

2016 / Οκτώβριος Νοέμβριος Δεκέμβριος / Τιμή: 0,03 €



# τα νέα του ΤΥΠΕΤ



τεύχος **166**

[www.tydet.gr](http://www.tydet.gr)

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΘΝΙΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ





## από τη σύνταξη

Ο «γέρος χρόνος φεύγει. Πάει η δική του η σειρά». Λίγο πριν τα πυροτεχνήματα, τα τραγούδια, τα φώτα για την υποδοχή του «νέου» μεσολαβεί ένα διάστημα περισυλλογής, προσωπικής, οικογενειακής, επαγγελματικής... Τι έγινε και τι δεν έγινε. Τι πέτυχε και τι όχι. Σκέψεις, αναπολήσεις, προβληματισμοί οι οποίοι είναι αλληλένδετοι με την ελπίδα, το όραμα, τα σχέδια για το μέλλον.

Στο πλαίσιο αυτό, το Ταμείο Υγείας Προσωπικού Εθνικής Τράπεζας συνεχίζει δυναμικά την αυτόνομη, αυτοδιαχειριζόμενη, αυτοδιοικούμενη, αλληλοβοηθητική, μη κερδοσκοπική του διαδρομή και πορεία του στον Χρόνο.

Ειδικότερα, ο Πρόεδρος και τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, με συντονισμένες ενέργειες βασισμένες στο Καταστατικό και τη νομική μορφή του Ταμείου Υγείας, εξασφάλισαν τη μη εφαρμογή του Νόμου στο Τ.Υ.Π.Ε.Τ. περί αύξησης της εισφοράς υπέρ υγείας σε 6% (από 4%) η οποία ισχύει αποκλειστικά για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Με την αφορμή αυτή η Διοίκηση επισήμανε ότι οποιοσδήποτε ενέργειες, αποφάσεις, ρυθμίσεις αναφορικά με τους ασφαλισμένους του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. καθορίζονται από τη Γενική Συνέλευση των μελών του και μόνο.

Στη λίστα των επιτυχημένων ενεργειών συγκαταλέγεται επίσης η εξέλιξη της κλινικής «Υγείας Μέλαθρον» σε μία υπερσύγχρονη μονάδα υγείας η οποία εισέρχεται με ίσους όρους στο ανταγωνιστικό πεδίο των Φορέων Υγείας της χώρας. Σχετική αναφορά για το έργο αυτό σταθμό της ιστορίας του Ταμείου Υγείας έγινε στο προηγούμενο τεύχος του περιοδικού.

**Η νέα πραγματικότητα, από το καλοκαίρι του 2016, όσον αφορά στο Ενιαίο πλέον Υγειονομικό Συγκρότημα της Κλινικής, αποτελεί καρπό επίμονων, συντονισμένων δράσεων της Διοίκησης και εχέγγυο ότι το Διοικητικό Συμβούλιο του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. παρακολουθεί και ευθυγραμμίζεται με την ιατρική πραγματικότητα και τις απαιτήσεις της.**

Σκέψεις, βλέψεις, οράματα τα οποία υλοποιήθηκαν τη χρονιά ενισχύοντας την ελπίδα για το μέλλον. Για το καινούργιο που έρχεται.

Με χριστουγεννιάτικη διάθεση, νοσταλγίας και προσμονής, η ύλη του περιοδικού περιλαμβάνει μελέτες για τη χαρά και τη λύπη. Συναισθήματα τα οποία εκδηλώνονται έντονα την εποχή των γιορτών. Πάντοτε επίκαιρα και σύγχρονα είναι τα θέματα τα οποία επιμελούνται οι ιατροί του Ταμείου Υγείας, όπως στο παρόν τεύχος για την ενεργό παρακολούθηση του προστάτη, για τις καρδιακές παθήσεις στις γυναίκες, για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και για τα πλεονεκτήματα της ψηφιακής ακτινολογίας. Ομοίως, ενδιαφέρον και ενημερωτικό είναι το οδοντιατρικό άρθρο για την αντιμετώπιση της νωδότητας. Τα υπόλοιπα στις σελίδες που ακολουθούν... του τελευταίου για το έτος «τα νέα του τυπετ».

Το 2016 φεύγοντας ας πάρει μαζί του τις ντροπιαστικές εικόνες για την ανθρωπότητα όπως τους άστεγους σε δρόμους των πόλεων, τους αμάχους, παιδιά, γυναίκες, άνδρες, σε εμπόλεμες ζώνες, τους χιλιάδες μετανάστες σε πελάγη και υπαίθρους...

**Το 2017,  
ελπίζουμε, ονειρευόμαστε, ευχόμαστε  
για μία χρονιά με υγεία  
ΠΙΟ ΧΑΡΟΥΜΕΝΗ, ΠΙΟ ΑΙΣΙΟΔΟΞΗ,  
ΠΙΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ!**





## σε αυτό το τεύχος



**ΕΚΔΟΤΗΣ:** Νικόλαος Κήπος

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΥΠΟΥ:** Ι. Φωμιάδης, Δ. Πλας, Γ. Παπαθωμάς, Μ. Βλασσόπουλος, Π. Δραγώνας, Αντ. Λίτου, Π. Πατσούρος, Στ. Λαζαράκης

**ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ / ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΥΛΗΣ / ΔΙΕΘΝΗΣ:**

Αλ. Βασάλου, Φ. Περδικάρη, Ελ. Αλεξανδρή

**ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟ:**

Στέλιος Χ. Λαζαράκης

**ΕΚΤΥΠΩΣΗ / ΒΙΒΛΙΟΔΕΣΙΑ:**

PAPERGRAPH - Γραφικές Τέχνες Α.Ε.

email: [info@papergraph.gr](mailto:info@papergraph.gr)

[www.papergraph.gr](http://www.papergraph.gr)

**ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ ΕΞΩΦΥΛΛΟΥ:**

Χαρούμενες Γιουρτές



- 2 Γράμμα της σύνταξης
- 4 Ειδήσεις - Αποφάσεις
- 6 Τα πρώτα συμπτώματα...
- 8 Υγεία Ελλήνων & κρίση
- 10 Το γέλιο θεραπεύει;
- 12 Πλεονεκτήματα ψηφιακής ακτινολογίας
- 14 Ενεργός παρακολούθηση του προστάτη
- 16 Η Βασίλισσα του Χιονιού
- 18 Η αντιμετώπιση της νωδότητας
- 20 Οι καρδιακές παθήσεις στις γυναίκες
- 22 Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια & ωχροπάθεια
- 26 Γιατί πίνουν οι έφηβοι αλκοόλ;
- 28 Ημερολόγιο Σ.Υ.Ε.Τ.Ε.
- 30 34<sup>ος</sup> Αυθεντικός Μαραθώνιος Αθήνας
- 31 19 Νοεμβρίου: Παγκόσμια Ημέρα κατά της Κακοποίησης του Παιδιού
- 32 Ημερολόγιο 2017

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ: ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ Τ.Υ.Π.Ε.Τ. / ΚΩΔ.: 012192  
 ΤΕΥΧΟΣ 166 / ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2016  
 ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: Τ.Υ.Π.Ε.Τ. / Σοφοκλέους 15 - 10552 Αθήνα  
 Τ: 210 3349500 (Διοίκηση) - 210 3349300 (Υπηρεσίες)

email: [info@typet.gr](mailto:info@typet.gr) - [gds@typet.gr](mailto:gds@typet.gr)  
[www.typet.gr](http://www.typet.gr)





### ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ή ΕΠΑΝΕΓΓΡΑΦΗ ΤΕΚΝΟΥ Έως το 38ο ΕΤΟΣ

**Α**πό την 1η Νοεμβρίου 2016, σύμφωνα με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου Τ.Υ.Π.Ε.Τ., παρατάθηκε το όριο ηλικίας ασφάλισης άγαμου τέκνου **έως και το 38ο έτος**.

Το ποσοστό ασφάλισης από το 35ο έως και το 38ο έτος της ηλικίας ορίζεται στο 2,5%, ανεξαρτήτως εάν εργάζεται ή όχι.

**Δικαίωμα επανεγγραφής έχουν και τα τέκνα τα οποία έχουν διαγραφεί.**

Εφόσον η αίτηση συνέχισης ασφάλισης ή επανεγγραφής και τα λοιπά δικαιολογητικά υποβληθούν στο Τ.Υ.Π.Ε.Τ. εντός έξι (6) μηνών από την έναρξη ισχύος της απόφασης (1η Νοεμβρίου 2016), η ασφαλιστική κάλυψη αρχίζει άμεσα, με την υποβολή της αίτησης.

Σε διαφορετική περίπτωση η ασφαλιστική κάλυψη αρχίζει έξι (6) μήνες μετά την υποβολή της αίτησης και των απαραίτητων δικαιολογητικών ή εναλλακτικά δίνεται η δυνατότητα στο άμεσο μέλος της αναδρομικής καταβολής της αναλογούσας εισφοράς των έξι (6) μηνών, υπό την προϋπόθεση της εφ' άπαξ καταβολής. Στην περίπτωση αυτή η ασφαλιστική κάλυψη αρχίζει από την ημερομηνία έγκρισης της ασφάλισης.

Τα μέλη, εν ενεργεία και συνταξιούχοι, τα οποία επιθυμούν τη συνέχιση ασφάλισης ή την επανεγγραφή των τέκνων τους υποβάλουν τη συνημμένη αίτηση στην Υπ/νση Μητρώου & Ε.Κ.Α.Α. του Ταμείου Υγείας.

### ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ μεταξύ Τ.Υ.Π.Ε.Τ. & Γενικής Κλινικής "ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ"

**Τ**ο Τ.Υ.Π.Ε.Τ. προχώρησε σε ανανέωση της σύμβασης συνεργασίας με τη γενική κλινική «**ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ**», η οποία βρίσκεται στην περιοχή του Πανοράματος Θεσσαλονίκης.

Με την ανανέωση της εν λόγω συνεργασίας **εξασφαλίζεται η πρόσβαση των ασφαλισμένων της Βορείου Ελλάδος σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και τη δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη, με ευνοϊκούς οικονομικούς όρους τόσο για το Ταμείο Υγείας, όσο και για τα μέλη του.**

Στην κλινική «**ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ**», η οποία είναι δυναμικότητας 278 κλινών και διαθέτει άριτες κτηριακές εγκαταστάσεις, καθώς και σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, τα μέλη απευθύνονται τόσο για απλές, όσο και για εξειδικευμένες νοσηλείες, ιατρικές πράξεις και επεμβάσεις.

Η κλινική «**ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ**» αποζημιώνεται απευθείας από το Τ.Υ.Π.Ε.Τ., χωρίς την οικονομική επιβάρυνση των μελών.

Σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητη η προσκόμιση της αστυνομικής ταυτότητας καθώς και του ατομικού συνταγολογίου ή του βιβλιαρίου υγείας του Τ.Υ.Π.Ε.Τ., ως αποδεικτικά στοιχεία ασφάλισης, προκειμένου τα μέλη να λαμβάνουν από την Κλινική ειδικές τιμές και εκπτώσεις.

Τηλέφωνα επικοινωνίας με το αρμόδιο Τμήμα Νοσηλευτικών Δαπανών: 2310 281127 & 2310 281936.

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΩΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΩΝ έτους 2017 στη ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

**Σ**ε συνεργασία με το «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, προγραμματίστηκαν οι εθελοντικές αιμοδοσίες του επόμενου έτους. Για τη διευκόλυνση της προσέλευσης των αιμοδοτών οι οποίοι εργάζονται ή δεν μπόρεσαν να αιμοδοτήσουν για διάφορους λόγους στην τελευταία αιμοδοσία, θα διενεργηθεί **πilotικό πρόγραμμα το Σάββατο 18 Μαρτίου 2017**, το οποίο θα οριστικοποιηθεί στις αρχές του προσεχούς Ιανουαρίου, εφόσον σημειωθεί ενδιαφέρον συμμετοχής.

Επόμενο **τριήμερο πρόγραμμα** εθελοντικής αιμοδοσίας, υπό την επίβλεψη εξειδικευμένων ιατρών του «Ιπποκράτειου» νοσοκομείου, διοργανώνεται στις **24, 25 & 26.5.2017**.

Αρμόδιο Τμήμα Πρόνοιας Υγειονομικού Συγκροτήματος, τ: 2310 281936, 2310 227991.

### ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ για ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΕΣ ηλικίας 40 ετών και άνω

**Ο**ι ασφαλισμένες ηλικίας **40 ετών και άνω ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΖΟΥΝ** την **ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ψηφιακή μαστογραφία** στο «Υγείας Μέλαθρον» **χωρίς ιατρική παραπομπή.**

Η ψηφιακή μαστογραφία διενεργείται προληπτικά κάθε ένα ή δύο χρόνια βάσει του ιστορικού του ασθενούς και των οδηγιών του θεράποντος ιατρού. Ειδικότερα, προγραμματίζεται μετά τη συμπλήρωση **τουλάχιστον ενός έτους** από την προηγούμενη εξέταση η οποία απαιτείται να προσκομίζεται στον ιατρό.

Στο πλαίσιο του προληπτικού ελέγχου μαστού, **εάν κρίνεται σκόπιμο από τον διαγνώστη της ψηφιακής μαστογραφίας συμπληρωματικό διευκρινιστικό υπερηχογράφημα μαστών, η διενέργειά του δεν απαιτεί επίσης ιατρική παραπομπή.**

Οι ασφαλισμένες με οικογενειακό ή ατομικό αναμνηστικό καρκίνου μαστών ή ωοθηκών υποβάλλονται στον εν λόγω προληπτικό έλεγχο μετά την ηλικία των 35 ετών, κατόπιν ιατρικού παραπεμπτικού για την πρώτη εξέταση.



## ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΤΟΥΡΚΟΛΙΑΣ

**Τ**ον πρώην Διευθύνοντα Σύμβουλο της Εθνικής Τράπεζας, Αλέξανδρο Τουρκολιά, αποχαιρετήσαμε, μετά την εικοσάμηνη νοσηλεία του, λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου, την Τρίτη 1η Νοεμβρίου 2016, στον Ιερό Ναό των Αγίων Θεοδώρων του Α΄ Νεκροταφείου Αθηνών.

Ο Αλέξανδρος Τουρκολιάς, με σπουδές στις πολιτικές επιστήμες, τη Διοίκηση Επιχειρήσεων καθώς και τη Νομική, με μεταπτυχιακούς τίτλους σπουδών, μεταξύ άλλων, στις ναυτιλιακές ασφάλισεις και το ναυτιλιακό δίκαιο και με πολυετή προϋπηρεσία σε τράπεζες του εξωτερικού, εισέρχεται στην Εθνική Τράπεζα το 1997 για να αναλάβει, το 2010, μετά από επιτυχή επαγγελματική πορεία, Αναπληρωτής Διευθύνων Σύμβουλος της Εθνικής Τράπεζας και στη συνέχεια, το 2012, Διευθύνων Σύμβουλος της έως το 2015.

Συνάδελφος, φίλος αλλά και υποστηρικτής των έργων υγείας του τόπου, ο Αλέξανδρος Τουρκολιάς από το υψηλό αξίωμά του στην Εθνική Τράπεζα ενίσχυε τις πρωτοβουλίες εκσυγχρονισμού και εξέλιξης του Ταμείου Υγείας Προσωπικού Εθνικής Τράπεζας. Μέλημά του, συν τοις άλλοις, υπήρξε οι ασφαλισμένοι του Ταμείου Υγείας, εν ενεργεία, συνταξιούχοι και τα μέλη των οικογενειών τους αντίστοιχα, να λαμβάνουν σύγχρονες υπηρεσίες φροντίδας υγείας στον ασφαλιστικό οργανισμό τους, το ιστορικό δημιουργήμα κοινωνικής ασφάλισης, για πρόληψη, διάγνωση, περίθαλψη. Η ευαισθησία του συγκεκριμένα για το Ταμείο Υγείας αποδεικνύεται έμπρακτα από την έγκρισή του για οικονομική ενίσχυση του έργου αναβάθμισης και ανάπτυξης της κλινικής «Υγείας Μέλαθρον».

Ο Αλέξανδρος Τουρκολιάς τιμούσε με την παρουσία του τις εκδηλώσεις του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. καλλιεργώντας μία συνεργασία με ενεργό ενδιαφέρον.

## ΕΠΑΝΔΡΩΣΗ "Υγείας Μέλαθρον"

**Τ**η Διεύθυνση του Ωτορινολαρυγγολογικού Τμήματος της κλινικής «Υγείας Μέλαθρον» ανέλαβε ο **Δρ Σταύρος ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ**.

Επίσης, ο **Δρ Αναστάσιος ΘΑΝΟΣ** συνεργάζεται ως συντονιστής Ουρολόγος - Ογκολόγος του Ουρολογικού Τμήματος της Κλινικής. Οι εν λόγω ιατροί διακρίνονται για την υψηλή επιστημονική τους κατάρτιση καθώς και για την πολυετή επαγγελματική τους εμπειρία και εξειδίκευση ως Διευθυντές στο αντικαρκινικό - ογκολογικό νοσοκομείο Αθηνών "Άγιος Σάββας" και εντάσσονται πλέον στο εξαιρετο ιατρικό δυναμικό του «ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ».



