κόλπο. Ο καθορισμός του είδους της επέμβασης που θα ακολουθηθεί είναι μια απόφαση που λάβει ο χειρουργός ουρογυναικολόγος λαμβάνοντας υπόψη διαφορά στοιχεία της νόσου και της ασθενούς. Η συζήτηση και η συγκατάθεση της ασθενούς κρίνεται αναγκαία μετά από την ανάλυση των χειρουργικών επιλογών αποκατάστασης. Σήμερα, η τεχνολογία προσφέρει σειρά νέων υλικών που χρησιμοποιούνται στην χειρουργική θεραπεία της γυναικείας ακράτειας ούρων και των βλαβών του πυελικού εδάφους.

Στο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» λειτουργεί εξειδικευμένο τμήμα Ουρογυναικολογίας της Α' Μαιευτικής και Γυναικολογικής κλινικής του Α.Π.Θ. με υπεύθυνο τον Καθηγητή Μαιευτικής & Γυναικολογίας κ. Τρύφωνα Τσαλίκη όπου διενεργούνται όλες οι απαραίτητες επεμβάσεις που έχουν σχέση με την ακράτεια ή την πρόπτωση των γεννητικών οργάνων, από τις πιο πολύπλοκες με σκοπό καλλίτερο και μονιμότερο αποτέλεσμα έως τις πιο απλές όταν αυτές κρίνονται απαραίτητες ανάλογα πάντα με την ηλικία και τη γενικότερη φυσική κατάσταση της ασθενούς (αγγειακά ή καρδιοαναπνευστικά νοσήματα), λύνοντας το πρόβλημα της ασθενούς και του οικογενειακού της περιβάλλον.

Οι ελαχιστοποιημένες επεμβάσεις με τη χρήση νέων υλικών (ταινίες ελεύθερης τάσης, πλέγματα) εφαρμόζονται σε ασθενείς χωρίς μεγάλες ανατομικές βλάβες ή σε αυτές



Στιγμιότυπο από την εκδήλωση η οποία πραγματοποιήθηκε στις 2 - 3 Ιουνίου 2009 σε συνεργασία με το διακεκριμένο Ουρογυναικολόγο καθηγητή Peter Petros με την εφαρμογή νέων υλικών και τεχνικών σε ό,τι αφορά τη γυναικεία ακράτεια και τις βλάβες του πυελικού εδάφους. Διακρίνονται στη μέση ο καθηγητής Τρύφων Τσαλίκης με τον καθηγητή P. Petros, και οι Ιατροί του τμήματος της Ουρογυναικολογίας, αριστερά ο Αθ. Παπαδόπουλος και δεξιά ο Κ. Πανταζής.



Οι Καθ. Τρ. Τσαλίκης και P. Petros.

που δεν επιθυμούν να υποβληθούν σε πιο εκτεταμένη χειρουργική αποκατάσταση.

Η τοποθέτηση μίας ταινίας ελεύθερης τάσης για την αποκατάσταση της ακράτειας δεν υπερβαίνει συνήθως τα 30 λεπτά, ενώ σε ελάχιστο χρόνο τοποθετούνται και οι διακολπικές προθέσεις από συνθετικά ή βιολογικά υλικά για την στήριξη του πρόσθιου και του οπίσθιου κολπικού τοιχώματος. Η εμπειρία που έχει αποκτηθεί συνηγορεί υπέρ της άποψης ότι το πρόβλημα της γυναικείας ακράτειας ούρων έχει πλέον λυθεί με σειρά επεμβάσεων που μπορούν να εφαρμοσθούν σε κάθε ηλικία και σε κάθε περίπτωση.

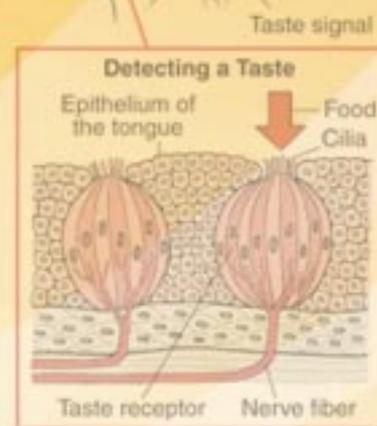
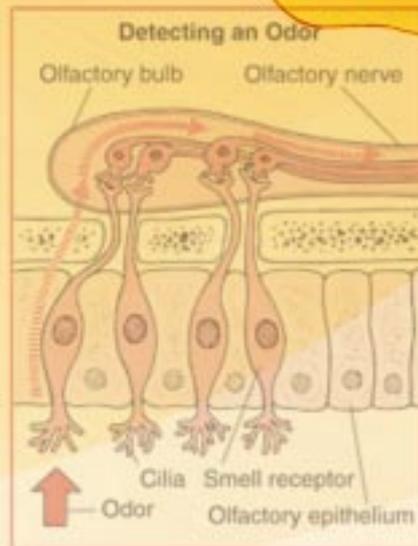
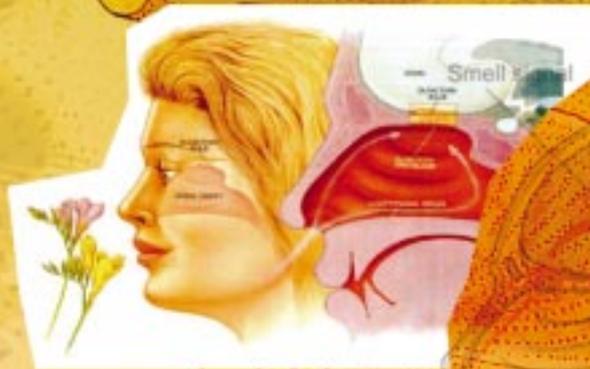
Ως συμπέρασμα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι, σήμερα έχουμε την δυνατότητα να πραγματοποιούμε ελαχιστοποιημένες χειρουργικές επεμβάσεις με ελαχιστοποιημένους κινδύνους.

# Όσφρηση και Γεύση



Γράφει ο **Ιορδάνης Κωνσταντινίδης**  
Επιμελητής Β', Β' ΩΡΛ ΑΠΘ

**Η όσφρηση και η γεύση έχουν περιγραφεί με τον όρο «χημικές αισθήσεις» για να αποδοθεί η λειτουργία τους στον ανθρώπινο οργανισμό ως οι αισθήσεις οι οποίες μετέχουν στην κατανόηση, επεξεργασία και υποκειμενική αντίληψη όλων των μοριακών σχηματισμών που υπάρχουν στο περιβάλλον.**



## ΙΑΤΡΕΙΟ ΟΣΦΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΓΕΥΣΗΣ

Β' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική  
Διευθυντής: Αν. Καθηγητής Σ. Μεταξάς

Υπεύθυνος Ιατρείου:  
Ιορδάνης Κωνσταντινίδης

Ώρες λειτουργίας:  
Κάθε Πέμπτη 11πμ - 1.00μμ

**ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΟΣΦΡΗΣΗΣ** και της γεύσης παρουσιάζουν σημαντική συχνότητα η οποία υπερβαίνει το 4 % του γενικού πληθυσμού, ενώ σε άτομα άνω των 65 ετών το ποσοστό αυτό αυξάνεται κατακόρυφα στο 50% περίπου.

Η όσφρηση και η γεύση αποτελούσαν μέχρι πρόσφατα παραμελημένες αισθήσεις με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναζητούν ιατρική βοήθεια μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα ή και καθόλου. Σήμερα οι «χημικές αισθήσεις» βρίσκονται στο επίκεντρο της έρευνας τόσο στον τομέα της φυσιολογίας τους όσο και στην κλινική πράξη για την διερεύνηση των διαταραχών τους και την θεραπεία τους.

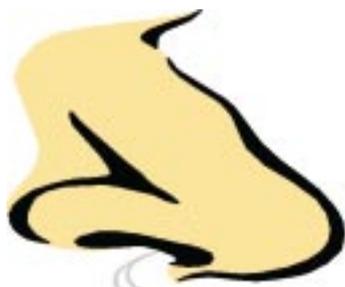


**Στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης λειτουργεί το μοναδικό επίσημο Ιατρείο Όσφρησης και Γεύσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.** Η λειτουργία του ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2007 με στόχο την διερεύνηση ασθενών που παρουσιάζουν διαταραχές όσφρησης και γεύσης.

### Κλινικός έλεγχος

Κάθε ασθενής που προσέρχεται στο ιατρείο εντάσσεται στα πρωτόκολλα διερεύνησης της ποιοτικής ή ποσοτικής διαταραχής των αισθήσεων όσφρησης και γεύσης. Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει πλήρη Ωτορινολαρυγγολογική εκτίμηση και σε όλες τις περιπτώσεις των διαταραχών όσφρησης και γεύσης, ενδοσκόπηση ρινός. Η ενδοσκοπική εκτίμηση της μύτης δίνει πληροφορίες για την κατάσταση της ρινικής κοιλότητας και ιδιαίτερα της οσφρητικής σχισμής που είναι αδύνατο να λάβει κανείς από την πρόσθια ρινοσκόπηση. Το γεγονός ότι ένα σημαντικό τμήμα της αίσθησης της γεύσης οφείλεται στην οπισθορινική όσφρηση αποδεικνύει την σημασία της ενδοσκόπησης ρινός και στις διαταραχές γεύσης. Συγκεκριμένα η οπισθορινική όσφρηση είναι ο ερεθισμός του οσφρητικού επιθηλίου από οσμηγόνες ουσίες που απελευθερώνονται κατά την μάσηση τροφών οι οποίες προωθούνται στην μύτη δια του ρινοφάρυγγα από τις κινήσεις της υπερώας.

Ο κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει μέτρηση της οσφρητικής και γευστικής ικανότητας μέσω εύχρηστων τέστ όσφρησης και γεύσης. Με την βοήθεια αυτών γίνεται διαχωρισμός των εξεταζομένων σε ανοσμικούς, υποσμικούς και νορμοσμικούς αναφορικά με την όσφρηση, και αγευστικούς υπογευστικούς και φυσιολογικούς αναφορικά με την γεύση.



Ο έλεγχος της όσφρησης γίνεται με την ευρεία μορφή του οσφρητικού τέστ Sniffin Sticks (Burghart, Wedel, Γερμανία), το οποίο χρησιμοποιείται σε μεγάλο αριθμό ειδικών ιατρείων σε όλο τον κόσμο και είναι το προτεινόμενο τέστ όσφρησης από το Working Group on Olfaction and Gustation της Γερμανικής ΩΡΛ Εταιρείας.

Το τέστ αποτελείται από τρία μέρη: **1.** τέστ ουδού της όσφρησης, **2.** τέστ διακριτικής ικανότητας οσμών, και **3.** τέστ αναγνώρισης οσμών.

Τα δύο τελευταία τμήματα του τέστ είναι υπερουδικά. Το συνολικό σκόρ του τέστ κυμαίνεται από 0 έως 48. Η στάθμιση του τέστ σε Γερμανόφωνες χώρες έδειξε ότι τιμές < 15 θεωρούνται ανοσμία, 15-31 υποσμμία και >31 φυσιολογική όσφρηση. Σήμερα στο Νοσοκομείο μας χρησιμοποιείται η σταθμισμένη μορφή του τέστ στα Ελληνικά η οποία έγινε από το Ιατρείο Όσφρησης και Γεύσης<sup>1</sup>.

Στις περιπτώσεις όπου το αποτέλεσμα του οσφρητικού τέστ είναι ενδεικτικό οσφρητικής δυσλειτουργίας χωρίς η ενδοσκόπηση να μπορεί λόγω ανατομικών ανωμαλιών να ελέγξει ικανοποιητικά την οσφρητική σχισμή, ο έλεγχος ολοκληρώνεται με αξονική τομογραφία για τον αποκλεισμό ρινοκολπίτιδας της οσφρητικής σχισμής (Olfactory cleft disease). Η υποψία συγγενούς ανοσμίας ή νευρολογικών βλαβών ελέγχεται με MRI εγκεφάλου για τον έλεγχο των κεντρικών δομών της όσφρησης.

Ο έλεγχος σε ορισμένες περιπτώσεις συμπληρώνεται με τον αντικειμενικό έλεγχο της ροής του αέρα από την μύτη με ρινομανομετρία ιδιαίτερα όταν το αίτιο της οσφρητικής δυσλειτουργίας φαίνεται να σχετίζεται με χρόνια φλεγμονή του βλεννογόνου (π.χ. αλλεργική ρινίτιδα). Ο δυναμικός έλεγχος χωρίς και μετά αποσυμφόρηση βοηθά στην καταγραφή της συμμετοχής της ρινικής απόφραξης στην οσφρητική δυσλειτουργία.

Τέλος οι ασθενείς καταγράφουν την ένταση των υποκειμενικών τους συμπτωμάτων με την βοήθεια μιας οπτικής κλίμακας από 0-100.

Στον έλεγχο της γεύσης χρησιμοποιείται το test Taste Strips (Burghart, Wedel, Γερμανία) 16 ερωτήσεων. Ο ασθενής καλείται να αναγνωρίσει τις γεύσεις του ξινού, αλμυρού, πικρού, γλυκού ή κενού από εμποτισμένα τεμάχια ειδικού χαρτιού σε διαφορετικές συγκεντρώσεις που τοποθετούνται στην γλώσσα. Ένα αποτέλεσμα >8 θεωρείται φυσιολογικό. Ο έλεγχος της γεύσης σε όλες τις περιπτώσεις συνοδεύεται και με έλεγχο της ροής του σάλιου.

#### ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΣΦΡΗΣΗΣ

- Υποσμία
- Ανοσμία

#### ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΣΦΡΗΣΗΣ

- Παροσμία (συνήθως Κακοσμία)
- Φαντοσμία

Στο πλαίσιο λειτουργίας του ειδικού Ιατρείου Όσφρησης και Γεύσης μέχρι σήμερα εξετάστηκαν συνολικά 227 ασθενείς από τους οποίους 196 βρέθηκε να πάσχουν από οσφρητική δυσλειτουργία και 31 από δυσλειτουργία της γεύσης. Η αναλογία ανδρών - γυναικών ήταν 1,3 :1

#### ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΟΣΦΡΗΣΗΣ

- Ρινοκολπίτιδα με ή χωρίς πολύποδες
- Ιώσεις του ανώτερου αναπνευστικού
- Κρανιοπροσωπικές κακώσεις
- Πρεσβυοσμία
- Νευρολογικά νοσήματα (N. Alzheimer, N. Parkinson, σχιζοφρένεια)
- Ενδοκρινολογικές διαταραχές (υποθυρεοειδισμός)
- Μετά από χειρουργική επέμβαση στη μύτη
- Φαρμακευτική ανοσμία
- Συγγενής ανοσμία (σύνδρομο Kallman)
- Τοξική ανοσμία
- Κάπνισμα

#### ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΓΕΥΣΗΣ

- Διαταραχή της οπισθορινικής όσφρησης
- Ακτινοθεραπεία
- Φάρμακα
- Ξηροστομία
- Χειρουργικές επεμβάσεις



και ο μέσος όρος ηλικίας τα 58.5 έτη. Η μοναδικότητα του Ιατρείου εξηγεί την προέλευση των ασθενών από διάφορα μέρη της Ελλάδας (Αθήνα, Βόλος, Τρίπολη, Λευκάδα). Σε όλους τους ασθενείς έχει γίνει πλήρης διερεύνηση της διαταραχής τους, και αντιμετωπίστηκαν με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή ή χειρουργικά ανά περίπτωση και εντάσσονται σε τακτικό πρόγραμμα επανελέγχων.

Οι διαταραχές της όσφρησης και της γεύσης επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών ενώ αρκετοί βιώνουν επικίνδυνα ατυχήματα στην καθημερινή τους ζωή όπως κατανάλωση αλλοιωμένων τροφών ή μη αναγνώριση καπνού και βλαβερών αερίων στον αέρα (π.χ. αναθυμιάσεις από καυστήρες). Το ιατρείο όσφρησης και γεύσης παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και έχει συμβουλευτικό ρόλο για την πρόληψη ατυχημάτων.

Ιδιαίτερα σε ιατρονομικά προβλήματα η ανάγκη πιστοποίησης με εντελώς αντικειμενικά μέσα της οσφρητικής δυσλειτουργίας απαιτεί την ανάπτυξη της αντικειμενικής οσφρησιμετρίας στην χώρα μας (απεικονιστικές μέθοδοι, προκλητά δυναμικά) γεγονός που βρίσκεται σε εξέλιξη στο Νοσοκομείο μας σε συνεργασία με το Γ' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ.

Το ιατρείο όσφρησης και γεύσης του Γ.Ν. Παπαγεωργίου συμμετέχει σε ένα Ευρωπαϊκό δίκτυο αντίστοιχων ιατρείων με κέντρο αναφοράς το Πανεπιστήμιο της Δρέσδης στην Γερμανία για την διενέργεια πολυκεντρικών μελετών. Παράλληλα έχει αναπτυχθεί μόνιμη συνεργασία με το τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής του Γ.Ν. Παπαγεωργίου και τη Νευρολογική κλινική του ΓΝ Παπανικολάου για τη διερεύνηση των διαταραχών όσφρησης και γεύσης.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ιορ.Κωνσταντινίδης, Α. Πρίντζα, Σ. Γενετζάκη, Κ. Μάμαλη, Γ. Κεκές, Ι. Κωνσταντινίδης. CULTURAL ADAPTATION OF AN OLFACTORY IDENTIFICATION TEST: THE GREEK VERSION OF SNIFFIN' STICKS. Rhinology, 2008;46 :292-296

# ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΩΟΘΗΚΩΝ



Γράφουν οι: **Μαρία Βουροπούλου**, Μαία  
**Ευαγγελία Σαράντη**, Προϊσταμένη Αίθουσας  
Τοκετών και Μαιευτικών Χειρουργιών  
Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ



**Τ**Ο ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ωοθηκών (ΣΥΩ - Ovarian Hyperstimulation Syndrome - OHSS), αποτελεί μια ιατρογενή επιπλοκή που εμφανίζεται σε γυναίκες που υποβάλλονται σε πρωτόκολλα ελεγχόμενης διέγερσης των ωοθηκών με σκοπό την αναπαραγωγή. Στις θεραπείες αυτές υπογονιμότητας, συχνά γίνεται πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας με την χρήση φαρμάκων τα οποία έχουν σχεδιαστεί να μιμούνται σε ένα μεγάλο βαθμό την δράση των φυσικών γυναικείων ορμονών, με σκοπό την ανάπτυξη του περισσότερων του ενός ώριμων ω-



οθυλακίων στις ωοθήκες των γυναικών που πάσχουν από ανωοθυλακιορρηξία και υπογονιμότητα. Οι βασικοί τύποι φαρμακευτικών σκευασμάτων περιλαμβάνουν την κλομιφαίνη και κυρίως τις ενέσεις γοναδοτροπινών.

Η πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας είναι μια διαδικασία που διεξάγεται σε ειδικά κέντρα που ασχολούνται με προβλήματα υπογονιμότητας. Η σοβαρότερη και συχνότερη παρενέργεια της διέγερσης των ωοθηκών είναι η εκδήλωση του συνδρόμου υπερδιέγερσης των ωοθηκών. Είναι απαραίτητος ο υπερηχογραφικός και εργαστηριακός έλεγχος των γυναικών, καθώς υπάρχει ο κίνδυνος ανάπτυξης του συνδρόμου. Το ΣΥΩ εμφανίζεται όταν οι ωοθήκες παρουσιάσουν μεγάλη και ραγδαία ανταπόκριση στις εξωγενώς χορηγούμενες γοναδοτροπίνες και παράγουν έναν μεγάλο αριθμό ωοθυλακίων με παράλληλη αύξηση στην παραγωγή οιστρογόνων. Τα οιστρογόνα που παράγονται από τα αναπτυσσόμενα ωοθυλάκια, μπορούν να φτάσουν σε υψηλά επίπεδα και αποτελούν διαγνωστικό σημείο του βαθμού της ωοθηκικής διέγερσης.

Η παθοφυσιολογία του ΣΥΩ δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη κυρίως στα αρχικά στάδια. Αρχικά προκαλείται ξαφνική αύξηση της τριχοειδικής διαπερατότητας που συντελεί στην μαζική εξίδρωση υγρού πλούσιου σε λευκώματα από τον ενδαγγειακό χώρο στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Απώλεια υγρού στον διάμεσο ιστό προκαλεί υπογκαιμία, αιμοσυμπύκνωση, πτώση της οσμωτικής πίεσης του πλάσματος, ενώ εμφανίζεται δευτερογενώς και υπεραλδοστερονισμός με σημαντική κατακράτηση αλάτων και τελικά εγκαθίσταται περιφερικό οίδημα. Επίσης στην παθογένεση του ΣΥΩ έχουν ενοχοποιηθεί αρκετοί φλεγμονώδεις παράγοντες όπως η ισταμίνη, οι κυτοκίνες και οι προσταγλανδίνες. Τελευταία ερευνάται ο κεντρικός ρόλος του συστήματος ρενίνης - αγγιοτενσίνης των ωοθηκών και κυρίως του αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα (Vascular Endothelial Growth Factor - VEGF).

Έχει εκπονηθεί μεγάλος αριθμός μελετών από πολλές ερευνητικές ομάδες με σκοπό να προσδιορισθούν οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου.

