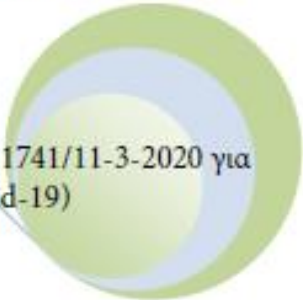


**ΠΕΠΡΑΓΜΕΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΕΤΟΥΣ 2021**


(Τροποποίηση λειτουργίας Νοσοκομείου βάση του 11741/11-3-2020 για την αντιμετώπιση της Πανδημίας Covid-19)



Δρ. ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ ΙΩΑΝ. ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΙΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Διεύθυνσης Ιατρικής Υπηρεσίας & Χειρουργικού Τμήματος
Γεν.Νοσ.Ν.Ιωνίας "Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων", πρ "ΑΓ. ΟΛΓΑ"



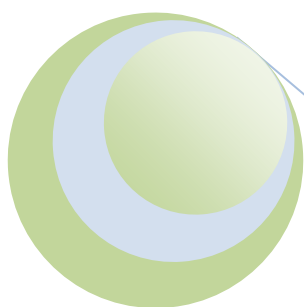
Εκ μέρους της Διεύθυνσης του Χειρουργικού Τμήματος,

Ευχαριστώ, όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση των πεπραγμένων της Χειρουργικής Κλινικής για το 2021, ιδιαιτέρως τον Επιμ. Α' Καράμπα Βασίλειο για την σύνταξη και επεξεργασία των στατιστικών δεδομένων του Τμήματος καθώς και των κλινικών πρωτοκόλλων, τον Επιμ. Α' Μανέ Κωνσταντίνο και τους ειδικευόμενους Σιούλα Μαρία, Μαυρομάτη Ευάγγελο και Γκάγκαρη Λουκά. Ευχαριστώ επίσης όλο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, την προϊσταμένη Ιωάννα Αναστασοπούλου και την υπεύθυνη Αντιγόνη Γεωργακά για την υψηλή επιστημονική τους επάρκεια, την επαγγελματική ευσυνειδησία και αυταπάρνηση καθώς και τις υψηλού επιπέδου υπηρεσίες που προσέφεραν και συνεχίζουν να προσφέρουν στους ασθενείς μας, βοηθώντας παράλληλα στην εύρυθμη λειτουργία της κλινικής.

Ιδιαίτερα, εκφράζω τις ευχαριστίες μου στις γραμματείς της Χειρουργικής Κλινικής Ελμά Μαρία & Χιώτη Μαρία, στην γραμματέα της Διεύθυνσης Ιατρικής Υπηρεσίας Λαδέα Έφη καθώς επίσης και στην Υπεύθυνη της Βιβλιοθήκης κα Κεσόγλου Βαγγελίτσα-Ειρήνη για την επιμέλεια του κειμένου και την συγκέντρωση των πληροφοριών, προκειμένου να ολοκληρωθεί το εκπόνημα αυτό.

Όραμα, στόχος και προτεραιότητα της Κλινικής μας είναι η παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, με αμεσότητα, ευγένεια και επαγγελματισμό σύμφωνα πάντα με τις ανάγκες των ασθενών μας.

**Ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας
& Χειρουργικού Τμήματος
Δρ. Μιλτιάδης Παπασταματίου**



ΣΥΝΘΕΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ 2021





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1η Υ.Πε ΑΤΤΙΚΗΣ Γ.Ν.Ν. ΙΩΝΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Δρ. ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ Ι. ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΙΟΥ

ΑΓ. ΟΛΓΑΣ 3-5 ΤΚ. 142 33 Ν. ΙΩΝΙΑ

Email: Γραμματείας: grammateia.xeirourgikou@konstantopouleio.gr

Email: Διευθυντού: chairman_surg.dept@konstantopouleio.gr

τ. 213 205 7905–213 205 7904

6

**ΙΑΤΡΟΙ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ
ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ 2021**

Ειδικευμένοι

Δρ.Μιλτιάδης Παπασταματίου (Διευθυντής Τμήματος)
Δρ.Δημήτριος Βελεχέρης (Αναπλ.Διευθυντής Τμήματος)
Δρ.Σπυρίδων Δελής (Διευθυντής)
Κωνσταντίνος Αθανασίου (Επιμ. Α΄)
Κωνσταντίνος Μανές (Επιμ. Α΄)
Βασίλειος Καραμπας (Επιμ. Α΄)
Ανδρέας Πριόβολος (Επιμ. Α΄)
Βασιλική Κυριάκου (Επιμ. Β΄)
Ιωάννης Δαμηλάκης (Επικ.Επιμ. Β΄)
Δημήτριος Καρακαζάς (Επικ. Επιμ. Β΄)

Ειδικευόμενοι

Αγοργιανίτης Λουκάς
Αλιφιέρης Κωνσταντίνος
Αντωνίνη Κωνσταντίνα
Γιαννόπουλος Σπυρίδων
Γκάγκαρης Λουκάς
Δήμου Ευαγγελία Ελένη
Καρανάσιου Βασιλίτσα
Καψαλός Δέδες Σωτήριος
Κοκορόσκος Νικόλαος
Κουβαράτης Ηλίας
Κυριάκου Σταυριανή
Κωστούλας Γεώργιος
Μαλάμη Μαρία Ελένη
Μαυρομμάτης Ευάγγελος
Μπαλτάγκα Λουντμίλα
Παπαδοπούλου Σταυρούλα
Πρίφτης Ιάσων
Σάμης Αλέξανδρος
Σερέτης Φώτιος
Σιούλα Μαρία
Τζανέτου Μελπομένη Μαρία
Χαρώνης Γεώργιος

Δραστηριότητες Τμήματος



8





















ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ



Δ/ντης Δ/νσης Ιατρικής Υπ.
& Χειρουργικού Τμήματος

E-mail : mil.papastamatiou@gmail.com (προσωπικό)
grammateia.xeirourgikou@konstantopouleio.gr
iatyp_mpapastamatiou@konstantopouleio.gr

Mobile: 6944 57 19 99, 213 205 7039, 213 205 7904
www.mpapastamatiou.gr

18

Δρ. Μιλτιάδη Ι. Παπασταματίου MD, PhD (Ath), Chair

- **Διευθυντής Δ/νσης Ιατρικής Υπηρεσίας & Διευθυντής Χειρουργικού Τμήματος**
- **Πρόεδρος Επαγγελματικού Συμβουλίου Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας 2011-2021**

Ο Ιατρός υπηρετεί σήμερα ως Διευθυντής Διεύθυνσης Ιατρικής Υπηρεσίας και Διευθυντής του Χειρουργικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας “Κωσταντοπούλειο-Πατησίων” (πρώην Αγία Όλγα).

Είναι απόφοιτος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και Υπότροφος του Ιδρύματος Κρατικών Υποτροφιών Ελλάδος καθ’ όλα τα ακαδημαϊκά έτη.

Είναι Διδάκτωρ της Χειρουργικής και του Μορφολειτουργικού Τομέα της ίδιας Σχολής (ΕΚΠΑ) από το 1992.

Έλαβε Άδεια Ασκήσεως επαγγέλματος από τη Νομαρχία Αθηνών το 1984.

Έλαβε τον τίτλο ειδικότητας Γενικής Χειρουργικής 1992, προκρινόμενος σε Πανελλαδικές εξετάσεις του Επιστημονικού Συμβουλίου της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας με Α΄ Βραβείο 1992 και Έπαινο το 1991 .

Ασκεί τη Χειρουργική στο Δημόσιο Τομέα από το 1993.

Υπηρέτησε την Στρατιωτική του Θητεία ως έφεδρος Ανθυπίατρος (ΥΙ) και απεφοίτησε πρώτος της Τάξης του από τη Σχολή Εφαρμογής Υγειονομικού. Φέρει σε εφεδρία το βαθμό του Ταγματάρχη (ΥΙ).

Έχει τιμηθεί με Επιστημονικές διακρίσεις και επαίνους από Ιατρικές Εταιρείες, κοινωνικούς φορείς, Διοίκηση Νοσοκομείων ως Διοικητής και Πρόεδρος ΔΣ στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που έχει υπηρετήσει, όπως και πλήθος ευχαριστηρίων επιστολών από ασθενής που έχει θεραπεύσει.

Έχει μετεκπαιδευτεί σε ειδικά χειρουργικά θέματα και τεχνικές στη Μεγάλη Βρετανία, Ολλανδία, Ελβετία, Αυστρία και Γερμανία.

Έχει συγγράψει τρία επιστημονικά βιβλία, Δ/ντής της εφημερίδας “από το Βήμα του Ιατρού” , είναι συγγραφέας πάνω από 200 Επιστημονικών Εργασιών που του έχουν αποφέρει σημαντικό αριθμό “citation Intex” και “peer review” και έχουν παρουσιαστεί στον ελληνικό και διεθνή χώρο.

Έχει οργανώσει από τη θέση του Προέδρου Ελληνικά και Διεθνή Συνέδρια Χειρουργικής. Πρόσφατα οργάνωσε ως Πρόεδρος το Διεθνές 14^οΕλλαδοκυπριακό Συνέδριο 15-17/11/2019 στην Κύπρο υπό την αιγίδα του Προέδρου της Κυπριακής Δημοκρατίας, του Υπουργού Υγείας της Κύπρου και του Κοσμήτορα της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ.

Μετέχει στη Συντακτική Επιτροπή του επιστημονικού Περιοδικού Hellenic Surgical Society (Αγγλόφωνη έκδοση), επισήμου οργάνου της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας .

Μετέχει στη: α) διδασκαλία φοιτητών της Ιατρικής Σχολής Αθηνών και β) κατέχει τίτλους διδάσκοντος Καθηγητού του Επιστημονικού Συμβουλίου της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας και γ)

ωρ. Διδακτικό Επιστημονικό Προσωπικό σε βαθμίδα Καθηγητή διδάσκοντας Χειρουργική και Πρώτες Βοήθειες στο Ανώτατο Τεχνολογικό Ίδρυμα Αθηνών (τώρα Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής). Συνέγραψε βιβλίο «Πρώτες Βοήθειες» προς χρήση των φοιτητών και πωλείται και σήμερα από τις εκδόσεις Πασχαλίδη.

Διετέλεσε σε Δημόσια Νοσοκομεία ως Επιμελητής (1993), Διευθυντών Επιμελητής (1997), Αναπληρωτής Διευθυντής (2001) και επιλέχθηκε ως Προϊστάμενος Διευθυντής (2009) της Β' Χειρουργικής Κλινικής του 7^{ου} Θεραπευτηρίου ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που αποτελούσε μία σύγχρονη μονάδα Γενικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ογκολογίας του Πεπτικού Συστήματος και ενδοκρινών αδένων. Το Τμήμα που διηύθυνε χορηγούσε πλήρη ειδικότητα Γενικής Χειρουργικής και μετείχε στο 24ωρο πρόγραμμα εφημεριών πόλης. Μετείχε στα Συμβούλια Επιλογής Ιατρών με απόφαση της Διοικήσεως ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (απόφαση Διοικητή).

Διατελεί:

- Πρόεδρος Εμβολιαστικού Κέντρου Νοσοκομείου.
- Πρόεδρος Νοσηλείας κατ' οίκον του Νοσοκομείου.
- Πρόεδρος Επιτροπών του Νοσοκομείου με την ιδιότητα του Δ/ντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- Μέλος του 3μελούς Συμβουλίου Μετατάξεων στον Κλάδο Ιατρών ΕΣΥ του Ν.4558/2018
- Μέλος του Δ.Σ. του ΓΝΝΙ «ΚΩΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ».

Έχει εκδώσει κατά την θητεία του ως Προϊστάμενος Διευθυντής δύο ΒΙΒΛΙΑ ΠΕΠΡΑΓΜΕΝΩΝ της Κλινικής, 227 σελ το πρώτο και 325 σελ το δεύτερο (επανεκδοση)

Κατά την 30ετή θητεία του ως χειρουργός έχει επιτελέσει πάνω από 9.500 χειρουργικές επεμβάσεις ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΕΧΕΙ ΚΑΤΗΓΟΡΗΘΕΙ ΟΥΔΕΠΟΤΕ ΓΙΑ «MEDICAL MALPRACTICE».

Άσκησε τα καθήκοντα του Διευθυντή του Β' Χειρουργικού Τμήματος του ΓΝΝΙ «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων» μέχρι την ανάληψη των καθηκόντων του Διοικητού και Προέδρου ΔΣ στο ΓΝΝΘ «Σωτηρία» το 2013.

Εργάστηκε με απόφαση ΔΣ στο «Ονάσειο» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο ως Επιστημονικός Σύμβουλος Χειρουργός 2001- 2013 με συμμετοχή του ως επικεφαλής Χειρουργός σε 350 επείγοντα και βαριά χειρουργεία πεπτικού όπως και περισσότερες από 800 χειρουργικές εκτιμήσεις σε νοσηλεύομενους ασθενείς. Διετέλεσε κατά το διάστημα αυτό μέλος της Μεταμοσχευτικής Ομάδας του «ΩΝΑΣΕΙΟΥ» Κ/Κέντρου. Συμμετείχε επίσης στο εκπαιδευτικό του πρόγραμμα με επιστημονικές εργασίες που έχουν παρουσιαστεί σε Ιατρικά Συνέδρια στην Ελλάδα και την εξωτερικό.

Έχει συνεργαστεί ως συνεργάτης Χειρουργός με Ιδιωτικές Κλινικές όπως Ιατρικό Αθηνών, Ιατρικό Ψυχικού, Βιοκλινική κ.α. και διατηρούσε Χειρουργικό Ιατρείο πριν την ένταξή του στο ΕΣΥ επί 20ετία στο Κολωνάκι (Ξενοκράτους 27-29).

Μετέχει σε 14 Επιστημονικές Εταιρείες σε διάφορες θέσεις στο Δ.Σ. αυτών. Επί 12ετία κατόπιν συνεχών επανεκλογών του διετέλεσε Ταμίας της Ελληνικής Χειρουργικής όπως και Πρόεδρος του Επαγγελματικού Συμβουλίου αυτής. Πρόσφατα έχει επανεκλεγεί για τρίτη φορά από τη Γενική Συνέλευση Πανελλήνια των μελών της Εταιρείας ως Πρόεδρος Δ.Σ. του Επαγγελματικού της Συμβουλίου.

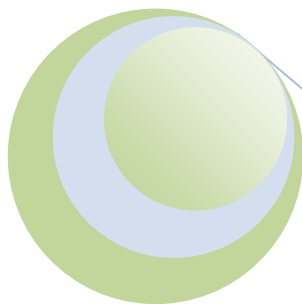
Διετέλεσε Διοικητής του ΓΝΝΘ Αθηνών «Η Σωτηρία» 2013-2015. Το Νοσοκομείο με 770 ενεργείς κλίνες αξιολογήθηκε από το ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ (cost and benefits) στα 3 καλύτερα νοσοκομεία άνω των 600 κλινών. Ως Διοικητής διακρίθηκε με ΕΠΑΙΝΟ από το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας του Υπουργείου Υγείας, στο πλαίσιο της καλύτερης επιχειρησιακής ετοιμότητας του Νοσοκομείου. Ως Διοικητής επίσης διακρίθηκε με ΕΠΑΙΝΟ από το Γραφείο Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου στην Ελλάδα (Friends of Europe in Greece) και του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σε επιστημονικό συνέδριο για τη διάλεξη του «Άσκηση Διοίκησης στο Δημόσιο και Ιδιωτικό Νοσοκομείο».

Ως εκπρόσωπος του Σεβασμιότατου Επισκόπου Δημητρίου Έξαρχου Καθολικών Ελλάδος με απόφασή του όπως και του Υπουργού Υγείας, άσκησε τα καθήκοντα του Προεδρεύοντος Α/Προέδρου 2009-2013 ως Α' Διατάκτης του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου Θείας Πρόνοιας "Η Παμμακάριστος".

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΣΥΝΘΕΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ 2021.....	5
ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ	18
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ - 2021	22
Ορισμός Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας ΓΝΝΙ «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων».....	23
ΦΕΚ ορισμού Μέλους Διοικητικού Συμβουλίου ΓΝΝΙ «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»	25
Κάλυψη προεγχειρητικού οικίσκου για λήψη επιχρίσματος Covid-19 από ιατρούς της Χειρουργικής Κλινικής.....	27
Συνδρομή ιατρών της Χειρουργικής Κλινικής στη κάλυψη διακομιδών διασωληνωμένων και βαρέως πασχόντων.....	27
Κάλυψη Εμβολιαστικού Κέντρου από ιατρούς της Χειρουργικής Κλινικής.....	28
Προγράμματα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων - ΤΕΙ.....	29
Γενικά Προγράμματα Κλινικής.....	32
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ - 2021.....	33
Συνολική Κίνηση Χειρουργικού Τμήματος κατά το έτος 2021	34
Σύνολα χειρουργικών επεμβάσεων.....	34
Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο – ΤΕΙ.....	34
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών - ΤΕΠ.....	35
Δείκτες Λειτουργίας Κλινικής	35
Κατάλογος Διαγνωστικών & Χειρουργικών Επεμβάσεων Ανά Σύστημα	36
Ειδικό θέμα.....	42
Ογκολογικό Συμβούλιο	43
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - 2021.....	47
ΕΧΕ – Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία – Εκπαιδευτικό Συμβούλιο	48
Συμμετοχή σε συνέδρια	59
Εργασίες σε συνέδρια	59
Posters σε συνέδρια.....	61
Συμμετοχή σε διοργάνωση Επιστημονικών Δραστηριοτήτων	62
Μέλος οργανωτικής επιτροπής :	62
Συνεχής Ιατρική Εκπαίδευση – Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα Ειδικευόμενων	63
Εργασίες υπό δημοσίευση	63
Δημοσιεύσεις.....	64
(INSTRUCTOR) – (GUEST FACULTY)	64

Ορισμός Υπεύθυνων Ομάδων - Έργου Κλινικής.....	65
Full Papers	68
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ - 2021	86
Επιτροπές του Νοσοκομείου – Συμμετοχή Ιατρών Χειρουργικής Κλινικής.....	87
ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ - 2021	89
1. Πρωτόκολλο Εντερικής Απόφραξης.....	90
2. Πρωτόκολλο διαχωρισμού ασθενών στην κλινική για την προάσπιση της μικροβιακής αντοχής.....	96
3. Προεγχειρητική Χημειοπροφύλαξη	98
4. Πρωτόκολλο Μεταγγίσεων.....	100
5. Αξονική Τομογραφία στα ΤΕΠ	107
6. Πρωτόκολλο ταχείας ανάρρωσης σε παθήσεις Παχέος Εντέρου.....	108
7. Προεγχειρητικός έλεγχος	110
8. Διατροφικός έλεγχος.....	112
9. Πρωτόκολλο αυξημένης υποψίας για την διάγνωση της μεσεντερίου ισχαιμίας	113
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ - 2021	117
Διοικητικά έγγραφα σχετικά με τη λειτουργία του Διατομεακού Τμήματος «Νοσηλεία κατ' οίκον»	118
Στατιστικά - Νοσηλείας κατ' οίκον	130
ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΕΣ ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ - 2021	131
Ιδρύματα	132
Ιδιώτες.....	134



**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ
- 2021**



Ορισμός Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας ΓΝΝΙ «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»



Ministry of Digital
Governance,
Hellenic Republic

Digitally signed by Ministry
of Digital Governance,
Hellenic Republic
Date: 2020.12.17 10:04:45
EUF
Reason:
Location: Athens

ΑΔΑ: ΡΚΖΟ469Η26-Ψ7Ω

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1^{ΗΣ} Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ
Ταχ. Δ/ση: Ζαχάρωφ 3, ΤΚ.115 21-Αθήνα
Πληροφορίες: Μ. Γκιώντε-Σωτηροπούλου
Τηλέφωνο: 2132010412
Fax: 2132010435
Email: mgionte@1dype.gov.gr

Αθήνα: 17-12-2020
Αριθ. Πρωτ: 57148

23

ΘΕΜΑ: Ορισμός Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας του Γ.Ν.Ν. «ΙΩΝΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ».

ΑΠΟΦΑΣΗ

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΗΣ 1^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 7 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ37/02-03-2001), όπως συμπληρώθηκε από τις διατάξεις της παρ. 20 του άρθρου 2 του Ν. 3204/2003 και τροποποιήθηκε με την παρ. 3 του άρθρου 8 του Ν. 3868/2010.
2. Τις διατάξεις του Ν. 3329/05(ΦΕΚ 81/Α/4-4-05) όπως τροποποιήθηκε με το Ν.3527/07 (ΦΕΚ 25/Α/9-2-07) εδάφιο 25 της παρ. 11 του άρθρου 3, σύμφωνα με το οποίο «τις αρμοδιότητες που ασκούσε το Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ. και ο Αντιπρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου της Δ.Υ.ΠΕ. όπως τροποποιούνται με το παρόν ασκούν εφεξής ο Διοικητής και ο Υποδιοικητής της Δ.Υ.ΠΕ.».
3. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.65149/18-09-2019 Απόφαση του Υπουργού Υγείας περί διορισμού του Παναγιώτη Στάθη ως Διοικητή της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής (ΦΕΚ 768/20-9-2019/τ. Υ.Ο.Δ.Δ).
4. Την υπ' αριθμ. 545/23-10-2020 Πρόσκληση Εκδήλωσης ενδιαφέροντος για τον ορισμό Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας στο Γ.Ν.Ν. «ΙΩΝΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ».
5. Η υπ' αριθμ. 29294/29-10-2020 αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος του υποψήφιου ιατρού, κ. Μιλτιάδη Παπασταματίου.

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

6. Το υπ'αριθμ. 56375/15-12-2020 εισηγητικό σημείωμα της Ενιαίας Νομικής Υπηρεσίας της 1ης ΥΠΕ Αττικής, περί ορισμού Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας στο Γ.Ν.Ν. «ΙΩΝΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ».

7. Την υπ'αριθμ. 299/03-12-2020 γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Ν. «ΙΩΝΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ».

8. Το υπ' αριθμ. 633/07-12-2020 έγγραφο του κ. Διοικητή του Γ.Ν.Ν. «ΙΩΝΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ» με το οποίο εισηγείται τον ορισμό του κ. Παπασταματίου Μιλτιάδη, ως Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου, καθώς κατέχει:

α)πλουσιότερη διοικητική εμπειρία (έχει διατελέσει Διοικητής των Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «ΣΩΤΗΡΙΑ» και Ν.Θ.Π. «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ» κατά τα έτη 2013-2015) για την οποία διακρίθηκε με έπαινο απο το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας στο πλαίσιο της καλύτερης επιχειρησιακής ετοιμότητας των Νοσοκομείων, αλλά και απο το Γραφείο Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου στην Ελλάδα.

β)αξιόλογο επιστημονικό και ακαδημαϊκό υπόβαθρο.

γ)κύρος και αποδοχή απο το ιατρικό και λοιπό προσωπικό των νοσοκομείων που υπηρέτησε με αποτέλεσμα όπως ορίζει η κοινή λογική, τα διδάγματα της κοινής πείρας, να είναι καλύτερος γνώστης των προβλημάτων και αναγκών της Ιατρικής Υπηρεσίας του εν λόγω Νοσοκομείου.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

ορίζουμε τον ιατρό κ. Παπασταματίου Μιλτιάδη, Διευθυντή Χειρουργικής, Επιστημονικά & Διοικητικά Υπεύθυνο του Χειρουργικού Τμήματος, ως Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας του Γ.Ν.Ν. «ΙΩΝΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ» με τριετή θητεία, διότι η υποψηφιότητα του κρίνεται καταλληλότερη.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΣΤΑΘΗΣ

Κοινοποίηση:

-Γ.Ν.Ν. «ΙΩΝΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ»

-Αναφερόμενο Ιατρό (μέσω του νοσοκομείου)

Εσωτερική Διανομή:

-Υποδιοικήτρια κ. Οικονόμου

-Δ/ση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού

ΦΕΚ ορισμού Μέλους Διοικητικού Συμβουλίου ΓΝΝΙ «Κωνσταντούλειο-Πατησίων»



183

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

27 Ιανουαρίου 2021

ΤΕΥΧΟΣ Υ.Ο.Δ.Δ.

Αρ. Φύλλου 47

ΤΕΥΧΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΦΟΡΕΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΕΥΡΥΤΕΡΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 1 Υπουργείο Υγείας
- 2 Γενικές Γραμματείες

1 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αριθμ. Γ4β/ΓΠ.83085/2020

3η τροποποίηση της υπό στοιχεία Γ4β/ΓΠ.97946/18-31-1-2019 (ΥΟΔΔ 70, ΑΔΑ:Ψ9ΝΛ465ΦΥΟ-ΟΜΜ) απόφασης του Υπουργού και του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας, σχετικά με τον ορισμό μελών στο Διοικητικό Συμβούλιο του ενιαίου ΝΠΔΔ με την επωνυμία «ΓΝΝΙ "ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ" - ΓΝ ΠΑΤΗΣΙΩΝ», αρμοδιότητας της Υ.ΠΕ. Αττικής.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Έχοντας λάβει υπόψη:

Α. Τις διατάξεις:

1. Της παρ. 8 του άρθρου 2 του ν. 4052/2012 «Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.) της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για την μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις» (Α' 41).

2. Της παρ. 1 του άρθρου 8 του ν. 3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις

αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», (Α' 129).

3. Του ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», (Α' 81).

4. Των άρθρων 13, 14 και 15 του ν. 2690/1999 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις», (Α' 45).

5. Του άρ. 6 του ν. 2839/2000 «Ρυθμίσεις θεμάτων του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και άλλες διατάξεις» (Α' 196).

6. Του π.δ. 121/2017, «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας» (Α' 148), όπως ισχύει.

7. Του π.δ. 83/2019 «Διορισμός Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης, Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών» (Α' 124), όπως ισχύει.

8. Του π.δ. 84/2019 «Σύσταση και κατάργηση γενικών Γραμματειών και Ειδικών Γραμματειών/Ενιαίων Διοικητικών Τομέων Υπουργείων» (Α' 123).

Β. Τις αποφάσεις:

1. Την υπό στοιχεία Υ4/8-1-2021 (Β' 32) απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας Βασίλειο Κοντοζαμάνη».

2. Την υπό στοιχεία Γ4β/ΓΠ.97946/18-31-1-2019 απόφαση του Υπουργού και του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας, «Ορισμός μελών στο Διοικητικό Συμβούλιο του ενιαίου ΝΠΔΔ με την επωνυμία «ΓΝΝΙ "ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ" - ΓΝ ΠΑΤΗΣΙΩΝ», αρμοδιότητας της Υ.ΠΕ. Αττικής» (ΥΟΔΔ 70, ΑΔΑ:Ψ9ΝΛ465ΦΥΟ-ΟΜΜ).

3. Την υπό στοιχεία Γ4β/ΓΠ.3692/9-3-2020 απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΥΟΔΔ 93, ΑΔΑ: ΩΑΞΕ465ΦΥΟ-ΙΩΩ) της υπ' αρ. «Τροποποίηση της υπό στοιχεία Γ4β/ΓΠ.97946/18-31-1-2019 ΥΟΔΔ 70, ΑΔΑ:Ψ9ΝΛ465ΦΥΟ-ΟΜΜ), απόφασης του Υπουργού και του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας, σχετικά με τον ορισμό μελών στο Διοικητικό Συμβούλιο του ενιαίου ΝΠΔΔ με την επω-

νυμία «ΓΝΝΙ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ» - ΓΝ ΠΑΤΗΣΙΩΝ», αρμοδιότητας 1ης Υ.Πε. Αττικής».

4. Την υπό στοιχεία Γ4β/ΓΠ. 35743/18-6-2020 απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΥΟΔΔ 459, ΑΔΑ: ΨΩΖ-1465ΦΥΟ-ΗΒΧ) «2η τροποποίηση της υπό στοιχεία Γ4β/Γ.Π.97946/18-31-1-2019 (ΥΟΔΔ 70, ΑΔΑ: Ψ9ΝΛ465ΦΥΟ-0ΜΜ) απόφασης του Υπουργού και του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας, σχετικά με τον ορισμό μελών στο Διοικητικό Συμβούλιο του ενιαίου ΝΠΔΔ με την επωνυμία «ΓΝΝΙ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ» - ΓΝ ΠΑΤΗΣΙΩΝ», αρμοδιότητας 1ης Υ.Πε. Αττικής».

Γ. Τα έγγραφα:

1. Το υπ' αρ. 35055/22-12-2020 έγγραφο του Διοικητή του ΓΝΝΙ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ» - ΓΝ ΠΑΤΗΣΙΩΝ, με το οποίο γνωστοποιείται η υπ' αρ. 567148/17-12-2020 απόφαση Διοικητή 1ης Υ.Πε. Αττικής περί διορισμού νέου Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας στο ΝΠΔΔ.

2. Την υπ' αρ. 82α.οικ.: 83940/29-12-2020 προβλεπόμενη από την περ. ε της παρ. 5 του αρ. 24 του ν. 4270/2014 (Α' 143), όπως ισχύει, Εισήγηση του Προϊσταμένου της Γενικής Διεύθυνσης Οικονομικών, σύμφωνα με την οποία δεν προκύπτει πρόσθετη δαπάνη τόσο σε βάρος του Προϋπολογισμού, του φορέα όσα και σε βάρος του κρατικού Προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Α. Τροποποιούμε την υπό στοιχεία Γ4β/Γ.Π.97946/18-31-1-2019 απόφαση του Υπουργού και του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας, «Ορισμός μελών στο Διοικητικό Συμβούλιο του ενιαίου ΝΠΔΔ με την επωνυμία «ΓΝΝΙ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ» - ΓΝ ΠΑΤΗΣΙΩΝ», αρμοδιότητας 1ης Υ.Πε. Αττικής» (ΥΟΔΔ 70, ΑΔΑ:Ψ9ΝΛ465ΦΥΟ-0ΜΜ), ως ακολούθως:

Β. ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΙΟΥ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ του Ιωάννη, με ΑΔΤ: ΑΙ 059805, Διευθυντής Χειρουργικής, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος του Χειρουργικού Τμήματος, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας του ΝΠΔΔ, σε αντικατάσταση της ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ ΠΗΝΕΛΟΠΗΣ του Χρίστου, με ΑΔΤ: ΑΝ 144934.

Β. Η θητεία του ανωτέρω οριζομένου ακολουθεί την θητεία των ορισθέντων με την υπό στοιχεία Γ4β/Γ.Π.97946/18-31-1-2019 απόφαση του Υπουργού και του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας

Γ. Κατά τα λοιπά η υπ' αρ. Γ4β/Γ.Π.97946/18-31-1-2019 απόφαση του Υπουργού και του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας «Ορισμός μελών στο Διοικητικό Συμβούλιο του ενιαίου ΝΠΔΔ με την επωνυμία «ΓΝΝΙ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ» - ΓΝ ΠΑΤΗΣΙΩΝ», αρμοδιότητας 1ης Υ.Πε. Αττικής» (ΥΟΔΔ 70, ΑΔΑ:Ψ9ΝΛ465ΦΥΟ-0ΜΜ) ισχύει, ως έχει μεταγενέστερα τροποποιηθεί.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 15 Ιανουαρίου 2021

Ο Υπουργός

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΚΙΚΙΛΙΑΣ

Ο Αναπληρωτής Υπουργός

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
ΚΟΝΤΟΖΑΜΑΝΗΣ**

Αριθμ. Γ4β/ΓΠ.: 83450/2020

Τροποποίηση- συμπλήρωση της υπό στοιχεία Γ4β/ΓΠ.:48021 (Σχετ.: 52177/2019, 5540/2019, 58625/2019)/10-11-2020 απόφασης του Υπουργού και του Υφυπουργού Υγείας αναφορικά με τον ορισμό μελών στο Διοικητικό Συμβούλιο του ενιαίου ΝΠΔΔ υπό την επωνυμία ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ, αρμοδιότητας 6ης Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας (ΥΟΔΔ 966, ΑΔΑ: 6Ψ45465ΦΥΟ-3ΡΕ, ΥΟΔΔ 1016/2020 δ.σφ.).

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ
ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Έχοντας υπόψη:

Α. Τις διατάξεις:

1. Των παρ. 8, 9 και 10 του άρθρου 2 του ν. 4052/2012 «Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Δικαιόλησης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.) της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις» (Α' 41).

2. Της παρ. 1 του άρθρου 8 του ν. 3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», (Α' 129).

3. Του ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», (Α' 81).

4. Των άρθρων 13, 14 και 15 του ν. 2690/1999 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις», (Α' 45).

5. Του άρθρου 6 του ν. 2839/2000 «Ρυθμίσεις θεμάτων του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και άλλες διατάξεις» (Α' 196).

6. Του π.δ. 121/2017, «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας» (Α' 148), όπως ισχύει.

7. Του π.δ. 83/2019 «Διορισμός Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης, Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών» (Α' 124).

8. Του π.δ. 84/2019 «Σύσταση και κατάργηση γενικών Γραμματειών και Ειδικών Γραμματειών/Ενιαίων Διοικητικών Τομέων Υπουργείων» (Α' 123).

Β. Τις αποφάσεις:

1. Την υπό στοιχεία Υ4/8-1-2021 (Β' 32) απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας Βασίλειο Κοντοζαμάνη».

2. Την υπό στοιχεία Γ4β/ΓΠ.:48021 (Σχετ.: 52177/2019, 5540/2019, 58625/2019)/10-11-2020 απόφαση του Υπουργού και του Υφυπουργού Υγείας αναφορικά με τον ορισμό μελών στο Διοικητικό Συμβούλιο του ενιαίου ΝΠΔΔ υπό την επωνυμία ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Κάλυψη προεγχειρητικού οικίσκου για λήψη επιχρίσματος Covid-19 από ιατρούς της Χειρουργικής Κλινικής

ΜΗΝΑΣ	ΗΜΕΡΕΣ								ΣΥΝΟΛΟ	Αρ.Πρωτ. Εγγράφου ΔΙΥ
Ιανουάριος	13/1	14/1	20/1	25/1					4	1384/7-1-21
Φεβρουάριος	4/2	9/2	16/2	19/2	23/2				5	3401/29-1-21
Μάρτιος	1/3	9/3	19/3	22/3	24/3	31/3			6	5755/23-2-21
Απρίλιος	1/4	7/4	9/4	14/4	19/4	22/4	27/4	29/4	8	8880/29-3-21
Μάιος	5/5	10/5	14/5	17/5	19/5	24/5	28/5		7	11589/22-4-21
Ιούνιος	1/6	4/6	9/6	14/6	17/6	23/6	28/6		7	14591/25-5-21
Ιούλιος	1/7	2/7	5/7	9/7	13/7	20/7	27/7	30/7	8	18143/30-6-21
Αύγουστος	2/8	3/8	4/8	10/8	12/8	19/8	26/8	30/8	8	20915/30-7-21
Σεπτέμβριος	2/9	7/9	10/9	15/9	20/9	23/9	27/9	29/9	8	22768/27-8-21
Οκτώβριος	7/10	8/10	14/10	15/10	21/10	26/10			6	25958/30-9-21
Νοέμβριος	3/11	5/11	15/11	17/11					4	28988/29-10-21
Δεκέμβριος	8/12	15/12	22/12	24/12	29/12				5	31983/26-11-21

Συνδρομή ιατρών της Χειρουργικής Κλινικής στη κάλυψη διακομιδών διασωληνωμένων και βαρέως πασχόντων.