# Τα πρώτα συμπτώματα...

Χειμώνας! Η εποχή της... γρίπης, των κρυολογημάτων, των ιώσεων, του πονόλαιμου, του βήχα αλλά και της ξηροδερμίας

**Τ**α μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) συνηγορούν στους ασθενείς να αποφεύγουν να λαμβάνουν αντιβιοτικά για... «ψύλλου πήδημα» και δίνουν σαφείς οδηγίες για το μείζον αυτό θέμα.

Όπως διευκρινίζουν οι ειδικοί, η γρίπη είναι μια λοίμωξη του αναπνευστικού που μπορεί όμως να εξελιχθεί σε πολύ σοβαρή νόσο και να οδηγήσει ακόμα και στον θάνατο.

Ο ιός μεταδίδεται με την ομιλία, τον βήχα πιο εύκολα αλλά και το φτάρνισμα και τη στενή σχέση που συνήθως έχουν τα παιδιά στο σχολείο και οι ενήλικες σε χώρους μαζικής εστίασης και ψυχαγωγίας.

Τα συμπτώματα μοιάζουν με εκείνα του κοινού κρυολογήματος, τα οποία ξεκινούν πιο απότομα και βίαια με πολύ υψηλότερο πυρετό, εντονότερους πόνους στη μέση και τους μύες, βήχα, εφιδρώσεις και ρίγη με πιθανή συμμετοχή του πεπτικού (διάρροια, έμετοι).

**Η ΜΕΓΑΛΗ ΔΙΑΦΟΡΑ ΓΡΙΠΗΣ ΚΑΙ ΚΡΥΟΛΟΓΗΜΑΤΟΣ** έγκειται στο γεγονός ότι στη γρίπη ο ασθενής αισθάνεται πολύ άσχημα και δεν μπορεί να σηκωθεί εύκολα από το κρεβάτι, τα συμπτώματα κρατούν 3-5 ημέρες και στη συνέχεια υποχωρούν, ενώ σε ορισμένα άτομα (πολύ νεαρά ή πολύ μεγάλης ηλικίας, με κακή ανοσία) εμφανίζουν επιπλοκές.

## προφύλαξη

Οι ειδικοί συστήνουν ανάπαυση στο σπίτι, λήψη πολλών υγρών και, πάντα σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό, αναλγητικών, αντιφλεγμονωδών... Τα **ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ ΜΟΝΟ** για τις μικροβιακές λοιμώξεις, ενώ τα αντικατάστατα φάρμακα πρέπει να καταναλώνονται μέσα στο πρώτο 48ωρο.

Για να περιορισθούν οι όποιες επιπλοκές, τα άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να εμβολιάζονται τον μήνα Οκτώβριο.

## άλλη υπόθεση οι ιώσεις

Κάθε άνθρωπος αντιμετωπίζει 3-4 ιώσεις ετησίως, αλλά η συμπτωματολογία είναι περίπου η ίδια με εκείνη της γρίπης.





## πονόλαιμος

Ο πονόλαιμος είναι συνηθισμένο φαινόμενο τον χειμώνα και σχεδόν πάντα προκαλείται από ιογενείς λοιμώξεις. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι αλλαγές της θερμοκρασίας, όπως η μετάβαση από ένα ζεστό σε ένα κρύο περιβάλλον, μπορούν επίσης να επηρεάσουν τον λαιμό.

Οι γαργάρες με ζεστό αλατόνερο προφυλάσσουν. Δεν θεραπεύουν τη μόλυνση, αλλά έχουν αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες και λειτουργούν κατευναστικά.

## οδηγός επιβίωσης

Η Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Π.Φ.Υ. δίνει 10 σημαντικές συμβουλές:

- Το κοινό κρυολόγημα και γενικά οι ιώσεις δεν χρειάζονται αντιβιοτικά.
- Τα αντιβιοτικά μπορεί να προκαλέσουν ζημιά στον οργανισμό μας.
- Συζητήστε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των αντιβιοτικών με τον θεράποντα ιατρό σας - θα είναι σε θέση να εκτιμήσει αν τα χρειάζεστε πραγματικά.
- Βήχας με φλέγμα από μόνος του - ακόμα κι αν είναι κίτρινο - δεν αποτελεί λόγο για να πάρουμε αντιβίωση.
- Όταν έχετε πονόλαιμο και καταρροή, τότε πολύ πιθανόν η λοίμωξη να μην ανταποκριθεί στην αντιβίωση.
- Για την ανακούφιση των συμπτωμάτων, βοηθούν σημαντικά προϊόντα όπως τροχίσκοι που δεν περιέχουν αντιβιοτικό, οι εισπνοές ατμού, η λήψη πολλών υγρών καθώς και οι χυμοί φρούτων.
- Ωστόσο πρέπει να αποφεύγονται οι χυμοί εσπεριδοειδών, όταν ο πόνος είναι δυνατός.
- Αν ο πονόλαιμος ή τα συμπτώματα της ίωσης, της γρίπης ή του κρυολογήματος διαρκούν περισσότερο από 3 ημέρες, πρέπει να συμβουλευθείτε τον ιατρό σας.
- Πρέπει επίσης να συμβουλευθείτε τον ιατρό σας, εάν έχετε υψηλό πυρετό και ένα πραγματικά κόκκινο ή πωδύδη (ή με παρουσία πύου) λαιμό.
- Να ολοκληρώνετε τη θεραπεία, η οποία διαρκεί περίπου 5 ημέρες, λαμβάνοντας όλες τις δόσεις ανά ημέρα. Διαφορετικά, ενθαρρύνετε τη δημιουργία ανθεκτικών βακτηρίων.
- Μην φυλάσσετε αντιβιοτικά στο φαρμακείο σας για μελλοντική χρήση. Ένα αντιβιοτικό που συνταγογραφείται για μία λοίμωξη, μπορεί να είναι ακατάλληλο για μία άλλη.
- Αν έχετε ένα αντιβιοτικό από την τελευταία φορά που είχατε μία λοίμωξη του αναπνευστικού, ρωτήστε τον ιατρό σας πριν τη χρήση του. Πρέπει να το ξεκινήσετε μόνο τότε που

τα συμπτώματα επιμένουν ή επιδεινώνονται ή δεν αναρρώνετε στον αναμενόμενο χρόνο. Με τον τρόπο αυτό είστε σίγουροι ότι δεν παίρνετε αντιβιοτικά χωρίς λόγο.

- Θυμηθείτε: η κακή και άσκοπη χρήση των αντιβιοτικών μακροπρόθεσμα δημιουργεί μικρόβια τα οποία δεν θα καταπολεμούνται από τα αντιβιοτικά που έχουμε στη διάθεσή μας. Άρα είναι καθήκον όλων μας να προστατέψουμε τα όπλα που έχουμε σήμερα, για να αντιμετωπίσουμε τις μολύνσεις.

## τήρηση κανόνων υγιεινής

Μετά από τα παραπάνω δεδομένα οι ειδικοί υπενθυμίζουν τη σπουδαιότητα της τήρησης απλών κανόνων υγιεινής όπως:

- το συχνό πλύσιμο των χεριών, ιδιαίτερα πριν από το φαγητό
- η αναπνευστική υγιεινή με κάλυψη του στόματος και της μύτης με τον αγκώνα, κατά τον βήχα και το φτέρνισμα
- η αποφυγή επαφής των χεριών με τη μύτη, το στόμα ή τα μάτια
- η χρήση χαρτομάντιλων, τα οποία πρέπει να απορρίπτονται μετά τη χρήση τους
- ο καλός και συχνός αερισμός των κλειστών χώρων
- η αποφυγή, κατά το δυνατόν, της επαφής με άτομα που έχουν συμπτώματα γριπώδους συνδρομής, όπως βήχα, πυρετό, φτέρνισμα
- η οικειοθελής κατ' οίκον απομόνωση των ατόμων που εμφανίζουν συμπτώματα γριπώδους συνδρομής.

## ξηροδερμία

Η ξηροδερμία είναι μια συνηθισμένη περίπτωση, ειδικά κατά τους χειμερινούς μήνες, όπου η υγρασία του περιβάλλοντος είναι χαμηλή. Μία ενυδατική κρέμα είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια του χειμώνα, παρά την άποψη που υπάρχει ότι η ενυδατική λοσιόν και οι κρέμες δεν απορροφώνται από το δέρμα.



# Υγεία Ελλήνων & κρίση

Μια διπλή έρευνα που φιλοδοξεί να χαρτογραφήσει την κατάσταση της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας μετά από έξι χρόνια κρίσης

**Μ**ια από τις πιο σημαντικές δομικές επιπτώσεις της κρίσης στην κοινωνία είναι ότι η Ελλάδα μικραίνει.

Από το 2010 ο πληθυσμός της χώρας μας έχει μειωθεί κατά περίπου 250.000 ανθρώπους, εξαιτίας της μείωσης των γεννήσεων και της μετανάστευσης.

Από το 2010 και μετά, η "καθαρή μετανάστευση" στην Ελλάδα είναι αρνητική, δηλαδή οι Έλληνες που μεταναστεύουν στο εξωτερικό είναι περισσότεροι από τους μετανάστες που έρχονται στη χώρα (μέχρι, τουλάχιστον, να ξεκινήσει η μεγάλη προσφυγική κρίση του 2015, που συνεχίζεται). Αυτό είναι ένα φαινόμενο που είχε να εμφανιστεί από τη δεκαετία του '70.

**Οι γεννήσεις έπεσαν κάτω από τις 100.000 ετησίως το 2013 για πρώτη φορά στη σύγχρονη ιστορία της Ελλάδος. Ποτέ δεν γεννιούνται τόσο λίγα παιδιά από το 1932 που υπάρχουν στοιχεία. Το 2014, ο αριθμός των γεννήσεων έπεσε ακόμη περισσότερο.**

Επιπλέον, οι Έλληνες έγιναν φτωχότεροι κατά 40% από το 2008 στο 2015. Τα εισοδήματα του 2014 είναι μικρότερα από τα εισοδήματα του 2003.

Σύμφωνα με ποσοτική έρευνα τον Απρίλιο του 2015, οι πιο σημαντικές επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία των πολιτών είναι η **επιδείνωση** κυρίως της ψυχικής, ιδιαίτερα για τα κατώτερα στρώματα καθώς και η **λήψη μειωμένης ιατρικής περίθαλψης**, ειδικά για τους ανέργους και τους συνταξιούχους.

Το 2014, το **4,7% του πληθυσμού δήλωσε κατάθλιψη** - ποσοστό αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το ποσοστό του 2009. Από το ποσοστό αυτό, 3 στους 10 είναι άνδρες και 7 στους 10 γυναίκες.

Η κατανάλωση αντικαταθλιπτικών από τον γενικό πληθυσμό **αυξήθηκε κατά σχεδόν 35%**.

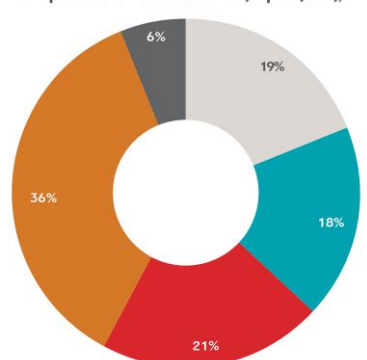
Οι αυτοκτονίες ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα, παρά την αυξανόμενη πορεία τους τα χρόνια της κρίσης (ανεργία, μειούμενο εισόδημα, οικονομική ύφεση...), παραμένουν ακόμα σχεδόν τρεις φορές λιγότερες από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Το ποσοστό των Ελλήνων που δηλώνουν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση **αυξήθηκε κατά 24,2%** από το 2009 στο 2014.

Σε περιόδους κρίσης διεθνώς εμφανίζεται έξαρση σε λοιμώδη νοσήματα (φυματίωση, γρίπη, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα), λόγω της επιδείνωσης των συνθηκών διαβίωσης και τη δυσκολία πρόσβασης σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Στην Ελλάδα, το 2010, καταγράφηκε επανεμφάνιση της ελονοσίας και κρούσματα του ιού του Δυτικού Νείλου, ενώ η μόλυνση από τον ιό HIV σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών αυξήθηκε το 2011 πάνω από **1000%**, λόγω της διακοπής του προγράμματος διανομής δωρεάν συριγγών.

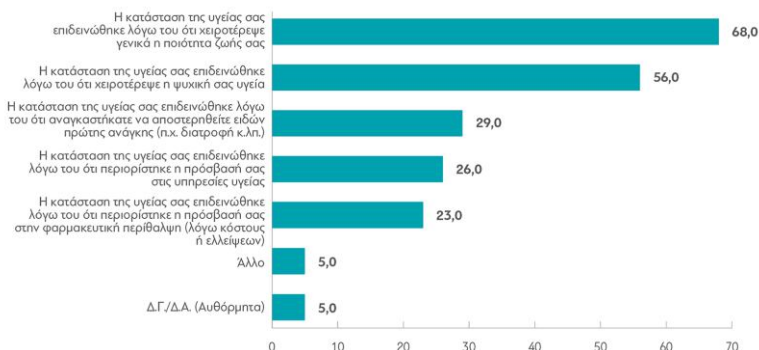
Σύμφωνα με την έρευνα μεταξύ άλλων καταγράφεται ότι το 35,7% των Ελληνίδων ηλικίας άνω των 40 δεν έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία, ότι **στην παιδική παχυσαρκία η Ελλάδα είναι πρώτη** ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ και πως τα τελευταία χρόνια οι Έλληνες έχουν περιορίσει την κατανάλωση αλκοόλ και καπνού. Από το 2014, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, σχεδόν 30% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 15 δήλωσε πως έχει περιορίσει τις δραστηριότητές του λόγω προβλημάτων υγείας.

«Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση επηρέασε την κατάσταση της υγείας σας;»



Πολύ    Αρκετά    Λίγο    Καθόλου    Δ.Γ./Δ.Α. (Α.Υ.Θ)

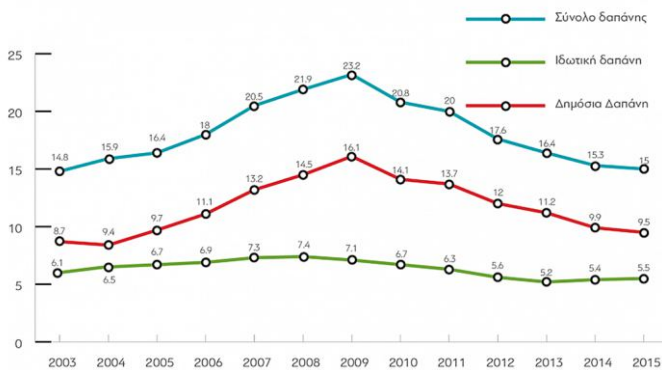
«Ποια είναι η επίπτωση που είχε η οικονομική κρίση στην κατάσταση της υγείας σας;»





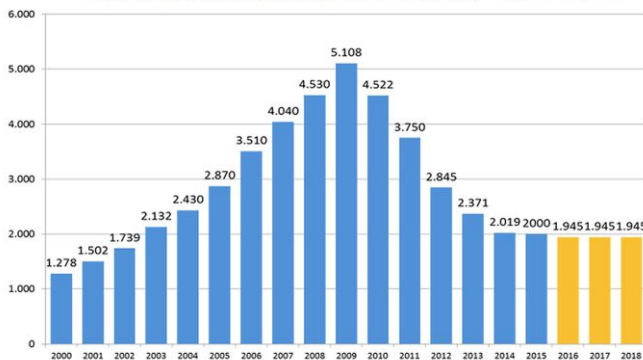
Η κρίση έχει επίπτωση και στις δαπάνες υγείας του κράτους. Το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανά το κράτος για την υγεία παρέμεινε σχεδόν σταθερό τα χρόνια της κρίσης - ένα ποσοστό που, πάντως, ήταν χαμηλότερο από το μέσο όρο της Ε.Ε. Το ΑΕΠ, όμως, στα χρόνια της κρίσης μειώθηκε πολύ. Κατά συνέπεια, ο προϋπολογισμός για την υγεία την περίοδο 2010-2014 μειώθηκε κατά 60% περίπου.

### Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα (2003 - 2015)



Η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε ραγδαία από το 2009 και μετά (εκτιμάται ότι θα σταθεροποιηθεί τα επόμενα χρόνια).

Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2000-2018 (εκατ. €) Πηγή: ΙΚΠΠ, 2015



Όσον αφορά στην ιδιωτική δαπάνη για την υγεία, η εικόνα είναι η αναμενόμενη. Το 2014 οι δαπάνες υγείας έφτασαν στο 7,2% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών, από 6,5% το 2009. Η ίδια η δαπάνη, όμως, μειώθηκε κατά 21% το ίδιο διάστημα (από 134,4 ευρώ ανά νοικοκυριό σε 105,8 ευρώ) πράγμα που δείχνει τη μειωμένη αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών.

Η κρίση έχει αναπόφευκτες επιπτώσεις και στο σύστημα υγείας. Τα χρέη του ΕΟΠΥΥ αυξήθηκαν το 2015 κατά 1 δισ. ευρώ.