Συγκεκριμένα οι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι:

- Η νεαρή ηλικία της γυναίκας < 35 χρόνων
- Ιστορικό ΣΥΩ σε προηγούμενο κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής
- Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών ή η παρουσία πο-

λυκυστικών ωοθηκών με υπερηχογραφική απεικόνισή τους τη στιγμή της θεραπείας

- Χαμηλός δείκτης μάζας σώματος ( Body Mass Index BMI )
- Ιστορικό αλλεργίας ή υπερευαισθησίας της γυναίκας
- Αυξημένες ή επαναλαμβανόμενες δόσεις εξωγενούς χορήγησης γοναδοτροπινών
- Απότομη αύξηση της οιστραδιόλης
- Μέγεθος, ποιότητα και αριθμός των ωοθυλακίων
- Ύπαρξη εγκυμοσύνης

Η συνύπαρξη του ΣΥΩ και εγκυμοσύνης αποτελεί τη σοβαρότερη μορφή του συνδρόμου και υπάρχει παράταση της διάρκειας και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Σπάνια εμφανίζεται το σύνδρομο σε αυθόρμητους ωοθυλακιορρηκτικούς κύκλους και όταν συμβαίνει αυτό υπάρχει χοριοκαρκίνωμα, μύλη κήση ή πολύδυμη κήση.

Η σταδιοποίηση του συνδρόμου μπορεί να γίνει με δύο τρόπους:

- Με βάση τον χρόνο εμφάνισης του συνδρόμου
- Με βάση την βαρύτητα της κλινικής εικόνας

Με βάση τον χρόνο εμφάνισης του διακρίνεται σε πρώιμη μορφή όπου η εμφάνισή του γίνεται 3 - 7 ημέρες μετά την εξωγενή χορήγηση h-CG και σε όψιμη μορφή όπου η εμφάνισή του γίνεται στις 12 - 17 ημέρες και οφείλεται στην παραγωγή ενδογενούς h-CG μετά από επίτευξη εγκυμοσύνης.

Με βάση την βαρύτητα της κλινικής εικόνας διακρίνεται σε ήπια, μέτρια και σοβαρή μορφή. Στην ήπια μορφή (Grade 1 και Grade 2) οι εκδηλώσεις είναι:

- Ήπια γαστρεντερολογικά ενοχλήματα, κοιλιακή διάταση και δυσφορία
- Αύξηση του μεγέθους των ωοθηκών ψηλαφητή ή όχι
- Διάμετρος ωοθηκών μέχρι 8 cm

Στην μέτρια μορφή (Grade 3 και Grade 4) οι εκδηλώσεις είναι:

- Διάμετρος ωοθηκών 8-12 cm
- Υπερηχογραφική απεικόνιση του ασκίτη
- Δυσφορία κατά την αναπνοή

Στην σοβαρή μορφή (Grade 5 και Grade 6) οι εκδηλώσεις είναι:

- Απότομη αύξηση του Β.Σ.
- Διάμετρος ωοθηκών > 12cm

- Συσσώρευση υγρού σε κοιλότητες
  - α) κοιλιακή → ασκίτης
  - β) θωρακική → υδροθώρακας
  - γ) περικάρδιο → περικαρδίτιδα
- Ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υποπρωτεΐναιμία,
- Λευκοκυττάρωση, αιμοσυμπύκνωση
- Ολιγουρία, ανουρία, υπόταση, ταχυκαρδία, θρομβοεμβολικά επεισόδια
- Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια

Η συχνότητα και η βαρύτητα του ΣΥΩ καθιστούν επιτακτική την πρόληψη του συνδρόμου ή την αντιμετώπιση του σε όσο το δυνατόν πιο πρώιμη φάση. Αυτό που πρέπει να τονισθεί είναι ότι δεν υπάρχει πρωτόκολλο που να μηδενίζει την πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου όπως επίσης ότι μπορεί να υπάρξει μείωση της συχνότητας αλλά όχι πλήρης πρόληψή του ΣΥΩ.

Η θεραπεία του συνδρόμου εξαρτάται από την βαρύτητα της κλινικής εικόνας. Ασθενείς με ήπιες εκδηλώσεις του ΣΥΩ μπορούν να αντιμετωπισθούν στο σπίτι τους ως εξωτερικοί ασθενείς όπου τις περισσότερες φορές αρκεί ο καθησυχασμός της ασθενούς και η συμβουλευτική προσέγγισή της σχετικά με τα σημεία και τα συμπτώματα της νόσου. Η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει ανάπαυση ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος συστροφής μιας διογκωμένης ωοθήκης, χορήγηση αναλγητικών από του στόματος προς ανακούφιση από την πυελική δυσφορία. Επίσης πρέπει να υπάρχει συχνός υπερηχογραφικός έλεγχος (για ανίχνευση ασκίτη), εργαστηριακός έλεγχος (Hct, ηλεκτρολύτες, πηκτικός μηχανισμός, κρεατινίνη και λευκά ματα ορού). Είναι απαραίτητη η καθημερινή καταγραφή του Β.Σ., της περιμέτρου κοιλιάς, ο έλεγχος της διούρησης και η τήρηση του ισοζυγίου υγρών.

Η πιο κρίσιμη απόφαση όσον αφορά το σύνδρομο είναι η εισαγωγή ή όχι στο νοσοκομείο όταν τα συμπτώματα γίνουν πιο έντονα και το σύνδρομο επιδεινώνεται. Τα κριτήρια εισαγωγής στο νοσοκομείο είναι:

- Έντονο κοιλιακό άλγος
  - Δυσκολία σίτισης και ενυδάτωσης
  - Σοβαρή ολιγουρία-ανουρία
  - Έντονος ασκίτης, περιτοναϊσμός
  - Δυσκολία στην αναπνοή, υπόταση, ταχυκαρδία
  - Ηλεκτρολυτικές διαταραχές (Υπονατρίαμια Na <135 mEq/L) (Υπερκαλιαιμία K> 5 mEq/L)
  - Αιμοσυμπύκνωση με Hct >45%
  - Ύπαρξη ασκίτικου υγρού ως το διάφραγμα
- Από την στιγμή που θα ληφθεί απόφαση για ενδο-νοσοκομειακή αντιμετώπιση του ΣΥΩ, η ασθενής θα πρέπει να τεθεί υπό συστηματική παρακολούθηση, η οποία περιλαμβάνει:
- Καθημερινή μέτρηση και καταγραφή του Β.Σ. και της κοιλιακής περιμέτρου (στο ύψος του ομφαλού)
  - Συχνή λήψη ζωτικών (Α.Π. σφύξεων, θερμοκρασίας)
  - Καθημερινή καταγραφή του ισοζυγίου των υγρών
  - Καθημερινός και πλήρης εργαστηριακός έλεγχος

- Συχνή διακοιλική υπερηχογραφική εξέταση για τον έλεγχο του ασκίτη και του μεγέθους των ωοθηκών, από την οποία θα εξαρτηθεί η ενδεχόμενη παρακέντηση
- Υπέρηχος καρδιάς σε υποψία περικάρδιου υγρού
- Ακτινολογική απεικόνιση του θώρακος σε υποψία πλευριτικού υγρού
- Περιορισμένη λήψη υγρών και ενδοφλέβια ενυδάτωση
- Όταν υπάρχουν συμπτώματα δύσπνοιας τοποθέτηση παλμικού οξύμετρου και μέτρηση αερίων αίματος
- Αντιπηκτική αγωγή για πρόληψη θρόμβωσης
- Ενδοφλέβια χορήγηση διουρητικών και αλβουμίνης
- Παρακέντηση υγρού στο σημείο που υπάρχει αυξημένη συλλογή
- Εισαγωγή στη μονάδα εντατικής θεραπείας, αν επιβάλλεται

Η αντιμετώπιση του ΣΥΩ είναι σήμερα συμπτωματική, αλλά οι συνεχείς πρόοδοι που σημειώνονται στην παθοφυσιολογία του συνδρόμου πιστεύεται ότι θα καταστήσουν στο μέλλον την αντιμετώπιση αιτιολογική. Η παρακέντηση με παράλληλο υπερηχογραφικό έλεγχο μπορεί να ενδείκνυται για ασθενείς με ασκίτη υπό τάση, με αναπνευστική δυσχέρεια ή και με ολιγουρία-ανουρία που δεν βελτιώνεται με την χορήγηση υγρών. Η θρομβοεμβολή είναι μία σοβαρή επιπλοκή του σοβαρού σταδίου του συνδρόμου και απαιτείται να λαμβάνονται προφυλακτικά μέτρα. Συστήνονται μακριές κάλτσες και προφυλακτική θεραπεία με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Η ασθενής μπορεί να χρειαστεί να νοσηλευτεί στη μονάδα εντατικής νοσηλείας για να αντιμετωπιστούν καλύτερα τα θρομβοεμβολικά επεισόδια, η νεφρική ανεπάρκεια και η συμφόρηση των πνευμόνων που δεν ανταποκρίνονται στη νοσηλευτική φροντίδα και στην παρακέντηση.

#### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aboulghar M., Evers.J.H.AI-Inany.(2004). Intra-venous albumin for preventing severe ovarian hyperstimulation syndrome. The Cochrane Library, Issue 4.
- Aboulghar. M.A., Mansour, R.T. (2003). Ovarian Hyperstimulation Syndrome: classifications and critical analysis of preventive measures. Human Reproduction Update, Volume 9, Number 3, 275-289
- Annick Delvigne and Serge Rozenberg, Epidemiology and prevention of OHSS: a review, Human Reproduction Update, Vol.8, No.6 559-577, 2002
- Annick Delvigne and Serge Rozenberg, Review of clinical course and treatment of ovarian hyperstimulation, Human Reproduction Update, Vol.9 No1. 77-96, 2003
- Avecillas, J.F., Falcone. T, Arroliga.A.C.(2004). Ovarian Hyperstimulation Syndrome. Crit. Care Clin, 20,4,679-695
- Balen.H.A., Jacobs. S.H. (2003). Infertility in practise- 2nd edition. London Churchill Livingstone.
- Brinsden.P.R., Wada.I, Tan S.L., Balen.A., Jacobs. H.S. (October 1995). Diagnosis, prevention and management of ovarian hyperstimulation syndrome. Br.J. Obstet. Gynaecol, 102,10,767-772
- Despropoulos, A, Silbernagl. S. (1989). Εγχειρίδιο Φυσιολογίας Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

# Κυστική Ίνωση

## Ιδιαιτερότητες κατά τη νοσηλεία



Γράφουν οι **Αναστασία Ρακογιάννη**, Αν. Προϊσταμένη Δ' Πανεπιστημιακής Παιδιατρικής Κλινικής Γ.Ν.Π. **Μαρία Γαβρά**, Δ.Ε. Νοσηλεύτρια ΜΕΝΝ ΑΠΘ

**Η ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ (Κ.Ι.)** αποτελεί παγκοσμίως τη συχνότερη κληρονομική νόσο της λευκής φυλής, ενώ ειδικά για τη χώρα μας έρχεται δεύτερη μετά τη Μεσογειακή αναιμία. Η συχνότητά της είναι περίπου 1:2.500 γεννήσεις. 30-40 παιδιά γεννιούνται κάθε χρόνο με κυστική ίνωση. Μεταβιβάζεται με τον υπολειπόμενο αυτοσωματικό χαρακτήρα.

Οφείλεται σε μετάλλαξη γονιδίου που οδηγεί σε απουσία ή δυσλειτουργία της πρωτεΐνης CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Factor), η οποία φυσιολογικά εντοπίζεται

στις κορυφαίες επιφάνειες των επιθηλιακών κυττάρων πόρων και λειτουργεί ως διάυλος ιόντων κλωρίου και νατρίου. Οι παθοφυσιολογικές εκδηλώσεις της Κ.Ι. είναι αποτέλεσμα της «εξωκυττάριας αφυδάτωσης» της βλέννης των αεραγωγών και των εκκρίσεων των εξωτερικών αδένων του σώματος.

Τελικό αποτέλεσμα της διαταραχής αυτής στη μεταφορά ιόντων είναι η ανάπτυξη μικροβίων, δημιουργία λοιμώξεων και καταστροφή του πνευμονικού παρεγχύματος, ακόμη ανεπάρκεια των παγκρεατικών ενζύ-

μων, διαταραχές στην αποβολή της χολής και στείρωση στους άνδρες. Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου ποικίλουν. Τα κυριότερα όργανα τα οποία προσβάλλονται είναι οι ιδρωτοποιοί αδένες, οι πνεύμονες, το πάγκρεας και το ήπαρ.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά των ασθενών με Κ.Ι. είναι η στασιμότητα ή απώλεια βάρους εξαιτίας της παγκρεατικής ανεπάρκειας. Χαρακτηριστικός είναι ο «πιθοειδής» θώρακας και η απίσχανση-και η χρόνια πνευμονοπάθεια με διατεταμένο θώρακα με γενικευμένο υπεραερισμό,

ταχύπνοια, δύσπνοια και υποξυναιμία λόγω της πνευμονοπάθειας. Χαρακτηριστικό κλινικό εύρημα είναι η πληκτροδακτυλία.

Κλινική υπόνοια για Κ.Ι. πρέπει να μπαίνει σε κάθε παιδί που έχει συχνές αναπνευστικές λοιμώξεις και διαρροϊκές κενώσεις και ανεπαρκή πρόσληψη βάρους.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται:

- Με τη μέτρηση συγκέντρωσης των ιόντων χλωρίου (Cl<sup>-</sup>) στον ιδρώτα του ασθενή, ο οποίος συλλέγεται με τη μέθοδο της ιοντοφόρησης της πιλοκαρπίνης. Συγκεντρώσεις χλωριούχων άνω των 60mEq/l είναι παθολογικές.
- τον προσδιορισμό του γονοτύπου για την ανίχνευση των παθολογικών μεταλλάξεων της CFTR. Με τη μέθοδο αυτή γίνεται η προγενετική διάγνωση κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης.
- με τη μέθοδο ανίχνευσης παγκρεατικών ενζύμων, π.χ. της ελαστάσης στα κόπρανα.

## Θεραπεία

*Αντιμετώπιση παγκρεατικής ανεπάρκειας* η οποία επιτυγχάνεται με τη διαβίου χορήγηση σκευασμάτων που περιέχουν παγκρεατικά ένζυμα (Panzyltrat 10.000 και 25.000 i.u. λιπάσης) και λιποδιαλυτές βιταμίνες η χορήγηση των οποίων καθορίζεται ανάλογα με τα επίπεδα βιταμινών στον ορό.

Συστήνεται διατροφή υψηλής θερμιδικής αξίας, όπου η αναλογία του λίπους στη διατροφή πρέπει να αποτελεί το 40% και η θερμιδική πρόσληψη να είναι στο 150% των φυσιολογικών αναγκών. Για το σκοπό αυτό χορηγούνται ειδικά υπερθερμιδικά συμπληρώματα διατροφής σε μορφή ροφήματος, όπως Nutrison, Pulmocare κ.α.

Σε σημαντικού βαθμού υποθρεψία χορηγείται παρεντερική διατροφή με προσθήκη λιποδιαλυτών βιτα-

μινών (amp. Vitalip), υδατοδιαλυτών βιταμινών (amp. Soluvit) και ιχνοστοιχείων (amp. Addamel).

*Η πρόληψη και θεραπεία των αναπνευστικών λοιμώξεων* εξασφαλίζεται με την αναπνευστική φυσικοθεραπεία (εφαρμογή ειδικών τεχνικών παροχέτευσης του βρογχικού δέντρου και κινησιοθεραπείες), με την ενυδάτωση (in χορήγηση ορού 1+1) και με την in χορήγηση αντιβιοτικών, βλεννολυτικών, κορτικοειδών, βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων.

*Η έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους π.χ. ΣΔ Ι, ηπατοπάθεια, οστεοπόρωση, πνευμοθώρακας.*

Τμήμα της θεραπευτικής αγωγής αποτελεί η άσκηση. Τα παιδιά με ΚΙ ενθαρρύνονται για τη συμμετοχή τους σε διάφορα αθλήματα (κολύμπι, ποδηλασία κ.α.)

Στόχος είναι η παροχέτευση των εκκρίσεων από τις αεροφόρους οδούς, η διατήρηση της καλής κατάστασης των μυών για την αποτελεσματική φυσιοθεραπεία των πνευμόνων, η ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης της οστεοπόρωσης, η ελάττωση του στρες και της κατάθλιψης, και η διατήρηση της καλής φυσικής κατάστασης και της παράτασης της ζωής.

## Ιδιαιτερότητες

Οι ασθενείς με Κυστική Ίνωση παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες κατά τη νοσηλεία τους (κυρίως λόγω της ανάγκης τους για συχνές νοσηλείες).

- Η χορήγηση υγρών πρέπει να είναι αυξημένη (150% φυσιολογικών αναγκών) με μεγαλύτερη πυκνότητα ηλεκτρολυτών (Νατρίου), λόγω της αυξημένης απώλειάς του με τον ιδρώτα.
- Η θεραπευτική αντιμικροβιακή αγωγή είναι πάντοτε ενδοφλέβια με υψηλές δόσεις και συνδυασμό αντιβιοτικών (συχνότερα μικρόβια ψευδομονάδα και σταφυλόκοκκος).

- Να λαμβάνεται υπόψιν ότι είναι φορείς ψευδομονάδας.
- Η διατροφή τους είναι πλούσια υπερθερμιδική και συχνά είναι απαραίτητο να χορηγούνται υπερθερμιδικά σκευάσματα.
- Η νοσηλεία τους είναι μακροχρόνια (14-21 ημέρες) και επαναλαμβανόμενη. Είναι δυνατόν να αναπτύσσονται σχέσεις οικειότητας με το προσωπικό.
- Συχνά το προσωπικό βιώνει και συμμετέχει στο άγχος θανάτου των παιδιών αυτών καθώς και στις προσωπικές τους ανησυχίες σχετικά με την έκβαση της νόσου τους.

## Επιλογος

Παλαιότερα τα παιδιά με ΚΙ κατέληγαν στην παιδική ηλικία, συνήθως λόγω της σοβαρής πνευμονοπάθειας. Σήμερα όμως χάρη στην εφαρμογή εντατικής φυσιοθεραπείας, τη χρήση νεφελοποιητή, την in λήψη αντιβιοτικών, όταν χρειάζεται, καθώς και με την πλούσια σε θερμίδες διατροφή μαζί με την αδιάκοπη λήψη των ενζύμων και των βιταμινών ο ασθενής με ΚΙ μπορεί να απολαμβάνει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής.

Παράθυρο ελπίδας στους ασθενείς με ΚΙ αποτελούν πρόσφατες εξελίξεις στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Ίσως η μελλοντική τροποποίηση της γονιδιακής βλάβης με εμφύτευση κυττάρων που να φέρουν υγιή γονίδια αποτελεί την πιο ρεαλιστική λύση στο πρόβλημα της ριζικής θεραπείας της νόσου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Nousia-Arvanitaki S. Cystic fibrosis and the pancreas. J Clin Gastroenterol 1999;29(2):138-142.
2. Νούσια-Αρβανιτάκη. Παιδιατρική. 2η εκδ. σελ. 463 466.
- 3.Φ. Κανακούδη, Χ Κατζός. Βασική Παιδιατρική. σελ 275-279.
4. Μ. Φωτουλάκη-Σ. Νούσια-Αρβανιτάκη. Φαρμακευτικός οδηγός, σελ. 108-116.

# ΑΣΦΑΛΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ



Γράφει η **Θεοδώρα Τσινή**,  
Αν. Προϊσταμένη Τμήματος Αιμοδοσίας ΓΝΠ

**Η ασφαλής χορήγηση αίματος και παραγώγων από το Τμήμα Αιμοδοσίας αποτελεί συνάρτηση τριών παραμέτρων: της μεταφοράς τους από το κέντρο Αιμοδοσίας, όπου στην προκειμένη περίπτωση είναι το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, της αποθήκευσής τους και διαχείρισής στο Τμήμα Αιμοδοσίας και της διακίνησής τους προς τα τμήματα του νοσοκομείου.**

**ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ** του νοσοκομείου Παπαγεωργίου αποτελεί μία νοσοκομειακή τράπεζα αίματος, με κέντρο Αιμοδοσίας όπως ήδη αναφέρθηκε το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ και κέντρο ελέγχου και αναφοράς το ΕΚΕΑ (Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας).

Νοσοκομειακή τράπεζα αίματος σημαίνει ότι δεν εκτελούμε αιμοληψίες και επεξεργασία του αίματος, αλλά ότι διακινούμε αίμα και παράγωγα του για τις ανάγκες του νοσοκομείου μας μόνο!

Προκειμένου να καλυφθούν αυτές οι ανάγκες έχουμε τρεις με τέσσερις αποστολές προς το ΑΧΕΠΑ τις απλές καθημερινές ημέρες. Η μεταφορά γίνεται μέσω εταιρείας courier την οποία μισθώνει το νοσοκομείο. Η κάλυψη αφορά το χρονικό διάστημα 9:30 π.μ. και 18:00 μ.μ. Αν προκύψει ανάγκη σε αίμα και παράγωγα πέρα από αυτό το χρονικό διάστημα, η οποία δε μπορεί να καλυφθεί από το απόθεμα της αιμοδοσίας, τότε αναλαμβάνει να μεταφέρει στην Αιμοδοσία τα προαναφερθέντα ένας τραυματιοφορέας από το νοσοκομείο μας και ποτέ άτομο του περιβάλλοντος του ασθενούς. Τις αργίες και τα σαββατοκύριακα δεν έχουμε κάλυψη από την εταιρεία courier, για αυτό προσπαθούμε να έχουμε μία με δύο αποστολές προς το ΑΧΕΠΑ. Για τις ημέρες των γενικών εφημεριών όμως ενδέχεται να πραγματοποιηθούν πολλές αποστολές προς το κέντρο Αιμοδοσίας, γιατί κάθε εφημερεία είναι απρόβλεπτη ως προς τη φύση των περιστατικών που προσέρχονται και συνήθως δεν υπάρχει επαρκές απόθεμα.

