ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1835

MEDNET
THE NEW GREEK MEDICAL NETWORK

41ο ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

10-13 ΙΟΥΝΙΟΥ 2015

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ HILTON, ΑΘΗΝΑ

ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ

σε συνεργασία

ΜΕ 30 ΕΙΔΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ

ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Οι περιλήψεις από τον αριθμό 1-186 ανακοινώθηκαν προφορικά και από 187-413 αναρτήθηκαν. Οι εργασίες 34 και 1 πήραν το Α΄ και Β΄ βραβείο αντίστοιχα και η 24 τον Έπαινο στην ενότητα των εργασιών, βασικής έρευνας.
Οι εργασίες 121 και 30 πήραν το Α΄ και Β΄ βραβείο αντίστοιχα και η 149 τον Έπαινο στην ενότητα των εργασιών της εφαρμοσμένης έρευνας.
Τα βραβεία των καλύτερων ανά ημέρα Posters, θα γίνουν γνωστά μετά τη λήξη του Συνεδρίου αφού γίνει η επεξεργασία των βαθμολογιών.
Στον τόμο περιλήψεων καταχωρήθηκαν μόνο οι περιλήψεις που ανακοινώθηκαν στο Συνέδριο και τα e-posters που αναρτήθηκαν σ' αυτό.

ΑΘΗΝΑ
Ξενοδοχείο HILTON
10-13 Ιουνίου 2015

Διοικητικο Συμβουλιο
Ιατρικης Εταιρειας Αθηνων
και
Οργανωτικη Επιτροπη
41ου Ετησιου Πανελληνιου Ιατρικου Συνεδριου

Πρόεδρος	Γρ. Κουρακλης
Αντιπρόεδρος	Σ.Γ. Παπαγεωργιου
Γεν. Γραμματέας	Ε. Θηραιος
Ειδ. Γραμματέας	Θ.Γ. Βραχλιωτης
Ταμίας	Μ. Σαμαρκος
Μέλη	Ε. Βογιατζακης
	Σ. Ηρακλειανου
	Γ. Μαντζαρης
	Μ. Σαμαρκος

Επιτροπη Προγραμματος

Θ. Αβραμιδης
Κ. Αθανασακης
Α. Αναγνωσταρα
Χ. Αρβανιτη
Κ. Βαγιανος
Β. Βανταλη
Α. Βασιλογιαννακοπουλος
Δ. Βασιλοπουλος
Μ. Βουλγαρελης
Δ. Βουτσινας
Γ. Βρυωνη
Β. Γεμου-Engesaeth
Μ. Γεωργιακακη
Ε. Γιαννιτσιωτη
Κ. Γουργουλιανης
Γ. Δαϊκος
Ι. Δακορωνιας
Α. Δελιδης
Δ. Δημητρουλης
Ε. Ζουριδακη
Γ. Ζωγραφος
Μ. Θεοδωρακοπουλου
Μ. Καλοειδας
Σ. Καραμπελα
Χ. Καρανικας
Β. Καψιμαλη
Γ. Γερολουκα-Κωστοπαναγιωτου
Σ. Λουκιδης
Θ. Μακρης
Ι. Μακρυνιωτου
Δ. Μαντας
Α. Μαντιδης
Σ. Μανωλακοπουλος
Π. Μαργος
Α. Μεγαλακακη
Σ. Μουταφης
Α. Μπερλερ
Σ. Ντουρακης
Α. Παπαδοπουλος
Α. Παπαζαφειροπουλου
Μ. Παπαθανασιου
Ν. Παπανικολαου
Π. Παρασκευοπουλου
Ι. Παπακωνσταντινου
Β. Παπασταμοπουλος
Ι. Παπατριανταφυλλου
Κ. Πετροπουλου
Ε. Πλατσουκα
Κ. Σουλιωτης
Μ. Τεκτονιδου
Ν. Τεντολουρης
Π. Τομος
Σ. Τσαγκαρακης
Α. Τσιρογιαννη
Γ. Τσουρουφλης
Κ. Φακιολας
Ε. Φραγκουλης
Π. Χαλβατσιωτης
Ε. Χαρμανδαρη
Α. Χατζηιωαννου
Σ. Χατζηιωαννου
Ε. Χηνου
Χ. Χριστοδουλου

ΤΑ ΕΠΟΜΕΝΑ ΕΠΙΣ

42ο ΕΠΙΣ 11-14 ΜΑΪΟΥ 2016

Η στοιχειοθεσία του τόμου των περιλήψεων έγινε με εισαγωγή των στοιχείων από τις περιλήψεις που υπέβαλαν οι συμμετέχοντες στη Γραμματεία του 41ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ.

1. ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΟΙ ΛΕΝΤΙ-ΙΪΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΓΟΝΙΔΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΝΕΑ ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΥΣ ΓΛΥΚΟΠΡΩΤΕΪΝΙΚΟΥΣ ΦΑΚΕΛΟΥΣ ΔΙΟΡΘΩΝΟΥΝ ΕΠΙΤΥΧΩΣ ΤΟ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟ ΤΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΩΝ

Μ. Γεωργομανώλη[1,2], Ε. Δρακοπούλου[1,2], Ε. Παπανικολάου[1,2], E. Verhoeyen[3], F. Cosset[3], Ε. Βοσκαρίδου[4], Ν. Ανάγνου[1,5]

[1]Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, [2]Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), Αθήνα, [3]Department of Human Virology, INSERM, Lyon, France, [4]Κέντρο Αναφοράς και Πρόληψης Θαλασσαιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, [5]Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Οι τρέχοντες φορείς γονιδιακής θεραπείας αρχέγονων κυττάρων, εμφανίζουν προβλήματα μεταγωγής και μή σταθερής έκφρασης του θεραπευτικού γονιδίου. Για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, κατασκευάσαμε και αξιολογήσαμε *νέους βελτιωμένους φορείς*, με α) τον εναλλακτικό φάκελο BaEV-Rless που αναγνωρίζει τους υποδοχείς hASCT 1 και 2 των ανθρώπινων CD34$^+$ κυττάρων, οδηγώντας στη βέλτιστη μεταγωγή, και β) με νέα *cis*-ρυθμιστικά στοιχεία ενισχυτών για τη θεραπευτική έκφραση του γ-γονιδίου.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ο πρώτος νέος φορέας GGHI-mB-3D/VSV-G που φέρει τα *νέα στοιχεία* του ενισχυτή 3D/HPFH-1 και την 3΄ UTR περιοχή του β-γονιδίου, αξιολογήθηκε σε κύτταρα CD34$^+$ 5 ασθενών με δρεπανοκυτταρική νόσο. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε ψευδοτύπωσή του με τον εναλλακτικό φάκελο BaEV-Rless για στοχευμένη μεταγωγή και αξιολογήθηκε σε φυσιολογικά και θαλασσαιμικά CD34$^+$ κύτταρα. Ο GFP/BaEV-Rless χρησιμοποιήθηκε ως φορέας αναφοράς. Ακολούθησε καλλιέργεια σε ερυθροειδικό μέσο. Η αύξηση της HbF αξιολογήθηκε με ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, FACS, και qPCR. Ο μέσος αριθμός αντιγράφου (VCN) υπολογίσθηκε με qPCR, ενώ η ικανότητα μεταγωγής με PCR. Η φαινοτυπική βελτίωση στα θαλασσαιμικά δείγματα αξιολογήθηκε με χρώση Wright-Giemsa.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο φορέας GGHI-mB-3D/VSV-G παρουσίασε τίτλο 1.9 x 10^8 TU/ml και αύξηση της HbF κατά 12% (p=0.0230), σε σχέση με το μάρτυρα και ικανότητα μεταγωγής 61% στα κύτταρα CD34$^+$ των δρεπανοκυτταρικών ασθενών. Το εύρημα επιβεβαιώθηκε με ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης και qPCR. Ο δεύτερος φορέας με τον εναλλακτικό φάκελο BaEV-Rless, ενεφάνισε σημαντικό πλεονέκτημα σε σύγκριση με το φορέα αναφοράς, με ποσοστά GFP 50% έναντι μόλις 12%, αντίστοιχα. Πειράματα σε θαλασσαιμικά αρχέγονα κύτταρα CD34$^+$, έδειξαν ότι ο νέος φορέας οδηγεί σε 13% αύξηση HbF έναντι 6.5%, αντίστοιχα, καθώς και σε 53% αύξηση των ορθοχρωματικών ερυθροβλαστών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι καινοτόμοι νέοι λεντι-ιϊκοί φορείς με βάση τη θεραπευτική κασσέτα GGHI-mB-3D με τα νέα *cis*-ρυθμιστικά στοιχεία, επιτυγχάνουν σημαντική αύξηση της HbF, και ο συνδυασμός τους με τον εναλλακτικό γλυκοπρωτεϊνικό φάκελο BaEV-Rless, οδηγεί σε στοχευμένη μεταγωγή και υψηλή διαγονιδιακή έκφραση, διορθώνοντας επιτυχώς το φαινότυπο των αιμοσφαιρινοπαθειών.

2. ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ β-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΟ ΖΩΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΕ ΣΠΑΝΙΕΣ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ

Σ. Ντελίκου[1], Α. Ξυδάκη[1], Μ. Μπέλλια[1], Α. Βλαχοπούλου[2], Ν. Κοτσάτος[1], Ζ. Παλλαντζά[2], Κ. Μαραγκός[1]

[1]Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [2]Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι αιμοσφαιρινοπάθειες είναι κληρονομικές διαταραχές της σύνθεσης αιμοσφαιρίνης (Hb) αποτελώντας τις πιο κοινές μονογονιδιακές διαταραχές και εξαιρετικά ετερογενείς σε μοριακό επίπεδο. Περιγράφουμε 2 περιστατικά καθυστερημένης διάγνωσης ομόζυγης μεσογειακής αναιμίας με κλινική έκφραση ενδιάμεσης οφειλόμενες σε δύο σπάνιες μεταλλάξεις των β-γονιδίων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Περιστατικό 1. Γυναίκα ηλικίας 36 ετών, που προσήλθε στα επείγοντα λόγω απώλειας αισθήσεων με σοβαρή καχεξία, ηπατοσπληνομεγαλία, ίκτερο, αιμόλυση και η καρδιακή ανεπάρκεια με σοβαρή συστολική δυσλειτουργία. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή αναιμία (Hb: 3,2 g/dl), υποχρωμη, μικροκυτταρική. Το επίχρισμα του περιφερικού αίματος χαρακτηριζόταν από στοχοκύτταρα, οβάλοκύτταρα, μικροσφαιροκύτταρα και ακανθοκύτταρα. Εμπύρηνα ερυθρά αιμοσφαίρια (WBC 4/100) και βασεόφιλη στίξη, καθώς και υψηλός αριθμός ΔΕΚ: 4,6%. Περαιτέρω έλεγχος για αιμολυτική αναιμία με έλεγχο G-6-PD, δοκιμασία δρεπάνωσης και άμεση Coombs ήταν αρνητικές. Η μελέτη της αιμοσφαιρίνης (Hb) με χρωματογραφία στήλης και HPLC αποκάλυψε την παρουσία της Hb A2: 10,5% και Hb F: 5,2%. Ανάλυση του DNA με τη χρήση μοριακών τεχνικών PCR χαρακτηρίσαν την αιμοσφαιρινοπάθεια ως ομόζυγο για τη β-θαλασσαιμία (β-Thal) μετάλλαξη, HBB c.92 + 6 T> C (IVSI-n6 T> C). Περιστατικό 2. Γυναίκα ηλικίας 28 ετών που παραπέμφθηκε για έλεγχο αναιμίας που ανευρέθη τυχαία σε διερεύνηση διαταραχών εμμήνου ρύσεως. Από την αντικειμενική εξέταση, έντονη ωχρότητα και υπικτερική χροιά δέρματος, μέτρια ηπατομεγαλία. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή αναιμία (Hb: 7,9 / dl), υπόχρωμη, μικροκυτταρική. Το επίχρισμα του περιφερικού αίματος χαρακτηριζόταν από στοχοκύτταρα, οβάλοκύτταρα, πυκνοκύτταρα, δακρυοκύτταρα και ακανθοκύτταρα. Εμπύρηνα ερυθρά αιμοσφαίρια (WBC 2/100) βασεόφιλη στίξη, και υψηλός αριθμός ΔΕΚ: 6,2%. Περαιτέρω έλεγχος για αιμολυτική αναιμία με έλεγχο G-6-PD, δοκιμασία δρεπάνωσης και άμεση Coombs ήταν αρνητικές. Η μελέτη της αιμοσφαιρίνης (Hb) με χρωματογραφία στήλης και HPLC ανέδειξε την παρουσία της Hb A2: 5,7 και Hb F: 16,7%. Ανάλυση του DNA με τη χρήση μοριακών τεχνικών PCR χαρακτηρίσαν την αιμοσφαιρινοπάθεια ως ομόζυγο για τη β-θαλασσαιμία (β-Thal) μετάλλαξη, HBB c.92 + 6 T> C; [*+111A G] (IVSI-n6> poly A).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Λόγω της μεγάλης ετερογένειας των αιμοσφαιρινοπαθειών κρίνεται απαραίτητη η πλήρης διερεύνηση μιας αναιμίας για υποκείμενη αιμοσφαιρινοπάθεια και η στενή κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση τους.

3. Η ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΕΝΖΥΜΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΜΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΩΝ ΑΝΤΙΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΑΛΛΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ (ΜΑΑΑ)

Α. Αργυρού, Φ. Βάκος, Κ. Καμιτάκη, Α. Μαντά, Χ. Κυριακόπουλος, Α. Ποδαράς, Μ. Κοκκίνου, Μ. Γεωργοπούλου, Α. Γάφου

ΝΥ Αιμοδοσίας, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

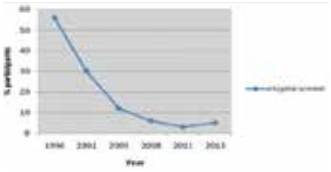
Ο προμεταγγισιακός έλεγχος αίματος αποσκοπεί στην αποτροπή αλλοανοσοποίησης και μετάγγιση απόλυτα συμβατού αίματος. Περιλαμβάνει έλεγχο ομάδος ασθενούς και προς μετάγγιση μονάδας, ανίχνευση/ταυτοποίηση ΜΑΑΑ και έλεγχο συμβατότητας αίματος ασθενούς/μονάδας. Οι οδηγίες Ε.ΚΕ.Α *([1]Κατευθυντήριες Οδηγίες για τον Έλεγχο Συμβατότητας Αίματος Δότη/Λήπτη, §§3.3-3.4)* συστήνουν συνδυασμό δύο τουλάχιστον ερυθρών μη επεξεργασμένων με ένζυμο, στους 37 ^oC (έμμεση Coombs, Indirect Antiglobulin Test, IAT) ή και επεξεργασμένων (Enzyme Treated, ET). Η σχέση κόστους/οφέλους της μεθόδου ET αποτελεί πεδίο αντιπαράθεσης *([2]J Blood Transfus.2014; 2014: 532919, [3]Blood Res.2013 Sep; 48 (3): 217-21)*, ενώ η χρήση της προοδευτικά ελαττώνεται (εικ. 1).

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή συχνότητας/ειδικότητας των ΜΑΑΑ που ανιχνεύονται μόνο με μέθοδο ΕΤ, στους ασθενείς του νοσοκομείου μας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Ανασκοπήθηκε το αρχείο καταγραφής ανίχνευσης/ταυτοποίησης ΜΑΑΑ της Υπηρεσίας μας στο διάστημα 11ος/2010- 5ος/2014. Εντοπίσθηκαν οι ασθενείς με θετικό έλεγχο ΜΑΑΑ. Μελετήθηκε το ιστορικό μεταγγίσεων και το ιστορικό τοκετών/αποβολών στις γυναίκες. Η ανίχνευση/±ταυτοποίηση ΜΑΑΑ γίνεται με μέθοδο IAT και ΕΤ, με σειρές 3/±11 ερυθροκυττάρων επεξεργασμένων και μη με παπαΐνη (DIAMED/ BIORAD). Το κόστος εξετάσεων υπολογίσθηκε βάσει Παρατηρητηρίου Τιμών Υγείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο εξεταζόμενο διάστημα έγιναν 10523 δοκιμασίες ανίχνευσης. Εντοπίσθηκαν 168 ασθενείς με θετική εξέταση.92/168 ασθενείς είχαν θετική δοκιμασία ενζύμου μόνο. Το κόστος αντιδραστηρίων ανέρχεται σε 2,508€/εξέταση ΕΤ. Παράλειψη της εξέτασης στο μελετώμενο διάστημα θα εξοικονομούσε περίπου 7360€/έτος, πόρους από διάσωση αναλωσίμων/λειτουργικών εξόδων και θα απάλλασε το εργαστήριο από φόρτο εργασίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1. Με τη μέθοδο ΕΤ ανιχνεύονται κλινικά σημαντικά ΜΑΑΑ που μπορεί να διαφύγουν με τη μέθοδο IAT (πρώιμη ανοσολογική απάντηση; χαμηλός τίτλος;). 2. Η μέθοδος ΕΤ επιβαρύνει το εργαστήριο με οικονομικά έξοδα και φόρτο εργασίας. 3. Η οργάνωση άρτια σχεδιασμένων μελετών θα οδηγούσε σε ασφαλέστερα συμπεράσματα για την αξιολόγηση του κόστους-οφέλους του αλγόριθμου διερεύνησης ΜΑΑΑ.



Εικ. 1. Χρήση μεθόδου ΕΤ, έτη 1996-2013 (4UKNEQAS Bi-Ennial Report, 2012-2013).

4. ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΤΩΝ ΕΚΚΡΙΝΟΜΕΝΩΝ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ ΑΠΟ ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥΣ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΑΝΟΣΟΕΝΙΣΧΥΤΙΚΑ ΠΕΠΤΙΔΙΑ ΤΟΥ ΘΥΜΟΥ ΑΔΕΝΑ

Δ. Τούκλη, Ν. Παπαϊωάννου, Θ. Γκραίκου, Ε. Γουίλλιαμς, Π. Σαμαρά, Ο. Τσιτσιλώνη

Τομέας Φυσιολογίας Ζώων και Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Είναι γνωστό ότι εξωκυτταρικά το θυμικό πολυπεπτίδιο προθυμοσίνη α (προΤα) και το καρβοξυτελικό της δεκαπεπτίδιο προΤα (100-109) δρουν ανοσορυθμιστικά, προάγοντας την παραγωγή κυτταροκινών που ενισχύουν το κυτταρομεσολαβητικό σκέλος της ανοσίας. Σκοπός μας ήταν ο ποιοτικός και ποσοτικός προσδιορισμός των εκκρινόμενων κυτταροκινών από ανθρώπινα λευκοκύτταρα, μετά από ενεργοποίηση με προΤα ή προΤα (100-109).

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Λευκοκύτταρα περιφερικού αίματος υγιών δοτών επωάστηκαν με προΤα ή προΤα (100-109) και συλλέχθηκαν τα υπερκείμενα των καλλιεργειών τους. Ο ποσοτικός προσδιορισμός των κυτταροκινών IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, TNF, IFN-γ και IL-17A έγινε με κυτταρομετρία ροής, με τη χρήση του cytometric bead array (CBA) kit. Ως θετικοί μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν υπερκείμενα κυττάρων ενεργοποιημένων με καθιερωμένους παράγοντες επαγωγής της παραγωγής κυτταροκινών, όπως το μονοκλωνικό αντίσωμα anti-CD3.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η επώαση ανθρώπινων λευκοκυττάρων και απομονωμένων ή διαφοροποιημένων υποπληθυσμών τους με τα θυμικά πεπτίδια οδήγησε κυρίως σε αύξηση των επιπέδων των κυτταροκινών IL-2, IFN-γ και TNF και λιγότερο της IL-6. Τα επίπεδα των IL-4, IL-10 και IL-17A δεν παρουσίασαν αξιοσημείωτες μεταβολές, επιβεβαιώνοντας προηγούμενα αποτελέσματα του εργαστηρίου μας ότι η προΤα και το προΤα (100-109) πολώνουν τις ανοσοαπαντήσεις προς T_H1 φαινότυπο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προΤα και το καρβοξυτελικό της δεκαπεπτίδιο επάγουν την έκκριση κυτταροκινών τύπου T_H1 από αντιγονοπαρουσιαστικά κύτταρα (δενδριτικά, μονοκύτταρα και μακροφάγα), αλλά και από Τ λεμφοκύτταρα, σε επίπεδα ικανά να διεγείρουν *in vitro* κυτταρομεσολαβητικές απαντήσεις (πχ κυτταροτοξικότητα). Έπειτα από επιβεβαίωση των παραπάνω αποτελεσμάτων και *in vivo* σε μοντέλα όγκου σε ποντίκια, η προΤα και το προΤα (100-109) θα μπορούσαν να ενταχθούν ως ανοσοενισχυτικά σε κλινικά πρωτόκολλα ανοσοθεραπείας του καρκίνου.

5. ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΑΝΤΙΠΥΡΗΝΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ (ΑΝΑ)

Ε. Κόντου, Ε. Πίπη, Κ. Σουφλερός, Χ. Καλποδήμου, Ε. Καρβέλη, Σ. Πομώνη, Α. Τσιρογιάννη

Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Τα ΑΝΑ αποτελούν εργαλείο στον κλινικό γιατρό στα πλαίσια της διαγνωστικής προσέγγισης των Αυτοάνοσων Συστηματικών Νοσημάτων (ΑΣΝ). Η ανάπτυξη όμως νέων μεθόδων και αναλυτικών συστημάτων οδήγησε στην αλόγιστη ζήτηση αυτών των παραμέτρων στην καθημερινή κλινική πρακτική, μειώνοντας έτσι την αποτελεσματικότητα των διαγνωστικών υπηρεσιών, αυξάνοντας δε ταυτόχρονα το κόστος.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή και η αξιολόγηση των δεδομένων από την αναζήτηση των ΑΝΑ και των ειδικοτήτων τους και η κατάρτιση διαγνωστικού αλγορίθμου για την ορθολογική αναζήτησή τους.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Η ομάδα μελέτης αφορούσε 23.822 δείγματα αίματος εξωτερικών (59,7%) και νοσηλευόμενων ασθενών που προσκομίστηκαν στο Τμήμα μας σε μια 3ετία, για αναζήτηση των ΑΝΑ αλλά και των ειδικών αντι-dsDNA και αντι-ΕΝΑ αντισωμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των δειγμάτων το 50,1% είχαν ΑΝΑ αρνητικά, ενώ από τα θετικά ΑΝΑ το 18,8% ήταν σε χαμηλό μη αξιολογήσιμο τίτλο 1/160. Θετικά αντι-dsDNA καταγράφηκαν μόνο στο 5% και αντι-ΕΝΑ στο 11.1% του συνόλου των δειγμάτων. Επίσης στατιστικά σημαντική καταγράφηκε η συσχέτιση της ειδικότητας των ΑΝΑ με τη θετικότητα και τον τίτλο τους. Από το σύνολο των δειγμάτων τα 7.864 αιτήματα αφορούσαν επαναληπτικές μετρήσεις ιδίων ασθενών. Το μεγαλύτερο ποσοστό (58,2%) των επαναλήψεων αφορούσε εξωτερικούς ασθενείς, ζητήθηκε στον πρώτο χρόνο (73,2%) μετά το αρχικό αίτημα και δεν παρατηρήθηκε αξιόλογη μεταβολή του αποτελέσματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μετά την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης μας προτείνουμε ένα αλγόριθμο για την ορθολογική αναζήτηση των ΑΝΑ που συνοψίζεται σε:

1. Προσδιορισμός των ΑΝΑ μια μόνο φορά
2. Αρνητικά ΑΝΑ δεν επαναλαμβάνονται παρά μόνο επί ισχυρής κλινικής υποψίας ΑΣΝ
3. Συνεκτίμηση των Θετικών ΑΝΑ με τα κλινικά ευρήματα
4. Προσδιορισμός αντι-dsDNA και αντι-ΕΝΑ μόνο επί θετικών ΑΝΑ για τη διαγνωστική προσέγγιση ή /και παρακολούθηση των ΑΣΝ.

6. ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΩΝ HLA-DPB1* ΑΛΛΗΛΙΩΝ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Β. Κίτσιου, Α. Ταράση, Θ. Αθανασιάδης, Δ. Κουνιάκη, Χ. Μπάρκα, Α. Τσιρογιάννη

Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Τα HLA-DPB1* αλλήλια είναι υπεύθυνα για την παρουσίαση πεπτιδίων στα CD4+ Τ λεμφοκύτταρα, επάγοντας την έναρξη της ειδικής ανοσιακής απάντησης. Κατά συνέπεια, παίζουν ρόλο στη ρύθμιση της ανοσιακής απάντησης, στην ανοσολογία της μεταμόσχευσης (κυρίως αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων) και στην αιτιοπαθογένεια νοσημάτων (ανοσογενετική). Η συχνότητά τους διαφέρει μεταξύ των πληθυσμών, εμφανίζουν δε ένα σημαντικό βαθμό γενετικού πολυμορφισμού.

ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη του πολυμορφισμού των HLA-DPB1* αλληλίων στον Ελληνικό πληθυσμό και η σύγκρισή του με άλλες πληθυσμιακές ομάδες.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 323 υγιή άτομα, μη συγγενή μεταξύ τους, Ελληνικής καταγωγής. Ο προσδιορισμός των HLA-DPB1* αλληλίων σε επίπεδο υψηλής διακριτικής ευκρίνειας (high-resolution) έγινε με τη χρήση DNA μοριακών τεχνικών (PCR-SSP/SSOP).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αντιγονική και γονιδιακή συχνότητα των HLA-DPB1* αλληλίων που ανευρέθησαν στον πληθυσμό που ελέγχθηκε παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μας προκύπτει ότι ο Ελληνικός πληθυσμός παρουσιάζει αξιοσημείωτο πολυμορφισμό στον HLA-DPB1* γενετικό τόπο (27 αλλήλια) και διατηρεί το γενετικό προφίλ των Καυκάσιων με κάποιες ιδιαιτερότητες. Αυτά τα δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως στοιχεία αναφοράς σε κλινικές και φυλογενετικές μελέτες.

HLA-DPB1* αλλήλιο	αντιγονική συχνότητα (%)	γονιδιακή συχνότητα (%)	HLA-DPB1* αλλήλιο	αντιγονική συχνότητα (%)	γονιδιακή συχνότητα (%)
04:01	52.94	31.40	09:01	0.92	0.47
02:01	35.60	19.76	16:01	0.61	0.31
04:02	34.36	18.99	02:02	0.30	0.16
03:01	16.40	8.57	03:02	0.30	0.16
14:01	9.28	4.76	08:02	0.30	0.16
13:01	6.81	3.47	09:02	0.30	0.16
10:01	5.26	2.67	13:02	0.30	0.16
17:01	4.02	2.04	18:01	0.30	0.16
01:01	2.47	1.25	26:01	0.30	0.16
23:01	2.16	1.09	30:01	0.30	0.16
05:01	1.85	0.93	34:01	0.30	0.16
11:01	1.23	0.62	35:01	0.30	0.16
06:01	0.92	0.47	46:01	0.30	0.16
15:01	0.92	0.47			

7. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΑΝΑΓΚΩΝ ΟΞΕΙΑΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Χ. Ραπίδη, Α. Νέλλα, Ε. Διαμαντίδης, Η. Καραγιαννάκης, Σ. Φωτάκη, Δ. Καγιούλη, Α. Μπάντερ

Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των αναγκών σε υπηρεσίες Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΦΙΑπ) σε γενικό Νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελέτη φακέλων ασθενών ενός γενικού νοσοκομείου 607 κλινών από ομάδα ιατρών ΦΙΑπ σε περίοδο μερικών ημερών. Εκτιμήθηκαν: Επικοινωνία, Καρδιο-Αναπνευστικό, κινητικότητα, ούρησης, αφόδευσης, έλκη πίεσης. Ασθενείς με πιθανή ανάγκη υπηρεσιών αποκατάστασης εκτιμήθηκαν περαιτέρω κλινικά. Οι διάφορες δομές οξείας και μετα-οξείας αποκατάστασης καθορίστηκαν βάσει της σχετικής αναφοράς του Ευρωπαϊκού τμήματος ΦΙΑπ (UEMS-PRM section).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν 458 φάκελοι ασθενών, που νοσηλεύοντο τη δεδομένη στιγμή, 84 ασθενείς (18.34%) έχρηζαν υπηρεσιών αποκατάστασης και εκτιμήθηκαν κλινικά. Σαράντα τέσσερεις άνδρες και σαράντα γυναίκες, με μέση ηλικία 66.9 ετών. Αιτίες εισαγωγής: Αγγειακά Εγκεφαλικά 9.52%, Νευρολογικά Σύνδρομα 5.95%, Κακώσεις 22.62%, Λοιμώξεις 7.1%, Όγκοι 26.19%, Προγραμματισμένα χειρουργεία 13.09%, Αιμορραγίες πεπτικού 4.76%, καρδιακή/αναπνευστική/νεφρική ανεπάρκεια 3.57%, ηλεκτρολυτικές διαταραχές 2.38%, ραγέν ανεύρυσμα εγκεφάλου 4.76%.Οκτώ ασθενείς δεν έχρηζαν αποκατάστασης. Οι υπόλοιποι 76 (16.59%) κατηγοριοποιήθηκαν ως εξής:

Ομάδα Α: ανάγκη άμεσης νοσηλείας σε τμήμα ΦΙΑπ γενικού νοσοκομείου με διεπιστημονική παρακολούθηση, οι 7 (8.3%) ασθενείς.

Ομάδα Β: ανάγκη υπηρεσιών «κινητής» ομάδας αποκατάστασης κατά τη νοσηλεία σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου, οι 68 (89.47%) ασθενείς.

Οι ασθενείς ομάδων Α και Β χωρίστηκαν κατόπιν βάσει των αναγκών στη μετα-οξεία φάση. Τρείς ασθενείς (3.94%) δεν έχρηζαν αποκατάστασης. Οι υπόλοιποι 73 ασθενείς είχαν ανάγκη πρόσβασης σε κέντρο αποκατάστασης εσωτερικής νοσηλείας ή ημερήσιας νοσηλείας σε ποσοστό 19.17%, σε κατ' οίκον αποκατάσταση ή αποκατάσταση στην κοινότητα στο 64.38% και τέλος σε ιδρύματα μακροχρόνιας αποκατάστασης ή ιδρύματα χρονίων πασχόντων στο 16.43%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πρόσβαση όλων στις κατάλληλες υπηρεσίες αποκατάστασης το δυνατόν συντομότερα σύμφωνα και με την Π.Ο.Υ. είναι ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Η έγκαιρη εκτίμηση ΦΙΑπ έχει αντίκτυπο στη δευτεροπαθή και τριτοπαθή πρόληψη (επιπλοκές και έκβαση αποκατάστασης). Στο νοσοκομείο μας το 16.59% των ασθενών έχουν ανάγκη εκτίμησης ΦΙΑπ κατά την οξεία φάση. Η ανάπτυξη τμημάτων ΦΙΑπ στα γενικά νοσοκομεία με κλίνες και τη δημιουργία «κινητής» ομάδας αποκατάστασης είναι απαραίτητη προκειμένου να επιτύχουμε μικρότερους χρόνους νοσηλείας και να περιορίσουμε την αναπηρία.

8. Η ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ FOLLOW UP ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Σ. Πάγκαλης, Α. Κοτρώνη, Β. Τογγελίδης, Δ. Τσιαμασφίρου, Χ. Χατζηαθανασίου, Π. Βορνιωτάκης, Ε. Μπάκας

Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ «ΚΑΤ», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος αποκατάστασης είναι πολύ σημαντική η επανεκτίμηση των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Στην κλινική μας, με την έξοδο των ασθενών δίνονται οδηγίες για συνέχιση της παρακολούθησής τους ως εξωτερικοί με πρώτη επανεκτίμηση σε 30 ημέρες. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξακριβωθεί ο αριθμός των ασθενών που ακολούθησαν τις οδηγίες για επανεκτίμηση σε τακτά διαστήματα.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Από το σύνολο των 638 εσωτερικών ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας και ασθενών που παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής κατά τα έτη 2010-2014 μελετήθηκαν μόνο οι 544 (387 άντρες και 157 γυναίκες) γιατί είχαν πλήρη στοιχεία, με μέσο όρο ηλικίας τα 52,8 έτη.. Σε αυτούς είχαμε: 37 κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, 70 ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια, 44 αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια, 128 παραπληγίες, 74 τετραπληγίες, 17 με ιπποουριδική συνδρομή, 10 πολυτραυματίες, 16 πολυνευροπάθειες και 148 κυρίως με μυοσκελετικά προβλήματα. Από το σύνολο των ασθενών οι 396 ασθενείς είχαν σοβαρή αναπηρία (72,8%). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από το αρχείο της κλινικής και επεξεργάστηκαν με προγράμματα excel και spss.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: από τους 544 ασθενείς οι 228 (41,91%) ακολούθησαν τις οδηγίες μας (170 άντρες και 58 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 48,8 έτη) και 20 (8,75%) από αυτούς επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία περισσότερες από μία φορές. Συγκεκριμένα ήταν: 20 κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, 34 ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά, 18 αιμορραγικά αγγειακά εγκεφαλικά, 64 παραπληγίες, 33 τετραπληγίες, 11 ιπποουριδικές συνδρομές, 7 πολυτραυματίες, 10 πολυνευροπάθειες και 31 ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα. Από το σύνολο των ασθενών οι 197 (36,2%) είχαν σοβαρή αναπηρία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συμμόρφωση των ασθενών ήταν μικρή διότι νοσηλεύτηκαν 396 ασθενείς με σοβαρές βλάβες και μόνο οι 197 ακολούθησαν τις οδηγίες μας για επανεκτίμηση μετά την έξοδό τους.

9. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΕΓΧΥΣΕΙΣ ΑΛΛΑΝΤΟΤΟΞΙΝΗΣ ΥΠΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ

Π. Καραγκούνης, Γ. Βησσαράκης, Α. Ανδρικόπουλος

Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης «Φιλοκτήτης»

ΣΚΟΠΟΣ: Η σπαστικότητα συνιστά σύνηθες κλινικό επακόλουθο της βλάβης του ανώτερου κινητικού νευρώνα, όπως συμβαίνει στις παθήσεις ή/και κακώσεις του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Το κύριο αποτέλεσμα της αλλαντοτοξίνης εξασκείται στη νευρομυϊκή σύναψη, μέσω της αναστολής της απελευθέρωσης των κυστιδίων ακετυλοχολίνης, προκαλώντας έτσι μυϊκή χαλάρωση. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των εγχύσεων αλλαντοτοξίνης, υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση, σε ασθενείς με σπαστικότητα λόγω βλάβης του ανώτερου κινητικού νευρώνα.
ΥΛΙΚΟ: Συνολικά πραγματοποιήθηκαν εγχύσεις αλλαντοτοξίνης τύπου Α σε 12 ασθενείς (μ.ο. ηλικίας 58 έτη, 8 άρρενες και 4 γυναίκες) στο χρονικό διάστημα 2012-2014. Η μέτρηση της σπαστικότητας πριν και μετά τις εγχύσεις (αμέσως πριν την εφαρμογή της αλλαντοτοξίνης και 4-6 εβδομάδες μετά την έγχυση), πραγματοποιήθηκε μέσω της τροποποιημένης κλίμακας Ashworth. Για την πραγματοποίηση όλων των εγχύσεων χρησιμοποιήθηκε υπερηχογραφική καθοδήγηση, μέσω γραμμικής κεφαλής και εύρος συχνότητας 3-12 Hz, ανάλογα με την ανατομική περιοχή ενδιαφέροντος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο των 12 ασθενών πραγματοποιήθηκαν συνολικά 67 εγχύσεις αλλαντοτοξίνης, με τη δοσολογία να κυμαίνεται μεταξύ 20-120 μονάδων για τα άνω άκρα και 30-180 μονάδων για τα κάτω άκρα. Δεν παρατηρήθηκε καμία σοβαρή παρενέργεια/επιπλοκή κατά την ολοκλήρωση των εγχύσεων. Η χρησιμοποίηση υπερήχου για την καθοδήγηση των εγχύσεων, επέτρεψε την αποφυγή τραυματισμού νευροαγγειακών στελεχών και την ακριβή εντόπιση των θέσεων/στόχων. Όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της αλλαντοτοξίνης, 4-6 εβδομάδες μετά την έγχυση 9 ασθενείς (75%) παρουσίασαν μείωση της σπαστικότητας κατά 2 βαθμίδες της κλίμακας Ashworth, ενώ 3 ασθενείς (25%) παρουσίασαν μείωση κατά μία βαθμίδα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πραγματοποίηση εγχύσεων αλλαντοτοξίνης τύπου Α για την αντιμετώπιση της σπαστικότητας λόγω βλάβης του ανώτερου κινητικού νευρώνα, μέσω υπερηχογραφικής καθοδήγησης, εγγυάται το βέλτιστο κλινικό αποτέλεσμα και την αποφυγή σοβαρών επιπλοκών.

10. Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 2 ΕΤΩΝ

Δ. Τσιαμασφίρου, Σ. Σιβετίδου, Χ. Χατζηαθανασίου, Σ. Φερφέλη, Ζ. Συμεωνίδου, Ν. Πολύδωρας, Ε. Μπάκας

Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Να εκτιμήσουμε τη συμμετοχή της οικογένειας κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης των νοσηλευομένων ασθενών, που πιθανόν συμβάλλει στην καλύτερη λειτουργική έκβαση τους.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μια αναδρομική μελέτη για τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν τα έτη 2013 και 2014 στην κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης του ΓΝΑ ΚΑΤ. Καταγράφηκαν 214 εισαγωγές, για 197 από τις οποίες υπήρχαν πλήρη στοιχεία. Μελετήθηκαν ασθενείς πάσχοντες από Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση και Κάκωση Νωτιαίου Μυελού, με μέσο όρο ηλικίας τα 58,14 έτη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι στο 53,3% των ασθενών η παρουσία του οικογενειακού περιβάλλοντος ήταν σε καθημερινή 24ωρη βάση. Στο 27,41% οι συγγενείς πραγματοποιούσαν μόνο επίσκεψη. Σε 10,15% το περιβάλλον επέλεξε την πρόσληψη αποκλειστικής νοσηλεύτριας για τη φροντίδα του ασθενούς και μόνο σε ποσοστό 4,57% παρατηρήθηκε ο συνδυασμός παρουσίας αποκλειστικής νοσηλεύτριας κα συγγενικού περιβάλλοντος με τη μορφή επισκέψεων. Πιο συγκεκριμένα το 60,26% των ασθενών με κάκωση Νωτιαίου Μυελού υποστηριζόταν πλήρως από το οικογενειακό περιβάλλον τους κατά τη διάρκεια του προγράμματος λειτουργικής αποκατάστασης. Αντίθετα σε ασθενείς που έπασχαν από τις λοιπές διαγνώσεις παρατηρήθηκε μικρότερη συμμετοχή.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η συμμετοχή των μελών του οικογενειακού περιβάλλοντος στο πρόγραμμα λειτουργικής αποκατάστασης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ασθενών με μείζονες νευρολογικές βλάβες είναι πολύ ικανοποιητική.

11. ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΕΓΧΥΣΗ ΠΡΟΚΑΪΝΗΣ (NEURAL THERAPY) ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Γ. Παπαθανασίου[1], Σ. Δημητρακόπουλος[2], Σ. Πάγκαλης[3], Α. Κοτρώνη[3], Θ. Λοϊζίδης[4], Ε. Μπάκας[3]

[1]President of Hellenic Society of Neural Theraph and Study of Homeostasis, [2]Φυσίατρος, [3]Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ «ΚΑΤ», [4]Διευθυντής Κέντρου Αποκατάστασης Euromedica Αρωγή, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Να παρατηρήσουμε την αποτελεσματικότητα της ενδοφλέβιας έγχυσης προκαΐνης σύμφωνα με τη μεθοδολογία της neural therapy, στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου σε ασθενείς με κάκωση νωτιαίου μυελού.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 30 ετών με κάταγμα Ο3 συνεπεία τροχαίου με δίκυκλο. Αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με σπονδυλοδεσία Ο2-Ο5 (Revere). Διακομίστηκε στην κλινική μας με εικόνα ιπποουριδικής συνδρομής για να ακολουθήσει πρόγραμμα λειτουργικής αποκατάστασης. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής παρουσίασε νευροπαθητικό πόνο στους μηρούς άμφω (αλλοδυνία - υπεραλγησία) και πόνο δίκην ηλεκτρικού ρεύματος στις κνήμες άμφω. Ακολούθησε θεραπεία με Gabapentin 300 mg s: 1 x 3 p.o. για 25 ημέρες χωρίς καμία βελτίωση.
Μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής ξεκινήσαμε τις ενδοφλέβιες εγχύσεις προκαΐνης. Το πρωτόκολλο που ακολουθήθηκε ήταν 10 ενδοφλέβιες εγχύσεις μία φορά την εβδομάδα κάθε Παρασκευή με προκαΐνη 1% και διττανθρακικά 4% (με σταδιακά αυξανόμενες δόσεις) σε 500 ml N/S 0,9% στο δεξί άνω άκρο για 45 λεπτά (225 dr/min) με τον ασθενή σε ύπτια θέση. Κατά τη διάρκεια της έγχυσης ο ασθενής ελεγχόταν αιμοδυναμικά (Α.Π., σφύξεις/min, SpO2).
Η αξιολόγηση του πόνου έγινε με τη μέθοδο της Οπτικής Αναλογικής Κλίμακας (VAS) πριν και 30 min μετά τη έγχυση, ώστε να καταγραφούν τα άμεσα και όψιμα αποτελέσματα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής ανταποκρίθηκε στη θεραπεία χωρίς να εμφανίσει παρενέργειες και παρουσίασε μεγάλη βελτίωση, με VAS από 7 σε 2.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ενδοφλέβια έγχυση προκαΐνης φαίνεται να συμβάλλει στην υποχώρηση του νευροπαθητικού πόνου σε ασθενείς με κάκωση νωτιαίου μυελού.

12. ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΟΝΟΜΕΡΗ ΑΜΕΛΕΙΑ (NEGLECT) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΜΕΣΩ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Σ. Μπακατσή[1], Ε. Μιχαηλίδου[1], Σ. Σιβετίδου[2], Α. Κοτρώνη[2], Ν. Πολύδωρας[2], Ε. Μπάκας[2]

[1]Τμήμα Εργοθεραπείας, Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ «ΚΑΤ», [2]Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΣΚΟΠΟΣ: Ανάδειξη με κλινικά παραδείγματα της χρησιμότητας της επανεκπαίδευσης στην αντιμετώπιση της μονομερούς αμέλειας σε ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη δεξιού ημισφαιρίου.
ΥΛΙΚΟ: Επτά ασθενείς που παρουσιάζουν κλινική εικόνα αριστερής ημιπληγίας, πέντε άντρες και δύο γυναίκες ηλικίας από 50 έως 65 ετών.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη της κλινικής Φυσική Ιατρικής και Αποκατάστασης, Για την εκτίμηση των γνωσιακών και αισθητικών ελλειμμάτων χρησιμοποιήσαμε: την Εργοθεραπευτική αξιολόγηση LOTCA - G, την Montreal Cognitive Assessment (MoCA) και την Revised Nottingham Sensory Assessment. Σχεδιάστηκε το πρόγραμμα παρέμβασης και εφαρμόστηκε με πέντε συνεδρίες την εβδομάδα διάρκειας 45 λεπτών για τρείς μήνες με επαναξιολόγηση κάθε μήνα. Το πρόγραμμα περιελάμβανε εκπαίδευση στην εμπλοκή της ημιπληγικής πλευράς σε απλές καθημερινές δραστηριότητες, σε ασκήσεις βελτίωσης των κινητικών και αισθητικών ελλειμμάτων, σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Ο στόχος της παρέμβασης ήταν η αντίληψη της ημιπληγικής πλευράς και η ενσωμάτωση της στην αλληλεπίδραση με το περιβάλλον.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αξιολόγηση των ασθενών ανέδειξε βελτίωση στη χωρική αντίληψη, στην οπτικοκινητική οργάνωση και γενικότερα στη συμμετοχή της ημιπληγικής πλευράς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι ασθενείς με μονομερή αμέλεια μετά από εργοθεραπευτική παρέμβαση παρουσίασαν αύξηση της εμπλοκής της ημιπληγικής πλευράς με αποτέλεσμα αυξημένη συμμετοχή σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής όπως ντύσιμο, σίτιση, μετακίνηση κ.λ.π. και συνολική βελτίωση της λειτουργικότητας τους.

13. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΛΚΩΝ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΧΡΗΣΗ ΑΣΥΡΜΑΤΗΣ ΜΙΚΡΟ-ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΛΜΙΚΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟ-ΜΑΓΝΗΤΙΚΩΝ ΚΥΜΑΤΩΝ

Γ. Λαγουμιντζής[1], Α. Καλλιακμάνης[2], Π. Νικολάου[2], Α. Βουτσινάς[1], Α. Βουτσινάς[3], Κ. Γιαννάκη[1], Κ. Πουλάς[1]

[1]Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας και Ανοσολογίας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, [2]Κλινική Αθλητικών Κακώσεων, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, [3]Χειρουργός Ορθοπεδικός, Ιδιώτης Ιατρός, Πάτρα

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η ασύρματη μικρο-ηλεκτροδιέγερση (WMCS) χρησιμοποιείται για τη θεραπεία δυσίατων ελκών και τραυμάτων. Παράλληλα, τα παλμικά ηλεκτρομαγνητικά κύματα (PEMF) έχει δειχθεί ότι δρουν αναλγητικά και επουλωτικά σε σειρά κλινικών περιστατικών. Στην παρούσα μελέτη, μελετάμε το μηχανισμό της συνδυασμένης ή μη δράσης τους, διερευνώντας την ενεργοποίηση διαφόρων μοριακών και/ή κυτταρικών παραγόντων.
ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήθηκε η συσκευή Wetling-200 και η αναλώσιμη μικροσυσκευή Actipatch σε 2 ασθενείς: Η πρώτη εμφάνισε εκτεταμένο έλκος λόγω παραμονής της σε κλινήρη θέση, με το έλκος να μην επουλώνεται με τυπική φροντίδα και για διάστημα > των 2 εβδομάδων. Η θεραπεία που εφαρμόστηκε ήταν συνδυασμός της συσκευής WMCS (1 ώρα/ημέρα για 7 ημέρες, ένταση 1,5 μΑ) και για άλλες 7 ημέρες με τη συσκευή Actipatch. Ο δεύτερος ασθενής, υπέστη τραυματισμό στο πρόσωπο με μετωπιαία νέκρωση ιστού. Η θεραπεία που εφαρμόστηκε ήταν αποκλειστικά με WMCS (1 ώρα καθημερινά για 7 ημέρες, ένταση 1,5 μΑ). Και στις 2 περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ανοσοϊστοχημική μελέτη σε βιοψίες των ασθενών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο πρώτη ασθενής παρουσίασε σαφή βελτίωση από τη 2η μέρα με WMCS και πλήρη επούλωση του τραύματος με Actipatch σε 14 ημέρες. Ο δεύτερος παρουσίασε θεαματική επούλωση στο νεκρωμένο ιστό από τη 2η θεραπεία. Σε 7 ημέρες αποκαταστάθηκαν πλήρως τα τραύματα. Η ανοσοϊστοχημική μελέτη και στις 2 περιπτώσεις καταδεικνύει αύξηση των ινών κολλαγόνου, αύξηση του πολλαπλασιασμού των μυοϊνοβλαστών και μείωση της συγκέντρωσης των φλεγμονωδών κυττάρων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η WMCS ως μονοθεραπεία αλλά και σε συνδυασμό με τη συσκευή Actipatch φαίνεται να δρα το ίδιο αποτελεσματικά στη θεραπεία των ελκών.

14. ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΟΥΧΗΣΗΣ ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΦΑΡΥΓΓΙΚΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑΤΟΣ

Α. Μελίδου, Γ. Γκιούλα, Π. Σιάσιος, Μ. Εξηντάρη, Ν. Μαλισιόβας

Μικροβιολογία, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

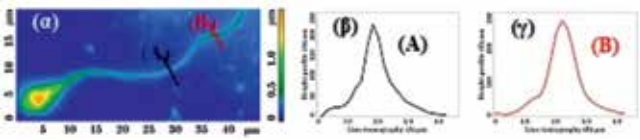
ΣΚΟΠΟΣ: Το φαρυγγικό μικροβίωμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην πρόληψη των λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η βελτιστοποίηση των τεχνικών αλληλούχησης νέας γενιάς (next generation sequencing) στην ανάλυση του ανθρώπινου μικροβιώματος του φάρυγγα.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Η πλατφόρμα Ion Torrent (PGM) αξιοποιεί την τεχνική αλληλούχησης νέας γενιάς βασιζόμενη στην ανίχνευση των ιόντων υδρογόνου που παράγονται κατά την επιμήκυνση του DNA. Η τεχνική αυτή βελτιστοποιήθηκε για την ανάλυση της αλληλουχίας του 16s ριβοσωμικού RNA και στη συνέχεια για το χαρακτηρισμό του φαρυγγικού μικροβιώματος σε άτομα στη Βόρεια Ελλάδα. Έγινε απομόνωση του DNA και στη συνέχεια PCR και αλληλούχηση των μεταβλητών περιοχών V2,3,4,6,7,8,9 του 16s rRNA των βακτηρίων. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν στο ειδικό λογισμικό Ion Reporter.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Πραγματοποιήθηκαν 220.000 reads και ανιχνεύθηκαν συνολικά 10 φύλα και 81 γένη. Τα συχνότερα φύλα ήταν τα Firmicutes, Proteobacteria, Bacteroidetes, Actinobacteria και Fusobacteria και τα γένη Streptococcus, Prevotella, Gemella, Actinobacillus, Serratia και Neisseria. Επιπλέον ανιχνεύθηκαν σε μικρότερα ποσοστά Cyanobacteria, TM7, Spirochaetes, Tenericutes, Chloroflexi, OD1, Deinococcus Thermus και Verucomicrobia. Παρατηρήθηκε υψηλή μεταβλητότητα στη σύνθεση του μικροβιώματος κάθε ατόμου. Η μέθοδος αποτελεί μια οικονομική και αξιόπιστη μέθοδο ανάλυσης του μικροβιώματος.

15. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΖΩΑΡΙΩΝ ΥΓΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΟΤΩΝ ΜΕ ΠΡΟΗΓΜΕΝΑ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΑ

Δ. Σταμόπουλος[1,2], Γ. Βασίλας[1,3], Ν. Παπαχρήστος[1], Γ. Πλάκας[4], Κ. Στεφανίδης[4], Π. Καρκαλούσος[3]

[1]Ινστιτούτο Νανοεπιστήμης και Νανοτεχνολογίας, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», [2]Τμήμα Φυσικής, ΕΚΠΑ, [3]Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, ΤΕΙ Αθήνας, [4]Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η βασικότερη τεχνική μελέτης σπερματοζωαρίων για την άμεση εκτίμηση των γεωμετρικών και μορφολογικών τους χαρακτηριστικών είναι το συμβατικό Οπτικό Μικροσκόπιο (ΟΜ). Εντούτοις, η περιορισμένη διακριτική ικανότητα του ΟΜ μπορεί να δώσει ανακριβείς τιμές για τα εκτιμώμενα γεωμετρικά και μορφολογικά χαρακτηριστικά.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Δείγμα σπέρματος συλλέχθηκε από παθολογικούς [N=3] και υγιείς [N=3] δότες (κατόπιν ελέγχου με τις κλινικές εργαστηριακές τεχνικές). Μονοστρωματικά υμένια άθικτων σπερματοζωαρίων (ΑΣ) και επεξεργασμένων σπερματοζωαρίων (ΕΣ) επιστρώθηκαν σε γυάλινα πλακίδια μικροσκοπίου με χρήση φυγοκεντρικής διάταξης. Τα ΑΣ αφορούν το αρχικό δείγμα χωρίς καμία επεξεργασία, ενώ τα ΕΣ αφορούν επεξεργασμένο δείγμα με την ηπιότερη δυνατή φυγοκέντρηση (500-1200xg, 2-5 min). Συμπύκνωση των ΕΣ, όπου χρειάστηκε, έγινε με απομόνωση σπερματικού πλάσματος με πρόσθετη φυγοκέντρηση (2400xg,10-20 min). Τα υμένια μελετήθηκαν με τρία Μικροσκόπια: το συμβατικό ΟΜ (διακριτική ικανότητα: 1 μm=10^{-6} m) και δύο προηγμένα Μικροσκόπια, το Ατομικής Δύναμης (ΜΑΔ) και το Ηλεκτρονικής Σάρωσης (ΜΗΣ) (διακριτική ικανότητα: 1 nm=10^{-9} m).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συγκριτική μικροσκοπική εξέταση έδειξε ότι: (α) τόσο στους υγιείς όσο και στους παθολογικούς δότες το ΟΜ υποεκτιμά τα καταγραφόμενα γεωμετρικά μεγέθη, συγκριτικά με τα ΜΑΔ/ΜΗΣ, (β) στους υγιείς δότες, τα ΜΑΔ/ΜΗΣ αποκάλυψαν δύσμορφα σπερματοζωάρια σε ποσοστό 10%, (γ) τόσο στους παθολογικούς όσο και στους υγιείς δότες, τα ΜΑΔ/ΜΗΣ αποκάλυψαν σημαντικές υπομικροσκοπικές ιδιαιτερότητες (Εικόνες 1(α)-1(γ)) τις οποίες δεν ανιχνεύει το ΟΜ.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα παρόντα εισαγωγικά πειράματα έδειξαν ότι τα προηγμένα ΜΑΔ/ΜΗΣ αποκαλύπτουν σημαντικές πληροφορίες για τα γεωμετρικά και μορφολογικά χαρακτηριστικά των σπερματοζωαρίων τις οποίες δεν ανιχνεύει το συμβατικό ΟΜ. Η μελέτη μεγαλύτερου δείγματος με τα ΜΑΔ/ΜΗΣ ίσως βοηθήσει στη θεμελίωση νέων κριτηρίων σχετικά με τη «μικροσκοπική» εξέταση για τη διάγνωση της ανδρικής υπογονιμότητας.



Εικόνα 1. Υγιής δότης: (α) Εικόνα ΜΑΔ σπερματοζωαρίου (β) Τομογραφία κατά μήκος της γραμμής (Α) της ουράς (εικόνα (α)). (γ) Τομογραφία κατά μήκος της γραμμής (Β) της ουράς (εικόνα (α)).

16. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΒΑΚΤΗΡΙΩΝ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΕΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΙΩΔΟΥΣ ΤΗΣ ΓΕΝΤΙΑΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

Μ. Ορφανίδου[1], Α. Τζερεμέ[1], Κ. Σπηλιόπουλος[2], Χ. Καράγιωργα[1], Μ. Καμπερογιάννη[1], Γ. Γκαντέρης[1], Δ. Τσούτσος[2], Ε. Βαγιάκου[1]

[1]Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», [2]Πλαστική Χειρουργική - Μονάδα Εγκαυμάτων, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της συχνότητας απομόνωσης και των ειδών βακτηρίων που απομονώθηκαν από τραύματα ασθενών της Πλαστικής Χειρουργικής και Μονάδας Εγκαυμάτων πριν και μετά την εφαρμογή ιώδους της γεντιανής.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Η μελέτη περιελάμβανε δύο εξάμηνα, Ιανουάριος -Ιούνιος 2013 (ομάδα μελέτης 1-**ΟΜ1**) και Ιανουάριος-Ιούνιος 2014 (ομάδα μελέτης 2-**ΟΜ2**). Οι ΟΜ αποτελούνταν από 20 ασθενείς έκαστη. Κριτήριο για την επιλογή των ασθενών ήταν η παρουσία ρυπαρού τραύματος. Το είδος του τραύματος ποίκιλε από έγκαυμα έως ανοιχτό τραύμα, κατάκλιση και δερματικό μόσχευμα. Οι ασθενείς της ΟΜ1 ελάμβαναν συμβατική θεραπεία, ενώ οι ασθενείς της ΟΜ2, η συμβατική θεραπεία συνοδευόταν και από εφαρμογή ιώδους της γεντιανής 1% τοπικά στο τραύμα. Καλλιέργειες και από τις δύο ΟΜ στάλθηκαν στο εργαστήριο για την αναζήτηση παθογόνων βακτηρίων και τον έλεγχο ευαισθησίας τους στα αντιβιοτικά που πραγματοποιήθηκαν με συμβατικές και αυτόματες μεθόδους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα δείγματα της ΟΜ1 απομονώθηκαν συνολικά 108 βακτηριακά στελέχη εκ των οποίων: 71 ήταν Gram (-) βακτηρίδια (**G-B**) (66%), 21 κοαγκουλάση αρνητικοί σταφυλόκοκκοι (**CoNS**) (19%) και 16 *Staphylococcus aureus* (**SA**) (15%). Το συχνότερα απομονούμενο G-B ήταν το*Acinetobacter baumannii* (**AC**) (30/71, 42%), και ακολουθούσαν: *Klebsiella pneumoniae* (**KP**) (24/71, 34%), *Proteus mirabilis* (**PM**) (9/71, 13%), *Escherichia coli* (**EC**) (5/71, 8%), *Enterobacter cloacae* (**ECL**) (1/71, 1%) και *Pseudomonas aeruginosa* (**PA**) (1/71, 1%). Οι CoNS με αντοχή στη methicillin (**MR**) ήταν 13/21-62% και οι MRSA ήταν 10/16-62.5%. Από τα δείγματα της ΟΜ2 απομονώθηκαν συνολικά 103 βακτηριακά στελέχη εκ των οποίων: G-B (72%), 25 CoNS (24%) και 4 SA (4%). Επικρατέστερο G-B ήταν το AC (37/74, 50%) και ακολουθούσαν KP (14/74, 19%), PM (11/74,15%), EC (5/74, 7%), ECL (5/74, 7%) και PA (2/74, 2%). Οι CoNS MR ήταν 15/25 (60%) και οι MRSA 2/4 (50%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά το γεγονός ότι δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στο συνολικό αριθμό των απομονωθέντων βακτηρίων στις δύο ΟΜ, στην ΟΜ2 σημειώθηκε σημαντική μείωση των στελεχών *S. aureus*. Αξιοσημείωτη ήταν και η μείωση των στελεχών *K. pneumoniae*. Σύμφωνα με τα ανωτέρω, η εφαρμογή του ιώδους της γεντιανής σε ρυπαρά τραύματα φαίνεται να συνιστά και αποτελεσματική και οικονομική εναλλακτική αγωγή.

17. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ» ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 24 ΜΗΝΩΝ

Θ. Μπινιάρη, Ζ. Στάμος, Γ. Σαρανταρίδου, Α. Σκλείδη, Μ. Ντίμα, Σ. Γολεγού, Σ. Καραχάλιος

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ιός της ηπατίτιδας C απομονώθηκε το 1989 και αποτελεί ένα από τα κυριότερα αίτια ηπατοπάθειας. Στην Ελλάδα περίπου το 2% του πληθυσμού έχει μολυνθεί με τον ιό. Συμπτώματα οξείας λοίμωξης παρουσιάζονται μόλις στο 15% των περιπτώσεων.
ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των θετικών σε αντισώματα anti-HCV ασθενών του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι» για χρονικό διάστημα 24 μηνών.
ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Καταγράφηκαν όλοι οι ασθενείς που προσήλθαν για ιολογικό έλεγχο ηπατίτιδας C στο Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι», για τη χρονική περίοδο από 1-1-2013 έως και 31-12-2014, με συνολικό αριθμό 9386. Ο έλεγχος των αντισωμάτων έγινε με τη μέθοδο μικροσωματιδιακής ανοσοχημειοφωταύγειας ELISA (ARCHITECT και AXSYM της εταιρίας ABOTT). Έγινε καταγραφή των ασθενών με θετικά για την ηπατίτιδα C αντισώματα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε σύνολο 9386 ασθενών που ελέχθηκαν βρέθηκαν θετικοί σε ηπατίτιδα C οι 294 που αντιστοιχεί σε ποσοστό 3,13%.

Σύνολο ασθενών 9386	100%
Σύνολο ασθενών με (+) anti-HCV 294	3,13%

Το ποσοστό θετικών σε ηπατίτιδα C ασθενών του νοσοκομείου μας είναι 3,13%. Θεωρούμε ότι αυτό είναι ιδιαίτερα αξιολογήσιμο αν συνυπολογιστεί ότι η νόσος εμφανίζεται με οξεία συμπτωματολογία (ποσοστό 15%) και με πιθανότητα μετάπτωσης σε ηπατοκυτταρικό καρκίνο και κίρρωση ήπατος (ποσοστό 65 - 80%). Περαιτέρω μοριακές εξετάσεις (PCR) για καθορισμό ανιχνεύσιμου RNA και ταυτοποίηση γονοτύπων συμβάλλει σημαντικά στην εκρίζωση της ηπατίτιδας C σε ποσοστό >80% με γονότυπους 2 ή 3 και 50% σε ασθενείς με γονότυπους 1 ή 4. Η επιτυχής θεραπεία εκριζώνει τον ιό από το αίμα του ασθενούς και μειώνει την πιθανότητα μετάδοσής του.

18. ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΑΝΑΕΡΟΒΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Β. Παπαεμμανουήλ[1], Σ. Περλορέντζου[1], Κ. Κλαδάκης[1], Μ. Δημητρίου[1], Κ. Πατσιλινάκος, Ε. Λάμπρου[1]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΕΑΝ Πειραιά «Μεταξά», [2]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΕΑΝ Πειραιά

Η βακτηριαιμία συνεπεία αναεροβίων μικροβίων είναι ασυνήθης και ανέρχεται περίπου σε 0,5-9% όλων των θετικών αιμοκαλλιεργειών σε ένα νοσοκομείο. Η καταστροφή των βλεννογόνων και των σπλαχνικών ιστών συνεπεία της χημειοθεραπείας που λαμβάνουν οι καρκινοπαθείς ασθενείς αυξάνει τον κίνδυνο βακτηριαιμίας που σχετίζεται με την ενδογενή χλωρίδα των αναεροβίων.
ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογήσουμε την επίπτωση και την κλινική σημασία βακτηριαιμίας από αναερόβια, όπως έχει καταγραφεί από καλλιέργειες αίματος σε καρκινοπαθείς ασθενείς, να ανιχνεύσουμε αλλαγές στη διαχείριση σε απάντηση μελετών μικροβιολογικών εργαστηρίων, που αφορούν την καταγραφή της αναερόβιας βακτηριαιμίας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν δείγματα που ελήφθησαν από καρκινοπαθείς ασθενείς του Νοσοκομείου Μεταξά (εξαιρέθηκαν οι ασθενείς με χειρουργικές επεμβάσεις κοιλίας) που έπασχαν από Ca μαστού, Ca γαστρεντερικού και από αιματολογικές κακοήθειες. Λήφθηκαν δείγματα αίματος που τοποθετήθηκαν σε δύο φιάλες για αιμοκαλλιέργειες μια αερόβια και μια αναερόβια, ενώ και οι δύο φιάλες ήταν κατάλληλες για ασθενείς που λάμβαναν αντιβιοτικά. Οι φιάλες τοποθετήθηκαν σε BD Bactec (instrument blood culture system) της Becton-Dickinson US στους 37 °C και επωάστηκαν για 5 ημέρες και 21 ημέρες στις περιπτώσεις που υπήρχε υποψία ενδοκαρδίτιδας. Αναερόβια και αερόβια βακτήρια ταξινομήθηκαν σύμφωνα με το Wadsworth-KTL Anaerobic Bacteriology Mannual και το ASM'S Clinical Microbiology Procedures Handbook.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ένα σύνολο 8240 φιαλών αίματος εξετάστηκαν (που λήφθηκαν από 4120 ασθενείς κατά την περίοδο 4 χρόνων). Φιάλες αιμοκαλλιεργειών από 15 ασθενείς ανέπτυξαν αναερόβια βακτήρια σε ποσοστό 0.36%. Από τα απομονωθέντα αναερόβια βακτήρια το πιο συχνό παθογόνο ήταν το Bacteroides σε ποσοστό 60%. Οκτώ επεισόδια βακτηριαιμίας ήταν πολυμικροβιακά, πιο συχνά μαζί με αερόβια gram αρνητικά βακτήρια.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάπτυξη αναεροβίων βακτηρίων σε φιάλες αιμοκαλλιεργειών θεωρείται υψίστης κλινικής σημασίας, γιατί η αποτυχία του να δοθεί δραστική θεραπεία για αναερόβια βακτήρια μειώνει τις πιθανότητες επιβίωσης του ασθενή.

19. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΙΟΥ EPSTEIN-BARR

Κ. Λιασκώνης, Π. Φράγκος, Α. Λιασκώνη, Κ. Λαδιάς, Β. Πλούσσα, Β. Λιάπης, Ι. Χαλβατσιώτης

Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση του επιπολασμού του ιού Epstein-Barr σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν ή που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία του 401 ΓΣΝΑ και ήταν ύποπτοι για λοίμωξη κατά τη διάρκεια τεσσάρων ετών.
ΥΛΙΚΟ: Εξετάσθηκαν 2.696 ασθενείς ηλικίας 23 ± 5 ετών από τον Ιανουάριο του 2011 έως και το Δεκέμβριο του 2014. Από αυτούς οι 1.929 (71,55%) ήταν νοσηλευόμενοι ασθενείς και οι 767 (28,45%) ασθενείς που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Οι 2.071 (76,82%) ήταν άνδρες και οι 625 (23,18%) ήταν γυναίκες. Έγινε έλεγχος για την ύπαρξη των αντισωμάτων EBV-IgM και EBV-EBNA-IgG στον ορό των ασθενών με ανοσοενζυμική μέθοδο σε αυτόματο αναλυτή.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 2.696 ασθενείς: 1) Οι 502 (18,62%) είχαν θετικά αντισώματα EBV-IgM και αρνητικά EBV-EBNA-IgG 2) Οι 1.455 (53,97%) είχαν θετικά αντισώματα EBV-EBNA-IgG και αρνητικά EBV-IgM 3) Σε 739 (27,41%) τα αντισώματα EBV-IgM και EBV-EBNA-IgG ήταν αρνητικά.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λοιμώδης μονοπυρήνωσης είναι πολύ συχνή λοίμωξη σε νεαρά άτομα. Ενεργό λοίμωξη είχε το 18,62%. Υψηλό είναι το ποσοστό 53,97% των ατόμων που είχαν νοσήσει σε μικρότερη ηλικία, ενώ μικρό ήταν το ποσοστό 27,41% των ατόμων που δεν είχε έρθει σε επαφή με τον ιό. Τα ποσοστά της νοσίας αυξάνονται σταδιακά με την πάροδο της ηλικίας.

20. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΜΑΤΟΧΕΣΙΑ

Ι. Φαμήλιας[1], Γ. Ντέτσκας[2], Ι. Στριγγλογιάννης[2], Β. Παπαστεργίου[2], Ε. Αναστασίου[2], Μ. Σταμπόρη[2], Ε. Ασωνίτης[2], Χ. Ψέλλας[2], Ι. Καραγιώργη[2], Φ. Λαμπριανού[2], Σ. Καραταπάνης[2]

[1]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου, [2]Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η προσέλευση ασθενών με αιματοχεσία αποτελεί συχνή κλινική κατάσταση που απαιτεί επείγουσα ενδοσκοπική διερεύνηση στην πλειονότητα των περιπτώσεων
ΣΚΟΠΟΣ: Να αναλύσουμε τα ενδοσκοπικά και δημογραφικά δεδομένα ασθενών με αιματοχεσία,
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε όλους τους ασθενείς με αιματοχεσία που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπικό έλεγχο στο διάστημα των τελευταίων 18 μηνών. Ελήφθη πλήρες κλινικό ιστορικό και καταγραφή των δημογραφικών και άλλων παραμέτρων που μπορεί να σχετίζονται με την αιμορραγία. Όλοι οι ασθενείς υπεβάλλοντο σε ενδοσκοπικό έλεγχο του παχέος εντέρου πολλές φορές σε επείγουσα βάση σύμφωνα με τις ενδείξεις.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε 218 ασθενείς (Α/Γ=126/92, μέσης ηλικίας 71.7 έτη). Η βαρύτητα της αματοχεσίας ταξινομήθηκε ως βαριά σε 37 ασθενείς, μέτριας βαρύτητας σε 43 και ήπια σε 138. Από τα ενδοσκοπικά ευρήματα που διαπιστώθηκαν είχαμε: αιμορροιδοπάθεια σε 62 ασθενείς (σε 45 θα μπορούσε να αποτελεί το αίτιο της αιμορραγίας), εκκολπωμάτωση σε 51 (23.4%), καρκίνος παχέος εντέρου (ΚΠΕ) σε 37 (13%), πολύποδες σε 57 (25.6%), κολίτιδες σε 28 (13%) (ισχαιμική 7, ψευδομεμβρανώδης 2, μετακτινική 2, ΙΦΝΕ=10, λοιμώδης=1 και άτυπη= 6). Άλλα σπανιότερα ευρήματα ήσαν: μονήρες έλκος ορθού 1, τραυματική ρήξη 1, έλκος αναστόμωσης 1 και συρίγγιο 1.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα ευρήματα της μελέτης μας προκύπτει ότι τα συχνότερα αίτια αιματοχεσίας περιλαμβάνουν τα εκκολπώματα, τις κολίτιδες και τον ΚΠΕ. Η παρουσία αιμορροιδοπάθειας ή πολυπόδων δεν σχετίζεται τις περισσότερες φορές με το αίτιο της αιματοχεσίας.

21. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ, ΑΠΟΨΗ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΙΘΕΝΤΑΙ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΕΣ

Β. Μαυροειδοπούλου[1], Ε. Ξέρα[1], Β. Μολλάκη[1,2]

[1]Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΤΕΙ) Αθήνας, Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, Αθήνα, Ελλάδα, [2]Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Αθήνα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Πολλές ιδιωτικές εταιρείες προσφέρουν γενετικές εξετάσεις απευθείας στους καταναλωτές (Direct-to-Consumer Genetic Testing, DTCGT) μέσω διαδικτύου. Το ζήτημα αυτό έχει προκαλέσει έντονο προβληματισμό για την αξιοπιστία των εξετάσεων, εγείροντας παράλληλα σημαντικά θέματα βιοηθικής.
ΣΚΟΠΟΣ: Να καταγραφεί η ενημέρωση, η άποψη, τα κίνητρα και η στάση των Ελλήνων για τις γενετικές εξετάσεις απευθείας στους καταναλωτές, σε δυνητικούς καταναλωτές της υπηρεσίας αυτής.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο με 24 ερωτήσεις, το οποίο συμπεριλάμβανε την παρουσίαση ενός υποθετικού σεναρίου για μια γενετική εξέταση μέσω διαδικτύου. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 725 φοιτητές ανώτατης εκπαίδευσης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ένα τρίτο των ερωτηθέντων γνώριζαν για τις γενετικές εξετάσεις απευθείας στους καταναλωτές αλλά το ενδιαφέρον ήταν εξαρτώμενο από το κόστος. Περισσότερο από το 60% των συμμετεχόντων στην έρευνα θα υποβαλλόταν σε τέτοιες γενετικές εξετάσεις με κίνητρο να μάθουν περισσότερα για την υγεία τους, να προειδοποιήσουν τα παιδιά τους για τον κίνδυνο που διατρέχουν για κάποια ασθένεια, να παρακολουθεί ο ιατρός την υγεία τους και να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους. Ωστόσο, στην πλειοψηφία τους οι ερωτηθέντες θα προτιμούσαν να συμβουλευτούν τον ιατρό τους πριν τη γενετική εξέταση και θα ανησυχούσαν για την ασφάλεια των προσωπικών τους δεδομένων. Σύμφωνα με το υποθετικό σενάριο της έρευνας, οι συμμετέχοντες έλαβαν τα αποτελέσματα γενετικής εξέτασης που έδειξαν ότι διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Το 59.5% των ερωτηθέντων θεωρούσαν ότι μπορούν να κατανοήσουν τα αποτελέσματα, ωστόσο 46.1% πίστευαν ότι τα αποτελέσματα έχουν διαγνωστική αξία, αν και πολλοί από αυτούς προέρχονται από σχολές σχετικές με την υγεία. Μετά την παραλαβή των αποτελεσμάτων της γενετικής εξέτασης, 44.1% των ερωτηθέντων από σχολές σχετικές με την υγεία θα λάμβαναν σοβαρά υπόψη τους τα αποτελέσματα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε φοιτητές άλλων σχολών ήταν 64%. Ωστόσο, η συντριπτική πλειοψηφία (83.6%) των συμμετεχόντων στην έρευνα θα ζητούσαν διευκρινήσεις από τον ιατρό τους και 70.4% θα συζητούσαν τα αποτελέσματα με την οικογένειά τους. Οι συμμετέχοντες που θεωρούσαν ότι δεν έχουν βασικές γνώσεις γενετικής ήταν πιθανότερο να υποφέρουν από μακροχρόνιο άγχος μετά τη γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων.
ΣΥΜΕΠΡΑΣΜΑΤΑ: Οι έλληνες φοιτητές ενδιαφέρονται και αναγνωρίζουν τα πιθανά οφέλη των γενετικών εξετάσεων ωστόσο επιθυμούν τη μεσολάβηση του ιατρού τους πριν και μετά τη γενετική εξέταση. Η συμμετοχή ενός ιατρού ή ενός ειδικού γενετιστή στη διαδικασία των γενετικών εξετάσεων απευθείας στους καταναλωτές καθώς και η καλύτερη ενημέρωση του κοινού για την πραγματική αξία της γενετικής πληροφορίας (π.χ. διάκριση μεταξύ προγνωστικών και διαγνωστικών γενετικών εξετάσεων), κρίνονται απαραίτητα στοιχεία για την αποφυγή παρερμηνείας των αποτελεσμάτων.

22. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗΣ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΣΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Σ. Παπαοικονόμου[1], Ν. Τεντολούρης[1], Ν. Κατσιλάμπρος[1], Χ. Στεφανάδης[2], Δ. Τούσουλης[2]

[1]Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθηνών, [2]Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκε η επίδραση του 3872AG (Αδενίνη/Γουανίνη) πολυμορφισμού του γονιδίου της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) σε παράγοντες κινδύνου σε υπερτασικούς ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).
ΥΛΙΚΟ: Ο CRP-3872AG πολυμορφισμός αποκαλύφθηκε σε 431 ασθενείς με ΣΔ2, μέσης ηλικίας 66.55±9.953, (n%) άνδρες: 218 (50.6), υπερτασικούς: 328 (76.1), με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και κατάλληλα περιοριστικά ένζυμα πέψης (HpyCH4III). Η υψηλής ευαισθησίας CRP (mg/l) (hs-CRP), εκτιμήθηκε με μοριακά αυξανόμενη ανοσονεφελομετρία. Η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης καθορίστηκε βάση του ιστορικού και της λαμβανόμενης αντιυπερτασικής αγωγής.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η γονιδιακή κατανομή (%) για τους GG, AG και AA γονοτύπους στους ΣΔ2 ασθενείς με και χωρίς αρτηριακή υπέρταση ήταν 51.5, 27.3, 21.2 και 53.5, 26.7, 19.8 αντίστοιχα, (p=0.97). Στα άτομα με υπέρταση, οι υπό μελέτη γονότυποι είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο, άνδρες (%), (GG+AG): 120 (46.3) vs AA: 45 (65.2), (p=0.01). Επιπρόσθετα, ο AG: 51.76±14.87 γονότυπος είχε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα HDL-χοληστερόλης (mg/dl), σε σχέση με τους GG: 47.74±13.06, (p=0.03) ή τους AA: 46.02±14.21 ομοζυγώτες, (p=0.01). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη διάρκεια του διαβήτη, το δείκτη μάζας σώματος (kg/m^2), την αναλογία περιμέτρου μέσης ισχίων (m/m), τα επίπεδα αλβουμίνης ούρων 24ώρου (mg/24h), γλυκόζης (mg/dl), ολικής ή LDL-χοληστερόλης (mg/dl), τριγλυκεριδίων (mg/dl), γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (%), συστολικής - διαστολικής αρτηριακής πίεσης (mmHg), hs-CRP (mg/l) και του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (ml/min), (p=NS) για όλα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε υπερτασικούς ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ο CRP-3872AG πολυμορφισμός σχετίζεται με το φύλο και τα επίπεδα HDL-χοληστερόλης.

23. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗΣ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ-6 ΣΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Σ. Παπαοικονόμου[1], Ν. Τεντολούρης[1], Ν. Κατσιλάμπρος[1], Χ. Στεφανάδης[2], Δ. Τούσουλης[2]

[1]Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθηνών, [2]Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκε η επίδραση του 174GC (Γουανίνη/Κυτοσίνη) πολυμορφισμού του γονιδίου της ιντερλευκίνης-6 (IL6) σε παράγοντες κινδύνου σε υπερτασικούς ασθενείς με ΣΔ2.
ΥΛΙΚΟ: Ο IL6-174GC πολυμορφισμός αποκαλύφθηκε σε 431 ασθενείς με ΣΔ2, μέσης ηλικίας: 66.55±9.953, (n%) άνδρες: 218 (50.6), υπερτασικούς: 328 (76.1), καπνιστές: 71 (16.5), με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και κατάλληλα περιοριστικά ένζυμα πέψης (SfaNI). Η υψηλής ευαισθησίας CRP (mg/l) (hs-CRP), εκτιμήθηκε με μοριακά αυξανόμενη ανοσονεφελομετρία. Η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης καθορίστηκε βάση του ιστορικού και της λαμβανόμενης αντιυπερτασικής αγωγής.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κατανομή (%) για τους GG, GC και CC γονοτύπους στους ΣΔ2 ασθενείς με και χωρίς αρτηριακή υπέρταση ήταν 48.1, 27.4, 24.5 και 52.7, 24.7, 22.6 αντίστοιχα, (p=0.82). Στα άτομα με υπέρταση, οι φορείς του «C» αλληλίου είχαν σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια διαβήτη (έτη) σε σχέση με τους GG ομοζυγώτες, (GC+CC): 15 (7.0-21.0) vs GG: 12 (6.0-20.0), (p=0.03). Ο GC γονότυπος είχε σημαντικά χαμηλότερη επικράτηση συνήθειας καπνίσματος σε σχέση με τους CC ομοζυγώτες, GC: 5.7 vs CC: 17.9, (p=0.02). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά το φύλο, το δείκτη μάζας σώματος (kg/m^2), την αναλογία περιμέτρου μέσης ισχίων (m/m), τα επίπεδα αλβουμίνης ούρων 24ωρου (mg/24h), γλυκόζης (mg/dl), λιπιδίων (mg/dl), αιμοσφαιρίνης A1c (%), συστολικής - διαστολικής αρτηριακής πίεσης (mmHg), hs-CRP (mg/l) και ρυθμού σπειραματικής διήθησης (ml/min), (p=NS) για όλα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε υπερτασικούς ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ο IL6-174GC πολυμορφισμός σχετίζεται με τη διάρκεια του διαβήτη και το κάπνισμα.

24. Η ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΠΡΩΤΕΪΝΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ (INTERACTOME) ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Ε. Τσαρέ[1,2], Α. Γιουτλάκης[1,2], Μ. Κλάπα[2], Ν. Μοσχονάς[1]

[1]Εργαστήριο Γενικής Βιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστημίου Πατρών, [2]Εργαστήριο Μεταβολικής Μηχανικής και Συστημικής Βιολογίας, Ινστιτούτο Επιστημών Χημικής Μηχανικής, ΙΤΕ, Πάτρα

ΣΚΟΠΟΣ: Ένα θεμελιώδες ερώτημα της ιατρικής γενετικής είναι το πώς συνδέεται η γενετική πληροφορία με τα νοσήματα. Στην απάντησή του ερωτήματος μπορεί να συμβάλει η προβολή των γνωστών συσχετίσεων γονιδίων-νοσημάτων στο ανακατασκευασμένο δίκτυο πρωτεϊνικών αλληλεπιδράσεων (interactome) του ανθρώπου, το οποίο αναπαριστά το σύνολο των κυτταρικών του λειτουργιών. Σκοπός μας είναι η εξόρυξη αξιόπιστων συσχετίσεων γονιδίων-νοσημάτων, η σύνδεσή τους με ένα ολοκληρωμένο πρωτεϊνικό δίκτυο και η *in silico* ανάλυση του δικτύου για τον προσδιορισμό των μοριακών μονοπατιών και τη διερεύνηση της αρχιτεκτονικής των νοσημάτων.
ΠΗΓΕΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Η εξόρυξη συσχετίσεων γονιδίων-νοσημάτων έγινε από τις βάσεις OMIM[1] και UniProt[2]. Το σύνολο των συσχετίσεων που χρησιμοποιήθηκε, προέκυψε από την τομή των δεδομένων των βάσεων μετά από κανονικοποίηση, και συνδέθηκε με το δίκτυο πρωτεϊνικών αλληλεπιδράσεων της μετα-βάσης PICKLE[3], στην οποία καταγράφονται ~90.000 αλληλεπιδράσεις για το ~65% του πρωτεϊνώματος του ανθρώπου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξορύχτηκαν 3198 συσχετίσεις 3021 νοσημάτων με 2257 γονίδια. Η ανάλυση τους στο πλαίσιο του δικτύου πρωτεϊνικών αλληλεπιδράσεων υποδεικνύει ότι τα γονίδια νοσημάτων εντοπίζονται, κυρίως, στην περιφέρεια του δικτύου χαρακτηριζόμενα από μικρό αριθμό αλληλεπιδράσεων. Γονίδια που θεωρούνται ζωτικής σημασίας εντοπίζονται σε κεντρικούς κόμβους του δικτύου, σπάνια συνδέονται με κληρονομούμενα νοσήματα αλλά συχνά εμφανίζονται μεταλλαγμένα στα νοσήματα σωματικών κυττάρων, πχ. καρκίνος. Πρωτεΐνες που σχετίζονται με το ίδιο ή παρόμοιο νόσημα, συνήθως, γειτνιάζουν. Τέλος, διακριτά μεταξύ τους νοσήματα με αλληλοεπικαλυπτόμενα μοριακά μονοπάτια, μοιράζονται κάποια κλινικά χαρακτηριστικά, και αντιστρόφως.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνδυαστική ανάλυση ενός αξιόπιστου συνόλου συσχετίσεων γονιδίων-νοσημάτων στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου δικτύου πρωτεϊνών, συμβάλλει στην κατανόηση της μοριακής παθοφυσιολογίας των νοσημάτων, στον προσδιορισμό νέων πιθανών βιοδεικτών και κατ' επέκταση στην εύρεση νέων φαρμακευτικών στόχων.

25. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

26. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΙΛΙΓΓΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Π. Χέρας, Η. Γεωργόπουλος, Α. Παπαδόπουλος, Ε. Σταματοπούλου

Παθολογική Κλινική Νοσηλευτικής Μονάδας Ναυπλίου, ΓΝ Αργολίδας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι μια πρώτη προσέγγιση του ιλίγγου και των διαταραχών της ισορροπίας, με την κριτική ματιά διαφόρων ειδικοτήτων, η ταξινόμηση, η συστηματικοποίηση των αποτελεσμάτων και τέλος η ακολουθούμενη θεραπευτική προσέγγιση.
ΥΛΙΚΟ: Εξετάσθηκαν 256 ασθενείς άνω των 65 ετών που προσήλθαν το 2014 στην κλινική μας και αποτελούσαν το 14% των εισαγωγών με ίλιγγο και διαταραχές ισορροπίας.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη μας συμπεριλήφθησαν ασθενείς με συμπτώματα που η βαρύτητά τους κυμαινόταν από αίσθημα μέθης έως και κρίσεις περιστροφικού ιλίγγου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Με τη συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων διαπιστώσαμε ότι οι ασθενείς παρουσίασαν: Λαβυρινθική συμπτωματολογία-ΝΑ βαρηκοΐα 81,5%, Καρδιολογικά νοσήματα-Υπέρταση 37%, Αγγειολογικά προβλήματα 72%, ΣΔ 15%, Αυχενικό σύνδρομο 28% Οφθαλμολογικά ευρήματα 68,5%, Νευρολογικά 8,6%. Συμπτωματική αγωγή ακολουθήθηκε σε ποσοστό 85%. Ασκήσεις Cawthorne-Cooksey εφαρμόσθηκαν σε 63 ασθενείς (ποσοστό επιτυχίας 67%), ενώ στο 3,5% των ασθενών συστήθηκε επεμβατική μέθοδος.

27. ΥΓΙΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗ

Ι. Αλεξίου[1], Ε. Βασιλειάδου[1], Β. Κυριακού[1], Β. Γιουρέλης[1], Θ. Αλεξίου[2]

[1]Τμήμα Φυσικοθεραπείας ΓΝ Νικαίας «Άγιος Παντελεήμων», [2]Τμήμα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, ΠΕΔΥ Πειραιά

Το αυξημένο προσδόκιμο ζωής, σε συνδυασμό με το χαμηλό αριθμό γεννήσεων που παρατηρείται στην Ευρώπη έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων στον πληθυσμό. Η βελτίωση της υγείας των γηραιότερων ατόμων της ηπείρου μας, όχι μόνο θα τους γλιτώσει από σχετιζόμενα νοσήματα αλλά θα συμβάλλει στην ανακούφιση της πολιτείας, μειώνοντας το ιατρικό και κοινωνικό κόστος.
ΣΚΟΠΟΣ: Της παρουσας μελέτης είναι να παρέχουμε πληροφορίες όσον αφορά τις αποτελεσματικές στρατηγικές, που προάγουν τη γήρανση χωρίς προβλήματα υγείας με σκοπό την προαγωγή της ατομικής τους ευημερίας, την παράταση του επαγγελματικού τους βίου, τη μείωση κινδύνου εισαγωγής σε νοσηλευτικά ιδρύματα και οίκους ευγηρίας και τη μείωση πιθανότητας πρόωρου θανάτου.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Με βάση την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία συμπεριλάβαμε τυχαιοποιημένες και επιδημιολογικές μελέτες που αναφέρονται στις διαδικασίες και τους τρόπους της προστασίας της υγείας στους ηλικιωμένους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η υγιής γήρανση εξαρτάται από γενετικούς, περιβαλλοντολογικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες, καθώς επίσης και από ευρύτερες περιβαλλοντολογικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές. Οι κοινωνικές μεταβλητές της υγείας όπως το εισόδημα και η εκπαίδευση επηρεάζουν τις επιλογές του κάθε ατόμου και δημιουργούν περιστάσεις οι οποίες επηρεάζουν τις ευκαιρίες για υγιή τρόπο ζωής. Άλλες μεταβλητές της υγείας περιλαμβάνουν:

- Μεταβλητές του συστήματος υπηρεσιών υγείας (π.χ. πρόληψη ασθενειών, υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας).
- Συμπεριφορικές μεταβλητές (π.χ. χρήση καπνού, σωματική δραστηριότητα, διατροφή, αλκοόλ, χρήση διαφόρων φαρμάκων, στοματική υγεία).
- Μεταβλητές του φυσικού περιβάλλοντος (π.χ. ασφάλεια οικιακού περιβάλλοντος, καθαρός αέρας, νερό, ασφαλείς τροφές).
- Μεταβλητές του κοινωνικού περιβάλλοντος (π.χ. κοινωνική υποστήριξη, βία, κακοποίηση, εκπαίδευση).
- Προσωπικές μεταβλητές (π.χ. η βιολογία του κάθε ατόμου, γενετικοί και ψυχολογικοί παράγοντες).
- Οικονομικές μεταβλητές (π.χ. εισόδημα, εργασία).
- Πρόληψη τραυματισμών, οι τρείς βασικές αιτίες θανάτου λόγω τραυματισμού των ηλικιωμένων στην Ευρώπη είναι οι πτώσεις, οι τραυματισμοί από τροχαία ατυχήματα και οι αυτοτραυματισμοί.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υγιής γήρανση αφορά στη δημιουργία και βελτίωση ευκαιριών και δυνατοτήτων για τους ηλικιωμένους για σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία χωρίς διακρίσεις και να απολαμβάνουν καλή ποιότητα ζωής. Απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση με πολλές διαφορετικές πτυχές που παίζουν βασικό ρόλο στη ζωή του ατόμου.

28. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΜΑΚΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Δ. Τσάλτα, Γ. Κορακάκης, Κ. Κατσάρα, Ι. Ιωαννίδης, Α. Νικολόπουλος, Ν. Κομιτόπουλος

Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς νοσηλεύονται για μακρύτερο χρονικό διάστημα σε τριποβάθμιες υγειονομικές δομές από ότι νεότεροι ασθενείς. Το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον καλείται σε σημαντικό βαθμό να ανταπεξέλθει στη συνέχιση της κατ' οίκον φροντίδας. Σκοπός, η μελέτη των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών υπερηλίκων ασθενών νοσηλευόμενων σε Παθολογική κλινική και η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης της έλλειψης υποστηρικτικών οικογενειακών ή άλλου τύπου δομών με την παράταση νοσηλείας.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγράφηκαν 112 ασθενείς ηλικίας ≥85 ετών που νοσηλεύτηκαν σε διάστημα ενός έτους στην Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου. Σημειώθηκε το φύλο, η ηλικία, η ύπαρξη συζύγου, τα ενήλικα τέκνα, η συνθήκες διαβίωσης, η παρουσία επαγγελματία φροντιστή και το ατομικό μηνιαίο εισόδημα. Υπολογίστηκε η διάρκεια νοσηλείας, ενώ ασθενείς με διάρκεια ≥14 ημερών θεωρήθηκαν ότι έχουν μακρά νοσηλεία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Χαρακτηριστικά Ασθενών	Σύνολο N=112 (%)		Νοσηλεία ≥14 ημέρες Ναι (%)	Όχι (%)	P-value
Φύλο					0,566
Άνδρες	61	54,5	24,6	75,4	
Γυναίκες	51	45,5	29,4	70,6	
Ηλικία					0,726
85-89	75	67,0	26,7	73,3	
90-94	25	22,3	32,0	68,0	
95-99	10	8,9	20,0	80,0	
100+	2	1,8	,0	100,0	
Συζυγική κατάσταση					0,116
Παντρεμένοι	33	29,5	18,2	81,2	
Χήροι	67	59,8	34,3	65,7	
Ανύπαντροι	12	10,8	8,3	91,6	
Τέκνα					0,079
Ναι	94	83,9	30,9	69,1	
Όχι	12	10,7	8,3	91,7	
Διαβίωση					0,120
Με σύζυγο	28	25	17,9	82,1	
Με τέκνα	38	33,9	31,6	68,4	
Με φροντιστή	19	17,0	42,1	57,9	
Μόνος	10	8,9	40,0	60,0	
Ίδρυμα	10	8,9	10,0	90,0	
Εισόδημα €/μηνιαίως					0,440
<400	12	10,7	33,3	66,7	
400-800	52	46,4	26,9	73,1	
800-1000	31	27,7	25,8	74,2	
>1000	10	8,9	40,0	60,0	

Ο μέσος χρόνος νοσηλείας των ασθενών πλησίαζε τις 10 ημέρες. 30 ασθενείς (εκ των οποίων 15 άνδρες) νοσηλεύονταν ακόμα 14 ημέρες μετά την εισαγωγή τους (26,7%). Όταν αναλύθηκε η κατανομή των χαρακτηριστικών του πληθυσμού σε σχέση με νοσηλεία ≥14 ημέρες, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έλλειψη υποστηρικτικών οικογενειακών ή άλλου τύπου δομών δεν φαίνεται να συμβάλλουν σημαντικά στην παράταση του χρόνου νοσηλείας υπερηλίκων ασθενών.

29. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΜΑΚΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Δ. Τσάλτα, Γ. Κορακάκης, Κ. Αδαμόπουλος, Α. Νικολόπουλος, Ι. Ιωαννίδης, Ν. Κομιτόπουλος

Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι υπερήλικες ασθενείς εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για επιπλοκές από παρατεταμένη νοσοκομειακή νοσηλεία απ' ότι νεότεροι ασθενείς. Η πρώιμη αναγνώριση γηριατρικών συνδρόμων που συμβάλλουν σε αυτό πιθανώς προβλέπει τη διάρκεια και την έκβαση της νοσηλείας της ευπαθούς αυτής ηλικιακής ομάδας. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των λειτουργικών χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν νοσηλευόμενοι υπερήλικες σε παθολογική κλινική και η διερεύνηση ενδεχόμενης συσχέτισης των γηριατρικών συνδρόμων με την παράταση της νοσηλείας (>14 ημέρες) και την έκβαση της νόσου τους.

ΥΛΙΚΟ: 112 νοσηλευόμενοι ασθενείς άνω των 85 ετών μελετήθηκαν σε διάστημα ενός έτους. Καταγράφηκαν τα λειτουργικά χαρακτηριστικά προ νοσηλείας μέσω ερωτηματολογίων Activities of Daily Living (ADL) και Instrumental Activities of Daily Living (IADL) και τα γηριατρικά σύνδρομα που εμφάνιζαν κατά την εισαγωγή τους. Σημειώθηκε η διάρκεια της νοσηλείας και η έκβαση της νόσου. Αποκλείστηκαν ασθενείς με νοσηλεία <2 ημέρες και διασωληνωμένοι ασθενείς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:
30 ασθενείς νοσηλεύονταν ακόμα 14 ημέρες μετά την εισαγωγή τους (ποσοστό 26,7%). Απεβίωσαν 11 ασθενείς (ποσοστό 9,8%). Σε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή, αφενός, την παραμονή στο νοσοκομείο πέραν των 14 ημερών και, αφετέρου, την κακή έκβαση (θάνατος) και ανεξάρτητες μεταβλητές τα γηριατρικά σύνδρομα κατά την εισαγωγή, δεν σημειώθηκε κάποια θετική συσχέτιση.

Λειτουργικά χαρακτηριστικά υπερηλίκων προ νοσηλείας, N=112	
ADL	Εξάρτηση%
Μπάνιο	58,0
Ντύσιμο	53,6
Τουαλέτα	44,6
Μεταφορές	44,6
Εγκράτεια	38,4
Φαγητό	36,6
Απώλεια 1 ADL	75,5
IADL	
Απώλεια ≥2 IADL	87,6
Γηριατρικά σύνδρομα στην εισαγωγή, N=112	
Διαταραχές βάδισης%	54,5
Πτώσεις%	44,6
Ιστορικό καταγμάτων%	22,3
Διαταραχές όρασης%	55,4
Άμβλυνση ακοής%	62,5
Κατάθλιψη%	19,6
Διαταραχές ούρησης%	33,9
Γνωσιακές διαταραχές (MMSE <23)%	68,7
Κλινοστατισμός%	26,8
Έλκη κατάκλισης%	16,1

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι υπερήλικες ασθενείς εμφανίζουν σημαντική έκπτωση λειτουργικότητας και σε ικανό βαθμό κάποιο γηριατρικό σύνδρομο αλλά η παρουσία τους δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την παράταση της νοσηλείας ή τη θνησιμότητα.

30. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΕΤΕΡΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΠΡΩΤΕΪΝΗΣ Ia ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ (GpIa-C807T) ΜΕ ΤΙΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ

Ν. Βλαχάδης, Β. Τσαμαδιάς, Ν. Βραχνής, Ν. Βιτωράτος, Ε. Κουσκούνη, Ε. Οικονόμου

Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Οι γενετικοί παράγοντες θρομβοφιλίας αποτελούν σημαντικό τομέα έρευνας στις ανεξήγητες αποβολές. Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της γενετικής ετερογένειας του γονιδίου της γλυκοπρωτεΐνης Ia των αιμοπεταλίων (GpIa-C807T) με τον κίνδυνο αποβολής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 222 άτοκες γυναίκες Ελληνικής καταγωγής, ηλικίας 23-40 ετών με ιστορικό αποβολών

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι γονοτυπικές συχνότητες και στις δύο ομάδες ήταν σε συμφωνία με την ισορροπία Hardy-Weinberg. Σε σύγκριση με τις γυναίκες που ήταν ομόζυγες για το αλληλόμορφο GpIa-807C (γονότυπος: GpIa-807CC), εκείνες που ήταν φορείς του αλληλόμορφου GpIa-807T είχαν αυξημένο κίνδυνο αποβολής (OR=3,36, 95%CI: 1,85-6,11, p < 0,001). Ο σχετικός κίνδυνος αποβολής ήταν μεγαλύτερος για τις γυναίκες που ήταν ομόζυγες για το αλληλόμορφο GpIa-807T (γονότυπος: GpIa-807TT) (OR=8,89, 95%CI: 2,03-38,83, p=0,001), σε σύγκριση με τις ετερόζυγες (γονότυπος GpIa-807CT) (OR=2,78, 95%CI: 1,49-5,17, p=0,001) (p <0,001 for trend). Επιπλέον, ο σχετικός κίνδυνος αποβολής ήταν μεγαλύτερος στις νεότερες γυναίκες-φορείς του αλληλόμορφου GpIa-807T. Συγκεκριμένα, για τις γυναίκες φορείς του αλληλόμορφου GpIa-807T ηλικίας ≤30 ετών: OR=7,43, 95%CI: 2,44-22,64, p < 0,001, και για τις φορείς του αλληλόμορφου GpIa-807T ηλικίας >30 ετών: OR=3,09, 95%CI: 1,69-5,65, p < 0,001 (p < 0,001 for trend).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της γενετικής ετερογένειας του γονιδίου του γλυκοπρωτεϊνικού υποδοχέα Ia των αιμοπεταλίων (GpIa-C807T) με τον κίνδυνο αποβολών. Η παρουσία του αλληλόμορφου GpIa-807T αποτελεί παράγοντα κινδύνου αποβολής και η συσχέτιση είναι ισχυρότερη για τις νεότερες γυναίκες (ηλικίας ≤30 ετών).

31. ΠΡΩΤΕΩΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΚΚΡΙΝΟΜΕΝΩΝ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΑΠΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΣΕΙΡΕΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΟ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ

Γ. Κοντοστάθη[1,2], Ι. Ζωιδάκης[1], Μ. Μακρυδάκης[1], Β. Λυγηρού[1,2], Α. Βλάχου[1], Ν. Ανάγνου[2,3], Κ. Παππά[3,4]

[1]Εργαστήριο Βιοτεχνολογίας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), Αθήνα, [2]Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, [3]Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, Κέντρο Βασικής Έρευνας ΙΙ, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), Αθήνα, [4]Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί τον 2ο σε συχνότητα καρκίνο στις γυναίκες. Το κυτταρικό εκκρίτωμα (secretome) αντιπροσωπεύει το σύνολο όλων των μακρομορίων που εκκρίνονται από ένα κύτταρο και τα οποία συμβάλλουν στη διακυτταρική επικοινωνία. Κατά την καρκινογένεση, τα καρκινικά κύτταρα παράγουν εκκριτώματα με ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά. Η σύγκριση του εκκριτώματος τεσσάρων κυτταρικών σειρών για την ανεύρεση υποψηφίων βιοδεικτών για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας απετέλεσε το στόχο της παρούσας εργασίας.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Οι εκκρινόμενες πρωτεΐνες απομονώθηκαν από το θρεπτικό υλικό και αναλύθηκαν με ηλεκτροφόρηση δύο διαστάσεων. Η ποσοτικοποίηση των πρωτεϊνικών κηλίδων έγινε με το λογισμικό PD Quest 8 και οι διαφορικά εκφραζόμενες πρωτεΐνες αναγνωρίστηκαν μέσω φασματομετρίας μάζας (MALDI-TOF). Η βιοπληροφορική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα Ingenuity. Pathway Analysis.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το εκκρίτωμα φυσιολογικών ανθρώπινων κερατινοκυττάρων τραχήλου της μήτρας από τη σειρά HCK1T, συγκρίθηκε με εκείνο τριών καρκινικών κυτταρικών σειρών [C33-A (αρνητική για HPV), SiHa (HPV16+), HeLa (HPV18+)], ενώ έγινε και σύγκριση μεταξύ όλων των καρκινικών σειρών. Αναγνωρίστηκαν 87 διαφορικά εκφραζόμενες πρωτεϊνικές κηλίδες στο σύνολο των συγκρίσεων των καρκινικών σειρών σε σχέση με τη φυσιολογική σειρά HCK1T. Αρκετές από τις ανωτέρω πρωτεΐνες σχετίζονται με το οξειδωτικό στρες όπως η Peroxiredoxin-1, η TER ATPase και η STI1. Όπως προέκυψε από τη βιοπληροφορική ανάλυση με το πρόγραμμα Ingenuity Pathway Analysis, ο κύριος μεταγραφικός ρυθμιστής τους τεκμηριώθηκε ότι είναι ο NRF2 (Nuclear Redox Factor 2), ο οποίος ενεργοποιεί την απάντηση του κυττάρου σε συνθήκες οξειδωτικού στρες και την επαγωγή των γονιδίων που κωδικοποιούν τις ανωτέρω πρωτεΐνες. Η έκφραση του NRF2 επιβεβαιώθηκε με ανοσοαποτύπωση κατά Western στο ολικό κυτταρικό εκχύλισμα των κυτταρικών σειρών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση του εκκριτώματος φυσιολογικών και καρκινικών κυττάρων του τραχήλου της μήτρας ανέδειξε για πρώτη φορά τον παράγοντα NRF2 ως τον κύριο μεταγραφικό ρυθμιστή των δυνητικών βιοδεικτών που σχετίζονται με το οξειδωτικό στρες στην καρκινογένεση του τραχήλου της μήτρας.

32. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΜΒΡΑΝΙΚΟΥ ΠΡΩΤΕΩΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΣΕΙΡΩΝ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Π. Χρήστου [1,2], Γ. Μερμελέκας[1], Ι. Ζωιδάκης[1], Μ. Μακρυδάκης[1], Β. Λυγηρού[1,2], Α. Βλάχου[1], Ν. Ανάγνου[2,3], Κ. Παππά[3,4]

[1]Εργαστήριο Βιοτεχνολογίας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), Αθήνα, [2]Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, [3]Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), Αθήνα, [4]Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή και την τέταρτη πιο θανατηφόρο μορφή καρκίνου στις γυναίκες. Μέχρι σήμερα, δεν έχει βρεθεί αποτελεσματική μέθοδος για την ακριβή πρόβλεψη της εξέλιξης της νόσου. Οι μεμβρανικές πρωτεΐνες εμπλέκονται σε σημαντικές διεργασίες όπως στη μεταγωγή σήματος, στην επικοινωνία μεταξύ των κυττάρων, στη μεταφορά ιόντων και μεταβολιτών. Περαιτέρω, φαίνεται ότι συμμετέχουν και στην καρκινογένεση και μετάσταση. Για τους ανωτέρω λόγους, αποτελούν άριστους βιοδείκτες ή στόχους φαρμάκων για προγνωστικούς και διαγνωστικούς σκοπούς. Λόγω της υψηλής υδροφοβικότητας τους η απομόνωση και μελέτη τους είναι δύσκολη. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η σύγκριση της έκφρασης των μεμβρανικών πρωτεϊνών τεσσάρων κυτταρικών σειρών: μιας φυσιολογικής της HCK1T και των καρκινικών C33A (αρνητική για HPV), SiHa (HPV16+), HeLa (HPV18+), με στόχο την ανάδειξη πρωτεϊνών οι οποίες μπορεί να αποτελέσουν πιθανούς βιοδείκτες για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά τη μελέτη, έγινε σύγκριση του ολικού κυτταρικού εκχυλίσματος με το μεμβρανικό κλάσμα. Η πρωτεωμική ανάλυση βασίστηκε στην υγρή χρωματογραφία συζευγμένη με φασματομετρία μάζας (LC/MS/MS) και στη μέθοδο της δισδιάστατης ηλεκτροφόρησης, ενώ η αναγνώριση των πρωτεϊνών έγινε με φασματομετρία μάζας MALDI - TOF.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η σύγκριση του πρωτεωμικού προτύπου έκφρασης του ολικού κυτταρικού εκχυλίσματος και του μεμβρανικού κλάσματος, έδειξε εμπλουτισμό των μεμβρανικών πρωτεϊνών. Το πρωτέωμα του μεμβρανικού κλάσματος των κυτταρικών σειρών παρουσίασε σημαντικές διαφορές σε σύγκριση με το ολικό κυτταρικό πρωτέωμα. Η ανάλυση του μεμβρανικού κλάσματος με φασματομετρία μάζας επέτρεψε την αναγνώριση ορισμένων τυπικών μεμβρανικών πρωτεϊνών όπως η Laminin B1, η Cytochrome b-c1, η Ezrin και η VDAC1.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πειραματική μας προσέγγιση οδήγησε στην επιτυχή απομόνωση των μεμβρανικών πρωτεϊνών και επομένως η μελέτη αυτή επιτρέπει νέες προοπτικές για την ανεύρεση πιθανών βιοδεικτών του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

33. Η ΚΟΦΙΛΙΝΗ-1 ΑΝΑΔΕΙΚΝΥΕΤΑΙ ΩΣ ΔΥΝΗΤΙΚΟΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΕΩΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΣΕΙΡΩΝ

Β. Λυγηρού[1,2], Ι. Ζωιδάκης[1], Α. Βλάχου[1], Ν. Ανάγνου[2,3], Κ. Παππά[3,4]

[1]Εργαστήριο Βιοτεχνολογίας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), Αθήνα, [2]Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, [3]Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), Αθήνα, [4]Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η ανάδειξη πληροφοριακών βιοδεικτών για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας.
ΥΛΙΚΟ: Χρησιμοποιήθηκαν τέσσερις κυτταρικές σειρές: 1) η κυτταρική σειρά φυσιολογικού τραχηλικού επιθηλίου HCK1T, και οι κυτταρικές σειρές καρκίνου τραχήλου της μήτρας 2) HeLa [θετική για τον HPV18 (Human papilloma virus)], 3) SiHa (θετική για τον HPV16) και 4) C-33A (αρνητική για HPV). Χρησιμοποιήθηκαν επίσης βιοψίες τραχήλου της μήτρας διαφόρων σταδίων καρκινογένεσης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πραγματοποιήθηκε σύγκριση των πρωτεωμικών προτύπων (profiles) των τεσσάρων κυτταρικών σειρών όπως αυτό προέκυψε μετά από ηλεκτροφόρηση δύο διαστάσεων. Η αναγνώριση των διαφορικά εκφραζόμενων πρωτεϊνών πραγματοποιήθηκε με φασματομετρία μάζας (MALDI-TOF). Από τη σύγκριση μεταξύ της φυσιολογικής κυτταρικής σειράς και των καρκινικών κυτταρικών σειρών, προέκυψαν 93 πρωτεΐνες με αυξο-ρύθμιση (up-regulation) και 75 πρωτεΐνες με μειο-ρύθμιση (down-regulation) στις καρκινικές κυτταρικές σειρές. Ένα μεγάλο ποσοστό των διαφορικά εκφραζόμενων πρωτεϊνών συνδέεται με την αναδιαμόρφωση του κυτταροσκελετού. Από αυτές, μελετήθηκε περαιτέρω η Κοφιλίνη-1, η οποία ήταν αυξημένη στις καρκινικές κυτταρικές σειρές. Η ανοσοαποτύπωση κατά Western επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα της πρωτεωμικής ανάλυσης. Προκειμένου να τεκμηριώσουμε τη βιολογική αξία της Κοφιλίνης-1 ως πιθανού βιοδείκτη στην καρκινογένεση, αναλύθηκε ανοσοϊστοχημικά η έκφραση της Κοφιλίνης-1 σε βιοψίες τραχήλου της μήτρας διαφόρων σταδίων καρκινογένεσης. Η έκφραση της Κοφιλίνης-1 ήταν υψηλή και πολύ υψηλή σε δείγματα ενδοεπιθηλιακής βλάβης χαμηλής (LSIL) και υψηλής (HSIL) διαφοροποίησης, αντίστοιχα, έναντι των φυσιολογικών δειγμάτων όπου ήταν πολύ ασθενής.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα της Κοφιλίνης-1 φαίνεται να αυξάνονται σταδιακά ανάλογα με το βαθμό εξέλιξης της πλακώδους επιθηλιακής βλάβης, καθιστώντας την υποψήφιο βιοδείκτη πρώιμης διάγνωσης για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας.

34. Η ΥΨΗΛΗ ΓΛΥΚΟΖΗ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΕΛΑΤΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΩΔΟΥΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΡΕΘΙΣΜΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Η. Κατσουλιέρης[1], Γ. Δροσσοπούλου[1], Ε. Κοτσοπούλου[1], Η. Λιανός[2], Ε. Τσιλιμπάρη[1]

[1]Ινστιτούτο Βιοεπιστημών και Εφαρμογών, Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος», Αθήνα, [2]Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρόνια υπεργλυκαιμία, όπως απαντάται στο Σακχαρώδη Διαβήτη, προκαλεί σπειραματική δυσλειτουργία και απώλεια ποδοκυττάρων. Σκοπός της παρούσης *exvivo* μελέτης είναι ο προσδιορισμός των επιπτώσεων της υψηλής γλυκόζης στο σηματοδοτικό μονοπάτι της ινσουλίνης και στη βιωσιμότητα απομονωμένων αγγειωδών σπειραμάτων επίμυων.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αγγειώδη σπειράματα απομονώθηκαν από επίμυες και καλλιεργήθηκαν υπό συνθήκες φυσιολογικής και υψηλής γλυκόζης, παρουσίας/απουσίας ινσουλίνης. Για τον προσδιορισμό της απόπτωσης χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι χρώσης TUNEL και ανοσοαποτύπωσης για ανίχνευση των ενεργών μορφών των PARP και Casp-3. Η ενεργότητα του μονοπατιού της ινσουλίνης μετρήθηκε χρησιμοποιώντας ανοσοαποτύπωση κατά του υποδοχέα της ινσουλίνης (IR), της ενεργής (φωσφορυλιωμένης) του μορφής (p-IR), των αντίστοιχων υποστρωμάτων IRS-1 και IRS-2, και κάτωθεν κινασών Akt, p-Akt.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η υψηλή συγκέντρωση γλυκόζης προκαλεί τη μειορύθμιση όλων των παραμέτρων σηματοδότησης της ινσουλίνης, καθιστώντας τα σπειράματα επιρρεπή στην απόπτωση, όπως φαίνεται από αυξημένη χρώση TUNEL και αυξημένα επίπεδα σχίσης των PARP και Casp-3. Επιπλέον, εντοπίστηκαν γλυκο-επαγόμενες αλλαγές στη φωσφορυλίωση του υποστρώματος IRS-1, συγκεκριμένα αύξηση φωσφορυλίωσης σε αμινοξέα σερίνης έναντι τυροσίνης. Οι αλλαγές αυτές σχετίζονται με μειωμένη ικανότητα μεταδιέγερσης κάτωθεν στοιχείων του μονοπατιού σηματοδότησης και καταστροφή του IRS-1.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ανωτέρω αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η γλυκο-επαγόμενη ινσουλινοαντοχή καθιστά τα αγγειώδη σπειράματα επιρρεπή στην απόπτωση. Η μειωμένη απόκριση των σπειραμάτων στην ινσουλίνη οφείλεται, τουλάχιστον εν μέρει, στην ελαττωματική ρύθμιση της φωσφορυλίωσης του υποστρώματος IRS-1. Η μελέτη αποτελεί μηχανιστική προσέγγιση του φαινομένου της ινσουλινοαντοχής, όπως αυτή σχετίζεται με τη διαβητική νεφροπάθεια και υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα περαιτέρω έρευνας σε προστατευτικούς μηχανισμούς κατά της απόπτωσης και της αλλοίωσης του νεφρικού διαφράγματος.

35. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

36. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

37. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕ ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΕΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Α. Αγγελίδη, Σ. Βρακάς, Ε. Φουστέρης, Χ. Βέρρας, Α. Φούτρης, Β. Κατσούρη, Α. Γανωτοπούλου, Γ. Χριστοφιλίδης, Χ. Σαγιά, Γ. Νικητάκος, Α. Μελιδώνης

Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ «Τζάνειο», Πειραιά

ΣΚΟΠΟΣ: Η κατάθλιψη αποτελεί μια σοβαρή, συχνή ψυχική διαταραχή αρκετά διαδεδομένη παγκοσμίως. Έρευνες έχουν καταδείξει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Σκοπός της μελέτης αποτελεί η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ δημογραφικών, ανθρωπομετρικών, κοινωνικοοικονομικών και μεταβολικών παραμέτρων με την παρουσία και σοβαρότητα της κατάθλιψης σε άτομα με ΣΔ τύπου 2 (ΣΔτ2).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 391 ασθενείς (193 άνδρες) ηλικίας 64,9±10,3 ετών με ΣΔτ2 συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Σε όλους τους ασθενείς ελήφθησαν πληροφορίες αναφορικά με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, ανθρωπομετρικές και μεταβολικές παραμέτρους, το γλυκαιμικό τους έλεγχο, την αντιδιαβητική τους αγωγή και την παρουσία επιπλοκών της νόσου. Για την εκτίμηση της παρουσίας και σοβαρότητας της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκαν δύο ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια: BDI-II και DASS21.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κατάθλιψη σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο BDI-II εμφάνισε στατιστικά σημαντική σχέση με τις ακόλουθες παραμέτρους: ηλικία (p=0.004), οικογενειακή κατάσταση (p=0.0049), BMI (p=0.016), HbA1c (p=0.001), άσκηση (p=0.003) και χρήση ινσουλίνης (p=0.004). Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο DASS21 ο βαθμός σοβαρότητας για την κατάθλιψη εμφάνισε στατιστικά σημαντική σχέση με τις παραμέτρους: φύλο (p=0.004), ηλικία (p=0.007), εκπαιδευτική βαθμίδα (p=0.043), οικογενειακή κατάσταση (p=0.004), BMI (p=0.012), και χρήση ινσουλίνης (p=0.01). Από την πολυπαραγοντική ανάλυση σημαντική και ανεξάρτητη θετική συσχέτιση με την κατάθλιψη παρατηρήθηκε με το BMI τόσο στο DASS21 (Coefficient=0.27, 95%CI: 0.03-0.51, p=0.028) όσο και στο BDI-II (Coefficient=0.23, 95%CI: 0.01-0.46, p=0.035) και με την HbA1c στο BDI-II (Coefficient=1.13, 95%CI: 0.04-2.22, p=0.041).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παχυσαρκία φαίνεται πως δρα δυσμενώς στην παρουσία, σοβαρότητα της κατάθλιψης, δίνοντας περαιτέρω έμφαση στη σημασία υιοθέτησης ενός υγιεινοδιαιτητικού τρόπου ζωής με συνοδό διατήρηση ή απώλεια σωματικού βάρους στα άτομα με ΣΔτ2. Τέλος, η γλυκαιμική ρύθμιση φαίνεται να ασκεί επίσης, σημαντική επίδραση ως προς την εκδήλωση και σοβαρότητα της κατάθλιψης στα άτομα με ΣΔτ2.

38. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΥΠΟΔΟΡΙΑΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1: ΤΡΙΑ ΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Α. Αγγελίδη, Σ. Βρακάς, Α. Σερέτη, Β. Λιόση, Ι. Μπακάλης, Α. Καμαράτος, Σ. Ηρακλειανού, Α. Μελιδώνης

Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Αρκετές μελέτες έχουν καταδείξει την υπεροχή της συνεχούς υποδόριας χορήγησης ινσουλίνης (CSII) σε σχέση με τα εντατικοποιημένα σχήματα ινσουλίνης πολλαπλών δόσεων (MDI) για βραχύ όμως σχετικά διάστημα παρακολούθησης. Σκοπός της προοπτικής αυτής μελέτης αποτελεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της CSII στην επίτευξη καλύτερης γλυκαιμικής και μεταβολικής ρύθμισης, καθώς και την ασφάλειά της ανάλογα με το σωματικό βάρος ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1) μετά από 3 συναπτά έτη παρακολούθησης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 79 συνολικά ασθενείς οι οποίοι προηγουμένως είχαν ήδη υποβληθεί σε εντατικοποιημένα σχήματα ινσουλινοθεραπείας χωρίς αποδεκτή γλυκαιμική και μεταβολική ρύθμιση. Εξ αυτών 39 (12 άνδρες) είχαν φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), 24 (12 άνδρες) ήταν υπέρβαροι και 16 (6 άνδρες) παχύσαρκοι. Σε κάθε συμμετέχοντα προσδιορίστηκαν διάφοροι ανθρωπομετρικοί και καρδιομεταβολικοί παράγοντες κινδύνου, όπως σωματικό βάρος, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c, λιπίδια, αρτηριακή πίεση, λεύκωμα ούρων 24ώρου, καθώς επίσης ο αριθμός υπογλυκαιμιών επεισοδίων και οι απαιτούμενες μονάδες ινσουλίνης για το βασικό ρυθμό, για τα bolus καθώς και το λόγο τους-basal/bolus). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα stata 9.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τη στατιστική ανάλυση παρατηρήθηκε στη διάρκεια της τριετούς παρακολούθησης σημαντική μείωση της HbA1c, του βασικού ρυθμού και του λόγου basal/bolus, τόσο στους νορμοβαρείς (p<0.001, p=0.004, p=0.008, αντίστοιχα) όσο και τους υπέρβαρους (p<0.001, p=0002, p=0.001, αντίστοιχα) και τους παχύσαρκους ασθενείς (p=0.001, p=0.001, p=0.006, αντίστοιχα). Επιπρόσθετα, στατιστικά σημαντική μείωση παρατηρήθηκε στα επεισόδια υπογλυκαιμίας που εμφάνισαν μηνιαίως τόσο οι νορμοβαρείς (p=0.016) όσο και οι παχύσαρκοι (p=0.023) ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 υπό CSII.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η CSII συνδέεται με μείωση των αναγκαίων μονάδων βασικής ινσουλίνης, της HbA1c και του λόγου basal/bolus ανεξαρτήτως του δείκτη μάζας σώματος των συμμετεχόντων. Επιπρόσθετα φαίνεται ότι οι νορμοβαρείς και οι παχύσαρκοι ασθενείς υπό CSII φαίνεται πως ωφελούνται περισσότερο ως προς τη μείωση των μηνιαίων επεισοδίων υπογλυκαιμίας. Εύρημα ιδιαιτέρως σημαντικό δεδομένου αφενός ότι τα επεισόδια υπογλυκαιμίας συνδυάζονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και νοσηρότητα και αφετέρου με πιθανή αυξημένη θερμιδική πρόσληψη.

39. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΙΠΟΕΙΔΙΚΗΣ ΝΕΚΡΟΒΙΩΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙ-TNFα ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Δ. Μπασούλης, Χ. Φυτιλή, Κ. Φραγκιαδάκη, Ν. Τεντολούρης, Α. Κόκκινος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Εθνικό Καποδιστρικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λιποειδική νεκροβίωση είναι μια εκφυλιστική νόσος του συνδετικού ιστού συνδεόμενη με το σακχαρώδη διαβήτη. Εκδηλώνεται με την εμφάνιση μιας κόκκινης ή καστανής βλατίδας ή πλάκας με επηρμένα χείλη και ενίοτε με κεντρική νέκρωση. Η αντιμετώπιση της είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Παραθέτουμε την περίπτωση μιας ασθενούς που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με τη χρήση του αντι-TNFα παράγοντα infliximab.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 17 ετών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, προσέρχεται αναφέροντας μια εκτεταμένη εξελκωμένη πλάκα στην αριστερή της κνήμη, πρωτοεμφανισθείσα προ 2ετίας και με σταδιακή επιδείνωση της εικόνας της τους τελευταίους τρεις μήνες. Από τον εργαστηριακό της έλεγχο διαπιστώθηκε κακή ρύθμιση με Hba1c: 13.5%, ενώ η ίδια ανέφερε συχνές νοσηλείες για διαβητική κετοοξέωση. Λόγω επιμόλυνσης της βλάβης, αντιμετωπίστηκε αρχικά με αντιμικροβιακή αγωγή για 1.5 έτη και εν συνεχεία ετέθη σε αγωγή με τοπικά κορτικοστεροειδή χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα. Για τη ρύθμιση των τιμών σακχάρου της, η ασθενής ετέθη σε υποδόρια αντλία ινσουλίνης και η τιμή της Hba1c κατήλθε στο 8.2%. Επίσης για την αντιμετώπιση της δερματικής βλάβης, υπεβλήθη σε 25 συνεδρίες υπερβαρικού οξυγόνου, χωρίς βελτίωση. Υπό το πρίσμα αυτό αποφασίστηκε να δοκιμαστεί η χρήση του αντι-TNFα παράγοντα infliximab σε δοσολογία 5 mg/kg βάρους σώματος ενδοφλεβίως σε διαστήματα 28 ημερών. Από την πρώτη έγχυση η ασθενής άρχισε να εμφανίζει θεαματική βελτίωση. Έλαβε συνολικά 4 δόσεις του φαρμάκου και στο τέλος της θεραπείας απέμενε μόνο μια ατροφική ουλή. (εικόνα)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η λιποειδική νεκροβίωση είναι μια σχετικά σπάνια οντότητα που απαντάται μόλις στο 0.3% των διαβητικών. Η διάγνωση είναι κατά βάση κλινική και μπορεί να επιβεβαιωθεί με βιοψία όπου ανευρίσκεται λέπτυνση της επιδερμίδας, κοκκιώματα που εκτείνονται μέχρι το υποδόριο και υποδερματίτιδα. Περίπου 1/3 των ασθενών εμφανίζει ελκωτικές βλάβες. Για την αντιμετώπιση της νόσου έχουν δοκιμαστεί πολλές θεραπείες (τοπικά κορτικοστεροειδή, tacrolimus, κυκλοσπορίνη, μυκοφαινολικό, φωτοθεραπεία κα) με ανάμεικτα αποτελέσματα. Οι αντι-TNFα παράγοντες πρόσφατα δοκιμάστηκαν στη διεθνή βιβλιογραφία επιτυγχάνοντας σχεδόν πλήρη επούλωση των βλαβών.

40. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΛΥΤΟΥ ST2 ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟΓΟΝΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Χ. Βέρρας[1], Α. Παπαζαφειροπούλου[1], Γ. Αγιομαμίτης[2], Σ. Ματσάγγος[3], Π. Σπυροπούλου[3], Ε. Φουστέρης[1], Σ. Κονιτσιώτης[4], Α. Ευαγγέλου[4], Δ. Κιόρτσης[4], Α. Μελιδώνης[1]

[1]Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ «Τζάνειο», Πειραιάς, Ελλάδα, [2]Β΄ Χειρουργική Κλινική, ΓΝΠ «Τζάνειο», Πειραιάς, Ελλάδα, [3]Τμήμα Αιμοδοσίας, ΓΝΠ «Τζάνειο», Πειραιάς, Ελλάδα, [4]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η παχυσαρκία συνδέεται με διάφορα μεταβολικά μονοπάτια με τη χρόνια χαμηλού βαθμού φλεγμονή του λιπώδους ιστού και την εξ αυτής προαγόμενη καρδιαγγειακή επιβάρυνση, μέσω κυρίως της επιτάχυνσης της διαδικασίας της αθηρωμάτωσης. Με την παρούσα εργασία ελέγξαμε τη συσχέτιση του νέου φλεγμονώδους δείκτη ST2 (soluble ST2) με κλασικούς φλεγμονώδεις και βιοχημικούς δείκτες σε νοσογόνα παχύσαρκα άτομα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 35 παχύσαρκα άτομα [23 γυναίκες/12 άνδρες, μέσης ηλικίας (± σταθερά απόκλιση): 38,9±10,4 έτη, δείκτη μάζας-σώματος (ΔΜΣ): 42±4 Kg/m^2]. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή των κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών και μέτρηση των επιπέδων του διαλυτού ST2. Το 28,6% των ατόμων της μελέτης είχε σακχαρώδη διαβήτη, το 25,7% αρτηριακή υπέρταση, το 31,4% δυσλιπιδαιμία, το 14,3% θυρεοειδοπάθεια, 11,4% χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και το 51,4% κάπνιζε.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση τιμή του διαλυτού ST2 ((± σταθερά απόκλιση) των συμμετεχόντων ήταν 13.9±4.2 ng/mL, υψηλότερη από τις τιμές αναφοράς των υγειών μαρτύρων που δίδονται από τον κατασκευαστή του kit. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης έδειξαν ότι τα επίπεδα του διαλυτού ST2 σχετίζονταν θετικά με την παρουσία **ΧΑΠ** (beta=1,140, P=0,01), τον αριθμό των **λευκών** αιμοσφαιρίων (beta=0,769, P=0,02), τα επίπεδα της **SGOT** (beta=1,723, P=0,04) και την περίμετρο της **μέσης** (beta=1,253, P=0,02) και αρνητικά με το **INR** (beta=-1,639, P=0,01) και τα επίπεδα της **TSH** (beta=-0,878, P=0,05). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την ηλικία, το φύλο, την παρουσία σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, καπνίσματος, ΔΜΣ, περίμετρο μέσης, μάζα λιπώδους ιστού, τα επίπεδα HbA1c, ινωδογόνου, hs-CRP, λιπίδια πλάσματος και τους λοιπούς δείκτες ηπατικής βιοχημείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αυξημένα επίπεδα διαλυτού ST2 των νοσογόνα παχυσάρκων ατόμων του δείγματός μας φαίνεται να σχετίζονται με την αυξημένη περιφέρεια μέσης, ως αδρός δείκτης αυξημένου σπλαχνικού λίπους. Δεν συσχετίστηκε, όμως, με κλασικές παραμέτρους φλεγμονής, όπως η hs-CRP και βιοχημικούς δείκτες, όπως το λιπιδαιμικό προφίλ. Έλεγχος σε μεγαλύτερες πληθυσμιακές ομάδες μπορεί να εξετάσει περαιτέρω την παρούσα παρατήρηση.

41. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΔΕΝ ΠΕΤΥΧΑΝ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΤΟΧΟ ΤΗΣ HBA1C<7% ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΦΥΛΟ- ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Χ. Βέρρας, Α. Αγγελίδη, Ε. Φουστέρης, Σ. Βρακάς, Β. Γκιζλής, Α. Φούτρης, Β. Κατσικέρου, Α. Νικολάου, Α. Παπαζαφειροπούλου, Α. Μελιδώνης

Α΄ Παθολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Είναι γνωστό ότι μεγάλο ποσοστό ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) δεν επιτυγχάνει τους θεραπευτικούς στόχους με δυσμενείς επιπτώσεις στη νοσηρότητα και θνητότητα των ασθενών αυτών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εκτίμηση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών διαβητικών ασθενών υπό ινσουλινοθεραπεία με βάση το φύλο οι οποίοι δεν πέτυχαν τους θεραπευτικούς στόχους.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 420 άτομα με ΣΔ2 από 50 διαβητολογικά ιατρεία και ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε όλη την Ελλάδα [220 άνδρες /200 γυναίκες, μέσης ηλικίας (± σταθερά απόκλιση): 66,2±9,7 έτη, HbA1c: 8,1±0,8%, διάρκεια ΣΔ2: 15,6±9,0 έτη και δείκτη μάζας-σώματος: 31,3±6,7 Kg/m^2] υπό ινσουλινοθεραπεία οι οποίοι δεν πέτυχαν το θεραπευτικό στόχο της HbA1c<7% και προσήλθαν κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος - Δεκέμβριος 2014.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι άνδρες είχαν χειρότερο γλυκαιμικό έλεγχο έναντι των γυναικών (8,2±0,9 έναντι 8±0,7%, αντίστοιχα), υψηλότερο λόγο περιμέτρου μέσης προς περίμετρο ισχίων (1,1±0,2 έναντι 0,9±0,2 cm, αντίστοιχα) και κάπνιζαν σε υψηλότερο ποσοστό (25,7 έναντι 15,1%, αντίστοιχα). Αντίθετα, οι γυναίκες είχαν υψηλότερα επίπεδα ολικής χοληστερόλης (182,0±44 έναντι 172,0±46,0 mg/dl, αντίστοιχα) και HDL- χοληστερόλης έναντι των ανδρών (55,0±34,0 έναντι 44,0±12,0 mg/dl, αντίστοιχα). Όσον αφορά τις μακροαγγειακές επιπλοκές του ΣΔ2 οι άνδρες παρουσίαζαν πιο συχνά στεφανιαία νόσο (32,3 έναντι 19,5%, αντίστοιχα) και περιφερική αρτηριακή νόσο έναντι των γυναικών (18,2 έναντι 8,5%, αντίστοιχα). Όσον αφορά τη λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή οι γυναίκες ελάμβαναν σε μεγαλύτερο ποσοστό ταχείας δράσης ανάλογα (22,0 έναντι 14,1%, αντίστοιχα) και μέσης δράσης ινσουλίνη έναντι των ανδρών (5,0 έναντι 1,4%, αντίστοιχα). Αντίθετα, οι άνδρες ελάμβαναν σε μεγαλύτερο ποσοστό αντιαιμοπεταλιακή αγωγή έναντι των γυναικών (49,1 έναντι 36,0%, αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι οι άνδρες είχαν χειρότερο γλυκαιμικό έλεγχο, υψηλότερο λόγο περιμέτρου μέσης προς περίμετρο ισχίων, κάπνιζαν σε υψηλότερο ποσοστό και παρουσίαζαν πιο συχνά στεφανιαία νόσο και περιφερική αρτηριακή νόσο έναντι των γυναικών. Αντίθετα, οι γυναίκες είχαν υψηλότερα επίπεδα ολικής και HDL- χοληστερόλης και ελάμβαναν σε μεγαλύτερο ποσοστό ταχείας δράσης ανάλογα και μέσης δράσης ινσουλίνη.

42. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ (MEDIATION ANALYSIS) ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ. ΕΦΑΡΜΟΦΗ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ EPIC-ΕΛΛΑΔΑ

Μ. Αλτζερινάκου[1,2], Α. Τριχοπούλου[1,2,3], Χ. Μπάμια[1,2]

[1]Ελληνικό Ιδρυμα Υγείας, [2]Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Στατιστικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα, [3]Γραφείο Επιδημιολογικών Ερευνών, Ακαδημία Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία διερευνά τη σχέση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ) ως πιθανό διαμεσολαβητή της εμπεριστατωμένη σχέσης μεταξύ Μεσογειακής Διατροφής και ολικής θνησιμότητας.

ΥΛΙΚΟ: Τα δεδομένα προέρχονται από την προοπτική έρευνα κοορτής EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) - Hellas. Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 27,004 συμμετέχοντες με διάμεση παρακολούθηση τα 11.5 χρόνια. Η συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή μετρήθηκε βάσει σχετικής κλίμακας (ΚΜΔ), η οποία παίρνει τιμές από 0 έως 9, με τις υψηλότερες τιμές να δηλώνουν συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή. Η ύπαρξη ΣΔ εκτιμήθηκε κατά την είσοδο των συμμετεχόντων στη μελέτη συνδυάζοντας πληροφορίες από αυτοαναφορά για προηγούμενη διάγνωση με ΣΔ τύπου 2 και για θεραπεία για το συγκεκριμένο νόσημα. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν μοντέλο αναλογικών κινδύνων (Cox regression) για την κύρια έκβαση (θνησιμότητα) και μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τη σχέση ΚΜΔ με το ΣΔ. Και τα δύο μοντέλα διορθώθηκαν για 13 παράγοντες, οι οποίοι είναι γνωστό ότι σχετίζονται με την έκθεση, την έκβαση ή την υποψήφια ενδιάμεση μεταβλητή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης καταγράφηκαν 2,513 θάνατοι. Συμμόρφωση με τη Μεσογειακή διατροφή φάνηκε να συνδέεται με 10.38% μείωση στη θνησιμότητα, με 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (ΔΕ) (2%-18%). Η έμμεση επίδραση του ΣΔ στη σχέση μεταξύ Μεσογειακής Διατροφής και θνησιμότητας βρέθηκε περίπου 0.985, με 95% Δ.Ε. (0.980, 0.989). Συγκεκριμένα, παρατηρείται περίπου 1.5% μείωση στο hazard θνησιμότητας, όταν στο ΣΔ επιδράσει η Μεσογειακή Διατροφή. Τέλος, όσον αφορά στο ποσοστό διαμεσόλαβησης, 10.19% (95% Δ.Ε. (7.03%, 14.28%)) της συνολικής επίδρασης της Μεσογειακής Διατροφής στη θνησιμότητα μπορεί να αποδοθεί στην έμμεση επίδραση του ΣΔ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμμόρφωση με τη Μεσογειακή Διατροφή συσχετίζεται με μειωμένο επιπολασμό ΣΔ τύπου 2 το οποίο εξηγεί σε κάποιο βαθμό τη σχέση Μεσογειακής Διατροφής και θνησιμότητας.

43. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΝΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΙΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ

Ε. Παπαδημητρίου[1,2], Α. Πετραλιάς[2,3], Ε. Ριζά[1], Α. Βελουδάκη[2], Π. Γεωργακόπουλος[2], Μ. Γιαννακούλια[4], Α. Δάλμα[2], Κ. Ζώτα[2], Π. Καρνάκη[2], Χ. Καστορίνη[2], Α. Λύκου[2], Κ. Μητράκα[2], Κ. Μπελογιάννη[2], Α. Πανταζοπούλου[2], Ι. Σπυρίδης[2], Α. Λινού[2]

[1]Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντολογικής και Εργασιακής Ιατρικής, Prolepsis, [3]Τμήμα Στατιστικής Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [4]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

ΣΚΟΠΟΣ: Η μέτρηση της επισιτιστικής ανασφάλειας και της επίδρασης ενός Προγράμματος Σίτισης και Προώθησης Υγιεινής Διατροφής, σε μαθητές και τις οικογένειές τους που διαβιούν σε κοινωνικο-οικονομικά ευπαθείς περιοχές της Ελλάδος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 162 σχολεία με 25349 μαθητές συμμετείχαν το σχολικό έτος 2012-2013 στο Πρόγραμμα ΔΙΑΤΡΟΦΗ. Κάθε μαθητής ελάμβανε καθημερινά ένα υγιεινό μικρογεύμα, σχεδιασμένο από ειδικούς διατροφολόγους. Τα επίπεδα επισιτιστικής ανασφάλειας μετρήθηκαν με το σταθμισμένο ερωτηματολόγιο "Food Security Survey Module" στην έναρξη του Προγράμματος και στη λήξη του σχολικού έτους. Οι απαντήσεις πριν και μετά την παρέμβαση ταυτοποιήθηκαν σε επίπεδο μαθητή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 64,2% (26,9%) των νοικοκυριών των μαθητών παρουσίαζαν επισιτιστική ανασφάλεια (επισιτιστική ανασφάλεια με ύπαρξη πείνας) πριν την παρέμβαση. Αυτό το ποσοστό μειώθηκε σε 59,1% (23,1%) μετά την παρέμβαση, p < 0,001. Ελέγχοντας ως προς ποικίλα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, προκύπτει ότι για κάθε επιπλέον μήνα συμμετοχής στο Πρόγραμμα η σχετική πιθανότητα μείωσης της επισιτιστικής ανασφάλειας αυξάνεται κατά 6,3% (OR=1,06, 95%CI: 1,02-1,11). Αυτοί που αντιμετώπιζαν επισιτιστική ανασφάλεια με ύπαρξη πείνας πριν την παρέμβαση ήταν πιο πιθανό να παρουσιάσουν μείωση του δείκτη επισιτιστικής ανασφάλειας, σε σχέση με αυτούς που δεν αντιμετώπιζαν πείνα (OR=3,51, 95%CI: 2,92-4,21).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι μαθητές και οι οικογένειες που διαμένουν στις κοινωνικοοικονομικά ευπαθείς περιοχές της Ελλάδος, όπου εφαρμόζεται το Πρόγραμμα ΔΙΑΤΡΟΦΗ, παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα επισιτιστικής ανασφάλειας. Η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα σχολικής σίτισης μπορεί να μειώσει τα επίπεδα επισιτιστικής ανασφάλειας των μαθητών και των οικογενειών τους σε μια ανεπτυγμένη χώρα κατά τη διάρκεια της κρίσης.

44. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΕ ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΣΧΟΛΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΕΥΠΑΘΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ: ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Α. Δάλμα[1], Κ. Ζώτα[1], Χ. Καστορίνη[1], Α. Βελουδάκη[1], Α. Πετραλιάς[1,2], Μ. Γιαννακούλια[3], Α. Λινού[1,4]

[1]Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής, Prolepsis, Αθήνα, [2]Τμήμα Στατιστικής, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, [3]Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, [4]Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Προκειμένου να διερευνηθούν οι απόψεις και οι στάσεις των γονέων και των μαθητών αναφορικά με την υγιεινή διατροφή και την προσφορά ενός δωρεάν υγιεινού γεύματος στο σχολείο πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα στο πλαίσιο του Προγράμματος ΔΙΑΤΡΟΦΗ. Το Πρόγραμμα αποτελεί σχολική παρέμβαση και περιλαμβάνει την καθημερινή διανομή ενός δωρεάν, υγιεινού γεύματος σε όλους τους μαθητές σχολείων υποβαθμισμένων περιοχών της Ελλάδας.

ΥΛΙΚΟ: Ομάδες-στόχοι της μελέτης ήταν μαθητές Δημοτικού και Γυμνασίου και οι γονείς τους που συμμετείχαν στο πρόγραμμα. Πραγματοποιήθηκαν είκοσι ομάδες εστιασμένης συζήτησης. έξι με γονείς (v=44) και δεκατέσσερις με μαθητές (v=98) στα σχολεία που συμμετείχαν στην Αθήνα. Η επιλογή των σχολείων και των συμμετεχόντων έγινε με τυχαία δειγματοληψία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση των δεδομένων που πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο Krueger. Οι γονείς θεωρούν τη Μεσογειακή διατροφή ως υγιεινό, παραδοσιακό διατροφικό πρότυπο. Οι μητέρες έχουν τον κυρίαρχο «διατροφικό ρόλο» στην οικογένεια και αντιλαμβάνονται την επιρροή που ασκούν ως πρότυπα στα παιδιά τους. Η προώθηση της υγιεινής διατροφής αποτελεί μέρος του γονικού τους ρόλου. Χρησιμοποιούν ποικίλες μεθόδους για την προώθησή της αλλά συναντούν εμπόδια που αφορούν στις διαφορετικές διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών. Οι απόψεις των παιδιών καθρεφτίζουν αυτές των γονέων. Όσον αφορά την καθημερινή, δωρεάν παροχή υγιεινών γευμάτων στο σχολείο, οι γονείς και οι μαθητές πιστεύουν πως αποτελεί σημαντικό βήμα προώθησης της υγιεινής διατροφής. Οι γονείς δίνουν έμφαση στα κοινωνικά οφέλη της παρέμβασης. Γονείς και μαθητές καταδεικνύουν την ανάγκη σχεδιασμού και υλοποίησης παράλληλων δράσεων προώθησης υγιεινής διατροφής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ενισχύουν τις αντιλήψεις μας σχετικά με τις απόψεις και τις στάσεις των γονέων και των παιδιών που ζουν σε κοινωνικά ευπαθείς περιοχές αναφορικά με την υγιεινή διατροφή και την προώθησή της μέσω μίας σχολική παρέμβαση που περιλαμβάνει την καθημερινή διανομή ενός δωρεάν υγιεινού γεύματος. Αποδεικνύεται αναγκαία η παράλληλη εφαρμογή δράσεων προώθησης υγιεινής διατροφής σε γονείς και μαθητές.

45. ΜΟΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ KLEBSIELLA PNEUMONIAE ΜΕ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΚΟΛΙΣΤΙΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΒΑΠΕΝΕΜΕΣ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α. Μαυροειδή[1], Σ. Λυκούση[1], Ε. Πάλλα[1], Μ. Κατσιάρη[2], Π. Γιακκούπη[3], Ο. Κορδανούλη[1], Α. Βατόπουλος[3], Ν. Μαγκίνα[2], Ζ. Ρούσσου[1], Ε. Πλατσούκα[1]

[1]Μικροβιολογικό Τμήμα ΓΝ Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων», [2]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΓΝ Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων», [3]Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάπτυξη αντοχής στην κολιστίνη στα στελέχη *Klebsiella pneumoniae* με αντοχή στις καρβαπενέμες (CARB-R KP) έχει αναφερθεί τα τελευταία χρόνια παγκοσμίως και στην Ελλάδα. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν ο προσδιορισμός της αντοχής στην κολιστίνη, ο χαρακτηρισμός των καρβαπενεμασοπαραγωγών γονιδίων και η μοριακή τυποποίηση CARB-R KP στελεχών που απομονώθηκαν από ασθενείς στη ΜΕΘ την περίοδο 2011-2013.
ΥΛΙΚΟ: Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος της ευαισθησίας στα αντιβιοτικά των στελεχών πραγματοποιήθηκαν με το σύστημα MicroScan® (Siemens Healthcare, PA, USA), ενώ οι MICs για την ιμιπενέμη, μεροπενέμη και κολιστίνη προσδιορίστηκαν επιπλέον με ταινίες διαβαθμισμένης συγκέντρωσης σύμφωνα με τα κριτήρια της CLSI (CLSI, 2013). Ο φαινοτυπικός έλεγχος για την παραγωγή καρβαπενεμασών έγινε με συνδυασμό EDTA/ βορονικού οξέος και τη χρήση μεροπενέμης ως υποστρώματος. Η απομόνωση του DNA έγινε με το σύστημα QIAcube (Qiagen, Düsseldof, Germany). Η ανίχνευση των καρβαπενεμασοπαραγωγών γονιδίων πραγματοποιήθηκε με PCR και χρήση ειδικών εκκινητών. Ακολούθησε μοριακή τυποποίηση των στελεχών με ηλεκτροφόρηση σε παλλόμενο πεδίο (pulsed-field gel electrophoresis- PFGE) και ανάλυση νουκλεοτιδικής αλληλουχίας πολλαπλών γενετικών τόπων (multilocus sequence typing-MLST).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 107 CARB-R KP στελέχη συνεχούς απομόνωσης, 22 (20,6%) ήταν επίσης ανθεκτικά στην κολιστίνη. Τα στελέχη αυτά απομονώθηκαν κυρίως από βρογχικές εκκρίσεις (11 στελέχη, 50%), αίμα (2 στελέχη, 9%), ούρα (2 στελέχη, 9%) κ.α. υλικά. Στα ανθεκτικά στην κολιστίνη CARB-R KP στελέχη ανιχνεύθηκαν τα γονίδια *bla*KPC (20 στελέχη), *bla*VIM (1 στέλεχος) και σε ένα στέλεχος και τα δύο γονίδια. Η πλειοψηφία των στελεχών (20 από τα 22 στελέχη, 90%) με τον ίδιο παλσότυπο (τύπος Α) ανήκε στο διεθνή επιδημικό κλώνο ST258, που έχει αναφερθεί σε στελέχη που παράγουν την KPC καρβαπενεμάση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάδυση και διασπορά των ανθεκτικών στην κολιστίνη CARB-R KP στελεχών που ανήκουν στον ST258 κλώνο στους νοσοκομειακούς ασθενείς είναι ένα επιπλέον ανησυχητικό φαινόμενο που απαιτεί επαγρύπνηση και αυστηρή εφαρμογή των μέτρων πρόληψης των λοιμώξεων.

46. Η ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ GRAM- ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ ΣΤΗ ΜΕΘ

Μ. Γεωργιάδου, Ε. Παππά, Ε. Παπανδρέου, Η. Παύλου, Μ. Εφορακοπούλου

Α΄ ΜΕΘ, ΓΝ Αττικής ΚΑΤ-ΕΚΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η πνευμονία από πολυανθεκτικά βακτηρίδια αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα στους βαριά πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ. Η εκτίμηση των παραγόντων, που σχετίζονται με την εμφάνιση και την κλινική πορεία της, μπορεί να βοηθήσει στην αποτελεσματική αντιμετώπισή της. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την έκβαση των ασθενών ΜΕΘ, οι οποίοι υποβάλλονται σε μηχανικό αερισμό και παρουσιάζουν πνευμονία από πολυανθεκτικά Gram- βακτηρίδια.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε αναδρομικά όλους τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Α΄ ΜΕΘ του Νοσοκομείου ΚΑΤ από την 1/1/2011 μέχρι την 31/12/2013 και παρουσίασαν πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα, που οφειλόταν σε πολυανθεκτικά Gram- βακτηρίδια. Καταγράψαμε τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των ασθενών, την έκβαση τους και τους υπεύθυνους για την πνευμονία μικροοργανισμούς. Οι δοκιμασίες t-student και chi-square χρησιμοποιήθηκαν για τη στατιστική ανάλυση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν 102 ασθενείς, 75 άνδρες και 27 γυναίκες, οι οποίοι παρουσίασαν πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα από πολυανθεκτικά Gram- βακτηρίδια. Η θνητότητα στη ΜΕΘ ήταν 55%. Το φύλο, η αιτία εισαγωγής στη ΜΕΘ, ο υπεύθυνος μικροοργανισμός, ο αποικισμός των βρογχικών εκκρίσεων και η δευτεροπαθής μικροβιαιμία δεν συσχετίστηκαν με την έκβαση. Η ηλικία και το Apache II score ήταν υψηλότερα σε αυτούς που απεβίωσαν ($p<0.01$ και $p<0.05$ αντίστοιχα). Ο χρόνος εμφάνισης της πνευμονίας από την εισαγωγή των ασθενών και η διάρκεια μηχανικού αερισμού ήταν μεγαλύτερα σε εκείνους που παρουσίασαν πνευμονία από πολυανθεκτική Klebsiella ή Pseudomonas aeroginosa, συγκριτικά με όσους είχαν πνευμονία από πολυανθεκτικό acinetobacter ($p<0.01$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: α) Η πνευμονία από πολυανθεκτικά Gram- βακτηρίδια αυξάνει σημαντικά τη θνητότητα των ασθενών ΜΕΘ. β) Η ηλικία και το APACHE II score αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση πνευμονίας.

47. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 15-19 ΕΤΩΝ (1983-2012)

Ν. Βλαχάδης[1,2], Ν. Βραχνής[2], Μ. Βλαχάδη[3], Ε. Κορνάρου[1], Ε. Κτενάς[1]

[1]Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, [2]Β΄ Παιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αρεταίειο νοσοκομείο, Αθήνα, [3]Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση της εξέλιξης της θνησιμότητας των εφήβων ηλικίας 15-19 ετών στην Ελλάδα την τελευταία 30ετία (1983-2012).
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής που αφορούν στους θανάτους των εφήβων ηλικίας 15-19 ετών στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1983-2012, ακολουθώντας την ταξινόμηση ICD-9 (θάνατοι από εξωτερικά αίτια, κακώσεις και δηλητηριάσεις: κωδικοί 800-999, νεοπλασίες: κωδικοί 140-239, συγγενείς ανωμαλίες: κωδικοί 740-759, και λοιπά αίτια).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την 30ετία 1983-2012 καταγράφονται στην Ελλάδα συνολικά 10.439 θάνατοι εφήβων 15-19 ετών, 7.759 αγοριών (74,3%) και 2.680 κοριτσιών (25,7%). Από αυτούς, περισσότερο από τα 2/3 (67,1%) οφείλονταν σε εξωτερική αιτία (σχεδόν οι μισοί, 48,0% σε τροχαία), το 9,9% σε νεοπλασίες και το 6,6% σε συγγενείς ανωμαλίες. Η θνησιμότητα της ηλικιακής ομάδας 15-19 ετών μειώθηκε κατά 52,2%, από 68,3 ανά 100.000 το 1983, στο ιστορικό χαμηλό 32,6 ανά 100.000 το 2012 ($p<0,001$ for trend), εξίσου σε άνδρες (-52,1%) και γυναίκες (-51,4%) και η μείωση αυτή οδήγησε σε 4.044 λιγότερους θανάτους έφηβων στα 29 έτη 1984-2012. Η πτώση της εφηβικής θνησιμότητα ήταν επιταχυνόμενη, με τα 2/3 αυτής να λαμβάνει χώρα τα τελευταία 13 έτη (1999-2012). Η μεγαλύτερη σχετική μείωση ήταν στη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα (-60,5%). Το 61% της πτώσης της θνησιμότητας από το 1983 ως το 2012 οφείλεται στη μείωση της θνησιμότητας από εξωτερικά αίτια (το 42% στη μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα) και το 13% στη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο. Την 4ετία της οικονομικής κρίσης (2009-2012), σε σύγκριση με την προηγούμενη 4ετία (2005-2008), η θνησιμότητα 15-19 ετών μειώθηκε 8,6% ($p=0,06$), με τη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα να μειώνεται 22% ($p<0,001$) και τη θνησιμότητα από συγγενείς ανωμαλίες να αυξάνει κατά 96% ($p<0,001$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εφηβική θνησιμότητα μειώθηκε σημαντικά την τελευταία 30ετία στην Ελλάδα. Περαιτέρω βελτίωση απαιτεί πολιτικές που να εστιάζουν κυρίως στην πρόληψη των ατυχημάτων στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

48. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ BRUCELLA ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΜΕ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΗ ΛΟΙΜΩΞΗ. ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ, ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ROSE BENGAL ΚΑΙ WRIGHT

Π. Ανδριόπουλος[1], Α. Κασλογεράκου[1], Δ. Ρεμπέλου[2], Α. Ρόχας Χιλλ[1], Σ. Ζύγα[1], Μ. Τσιρώνη[1]

[1]Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, [2]ΓΝ Σπάρτης, Λακωνία

ΣΚΟΠΟΣ: Η Βρουκέλλωση είναι μια ζωονόσος με παγκόσμια κατανομή. Ο χρόνος παραμονής αντισωμάτων μετά από οξεία λοίμωξη και ο επιπολασμός αντισωμάτων σε ενδημικές περιοχές δεν είναι γνωστοί.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενείς νοσηλευθέντες στο ΓΝ Σπάρτης με οξεία βρουκέλλωση, επανεξετάσθηκαν 3 με 13 χρόνια μετά. Αναζητήθηκαν τα αρχεία νοσηλείας και έγινε επανεξέταση με δοκιμασίες Rose Bengal (RBT) και Wright Standard Tube Agglutination (STA), για την ανεύρεση τίτλου αντισωμάτων έναντι Brucella.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 83 ασθενείς νοσηλεύθηκαν από το 2000 έως το 2013. 50.6% ήταν αγρότες και 37.4% κτηνοτρόφοι. Όλοι εμφάνισαν εμπύρετο και διάφορες εκδηλώσεις εντόπισης. Οι ορολογικές εξετάσεις ήταν θετικές και 82.2% είχαν θετικές καλλιέργειες. 91.5% έλαβαν στρεπτομυκίνη και δοξυκυκλίνη. 72 (86.7%) ανευρέθηκαν για επανεκτίμηση. 9 (12.5%) είχαν θετικές RBT και STA δοκιμασίες σε αραιώσεις έως 1/320. Η επαγγελματική έκθεση συσχετίσθηκε με τα θετικά αποτελέσματα ($p=0.0172$), 8/9 των θετικών ατόμων ήταν κτηνοτρόφοι (38.0% των κτηνοτρόφων που ελέγχθηκε). Ο τόπος διαμονής, τα έτη μετά τη λοίμωξη, οι κλινικές εκδηλώσεις και η θεραπεία δεν συσχετίσθηκε με τα αποτελέσματα των δοκιμασιών. Και οι δυο δοκιμασίες είχαν άριστη ευαισθησία (σχεδόν 100%), ειδικότητα 87.5% και άριστη αρνητική διαγνωστική δοκιμασία, ωστόσο η θετική διαγνωστική δοκιμασία ήταν μόνο 11.4%.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ταχείες και χαμηλού κόστους δοκιμασίες όπως οι RBT και STA παραμένουν χρήσιμες για τη διάγνωση της οξείας λοίμωξης, ωστόσο κάθε τίτλος πρέπει να αξιολογείται ταυτόχρονα με το ατομικό και επαγγελματικό ιστορικό και την κλινική εξέταση του ασθενούς. Οι δοκιμασίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν δοκιμασίες διαλογής σε ενδημικούς πληθυσμούς για τον αποκλεισμό οξείας λοίμωξης.

49. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΩΡΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ (<60 ΕΤΩΝ) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ν. Βλαχάδης[1,2], Ν. Βραχνής[2], Μ. Βλαχάδη[3], Ε. Κορνάρου[1], Ε. Κτενάς[1]

[1]Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, [2]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα, [3]Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της πρόωρης θνησιμότητας εστιάζει στη μελέτη των θανάτων των νεότερων ηλικιακών ομάδων ενός πληθυσμού. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση της πρόωρης θνησιμότητας στην Ελλάδα.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής που αφορούν στο σύνολο των θανάτων ατόμων ηλικίας <60 ετών στην Ελλάδα κατά το έτος 2012. Η ταξινόμηση των αιτίων θανάτου έγινε σύμφωνα με το ICD-9: νεοπλάσματα (κωδικοί 140-239), καρδιαγγειακά νοσήματα (κωδικοί 390-459), συγγενείς ανωμαλίες (κωδικοί 740-759), εξωτερικά αίτια, κακώσεις και δηλητηριάσεις (κωδικοί 800-999), και λοιπά αίτια. Η ανάλυση της πρόωρης θνησιμότητας έγινε με τη μέθοδο υπολογισμού των χαμένων ετών ζωής (Years of Life Lost, YLLs) που σταθμίζει τη σημασία των θανάτων προσδίδοντας διαφορετική βαρύτητα ανάλογα με το πόσο πρόωροι είναι.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το σύνολο των θανάτων ατόμων ηλικίας <60 ετών από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα το 2012 ήταν 12.032, το 10,3% του συνόλου, εκ των οποίων οι 8.283 (68,8%) ήταν ανδρών και οι 3.749 γυναικών (31,2%). Η ολική κατά ηλικία προτυπωμένη πρόωρη θνησιμότητα (<60 ετών) των ανδρών ήταν 3,69 φορές μεγαλύτερη, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Το συχνότερο αίτιο θανάτου στους άνδρες ήταν τα νοσήματα του κυκλοφορικού, και ακολούθησαν τα νεοπλάσματα και οι κακώσεις (θνησιμότητα: 61,1, 60,2 και 41,1 ανά 100.000, αντίστοιχα), ενώ στις γυναίκες τα νεοπλάσματα (θνησιμότητα: 45,3 ανά 100.000, αντίστοιχα). Ο δείκτης πρόωρης θνησιμότητας με βάση τα YLLs, στους άνδρες ήταν υψηλότερος για τις κακώσεις, και ακολούθησαν τα καρδιαγγειακά και οι νεοπλασίες (900, 574 και 531 YLLs ανά 100.000, αντίστοιχα). Τα τροχαία ατυχήματα στους άνδρες, αν και ευθύνονται για το 8,4% των πρόωρων θανάτων, αντιστοιχούν στο 15,6% των YLLs. Μεταξύ των γυναικών, το 36,9% των YLLs (458 YLLs ανά 100.000) αποδίδονται στον καρκίνο, ενώ οι βρεφικοί θάνατοι ευθύνονται για το 3,3% των θανάτων, αλλά για το 14,6% των YLLs.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάλυσή μας καταδεικνύει ότι στην Ελλάδα η μεγαλύτερη απώλεια ετών ζωής <60 ετών αντιστοιχεί στις κακώσεις στους άνδρες και στις νεοπλασίες μεταξύ των γυναικών.

50. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΕΤΡΩΝ ΑΠΟΛΥΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΕΠΙΚ-ΕΛΛΑΣ

Γ. Μαρκοζάννες[1,2], Α. Τριχοπούλου[1,2,3], Χ. Μπάμια[1,2]

[1]Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας, [2]Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Στατιστικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα, [3]Γραφείο Επιδημιολογικών Ερευνών, Ακαδημία Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η συσχέτιση της επιβίωσης με δημογραφικούς, κοινωνικο-οικονομικούς και παράγοντες τρόπου ζωής και ιατρικού ιστορικού μέσω προγνωστικών μοντέλων που επιτρέπουν την εκτίμηση της πιθανότητας επιβίωσης και κατ' επέκταση του προσδόκιμου επιβίωσης.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από τη μελέτη ΕΠΙΚ-Ελλάς για την ολική θνησιμότητα. Η εκτίμηση των μέτρων απολύτου κινδύνου έγινε με τη χρήση των ευέλικτων παραμετρικών μοντέλων των Royston και Parmar. Κατασκευάστηκε ένα μοντέλο πρόγνωσης για την εξατομικευμένη πιθανότητα νετούς επιβίωσης. Έγινε κατηγοριοποίηση σε 4 ομάδες όπου εκτιμήθηκε επιπλέον η προβλεπόμενη θνησιμότητα. Κατασκευάστηκαν νομογράμματα για άμεση και σαφή ερμηνεία των εκτιμήσεων βάσει των παραγόντων κινδύνου. Η επίδοση των μοντέλων επικυρώθηκε με 100 επαναδειγματοληψίες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι εκτιμήσεις έγιναν βάσει δείγματος 27,004 ατόμων με διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 11.5 έτη. Καταγράφηκαν 2,513 θάνατοι. Οι παράγοντες κινδύνου στο τελικό μοντέλο ήταν: φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, είδος εργασίας, κάπνισμα, σωματική δραστηριότητα, δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), κλίμακα μεσογειακής διατροφής (ΚΜΔ), προηγούμενη διάγνωση κακοήθους νεοπλασίας και ο αριθμός αναφερόμενων συν-νοσηροτήτων κατά την ένταξη στη μελέτη (0-8: κυκλοφορικές διαταραχές του εγκεφάλου, έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, στηθάγχη, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, υπερχοληστερολαιμία, υπέρταση, αυξημένα τριγλυκερίδια). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μεταβολή σε παράγοντες τρόπου ζωής και σωματομετρικούς (ΚΜΔ, σωματική δραστηριότητα, κάπνισμα, ΔΜΣ) μπορεί να επιφέρει αύξηση κατά 22% της πιθανότητας 15-ετούς επιβίωσης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρησιμότητα των προγνωστικών μοντέλων έγκειται στη δυνατότητά τους να παρέχουν ταυτόχρονα εξατομικευμένες προβλέψεις για το δείκτη κινδύνου, καθώς και τη μεταβολή των προβλέψεων με τη μεταβολή των παραγόντων κινδύνου που μελετώνται. Τα νομογράμματα διευκολύνουν περαιτέρω τη διαδικασία εκτιμήσεων, προσφέροντας έτσι ένα εργαλείο κατανοητό, γρήγορο, και εύχρηστο για την καθημερινή πράξη.

51. ΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΠΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΕΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΕΝ ΜΕΣΩ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Α. Κορδώση, Μ. Σαρίδη, Κ. Σουλιώτης

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή της στιγματιστικής στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην κατάθλιψη και τους ασθενείς που πάσχουν από αυτήν και τις διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις.
ΥΛΙΚΟ: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 203 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο ΓΝ Νοσοκομείου Κορίνθου. Η συλλογή του εμπειρικού υλικού πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι επαγγελματίες υγείας, παρά το γεγονός ότι παρουσίασαν περισσότερο αισιόδοξη στάση ως προς τις ικανότητες των ψυχικά ασθενών, φαίνεται να διατηρούν στερεότυπες αντιλήψεις, αποδεικνύοντας ότι ο στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων και η προκατάληψη γύρω από την ψυχική νόσο εξακολουθούν να υφίστανται. Οι συμμετέχοντες προσδιόρισαν ως αποτελεσματικότερες μορφές θεραπείας τις ψυχοκοινωνικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως τον κοινωνικό υποστηρικτικό περίγυρο (74,4%), την υγιεινή διατροφή και τη φυσική άσκηση (67,9%), την ψυχανάλυση (60,6%), τεχνικές χαλάρωσης (60,5%) και συμβουλευτική (53,2%), καταγράφοντας αμφιθυμικές στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα, αμφισβητώντας την αποτελεσματικότητά τους. Παρά το γεγονός ότι μόλις ένας στους δύο επαγγελματίες υγείας γνώριζε την ύπαρξη τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας, θα απευθύνονταν σε επαγγελματία ψυχικής υγείας (68,5%) σε περίπτωση που εμφάνιζαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Προσδιόρισαν την αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην εποχή μας κυρίως στην οικονομική αβεβαιότητα (59,1%), στην αδυναμία του χαρακτήρα (34%) και στην ανεργία (30,5%). Η οικονομική κρίση είχε άμεσο αντίκτυπο στους επαγγελματίες υγείας, καθώς επιβάρυνε τον ψυχισμό τους (78,3%) και δημιούργησε προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας τους (86,7%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ειδικότητα ήταν ο σημαντικότερος ανεξάρτητος παράγοντας που επηρέασε τις στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη, ενώ οι στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις και στα ψυχιατρικά φάρμακα επηρεάστηκαν περισσότερο από το μορφωτικό τους επίπεδο. Παρά το γεγονός ότι η στάση των επαγγελματιών υγείας αποδεικνύεται λιγότερο στιγματιστική, ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών και η προκατάληψη γύρω από την ψυχική ασθένεια εξακολουθούν να υφίστανται. Για την αποτελεσματική καταπολέμηση του στίγματος που περιβάλλει την κατάθλιψη και τις διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις, κάθε παρέμβαση οφείλει να αντικρούσει συγκεκριμένες στερεοτυπικές πεποιθήσεις. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι πρωταγωνιστές, απαλλαγμένοι από το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες καθώς μόνο με αυτό τον τρόπο θα είναι σε θέση να μεταδώσουν αισθήματα αισιοδοξίας και αποδοχής.

52. ΜΟΡΙΑΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΙΩΝ ΓΡΙΠΗΣ ΣΤΗ ΘΕΣΣΑΛΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2012-2014

Η. Πλακοκέφαλος[1], Α. Βόντας[1], Ζ. Φλώρου[2], Κ. Γεωργαντζά[1], Σ. Σάρρου[2], Μ. Λαμπρονίκου[1], Ε. Γραμουστιάνου[1], Ε. Πετεινάκη[2], Π. Μαρκουλάτος[2], Α. Μηνάς[1], Β. Κρικέλης[1], Α. Νούλας[1], Α. Μανούρας[1]

[1]ΑΤΕΙ Θεσσαλίας, [2]Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Οι ιοί της γρίπης αποτελούν τους αιτιολογικούς παράγοντες οξείας επιδημικής νόσου του αναπνευστικού. Η συνεχής εξέλιξη των ιών έχει ως αποτέλεσμα κατά περιόδους στελέχη του ιού να επικρατούν προκαλώντας αυξημένους δείκτες θνητότητας και θνησιμότητας στον πληθυσμό.
ΣΚΟΠΟΣ: Η απομόνωση, γενετική ανάλυση και μοριακή επιδημιολογία στελεχών του ιου γρίπης τύπου Α από κλινικά δείγματα και η σύγκριση τους με τα εμβολιακά στελέχη.
ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Τα κλινικά δείγματα περιλάμβαναν ρινοφαρυγγικά επιχρίσματα και βρογχικά εκπλύματα. Η απομόνωση των ιών έγινε σε κύτταρα MDCK και η ταυτοποίηση με τη μέθοδο ποσοτικής RT-PCR για γρίπη Α (H1N1), (H3N2). Η αλληλούχιση έγινε στα γονιδιακά τμήματα αιμοσυγκολλητίνης και νευραμινιδάσης. Η ποσότητα του γενετικού που χρησιμοποιήθηκε για την αλληλούχιση ήταν 25-50 ng. Για την ανάλυση της αλληλουχίας χρησιμοποιήθηκαν τα λογισμικά BLAST και Molecular Evolutionary Genetic Analysis (MEGA 3.1).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το γονιδιακό τμήμα της νευραμινιδάσης συνολικού μοριακού βάρους 1334 bp ενισχύθηκε με τα ακόλουθα ζεύγη εκκινητών 5'AGCGGAGTGAAGATGAATCCAA3' και 5'ATTGCGAAAGCTTATATAGGCATG 3'. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε σύγκριση των αποτελεσμάτων του μοριακού ελέγχου με τα εμβολιακά στελέχη όπου και βρέθηκε σημαντική συγγένεια. Η επεξεργασία και σύγκριση μέσω BLAST έδειξε ότι η ομοιότητα με τα εμβολιακά στελέχη ήταν πάνω απο 90%. Όπως αναμενόταν, ο πολυμορφισμός που παρατηρήθηκε στο γονίδιο της νευραμινιδάσης NA ήταν μικρότερος απο το αντίστοιχο της αιμοσυγκολλητίνης HA.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα απομονωθέντα στελέχη δεν είχαν σημαντικές μεταλλάξεις στο γονιδιακό τμήμα της νευραμινιδάσης NA συγκριτικά με τα εμβολιακά στελέχη. Η συνεχής μεταλλάξεις των επιφανειακών γλυκοπρωτεϊνών στους ιούς της γρίπης, σχετίζετονται άμεσα με τη λοιμογόνο δύναμη αυτών. Η αποτελεσματική επιτήρηση της γρίπης εξαρτάται απο τον έγκαιρο εντοπισμό των μεταλλάξεων. Η εργασία πραγματοποιείται στα πλαίσια του Ερευνητικού Πρόγραμματος ΑΡΧΙΜΗΔΗΣ ΙΙΙ το οποίο συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ESF) και εθνικούς πόρους μέσω του επιχειρησιακού προγράμματος Δια Βίου Μάθηση (ΕΠΕΔΒΜ) του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ).

53. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΡΟΜΟ: Η ΜΕΛΕΤΗ «GREECS»

Β. Νοταρά[1], Δ. Παναγιωτάκος[1], Ε. Τσομπανάκη[1], Ε. Κάλλη[1], Μ. Βέρδη[1], Ι. Κόγιας[2], Π. Στραβοπόδης[3], Γ. Παπανάγνου[4], Σ. Ζόμπολος[5], Ι. Μαντάς[6], Χ. Πίτσαβος[7],. ερ. ομάδα της μελέτης «GREECS»

[1]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [2]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καρδίτσας, [3]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ζακύνθου, [4]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Λαμίας, [5]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καλαμάτας, [6]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Χαλκίδας, [7]Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της επίπτωσης της πρόσφατης οικονομικής κρίσης στη συμμόρφωση της φαρμακευτικής αγωγής και στη μακροπρόθεσμη διαχείριση της ασθένειας σε ασθενείς με ΟΣΣ.

ΥΛΙΚΟ: Από τον Οκτώβριο 2003 μέχρι και το Σεπτέμβριο 2004 καταγράφηκαν 2172 διαδοχικοί ασθενείς με διάγνωση ΟΣΣ από καρδιολογικές κλινικές 6 γενικών νοσοκομείων της Ελλάδας. Κατά το διάστημα 2013-14 πραγματοποιήθηκε η 10ετής παρακολούθηση σε 1.918 ασθενείς (11% των ασθενών χάθηκε κατά την παρακολούθηση). Η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή καταγράφηκε από τις αναφορές των ασθενών; Η οικονομική κατάσταση ταξινομήθηκε ως χαμηλή (<9.000€), μέτρια (<18.000€), καλή (<28.000€) και πολύ καλή (>48.000€).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της 10ετούς παρακολούθησης η θνησιμότητα από κάθε αιτία ήταν *n*=703 (32.4%) (31.6% στους άνδρες, 34.8% στις γυναίκες, *p*=0.17); αιτίες θανάτου ήταν οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (ΟΕΜ) 52.8%, εγκεφαλικό 8.3%, άλλα καρδιαγγειακά 8.3%, καρκίνοι 8.7% και το υπόλοιπο 21.9% εξαιτίας άλλων αιτιών. Η θνησιμότητα στους ασθενείς χαμηλού οικονομικού επιπέδου ήταν 29.4% έναντι 17.6% στους ασθενείς με πολύ καλή οικονομική κατάσταση (*p*<0.001); η 10ετής επίπτωση του ΟΣΣ ήταν 31.4% έναντι 39.2% (*p*=0.22), αντίστοιχα. Το 38% των ασθενών χαμηλού οικονομικού επιπέδου δήλωσε φτωχή συμμόρφωση εξαιτίας οικονομικών δυσκολιών συγκριτικά με τους ασθενείς με πολύ καλό οικονομικό επίπεδο (20.8%). Επιπλέον το 23.8% των ασθενών χαμηλού οικονομικού επιπέδου αντικατέστησαν σκευάσματα με φθηνότερα έναντι 12.2% των ασθενών πολύ καλού οικονομικού επιπέδου; η ικανοποίηση με τις δημόσιες παροχές υγείας ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με καλή/πολύ καλή οικονομική κατάσταση σε σύγκριση με τους ασθενείς που ανήκαν στη χαμηλή/μέτρια οικονομική κατάσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ελλιπής συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή αποτελεί σοβαρό πρόβλημα στην κλινική πράξη και στη δημόσια υγεία. Η διακοπή της θεραπείας οδηγεί σε δυσμενή πρόγνωση της νόσου, αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας και αποτελεί σημαντικό φορτίο στις υπηρεσίες υγείας. Η συμμόρφωση των καρδιακών ασθενών απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση που να περιλαμβάνει συμπεριφοριστικές και κοινωνικές παρεμβάσεις.

54. Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΝ 10-ΕΤΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (ΟΣΣ): Η ΜΕΛΕΤΗ GREECS

Μ. Κούβαρη[1], Δ. Παναγιωτάκος[1], Β. Νοταρά[1], Δ. Τζανόγλου[1], Σ. Κουρούπη[1], Γ. Κούλη[1], Γ. Κόγιας[2], Π. Στραβοπόδης[3], Γ. Παπανάγνου[4], Σ. Ζόμπολος[5], Γ. Μαντάς[6], Χ. Πίτσαβος[7],. ερ. ομάδα της μελέτης «GREECS»

[1]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [2]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καρδίτσας, [3]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ζακύνθου, [4]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Λαμίας, [5]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καλαμάτας, [6]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Χαλκίδας, [7]Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Τόσο το οικονομικό όσο και το εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν χαρακτηριστεί ως παράγοντες κινδύνου για τα χρόνια νοσήματα, συμπεριλαμβανομένων και των καρδιαγγειακών, στο γενικότερο πληθυσμό. Ωστόσο, υπάρχει περιορισμένη βιβλιογραφία γύρω από τα συγκεκριμένα κοινωνικά χαρακτηριστικά στη δευτερογενή πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση ύπαρξης σχέσης ανάμεσα στο εισόδημα και το εκπαιδευτικό επίπεδο ασθενών με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο (ΟΣΣ) και στον κίνδυνο εμφάνισης νέου καρδιαγγειακού επεισοδίου (θανατηφόρου ή μη), λαμβάνοντας υπόψη το ρόλο των δημογραφικών χαρακτηριστικών όπως φύλο και ηλικία.

ΥΛΙΚΟ: Από τον Οκτώβριο 2003 μέχρι και το Σεπτέμβριο 2004 καταγράφηκαν 2172 διαδοχικοί ασθενείς με διάγνωση Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου από καρδιολογικές κλινικές 6 γενικών νοσοκομείων της Ελλάδας. Κατά το διάστημα 2013-14 πραγματοποιήθηκε η 10ετής παρακολούθηση σε 1.918 ασθενείς (ποσοστό συμμετοχής 88%). Το μορφωτικό επίπεδο κατηγοριοποιήθηκε ως «χαμηλό» (<9 έτη εκπαίδευσης), «μεσαίο» (9-14 έτη) και «υψηλό» (>14 έτη). Η ταξινόμηση του οικονομικού επιπέδου έγινε σύμφωνα με το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα και χαρακτηρίστηκε ως: «χαμηλό» (<9.000€), «μέτριο» (<18.000€), «καλό» (<28.000€) και «πολύ καλό» (>48.000€). Πλήρη ιατρικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών συγκεντρώθηκαν από ιατρούς-ερευνητές. Η πολύ-παραγοντική ανάλυση εκτίμησε τη σχέση του εκπαιδευτικού και οικονομικού επιπέδου (σύμφωνα με την παραπάνω ταξινόμηση) με τη δεκαετή επανεμφάνιση καρδιαγγειακού επεισοδίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αντίστροφη συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο και την εμφάνιση ενός δεύτερου καρδιαγγειακού συμβάματος (θανατηφόρου ή μη), αφού λήφθηκαν υπόψη γνωστοί συγχυτικοί παράγοντες [Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ)=0.971 (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (ΔΕ) 0.944-0.998, *p*=0.037)]. Ωστόσο, όταν η αντίστοιχη σχέση εξετάσθηκε αφού πρώτα το δείγμα χωρίστηκε ανά ηλικιακή ομάδα (<=65 ετών έναντι >65 ετών) η στατιστική σημαντικότητα παρέμεινε μόνο στους πιο ηλικιωμένους (>65 ετών) [ΣΚ=0,966 (95%ΔΕ 0.929-1.004, *p*=0.079)]. Αρνητική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στο οικονομικό επίπεδο και την επανεμφάνιση καρδιαγγειακού συμβάματος, αφού λήφθηκαν υπόψη γνωστοί συγχυτικοί παράγοντες [Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ)=0.811 (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (ΔΕ): 0.641-1.027, *p*=0.087)]. Ωστόσο, όταν η σχέση εξετάσθηκε λαμβάνοντας υπόψη το φύλο η στατιστική σημαντικότητα παρέμεινε μόνο στις γυναίκες, [ΣΚ=0.583 (95%ΔΕ: 0.327-1.039, *p*=0.067)].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το χαμηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά την πρόγνωση της νόσου σε ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο, με την πρόγνωση να διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο και την ηλικία παίζοντας, ενδεχομένως, το ρόλο τροποποιητικού παράγοντα. Η εκτίμηση αυτών των παραγόντων και η λήψη μέριμνας από το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην πορεία και βαρύτητα της νόσου.

55. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Α. Αλεξοπούλου[1], Λ. Βασίλιεβα[1], Σ. Παπαδάκη[1], Α. Τσιρίγγα[2], Κ. Σιρανίδου[1], Σ. Πουρίκη[1], Δ. Αγιασωτελλη[1], Μ. Τούτουζα[1], Σ. Ντουράκης[1]

[1]Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [2]Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα (ΑΒΠ) και η μικροβιαιμία είναι συχνές σε κιρρωτικούς ασθενείς ως αποτέλεσμα βακτηριακής διαμετάθεσης. Προκαλούνται από Gram-αρνητικά βακτηρίδια (Gram-negative-bacteria-GNB), συνήθως εντεροβακτηριακά. Πρόσφατα, αναφέρεται αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων από Gram-θετικούς κόκκους (Gram-positive-cocci-GPC) και πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς. Σκοπός μας ήταν η μελέτη των βακτηριδίων που προκαλούν ΑΒΠ/μικροβιαιμία και η μελέτη των χαρακτηριστικών των ασθενών με πολυανθεκτικά βακτήρια.

ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 130 περιπτώσεις (68,5% άνδρες) με θετική καλλιέργεια ασκιτικού υγρού (44,6%), αίματος (49,2%), αίματος-ασκιτικού υγρού (6,2%) που νοσηλεύθηκαν στην περίοδο 2012-2014. Το 76,2% των ασθενών είχαν προηγούμενες νοσηλείες εντός των τελευταίων έξι μηνών (Health-Care-Associated-HCA) ή εμφάνισαν νοσοκομειακές λοιμώξεις-(ΝΛ), ενώ οι υπόλοιποι θεωρήθηκαν λοιμώξεις της κοινότητας-(ΛΚ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι GPC αποτελούσαν τις μισές περίπου περιπτώσεις (48,5%). Τα αίτια σε φθίνουσα σειρά ήταν τα εξής: *Escherichiacoli*-(33), *Enterococcussp p* < /em>-(30, 17 E. *Faecium*), *Streptococcussp p* < /em>-(25), *Klebsiellapneumonia*-(16), *Staphylococcusaureus*-(8), *Pseudomonasaerugino-sa*-(5), λοιπά GNB-(11), αναερόβια(2). Το 19,2% των λοιμώξεων οφειλόταν σε πολυανθεκτικά βακτηρίδια. Όλα τα πολυανθεκτικά συσχετίζονταν με HCA ή ΝΛ συγκριτικά με το 70,5% των υπολοίπων (P=0,002). Όλα τα στελέχη του *E. Faecium* καταγράφηκαν σε ασθενείς με HCA/ΝΛ. Η βαρύτητα της ηπατικής νόσου ήταν παρόμοια σε ασθενείς με ή χωρίς πολυανθεκτικά βακτηρίδια. Οι ασθενείς με πολυανθεκτικό ή *E. Faecium* είχαν περισσότερες μέρες νοσηλείας σε σύγκριση με τους υπόλοιπους (P=0,013). Οι ασθενείς με GNB είχαν οριακά βαρύτερη νόσο συγκριτικά με τους GPC [MELD 21 (17-26) και 18 (13-25), αντίστοιχα, P=0,059), ολική χολερυθρίνη 4,98 (2,2-11,1) και 2,75 (1,79-5,90), αντίστοιχα, P=0,046]. Επίσης οι ασθενείς με GNB είχαν μεγαλύτερο ποσοστό ουδετεροφίλων συγκριτικά με τους GPC (P=0,018). Αντοχή στις κεφαλοσπορίνες 3ης γενεάς και στις κινολόνες διατιστώθηκε στο 40,8% και 47,7%, αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1. Τα GBP και τα GNB είχαν παρόμοια συχνότητα 2. Οι ασθενείς με GNB είχαν βαρύτερη ηπατική νόσο και εντονότερη φλεγμονώδη αντίδραση. 3. Διαπιστώθηκε υψηλό ποσοστό *E. Faecium* 4. Απομονώθηκε ποικιλία πολυανθεκτικών βακτηριδίων. 5. Λόγω των υψηλών ποσοστών αντοχής στα αντιβιοτικά, η επιλογή τους πρέπει να εξατομικεύεται.

Πολυανθεκτικά βακτηρίδια (N=25)			
Carbapenemase-producing-(KPC) *K. pneumonia*	5	*P. aeruginosa*	5
Extended-spectrum-beta-lactamase-producing *(ESBL) - K. pneumonia*	1	*A. baumannii*	2
K. pneumonia KPC, colistin-resistant	1	*P. mirabilis-ESBL*	1
E. Coli-ESBL	7	*E. Faecium-Vancomycin*	
Mannan-binding lectin (MBL)-Escherichia Coli	1	*resistant*	2

56. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Ε. Χολόγκιτας, Ι. Γούλης, Π. Χολέβας, Μ. Ιωαννίδου, Σ. Σουλαϊδόπουλος, Ε. Κίσσα, Α. Τσάκου, Α. Πιπερίδου, Θ. Σταματόπουλος, Ε. Ακριβιάδης

Δ΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι η ανεπάρκεια των επινεφριδίων (ΑΕ) συνδέεται με μεγαλύτερη πιθανότητα επεισοδίου σήψης και χειρότερη έκβαση σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση (Acevedo, J Hepatology 2013).

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ: Όλοι οι ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση σε σταθερή κατάσταση εντάχθηκαν στην παρούσα προοπτική μελέτη. Σε κάθε ασθενή έγινε καταγραφή των κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των επιπέδων στον ορό της δεσμευτικής σφαιρίνης των κορτικοστεροειδών (CBG), της IL-1, IL-6 και TNF-α. Η ολική κορτιζόλη ορού (STC) εκτιμήθηκε πριν (T0) και 1 ώρα (T60) μετά από εφάπαξ ενδοφλέβια χορήγηση κορτικοτροπίνης (250 μg).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αξιολογήσαμε 80 ασθενείς. Ο δείκτης ελεύθερης κορτιζόλης (FCI, δηλαδή το πηλίκο STC/CBG) αξιολογήθηκε στα χρονικά σημεία T0 και T60 και ήταν 9,3±7 και 19.8±19 nmol/mg, αντιστοίχως. Οι ασθενείς με ΕΑ [ομάδα 1, n=27 (34%)], σε σύγκριση με εκείνους χωρίς ΕΑ [ομάδα 2, n=53 (66%)] είχαν σημαντικά χαμηλότερη συστολική αρτηριακή πίεση (105±12 έναντι 115±13 mmHg, p=0,05), χαμηλότερα επίπεδα νατρίου ορού (132±7 έναντι 138±15 mEq/L, p=0,03) και FCIT60 (12±2 έναντι 22±18 nmol/mg, p=0,004) και υψηλότερη τιμή δραστικότητας ρενίνης πλάσματος (18±12 έναντι 9±8 ng/mL*h, p=0.04). Τα επίπεδα ορού της IL-1, IL-6 και TNFa δεν διέφεραν μεταξύ των 2 ομάδων (p>0,05). Οι ασθενείς της ομάδας 1, σε σύγκριση με τους ασθενείς της ομάδας 2, είχαν πιο συχνά προηγούμενο ιστορικό αυτόματης βακτηριακής περιτονίτιδας [8/27 (30%) έναντι 3/53 (6%), p=0.003], και είχαν μικρότερη επιβίωση χωρίς μεταμόσχευση ήπατος [απεβίωσαν: 17/27 (63%) έναντι 20/53 (37%) ασθενείς, p=0,03)].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία της ΕΑ σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση φαίνεται να έχει προφανείς επιπτώσεις στην κλινική εικόνα καθώς και στην πορεία/έκβαση αυτών των ασθενών.

57. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Ε. Χολόγκιτας[1], Π. Χαλέβας[1], Ι. Γουλής[1], Γ. Γιαννακούλας[2], Σ. Σουλαϊδόπουλος[1], Μ. Ιωαννίδου[1], Θ. Οικονόμου[3], Χ. Καρβούνης[2], Ε. Ακριβιάδης[1]

[1]Δ΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», [2]Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΑΧΕΠΑ, [3]Δ΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: οι παράγοντες που σχετίζονται με την παρουσία του ηπατοπνευμονικού συνδρόμου (ΗΠΝ) σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση δεν έχουν πλήρως καθοριστεί.
ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ: όλοι οι ασθενείς με έλεγχο παρουσίας ΗΠΝ (με βάση την κυψελιδο-αρτηριακή διαφορά και τη χρήση φυσαλίδων αέρος σε υπερηχογράφημα καρδιάς). Σε κάθε ασθενή έγινε καταγραφή των εργαστηριακών δεδομένων, συμπεριλαμβανομένου της εκτίμησης της επινεφριδιακής λειτουργίας με βάση την κορτιζόλη σιέλου (SC) και ολικής κορτιζόλης ορού (STC) που εκτιμήθηκαν πριν (T0) και 1 ώρα (T60) μετά από εφάπαξ χορήγηση κορτικοτροπίνης ενδοφλεβίως.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: εκτιμήθηκαν προοπτικά 63 ασθενείς [26 (41.3%-ομάδα 1) με ΗΠΝ και 37 (58.7%-ομάδα 2) χωρίς ΗΠΝ]. Η ομάδα 1, σε σχέση με την ομάδα 2, είχαν σημαντικά χαμηλότερα τριγλυκερίδια ορού (81±35 vs 109±52 mg/dL, p=0.04), SC-T0 (4.1±2 vs 8.8±9 ng/mL, p=0.044) και SC-T60 (12±5 vs 21±11 ng/mL, p=0.011), αλλά υψηλότερο κύμα-Ε μιτροειδούς βαλβίδας (0.86±0.29 vs 0.73±0.16 m/s, p=0.034) και Tei-index της δεξιάς κοιλίας (0.39±0.2 vs 0.27±0.14, p=0.04). Επιπλέον, η ομάδα 1, σε σχέση με την ομάδα 2, είχε συχνότερα ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ) [7/26 (27%) vs 3/37 (8%), p=0.04]. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η SC-T60 (OR: 0.83, 95%C.I.: 0.71-0.99, p=0.045) και η παρουσία ΗΚΚ (OR: 8.1, 95%C.I.: 7.8-79, p=0.048) αποτελούσαν τις ανεξάρτητες μεταβλητές που σχετίζονταν με την ύπαρξη ΗΠΝ. Η SC-T60 είχε καλή διακριτική ικανότητα για την παρουσία ΗΠΝ (AUROC: 0.73). Η ομάδα 1, σε σχέση με την ομάδα 2, είχαν σημαντικά υψηλότερη θνητότητα [αποβιώσαντες: 7/26 (27%) vs 6/37 (16%), p=0.029].
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Για πρώτη φορά διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ΗΚΚ εμφανίζουν συχνότερα ΗΠΝ [πιθανόν μέσω της παραγωγής ΗΚΚ-παραγόμενων αγγειοκινητικών παραγόντων (VEGF, ενδοθηλίνης-1)]. Η σχέση του ΗΠΝ με την ανεπάρκεια επινεφριδίων χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

58. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΣΩΜΑΤΙΔΙΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ-C ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Θ. Κανελλοπούλου[1], Α. Αλεξοπούλου[1], Φ. Κοντοπίδου[1], Π. Κωνσταντινίδης[1], Γ. Παπαθεοδωρίδης[2]

[1]Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [2]Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό»

ΣΚΟΠΟΣ: Τα μικροσωματίδια αιμοπεταλιακής προέλευσης (ΜΑΠ) είναι μεμβρανικά κυστίδια που εκλύονται μετά από ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων. Πρόσφατες μελέτες τους αποδίδουν πιθανό ρόλο στις καρδιαγγειακές παθήσεις, κυρίως στα πλαίσια αθηρογένεσης. Η χρόνια ηπατίτιδα-C (ΧΗ-C) συσχετίζεται με αθηροσκλήρυνση, ωστόσο η επίδραση της αντιικής θεραπείας στον αθηρογενετικό μηχανισμό δεν έχει εκτενώς μελετηθεί. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμηθούν τα επίπεδα των ΜΑΠ πριν την έναρξη και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας σε ασθενείς με ΧΗ-C.
ΥΛΙΚΟ: Συνολικά συμπεριλήφθησαν 28 ασθενείς με ΧΗ-C. Στις ομάδες ελέγχου εντάχθηκαν 20 υγιείς εθελοντές (ΥΕ) και 20 ασθενείς με μη-αλκοολική-λιπώδηνόσο-ήπατος (ΜΑΛΝΗ). Τα επίπεδα των ΜΑΠ εκτιμήθηκαν με κυτταρομετρία ροής (CD61/Annexin-V). Όλοι οι ασθενείς με ΧΗ-C έλαβαν πεγκυλιωμένη-ιντερφερόνη/ριβαμπιρίνη. Είκοσι-τέσσερις ασθενείς πέτυχαν μακροχρόνια ιολογική ανταπόκριση (SVR). Τα ΜΑΠ ελέγχθηκαν πριν την έναρξη θεραπείας (ΕΘ), στο τέλος (ΤΘ) και 24-εβδομάδες μετά την ολοκλήρωσή της (SVR24).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα των ΜΑΠ βρέθηκαν υψηλότερα στην ΕΘ στους ασθενείς με ΧΗ-C σε σύγκριση με τους ασθενείς με ΜΑΛΝΗ (P<0.001) και τους ΥΕ (P=0.012). Υψηλότερες τιμές ΜΑΠ είχαν στην ΕΘ οι καπνιστές συγκριτικά με τους μη-καπνιστές με ΧΗ-C (P<0.001). Επιπλέον, οι καπνιστές με ΧΗ-C στην ΕΘ είχαν υψηλότερες τιμές ΜΑΠ σε σχέση με τους καπνιστές με ΜΑΛΝΗ (P=0.001) και ΥΕ (P=0.024). Τα ΜΑΠ παρουσίασαν μείωση στο ΤΘ (P=0.031) και στο SVR24 (P=0.006). Η μείωση αφορούσε κυρίως τους καπνιστές [(τα ΜΑΠ διέφεραν σημαντικά μεταξύ ΕΘ και ΤΘ (P=0.004) ή SVR24 (P=0.009)]. Οι ασθενείς που πέτυχαν SVR, έδειξαν σημαντική μείωση των ΜΑΠ από την ΕΘ στο SVR24 (P=0.018), ενώ όσοι δεν πέτυχαν δεν έδειξαν σημαντική διαφορά. Στο ΤΘ και SVR24 οι ασθενείς με ΧΗ-C είχαν ίδιες τιμές ΜΑΠ με τις ομάδες ελέγχου. Το ίδιο συνέβη και στους καπνιστές.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση των τιμών ΜΑΠ ανέδειξε συνεργική δράση του καπνίσματος στον αθηρωματικό κίνδυνο των ασθενών με ΧΗ-C. Το φαινόμενο αυτό καταργείται με τη χορήγηση αντιικής θεραπείας. Επομένως, οι ασθενείς με ΧΗ-C ωφελούνται από την αντιική θεραπεία και σε ότι αφορά το αθηρογενετικό τους υπόβαθρο.

59. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΕΠΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Δ. Αγιασωτέλλη, Λ. Βασίλιεβα, Α. Αλεξοπούλου, Γ. Καλπάκου, Σ. Παπαδάκη, Κ. Σιρανίδου, Ν. Κίττου, Σ. Ντουράκης

Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Ιπποκράτειο» ΓΝΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Οξεία επί χρονίας ηπατική ανεπάρκεια (ΟΕΧΗΑ) ορίζεται ως η οξεία επιδείνωση της ηπατικής νόσου σε ασθενείς με κίρρωση ήπατος και έχει υψηλή θνησιμότητα. Η θνησιμότητα των 28 ημερών στους ασθενείς με ΟΕΧΗΑ συνδέεται με οργανική ανεπάρκεια και υψηλό αριθμό λευκοκυττάρων. Ο χρόνος που απαιτείται για να αντιστραφεί αυτή η κατάσταση και οι παράγοντες που επηρεάζουν τη θνησιμότητα μετά την πάροδο των 28 ημερών δεν εχουν αξιολογηθεί επαρκώς.
ΥΛΙΚΟ: Συμπεριλήφθησαν 197 διαδοχικοί ασθενείς με κίρρωση ήπατος. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν προοπτικά για 180 ημέρες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: ΗΟΕΧΗΑ διαγνώστηκε στο 54,8% των ασθενών. Ο πιο συχνός εκλυτικός παράγοντας της ΟΕΧΗΑ ήταν η λοίμωξη. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η αναλογία ουδετερόφιλα/λευκοκύτταρα (P=0,017) και η βαρύτητα της πολυοργανικής ανεπάρκειας (Chronic-Liver-Failure-Consortium-Organ-Failure-(CLIF-C-OF) (P=0,01) συσχετίστηκαν με τη θνησιμότητα. Ο σχετικός κίνδυνος (Hazard ratio) και τα 95% όρια αξιοπιστίας [(95%(CI)] της θνησιμότητας των ασθενών με ΟΕΧΗΑ σε σύγκριση με εκείνους χωρίς ΟΕΧΗΑ ήταν 8,54 [(95%CI 1,99-36,70), P=0,004] κατά τη διάρκεια της πρώτης περιόδου παρακολούθησης (30 ημέρες) και μειώθηκε σε 1,94 [(95%CI 0,78-4,87), P=0,154] στη δεύτερη περίοδο παρακολούθησης (>30 & ≤75 ημέρες μετά το οξύ επεισόδιο). Με την πάροδο του χρόνου, μειωνόταν η επίδραση στην επιβίωση του λόγου ουδετερόφιλα/λευκοκύτταρα και του CLIF-C-OF, ενώ παράλληλα αυξανόταν η επίδραση της βαθμολογίας Model-for-End-Stage-Liver-Disease-(MELD).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ΟΕΧΗΑ είναι αναστρέψιμη κατάσταση σε ασθενείς που επιβίωσαν πέραν της κρίσιμης περιόδου ενός μηνός και η θνησιμότητα στην ομάδα ΟΕΧΗΑ μετά την πάροδο ενός μήνα σταδιακά γίνεται παρόμοια με τη μη-ΟΕΧΗΑ. Ο βαθμός της φλεγμονώδους αντίδρασης και της οργανικής ανεπάρκειας έχουν ισχυρή επίδραση στην επιβίωση των ασθενών με ΟΕΧΗΑ κατά τη διάρκεια των 30 ημερών, ενώ στη συνέχεια αυξάνει εκείνη του MELD.

60. ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΔΙΗΘΗΣΗ (GFR) ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΤΙΝΗ-C ΟΡΟΥ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗ GFR ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΤΟ 51Cr-EDTA ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Ε. Χολόγκιτας[1], Π. Χαλέβας[1], Α. Νοτόπουλος[2], Μ. Ιωαννίδου[1], Σ. Σουλαϊδόπουλος[1], Ε. Κίσσα[1], Α. Τσάκου[1], Θ. Σταματόπουλος[1], Α. Πιπερίδου[1], Ι. Γουλής[1], Ε. Ακριβιάδης[1]

[1]Δ΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκης, [2]Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: η συστατίνη-C (CysC) και οι βασισμένες σε αυτή μαθηματικές εξισώσεις προσδιορισμού του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR) έχουν προταθεί ως ακριβέστερες, σε σχέση με αυτές που βασίζονται στην κρεατινίνη ορού (Cr). Στόχος της μελέτης ήταν η σύγκριση των μαθηματικών εξισώσεων υπολογισμού της GFR με βάση την CysC και Cr σε σχέση με τη 51Cr-EDTA-GFR σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση.
ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ: σε 104 ασθενείς εκτιμήθηκε η GFR με βάση την Cr χρησιμοποιώντας την MDRD-4 εξίσωση και με βάση την CysC χρησιμοποιώντας τις Larsson και Hoek εξισώσεις. Όλες οι υπολογιζόμενες GFRs συγκρίθηκαν με την 51Cr-EDTA-GFR («αληθής» GFR). Η πολυπαραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για την ανάδειξη των ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την «αληθή» GFR.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: η CysC σχετιζόταν με την Cr (r2: 0.64, p < 0.001), αλλά η σχέση ήταν πιο αδύναμη στην υποομάδα των ασθενών με «αληθή» GFR <60 mL/min (r2: 0.49, p=0.001). Η σχέση μεταξύ 51 Cr-EDTA-GFR και μαθηματικών εξισώσεων (GFR-MDRD-4, GFR-Larsson και GFR-Hoek) ήταν σχετικά καλή (r2: 0.53, 0.68 και 0.69, αντιστοίχως, p < 0.001), αλλά ήταν πάντα καλύτερη στην υποομάδα των ασθενών με «αληθή GFR» ≥60 mL/min, σε σχέση με αυτούς με «αληθή» GFR <60 mL/min. Η «αληθής» GFR σχετιζόταν σημαντικά με την Cr (r2:-0.66), CysC (r2:-0.68), ηλικία (r2:-0.44), βαρύτητα ασκίτη (r2:-0.43), MELD score (r2:-0.38), λευκωματίνη ορού (r2: 0.26) και νάτριο ούρων (r2: 0.46) (όλα p < 0.05). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, Cr (OR:-0.33), CysC (OR:-0.39) και ηλικία (OR:-0.23) αποτελούσαν τις ανεξάρτητες μεταβλητές σχετιζόμενες με τη «αληθή» GFR. Η νέα GFR εξίσωση στηριζόμενη στις τρεις αυτές μεταβλητές σχετιζόταν καλύτερα με την 51 Cr-EDTA GFR (r2: 0.74, p < 0.001), σε σχέση με τις προηγούμενες μαθηματικές εξισώσεις (MDRD-4, Larsson και Hoek).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ειδικές μαθηματικές εξισώσεις που συνδυάζουν την Cr και τη CysC φαίνεται ότι πλεονεκτούν για τον υπολογισμό της GFR σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση.

61. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ-ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΑΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΑΙΜΙΑ

Β. Παπαστεργίου, Γ. Ντέτσκας, Λ. Σκορδά, Φ. Λαμπριανού, Κ. Ρούφας, Ε. Ασωνίτης, Μ. Στάμπορη, Χ. Ψελλάς, Σ. Καραταπάνης

Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να μελετηθούν οι μεταβολικοί παράγοντες κινδύνου που συσχετίζονται με παθολογικές τρανσαμινάσες ορού σε ασθενείς με μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος (ΜΑΛΝΗ).
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη μας έλαβαν μέρος 211 ασθενείς με ΜΑΝΛΗ και κεντρική παχυσαρκία (Α/Γ=139/72, μέσης ηλικίας 48.3±9.2). Ως φυσιολογική τιμή για ALT για τους άνδρες ήταν η τιμή των 30 IU/L και για τις γυναίκες των 20 IU/L. Για τη διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου (ΜΣ) χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια της IDF.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 211 ασθενείς με ΜΑΝΛΗ και κεντρική παχυσαρκία οι 53 (25.1%) είχαν φυσιολογικές τιμές τρανσαμινασών. Από τους ασθενείς με φυσιολογικές τιμές τρανσαμινασών οι 30/53 (56.6%) είχαν ΜΣ, ενώ από τους ασθενείς με αυξημένες τιμές τρανσαμινασών οι 125/158 (79.1%) είχαν ΜΣ ($P<0.04$). Η περίμετρος της μέσης, ο BMI, η ηπατική στεάτωση, η ALP, η γGT, τα τριγλυκερίδια, η τιμή της ινσουλίνης πλάσματος και ή αντίσταση στην ινσουλίνη (HOMA-IR) ήταν σημαντικά μειωμένα σε ασθενείς με φυσιολογικές τρανσαμινάσες σε σύγκριση με αυτούς που είχαν αυξημένες τιμές τρανσαμινασών. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση η τιμή των τριγλυκεριδίων αποτελούσε ανεξάρτητο παράγοντα που εσυνδεέετο με αυξημένες τιμές τρανσαμινασών ($P<0.05$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τιμή των τριγλυκεριδίων αποτελεί ανεξάρτητο μεταβολικό παράγοντα που συνδέεται σημαντικά με αυξημένες τιμές τρανσαμινασών σε ασθενείς με ΜΑΝΛΗ.

62. ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΕ ΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΒΥΖΑΝΤΙΝΟΥ ΝΕΚΡΟΤΑΦΕΙΟΥ ΤΗΣ ΡΟΔΟΥ

Α. Πρωτόπαπα[1], Ν. Βλαχάδης[1], Σ. Κονταξή[2], Κ. Τηνιακού[3], Γ. Λυρίτης[4], Θ. Πίτσιος[1]

[1]Ανθρωπολογικό Μουσείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα, [2]Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικής, ΓΝΑ «Ελπίς», Αθήνα, [3]Εργαστήριο Ιστολογίας- Εμβρυολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα, [4]Εργαστήριο Έρευνας Μυοσκελετικών Παθήσεων, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η παρουσίαση σκελετικών ευρημάτων από τη Ρόδο της Βυζαντινής περιόδου τα οποία εμφανίζουν οστικές αλλοιώσεις χαρακτηριστικές της δρεπανοκυτταρικής νόσου.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρούσα μελέτη αφορά στο σκελετικό πληθυσμό Βυζαντινού νεκροταφείου της Ρόδου, που χρονολογείται μεταξύ του 12ου-14ου αιώνα. Ο προσδιορισμός του φύλου και της βιολογικής ηλικίας πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα με καθιερωμένες μεθόδους ανθρωπολογικής ανάλυσης. Τα σκελετικά ευρήματα υποβλήθηκαν σε μακροσκοπική παρατήρηση, εξέταση με στερεοσκοπικό μικροσκόπιο υπό μεγέθυνση Χ10 καθώς και σε ψηφιακό ακτινογραφικό έλεγχο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον υπό μελέτη σκελετικό πληθυσμό αναγνωρίστηκαν κατάλοιπα 5-7 ατόμων με παθολογικές αλλοιώσεις χρόνιας βαριάς αναιμίας. Περιλαμβάνονται κρανιακά και μετακρανιακά οστά βρέφους, νηπίων, εφήβων καθώς και νεαρών ενηλίκων. Η πλειοψηφία των μετακρανιακών οστών παρουσιάζει αδροποίηση των δοκίδων της σπογγώδους μοίρας καθώς και λέπτυνση του οστικού φλοιού. Χαρακτηριστικά ευρήματα όπως «ψηκτροειδές κρανίο» και η απεικόνιση «δίκην σπονδύλων ψαριού» αναδεικνύονται σε πλάγιες ακτινογραφίες κρανίου και οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, αντίστοιχα. Οστικές αλλοιώσεις στην περιοχή της μετάφυσης των οστών της κνήμης υποδηλώνουν αγγειακή απόφραξη και στάση ή/και οστεΐτιδα. Ανώμαλη σύγκλειση των επιφύσεων εντοπίστηκε στα μικρά οστά της άκρας χειρός και στο εγγύς άκρο του βραχιονίου οστού. Συνολικά τα ευρήματα αντιστοιχούν σε μη ειδικές αλλοιώσεις που απαντούν στη χρόνια βαριά αναιμία και αντανακλούν την αντιρροπιστική υπερπλασία του ερυθροποιητικού μυελού. Οι ειδικές απεικονιστικές και μορφολογικές αλλοιώσεις, σε συνδυασμό με την εντόπιση και τη συχνότητα στο σκελετικό δείγμα και τις δημογραφικές παραμέτρους των ατόμων αυτών υποδηλώνουν τη δρεπανοκυτταρική νόσο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η γεωγραφική κατανομή της δρεπανοκυτταρικής νόσου συσχετίζεται με την ενδημική παρουσία της ελονοσίας από Plasmodium falciparum λόγω της σχετικής προστασίας που παρέχεται στους ετεροζυγώτες. Αναδεικνύονται και παρουσιάζονται οστικές αλλοιώσεις δρεπανοκυτταρικής αναιμίας σε οστά ηλικίας 700-900 ετών από τη Μεσαιωνική Ρόδο. Τα συμπεράσματα των Παλαιοπαθολογικών μελετών επιτρέπουν τη διεύρυνση των γνώσεών μας για την ιστορία των νόσων.

63. ΜΙΣΕΛ ΦΟΥΚΩ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ. ΜΙΑ ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΗ ΣΧΕΣΗ

Π. Ανδριόπουλος, Α. Καράβατος

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΣΚΟΠΟΣ: Τα δυο βιβλία του Μισέλ Φουκώ με θέμα την «Ιστορία της τρέλας» και την «Γέννηση της κλινικής» αποτελούν πολυμεταφρασμένα και πολυδιαβασμένα έργα από τους μελετητές της ιστορίας της ιατρικής την εποχή του Διαφωτισμού. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να αναδείξει τις ιδιαιτερότητες της προσέγγισης του Φουκώ υπό το πρίσμα των σύγχρονων προσεγγίσεων
ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν τα έργα του συγγραφέα, μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με αυτά, καθώς και πολλά από τα πρωτότυπα έργα των ιατρών των εποχών που περιγράφει, από τον 17ο έως τον 19ο αιώνα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Φουκώ ιχνηλατεί τη δημιουργία της έννοιας της ψυχικής νόσου από την ιατρική κοινότητα του 19ου αιώνα, ακολουθώντας μια πρωτότυπη προσέγγιση σύνδεσης της ανάδειξης της τρέλας με τη γιγάντωση του θεσμού του ασύλου. Παράλληλα στο δεύτερο έργο, περιγράφει τη δημιουργία του ανατομικο-κλινικού προτύπου στην ιατρική, δηλαδή τη σύνδεση κλινικής εικόνας με την παθολογική ανατομία. Ωστόσο η ανάλυση του εμφανίζει πολλά προβλήματα, καθώς παραγνωρίζει την αμφίδρομη σχέση ιατρού -ασθενούς και περιλαμβάνει ιστορικές ανακρίβειες (όπως π.χ. το μέγεθος του εγκλεισμού ή την ύπαρξη του βιταλισμού). Το μεγαλύτερο όμως πρόβλημά όμως αναδεικνύεται η τάση του να αντικαταστήσει την «μαγική» μεταφυσική ερμηνεία των νοσημάτων που κατά τη γνώμη του επικρατούσε μέχρι την εποχή του Διαφωτισμού με τη φαντασμαγορική υπόσταση της «νέας ιατρικής».
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ιστορική προσέγγιση του Γάλλου φιλοσόφου αποτελεί σίγουρα μια ενδιαφέρουσα προσέγγιση, η οποία όμως απέχει σημαντικά από το να αποτελέσει μια λήρη ή έστω μια ουσιαστική προσέγγιση της εποχής.

64. ΜΙΑ ΛΥΣΣΑ-ΣΜΕΝΗ ΙΣΤΟΡΙΑ

Γ. Τσουκαλάς[1], Σ. Γιάτσιου[2], Μ. Καραμάνου[3], Μ. Σγάντζος[1,4]

[1]Ιστορία της Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, [2]Νευρολογική Κλινική «Άγιος Γεώργιος», Αλυκές, Βόλος, [3]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Σχολή Ιατρικής, ΕΚΠΑ, [4]Εργαστήριο της Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Η λύσσα, όπως μαρτυρούν τα έργα της Αρχαίας Ελληνικής Γραμματείας, όπως η Ιλιάδα του Ομήρου, ενδημούσε στη χώρα μας από τον 10ο αιώνα π.Χ. Κατά τη διάρκεια του 1933, οι Κτηνιατρικές Αρχές αναφέρουν ότι η λύσσα ενδημούσε σε ολόκληρη την Ελληνική επικράτεια, ενώ κατά τη διάρκεια του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου, τα περιστατικά λύσσας αυξήθηκαν δραματικά σε ανθρώπους και ζώα. Το 1949, εφαρμόστηκε πιλοτικά πρόγραμμα εμβολιασμών των αδέσποτων ζώων στη Ζάκυνθο, το οποίο ήταν επιτυχές για την καταπολέμηση της λύσσας, οπότε και εφαρμόστηκε σε ολόκληρη τη χώρα. Την περίοδο 1951-1980 που ήταν μια περίοδος με έντονο πρόβλημα στην Ελλάδα, καταγράφηκαν 11.472 κρούσματα σε κατοικίδια ζώα και 53 σε ανθρώπους. Το 1953 καταγράφηκαν 6 θάνατοι ανθρώπων από τον ιό της λύσσας και 4 το 1954. Η απαλλαγή της χώρας μας από τη λύσσα ως το 1987 επιτεύχθηκε με ευρείας έκτασης εμβολιασμούς και έλεγχο του πληθυσμού των αδέσποτων στα πλαίσια του προγράμματος καταπολέμησης λύσσας-εχινόκοκκου. Η Ελλάδα ήταν ελεύθερη λύσσας από το 1987 μέχρι και τον Οκτώβριο του 2012. Στα πιθανά αίτια επανεμφάνισης δύο κυρίως παράγοντες έπαιξαν σημαντικό ρόλο: α) η ύπαρξη της νόσου σε γειτονικές μας χώρες και β) η μετακίνηση των άγριων ζώων μέσω των συνόρων. Στις 19/10/2012 εμφανίστηκε το πρώτο επιβεβαιωμένο κρούσμα λύσσας σε ζώο στην Ελλάδα, μια κόκκινη αλεπού στην περιοχή της Σιάτιστας του Νομού Κοζάνης. Το 2013 τα κρούσματα λύσσας στη χώρα μας έφτασαν τα 35 σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία του Υπουργείου Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων, ενώ μέχρι το Μάιο του 2014 καταγράφηκαν ακόμη 13 κρούσματα.

65. Ο ΚΟΡΥΦΑΙΟΣ ΓΑΛΛΟΣ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ CHARLES NICOLLE (1866-1936).

Κ. Τσιρόζογλου, Κ. Λάιος, Γ. Τσουκαλάς, Μ. Καραμάνου, Κ. Γκρίτζαλης, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Κορυφαίος Γάλλος μικροβιολόγος. Γεννήθηκε στη Rouen της Γαλλίας. Μαθήτευσε κοντά στον Élie Metchnikoff (1845-1916) και τον Émile Roux (1853-1933) στο Ινστιτούτο Pasteur. Το 1893, έγινε καθηγητής της ιατρικής παθολογίας στη Ρουέν. Εκείνη την εποχή διαπίστωσε μια προοδευτική κώφωση, που εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια των ιατρικών του σπουδών, και που ήταν απαγορευτική για άσκηση του ελευθέρου επαγγέλματος, αφού δεν θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει το στηθοσκόπιο. Στράφηκε λοιπόν προς τη μικροβιολογία. Το 1903, το Ινστιτούτο Παστέρ του πρότεινε τη διεύθυνση του νεοσύστατου Ινστιτούτου Παστέρ της Τύνιδος, στην Τυνησία. Σε αυτό παρέμεινε επί 33 χρόνια και του έδωσε την αίγλη και ανάπτυξη εκείνου της Σαϊγκόν στο Βιετνάμ, που διεύθυνε ο Albert Calmette (1863-1933). Μέχρι το 1909, ο Νικόλ παρατηρεί τις περιπτώσεις εξανθηματικού τύφου που εμφανίζονται κάθε Άνοιξη. Περίπου το 20% των ασθενών πεθαίνουν από τη νόσο. Παρατηρώντας τις φθείρες, που είναι γεμάτος ένας ετοιμοθάνατος, αντιλαμβάνεται αμέσως ότι πρέπει να αποτελούν τον παράγοντα μεταδόσεως. Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι οι άρρωστοι μετά από πλύσιμο και αλλαγή ρούχων χάνουν κάθε μεταδοτική δυνατότητα στο θάλαμο νοσηλείας. Πραγματοποιεί τότε την παρασκευή εμβολίου χρησιμοποιώντας φθείρες εκτραφείσες στην Πολωνία, τις οποίες αφού μόλυνε στο εργαστήριο του τις κονιορτοποίησε. Μελετά εν συνεχεία πολυάριθμα μεταδοτικά νοσήματα εξαπλωμένα στη λεκάνη της Μεσογείου. Ανάμεσα τους τις λεϊσμανιάσεις, τον κηλιδώδη πυρετό, τον υπόστροφο πυρετό, τους λοιμώδεις ίκτερους, το δάγκειο πυρετό και τον κίτρινο πυρετό. Το 1928 του απονεμήθηκε το Νομπέλ Ιατρικής και Φυσιολογίας.

66. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΗΣ ΡΩΜΑΪΚΗΣ ΕΠΟΧΗΣ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΣΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΠΟΜΠΗΙΑΣ

Γ. Τσουκαλάς[1], Κ. Λάιος[2], Μ. Σγάντζος[1,3]

[1]Ιστορία της Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, [2]Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [3]Εργαστήριο Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Η Ρωμαϊκή ιατρική επηρεάστηκε έντονα από την Ελληνική. Τα χειρουργικά εργαλεία της εποχής «μετανάστευσαν» μαζί με τους Έλληνες ιατρούς και χειρουργούς προς την αιώνια πόλη του φωτός, το κέντρο του κόσμου εκείνη την εποχή. Σε κάθε πόλη της Ρωμαϊκής επικράτειας λειτουργούσαν ιατρεία (medicatrina) στα οποία προσέρχονταν οι έχοντες ανάγκη θεραπείας. Έτσι στην Πομπηία κατά τη διάρκεια των ανασκαφών το 1819 ο Ρώσος ιατρός Dr Ivan G. Savenko, από την Αγία Πετρούπολη, ανακάλυψε το σπίτι ενός χειρουργού της εποχής. Μία πληθώρα εργαλείων σιδερένιων και χάλκινων αποκαλύφθηκαν. Χειρουργική σμίλη, μήλη, καντήριον, τροχολαβίδα, οδοντάγρα, μία σειρά μεταλλικών καθετήρων, βελόνες, μαχαιρίδια, εμβρυουλκοί, κόπτρια, τρυπάνι, αναβατήρας για την έλξη οστών του κρανίου, απαραίτητα για κάθε είδους επέμβαση. Τα ευρήματα παρουσιάστηκαν σε εκτενή άρθρα στο Revue Médicale το 1821, τόμος 3, σελ.427 και αργότερα στο Notizen aus dem Gebiete der Naturund-Heilkunde, το 1822. Η αυθεντικότητα τους αν και αρχικά αμφισβητήθηκε (Kühn - De Instrum. Chirurg., Veteribus cognitis, et nuper effossis, Lips. 1823, 4), τελικά αποδείχθηκε και σήμερα εκτίθενται στο «Παλάτι του Portici» (μουσείο πλέον) στους Βοτανικούς Κήπους του Πανεπιστημίου της Νάπολης.

67. Ο ΚΩΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΤΗΣ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑΣ ΔΕΞΙΠΠΟΣ (4ος αι. π. Χ.)

Ε. Σταυρουλάκης, Ε. Πουλάκου Ρεμπελάκου, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο Κώος ιατρός της αρχαιότητας Δέξιππος ή Διόξιππος (4ος αί. π.Χ.), ήταν μαθητής του Ιπποκράτους και ανήκε στην Ιπποκράτειο Σχολή των Δογματικών. Πιθανότατα μάλιστα να υπήρξε και ασθενής του, καθότι ο Ιπποκράτης στο έκτο έργο του, των Επιδημιών, αναφέρεται σ' έναν Δέξιππο με παραλήρημα και τριχόπτωση. Ο εν λόγω ιατρός, ανέλαβε επιτυχώς τη θεραπεία από βαρύτατη ασθένεια των Μαυσώλου και Πιξώδαρου, υιών του βασιλέως της Καρίας Εκατόμνου (385-377 π.Χ.), υπό την προϋπόθεση, ο βασιλεύς να παύση τον, κατά της πατρίδας του Κω, υφιστάμενο πόλεμο. Στην προσπάθειά του να διευρύνει τις γνώσεις του στη Φυσιολογία, υιοθέτησε πλατωνικές απόψεις που υπεστήριζαν τη διά του στόματος διέλευση των υγρών εις τους πνεύμονες, γεγονός που τον απεμάκρυνε από τη μέχρι τούδε εφηρμοσμένη ιπποκράτειο εμπειρική γνώση. Στις απόψεις μάλιστα αυτές του Διοξίππου θα γίνει μνεία σ' έναν κύκλο συμποσιακού διαλόγου αργότερα, μεταξύ του Νικία, του Πλουτάρχου, του Πρωτογένους και του Φλώρου. Ο Δέξιππος ευρίσκετο σε αντιπαράθεση με τον Ερασίστρατο, καθότι όχι μόνο δεν χορηγούσε νερομένον οίνον ή μελίκρατον, αλλά ούτε κάν νερό σε πυρέσσοντες ασθενείς. Ο Γαληνός χαρακτήρισε το κατηγορητήριο, ελλείψει στοιχείων, ατεκμηρίωτο και μετέωρο. Το εν λόγω κατηγορητήριο ωστόσο δεν πρέπει να ήταν τόσο αβάσιμο, αφού στις περί φλεβοτομίας προς Ερασίστρατον αναφορές του Γαληνού, γίνεται λόγος περί Απολλωνίου και Δεξίππου επί *λιμαγχονία*, περί αδυναμίας δηλαδή των ασθενών, οφειλομένης σε εσκεμμένη θεραπευτική ασιτία. Ο Ιπποκράτης ο οποίος εφήρμοζε τη θεραπευτική λιμαγχονία με θετικότατα αποτελέσματα, τη θεωρεί διαιτητική θεραπευτική μέθοδο, εισηγούμενος μάλιστα και μεθόδων αναγνώρισης των διαιτητικών παραβάσεων, εκ μέρους των λιμαγχεομένων, γνώσεις που κατείχε σίγουρα και ο μαθητής του Δέξιππος, δικαιώνοντάς τον απόλυτα. Οπαδός των απόψεων του Δεξίππου υπήρξε ο φίλος του Απολλώνιος, ενώ χρήση της θεραπευτικής λιμαγχόνης έκανε και ο Ρούφος ο Εφέσιος, Τα βιβλία του Δεξίππου που δυστυχώς απωλέσθησαν, έφεραν τους τίτλους *Ιατρικόν Βιβλίον* και *Περί Προγνώσεων Βιβλία δύο*.

68. ANDRÉ-MICHEL LWOFF (1902-1994): ΟΙ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ, ΤΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ, Η ΖΩΝΤΑΝΗ ΥΛΗ ΚΑΙ ΤΟ ΒΡΑΒΕΙΟ ΝΟΜΠΕΛ

Κ. Λάιος, Γ. Τσουκαλάς, Μ. Καραμάνου, Κ. Γκρίτζαλης, Φ. Μαρινέλη, Κ. Τσιρόζογλου, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Γεννήθηκε στο Αλλιέ της Γαλλίας. Από το 1921 εργάστηκε στο Ινστιτούτο Παστέρ υπό την καθοδήγηση του μικροβιολόγου Ε. Σάτον. Το 1927, έλαβε το πτυχίο ιατρικής Το 1932, αναγορεύτηκε διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής των Παρισίων, με θέμα τη βιοχημική εξέλιξη των μικροβίων μέσω της απώλειας λειτουργιών τους, θέμα στο οποίο συσχέτιζε τη μη παραγωγή από τα μικρόβια κάποιων απαραίτητων γι' αυτά ουσιών, εάν αυτές οι ουσίες προσφέρονταν έτοιμες στο περιβάλλον τους. Έκανε αρκετές ανακαλύψεις γύρω από τον κύκλο ζωής και τη φυσιολογία διαφόρων πρωτοζώων, έως την εποχή που αποφάσισε να ασχοληθεί με τη φυσιολογία και το μεταβολισμό των βακτηριδίων. Το 1938, έγινε διευθυντής τμήματος του Ινστιτούτου Παστέρ. Η φήμη του εξαπλώθηκε πολύ γρήγορα στο εξωτερικό χάρη στη σημαντική ανακάλυψη του για το ρόλο των βιταμινών στο μεταβολισμό. Ξεκινώντας από τη διαπίστωση, ότι ορισμένα βακτηρίδια χρειάζονται στο θρεπτικό τους υλικό συγκεκριμένες ουσίες για να ζήσουν, ενώ άλλα όχι, ο Λβοφ απέδειξε ότι οι ουσίες αυτές, όπως και οι βιταμίνες είναι απαραίτητα συστατικά όλων των βακτηριδίων. Το 1959, έγινε καθηγητής μικροβιολογίας της Ιατρικής Σχολής των Παρισίων. Μελετώντας «λυσιγόνα» βακτηρίδια, διαπίστωσε πως κάθε απόγονος βακτηριδίου που είχε προσβληθεί από ιό διατηρούσε την ικανότητα να παράγει τον ίδιο ιό, ακόμα και μετά από εκατοντάδες γενεές. Ανακάλυψε, επίσης, ότι η αδρανής αυτή συνύπαρξη μεταξύ προφάγου και βακτηριδίου σταματάει αν τα βακτηρίδια εκτεθούν σε υπεριώδη ακτινοβολία, οπότε ο ιός αρχίζει να παράγει εκατοντάδες πανομοιότυπα αντίγραφα του, καταστρέφοντας τελικά το βακτηρίδιο που τον «φιλοξενούσε». Το φαινόμενο αυτό, το αποκάλεσε «επαγωγή του ιού». Τιμήθηκε με το βραβείο Νομπέλ Ιατρικής και Φυσιολογίας το 1965 από κοινού με τους François Jacob (1920-2013) και Jacques-Lucien Monod (1910-1976), για τη συμβολή του στην κατανόηση των ζωτικών λειτουργιών της ζωντανής ύλης, που καθορίζουν φαινόμενα, όπως η προσαρμογή, η αναπαραγωγή και η εξέλιξη.

69. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

70. ΑΜΑΛΘΕΥΕΙΝ ΚΑΙ ΤΙΘΙΖΕΣΘΑΙ ΩΣ ΕΝΝΟΙΑΙ ΤΟΥ ΑΡΧΑΙΟΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Ε. Σταυρουλάκης[1,2]

[1]Παιδοχειρουργική Κλινική, ΠΓΝ Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου», [2]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, ΕΚΠΑ

Ο θηλασμός, ως υπόθεση διαχρονική, πολύτιμος και αναγκαία, δημιούργησε στην αρχαιότητα έναν δικό του χώρο γλωσσολογικής έκφρασης, του οποίου μόνο ψήγματα διαιωνήσθησαν μέχρι των ημερών μας. Έτσι η, κατά πάντα απλοποιημένη ρηματική έκφραση «θηλάζω» από πλευράς θηλαζούσης, στην πρώϊμη, την κλασσική και την ύστερη αρχαιότητα, εξεφράζετο με τα ρήματα «αμαλθεύω», «θω», «οψωνιάζω», «τιτθεύω», «τιθένω», «τιθηνέω», «υδυώ», «γαλουχέω» κ.α., ενώ από πλευράς θηλαζομένου με τα ρήματα «τιτθίζω» και «τιθίζομαι». Ως εκ τούτου η θηλάστρια ή τροφός, έφερε τα υπέροχα και μόνον κατ' άνθρωπον προσδιοριστικά ονόματα «βιοθρέμμων», «βουτιάνειρα» και τα ευρύτερα «θηλαμών», «θηλώ», «τίτθη», «τιτθίς», «τιθήνη», «τιθηνήτειρα». «Υποτίτθιον ἤ υπομάζιον βρέφος», ήταν το, υπό το μαστόν καταλλήλως τοποθετηθέν, προς θηλασμόν βρέφος. Στον «τιτθόν» (μαστόν) διά του «τιτθίου» (ρώγας), το «γαλαθηνόν τιθήνημα» (γαλουχούμενον βρέφος), ικανοποιούσε τις διατροφικές του ανάγκες. Στη Σπάρτη εωρτάζοντο υπέρ των παίδων τα «Τιθηνίδια», όπου οι τροφοί συμμετείχαν με τα παιδιά τους από όλην την επικράτεια. Η εορτή ελάμβανε χώρα πλησίον του ιερού της Κορυθαλίας Αρτέμιδος, όπου εθυσιάζοντο «γαλαθηνοί ορθαγορίσκοι» (θηλάζοντα χοιρίδια), προς χάριν των θηλαζόντων παίδων. Διετίθετο κρέας μόνο από αίγα (προς χάριν του ποιοτικού της γάλακτος), λουκάνικα, χλωρό τυρί, τηγανίτες και επιδόρπια. Από τη ρίζα θη- του ρήματος θη-λάζω, σχηματίζονται τα παράγωγα θη-λή (ρώγα) και θή-λυ (γυναίκα). Ως εκ τούτου, γυναίκα = η θηλάζουσα. Η ρίζα αυτή θη- ως και η έτερη θα- εκ του ρήματος θά-ω (θηλάζω), αποτελούν λατινόφωνα δάνεια στις όμορες λέξεις fe-leo (θηλάζω) και fe-mina (γυναίκα) διά αντικαταστάσεως του χαρακτήρος θήτα (-θ-) με τον αντίστοιχον φι (-f-). Έτσι και εδώ fe-mina = η γυναίκα = η θηλάζουσα.

71. Η ΔΟΛΙΧΟΚΕΦΑΛΙΑ ΤΑ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΑ ΦΥΛΕΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη, Σ. Αλ-Αχμάρ[1], Κ. Σώρρας[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, ΓΝ Αργολίδας, [3]Ενδοκρινολογικό τμήμα, ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Δολιχοκεφαλία μορφολογικά χαρακτηριστικά των Ελλήνων στην αρχαιότητα.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ελληνική και Ξένη Βιβλιογραφία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Μεσογειακός φυλετικός τύπος χαρακτηρίζεται: Δολιχοκεφαλία, ελαφρά κλίση μετώπου, πρόσωπο χωρίς γωνίες, ανοιχτά μάτια συνήθως αμυγδαλωτά. Λεπτοπροσωπία έως Μεσοπροσωπία δηλαδή μεγάλο έως μεσαίο πρόσωπο. Λεπτορρινία, ίσια μύτη που ξεκινάει συνήθως ψηλά από το μέτωπο. Βαθύ χρώμα ματιών και μαλλιών. Μαλλιά ίσια έως κυματιστά, έντονη τριχοφυΐα προσώπου. Εξωμορφικός, πλατείς γοφοί στις γυναίκες. Λοβός αυτιού είναι συνήθως κολλημένος όχι ελεύθερος. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που βρίσκουμε μόνο στους Έλληνες, τα χείλια είναι καλοσχηματισμένα και το κάτω μέρος είναι πιο σαρκώδες από το πάνω μέρος. Τα πόδια του άνδρα κατά μέσο όρο είναι κοντά. Πέος είναι συνήθως μεσαίο. Δάχτυλα των ποδιών το δεύτερο δάχτυλο από αριστερά είναι μεγαλύτερο από πρώτο αριστερά. Άνδρες έχουν μικρά δόντια, ενώ γυναίκες μεγάλα.
Στην Κρήτη, νησιά του Αιγαίου, βορειοδυτική Μικρά Ασία, Θεσσαλία, Πελοπόννησο και ιδίως σε Μαντινεία και Λακωνία η δολιχοκεφαλία.
Στη Θράκη κυριαρχεί η βραχυκεφαλία, όπως και στην Ήπειρο. Ο μέσος κεφαλικός δείκτης στην ελεύθερη Ελλάδα του 1884, είναι 81,2 που σημαίνει μίξη βραχυκέφαλων και δολιχοκέφαλων, ανατολικά κυριαρχεί η δολιχοκεφαλία.
Μακεδονικά κρανία είναι δολιχοκέφαλα, ενώ σλαβικά είναι βραχυκέφαλα μακροπρόσωπα με έντονη πλατυϊνία, διναρικός τύπος κρανίου. (Σουηδό ανθρωπολόγο Ludman). Ιταλική μελέτη του 1915 καταγράφει μία αληθινή πραγματεία ανατομίας του ανθρώπου, επέκταση της πραγματείας του φλαμανδού πατέρα της ανατομίας Andreas Vesalius, των διάσημων Ιταλών ανατόμων Giulio Chiarugi & Luigi Bucciante (πρώτη έκδοση 1904 στη Φλωρεντία) ότι τα δολιχοκέφαλα κρανία αποτελούν χαρακτηριστικό γηγενών φυλών Νοτίου Ιταλίας και Ελλάδας.
Προτομές των αρχαίων συνήθως είναι μεσογειακού τύπου όπως π.χ Αριστοφάνης, Αριστοτέλης, Περικλής, Σοφοκλής, Ηρόδοτος, Θεόφραστος, Ξενοφών. Ωστόσο, υπάρχουν πού δεν είναι Μεσογειακοί. Σωκράτης που είναι Αλπικός και Ευριπίδης που είναι Διναρικός.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι Έλληνες στην πλειοψηφία ανήκουν στο μεσογειακό τύπο από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα

72. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

73. Ο JEAN-BABTISTE-GABRIEL-JOACHIM DAUSSET (1916-200) ΚΑΙ Η ΑΠΟΝΟΜΗ ΤΟΥ ΒΡΑΒΕΙΟΥ ΝΟΜΠΕΛ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ HLA ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Κ. Λάιος, Γ. Τσουκαλάς, Μ. Καραμάνου, Κ. Γκρίτζαλης, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Γεννήθηκε στην Τουλούζη της Γαλλίας. Το 1943, πήρε πτυχίο ιατρικής από την Ιατρική Σχολή των Παρισίων. Όταν, το 1944, επέστρεψε στο Παρίσι, από τη βόρεια Αφρική, όπου είχε μεταβεί για να πολεμήσει με τους ελεύθερους Γάλλους ασχολήθηκε με την ανοσολογία και ιδιαίτερα με τη μελέτη των κυττάρων του αίματος. Το 1948, μετέβη στο Παιδιατρικό νοσοκομείο της Βοστόνης. Εκεί, αλλά και μετά την επιστροφή του στο Παρίσι, ασχολήθηκε με τις τεχνικές μελέτης του ανοσοποιητικού συστήματος και των ερυθρών κυττάρων του αίματος. Παράλληλα και για πρώτη φορά, ασχολήθηκε και με αντίστοιχες μελέτες στα λευκά κύτταρα του αίματος. Το 1958, περιέγραψε το πρώτο αντιγόνο λεμφοκυττάρου, που αργότερα έγινε γνωστό ως HLA-2. Το 1965, περιέγραψε για πρώτη φορά το «HLA σύστημα» και ανακάλυψε παραπλήσιο ανοσοποιητικό σύστημα σε ποντίκια. Επρόκειτο για ένα γενετικό σύστημα ρύθμισης, που ελεγχόταν από ένα και μόνο χρωμόσωμα, το 6ο του ανθρώπου. Οι έρευνες του, παράλληλα με αυτές του George-Davis Snell (1903-1996) συνέβαλαν στην κατανόηση των μηχανισμών της αναγνώρισης των φυσιολογικών κυττάρων του οργανισμού από το ίδιο το άτομο, της απάντησης της άμυνας του σε καρκινικά κύτταρα και της απόρριψης μοσχευμάτων κατά τις μεταμοσχεύσεις. Το 1980 του απονεμήθηκε το Νομπέλ Ιατρικής και Φυσιολογίας από κοινού με τους Baruj Benacerraf (1920-2011) και George Davis Snell. για τις ανακαλύψεις επάνω στις γενετικά καθορισμένες δομές στην επιφάνεια του κυττάρου που ρυθμίζουν ανοσολογικές αντιδράσεις.

74. Η ΠΕΡΙΠΕΤΕΙΩΔΗΣ ΖΩΗ ΤΟΥ ΓΑΛΛΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΥ LÉON-CHARLES-ALBERT CALMETTE (1863-1933)

Κ. Τσιρόζογλου, Κ. Λάιος, Μ. Καραμάνου, Κ. Γκρίτζαλης, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Ο μικροβιολόγος Λεόν-Σαρλ-Αλμπέρ Καλμέτ γεννήθηκε στη Νίκαια της Γαλλίας. Σπούδασε ιατρική στη Ναυτική Στρατιωτική Ιατρική Σχολή στη Brest. Ταξίδεψε 9 χρόνια στη διάρκεια των οποίων ενδιαφέρθηκε για τα δηλητήρια των όφεων, ώστε τελικά οδηγήθηκε στη δημιουργία της αντιοβόλου οροθεραπείας. Στην Αφρική μελέτησε την ελονοσία και τη νόσο του ύπνου. Εν συνεχεία, ως μέλος των γαλλικών αποικιακών δυνάμεων στη Σαϊγκόν της Γαλλικής Ινδοκίνας, και ύστερα από παράκληση του Louis Paster (1822-1895), δημιούργησε το 1891 Ινστιτούτο παραγωγής εμβολίων κατά της ευλογιάς και της λύσσας. Εκεί, μελέτησε κυρίως το δηλητήριο της κόμπρας και τις ομοιότητες των δηλητηρίων των φιδιών με τις τοξίνες των μικροβίων, πράγμα που τον βοήθησε αργότερα να θεμελιώσει την αντιοφική οροθεραπεία. Στη συνέχεια, εργάστηκε στη Lille της Γαλλίας, όπου ίδρυσε το Ινστιτούτο Παστέρ, πριν εγκατασταθεί στο Παρίσι, όπου αφιέρωσε όλη του τη ζωή στον αγώνα κατά της φυματιώσεως. Το 1901, δημιούργησε στη Λίλλη την πρώτη αντιφυματική αστυκλινική της Γαλλίας και πρωτοστάτησε στην ίδρυση του σανατορίου του Montigny. Το 1907, πρότεινε μια δοκιμασία για την ανίχνευση της φυματιώσεως. Το 1910, ίδρυσε το Ινστιτούτο Παστέρ στο Αλγέρι. Το 1917, έγινε υποδιευθυντής του Ινστιτούτου Παστέρ των Παρισίων και εξελέγη ακαδημαϊκός. Επί 13 χρόνια, εργάστηκε για να τελειοποιήσει ένα αντιφυματικό εμβόλιο μαζί με το συνεργάτη του κτηνίατρο και μικροβιολόγο Camille-Guérin (Καμίλ Γκερέν) (1872-1961). Το 1921, το « BCG », αντιφυματικό εμβόλιο προερχόμενο από βόειους βακίλους, είχε τελειοποιηθεί και τα πρώτα θετικά αποτελέσματα δημοσιεύτηκαν το 1924. Θεωρείται ως ένας από τους μεγαλύτερους μικροβιολόγους των αρχών του 20ου αιώνα.

75. Ο ΙΑΤΡΟΣ ΑΙΓΙΜΙΟΣ Ο ΗΛΕΙΟΣ (5ος αι. π.Χ.)

Ε. Σταυρουλάκης, Α. Πάσχος, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο άγνωστος Έλληνας ιατρός Αιγίμιος, γεννήθηκε τον 5ον αιώνα π.Χ. στην Ηλεία και όχι στην ελληνική Ελέα της ρωμαϊκής Καμπανίας, όπως επιστεύετο. Η συνήχηση των λέξεων Ηλεία, Ελέα ή V-elia πιθανόν να οδήγησε στον εσφαλμένο γεωγραφικό προσδιορισμό καταγωγής του ιατρού, η οποία εξ άλλου πιστοποιείται και από τον Γαληνό λέγοντος …ο Ηλείος Αιγίμιος… Ο Αιγίμιος όχι μόνο προϋπήρξε του Ιπποκράτους, αλλά θεωρείται και ο πρώτος κατά τον Γαληνό, συγγράψας βιβλίο περί σφυγμών, με τον τίτλο *Περί παλμών*, τίτλος που τεκμηριώνει την παλαιότητά του, καθότι ο όρος παλμός είναι αρχαιότερος του αντιστοίχου σφυγμός. Ο όρος παλ-μός του Αιγιμίου, προερχόμενος από τη ρηματική ρίζα παλ- του ρήματος πάλλω, αποτελεί ταυτόριζο δάνειο της λατινικής ιατρικής γραμματείας ως pal-pitatio=παλμός, με παρεμφερή προέκταση και σε άλλα γλωσσικά ιδιώματα όπως στα Σλαβικά και στα Ρωσσικά. Ο Ιπποκράτης, αντικαθιστώντας πρώτος τον όρο σφυγμός αντί του αντιστοίχου, παλμός, του Αιγιμίου, δίχασε τους ιατρούς σε δύο φατρίες υποστηρικτών. Ο Αιγίμιος, ο οποίος απέδιδε μεγάλη σημασία στη σωστή διατροφή και στην πεπτική λειτουργία υγιών και ασθενών, είχε αναπτύξει μία σημειολογία οργανικών ενδείξεων κατά τη διάρκεια της λειτουργίας της πέψεως, υποστηρίζοντας επί παραδείγματι, ότι μία καλώς λειτουργούσα πέψη, προς το τέλος χρωματίζει τα ούρα, πιθανότατα ανάλογα με το είδος της τροφής. Στις περί διατροφολογίας γνώσεις του στηρίζεται και το έτερον έργο του *Πλακουντοποιϊκά Συγγράμματα*, τα οποία παρείχαν οδηγίες παρασκευής πλακούντων (άρτου). Το εν λόγω έργο ανήκε στην κατηγορία των *Οψαρτυτικών·* συγγραμμάτων, δηλαδή μαγειρικής, με συνταγές υγιεινής διατροφής και διαιτητικές προτάσεις των ιατρών της αρχαιότητας, μεταξύ των οποίων εκτός από τον Αιγίμιο συγκαταλέγονταν ο Ακεσίας, ο Ερασίστρατος, ο Διοκλής και ο Ηρακλείδης. Ο Πλίνιος εκτιμώντας πιθανότατα την ενασχόληση του Αιγιμίου στα θέματα σωστής διατροφής για υγιή μακροζωΐα και με διάθεση υπέρμετρης ευφυολογίας, συμπεριέλαβε στον κατάλογο των μακροβιοτέρων ανδρών και έναν Αιγίμιο ηλικίας διακοσίων ενιαυτών, που κατά πάσαν πιθανότητα πρόκειται για τον Αιγίμιο τον Ηλείο.

76. Η ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗΣ ΙΣΧΥΟΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΚΑΤΑ ΑΡΧΙΓΕΝΗΝ ΤΟΝ ΑΠΑΜΕΑ (100-163 μ.Χ.)

Ε. Σταυρουλάκης, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο Αρχιγένης από την Απάμεια της Συρίας (100-163 μ.Χ.), υπήρξε δραστηριοποιημένος ιατρός στη Ρώμη επί αυτοκρατορίας Τραϊανού. Ιδρυτής της Ιατρικής Σχολής των Εκλεκτικών, εχαρακτηρίζετο για τις καινοτόμες ιατρικές του σκέψεις και πρακτικές. Τα σαράντα εννέα βιβλία που συνέγραψε απωλέσθησαν και μόνο λείψανα ή παράγραφοι ή τίτλοι μνημονεύονται από μεταγενέστερους ιατρούς. Η ικανότης του στη χειρουργική διαφαίνεται από τη μέθοδο ακρωτηριασμού ανθρωπίνου μέλους, που καθιέρωσε σε περιπτώσεις νέκρωσης ως επί γάγγραινας, σηπεδόνος (σήψεως), φαγέδαινας και τινων καρκινωμάτων, μέθοδο διαχρονική επί δύο περίπου χιλιετίες. Περιγράφοντας τον ακρωτηριασμό, αρχίζει με αιμοστατική περίσφιξη του κεντρικού τμήματος, του προς ακρωτηριασμόν μέλους, χρησιμοποιώντας την καλουμένη *καιρίαν*, μία ταινία ή φασκιά από ύφασμα. Το σημείο αυτό περίδεσης θα καθορίσει περιφερικότερα και το σημείο περιδρόμου της τομής. Δημιουργείται υψηλή ανάσπαση του δερματικού κρημνού. Μετά τον περίδρομον (κυκλοτερής τομή), εκτελείται βήμα προς βήμα διατομή των μαλακών μορίων των υποκειμένων ιστών και μυών, θεωρώντας ότι ανάλογα με το μέγεθος, του προς ακρωτηριασμόν μέλους, πρέπει να υφίστανται και τα ανάλογα εργονομικά εργαλεία. Έπεται η πρίσις (πριονισμός) του οστέος με διαφύλαξη των περιφερικών νεύρων. Εκτελείται επιμελής αιμόσταση δι' απολινώσεως των μεγάλων αγγείων και δια διαθερμίας των μικροτέρων, με πυρακτωμένη ακίδα. Ακολουθεί κατάσπαση του κινητοποιηθέντος δερματικού κρημνού και συρραφή του επί του κολοβώματος. Μετά τη λύση της καιρίας, πιθανή τριχοειδική περίρροια, καταστέλλεται διά τοπικού στυπτικού επιθέματος. Επί του κολοβώματος τίθεται έπειτα αλοιφή του βοτάνου ίριδος ή άλλη διά παλαιού ελαίου και εφαρμόζεται επίδεσμος, με αλλαγή του ανά τριήμερον. Ο Αρχιγένης συνιστά για την αποφυγήν ασκόπου αιμορραγίας υψίστη προσοχή και ταχεία ακολουθία των χειρουργικών χρόνων. Ο ευρείας αποδοχής ιατρός κατάφερε να προάγει την ιατρική σκέψη και πρακτική σε νέες οδούς και ως θέσεις της Σχολής των Εκλεκτικών που εκπροσωπούσε, να τις προωθήσει και να τις επιβάλλει επί δεκαετίες στα ιατρικά δρώμενα της εποχής. Απεβίωσε το 163 μ.Χ. σε ηλικία εξήντα τριών ετών.

77. Η ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Κ. Γκρίτζαλης, Μ. Καραμάνου, Κ. Λάϊος, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Η εργασία αυτή αποσκοπεί στην προβολή των ιπποκρατικών θέσεων περί της παθολογίας του τοκετού και της λοχείας. Ο Ιπποκράτης (460-377) περιγράφει σαφώς την κλινική εικόνα της αδράνειας της μήτρας κατά τη διάρκεια του τοκετού, συνιστώντας ποτά ή εδέσματα προκαλούντα ωδίνες, είτε ατμόλουτρα και ταυτοχρόνως την επάληψη του τραχηλικού στομίου με λιπώδη ουσία. Στον αιφνίδιο τοκετό, χορηγεί φάρμακα για να ανασταλούν οι ωδίνες. Αναφέρεται επίσης στα αίτια δυστοκίας, όπως η οφειλόμενη σε πρώϊμη ρήξη του εμβρυοθυλακίου προ της προώθησης της κεφαλής, αλλά και εκείνη που οφείλεται σε πρώϊμη απώλεια του εναμνίου υγρού και ξηρό τοκετό. Για το ολιγάμνιο συνιστά ύδωρ μαλάχης, έλαιον και χήνειον λίπος, ώστε να διολισθήση το κύημα μέσω του τραχηλικού αυλού. Ο εμβρυικός θάνατος θεωρείται μέγιστο αίτιο δυστοκίας, ενώ παρατίθεται μέθοδος διάγνωσης για ανάλογες περιπτώσεις. Εντάσσει στις δυστοκίες την περίπτωση κατά την οποία το έμβρυο προβάλλει δια των ισχίων ή των ποδών, καθώς και εκείνες κατά τις οποίες κατά τις οποίες εμφανίζεται το κύημα λοξά ή εγκάρσια. Επισημαίνει επίσης τις ανωμαλίες από την ανώμαλη περιέλιξη και πρόπτωση της ομφαλίδος, τους κινδύνους από τις κινήσεις του εμβρύου, ενώ προτείνει και συντηρητική θεραπεία (π.χ. φλεβοτομία, εσωτερική χρήση ωκυτοκίων, πταρμικά φάρμακα). Επιπροσθέτως, αναφέρει ότι λόγω απειρίας της μαίας δύναται να προκληθεί πρόωρος αποκοπή της ομφαλίδος με αποτέλεσμα την ολική κατακράτηση του πλακούντος εντός της μήτρας. Στην παθολογία της λοχείας, περιλαμβάνει τον πυρετό, τις διάφορες λοιμώξεις από κατακράτηση των λοχείων, τη φλεγμονή μήτρας, και την επιλόχιο λοίμωξη μετά εντερικής πάρεσης λόγω περιτονίτιδας, την καθυστέρηση της αποβολής ή της μερικής κατακράτησης του πλακούντος, την πρόπτωση της μήτρας και τις διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας. Τέλος, προτείνει διάφορα φάρμακα, καταπλάσματα της υπογαστρίου χώρας, φαρμακευτικά κηρία, λουτρά, κατάλληλη δίαιτα, άφθονα υγρά και βιαία αποβολή του χορίου. Από τα ανωτέρω συμπεραίνονται οι προχωρημένες μαιευτικές γνώσεις του Ιπποκράτους, ενώ αρκετοί όροι του έχουν υιοθετηθεί από τη σύγχρονη Ιατρική.

78. ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΥΤΟΧΘΟΝΕΣ ΙΑΤΡΟΦΙΛΟΣΟΦΟΙ ΠΕΡΙ ΔΙΑΤΗΣ

Α. Πάσχος, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης είναι η έρευνα και αναφορά των ιατροφιλοσόφων, οι οποίοι ομιλούν περί Διαίτης.
ΥΛΙΚΟΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: ή προσιτή Γραμματεία των αρχαίων Ελλήνων και η καταγραφή περί Διαίτης των Αρχαίων Ελλήνων ιατροφιλοσόφων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 14 Έλληνες ιατροφιλόσοφοι εξ όλης της Ελλήνων επικρατείας καταλείπουν έργα Περί Διαίτης και Διαιτητικής. Ο Ευφρών ηλικίας μεγαλυτέρας του Ιπποκράτους εκ Κνίδου Μικράς Ασίας γράφει τη Βίβλον, «Κνιδίους γνώμαι», Περί Διαίτης, πιστεύω ότι αι νόσοι οφείλονται εις τη διαταραχήν της πέψεως, γράφει δε και Περί νούσων, Περί των έσω παθών, και θεωρεί «η θεραπεία πρέπει να είναι δραστική και εις τέμνειν» τον 5ον π.Χ. αιώνα. Ο Μέγας Ιπποκράτης γράφει Περί Διαίτης Οξέων, Περί Διαιτητικής. Ο Μνησίθεος Αθηναίος του 4ου π.Χ. αιώνος της Δογματικής Σχολής ασχολείται με την ανατομική και τη διαιτητικήν και γράφει «περί κυδωνισμού επιστολής», ήτοι Περί υγιεινής του βίου, Περί εδεστών (εδεσμάτων), από υγιεινής απόψεως. Ο Άκρων από την εποχής του Περικλέους γράφει Περί Διαίτητικής και τριών υγιεινών. Ο Δίφιλος εκ Σίφνου ιατρός Λυσιμάχου Βασιλέως Μακεδονίας Ελλήνων γράφει τον 4ον π.Χ. Περί Διαιτικής με δράσιν φυτικών και ζωικών τροφών επί της πέψεως και των χυμών του σώματος του ανθρώπου. Ο Διοκλής 340-260 π.Χ. εις υγιεινά συγγραφής Περί Διαιτητικής αναφέρεται εκτενώς εις τη Δίαιταν του ανθρώπου. Ο Δίευχης τον 3ον π.Χ. αιώνα ασχολείται, γράφει δια τη Δίαιταν - Διαιτητικήν. Ο Αγαθοκλής είναι επί Αυγούστου και συγγράφει Περί Διαίτης, Περί Δυνάμεως φαρμάκων. Ο Άντιλλος Ιος π.Χ. περιγράφει Περί Διαίτης, Περί Διαιτητικής. Ο Ηρακλείδης ο Ταραντίνος γράφει το Συμπόσιον, Βιβλίον Περί Διαιτητικής. Ο Ρούφος ο Εφέσου Ι-2ος μ.Χ. αιών γράφει Περί Διαίτης (γήρατος, μέλητος, οίνου), ο Ξενοκράτης ο Αφροδίσιος ασχολείται με τη Διαιτητικήν και γράφει Περί της από των ζώων τροφής. Ο Γαληνός Περί Διαίτης, Περί Διαιτητικής. Ο Σωρανός ο Εφέσιος γράφει Περί υγιεινής, Υγιεινόν και η Ιατρική προσφορά του είναι αποδεκτή επί αιώνας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι 14 Έλληνες αυτόχθονες ιατροφιλόσοφοι εκ της Ελλήνων επικρατείας ασχολούνται, γράφουν, καταλείπουν σπουδαία έργα διαίτης και διαιτητικής δια τον άνθρωπον και την υγείαν του.

79. Η ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΝΕΟΓΝΩΝ ΣΤΟ ΚΟΣΜΟ, ΜΙΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΠΡΩΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Γ. Τσουκαλάς[1], Σ. Γιάτσιου[1], Ι. Τσουκαλάς[2]

[1]Νευρολογική Κλινική «Άγιος Γεώργιος», Αλυκές, Βόλος, [2]Ιδιώτης Ιατρός, Χανιά

Το 1933 η τότε Διευθύνουσα Μαία του «Ιδρύματος Μαρίκα Ηλιάδη Δωρεά Έλενας Ε. Βενιζέλου» Χαρά Βογιατζάκη κάνει έγγραφη πρόταση για πρώτη φορά στην Ελλάδα «Περί Διακομιδών Περιγεννητικών Ασθενών». Ένα χρόνο αργότερα, το 1934, η δωρεά ενός ειδικά διαμορφωμένου οχήματος στο νοσοκομείο του Σικάγου των ΗΠΑ, γίνεται η απαρχή για τη δημιουργία του «The Chicago model» μεταφοράς νεογνών. Περνούν όμως αρκετά χρόνια και η πρώτη οργανωμένη διακομιδή νεογνών αποδίδεται τελικά από τη διεθνή βιβλιογραφία στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης, το 1948. Στην Ελλάδα με την πάροδο του χρόνου το «μοντέλο» του «Ιδρύματος Μαρίκα Ηλιάδη» πήρε σάρκα και οστά και μέχρι το 1947 η μεταφορά νεογνών ήταν πραγματικότητα, μάλιστα νωρίτερα από ότι στις ΗΠΑ. Οι Ελληνίδες μαίες, με πρώτη τη Χρυσούλα Μισιρλή-Βατάκογλου του «Ιδρύματος Μαρίκα Ηλιάδη Δωρεά Έλενας Ε. Βενιζέλου» αρχίζουν, σε παγκόσμια πρώτη, την οργανωμένη «Μεταφορά Νεογνών» από τις Μαιευτικές Κλινικές προς το πρώτο οργανωμένο «Τμήμα Προώρων» της χώρας μας, που διέθετε το Ίδρυμα. Η μεταφορά των νεογνών αρχικά γινόταν με ειδικά διαμορφωμένο μισθωμένο όχημα ΤΑΞΥ. Δυστυχώς όμως αυτή τους την πράξη δεν την κατοχύρωσαν, δεν τη δημοσιοποίησαν, δεν υπήρξαν δημοσιογραφικές τυμπανοκρουσίες, αλλά απλά την εκτελούσαν καθημερινά με σεμνότητα. Αντίθετα με τις Αμερικανίδες συναδέλφους τους Μαίες της Νέας Υόρκης, που άρχισαν να κάνουν μεταφορές νεογνών το 1948 και πέρασαν στην ιστορία ως οι πρώτες που το έπραξαν.

80. ΗΛΙΟΔΩΡΟΥ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ (1ος αι. μ.Χ.), ΠΕΡΙ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΣΥΝΔΑΚΤΥΛΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΔΑΚΤΥΛΟΥ ή ΝΕΚΡΩΘΕΝΤΟΣ ΑΚΡΟΥ

Ε. Σταυρουλάκης[1], Δ. Καγιάς[2]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, [2]Παιδοχειρουργική Κλινική, ΓΝ «Έλενα Βενιζέλου»

Ο σπουδαίος ιατρός Ηλιόδωρος, χειρουργός στη Ρώμη κατά τον 1ον αιώνα μ.Χ., στο έργο του *Χειρουργούμενα*, αναφέρεται και στον ακρωτηριασμό επί γαγγραίνης ή νεκρώσεως άνω ή κάτω άκρου. Εφαρμόζει ίσχαιμο περίδεση κεντρικότερα του σημείου ακρωτηριασμού, εκτελεί περίδρομον τομή προς διατομή των μαλακών μορίων και διά σμίλης ολοκληρώνει την παρασκευή και εκτομή τενόντων και μυών. Μετά την πρίση του οστέος, την ολοκλήρωση του ακρωτηριασμού και την αποκατάσταση του χειρουργικού κρημνού, ο Ηλιόδωρος τοποθετεί επ' αυτού το μ*οτόν*, νήματα ή γάζες δηλαδή από λινό προς πλήρωση της τραυματικής κοιλότητας του κολοβώματος. Ο μοτός περιδένεται διά του *μοτοφύλακος* (επιδέσμου) ή διά των *πτυγμάτων* (διπλωμένων λινών γαζών). Επ' αυτών πάλι τοποθετείται σπόγγος και ακολουθεί πιεστική επίδεση. Σε περίπτωση ακρωτηριασμού δακτύλου επί γάγγραινας ή σηπεδόνος, ο Ηλιόδωρος εκτελεί τον ακρωτηριασμόν ή στο ύψος της αρθρώσεως των δύο γειτνιαζόντων *σκυταλίδων* (φαλάγγων) και καυτηριασμό της προσθίας επιφανείας της εναπομεινάσης σκυταλίδος ή η πρίση περιλαμβάνει και τη φάλαγγα προς ευχερή σαρκοπλασία. Ο Ηλιόδωρος εκτελεί επίσης ακρωτηριασμό επί υπεραρίθμου δακτύλου, ως επί εξαδακτυλίας κατά γειτνίαση στον αντίχειρα ή στο μικρό δάκτυλο. Η παραφυομένη δακτυλίς αφαιρείται ευχερώς δι' έλξεως και εκτομής διά σμίλης, όταν εκφύεται εκ του δέρματος ή δι' ακρωτηριασμού και της σκυταλίδος, σε περίπτωση που το δάκτυλο διαθέτει και φάλαγγα. Έπειτα λειοποιείται διά ξυστήρος η γειτονική φάλαγγα, κατασπάται ο δερματικός κρημνός και ράβεται πάνω της ως τελικό κολόβωμα. Επί συνδακτυλίας ο Ηλιόδωρος παρεμβαίνει δι' *απλοτομίας* προς διαχωρισμό των δακτύλων, τέμνοντας δι' απλής τομής τη μεσοδακτύλιο σαρκώδη μάζα. Έπειτα κάθε διαχωρισθείς δάκτυλος καλύπτεται διά μοτού στηριζομένου διά μοτοφύλακος και εξωτερικού επιδέσμου, ενώ σε τακτά διαστήματα γίνονται αλλαγές, χορηγουμένης και τοπικής αγωγής προς επούλωση του τραύματος.

81. ΕΛΛΗΝΕΣ ΓΗΓΕΝΕΙΣ ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΙ

Α. Πάσχος, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης είναι η ανάδειξις των αρχαίων γηγενών Ελλήνων Οφθαλμιάτρων.
ΥΛΙΚΟΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: ή Ελλήνων γηγενών αρχαία Γραμματεία και η αναδίφησης προς ανάδειξη των Ελλήνων Οφθαλμιάτρων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι Έλληνες γηγενείς αρχαίοι Οφθαλμίατροι εξ απάσης της Ελλήνων επικρατείας και τα έργα τους είναι: ο Δημοσθένης ο Φιλαλήθης πρίφημος ιατρός οφθαλμών της Σχολής Νροφίλου με έργον Οφθαλμός ή Παρί οφθαλμικών παθήσεων με κάλλιστον οφθαλμικόν σύγγραμμα. Ο Δίδυμων Οφθαλμίατρος του 4ου π.Χ. αιώνα, δια τον οποιονό Διογένης ο Κυνικός έφη ευφυώς «όρα μη μη την κόρη φθείρη» τον οφθαλμόν παρθένου ιατρεύων». Ο Χρύσιππος τον 3ον π.Χ. αιώνα καταλείπει το έργον Περί οφθαλμών «παθήσεων». Ο Διαγόρας Έλλην γηγενείς Κύπρου Ελλήνων επιφανής οφθαλμίατρος του 3ου π.Χ. αιώνος και γνώστης παθήσεων ωτών. Ο Νειλιεύς ή Νηλιεύς τον 2ον π.Χ. αιώνα συνθέτει κολλύριον οφθαλμών. Ο Ζωίλος παρασκευάζει τον 1ον μ.Χ. αιώνα αλοιφάς οφθαλμικών παθήσεων και το περίφημον Κολλύριον Nardinum. Ο Σεβήρος Έλληνα ιατοφιλόσοφος οθφαλμίατρος διακρίνεται εις τας οθφαλμικάς παθήσεις τον 1ον μ.Χ. αιώνα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι 8 Έλληνες γηγενείς αρχαίοι Οφθαλμίατροι από τον 4ο π.Χ. αιώνα έως τον 1ον μ.Χ. αιώνα είναι διάσημοι εξ όλης της Ελλήνων επικρατείας και διακρίνονται εις τας οφθαλμικάς παθήσεις παρασκευάζουν δε αλλοιφάς κολλύρια και καταλείπουν τινές σπουδαία έργα Οφθαλμολογίας.

82. Ο ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ ΚΤΗΝΙΑΤΡΟΣ LUIGI ΜΕΤΑΧΑ (1778-1842), ΕΝΑΣ ΜΕΓΑΛΟΣ ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΙΟΛΟΓΙΑΣ

Μ. Καραμάνου, Κ. Γκρίτζαλης, Γ. Τσουκαλάς, Φ. Μαρινέλη, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Ο Luigi Metaxa γεννήθηκε στη Ρώμη. Ο πατέρας του Δημήτριος, κόμης Μεταξάς ήταν δικηγόρος και καταγόταν από την Κεφαλονιά, ενώ η μητέρα του Maria Ray ήταν Ιταλίδα. Ο Luigi σπούδασε αρχικά στη Νομική Σχολή του Πανεπιστημίου της Ρώμης και το 1798, εξαιτίας της εισβολής των στρατευμάτων του Ναπολέοντος στην Ιταλία, αναγκάστηκε να καταφύγει στην Ελλάδα. Λίγο αργότερα, επέστρεψε στη Ρώμη και στράφηκε προς την ιατρική. Μετά την αποφοίτηση του από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Ρώμης διορίστηκε στο Νοσοκομείο San Spirito. Ταυτόχρονα ασχολήθηκε με την κτηνιατρική και υποστήριξε ένθερμα τη δημιουργία κτηνιατρικής σχολής στα Πατικά Κράτη. Το 1810, εξελέγη καθηγητής κτηνιατρικής και ζωολογίας στο Πανεπιστήμιο της Ρώμης, ενώ παράλληλα του ανατέθηκε η διδασκαλία της ιατροδικαστικής. Απεβίωσε στη Ρώμη, στις 24 Νοεμβρίου του 1842. Το επιστημονικό του έργο περιλαμβάνει πολυάριθμα βιβλία και άρθρα, μεταξύ των οποίων τα: *Δοκίμιο παθολογοανατομικής κτηνιατρικής, Περί των λοιμωδών και μη λοιμωδών νοσημάτων που προσβάλλουν τα κατοικίδια* κ.α. Από τα πλέον σημαντικά θεωρείται το σύγγραμμα του με τίτλο *Περί Άνθρακος, Λοιμώξεων και Διαλειπόντων πυρετών*. Στο εν λόγω σύγγραμμα ο Metaxa πραγματεύεται διεξοδικά τη νόσο του άνθρακα, τη χολέρα και τα αίτια των διαλειπόντων πυρετών. Παραθέτει λεπτομερή περιγραφή της συμπτωματολογίας τους, προτείνει μέτρα αντιμετώπισης κάνοντας ιδιαίτερη αναφορά στην κινίνη, ενώ εσφαλμένα συνδέει την αιτιολογία των λοιμωδών νοσημάτων με τη θεωρία των μιασμάτων. Αν και το έργο του Metaxa αντανακλά τις γνώσεις και τις απόψεις των ιατρών της εποχής του για τα λοιμώδη νοσήματα, θεωρείται το πρώτο σύγγραμμα που συνδέει τα νοσήματα των ανθρώπων με εκείνα των ζώων, εγκαινιάζοντας την εποχή της συγκριτικής παθολογίας, που έμελλε να εισάγει λίγο αργότερα ο θεμελιωτής της νεφρολογίας Pierre-François-Olive Rayer (1793-1867) στη Γαλλία.

83. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΚΑΛΥΨΗΣ ΤΗΣ ΑΣΗΨΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ IGNAZ SEMMELWEIS (1818-1865)

Ε. Κουτσοστάθης[1], Φ. Μαρινέλη[2], Μ. Καραμάνου[2], Α. Μαρινέλης[2], Γ. Ανδρούτσος[2]

[1]Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα, [2]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Το αξιομνημόνευτο έργο του Ignaz Semmelweis έχει αναγνωριστεί παγκοσμίως. Ο Semmelweis γεννήθηκε το 1818 στη Βουδαπέστη. Στο σπίτι του σήμερα φιλοξενείται το Μουσείο Ιστορίας της Ιατρικής που φέρει το όνομά του. Δάσκαλοι του υπήρξαν σπουδαίοι επιστήμονες της εποχής, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται οι Joseph Skoda (1805-1881) και Carl von Rokitansky (1804-1878). Μετά το πέρας των σπουδών του, εργάστηκε στη Μαιευτική Κλινική του καθηγητή γυναικολογίας Klein, γεγονός που έμελλε να σημαδέψει τη σταδιοδρομία του. Η Μαιευτική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου της Βιέννης άνοιξε τις πόρτες της το 1784, ενώ αργότερα χωρίστηκε σε δύο βασικά τμήματα. Το πρώτο ήταν πανεπιστημιακό και εκπαίδευε φοιτητές ιατρικής και το δεύτερο ήταν κρατικό και προοριζόταν για την εκπαίδευση των μαιών. Το μυστήριο που βασάνιζε την κοινωνία της Βιέννης εκείνη την εποχή ήταν το δραματικό ποσοστό θνητότητας που καταγραφόταν στις λεχώνες, οι οποίες νοσηλεύονταν στο πρώτο τμήμα της Κλινικής. Ο Semmelweis, με τη μεθοδικότητα και την εργατικότητα που τον χαρακτήριζε, κατόρθωσε να λύσει αυτό το μυστήριο, να ανακαλύψει την αιτία του επιλόχειου πυρετού και κυρίως να επιβάλει εκείνα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης και πρόληψης, σώζοντας εκατομμύρια νέες μητέρες από βέβαιο θάνατο. Μετά από σκληρή πολεμική και κριτική που υπέστη για την ανακάλυψη του, κατέφυγε στη Βουδαπέστη, όπου συνέχισε τις έρευνες του. Και εκεί όμως συνάντησε την ίδια πολεμική και παραφρόνησε, αποκληθείς «ο τρελός της Βουδαπέστης». Ειρωνεία της τύχης αποτελεί το γεγονός ότι και ο ίδιος πέθανε από το ίδιο αίτιο (λοίμωξη από αιμολυτικό στρεπτόκοκκο) μετά από επιμόλυνση του χεριού του. Θεωρείται ως ο πατέρας της ασηψίας και επονομάστηκε «σωτήρας των μητέρων».

84. ΣΥΜΕΩΝ Ο ΣΗΘ, ΔΑΜΝΑΣΤΗΣ ΚΑΙ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΕΠΙΣΚΟΠΟΣ ΠΡΥΣΔΡΙΑΝΩΝ: ΤΡΕΙΣ ΠΑΡΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟΙ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΒΥΖΑΝΤΙΟΥ ΜΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

Γ. Τσουκαλάς[1], Μ. Καραμάνου[1], Κ. Λάιος[1], Μ. Σγάντζος[2,3], Γ. Ανδρούτσος[1]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [2]Ιστορία της Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, [3]Εργαστήριο Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Στο έργο των βυζαντινών ιατρών-συγγραφέων ανευρίσκονται ελάχιστα αξιόλογα στοιχεία σχετικά με την παιδιατρική. Οι θεραπευτές της εποχής αγνοούν τις λειτουργίες του παιδικού οργανισμού και στις περισσότερες περιπτώσεις χορηγούν μια ποικιλία αναποτελεσματικών φυτικών σκευασμάτων, αλλά και φυλακτών. Ο Συμεών ο Σηθ, γιος γιατρού, έζησε τον ΙΑ΄ αιώνα. Ήταν «μάγιστρος» ή «πρωτοβέσταρχος» (πολιτικός άρχοντας), ιατρός και φιλόσοφος στην Αντιόχεια. Σταδιοδρόμησε στην Κωνσταντινούπολη, στην αυλή του Μιχαήλ Ζ΄ του Δούκα (1071-1078). Ο Συμεών για τη θεραπεία της παρωτίτιδας στα παιδιά συνιστά τα ρεβίθια. Για την παιδική φθειρίαση προτείνει «ξυλαόλη» ή «ινδική», η οποία παρεμποδίζει τη γένεση της ψείρας γιατί είναι καυστική. Επί παιδικής ανορεξίας χορηγεί δυόσμο, ενώ στην περίπτωση εξανθημάτων εφαρμόζει «άλειψιν διά του ίων αποζέματος», φάρμακο που χορηγεί και σε παιδιά με «κυνάγχες». Σε περίπτωση ωτίτιδας λόγω ψύχους προτείνει «χυλό από κολοκύθα με ροδόσταμο». Όσον αφορά στην παιδική επιληψία προτείνει «αφέψημα μενεξέδων». Ο Δαμνάστης έζησε τον ΙΑ΄ αιώνα μ.Χ. Μεταξύ των άλλων ασχολήθηκε με το να παρέχει θεραπευτικές οδηγίες για τα προβλήματα της βρεφικής και παιδικής ηλικίας και ερεύνησε μαιευτικά και γυναικολογικά θέματα. Στη Λαυρεντιανή Βιβλιοθήκη της Φλωρεντίας διασώζεται ένα μικρό τμήμα του έργου του «Δαμναστού έκ τού Περί κυουσών καί βρεφών θεραπείας», όπου σε μορφή ημερολογίου παρατίθεται η ανάπτυξη του εμβρύου. Ο Δαμνάστης δεν προχωρεί σε διαχωρισμό φύλου για την ανάπτυξη του εμβρύου, ενώ θεωρεί πως τα έμβρυα μόλις εισέλθουν στον 8ο μήνα κύησης, είναι ικανά να επιζήσουν της γέννας. Το αξιοσημείωτο είναι πως κάνει υπολογισμούς για κύηση 10 μηνών, κάτι που είναι μοναδικό στη διασωζόμενη βιβλιογραφία της αρχαιότητας. Ο Ιωάννης, Επίσκοπος Πρυσδριανών, έζησε τον ΙΒ΄ αιώνα και μεταξύ άλλων μελέτησε το νεανικό διαβήτη, την έννοια της υπογλυκαιμίας, τις παθήσεις του εντέρου, των νεφρών, προχώρησε σε μελέτες εξάγοντας διαγνωστικά συμπεράσματα από την εξέταση ούρων και κοπράνων. Ιδιαίτερα, αναφέρθηκε σε μέθοδο διαγνώσεως του καρκίνου εκ της εξετάσεως των ούρων, όπως και του παιδικού διαβήτη.

85. Η ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ THOMAS WILLIS (1622-1675)

Α. Μαρινέλης[1], Φ. Μαρινέλη[1], Ε. Κουτσοστάθης[2], Κ. Λάϊος[1], Γ. Τσουκαλάς[1], Γ. Ανδρούτσος[1]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, [2]Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

Ο Thomas Willis γεννήθηκε στο Bedwin της Μεγάλης Βρετανίας. Το 1646, ολοκλήρωσε τις σπουδές του στην Ιατρική, την οποία στην πορεία άσκησε στην Οξφόρδη. Το έργο του πάνω στην ανατομία του νευρικού συστήματος και ιδίως του εγκεφάλου έχει μείνει στην ιστορία και το όνομά του έχει συνδεθεί με την εγκεφαλική κυκλοφορία («κύκλος του Willis»). Το σημαντικότερο έργο του, με τίτλο *De Anima Brutorum,* το οποίο δημοσιεύτηκε το 1672, θεωρείται ως η πρώτη ολοκληρωμένη πραγματεία νευροψυχιατρικής. Στο κεφάλαιο IX (de Paralysi, p.278-307) του συγκεκριμένου έργου, στο οποίο αναφέρει όλους τους τύπους παράλυσης, προβαίνει στην πρώτη περιγραφή μυασθένειας. Σύμφωνα με τον Willis, η παράλυση χαρακτηρίζεται από δύο βασικούς τύπους και πρέπει να διακρίνεται από τις περιπτώσεις «ψευδοπαραλύσεων», στις οποίες τοποθετεί και τις μυασθένειες. Συγκεκριμένα, αναφέρει πως σε αυτές τις περιπτώσεις παρατηρείται έντονη αδυναμία, διαταραχή στις κινήσεις που φθάνει μέχρι την παντελή κατάργηση τους. Μεταξύ των ψευδοπαραλύσεων ο συγγραφέας διακρίνει αυτές που οφείλονται σε προχωρημένη ηλικία ή σε καχεξία, αυτές που εμφανίζονται σε ασθενείς με σκορβούτο και τέλος αυτές που παρουσιάζονται κατά την ανάρρωση ενός ασθενούς. Ο Willis περιγράφει αναλυτικά όλα τα πιθανά αίτια ψευδοπαραλύσεων ή μυασθενειών καθώς και την παθογένειά τους, βασιζόμενος στις θεωρίες του René Descartes (1596-1650). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι ο Willis ήταν ο πρώτος που διαχώρισε τη γλυκοζουρία του σακχαρώδους διαβήτη από τις άλλες αιτίες πολυουρίας. Πέθανε στο Λονδίνο το 1675, αφήνοντας πίσω του σπουδαίο έργο. Ο Willis υπήρξε κορυφαίος ανατόμος και μεγάλος πρόδρομος της νευρολογίας και της ψυχιατρικής.

86. ΤΟ «ΝΕΡΟ ΤΗΣ ΒΑΣΙΛΙΣΣΑΣ ΤΗΣ ΟΥΓΓΑΡΙΑΣ»: ΘΑΥΜΑΤΟΥΡΓΟ Ή ΕΙΚΟΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ;

Μ. Καραμάνου[1], Γ. Τσουκαλάς[1], Κ. Γκρίτζαλης[1], Μ. Σγάντζος[2,3], Γ. Ανδρούτσος[1]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [2]Ιστορία της Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, [3]Εργαστήριο Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Στα μέσα του 17ου αιώνα εμφανίστηκε στις ευρωπαϊκές φαρμακοποιίες, φάρμακο με την ονομασία «το νερό της βασίλισσας της Ουγγαρίας», το οποίο γρήγορα έγινε δημοφιλές για τις θεραπευτικές του ιδιότητες. Ο ελβετός ιατρός και βοτανολόγος, καθηγητής στην Ιατρική Σχολή της Πάδοβα, Jean Prévost (1585 -1631) παρουσίασε στο σύγγραμμα του *Selectioraremediamultipliciusucomprobata* το χρονικό της ανακάλυψης του φαρμάκου επικαλούμενος στοιχεία που βρήκε σε βιβλίο του κυπριακής καταγωγής ιατρού Francesco Podocatharo. Όπως προκύπτει από αυτό, η Βασίλισσα της Ουγγαρίας Ελισάβετ σε ηλικία 72 ετών, πάσχουσα από ουρική αρθρίτιδα, προμηθεύτηκε από ένα μοναχό ένα ελιξίριο που λάμβανε καθημερινά. Ένα χρόνο αργότερα, όχι μόνο είχε θεραπευτεί από τη νόσο της, αλλά απέκτησε τόσο όμορφο και νεανικό δέρμα, που ο βασιλιάς της Πολωνίας της έκανε πρόταση γάμου. Σύμφωνα με τον Prévost, η ίδια η Βασίλισσα παρέθεσε την πρωτότυπη συνταγή του ελιξιρίου, που απετελείτο κυρίως από «aqua vitae» (αποσταγμένο νερό) και δεντρολίβανο. Παρά τη διαμάχη των ιστορικών για την Ελισάβετ του ελιξιρίου, επρόκειτο για τη Βασίλισσα Ελισάβετ της Ουγγαρίας γνωστή και ως Αγία Ελισάβετ της Ουγγαρίας (1207-1231) ή για την πριγκίπισσα Ελισάβετ της Πολωνίας και μετέπειτα Βασίλισσα της Ουγγαρίας (1306-1381). Το ονομαζόμενο «νερό της βασίλισσας της Ουγγαρίας» θεωρήθηκε πανάκεια για περισσότερο από τέσσερεις αιώνες. Λαμβανόταν είτε εσωτερικά ως αφέψημα, είτε εξωτερικά υπό τη μορφή λοσιόν και θεωρείτο ότι είχε αναζωογονητικές ιδιότητες. Μεταξύ των άλλων, επανέφερε τη χαμένη νεότητα, όξυνε το πνεύμα, δρούσε ευεργετικά στα νευρολογικά νοσήματα, αποκαθιστούσε τη χαμένη όραση, θεράπευε τις πεπτικές διαταραχές, τα ρευματικά νοσήματα, τον ίκτερο κ.ά. Ο διάσημος φαρμακοποιός Nicaise Le Febure (1615 - 1669) περιέγραψε μεταξύ άλλων την ίαση μιας νεαρής που υπέστη σοβαρή εγκεφαλική διάσειση και ανάρρωσε τάχιστα χάρη στη χορήγηση του ελιξιρίου. Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο Διονύσιος Πύρρος ο Θετταλός (1774/7-1853,) αναφέρει τη συνταγή του περίφημου «νερού» στην πρώτη Ελληνική φαρμακοποιία, που εκδόθηκε το 1818 στην Κωνσταντινούπολη. Ωστόσο, με το πέρασμα των αιώνων, την εξέλιξη της χημείας και της φαρμακολογίας κατά τον 19ο και 20ο αιώνα «το νερό της βασίλισσας της Ουγγαρίας» περιέπεσε σε αχρηστία και λησμονήθηκε.

87. Ο ΑΓΝΩΣΤΟΣ ΕΛΛΗΝΑΣ ΙΑΤΡΟΣ ΜΑΝΤΕΙΑΣ (3ος αι. π.Χ.)