Την περίοδο 2008-2012 μειώθηκαν οι αξονικές και μαγνητικές εξετάσεις (από 321,8 αξονικές ανά 1000 κατοίκους σε 180,3 - δηλαδή μείωση 44%



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2015, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

σε τρία χρόνια) και έτσι η χώρα μας υποχώρησε στη λίστα των χωρών του ΟΟΣΑ από την πρώτη θέση στην τέταρτη στις αξονικές και από την πρώτη στην έκτη στις μαγνητικές τομογραφίες. Το ίδιο διάστημα, όμως, αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των μηχανημάτων στη χώρα. Το 2012, η Ελλάδα είχε περισσότερους αξονικούς τομογράφους (κατά 19% - πλέον δεύτερη ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ) και περισσότερους μαγνητικούς τομογράφους (κατά 13% - πρώτη στον ΟΟΣΑ) από ό,τι είχε το 2008.

Από τους Έλληνες που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομείο το 2009, ένα 73,5% επέλεξε δημόσιο νοσοκομείο. Το ποσοστό αυτό εκτινάχθηκε στο 94,1% μόλις την επόμενη χρονιά, ενώ στα πρώτα χρόνια της κρίσης παρατηρήθηκε μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια. Η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε πάνω από μισή ημέρα μέσα σε μόλις τρία χρόνια.

Η Ελλάδα διαθέτει τον υψηλότερο αριθμό ιατρών ανά 1.000 κατοίκους μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (σχεδόν διπλάσιο αριθμό κατά κεφαλήν από τον μέσο όρο), αλλά τη μικρότερη αντιστοιχία ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού από τις χώρες του ΟΟΣΑ.

Τέλος, τα αποτελέσματα της χαρτογράφησης είναι πολύπλοκα και πτυχές τους επιδέχονται μελέτης και πολλαπλών ερμηνειών. Πιο πάνω αναφέρθηκαν μερικά από τα σημαντικότερα συμπεράσματα και κάποια ενδεικτικά αποτελέσματα.



Έρευνα του Οργανισμού Έρευνας & Ανάλυσης, ΔιαΝΕΟσις, σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ), με τον συντονισμό του καθηγητή Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, κ. Γιάννη Τούντα

## Το γέλιο θεραπεύει;

**Τ**ο γέλιο χαρακτηρίζει την ανθρώπινη φύση. Είναι η δύναμη του ανθρώπου η οποία δεν συνδέεται με την κοινωνική του θέση, το φύλο του, την ηλικία του... αλλά με την ενέργειά του, την ύπαρξή του. Μία προσωπικότητα η οποία εξωτερικεύει και εκδηλώνει θετικά συναισθήματα δεν είναι μόνο πιο ευχάριστη αλλά και, σύμφωνα με τους ειδικούς, πιο υγιής, καθώς το γέλιο βελτιώνει την αρτηριακή πίεση και την ανταπόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος. Και όλα αυτά, με μία μόνο, έναντι των πολλών φαρμακευτικών, «παρενέργεια»,... τη χαρά.

Η ευεργετική του δράση, σε επίπεδο Ιατρικής, δισκασόταν και από τον Ιπποκράτη (460 π.Χ.) στους μαθητές του. Η δύναμη του χιούμορ συνδέεται εννοιολογικά και με τους χυμούς (humor αγγλ.<u>humor</u> λατ. χυμός) του ανθρώπινου σώματος. Για τον πατέρα της Ιατρικής και γενικότερα, για την ιατρική των δυτικών χωρών κατά την αρχαιότητα το επίπεδο των τεσσάρων χυμών του σώματος, αναλυτικά του αίματος, του φλέγματος, της κίτρινης χολής και της μαύρης χολής, αποτελούσε σημείο ένδειξης της σωματικής και ψυχικής υγείας. Αυτή η θεωρία επηρέασε την Ιατρική σκέψη μέχρι τον Μεσαίωνα και για αυτό το humor (χιούμορ) ήταν συνδεδεμένο με την υγεία των ανθρώπων. Η λέξη humor (χιούμορ) με την έννοια του αστείου καθιερώνεται από τα τέλη του 16ου αιώνα. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι και η αγγλική λέξη melancholy,

η γαλλική μέλαncolie... (μελαγχολία) προέρχεται από την ελληνική λέξη μελάγχολος <u>μέλας</u> (μαύρος) + <u>χολή</u>.

Η επίδραση του γέλιου αναφέρεται και στη Βίβλο σύμφωνα με την οποία μία ευτυχισμένη καρδιά δρα ευεργετικά στην υγεία. Επίσης, στα λόγια του Μοχάμεντ, οι άνθρωποι οι οποίοι καταφέρνουν να κάνουν τους φίλους τους να γελούν αξίζουν τον παράδεισο.

Τα νεότερα χρόνια, οι μελετητές, από το 1932, αναφέρονταν με λεπτομέρειες στην ευεργετική του δράση και συγκεκριμένα ότι το γέλιο αυξάνει την αναπνευστική ικανότητα, διαστέλλει τα αιμοφόρα αγγεία, ανεβάζει το επίπεδο αίματος στους ιστούς, βελτιώνει την ορμονική λειτουργία, επιταχύνει την ανάπτυξη των ιστών και σταθεροποιεί τις λειτουργίες του οργανισμού.

Πιο πρόσφατα, επισημάνθηκε η σπουδαιότητα του να καλλιεργεί ο άνθρωπος το αίσθημα του χιούμορ, το οποίο με τη σειρά του ενεργοποιεί την ευεργετική του δράση στη ζωτικότητα και τη δημιουργικότητα.

Αναγνωρίζοντας τη θεραπευτική ιδιότητα του γέλιου, σε κλινικές για χρόνιες και βαριές παθήσεις, Ευρώπης και Η.Π.Α., συστήνεται στους ασθενείς, παράλληλα με τη θεραπεία, τη συνταγογράφηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, και η... παρακολούθηση κωμικών ταινιών, προκειμένου να «αποδράσει» ο νους τους και να «ξεχαστούν», να χαρούν, να γελάσουν...







Τα οφέλη του γέλιου αποδεικνύεται ότι είναι πολλαπλά, ανεξαρτήτως εάν είναι αυθόρμητο ή τεχνητό, εκνευριστικό ή επιτηδευμένο, σαρδόνιο ή θριαμβευτικό. Η ανθρώπινη αυτή έκφραση δημιουργεί ευφορία, καλή διάθεση και βελτιώνει τη διάθεση και την κοινωνική συμπεριφορά.

- ◆ Τα πιο πάνω συμβαίνουν, γιατί το γέλιο δεν είναι μόνο η ταυτόχρονη σύσπαση των μυών (των χειλικών και των παρειαικών) σε έκφραση ευχαρίστησης, ευθυμίας, ειρωνείας, χλευασμού καθώς και οι ηχηρές εκπνοές που τις συνοδεύουν, όπως ορίζεται η ερμηνεία του σε λεξικό (Γ. Μπαμπινιώτη). Πέραν της εξωτερικής επίδρασης, η έκφραση αυτή επηρεάζει θετικά και το εσωτερικό του οργανισμού μας.

- ◆ Μεταφέρεται οξυγόνο στους πνεύμονες, επιμηκύνεται η αναπνοή, διαστέλλονται τα αιμοφόρα αγγεία και κυκλοφορεί περισσότερο αίμα στα άκρα. Το τελευταίο ενδιαφέρει μεταξύ άλλων όλους όσοι έχουν κρύα άκρα.

- ◆ Το γέλιο ανεβάζει την εσωτερική θερμοκρασία. Μεταφέρεται περισσότερο οξυγόνο στους ιστούς κι έτσι επιταχύνεται η θεραπεία ασθενειών, η σταθεροποίηση λειτουργιών του οργανισμού, ενισχύοντάς τον στις λοιμώξεις ή τις εκφυλιστικές παθήσεις, αυξάνοντας την όρεξη και προστατεύοντάς τον από τις παθήσεις της καρδιάς.

- ◆ Καθαρίζει το σώμα από ουσίες όπως η χοληστερόλη και επηρεάζει το ορμονικό σύστημα στην έκκριση για παράδειγμα της Β ενδορφίνης στον εγκέφαλο. Η απελευθέρωση ορμονών συμβάλλει στην αντιγήρανση, στη βελτίωση της μνήμης διατηρώντας τα εγκεφαλικά κύτταρα νέα και υγιή.

- ◆ Ορισμένοι ιατροί παρατήρησαν ότι άτομα τα οποία γελούν συχνά νοσούν σε λιγότερη συχνότητα από παθήσεις πεπτικού συστήματος συγκριτικά με άτομα τα οποία γελούν λιγότερο.

- ◆ Ορισμένοι επίσης παραλληλίζουν το γέλιο με το «στατικό τρέξιμο» καθώς θέτει τα εσωτερικά συστήματα του σώματος σε κίνηση. Αντιθέτως, ο φόβος, η ένταση, το άγχος τείνουν να αιχμαλωτίζουν το σώμα και να μειώνουν τις ικανότητές του.

- ◆ Γελώντας, το άγχος και η αρτηριακή πίεση ελαττώνονται, η κατάθλιψη καταπολεμάται, το ανοσοποιητικό σύστημα ενδυναμώνεται. Το γέλιο καθαρίζει το μυαλό και ανακουφίζει από σκέψεις και ανησυχίες. Για τον λόγο αυτό σύμφωνα με θεραπευτές καταλαμβάνει τη θέση του στην ψυχοθεραπεία.

Σε μία εποχή με λιγοστά ερεθίσματα για γέλιο και πλείστα αρνητικά συναισθήματα, το χιούμορ σύμφωνα με έρευνες είναι, μέχρι κάποιο βαθμό, ο «απελευθερωτής» του ανθρώπου ως πολίτη, εργαζομένου, συζύγου, συντρόφου, γονέα, παιδιού, μαθητή... από τον φόβο, τη θλίψη, τον αρνητισμό.

**Ας αναζητούμε λοιπόν τη θετική σκέψη, την αισιοδοξία και ανθρώπους, καταστάσεις, σκέψεις που μας κάνουν να χαμογελούμε, να γελούμε.**

**Ας απελευθερώσουμε το αμυντικό όπλο της ανθρώπινης φύσης μας για υγεία, ποιότητα ζωής, δημιουργία: το ΓΕΛΙΟ!**

# Πλεονεκτήματα ψηφιακής ακτινολογίας

## Εισαγωγή

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, η ψηφιακή ακτινολογία έχει σχεδόν πλήρως αντικαταστήσει τη συμβατική ακτινολογία με τη μορφή φιλμ στα περισσότερα ακτινολογικά τμήματα διεθνώς. Με βάση ιστορικά στοιχεία η πρώτη πειραματική ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία έχει περιγραφεί το 1977, ενώ άρχισε να εφαρμόζεται στην κλινική πράξη το 1980.

Ως προς τη γενική ακτινολογία, το πρώτο σύστημα ψηφιοποίησης το οποίο ήταν βασισμένο σε κασέτες αποθήκευσης της εικόνας με πλάκες φωσφόρου, παρουσιάστηκε το 1980. Το 1990 παρουσιάστηκε το πρώτο ψηφιακό σύστημα αποθήκευσης εικόνας (CCD slot-scan system) και το 1995 παρουσιάστηκε το πρώτο ψηφιακό σύστημα με ανιχνευτές flat panel, έχοντας ενισχυτικές πινακίδες από σεληνίο ή άμορφη σιλίκινη, ενώ ακολούθησαν σημαντικές εξελίξεις έκτοτε.

## Φυσική αρχή λειτουργίας

Η φυσική αρχή της κλασικής ακτινολογίας χρησιμοποιεί το φιλμ τόσο ως ανιχνευτή της ακτινοβολίας X που παράγει η ακτινολογική λυχνία όσο και ως αποθηκευτικό μέσο απεικόνισης.

Στην περίπτωση των συστημάτων ψηφιοποίησης ενός συμβατικού ακτινολογικού μηχανήματος, τα οποία προηγήθηκαν χρονικά της ανάπτυξης πλήρως ψηφιακών μηχανημάτων, τον ρόλο του ανιχνευτή της ακτινοβολίας X που παράγει η ακτινολογική λυχνία, παίζουν κασέτες οι οποίες δεν περιέχουν φιλμ αλλά πλάκες με κρυστάλλους φωσφόρου.

Οι κρύσταλλοι αυτοί δεσμεύουν την ακτινοβολία X και, κατόπιν επίδρασης δέσμης laser, τη μετατρέπουν σε φωτεινή ενέργεια η οποία ψηφιακά μετατρέπεται σε εικόνα, σε κατάλληλο σύστημα επεξεργασίας.

Η φυσική αρχή λειτουργίας του ψηφιακού ακτινολογικού μηχανήματος διαφοροποιείται λόγω της παρουσίας ψηφιακών ανιχνευτών ακτινοβολίας X και όχι κασετών. Οι ανιχνευτές αυτοί χρησιμεύουν μόνο ως παραγωγοί ψηφιακής εικόνας και όχι ως αποθηκευτικό μέσο. Η διαδικασία περιλαμβάνει τέσσερα βήματα: παραγωγή, επεξεργασία, αρχειοθέτηση και παρουσίαση της εικόνας.



Η ενέργεια ακτινοβολίας X που απορροφάται από τον ανιχνευτή, μετατρέπεται σε ηλεκτρικά φορτία τα οποία καταγράφονται, ψηφιοποιούνται και ποσοτικοποιούνται σε κλίμακα του γκρι, αντίστοιχη του ποσού ακτινοβολίας που εναποτίθεται σε κάθε ψηφιακή θέση και κατόπιν τελικής επεξεργασίας, μέσω κατάλληλου λογισμικού, τα αρχικά δεδομένα μετατρέπονται σε κλινικά αξιοποιήσιμη εικόνα, η οποία αποθηκεύεται σε ψηφιακό σύστημα, όπου έχει συνδεθεί ψηφιακός φάκελος με τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς.

## Πλεονεκτήματα

### 1. P.A.C.S.

Το πιο προφανές πλεονέκτημα του ψηφιακού ακτινολογικού συστήματος είναι η δυνατότητα εφαρμογής ενός πλήρως ψηφιακού συστήματος αρχειοθέτησης και επικοινωνίας της εικόνας (picture archiving and communication system – P.A.C.S.). Αυτό σημαίνει ότι η ψηφιακά αποθηκευμένη εικόνα είναι διαθέσιμη κάθε στιγμή και σε κάθε χρήστη του συστήματος εντός του νοσοκομείου, αλλά και εκτός αυτού, μέσω βασισμένης στο διαδικτυο τεχνολογίας, χωρίς να υπάρχει ο κίνδυνος απώλειας εικόνων και φυσικά χωρίς να χρειάζεται διακίνηση ακτινολογικών φιλμ.

### 2. Ποιότητα εικόνας

Η παραγόμενη εικόνα ως αρχικά δεδομένα (raw data) υφίσταται επεξεργασία πριν καταλήξει στον υπολογιστή του ακτινοδιαγνώστη. Παρόλο που τα περισσότερα ψηφιακά ακτινολογικά συστήματα χρησιμοποιούν παρόμοιους αλγόριθμους επεξεργασίας, όπως είναι η ενίσχυση των άκρων-παρυφών, η ελάττωση του θορύβου, η ενίσχυση της αντίθεσης και η απάλειψη των τεχνικών artifact, εντούτοις μεταξύ τους υπάρχει πεδίο ανταγωνισμού και επομένως τεχνικής βελτίωσης της παραγόμενης εικόνας.

Επιπρόσθετα, υπάρχει μία σειρά βοηθητικών εργαλείων, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν στον σταθμό μετεπεξεργασίας από τον διαγνώστη, που βοηθούν περαιτέρω στην ποιότητα απεικόνισης, όπως η δυνατότητα μεγέθυνσης της εικόνας, αναστροφής της κλίμακας του γκρι, μέτρησης αποστάσεων και γωνίωσης κλπ. Συνεπώς, η ποιότητα της ψηφιακής εικόνας του φιλμ είναι σαφώς καλύτερη, ενώ οι δυνατότητες ρυθμίσεων αυτής έχουν ελαττώσει δραματικά την ανάγκη επανάληψης τεχνικά προβληματικών ακτινογραφιών. Εξυπακούεται ότι η ψηφιακή εκτύπωση φιλμ είναι δυνατή στα ψηφιακά ακτινολογικά συστήματα.