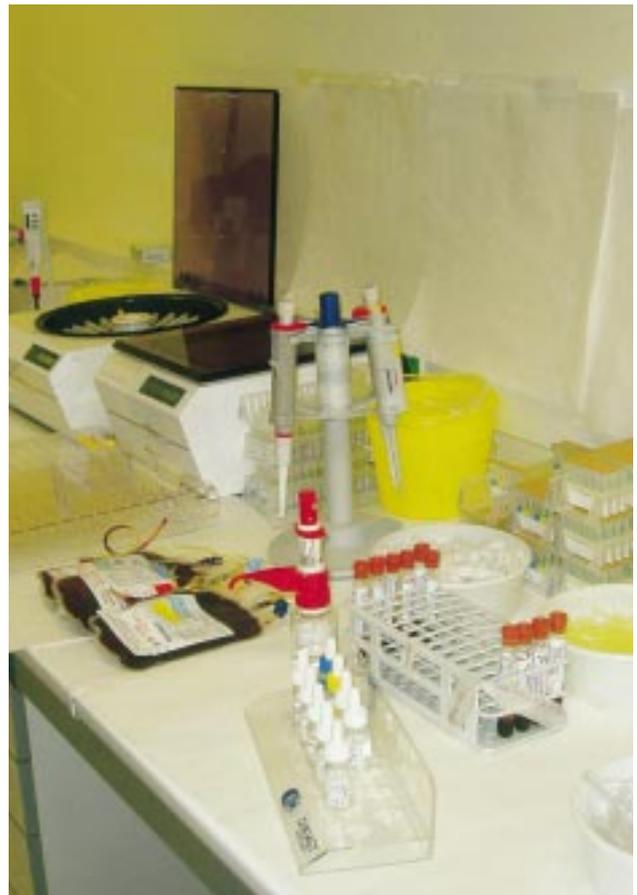
Η μεταφορά του αίματος και των παραγώγων γίνεται με φορητά ψυγεία από φελιζόλ (τα οποία διατηρούν σταθερή θερμοκρασία) με παγοκύστες μέσα και όλη αυτή η διαδικασία γίνεται χωρίς χρονοκαυστέρηση.

Η απορία που ίσως δικαιολογημένα προκύπτει, είναι γιατί η Αιμοδοσία δε φροντίζει να έχει επάρκεια σε αίμα και παράγωγα; Η απάντηση είναι δυστυχώς ότι δεν υπάρχει άφθονο διαθέσιμο αίμα από τις Αιμοδοσίες, σε συνάρτηση με αυτό που καταναλώνεται.

Και ας αναλύσουμε λίγο το θέμα. Τα αιμοπετάλια έχουν χρόνο ζωής πέντε ημέρες. Δε χρησιμοποιούνται συχνά αλλά όταν χρειάζονται η ανάγκη χορήγησής τους κρίνεται άμεση. Δε μπορούμε να έχουμε απόθεμα αιμοπεταλίων λόγω της μικρής διάρκειας ζωής τους, της βαρύτητας που έχουν (δηλαδή δε τα δεσμεύουμε, για να μην αναγκαστούμε να αχρηστεύσουμε ένα τόσο πολύτιμο παράγωγο αν δεν έχουμε που να το χορηγήσουμε) και της μη καθημερινής χρήσης. Το φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα έχει χρόνο ζωής ένα χρόνο, για αυτό μπορούμε να έχουμε αποθέματα. Το κρυοκαθίζημα έχει χρόνο ζωής επίσης ένα χρόνο, είναι όμως παράγωγο περιορισμένης παραγωγής και πολύ σπάνιας κατανάλωσης. Όποτε μπορούμε να τα βρούμε, έχουμε πολύ λίγα από αυτά. Τέλος τα συμπηκνωμένα ερυθρά έχουν χρόνο ζωής 35 ή 42 ημέρες ανάλογα με το αντιπηκτικό που χρησιμοποιείται. Σε αυτήν την περίπτωση φαίνεται ότι θα μπορούσαμε να έ-

χουμε κάποιο απόθεμα. Το απόθεμα όμως αυτό είναι πολύ περιορισμένο. Ο λόγος είναι ότι οι έννοιες « προσφορά » και « ζήτηση » δε συμβαδίζουν, με την πλάστιγγα να γέρνει πιο πολύ στη « ζήτηση » καθώς ο σύγχρονος τρόπος ζωής οδηγεί όλο και περισσότερους συνανθρώπους μας στο νοσοκομείο με απειλητικές για τη ζωή τους καταστάσεις, που στη δική μας περίπτωση απαιτούν άμεση μετάγγιση, όπως είναι αιμορραγίες οποιασδήποτε αιτιολογίας, αναιμίες με εξαιρετικά χαμηλό αιματοκρίτη, τροχαία ατυχήματα, ραγέντα ανευρύσματα κ.ο.κ.

Στο δεύτερο στάδιο που αφορά την αποθήκευση και διαχείριση του αίματος και των παραγώγων του στην Αιμοδοσία να αναφέρουμε πως σε γενικές γραμμές ό,τι «ει-



σέρχεται» και «εξέρχεται» από την Αιμοδοσία, καταγράφεται σε ξεχωριστά αρχεία / βιβλία. Το αίμα, το πλάσμα και το κρυοκαθίζημα τοποθετούνται αμέσως στα ψυγεία φύλαξής τους ευθύς αμέσως μόλις τα παραλάβουμε. Με αυτό τον τρόπο μειώνεται ο κίνδυνος βακτηριακής επιμόλυνσής τους. Ακόμα και αν δεν έχουμε χρόνο να τα καταγράψουμε στα ανάλογα αρχεία, τοποθετούνται έστω προσωρινά στους χώρους αποθήκευσης. Τα αιμοπετάλια διατηρούνται σε θερμοκρασία δωματίου ως 24°C. Η θερμοκρασία του χώρου ελέγχεται με θερμόμετρο τοίχου, τα δε αιμοπετάλια τοποθετούνται αμέσως σε ανακινητήρα. Γενικότερα η θερμοκρασία χώρου στην Αιμοδοσία δεν

πρέπει να ξεπερνά τους 24°C, γιατί ελλοχεύει ο κίνδυνος καταστροφής / αλλοίωσης των αιμοπεταλίων καθώς και των υλικών που χρησιμοποιούνται στη διαδικασία της διασταύρωσης.

Όλα τα ψυγεία που χρησιμοποιούνται στην Αιμοδοσία διαθέτουν εσωτερικό θερμομέτρο με την ένδειξη του να αναγράφεται στην εξωτερική επιφάνεια του ψυγείου και σε καταγραφικό χαρτί που αντικαθίσταται κάθε εβδομάδα. Η καθαριότητα και συντήρηση όλων των μηχανημάτων γίνεται από το προσωπικό της Αιμοδοσίας, σύμφωνα με τις οδηγίες των κατασκευαστών.

Μεγάλη φροντίδα λαμβάνουμε και για τα δείγματα που φθάνουν στην Αιμοδοσία, δηλαδή τους ορούς για διασταύρωση. Οι οροί πρέπει να συνοδεύονται με το αντίστοιχο έντυπο που πρέπει να μας παρέχει πληροφορίες όπως τα στοιχεία του ασθενούς (ονοματεπώνυμο και ΑΜ), κλινικές πληροφορίες (αυτές που ζητούνται στο έντυπο), η κλινική που βρίσκεται ο ασθενής, και υπογραφή ιατρού. Ο ορός ελέγχουμε να έχει ετικέτα με τον αριθμό μητρώου, ονοματεπώνυμο και πατρώνυμο, ημερομηνία γέννησης, κλινική στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής και να μην είναι αιμολυμένος. Με τον που τον παραλαμβάνουμε, αναγράφουμε ημερομηνία παραλαβής, φυγοκεντρείται και τοποθετείται στο ψυγείο. Αν μείνει εκτός ψυγείου, υπάρχει κίνδυνος αλλοίωσης των συστατικών του για τη διασταύρωση. Δε χρησιμοποιούμε ορούς άλλων εργαστηρίων. Οι οροί μπορούν να χρησιμοποιηθούν εντός 72 ωρών από την ώρα παραλαβής. Τα δείγματα ακόμα και να λήξουν, διατηρούνται στο ψυγείο για τουλάχιστον μία εβδομάδα για λόγους ασφαλείας για την Αιμοδοσία (επανελέγχος).

Και φθάνουμε στο τρίτο στάδιο, που αφορά στη χορήγηση. Για να χορηγήσουμε αίμα πρέπει να έχει προηγηθεί η διαδικασία της διασταύρωσης. Κατά τη διασταύρωση ο ορός του ασθενούς (στον οποίο αναγράφονται οπωσδήποτε οι παραπάνω πληροφορίες, υπάρχει το συνοδευτικό έντυπο με τις κλινικές πληροφορίες και δεν είναι αιμολυμένος) διασταυρώνεται με αίμα της ομάδας του ασθενούς. Σε κάθε διασταύρωση επιβεβαιώνεται τόσο η ομάδα του ασθενούς όσο και της μονάδας αίματος. Η μονάδα αίματος παραμένει εκτός ψυγείου μόνο όσο απαιτείται για να ολοκληρωθεί ο έλεγχος αυτός. Σε κάθε μονάδα αίματος πρέπει να αναγράφεται η ομάδα του συστήματος ABO, Kell και Rhesus και αν είναι δυνατόν και ο φαινότυπος του. Επίσης άλλα στοιχεία απαραίτητα που πρέπει να αναγράφονται είναι η ημερομηνία λήψης και λήξης, το αντιπηκτικό που χρησιμοποιήθηκε και ο ιολογικός έλεγχος. Όλες οι διασταυρώσεις καταγράφονται στο βιβλίο διασταυρώσεων, το οποίο αποτελεί ένα ακόμα μέσο ελέγχου.

Κατόπιν για να χορηγηθεί αίμα και παράγωγα πρέπει να έχει φθάσει στην αιμοδοσία η εντολή παραλαβής αί-

ματος, όπου θα αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του ασθενούς, ο αριθμός μητρώου, το τμήμα που νοσηλεύεται ο ασθενής, η ομάδα του ασθενούς, ευκρινώς τι ζητείται προς παραλαβή π.χ. Σ.Ε., πλάσμα, αιμοπετάλια καθώς και η ζητούμενη ποσότητα. Άλλες απαραίτητες πληροφορίες είναι η ημερομηνία και η ώρα παραγγελίας καθώς και η υπογραφή του αιτούντος ιατρού. Η Αιμοδοσία κάνει αντιπαράθεση των στοιχείων της παραγγελίας με αυτά της προς χορήγηση μονάδας (προτού δοθεί η μονάδα ελέγχεται πάλι απαραίτητα η λήξη της και η ύπαρξη ιολογικού ελέγχου, όπως και το ότι πρέπει να συμφωνούν οι δύο όψεις της μονάδας στις πληροφορίες που δίνουν). Έπειτα το αίμα καταγράφεται στο βιβλίο της χορήγησης και μετά ξεχρεώνεται από το βιβλίο της τράπεζας αίματος όπου είχε καταγραφεί όταν είχε παραληφθεί από την αιμοδοσία. Τέλος καταγράφεται στο βιβλίο της χρεωπίστωσης. Ελέγχεται για τελευταία φορά η αίτηση παραλαβής με αυτή της μονάδας προς χορήγηση και παραδίδονται στο υπεύθυνο άτομο για να μεταφέρει στο τμήμα αυτά που ζητούνται.

Για τη χορήγηση πλάσματος, αιμοπεταλίων και κρυοκαθιζήματος η διαδικασία είναι παρόμοια μόνο που δεν τελείται διασταύρωση και δεν υπάρχει το βιβλίο της διασταύρωσης και χορήγησης.

Ο λόγος που η Αιμοδοσία εφαρμόζει τόσους ελέγχους είναι ακριβώς για να ελέγξουν πολλοί και διαφορετικοί άνθρωποι την προς χορήγηση μονάδα και να ελαττώσουμε την πιθανότητα λάθους.

Για λόγους ασφαλείας και ελέγχου όλα τα έντυπα που φθάνουν στην Αιμοδοσία και αφορούν είτε τη διασταύρωση είτε τη χορήγηση και όλα τα αρχεία αποθηκεύονται. Οι νεότερες συστάσεις αναφέρουν ότι πρέπει να διατηρούνται αυτά όλα τα έντυπα για δέκα χρόνια.

Τέλος να σημειωθεί ότι κάθε σφάλμα που συμβαίνει κατά τη μετάγγιση πρέπει να αναφέρεται στην Αιμοδοσία. Έπειτα εμείς διερευνούμε τι συνέβει και ενημερώνουμε σχετικά το τμήμα του νοσηλευόμενου. Η μονάδα αίματος ή παραγώγου πρέπει να επιστρέφει στην Αιμοδοσία συνοδευμένη με το ειδικό έντυπο ανεπιθήμητων συμβαμάτων. Ακόμα και για αυτά τα συμβάματα η Αιμοδοσία διατηρεί αρχείο, μάλιστα τώρα τελευταία μας ζητάει και το Υπουργείο Υγείας να καταγράψουμε αυτά τα γεγονότα.

Κομμάτι της ασφαλούς χορηγήσεως αποτελεί και ο δυναμικός έλεγχος της υπερμετάγγισης. Βέβαια σε αυτό το κομμάτι τον πρώτο και τελευταίο λόγο τον έχει ο κλινικός γιατρός σε συνεργασία με τον αιματολόγο.

Οι έλεγχοι που πραγματοποιούνται από την Αιμοδοσία και που συνεχίζονται στα τμήματα είναι πολλοί και καμιά φορά κουραστικοί. Η πείρα όμως μας έχει διδάξει ότι οι κανόνες υπάρχουν για κάποιο σκοπό και δεν πρέπει να παραβιάζονται.

# Νοσηλευτική παρέμβαση στην ανοσοανεπάρκεια



Γράφουν οι **Μαρία Μικροπούλου, Παρασκευή Παπαγιάννη**, Τ.Ε. Νοσηλεύτριες Δ΄ Πανεπιστημιακή Κλινική Γ.Ν.Π.

**ΤΟ ΣΩΜΑ ΜΑΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ** καταπολεμά μολύνσεις, ιούς, μικρόβια και παράσιτα. Καταστρέφει αυτούς τους εισβολείς, που ονομάζονται παθογενείς οργανισμοί με τη βοήθεια της βασικής του άμυνας, του ανοσοποιητικού συστήματος.

Η δουλειά του ανοσοποιητικού συστήματος είναι να κρατά το σώμα μας υγιές. Αυτό απαιτεί τη συνεργασία πολλών διαφορετικών οργάνων του σώματος ενάντια στους παθογενείς μικροοργανισμούς. Οι σημαντικότεροι συνεργάτες του ανοσοποιητικού συστήματος είναι οι εξής:

1. Αμυγδαλές
2. Θύμος αδένας
3. Λεμφικοί όζοι
4. Μυελός των οστών
5. Σπλήνας
6. Ήπαρ.

Κάποιοι άνθρωποι όμως γεννιούνται με το ανοσοποιητικό τους σύστημα να μην λειτουργεί τόσο καλά όσο άλλων. Αυτό μπορεί να προκαλείται από κάποιο γενετικό σφάλμα, που ονομάζεται Πρωτοπαθής Ανοσοανεπάρκεια, και αναγκάζει τους ανθρώπους που πάσχουν από αυτήν να αρρωσταίνουν συχνότερα.

## Τι είναι η Πρωτοπαθής Ανοσοανεπάρκεια;

Η Πρωτοπαθής Ανοσοανεπάρκεια είναι ένα γενετικό ελάττωμα στο ανοσοποιητικό σύστημα. Αυτό το ελάττωμα δεν επιτρέπει στο σώμα να καταπολεμήσει ιούς και μικρόβια τόσο γρήγορα και αποτελεσματικά όπως ένα άτομο με υγιές ανοσοποιητικό σύστημα. Η Πρωτοπαθής Ανοσοανεπάρκεια χαρακτηρίζεται από χρόνιες επαναλαμβανόμενες, επίμονες και εξουθενωτικές ασθένειες, που σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να είναι και θανάσιμες.

Η ακεραιότητα του ανοσιακού συστήματος είναι καθοριστική και απαραίτητη για τη φυσιολογική αύξηση και ανάπτυξη του παιδιού ή/και για την επιβίωσή του καθώς ατέλειες σε έναν ή περισσότερους παράγοντες του ανοσιακού συστήματος συνεπάγονται συχνά σοβαρές κλινικές εκδηλώσεις με κακή έκβαση.

Οι ανοσοανεπάρκειες διαχωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

1. **Τις πρωτοπαθείς**, που υπάρχουν από τη γέννηση
2. **Τις δευτεροπαθείς**, που συμβαίνουν μετά τη γέννηση, λόγω παθογενετικών μηχανισμών άλλων νοσημάτων.

**Πρωτοπαθής ανοσοανεπάρκεια** είναι η έκφραση προϋπάρχοντος ελλείμματος του ανοσολογικού συστήματος,



## Νοσηλευτική παρέμβαση στην ανοσοανεπάρκεια

που αφορά τα Β-λεμφοκύτταρα, τα Τα-λεμφοκύτταρα, τα φαγοκύτταρα ή το συμπλήρωμα λόγω βλάβης που εντοπίζεται σε μοριακό, κυτταρικό ή βιοχημικό επίπεδο.

### Δέκα προειδοποιητικά σημεία της Πρωτοπαθούς Ανοσοανεπάρκειας

Η Πρωτοπαθής Ανοσοανεπάρκεια προκαλεί σε παιδιά και ενήλικες λοιμώξεις που επανεμφανίζονται συχνά ή θεραπεύονται ασυνήθιστα δύσκολα. Αν κάποιος εμφανίζει δύο ή και περισσότερα από τα σημεία που αναφέρονται παρακάτω τότε υπάρχει η υποψία Πρωτοπαθούς Ανοσοανεπάρκειας.

- Οκτώ ή δέκα ωτίτιδες μέσα σε ένα χρόνο
- Δύο ή και περισσότερες σοβαρές ρινίτιδες μέσα σε ένα χρόνο
- Δύο ή και περισσότεροι μήνες σε αντιβιοτική θεραπεία με πολύ μικρό όφελος
- Δύο ή περισσότερα κρούσματα πνευμονίας μέσα σε ένα χρόνο
- Καθυστέρηση σωματικής ανάπτυξης
- Επαναλαμβανόμενα αποστήματα του δέρματος ή άλλων οργάνων.
- Επίμονη και εκτεταμένη μυκητίαση της στοματοφaryγγικής κοιλότητας στα βρέφη ή δέρματος, βλεννογόνων και νυχιών σε μεγαλύτερα παιδιά
- Ανάγκη για ενδοφλέβια έγχυση αντιβιοτικών ώστε να θεραπευτεί η λοίμωξη.
- Δύο ή και περισσότερες επίμονες λοιμώξεις
- Οικογενειακό ιστορικό Πρωτοπαθούς Ανοσοανεπάρκειας

### Θεραπεία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των πρωτοπαθών ανοσοανεπαρκειών ταξινομείται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- Στη θεραπεία της υποκατάστασης, κατά την οποία χορηγούμε στους αρρώστους προϊόντα του αμυντικού

συστήματος, τα οποία λείπουν ή ανεπαρκούν λειτουργικά και

- Στη θεραπεία της αποκατάστασης, κατά την οποία γίνεται προσπάθεια ριζικής αποκατάστασης της ανοσοανεπάρκειας με επέμβαση, είτε στο επίπεδο του αδιαφοροποίητου προγονικού κυττάρου (μεταμόσχευση μυελού των οστών, μεταμόσχευση αδιαφοροποίητων προγονικών κυττάρων από αίμα ομφάλιου λώρου ή πλακούντα), είτε στο επίπεδο της γονιδιακής βλάβης με επέμβαση στο γενετικό υλικό σωματικών κυττάρων του πάσχοντα.

### Θεραπεία Υποκατάστασης

- Ενδοφλέβια έγχυση ανοσοσφαιρίνης (IVIg)

Η IVIg συνιστάται ως θεραπεία υποκατάστασης σε όλους τους ασθενείς που πάσχουν από σύνδρομο αντισωματικής ανεπάρκειας.

Η χορήγηση της IVIg στον ασθενή πρέπει να αρχίσει όσο πιο έγκαιρα γίνεται, ώστε να προληφθεί η εγκατάσταση χρόνιων λοιμώξεων και κυρίως χρόνια πνευμονοπάθεια.

