

# Κυρίαρχο πρόβλημα οι ελλείψεις ιατρών και πόρων για το ΓΝΛ

Πηγή: ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΗΣ ΛΑΡΙΣΣΑΣ Σελ.: 1,4

Ημερομηνία έκδοσης: 09-03-2019

Επιφάνεια: 423.66 cm<sup>2</sup>     Αρθρογράφος:

Κυκλοφορία: 0

Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ



Τα προβλήματα της υποχρηματοδότησης και της υποστελέχωσης κυριάρχησαν στην πρώτη συνάντηση του νεοεκλεγέντος Δ.Σ. της Ένωσης Ιατρών Νοσοκομείων Κέντρων Υγείας Λάρισας (ΕΙΝΚΥΛ) με τον Διοικητή του ΓΝΛ-ΠΓΝΛ, Παν. Νάνο και τον αναπληρωτή Διοικητή, Δημ. Λιόλιο.

Μια συνάντηση που, όπως σημειώνεται σε ανακοίνωση της ΕΙΝΚΥΛ, «μόνο εθιμοτυπική συνάντηση γνωριμίας δεν ήταν. Ήταν ουσιαστική συνεδρίαση διεκδίκησης της επίλυσης των επιτακτικών αναγκών, που προκύπτουν από την υποστελέχωση αρκετών Τμημάτων του ΓΝ Λάρισας, και απαιτούν επιτακτικά άμεση λύση για τη συνέχιση της ομαλής και ασφαλούς λειτουργίας του Νοσοκομείου.

Ο νεοεκλεγείς Πρόεδρος του ΔΣ της ΕΙΝΚΥΛ κ. Νταφούλης αφού υπογράμμισε την υποχρηματοδότηση του ΓΝΛ για το τρέχον έτος με 1,5 εκατ. ευρώ λιγότερα από το 2018, ζήτησε την άμεση και επιτακτική επίλυση της υποστελέχωσης Τμημάτων και Μονάδων, όπως τα: Ακτινολογικό, Ορθοπαιδικό, Γυναικολογικό, Παιδοχειρουργικό, Παθολογικό, Μονάδα Αιμοκάθαρσης και Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας και Εντατικής Θεραπείας κ.ά. Κάλεσε τη Διοίκηση να δεσμευθεί εγγράφως με συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα για την αντιμετώπισή τους. Λύση θα ήταν η άμεση προκήρυξη όλων των κενών οργανικών θέσεων ειδικών ιατρών πλήρους και αποκλει-



## Κυρίαρχο πρόβλημα οι ελλείψεις ιατρών και πόρων για το ΓΝΛ

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ ΓΙΑΤΡΩΝ ΤΗΣ ΕΙΝΚΥΛ ΣΤΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

στικές απασχόλησης, με παράλληλη μεταβατική κάλυψη των άμεσων αναγκών με επικουρικούς ειδικούς ιατρούς (πρόσληψη νέων ή μη απόλυση των ήδη υπηρετούντων).

Η μη εύρεση λύσεων εγκαίρως υποχρεώνει την Ένωση να καταφύγει σε αγωνιστική διεκδίκηση των αυτονότων, με όσα μέσα πάλης διαθέτει. Σε απάντηση ο Διοικητής του ΓΝΛ-ΠΓΝΛ ανέλυσε την υπάρχουσα κατάσταση στο πλαίσιο αφ' ενός μεν του δεδομένου συρρικνωμένου προϋπολογισμού του ΓΝΛ για το 2019, αφ' ετέρου δε της υποχρέωσης χρηματοδότησης της μισθοδοσίας των επικουρικών ιατρών από ίδια έσοδα του Νοσοκομείου, τα οποία όμως -όπως υποστήριξε- δεν επαρκούν.

Στη συνεδρίαση συμμετείχαν εκτός των μελών του ΔΣ της ΕΙΝΚΥΛ και Διευθυντές Τμημάτων, κυρίως εκείνων με τα άμεσα προβλήματα λειτουργικής επάρκειας και κάλυψης των εφημεριών.

Εθίγησαν επίσης στη συνεδρίαση και άλλα φλέγοντα θέματα, που αφορούν στις ξενοδοχειακές υποδομές, στην καθαριότητα και στις ανάγκες ιατροτεχνολογικής αναβάθμισης του ΓΝΛ. Σε αναμονή της κατάθεσης από την Διοίκηση δεσμευτικού χρονοδιαγράμματος για την αντιμετώπιση της υποστελέχωσης του Νοσοκομείου, η ΕΙΝΚΥΛ τελεί σε αγωνιστική ετοιμότητα διεκδίκησης» καταλήγει η ανακοίνωση.



## Τα ΕΛΠΕ ενισχύουν την υγεία

**ΜΕΙΑΤΡΙΚΟ** εξοπλισμό ενισχύθηκαν το **Κέντρο Υγείας** Ιθάκης και το **Κέντρο Υγείας** Σάμης Κεφαλληνίας από τον όμιλο Ελληνικά Πετρέλαια (ΕΛΠΕ). Πρόκειται για δύο δράσεις που υλοποιούν τα ΕΛΠΕ στο πλαίσιο του προγράμματος Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης «360ο Ενέργειες», με στόχο τη βιώσιμη ανάπτυξη. Στόχος του ομίλου είναι η προώθηση και διασφάλιση της υγιούς ζωής και ευημερίας και η βελτίωση των συνθηκών και της ποιότητας ζωής των κατοίκων όλων των ηλικιών, δίνοντας έμφαση σε όσους βρίσκονται σε περιοχές απομακρυσμένες από τα μεγάλα αστικά **κέντρα**.

Συγκεκριμένα, στο **Κέντρο Υγείας** Ιθάκης στο Βαθύ παραδόθηκαν ένα ηλεκτρικό χειρουργικό τραπέζι για διενέργεια επεμβάσεων, δύο ηλεκτρικές κλίνες για τη νοσηλεία ασθενών, ένας φορητός αναπνευστήρας για τη μεταφορά διασωληνωμένων, δύο αντλίες χορήγησης φαρμάκων και ένας ηλεκτροκαρδιογράφος. Το **Κέντρο Υγεί-**

ας Ιθάκης εξυπηρετεί περισσότερα από 10.000 περιστατικά τον χρόνο.

Αντιστοίχως, εκπρόσωποι του Ομίλου Ελληνικά Πετρέλαια παρέδωσαν ιατρικό εξοπλισμό στο **Κέντρο Υγείας** Σάμης στην Κεφαλονιά. Συγκεκριμένα, παραδόθηκαν ένας αυτόματος εξωτερικός απινιδωτής, ένας φορητός υπέρηχος, δύο κεφαλές υπερήχου και μία φορητή συσκευή αναρρόφησης.

Στη βαρύτητα που δίνουν τα ΕΛΠΕ για την υλοποίηση δράσεων που εξασφαλίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε απομακρυσμένες περιοχές, εστιάζοντας ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη των νησιών, αναφέρθηκε η διευθύντρια Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης του Ομίλου, Ράνια Σουλάκη. «Στόχος του ομίλου είναι να συνεχίσει με ανάλογες δράσεις σε όλη την περιφέρεια, ενισχύοντας τις ευπαθείς ομάδες της ελληνικής κοινωνίας», τόνισε.

# Αύξηση στα περιστατικά με σχολική και οικογενειακή βία

Πηγή:	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	Σελ.:	15	Ημερομηνία έκδοσης:	09-03-2019
Επιφάνεια:	671.65 cm <sup>2</sup>	Αρθρογράφος:		Κυκλοφορία:	0
Θέματα:	ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ				



• ΣΕ ΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟΝΙΣΤΗΚΕ Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΡΜΟΔΙΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΚΑΙ ΘΕΣΜΩΝ

## Αύξηση στα περιστατικά με σχολική και οικογενειακή βία

*Αύξηση παρουσιάζουν τα περιστατικά βίας σε μαθητές είτε στο σχολείο είτε στην οικογένεια, εξέλιξη που καθιστά αναγκαία τη συνεργασία των αρμόδιων φορέων και θεσμών. Για το θέμα αυτό πραγματοποιήθηκε χθες ενδιαφέρουσα ημερίδα στο ΤΕΕ Μαγνησίας, όπου μίλησαν δικαστικοί, νομικοί, εκπαιδευτικοί και εκπρόσωποι και άλλων αρμόδιων φορέων.*

ΡΕΠΟΡΤΑΖ  
ΦΩΤΗΣ ΣΠΑΝΟΣ

Η πρωτοποριακή αυτή εκδήλωση διοργανώθηκε από τις Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Μαγνησίας μαζί με το Κέντρο Εκπαιδευτικής και Συμβουλευτικής (ΚΕΣΥ).

Τόσο οι δικαστικοί και νομικοί, όσο και οι εκπαιδευτικοί παρουσίασαν τις δικές τους εμπειρίες και τα περιστατικά με σχολική και οικογενειακή βία σε παιδιά συζητώντας τρόπους καλύτερης αντιμετώπισης.

Ο διευθυντής της Διεύθυνσης Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Μαγνησίας κ. Σωκράτης Σαβελίδης τόνισε πως «στην εποχή μας έχουν αυξηθεί σημαντικά τα περιστατικά βίας σε μαθητές που οι αιτίες είναι εξωγενείς, δηλαδή δεν προέρχονται μέσα από το σχολείο και εκπορεύεται κυρίως από τις οικογένειες. Αυτή η βία δεν μπορεί να ελεγχθεί από τους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι βλέπουν τα αποτελέσματα στους μαθητές τους. Και οι συνέπειες αυτές δεν είναι άλλες από την ψυχολογική κατάρρευση, την πτώση της σχολικής επίδοσης, την υποβάθμιση της κοινωνικοποίησης. Αυτή η βία μπορεί να είναι και διαδίκτυακή. Δικαστικοί, νομικοί, αστυνομικές αρχές παρουσίασαν στους εκπαιδευτικούς και τους διευθυντές τις δυνατότητες για να ανταποκριθούν με τον καλύτερο δυνατόν τρόπο προς όφελος των μαθητών. Και ακούστηκαν πρωτόγνωρα πράγματα ακόμη και για τους παλιούς καθηγητές».



### Τρία επίπεδα διαχείρισης

Ο ίδιος ανέφερε πως «τρία είναι τα επίπεδα διαχείρισης των περιστατικών βίας σε μαθητές και παιδιά. Η πρώτη είναι εντός του σχολείου. Η δεύτερη δυνατότητα σχετίζεται με την πρόληψη και εκεί υπεισέρχονται κοινωνικοί φορείς που είναι γύρω από την εκπαίδευση, όπως το ΚΕΘΕΑ, η Πρόταση Ζωής. Όταν όμως η σύγκρουση είναι σφοδρότατη και προέρχεται κυρίως από πηγές εκτός του σχολείου, τότε πρέπει να επιληφθούν οι αρμόδιες αστυνομικές, δικαστικές και εισαγγελικές αρχές. Οι εκπαιδευτικοί βγήκαν πολύ πλούσιοι στις γνώσεις από την ημερίδα. Το ζήτημα είναι πως αυξάνονται τα περιστατικά βίας σε μαθητές εντός και εκτός του σχολείου λόγω της οικονομικής κρίσης και της πτώσης των θεσμών, όπως είναι η οικογένεια».

Από το ΚΕΣΥ Μαγνησίας ο κ. Αντώνης Πλαγεράς επισήμανε πως «αυτό που φάνηκε από τη χθεσινή ημερίδα είναι η διάθεση φορέων και θεσμών για να βρεθούν λύσεις στην αντιμετώπιση δύσκολων περιστατικών και καταστάσεων. Έτσι ο εκπαιδευτικός δεν θα φοβάται αν θα πάρει μια πρωτοβουλία για ένα περιστατικό».

Ο αντιπρόεδρος του Δικηγορικού Συλλόγου Βόλου κ. Γιώργος Αθανασάκης τόνισε πως «παρότι εμείς δεν συμμετέχουμε ευθέως στο εκπαιδευτικό έργο,

θελήσαμε να βάλουμε στη συζήτηση τρόπους που να συνδράμουν στο μέλλον για τον περιορισμό της βίας στο σχολείο και την οικογένεια».

Η ψυχολόγος και επιστημονικά υπεύθυνη στην Πρόταση Ζωής κ. Ζωή Γώγου ανέφερε πως «είναι δικαιώματα των παιδιών η ασφάλεια και η ηρεμία τους και οι ενήλικες πρέπει να τα διασφαλίσουν». Η υπεύθυνη της Μονάδας Πρόληψης και Έγκαιρης Παρέμβασης του ΚΕΘΕΑ Πιλότος κ. Κλαίρη Κουτρούλη τόνισε πως «η βία στους μαθητές είναι κυκλική και αποτελεί παλυπαράγοντικό, διασταζικό φαινόμενο, γι' αυτό και χρειάζεται λεπτούς χειρισμούς από μια διεπιστημονική ομάδα».

Ενδιαφέρουσες επισημάνσεις έκανε στην εκδήλωση και ο πρόεδρος Πρωτοδικών κ. Κωνσταντίνος Μαρτίνος.

Ειδικότερα τόνισε ότι στη δικαιοσύνη φθάνουν κάθε χρόνο τουλάχιστον τρία με τέσσερα περιστατικά από όλη τη Θεσσαλία, κυρίως σε ό,τι αφορά βία που έχει ασκηθεί σε ανήλικα παιδιά και είναι δύσκολο να συγκεντρωθεί αποδεικτικό υλικό.

### Ανψυχτικές διαστάσεις

Η αρμόδια για θέματα ανηλίκων στην Εισαγγελία του Βόλου, αντιεισαγγελέας κ. Μαρία-Σοφία Βαΐτση συνέσπασε στους εκπαιδευτικούς πως σε περίπτωση που παρατηρήσουν κάποιο περιστατικό

βίας, θα πρέπει με κατάλληλους χειρισμούς να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των μαθητών, ώστε να έχουν τη διορατικότητα και την παρατηρητικότητα για να διαπιστώσουν τις αλλαγές στη συμπεριφορά των μαθητών που υφίστανται βία.

Επίσης η κ. Βαΐτση τους συνέσπασε να έχουν τη γενική εποπτεία του σχολείου, να κάνουν σωστή επιτήρηση στον χώρο και να δρουν κατασταλτικά, όταν διαπιστώσουν κάτι επιλήψιμο.

Παράλληλα θα πρέπει οι εκπαιδευτικοί, σύμφωνα με την αντιεισαγγελέα, σε περίπτωση εμφάνισης περιστατικού βίας να απευθύνονται σε ειδικούς φορείς, όπως είναι το Χαμόγελο του Παιδιού και η Γραμμή Ζωής, αλλά και να κάνουν κρούση στην αστυνομία και τον εισαγγελέα υπηρεσίας, για να τους δώσουν μια κατευθυντήρια γραμμή για το πώς θα πρέπει να δράσουν.

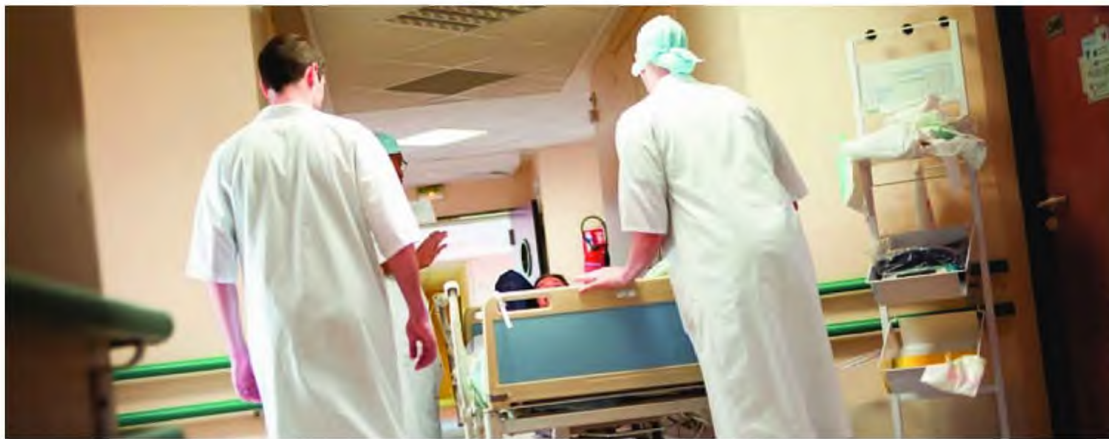
Ακόμη τους κάλεσε να μη φοβούνται να καταγγείλουν στις υπηρεσίες τέτοια περιστατικά θεωρώντας ότι θα μπλέξουν, αφού υπάρχουν οι ασφαλιστικές δικλίδες, ώστε να είναι καλυμμένοι.