### 3. Χρόνος – κόστος

Σημαντικό πλεονέκτημα των ψηφιακών ακτινολογικών συστημάτων είναι η σημαντική ελάττωση του χρόνου διεκπεραίωσης των εξετάσεων. Τονίζεται ότι δεν απαιτείται χρόνος για την εμφάνιση και την εκτύπωση των φιλμ, ενώ έχει σημαντικά ελαττωθεί η πιθανότητα επανάληψης ακτινογραφιών. Η συντόμηση του χρόνου βοηθά στη δυνατότητα υποδοχής περισσότερων περιστατικών στα ακτινολογικά τμήματα. Εκτός αυτού, η κατάργηση ή σημαντική ελάττωση της ανάγκης εκτύπωσης φιλμ αποτελεί μεγάλη εξοικονόμηση κόστους καθώς είναι σημαντικά μικρότερη η τιμή ηλεκτρονικών αρχείων (CD) όπου δύναται να καταγραφεί η εικόνα. Σημαντική οικονομία προκύπτει και από την κατάργηση των χημικών υλικών εμφάνισης φιλμ αλλά και από τη συντήρηση των παλαιών εμφανιστηρίων που έχουν καταργηθεί με τα σύγχρονα ψηφιακά συστήματα. Έτσι, ενώ το κόστος τοποθέτησης ενός ψηφιακού ακτινολογικού συστήματος δεν είναι ευκαταφρόνητο, αυτό αντιρροπείται σε σύντομο χρονικό διάστημα από την εξοικονόμηση σε χρόνο και κόστος λειτουργίας

### 4. Έκθεση σε ακτινοβολία

Οι ψηφιακοί ανιχνευτές, λόγω υψηλότερης ανιχνευτικής κβαντικής αποδοτικότητας από τα φιλμ (είναι μία μείζων φυσική παράμετρος που αναφέρεται στην αποτελεσματικότητα ενός ανιχνευτή να μετατρέψει την ενέργεια της ακτινοβολίας X σε σήμα εικόνας), εκτός από καλύτερη ποιότητα εικόνας έχουν τη δυνατότητα ουσιαστικής ελάττωσης της δόσης ακτινοβολίας που δέχεται ο ασθενής χωρίς απώλεια της ποιότητας αυτής. Υπάρχει πληθώρα μελετών οι οποίες δείχνουν ότι χρειάζεται σημαντικά μικρότερη δόση ακτινοβολίας για ισάξια ανάδειξη ανατομικών λεπτομερειών εικόνας στους flat panel ανιχνευτές σεληνίου από ό,τι στα κλασικά φιλμ, στα φωσφορικά συστήματα αποθήκευσης (ψηφιοποιητές) αλλά και στα άλλα είδη ψηφιακών ανιχνευτών (κυλινδρικοί περιστρεφόμενοι).

Συμπερασματικά, με την εγκατάσταση ενός υπερσύγχρονου ψηφιακού ακτινολογικού συστήματος με ιδιαίτερα μεγάλες δυνατότητες στην ποιότητα της εικόνας, όπως αυτού που τοποθετήθηκε στο Ακτινολογικό Τμήμα της κλινικής «Υγείας Μέλαθρον», είναι δυνατή η αξιοποίηση του συνόλου των πλεονεκτημάτων της τεχνολογίας αυτής προς όφελος του ασθενούς.

# Ενεργός παρακολούθηση του προστάτη

«Ένας στους τρεις πάσχοντες δεν χρειάζεται θεραπεία»

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο πιο συχνά διαγιγνώσκόμενος τύπος καρκίνου στους ηλικιωμένους άνδρες. Μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτών που διαγιγνώσκονται με τη νόσο αυτή τελικά πεθαίνουν εξαιτίας της. Η θεραπεία είναι κατά κανόνα χειρουργική, δηλαδή ριζική προστατεκτομή και χρησιμοποιούνται εναλλακτικά διάφορες μορφές ακτινοθεραπείας. Όλα αυτά όμως ελλοχεύουν σοβαρές παρενέργειες, όπως στυτική δυσλειτουργία, ακράτεια ούρων και στένωμα ουρήθρας. Για τον λόγο αυτό τα τελευταία χρόνια αναπτύσσεται με γοργούς ρυθμούς η ενεργός παρακολούθηση (active surveillance) που δύναται να είναι καλή ως προσέγγιση, ενώ διατηρεί ασφαλώς πάντοτε τη δυνατότητα καθυστερημένης χορήγησης ενεργού θεραπείας με σκοπό την ίαση, εφόσον κάτι τέτοιο προκύψει ως αναγκαίο ενδεχόμενο στο μέλλον.

Η επιλογή των ασθενών εξαρτάται από την ηλικία, το μέγεθος του όγκου και το επονομαζόμενο Gleason score που αναγράφεται στη βιοψία προστάτη όγκου και αναδεικνύει την επιθετική συμπεριφορά του όγκου. Υποψήφιοι ασθενείς είναι: ηλικίας >70 έτη, με PSA στη διάγνωση <10ng/ml, PSA density (PSA/prostatic volume)<0.20, ένα ή δύο θετικά ινίδια με καρκίνο από τη βιοψία, Gleason score 6 ή μικρότερο και δακτυλικά ο όγκος να εντοπίζεται στον προστάτη.

## ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΝΕΡΓΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ:

Εφόσον επιλεγεί η ενεργός παρακολούθηση, θα γίνεται μια μέτρηση του PSA κάθε τρεις μήνες για τα πρώτα δύο έτη από τη διάγνωση και μετά κάθε έξι μήνες. Επιπρόσθετα μετά από 1, 4, 7 και 10 χρόνια, καθώς και κάθε 5 έτη κατόπιν, θα προγραμματίζεται για τον ασθενή μια επανάληψη της προστατικής βιοψίας. Αν η κατάσταση είναι σταθερή ο ιατρός θα τον συμβουλεύει να παραμείνει σε ενεργό παρακολούθηση, διαφορετικά θα του προτείνεται θεραπεία.



## ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Η μεγάλη δυσκολία είναι να πεισθεί ο ασθενής και κυρίως το στενό περιβάλλον να μην γίνει θεραπεία. Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να χειρουργηθούν και μάλιστα άμεσα, διότι επικρατεί η λανθασμένη αντίληψη ότι πρέπει να βγάλουν τον καρκίνο από μέσα τους. Την άμεση χειρουργική αντιμετώπιση συστήνουν, για λόγους επαγγελματικούς, και πολλοί ουρολόγοι, κάποιοι εκ των οποίων δεν προτείνουν καν την ενεργό παρακολούθηση. Έτσι, λίγοι ασθενείς την επιλέγουν. Από τη μέχρι πρόσφατα διευθυντική μου θέση στο νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», και σήμερα ως Συντονιστής Ουρολόγος-Ογκολόγος του «Υγείας Μέλαθρον», πρωταρχικό μέλημα είναι να πληρούνται οι προϋποθέσεις που αναλύθηκαν πιο πάνω και βάσει αυτών να προτείνεται στους ασθενείς η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα της ενεργού παρακολούθησης της διεθνούς μελέτης PRIAS (Prostate Cancer Research International Active Surveillance). Στη συγκεκριμένη μελέτη συμπεριλαμβάνονται 6.095 ασθενείς. Για να τονίσω τη σημασία της ενεργού παρακολούθησης και το πόσο σημαντική είναι, θα μου επιτρέψετε να μοιραστώ μαζί σας μία προσωπική μου εμπειρία.

Πριν από δέκα χρόνια είχα διαγνώσει με καρκίνο προστάτη έναν πολύ καλό φίλο και συμμαθητή μου. Διαπιστώνοντας ότι πληρούσε όλες τις προϋποθέσεις τον υπέβαλλα σε ενεργό παρακολούθηση. Το αποτέλεσμα είναι ότι μετά από δέκα χρόνια η πρόσφατη βιοψία του είναι αρνητική και το PSA του παραμένει αρκετά χαμηλό. Ο ασθενής παραμένει σε άριστη κατάσταση χωρίς να έχει αλλάξει η ποιότητα ζωής του.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Οι περισσότεροι άνδρες που πάσχουν από καρκίνο προστάτη πιθανώς να αποβιώσουν από κάποια άλλη αιτία και ΟΧΙ από τη συγκεκριμένη νόσο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι προστατικοί καρκίνοι έχουν ένα τόσο αργό μοτίβο εξέλιξης, που οι άνδρες-ασθενείς δεν πρόκειται να εμφανίσουν συμπτώματα στη διάρκεια της ζωής τους. Στις μέρες μας πλέον, είμαστε εξαιρετικά ικανοί να ξεχωρίσουμε αυτούς τους άνδρες κατά τη στιγμή της διάγνωσης, τόσο από την κλινική εξέταση, όσο και από τις πληροφορίες που παρέχει η βιοψία. Η προσωπική μου εμπειρία από τη συμμετοχή των Ελλήνων ασθενών στη μελέτη PRIAS μαρτυρά ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό θα χρειαστεί ενεργή θεραπεία. Τέλος, οι ασθενείς δηλώνουν πλήρη ικανοποίηση από τη στενή επιτήρηση, μαθαίνουν να ζουν με τη νόσο τους και αναγνωρίζουν ότι δεν αλλάζει η **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ** τους.

Του Δρος Αναστασίου ΘΑΝΟΥ  
Συντονιστή Δ/ντή Ουρολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «Άγιος Σάββας»  
Ουρολόγου Συνεργάτη «ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ»





# Η Βασίλισσα του Χιονιού

Χανς Κρίστιαν Άντερσεν

**Μ**ε τις πιο χαρούμενες εορτές οι άνθρωποι, οι περισσότεροι, αποχαιρετούν τον παλιό και υποδέχονται τον καινούργιο χρόνο. Η προσμονή τους είναι μεγάλη, αφού η εορταστική περίοδος των Χριστουγέννων και της Πρωτοχρονιάς ξεκινάει τουλάχιστον έναν μήνα νωρίτερα.

Στολίδια, φώτα, εκδηλώσεις δημιουργούν ένα περιβάλλον για χαρά, αγάπη, ταξίδια, βόλτες, αγορές. Μία ατμόσφαιρα η οποία κατά έναν μεγάλο βαθμό καλλιεργεί όχι μόνον αξίες όπως αυτές της προσφοράς, της συμπόνιας και της αλληλεγγύης αλλά ωθεί επίσης και σε ένα “παιγνίδι” για την ύλη. Ένα “παιγνίδι” το οποίο τα τελευταία χρόνια, λόγω των εξελίξεων, ολοένα και περιορίζεται, χωρίς να είναι το μόνο.

Κι ενώ οι αγαπημένοι όλων, μικρών και μεγάλων, Αϊ-Βασίλης (από την Καισάρεια), Santa Claus (<Αγιος Νικόλαος), Joulurukki (από τη Λαπωνία)... την περίοδο αυτή, σύμφωνα με την παράδοση, είναι απασχολημένοι με τα πραγματικά παιγνίδια και τη διανομή τους, προβληματίζονται από τα γράμματα τα οποία λαμβάνουν από αποστολείς από κάθε γωνιά του πλανήτη. Επιστολές στις οποίες η ανάγκη για χαρά δεν συνοδεύεται από ένα τρενάκι, μία κούκλα, ένα τηλεκατευθυνόμενο.

Εργασία, υγεία, ειρήνη, αγάπη, ένα ζεστό σπίτι, ένα σπίτι και πολλά ακόμη αιτήματα, πολλές ακόμη ευχές σκιαγραφούν την κοινωνία σήμερα. Και στο σημείο αυτό δημιουργείται η πρόκληση. Η πρόκληση είναι να τονωθεί η ελπίδα, η αισιοδοξία, η προσφορά και η αλληλοβοήθεια μεταξύ των ανθρώπων. Και αυτή η περίοδος είναι η πλέον κατάλληλη και επιτακτική. Η αναζήτηση όμως των αξιών αυτών και η αναγέννηση του εαυτού μας αποτελεί έναν διαχρονικό αγώνα ο οποίος έχει αποτυπωθεί μεταξύ άλλων σε κλασικά έργα. Λογοτέχνες εμπνεόμενοι από το εορταστικό πνεύμα των γιορτών αλλά και τις ανάγκες της εκάστοτε κοινωνίας δημιούργησαν παρακαταθήκη με διαχρονική ισχύ.

Μέσα σε ένα γιορτινό λοιπόν χριστουγεννιάτικο κλίμα, πριν από 172 χρόνια, στις 21 Δεκεμβρίου του 1844, δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά “η Βασίλισσα του Χιονιού”, του Δανού συγγραφέα Χανς Κρίστιαν Άντερσεν (1805-1875).

Ένα παραμύθι το οποίο παραμένει τόσο σύγχρονο. Συνάμα είναι και τόσο διδακτικό προβάλλοντας την εσωτερική δύναμη του ανθρώπου.

Ο Δανός παραμυθάς ταξιδεύει τον αναγνώστη σε έναν κόσμο μακρινό. Στον κόσμο αυτόν βασιλεύει η Βασίλισσα του Χιονιού. Το χιόνι και η παγωνιά ταυτίζονται γενικότερα με τα Χριστούγεννα και την Πρωτοχρονιά αλλά και με το φανταστικό μέρος του παραμυθιού στο οποίο το καλό παλεύει με το κακό, τα αγνά συναισθήματα με την ψυχρότητα της λογικής, το εγώ με το εμείς.

Αν και απευθύνεται σε παιδιά, η ανεξάντλητη φαντασία του δημιουργού του μαγεύει και τους μεγαλύτερους οι οποίοι διακρίνουν τα βαθειά νοήματα του παραμυθιού, όπως πρωτίστως αυτά των αυθεντικών, γνήσιων συναισθημάτων.

Ο Κέυ και η Γκέρντα, δύο παιδιά, δύο αδελφικοί φίλοι, απολαμβάνουν με την οικογένειά τους, την παρέα τους, τους φίλους τους ανέμελες στιγμές. Η Βασίλισσα του Χιονιού βασιλεύει, προς το παρόν, μακριά τους, στον απόμακρο και παγωμένο τόπο της.

Σημαντικό ρόλο στην πλοκή του παραμυθιού κατέχει ένας μαγικός καθρέφτης, “ευρεσιτεχνία” ενός καλικάντζαρου. Η μαγική του ιδιότητα έγκειται στο γεγονός ότι καθετί καλό το οποίο καθρεφτίζεται σε αυτόν συρρικνώνεται, ενώ το καθετί κακό μεγεθύνεται. Όποιος τον κοιτάζει απομακρύνεται από τους αγαπημένους του φίλους, την οικογένειά του και καταλαμβάνεται από συναισθήματα εγωκεντρισμού, αποξένωσης, υπεροψίας. Οι καλικάντζαροι εντυπωσιασμένοι από τη μαγική του δράση τον υψώνουν στον ουρανό, για να επιβληθούν στον κόσμο των αγγέλων. Ο καθρέφτης τους γλιστράει και θρυμματίζεται. Στη Γη, στον ανθρώπινο κόσμο δηλαδή, αιωρούνται τα εκατομμύρια θραύσματα του μαγικού καθρέφτη. Πληγώνουν την ανθρώπινη καρδιά, για να την “παγώσουν”. Πληγώνουν τα ανθρώπινα μάτια, για να τα κάνουν να βλέπουν τον κόσμο παραμορφωμένο.

Κάποια στιγμή ένα θραύσμα τραυμάτισε τον Κέυ ο οποίος “μαγικά” χάνει την αθωότητα της παιδικής του ηλικίας. Ο συναισθηματικός του κόσμος “παγώνει”. Μεταμορφώνεται σε “κρύο”, “παγερό”, “ψυχρό” υποταγμένο πλάσμα της ψυχρής λογικής.



Δεν έπαιζε με την Γκέρντα και τους φίλους τους και βαριόταν τις ιστορίες για παιδιά. Το μικρό αγόρι σύντομα απομακρύνθηκε από το οικείο περιβάλλον του. Τότε το πλησίασε η μορφή μίας γυναίκας, της Βασίλισσας του Χιονιού. Εντυπωσιάζεται από τη σαγηνευτική της γοητεία και την ακολουθεί.

Η Γκέρντα δεν τον εγκαταλείπει. Τον αναζητά και μετά από πολλές περιπέτειες, με τα ζεστά δάκρυά της “λιώνει” τα παγωμένα δεσμά των συναισθημάτων του φίλου της. Στη συνέχεια, οι δυο τους μαζί, ενωμένοι “λιώνουν” την παγωμένη βασίλισσα και το βασιλείο της. Ενήλικες πλέον επιστρέφουν στα σπίτια τους.

Οι συμβολισμοί βρίσκονται διάσπαρτοι σε όλο το αριστουργηματικό αυτό έργο. Βασίλισσα, καθρέφτης, μάγια, παγετός... στον παραμυθένιο κόσμο του Άντερσεν αντιστοιχούν σε διαστάσεις της κοινωνίας κάθε εποχής.

Ό,τι συμβαίνει μακριά δεν αργεί να πλησιάσει. Ό,τι είναι καλό δεν αποκλείεται να ανατραπεί. Ό,τι θεωρείται δεδομένο ενδέχεται να χαθεί. Ο άνθρωπος όμως ποτέ δεν χάνει τη δύναμή του, εάν έχει φίλους, ανθρώπους με συναισθήματα αληθινά. Η ανθρωπότητα γενικότερα δεν απειλείται από το “κακό”, όταν αποτελείται από ανθρώπους ενωμένους, γνήσιους, αυθεντικούς.

“Η βασίλισσα του χιονιού” είναι ένα από τα μεγαλύτερα σε έκταση και σε ζήτηση παραμύθια του ευαίσθητου με φαντασία αιώνιου παιδιού Άντερσεν.

Έχει μεταφραστεί σε όλες σχεδόν τις γλώσσες. Έργο, γεμάτο νοήματα, μαγικές εικόνες δράσης και αγωνίας, το οποίο έχει εμπνεύσει πολλούς δημιουργούς να το διασκευάσουν για τη θεατρική σκηνή, την όπερα, τον χορό (συχνά με μελωδίες του Τσαϊκόφσκι), τη μεγάλη και τη μικρή οθόνη... Εντυπωσιακές είναι και οι χριστουγεννιάτικες βιτρίνες μεγάλων πολυκαταστημάτων στη Νέα Υόρκη, το Λονδίνο, το Παρίσι διακοσμημένες με φιγούρες του παραμυθιού.