Ε. Σταυρουλάκης[1,2], Σ. Σπυράκος[2], Μ. Γιοβάνη[2], Κ. Γεσάκης[2], Δ. Καγιάς[2]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, [2]Παιδοχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Έλενα Βενιζέλου»

Ο αρχαίος Έλληνας ιατρός Μαντείας ή Μαντίας έζησε τον 3ον αιώνα π.Χ. και υπήρξε ακόλουθος του ιατρού Ηροφίλου, φέροντας ως εκ τούτου τον προσδιορισμό Μαντείας ο Ηροφίλειος. Διετέλεσε διδάσκαλος του ιατρού Ηρακλείδη από τον Τάραντα, μετά του οποίου ανέπτυξε δραστηριότητα στην Ιατρική και τη Φαρμακοποιΐα, θεωρουμένων αμφοτέρων.. *ου των τυχόντων ιατρών..* από το Γαληνό. Θεωρείται ο πρώτος, ο οποίος συνέγραψε βιβλίο Φαρμακολογίας, περιέχον.. *φαρμάκων συνθέσεις παμπόλλων αξίων επαίνου..* ως ελέχθη. Το έργο του ωστόσο απωλέσθη και μόνο κάποιοι τίτλοι διεσώθησαν, μετά των σχετικών, στο περιεχόμενό τους, αναφορών. Ο Γαληνός αναφερόμενος στο δικό του έργο, *Περί συνθέσεως φαρμάκων*, δήλωσε ρητά, ότι θα συμπεριλάβει σ' αυτό μόνο φάρμακα αρίστων ιατρών, που καθιερώθηκαν διαχρονικά για την ιαματική τους αξία, αναφερόμενος στα σκευάσματα, του ..*επί των φαρμάκων αρίστην έχοντος γνώσιν*.. Μαντεία. Η δήλωση αυτή του Γαληνού, έγινε τετρακόσια περίπου χρόνια μετά το θάνατο του Μαντία. Ο αξιόλογος ιατρός έκανε χρήση όλων των μεθόδων φαρμακοθεραπείας, με προποτισμούς, κλυσμούς, έμπλαστρα και τροχίσκους. Ευρέως διαδεδομένη υπήρξε η θεραπευτική του σύνθεση ονόματι *Απταλική*, για νόσους του στομάχου, της χολής και άλλων κοιλιακών οργάνων. Ευρεία εφαρμογή είχε από τους ιατρούς της αρχαιότητας και η *Ιώδης έμπλαστρος Μαντίου,* σε δυσεπούλωτα έλκη, τραύματα, κακοήθεις εκβλαστήσεις, έρπητες, σαπρούς όνυχας και βεβρωμένους οδόντας. Υπήρξε οπαδός της φλεβοτομίας, την οποία θεωρούσε σπουδαία παρέμβαση ιατρικής βοήθειας, όπως και άλλοι επώνυμοι ιατροί, ως ο Αθήναιος, ο Αγαθίνος και ο Αρχιγένης. Συν τοις άλλοις, είχε αναπτύξει και μια σειρά επιδέσμων για τραύματα της κεφαλής όπου ελαμβάνετο υπ' όψιν η πίεση και ο τρόπος περίδεσης και η συμμετοχή ή μη σ' αυτήν των οφθαλμών. Γράφοντας ο Γαληνός το υπόμνημά του στο σπουδαίο έργο του Ιπποκράτη, *Κατ' Ιητρείον*, συνέκρινε την ενέργεια αυτή, με την αντίστοιχη άλλων ιατρών να γράψουν υπομνήματα στο σπουδαίο έργο του Μαντίου.

88. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

89. Ο ΑΓΝΩΣΤΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΔΙΦΙΛΟΣ Ο ΣΙΦΝΙΟΣ (3ος αι. π.Χ.)

Ε. Σταυρουλάκης[1,2]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, [2]Παιδοχειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου «Έλενα Βενιζέλου»

Ο αρχαίος Έλληνας ιατρός Δίφιλος (φίλος του Διός) από τη Σίφνο, έζησε τον 3ον αιώνα π.Χ. και ήταν σύγχρονος του Λυσιμάχου, βασιλέως της Θράκης. Συνέγραψε το εκτενές πόνημα *Περί προσφερομένων τοις Νοσούσι και τοις Υγιαίνουσι,* το οποίο απωλέσθη και μόνο λείψανά του διεσώθησαν, παρέχοντας πληροφορίες για την ιατρική παιδεία και δραστηριότητα του ιατρού. Ο τίτλος του έργου του παραπέμπει σε επισημάνσεις διατροφικών οδηγιών σε υγιείς, αλλά και θεραπευτικών ομοίων μέσω διατροφικών ουσιών και ουσιών της φύσεως. Ο Δίφιλος επί παραδείγματι, δέχεται το ρητινώδες των κωνοφόρων ως *λεαντικό των αρτηριών,* τη μαλάχη *επιτήδειον τοις των νεφρών και της κύστεως ερεθισμοίς,* τον ασπάραγγον ως *ευστόμαχον και ευεκκριτικόν,* τους βολβούς *διεγερτικούς αφροδισίων,* τη θρίδακα ως υπναγωγόν, τον κύαμον θρεπτικόν, την ακαλήφη κατέχουσα ευκοίλιες και διουρητικές ιδιότητες, τα σύκα ευστόμαχα. Ένας άλλος Δίφιλος από τη Λαοδίκεια της Φρυγίας που πιθανότατα τοποθετείται χρονικά μεταξύ 2ου π.Χ. και 3ου μ.Χ. αιώνα, συνέγραψε *Σχόλια* στο έργο του Νικάνδρου, *Θηριακά*.

90. ΒΙΟΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΟΣ ΙΑΤΡΟΥ ΜΕΝΕΚΡΑΤΟΥΣ ΤΟΥ ΣΥΡΑΚΟΥΣΙΟΥ (4ος αι. π.Χ.)

Ε. Σταυρουλάκης, Μ. Καραμάνου, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο Έλληνας ιατρός Μενεκράτης (4ος αι. π.Χ.) γεννήθηκε στις Συρακούσες, έζησε όμως και δραστηριοποιήθηκε στην Ελλάδα, επί βασιλείας Φιλίππου του Μακεδόνος (359-336 π.Χ.).
Η πιθανόν αρχική επιτυχής ιατρική του δραστηριότητα, μετέτρεψε τον ιατρό σ' έναν υπερφίαλο, εγωπαθή και καταγέλαστο άνθρωπο, αφού περιεφέρετο με κόκκινη χλαμύδα, χρυσόν στέφανον επί της κεφαλής και σκήπτρο ανά χείρας, ονομάζοντας εαυτόν Δία και τους θεραπευθέντες ασθενείς του, θεούς, αναγκάζοντάς τους να τον ακολουθούν ως δούλοι. «Χαίρε Φίλιππε από μένα το Μενεκράτη τον Δία» αναφέρεται σε κάποια επιστολή του στο βασιλέα.
«Μενεκράτη υγίαινε και επ' αυτού σε συμβουλεύω να επισκεφθής την Αντίκυρα» υπήρξε η απάντηση του Φιλίππου, θεωρώντας τον ιατρό παράφρονα. Κατά την αρχαιότητα στην Αντίκυρα εφύετο σε μεγάλες ποσότητες ο ελλέβορος, γνωστός στη θεραπεία καταστάσεων μανίας και παραφροσύνης. Άλλοτε προσκεκλημένος ο Μενεκράτης σε μεγαλοπρεπές γεύμα πάλι από τον Φίλιππο, αντί να συνεστιάζεται μετά των άλλων συμποσιαστών, αυτός και οι «θεοί του» ξαπλωμένοι σε ανάκλιντρα, εδέχοντο ως θεοί όχι το γεύμα των παρευρισκομένων θνητών, αλλά θυμίαμα με λιβανωτό από μικρά παιδάκια και άλλες τιμές θεών. Μη υποφέροντες όμως την αυξανόμενη πείνα και εγερθέντες της κλίνης εγκατέλειψαν καταγέλαστοι την ομήγυρη και υβρίζοντες τον Φίλιππο, ο οποίος δια του τεχνάσματος αυτού απεκάλυψε την απόλυτή τους θνητότητα. Ο Μενεκράτης δεν άφησε κανένα ιατρικό έργο ή λείψανα αυτού ή έστω αναφορές άλλων ιατρών στο έργο του.

91. ΤΡΕΙΣ ΑΓΝΩΣΤΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΤΗΣ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑΣ: ΑΡΤΕΜΙΔΩΡΟΣ Ο ΣΙΔΗΤΗΣ (μεταξύ 3ου αι. π.Χ. & 2ου αι. μ.Χ.), ΑΡΤΕΜΙΔΩΡΟΣ Ο ΠΕΡΓΑΙΟΣ ή ΚΟΡΝΗΛΙΟΣ (1ος αι. μ.Χ.), ΑΡΤΕΜΙΔΩΡΟΣ Ο ΚΑΠΙΤΩΝ (2ος αι. μ.Χ.)

Ε. Σταυρουλάκης, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο Έλληνας ιατρός Αρτεμίδωρος ο Σιδήτης (μεταξύ 3ου αι. π.Χ. και 2ου αι. μ.Χ.) εγενήθη στη Σίδη της Παμφυλίας και υπήρξε οπαδός της Σχολής του Ερασιστράτου. Εφήρμοσε το θεραπευτικό τροχίσκο για τα εκφύματα φλυκταινώδους δερματοπάθειας του προσώπου και προς επούλωση των χειλοειδών από δυσεπούλωτα συρραφέντα θλαστικά τραύματα. Πρέσβευε ότι τόπος εδράσεως της υδροφοβίας είναι ο στόμαχος. Ο ιατρός Αρτεμίδωρος ο Περγαίος (1ος αι. μ.Χ.) εγενήθη στην Πέργη της Παμφυλίας ή στην Πέργαμο της Μυσίας κατά τον Κικέρωνα. Το φάρμακό του, *άκοπον δι' ευφορβίου,* που μνημονεύεται από τον Νικόλαο Μυρεψό, χρησιμοποιούσε και ο Γαληνός, με το όνομα *άκοπον βαρβαρικόν δι' ευφορβίου.* Εχορηγείτοσε χρόνιες ισχιαλγίες και βαριάς μορφής νευροπάθειες. Ήταν αλοιφή συνθέσεως οποπάνακος, ευφορβίου, λιμνηστρίδος κ.α. Ο ιατρός υπήρξε συνειδησιακά αργυρώνυτος, διεφθαρμένος και αδίστακτος. Μαζί με τον έπαρχο της Κιλικίας Verres κατεσύλησαν το ναό της Περγαίας Αρτέμιδος στη γενέτειρά του Πέργη. Όταν δε ο Verres αργότερα, ως κυβερνήτης της Σικελίας λήστευε τους θησαυρούς της και έγινε προαγωγός της πορνείας, εκδιδόμενος και ο ίδιος, ο ιατρός Αρτεμίδωρος προήχθη υπ' αυτού σε δικαστή αστικού δικαίου σε δίκες νυμφομανίας και άλλες συναφείς. Κατά μίαν εκδοχήν ο Αρτεμίδωρος υπήρξε σκλάβος, απελευθερωθείς δε από τον κυβερνήτη της Κιλικίας και κύριόν του Gnaeus Cornelius Dolabela, έλαβε και το όνομά του Κορνήλιος. Ο Κικέρων στα πολέμια κείμενά του κατά του Verres, άλλοτε ονομάζει τον Έλληνα ιατρό Cornelius medicus, άλλοτε Artemidorus Pergaeus και άλλοτε Artemidorus Cornelius. Ο ιατρός Αρτεμίδωρος ο Καπίτων (2ος αι. μ.Χ.), ως Γραμματικός στη Ρώμη επί αυτοκράτορος Αδριανού, εξέδωσε και τα έργα του Ιπποκράτους. Υπήρξε συγγενής του Πεδάνιου Διοσκουρίδη, που και αυτός είχε εκδώσει τα ιπποκρατικά έργα. Στη διαμάχη κάποιων ιατρών περί της αυθεντικότητας του, *Περί χυμών*, έργου του Ιπποκράτους, ο Αρτεμίδωρος δεν το ανεγνώρισε ως ιπποκρατικό. Ο ίδιος ενετρύφησε περισσότερο στις παθήσεις των οφθαλμών, το δε σκεύασμά του, *Καπίτωνος Καδμεία*, εύρισκε εφαρμογή σε περιπτώσεις ξηροφθαλμίας, «καθύγρων οφθαλμών, «περιβεβρωμένων κανθών» και «συκωδών βλεφάρων». Το άλλο του σκεύασμα *Οφθαλμικός αιματίτης Καπίτωνος*, εχορηγήτο προς τα «ψυριώντα βλέφαρα».

92. Ο JOSEPH-FRANÇOIS-FÉLIX BABINSKI (1857-1932) ΚΑΙ Η ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΟΜΩΝΥΜΟΥ ΣΗΜΕΙΟΥ

Ε. Κουτσοστάθης[1], Α. Μαρινέλης[2], Φ. Μαρινέλη[2], Κ. Λάϊος[2], Γ. Τσουκαλάς[2], Μ. Καραμάνου[2], Γ. Ανδρούτσος[2]

[1]Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο Joseph-François-Félix Babinski γεννήθηκε στο Παρίσι. Υπήρξε μαθητής του πατέρα της νευρολογίας γάλλου νευρολόγου Jean-Martin Charcot (1825-1893) στο Νοσοκομείο της Salpêtrière. Το 1896, σε μια συνάντηση της Γαλλικής Εταιρείας Βιολογίας, περιέγραψε το περίφημο «φαινόμενο των μεγάλων δακτύλων» («phenomène des orteils»), στα πλαίσια της ομιλίας του με τίτλο *Επί του πελματιαίου δερματικού αντανακλαστικού που εκλύεται σε συγκεκριμένες οργανικές παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος*. Συγκεκριμένα, περιέγραψε μια διαταραχή του πελματιαίου αντανακλαστικού κατά την οποία παρατηρείται έκταση του μεγάλου δακτύλου με ή χωρίς απαγωγή των υπολοίπων δίκην ριπιδίου μετά από ερεθισμό του έξω χείλους του πέλματος. Δύο χρόνια αργότερα, περιέγραψε το ίδιο σημείο σε ασθενείς με ημιπληγία, επιληψία Jackson, εγκεφαλίτιδα και δηλητηρίαση από στρυχνίνη. Με την πάροδο του χρόνου, ο Babinski άρχισε να περιγράφει με περισσότερες λεπτομέρειες το σημείο που προς τιμή του έλαβε το όνομά του καθώς και τις ασθένειες στις οποίες εμφανίζεται. Ο ίδιος το είχε ονομάσει «σημείο του ριπιδίου» («signe de l' éventail») και τόνιζε ότι βασικά εκλύεται σε βλάβες του πυραμιδικού συστήματος. Όμως, ο Babinski έμεινε στην ιστορία και για την περιγραφή ποικίλων άλλων νοσολογικών καταστάσεων όπως το «σύνδρομο της λιπογεννητικής δυστροφίας» (συνδυασμός παχυσαρκίας και ατροφίας των όρχεων), το «σύνδρομο των Babinski-Froment» (μια μορφή αγγειοκινητικής τροφικής διαταραχής των μυών) καθώς και για δοκιμασίες όπως «η δοκιμασία Babinski-Weil». Ο Babinski τα τελευταία χρόνια της ζωής του προσεβλήθη από τη νόσο του Parkinson και πέθανε το 1932 στο Παρίσι. Υπήρξε ένας από τους στενότερους συνεργάτες του θεμελιωτή της νευρολογίας Charcot και θεωρείται ως ένας εκ των κορυφαίων νευρολόγων του τέλους του 19ου αιώνα και των αρχών του 20 αιώνα.

93. Ο CHARLES J. FINLAY (1833-1915) ΚΑΙ Η ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΚΙΤΡΙΝΟΥ ΠΥΡΕΤΟΥ

Φ. Μαρινέλη[1], Ε. Κουτσοστάθης[2], Α. Μαρινέλης[1], Μ. Καραμάνου[1], Γ. Ανδρούτσος[1]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, [2]Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

Ο κίτρινος πυρετός είναι ιογενής λοίμωξη που προκαλείται από τον ιό του κίτρινου πυρετού (γένος Flavivirus). Σήμερα γνωρίζουμε ότι το μέσο μετάδοσης είναι το κουνούπι και κυρίως τα γένη *Stegomyiafasciata* ή *aedesaegypti*. Ο ιός ενδημεί κυρίως σε χώρες της Αφρικής και της Νοτίου Αμερικής. Καταλυτικό ρόλο στην ανακάλυψη του τρόπου μετάδοσης της νόσου έπαιξε ο ιατρός Charles J. Finlay, ο οποίος γεννήθηκε στην πόλη Camagüey της Κούβας, σπούδασε ιατρική στη Φιλαδέλφεια και μετεκπαιδεύτηκε στο Παρίσι. Εκείνη την περίοδο ο κίτρινος πυρετός αποτελούσε τρομερή μάστιγα χωρίς όμως να είναι γνωστό το αίτιο. Ο Finlay, λοιπόν, άρχισε τις έρευνές του πάνω στην ανακάλυψη του αιτίου ξεκινώντας από τη μελέτη του τρόπου μετάδοσης της. Αρχικά αναζήτησε το μεταδοτικό μέσο στην τάξη των εντόμων, και συγκεκριμένα στα κουνούπια. Την περίοδο που μελετούσε τα κουνούπια ξέσπασε μια μεγάλη επιδημία στην Κούβα, γεγονός που τον βοήθησε στη μελέτη του. Εν τέλει, ο Finlay απέδειξε ότι η μετάδοση του κίτρινου πυρετού γίνεται μέσω του κουνουπιού. Επί 20 χρόνια συνέχισε τις μελέτες του επιτυγχάνοντας πειραματικά την ανοσοποίηση ατόμων έναντι της νόσου, ενώ έθεσε και τους απαραίτητους υγειονομικούς κανόνες με σκοπό την εξάλειψη και πρόληψη του κίτρινου πυρετού. Για την ιστορική αλήθεια, ο πρώτος ο οποίος έκανε λόγο για τη μετάδοση της νόσου με το κουνούπι, υπήρξε ο γάλλος Louis-David Beauperthuy (1807-1871), ο οποίος διατύπωσε αυτή του την άποψη το 1854 στο άρθρο του *Fiebreamarilla*. Τις υποθέσεις των δύο αυτών ερευνητών επιβεβαίωσαν τελικά οι αμερικανοί Walter Reed (1851-1902) και James Carroll (1854-1907), που μετέβησαν το 1900 στην Κούβα για να μελετήσουν τη νόσο.

94. Ο ΕΛΛΗΝΑΣ ΙΑΤΡΟΣ ΜΕΝΕΚΡΑΤΗΣ ΤΙΒΕΡΙΟΣ ΚΛΑΥΔΙΟΣ ΚΟΥΪΡΙΝΑΣ (1ος αι. μ.Χ.)

Ε. Σταυρουλάκης[1,2], Δ. Καγιάς[2], Γ. Ανδρούτσος[1]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, [2]Παιδοχειρουργική Κλινική ΓΝ «Έλενα Βενιζέλου»

Ο Έλληνας ιατρός Μενεκράτης Τιβέριος Κλαύδιος Κουϊρίνας, έζησε και εργάστηκε στη Ρώμη τον 1ον αι. μ.Χ.. και υπήρξε πιθανότατα θεράπων των αυτοκρατόρων Τιβερίου και Κλαυδίου εκ των οποίων και η συνωνυμία. Έχαιρε μεγάλης εκτιμήσεως και φήμης, έχοντας στο δυναμικό του ένα συγγραφικό έργο εκατόν πενήντα πέντε βιβλίων, τα οποία δυστυχώς απωλέσθησαν και μόνο ψήγματα διεσώθησαν στις αναφορές άλλων ιατρών όπως του Γαληνού, του Δαμοκράτους, του Ανδρομάχου κ.α. Υπήρξε διακεκριμένος φαρμακοποιός, σε συνθέσεις σπουδαίων φαρμάκων τα οποία καταχώρησε σ' ένα ιδιόγραφο πόνημα φαρμακολογίας, ονόματι *αυτοκράτωρ ολογράμματος (*ολογράμματα που δεν επιδέχονται αντιλογία*).* Το όνομα παραπέμπει στην προσπάθεια του ιατρού να γράψει τη δοσολογία κάθε ύλης σ' ένα φάρμακο, όχι με τους γνωστούς αριθμούς, αλλά με το ολογράμματο όνομά τους. Η καινοτομία αυτή όχι μόνο θα αποσοβούσε ένα τυχαίο αριθμητικό λάθος στην ποσοτική σύσταση ενός φαρμάκου, αλλά θα καταστούσε και απέλπιδα την προσπάθεια κακοήθων ανταγωνιστών να προσθαφαιρέσουν αριθμούς δίπλα στο δεδομένο, καθιστώντας επικίνδυνη τη δοσολογία του σκευάσματος και ευάλωτη τη φήμη του ιατρού. Ευλόγως ο ιατρός Δαμοκράτης, που εκτιμούσε τον Μενεκράτη, όχι μόνο ακολούθησε το παράδειγμα του φίλου του, αλλά συνέταξε τη δική του φαρμακίτιν βίβλον (φαρμακογραφία) σε εύηχο ποιητικό μέτρο. Αποτελεσματικό άκεσμα στις φλεγμονές της υστέρας, σε τραύματα και έλκη, αποτελούσε η *Μενεκράτειος Διά χυλών σκευασία (Διάχυλον).* Σπουδαία αποτελέσματα επέφερε και η *Μενεκράτους Κηρίνη σκευασία,* σε περιπτώσεις χοιράδων, κύστεων μαστού και νοσογενών κοιλοτήτων (αποστήματα, εμπυήματα). Το *Ηδύχρουν φάρμακον Μενεκράτους,* έτυχε ευρείας αποδοχής σε ωταλγίες, δυσηκοΐες και φλεγμονές σταφυλής. Γνωστοί επίσης στους ιατρούς της εποχής ήταν ο *Σκιλλητικός* και *Θηριακός αρτίσκος (τροχίσκος) Μενεκράτους,* όπως και η *Σκευασία Μενεκράτους δι΄ Εκδορίου,* που επί δωδεκαήμερον τιθεμένη στο πάσχον μέρος του δέρματος, δρούσε δι' απολεπίσεως και εκδοράς του, ενώ ενδεδειγμένη ήταν η *Στοματική (σκευασία) Μενεκράτους,* «προς πάντα τα εν τω στόματι», όπως χαρακτηριστικά επιβεβαίωσε και ο Γαληνός. Για την προσφορά του στους αυτοκράτορες και το λαό, ανηγέρθη κοινώ ψηφίσματι, ένα υπέροχο μνημείο στον καταξιωμένο ιατρό.

95. Ο CHARLES-LOUIS-ALPHONSE LAVERAN (1845-1922) ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΛΩΔΩΝ ΠΥΡΕΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΤΡΥΠΑΝΟΣΩΜΙΑΣΗΣ

Κ. Γκρίτζαλης, Μ. Καραμάνου, Φ. Μαρινέλη, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας Ιατρικής- Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανάδειξη των επιστημονικών μεθόδων του γάλλου ιατρού Laveran, σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες ορισμένων λοιμωδών νοσημάτων. Πτυχιούχος της Ιατρικής Σχολής (Strasbourg 1987), κατατάσσεται στο γαλλικό στρατό (1870-1896), ενώ από το 1987 έως το 1922 εργάζεται ως ερευνητής στο Institut Pasteur των Παρισίων. Επίσης, το 1908 ιδρύει την Société de Pathologie Exotique. Το 1878-1883 στην Αλγερία, αρχίζει τις έρευνές του για την ελονοσία. Παρατηρεί ότι στο σπλήνα των πασχόντων με ελονοσία τα ερυθρά αιμοσφαίρια του αίματος έχουν χρώμα μαύρο. Με το μικροσκόπιο, διαπιστώνει την ύπαρξη οργανισμών κινουμένων με τη βοήθεια λεπτών μαστιγίων, δηλαδή πρωτόζωα του γένους Plasmodium (παράσιτο ελονοσίας), το οποίο έχει πάντα δύο οικοδεσπότες του περίπλοκου κύκλου ζωής του: ένα κώνωπα - φορέα και ένα σπονδυλωτό ξενιστή. Αργότερα, μελετά τα σπορόζωα (αποκλειστικά παρασιτικοί οργανισμοί με περίπλοκο βιολογικό κύκλο) και το τρυπανόσωμα. Η σχέση τρυπανοσώματος και ασθένειας του ύπνου είχε διαπιστωθεί προγενέστερα, αλλά ο Laveran είναι εκείνος που χαρακτηρίζει τη μορφολογία και την παθολογία διαφόρων παρασίτων του γένους Trypanosoma (μαστιγοφόρα πρωτοζώα της οικογένειας: Τρυπανοσωμίδες), τα οποία μεταδίδονται μέσω των μυγών Glossina palpalis και Glossina morsitans (ενδιάμεσοι ξενιστές) στον κύριο ξενιστή τον άνθρωπο (ανιχνεύεται ως εξωκυτταρικό παράσιτο στο αίμα, λεμφικούς αδένες και εγκεφαλονωτιαίο υγρό) και προκαλούν την ασθένεια του ύπνου και τελικά το θάνατο. Δεδομένου ότι σήμερα και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας 300.000 άνθρωποι είναι μολυσμένοι από τρυπανοσωμίαση, καθώς και ότι το 2012, κατεγράφησαν 207 εκατομμύρια περιπτώσεις ελονοσίας, δικαίως ο Laveran θεωρείται ως ο θεμελιωτής της αντιμετώπισης των ανωτέρω επικίνδυνων ασθενειών και για το λόγο αυτό βραβεύτηκε με το Nobel Ιατρικής και Φυσιολογίας (1907), ενώ έγινε μέλος της Γαλλικής Ακαδημίας Επιστημών (1893) και του απονεμήθηκε ο τίτλος του Διοικητή της Εθνικής Φρουράς της Λεγεώνος της Τιμής (1912).

96. THEOPHILLE DE BORDEU (1722-1776): ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΜΕΛΙΩΤΗΣ ΤΟΥ ΒΙΤΑΛΙΣΜΟΥ

Φ. Μαρινέλη[1], Ε. Κουτσοστάθης[2], Μ. Καραμάνου[1], Γ. Τσουκαλάς[1], Κ. Λάϊος[1], Γ. Ανδρούτσος[1]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, [2]Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

Ο Θεόφιλος ντε Μπορντέ (Théophile de Bordeu) θεωρείται ως ένας από τους σπουδαιότερους ιατρούς του 18ου αιώνα. Θεμελίωσε μαζί με τον Jean-Joseph Barthez (1734-1806) το ιατρικό σύστημα του βιταλισμού. Ήταν ο ιατρός που ουσιαστικά καθιέρωσε την παθολογική φυσιολογία. Ο Théophile de Bordeu ανακάλυψε, πριν τον Claude Bernard (1813-1878), το φαινόμενο της διαστολής και συστολής των αγγείων. Γεννημένος στη γαλλική πόλη Izeste, κοντά στο Pau, το 1722, ήταν ένα από τα δεκαέξι παιδιά του γάλλου ιατρού Antoine de Bordeu. Σε ηλικία 17 ετών ξεκίνησε τις ιατρικές σπουδές του στο Montpellier. Το 1743, έλαβε το πτυχίο της Ιατρικής την οποία στην πορεία άσκησε στο Montpellier και το Pau. Από την ηλικία των 30 ετών και μέχρι το θάνατό του, το 1776, έζησε και εργάστηκε στο Παρίσι. Όλο του το έργο βασίστηκε στις αρχές της Ιπποκρατικής Ιατρικής. Ο Bordeu ουσιαστικά ήταν ο πρώτος που περιέγραψε το εκκριτικό σύστημα του οργανισμού καθώς και τα κυριότερα όργανα του σώματος που εκκρίνουν ορμόνες, ιδίως τα όργανα της αναπαραγωγής. Επιπλέον, ανέφερε τις συνεργικές αλλά και τις ανταγωνιστικές δράσεις μεταξύ των διαφόρων οργάνων όπως και τις ανεξάρτητες λειτουργίες τους. Παράλληλα, κατέγραψε τις εγκεφαλικές θέσεις των κύριων νεύρων. Σύμφωνα με το σπουδαίο νευρολόγο Édouard Brissaud (1852-1909) «χωρίς τον Bordeu ο Bichat δεν θα έγραφε ποτέ το έργο του *Traité des membranes*». Στην πραγματικότητα, ήταν εκείνος που έθεσε τα θεμέλια της φυσιολογίας των συνδετικών ιστών. Χάρη στο έργο του, ο Théophile de Bordeu, θεωρείται ως πρόδρομος της ενδοκρινολογίας και θεμελιωτής του βιταλισμού.

97. ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΣ ΛΟΙΜΟΣ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ ΣΤΗΝ ΚΛΑΣΙΚΗ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΚΛΗ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη, Κ. Σώρρας[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, ΓΝ Αργολίδας, [3]Ενδοκρινολογικό τμήμα, ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Η βουβωνική πανώλη, ο εξανθηματικός τύφος και η γρίπη είχαν προταθεί, καμία όμως από τις ασθένειες αυτές δεν κάλυπτε το φάσμα των συμπτωμάτων του λοιμού που έπληξε το «κλεινόν άστυ» την Αθήνα το καλοκαίρι του 430 π.Χ..
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στο περιοδικό Emerging Infectious Diseases, επικαλείται τον Θουκυδίδη και προτείνει πως ο ιός Εμπολα αιμορραγικός πυρετός σκότωσε το ένα τρίτο των Αθηναίων (300.000 ανθρώπους) στη διάρκεια του Πελοποννησιακού Πολέμου (431-421 π.Χ.).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τον Θουκυδίδη, ο οποίος υπήρξε ασθενής επέζησε της νόσου, όλα άρχιζαν με ισχυρούς πονοκεφάλους, φλεγμονή και αιμορραγία των οφθαλμών οι οποίοι γίνονταν κόκκινοι. Φτάρνισμα, βήχας και ισχυροί εμετοί αποτελούσαν τη συνέχεια των συμπτωμάτων. Σε ένα μεγάλο ποσοστό εμφανιζόταν λόξιγκας ο οποίος προκαλούσε ισχυρούς σπασμούς. Τα θύματα δεν εμφάνιζαν πυρετό στην αφή ή ωχρότητα, αντιθέτως ήταν κόκκινα και πλήρη εξανθημάτων. Ωστόσο, ένας εσωτερικός πυρετός φαινόταν να βασανίζει τους πάσχοντες, οι οποίοι δεν ήταν πλέον δυνατόν να ανεχτούν το λεπτότερο σεντόνι. Μόνη δυνατή ανακούφιση ήταν το νερό και πολύ κατέφευγαν σε δεξαμενές τυραννούμενοι από ακατάπαυστη δίψα. Πολλά από τα θύματα, σύμφωνα πάντοτε με τον Θουκυδίδη, πέθαιναν μεταξύ εβδόμης και ενάτης ημέρας από αυτόν τον εσωτερικό πυρετό. Η εξέλιξη της νόσου (με έλκος και διάρροια) ήταν όμως εξαντλητική και θανατηφόρα για πολλούς από τους ασθενείς οι οποίοι είχαν διαφύγει το θάνατο στο πρώτο στάδιο. Μετάδοση της νόσου με την επαφή και όχι με τον αέρα, πράγμα που συμβαίνει και με τον ιό Έμπολα. Ενδεικτικό ήταν το ασυνήθιστο σύμπτωμα του λόξιγκα το οποίο δεν βασάνισε μόνο τους αρχαίους Αθηναίους αλλά και το 15% των ασθενών του ιού Έμπολα.
Προσπαθώντας να στηρίξει την υπόθεσή του, ο Olson κάνει λόγο για τους γαλάζιους πιθήκους οι οποίοι απεικονίζονται στις τοιχογραφίες της Θήρας. Είναι γνωστό σήμερα ότι ορισμένα είδη πιθήκων αποτελούν ξενιστές για τον ιό Έμπολα. Σύμφωνα με το Θουκυδίδη, ο ιός έφτασε στην Αθήνα από το λιμάνι του Πειραιά. Οι αρχαίοι μας πρόγονοι έκαιγαν στην πυρά τους νεκρούς τους, και έτσι χάθηκε κάθε γενετική ένδειξη του ιού.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Θανατηφόρος Λοιμός στην Αθήνα το τέλος του χρυσού αιώνα της Κλασικής εποχής και θάνατο του Περικλή αναφέρεται από το Θουκυδίδη.

98. ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΣΘΕΝΙΣΗΣ ΤΩΝ ΦΩΤΟΝΙΩΝ ΣΕ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΣΚΟΠΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΧΑΜΗΛΗΣ ΔΟΣΗΣ: ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΗ-ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ

Θ. Πιπίκος, Φ. Βλάχου, Α. Νικάκη, Κ. Νταλιάνης, Β. Πρασόπουλος

Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Τα μη-αναστρέψιμα ελλείμματα αποτελούν συχνά ευρήματα στις σπινθηρογραφικές μελέτες αιμάτωσης του μυοκαρδίου, ορισμένα εκ των οποίων οφείλονται σε artifact εξασθένισης φωτονίων. Με τη χρήση των υβριδικών SPECT/CT συστημάτων μπορεί να επιτευχθεί διόρθωση εξασθένισης των φωτονίων με ακτινοσκοπική τεχνική χαμηλής δόσης (flat panel, SPECT/CT). Σκοπός της μελέτης είναι να εκτιμήσουμε ενδεχόμενη επίδραση της διόρθωσης της εξασθένισης με flat panel στη συχνότητα ανεύρεσης μόνιμων ελλειμμάτων.
ΥΛΙΚΟ: Έγινε αναδρομική ανασκόπηση των μη διορθωμένων (ΝΑC) και των διορθωμένων (ΑC) σπινθηρογραφικών εικόνων ασθενών που υποβλήθηκαν σε τομογραφική σπινθηρογραφική μελέτη αιμάτωσης του μυοκαρδίου με Tc-99m-ραδιοφάρμακα το τελευταίο έτος. Καταγράφηκαν οι μελέτες με μη-αναστρέψιμα ελλείμματα στις ΝΑC και στη συνέχεια ανασκοπήθηκαν οι ΑC εικόνες. Τα ελλείμματα κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με το τοίχωμα της αριστερής κοιλίας που ανευρέθηκαν.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά ανασκοπήθηκαν 824 σπινθηρογραφικές μελέτες. Οι 525 ήταν φυσιολογικές ή με αναστρέψιμα ελλείμματα ενδεικτικά ισχαιμίας. Οι 299 έδειχναν μόνιμα ελλείμματα αιμάτωσης στις ΝΑC εικόνες: 131 στο οπίσθιο βασικό, 78 στο λοιπό κατώτερο, 38 στο κορυφαίο πρόσθιο, 22 στο λοιπό πρόσθιο, 19 στην κορυφή, 30 στο πλάγιο/κατώτερο πλάγιο τοίχωμα. Αντίστοιχα στις ΑC εικόνες: 24 στο οπίσθιο βασικό τοίχωμα, 36 στο λοιπό κατώτερο, 14 στο κορυφαίο πρόσθιο, 21 στο λοιπό πρόσθιο, 12 στο κατώτερο πλάγιο, 49 στην κορυφή. Συνολικά στις ΑC εικόνες αναγνωρίστηκαν 156/299 μη αναστρέψιμα ελλείμματα (μείωση 48%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διόρθωση της εξασθένισης των φωτονίων είναι χρήσιμη κυρίως για την εκτίμηση του κατωτέρου και κορυφαίου προσθίου τοιχώματος, περιοχές στις οποίες εντοπίζονται τα περισσότερα artifacts σε άρρενες και θήλυ αντίστοιχα, οδηγώντας σε περισσότερο βέβαιη διάγνωση. Μικρά ελλείμματα στις διορθωμένες εικόνες στην κορυφή μπορούν να αποδοθούν σε φυσιολογική λέπτυνση (περισσότερο εμφανή μετά τη διόρθωση) ή σε τεχνικά artifacts.

99. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

100. Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΛΥΣΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Σ. Γεωργόπουλος, Λ. Λιωνή, Σ. Ξυδώνας, Μ. Εφραιμίδης, Κ. Λέτσας, Χ. Τσιμπλής, Δ. Τσανακτσής, Β. Καρελιώτης, Η. Σιώρας, Α. Σιδέρης

Β΄ Καρδιολογική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η κατάλυση με υψίσυχνο ρεύμα κοιλιακής ταχυκαρδίας (ΚΤ) σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί μια αποτελεσματική μέθοδος. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσουμε εάν, μετά από κατάλυση εμμένουσας μονόμορφης ΚΤ, μειώνεται ο αριθμός των επανεισαγωγών ασθενών με ΚΑ.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήσαμε 62 ασθενείς (38 άνδρες, μέσης ηλικίας 63 ετών), με επηρεασμένη συσταλτικότητα (μέσο LVEF 29%), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε κατάλυση ΚΤ (49 ασθενείς με ενδοκαρδιακή, 13 με επικαρδιακή κατάλυση, 6 με ενδο- και επικαρδιακή κατάλυση). Σαράντα ένας ασθενείς είχαν ισχαιμική καρδιοπάθεια, 21 διατατική μυοκαρδιοπάθεια, Οι 26 ασθενείς έφεραν ήδη απινιδωτικό σύστημα, ενώ στους υπόλοιπους 36 εμφυτεύθηκε μετά την κατάλυση σε διάστημα μικρότερο των 5 ημερών.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Μετά από διάρκεια παρακολούθησης ενός έτους εξετάσθηκαν οι επανεισαγωγές του πληθυσμού της μελέτης. Τρεις ασθενείς (4,5%) προσήλθαν στο Νοσοκομείο με εκφορτίσεις του απινιδωτή. Ένας (1,5%) ασθενής με ισχαιμική καρδιοπάθεια παρουσίασε ψευδοανεύρυσμα μηριαίας αρτηρίας, που αντιμετωπίσθηκε συντηρητικά. Μία (1,5%) ασθενής με διατατική μυοκαρδιοπάθεια που υποβλήθηκε σε ενδο- και επικαρδιακή κατάλυση λόγω ηλεκτρικής θύελλας κατέληξε μετά από 18 ημέρες από καρδιογενή καταπληξία. Δεν υπήρξαν επανεισαγωγές για απορρύθμιση ΚΑ κατά τη διάρκεια παρακολούθησης. Από τον τακτικό προγραμματισμένο ανά τρίμηνο έλεγχο των απινιδωτικών συστημάτων των υπολοίπων ασθενών δεν καταγράφηκαν επεισόδια εμμένουσας μονόμορφης ΚΤ, που να οδήγησαν σε εκφορτίσεις.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, η κατάλυση εμμένουσας μονόμορφης ΚΤ αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο, η οποία μειώνει τον αριθμό των επανεισαγωγών των ασθενών με ΚΑ από καρδιαγγειακά αίτια, ενώ μειώνει και το αρρυθμιολογικό φορτίο, όπως αυτό καταγράφεται από τα εμφυτευθέντα απινιδωτικά συστήματα των ασθενών.

101. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΗΧΩΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Π. Χέρας, Η. Γεωργόπουλος, Κ. Γρηγορίου, Χ. Χασάπη

Παθολογικός Τομέας Νοσηλευτικής Μονάδας Ναυπλίου, ΓΝ Αργολίδας

ΣΚΟΠΟΣ: Να εκτιμήσουμε τη διαγνωστική αξία της υπερηχοκαρδιογραφίας στην καρδιακή ανεπάρκεια των ηλικιωμένων καθώς και τη συνεισφορά της στον καθορισμό της φαρμακευτικής αγωγής.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήσαμε 65 διαδοχικούς ασθενείς (29 άνδρες) ηλικίας 67-84 ετών με κλινική διάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας, που εκπληρούσαν τα κριτήρια Framingham.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Στους ασθενείς ελήφθη λεπτομερές ιστορικό, έγινε ΗΚΓ, Α/α τηλεκαρδίας (F+AP), αξιολόγηση της λαμβάνουσας φαρμακευτικής αγωγής και τέλος υπεβλήθησαν σε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 65 ασθενείς διεγνώσθηκαν 30 (46%) να έχουν επηρεασμένη μόνο τη διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) με ΚΕ>45% με την πλειονότητα να είναι γυναίκες (68%). Οι ασθενείς με συστολική δυσλειτουργία της ΑΚ είχαν συχνότερη αιτία την ισχαιμική καρδιοπάθεια, ενώ οι ασθενείς με διαστολική δυσλειτουργία σαν συχνότερη αιτία την αρτηριακή υπέρταση. Δεκαεπτά ασθενείς (26%) είχαν κολπική μαρμαρυγή εκ των οποίων οι 11 με συστολική δυσλειτουργία. Το 83% του συνόλου των ασθενών ελάμβαναν δακτυλίτιδα από τους οποίους το 31,5% κρίθηκε όχι αναγκαία. Επανακαθορισμός της φαρμακευτικής αγωγής έγινε στο 38% του συνόλου των ασθενών. Ο ηχωκαρδιογραφικός έλεγχος των ηλικιωμένων ασθενών με κλινική διάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας κρίνεται απαραίτητος γιατί ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών αυτών-στη μελέτη μας 46%-(στη διεθνή βιβλιογραφία 35%-60%) έχει επηρεασμένη μόνο τη διαστολική λειτουργία της ΑΚ. Έτσι μπορούν να αποφευχθούν τυχόν λανθασμένες εκτιμήσεις της λειτουργίας της ΑΚ καθορίζοντας ορθότερα τη φαρμακευτική αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.

102. ΣΧΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΙΝΙΔΩΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Δ. Τσανακτσής, Σ. Γεωργόπουλος, Σ. Ξυδώνας, Κ. Βλάχος, Δ. Μανωλάτος, Χ. Κάββουρας, Κ. Λέτσας, Β. Καρελιώτης, Η. Σιώρας, Α. Σιδέρης

Β΄ Καρδιολογική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η εμφύτευση απινιδωτικών συσκευών (ΑΣ) και αμφικοιλιακών απινιδωτικών συσκευών (ΑΑΣ) σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων συγκριτικά με τα απλά βηματοδοτικά συστήματα. Επιπλέον οι ΑΑΣ λόγω του αυξημένου χρόνου εμφύτευσης ενέχουν ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσουμε εάν ο χρόνος εμφύτευσης ΑΣ και ΑΑΣ σχετίζεται με λοιμώξεις.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήσαμε 118 ασθενείς (72 άνδρες, μέσης ηλικίας 64 ετών), με επηρεασμένη συσταλτικότητα (μέσο LVEF 33%), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επέμβαση εμφύτευσης ΑΣ (68) ή σε ΑΑΣ (50). Όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν προεγχειρητικά 1gr βανκομυκίνη ενδοφλέβια (ή τροποποιημένη δόση αναλόγως κάθαρσης κρεατινίνης) και εν συνεχεία 500 mg κεφπροζίλη δις ημερησίως για δέκα ημέρες.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Καταγράφηκαν οι χρόνοι εμφύτευσης. Οι ασθενείς με ΑΑΣ είχαν μέσο χρόνο 100.20 ± 48.71 min, ενώ εκείνοι με ΑΣ είχαν μέσο χρόνο 63.52 ± 25.30 min. Ο πληθυσμός παρακολουθήθηκε για 6 μήνες για τυχόν εμφάνιση επιπλοκών. Ένας ασθενής (1,5%) με ΑΣ και συνολική διάρκεια εμφύτευσης 58 min παρουσίασε λοίμωξη της θήκης εντός ενός μήνα από την εμφύτευση, ενώ κανένας δεν εμφάνισε αντίστοιχη επιπλοκή από τους ασθενείς με ΑΑΣ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη αυτή παρατηρήθηκε μικρός αριθμός λοιμώξεων κατά την εμφύτευση απινιδωτικών συστημάτων σε ασθενείς με ΚΑ. Δεν υπήρξαν λοιμώξεις κατά την εμφύτευση ΑΑΣ. Επιπλέον ο μοναδικός ασθενής με επιμόλυνση θήκης είχε ΑΣ και η διάρκεια εμφύτευσης ήταν μικρότερη της μέσης διάρκειας για ΑΣ. Τα αποτελέσματα αυτά είναι συγκρίσιμα και ενδεχομένως καλύτερα από εκείνα άλλων κέντρων, που όμως έχουν σειρές με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

103. Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ SUTURELESS, STENTLESS, PERCEVAL S ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΙΚΡΟ BSA ΚΑΙ ΜΙΚΡΟ ΑΟΡΤΙΚΟ ΔΑΚΤΥΛΙΟ. ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Π. Δεδεηλίας[1], Ν. Μπαϊκούσης[1], Ε. Πράπα[2], Μ. Αργυρίου[1], Χ. Χαρίτος[1]

[1]Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της προοπτικής αυτής μελέτης είναι να δείξουμε την αιμοδυναμική συμπεριφορά των Perceval S αορτικών βαλβίδων σε ηλικιωμένους ασθενείς με μικρό αορτικό δακτύλιο και μικρή επιφάνεια σώματος (BSA). Η ανωτέρω βαλβίδα είναι μια σύγχρονη «συσκευή» αυτοεκπτυσσόμενη, αστήρικτη, ενώ τοποθετείται στον αορτικό δακτύλιο χωρίς τη χρήση ραμμάτων.
ΥΛΙΚΟ: Το υλικό μας αποτελείται από 50 όμοιους ασθενείς. Σε 25 από αυτούς τοποθετήθηκε Perceval S αορτική βαλβίδα, ενώ στους υπόλοιπους 25 έγινε κλασική χειρουργική επέμβαση με «συμβατική» βιοπροσθετική βαλβίδα. Η μελέτη έγινε από τον Ιανουάριο του 2013 έως τον Ιούλιο 2014. Επανεπεμβάσεις, ασθενείς με ανεπάρκεια της βαλβίδας, ασθενείς με BSA> 2 m^2 και ασθενείς κάτω των 75 ετών απορρίφθηκαν από τη μελέτη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η Perceval S αορτική βαλβίδα φαίνεται ότι αποτελεί την ιδανική βιοπροσθετική βαλβίδα με εξαιρετικά αιμοδυναμικά χαρακτηριστικά. Η εμφύτευση της βαλβίδας αυτής είναι μια «ελάχιστα επεμβατική τεχνική». Δεν απαιτούνται ράμματα για τη στήριξή της, ενώ απαιτεί μικρότερο χρόνο ισχαιμίας (40±5.50 min vs 86±15.86 min; $p < 0.001$), λιγότερο χρόνο εξωσωματικής κυκλοφορίας (73.75±8.12 min vs 120.36±28.31 min $p < 0.001$), μικρότερο χειρουργικό χρόνο (149.38±15.22 min vs 206.64±42.85 min; $p < 0.001$) και συνεπώς ταχύτερη ανάρρωση μετεγχειρητικά σε σύγκριση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας με τις «κλασικές» τεχνικές. Η μετεγχειρητική κλήση πίεσης ήταν 23.5±19.20 mmHg vs 24.5±19.90 mmHg στις δυο ομάδες που μελετήσαμε αντιστοίχως. Η μετεγχειρητική δραστική επιφάνεια (ΕΟΑ) ήταν αντίστοιχα 1.5 ± -0.3 cm^2 vs 1.1± 0.5 cm^2 (p 0.002).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας με Perceval S βαλβίδα σε ηλικιωμένους ασθενείς με μικρό αορτικό δακτύλιο, μικρή επιφάνεια σώματος και συνοδά νοσήματα, φαίνεται μια ασφαλής και γρήγορη επέμβαση με άριστα αποτελέσματα.

104. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ ΑΠΙΝΙΔΩΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Λ. Λιωνή, Σ. Ξυδώνας, Μ. Εφραιμίδης, Δ. Τσανακτσής, Χ. Τσιμπλής, Σ. Γεωργόπουλος, Ν. Καραμιχαλάκης, Χ. Κάββουρας, Η. Σιώρας, Α. Σιδέρης

Β΄ Καρδιολογική κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η εμφύτευση απινιδωτικών συσκευών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών. Συνήθεις επιπλοκές οφείλονται στη φλεβική πρόσβαση, στα ηλεκτρόδια, τοπικά στη θήκη της συσκευής ή σε λοιμώξεις και κυμαίνονται από 3,5% έως 16%. Ο κίνδυνος επιπλοκών με την εμφύτευση αμφικοιλιακών συστημάτων καταγράφεται περίπου διπλάσιος σε σχέση με τους απλούς απινιδωτές. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσουμε το ποσοστό και τα είδη των επιπλοκών από την εμφύτευση απινιδωτικών συσκευών (ΑΣ) και αμφικοιλιακών απινιδωτκών συσκευών (ΑΑΣ) σε τεταρτοβάθμιο κέντρο αναφοράς.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήσαμε 462 διαδοχικούς ασθενείς (241 άνδρες, μέσης ηλικίας 66 ετών), με επηρεασμένη συσταλτικότητα (μέσο LVEF 31%), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επέμβαση εμφύτευσης απινιδωτή (325) ή σε αμφικοιλιακό απινιδωτή (137).
ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι ασθενείς εξετάστηκαν για πιθανές επιπλοκές από την εμφύτευση απινιδωτικών συστημάτων μετά από χρονικό διάστημα παρακολούθησης 6 μηνών. Απότο συνολικό πληθυσμό αναφέρουμε 4 (1.7%) συνολικά ασθενείς που παρουσίασαν επιπλοκή. Δύο ασθενείς (0,6%) με ΑΣ παρουσίασαν λοίμωξη της θήκης εντός 1 μήνα από την εμφύτευση, ενώ κανένας δεν εμφάνισε αντίστοιχη επιπλοκή από τους ασθενείς με ΑΑΣ. Ένας ασθενής (0,3%) με ΑΣ υποβλήθηκε σε εκ νέου τοποθέτηση απινιδωτικού ηλεκτροδίου δεξιάς κοιλίας εντός 48 ωρών από την εμφύτευση λόγω ακατάλληλων μετρήσεων. Μία ασθενής (0,7%) με αναβάθμιση από διπλοεστιακό βηματοδότη σε ΑΑΣ με ιστορικό ΣΔ, ΧΝΑ παρουσίασε αιμάτωμα θήκης για το οποίο χρειάστηκε να υποβληθεί δις σε επέμβαση παροχέτευσης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη αυτή παρατηρήθηκε εξαιρετικά μικρός αριθμός επιπλοκών κατά την εμφύτευση ΑΣ και ΑΑΣ σε ασθενείς με ΚΑ. Επιπλέον δεν ανευρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις επιπλοκές μεταξύ εκείνων που έλαβαν ΑΣ και ΑΑΣ.

105. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

106. ΕΚΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΟΛΥΤΟΜΙΚΗ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Β. Χατζόγλου[1], Μ. Μολφέτας[1], Σ. Μπενάκης[1], Σ. Κόττου[2]

[1]Εργαστήριο Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση της υπολογιστικής τομογραφίας αναπτύσσεται παγκοσμίως και ιδιαίτερα στον αναπτυγμένο κόσμο με υψηλούς ρυθμούς. Στην Ελλάδα το 2008 έγιναν 3,2 εξετάσεις ανά 10 κατοίκους, η υψηλότερη αναλογία από όλες τις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, ενώ στα χρόνια της κρίσης, οι εξετάσεις μειώθηκαν σημαντικά και το 2012 έφθασαν τις 1,8 εξετάσεις ανά 10 κατοίκους κοντά στο μέσο όρο των άλλων κρατών. Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση της Διεθνούς Επιτροπής η εμφάνιση καρκίνου από ακτινοβολία χαμηλού LET είναι γεγονός απολύτως αποδεδειγμένο για εκθέσεις από 100 mSv και πάνω. Οι σύγχρονοι πολλαπλών τομών υπολογιστικοί τομογράφοι προσφέρουν εξαιρετική απεικόνιση ακόμα και τριών διαστάσεων, και αντίθετα από ότι πιστεύεται, λόγω των συστημάτων αυτομάτου ελέγχου της έκθεσης είναι δυνατόν να επιβαρύνουν τους εξεταζόμενους το ίδιο ή και λιγότερο από τους παλαιότερους τομογράφους απλής τομής. Το φυσικό μέγεθος από το οποίο είναι δυνατόν να εκτιμηθεί η βιολογική επιβάρυνση από την ακτινοβολία του εξεταζόμενου στους υπολογιστικούς τομογράφους είναι το γινόμενο της δόσης από κάθε τομή επί το μήκος του σώματος που σαρώνεται και τέμνεται στη διάρκεια της εξέτασης από την κύρια δέσμη του υπολογιστικού τομογράφου (DLP).

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μετρήθηκε η της δόση του εξεταζόμενου (DLP και CTDIvol) για τις πιο κοινές αξονικές τομογραφίες σε 11 μονοτομικά και πολυτομικά μηχανήματα εγκατεστημένα σε 8 ακτινολογικά εργαστήρια, προκειμένου να συγκριθούν μεταξύ τους οι τύποι των μηχανημάτων αλλά και η ίδια εξέταση σε διαφορετικά μηχανήματα και διαφορετικά εργαστήρια καθώς και η επιβάρυνση του εξεταζόμενου σε αυτά έγιναν

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι εξετάσεις εγκεφάλου πραγματοποιήθηκαν με μια μέση τιμή DLP 707,97±401 mGycm και CTDIvol 56,38.6±12 mGy ανά σάρωση. Οι αντίστοιχες τιμές για εξετάσεις θώρακος (πνεύμονες) είναι DLP 231.65±187 mGycm και CTDIvol 9,6±6 mGy, για άνω και κάτω κοιλιά DLP 829,835±354 mGycm και CTDIvol 11.04±4 mGy, και για τις εξετάσεις πυέλου 431.89±135 mGycm και 19.8±8.2 mGy. Η ελάχιστη διασπορά τιμών CTDIvol και DLP παρατηρήθηκε στις εξετάσεις κεφάλι εγκεφάλου (CTDIvol 21,12% CV και DLP 40,4% CV) σε όλα τα κέντρα, ενώ η υψηλότερη στις εξετάσεις πυέλου (61.45% CV και DLP 58.1% CV). Ο μέσος όρος των CTDIvol και DLP των εξετάσεων που καταγράφηκαν είναι εντός των ορίων που έχουν θεσπιστεί από την Ελληνική Επιτροπή Ατομικλής Ενέργειας. Επίσης η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ανομοιογένεια στις τιμές της δόσης στην οποία εκτίθενται οι ασθενείς για την ίδια εξέταση στα διαφορετικά εργαστήρια, ακόμη και για παρόμοια μηχανήματα. Η διαφοροποίηση της οφειλόταν πέρα από τα τεχνολογικά χαρακτηριστικά του κάθε υπολογιστικού τομογράφου, στις διάφορες παραμέτρους των πρωτοκόλλων εξέτασης, όπως το pitch, το πάχος τομής, το μήκος σάρωση και το επίπεδο θορύβου, υποδεικνύοντας και πιθανούς τρόπους για μείωση της δόσης σε όποιες περιπτώσεις παρατηρείται υπέρβαση των ΔΕΑ.

107. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΟΙΛΙΑΣ

Ν. Υφαντής[1], Μ. Σμαρδά[1], Σ. Ισπανοπούλου[1], Κ. Μπούχρα[1], Α. Φάκου[1], Π. Καζακίδης[1]

[1]Τμήμα Αξονικού Τομογράφου, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», [2] Διδακτορική Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της συμβολής των απεικονιστικών εξετάσεων στη διαφοροδιάγνωση της αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας από το αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος.

ΥΛΙΚΟ: Άνδρας 64 ετών με ελεύθερο ιστορικό προσήλθε στο Τμήμα Αξονικού Τομογράφου του νοσοκομείου μας προς διερεύνηση ανώδυνου ικτέρου από εβδομάδων. Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία (CT) θώρακος και κοιλίας προ και μετά ενδοφλέβιας σκιαγραφικής έγχυσης, καθώς και κατόπιν χορήγησης γαστρογραφίνης per os. Στη CT θώρακος αναδείχθηκαν διογκωμένοι μεσοθωρακικοί λεμφαδένες, ενώ ο έλεγχος της κοιλίας αποκάλυψε διάταση του χοληδόχου πόρου και των ενδοηπατικών χοληφόρων, περιπαγκρεατικούς λεμφαδένες και 3 εστιακές διογκώσεις παγκρέατος (κεφαλή, σώμα και ουρά) με ελαφρώς μειωμένη ενίσχυση στην παγκρεατική και φυσιολογική ενίσχυση στην πυλαιοφλεβική φάση. Στα πλαίσια του περαιτέρω απεικονιστικού ελέγχου πραγματοποιήθηκε CT εγκεφάλου χωρίς ανάδειξη παθολογίας. Η μαγνητική τομογραφία κοιλίας επιβεβαίωσε τα ευρήματα της CT, ενώ η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία ανέδειξε την κωνοειδούς μορφολογίας στένωση του ενδοπαγκρεατικού τμήματος του χοληδόχου πόρου και φυσιολογικό παγκρεατικό πόρο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Με βάση τα ανωτέρω απεικονιστικά ευρήματα, στη διαφορική διάγνωση συμπεριελήφθησαν το αδενοκαρκίνωμα, η αυτοάνοση παγκρεατίτιδα ή έτερη υποαγγειούμενη πρωτοπαθής παγκρεατική νεοπλασία. Όμως το πρότυπο σκιαγραφικής ενίσχυσης, η μορφολογία της στένωσης του χοληδόχου και η απουσία απόφραξης του παγκρεατικού πόρου απομάκρυναν την πιθανότητα αδενοκαρκινώματος. Ο αυξημένος τίτλος IgG4 ανοσοσφαιρινών στον ορό του αίματος και η άμεση φαρμακευτική ανταπόκριση στη δοκιμαστική αγωγή με πρεδνιζόνη επιβεβαίωσαν την απεικονιστική υποψία και οδήγησαν στην οριστική διάγνωση της αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αυτοάνοση παγκρεατίτιδα συνιστά σπάνια μορφή χρόνιας παγκρεατίτιδας με θεαματική ανταπόκριση στα κορτικοστεροειδή και με συχνή αύξηση των IgG4 στον ορό. Λόγω παρόμοιας κλινικής εικόνας με το αδενοκαρκίνωμα η διαφορική διάγνωση είναι δύσκολη, γι' αυτό και η απεικονιστική διερεύνηση με τη χρήση των προπεριγραφεισών μεθόδων κρίνεται απαραίτητη.

108. ΓΙΝΕΤΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΑΞΟΝΙΚΩΝ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ;

Σ. Πασχάλης, Σ. Τσολάκη, Δ. Κόκκινος, Ε. Μπλάνα, Χ. Σιέρρου, Α. Σταύρου, Α. Κλεάνθους, Ι. Καλογερόπουλος, Π. Πιπερόπουλος

Ακτινολογικό Τμήμα-Θεραπευτήριον «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της αναγκαιότητος εκτέλεσης επείγουσας αξονικής τομογραφίας για τον αποκλεισμό πνευμονικής εμβολής.

ΥΛΙΚΟ: Αναδρομική μελέτη απεικονιστικών ευρημάτων από 42 ασθενείς (28 άνδρες, 14 γυναίκες-ηλικίας 32-98 ετών) που υπεβλήθησαν σε επείγουσα αξονική τομογραφία για αποκλεισμό πνευμονικής εμβολής. Εξέταση του διαγνωστικού αλγορίθμου ο οποίος ακολουθήθηκε από τους κλινικούς ιατρούς.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Από τους 42 ασθενείς οι οποίοι εξετάσθηκαν με επείγουσα αξονική τομογραφία, πνευμονική εμβολή διαπιστώθηκε μόνον σε 5 (11,9%). Σε αρκετές περιπτώσεις δεν ακολουθήθηκε ο ενδεδειγμένος διαγνωστικός αλγόριθμος (1. Εκτίμηση κλινικής πιθανότητος πνευμονικής εμβολής-pretest probability Wells score, 2. Εργαστηριακή δοκιμασία-μέτρηση D-dimer)-πριν από την εκτέλεση της αξονικής τομογραφίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η παραπομπή για επείγουσα αξονική τομογραφία θώρακος χωρίς την εφαρμογή καταλλήλου διαγνωστικού αλγορίθμου οδηγεί σε κατάχρηση της μεθόδου, με αποτέλεσμα επιβάρυνση των ασθενών με ιοντίζουσα ακτινοβολία, υπέρμετρη καταπόνηση των ακτινολογικών τμημάτων και οικονομική σπατάλη.

109. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

110. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ, ΕΝΙΣΧΥΤΕΣ ΗΧΟΓΕΝΕΙΑΣ, ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Γ. Σκούντζος, Ε. Σταμούλη, Ν. Μπούζας, Χ. Ντούνης, Ι. Σαρδέλη, Α. Μήκα, Θ. Κέντον, Σ. Καββαδίας

Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναγνώριση των πολύπλευρων εκδηλώσεων της κίρρωσης του ήπατος, κατά την παρακολούθηση της έκβασης περιστατικών του Νοσοκομείου μας με χρόνια ηπατοπάθεια.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά το διάστημα Ιουλίου-Δεκεμβρίου 2014 εξετάσθηκαν 43 περιστατικά με γνωστή ηπατική κίρρωση, αρχικά με υπερηχογράφημα και στη συνέχεια με χρήση ενισχυτών ηχογένειας και Αξονική Τομογραφία, ανάλογα την περίπτωση. Από αυτά, τα 16 (37%) διερευνήθηκαν σε δεύτερη φάση και με ενισχυτές ηχογένειας, τα 25 (58%) με ΑΤ, ενώ 1 (2,3%) παραπέμφθηκε για Μαγνητική Τομογραφία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 43 περιστατικά κίρρωσης, τα 31 (72%) συνοδεύονταν με παρουσία ασκίτη, τα 25 (58%) με θρόμβωση πυλαίας φλέβας, τα 5 (11,7%) με διάνοιξη ομφαλικής φλέβας, τα 4 (9,3%) με θρόμβωση κάτω κοίλης φλέβας, 1 (2,3%) με θρόμβωση άνω μεσεντερίου φλέβας, τα 2 (4,6%) με παρουσία κιρρωτικών όζων, τα 3 (7%) με αιμαγγειώματα σαν τυχαίο εύρημα, ενώ σε ένα περιστατικό απεικονίσθηκε κακοήθης εξεργασία της χοληδόχου κύστης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το Υπερηχογράφημα αποτελεί την εξέταση πρώτης γραμμής στη μελέτη των παθήσεων του ήπατος, ενώ η χρήση των ενισχυτών ηχογένειας μπορεί να επιλύσει διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα χωρίς να συστηθεί περαιτέρω έλεγχος. Η Αξονική Τομογραφία συνιστά την gold standard εξέταση, ειδικά όταν το Υπερηχογράφημα δεν έχει σαφή αποτελέσματα και αναφέρεται αύξηση της a-FP. Η Μαγνητική Τομογραφία έχει την υψηλότερη ευαισθησία στη λεπτομερή μελέτη της υφής του κιρρωτικού ήπατος και στη σταδιοποίηση επί παρουσίας ηπατώματος.

111. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Ν. Βλαχάδης[1,2], Μ. Βλαχάδη[3], Ζ. Ηλιοδρομίτη[2], Ε. Κορνάρου[1], Ε. Κτενάς[1], Ν. Βραχνής[2]

[1]Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, [2]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα, [3]Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο

ΣΚΟΠΟΣ: Η αύξηση της ανεργίας και η επιδείνωση των οικονομικών συνθηκών έχει συσχετιστεί με αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και αύξηση της αυτοκοτονικότητας του πληθυσμού. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνήσει τις αλλαγές των δεικτών αυτοκτονίας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της πρώτης 4ετίας της οικονομικής κρίσης (2009-2012).
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για τους θανάτους στην Ελλάδα κατά αιτία, όπως εξάγονται από τα πιστοποιητικά θανάτου, για τα έτη 2005-2012. Υπολογίστηκαν οι ειδικοί δείκτες θνησιμότητας από αυτοκτονία κατά ηλικία και φύλο για κάθε έτος, καθώς και οι προτυπωμένοι δείκτες κατά ηλικία, και συγκρίθηκαν οι μέσες τιμές της 4ετίας της οικονομικής ύφεσης (2009-2012), σε σύγκριση με την 4ετία πριν την οικονομική κρίση (2005-2008).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο επίσημος αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες στην Ελλάδα την περίοδο 2009-2012 ήταν 1.753, 1.479 ανδρών (84,4%) και 274 γυναικών (15,6%), ενώ την περίοδο 2005-2008 ήταν 1.503, 1.227 ανδρών (81,6%) και 276 γυναικών (18,4%), αντίστοιχα. Τα πρώτα δύο έτη της οικονομικής ύφεσης (το 2010 σε σύγκριση με το 2008) η κατά ηλικία προτυπωμένη θνησιμότητα από αυτοκτονίες παρέμεινε αμετάβλητη στους άνδρες (μη στατιστικά σημαντική αύξηση 8%, p=0,32) και μειώθηκε 37% στις γυναίκες (p=0,02), ενώ τη δεύτερη 2ετία (το 2012 σε σύγκριση με το 2010), αυξήθηκε και στα δύο φύλα, 24% στους άνδρες (p=0,003) και 122% στις γυναίκες (p<0,001). Κατά μέσο όρο, την 4ετία 2009-2012, σε σύγκριση με την 4ετία 2005-2008, ο δείκτης αυτοκτονιών αυξήθηκε 18% στους άνδρες με τη μεγαλύτερη αύξηση στην ηλικιακή ομάδα 50-64 ετών (54%, p<0,001), χωρίς μεταβολή στις γυναίκες (-2%, p=0.83).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά την πρώτη 4ετία της οικονομικής κρίσης, καταγράφεται σημαντική σχετική αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες αν και η απόλυτη αύξηση είναι μικρή. Η επιδείνωση των δεικτών εμφανίζεται με χρονική καθυστέρηση 2 ετών και είναι εντονότερη στις γυναίκες, και στους άνδρες που διανύουν την τελευταία περίοδο του εργασιακού τους βίου.

112. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1956-2012)

Ν. Βραχνής[1], Ν. Βλαχάδης[1,2], Μ. Βλαχάδη[3], Γ. Μαστοράκος[1], Ε. Κορνάρου[2], Ε. Κτενάς[2], Ζ. Ηλιοδρομίτη[1]

[1]Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αρεταίειο νοσοκομείο, Αθήνα, [2]Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, [3]Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο

ΣΚΟΠΟΣ: Οι βίαιοι θάνατοι έχουν ανακηρυχθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως μείζον πρόβλημα Δημόσιας Υγείας. Οι θάνατοι από ανθρωποκτονία έχουν ειδικό ενδιαφέρον μεταξύ των βίαιων θανάτων λόγω του σοβαρού αντίκτυπου και λόγω του ότι καταγράφονται με τη μεγαλύτερη συστηματικότητα σε εθνικό επίπεδο παγκοσμίως. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη της εξέλιξης της θνησιμότητας από ανθρωποκτονία στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1956-2012.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής που αφορούν στον ετήσιο αριθμό θανάτων από ανθρωποκτονία στην Ελλάδα και την κατανομή τους κατά ηλικία και φύλο καθώς και τις διαχρονικές τάσεις για τη χρονική περίοδο 1956-2012.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την περίοδο 1956-2012, το σύνολο των θανάτων από ανθρωποκτονία στην επικράτεια ήταν 5.880. Από αυτούς, οι 4.262 είχαν θύματα άνδρες (72,5%) και οι 1.618 γυναίκες (27,5%). Μετά από μείωση 3,4 φορές, από 1,718 ανά 100.000 το 1956 στο ελάχιστο της περιόδου 0,506 ανά 100.000 το 1972 (p < 0,001, p < 0,001 for trend), η θνησιμότητα από ανθρωποκτονίες αυξήθηκε 3,3 φορές τις επόμενες 4 δεκαετίες, φτάνοντας στο μέγιστο της περιόδου 1,672 ανά 100.000 το 2011 (p < 0,001, p < 0,001 for trend). Κατά μέσο όρο, την 4ετία της οικονομικής κρίσης (2009-2012), σε σύγκριση με την προηγούμενη (2005-2008), η θνησιμότητα από αυτοκτονίες στην Ελλάδα αυξήθηκε κατά 38% (p < 0,001), ιδίως στους άνδρες (45%, p < 0,001), ενώ η αύξηση στις γυναίκες ήταν στατιστικά μη σημαντική (19%, p=0,16), με τη μεγαλύτερη αύξηση στα νεότερα (20-34 ετών) και στα γηραιότερα (≥80 ετών) ενήλικα θύματα (81% και 69%, αντίστοιχα, p < 0,001).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανησυχητική αύξηση της θνησιμότητας από ανθρωποκτονίες στη χώρας μας τις τελευταίες 4 δεκαετίες επιδεινώθηκε την τελευταία 4ετία της οικονομικής ύφεσης. Υπάρχει ανάγκη για εφαρμογή όλων των απαιτούμενων πολιτικών για την καταπολέμηση της βίας και των συνεπειών της σε όλα τα επίπεδα (μετανάστευση, φτώχεια, κοινωνική ανισότητα, πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας).

113. Η ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΩΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΕΕ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Π. Χέρας, Η. Γεωργόπουλος, Χ. Χασάπη, Π. Σεραφείμ

Παθολογικός Τομέας, ΓΝ Ναυπλίου

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι να μελετηθεί η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) Ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου εμφάνισης Α.Ε.Ε. και η σχέση με άλλους παράγοντες κινδύνου σε ηλικιωμένους ασθενείς.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν τα περιστατικά που νοσηλεύθηκαν στην παθολογική κλινική με Α.Ε.Ε. κατά τη διάρκεια 2 ετών με επιβεβαιωμένη διάγνωση.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε όλους μας τους ασθενείς διενεργήθηκε αξονική τομογραφία και καταγράφηκε το φύλο, η ηλικία τους, η ύπαρξη επεισοδίου κολπικής μαρμαρυγής. Καθώς και συνυπάρχοντες επιβαρυντικοί παράγοντες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 279 ασθενείς με Α.Ε.Ε. οι 123 ήταν άνδρες, ενώ οι 156 ήταν γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 73,52 έτη. Στην 5η και 6η δεκαετία της ζωής οι γυναίκες υπερτερούσαν σε ποσοστό εμφάνισης Α.Ε.Ε. (34% των γυναικών με Α.Ε.Ε. έναντι των ανδρών (23%) των ανδρών με Α.Ε.Ε.). Στην 7η δεκαετία οι άνδρες με Α.Ε.Ε. ήταν περισσότεροι (38%) από τις γυναίκες (24%), ενώ στην 8η και 9η δεκαετία, οι γυναίκες (39%) εμφάνισαν και πάλι μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου έναντι των ανδρών (32%). Από το σύνολο των ασθενών 17,8% παρουσίασε ΚΜ είτε μόνη είτε σε συνδυασμό με άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως ΣΔ, ΑΥ, Υπερλιπιδαιμία. ΚΜ ως μοναδικό προδιαθεσικό παράγοντα είχε το 4,7% των ασθενών, ενώ ΚΜ με ΑΥ το 5,1%, ΚΜ με ΣΔ το 2,9%, ΚΜ με Υπερλιπιδαιμία 2,9%. Ενώ κολπική μαρμαρυγή με 2 επιβαρυντικούς παράγοντες είχε το 1,6% και κολπική μαρμαρυγή με τους 3 είχε το 0,6%. Το 54,8% των ασθενών παρουσίασε μόνιμη υπολειμματική βλάβη, παροδικό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΠΙΕ) το 36,5%, ενώ το 8,7% απεβίωσε. Θνητότητα με μόνο παράγοντα την κολπική μαρμαρυγή παρατηρήθηκε σε ένα μόνο περιστατικό. Η ΚΜ αποτελεί έναν από τους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης Α.Ε.Ε. και ιδίως σε ηλικιωμένα άτομα. Η νοσηρότητα αυξάνει όταν συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου. Η συμβολή της έγκαιρης χορήγησης και σωστής εφαρμογής της αντιπηκτικής αγωγής (τακτικός έλεγχος INR και ΗΚΓ), με την εμφάνιση της ΚΜ, μπορεί να συμβάλει τα μέγιστα στην πρόληψη των Α.Ε.Ε.

114. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥΣ

Ν. Κορρές[1], Α. Γιαννοπούλου[2]

[1]Α΄ Ορθοπαιδική, ΓΝΑ «ΚΑΤ», [2]Παράρτημα Αποθεραπείας Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία, Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση των σύγχρονων προβλημάτων των Ατόμων με Αναπηρίες (ΑμεΑ). Η καταγραφή των δράσεων Αποϊδρυματοποίησης στην Ελλάδα, που υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος Μέτρο 3.2 «Σταδιακή επανένταξη των ΑμεΑ στην κοινωνικο-οικονομική ζωή και προώθηση στην αυτόνομη διαβίωση». Η αξιολόγηση της πορείας και των αποτελεσμάτων των δράσεων και η καταγραφή τυχόν αποκλίσεων.
ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές πηγές και βάσεις δεδομένων. Αρχειακό υλικό Φορέων που υλοποίησαν δράσεις αποϊδρυματοποίησης. Βασική πηγή άντλησης πληροφοριών: ο δικτυακός τόπος Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ειδικής Υπηρεσίας Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Υπουργείου Υγείας. Για την αποτύπωση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν τα Τεχνικά Δελτία Έργου/Υποέργων, όπως καταχωρήθηκαν στο Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών, ανακτηθέντα μέχρι 7 Ιουνίου 2010. Εφαρμόσθηκε το Πλαίσιο Παρακολούθησης και Αξιολόγησης Προγραμμάτων και Δράσεων Μέτρου 3.2, σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υποβλήθηκαν 29 έργα, ολοκληρώθηκαν 26. Απορροφήθηκε το 78,89% των πόρων του συνολικού εγκεκριμένου προϋπολογισμού. Εκ των 72 Φορέων δυνητικά τελικών δικαιούχων του Μέτρου συμμετείχαν 24 Φορείς (31,17%). Ο στόχος των ενταγμένων έργων για την ανάπτυξη δομών αποασυλοποίησης καλύφθηκε στο 82,25%. Δημιουργήθηκαν νέες θέσεις εργασίας. Αξιοποιήθηκαν νέες τεχνολογίες και μεθοδολογικά εργαλεία. Καταγράφηκαν προβλήματα, καθυστερήσεις, ελλιπείς εφαρμογές διαφόρου βαθμού.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το Μέτρο 3.2 συνέβαλε στη μεταρρύθμιση των Προνοιακών ιδρυμάτων μέσω θεσμικών, δομικών, λειτουργικών αλλαγών, προς όφελος των αναπήρων στην Ελλάδα. Οι Φορείς παρά τις οργανωτικές αδυναμίες, ανταποκρίθηκαν στην υλοποίηση των Πράξεων. Κρίνεται σκόπιμο να στηριχθεί η μεταρρύθμιση και να διασφαλισθεί η βιωσιμότητα των δομών και υπηρεσιών που δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του Μέτρου 3.2.

115. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Ν. Βλαχάδης[1,2], Μ. Βλαχάδη[3], Ζ. Ηλιοδρομίτη[2], Ε. Κορνάρου[1], Ε. Κτενάς[1], Ν. Βραχνής[2]

[1]Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, [2]Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αρεταίειο νοσοκομείο, Αθήνα, [3]Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο

ΣΚΟΠΟΣ: Έχουν διατυπωθεί έντονες ανησυχίες ότι η οικονομική κρίση και η μείωση των δαπανών για την υγεία θα μπορούσαν να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία του Ελληνικού πληθυσμού. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τη θνησιμότητα από τις δύο κύριες αιτίες θανάτου στη χώρα, καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο, κατά τη διάρκεια της πρώτης 4ετίας της οικονομικής κρίσης (2008-2012).
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για τους θανάτους στην Ελλάδα κατά αιτία, όπως εξάγονται από τα πιστοποιητικά θανάτου, για τα έτη 2004-2012. Υπολογίστηκαν οι ειδικοί δείκτες θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και νεοπλασίες (ICD-9, κωδικοί 390-459 και 140-239, αντίστοιχα) κατά ηλικία και φύλο για κάθε υπό εξέταση έτος, καθώς και οι προτυπωμένοι κατά ηλικία δείκτες και οι διαχρονικές τάσεις.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το 2004 ως το 2008, η προτυπωμένη κατά ηλικία καρδιαγγειακή θνησιμότητα στην Ελλάδα μειώθηκε 16% στους άνδρες και 15% στις γυναίκες ($p < 0,001$, $p < 0,001$ for trend). Η πτωτική τάση αυτή διατηρήθηκε και στην τετραετία 2008-2012 (άνδρες: -12%, γυναίκες: -14%, $p < 0,001$, $p < 0,001$ for trend) με τη σχετική μείωση να είναι μεγαλύτερη στις μεγαλύτερες ηλικίες (≥65 ετών: -14%, $p < 0,001$, $p < 0,001$ for trend), σε σύγκριση με τις νεότερες).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση των επίσημων εθνικών δεδομένων αναδεικνύει ότι η θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο μειώθηκε στη χώρα μας την πρώτη τετραετία της οικονομικής κρίσης. Τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να αποδοθούν σε ευνοϊκές μεταβολές στον τρόπο ζωής του πληθυσμού, όπως η μείωση του καπνίσματος και του σχετιζόμενου με την εργασία στρες, και η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.

116. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ• ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (ΥΔΡΙΑ*)

Ε. Παπατέστα[1], Γ. Ανταράκης[1], Κ. Δενδρινού[1], Γ. Ζιάρα[1], Π. Βιδάλης[1], Λ. Ανυφαντής[1], Α. Βέσκοβι[1], Α. Τριχοπούλου[1,2]

[1]Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας, Αθήνα, [2]Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Εκτίμηση του επιπολασμού της υπερχοληστερολαιμίας σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα, το οποίο συμμετείχε στην εθνική μελέτη ΥΔΡΙΑ (**Υ**γεία, **Δι**ατ**Ρ**οφή, **ΙΑ**τρική).
ΜΕΘΟΔΟΙ: Για το σύνολο των συμμετεχόντων της μελέτης πραγματοποιήθηκε προσδιορισμός των επιπέδων ολικής χοληστερόλης (ΤC) σε αυτόματο βιοχημικό αναλυτή Cobas 8000 (Roche diagnostics, Germany). Οι εργαστηριακές αναλύσεις διενεργήθηκαν σε δείγματα ορού αίματος τα οποία συλλέχτηκαν στα κατά τόπους κέντρα εξέτασης στο πλαίσιο της προκαθορισμένης συνάντησης με τους συμμετέχοντες για τη συλλογή των δεδομένων. Οι αιμοληψίες πραγματοποιήθηκαν, βάσει προτυποποιημένων διαδικασιών, από ιατρούς, εκπαιδευμένους στα ερευνητικά πρωτόκολλα. Σε διάστημα 30-60 min μετά την αιμοληψία τα δείγματα αίματος φυγοκεντρούνταν για 10 min σε 2000-2200 g, σε θερμοκρασία περιβάλλοντος 20-25°C. Στη συνέχεια τα δείγματα τοποθετούνταν σε φορητό καταψύκτη στους -18 ºC και μεταφέρονταν υπό ελεγχόμενες συνθήκες θερμοκρασίας στις εγκαταστάσεις του Ελληνικού Ιδρύματος Υγείας όπου και φυλάσσονταν στους -80 ºC. Οι διαδικασίες συλλογής των δειγμάτων αίματος συνοδεύονταν με τη συμπλήρωση εκτενούς ερωτηματολογίου προσωπικών χαρακτηριστικών, ιατρικού ιστορικού και παραγόντων που ενδεχομένως επηρεάζουν τις μετρήσεις. Κατά την ανάλυση των στοιχείων, χρησιμοποιηθήκαν ως κριτήρια αξιολόγησης παρουσίας υπερχοληστερολαιμίας: η δήλωση ιατρικής διάγνωσης ή η λήψη ειδικής φαρμακευτικής αγωγής ή η εύρεση υψηλών επιπέδων ΤC κατά την ανάλυση των δειγμάτων αίματος *(ΤC ≥ 240 mg/dl)* ή οποιοσδήποτε συνδυασμός των παραπάνω.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ#: Σύμφωνα με τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση των δεδομένων, το 39% του πληθυσμού ανήκει στην κατηγορία των ατόμων με υπερχοληστερολαιμία. Το 15% εξ' αυτών, δεν έχουν επίγνωση των αυξημένων επιπέδων ΤC που παρουσιάζουν, καθώς δεν δήλωσαν ότι παρουσιάζουν διαγνωσμένη διαταραχή λιπιδίων, ούτε τη λήψη υπολιπιδαιμικής αγωγής. Από το υπόλοιπο 85% των υπερχοληστερολαιμικών ατόμων με επίγνωση της κατάστασής τους, το 21% αυτών δεν έχουν επιτύχει ρύθμιση των επιπέδων ΤC, παρόλο που δήλωσαν ότι λαμβάνουν ειδική φαρμακευτική αγωγή.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαταραχή των λιπιδίων αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της υπερχοληστερολαιμίας εξακολουθεί να είναι υψηλός, γεγονός το οποίο πρέπει να ληφθεί υπόψη από τους αρμόδιους φορείς δημόσιας υγείας, καθώς η συγκεκριμένη παθολογική κατάσταση μπορεί να προληφθεί σε σημαντικό βαθμό.
* Το Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας (Ε.Ι.Υ.), σε συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων του Υπουργείου Υγείας πραγματοποίησε την Εθνική Μελέτη Υγείας και Διατροφής (ΥΔΡΙΑ), Το πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και εθνικούς πόρους.
# Τα αποτελέσματα αναφέρονται σε 3874 άτομα και είναι προκαταρκτικά. Η συλλογή των δεδομένων έχει ολοκληρωθεί. Εκκρεμεί η ολοκλήρωση της στατιστικής ανάλυσης, η οποία έχει προγραμματιστεί για τα τέλη Φεβρουαρίου.

117. ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΛΑΜΒΑΝΑΝ ΣΤΑΤΙΝΗ ± ΕΖΕΤΙΜΙΜΠΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 8 ΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΛΙΠΙΔΙΩΝ

Φ. Μπάρκας, Ε. Ρίζος, Ε. Λυμπερόπουλος, Ε. Κλούρας, Γ. Λιάμης, Μ. Ελισάφ

Ιατρείο Διαταραχών του Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση των ποσοστών εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) σε ασθενείς που ελάμβαναν στατίνη ± εζετιμίμπη σε ένα εξειδικευμένο ιατρείο λιπιδίων.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν ενήλικοι ασθενείς με ≥3 έτη παρακολούθησης στο εξωτερικό Ιατρείο Διαταραχών του Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Παχυσαρκίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Αποκλείστηκαν οι ασθενείς με ΣΔ κατά την 1η επίσκεψη, ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες ανάλογα με τη γλυκόζη νηστείας (<100 mg/dL και 100-125 mg/dL). Συγκρίθηκαν τα ποσοστά εμφάνισης ΣΔ ανάμεσα σε ασθενείς που έπαιρναν ισχυρή ή μέτρια δόση στατίνης και εκείνους που δεν ελάμβαναν στατίνη. Ως ισχυρή και μέτρια δόση στατίνης ορίστηκαν οι στατίνες που μειώνουν την LDL-C κατά ≥50% και <50%, αντίστοιχα. Παρόμοιες συγκρίσεις έγιναν ανάμεσα στους ασθενείς που έπαιρναν συνδυασμό στατίνης με εζετιμίμπη και σε εκείνους που ελάμβαναν στατίνη ως μονοθεραπεία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν συνολικά 877 άτομα με μία μέση διάρκεια παρακολούθησης 8 ετών. Στην ομάδα ασθενών με προδιαβήτη παρατηρήθηκε ένα υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης ΣΔ σε εκείνους που έπαιρναν ισχυρή δόση στατίνης σε σύγκριση με εκείνους που ελάμβαναν μέτρια δόση στατίνης ή καθόλου στατίνη (39 vs 22 vs 11%, αντίστοιχα, $p < 0.05$). Ωστόσο, δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα στους ασθενείς που έπαιρναν συνδυασμό στατίνης με εζετιμίμπη σε σύγκριση με εκείνους που ελάμβαναν στατίνη ως μονοθεραπεία: 23 vs 39%, αντίστοιχα, για την ισχυρή δόση στατίνης και 33 vs 22%, αντίστοιχα, για τη μέτρια δόση στατίνης ($p>0.05$ για τις επιμέρους συγκρίσεις).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χορήγηση ισχυρής δόσης στατίνης σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ σε προδιαβητικούς ασθενείς, ενώ η εζετιμίμπη έχει ουδέτερη επίδραση στην ομοιόσταση της γλυκόζης.

118. Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ ΕΝΙΣΧΥΕΙ ΤΗ ΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΝΩΝ

Φ. Μπάρκας, Ε. Λυμπερόπουλος, Ε. Κλούρας, Θ. Παναγιωτοπούλου, Α. Λιόντος, Μ. Ελισάφ

Ιατρείο Διαταραχών του Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτες έδειξαν ότι οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (PPIs) ενδέχεται να επηρεάζουν το μεταβολισμό της χοληστερόλης και των στατινών στο ήπαρ. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή της επίδρασης της χορήγησης PPIs στα επίπεδα της χοληστερόλης των χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL-C) σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με στατίνες.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης, στην οποία συμμετείχαν ενήλικοι ασθενείς που παρακολουθούνται στο εξωτερικό ιατρείο Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Παχυσαρκίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για ≥3 έτη. Στην τελευταία επίσκεψη εκτιμήθηκε το ποσοστό μείωσης της LDL-C σε ασθενείς που έπαιρναν στατίνες + PPIs σε σύγκριση με όσους έπαιρναν μόνο στατίνη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν συνολικά 1000 ασθενείς: 9% έπαιρναν στατίνη + PPIs και 83% μόνο στατίνη. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα από τις 2 ομάδες ασθενών όσον αφορά το είδος της υπολιπιδαιμικής θεραπείας (Πίνακας 1). Το ποσοστό μείωσης της LDL-C ήταν υψηλότερο κατά 8% στους ασθενείς που έπαιρναν στατίνη + PPIs σε σύγκριση με όσους έπαιρναν μόνο στατίνη ($p <0,01$ για τη σύγκριση μεταξύ των 2 ομάδων μετά από διόρθωση για το φύλο, την ηλικία και τα αρχικά επίπεδα LDL-C). Η διαφορά ήταν σημαντική στους ασθενείς που έπαιρναν ροσουβαστατίνη (11%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η χορήγηση των PPIs ενδέχεται να ενισχύει τη δράση των στατινών (κυρίως της ροσουβαστατίνης) όσον αφορά τη μείωση της LDL-C. Αυτή η ευνοϊκή επίδραση των PPIs στο λιπιδαιμικό προφίλ πρέπει να τεκμηριωθεί από προοπτικές κλινικές μελέτες.

Πίνακας 1. Σύγκριση υπολιπιδαιμικής θεραπείας ανάμεσα στους ασθενείς που έπαιρναν στατίνη + PPIs και όσους ελάμβαναν μόνο στατίνη

	Στατίνη (N=830)		Στατίνη + PPIs (N=90)	
	N, %	Μέση δόση, mg	N, %	Μέση δόση, mg
Ατορβαστατίνη	43	20	38	20
Ροσουβαστατίνη	32	20	30	10
Σιμβαστατίνη	21	40	28	40
Φλουβαστατίνη	4	80	4	80
Εζετιμίμπη	24	10	28	10

119. ΦΑΡΜΑΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΤΗΣ ΚΟΛΙΣΤΙΝΗΣ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΟΣΗΣ ΦΟΡΤΙΣΗΣ 9 MU ΣΟΥΛΦΟΜΕΘΥΛΙΚΗΣ ΚΟΛΙΣΤΙΝΗΣ (CMS) ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΧΗ ΦΛΕΒΟΦΛΕΒΙΚΗ ΑΙΜΟΔΙΑΔΙΗΘΗΣΗ

Η. Καραΐσκος[1], L. Friberg[2], Λ. Γαλάνη[1], Φ. Μπαζιάκα[1], Ε. Μπαρμπούτη[1], Κ. Ιωαννίδης[3], Χ. Πασκάλης[4], Ε. Γιαμαρέλλου[1]

[1]ΣΤ΄ Παθολογική Κλινική, ΔΘΚΑ «Υγεία», [2]Τμήμα Φαρμακευτικής και Ιατρικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Uppsala, Σουηδία, [3]Κλινικός Φαρμακοποιός, ΔΘΚΑ Υγεία, [4]ΜΕΘ ΔΘΚΑ «Υγεία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η εμφάνιση πολυανθεκτικών Gram αρνητικών μικροοργανισμών στο περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας σε συνδυασμό με την απουσία από τον ορίζοντα νέων αντιμικροβιακών ουσιών έχει οδηγήσει στην αναβίωση της κολιστίνης. Οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς παρουσιάζουν συχνά νεφρική ανεπάρκεια και χρήζουν νεφρικής υποστήριξης με τεχνητά μέσα. Με βάση πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα, τόσο η CMS όσο και η κολιστίνη καθαίρονται με την αιμοδιαδιήθηση, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνονται υποθεραπευτικές δόσεις δραστικού φαρμάκου με τη δόση των 2 MU CMS q8h. Κατά συνέπεια, η χορήγηση αυξημένων δόσεων κολιστίνη απαιτούνται για την αντιμετώπιση σοβαρών λοιμώξεων.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη εντάχθηκαν ασθενείς με νοσοκομειακή λοίμωξη από πολυανθεκτικά Gram αρνητικά βακτήρια που λάμβαναν κολιστίνη και βρίσκονταν υπό συνεχή φλεβοφλεβική αιμοδιαδιήθηση. Χορηγήθηκε δόση εφόδου 9 MU CMS ακολουθούμενη από δόση συντήρησης 4.5 MU CMS κάθε 12 ώρες και η έγχυση δόθηκε επί 30 λεπτά. Δείγματα αίματος συλλέχθηκαν αμέσως πριν και σε διάφορα χρονικά διαστήματα μετά δόσης φόρτισης και την 4η δόση, καθώς επίσης ελήφθησαν δείγματα από το υγρό διάλυσης και δείγματα αίματος (πλάσματος) πριν και μετά την εφαρμογή του φίλτρου 1 ώρα μετά τη χορήγηση της 4ης δόσης. Οι συγκεντρώσεις CMS και κολιστίνης προσδιορίστηκαν με τη μέθοδο LC-MS/MS. Πραγματοποιήθηκε πληθυσμιακή φαρμακοκινητική ανάλυση με το πρόγραμμα NONMEM.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 8 ασθενείς (4 άνδρες). Η μέση ηλικία ήταν 60 έτη (εύρος 28 - 78) και η μέση τιμή APACHE II ήταν 17,5. Η μέση τιμή (SD) της μέγιστης συγκέντρωσης (Cmax) της CMS (την 1η ώρα) ήταν 30 (22) mg / L και της κολιστίνης (την 6η ώρα) ήταν 3 (3.1) mg / L μετά της δόσης φόρτισης, ενώ η αντίστοιχη συγκέντρωση κολιστίνης (την 6η ώρα) σε σταθερή κατάσταση ήταν 1.59 (0.75) mg / L. Η κάθαρση της CMS και της κολιστίνης της αιμοδιαδιήθησης καθορίστηκε στα 3.6 L/h και στα 14.5 L/h αντιστοίχως, που αντιπροσώπευε το 26% και το 63% της συνολικής κάθαρσης της CMS και της κολιστίνης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην παρούσα μελέτη διαφαίνεται ότι η κολιστίνη καθαίρεται με τη συνεχή φλεβοφλεβική αιμοδιαδιήθηση σε ποσοστό 63%, με αποτέλεσμα συγκεντρώσεις κολιστίνης σε σταθερή κατάσταση χαμηλότερες από τα καθοριζόμενα όρια ευαισθησίας για τα Gram αρνητικά. Επομένως, προτείνεται η αύξηση της δοσολογίας CMS σε δόση 6MU q12h μετά τη δόση φόρτισης.

120. ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ΣΕ ΤΕΤΑΡΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ε. Μπελεσιώτου[1], Χ. Βαδάλα[2], Χ. Ατσαλή[2], Ζ. Ψαρουδάκη[1], Μ. Νέπκα[1], Ε. Περιβολιώτη[1], Ε. Κρανιωτάκη[1], Α. Αργυροπούλου[1], Β. Παπασταμόπουλος[2], Α. Σκουτέλης[2]

[1]Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επιβεβαιωμένη και ταχεία διάγνωση της λοίμωξης από *Clostridium difficile* (CDI) είναι πολύ σημαντική για την έναρξη θεραπευτικής αγωγής, την επιδημιολογία και την πορεία της νόσου.
ΣΚΟΠΟΣ: Η επίπτωση της CDI λοίμωξης κατά τους 12 προηγούμενους μήνες.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε ασθενείς με κλινική υποψία CDI και διαρροϊκά δείγματα κοπράνων έγινε ανίχνευση GDH αντιγόνου (Glutamatedehydrogenase που παράγεται και από τοξικογόνα και τα μη τοξικογόνα στελέχη) και συγχρόνως ανίχνευση των τοξινών A+B (ανοσοενζυμική μέθοδος *C. DIFF QUIK CHEK COMPLETE*® USA).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από 920 ασθενείς, 598 (65%) άνδρες και 322 (35%) γυναίκες, στούς 199 (21%) ασθενείς ανιχνεύθηκαν GDH+ στελέχη και εξ αυτών τοξινογόνα CDT A+B+ σε 108/199 (54,2%) ή 108/920 (11,7%) ασθενείς. Οι 26/108 (24%) ασθενείς νοσηλεύονταν σε μονάδες εντατικής θεραπείας ή μεταμόσχευσης μυελού οστών ή HIV, 23/108 (21,3%) σε αιματολογικό, νεφρολογικό, ογκολογικό τμήμα, 6/108 (5,6%) ασθενείς σε χειρουργικά τμήματα, 44/108 (40,8%) στα υπόλοιπα τμήματα και 9/108 (8,3%) προέρχονταν από την κοινότητα. Οι 66/199 (33,1%) είχαν ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών. Σε 24/199 (12%) ασθενείς με GDH+ αλλά CDT A-B- και επιμένουσα διάρροια, κατά τον επαναληπτικό έλεγχο σε νέο δείγμα ανιχνεύθηκαν 14/24 (58,3%) CDTA-B- και 10/24 (41,7%) CDT A+B+ στελέχη.'Ολοι ανέφεραν έκθεση σε αντιβιοτικά. Θεραπευτικά έλαβαν ή μετρονιδαζόλη ή βανκομυκίνη ή φινταξομυκίνη. Οι 3/108 (2,7%) εκ των ασθενών (οι οποίοι νοσηλεύονταν σε ειδικές μονάδες) παρουσίασαν υποτροπή και θεραπεύθηκαν με φινταξομυκίνη.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έναρξη θεραπευτικής αγωγής στην CDI εξαρτάται από τη συνεκτίμηση του ιστορικού, της κλινικής εικόνας και της εργαστηριακής απάντησης. Η πλειονότητα των ασθενών είναι άνδρες, ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, νοσηλεύονται σε ειδικές μονάδες, 11,7% των GDH+στελεχών είναι τοξινογόνα, με κύριο αίτιο CDI τη λήψη αντιβιοτικών. Σε όλους τους ασθενείς με επιμένουσα διάρροια η εξέταση πρέπει να εναλαμβάνεται σε νέα δείγματα. Η πορεία της νόσου συνδέεται με την ηλικία και την ανοσολογική κατάσταση του ασθενούς και είναι σημαντική η απομόνωση των ασθενών για την αποφυγή διασποράς της λοίμωξης.

121. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑΣ ΑΠΟ ACINETOBACTER BAUMANNII ΜΕ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΑΝΤΟΧΗ ΚΑΙ ΠΑΝ-ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΑ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΑ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΜΕΘ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ

Ν. Μουσσάς[1], Γ. Πουλάκου[2], Ε. Μπαμρπούτη[1], Α. Ιωάννου[2], Α. Αρφαράς-Μελαίνης[2], Β. Τσαγκάρη[3], Η. Καραΐσκος[1], Α. Ανδριανάκη[4], Μ. Μπιτζάνη[5], Λ. Λεωνίδου[6], Ε. Δούκα[7], Χ. Αλεξοπούλου[8], Α. Αρμαγανίδης[9], Χ. Ρούτση[10], Φ. Κλούβα-Μολυβδά[11], Α. Μαγκίνα[12], Δ. Καραπάνος[13], Ε. Ζακυνθινός[14], Κ. Μανδραγός[15], Ε. Γιαμαρέλλου[1]

[1]6η Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ», [2]4η Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν», [3]ΜΕΘ/Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΝΝΘΑ «ΣΩΤΗΡΙΑ», [4]Πανεπιστημιακό ΓΝ Ηρακλείου, [5]Α΄ ΜΕΘ ΓΝ Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», [6]ΓΝ Πατρών «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ», [7]Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΜΕΘ ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [8]ΠΓ.Ν Ηρακλείου, [9]Β΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ΑΤΤΙΚΟ, [10]Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΜΕΘ ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [11]ΜΕΘ ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο», [12]ΜΕΘ, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, [13]ΜΕΘ, 251 ΓΝ Αεροπορίας, [14]Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΠΝ Λάρισας, [15]ΜΕΘ, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο ΕΕΣ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή των επιδημιολογικών τάσεων σε λοιμώξεις αιματικής ροής (ΛΑΡ) από *Acinetobacter baumannii* (AB) σε Ελληνικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), με δεδομένο τον υψηλό επιπολασμό αντιμικροβιακής αντοχής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε μια προοπτική καταγραφή σε 12 Ελληνικές ΜΕΘ, καταγράφηκε το 1ο επεισόδιο ΛΑΡ με εξαίρεση αυτών από κοαγκουλάση-αρνητικούς σταφυλοκόκκους ως μοναδικό παθογόνο, κατά το πρώτο ήμισι του 2012 και 2013. Δημογραφικά, συννοσηρότητες, μικροβιολογικά και θεραπευτικά δεδομένα αποτυπώθηκαν σε ηλεκτρονική βάση. Ακολούθησε μη-παραμετρική ανάλυση σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά των παραμέτρων, με ορισμό επιπέδου σημαντικότητας επί p <0,05 (SPSS13).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αναλύθηκαν 64 ασθενείς (71,9% άνδρες) με ΛΑΡ από AB, εκ των οποίων 91,9% αποκτήθηκε στη ΜΕΘ. Διάμεση τιμή και ενδοτεταρτημοριακή διακύμανση (IQR): ηλικία 65 έτη (53- 72), δείκτες APACHE II, SOFA και SAPS 19 (14-26), 8 (6-11) και 45 (38-57) αντίστοιχα, ενώ προηγηθείσα χρήση αντιβιοτικών ήταν 13 ημέρες (7-24). Η αιτία εισαγωγής στη ΜΕΘ ήταν χειρουργική (39,7%, 88% επείγουσα), τραύμα (9,5%) και παθολογική (50,8%). Οι ΛΑΡ ήταν πρωτοπαθείς (38,7%), δευτεροπαθείς (33,9%, συνήθως εκ του αναπνευστικού) ή σχετιζόμενες με κεντρικό φλεβικό καθετήρα (ΣΚΦΚ, 27,4%) και είχαν μια αδρή θνητότητα στη ΜΕΘ 25%. Η αποδιδόμενη θνητότητα ήταν 9,4%. Όλα τα στελέχη AB είχαν εκτεταμένη αντοχή (XDR), ενώ στο 11,11% υπήρχε αντοχή στην κολιστίνη/παν-αντοχή (PDR). Σε ποσοστό 28% το AB ήταν συμπαθογόνο, πιο συχνά απομονούμενο μαζί με Gram θετικό κόκκο (16,1%, στην πλειονότητα *Enterococcus* spp) ή με Gram-αρνητικό (8,1% συχνότερα *Klebsiella pneumoniae*), χωρίς στατιστική διαφορά στη θνητότητα σε σχέση με τις μονοβακτηριακές ΛΑΡ από AB. Οι ΣΚΦΚ με πολλαπλά παθογόνα ήταν σπανιότερες σε σχέση με τις πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς ΛΑΡ (p 0.036). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν συνδυασμούς κολιστίνης με τιγεκυκλίνη και/ή καρβαπενέμη και/ή αμινογλυκοσίδη μετά τον έλεγχο ευαισθησίας. Η θνητότητα συσχετίσθηκε με τον αριθμό των συννοσηροτήτων (p 0,005), την αντοχή στην κολιστίνη (p 0,003), την ηλικία (p 0,003), τη σοβαρότητα του σηπτικού επεισοδίου κατά τη ΛΑΡ (p 0,012) και υψηλότερες τιμές δεικτών βαρύτητας SAPSII, SOFA και APACHEII (p 0,002, 0,012 και <0,001 αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σε μια κοορτή ασθενών από Ελληνικές ΜΕΘ, η απομόνωση πολυανθεκτικού και παν-ανθεκτικού AB συχνά αποτελεί μέρος πολυμικροβιακής βακτηριαιμίας μη συνδεόμενης με ΚΦΚ. Η αδρή θνητότητα συσχετίσθηκε με τους δείκτες βαρύτητας του ασθενούς και την ύπαρξη αντοχής στην κολιστίνη στο μικροβιακό στέλεχος, γεγονός που υπογραμμίζει την άμεση ανάγκη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

122. ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΣΤΗ ΝΟΤΙΑ ΕΛΛΑΔΑ ΕΠΙ ΤΕΣΣΕΡΑ ΣΥΝΑΠΤΑ ΕΤΗ, 2011-2014

Μ. Μαυρούλη[1], Γ. Βρυώνη[1], Σ. Μαυρούλης[2], Κ. Τσιάμης[1], Β. Καψιμάλη[1], Α. Τσακρής[1]

[1]Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Τομέας Δυναμικής, Τεκτονικής και Εφαρμοσμένης Γεωλογίας, Τμήμα Γεωλογίας και Γεωπεριβάλλοντος, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Το καλοκαίρι του 2010, σημειώθηκε η πρώτη επιδημία λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου (West Nile Virus, WNV) στην Ελλάδα, κυρίως στην Κεντρική Μακεδονία. Τα επόμενα χρόνια (2011-2014), ο ιός συνέχισε να κυκλοφορεί στις γνωστές προσβεβλημένες περιοχές και σταδιακά εξαπλώθηκε στη Νότια Ελλάδα. Στη μελέτη αυτή παρουσιάζονται τα κύρια ευρήματα από την καταγραφή των WNV κρουσμάτων στη νότια Ελλάδα κατά τα έτη 2011-2014.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Δείγματα ορού και εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ) ασθενών με πιθανή WNV λοίμωξη εξετάστηκαν για ανίχνευση αντι-WNV IgG και IgM αντισωμάτων με ELISA (WNV IgM capture DxSelect and WNV IgG DxSelect, Focus Diagnostics, USA). Δείγματα ολικού αίματος και ΕΝΥ ελέγχθηκαν για την ανίχνευση WNV RNA με real-time RT-PCR. Τα διαθέσιμα επιδημιολογικά δεδομένα εισήχθησαν σε ειδικά σχεδιασμένες βάσεις δεδομένων και υποβλήθηκαν σε επεξεργασία σε περιβάλλον ΓΣΠ (GIS), με αποτέλεσμα την παρουσίαση της γεωγραφικής κατανομής των WNV κρουσμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το καλοκαίρι του 2011, διαγνώστηκαν 124 κρούσματα WNV λοίμωξης σε ασθενείς με συμπτώματα και σημεία συμβατά με WNV λοίμωξη. Σε 87 περιστατικά (70%), οι ασθενείς παρουσίασαν οξείες νευρολογικές εκδηλώσεις (West Nile neuroinvasive disease, WNNV), ενώ τα υπόλοιπα 37 (30%) παρουσίασαν κυρίως εμπύρετο νόσημα (West Nile fever, WNF). Η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης ήταν τα πιο συχνά υποκείμενα νοσήματα. Σημειώθηκαν 15 θάνατοι, όλοι σε ηλικιωμένα άτομα με υποκείμενα νοσήματα.

Το 2011, η πλειοψηφία των WNV περιστατικών εντοπίστηκε στην Ανατολική Αττική, ειδικά στο δήμο Μαραθώνα, όπου ο υγρότοπος του Σχινιά ευνόησε την αναπαραγωγή των κουνουπιών φορέων. Το καλοκαίρι του 2012 και του 2013, τα WNV περιστατικά εμφανίστηκαν στη νότια και βόρεια Αττική αντίστοιχα, σε περιοχές κοντά σε επιφανειακά υδάτινα σώματα (Ποταμοί: Ιλισός, Κηφισός - Ρέματα: Πικροδάφνη, Πολύδροσο, Ρεματιά). Σποραδικά κρούσματα καταγράφηκαν στη νοτιοδυτική Ελλάδα (Αχαΐα, Ηλεία, Ιόνια Νησιά). Η ανίχνευση αντι-WNV IgG αντισωμάτων σε κατοίκους περιοχών όπου δεν είχαν καταγραφεί WNV κρούσματα υποδηλώνει την προηγούμενη κυκλοφορία του ιού σε αυτές τις περιοχές. Το 2014, η έγκαιρη χρήση προνυμφοκτόνων στους τόπους αναπαραγωγής των κουνουπιών στα τέλη της άνοιξης και νωρίς το καλοκαίρι μείωσε τον αριθμό των κουνουπιών και συνέβαλε στη δραματική μείωση των WNV κρουσμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εξάπλωση του ιού και η καταγραφή περιστατικών επί τέσσερα συναπτά έτη 2011-2014 υποδηλώνει ότι ο ιός του Δυτικού Νείλου έχει καθιερωθεί στην Ελλάδα και η μετάδοσή της νόσου μπορεί να συνεχιστεί και στο μέλλον. Η επιδημιολογική επιτήρηση της νόσου (σε προσβεβλημένες και μη περιοχές), τα προγράμματα έγκαιρης καταπολέμησης των κουνουπιών και η ενημέρωση του κοινού για εφαρμογή μέτρων ατομικής προστασίας από τα κουνούπια είναι ζωτικής σημασίας για τον έλεγχο της νόσου.

WNND	Έτος 2011	2012	2013	2014
Αριθμός περιστατικών	25	45	13	4
Μέση ηλικία (εύρος) (έτη)	67 (25-86)	67 (19-25)	79 (17-95)	81 (76-85)
Αναλογία ανδρών: γυναικών	2.6:1	2.5:1	1.3:1	1:1
Θάνατοι	7	5	1	2

123. ΜΟΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ACINETOBACTER BAUMANNII ΜΕ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΙΣ ΚΑΡΒΑΠΕΝΕΜΕΣ, ΣΤΗΝ ΤΙΓΚΕΚΥΚΛΙΝΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΛΙΣΤΙΝΗ

Α. Μαυροειδή, Σ. Λυκούση, Ε. Πάλλα, Ο. Κορδανούλη, Ζ. Ρούσσου, Ε. Πλατσούκα

Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝ Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η επιτήρηση και μοριακή διερεύνηση στελεχών *Acinetobacter baumannii* (ABA) με αντοχή στις καρβαπενέμες, στην τιγεκεκυκλίνη και κολιστίνη που απομονώθηκαν από ασθενείς του ΓΝ Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων» κατά την περίοδο Ιανουάριος 2013- Σεπτέμβριος 2014.

ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 13 ABA στελέχη με αντοχή σε καρβαπενέμες, αναστολείς β-λακταμασών, κεφταζιδίμη, αζτρεονάμη, αμικασίνη, τομπραμυκίνη, γενταμυκίνη, σιπροφλοξακίνη, κολιστίνη και τιγεκεκυκλίνη (pandrug-resistant-PDR ABA). Η ταυτοποίηση των στελεχών και ο έλεγχος της ευαισθησίας στα αντιβιοτικά πραγματοποιήθηκε με το αυτοματοποιημένο σύστημα MicroScan® (Siemens Healthcare, PA, USA), ενώ ο προσδιορισμός των MICs για την ιμιπενέμη, μεροπενέμη, κολιστίνη και τιγεκεκυκλίνη προσδιορίστηκαν επιπλέον με ταινίες διαβαθμισμένης συγκέντρωσης σύμφωνα με τα κριτήρια της CLSI (CLSI, 2013). Η απομόνωση του DNA έγινε με το αυτοποιημένο σύστημα QIAcube (Qiagen, Düsseldof, Germany) σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή. Η ανίχνευση των γονιδίων που παράγουν καρβαπενεμάσες τύπου OXA (*bla*OXA-23, *bla*OXA-24, *bla*OXA-51, *bla*OXA-58) και των γονιδίων αντοχής στην τιγεκυκλίνη (*adeB*, *tetX/tetX2*) και κολιστίνη (*pmrB*) πραγματοποιήθηκαν με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και τη χρήση ειδικών εκκινητών και ακολούθησε ανάλυση της νουκλεοτιδικής αλληλουχίας του γονιδίου *pmrB*. Η μοριακή τυποποίηση των στελεχών έγινε με τη μέθοδο 3-LST (http://www.hpa-bioinformatics.org.uk/AB/).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα 13 PDR ABA στελέχη απομονώθηκαν από βρογχικές εκκρίσεις (7 στελέχη), αίμα (3 στελέχη), ούρα (2 στελέχη) και πτύελα (1 στέλεχος) ασθενών του νοσοκομείου. 'Ολα τα στελέχη ήταν θετικά για την παρουσία των καρβαπενεμασοπαραγωγών γονιδίων *bla*OXA-23 και *bla*OXA-51, του γονιδίου *adeB* της αντλίας εκροής AdeABC, αλλά αρνητικά για την παρουσία των γονιδίων *tetX/tetX2* και ανήκαν στον 3-LST ST101. Η ανάλυση της νουκλεοτιδικής αλληλουχίας του γονιδίου *pmrB* ανέδειξε την παρουσία δύο νέων μεταλλαγών (A138T και A226V).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κλωνική διασπορά PDR-ABA στελεχών του τύπου ST101 αναφέρεται για πρώτη φορά στην Ελλάδα. Η αύξηση των PDR-ABA στελεχών την τελευταία διετία σε νοσοκομειακούς ασθενείς είναι ένα επιπλέον ανησυχητικό φαινόμενο στον έλεγχο των λοιμώξεων και καθιστά προβληματική τη θεραπεία τους.

124. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΗΣ ΑΙΜΑΤΙΚΗΣ ΡΟΗΣ ΑΠΟ KLEBSIELLA PNEUMONIAE ΜΕ ΠΟΛΥ-ΑΝΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ

Γ. Πουλάκου[1], Χ. Ρούτση[2], Ν. Μουσσάς[3], Α. Αρφαράς-Μελαίνης[1], Σ. Καράμπη[4], Β. Τσαγκάρη[5], Ι. Κατσαρόλης[1], Φ. Μπαζιάκα[3], Α. Κουτσούκου[5], Γ. Δημόπουλος[4], Χ. Κάτσενος[6], Π. Μανωλοπούλου[7], Ε. Κοντού[8], Δ. Κοφτερίδης[9], Μ. Κατσιάρη[10], Μ. Κομπότη[11], Μ. Καρβουνιάρης[12], Γ. Ανθόπουλος[13], Ε. Μπαρμπούτη[3], Ε. Γιαμαρέλλου[3]

[1]4η Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν», [2]Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», [3]6η Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Υγεία», [4]Β΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν»,[5]ΜΕΘ/Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΝΝΘΑ «Σωτηρία», [6]ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο», [7]ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», [8]ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», [9]Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, [10]ΜΕΘ, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, [11]ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο», [12]ΜΕΘ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, [13]ΜΕΘ, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

ΣΚΟΠΟΣ: Η *Klebsiella pneumoniae* (KP) αποτελεί σήμερα ένα από τα σοβαρότερα νοσοκομειακά παθογόνα λόγω της επικράτησης πολυανθεκτικών κλώνων διεθνώς. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει τις επιδημιολογικές τάσεις και την έκβαση των λοιμώξεων της αιματικής ροής (ΛΑΡ) από KP στις Ελληνικές ΜΕΘ, σε μια γεωγραφική περιοχή με γνωστό πρόβλημα αντιμικροβιακής αντοχής.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε μια προοπτική μελέτη παρατήρησης σε 12 Ελληνικές ΜΕΘ, καταγράφηκε το 1ο επεισόδιο ΛΑΡ εξαιρουμένων των λοιμώξεων με μοναδική ανάδειξη κοαγκουλάση-αρνητικού σταφυλοκόκκου, κατά το πρώτο ήμισι του 2012 και 2013. Δημογραφικά, συννοσηρότητες, μικροβιολογικά και θεραπευτικά δεδομένα αποτυπώθηκαν σε ηλεκτρονική βάση. Ακολούθησε μη-παραμετρική στατιστική ανάλυση σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά των παραμέτρων, με ορισμό επιπέδου σημαντικότητας στο p <0,05 (SPSS13).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αναλύθηκαν 79 ασθενείς με ΛΑΡ από KP (61,5% άνδρες). Η διάμεση τιμή (ενδοτεταρτημοριακή διακύμανση/IQR) της ηλικίας ήταν 64 έτη (45- 75), των δεικτών APACHE II, SOFA και SAPSII 21 (16-26), 9 (7-11) και 50 (39-59) αντίστοιχα, ενώ της διάρκειας λήψης αντιβιοτικών πριν τη ΛΑΡ 18 ημέρες (8-27). Η αιτία εισόδου στη ΜΕΘ ήταν παθολογική (44,3%), χειρουργική (36,7%, το 87,1% των οποίων επείγουσες), ή τραύμα (6,3%). Οι ΛΑΡ χαρακτηρίστηκαν πρωτοπαθείς (63,5%), συνδεόμενες με κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες/ΣΚΦΚ (15,9%) ή δευτεροπαθείς (20,6%, με συχνότερη εστία το αναπνευστικό). Η αδρή και αποδιδόμενη θνητότητα 28 ημερών στη ΜΕΘ ήταν αντίστοιχα 42,5 και 20,3%. Η πλειονότητα των στελεχών ήταν πολυανθεκτικά (MDR 84,9%) και το 73,8% αυτών ανθεκτικά στις καρβαπενέμες. Αντοχή στην κολιστίνη, τιγεκυκλίνη και γενταμικίνη ανευρέθη αντίστοιχα σε ποσοστό 7,7%, 29,5% και 38,4%. Οι ΛΑΡ που αποκτήθηκαν στη ΜΕΘ (80,4%) είχαν μικρότερη πιθανότητα ευαισθησίας στην πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη σε σχέση με τις νοσοκομειακές ΛΑΡ από KP (p 0,038). Σε ποσοστό 49,4% των ΛΑΡ από KP υπήρχε και συμπαθογόνο, συνήθως κάποιο άλλο Gram-αρνητικό (25,3%) [Enterobacteriaceae (n=9) ή *Acinetobacter baumannii* (n=6) ή *Pseudomonas aeruginosa* (n=6)]. Gram-θετικά συμπαθογόνα απομονώθηκαν σε ποσοστό 12,7% (κυρίως κοαγκουλάση-αρνητικοί σταφυλόκοκκοι) και *Candida* spp σε 6,3%. Παράγοντες με δυσμενή επίδραση στην επιβίωση αναδείχθηκαν: ο αριθμός των συννοσηροτήτων (p 0,007), η απομόνωση συμπαθογόνου στην αιμοκαλλιέργεια (p 0,027) και το είδος του συμπαθογόνου (p 0,010). Από τους μελετηθέντες δείκτες βαρύτητας μόνο ο SAPSII συσχετίσθηκε στατιστικά με την αδρή θνητότητα 28 ημερών στη ΜΕΘ σε αυτή τη μελέτη (p 0,025).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε μια κοορτή από Ελληνικές ΜΕΘ τα στελέχη KP που απομονώνονται από ΛΑΡ έχουν φαινότυπο εκτεταμένης αντοχής, συνοδεύονται από αξιοσημείωτη θνητότητα, ενώ συχνά αποτελούν μέρος πολυμικροβιακής πρωτοπαθούς βακτηριαιμίας. Η απομόνωση δεύτερου ή και τρίτου συμπαθογόνου συνδυάστηκε με αυξημένη θνητότητα.

125. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΛΙΣΤΙΝΗ ΚΑΙ ΤΙΓΚΕΚΥΚΛΙΝΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ACINETOBACTER BAUMANNII ΤΗΝ ΤΡΙΕΤΙΑ 2011-2013

Σ. Λυκούση, Α. Μαυροειδή, Ε. Πάλλα, Μ. Τσουκαλά, Ο. Κορδανούλη, Ζ. Ρούσσου, Ε. Πλατσούκα

Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝ Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των ανθεκτικών στην κολιστίνη και τιγκεκυκλίνη καρβαπενεμασοπαραγωγών *Acinetobacter baumannii* (CARB-R ABA) στελεχών, που απομονώθηκαν από ασθενείς του ΓΝ Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων» κατά την τριετία 2011-2013.
ΥΛΙΚΟ: Η ταυτοποίηση των στελεχών και ο έλεγχος της ευαισθησίας στα αντιβιοτικά πραγματοποιήθηκε με το αυτοματοποιημένο σύστημα MicroScan® (Siemens Healthcare, PA, USA), ενώ ο προσδιορισμός των MICs για την ιμιπενέμη, μεροπενέμη, κολιστίνη και τιγκεκυκλίνη προσδιορίστηκαν επιπλέον με ταινίες διαβαθμισμένης συγκέντρωσης σύμφωνα με τα κριτήρια της CLSI (CLSI, 2013). Η απομόνωση του DNA έγινε με το αυτοποιημένο σύστημα QIAcube (Qiagen, Düsseldof, Germany) σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή. Η ανίχνευση των γονιδίων που παράγουν καρβαπενεμάσες τύπου OXA (*bla*OXA-23, *bla*OXA-24, *bla*OXA-51, *bla*OXA-58) πραγματοποιήθηκε με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και τη χρήση ειδικών εκκινητών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το 2011 μέχρι το 2013, παρατηρήθηκε αύξηση της αντοχής για την τιγκεκυκλίνη και την κολιστίνη στα CARB-R ABA στελέχη. Από τα 266 στελέχη CARB-R ABA στελέχη που απομονώθηκαν συνολικά, 28 στελέχη (10,5%) ήταν ανθεκτικά στην τιγκεκυκλίνη, 12 στελέχη (4,5%) ήταν ανθεκτικά στην κολιστίνη και 2 στελέχη (0,8%) ήταν συγχρόνως ανθεκτικά στην κολιστίνη και τιγκεκυκλίνη. Τα 42 αυτά στελέχη απομονώθηκαν κυρίως από βρογχικές εκκρίσεις (23 στελέχη, 55%), αίμα (9 στελέχη, 21%), ούρα (3 στελέχη, 7%) κ.α. υλικά (7 στελέχη, 17%) από ασθενείς της ΜΕΘ (31 στελέχη, 74%) κ.α. τμημάτων (11 στελέχη, 26%). Όλα τα 42 στελέχη ήταν θετικά για την παραγωγή του γονιδίου της ενδογενούς καρβαπενεμάσης *bla*OXA-51. Επιπλέον, τα γονίδια που παράγουν καρβαπενεμάσες τύπου *bla*OXA-23 και *bla*OXA-58 ανιχνεύθηκαν σε 28 και 7 στελέχη, αντίστοιχα, ενώ 7 στελέχη ήταν θετικά για την παρουσία και των δύο γονιδίων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αύξηση της αντοχής στην κολιστίνη και τιγκεκυκλίνη στα CARB-R ABA στελέχη κατά την τριετία 2011-2013 απαιτεί συνεχή μελέτη του φαινομένου και εντατικοποίηση των μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων.

126. ΝΟΣΟΣ WHIPPLE ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΟΥ ΣΥΧΝΑ ΔΙΑΦΕΥΓΕΙ

Κ. Κουτσιανάς[1], Κ. Πατεράκης[1], Π. Μαρκόπουλος[1], Γ. Λιναρδάκη[1], Κ. Μανωλουδάκη[2], Γ. Χρύσος[1], Σ. Αντωνόπουλος[1]

[1]Β΄ Παθολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», [2]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

Η νόσος του Whipple είναι μια χρόνια πολυσυστηματική νόσος. Μόνο 1000 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί μέχρι το 2007, με ετήσια επίπτωση 30 περιστατικά ανά έτος από το 1980 και μετέπειτα. Προσβάλλει κυρίως λευκούς άνδρες ηλικίας 40-60 ετών. Η νόσος εκδηλώνεται κυρίως με διάρροια και απώλεια βάρους. Άλλες χαρακτηριστικές κλινικές εκδηλώσεις είναι ο πυρετός, η υπέρχρωση δέρματος, οι αρθραλγίες, η περικαρδίτιδα, οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι εκδηλώσεις από τους οφθαλμούς.
Η παρουσία PAS θετικών μακροφάγων που περιέχουν τους μικρούς βακίλους σε υλικό βιοψίας από προσβεβλημένους ιστούς υποδηλώνει τη διάγνωση. Η θεραπεία της νόσου περιλαμβάνει μακροχρόνια λήψη αντιβιοτικών.
Παρουσιάζουμε την περίπτωση 59χρονου λευκού άνδρα που νοσηλεύτηκε για παρατεινόμενο εμπύρετο διαλειπόντως από τετραετίας και απώλεια βάρους. Αναφέρονται δυο νοσηλείες χωρίς να τεθεί διάγνωση. Σε προηγούμενη νοσηλεία είχε ληφθεί βιοψία βουβωνικού λεμφαδένα με ευρήματα αντιδραστικής λεμφαδενοπάθειας. Σε αξονική τομογραφία κοιλίας προ της εισαγωγής αναδείχθηκε διόγκωση μεσεντέριων λεμφαδένων.
Κατά τη νοσηλεία του στην κλινική μας διαπιστώθηκε υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία και αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Από το ιστορικό του ασθενούς, την κλινική εικόνα και τον εργαστηριακό έλεγχο στη διαφορική διάγνωση συμπεριλήφθηκε η νόσος Whipple. Έγινε γαστροσκόπηση και λήψη βιοψίας από το δωδεκαδάκτυλο. Ο ιστολογικός έλεγχος ανέδειξε PAS θετικά μακροφάγα που χαρακτηρίζουν τη νόσο. Έγινε επανεξέταση του παρασκευάσματος του λεμφαδένα που είχε ληφθεί ένα μήνα πριν και διαπιστώθηκε η παρουσία κοκκιωμάτων. Η PAS χρώση στο λεμφαδένα ανέδειξε επίσης την παρουσία μακροφάγων χαρακτηριστικών της νόσου.
Ο ασθενής έλαβε αγωγή με κεφτριαξόνη για 14 ημέρες και ακολούθως τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη. Ένα μήνα μετά το εξιτήριό του ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε πτώση των δεικτών φλεγμονής, ενώ ο ίδιος ανέφερε αύξηση του σωματικού βάρους.
Συμπερασματικά, σε ασθενείς που εμφανίζουν μακράς διάρκειας πυρετό και απώλεια βάρους δεν θα πρέπει να διαφεύγει η πιθανότητα της νόσου Whipple τόσο στον κλινικό όσο και στον εργαστηριακό ιατρό.

127. ΕΙΝΑΙ ΕΠΑΡΚΗΣ Η ΠΡΟΛΗΨΗ [ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ - ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ] ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (ΑΕΕ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ 4ης ΗΛΙΚΙΑΣ

Ι. Κυριαζής, Σ. Γερακάρη, Χ. Σαμάρας, Δ. Καψούδας, Ό. Σπυροπούλου, Ν. Καραγκούνη, Α. Στρίκου, Ι. Γιαγτζόγλου, Β. Μιτζέλος, Κ. Κούκη, Π. Ποταμούση

ΓΝ «Ασκληπιείον» Βούλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Διεθνής οργανισμοί επισημαίνουν την αναγκαιότητα ρύθμισης όλων των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου και σε ηλικιωμένους ασθενείς με σκοπό τόσο την πρωτογενή όσο και τη δευτερογενή πρόληψη αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης μας ήταν η εκτίμηση της ρύθμισης των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς ηλικίας >75 ετών, με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ιΑΕΕ).
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 82 ασθενείς (33 άνδρες και 49 γυναίκες) ηλικίας 82,5 ± 6,46 έτη, που νοσηλεύτηκαν με οξύ ιΑΕΕ.
Σε όλα τα άτομα καταγράφηκαν τα σωματομετρικά τους δεδομένα, οι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και τα συνυπάρχοντα αγγειακά νοσήματα (ηλικία, φύλο, κάπνισμα, αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ), στεφανιαία νόσος (ΣΝ), κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ), δυσλιπιδαιμία και ιστορικό ΑΕΕ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών. (39,5% ήταν γυναίκες). Από το σύνολο των ασθενών που μελετήθηκαν ελάμβαναν αγωγή το 62,2% των υπερτασικών ασθενών, το 37,9% των ασθενών με ΚΜ και το 43% των ασθενών με δυσλιπιδαιμία. Από τους ασθενείς που ελάμβαναν στατίνη το 61,9% είχε πετύχει τα επίπεδα στόχο της LDL χοληστερόλης, ενώ και για τις τρεις λιπιδαιμικές παραμέτρους βρισκόταν εκτός ρύθμισης το 83,6% των ασθενών. Όσο αφορά τους διαβητικούς ασθενείς, οι περισσότεροι ήταν υπό αντιδιαβητική αγωγή αλλά HbA1C >7 είχε το 80,7%. Διαπιστώθηκε επίσης ότι το 64,7% των ασθενών με ιστορικό ιΑΕΕ ελάμβανε ήδη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσο αφορά στη ρύθμιση των παραγόντων κινδύνου μεταξύ των δύο φύλων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η πρόληψη των ΑΕΕ σε ηλικιωμένους ασθενείς κρίνεται ανεπαρκής γεγονός που καθιστά αναγκαία την επιθετικότερη αντιμετώπιση όλων των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου με σκοπό την αποφυγή εμφάνισης πρώτου ή επακόλουθου επεισοδίου.

128. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΝΗΣ

Ι. Μπινάκας[1], Ν. Γκιούλος[1], Ε. Παντιώρα[1], Α. Σπανού[2]

[1]Κέντρο Υγείας Αγίου Νικολάου Μάνης, [2]Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας

Άνοια είναι η παθολογική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, διαταραχή της μνήμης και μιας τουλάχιστον από τις άλλες νοητικές λειτουργίες (δηλαδή να συνυπάρχει αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή των μετωπιαίων - εκτελεστικών λειτουργιών) και να είναι τέτοιας βαρύτητας ώστε να διαταράσσει τη λειτουργικότητα του ασθενούς στην κοινωνική και επαγγελματική του ζωή.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε μελέτη με 322 ασθενείς που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας Αγίου Νικολάου, ηλικίας 65 ετών και άνω. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω προσωπικής συνέντευξης με τη χρήση ερωτηματολογίων MMSE, GPCOG και Clock Drawing test. Το MMSE χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη σαν διαγωνιστικό εργαλείο μέτρησης της γνωστικής λειτουργίας, αλλά και για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου και τη μελέτη της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Ελέγχει τη γνωστική λειτουργία στους εξής τομείς: προσανατολισμό στο χώρο και στο χρόνο, προσοχή-συγκέντρωση, πράξεις, άμεση και πρόσφατη μνήμη, γλώσσα, ικανότητα εκτέλεσης προφορικής και γραπτής εντολής, γραφή και αντιγραφή. Το τεστ ρολογιού (clock drawing test) ελέγχει τη μετωπιαία, κροταφική και βρεγματική λειτουργία. Μειωμένη απόδοση στο συγκεκριμένο τα τεστ σχετίζεται όχι μόνο με κατασκευαστική δυσχέρεια αλλά και με μειωμένη κατανόηση της εντολής, έκπτωση μνήμης και έκπτωση των οπτικοχωρικών ικανοτήτων. Το GPCOG (General Practitioner Assessment of Cognition) που περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις προς τον εξεταζόμενο για έλεγχο των εξής γνωστικών ικανοτήτων του: μνήμη (όνομα, ταχ. Διεύθυνση), προσανατολισμός στο χρόνο (ακριβής ημερομηνία), σχεδιασμός ρολογιού (αριθμοί και δείκτες), σημαντική γνώση πληροφόρηση, ανάκληση (όνομα, ταχ. Διεύθυνση) και 6 ερωτήσεις προς το φροντιστή για το ιστορικό του εξεταζόμενου.
ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της επίπτωσης της άνοιας σε άτομα ηλικίας 65 χρονών και άνω, στον πληθυσμό της Μάνης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 42% του πληθυσμού του δείγματος αποτελούνταν από άντρες και το 58% από γυναίκες. Το 24% του πληθυσμού του δείγματος εμφάνισε γνωστική ανεπάρκεια, το 11% ήπια ανοϊκή διαταραχή και μόνο το 2% μέτρια ανοϊκή διαταραχή. Στους άνδρες η επίπτωση της γνωστικής ανεπάρκειας ήταν στο 21% και της ελαφράς ανοικής διαταραχής στο 7%, ενώ στις γυναίκες ήταν στο 13% και 11% αντίστοιχα. Ανάλογα με την ηλικία παρατηρήσαμε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και η επίπτωση της άνοιας στον πληθυσμό. Στα άτομα ηλικίας 65 - 70 χρονών η επίπτωση της άνοιας ήταν στο 0%, στις ηλικίες 70 - 80 χρονών 12%, ενώ στις ηλικίες άνω των 80 ετών το αντίστοιχο ποσοστό άγγιζε το 15%, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της άνοιας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η συχνότητα της άνοιας αυξάνεται σημαντικά καθώς αυξάνει η ηλικία. Μεγάλη σημασία έχει η πρώιμη διάγνωση στα αρχικά στάδια, με τη βοήθεια των ερωτηματολογίων MMSE και GPCOG, καθώς η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να προλάβει ή να καθυστερήσει την περαιτέρω εξέλιξη της νόσου.

129. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ PARKINSON-ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ

Κ. Κοντόκωστας[1], Α. Γαλανόπουλος[2], Μ. Ξιφαράς[1], Ε. Κερεζούδη[1], Μ. Βασιλειάδου[3], Θ. Παπαρρηγόπουλος[3]

[1]Νευρολογική Κλινική Νοσοκομείου Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος», [2]ΕΚΠΑ Ιατρική Σχολή, [3]Αιγινήτειο Νοσοκομείο Α Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι νευροψυχιατρικές διαταραχές που απαντώνται στη νόσο Parkinson διαδραματίζουν καίριο ρόλο μεταξύ των λεγόμενων μη κινητικών συμπτωμάτων της νόσου έχοντας επικεντρώσει το ενδιαφέρον της σύγχρονης έρευνας, ενώ παραλλήλως συνιστούν ρυθμιστή της ποιότητας ζωής των πασχόντων. Αντιστοίχως και στην περίπτωση των αγγειακών συμβαμάτων στη Νευρολογία διατιστούται πληθώρα νευροψυχιατρικών διαταραχών που εμπλέκονται άμεσα με την παράμετρο της ποιότητας ζωής.

ΣΚΟΠΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ: Σκοπός της έρευνας είναι να μελετηθεί συγχρονικά ένα δείγμα 70 ασθενών με νόσο Parkinson και ένα δείγμα 70 μαρτύρων-πασχόντων από ισχαιμικό ΑΕΕ ώστε να αξιολογηθούν τα εξής: α. η πιθανή διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ των δύο ομάδων, β. η συχνότητα εμφάνισης καθεμίας εκ των κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών γ. τα είδη και η συχνότητα εμφάνισης της μεταξύ των νευροψυχιατρικών διαταραχών συννοσηρότητας και συσχέτισης και δ. να προσδιοριστεί ο βαθμός επίδρασης της συννοσηρότητας αυτής στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης χρησιμοποιώντας τέσσερα ερωτηματολόγια που είναι ευρέως γνωστά είτε δημιουργήθηκαν από τους ερευνητές της μελέτης έτσι ώστε να εξυπηρετεί πλήρως τους σκοπούς της μελέτης. Τα ερωτηματολόγια ομαδοποιήθηκαν σε επιμέρους κατηγορίες-κλίμακες όπου αυτό ήταν εφικτό. Επιπλέον, συγκεντρώθηκαν δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό των ασθενών που δηλώνει ότι η κατάσταση της υγείας του είναι χειρότερη είναι χαμηλότερο στην ομάδα ασθενών με ΑΕΕ (2,97%) από την ομάδα ασθενών με Parkinson (15,7%) γεγονός που υποδηλώνει χειρότερη ποιότητα ζωής γενικά στην ομάδα πασχόντων από Parkinson.

Ως προς την κλίμακα HADS διαπιστούται ότι στο σύνολο του δείγματος, 32,1% είχε υψηλά επίπεδα άγχους, ενώ 20,7% είχε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Καταγράφησαν υψηλά επίπεδα άγχους στο 25,7% των ασθενών με ΑΕΕ, ενώ το αντίστοιχο στο Parkinson είναι 38,6%. Υψηλά και μέτρια επίπεδα κατάθλιψης κατεγράφησαν σε ποσοστό 37,2% στους ασθενείς με ΑΕΕ. Επιπροσθέτως υψηλά και μέτρια επίπεδα κατάθλιψης διαπιστώθηκαν στο 27,2% των ασθενών με Parkinson. Διαπιστώνεται εν συγκρίσει ότι οι ασθενείς με Parkinson έχουν υψηλότερα ποσοστά αγχωδών διαταραχών σε σχέση με τους ασθενείς με ΑΕΕ, ενώ η αντίθετη σχέση ισχύει για την κατάθλιψη η οποία παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά στην ομάδα ελέγχου (ΑΕΕ). Από τη μελέτη της κλίμακας BPRS διαπιστούται ότι οι ασθενείς με ΑΕΕ έχουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό συναισθηματικών διαταραχών γεγονός που έχει επισημανθεί και από την κλίμακα HADS. Επίσης η BPRS αναδεικνύει στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη διαταραχή της κινητικότητας στους ασθενείς με Parkinson σε αντίθεση με αυτούς με ΑΕΕ, παρατήρηση λογική καθώς η Parkinson επιδρά στο σύνολο της κινητικότητας του ατόμου. Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο του ύπνου διαπιστώνουμε ότι οι ασθενείς με Parkinson έχουν στατιστικά σημαντικά περισσότερες διαταραχές ύπνου. Από τη μελέτη του συνόλου των ερωτηματολογίων και των μεταξύ τους συσχετίσεων διαπιστώνεται ότι στον πληθυσμό των ασθενών με Parkinson οι συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές συνδέονται με το χειρότερο επίπεδο ποιότητας ζωής. Αντιστοίχως τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις διαταραχές σκέψης και συμπεριφοράς, με τις αγχώδεις διαταραχές και με τις διαταραχές κινητικότητας. Σημαντικός παράγοντας επηρεασμού της ποιότητας ζωής αναδεικνύεται και η υποκατηγορία των διαταραχών ύπνου «αϋπνία και αναπνευστικές υπνικές διαταραχές» ενώ και οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης και της συμπεριφοράς ως ισοδύναμο ψυχωσικών συμπτωμάτων συνεπάγεται χειρότερη ποιότητα ζωής. Στην ομάδα ελέγχου των πασχόντων από ΑΕΕ διαπιστώνεται ότι σε στατιστικά σημαντικό βαθμό οι συναισθηματικές διαταραχές, οι διαταραχές σκέψης και συμπεριφοράς και οι διαταραχές κινητικότητας επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής.

130. BRAIN-MACHINE INTERFACE - ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΡΟΜΠΟΤΙΚΟΥ ΑΚΡΟΥ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ

Π. Ζωγόπουλος[1], T. Yanagisawa[1], R. Fukuma[2], M. Hirata[3], H. Kishima[1], Y. Saitoh[1], R. Kato[4], T. Seki[4], H. Sugata[1], H. Yokoi[4], Y. Kamitani[5], T. Yoshimine[1]

[1]Department of Neurosurgery, Osaka University Hospital, Osaka, Japan, [2]ATR Computational Neuroscience Laboratories, [3]Division of Functional Diagnostic Science, Osaka University Graduate School of Medicine, [4]The University of Tokyo Interfaculty Initiative in Information Studies - Graduate School of Interdisciplinary Information Studies, Tokyo, Japan, [5]Nara Institute of Science and Technology

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζουμε το ερευνητικό πρόγραμμα «Brain-Machine Interface» (BMI) που εξελίσσεται στη Νευροχειρουργική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Οσάκα (Ιαπωνία). Το BMI είναι ένα πεδίο έρευνας που στοχεύει στη σύνδεση του ανθρωπίνου εγκεφάλου με μηχανές (ηλεκτρόδια εγκεφάλου, εμφυτεύματα οπτικής & ακουστικής οδού, ρομποτικά άκρα).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενείς με ιστορικό ακρωτηριασμού άνω άκρου, κακώσεων εξελκυσμού αυχενικών νευρικών ριζών, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ή πλάγια μυοατροφική σκλήρυνση. Η καταγραφή μαγνητικού εγκεφαλογραφήματος (ΜΕΓ) πραγματοποιείται, ενώ ζητείται από τον ασθενή να επιχειρήσει να ανοίξει και κατόπιν να κλείσει την άκρα χείρα του παράλυτου/ακρωτηριασμένου άκρου. Μετά από ένα κύκλο επαναλήψεων, τα δεδομένα καταγραφής επεξεργάζονται από ένα λογισμικό «εκπαίδευσης μηχανής» σε ηλεκτρονικό υπολογιστή (Η/Υ), ούτως ώστε ο Η/Υ να «μάθει» να αναγνωρίζει τα σήματα ΜΕΓ ως εντολές «άνοιγμα» ή «κλείσιμο χεριού».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όταν η διαδικασία «εκπαίδευσης μηχανής» ολοκληρωθεί, ένας νέος κύκλος καταγραφής ΜΕΓ ξεκινά. Ο ασθενής επιχειρεί εκ νέου να κλείσει και κατόπιν να ανοίξει τη γροθιά του παράλυτου άκρου, ενώ το λογισμικό του Η/Υ αναλύει τα δεδομένα σε πραγματικό χρόνο και τα μετατρέπει σε αντίστοιχες κινήσεις ενός ρομποτικού άνω άκρου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το BMI είναι ένα υποσχόμενο ερευνητικό πρόγραμμα που αποσκοπεί στην αποκατάσταση της κινητικής λειτουργίας του άνω άκρου σε ακρωτηριασμένους ή παράλυτους ασθενείς. Η εξελισσόμενη ανάπτυξη νέων εμφυτεύσιμων υλικών, όπως ηλεκτροδίων εγκεφάλου, θα προετοιμάσει τη μελλοντική σύνδεση του ανθρώπινου εγκεφάλου με μηχανές.

131. ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΒΑΛΒΙΔΩΝ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΩΣ Υ-ΔΡΟΚΕΦΑΛΟΥ. ΗΜΕΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Α. Ρόβλιας[1], Δ. Παπουτσάκης[1], Π. Ποταμούση[2], Μ. Σιακαβέλλα[1], Γ. Φραγκάκης[1]

[1]Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας, [2]Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση της περιτοναϊκής κοιλότητας για την παροχέτευση και απορρόφηση του ΕΝΥ με κοιλιοπεριτοναϊκή παροχέτευση εφαρμόσθηκε αρχικά από τον Kausch το 1905, και προοδευτικά απετέλεσε τη θεραπευτική επέμβαση πρώτης επιλογής στη χειρουργική αντιμετώπιση του υδροκεφάλου παγκοσμίως. Καθώς σήμερα περισσότεροι ασθενείς με υδροκεφαλία επιβιώνουν και ζούν περισσότερο, εμφανίζονται όλο και περισσότερες επιπλοκές. Αν και οι επιπλοκές αυτές συνήθως δεν είναι απειλητικές για τη ζωή, συχνά προκαλούν δυσλειτουργία της βαλβίδας και δημιουργούν διαγνωστικές και θεραπευτικές δυσκολίες. Περιγράφουμε 10 ασυνήθιστες επιπλοκές βαλβίδων παροχέτευσης ΕΝΥ σε ενηλίκους ασθενείς και συζητούμε την παθοφυσιολογία τους.

ΥΛΙΚΟ: Οι ασυνήθιστες περιπτώσεις που αναφέρουμε αφορούν την εμφάνιση ενός υποδιαφραγματικού αποστήματος, μίας ευμεγέθους ψευδοκύστεως περιτοναίου, μία πρόπτωση του ενδοπεριτοναϊκού καθετήρα από το ορθό, μία μετανάστευση όλου του περιφερικού καθετήρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, μία πνευμονική εμβολή του περιφερικού καθετήρα εντός της πνευμονικής αρτηρίας, μία επιμόλυνση βαλβίδας ΕΝΥ σε έδαφος «τεθωρακισμένου εγκεφάλου», μία αναδίπλωση του καθετήρα και άσηπτο περιτοναϊκό ερεθισμό, έναν κόμπο του καθετήρα ενδοπεριτοναϊκώς, μία διακοπή της συνέχειας του καθετήρα στην πλαγία τραχηλική χώρα, και μία επίμονη υποδόριο φλεγμονή στο σημείο εισόδου του καθετήρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε όλες τις περιπτώσεις μετά τον απαραίτητο διαγνωστικό ακτινολογικό και εργαστηριακό έλεγχο, η θεραπευτική αντιμετώπιση περιελάμβανε την όποια αντιμετώπιση της φλεγμονής, την αφαίρεση του επιμολυσμένου ή μη λειτουργούντος τμήματος της βαλβίδας, και την τοποθέτηση ενός νέου συστήματος παροχέτευσης, με πιθανή εκτροπή της οδού αποχέτευσης του ΕΝΥ, όταν αυτό κρίθηκε απαραίτητο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Και στους δέκα ασθενείς η αντιμετώπιση της επιπλοκής στέφθηκε από επιτυχία, χωρίς υποτροπή στο μεσοδιάστημα της κλινικής μεταπαρακολούθησης. Η εξοικείωση με ένα ευρύ φάσμα ασυνήθιστων επιπλοκών της χειρουργικής των βαλβίδων υδροκεφάλου είναι πρωταρχικής σημασίας για την αντιμετώπιση αυτού του διαρκώς αυξανόμενου πληθυσμού ασθενών. Η επαγρύπνηση των θεραπόντων ιατρών και η αυξημένη διαφοροδιαγνωστική ικανότητα με τη βοήθεια των μοντέρνων απεικονιστικών τεχνικών μπορούν να ελαττώσουν την πιθανότητα περαιτέρω δυσχερέστερων καταστάσεων.

132. ΥΠΟΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΕΜΠΥΗΜΑ ΑΠΟ ACHROMOBACTER SPECIES - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Δ. Παπουτσάκης, Α. Ρόβλιας, Μ. Σιακαβέλλα, Κ. Γκουλιοπούλου

Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Τα Achromobacter species είναι gram αρνητικά τα οποία συναντώνται κυρίως σε υδάτινες προμήθειες. Είναι ευκαιριακά παθογόνα που προσβάλλουν ανοσοκατασταλμένους ασθενείς και συνήθως προκαλούν σήψη, πνευμονία, και λοιμώξεις του ουροποιητικού, με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 39 ετών, με ιστορικό βαριάς ρευματοειδούς αρθρίτιδας υπό στεροειδή και μεθοτρεξάτη, προσήλθε λόγω κεφαλαλγίας, τάσεως προς έμετο, αστάθεια βαδίσεως, πυρετό με ρίγος, και πτώση του επιπέδου συνειδήσεως κατά το τελευταίο τετραήμερο. Η νευρολογική εξέταση ανέδειξε ΑΡ ημιπάρεση, αυχενική δυσκαμψία, και σημειολογία βλάβης μετωπιαίου λοβού. Ο απεικονιστικός έλεγχος με CT και MRI εγκεφάλου ανέδειξε εξωεγκεφαλική εξεργασία με δακτυλοειδή (εμπύημα) και εγκεφαλική εξεργασία με ομαλή δακτυλιοειδή πρόσληψη (απόστημα).

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η ασθενής υποβλήθηκε σε δεξιά μετωπιαία κρανιεκτομία, αφαίρεση του εμπυήματος, καθώς και του αποστήματος. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Όλες οι αιμοκαλλιέργειες, καθώς και οι διεγχειρητικές καλλιέργειες απέβησαν θετικές για Achromobacter species.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής ετέθη σε επιθετικές δόσεις συνδυασμού πιπερακιλλίνης - ταζομπακτάμης και τριμεθοπρίμης/ σουλφαμεθοξαζόλης και σταδιακά ανένηψε πλήρως νευρολογικά. Το Achromobacter species σπάνια αναγνωρίζεται σαν παθογόνο και η απομόνωσή του από τον υποσκληρίδιο χώρο ήταν εντελώς απρόσμενη. Σύμφωνα με την ιδική μας βιβλιογραφική έρευνα, το συγκεκριμένο βακτήριο δεν έχει ενοχοποιηθεί ξανά για υποσκληρίδιο - ενδοπαρεγχυματική λοίμωξη του ΚΝΣ (εμπύημα, απόστημα).

133. ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΕΝΔΟΣΤΙΚΟΥ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΚΡΑΝΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΕ ΠΡΟΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΟ ΣΥΝΘΕΤΙΚΟ ΚΡΗΜΝΟ.

Κ. Θεμιστοκλής, Σ. Κορφιάς, Κ. Μποβιάτσης, Α. Καλύβας, Ν. Μπούτος, Ε. Βλαχάκης, Δ. Σακάς

Νευροχειρουργική κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού χειρουργικής αφαίρεσης ενδοστικού μηνιγγιώματος του εγκεφαλικού κρανίου, με επέκταση στον κροταφίτη μυ και ταυτόχρονη εφαρμογή προσχεδιασμένου συνθετικού κρημνού.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 52 έτων, παρουσίασε σταδιακή διόγκωση της αριστερής κροταφικής χώρας χωρίς λοιπή κλινική συμπτωματολογία. Υποβλήθηκε σε απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία εγκεφάλου που ανέδειξε χωροκατακτητική εξεργασία αριστερής κροταφικής χώρας με επέκταση στο κροταφικό οστό και στον κροταφίτη μυ. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία με λεπτές τομές (1mm) για την κατασκευή προπλάσματος του κρανίου του. Καθορίστηκε η κρανιοτομία επί του προπλάσματος σε απόσταση 1 cm πέριξ της εξόστωσης και σχεδιάστηκε το κρανιακό έλλειμμα. Με βάση το έλλειμμα στο πρόπλασμα του κρανίου δημιουργήθηκε ο τεχνητός οστικός κρημνός.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε ότι ο κροταφίτης μυς ήταν αιμορραγικός και μακροσκοπικά διηθημένος από την εξεργασία. Μετά από την εξαίρεση του διηθημένου τμήματος πραγματοποιήθηκε κρανιοτομία πέριξ της εξόστωσης. Αφαιρέθηκε η υποκείμενη μήνιγγα με παθολογική εικόνα, και έγινε σε ένα στάδιο κρανιοπλαστική με τον προσχεδιασμένο τεχνητό κρημνό. Ο ασθενής μετεγχειρητικά εμφάνισε υποδόρια συλλογή, η οποία αντιμετωπίστηκε με ελαστική περίδεση και χορήγηση ακεταζολαμίδης. Η λοιπή μετεγχειρητική του πορεία ήταν χωρίς επιπλοκές. Η παθολογοανατομική έκθεση ανέφερε εικόνα συμβατή με αυτή του μηνιγγιώματος τυπου Ι.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με κατάλληλο προεγχειρητικό σχεδιασμό, επιλεγμένα περιστατικά με εξεργασίες οστικών δομών του κρανίου, μπορούν να αντιμετωπιστούν σε ένα στάδιο με εκτομή της εξεργασίας και ταυτόχρονη κρανιοπλαστική ακριβείας. Το αποτέλεσμα είναι η ελάττωση του αριθμού των χειρουργικών επεμβάσεων, του συνολικού κόστους θεραπειας, καθώς και το άρτιο αισθητικό αποτέλεσμα.

134. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΟΞΕΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Β. Ράϊκου[1], Ν. Τεντολούρης[1], Κ. Πολύζος[1], Χ. Μελεξοπούλου[2], Ι. Μπολέτης[2]

[1]1η Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Ιατρική Σχολή, [2]Νεφρολογική Κλινική και Τμήμα Μεταμόσχευσης, ΓΝΑ «Λαϊκό»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μεταβολική οξέωση, η οποία είναι συνήθης κατάσταση στους ασθενείς στο τελικό στάδιο νεφρικής νόσου, συμβάλλει στην κακή θρέψη, στη φλεγμονή και στο οξειδωτικό stress των ασθενών αυτών. Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της σχέσης της μεταβολικής οξέωσης με την καρδιαγγειακή νόσο σε ασθενείς υπό θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 96 καθαιρόμενοι ασθενείς, 62 άνδρες και 34 γυναίκες, μέσης ηλικίας 62.1±14.27 έτη. Οι μέθοδοι θεραπείας πού εφαρμόσθηκαν ήταν: αιμοδιαδιήθηση (n=76) και περιτοναϊκή κάθαρση (n=20). Η επάρκεια κάθαρσης καθορίσθηκε με το kt/V για την ουρία. Τα επίπεδα των διττανθρακικών του ορού μετρήθηκαν σε μηχάνημα αερίων και η μεταβολική οξέωση καθορίσθηκε από επίπεδα διττανθρακικών του ορού μικρότερα από 20 mmol/L. Οι συγκεντρώσεις της hsCRP και ox-LDL μετρήθηκαν με ELISA. Τα επίπεδα της i-PTH μετρήθηκαν ραδιοανοσολογικά. Έγινε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της στεφανιαίας νόσου (CD), συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας (HF) και περιφερικής αποφρακτικής αγγειακής νόσου (PAOD).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα των διττανθρακικών του ορού συσχετίσθηκαν αρνητικά με τις συγκεντρώσεις hsCRP, ox-LDL και i-PTH (r=-0.232, p=0.04, r=-0.289, p=0.01 και r=-305, p=0.009 αντίστοιχα), αλλά θετικά με την επάρκεια κάθαρσης καθορισμένη από το kt/V για την ουρία (r=0.343, p=0.004). Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε σημαντική σχέση μεταξύ των επιπέδων των διττανθρακικών και εκδήλωσης αφ᾽ ενός HF και αφ᾽ετέρου PAOD μετά προσαρμογή ως προς τους κλασσικούς και ειδικούς παράγοντες κινδύνου για την ομάδα αυτή των ασθενών. Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ διττανθρακικών και εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μεταβολική οξέωση ενεργοποιώντας τη φλεγμονή, την οστική νόσο και την οξείδωση των λιποπρωτεϊνών επηρεάζει την καρδιαγγειακή νοσηρότητα των ασθενών σε θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης.

135. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΗ-ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (εμπειρία ενός ογκολογικού τμήματος)

Μ. Βασλαματζής[1], Ν. Αλεβιζόπουλος[1], Ε. Πατήλα[1], Χ. Σταθοπουλος[1], Α. Ντελάκη[1], Χ. Ζουμπλιός[1], Θ. Τέγος[1], Θ. Κάπου[1], Γ. Γκούμας[1], Χ. Μάργαρη[1], Β. Νταλαπέρα[2]

[1]Ογκολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Τμήμα CT/MRI ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων 160 ασθενών με μη-μικροκυτταρικο καρκίνο πνεύμονος (ΜΜΚΠ), ηλικίας >70 ετών, διάμεσης ηλικίας 75 ετών (70-86), που νοσηλεύθηκαν στο τμήμα μας από Ιανουάριο 2007 έως Ιούνιο 2014.
ΜΕΘΟΔΟΙ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους νοσηλευθέντες ασθενείς, 112 κρίθηκαν κατάλληλοι για χημειοθεραπεία. Από τους ασθενείς αυτούς 63 (ομάδα Α) είχαν ηλικία =<74 ετών και 49 (ομάδα Β) >74. Χορηγήθηκαν 3 κύκλοι Paclitaxel-Carboplatin-Bevacizumab +/- RT εγκεφάλου (σε μεταστάσεις) + G-CSF. Ποσοστό απάντησης (RR) 78/112 (70%): CR 3, PR 60, SD 15. RR στην ομάδα Α 48/63 (76%) και στην ομάδα Β 30/49 (61%). Στους 16 ασθενείς με εγκεφαλικές μεταστάσεις RR 4/16 (25%). PFS του συνόλου των ασθενών 8 μήνες (3+ - 13+), διάμεση OS 16 μήνες (3+ - 38+). Εμπύρετη ουδετεροπενία παρατηρήθηκε σε ποσοστά 52%(Α) και 63%(Β). Αναιμία (grIII) παρατηρήθηκε σε 49%(Α) και 63%(Β), αντίστοιχα. Θρομβοπενία (grIII) παρατηρήθηκε σε 36,5%(Α) και 43%(Β). Βλεννογονίτιδα (grIII) παρατηρήθηκε σε 25%(Α) και 45%(Β). Σε 30 επιλεγμένους ασθενείς (ηλικίας >= 80), με PS 3 +/- εγεφαλικές μεταστάσεις (n=12) +/- >=5 συνυπάρχουσες παθήσεις +/- απώλεια βάρους 7% έγινε μονοθεραπεία με Vinorelbine (n=10) ή Docetaxel (n=15) ή Gemcitabine (n=5). Έξι (6) από τους ασθενείς αυτούς απεβίωσαν προ της ολοκλήρωσης 3 κύκλων χημειοθεραπείας και 9 (37.5%) εμφάνισαν ανταπόκριση με διάμεση PFS 6 μήνες (3-10) και διάμεση OS 11 μήνες (5-16). Βαριά ουδετεροπενία παρατηρήθηκε συχνότερα σε χορήγηση Docetaxel. Από το σύνολο των νοσηλευθέντων ασθενών (160), 4 (2.5%) βρέθηκαν με μεταλλαγμένο EGFR, έλαβαν TKI και παραμένουν σε PR, χχωρίς τοξικότητα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΜΜΚΠ: 1. Επιβάλλεται εκτίμηση της PS και της συνυπάρχουσας παθολογίας πριν την εφαρμογή θεραπείας, 2. Χημειοθεραπεία, όταν ενδείκνυται, θα πρέπει να χορηγείται, 3. Στους ηλικιωμένους η βλεννογονίτιδα αποτελεί σοβαρή παρενέργεια, 4. Προφύλαξη με GCSF είναι αναγκαία, 5. Σε επιλεγμένους ασθενείς ηλικίας >80 ετών μονοχημειοθεραπεία ενδέχεται να αποδειχθεί ευεργετική.

136. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

137. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΑΤΟΝΙΝΗΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΜΑΣΤΟΥ IN VITRO

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου[1], Ε. Παπαγεωργίου[2], Α. Αρμακόλας[2], Μ. Κουτσιλιέρης[2]

[1]Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., [2]Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Είναι από παλιά γνωστό ότι οι τυφλές γυναίκες, στις οποίες παρατηρείται διαταραγμένο σήμα μελατονίνης έχουν μικρότερη επίπτωση καρκίνου του μαστού. Ακόμη, έχει παρατηρηθεί αυξημένη επίπτωση καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που δουλεύουν με βάρδιες, στις οποίες η συνολική έκκριση της μελατονίνης είναι ελαττωμένη. Η αντικαρκινική δράση της μελατονίνης θεωρείται σήμερα έντονου ερευνητικού ενδιαφέροντος διεθνώς.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της επίδρασης της μελατονίνης σε καρκινικά κύτταρα μαστού in vitro.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκε η επίδραση της μελατονίνης (Sigma-Aldrich) σε αρχική συγκέντρωση 1nM σε MCF-7 ανθρώπεια καρκινικά κύτταρα μαστού in vitro. Τα MCF-7 κύτταρα επωάσθηκαν επί 48 h σε θερμοκρασία 37 ˚C με προοδευτικά ελαττούμενες συγκεντρώσεις μελατονίνης. Τα MCF-7 κύτταρα επωάσθηκαν επίσης επί 48 h με προοδευτικά ελαττούμενες συγκεντρώσεις μελατονίνης (αρχική συγκέντρωση μελατονίνης 1 nM) υπό την παρουσία του αντιμιτωτικού παράγοντα docetaxel 50 nM.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο πολλαπλασιασμός των ανθρώπειων καρκινικών κυττάρων μαστού MCF-7 ανεστάλη σημαντικά από την επίδραση της μελατονίνης. Ο παράγων docetaxel ανέστειλε σημαντικά τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων μαστού MCF-7. Κατά την ταυτόχρονη επώαση των καρκινικών κυττάρων του μαστού MCF-7 με μελατονίνη και docetaxel παρατηρήθηκε συνεργική ανασταλτική επίδραση στον πολλαπλασιασμό τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η μελατονίνη έχει ανασταλτική δράση στον πολλαπλασιασμό καρκινικών κυττάρων μαστού in vitro. Τα ευρήματα αυτά χρήζουν επιβεβαίωσης και σε άλλες κυτταρικές σειρές και συμφωνούν με ευρήματα άλλων ερευνητών που έχουν διαπιστώσει την ύπαρξη του υποδοχέα της μελατονίνης MT1 (Jablonska et al, J Pineal Res 2013) στην επιφάνεια κυττάρων καρκίνου του μαστού.

138. ΠΟΣΟΤΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ SURVIVIN, PDGFA, PDGFB, PDGFRA ΚΑΙ PDGFRB ΣΕ ΚΥΤΤΑΡΙΚΕΣ ΣΕΙΡΕΣ ΑΠΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

Α. Πολονύφη, Α. Ζώη, Γ. Καπέλος, Μ. Τριανταφύλλου, Σ. Λόντου, Β. Θεοφάνης, Ε. Γκόγκα, Α. Πολύζος, Μ. Μαντζουράνη

Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σημαντική συμμετοχή στην εκδήλωση των νεοπλασιών έχουν η αγγειογέννεση και η ανάπτυξη μηχανισμών αναστολής της απόπτωσης. Η SURVIVIN, αντιαποπτωτική πρωτεΐνη, εμπλέκεται στην παθοφυσιολογία του καρκίνου. Μελέτες έχουν συσχετίσει την υπερέκφραση της SURVIVIN με φτωχότερη πρόγνωση, αντίσταση στη θεραπεία και επιβίωση του καρκίνου. Στην ανάπτυξη της αγγειογένεσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο μεταξύ άλλων και ο platelet-derived growth factor (PDGF) με τους υποδοχείς του (PDGFR). Ο PDGF ως ισχυρό μιτογόνο και οι υποδοχείς του, συμμετέχουν ενεργά στο πολλαπλασιασμό των κυττάρων και στην αγγειογέννεση.

Σκοπός της προτεινόμενης έρευνας είναι η ποσοτική μελέτη της μεταγραφικής έκφρασης των γονιδίων SURVIVIN, PDGFA, PDGFB, PDGFRAκαιPDGFRBσε κυτταρικές σειρές με μικροκυτταρικό (SCLC) και με μη μικροκυτταρικό (NSCLC) νεόπλασμα του πνεύμονα.

Απομονώθηκε RNA από τις **NSCLC** κυτταρικές σειρές A549, NCI-H1299, NCI-H460 και **SCLC** NCI-H69, DMS-114, και από την κυτταρική σειρά MRC-5 **ινοβλαστών φυσιολογικού πνεύμονα**. Ακολούθησε ποσοτικοποίηση των επιπέδων έκφρασης των γονιδίων στόχων με τη μεθοδολογία της ποσοτικής RT-PCR σε πραγματικό χρόνο (Light Cycler, Roche, Mannheim, Germany) και με τη χρήση ανιχνευτών υβριδισμού (Molecular Probes, Oregon, USA).

Τα επίπεδα έκφρασης του αναστολέα της απόπτωσης, SURVIVIN και των επιπέδων έκφρασης των αυξητικών παραγόντων PDGFA, PDGFB, στις νεοπλασματικές κυτταρικές σειρές συγκριτικά με την κυτταρική σειρά φυσιολογικών ινοβλαστών πνεύμονα, είναι συνεργικά αυξημένα. Αντιθέτως, παρατηρείται μειωμένη έκφραση των επίπεδων PDGFRA και PDGFRB. Η υπερέκφραση των SURVIVIN, PDGFA και PDGFB και η έλλειψη έκφρασης των αντίστοιχων υποδοχέων PDGFRA και PDGFRB σε NSCLC και SCLC κυτταρικές σειρές συνδράμουν με συνεχή νεοπλασματική διαφοροποίηση και εξέλιξη υποδεικνύοντας έναν παρακρινή μηχανισμό ρύθμισης της νεοπλασματικής λειτουργίας που πιθανόν να αποτελεί νέο θεραπευτικό στόχο.

139. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΑΤΟΝΙΝΗΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ IN VITRO

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου[1], Ε. Παπαγεωργίου[2], Α. Αρμακόλας[2], Μ. Κουτσιλιέρης[2]

[1]Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, [2]Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Η μελατονίνη είναι μια ινδόλη που παράγεται από το κωνάριο, εκκρίνεται κυρίως κατά τη νύκτα και συμμετέχει στη ρύθμιση των βιολογικών ρυθμών. Η ορμόνη έχει αντιοξειδωτική δράση και θεωρείται ότι συμμετέχει στην προστασία του οργανισμού από την εμφάνιση κακοήθων εξεργασιών. Η μελατονίνη θεωρείται ότι έχει αντικαρκινική δράση in vitro καθώς έχει βρεθεί ότι αναστέλλει την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό καρκινικών σειρών in vitro.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της επίδρασης της μελατονίνης σε καρκινικά κύτταρα προστάτου in vitro.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκε η επίδραση της μελατονίνης (Sigma-Aldrich) σε αρχική συγκέντρωση 1nM σε PC3 καρκινικά κύτταρα προστάτου in vitro. Τα PC3 κύτταρα επωάσθηκαν επί 48 h σε θερμοκρασία 37˚C με προοδευτικά ελαττούμενες συγκεντρώσεις μελατονίνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο πολλαπλασιασμός των καρκινικών κυττάρων προστάτου PC3 ανεστάλη σημαντικά από την επίδραση της μελατονίνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η μελατονίνη έχει ανασταλτική δράση στον πολλαπλασιασμό καρκινικών κυττάρων προστάτου in vitro. Τα ευρήματα αυτά χρήζουν επιβεβαίωσης και σε άλλες κυτταρικές σειρές και συμφωνούν με ευρήματα άλλων ερευνητών που έχουν διαπιστώσει in vitro αντικαρκινική δράση της μελατονίνης. Φαίνεται ότι οι σύγχρονες συνθήκες ζωής που ανατρέπουν τους εξαρτώμενους από τον κύκλο του φωτός βιορρυθμούς και εκθέτουν τον ανθρώπινο οργανισμό απρόσφορα στο φως κατά τη νύκτα μπορεί να συμβάλλουν στην καρκινογένεση.

140. ΑΝΑΛΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ε. Ηλιάδη, Γ. Τσούμη, Μ. Σαμάρκος, Α. Πολύζος

Α΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝ «Λαϊκό»

ΣΚΟΠΟΣ: Στην κλινική μας νοσηλεύονται ασθενείς που εισάγονται στη διάρκεια της γενικής εφημερίας καθώς και ασθενείς που παρακολουθούνται στα ειδικά εξωτερικά ιατρεία (ογκολογικό, αιματολογικό και ρευματολογικό). Ο σκοπός της μελέτης ήταν η ανάλυση των χαρακτηριστικών των ασθενών που νοσηλεύθηκαν το 2014.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Καταγράφηκαν οι διαγνώσεις εισόδου, οι ηλικίες, οι εκβάσεις και η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας από 1/1/2014 μέχρι 31/12/2014. Οι διαγνώσεις εισόδου των ασθενών ταξινομήθηκαν σε 28 κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές περιλάμβαναν κύρια ενοχλήματα κατά την είσοδο (πχ αναπνευστική δυσχέρεια) αλλά και κλινικά σύνδρομα ή νοσήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο διάστημα της μελέτης νοσηλεύθηκαν 1769 ασθενείς. Οι ηλικίες τους κυμαινόταν από 14 - 101 ετών (διάμεση τιμή 70 έτη, IQR=54-81 έτη). Η συνολική εντός της κλινικής θνητότητα ήταν 9,4%. Οι διαγνωστικές κατηγορίες με τη μεγαλύτερη θνητότητα ήταν η καταπληξία (θνητότητα 60%), η αναπνευστική δυσχέρεια (28%), η νεοπλασματική νόσος (22%), τα νεφρολογικά σύνδρομα (21%) και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές (19%).

Οι συνηθέστερες διαγνωστικές κατηγορίες κατά την είσοδο ήταν η νεοπλασματική νόσος (15,6% των εισαγωγών), το οξύ εμπύρετο (9,7%), οι αιμοσφαιρινοπάθειες (7,4%), η αναιμία (6,5%) και το κοιλιακό άλγος / ενδοκοιλιακές λοιμώξεις (5,7%). Η μέση πληρότητα ήταν 98%. Η συνολική διάμεση διάρκεια νοσηλείας ήταν 6 ημέρες, ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 7,7 ημέρες. Η διαγνωστική κατηγορία με τη μεγαλύτερη μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν τα νεφρολογικά νοσήματα (12,0 ημέρες) και ακολουθούσαν οι λοιμώξεις μαλακών μορίων (11,1 ημέρες) και τα ρευματολογικά νοσήματα (10,8 ημέρες). Οι ασθενείς με νεοπλασματικά και αιματολογικά νοσήματα αντιστοιχούσαν στο 36,8% του συνόλου των ασθενο-ημερών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κλινική μας εξαιτίας της εξειδίκευσής της νοσηλεύει σε μεγάλο βαθμό ασθενείς με ογκολογικά και αιματολογικά νοσήματα, ενώ το 25% των ασθενών είναι >81 ετών. Τα δεδομένα αυτά πρέπει να ληφθούν υπόψη στο σχεδιασμό της φροντίδας των ασθενών (πρωτόκολλα αντιμετώπισης) και της εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

141. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ, ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΒΑΣΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΠΟΔΟΣΗΣ

Α. Χριστοδουλάκης[1], Χ. Καρανίκας[2], Α. Μπιλλήρης[3], Ε. Θηραίος[4]

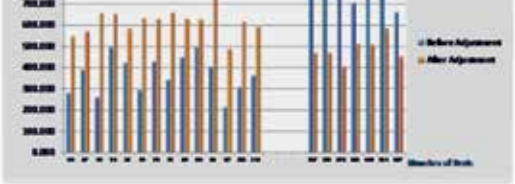
[1]International Health Policy (Health Economics) LSE, [2]Ερευνητής Ηλεκτρονικής Υγείας, IEA, [3]MBA in Health Services, Av. Γενικός Διευθυντής Datamed A.E., [4]Ιατρός, Γενικός Γραμματέας IEA

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη εξετάζει τους Βασικούς Δείκτες Απόδοσης (KPI's) των νοσοκομείων του ΕΣΥ ανά μέγεθος νοσοκομείου, ύστερα από την προσαρμογή τους στο κλινικό τους έργο, κάνοντας χρήση δεδομένων ΚΕΝ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν περιλαμβάνουν οικονομικά (ετήσιες δαπάνες και δαπάνες σε βασικές κατηγορίες) και λειτουργικά στοιχεία (αριθμός νοσηλευόμενων ασθενών και ημέρες νοσηλείας) των νοσοκομείων, όπως αυτά καταγράφονται στη διαδικτυακή εφαρμογή ESY.net. Η μελέτη υπολογίζει το μέσο κόστος ανά ασθενή. Για κάθε νοσοκομείο υπολογίστηκε ένας δείκτης βαρύτητας περιστατικών, ως ο σταθμισμένος μέσος των ΚΕΝ που καταγράφηκαν για το 2013, με βάση τη σχετική βαρύτητα των επιμέρους περιστατικών. Με χρήση αυτού του δείκτη έγινε η προσαρμογή των KPI's στο κλινικό έργο των μονάδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα της μελέτης φανερώνουν σημαντικές μεταβολές, τόσο σε ποσοστό, όσο και στη σχετική κατάταξη των νοσοκομείων σε περισσότερο και λιγότερο αποδοτικά, συγκρινόμενα και με τις αντίστοιχες παρουσιάσεις του Υπουργείου Υγείας. Κατά βάση, μικρά και απομακρυσμένα νοσοκομεία, αλλά και επαρχιακά νοσοκομεία παρουσίασαν χειρότερα αποτελέσματα μετά την προσαρμογή των δεικτών, με ιδιαιτέρως χαμηλούς δείκτες αποδοτικότητας στην πλειοψηφία τους. Από την άλλη, μεγάλα αστικά γενικά νοσοκομεία, αντικαρκινικά και καρδιοχειρουργικά κέντρα, βελτίωσαν τους δείκτες τους, παρουσιάζοντας αισθητά υψηλότερα αποτελέσματα. Η διαφορά αυτή στην απόδοση δεν είχε προηγουμένως εντοπιστεί από τις αντίστοιχες μελέτες του Υπουργείου Υγείας. Στο ακόλουθο διάγραμμα παρουσιάζονται οι μεταβολές για το μέσο κόστος ανά ασθενή, πριν και μετα την προσαρμογή, για επαρχιακά νοσοκομεία, καθώς και για μεγαλύτερα αστικά νοσοκομεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη συμπεραίνει ότι η προσαρμογή των Βασικών Δεικτών Απόδοσης στο κλινικό έργο των μονάδων για την αξιολόγηση των νοσοκομείων, παρέχει αισθητές διαφορές σε σχέση με τις ως τώρα εκτιμήσεις του Υπουργείου, ενώ εντοπίζεται συσχέτιση μεταξύ της απόδοσης των μονάδων και του μεγέθους τους. Η χρήση των Βασικών Δεικτών Απόδοσης για την αξιολόγηση των νοσοκομείων, όπως αυτή πραγματοποιείται από το Υπουργείο Υγείας, πρέπει να βελτιωθεί, και να λαμβάνει υπόψη το κλινικό έργο των μονάδων υγείας, ώστε να έχουμε δικαιότερη αξιολόγηση.



142. ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΡΟΜΠΟΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΞΟΝΑ ΜΕ ΤΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Γ. Σκάρπας[1,2], Ν. Μπαρμπουνάκης[1], Π. Λεκατσάς[1], Ν. Χαχαδάκης[1], Θ. Μαριόλης-Σαψάκος[2]

[1]Μονάδα Αθλητικών Κακώσεων & Άκρου ποδός, «Ευγενίδειο Θεραπευτήριο», [2]Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση των παθητικών ρομποτικών συστημάτων, θεωρείται, ότι οδηγεί σε έναν ιδεώδη μετεγχειρητικό άξονα, ακριβέστερη τοποθέτηση των προθέσεων καθώς και ότι βοηθά στην ιδανικότερη εξισορρόπηση των μαλακών μορίων και συνδέσμων. Η μελέτη αυτή, εστιάζει στην εξέταση των προκαταρκτικών αποτελεσμάτων μας όσον αφορά τον ακριβή άξονα και τη σχέση του με το λειτουργικό αποτέλεσμα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: 35 ασθενείς (20θ/15α) υπεβλήθησαν σε ΟΑΓ με τη χρήση παθητικού ρομποτικού συστήματος. Η μέση ηλικία τους ήταν τα 73 χρόνια και ο μέσος BMI ήταν 32. Όλες οι επεμβάσεις διενεργήθηκαν από τον ίδο χειρουργό και ο μέσος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο ήταν 5 ημέρες. Η προεγχειρητική και μετεγχειρητική εκτίμηση των ασθενών, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των International Knee Society score και Patient Functional Outcome score. Ακόμα ελήφθησαν απεικονιστικές αξονομετρήσεις πριν και μετά τα χειρουργεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκτιμήσαμε τους ασθενείς σε 6 εβδομάδες, 3 και 6 μήνες μτχ. Όλοι έδειξαν σημαντική βελτίωση και στα δύο συστήματα IKSS και PFOS. Ο μηχανικός άξονας ήταν εντός 3 μοιρών σε σχέση με τον ουδέτερο στο 97% των ασθενών. Η τοποθέτηση της μηριαίας πρόθεσης έγινε σε σχέση με το διαεπικονδύλιο άξονα και το αποτέλεσμα ήταν εξαιρετικό. Η μέση μτχ Hb ήταν 100 g/L και δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές επιπλοκές μετά το χειρουργείο. Η εργαλειοσειρά είναι σχεδιασμένη για τεχνική MIS, η μέθοδος είναι ταχύτερη από τη συμβατική, η καμπύλη εκμάθησης σύντομη και δεν απαιτείται ειδική χειρουργική ικανότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα προκαταρκτικά αποτελέσματά μας, φαίνονται ιδιαιτέρως ενθαρρυντικά. Υπάρχουν σημαντικά πλεονεκτήματα στην τεχνική αυτή. Σίγουρα μεγαλύτερες σειρές και μτχ παρακολούθηση απαιτούνται προκειμένου να αποδειχθεί η ανωτερότητα της μεθόδου.

143. Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΘΛΗΤΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ. ΜΙΑ ΝΕΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΜΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γ. Σκάρπας[1,2], Ν. Μπαρμπουνάκης[1], Θ. Πίπερος[2], Ν. Δημητράκης[1], Θ. Μαριόλης-Σαψάκος[2]

[1]Μονάδα Αθλητικών Κακώσεων & Άκρου ποδός, «Ευγενίδειο Θεραπευτήριο», [2]Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση βιολογικών παραγόντων από πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια (PRP) στην αποκατάσταση αθλητικών κακώσεων με αποτέλεσμα την ταχύτερη και ασφαλέστερη επάνοδο στις αθλητικές δραστηριότητες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντιμετωπίσαμε 18 αθλητές, με μέση ηλικία τα 24 χρόνια, που υπέστησαν τραυματισμό κατά την άθληση (στον αγώνα ή την προπόνηση). Ο μέσος χρόνος από την κάκωση ως την εφαρμογή της θεραπείας ήταν 3 ημέρες. Σε 5 από τους ασθενείς η βλάβη αφορούσε σε τενοντίτιδα μακράς κεφαλής δικεφάλου βραχιόνιου, 5 έπασχαν από τενοντίτιδα Αχιλλείου, 3 από τενοντίτιδα υπερακάνθιου, ενώ 5 αθλητές εμφάνισαν άλγος στην επιγονατίδα και τον έσω πλάγιο σύνδεσμο. Όλοι αντιμετωπίσθηκαν επιτυχώς σε ένα χρόνο με λήψη αίματος από περιφερική φλέβα, φυγοκέντρηση αυτού, λήψη των βιολογικών παραγόντων με το πλάσμα (PRP) και τοπική έγχυση στην περιοχή της βλάβης. Από όλους ακολουθήθηκε ειδικό πρωτόκολλο αποκατάστασης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλα τα περιστατικά εξελίχθηκαν ομαλά. Αξιολογήσαμε τους ασθενείς στις 3, 7 και 15 ημέρες μετά την έγχυση. Υπήρξε σημαντική πρόοδος στο Patient Outcome Function και ο πόνος μειώθηκε σημαντικά στο VAS. Ο μυοσκελετικός υπέρηχος στις 7 και 15 ημέρες μετά την έγχυση, έδειξε ικανοποιητική επούλωση του σημείου της βλάβης χωρίς σημαντικό οίδημα και σήμα που προσομοίαζε με αποκατάσταση της φυσιολογικής ανατομικής αρχιτεκτονικής της περιοχής. Όλοι οι ασθενείς δεν ανάφεραν πόνο, είχαν πλήρες εύρος κίνησης και επέστρεψαν στις προηγούμενες αθλητικές τους δραστηριότητες χωρίς έκπτωση στην απόδοσή τους, ταχύτερα και νιώθοντας πιο ασφαλείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα ελήφθησαν από τη χρήση του βιολογικών παραγόντων (PRP) στην αντιμετώπιση αθλητικών κακώσεων. Δεν είναι απαραίτητη μεγάλη καμπύλη εκμάθησης για το χειρουργό, ενώ η μέθοδος είναι προσιτή οικονομικά. Ασφαλώς μεγαλύτερες σειρές περιστατικών και πολυκεντρικές μελέτες είναι απαραίτητες προκειμένου να επαληθευτεί το ασφαλές του συμπεράσματος.

144. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΠΟΛΥΕΣΤΙΑΚΟ ΟΣΤΙΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ HODGKIN

Ε. Παγουλάτος, Π. Τσαϊλάς, Γ. Χαρτώνας

Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝ Λάρισας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νόσος Hodgkin (HD) αποτελεί το 1% περίπου του συνόλου των κακοήθων νεοπλασμάτων και το 30% των κακοήθων λεμφωμάτων. Το 5-20% των ασθενών με HD εμφανίζουν κατά τη διάρκεια της νόσου κάποια οστική εντόπιση, αλλά μόνο στο 0.25% των ασθενών η HD εμφανίζεται με πρωτοπαθή εστία στα οστά.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής 23 ετών με αναφερόμενη οσφυαλγία εξετάστηκε τόσο στα επείγοντα όσο και στα εξωτερικά ιατρεία της Ορθοπαιδικής του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και υποβλήθηκε σε MRI οσφυϊκής μοίρας, που ανέδειξε παρουσία περιορισμένης έκτασης οιδήματος στον οστικό μυελό στους Ο4, Ι1 και στην ακανθώδη απόφυση του Ο3 σπονδύλου και σε σπινθηρογράφημα σκελετού τριών φάσεων, όπου παρατηρήθηκε εστιακή συγκέντρωση ραδιοφαρμάκου στο ύψος του Ο3 οσφυϊκού σπονδύλου, ευρήματα που αποδοθήκαν σε θλάση οσφύος. Μετά το πέρας δυο μηνών περίπου επανήλθε στο τμήμα επειγόντων και εκτός από την αναφερόμενη οσφυαλγία παραπονέθηκε και για νυχτερινό διαλείπων πυρετό, οπότε και έγινε εισαγωγή στην παθολογική κλινική. Εκεί από τον εργαστηριακό έλεγχο, προέκυψε αύξηση του ινωδογόνου, παράταση του APTT, του INR, αύξηση της CRP και της ΤΚΕ. Από τη νέα μαγνητική τομογραφία οσφυϊκής μοίρα με χορήγηση σκιαγραφικού, βρέθηκε επιδείνωση των αλλοιώσεων στα προαναφερθέντα σημεία καθώς και επέκταση του οστικού οιδήματος στα λαγόνια οστά και μια πιθανολογούμενη λεμφαδενική διόγκωση παρά τα λαγόνια αγγεία αριστερά, τα ευρήματα αυτά ελήφθησαν ως σπονδυλοδισκίτιδα με αποτέλεσμα τη μεταφορά του ασθενούς στην ορθοπαιδική κλινική. Στην κλινική μας, παρά την αντιβιοτική αγωγή, δεν υπήρξε σημαντική βελτίωση της κλινικής και εργαστηριακής του εικόνας. Εξαιτίας του διαλείποντα πυρετού, των επιδεινωμένων ευρημάτων από τη μαγνητική τομογραφία οσφυϊκής μοίρας και από την αξονική τομογραφία άνω κάτω κοιλίας και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, που εμφάνισε αλλοιώσεις στα λαγόνια οστά, πάρθηκε η απόφαση να ληφθεί βιοψία από το πάσχων σημείο. Το αποτέλεσμα της βιοψίας ήταν λέμφωμα Hodgkin οζώδους σκλήρυνσης. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε ογκολογική κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση και θεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η οστική συμμετοχή στο HD, είτε ως πρωτοπαθής εστία είτε ως διασπορά της νόσου, είναι πολύ σπάνια. Το πρωτοπαθές πολυεστιακό οστικό λεμφώματος Hodgkin, αν και σπάνιο, θα πρέπει να τεθεί στον αλγόριθμο διαφοροδιάγνωσης της οσφυαλγίας, ιδιαίτερα αν συνοδεύεται από διαλείπων εμπύρετο και η εντόπιση της νόσου δεν είναι χαρακτηριστική (όπως στην περίπτωση αυτή που προσβάλει κυρίως το οπίσθια στοιχεία). Για τη διάγνωση της ασθένειας είναι απαραίτητη η λήψη βιοψίας γιατί με βάση μόνο τα συμπτώματα, τις απεικονιστικές μεθόδους και τα εργαστηριακά ευρήματα καθυστερεί χρονικά η ορθή διάγνωση της νόσου.

145. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ

Δ. Πάλλης, Δ. Γεωργίου, Σ. Μόσχος, Α. Καλαμπόκης, Χ. Ζαφείρης, Α. Μπούντης, Ε. Τσαφαντάκης

Τμήμα Σκολίωσης και Σπονδυλικής Στήλης, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. ως σκολίωση ορίζεται η πλάγια κλίση στο μετωπιαίο επίπεδο πέραν των 10° με ταυτόχρονη ή όχι στροφή των σπονδύλων. Η χειρουργική αντιμετώπιση της αποτελεί μείζονα ορθοπαιδική επέμβαση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη διάρκειας 2 ετών (2013 - 2014), όπου στην κλινική μας αντιμετωπίσθηκαν χειρουργικά 86 περιπτώσεις ασθενών με σκολίωση. η πλειονότητα των περιπτώσεων ήταν ιδιοπαθείς σκολιώσεις (80 ασθενείς). Άλλα είδη σκολίωσης ήταν με νευροϊνωμάτωση (2 ασθενείς) και παραλυτικού τύπου (4 ασθενείς). Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε οπίσθια σπονδυλοδεσία, υπό γενική αναισθησία και νευροφυσιολογικό έλεγχο. Μελετάται το είδος της σκολιωτικής καμπύλης, το μέγεθος της προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά και ο ακτινολογικός έλεγχος Bending.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το εύρος της κύριας σκολιωτικής καμπύλης κυμαινόταν από 46° ως 85° (μέτρηση γωνίας Cobb), ενώ η στροφή των σπονδύλων καταγράφεται σε 70 ασθενείς 2 και σε 16 ασθενείς 3 με βάση την ταξινόμηση Nash Moe. Κλινικά οι ασθενείς εμφάνιζαν χαρακτηριστικό ύβο ανάλογα με τον τύπο της σκολίωσης. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίσθηκαν χειρουργικά με οπίσθια σπονδυλοδεσία με ανώτερο όριο το Θ4 ή Θ5 σπόνδυλο και κατώτερο όριο τον Ο3 ή Ο4 σπόνδυλο, εκτός των περιπτώσεων των παραλυτικών σκολιώσεων όπου η σπονδυλοδεσία περιλάμβανε και τη λεκάνη. Η διόρθωση της σκολιωτικής καμπύλης με αντιστροφή σπονδύλων ήταν κατά Μ.Ο. 48% με άριστο κλινικό αποτέλεσμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χειρουργική αντιμετώπιση μιας σκολιωτικής καμπύλης, απαιτεί λεπτομερή προεγχειρητικό σχεδιασμό. Σημαντικοί παράγοντες που θα διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στο προεγχειρητικό πλάνο είναι η αιτιολογία της σκολίωσης, η στροφή των σπονδύλων, το μέγεθος της σκολιωτικής καμπύλης και ο λεπτομερής εξειδικευμένος απεικονιστικός έλεγχος.

146. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΟΝΔΡΙΝΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΚΙ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΓΟΝΑΤΟ. ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γ. Σκάρπας[1,2], Ν. Μπαρμπουνάκης[1], Θ. Πιπέρος[2], Ι. Παπαπαναγιώτου[2], Β. Καλλές[2], Θ. Μαριόλης-Σαψάκος[2]

[1]Μονάδα Αθλητικών Κακώσεων & Άκρου ποδός, «Ευγενίδειο Θεραπευτήριο», [2]Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην αποκατάσταση μεσαίων και μεγάλων χόνδρινων ελλειμμάτων στην άρθρωση του γόνατος με χρήση αυτόλογων βλαστοκυττάρων, με νέα πρωτοποριακή μέθοδο, πλήρως αρθροσκοπικά.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 12 περιπτώσεις (Α:7, Γ:5), με μέση ηλικία τα 42 χρόνια (20-72 έτη) διενεργήθηκε εμφύτευση-εφαρμογή βλαστοκυττάρων προς αποκατάσταση χόνδρινων βλαβών, μετά από τραυματισμό ή εκφύλιση. Στις 4 από αυτές έγινε απλή εμφύτευση. Σε 8 ασθενείς αρθροσκοπικός καθαρισμός με εφαρμογή βλαστοκυττάρων. Οι περιοχές των βλαβών αφορούσαν τον Έσω Μηριαίο Κόνδυλο (2), τον Έξω Μηριαίο Κόνδυλο (2), Έσω & Έξω Μηριαίοι Κόνδυλοι & Τροχιλία (6) και Μηριαίοι Κόνδυλοι & Επιγονατίδα (2), ενώ η σταδιοποίηση κατά Outerbridge III (8) και IV (4). Αιτία της βλάβης ήταν αθλητική κάκωση σε 8 περιπτώσεις, χονδρομαλακία επιγονατίδας σε 2, εκφυλιστική οστεχονδρίτιδα σε 2 περιπτώσεις. Για την προεγχειρητική και μετεγχειρητική εκτίμηση των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν το Modified Cincinatti rating system (0-100), το Visual Analogue Pain score (0-10) και το Patient Outcome Function score. Τα βλαστοκύτταρα ελήφθησαν με αναρρόφηση από το μυελό του οστού της κνήμης με ειδική τεχνική και εργαλεία ελάχιστης επεμβατικότητας και κατόπιν φυγοκέντρησης και ειδικής προετοιμασίας έγινε έγχυση σε ένα χρόνο στο σημείο της βλάβης στην άρθρωση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλες οι επεμβάσεις εξελίχθηκαν χωρίς διεγχειρητικές ή σημαντικές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Ακόμα, όλα τα περιστατικά υπεβλήθησαν σε εξειδικευμένο πρωτόκολλο αποκατάστασης. Το Modified Cincinatti rating system ανέβηκε από 41.5 σε 72.5 και ο πόνος μειώθηκε σημαντικά από 6.1 σε 1.8, στο Visual Analogue Pain score, σε διάστημα 12μήνου, ενώ το Patient Outcome Function score έδειξε 81% καλυτέρευση, 18% καμία αλλαγή και 1% χειροτέρευση. Τέλος, η παρακολούθηση (follow-up) με MRI, ανέδειξε επαρκή αποκατάσταση της βλάβης, χωρίς παρουσία οστικού οιδήματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έγχυση βλαστοκυττάρων που λαμβάνονται με τη νέα πρωτοποριακή τεχνική ελάχιστης επεμβατικότητας με αναρρόφηση από το μυελό της κνήμη, σε συνδυασμό με αρθροσκοπικές επεμβάσεις παρουσιάζει ενδιαφέροντα προκαταρκτικά αποτελέσματα. Χρειάζεται χειρουργική εμπειρία, είναι καλά ανεκτή από τον ασθενή. Το πρωτόκολλο αποκατάστασης είναι ταχύτερο, και ο ασθενής δεν διακόπτει την καθημερινότητά του και την εργασία του επί μακρόν. Μειώνεται η φαρμακευτική αγωγή και είναι περισσότερο ανώδυνη με συνεχή βελτίωση της κινητικότητας και λειτουργικότητας του γόνατος. Η μέθοδος διενεργείται σε ένα χρόνο και ο ασθενής δε χρειάζεται να παραμείνει στην κλινική για νοσηλεία. Χρειάζεται σίγουρα μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων και μεσο- και μακροπρόθεσμης παρακολούθησης για να αποδειχθεί το ασφαλές του συμπεράσματος.

147. ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Ε. Σπυρόπουλος, Δ. Κοτσίρης, Α. Παναγόπουλος, Ε. Χατζηπλής, Σ. Μαυρίκος, Ι. Γαλανάκης

Ουρολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της προοπτικής, μακρόχρονης μελέτης PCP-SMART (Prostate Cancer Predictive - Simulation Modeling [Assessing the Risk] Technique) και της κλινικής εφαρμογής του δείκτη PCRD (Prostate Cancer Risk Determinator), που αποτελεί την κεντρική ιδέα του ως άνω καινοτόμου κλινικού μοντέλου πρόβλεψης του αποτελέσματος βιοψίας προστάτη, με.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη χρονική περίοδο Νοε 2006 - Νοε 2014, 725 ασθενείς υποβλήθηκαν σε διορθική βιοψία προστάτη. Από αυτούς, σε 371 εφαρμόσθηκε το πρωτόκολλο μελέτης PCP-SMART που επινοήθηκε στην κλινική μας ως μοντέλο «κλινικής προσομείωσης» καρκίνου του προστάτη, με κύριες παραμέτρους: ηλικία ασθενούς, όγκο του προστάτη (διακοιλιακό υπερηχογράφημα, ολικό PSA, Free-PSA, PSA ratio, Age-adjusted PSA ratio, PSAD. Με συνδυασμό των κλινικών αυτών παραμέτρων και εφαρμογή στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression), υπολογίσθηκε ο συντελεστής προσδιορισμού (coefficient of determination) R^2, που θεωρήθηκε ότι αποτελεί μέτρο εκτίμησης της πιθανότητας το αποτέλεσμα της βιοψίας προστάτη να είναι θετικό (επί θετικής κλίσης [slope] της εξίσωσης της ευθείας που απεικονίζει το συντελεστή) ή αρνητικό (αρνητική κλίση της ευθείας). Ο συντελεστής R^2 ονομάσθηκε δείκτης PCRD, και αποτέλεσε την κεντρική υπό μελέτη παράμετρο και το καινοτόμο στοιχείο του προτεινόμενου μοντέλου. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση της διαγνωστικής (προβλεπτικής) ικανότητας του δείκτη αυτού και σύγκριση του με άλλους κλινικούς προβλεπτικούς παράγοντες, καθώς και υπολογισμός της εξατομικευμένης πιθανότητας θετικού αποτελέσματος βιοψίας προστάτη, μέσω εφαρμογής καινοτόμου μαθηματικής εξίσωσης λογιστικής παλινδρόμησης, που δημιουργήθηκε με κύριο συντελεστή τον ανωτέρω δείκτη. Η στατιστική ανάλυση έγινε με εφαρμογή των στατιστικών προγραμμάτων Instat και SPSS-22, $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 371 ασθενείς, καρκίνος προστάτη (PCa+) διαγνώσθηκε στους 167 (45,1%), ενώ, σε 164 (44,2%) το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό (PCa-) και σε 40 (10,7%) διαπιστώθηκαν αλλοιώσεις HGPIN και/ή ASAP. Στους 150 (89,82%) από τους 167 ασθενείς με PCa (+) ο δείκτης PCRD είχε θετικό πρόσημο και στους 17 (10,18%) αρνητικό. Οι 150 (91,46%) ασθενείς PCa (-) είχαν PCRD (-) και μόνο οι (8,54%) θετικές τιμές PCRD. Εφαρμογή της δοκιμασίας x^2 [Yates correction] (τιμή=215,4) κατέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά $p < 0,0001$, με Odds Ratio 94,5 (44,97 -198,7 - 95% CI) και σχετικό κίνδυνο (RR) 8,98 (5,7 το 14,1 - 95%CI). Η διαγνωστική ευαισθησία του δείκτη PCRD ήταν 89,82% (95%CI: 83,95- 93,78), η ειδικότητα 91,46% (95% CI: 85,82-95,08), η θετική προγνωστική αξία (PPV) 91,46% (95%CI: 85,82-95,08), η αρνητική προγνωστική αξία (NPV) 89,82% (95%CI: 83,95 - 93,78), θετικό likelihood ratio ήταν 10,52 (95% CI: 6.36- 17.41) και αρνητικό [LR-] 0,11 (95% CI: 0.07- 0.17). Εφαρμογή μοντέλου ανάλυσης λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression model) ανέδειξε το δείκτη PCRDως τον ισχυρότερο προβλεπτικό παράγοντα μεταξύ των υπολοίπων, με βάση το συντελεστή συσχέτισης Pearson ως εξής: PCRD (r= 0,832), PSAD (r= 0,569), όγκος προστάτη (r= 0,535), PSA ratio (r=0,487), free-PSA (r= 0,304), ηλικία (r=0,143) και ολικό PSA (r=0,142). Ομοίως, υπολογισμός της περιοχής (AUC) υπό την καμπύλη λειτουργικών χαρακτηριστικών (ROC), κατέδειξε σημαντική υπεροχή ($p < 0,001$) του δείκτη PCRD (0,916) ακολουθούμενο από τις υπόλοιπες προγνωστικές παραμέτρους ως ακολούθως: PSAD (0,848), όγκος προστάτη (0,830), PSA ratio (0,814), free PSA (0,672), ηλικία (0,595), ολικό PSA (0,577).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο δείκτης PCRD εμφανίζει, ως παράμετρος πρόβλεψης του αποτελέσματος βιοψίας προστάτη, υψηλή διαγνωστική ακρίβεια (diagnostic accuracy), με σημαντική διαφορά στην προβλεπτική ικανότητα σε σύγκριση με άλλες, τεκμηριωμένης αξιοπιστίας και στην καθημερινή κλινική πράξη χρησιμοποιούμενες, παραμέτρους (PSAD, free PSA, PSA ratio, όγκος προστάτη). Με υπολογισμό του δείκτη αυτού, μπορεί να γίνει ορθή πρόβλεψη της ύπαρξης ή αποκλεισμός καρκίνου του προστάτη στους εννέα από δέκα ασθενείς που υποβάλλονται σε βιοψία του προστάτη. Η μαθηματική εξίσωση που προκύπτει με κύριο τελεστή τον PCRD, μπορεί να υπολογίσει με ακρίβεια >90% την εξατομικευμένη πιθανότητα θετικού αποτελέσματος βιοψίας προστάτη. Με περαιτέρω πολυκεντρικής βάσης μελέτη και εξωτερική επικύρωση (external validation), η καινοτόμος αυτή εφαρμογή μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο για την κατάλληλη επιλογή ασθενών με διαγνωστικό δίλημμα αναγκαιότητας διενέργειας αρχικής ή επαναληπτικών βιοψιών προστάτη.

148. ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΦΑΣΗ) ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ «ΔΥΣΜΟΡΦΟΦΟΒΙΑΣ» ΤΩΝ ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

Α. Παναγόπουλος, Σ. Μαυρίκος, Ε. Χατζηπλής, Δ. Κοτσίρης, Ι. Γαλανάκης, Ε. Σπυρόπουλος

Ουρολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση του μεγέθους και η σκιαγράφηση των κύριων συνιστωσών του προβλήματος της «δυσμορφοβίας» των έξω γεννητικών οργάνων σε ενήλικες άνδρες.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 62 άνδρες που προσήλθαν για εξέταση για λόγους μη σχετιζόμενους με παθήσεις του γεννητικού συστήματος, διανεμήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο καταγραφής και βαθμονόμησης αριθμού παραμέτρων σχετιζόμενων με την εμφάνιση των έξω γεννητικών οργάνων. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS-22, $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ικανοποίηση από την εμφάνιση των γεννητικών οργάνων εξέφρασε το 88,7% των ανδρών, ενώ, δυσαρέσκεια το 11,3%. Το μέγεθος πέους σε χαλαρή κατάσταση ήταν το σημαντικότερο πρόβλημα (48,4%), εντύπωση που στο 45,5% των περιπτώσεων προέκυψε μετά αυτοαξιολόγηση. Το 70% των ερωτηθέντων θεωρούν την εξωτερική σεξουαλική εικόνα σημαντική για τη σεξουαλική αυτοπεποίθηση του άνδρα, το 54,5% πιστεύει ότι έχει ισχυρή την παράμετρο αυτή, ενώ, υψηλού βαθμού αυτοεκτίμηση σε σχέση με τη γενική σωματική τους εικόνα, δηλώθηκε από το 65,9%. Η εντύπωση της σεξουαλικής συντρόφου για την εμφάνιση των γεννητικών οργάνων του άνδρα, επηρεάζει σημαντικά τη σεξουαλική του επίδοση μόνο στο 9,1% των περιπτώσεων. Το 61,4% των ανδρών απορρίπτει το ενδεχόμενο να υποβληθεί σε επέμβαση βελτίωσης της αισθητικής των γεννητικών οργάνων και μόνο το 2,3% τη θεωρεί επιτακτική ανάγκη. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις καταγράφηκαν μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και έξι παραμέτρων σχετιζόμενων με τη σεξουαλική εικόνα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Δυσαρέσκεια για την εξωτερική σεξουαλική εικόνα, με συνηθέστερη επικέντρωση στο μέγεθος του πέους, εκφράζει μικρό ποσοστό ανδρών. Συχνότερες αιτίες της αρνητικής αυτής εντύπωσης, είναι η αυτοαξιολόγηση και τα αρνητικά σχόλια της σεξουαλικής συντρόφου. Η πλειονότητα των ανδρών θεωρούν καθοριστική την επίδραση της εμφάνισης των γεννητικών οργάνων καθώς και τα σχετικά σχόλια της συντρόφου τους στη σεξουαλική τους επίδοση, ενώ, πολύ μικρό ποσοστό αδυνατούν να συνάψουν σεξουαλικές σχέσεις λόγω διαταραχής της εικόνας αυτής. Μικρό ποσοστό ανδρών θεωρεί αναγκαία τη χειρουργική βελτίωση της αισθητικής των γεννητικών του οργάνων, στην οποία προτίθεται να υποβληθεί χωρίς δισταγμό.

149. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΝΤΑΙ ΣΕ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΠΤΕΡΥΓΑ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ

Α. Καμπόλη[1], Γ. Πουλάκου[1], Α. Αρφαράς-Μελαίνης[1], Λ. Μαρέντης[1], Σ. Τσιόδρας[1], Γ. Δημόπουλος[2], Δ. Μπούμπας[1]

[1]4η Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν», [2]Β΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα τελευταία έτη παρατηρείται μια αυξανόμενη ανάγκη νοσηλείας σοβαρά πασχόντων ασθενών με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής (ΜΥΑ) σε κοινές νοσηλευτικές πτέρυγες, εκτός Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).
ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών που διασωληνώνονται και υποβάλλονται σε ΜΥΑ σε Παθολογική Κλινική, με έμφαση στις παραμέτρους που οδηγούν στην απόφαση, την επιβίωση και τις επιπλοκές.
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Προοπτική καταγραφή των ασθενών που διασωληνώθηκαν και υποβλήθηκαν σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και παρέμειναν νοσηλευόμενοι στην Παθολογική πτέρυγα για >24ώρες από τον 1ο 2013 ως τον 12ο 2014.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταγράφηκαν 41 ασθενείς (63,4% άνδρες) με ηλικία (διάμεση, ενδοτεταρτημοριακή διακύμανση/IQR) 68 έτη (54, 79) και APACHE II score 31 (24, 37) αντίστοιχα. Η συχνότερη αιτία εισαγωγής ήταν εμπύρετο και λοίμωξη (31,7%). Οι ασθενείς είχαν από 0 ως 4 συννοσηρότητες, (διάμεση 1, IQR 1, 2), με συχνότερες το σακχαρώδη διαβήτη (39%) και την παρουσία ανοσοκαταστολής (36,5%). Τα αίτια διασωλήνωσης ήταν καρδιοαναπνευστική ανακοπή (35,9%) υποξαιμία ή/και υπερκαπνία (33,3%), κώμα/ανάγκη προστασίας αεραγωγού (20,5%), και σηπτική καταπληξία (10,3%). Στο 17,5% προηγήθηκε ανεπιτυχώς μη-επεμβατικός αερισμός. Οι οργανικές ανεπάρκειες που οδήγησαν στη διασωλήνωση εκδηλώθηκαν σε έδαφος λοίμωξης στο 29,7% των ασθενών. Η απόφαση για διασωλήνωση ελήφθη στο 65,8% από τον εφημερεύοντα ιατρό, ενώ μόνο 12,2% είχε προσδόκιμο επιβίωσης μικρότερο του ενός έτους. Επιπλοκές: δεν καταγράφηκε επεισόδιο απόφραξης αεραγωγού, ενώ στο 39% εμφανίστηκαν επιπλοκές από το αναπνευστικό με συχνότερη την πνευμονία που συνδέεται με μηχανικό αερισμό (ΠΣΜΑ). Το 68,3% των ασθενών διεκομίσθη σε ΜΕΘ σε χρονικό διάστημα (διάμεση) 2 ημερών (IQR 2, 6). Από τους ασθενείς που δεν απορροφήθηκαν σε ΜΕΘ μόνο ένας εκρίθη ότι δεν είχε ένδειξη, ενώ για τους υπόλοιπους καταγράφηκε αδυναμία ανεύρεσης διαθέσιμης κλίνης. Η αδρή θνητότητα στις 28 και 90 ημέρες ήταν 79,5% και 88,9% αντίστοιχα. Το κλινικό σύνδρομο που οδήγησε στη διασωλήνωση ήταν η μόνη παράμετρος που σχετίσθηκε στατιστικά με την επιβίωση στις 28 ημέρες (p 0,003) και η ανεπάρκεια οργάνων σε έδαφος υποκείμενης λοίμωξης με την επιβίωση στις 90 ημέρες (p 0,039).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υποστήριξη ασθενών που χρειάζονται ΜΥΑ σε κοινές νοσηλευτικές πτέρυγες ως τη μεταφορά τους στη ΜΕΘ, αποτελεί μια σύγχρονη πρόκληση στον Ελλαδικό χώρο, που απαιτεί γνώση, ετοιμότητα και υποστήριξη από τους ιατρούς της ΜΕΘ. Σημαντικό ποσοστό ασθενών εμφάνισε ΠΣΜΑ.

150. ΤΕΛΙΚΗ ΕΙΛΕΪΤΙΣ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ (CMV) ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Ε. Θεοδώρου, Μ. Μάστορα, Ν. Γκίζας, Ε. Νίκα, Ν. Μέτσικας, Μ. Τσούνη, Μ. Αγάθος, Β. Θωμόπουλος, Α. Γεροντής, Η. Λιάππης

Παθολογική Κλινική, ΓΝΙ «Γ. Χατζηκώστα»

Η τελική ειλεΐτις είναι συχνά συνδεδεμένη με νόσο του Crohn, όμως προκαλείται και από ποικίλα άλλα αίτια, λοιμώδη και μη, και σπανίως (~4%) από CMV λοίμωξη. Σκοπός της εργασίας είναι να αναδειχθεί η ύπαρξη, έστω και σπανίως, της CMV ειλεΐτιδας και να περιγραφεί η κλινικοεργαστηριακή της εικόνα.
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ο ασθενής ήταν άνδρας ηλικίας 32 ετών, κάτοικος πόλεως, με ιστορικό επιληπτικών κρίσεων υπό Lamotrigine.
Από 15ημέρου παρουσίαζε πυρετό με ρίγος, κυρίως απογευματινό, βήχα, κακουκία, καθώς και διαρροϊκές κενώσεις χωρίς πρόσμιξη αίματος.
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ: θ 38,2°C, ΑΠ 100/70, Sat 96%, σφύξεις 98/min ωχρότητα επιπεφυκότων, χωρίς λεμφαδενοπάθεια και αρθρίτιδες, φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα, ευαισθησία δεξιού λαγονίου βόθρου και σπληνομεγαλία, φυσιολογικά αντανακλαστικά
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ:

Hct 35%	*ALP 133 IU/L*
WBCs 7340 k/μL	AST 62 U/L
Poly 27%	ALT 116 IU/L
Lymfo 68%	γGT 272 IU/L
Mono 4%	LDH 400 IU/L
TKE 54	TSH 2.8 μIU/mL
Ινωδογόνο 527 mg/dl	CRP 5.6 mg/dl
PLTs 224000 k/μL	ACE 58 U/L
Fe 34 μg/dl	Λοιπός βιοχημικός έλεγχος κφ.
FER 1350 ng/ml	
TIBC 205 μg/dl	

Κυτταρομετρία ροής (-), Η/Φ λευκωμάτων με αυξημένες α2-σφαιρίνες.
Τα εξής αρνητικά: HAV, HBV, HCV, HIV, Coombs, HTLV-1, Widal, Wright, EBV.
Γενική ούρων (-). Τοξίνη Cl. Difficile (-). Παρασιτολογική και καλλιέργεια κοπράνων (-).
Αντισώματα για CMV: IgG 172 AU/ml, IgM 20.7 AU/ml.
CT θώρακος (-), λεμφαδένες <1 cm
CT κοιλίας: λιπώδες ήπαρ, σπληνομεγαλία, στην ανατομική θέση του τυφλού οιδηματώδης απεικόνιση του τοιχώματος του εντέρου με συνοδό ρυπαρότητα του επιχώριου λίπους, διογκωμένοι λεμφαδένες
Γαστροσκόπηση (-) Κολονοσκόπηση: παρουσία οιδήματος και ερυθρότητα βλεννογόνου στον τελικό ειλεό και στην ειλεοτυφλική.
Παθολογοανατομική έκθεση: αλλοιώσεις ενεργού κολίτιδας πιθανά οφειλόμενη σε CMV λοίμωξη.
Ο ασθενής έλαβε εν αναμονή του αποτελέσματος κεφτριαξόνη και Medrol, με πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:
- Η CMV ειλεΐτιδα, αν και σπάνια, είναι υπαρκτή και σε ανοσοεπαρκή άτομα.
- Η νόσος ήταν ήπια αλλά εμμένουσα χωρίς την αγωγή. Τα συμπτώματα υφέθησαν τελείως με τη θεραπεία.
- Η ευαισθητοποίηση γύρω από το θέμα συντελεί στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση.

151. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΔΟΠΡΟΣΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ (Ε-ΘΑ) ΕΠΙ ΤΗ ΒΑΣΕΙ ΙΣΧΥΡΩΝ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΓΙΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΑΟΡΤΟ-ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ

Α. Χόλης[1], Χ. Τότσικας[1], Θ. Κρατημένος[2], Δ. Φαρσάρης[2], Μ. Μελά[3], Κ. Αθανασιάδου[4], Π. Αυγερινός[1], Α. Σκουτέλης[1]

[1]Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [3]Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [4]Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Περιγράφουμε ασθενή στον οποίο η τοποθέτηση ΕΘΑ ανέστειλε την αιμορραγία του κατώτερου οισοφάγου βάσει ισχυρών ενδείξεων, αλλά χωρίς σαφή αγγειογραφική επιβεβαίωση, της παρουσίας αορτοοισοφαγικού συριγγίου, σε έδαφος καρκίνου της γαστρο-οισοφαγικής συμβολής.
ΣΚΟΠΟΣ: Να επισημάνουμε ότι λόγω του επείγοντος χαρακτήρα και της διαλείπουσας φύσης των εν λόγω επικοινωνιών η απόφαση για τοποθέτηση Ε-ΘΑ σε πολλές περιπτώσεις βασίζεται σε ενδείξεις και όχι αναγκαστικά σε αγγειογραφική επιβεβαίωση.
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ: Πρόκειται για ασθενή 67 ετών που εισήχθη λόγω αιματέμεσης, βυσινόχρωων κενώσεων και αιμοδυναμικής αστάθειας. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκε χειρουργηθέν, προ 20 μήνου, αδενοκαρκίνωμα της γαστροοισοφαγικής συμβολής. Ακολούθησε χημειοθεραπεία και ακτινοβολία. Η γαστροσκόπιση ανέδειξε μεγάλο πήγμα στον κατώτερο οισοφάγο προσκολλημένο σε βαθύ εκκόλπωμα που έσφυζε. Η αξονική θώρακος μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού καθώς και η εν συνεχεία πραγματοποιηθείσα αγγειογραφία απεικόνισε στο πρόσθιο τοίχωμα της αορτής προσεκβολή δίκην ράμφους, ισοϋψώς με ενδαυλικό θρόμβο του οισοφάγου. Τα ευρήματα αυτά παρότι θεωρήθηκαν ισχυρές ενδείξεις δεν επιβεβαίωσαν απεικονιστικά την παρουσία αορτοοισοφαγικού συριγγίου. Η αιμορραγία αναχαιτίστηκε αποτελεσματικά με την τοποθέτηση ΕΘΑ. Ταυτοχρόνως τοποθετήθηκε γαστροστομία με σκοπό τη διακοπή της σίτισης από του στόματος. Ένα μήνα αργότερα πραγματοποιήθηκε γαστροσκόπηση, με την ελπίδα της τυχόν επούλωσης του οισοφαγικού σκέλους του συριγγίου. Η ενδοσκόπηση αυτή επιβεβαίωσε την παρουσία του συριγγίου, καθώς από το οισοφαγικό στόμιο φάνηκε η εξωτερική επιφάνεια της (θεωρητικά ενδοαγγειακής) ΕΘΑ.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Λόγω του επείγοντος χαρακτήρα και της διαλείπουσας φύσης των αιμορραγικών επικοινωνιών από αορτοοισοφαγικά συρίγγια η απόφαση για τοποθέτηση ΕΘΑ σε πολλές περιπτώσεις πρέπει να βασίζεται σε ενδείξεις και όχι αναγκαστικά σε αγγειογραφική επιβεβαίωση.

152. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΜΒΟΛΩΝ ΑΠΟ ΚΡΥΣΤΑΛΛΟΥΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ (Σ.Ε.Χ.) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΣΕΝΟΚΟΥΜΑΡΟΛΗ

Χ. Βουγιουκλάκη, Ε. Τσεκρέκος, Α. Σκουτέλης, Π. Αυγερινός

Ε΄ Παθολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο-Πολυκλινική»

Παρόλο που η χρήση των αντιπηκτικών έχει ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση του Σ.Ε.Χ., μέσω αιμορραγικής ρήξης της αθηρωματικής πλάκας, η συσχέτιση αυτή αμφισβητείται. Παρουσιάζουμε ασθενή στην οποία η εμφάνιση του Σ.Ε.Χ. συνέπεσε με την έναρξη, και υποχώρησε με τη διακοπή της ασενοκουμαρόλης.
ΣΚΟΠΟΣ: Να ανακοινώσουμε μια καλά τεκμηριωμένη περίπτωση ασθενούς που ενισχύει την άποψη για το ρόλο των αντιπηκτικών στην εμφάνιση του Σ.Ε.Χ.
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ: Πρόκειται για οικοκυρά 76 ετών που νοσηλεύτηκε στην κλινική μας με προοδευτικά επιδεινούμενη κυάνωση και ευαισθησία των πελμάτων κατά τη βάδιση. Το ιστορικό της περιλάμβανε: αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια σε έδαφος καπνίσματος (100 πακέτο-έτη). Η ασθενής ελάμβανε ασενοκουμαρόλη (3 mg/ημ) από διμήνου μετά από πρόσφατα διαγνωσθείσα πνευμονική εμβολή. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε Δ.Μ.Σ.=33, απουσία σφύξεων των αρτηριών κάτωθεν των μηριαίων, κυάνωση και δικτυωτή πελίωση των πελμάτων και δακτύλων των κάτω άκρων συμβατή με blue toe syndrome.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο δίμηνο που μεσολάβησε από την έναρξη της ασενοκουμαρόλης παρατηρήσαμε ένα τριπλασιασμό της μέσης τιμής κρεατινίνης ορού (από Cr= 0,9 mg/dL σε Cr=2,94 mg/dL) και επταπλασιασμό του απόλυτου αριθμού των ηωσινοφίλων (από 130/κ.χ. σε 910/κ.χ.). Η βιοψία δέρματος ήταν διαγνωστική του Σ.Ε.Χ. Λόγω της πρόσφατης πνευμονικής εμβολής το θεραπευτικό δίλημμα της συνέχισης ή διακοπής των αντιπηκτικών, που θεωρήθηκαν υπεύθυνα για την εμφάνιση του συνδρόμου, αντιμετωπίστηκε με τη μείωση της διάρκειας χορήγησης ασενοκουμαρόλης σε 3 μήνες. Παρατηρήθηκε πλήρης υποχώρηση της ισχαιμίας των δακτύλων και της ηωσινοφιλίας και βελτίωση της κρεατινίνης μετά τη διακοπή της ασενοκουμαρόλης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Παρουσιάζουμε μια καλά τεκμηριωμένη περίπτωση ασθενούς που ενισχύει την άποψη για το ρόλο των αντιπηκτικών στην εμφάνιση του Σ.Ε.Χ.

153. ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ BARTONELLA HENSELAE ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Κ. Μηλάκη, Ε. Θαλασσινός, Κ. Πετράκη, Κ. Παπαδοσπυριδάκη, Ε. Παπαδοκωστάκη, Ν. Γρύλου, Μ. Καβουσανάκη, Α. Κουφόγιαννη, Ν. Βασιλάκη, Μ. Μπαχλιτζανάκη, Χ. Λυδάκης

Β΄ Παθολογική κλινική, «Βενιζέλειο» ΓΝ Ηρακλείου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μπαρτονέλλωση αποτελεί μια σημαντική ζωονόσο με κύριο φυσικό ρεζερβουάρ τις γάτες. Συνήθως εκδηλώνεται με τη νόσο εξ ονυχών γαλής που συνίσταται σε αυτοπεριοριζόμενες δερματικές και βλεννογονοδερματικές βλάβες με καλοήθη πορεία. Η συστηματική εκδήλωση της με βλάβες σε όργανα στόχους σε ανοσοεπαρκή άτομα είναι πολύ σπάνια κυρίως εντοπιζόμενη στο ήπαρ και στο σπλήνα, ενώ η προσβολή του ΚΝΣ έχει περιγραφεί σε λίγες περιπτώσεις - κυρίως σε ασθενείς με HIV λοίμωξη ή παιδιά.
ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού με πολυστηματική νόσο από Bartonella-henselae- συμμετοχή ΚΝΣ, οφθαλμών, λεμφαδένων, σπληνός.
ΥΛΙΚΟ: Νεαρή ανοσοεπαρκής ασθενής με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Ασθενής 27 ετών προσήλθε με έντονη κεφαλαλγία, συνοδό σταδιακή έκπτωση οπτικής οξύτητας και συνεχή δεκατική πυρετική κίνηση από 20 ημέρου. Η ΟΝΠ ανέδειξε λεμφοκυτταρική μηνιγγίτιδα, ενώ η οφθαλμολογική εξέταση μονονευρίτιδα οπτικού νεύρου ΔΕ οφθαλμού. Η απεικόνιση των συμπαγών οργάνων της κοιλιάς με CT ανέδειξε αποστηματικές βλάβες σπληνός και διάχυτη κοιλιακή λεμφαδενοπάθεια. Η εξαίρεση και ιστολογική εξέταση περιφερικού λεμφαδένα που ανέδειξε χρόνια φλεγμονώδη στοιχεία καθώς και ο φυσιολογικός ανοσοφαινότυπος ΕΝΥ και αίματος απομάκρυναν τη διάγνωση του λεμφώματος. Η συστηματική επαφή της ασθενούς με γάτες οδήγησε στη διερεύνηση ορολογικών δεικτών για Bartonellahenselae οι οποίοι και ανευρέθηκαν υψηλοί για πρόσφατη λοίμωξη (IgG: 1/2048 φυσιολογικά IgM: 1/20) και έγινε έναρξη με δοξυκυκλίνη και ριμφαμπικίνη για 4 εβδομάδες. Η ασθενής βελτιώθηκε κλινικά με απυρεξία και απεικονιστικά με σταδιακή εξάλειψη των σπληνικών βλαβών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η πολυσυστηματική λοίμωξη από Bartonella henselae αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως πολύ σπάνια. Η πιθανότητα υποεκτίμησης της επίπτωσης της λόγω της μη υποψίας της (υποδιάγνωση) είναι μεγάλη, γεγονός που μπορεί να επιμηκύνει τις νοσηλείες και να αυξήσει το νοσηλευτικό και διαγνωστικό κόστος.

154. ΔΙΑΧΥΤΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΔΑΜΠΙΓΚΑΤΡΑΝΗΣ

Β. Μπεναρδής, Χ. Βαδάλα, Μ. Τσεπέλη, Ε. Τσεκρέκος, Ε. Γαλανίδη, Ι. Κουτσουβέλης, Α. Σκουτέλης

Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η δαμπιγκτράνη (dabigatran etexilate) είναι ένας άμεσος αναστολέας της θρομβίνης που χρησιμοποιείται για την πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή. Η λήψη της ωστόσο σχετίζεται με κίνδυνο αιμορραγικών επιπλοκών, κυρίως από το γαστρεντερικό. Η απουσία ειδικού αντιδότου για την αποτελεσματική αναστροφή της δράσης της προσθέτει επιπλέον δυσκολία στην αντιμετώπιση των επιπλοκών αυτών.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 88 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης υπό μανιδιπίνη και κολπικής μαρμαρυγής υπό μετοπρολόλη και δαμπιγκατράνη, νοσηλεύθηκε λόγω βήχα με αποβολή αιμόφυρτων πτυέλων από 15ημέρου. Αναφέρεται προ μηνός έναρξη λήψης δαμπιγκατράνης.
Η αντικειμενική εξέταση δεν ανέδειξε άλλες εστίες αιμορραγίας, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος κατέδειξε αναιμία και φυσιολογικό πηκτικολογικό έλεγχο, χωρίς αύξηση δεικτών φλεγμονής. Ο ανοσολογικός και ορολογικός-μικροβιολογικός έλεγχος, προς αποκλεισμό λοιπών αιτίων ενδοπνευμονικής αιμορραγίας, δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Το υπερηχοκαρδιογράφημα δεν αποκάλυψε σημεία πνευμονικής υπέρτασης.
Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος, η οποία απεικόνισε εικόνα θαμβής υάλου σε αμφοτέρους τους πνεύμονες.
Στη βρογχοσκόπηση εντοπίσθηκε ευκόλως αιμορραγούν βλεννογόνος στα δύο βρογχικά δέντρα, χωρίς ενδοαυλική βλάβη. Το βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα ήταν αρνητικό για λοίμωξη ή κακοήθεια.
Η αιμορραγία θεωρήθηκε αποτέλεσμα της λήψης δαμπιγκατράνης, η χορήγηση της οποίας διεκόπη, με επακόλουθη κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Από τη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφονται ελάχιστα περιστατικά ενδοπνευμονικής αιμορραγίας που σχετίζονται με τη χρήση νταμπιγκατράνης, κυρίως σε ηλικιωμένους ασθενείς με χαμηλό σωματικό βάρος και νεφρική ανεπάρκεια.
Εντούτοις, παρά τη σπανιότητά της, η επιπλοκή αυτή θα πρέπει να τίθεται στη διαφοροδιαγνωστική σκέψη του κλινικού σε περίπτωση αιμόπτυσης ασθενούς που λαμβάνει το φάρμακο και ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν οι προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου.

155. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΜΜΗΝΟΥ ΡΥΣΕΩΣ ΚΑΙ ΔΥΣΜΗΝΟΡΡΟΙΑ ΩΣ ΚΥΡΙΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΦΙΛΑΡΙΑΣΗ ΑΠΟ MANSONELLA PERSTANS

Α. Αγγελίδη[1], Θ. Τέλιος[1], Ν. Κανέλλιας [1], Κ. Αυγουλέα[2], Γ. Λοΐζος [1], Α. Κουσουλάκου[3], Κ. Θέμελη-Διγαλάκη[2], Α. Μελιδώνης[1]

[1]Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», [2]Μικροβιολογικό εργαστήριο, ΓΝ Πειραιά Τζάνειο, [3]Αιματολογικό εργαστήριο, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η *Mansonellaperstans* αποτελεί ένα νηματώδη σκώληκα της τάξης των Filarioidea και συναντάται κυρίως στην Υποσαχάρια Αφρική όπου και ενδημεί. Είδη του γένους Culicoides αποτελούν τον ενδιάμεσο ξενιστή των φιλαριών, ενώ τα διαπιστωθέντα κρούσματα στην Ευρώπη είναι σπάνια και εισαγόμενα από περιοχές όπου ενδημεί η *Mansonellaperstans*.
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής γυναίκα, ηλικίας 25 ετών, παράνομη μετανάστης από το Καμερούν, προσήλθε στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών αιτιώμενη διαταραχές έμμηνου ρύσεως και δυσμηνόρροιας από τριμήνου, ενώ αναφέρθηκε δεκατική πυρετική κίνηση προ τριμήνου. Πρόκειται για ασθενή με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό η οποία διέμενε στο κέντρο κράτησης μεταναστών. Από την κλινική εξέταση η ασθενής ήταν απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή δίχως διόγκωση λεμφαδένων ή οιδημάτων κάτω άκρων. Από τη λοιπή παθολογική και γυναικολογική εξέταση καθώς και από το διενεργηθέντα απεικονιστικό έλεγχο δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα. Από τη γενική εξέταση αίματος που εστάλη στα πλαίσια εργαστηριακού ελέγχου διαπιστώθηκε απόλυτη ηωσινοφιλία (2,72 K/μl) με ποσοστό 25,1% στο λευκοκυτταρικό τύπο και ετέθη η κλινική υποψία παρασιτικής λοίμωξης δεδομένης της χώρας προέλευσης της ασθενούς. Επιστρώθηκαν λεπτή και παχιά στιβάδα αίματος, οι οποίες χρωματίστηκαν με Giemsa. Από τη μικροσκοπική παρατήρηση ανευρέθηκαν μικροφιλάριες διαφορετικού μήκους στις οποίες διακρίνονταν με ευκρίνεια το κεφάλι, η ουρά και η διάταξη των σωματικών πυρήνων σε σειρές που έφθαναν στο άκρο της ουράς. Στο άχρωο νωπό παρασκεύασμα αίματος ήταν ορατή η κίνηση των εμβρυϊκών μορφών του σκώληκα. Δείγματα αίματος, ληφθέντα σε διαφορετικές ώρες της ημέρας προκειμένου να διευκολυνθεί η διαφορική διάγνωση, στάλθηκαν στο Τμήμα Παρασιτολογίας της Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Ο έλμινθας με βάση τα μορφολογικά του χαρακτηριστικά ταυτοποιήθηκε ως *Mansonella perstans*. Η ασθενής ετέθη σε θεραπεία με Διαιθυλκαρβαμαζίνη (D.A.C.), υπό στενή παρακολούθηση, για τυχόν εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Εξετάστηκαν δείγματα αίματος μετά από 5 μέρες θεραπείας και δεν ανευρέθηκαν μικροφιλάριες, ως εκτούτου, η ασθενής θεωρήθηκε ελεύθερη νόσου και έλαβε εξιτήριο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρασίτωση από *M. perstans* δεν εμφανίζει τυπική κλινική εικόνα, είναι συχνά ασυμπτωματική και υποδιαγιγνώσκεται. Η ακριβής ταυτοποίηση του έλμινθα σε επίπεδο είδους είναι θεμελιώδους σημασίας για την επιλογή κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής και την εκρίζωση της λοίμωξης. Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει πάντοτε να δίνεται κατά την ιατρική διαγνωστική σκέψη στη λήψη του ιστορικού και την αξιολόγηση και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του εκάστοτε ασθενούς.

156. ΨΕΥΔΟΣΗΠΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Χ. Φυτιλή, Μ. Μυλωνά, Δ. Τσιλιγγίρης, Μ. Πολυζώης, Ά. Τόσκας

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό»

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής 74 ετών με ρευματοειδή αρθρίτιδα από 6μήνου υπό αγωγή με 7.5 mg πρεδνιζολόνης και 10 mg μεθοτρεξάτης εβδομαδιαίως προσήλθε λόγω εμπυρέτου ως 39°C με φρίκια και μονοαρθρίτιδα δεξιού γόνατος. Από τη λοιπή κλινική εξέταση δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα. Κατά την παρακέντηση της φλεγμαίνουσας άρθρωσης αφαιρέθηκαν 40 cc πυώδους υγρού αυξημένης γλοιότητας, ο έλεγχος του οποίου ανέδειξε 190.000 κύτταρα κκχ, με υπεροχή των πολυμορφοπύρηνων, χωρίς κρυστάλλους, με χαμηλή γλυκόζη (8 mg/dL), υψηλή LDH (1210 U/L) και υψηλό λεύκωμα (5,2 g/dL). Οι χρώσεις Gram, Giemsa και η καλλιέργεια ήταν αρνητικές. Οι καλλιέργειες αίματος κι ούρων, οι αντιδράσεις Mantoux και Wright ήταν επίσης αρνητικές. Η ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια βανκομυκίνη, και ακολούθησε δεύτερη παρακέντηση 50 cc αρθρικού υγρού η οποία επιβεβαίωσε τα ανωτέρω ευρήματα. Η χορηγούμενη δόση πρεδνιζολόνης αυξήθηκε σε 20 mg ημερησίως, ενώ διακόπηκε η μεθοτρεξάτη. Η ασθενής απυρέτησε άμεσα και βελτιώθηκε κλινικά, και τέθηκε η διάγνωση της ψευδοσηπτικής αρθρίτιδας. Ωστόσο, εξήλθε με σύσταση για λήψη φουσιδικού οξέος, κλινδαμυκίνης και αυξημένης δόσης πρεδνιζολόνης.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η ψευδοσηπτική αρθρίτιδα εμφανίζεται κυρίως σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, κρυσταλλογενή αρθροπάθεια, μετά από τραυματισμό ή ενδοαρθρικές ενέσεις. Η κλινική εικόνα της ομοιάζει με αυτή της σηπτικής αρθρίτιδας, καθιστώντας αναγκαία τη χορήγηση αντιβιοτικών μέχρι το πόρισμα των καλλιεργειών, οι οποίες είναι αρνητικές. Για τη θεραπεία της χορηγούνται κορτικοστεροειδή είτε συστηματικά είτε ενδοαρθρικά, και σπανιότερα μη- στεροειδή αντιφλεγμονώδη.
Η συχνότητα ψευδώς αρνητικής Gram χρώσης και καλλιέργειας αρθρικού υγρού στη σηπτική αρθρίτιδα ποικίλλει από 25-50% στη βιβλιογραφία, καθιστώντας τη διάγνωση της ψευδοσηπτικής αρθρίτιδας πρόκληση για τον κλινικό ιατρό. Καθώς η νόσος αυτή υποτροπιάζει, το ιστορικό προηγούμενης προσβολής βοηθά στη διαφορική διάγνωση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σε περιπτώσεις ψευδοσηπτικής αρθρίτιδας, χωρίς προηγούμενο ιστορικό, κρίνεται σκόπιμη η αντιβιοτική αγωγή παράλληλα με τη χορήγηση κορτικοειδών.

157. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ε. Καλαφάτης, Κ. Σγούρος, Τ. Μανούσος, Σ. Τσαούση, Μ. Καριώρη, Α. Εμμανουήλ, Δ. Στεφανή, Μ. Λελέκης

Παθολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «ΚΑΤ-ΕΚΑ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι συχνή αρρυθμία με δυνητικά σοβαρές επιπλοκές, κυρίως από το ΚΝΣ, τις οποίες συχνά καλούνται να αντιμετωπίσουν τα Παθολογικά Τμήματα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η προοπτική καταγραφή όλων των ασθενών που εισάγονται στο Παθολογικό Τμήμα του ΓΝΑ «ΚΑΤ - ΕΚΑ» και έχουν ιστορικό ΚΜ ή την εμφανίζουν κατά τη νοσηλεία τους. Η καταγραφή άρχισε την 1/6/14 και συνεχίζεται. Παρουσιάζονται τα δεδομένα των πρώτων 7 μηνών (μέχρι 31/12/14).
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Καταγράφονται όλοι οι ασθενείς που εισάγονται για οποιαδήποτε αιτία και έχουν ιστορικό ΚΜ ή παρουσιάζουν ΚΜ κατά τη νοσηλεία τους. Έμφαση δίδεται στα δεδομένα σχετικά με την αντιμετώπιση της κλινικής αυτής οντότητας, αλλά και στην ύπαρξη ή μη επιπλοκών νευρολογικής φύσεως.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο πρώτο επτάμηνο της μελέτης εισήχθησαν στο τμήμα συνολικά 517 ασθενείς. Από αυτούς 95 (18,4%) είχαν ή εμφάνισαν κατά τη νοσηλεία τους ΚΜ. Επρόκειτο για 43 άνδρες και 52 γυναίκες με ηλικία 55-97 χρόνια (μέση 81,6). Σε 71 περιπτώσεις η ΚΜ ήταν ήδη γνωστή (59 είχαν συνεχή και 12 παροξυσμική ΚΜ), ενώ σε 24 η διάγνωση τέθηκε κατά την είσοδο ή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Οι 42 από τους 71 με τη γνωστή ΚΜ ελάμβαναν κάποιο αντιαρρυθμικό: β - αναστολέα 22, αμιωδαρόνη 3 (σε μια περίπτωση μαζί με β - αναστολέα), διγοξίνη 10 (4 μαζί με β - αναστολέα και ένας μαζί με προπαφαινόνη), άλλα φάρμακα 7. Οι 57/71 ασθενείς με γνωστή ΚΜ ελάμβαναν κάποιο αντιθρομβωτικό ή αντιπηκτικό: ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους 3, αντιθρομβωτικά (ασπιρίνη ή/και κλοπιδογρέλη) 10, κουμαρινικά 31 (2 μαζί με ασπιρίνη), νεότερα αντιπηκτικά (rivaroxaban, dabigatran, apixaban) 13. Η διάμεση τιμή INR στους ασθενείς με κουμαρινικά ήταν 1,87 (1-6,13) με 17/31 ασθενείς (55%) να έχουν INR
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σημαντικό ποσοστό ασθενών που εισάγονται στο Παθολογικό Τμήμα του ΓΝΑ «ΚΑΤ - ΕΚΑ» έχει ΚΜ, διαγνωσμένη ή μη. Αρκετοί ασθενείς με ΚΜ δεν λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή, ενώ θα έπρεπε, αλλά και αυτοί που λαμβάνουν συχνά δεν έχουν άριστο INR. Τα νεότερα αντιπηκτικά φάρμακα θα μπορούσαν ίσως να είναι μια λύση. Σχεδόν οι μισοί από τους ασθενείς μας με ΚΜ (46%) εμφάνισαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο ΑΕΕ. Η πολύ μεγάλη ηλικία των ασθενών είναι ένας παράγοντας που ίσως επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματα της μελέτης μας.

158. Η ΝΟΣΟΣ ΕΞ ΟΝΥΧΩΝ ΓΑΛΗΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΕΠΙΧΩΡΙΑΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ

Ι. Γαληνός, Μ. Σαργιάνου, Δ. Καζάζης, Γ. Καραγιώργης, Μ. Φασιανός, Γ. Αλοΐζος

401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση ενδιαφέροντος κλινικού περιστατικού με νόσο εξ ονύχων γαλής, με εκδηλώσεις από επιχώριους λεμφαδένες και σπλήνα.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής ετών 39 νοσηλεύτηκε λόγω επώδυνης λεμφαδενοπάθειας στη δεξιά μασχαλιαία χώρα με συνοδό δεκατική πυρετική κίνηση, αδυναμία και καταβολή από εβδομάδος, χωρίς συμπτωματολογία από το ΚΝΣ. Ο ασθενής ανέφερε από το ιστορικό του την πρόσφατη κατοχή μικρής σε ηλικία γάτας και εκδορά από τα νύχια αυτής προ 15ημέρου κατά τη διάρκεια καλλωπισμού της.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη διερεύνηση έγινε πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος και ορολογικός έλεγχος για *Bartonella* spp., *Toxoplasma gondii* και HIV. Ζητήθηκε προσδιορισμός του SACE στον ορό προς αποκλεισμό της σαρκοείδωσης και ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών προς αποκλεισμό διαφόρων αιματολογικών κακοηθειών. Έγινε δοκιμασία δερμοαντίδρασης με φυματίνη (Mantoux) προς αποκλεισμό εξωπνευμονικής φυματίωσης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε ήπια αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων, χωρίς να έχουν επηρεαστεί οι άλλες κυτταρικές σειρές, καθώς και αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Διαπιστώθηκε αυξημένος τίτλος IgG αντισωμάτων για *Bartonellahenselae* (1/512), ενώ αρνητικός ήταν ο λοιπός ορολογικός έλεγχος. Η ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών ήταν φυσιολογική, το SACE ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, ενώ αρνητική ήταν και η Mantoux.
Ο υπερηχογραφικός έλεγχος της μασχαλαίας χώρας έδειξε λεμφαδένα διογκωμένο, υπόηχο, με κεντρική περιοχή τήξης και μικρού βαθμού κυτταρίτιδα· η βιοψία με λεπτή βελόνα ήταν αρνητική για κακοήθη κύτταρα και έδειξε εικόνα αποστήματος. Ο υπέρηχος ήπατος-σπληνός αποκάλυψε ήπια σπληνομεγαλία (επιμήκης άξονας 14.36 εκ.) με υπόηχη αλλοίωση διαμέτρου 1 εκ. στο εσωτερικό του. Με τα παραπάνω στοιχεία τέθηκε η διάγνωση της νόσου εξ' ονύχων γαλής και χορηγήθηκε στον ασθενή αγωγή με αζιθρομυκίνη· 3 μήνες μετά, η λεμφαδενική διόγκωση, ο σπλήνας επανήλθε σε φυσιολογικές διαστάσεις και η υπόπυκνη εστία στο σπλήνα εξαφανίστηκε.
Αυξημένη κλινική υποψία θα πρέπει να εγείρεται σε όλες τις περιπτώσεις εμπυρέτου με επιχώρια λεμφαδενοπάθεια με αναφερόμενη επαφή με γάτες, ανεξαρτήτου ηλικίας, και συστηματικές εκδηλώσεις, όπως αδυναμία, καταβολή, εμπύρετο, ανορεξία και απώλεια βάρους.

159. ΜΟΝΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΤΕΡΝΟΠΛΕΥΡΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ

Ν. Γκικόπουλος[1], Π. Δρίτσα[1], Α. Φλώρος[2], Α. Φόρτης[3], Β. Βασιλείου[1]

[1]Παθολογική Κλινική, Γ.Π.Ν. Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια», [2]Ρευματολόγος, [3]Ορθοπεδική Κλινική, Γ.Π.Ν. Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια»

Η προσβολή αρθρώσεων είναι σπάνια σε λοιμωξεις από Μυκόπλασμα της Πνευμονίας (ΜτΠ), ενώ η μονοαρθρίτιδα των στερνοπλευρικών αρθρώσεων (ΣΠΑ) είναι ακόμη σπανιότερη.
ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με λοίμωξη από ΜτΠ και μονοαρθρίτιδα ΣΠΑ.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Αγόρι ηλικίας 17 ετών εισήλθε στην κλινική μας για διερεύνηση εμπυρέτου. Πέντε ημέρες πριν είχε πυρετό έως 39 ˚C και έλαβε από ιδιώτη ιατρό αγωγή με αμοξικιλλίνη-κλαβουλανικό οξύ για λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού. Είχε τότε ακροαστικά ευρήματα, λευκοκυττάρωση και αυξημένη την C-αντιδρώσα πρωτείνη (CRP). Κατά την εισαγωγή του είχε πυρετό και άλγος στο ανώτερο τριτημόριο του στέρνου, ενώ είχε ιστορικό υπερλιπιδαιμίας υπό αγωγή με ατορβαστατίνη καθώς και πρόσφατη λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού. Στον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο είχε αρθρίτιδα στην 2η ΣΑ δεξιά, ήπιο συστολικό καρδιακό φύσημα, λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο και αυξημένη την CRP. Με τα δεδομένα αυτά ετέθη σε αγωγή με κλινδαμυκίνη, αμπικιλλίνη-σουλπακτάμη, αζιθρομυκίνη, ιβουπροφένη και μεθυλπρεδνιζολόνη. Το υπερηχοτομογράφημα (US) της άρθρωσης επιβεβαίωσε την αρθρίτιδα με συλλογή υγρού. Η ακτινογραφία θώρακος ήταν φυσιολογική, ενώ στο υπερηχοκαρδιογράφημα υπήρχε μικρή περικαρδιακή συλλογή. Οι αιμοκαλλιέργειες ήταν στείρες, το ουρικό οξύ, ο ρευματοειδής παράγοντας, ο τίτλος αντιστρεπτολυσίνης και η μαγνητική τομογραφία θώρακος ήταν όλα εντός φυσιολογικών ορίων. Ο ασθενής δεν είχε ψωριασιόμορφο εξάνθημα ή άλλα στοιχεία οροαρνητικής ή αντιδραστικής αρθρίτιδας. Ο ανοσολογικός και ο ορολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός, ενώ ο ορός του ασθενούς ήταν θετικός για το αντίσωμα έναντι του ΜτΠ IgM. Κατά την έξοδο του έλαβε αγωγή με αμοξυκιλλίνη-κλαβουλανικό, κλινδαμυκίνη, μεθυλπρεδνιζολόνη και ιβουπροφένη με πλήρη ύφεση της αρθρίτιδας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού από το ΜτΠ είναι συχνή αλλά η μονοαρθρίτιδα σε στερνοπλευρική άρθρωση είναι μια σπάνια εξωπνευμονική του εκδήλωση που δεν έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία. Αυτό πιθανόν να οφείλεται σε βακτηριαιμία, ανοσοκαταστολή και παθολογική ανοσιακή απάντηση.

160. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗΣ ΠΑΡΕΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΝΗΠΙΟ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΙΟ EPSTEIN-BARR

Μ. Μάτσας, Μ. Παπαδημητρίου, Δ. Χατζάκη, Α. Ψήνα, Α. Πατούνα, Ε. Παρασκάκη

Μικροβιολογικό Τμήμα-Ορολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Οιός *Epstein-Barr* (EBV) προκαλεί λοιμώδη μονοπυρήνωση (ΛΜ), πιο συχνά σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες, με τυπικά συνήθως συμπτώματα τον πυρετό, την κυνάγχη και τη λεμφαδενοπάθεια,. Στα μικρότερα παιδιά η νόσος μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή ήπια. Η πάρεση του προσωπικού νεύρου αποτελεί σπάνια επιπλοκή της νόσου. Σκοπός της μελέτης μας είναι η περιγραφή περιστατικού οξείας αμφοτερόπλευρης πάρεσης προσωπικού νεύρου από τον EBV σε νήπιο.
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Θήλυ 17 μηνών προσκομίζεται με αμφοτερόπλευρη πάρεση του προσωπικού νεύρου, υψηλό πυρετό, ρινική καταρροή και αμφοτερόπλευρο οίδημα βλεφάρων από 48ώρου. Αντικειμενικά διαπιστώθηκε συμμετρική γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Στο ατομικό αναμνηστικό δεν αναφέρεται υποκείμενο νόσημα ή τραυματισμός. Από τη λεπτομερή κατά συστήματα αντικειμενική εξέταση παρατηρήθηκε αμφοτερόπλευρη πάρεση μόνο του προσωπικού νεύρου, περιφερικού τύπου, χωρίς άλλη πρόσθετη νευρολογική συμπτωματολογία και χωρίς να συνυπάρχει κυνάγχη ή ηπατοσπληνομεγαλία. Στον εργαστηριακό έλεγχο τα μοναδικά παθολογικά ευρήματα ήταν η μονοκυττάρωση (16%), με απουσία άτυπων λεμφοκυττάρων και η αύξηση της ΤΚΕ (45 mm/1η ώρα), ενώ η CRP, οι τρανσαμινάσες και ο λοιπός αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος ήταν φυσιολογικά. Πολλαπλές καλλιέργειες αίματος και ούρων κατά την εισαγωγή, όπως και η γενική ούρων και εγκεφαλονωτιαίου υγρού ήταν αρνητικές. Επίσης, η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Ο έλεγχος αντισωμάτων για ερπητοϊούς (EBV, CMV, HSV-1 & HSV-2, VZV), εντεροϊούς, αδενοϊούς, *Borrelia burgdorferi, Campylobacter jejuni* και *Mycoplasma pneumoniae* (Elisa/έμμεσος ανοσοφθορισμός) έδειξε τα παρακάτω παθολογικά ευρήματα: CMV-IgM αμφίβολα/CMV-IgG αρνητικά, EBV-IgM θετικά/EBV-VCA IgG αρνητικά/EBV-EBNA IgG αρνητικά, με αρνητικό monotest. Ωστόσο με την ανοσοαποτύπωση τα EBV-IgM/IgG ήταν θετικά. Μετά μία εβδομάδα το νήπιο παρουσίασε σαφή βελτίωση, ενώ στον επανέλεγχο μετά από δίμηνο, η πάρεση είχε πλήρως υποχωρήσει.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λοίμωξη από τον EBV στα παιδιά μπορεί να εκδηλωθεί με προεξάρχουσα κλινική εκδήλωση την αμφοτερόπλευρη προσβολή του προσωπικού νεύρου. Η απουσία των κλασικών συμπτωμάτων και εργαστηριακών ευρημάτων της ΛΜ δεν αποκλείουν τη νόσο. Η αναζήτηση ειδικών αντισωμάτων με τη μέθοδο της ανοσοαποτύπωσης μπορεί να τεκμηριώσει έγκαιρα τη λοίμωξη στην περίπτωση αμφίβολων αποτελεσμάτων με τις κλασικές μεθόδους.

161. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟΥ ΙΟΥ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ 10 ΕΤΩΝ (2004-2014)

Μ. Μάτσας, Μ. Παπαδημητρίου, Ε. Μποζαβούτογλου, Ν. Ζαπανιώτης, Η. Τσονόπουλος, Ε. Παρασκάκη

Μικροβιολογικό Τμήμα-Ορολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Ο αναπνευστικός συγκυτιακός ιός (RSV) αποτελεί σημαντικό αίτιο βρογχιολίτιδας και πνευμονίας σε παιδιατρικούς ασθενείς και κύριο αίτιο νοσοκομειακής νοσηλείας παιδιών ηλικίας κάτω των 2 ετών με λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού συστήματος κατά τους χειμερινούς μήνες. Ενδονοσοκομειακή διασπορά του ιού είναι πιθανή αν δεν τηρούνται τα κατάλληλα μέτρα προφύλαξης από το προσωπικό. Σκοπός της μελέτης μας είναι η καταγραφή της επίπτωσης του RSV σε ενδονοσοκομειακούς παιδιατρικούς ασθενείς με αναπνευστική λοίμωξη κατά τη διάρκεια της τελευταίας 10ετίας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά το χρονικό διάστημα Ιούλιος 2004 - Ιούνιος 2014 μελετήθηκαν 6976 ρινικά εκπλύματα ή ρινοφαρυγγικές αναρροφήσεις από νοσηλευόμενα παιδιά [3882 άρρενα (55,6%), 3094 θήλεα (44,4%)] με λοίμωξη αναπνευστικού συστήματος. Η κύρια κλινική ένδειξη αναζήτησης του RSV ήταν η βρογχιολίτιδα [46,9% (3270/6976)]. Η ανίχνευση του ιού έγινε με μέθοδο άμεσου ανοσοφθορισμού (MONOFLUO™ Screen RSV). Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με τη δοκιμασία σύγκρισης αναλογιών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Θετικό για RSV βρέθηκε το 34,5% των δειγμάτων (2410/6976), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (p>0,05) μεταξύ αρρένων [33,7% (1307/3882)] και θηλέων [35,6% (1103/3094)]. Το ποσοστό των θετικών δειγμάτων ανά ηλικιακή ομάδα είχε ως εξής: <1 μηνός 38,6% (417/1080), 1-6 μηνών 40,4% (1511/3736), 6-12 μηνών 30,5% (251/822), 12-24 μηνών 22,4% (168/749) και >24 μηνών 10,7% (63/589). Η εποχιακή κατανομή των RSV λοιμώξεων χαρακτηρίζεται από σαφή υπεροχή τους 3 πρώτους μήνες του έτους [Ιανουάριος - Μάρτιος 50,2% (1946/3879), λοιποί μήνες 15% (464/3097), p<0,05]. Οι κύριες κλινικές εκδηλώσεις ήταν η βρογχιολίτιδα για τα παιδιά <2 ετών και η λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού συστήματος (πνευμονία, βρογχίτιδα) για τα παιδιά >2 ετών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο RSV αποτελεί σημαντικό αίτιο αναπνευστικής λοίμωξης κυρίως σε παιδιά <2 ετών κατά τους χειμερινούς μήνες. Η έγκαιρη αναγνώριση της λοίμωξης και η τήρηση των κατάλληλων μέτρων προφύλαξης κρίνονται απαραίτητες ενέργειες για την αποφυγή της οριζόντιας διασποράς του ιού δια μέσου του προσωπικού.

162. ΦΑΡΜΑΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΛΙΝΕΖΟΛΙΔΗΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΥΓΡΗΣ ΧΡΩΜΑΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΥΨΗΛΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ

Δ. Λυκούρας[1], Μ. Ανδρούτσου[2], Ό. Λάγιου[1], Κ. Καρκούλιας[1], Μ. Λυκούρας[3], Β. Απολλωνάτου[1], Α. Βουλγαρίδης[1], Μ. Τσιαμήτα[1], Φ. Σαμψώνας[1], Θ. Τσέλιος[2], Ι. Ματσούκας[2], Γ. Παναγιωτακόπουλος[4], Κ. Σπυρόπουλος[1]

[1]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, [2]Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, [3]Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, [4]Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να αναπτυχθεί μια νέα αναλυτική μέθοδος για τη μέτρηση της λινεζολίδης στο πλευριτικό υγρό με χρήση υγρής χρωματογραφίας εξαιρετικά υψηλής απόδοσης, ώστε να μελετηθεί η διέλευση του αντιβιοτικού στον ανθρώπινο υπεζωκότα.
ΥΛΙΚΟ: Έγινε λήψη του συνολικού πλευριτικού υγρού που παροχετεύθηκε από την υπεζωκοτική κοιλότητα ασθενούς που θεραπευόταν ως πνευμονία με παραπνευμονική συλλογή με λινεζολίδη σε συνήθεις δόσεις.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο χρωματογραφικός διαχωρισμός έγινε σε XBridgeTM C18 στήλη (4.6 mm ID*150 mm μήκος) με 3,5 μm μέγεθος σωματιδίων. Η κινητή φάση ήταν AcN: H2O (20/80, v/v). Τα πρότυπα διαλύματα δημιουργήθηκαν με προσθήκη λινεζολίδης σε δείγματα ορού ή πλευριτικού. Τρεις καμπύλες βαθμονόμησης δημιουργήθηκαν με συγκεντρώσεις από 0,25 ως 5 μg/ml (8 calibration standards, 3 QCs).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέθοδος ήταν εκλεκτική, γραμμική (r = 0.9921-0.9980) και ακριβής (RE ≤ 15%). Το όριο ανίχνευσης και ποσοτικοποίησης της λινεζολίδης στον ορό ήταν 0,08 και 0,25 μg/ml, αντίστοιχα. Τα χρωματογραφήματα που προέκυψαν έδειξαν τη διείσδυση της λινεζολίδης στο ανθρώπινο πλευριτικό υγρό σε συγκέντρωση 11,76 μg/ml. Αυτή η νέα χρωματογραφική μέθοδος χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση των επιπέδων λινεζολίδης στον ανθρώπινο ορό και το πλευριτικό υγρό ενός ασθενούς και είναι η πρώτη μελέτη που δείχνει σαφώς ότι η λινεζολίδη εισέρχεται στο πλευριτικό υγρό και μάλιστα σε θεραπευτικές συγκεντρώσεις.

163. ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΝΕΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Δ. Παπαβέντσης[1], A. Ibarz-Pavon[2,3], Ρ. Καλκούνη[4], Γ. Μεταξάς[5], Γ. Σπάλα[4], Θ. Γεωργακοπούλου[4], Θ. Γεράκης[5], Α. Πεφάνης[5,6], Ε. Βογιατζάκης[1]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο και Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», [2]European Program for Public Health Microbiology Training (EUPHEM), ECDC, Sweden, [3]Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), [4]Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), [5]Επιτροπή Λοιμώξεων ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», [6]Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η φυματίωση αποτελεί μείζον θέμα δημόσιας υγείας διεθνώς. Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση επιδημιολογικής επιτήρησης του Ευρωπαϊκού Γραφείου του ΠΟΥ και του Κέντρου Ελέγχου Νοσημάτων (WHO Europe/ECDC), το 2012 η Ελλάδα κατείχε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά δήλωσης κρουσμάτων ενεργού φυματίωσης στην Ευρώπη (4.9 περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού). Ο σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η πληρότητα της καταγραφής νέων περιπτώσεων ενηλίκων ασθενών με ενεργό φυματίωση στην Αθήνα το 2012.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εφαρμόστηκε η μεθοδολογία ανάλυσης Record-linkage και Capture-Recapture επί 3 διαφορετικών μητρώων: του Εθνικού Αρχείου Δηλώσεων φυματίωσης (ΚΕΕΛΠΝΟ), του εργαστηριακού αρχείου του Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων (ΕΚΑΜ) και του αρχείου ασθενών της Επιτροπής Λοιμώξεων του ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ». Ως το πλέον έγκυρο στατιστικό μοντέλο επιλέχθηκε το λογαριθμικό με το χαμηλότερο κριτήριο Akaike (AIC).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, ταυτοποιήθηκαν 329 περιπτώσεις: 149 στο εθνικό, 218 στο εργαστηριακό και 120 στο κλινικό αρχείο. Το καταλληλότερο στατιστικό μοντέλο έδειξε εξάρτηση ανάμεσα στο κλινικό-εργαστηριακό και κλινικό-εθνικό αρχείο. Με βάση το επιλεγμένο μοντέλο, 259 ασθενείς με φυματίωση εκτιμήθηκε ότι δεν βρέθηκαν σε κανένα από τα 3 μητρώα (x_hat). Κατά συνέπεια, ο κατ' εκτίμηση συνολικός αριθμός ασθενών με φυματίωση υπολογίστηκε στις 588 (N_hat) περιπτώσεις (95% CI 490-746). Παρά το γεγονός ότι η δήλωση των περιπτώσεων φυματίωσης είναι υποχρεωτική με βάση τη νομοθεσία, η πληρότητα της καταγραφής ανά μητρώο ήταν 20.4%, 37.1% και 25.3% (κλινικό, εργαστηριακό και εθνικό, αντίστοιχα). Η υπολογισθείσα ετήσια επίπτωση φυματίωσης ενηλίκων στην Αθήνα ήταν 19 /100.000.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Επιβεβαιώθηκε η σημαντικότατη υποδήλωση φυματίωσης ενηλίκων στο μεγαλύτερο κέντρο διάγνωσης και θεραπείας ασθενών στην Αθήνα. Παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα παραμένει μια χώρα με χαμηλή επίπτωση, η πραγματική επίπτωση της νόσου είναι 3-4 φορές υψηλότερη από ότι δηλώνεται επισήμως. Τα αποτελέσματά μας επιβεβαιώνουν προηγηθείσες μελέτες που αναδείκνυαν ποσοστά υποδήλωσης έως και 80%. Η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε αποδείχθηκε ιδιαίτερα χρήσιμη για την εκτίμηση της πληρότητας της καταγραφής και δύναται να συμβάλλει στη βελτίωση της επιτήρησης της νόσου.

164. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

165. ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

Ν. Μπαρούχος[1], Α. Παπαζαφειροπούλου[2], Μ. Ριζικάρη[1], Α. Μαθιουδάκης[3], Κ. Κουτσαγγέλη[1], Χ. Κακαρούνα[1], Ε. Ευαγγελοπούλου[3]

[1]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς, [2]Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΠ «Τζάνειο», Πειραιάς, [3]Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

ΣΚΟΠΟΣ: α) Η μέτρηση των επιπέδων καρκινικών δεικτών: του καρκινοεμβρυονικού αντιγόνου, (Carcinoembryonic Antigen, CEA), του καρκινικού αντιγόνου CA 19-9 (Cancer Antigen 19-9, CA19-9), του καρκινικού αντιγόνου 125 (Cancer Antigen 125, CA125), της ειδικής νευρωνικής ενολάσης, (Neuron Specific Enolase, NSE), και του τμήματος κυττοκερατίνης 19, (Cytokeratin Fragments 19, CYFRA21-1), β) Διερεύνηση συσχέτισης μεταξύ των καρκινικών δεικτών και των δεικτών φλεγμονής: C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) και λευκών αιμοσφαιρίων (WBC), σε ασθενείς με παρόξυνση Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), που ανήκουν στις ομάδες βαρύτητας C και D κατά GOLD, (Chronic Obstructive Lung Disease) γ) Σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των υπό μελέτη ομάδων.
ΥΛΙΚΟ: Πενήντα δύο ασθενείς με παρόξυνση ΧΑΠ [35 άνδρες/17 γυναίκες, μέσης ηλικίας (±SD) 68,3±6,4 έτη] έλαβαν μέρος στη μελέτη, ταξινομήθηκαν στις ομάδες βαρύτητας C (n=27) και D (n=25), σύμφωνα με τη σπιρομετρική ταξινόμηση, τον αριθμός των παροξύνσεων το προηγούμενο έτος και την αξιολόγηση των συμπτωμάτων τους κατά GOLD.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα του CEA και του CA125 ήταν αυξημένα στους ασθενείς της ομάδας D. Στην ομάδα C, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της CRP και του CA125 (p=0,05). Στην ομάδα D, υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ WBC και NSE (p=0,02), μεταξύ CRP και CA19-9 (p=0,02) και NSE (p<0,001), καθώς και μεταξύ ΤΚΕ και NSE (p=0,03). Τα επίπεδα του CA125 (p=0,01) και του CA19-9 (p=0,01) ήταν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα στην ομάδα D σε σχέση με την ομάδα C.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ορισμένοι καρκινικοί δείκτες αυξήθηκαν και συσχετίστηκαν με τα αυξημένα επίπεδα των δεικτών φλεγμονής και με τη σοβαρότητα της ΧΑΠ. Η φλεγμονή μπορεί να έχει παθογενετικό ρόλο που συνδέει τους καρκινικούς δείκτες με τη σοβαρότητα της ΧΑΠ. Απαιτείται βέβαια περαιτέρω έρευνα.

166. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΥΠΟ

Α. Αναστασόπουλος, Π. Πετράς, Μ. Ράλλη, Ι. Δημητρούλης, Α. Λιάπκου

6η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της νευρολογικής συμπτωματολογίας και της κλινικής εικόνας που προκαλούν οι εγκεφαλικές μεταστάσεις σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν προοπτικά 80 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 65,9 έτη με καρκίνο πνεύμονα και εγκεφαλικές μεταστάσεις και καταγράφηκαν τα σημεία και συμπτώματα που σχετίζονταν με τις εγκεφαλικές μεταστάσεις.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 80 ασθενείς οι 54 (68%) είχαν μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα και οι 26 (32%) μη μικροκυτταρικό καρκίνο (αδενοκαρκίνωμα-πλακώδες). Στους ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα το συχνότερο σύμπτωμα ήταν οι επιληπτικές κρίσεις (20,4%) και έπονταν σε συχνότητα αστάθεια βάδισης (9,2%), ζάλη (7,4%), κεφαλαλγία (7,4%) και ημιπάρεση (5,5%). Στους ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα το συχνότερο σύμπτωμα ήταν η ημιπάρεση (30,7%) και ακολουθούσαν επιληπτικές κρίσεις (19,2%), κεφαλαλγία (11,5%) και διπλωπία (3,8%). Σε ένα ποσοστό 50,1% για το μικροκυτταρικό καρκίνο και 34,8% για το μη μικροκυτταρικό καρκίνο οι ασθενείς δεν εμφάνιζαν νευρολογική συμπτωματολογία και ήταν ασυμπτωματικοί. Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με καρκίνο πνεύμονα εμφανίζονται ασυμπτωματικοί κατά τη διάγνωση των εγκεφαλικών μεταστάσεων. Σε συμπτωματικούς ασθενείς οι επιληπτικές κρίσεις για το μικροκυτταρικό και η ημιπάρεση για το μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα αποτελούν τις συνηθέστερες νευρολογικές εκδηλώσεις.

167. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ-ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΤΗΣ ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΝΤΑΙ ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΩΝ ΤΗΣ

Π. Βουκελάτου[1], Ε. Σφενδουράκη[1], Η. Φύλλας[2], Χ. Μαντής[2], Ε. Κουτσαντώνη[1], Σ. Τσακίρης[1], Ι. Βρεττός[1], Α. Καλλιακμάνης[1]

[1]Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», [2]Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Με τον όρο πολυφαρμακία ορίζουμε τη χρήση μεγάλου αριθμού φαρμακευτικών σκευασμάτων και συνήθως ο όρος χρησιμοποιείται για ασθενείς που λαμβάνουν ≥5 φάρμακα. Ως προσδιοριστές της πολυφαρμακίας έχουν αναφερθεί η ηλικία, η συννοσηρότητα, οι νέες θεραπείες που έχουν αναπτυχθεί και ο θεραπευτικός ουδός που έχει τεθεί για την έναρξη θεραπείας σε κάποια νοσήματα.
ΣΚΟΠΟΣ: Να εκτιμηθεί η επίπτωση-ποσοστό της πολυφαρμακίας σε ασθενείς που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία και να διερευνηθούν οι προσδιοριστές αυτής.
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγράφηκαν οι απαντήσεις 166 ασθενών (ηλικίας 64,6±11,8 ετών, M±1SD, 59,6% γυναίκες) με τη μέθοδο της συνέντευξης με χρήση ερωτηματολογίου. 63,9% του δείγματος ήταν συνταξιούχοι, 24,1% άνεργοι και 12% εργαζόμενοι. 30,9% έπασχε από 3 ή περισσότερα νοσήματα. 21,7% δεν μπορούσε να αναφέρει όλα τα ονόματα των νοσημάτων του και 10,8% δεν μπορούσε να αναφέρει τον αριθμό των φαρμάκων του. 22,3% είχε νοσηλευτεί το τελευταίο έτος και 14,5% είχε παρουσιάσει ανεπιθύμητη ενέργεια από φάρμακο. Συχνότερα νοσήματα ήταν: αρτηριακή υπέρταση (61,1%), υπερλιπιδαιμία (36,4%) και σακχαρώδης διαβήτης (21,6%). Η στατιστική επεξεργασία έγινε με τη μέθοδο χ^2.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 18,6% λάμβανε ≥5 φάρμακα. Η πιθανότητα να λαμβάνει κάποιος ≥5 φάρμακα ήταν μεγαλύτερη όταν αυξανόταν ο αριθμός των νοσημάτων από τα οποία πάσχει (p=0,000), όταν ήταν συνταξιούχος ή άνεργος (p=0,032) και όταν είχε νοσηλευτεί το τελευταίο έτος (p=0,000). Η πιθανότητα να έχει παρουσιάσει ανεπιθύμητη ενέργεια από φάρμακο ήταν μεγαλύτερη για όσους λάμβαναν ≥5 φάρμακα (p=0,032). Επιπλέον ήταν πιθανότερο να μην μπορούν να αναφέρουν τον αριθμό των φαρμάκων που λαμβάνουν (p=0,000).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1. Η επίπτωση-ποσοστό της πολυφαρμακίας ήταν 18,6%. 2. Οι προσδιοριστές της πολυφαρμακίας ήταν η συννοσηρότητα, η πρόσφατη νοσηλεία και η επαγγελματική κατάσταση. 3. Η πολυφαρμακία αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών και την πιθανότητα να μην γνωρίζει κάποιος τον αριθμό των φαρμάκων του, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζει τη συμμόρφωση με την αγωγή και την έκβαση των νοσημάτων.

168. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΑΝΔΡΩΝ-ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Ν. Βλαχάδης[1,2], Ν. Βραχνής[2], Μ. Βλαχάδη[3], Ε. Κορνάρου[1], Ε. Κτενάς[1]

[1]Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, [2]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, [3]Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες. Είναι γνωστό ότι η θνησιμότητα από καρκίνο των γυναικών είναι μικρότερη των ανδρών λόγω της μικρότερης έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση της θνησιμότητας από καρκίνο ανδρών-γυναικών στην Ελλάδα.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής που αφορούν στο συνολικό αριθμό θανάτων από νεοπλάσματα (ICD-9, κωδικοί 140-239) και την κατανομή τους κατά φύλο για το έτος 2012. Συγκρίθηκαν οι ειδικοί κατά ηλικία και φύλο δείκτες θνησιμότητας από νεοπλασματική νόσο και υπολογίστηκε ο σχετικός κίνδυνος (Risk ratio, RR) θανάτου από καρκίνο των ανδρών, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Περαιτέρω, υπολογίστηκε η αθροιστική πιθανότητα θανάτου από καρκίνο σε κάθε ηλικία στα δύο φύλα και η σύγκριση της συνολικής νεοπλασματικής θνησιμότητας μεταξύ ανδρών-γυναικών έγινε μετά από άμεση προτύπωση στο συνολικό πληθυσμό της χώρας το 2012.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 2012 καταγράφονται στην Ελλάδα 28.201 θάνατοι από καρκίνο (24,2% του συνόλου), εκ των οποίων 61,3% ήταν θάνατοι ανδρών και 38,7% γυναικών. Το 28,8% των θανάτων των ανδρών και το 19,3% των θανάτων των γυναικών οφείλονται σε νεοπλασματικά αίτια. Η θνησιμότητα από νεοπλασίες των ανδρών είναι 49% μεγαλύτερη των γυναικών στις νεότερες ηλικίες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάλυσή μας αναδεικνύει ότι το 2012 η θνησιμότητα από καρκίνο των ανδρών ήταν διπλάσια των γυναικών. Απαιτούνται πολιτικές πρόληψης που θα εστιάζουν στη διαφορετική έκθεση των δύο φύλων στους παράγοντες κινδύνου.

169. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΗΜΑ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΕ ΑΥΤΗΝ

Ι. Βρεττός[1], Π. Βουκελάτου[1], Σ. Κόλλια[1], Ε. Σφενδουράκη[1], Ε. Κουτσαντώνη[1], Α. Καλλιακμάνης[1], Ά. Παπαδόπουλος[2], Δ. Νιάκας.[2]

[1]Β΄ Παθολογική Κλινική ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα, [2]Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα η ενημέρωση για το νόσημά τους έχει συσχετιστεί με καλύτερη συμμόρφωση στην αγωγή, καλύτερη έκβαση και λιγότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο.
ΣΚΟΠΟΣ: Να καταγραφεί το επίπεδο ενημέρωσης των ασθενών που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία σχετικά με τα νοσήματα από τα οποία πάσχουν και με την αγωγή που λαμβάνουν.
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγράφηκαν οι απαντήσεις 101 ασθενών (ηλικίας 63,6±13,1 ετών, M±1SD, 63,4% γυναίκες) με τη μέθοδο της συνέντευξης με χρήση ερωτηματολογίου. 56,4% του δείγματος ήταν συνταξιούχοι, 75,2% έγγαμοι, 20,8% ανώτερου ή ανώτατου επιπέδου εκπαίδευσης (ΑΑΕΕ) και 12,9% ζούσαν μόνοι. Συχνότερα νοσήματα ήταν: αρτηριακή υπέρταση (55,7%), υπερλιπιδαιμία (36,1%) και σακχαρώδης διαβήτης (21,6%). Η στατιστική επεξεργασία έγινε με τη μέθοδο χ^2.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ποσοστό 22,8% δεν γνώριζε πλήρως τα νοσήματα από τα οποία πάσχει. Η πιθανότητα να μην γνωρίζουν ήταν μεγαλύτερη όταν έπασχαν από ≥3 νοσήματα (p=0,000) και όταν λάμβαναν ≥4 φάρμακα (p=0,000). Η πιθανότητα να γνωρίζουν ήταν μεγαλύτερη όταν ζούσαν μόνοι (p=0,036) και όταν ήταν ΑΑΕΕ (p=0,027). Ποσοστό 60,4% δεν γνώριζε τους κινδύνους και τις επιπλοκές της νόσου του. Μόλις το 53,5% μπορούσε να αναφέρει τα ονόματα των φαρμάκων του. Η πιθανότητα να γνωρίζει τα ονόματα ήταν μεγαλύτερη για τους ΑΑΕΕ (p=0,01). Το 88,1% δεν γνώριζε την κυριότερη παρενέργεια των φαρμάκων που λαμβάνει. Η πιθανότητα να γνωρίζουν ήταν μεγαλύτερη όταν ζούσαν μόνοι (p=0,000) και όταν ήταν ΑΑΕΕ (p=0,05).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1/5 δεν γνώριζε ακριβώς από τι πάσχει και οι μισοί δεν γνώριζαν τα ονόματα των φαρμάκων τους. 3/5 δεν γνώριζαν τους κινδύνους και τις επιπλοκές του νοσήματός τους και 9/10 τις παρενέργειες των φαρμάκων τους. Δεδομένου ότι η καλύτερη γνώση σχετίζεται με καλύτερη συμμόρφωση και έκβαση, κρίνεται σκόπιμη η προσπάθεια των θεραπόντων να δώσουν περισσότερες πληροφορίες στους ασθενείς σχετικά με τα νοσήματα και τη φαρμακευτική αγωγή και να τους παρακινήσουν να μετέχουν πιο ενεργά στην αντιμετώπιση του νοσήματός τους.

170. ΟΜΑΔΕΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΕΥΑΛΩΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ: «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΓΚΑΡΔΙΑ»

Θ. Ψαλτοπούλου[1], Θ. Σεργεντάνης[1], Μ. Κανακάρη[1], Α. Σωτηροπούλου[1], Σ. Καμπουρίδης[1], Δ. Τούσουλης[2]

[1]Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος του χρηματοδοτούμενου από το ΕΣΠΑ προγράμματος «ΕΓΚΑΡΔΙΑ» είναι να ελαττώσει την ανισότητα στην υγεία, βελτιστοποιώντας την παρεχόμενη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε ευάλωτους πληθυσμούς σε περίοδο οικονομικής κρίσης.
ΥΛΙΚΟ: Το δείγμα συναπαρτίστηκε από 538 άτομα (41,8% άνδρες), κατοίκους Αττικής που εξετάστηκαν στα ιατρεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών στα πλαίσια του προγράμματος. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου απαντήσεις κατά την περίοδο Μάιος-Ιούλιος 2013. Προκειμένου να εξεταστεί η συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη κατά Beck (Beck Depression Inventory, BDI) και την κατανάλωση των ομάδων τροφίμων, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή λογαριθμιστική παλινδρόμηση με προσαρμογή (adjustment) για ηλικία, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης και δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), με χρήση του προγράμματος SPSS v.21.0.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 56,6+/-10,6 έτη. Το 74,9% του δείγματος ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (36,2% και 38,7%, αντίστοιχα). Το 40,3% του δείγματος εμφάνιζαν οριακή (12,8%), μέτρια (17,3%), σοβαρή (7,9%) ή ακραία (2,3%) κατάθλιψη κατά το BDI. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση, η κατάθλιψη συσχετιζόταν με τη σπανιότερη κατανάλωση φρούτων (adjusted OR=1,62, 95%CI: 1,03-2,53, =16 μερίδες/εβδ, p=0,036), το θήλυ φύλο (adjusted OR=2,16, 95%CI: 1,36-3,43, p=0,001) και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (adjusted OR=3,98, 95%CI: 2,34-6,75, p < 0,001), αλλά όχι με το ΔΜΣ. Δεν παρατηρήθηκαν αντίστοιχες συσχετίσεις για την κατανάλωση μη επεξεργασμένων δημητριακών, λαχανικών, οσπρίων, πατάτας, ψαριών, κόκκινου κρέατος, πουλερικών, πλήρων γαλακτοκομικών, ελαιόλαδου και κρασιού.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αντίστροφη συσχέτιση της κατανάλωσης φρούτων με την κατάθλιψη είναι συμβατή με την παθοφυσιολογία της τελευταίας, όμως λόγω του συγχρονικού χαρακτήρα του προγράμματος «ΕΓΚΑΡΔΙΑ», συμπεράσματα σχετικά με την αιτιότητα αναμένεται να επιβεβαιωθούν από προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες σε αντίστοιχους πληθυσμούς.

171. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΜΠΛΟΚΗ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΤΟΥ ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ

Σ. Ντέμσια, Σ. Τριανταφυλλίδου, Ε. Παπαγεωργίου, Κ. Ρούσσου

Κοινωνική Συμβουλευτική Υπηρεσία, ΤΕΙ Αθήνας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Κάποιοι άνθρωποι περνούν ιδιαίτερα πολύ χρόνο και κάποιες φορές χρήμα στην ενασχόληση με τον Ηλεκτρονικό Υπολογιστή και το Διαδίκτυο με αποτέλεσμα να βλάπτουν τις κοινωνικές του σχέσεις.
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι το κατά πόσο η ηλικία έναρξης χρήσης του Η/Υ επηρεάζει την ανάπτυξη παθολογικής εμπλοκής αλλά και η προσέγγιση του φαινομένου της κατάχρησης.
ΥΛΙΚΟ: Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι βασισμένο στην κλίμακα εθισμού στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές ΚΕΕΦΥ μεταφρασμένο και προσαρμοσμένο από τους Σιώμος και άλλοι, 2009. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιέχει τέσσερις διαστάσεις (υπερβολική χρήση, εξάρτηση από Η/Υ, παραμέληση εργασίας, παραμέληση κοινωνικής ζωής).
ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο συνολικός αριθμός των 403 σπουδαστών/στριών που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας έγινε με τυχαία επιλογή. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε στους χώρους του Ιδρύματος υπό την παρουσία των ερευνητών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ηλικίας έναρξης χρήσης Η/Υ των σπουδαστών του δείγματος και της εξάρτησης από τον Η/Υ, προέκυψε μια στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση. Συγκεκριμένα, σπουδαστές που ξεκίνησαν να ασχολούνται με τον Η/Υ σε μεγαλύτερη ηλικία, παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά χρήσης και εξάρτησης από αυτόν καθώς και χαμηλότερα ποσοστά παραμέλησης της κοινωνικής ζωής.
Παρόμοια αποτελέσματα εμφανίζονται και στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ηλικίας των σπουδαστών του δείγματος και των τεσσάρων διαστάσεων της κλίμακας της εξάρτησης. Συγκεκριμένα, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία σπουδαστές, παρουσιάζουν χαμηλότερου βαθμού εξάρτηση σε σχέση με τους νεώτερους.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση του Η/Υ επηρεάζει την καθημερινή ρουτίνα, την κοινωνική ζωή, την παραγωγικότητα, και τον ψυχισμό του ατόμου. Γι' αυτό το λόγο, ιδιαίτερα σημαντική είναι η πρόληψη προκειμένου να αποφευχθεί ο εθισμός και η παθολογική εμπλοκή με τον Η/Υ και το διαδίκτυο.

172. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ· ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (ΥΔΡΙΑ*)

Ε. Κλινάκη[1], Μ. Γιωτάκη[1], Γ. Αθανασόπουλος[1], Δ. Καποθανάση[1], Μ. Κρητικού[1], Α. Ανδρουλιδάκη[1], Μ. Ντεχάρα[1], Γ. Βενέτης[1], Α. Τριχοπούλου[1,2]

[1]Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας, Αθήνα, [2]Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Εκτίμηση του επιπολασμού της υπέρτασης σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα, το οποίο συμμετείχε στην εθνική μελέτη ΥΔΡΙΑ (**Υ**γεία, **Δι**α**Τ**ροφή, **ΙΑ**τρική).
ΜΕΘΟΔΟΙ: Στο σύνολο των συμμετεχόντων της μελέτης πραγματοποιήθηκαν, βάσει προτυποποιημένων διαδικασιών, μετρήσεις αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) από ιατρούς, εκπαιδευμένους στα ερευνητικά πρωτόκολλα. Συγκεκριμένα, για τις μετρήσεις χρησιμοποιήθηκαν υδραργυρικά πιεσόμετρα και τρεις περιχειρίδες διαφορετικών μεγεθών. Σε κάθε συμμετέχοντα διενεργήθηκαν τρεις μετρήσεις με μεσοδιάστημα 1 λεπτού, στο δεξί γυμνό βραχίονα, σε καθιστή θέση, αφού προηγουμένως είχαν μετρηθεί οι σφυγμοί. Επίσης, γινόταν καταγραφή των παραγόντων που επηρεάζουν τις μετρήσεις και δίνονταν οδηγίες στους συμμετέχοντες να παραμένουν σιωπηλοί και ακίνητοι πριν και κατά τη διάρκεια των μετρήσεων. Οι μετρήσεις ΑΠ συνοδεύονταν με τη συμπλήρωση εκτενούς ερωτηματολογίου προσωπικών χαρακτηριστικών και ιατρικού ιστορικού. Κατά την ανάλυση των στοιχείων, εκτιμήθηκε ο μέσος όρος τριών μετρήσεων ΑΠ ανά άτομο και χρησιμοποιηθήκαν ως κριτήρια αξιολόγησης παρουσίας υπέρτασης: η δήλωση ιατρικής διάγνωσης ή η λήψη ειδικής φαρμακευτικής αγωγής ή η εύρεση υψηλών επιπέδων ΑΠ κατά την έρευνα πεδίου *(Συστολική ΑΠ ≥140 mmHg ή/και Διαστολική ΑΠ ≥90 mmHg)*, ή οποιοσδήποτε συνδυασμός των παραπάνω.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ#: Σύμφωνα με τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση των δεδομένων, το 37% του πληθυσμού ανήκει στην κατηγορία των ατόμων με υπέρταση. Μεταξύ αυτών, ένας στους τέσσερις (26%) δεν έχουν επίγνωση των αυξημένων επιπέδων ΑΠ που παρουσιάζουν, καθώς δεν δήλωσαν ότι πάσχουν από διαγνωσμένη υπέρταση, ούτε τη λήψη αντιυπερτασικής αγωγής. Από το υπόλοιπο 74% των υπερτασικών ατόμων με επίγνωση της κατάστασής τους, το 38% αυτών δεν έχουν επιτύχει ρύθμιση των επιπέδων ΑΠ, παρόλο που δήλωσαν ότι λαμβάνουν ειδική φαρμακευτική αγωγή.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υπέρταση είναι μία χρόνια πάθηση η οποία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της υπέρτασης εξακολουθεί να είναι υψηλός, γεγονός το οποίο πρέπει να ληφθεί υπόψη από τους αρμόδιους φορείς δημόσιας υγείας, καθώς η συγκεκριμένη πάθηση μπορεί να προληφθεί σε σημαντικό βαθμό.