Κατέληξε δε λέγοντας πως «καθώς το φαινόμενο του ενδοσχολικού εκφοβισμού και της υποκρυπτόμενης σε αυτό, τις περισσότερες φορές, ενδοοικογενειακής βίας, έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις και έχει γίνει πολύ επικίνδυνο πλέον, θα πρέπει όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς, εκπαιδευτικοί, σύλλογοι διδασκόντων των σχολικών μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, σύλλογοι γονέων και κηδεμόνων, και ευαισθητοποιημένοι φορείς συμβουλευτικής υποστήριξης σε θέματα ενδοσχολικού εκφοβισμού και ενδοοικογενειακής βίας, σε αμοιβαία συνεργασία με τις αστυνομικές και εισαγγελικές αρχές, να επιδιώξουμε «μηδενική ανοχή» στο νοσηρό για το μέλλον της ίδιας της κοινωνίας μας αυτό φαινόμενο και με τη διαρκή ενημέρωση και πρόληψη για την αντιμετώπιση του φαινομένου να φροντίσουμε, στο μέτρο των δυνατοτήτων μας, ώστε κανένα παιδί να μην πέσει θύμα αυτής της νοσηρής συμπεριφοράς. Και να μην ξεχνάμε, σήμερα μπορεί να είναι το παιδί κάποιου άλλου που έχει την ανάγκη μας, ίσως όμως αύριο στη θέση του να βρίσκεται το δικό μας παιδί, το δικό μας εγγόνι. Ας φροντίσουμε λοιπόν να εξουδετερώσουμε το «τέρας» του ενδοσχολικού εκφοβισμού πριν χτυπήσει και τη δική μας πόρτα».



## ΘΥΕΛΛΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ

ΜΑ / ΚΥΡΙΑΚΗ 10 ΜΑΡΤΙΟΥ 2019



# Κόβουν τους πανεπιστημιακούς γιατρούς από τις ιδιωτικές κλινικές

Αναβρασμό προκαλεί η απαγόρευση της παράλληλης εργασίας των καθηγητών Ιατρικής σε κλινικές, πανεπιστημιακές ή μη, του ΕΣΥ και σε ιδιωτικές κλινικές - Ενα χρόνιο θέμα που αφορά τις εργασιακές σχέσεις των γιατρών

**Αναταράξεις σε πολλά επίπεδα στον χώρο της υγείας προκαλεί η απαγόρευση από το υπουργείο Υγείας στους πανεπιστημιακούς γιατρούς του ΕΣΥ να απασχολούνται σε ιδιωτικές κλινικές με την παράλληλη πρόβλεψη ασθενών.**



tns Panayiotas Karlatira  
totakarlaira@gmail.com

**Π**ανεπιστημιακοί και νοσοκομειακοί γιατροί, αλλά και ιδιοκτήτες ιδιωτικών κλινικών βρίσκονται σε αναβρασμό: οι μεν πρώτοι διότι θεωρούν ότι δεν είναι ίση η μεταχείριση των καθηγητών Ιατρικής σε σχέση με εκείνη των πανεπιστημιακών καθηγητών άλλων σχολών που ασκούν ελεύθερα την επαγγελματική τους δραστηριότητα, οι δε νοσοκομειακοί γιατροί γιατί θεωρούν πως το «προνόμιο» που δίνεται στους πανεπιστημιακούς να εργάζονται ιδιωτικά αποτελεί εργασιακή αδικία σε βάρος τους. Επίσης, οι εκπρόσωποι των ιδιωτικών κλινικών διότι επαναδραματολογούν τις επαγγελματικές συνεργασίες τους, επιλέγοντας αναγκαστικά καθηγητές Ιατρικής εν ενεργεία τις αλλοδαπής για να διατηρήσουν ή και να αυξήσουν τις εισοδήσεις ασθενών και εσόδων.

Η απαγόρευση της παράλληλης εργασίας των καθηγητών Ιατρικής σε κλινικές, πανεπιστημιακές ή μη, του ΕΣΥ και σε ιδιωτικές κλινικές -ένα ακανθώδες και χρόνιο θέμα που αφορά στην ουσία τις διαφορετικές εργασιακές σχέσεις των ιατρών εντός του ΕΣΥ- ψηφίστηκε την περασμένη Πέμπτη στη Βουλή.

Συγκεκριμένα, μέσα στις διατάξεις του νόμου για τον εκσυγχρονισμό του πλαισίου των ιδιωτικών κλινικών (άρθρο 21, παράγραφος 3) ενεργοποιείται το άρθρο 11 του νόμου 2889/2001 (γνωστός ως νόμος Αλέκου Παπαδόπουλου), το οποίο θεσπίζει πλήρη και αποκλειστική απασχόληση για τα μέλη Διδακτικού Ερευνητικού Προ-

σωπικού (ΔΕΠ) των Ιατρικών Σχολών. Στη συνέχεια ορίζεται ότι οι ιδιωτικές κλινικές που απασχολούν με οποιαδήποτε σχέση εργασίας πανεπιστημιακούς ή γιατρούς ΕΣΥ θα έχουν οικονομικές και διοικητικές κυρώσεις: πρόστιμο ύψους 70.000 ευρώ αρχικά, και σε περίπτωση υποτροπής αφαίρεση της άδειας της κλινικής. Η διάταξη αναφέρεται και σε γιατρούς ΕΣΥ, ωστόσο είναι κοινός τόπος πως συντάχθηκε «στοχευμένα» στους πανεπιστημιακούς γιατρούς που απασχολούνται ατύπως σε ιδιωτικές μονάδες υγείας.

Το θέμα της κατάργησης του «προνόμιου», όπως έχει χαρακτηριστεί η δυνατότητα των πανεπιστημιακών να εργάζονται και εκτός του συστήματος δημόσιας υγείας -όπως και οι στρατιωτικοί γιατροί ή οι γιατροί των πρώην νοσοκομείων του ΙΚΑ παλαιότερα-, χρονολογείται από το 2001. Ο τότε **υπουργός Υγείας Αλέκος Παπαδόπουλος** δήλωσε κατηγορηματικά ότι «το ανήθικο *προνόμιο των πανεπιστημιακών θα πρέπει να τελειώσει οριστικά*», αλλά το σχετικό Προεδρικό Διάταγμα σε εφαρμογή του νόμου δεν εκδόθηκε ποτέ. Το 2011, επί υπουργίας **Ανδρέα Λοβέρδου**, δόθηκε στους πανεπιστημιακούς η δυνατότητα να διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία υπό τον όρο να συμμετέχουν στα απογευματινά ιατρεία του ΕΣΥ.

Σε αυτή τη συγκυρία τα ιδιωτικά ιατρεία των πανεπιστημιακών φαίνεται να παραμένουν ανέπαφα. Ουσιαστικά, όλο αυτό το διάστημα η μάχη για την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση δεν έχει σταματήσει. Οι νοσοκομειακοί γιατροί πιέζουν για κατάργηση του «προνόμιου» καθώς συνέδεσαν το έργο των πανεπιστημιακών στο ΕΣΥ με την κίνηση των ασθενών προς τις ιδιωτικές κλινικές και εκπροσώπων σχετικές πρωτοβουλίες του υπουργείου Υγείας ζητώντας «*την άμεση καθήρεση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για όλους τους γιατρούς που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία*». Το ίδιο σθεναρά διεκδικούσαν και οι πανεπιστημιακοί γιατροί τη διατήρηση της δυνατότητας τους για άσκηση ιδιωτικού έργου, εκ παραλλήλου με εκείνο στο ΕΣΥ.

Η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των πανεπιστημιακών γιατρών, όπως εκφράζεται τώρα με την «απο-

μάκρυνση» τους από τις ιδιωτικές κλινικές, αποτελούσε προεκλογική θέση του ΣΥΡΙΖΑ, η οποία βεβαίως τα τελευταία τέσσερα χρόνια που βρίσκεται στην εξουσία είχε ατονήσει.

Εκπρόσωποι των ιδιωτικών κλινικών, πάντως, υποστηρίζουν ότι η νέα διάταξη δεν αλλάζει δραστηρικά τη λειτουργία τους διότι διέβλεψαν τις προθέσεις της ηγεσίας του υπουργείου Υγείας αναφορικά με την παράλληλη απασχόληση πανεπιστημιακών γιατρών.

Έτσι, στόχευαν σε συνεργασίες με ομότιμους Έλληνες καθηγητές ή με καθηγητές από πανεπιστήμια της αλλοδαπής για να ενισχύσουν τη φήμη τους και τα καλά αποτελέσματά τους. Επιμένουν δε πως επιχειρείται με άσολο τρόπο η διεύθεση ενός χρονίζοντος ζητήματος και πως με αυτό τον τρόπο στερούνται οι Έλληνες ασθενείς έγκριτους πανεπιστημιακούς γιατρούς στον ιδιωτικό τομέα, χωρίς βεβαίως να μπορεί να αποδειχθεί ότι το «φρένο» στο ιδιωτικό έργο των πανεπιστημιακών θα οδηγήσει σε «γκάζ» των αντίστοιχων υπηρεσιών εντός του ΕΣΥ.

«*Η Σύγκλητος του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών ζητεί πλήρη αλλά όχι αποκλειστική απασχόληση των μελών ΔΕΠ της Ιατρικής. Ζητεί την εξομολόγηση της απασχόλησης των μελών ΔΕΠ της Ιατρικής Σχολής με τα μέλη ΔΕΠ των άλλων σχολών και τμημάτων*», λέει στο «**ΘΕΜΑ**» ο πρόεδρος του ΕΚΠΑ **Αθανάσιος Μελέτιος Δημόπουλος**, προσθέτοντας ότι «*ενώ όλοι οι πανεπιστημιακοί καθηγητές έχουν τη δυνατότητα να ασκούν ελεύθερα επαγγελματικές δραστηριότητες εφόσον καλύπτουν τις ακαδημαϊκές τους υποχρεώσεις, η κυβέρνηση αφαιρεί τη δυνατότητα αυτή μόνο από τους πανεπιστημιακούς γιατρούς*».

Το θέμα θα ενταχθεί στην ημερήσια διάταξη της Συνόδου Πρυτάνεων που θα πραγματοποιηθεί στην Κρήτη την επόμενη εβδομάδα. Από την άλλη πλευρά, οι νοσοκομειακοί γιατροί χαιρετίζουν -για πρώτη φορά- απόφαση της τριτοβάθμιας ηγεσίας του υπουργείου Υγείας, αν και διατηρούν τις επιφυλάξεις τους για το αν θα εφαρμοστούν πραγματικά οι *έλεγχοι* και οι κυρώσεις.

# Σύγχρονη χειρουργική αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου

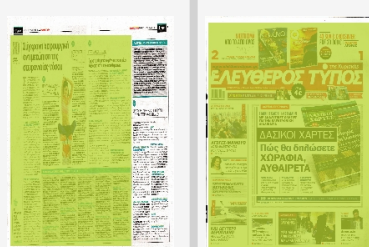
Πηγή: **ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ Σελ.: 64**  
ΚΥΡΙΑΚΗΣ

Επιφάνεια: **1855.39 cm<sup>2</sup>** **Αρθρογράφος:**

Θέματα: **ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**

Ημερομηνία **09-03-2019**  
έκδοσης:

Κυκλοφορία: **12000**



## Σύγχρονη χειρουργική αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου

Στις πιο απλές περιπτώσεις στενώσεων αγγείων η θεραπεία επιτυγχάνεται συνήθως με φάρμακα ή με την πιο «φιλικά» επεμβατική μέθοδο, την αγγειοπλαστική (το γνωστό μέσο μπαλονάκι και την τοποθέτηση stent). Όμως, σε σοβαρότερες περιπτώσεις, όπου έχουμε πολλές αρτηρίες αποφραγμένες, δεν αρκεί η φαρμακευτική αγωγή ή η αγγειοπλαστική, αλλά χρειάζεται χειρουργείο και επίμβαση by pass.

Το χειρουργείο είναι, πλέον, υπόθετο ρουτίνας και γίνεται με μικρή τομή στο στήθος, όπου παρακάμπτονται (by pass) οι στενώσεις των στεφανιαίων αρτηριών με αρτηριακά και φλεβικά μοσχεύματα από τον ίδιο τον οργανισμό του ασθενούς.

**BY PASS: Ο ΧΡΥΣΟΣ ΚΑΝΟΝΑΣ ΤΗΣ «ΔΥΣΚΟΛΗΣ» ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ**  
Καθοριστικές σημάδια είναι η επίσχυση του κατάλληλου μοσχεύματος (από αρτηρία ή από φλέβα) που θα χρησιμοποιηθεί για να γίνει η παράκαμψη της στενώσεως. Οι αρτηρίες που χρησιμοποιούνται για την επαναμόρφωση είναι η αρτηρία έδω μαστική αρτηρία, η βελιά έδω μαστική αρτηρία και η κερκιδική αρτηρία. Οι μαστικές αρτηρίες βρίσκονται στο θωρακικό τόξωμα και παρασκευάζονται με εύκολο τρόπο. Οι κερκιδικές αρτηρίες βρίσκονται στον αντιβράχιο-παρασκευάζονται πολύ εύκολα και τοποθετούνται ως ελεύθερα μοσχεύματα. Τα αρτηριακά μοσχεύματα μόνον ανωτά προσκομίζονται από τα φλεβικά μοσχεύματα. Τα φλεβικά μοσχεύματα παρασκευάζονται από τα πόδια και μόνον ανωτά περισσότερο, λόγω της χρήσεως σύγχρονων αντιαιμοπηκτικών και αντιθρομβωτικών φαρμάκων.

**ΟΤΑΝ ΤΟ BY PASS ΔΕΝ ΑΡΚΕΙ**  
Υπάρχουν όμως πολύπλοκες περιπτώσεις αποφραγμένων αρτηριών, όπου το απόλυτο by pass δεν αρκεί για να επιτευχθεί πλήρως η επαναμόρφωση της καρδιάς. Ο λόγος που δεν μπορεί το απόλυτο by pass να είναι αποτελεσματικό οφείλεται στο ότι η απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών είναι σε πολλά σημεία (διάχυτη νόσος) ή, ακόμη χειρότερα, είναι εντελώς αποφραγμένη σε όλο το μήκος του αγγείου.

Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να εφαρμοστεί μία άλλη τεχνική, η οποία λέγεται ενδαρτηρική. Η τεχνική αυτή συνίσταται στον καθαρισμό της αρτηρίας από το αθηρωματικό υλικό και τη δημιουργία νέου αυλού, όπου το μόσχευμα που θα τοποθετηθεί θα μπορεί να δώσει αίμα στην καρδιά και να απαλλάξει τον ασθενή από τη στενάχωρη και το έμφραγμα. Η τεχνική της ενδαρτηρικής είναι απλή σε έμπειρο χέρι με άριστα αποτελέσματα, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Οι ασθενείς έχουν άριστη ποιότητα ζωής και φέρουν εις πέρας την καθημερινή τους δραστηριότητα.

### ΠΟΛΥΤΙΜΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΡΔΙΑΣ

Η **ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ** τομογραφία έχει εισαχθεί τις τελευταίες δεκαετίες ως βασική μέθοδος απεικόνισης της καρδιαγγειακής συστήματος. Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της μαγνητικής τομογραφίας είναι ότι είναι αναίμακτη, δεν εκθέτει τον εξεταζόμενο σε ιονίζουσα ακτινοβολία και δεν χρησιμοποιεί νεφροτοξικά σκιαγραφικά. Επιπλέον, η μαγνητική τομογραφία είναι η δυνατότητα για απεικόνιση εξαιρετικά υψηλής ευκρίνειας σε τέσσερις διαστάσεις.

Αυτές οι τεχνικές δυνατότητες έχουν καθιερώσει τη μαγνητική τομογραφία καρδιάς, από τα πρώτα της κλάσης βήματα, ως μέθοδο αναφοράς για τη μέτρηση του όγκου και της συστολικής λειτουργικότητας της καρδιάς και την απεικόνιση της ανατομίας της καρδιάς, του περικαρδίου και των μεγάλων αγγείων του θώρακα. Επιπλέον, η μαγνητική τομογραφία καρδιάς έχει μοναδική υψηλή ικανότητα να διακρίνει χαρακτηριστικά των ιστών και διαφέρει στη σύσταση τους (οίδημα, φλεγμονή, ουλή κ.λπ.), κάτι που βοήθησε να καθιερωθεί η τεχνική ως η βασικός αναφοράς για την απεικόνιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου και της ίνωσης σε διάφορες μορφές μυοκαρδιοπάθειας.



### ΝΕΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ** στις οδηγίες αντιμετώπισης της υπέρτασης, με προτεραιότητες στους στόχους θεραπείας και τη σταδιακή φαρμακευτική αντιμετώπιση, ισχύουν από φέτος. Σύμφωνα με τον πρόεδρο της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Υπέρτασης, Κ. Κωνσταντίνου Τσιούρη, το μόνο που δεν αλλάζει είναι η μεθοδολογία διάγνωσης της υπέρτασης, η οποία αυτή θα εξακολουθεί να στηρίζεται στη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο κέντρο, με επιβεβαιώσεις των τιμών είτε με 24ωρη καταγραφή (holter) είτε με μετρήσεις στο σπίτι.

**ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ** Σύμφωνα με τις οδηγίες του 2018, συνιστάται ο πρωταρχικός στόχος της αγωγής να είναι η πτώση της πίεσης κάτω από 140/90 mmHg σε όλους τους ασθενείς και, με την προϋπόθεση ότι η αγωγή είναι καλά ανεκτή, ο στόχος της θεραπείας θα πρέπει να είναι επίπεδα αρτηριακής πίεσης κάτω από 130/80 mmHg.

Οι αναθεωρημένες οδηγίες αλληλων και τη σταδιακή της φαρμακευτικής θεραπείας. Εφές, λοιπόν, συνιστάται η έναρξη ανταρτηρικής αγωγής με συνδυασμό δύο φαρμάκων σε ένα χάπι. Εξέταση στον κανόνα της συνδυασμένης θεραπείας ενός χαπιού αποτελούν οι εδρασηρωμένα πηκτωμένα και οι ασθενείς χαμηλού καρδιαγγειακού κινδύνου με στάδιο 1 υπέρτασης.

### ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ

#### Πρώτη αιτία μακροχρόνιας αναπηρίας. Καθοριστική η έγκαιρη θεραπεία

**ΤΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ** εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί την 3η αιτία θανάτου στην Ελλάδα μετά το καρδιαγγειακό επεισόδιο και τον καρκίνο, ενώ, παράλληλα, αποτελεί την κύρια αιτία μακροχρόνιας αναπηρίας. Πρόκειται για αιφνίδια διακοπή της αιμάτωσης του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα τη βλάβη του εγκεφάλου και τη διακοπή της λειτουργίας του. Υπάρχουν δύο τύποι αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου: το **ισχαιμικό** και το **αιμορραγικό**. Το 80%-85% των εγκεφαλικών επεισοδίων είναι ισχαιμικά. Το **ισχαιμικό** αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο συμβαίνει όταν διακόπεται, λόγω θρόμβου, η αρτηριακή παροχή αίματος σε ένα τμήμα του εγκεφάλου.

Αιμορραγικό επεισόδιο συμβαίνει μετά από αιμορραγία, μέσα ή γύρω από τον εγκέφαλο, συνήθως λόγω ρήξης ανευρύσματος, διασπασίας αγγείου ή ρήξης μικρών αγγείων εντός του εγκεφάλου.

#### ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΚΡΙΣΙΜΕΣ ΩΡΕΣ

Ανάλογα με την περιοχή του εγκεφάλου που προσβάλλεται από το εγκεφαλικό είναι δυνατόν οι ασθενείς να χάσουν την όμιλη, την αίσθηση, τη μυϊκή δύναμη, την κίνηση, την όραση και τη μνήμη. Τα συμπτώματα αυτά σε ορισμένους ασθενείς υποχωρούν και θεραπεύονται, σε άλλους όμως παραμένουν υπολείμματα που προκαλούν μόνιμη αναπηρία, ενώ ορισμένοι ασθενείς καταλύονται.

Στα **ισχαιμικά** εγκεφαλικά επεισόδια, η άμεση θεραπεία είναι απαραίτητη για να προληφθεί η επέκταση της βλάβης σε μεγαλύτερη περιοχή του εγκεφάλου, όπου η ροή του αίματος έχει μειωθεί, αλλά δεν έχει σταματήσει.

Στα **αιμορραγικά** εγκεφαλικά επεισόδια, η άμεση θεραπεία, όταν είναι απαραίτητη, προλαμβάνει μία δεύτερη αιμορραγία.

#### ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ

- Μούδιασμα ή αδυναμία στο πρόσωπο, χέρι, πόδι, κυρίως στα μία πλευρά του σώματος.
- Σύγχυση ή διαταραχή όμιλης ή αντίληψης.
- Διαταραχή όρασης στον ένα ή και στους δύο οφθαλμούς.
- Διαταραχή βάδισης και συντονισμού των κινήσεων, λιγότερο, αστάθεια.
- Άνατος, πονοκέφαλος.

#### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ

Για ασθενείς με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο που πληρούν ορισμένα κριτήρια, ένα φάρμακο που διαλύει το θρόμβο μπορεί να βελτιώσει την εξέλιξη όταν δίνεται εντός 4½ ωρών από την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Προκειμένου να κερδηθεί πολύτιμος χρόνος, εφαρμόζονται και θεραπείες μέσω παρακέντησης της μηνιαίας αρτηρίας (ενδαρτηρική θρομβολυση, ενδαρτηρική θρομβεκτομή) ή χημεία ειδικών σκευασμών για τη μηχανική αφαίρεση του θρόμβου (μηχανική θρομβολυση), που μπορούν να εφαρμοστούν εντός 6 ωρών από την εμφάνιση συμπτωμάτων.

Η θεραπεία τα πρώτα 24ωρα περιλαμβάνει φάρμακα, τα οποία ρεαλιστούν το αίμα και μόνον την αρτηριακή πίεση και τη χοληστερίνη. Σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται επεμβατικά βοηθήματα (stents), τα οποία ανοίγουν το στενωτικό των στεφανιαίων αμορφών αγγείων στον αυτίνα.

#### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ

► Φάρμακα που μειώνουν την αρτηριακή πίεση. ► Χειρουργική αντιμετώπιση για παρεμπόδιση του αίματος από τον εγκέφαλο ή μείωση της ενδοεγκεφαλικής πίεσης. ►

### ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ

Η **ΣΤΕΝΩΣΗ** της αορτικής βαλβίδας αποτελεί την πιο συχνή βαλβιδική νόσο των ενηλίκων. Υπολογίζεται ότι 2%-7% του πληθυσμού ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών πάσχει από στενώση της αορτικής βαλβίδας, η οποία συνοδεύεται από «κνηρά» συμπτώματα, όπως δύσπνοια, εύκολη κόπωση, πόνο στο στήθος, επεισόδια ζήτησης και συγκοπήματα. Μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων, η θνησιμότητα της νόσου είναι πολύ μεγάλη και υπολογίζεται ότι είναι περίπου 25% στον πρώτο χρόνο και 50% στα δύο χρόνια. Δεν υπάρχει φαρμακευτική αγωγή που να αντιμετωπίζει ικανοποιητικά την νόσηση αυτή και η μόνη αποτελεσματική θεραπεία είναι η αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας, η οποία μπορεί να γίνει είτε χειρουργικά είτε διαδερμικά με τη χρήση καθετήρα.

#### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΙΑΣ (ΣΤΑΥ)

Αποτελεί εδώ και πολλά χρόνια την κλασική θεραπευτική μέθοδο αντιμετώπισης της νόσου αυτής. Η

επίμβαση πραγματοποιείται με γενική αναισθησία και απαιτεί τη διάσχιση του θώρακα του ασθενούς και προσωρινή διακοπή της λειτουργίας της καρδιάς του. Ο χειρουργός αποκαθαρώνει την ασθενή βαλβίδα και εμπεύσει μια καινούργια μεταλλική ή βιοπροσταθετική βαλβίδα. Η διάρκεια της επέμβασης είναι περίπου τέσσερις με πέντε ώρες. Ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο περίπου για μία εβδομάδα και συνήθως επανέρχεται στις δραστηριότητές του μετά από δύο μήνες.

#### ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΑΛΒΙΔΙΑΣ

Η στενώση της αορτικής βαλβίδας είναι η νόσος που προσβάλλει άτομα προχωρημένης ηλικίας. Στους ασθενείς αυτούς είναι πολύ συχνή η συνύπαρξη και άλλων παθήσεων, όπως στεφανιαία νόσος, σακχαρώδη διαβητική νόσος, νεφρική ανεπάρκεια, αναπνευστική ανεπάρκεια, πνευμονική υπέρταση, κακοήθειες και διαταραχές της θρέψης. Το γεγονός αυτό αυξάνει

σημαντικά τον κίνδυνο της χειρουργικής επέμβασης, με αποτέλεσμα τόσο οι γιατροί όσο και οι ασθενείς να προσποθούν να την αποφύγουν. Υπολογίζεται ότι περίπου το 33% των ασθενών με σοβαρή βαθιά στενώση της αορτικής βαλβίδας και ηλικία μεγαλύτερη των 75 χρονών δεν υποβάλλεται σε χειρουργική θεραπεία, λόγω του αυξημένου κινδύνου της επέμβασης.

#### ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΙΑΣ (TAVI)

Είναι μια μέθοδος που αναπτύχθηκε πρόσφατα και η οποία επιτρέπει την εμφύτευση μιας καινούργιας βιοπροσταθετικής βαλβίδας στη θέση της παλιάς εκφυλισμένης βαλβίδας, χωρίς την ανάγκη ο ασθενής να υποβληθεί στην κλασική χειρουργική μέθοδο με διάσχιση της λειτουργίας της καρδιάς. Η διαδικασία της επέμβασης είναι παρόμοια με αυτή της στεφανιογραφίας - αγγειοπλαστικής. Μια βιοπροσταθετική βαλβίδα προσαρμάζεται πάνω σε έναν

καθετήρα, οδηγείται μέσα από τις αρτηρίες του οργανισμού στη θέση της στενωμένης αορτικής βαλβίδας και απελευθερώνεται στην κατάλληλη θέση, είτε με το φύσηκμα ενός μπαλονιού είτε με έναν ειδικό μηχανισμό. Η νέα βαλβίδα συμπιέζεται την παλιά στα τοξώματα της ρίζας της αορτής και αρχίζει να λειτουργεί άμεσα. Το ποσοστό επικυμωμένης εμφύτευσης της βαλβίδας από έμπειρους εμπειριστικούς καρδιολόγους φέρνεται το 98%. Η διάρκεια της επέμβασης είναι περίπου δύο ώρες. Ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο για τέσσερις με έξι μέρες και μπορεί να δραστηριοποιηθεί πλήρως σε μία εβδομάδα.

#### ΕΠΙΛΟΓΗ ΛΕΩΣΙΩΝ ΓΙΑ TAVI

Η διαδερμική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας προ του παρόντος εφαρμόζεται μόνο σε ασθενείς στους οποίους η χειρουργική αντιμετώπιση αντενδείκνυται ή έχει πολύ υψηλό κίνδυνο για επιπλοκές. Ο υποψήφιος ασθενής υποβάλλεται σε μία σειρά εξετάσεων προκειμένου να ελεγχθούν αν είναι κατάλληλος για τη θεραπευτική

αυτή μέθοδο. Οι εξετάσεις αυτές μπορούν να γίνουν είτε με εισαγωγή στο νοσοκομείο είτε προγραμματισμένα στα εξωτερικά ιατρεία.

#### ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η νοσηλεία του ασθενούς γίνεται για μία με δύο ημέρες στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και στη συνέχεια για ακόμα δυο-τρεις ημέρες σε άλλο θάλαμο. Η κινητοποίηση του ασθενούς γίνεται τη 2η με 3η μέρα. Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει συνδυασμό αντιαιμοπηκτικών ή και αντιπηκτικών παραγόντων. Μετά το πρώτο εξάμηνο, η αγωγή αποσιωπείται ακόμα περισσότερο.

#### ΥΨΗΛΟ ΚΟΣΤΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Το κόστος της μεθόδου είναι αρκετά μεγάλο (περίπου 40.000€). Για το λόγο αυτό και προκειμένου να κερδηθεί η δαπάνη και να καλυφθούν τα έξοδα από το ασφαλιστικό ταμείο του ασθενούς, απαιτείται έγκριση από ειδική επιτροπή του Κεντρικού Συμβούλιου Υγείας (ΚΕΣΥ). ►



ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΚΑΛΛΙΔΟΝΗΣ  
kallidonis@gmail.com

ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΕΙΝΑΙ, ΠΛΕΟΝ, ΥΠΟΘΕΣΗ ΡΟΥΤΙΝΑΣ ΚΑΙ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΕ ΜΙΚΡΗ ΤΟΜΗ ΣΤΟ ΣΤΕΡΝΟ

## ΡΑΔΙΟΚΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΧΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

**ΕΝΑ ΝΕΟ** όπλο για την καταπολέμηση της αρτηριακής υπέρτασης, ειδικά σε πάσχοντες οι οποίοι δυσκολεύονται να «ρυθμίσουν» την πίεσή τους, φαίνεται ότι θα αποκτήσουν σύντομα οι ειδικοί γιατροί. Πρόκειται για την κατάλυση των νεφρικών αρτηριών με τη χρήση ραδιοκυμάτων ή υπερήχων, η οποία, όπως κατέδειξαν δύο νέες διεθνείς μελέτες, μειώνει σημαντικά την αρτηριακή πίεση. Όπως εξηγεί ο πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Υπέρτασης, κ. Κωνσταντίνος Τσιούφης, «τα νεύρα του νεφρού που πορεύονται μέσα στο τοίχωμα των νεφρικών αρτηριών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Σύμφωνα με την πρώτη από τις δύο νέες μεθόδους, μπορούμε να πάμε μέσα στη νεφρική αρτηρία με παρακέντηση από την αρτηρία του ποδιού, όπως γίνεται στην αγγειογραφία, και με τη χρήση ειδικών καθετήρων να χορηγήσουμε ραδιοκύματα που μειώνουν τον τόνο των νευρικών ινών. Η εφαρμογή της μεθόδου οδηγεί σε μείωση της αρτηριακής πίεσης -κατά μέσο όρο- κατά 10 mmHg και μακροπρόθεσμα μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερα εγκεφαλικά επεισόδια κατά 30% και σε λιγότερα εμφράγματα κατά 15%». Στη δεύτερη μελέτη η κατάλυση της νεφρικής αρτηρίας έγινε με τη χρήση υπερήχων, με εξίσου καλά θεραπευτικά αποτελέσματα. Σύμφωνα με τον κ. Τσιούφη, θα χρειαστούν ακόμα περισσότερες μελέτες έως ότου η μέθοδος τεθεί στην καθημερινή κλινική πράξη. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη χώρα μας εκτιμάται ότι το 30% του πληθυσμού έχει υπέρταση (αρτηριακή πίεση που ξεπερνά τα 140 mmHg). ■



## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

**Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ** προσέγγιση για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων βρίσκεται στο επίπεδο της πρόληψης. Εξακολουθεί να αποτελεί το μεγαλύτερο όπλο κατά των καρδιαγγειακών παθήσεων, καθώς το 80% αυτών μπορεί να προληφθεί. Και εδώ ακριβώς έρχεται να αναλυθεί ο πλέον σημαντικός παράγοντας, η διατροφή.

### ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΥΓΕΙΑ

- ▶ Διατηρήστε ένα σωστό σωματικό βάρος. Το αυξημένο σωματικό βάρος επηρεάζει τη στεφανιαία νόσο, αυξάνει την αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα της χοληστερόλης, μειώνει την «καλή» χοληστερόλη και αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη.
- ▶ Ένα ακόμη στοιχείο που παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση καρδιακών νοσημάτων είναι η κατανομή του λίπους. Όταν το λίπος συσσωρεύεται στην κοιλιά και στη μέση («σωσβίο») αυξάνεται ο κίνδυνος εκδήλωσης κάποιου επεισοδίου.
- ▶ Καταναλώστε γαλακτοκομικά προϊόντα χαμηλά σε λιπαρά.
- ▶ Προτιμήστε το ελαιόλαδο.
- ▶ Καταναλώστε ξηρούς καρπούς και λιπαρά ψάρια (σαρδέλες, σολομό) τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα.

### «ΚΑΛΑ» ΚΑΙ «ΚΑΚΑ» ΛΙΠΑΡΑ

▶ **Κορεσμένα λιπαρά οξέα («κακά»):** Προέρχονται από ζωικά τρόφιμα, όπως το κόκκινο κρέας, το βούτυρο, τα πλήρη γαλακτοκομικά. Είναι βλαβερά για τον οργανισμό μας γιατί ανεβάζουν την «κακή» χοληστερόλη και κάνουν ζημιά στα αγγεία.

▶ **Ακόρεστα λιπαρά οξέα («καλά»):** Διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τα μονοακόρεστα (ελαιόλαδο) και τα πολυακόρεστα. Προέρχονται από τα λιπαρά ψάρια (π.χ. σαρδέλες), τις μαλακές μαργαρίνες, τα σπορέλαια, τους ξηρούς καρπούς. Τα λιπαρά αυτά οδηγούν σε μείωση της στάθμης της κακής και της ολικής χοληστερόλης.

ληστερόλης

### ΑΛΑΤΙ

Μειώστε την κατανάλωση του μαγειρικού αλατιού, αν η αρτηριακή πίεση είναι ανεβασμένη. Μάθετε να ελέγχετε τις ετικέτες των τροφίμων για την περιεκτικότητά τους σε αλάτι.

### ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Χαρακτηρίζεται από αφθονία φρέσκων φρούτων, λαχανικών, ξηρών καρπών, ψαριών και από μικρή κατανάλωση κόκκινου κρέατος και ζωικών λιπαρών. Κύρια πηγή λίπους αποτελεί το ελαιόλαδο. Μελέτες δείχνουν ότι άτομα τα οποία ακολουθούσαν διατροφή μεσογειακού τύπου παρουσίαζαν μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιακών επεισοδίων.

### 5 ΜΕΡΙΔΕΣ ΦΡΟΥΤΩΝ ΚΑΙ ΛΑΧΑΝΙΚΩΝ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ

Μελέτες δείχνουν ότι, αν αυξηθεί η κατανάλωση φρούτων ή λαχανικών κατά μία μερίδα, παρατηρείται μείωση στα καρδιακά επεισόδια κατά 4%. Επίσης, έχει βρεθεί ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, λόγω της περιεκτικότητάς τους σε κάλιο, βοηθάει στη μείωση της αρτηριακής πίεσης.

### ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ ΟΛΙΚΗΣ ΑΛΕΣΣΕΩΣ

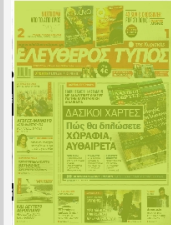
Όταν καταναλώνουμε τουλάχιστον 3 μερίδες δημητριακών ολικής αλέσεως την ημέρα, ο κίνδυνος για καρδιαγγειακή νόσο μειώνεται κατά 25%-30%.

### ΑΛΚΟΟΛ

Οι γυναίκες μπορούν ημερησίως να καταναλώνουν 1 μερίδα αλκοόλ, ενώ οι άνδρες 2 μερίδες.

### ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Η συστηματική φυσική δραστηριότητα συντελεί στη μείωση των τριγλυκεριδίων του πλάσματος, αυξάνει την καλή χοληστερόλη και βοηθάει στη μείωση του σωματικού λίπους. ■



## Ο εμβολιασμός... ασπίδα προστασίας από σοβαρές λοιμώξεις

ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΙ ΕΩΣ 3 ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥΣ ΕΤΗΣΙΩΣ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΣΣΕΙ ΑΚΟΜΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΑΠΟ **ΝΟΣΗΜΑΤΑ** Ή ΑΝΑΠΗΡΙΑ

**Σ**τον αγώνα κατά των λοιμωδών νοσημάτων τα εμβόλια είναι μεγάλος σύμμαχος για την ανθρωπότητα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο εμβολιασμός αποτελεί μία από τις πιο επιτυχημένες, αλλά και οικονομικά επωφελεείς παρεμβάσεις δημόσιας Υγείας, καθώς προλαμβάνει έως και 3 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε ανθρώπους όλων των ηλικιών και προφυλάσσει ακόμα περισσότερους ανθρώπους από νοσήματα ή αναπηρία.



Δίκως εμβόλια, η παγκόσμια κρίζωση της ευλογιάς, η εξάλειψη της πολιομυελίτιδας από πολλές περιοχές του κόσμου, η σημαντική μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από διφθερίτιδα, τέτανο και κοκκύτη θα ήταν αδύνατες. Είναι οι στρατηγικές συστηματικού εμβολιασμού, ιδίως σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου, που έχουν καταφέρει να θέσουν υπό έλεγχο αρκετά λοιμώδη νοσήματα.

Παρ' όλα αυτά, στον αναπτυσσόμενο κόσμο τα εμβόλια υποχρησιμοποιούνται, εν μέρει λόγω υποτίμησης της σοβαρότητας των προλαμβανόμενων με εμβολιασμό νοσημάτων, υποτίμησης του οφέλους που προσφέρουν τα εμβόλια και επιφυλάξεων σχετικά με τις παρενέργειες των εμβολίων. Όσοι έχουν βιώσει τις τρομακτικές αναπηρίες και τους θανάτους από την ευλογιά και την πολιομυελίτιδα, συχνά αντιμετώπιζαν τα εμβόλια έναντι αυτών των νοσημάτων ως θάγμα. Ωστόσο, χάρη στα προγράμματα εμβολιασμού ένα μεγάλο μέρος του σημερινού πληθυσμού δεν έχει βιώσει ποτέ τις καταστροφικές συνέπειες αυτών και άλλων προλαμβανόμενων με εμβολιασμό νοσημάτων. Όταν δεν υφίσταται πλέον ο επικείμενος φόβος μετάδοσης μιας νόσου, το κοινό ίσως ξεχνά τους περιορισμούς της θεραπείας και αντιμετωπίζει με απάθεια την πρόληψη.

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Δεν πρέπει επίσης να ξεχνούμε ότι, παρόλο που προλαμβανόμενες με εμβολιασμό ασθένειες είναι πλέον σπάνιες σε πολλές χώρες, οι μολυσματικοί παράγοντες που τις προκαλούν συνεχίζουν να κυκλοφορούν σε κάποια μέρη του κόσμου. Σε έναν ιδιαίτερα παγκοσμιοποιημένο κόσμο, αυτοί οι παράγοντες μπορούν να διασχίσουν τα γεωγραφικά σύνορα και να προσβάλουν μη ανοσοποιημένους/ευπαθείς πληθυσμούς. Επίσης, ενώ η καλύτερη υγιεινή και το καθαρό νερό βοηθούν στην προστασία των ανθρώπων από τα λοιμώδη νοσήματα, πολλές λοιμώξεις μπορούν να εξαπλωθούν ανεξαρτήτως των μέτρων υγιεινής που τηρούμε.

Αν δεν διατηρήσουμε βέλτιστα επίπεδα ανοσοποίησης ή τη λεγόμενη «ανοσία αγέλης» ή «ανοσία κοινότητας» (αναφέρεται στο φαινόμενο κατά το οποίο όταν ένα κρίσιμο ποσοστό μιας κοινότητας είναι εμβολιασμένο έναντι μιας μεταδοτικής νόσου, τα περισσότερα μέλη της κοινότητας προστατεύονται γιατί μειώνεται πολύ ο κίνδυνος επιδημίας), οι προλαμβανόμενες με εμβολιασμό ασθένειες θα κάνουν την επανεμφάνισή τους.

Στη Δυτική Ευρώπη, για παράδειγμα, έχουν σημειωθεί επιδημίες ιλαράς σε μη εμβολιασμένους πληθυσμούς στην Αυστρία, στο Βέλγιο, στη Δανία, στη Γαλλία, στη Γερμανία, στην Ιταλία, στην Ισπανία, στην Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο, το ίδιο και στις ΗΠΑ. Τη φετινή χρονιά επίσης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (μεταξύ αυτών και η Ελλάδα) έχει εκδηλωθεί επιδημία ιλαράς που βρίσκεται σε εξέλιξη. Κατά την περίοδο 2016-2018 έχουν καταγραφεί σε όλη την Ευρώπη περισσότερα από 20.000 περιστατικά και 79 θάνατοι από ιλαρά.

Σύμφωνα με στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΔΠΝΟ) για τη χώρα μας, μέχρι τις 13/12/2018 στην Ελλάδα έχουν καταγραφεί 3.258 κρούσματα ιλαράς.

Η επανεμφάνιση, λοιπόν, των επιδημιών στην ευρωπαϊκή ήπειρο υπογραμμίζει την ευθύνη που φέρουν τα κράτη-μέλη να ελέγχουν τα νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό. Η ενίσχυση των προγραμμάτων εμβολιασμού αποτελεί μέτρο ζωτικής σημασίας προς αυτή την κατεύθυνση. Ο εμβολιασμός

δεν αφορά μόνο στα βρέφη και τα παιδιά, όμως αυτή την αλήθεια μεγάλο μέρος του κοινού, δυστυχώς, δεν τη γνωρίζει. Ο εμβολιασμός των ενηλίκων είναι επίσης σημαντικός, καθώς το ανοσοποιητικό σύστημα προϊόντος του χρόνου εξασθενεί και ο οργανισμός καθίσταται περισσότερο ευάλωτος στις λοιμώξεις. Ωστόσο, παρά τη συμβολή που ο εμβολιασμός ενηλίκων θα μπορούσε να έχει στην προαγωγή της υγείας γήρατος, δεν έχει επαρκώς αξιοποιηθεί ως στρατηγική δημόσιας Υγείας.

### Η ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Πιο συγκεκριμένα, η πνευμονιοκοκκική νόσος αποτελεί μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, με ένα φορτίο περίπου 1,5 εκατ. θανάτων από πνευμονιοκοκκική πνευμονία σε όλες τις ηλικίες ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο (στοιχεία 2015).

Οι σοβαρότερες μορφές της πνευμονιοκοκκικής νόσου περιλαμβάνουν τη μηνιγγίτιδα, τη βακτηριακή και την πνευμονία. Ειδικότερα, η πνευμονιοκοκκική πνευμονία αποτελεί τον πλέον συννηθισμένο τύπο βακτηριακής πνευμονίας της κοινότητας, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας στους ενήλικες κυ-

μάνεται από 6,4% έως άνω του 40% (αναλόγως του αν πρόκειται για εξωτερικούς ασθενείς, ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας ή ασθενείς που χρήζουν υποστήριξης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας). Αξίζει δε να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με πνευμονιοκοκκική πνευμονία διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για παράλληλη εμφάνιση οξέως καρδιακού συμβάματος, όπως το έμφραγμα μυοκαρδίου, η σοβαρή αρρυθμία και η εμφάνιση ή η επιδείνωση συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

Η πνευμονιοκοκκική πνευμονία έχει συσχετισθεί με σοβαρότερη κλινική εικόνα, συχνότερη ανάγκη για νοσηλεία και μεγαλύτερη καταπόνηση ιατρικών πόρων σε σχέση με τη μη πνευμονιοκοκκική πνευμονία. Κι ως μην υποτιμούμε το γεγονός ότι η διαχείριση της νόσου δυσχεραίνεται εξαιτίας της βακτηριακής αντοχής στα συνήθως χρησιμοποιούμενα αντιβιοτικά, λόγω «ανορθολογικών» πρακτικών χορήγησης. Πέραν του παράγοντα ηλικία, επιπρόσθετοι συντελεστές που επαυξάνουν τον κίνδυνο νόσωσης από πνευμονιοκοκκό είναι ο διαβήτης, το άσθμα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), τα χρόνια καρδιακά νοσήματα, η ανοσοκαταστολή λόγω νοσήματος ή θεραπείας, ενώ το κάπνισμα και ο αλκοολισμός επίσης επιτείνουν τον κίνδυνο.