Τέλος, η ιστορία του Κέυ και της Γκέρντα, του 19ου αιώνα, μας διδάσκει ότι η κοινωνία έχει πάντοτε ανάγκη όχι απλά από ανθρώπους αλλά από συνανθρώπους απαλλαγμένους από την ψυχρή λογική της ιδιοτέλειας και της αναζήτησης της ύλης. Συνανθρώπους με επιμονή, αφοσίωση και δράση προσφοράς σε όσους την έχουν ανάγκη.



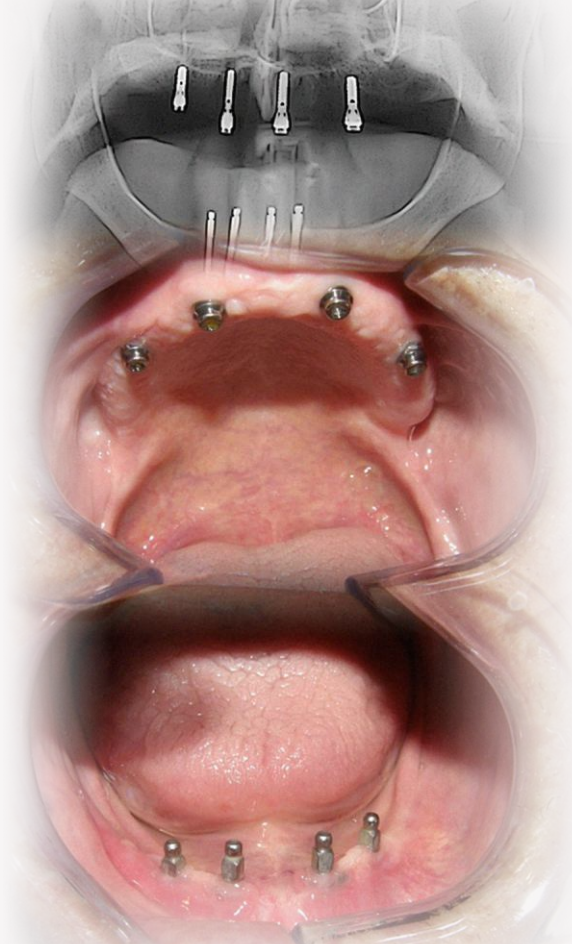
# Η αντιμετώπιση της νωδότητας με κινητές προσθετικές εργασίες

**Ο**ταν χάσουμε τα δόντια μας και δεν έχουμε «ούλα», όπως λέει ο κόσμος, τότε η συγκράτηση της οδοντοστοιχίας καθίσταται δύσκολη. Η οστική απορρόφηση, είναι μία διαδικασία απώλειας οστού της φατνιακής απόφυσης, μετά την απώλεια των δοντιών, που οδηγεί μετά από μερικά χρόνια, με διαφορετική ταχύτητα σε κάθε άνθρωπο, σε μία ολική ή μερική απώλεια της οστικής βάσης στήριξης και σε αδυναμία της οδοντοστοιχίας να λειτουργεί επαρκώς μέσα στο στόμα. Ο ρυθμός απορρόφησης είναι πολύ μεγαλύτερος στην κάτω γνάθο, με μία αναλογία 4 προς 1. Χάνουμε μετά τον πρώτο χρόνο περίπου ένα χιλιοστό καθ' ύψος ετησίως. Είτε φοράει ο ασθενής οδοντοστοιχίες είτε όχι θα γίνει οστική απορρόφηση, στο υποκείμενο οστόν. Αυτό που ενδιαφέρει είναι η δυνατότητα επιβράδυνσης, η οποία με την τοποθέτηση οδοντοστοιχίας εξασφαλίζεται όταν αυξάνουμε την καλυπτόμενη επιφάνεια, έχουμε μία σωστή κάθετη διάσταση, ισοζυγισμένες και σωστές επαφές των δοντιών, ταύτιση της κεντρικής σύγκλισης με τη μέγιστη συγγόμφωση. Τα δόντια πρέπει να είναι τοποθετημένα σαφώς στην ουδέτερη ζώνη και να είναι μικρά και στενά, ούτως ώστε η άσκηση δύναμης να γίνεται στην κορυφή της ακρολοφίας και όχι να διασπείρεται σε μεγαλύτερη επιφάνεια.

Η Οδοντιατρική προσπάθησε αρχικά να λύσει το πρόβλημα της ελλειπούς βάσης στήριξης με χειρουργικές παρεμβάσεις, που αποσκοπούσαν στη βελτίωση και την αύξηση του όγκου της φατνιακής ακρολοφίας, χωρίς όμως ιδιαίτερα αποτελέσματα. Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή οδοντοστοιχιών σε περιπτώσεις απώλειας συγκράτησής τους ήταν οι απλές **επένθετες** οδοντοστοιχίες επί παραμενουσών οδοντικών ριζών, οι **ομοίτυπες** οδοντοστοιχίες που κατασκευάζονται με την αντιγραφή μίας παλαιάς οδοντοστοιχίας, ευελπιστώντας ότι η εγκατεστημένη προσαρμογή του νευρομυϊκού παράγοντα θα περάσει ασυνειδήτως και στην καινούρια κατασκευή που μοιάζει με την προηγούμενη και η **καταγραφή της ουδέτερης ζώνης**. Υπάρχει όμως ωστόσο πάντα ένα ποσοστό ασθενών που δεν ανταποκρίνεται ούτε και σε αυτές τις τεχνικές.

*Και εδώ αναδύεται η εκλεκτική χρήση της εμφυτευματολογίας, για την αντιμετώπιση ακριβώς αυτών των περιστατικών.*

Η επένθετη οδοντοστοιχία σε δύο εμφυτεύματα στην κάτω γνάθο είναι η πρώτη επιλογή έναντι μίας συμβατικής οδοντοστοιχίας. Η ηλικία δεν αποτελεί αντένδειξη, παρά μόνο όταν συνοδεύεται από παθολογικές καταστάσεις που στοχεύουν ή παρεμβαίνουν στον μεταβολισμό του οστού. Τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκαν μικρά εμφυτεύματα (mini-implants) που μπορεί να παραμείνουν μέσα στο στόμα ως μόνιμα εμφυτεύματα, δίνοντας λύσεις σε πολλές περιπτώσεις ατροφικής ακρολοφίας, στηρίζοντας μία επένθετη οδοντοστοιχία.







Οι πλέον προσφιλείς και δημοφιλείς τεχνικές που χρησιμοποιούνται σήμερα για τη συγκράτηση των οδοντοστοιχιών είναι οι **σφαιρικοί σύνδεσμοι (locators)** και οι **δοκοί**, ειδικά όπου η φατνιακή ακρολοφία είναι αρνητική.

Χρειάζεται προσοχή στη συμμετρική κατανομή και την παράλληλη τοποθέτηση των εμφυτευμάτων. Όσο πιο συμμετρικά τοποθετηθούν, σε ίσες δηλαδή αποστάσεις από τη μέση γραμμή, τόσο καλύτερη είναι η βιο-μηχανική, συμπεριφορά της οδοντοστοιχίας. Πρέπει να στέκεται συμμετρικά και να μην ανασκώνεται περισσότερο από τη μία ή από την άλλη πλευρά. Όσο μεγαλύτερες κλίσεις υπάρχουν, θα γίνονται συνεχώς σπασίματα, ξεβιδώματα κ.ο.κ., μετά από 2-3 χρόνια και πλέον.

*Συνοπτικά, η έλλειψη μηχανο-υποδοχέων του περιοδοντίου, η απουσία δηλαδή ενός αξιόπιστου τασεοθραυστικού μηχανισμού ανάσχεσης των υπερβολικών φορτίσεων, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη καταστροφικών δυνάμεων που εκδηλώνονται με προβλήματα όπως είναι θραύσεις της ακρυλικής βάσης, αποκολλήσεις δοντιών, αποκοχλίσεις κολοβωμάτων, φθορά συνδέσμων, θραύσεις δοκών, κλπ.*

Το γεγονός αυτό επιτάσσει από καιρό σε καιρό ένα follow up, που δυστυχώς οι περισσότεροι ασθενείς αποφεύγουν, με αποτέλεσμα να προσέρχονται στον οδοντίατρο μόνο όταν δημιουργείται πρόβλημα, το οποίο κάποιες φορές είναι δυσεπίλυτο.

Ένα ερώτημα που απασχολεί τους ασθενείς είναι η κάλυψη της υπερώας. Από τη στιγμή που επεμβαίνουμε στη βάση στήριξης σε αυτές τις κατασκευές, αυξάνεται και η πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων, όπως

σπασίματα, θραύσεις και κατάγματα στη συνέχεια. Στις επένθετες οδοντοστοιχίες επί δοντιών, παραμένει ένας κίνδυνος τερηδογόνων και περιοδοντικών βλαβών των ριζών. Για τον καλύτερο έλεγχο και την αποτροπή προβλημάτων ο ασθενής πρέπει να επισκέπτεται κατά τακτά χρονικά διαστήματα τον ιατρό.

Ως αποτέλεσμα μη απόδοσης της σωστής κάθετης διάστασης σύγκλισης, μία βλάβη που παρατηρείται είναι η συγχλιλίτιδα. Με μειωμένη κάθετη διάσταση σύγκλισης, συρρικνώνονται οι γωνίες του στόματος, παρατηρείται εκροή σάλιου και πιθανή επιμόλυνση με στρεπτόκοκκο ή κάντιντα. Αποδίδοντας τη σωστή κάθετη διάσταση, συντάσσοντας τα δόντια εντός ουδέτερης ζώνης και υποστηρίζοντας ικανοποιητικά τις παρειές του ασθενή, παρέχεται σωστή υποστήριξη στον μυϊκό κόμβο της περιστοματικής σχισμής, οπότε εξαλείφεται ο μηχανικός αιτιολογικός παράγοντας.

Επειδή η απόδοση της μασητικής ικανότητας με την απώλεια των δοντιών και τη συνακόλουθη χρήση οδοντοστοιχιών, μειώνεται, εκείνο που έχει σημασία είναι η σωστή ποιότητα κατασκευής της προσθετικής εργασίας. Με την πάροδο του χρόνου, τα δόντια αποτρίβονται, δεν αποδίδονται σωστά οι κάθετες και οριζόντιες σχέσεις των γνάθων και όταν υπάρχει μειωμένη προσαρμοστικότητα του νευρομυϊκού παράγοντα, όπως συμβαίνει στα ηλικιωμένα άτομα, τότε μπορεί να παρουσιαστεί και δυσλειτουργία κροταφογναθικής. Για τον λόγο αυτό χρειάζονται τακτικοί επανέλεγχοι. Η αντιμετώπιση του προβλήματος επιβάλλει την επιδιόρθωση ή την κατασκευή νέων προσθέσεων, για την επίτευξη σωστής κάθετης διάστασης και την εξασφάλιση ικανοποιητικής σταθερότητας στις οδοντοστοιχίες.

Η μακροχρόνια χρήση μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα, η σοβαρότητα των οποίων εξαρτάται από την ποιότητα κατασκευής και τον χρόνο και τρόπο χρήσης. Επιθυμητό είναι οποιαδήποτε κινητή προσθετική εργασία να παραμένει εκτός στόματος έξι έως οκτώ ώρες. Με σωστή τακτική μπορεί να αποφευχθούν προβλήματα που αφορούν σε πρόωρη απώλεια δοντιών ή εμφυτευμάτων στηριγμάτων, βλάβες του βλεννογόνου αλλά δεν είναι δυνατόν να αποτραπεί η απορρόφηση των ακρολοφιών.

Η άρτια εκτέλεση των σταδίων θεραπείας και η τήρηση σωστής στοματικής υγιεινής και τακτικών επανεξετάσεων, αποτελούν προαπαιτούμενα για την καλή πορεία μίας κινητής προσθετικής εργασίας.

ΥΓ.: Τα εμφυτεύματα τοποθετήθηκαν από τον γναθοπροσωπικό χειρουργό κ. Χ. Αποστολίδη και οι οδοντοστοιχίες κατασκευάστηκαν από τον οδοντοτεχνίτη κ. Ε. Καραμολέγκο.

# Οι καρδιακές παθήσεις στις γυναίκες

**Είναι τελικά πιο ευαίσθητη η γυναικεία κάρδια;**

## Τα συμπτώματα και οι παράγοντες κινδύνου

Όλες οι γυναίκες αντιμετωπίζουν την απειλή της καρδιακής νόσου. Αλλά η γνώση των συμπτωμάτων και των παραγόντων κινδύνων, ειδικά στις γυναίκες, καθώς και η υγιεινή διατροφή και η άσκηση μπορεί να βοηθήσουν στην προστασία της γυναικείας καρδιάς.

Παρά το γεγονός ότι οι καρδιακές παθήσεις θεωρούνται ένα πρόβλημα για τους άνδρες, οι εν λόγω παθήσεις αποτελούν την πιο συχνή αιτία θανάτου τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες. Ορισμένα συμπτώματα καρδιακής νόσου στις γυναίκες μπορεί να είναι διαφορετικά από εκείνα των ανδρών. Το θετικό είναι ότι, αν οι γυναίκες μπορούν να κατανοήσουν τα συμπτώματα της καρδιακής νόσου εγκαίρως, μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο των καρδιακών παθήσεων.

Συμπτώματα καρδιακής νόσου:

- Πόνος, “σφίξιμο”, αίσθημα “βάρους” στον λαιμό, το σαγόι, τον ώμο, το πάνω μέρος της πλάτης ή την κοιλιακή χώρα
- Δυσκολία στην αναπνοή
- Πόνος σε ένα ή και στα δύο χέρια
- Ναυτία ή έμετος
- Ίδρώτας
- Ζάλη ή λιποθυμία
- Ασυνήθιστη κόπωση
- Αίσθημα «φτερουγίσματος» στην καρδιά

Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι πιο ήπια από τον έντονο πόνο στο στήθος που συχνά συνδέεται με την καρδιακή προσβολή. Οι γυναίκες μπορεί να περιγράψουν τον πόνο στο στήθος σαν πίεση ή σφίξιμο. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή τείνουν να έχουν αποφρακτικές βλάβες όχι μόνο σε κύριες αρτηρίες τους, αλλά και στις μικρότερες αρτηρίες που τροφοδοτούν με αίμα την καρδιά - μια κατάσταση που ονομάζεται μικροαγγειακή στεφανιαία νόσος.

Τα πιο πάνω συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν συχνότερα σε ώρες ανάπαυσης ή ακόμα και κατά τη διάρκεια του ύπνου. Επίσης, το ψυχολογικό στρες μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα καρδιακής προσβολής στις γυναίκες.





Οι γυναίκες τείνουν να εμφανιστούν στα επείγοντα περιστατικά αφού έχει ήδη συμβεί καρδιακή βλάβη, επειδή τα συμπτώματά τους δεν είναι αυτά που τυπικά συνδέονται με την καρδιακή προσβολή, αλλά και επειδή τείνουν να τα υποβαθμίζουν.

#### Παράγοντες κινδύνου καρδιακής νόσου στις γυναίκες

Παρά το γεγονός ότι αρκετοί από τους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο - όπως υψηλή χοληστερόλη, υψηλή αρτηριακή πίεση και παχυσαρκία - επηρεάζουν τόσο τις γυναίκες όσο και τους άνδρες, υπάρχουν επιπρόσθετοι παράγοντες που μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της καρδιακής νόσου στις γυναίκες.

- **Σακχαρώδης Διαβήτης:** Οι γυναίκες με διαβήτη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιακής νόσου από τους άνδρες με διαβήτη.
- **Ψυχολογικό στρες και κατάθλιψη:** Οι γυναίκες τείνουν να επηρεάζονται από το στρες και την κατάθλιψη περισσότερο από τους άνδρες. Η κατάθλιψη καθιστά δύσκολη τη διατήρηση ενός υγιούς τρόπου ζωής και τη συμμόρφωση στη συνιστώμενη θεραπεία.
- **Κάπνισμα:** Στις γυναίκες, το κάπνισμα είναι ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για καρδιοπάθεια από ό,τι στους άνδρες.
- **Σωματική αδράνεια:** Η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για καρδιακές παθήσεις.
- **Εμμηνόπαυση:** Τα χαμηλά επίπεδα των οιστρογόνων, μετά την εμμηνόπαυση, αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου στα μικρά αιμοφόρα αγγεία (μικροαγγειακή στεφανιαία νόσος).
- **Μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo ή μυοκαρδιοπάθεια από stress:** Αυτή η κατάσταση - που συχνά προκαλείται από αγχωτικές καταστάσεις - προκαλεί σοβαρή, αλλά ευτυχώς συνήθως προσωρινή, αδυναμία του καρδιακού μυός και εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

- **Επιπλοκές της κύησης:** Η υψηλή αρτηριακή πίεση ή ο διαβήτης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να αυξήσει μακροπρόθεσμα τον κίνδυνο των γυναικών για αρτηριακή υπέρταση και διαβήτη και να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρδιακών επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη.