Οι εγχύσεις γίνονται αρχικά ανά δύο εβδομάδες (0.5-1g/Kg) μέχρι να σταθεροποιηθεί το επίπεδο της IgG και το παιδί να έχει κανονική ανάπτυξη και κατάσταση υγείας. Αργότερα οι εγχύσεις γίνονται ανά 3-4 εβδομάδες ανάλογα με την κλινική κατάσταση του παιδιού. Βαθμιαία καθώς γίνεται καλύτερη η ανοχή των ασθενών στην έγχυση της IVIg τα διαλύματα γίνονται πυκνότερα (μέχρι 12%) και συντομεύεται ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο.

- Χορήγηση ενζύμων

- Χορήγηση κυτταροκινών.

### Θεραπεία Αποκατάστασης

- Μεταμόσχευση μυελού των οστών

- Μεταμόσχευση αδιαφοροποίητων προγονικών πολυδύναμων κυττάρων από αίμα ομφάλιου λώρου ή πλακούντα

- Γονιδιακή θεραπεία.

## **Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγηση της IVIg**

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγηση της IVIg διακρίνονται σε άμεσες ή όψιμες, με βάση το χρόνο εμφάνισης τους μετά την έναρξη της έγχυσης, ή σε αναφυλακτικές και μη αναφυλακτικές, με βάση το μηχανισμό στον οποίο αποδίδεται η εμφανισή τους. Παρουσιάζονται σε μικρό ποσοστό ασθενών 1-10%, όταν τηρούνται οι κανόνες της σωστής χρήσης του σκευάσματος (πυκνότητα διαλύματος, ρυθμός έγχυσης, συνολική δόση 24ώρου). Επίσης είναι συχνότερες σε μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες ενώ στα νεογνά και στα βρέφη σχεδόν δεν υπάρχουν και τέλος είναι συχνότερες στις πρώτες δύο εγχύσεις σε σύγκριση με τις επόμενες.

Στην πράξη είναι δύσκολο να ξεχωρίσουμε ποιες από τις άμεσες αντιδράσεις είναι αναφυλακτοειδείς και ποιες όχι, δεδομένου ότι υπάρχει επικάλυψη στα συμπτώματα μεταξύ των δύο καταστάσεων. Γι' αυτό πρακτικά αναφερόμαστε στις άμεσες αντιδράσεις, ήπιες ή σοβαρές και όψιμες.

### **Σημεία και συμπτώματα**

**Οι άμεσες μη αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις** είναι συνήθως ήπιες και παροδικές. Εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της έγχυσης λίγες έως αρκετές ώρες μετά την έναρξη. Όταν εμφανίζονται στην αρχή της έγχυσης προέχουσες εκδηλώσεις είναι η οσφυαλγία, η κοιλιαλγία, το αίσθημα δυσφορίας, η ναυτία ή και έμετοι.

Όταν εμφανίζονται αργότερα κατά τη διάρκεια της έγχυσης προέχουσες εκδηλώσεις είναι η κεφαλαλγία, το ρίγος, ο πυρετός, οι μυαλγίες, το συσφικτικό θωρακικό άλγος και η κακουχία.

Ως πιο συχνή από τις ήπιες μη αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις στους ενήλικες είναι η κεφαλαλγία και στα παιδιά πυρετός και η κακουχία. Η συχνότητα των μη αναφυλακτοειδών αντιδράσεων ελαττώνεται σημαντικά στους ασθενείς με υπογαμμασφαιριναιμία, όταν πριν από την έναρξη των εγχύσεων ελεγχθούν οι εστίες λοίμωξης με την κατάλληλη αντιμικροβιακή θεραπεία.

Οι άμεσες αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις μπορεί να είναι ήπιες έως πολύ σοβαρές. Εμφανίζονται σε λίγα δευτερόλεπτα μετά την έναρξη της έγχυσης ή μετά από λίγες έως αρκετές ώρες κατά τη διάρκειά της.

Συνίστανται σε ερύθημα προσώπου ή και οίδημα, κνιδωτικό εξάνθημα, δύσπνοια, κυάνωση, δυσφορία, ναυτία, εμέτους, υπόταση, pre-shock κατάσταση ή αληθές αναφυλακτικό shock. Οι σοβαρές αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις στην IVIg γενικά είναι σπάνιες.

**Οι όψιμες αντιδράσεις** είναι μη αναφυλακτοειδείς και εμφανίζονται μετά τις δύο πρώτες ημέρες από την έναρξη της έγχυσης και συνήθως τις πρώτες δύο ημέρες μετά το τέλος της. Στα παιδιά οι συχνότερες όψιμες αντιδράσεις είναι η κεφαλαλγία και ο πυρετός και σπανιότερα το σύνδρομο άσηπτης μηνιγγίτιδας.

Τα κυριότερα συμπτώματα του συνδρόμου άσηπτης μηνιγγίτιδας είναι πυρετός, έντονη κεφαλαλγία με αυχενική δυσκαμψία, ναυτία και έμετοι, υπνηλία ή λήθαργος, φωτοφοβία και επώδυνες κινήσεις των ματιών. Τα συμπτώματα αυτά υποχωρούν συνήθως χωρίς καμία θεραπεία μετά από 1-3 μέρες. Από το ENY η υπεροχή των ουδετεροφίλων και η ελάττωση της γλυκόζης ήταν τα χαρακτηριστικά ευρήματα.

### **Αντιμετώπιση συμπτωμάτων**

**Οι ήπιες αναφυλακτοειδείς** και μη αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις αντιμετωπίζονται με επιβράδυνση του ρυθμού έγχυσης ή/και με παυσίπονα και αντιισταμινικά.

**Οι σοβαρότερες αντιδράσεις** αντιμετωπίζονται με προσωρινή διακοπή της έγχυσης και συμπτωματική θεραπεία (αντιπυρετικά / παυσίπονα, διουρητικά για ελάττωση της ενδοκρανιακής υπέρτασης και της έντονης κεφαλαλγίας, αντιισταμινικά ή κορτικοστεροειδή). Όταν υποχωρήσουν τα συμπτώματα η έγχυση συνεχίζεται με βραδύτερο ρυθμό, που επιταχύνεται βαθμιαία μέχρι να φτάσει τον αρχικό ρυθμό. Σε επανάληψη της έγχυσης στους ασθενείς αυτούς γίνεται προθεραπεία με κορτικοστεροειδή ενδοφλέβια.

**Οι σοβαρές αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις** αντιμετωπίζονται άμεσα και δραστικά. Διακόπτεται η έγχυση και χορηγούνται αδρεναλίνη υποδόρια, οξυγόνο, αντιισταμινικά και κορτικοστεροειδή (ενδοφλέβια) ή και κανονική αντι-shock αγωγή, ανάλογα με τη βαρύτητα της κλινικής κατάστασης του ασθενούς. Γενικά αν ο ασθενής εμφανίσει αναφυλακτικές αντιδράσεις η έγχυση δεν συνεχίζεται ούτε επαναλαμβάνεται. Εάν η έγχυση της IVIg αποτελεί θεραπεία υποκατάστασης και η εξακολούθησή της θέμα επιβίωσης για τον ασθενή τότε η έγχυση επαναλαμβάνεται μετά από ένα μήνα, αφού γίνει προθεραπεία με ενδοφλέβια χορήγηση υδροκορτιζόνης ή μεθυλπρεδνιζολόνης (Solucortef ή Solumedrol). Η έγχυση πρέπει να γίνεται με βραδύτερο ρυθμό και με συνεχή ιατρονοσηλευτική επαγρύπνιση για άμεση παρέμβαση.

Οι όψιμες αντιδράσεις αντιμετωπίζονται με παυσίπονα, αντιπυρετικά, διουρητικά. Εάν επιβάλλεται επανάληψη της έγχυσης μπορεί να γίνει προθεραπεία με κορτιζόνη ή δοκιμή άλλου σκευάσματος, ελάττωση του ρυθμού έγχυσης και της συνολικής δόσης, χρήση αραιότερου διαλύματος.

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. [http://www.primaryImmune.org/pubs/book\\_nurse/nurse\\_p14.htm](http://www.primaryImmune.org/pubs/book_nurse/nurse_p14.htm)
2. <http://www.info4pi.org/researchlibrary/pdf/ImmuneSystemPoster.pdf>
3. Καίτη Μαλακά-Ζαφειρίου. Παιδιατρική, University Studio Press Θεσσαλονίκη 1999

# Επισκέψεις στο Νοσοκομείο μας

## Ο Αρχιεπίσκοπος Αθηνών στο νοσοκομείο μας



**Μ**ε πολύ θερμά λόγια για το νοσοκομείο Παπαγεωργίου και τις παρεχόμενες υπηρεσίες στον πάσχοντα συνάνθρωπο εκφράστηκε ο **Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και πάσης Ελλάδος κ. Ιερώνυμος** στην επίσκεψη «αστραπή» που πραγματοποίησε στο νοσοκομείο μας συνοδευόμενος από τον Μητροπολίτη Νεαπόλεως και Σταυρουπόλεως κ. **Βαρνάβα** στις 29 Αυγούστου 2009. Τον Μακαριώτατο υποδέχθηκαν και ξενάγησαν στους χώρους του νοσοκομείου ο δωρητής και ιστορικός πρόεδρος Νίκος Παπαγεωργίου, ο πρόεδρος του νοσοκομείου Βασίλης Παπάς, μέλη της διοίκησης καθώς και το μέλος Δ.Σ. του νοσοκομείου Παναγιώτης Καρδαράς (φωτό).

## Επίσκεψη στο πλαίσιο της υλοποίησης του διήμερου συνεδρίου του Ευρωπαϊκού δικτύου Enrich

**Τ**ο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου που αποτελεί πρότυπο τριτοβάθμιου νοσοκομείου επέλεξαν να επισκεφθούν στις 13 Ιουνίου 2009 ο Διοικητής της 3ης Διοίκησης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας κ. Δημήτριος Βαρτζόπουλος συνοδευοντας την Υπουργό Υγείας της Ανδαλουσίας της Ισπανίας, με σκοπό την περιήγησή της στους χώρους του νοσοκομείου μας. Τους εκλεκτούς προσκεκλημένους υποδέχθηκε και ξενάγησε ο πρόεδρος του νοσοκομείου Βασίλης Παπάς.

Η επίσκεψη έγινε στο πλαίσιο της υλοποίησης του διήμερου συνεδρίου του Ευρωπαϊκού δικτύου Enrich (12-13/09/09), στο οποίο συμμετέχει ως εταίρος και η 3η ΔΥΠΕ, μεταξύ και των λοιπών φορέων, όπως π.χ. οι περιφέρειες της Τοσκάνης και της Ούμπρια από την Ιταλία, της Aquitaine από τη Γαλλία, των Ανατολικών Midlands από τη Μ. Βρετανία, του Sachsen-Anhalt από τη Γερμανία, της Ανδαλουσίας από την Ισπανία, του Wallonie από το Βέλγιο, της Łalopolska από την Πολωνία, του Steiermark από την Αυστρία, καθώς και η υπερπεριφέρεια Δράμας-Καβάλας-Ξάνθης από την Ελλάδα.

Το δίκτυο συνεργασίας Enrich έχει ως πρωταρχικό σκοπό τη διάχυση καλών πρακτικών και εμπειριών ανάμεσα στα μέλη του, με στόχο να συνεισφέρει στον ευρω-



παϊκό διάλογο σχετικά με την υγεία και την εξάλειψη των ανισοτήτων, όπως φαίνεται από «τη διακήρυξη κατά των ανισοτήτων» που συμφωνήθηκε στο Μπορντώ της Γαλλίας, στις 29 Ιουνίου 2007.

## ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΑ

# ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ ΔΡΩΜΕΝΑ

## ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΣΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ



Γράφει η **Δέσποινα Χριστοδουλίδου**,  
πρόεδρος Συλλόγου  
Φωτογραφίας  
Εργαζομένων ΓΝΠ

**ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΡΑΛΛΗΛΑ** με την έναρξη της λειτουργίας του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, ξεκίνησαν και οι καλλιτεχνικές δραστηριότητες των εργαζομένων. Η πρώτη δραστηριότητα ήταν η δημιουργία της χορωδίας το 2002. Στη συνέχεια δημιουργήθηκε το χορευτικό συγκρότημα παραδοσιακών χορών το 2003. Κατόπιν ιδρύθηκε ο σύλλογος φωτογραφίας το 2006, και τέλος η ομάδα ζωγραφικής το 2007.



### ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑΣ

Από το 2006 μέχρι σήμερα τα μέλη του συλλόγου φωτογραφίας αριθμούν τα σαράντα πέντε άτομα. Έχουν γίνει δύο κύκλοι μαθημάτων φωτογραφίας, με δάσκαλό μας τον κύριο Κωνσταντίνο Δήμητσιο και έχουν πραγματοποιηθεί τρεις εκθέσεις φωτογραφίας:

- Η πρώτη το **Δεκέμβριο του 2006** με θέμα: «Ελεύθερο»
- Η δεύτερη το **Φλεβάρη του 2008** με θέμα: «Ταξιδεύοντας στην Ελλάδα»
- Η Τρίτη τον **Ιούνιο του 2009** με δύο θέματα: «Ο πλανήτης χάνεται» και «Φωτογραφία δρόμου»

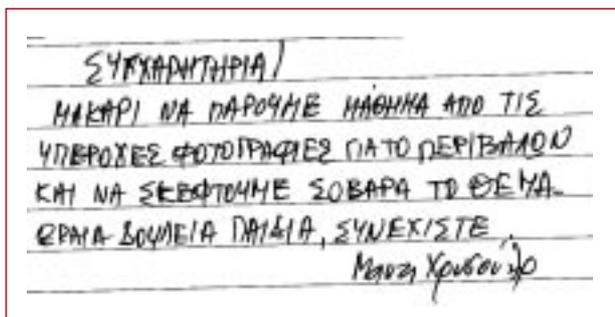
Όλες οι εκθέσεις στέφτηκαν με επιτυχία τα σχόλια των επισκεπτών ήταν επιβραβευτικά, μας ενθάρρυναν και μας προέτρεψαν να συνεχίσουμε.

Στην Τρίτη έκθεση φωτογραφίας βραβεύτηκαν οι εξής φωτογραφίες:



**Στο πρώτο θέμα**, «Ο πλανήτης χάνεται» ψηφίστηκε η φωτογραφία Νο 48 της Χριστοδουλίδου Δέσποινας

**Στο δεύτερο θέμα**, «Φωτογραφία δρόμου» ψηφίστηκαν και ισοβάθησαν η φωτογραφία Νο 43 του Αναγνωστίδη Κλεόβουλου και η φωτογραφία Νο 23 της Χριστοδουλίδου Δέσποινας.





Φωτογραφία Νο 48 - Δέσποινα Χριστοδουλίδου



Φωτογραφία Νο 43 - Κλεόβουλος Αναγνωστίδης

Έστω και λίγων από τους 1100 ανθρώπους που επισκέφτηκαν την έκθεση φωτογραφίας να καταφέραμε να αφυπνίσουμε την οικολογική συνείδηση, σχετικά με την καταστροφή του περιβάλλοντος, θεωρούμε ότι κάναμε κάτι σημαντικό. Είναι το πρώτο λιθαράκι που βάζουμε για την οικολογική ευαισθητοποίηση όλων μας, για να φερθούμε στη φύση όπως της αξίζει. Αρκετά ήταν τα σχόλια επισκεπτών στο βιβλίο εντυπώσεων, που μας έδειξαν ότι καταφέραμε να αφυπνίσουμε συνειδήσεις για τον πλανήτη που χάνεται και μας έκαναν ιδιαίτερα περήφανους.

Έχουν αφαιρεθεί ειδικά οι  
·δεις που ανέφερα για τα φωτογραφικά  
·Η ποιητική προσέγγιση είναι εφρα-  
·σαιά. Όχι η προσέγγιση αφέληση  
Μαράβο σας  
Χριστοδουλίδα



Φωτογραφία Νο 23 - Δέσποινα Χριστοδουλίδου

Ευχαριστώ  
Ο Ζαχος και το κομμάτιμα από τον  
·αφίδια πιο φίλο με ερωτήματα  
·το τραπέζι σας και ως δικό αφέντης  
·ανεξαρτησία, παύση για ναδς παραγωγή  
·ως υψώθη.  
Keep talking... (ηλίας)  
Σηφί (9/7)



## ΟΜΑΔΑ ΖΩΓΡΑΦΙΚΗΣ



Από το 2007 μέχρι σήμερα τα μέλη της ομάδας ζωγραφικής αριθμούν τα είκοσι δύο άτομα. Τον Οκτώβριο ξεκινάμε τα μαθήματα ζωγραφικής για τρίτη συνεχή χρονιά, με δασκάλα μας την κυρία Ηρώ Φαρμακά.

Η πρώτη έκθεση ζωγραφικής έγινε τον Ιούνιο του 2009. Τα σχόλια των επισκεπτών ήταν επιβραβευτικά και τα λόγια τους γεμάτα θαυμασμό για αυτή μας την προσπάθεια.

Μετά την έκθεση ζωγραφικής των εργαζομένων ακολούθησε η έκθεση ζωγραφικής των παιδιών των εργαζομένων με θέμα: «Η εργασία των γονιών μας στο νοσοκομείο». Συμμετείχαν οι: Γεωργιζίκης Ορφέας, Γεωργιζίκη

Αριάδνη, Γιαννούδη Μαρία, Τρυφωνίδου Περσεφόνη, Τσακουρίδης Ιερεμίας, Μυγιάκη Αγάπη, Μυγιάκη Έλλη, Γκρούδης Αλέξανδρος, Χονδρού Βασιλική, Αγαθαγγελίδη Μελίνα, Αγαθαγγελίδη Τάνια, Εξαρχοπούλου Αναστασία.

Στη λήξη της παιδικής έκθεσης δόθηκε σε κάθε μικρό καλλιτέχνη και ένα συμβολικό δώρο με πρωτοβουλία και φροντίδα του Σωματείου Εργαζομένων του νοσοκομείου.



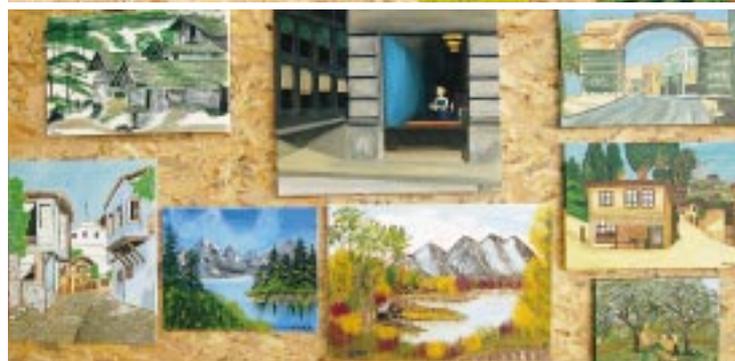
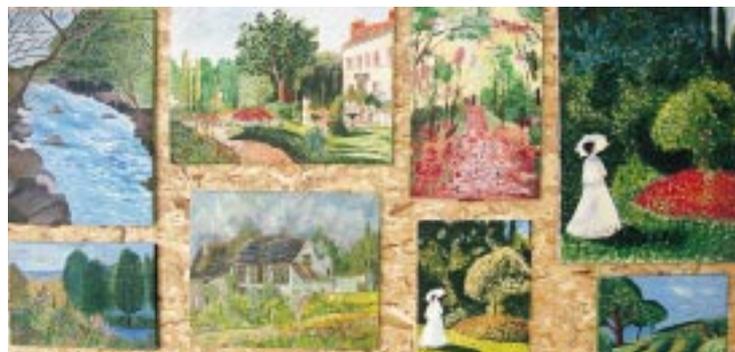
Τα έργα τέχνης σας είναι πρωτόγνωρα  
 & πανέμορφα. Τα χιμπίσά τους είναι  
 ποζι ζεστά. Εύχομαι & η ζωή σας  
 να είναι ζεστή & πανέμορφη !!

Κινεσταντιδου

Ένα Παρίθωρο στην Χώρα των Σειρήνες  
 ένα Παράθυρο Φατίλ που σφει δίνε ψεσά έναν  
 Χωρεν

Συγκροστω

Θέλωτε Αγγλίσκος



Τελειώνοντας θα ήθελα να ευχαριστήσω τη διοίκηση του Νοσοκομείου για την αγάπη με την οποία αγκάλιασε τις καλλιτεχνικές μας ανησυχίες, το Σωματείο Εργαζομένων που για τόσα χρόνια μας στηρίζει ηθικά και υλικά με μεγάλη χαρά και προθυμία, καθώς και τους δασκάλους μας κύριο Δήμητριο για τα μαθήματα Φωτογραφίας και κυρία Φαρμακά για τα μαθήματα Ζωγραφικής.

# Η μάχη του αυτονόητου...



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



## **ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 1999**

Ένα καινούριο νοσηλευτικό ίδρυμα προτείνει την αγκαλιά του στον πάσχοντα συνάνθρωπο...

Υπόσχεση για σύγχρονη, ποιοτική, πρωτοποριακή αντιμετώπιση του Πόνου και της Ασθένειας στην ταχέως αναπτυσσόμενη δυτική πλευρά της πόλης μας.

Μια κίνηση αλτρουισμού, αλληλεγγύης, ανθρωπισμού, ανιδιοτελούς προσφοράς με μόνο κίνητρο το ενδιαφέρον για τον άνθρωπο...

Μια ακόμη δωρεά από τους ευεργέτες αδελφούς Παπαγεωργίου στη μακρά διαδρομή τους, μεταξύ τόσων άλλων, ξεπληρώνοντας ένα δικό τους «χρέος ζωής»...