- Αρ.πρωτ. 13382/15-5-21 έγγραφο του κ.Μαθά για τον Μάιο του 2021 (4 ημέρες)
- Αρ.πρωτ. 33226/8-12-21 έγγραφο του ΔΙΥ για τον Δεκ/2021 (3 ημέρες)

Κάλυψη Εμβολιαστικού Κέντρου από ιατρούς της Χειρουργικής Κλινικής

ΜΗΝΑΣ	ΙΑΝ	ΦΕΒ	ΜΑΡ	ΑΠΡ	ΜΑΪ	ΙΟΥΝ	ΙΟΥΛ	ΑΥΓ	ΣΕΠ	ΟΚΤ	ΝΟΕ	ΔΕΚ
ΗΜΕΡΕΣ	16/1	6/2	4/3	1/4	4/5	2/6	12/7	17/8	3/9	20/10	13/11	2/12
	18/1	8/2	11/3	2/4	10/5	3/6	14/7	26/8	18/9	22/10	15/11	18/12
	19/1	10/2	12/3	5/4	12/5	7/6	17/7	30/8			16/11	24/11
	20/1	11/2	15/3	6/4	13/5	9/6	27/7					
	21/1	13/2	18/3	8/4	14/5	17/6	31/7					
	22/1	15/2	20/3	9/4	15/5	18/6						
	25/1	17/2	22/3	13/4	17/5	19/6						
	30/1	18/2	23/3	16/4	18/5	26/6						
		19/2	24/3	17/4	25/5	28/6						
		20/2	25/3	20/4	29/5							
		23/2	27/3	21/4								
		24/2	29/3	22/4								
		26/2	31/3	27/4								
		27/2										
ΣΥΝΟΛΟ	8	14	13	13	10	9	5	3	2	2	3	3

Σχετικά Έγγραφα τα με αρ.πρωτ.: 2008/14-1-21, 4683/10-2-21, 3161/27-1-21, 4693/10-2-21, 6239/26-2-21, 8481/23-3-21, 11936/26-4-21, 15157/28-5-21, 18233/30-6-21, 19862/17-7-21, 22766/27-8-21, 25914/30-9-21, 28875/29/10/21, 32156/29-11-21

Προγράμματα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων - ΤΕΙ

ΙΑΝ		ΦΕΒ		ΜΑΡ		ΑΠΡ	
ΗΜΕΡ	ΙΑΤΡΟΙ	ΗΜΕΡ	ΙΑΤΡΟΙ	ΗΜΕΡ	ΙΑΤΡΟΙ	ΗΜΕΡ	ΙΑΤΡΟΙ
4	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΜΠΟΣΙΟΣ	1	ΜΑΝΕΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	1	-	1	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΠΡΙΦΤΗΣ
5	ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ ΜΠΟΣΙΟΣ	2	ΑΘΝΑΣΙΟΥ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	2	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	2	ΚΑΡΑΚΑΣΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ
6	-	3	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	3	-	5	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ
7	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΜΠΟΣΙΟΣ	4	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	4	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	6	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ
8	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΜΠΟΣΙΟΣ	5	ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	5	ΜΑΝΕΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	7	-
11	ΜΑΝΕΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	8	ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ	8	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ	8	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ
12	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	9	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ	9	ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ	9	ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ
13	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	10	-	10	-	12	-
14	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΚΟΥΒΑΤΑΤΗΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	11	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ	11	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ	13	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΜΑΛΑΜΗ
15	ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	12	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ	12	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ	14	-
18	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	15	-	15	-	15	ΜΑΝΕΣ ΜΑΛΑΜΗ
19	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	16	ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ	16	ΜΑΝΕΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	16	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΜΑΛΑΜΗ
20	ΜΑΝΕΣ ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	17	-	17	-	19	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΠΡΙΦΤΗΣ
21	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	18	ΜΑΝΕΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ	18	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	20	ΚΑΡΑΚΑΣΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ
22	ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	19	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ	19	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	21	-
25	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ	22	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	22	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΤΖΑΝΕΤΟΥ	22	ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ ΠΡΙΦΤΗΣ
26	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ	23	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	23	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΤΖΑΝΕΤΟΥ	23	ΜΑΝΕΣ ΠΡΙΦΤΗΣ
27	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ	24	-	24	-	26	-
28	ΜΑΝΕΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ	25	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	25	-	27	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΑΛΙΦΙΕΡΗΣ
29	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ	26	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΠΡΙΦΤΗΣ	26	ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ ΤΖΑΝΕΤΟΥ	28	-
				29	-	29	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΑΛΙΦΙΕΡΗΣ
				30	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ	30	-

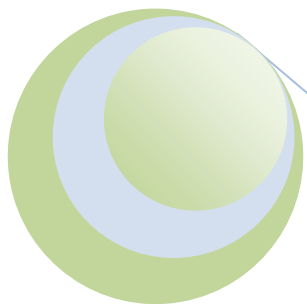
ΜΑΪ		ΙΟΥΝ		ΙΟΥΛ		ΑΥΓ	
ΗΜΕΡ	ΙΑΤΡΟΙ	ΗΜΕΡ	ΙΑΤΡΟΙ	ΗΜΕΡ	ΙΑΤΡΟΙ	ΗΜΕΡ	ΙΑΤΡΟΙ
3	-	1	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	1	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	2	-
4	-	2	-	2	ΜΑΝΕΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	3	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ
5	-	3	ΜΑΝΕΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	5	-	4	-
6	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	4	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	6	ΜΑΝΕΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	5	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ
7	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	7	-	7	-	6	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ
10	-	8	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	8	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	9	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ
11	ΜΑΝΕΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	9	-	9	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	10	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ
12	-	10	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	12	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	11	-
13	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	11	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	13	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	12	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ
14	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	14	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	14	-	13	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ
17	ΜΑΝΕΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	15	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	15	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	16	-
18	ΚΑΡΑΚΑΣΑΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	16	-	16	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	17	ΜΑΝΕΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ
19	-	17	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	19	-	18	-
20	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	18	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	20	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΜΑΛΑΜΗ	19	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ
21	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	21	-	21	-	20	ΜΑΝΕΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ
24	-	22	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	22	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΜΑΛΑΜΗ	23	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΜΑΛΑΜΗ
25	ΚΑΡΑΚΑΣΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	23	-	23	ΜΑΝΕΣ ΜΑΛΑΜΗ	24	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΜΑΛΑΜΗ
26	-	24	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ	26	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΠΡΙΦΤΗΣ	25	-
27	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΠΡΙΦΤΗΣ	25	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ	27	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	26	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΜΑΛΑΜΗ
28	ΚΑΡΑΚΑΣΑΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	28	ΜΑΝΕΣ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	28	-	27	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΜΑΛΑΜΗ
31	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΠΡΙΦΤΗΣ	29	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΚΗΣ	29	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΠΡΙΦΤΗΣ	30	-
		30	-	30	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	31	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΠΡΙΦΤΗΣ

ΣΕΠ		ΟΚΤ		ΝΟΕ		ΔΕΚ	
ΗΜΕΡ	ΙΑΤΡΟΙ	ΗΜΕΡ	ΙΑΤΡΟΙ	ΗΜΕΡ	ΙΑΤΡΟΙ	ΗΜΕΡ	ΙΑΤΡΟΙ
1	ΜΑΝΕΣ ΤΖΑΝΕΤΟΥ	1	ΜΑΝΕΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	1	ΜΑΝΕΣ ΤΣΑΚΑΛΑΚΗΣ	2	ΜΑΝΕΣ ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ
2	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΤΖΑΝΕΤΟΥ	4	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	2	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΤΣΑΚΑΛΑΚΗΣ	3	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ
3	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΠΡΙΦΤΗΣ	5	ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	3	-	6	-
6	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	6	-	4	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΤΣΑΚΑΛΑΚΗΣ	7	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΑΝΤΩΝΙΝΗ
7	-	7	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΠΡΙΦΤΗΣ	5	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΤΣΑΚΑΛΑΚΗΣ	8	-
8	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	8	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	8	-	9	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΑΝΤΩΝΙΝΗ
9	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΠΡΙΦΤΗΣ	11	-	9	ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΤΣΑΚΑΛΑΚΗΣ	10	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΑΝΤΩΝΙΝΗ
10	-	12	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	10	-	13	ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ
13	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	13	-	11	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΤΣΑΚΑΛΑΚΗΣ	14	ΜΑΝΕΣ ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ
14	-	14	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	12	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΤΣΑΚΑΛΑΚΗΣ	15	-
15	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΜΠΑΤΑΓΚΑ	15	ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	15	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΠΡΙΦΤΗΣ	16	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ
16	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	18	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΠΡΙΦΤΗΣ	16	ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	17	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ
17	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	19	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	17	-	20	-
20	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	20	-	18	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΟΡΙΦΤΗΣ	21	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΑΝΤΩΝΙΝΗ
21	-	21	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	19	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	22	-
22	ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	22	ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΠΡΙΦΤΗΣ	22	-	23	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΑΝΤΩΝΙΝΗ
23	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΚΟΥΒΑΡΑΤΗΣ	25	-	23	ΠΡΙΟΒΟΛΟΣ ΑΝΤΩΝΙΝΗ	24	ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΑΝΤΩΝΙΝΗ
24	-	26	ΜΑΝΕΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	24	-	27	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ
27	ΜΑΝΕΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	27	-	25	ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΑΝΤΩΝΙΝΗ	28	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ
28	-	28	ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	26	ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΝΗ	29	-
29	ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	29	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΜΠΑΛΤΑΓΚΑ	29	ΔΑΜΗΛΑΚΗΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	30	ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ
30	-			30	ΜΑΝΕΣ ΠΡΙΦΤΗΣ	31	ΚΑΡΑΜΠΑΣ ΚΑΡΑΚΑΞΑΣ ΠΡΙΦΤΗΣ

Γενικά Προγράμματα Κλινικής

Η Κλινική κάθε μήνα συντάσσει προγράμματα σχετικά με:

1. **Εβδομαδιαία** κατανομή Ειδικευομένων στο **Γαστρεντερολογικό (Κάλυψη εφημεριών Χειρουργικού Τομέα), ΤΕΙ, ΤΕΠ και Covid Test.**
2. Κατανομή Ειδικευμένων και Ειδικευόμενων μηνός στους **Θαλάμους.**
3. Υπεύθυνοι Ειδικευμένοι και Ειδικευόμενοι μηνός για
 - a. **Ογκολογικό Συμβούλιο**
 - b. **Υλικά χειρουργείου**
 - c. **Καταγραφή / διαχείριση Λοιμώξεων**
 - d. **Θρέψη**
 - e. **Παρασκευάσματα / Πρακτικά Χειρουργείου**



**ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ
- 2021**



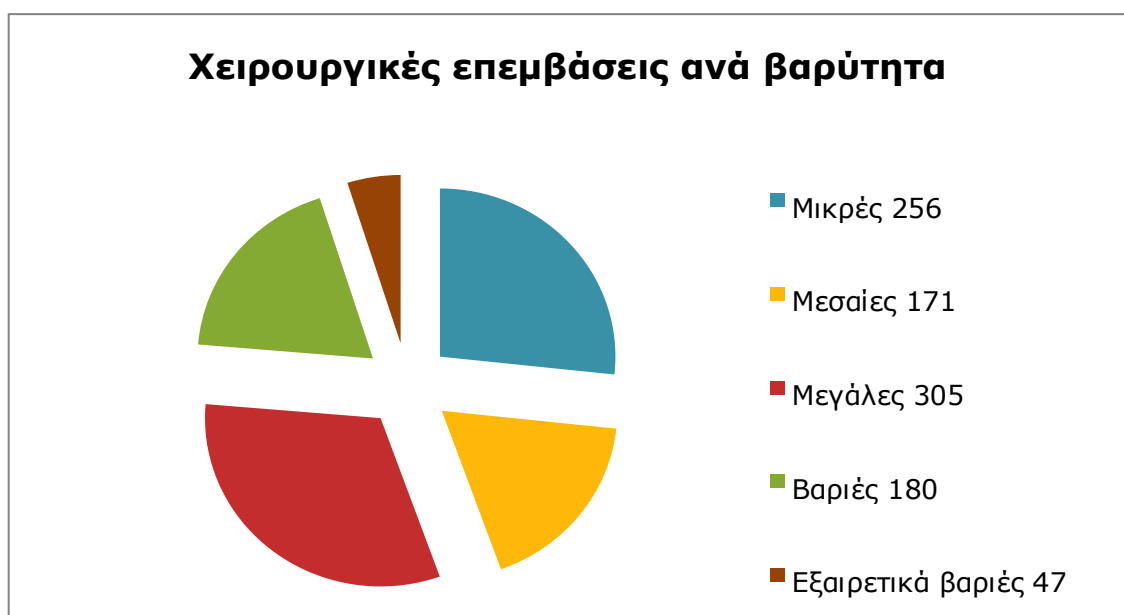
Συνολική Κίνηση Χειρουργικού Τμήματος κατά το έτος 2021 (Τροποποίηση λειτουργίας της Κλινικής βάση του 1174/11-3-20 για την αντιμετώπιση της Πανδημίας)

Σύνολα χειρουργικών επεμβάσεων



34

Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο - ΤΕΙ

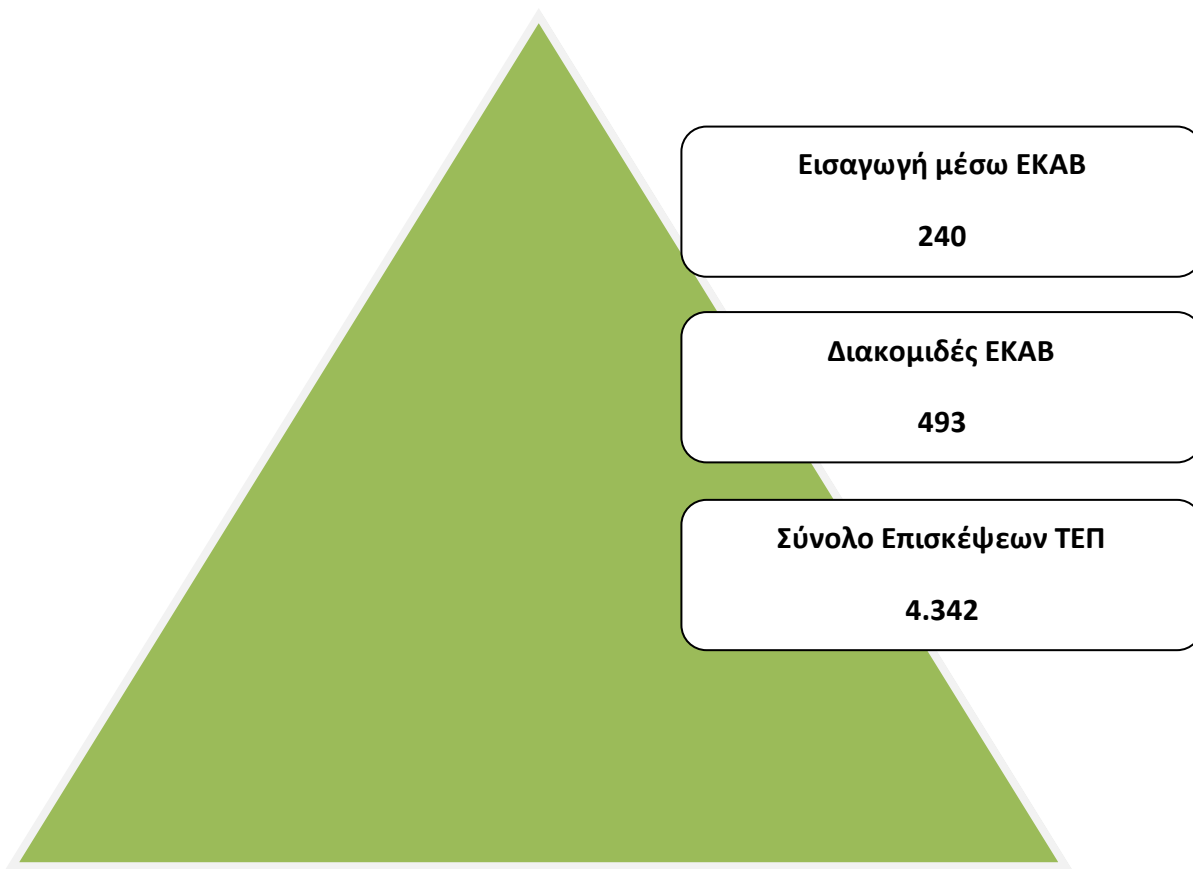


Επεμβάσεις: 103

Επισκέψεις από ραντεβού: 625

Επισκέψεις : 3.614

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών - ΤΕΠ



35

Δείκτες Λειτουργίας Κλινικής

Σύνολο Εισαγωγών	2.172
Νοσηλείες	2.221
Συνολο Ημερών Νοσηλείας	10.138
Μέσος όρος Διάρκειας Νοσηλείας	4,6 ημέρες
Θάνατοι	64
Διαθέσιες Κλινες	32
Ποσοστό Πληρότητας	106,54%

Κατάλογος Διαγνωστικών & Χειρουργικών Επεμβάσεων Ανά Σύστημα

A. ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΤΟΙΧΩΜΑ- ΚΗΛΕΣ	Τακτικά	Επείγοντα
Βουβωνοκήλες	151	11
Μετεγχειρητικές	19	6
Ομφαλοκήλες	13	3
Παραστομίες		2
Μηροκήλες	4	5
Λευκής γραμμής	5	
SPIGEL		2
Διάσπαση - Εκσπλάχνωση		5
Κοιλιοπλαστική	1	



36

B. ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ	Τακτικά	Επείγοντα
Καλοήθειες		
Διατρήσεις επί έλκους		10
Αιμορραγίες		1
Αποφράξεις		1
Γαστροστομία		
Κακοήθειες		
Ολικές Γαστρεκτομές	2	
Υφολικές Γαστρεκτομές	3	

Γ. ΗΠΑΡ- ΧΟΛΗΦΟΡΑ- ΠΑΓΚΡΕΑΣ		
Ήπαρ		
ΚΑΛΟΗΘΕΙΕΣ		
Αποστήματα		0
Καλοήθη νεοπλάσματα		2
Κύστεις μη παρασιτικές		2
Παρασιτικές κύστεις		2



ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ			
	Πρωτοπαθή	Δευτεροπαθή παχέος εντέρου	Άλλα Δευτεροπαθή
ΤΟΠΙΚΕΣ ΕΚΤΟΜΕΣ			
Μεταστασιεκτομές		1	
Τμηματεκτομές	1	2	
Ablation			1
ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΕΣ			
Ηπατεκτομές			
Δεξιά			
Αριστερή		1	
Πλάγια			1
Οπίσθια			
Πρόσθια			
Κεντρική		1	
Εκτεταμένη Δεξιά		1	
Εκτεταμένη Αριστερά		1	

37

Χοληφόρα		
ΚΑΛΟΗΘΕΙΕΣ	τακτικά	επείγοντα
Χολοκυστεκτομή		
Ανοικτές	1	8
Λαπαροσκοπικές	220	9



ΧΟΛΗΡΟΦΑ – ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ*	Εκτομή χοληδόχου πόρου	Εκτεταμένη αρ.ηπατεκτομή	Εκτομή Τμήματος 5, χοληδόχου πόρου	Χοληδόχοκυστεο - νησιδική αναστόμωση
I	1			
II				
III				
Iva				
IVb		1		
Χοληδόχος κύστη			1	
Δευτεροπαθή - Άλλα				1

*Ταξινόμηση κατά Bismuth - Corlette

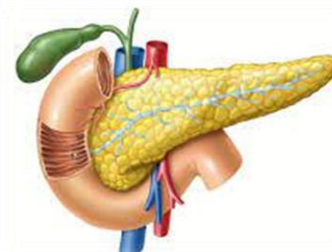
ΠΑΓΚΡΕΑΣ	PPPD	WIPPLE	Ολική		Περιφερική		ΕΚΠΥΡΗΝΙΣΗ
			SPPR	NON SPPR	SPPR	NON SPPR	
Αδενοκαρκίνωμα	4	5	1	2	-	2	
NET							1
IPMN					1		

NET: neuro endocrinal tumor

IPMN: Intraductatal papillary mucinous neoplasm

PPPD: Pancreatectomy preserving duodenum

SPPR: Spleen preserving pancreatectomy



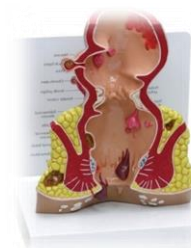
38

Δ. ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ			
ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ		ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ	ΤΑΚΤΙΚΑ
Αποφράξεις		26	
Κήλες		8	
Αιμορραγίες		2	
Συρρίγια		1	
Διατρήσεις-ρήξεις		6	
Meckel εκκόλπωμα		2	
Ισχαιμία Μεσεντερίου		1	
Διαφυγή αναστομώνσεων		2	
Σύνδρομο Άνω Μεσεντερίου αρτηρίας			1
ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ		ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ	ΤΑΚΤΙΚΑ
<u>ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ</u>			Lap Ανοικτά
Δεξιά κολεκτομή		9	1 14
Υφολική κολεκτομή		4	1
Άλλες κολεκτομές			2
Σιγμοειδεκτομές		10	3 6
<u>ΚΑΛΟΗΘΕΙΕΣ</u>			
Δεξιά κολεκτομή		4	
Υφολική κολεκτομή		3	
Σιγμοειδεκτομές		6	
Αριστερή κολεκτομή			
<u>Κολοστομίες</u>		4	
ΟΡΘΟ			LAP ΑΝΟΙΚΤΑ
Χαμηλή πρόσθια εκτομή			2 11
Κοιλοπερινεϊκή εκτομή			2

	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ	
	ΛΑΡ	ΑΝΟΙΚΤΑ
Σκωληκοειδής απόφυση	30	46
ΠΡΩΚΤΟΣ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ	ΤΑΚΤΙΚΑ
ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ		
Ευθισχιακά	6	
Υπερσφηκτηριακά	3	
Ενδοσφηκτηριακά	1	
ΣΥΡΙΓΓΙΑ		
Εξωσφηκτηριακά		-
Διασφηκτηριακά		1
Εσωσφηκτηριακά		2
Υπερσφηκτηριακά		1
Τυφλά		1
ΡΑΓΑΔΕΣ		
Πλάγια εσωσφηκτηροτομή		2
ΑΙΜΟΡΡΟΙΔΕΣ		
Milligan Mrgan		7
THD		1
PPH		1
ΆΛΛΑ		
Πολύποδας Πρωκτού		2
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΝΕΧΕΙΑΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ (ΚΑΤΑΡΓΗΣΗ ΣΤΟΜΙΩΝ)		
	Λεπτό	5
	Παχυ	2



39



ΣΤ. ΜΑΛΑΚΑ ΜΟΡΙΑ .	
<i>Δεν συμπεριλαμβάνονται κλινικές περιπτώσεις που αντιμετωπίστηκαν υπό τοπική αναισθησία</i>	
Λοιμώξεις μαλακών μορίων	
S.T.I	12
N.T.S.I-	6
S.S.I-	2

STI: soft tissue infection

NSI: necrotizing soft tissue infection

SSI: surgical site infection

Ζ. ΑΓΓΕΙΑ - ΧΝΑ	
Fistula	21
Reverse fistulas	3
Fistula με μόσχευμα	1
Μόνιμοι κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες	39
Ανεύρυσμα βραχιονίου αρτηρίας	1



ΚΙΡΣΟΙ - σαφηνεκτομή	31
-----------------------------	----

Η. ΜΑΣΤΟΣ	
ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ	1

Θ. ΣΠΛΗΝΑΣ	
ΕΚ ΠΑΡΑΛΛΗΛΟΥ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΕΣ	6
ΚΥΣΤΗ ΣΠΛΗΝΟΣ- ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ	1
ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΠΛΗΝΑ- ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ-	1

Ι. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ	
ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ	1
ΚΙΡΣΟΚΗΛΗ	1
ΥΔΡΟΚΗΛΗ	1

ΙΑ. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ	
ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	1
ΟΩΘΗΚΞΕΚΤΟΜΗ	1

ΙΒ. ΑΚΡΑ	
ΚΝΗΜΙΑΙΟΣ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ	1
ΔΙΑΜΕΤΑΤΑΡΣΙΟΣ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ	1
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ ΚΝΗΜΗΣ- FASCIOTOMY	1

ΙΓ. ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΟΙΛΟΙΤΗΤΑ	
P.I.D*	
ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ	2
ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ	1
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΛΑΠΑΡΟΤΟΜΙΑ	7
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΣΗ	1

*Pelvic Inflammatory disease

ΙΔ. ΤΡΑΥΜΑ	
Εκ πυροβόλου	1
Ξένο σώμα	1

ΙΕ. ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ	
ΒΙΟΨΙΑ	1
ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ	1

ΙΣΤ. ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΑΝΑΪΚΟΣ ΧΩΡΟΣ	
ΑΠΟΣΤΗΜΑ	1
ΑΙΜΑΤΩΜΑ	1
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ	1

ΙΖ. ΕΝΔΟΚΡΙΝΗ	
ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ: Επινεφριδεκτομή	2
ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ: Θυρεοειδεκτομή	22
Παραθυρεοειδεκτομή	2



Άλλες επεμβάσεις υπό τοπική αναισθησία

Ενδομητρίωση	2
Πυογόνο κοκκίωμα	3
Βλάβες τύπου οξείας ή χρόνιας φλεγμονής	11
Ίνωμα	1
NonHodgkinλέμφωμα	2
Σηραγγώδη αιμαγγείωματα	1
Νεανικό αιμαγγείωμα	1
Καλοήθεις αγγειωματώδεις αλλοιώσεις	2
Αντιδραστική αγγειοενδοθηλιομάτωση	1
Ασβεστοποιημένο επιθιλίωμα του Malhebre	1
Ατρακτοειδή λιπώματα	3
Λιπώματα	11
Ινολιπώματα	3
Φλεγμονώδη οζίδιο αγνώστου συσχέτισης	1
Επιθηλειωδές σάρκωμα	1
Επιδερμοειδείς κύστεις	24
Τριχειλημαστικές κύστεις	6
Ινοεπιθηλιακός πολύποδας	5
Αφαίρεση ουλής, υπερπλαστικές ουλές	5
Μελανοκυτταρικοί σπίλοι	10
Δυσπλαστικοί σπίλοι	1
Κυανοί σπίλοι	4
Χοριακοί σπίλοι	3
Σύνθετος σπίλος	2
Εφελίδα δέρματος	1
Κερατοακάνθωμα	2
Σμηγματορροϊκή κεράτωση	12
Κακοήθη μελανώματα	2
Ακροχόρδωνες	3
Βασικοκυτταρικά καρκινώματα	13

Πλακώδη καρκινώματα	9
Ινώδεις Ιστιοκύττωμα	4
Λειομυοσάρκωμα	1
Λειομύωμα	2
Σβάνωμα δικτυωτού τύπου	1
Οζώδης χονδροδερματίτιδαωτός	1
Κυστική χονδρομαλακία πτερυγίου ωτός	1
Βιοψίες οπισθοπεριτοναίου	2
Βιοψίες δερματικών ελκών	2
Βιοψίες λεμφαδένων	13
Βιοψίες ήπατος	2
Βιοψίες δέρματος	14
Βιοψίες μυός	16
Βιοψίες κροταφικής αρτηρίας	21
Ονυχεκτομές	55
Μολυσματικο πύτέρμινθος	1
Τριχωφελεακά συρίγγια	22

Ειδικό θέμα

Οριστική αντιμετώπιση της οξείας λιθισιακής παγκρεατίτιδας, κατά την διάρκεια της πανδημίας (Μάιος 2020 – Δεκέμβριος 2021)

Μ.Παπασταματίου, Β.Καράμπας

Σύνολο παγκρεατίτιδων που νοσηλευτηκαν:112

Βαρύτητα: Ήπια- 101

Μέση-8

Βαριά- 3

Οριστική Αντιμετώπιση: Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή- 18%

Ενδοσκοπική σφικτηροτομή - 12%

Ογκολογικό Συμβούλιο

Εισαγωγή προς συζήτηση: 245

Αποφάσεις

- Χειρουργική αντιμετώπιση: 120
- Περιεγχειρητική χημειοθεραπεία: 26
- Νεοεπικουρική θεραπεία: 18
- Συμπληρωματική θεραπεία: 75
- Ανακουφιστική φροντίδα: 6

Ακολουθεί ο Κανονισμός του Ογκολογικού Συμβουλίου (σύνταξη 2020)

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Α. ΣΚΟΠΟΣ- ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

1. Σκοπός της λειτουργίας του Ογκολογικού Συμβουλίου είναι η κατά το δυνατόν επίτευξη της κατάλληλης και ενδεδειγμένης διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης για την κάθε περίπτωση ασθενούς με νεοπλασματική νόσο ξεχωριστά.
2. Στο Ογκολογικό Συμβούλιο παραπέμπονται χωρίς εξαιρέσεις όλες οι περιπτώσεις ασθενών πασχόντων από ενδεχομένη ή αποδεδειγμένη νεοπλασματική νόσο, όπου και θα τυγχάνουν πολυεπιστημονικής, διακλινικής και ενδεδειγμένης θεωρησης, των κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών παραμέτρων διεξοδικά σε συνάρτηση με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενούς και απαραίτητα σε σύμπλευση με τις διεθνώς αποδεκτές κατευθυντήριες οδηγίες.
3. Στο Ογκολογικό Συμβούλιο δύναται αν εξετασθούν περιστατικά σε κάθε στάδιο της διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας για τη λήψη αποφάσεων όσον αφορά το σχεδιασμό της διαγνωστικής και θεραπευτικής στρατηγικής καθώς και το είδος και συχνότητα της παρακολούθησης.
4. Όλα τα ογκολογικά περιστατικά του τμήματος υπάγονται ανεξίτητα στην αρμοδιότητα του Ογκολογικού συμβουλίου και εξετάζονται προ της έναρξης της αρχικής θεραπείας και σε κάθε διαφορετικό στάδιο της θεραπείας για την αξιολόγηση και τον επανασχεδιασμό. Ογκολογικά περιστατικά άλλων τμημάτων γίνονται δεκτά στο συμβούλιο και δύναται να παρέχονται συμβουλευτικές προτάσεις.

Β. ΔΟΜΗ

5. Το Ογκολογικό συμβούλιο συναπαρτίζεται επί τη συμμετοχή των σχετικών και εμπλεκόμενων ιατρικών ειδικοτήτων απαραίτητως με τη παρουσία των διευθυντών ή αναπληρωτών αυτών οι οποίοι θα λειτουργούν ως τακτικά ή αναπληρωματικά μέλη. Σχετικές ορίζονται οι ειδικότητες της Χειρουργικής, Ογκολογίας, Παθολογικής Ανατομικής και Ακτινολογίας.
6. Ως Εισηγητής ορίζεται, ο κατά περίπτωση θεράπων ιατρός. Ο εισηγητής έχει την αποκλειστική ευθύνη για την σταδιοποίηση, είναι υπεύθυνος για την παρουσίαση του ιατρικού φακέλου στο συμβούλιο.
7. Ως Συντονιστές ορίζονται δύο ιατροί, οι οποίοι και θα έχουν την ευθύνη για την ομαλή συζήτηση επί της διαδικασίας σε συνεργασία με τους Διευθυντές των χειρουργικών και ογκολογικών τμημάτων, την συμπλήρωση και την τήρηση του ψηφιακού αρχείου του συμβουλίου και την ευχέρεια της αποδοχής ή μη ιατρικού φακέλου προς συζήτηση.
8. Στο συμβούλιο συμμετέχουν υποχρεωτικά οι ιατροί του χειρουργικού τμήματος, και τη διάρκεια της συζήτησης απαλλάσσονται των άλλων καθηκόντων τους.

Γ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

9. Ορίζεται ένα πλαίσιο ιατρικών εξετάσεων για τα είδη νεοπλασιών, επί του οποίου κάθε ιατρικός φάκελος κρίνεται επαρκής προς συζήτηση. Οι Συντονιστές αναλαμβάνουν την υποχρέωση να συμβάλλουν στην παρουσίαση επαρκών

ιατρικών φακέλων και τους παρέχεται η δυνατότητα να ζητούν τη προσκόμιση επιπλέον εξετάσεων. Επιπλέον σε συμφωνία με τα μέλη του συμβουλίου οι συντονιστές δύνανται να απορρίπτουν περιστατικά για τα οποία και κρίνουν το ογκολογικό συμβούλιο αναρμόδιο και εκτός δικαιοδοσίας.

10. Η συζήτηση προϋποθέτει την δυνατότητα απρόσκοπτης διάθεσης στους συμμετέχοντες στο συμβούλιο των ιατρικών πορισμάτων ιατρικών εξετάσεων και οπτικών μέσων.
11. Οι ιατρικοί φάκελοι προς συζήτηση θα πρέπει να βρίσκονται στη διάθεση των συντονιστών έγκαιρα και σε κάθε περίπτωση τουλάχιστον 2 ημέρες πριν τη συζήτηση για τα νέα περιστατικά.
12. Η συνεδρίαση πραγματοποιείται σε εβδομαδιαία βάση. Η παρουσία ιατρών από από τουλάχιστον 3 ειδικότητες οριοθετείται ως ελάχιστη για τη συγκρότηση του συμβουλίου. Τις ημέρες της συνεδρίασης του συμβουλίου οι συντονιστές απαλλάσσονται από άλλα καθήκοντα.
13. Οι εισηγητές έχουν το δικαίωμα να προσκαλούν στο συμβούλιο επιπρόσθετα ιατρό άλλης ειδικότητας (όπως Γαστρεντερολόγο, Αναισθησιολόγο, Ακτινοθεραπευτή κ.λ.π) ή ειδικό άλλης σχετικής επιστήμης (Διατροφολόγο, Ψυχολόγο κ.ο.κ).
14. Ο Εισηγητής παραπέμπει το ιατρικό περιστατικό στο συμβούλιο έχοντας συμπληρώσει απαραίτητως το ειδικό έντυπο το ογκολογικού συμβουλίου, το οποίο περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία από τη γενική κατάσταση του ασθενούς, συνοδά νοσήματα, τα συνοπτικά πορίσματα των ιατρικών εξετάσεων και τις ειδικές ογκολογικές παραμέτρους. Μετά τη συζήτηση του περιστατικού στο συμβούλιο ο εισηγητής είναι υπεύθυνος για τα την συμπερίληψη της απόφασης στον ιατρικό φάκελο.
15. Η λήψη των αποφάσεων πραγματοποιείται στη βάση της ευρύτερης δυνατόν συναίνεσης

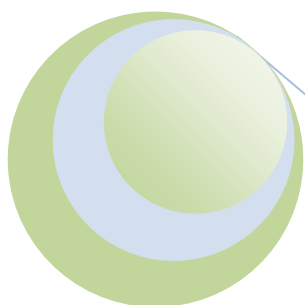
Δ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

16. Για την παραπομπή των περιστατικών στο συμβούλιο και την συζήτηση επί αυτών απαιτούνται οι ελάχιστες απαραίτητες εξετάσεις από οποία θα είναι δυνατόν να παραχθούν ασφαλή συμπεράσματα όσον αφορά το είδος της νεοπλασίας, το στάδιο της νόσου, την βιολογική συμπεριφορά της πάθησης. Στον ειδικό πίνακα καθορίζονται αυτές οι εξετάσεις.

Καρκίνος στομάχου	Οισοφαγογαστροσκόπηση, Βιοψία, Αξονική τομογραφία θώρακα, άνω-κάτω κοιλίας
Καρκίνος παγκρέατος	Αξονική τομογραφία θώρακα, άνω-κάτω κοιλίας
Καρκίνος κόλου	Κολonosκόπηση, βιοψία, Αξονική τομογραφία θώρακα, άνω-κάτω κοιλίας
Καρκίνου ορθού	Κολonosκόπηση, βιοψία, Αξονική τομογραφία θώρακα, άνω-κάτω κοιλίας, Μαγνητική πυέλου
Καρκίνος πνεύμονα	Βρογχοσκόπηση, βιοψία, αξονική τομογραφία θώρακα
Καρκίνος μαστού- Διηθητικός	Μαστογραφία, Βιοψία, Αξονική

	τομογραφία θώρακα, άνω κοιλίας, εγκεφάλου, Σπινθηρογράφημα οστών
Μη διηθητικός καρκίνος μαστού	βιοψία , μαστογραφία
Ήπατος- πρωτοπαθείς	Αξονική τομογραφία άνω κοιλίας, θώρακα, βιοψία, αFP
Καρκίνος νεφρού	Αξονική τομογραφία άνω κάτω κοιλίας, βιοψία
Καρκίνου τραχήλου μήτρας ενδομητρίου	Αξονική τομογραφία άνω κάτω κοιλίας, βιοψία
Καρκίνος ωθηκών	Αξονική τομογραφία άνω κάτω κοιλίας,
Αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας	Αξονική τομογραφία θώρακα ,άνω κάτω κοιλίας, βιοψία δευτεροπαθούς εστίας, ενδοσκόπηση πεπτικού

17. Από τη βιοψία για την συζήτηση στο ογκολογικό και την λήψη απόφασης για χειρουργική θεραπεία δύναται να εξαιρεθούν οι όγκοι παγκρέατος με τυπικά ακτινολογικά χαρακτηριστικά, ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος με αυξημένη αFP ή τυπικά ακτινολογικά χαρακτηριστικά, οι στρωματικοί όγκοι πεπτικού όταν παρουσιάσουν τυπικά ακτινολογικά περιστατικά .
18. Ειδικές εξετάσεις όπως PET- CT, EUS ή βιοψίες που λαμβάνονται μέσω χειρουργικών ή ακτινολογικά καθοδηγούμενων ιατρικών πράξεων δεν κρίνονται απαραίτητες προ της αρχικής συζήτησης.
19. Όλες οι απεικονιστικές εξετάσεις απαραίτητως να μην είναι παλαιότερες του ενός μήνα. Σε διαφορετική περίπτωση οι συντονιστές του συμβουλίου δύναται να απαιτήσουν επανάληψη αυτών.
20. Το ογκολογικό συμβούλιο θα ορίζει το χρόνο έναρξης της θεραπείας και αν απαιτείται ναι ή όχι νέα σταδιοποίηση.



**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ
ΚΑΙ
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ
- 2021**

ΕΧΕ – Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία – Εκπαιδευτικό

Συμβούλιο

Παπασταματίου Μιλτιάδης
Δ/ντής Ιατρικής Υπηρεσίας & Δ/
ντής Χειρουργικού Τμήματος, ΓΝΝΙ
Κωνσταντοπούλειο «Η Αγία Όλγα»
Πρόεδρος Επαγγελματικού Συμβουλίου
ΕΧΕ

48

Συνεχής Ιατρική Εκπαίδευση Πανελλήνιο Πρόγραμμα Σεμιναρίων 2021

	Τίτλος Σεμιναρίου	Συμμετέχοντες	Εξοπλισμός	Χώρος	Αριθμός συμμετεχόντων	Υπεύθυνοι
11/21	Βασικής λαπαροσκοπική τεχνικής	Ειδικευόμενοι 1 ^{ου} - 2 ^{ου} έτους	Προσομοιωτές Boxes	ΑΚΙΣΑ	20-25	Τούτουζας Δρακόπουλος
12/21	Βασικής ανοικτής τεχνικής	Ειδικευόμενοι 2 ^{ου} - 3 ^{ου} έτους	Ζωικά πρότυπα Προπλάσματα	ΑΚΙΣΑ	20-25	Τούτουζας Καπετανάκης


Πανελλήνιο Πρόγραμμα Μαθημάτων 2021

	Ημ/νία	Θεματολογία	Υπεύθυνο Κέντρο
1.	06/10/2021	Παθήσεις παχέος εντέρου V 1. Ογκολογική δεξιά και αριστερή κολεκτομή – Ολική Μεσοκολική εκτομή 2. Ολική μεσοορθική εκτομή – Τεχνική & αποτελέσματα 3. Συμβατική και εξωανελεκτηριακή κοιλιοπερινεϊκή εκτομή 4. Διαπρωκτική εκτομή στον πρώιμο καρκίνο του ορθού	ΚΡΗΤΗ
2.	03/11/2021	Παθήσεις παχέος εντέρου VI - Παθήσεις πρωκτού I 1. Επικουρική χημειοθεραπεία στον καρκίνο του παχέος εντέρου 2. Νεοεπικουρική ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του ορθού 3. Καρκίνος πρωκτού	ΑΘΗΝΑ
3.	01/12/2021	Παθήσεις πρωκτού II 1. Αιμορροιδοπάθεια – Χειρουργική αντιμετώπιση 2. Περιεδρικά αποστήματα - Περιεδρικά συρίγγια - Ραγάδα δακτυλίου 3. Πρόπτωση ορθού – Χειρουργική αντιμετώπιση	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Ημερίδες - Συνέδρια

ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Αλέκος Ε. Σταν, Professor of Anatomy, School of Medicine, Eastren University Cyprus
Μιχάλης Μ. Παπαγιάννης, Professor of Surgery, Hellenic Pancreatic-Biliary (HPB) Society & Pancreatic Surgeon
Αλέξανδρος Ν. Παπαματθαίου, Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ
Γιάννης Γ. Καλαμάρας, Χειρουργός ΑΠΘ, Ε. Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Νοσηματώ (NNO) Γ. ΓΕΡΜΑΝΙΔΩΣ, Γαγγραινώσιδας (G. 90), PhD, Δουβλίνο, Α' Χειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής, Αρ. Ανδρών
Σταυρούλης Δ., Καθηγητής Χειρουργικής Παιδίων - Νοσηματώ
Σταυρούλης Γ. Κ., Καθηγητής Χειρουργικής, Δουβλίνο, Α' Χειρουργική Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Ήρωδ Λεωφόρος Πρωτεύουσας (ΕΚΠΑ), Πρόεδρος Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας
Σάββας Ο. - Ι., Πρόεδρος ΕΚΠ, Καθηγητής Χειρουργικής Οφθαλμολογίας - Δουβλίνο, Γ. Πρίντζος Πανεπιστημίου Κρήτης
Κωνσταντίνος Η., Πρόεδρος Εργασίας ΔΕ & Ε. Πρίντζος, Πρόεδρος του Τμήματος Σωφιστικών Διόρθωσης του Διοικητικού Συλλόγου Οφθαλμολογίας και Δουβλίνο, Αναστασία, Κωνσταντίνος της Εθνικής Εργασίας Διακρίσεων
Κωνσταντίνος Ε., Δουβλίνο, Γενική Φυσιολογία, Αποφασιστικότητα & Ρυθμιστική Χειρουργική Κλινική ΜΑ
Κωνσταντίνος Μ., Καθηγητής Παιδιατρικής, Ακαδημία Νοσηματώ
Μιχαήλ Γ., Γενική Χειρουργική Μαιευτή, Οφθαλμολογία Α. Γ.Π. Νοσηματώ «ΕΠΙΝΑ ΒΕΛΟΣΑΔΗ»
Μιχαήλος Ν., Δουβλίνο, ΣΥ Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ "Παυσαρόπουλος"
Μιχαήλος Κ., Γενική Χειρουργική, Ακαδημία Νοσηματώ
Νικόλαος Ν., Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ
Νικόλαος Ι., Δουβλίνο, Χειρουργική, Μαιευτήριακη Ογκολογία, Γεννησιουργική Συνέδρια, Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Χειρουργών
Παναγιώτης Κ., Καθηγητής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Δ/ντής Α Χειρουργικής Κλινικής Ανορθώσιμης Νοσηματώ Αθηνών
Παναγιώτης Μ., Ογκολογία, Χειρουργική Τρίτοτης, Δουβλίνο, Ε.Π. Γενική Νοσηματώ Αθηνών, Ιατρική - Παιδιατρική - Χειρουργική Ογκολογία, Πρόεδρος Ογκολογικού Συλλόγου Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας, Πρόεδρος Συνέδριου
Παναγιώτης Ι., Χειρουργική, Δουβλίνο, Ε.Π. Χειρουργική Χειρουργική Γ.Ν.Α. «ΕΑΤ», Πρόεδρος Ογκολογικού Συλλόγου ΕΚΠ
Γεωργίου Γ., Καθηγητής Χειρουργικής, Δουβλίνο, Γ' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική (Γ' Γ' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ), Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
Σταυρούλης Κ., Καθηγητής του Εθνικού Επιστημονικού Πανεπιστημίου Αθηνών, Καθηγητής Χειρουργικής - Δουβλίνο, Ογκολογία, Ογκολογία και Τρίτοτης, ΕΚΠΑ
Σταυρούλης Δ., Γενική Χειρουργική, Παιδιατρική Χειρουργική ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς
Φαίδωνος Γ., Καθηγητής Χειρουργικής, Α' Χειρουργική Κλινική (ΕΚΠΑ, ΓΥΝΑΚΟΛΟΓΙΑ), Αθήνα
Χατζηγεωργιάδης Μ., Chief, WCOE, Surgical Oncology Management Institute, Member of National Medical School, Pancreatic Association



3^η

ΗΜΕΡΙΔΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΘΕΜΑ:

Χειρουργικά Δρώμενα

Σύγχρονες Προσεγγίσεις

Σάββατο, 26 Σεπτεμβρίου 2020

και ώρα 10 π.μ.


ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΑ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:
Επαγγελματικό Συμβούλιο ΕΚΕ
Διεθνής Επέλευση ΕΚΕ

Διεθνής Συμμετοχή

Νοσηματώ - Μάθη, Στοιχειώδη Ιατρική, Γεννησιουργική ΕΚΕ - Γεννηματάς, Γ.Ν.Α. Γ. Γεννηματάς, Γ.Ν.Α. Γ. Γεννηματάς

ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ
 Το Εθνικό Ιατρονομικό Πανεπιστημικό Πανεπιστημιακό Επιστημονικό Συμβούλιο ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
 Πρόεδρος: ΠΑΠΑΜΑΤΘΑΙΟΥ ΜΙΧΑΗΛΗΣ, Αντιπρόεδρος: ΜΠΑΛΟΥΡΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
 Γραμματέας: Ν. ΑΝΔΡΙΑΝΗΣ, Ταμίας: Γ. ΚΑΛΑΜΑΡΑΣ
 Ταμείας: Σ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΗΣ, Α. ΟΡΘΟΠΕΔΟΣ, Δ. ΚΑΤΣΑΡΗΣ
ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΟΦ - ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ ΠΙΣ



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΑΡΗΓΟΡΕΣ - ΑΝΑΓΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΜΑΙΟΥ - ΠΑΡΗΓΟΡΕΣ
 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
 Τηλέφωνο: 210 26 8894, 210 210 11000 - fax: 210 210 8894
 Email: info@congressworld.gr - Website: www.congressworld.gr

WEBINAR
 με Διεθνή Συμμετοχή
3η Ημερίδα του Επαγγελματικού Συμβουλίου της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας «Χειρουργικά δρώμενα: Σύγχρονες Προσεγγίσεις»
Σάββατο, 26 Σεπτεμβρίου 2020

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επαγγελματικό Συμβούλιο Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας

Πρόεδρος: Μ. Παπαματθαίου
 Αντιπρόεδρος: Ν. Μιχαήλος
 Γενικός Γραμματέας: Ν. Αλεξάνδρος
 Ταμίας: Γ. Καλαμάρας
 Μέλη: Σ. Καρακώστας
 Α. Πρίντζος
 Δ. Χατζηγιάννης
 Υπεύθυνος Διεθνών Σχέσεων ΕΚΕ: Μ. Χατζηγεωργιάδης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

10:00 - 10:45 Προσφωνήσεις
 Μ. Παπαματθαίου, Πρόεδρος ΕΠΑΤ - Συλλόγου ΕΚΕ
 Γ. Παπαματθαίου, Πρόεδρος ΕΚΠ - Συλλόγου ΕΚΕ
 Γ. Κ. Σαυρούλης, Πρόεδρος ΔΕ ΕΚΕ
 Γ. Παπαίλης, Πρόεδρος Ι.Σ.Α.
 Β. Κωνσταντίνος, Υπεύθυνος Σχέσεων

Εθνική επεσημότητα

Επαιρητικός Εκκλήσιος
 Σύβουλος Μαιευτήριας Νέας Γεννηματάς, Φιλαδέφεια, Ηρακλείου και Καλαμών, κ. Γεωργιάδης

10:45 - 11:15 Κατακρίση Οργάνου
 Πρόεδρος: Γ. Κ. Σαυρούλης - Μ. Παπαματθαίου
 Διευθυντής χειρουργικής κλινικής με διαχείριση του άγχους Κ. Παπαγεωργιάδης

11:15 - 11:45 Εργαστήριο, κλινική αλληλεπίδραση
 Πρόεδρος: Γ. Σαυρούλης - Μ. Καλαμάρας
 Leadership in Surgery
 Ε. Ιωάννου

11:45 - 12:15 Κλινική Διάλεξη Α'
 Πρόεδρος: Μ. Κωνσταντίνος - Ε. Φαίδωνος
 Associating Liver Partition and Portal vein Ligation for Staged Hepatectomy (ALPPS)
 Μ. Μιχαήλος

12:15 - 12:45 Εθνική Διάλεξη Β
 Πρόεδρος: Γ. Φαίδωνος - Η. Κωνσταντίνος
 Το Πρωτόκολλο Χειρουργείου Ιατρικά αργαία ή Νοσηματώ Εργαστήριο
 Κ. Στοιχειώδη

12:45 - 14:00 Hot Topics
 Πρόεδρος: Ν. Μιχαήλος - Π. Σταυρούλης
 • Ο ρόλος του χειρουργού στις Διεθνείς Κρίσεις Υγείας
 Ε. Παπαίλης
 Πρόεδρος: Γ. Νικόλαος - Δ. Τσιούλης
 • Η Ουρολογική στην Ογκολογία του Μαστού
 Γ. Μιχαήλος
 Πρόεδρος: Μ. Παπαματθαίου - Ν. Μιχαήλος
 • Ο ρόλος με ανασφόντες επιπλοκές της ρομποτικής χειρουργικής
 Μετακρίση για υποστηρίξιμη ανασφόντα
 Κ. Κωνσταντίνος
 Πρόεδρος: Δ. Μιχαήλος - Ν. Αλεξάνδρος
 • Παιδιατρικά Δρώμενα
 Δ. Σταυρούλης

15:20 Συμπληρωματικά
 Μ. Παπαματθαίου - Μ. Χατζηγεωργιάδης


Επιστημονική Επιτροπή
Πρόεδροι:
Ζωγράφος Γ.Κ., Ζωγράφος Γ.Ν.
Μέλη:
**Μιχαλόπουλος Α.
 Παπαδόπουλος Β.
 Αγγελόπουλος Στ.
 Παυλίδης Θ.
 Χατζής Ι.
 Πολυχρονίδης Α.
 Πιτιακούδης Μ.
 Τζοβάρas Γ.
 Ζώρας Ο
 Χρυσός Ε.
 Ευθυμίου Μ.
 Μήτσης Μ.
 Χατζηγεωργιάδης Α.
 Κουτσόπουλος Κ.**
**Χατζημήσιος Κ.
 Γκανάς Π.
 Μαρούλης Ι.
 Μιχαλόπουλος Α.
 Μήτσης Μ.
 Παπασταματίου Μ.
 Πλαϊτάκης Ζ.
 Χρυσός Ε.
 Κωνσταντουλάκης Μ.
 Μενενάκος Ε.
 Πικουλής Ε.
 Σωτηρόπουλος Γ.
 Φελέκουρας Ε.**

ΤΕΤΑΡΤΗ 9 ΙΟΥΝΙΟΥ 2021			
ΩΡΕΣ	ΑΙΘΟΥΣΑ 1	ΑΙΘΟΥΣΑ 2	ΑΙΘΟΥΣΑ 3
08.00 - 08.30	THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS GENERAL SURGERY REVIEW COURSE	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ FORUM ΕΝΑΡΞΗ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ
08.30 - 09.00			ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ FORUM ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
09.00 - 09.30			ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ FORUM ΔΙΑΛΕΞΗ Η συμβολή της εφαρμογής της λίστας Ελέγχου του Π.Ο.Υ. στην ασφαλή διεξαγωγή των χειρουργικών επεμβάσεων και στην πρόληψη των λοιμώξεων
09.30 - 10.00			
10.00 - 10.30		ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ FORUM ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
10.30 - 11.00		ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΠΕΠΤΙΚΟΥ. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ FORUM - ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΒΕΛΤΙΣΤΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
11.00 - 11.30		ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ FORUM - ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ: ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΣΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ
11.30 - 12.00		ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ FORUM ΔΙΑΛΕΞΗ Nursing in Theatres during the coronavirus pandemic in the UK
12.00 - 12.30		ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ FORUM ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
12.30 - 13.00		ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΧΜΗΣ ΣΤΙΣ ΚΑΛΟΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ FORUM ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19: ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ
13.00 - 13.30		ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΟΡΘΟ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ FORUM ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΚΑΙΜΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑΣ
13.30 - 14.00		ΒΙΝΤΕΟ - ΠΡΟΒΟΛΕΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ	
14.00 - 14.30		ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ
14.30 - 15.00		ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ	
15.00 - 15.30		ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΤΑΧΕΙΑ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
15.30 - 16.00			
16.00 - 16.30			
16.30 - 17.00			
17.00 - 17.30			
17.30 - 18.00			
18.00 - 18.30			
18.30 - 19.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ		
19.00 - 19.30	LECTURE Surgical management of breast cancer after neo-adjuvant chemotherapy	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	LECTURE The role of liver transplantation in the management of Hepatocellular Carcinoma; current challenges and future prospects
19.30 - 20.00	ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ Προσφωνήσεις - Χαιρετισμοί		
20.00 - 20.30			
20.30 - 21.00	Εναρκτήρια Ομιλία Νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης. Παρελθόν Παρόν και Μέλλον		


ΤΕΤΑΡΤΗ 9 ΙΟΥΝΙΟΥ 2021

ΩΡΕΣ	ΑΙΘΟΥΣΑ 4	ΑΙΘΟΥΣΑ 5	E-POSTER (FOYER)		
08.00 - 08.30	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΔΙΑΦΟΡΑ	ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ - ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΗ ΘΥΡΕΟΙΔΕΚΤΟΜΗ			
08.30 - 09.00					
09.00 - 09.30					
09.30 - 10.00					
10.00 - 10.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ			ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ - ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΗ ΘΥΡΕΟΙΔΕΚΤΟΜΗ	
10.30 - 11.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ				
11.00 - 11.30	ΔΙΑΛΕΞΗ Χειρουργική νοσούντων παχυσαρκίας και πανδημία CO- VID-19. Μπορούν να συνυπάρξουν;				
12.00 - 12.30	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ				
12.30 - 13.00	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ				
13.00 - 13.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ				
13.30 - 14.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΛΙΘΙΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ STATE OF THE ART ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ - ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΕΚΤΑΣΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΩΝ ΚΑΘΑΡΙΣΜΩΝ	ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ E-POSTER 1. ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ 2. ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ 3. ΔΙΑΦΟΡΑ		
14.00 - 14.30	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ				
14.30 - 15.00	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ				
15.00 - 15.30	ΒΙΝΤΕΟ - ΠΡΟΒΟΛΕΣ ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ				
15.30 - 16.00	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ				
16.00 - 16.30	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ				
16.30 - 17.00	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ				
17.00 - 17.30	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΔΙΑΦΟΡΑ				
17.30 - 18.00	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΔΙΑΦΟΡΑ				
18.00 - 18.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΛΗΗΣ			ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ - ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΕΚΤΑΣΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΩΝ ΚΑΘΑΡΙΣΜΩΝ	
18.30 - 19.00	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΔΙΑΦΟΡΑ				
19.00 - 19.30	ΔΙΑΛΕΞΗ Μη Τεχνικές Δεξιότητες για Χειρουργούς				
19.30 - 20.00					
20.00 - 20.30					
20.30 - 21.00					


ΠΕΜΠΤΗ 10 ΙΟΥΝΙΟΥ 2021

ΩΡΕΣ	ΑΙΘΟΥΣΑ 1	ΑΙΘΟΥΣΑ 2	ΑΙΘΟΥΣΑ 3
08.00 - 08.30	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΔΙΑΦΟΡΑ	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ
08.30 - 09.00			
09.00 - 09.30			
09.30 - 10.00			
10.00 - 10.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
10.30 - 11.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ: ΠΡΟΛΗΨΗ- ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΤΑΧΕΙΑΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ (ERAS) ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Η ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΟΝ 21Ο ΑΙΩΝΑ, ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΠΟΥ ΒΓΑΙΝΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ
11.00 - 11.30			
11.30 - 12.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Εκπαιδευτικό Συμβούλιο Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας. Τριανταπέντε χρόνια προσφοράς στη Ιατρική Εκπαίδευση	LECTURE Modern management of the axilla in breast cancer	LECTURE Who should have liver resection for hepatic metastases from colon cancer in 2021?
12.00 - 12.30	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΚΗΛΕΣ	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΜΑΣΤΟΣ
12.30 - 13.00			
13.00 - 13.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
13.30 - 14.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΛΩΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΑΠΟ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ
14.00 - 14.30			
14.30 - 15.00	LECTURE A new approach on lateral neck dissection for thyroid cancer	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΚΗΛΕΣ	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
15.00 - 15.30	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	ΒΙΝΤΕΟ-ΠΡΟΒΟΛΕΣ ΑΝΩΤΕΡΟ ΚΑΙ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ, ΑΠΟ ΓΕΝΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ
15.30 - 16.00			
16.00 - 16.30	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
16.30 - 17.00			
17.00 - 17.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΔΥΣΚΟΛΕΣ ΣΤΟΜΙΕΣ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ. ΜΕ ΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ ΚΑΙ ΠΑΤΙ;	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
17.30 - 18.00			
18.00 - 18.30	LECTURE Newer surgical approach for medul- lary thyroid cancer	LECTURE Surgery of Pancreatic Cancer	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ
18.30 - 19.00	ΔΙΑΛΕΞΗ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗ;	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗΣ
19.00 - 19.30			
19.30 - 20.00	ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΕΙΣ - ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ BARRETT ΚΑΙ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΣΗΜΕΙΑ ΚΛΕΙΔΙΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΔΥΣΚΟΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ
20.00 - 20.30			

ΠΕΜΠΗ 10 ΙΟΥΝΙΟΥ 2021

ΩΡΕΣ	ΑΙΘΟΥΣΑ 4	ΑΙΘΟΥΣΑ 5	E-POSTER (FOYER)
08.00 - 08.30		<p>ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ-ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ</p> <p><i>με την ευγενική χορηγία</i></p> 	
08.30 - 09.00	<p>ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΦΟΡΟΥΜ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ</p>		
09.00 - 09.30			
09.30 - 10.00			
10.00 - 10.30	<p>ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΦΟΡΟΥΜ ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ</p>		
10.30 - 11.00	<p>ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΦΟΡΟΥΜ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ Πολυτραυματίας</p>		
11.00 - 11.30	<p>ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΦΟΡΟΥΜ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ</p>		
11.30 - 12.00			
12.00 - 12.30	<p>ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΦΟΡΟΥΜ ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ</p>		
12.30 - 13.00			
13.00 - 13.30	<p>ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΦΟΡΟΥΜ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</p>	<p>ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ</p>	<p>ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ E-POSTER</p> <p>1. ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ</p> <p>2. ΗΠΑΡ ΠΑΓΚΡΕΑΣ ΧΟΛΗΦΟΡΑ</p> <p>3. ΜΑΣΤΟΣ</p>
13.30 - 14.00	<p>ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ</p>	<p>ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟ</p>	
14.00 - 14.30	<p>ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΦΟΡΟΥΜ ΔΙΑΛΕΞΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ</p>		
14.30 - 15.00	<p>ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΦΟΡΟΥΜ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ</p>		
15.00 - 15.30	<p>ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΦΟΡΟΥΜ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</p>		
15.30 - 16.00	<p>ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΟΓΚΩΝ ΜΑΣΤΟΥ</p>	<p>ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ (15.30-15.45)</p> <p>ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΚΗΛΕΣ, ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ, ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ (15.45 - 17.00)</p>	
16.00 - 16.30	<p>ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΦΟΡΟΥΜ ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ</p>		
16.30 - 17.00			
17.00 - 17.30	<p>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ DAMAGE CONTROL ΣΤΟ ΤΡΑΥΜΑ</p>	<p>ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ (17.00-17.15)</p> <p>ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΔΙΑΦΟΡΑ (17.15-18.15)</p> <p>ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ (18.15-18.30)</p>	
17.30 - 18.00	<p>LECTURE</p> <p>The future of surgical education in Europe</p>		
18.00 - 18.30			
18.30 - 19.00	<p>ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΣ</p>	<p>ΒΙΝΤΕΟ-ΠΡΟΒΟΛΕΣ ΠΕΠΤΙΚΟ</p>	
19.00 - 19.30			
19.30 - 20.00	<p>ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΕΙΣ - ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ</p>		
20.00 - 20.30			

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 11 ΙΟΥΝΙΟΥ 2021

ΩΡΕΣ	ΑΙΘΟΥΣΑ 1	ΑΙΘΟΥΣΑ 2	ΑΙΘΟΥΣΑ 3
08.00 - 08.30	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	ΒΙΝΤΕΟ-ΠΡΟΒΟΛΕΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ - ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΗΠΑΡ ΠΑΓΚΡΕΑΣ ΧΟΛΗΦΟΡΑ
08.30 - 09.00			
09.00 - 09.30			
09.30 - 10.00			
10.00 - 10.30	LECTURE Anterior abdominal wall hernias in the laparoscopic and robotic era	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
10.30 - 11.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΤΥΧΑΙΩΜΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ. ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ: ΣΗΜΕΡΙΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ
11.00 - 11.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ ΚΑΙ COVID 19	LECTURE Laparoscopic adrenal surgery: cur- rent indications and techniques	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
11.30 - 12.00			
12.00 - 12.30	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ
12.30 - 13.00			
13.00 - 13.30	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
13.30 - 14.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΠΑΡΑΘΥΡΟΙΔΕΚΤΟΜΗ: ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΕ ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΓΑΣΤΡΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ. ΠΗΓΑΙΝΟΥΜΕ ΠΙΟ ΕΥΚΟΛΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ;	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ
14.00 - 14.30			
14.30 - 15.00	LECTURE Modern surgical approach to primary hyperparathyroidism	LECTURE Laparoscopic management of com- plex diaphragmatic hernias	ΔΙΑΛΕΞΗ Καταστροφές και δυσεπίλυτα προβλήματα στη χειρουργική του κατώτερου πεπτικού: Θεραπευτικές επιλογές και τεχνικές
15.00 - 15.30	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΣ	ΒΙΝΤΕΟ-ΠΡΟΒΟΛΕΣ ΗΠΑΡ ΠΑΓΚΡΕΑΣ ΧΟΛΗΦΟΡΑ - ΔΙΑΦΟΡΑ	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
15.30 - 16.00			
16.00 - 16.30	ΒΙΝΤΕΟ - ΠΡΟΒΟΛΕΣ ΔΙΑΦΟΡΑ	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
16.30 - 17.00			
17.00 - 17.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΠΡΟ-ΔΙΗΘΗΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΜΑΣΤΟΥ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ VS ΥΠΕΡ- ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ
17.30 - 18.00			
18.00 - 18.30	LECTURE Evidence based Pancreatic Surgery	ΔΙΑΛΕΞΗ Εναλλακτικοί τρόποι εκπαίδευσης στην Χειρουργική	LECTURE Evolution of Laparoscopic Liver resections
18.30 - 19.00	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ 	ΔΙΑΛΕΞΗ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ
19.00 - 19.30			
19.30 - 20.00	ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΕΙΣ - ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΑΝΑΖΗΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΛΠΙΔΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ. (ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ/EDT ΣΤΟ ΤΕΠ ΚΑΙ REBOA)	ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΕΙΣ - ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΕΙΣ - ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΓΑΛΩΝ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΩΝ
20.00 - 20.30			

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 11 ΙΟΥΝΙΟΥ 2021					
ΩΡΕΣ	ΑΙΘΟΥΣΑ 4	ΑΙΘΟΥΣΑ 5	E-POSTER (FOYER)		
08.00 - 08.30	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΗΠΑΡ ΠΑΓΚΡΕΑΣ ΧΟΛΗΦΟΡΑ	ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ - ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ			
08.30 - 09.00					
09.00 - 09.30					
09.30 - 10.00					
10.00 - 10.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ				
10.30 - 11.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Η ΕΜΠΛΟΚΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΣΤΟΝ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ				
11.00 - 11.30					
11.30 - 12.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19			ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	
12.00 - 12.30					
12.30 - 13.00					
13.00 - 13.30					
13.30 - 14.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ «ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ» ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ. TIPS&TRICKS	ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ - ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ	ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ E-POSTER 1. ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΤΡΑΥΜΑ 2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ 3. ΚΗΛΕΣ		
14.00 - 14.30					
14.30 - 15.00	ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ				
15.00 - 15.30	ΒΙΝΤΕΟ-ΠΡΟΒΟΛΕΣ ΚΗΛΕΣ				
15.30 - 16.00					
16.00 - 16.30	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ				
16.30 - 17.00					
17.00 - 17.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΥΓΕΣ: ΠΟΣΟ ΚΟΝΤΑ ΕΙΜΑΣΤΕ ΓΙΑ ΝΑ ΤΙΣ ΚΑΤΑΝΟΗΣΟΥΜΕ ΚΑΙ ΝΑ ΤΙΣ ΠΡΟΛΑΒΟΥΜΕ;				
17.30 - 18.00					
18.00 - 18.30				ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	
18.30 - 19.00	ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΕΙΣ - ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ	ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ HANDS ON VITO TRAINING KIT ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ			
19.00 - 19.30					
19.30 - 20.00	ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΕΙΣ - ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ				
20.00 - 20.30	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ. ΓΕΦΥΡΩΝΟΝΤΑΣ ΤΟ ΧΑΣΜΑ				

ΣΑΒΒΑΤΟ 12 ΙΟΥΝΙΟΥ 2021

ΩΡΕΣ	ΑΙΘΟΥΣΑ 4	ΑΙΘΟΥΣΑ 5	E-POSTER (FOYER)
08.00 - 08.30	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ	ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ - ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΜΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	
08.30 - 09.00			
09.00 - 09.30			
09.30 - 10.00			
10.00 - 10.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ: ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΣΟΒΑΡΑ ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ		
10.30 - 11.00			
11.00 - 11.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ		
11.30 - 12.00			
12.00 - 12.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ		
12.30 - 13.00	LECTURE Current management of peri-hilar cholangiocarcinoma		
13.00 - 13.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ (ΠΕΡΙΠΛΟΚΩΝ) ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΩΝ	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	
13.30 - 14.00		ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ - ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ	
14.00 - 14.30	ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ		
14.30 - 15.00			
15.00 - 15.30			
15.30 - 16.00			
16.00 - 16.30			
16.30 - 17.00		ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΗΠΑΡ ΠΑΓΚΡΕΑΣ ΧΟΛΗΦΟΡΑ	
17.00 - 17.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ		
17.30 - 18.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ (YOU TREAT PATIENTS AND TRAINEES WELL: HOW ABOUT YOURSELF;)	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΘΡΕΨΗ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	
18.00 - 18.30			
18.30 - 19.00	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ		
19.00 - 19.30			
19.30 - 20.00			
20.00 - 20.30			
20.30 - 21.00			

ΣΑΒΒΑΤΟ 12 ΙΟΥΝΙΟΥ 2021

ΩΡΕΣ	ΑΙΘΟΥΣΑ 1	ΑΙΘΟΥΣΑ 2	ΑΙΘΟΥΣΑ 3
08.00 - 08.30	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΗΠΑΡ ΠΑΓΚΡΕΑΣ ΧΟΛΗΦΟΡΑ ΘΡΕΨΗ ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ
08.30 - 09.00			
09.00 - 09.30			
09.30 - 10.00			
10.00 - 10.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΚΕΡΔΙΣΟΥΜΕ Η ΧΑΝΟΥΜΕ ΤΗ ΜΑΧΗ;	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΣΥΜΠΑΓΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ. ΑΛΛΑΖΕΙ ΚΑΤΙ;	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
10.30 - 11.00			ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ
11.00 - 11.30	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑ	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΤΡΑΥΜΑ	LECTURE Under-diagnosis and under- treatment of primary hyperparathyroidism
11.30 - 12.00			
12.00 - 12.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΔΙΑΦΟΡΑ
12.30 - 13.00	LECTURE Laparoscopic common bile duct exploration	LECTURE Advances in pancreas transplanta- tion	VIDEO ΠΡΟΒΟΛΕΣ ΔΙΑΦΟΡΑ
13.00 - 13.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ: ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΣΕ ΜΙΑ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΝΟΣΟ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΛΛΗΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΒΟΡΕΙΑΣ ΡΗΝΑΝΙΑΣ ΒΕΣΤΦΑΛΙΑΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΟΞΕΙΑ ΕΚΚΟΛΠΟΜΑΤΙΤΙΔΑ: ΕΧΟΥΝ ΑΛΛΑΞΕΙ ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ;
13.30 - 14.00			
14.00 - 14.30	ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ - ΕΚΛΟΓΕΣ	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ	ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
14.30 - 15.00			
15.00 - 15.30			
15.30 - 16.00			
16.00 - 16.30			
16.30 - 17.00			
17.00 - 17.30		ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
17.30 - 18.00		ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΥΘΡΑΥΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ
18.00 - 18.30		ΔΙΑΛΕΞΗ Αντιμετώπιση του διαατράινοτος τραύματος του τραχήλου	ΔΙΑΛΕΞΗ Χειρουργική θεραπεία ηπατοκυτταρικού καρκίνου, νέωτες εξελίξεις
18.30 - 19.00		ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΕΙΣ - ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ
19.00 - 19.30			
19.30 - 20.00		ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	
20.00 - 20.30			
20.30 - 21.00			

Συμμετοχή σε συνέδρια

- 1) **Προσκεκλημένος ομιλητής** στον **Κύκλο Μαθημάτων Χειρουργικής Παθολογίας ΗΠΑΤΟΣ-ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ 2021 (12^η χρονιά)** 1^{ος} κύκλος Χειρουργική Παγκρέατος, 10-11 Ιουνίου 2021, Αθήνα
 - A) **Οξεία Παγκρεατίτιδα 2:** «Αλγόριθμος Θεραπείας κι αντιμετώπισης επιπλοκών»
Κ. Μανές (εισηγητής σε στρογγυλή τράπεζα)
- 2) **Προσκεκλημένος ομιλητής** στη **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ: STATE OF THE ART ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΚΟΛΟΥ**, με θέμα: «Λαπαροσκοπική Δεξιά Ημικολοκτομή με Ολική Εκτομή του Μεσοκόλου», 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κολοπρωκτολογίας, 16-18 Σεπτεμβρίου 2021, Θεσσαλονίκη, **Κ. Μανές** (εισηγητής σε στρογγυλή τράπεζα)
- 3) **Προσκεκλημένος ομιλητής** στον **Κύκλο Μαθημάτων Χειρουργικής Παθολογίας ΗΠΑΤΟΣ-ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ 2021 (12^η χρονιά)**, 2^{ος} κύκλος Χειρουργική Ήπατος- Χοληφόρων, Αθήνα, 14-15 Οκτωβρίου 2021(εισηγητής σε στρογγυλή τράπεζα)
 - A) «Τεχνικές ασφαλούς χολοκυστεκτομής και μηχανισμοί κακώσεων χοληφόρων κι αγγείων», ΜΑΝΕΣ Κ.
 - B) «Καλοήθεις Συμπαγείς Όγκοι Ήπατος»
- 4) **ΠΡΟΕΔΡΟΣ (Chairman)** στο στρογγυλό τραπέζι : **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ, 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κολοπρωκτολογίας**, Σάββατο 18 Σεπτεμβρίου 2021, Θεσσαλονίκη, **ΜΑΝΕΣ Κ.**
- 5) **32^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής & Διεθνές Χειρουργικό Φόρουμ.** 9-12 Ιουνίου 2021, Θεσσαλονίκη, **Μ.Παπασταματίου**
- 6) **41ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας.** 21-24/10/2021, Ιωάννινα, **Δελής Σ.**
- 7) **48^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ενδοκρινολογίας Μεταβολισμού και Σακχαρώδη Διαβήτη**, 01-03 ΙΟΥΛΙΟΥ 2021, Ζάππειο Μέγαρο, Αθήνα. **Κυριάκου Β.**

Εργασίες σε συνέδρια

32^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής & Διεθνές Χειρουργικό Φόρουμ. 9-12 Ιουνίου 2021, Θεσσαλονίκη

ΕΑ047
ΔΕΣΜΕΣ ΜΕΤΡΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ
(BUNDLES OF SURGICAL SITE INFECTIONS)
ΕΥΑΓΓΕΛΙΔΟΥ ΕΥΤΥΧΙΑ¹ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ²
ΜΑΝΤΖΑΝΑΣ ΜΙΧΑΛΗΣ¹ ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ²
ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑ² ΓΙΑΚΟΥΜΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ³
ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΙΟΥ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ²
¹ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ, Γ.Ν.ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ
«ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ - ΠΑΤΗΣΙΩΝ», ΑΘΗΝΑ
² ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, Γ.Ν.ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ - ΠΑΤΗΣΙΩΝ», ΑΘΗΝΑ
³ ΜΕΛΟΣ ΕΤΕΠ, ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ, ΑΘΗΝΑ

ΕΑ 107**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΗΘΕΝΤΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΟΥ ΜΕ ΟΛΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΤΟΥ ΜΕΣΟΚΟΛΟΥ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ**

Ιωάννης Τριανταφυλλίδης, Λουκάς Αγοργιαννίτης,
Βασίλειος Καράμπας, Βασιλική Κυριάκου, Λουκάς Γκάγκαρης,
Μαρία Σιούλα, Μιχαήλ Τσώτσιος, Μιλτιάδης Παπασταματίου
*Χειρουργική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων Γενικό
Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, Αθήνα*

ΕΑ 399**ΡΙΖΙΚΟΣ ΛΑΓΟΝΟΒΟΥΒΩΝΙΚΟΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΦΗ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΜΗΡΟΒΟΥΒΩΝΙΚΗ ΧΩΡΑ - ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Ιωάννης Τριανταφυλλίδης, Βασίλειος Καράμπας, Κωνσταντίνος Αλιφιέρης, Εβελίνα Δήμου, Ευτυχία Ευαγγελίδου, Μιλτιάδης Παπασταματίου
*Χειρουργικό Τμήμα, Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων Γενικό
Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας*

ΕΑ 266**ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΟΛΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΤΟΥ ΜΕΣΟΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΑΡΧΙΚΑ ΔΕΞΙΑ ΟΠΙΣΘΙΑ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΤΗΣ ΑΝΩ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ**

Ιωάννης Τριανταφυλλίδης, Βασίλειος Καράμπας,
Βασιλική Κυριάκου, Μιχαήλ Τσώτσιος, Μαρία Σιούλα,
Λουκάς Αγοργιαννίτης, Λουκάς Γκάγκαρης,
Μιλτιάδης Παπασταματίου
*Χειρουργική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων Γενικό
Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, Αθήνα*

ΑΑ022**ΑΓΓΕΙΕΚΤΑΣΙΑ ΠΥΛΩΡΙΚΟΥ ΑΝΤΡΟΥ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

ΓΚΑΓΚΑΡΗΣ Λ., ΚΟΚΟΡΟΣΚΟΣ Ν., ΣΙΟΥΛΑ Μ., ΑΓΟΡΙΑΝΝΙΤΗΣ Λ., ΤΣΟΤΣΙΟΣ Μ.,
ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΙΟΥ Μ.,

*Χειρουργικό Τμήμα Γ.Ν.Ν.Ι «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων» (πρ. Αγία Όλγα)
Επιστημονικός & Διοικητικός Διευθυντής: Δρ. Μιλτιάδης Παπασταματίου*

ΑΑ103**ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Κοκορόσκος Νικόλαος, Αλιφιέρης Κωνσταντίνος, Γκάγκαρης Λουκάς,
Αγοργιαννίτης Λουκάς, Παπαπαρασκευά Κλειώ, Τριαντοπούλου Χαρίκλεια,
Παπασταματίου Μιλτιάδης, Δελής Σπυρίδων
Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας Πατησίων «Η Αγία Όλγα»

Posters σε συνέδρια

32^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής & Διεθνές Χειρουργικό Φόρουμ. 9-12 Ιουνίου 2021, Θεσσαλονίκη

1. NEW DATA IN THE TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS.

Dimou E., Sioula M., Filipidis G., Malami M., **Papastamatiou M.**, Surgical Dept. General Hospital N. Ionias, Athens 'Konstantopouleio-Patision'. CHAIRMAN & DIRECTOR: Dr. Miltiadis J. Papastamatiou

2. AN INTERESTING CASE REPORT: LYMPHOMA OF THIN INTESTINE

Kiousis E., Dimou E., Malami M., Karanassiou S., **Papastamatiou M.** Surgical Dept. General Hospital N. Ionias, Athens 'Konstantopouleio-Patision'. CHAIRMAN & DIRECTOR: Dr. Miltiadis J. Papastamatiou

AA136

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ

Κοκορόσκος Νικόλαος, Γκάγκαρης Λουκάς, Σιούλα Μαρία, Καρανάσιου Βασίλισσα, Κυριάκου Σταυριάνα, Καψαλός Σωτήριος, Σάμης Αλέξανδρος, Μπόζιος Δημήτριος, Παπασταματίου Μιλτιάδης
Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας-Πατησίων («Η Αγία Όλγα»)

AA251

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Δήμου Εβελίνα, Καρανάσιου Βασίλισσα, Κυριάκου Σταυριάνα, Μαλάμη Μαριλένα, Καψαλός Σωτήριος, Σάμης Αλέξανδρος, Παπασταματίου Μιλτιάδης
Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας-Πατησίων («Η Αγία Όλγα»)

AA250

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ . ΜΙΑ ΧΡΗΣΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Γκάγκαρης Α.¹, Κοκορόσκος Ν.¹, Σιούλα Μ.¹, Αλιφιέρης Κ.¹, Τζανέτου Μ.¹, Βελεχέρης Δ.¹, Παπασταματίου Μ.¹, Τριανταφύλλου Δ.², Τρακανιάρη Μ.²
² ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ, ΑΞΟΝΙΚΟΥ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΥ ΚΑΙ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ 7^{ου} ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Ι.Κ.Α ΑΘΗΝΩΝ
¹ Χειρουργικό Τμήμα Γ.Ν.Ν.Ι «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων» (πρ. Αγία Όλγα)

AA197

ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΤΙΔΑ ΣΥΓΧΡΟΝΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΜΟΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ

Σιούλα Μ., Δήμου Ε., Σάμης Α., Καψαλός Σ., Μαλάμη Μ., Τζανέτου Μ., Κυριάκου Σ., Φιλίππιδης Γ., Παπασταματίου Μ.
Χειρουργικό Τμήμα Γ.Ν.Ν.Ι «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων» (πρ. Αγία Όλγα)

Συμμετοχή σε διοργάνωση Επιστημονικών Δραστηριοτήτων

Μέλος οργανωτικής επιτροπής :

1)«Webinar 2 – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΗΠΑΤΟΣ & ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ με θέμα : «Βασικές γνώσεις για τον χειρουργικό σχεδιασμό ηπατεκτομών 2» (οργανωτική και επιστημονική επιτροπή), Ιανουαρίου 2021 **Κ. Μανές**

2)“Postgraduate Courses of HPB Surgery- Liver and Biliary Surgery 2020-2021” Special Issues in biliarysurgery technique, 20 January 2021 (Organising and Schientific Comittees) **Κ. Μανές**

3)Postgraduate Courses of HPB Surgery- Liver and Biliary Surgery 2020-2021” PERIHILLAR CHOLANGIOCARCINOMA SURGERY, 27 January 2021 (Organising and Schientific Comittees) **Κ. Μανές**

4)“Postgraduate Courses of HPB Surgery- Liver and Biliary Surgery 2020-2021” Laparoscopic Liver Surgery Technique, 03 February 2021 (Organising and Schientific Comittees) **Κ. Μανές**

5)“Postgraduate Courses of HPB Surgery- Liver and Biliary Surgery 2020-2021” Vascular resections in pancreatic cancer, 14 April 2021 (Organising and Schientific Comittees) **Κ. Μανές**

6)“Postgraduate Courses of HPB Surgery- PRECISION SURGERY FOR PANCREATIC CANCER”, 12 May, 2021 (Organising and Schientific Comittees) **Κ. Μανές**

7) Κύκλος Μαθημάτων Χειρουργικής Παθολογίας ΗΠΑΤΟΣ-ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ 2021 (12^η χρονιά), (οργανωτική και επιστημονική επιτροπή), 1^{ος} κύκλος Χειρουργική Παγκρέατος, 10-11 Ιουνίου 2021, Αθήνα **Κ. Μανές**

8)«2^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΚΟΛΟΠΡΩΚΤΟΛΟΓΙΑΣ», Επιστημονική Επιτροπή (Ειδικός Γραμματέας), 16-18 Σεπτεμβρίου 2021, Θεσσαλονίκη **Κ. Μανές**

9)Κύκλος Μαθημάτων Χειρουργικής Παθολογίας ΗΠΑΤΟΣ-ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ 2021 (12^η χρονιά), 2^{ος} κύκλος Χειρουργική Ήπατος- Χοληφόρων, 14-15 Οκτωβρίου 2021, Αθήνα **Κ. Μανές**

10) 32^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής & Διεθνές Χειρουργικό Φόρουμ. 9-12 Ιουνίου 2021, Θεσσαλονίκη. Στρογγυλό Τραπέζι. Προεδρείο Μ.Παπασταματίου. 1)Κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών και προεγχειρητικός σχεδιασμός. 2) Τεχνικές στομίων. 3) Διαχείριση πρώιμων επιπλοκών

Συνεχής Ιατρική Εκπαίδευση – Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα Ειδικευόμενων

- 14.01.21 **«Στρωματικοί Ογκοι πεπτικού (GISTs)»**
Εισηγητής : Δήμου Ε. Συντονιστής : Μανές Κ.
- 17.02.21 **«Βιβλιογραφική Ενημέρωση»**
Εισηγητής : Κυριάκου Σταυριάννα Συντονιστής : Μανές Κ.
- 17.03.21 **«Οξεία Παγκρεατίτιδα: Αιτιολογία-Διάγνωση-Ορισμοί- Ταξινόμηση Βαρύτητας & Αλγόριθμος θεραπείας κι αντιμετώπισης επιπλοκών»**
Εισηγητής : Μανές Κ.
- 14.4.21 **«Διαχείριση κι αναπλήρωση υγρών στο χειρουργικό ασθενή»**
Εισηγητής : Καρακαζάς Δημήτριος Συντονιστής : Μανές Κ.
- 22.9.21 **«Διασωληνωμένος ασθενής και διαχείρισή του στο θάλαμο»**
Εισηγητής : Βουλγαρίδης Α. Συντονιστής : Μανές Κ.
- 13.10.21 **Ολική Παρεντερική Διατροφή- Ενδείξεις**
Εισηγητής : Πριόβολος Ανδρέας Συντονιστής : Μανές Κ.
- 17.11.21 **«Αναλγησία και χειρουργικός ασθενής- διε/μετεγχειρητικά»**
Εισηγητής : Λυκούδη Ε. Συντονιστής : Μανές Κ.
- 15.12.21 **«Έλεγχος εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων»**
Εισηγητής : Καράμπας Β. Συντονιστής : Μανές Κ.

Εργασίες υπό δημοσίευση

(ολόκληρες οι δημοσιεύσεις στο τέλος του κεφαλαίου)

1. Lekka D., Gkagkariw L., Ritsino A., Dionysis T., Prapas A., Kostaletos S., Sklavow M., **Papastamatiou M.** Acute biliary tract obstruction in childhood, secondary to salmonella infection. A rare case requiring surgical treatment. Στο περιοδικό *Italy Infections*.

2. Lytsikas-Sarlis P., Gkagkaris L., Kyriakou V., Karambas V., Sioula M., Zouglos S., Dionysis T., Mantzaris A., **Papastamatiou M.** Peritoneal tuberculosis: A case report on a young male patient with elevated Ca-125. Στο περιοδικό *Cureus*.

Δημοσιεύσεις

(ολόκληρη η δημοσίευση στο τέλος του κεφαλαίου)

1. Plytzanopoulou P, Politis P, Papachrysanthou T, Andriopoulos C, Drakou A, Papachristou E, **Papastamatiou M**, Papasotiriou M. Creatinine index as a predictive marker of sarcopenia in patients under hemodialysis. *Int Urol Nephrol*. 2021 Oct 21. doi: 10.1007/s11255-021-03032-0. Epub ahead of print. PMID: 34674147.

(INSTRUCTOR) – (GUEST FACULTY)

1)“38th International Gastrointestinal Surgery Workshop in the **ADVANCED Course – COLORECTAL Module**”, 11 – 14 September 2021, Davos – Switzerland, **CME Credits 30**, **K. Μανές**

2)“38th International Gastrointestinal Surgery Workshop in the **ADVANCED Course – Hernia Module**, 14 – 16 September 2021, Davos – Switzerland, **CME Credits 20**, **K. Μανές**

Ορισμός Υπεύθυνων Ομάδων - Έργου Κλινικής



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ Γ.Ν.Ν.ΙΩΝΙΑΣ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ Κ' ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ
Δ/ΝΤΗΣ: ΔΡ. ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΙΟΥ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ



ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

ΝΕΑ ΙΩΝΙΑ: 09/09/2021

Προς: Την Διοίκηση του Νοσοκομείου ✓

Κοιν.: - Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας ✓
- Διευθύντρια Διοικητικής Υπηρεσίας ✓
- Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ✓
- Δ/ντή Χειρουργικού Τομέα ✓
- Επιστημονικού Συμβουλίου ✓
- Ιατροί Χειρουργικού Τμήματος ✓
(όπως πίνακας διανομής) ✓

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Μετά από συνάντηση με τους ειδικευμένους Ιατρούς του Χειρουργικού Τμήματος, **τροποποιείται** και **επικαιροποιείται** το υπ' αριθ. έγγραφο 3051/24.01.2020, ως κατωτέρω:

1. Εκπαιδευτικό έργο: Υπεύθυνος ο Επιμ. Α' Κωνσταντίνος Μανές.

Αρμοδιότητες: Η κατάρτιση προγράμματος μεταεκπαιδευτικών μαθημάτων σε εβδομαδιαία βάση στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου, προέδρευση των μαθημάτων αυτών. Επίσης ο συντονισμός της γενικότερης εκπαιδευτικής διαδικασίας των ειδικευμένων γιατρών σε κλινικά διαγνωστικά και χειρουργικά ζητήματα και η επίβλεψη των ατομικών Lock book.