Οι γυναίκες με φλεγμονώδεις-ρευματολογικές νόσους, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα ή ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, μπορεί επίσης να έχουν υψηλότερο κίνδυνο καρδιακής νόσου. Η έρευνα είναι σε εξέλιξη και για άλλους παράγοντες κινδύνου καρδιακής νόσου στις γυναίκες.

#### Οι καρδιακές παθήσεις αφορούν περισσότερο στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας;

Όχι! Γυναίκες όλων των ηλικιών πρέπει να εξετάζονται για τις καρδιακές παθήσεις. Οι γυναίκες ηλικίας κάτω των 65 ετών, και ιδιαίτερα εκείνες με οικογενειακό ιστορικό καρδιακής νόσου, πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στη σχολαστική ρύθμιση των παραγόντων κινδύνου για καρδιακή νόσο.

#### Τι μπορούν να κάνουν οι γυναίκες για να μειώσουν τον κίνδυνο των καρδιακών παθήσεων;

Οι γυναίκες μπορούν να κάνουν αρκετές αλλαγές στον τρόπο ζωής για να μειώσουν τον κίνδυνο των καρδιακών παθήσεων:

- Διακόψτε ή μην αρχίζετε το κάπνισμα.
- Φροντίστε τον εαυτό σας με τακτική άσκηση.
- Διατηρήστε ένα υγιές βάρος.
- Ακολουθείστε υγιεινή διατροφή που περιλαμβάνει δημητριακά ολικής αλέσεως, μια ποικιλία από φρούτα και λαχανικά, προτιμήστε χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά ή χωρίς λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα, καθώς και άπαχα κρέατα.
- Αποφύγετε τα κορεσμένα ή trans λιπαρά, τα πρόσθετα σάκχαρα, καθώς και μεγάλες ποσότητες αλατιού.
- Ακολουθείτε ένα πρόγραμμα τακτικού προληπτικού ελέγχου, ακόμα και όταν δεν έχετε συμπτώματα.

# Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια & ωχροπάθεια

**Ο σακχαρώδης διαβήτης**, ή πιο απλά **διαβήτης**, είναι μια ομάδα μεταβολικών νοσημάτων, όπου παρατηρούνται υψηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα για παρατεταμένο χρονικό διάστημα. Οφείλεται σε ανεπάρκεια της ορμόνης ινσουλίνης ή σε αντίσταση των κυττάρων του οργανισμού στη δράση της ή και στα δύο. Η ινσουλίνη εκκρίνεται από το πάγκρεας και είναι απαραίτητη στα κύτταρα, ώστε να μπορούν να προσλαμβάνουν και να χρησιμοποιούν τη γλυκόζη ως πηγή ενέργειας.

Αναγνωρίζονται σήμερα 3 κύριοι τύποι διαβήτη:

- 1. Ο διαβήτης τύπου 1** (παλαιότερα γνωστός ως ινσουλινοεξαρτώμενος ή νεανικός διαβήτης), που αποτελεί το 5-10% των περιπτώσεων και εμφανίζεται κυρίως στην παιδική ηλικία.
- 2. Ο διαβήτης τύπου 2** (παλαιότερα γνωστός ως μη ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης ή διαβήτης των ενηλίκων), που αποτελεί το 90% των περιπτώσεων και εμφανίζεται κυρίως σε υπέρβαρους ενήλικες.
- 3. Ο διαβήτης της κύησης**

## Τι είναι Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια.

Με τον όρο διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια περιγράφουμε τη βλάβη των αγγείων του αμφιβληστροειδούς.

Ο αμφιβληστροειδής χιτώνας βρίσκεται στο οπίσθιο τμήμα του οφθαλμού, στο οποίο εστιάζονται οι ακτίνες του φωτός. Εκεί βρίσκονται οι **φωτοϋποδοχείς** (κωνία και ραβδία), οι οποίοι μεταφέρουν, μέσω του οπτικού νεύρου, το οπτικό ερέθισμα στον εγκέφαλο μετατρέποντάς το σε εικόνα. Η φυσιολογική λειτουργία του αμφιβληστροειδούς είναι η βάση για την καλή όραση. Η σημαντικότερη για την όραση περιοχή βρίσκεται στο κέντρο του και ονομάζεται ωχρά κηλίδα.

Ο σακχαρώδης διαβήτης προσβάλλει τα μικρού και μεσαίου μεγέθους αγγεία όλου του σώματος.

Όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα που πάσχει από διαβήτη ο ασθενής και όσο χειρότερα ρυθμισμένο είναι το σάκχαρο του αίματος, τόσο μεγαλύτερος και ο κίνδυνος αναπτύξεως **διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας**.

Υπολογίζεται πως 10 χρόνια μετά από τη διάγνωση

του διαβήτη, ανεξαρτήτως εάν πρόκειται για τον τύπο I ή II, όλοι οι ασθενείς εμφανίζουν από ελάχιστες ως βαρύτατες αλλοιώσεις στον αμφιβληστροειδή.

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί πρωταρχικό αίτιο πρωτοπαθούς τύφλωσης μεταξύ ενηλίκων σε όλο τον δυτικό κόσμο και στην Ελλάδα. Πρόκειται για τον πιο συχνό λόγο απώλειας όρασης σε άτομα ηλικίας 20-65 ετών

Στις δυτικές χώρες το 12% της απώλειας όρασης οφείλεται στον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ). Πιστεύεται ότι οι ασθενείς με **αθεράπευτο διαβήτη διατρέχουν 25 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για απώλεια όρασης** απ' ό,τι ο γενικός πληθυσμός.

## Τι προκαλεί τη Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια;

Οι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας είναι:

- Η διάρκεια του Σακχαρώδους Διαβήτη.
- Μη καλή ρύθμιση υπεργλυκαιμίας (γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη HbA1c > 7%).
- Συνοδός αρτηριακή υπέρταση.
- Κάπνισμα.
- Υπερχοληστεριναίμια.
- Υπερλιπιδαιμία.
- Μικροπρωτεϊνουρία.
- Εγκυμοσύνη.

Η ανά δεκαετία αναλογία μείωσης της όρασης σε 5/10 και στους δύο οφθαλμούς είναι 10% για τον εφηβικό διαβήτη, 38% για τα άτομα που είναι εξαρτημένα από τη χορήγηση ινσουλίνης για την αντιμετώπιση του διαβήτη και 24% για τα άτομα που δεν είναι εξαρτημένα από τη χορήγηση ινσουλίνης.

## Ποιοι είναι οι τύποι της Διαβητικής Αμφιβληστροειδοπάθειας;

Υπάρχουν δύο τύποι διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας:

- 1) Μη παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια και
- 2) Παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια.

### 1. Μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Ο συγκεκριμένος τύπος μπορεί να είναι ήπιος, μέτριος ή και σοβαρής μορφής. Σε αυτόν τον τύπο τα τοιχώματα των τριχοειδών αιμοφόρων αγγείων



υφίστανται σημαντικές αλλοιώσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ανώμαλη υπερπλασία των αγγείων (μικροανευρίσματα), διαρροή αίματος ή ορώδους υγρού (κηλιδώδεις αιμορραγίες, βαμβακοφόρα εξιδρώματα). Όσο εξελίσσεται η νόσος τα μικρότερα αγγεία μπλοκάρουν (τριχοειδική απόφραξη), ενώ τα μεγαλύτερα διαστέλλονται (κομβολογιοειδής διαμόρφωση φλεβών), οδηγώντας έτσι σε αμφιβληστροειδική απόφραξη (ισχαιμία), με συνέπεια τη μείωση της όρασης ή ακόμα και την τύφλωση.

## 2. Η Παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

Στην παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια κάνουν την εμφάνισή τους παθολογικά αγγεία, τα λεγόμενα νεοαγγεία, ως συνέπεια της απόφραξης των φυσιολογικών αγγείων του αμφιβληστροειδούς, λόγω της προσβολής του από τον σακχαρώδη διαβήτη. Στη συνέχεια, εάν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα, προκαλείται είτε σταδιακή είτε απότομη ελάττωση της όρασης-τύφλωση λόγω εκτεταμένων αιμορραγιών ή λόγω ελκτικής αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς. Συν τοις άλλοις, πολλοί ασθενείς έχουν να αντιμετωπίσουν και το λεγόμενο νεοαγγειακό γλαύκωμα λόγω δευτεροπαθούς αύξησης της ενδοφθάλμιας πίεσης κατόπιν εμφάνισης νεοαγγείων και στην ίριδα.

### Τι είναι η διαβητική ωχροπάθεια;

Στο πλαίσιο της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, κυρίαρχο εύρημα είναι η πάθηση της ωχράς κηλίδας του οφθαλμού. Στη διαβητική ωχροπάθεια υπάρχει συλλογή υγρού, λόγω διαρροής στην περιοχή της ωχράς (το κέντρο της όρασης). Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε στάδιο της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, εκτός από την ήπια μη παραγωγική. Περίπου το 50% των ασθενών με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια παρουσιάζουν διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας χωρίς να αισθάνονται τίποτα συνήθως.

### Ποια είναι τα συμπτώματα της Διαβητικής Αμφιβληστροειδοπάθειας;

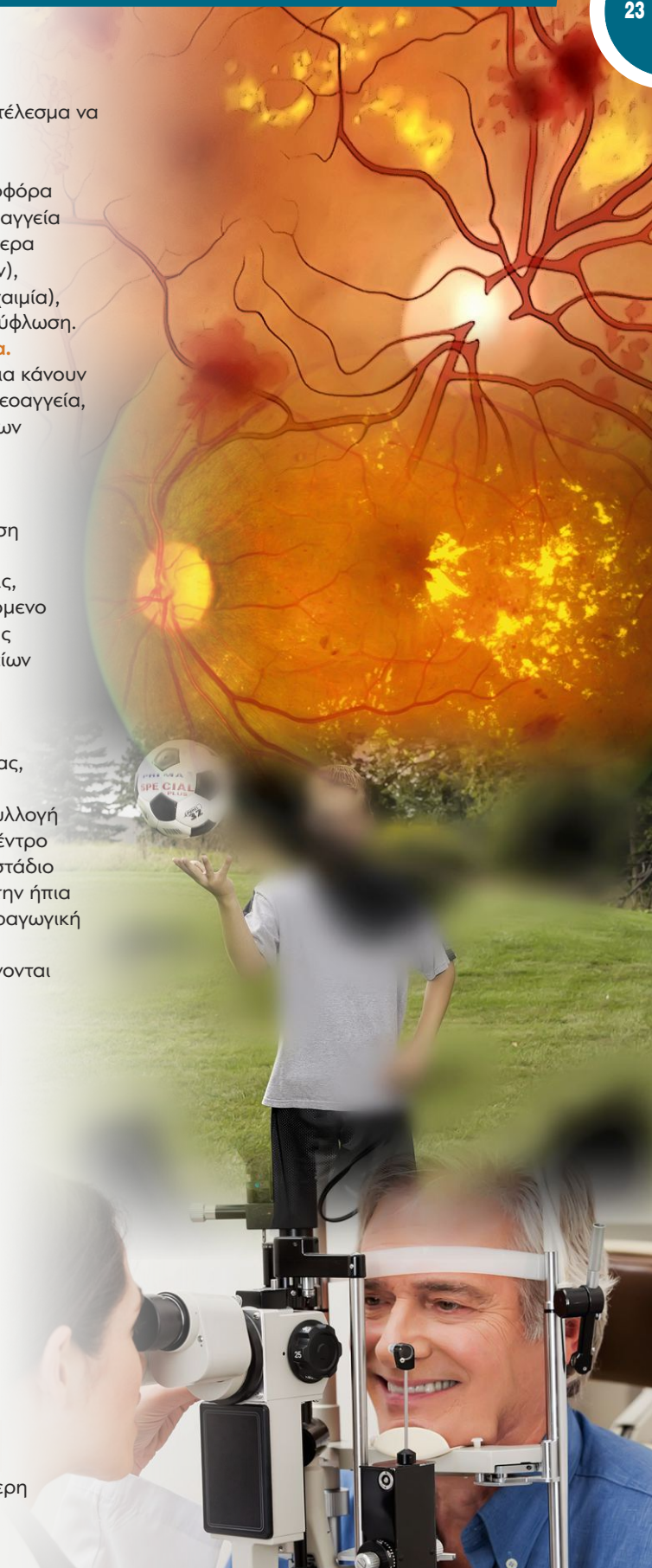
Στα αρχικά στάδια της νόσου συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα, παρόλο που μπορεί να παρατηρηθεί σταδιακή θολερότητα της όρασης, εάν συνυπάρχει οίδημα της ωχράς κηλίδας.

Όσο η νόσος προοδεύει μπορεί να εμφανιστούν:

- Θάμβος ή διακύμανση οράσεως.
- Αντίληψη κινούμενων σκιών - στιγμάτων.
- Αιμορραγίες τείνουν να συμβούν πάνω από μία φορά, συχνά κατά τη διάρκεια του ύπνου.
- Ξαφνική τύφλωση.
- Σκοτεινές περιοχές στο οπτικό πεδίο.
- Δυσκολία στην αντίληψη χρωμάτων.

### Πώς γίνεται η διάγνωση της Διαβητικής Αμφιβληστροειδοπάθειας;

Οι συχνές οφθαλμολογικές εξετάσεις είναι η καλύτερη



προστασία κατά της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

Η προτεινόμενη συχνότητα οφθαλμολογικού ελέγχου για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Οφθαλμολογίας, είναι:

- για ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, 5 χρόνια έπειτα από τη διάγνωση και μετά κάθε ένα χρόνο,
- για ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, αμέσως μετά τη διάγνωση και έπειτα κάθε χρόνο,
- για έγκυες γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη έλεγχος προτείνεται κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης.

Ο ετήσιος οφθαλμολογικός έλεγχος, βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση της διαβητικής οφθαλμικής νόσου, ο οποίος περιλαμβάνει τις παρακάτω εξετάσεις:

1. **Εξέταση στη σχισμοειδή λυχνία.** Ο ιατρός ελέγχει τυχόν παρουσία καταρράκτη και νεοαγγείωσης της ίριδας.
2. **Τονομέτρηση.** Μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης για τυχόν ύπαρξη γλαυκώματος.
3. **Απαραίτητα βυθοσκόπηση, που ιδανικά απαιτεί διαστολή (μυδρίαση) της ίριδας, με ειδικές σταγόνες, κάτι που στη χώρα μας παραλείπεται δυστυχώς συχνά.** Εξέταση του βυθού του οφθαλμού, κατόπιν διαστολής της κόρης. Βοηθά στη διάγνωση και σταδιοποίηση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, ελέγχοντας για σημεία όπως μικροανευρίσματα, εξιδρώματα, νεοαγγεία, αιμορραγία υαλώδους, αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, αλλοιώσεις του οπτικού νεύρου.
4. **Φλουοροαγγειογραφία.** Πρόκειται για μία ανώδυνη εξέταση, για την οποία όμως είναι απαραίτητη η ενδοφλέβια έγχυση μιας ειδικής φθορίζουσας χρωστικής ουσίας της φλουορεσκεΐνης. Στη συνέχεια, πραγματοποιούνται φωτογραφίες του αγγειακού δικτύου του οφθαλμού. Βοηθά στον έλεγχο ισχαιμίας ή διαρροής των αγγείων του αμφιβληστροειδούς, καθώς και στη διάγνωση οιδήματος της ωχράς. Η συνολική διάρκεια της εξέτασης δεν ξεπερνά τα 10' - 15'.
5. **OCT (οπτική τομογραφία) ωχράς,** με την οποία πραγματοποιείται τρισδιάστατη απεικόνιση των στρωμάτων του αμφιβληστροειδή σε πραγματικό χρόνο. Επιβεβαιώνει με πολύ μεγάλη ακρίβεια την ύπαρξη ή όχι διαβητικού οιδήματος της ωχράς, χωρίς να χρειάζεται χορήγηση σκιαγραφικού.
6. **Έγχρωμες φωτογραφίες του αμφιβληστροειδή που λαμβάνονται με ψηφιακή κάμερα βυθού.**

### Αντιμετώπιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

Σε κάθε περίπτωση ο διαβητικός ασθενής πρέπει να έχει απόλυτα ρυθμισμένο το σάκχαρό του αλλά και τους άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως την αρτηριακή πίεση και τη χοληστερίνη, ενώ, αν καπνίζει, πρέπει υποχρεωτικά να διακόψει το κάπνισμα.

Αν η διάγνωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας γίνει στα αρχικά στάδια της νόσου και ξεκινήσει αμέσως η θεραπεία, ο ασθενής μπορεί να διαφύγει τον κίνδυνο και να διαφυλάξει την όρασή του.

Αν όμως ο ασθενής παραμείνει αρρυθμιστος και χωρίς θεραπεία στα πρώτα 2-3 κρίσιμα χρόνια έναρξης της νόσου, οι επιπτώσεις από τη μετάβαση στην παραγωγική φάση θα είναι δραματικές και θα τον επηρεάζουν για το υπόλοιπο της ζωής του.

### Αντιαγγειογενετικοί παράγοντες (Αντι-VEGF)

Η αύξηση της διαπερατότητας του τοιχώματος των μικρών αγγείων στους διαβητικούς ασθενείς οδηγεί σε έξοδο υγρού και οίδημα (πρήξιμο) του αμφιβληστροειδή.