Η Πολιτεία αγκάλιασε αυτήν την πρωτοβουλία τιμώντας τους και αναδεικνύοντας την αξιοσύνη και την φιλοπατρία τους. Κι ο κόσμος της πόλης, του νομού, της Βόρειας Ελλάδας αλλά ακόμα και της χώρας το προτίμησε, το ανέδειξε και το επιβράβευσε ανεβάζοντάς το έτσι στο βήμα που του άξιζε!

## **ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2009**

Του αξίζει ακόμα όμως; Το προσωπικό που το στελέχωσε τα κατάφερε περίφημα - ψηλά στον πήχη που τα ίδια του τα όνειρα έθεσαν. Ακόμη και οι 700 σχεδόν που επέλεξαν να βαδίσουν αλλού, άφησαν κάτι πίσω ίσως κι ακόμη να νοσταλγούν εκείνο το κομμάτι τους! Ίσως βέβαια και να μη μετάνιωσαν ποτέ που έφυγαν...

Γιατί, ενώ πολλές φορές άκουσαν ευχαριστώ από αυτούς που φρόντισαν, ποτέ δεν είδαν να τους παραχωρείται κάτι ανιδιοτελώς, με κατανόηση, ανθρωπιά και αλληλεγγύα, έτσι απλά γιατί και οι υπόλοιποι συνάδελφοι



τους στο ΕΣΥ το είχαν ως δεδομένο!

Ότι κατακτήθηκε ήταν αποτέλεσμα αγώνων, απεργιών, κινητοποιήσεων, οικονομικών θυσιών και δικαστικών ράλι!

Το νοσοκομείο πατώντας πάντα σε δυο «βάρκες», παλινδρομώντας μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, κατάφερε μέχρι σήμερα να στερήσει από τους εργαζόμενους το δικαίωμα στις υπηρεσίες που οι ίδιοι παράγουν, την ελευθερία στη επιλογή να ακολουθήσουν το/τη σύντροφο τους με μια απόσπαση, μετάθεση ή μετάταξη, την ισονομία με τους υπολοίπους υπαλλήλους των υγειονομικών δομών της χώρας. Το ιδιόμορφο καθεστώς, η ανασφάλεια της περίθαλψης αλλά και της ορισμένου χρόνου σύμβασης, «ανάγκασε» πολλούς να παραιτηθούν, στερώντας τους ακόμα και την αναγνώριση της προσφοράς τους σε ένα δημόσιο νοσοκομείο, «κλέβοντας» τους ακόμη και την προϋπηρεσία τους!

Και η πολιτεία, μετά τις φιέστες και τα εγκαίνια, και, αφού κατάφερε να το φέρει σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργίας, το προικοδότησε με 200 κρεβάτια επιπλέον των προβλεπομένων και το εγκατέλειψε με σημαντικές ελλείψεις προσωπικού, μα πάνω απ' όλα, υποχρηματοδοτούμενο!

### **1999-2009**

Παρόλο που εργαζόμαστε σε ένα ίδρυμα στολίδι στο χώρο της Υγείας, παρά τα τόσα που έχουν επιτευχθεί, έστω και με μεγάλους συνδικαλιστικούς αγώνες, ακόμα κι αν σε κάποια σημεία μπορούμε σήμερα να λέμε ότι είμαστε καλύτερα από άλλους υπαλλήλους του ΕΣΥ, η πικρία ότι χάσαμε τη μάχη του αυτονομήτου εκτοπίζει σταδιακά το χαμόγελο από τα χείλη μας.



## ΟΜΑΔΑ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ



## Κατέκτησαν το κύπελλο και την 2η θέση ΣΤΟ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΚΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΔΕΔΥ



Η στιγμή της δικαίωσης για τον προπονητή-πρόεδρο Ιωάννη Γαρυφαλλίδη και τα μέλη της ομάδας στην απονομή του κυπέλλου.



Χαμόγελα ικανοποίησης από τα μέλη της ομάδας Παπαγεωργίου και τον πρόεδρο και προπονητή της ομάδας Ιωάννη Γαρυφαλλίδη «φορτωμένο» με τα μετάλλια της νίκης, δίπλα στο Νομάρχη Θεσσαλονίκης Παναγιώτη Ψωμιάδη.



Γράφει ο **Σταύρος Βογιατζής**, Επιμελητής Β΄, FCCP, υπεύθυνος Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος ΓΝΠ

**Η ΟΜΑΔΑ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΟΥ** του νοσοκομείου μας συμμετείχε φέτος για 4η συνεχή χρονιά με μεγάλη επιτυχία, στο Πρωτάθλημα που διοργάνωσε η ΑΔΕΔΥ σε συνεργασία με τη Νομαρχία Θεσσαλονίκης. Μετά από εξαιρετική πορεία κατέλαβε τελικά την 2η θέση μεταξύ 14 ομάδων. Οφείλουμε να ευχαριστήσουμε το Σωματείο Εργαζομένων του νοσοκομείου που χωρίς την οικονομική του βοήθεια, η συμμετοχή στο πρωτάθλημα θα ήταν αδύνατη, όπως επίσης και τον κ. Τσακαλίδη ιδιοκτήτη της εταιρείας «Novamedica» ως επίσημο χορηγό της φετινής μας στολής.

Η ομάδα απαρτίζεται αποκλειστικά από εργαζόμενους του νοσοκομείου, κάθε ειδικότητας που παρά τα εμπόδια (βλέπε ωράρια, εφημερίες), κατάφεραν να τερματίσουν την ομάδα στη 2η θέση χάνοντας το πρωτάθλημα για μόλις ένα βαθμό!

Περιμένουμε με ανυπομονησία την έναρξη του νέου πρωταθλήματος, όπου στόχος μας είναι η κατάκτηση της πρώτης θέσης.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στη Διοίκηση του Νοσοκομείου που στηρίζει την προσπάθειά μας.



# 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.

☛ Αφιέρωμα στις αδελφές της Καρδιολογικής του Παπαγεωργίου

Σαν όνειρο επέρασαν αυτές οι τρεις ημέρες  
Οι αδελφές μας φρόντισαν σαν στοργικές μητέρες

Νοιώθαμε σαν μικρά παιδιά και όχι σαν μεγάλα  
Όταν μας λέγαν το πρωί «παιδάκια» θα πείτε όλοι γάλα

Τα γράφω γιατί θα 'θελα εγώ να τις τιμήσω  
Για την μεγάλη προσφορά να τις ευχαριστήσω

Νάχουν τη χάρη του Θεού εύχομαι δια βίου  
Οι αδελφές της Καρδιολογικής του Παπαγεωργίου

Με εκτίμηση, ευχαριστώ θερμά.  
Αθανάσιος Τραγιανίδης

☛ Με την επιστολή μου θέλω να απευθύνω τις ευχαριστίες μου για τις ιατρικές υπηρεσίες που μου προσφέρατε πρόσφατα. Ο βαθύτερος λόγος όμως είναι να απευθύνω συγχαρητήρια σ' όλο το προσωπικό (διοικητικό και νοσηλευτικό και ιδιαίτερα της **μονάδας ιωδίου και της Ουρολογικής Κλινικής**) για την ανιδιοτέλεια, τον άψογο επαγγελματισμό και την ανθρώπινη ευαισθησία που διακρίνει την κάθε τους ενέργεια. Η συνολική εικόνα του νοσοκομείου αποπνέει την αίσθηση της τάξης και της εμπιστοσύνης που διέπει τις σχέσεις ασθενών και νοσηλευτών. Την αίσθηση αυτή είχα την ευκαιρία να την διασταυρώσω και με πολλούς άλλους ασθενείς επισκέπτες και έτσι θεωρώ υποχρεωσί

μου να την μεταφέρω με την ευχή το παράδειγμα του Ιδρύματος Παπαγεωργίου να είναι ένα μοντέλο λειτουργίας για το ιατρικό μας σύστημα.

Με εκτίμηση, Ανδρέας Φαμέλης

☛ Μια σειρά από πρόσφατες περιπέτειες στην υγεία μου με εμπόδισαν να ανταποκριθώ με τα θερμά μου ευχαριστώ για τις ευχές σας με την ευκαιρία της ονομαστικής μου γιορτής. Πάντα θα θυμάμαι με νοσταλγία τις κοινές προσπάθειες το 2003 και τις αρχές του 2004 για την ολοκλήρωση της λειτουργίας του Νοσοκομείου και μάλιστα με τη συμπλήρωση της τεχνολογικής του υποδομής, αλλά κυρίως με τη στελέχωσή του με υψηλής στάθμης Πανεπιστημιακό Ιατρικό Δυναμικό. Ανάμεσα στα πολλά άλλα, ζωηρή διατηρώ στη μνήμη μου την κοπιώδη προσπάθεια να εξασφαλιστούν όλως κατ' εξαίρεση πάνω από 50 νέες θέσεις ΔΕΠ αποκλειστικά για τη στελέχωση των Πανεπιστημιακών Κλινικών του Νοσοκομείου. Ελπίζω πως η πρόοδος συνεχίζεται.

Με ιδιαίτερη εκτίμηση, Κώστας Ν. Στεφανής, Καθηγητής-Ακαδημαϊκός «Ερευνητικό Κέντρο Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής»

☛ Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της **Ογκολογικής** και της **Α' Χειρουργικής** του νοσοκομείου Παπαγεωργίου για την φροντίδα και την αγάπη με την οποία αντιμετωπίσανε τον πατέρα μας επί τέσσερα ρόνια που χρειάστηκε την ιατρική φροντίδα. Ιδιαίτερος τον ογκολόγο κ. **Ξανθάκη Ιωάννη** ο οποίος με πνεύμα ανθρωπιάς με χαμόγελο, προσωπικό ενδιαφέρον και την αμέριστη

συμπάρτασή του στάθηκε στο πλευρό μας μέχρι και την τελευταία στιγμή. Επίσης τον κ. **Νικόπουλο Κωνσταντίνο** για την αμέριστη ανιδιοτελή συμπάρταση και την φροντίδα την οποία έδειξε από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης και της χειρουργικής επέμβασης.

Παλαιοκαστρίτης Γεώργιος, Παλαιοκαστρίτης Κωνσταντίνος

☛ Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το προσωπικό του νοσοκομείου Παπαγεωργίου που βοήθησε στην **υγειονομική κάλυψη του World Athletics Final 2009**. Ευχαριστούμε τους, κα Άννασσία Τσιβίκη, προϊστάμενη (ΠΕ) του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, κα Μαρία Φράγγη, νοσηλεύτρια (ΤΕ) Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, κόν Δημήτριο Ουλουσιδίδη προϊστάμενο (ΤΕ) Α' Χειρ. Κλιν. ΑΠΘ, κόν Κωνσταντίνο Ντινούλη για την ουσιαστική βοήθεια που προσέφεραν κατά τη διεξαγωγή των αγώνων.

Από Υγειονομική Υπηρεσία Δ/ντής Υγειονομικών Υπηρεσιών: Ν. Γ. Μαλλιάρη, Ιατρός-Αθλητίατρος, Msc Αθλητιατρικής Queen Mary, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

☛ Ευχαριστούμε θερμά όλους τους γιατρούς του **Ογκολογικού Τμήματος** και ιδιαίτερα τους κ. **Ι. Ξανθάκη, Κ.Ράλλη, Κ. Κορανή** και όλο το **νοσηλευτικό προσωπικό** του τμήματος για τη βοήθεια που προσέφεραν από τις 1-1-2007 έως και 17-8-2009 στη μητέρα μας Κωνσταντινίδου Αθανασία.

Ο σύζυγος, Κωνσταντινίδης Χαράλαμπος και τα παιδιά της Χριστίνα, Ιωάννη, Δαμιανός



# Οι 100 πρώτες ημέρες ήταν το πρώτο βήμα μιας μεγάλης πορείας

*Το όνειρο της δημιουργίας του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου δεν ήταν δυνατό να γίνει πραγματικότητα χωρίς την καθοριστική συμβολή των εργαζομένων σ' αυτό. Οι εργαζόμενοι που από την πρώτη στιγμή της λειτουργίας του Νοσοκομείου βρέθηκαν στην πρώτη γραμμή της μάχης -και από την ίδια γραμμή συνεχίζουν να μάχονται και σήμερα- θεωρούν το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου ένα κομμάτι του εαυτού τους, και τον εαυτό τους ένα κομμάτι του νοσοκομείου.*

*Ο σκοπός καθαγίασε τις θυσίες τους. Και οι θυσίες τους μετέλλαξαν τον σκοπό σε πράξη.*

*Για τις πρώτες 100 μέρες του αγώνα και της αγωνίας γράφουν σήμερα σ' αυτές τις σελίδες κάποιοι που στρατεύθηκαν, ψυχή τε και σώματι, σ' εκείνον τον αγώνα.*

*Σπάζοντας την κρούστα της μνήμης θυμούνται και ανιστορούν. Θυμούνται και αναπολούν. Δικαιωμένοι. Γιατί οι αγώνες τους σφράγισαν ανεξίτηλα τους ακρογωνιαίους λίθους του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου. Του δικού τους Νοσοκομείου.*

Το πρώτο Διοικητικό Συμβούλιο



## Με λίγα λόγια...

Η ιδέα γι' αυτό το προσκλητήριο έπεσε στο τραπέζι, μετά από λίγο κρασί είναι η αλήθεια, στη διάρκεια μιας ευχάριστης γιορταστικής βραδιάς. Για να θυμηθούμε τον ενθουσιασμό και το μεράκι μας τότε που ξεκινούσαμε, τα οράματα, τις προσδοκίες και τα προσωπικά μας στοιχεία τότε που στήναμε το νοσοκομείο. Και για έναν ακόμα λόγο. Για να παινευτούμε ότι εδώ μέσα γράψαμε ιστορία. Ότι κάναμε τις επιλογές μας, πήραμε τα ρίσκα μας, ξεκινήσαμε έναν πραγματικό άθλο και, κατά πως φαίνεται, καλά τα καταφέραμε. Όσοι άλλα προσδοκούσαν έφυγαν. Ας πούμε απλά πως εμείς που μείναμε σταθήκαμε πιο σταθεροί στις επιλογές μας και συνεχίσαμε, παρόλο που για όλους μας υπήρξαν εναλλακτικές λύσεις. Κανένας δεν ισχυρίζεται πως σήμερα όλα είναι ρόδινα, σίγουρα όμως είναι καλύτερα απ' την

αρχή. Γιατί οι πρώτοι μήνες του νοσοκομείου, ακόμα κι αν δεν ήταν οι πιο σημαντικοί, ήταν για όλους μας οι πιο δύσκολοι...

Μακάρι αυτή η αναμόχλευση των αναμνήσεων να μας κάνει καλό, να μας βοηθήσει να συνεχίσουμε και να μας δώσει δύναμη να τα βγάλουμε και σήμερα πέρα όπως τότε, σε πιο χαλεπούς καιρούς. Μακάρι να μας φέρει πάλι κοντά, γιατί όσοι δε φύγαμε χαθήκαμε στο τόσο πλήθος και πνιγήκαμε στις υποχρεώσεις. Θυμάστε συνάδελφοι τότε που συναντιόμασταν σχεδόν κάθε μεσημέρι; Σίγουρα δεν προλάβαμε να τα πούμε όλα. Και σίγουρα το ξέρετε και σεις πως πάντα υπάρχει διαθέσιμος χρόνος για κείνους που μοιράστηκαν κάτι απ' την αρχή και γίνανε φίλοι...

**Δώρα Παπαδοπούλου**

Αν. Διευθύντρια Νεφρολογικού Τμήματος



**Γεώργιος Καρατζάς,**  
Διοικητικός Διευθυντής

**Π**έρασαν ήδη 10 χρόνια επιτυχούς λειτουργίας και συνεχούς ανάπτυξης του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου. Κατά την αρχική και ιδιαίτερα καθοριστική αυτή περίοδο, καταβλήθηκε μεγάλη προσπάθεια από όλους του εργαζόμενους για την επίτευξη των στόχων του Νοσοκομείου. Οι αναμνήσεις είναι πολλές. Τι να πρωτο-θυμηθεί κανείς.

Ξεκινώ από τις αναμνήσεις της πρώτης μου μέρας στο Νοσοκομείο. Όταν, δηλαδή, ήρθα για πρώτη φορά και συναντήθηκα με τον Γεν. Διευθυντή κ. Χριστόπουλο και στη συνέχεια με τον πρόεδρο κ. Παπαγεωργίου. Ήταν λίγες μέρες πριν την έναρξη των προσλήψεων των πρώτων εργαζομένων. Η εντύπωσή μου από τον επιβλητικό χώρο του Νοσοκομείου ήταν ισχυρή. Ο πρόεδρος και ο Γεν. Διευθυντής ήταν πολύ θερμοί α-

πέναντί μου και με αγκάλιασαν από την πρώτη στιγμή με καλοσύνη και επαγγελματισμό. Οι εντυπώσεις μου ήταν άριστες. Θεώρησα τον εαυτό μου πολύ ευτυχής που επρόκειτο να εργασθώ σ αυτό το περιβάλλον και με τέτοιους ανθρώπους.

Πρώτη μου εργάσιμη μέρα στο Νοσοκομείο ήταν η 1η Ιουνίου, 1999. Έπρεπε, μετά από σύντομες συνεντεύξεις να βρω τους κατάλληλους υπαλλήλους που θα στελέχωναν τα απαραίτητα τμήματα της Διοικητικής Διεύθυνσης. Η εμπειρία που είχα στο αντικείμενο αυτό με βοήθησε να κάνω τις σωστές επιλογές και να τοποθετήσω τα επιλεγμένα άτομα στις θέσεις που πίστευα ότι θα αποδώσουν καλύτερα. Τα αποτελέσματα, από τις πρώτες ακόμη μέρες, ήταν πολύ ικανοποιητικά.

Αισθανόμασταν μεγάλη ικανοποίηση βλέποντας μέρα με τη μέρα να μεγαλώνει ο αριθμός των εργαζομένων, ιατρών και λοιπού προσωπικού. Θέσαμε από την αρχή σαν στόχο την έναρξη λειτουργίας των Εξωτερικών Ιατρείων την 16η Αυγούστου, 1999. Προσπαθήσαμε όλοι μας, ο καθένας στον τομέα του, να οργανωθούμε όσο γίνεται καλύτερα, ώστε αφενός να κάνουμε καλή πρώτη εντύπωση στο κοινό της πόλης μας και αφετέρου να λειτουργήσουμε με τα λιγότερα κατά το δυνατόν προβλήματα. Στην έξαψη

της προετοιμασίας, παρομιώδης και καταλυτική ήταν η ψυχραιμία του Γεν. Διευθυντή, που με την εμπειρία του αλλά και την ηγετική παρουσία του μας καθοδηγούσε όλους στα πρώτα μας βήματα. Αναπολώ με συγκίνηση τον πρώτο Αγιασμό που κάναμε στα Εξωτερικά Ιατρεία, που λειτούργησαν στο χρόνο που είχαμε αρχικά προγραμματίσει.

Με δημιουργική διάθεση, αυταπάρνηση και ενθουσιασμό εργασθήκαμε όλοι μας τις πρώτες αυτές μέρες λειτουργίας του Νοσοκομείου. Αισθανθήκαμε μεγάλη ικανοποίηση όταν αργότερα τέθηκαν σε λειτουργία η Α΄ Παθολογική και η Νευρολογική Κλινική και ακολούθησε η Α΄ Χειρουργική. Δοκιμάσαμε, όμως, και αγωνία όταν μέσα στο Νοέμβριο του 1999 μεταφέρθηκαν στο Νοσοκομείο μας ολόκληρες Κλινικές με το σύνολο του προσωπικού τους (ιατρικό και νοσηλευτικό) από άλλα Νοσοκομεία της πόλης μας. Φοβηθήκαμε μήπως όλοι όσοι μετακινήθηκαν από τα άλλα Νοσοκομεία δεν θα μπορούσαν να εγκλιματισθούν στο δικό μας περιβάλλον. Είναι αλήθεια ότι αντιμετωπίσαμε πολλά προβλήματα αλλά στο τέλος όλες οι προσπάθειές μας στέφθηκαν με επιτυχία. Από τον Ιούνιο του 2000, το Νοσοκομείο ήταν καθ' όλα έτοιμο να ενταχθεί στο πρόγραμμα των εφημεριών, όπως και τα

άλλα Νοσοκομεία του πολεοδομικού συγκροτήματος της Θεσσαλονίκης.

Καθένας από εμάς αισθάνεται ικανοποίηση γιατί έχει θέσει από ένα λιθαράκι ώστε το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου να θεωρείται επάξια σήμερα ως πρότυπο για τον ελλαδικό χώρο. Ακόμη, το κοινό της πόλης μας και της ευρύτερης περιοχής, θεωρεί το Νοσοκομείο μας ως το μόνο αξιόπιστο και επιδιώκει είτε να το επισκεφθεί στα Εξωτερικά Ιατρεία του είτε να νοσηλευθεί σ' αυτό. Είμαστε δικαιολογημένα υπερήφανοι, όταν σε κύκλους έξω-νοσοκομειακούς ακούγονται λόγια που μας τιμούν τόσο για τον ξενοδοχειακό εξοπλισμό όσο και για τα ιατρικά μηχανήματα αλλά και πάνω απ όλα για το ανθρώπινο δυναμικό του Νοσοκομείου.