2. Ομάδα επίτηρησης θρέψης: Υπεύθυνος ο Επιμ. Α' Ανδρέας Πριόβολος ως επικεφαλής της ομάδας, απαρτιζόμενη από τα μέλη:

Σιούλα Μαρία : Ειδικευόμενη Χειρουργικής

Αναστασοπούλου Ιωάννα: Νοσηλεύτρια Χειρουργικής

Πλυτζανοπούλου Πετρίνη: Διαιτολόγος

Έργο της ομάδας.

Η αρχική εκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης των ασθενών.

Την διαρκή εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θρεπτικής υποστήριξης.

Τον συντονισμό των παρεμβάσεων θρεπτικής υποστήριξης όπως η τεκμηρίωση ενδείξεων. Ο προσδιορισμός των θερμίδων, των αναλογιών των συστατικών και των εμπλουτισμών με ηλεκτρολύτες, ιχνοστοιχεία, βιταμίνες και ινσουλίνη.

Η παρακολούθηση κάθε θρεπτικής παρέμβασης στους νοσηλευόμενους ασθενείς μέσω ενεργειών για την αποφυγή επιπλοκών και παρενεργειών.

Τον καθημερινό έλεγχο του διατροφολογίου των νοσηλευόμενων ασθενών της κλινικής.

Την εκπαίδευση προσωπικού του τμήματος.

Την παραγωγή επιστημονικού έργου.

3. **Υπεύθυνοι στα ΤΕΠ ορίζονται ο Επιμ. Α' Κωνσταντίνος Αθανασίου και ο Επικουρικός Ιωάννης Δαμηλάκης** με καθήκοντα την επιτήρηση της γενικότερης και ομαλής λειτουργίας του ιατρείου, τον έλεγχο της διάθεσης του προσωπικού, την ορθή συμπλήρωση των βιβλίων και του ψηφιακού φακέλου, καθώς και των πιστοποιητικών. Επίσης την κατάρτιση σχεδίου για την
 - α) μείωση του χρόνου αναμονής στο χειρουργικό ιατρείο
 - β) τον εξορθολογισμό των διαγνωστικών εξετάσεων
 - γ) την βελτίωση της συνεργασίας με τις άλλες ειδικότητες και τους ιατρούς των ΤΕΠ.
4. **Υπεύθυνος στα ΤΕΙ υπεύθυνη ορίζεται η Επιμ. Α' Βασιλική Κυριάκου** με έργο την επιτήρηση της λειτουργίας του ιατρείου, την με βάση πρόγραμμα μηνιαία διάθεση του προσωπικού. Την επίβλεψη σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό της διάθεσης και παραγγελίας αναλώσιμων και μη υλικών και κάθε είδους εργαλείων.
5. **Επιστημονικό έργο ορίζονται ο Δ/ντής Σπυρίδων Δελής και ο Επικουρικός Δημήτριος Καρακαζάς** με καθήκοντα τον συντονισμό δράσης για την εκπόνηση επιστημονικών εργασιών και δημοσιεύσεων. Επίσης τον συντονισμό της συμμετοχής του τμήματος σε Επιστημονικά Συνέδρια, Σεμινάρια κ.λ.π. μέσω παρουσιάσεων, ομιλιών, διαλέξεων.
6. **Ψηφιακή Πολιτική υπεύθυνος ορίζεται ο Επιμ. Α' Βασίλειος Καράμπας** για την προώθηση της στρατηγικής συνολικής ψηφιοποίησης, εκμετάλλευσης και εμπέδωσης των τεχνολογικών δυνατοτήτων.
7. **Ογκολογικό Συμβούλιο ορίζονται ο Επιμ. Α' Βασίλειος Καράμπας, ο Επικ. Δημήτριος Καρακαζάς, ο Ειδικ. Ιάσωνας Πρίφτης και ο Ειδικ. Ευάγγελος Μαυρομμάτης** με δραστηριότητες των συντονιστών του ογκολογικού συμβουλίου όπως ορίζεται από τον επισυναπτόμενο κανονισμό.
8. **Σύσταση οργάνου επιτήρησης νοσηρότητας και θνησιμότητας και ποιοτικού ελέγχου επεμβάσεων ορίζεται ο Επικ. Δημήτριος Καρακαζάς** με καθήκοντα την ανάπτυξη του οργάνου, τον συντονισμό της μηνιαίας λειτουργίας, την καταγραφή των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών. Η αξιοποίηση των συμπερασμάτων και η προώθηση πρακτικών για την βελτίωση των δεικτών αυτών. Επίσης η προώθηση της πολιτικής μείωσης των ημερών νοσηλείας. Ο ποιοτικός έλεγχος θα περιλαμβάνει κάθε ογκολογική επέμβαση που έχει διενεργηθεί με πεδίο αναφοράς τα

σύγχρονα διεθνή πρότυπα και αξιοποιώντας τις κλινικές παραμέτρους, τις απεικονιστικές εξετάσεις και τις ιστολογοπαθολογικές εκθέσεις.

- 9. **Ομάδα επιτήρησης νοσοκομειακών λοιμώξεων και προάσπιση από την μικροβιακή αγωγή ορίζεται ο Επιμ. Α' Βασίλης Καράμπας.**
 Η αποστολή της ομάδας σε συντονισμό με το γραφείο λοιμώξεων, επιτήρηση των μέτρων για την προάσπιση από την μικροβιακή αντοχή και την διασπορά των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων με τη χρήση μέσων αποτροπής της κάθετης και οριζόντιας μετάδοσης.
- 10. **Πολιτική ISO ορίζεται υπεύθυνος ο Επιμ. Α' Βασίλης Καράμπας** για την προώθηση του σχεδίου πιστοποίησης του χειρουργικού τμήματος, των παρεχομένων υπηρεσιών, της λειτουργίας του και των πρακτικών επί διοικητικών κλινικών πρακτικών, της διάθεσης και αξιοποίησης του προσωπικού, των γενικότερων επιστημονικών πρακτικών σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και την τήρηση των κλινικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, παραγγελίες υλικών καθώς και άλλες πολιτικές με επικάλυψη διαφόρων ομάδων όπως το GDPR, σε συνεργασία με την νοσηλευτική υπηρεσία του τμήματος και την προϊσταμένη Παναγιώτα Δημοπούλου.
- 11. **Προσωπικά Δεδομένα υπεύθυνος ορίζεται ο Επιμ. Α' Βασίλης Καράμπας.**
- 12. **Υπεύθυνος προγραμμάτων Χειρουργείου ορίζεται ο Επιμ. Α' Ανδρέας Πριόβολος.**

- 0 -

Διευθυντής

Δρ. Μιλτιάδης Ι. Παπασταματίου

Πίνακας Αποδεκτών

Βελεχέρης Δημ.
 Δελής Σπυρ.
 Αθανασίου Κων.
 Μανές Κων.
 Καράμπας Βασ.
 Πριόβολος Ανδ.
 Κυριάκου Βασ.
 Δαμηλάκης Ιωάν.
 Καρακαζάς Δημ.

Σιούλα Μαρία
 Καρανάσιου Βασίλ.
 Παπαδοπούλου Σταυρ.
 Μαυρομάτης Ευαγγ.
 Πρίφτης Ιάσων
 Μαλάμη Μαρία –Ελένη
 Κυριάκου Σταυρ.
 Τζανέτου Μελ.
 Μπαλτάγκα Α.
 Κωστούλας Γ.
 Δήμου Ε.
 Κουβαράτης Η.
 Σκιαδάς Θ.



Creatinine index as a predictive marker of sarcopenia in patients under hemodialysis

Petrini Plytzanopoulou¹ · Panagiotis Politis² · Theodora Papachrysanthou² · Christos Andriopoulos² · Athina Drakou³ · Evangelos Papachristou⁴ · Miltiadis Papastamatiou⁵ · Marios Papasotiriou⁴

Received: 23 May 2021 / Accepted: 11 October 2021
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Nature B.V. 2021

Abstract

Purpose Sarcopenia is a clinical condition that comprises declined skeletal muscle (SM) mass and SM strength, and is a risk factor for physical disability, impaired quality of life, and advanced morbidity and mortality in patients on hemodialysis (HD). The existing difficulty in evaluating SM mass and consequently of sarcopenia, with affordable and practical methods in clinical practice, is well established. The purpose of this study is to examine the creatinine index (CrI), a surrogate of SM mass, as a potential predictive marker of sarcopenia.

Methods In this cross-sectional study, we included 130 patients on HD with a mean age of 66.17 ± 12.47 years. SM mass and SM strength were evaluated with CrI and hand grip strength, respectively. Anthropometric, adiposity, nutritional, and biochemical assessments were also performed. Partial correlation and multivariate regression analyses were applied to investigate the association between CrI and SM strength.

Results Correlation analysis showed that mid-arm circumference, calf circumference, Geriatric nutritional index, and albumin-to-total protein ratio were positively associated with SM strength. Multivariate model indicated that CrI ($\beta=2.05$, $p<0.001$) and dialysis duration ($\beta=-0.53$, $p=0.001$) were independently related to SM strength. The significant positive correlation between CrI and SM strength remained unaffected even after adjusting for potential confounders.

Conclusions Creatinine Index was significantly associated with SM strength highlighting its value as a new emerging practical in clinical setting sarcopenia predictive marker in HD patients.

Keywords Creatinine · Hemodialysis · Muscle strength · Sarcopenia

Introduction

Muscle wasting or muscle atrophy denotes loss of muscle mass and arises from the predominance of protein catabolism over protein synthesis. Potential conditions that lead

to muscle wasting are ageing, malnutrition, immobilization, and chronic illness like cancer, chronic kidney disease (CKD), and neurodegenerative and autoimmune diseases [1, 2]. Muscle wasting has been associated with declined muscle strength, poorer everyday physical activity, increased fatigue, decreased exercise tolerance, gradual loss of bone, and thus higher risk of bone fractures, which in turn enhances a vicious circle of immobilization and then further muscle atrophy and reduced quality of life [3, 4].

The coexistence of muscle wasting or low skeletal muscle (SM) mass with low SM strength is defined as sarcopenia which can also be accompanied by increased fat mass or obesity related to even worse metabolic health [3, 5, 6]. In patients with (CKD), muscle wasting is the result of decreased muscle protein synthesis and increased protein catabolism. The increased protein catabolism frequently observed in patients with end-stage kidney disease (ESKD) is linked to the dialysis procedure per se, chronic low-grade

✉ Marios Papasotiriou
mpapasotiriou@yahoo.com

¹ Department of Nutrition, "Konstantopouleio" General Hospital of Athens, Athens, Greece

² Dialysis Center, "Netrosatriki", Athens, Greece

³ Department of Nephrology, "Henry Durant" Hospital Center, Athens, Greece

⁴ Department of Nephrology, University Hospital of Patras, Patras, Greece

⁵ Department of Surgery, "Konstantopouleio" General Hospital of Athens, Athens, Greece

inflammation, metabolic acidosis, and oxidative stress, while the low protein synthesis is related to ageing, hormonal derangements, anorexia, and reduced dietary protein and energy intake [2, 7]. In parallel, loss of muscle strength due to sedentary lifestyle, and the existing metabolic abnormalities induce severe muscle atrophy that contribute to muscle loss, disability, and frailty [2, 3, 8]. Therefore, sarcopenia observed in patients with ESKD on dialysis is characterized of greater intensity and severity than the sarcopenia occurring through natural ageing and is accompanied by increased rates of morbidity, hospitalization, and mortality [3, 4]. Additionally, sarcopenia prevalence in patients on hemodialysis is greater than in patients with non-dialysis dependent (CKD) [9]. This makes urgent the attempt to find methods which would allow an early and fast clinical diagnosis of sarcopenia especially in ESKD. The early diagnosis of sarcopenia would prompt into increasing the likelihood of early therapeutic intervention. However, the quantification of SM mass by Computed Tomography, Magnet Resonance Imaging, Dual-Energy X ray absorptiometry, or Bioimpedance Analysis is not always feasible and has drawbacks such as high cost, or difficulty in discerning SM mass from overhydration or intramuscular fat infiltration [3, 10–12]. Moreover, all these methods are solely capable of detecting muscle mass but not of indicating the risk of developing muscle wasting or atrophy which is a component of sarcopenia [13, 14].

According to the European Working Group EWG2 revised consensus, the detection of low muscle strength should be used as the first measurement of pre-sarcopenia or probable sarcopenia identification [3, 15, 16]. This proposal was based on the finding that low SM strength has better predictive value than muscle mass regarding the clinical outcomes in the elderly [3, 16]. Furthermore, serum creatinine and subsequently serum creatinine index (CrI) have been postulated as reliable, inexpensive, and easily accessible markers of muscle mass in hemodialysis patients [14, 17, 18]. CrI is defined as normalized creatinine production rate, which is equal to the sum of creatinine excretion rate (dialytic removal and urinary excretion) and metabolic degradation in the steady state [17]. Moreover, CrI as a marker of muscle mass has been recognized as a powerful prognostic indicator of long-term all cause and cardiovascular mortalities in hemodialysis patients [17–19].

Nevertheless, the association of CrI with SM strength has not been sufficiently investigated. Thus, the aim of this study is to examine serum CrI as a potential predictor of sarcopenia in patients with ESKD on dialysis. Additionally, we assessed the link of adiposity to SM strength.

Materials and methods

Patients

All patients from March 2019 to September 2020 that were on maintenance hemodialysis in three different dialysis units were assessed for eligibility. Exclusion criteria included: patients with less than 6 months on hemodialysis and less than 20 years of age, patients with cancer, inflammatory bowel disease, severe infection, hospitalization due to acute coronary disease, history of parathyroidectomy, and intravenous albumin administration 3 months prior to nutritional assessment. The protocol of this cross-sectional study was approved by the institutional ethical committee of "Konstantopouleio General Hospital". All patients signed a written informed consent before entering the study. Clinical and demographic information such as age, gender, dialysis duration and adequacy, presence of diabetes, Diastolic Dysfunction, Cardiac failure, hypertension, and cause of ESKD were collected for each patient (Table 1). The study selection process is shown in Fig. 1.

Nutritional-muscle mass assessments

The assessments were made using the Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI) which has been reported as a valid, objective nutritional tool, the modified Creatinine Index which is considered a good surrogate of SM mass in dialysis patients, and the normalized Protein Catabolic Rate (nPCR) which is an objective measure reflecting the daily dietary protein intake according to the following formulas:

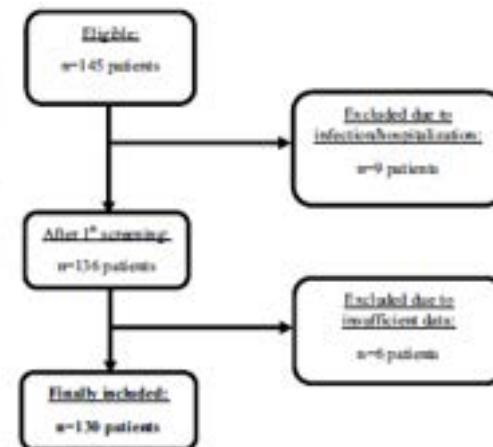


Fig. 1 Flowchart of patients included in the analysis

GNRI = [14.89 × serum albumin (g/dL)] + [41.7 × (actual body weight/ideal body weight)], where ideal body weight was calculated as follows:

Ideal body weight (kg) = [height (m)]² × 22 (kg/m²) [19]

CrI for men (mg/kg/day) = 16.21 + 1.12 × [age (year)] - 0.08 × (single pool Kt/V urea) + 0.009 × [serum creatinine (μmol/L)] [17]

CrI for women (mg/kg/day) = 16.21 - 0.06 × [age (year)] - 0.08 × (single pool Kt/V urea) + 0.009 × [serum creatinine (μmol/L)] [17]

rPCR(g/kg/day) = 0.22 + $\left(0.036 \times 24 \times \frac{\text{interdialytic rise in BUN (mg/dL)}}{\text{hrs. between the end and the beginning of the next session}}\right)$. [20]

Anthropometric measurements and definitions of adiposity

Body mass index (BMI) was calculated as dry body weight (Kg) divided by the square of the height in meters. Conicity Index (CI), Waist-to-Height Ratio (WHR), the Visceral Adiposity Index (VAI), the Lipid Accumulation Product (LAP), the Hypertriglyceridemic-to-Waist Phenotype (H/W/P) were calculated as follows:

WHR = WC (cm)/height (cm) [21]

CI = $\frac{\text{WC (cm)}}{(0.109 \times \text{Square root of } \frac{\text{BMI (kg/m}^2\text{)}}{\text{kg/m}^2\text{}})}$ [22]

LAP (men) = [WC (cm) - 65] × TG (mmol/l)

LAP (women) = [WC (cm) - 58] × TG (mmol/l) [23]

VAI (males) = $\left[\frac{\text{WC}}{39.68} + (1.88 \times \text{BMI})\right] \times \left(\frac{\text{TG}}{1.03}\right) \times \left(\frac{1.31}{\text{HDL}}\right)$ [24]

VAI (females) = $\left[\frac{\text{WC}}{36.58} + (1.89 \times \text{BMI})\right] \times \left(\frac{\text{TG}}{0.81}\right) \times \left(\frac{1.37}{\text{HDL}}\right)$. [24]

Both TG and HDL were in mmol/l

The H/W/P was defined as elevated WC (> 90 cm in men and > 80 cm in women), along with an elevated plasma TG concentration ≥ 1.7 mmol/l for both genders [24].

Waist Circumference (WC), Calf Circumference (CC), and Mid-Arm Circumference (MAC) were performed in the end of a mid-week dialysis session using a plastic flexible measuring tape according to standard procedures. CC was calculated on the leg in a sitting position with the knee and ankle at 90° angle and the feet touching the floor. The CC was measured at the level of the widest circumference. MAC was measured at a midpoint between acromion and olecranon with the arm at 90° angle. MAC and CC were measured on the extremities of the same side of the body. WC was measured at the approximate midpoint between the lower margin of the last rib and the top of the iliac crest. Duplicate measurements were taken for all parameters with a tolerance error for 1 cm and the average of the two measurements was finally recorded. All anthropometrical measurements were executed at the end of the dialysis session to reduce the risk

of hydration effect by the same trained dietitian to lessen inter-observer variability.

Muscle strength assessment

SM strength was assessed measuring the hand grip strength (HGS) with a digital hydraulic hand dynamometer (EH 101 CAMRY) in the non-fistula hand prior to dialysis session [25]. For patients with a dialysis catheter, the dominant hand was used. Two trials with a 20 s rest period between them were performed, and the highest value was recorded and used for the analysis. Patients were seated upright on a chair with their elbow bent at 90° and their palm facing their body. After adjusting the handle of the instrument, patients were advised to hold it and compress it with maximum force. Patients were divided into two groups (dynapenic/non-dynapenic) according to SM measured values and the EWGSOP criteria [3].

Biochemical analysis

Blood samples were drawn from a peripheral vein of patients before a mid-week dialysis session. All biochemical indices such as serum calcium, phosphorus, iPTH, triglycerides, total cholesterol, High-Density Lipoprotein-Cholesterol (HDL), creatinine, CRP, total proteins, and albumin were measured using an automated biochemical analyzer (Dimension EXL with LM Siemens).

Statistical analysis

The quantitative and qualitative variables are presented by the mean, median, standard deviation, interquartile range, frequencies, and percentages, respectively. The Kolmogorov-Smirnov test was utilized for normality analysis of the quantitative variables. Comparisons between dynapenic groups (no vs yes) concerning clinical and biochemical characteristics were made using Chi-square, independent sample *t* test, and Mann-Whitney where appropriate. The sample size was large enough and the variables presented a normal distribution; thus, the Pearson correlation analysis was performed to assess the relationship between SM strength and covariates. Multiple linear regression with enter method was carried out to identify multivariate correlates of SM strength. Results of the regression analysis are presented as regression coefficient Beta, standard errors, and corresponding p-values. A partial correlation analysis was applied to determine the degree of the relationship between SM strength and CrI making adjustments for controlling variables. Correlation was weak when the values ranged between 0 and 0.29, moderate between 0.3 and 0.69, and strong between 0.7 and 1.0.

All tests were two-sided; statistical significance was set at $p < 0.05$. All analyses were carried out using the statistical package SPSS v21.00 (IBM Corporation, Somers, NY, USA).

Results

One hundred and forty-five patients on thrice weekly, 4 h, regular hemodialysis program, were recruited from three kidney dialysis units (two were located in General Hospitals, and one in a non-Hospital environment) in the city of Athens and examined for eligibility. Fifteen patients were excluded either due to the aforementioned criteria, or due to incomplete assessments. Overall, 130 patients were included in the analysis with a mean age of 66.11 ± 12.47 years, mean dialysis duration of 5.37 ± 4.95 years, and mean HGS of 24.76 ± 9.82 kg. Patients' anthropometric, biochemical, and clinical characteristics are presented in Table 1 according to muscle strength (dynapenic versus non-dynapenic group according to EWGSOP 2019 criteria). Statistical differences in age, CrI, CrI, and WHtR were observed between the two groups.

To assess the relationship between SM strength and covariates such as adiposity, nutritional, and inflammation variables, a correlation analysis was performed. No statistical associations were observed between SM strength and BMI or other adiposity indices such as: VAI, LAP, H/W/P, CrI, W/H, and CRP (Table 2). Mid-Arm Circumference, GNRI, and the albumin-to-total protein ratio presented a positive association with muscle strength, while calf circumference and CrI showed a significant positive moderate association with SM strength (Table 2).

A multiple linear regression analysis was conducted to evaluate the independent effect of possible predictor variables including CrI, duration of dialysis, BMI, and nPCR on SM strength. Duration of dialysis was inversely associated with SM strength, whereas CrI was found to be positively associated with SM strength independently of duration of dialysis, BMI, and nPCR (Table 3). This result suggests that for every one unit increase in CrI, muscle strength is expected to increase by 2.05 units. BMI and nPCR had no influence on SM strength (Table 3).

A partial correlation analysis was further applied to assess the relationship between SM strength and CrI under the effect of potential confounders such as dialysis duration, BMI, and nPCR. The positive association of SM strength and CrI was not modified and remained significant even after accounting for the aforementioned covariates ($P = 0.508$, $p < 0.0001$) (Table 4).

Discussion

Several studies have consistently highlighted the consequences of accelerated SM atrophy as a component of sarcopenia, relating muscle mass loss to Protein-Energy-Wasting syndrome (PEW), metabolic complications, and higher risk of morbidity and mortality in populations with ESKD [1–3]. SM mass evaluation on a regular basis is cumbersome, while the existing difficulty in achieving this using expensive and specialized techniques has emphasized the use of CrI as an alternate marker which has been proved to be a validated method of low cost, high repeatability, and easy to perform in routine clinical practice in ESKD patients [17, 18]. This study is the first to demonstrate a significant positive association of CrI in hemodialysis patients with SM strength, which constitutes a crucial component of sarcopenia and probably the unique criterion for pre-sarcopenia diagnosis [16], highlighting CrI as a possible sarcopenia screening marker.

Several studies have addressed the positive correlation between serum creatinine and SM mass. In particular, it has been shown that serum creatinine is associated with DEXA measured lean body mass in patients on dialysis [26]. Other studies also revealed that serum creatinine levels were inversely associated with mortality possibly because high serum creatinine reflects higher levels of SM mass [27, 28].

Concerning the association of serum creatinine with SM strength, findings are not consistent. In one study, lean body mass measured by bioimpedance analysis was found as the sole significant predictor of mid-week pre-dialysis serum creatinine, whereas physical performance assessed by HGS and sit-to-stand test did not contribute to the association between lean body mass and serum creatinine [29]. However, according to Delanaye et al., the comparison of the association of various serum muscle biomarkers including creatinine with HGS revealed that serum creatinine was a useful predictor of SM strength in dialysis patients [30]. Another study reported that removal of creatinine during dialysis, reflecting creatinine synthesis, was positively associated with SM strength and physical activity [31]. Our results are in accordance with these studies displaying a positive correlation between CrI, a proxy of SM mass, and SM strength even after considering possible confounders including BMI, dialysis duration, and nPCR.

HGS has been recognized as a rapid, cheap, reproducible, and easy to apply technique for evaluating SM strength and it has been shown to be associated significantly with dialysis duration and serum creatinine levels [32]. Besides, the positive correlation of SM mass, as a component of BMI, with SM strength is well established [33, 34]. In our cohort, BMI did not show any correlation with SM strength, whereas dialysis duration although an independent

Table 1 Clinical and biochemical characteristics of patients according to muscle strength

Characteristics	Dynapenic group muscle strength < 27 kg (men), and < 16 kg (women) n = 58 (44.6%)	Non-dynapenic group n = 72 (55.4%)	p value
Gender (male/female) (%)	69.2/30.8	67.9/32.1	1.00
Age (years)	72.98 ± 10.93	61.53 ± 11.33	<0.005
Duration of dialysis (years)	5.70 ± 5.99	5.15 ± 4.15	0.569
Mean value Kt/v	1.24 ± 0.21	1.28 ± 0.17	0.305
Cause of ESKD			
Diabetes mellitus (yes/no), (%)	25.0/75.0	16.7/83.3	0.269
Hypertension (yes/no), (%)	71.2/28.8	65.4/34.6	0.568
Polycystic nephropathy (yes/no), (%)	9.7/90.3	15.9/84.1	0.300
Glomerulonephritis (yes/no), (%)	21.7/78.3	20.0/80.0	0.812
Others—unknown (yes/no), (%)	71.2/28.8	62.9/37.1	0.320
Use of calcium-based phosphate binders (yes/no) (%)	26.9/73.1	28.2/71.8	1.00
Use of phosphate binders (yes/no) (%)	78.8/21.2	85.9/14.1	0.343
Vitamin D analogues intake (yes/no) (%)	76.9/23.1	62.8/37.2	0.123
Left ventricle ejection fraction (LVEF)	54.92 ± 10.31	56.12 ± 8.83	0.482
Diastolic dysfunction (yes/no), (%)	86.5/13.5	71.8/28.2	0.055
Cardiac failure (LVEF < 50%) (yes/no), (%)	28.8/71.2	37.2/62.8	0.350
Biochemical parameters			
Albumin (g/dl)	3.62 ± 0.43	3.73 ± 0.38	0.114
Total proteins (g/dl)	6.98 ± 0.59	6.99 ± 0.42	0.875
CRP (mg/dl)	2.49 ± 1.96	2.80 ± 1.82	0.344
Cholesterol (mg/dl)	158.14 ± 33.37	159.01 ± 38.76	0.894
HDL _c (mg/dl)	48.87 ± 16.33	45.87 ± 8.64	0.228
Ratio albumin/total proteins	0.52 ± 0.06	0.53 ± 0.06	0.137
Triglycerides (mg/dl)	164.80 ± 82.27	170.63 ± 88.73	0.707
Calcium (mg/dl)	9.20 ± 0.85	9.12 ± 1.02	0.650
Phosphorus (mg/dl)	5.24 ± 1.12	5.26 ± 1.15	0.922
Ca × P (mg ² /dP ²)	48.34 ± 11.64	48.06 ± 11.95	0.894
iPTH (pg/ml)	355.42 ± 252.75	378.35 ± 254.99	0.615
Anthropometric and nutritional parameters			
WC (cm)	99.15 ± 16.30	94.9 ± 13.95	0.06
CC (cm)	30.69 ± 4.26	31.92 ± 4.12	0.102
MAC (cm)	26.08 ± 5.07	27.28 ± 4.02	0.137
nPCR (gr/kg/day)	1.08 ± 0.23	1.12 ± 0.26	0.351
Creatinine Index (mg/kg/day)	12.51 ± 0.79	13.18 ± 0.82	<0.005
GNRI score	104.17 ± 12.02	103.75 ± 10.45	0.835
Adiposity markers			
BMI (kg/m ²)	26.54 ± 5.85	25.39 ± 4.67	0.219
C ₇	1.37 ± 0.11	1.31 ± 0.10	0.004
VAI	3.50 ± 2.17	3.68 ± 2.49	0.664
LAP	71.77 ± 56.28	63.45 ± 52.86	0.393
WtHR	0.59 ± 0.09	0.55 ± 0.08	0.007
HWP (yes/no) (%)	40.4/59.6	38.5/61.5	0.484

The values in bold denote statistical significance ($p < 0.05$)

BMI Body Mass Index, C₇ Conicity Index, VAI Visceral Adiposity Index, LAP Lipid Accumulation Product, WtHR Waist-to-Height Ratio, HWP Hypertriglyceridemic-to-Waist Phenotype, GNRI Geriatric Nutritional Risk Index, WC Waist Circumference, CC Calf Circumference, MAC Mid-Arm Circumference, nPCR normalized Protein Catabolic Rate

Table 2 Correlation between muscle strength and covariates

Variables	Muscle strength	
	Pearson coefficient <i>r</i>	<i>p</i> value
BMI	0.102	0.247
H/W/P	0.077	0.383
VAI	0.128	0.147
LAP	0.059	0.505
CI	-0.038	0.669
W/H ratio	-0.031	0.723
MAC	0.277	0.001
WC	0.126	0.153
CC	0.379	<0.001
GNRI	0.249	0.004
nPCR	0.084	0.342
CrI	0.486	<0.001
CRP	-0.174	0.062
Alb/total proteins	0.236	0.007

The values in bold denote statistical significance ($p < 0.05$)

BMI Body Mass Index, *H/W/P* Hypertriglyceridemic/Waist Phenotype, *VAI* Visceral Adipose Index, *LAP* Lipid Accumulation Product, *CI* Conicity Index, *W/H* Waist-to-Height ratio, *MAC* Mid-Arm Circumference, *WC* Waist Circumference, *CC* Calf Circumference, *GNRI* Geriatric Nutritional Risk Index, *nPCR* normalized Protein Catabolic Rate, *CrI* Creatinine Index, *CRP* C Reactive Protein, *Alb/Total Proteins* Albumin-to-Total proteins ratio

Table 3 Multiple linear regression analysis with muscle strength as the dependent variable

Variables	Muscle strength		Confidence Interval	<i>p</i> value
	Beta	SE		
CrI	2.054	0.312	1.44–2.66	<0.001
Duration dialysis	-0.533	0.153	(-0.83)–(-0.23)	0.001
BMI	-0.043	0.146	(-0.33)–0.24	0.770
nPCR	0.285	3.024	(-5.64)–6.21	0.925

The values in bold denote statistical significance ($p < 0.05$)

CrI Creatinine Index, *BMI* Body Mass Index, *nPCR* normalized Protein Catabolic Rate

Table 4 Partial correlations between Creatinine Index and Muscle Strength adjusted for control variables

Control variables	Muscle strength/Creatinine Index Partial coefficient (Pr)	<i>p</i> value
Dialysis duration	0.508	<0.00001
BMI		
nPCR		

BMI Body Mass Index, *nPCR* normalized Protein Catabolic Rate

variable of SM strength in the regression model could not

modify the significant correlation between SM strength and CrI (Table 4), denoting thus its small contribution to SM strength variability.

In patients with ESKD, muscle protein catabolism is often induced by malnutrition, metabolic acidosis, and chronic low-grade inflammation [35]. Still, as high serum creatinine levels may also reflect a higher muscle protein degradation, we also evaluated CRP, GNRI, albumin-to-total protein ratio, and nPCR as indicators of inflammation, nutritional status, and protein intake, respectively. Poor nutrient and mainly protein intake may lead to decreased protein synthesis and elevated protein catabolism which negatively affect SM mass, although their relationship with SM strength is not clear [36]. In this study, we found no correlation of muscle strength with nPCR which is in agreement with recently published data showing a positive link of nPCR with CrI, as a marker of SM mass and not of SM strength probably because both nPCR and CrI are influenced by muscle protein turnover [34].

Clinical studies specifying protein status by albumin levels have demonstrated hypoalbuminemia to be associated with low SM strength [34, 37]. Kitiskulnam et al. found that albumin as a marker of nutritional status or general health could ease the association between sarcopenia and survival on maintenance dialysis patients [16]. In accordance, in our study, we showed a significant positive correlation of albumin-to-total protein ratio with SM strength. A plausible explanation for this finding could be the compound of a relatively good nutritional status and of low-grade inflammation in our cohort, which is corroborated by the normal levels of GNRI, CRP, and nPCR. However, other studies have indicated inconsistent results regarding the association of SM strength with albumin and CRP [38, 39], on the grounds that although SM mass and SM strength or muscle function are significantly correlated, can be also influenced by different factors, and decrease at different rates in specific gender and age groups [3]. SM mass has the capacity of regulating the immune system through the expression of cytokines and myokines in both a pro- and anti-inflammatory manner. This fine intramuscular balance between pro- and anti-inflammatory processes connected with muscle tissue composition might be modulated towards adaptive immune responses [40, 41].

Regarding the anthropometric measurements, the existing data relating body assessments and SM strength are scarce and controversial. It has been supported that anthropometric estimates including MAC and CC are reliable screening tools of SM mass decline [42, 43]. Body circumferences measurements are simply to perform, cheap, and necessitate minimum instrumentation while conferring accurate results when executed by an experienced operator according to standard procedures [44]. MAC has been found to be positively associated with SM strength [45]. Our results

displayed a significant positive correlation between SM strength and MAC, and a moderate significant positive correlation with CC, whereas, so far, there are no published data regarding any correlation among CC and SM strength in dialysis patients.

With respect to the association of adiposity indices and SM strength in ESKD, the existing data support the deterioration of SM strength in obese individuals due to several mechanisms including motor dysfunction, presence of pro-inflammatory state or low-grade inflammation and intramuscular fat infiltration, and fibrosis. On the contrary, it has been postulated that weight bearing and supporting of a larger body mass have an exercising effect in the obese patients [46]. The advantage of the 'obesity survival paradox' which is evident in patients with ESKD is multifactorial and under investigation [47, 48]. Our results did not indicate any associations of SM strength with various surrogate indices of general or central, visceral adiposity, suggesting that these indexes like BMI, VAI, CI, LAP, W/HVR, and W/HVR seem incapable of capturing the intramuscular fat distribution which is an important determinant of SM mass and strength deterioration [3].

Limitations of our study include the lack of causal relationships establishment due to the cross-sectional design of the study. Second, evaluation of vitamin D status was not possible to be achieved, as vitamin D status might influence muscle SM strength [49]. Finally, there was a low women/men ratio and the SM strength measurement was limited only to HGS, although this method is widely used in clinical practice and is considered a good proxy of whole-body strength [32, 50].

To the best of our knowledge, no study so far has evaluated the association of CrI with SM strength in patients with ESKD on hemodialysis, so as illustrating CrI as a crude sarcopenia predictive marker.

In conclusion, CrI displayed a significant positive relationship with muscle strength in patients on regular hemodialysis. Thus, CrI could be an emerging inexpensive, applicable, and clinical friendly screening or diagnosing tool for sarcopenia, which could facilitate timely therapeutic interventions. Future large-scale clinical studies are imperative to specify the precise thresholds of this index for sarcopenia prediction.

Author contributions All authors have contributed to the preparation of this manuscript. More specifically, PP designed, analyzed the data, and drafted the manuscript. PP, TP, CA, and AD were responsible for gathering the clinical data. EP, MP, and MP interpreted the data and revised the manuscript. All authors approved the final version of the article.

Funding Authors received no funding for this study.

Data availability The data accessibility is warranted upon request.

Declarations

Conflict of interest The authors declare that they have no conflict of interest related to this study.

Ethical approval Ethical approval was obtained from the ethics committee of "Konstantopoulou" General Hospital, Athens, Greece.