Πέρα από τις άμεσες συνέπειες του οιδήματος στην όραση (αφού διαταράσσει την αρχιτεκτονική του αμφιβληστροειδή), η επιπλέον εξωτερική πίεση που ασκεί στα ήδη αλλοιωμένα αγγεία δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο τη μεταφορά αίματος και οξυγόνου στους ιστούς. Αυτή η μειωμένη διαθεσιμότητα του οξυγόνου αποτελεί ερέθισμα για την έκκριση μια πρωτεΐνης (**VEGF, Vascular Endothelial Growth Factor**), που προάγει τη δημιουργία νέων αγγείων, σε μια προσπάθεια του οργανισμού να αντικαταστήσει τα αγγεία που χάλασαν από τον διαβήτη. Δυστυχώς όμως αυτά τα νεοαγγεία δεν είναι λειτουργικά και σπάνε προκαλώντας αιμορραγίες μέσα στην κοιλότητα του ματιού.

Από τα πιο σημαντικά θεραπευτικά μέσα που έχουμε διαθέσιμα για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι φάρμακα που δεσμεύουν το VEGF, εμποδίζοντας έτσι τη γένεση των παθολογικών νεοαγγείων. Επειδή όμως η παραγωγή του VEGF από τον οργανισμό είναι συνεχής, τα φάρμακα αυτά, που ονομάζονται **αντιαγγειογενετικοί παράγοντες**, πρέπει να χορηγούνται **σε τακτά χρονικά διαστήματα**, αφού δεν εμποδίζουν την παραγωγή του VEGF, αλλά αδρανοποιούν αυτό που ήδη έχει παραχθεί. Επιπλέον, επειδή ο VEGF, εκτός από τη δημιουργία νεοαγγείων, αυξάνει και τη διαπερατότητα του τοιχώματος των αγγείων και την έξοδο υγρού στους ιστούς, οι αντιαγγειογενετικοί παράγοντες **συμβάλλουν καθοριστικά και στην ελάττωση του οιδήματος στον αμφιβληστροειδή.**

Η χορήγηση των αντιαγγειογενετικών παραγόντων



γίνεται με ένεση απευθείας στον βολβό του ματιού, μια διαδικασία που είναι απλή και ανώδυνη και διαρκεί μερικά δευτερόλεπτα.

Στο «ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ» χρησιμοποιούνται μόνο οι εγκεκριμένοι αντιαγγειογενετικοί παράγοντες και οι ενέσεις γίνονται σε άσπτες συνθήκες χειρουργείου (παρότι μια ενδοβολβική ένεση δεν θεωρείται εγχείρηση), ώστε να εκμηδενιστεί κάθε πιθανότητα λοίμωξης ή άλλης επιπλοκής.

#### Laser φωτοπηξία

Η φωτοπηξία με Laser είναι μη επεμβατική μέθοδος, κατά την οποία μια υψηλής ισχύος και ακρίβειας ακτίνα φωτός προκαλεί πηκτικές αλλαγές και στεγανοποίηση στους ιστούς στους οποίους προσιπτεί.

Η εφαρμογή του Laser μπορεί να είναι **εστιακή** (focal), “**δίκην δικτύου**” (grid pattern) ή **παναμφιβληστροειδική** (panretinal).

#### Κορτικοστεροειδή

Φάρμακα αντίστοιχα της κορτιζόνης (κορτικοστεροειδή) χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του διαβητικού οιδήματος με πολύ καλά αποτελέσματα.

Η δράση τους οφείλεται τόσο στις αντιφλεγμονώδεις ιδιότητές τους, όσο και στην ικανότητά τους να εμποδίζουν την έκφραση του VEGF (της ορμόνης που προάγει τη γένεση των νεοαγγείων και επιδεινώνει το οίδημα).

Στην αρχική φάση της θεραπείας, τα κορτικοστεροειδή φαίνεται να βελτιώνουν την οπτική οξύτητα των ασθενών περισσότερο από τη θεραπεία με Laser, αλλά μακροπρόθεσμα, σε διάστημα μερικών ετών, φαίνεται να υστερούν.

**Παρότι είναι πολύ αποτελεσματικά φάρμακα, προκαλούν σοβαρές παρενέργειες**, όπως πτώση εμφάνιση καταρράκτη (γι' αυτό προτιμάται η χορήγηση σε άτομα που ήδη έχουν χειρουργηθεί) καθώς και αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης, που μπορεί να οδηγήσει σε γλαύκωμα. Ο οφθαλμίατρος που τα χορηγεί πρέπει να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει αυτές τις επιπλοκές.

Η χορήγησή τους μπορεί να γίνει **είτε με ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις περιοδικά** (π.χ. κάθε 6 εβδομάδες), **είτε με την τοποθέτηση ενός μικροσκοπικού ενδοϋαλοειδικού εμφυτεύματος**, το οποίο αποδίδει το φάρμακο σταδιακά για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τέτοια εμφυτεύματα είναι το Ozurdex, που διαρκεί 6 μήνες και το Iluvien, που διαρκεί 3-4 χρόνια. Άσχετα όμως από τον τρόπο χορήγησης οι παρενέργειες των κορτικοστεροειδών παραμένουν οι ίδιες.



## Γιατί πίνουν οι έφηβοι αλκοόλ;

**Α**ποτελεί σοβαρό πρόβλημα, το οποίο δημιουργεί παγκόσμια ανησυχία με τον ρυθμό που εξελίσσεται: Περισσότερο από το 4% των εφήβων σε όλο τον κόσμο πίνει σε καθημερινή βάση, ενώ αντίστοιχες έρευνες δείχνουν ότι στην Ελλάδα ένας σημαντικός αριθμός νέων, ηλικίας 15 - 20 χρόνων, καταναλώνει αλκοόλ τουλάχιστον δέκα φορές τον μήνα.

### Εθίζονται εύκολα

Οι ειδικοί επισημαίνουν ότι στην εφηβεία οι νέοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εθιστούν στο αλκοόλ, καθώς σε αυτή την ηλικία η μετάβαση από τη χρήση στην κατάχρηση και τελικά στην εξάρτηση γίνεται με γρηγορότερους ρυθμούς από ό,τι στους ενήλικους.

Σοβαροί παράγοντες που συντελούν στη χρήση αλκοόλ κατά την εφηβεία είναι η επιθυμία να αρέσει ο έφηβος στο αντίθετο φύλο, να «διακρίνεται» στην παρέα του και η τάση του γενικότερα να μιμείται την ενήλικη συμπεριφορά. Επιπλέον, η ανεκτικότητα της κοινωνίας ως προς τη χρήση του αλκοόλ και η εύκολη διαθεσιμότητά του, δίνουν στους νέους την αίσθηση ότι το αλκοόλ είναι μια ουσία ακίνδυνη, που απλώς δημιουργεί ευχάριστη διάθεση.

### Ποιοι λόγοι οδηγούν τους νέους στο ποτό;

- Αντίδραση σε αυστηρούς ή καταπιεστικούς γονείς.
- Θεωρούν ότι έτσι απελευθερώνονται και διασκεδάζουν καλύτερα.
  - Θέλουν να νιώθουν κοινωνικά αποδεκτοί.
  - Για να πειραματιστούν σε καινούργιες εμπειρίες.
  - Για να χαλαρώσουν.
  - Για να προσεγγίσουν πιο εύκολα το άλλο φύλο.
  - Για να κατευνάσουν τις ανησυχίες και τους φόβους τους.
  - Για να ξεχάσουν κάποιο οικογενειακό ή προσωπικό τους πρόβλημα.

### Τα βαθύτερα αίτια της χρήσης αλκοόλ

**Οικογενειακά προβλήματα.** Οικονομικές δυσκολίες, δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις, διαζύγιο γονέων, μια ασθένεια ή ένας θάνατος και οπωσδήποτε ένας αλκοολικός γονέας. Έχει πλέον επιβεβαιωθεί ότι οι έφηβοι που έχουν έναν ή περισσότερους συγγενείς πρώτου βαθμού με ιστορικό αλκοολισμού, αντιμετωπίζουν 3-5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο



να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Ένας αλκοολικός γονέας μπορεί να επηρεάσει πολύ αρνητικά το παιδί του, λένε οι ειδικοί. Εκτός του ότι δίνει το κακό παράδειγμα, στην ουσία αδυνατεί να επιβλέπει και να παρεμβαίνει σωστά στη ζωή του παιδιού του αφήνοντάς το χωρίς έλεγχο και πειθαρχία. Από την άλλη, το παιδί ζώντας σε ένα χαλαρό ή ακόμα και εχθρικό οικογενειακό περιβάλλον δεν εξελίσσεται ομαλά και με τον απαιτούμενο αυτοέλεγχο, ώστε να μπορεί να απέχει συνειδητά από καταχρήσεις.

**Διαφήμιση.** Σε σχετική μελέτη διαπιστώθηκε ότι αποτελεί σημαντικό ενθαρρυντικό παράγοντα, καθώς είναι η βασικότερη και συχνότερη πηγή πληροφόρησης των εφήβων για το αλκοόλ. Δεκάδες διαφημιστικά σποτ προβάλλουν διαφόρων τύπων ποτά, τονίζοντας μόνο τα θετικά και αποσιωπώντας τις παρενέργειες του αλκοόλ στην υγεία, όπως για παράδειγμα τη μείωση των αντανάκλαστικών ακόμη και την εξαθλίωση του ατόμου αλλά και της οικογένειάς του, σε περιπτώσεις συχνής και υπέρμετρης χρήσης.

**Ψυχολογικοί λόγοι.** Γιατί έτσι νιώθουν μεγάλοι, εναρμονισμένοι με το πνεύμα της εποχής και άνετοι ή απλώς γιατί αισθάνονται μόνοι και αποπροσανατολισμένοι.

**Γενετικοί παράγοντες.** Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι έφηβοι με αλκοολικό συγγενή πρώτου βαθμού διατρέχουν ως και 80% μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν αλκοολικοί. Μάλιστα, σε άλλες έρευνες φάνηκε ότι ακόμα και υιοθετημένα παιδιά αλκοολικών γονέων που μεγαλώνουν σε μη αλκοολικό περιβάλλον, έχουν 3-4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν αλκοολικά.

#### **Αντικοινωνικές και ριψοκίνδυνες συμπεριφορές**

Η κατάχρηση αλκοόλ οδηγεί τους εφήβους σε συμπεριφορές τόσο αντικοινωνικές (εσωστρέφεια, ψέμα κ.ά.) όσο και ριψοκίνδυνες (έλλειψη αυτοελέγχου, σεξ χωρίς προφύλαξη, ροπή προς τη χρήση και άλλων τοξικών ουσιών όπως τσιγάρα και ναρκωτικά), ενώ ευθύνεται και για αυξημένη

νοσηρότητα (βλάβες στο συκώτι, την καρδιά και τον εγκέφαλο, συσκότιση ή προσωρινή αμνησία) και θνησιμότητα. Τα στοιχεία λένε ότι στην Ευρώπη ένας στους τέσσερεις θανάτους μεταξύ των νέων ηλικίας 15-29 ετών συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με το αλκοόλ.

#### **Πώς θα το προλάβουν οι γονείς;**

- Εάν υπάρχει στην οικογένεια ιστορικό αλκοολισμού, θα πρέπει το παιδί να παρακολουθείται στενά.
- Πρέπει να υιοθετήσουν μια παραδειγματική συμπεριφορά ως προς τη χρήση αλκοόλ, καθώς οι αντιλήψεις και πράξεις γονέων επηρεάζουν πολύ τον έφηβο.
- Να μην είναι υπερβολικά ελαστικοί αλλά ούτε και υπερβολικά αυστηροί.
- Να περνούν χρόνο με το παιδί.
- Να γνωρίζουν τους φίλους του.
- Να του μιλούν για τους κινδύνους των καταχρήσεων.
- Να ενισχύουν τον αυτοσεβασμό του.
- Όταν πίνουν μπροστά στο παιδί, να του θυμίζουν πάντα ότι το αλκοόλ χρειάζεται μέτρο.

#### **Επικίνδυνα σημάδια**

Οι γονείς πρέπει να ζητήσουν τη βοήθεια ειδικού, αν παρατηρούν:

- Αλλαγή στις δραστηριότητες του παιδιού, όπως έλλειψη ενδιαφέροντος για το σχολείο, τα παιχνίδια, το σπίτι.
- Αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου και του φαγητού.
- Αλλαγή στην προσωπικότητά του (τσακωμοί, ψέματα).
- Κατάθλιψη.
- Προβλήματα με τον Νόμο - παραβατική συμπεριφορά.
- Ατυχήματα.
- Σχολική αποτυχία.
- Λιποθυμικά επεισόδια.
- Επεισόδια αμνησίας (blackouts).



# Ημερολόγιο Σ.Υ.Ε.Τ.Ε.



για τα 100 χρόνια της ιστορίας του 1917-2017

**100 χρόνια διεκδίκησης και προάσπισης των εργασιακών, υγειονομικών και ασφαλιστικών δικαιωμάτων  
100 χρόνια προσφοράς στον εργαζόμενο, στην ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ, στην ελληνική κοινωνία**

**Σ**τη συμπλήρωση 100 ετών δικής του ιστορίας, συνδικαλιστικής δράσης, κοινωνικών αγώνων και αποτελεσμάτων είναι αφιερωμένο το Ημερολόγιο του Συλλόγου Υπαλλήλων Εθνικής Τράπεζας για το 2017.

Στις 20 Μαΐου 1917, έναν χρόνο πριν από την ίδρυση της Γ.Σ.Ε.Ε., μια ομάδα στελεχών της Εθνικής Τράπεζας, μεταξύ των οποίων και ο Αλέξανδρος Κοριζής, μετέπειτα Πρωθυπουργός του Δεύτερου «ΟΧΙ» το 1941, ιδρύει τον Σ.Υ.Ε.Τ.Ε.

Στη διάρκεια όλου του επόμενου αιώνα ο ιστορικός Σ.Υ.Ε.Τ.Ε. έμελλε να συνδεθεί απόλυτα με τους εργαζόμενους στην Εθνική Τράπεζα και την πορεία του ελληνικού συνδικαλιστικού κινήματος.

Η ύπαρξη, η διεκδίκηση και η διασφάλιση των συλλογικών και των ατομικών δικαιωμάτων είναι το στοιχείο εκείνο που διαχωρίζει τις Δημοκρατίες από τις κοινωνίες του αυταρχισμού, της απαξίωσης και υποβάθμισης της ανθρώπινης υπόστασης. Από τις κοινωνίες της αυθαιρεσίας, της εργασιακής και της κοινωνικής ζούγκλας, που αντιμετωπίζουν τα ατομικά και πολύ περισσότερο τα συλλογικά δικαιώματα ως «περιττή πολυτέλεια», ως ανεπίτρεπτα «βαρίδια»!

Στο μέτρο που συνθέτουν, διεκδικούν, προασπίζουν και διευρύνουν τόσο τα ατομικά, όσο και τα συλλογικά δικαιώματα των εργαζομένων, **τα εργατικά συνδικάτα αποτελούν βασικό και απαραίτητο πυλώνα της Δημοκρατίας.** Είναι ασπίδα προάσπισης, μοχλός διεύρυνσης, προόδου και εμπλουτισμού των κοινωνικών δικαιωμάτων.

Δεν μπορεί πλέον κανείς να φανταστεί μια σύγχρονη κοινωνία, που να ισχυρίζεται πως λειτουργεί δημοκρατικά, χωρίς συνδικάτα. Αποτελούν απαραίτητους θεσμούς στη λειτουργία της κοινωνίας και της οικονομίας.

Στην εκατοντάχρονη διαδρομή του, ο Σ.Υ.Ε.Τ.Ε. έδωσε σάρκα και οστά στον ρόλο του συνδικάτου ως πυλώνα Δημοκρατίας, συλλογικής παρέμβασης, αγώνα και προοπτικής.

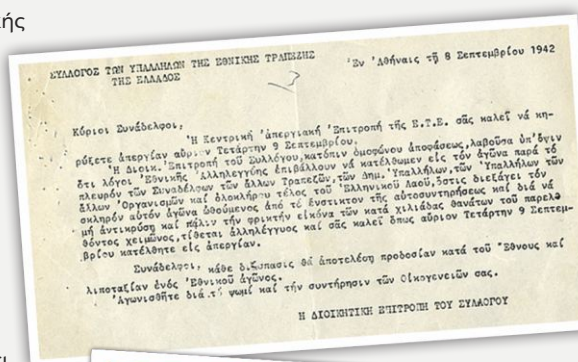
Έκανε πράξη το κεντρικό του σύνθημα «Ο Σύλλογός μας, η δύναμή μας».

Το χρονολόγιο της δράσης και των παρεμβάσεων του Σ.Υ.Ε.Τ.Ε., ακόμα και στις πιο δύσκολες εποχές, είναι γεμάτο με γεγονότα και αποτελέσματα, που δικαιωματικά μας κάνουν υπερήφανους, αλλά και μας γεμίζουν ευθύνη για τη βαριά κληρονομιά της Ιστορίας και των αγώνων του Συλλόγου.