Σκεφτόμενοι ότι όλα αυτά τα πετύχαμε μόνο σε 10 χρόνια λειτουργίας, είμαστε αισιόδοξοι για το μέλλον και τις προοπτικές ακόμη μεγαλύτερης εξέλιξης και ανάπτυξης του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, ώστε να αποτελεί σταθερό πόλο πρωτοπορίας και προόδου.

**Ευφημία Παπαδοπούλου-Αλατάκη  
Κυριακή Παπαδοπούλου-Λεγμπέλου**  
Παιδιάτροι Δ' Πανεπιστημιακής  
Παιδιατρικής Κλινικής

16 Αυγούστου 1999

Η πρώτη ημέρα λειτουργίας του Νοσοκομείου με την Έναρξη των Εξωτερικών Ιατρείων, είχε επίσημα ανακοινωθεί. Είχε προηγηθεί ένας πυρετός προετοιμασίας από τις δύο ε-



πιμελήτριες παιδιάτρους. Τα Παιδιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία είχαν οργανωθεί άψογα από επιστημονικής και λειτουργικής πλευράς.

Δεν είχε κλεισθεί προγραμματισμένο ραντεβού για παιδιατρικό ασθενή. Και ξαφνικά δύο μικρά κοριτσάκια της νοσηλεύτριας Αναστασίας έφτασαν για να εξεταστούν. Ήταν οι πρώτοι ασθενείς του νεοσύστατου νοσοκομείου.

Από τότε έχουν περάσει 10 χρόνια. Λειτουργήσε η Παιδιατρική Κλινική, προστέθηκαν τα ειδικά Παιδιατρικά Ιατρεία και αναπτύσσονται διαρκώς οι δραστηριότητες της Παιδιατρικής.

Με την ανάμνηση αυτή, είμαστε ακόμη εδώ στο ώριμο πλέον Νοσοκομείο Παπαγεωργίου συνεχίζοντας την προσπάθεια.



**Βάσω Κοντού,**  
Τομεάρχης Νοσηλευτικής  
Υπηρεσίας

**Α**νταποκρινόμενη στην πρόταση σας να περιγράψω τα συναισθήματα και τις εμπειρίες που βίωσα τις πρώτες 100 μέρες εργασίας μου στον Γ.Π.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» επιχειρώ να καταγράψω τις μνήμες και σκέψεις μου από εκείνη την περίοδο. Αυτομάτως έρχεται στο μυαλό μου η εξής μνήμη: Το Νοέμβριο του 1999, στις 26 του μηνός, κατόπιν υπουργικής απόφασης, έπρεπε να αφήσω για πάντα το Νοσοκομείο «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ», β' συγκρότημα, όπου εργαζόμουν για 16 συναπτά έτη, διότι το αναισθησιολογικό τμήμα, στο οποίο εκείνη τη στιγμή υπηρετούσα, βάσει της απόφασης μεταφερόταν στο Γ.Π.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ».

Η απόφασή μου για τη μετακίνηση ήταν για μένα μονόδρομος. Σε διαφορετική περίπτωση θα έπρεπε να πάω ή στο «ΑΧΕΠΑ» ή στο Νοσ.



«Παπανικολάου», επιλογές που εξαρχής διέγραφα από το μυαλό μου.

Εκείνη την ημέρα, θυμάμαι, οι καιρικές συνθήκες ήταν δύσκολες. Βροχή και έντονος αέρας εναλλάσσονταν με ένταση και έρχονταν να συμπληρώσουν τα ανάκατα συναισθήματά μου τα οποία επίσης δεν είχαν τακτοποιηθεί μέσα μου.

Τη χαρά μιας καινούργιας αρχής σ' ένα τέτοιο Νοσοκομείο επικάλυπταν η αγωνία, η αβεβαιότητα και ο φόβος για πιθανή «λανθασμένη επιλογή». Υπήρχε τότε διάχυτος ο φόβος ότι θα άλλαζαν πολλά πράγματα (ασφαλιστικό κ.λ.π.), ασχέτως αν όλα αυτά τα άκουγα χωρίς να τα πιστεύω.

Πίστευα ακράδαντα ότι όλα θα πάνε καλά, αλλά χρειάζεται να παλέψω για να πετύχω κάτι το διαφορετικό και πολιτισμένο, αν ήθελα να απαλλαγώ από τις συνήθειες, τη μιζέρια, και από πράγματα που ήταν αφημένα στην τύχη τους.

Ως προσωπικό προερχόμενο από διαφορετικά νοσηλευτικά ιδρύματα έπρεπε να βρούμε καινούργιο βηματισμό, να προσαρμόσουμε τις συνήθειες και τις εμπειρίες τόσων χρόνων στα καινούργια δεδομένα. Αυτό απαιτούσε κάποιο χρόνο, μεθοδικότητα και κοινή «πολιτική» για να επιτευχθεί.

Επειδή όμως όλοι μας είχαμε τον ίδιο κοινό σκοπό δεν πήρε χρόνο η προσαρμογή μας. Σ' αυτό βοήθησε βέβαια η σωστή υποδομή, η άρτια οργάνωση και τα υψηλά standards που μπήκαν εξαρχής.

Η αρχική μου τοποθέτηση ήταν στη Β' χειρουργική, για ένα περίπου μήνα, με δεδομένο ότι κάποιες μέρες έπρεπε να παρουσιάζομαι στον «ΑΓΙΟ ΠΑΥΛΟ», προκειμένου να παραδώσω ως προϊσταμένη του αναισθησιολογικού τα υλικά του τμήματος (εξοπλισμό και αναλώσιμο υλικό) στις επιτροπές που είχαν οριστεί.

Μετά την πάροδο ενός μήνα και πλέον το τμήμα που μου ανατέθηκε ήταν η Β' Κ/Δ, όπου και παρέμεινα για τα 7 επόμενα έτη. Αισθανόμουν να ξεκόβω από την ομάδα, στην ο-



ποία ήμουνα μπροστάρης για 11 χρόνια. Οι υπόλοιπες της ομάδας πήγαν στο αναισθησιολογικό. Γνώριζα ότι το πρόβατο που ξεκόβει από το κοπάδι το τρώει ο λύκος, αλλά στην περίπτωση μου ευτυχώς του «ξέφυγα».

Οι πρώτες μέρες ήταν χωρίς ασθενείς μέχρι την οργάνωση της κλινικής. Οι υπάλληλοι της αποθήκης υλικού, που πρώτη φορά έρχονταν αντιμέτωποι με όλα τα υλικά και ήταν άπειροι, μας έβλεπαν με απορία, όταν για να προλάβουμε να πάρουμε το αναλώσιμο υλικό, που έφθανε με καθυστέρηση και περιορισμένο σε ποσότητες, κατεβαίναμε από τις 7 το πρωί, ένα είδος «επιδρομής», για να εξασφαλίσουμε κάποια από τα υλικά. Οι υπάλληλοι της πληροφορικής έδειξαν μεγάλη ανοχή, μέχρι να μάθουμε να χειριζόμαστε τους Η/Υ, πράγμα πρωτόγνωρο για πολλούς από εμάς.

Κι έφτασε η πρώτη εφημερία της κλινικής, στις αρχές Ιανουαρίου. Η αγωνία είχε φθάσει στο κατακόρυφο για το αν θα κολλήσουμε κάπου και δεν μπορέσουμε να αντεπεξέλθουμε στις απαιτήσεις μιας Γενικής, και μάλιστα της πρώτης, εφημερίας, στην οποία καταγράφονται οι ελλείψεις επί του πρακτέου.

Ευτυχώς όλα πήγαν καλά. Έκτοτε η κλινική μπήκε στους ρυθμούς της καθημερινότητας με αυξανόμενο αριθμό ασθενών, για να φθάσει στα σημερινά δεδομένα πληρότητας της

τάξης του 200%. Οι ασθενείς της πρώτης περιόδου είχαν τη δυνατότητα επιλογής δωματίου!!! Οι δύο πρώτοι ήταν ζευγάρι και μπήκαν στον ίδιο δίκλινο θάλαμο.

Με τον καιρό οι φόβοι ξεπεράστηκαν και ο καθένας βοήθησε με τον τρόπο του από τον τομέα που είχε οριστεί να υπηρετήσει

Με ειλικρίνεια, μετά από πολλά χρόνια υπηρεσίας στο νοσοκομείο, λέω ότι ουδέποτε μετάνιωσα για την απόφαση της μετακίνησής μου στο Γ.Π.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ».

Με αυτή την από καρδιάς τοποθέτησή μου εύχομαι να είμαστε όλοι καλά και να συνεχίσουμε να υπηρετούμε το υψηλό αυτό λειτουργήμα μέχρι το τέλος της καριέρας μας.



**Αφροδίτη Λούφου**  
(ΠΕ) Διοικητικός, Τμήμα Πληροφορικής

**Α**ντικρίζοντας για πρώτη φορά τον αούλιο χώρο του Νοσοκομείου, με τους πράσινους κήπους, τα τριαντάφυλλα, τα νούφαρα. Μέσα στα σι-

ντριβάνια και τα άφθονα τρεχούμενα νερά, αυτομάτως βίωσα συναισθήματα ευφορίας και αισιοδοξίας. Οι γυάλινες πόρτες άνοιξαν και εισέβαλα στον κόσμο της «συναισθηματικής» εργασίας. Γιατροί, νοσηλευτές και διοικητικοί υπάλληλοι όλοι μαζί συμπλέανε με στόχο την ανακούφιση του ασθενή. Η δική μου εργασιακή θέση «στριμωγμένη» από ένα τόνο μπλε χάρτινους φακέλους. Οι συνάδελφοι μου ανέφεραν τη λέξη προκήρυξη, για την οποία δεν ήξερα και αρκετά. Δεν πανικοβλήθηκα, γιατί εργαζόμουν ήδη σε άλλους φορείς πριν παρουσιαστώ στο νοσοκομείο και γνώριζα ότι κάθε project υλοποιείται άμεσα και εύστοχα αν υπάρχει συνεργατικό πνεύμα από τους συναδέλφους. Άλλωστε την συνεργατικότητα και την εργασία όλων με στόχο την ανάπτυξη της ποιότητας ζωής του ασθενή την αντίκριζες στα χειρουργεία, στα ιατρεία, στους θαλάμους νοσηλείας, ακόμη και στους διαδρόμους του νοσοκομείου.

Δέκα χρόνια μετά στις 07:00 το πρωί, το ίδιο συναίσθημα αναβλύζει μέσα μου, της συνεργασίας προσφοράς και της φροντίδας στο συνάνθρωπο. Η συναισθηματική εργασία που βιώνουμε όλοι οι εργαζόμενοι στο χώρο του νοσοκομείου μας βοηθά να διαχειριστούμε με μεγαλύτερη ευκολία τα συναισθήματά μας και μας οδηγεί στην αυτογνωσία.

Εύχομαι και οι επόμενες δεκαετίες να παρέλθουν με παρόμοια συναισθήματα και υγείας για όλους τους εργαζόμενους.



**Αναστασία Δημ. Ρακογιάννη,**  
Αν. Προϊσταμένη  
Δ΄ Πανεπιστημιακής Παιδιατρικής  
Κλινικής

**Ω**ς υπάλληλος του δημοσίου πάντα ονειρευόμουν έναν εργασιακό χώρο που να είναι δημιουργικός και αξιοπρεπής, με γνώμονα την καλύτερη παροχή φροντίδας υγείας προς τους ασθενείς, τόσο σε τοπικό επίπεδο όσο και σε Εθνικό- Ευρωπαϊκό.

Την ευκαιρία αυτή την βρήκα όντας υπάλληλος στο Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης. Προβλήματα και δυσχέρειες που παρουσιάστηκαν συνέβαλα στο να επιλυθούν. Η τύχη και η μοίρα επέλεξε να συνυπάρχουμε άξια και ικανά στελέχη για την λειτουργία αυτού του νοσοκομείου, και ευελπιστώ να υπάρχει συνέχεια των παραπάνω για όλες τις υπηρεσίες του.



**Χρυσούλα Μαντί**  
Μεταφορέας ασθενών

**Γ**υρίζοντας το μυαλό μου δέκα χρόνια πίσω, σ΄ εκείνες τις πρώτες μου μέρες στο Νοσοκομείο ως μεταφορέας ασθενών σ΄ ένα άδειο τελείως χώρο των εξωτερικών ιατρείων, όπου περιμέναμε αγωνιωδώς τον πρώτο ασθενή που θα βάζαμε στο καροτσάκι μας. Όταν εμφανίστηκε στο προαύλιο ο πρώτος ασθενής αν και περιπατητικός εμείς τον πιέζαμε να καθίσει στο καροτσάκι να τον μεταφέρουμε μέσα στα ιατρεία. Ποιος να μας το λεγε τότε ότι σήμερα θα μας κυνηγάνε οι ασθενείς να τους μεταφέρουμε και εμείς να ψάχνουμε καρότσια...

Θυμάμαι το πόσο πολύ με είχε εντυπωσιάσει το γεγονός ότι θα δούλευα σ΄ ένα τέτοιο μεγάλο και σύγχρονο Νοσοκομείο Ευρωπαϊκών προδιαγραφών. Όταν το αντίκρισα ήταν πράγματι ένα στολίδι! Ήμασταν λίγοι

εργαζόμενοι και αυτό μας έκανε να έχουμε συνοχή και καλή συνεργασία. Δουλεύαμε με το χαμόγελο στα χείλη και δεν καταλαβαίναμε πως περνούσαμε τη βάρδια μας. Το Νοσοκομείο μολονότι ήταν νεοσύστατο δεν είχε ελλείψεις και προβλήματα, τουλάχιστον όπως αυτά που αντιμετωπίζουμε τώρα. Οι εντυπώσεις μου για τις πρώτες μέρες του Νοσοκομείου είναι πολύ θετικές και ύστερα από 10 χρόνια εργασίας μου σ΄ αυτό το χώρο (όσο χρειάστηκε για την συνταξιοδότησή μου), εύχομαι στους επόμενους νέους εργαζόμενους να χουν τόσο καλές αναμνήσεις, όχι μόνο από την αρχή αλλά κι από όλη την διάρκεια της εργασιακής ζωής τους στο Νοσοκομείο!



**Παρθένα Γερούλιδου,**  
Νοσηλεύτρια, Εξωτερικά Ιατρεία

**Τ**ο έτος 1999 ήρθα με απόσπαση από το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Αρχικά εντυπωσιάστηκα από το υπέροχο κτίριο και την απόλυτη καθαριότητα και πειθαρχία που επικρατούσε παντού. Στη συνέχεια και όσο εργαζόμουν σ΄ αυτό, ανακάλυπτα ευχάριστα ότι αυτό που μ΄ εντυπωσίαζε πλέον δεν ήταν μόνο το κτίριο, αλλά πάνω απ΄ όλα ήταν το πνεύμα αγάπης και θυσίας που κυριαρχεί και μεταουσιώνεται σε αδιάκοπη προσφορά προς στους ασθενείς. Ίσως γι΄ αυτό ή μάλλον γι΄ αυτό οι ευχαριστίες είναι πολύ περισσότερες από τα παράπονα, στο κουτί των παραπόνων!! Όπως και να χει όμως, αυτό το αίσθημα ης αναγνώρισης της προσφοράς μας από τους ασθενείς, για μένα είναι η μεγαλύτερη ανταμοιβή. Οι όποιες δυσκολίες προέκυψαν στην αρχή της συνεργασίας μας, κυρίως σε

σχέση με την ασθένειά μου, ξεπεράστηκαν με τη συμπαράσταση και την αγάπη της Διευθύνουσας κ. Χούτα, των Τομεαρχών κ. Τσουκαλά και κ. Γεωργιάδη καθώς και του Δ/ντή Διοικητικού Προσωπικού κ. Καρατζά, αλλά και των προϊσταμένων που κατά καιρούς είχα, χωρίς να μπορώ να παραλείψω και να τονίσω την αμέριστη αγάπη των συναδέλφων μου. Κατά τον «απολογισμό» λοιπόν της δεκαετούς υπηρεσίας μου, και με όλα αυτά που εξέφρασα παραπάνω, τολμώ να πω ότι η θέση που κατέχει το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου στην καρδιά μου είναι αυτή του δεύτερου σπιτιού μου. Σας ευχαριστώ όλους από τα βάθη της ψυχής μου. Με συναδελφική αγάπη.



**Δέσποινα Χριστοδουλίδου**  
Νοσηλεύτρια ΤΕΠ

Ξεκινώντας θα ήθελα να συγχαρώ την κα Δώρα Παπαδοπούλου για την ξεχωριστή ιδέα της, με στόχο τις αφηγήσεις των πρώτων εργαζομένων του νοσοκομείου μας. Επέλεξα να μετακινηθώ στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου από το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ για δύο πολύ σημαντικούς λόγους. Πρώτον διότι έπρεπε να το στηρίξουμε για να ξεκινήσει επιτέλους η λειτουργία του, που τόσο καθυστέρωσε και δεύτερον διότι ήταν κοντά στο σπίτι μου. Είναι υπερήφανη που ανήκω στους πρώτους εργαζόμενους του νοσοκομείου. Θα ήταν ψέμα να πω, πως ήταν όλα ρόδινα. Σίγουρα υπήρξαν καλές και κακές στιγμές, πίεση, άγχος, στρες, άλλοτε εντάσεις και άλλοτε ηρεμία. Δεν είναι εύκολο να λειτουργήσει ένα νοσοκομείο, ξεκινώντας από το μηδέν. Μεγάλη σημασία έχει η γεύση που έμει-

νε. Διαγράφοντας λοιπόν τις κακές στιγμές τώρα πια μπορώ να πω, πως δεν είναι άλλη παρά μια γλυκιά γεύση, που υπήρξε στις ψυχές των λιγοστών εργαζομένων που ήμασταν τότε που εγώ τουλάχιστον τους ένοιωσα σαν οικογένεια, γιατί ήμασταν μια μεγάλη οικογένεια. Το προσωπικό τότε, λιγοστό καθώς ήμασταν, στηρίξαμε ο ένας τον άλλο σε δύσκολες στιγμές και αδιαμφισβήτητα δεθήκαμε. Έτσι καταφέραμε να αντιμετωπίσουμε τις όποιες δυσκολίες και προβλήματα υπήρξαν.

Μεγάλη εντύπωση μου έκανε η οργάνωση και τα πρότυπα εργασιακά δεδομένα, τα οποία ήταν μια ευχάριστη και ενδιαφέρουσα πρόκληση και εμπειρία. Με κόπο, υπομονή, επιμονή καθώς και υπερβάλλοντα ζήλο των πρώτων εργαζομένων ξεκίνησε η λειτουργία του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου και έφτασε να είναι σήμερα ένα πρότυπο Νοσοκομείο.



**Σιμέλα Τοξιάδου,**  
Προϊσταμένη Δ' Πανεπιστημιακής Παιδιατρικής Κλινικής

Πέρασαν 10 χρόνια από τότε που ήρθαμε περίπου 100 συνάδελφοι από άλλα νοσοκομεία, αναλαμβάνοντας επαγγελματικό ρίσκο, αφήνοντας την σιγουριά ενός δημόσιου νοσοκομείου για να βοηθήσουμε στο ξεκίνημα της λειτουργίας του νέου ιδρύματος. Πέρασαν 10 χρόνια γεμάτα αγωνία, άγχος, κούραση, πίεση αλλά και ικανοποίηση και χαρά για το έργο και τη λειτουργία νέων κλινικών που με την εμπειρία, την υπομονή και επιμονή στήθηκαν και λειτουργήσαν με επιτυχία παρέχοντας υψηλής ποιότητας Ιατρικής και Νοσηλευτικής φροντίδας. Θεωρώ ό-

τι κάθε ένας από εμάς τους πρωτεργάτες, που ήρθαμε με όνειρο και όραμα βάζοντας υψηλούς στόχους γιατί αυτό το νοσοκομείο προσφέραμε όλοι από ένα μικρό ή μεγάλο λιθαράκι κι έφτασε το συγκεκριμένο ίδρυμα να είναι το πρώτο στη Θεσσαλονίκη κι ένα από τα καλύτερα της Ελλάδας. Νοιώθω επίσης πως γνώρισα πολύ σπουδαίους ανθρώπους από όλες τις υπηρεσίες κι έκανα πολλούς φίλους, που πραγματικά νοιάζομαι για αυτούς όπως νοιάζονται κι αυτοί για μένα. Εύχομαι και τα υπόλοιπα χρόνια το Νοσοκομείο να παραμείνει πρώτο στην παροχή φροντίδας υγείας όπως το οραματίστηκε ο ιδρυτής του κ. Παπαγεωργίου και να έχει πολύ και ικανοποιημένο προσωπικό που θα συνεχίσει να προσφέρει απρόσκοπτα το έργο του.

**Μαρία Χατζηνικολάου,**  
Τμήμα Ακτινοθεραπείας

Πριν αρκετά χρόνια, την περίοδο που κτιζόταν το νοσοκομείο Παπαγεωργίου, όποτε περνούσα από εκείνο το σημείο, σκεφτόμουν «επιτέλους κτίζεται ένα νοσοκομείο σε κομβικό σημείο με τις καλύτερες προδιαγραφές». Στην πραγματικότητα όμως ονειρευόμουν δύο πράγματα, να είχα την οικονομική δυνατότητα να προσφέρω και εγώ κάτι αντίστοιχο στους συνανθρώπους μου, αλλά αφού δεν είχα αυτή την δυνατότητα, τουλάχιστον να μπορούσα να εργαστώ εκεί και να προσφέρω το μέγιστο των δυνατοτήτων μου.