Κι όμως, η πνευμονιοκοκκική νόσος δύναται να προληφθεί. Στην Ελλάδα ο εμβολιασμός για πνευμονιοκοκκό είναι ενταγμένος στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕ) για όλους τους ενήλικες άνω των 65 ετών, καθώς και για ενήλικες 18 έως 64 ετών που ανήκουν στις ομάδες κινδύνου για σοβαρές πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις (όπως ασθενείς με χρόνια καρδιακή, μεταβολικά και αναπνευστικά νοσήματα, ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς, αλλά και συστηματικοί καπνιστές). ■



ΠΟΛΛΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΞΑΠΛΩΘΟΥΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΣ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΠΟΥ ΤΗΡΟΥΜΕ

### ΓΡΙΠΗ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Η ΓΡΙΠΗ αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας Υγείας λόγω της γρήγορης μετάδοσής της και της υψηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας που τη συνοδεύουν. Είναι γνωστό ότι η λοίμωξη από γρίπη αυξάνει τον κίνδυνο νόσωσης από πνευμονιοκοκκό. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό οι ενήλικες να εμβολιάζονται τόσο κατά της γρίπης όσο και κατά της πνευμονιοκοκκικής νόσου. Συνεπώς, δύο είναι οι βασικοί λόγοι για να εμβολιαστούμε, αφενός για να προστατεύσουμε τους γύρω μας, αφετέρου για να προστατεύσουμε και τους γύρω μας. Για να ανακατέψω εμάς νόσου δεν αρκεί να προσβλέψουμε πως οι συνάνθρωποι μας θα κάνουν το σωστό, πρέπει κι εμείς να κάνουμε το ίδιο. ■



# «Μία απλή κάκωση απέχει λίγα χιλιοστά από τον θάνατο»

Πηγή:	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ	Σελ.:	1,24	Ημερομηνία έκδοσης:	09-03-2019
Επιφάνεια:	1007.12 cm <sup>2</sup>	Αρθρογράφος:		Κυκλοφορία:	14860
Θέματα:	ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ				



## ΔΙΑΣΩΣΤΕΣ ΕΚΑΒ ΣΤΗΝ «Κ»

### **Γιατί να χάνονται τόσες ζωές στην άσφαλτο;**

**Τραγικό** έλλειμμα κυκλοφοριακής αγωγής, άγνοια κινδύνου και ανεπαρκής αστυνόμευση είναι οι αιτίες που κοστίζουν στην Ελλάδα περισσότερες από 700 ζωές κάθε χρόνο. Τις συνέπειες βιώνουν οι διασώστες του ΕΚΑΒ που μιλούν στην «Κ». **Σελ. 24**



## Η θλιβερή πραγματικότητα σε αριθμούς

**ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ**  
**1.400.000** θάνατοι σημειώνονται κάθε χρόνο λόγω τροχαίων

**2.400.000** εκτιμάται ότι θα είναι τα θύματα από τροχαία ετησίως το 2030

**1η** αιτία θανάτου τα τροχαία στα 15 έως 29 ετών

**2017**  
**ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ**  
**25.249** θάνατοι από τροχαία

**ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**  
**69** θάνατοι από τροχαία ανά εκατομμύριο πληθυσμού

**ΕΛΛΑΔΑ**  
**Μέσος όρος Ε.Ε.** **50**

**Τραυματίες**  
**704 + 12.700**  
 σοβάρια + ελαφρά

**3** δις ευρώ εκτιμάται το ετήσιο κόστος των τροχαίων στην Ελλάδα

**3 στα 4** θύματα είναι άνδρες

**50%** των θανάτων επέρχονται τη στιγμή του τροχαίου ή μέσα στην πρώτη ώρα από το δυστύχημα

PHOTOS: Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Οδικής Ασφάλειας, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ΗΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

# «Μία απλή κάκωση απέχει λίγα χιλιοστά από τον θάνατο»

Το ΕΚΑΒ ρίχνεται στη μάχη για την πρόληψη των τροχαίων δυστυχημάτων

Της ΠΕΝΝΥΣ ΜΠΟΥΛΟΥΤΣΑ

**«Προσοχή Λάδι».** Με τον τίτλο αυτό χρήστες μέσου κοινωνικής δικτύωσης δημιούργησαν κλειστές ομάδες, ώστε να προειδοποιεί ο ένας τον άλλο για τους «κινδύνους» στον δρόμο. Μόνο που οι «κινδύνοι» στην προκειμένη περίπτωση αφορούν σε μπλόκους της Τροχαίας, είτε αφορούν από **έλεγχο** διπλώματος και όδους κυκλοφορίας είτε για **έλεγχο** κατανάλωσης αλκοόλ. Κλειστή ομάδα από το Ηράκλειο Κρήτης φέρεται να έχει 3.600 μέλη, ενώ αντίστοιχη ομάδα στη Ρόδο έχει 17.000 μέλη.

Είναι η απόλυτη ένδειξη για το έλλειμμα οδικής αγωγής και την αδικαιολόγητη άγνοια κινδύνου κυρίως από νέους οδηγούς στη χώρα μας. Μία χώρα στην οποία τα 12χρονα σε επαρχιακές πόλεις χωρίς κράνος παίρνουν το μηχανάκι για να πάνε στο σχολείο, σπάνια καταγράφονται παραβάσεις για μη κτές υπερβάσεις στο όριο ταχύτητας, η πρόκληση τροχαίου ατυχήματος από άτομο που οδηγεί υπό την επήρεια αλκοόλ θεωρείται πλημμέλημα και οι **έλεγχοι** της αστυνομίας είναι συχνά προβλεψίμοι και δεν επαρκούν.

Τις συνέπειες αυτής της κατάστασης βιώνουν σε πρώτο χρόνο οι διασωστές του ΕΚΑΒ. «Στην πρώτη βάρδια που έκανα στο ΕΚΑΒ, δεν θυμάμαι ακριβώς εάν ήταν το πρώτο ή το δεύτερο περιστατικό, κλήθηκαν να πάω σε περιστατικό όπου μία γυναίκα είχε παρυσωθεί από φορτηγό. Η γυναίκα πέθανε ακοριαία. Αυτή η εικόνα δεν μπορούσε να ξεκολλήσει από το μυαλό μου για τουλάχιστον 3-4 μήνες», σημειώνει στην «Κ» ο Βασίλης Χουλιάρας, διασωστής του ΕΚΑΒ «στον δρόμο». Ο ίδιος συνεχίζει: «Ακόμα χειρότερη όμας είναι η εικόνα των ανθρώπων με βαριά αναπηρία λόγω τροχαίου. Να πηγαίνεις να παραλάβεις για διακομιδή από το σπίτι του 26χρονο καθλωμένο στο κρεβάτι επί 2-3 χρόνια, καταδικασμένο σε αυτή την κατάσταση για όλη τη ζωή επειδή δεν φορούσε κράνος ή ζώνη». «Ξέρεις ποιο είναι το βασικό σενάριο μιας αεροδικαιολογίας από νησί το καλοκαίρι; Τουριστές που έχει νοικιάσει μηχανάκι, δεν φοράει κράνος, έχει πει και έχει μεθύσει, επιχειρεί να γυρίσει στο κατάλυμά του από κακοσυντηρημένους και κακοφωτισμένους δρόμους και χωρίς γνώση του χώρου. Θα τον μαζέψουν από ένα πανάκι, θα τον πάνε στο **Κέντρο Υγείας**, εκεί θα προσπαθήσουν να τον σταθεροποιήσουν έως ότου έρθει το ελικόπτερο ή το αεροπλάνο να τον παραλάβει», αναφέρει στην

### Τι προτείνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

**«Πέμπτη** είκαμε ένα νεκρό κάθε 23 δευτερόλεπτα στον πλανήτη λόγω τροχαίου. Δηλαδή λιγότερο από όσο διαρκεί μία επίθεση μπάσκετ όπως λένε κάποιος», επισημάνει στην «Κ» ο ακτινολόγος, διευθυντής Συντονιστής ΕΣΥ, μέλος του τμήμα Πρόληψης Ατυχημάτων του ΕΚΑΒ, Γιώργος Κουβίβης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι τροχαίοι από τροχαία βρίσκονται σταθερά τις τελευταίες δύο δεκαετίες στους δέκα πρώτους παράγοντες που προκαλούν θανάτους σε παγκόσμιο επίπεδο. Το 2016, τα τροχαία προκάλεσαν παγκοσμίως περίπου 1.400.000 θανάτους ανδρών και γυναικών στην πλειονότητά τους (σε ποσοστό 74%). «Ο ΠΟΥ εκτιμά ότι εάν δεν ληφθούν οξικά μέτρα από τις χώρες, το 2030 τα τροχαία θα προκαλούν 2.400.000 θανάτους ετησίως». Ο ΠΟΥ προτείνει μείωση των ορίων ταχύτητας κυρίως εντός των πόλεων, βελτίωση των υποδομών (διαβάσεις, οδικό δίκτυο κ.ά.), επιτήρηση και αυστηρές ποινές στους παραβάτες και εκπαίδευση των πολιτών και κυρίως των παιδιών σε θέματα κυκλοφοριακής αγωγής. Για την πιο αποτελεσματική εφαρμογή μέτρων συστήνει στα κράτη τη δημιουργία ηγετικού επιπέδου με συμμετοχή των εμπλεκόμενων φορέων για την οδική ασφάλεια.

**«Ξέρεις τι είναι να βλέπεις 26χρονο, καταδικασμένο να ζήσει καθλωμένος στο κρεβάτι όλη τη ζωή, επειδή δεν φορούσε κράνος ή ζώνη?», λέει ο διασωστής Βασίλης Χουλιάρας.**

«Κ» ο Δημήτρης Πόρος, διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας του ΕΚΑΒ, ο οποίος εδώ και χρόνια συμμετέχει στις αεροδικαιολογίες. Το ΕΚΑΒ, ως υπηρεσία προνοσοκομειακής αντιμετώπισης των τραυματιών αλλά και ως «χρήσιμος» του οδικού δικτύου λόγω του στόλου των ασθενοφόρων, επανεργονοίησε –έπειτα από 13 χρόνια αδράνειας– τον τομέα Πρόληψης Ατυχημάτων, ο οποίος ξεκίνησε τη «νέα του θητεία» εστιάζοντας στην οδική ασφάλεια.

### Ευρωπαϊκή έκθεση

Ο λόγος είναι ο υψηλός αριθμός των θυμάτων της ασφαλείας στην Ελλάδα. Σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου για τη Δημόσια Ασφάλεια, στην Ελλάδα το 2017 καταγράφηκαν 739 θάνατοι λόγω τροχαίων ατυχημάτων, δηλαδή αντιστοιχούν 69 θανάτων ανά εκατομμύριο πληθυσμού, αναλογία πολύ υψηλότερη από τον μέσον όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (50 θάνατοι ανά εκατομμύριο πληθυσμού). Αντίστοιχος ήταν και ο αριθμός των βαριά τραυματιών (704), ενώ περισσότερο από 12.000 πολίτες

προτείνει παρεμβάσεις σε δύο βασικές παραμέτρους πρόκλησης ατυχημάτων: στην οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ και στα όρια ταχύτητας. Σύμφωνα με τους επιστήμονες, ειδικά για το αλκοόλ, το οποίο εκτιμάται ότι εμπλέκεται στο 30%-40% των σοβαρών τροχαίων, υπάρχει ανάγκη επανεξέτασης της νομοθεσίας προς την κατεύθυνση της μηδενικής χρήσης από τους οδηγούς, με ταυτόχρονη αυστηρή επιτήρηση της εφαρμογής της και με την αναθεώρηση διοικητικών και ποινικών κυρώσεων για τους παραβάτες. Όπως αναφέρεται στη σχετική απόφαση-επίσημο του τμήμα Πρόληψης Ατυχημάτων, η χρήση αλκοόλ από τους οδηγούς «δεν πρέπει να «συχωρεται», ούτε να θεωρείται αμείλιτα». Σημειώνεται ότι στην Ελλάδα τα μέγιστα επιτρεπόμενα όρια συγκέντρωσης αλκοόλ στο αίμα είναι τα 0,5g/L για τους οδηγούς γενικά, ενώ για τους επαγγελματίες είναι 0,2g/L. Την ίδια στιγμή, στην Ε.Ε. τέσσερις χώρες (Τσεχία, Ουγγαρία, Ρουμανία, Σλοβακία) έχουν μηδενικά όρια συγκέντρωσης στο αίμα για όλες τις κατηγορίες, ενώ «μηδενικό αλκοόλ» έχουν θεομοθετήσει για τους επαγγελματίες και τους νέους οδηγούς 9 χώρες (Τσεχία, Ουγγαρία, Ρουμανία, Σλοβακία, Λιθουανία, Κροατία, Γερμανία, Ιταλία, Σλοβενία).

### Τα όρια ταχύτητας

Η άλλη βασική παρέμβαση, σύμφωνα με τον κ. Κουβίβη, πρέπει να γίνει στα όρια ταχύτητας. Όπως σημειώνει, «μελέτες που έχουν γίνει καταδεικνύουν ότι μία μείωση της μέσης ταχύτητας στην κυκλοφορία κατά 5% οδηγεί σε μείωση θανάτων κατά 30%. Η Ελλάδα είναι στις χώρες που έχει από τα υψηλότερα όρια ταχύτητας στην Ευρώπη. Για τους αυτοκινητόδρομους είναι 130 χιλιόμετρα την ώρα. Εάν παρατηρήσουμε τι ισχύει στις τέσσερις ασφαλέστερες χώρες της Ευρώπης, δηλαδή Νορβηγία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο και Ελβετία θα δούμε ότι το όριο δεν ξεπερνά τα 120 χιλιόμετρα την ώρα. Και μάλιστα για χώρες με καλύτερο οδικό δίκτυο, μεγαλύτερη επιτήρηση και πολύ πιο αυστηρές ποινές. Και συνεχίζει: «Παρόλ'αυτα, σε όλη την Ευρώπη και στις ΗΠΑ γίνεται μεγάλη συζήτηση υπέρ του να οριστούν ως ανώτατα όρια ταχύτητας σε πυκνοκατοικημένες περιοχές των πόλεων, και κυρίως εκεί όπου υπάρχουν σχολεία και **υποσχομεία**, τα 30 χιλιόμετρα την ώρα. Κάντε μία βόλτα γύρω από τα **υποσχομεία** στην Αθήνα να δείτε με τι ταχύτητες κινούνται τα αυτοκίνητα...».



## ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ

### Μείωση κρουσμάτων, αύξηση θυμάτων



**Κάμψη** παρουσιάζει η δραστηριότητα της εποχικής γρίπης στη χώρα μας παρότι ο αριθμός των θυμάτων της αυξήθηκε. Πώς

εξηγείται αυτό; Τόσο τα σοβαρά κρούσματα της νόσου όσο και οι επισκέψεις σε γιατρό ασθενών με συμπτώματα γρίπης μειώνονται. Επιπλέον, εκτιμάται ότι δύο στους τρεις ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα, αυτό οφείλεται σε άλλους ιούς και όχι στον ιό της γρίπης. Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση επιδημιολογικής επιτήρησης του **Κέντρου Ελέγχου** και Πρόληψης **Νοσημάτων**, από τον περασμένο Οκτώβριο έως και τις 3 Μαρτίου είχαν καταγραφεί στη χώρα μας 337 σοβαρά περιστατικά της νόσου, εκ των οποίων τα 325 νοσηλεύθηκαν σε **μονάδα εντατικής θεραπείας**. Την τελευταία εβδομάδα της καταγραφής εισήχθησαν σε ΜΕΘ 16 ασθενείς, όταν την ακριβώς προηγούμενη εβδομάδα οι εισαγωγές στην εντατική λόγω γρίπης ήταν 30. Στο **ΚΕΕΛΠΝΟ** καταγράφηκαν 20 νέοι θάνατοι λόγω γρίπης, ανεβάζοντας τον αριθμό των θυμάτων της φετινής επιδημίας σε 111, η συντριπτική πλειονότητα των οποίων ανήκε σε κλινική ομάδα υψηλού κινδύνου για την οποία το υπουργείο Υγείας συστήνει αντιγριπικό **εμβολιασμό**.

# «Μασκαράς» με δώρα ο ΟΠΑΠ για τα παιδιά στα παιδιατρικά νοσοκομεία

Πηγή: ΑΠΟΨΗ Σελ.: 33 Ημερομηνία έκδοσης: 09-03-2019  
Επιφάνεια: 287.81 cm<sup>2</sup> Αρθρογράφος: Κυκλοφορία: 0  
Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ



## «Μασκαράς» με δώρα ο ΟΠΑΠ για τα παιδιά στα παιδιατρικά νοσοκομεία

Μια αποκριάτικη έκπληξη περίμενε τα παιδιά που νοσηλεύονται στα παιδιατρικά νοσοκομεία «Η Αγία Σοφία» και «Παναγιώτης και Αγλαΐα Κυριακού», καθώς ανήμερα της Τσικνοπέμπτης ο ΟΠΑΠ ντύθηκε... μασκαράς και τους μοίρασε δώρα. Συγκεκριμένα, μεταμφιεσμένοι σε σούπερ ήρωες ανιματέρ επισκέφθηκαν τους θαλάμους νοσηλείας, έπαιξαν με τους λιλιπούτιους νοσηλευόμενους που έλαμπαν από χαρά, προσφέροντάς τους δώρα και μπαλόνια και ευχόμενοι γρήγορη ανάρρωση. Η αποκριάτικη γιορτή ήταν μία από τις πολλές πρωτοβουλίες του ΟΠΑΠ για τη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας των παιδιών, στο πλαίσιο της επένδυσης που υλοποιεί για την ανακαίνιση των δύο μεγαλύτερων παιδιατρικών νοσοκομείων της χώρας.