Consent to participate Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

References

- Hunter GR, Singh H, Carter SJ, Bryan DR, Fisher G (2019) Sarcopenia and its implications for metabolic health. *J Obes*. <https://doi.org/10.1155/2019/9031705>
- Sabatino A, Cuppari L, Steinvinkel P, Lindholm B, Avesani CM (2020) Sarcopenia in chronic kidney disease: what have we learned so far? *J Nephrol*. <https://doi.org/10.1007/s40620-020-00840-y>
- Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T (2019) Writing group for the European working group on sarcopenia in older people 2 (EWGSOP2), and the extended group for EWGSOP2 (2019) sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz046>
- Mijnarends DM, Luiking YC, Halfens RJG et al (2018) Muscle, health and costs: a glance at their relationship. *J Nutr Health Aging* 22(7):766–773
- Tian S, Yang Xu (2016) Association of sarcopenic obesity with the risk of all-cause mortality: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Geriatr Gerontol Int* 16(2):155–166
- Steininkel P, Carrero JJ, von Walden F, Bkizler TA, Nader GA (2016) Muscle wasting in end-stage renal disease promotes premature death: established, emerging and potential novel treatment strategies. *Nephrol Dial Transplant* 31(7):1070–1077
- Kittiskulnam P, Carrero JJ, Chertow GM, Kayson GA, Delgado C, Johansen KL (2017) Sarcopenia among patients receiving hemodialysis: weighing the evidence. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 8(1):57–68
- Burford TW, Cooke MB, Manini TM, Leeuwenburgh C, Willoughby DS (2010) Effects of age and sedentary lifestyle on skeletal muscle NF-kappaB signaling in men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 65(5):532–537
- Kim J-K, Choi SR, Choi MJ, Kim SG, Lee YK et al (2014) Prevalence of and factors associated with sarcopenia in elderly patients with end-stage renal disease. *Clin Nutr* 33(1):64–68
- Maden-Wilkinson TM, Degens H, Jones DA, McPhoe JS (2013) Comparison of MRI and DXA to measure muscle size and age-related atrophy in thigh muscles. *J Musculoskelet Neuronal Interact* 13(3):320–328
- Kim J, Wang ZM, Heymsfield SB, Baumgartner RN, Gallagher D (2002) Total-body skeletal muscle mass: estimation by a new dual-energy X-ray absorptiometry method. *Am J Clin Nutr* 76(2):378–383
- Yamada Y, Nishizawa M, Uchiyama T et al (2017) Developing and validating an age-independent equation using multi-frequency bioelectrical impedance analysis for estimation of appendicular skeletal muscle mass and establishing a cutoff for sarcopenia. *Int J Environ Res Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph14070809>
- Dreischer C, Komishi M, Hoyer N, Springer J (2015) Loss of muscle mass: current developments in cachexia and sarcopenia

- focused on biomarkers and treatment. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 6(4):303–311
14. Cesari M, Fielding RA, Pahor M, Goodpaster B, Hellenstein M, van Kan GA (2012) Biomarkers of sarcopenia in clinical trials—recommendations from the International Working Group on Sarcopenia. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 3(3):181–190
 15. Leong DP, Teo KK, Rangarajan S et al (2015) Prognostic value of grip strength: findings from the prospective urban rural epidemiology (PURE) study. *Lancet* 386(9990):266–273
 16. Kittiskulnam P, Chenow GM, Carrero JJ et al (2017) Sarcopenia and its individual criteria are associated, in part, with mortality among patients on hemodialysis. *Kidney Int* 92(1):238–247
 17. Canaud B, Vallée AG, Molinari N et al (2014) Creatinine index as a surrogate of lean body mass derived from urea Kt/V, pre-dialysis serum levels and anthropometric characteristics of haemodialysis patients. *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093286>
 18. Canaud B, Ye X, Uwiyat I et al (2020) Clinical and predictive value of simplified creatinine index used as muscle mass surrogate in end-stage kidney disease haemodialysis patients—results from the international MONitoring Dialysis Outcome initiative. *Nephrol Dial Transplant* 35(12):2161–2171
 19. Yamada S, Yamamoto S, Fukuma S, Nakano T, Tsuruya K, Inaba M (2020) Geriatric nutritional risk index (GNRI) and creatinine index equally predict the risk of mortality in hemodialysis patients: J-DOPPS. *Sci Rep*. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-62720-6>
 20. Fein PA, Weiss S, Avram MM et al (2015) Relationship of normalized protein catabolic rate with nutrition status and long-term survival in peritoneal dialysis patients. *Adv Perit Dial* 31:45–48
 21. Lamaccchia SP, Camarcho D, Fariello S, Gesualdo L, Stallone G, Cignarelli M (2009) Waist-to-height ratio is the best anthropometric index in association with adverse cardiovascular outcomes in type 2 diabetes mellitus patients. *Am J Nephrol* 29(6):615–619
 22. Ruperio M, Baeril G, Sánchez-Muniz FJ (2013) Concidity index as a contributor marker of inflammation in haemodialysis patients. *Nutr Hosp* 28(5):1688–1695
 23. Taverna MJ, Martínez-Larrad MT, Frechtl GD, Serrano-Rios M (2011) Lipid accumulation product: a powerful marker of metabolic syndrome in healthy population. *Eur J Endocrinol* 164(4):559–567
 24. Du T, Sun X, Hao R, Yu X (2014) Visceral adiposity index, hypertriglyceridemic waist and risk of diabetes: the China Health and Nutrition Survey 2009. *Int J Obes (Lond)* 38(6):840–847
 25. Román PÁL., López DM, Aguayo BB, Fuentes AR, García-Pinillos F, Redondo MM (2017) Handgrip strength is associated with anthropometrics variables and sex in preschool children: a cross sectional study providing reference values. *Phys Ther Sport* 26:1–6
 26. Patel SS, Molnar MZ, Tayek JA et al (2013) Serum creatinine as a marker of muscle mass in chronic kidney disease: results of a cross-sectional study and review of literature. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 4(1):19–29
 27. Iseiyama N, Qureshi AR, Avesani CM et al (2014) Comparative associations of muscle mass and muscle strength with mortality in dialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 9(10):1720–1728
 28. Thongprayoon C, Cheungpaiboon W, Kashani K (2016) Serum creatinine level, a surrogate of muscle mass, predicts mortality in critically ill patients. *J Thorac Dis* 8(5):E305–E311
 29. Vodičar J, Pajek J, Hadžić V, Pajek MB (2018) Relation of lean body mass and muscle performance to serum creatinine concentration in hemodialysis patients. *Biomed Res Int*. <https://doi.org/10.1155/2018/4816536>
 30. Delanaye P, Battaille S, Quinonez K, Buckins F, Warling X (2019) Myostatin and insulin-like growth factor 1 are biomarkers of muscle strength, muscle mass, and mortality in patients on hemodialysis. *J Ren Nutr* 29(6):511–520
 31. Poppe ESJM, Polinder-Bos HA, Huberts M et al (2020) Creatinine synthesis rate and muscle strength and self-reported physical health in dialysis patients. *Clin Nutr* 39(5):1600–1607
 32. Leal VO, Mafta D, Fouque D, Anjos LA (2011) Use of handgrip strength in the assessment of the muscle function of chronic kidney disease patients on dialysis: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant* 26(4):1354–1360
 33. Chen L, Nelson DR, Zhao Y, Cui Z, Johnston JA (2013) Relationship between muscle mass and muscle strength, and the impact of comorbidities: a population-based, cross-sectional study of older adults in the United States. *BMC Geriatr*. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-74>
 34. Souweine J-S, Kuster N, Chenine J et al (2018) Physical inactivity and protein energy wasting play independent roles in muscle weakness in maintenance haemodialysis patients. *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200061>
 35. Wang XH, Mitch WE (2014) Mechanisms of muscle wasting in chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol* 10(9):504–516
 36. Bloom I, Shand C, Cooper C, Robinson S, Baird J (2018) Diet quality and sarcopenia in older adults: a systematic review. *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu10030308>
 37. Yamamoto M, Adachi H, Enomoto M et al (2021) Lower albumin levels are associated with frailty measures, trace elements, and an inflammation marker in a cross-sectional study in Tanushimaru. *Environ Health Prev Med*. <https://doi.org/10.1186/s12199-021-00946-0>
 38. Vettoretti S, Caldirelli L, Armelloni S, Ferraci C, Cesari M, Messa P (2019) Sarcopenia is associated with malnutrition but not with systemic inflammation in older persons with advanced CKD. *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu11061378>
 39. Tuttle CSL, Thang LAN, Maier AB (2020) Markers of inflammation and their association with muscle strength and mass: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101185>
 40. Rong Y-D, Bian A-L, Hui-Ying H, Ma Y, Zhou X-Z (2018) Study on relationship between elderly sarcopenia and inflammatory cytokine IL-6, anti-inflammatory cytokine IL-10. *BMC Geriatr*. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-1007-9>
 41. Verzola D, Bonanni A, Sofia A et al (2017) Toll-like receptor 4 signaling mediates inflammation in skeletal muscle of patients with chronic kidney disease. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 8(1):131–144
 42. Noori N, Kopple JD, Kovesdy CP et al (2010) Mid-arm muscle circumference and quality of life and survival in maintenance hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 5(12):2258–2268
 43. Kawakami R, Murakami H, Sanada K et al (2015) Calf circumference as a surrogate marker of muscle mass for diagnosing sarcopenia in Japanese men and women. *Geriatr Gerontol Int* 15(8):969–976
 44. Chen MM, Lear SA, Gao M, Frohlich JJ, Birmingham CL (2001) Intraobserver and interobserver reliability of waist circumference and the waist-to-hip ratio. *Obes Res* 9(10):651
 45. Cavodon V, Milanese C, Zaccaro C (2020) Are body circumferences able to predict strength, muscle mass and bone characteristics in obesity? A preliminary study in women. *Int J Med Sci* 17(7):881–891
 46. Tomkinson DJ, Erskine RM, Morse CL, Wiswood K, Onambélé-Pearson G (2016) The impact of obesity on skeletal muscle strength and structure through adolescence to old age. *Biogerontology* 17(3):467–483
 47. Beberashvili I, Azar A, Hamad RA et al (2019) Abdominal obesity in normal weight versus overweight and obese hemodialysis patients: associations with nutrition, inflammation, muscle strength, and quality of life. *Nutrition* 59:7–13

48. Kittiskulnan P, Johansen KL (2019) The obesity paradox: a further consideration in dialysis patients. *Semin Dial* 32(6):485–489
49. Visser M, Dong DH, Lips P (2003) Low vitamin D and high parathyroid hormone levels as determinants of loss of muscle strength and muscle mass (sarcopenia): the longitudinal aging study Amsterdam. *J Clin Endocrinol Metab* 88(12):5766–5772
50. Wang AY-M, Sea MM-M, Ho ZS-Y, Lui S-F, Li PK-T, Woo J (2005) Evaluation of handgrip strength as a nutritional marker and prognostic indicator in peritoneal dialysis patients. *Am J Clin Nutr* 81(1):79–86

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Peritoneal tuberculosis: A case report on a young male patient with elevated Ca- 125

Pavlos Lytsikas-Sarlis¹, Loukas Gkagkaris², Vassiliki Kyriakou², Vasilios Karambas², Maria Sioula², Sotiris Zouglos³, Theodore Dionysis⁴, Antonios Mantzaris¹, M. Papastamatiou⁵

Affiliations:

¹Department of General Surgery, Helios Klinikum Rottweil, Rottweil, Germany

²Department of General Surgery, “Konstantopouleio”, General Hospital of N. Ionia, N. Ionia, Athens, Greece

³Department of Vascular Surgery, “Konstantopouleio”, General Hospital of N. Ionia, N. Ionia, Athens, Greece

⁴1st Department of Pediatric Surgery, “Agliaia Kyriakou”, Athens, Greece

⁵ Head of General Surgery Department, “Konstantopouleio”, General Hospital of N. Ionia, N. Ionia, Athens, Greece

77

Conflict of interest: none

Keywords: abdominal tuberculosis, tuberculous peritonitis, peritoneal carcinomatosis, CA125, tuberculosis, tumor markers, surgical biopsy, Acid- Fast Bacilli

1) Abstract

Peritoneal tuberculosis (TBP) is a rare extrapulmonary manifestation of tuberculosis and is typically associated with immunodeficiency. However, during the last decade an elevation of presenting cases with atypical symptoms has been observed in western civilizations as a result of migratory flows from endemic regions. We are reporting on a 20-year-old male Pakistani, who presented with abdominal pain, ascites and an elevated Ca- 125. Laboratory and radiological findings were inconclusive. An exploratory mini- laparotomy was performed to histologically substantiate the diagnosis. Histological confirmation remains the gold standard for TBP and for excluding malignancy. A delay in early diagnosis and treatment of tuberculous peritonitis increases mortality and morbidity rates considerably. Hence, early diagnosis, prompt initiation of antituberculosis treatment and an ongoing case-adjusted follow up could be considered an adequate approach for addressing this atypical case. This patient received a standard triple anti-TB therapy for 6 months and experienced no recurrence of disease. Follow- up was based on the patient’s general clinical condition and Ca- 125 serum levels.

2) Introduction

Tuberculosis (TB) constitutes a widespread illness predominantly affecting the developing world, present in endemic countries such as Mozambique, South Africa, India, China, Pakistan and the Philippines (2017) with a high disease prevalence. Countries of the western world are affected nevertheless due to the

increasing influx of immigrants. TB comprises the tenth most common cause of death worldwide (2017) accounting for more than 1,7 million deaths.

TB is a life-threatening disease which can potentially affect any organ system. The primary site of TB is usually the lung, from which it can disseminate to extrapulmonary sites. Tuberculous peritonitis (TBP) is a rare extrapulmonary manifestation and comprises a rare case of abdominal tuberculosis (ATB). TBP constitutes about 3% of extrapulmonary tuberculosis (EPTB). EPTB constitutes about 15%-20% of all cases of TB in immunocompetent patients and accounts for more than 50% of cases in human immunodeficiency virus-positive individuals. [1]

TB can affect the peritoneum in several ways. Infection occurs most commonly following a reactivation of latent tuberculous foci in the peritoneum or via hematogenous spread from a primary lung focus.[2] Much less frequently, the microorganisms enter the peritoneal cavity transmurally from an infected intestine loop. [3] Contiguous spread can additionally originate from adjacent tuberculous lymphadenopathy.[4,6]

Alcoholism, cirrhotic liver disease, renal failure requiring ambulatory peritoneal dialysis, malignancy, diabetes mellitus, steroid therapy and AIDS are risk factors for TBP. Patients receiving antitumor necrosis factor agents are also at particular risk for developing ATB. [5]

TBP is a subacute disease. Its symptoms evolve over a period of several weeks to months. In many cases, its comorbidities and insidious nature make the diagnosis very difficult, which results in delayed treatment. More than 90% of patients have symptomatic ascites. It is difficult to differentiate them from bacterial peritonitis due to underlying liver disease or end-stage renal disease. Cavalli et al.[7] suggested that the most common features of tuberculous peritonitis were vague abdominal pain, fever, ascites, abdominal swelling, and palpable abdominal mass. Intestinal obstruction can rarely occur due to concomitant intraabdominal adhesions.

Finally, early diagnosis of TBP, even though challenging, is crucial for the prevention of complications and reduction of mortality and morbidity rates. [8] Early and accurate diagnosis leads to an effective therapy and satisfying survival rates.

2) Clinical Case

A 20-year-old malnourished Pakistani immigrant presented in our emergency department with vague abdominal pain, abdominal distension, a temperature of 38,2C°, and no prior medical history. Clinical examination revealed diffuse abdominal tenderness.

The laboratory exams revealed an elevated white blood cell count with predominant neutrophile type and increased CRP. Labs also yielded an elevated Ca125 (347µg/l) alongside normal CEA and Ca19-9 values.

The abdominal CT scan upon admission revealed a considerable amount of ascitic fluid and a smooth uniform thickening with pronounced enhancement of the peritoneum. (Figure 1) Non- pathologically enlarged periaortic and mesenteric lymph nodes were additionally depicted. Chest CT uncovered findings compatible with a chronic latent pulmonary tuberculosis with multiple bilateral loculated pleuritic collections and fibroatelectatic parenchymal lung alterations.

The patient was admitted in our surgical department for further investigation. Initially broad-spectrum antibiotics consisting of Piperacillin/Tazobactam were administered

intravenously. The patient was prepped for immediate exploratory mini- laparotomy and peritoneal biopsy for histological confirmation.

Intraoperatively extensive adhesions between small bowel loops and granulomatous infiltration of the peritoneum were revealed along with a characteristic appearance of multiple densely spread caseous granulomas residing on the small bowel surface (matted bowel appearance) (Figure 2). The small bowel was covered with micronodular inflammatory nodules typical of a miliary spread. Nonetheless similar pale white tubercular deposits were also found on the parietal peritoneum. An omental and peritoneal biopsy were performed. These demonstrated infiltration with caseating and noncaseating granulomatous inflammation with acid-fast organisms.

What is more, ascitic fluid was also intra operatively obtained. Assay and microscopic examination unveiled a leukocytosis with a relative pleocytosis and a serum ascitic albumin gradient (SAAG) lower than 1.1g/dL. However, Ziehl- Nielsen- positive staining Bacilli could not be found. Cultures from tissue samples intra operatively obtained revealed acid-fast staining bacilli (AFB). No malignant cells were detected.

Medical treatment was immediately initiated with a multidrug protocol consisting of rifampin, ethambutol, and isoniazid. Negative HIV- serology revealed no further evidence of acquired immunodeficiency. The patient was discharged on the 6th day after an uncomplicated postoperative course. The multidrug protocol was administered for a total of 6 months.

The 3-, 12- and 39- month follow up revealed no evidence of recurrence of disease. Bloodwork, normal Ca-125 levels, clinical examination and the patient's improved general health condition and nutritional status served as evaluation criteria. Ca 125 normalized within 3-4 weeks after the initiation of anti- TB Chemotherapy and stayed constant, conveying effectivity of the administered treatment.

3) Discussion

Peritoneal involvement comprises a relatively rare subtype of abdominal tuberculosis and poses diagnostic challenges for many clinicians. TBP can clinically and radiographically mimic a multitude of peritoneal diseases. Of utmost importance is the diagnostic exclusion of malignancy and peritoneal carcinomatosis.

Ascites, abdominal pain, unintentional weight loss, night sweats, fever, abdominal distention, and nausea comprise usual non- specific clinical manifestations. Peritoneal TB commonly occurs as an isolated event, making diagnosis even more elusive [9]. Interestingly our case presented with ascites and elevated Ca-125 levels indicative of peritoneal and pleural inflammation. [10]

In pursuance of a definite PTB diagnosis, we relied on surgical biopsy of peritoneal granulomatous lesions. AFB- cultures normally require 8-10 weeks and would significantly delay a definite diagnosis. Abdominal exploration and histological examination contributed to the exclusion of malignancy especially in patients with elevated tumor markers.

Ascitic fluid analysis and microscopy provided supporting evidence of mycobacterial infection. A SAAG <1.1g/dl was indicative of a peritoneal microbial involvement. No acid-fast bacilli were identified during microscopy in the ascitic specimen.

Nevertheless, fluid analysis from diagnostic paracentesis remains according to literature a significant auxiliary diagnostic tool. While fluid acid-fast bacilli (AFB) smear and culture have a relatively low yield (3%) in diagnostic paracentesis, yield may be increased with therapeutic paracentesis if volumes of greater than one liter are removed.[11] In addition, determining ascitic adenosine deaminase (ADA) as well as levels of IFN- γ could constitute a reliable supplementary method of substantiating a diagnosis solely based on ascitic fluid examination avoiding surgical biopsy. ADA has proved to be an easy, rapid, safe and reliable method for routine use in the early diagnosis of tuberculous ascites. A cut-off of 28 U/L reached a sensitivity of 94.4% and a specificity of 100%[12]. Maximization of the diagnostic value could be additionally achieved through a combination of ADA and IFN- γ levels in ascitic fluid. [12, 13]

Radiographic findings are also typically inconclusive and overlap with findings seen in peritoneal carcinomatosis and granulomatous peritonitis. Variable involvement of the peritoneum, greater omentum, and small bowel mesentery with ascites can occur over the course of disease. In our case a chest- CT proved to be of utmost importance in identifying the primary tubercular lung lesions, hence raising clinical suspicion. The performed abdominal CT- scan revealed a uniformly contrast-enhanced thickening of the peritoneum and a periaortic lymph node enlargement without any conclusive evidence of peritoneal tubercular involvement.

Monitoring response to anti- TB chemotherapy is another controversial issue and should be personalized based on the patient's clinical features. Apart from observing the patient's clinical response and nutritional status, Ca125 can also play a substantial role. During follow- up normalization of Ca125 conveyed clinical improvement. Increased Ca125 appears in many diseases with mesothelial cell involvement, intra abdominal malignancies and correlates with the degree of liver failure in cirrhosis.[14] It is considered a safe disease- activity marker for patients with TBP, on the condition that malignancy has been definitely excluded.

In conclusion, diagnosing PTB remains challenging. Clinicians should always consider PTB in cases with ascites and concomitant elevated tumor markers. Prompt diagnosis and initiation of anti-TB chemotherapy dramatically diminish morbidity and mortality. Histological confirmation of typical caseating lesions through surgical biopsy remains the gold standard of diagnosis. Initially elevated Ca 125 levels, radiographic findings, ascitic fluid assays and AFB- cultures play a complementary but indispensable role. Ca125 can be used as a reliable tool in monitoring response to anti- TB treatment.

5) References

- [1] Sharma SK, Mohan A Review: Extrapulmonary tuberculosis. *Indian J Med Res.* 2004 Oct; 120(4):316-53.
- [2] Sanai FM, Bzeizi KI Tuberculous peritonitis- presenting features, diagnostic strategies and treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22:685-700.
- [3] Tang LC, Cho HK, Wong Taam VC Atypical presentation of female genital tract tuberculosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1984; 17:355-363
- [4] Uma D, Vasudevan R, Kaushal KP, et al. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: Revisited. *World J Gastroenterol.* 2014 Oct 28; 20(40): 14831-14840.

[5] Kedia S, Mouli VP, Kamat N, et al. Risk of Tuberculosis in Patients With Inflammatory Bowel Disease on Infliximab or Adalimumab Is Dependent on the Local Disease Burden of Tuberculosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol* 2020; 115:340.

[6] Rasheed S, Zinicola R, Watson D, et al. Intra-abdominal and gastrointestinal tuberculosis, *Colorectal Dis.* 2007 Nov; 9(9):773-83.

[7] Cavalli, Ader, Valour, et al. Clinical Presentation, Diagnosis, and Bacterial Epidemiology of Peritoneal Tuberculosis in Two University Hospitals in France, *Infect Dis Ther.* 2016 Jun; 5(2): 193–199.

[8] Lingenfelser T, Zak J, Marks IN, et al. Abdominal tuberculosis: still a potentially lethal disease. *Am J Gastroenterol.* 1993 May; 88(5):744-50

[9] Suárez I., Füngrer S.M., Kröger S., et al. The diagnosis and treatment of tuberculosis. *DtschArzteblatt Int.* 2019;116(43):729–735.

[10] Redman CWE, Jones SR, Luesley DM, et al. Peritoneal trauma releases CA 125? *Br J Cancer.* 1988;58:502-4.

[11] Roberts S., Newsholme W., Gibson T. Diagnosis and management of intra-abdominal tuberculosis. *Br. J. Hosp. Med.* 2018;79(6):C86–C89.

[12] S K Sharma, Mohammad T, Alladi M, et al. Diagnostic accuracy of ascitic fluid IFN-gamma and adenosine deaminase assays in the diagnosis of tuberculous ascites. *J InterferonCytokine Res actions.* 2006 Jul;26(7):484-8.

[13] A Soliman, H A el-Aggan, A M el-Hefnawy, et al. The value of ascites adenosine deaminase activity and interferon gamma level in discriminating tuberculous from non-tuberculous ascites. *J Egypt Soc Parasitol actions.* 1994 Apr;24(1):93-105

[14] Kasper P., Pütz K., Füngrer S. Postoperative granulomatous peritonitis mimicking abdominal tuberculosis. *Clin. Case Rep.* 2018;6(9):1810–1814.

[15] Ruibal Morrell A, Fernandez Llana B, Alvarez A, Allende MT. *AnticancerRes.* 1993; 13: 1717-20.

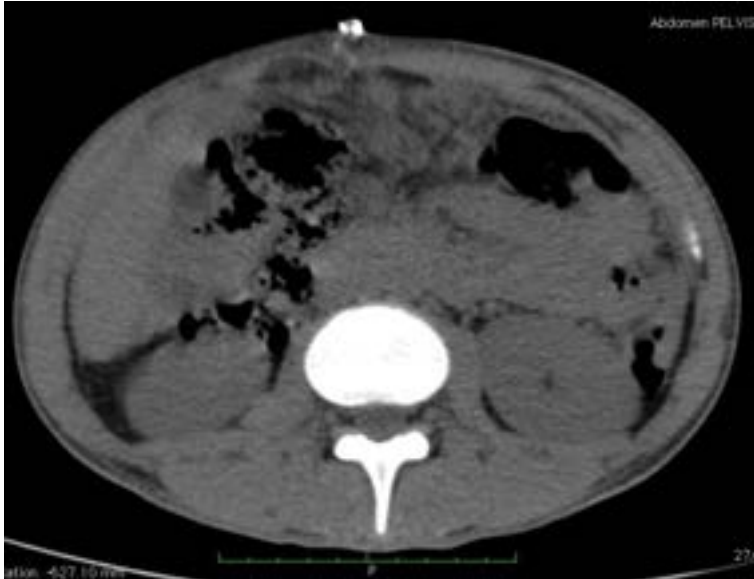


Figure 1- smooth uniform thickening with pronounced enhancement of the peritoneum, non- specific findings of peritoneal disease

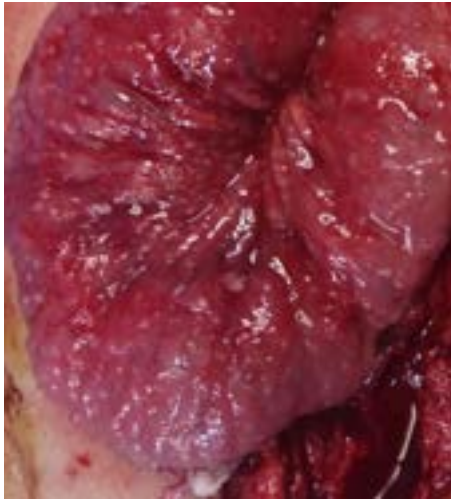


Figure 2. Matted bowel appearance; multiple densely spread granulomas residing on the small bowel surface.

Acute Biliary tract obstruction in a Young Male Patient. A rare case requiring surgical treatment.

Loukas Gkagkaris¹, M. Papastamatiou²

¹General Surgery Clinic, Konstantopouleio Hospital, Athens, Greece.

² Head of General Surgical Department, Konstantopouleio Hospital, Athens, Greece.

Conflict of Interest: none

Keywords: ERCP, Biliary tract diseases, cholecystitis, choledocholithiasis, exploratory laparotomy

1) Abstract:

Cholecystectomy is one of the most commonly performed surgeries in the United States. Post-cholecystectomy choledocholithiasis is a rare occurrence and presentation has been reported over a wide range of time following surgery, from one year to as many as twenty years [2], [5], [7], [8]. In the following case, the patient was found to have choledocholithiasis 33 years after her cholecystectomy. This is the longest reported latency in choledocholithiasis following cholecystectomy in a patient without coexisting peri-ampullary diverticulum [12]. This case was handled at an academic institution and the case report has been presented in accordance with the SCARE criteria [1].

2) CLINICAL CASE

The patient is a 57-year-old African American female with past medical history of hypertension and remote surgical history of cholecystectomy 33 years prior, who presented to another medical center with non-radiating sharp RUQ pain. The patient rated the pain as a 7 out of 10 and experienced associated nausea and vomiting and one episode of fever (102°F) with reduced appetite for two days prior to admittance. Initial laboratory tests were notable for WBC 13,500, AST 514 U/L, ALT 379 U/L, total bilirubin (TB) 2.7 mg/dl, lipase 497 U/L.

Abdominal-pelvic computed tomography (CT) imaging revealed a dilated common bile duct (CBD) of 2.2 centimeters with intrahepatic dilation and a prominent head of the pancreas. Magnetic Resonance Cholangiopancreatography confirmed the dilation of the CBD with distal tapering and showed a small volume of fluid around the liver and the CBD suggestive of cholangitis. The patient was started on IV broad spectrum antibiotics. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) was performed and a protruding, swollen, enlarged ampulla with polypoid changes in the 2nd part of duodenum and localized attenuation of the bile duct were identified. A sphincterotomy was performed with copious biliary drainage. However, stent placement was unsuccessful.

The patient was then transferred to our medical center afebrile and hemodynamically stable. Repeat laboratory tests were notable for WBC 13,300, TB 1.8 mg/dl, ALK 228 U/L, AST 46 U/L, ALT 128 U/L, lipase 36 U/L. The prior biliary endoscopic sphincterotomy appeared open at repeat ERCP done by our GI

endoscopist (BG). The cholangiogram showed that the left main hepatic duct, right main hepatic duct, common bile duct and common hepatic duct were moderately dilated. A filling defect consistent with a stone was seen on the cholangiogram. There was also a low lying cystic duct and long cystic duct remnant (Fig. 1). The biliary tree was swept and a *trans*-papillary dilation was performed. Sludge and stone fragments were removed. It was unclear if the stone fragments were completely removed, therefore a 10Fr × 7 cm plastic stent was placed into the common bile duct.

3) CONCLUSION

To our knowledge, this is the second case reported in the literature [12] with a latency of over 30 years between cholecystectomy and presentation of CBD lithiasis. This extreme latency in presentation importantly highlights possibilities of post-cholecystectomy bile duct stones and the need to acknowledge the potential for such late presentations even in patients who have undergone cholecystectomies, thus reducing the propensity for secondary stones within the bile ducts. This case serves as an addition to the existing literature regarding post-cholecystectomy choledocholithiasis and further exemplifies the possible extent of latency in their presentation. Though we do not report the longest latency within the literature, we aim to provide another case of extreme latency to further enumerate the incidence of these cases in the hopes that a greater understanding and documentation of their etiology will follow. Given the uncertain cause of this presentation, and similar post-operative complications reported in the literature, it is important to identify potential contributors to these late presentations and proactively address them.

4) REFERENCES

1. VeleV V, Tolekova N, Naidenova N, et al. Acalculous cholecystitis in a child in the course of *salmonella* gastroenteritis. Clinical case with a review of the literature. *Pediatric Infect Dis*. 2018; 3(1), 125-127.
2. Lo, Wen-Tsung, et al. Acute Septicaemic Acalculous Cholecystitis Complicated by Empyema Caused by *Salmonella* Group D in a Previously Healthy Child. *European Journal of Pediatrics*. 2002; 161(11), 575–577.
3. Tsakayannis D. E., Kozakewich H. P. W., et al. Acalculous cholecystitis in children. *Journal of Pediatric Surgery*. 1996; 31(1), 127–131.
4. Nanni, G. Acute acalculous cholecystitis in childhood. *Postgraduate Medicine*. 1983; 74(5), 269–274.
5. Ruiz-Rebollo, M. L., Sánchez-Antolín, G., García-Pajares, et al. Acalculous cholecystitis due to *Salmonella* enteritidis. *World Journal of Gastroenterology*. 2008; 14(41), 6408–6409.
6. Poddighe, D., & Sazonov, V. Acute acalculous cholecystitis in children. *World Journal of Gastroenterology*. 2018; 24(43), 4870–4879.
7. Herman, H. K., Hampshire, K. N., Khoshnam, et al. Suppurative granulomatous cholecystitis in a pediatric chronic carrier with *salmonella* enterica serotype typhi: A case report and review of literature. *Fetal and Pediatric Pathology*. 2016; 35(2), 129–132.
8. Poddighe, D., Tresoldi, M., Licari, A., et al. Acalculous Acute Cholecystitis in Previously Healthy Children: General Overview and Analysis of Pediatric Infectious Cases. *International Journal of Hepatology*. 2015; 3(1), 156-160.

9. Ali, R., Ahmed, S., Qadir, M., Atiq, H., & Hamid, M. Salmonella cholecystitis: Atypical presentation of a typical condition. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*. 2013; 23(11), 826–827.
10. Crawford, R. W., Rosales-Reyes, R., Ramírez-Aguilar, et al. Gallstones play a significant role in Salmonella spp. gallbladder colonization and carriage. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2010; 107(9), 4353–4358.
11. Gonzalez-Escobedo, G., Marshall, J. M., et al. (2011). Chronic and acute infection of the gall bladder by Salmonella Typhi: Understanding the carrier state. *Nature Reviews Microbiology*. 2011; 9(1), 9–14.
12. Menendez, A., Arena, E. T., Guttman, J. A., et al. Salmonella infection of gallbladder epithelial cells drives local inflammation and injury in a model of acute typhoid fever. *Journal of Infectious Diseases*. 2009;200(11), 1703–1713.
13. Beiler, H. A., Kuntz, C., Eckstein, et al. Cholecystolithiasis and Infection of the Biliary Tract with Salmonella Virchow - A Very Rare Case in Early Childhood. *European Journal of Pediatric Surgery*. 1995; 5(6), 369–371.
14. Beals, J. A. Cholecystitis and cholelithiasis in children. *Southern Medical Journal*. 1928; 21(8), 666–673.
15. Lobe, T. E. Cholelithiasis and cholecystitis in children. *Seminars in Pediatric Surgery*. 2000; 9(4), 170–176.
16. Wang Y, Qi M, Hong J. Role of the biliary microbiome in gallstone disease. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018; 12(12), 1193-1205.

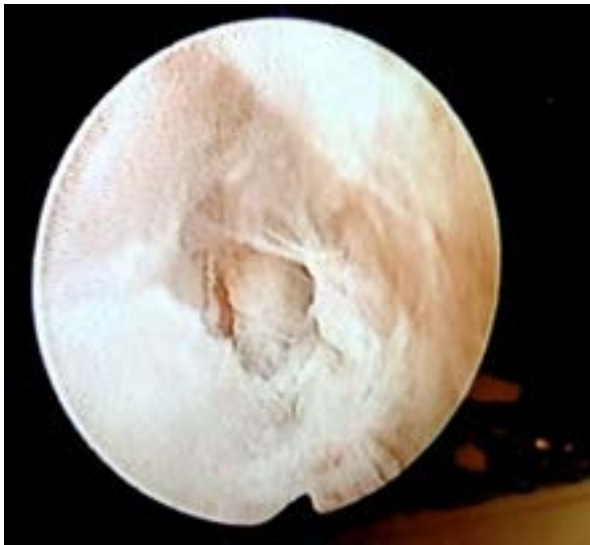
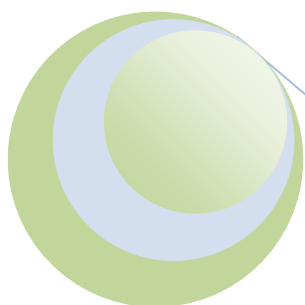


Figure 1: endoscopy of the common bile duct



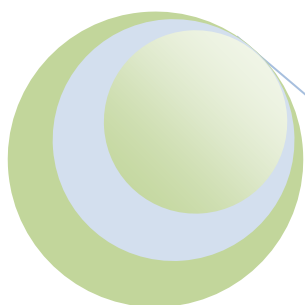
**ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ
ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
- 2021**



Επιτροπές του Νοσοκομείου – Συμμετοχή ιατρών Χειρουργικής Κλινικής

1. Επιτροπή Προγραμματισμού και Κατανομής Εμβολίων, μέλος **Μ.Παπασταματίου** (1311/11-1-2021)
2. Ανανέωση Επιτροπής Φαρμάκων και Φαρμακοεπαγρύπνιση, μέλος **Μ.Παπασταματίου** (6762/4-3-2022)
3. Επιτροπή παραλαβής τροφίμων Φεβρουαρίου 2021. Μέλος **Αγοριανίτης Λ.**(ειδικευόμενος) και **Γιαννόπουλος Σ** (ειδικευόμενος)
4. Επιτροπή παραλαβής τροφίμων Μάρτιο 2021. Μέλος **Κυριάκου Σ.**(ειδικευόμενη)
5. Επιτροπή παραλαβής τροφίμων Απρίλιο 2021. Μέλος **Κυριάκου Σ.**(ειδικευόμενη)
6. Επιτροπή σύνταξης τεχνικών προδιαγραφών για προμήθεια του είδους διατάξεις ενδοσκοπίας και ενδοχειρουργικής. Μέλη: **Βελεχέρης δ., Δελής Σ., Δαμηλάκης Ι., Μανές Κ.**
7. Επιτροπή διενέργειας διαγωνισμού για παροχή υπηρεσιών επισκευής και συντήρησης ιατρικού εξοπλισμού. Μέλη: **Κυριάκου Β.** και **Καράμπας Β.**
8. Επιτροπή παραλαβής τροφίμων Ιούλιο 2021. Μέλος **Μαλάμη ΜΕ**(ειδικευόμενη)
9. Επιτροπή παραλαβής τροφίμων Αύγουστο 2021. Μέλη: **Κουβαράκης Η** και **Κυριάκου Σ.** (ειδικευόμενοι)
10. Επιτροπή παραλαβής τροφίμων Σεπτέμβριο 2021. Μέλος **Κυριάκου Σ.** (ειδικευόμενη)
11. Επιτροπή διενέργειας διαγωνισμού στηριγμάτων βραχίονα χειρουργικής τράπεζας. Μέλη: **Μανές Κ.** και **Καράμπας Β.**
12. Επιτροπή διενέργειας διαγωνισμού για την προμήθεια ιατρικών εργαλείων χειρουργικής κλινικής. Μέλη: **Μανές Κ., Καράμπας Β., Παπαδοπούλου Σ., Αντωνίκη Κ.**
13. Επιτροπή Παραλαβής Ιατρικών Εργαλείων Χειρουργικής Κλινικής. Μέλη: **Κυριάκου Β., Σερέτης Φ.**
14. Αναπληρωματικό Μέλος του ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ του «Κωνσταντοπούλειου» Γ.Ν.Ν.Ιωνίας-Πατησίων στο διάστημα 2020-2022, στο βαθμό του Επιμελητή Α` , **Μανές Κ.**
15. Τακτικό μέλος της ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ υπαλλήλων του «Κωνσταντοπούλειου» Γ.Ν.Ν.Ιωνίας-Πατησίων στο διάστημα 2020-2021 (3^η Θητεία), **Μανές Κ, Καράμπας Β.**
16. ΕΟΚΟΧΑ. Μέλος: **Καράμπας Β.**
17. Πρόεδρος διανοσοκομειακής επιτροπής «Διατομεακή Επιτροπή Διαχείρισης κοινής ψηφιακής Πολιτικής δράσεων Ηλ.Υγείας». **Καράμπας Β.**
18. Επιτροπή συγκρότησης τεχνικών προδιαγραφών για την προμήθεια προϊόντων τεχνητής διατροφής. Μέλος: **Καράμπας Β.**
19. Επιτροπή σύνταξης τεχνικών προδιαγραφών για την προμήθεια ραμμάτων. Μέλος **Καράμπας Β.**
20. Επιτροπή αξιολόγησης τεχνικών προδιαγραφών και αξιολόγηση δικαιολογητικών για την προμήθεια γαντιών. Μέλος: **Καράμπας Β.**

21. **DRG** – κωδικοποίηση ιατρικών πράξεων. Εκπαιδευτής ιατρών Νοσοκομείου **Καράμπας Β.**
22. **DRG** – Υπεύθυνος Χειρουργικού τμήματος **Δαμηλάκης Ι.**



**ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ
- 2021**



1. Πρωτόκολλο Εντερικής Απόφραξης

ΟΡΙΣΜΟΙ

Α. Μερική απόφραξη: Ο εντερικός αυλός παρουσιάζει στένωση, επιτρέπει όμως την διέλευση υγρών και αέρα η οποία εκδηλώνεται κλινικά με την αποβολή αερίων ή την παρουσία αέρα περιφερικά της απόφραξης.

Β. Πλήρης εντερική απόφραξη: ο εντερικός αυλός παρουσιάζει πλήρη απόφραξη.

Γ. Επιλεγμένη εντερική απόφραξη: Υπάρχει διαταραχή της αιμάτωσης στο τοίχωμα κάποιου τμήματος του εντέρου είτε λόγω αυξημένης ενδοαυλικής πίεσης που παρακωλύει την φλεβική επιστροφή είτε λόγω διακοπής της αιματικής ροής στο μεσεντέριο από συστροφή ή παγίδευση.

Δ. Απόφραξη τύπου κλειστής έλικας: Σε αυτές τις περιπτώσεις η παλίνδρομη αποσυμφόρηση είναι αδύνατη και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ταχύτερη διάταση του εντέρου με αντίστοιχα γρήγορα εμφάνιση της ισχαιμίας.

Ε. Συστροφή: τμήμα του εντέρου περιστρέφεται γύρω από τον άξονά του. Λειτουργεί εξ ορισμού σαν κλειστή έλικα.

* Δεν χρησιμοποιείται ο όρος ειλεός, για να μην γίνεται σύγχυση με την ξένη βιβλιογραφία.