Τελικά, κάποια όνειρα, γίνονται πραγματικότητα. Ήταν ίσως από τις ευτυχέστερες μέρες της ζωής μου, η ανακοίνωση ότι διορίστηκα στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Η πρώτη μέρα που το επισκέφτηκα ως εργαζόμενη (26-7-1999), θα μείνει ανεξίτηλη στη μνήμη μου. Δεν είχα ξαναδεί αντίστοιχο νοσοκομείο. Μοναδικό χώρο και λειτουργικότητα, υπερσύγχρονη τεχνολογία, αλλά και στελέχη που από την πρώτη επαφή μαζί τους ενέπνεαν εμπιστοσύνη και



**Βράβευση εργαζομένων 2003**

διάθεση να προσφέρουν ό,τι καλύτερο έχουν ως άνθρωποι.

Σίγουρα η πρώτη περίοδος λειτουργίας του ήταν πολύ δύσκολη. Ένα τέτοιο συγκρότημα δεν μπορεί να ξεκινήσει άμεσα. Δεν υπήρχε το αναγκαίο προσωπικό, δεν υπήρχε η βοήθεια που είχε υποσχεθεί και όφειλε να προσφέρει το Υπουργείο Υγείας, αλλά υπήρχε κάτι πάρα πολύ σημαντικό, υπήρχαν άνθρωποι με ΟΡΑΜΑ όπως οι αδελφοί Παπαγεωργίου αλλά και όλα τα στελέχη του νοσοκομείου που υπερέβησαν εαυτό, από τους πρώτους μήνες λειτουργίας του, έως και σήμερα.

Μετά από δέκα χρόνια ως εργαζόμενη στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου, δεν μπορώ να φανταστώ τον εαυτό μου να εργάζεται κάπου αλλού. Νοιώθω πραγματικά ότι είμαστε ευλογημένοι όλοι εμείς που προσφέρουμε ένα μεγάλο μέρος της ζωής μας σ' αυτό το ίδρυμα. Σίγουρα υπάρχουν δυσκολίες, σίγουρα το προσωπικό δεν επαρκεί και σίγουρα πρέπει να βελτιωθούν πολλά. Όλα όμως περνάνε σε δεύτερη μοίρα όταν ακούς τα ολόψυχα ευχαριστώ, όλων των ασθενών αλλά και των συνοδών τους. Όταν νοιώθεις ότι έχεις συμβάλει και εσύ σ' αυτό το ΟΡΑΜΑ να γίνει πραγματικότητα.

**Δώρα Παπαδοπούλου,**

Αν. Διευθύντρια

**Στάθης Μητσόπουλος**

Α' Επιμελητής Νεφρολογικού Τμήματος

*Θυμόμαστε...*

Η πρόσκληση για την υπογραφή της σύμβασης ήταν τηλεφωνική και έφθασε στις αρχές Ιούνη του 1999. Έγινε από το γενικό διευθυντή, τον κ. Χριστόπουλο, τον ίδιο άνθρωπο που περίπου τρεις μέρες μετά μας «μας ξεναγούσε» χαμογελαστός στους χώρους του νοσοκομείου. Ήμασταν τρεις νεφρολόγοι, μια επιμελήτρια Α' (Δώρα Παπαδοπούλου), που επρόκει-

το να έχει και την ευευθυνότητα της μονάδας εξωνεφρικής κάθαρσης, και δύο επιμελητές Β' (Στάθης Μητσόπουλος και Βάνα Ράϊκου).

Το νοσοκομείο δε θύμιζε σε τίποτα τη γνωστή εικόνα της παρακμής των χώρων όπου λειτουργούσαμε μέχρι τότε. Το είχαμε δει πολλές φορές από μακριά, όταν διασχίζαμε τον περιφερειακό, αλλά καθώς πλησιάζαμε, ο όγκος του κτιρίου γινόταν όλο και πιο μεγάλος και πιο επιβλητικός. Η ράμπα από την πύλη στην κεντρική είσοδο, τα πολλαπλά επίπεδα των φροντισμένων παρτεριών, τα σκαλοπάτια και οι διάδρομοι ανάμεσά τους και ο τεράστιος χώρος παρκαρίσμα-



τος παρέπεμπαν σε εικόνες από οικοδομικά συγκροτήματα του εξωτερικού. Είχαμε ανοίξει διάπλατα τα μάτια μας, κοιτούσαμε γύρω μας με θαυμασμό και ακούγαμε τον κ. Χριστόπουλο που μας περίμενε ν' ανιστορεί, να περιγράφει να επεξηγεί. Μίλαγε με υπερηφάνεια και ενθουσιασμό για στόχους και οράματα και φαινόταν να είναι, και όπως αποδείχθηκε ήταν, γνώστης και της παραμικρής λεπτομέρειας. Δε θα ταν υπερβολή να πούμε ότι η εσωτερική-πολυπλοκότητα του κτιρίου προκαλούσε δέος παρότι τα τουβλάκια στους τοίχους, οι φεγγίτες στην οροφή και τα φυτά στην αίθουσα μπροστά από το γραφείο κίνησης απάλυναν την αυστηρότητα της κεντρικής εισόδου. Οι αστραφτεροί διάδρομοι, σε πολλά σημεία διπλοί και παράλληλοι έτσι ώστε, ακόμα και σήμερα, να μην επιτρέπουν στην υπερογκή κίνηση του τμήματος επειγόντων περιστατικών να «ενοχλήσει» τη λειτουργία των άλλων τμημάτων, τα γραφεία της διοίκησης και του διοικητικού προσωπικού, οι αίθουσες διδασκαλίας και του υπερσύγχρονο αμφιθέατρο... Και ύστερα, οι θάλαμοι νοσηλείας, οι κουρτίνες στα παράθυρα τους, κάθε κλινική με το δικό της χρωματικό συνδυασμό, και οι στάσεις των εξωτερικών ιατρείων. Το κυλικείο, τα μαγαζάκια, το εστιατόριο και πιο μέσα τα μαγειρεία. Και άλλες εικόνες καθαριότητας και τελειότητας και κουβέντες για εξοπλισμό των εργαστηρίων με μηχανήματα της τελευταίας τεχνολογίας... Και τέλος, η μονάδα εξωνεφρικής κάθαρσης τόσο καλά μελετημένη, τόσο λειτουργική, τόσο φωτεινή και καθαρή, τόσο ανθρώπινη. Οι αίθουσες αιμοκάθαρσης με ολοκαίνουργια και υπερσύγχρονα μηχανήματα, τα γραφεία μας, οι μονόκλινοι θάλαμοι της περιτοναϊκής, οι χώροι της γραμματείας και του νοσηλευτικού προσωπικού, ο χώρος αναμονής των ασθενών, τα αποδυτήριά τους, όλα μαρτυρούσαν αμέριστη φροντίδα και σεβασμό σε αρρώστους και εργαζόμενους.

Εκείνη τη μέρα της «πρώτης γνωριμίας», δε ρωτήσαμε παρά ελάχιστα πράγματα, τα περισσότερα διαδικαστικά. Αυτά που βλέπαμε κι αυτά που ακούγαμε δεν άφηναν περιθώρια για διευκρινιστικές ερωτήσεις. Βγήκαμε ζαλισμένοι στον κήπο και καταβάλαμε προσπάθεια για να μην αρχίσουμε να χοροπηδάμε από τη χαρά μας. Τα μάτια μας, όμως, και τα χαμόγελά μας άλλα έλεγαν. Αρχίσαμε να περιεργαζόμαστε με μάτι «ειδικού» τον εξωτερικό χώρο από την πλευρά της μονάδας «μας». Συστάδες από χαμηλά δεντράκια και, στην ελάχιστη σκιά τους, τρία μόνον αμάξια τα δικά μας.

“

***Είχαμε ανοίξει διάπλατα τα μάτια μας, κοιτούσαμε γύρω μας με θαυμασμό και ακούγαμε τον κ. Χριστόπουλο που μας περίμενε ν' ανιστορεί, να περιγράφει, να επεξηγεί. Μίλαγε με υπερηφάνεια και ενθουσιασμό...***

”



**Νεφρολογικό Τμήμα 2009**

Ερημιά παντού που, όμως, βοηθούσε να πλησιάσουμε και να μυρίσουμε τις τριανταφυλλίες και να τρίψουμε στις παλάμες μας κλωνάρια από λεβάντες που μοσχοβολούσαν.

Μέχρι τα μέσα Ιούνη, είχαμε τακτοποιήσει τις εκκρεμότητες στις προηγούμενες υπηρεσίες μας, είχαμε μαζέψει όλα τα απαραίτητα πιστοποιητικά και ήμασταν έτοιμοι να διοριστούμε. Το καλωσόρισμα του προέδρου, του κ. Παπαγεωργίου, η γνωριμία με τη διευθύνουσα, την κ. Χούτα, οι ευχές για καλή αρχή απ όλους όσους βρίσκονταν στα γραφεία της διοίκησης και, λίγο αργότερα, η συνάντηση με την προϊσταμένη μας, την αξέχαστη Σταυρούλα Κουρέλη, και με τις νοσηλεύτριες της μονάδας. Ένα πλατύ χαμόγελο, μια ζεστή χειραψία, τα πρώτα μηνύματα της άνετης φιλικής σχέσης που δημιουργήθηκε με τον καιρό μεταξύ μας και που βοήθησε όσο τίποτα άλλο την ομαδική μας προσπάθεια. Και, ύστερα, η γνωριμία με τους άλλους συναδέλφους, με άλλους νοσηλευτές, με τεχνικούς και τραυματιοφορείς και, σιγά-σιγά, με όλους τους εργαζόμενους στο νοσοκομείο.

Εκείνες τις πρώτες μέρες, ασχοληθήκαμε με ότι μπορεί κανείς να φανταστεί, σχετικό ή άσχετο με την ιατρική. Συζητούσαμε με τις ώρες για

τον τρόπο λειτουργίας της μονάδας, δοκιμάζαμε τα μηχανήματα, ετοιμάζαμε το έντυπο υλικό, κάναμε παραγγελίες αναλώσιμων, μεταφέραμε έπιπλα, ανοίγαμε και αδειάζαμε κιβώτια, φροντίζαμε το χώρο, τακτοποιούσαμε τη μονάδα και τα γραφεία μας Πειράγματα, γέλια, διαμαρτυρίες, φωνές, μικροπαραξηγήσεις και πάλι γέλια και πολύ κέφι διέκοπταν που και που τις σοβαρές ασχολίες μας και, ανάμεσα στο πέρα-δώθε τρεξίματα, ξεκλέβαμε λίγο χρόνο για να συζητήσουμε για μας τους ίδιους και τις οικογένειές μας, σε μια προσπάθεια να γνωριστούμε καλύτερα. Στη βεράντα της μονάδας, πάνω από τ' άδεια χαρτόκουτα, με καφέ που φέρναμε από τα σπίτια μας, σε σύνομα διαλείμματα, αρχίσαμε να μαθαίνουμε ο ένας τον άλλον. Βέβαια, ένας προσεκτικός παρατηρητής, εύκολα θα καταλάβαινε ότι εμείς οι δύο, μεταξύ μας, ήμασταν ίσως οι μοναδικοί που μπορούσαμε να συμφωνήσουμε σε όλα, χωρίς πολλές κουβέντες. Συνεργάτες για αρκετά χρόνια, η μία παλαιότερη στην ειδικότητα και ο άλλος νεώτερος, είχαμε εμπειρίες από την ίδια κλινική (το Νεφρολογικό του Ιπποκρατείου), τους ίδιους δασκάλους και τη μεγάλη τύχη να είμαστε φίλοι και να μιλάμε την ίδια γλώσσα. Ανοίξαμε λίστα αναμονής για τους αρρώστους που επιθυμούσαν να κάνουν αιμοκάθαρση στη μονάδα μας, οι περισσότεροι κάτοικοι των δυτικών συνοικιών και πολύ σύντομα συνειδητοποιήσαμε το κενό που ερχόταν να καλύψει το νοσοκομείο.

Κάθε μέρα, γύρω στο μεσημέρι, συναντιόμασταν με τους άλλους συναδέλφους σε μια από τις τόσες άδειες αίθουσες του νοσοκομείου, για να αλληλοσημερωθούμε για όλα όσα είχαν γίνει και όσα προγραμματίζαμε να γίνουν. Πολύωρες συζητήσεις, προγραμματισμοί, διευκρινιστικές ερωτήσεις, απαντήσεις, καυγάδες και μετά, πάλι μονιασμένοι, δουλειά και πάλι δουλειά. Όλα έπρεπε να είναι έτοιμα μέχρι τις 16 Αυγούστου, όταν το νοσοκομείο θα ά-



νοιγε τις πύλες του στο κοινό και τούτο σήμαινε ότι έπρεπε να βιαστούμε. Δε θυμόμαστε να έκανε κάποιος από μας διακοπές εκείνο το καλοκαίρι, ούτε και συζητήθηκε τέτοιο ενδεχόμενο. Αρκεστήκαμε στα μπάνια των σαββατοκύριακων.

Το ξημέρωμα της μεγάλης μέρας μας βρήκε άπνους και κατααχλωμένους. Μακαρίζαμε τους συναδέλφους των άλλων ειδικοτήτων που θα ξεκινούσαν με τη λειτουργία μόνον των εξωτερικών ιατρείων. Η δικιά μας αγωνία δεν ήταν η έναρξη των τακτικών μας ιατρείων αλλά εκείνη της μονάδας μας, με την εφαρμογή δύο συνεδριών αιμοκάθαρσης σε μία μόνον άρρωστη, μια νεαρή γιουγκοσλάβα, εκπαιδευτριά στην πατρίδα της, της εταιρείας που είχε προμηθεύσει τα μηχανήματα τεχνητού

νεφρού στο νοσοκομείο. Παρακολουθήσαμε τις δύο πρώτες συνεδρίες αιμοκάθαρσης στη μονάδα μας σχεδόν με κατάνυξη και σε απόλυτη ησυχία. Τα μόνα που ακούγονταν ήταν η φωνή της άρρωστης που εξηγούσε τη λειτουργία του μηχανήματος στα αγγλικά και ο θόρυβος του μηχανήματος. Αργότερα, σε διάστημα 10 περίπου ημερών, εντάχθηκαν στη μονάδα μας οι 15 πρώτοι ασθενείς της λίστας, τους οποίους καλύψαμε με εφημερίες ετοιμότητας. Χωρίς Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, με προφορική δέσμευση του νοσοκομείου Παπανικολάου για νοσηλεία των τυχόν προβληματικών ασθενών, που ευτυχώς δε χρειάστηκε, αλλά ουσιαστικά με την ενδονοσοκομειακή κάλυψη από τους δύο καρδιολόγους (το Γιάννη Ζαρίφη και το Γιάννη Νούσκα) και από τη μοναδική αναισθησιολόγο (την Ελένη Χρηστίδου) και τη στενή συνεργασία με τα εργαστήρια (ακτινολογικό, αιματολογικό, βιοχημικό) και με τους συναδέλφους των άλλων ειδικοτήτων έτσι ξεκινήσαμε. Σιγά-σιγά, ξεπεράσαμε τις φοβίες μας, αρχίσαμε να λειτουργούμε πιο άνετα, το νερό είχε μπει πια στο αυλάκι και μέχρι τα τέλη Οκτώβρη, η μονάδα μας αριθμούσε 45 ασθενείς. Στο μεταξύ είχαν ήδη αρχίσει να λειτουργούν τα θεσμικά μας όργανα, με πρώτο διευθυντή ιατρικής υπηρεσίας το Μανώλη Πάγκαλο, διευθυντή της Α΄ Παθολογικής Κλινι-

“

**Πολύωρες συζητήσεις, προγραμματισμοί, διευκρινιστικές ερωτήσεις, απαντήσεις, καυγάδες και μετά, πάλι μονιασμένοι, δουλειά και πάλι δουλειά...**

”

κής και πρώτο εκλεγμένο πρόεδρο επιστημονικής επιτροπής το Γιάννη Τσιτουρίδη, διευθυντή του Ακτινολογικού Τμήματος. Η λειτουργία της Α΄ Παθολογικής Κλινικής, που την καλύψαμε με εφημερίες κάποιου από τους γιατρούς του Παθολογικού Τομέα, μας έλυσε κυριολεκτικά τα χέρια. Είχαμε πια έναν τόπο για να νοσηλεύουμε και να παρακολουθούμε τους αρρώστους μας της μονάδας ή εκείνους που εξετάζαμε στα εξωτερικά μας ιατρεία και αρχίσαμε να εντάσσουμε ασθενείς στην περιτοναϊκή κάθαρση και να κάνουμε βιοψίες νεφρού.

Δέκα χρόνια πέρασαν από τότε, δέκα δύσκολα χρόνια. Αποκτήσαμε διευθυντή, τον αλησμόνητο Γιώργο Σακελλαρίου, η Βάνα έφυγε για να συνεχίσει αλλού την καριέρα της, η μονάδα μας μεγάλωσε, λειτουργήσαμε τη Νεφρολογική Κλινική, αρχίσαμε να εκπαιδεύουμε ειδικευόμενους Αυτό το νοσοκομείο το αγαπήσαμε, στο τμήμα μας καταθέσαμε τους κόπους μας, τις γνώσεις και τις εμπειρίες μας, την ψυχή μας. Δουλέψαμε σκληρά, κοπιάσαμε, ταλαιπωρηθήκαμε, κουραστήκαμε Πονέσαμε γιατί χάσαμε πρόωρα πολυαγαπημένους φίλους και συνεργάτες Πέρασαμε στιγμές απογοήτευσης αλλά οι στιγμές ικανοποίησης ήσαν πολύ περισσότερες. Τις μοιραστήκαμε με άλλους συναδέλφους, εξαιρετικούς επιστήμονες, καλούς φίλους που ήλθαν λίγο αργότερα, τις μοιραζόμαστε με τον τωρινό μας διευθυντή, το Δημήτρη Τσακίρη, δάσκαλό μας από παλιά Νοιώθουμε ότι οι ασθενείς μας είναι ευχαριστημένοι, το βλέπουμε ότι μας έχουν απόλυτη εμπιστοσύνη και αυτά είναι για μας η μεγαλύτερη ικανοποίηση. Αυτός είναι ο λόγος που αν σήμερα, δέκα χρόνια μετά και με τη γνώση των όσων δύσκολων πέρασαμε, γυρνούσαμε πάλι πίσω σ εκείνη τη μέρα της «πρώτης γνωριμίας» με το νοσοκομείο, να έχουμε μπροστά μας μια μεγάλη απόφαση και ένα ξεκίνημα από το μηδέν, πιστεύουμε πως και οι δυο πάλι τα ίδια θα κάναμε, τα ίδια και απαραίλλατα



**Φρειδερίκη Καλαϊτζή-Μαρινίδου**  
Τομεάρχης ΝΥ

**Τ**ο 1993 εργαζόμουν στο Γ. Ν. Γ. Γεννηματάς. Καθημερινά έκανα την διαδρομή Av. Ηλιούπολη - κέντρο μέσω της περιφερειακής οδού. Περνώντας έβλεπα να ξεπροβάλλει από την γη και να ψηλώνει το νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Είχα ακούσει ότι θα είναι ένα μεγάλο και σύγχρονο γενικό νοσοκομείο, στο οποίο ευχόμουν να μπορούσα να εργασθώ.

Όταν το νοσοκομείο τελείωσε έμαθα ότι θα είναι ιδιωτικού δικαίου. Απογοητεύτηκα γιατί δεν θα μπορούσα να εργασθώ σε ένα τέτοιο νοσοκομείο και το έβγαλα από το μυαλό μου, μέχρι τον Αύγουστο του 1998 όταν η Τομεάρχισσα μου ζήτησε να της απαντήσω άμεσα εάν ήθελα να πάω με απόσπαση στο Ν. Παπαγεωργίου για έξη μήνες. Χωρίς καν να το σκεφτώ απάντησα θετικά και μέσα σε λίγες ημέρες με ενημέρωσαν ότι πρέπει να παρουσιασθώ στο Ν. Παπαγεωργίου. Την 4 Σε-

πτεμβρίου παρουσιάσθηκα στον κ. Χριστόπουλο. Το νοσοκομείο δεν λειτουργούσε αλλά σε μία εβδομάδα θα ξεκινούσε η πρώτη προκήρυξη για προσλήψεις προσωπικού. Το προσωπικό του Ιδρύματος Παπαγεωργίου καθώς και τα 10 άτομα που αποσπασθήκαμε από διάφορα νοσοκομεία θα δουλεύαμε για την διεκπεραίωση της προκήρυξης. Τους μήνες που ακολούθησαν, όποτε είχα χρόνο, περπατούσα μέσα στο άδειο νοσοκομείο προσπαθώντας να το φανταστώ γεμάτο ζωή και ασθενείς. Το κτήριο ήταν κατασκευασμένο με τις καλύτερες προδιαγραφές και στις αποθήκες υπήρχε ο πιο σύγχρονος εξοπλισμός που υπήρχε. Ζήλευα τους νοσηλευτές που θα είχαν την χαρά να δουλέψουν με τέτοιες συνθήκες.