Παρών σε κάθε χώρο της Τράπεζας, δίπλα στον συνάδελφο και στις ανάγκες του, ο Σ.Υ.Ε.Τ.Ε. αφουγκράζεται τις αγωνίες του.

Διεκδικεί και δίνει λύσεις, από τα πιο καθημερινά και «μικρά», μέχρι τα πιο μεγάλα και σύνθετα θέματα.

Από την ίδρυσή του χτίζει τη συλλογικότητα, την ενότητα, την αλληλεγγύη και την ισχύ των συναδέλφων, με στόχο να τις μετουσιώσει σε εργασιακές κατακτήσεις,





# Πρακτικά

Τη 20<sup>η</sup> (έικοστη) Μαΐου 1917 συνήθησαν  
οι παρόντι υπογραμμισμένοι εν Αθήναις τον  
Κανονισμόν εν Έθνικω Τραπεζικω Έργασω  
και Αποφασίσαντες εν έδρωι οχυρωμένην  
εν Ιωνικίαις :

• Έργασω εν Έθνικω  
Τραπεζικω Έργασω.

Επιτάχυνση εν Κανονισμωι αὐτῶ ἐξαρτησῶν

σε ειδικές συλλογικές συμβάσεις και συμφωνίες, αλλά και σε πρόσθετα δικαιώματα και θεσμούς ασφάλισης και περίθαλψης, τα Ταμεία μας, που αποτέλεσαν και αποτελούν πρότυπο για ολόκληρο τον κλάδο.

Αγωνίστηκε αποτελεσματικά για την αναγνώριση και προστασία της συνδικαλιστικής ελευθερίας, των συνδικαλιστικών οργανώσεων και της συνδικαλιστικής δράσης. Με την ίδρυση του Ταμείου Υγείας, με τις Κλαδικές και Επιχειρησιακές Συλλογικές Συμβάσεις Εργασίας, με τον νέο σύγχρονο Κανονισμό Εργασίας των αρχών της δεκαετίας του 2000, με ειδικούς Κανονισμούς Αξιολόγησης και με πλήθος παρεμβάσεων στα εργασιακά θέματα της Εθνικής Τράπεζας, ο Σ.Υ.Ε.Τ.Ε. **καταξιώθηκε στη συνείδηση των συναδέλφων και ολόκληρου του συνδικαλιστικού κινήματος ως το μεγαλύτερο και το πιο πρωτοπόρο πρωτοβάθμιο σωματείο του κλάδου και της χώρας.**

Με προσφορά και ευαισθησία απέναντι στα μέλη μας, στους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους.

Με αξιόπιστο, τεκμηριωμένο λόγο, με διάλογο και διαπραγμάτευση, αλλά και με αγωνιστικές παρεμβάσεις για την προάσπιση των συμφερόντων τους.

Με σύνεση, αλλά και με αποφασιστικότητα.

Με σεβασμό στην εταιρική φήμη και παράδοση, αλλά και με άνοιγμα την καινοτομία, στην κοινωνία, την κοινωνική υπευθυνότητα.

Οι αγώνες και οι παρεμβάσεις του Σ.Υ.Ε.Τ.Ε. έδωσαν πνοή και στήριγμα σε ολόκληρο το συνδικαλιστικό κίνημα του κλάδου. Ενεργό μέλος και πρωτεργάτης της Ο.Τ.Ο.Ε., ο Σ.Υ.Ε.Τ.Ε. συνέβαλε στην αναγνώριση και διασφάλιση της κανονιστικής ενέργειας των Συλλογικών Συμβάσεων Εργασίας, στη διαμόρφωση και τη θεμελίωση των κλαδικών δικαιωμάτων, στην προστασία του δικαιώματος της απεργίας, του Ενιαίου Μισθολογίου και των κλαδικών επιδομάτων, του ωραρίου, των αδειών, των κοινωνικών παροχών, του Ασφαλιστικού και ενός μεγάλου καταλόγου μικρών και μεγάλων διεκδικήσεων, παρεμβάσεων και αποτελεσμάτων.

Η ιστορική μνήμη 100 χρόνων δράσης σηματοδοτεί ταυτόχρονα και τις ευθύνες του Σ.Υ.Ε.Τ.Ε. απέναντι στα νέα δεδομένα και τις προκλήσεις.

Στις πιο αντίξοες συνθήκες, με τα εργασιακά και τα ασφαλιστικά δικαιώματα να μπαίνουν ξανά και ξανά στην κλίνη του Προκρούστη των πιστωτών της χώρας, **καλούμαστε να προασπίσουμε τη βαριά κληρονομιά του Σ.Υ.Ε.Τ.Ε., η οποία κατακτήθηκε με αγώνες και θυσιές δεκαετιών.**

**Με τη δύναμη που του παρέχουν οι συνάδελφοι - μέλη του, ο Σ.Υ.Ε.Τ.Ε. έδωσε, δίνει και θα συνεχίσει να δίνει αγώνες δύσκολους αλλά απαραίτητους, για την προάσπιση:**

- της Κλαδικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας, που είναι ο κύριος κορμός των συλλογικών μας δικαιωμάτων,
- των Επιχειρησιακών Συλλογικών Συμβάσεων Εργασίας, του Κανονισμού Εργασίας, των ειδικών κανονισμών και ρυθμίσεων που ορίζουν δημοκρατικά και με διαφάνεια την εργασιακή μας ζωή, πορεία και προοπτική μέσα στην ΕΤΕ,
- των εργασιακών, υγειονομικών και ασφαλιστικών δικαιωμάτων, που εδώ και καιρό στη χώρα μας αποψιλώνονται, με συνέπεια την έξαρση της εργασιακής ανασφάλειας, των ανισοτήτων και την απορρύθμιση που δυναμιτίζουν κάθε έννοια κοινωνικής συνοχής.
- του ρόλου, της φήμης και της εταιρικής ταυτότητας της ίδιας της Εθνικής Τράπεζας, που απειλούνται άμεσα μετά την τρίτη ανακεφαλαιοποίηση, στο μέτρο που αυτή εκχώρησε την Τράπεζα σε συμφέροντα ασύμβατα με τον στόχο της ανάταξης και της στήριξης της οικονομίας μας και προκρίνει τη συρρίκνωση, αντί για την αναγκαία ανάκτηση του κομβικού ρόλου της ΕΤΕ και του Ομίλου της, μέσα αλλά και έξω από τα εθνικά σύνορα.

**Ο Σ.Υ.Ε.Τ.Ε. ήταν, είναι και θα είναι η δύναμή μας!**



# 34<sup>ος</sup> Αυθεντικός Μαραθώνιος Αθήνας

## Η μεγάλη γιορτή στο Παναθηναϊκό Στάδιο

**Γ**ια να θυμούνται οι παλαιότεροι και να μαθαίνουν οι νέοι: 1896-2016.

Η ευκαιρία ήταν μοναδική καθώς φέτος συμπληρώθηκαν 120 χρόνια από την πρώτη σύγχρονη διοργάνωση των Ολυμπιακών Αγώνων και του Μαραθωνίου.

Η ιστορική αυτή συγκυρία αποτέλεσε την αφορμή για μία μοναδική συνάντηση στο Παναθηναϊκό Στάδιο, **την Κυριακή 13 Νοεμβρίου**. Ο ΣΕΓΑΣ και η ΕΟΕ αποφάσισαν να τιμήσουν και να βραβεύσουν αθλητές και αθλήτριες, Ελληνες και ξένους που έχουν σφραγίσει το αγώνισμα του Μαραθωνίου σε αυτή τη μοναδική, την αυθεντική διαδρομή, σε μια επετειακή εκδήλωση.

Ο Μαραθώνιος Αθήνας, ο Αυθεντικός Μαραθώνιος, δεν είναι μόνο ένα αθλητικό γεγονός διεθνούς εμβέλειας. Είναι ένας δύσκολος αγώνας δρόμου για λίγους, μια σκληρή διαδρομή 42.195 μέτρων. Περισσότερο από οτιδήποτε άλλο, ο Αυθεντικός Μαραθώνιος, είναι η γέφυρα που ενώνει τον θρύλο με την ιστορία και αναδεικνύει τη δύναμη της ανθρώπινης θέλησης και ψυχής. Αποτελεί μια δεξαμενή αξιών, κοινωνικής συνείδησης, περιβαλλοντικής ευαισθησίας, φιλίας και αλληλεγγύης, τώρα πιο επίκαιρη από ποτέ.

Η γιορτή ξεκίνησε από νωρίς το πρωί της Κυριακής. Χιλιάδες θεατών, όλων των ηλικιών, κατέκλυσαν τις κερκίδες δημιουργώντας ένα πολύχρωμο ψηφιδωτό που περίμενε εναγωνίως τους πρώτους δρομείς και τους χρόνους τερματισμού τους.

Ωστόσο η ένταση κορυφώθηκε λίγο πριν τον τερματισμό του πρώτου μαραθωνοδρόμου, όχι μόνο από την προσμονή για τον αθλητή που θα έκοβε πρώτος το νήμα μέσα στο Παναθηναϊκό Στάδιο, έχοντας διανύσει χιλιάδες μέτρα, αλλά και λόγω της συγκίνησης που προκάλεσε η λιτή τελετή βράβευσης των απογόνων των πρώτων μαραθωνοδρόμων και της παρέλασης των Ελλήνων Ολυμπιονικών στο Ρίο.

Στις 10:45 ξεκίνησε η ξεχωριστή αυτή εκδήλωση για τα 120 χρόνια σύγχρονων Ολυμπιακών Αγώνων, τα 120 χρόνια του Μαραθωνίου. Ο ΣΕΓΑΣ αποφάσισε και τίμησε αρχικά τους απογόνους του Σπυρίδωνα Λούη και του Χαρίλαου Βασιλάκου:

- **τον Σπύρο Λούη**, εγγονό του πρώτου χρυσού σύγχρονου Ολυμπιονίκη στην κλασική διαδρομή, και
- **τον Χάρη Βασιλείου**, εγγονό του ασημένιου Ολυμπιονίκη του 1896 και του πρώτου που νίκησε σε αυτή τη διαδρομή, καθώς επικράτησε στον προκριματικό αγώνα που διεξήχθη στις 10 Μαρτίου 1896 για τη συγκρότηση της Ολυμπιακής ομάδας.

Παρών στο Καλλιμάρμαρο ήταν και βραβεύτηκε ο **Βρετανός Ρον Χιλ**, ο νικητής του Μαραθωνίου στο Πανευρωπαϊκό Πρωτάθλημα που έγινε στο στάδιο "Καραϊσκάκης" το 1969. Παρόντες ήταν και οι κορυφαίοι Μαραθωνοδρόμοι του κόσμου για το 2016.

Επίσης, βραβεύτηκαν δύο Ελληνες πρωταθλητές και δύο Ελληνίδες πρωταθλήτριες που έχουν σφραγίσει με τους χρόνους τους την κλασική διαδρομή, τον Μαραθώνιο και τη διοργάνωση του Αυθεντικού Μαραθωνίου. Συγκεκριμένα:

- ο **Νίκος Πολλιάς** που κατέχει το ρεκόρ διαδρομής και το ρεκόρ αγώνα,
- ο **Σπύρος Ανδριόπουλος** που είναι ο κάτοχος της κορυφαίας επίδοσης στον Μαραθώνιο,
- η **Μαρία Πολύζου** που κατέχει το ρεκόρ διαδρομής και της κορυφαίας επίδοσης στον Μαραθώνιο των γυναικών και
- η **Τίνα Κεφαλά** που κατέχει το ρεκόρ αγώνα στην κατηγορία των γυναικών.

Παρούσα στο Παναθηναϊκό Στάδιο ήταν η Ολυμπιακή ομάδα που εκπροσώπησε επάξια τη χώρα στο Ρίο της Βραζιλίας στους τελευταίους Ολυμπιακούς Αγώνες. Η ομάδα παρήλασε κρατώντας την Ολυμπιακή σημαία ενώ έγινε η ανάκρουση του Ολυμπιακού ύμνου που ερμήνευσε η διάσημη υψίφωνος Σόνια Θεοδωρίδου.

Στην παρέλαση, πέρα από την Ολυμπιακή ομάδα έλαβαν μέρος εκπρόσωποι του Συλλόγου Ελλήνων Ολυμπιονικών, της Ελληνικής Ένωσης Συμμετασχόντων σε Ολυμπιακούς Αγώνες, των Ελλήνων Βετεράνων Μαραθωνίου και οι απόγονοι των Σπυρίδωνα Λούη, Χαρίλαου Βασιλάκου, Στέλιου Κυριακίδη και Γρηγόρη Λαμπράκη. Φέτος συμπληρώνονται, επίσης, 70 χρόνια από το 1946, τη χρονιά που ο Στέλιος Κυριακίδης νίκησε στο Μαραθώνιο της Βοστώνης, πετυχαίνοντας μια από τις μεγαλύτερες επιτυχίες του ελληνικού αθλητισμού στον διεθνή χώρο, δίνοντας συγχρόνως μαθήματα ανθρωπιάς και εθνικής συνείδησης.

Στη συνέχεια, όσο το ποτάμι των δρομέων γινόταν ολοένα και πιο ορμητικό τόσο περισσότερο και οι θεατές γίνονταν περισσότερο ενθουσιώδεις, εμπυχνώντας με χειροκροτήματα και επευφημίες όσους κατάφεραν να τερματίσουν.

Τέλος, να υπενθυμίσουμε επίσης ότι ο Μαραθώνιος Αθήνας με τη σημερινή του μορφή διεξάγεται συνεχώς από το 1983, και είναι αφιερωμένος στον μεγάλο Έλληνα γιατρό, βαλκανιονίκη του στίβου και ειρηνιστή Γρηγόρη Λαμπράκη.



Ο όρος «Κακοποίηση/Παραμέληση του Παιδιού» αναγνωρίστηκε ως αυτοτελές φαινόμενο μόλις στα μέσα του 20ου αιώνα, παρά το γεγονός ότι το φαινόμενο εκμετάλλευσης και κακομεταχείρισης των παιδιών περιγράφεται στην παγκόσμια ιστορία από τους μυθολογικούς ακόμη χρόνους, τόσο από τους γονείς τους όσο και από την ίδια την κοινωνία.

Τα παιδιά πολλές φορές κακοποιούνται μέσα στην ίδια τους την οικογένεια ή από άτομα που γνωρίζουν στο ευρύτερο περιβάλλον τους.

Η κακοποίηση από άγνωστους είναι σπάνια.

Υπολογίζεται ότι περίπου 500 εκατομμύρια μέχρι και 1,5 δισεκατομμύριο παιδιά πέφτουν θύματα βίας κάθε χρόνο. Επίσης εκτιμάται ότι κάθε χρόνο τουλάχιστον 275 εκατομμύρια παιδιά σ'όλο τον κόσμο, βιώνουν τη βία μέσα στα ίδια τους τα σπίτια.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, στην Ελλάδα περίπου 4.000 παιδιά κακοποιούνται σοβαρά κάθε χρόνο.

# 19 Νοεμβρίου:

## Παγκόσμια Ημέρα κατά της Κακοποίησης του Παιδιού



Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΗΕ, της Ευροπoλ και του Συμβουλίου της Ευρώπης:

- 1 στα 3 κορίτσια και 1 στα 5 αγόρια θα κακοποιηθούν σεξουαλικά πριν φτάσουν στην ηλικία των 18 ετών.
- Κάθε χρόνο ανάμεσα στα 500 εκ. με 1.5 δισ. παιδιά σε όλο τον κόσμο έχουν υποστεί κάποια μορφή βίας.
- Στην Ευρώπη υπολογίζεται ότι σε 70% με 85% των περιστατικών σεξουαλικής κακοποίησης ο θύτης είναι κάποιος που το παιδί γνωρίζει καλά και εμπιστεύεται.
- Υπολογίζεται ότι 120 εκ. κορίτσια και 73 εκ. αγόρια έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής βίας, και περίπου 1 δισ. παιδιά έχουν υποστεί φυσική τιμωρία σε καθημερινή βάση.
- Υπολογίζεται ότι περίπου 10 εκ. παιδιά πέφτουν θύματα σεξουαλικής εκμετάλλευσης.
- 1 εκ. παιδιά πέφτουν θύματα απαγωγής κάθε χρόνο, πωλούνται και εξαναγκάζονται σε παιδική πορνεία ή παιδική πορνογραφία.
- Υπολογίζεται ότι 10 εκ. παιδιά έχουν εξαφανιστεί στην διάρκεια της πρόσφατης μεταναστευτικής και προσφυγικής κρίσης.
- Το 2016 στην Ελλάδα, εξαφανίστηκαν -ήδη- 526 ασυνόδευτοι ανήλικοι και μόλις 126 εντοπίστηκαν.

Εάν κάποιο παιδί πιθανόν κακοποιείται ή παραμελείται, μπορεί να καταγγελθεί:

Εθνική Γραμμή Παιδικής Προστασίας: 1107

Εθνική Τηλεφωνική Γραμμή για τα Παιδιά SOS 1056 του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού»





ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2017						
Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2017						
Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28					

ΜΑΡΤΙΟΣ 2017						
Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2017						
Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

ΜΑΪΟΣ 2017						
Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

ΙΟΥΝΙΟΣ 2017						
Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

ΙΟΥΛΙΟΣ 2017						
Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2017						
Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2017						
Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2017						
Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2017						
Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2017						
Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