Ήδη, η εικόνα των νοσοκομείων «Η Αγία Σοφία» και «Παναγιώτης και Αγλαΐα Κυριακού» έχει αλλάξει ριζικά, καθώς ο ΟΠΑΠ έχει ολοκληρώσει περισσότερο από το 52% του έργου. Συνολικά, έχει παραδώσει 23 έργα ανακαίνισης, μεταξύ των οποίων 16 νοσηλευτικές μονάδες, συνολικής έκτασης 9.930 τ.μ. και δυναμικής 345 κλινών. Στα έργα περιλαμβάνονται η εγκατάσταση νέου ξενοδοχειακού και ιατρικού εξοπλισμού, ο εκσυγχρονισμός του ηλεκτροτεχνικού εξοπλισμού και όλες οι απαραίτητες διακοσμητικές παρεμβάσεις. Στις ανακαινισμένες νοσηλευτικές μονάδες, προσφέρονται στα παιδιά υψηλού επιπέδου ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες σε ένα ιδιαίτερα ευχάριστο και λειτουργικό περιβάλλον.  
Ν.Τ.Σ.





ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΤΕΡ)

## Σύγχρονη επιλογή φροντίδας για τη βουβωνοκήλη

Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΕΡ αποτελεί μια επανάσταση στη χειρουργική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης και ο χειρουργός **Στέφανος Λαζαρίδης** μιλάει για αυτή, τονίζει πως ανάμεσα στα οφέλη της εκτός από το άριστο αισθητικό αποτέλεσμα της κλασικής λαπαροσκοπικής αποκατάστασης, ήρθε να προσθέσει μια πραγματικά ανώδυνη μετεγχειρητική πορεία και την άμεση επιστροφή στη φυσιολογική ζωή και άθληση, χωρίς επιπλέον κόστος για τον ασθενή.



**Στέφανος Λαζαρίδης, MD, FRCS, Γενικός Χειρουργός, Χειρουργική Ανωτέρου Πεπτικού, Χειρουργική Παχυσαρκίας και Μεταβολισμού eu-surgery.com**

**• Τι είναι η βουβωνοκήλη;**  
Η βουβωνοκήλη εντοπίζεται μεταξύ μηρού και κορμού, είτε στην αριστερή είτε στη δεξιά μεριά της βουβωνικής χώρας. Συγκεκριμένα, δημιουργείται όταν κάποιο ενδοκοιλιακό τμήμα του εντέρου ή λίπους αναδύεται μέσω κάποιου αδύναμου σημείου του κατώτερου κοιλιακού τοιχώματος το οποίο αντιλαμβάνομαστε ως ένα μαλακό εξόγκωμα στην περιοχή. Η εμφάνιση αυτή μπορεί να είναι ασυμπτωματική για αρκετό χρονικό διάστημα. Ωστόσο, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες η βουβωνοκήλη προκαλεί ενόχληση όταν ο ασθενής βήχει ή σκύβει για να σηκώσει ένα βαρύ αντικείμενο.

**• Ποια είναι η συμπτωματολογία της βουβωνοκήλης;**

Η χειρουργική αποκατάσταση των ανεπιπλεκτων κηλών δεν αποτελεί επείγον χειρουργείο. Κατά πάσα πιθανότητα μια κήλη προϋπήρχε αρκετό καιρό πριν διαγνωστεί ή γίνει ορατή. Ωστόσο, συνιστάται ρητά η επέμβαση το συντομότερο δυνατόν, καθώς η ιδιαίτερη προσοχή κατά την περίοδο αναμονής για να αποφευχθεί μια επιπλοκή που θα μετατρέψει μια απλή λαπαροσκοπική επέμβαση σε μια δύσκολη ανοικτή ή ένα τακτικό χειρουργείο σε επείγον.

Όταν η **πάθηση** βρίσκεται σε αρκετά πρώιμο στάδιο, είναι πιθανόν να μην παρουσιάζονται συμπτώματα. Ενδέχεται να παρουσιάζεται μόνο μία αίσθηση ήπιου καύσου στη βουβωνική χώρα (λίγο επάνω από τα γεννητικά όργανα).

Όταν η **πάθηση** προχωρήσει, παρουσιάζεται ως χαρακτηριστικό σύμπτωμα ένα εξόγκωμα στη βουβωνική περιοχή. Συνήθως είναι μαλακό χωρίς ιδιαίτερο πόνο και υποχωρεί (χάνεται) με την πίεση ή όταν το άτομο είναι ξαπλωμένο. Εμφανίζεται ξανά όταν το άτομο είναι όρθιο, όταν ασκείται ή όταν κάνει κάποια εργασία.

Τα συμπτώματα που πρέπει να θορυβίσουν τον ασθενή για να επικοινωνήσει με τον ιατρό του είναι τα εξής:

- 1 Ταχυκαρδία
- 2 Έντονος πόνος στη βουβωνική χώρα
- 3 Έμετος - ναυτία
- 4 Τοπική θερμότητα και ερυθρότητα
- 5 Πυρετός
- 6 Κοιλιακό άλγος

Τα παραπάνω συμπτώματα είναι πιθανό να υποδεικνύουν την πιο επικίνδυνη επιπλοκή της βουβωνοκήλης, η οποία είναι η περιέφιξη του περιεχομένου της βουβωνοκήλης. Η επιπλοκή αυτή μπορεί να επιφέρει επικίνδυνες συνέπει-

ες, όπως νέκρωση των οργάνων τα οποία βρίσκονται μέσα στην κήλη.

**Χειρουργική αντιμετώπιση της βουβωνοκήλης με τη μέθοδο ΤΕΡ**

Η ενδοσκοπική χειρουργική μέθοδος ΤΕΡ (Totally Extraperitoneal Repair) είναι μια ελάχιστα επεμβατική τεχνική για τη θεραπεία της βουβωνοκήλης και αποτελεί την πλέον σύγχρονη επιλογή για την αντιμετώπιση της **πάθησης**. Οι λόγοι για τους οποίους αποτελεί την ιδανική θεραπεία είναι οι εξής:

- 1 Το σχεδόν μηδενικό ποσοστό νοσηρότητας μετά το τέλος της επέμβασης.
- 2 Η άμεση και πλήρης κινητοποίηση - κυριολεκτικά μόλις παρέλθει η δράση της αναισθησίας.
- 3 Η απουσία μετεγχειρητικού πόνου - αρκούν μερικά παυσίφωνα για τα πρώτα 24ωρα.
- 4 Το ελάχιστο ποσοστό υποτροπής μετά την επέμβαση.

**• Πώς πραγματοποιείται η επέμβαση;**

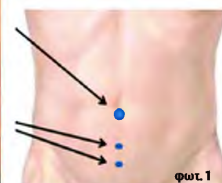
Για την επέμβαση χρειάζονται 3 μικρές τομές μήκους 5 χιλιοστών η καθεμία (φωτ. 1). Ο εξειδικευμένος χειρουργός εισάγει στην τομή το λαπαροσκόπιο, το οποίο είναι συνδεδεμένο με μία οθόνη η οποία μεγεθύνει και δείχνει λεπτομερώς το περιεχόμενο της κήλης. Η κήλη ανατάσσεται (επιστρέφεται το περιεχόμενό της στην κοιλιά) και στην περιοχή τοποθετείται ένα βιοσυμβατό πλέγμα το οποίο δημιουργεί ένα νέο ανθεκτικό τοίχωμα.

**• Σε τι πλεονεκτήματα η ενδοσκοπική χειρουργική τεχνική ΤΕΡ;**

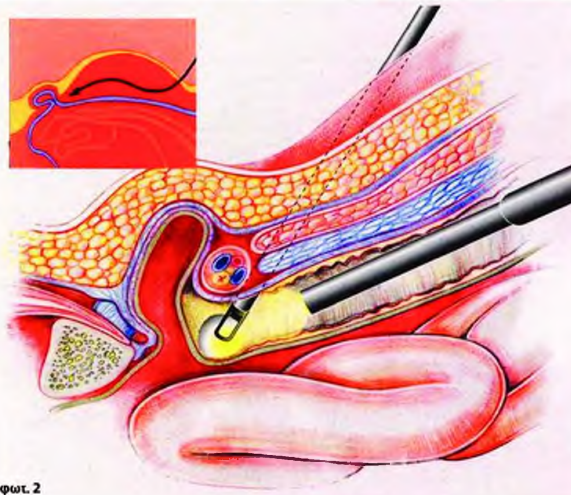
Η ενδοσκοπική χειρουργική τεχνική ΤΕΡ εφαρμόζεται σε έναν φυσικό ανατομικό χώρο μεταξύ των κοιλιακών μυών και του περιτοναίου (φωτ. 2) χωρίς να έρχεται σε επαφή με τα σπλάχνα της κοιλιακής χώρας. Πέραν αυτού, η συγκεκριμένη τεχνική υπερτερεί των άλλων τεχνικών (ανοικτής και απλής λαπαροσκοπικής ΤΑΡ - διαπεριτοναϊκής προσέγγισης), αφού:

- 1 Είναι πλήρως ανώδυνη χειρουργική τεχνική.
- 2 Προκαλεί αμελητέα βλάβη στους ιστούς, αφού λαμβάνει χώρα σε έναν προϋπάρχοντα φυσικό ανατομικό χώρο, δεν χρειάζεται να κοπεί κανένας ιστός και διενεργείται μέσω ελαστικών οπών στο δέρμα.
- 3 Επιτρέπει την τοποθέτηση μεγάλης επιφάνειας πλέγματος, γεγονός το οποίο ελαστικοποιεί τον κίνδυνο υποτροπής.
- 4 Είναι τελείως ανώδυνη, αφού η επέμβαση διενεργείται χωρίς διατομή ιστών και δεν είναι απαραίτητη η καθήλωση του πλέγματος με ράμματα, τα οποία μπορεί να δημιουργήσουν ενόχληση.
- 5 Δεν εισέρχονται χειρουργικά εργαλεία στην κοιλιακή χώρα, γεγονός το οποίο θα αύξανε τόσο τον πόνο όσο και τον κίνδυνο επιπλοκών.
- 6 Έχει άριστο αισθητικό αποτέλεσμα.
- 7 Έχει ταχύτητα ανάρρωσης και αποκατάστασης.

«Η ΤΕΡ απαιτεί εξειδικευμένη εκπαίδευση και μεγάλη εμπειρία προκειμένου να είναι επιτυχημένη και ασφαλή. Έχω εκπαιδευτεί εξειδικευμένα στην επέμβαση αυτή έχοντας διενεργήσει αρκετές εκατοντάδες επεμβάσεις ως διευθυντής και έχω εκπαιδεύσει ειδικευόμενους χειρουργούς στη μέθοδο αυτή στο **Εθνικό Σύστημα Υγείας** της Μ. Βρετανίας», καταλήγει ο **Στέφανος Λαζαρίδης**.



φωτ. 1



φωτ. 2

**INFO**

Ο **Στέφανος Λαζαρίδης**, MD, αποφοίτησε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Semmelweis της Βουδαπέστης. Ακολούθησε την ειδικότητα της Γενικής Χειρουργικής στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο Αθηνών, τον τίτλο της οποίας έλαβε το 2012. Εξειδικεύθηκε στη Χειρουργική Ανωτέρου Πεπτικού επί 3ετία σε εξόχοντα νοσοκομείο στο Λονδίνο, καθώς και στη Χειρουργική Ηπατος και Παγκρέατος στο King's College Hospital, στην προηγμένη λαπαροσκοπική Χειρουργική Ανωτέρου Πεπτικού στο Whittington Hospital και στη Χειρουργική Μεταβολισμού και Παχυσαρκίας στο St. George's University Hospital. Τα επόμενα δύο χρόνια διετέλεσε διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής Ανωτέρου Πεπτικού του NHS στο νοσοκομείο του Kingston και επίτιμος διευθυντής Χειρουργικής στο St. George's University Hospital. Έλαβε κατ' απονομήν τον τίτλο FRCS (Fellow of the Royal College of Surgeons of England) από το Βασιλικό Κολέγιο Χειρουργών της Αγγλίας. Έχει πιστοποιηθεί ως Λαπαροσκόπος Χειρουργός από το Πανεπιστήμιο του Στρασβούργου.

# Focal One: Νέο όπλο στη μάχη κατά του καρκίνου του προστάτη

Πηγή: ΚΥΡΙΑΚΑΤΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Σελ.: 11

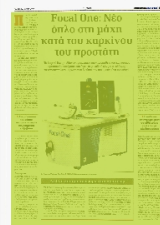
Ημερομηνία έκδοσης: 09-03-2019

Επιφάνεια: 1102.37 cm<sup>2</sup>

Αρθρογράφος:

Κυκλοφορία: 11000

Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ



**Π**ιόσ στη δέμευσή του να βρίσκεται στην πρώτη γραμμή των εξελίξεων επενδύοντας διαρκώς σε νέες τεχνολογίες αιχμής, ο Όμιλος Ιατρικού Αθηνών προχώρησε στην προμήθεια του Ρομποτικού Συστήματος Focal One® HIFU (High-intensity Focused Ultrasound) και αποτελεί, πλέον, το μοναδικό κέντρο στη νοτιοανατολική Ευρώπη που διαθέτει αυτήν την τεχνολογία.

Η Focal One - ρομποτικά υποβοηθούμενη ογκοεκτομή του προστάτη - αντιμετωπίζει τον καρκίνο του προστάτη με υψηλής συχνότητας εστιακό υπερηχογράφο που συγκεντρώνει τα κύματα των υπερήχων στην υπάρχουσα εστία, δημιουργώντας μια ακριβή και μη αναστρέψιμη νέκρωση πύλης στο σχευμένο ιστού διατηρώντας, παράλληλα, τον περιβάλλοντα ιστό. Δηλαδή, μέσα από το ορθό, εκπέμπονται υψηλής συχνότητας υπερήχοι στην εστία του καρκίνου, οι οποίοι ανεβάζουν τη θερμοκρασία στον όγκο στους 85 βαθμούς Κελσίου, νεκρώνοντάς τον.

## ▶ Αντιμετώπιση της νόσου αναίρακτα χωρίς χειρουργική επέμβαση

Το Focal One® είναι η πρώτη ιατρική συσκευή που έχει σχεδιαστεί ειδικά για την εστιακή θεραπεία του καρκίνου του προστάτη, η οποία επιτρέπει την επίτευξη υψηλού θεραπευτικού αποτελέσματος, χωρίς χειρουργική επέμβαση, με βέλτιστη αποτελεσματικότητα, ελάχιστες παρενέργειες και απεικόνιση επικύρωσης, μετά το τέλος της θεραπείας.

## Λογισμικό

Κάνοντας χρήση των τελευταίων εξελίξεων της τεχνολογίας HIFU και του λογισμικού σύντηξης απεικόνισης με ακρίβεια και απεικόνιση της βλάβης με μαγνητική και υπερήχους, είναι σε θέση να αντεπεξέλθει στις αυξανόμενες ιδιαιτερότητες της εστιακής θεραπείας του προστάτικού καρκίνου.

Στα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου περιλαμβάνεται, μεταξύ άλλων, η αποφυγή τομών, ουλών και κινδύνου αιμορραγίας, ο δε ασθενής επανέρχεται στον συνήθη τρόπο ζωής

# Focal One: Νέο όπλο στη μάχη κατά του καρκίνου του προστάτη

Το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών προχώρησε στην προμήθεια του καινοτόμου ρομποτικού συστήματος και έγινε το μοναδικό κέντρο σε ολόκληρη τη νοτιοανατολική Ευρώπη που διαθέτει την πιο προηγμένη τεχνολογία



Το Ρομποτικό Σύστημα Focal One® HIFU (High-intensity Focused Ultrasound)

## Διεθνή κέντρα αναφοράς και αριστείας

**ΤΑ ΡΟΜΠΟΤΙΚΑ** τμήματα του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών αποτελούν διεθνή κέντρα αναφοράς και αριστείας και συνεργάζονται με πανεπιστημιακά ιδρύματα στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Οι εκπαιδευμένοι ιατροί του Ομίλου έχουν υποστηρίξει πολλές επιστημονικές ομάδες ως επίσημοι εκπαιδευτές ρομποτικής, σε Ελλάδα, Κύπρο, Ρουμανία, Σερβία, Γαλλία, Λετονία, Ταϊλάνδη και Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ συμμετέχουν και σε επίσημα σεμινάρια μέσω διαδικτύου.