Μια ομάδα 10-20 ατόμων δουλέψαμε εντατικά και ολοκληρώσαμε την προκήρυξη μέσα σε λίγους μήνες. Τον Μάιο μας ενημέρωσαν από τον ΑΣΕΠ ότι από τον Ιούνιο θα μπορούσαμε να καλέσουμε το νέο προσωπικό. Επιτέλους το νοσοκομείο θα ξεκινούσε να λειτουργεί. Η χαρά όλων μας ήταν απερίγραπτη και ιδιαίτερα του προσωπικού του Ιδρύματος οι οποίοι δούλεψαν εντατικά επί 10 χρόνια.

Πρώτη ανέλαβε καθήκοντα η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ. Χούτα την οποία είχα συναντήσει άλλη μία φορά όταν ήρθε να καταθέσει την αίτησή της για πρό-



**Χορωδία εργαζομένων 2000**

σληψη. Ένωθα μεγάλη τιμή που την παραλάμβανα. Μαζί γυρίσαμε όλα τα νοσηλευτικά τμήματα και εγκατασταθήκαμε στον χώρο της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στο γραφείο της Διευθύντριας.

Δεν θα ξεχάσω την ημέρα που καθόμασταν η μία απέναντι από την άλλη και αναρωτιόμασταν «Τώρα τι κάνουμε; Πώς πρέπει να λειτουργήσει το νοσοκομείο; Τι σχέδια έχει η Διοίκηση;» Αυτά τα ερωτηματικά τα μεταφέραμε στον Γενικό Διευθυντή κ. Χριστόπουλο ο οποίος μας απάντησε ότι ήμασταν ελεύθερες να λειτουργήσουμε όπως νομίζουμε, αρκεί να παρέχουμε ιδανικές συνθήκες νοσηλείας στους ασθενείς. Δύσκολο έργο, αλλά και πολύ μεγάλη πρόκληση για μας.

Η Διοίκηση μας ενημέρωσε ότι η έναρξη λειτουργίας του νοσοκομείου θα γίνει την 16 Αυγούστου, μία ιδιαίτερα δύσκολη εποχή καθώς τον Αύγουστο κλείνουν όλες σχεδόν οι εταιρείες στην Ελλάδα για διακοπές. Επειδή η φαρμακοποιός και οι υπάλληλοι του γραφείου προμηθειών δεν γνώριζαν από νοσοκομειακό υλικό, έπρεπε οι παραγγελίες φαρμάκων και υγειονομικού υλικού να γίνουν από εμάς. Μετά από ένα αγώνα δρόμου και ατελείωτες ώρες δουλειάς καταφέραμε να προλάβουμε τις εταιρείες ανοιχτές και να παραλάβουμε

στο παρά πέντε το απαραίτητο υλικό για να ξεκινήσουμε. Οι χώροι της αποθήκης υγειονομικού υλικού και του φαρμακείου ήταν γεμάτοι με τον εξοπλισμό των κλινικών(καρότσια, ντουλάπες, φορεία κ.λπ.). Όλο αυτό τον εξοπλισμό τον μοιράσαμε με τους νοσηλευτές στα τμήματα που ανήκε, για να μπορέσουν να αδειάσουν οι χώροι και να μπει το υλικό. Τα τμήματα που θα λειτουργούσαν ήταν η Μ.Ε.Κ, τα ΤΕΙ και το Ακτινολογικό. Οι Προϊστάμενοι παρέλαβαν τον εξοπλισμό, το απαραίτητο υλικό και τον ιματισμό του τμήματός τους και με το προσωπικό τους άρχισαν να ετοιμάζουν τα τμήματα. Την 16/08/1999 το νοσοκομείο άνοιξε τις πύλες του στο κοινό. Τα τμήματα άστραφταν από καθαριότητα και οι νοσηλευτές ήταν ντυμένοι με τις καινούργιες τους στολές, έτοιμοι να υποδεχθούν τους πρώτους ασθενείς. Ποτέ δεν θα ξεχάσω την χαρά και την συγκίνηση που είδα στο βλέμμα του Προέδρου κ. Παπαγεωργίου όταν πέρασε από τα τμήματα και είδε το προσωπικό να κυκλοφορεί με τις άσπρες του στολές και τους ασθενείς να επισκέπτονται τα ΤΕΙ, την Μ.Ε.Κ και το Ακτινολογικό.

Τους επόμενους 3 μήνες τα πράγματα βελτιώνονταν καθημερινά μέχρι τον Νοέμβριο του 1999, όταν

με απόφαση του Υπουργείου Υγείας θα μεταφέρονταν στο νοσοκομείο κλινικές, ιατροί και νοσηλευτές από τα άλλα νοσοκομεία της πόλης για να αναπτυχθούν οι κλινικές Β΄ Χ, Β΄ Π, ΝΕΥΡ, Β΄ ΚΑΡΔ, Β΄ ΟΡΘ. Την 25/11/1999 παρουσιάστηκαν στην Νοσηλευτική Υπηρεσία 120 νοσηλευτές, νοσοκόμοι και μεταφορείς ασθενών. Το μόνο που γνωρίζαμε ήταν τα ονόματά τους και το νοσοκομείο από το οποίο μετακινήθηκαν. Το προσωπικό αυτό έπρεπε να το γνωρίσουμε, να το αξιολογήσουμε και να το τοποθετήσουμε σε ένα τμήμα ανάλογα με τις επιθυμίες, τις γνώσεις και την εμπειρία που είχε. Δύσκολο έργο, αλλά πιο δύσκολη ήταν η αξιολόγηση και η τοποθέτηση των Προϊσταμένων. Με απόφαση του Β΄ ΠΕΣΥ η έναρξη της λειτουργίας των κλινικών που μεταφέρθηκαν καθώς και των Χειρουργείων, Αναισθησιολογικού, Αιμοδοσίας, Ανάνηψης, Αποστείρωσης και ΤΕΠ θα γινόταν στις 3/1/2000, δηλαδή μέσα σε ένα μήνα θα έπρεπε να εξοπλισθούν και να οργανωθούν όλα αυτά τα τμήματα. Θεωρώ ότι ο μήνας αυτός ήταν από τους πιο δύσκολους της ζωής μου, αλλά και ο πιο δημιουργικός. Οι ώρες της δουλειάς ήταν ατελείωτες, αλλά η λαχτάρα να αναπτυχθεί το νοσοκομείο μεγαλύτερη από κάθε κούραση. Ευτυχώς όλα ήταν έτοιμα στην ώρα τους. Για μένα, την Διευθύντρια αλλά και για όλους αυτούς που δούλεψαν μαζί μας, το να παίρνει ζωή το νοσοκομείο ήταν η μεγαλύτερη αμοιβή μας.

Στα δέκα χρόνια που πέρασαν έκανα πολλούς καινούργιους φίλους και συνεργάτες τους οποίους σέβομαι και αγαπώ. Θέλω να ευχαριστήσω τον Πρόεδρο κ. Παπαγεωργίου, τον Γεν. Διευθυντή κ. Χριστόπουλο και την Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ. Χούτα καθώς και όλους τους φίλους και συνεργάτες για την αγάπη και την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν όλα αυτά τα χρόνια, από τα οποία δεν θα άλλαζα ούτε μία μέρα, παρ' όλες τις δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετώπισα.



# Πνευμονολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Παπαγεωργίου

## ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Υπεύθυνος Ιατρού: **Σταύρος Βογιατζής**,  
Πνευμονολόγος



**ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ** Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος επί πέντε συνεχή έτη. Μέχρι σήμερα έχουν προσέλθει περίπου 2.000 καπνιστές βιώνοντας τα ευεργετικά οφέλη της παροχής υπηρεσιών και εφαρμογής μεθόδων του ιατρού. Τα άτομα που προσέρχονται στο ιατρείο προέρχονται από όλες τις ηλικίες.

Σε πρώτη φάση καθορίζεται μια συνάντηση όπου το άτομο υποβάλλεται σε έναν αδρό έλεγχο της αναπνευστικής του λειτουργίας, ενώ συμπληρώνει και ένα ειδικό ερωτηματολόγιο, στόχος του οποίου είναι να αναδείξει το βαθμό εξάρτησής του από το τσιγάρο και το βαθμό αποφασιστικότητας του να πετύχει.

Ακολουθεί συνήθως η χορήγηση κάποιας φαρμακευτικής αγωγής με σκοπό την πλήρη διακοπή του καπνίσματος, διότι είναι πλέον αποδεκτό ότι το κάπνισμα είναι εξάρτηση και ως εξάρτηση πρέπει να αντιμετωπισθεί.

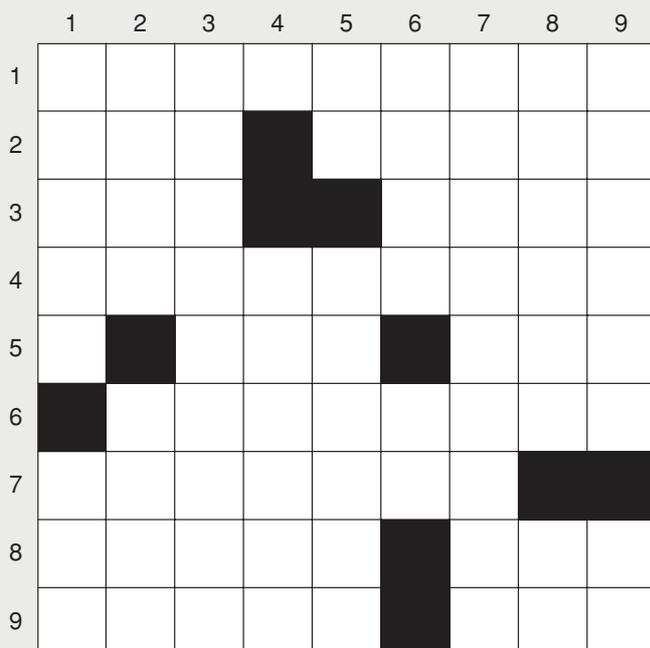
**Το ιατρείο λειτουργεί κάθε Τετάρτη και ώρες: 11:00 έως 13:30.**

Τηλέφωνο επικοινωνίας, 2310- 693.263



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

## ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΣΤΑΥΡΟΛΕΞΟ



**ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ:** 1) ΑΙΡΟΚΕΡΟΣ 2) ΝΕΟ, ΚΟΙΝΟ 3) ΟΡΝ, ΑΝΘ 4) ΝΗΟΝΟΛΟΓΟΥ 5) ΜΟΙ,ΚΚΕ 6) ΦΟΔΑΡ 7) ΜΑΤΑΔΟΡ 8) ΑΘΗΡ, ΝΑ 9) ΤΑΣΙΑ, ΣΗ 10) ΑΝΟΔΟΣ 11) ΑΝΟΔΟΣ 12) ΑΝΟΔΟΣ 13) ΑΝΟΔΟΣ 14) ΑΝΟΔΟΣ 15) ΑΝΟΔΟΣ 16) ΑΝΟΔΟΣ 17) ΑΝΟΔΟΣ 18) ΑΝΟΔΟΣ 19) ΑΝΟΔΟΣ 20) ΑΝΟΔΟΣ 21) ΑΝΟΔΟΣ 22) ΑΝΟΔΟΣ 23) ΑΝΟΔΟΣ 24) ΑΝΟΔΟΣ 25) ΑΝΟΔΟΣ 26) ΑΝΟΔΟΣ 27) ΑΝΟΔΟΣ 28) ΑΝΟΔΟΣ 29) ΑΝΟΔΟΣ 30) ΑΝΟΔΟΣ 31) ΑΝΟΔΟΣ 32) ΑΝΟΔΟΣ 33) ΑΝΟΔΟΣ 34) ΑΝΟΔΟΣ 35) ΑΝΟΔΟΣ 36) ΑΝΟΔΟΣ 37) ΑΝΟΔΟΣ 38) ΑΝΟΔΟΣ 39) ΑΝΟΔΟΣ 40) ΑΝΟΔΟΣ 41) ΑΝΟΔΟΣ 42) ΑΝΟΔΟΣ 43) ΑΝΟΔΟΣ 44) ΑΝΟΔΟΣ 45) ΑΝΟΔΟΣ 46) ΑΝΟΔΟΣ 47) ΑΝΟΔΟΣ 48) ΑΝΟΔΟΣ 49) ΑΝΟΔΟΣ 50) ΑΝΟΔΟΣ 51) ΑΝΟΔΟΣ 52) ΑΝΟΔΟΣ 53) ΑΝΟΔΟΣ 54) ΑΝΟΔΟΣ 55) ΑΝΟΔΟΣ 56) ΑΝΟΔΟΣ 57) ΑΝΟΔΟΣ 58) ΑΝΟΔΟΣ 59) ΑΝΟΔΟΣ 60) ΑΝΟΔΟΣ 61) ΑΝΟΔΟΣ 62) ΑΝΟΔΟΣ 63) ΑΝΟΔΟΣ 64) ΑΝΟΔΟΣ 65) ΑΝΟΔΟΣ 66) ΑΝΟΔΟΣ 67) ΑΝΟΔΟΣ 68) ΑΝΟΔΟΣ 69) ΑΝΟΔΟΣ 70) ΑΝΟΔΟΣ 71) ΑΝΟΔΟΣ 72) ΑΝΟΔΟΣ 73) ΑΝΟΔΟΣ 74) ΑΝΟΔΟΣ 75) ΑΝΟΔΟΣ 76) ΑΝΟΔΟΣ 77) ΑΝΟΔΟΣ 78) ΑΝΟΔΟΣ 79) ΑΝΟΔΟΣ 80) ΑΝΟΔΟΣ 81) ΑΝΟΔΟΣ 82) ΑΝΟΔΟΣ 83) ΑΝΟΔΟΣ 84) ΑΝΟΔΟΣ 85) ΑΝΟΔΟΣ 86) ΑΝΟΔΟΣ 87) ΑΝΟΔΟΣ 88) ΑΝΟΔΟΣ 89) ΑΝΟΔΟΣ 90) ΑΝΟΔΟΣ 91) ΑΝΟΔΟΣ 92) ΑΝΟΔΟΣ 93) ΑΝΟΔΟΣ 94) ΑΝΟΔΟΣ 95) ΑΝΟΔΟΣ 96) ΑΝΟΔΟΣ 97) ΑΝΟΔΟΣ 98) ΑΝΟΔΟΣ 99) ΑΝΟΔΟΣ 100) ΑΝΟΔΟΣ

### ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ

1. Ζώδιο της γης
2. α) Διαδίδεται από στόμα σε στόμα  
β) Είδος κατόπτρου (αντιστρ.)
3. α) Μισή όρνιθα  
β) Συνηθισμένο δώρο (πληθ.)
4. Σε αυτό καταγράφονται τα πλοία κάθε λιμένα (γεν. αντιστρ.)
5. α) Πρόεδρος της Κένυας  
β) Αρχικά πολιτικού κόμματος
6. Φοβισιάρης
7. Παλιά ταινία του Αλμοδοβάρ
8. α) Είδος σταφυλιού για λευκό κρασί  
β) Είδος ποιήματος
9. α) Υποκοριστικό γυναικείου ονόματος  
β) Μεταξοσκώληκας (καθαρ.)

### ΚΑΘΕΤΑ

1. α) Υστερεί σε βασικό τομέα (καθαρ.)  
β) Με αυτό τελειώνει συνήθως μια παρτίδα σκακιού
2. α) Ένα κόκκαλο του σκελετού μας  
β) Σ' αυτή πεθαίνουν οι μπατίρηδες
3. Προστάτιδά της ήταν και η Ειλειθυία (καθαρ.)
4. Είδος ψαριού
5. α) Διαθέτουν τα περισσότερα κόμματα της Βουλής (αρχικά)  
β) Ανήκει στα έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας (αντιστρ.)
6. α) Ξένη αεροπορική εταιρεία  
β) Μισή... εγκυκλοπαίδεια
7. Ζώο της Αφρικής και της Ασίας
8. α) Ανήκει στα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας  
β) Μόριο της καθαρεύουσας
9. α) Πολλές στα κάμπινγκ  
β) Σύμβολο ιπποδύναμης



# 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
- 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 Εκκρίματων  
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 ΑΠΟ**

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΄  
ΕΥΦΡΟΣΙΑ ΤΣΙΩΤΣΙΑ

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



**1 ΙΟΥΛΙΟΥ 2009**

**Παίρνουμε τη ζωή στα χέρια μας**



## Τώρα η πρόληψη και ο σεβασμός των δικαιωμάτων μας είναι νόμος.

### **Προστατεύουμε το βασικό μας δικαίωμα για ένα εργασιακό περιβάλλον ελεύθερο από καπνό.**

Το κάπνισμα είναι πλέον παρελθόν όσον αφορά τα νοσοκομεία, σχολεία, πανεπιστήμια, μαζικά μέσα μεταφοράς, ακτοπλοΐα, δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους εργασίας.

### **Αξιοποιούμε τη διεθνή εμπειρία.**

#### **Σεβόμαστε την επιλογή των καπνιστών.**

Κέντρα εστίασης, ψυχαγωγίας και διασκέδασης κάτω των 70τ.μ. μπορούν να επιλέξουν και να το δηλώσουν στους δήμους, εάν θα είναι αποκλειστικά καπνιστικά ή μη.

### **Βάζουμε τέρμα στο παθητικό κάπνισμα σε όλους τους χώρους διασκέδασης και ψυχαγωγίας.**

Τα καταστήματα άνω των 70τ.μ. που επιθυμούν να ιαμορφώσουν ειδικούς χώρους για καπνιστές είναι υποχρεωμένα να τα διαχωρίσουν από τον υπόλοιπο χώρο και να ανταποκριθούν σε αυστηρές προδιαγραφές για τη λειτουργία των ειδικών αυτών χώρων.

Μέχρι να αποκτηθούν οι άδειες για τη λειτουργία των ειδικών χώρων για καπνιστές ισχύει η καθολική απαγόρευση.

### **Προασπίζουμε τη ζωή των παιδιών μας.**

Απαγορεύεται η υπαίθρια διαφήμιση των τσιγάρων και η πώληση προϊόντων καπνού και αλκοόλ σε παιδιά και νέους κάτω των 18 ετών. Απαγορεύεται η είσοδος σε άτομα κάτω των 18 ετών σε χώρους διασκέδασης και ψυχαγωγίας όπου καταναλώνεται αλκοόλ.

Γραμμή ενημέρωσης και υποστήριξης: **1142** [www.smokestop.gov.gr](http://www.smokestop.gov.gr)



Για να ζεις  
ξέγνοιαστα...



ΚΑΤΑΘΕΤΙΚΟΣ  
ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ



ΥΓΕΙΑ &  
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

© 18 2 18 • www.piraeusbank.gr • 900 καταστήματα

...η Τράπεζα Πειραιώς στηρίζει την υγεία της οικογένειάς σου και το εισόδημά σου από την εργασία.

## Καταθετικός Λογαριασμός ΥΓΕΙΑ & ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

σε συνεργασία με:  ΟΜΙΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΛΟΓΙΣΤΗ

 EUROMEDICA

Με **110€** ετησίως εξασφαλίζεις για όλα τα μέλη της οικογένειάς:

- δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις
- δωρεάν ετήσιο check up
- πανελλαδική 24ωρη ιατρική κάλυψη με δίκτυο 1.000 ιατρών

και, με επιπλέον κόστος από **45€** ετησίως, εξασφαλίζεις μηνιαία αποζημίωση για 6 μήνες, ίση με το 30% του καθαρού μηνιαίου εισοδήματος, σε περίπτωση απώλειας εργασίας.

Στα οικογενειακά προγράμματα συμμετέχουν παιδιά έως 16 ετών. Περισσότερες πληροφορίες στο κατάστημα της Τράπεζας Πειραιώς.

 ΤΡΑΠΕΖΑ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Η Τράπεζα με τη δική σου έννοια



# ΠΡΟΣΟΧΗ

**Αν ταξιδεύετε προς προσβεβλημένες περιοχές με επιβεβαιωμένη συνεχή μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο της γρίπης από το νέο ιό A(H1N1), για να προστατευτείτε συστήνεται:**

- Σχολαστική τήρηση των μέτρων ατομικής υγιεινής όπως:
  - > προσεκτικό πλύσιμο χεριών με ζεστό νερό και σαπούνι ή καθαρισμός των χεριών με αλκοολούχο διάλυμα
  - > κάλυψη του στόματος και της μύτης με χαρτομάντηλο κατά την διάρκεια του βήχα και του φτερνίσματος και 
  - > αποφυγή επαφής των χεριών με το στόμα, τη μύτη και τα μάτια και χειραψίας για πρόληψη διασποράς μικροβίων.
- Αποφυγή επαφής με ασθενείς που έχουν συμπτώματα λοίμωξης του αναπνευστικού.
- Αποφυγή συνωστισμού.
- Σε περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων γρίπης αναζητήσετε άμεσα ιατρική βοήθεια και να αναβάλετε την επιστροφή σας μέχρι να γίνετε καλά.

**Αν εντός 7 ημερών από την επιστροφή σας παρουσιάσετε:**

- πυρετό πάνω από 38 °C
- βήχα, πόνο στο λαιμό, μυαλγία, κεφαλαλγία, ρινική καταρροή, δύσπνοια

θα πρέπει να παραμείνετε στο σπίτι σας και να επικοινωνήσετε άμεσα με το

**Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ)  
στα τηλέφωνα: 210-5212054, 210-5222339.**