** Το πρωτόκολλο έχει εφαρμογή σε καταστάσεις οποιασδήποτε αιτιολογίας λεπτού εντέρου.

ΒΗΜΑ 1

ΑΡΧΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΣΗΜΕΙΟ Α

-ΟΛΟΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΕΞΑΡΧΗΣ ΝΑ ΔΙΝΕΤΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΟΓΚΟΥ(Εκτίμηση του βαθμού αφυδάτωσης- συνάρτηση της διάρκειας των συμπτωμάτων και του επιπέδου της απόφραξης)

Περιλαμβάνονται: **πρώιμη ανάνηψη**

- Έναρξη χορήγησης ισότονων ορών
- Αντιμετώπιση των εμέτων- αντιεμετικά
- Levin- δεν απαιτείται σε αποφράξεις χωρίς σημαντική κοιλιακή διάταση
- Foley- προαιρετικά
- Με την ολοκλήρωση των εργαστηριακών εξετάσεων να γίνεται διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. ΣΗΜ: διόρθωση των διαταραχών νατρίου δεν απαιτείται

- Εντατική παρακολούθηση(monitoring)σε περιπτώσεις καρδιολογικής , αναπνευστικής και νεφρικής συνοσηρότητας)

ΣΗΜΕΙΟ Β

Η αξιολόγηση της εκδοχής ύπαρξης μιας επιπλεγμένης εντερικής απόφραξης πρέπει να εξετάζεται κατά απόλυτη προτεραιότητα- σε τέτοιες περιπτώσεις είναι τουλάχιστον περιττός ένας λεπτομερής διαγνωστικός έλεγχος. Τα παρακάτω ευρήματαεπιτάσσουν μια ταχείαανάληψη και γρήγορηχειρουργική αντιμετώπιση

- Αντικειμενικά ευρήματα: πυρετός, συνεχής ισχυρός κοιλιακός πόνος, ταχυκαρδία, αναπηδώσα ευαισθησία, σύσπαση κοιλιακών τοιχωμάτων, περισφιγμένη κήλη.
- Εργαστηριακά ευρήματα: λευκοκυττάρωση, οξέωση
- Απεικονιστικά ευρήματα:α)Ακτινογραφίες: πνευμάτωση, αέρας στην πυλαία φλέβα, πνευμοπεριτόναιοβ)Αξονική τομογραφία: όλαόσα ισχύουν για τιςακτινογραφίεςκαθώς και τα επόμενα: συστροφή, κλειστή έλικα, εγκολεασμός και πλήρης εντερική απόφραξη

ΒΗΜΑ2

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

- 1) **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**- βασική εξέταση ανά συστήματα χωρίς να παραλείπεται η δακτυλική εξέταση. Οι εντερικοί ήχοι ενδέχεται να είναι έντονοι, αυξημένης έντασης ή να απουσιάσουν εντελώς ανάλογα με το χρονικό διάστημα από την εμφάνιση του επεισοδίου
- 2) Γενική αίματος και βιοχημικός έλεγχος που περιλαμβάνει: γλυκόζη, ουρία, κρεατινίνη, νάτριο, κάλιο, μαγνήσιο, ασβέστιο, φώσφορο, CPK, cTrop, αμυλάση, Αέρια αρτηριακού αίματος. Επιπλέον εργαστηριακά ανάλογα με τις εκδηλώσεις ή την συνοσηρότητας
- 3) **ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ:** ακτινογραφίες – 3 λήψεις: **όρθια, ύπτια, όρθια θώρακα**(σε κάθε περίπτωση πρέπει να υπάρχει μια καλή εικόνα της πυέλου και των ημιαφραγμάτων) Από τις ακτινογραφίες είναι απαραίτητο να διασαφηνιστεί α) η αμεσότητα ανάγκης χειρουργική παρέμβασης – αναζητούνται τα στοιχεία που περιγράφονται πιο πάνω β) να καθοριστεί ο βαθμός εντερικής απόφραξης – πλήρης ή ατελής, να καθοριστεί το επίπεδο (distal ή proximal). Εξετάζονται: παρουσία/ συγχρονισμός υδραερικών επιπέδων, διάταση(dilatation), οίδημα(distension) των εντερικών ελίκων, παρουσία αέρα στο παχύ έντερο.Στην αξονική τομογραφία(σπάνια είναι απαραίτητη στην αρχική εκτίμηση, αφορά τις κατηγορίες ασθενών όπου «είναι απαραίτητη η αξονική τομογραφία στα τεπ» . βλ ειδικό πρωτόκολλο, **αν γίνει θα γίνεται χωρίς σκιαγραφικό από το στόμα)**

ΒΗΜΑ 3

Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΛΟΓΟΥΣ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΕΙ ΚΑΤΕΠΕΙΓΟΝΤΩΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ

Ακολουθεί η εισαγωγή στο τμήμα για παρακολούθηση και αρχικά συντηρητική αντιμετώπιση η οποία περιλαμβάνει:

- Καθορισμός του είδους monitoring-
βασικό: θερμομέτρηση/4ωρο, ΑΠ και σφύξεις/ 4ωρο, διούρηση/6ωρο, αέρια αίματος/12ωρο, κλινικές επανεκτιμήσεις / 4ωρο, εργαστηριακός έλεγχος ανά 12ωρο
εντατικό:(σε περιπτώσεις αρχικών ή συνεχιζόμενων αιμοδυναμικών παθολογικών αποκλίσεων , σοβαρή συνοσηρότητα από αλλά συστήματα) συνεχής καταγραφή αρτηριακής πίεσης και σφύξεων, ωριαία διούρηση, κεντρική φλεβική πίεση, συνεχής οξυμετρία
 - Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών σύμφωνα με τους τύπους με στόχο την βαθμιαία αναπλήρωση των εγκατεστημένων ελλειμμάτων και την κάλυψη των ημερήσιων αναγκών
- Χορηγείται 0,9% ή Ringer's lactate σύμφωνα με το τύπο με στόχο την βαθμιαία

Έλλειμμα ελευθέρου ύδατος = % συνολικού ύδατος, fraction x βάρος kg (μετρημένο Na / ιδανικό Na - 1)

Fraction = 0,6 ενήλικες / 0,5 ηλικιωμένοι άνδρες

0,5 ενήλικες / 0,45 ηλικιωμένες γυναίκες / 0,6 παιδιά

αναπλήρωση των ελλειμάτων εντός 48ωρου. Η χορήγηση γίνεται ταχύτερα των πρώτο 4ωρο και ακόμη πιο επιθετικά το πρώτο 8ωρο όπως ισχύει για τους εγκαυματίες ασθενείς. Η χορήγηση μπορεί να γίνεται με ρυθμό 1-3ml/kg/hr. **ΣΤΟΧΟΙ ΑΝΑΝΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ-Διούρηση 0,5ml/kg/hr στους ενήλικες (50-100cc/hr), Καρδιακή συχνότητα- HR<110' . * Μείωση του εύρους σφυγμού υποδεικνύει πρώιμα το shock, Γαλακτικό οξύ-ισχυρός δείκτης θνησιμότητας, αντικατοπτρίζει ισχαιμική την ιστική οξυγόνωση καθώς και το επίπεδο ενδοαγγειακού όγκου. Για τιμές > 3 ισχύει ότι απαιτείται περαιτέρω ανάνηψη**

- Όλοι οι ηλεκτρολύτες υπολογίζονται με βάση του ισχύοντες τύπους
- Προτεραιότητα να δίνεται στην διόρθωση των διαταραχών καλίου

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΕΠΟΜΕΝΟ 24 ΩΡΟ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Η νέα κλινική επανεκτίμηση περιλαμβάνει εκτός των παραμέτρων παρακολούθησης της ανάνηψης, **ενδείξεις που επιβάλουν την διακοπή της συντηρητικής θεραπείας**(άμεσα χειρουργική παρέμβαση)- **ΙΣΧΥΟΥΝ ΤΑ ΑΝΑΦΕΡΘΕΝΤΑ ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ 2, σημειώνεται ότι έχουν εφαρμογή σε κάθε σημείο της νοσηλείας**
- **ΤΟ ΕΠΟΜΕΝΟ 24ΩΡΟ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ** γίνεται σε όλους τους ασθενείς αξονική τομογραφία με ρ.ο και ι.νσκιαγραφικά μέσα. Στην εξέταση καθορίζεται με ακρίβεια το ύψος και το βαθμό του κωλύματος, γίνεται αιτιολογική διερεύνηση, εξακριβώνει με ακρίβεια την ύπαρξη κλειστής έλικας, νεοπλασμάτων, λοιμωδών και φλεγμονωδών καταστάσεων αλλά δίνονται με μεγαλύτερη ακρίβεια οι πληροφορίες του ακτινολογικού ελέγχου.
- **Η χορήγηση της γαστρογραφίνης έχει κατά βάση θεραπευτικό σκοπό. Χορηγούνται 50-150ml.**
- **Νέες ακτινογραφίες κοιλίας η ακτινογραφίες τύπου series, δεν απαιτούνται.**

ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΠΙΘΑΝΟ ΝΑ ΕΠΙΛΥΘΟΥΝ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Φλεγμονώδεις νόσοι- συνήθους προκαλούν μερική απόφραξη
- Ιστορικό πολλαπλών επεισοδίων με νοσηλείες και αυτόματη ύφεση
- Κλειστές κακώσεις κοιλίας
- Παραδωδεκαδακτυλική κήλη
- Σύνδρομο γαστρικής απόφραξης
- Μετεγχειρητική απόφραξη

Όταν δεν υπάρχουν σημεία στραγγαλισμού και περιτονίτιδας είναι απολύτως ασφαλές να ακολουθηθεί μη χειρουργική αντιμετώπιση.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- Κακοήθειες- η απόφραξη οφείλεται σε μεταστάσεις, η αρχική αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι μη χειρουργική
- Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου-υψηλές δόσεις στεροειδών επιλύουν συχνά το πρόβλημα της απόφραξης
- Ενδοκοιλιακά αποστήματα- η παροχέτευση υπό αξονικό επιλύει το πρόβλημα
- Ακτινική εντερίτιδα-
ΕΑΝ ακολουθεί την θεραπεία άμεσα , η συντηρητική θεραπεία είναι αρκετή ΕΑΝ είναι χρόνια, με συχνές υποτροπές η χειρουργική παρέμβαση ενδείκνυται
- Περισφιγμένες κήλες-μετά την ανάταξή τους, η επέμβαση να γίνεται το συντομότερο δυνατόν.
- Μετεγχειρητική απόφραξη: δύσκολη η διάκριση από τον μετεγχειρητικό ειλεό. Εντούτοις η συντηρητική αντιμετώπιση είναι προτιμότερη

ΣΗΜΕΙΑ ΠΟΥ ΑΠΟΔΕΙΚΝΟΥΝ ΕΠΙΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ

- Αποκατάσταση της αποβολής κενώσεων και αερίων

- Παροχή LEVIN < 200cc /6 ώρες μη εντερικού και μη γαστροπληγικού περιεχομένου
- Ύφεση του κοιλιακού άλγους
- Μείωση της κοιλιακής διάτασης

Σε αυτούς τους ασθενείς η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει ενέργειες για την συνολική μετάβαση στην πλήρη λήψη τροφής και υγρών από το στόμα και στην έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο. Η μετάβαση σε στερεά τροφή πρέπει να γίνεται εντός 24 ωρου από την κλινική βελτίωση. Εφόσον υπάρχει βελτίωση η φαρμακευτική αγωγή γίνεται συνολικά από του στόματος.

ΔΕΝ υπάρχει λόγος για επαναλαμβανόμενες ακτινογραφίες- η παρακολούθηση της εξέλιξης των υδραερικών επιπέδων είναι αναξιόπιστος δείκτης. Συνήθως παραμένουν και μετά την κλινική βελτίωση.

Δεν είναι απαραίτητο κάθε ασθενής να έχει Levin αλλά ισχύουν συγκεκριμένες ενδείξεις όπως- μεγάλη κοιλιακή διάταση, πολλαπλοί έμετοι, διάταση στομάχου. Η απρόσκοπτη λειτουργία του Levin πρέπει να επιβεβαιώνεται σε κάθε επίσκεψη του ιατρικού και

Καταστάσεις που είναι μάλλον απίθανο να επιλυθούν μέσω συντηρητικής αντιμετώπισης.

Σε αυτούς τους ασθενείς δεν υπάρχει όφελος από την μακρά παρακολούθηση.

- Πλήρης εντερική απόφραξη
- Προηγούμενη χειρουργική επέμβαση στην κοιλιά εντός 6 μηνών
- Εντερική απόφραξη όταν έχει προηγηθεί επέμβαση σκοληκοειδεκτομής ή στα εξαρτήματα
- Ελεύθερο υγρό ενδοπεριτοναϊκά
- Οίδημα μεσεντερίου
- Flaccid feces sign

νοσηλευτικού προσωπικού και να καταγράφεται η παροχή του ανά 4ωρο.

Ασθενείς που δεν έχουν Levin, λαμβάνουν τουλάχιστον υγρά και μαλακές τροφές εκτός κι αν αυτό ορίζεται από άλλη διαδικασία

Πριν το εξιτήριο

- συμβολή διατροφολόγου και καθορισμός εξατομικευμένου διαιτολογίου
- προσδιορισμός ειδικών οδηγιών και επίδοση ενημερωτικού σημειώματος
- **Είναι εξαιρετικά απίθανο** να παρουσιαστεί εντερική απόφραξη συμφυτικού τύπου χωρίς να έχει προηγηθεί χειρουργική επέμβαση στην κοιλιά. Υπάρχει μόνο μία περίπτωση αυτής αμβλείας κάκωσης κοιλίας με ακόλουθη συντηρητική αντιμετώπιση αιμοπεριτοναίου. Επομένως θα πρέπει να έχει εξακριβωθεί η αιτία της απόφραξης να γίνεται σχεδιασμός περαιτέρω ελέγχου- ενδοσκοπικός, μαγνητική τομογραφία, εντερόκλυση, συμβολή γαστρεντερολόγου.

Κριτήρια εξόδου

- Απουσία οξέων συμπτωμάτων
- Δυνατότητα λήψης τροφής και φαρμακευτικής αγωγής από το στόμα

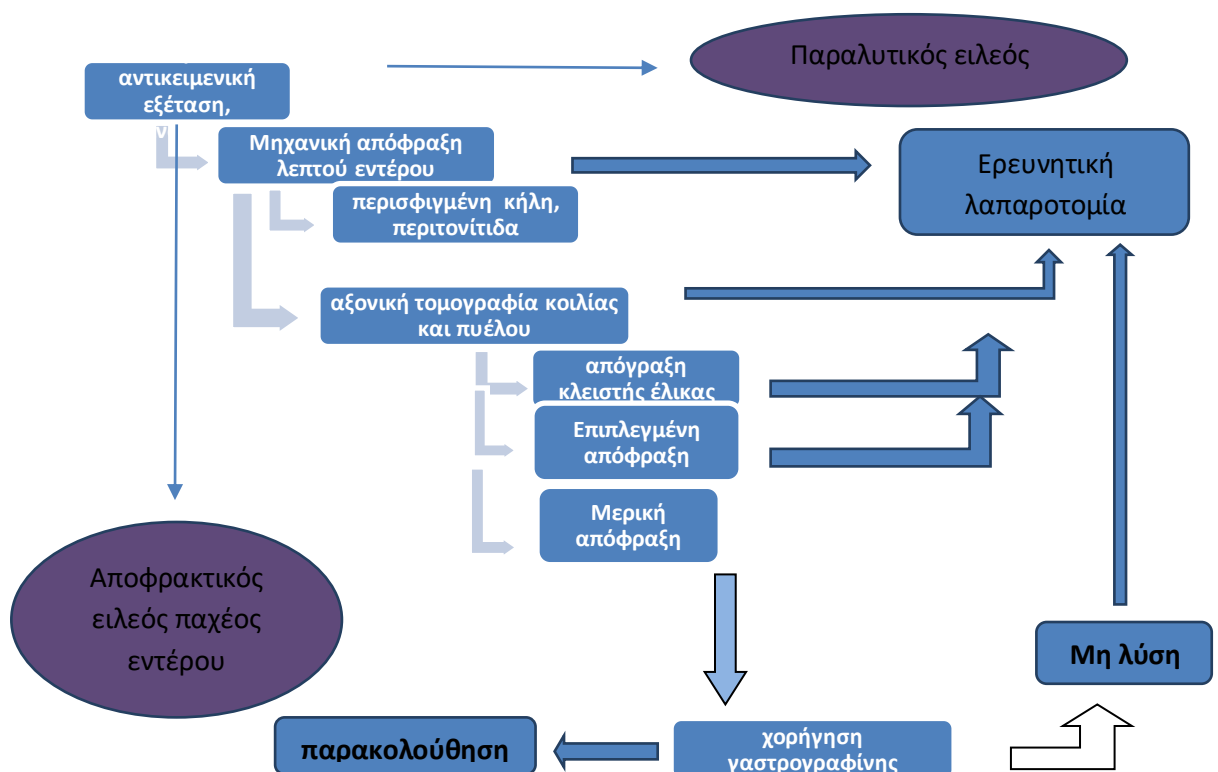
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- **ΜΕΤΑ ΑΠΟ 48-72 ΩΡΕΣ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ**
- **ΑΝ Η ΠΑΡΟΧΗ ΤΟΥ ΛΕΥΚΙΝΕΙΝΑΙ >500cc/24ωρο**
- **Οποτεδήποτε σε κάθε περίπτωση εμφάνισης επιπλεγμένης απόφραξης**
- **ΑΝ ΕΜΦΑΝΙΣΤΕΙ ΠΥΡΕΤΟΣ Ή ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ > 15.000 (ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες)**
- Η ανοικτή επέμβαση προτιμάται μετά από αποτυχία συντηρητικής αντιμετώπισης
- Η λαπαροσκοπική επέμβαση μπορεί να επιλεγεί σε περίπτωση πρώτου επεισοδίου εντερικής απόφραξης και μετά από γυναικολογικές επεμβάσεις και επέμβαση σκωληκοειδεκτομής.
- Κανένα όφελος από την χρήση αντισυμφυτικών παραγόντων

95

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ- Παρεντερική σίτιση

- **Εξακριβωμένες περιπτώσεις γενικευμένης καρκινωμάτωσης με παρουσία πολλαπλών κλειστών ελίκων**
- **Μετεγχειρητικοί ειλεοί**
- **Ακτινική εντερίτιδα**



Εικόνα 1. Αλγόριθμος αντιμετώπισης

2.Πρωτόκολλο διαχωρισμού ασθενών στην κλινική για την προάσπιση της μικροβιακής αντοχής.

Εισαγωγή

Στο πλαίσιο της προάσπισης της μικροβιακής αντοχής, της αποτροπής μετάδοσης από ασθενή σε ασθενή πολυανθεκτικών μικροβίων, καθώς και της δημιουργίας μικροβιακής αντοχής στον ίδιο τον ασθενή προτείνεται η εφαρμογή συγκεκριμένων δράσεων μέσω ενός συστήματος που θα εντοπίζει τον κίνδυνο φορείας ενός ΠΜ και θα διαχωρίζει τους ασθενείς.

Επιτηρούνται οι μικροοργανισμοί των εξής μικροβιακών αντοχών:

- MRSA Hospital
- MRSA Com
- MSSA
- Cdf
- KPC και άλλα γονίδια
- VRE
- ESBL

Όλοι οι νεοεισερχόμενοι ασθενείς κατατάσσονται σε μια από τις παρακάτω κατηγορίες:

Οι ασθενείς ομαδοποιούνται σε 3 κατηγορίες:

1^η Ομάδα: Ασθενείς **υψηλού** κινδύνου → Είναι ασθενείς με επιβεβαιωμένη λοίμωξη από κάποιον εκ των παραπάνω μικροβιακών αντοχών.

2^η Ομάδα: **Υποπτοι** ασθενείς **για φορεία ή λοίμωξη** → Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου: ασθενείς με νεοπλάσματα υπό ΧΜΘ, αιματολογικοί ασθενείς (νεοπλασίες, πολυμεταγγιζόμενοι), ασθενείς με νοσηλεία σε ιδρύματα, ασθενείς με νοσηλεία εντός εξαμήνου σε ΜΕΘ, ΧΕΝ, ασθενείς με ξένα σώματα, ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε κοινό θάλαμο με ασθενή με ΠΑΜ με φορεία ή λοίμωξη, ασθενείς με παρατεταμένη νοσηλεία > 15 ημερών, ασθενείς που λαμβάνουν προωθημένα αντιβιοτικά (καρβαπενέμες, νεότερα αντιβιοτικά όπως Zebraxa, zaricefta, xydalba, colistin).

3^η Ομάδα: Ασθενείς **χαμηλής** υποψίας → Όλοι οι υπόλοιποι ασθενείς που δεν εντάσσονται στις 2 πρώτες κατηγορίες.

Εφαρμόζονται 3 είδη επιτήρησης με βάση την ομάδα στην οποία ανήκουν και κατά αυτόν τον τρόπο ταξινομούνται στους θαλάμους.

Η επιτήρηση περιλαμβάνει τα εξής επίπεδα (με βάση πάντα τις δυνατότητες κλινών, προσωπικού, εργαλείων και άλλα)

1^ο επίπεδο επιτήρησης: πλήρης διαχωρισμός από τους υπόλοιπους ασθενείς, συνθήκες μόνωσης των ασθενών νοσούντων με ΠΑΜ και πλήρης εφαρμογή των βασικών

προφυλάξεων και των προφυλάξεων επαφής από όλους τους επαγγελματίες υγείας και τους επισκέπτες.

2° επίπεδο επιτήρησης: σε αυτό το επίπεδο εντάσσονται οι ασθενείς της 2^{ης} ομάδας, από τους οποίους θα αναζητηθεί η φορεία τους μέσω ορθικών, ρινικών ή από πτυχές λήψης επιχρισμάτων και δεν αναμιγνύονται με άλλους ασθενείς (υλικά, εξοπλισμός). Με τα αποτελέσματα του επιχρίσματος ο ασθενής θα εντάσσεται ή στο 1° ή στο 3° επίπεδο επιτήρησης.

3° επίπεδο επιτήρησης: Σε αυτό το επίπεδο εφαρμόζονται οι βασικές προφυλάξεις που ισχύουν για τη νοσηλεία κάθε ασθενούς.

Στο τμήμα θα εφαρμόζεται κατά το δυνατόν τα μέτρα διαχωρισμού ως εξής:

Ιδανική Συνθήκη: Κάθε ασθενής που ανήκει στην 1^η ομάδα θα νοσηλεύεται σε ξεχωριστό θάλαμο με εφαρμογή όλων των μέτρων που περιγράφηκαν,

Ικανοποιητική Συνθήκη: Δυο ασθενείς της 1^{ης} ομάδας με το ίδιο ΠΑΜ (γένος, φαινότυπο αντοχής) στον ίδιο θάλαμο με εφαρμογή όλων των μέτρων που περιγράφηκαν.

Μέτρια Συνθήκη: Δυο ασθενείς της 1^{ης} ομάδας με διαφορετικό ΠΑΜ στον ίδιο θάλαμο με τουλάχιστον 1 μέτρο απόσταση μεταξύ τους ή ένα κενό κρεβάτι ενδιάμεσα.

3. Προεγχειρητική Χημειοπροφύλαξη

Καθαρές επεμβάσεις χωρίς διάνοιξη εντερικού αυλού και χωρίς τοποθέτηση ξένου σώματος δεν δίνεται αντιβίωση*

- Θυρεοειδεκτομή, παραθυρεοειδεκτομή
- Επεμβάσεις μαστού
- Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς χολοκυστίτιδα
- Επεμβάσεις δέρματος και μαλακών μορίων
- Μικρές επεμβάσεις ουρογεννητικού
- Κήλες χωρίς πλέγμα
- Κάθε προγραμματισμένη λαπαροσκοπική επέμβαση

ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΙ

Σε καταστάσεις υψηλής υποψίας για αποικισμούς ΜΚ8Α, θα πρέπει να γίνεται μια εβδομάδα πριν προσπάθεια εκρίζωσης/ μείωση μικροβιακού φορτίου:

- Γνωστή φορεία
- Ενεργός σταφυλοκοκκική λοίμωξη
- Ομάδα υψηλού κινδύνου(ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, αιματολογικοί ασθενείς, ασθενείς προερχόμενοι από ιδρύματα και κέντρα αποκατάστασης).
- για 1 εβδομάδα 3 φορές την εφαρμογή ενδορινικά Mupirocin oint/Bactroban nasal oint.
- Καθημερινά μπάνιο με Hibitane scrub.
- Σε επεμβάσεις με τοποθέτηση πλέγματος για βουβωνοκήλη αρκεί μια δόση ΚΕΦΟΥΡΟΞΙΜΗΣ 1,5 9Γ
- Σε μεγάλες μετεγχειρητικές κήλες με τοποθέτηση πλέγματος προστίθεται ένα από τα εξής CUBICIN 6mg/kg σε ενδοφλέβια έγχυση 30' ή Targocid 400mg (6mg/kg), συνέχιση της αγωγής ανά 8 ώρες για το πρώτο 24ωρο.
- Για αποικισμούς VRE, ESBL, KPC δεν δικαιολογείται προωθημένο αντιβιοτικό σχήμα.

ΔΟΣΗ, ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

- Η χορήγηση του πρέπει να έχει ολοκληρωθεί πριν την τομή στο δέρμα
- Προσοχή σε αντιβιοτικά που έχουν μακρύ χρόνο έγχυσης όπως οι κινολόνες και τα γλυκοπεπτίδια.
- Λαμβάνεται υπόψη το σωματικό βάρος των ασθενών και διπλασιάζεται η δόση της κεφουροξίμης για BMI > 35
- Σε νεφρική ανεπάρκεια δεν τροποποιείται η δόση.
- Επανάληψη της δόσης των κεφαλοσπορινών σε επεμβάσεις που ξεπερνούν σε διάρκεια τις 3 ώρες
- Πέρα από τις ειδικές εξαιρέσεις, μία δόση από το επιλεγμένο αντιβιοτικό αρκεί.

ΑΝΑΕΡΟΒΙΑ ΚΑΛΥΨΗ

Η Μετρονιδαζόλη χρησιμοποιείται σε μια δόση

- Σε επεμβάσεις παχέος εντέρου και πρωκτού
- Σε επεμβάσεις λεπτού εντέρου με εντερική απόφραξη
- Σε επεμβάσεις στα χοληφόρα σε σαχαροδιαβητικούς ασθενείς και σε ηλικίες άνω των 70 ετών.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΟΥ

- Απαιτείται κάλυψη για τα μικρόβια της δερματικής και ενδογενούς χλωρίδας
- Επιλέγεται κεφουροξίμη 1,5 ρΓ με / χωρίς Μετρονιδαζόλη 500mg
- Εναλλακτική του σχήματος μπορεί να χρησιμοποιηθεί η Αμπικιλίνη - Σουλπακτάμη 1.5-3gr

- Σε αλλεργίες στις β λακταμικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί Dalacine 600mg+Gentamycin 5mg/kg ή Ciprofloxacin 600mg +Aztreonam 2gr
- Όταν έχει χρησιμοποιηθεί το αντιβιοτικό το τελευταίο τρίμηνο, επιλέγεται αντιβιοτικό διαφορετικής κατηγορίας
- Ασθενείς που βρίσκονται σε θεραπεία με αντιβιοτικό σχήμα, συνεχίζουν αυτό εφόσον καλύπτει την χλωρίδα της περιοχής**.

*** Ενδεχομένως να απαιτηθεί χημειοπροφύλαξη σε περιπτώσεις αυξημένου κινδύνου για Λοιμώξεις Χειρουργικού Πεδίου, όπως:**

- σακχαρώδης διαβήτης
- χρόνια υποξαιμία, καπνιστές
- ακραίες ηλικίες
- αλκοολισμός, κίρρωση ήπατος
- ουραιμία
- αντινεοπλασματικές θεραπείες και ακτινοβολίες
- χαμηλή καρδιακή παροχή
- αποφρακτικός ίκτερος

**** Σε περιπτώσεις σκωληκοειδίτιδας και χολοκυστίτιδας η θεραπεία διακόπτεται μετά την επέμβαση όταν δεν υπάρχει ρήξη, απόστημα και ο ασθενής είναι απύρετος.**

Συχνά λάθη

- Μη ολοκλήρωση της έγχυσης πριν την έναρξη της επέμβασης
- Αδικαιολόγητη μεγάλη διάρκεια της χημειοπροφύλαξης >1 δόση
- Λάθη σχετικά με την έγχυση των κινολονών και γλυκοπεπτιδίων (1 ώρα έγχυση για αυτά τα φάρμακα)
- Συνέχιση της αντιβίωσης σε ανεπίπλεκτες σκωληκοειδίτιδες
- Υπερβολική και μη δικαιολογημένη χρήση Μετρονιδαζόλη
- Χρήση αντιβιοτικού έχει χρησιμοποιηθεί το τελευταίο τρίμηνο

4.Πρωτόκολλο Μεταγγίσεων

1 Διαθέσιμες μορφές σκευασμάτων ερυθρών αιμοσφαιρίων

	<u>Όγκος μιας μονάδας κατά προσέγγιση (ml)</u>	<u>Hct (%)</u>	<u>Χρόνος ζωής (ημέρες)</u>	<u>Διάρκεια μετάγγισης</u>	<u>Γενικές ενδείξεις χρήσης</u>	<u>Γενικές Πληροφορίες</u>
Ολικό Αίμα	500ml	36-40	35-42	~2 ώρες ~ 4 ώρες σε καρδιακή ανεπάρκεια	<ul style="list-style-type: none"> ●Όξεία αιμορραγία >25 % σπανίως χρησιμοποιείτε ●Ht<21 % ή Hb < 7g/ dl ●Ht<30-33% σε ασθενείς ηλικιωμένους ή με καρδιαγγειακά προβλήματα 	100
Συμπυκνωμένα ερυθρά	250-330ml	65-75	35-42	~2 ώρες ~ 4 ώρες σε καρδιακή ανεπάρκεια	<ul style="list-style-type: none"> ●Hb <7 g /dL ●Ht<30-33% σε ασθενείς ηλικιωμένους ή με καρδιαγγειακά προβλήματα 	<p>Περιέχει όλα τα ερυθροκύτταρα της αρχικής μονάδας ολικού αίματος ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΚΙΤΡΙΚΩΝ</p> <p>Το ασθέσιο συνδέεται με το κιτρικό που περιέχουν τα συντηρητικά του αίματος → Υπασβεστιαμία</p> <p>Σημεία δηλητηρίασης με κιτρικό: υπασβεστιαμία, υπόταση, μειωμένη πίεση παλμού, αυξημένη τελοδιαστολική πίεση</p> <p>Καρδιαγγειακή κατάρρευση μπορεί να συμβεί αν ο ρυθμός μετάγγισης ξεπερνά τη 1 ΜΣΕ ανά 5'</p>
Πλυμένα ερυθρά	250ml	75	1 (24 ώρες)	~2 ώρες ~ 4 ώρες σε καρδιακή ανεπάρκεια	<ul style="list-style-type: none"> ●Έλλειψη ανοσοσφαιρίνης A (IgA) ●Ιστορικό αλλεργικών αντιδράσεων ●Ιστορικό πυρετικών αντιδράσεων μετά από μετάγγιση Σ.Ε ●Σε ασθενείς που παρουσιάζουν κίνδυνο υπερκαλιαιμίας 	<ul style="list-style-type: none"> ●Χωρίς πλάσμα ●Μικρός ειθμ,αιμοπεταλίων ●Αφαίρεση 70-80% λευκοκυττάρων ●5% μείωση των αρυθρών
Λευκοφαιριμένα ΣΕ	225ml	75	35-42	~2 ώρες ~ 4 ώρες σε καρδιακή ανεπάρκεια	<ul style="list-style-type: none"> ●Ασθενείς με επεισόδιο πυρετικής μη αιμολυτικής αντίδρασης κατά προηγούμενη μετάγγιση ●Ασθενείς με ανοσοανεπάρκειες ●Έγκυες γυναίκες για την αποφυγή μετάδοσης κυρίως CMV 	<ul style="list-style-type: none"> ●Αριθμός Λευκών < 1x10⁶ ●Λίγο πλάσμα ●Αιμοπετάλια μη λειτουργικά

2 Φρέσκο Κατεψυγμένο πλάσμα

	<u>Όγκος (ml)</u>	<u>Περιεχόμενο - Παράγοντες πήξης</u>	<u>Χρόνος ζωής</u>	<u>Διάρκεια μετάγγισης</u>	<u>Γενικές ενδείξεις χρήσης</u>	<u>Η Χορήγηση FFP αντανδύκνεται υπολύτως</u>
<u>Φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα (FFP)</u>	220ml	1 μονάδα ινδάντι προς παράγοντες πήξης κατά 1% Ινωδογόνο 2-5mg/ml Παράγοντας VIII 0,7IU/ml	Στους -18° C για 12 μήνες Στους -65° C για 6 χρόνια Πρέπει να χρησιμοποιηθεί μέσα σε 24 ώρες από την απόσυζη	- 2 ώρες - 4 ώρες σε καρδιακή ανεπάρκεια	<ul style="list-style-type: none"> Μετάγγιση FFP δεν ενδείκνυται, <u>απαιτείται PT, INR και aPTT στον φυσιολογικό</u> αν PT > 1,5 φορές των φυσιολογικών τιμών ή το INR ή το aPTT > 2 φορές Διόρθωση γνωστής ανεπάρκειας μονομερών παράγοντα πήξης, για την οποία δεν διατίθεται ειδικό παράγωγο για χρήση επιπρόσθετα αντιθρομβίνης III, σε ασθενή υπό απαιτεί χορήγηση ηπαρίνης Στην αντιμετώπιση της θρομβωτικής θρομβοκυβερτικής παρόρας (TTP) 	<ul style="list-style-type: none"> Σαν υποκατάστατο όγκου του πλάσματος Για διόρθωση υπολευκοαιματομίας Το FFP δεν ενδείκνυται θεραπευτικά στη διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη (D.I.C.) χωρίς σημεία αιμορραγίας Χορήγηση FFP για την αντιμετώπιση ασθενούς με μωζική απόθεση αίματος, θα πρέπει να γίνεται μόνο μετά από έκτίναξη κλινικοπαθολογικών ελέγχων

101

3 Αιμοπετάλια

	<u>Όγκος (ml)</u>	<u>Περιεχόμενο -</u>	<u>Χρόνος ζωής</u>	<u>Διάρκεια μετάγγισης</u>	<u>Γενικές ενδείξεις χρήσης</u>
<u>Αιμοπετάλια</u>	50 ml	Αιμοπετάλια >5-5x10 ¹¹ / σπυ Η χορήγηση 1 σπυλά δύνανται να αυξήσει τον απόλυτο αριθμό αιμοπεταλίων κατά 30.000-60.000/μL σε έναν ασθενή 70 kg Λίγα κρυθρά, λευκά, πλάσμα	5 ημέρες	- 30 λεπτά	<10.000-20.000 <50.000 σε χειρουργείο

4 Κρυσθίημα

	<u>Όγκος - χορήγηση</u>	<u>Περιεχόμενο</u>	<u>Ενδείξεις</u>	
<u>Κρυσθίημα</u>	Χορηγείται ταχώς μέσα φίλτρου (π.χ. 200 mL/hr)	παράγοντα von Willebrand, τους παράγοντες VIII, XIII, ινωδογόνο και φαιφρονεκτίνη	<ul style="list-style-type: none"> Ασθενείς με νόσο von Willebrand's (vW) που δεν ανταποκρίνονται στην δεσμοπρεσσίνη Ασθενείς με νόσο vW που αιμορραγούν Ασθενείς με επίπεδα ινωδογόνου < 80-100mg/dL Αιμορροφιλία A 	1 μονάδα κρυσθίματος αυξάνει την συγκέντρωση του ινωδογόνου κατά 50mg/dL

Περιεχειρητική Διαχείριση - Κατευθυντήριες οδηγίες

Αξιολόγηση ασθενούς

1. Ιατρικό ιστορικό:

Ο Προηγούμενες μεταγγίσεις αίματος

- Διαταραχές πήξης: drug-induced (warfarin , clopidogrel, aspirin , vitamin K), συγγενής διαταραχή της πήξης
- Ιστορικό θρόμβοεμβολής : DVT , PE
- Ισχαιμικοί παράγοντες κινδύνου

2. Συνέντευξη με τον ασθενή

3. Έλεγχος υπαρχόντων ιατρικών εξετάσεων ιατρικού αρχείου - Hgb , Hct 9, Aptt , Pt , INR , ινωδογόνο

4. Κλινική εξέταση: εκχύμωση , πετέχειες

5. Παραγγελία επιπρόσθετων εργαστηριακών εξετάσεων

6. Ενημερώστε τους ασθενείς: για τους πιθανούς κινδύνους και τα οφέλη μιας πιθανής μετάγγισης αίματος

Προετοιμασία ασθενούς

1. Αντιμετώπιση της αναιμίας

- Αναιμία ορίζεται ως Hgb < 11.0g/ dl (WHO)
- Δύο κύριοι τύποι αναιμίας επηρεάζουν τους χειρουργικούς ασθενείς , η **Σιδηροπενική αναιμία** και η **Αναιμία χρόνιας νόσου (AXN)**

102

Σιδηροπενική αναιμία

α) Διάγνωση

Κλινική διάγνωση :

- 1) Χρυσός κανόνας - Η εμφάνιση ανεπάρκειας σιδήρου σε ενήλικα άτομα σημαίνει γαστρεντερικές απώλειες μέχρι αποδείξεως του εναντίου
- 2) Γωνιακή χειλίτιδα – Κοιλονυχία
- 3) Κόπωση - Ωχρότητα – Δυσκολία κατά την άσκηση

Εργαστηριακή διάγνωση :

- 1) Σίδηρος ορού - Ποσοστό σιδήρου στην κυκλοφορία δεσμευμένου στην Τρανσφερίνη - Φυσιολογικές Τιμές (Φ.Τ): **50 - 150 µg/dL**
- 2) TIBC (Ολική σιδηροδεσμευτική ικανότητα) - Η μέγιστη ποσότητα σιδήρου που μπορεί να συνδεθεί με την Τρανσφερίνη **Φ.Τ : 300 – 360 µg/dL**
- 3) Κορεσμός της τρανσφερίνης = (Σίδηρος ορού) x 100/ TIBC **Φ.Τ : 25 - 50 %**
- 4) Φεριτίνη ορού – Ενδοκυτταρική μέτρηση αποθεμάτων σιδήρου **Φ.Τ : Αντρες - 100 µg/dL) , Γυναίκες 30 µg/dL**

Διαφορική διάγνωση της σιδηροπενικής αναιμίας:

Test	Σιδηροπενική αναιμία	Δυσμία οξείας - χρόνιας νόσου	Μεσογειακή αναιμία – θαλασσημία	Μυελοδysπλαστικό σύνδρομο
Smear	ΜικροΎποχ	ΜικροΎποχ	ΜικροΎποχ	Ευμετάβλητο
Σίδηρος ορού	<30	<50	Φ.Τ/υψηλό	Φ.Τ/υψηλό
TIBC	>360	<300	Φ.Τ	Φ.Τ
Κορεσμός Τρανσφερίνης	<10	10-20	30-80	30-80
Φεριτίνη	<15	30-200	50-300	50-300

β) Θεραπεία

Μετάγγιση :

Ασθενείς με συμπτώματα : Αναιμίας ,Καρδιαγγειακή αστάθεια, Συνεχής και εκτεταμένη απώλεια αίματος που απαιτούν άμεση παρέμβαση

Από του στόματος θεραπεία με σκευάσματα Σιδήρου :

- Ενδεικτικό τρόπος θεραπείας της αναιμίας στον ασυμπτωματικό ασθενή.
- Το σύνηθες θεραπευτικό μοντέλο αφορά τη χορήγηση 300 mg σιδήρου από του στόματος σε 3 η 4 δόσεις των 50mg - 65mg
- Η χορήγηση πρέπει να γίνεται με άδειο στομάχι
- 200 - 300 mg την ημέρα οδηγούν σε απορρόφηση έως και 50mg/d από τον οργανισμό

- Ο θεραπευτικός στόχος δεν αφορά μόνον την θεραπεία της αναιμίας άλλα επίσης την δημιουργία αποθεμάτων ύψους 0.5 - 1gr κάτι που απαιτεί αγωγή από 6 έως 12 μήνες
- Συνήθεις παρενέργειες: Γαστρεντερολογικές διαταραχές (έμεση, κοιλιακό άλγος, αναγωγές, δυσκοιλιότητα)
- Ασθενής με γαστρική νόσο ή πριν από γαστρική χειρουργική επέμβαση απαιτούν διαφορετική αντιμετώπιση καθώς η ικανότητα του στομάχου όσων αφορά την επεξεργασία του σκευάσματος μειώνεται.

Σιδηρούχα Σκευάσματα

	Ταμπλέτα (Περιεκτικότητα σε σίδηρο mg)	Στοιχειακός Σίδηρος	Άλλα	Διαλύματα (Περιεκτικότητα σε σίδηρο) mg σε 5 ml	Στοιχειακός Σίδηρος
Θεϊκός Σίδηρος (Ferrus Sulphate)	325 mg 195 mg	65 mg 39 mg	- ή/Φολικό οξύ 300mcg ή βιτ C 500mg	300 mg 90 mg	60 mg 18 mg
Παρατεταμένης Αποδέσμευσης	525 mg	105mg			
Φουμαρικό Σίδηρος (Ferrus Fumarate)	325 mg 195 mg	107 mg 64 mg	Φολικό οξύ 300mcg	100 mg	33 mg
Γλυκονικός Σίδηρος	325 mg	39 mg	-	300 mg	35 mg
Σιδηρούχο πολυμάλτοζη	370 mg	100 mg	-	185 mg	50 mg

Παρεντερική θεραπεία

- Συνιστάται για τους ασθενείς που παρουσιάζουν αδυναμία χορήγησης από του στόματος / με οξύ πρόβλημα / συνήθως ασθενείς με εμμένουσα αιμορραγία του γαστρεντερολογικού συστήματος
- Η χρήση της ερυθροποιητίνης (EPO) έχει αυξήσει την παρεντερική χρήση σιδήρου
- Δύο τρόποι χρήσης : 1) Μία δόση μεγάλης εμβέλειας 2) Πολλές μικρές δόσεις
- **Η αναγκαία ποσότητα σιδήρου για τον ασθενή υπολογίζεται ως έξις σε mg = Βάρος (kg) x (14 - Hg) x (2.145) ι Βάρος (kg) x 2.3 x (15 - Hg) + 500 ή 1000mg (για τα αποθέματα)**
- Υπολογισμός απαιτηταίου όγκου σκευάσματος - ml = **(Βάρος (kg) x (14 - Hg) x (2.145)] / C** όπου C συγκέντρωση στοιχειακού σιδήρου (mg / ml) στο προϊόν που χρησιμοποιείται (Iron dextran: 50 mg/mL. Iron sucrose: 20 mg/mL. Ferric gluconate: 12.5 mg/mL)*
- Παρενέργειες: Dextran - Αναφυλαξία

Παρεντερικά Σκευάσματα Σιδήρου (i.v)

	<u>Μέγιστη μονήρης δοσολογία</u>	<u>Σοβαρές παρενέργειες για κάθε ένα εκατομμύριο νοσηνάσις</u>
Δεξτράνη (Cosmofer)	25 mg αργή έγχυση - Δοκιμαστική δόση 20 mg/kg σε 6 ώρες	3.3
Σύμπλοκο υδροξειδίου τρισθενούς σιδήρου (III) με σακχαρόζη (venofer)	200 mg σε 10 λεπτά 500 mg σε 4 ώρες	0.6
Γλυκονικός Σίδηρος (Ferrlecit)	125 mg σε 30 λεπτά	0.9
Ferric Carboxymaltose (Ferrinject)	1000 mg σε 15 λεπτά	-
Iron Isomaltoside 1000 (Monofer)	20 mg/kg 60 λεπτά	-

Αναιμία χρόνιας ή οξείας νόσου / και άλλες αναιμίες

Με την χρόνια φλεγμονή , νεφρική νόσο και τις υπομεταβολικές καταστάσεις η ενδογενής παραγωγή της ερυθροποιητίνης προκύπτει ανεπαρκείς αναφορικά με την έκταση της παρατηρούμενης αναιμίας

- **Η αναιμία της χρόνιας νόσου (ΑΧΝ)** ορίζεται ως η αναιμία που παρατηρείται σε χρόνιες λοιμώξεις και σε φλεγμονώδη ή νεοπλασματικά νοσήματα, η οποία δεν οφείλεται σε αιμορραγία, αιμόλυση ή διήθηση του μυελού των οστών από νεοπλασματικά κύτταρα και η οποία τυπικά είναι ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική και υποπλαστική. Διάφορες παρατηρήσεις δείχνουν ότι η ΑΧΝ μπορεί να παρατηρηθεί και σε διάφορες άλλες καταστάσεις όπως εκτεταμένο τραύμα, καρδιακή νόσο και σακχαρώδη διαβήτη..
- **Αναιμία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας:** Ανεπαρκής παραγωγής ερυθροποιητίνης ΕΡΟ.
- **Αναιμία υπομεταβολικών καταστάσεων:** Υποθυρεοειδισμός - ήπια αναιμία , νόσος του Adisson (επινεφριδιακή ανεπάρκεια και υποκορτισμός)

2. Αυτόλογη συλλογή αίματος και παραγόνων

Μαζική Μετάγγιση

Ορισμός:

- Αντικατάσταση του συνολικού όγκου αίματος κατά τουλάχιστον μία φορά σε διάστημα 241ι - (ισάξιο με 10 μονάδες αίματος)
- Αντικατάσταση του μισού όγκου αίματος σε διάστημα 4h - (ισάξιο με 5 μονάδες αίματος)
- Μετάγγιση 4 η περισσότερων μονάδων Σ.Ε εντός μίας ώρας με συνεχιζόμενη αιμορραγία
- Απώλεια αίματος με > 150ml/λεπτό

Ταξινόμηση οξείας αιμορραγίας (ACS)

Τύπος	I	II	III	IV
Απώλεια αίματος (ml)	<750	750- 1500	1500 - 2000	>2000
Απώλεια όγκου %	< 15	15-30	30-40	>45
Καρδιακός Ρυθμός	<100	>100	>120	> 140
Αρτηριακή πίεση	Κανονική	Κανονική	Υπόταση	Υπόταση
Παλμική πίεση (Π συστολική - Π διαστολική) mmHg	Κανονική η μειωμένη	Μειωμένη	Μειωμένη	Μειωμένη
Τριχοειδική Επαναπλήρωση	Κανονική	Παρατεταμένο (θετικό)	Παρατεταμένο (θετικό)	Παρατεταμένο (θετικό)
Αναπνευστικός ρυθμός	14-20	20-30	30-40	>35
Διούρηση (ml/h)	>30	20-30	5-10	Αμελητέο
ΚΝΣ - Νευρολογική κατάσταση του ασθενούς	Λίγο ανήσυχος	Ήπια ανήσυχος	Ανησυχία και σύγχυση	Σύγχυση και Λειτουργικότητα
Αντικατάσταση υγρών (Κανόνας 3:1)	Κρυσταλλοειδή	Κρυσταλλοειδή	Κρυσταλλοειδή και αίμα	Κρυσταλλοειδή και αίμα

- Κανόνας 3:1- Αντικατάσταση 3 mL κρυσταλλοειδούς για κάθε 1 mL απώλειας αίματος

- Κανόνας 1:1- Αντικατάσταση 1 mL κολλοειδούς για κάθε 1 mL απώλειας αίματος

Κρυσταλλοειδή Υγρά ανάνηψης

	Na mEq	Cl mEq	KmEq	Ca mEq	Mg mEq	Lactate	Acetate	Gluconate	Ph	mOsm	Άλλο
N/S (0.9%)	154	154							5.0	308	
Lactate Ringers	130	109	4	2.7		28			6.5	273	Αντένδειξη σε ασθενής με ηπατική / νεφρική νόσο
Plasma Lyte 148	140	98	5		3		27	23	7.4	294	

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ

1. ΑΙΜΟ-ΑΡΑΙΩΣΗ

- **Κουσταλλοειδή:** 1/4 παραμένει ενδαγγειακά, πηγαίνουν στο διάμεσο χώρο Αραιώνουν τα αιμοπετάλια και τους παράγοντες πήξης
- **Κολλοειδή:** Hespan - Dextran - Voluven αναστέλλουν την συγκολλητική ικανότητα των αιμοπεταλίων μειώνοντας την δραστικότητα του παράγοντα von Willebrand Αναστέλλουν την θρομβίνη και το σχηματισμό θρόμβου

2. ΥΠΟΘΕΡΜΙΑ

- Μείωση της δράση του καταρράκτη της πήξης
- Μείωση της σύνθεσης των παραγόντων πήξης
- Αύξηση της ινωδόλυσης
- Μείωση των αιμοπετάλια και της δράσης τους
- Η υποθεομία και η οξέωση μπορούν να προκαλέσουν σοβαρή αιμορραγία παρά την επαρκή μετάγγιση αίματος και παραγώνων του!

3. ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΑΙΜΑΤΟΣ

- Τα ερυθροκύτταρα συμβάλουν στην δημιουργία θρόμβου και την αιμόσταση: Περιέχουν ADP το οποίο ενεργοποιεί τα αιμοπετάλια και την κυκλοξυγενάση των αιμοπεταλίων, αυξάνει την δημιουργία θρομβοξάνης A2 και αυξάνει την θρομβίνη
- Μετά από μετάγγιση 12ΜΣΕ μπορεί να εμφανιστούν διαταραχές του PT και του aPTT
- Απώλεια αίματος > EBVx2 οδηγεί σε έλλειψη προθρομβίνης, παράγοντα V και VII και αιμοπεταλίων
- Θρομβοκυτταροπενία μπορεί να συμβεί μετά από μετάγγιση 20 ΜΣΕ

4. ΔΙΑΧΥΤΗ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΗΞΗ

- Επίκτητο σύνδρομο δευτερογενώς στην έντονη ενεργοποίηση του μηχανισμού πήξης
- Συμβάλλουν στην δημιουργία της: Ιστική βλάβη, εγκεφαλικό τραύμα, shock, ιστική υποξία, υποθερμία
- Διάγνωση: D-dimer>500mcg/L, αυξημένο INR, θρομβοπενία, διάχυτη μικρο-αιμορραγία +/- θρόμβωση
- Παράγοντες κινδύνου: οξέωση, υποθερμία, υπόταση, μεγάλης βαρύτητας τραύμα

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ανα 6 μεταγγιζόμενες μονάδων Σ.Ε επαναξιολόγησε

- Γενική αίματος - αιμοπετάλια
- aPTT, Pt, INR
- Οιολογιών
- D - Dimer
- TEG - ROTEM (Θρομβοελαστογραφία / θρομβοελαστομετρία)

ΑΙΜΟΣΤΑΤΙΚΗ ΑΝΑΝΗΨΗ

- RBC: FFP (1:1)
- RBC: FFP: PLT (1:1:1)

ΜΑΖΙΚΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ PACK

ΠΡΩΤΟ PACK : 4x ΜΣΕ O Rh- / O Rh+
4x FFP

ΔΕΥΤΕΡΟ PACK : 4 x ΜΣΕ O Rh- / O Rh+ / ΜΣΕ της συγκεκριμένης ομάδας αίματος
4x FFP
1x ATP (adult therapeutic dose) αιμοπετάλια

****Επιπλέον****

1. **Τρανεξαιικό οξύ**: αναστέλλει την ινωδόλυση και έχει αντιαιμορραγικά, αντιαλλεργικά και αντιφλεγμονώδη αποτελέσματα
2. **Δεσμοπρεσσίνη** :
 - Σε λειτουργική διαταραχή των αιμοπεταλίων (Ασπιρίνη)
 - Νεφρική / Ηπατική ανεπάρκεια
 - Αιμοφιλία A , von Willebrand

5.Αξονική Τομογραφία στα ΤΕΠ

Εισαγωγή

Στα πλαίσια τον εξορθολογισμού των ζητούμενων ιατρικών εξετάσεων και της εφαρμογής επιστημονικά καθορισμένων πρωτοκόλλων θα πρέπει να γίνεται αξονική τομογραφία στα ΤΕΠ με συγκεκριμένα κριτήρια επιλογής.

Η διενέργεια αξονική τομογραφίας στα ΤΕΠ προκαλεί μεγάλη καθυστέρηση στην διακίνηση των ασθενών λόγω της δέσμευσης τραυματιοφορέων καθώς και της δέσμευσης εξεταστικών κλινών. Επίσης προκαλεί μεγάλη φόρτιση και αυξάνει τον όγκο εργασίας για το προσωπικό τον αξονικού τομογράφου.

Λαμβάνεται υπόψη η βλαπτική επίδραση της ακτινοβολίας στις αναπαραγωγικές ηλικίες και θα πρέπει οπωσδήποτε και θα πρέπει να **αποφεύγεται ή να αντικαθίσταται** με άλλες εξετάσεις που δεν χρησιμοποιούν ιονίζονσα ακτινοβολία.

Η αξονική τομογραφία κοιλίας είναι απαραίτητη στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Όταν δεν μπορεί να αποκλειστεί η ,διάγνωση της οξείας χειρουργικής κοιλίας ή κοιλιακής καταστροφής με τα υπόλοιπα κλινικά και εργαστηριακά μέσα.
2. Ασθενείς με οξύ σύμβαμα σε έδαφος γνωστού ογκολογικού νοσήματος κατά τη θεραπεία ή μετά την Θεραπεία
3. Ασθενείς με σήψη αγνώστου αιτιολογίας
4. Ασθενείς σε κώμα και σημεία από την περιοχή της κοιλίας
5. Ασθενείς με αδύνατη επικοινωνία λόγω γλώσσας
6. Πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις στο παρελθόν και ανατομικές διαμαρτίες
7. Ειδικές περιπτώσεις όπως: α) πολυτραυματίες ασθενείς, β) υποψία ισχαιμίας μεσεντέριου, γ) οξεία εκκοπλωματίτιδα, δ)όταν η εξέταση είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό μιας επείγουσας χειρουργικής επέμβασης

Οι παρακάτω προϋποθέσεις ισχύουν χωρίς εξαίρεση:

- Σε όλους αυτούς τους ασθενείς σπάνια επιβάλλεται να γίνεται η αξονική τομογραφία με **σκιαγραφικά από το στόμα**. Αυτό καθυστερεί ιδιαίτερα την εξέταση η οποία μπορεί να γίνει την επόμενη χωρίς πίεση.
- Είναι λογικό ότι οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία **να έχουν εισαχθεί στο τμήμα** και επίσης αυτονόητο ότι όλοι αυτοί οι ασθενείς χρήζουν **κάποιας διάρκειας παρακολούθησης**.
- **Σταδιοποίηση** ογκολογικών περιστατικών δεν γίνεται στα επείγοντα.
- Δεν γίνεται στα επείγοντα περιστατικά **screening** χρόνιων αδιάγνωστων παθήσεων.
- Σε αξονική τομογραφία υποβάλλονται μόνο **αιμοδυναμικά σταθεροί** ασθενείς.
 - Θα πρέπει να εξαντλούνται τα υπόλοιπα διαγνωστικά μέσα και οι πληροφορίες από τις υπόλοιπες εξετάσεις.

6.Πρωτόκολλο ταχείας ανάρρωσης σε παθήσεις Παχέος Εντέρου

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

- **ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ** (με την λήψη της απόφασης για επέμβαση)
- **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΘΡΕΨΗΣ** (με την λήψη της απόφασης για επέμβαση & προεγχειρητικά – mini nutritional assessment tool)
- **ΦΟΡΤΙΣΗ ΜΕ ΔΙΑΛΛΥΜΑΤΑ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ** (4x200ml 12 ώρες προ της επέμβασης & 2x200μl 6 ώρες προ χειρουργείου)
- **ΠΛΥΣΗ ΟΛΟΚΚΛΗΡΟΥ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΔΙΑΛΛΥΜΑ CHLORHEXIDINE 4%**
- **ΕΝΑΡΞΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΘΡΟΜΒΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ** (βλ. ειδικό πρωτόκολλο)
- **ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ** (βλ. ειδικό πρωτόκολλο)

- ✓ Αποφυγή παρατεταμένης νηστείας
 - Στέρεες τροφές και υγρά με λιπαρά έως 6 ώρες πριν την επέμβαση
 - Υγρά διαυγή έως 3 ώρες προ της επέμβασης
- ✓ Αποφυγή προαναισθητικής αγωγής
- ✓ Αποφυγή εισαγωγής νωρίτερα της προηγούμενης ημέρας, κατά το δυνατόν την ίδια ημέρα
- ✓ Αποφυγή ξυρίσματος

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

- ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ (07-10) 30' ΠΡΟ ΤΗΣ ΤΟΜΗΣ
- ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΩΝ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΡΑΣΗΣ: Propofol, Remifentanyl.
ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΟΡΦΙΝΗΣ, FENTANYL
- ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΝΟΡΜΟΘΕΡΜΙΑΣ > 36 (θερμός αέρας, θερμά υγρά, κουβέρτα)
- **ΑΠΟΦΥΓΗ ΥΠΕΡΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΥΓΡΩΝ** (επιθυμητή: χορήγηση 3,5ml/kg/hr για λαπαροσκοπικές επεμβάσεις και 7ml/kg/hr στις ανοικτές επεμβάσεις).
- **Αποφυγή τοποθέτησης ρινογαστρικού καθετήρα και γρήγορη αφαίρεση όταν δεν μπορεί να αποφευχθεί η τοποθέτηση του.**
- **ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ hfg> 8ml/d**
- Πρόληψη ναυτίς, εμετών πριν την αποσωλήνωση (Metaclopramide & Ondansetron)

- Ελάχιστα επεμβατική χειρουργική (λαπαροσκοπική, εγκάρσιες/μικρές τομές)
- **ΑΠΟΦΥΓΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΓΡΗΓΟΡΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΑΥΤΩΝ**

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

1° 24ωρο

- Αναλγησία με i.v παρακεταμόλη, επισκληρίδιος αναλγησία και αποφυγή οπιοειδών)
- Έναρξη σίτισης με 800ml υγρών 6 ώρες μετά την επέμβαση (2 σκευάσματα υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη)
- Εντατική διαχείριση ναυτίας – εμέτου (metoclopramide, ondasetron)
- Μάσηση τσίχλας 3 φορές
- Οξυγονοθεραπεία: 2 hr μετά την επέμβαση μάσκα υψηλής ροής οξυγόνο και εν συνεχεία ρινικό οξυγόνο
- Κινητοποίηση ασθενούς για 2 ώρες εκτός κλίνης
- Πλάτη κρεβατιού συνεχώς ανυψωμένη στις 30°

109

2° 24ωρο

- Αναλγησία με i.v παρακεταμόλη, επισκληρίδιος αναλγησία και αποφυγή οπιοειδών.
- Σίτιση με 2.000ml υγρών-πρόοδος δίαιτας (μαλακές τροφές, εκλεκτική χορήγηση 3 σκευασμάτων με υψηλή περιεκτικότητα πρωτεϊνών – υδατανθράκων).
- Κινητοποίηση ασθενούς για 6 ώρες εκτός κλίνης, περίπατος 3-5 φορές στο διάδρομο, εκλεκτική έναρξη φυσικοθεραπείας.
- Εκπαίδευση στομίας
- Αφαίρεση ουροκαθετήρα στις 6:00 (εξαίρεση στις ΧΠΕ και ΚΠΕ)

3° 24ωρο

- Αναλγησία με από του στόματος αναλγητικά (όχι οπιοειδή)
- Σίτιση με δίαιτα ελαφρά
- Αφαίρεση επισκληριδίου καθετήρα

4° 24ωρο

- Αφαίρεση καθετήρα σε ΧΠΕ και ΚΠΕ
- Εξέταση ενδεχόμενου εξιτηρίου

7. Προεγχειρητικός έλεγχος

ΒΑΣΙΚΟΣ

Αφορά κάθε ασθενή:

- Θα υποβληθεί σε επέμβαση έως μέτριας βαρύτητας
- Έχει ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό
- Είναι ηλικίας < 50 ετών
- Είναι μη ογκολογικός ασθενής

Περιλαμβάνει:

- Εργαστηριακό έλεγχο (γεν. αίματος, σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, νάτριο, κάλιο, χρόνος πήξης αίματος)
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα και βαθμός καρδιολογικού κινδύνου
- Ακτινογραφία θώρακος

110

ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΟΣ

- Γνωστή θυρεοειδοπάθεια	- Ορμονολογικός έλεγχος τελευταίου 6μήνου
- Γνωστή καρδιοπάθεια	- Υπερηχογραφικός έλεγχος καρδιάς
- Γνωστή πνευμονοπάθεια	- Σπυρομέτρηση
- Γνωστή ηπατοπάθεια	- Έλεγχος ηπατικής λειτουργίας
- Γνωστή νεφροπάθεια	- Έλεγχος νεφρικής λειτουργίας

ΕΙΔΙΚΟΣ (σύμφωνα με την επέμβαση)

- Σύγκλειση ειλεοστομίας μετά από ΧΠΕ	- Έλεγχος κολο-ορθικής αναστόμωσης με απεικόνιση
- Αποκατάσταση Hartmann	- Έλεγχος περιφερικού κολοβώματος με κολονοσκόπηση ή βαριούχο γεύμα
- Μείζονες ηπατεκτομές	- (+/-) ογκομετρία
- Χειρουργική επέμβαση επινεφριδίου	- Έλεγχος επανεφριδικής λειτουργίας

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

- ✓ Ο έλεγχος που προβλέπεται από το ογκολογικό συμβούλιο
- ✓ Εκτίμηση θρέψης σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες των NRS 2002 και ACS
- ✓ Εκτεταμένος εργαστηριακός / βιοχημικός έλεγχος
- ✓ Μέτρηση τιμών των καρκινικών δεικτών
- ✓ Ιολογικός έλεγχος
- ✓ Προσαρμοσμένος έλεγχος όπου χρειάζεται

8. Διατροφικός έλεγχος

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	
ΦΥΛΟ	
ΗΛΙΚΙΑ	

2. ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΥΨΟΣ	
ΠΑΡΟΝ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	
ΣΥΝΗΘΕΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	
ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	

112

3. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ NRS 2002

ΑΡΧΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	X=Ναι	
Ο ΔΜΣ είναι κάτω από 20,5kg/m ²		Εάν δεν έχετε σημειώσει X σε κανένα από τα κουτάκια, επαναλάβετε τον ΑΡΧΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ μια φορά την εβδομάδα
Έχει χάσει ο ασθενής βάρος τους τελευταίους 3 μήνες;		
Παρατήρησε ο ασθενής μείωση στην πρόσληψη τροφής την περασμένη εβδομάδα;		Εάν έχετε σημειώσει X για ΝΑΙ σε ένα τουλάχιστον από τα κουτάκια, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί ο ΤΕΛΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
Είναι ο ασθενής σοβαρά άρρωστος (πχ χρόνιες παθήσεις);		

4. ΤΕΛΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Σκορ διατροφικής κατάστασης		Σκορ βαρύτητας νόσου	
0	<ul style="list-style-type: none"> Φυσιολογική διατροφική κατάσταση 	0	<ul style="list-style-type: none"> Μη σοβαρή νόσος
1	<ul style="list-style-type: none"> Απώλεια βάρους >5% σε περίοδο 3 μηνών ή Ο ασθενής προσλαμβάνει το 50-75% των ημερήσιων διατροφικών αναγκών του κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας 	1	<ul style="list-style-type: none"> Πχ κάταγμα ισχύου, χρόνια νόσος με σοβαρές επιπλοκές: κίρρωση του ήπατος, ΧΑΠ, αιμοκάθαρση, διαβήτης, κακοήθεια
2	<ul style="list-style-type: none"> Απώλεια βάρους >5% σε περίοδο 2 μηνών ή ΔΜΣ 18,5-20,5 + κακή γενική κατάσταση ή Ο ασθενής προσλαμβάνει το 25-50% των ημερήσιων διατροφικών αναγκών του κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας 	2	<ul style="list-style-type: none"> Πχ μείζονα χειρουργική επέμβαση στην κοιλιακή χώρα, εγκεφαλικό επεισόδιο, σοβαρή πνευμονία, αιματολογική κακοήθεια
3	<ul style="list-style-type: none"> Απώλεια βάρους >5% σε περίοδο 1 μήνα ή ΔΜΣ 18,5-20,5 + κακή γενική κατάσταση ή Ο ασθενής προσλαμβάνει το 0-25% των ημερήσιων διατροφικών αναγκών του κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας 	3	<ul style="list-style-type: none"> Πχ ασθενείς στη ΜΕΘ (APACHE*>10), τραυματισμός στο κεφάλι, μεταμόσχευση μυελού των οστών <p><small>*κλίμακα APACHE= αξιολόγηση της οξείας φυσιολογικής και της χρόνιας υγείας (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation)</small></p>

ΕΙΣΑΓΕΤΕ ΣΚΟΡ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ:		ΕΙΣΑΓΕΤΕ ΣΚΟΡ ΝΟΣΟΥ:	
ΣΥΝΟΛΟ:	ΗΛΙΚΙΑ ≥70: +1	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ:	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ:		Σκορ 0: κανένας κίνδυνος Σκορ 1-2: Μέτριος κίνδυνος Σκορ ≥3: Σοβαρός κίνδυνος, ο ασθενής χρειάζεται διατροφική υποστήριξη	

9.Πρωτόκολλο αυξημένης υποψίας για την διάγνωση της μεσεντερίου ισχαιμίας

Εισαγωγή

Η έγκαιρη διάγνωση της μεσεντερίου ισχαιμίας είναι η απόλυτη κλινική πρόκληση. Εξαιτίας της μεγάλης θνητότητας και νοσηρότητας, μόνο όταν μια πρώιμη διάγνωση συνδυαστεί με κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να δημιουργήσει προοπτικές μιας θετικής μακροχρόνιας έκβασης.

113

Ορισμοί

Ο γενικός όρος Μεσεντέριος ισχαιμία περιλαμβάνει 4 ξεχωριστές διαδικασίες

1. **Εμβολή μεσεντερίου κυκλοφορίας** – συνήθως της άνω μεσεντερίου (superior mesenteric artery – SMA)
2. **Οξεία θρόμβωση στην μεσεντέριο κυκλοφορία**
3. **Μη αποφρακτική μεσεντέριος ισχαιμία** (Non occlusive mesenteric ischemia- **NOMI**) λόγω έντονης σπλαχνικής αγγειοσύσπασης.
4. **Μεσεντέριος φλεβική θρόμβωση** (mesenteric vein thrombosis, MVT)

Αυξημένη κλινική υποψία

- Ιστορικό καρδιακής νόσου - κολπική μαρμαρυγή, βαλβιδοπάθεια, πρόσφατο έμφραγμα, διάταση αριστερής κοιλίας
- Αιφνίδιας έναρξης ισχυρό κοιλιακό άλγος (95%)
- Απουσία αντικειμενικών ευρημάτων
- Ναυτία (45%)
- Έμετοι (35%)
- Διάρροιες (35%)
- Αίμα στο ορθό (16%)

Εμβολή μεσεντερίου

- Ξαφνικής έναρξης κοιλιακό άλγος με δυσανάλογα αντικειμενικά ευρήματα
- Ιστορικό μεταγευματικού άλγους
- Απώλεια βάρους
- Ενδείξεις διάχυτης αθηρωματικής νόσου (στεφανιαία νόσος, καρωτιφική στένωση, περιφερική αρτηριοπάθεια)

Θρόμβωση μεσεντερίου

- Διάχυτο κοιλιακό άλγος με υφέσεις και εξάρσεις
- Καταστάσεις χαμηλής καρδιακής παροχής
- Καταστάσεις έντονης και διαρκούς αγγειοσύσπασης
- Ασθενείς των ΜΕΘ
- Ασθενείς του τεχνητού νεφρού

NOMI

- Έμετοι
- Ναυτία
- Διάρροιες
- Κοιλιακές κράμπες
- Κοιλιακό άλγος ασαφούς εντόπισης
- Ιστορικό φλεβικών θρομβώσεων
- Ιστορικό πνευμονικής εμβολής καταστάσεις υπερπηκτικότητας
- Λήψη αντισυλληπτικών
- Οιστρογονική αποκατάσταση

MVT

■ **Η παρουσία παραγόντων κινδύνου (απόχρωση σε κίτρινο φόντο) σε οποιοδήποτε συνδυασμό και αναλογία συμπτωμάτων εγείρουν την υποψία μεσεντερίου ισχαιμίας.**

■ Θα πρέπει να ακολουθεί **πλήρης εργαστηριακός έλεγχος** πέραν του συνήθη των επειγόντων περιστατικών που θα περιλαμβάνει:

- **Γαλακτικό οξύ:** αν και μη ειδικός δείκτης, αυξημένα επίπεδα στο 91% με τιμές >2mmol/l, συνδέονται με μη αναστρέψιμη ισχαιμία του εντέρου
- **Λευκοκυττάρωση:** 50% των ασθενών με μεσεντέριο ισχαιμία έχουν >10.000/mm³
- **AST:** 71% των ασθενών
- **BE:** μη φυσιολογικό στο 52%
- **D-dimers**

Οι αυξημένη τιμή του **γαλακτικού οξέος** σε συνδυασμό με **κοιλιακό άλγος**, όταν δεν μπορεί να ερμηνευτεί κλινικά πρέπει να γίνεται **γρήγορη Αξονική**

Επί παρουσίας στοιχείων 2 ή περισσότερων στοιχείων από τις παραπάνω κατηγορίες, επιβάλλεται να γίνεται Αξονική Τομογραφία Κοιλίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό.

* **Υπάρχει μόνο η κατηγορία ασθενών που έχουν τιμές κρεατινίνης ορού >1,5mg/dl** όπου θα πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής και να ζητηθεί η συναίνεση του. Για σταθερούς αιμοδυναμικά ασθενείς μπορεί να γίνεται προετοιμασία με την χορήγηση 1,5lt 0,9% και ενδοφλέβια ακετυλοκυστεΐνη 600mg και επανάληψη των παραπάνω μετά την εξέταση.

ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ – πάχυνση του τοιχώματος, ασκίτης, σημείο στόχου*, συστροφή του μεσεντερίου (whirl sign) παραγεμισμένα μεσεντέρια αγγεία, μη διακριτό εντερικό τοίχωμα.

*Trilaminar appearance του τοιχώματος

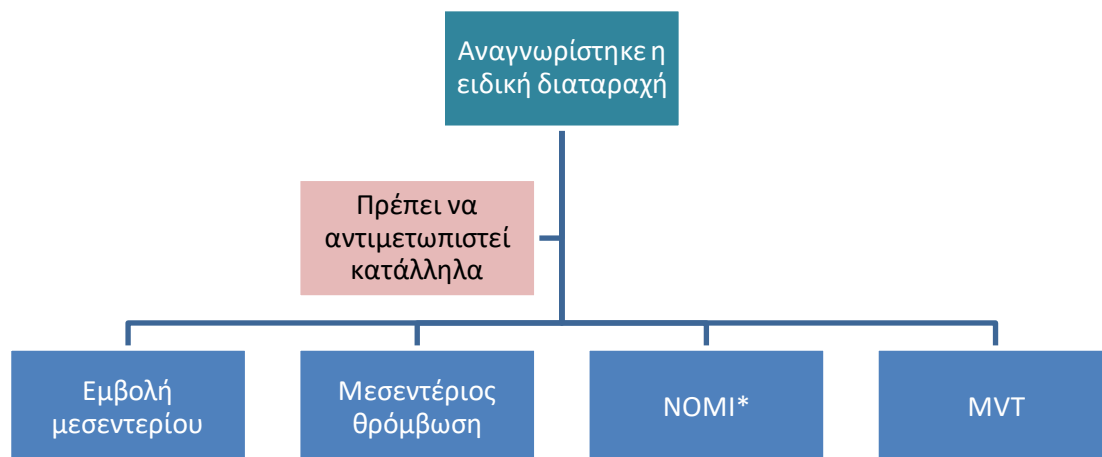
Λήψεις πριν την χορήγηση σκιαγραφικού – ανίχνευση της αγγειακής αβεστοποίησης, υπέρ-εξασθενημένου ενδοαγγειακού θρόμου και της πιθανής ενδοτοιχωματικής αιμορραγίας.

Αρτηριακή και φλεβική φάση για την εμφάνιση θρόμβου στις μεσεντέριες αρτηρίες και φλέβες, ανώμαλη ενίσχυση του τοιχώματος του εντέρου και παρουσία εμβολισμού ή εμφράγματος άλλων οργάνων.

Πολυεπίπεδες ανασυστάσεις (MPR) για την εκτίμηση της προέλευσης των μεσεντέριων αρτηριών.

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ - Οι **ακτινογραφίες κοιλίας** δεν αποδεικνύουν αλλά ούτε αποκλείουν την διάγνωση της μεσεντερίου ισχαιμίας.

Αν αυτές έχουν γίνει: αναζητούμε – οίδημα του εντερικού τοιχώματος, thumbprinting sign, πνευμάτωση, αέρας στην πυλαία φλέβα. Όλα τα παραπάνω σημεία εμφανίζονται αργά στην εξέλιξη της νόσου.



- * **Η μη αποφρακτική μεσεντέριος ισχαιμία (NOMI)** είναι πιθανή σε ασθενείς με κρίσιμη νόσο με κοιλιακό άλγος ή άλλη διαταραχή που απαιτεί την στήριξη με αγγειοσυσταλτικά μέσα και σε ενδείξεις δυσλειτουργίας πολλών οργάνων. Η ανεξήγητη κοιλιακή διάταση ή η γαστρεντερική αιμορραγία μπορεί να είναι τα μόνα σημεία οξείας εντερικής ισχαιμίας στο NOMI και μπορεί να μην είναι ανιχνεύσιμα σε καταθλιπτικούς ασθενείς, στη ΜΕΘ σε περίπου 25% των περιστατικών. Οι ασθενείς που επιβιώνουν από καρδιοπνευμονική ανάνηψη και εμφανίζουν βακτηριαμία και διάρροια (με ή χωρίς κοιλιακό άλγος) είναι ότι έχουν NOMI. Το άλγος δεξιάς κοιλίας που σχετίζεται με την αποβολή καφέ ή ζωηρού ερυθρού αίματος στα κόπρανα υποδηλώνει ιδιαίτερα το NOMI σε αυτούς τους ασθενείς. Η αιματική άρδευση συχνά εξασθενεί νωρίς σε καταστάσεις κρίσιμης ασθένειας, σοβαρής χειρουργικής επέμβασης ή τραύματος, οι οποίες χαρακτηρίζονται από αυξημένες απαιτήσεις στην κυκλοφορία για τη διατήρηση της παροχής οξυγόνου στον ιστό. Αυτή η σχετική μεσεντέριος υποάρδευση συχνά επιδεινώνεται από υποκείμενη κατάσταση υποβολαιμικής ή χαμηλής ροής. Σε περιπτώσεις αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης, όλες οι δομές εντός της κοιλιακής κοιλότητας συμπιέζονται και αυτό θα οδηγήσει σε περιφερειακή υποαιμάτωση στα όργανα της κοιλίας.
- * **Συγκεκριμένα ευρήματα υποδηλώνουν την MVT** – πάχυνση τοιχώματος του εντέρου, πνευμάτωση, σπληνομεγαλία και ασκίτης. Αέρας στην πυλαία ή μεσεντέριο φλέβα υποδηλώνει έντονα την παρουσία ισχαιμικής νέκρωσης του εντέρου. Το υπερηχογράφημα Doppler έχει ένα περιορισμένο ρόλο σε αυτήν την οντότητα αλλά μπορεί να είναι χρήσιμο αν γίνει σε χρόνιες περιπτώσεις

Όταν έχει γίνει η διάγνωση της Οξείας Ισχαιμίας Μεσεντερίου, η ανάνηψη με υγρά πρέπει να ξεκινήσει άμεσα για την υποστήριξη της σπλαχνικής αιματικής ροής. Θα πρέπει να διορθωθούν οι **ηλεκτρολυτικές διαταραχές** και να γίνει **αποσυμφόρηση του στομάχου** μέσω Levin.

Συνηθισμένο φαινόμενο αποτελεί η υπερκαλιαμία. Καμία χορήγηση καλίου πριν την εργαστηριακή επιβεβαίωση και την αποκατάσταση της διούρησης και της οξέωσης.

Η χρήση των **αγγειοσυσταλτικών παραγόντων** προστατεύει από την απειλή υπερφόρτωσης με υγρά και συνδρόμου διαμερίσματος θέτει σε κίνδυνο ωστόσο την αιμάτωση του εντέρου εξαιτίας της σπλαχνικής αγγειοσύσπασης. Πρέπει να

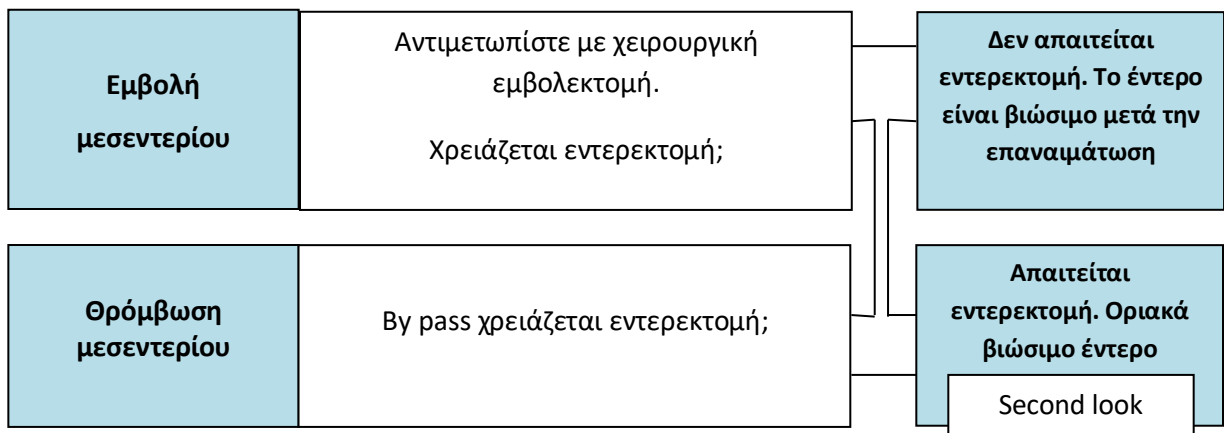
αποφεύγονται οι μεγάλες δόσεις αυτών των φαρμάκων όταν αυτό είναι εφικτό. Ως στόχος (end point) της, χρησιμοποιείται η τιμή του γαλακτικού.

Αντιπηκτική αγωγή σε όλους τους ασθενείς πριν την επέμβαση. Δίνεται 5.000κλ ηπαρίνης άμεσα με την υποψία μεσεντερίου ισχαιμίας.

Οι ασθενείς που παρουσιάζουν ενδοκοιλιακή περιτονίτιδα υποβάλλονται άμεσα σε ερευνητική λαπαροτομία.
Οι στόχοι της επέμβασης είναι:
<ul style="list-style-type: none">• Αποκατάσταση της αιμάτωσης ισχαιμικό έντερο• Εκτομή όλων των μη βιώσιμων• Διατήρηση όλου του βιώσιμου εντέρου

116

Άμεση έναρξη **αντιβιοτικών** ευρέως φάσματος.



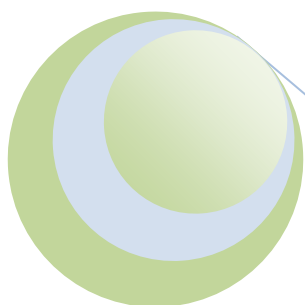
Η NOMI αλλά και MVT δεν απαιτούν αγγειακή αποκατάσταση

Η θεραπεία του περιλαμβάνει:

- Πλήρη δόση αντιπηκτικής αγωγής
- Μελέτη αντιπηκτικότητας
- Διόρθωση υποκείμενων καραστάσεων όπως αντιμετώπιση της σήψης, καρδιακής ανεπάρκειας και κάθε εκλυτικό παράγοντα που αναγνωρίστηκε.

Η επέμβαση ενδείκνυται σε περιπτώσεις συνεχιζόμενης αποσταθεροποίησης του ασθενούς.

- Οι ασθενείς εκτός ΜΕΘ, παραμένουν σε Bowel rest έως την σημαντική βελτίωση των κλινικών και εργαστηριακών χαρακτηριστικών.
- Η έναρξη της διατροφής γίνεται σταδιακά με καθημερινή μετάβαση στη κλίμακα (* Δίαιτες 1-5).



**ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ
- 2021**



Διοικητικά έγγραφα σχετικά με τη λειτουργία του Διατομεακού Τμήματος «Νοσηλεία κατ'οίκον»

1. Με το αρ.πρωτ. ΔΝΥ 126/25-11-2020 προς το Διοικητικό Συμβούλιο, η Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας εισηγήθηκε την Ενεργοποίηση του Τμήματος Κατ'οίκον Νοσηλείας.
2. Με το αρ.πρωτ. 9670/2-3-21 έγγραφο της η 1^η ΥΠΕ αναφέρετε στην σύσταση στο Νοσοκομείο μας Υπηρεσίας ή Διατομεακό Τμήμα «Κατ'οίκον Νοσηλείας».
3. Με το Θέμα Εκτ.2, στην 3^η Συνεδρίαση, 23-4-2021 το Διοικητικό Συμβούλιο ενέκρινε την Σύσταση Διατομεακού Τμήματος «Κατ'οίκον Νοσηλείας – λειτουργίας Υπηρεσίας Κατ'οίκον Νοσηλείας»

118

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ. Π.ε. ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ
Αγ. Ολγας 3-5, 142 33 Ν. Ιωνία
(τηλεφ.κέντρο : 213/2057000)
Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
Τηλ.: 213 205 7945, Fax: 213 2057047
Email: diefthinsi.nosileftikis.ypiresias@konstantopouleio.gr

ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ
ΝΟΣ. ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ
ΑΡ.ΠΡΩΤ.: 32581
ΗΜ/ΝΙΑ: 27/11/2020



Ν. Ιωνία: 25/11/2020

Αρ. Πρωτ. ΔΝΥ: 126

ΠΡΟΣ:
ΤΟΝ ΔΙΟΙΚΗΤΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΘΕΜΑ

Ενεργοποίηση του Τμήματος Κατ'οίκον Νοσηλείας

Η **κατ' οίκον νοσηλεία** αποτελεί μια εναλλακτική μορφή περίθαλψης, έναντι της νοσοκομειακής, ως προς το κόστος και το αποτέλεσμα και έχει σκοπό την παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ιατρικής παρακολούθησης στο σπίτι, με ταυτόχρονη κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και του οικείου περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με τον **ορισμό** των Amer. Med. Association και Amer. National Nurses Association “Η κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί το σύνολο των δραστηριοτήτων εκείνων με βάση τις οποίες οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας παρέχονται στα **άτομα** και στις **οικογένειες** τους στο **χώρο που ζουν**, με σκοπό την **προαγωγή**, τη **διατήρηση** και **αποκατάσταση** της **υγείας του ατόμου** ή την ελαχιστοποίηση των **δυσμενών επιδράσεων** της ασθένειας ή της αναπηρίας”.

Η νοσηλεία στο σπίτι ή κατ' οίκον νοσηλεία, συνίσταται στην παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, με ταυτόχρονη ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του στο οικείο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Η κατ' οίκον νοσηλεία είναι ένας ταχέως αναπτυσσόμενος τομέας της υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως (Cyote and McKeever, 2001). Η ανάπτυξή της οφείλεται κυρίως στη συνεχή αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων, σε όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου, και ταυτόχρονα στην ανάγκη μείωσης του κόστους της οξείας ή επείγουσας ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Επιπλέον συμβάλλει στην πρόληψη των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και παρέχει ψυχολογικά και κοινωνικά οφέλη στον ασθενή και τους οικείους του.

Το σύστημα της κατ' οίκον νοσηλείας προσφέρει μια εύκολη, οικονομική και αποτελεσματική λύση στο πρόβλημα της εξεύρεσης νοσοκομειακής κλίνης, ιδιαίτερα σε ειδικές περιπτώσεις ασθενών, όπως οι ογκολογικοί ασθενείς, ασθενείς με χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες, ηλικιωμένοι, άτομα που ζουν μόνα τους ή έχουν χαμηλό εισόδημα, έτσι ώστε να μπορούν να ζήσουν με ανεξαρτησία στα σπίτια τους κοντά στα αγαπημένα τους πρόσωπα, στην οικογένειά τους και στην κοινότητα (Wilkins and Park, 1997).

Οι λόγοι που συνετέλεσαν στην ανάπτυξη των υπηρεσιών της κατ' οίκον νοσηλείας είναι μεταξύ άλλων:

- η αύξηση του αριθμού των χρονίως πασχόντων ασθενών
- η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης

- η οικονομική κρίση που συνέβαλε στην αύξηση της ανεργίας και κατ' επέκταση στην μείωση του οικογενειακού εισοδήματος

Πλεονεκτήματα - οφέλη:

Τα πλεονεκτήματα και οφέλη που απορρέουν από την ανάπτυξη και εφαρμογή της Κατ' Οίκον Νοσηλείας είναι:

1. για τον ασθενή:

Δυνατότητα παραμονής του ασθενούς στο οικογενειακό του περιβάλλον με όλα τα οφέλη που αυτή συνεπάγεται (μέγιστη σωματική και ψυχική ηρεμία), για την ταχεία ανάρρωσή του.

2. για το νοσοκομείο:

- ταχύτερη διαχείριση των περιστατικών,
- μείωση του χρόνου νοσηλείας,
- μείωση της συχνότητας προσέλευσης και εισαγωγών στο νοσοκομείο,
- μείωση του κινδύνου ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων,
- με απώτερο όφελος την απελευθέρωση νοσοκομειακών κλινών.