Παράλληλα, οι ιατροί των ρομποτικών τμημάτων αποτελούν επιστημονικά μέλη κορυφαίων εκπαιδευτικών οργανισμών σε όλο τον κόσμο, όπως

είναι η Ουρολογική Σχολή του IRCAD (Research Institute against Digestive Cancer) του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Στρασβούργου, η οποία θεωρείται το καλύτερο ρομποτικό - λαπαροσκοπικό ουρολογικό «σχολείο», του κέντρου αναφοράς και εκπαίδευσης, ORSI Academy Belgium (Robotic Training Center and Pediatric Robotic Training Center), αλλά και των συνεδρίων της νοτιοανατολικής Ευρώπης (International Workshop in Robotic Surgery for Southeastern Europe) και των πανευρωπαϊκών συνεδρίων της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρίας (EAU - HOT Robotic Courses).

του σε μία δύο ημέρες.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το Focal One δεν υποκαθιστά τη ρομποτική χειρουργική, αποτελεί, όμως, μια ιδανική θεραπεία διάσωσης του μη επιθετικού προστάτικού καρκίνου. Απευθύνεται σε ασθενείς πιο προχωρημένης ηλικίας, σε ασθενείς που δεν μπορούν να υποβληθούν σε διαδικασία νάρκωσης αλλά και σε ασθενείς που έχουν ακτινοβοληθεί και παρουσιάζουν υποτροπή του καρκίνου, παρέχοντας, παράλληλα, τη δυνατότητα επανάληψης της θεραπείας. Πραγματοποιείται, δε, ανεξάρτητα από την εφαρμογή άλλων μεθόδων θεραπείας (χημειοθεραπεία) ή σε συνδυασμό με αυτές.

Με αφορμή την προμήθεια του Ρομποτικού Συστήματος Focal One® HIFU (High-intensity Focused Ultrasound), ο Γεώργιος Κυριάκου, MD, PhD, FEBU, Ουρολόγος, Διδασκτικό μέλος IRCAD/EITS Ιατρικής Σχολής Στρασβούργου, Διευθυντής Κέντρου Ελάχισια Επεμβατικής Ουρολογίας, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, δήλωσε: «Ο Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, πάντα πρωτόπορος στην εξέλιξη της βι-

## ▶ Ο ασθενής επιστρέφει στον συνήθη τρόπο ζωής του σε μία δύο ημέρες

οτεχνολογίας και των νέων τεχνικών, μένει πιστός στη δέμευσή του για την προσφορά ιατρικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου, σε χιλιάδες ασθενείς, οι οποίες υποστηρίζονται από τις διαρκείς επενδύσεις σε ιατρικό εξοπλισμό. Η προμήθεια του Focal One έχει καταστήσει το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών το μοναδικό κέντρο σε ολόκληρη τη νοτιοανατολική Ευρώπη που προσφέρει τις πλέον εξελιγμένες θεραπείες στην αντιμετώπιση του καρκίνου του προστάτη. Με την άριστη συνεργασία της Διεπιστημονικής Ομάδας υψηλών προδιαγραφών (Multidisciplinary Team) του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών έχουν ήδη πραγματοποιηθεί, με μεγάλη επιτυχία, τα πρώτα περιστατικά αντιμετώπισης καρκίνου προστάτη με τη χρήση του Ρομποτικού Συστήματος Focal One® HIFU (High-intensity Focused Ultrasound), χωρίς καμία επιπλοκή και με θετικά αποτελέσματα, αναφορικά με την εξέλιξη του καρκίνου, για τους ασθενείς».

# Κινητοποίηση για το Νοσοκομείο Νίκαιας

Πηγή: ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ Σελ.: 24 Ημερομηνία έκδοσης: 09-03-2019  
Επιφάνεια: 56.22 cm<sup>2</sup> Αρθρογράφος: Κυκλοφορία: 2300  
Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ



## Κινητοποίηση για το **Νοσοκομείο** Νίκαιας

Σε συγκέντρωση στο **Νοσοκομείο Νίκαιας** την **Τρίτη 12/3**, στις 6.30 μ.μ., καλούν **μαζικοί φορείς της περιοχής**, διαμαρτυρόμενοι για τα οξυμένα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ασθενείς και εργαζόμενοι, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των εφημεριών. Στην κινητοποίηση καλούν: **Σωματείο Συνταξιούχων Νίκαιας - Κορυδαλλού, Σύλλογος Αγίας Τριάδας, Σύλλογος Γυναικών Νίκαιας, Ορειβατικός Φυσιολατρικός Όμιλος Νίκαιας (ΟΦΟΝ), Σύλλογος Γυναικών Κορυδαλλού και Σύλλογος Ασπρω Χωμάτων «Η Μέριμνα».**

# Θέλετε να ρίξετε την αρτηριακή πίεση; Πάρτε έναν μεσημεριανό υπνάκο!

Πηγή:	ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	Σελ.:	8	Ημερομηνία έκδοσης:	09-03-2019
Επιφάνεια:	308.94 cm <sup>2</sup>	Αρθρογράφος:		Κυκλοφορία:	0
Θέματα:	ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ				



## Θέλετε να ρίξετε την αρτηριακή πίεση; Πάρτε έναν μεσημεριανό υπνάκο!

### Ξεκούραστος τρόπος ενάντια στην υπέρταση

Οι άνθρωποι που έχουν τη συνήθεια να παίρνουν ένα μεσημεριανό υπνάκο, είναι πιθανότερο να έχουν χαμηλότερη αρτηριακή πίεση και να αποφύγουν την υπέρταση, σύμφωνα με μία νέα ελληνική επιστημονική έρευνα.

Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον καρδιολόγο, δρ. Μανώλη Καλλίστρατο, του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπείου» Βούλας, που έκαναν τη σχετική παρουσίαση στο ετήσιο συνέδριο του Αμερικανικού Κολλεγίου Καρδιολογίας στην Ουάσιγκτον, μελέτησαν 212 ανθρώπους, με μέση ηλικία 62 ετών και μέση πίεση αίματος 129,9 mm Hg. Περίπου ένας στους τέσσερις ήταν καπνιστής ή/και είχε διαβήτη.

Διαπιστώθηκε ότι γενικά ο μεσημεριανός ύπνος (με μέση διάρκεια σχεδόν 50 λεπτά) σχετιζόταν με μια μέση μείωση της συστολικής πίεσης κατά 5,3 mm Hg (127,6 mm Hg έναντι 132,9 mm Hg για όσους δεν κοιμούνταν τα μεσημέρια). Επιπροσθέτως, για κάθε μία ώρα πρόσθετου μεσημεριανού ύπνου η 24ωρη μέση συστολική πίεση μειωνόταν κατά 3 mm Hg. Μικρότερη



ήταν και η μέση διαστολική πίεση όσων κοιμούνταν τα μεσημέρια (76,2 mm Hg) σε σχέση με όσους δεν κοιμούνταν (79,5 mm Hg).

«Τα ευρήματα είναι σημαντικά, επειδή μια μείωση της πίεσης του αίματος τόσο μικρή όσο 2 mm Hg μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων όπως ένα έμφραγμα έως κατά 10%. Με βάση τα ευρήματά μας, αν κάποιος έχει την πολυτέλεια να

παίρνει έναν υπνάκο στη διάρκεια της μέρας, μπορεί να δει οφέλη για την υψηλή πίεση του. Ο μεσημεριανός ύπνος μπορεί εύκολα να υιοθετηθεί και δεν κοστίζει τίποτα», δήλωσε ο κ. Καλλίστρατος.

Το όφελος του μεσημεριανού ύπνου για τη μείωση της πίεσης φαίνεται να είναι στα ίδια περίπου επίπεδα με εκείνο από τα φάρμακα και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής. «Για παράδειγμα, η

μείωση στο αλάτι και στο αλκοόλ μπορεί να ρίξει τα επίπεδα της πίεσης κατά 3 έως 5 mm Hg», όπως επισήμανε ο κ. Καλλίστρατος, ενώ ένα τυπικό αντιυπερτασικό φάρμακο σε χαμηλή δοσολογία, συνήθως, ρίχνει την πίεση του αίματος 5 έως 7 mm Hg κατά μέσο όρο.

«Προφανώς, δεν θέλουμε να ενθαρρύνουμε τους ανθρώπους να κοιμούνται για ώρες μέσα στη ημέρα, αλλά, από την άλλη, δεν θα πρέπει να νιώθουν ένοχοι, αν πάρουν ένα σύντομο υπνάκο, δεδομένων των δυνητικών ωφελειών για την υγεία τους», τόνισε ο κ. Καλλίστρατος.

Οι ερευνητές εκτιμούν ότι η συνήθεια του μεσημεριανού υπνάκου στην Ελλάδα, σε συνδυασμό με την υγιεινή μεσογειακή διατροφή, συμβάλλουν σε ένα πιο υγιές καρδιαγγειακό «προφίλ» του πληθυσμού.

Πολλοί άνθρωποι σε όλο τον κόσμο έχουν υψηλή πίεση χωρίς να το ξέρουν, λόγω της έλλειψης συμπτωμάτων. Σε βάθος χρόνου, η υψηλή πίεση αυξάνει τον κίνδυνο για έμφραγμα και εγκεφαλικό.





ΔΥΤΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Γιώργος Κρεασίδης

## Με χορηγίες και «έρευνες» «θάβουν» την ρύπανση

► Προσπάθεια των ΕΛΠΕ να χτίσουν περιβαλλοντικό προφίλ



μέτρων. Αντί αυτών βρίσκεται σε εξέλιξη ένας βομβαρδισμός από διαφημιστικού τύπου ενημέρωση για το κοινωνικό πρόσωπο των ΕΛΠΕ, αλλά και μια προσπάθεια να διαχωριστεί η δυσοσμία από τη ρύπανση, σαν μια αθώα και... βρόμικη μαζί συνέπεια της «ανάπτυξης». Παράλληλα τα ΕΛΠΕ σταθερά εμφανίζουν τον εαυτό τους σαν μια εταιρία που παίρνει μέτρα περιβαλλοντικής προστασίας. Έτσι, η έρευνα με ευθύνη της περιφέρειας Κ. Μακεδονίας για τις αιτίες της δυσοσμίας, σύμφωνα με τις πρόσφατες ανακοινώσεις, ναι μεν προσδιορίζει σαν αιτία της δυσοσμίας τα ΕΛΠΕ, αφήνει ανοιχτό όμως αν αυτή έχει συνέπειες στη **δημόσια υγεία!**

Η Ανταρσία στην Κ. Μακεδονία έχει τονίσει πως «η παρουσία μονάδων βαριάς βιομηχανίας, όπως τα διυλιστήρια των ΕΛΠΕ και Μαμιδάκη και η τσιμεντοβιομηχανία ΤΙΤΑΝ, σε μια πυκνοκατοικημένη περιοχή όπως η δυτική Θεσσαλονίκη, δεν επιτρέπει όμως μια αφελή προσέγγιση που αναρωτιέται για την πηγή του προβλήματος. Δεν πρόκειται απλά για δυσοσμία και μάλιστα χωρίς συνέπειες για τη

**δημόσια υγεία**, αλλά για βιομηχανική ρύπανση».

Στο μεταξύ την περασμένη Τετάρτη με αφορμή τη συνάντηση με τον αναπληρωτή υπουργό Περιβάλλοντος και Ενέργειας Σ. Φάμελλο, τα «αθώα» ΕΛΠΕ ανακοίνωσαν και άλλα μέτρα περιβαλλοντικής προστασίας. Σε φιλικό κλίμα ο υπουργός ζήτησε ενίσχυση των μετρήσεων αερίων, δίνοντας έτσι για άλλη μια φορά κυβερνητική κάλυψη στις δημόσιες σχέσεις της εταιρίας. Όσο για τη δημοτική αρχή σε Κορδελιό-Εύοσμο, μετά την μήνυση «κατ' αγνώστων» για τη δυσοσμία, βρέθηκε να συζητά την ίδια μέρα πρόταση χορηγιών προκαλώντας διαμαρτυρίες κατοίκων που εξάνυσα συγκέντρωση έξω από το δημαρχείο.

Τα ΕΛΠΕ, καθώς είναι σύμφωνα με τα στοιχεία της εταιρίας η πιο κερδοφόρα εταιρία στην Ελλάδα για το 2018, επιδιώκουν να εξασφαλίσουν με κάθε τρόπο σιωπή και συναίνεση για τη βιομηχανική ρύπανση. Γι' αυτό, όπως αποκαλύφθηκε το 2017, είχαν οργανώσει δίκτυο συστηματικής παρακολούθησης και φακελώματος πολιτών και φορέων.

Το επόμενο Σάββατο 16/3, στις 11 π.μ., θα γίνει νέα συγκέντρωση διαμαρτυρίας, στο παλιό δημαρχείο Κορδελιού, ενώ την ίδια ώρα την Κυριακή θα γίνει συνέλευση της πρωτοβουλίας κατοίκων στο πάρκο Σμύρνης της συνοικίας.

**Μ**ια νέα επικοινωνιακή εκστρατεία ξεκίνησαν τα Ελληνικά Πετρέλαια (ΕΛΠΕ) καθώς το προηγούμενο διάστημα έχει προκληθεί μεγάλη ανησυχία από τις συνέπειες της βιομηχανικής ρύπανσης στη δυτική Θεσσαλονίκη και ειδικά στο δήμο Κορδελιού-Εύοσμου, όπου έχουν την έδρα τους τα διυλιστήρια της εταιρίας.

Η διάχυτη και έντονη δυσοσμία κάνει φανερό το πρόβλημα στους κατοίκους της περιοχής που ζητούν υπεύθυνη ενημέρωση, αλλά και τη λήψη

# Πονάω, ήρθα «Ευαγγελισμό» και περιμένουν 100 άτομα...

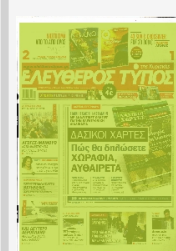
Πηγή: ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ Σελ.: 1,20-21

Ημερομηνία έκδοσης: 09-03-2019

Επιφάνεια: 1961.4 cm<sup>2</sup>     Αρθρογράφος:

Κυκλοφορία: 12000

Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ, ΠΟΕΔΗΝ



## ΑΥΤΟΨΙΑ «Ε.Τ.» ΣΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ

# Πονάω, ήρθα «Ευαγγελισμό» και περιμένουν 100 άτομα...

«ΠΟΝΕΜΕΝΗ ΙΣΤΟΡΙΑ» Η... ΑΝΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

ΜΑΡΙΑ - ΝΙΚΗ ΓΕΩΡΓΑΝΤΑ mgeorganta@e-typos.com

**Τ**ρία τέταρτα πριν ξεκινήσει η γενική εφημερία του «Ευαγγελισμού» μια ουρά από δεκάδες άτομα σχηματίζεται έξω από την πόρτα του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Έχουν φτάσει πιο νωρίς προκειμένου να προλάβουν να πάρουν αριθμό για να εξυπηρετηθούν όσο το δυνατόν πιο σύντομα. Όσο περνά η ώρα η ουρά μεγαλώνει και ασθενείς συνωστίζονται στον εξωτερικό χώρο περιμένοντας όρθιοι καθώς ο μικρός χώρος αναμονής στην είσοδο των ΤΕΠ χωρά λίγους.

Σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα τα νούμερα που εκδίδονται από το ειδικό μηχάνημα σε σχέση με το νούμερο που εξετάζεται (στο πλαίσιο της πρωινής λειτουργίας του νοσοκομείου) και αναφέρεται στη φωτεινή ένδειξη αποκλίνουν κατά... 100. Ορισμένοι ασθενείς προσέρχονται, βλέπουν το πλήθος που αναμένει, κάνουν μεταβολή και αποχωρούν. Μια κοπέλα με σπασμένο χέρι μιλά στο τηλέφωνο αγχωμένα, προφανώς με κάποιον δικό της, δελτώνοντας την απόγωσή της. «Εχω πεθάνει στον πόνο, δεν ξέρω πού να πάω. Ηρθα "Ευαγγελισμό" και περιμένουν μέσα 100 άτομα», αναφέρει. Ένας άλλος κύριος, μιλώντας επίσης στο τηλέφωνο και ερωτηθείς προφανώς τι ώρα θα τελειώσει από εκεί, αυτοσαρκάζεται και απαντά «Ξέρω και εγώ. Σε επτά ώρες πιστεύω».

### Χαμός κάθε τέσσερις ημέρες

Οι... κωμικοτραγικές αυτές σκηνές είναι πραγματικότητα κάθε τέσσερις ημέρες στη γενική εφημερία του μεγαλύτερου νοσοκομείου της χώρας. Όπως άλλωστε και στην πλειονότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας). Επί μισή ώρα η φωτεινή ένδειξη με το νούμερο που εξετάζονταν εκείνη την ώρα ήταν κολλημένη, χωρίς να προχωρά στα επόμενα νούμερα, όπως παρατήρησε ο «Ελευθερος Τύπος» στην αυτοψία του στον «Ευαγγελισμό» την Πέμπτη 28/2, ημέρα γενικής εφημερίας, ακριβώς μετά από κακοκαιρία και τσουχτερό κρύο.

Αρκετή ώρα μετά το «άνοιγμα» της εφημερίας, που συνήθως για τα νοσοκομεία της Αθήνας ξεκινά στις 2.30 το μεσημέρι και διαρκεί μέχρι τις 8 το επόμενο πρωί, γιατροί και νοσηλευτές φωνάζουν τα 30 πρώτα νούμερα προκειμένου να γίνει η διαλογή. Για ποιο λόγο δηλαδή προορίζονται οι ασθενείς αναλόγως με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν. Εντός ολίγου χρόνου ο συνωστισμός που επικρατεί στο προαύλιο μεταφέρεται στο εσωτερικό. Έχουν περάσει μόλις δύο ώρες και είναι ήδη ξεκάθαρο ότι η αναμονή θα είναι πολυώρη για τους περισσότερους ασθενείς που περιμένουν.

Όπως λέει στον Ελευθερο Τύπο της Κυριακής ο πρόεδρος του Σωματίου Εργαζομένων του «Ευαγγελισμού», **Ηλίας Σιώρας**, η αναμονή κάποιων ασθενών σε ορισμένες εφημερίες φτάνει ακόμη και τις 12 ώρες. «Το

70% των περιστατικών που προσέρχονται στη γενική εφημερία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εάν ήταν οργανωμένη», αναφέρει. Πρόκειται για τους περιπατητικούς ασθενείς, οι οποίοι προσέρχονται μόνο τους στην εφημερία, χωρίς ασθενοφόρο γιατί η κατάσταση της υγείας τους δεν είναι τόσο επείγουσα. Μπορεί να έχουν πυρετό, κάποια ίωση, γρίπη ή να έχουν χτυπήσει. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της Ελένης, η οποία συνόδευσε τον πατέρα της με ένα τραύμα στο μάτι στην εφημερία του «Ευαγγελισμού». Όπως ανέφερε στον «Ελευθερο Τύπο της Κυριακής»: «Περιμένουμε ήδη μια ωρίτσα, αλλά, όπως βλέπετε, θα περιμένουμε για πολύ ακόμη». Είχαν τον αριθμό 120.

Πράγματι, η πλειονότητα των ασθενών που προσήλθαν όση ώρα βρισκόταν ο Ελευθερος Τύπος της Κυριακής στα επειγόντα του «Ευαγγελισμού» ήταν περιπατητικοί. Τα ασθενοφόρα που κατέφθαναν ήταν μετρημένα και τα πραγματικά επειγόντα περιστατικά λίγα, τα οποία έχουν προτεραιότητα.

Το μεγαλύτερο νοσοκομείο της χώρας δέχεται κατά μέσο όρο 1.000 με 1.500 ασθενείς σε κάθε εφημερία. Το 20% των προσερχομένων χρειάζεται εισαγωγή. Σύμφωνα με τον κ. Σιώρα, ένα μεγάλο ποσοστό των εισαγωγών είναι επανεισαγωγές λόγω έλλειψης πρωτοβάθμιας Υγείας όπου θα μπορούσε να έχει ο ασθενής μια τακτική επίβλεψη. Επιπλέον, οι μεγάλες αναμονές δημιουργούνται από το συνδυασμό του μεγάλου όγκου ασθενών που προσέρχονται και της έλλειψης προσωπικού, επηρεάζοντας κατ' επέκταση και τη λειτουργία των μηχανημάτων για εξετάσεις. Στον «Ευαγγελισμό» συγκεκριμένα, στη διάρκεια της εφημερίας λειτουργεί μόνο ο ένας εκ των δύο αξονικών τομογράφων καθώς δεν υπάρχει το προσωπικό να λειτουργήσει τον άλλο. «Μπορεί να χρειάζονται αξονική και 60 και 70 ασθενείς σε μία εφημερία. Με ένα μηχάνημα η αναμονή είναι μεγάλη», τονίζει ο κ. Σιώρας και προσθέτει ότι την ίδια στιγμή, από τις 23 χειρουργικές αίθουσες λειτουργούν οι 14, εξαιτίας έλλειψης προσωπικού. Όλα αυτά την ώρα που στο τέλος του 2018 συνταξιοδοτήθηκαν 12 στελέχη του «Ευαγγελισμού».

Σύμφωνα με τα στοιχεία, ο «Ευαγγελισμός» πραγματοποιεί 90 γενικές εφημερίες το χρόνο. Ο αριθμός των προσερχομένων σε αυτές ασθενών ανέρχεται σε περίπου 120.000-130.000 ετησίως. Ωστόσο, ο αριθμός αυτός αφορά μόνο στους καταγεγραμμένους. Δεν καταγράφονται όμως όλοι, συνήθως λόγω βιασύνης και έλλειψης χρόνου των εργαζομένων. Όπως προκύπτει από τις πληροφορίες, ένα 20%-25% δεν καταγράφεται.

Συνολικά ο «Ευαγγελισμός» νοσηλεύει πάνω από 60.000 άτομα ετησίως. Παράλληλα, στο νοσοκομείο πραγματοποιούνται περισσότερες από 8,5 εκατομμύρια εργαστηριακές εξετάσεις. Από τα τακτικά ιατρικά δηλαδή, τις εφημερίες και τις εργαστηριακές εξετάσεις οι ασθενείς ανέρχονται σε 1,5 εκατομμύριο. «Μαζί με τους συνοδούς τους, το 1/10 της χώρας περνά κάθε χρόνο από τον "Ευαγγελισμό"!», σχολιάζει ο κ. Σιώρας. ■



**Το 70% των περιστατικών που προσέρχονται στη γενική εφημερία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εάν ήταν οργανωμένη**

**ΗΛΙΑΣ ΣΙΩΡΑΣ**  
ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ  
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ  
ΣΤΟΝ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟ

**Τ**  
Αναμονή και στον... πόνο



Στα φώτο που εξασφάλισε ο «Ε.Τ.» φαίνεται ξεκάθαρα η... ουρά της υπομονής στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός».





**✓ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ**

**60**  
ΧΙΛΙΑΔΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ ΣΤΟΝ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟ» ΕΤΗΣΙΩΣ

**100.000**  
ΕΩΣ 150.000 ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΠΕΡΝΟΥΝ ΑΠΟ ΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ»

**90**  
ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ

**120.000**  
ΕΩΣ 130.000 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΙΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΤΟΥ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ»

**20%**  
ΤΩΝ ΠΡΟΣΕΡΧΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΕΦΗΜΕΡΙΑ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

**8,5**  
ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΕΤΗΣΙΩΣ

**2**  
ΕΩΣ 12 ΩΡΕΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΕΧΟΥΝ ΤΑ ΤΕΠ ΤΟΥ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ»

**8**  
ΩΡΕΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΕΡΙΜΕΝΙ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΑ ΤΕΠ ΤΟΥ «ΑΤΤΙΚΟΥ»

**200**  
ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΦΗΜΕΡΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ

**60%**  
ΕΩΣ 70% ΤΩΝ ΠΡΟΣΕΡΧΟΜΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΝ ΝΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΘΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**Μόνιμο και γενικευμένο φαινόμενο τα ράντζα**

**ΤΑ ΡΑΝΤΖΑ** αποτελούν σχεδόν μόνιμη κατάσταση στο νοσοκομείο, όπως συμβαίνει και στο «Αττικό». Τα δύο μεγάλα νοσοκομεία εφημερεύουν πάντα μαζί. Ετσι, μετά τη γενική εφημερία εκείνης της Πέμπτης στο νοσοκομείο «Αττικό» προσήλθαν 798 άτομα στα ΤΕΠ, πραγματοποιήθηκαν 212 εισαγωγές και αναπήχθηκαν 78 ράντζα. Μάλιστα, εργαζόμενοι σχολίαζαν ότι επρόκειτο για μια «καλή» εφημερία, δεδομένου ότι σε άλλες εφημερίες παρατάσσονται 120 ή και 130 ράντζα στους διαδρόμους. Σύμφωνα με πληροφορίες, η αναμονή στα ΤΕΠ του νοσηλευτικού ιδρύματος της Δυτικής Αττικής φτάνει και τις 8 ώρες. Στην ίδια ομάδα εφημερίας εντάσσεται και το «Σισμανόγλειο» στα βόρεια προάσια. Την εν λόγω ημέρα στο «Σισμανόγλειο» προσήλθαν 220 άτομα και έγιναν 54 εισαγωγές. Δύο ημέρες πριν, είχε προηγηθεί γενική εφημερία στο Νοσοκομείο Νίκαιας, που επίσης έχει τεράστια προσέλευση ασθενών από τον Πειραιά και τις γύρω περιοχές. Την Τρίτη 26/2 στα ΤΕΠ του Γ.Ν. Νίκαιας εξετάστηκαν, σύμφωνα με τα

στοιχεία, 1.204 ασθενείς. Εξ αυτών οι 140 διακομίστηκαν με το ΕΚΑΒ, γεγονός που σημαίνει ότι οι περισσότεροι ήταν και σε αυτή την περίπτωση περιπατητικοί, δηλαδή θα μπορούσαν σε μεγάλο βαθμό να εξυπηρετηθούν από την Πρωτοβάθμια Υγεία, εάν ήταν επαρκώς στελεχωμένη. Από το σύνολο των ασθενών στα ΤΕΠ 203 εισήχθησαν στο νοσοκομείο, με τη συντριπτική πλειονότητα (59) να εισάγονται στην παθολογική κλινική. Με τη λογική της «φιλοξενίας», δηλαδή νοσηλεία σε κλινική άσχετη με το πρόβλημα και τις ανάγκες ενός ασθενούς, τακτοποιήθηκαν οι 203 εισαγωγές. Το νοσηλευτικό ίδρυμα στη Νίκαια αναπτύσσει επίσης διαρκώς στις εφημερίες του ράντζα. Η κατάσταση αυτή στα δημόσια νοσοκομεία είναι επαναλαμβανόμενη. Η πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας, ωστόσο, μέσα στην εβδομάδα που πέρασε, δήλωσε ότι ήδη το δημόσιο σύστημα Υγείας έχει αιμοδοτηθεί σημαντικά, ενώ ανέφερε ότι αναμένονται άλλες... 10.000 προσλήψεις, με τις 4.000 να αφορούν σε γιατρούς και τις 6.000 σε νοσηλεύτες. ■



**Γιατροί και νοσηλεύτες «θύματα» εξαγριωμένων ασθενών**

**ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ** των μεγάλων αναμονών στα ΤΕΠ, συχνά στα δημόσια νοσοκομεία εκτυλίσσονται σκηνές που θυμίζουν... τριτοκοσμική χώρα. Γιατροί, νοσηλεύτες και το υπόλοιπο προσωπικό πέφτουν «θύματα» εξαγριωμένων ασθενών ή συνοδών και πολλές φορές τραυματίζονται ή κινδυνεύει ακόμη και η ζωή τους. Τα περιστατικά που έχουν καταγραφεί είναι αρκετά, με την Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζόμενων Δημόσιων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ) να κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για τις μεγάλες ελλείψεις σε προσωπικό που αυξάνουν τις ώρες αναμονής στα Επείγοντα, αλλά και για τα περιορισμένα κονδύλια που δεν φτάνουν για την επαρκή φύλαξη των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. «Οι γιατροί δεν είναι ταχυδακτυλουργοί, ένας σε κάθε ιατρεία να εξετάζει ταυτόχρονα 40 και 50 ασθενείς. Οι παρατακτικές συμπεριφορές βέβαια δεν επιτρέπονται, ούτε όταν προέρχονται από αγανάκτηση και ταλαιπωρία των ασθενών. Την πληρώνει όποιος βρίσκεται μπροστά τους», έγραφε η ΠΟΕΔΗΝ σε ανακοίνωσή της. ■



## «Αλχημείες» στο Νοσοκομείο Ζακύνθου

### «Βάφτισαν» ΜΕΘ δύο κλίνες της Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας

ΓΙΑ ΝΑ ΜΗΝ ΕΠΙΣΤΡΑΦΟΥΝ ευρωπαϊκά κονδύλια, όπως καταγγέλλει το Σωματείο Εργαζομένων του νοσοκομείου Ζακύνθου, δύο κλίνες μονάδας αυξημένης φροντίδας «βαφτίστηκαν» σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Η αποκάλυψη γίνεται σε έγγραφο που κοινοποίησε προς την Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων και υπογραμμίζεται ότι όλα αυτά συμβαίνουν την ώρα που φέτος είχαμε τρεις θανάτους σε διασωληνωμένους ασθενείς, που βρίσκονταν σε πολυήμερη λίστα αναμονής για ΜΕΘ.

Υπενθυμίζεται ότι η ελληνική κυβέρνηση θα υποχρεωθεί να επιστρέψει στην Ε.Ε. κονδύλια ύψους 25 εκατομμυρίων ευρώ, που έχει λάβει για την κατασκευή της ΜΕΘ στο Νοσοκομείο της Ζακύνθου, σε περίπτωση που η δομή δεν τεθεί σε πλήρη λειτουργία έως τις 31 Μαρτίου 2019.

Σύμφωνα, όμως, με όσα καταγγέλλουν οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο, η διοίκηση «ετοιμάζεται να ανοίξει δύο κλίνες ΜΑΦ και θολώνει τα νερά ότι δήθεν θα λειτουργήσει τη ΜΕΘ για να αποφύγει την επιστροφή των χρημάτων». Παράλληλα, υπογραμμίζουν ότι για αυτή την «αλχημεία» θα χρησιμοποιηθούν χρήματα από τον ήδη ελλειμματικό

προϋπολογισμό του νοσοκομείου, ο οποίος δεν επαρκεί ούτε για τις τρέχουσες ανάγκες και σημειώνουν ότι δεν είναι δυνατόν να ανοίξει η ΜΕΘ αφού δεν έχουν γίνει προσλήψεις γιατρών και νοσηλευτών.

«Άξιο απορίας είναι το γεγονός ότι αφού όπως ισχυρίζονται μπορούν να ανοίξουν την ΜΕΘ εκ των έσω, δηλαδή με το υπάρχον νοσηλευτικό προσωπικό και χρηματοδότηση, γιατί δε το έκαναν νωρίτερα να είχαμε αποφύγει πιθανόν τους τελευταίους τρεις θανάτους», αναφέρουν χαρακτηριστικά οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου Ζακύνθου.