3. για την πολιτεία:

- μείωση του κόστους νοσηλείας
- μείωση της απουσίας των συγγενών από την εργασία τους

Ιδιαίτερα δε υπό τις νέες συνθήκες που έχουν διαμορφωθεί λόγω της πανδημίας Covid-19, τα οφέλη είναι εξαιρετικά σημαντικά δεδομένου ότι επιτρέπουν τη μείωση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών, τη μείωση των επισκέψεων των ασθενών και των συνοδών τους στο χώρο του νοσοκομείου και την αποφυγή του συνωστισμού.

Η κατ' οίκον νοσηλεία είναι ευρέως διαδεδομένη ανά τον κόσμο. Σχεδόν όλες οι χώρες της Δυτικής Ευρώπης, η Αμερική, ο Καναδάς εφαρμόζουν προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι (Home Care), με το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό και την υποστήριξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας ανάλογα με:

- την οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών της χώρας,
- το επίπεδο της παρεχόμενης κοινωνικής πρόνοιας
- την οικονομική κατάσταση και

- τις λοιπές κοινωνικές και ανθρωπιστικές ιδιαιτερότητες.

Πάροχοι υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας

Οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας παρέχονται από νοσοκομεία, φορείς δημόσιας υγείας, από κερδοσκοπικές εταιρείες-οργανισμούς ιδιωτικού δικαίου αλλά και από μη κερδοσκοπικούς ή εθελοντικούς οργανισμούς.

Στα κράτη με ανεπτυγμένα συστήματα παροχής κατ' οίκον νοσηλείας η πρόσβαση στην υπηρεσία γίνεται με τους εξής τρόπους:

- Ο ασθενής παραπέμπεται από τον οικογενειακό ιατρό εφόσον διαπιστωθεί τέτοια ανάγκη.
- Ο ασθενής απευθύνεται σε μια μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, συνήθως στο κέντρο υγείας, για κάποιο πρόβλημα υγείας και εκεί αποφασίζεται ότι μπορεί να αντιμετωπιστεί στο σπίτι.
- Ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και μετά την έξοδό του συνεχίζεται η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι.
- Ο κοινοτικός νοσηλευτής, η οικογένεια ή η κοινότητα διαπιστώνει ότι ένα άτομο έχει κάποιο πρόβλημα υγείας και ζητά την παρέμβαση της αρμόδιας υπηρεσίας.

Τα έξοδα καλύπτονται από τον ίδιο τον ασθενή, από ιδιωτικές ασφάλειες ή από δημόσια προγράμματα ασφάλισης υγείας.

Οι σπουδαιότεροι από τους παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τον **σχεδιασμό** και την **οργάνωση** υπηρεσιών υγείας στο σπίτι είναι:

- το ανθρώπινο δυναμικό
- το είδος των ασθενών
- ο χώρος ευθύνης
- ο χώρος λειτουργίας
- η υλικοτεχνική υποδομή
- ο χρόνος λειτουργίας
- η χρηματοδότηση - κάλυψη των δαπανών

Στην Ελλάδα η νοσηλεία στο σπίτι στο δημόσιο τομέα εφαρμόζεται ήδη από αρκετά νοσοκομεία σαν **συνέχεια της φροντίδας από το νοσοκομείο** στο σπίτι, στη δε περίπτωση των ογκολογικών νοσοκομείων σκοπός είναι η ανακούφιση των καρκινοπαθών σε προχωρημένο ή τελικό στάδιο της νόσου τους. Νοσοκομεία με πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας είναι τα εξής:

1. Ογκολογικό Νοσοκομείο «Μεταξά»: από το 1979 λειτουργεί υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας.
2. Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι»: από το 1987 λειτουργεί υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας.
3. Πρόγραμμα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού
4. Στο νοσοκομείο «Αρεταίειο» στο πλαίσιο του Ιατρείου Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής λειτουργεί από το 1999 μονάδα κατ' οίκον νοσηλείας για τους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε παρεμβατική θεραπεία.
5. Το Εθνικό πρόγραμμα «Ψυχαργώς», μέρος του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης της χώρας, παρέχει επίσης υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας με επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών.
6. Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων παρέχει υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας για τους ασθενείς με AIDS.

Νομοθεσία

- Νόμος για την Κατ' Οίκον Νοσηλεία στην Ελλάδα Ν.2071/1992 όπως τροποποιήθηκε μερικώς από το Ν.2519/1997, όπου σύμφωνα με το άρθρο 28 του Ν.2071 με προεδρικά διατάγματα που θα εκδοθούν καθορίζονται κυρίως οι όροι και οι προϋποθέσεις για την παροχή της κατ' οίκον νοσηλείας, ο χρόνος ενάρξεως του συστήματος αυτού, οι κατηγορίες ασθενών, οι τυχόν εξειδικευμένες ιατρικές ή νοσηλευτικές πράξεις, τα νοσηλευτικά ιδρύματα ή άλλες μονάδες του τομέα υγείας ή πρόνοιας ή κοινωνικών ασφαλίσεων του Υπ. Υγείας Πρ. & Κοιν Ασφαλίσεων, με μέριμνα και ευθύνη των οποίων εφαρμόζεται η κατ' οίκον νοσηλεία, οι δαπάνες κινήσεως των ατόμων, που συντελούν στην κατ' οίκον νοσηλεία, η συμμετοχή του ασφαλιστικού φορέα του νοσηλευμένου στις δαπάνες της

νοσηλείας. Επιπλέον, με το άρθρο 29 ορίζεται η στελέχωση και λειτουργία των μονάδων κατ' οίκον νοσηλείας σε ν.π.δ.δ. Σύμφωνα με το άρθρο μπορεί να συσταθεί «μονάδα κατ' οίκον νοσηλείας υπό τη διεύθυνση ιατρού σε ν.π.δ.δ., η στελέχωση ρυθμίζεται με προεδρικό διάταγμα, ενώ για την εφαρμογή του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας είναι δυνατή η πρόσληψη ιατρών, νοσηλευτών ΠΕ ή ΤΕ, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας καθώς επίσης και άλλου εξειδικευμένου, κατά περίπτωση επιστημονικού προσωπικού με πλήρη ή μερική απασχόληση, σε θέσεις που μπορεί να συνιστώνται για το σκοπό αυτόν. Στις θέσεις αυτές μπορεί να αποσπάται πάσης φύσεως προσωπικό που υπηρετεί σε ν.π.δ.δ.» Στο άρθρο 30 αναφέρεται στη σύσταση ειδικής Υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας στο Υπουργείο, για το συντονισμό και την προαγωγή του προγράμματος σε όλη την ελληνική επικράτεια. Με το άρθρο 21 του Ν2519/97 διευκρινίζεται ότι «τα νοσοκομεία και τα ΚΥ του ΕΣΥ μπορούν να παρέχουν Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας. Οι κατηγορίες ασθενών και παθήσεων για τις οποίες εφαρμόζεται η νοσηλεία κατ' οίκον ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και πρόνοιας, με την οποία καθορίζονται και ο τρόπος οργάνωσης, οι προϋποθέσεις, οι ώρες και η διαδικασία παροχής από τα νοσοκομεία των υπηρεσιών αυτών».

- ΦΕΚ 3515/Β'/31-12-2012 που προβλέπει τον Ενοποιημένο οργανισμό του Γ.Ν.Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο – Πατησίων»
- Η υπ' αριθμό Υ3γ/ΓΦ12,14,25,27/Γ.Π/οικ.9395/30-1-2014 εγκύκλιος με θέμα «Σχεδιασμός ενεργειών και δράσεων για τον εκσυγχρονισμό των θεσμών της Κατ' Οίκον Νοσηλείας και του Οικογενειακού Προγραμματισμού, με την ανάπτυξη και την οργάνωση πιλοτικών δικτύων : α) Πιλοτικό Δίκτυο Τμημάτων ή Υπηρεσιών Κατ' Οίκον Νοσηλείας και β) Πιλοτικό Δίκτυο Μονάδων ή Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού και Μονάδων Φροντίδας Μητέρας-Παιδιού»
- Η υπ' αριθμό Γ3δ/Δ.Φ.14/Γ.Π.οικ.58490/31-7-2015 (ΑΔΑ:ΩΙΥΩ465ΦΥΟ-ΩΟΗ) εγκύκλιος με θέμα «Οργάνωση, λειτουργία και ενιαίος καθορισμός διαδικασιών για την ανάπτυξη του Πιλοτικού Δικτύου των Τμημάτων ή Υπηρεσιών Κατ' Οίκον Νοσηλείας»

- Η υπ' αριθμό Γ3δ/Δ.Φ.14/Γ.Π.οικ.21444/18-3-2016 (ΑΔΑ:6Η97465ΦΥΟ-ΖΡΑ) εγκύκλιος με θέμα «Παροχή συμπληρωματικών διευκρινήσεων σχετικά με την εγκύκλιο: Οργάνωση, λειτουργία και ενιαίος καθορισμός διαδικασιών για την ανάπτυξη του Πιλοτικού Δικτύου των Τμημάτων ή Υπηρεσιών Κατ' Οίκον Νοσηλείας»
- Το Απόσπασμα της 5ης Συνεδρίασης/27-03-2019 του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο – Πατησίων» σύμφωνα με το οποίο έχει εγκριθεί η σύσταση τμήματος «Κατ' Οίκον Νοσηλείας», σύμφωνα με το νόμο πλαίσιο.

Σύμφωνα με τα παραπάνω προβλέπεται διατομεακό τμήμα υπηρεσίας Κατ' οίκον Νοσηλείας στο νοσοκομείο μας.

Ωστόσο, το τμήμα της Κατ' οίκον Νοσηλείας δεν λειτούργησε ποτέ παρά την έγκριση της πιλοτικής λειτουργίας του λόγω της ύπαρξης προβλημάτων σχετικά με:

- την στελέχωση
- την εύρεση κατάλληλου χώρου λειτουργίας
- τον καθορισμό του τρόπου λειτουργίας (περιοχή κάλυψης, κλινικές που θα συμμετέχουν, ασθενείς που θα εντάσσονται, νοσηλείες και παρεμβάσεις που θα πραγματοποιούνται)
- τη διαχείριση των αποβλήτων
- τη διαχείριση και προμήθεια αναλώσιμων υλικών, εργαλείων και φαρμάκων
- τη χρήση οχήματος και τη διαχείριση των λειτουργικών του εξόδων

Εισηγούμεστε την ενεργοποίηση του τμήματος Κατ' οίκον Νοσηλείας στο νοσοκομείο μας.

Κατά την αρχική υλοποίηση του τμήματος της Κατ' οίκον Νοσηλείας στο νοσοκομείο μας θα εντάσσονται ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί σε κάποιο από τα εξής τμήματα: **Α' Παθολογική κλινική, Β' Παθολογική κλινική, Χειρουργική κλινική, Αγγειοχειρουργική κλινική και Ουρολογική κλινική.** Η ένταξή τους στην Κατ' οίκον Νοσηλεία θα συμβάλλει όπως προαναφέρθηκε στη μείωση της διάρκειας νοσηλείας τους στα τμήματα αυτά.

Ο αριθμός των προσερχόμενων ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου μας κατά τα έτη 2018 και 2019, καθώς και εκείνων που τελικά χρειάστηκε να νοσηλευτούν απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα.

ΕΤΟΣ	ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	
	ΠΡΟΣΕΡΧΟΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
2018	47.094	5.342
2019	46.936	5.571

Αναλυτικότερα, ειδικά για το έτος 2019 και αναφορικά με τα τμήματα που θα εξυπηρετούνται από την Κατ' οίκον Νοσηλεία, ο αριθμός των ασθενών που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αλλά και όσοι χρειάστηκε να νοσηλευτούν στα τμήματα φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

ΚΛΙΝΙΚΗ	ΕΤΟΣ 2019	
	ΠΡΟΣΕΡΧΟΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	7.383	1.169
Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	6.572	1.524
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	9.110	961
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1.100	105
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	4.584	210
ΣΥΝΟΛΟ	28.749	3.969

Κατά το αρχικό στάδιο ενεργοποίησης του τμήματος Κατ' οίκον Νοσηλείας στο νοσοκομείο μας ορίζονται τα κάτωθι, σύμφωνα με τις υπ' αριθμό Γ36/Δ.Φ.14/Γ.Π.οικ.58490/31-7-2015 και Γ36/Δ.Φ.14/Γ.Π.οικ.21444/18-3-2016 εγκυκλίου.

Χώρος λειτουργίας

- Γραφείο Κατ' Οίκον Νοσηλείας στο γραφείο της Κοινωνικής Υπηρεσίας
- Αποθήκη υλικού στο χώρο του ΤΕΠ

Χρήση οχήματος

Θα γίνεται παραχώρηση του οχήματος με Αριθμό Κυκλοφορίας ΚΗΙ 3300 από το Γραφείο Επιστασίας του νοσοκομείου μας προκειμένου να χρησιμοποιείται για τις επισκέψεις της Κατ' Οίκον Νοσηλείας Τετάρτη και Παρασκευή.

Οδηγός του οχήματος θα είναι ο Προϊστάμενος του Τμήματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας, Ιωάννης Παγκράτης, Νοσηλευτής ΤΕ.

Στελέχωση

Το Τμήμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας θα στελεχώνεται ως εξής:

A. Μόνιμο προσωπικό

A1. Ιατροί

- Επιστημονικά Υπεύθυνος Ειδικευμένος Ιατρός: Μιλτιάδης Παπασταματίου, Διευθυντής Χειρουργικής κλινικής.
- Αναπληρωτής Υπεύθυνος Ειδικευμένος Ιατρός: Κωνσταντίνος Μανές, Α' Επιμελητής Χειρουργικής κλινικής.

A2. Νοσηλευτές

- Προϊστάμενος Τμήματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας: Ιωάννης Παγκράτης, Νοσηλευτής ΤΕ.
- Νοσηλευτής: Γιάχος Νικόλαος, Νοσηλευτής ΤΕ.

B. Συνεργαζόμενο προσωπικό

B1. Ιατροί

- Πετσιμέρη Βασιλική, Διευθύντρια Β' Παθολογικής κλινικής.
- Ευάγγελος Λιάπης, Ειδικευόμενος Ιατρός Ψυχιατρικής κλινικής

B2. Επαγγελματίες υγείας

- Αγγελική Ντάκουλα, Επισκέπτρια Υγείας ΤΕ
- Φανή Μυστακίδη, Κοινωνική Λειτουργός

Πρόγραμμα λειτουργίας

- Το τμήμα θα λειτουργεί Τετάρτη και Παρασκευή για τις επισκέψεις κατ'οίκον. Αναλόγως τις ανάγκες, οι κατ'οίκον επισκέψεις της Τετάρτης δύναται να πραγματοποιούνται κατά την απογευματινή βάρδια.

- Το τμήμα θα λειτουργεί Δευτέρα, Τρίτη και Πέμπτη εντός του Νοσοκομείου για τον προγραμματισμό των εργασιών του τμήματος και τις επισκέψεις του κοινού κατά τις ώρες: 10:00 με 14:00.
- Η ένταξη των ασθενών στο τμήμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας θα εγκρίνεται για τη χρονική περίοδο έως 1 μήνα ή έως 10 επισκέψεις (κατηγορία I) και για τη χρονική περίοδο έως 3 μήνες ή έως 30 επισκέψεις (κατηγορία II).
- Κατά την λειτουργία του Τμήματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας θα γίνεται χρήση των Προτυποποιημένων Εντύπων:
 - Αίτηση (KON1)
 - Έντυπο παραπομπής στο Τμήμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας (KON2)
 - Δημογραφικά Στοιχεία και Ιστορικό (KON3α) – Έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενούς και Φροντιστή (KON3β)
 - Δελτίο Κατ' Οίκον επίσκεψης (KON4)
 - Δελτίο παραπομπής σε άλλες Υπηρεσίες/Φορείς (KON5)
 - Δελτίο Απολογισμού Ασθενούς (KON6)
 - Στατιστικό Δελτίο εξαμήνου απολογισμού (KON7)
- Το προσωπικό του τμήματος δεν θα είναι αποκλειστικής απασχόλησης.
- Θα υπάρχει συνεργασία με όμορους Δήμους (Δήμοι Ν. Ιωνίας, Φυλαδέλφειας, Ν. Ηρακλείου, Γαλατσίου).
- Η διαχείριση των αποβλήτων κατά την λειτουργία του Διατομεακού Τμήματος Κατ' οίκον Νοσηλείας θα γίνεται σε συνεργασία με την επιτροπή αποβλήτων του νοσοκομείου.

Κριτήρια ένταξης

Η περιοχή δράσης του Διατομεακού Τμήματος Κατ' οίκον Νοσηλείας θα αφορά αρχικά τον Δήμο Ν. Ιωνίας. Προκειμένου να γίνει ένταξη ασθενή στην Κατ' Οίκον Νοσηλεία θα απαιτείται:

- νοσηλεία στο νοσοκομείο μας
- κάτοικος της περιοχής δράσης του Τμήματος Κατ' οίκον Νοσηλείας
- παραπομπή του ασθενή στην Κατ' οίκον Νοσηλεία από τον θεράποντα ιατρό

Η συχνότητα των επισκέψεων ανά ασθενή και ο χρόνος των επισκέψεων θα καθορίζεται ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών και τις ιατρικές οδηγίες.

Ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Φροντίδα χρονίως πασχόντων ασθενών (ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, διαβήτη, καρκίνο τελικού σταδίου, ΧΑΠ κλπ.)
- Σίτιση από Levin
- Φροντίδα κατακλίσεων
- Φροντίδα - μόνιμου ουροκαθετήρα
- Οξυγονοθεραπεία
- Περιποίηση στομίας
- Λήψη ζωτικών σημείων, stick σακχάρου
- Φροντίδα ατομικής υγιεινής
- Εκπαίδευση ασθενούς και περιβάλλοντος σε τεχνικές αυτοφροντίδας και πρόληψης

Κόστος

Το κόστος λειτουργίας αφορά σε:

- Μη αναλώσιμο υλικό
- Αναλώσιμο υλικό
- Δαπάνες μετακίνησης του προσωπικού (βενζίνη, συντήρηση αυτοκινήτου κλπ)

Επίλογος

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι ένας τομέας του υγειονομικού συστήματος ταχέως αναπτυσσόμενος σε παγκόσμιο επίπεδο. Στις προηγμένες υγειονομικά χώρες του κόσμου, τα προγράμματα παροχής κατ' οίκον νοσηλείας αποτελούν την πλέον καινοτόμο πρόταση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της παραδοσιακής νοσοκομειακής περίθαλψης. Επιπλέον εν καιρώ υγειονομικών κρίσεων, όπως αυτή που αντιμετωπίζουμε σήμερα, είναι ένας τρόπος να αποφευχθούν εικόνες συνωστισμού στις υγειονομικές μονάδες και άσκοπες εισαγωγές για περιστατικά που μπορούν να αντιμετωπιστούν στο σπίτι.

Το νοσοκομείο μας με το άριστα καταρτισμένο υγειονομικό προσωπικό που διαθέτει καθώς και την πλήρη υλικοτεχνική υποδομή του, μπορεί να ανταπεξέλθει με επιτυχία σε μια ακόμα πρόκληση, όπως αυτή της κατ' οίκον νοσηλείας, με σκοπό την ολοένα βελτιούμενη παροχή υπηρεσιών υγείας στο κοινωνικό σύνολο.

Ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας



Μιχάλης Μαντζανάς



Η «Κατ' οίκον Νοσηλεία» αποτελεί ένα από τα πλέον πετυχημένα προγράμματα του Κωνσταντοπούλειου Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας που στήνει έτσι την οργανωμένη παρηγορητική φροντίδα σε πρόσωπα της γ' ηλικίας και σε ασθενείς μας που πάσχουν από αιματικές αναιμίες. Με πολλή αγάπη και ενθουσιασμό υλοποιούμε την νέα αυτή πρωτοβουλία του Νοσοκομείου της πόλης μας και υπό ευχάριστες συνθήκες να ανταποκριθεί όσο το δυνατόν καλύτερα στη θεμελιώδη κοινωνική του αποστολή.

Ο Μητροπολίτης
ΥΠΟ Νέας Ιωνίας, Φιλοθέης, Ηρακλείου & Χαλκιδέων Γαβριήλ



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ - ΠΑΤΗΣΙΩΝ

ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

ΝΕΑ ΙΩΝΙΑ 2021

Κατ' οίκον Νοσηλεία



Η κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί μια ενδολογική μορφή περίθαλψης έναντι της κοσμητολογικής, και έχει ως σκοπό την παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ιατρικής παρακολούθησης στο σπίτι με ταυτόχρονη κοινωνική και ψυχολογική στήριξη των ασθενών και των οικείων περιβάλλοντος. Το σύστημα της κατ' οίκον νοσηλείας προήλθε με αποτελεσματική λύση σε αρκετές περιπτώσεις ασθενών, έτσι ώστε να μπορούν να ζήσουν με ανεξαρτησία στο σπίτι τους κοντά στα αγαπημένα τους πρόσωπα, στην οικογένειά τους και στην κοινότητά. Η νοσηλεία στο σπίτι είναι ένας τομέας του υγειονομικού συστήματος ταχείας ανάπτυξης σε παγκόσμιο επίπεδο.



Το Γ.Ν. Νέας Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων έχει μικρή ιστορία προνοίας υπηρεσιών υγείας, η οποία ξεκινάει από το 1923 και συνεχώς εξελίσσεται. Στο πλαίσιο των σύγχρονων αναγκών, ξεκινάει στο Νοσοκομείο μας η λειτουργία **Υπηρεσίας Κατ' οίκον Νοσηλείας**. Το όραμα καταρτισμένου υγειονομικού προσωπικού μας με την πλήρη οικονομική υποστήριξη που διαθέτει, μέσω της υπηρεσίας της κατ' οίκον νοσηλείας, συνεκτιμά την παροχή υπηρεσιών υγείας με ποιότητα και ασφαλέστερα στο κοινωνικό σύνολο.



Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας

- Λήψη ζωτικών σημείων - Stick σακχάρου
- Ενεργοθεραπεία
- Φροντίδα απορρικτικής υγιεινής
- Φροντίδα μόνιμου ουροκαθετήρα
- Φροντίδα τραυμάτων - κατακλίσεων
- Φροντίδα χρόνιας παθολογίας ασθενών
- Περιποίηση ατομίας
- Παρεντερική διατροφή
- Οξυγονοθεραπεία
- Ηπατοενόμορ - περιποίηση κεντρικού καθετήρα
- Διαχείριση φαρμάκων
- Υποστήριξη στην κινητικότητα
- Εκπαίδευση & Συμβουλευτική ασθενούς - περιβάλλοντος σε τεχνικές αυτοφροντίδας και πρόληψης υγείας



Πληροφορίες

Το γραφείο της Κατ' οίκον νοσηλείας βρίσκεται στον 6ο Όροφο του Γ.Ν. Νέας Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων.

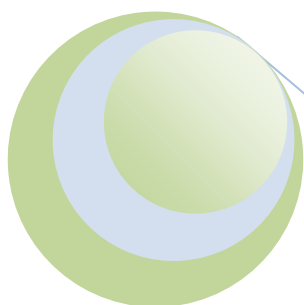
📍 Οδός Ακτοπλοίας, Δεσφίνα - Παροικιά της Της - Της

☎️ Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2132057644

✉️ Email: homecare@konstantopoulou.gr

Στατιστικά - Νοσηλείας κατ'οίκον

Δείκτης μέτρησης	Ιαν – Ιούν 2021		Ιούλ - Δεκ 2021	
A. Συνολικός αριθμός εξυπηρετούμενων στο Τμήμα	4		25	
B. Αριθμός αιτήσεων για ένταξη στην υπηρεσία	4		28	
Γ. Αριθμός αιτήσεων έγκρισης από την υπηρεσία	4		28	
Δ. Αριθμός επισκέψεων κατ' οίκον	22		134	
E. Αριθμός διενεργούμενων παρεμβάσεων κατά κατηγορία				
Λήψη ιστορικού και εκτίμηση αναγκών του ατόμου και της οικογένειας	4		25	
Εκτίμηση αναγκών και συνθηκών διαβίωσης, υγιεινής και ασφάλειας του ατόμου και της οικογένειας	9		37	
Φροντίδα δέρματος	3		41	
Διενέργεια εμβολιασμών με δική τους ευθύνη	0		0	
Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων	22		130	
Φροντίδα ατομικής υγιεινής και εκπαίδευση ατόμου και οικογένειας	30		115	
Εκτίμηση φαρμακευτικής συμμόρφωσης και εκπαίδευσης στη σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής	14		44	
Λήψη βιολογικών υγρών (αίμα, ούρα, καλλιέργειες)	2		27	
Χορήγηση φαρμάκων με όλους τους τρόπους και ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (εντερική και παρεντερική διατροφή) με διασφαλισμένη την ενδοφλέβια οδό χορήγησης φαρμάκων	20		74	
Τοποθέτηση και αλλαγή καθετήρων (κύστεως, ρινογαστρικό, φλεβοκαθετήρα)	0		7	
Υποκλυσμοί (χαμηλός/υψηλός και υποκλυσμός από κολοστομία με ιατρική οδηγία)	0		0	
Διδασκαλία αυτό-φροντίδας ασθενούς και εκπαίδευση φροντιστών για θέματα περιποίησης τραυμάτων, φροντίδας στομίων, χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής κλπ	5		30	
Εκτίμηση και αντιμετώπιση πόνου	6		45	
Διενέργεια επικοινωνίας με τα μέλη της ομάδας ΠΦΥ. Παραπομπή όπου απαιτείται (διασύνδεση, νοσηλευτική φροντίδα)	0		2	
Άλλο που δεν εντάσσεται σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες, προσδιορίστε	19		33	
Συνολικός Αριθμός διενεργούμενων παρεμβάσεων	134		610	
ΣΤ. Παραπομπές				
ΣΤ. Ι Περαιτέρω κλινική εξέταση - διερεύνηση σε Τμήμα ή Υπηρεσίας ΕΝΤΟΣ ή ΕΚΤΟΣ νοσοκομείου	ΕΝΤΟΣ	ΕΚΤΟΣ	ΕΝΤΟΣ	ΕΚΤΟΣ
1. Αιματολογικές, βιοχημικές εξετάσεις	2		27	
2. Απεικονιστικές εξετάσεις		2		
3. Κοινωνική Υπηρεσία				
4. Εξωτερικά Ιατρεία	3			
5. Βραχεία Νοσηλεία				
6. Ψυχιατρική, ψυχολογική υποστήριξη				
7. Άλλο	2	1	2	
Συνολικός αριθμός παραπομπών	10			



**ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΕΣ ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ
ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ
- 2021**





ΙΔΡΥΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

«Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»

Αξιότιμε κ. Παπασταματίου,

σας ευχαριστούμε θερμά για τη δέουσα προσοχή και φροντίδα που παρείχατε κατά τη διάρκεια νοσηλείας, της Ηγουμένης της Ιεράς Μονής Παμμακαρίστου Θεοτόκου, στο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας Κωνσταντινούλειο.

Με εκτίμηση,
Ο Πρόεδρος του Δ.Σ.



Νικόλας Ρούσσος

Νικόλας Ρούσσος
Πρόεδρος Δ.Σ.

Λεωφ. Μαραθίνος 1, Νέα Μάκρη Αττικής, τ.κ. 19005
τηλ.: 22940 91206, 22940 96013 | fax: 22940 91407
ev.: 6937 294978 | e-mail: roussos@pammakaristos.eu
url: www.pammakaristos.gr

ΙΔΡΥΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»
Λεωφ. Μαραθίνος 1, Νέα Μάκρη Αττικής, ΤΚ 19005
τηλ.: 22940 91206 - 22940 96013, fax: 22940 91407
www.pammakaristos.gr, email: info@pammakaristos.eu



ΙΕΡΑ ΜΟΝΗ
ΜΑΚΑΡΙΣΤΟΥ ΘΕΟΤΟΚΟΥ
ΣΤΡΟΦΗΛΙΟΥ 42 - ΚΗΦΙΣΙΑ 145 64
ΤΗΛ.: 80 78 674 - 80 74 165

Λεμεσό 18.6.2021

Αρ. Πρωτ. 593/246
21

Αγαπητέ μας Κύριε Πατριάρχη
Χαίρω ευχαριστούμε πολύ για όμη
ράς τη συμπαράστασή και
αγάπη προς τους αγαπητέ
νι μας αδελφί Ειρήνη.
Το ίδιο και σε όλο το Ενω
μένο και τον της Ευλα-

ραβιάθους μετά τις ενοχόμε
νιές με αδελφία με.
Χαίρω ευχαριστούμε που είστε
πάντα κοντά μας. Ξέρει ότι
για τον είστε αδελφός και
επειδή πάντα θα ανδανόμαζε
για τον και όμο τον με
οιμογένεια.

Με πολλή αγάπη
Οι αδελφί με Πατριάρχων

Ιδιώτες

Ευχαριστήριο μήνυμα

Αρ. Πρωτ. 592 / 24-6-21

Ευχαριστήριο μήνυμα

Αποστολέας Θεμης Αλεξόπουλος <themis7a@outlook.com>
Παραλήπτης grammateia.xeirourgikou@konstantopouleio.gr
<grammatela.xeirourgikou@konstantopouleio.gr>
Ημερομηνία 21/06/2021 13:00

Καλησπέρα σας,

Με αφορμή την επίσκεψή μου και παραμονή μου στο νοσοκομείο σας, για την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης μου, στις 20/05/2021, θα ήθελα να ευχαρισήσω θερμά, τον χειρουργό κύριο Κωνσταντίνο Αλιφιέρη, για τον άψογο χειρισμό της περίπτωσης μου, τόσο προεγχειρητικά, με την άψογη καθοδήγησή του, την ψυχολογική υποστήριξη, όσο και μετεγχειρητικά, με τις σαφείς και όπως αποδείχθηκε σωστές οδηγίες του, καθ' όσον ένα μήνα μετά πλέον, όλα έχουν κυλήσει άψογα.

Κλείνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω την αναισθησιολόγο κυρία Κατερίνα Αλεξανδροπούλου καθώς και τον κύριο Μιλτιάδη Παπασταματίου.

Με εκτίμηση
Θεμιστοκλής Αλεξόπουλος

Αρ. Πρωτ. ΥΠΔΛΥ: 634/10-11-2021

Προς Διοικητή

Κωνσταντοπούλειου Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας

Ευχαριστήρια Επιστολή

Αθήνα, 6 Νοε 2021

Νοσηλεύτηκα στο Κωνσταντοπούλειο νοσοκομείο σας με σοβαρό πρόβλημα υγείας από 11-10-2021 έως 28-10-2021, στην Χειρουργική κλινική (5ος όροφος).

Ευχαριστώ θερμά τους θεράποντες ιατρούς μου, που συνέβαλαν στην αποκατάσταση της υγείας μου, τον χειρουργό κύριο Αθανασίου Κωνσταντίνο καθώς και τους υπολοίπους ιατρούς.

Η κατάσταση που επικρατούσε στον θάλαμο νοσηλείας 509, με 3 κρεβάτια ήταν υποδειγματικής νοσηλείας. Όλα λειτούργησαν καταπληκτικά και μου έδιναν το αίσθημα της πλήρους ασφάλειας μου από το χειρουργείο μέχρι τη Νοσηλεία.

Έλαβα εξιτήριο στις 28-10-2021 και θέλω να ευχαριστώ θερμά πέρα από τους θεράποντες ιατρούς τις Ακούραστες Νοσηλεύτριες και Προϊσταμένη που έτρεχαν ακατάπαυστα νυχθημερόν να με φροντίσουν και να ικανοποιήσουν κάθε αίτημα μου.

Με εκτίμηση

Βασιλική Ευσταθίου

Ημερ : 27-01-2021

**ΠΡΟΣ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ
«ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ - ΠΑΤΗΣΙΩΝ»**

Αθήνα, 27 Ιανουαρίου 2021

Κόριε Διοικήτά,

Μετά από μακρά νοσηλεία της μητέρας μας, ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΥ ΟΥΡΑΝΙΑΣ, στη Χειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου σας, λόγω ανιάτης πάθησης, θα θέλαμε με την παρούσα επιστολή να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας προσωπικά σε Εσάς και δι' Υμών στον κ. ΜΙΑΤΙΛΔΗ ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΙΟΥ, Διευθυντή της Χειρουργικής Κλινικής και στην κα ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ, Προϊσταμένη Νοσηλευτικού, καθώς και σε όλο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στο πρόβλημα της υγείας της. Επίσης, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμότερες ευχαριστίες για τη συμπαράσταση που είχαμε και εμείς, από το προσωπικό της κλινικής, στη δοκιμασία που υπέστημεν.

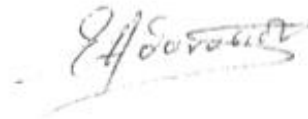
Μετά τιμής,

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Ι. ΚΟΛΟΒΟΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ Ι. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ

ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΠΡΩΤΟΔΙΚΩΝ



Αρ. Πρωτ. ΥΠΔΑΥ. : 613/8-3-2021

ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΡΟΣΕΠΙΘΕΟ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΩΣΤΕΡΕΩΣΟΥ

ΣΤΙΣ 27/07 2021 ΕΙΣΗΧΘΗ Η ΜΗΤΕΡΑ ΜΟΥ ΔΗΜΑΡΧΗ ΕΥΔΟΣΙΑ (80 ΕΤΩΝ) ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΑΣ ΜΕ ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΤΩΝ ΚΥΡΩ ΠΡΙΟΥΣΩΔ ΚΥΦ ΑΣΠΑΣΤΗΛΟΥΣΟΥ ΤΩΝ ΚΥΡΩ ΠΕΝΤΗΛΙΑ ΜΕ ΕΠΙΣΚΑΗΡΙΔΙΟ !!!!!

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΕ ΓΙΑ ΕΝΑ ΜΗΝΑ.

ΠΡΑΞΙΜΑΤΙΚΑ ΕΣΤΙ ΚΑΙ ΜΑ ΓΡΑΦΩ ΓΙΑ ΤΩΝ ΚΥΡΩ ΠΡΙΟΥΣΩΔ ΕΙΝΑΙ ΜΕΡΟ !!

ΕΣΑΡΤΗΤΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΤΑΙ ΣΤΑΝΚΟΣ ΗΝΕΡΣΕΩΣ!!!!

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΦΡΑ ΣΑΣ.

ΘΕΛΩ ΕΠΙΣΗ/Ε ΝΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΘΩ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΙΣΔΙΕΚΟΥΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΕΠΙΘΕΟ ΠΟΥ ΜΑΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΑΝ ΑΚΕΛΥΡΑΣΤΑ ΓΕ ΩΑΗ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ !!

ΕΙΝΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΑΡΧΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΦΡΟΝΕΥΟ/ ΠΡΩΤΟ ΣΕΡΩΝ.



ΜΕ ΤΗΝ ΟΚΤΩΜΩΝΗ ΜΑΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΕΓΚΛΕΙΣΤΥΝΗ ΜΑΣ

ΕΛΤΕΡΙΝΑ ΔΗΜΑΡΧΗ

ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ : ΦΡΟΝΤΙΣΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΠΑΤΡΩΝ ΣΑΣ.

137

Ευχαριστίες!

 **Αποστολέας** Κική Τσικνιά <kiki.tsiknia@gmail.com>
 **Κρυφή κοινο...** <iatyp_mrapastamatiou@konstantopouleio.gr>
Ημερομηνία 2021-03-06 18:43

 Στις άσπρες μπλούζες.docx (~18 KB)

Στις ευχαριστίες που έχετε λάβει μέχρι σήμερα από συμπολίτες μας ως προσωπικό του Δημόσιου Συστήματος Υγείας για το υπέροχο έργο που προσφέρετε στη κοινωνία μας αδιάλειπτα, με αυταπάρνηση και αλληλεγγύη, προσθέτω και τις δικές μου θερμές ευχαριστίες σε όλους σας, γιατρούς, νοσηλευτές και προσωπικό όλων των υπόλοιπων ειδικοτήτων.

Σε δύσκολες περιόδους όπως αυτή της τωρινής πανδημίας αλλά και πάντοτε σταθήκατε και στέκεστε δίπλα στην αγωνία μας, απέναντι στον φόβο, την άγνοια, τη διαστρέβλωση, στηρίζοντάς μας.

Σας ευχαριστώ για την ενθάρρυνση και την καθημερινή επιβεβαίωση ότι δεν είμαστε μόνοι και έρμαια της τύχης μας σ' αυτή τη λαίλαπα που μας έλαχε και σας αφιερώνω το επισυναπτόμενο ποίημα.

Να είσατε πάντα καλά!

Κική Τσικνιά

υπ' όψιν κυρίου Παπασταματίου (ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ)

Αποστολέας Kourtis Alexandros <kourtisal@cbs.gr>
Παραλήπτης grammateia.xeirurgikou@konstantopouleio.gr
<grammateia.xeirurgikou@konstantopouleio.gr>
Κοινοποίηση grammateia.dioikisis@konstantopouleio.gr
<grammateia.dioikisis@konstantopouleio.gr>
Ημερομηνία 09/08/2021 10:24

Αξιότιμη κύριε Διευθυντά,

Επειδή η πανδημία έχει μονοπωλήσει το ενδιαφέρον και την επικαιρότητα, έχουμε ξεχάσει όλους τους υπόλοιπους καθημερινούς «αγωνιστές» που άσkena εργάζονται και λειτουργούν για τον ανθρώπινο πόνο.

Ορκιζόμενος από την προσωπική εμπειρία μου, σας μεταφέρω τα κάτωθι λόγια ως ένα ελάχιστο «Ευχαριστώ» για την αντιμετώπιση που είχα στην κλινική σας.

Στις 2 Αυγούστου προσήλθα με έντονο άλγος στα επείγοντα λόγω της εφημερίας του νοσοκομείου.

Από εκείνη τη στιγμή και μέχρι την έκδοση του εξιτηρίου μου την Πέμπτη 5/8 εδέχθη την πλέον επιστημονική αλλά και ανθρώπινη συμπεριφορά των ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού που με παρακολουθούσε.

Ειλικρινά, η άφιξη αντιμετώπιση του προβλήματός μου, αφενός απέτρεψε μία, κατά πως αποδείχτηκε, άσκοπη χειρουργική επέμβαση και αποκατέστησε το πρόβλημα για το οποίο προσήλθα στο νοσοκομείο.

Για το λόγο αυτό, νιώθω την υποχρέωση να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου προς το πρόσωπό σας ως επικεφαλής της κλινικής αλλά και να ζητήσω τη χάρη να μεταφέρετε το μήνυμά αυτό στους κάτωθι:

Στις γιατρούς κυρία Κυριάκου και κυρία Καρανάσου για τη συνεχή παρακολούθηση της κατάστασής μου αλλά και την, πάνω από όλα, ανθρώπινη προσέγγισή τους.

Νιώθω αμέριστη υποχρέωση για τις προσπάθειές τους.

Το σύνολο των νοσηλευτριών που παρέχουν επαγγελματικά και με διάθεση συμπόνιας τις υπηρεσίες τους.

Εάν έπρεπε όμως να κάνω μια ιδιαίτερη μνεία, αν και μου είναι δύσκολο, θα ξεχώριζα ως πρώτη μεταξύ ίσων τη Νατάσσα που κάθε βράδυ ακουμπούσε το χέρι μου στοργικά για να ανοίξω τα μάτια μου ώστε να μου τοποθετήσει την ενδοφλέβια αντιβίωση.

Αν και φορούσε μάσκα, μπορούσες από τον τόνο της φωνής της να συμπεράνεις ότι το «καλησπέρα σας» συνοδευόταν από ένα χαμόγελο.

Φυσικά, να μη λησμονήσω να αναφέρω και τη γραμματέα σας, κυρία Ελμά που κάθε πρωί και μεσημέρι περνούσε να με ρωτήσει από ανθρώπινο ενδιαφέρον για την κατάστασή μου.

Κλείνοντας, θα ήθελα, βάσει της προσωπικής εμπειρίας μου, να κάνω την επισήμανση ότι όσο η υγεία μας είναι

σε χέρια σαν αυτά της δικής σας «οικογένειας» η ελπίδα για δημόσια παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου δε θα πάψει να υπάρχει.

Κύρια διευθυντά, από καρδιάς, σας ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ!!!

Με εκτίμηση,

ALEXANDER KOURTIS
General Manager
Defence & Security Dept



COSMOS BUSINESS SYSTEMS S.A.
44 P. Bakogianni Str
Metamorfossi GR-14452
Athens Greece

Tel: +30 210 6492868
Mob: +30 6955660099
Fax: +30 210 6464069
Mail: kourtsai@cbs.gr
URL: www.cbs.gr