* Το Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας (Ε.Ι.Υ.), σε συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων του Υπουργείου Υγείας πραγματοποίησε την Εθνική Μελέτη Υγείας και Διατροφής (ΥΔΡΙΑ), Το πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και εθνικούς πόρους.

Τα αποτελέσματα αναφέρονται σε 3874 άτομα και είναι προκαταρκτικά. Η συλλογή των δεδομένων έχει ολοκληρωθεί. Εκκρεμεί η ολοκλήρωση της στατιστικής ανάλυσης, η οποία έχει προγραμματιστεί για τα τέλη Φεβρουαρίου.

173. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ (HEAL STRESS STUDY) ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ 553 ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ: ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Χ. Δαρβίρη[1], Π. Σολδάτος[1], Α. Αρτεμιάδης[1], Α. Πρωτογέρου[2], Σ. Βασδέκης[3], Λ. Βαρβόγλη[1], Μ. Μίχου[1], Ε. Νασοθυμίου[2], Χ. Κρανιώτου[1], Ε. Καραντζή[1], Α. Λιναρδάτου[1], Ε. Βασιλοπούλου[1], Γ. Χρούσος[1]

[1]Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Η Επιστήμη του Στρες & η Προαγωγή της Υγείας», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [2]Μονάδα Υπέρτασης & Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Έρευνας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Λαϊκό, ΕΚΠΑ, [3]Γ΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της επίδρασης ενός προγράμματος διαχείρισης του στρες και αλλαγής τρόπου ζωής στον έλεγχο της ΑΥ και στο επίπεδο ικανοποίησης.
ΥΛΙΚΟ: Ημιπειραματική μελέτη 8 εβδομάδων με ομάδα ελέγχου τύπου λίστας σε 553 άτομα με αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) ή προϋπέρταση (50% γυναίκες, μέση ηλικία 52.4±8.46 έτη) στο Ν. Αττικής στα πλαίσια ΕΠΑΝΑΔ 2007-2013. Η παρέμβαση περιλάμβανε εβδομαδιαίες συναντήσεις διαχείρισης στρες, διατροφής, άσκησης και ψυχοεκπαίδευσης. Μετρήθηκε η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) και η ικανοποίηση με ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά το τέλος της παρέμβασης παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) (μέση τιμή: 126.05 vs. 129.37, ομάδα παρέμβασης και ελέγχου αντιστοίχως, p<0.001). Στην ομάδα παρέμβασης η μέση μείωση της ΣΑΠ ήταν 1.5 mmHg και της διαστολικής ΑΠ ήταν 1.03 mmHg, ενώ στην ομάδα ελέγχου παρατηρήθηκε αύξηση κατά 1.56 mmHg και 0.53 mmHg αντιστοίχως. Στο 6% της ομάδας παρέμβασης έγινε μείωση ή διακοπή των αντιυπερτασικών φαρμάκων, έναντι, 2.8% της ομάδας ελέγχου (p=0.145). Τέλος, βελτίωση παρατηρήθηκε στα παρακάτω αυτοαναφερόμενα επίπεδα ικανοποίησης: αυτοαποτελεσματικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες (36.3% vs. 8.5%, p<0.001), οικογενειακές-φιλικές σχέσεις (31.9% vs. 13.3%, p<0.001, 32.3% vs. 12.8%, p<0.001, αντιστοίχως) και κοινωνικής υποστήριξης (33.2% vs. 15.5%, p<0.001).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρόμοια μελλοντικά προγράμματα αναμένεται να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας στον καλύτερο έλεγχο της ΑΥ σε επίπεδο υπηρεσιών και να μειώσουν την οικονομική και κοινωνική επιβάρυνση της νόσου σε πληθυσμιακό επίπεδο.

174. ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΒΡΑΧΙΟΝΕΣ, ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ 35-45 ΕΤΩΝ ΜΕ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ν. Βαΐτσης[1], Σ. Αγγελάκου-Βαΐτση[1], Ε. Αναστασοπούλου[2]

[1]Ιδιωτικό Ιατρείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Φάρσαλα, [2]Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σε άτομα στα οποία υπάρχει διαφορά στη μέτρηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης, μεταξύ των δύο βραχιόνων των άνω μελών, που ξεπερνά τα 10 mmHg ή τα 15 mmHg, επιβάλλεται να γίνεται διερεύνηση του αγγειακού τους συστήματος. Η διαφορά της μέτρησης της πίεσης μεταξύ των δύο βραχιόνων μπορεί να είναι δείκτης ύπαρξης περιφερικής αγγειακής νόσου. Η πάθηση δυνατόν να υπάρχει χωρίς ο ασθενής να το αντιλαμβάνεται.
ΣΚΟΠΟΣ: διαπίστωση της συχνότητας της διαφοράς στη μέτρηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης, μεταξύ των δύο βραχιόνων των άνω μελών, σε άνδρες 35-45 ετών, ελεύθερων παθολογικού ιστορικού.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: το υλικό αποτέλεσαν 200 άνδρες, ηλικιακού φάσματος 35-45 ετών, που προσήλθαν σε 2 Ιδιωτικά Ιατρεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στα Φάρσαλα. Καταγράφηκαν και μελετήθηκαν οι τιμές της αρτηριακής πίεσης και στους δύο βραχίονες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: βρέθηκαν με διαφορά έως και 10 mmHg 172 άτομα (86%), με 10-15 mmHg 22 άτομα (11%) και με >15 mmHg 6 άτομα (3%). Τα 28 άτομα με διαφορά πίεσης >10 mmHg παραπέμφθηκαν για περαιτέρω διερεύνηση του αγγειακού τους συστήματος. Στα 5 από τα 22 (22,7%) με διαφορά 10-15 mmHg και στα 5 από τα 6 (83,3%) με διαφορά >15 mmHg, διεγνώσθη τελικώς περιφερική αγγειακή νόσος.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: είναι σημαντικό η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης να γίνεται και στους δύο βραχίονες. Η τεκμηρίωση της διαφοράς μεταξύ των δύο μετρήσεων, της τάξης των 10 mm Hg ή 15 mm Hg, επιβάλλει τη διερεύνηση του ασθενούς για να βρεθεί κατά πόσο πάσχει ή όχι από περιφερική αγγειακή νόσο. Η έγκαιρη ανίχνευση, σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, της αρτηριακής περιφερικής νόσου επιτρέπει τη λήψη μέτρων αντιμετώπισης με στόχο την αποτροπή πρόωρων θανάτων και άλλων επιπλοκών.

175. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ (HEAL STRESS STUDY) ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ 1ΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΣΕ 68 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ

Χ. Δαρβίρη[1], Α. Αρτεμιάδης[1], Α. Πρωτογέρου[2], Π. Σολδάτος[1], Σ. Βασδέκης[3], Λ. Βαρβόγλη[1], Μ. Μίχου[1], Ε. Νασοθυμίου[2], Χ. Κρανιώτου[1], Ε. Νεράντζη[1], Κ. Λιναρδάτου[1], Ε. Βασιλοπούλου[1], Γ. Χρούσος[1]

[1]Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Η Επιστήμη του Στρες & η Προαγωγή της Υγείας», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [2]Μονάδα Υπέρτασης & Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Έρευνας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Λαϊκό, ΕΚΠΑ, [3]Γ΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της επίδρασης ενός προγράμματος διαχείρισης στρες και αλλαγής τρόπου ζωής στον έλεγχο της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) 1ου βαθμού.
ΥΛΙΚΟ: Ημιπειραματική μελέτη 8 εβδομάδων με ομάδα ελέγχου τύπου λίστας σε 68 άτομα με ΑΥ 1ου βαθμού (72% άνδρες, μέση ηλικία 50.75±7.25 έτη) στο Ν. Αττικής στα πλαίσια ΕΠΑΝΑΔ 2007-2013. Η παρέμβαση περιλάμβανε εβδομαδιαίες συναντήσεις διαχείρισης στρες, διατροφής, άσκησης και ψυχοεκπαίδευσης. Μετρήθηκε η αρτηριακή πίεση (ΑΠ).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά την παρέμβαση παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) (μέση τιμή: 133.69 vs. 139.13, ομάδα παρέμβασης και ελέγχου αντιστοίχως, p=0.005). Συνολικά, το 63.9% της ομάδας παρέμβασης κατέβηκε κατηγορία κατάταξης της ΑΥ, έναντι του 38.7% της ομάδας ελέγχου (p=0.037). Μετά τον έλεγχο ως προς ηλικία, φύλο, BMI και τιμές αναφοράς για τη ΣΑΠ και τη διαστολική ΑΠ (ΔΑΠ), η ομάδα παρέμβασης εμφάνισε στατιστικά σημαντικά μειωμένες τιμές για τη ΣΑΠ (p = 0.018) και για τη ΔΑΠ (p = 0.036). Συνολικά το μέγεθος της επίδρασης του προγράμματος στη μείωση της ΑΠ ήταν μέτριο (effect size 0.27 και 0.31 για ΔΑΠ και ΣΑΠ, αντιστοίχως).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το πρόγραμμα έδειξε σημαντικά οφέλη στον έλεγχο της ΑΠ σε άτομα με 1ου βαθμού ΑΥ. Μελλοντικά προγράμματα αναμένεται να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας στον καλύτερο έλεγχο καρδιαγγειακών παραγόντων σε επίπεδο υπηρεσιών και να μειώσουν την οικονομική και κοινωνική επιβάρυνση της ΑΥ.

176. ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ CLDNs-1,4,5,7, ΚΑΙ OCCLUDIN ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΥΤΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΑΣΣΙΚΟΥΣ ΚΛΙΝΙΚΟΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κ. Μπουχάγιερ[5], Σ. Ασημακόπουλος[3], Δ. Καραβίας[4], Ι. Μαρούλης[4], Β. Τζελέπη[5], Χ. Καλόφωνος[6], Δ. Καραβίας[4], Δ. Καρδαμάκης[7], Χ. Σκόπα[5], Α. Τσαμαντάς[5]

[1]Β' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΠΓΝ Πατρών, [3]Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Πατρών, [4]Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ Πατρών, [5]Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΠΓΝ Πατρών, [6]Ογκολογικό τμήμα, ΠΓΝ Πατρών, [7]Τμήμα Ακτινοθεραπείας, ΠΓΝ Πατρών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι claudins και η occludin αποτελούν δομικά συστατικά των tight junction proteins, οι οποίες αποδιοργανώνονται λειτουργικά σε διάφορα κακοήθη νεοπλάσματα, συμπεριλαμβανομένου και του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (HCC).
ΣΚΟΠΟΣ: Στη μελέτη μας, διερευνήσαμε το κατά πόσο είναι εφικτή η κλινική χρήση των CLDNs 1,4,5,7 και της occludin ως προγνωστικών δεικτών για την ολική επιβίωση και το διάστημα επιβίωσης ελεύθερο νόσου σε ασθενείς με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα μετά από ηπατεκτομή.
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Στη μελέτη μας εξετάσαμε 67 βιοψίες ήπατος από 67 ασθενείς με διαγνωσμένο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα που υπεβλήθησαν σε ηπατεκτομή για θεραπευτικούς λόγους στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών. Δέκα βιοψίες φυσιολογικού ηπατικού ιστού χρησιμοποιήθηκαν ως μάρτυρες. Η έκφραση των CLDNs-1,4,5,7 και της occludin στους ηπατικούς ιστούς εκτιμήθηκε με τη χρήση ανοσοϊστοχημικής χρώσης. Παράλληλα, εξετάσθηκαν διάφοροι κλινικοπαθολογικοί παράγοντες για κάθε περιστατικό.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η έκφραση των claudins 1,4,5,7 και της occludin σε παρασκευάσματα HCC ήταν αυξημένη σε στατιστικά σημαντικό βαθμό σε σύγκριση με μη νεοπλασματικούς ηπατικούς ιστούς παρακείμενους σε HCC καθώς επίσης και σε σύγκριση με φυσιολογικούς ηπατικούς ιστούς (μάρτυρες).(p < 0.001 σε κάθε περίπτωση). Επιπρόσθετα, ανευρέθη μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ χαμηλών επιπέδων CLDN-4 και χαμηλού βαθμού διαφοροποίησης HCC (p=0.03). Τα ελαττωμένα επίπεδα της CLDN-1 βρέθηκαν να σχετίζονται με μειωμένη ολική επιβίωση σε μήνες, στην univariate cox regression ανάλυση (p=0.049) και στην Kaplan Meier ανάλυση (p=0.04). Η multivariate cox regression ανάλυση έδειξε ότι τα επίπεδα της CLDN-4 αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα που σχετίζεται με την ολική επιβίωση (p=0.01). Επίσης, τα ελαττωμένα επίπεδα έκφρασης της CLDN-4 σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπών και μειωμένο διάστημα επιβίωσης ελεύθερο νόσου στην univariate ανάλυση (p=0.038), στις καμπύλες Kaplan Meier (p=0.013) και στην multivariate ανάλυση (P=0.013). Τα μειωμένα επίπεδα έκφρασης της CLDN-5 τα αυξημένα επίπεδα έκφρασης της CLDN-7, αποτελούν ανεξάρτητους αρνητικούς προγνωστικούς παράγοντες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της multivariate ανάλυσης (p=0.015 και 0.009, αντίστοιχα).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η παρούσα μελέτη αποδεικνύει ότι τα υψηλά επίπεδα CLDNs 1,4,5 και τα μειωμένα επίπεδα έκφρασης της CLDN-7 αποτελούν θετικούς προγνωστικούς παράγοντες και σχετίζονται με ευνοϊκή πρόγνωση και αυξημένο διάστημα επιβίωσης. Επιπλέον, τα υψηλά επίπεδα έκφρασης της CLDN-4 μπορεί να χρησιμεύσουν ως ανεξάρτητος θετικός προγνωστικός παράγων για ελαττωμένο κίνδυνο υποτροπών HCC μετά από ηπατεκτομή.

177. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

178. ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΦΡΟΥΡΟΥ: Ο ΧΡΥΣΟΣ ΚΑΝΟΝΑΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Θ. Πίπερος[1,2], Μ. Ζουλάμογλου[1,2], Κ. Θεοδούλου[3], Π. Μουστογιάννης[1], Χ. Ζαμπούκας[1], Ε. Πατρουδάκη[1], Μ. Ζαρόκωστα[1], Θ. Μαριόλης-Σαψάκος[1,2]

[1]Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Νοσηλευτική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Ευγενίδειο Θεραπευτήριο, Χειρουργικός Τομέας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [3]Νοσοκομείο Μητέρα, Χειρουργικός Τομέας, Μονάδα Μαστού

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας μας είναι η ανάδειξη του λεμφαδένα φρουρού ως χρυσό κανόνα στη σύγχρονη χειρουργική του μαστού και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της τεχνικής την τελευταία πενταετία.
ΥΛΙΚΟ: Η μελέτη είναι αναδρομική και αφορά στο χρονικό διάστημα 2006-2014. Αφορά σε 450 ασθενείς γυναίκες με καρκίνο του μαστού χωρίς ψηλαφητούς λεμφαδένες μασχάλης, ηλικίας από 28-89 ετών με μέσο όρο τα 61,4 έτη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη δεκαετία 2006-2014 αντιμετωπίστηκαν 450 γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Όλες, τόσο κατά την κλινική εξέταση όσο και με τον απεικονιστικό έλεγχο, δεν παρουσίαζαν ψηλαφητούς μασχαλιαίους λεμφαδένες. 283 (62.8%) ασθενείς παρουσίασαν ψηλαφητό μόρφωμα στο μαστό με ύποπτα μαστογραφικά ευρήματα. 167 (37.1%) ασθενείς είχαν μη ψηλαφητή βλάβη, αλλά στη μαστογραφία ανιχνεύτηκαν διαταραχές της αρχιτεκτονικής. Στις 294 (65.3%) ασθενείς έγινε έγχυση κυανούν του μεθυλενίου για χαρτογράφηση του φρουρού λεμφαδένα, ενώ στις 156 (34.6%) έγινε έγχυση και ραδιενεργού φαρμάκου και κυανούν του μεθυλενίου. Σε 321 (71.3%) ασθενείς έγινε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Σε 440 (97.7%) ασθενείς κατέστη δυνατή η ανεύρεση του φρουρού λεμφαδένα, ενώ σε 10 (2.3%) δεν κατέστη δυνατή και έγινε λεμφαδενεκτομή. Όλοι οι φρουροί λεμφαδένες εστάλησαν προς ταχεία βιοψία. Σε 329 (74.7%%) ασθενείς ο φρουρός λεμφαδένας ήταν αρνητικός, ενώ σε 111 (25.3%) ο φρουρός λεμφαδένας ήταν θετικός και ακολούθησε λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης. Τα παθολογοανατομικά ευρήματα της οριστικής βιοψίας επιβεβαίωσαν αυτά της ταχείας βιοψίας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο λεμφαδένας φρουρός αποτελεί μια ασφαλή ενδεδειγμένη πρακτική στη σύγχρονη χειρουργική του μαστού. Η ταυτόχρονη έγχυση ραδιοφαρμάκου όσο και κυανούν του μεθυλενίου βοηθά τόσο στην αξιόπιστη σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού όσο και στην αποφυγή μη απαραίτητων λεμφαδενικών καθαρισμών της μασχάλης με τις όποιες συνοδές επιπλοκές.

179. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΘΟΛΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑ NISSEN: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ

Θ. Πίπερος[1,2], Δ. Μπαλάλης[1,2], Μ. Ζουλάμογλου[1,2], Ε. Κούρκουλου[1], Δ. Νίκας[1], Ε. Μπίφσα[1], Ρ. Κιτάνι[1], Θ. Μαριόλης-Σαψάκος[1,2]

[1]Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Νοσηλευτική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Ευγενίδειο Θεραπευτήριο, Χειρουργικός Τομέας, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας στη λαπαροσκοπική θολοπλαστική κατά Nissen για την αντιμετώπιση διαφραγματοκήλης και νόσου γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.
ΥΛΙΚΟ: Η μελέτη είναι αναδρομική και αφορά το χρονικό διάστημα 2010-2014. Αφορά 70 ασθενείς, εκ των οποίων 45 (64.3%) γυναίκες και 25 (35.7%) άνδρες, ηλικίας 32-72 ετών με μέσο όρο τα 51.4 έτη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την πενταετία 2010-2014 αντιμετωπίστηκαν 48 (68.6%) ασθενείς με κατ' επολίσθηση διαφραγματοκήλη και 22 (31.4%) με νόσο γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Οι ασθενείς με ΓΟΠ παρουσίαζαν υποτροπή των συμπτωμάτων μετά από μακροχρόνια χρήση αναστολέων αντλίας πρωτονίων, ενώ οι ασθενείς με διαφραγματοκήλη εμφάνιζαν έντονα συμπτώματα αναγωγών και αναπνευστικών επιπλοκών. Δύο (2.8%) ασθενείς είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για αποκατάσταση διαφραγματοκήλης και παρουσίαζαν υποτροπή. Σε όλους τους ασθενείς είχε προηγηθεί έλεγχος με γαστροσκόπηση και λήψη βιοψιών καθώς και διάβαση ανωτέρου πεπτικού. Κανένας δεν είχε διαγνωστεί με οισοφάγο Barrett. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με λαπαροσκοπική θολοπλαστική κατά Nissen. Η θολοπλαστική ήταν μήκους 2εκ με τοποθέτηση 3 ραφών ethibond για την πτύχωση, ενώ έγινε και ενίσχυση των σκελών του διαφράγματος με 2 ραφές. Όσον αφορά τις επιπλοκές, σε 1 (1.4%) ασθενή λόγω διεγχειρητικής αιμορραγίας χρειάστηκε μετατροπή της επέμβασης σε ανοικτή, ενώ οι υπόλοιπες επιπλοκές ήταν ελάσσονες με 3 (4.3%) ασθενείς να εμφανίζουν ατελεκτασία. Κανείς δεν παρουσίασε μετεγχειρητική δυσφαγία ή υποτροπή των συμπτωμάτων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λαπαροσκοπική θολοπλαστική κατά Nissen αποτελεί την επέμβαση εκλογής σε υψηλού βαθμού διαφραγματοκήλες ή σε ασθενείς με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση που δεν ανταποκρίνονται σε φαρμακευτική αγωγή. Απαιτεί εμπειρία στη λαπαροσκοπική χειρουργική και από τα αποτελέσματα της μελέτης μας συνιστούμε τη χαλαρή θολοπλαστική μήκους 2εκ με πλήρη κινητοποίηση του θόλου του στομάχου.

180. Ο ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΕΝΔΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Κ. Ροδίτης[1,2], Α. Λάζαρης[3], Α. Πασπαλά[1,2], Σ. Μαστοράκη[3], Κ. Σερέτης[3], Μ. Καρούκη[3], Γ. Τσιβγουλής[4], Η. Μπρούντζος[5], Σ. Βασδέκης[3]

[1]Γ΄ Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]Δίκτυο Νέων Ιατρών Ελλάδας (JDN-Hellas), Αθήνα, [3]Αγγειοχειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [4]Β΄ Νευρολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [5]Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «Αττικόν», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η οξεία θρόμβωση της ενδοπρόθεσης μετά από ενδαγγειακή αποκατάσταση της καρωτιδικής νόσου (CAS) αποτελεί μια καταστροφική επιπλοκή. Η χρήση διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής έχει μειώσει την επίπτωσή της σε 0 με 0,4%. Τόσο η ανοικτή χειρουργική αφαίρεση της ενδοπρόθεσης και του θρόμβου, όσο και η ενδαρτηριακή θρομβόλυση έχουν περιγραφεί ως πιθανές θεραπευτικές επιλογές. Παρουσιάζουμε εδώ μία ενδιαφέρουσα περίπτωση κατά την οποία έγινε επιτυχής χρήση και των δύο θεραπευτικών μεθόδων.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ-ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας 75 ετών με ασυμπτωματική, σοβαρή στένωση της δεξιάς έσω καρωτίδας, υποβλήθηκε σε επιτυχή ενδαγγειακή αποκατάσταση της βλάβης με τοποθέτηση ενδοπρόθεσης (CAS). Δύο ώρες μετεπεμβατικά, ο ασθενής παρουσίασε δύο παροδικά εγκεφαλικά ισχαιμικά επεισόδια (TIA) με συνοδό αριστερή πυραμιδική συνδρομή. Διενεργήθηκε επείγων έλεγχος με υπερηχογράφημα καρωτίδων, ο οποίος έθεσε τη διάγνωση της σχεδόν πλήρους απόφραξης της ενδοπρόθεσης. Ακολούθησε επείγουσα αγγειογραφία καρωτίδων, η οποία ανέδειξε πλήρη απόφραξη της δεξιάς έσω καρωτίδας από το διχασμό της έως το ύψος του σφωνίου, πάνω από το επίπεδο του 2ου αυχενικού σπονδύλου (A2). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ενδαρτηριακή θρομβόλυση με τη χορήγηση 2ml αλτεπλάσης, οδηγώντας σε σχεδόν πλήρη διάλυση του θρόμβου καθόλο το μήκος της έσω καρωτίδας, εκτός της περιοχής της ενδοπρόθεσης, η οποία παρέμεινε θρομβωμένη. Επίσης, αναδείχθηκε ελίκωση κατά 360º της έσω καρωτίδας, αμέσως μετά το πέρας της ενδοπρόθεσης, η οποία προφανώς παρεμπόδιζε την πλήρη θρομβόλυση. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στη συνέχεια στο χειρουργείο, όπου διενεργήθηκε επείγουσα διερεύνηση καρωτίδων, αφαίρεση της θρομβωμένης ενδοπρόθεσης, ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή και βράχυνση της έσω καρωτίδας. Ο ασθενής ανένηψε και παρέμεινε ελεύθερος νευρολογικής συμπτωματολογίας, ωστόσο ανέπτυξε εκτεταμένο αιμάτωμα δεξιάς τραχηλικής χώρας, το οποίο παροχετεύθηκε χειρουργικά με επιτυχία. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ελεύθερη κατά τα λοιπά και ο ασθενής εξήλθε ελεύθερος συμπτωμάτων την 4η μετεγχειρητική ημέρα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Μερικές φορές, η θρομβόλυση δεν είναι από μόνη της αρκετή για την αντιμετώπιση της οξείας θρόμβωσης της καρωτιδικής ενδοπρόθεσης μετά από CAS. Πιστεύουμε ότι, σε μια τέτοια περίπτωση, η ανοικτή θρομβεκτομή δίχως τη διενέργεια θρομβόλυσης προηγουμένως θα μπορούσε επίσης να αποβεί ανεπαρκής, καθώς ο θρόμβος στην έσω καρωτίδα εκτεινόταν πέραν του επιπέδου του A2. Ο συνδυασμός θρομβόλυσης και ανοικτής χειρουργικής αποκατάστασης είχε ως αποτέλεσμα τη διάσωση του ασθενούς. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις θρόμβωσης της καρωτιδικής ενδοπρόθεσης, όπου η έσω καρωτίδα είναι θρομβωμένη καθόλο το μήκος της, ο συνδυασμός θρομβόλυσης και ανοικτής χειρουργικής μπορεί να αποβεί εξαιρετικά χρήσιμος. Τέλος, η πιθανότητα εμφάνισης αιμορραγίας και αιματώματος από το χειρουργικό τραύμα θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη.

181. ΡΗΞΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Δ. Μπασούλης, Δ. Τσιλιγγίρης, Ν. Πατέλης, Α. Αλεξάνδρου, Χ. Κλωνάρης

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ανεύρυσμα της σπληνικής αρτηρίας αποτελεί το τρίτο σε συχνότητα ανεύρυσμα αγγείων της κοιλιάς. Ο επιπολασμός του σε νεκροτομές αγγίζει το 10%, ενώ συχνότερα απαντάται σε γυναίκες. Η ρήξη του εμφανίζει υψηλή θνητότητα (25-70%) και απαιτεί αυξημένη υποψία από τους κλινικούς ιατρούς και ακτινολόγους.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 38 ετών, δημοσιογράφος, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, καπνιστής, προσήλθε περιπατητικός στο παθολογικό ιατρείο επειγόντων περιστατικών, αιτιώμενος έντονο κοιλιακό άλγος με αντανάκλαση στο θώρακα, ενάρξεως από ωρών, μη υφιόμενο με αναλγητικά. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε κοιλιακή ευαισθησία χωρίς ψηλαφητές μάζες, με καλούς εντερικούς ήχους. Δεν εμφάνιζε αναπηδώσα ευαισθησία ή ειδικά σημεία. Τα ζωτικά του σημεία ήταν άριστα (ΑΠ 140/75 mmHg Σφ 84/min SO_2 98%), ενώ οι περιφερικές σφύξεις του ήταν ομότιμα ψηλαφητές σε όλες τις θέσεις. Από τον εργαστηριακό έλεγχο δεν είχε αξιοσημείωτα ευρήματα. Υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία κοιλίας που ανέδειξε ρήξη ανευρύσματος σπληνικής αρτηρίας. Κατά την αναμονή του πορίσματος της αξονικής ο ασθενής υπέπεσε σε καταπληξία, πραγματοποιήθηκε ανάνηψη και κατευθύνθηκε στο χειρουργείο, όπου διαπιστώθηκε ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία και ραγέν ανεύρυσμα της σπληνικής αρτηρίας, το οποίο απολινώθηκε. Η μετεγχειρητική του πορεία ήταν ομαλή. Από την καλλιέργεια του ανευρυσματικού σάκου απομονώθηκε *Streptococcus mitis* και θεωρήθηκε ότι πρόκειται περί μυκωτικού ανευρύσματος, λόγος για τον οποίο ελήφθησαν πολλαπλές καλλιέργειες αίματος (αρνητικές) και υπεβλήθη σε υπέρηχο καρδιάς χωρίς ενδείξεις ενδοκαρδίτιδος. Έλαβε ανιτμικροβιακή αγωγή με αμοξικιλλίνη/κλαβουλανικό για 4 εβδομάδες και σε follow-up 3 μηνών ήταν σε άριστη κατάσταση.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Το ανεύρυσμα της σπληνικής αρτηρίας είναι μια σχετικά σπάνια οντότητα. Παράγοντες κινδύνου για ρήξη περιλαμβάνουν: εγκυμοσύνη, πυλαία υπέρταση, τραύμα, αθηρωματική νόσο και ινομυώδη δυσπλασία. Αφορά συχνότερα σε ανευρύσματα άνω των 2 εκατοστών. Στο 80% είναι ασυμπτωματικά, ενώ στο 10% εκδηλώνονται με αυτόματη ρήξη. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το φαινόμενο της «διπλής ρήξης», όπου μια αρχική ρήξη στον ελάσσονα επιπλοϊκό θύλακο επιπωματίζεται από το επίπλουν και ο ασθενής παραμένει αιμοδυναμικά σταθερός. Όταν υπερχειλίσει ο θύλακος μέσω του τρήματος του winslow επέρχεται καρδιαγγειακή κατέρρειψη. Η κλασική αντιμετώπιση περιλαμβάνει ανοιχτή χειρουργική επέμβαση. Άλλες επιλογές, ανάλογα με την κλινική εικόνα, περιλαμβάνουν λαπαροσκοπική επέμβαση, εμβολισμό και τοποθέτηση stent.

182. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

183. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

184. ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΩΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΣΠΑΝΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Θ. Πιπέρος[1], Δ. Μπαλαλής[2], Ι. Παπαπαναγιώτου[2], Γ. Δωρή[2], Σ. Λαμπρίδου[2], Ι. Κυριακούλη[2], Κ. Αλφαντέλ[2], Ο. Λεωνιδάκου[2], Α. Αδάμ[2], Ι. Τσιαούσης[3], Θ. Μαριόλης-Σαψάκος[2]

[1]Χειρουργικός Τομέας, Ευγενίδειο Θεραπευτήριο, ΕΚΠΑ, [2]Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Νοσηλευτική Σχολή, ΕΚΠΑ, [3]Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση και ανάλυση δυο περιστατικών ασθενών με κλινική εικόνα βουβωνοκήλης, στους οποίους διαπιστώθηκε παρουσία κοιλιοκήλης.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Πρόκειται για δύο ασθενείς 37 και 45 ετών αντίστοιχα, άνδρες, οι οποίοι εμφάνιζαν υποτροπή βουβωνοκήλης. Ο 37χρονος παρουσίαζε 3η υποτροπή, ενώ ο 45χρονος 4η υποτροπή. Σε αμφοτέρους είχε τοποθετηθεί πλέγμα πολυπροπυλενίου στις δυο τελευταίες χειρουργικές επεμβάσεις. Ο ασθενής ηλικίας 37 ετών είχε υποβληθεί προ 10 ετών σε ερευνητική λαπαροτομία εξαιτίας ενδοκοιλιακής αιμορραγίας λόγω τροχαίου ατυχήματος. Κατά την κλινική εξέταση και οι δύο εμφάνιζαν κλινική εικόνα βουβωνοκήλης χωρίς σημεία ελλείμματος επί της λευκής γραμμής. Εξαιτίας των πολλαπλών υποτροπών υπεβλήθησαν σε περαιτέρω έλεγχο με υπερηχογράφημα κοιλίας, το οποίο ανέδειξε πιθανό έλλειμμα στο κατωφερέστερο μέρος των ορθών κοιλιακών μυών στο στον 45χρονο ασθενή.
Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση όπου διαπιστώθηκε ύπαρξη κοιλιοκήλης με προβολή ενδοκοιλιακού σπλάγχνου, επί ελλείμματος απονεύρωσης στο κάτω τριτημόριο των ορθών κοιλιακών μυών. Ακολούθως τοποθετήθηκε πλέγμα πολυπροπυλενίου προπεριτοναϊκά ες επί αποκατάστασης κοιλιοκήλης. Μετεγχειρητικά και σε χρονικό διάστημα παρακολούθησης 2 ετών δεν παρουσιάστηκε υποτροπή.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι υποτροπιάζουσες βουβωνοκήλες αποτελούν συχνά πρόκληση για κάθε χειρουργό. Χρήζουν ενδελεχούς προεγχειρητικού ελέγχου. Ενδεχομένως να υποκρύπτουν κοιλιοκήλη που απαιτεί διαφορετική τεχνική αντιμετώπιση. Ως εκ τούτου η απεικόνιση με υπερηχογράφημα κρίνεται απαραίτητη για την ορθότερη διάγνωση και αντιμετώπιση.

185. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

186. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

187. ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΟΚΚΙΝΟΥ ΚΡΕΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: Η ΜΕΛΕΤΗ GREECS

Μ. Κούβαρη[1], Δ. Παναγιωτάκος[1], Β. Νοταρά[1], Ε. Τσομπανάκη[1], Ε. Κάλλη[1], Μ. Βέρδη[1], Γ. Κόγιας[2], Π. Στραβοπόδης[3], Γ. Παπανάγνου[4], Σ. Ζόμπολος[5], Γ. Μαντάς[6], Χ. Πίτσαβος[7],. ερ. ομάδα της μελέτης «GREECS»

[1]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [2]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καρδίτσας, [3]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ζακύνθου,[4]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Λαμίας, [5]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καλαμάτας, [6]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Χαλκίδας, [7]Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Υποστηρίζεται ότι η κατανάλωση κόκκινου κρέατος δεν συσχετίζεται με την καρδιαγγειακή νόσο στο γενικό πληθυσμό, ενώ φαίνεται πως ο μέχρι τώρα επιβαρυντικός ρόλος της συγκεκριμένης κατηγορίας τροφίμων αποδίδεται μόνο στα επεξεργασμένα προϊόντα κρέατος. Ωστόσο κάποια αντίστοιχη μελέτη δεν έχει πραγματοποιηθεί σε δείγμα ασθενών με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση συσχέτισης ανάμεσα στην κατανάλωση κόκκινου κρέατος και στην επανεμφάνιση καρδιαγγειακού συμβάματος (θανατηφόρου ή μη) σε ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο.
ΥΛΙΚΟ: Από τον Οκτώβριο 2003 μέχρι και το Σεπτέμβριο 2004 καταγράφηκαν 2172 διαδοχικοί ασθενείς με διάγνωση Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου από καρδιολογικές κλινικές 6 γενικών νοσοκομείων της Ελλάδας. Κατά το διάστημα 2013-14 πραγματοποιήθηκε η 10ετής παρακολούθηση. Πολύ-παραγοντική ανάλυση εκτίμησε τη σχέση της κατανάλωσης κόκκινου κρέατος (όπως αυτή εκτιμήθηκε από ένα ημι-ποσοτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων) με τον κίνδυνο επανεμφάνισης καρδιαγγειακού επεισοδίου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κατανάλωση κόκκινου κρέατος και στην εμφάνιση δεύτερου καρδιαγγειακού επεισοδίου, αφού λήφθηκαν υπόψη πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες, κόκκινο κρέας 1-2 φορές/εβδομάδα [Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ)=0,881 (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (ΔΕ) 0,543-1,429, *p*=0,607)], 3-5 φορές/εβδομάδα [ΣΚ=0,869 (95% ΔΕ: 0,530-1,425, *p*=0,577)] και >5 φορές/εβδομάδα [ΣΚ=0,785 (95%ΔΕ: 0,445-1,385, *p*=0,404)].
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κατανάλωση κόκκινου κρέατος δε φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την πρόγνωση της στεφανιαίας νόσου στη σοβαρότητα και εξέλιξη του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Οι ιατρικές οδηγίες σχετικά με τη διατροφική αγωγή θα πρέπει να εστιάζουν περισσότερο στη μειωμένη κατανάλωση των κρεατοσκευασμάτων, λόγω των επιπρόσθετων δράσεων έναντι των άλλων καρδιομεταβολικών διαταραχών.

188. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΕΛΑΙΟΛΑΔΟΥ ΚΑΙ 10-ΕΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: Η ΜΕΛΕΤΗ GREECS

Μ. Κούβαρη[1], Β. Νοταρά[1], Δ. Παναγιωτάκος[1], Δ. Τζανόγλου [1], Ν. Βασιλείου[1], Μ. Μιχαλοπούλου[1], Γ. Κόγιας[2], Π. Στραβοπόδης[3], Γ. Παπανάγνου[4], Ζ. Ζόμπολος[5], Γ. Μαντάς[6], Χ. Πίτσαβος[7],. ερ. ομάδα της μελέτης «GREECS»

[1]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [2]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καρδίτσας, [3]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ζακύνθου, [4]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Λαμίας, [5]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καλαμάτας, [6]Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Χαλκίδας, [7]Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η υιοθέτηση της Μεσογειακού τύπου δίαιτας και ειδικότερα της κατανάλωσης ελαιολάδου έχει συσχετιστεί ισχυρά με τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου στο γενικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά, λίγα είναι τα δεδομένα στη βιβλιογραφία τα οποία εξετάζουν την πιθανή επίδραση της καθημερινής κατανάλωσης ελαιολάδου στον κίνδυνο εμφάνισης ενός δεύτερου καρδιαγγειακού επεισοδίου σε ασθενείς με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο.
ΥΛΙΚΟ: Από τον Οκτώβριο 2003 μέχρι και το Σεπτέμβριο 2004 καταγράφηκαν 2172 διαδοχικοί ασθενείς με διάγνωση Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου από καρδιολογικές κλινικές 6 γενικών νοσοκομείων της Ελλάδας. Κατά το διάστημα 2013-14 πραγματοποιήθηκε η 10ετής παρακολούθηση. Πολύ-παραγοντική ανάλυση εκτίμησε τη σχέση της μακροχρόνιας κατανάλωσης ελαιολάδου (όπως αυτή εκτιμήθηκε από ένα ημι-ποσοτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων) με την 10ετή επανεμφάνιση καρδιακού επεισοδίου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αντίστροφη σχέση παρατηρήθηκε ανάμεσα στη μακροχρόνια κατανάλωση ελαιολάδου και στην εμφάνιση ενός επόμενου καρδιαγγειακού επεισοδίου, αφού λήφθηκαν υπόψη πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες, [Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ) = 0,342 (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (ΔΕ) 0,111-1,060, *p* = 0,063)].
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μακροχρόνια κατανάλωση ελαιολάδου φαίνεται να μειώνει την πιθανότητα ενός νέου καρδιαγγειακού συμβάματος σε στεφανιαίους ασθενείς. Στοχεύοντας στη μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων αλλά και στη βελτίωση της πρόγνωσης της νόσου, η χρήση του ελαιολάδου, ως βασικού λίπους, στο καθημερινό μαγείρεμα πρέπει να συστήνεται από τους θεράποντες ιατρούς.

189. ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΕΞΑΣΘΕΝΕΣ ΧΡΩΜΙΟ ΑΠΟ ΤΟ ΠΟΣΙΜΟ ΝΕΡΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Ε. Σαζακλή[1], C. Villanueva[2,3,4,5], Μ. Κογεβίνας[2,3,4,6], Κ. Μαλτέζης[7], Α. Μουζάκη[8], Μ. Λεοτσινίδης[1]

[1]Πανεπιστήμιο Πατρών, Ιατρικό Τμήμα, Εργ. Υγιεινής, [2]Centre for Research in Environmental Epidemiology (CREAL), Barcelona, Spain, [3]IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute), Barcelona, Spain, [4]Universitat Pompeu Fabra (UPF), Barcelona, Spain, [5]CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, Spain, [6]Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), Αθήνα, [7]Κέντρο Υγείας Αλιάρτου, [8]Πανεπιστήμιο Πατρών, Ιατρικό Τμήμα, Εργ. Αιματολογίας

ΣΚΟΠΟΣ: Μία συγχρονική επιδημιολογική μελέτη διεξήχθη στην ευρύτερη περιοχή του Ασωπού ποταμού προκειμένου να ερευνηθούν επιπτώσεις που συσχετίζονται με μακρόχρονη έκθεση σε χρώμιο μέσω του πόσιμου νερού.
ΥΛΙΚΟ: Σε δείγμα 304 κατοίκων ελήφθησαν μέσω προσωπικής συνέντευξης κοινωνικο-οικονομικά δεδομένα, διατροφικές συνήθειες και κατανάλωσης νερού, επαγγελματικό και ιατρικό ιστορικό. Οι συμμετέχοντες υπεβλήθησαν σε κλινική εξέταση και δοκιμασία κινητικότητας. Το χρώμιο προσδιορίστηκε σε δείγματα αίματος και μαλλιών. Προσδιορίστηκαν αιματολογικές/βιοχημικές παράμετροι και παράγοντες φλεγμονής στα δείγματα αίματος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το χρώμιο στο πόσιμο νερό κυμαινόταν από <0,5 έως 90 $\mu g \cdot L^{-1}$ (διάμεσος 21,2 $\mu g \cdot L^{-1}$). Το χρώμιο στα δείγματα αίματος (διάμεσος 0,32 $\mu g \cdot L^{-1}$, εύρος <0,18-0,92 $\mu g \cdot L^{-1}$) και μαλλιών (διάμεσος 0,22 $\mu g \cdot g^{-1}$, εύρος 0,03 - 1,26 $\mu g \cdot g^{-1}$) βρέθηκε εντός των «φυσιολογικών επιπέδων» σύμφωνα με τη βιβλιογραφία. Η προσωπική δια βίου δόση χρωμίου μέσω του πόσιμου νερού παρουσίασε συσχέτιση με το χρώμιο στο αίμα και στα μαλλιά καθώς και με ορισμένες αιματολογικές/βιοχημικές παραμέτρους. Οι ομάδες των συμμετεχόντων με υψηλά τριγλυκερίδια ή με χαμηλό νάτριο διέφεραν ως προς τη δόση χρωμίου από τους υπόλοιπους. Η διαταραχή της κινητικότητας και οι δηλωθείσες διαγνωσμένες ασθένειες δεν συσχετίστηκαν με τη δόση χρωμίου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία χαμηλών συγκεντρώσεων χρωμίου στο πόσιμο νερό φαίνεται να συνδέεται με ορισμένες διαταραχές βιοχημικών παραμέτρων, που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

190. ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΩΝ ΦΑΡΣΑΛΩΝ, ΗΛΙΚΙΑΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ 20-30 ΕΤΩΝ, ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ AIDS

Ν. Βαΐτσης[1], Σ. Αγγελάκου-Βαΐτση[1], Ε. Αναστασοπούλου[2]

[1]Ιδιωτικό Ιατρείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Φάρσαλα, [2]Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: καθορισμός του βαθμού ενημέρωσης του πληθυσμού των Φαρσάλων σχετικά με την AIDS.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: μελετήθηκαν οι απαντήσεις 300 ατόμων (125 άνδρες, 175 γυναίκες) της επαρχίας Φαρσάλων, ηλικίας 20-30 ετών, που συμπλήρωσαν ανώνυμο ερωτηματολόγιο ανοικτού τύπου απαντήσεων, σχετικά με τις γνώσεις τους για τον ιό HIV.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: σε κάθε ερώτηση δόθηκαν παραπάνω από μία απαντήσεις:
ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ: Από μετάγγιση αίματος (99%), από σεξουαλική επαφή (83%), από τα μαχαιροπίρουνα (91%), μετάδοση από τις τουαλέτες (94%)
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Αναιμία (97%), ίκτερος (58%), καταβολή (91%), πυρετός (52%)
ΕΞΕΛΙΞΗ ΝΟΣΟΥ: Θάνατος (98%), καρκίνος (21%), θεραπεία (2%). ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ: Τηλεόραση (17%), διαδίκτυο (84%), φίλοι (73%), φαρμακοποιό (19%), ιατρό (3%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: υπάρχει συγκεχυμένη άποψη και άγνοια, σε γενικές γραμμές, σχετικά με τον ιό του AIDS. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλλα ή στο μορφωτικό επίπεδο. Επιβάλλεται η ύπαρξη στρατηγικής ενημέρωσης του πληθυσμού, τόσο από τους δημόσιους όσο και από τους ιδιωτικούς φορείς υγείας.

191. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΓΛΥΚΩΝ ΚΑΙ 10-ΕΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: Η ΜΕΛΕΤΗ GREECS

Μ. Κούβαρη[1], Δ. Παναγιωτάκος[1], Β. Νοταρά[1], Ε. Τσομπανάκη[1], Ε. Κάλλη[1], Μ. Βέρδη[1], Γ. Κόγιας[2], Π. Στραβοπόδης[3], Γ. Παπανάγνου[4], Σ. Ζόμπολος[5], Γ. Μαντάς[6], Χ. Πίτσαβος[7],. ερ. ομάδα της μελέτης «GREECS»

[1]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [2]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καρδίτσας, [3]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ζακύνθου, [4]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Λαμίας, [5]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καλαμάτας, [6]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Χαλκίδας, [7]Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Πρόσφατες αλλαγές στη μεσογειακή πυραμίδα θέλουν τα γλυκά στην κορυφή αυτής συστήνοντας έτσι την περιστασιακή κατανάλωσή τους. Πράγματι, τα γλυκά έχουν συσχετιστεί κατά καιρούς με χρόνιες ασθένειες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η παχυσαρκία και έχουν ενσωματωθεί στις συστάσεις για την πρωτοβάθμια πρόληψη καρδιαγγειακού επεισοδίου. Ωστόσο, μελέτες σχετικά με τη συγκεκριμένη ομάδα τροφίμων και τη δευτεροβάθμια πρόληψη καρδιακού επεισοδίου σε ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο είναι περιορισμένες. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν ο έλεγχος ύπαρξης σχέσης ανάμεσα στην κατανάλωση γλυκών και στην επανεμφάνιση καρδιαγγειακού επεισοδίου σε ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο.
ΥΛΙΚΟ: Από τον Οκτώβριο 2003 - Σεπτέμβριο 2004 συλλέχθηκε δείγμα από καρδιολογικές κλινικές 6 γενικών νοσοκομείων της Ελλάδας και σχεδόν όλοι οι διαδοχικοί (n=2,172) ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο που εισήχθησαν στις κλινικές εντάχθηκαν στη μελέτη. Κατά τη διάρκεια του 2013-2014 πραγματοποιήθηκε ο 10ετής επανέλεγχος, όπου συμμετείχαν 1,918 ασθενείς (88% ποσοστό συμμετοχής). Κατά τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, τα οποία εκτίμησαν τη σχέση της κατανάλωσης γλυκών (όπως αυτή εκτιμήθηκε από ένα ημι-ποσοτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων και περιελάμβανε γνωστά τυποποιημένα γλυκίσματα, παραδοσιακά ελληνικά γλυκά, κεράσματα και άλλα).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στην κατανάλωση έστω και μίας μερίδας γλυκών την εβδομάδα και στην εμφάνιση ενός νέου καρδιαγγειακού επεισοδίου, αφού λήφθηκαν υπόψη πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες συμπεριλαμβανομένων της παχυσαρκίας και του σακχαρώδη διαβήτη [Σχετικός Λόγος (ΣΚ)=1.23 (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (ΔΕ) (0.99, 1.53), p=0,067).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ακόμη και 1 μερίδα κατανάλωσης γλυκών την εβδομάδα φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης καρδιαγγειακού επεισοδίου σε ασθενείς με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο. Τόσο στην κλινική πράξη όσο και στον τομέα της δημόσιας υγείας, συστάσεις θα πρέπει να δίνονται αναφορικά με το είδος, την ποσότητα αλλά και τη συχνότητα κατανάλωσης γλυκών στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών.

192. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΔΕΚΑΕΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗ (2004-2014) ΟΞΕΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ (ΟΣΣ) ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΑΙΤΙΑ ΣΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Η ΜΕΛΕΤΗ «GREECS»

Β. Νοταρά[1], Δ. Παναγιωτάκος[1], Ε. Παπαταξιάρχης[1], Μ. Βέρδη[1], Μ. Μιχαλοπούλου[1], Ι. Κόγιας[2], Π. Στραβοπόδης[3], Γ. Παπανάγνου[4], Σ. Ζόμπολος[5], Ι. Μαντάς[6], Χ. Πίτσαβος[7],. ερ. ομάδα της μελέτης «GREECS»

[1]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [2]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καρδίτσας, [3]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ζακύνθου,[4]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Λαμίας, [5]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καλαμάτας, [6]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Χαλκίδας, [7]Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και 10ετούς επίπτωσης ΟΣΣ και θνησιμότητας από κάθε αιτία.
ΥΛΙΚΟ: Από τον Οκτώβριο 2003 μέχρι και το Σεπτέμβριο 2004 καταγράφηκαν 2172 διαδοχικοί ασθενείς με διάγνωση ΟΣΣ από καρδιολογικές κλινικές 6 γενικών νοσοκομείων της Ελλάδας. Κατά το διάστημα 2013-14 πραγματοποιήθηκε η 10ετής παρακολούθηση σε 1.918 ασθενείς (ποσοστό συμμετοχής 88%). Το μορφωτικό επίπεδο κατηγοριοποιήθηκε ως «χαμηλό» (<9 έτη εκπαίδευσης), «μεσαίο» (9-14 έτη) και «υψηλό» (>14 έτη).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η θνησιμότητα από κάθε αιτίατου χαμηλού έναντι του υψηλού μορφωτικού επιπέδου ήταν 2.1-προς-1 (p<0.001); η 10ετής επίπτωση ΟΣΣ ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συγκριτικά με όσους ανήκαν στο μεσαίο και υψηλό μορφωτικό επίπεδο (42% έναντι 30% έναντι 35%, p<0.001); δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ φύλου και εκπαίδευσης. Αναφορικά με τα κοινωνικοοικονομικά και κλινικά χαρακτηριστικά, οι ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο ήταν σωματικά δραστήριοι, είχαν καλύτερη οικονομική κατάσταση και ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη και εμφάνιση ΟΣΣ, συγκριτικά με όσους ανήκαν στην κατηγορία του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (p<0.001); όταν τα παραπάνω χαρακτηριστικά των ασθενών συσχετίστηκαν με τα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής, δεν παρατηρήθηκε διαμεσολαβητική επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στη θνησιμότητα από κάθε αιτία καθώς και στην επίπτωση του ΟΣΣ. Επιπλέον, η πολυπαραγοντική ανάλυση δεν έδειξε προστατευτική επίδραση του υψηλού μορφωτικού επιπέδου έναντι του χαμηλού επιπέδου αναφορικά με την επίπτωση του ΟΣΣ.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είχαν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης δεύτερων θανατηφόρων και μη καρδιαγγειακών συμβαμάτων, ανεξάρτητα από τα κλινικά και τρόπου ζωής χαρακτηριστικά. Ωστόσο, οι ασθενείς υψηλού μορφωτικού επιπέδου δεν θα πρέπει να θεωρούνται απόλυτα προστατευμένοι εξαιτίας της κοινωνικής τους τάξης. Οι στρατηγικές σε κλινικό και δημόσιας υγείας επίπεδο θα πρέπει να στοχεύουν σε διαφορετικές κοινωνικές ομάδες ώστε να περιορίσουν την οικονομική και κοινωνική επιβάρυνση της καρδιαγγειακής νόσου.

193. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΕΚΑΕΤΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ (2004-2014) ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ (ΟΣΣ) ΣΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Η ΜΕΛΕΤΗ «GREECS»

Β. Νοταρά[1], Δ. Παναγιωτάκος[1], Ε. Παπαταξιάρχης[1], Σ. Κουρούπη[2], Γ. Κούλη[1], Ι. Κόγιας[3], Π. Στραβοπόδης[2], Γ. Παπανάγνου[4], Σ. Ζόμπολος[5], Ι. Μαντάς[6], Χ. Πίτσαβος[7],. ερ. ομάδα της μελέτης «GREECS»

[1]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [2]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ζακύνθου, [3]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καρδίτσας, [4]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Λαμίας, [5]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καλαμάτας, [6]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Χαλκίδας, [7]Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ οικονομικής κατάστασης και 10ετούς κινδύνου (2004-2014) δεύτερης εκδήλωσης Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου καθώς και από κάθε αιτία θνησιμότητας σχετικά με τη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή.
ΥΛΙΚΟ: Από τον Οκτώβριο 2003 μέχρι και το Σεπτέμβριο 2004 καταγράφηκαν 2172 διαδοχικοί ασθενείς με διάγνωση ΟΣΣ από καρδιολογικές κλινικές 6 γενικών νοσοκομείων της Ελλάδας. Κατά το διάστημα 2013-14 πραγματοποιήθηκε η 10ετής παρακολούθηση σε 1.918 ασθενείς (ποσοστό συμμετοχής 88%). Η οικονομική κατάσταση ταξινομήθηκε ως «χαμηλή» (<9.000€), «μέτρια» (<18.000€), «καλή» (<28.000€) και «πολύ καλή» (>48.000€).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με «πολύ καλή» οικονομική κατάσταση είχαν περισσότερα έτη εκπαίδευσης ήταν σωματικά δραστήριοι, ανέφεραν λιγότερα έτη καπνίσματος και ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη συγκριτικά με τους ασθενείς με «χαμηλή/μέτρια» οικονομική κατάσταση (p<0.001). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των κατηγοριών αναφορικά με τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή για την αρτηριακή υπέρταση, το σακχαρώδη διαβήτη κα την υπερχοληστερολαιμία (p=0.28, p=0.62 and p=0.48, αντίστοιχα). Η θνησιμότητα από κάθε αιτίατου χαμηλού έναντι του πολύ καλού οικονομικού επιπέδου ήταν περίπου 1.7-to-1 (p<0.001); ωστόσο στη 10ετή επίπτωση ΟΣΣ δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0.22). Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η «καλή /πολύ καλή» οικονομική κατάσταση παρέμεινε αρκετά προστατευτική στη 10ετή πρόγνωση της νόσου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χαμηλή οικονομική κατάσταση αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην πρόγνωση του ΟΣΣ. Οι κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες επηρεάζουν την εξέλιξη της νόσου, σε δευτερογενές επίπεδο, και θα πρέπει να μπουν ως προτεραιότητα στην ατζέντα τόσο της ιατρικής πράξης όσο και της δημόσιας υγείας.

194. ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Μ. Αγγελίδη[1], Ν. Κορώνης[2], Α. Αγγελίδη[1], Χ. Τσαγκαρουσιάνος[3], Δ. Στήθος[3], Ν. Δημητράκος[4], Α. Δημητρίου[5], Π. Διακάκης[5]

[1]Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝ Ζακύνθου, [2]ΕΚΑΒ Ζακύνθου, [3]Χειρουργική Κλινική ΓΝ Ζακύνθου, [4]Γενικός Ιατρός ΓΝ Ζακύνθου, [5]Παιδιατρική Κλινική ΓΝ Ζακύνθου

ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης αποτελεί η καταγραφή και η αξιολόγηση των αιτιών διακομιδής ασθενών από δευτεροβάθμιο περιφερειακό νοσοκομείο του Ιονίου σε τριτοβάθμιο.
ΥΛΙΚΟ: Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης παρατήρησης πραγματοποιήθηκε σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο κατά το χρονικό διάστημα: Ιανουάριος-Δεκέμβριος 2014.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταγράφηκαν 293 περιστατικά διακομιδής ασθενών από δευτεροβάθμιο σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Από το σύνολο των 293 ασθενών που διακομίστηκαν σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο κυριότερη αιτία αποτελούν τα καρδιολογικά περιστατικά. Συγκεκριμένα, τα καρδιολογικά περιστατικά που διακομίστηκαν ήταν 182 (62,11%), τα παθολογικά περιστατικά 71 (24,23%), τα χειρουργικά 29 (9,9%), τα παιδιατρικά 7 (2,4%) και τα μαιευτικά περιστατικά 4 (1,36%). Ως προς την ανάλυση των αιτίων διακομιδής ανά κατηγορία επισημαίνονται:
Αίτια διακομιδής ασθενών με καρδιολογικά προβλήματα αποτελούν:
1) επίτευξη στεφανιογραφίας: 131 (72%) ασθενείς,
2) τοποθέτηση ή ρύθμιση βηματοδότη: 46 (25,27%) ασθενείς,
3) διασωληνωμένοι ασθενείς που χρήζουν Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ): 5 (2,73%) ασθενείς,
Αίτια διακομιδής ασθενών με παθολογικά προβλήματα αποτελούν:
1) διασωληνωμένοι ασθενείς που χρήζουν ΜΕΘ: 23 (32,4%) ασθενείς,
2) ασθενείς που χρήζουν περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση: 48 (67,6%) ασθενείς.
Αίτια διακομιδής ασθενών με χειρουργικά προβλήματα αποτελούν:
1) διασωληνωμένοι ασθενείς που χρήζουν ΜΕΘ: 19 (65,51%) ασθενείς,
2) ασθενείς που χρήζουν περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση: 10 (34,49%) ασθενείς.
Τα αίτια διακομιδής ασθενών με παιδιατρικά και μαιευτικά-γυναικολογικά προβλήματα αποτελούν σε ποσοστό 100% ασθενείς που χρήζουν περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε ότι οι κύριες αιτίες διακομιδής ασθενών από δευτεροβάθμιο σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο αποτελούν κυρίως: η έλλειψη αιμοδυναμικού τμήματος, η αναγκαιότητα για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση των περιστατικών καθώς και η έλλειψη ΜΕΘ.

195. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΟΝ 10ΕΤΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: Η ΜΕΛΕΤΗ GREECS

Μ. Κούβαρη[1], Δ. Παναγιωτάκος[1], Β. Νοταρά[1], Δ. Τζανόγλου[1], Ν. Βασιλείου[1], Μ. Μιχαλοπούλου[1], Γ. Κόγιας[2], Π. Στραβοπόδης[3], Γ. Παπανάγνου[4], Ζ. Ζόμπολος[5], Γ. Μαντάς[6], Χ. Πίτσαβος[7],. ερ. ομάδα της μελέτης «GREECS»

[1]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [2]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καρδίτσας, [3]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ζακύνθου, [4]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Λαμίας, [5]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καλαμάτας, [6]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Χαλκίδας, [7]Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας ήταν να εξετάσει την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στο εισόδημα και την επανεμφάνιση καρδιαγγειακού επεισοδίου σε ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο. Παράλληλα, η αποτίμηση του ρόλου της ηλικίας αποσκοπεί στην ανεύρεση παραγόντων που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πρόγνωση της στεφανιαίας νόσου.
ΥΛΙΚΟ: Από τον Οκτώβριο 2003 - Σεπτέμβριο 2004 συλλέχθηκε δείγμα από καρδιολογικές κλινικές 6 γενικών νοσοκομείων της Ελλάδας και σχεδόν όλοι οι διαδοχικοί (n=2,172) ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο που εισήχθησαν στις κλινικές εντάχθηκαν στη μελέτη. Το 2013-2014 πραγματοποιήθηκε ο δεκαετής επανέλεγχος, όπου συμμετείχαν 1,918 ασθενείς (11% ποσοστό αποχής). Η ταξινόμηση του οικονομικού επιπέδου έγινε σύμφωνα με το ετήσιο εισόδημα και χαρακτηρίστηκε ως: «χαμηλό» (<9.000€), «μέτριο» (<18.000€), «καλό» (<28.000€) και «πολύ καλό» (>48.000€). Κατά τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, τα οποία εκτίμησαν τη σχέση του οικονομικού επιπέδου (όπως εκτιμήθηκε με βάση το ετήσιο εισόδημα) με τη δεκαετή επανεμφάνιση καρδιακού επεισοδίου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αντίστροφη σχέση βρέθηκε ανάμεσα στο οικονομικό επίπεδο και την εμφάνιση ενός νέου καρδιαγγειακού συμβάματος, αφού λήφθηκαν υπόψη γνωστοί συγχυτικοί παράγοντες [Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ)=0.811 (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (ΔΕ) 0.641-1.027, p=0.087)]. Ωστόσο, όταν η αντίστοιχη σχέση εξετάσθηκε αφού πρώτα το δείγμα χωρίστηκε ανά ηλικιακή ομάδα (<=65 ετών έναντι >65 ετών) η στατιστική σημαντικότητα παρέμεινε μόνο στους ασθενείς >65 ετών [ΣΚ=0,720 (95% ΔΕ: 0.522-0.994, p=0.046)].
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Όταν το χαμηλό εισόδημα ενυπάρχει με την αυξημένη ηλικία (>65 έτη), η πρόγνωση και η έκβαση της στεφανιαίας νόσου είναι αρνητική. Τόσο στην κλινική πράξη όσο και στον τομέα της δημόσιας υγείας, οι προβλεπόμενες δράσεις πρέπει να στοχεύουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες με απώτερο στόχο τη μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων, τόσο σε πρωτογενές όσο και δευτερογενές επίπεδο.

196. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Α. Καρρά, Μ. Σαρίδη, Κ. Σουλιώτης

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής πολιτικής, Κόρινθος

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση των γενικών στρεσογόνων παραγόντων της εργασίας και της χρήσης αλκοόλ στους εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας του νομού Κορινθίας καθώς και της σχέσης μεταξύ τους.
ΥΛΙΚΟ: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 156 άτομα που εργάζονται στο χώρο του νοσοκομείου και 37 άτομα που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Η συλλογή του εμπειρικού υλικού πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου που περιελάμβανε μια κλίμακα από 36 ερωτήσεις για την ανίχνευση των επαγγελματικών στρεσογόνων παραγόντων και ερωτήσεις σχετικά με το αλκοόλ. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS έκδοση 17.0. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's T-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το επαγγελματικό σώμα των νοσοκομειακών γιατρών και νοσηλευτών παρουσίασε το μεγαλύτερο βαθμό μέσης έντασης του εργασιακού στρες ως συνάρτηση των δυσμενών συνθηκών εργασίας, του περιβάλλοντος και της οικονομικής κρίσης. Οι συμμετέχοντες προσδιόρισαν ως κύριους στρεσογόνους παράγοντες το φόρτο εργασίας σε ποσοστό 57,5% και την οικονομική κρίση σε ποσοστό 48,2%. Η ποσότητα και η συχνότητα χρήσης αλκοόλ κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα καθώς το 51,8% του δείγματος δήλωσε ότι δεν κατανάλωσε ποτέ αλκοόλ μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός, ενώ βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με το φύλο, την ηλικία, την ειδικότητα και το τόπο απασχόλησης των εργαζομένων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο βαθμός έντασης του εργασιακού στρες που βιώνουν οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών υγείας αποτελεί συνάρτηση συγκεκριμένων εργασιακών παραγόντων και δημογραφικών χαρακτηριστικών. Η κατανάλωση αλκοόλης ως μέσο ανακούφισης από το εργασιακό στρες κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, ενώ συνδέεται άμεσα με συγκεκριμένα δημογραφικά και ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων όπως η ειδικότητα, η ηλικία και ο τόπος απασχόλησης.

197. Η ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΗ ΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΩΝ

Ν. Βραχνής[1], Ν. Βλαχάδης[1], Ε. Δεληγεώρογλου[1], Γ. Μαστοράκος[1], Ε. Κορνάρου, Ε. Κτενάς, Ζ. Ηλιοδρομίτη[1]

[1]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ, [2]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ, [3]Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Η ποσοτική ανάλυση των δημοσιεύσεων στα διεθνή ιατρικά επιστημονικά περιοδικά χρησιμοποιείται ευρύτατα για την αξιολόγηση του επιπέδου της ιατρικής έρευνας των διαφόρων χωρών διεθνώς. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η βιβλιομετρική ανάλυση της εξέλιξης των Ελληνικών ιατρικών δημοσιεύσεων τα τελευταία χρόνια.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των βιβλιομετρικών δεδομένων των άρθρων που δημοσιεύτηκαν σε διεθνή ιατρικά περιοδικά την περίοδο 1996-2013, τα οποία αντλήθηκαν από τη βιβλιογραφική βάση Scopus. Ένα ιατρικό άρθρο θεωρήθηκε ότι προέρχεται από μία χώρα αν τουλάχιστον ένας από τους συγγραφείς προερχόταν από ερευνητικό κέντρο της χώρας αυτής. Για κάθε κράτος υπολογίστηκε ο αριθμός των ιατρικών άρθρων ως προς τον πληθυσμό για κάθε έτος της υπό εξέταση χρονικής περιόδου, καθώς και οι διαχρονικές τάσεις. Η μεταβολή της Ελληνικής βιβλιογραφικής παραγωγής της τελευταίας 4ετίας (2009-2013) συγκρίθηκε με αυτή των υπολοίπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) καθώς και των ιατρικά ανεπτυγμένων χωρών (με ≥1.000 δημοσιεύσεις το 2009).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την περίοδο 1996-2009, ο αριθμός των Ελληνικών ιατρικών δημοσιεύσεων αυξήθηκε κατά 267% (από 1.590 σε 5.837), σημαντικά ταχύτερα σε σύγκριση με την παγκόσμια παραγωγή που αυξήθηκε κατά 58% (από 403.905 σε 640.177), με αποτέλεσμα το ποσοστό των Ελληνικών δημοσιεύσεων ως προς την παγκόσμια παραγωγή να αυξηθεί από 0,39% σε 0,91% ($p < 0,001$, $p < 0,001$ for trend). Το 2009, κατά αναλογία με τον πληθυσμό της, η Ελλάδα ήταν στην 17η θέση στον κόσμο, από 24η το 1996. Την περίοδο 2009-2013, η παγκόσμια παραγωγή ιατρικών επιστημονικών άρθρων αυξήθηκε κατά 18% (2013: 753.317), ενώ η αντίστοιχη Ελληνική παραγωγή μειώθηκε κατά 4% (2013: 5.612), με συνέπεια το ποσοστό της Ελλάδας να συρρικνωθεί στο 0,74% ($p < 0.001$, $p < 0,001$ for trend), και η Ελλάδα να πέσει στην 21η θέση παγκοσμίως. Την 4ετία 2009-2013, η ιατρική βιβλιογραφική παραγωγή μειώθηκε στην Ελλάδα, ενώ σε όλες τις άλλες χώρες της ΕΕ αυξήθηκε (διάμεση αύξηση: 23%), όπως και σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες (διάμεση αύξηση: 27%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η περικοπή των κονδυλίων λόγω της πρόσφατης οικονομική ύφεσης διέκοψε τη ραγδαία άνοδο της Ελληνικής ιατρικής ερευνητικής παραγωγής.

198. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

199. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΒΙΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΠΟΦΥΓΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥΣ

Ν. Τσουμάνη[1], Α. Γιαουζάκη[1], Μ. Antona[2], Ν. Καμπάνης[1], Γ. Κοχιαδάκης[3], Γ. Νότας[1]

[1]Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας, Ινστιτούτο Υπολογιστικών Μαθηματικών, [2]Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας, Ινστιτούτο Πληροφορικής, [3]Καρδιολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συμπεριφορά ασθενών μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (ΟΕΜ) στην προοπτική (α) συνεχούς καταγραφής των βιοσημάτων τους μέσω τεχνολογιών διάχυτης νοημοσύνης (Ambient Inteligence, AI) για περιορισμένο χρονικό διάστημα μετά από την έξοδό τους από το νοσοκομείο για απομακρυσμένη/πρώιμη διάγνωση νέων καρδιακών συμβάντων και (β) ηλεκτρονικής παρακολούθησης και διαχείρησης, μέσω κινητού ή tablet, των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη δευτερογενή πρόληψη υποτροπής ΟΕΜ (υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, άσκηση, διαβήτης, παχυσαρκία, κάπνισμα, φαρμακευτική αγωγή).
Για το σκοπό αυτό ερωτήθηκαν με δομημένο ερωτηματολόγιο 110 ασθενείς της καρδιολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου που είχαν εισαχθεί μετά από διάγνωση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.
73,6% των ασθενών ήταν άνδρες και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 60 έτη. Μόνο οι 26,4% των ασθενών ήταν εξοικειωμένοι με τη χρήση Smartphone ή tablet, ενώ 29,1% γνώριζαν να διαχειριστούν υπολογιστή. Οι ασθενείς αυτοί ήταν νεότερης ηλικίας σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν σχετικές γνώσεις. Μόνο 60% των ασθενών απάντησαν θετικά όσον αφορά την παρακολούθηση των βιοσημάτων τους από το σπίτι, 36% απάντησαν ότι ήταν διατεθειμένοι να παρακολουθηθούν με κάμερα και 42% θα δέχονταν παρακολούθηση με GPS για να εντοπιστούν σε περίπτωση σοβαρού συμβάντος. Σε ότι αφορά την πλατφόρμα για τους παράγοντες κινδύνου 74% των ασθενών ήταν θετικοί αλλά 77% από αυτούς επιθυμούσαν να ενημερώνονται κυρίως μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μεγάλο ποσοστό των ασθενών μετά από ΟΕΜ δεν επιθυμούν κατ' οίκο παρακολούθηση ή οποιαδήποτε υποστήριξη/παρέμβαση, ακόμα και αν θα μπορούσε να τους σώσει τη ζωή ή να μειώσει τη νοσηρότητά τους. Η ανάπτυξη εφαρμογών απομακρυσμένης παρακολούθησης με τεχνικές AI, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψιν τις επιθυμίες των ασθενών μετά από ΟΕΜ για διατήρηση της ιδιωτικότητάς και της ποιότητάς ζωής τους και να προϋποθέτει την παροχή υπηρεσιών εξοικείωσης και εκπαίδευσης στις νέες τεχνολογίες, ειδικά σε πιο ηλικιωμένους ασθενείς.

200. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΥΦΗΣ ΚΑΙ ΚΙΝΗΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σ. Γολεμάτη[1], Α. Γαστουνιώτη[2], Κ. Νικήτα[2]

[1]Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Σχολή Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο

ΣΚΟΠΟΣ: Έχει πρόσφατα δειχθεί ότι πιθανές ασυμμετρίες μεταξύ δεξιάς και αριστερής καρωτίδας μπορεί να είναι σημαντικές για την εξέλιξη της αθηρωματικής νόσου. Σε αυτή την εργασία, διερευνήθηκαν διαφορές μεταξύ των καρωτίδων, ως προς υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά υφής (μορφολογίας) και κίνησης.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν συνολικά 16 αγγεία (8 από την αριστερή και 8 από τη δεξιά αρτηρία) ασυμπτωματικών ασθενών με αμφίπλευρη αθηρωματική νόσο, και με παρόμοιο βαθμό στένωσης στις δύο πλευρές.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα κινηματικά χαρακτηριστικά υπολογίστηκαν από ανάλυση κίνησης ακολουθιών εικόνων υπερήχων (βίντεο), και περιλαμβάνουν εύρος κίνησης, ταχύτητες και μετατοπίσεις μεταξύ συστολής και διαστολής, τόσο στην ίδια την πλάκα όσο και παραπλεύρως αυτής. Τα χαρακτηριστικά υφής υπολογίστηκαν με μεθόδους στατιστικής και πολύ-κλιμακωτής ανάλυσης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ένα μορφολογικό και 11 κινηματικά χαρακτηριστικά βρέθηκαν στατιστικά διαφορετικά μεταξύ δεξιάς και αριστερής καρωτίδας, κάτι που δείχνει ότι η αρτηριακή ασυμμετρία περιγράφεται καλύτερα από κινηματικά, παρά από μορφολογικά, χαρακτηριστικά. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι όχι μόνο συστηματικοί, αλλά και εστιακοί παράγοντες, ευθύνονται για την ανάπτυξη της αθηρωμάτωσης. Ο προσδιορισμός του ρόλου των παραγόντων αυτών αναμένεται να συμβάλει στην περαιτέρω κατανόηση της παθοφυσιολογίας της νόσου και στη βελτίωση των κλινικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων.

201. ΛΗΜΝΙΑ ΓΗ: ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΔΙΣΚΙΟ ΜΕ ΕΜΠΟΡΙΚΟ ΣΗΜΑ

Α. Χανιώτου

ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

ΣΚΟΠΟΣ: η ενθύμηση ενός μοναδικού φαρμακευτικού παρασκευάσματος της Ελληνικής γης που αποτελούσε για αιώνες η Λημνία γη ή Λημνία Σφραγίς.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Συλλογή πληροφοριών από το διαδίκτυο και τη βιβλιογραφία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο παχύρρευστος κοκκινωπός πηλός είχε μοναδικές θεραπευτικές ιδιότητες και εξορυσσόταν αδιάλειπτα από την αρχαιότητα έως τις αρχές του 19ου αιώνα στη Λήμνο. Η χρήση, γινόταν είτε με επάλειψη σε πληγές, είτε με κατάποση.
Θεωρούσαν πως είχε αιμοστατική δράση, θεράπευε τη δυσεντερία, ανακούφιζε το έλκος στομάχου, εξουδετέρωνε το δηλητήριο των φιδιών και ως αλοιφή ήταν κατάλληλη για τις φλεγμονές των οφθαλμών. Ο Γαληνός αναφέρει πως η «Λημνία γη» μπορούσε να θεραπεύσει την πανώλη και όλες τις επιδημίες. Ανακατεμένη με ξύδι βοηθούσε σε περιπτώσεις εμετών και αιμοπτύσεων. Ήταν θεραπευτικό για τους πόνους και οι γυναίκες το έπιναν σε υπερβολική εμμηνορροή ή για να επισπεύσουν τη γέννα.
Εξορυσσόταν με τελετουργικό τρόπο από το σημείο που είχε πέσει ο Ήφαιστος, αφού κατά το μύθο με τη βοήθειά της θεράπευσε τα τραύματά του. Επίσης, ο Φιλοκτήτης με Λημνία γη θεράπευσε το πληγωμένο από δάγκωμα φιδιού πόδι του. (Φιλόστρατος, «Ηρωικός»).
Στην αρχαιότητα, η τελετή της εξόρυξης καθαγιαζόταν από ιέρεια στις 6 Μαΐου ενωρίς το πρωί, ώστε το χώμα να είναι μαλακό από την υγρασία. Εν συνεχεία μεταφερόταν στην πόλη, όπου έπειτα από σχετική κατεργασία, συσκευαζόταν σε δισκία και σφραγιζόταν με τη μορφή μιας αίγας ή της θεάς Άρτεμης. Υπήρξε το πρώτο τυποποιημένο φάρμακο στην ιστορία της ιατρικής. Κατά την τουρκοκρατία παράνομη εξαγωγή επιμωρείτο με θάνατο, ενώ πώλησή της χωρίς τη σφραγίδα του Τούρκου διοικητή επέβαλε μεγάλο χρηματικό πρόστιμο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Δεν αποτελεί υπερβολή να λεχθεί ότι η χρήση του εμπορικού σήματος στη φαρμακευτική συσκευασία, επινοήθηκε και εφαρμόστηκε στη Λημνία γη. Το σήμα κατατεθέν ήταν εγγύηση και για τον πελάτη και διαφύλαττε το εμπορικό συμφέρον.

202. ΓΝΩΣΗ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΚΥΡΗΚΕΙΟ ΕΜΒΛΗΜΑ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη[2], Κ. Σώρρας[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, ΓΝ Αργολίδας, [3]Ενδοκρινολογικό τμήμα, ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: «κηρύκειο» λεπτή ράβδο δάφνης ή ελιάς. περιτυλίσσονταν δύο φίδια, που κεφάλια συναντιόνταν αντικρυστά. Κορυφή της ράβδου, υπήρχαν δύο φτερούγες. έμβλημα Ερμή ομοιότητά του με έμβλημα Ασκληπιού.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αρχαία Ελληνική Βιβλιογραφία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Απολλόδωρος Κηρύκειο Ερμή είχε επινοηθεί από μάντη Τειρεσία, στην Κυλλήνη δύο φίδια ζευγαρωμένα, έγινε γυναίκα. Ασκληπιός τόλμησε ναναστήσει με την επιστήμη του νεκρούς (Απολλόδωρος, «Βιβλιοθήκη», Γ΄ 118-120).
Στη «Οδύσσεια», περιγράφεται μεταμόρφωση συντρόφων Οδυσσέα σε χοίρους. Κίρκη γράμματα είναι στο Κηρύκειο. Το όνομα του γιού της Κίρκης και του Οδυσσέα είναι Τηλέγονος.
Όμηρος περιγράφει πρόσωπο, χρησιμοποιεί ένα η περισσότερα επίθετα, που προσδιορίζουν καλύτερα. Επίθετα που χρησιμοποιεί για την Κίρκη είναι: πολυφάρμακος (κ 276), πότνια (σεβαστή: κ 549), καλλιπλοκάμοιος (κ 220) και εϋπλόκαμος (κ 136 και λ 8). ήταν θεά (αδελφή του Αιήτη, κόρη του Ήλιου και της κόρης του Ωκεανού Περσηίδας ή κατ' άλλους της Εκάτης).
Καλλιπλόκαμοι και εϋπλόκαμοι γυναίκες -όπως και η Κίρκη, από τοιχογραφία της Μινωικής εποχής. Πρόκειται για άριστη περιγραφή του Ομήρου, που ίσως έγινε, προκειμένου να παρομοιασθεί με DNA. Το αντίδοτο στον Οδυσσέα δεν το έδωσε η θεά Αθηνά, αλλά Ερμής.. Είναι κόρη του βασιλιά της Κολχίδας Αιήτη· κατά συνέπεια είναι εγγονή του Ήλιου κι ανηψιά της Κίρκης. Μητέρα της είναι η Ωκεανίδα Ιδυία (ή κατά το Διόδωρο η Εκάτη, οπότε η Μήδεια κι η Κίρκη είναι αδελφές). Χρυσόμαλλο Δέρας, που βρισκόταν σε δένδρο, που το φύλαγε φίδι. Η Μήδεια έχει συγγένεια με την Κίρκη, Ιάσων (αυτός που ιατρεύει) και το ξύλο, που περιελίσσεται το φίδι, μας παραπέμπουν στο DNA. Η Μήδεια στην Ιωλκό έπεισε τις κόρες του Πελία, πως ήταν ικανή να ξανακάνει νέο τον πατέρα τους, ο οποίος άρχιζε να γερνάει.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η Κίρκη είχε τέσσερις θεραπαινίδες («αμφιπόλους»: κ348-349), όσες και οι βάσεις του DNA. Μαζί του ο κάθε αρχηγός Ευρύλοχος και Οδυσσέας, πήρε 22 άνδρες (κ203-209), δύο ομάδες των 23.

203. ΤΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΣΤΟΥΣ ΧΡΟΝΟΥΣ ΤΗΣ ΡΩΜΑΙΚΗΣ ΑΥΤΟΚΡΑΤΟΡΙΑΣ

Α. Χανιώτου

ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

ΣΚΟΠΟΣ: να παρουσιαστεί ο τρόπος που ο ιατρός ασκούσε το επάγγελμά του εκείνη τη χρονική περίοδο.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Συλλέχθηκαν στοιχεία από τη βιβλιογραφία και το διαδίκτυο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: ο χώρος του ιατρείου της περιόδου εκείνης είναι γνωστός, χάρη στο συνδυασμό γραπτών μαρτυριών και αρχαιολογικών ευρημάτων.
Υπήρχαν χώροι που προορίζονταν για ιδιωτική χρήση του γιατρού, τραπεζαρίες, κουζίνα, βιβλιοθήκη, υπνοδωμάτια, θυρωρείο που βρίσκονταν γύρω απ' το άτριο, και το ιατρείο που επικοινωνούσε με το δρόμο και με το άτριο. Εδώ, ο γιατρός δεχόταν τους πελάτες του. Μετά το ιατρείο, επισκέπτονταν ασθενείς κατ' οίκον ή τον καλούσαν για επείγονται περιστατικά.
Όποτε πήγαινε επισκέψεις, είχε μαζί του ένα κιβώτιο γεμάτο εργαλεία και συνοδευόταν από μικρό ή μεγάλο αριθμό μαθητών. Οι φημισμένοι δάσκαλοι, αλλά κι οι ιατροί που ήθελαν να δημιουργήσουν μεγαλύτερη αίγλη για τον εαυτό τους, συνοδεύονταν από απίθανο αριθμό μαθητών. Ο Μαρτιάλης σατιρίζει: «*Ήμουν άρρωστος. Και τότε συ, Σίμακε, ήρθες ξαφνικά να με επισκεφτείς με μια ακολουθία 100 τουλάχιστον βοηθών. Με ψηλάφισαν 100 τουλάχιστον χέρια παγωμένα από το βορρά κι έτσι, ενώ πριν δεν είχα πυρετό, τώρα έχω*».
Τι περιείχε το κιβώτιο; Από κοχλιάρια για αλοιφές ως παλέτες για μασάζ, από νυστέρια ως ξυράφια, από αιμοστατικές λαβίδες μέχρι πένσες για τις εξαγωγές των δοντιών, καθώς και πιο πολύπλοκα εργαλεία, όπως τα απαγωγά, με τα οποία κρατούσαν ανοικτά τα τραύματα. Σώζεται μια πλούσια συλλογή χειρουργικών εργαλείων της εποχής εκείνης, μερικά από τα οποία μοιάζουν πολύ με τα αντίστοιχα σημερινά. Η εξωτερική εμφάνιση των εργαλείων εντυπωσίαζε τον ασθενή, όπως και η διακόσμηση της εργαλειοθήκης. Το κιβώτιο με τα εργαλεία προκαλούσε στον ασθενή την ίδια εντύπωση που και σήμερα προκαλούν τα ιατρεία, με τις μηχανικές συσκευές.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: τα γενικά χαρακτηριστικά της εξάσκησης της ιατρικής από ιδιώτες ιατρούς δεν έχουν αλλάξει από τα αρχαία εκείνα χρόνια.

204. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

205. ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΑΙΓΥΠΤΟ

Α. Χανιώτου[1], Ι. Μανώλης[2]

[1]ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», [2]Κωνσταντοπούλειο ΓΝ Ν. Ιωνίας «Η Αγία Όλγα»

Στην Ελληνιστική Αίγυπτο υπήρχαν κανόνες που καθόριζαν τη λειτουργία της δημόσιας υγείας. Ο υπουργός που είχε επωμιστεί την ομαλή λειτουργία της υπηρεσίας δημόσιας υγείας έφερε τον τίτλο ο «επί των ιατρών» όπως για παράδειγμα ο Χρύσερμος από την Αλεξάνδρεια, γιός του Ηρακλείτου και εξ αίματος συγγενής του Βασιλέα Πτολεμαίου VI.

ΣΚΟΠΟΣ: να μελετηθεί και αναγνωρισθεί η προχωρημένη για την εποχή νομοθεσία που καθορίζει τους νόμους για τη λειτουργία της ιατρικής.

ΜΕΘΟΔΟΣ: ερευνήθηκε η βιβλιογραφία στο διαδίκτυο και από βιβλία σχετικά με την ιστορία της ιατρικής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην Ελληνιστική Πτολεμαϊκή Αίγυπτο κάθε κίνηση των δημοσίων ιατρών ορίζονταν με λεπτομέρειες βάσει πρωτοκόλλου. Ο δημόσιος ιατρός θα έπρεπε αρχικά να δράσει σύμφωνα με τις γραπτές υποδείξεις των συναδέλφων του οι οποίες λειτουργούσαν σαν οδηγοί αντιμετώπισης ασθενειών.

Στην περίπτωση που παρόλο την τήρηση των οδηγιών και την κατάλληλη θεραπεία, ο ασθενής απεβίωνε ο ιατρός απαλλάσσονταν από περαιτέρω αναζήτηση ευθυνών για λάθος χειρισμούς. Σε αντίθετη περίπτωση ο ιατρός διώκονταν με ανάλογες κατά περίπτωση κυρώσεις (Diodorus Siculus, i, 82; 12).

Ο Αριστοτέλης αναφέρει πως ο γιατρός μπορούσε να δράσει κατά βούληση μονάχα μετά το πέρας τριών ημερών αγωγής σύμφωνης με τις υπάρχουσες γραπτές οδηγίες. Μετά το χρονικό αυτό διάστημα αν η αγωγή δεν είχε φέρει κανένα ορατό αποτέλεσμα μπορούσε να ακολουθήσει τη δική του προσωπική θεραπεία (Aristotle, Politics,1286a).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στην Αίγυπτο των Πτολεμαίων η άσκηση της Ιατρικής καθοριζόταν από θεραπευτικά πρωτόκολλα, γεγονός που δείχνει τη σημασία που αποδιδόταν στην άσκηση της Ιατρικής και την υπευθυνότητα που έπρεπε να διακρίνει τους δημόσιους ιατρούς.

206. ΣΥΦΙΛΗ: ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Μ. Μάτσας

Μικροβιολογικό Τμήμα, Ορολογικό Εργαστήριο Νοσοκομείου Παίδων «Π & Α Κυριακού», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η σύφιλη γνωστή από πολλά χρόνια εξακολουθεί να αποτελεί συχνή σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο παγκόσμια. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση μίας σύντομης καταγραφής της ιστορίας της λοίμωξης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν πηγές από το διαδίκτυο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η σύφιλη οφείλει το όνομά της στον Ιταλό γιατρό Τζιρολάμο Φακαστόρο που το 1530 συνέθεσε ένα διδακτικό ποίημα όπου αναφέρεται στο πρώτο της θύμα το βοσκό Σύφιλο. Η πιο διαδεδομένη θεωρία είναι η αμερικανική προέλευση και διάδοσή της στην Ευρώπη με την επιστροφή του Χ. Κολόμβου από το Νέο Κόσμο το 1493. Η λοίμωξη σημείωσε την πρώτη της εκδήλωση με μορφή επιδημίας στην πολιορκία της Νεάπολης το 1495 όταν στον ίδιο χώρο βρέθηκαν ιταλικά, γαλλικά και ισπανικά στρατεύματα και από εκεί διαδόθηκε σε όλη την Ευρώπη αποτελώντας τους επόμενους αιώνες μία από τις επικρατέστερες νόσους. Οι κλινικοί χαρακτήρες της ορίστηκαν με ακρίβεια τον 19ο αιώνα από τη γαλλική σχολή, κυρίως τον Αλφρέντ Φουρνιέ. Το 1905 το *Treponema pallidum* αναγνωρίστηκε σαν παθογόνος παράγοντας από τον Schaudinn, ενώ το 1906 ο Wassermann χρησιμοποίησε την αντίδραση σύνδεσης συμπληρώματος για τη διάγνωση. Πολλές ιστορικές προσωπικότητες αναφέρονται σαν θύματα της σύφιλης, όπως οι Μέγας Ναπολέων, Φράνζ Σούμπερτ και Τζωρτζ Ουάσιγκτον, ενώ μεταξύ των Ελλήνων συγκαταλέγεται ο ποιητής Κώστας Καρυωτάκης που λέγεται ότι αυτοκτόνησε κάτω από το βάρος της αδυναμίας να αποκαλύψει τη νόσο στους δικούς του. Θεραπευτικά στις αρχές του 20ου αιώνα χρησιμοποιήθηκαν σκευάσματα αρσενικού, υδραργύρου και βισμουθίου, ενώ η οριστική καταπολέμησή της επιτεύχθηκε το 1943 με τη χρήση της πενικιλλίνης. Παρά το γεγονός ότι η πενικιλλίνη 70 περίπου χρόνια μετά την ανακάλυψή της θεραπεύει ακόμα αποτελεσματικά τη σύφιλη, η νόσος εξακολουθεί να αποτελεί μείζων πρόβλημα δημόσιας υγείας με τάση αύξησης της επίπτωσης την πρώτη δεκαετία της νέας χιλιετίας. Οι υγειονομικές αρχές πρέπει να δώσουν μεγαλύτερη έμφαση στον τομέα της πρόληψης για την οριστική καταπολέμησή της.

207. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

208. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη[2], Κ. Σώρρας[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα, ΓΝ Ηλείας, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, ΓΝ Αργολίδας,[3]Ενδοκρινολογικό τμήμα, ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Προέρχεται από το λατινικό ρήμα caedere (τέμνω). Η προσθήκη συνεπώς της λέξης τομής θεωρείται πλεονασμός, «τομοειδής τομή». Με την παρούσα μελέτη θέλουμε να παρουσιάσουμε μια παλαιά αλλά ταυτόχρονα σύγχρονη μαιευτική επέμβαση.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από ιστορικές πηγές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στους Ρωμαίους η lex Regia (Ν. Πομπίλιος), απαγόρευε τον ενταφιασμό νεκρής εγκυμονούσας, επέβαλλε άνοιγμα της κοιλιάς και απελευθέρωσης του παιδιού. Ο Ιούλιος Καίσαρ οφείλει το όνομά του διότι γεννήθηκε με καισαρική τομή (Πλίνιος). Υπό την επίδραση του χριστιανισμού η προσφυγή στη μεταθανάτια καισαρική επεκτείνεται. Γύρω στο 1500 εφαρμόστηκε σε ζωντανή γυναίκα επιτυχώς. Τους τρεις μετέπειτα αιώνες η μέθοδος λόγω αυξημένης θνησιμότητας θεωρείτο φονική, δημιουργήθηκε σύλλογος εναντίον της (Γαλλία, 1797) και περιορίστηκε. Για την καισαρική έχουμε αναφορές από συγγράμματα των Al. Benedetti (1525), Ch Estienne (1545), Rossetus (1581), Sc. Mercurio (1615), J. Scultes (1653), J. Trauntmann (1670), Th. Bartholinius (1670), W. Smellie (1750) και πολλών άλλων. Ο Lor. Heister (1683-1758), Γερμανός γυναικολόγος για την καισαρική τομή πρότεινε τον όρο «μητρική τομή», αντί αυτού που μέχρι τότε χρησιμοποιείτο. Ο Jac Mesnard (1685-1746), Γάλλος γυναικολόγος εξέδωσε το «Le guide des accoucheurs» το 1743, στο οποίο ασχολείται με την καισαρική τομή. Ο Jean Lebas, Γάλλος γυναικολόγος, εισήγαγε την εγκάρσια τομή στην επέμβαση και πρώτος εφήρμοσε τη ραφή των τοιχωμάτων της μήτρας με 3 ράμματα μεταξιού το 1769. Charles White, Άγγλος μαιευτήρας πραγματοποίησε την πρώτη καισαρική τομή. Ο Jean Louis Baudelocque (1746-1810). Ο Jesse Bennett (1769-1842), Αμερικανός εκτελεί την πρώτη καισαρική τομή στη γυναίκα του το 1794. Ο διάσημος Γάλλος μαιευτήρας Etienné Stéphane Tarnier ακολουθώντας τις θεωρίες του Pasteur για την ασηψία και αντισηψία εκτελούσε επιτυχώς καισαρικές τομές. Ο Γερμανός μαιευτήρας Fr.Ad. Kehrer (1837-1914), ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την καισαρική τομή και υποστήριξε τη συρραφή των τοιχωμάτων της μήτρας κατά την καισαρική τομή με επικάλυψη των ραφών. Γερμανός μαιευτήρας, Em., Georg., Fer. Küstner (1839) υπήρξε υπέρμαχος της εκτέλεσης εξωπεριτοναϊκής καισαρικής τομής. Τροποποίηση της μεθόδου από τον Edoardo. Porro (1876) περιόρισε τη θνησιμότητα από 75% στο 25% Συμπλήρωσε την καισαρική τομή ύστερα από την αφαίρεση του σώματος της μήτρας αλλά διατηρώντας τον τράχηλο (επέμβαση Porro). r. Schauta (1849-1919), Αυστριακός μαιευτήρας θεωρούσε ως απόλυτη ένδειξη της καισαρικής τομής τη δυσαναλογία εμβρύου και γεννητικού σωλήνα. Κολπική εξέταση (1909) πριν την καισαρική τομή αποτελούσε την κυριότερη αιτία μόλυνσης και προτιμούσε την εξέταση της επιτόκου μέσω του ορθού. Ο Em. Bumm (1852-1925), Γερμανός μαιευτήρας έχει γίνει γνωστός για τη γνωστή θεωρία του ότι σε περιπτώσεις προδρομικού πλακούντα πρέπει να εφαρμόζεται κολπική καισαρική τομή. Ασχολήθηκε επισταμένως με την καισαρική τομή και συνέβαλε στην επικράτηση της εξωπεριτοναϊκής χαμηλής καισαρικής τομής (1912), τροποποιώντας την καισαρική κατά Frank. Τη συρραφή των μητρικών τοιχωμάτων πραγματοποιούσε σε πέντε στρώματα με χρήση ραμμάτων Cat-Gut, των δε κοιλιακών τοιχωμάτων σε επτά στρώματα. Ο Max Sänger (1853-1903), Γερμανός τελειοποίησε τη συρραφή των τοιχωμάτων της μήτρας στην καισαρική τομή με ιδιαίτερα καλά αποτελέσματα. Πρότασή του είναι να μην ράβεται ο φθαρτός υμένας. Έτσι η επέμβαση Porro περιορίζεται και εφαρμόζεται μόνο σε περιπτώσεις λοίμωξης. Alb. Sig. G. Döderlein (1860-1941), Γερμανός συνιστούσε την κολπική καισαρική τομή σε προδρομικό πλακούντα. Ακολουθούσε την υπερηβική ή τραχηλική εξωπεριτοναϊκή τομή η οποία θεωρούσε ότι είχε χαμηλή θνησιμότητα της μητέρας σε σχέση με την ενδοπεριτοναϊκή. Ο Bart. Co. Hirst (1861-1935), Αμερικανός το 1908 εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συμβολή της αντισηψίας (1880) επέτρεψε την εξέλιξή της, τροποποίηση (1920) και διάδοσή της. Η χρήση των αντιβιοτικών εξουδετέρωσε τον κίνδυνο μετεγχειρητικής λοίμωξης εκτοπίζοντας άλλες μαιευτικές επεμβάσεις, επέμβαση εκλογής.

209. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ: ΕΝΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Μ. Μάτσας

Μικροβιολογικό Τμήμα - Ορολογικό Εργαστήριο Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Οι λοιμώξεις στο χώρο των Νοσοκομείων αποτελούν διαχρονικό πρόβλημα με σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα νοσηλείας και το κόστος περίθαλψης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση μιας σύντομης ιστορικής αναδρομής των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν ιατρικά άρθρα και πηγές από το διαδίκτυο
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι πρωιμότερες αναφορές για Νοσοκομειακές Λοιμώξεις αφορούν Αιγυπτιακούς πάπυρους που χρονολογούνται από το 3.000 π.Χ, ενώ ανάλογα στοιχεία προέρχονται από έργα του Ηροδότου και του Ιπποκράτη στην αρχαία Ελλάδα. Η επιστημονική μελέτη τους άρχισε το πρώτο μισό του 18ου αιώνα από τον John Pringle, ενώ σημαντική ήταν η συμβολή της Nightgale (1858), του Semmelweiss (1861) και του Simpson (1869). Στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα με την έναρξη της λεγόμενης «βακτηριακής περιόδου» μετά τις ανακαλύψεις των Pasteur, Koch και Lister κατανοήθηκε η παθογένεια και ο τρόπος διασποράς τους με αίτια αρχικά τον *Streptococcus pyogenes*, ακολούθως τον *Staphylococcus aureus* και στη συνέχεια Gram αρνητικά βακτηρίδια. Σημαντικοί σταθμοί στις προσπάθειες ελέγχου των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων αποτέλεσαν η καθιέρωση εξειδικευμένου προσωπικού (1941), η διοργάνωση διεθνών συνεδρίων (1970) και η κυκλοφορία ειδικών περιοδικών (δεκαετία 1980). Ωστόσο εξακολουθούν να αποτελούν μείζων πρόβλημα Δημόσιας Υγείας με σημαντική συμμετοχή των *S. aureus* ανθεκτικού στη μεθικιλλίνη, πολυανθεκτικών Gram θετικών και αρνητικών βακτηρίων και νεότερων Gram θετικών βακτηριδίων και μυκήτων σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Συμπερασματικά οι Νοσοκομειακές Λοιμώξεις εξακολουθούν να αποτελούν σημαντικό πρόβλημα Δημόσιας Υγείας παρά τις συστηματικές προσπάθειες πρόληψης. Για τον αποτελεσματικότερο έλεγχό τους απαιτείται αυξημένη ευαισθητοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας και διάθεση περισσότερων μέσων (οικονομικοί πόροι, αποκλειστική απασχόληση ανθρώπινου δυναμικού, συνεχής ενημέρωση του προσωπικού των Νοσοκομείων).

210. Ο ΕΥΡΥΦΩΝ Ο ΚΝΙΔΙΟΣ ΕΛΛΗΝΑΣ ΙΑΤΡΟΣ ΕΦΕΥΡΕΤΗΣ «ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΔΙΦΡΟ»

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη, Κ. Σώρρας[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, ΓΝ Αργολίδας, [3]Ενδοκρινολογικό τμήμα, ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη μας αποσκοπεί στην προβολή του παλαιότερου και διαπρεπέστερου Κνίδιου Έλληνα γιατρού - ανατόμου (μέσα 5ου π.Χ. αιώνα) εφευρέτη «Μαιευτικό Δίφρο».
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκοπήθηκαν -μελετήθηκαν έργα της Ελληνικής και Ξένης βιβλιογραφίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ήταν ο σημαντικότερος αντιπρόσωπος της σχολής της Κνίδου, λίγο μεγαλύτερος ηλικιακά από τον Ιπποκράτη, στενός του φίλος και συνεργάτης, παρά την αντίθεση των σχολών (Κω-Κνίδος). Οι δυο αυτοί γιατροί κλήθηκαν για θεραπεία του Μακεδόνα βασιλιά Περδίκα Β΄. Υπήρξε ίσως ένας από τους συγγραφείς των Κνιδίων γνωμών και συγγραφέας ιατρικών έργων που χάθηκαν. Η σύμπτωση απόψεων Ιπποκράτη-Ευρυφώντα οδήγησε στη σκέψη ότι μερικά έργα της Ιπποκράτειας συλλογής είναι δικά του. Ο Γαληνός τον θεωρεί συγγραφέα των: «περί διαίτης υγιεινής» και «Περί πολλής νόσου» της Ιπποκράτειου συλλογής. Ήταν από τους πρώτους ανατόμους ζώων. Ασχολήθηκε με τα όργανα της πέψης, το αγγειακό σύστημα, διακρίνοντας τις φλέβες από τις αρτηρίες. Πρώτος αναφέρει ότι στην πλευρίτιδα συμπάσχει και ο πνεύμονας. Το φάρμακο που χρησιμοποιούσε πολύ προερχόταν από κριθάρι (πτισάνη). Θεράπευε τη φυματίωση καυτηριάζοντας το στήθος με πυρακτωμένο σίδερο και με γάλα όνου ή γυναίκας (ο Πλάτων διακωμωδεί τη μέθοδο). Υπήρξε ένας από τους πρώτους διάσημους Έλληνες ιατρούς-ανατόμους. Ασχολήθηκε με τα γυναικεία γεννητικά όργανα και αποκάλεσε τα χείλη του αιδοίου «κρημνούς». Χρησιμοποίησε πρώτος τον «μαιευτικό δίφρο», το ειδικό κάθισμα τοκετού. Ο Σωρρανός αναφέρει ότι σε δυσκολία εξαγωγής του υστέρου μετά τον τοκετό χρησιμοποιούσε διάφορα διουρητικά, καθώς ότι εφάρμοζε τον «κατασεισμό» στη λεχώνα και στην πρόπτωση μήτρας (την έδενε στη σκάλα και δυνατά άτομα την τράνταζαν).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαπιστώνεται ότι ο Ευρυφών ο Κνίδιος με πειράματα που διενέργησε σε ζώα έθεσε τις βάσεις για την επιστημονική θεμελίωση της ιατρικής. Γεγονός βέβαιο παραμένει ότι ο Ευρυφών έχει συνεισφέρει ουσιαστικά στις θεωρητικές προϋποθέσεις πάνω στις οποίες μπόρεσε να οικοδομηθεί η επεμβατική χειρουργική, η Γυναικολογία και η Μαιευτική.

211. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΣΕ ΕΚΤΟΣ ΕΥΡΩΠΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥΣ ΙΝΚΑΣ ΑΖΤΕΚΟΥΣ ΑΙΓΥΠΤΙΟΥΣ ΙΝΔΟΥΣ ΚΙΝΕΖΟΥΣ ΚΑΙ ΑΡΑΒΕΣ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη, Σ. Αλ-Αχμάρ[1], Κ. Σώρρας[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, ΓΝ Αργολίδας, [3]Ενδοκρινολογικό τμήμα, ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Ίνκας και Αζτέκοι Αιγύπτιοι Εβραίοι Ινδοί Κινέζοι Άραβες, Πέρσες περιγράφουν τη μέθοδο. Προέρχεται από το λατινικό ρήμα caedere (τέμνω).
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από ιστορικές πηγές, ακολούθησε προσεκτική μελέτη και ανάλυση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι Ίνκας και Αζτέκοι περιγράφουν τη μέθοδο. Μετά τη χρήση ναρκωτικών ουσιών από τη γυναίκα πραγματοποιείτο η επέμβαση. Για την εκτέλεσή της άνοιγαν αρχικά τα κοιλιακά τοιχώματα και στη συνέχεια τα τοιχώματα της μήτρας. Αφού έβγαζαν το νεογνό πραγματοποιούσαν αιμόσταση με τη χρήση πυρακτωμένου σίδερου. Αφού αντιμετωπιζόταν η αιμορραγία έραβαν τα κοιλιακά τοιχώματα. Κάποιες φορές έχουμε αναφορά της ταυτόχρονης αφαίρεσης ωοθηκών. Η μετεγχειρητική τους πορεία αναφέρεται ότι ήταν καλή, χωρίς να παρουσιάζουν πυρετό και με καλές σφύξεις. Αρχαία πέτρινη βιβλιοθήκη στην Ίκα του Περού καισαρική τομή σε εγκυμονούσα. Στους Αιγυπτίους οι μαρτυρίες για την επέμβαση προέρχεται από τις υπάρχουσες διασωθείσες παραστάσεις στους τοίχους, από τους αιγυπτιακούς παπύρους αλλά και από αναφορές ιστορικών της εποχής εκείνης. Στους Εβραίους οι πληροφορίες μας είναι ελάχιστες. Αυτό που γνωρίζουμε είναι ότι τη χρησιμοποιούν σε νεκρές και ζωντανές γυναίκες. Στους Ινδούς οι πληροφορίες μας προέρχονται από το κλασικό βιβλίο «Samhita», του Ινδού χειρουργού Susruta, ο οποίος έζησε τον Δ΄-Ε΄ αιώνα. Σύμφωνα με τα στοιχεία που μας δίνονται η καισαρική τομή πραγματοποιείτο μεταθανάτια. Από την παράδοση των Ινδών ο Βούδας φαίνεται ότι γεννήθηκε από το πλευρό της μητέρας του, ο Brahma από τον ομφαλό της (μορφές καισαρικής). Στους Κινέζους εφαρμόζεται η καισαρική τομή σε περιπτώσεις πρώϊμου τοκετού και εκτελείται απολίνωση σαλπίγγων. Αναφορές για την πραγματοποίηση της μεθόδου έχουμε από το ιατρικό βιβλίο «χρυσός καθρέπτης» του Tsong-Tsin του Α΄ (1084 μ.Χ.) και μέσω της τέχνης στην οποία η επέμβαση βρίσκεται αποτυπωμένη σε ξυλοκατασκευές. Η καισαρική τομή, ήταν από τότε γνωστή και εφαρμοζόταν όπως διαφαίνεται από αραβικά χειρόγραφα. Γνώριζαν και την τεχνητή γονιμοποίηση. Αναφορά στην καισαρική τομή έχουμε στους Πέρσες. Από τη Sah Nami, το «Βιβλίο των Βασιλέων», το οποίο έχει γραφεί από τον Πέρση ποιητή Φερντόουσι στους μεσαιωνικούς χρόνους μαθαίνουμε ότι η επέμβαση εκτελείτο σε δύσκολους τοκετούς, αφού βεβαίως νάρκωναν κατά κάποιο τρόπο τη γυναίκα ποτίζοντάς τη με αρκετό κρασί. Η επέμβαση πραγματοποιείτο με τη χρήση ειδικών εργαλείων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαπιστώνεται ότι είναι μια πανάρχαια μέθοδος τεχνητού τοκετού.

212. «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ» ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ. ΤΟ ΟΡΑΜΑ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑΣ ΠΡΑΓΜΑΤΩΝΕΤΑΙ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη, Κ. Σώρρας[3], Γ. Αλλαγιάννης[4], Ε. Κοντέλλη-Μπαχνά[5], Γ. Μανέτας[5], Μ. Αναστασοπούλου[5], Δ. Τασόπουλος[5]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, ΓΝ Αργολίδας, [3]Ενδοκρινολογικό τμήμα, ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας», [4]Γενικό Νοσοκομείο Ηλείας Νοσηλευτικό Μονάδα Πύργου Παιδιατρική Κλινική, [5]Παιδιατρική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης μας αυτής είναι η παρουσίαση της ιστορικής εξελικτικής πορείας του «Καραμανδάνειο» Νοσοκομείου Πατρών καθώς και η προβολή της συμβολής του στην περίθαλψη των ασθενών του στη Νοτιοδυτική Ελλάδα.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πηγές μας αποτέλεσαν η τοπική βιβλιογραφία, μελέτη ιστορικών βιβλίων καθώς και οι μαρτυρίες επιφανών πολιτών της περιοχής της Πάτρας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 1936 ο έμπορος Ι. Καραμανδάνης αποφασίζει να ιδρύσει στη μνήμη του αποθανόντος από χρόνια μονάκριβου τέκνου του (Μπέμπης Καραμανδάνης) Παιδιατρικό Νοσοκομείο το οποίο και στερείται η περιοχή. Επιθυμία του είναι η διοίκηση να ασκείται από τον ιδρυτή του καθώς και από φορείς της Πόλεως (Δήμαρχος, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου, Πρόεδρος Δικηγορικού Συλλόγου, Διευθυντής Εθνικής Τράπεζας). Θεμελιώνεται το 1937, όμως το 1938 πριν ολοκληρωθεί ο ιδρυτής αποβιώνει. Το 1940 επιτάσσεται από τους Ιταλούς και λειτουργεί ως στρατώνας. Με την απελευθέρωση παραδίδεται ερειπωμένο και ο Ε.Ε.Σ αναλαμβάνει την επισκευή του, οπότε και εγκαινιάζεται το 1946 με πρώτες σε λειτουργία κλινικές την παθολογική και χειρουργική. Εν συνεχεία το κράτος αποφασίζει την οικονομική του ενίσχυση και το 1971 αναπτύσσεται ως πρότυπο Παιδιατρικό Νοσοκομείο. Ακολουθεί η ανάπτυξη νεογνικού τμήματος, Μ.ΜΑ, Ορθοπεδικής και Ω.Ρ.Λ κλινικής. Το 1977 λόγω στενότητας χώρων αποφασίζεται η μεταστέγασή του στο πρώην Πρεβεντόριο Νοσοκομείο όπου λειτουργεί ανελλιπώς έως και σήμερα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το «Καραμανδάνειο» Νοσοκομείο είναι αποτέλεσμα του οράματος ενός Πατρινού έμπορου που εδώ και δεκαετίες περιθάλπει τα παιδιά όχι μόνον της Πάτρας αλλά ολόκληρης της Νοτιοδυτικής Ελλάδας. Συνέβαλλε ουσιαστικά στο επίπεδο της ανάπτυξης της παιδιατρικής στην περιοχή βοηθώντας στην περαιτέρω εξέλιξή της και αποτελεί ιστορικό μνημείο για την πόλη της Πάτρας.

213. Η ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη, Κ. Σώρρας[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, ΓΝ Αργολίδας, [3]Ενδοκρινολογικό τμήμα, ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Στον ελλαδικό χώρο η εμφάνιση της επέμβασης βρίσκεται στον κόσμο των μύθων.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από την Ελληνική Μυθολογία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κάποιες γεννήσεις παρουσιάζονται ότι πραγματοποιήθηκαν με αυτόν τον τρόπο ή με κάποια μορφή καισαρικής. Η γέννηση του Διονύσου είναι μέσα σε αυτά τα παραδείγματα. Ο Διόνυσος ήταν εξώγαμο παιδί του Δία και της Σεμέλης. Η ζηλόφθονη θεά Ήρα όταν το πληροφορήθηκε παίρνοτας μορφή τροφού πλησίασε την εγκυμονούσα Σεμέλη και την προέτρεψε να ζητήσει από το Δία να εμφανιστεί ως Θεός. Αφού ο Δίας παρουσιάστηκε ως θεός με τις βροντές του και τις αστραπές του και κατακεραύνωσε τη Σεμέλη. Προτού όμως αυτή καεί έδωσε εντολή στον Ερμή να απομακρύνει από την κοιλιά της Σεμέλης το έμβρυο το οποίο και πραγματοποιήθηκε. Εδώ έχουμε καισαρική τομή σε ζωντανή ακόμα γυναίκα Η γέννηση του Ασκληπιού πραγματοποιήθηκε με ανάλογο τρόπο. Η μητέρα του Ασκληπιού Κορωνίδα, ενώ ήταν έγκυος από τον Απόλλωνα ερωτεύθηκε τον Λαπίθη Ίσχυ. Όταν το πληροφορήθηκε ο Απόλλωνας ζήτησε από την αδελφή του Άρτεμη να την τιμωρήσει και τότε αυτή την πυρπόλησε. Ενώ αυτή καιγόταν ο ίδιος ο Απόλλωνας ή ο Ερμής μετά από παράκληση του Απόλλωνος απελευθέρωσε το έμβρυο ανοίγοντας την κοιλιά της καιγόμενης Κορωνίδας. Ο Ασκληπιός εξάγεται από την κοιλιά της μητέρας του, Κορωνίδος, από τον πατέρα του, Απόλλωνα. Ξυλογραφία από την έκδοση του 1549 του De Re Medica του. Άλλη μυθολογική γέννηση με καισαρική τομή είναι η γέννηση της αγαπημένης κόρης του Δία της Αθηνάς. Σύμφωνα με το μύθο ο Δίας αφού κατέστησε ως έγκυο τη μητέρα της Αθηνάς Μήτιδας την κατάπιε γιατί σύμφωνα με τους λόγους του Ουρανού και της γής το παιδί που θα προερχόταν από αυτόν και τη Μήτιδα θα του έπαιρνε την εξουσία. Για αυτό λοιπόν ο Δίας κατάπιες την εγκυμονούσα Μήτιδα. Όταν συμπληρώθηκε ο χρόνος του τοκετού ο Δίας νοιώθοντας ανυπόφορους πόνους στο κεφάλι πρόσταξε τον Ήφαιστο με τη βαριά του να του ανοίξει το κεφάλι. Από εκεί πετάχτηκε πάνοπλη η θεά Αθηνά (κάποιο είδος καισαρικής τομής).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην Ελληνική Μυθολογία έχουμε μορφές Καισαρικής τομής σε ζωντανή και νεκρή γυναίκα.

214. Ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ ΠΕΡΙ ΙΑΤΡΟΥ

Α. Πάσχος, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης είναι η αναφορά των απόψεων του Ιπποκράτους περί το πρόσωπον, τη θέσιν, το έργον του ιατρού.
ΥΛΙΚΟΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: τα έργα του Ιπποκράτους και δη περί του ιατρού.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Μέγας Ιπποκράτης τονίζει την αξιοπρεπή εμφάνιση και παρουσίαν, τη σύνεσιν, την τιμιότητα, την αγαθότητα, τη σεμνότητα, την πραότητα, τη φιλανθρωπίαν, τη σωφροσύνην, τη δικαιοσύνην, την ευθύνην τη συνέπιαν, τη στοχαστικότητα, την ευθυμίαν, την εγκράτειαν εις πάντα και κατά πάντα. Προσθέτει το ιατρείον να είναι ευχάριστον, ευάερον, ευήλιον, καθαρό προσητόν και λειτουργικόν από πάσης απόψεως και πλευράς, ώστε κατά πάντα να είναι ωφέλιμα, δια τον ασθενήν και τους συνοδούς, δεδομένου ο ασθενής δεν επιζητεί πολυτέλειαν, αλλά ευπρόσδεκτον ωφέλειαν και ό,τι ο ιατρός χρησιμοποιεί να μη φοβίζει ή ταράσσει ή ενοχλεί τον προσερχόμενον υγιή και τον ασθενή και πάσχοντα εκ παθολογικής ή τραυματικής παθήσεως. Προς τούτο απαιτείται δια βίου παιδεία ιατρική και εμπειρία δια βίου, δια την πρόληψιν των νόσων, τη διάγνωσιν και την εξατομικευμένην προσφοράν υπηρεσιών υγείας προς τους πάσχοντας και υγιείς, ίνα έχουν και καθολικήν υγείαν και ποιότητα ζωής.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο Μέγας Ιπποκράτης βαθύς γνώστης της ιατρικής και του λειτουργού αυτής τονίζει ότι ο ιατρός οφείλει να έχει παιδεία και εμπειρία περί την ιατρική και να διακρίνεται από την αρετή ως άνθρωπος με προσωπικότητα και χαρακτήρα καλόν καγαθόν ιατρού ολοκληρωμένου, ίνα προσφέρη εκάστοτε εξατομικευμένην ιατρικήν προς πάσχοντας και υγιείς μετά καλωσύνης, αγαθότητος.

215. ΤΑ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΡΩΜΑΪΚΗΣ ΑΥΤΟΚΡΑΤΟΡΙΑΣ

Α. Χανιώτου[1], Ι. Μανώλης[2]

[1]ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», [2]Κωνσταντοπούλειο ΓΝ Ν. Ιωνίας «Η Αγία Όλγα»

ΣΚΟΠΟΣ: Να παρουσιαστεί η συγκρότηση του νοσοκομειακού χώρου την περίοδο της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε συλλογή στοιχείων από τη βιβλιογραφία και το διαδίκτυο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο Βίντις της Ελβετίας, που στα χρόνια τής Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας λεγόταν Βιντονίσσα, ήταν η έδρα μιας ρωμαϊκής λεγεώνας. Εκεί, η αρχαιολογική σκαπάνη ανακάλυψε ένα ρωμαϊκό νοσοκομείο σ' όλη του τη συγκρότηση. Υπήρχαν δυο σειρές θαλάμων, μοιρασμένων σ' ένα μεγαλύτερο κι ένα μικρότερο ορθογώνιο, που χωρίζονταν μεταξύ τους με ένα μακρύ διάδρομο που διέσχιζε το κτίριο σ' όλο του το μήκος. Όλοι οι θάλαμοι είχαν τις πόρτες τους στο διάδρομο, εκτός από μερικούς, όπου έμπαινε κανείς συνήθως από τα παράπλευρα δωμάτια. Όλοι οι θάλαμοι είχαν τη δική τους θέρμανση και υπολογίζεται ο αριθμός τους περίπου σε 60. Ο κάθε θάλαμος είχε διαστάσεις 3.5x4.7, δηλαδή ήταν ικανός να χωρέσει 8 κρεβάτια. Επομένως, η δυναμικότητα του νοσοκομείου ανερχόταν σε 480 νοσηλευόμενους. Δεδομένου ότι η φρουρά της Βιντονίσσα ανερχόταν σε 10.000 περίπου άνδρες, υπάρχει μια αναλογία κλινών 4.8%, όπως ακριβώς συμβαίνει σε μια σύγχρονη στρατιωτική μονάδα ανάλογης δύναμης.
Στο εσωτερικό του κτιρίου, στο κέντρο μιας πλατείας, βρισκόταν το εξωτερικό ιατρείο και το χειρουργείο όπου βρέθηκαν και χειρουργικά εργαλεία. Τα λουτρά βρέθηκαν χωριστά, αλλά πολύ κοντά στο νοσοκομείο, μαζί με το οποίο κατελάμβαναν το κέντρο της Βιντονίσσα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Αν και πιστεύουμε ότι η μεγάλη εξέλιξη της ιατρικής και του νοσοκομειακού χώρου συνέβηστη σύγχρονη εποχή, οι ανακαλύψεις δείχνουνότιη νοσοκομειακή στρατιωτική ιατρική μέριμνα της ρωμαϊκής περιόδουπροσομοιάζει με αυτήν της σημερινής.

216. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΩΝ ΚΛΑΣΙΚΩΝ ΧΡΟΝΩΝ

Α. Χανιώτου

ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετηθεί ο θεσμός του δημόσιου γιατρού στην Ελληνική πόλη κράτος.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Συλλογή πληροφοριών από το διαδίκτυο και τη βιβλιογραφία
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η Ελληνική πόλη κράτος παρείχε **δωρεάν ιατρική περίθαλψη στους πολίτες**. Δημόσιοι γιατροί αμείβονταν από τις τοπικές κυβερνήσεις συνήθως σε ετήσια βάση για να προσφέρουν τις ιατρικές υπηρεσίες τους. Η παροχή της δημόσιας ιατρικής πρόνοιας θεωρούνταν ως κάτι δεδομένο για τους νομοθέτες.
Ο ετήσιος μισθός ενός δημόσιου ιατρού, κυμαίνονταν περίπου στις 500 δραχμές.
Οι κάτοικοι, καλούνταν να επιλέξουν τους ιατρούς στις δημόσιες θέσεις της πόλης τους, μέσω άμεσης ψηφοφορίας. Ο υποψήφιος ιατρός έπρεπε να πείσει τους ψηφοφόρους για τα μοναδικά χαρίσματα και τις εξαιρετικές του ικανότητες. Αυτό όμως δεν σήμαινε πως ο εκλεγμένος ιατρός θα ήταν και ο πιο άριστος. Σύμφωνα με τον Πλάτωνα οι υποψήφιοι γιατροί για τα δημόσια αξιώματα έπρεπε πριν τις εκλογές να δικαιολογήσουν με τον καλύτερο τρόπο την υποψηφιότητά τους προκειμένου να εκλεγούν. Ο Σωκράτης έχοντας επισημάνει τον ενδεχόμενο κίνδυνο από μία τέτοια υποκειμενική εκλογή υποστηρίζει πως ακόμα και ένας νομικός με την κατάλληλη ομιλία μπορούσε να εκλεγεί στο αξίωμα αυτό.
Οι γιατροί ήταν παρόντες σε όλες τις δημόσιες εκδηλώσεις όπως σε γιορτές και αθλητικούς αγώνες ώστε να μπορούν άμεσα να περιθάλψουν αποχωρούντες με τραυματισμό αθλητές. Επίσης, είχαν ως καθήκον, την ιατρική επίβλεψη των ομάδων των «Εφήβων» κατά την περίοδο της στρατιωτικής τους εκπαιδεύσεως και θητείας. Ένας διαχρονικός θεσμός που ισχύει και σήμερα σε κάθε οργανωμένο στρατό.
Αναφορικά με τη σημασία των στρατιωτικών γιατρών οι Έλληνες ήδη από την Ομηρική εποχή είχαν αντιληφθεί τις αναντικατάστατες υπηρεσίες τους και για αυτό τους είχαν απαλλάξει από καθημερινές αγγαρείες και πολεμικές συγκρούσεις ώστε να αφοσιωθούν στο έργο της αποκατάστασης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στην Ελλάδα των κλασσικών χρόνων υπήρξαν προχωρημένες αντιλήψεις για δωρεάν ιατρική περίθαλψη και δημόσια υγεία.

217. Ο ΜΕΛΑΜΠΟΔΑΣ ΜΑΝΤΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη, Κ. Σώρρας[3], Δ. Παπαδημητρίου[4]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, ΓΝ Αργολίδας, [3]Ενδοκρινολογικό τμήμα, ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας», [4]Ψυχιατρική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα, ΓΝ Ηλείας

ΣΚΟΠΟΣ: Ο Μελάμποδας ήταν Έλληνας μάντης γενάρχης ολόκληρου «μαντικού γένους» των Μελαμποδιδών στην Ελληνική μυθολογία, που διέσωσε τη Διονυσιακή θρησκεία, όπως αναφέρει ο Ηρόδοτος.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από την Ελληνική Μυθολογία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τον Καθηγητή Πανεπιστημίου Δ. Κουρέτη, θεωρείται ο πρώτος Ψυχοσωματιστής Ιατρός, καθώς ο Μελάμποδας θεράπευσε από τη μανία τους τις κόρες του Προίτου του αρχαίου βασιλιά της Τίρυνθας, τις Προίτιδες. Αυτές έκαναν το λάθος να περιγελάσουν το ξόανο της θεάς Ήρας, όποτε η Ήρα τους ανέβαλε δαιμονική τρέλα «μανία», από την οποία τις θεράπευσε ο Μελάμπους έκτος από την Ιφινόη, που πέθανε. Ύστερα ο Προίτος πάντρεψε την Ιφιάνασσα με τον Μελάμποδα και τη Λυσίππη με τον αδελφό του τον Βίαντα. Σύμφωνα με άλλη εκδοχή, ο Μελάμποδας είχε σύζυγο του την πριγκίπισσα Ιφιάνειρα, κόρη του βασιλιά του Άργους Μεγαπένθη. Σύμφωνα με μία εκδοχή, κάποτε ήρθαν δύο φίδια και τυλίχθηκαν γύρω από τα αυτιά του Μελάμποδα, ο οποίος από τότε ήταν σε θέση να κατανοεί τη γλώσσα όλων των πλασμάτων. Κατά άλλη μια παράδοση, ο αδελφός του Βίας θέλησε να πάρει για σύζυγό του την Πηρώ αλλά ο πατέρας της Νηλέας ζήτησε να του φέρει ως δώρο τις αγελάδες του Ιφίκλου. Τότε ο Μελάμποδας επιχείρησε να αρπάξει τα ζώα για λογαριασμό του αδερφού του. Τον συνέλαβαν και τον φυλάκισαν. Προείπε στον Ίφικλο που ήταν γιος του Φυλάκου, βασιλιά της πόλης Φυλάκης στη Θεσσαλία. ότι θα κατέρρεε η σκεπή της φυλακής του, κάτι που το παρατήρησε από τα σκουλήκια. Αυτή η πρόβλεψη, τόσο πολύ κατέπληξε τον Ίφικλο, ώστε τον ελευθέρωσε. Κατόπιν ο Μελάμποδας του απάντησε το ερώτημά του γιατί παραμένει άτεκνος. Ότι ο πατέρας του χωρίς να τον θέλει τον κατέστησε άτεκνο και θεράπευσε τη σεξουαλική ανικανότητα του και στειρότητα του. θυσίασε δύο ταύρους, τους κομμάτιασε και τους άφησε στα όρνια, περιμένοντας τα κρωξίματά τους. Πράγματι, τα πουλιά, καθώς έτρωγαν το κρέας αυτό, διηγήθηκαν στη «γλώσσα» τους ότι ο Φύλακος, μια μέρα που ευνούχιζε κριάρια τοποθέτησε το μαχαίρι του δίπλα στον μικρό Ίφικλο. Ο Ίφικλος φοβήθηκε το μαχαίρι που ήταν καταματωμένο, το έκλεψε και πήγε και το παράχωσε στις ρίζες μιας ιερής βελανιδιάς. Με τα χρόνια, η φλούδα του δέντρου κάλυψε το μαχαίρι. Τα πουλιά είπαν επίσης ότι αν βρισκόταν το μαχαίρι και με τη σκουριά του παρασκεύαζαν ένα καταπότιο το οποίο να πίνει επί δέκα ημέρες ο Ίφικλος, τότε θα γιατρευόταν και μάλιστα θα αποκτούσε και γιο. Ο Μελάμποδας τότε έψαξε και βρήκε το μαχαίρι, ετοίμασε το φάρμακο και το έδωσε στον Ίφικλο. Πραγματικά, ο Ίφικλος έγινε καλά και με τον καιρό απέκτησε γιο που τον ονόμασε Ποδάρκη.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο Μελάμποδας Μάντης και Θεραπευτής ψυχικών νόσων στην Ελληνική Μυθολογία.

218. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

219. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΕΙΣΠΝΟΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΑΙΓΥΠΤΟ

Α. Χανιώτου[1], Ι. Μανώλης[2]

[1]ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», [2]Κωνσταντοπούλειο ΓΝ Ν. Ιωνίας «Η Αγία Όλγα»

ΣΚΟΠΟΣ: Να προβληθούν οι φαρμακευτικές τεχνολογικές επιτεύξεις σε επιστημονικά ιατρικά κείμενα της αρχαίας Αιγύπτου.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Συλλογή πληροφοριών από το διαδίκτυο και τη βιβλιογραφία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Περί το 1500 π.Χ. στην Αίγυπτο, όπως περιγράφεται στον πάπυρο του Ebers, ασθματικοί ασθενείς εισέπνεαν τον ατμό και καπνό από την καύση μέλαινος Υοσκυάμου (Hyoscyamus Nigris), αφού πρώτα άνθη του φυτού ρίχνονταν πάνω σε πυρακτωμένες πέτρες. Ο Υοσκύαμος ανήκει στην οικογένεια των Σολανοειδών και περιέχει την Υοσκυαμίνη έναν αντιχολινεργικό παράγοντα. Εισέπνεαν τους ατμούς με τη μέθοδο του *υποκαπνισμού*: «*Λάβε*», γράφει το κείμενο, «*7 λίθους και θέρμανέ τους στη φωτιά. Πάρε έναν από αυτούς και ρίξε πάνω του λίγο από το τάδε φάρμακο. Κλείσε τον στη συνέχεια σ' ένα δοχείο καινούργιο με οπή στον πυθμένα, στην οποία τοποθέτησε ένα σωλήνα, που στο άκρο του θα πλησιάσεις το στόμα σου, για να εισπνεύσεις τους ατμούς που παράγονται. Επανάλαβε το ίδιο και με τους άλλους λίθους*».
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: στην αρχαία Αίγυπτο υπήρχε εξέλιξη της φαρμακοθεραπείας που δείχνει λογική θεμελίωση και γνώση πειραματικών δεδομένων. Αυτό δείχνει η μέθοδος του υποκαπνισμού, η οποία δεν διαφέρει βασικά απ' τις σύγχρονες μεθόδους εισπνοοθεραπείας.

220. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

221. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

222. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΠΗΛΙΚΟΥ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ (SEX RATIO) ΤΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1953-2013)

Ν. Βλαχάδης[1,2], Ν. Βραχνής[2], Μ. Βλαχάδη[3], Ε. Κορνάρου[1], Ε. Κτενάς[1]

[1]Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, [2]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αρεταίειο νοσοκομείο, Αθήνα, [3]Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο

ΣΚΟΠΟΣ: Υπάρχουν σαφείς διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς τη θνησιμότητα. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη της εξέλιξης του πηλίκου των φύλων (sex ratio) των θανάτων στην Ελλάδα κατά τις τελευταίες έξι δεκαετίες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής που αφορούν στον ετήσιο αριθμό θανάτων και την κατανομή τους κατά φύλο για το σύνολο των 61 υπό εξέταση ετών (1953-2012). Το πηλίκο των φύλων των θανάτων υπολογίστηκε ως ο λόγος του αριθμού των θανάτων ανδρών προς τον αριθμό των θανάτων γυναικών για κάθε έτος. Οι διαχρονικές τάσεις προσδιορίστηκαν με τη μέθοδο της γραμμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιώντας το έτος ως ανεξάρτητη μεταβλητή και οι συγκρίσεις μεταξύ μεμονωμένων ετών πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία χ^2.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την περίοδο 1953-2013, το σύνολο των θανάτων στην επικράτεια ήταν 5.276.572. Από αυτούς, οι 2.739.976 ήταν θάνατοι ανδρών (51,9%) και οι 2.536.596 ήταν θάνατοι γυναικών (48,1%), δίνοντας ένα συνολικό πηλίκο φύλων 1,080. Σε όλα τα έτη που εξετάστηκαν το sex ratio ήταν σταθερά μεγαλύτερο της μονάδας. Κατά την περίοδο 1953-1996, το sex ratio παρουσίασε σχεδόν πλήρως γραμμική (συντελεστής προσδιορισμού coefficient of determination, $R^2 = 0,901$) στατιστικά σημαντική (p for trend <0,001) ανοδική τάση, από 1,021 το 1953, στη μέγιστη τιμή της περιόδου 1,121 το 1996 (αύξηση 9,8%, p<0,001). Από το 1996 ως το 2013, η τάση του sex ratio ήταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό πτωτική (p for trend = 0,001), σε 1,064 το 2013 (μείωση 5,1%, p<0,001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάλυσή μας αναδεικνύει τον σταθερά αυξημένο αριθμό θανάτων των ανδρών, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Η σχετική διαφορά του αριθμού των θανάτων μεταξύ των δύο φύλων διευρύνθηκε σημαντικά ως το 1996 αλλά στη συνέχεια αμβλύνεται συνεχώς, αντανακλώντας σε έναν βαθμό την προοδευτική εξομοίωση της συμπεριφοράς και των συνηθειών ζωής μεταξύ των δύο φύλων.

223. ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ; ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κ. Ροδίτης[1,2], Ε. Σαμαρά[2,3], Κ. Λούης[2,4]

[1]Γ΄ Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]Δίκτυο Νέων Ιατρών Ελλάδας (JDN-Hellas), Αθήνα, [3]Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», [4]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, «Κωνσταντοπούλειο» ΓΝ Νέας Ιωνίας-Παπαδίων, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Οι νέοι ιατροί καλούνται να αντιμετωπίσουν εξαντλητικά ωράρια, έλλειψη ύπνου, αυξημένες ευθύνες, σκληρό ανταγωνισμό και τις απαιτήσεις της προσωπικής και κοινωνικής τους ζωής. Η πίεση που τους ασκείται οδηγεί σε σωματική και ψυχική καταπόνηση. Στην Ελλάδα, η ιατρική ειδίκευση αποτελεί αποκλειστική και πλήρη απασχόληση, ωστόσο δεν έχει καθοριστεί μέχρι σήμερα επιστημονικά πόσο ικανοποιημένοι αισθάνονται οι Έλληνες ειδικευόμενοι ιατροί μέσα στο εργασιακό τους περιβάλλον. Αυτός ακριβώς είναι ο σκοπός της παρούσας εργασίας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ένα ερωτηματολόγιο 36 ερωτήσεων, βασισμένο στην κλίμακα εργασιακής ικανοποίησης Job Satisfaction Survey (JSS) που ανέπτυξε ο Paul E. Spector το 1985 στις ΗΠΑ δημιουργήθηκε και τέθηκε προς συμπλήρωση στο Διαδίκτυο. Εννέα παράμετροι μελετήθηκαν: Αμοιβές, Εξέλιξη, Επίβλεψη, Πρόσθετες Παροχές, Ενδεχόμενες Ανταμοιβές, Εργασιακή Διαδικασία, Συνεργάτες, Φύση Εργασίας και Επικοινωνία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ: 45 νέοι ιατροί απάντησαν, 20 (44%) άνδρες και 25 (55) γυναίκες, ηλικίας 20-44 ετών. Οι ερωτηθέντες εμφανίσθηκαν *μη ικανοποιημένοι* στο εργασιακό τους περιβάλλον (JSS score=104,4/216), με λιγότερο ικανοποιημένες τις γυναίκες (JSS score=98,2/216) σε σχέση με τους άνδρες (JSS score=112,2/216). *Ικανοποιημένοι* αισθάνονται μόνο με τη φύση της εργασίας τους (JSS score=17,3/24) με τους άνδρες περισσότερο ικανοποιημένους από τις γυναίκες (JSS score=18,9/24 σε σχέση με JSS score=16/24). Οι αμοιβές φαίνεται να εμφανίζουν τη χαμηλότερη ικανοποίηση, ανεξαρτήτως φύλου. Συγκρίνοντας δημοσιευμένα αποτελέσματα από τις ΗΠΑ, οι Έλληνες νέοι ιατροί θεωρούν πως εργάζονται σε πολύ χειρότερο περιβάλλον (JSS score=135,8/216 σε σχέση με JSS score=104,4). Τα σοβαρά προβλήματα που πλήττουν την εργασία των νέων ιατρών στην Ελλάδα περιγράφονται στην παρούσα εργασία με πλέον αποκαρδιωτικά στοιχεία. Η γραφειοκρατία βρίσκεται σε εξέχουσα θέση, οδηγώντας σε μειωμένη αποδοτικότητα, ενώ οι επιβλέποντες εκπαιδευτές εμφανίζονται συχνά ανεπαρκείς. Οι νόμοι της Ελληνικής Πολιτείας πρέπει να εφαρμόζονται. Περισσότερες επενδύσεις στην Υγεία, ιδίως σε καιρούς κρίσης, κρίνονται απαραίτητες. Η καλή υγεία είναι το θεμέλιο μιας σταθερής κοινωνίας και η δημόσια υγεία των Ελλήνων πηγάζει από τη σκληρή εργασία των νέων ιατρών της χώρας.

224. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

225. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΕΣ ΡΟΕΣ ΑΠΟ ΚΑΙ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1990-2012)

Ν. Βλαχάδης[1,2], Ν. Βραχνής[2], Μ. Βλαχάδη[3], Ε. Κορνάρου[1], Ε. Κτενάς[1]

[1]Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, [2]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αρεταίειο νοσοκομείο, Αθήνα, [3]Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της σύνθεσης του πληθυσμού είναι απαραίτητη για τον αποτελεσματικό σχεδιασμό πολιτικών υγείας. Οι μετανάστες αποτελούν σημαντικό τμήμα του Ελληνικού πληθυσμού συχνά με προβληματική πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας που συσχετίζεται με τις πολιτικές της κοινωνικής τους ένταξης. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η προσέγγιση των καθαρών μεταναστευτικών ροών από και προς την Ελλάδα τις τελευταίες δύο δεκαετίες.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής που αφορούν στον ετήσιο αριθμό γεννήσεων ζώντων και θανάτων και την κατανομή τους κατά φύλο, καθώς και στον υπολογιζόμενο πληθυσμό της χώρας στο τέλος κάθε έτους, για το σύνολο των 23 υπό εξέταση ετών (1990-2012). Η ετήσια καθαρή μετανάστευση υπολογίστηκε έμμεσα ως η διαφορά της φυσικής μεταβολής του πληθυσμού (γεννήσεις μείον θάνατοι) από τη μεταβολή του πληθυσμού της χώρας ετησίως.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την περίοδο από 1ης Ιανουαρίου 1990 ως και την 31η Δεκεμβρίου 2012, καταγράφονται 2.428.793 γεννήσεις ζώντων (1.252.486 αρρένων, 51,6%, και 1.176.307 θηλέων, 48,4%) και 2.385.438 θάνατοι (1.249.935 ανδρών, 52,4%, και 1.135.503 γυναικών, 47,6%), με αποτέλεσμα τη φυσική αύξηση του Ελληνικού πληθυσμού κατά 43.355. Κατά την ίδια περίοδο, ο πληθυσμός της Ελλάδας αυξήθηκε κατά 941.616. Η καθαρή μεταναστευτική ροή της 23ετίας προς τη χώρα μας υπολογίστηκε σε 898.261, 469.500 γυναίκες (52,3%) και 428.761 άνδρες (47,7%). Ο πληθυσμός στην Ελλάδα εμφάνισε συνεχή αύξηση από το τέλος του 1989 ως το τέλος του 2008 (19 έτη) κατά 1.069.762 (+10,6%), εκ των οποίων 49.024 (4,6%) ήταν η φυσική αύξηση και 1.020.738 (95,4%) ήταν η καθαρή μετανάστευση. Τα πρώτα 4 έτη της οικονομικής κρίσης (τέλος 2008 ως τέλος 2012), ο πληθυσμός της χώρας μειώθηκε κατά 128.146 άτομα (1,15%), εκ των οποίων 5.669 (4,4%) ήταν φυσική μείωση και 122.477 (95,6%) ήταν η καθαρή μετανάστευση προς το εξωτερικό. Σε όλη τη διάρκεια της 18ετίας 1990-2007 υπήρχε θετική ροή μεταναστών προς την Ελλάδα, συνολικά 1.022.631 άτομα, 513.875 άνδρες (50,3%) και 508.756 γυναίκες (49,7%). Την τελευταία 5ετία (2008-2012), λόγω της επιδείνωσης των οικονομικών συνθηκών στην Ελλάδα, παρατηρείται έντονη μεταναστευτική ροή από την Ελλάδα προς άλλες χώρες (124.370 άτομα) που στην πλειοψηφία αφορά σε άνδρες (68,4%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάλυσή μας καταδεικνύει ότι οι μεταβολές του πληθυσμού της Ελλάδας οφείλονται σχεδόν αποκλειστικά στις αντίστοιχες μεταβολές των μεταναστευτικών ροών.

226. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΝΔΡΩΝ-ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Ν. Βλαχάδης[1,2], Ν. Βραχνής[2], Μ. Βλαχάδη[3], Ε. Κορνάρου[1], Ε. Κτενάς[1]

[1]Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, [2]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αρεταίειο νοσοκομείο, Αθήνα, [3]Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο

ΣΚΟΠΟΣ: Η θνησιμότητα των γυναικών είναι μικρότερη από των ανδρών στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση των διαφορών της γενικής θνησιμότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής που αφορούν στο σύνολο των θανάτων στην Ελλάδα κατά το έτος 2012. Υπολογίστηκαν και συγκρίθηκαν οι ειδικοί κατά ηλικία και φύλο δείκτες θνησιμότητας και η σύγκριση της συνολικής θνησιμότητας μεταξύ ανδρών-γυναικών έγινε μετά από άμεση προτύπωση στο συνολικό πληθυσμό της χώρας το 2012.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το σύνολο των θανάτων από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα το 2012 ήταν 116.668, εκ των οποίων οι 60.135 ήταν ανδρών (51,5%) και οι 56.533 γυναικών (49,5%). Η θνησιμότητα των ανδρών ήταν μεγαλύτερη των γυναικών σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η κατανομή του σχετικού κινδύνου (Risk ratio, RR) θανάτου από όλες τις αιτίες των ανδρών σε σύγκριση με τις γυναίκες είναι δικόρυφη, με το μεγαλύτερο RR να αφορά την ηλικιακή ομάδα 20-24 ετών (RR=3,70), αποδιδόμενη κυρίως στη διαφορική θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα, και τη δεύτερη κορυφή στην ηλικιακή ομάδα 60-64 ετών (RR=2,53), οφειλόμενη κυρίως στη διαφορά θνησιμότητας των δύο φύλων από νεοπλάσματα. Οι μικρότερες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων είναι στις ακραίες ηλικιακές ομάδες (παιδική θνησιμότητα 0-14 ετών: RR=1,24, και ≥85 ετών: RR=1,04). Η ολική κατά ηλικία προτυπωμένη θνησιμότητα των ανδρών ήταν 43,4% μεγαλύτερη, σε σύγκριση με τις γυναίκες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάλυσή μας καταδεικνύει και ποσοτικοποιεί μια πολύ σημαντική διαφορά στη συνολική θνησιμότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα. Η απόκλιση στη θνησιμότητα μεταξύ των δύο φύλων ερμηνεύεται από βιολογικές διαφορές αλλά και λόγω διαφοροποιήσεων στη συμπεριφορά, τους κοινωνικούς ρόλους και τον τρόπο ζωής.

227. ΟΔΟΙΠΟΡΙΚΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Λ. Κουρκούτα[1], Ι. Παπαθανασίου[2], Π. Πλατή[3], Ε. Φραδέλος[4], Χ. Κλεισιάρης, Σ. Αμπραχίμ[6]

[1]Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, [3]Τμήμα Ιστορίας - Αρχαιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [4]Δαφνί, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, [5]Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, [6]Β΄ Πανεπιστημιακή Ορθοπεδική Κλινική, ΓΝ Αττικής ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νοσηλευτική παρέχεται από αρχαιοτάτους χρόνους σε όλους τους ασθενείς όπως οι ψυχικά πάσχοντες ακολουθώντας τις εξελίξεις της κάθε εποχής που επηρέασαν τις τάσεις για την περίθαλψη των ψυχιατρικών ασθενών.
ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιάσει τους σημαντικότερους σταθμούς της ιστορίας της ελληνικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Για την ανεύρεση του υλικού πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, επιστημονικά περιοδικά και συγγράμματα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αν και η διδασκαλία της ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών είχε αρχίσει το 1893, η εκπαίδευση νοσηλευτών στην ψυχικής υγεία άρχισε μετά το 1950! Άλλωστε ήταν πολύ δύσκολο να βρεθεί προσωπικό, λόγω του φόβου της ψυχικής ασθένειας. Οι διευθυντές των ψυχιατρείων αναλάμβαναν τη στοιχειώδη εκπαίδευση στην ψυχιατρική του ανειδίκευτου προσωπικού. Το 1934 με το Νόμο 6077 «Περί οργανώσεως των Δημοσίων Ψυχιατρείων» προσλαμβάνεται πρακτικά εκπαιδευμένο προσωπικό στη γενική και στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική με τη συνδρομή των ψυχιάτρων.
Οι τριτοβάθμιες εξάλλου Σχολές Αδελφών-Νοσοκόμων στην Ελλάδα δεν προέβλεπαν καμία ψυχιατρική εκπαίδευση μέχρι το 1946, οπότε και προστέθηκε εκπαίδευση των «μαθητριών» επί 7 εβδομάδες. Το 1973 λειτούργησε στα προπτυχιακά τους προγράμματα σπουδών των Σχολών Νοσηλευτών στα ΚΑΤΕΕ του Υπουργείου Παιδείας η Ψυχιατρική Νοσηλευτική, όπως και στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών που ιδρύθηκε το 1979.
Με το Νόμο 1579/1985 εξάλλου καθιερώθηκε η ειδικότητα της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής αρχής γενομένης από το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο, ενώ πρόγραμμα ειδικότητας εφαρμόζεται και στο Ψ.Ν.Α. «Δαφνί», στο Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης, στο Π.ΓΝ Ιωαννίνων και στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Η διάρκεια των προγραμμάτων είναι δωδεκάμηνη και περιέχει πάνω από 1600 ώρες θεωρητικής κατάρτισης και κλινικής πρακτικής.
Τέλος, από το 1993 Χορηγείται μεταπτυχιακό δίπλωμα στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας μόνο με κλινική πρακτική, εκπαίδευση και έρευνα θα συμβάλουν στη φροντίδα και την προαγωγή της υγείας των ψυχικά πασχόντων.

228. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

229. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

230. ΜΕΛΕΤΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ ΣΕ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΟ «ΠΡΟΤΥΠΟ» ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ

Ε. Σταματόπούλου, Ε. Χατζηπασχάλη

«Πρότυπο» Κέντρο Υγείας Περιστερίου. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), Υπουργείο Υγείας, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της εμβολιαστικής κατάστασης παιδιών στο «Πρότυπο» Κέντρο Υγείας Περιστερίου για την κάλυψη πνευμονιόκοκκου σε ανασφάλιστους και πρόνοιας για τα έτη 2012-2014.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των δεδομένων από το βιβλίο μητρώου των εμβολιασμών όπου αφορούσε την προσέλευση των παιδιών στο παιδιατρικό ιατρείο από της 6/12/12 έως 25/7/2014. Συλλέχθηκαν πρωτογενή στοιχεία, καθώς υπολογίστηκαν τα ποσοστά από την προσέλευση των παιδιών σε κάθε εμβολιαστική κάλυψη. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του SPSS 20, όπου εφαρμόστηκε μη παραμετρικό x^2 test, έτσι ώστε να ελεγχθεί η ισότητα του ποσοστού της μεταβλητής του φύλου και της μεταβλητής της ηλικίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο προσήλθαν 534 παιδιά. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 3,78 έτη. Το 52,25% ήταν αγόρια, ενώ το 47,75% ήταν κορίτσια. Το 66,67% διέμενε στο Δήμο Περιστερίου. Το 12,55% εμβολιάστηκε για πνευμονιόκοκκο, σε σύνολο 67 παιδιά, τα οποία τα 38 (56,71%) ήταν αγόρια και τα 29 (43,28%) ήταν κορίτσια. Το 71,64% εμβολιάστηκε έως 1 έτους, το 19,40% από 1 έως τα 2,5 έτη και το 8,95% εμβολιάστηκε από 2,5 έως 5 έτη. Από τη συσχέτιση x^2 μη παραμετρικό test-test ομοιογένειας προέκυψε ότι η χρήση εμβολίου του πνευμονιόκοκκου επηρεάζεται από την ηλικία (Pvalue<0,01, x^2_2=45,343).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αγόρια προσήλθαν σε μεγαλύτερο ποσοστό για εμβολιαστική κάλυψη πνευμονιόκοκκου σε σχέση με τα κορίτσια. Ωστόσο τείνουν να κάνουν το εμβόλιο του πνευμονιόκοκκου από την ηλικιακή ομάδα παιδιά έως 1ος έτους. Από 1ος έτους έως τα 5 έτη τα αναγραφόμενα ποσοστά εμβολιασμού ήταν πολύ μικρά, ενώ δεν υπήρχε κανείς που να έκανε το εμβόλιο από 5 έτη έως 18 ετών.

231. ΜΕΛΕΤΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΥ ΣΕ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΟ «ΠΡΟΤΥΠΟ» ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ

Ε. Σταματόπούλου, Ε. Χατζηπασχάλη

«Πρότυπο» Κέντρο Υγείας Περιστερίου. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), Υπουργείο Υγείας, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της εμβολιαστικής κατάστασης παιδιών στο «Πρότυπο» Κέντρο Υγείας Περιστερίου για την κάλυψη μηνιγγιτιδόκοκκου σε ανασφάλιστους και πρόνοιας για τα έτη 2012-2014.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των δεδομένων από το βιβλίο μητρώου των εμβολιασμών όπου αφορούσε την προσέλευση των παιδιών στο παιδιατρικό ιατρείο από της 6/12/12 έως 25/7/2014. Συλλέχθηκαν πρωτογενή στοιχεία, καθώς υπολογίστηκαν τα ποσοστά από την προσέλευση των παιδιών σε κάθε εμβολιαστική κάλυψη. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του SPSS 20, όπου εφαρμόστηκε μη παραμετρικό x^2 test, έτσι ώστε να ελεγχθεί η ισότητα του ποσοστού της μεταβλητής του φύλου και της μεταβλητής της ηλικίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο προσήλθαν 534 παιδιά. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 3,78 έτη. Το 15,92%, εμβολιάστηκε για μηνιγγιτιδόκοκκο, σε σύνολο 85 παιδιά, τα οποία τα 47 (55,29%) ήταν αγόρια και τα 38 (44,71%) ήταν κορίτσια. Το 62,35% εμβολιάστηκε έως 1 έτους, το 22,35% από 1 έως τα 2,5 έτη, το 7,059% εμβολιάστηκε από 2,5 έως 5 έτη και το 8,23% από 5 έτη έως 18 έτη. Από τη συσχέτιση x^2 μη παραμετρικό test-test ομοιογένειας προέκυψε ότι αν κάνουν το εμβόλιο του μηνιγγιτιδόκοκκου επηρεάζεται από την ηλικία (Pvalue<0,01, x^2_3=68,176). Το ποσοστό της μη αναφερόμενης δόσης ανήλθε σε 7,49%.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αγόρια προσήλθαν σε μεγαλύτερο ποσοστό για εμβολιαστική κάλυψη μηνιγγιτιδόκοκκου σε σχέση με τα κορίτσια. Ωστόσο από την ηλικιακή ομάδα των 2,5 ετών έως τα 18 έτη τα αναγραφόμενα ποσοστά εμβολιασμού ήταν πολύ μικρά. Θα ήταν εύλογο να αναγράφονται στο βιβλίο μητρώου των ασθενών από τους ιατρούς, όλες οι δόσεις των εμβολίων, σύμφωνα με το βιβλιάριο υγείας του παιδιού.

232. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ

Δ. Κατσώχη, Κ. Αληγέωργας

Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, ΔΘΚΑ «Υγεία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της στάσης των πολιτών απέναντι στο κάπνισμα
ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: Από 31 Μαΐου 2014 έως 30 Ιουνίου 2014 πραγματοποιήθηκε διαδικτυακή έρευνα κατά την οποία συλλέχτηκαν 1618 απαντήσεις αστάθμητο τυχαίο δείγμα σε ερωτήσεις σε ενήλικες για τη στάση τους απέναντι στο κάπνισμα. Η μέση ηλικία ήταν 41 έτη (εύρος 18-65) και ήταν κατά 37,21% άνδρες και κατά 62,79% γυναίκες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταγράφηκαν 40,11% καπνιστές, 38,26% μη καπνιστές και 21,63% πρώην καπνιστές. Η πλειοψηφία των καπνιστών δήλωσε ότι καπνίζει συστηματικά >1 πακέτο την ήμερα (56,23%) και ότι δεν επηρεάστηκε από την αντικαπνιστική καμπάνια κατά 87,05%. Επίσης, μόλις το 16,84% των καπνιστών αναγνωρίζει τη συνήθεια αυτή ως εξάρτηση και το 11,72% ενημερώνεται από ομιλίες ειδικών για τις επιπτώσεις. Τα ποσοστά για ενημέρωση μέσω διαδικτύου και τηλεόρασης ήταν 62,68% και 34,15% αντίστοιχα. Οι πρώην καπνιστές αναφέρουν σε μικρό ποσοστό (25,51%) την ιατρική παρέμβαση ή συμβουλευτική ως αιτία της διακοπής καπνίσματος, ενώ 43,87% των μη καπνιστών αντιμετωπίζει με ανεκτικότητα τους καπνιστές σε κλειστούς δημόσιους χώρους. Οι τελευταίοι ανέφεραν ότι παρακολουθούν ενημερωτικές εκδηλώσεις ειδικών κατά του καπνίσματος σε ποσοστό 15,84%.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ουσιαστικότερη παρουσία των επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητη στη συμβουλευτική της διακοπής του καπνίσματος, επιπρόσθετα στα μέτρα του κράτους. Σημαντική είναι και η ανάδειξη διαφορετικών κοινωνικών προτύπων και με τη συμβολή νέων μέσων πληροφόρησης, όπως το διαδίκτυο.

233. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΞΑΠΛΟΥ ΚΑΙ ΠΕΝΤΑΠΛΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΣΤΟΥΣ 1ους ΜΗΝΕΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Ε. Σταματοπούλου, Ε. Χατζηπασχάλη

«Πρότυπο» Κέντρο Υγείας Περιστερίου. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), Υπουργείο Υγείας, Αθήνα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση και η εκτίμηση της εμβολιαστικής κατάστασης παιδιών προσερχόμενα στο παιδιατρικό ιατρείο του «Πρότυπου» Κέντρου Υγείας Περιστερίου για την κάλυψη διφθερίτιδας, τέτανου, κοκύτου, αιμόφυλου της ινφλουέντζας Β, πολιομυελίτιδας, ηπατίτιδας Β, για τα έτη 2012-2014.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των δεδομένων από το βιβλίο μητρώου των εμβολιασμών όπου αφορούσε την προσέλευση των παιδιών στο παιδιατρικό ιατρείο από της 6/12/12 έως 25/7/2014. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του SPSS 20, όπου εφαρμόστηκε μη παραμετρικό x^2 test, έτσι ώστε να ελεγχθεί η ισότητα του ποσοστού της μεταβλητής του φύλου και της μεταβλητής της ηλικίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο προσήλθαν 534 παιδιά. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 3,78 έτη. Το 8,80% εμβολιάστηκε για διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη, αιμόφυλο της ινφλουέντζας Β, πολιομυελίτιδα σε σύνολο 47 παιδιά, τα οποία τα 21 (44,68%) ήταν αγόρια και τα 26 (55,31%) ήταν κορίτσια. Από την ανάλυση προέκυψε ότι η χρήση του εμβολίου της διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτου, αιμόφυλου της ινφλουέντζας Β, πολιομυελίτιδας επηρεάζεται από την ηλικία (Pvalue<0,05, x^2_3=25,085). Το 11,42% εμβολιάστηκε για διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη, αιμόφυλο της ινφλουέντζας Β, πολιομυελίτιδα, ηπατίτιδα Β, σε σύνολο 61 παιδιά, τα οποία τα 30 (49,18%) ήταν αγόρια και τα 31 (50,81%) ήταν κορίτσια. Επίσης, προέκυψε ότι ο εμβολιασμός για διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη, αιμόφυλο της ινφλουέντζας Β, πολιομυελίτιδα, ηπατίτιδα Β, επηρεάζεται από την ηλικία (Pvalue<0,05, x^2_3=100,115).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών εμβολιάστηκε με το εξαπλό σχήμα εμβολιασμού διφθερίτιδας, τέτανου, κοκκύτου, αιμόφυλου της ινφλουέντζας Β, πολιομυελίτιδας και ηπατίτιδας Β. Τα κορίτσια προσήλθαν σε μεγαλύτερο ποσοστό για εμβολιαστική χορήγηση εξαπλού και πενταπλού εμβολιασμού στους 1ους μήνες ζωής σε σχέση με τα αγόρια.

234. ΟΞΕΙΑ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΝΕΑΡΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΕΣ ΩΟΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ: ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Α. Κανέλλου[1], Σ. Χίνη[1], Χ. Βούλγαρη[1], Β. Κούμπος[1], Β. Ντελής[2], Σ. Παγώνη[1]

[1]Γ΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», [2]Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η νεκρωτική παγκρεατίτιδα απαντάται σε ποσοστό 20% των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα. Η θνητότητα της κυμαίνεται από 20 έως 60% ανάλογα με τη βαρύτητα και τις επιπλοκές, γι' αυτό έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι αντιμετώπισής της.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 19 ετών με ατομικό αναμνηστικό συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών από έτους προσήλθε λόγω εμπύρετου (έως 38°), και επιγαστρικού άλγους διαξιφιστικού χαρακτήρα με αντανάκλαση στην οσφύ έπειτα από βρώση λιπαρού γεύματος. Από την αντικειμενική εκτίμηση παρουσίαζε επίσης μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος άμφω. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίαζε αναιμία με Hct 30,6%, λευκοκυττάρωση (WBC 21,90*10^3/μL με πολυμορφοπυρήνωση 89,4%), σάκχαρο 135 mg/dL, LDH 431 IU/L, AST 37 IU/L, χολερυθρίνη ολική 2,2 mg/dL, άμεση 1,0 mg/dL, CRP 325,4 mg/L, αμυλάση ορού 878 IU/L και ούρων 701 IU/L. Υπερηχογραφικά το πάγκρεας απεικονίστηκε διογκωμένο και οιδηματώδες και η χοληδόχος κύστη με ίζημα. Η αξονική κοιλίας έδειξε αυξημένες συλλογές κοιλίας με τάση περιχαράκωσης περιπαγκρεατικά και υπεζωκοτικές συλλογές βάσεων με συνοδά πυκνοατελεκτασικά στοιχεία. Παρατηρήθηκε διαταραχή του ελάχιστου απομένοντος παγκρεατικού παρεγχύματος στο σώμα, ουρά και την κεφαλή του παγκρέατος και διάταση χοληδόχου κύστεως με ανομοιογένεια εντός αυτής.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έγινε εισαγωγή της ασθενούς, ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες επί πυρετού και έναρξη αντιβιοτικής αγωγής με μεροπενέμη, μετρονιδαζόλη. Ο ανοσολογικός, ιολογικός και ορμονολογικός έλεγχος ήταν αρνητικοί. Η α1-αντιθρυψίνη ήταν φυσιολογική. Η MRI-MRCP άνω κοιλίας συνηγορούσε υπέρ εκτεταμένης παγκρεατικής νέκρωσης που καταλάμβανε πάνω από τα 2/3 του παγκρέατος και περιπαγκρεατικής νεκρωτικής βλάβης, με ταυτόχρονη παρουσία ασκιτικού και πλευριτικού υγρού άμφω. Εκτιμήθηκε από χειρουργούς, γαστρεντερολόγους, λοιμωξιολόγους και ιατρούς ΜΕΘ και έγινε τροποποίηση της αντιβίωσης σε ιμιπενέμη και βανκομυκίνη. Αποφασίστηκε από κοινού η συντηρητική αντιμετώπιση της ασθενούς με στενή παρακολούθηση. Η ασθενής βελτιώθηκε, απυρέτησε και την 11η ημέρα σιτίστηκε χωρίς πρόβλημα. Εξήλθε με οδηγίες διατροφής και επανεκτίμηση για πιθανή χολοκυστεκτομή.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών σχετίζεται με μειωμένη κινητικότητα της χοληδόχου κύστεως και χρόνια παγκρεατίτιδα. Η θεραπευτική και διαιτητική αντιμετώπιση συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη επεισοδίων παγκρεατίτιδας στους ασθενείς αυτούς.

235. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

236. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΤΟΜΟ

Σ. Σολωμού[1], Δ. Μόσχοβης[2], Α. Κίτνα[1], Μ. Τζουβαλά[2], Σ. Γιοβάνης[1], Α. Καρακώστα[3], Γ. Παπαθεοδώρου[4], Γ. Ερωτοκρίτου[1]

[1]Α΄ Παθολογικό Τμήμα ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων», [2]Γαστρεντερολογικό Τμήμα ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων», [3]Παθολοανατομικό Τμήμα ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων», [4]Τμήμα Αξονικού Τομογράφου ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή ασυνήθους περίπτωσης νεαρού ασθενούς (<40 ετών) με αδενοκαρκίνωμα δωδεκαδακτύλου με συμπτωματολογία και ακτινολογικά ευρήματα.
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ: Ασθενής 37 ετών προσέρχεται στο νοσοκομείο μας λόγω αναφερόμενων εμέτων μετά τη λήψη τροφής από 8μήνου καθώς και απώλειας βάρους (περίπου 16 Kg σε διάστημα 5 μηνών). Κατά την εισαγωγή του ο ασθενής υπεβλήθη σε εργαστηριακό έλεγχο που ανέδειξε σιδηροπενική αναιμία (HGB: 10,8 mg/dl, Hct: 34,5%, MCV: 75,2fL, MCH: 23,5 pg, σίδηρος ορού: 16 μg/dL, φερριτίνη: 5,9 ng/ml) λευκοκυττάρωση (WBC: 11,09 K/μL) και θρομβοκυττάρωση (PLT: 735 K/μL).
Από το ατομικό αναμνηστικό ιστορικό αναφέρεται κατάχρηση αλκοόλ από 10ετίας και υπερουριχαιμία υπό αγωγή και από το οικογενειακό ιστορικό Ca παχέος εντέρου στη μητέρα σε ηλικία 74 ετών.
Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής υπεβλήθη σε CT άνω κοιλίας που ανέδειξε διάταση στομάχου και δωδεκαδακτύλου μέχρι τα όρια της 2ης με την 3η μοίρα με παρουσία στένωσης στην περιοχή. Ακολούθως έγινε ολική κολονοσκόπηση χωρίς ανάδειξη παθολογικών ευρημάτων και γαστροσκόπηση όπου ανευρέθηκαν πολυποειδή επάρματα στα όρια 2ης με 3η μοίρα που προκαλούσαν μερική στένωση του αυλού. Επιπλέον έλεγχος του λεπτού εντέρου με CT εντερογραφία ανέδειξε παρουσία μεγάλης διηθητικής βλάβης στην περιοχή 2ης προς 3η μοίρα του δωδεκαδακτύλου η οποία δεν επέτρεπε την είσοδο σκιαγραφικού στο υπόλοιπο λεπτό έντερο με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η απεικόνισή του.
Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε μέσης διαφοροποίησης πρωτοπαθές αδενοκαρκίνωμα δωδεκαδακτύλου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το αδενοκαρκίνωμα του λεπτού εντέρου είναι ένα σπάνιο νεόπλασμα που αποτελεί το 5% των καρκινωμάτων του πεπτικού σωλήνα και το 40% των καρκινωμάτων του λεπτού εντέρου. Το δωδεκαδάκτυλο αποτελεί τη συχνότερη θέση εμφάνισής του (55-82%) και η μέση ηλικία διάγνωσης είναι η 6η δεκαετία. Έχει κακή πρόγνωση σε όλα τα στάδια με μέση 5ετή επιβίωση 14-33%. Κυριότερος προγνωστικός παράγοντας του μη μεταστατικού αδενοκαρκινώματος αποτελεί η λεμφαδενική διήθηση, άλλοι δε κακοί προγνωστικοί παράγοντες είναι η ηλικία, τα στάδιο pT4, η κακή διαφοροποίηση του όγκου, τα διηθημένα χειρουργικά όρια και η λεμφαγγειακή διήθηση. Η εντόπιση του πρωτοπαθούς όγκου στο δωδεκαδάκτυλο έχει χειρότερη πρόγνωση συγκριτικά με εκείνη στη νήστιδα και στον ειλεό.

237. ΕΠΙΠΤΩΣΗ IN CITU ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΟΛΥΠΕΚΤΟΜΗ

Ν. Χρύσανθος[1], Ε. Αναγνωστοπούλου[1], Σ. Πατσαβέλα[1], Α. Μέλλιος[2], Π. Κορκολοπούλου[3]

[1]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Χανίων, [2]Παθολοανατομικό Κέντρο ΓΝ Χανίων, [3]Παθολογοανατομικό Κέντρο, Ιατρική Σχολή Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Είναι γνωστό ότι τα αδενώματα του παχέος εντέρου αποτελούν προκαρκινικές αλλοιώσεις και εξαλλάσσονται σε καρκινώματα εντός 7-10 ετών. Είναι απαραίτητο να αφαιρούνται και να εξετάζονται ιστολογικά ώστε να καθοριστούν τα μεσοδιαστήματα επανελέγχου. Η κολονοσκόπηση αποτελεί τη χρυσή εξέταση για την εντόπιση και την αφαίρεση σχεδόν του συνόλου των πολυπόδων παχέος εντέρου.
ΣΚΟΠΟΣ: Η συχνότητα ανεύρεσης in situ καρκινώματος σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ενδοσκοπική αφαίρεση πολυπόδων παχέος εντέρου
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ: Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη στην οποία συμπεριλήφθηκαν 108 ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική αφαίρεση αδενωμάτων παχέος εντέρου. Τα δεδομένα καταγράφηκαν και αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21.0.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 108 ασθενείς [68 (62.9%) άντρες/40 (37.1%) γυναίκες] που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική πολυπεκτομή, οι 58 εξ αυτών είχαν πολύποδες μεγέθους >1 cm [58/108 53.7% P=0.28]. Μικρό ποσοστό εξ αυτών είχαν μεγάλους πολύποδες μεγέθους >2 cm [5/58 8.6%]. Το δεξιό κόλον ήταν η περιοχή του παχέος εντέρου όπου παρατηρήθηκαν οι περισσότεροι πολύποδες [57/108 (52.8%), P=0.73]. Ωστόσο 14 ασθενείς [14/108 (12.9%)] είχαν πολύποδες τόσο στο αριστερό όσο και στο δεξιό κόλον. Η πλειοψηφία των ασθενών είχαν έως 3 πολύποδες [97/108 89.8% P=0.47].
Κατά την ιστολογική εξέταση διαπιστώθηκε οτι τρεις ασθενείς είχαν ήδη αρχόμενο καρκίνωμα (in situ) κατά την πολυπεκτομή [3/108 2.8%, P=0.33]. Ως αναφορά το ιστολογικό μοντέλο των αδενωμάτων, αυτά ήταν στην πλειοψηφία τους σωληνώδη και σωληνολαχνωτά αδενώματα [53/108 49.1%, 37/108 34.2%] με μέτρια δυσπλασία [60/108 55.6%, P=0.39].
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο εντοπισμός, η έγκαιρη και πλήρης αφαίρεση των αδενωμάτων παχέος εντέρου είναι κατά κανόνα ευχερής και αναμένεται να ελαττώσει τα επόμενα χρόνια την επίπτωση του ορθοκολικού καρκίνου. Η επίπτωση in situ καρκινώματος αν και μικρή μας υποχρεώνει σε εντατικοποίηση του ελέγχου του γενικού πληθυσμού ώστε να μειωθεί ή και να μηδενιστεί η συχνότητα του.

238. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

239. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ HIV/AIDS: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ν. Βουδούρη, Β. Στούκας, Ι. Μαυρογιάννη, Σ. Χωριανοπούλου, Α. Μπαμπλέκη, Μ. Κλώκα, Τ. Αντύπας

PRAKSIS M.K.O.

Η PRAKSIS είναι μια ανεξάρτητη, μη κερδοσκοπική, Μη Κυβερνητική Οργάνωση (ΜΚΟ), βασικό σκοπό της οποίας αποτελεί η εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού και η στήριξη κοινωνικά ευάλωτων ομάδων μέσω παροχής ιατρικών, νομικών, συμβουλευτικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών. Μέσω των προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας η PRAKSIS ήδη από το 2010 υλοποιεί πρόγραμμα δωρεάν ενημέρωσης και εξέτασης για τους ιούς του HIV, της Ηπατίτιδας Β και της Ηπατίτιδας C τόσο στις σταθερές δομές της όσο και με ιατρικές κινητές μονάδες όπου οι ενδιαφερόμενοι έχουν τη δυνατότητα να ενημερωθούν και να κάνουν το γρήγορο τεστ για τους προαναφερθέντες ιούς δωρεάν και ανώνυμα. Παράλληλα, η PRAKSIS από το 2009 λειτουργεί δωρεάν τηλεφωνική γραμμή ενημέρωσης σχετικά με τους ιούς HIV, HBV και HCV (800.11.11600 από σταθερό και 210.8250.600 από κινητό). Τέλος, η PRAKSIS υλοποιεί δράσεις ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού αλλά και ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων σε σχέση με θέματα Δημόσιας Υγείας και επιπλέον διαθέτει τμήμα συνηγορίας που υλοποιεί δράσεις Υπεράσπισης των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων και Άσκησης Πολιτικής πίεσης προκειμένου να αρθούν τα εμπόδια πρόσβασης στην Υγεία που αντιμετωπίζουν σε άλλοτε άλλο βαθμό οι διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες στη χώρα μας.
Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται τα στατιστικά στοιχεία των γρήγορων τεστ για τις Ηπατίτιδες Β και C καθώς και για τον HIV, όπως επίσης και το σύνολο των περιστατικών που έχουν διασυνδεθεί με το Σύστημα Υγείας, τα εμπόδια της πρόσβασης στο ΕΣΥ των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων αλλά και οι καλές πρακτικές προκειμένου να αρθούν τα εμπόδια αυτά.

240. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΙΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΤΥΠΩΝ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ

Α. Γκίκας[1], Ν. Τσακουντάκης[2], Ι. Καράμπελας[1], Κ. Μαραγιάννης[1], Ν. Χάλαρης[1]

[1]Κέντρο Υγείας Καλυβίων, [2]Περιφερειακό Ιατρείο Μαλίων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Δεδομένης της δύσκολης οικονομικής κατάστασης, η χρήση των γενόσημων αντί των πρωτότυπων φαρμάκων αποτελεί ένα σημαντικό στόχο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ωστόσο, είναι γνωστό ότι η χρήση των γενόσημων αντιμετωπίζεται με σκεπτικισμό από ιατρούς και ασθενείς.
ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της υπόθεσης ότι τα γενόσημα αντιβιοτικά (ΓΑ) που χρησιμοποιούνται στην καθ' ημέρα κλινική πράξη ίσως να προκαλούν σε μεγαλύτερο βαθμό ανεπιθύμητες ενέργειες (ΑΕ) σε σχέση με τα πρωτότυπα αντιβιοτικά (ΠΑ).
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη διεξήχθηκε από το Νοέμβριο 2013 έως το Μάιο 2014. Συμμετείχαν 254 ασθενείς (134 γυναίκες και 120 άνδρες, ηλικίας 18-86 ετών), οι οποίοι έλαβαν θεραπεία με αντιβιοτικά για 1-15 (κατά μέσο όρο: 7.4±2.7) ημέρες. Όλοι οι συμμετέχοντες πρακολουθήθηκαν μέσω άμεσης ή τηλεφωνικής επικοινωνίας και καταγράφηκαν οι τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες μέχρι την 3η, 10η και 15η ημέρα μετά την έναρξη της θεραπείας. Πραγματοποιήθηκε σύγκριση της επίπτωσης των ΑΕ μεταξύ των ασθενών που έλαβαν ΓΑ και αυτών που έλαβαν ΠΑ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, το 16.1% των ασθενών παρουσίασε κάποια ΑΕ. Οι πιο συχνές ΑΕ ήταν το επιγαστρικό/κοιλιακό άλγος (7.1%), η διάρροια (5.1%), το εξάνθημα (2.4%) και η ναυτία/έμετος (2.4%). Τα ποσοστά εμφάνισης ΑΕ ήταν παρόμοια στους ασθενείς που έλαβαν ΓΑ και ΠΑ [16.9% (22/130) έναντι 15.3% (19/124), P=0.729]. Σχεδόν ίδια ήταν τα ποσοστά διακοπής της αγωγής λόγω ΑΕ στις δύο ομάδες (10.8% έναντι 10.3%, P=0.941). Συγκρίνοντας τα ΓΑ με τα αντίστοιχα ΠΑ, που περιέχουν την ίδια δραστική ουσία, οι διαφορές στην επίπτωση των ΑΕ είχαν ως εξής: στην κεφουροξίμη [3.0% (1/28) έναντι 3.6% (1/33), P=0.906], κεφπροζίλη [12.5% (3/24) έναντι 0% (0/9), P=0.266], κλαριθρομυκίνη [28.9% (13/45) έναντι 40% (6/15), P=0.423]. Παρ' ότι η επίπτωση των ΑΕ στα γενόσημα σκευάσματα του συνδυασμού αμοξικιλλίνης/κλαβουλανικού οξέος ήταν υψηλότερη σε σχέση με το πρωτότυπο σκεύασμα [44.4% (4/9) έναντι 27.6% (8/29)], η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική (P=0.342).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα της μελέτης συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι το προφίλ ασφαλείας των ΓΑ είναι παρόμοιο με αυτών των ΠΑ. Λόγω της διαφοράς κόστους, τα ΓΑ φαίνεται να αποτελούν την προτιμότερη επιλογή στην αντιμετώπιση των κοινών λοιμωδών νοσημάτων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

241. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ ΣΤΟ ΤΕΠ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Π. Χέρας, Η. Γεωργόπουλος, Ε. Σταματοπούλου

Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ναυπλίου

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρόνια κεφαλαλγία αποτελεί σύνηθες σύμπτωμα της τρίτης ηλικίας, έχει χαρακτήρες τάσεως και συχνά αντικατοπτρίζει παράγοντες, όπως κατάθλιψη, αρρύθμιστη αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο, ανεπάρκεια σπονδυλοβασικού συστήματος και απουσία οικογενειακών σχέσεων και φροντίδας διαβίωσης. Στην εργασία μας το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στη διάγνωση και αντιμετώπιση της χρόνιας κεφαλαλγίας.
ΥΛΙΚΟ: Το έτος 2014 εξετάσθηκαν 131 ασθενείς με χρόνια κεφαλαλγία, εκ των οποίων 44 ήταν άνδρες (33,5%) και 87 γυναίκες (66,5%) μέσης ηλικίας 79,3 έτη (70-92).
ΜΕΘΟΔΟΣ: Η συμπτωματολογία αφορούσε σε κεφαλαλγία τάσεως (95,4%) και κρίση ημικρανίας (4,6%). Στη μελέτη μας δεν συμπεριλήφθησαν 42 ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν αιτιώμενοι <<κεφαλαλγία>> αλλά η προσεκτική λήψη ιστορικού ανέδειξε την παρουσία εμβοών ώτων, ιλίγγου και ψυχοσωματικών ενοχλημάτων (καύσος τριχωτού κεφαλής)
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα κυριότερα αίτια χρόνιας κεφαλαλγίας ήταν: ψυχογενή (64,8%), υπερτασική κρίση (19%) και ανεπάρκεια καρωτιδικού-σπονδυλοβασικού συστήματος (9,9%). Τριάντα τρείς ασθενείς (25%) υπέφεραν και από κεφαλαλγία λόγω χρόνιας κατάχρησης αναλγητικών. Η χρόνια κεφαλαλγία της τρίτης ηλικίας αναμφισβήτητα αποτελεί κύρια αιτία προσέλευσης στο ΤΕΠ. Η χρονιότητα της συμπτωματολογίας δεν εφησυχάζει αλλά απαιτεί εγρήγορση και πλήρη παρακλινικό έλεγχο για διαπίστωση πιθανής οργανικότητας. Οι συνθήκες διαβίωσης, η συναισθηματική φόρτιση, η απομόνωση, η ανέχεια και γεροντική κατάθλιψη συνιστούν κύριους αιτιολογικούς παράγοντες. Ο θεραπευτικός συνδυασμός αντικαταθλιπτικής αγωγής και β-αναστολέων είναι επιτυχής.

242. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΕΝΗΛΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΚΑΙ Η ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΤΟΥ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Α. Γκίκας, Ε. Μωρέτη, Χ. Δουκαρέλη, Χ. Χατζηιωαννίδου, Μ. Γκίνη

Κέντρο Υγείας Καλυβίων

ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης ήταν η διευρεύνηση της συχνότητας του καπνίσματος στον ενήλικο πληθυσμό και της συνύπαρξής του με άλλους μείζονες παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 2636 άτομα (1306 άνδρες και 1330 γυναίκες), μέσης ηλικίας 50.5±17.8 (εύρος ηλικίας 20-95) ετών. Τα άτομα αποτελούσαν αντιπροσωπευτικό δείγμα των κατοίκων του δήμου Σαρωνικού, που συμμετείχαν στην εκλογική διαδικασία των δημοτικών εκλογών (Μάιο 2014). Οι πληροφορίες ελήφθησαν μέσω ερωτηματολογίου (υπό μορφή συνέντευξης) όπου καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ύψος, βάρος, τα στοιχεία που αφορούσαν στο κάπνισμα καθώς και το ιστορικό των άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου. Η στατιστική ανάλυση έγινε μέσω του προγράμματος SPSS.
ΑΠΟΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εν ενεργεία καπνιστές (>1 τσιγάρα/ημερησίως) ήταν 1025 άτομα (39%), πρώην καπνιστές 554 (21%) και μη καπνιστες 1057 (40%). Το ποσοστό των καπνιστών στους άνδρες και στις γυναίκες ήταν 39.2% και 38.6%, ενώ των πρώην καπνιστών 27% και 15%, αντίστοιχα (P<0.0001). Τα ποσοστά καπνιστών στους άνδρες και στις γυναίκες, στις επιμέρους ηλικιακές ομάδες, ήταν τα εξής: στα άτομα 20-29 ετών 41% και 38%, στα άτομα 30-39 ετών 42.5% και 48%, στα άτομα 40-49 ετών 54% και 51%, στα άτομα 50-59 ετών 47% και 44.5%, στα άτομα 60-69 ετών 39% και 39%, και στα άτομα ≥70 ετών 16% και 4%, αντίστοιχα. Σε σχέση με τους άλλους παραγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου βρέθηκε ότι: το 31% των ατόμων με διαβήτη, το 33% με αρτηριακή υπέρταση, το 35% με υπερχοληστερολαιμία (>200) και το 24% των ατόμων με διαπιστωμένη στεφανιαία νόσο ήταν εν ενεργεία καπνιστές. Εν τω μεταξύ, αξίζει να σημειωθεί ότι οι πρώην καπνιστές είχαν μεγαλύτερο σωματικό βάρος σε σχέση με τους καπνιστές και μη καπνιστές (81±16 έναντι 76±16 και 77±16, P<0.0001)
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός του καπνίσματος παραμένει υψηλός στον ενήλικο πληθυσμό, χωρίς να καταγράφονται ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αυτό σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το κάπνισμα συνυπάρχει σε σημαντικό βαθμό με άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου κάνει πιο επιτακτική την ανάγκη αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση αυτής της ανθυγιεινής συνήθειας.

243. ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΟΞΕΟΣ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Π. Χέρας, Η. Γεωργόπουλος, Μ. Μητροπούλου

Παθολογική Κλινική Νοσηλευτικής Μονάδας Ναυπλίου, ΓΝ Αργολίδας

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετήσουμε τα κύρια αίτια εμπυρέτων, σε ασθενείς άνω των 65 ετών, καθόσον ο πυρετός αποτελεί μια από τις πλέον συνήθεις αιτίες προσέλευσης των ασθενών αυτών στο νοσοκομείο.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήσαμε τους φακέλους 64 ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας για χρονικό διάστημα 12 μηνών με διάγνωση εισόδου <<εμπυρέτου υπό διερεύνηση>>. Από τους ασθενείς οι 41 ήταν γυναίκες (64%) και οι 23 ήταν άνδρες (36%). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 77,5 έτη.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε όλους τους ασθενείς ελαμβάνετο λεπτομερές ιστορικό και σχολαστική αντικειμενική εξέταση. Ακολουθούσε ο συνήθης εργαστηριακός και ακτινολογικός έλεγχος καθώς και υπερηχογράφημα άνω κοιλίας. Ελαμβάνετο καλλιέργειες αίματος και ούρων και κατεγράφησαν οι συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 64 ασθενείς σχεδόν όλοι είχαν συνυπάρχοντα νοσήματα (94%), εκτός 3 ασθενών που είχαν ελεύθερο ιστορικό. Οι 27 (42%) είχαν Σ. Διαβήτη. Τα νοσήματα που διαγνώσθηκαν είναι κατά σειράς συχνότητας: Λοιμώξεις αναπνευστικού, ουρολοιμώξεις, οξεία χολοκυστίτιδα και χολαγγειίτιδα, οξεία γαστρεντερίτιδα, μηνιγγίτιδα, και νεοπλασίες. Κατά την είσοδο των ασθενών, από το ιστορικό την αντικειμενική εξέταση, το συνήθη εργαστηριακό και ακτινολογικό έλεγχο, ετέθη η διάγνωση σε 39 ασθενείς (61%), ενώ στους υπολοίπους 13 (20%) κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Παρά το λεπτομερή έλεγχο αδιάγνωστοι έμειναν 3. Ο μέσος όρος νοσηλείας των ασθενών ήταν 12 ημέρες. Από το σύνολο των ασθενών απεβίωσαν 19 (29,5%){ με σηπτικό shock 9 ασθενείς (14%), με πνευμονία 8 (11%)}. Εν κατακλείδι, τα πλέον συνήθη αίτια οξέος εμπυρέτου νοσήματος των ηλικιωμένων είναι τα νοσήματα του αναπνευστικού και του ουροποιητικού συστήματος. Οι ηλικιωμένοι εμπύρετοι ασθενείς είναι τα νοσήματα του αναπνευστικού και του ουροποιητικού συστήματος. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν μακρύ χρόνο νοσηλείας και υψηλή θνητότητα. Η συνύπαρξη άλλων παθολογικών καταστάσεων, όπως ΣΔ, παλαιό ΑΕΕ, μόνιμος ουροκαθετήρας, νεοπλάσματα κ.α., ευνοούν την εκδήλωση λοιμώξεων και προδιαθέτουν για την κακή έκβαση αυτών, στους ασθενείς αυτούς.

244. ΑΙΤΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 85 ΕΤΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Γ. Κορακάκης, Δ. Τσάλτα, Κ. Κατσάρα, Κ. Αδαμόπουλος, Α. Πολύζου, Β. Πετσιμέρη, Ν. Κομιτόπουλος

Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι υπερήλικες ασθενείς εμφανίζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά νοσηλείας καθώς πρόκειται για μια ανομοιογενή ομάδα με διαβαθμίσεις στη λειτουργικότητα που παρεμβαίνει στην ομαλή ανάρρωσή τους. Σκοπός της μελέτης ήταν διερεύνηση των αιτιών νοσηλείας υπερηλίκων ασθενών σε Γενικό Νοσοκομείο της Αττικής όπως καταδεικνύονται από την αιτία εισόδου και τη διάγνωση εξόδου και η εξαγωγή συμπερασμάτων για τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών αυτών.
ΜΕΘΟΔΟΣ: 112 νοσηλευόμενοι ασθενείς άνω των 85 ετών μελετήθηκαν σε διάστημα ενός έτους. Καταγράφηκαν οι κύριες αιτίες εισόδου στην Παθολογική κλινική και έγινε ομαδοποίηση αυτών με βάση το προεξάρχον σύμπτωμα. Επίσης, καταγράφηκαν οι διαγνώσεις εξόδου των ασθενών με βάση το σύστημα ταξινόμησης ICD-10 και υπολογίσθηκε η συχνότητά τους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:
11 ασθενείς πέθαναν κατά τη νοσηλεία τους (ποσοστό 9,8%), ενώ ο μέσος όρος νοσηλείας των ασθενών πλησίαζε τις 10 ημέρες.

Αιτία Εισόδου	*N*	*(%)*
Νευρολογική διαταραχή	24	21,4
Καρδιαγγειακά	7	6,3
Λοίμωξη	36	32,1
Αναπνευστικό	5	4,5
Αιματολογικό	11	9,8
Γαστρεντερικό	9	8,0
Άλλο	20	17,9
Σύνολο 112	100	

Διάγνωση Εξόδου	*N*	*(%)*
Παθήσεις ουροποιητικού (εκτός Νεφρικής Ανεπάρκειας)	25	22,3
Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια	14	12,5
Καρδιαγγειακές παθήσεις	13	11,6
Λοιμώξεις αναπνευστικού	10	8,9
Ενδοκρινικές παθήσεις	10	8,9
Αιματολογικές παθήσεις	8	7,1
Γαστρεντερικές παθήσεις	5	4,5
Άλλες παθήσεις αναπνευστικού	5	4,5
Νεφρική Ανεπάρκεια	5	4,5
Νεοπλάσματα	2	1,8
Άλλα αίτια	15	13,4
Σύνολο	112	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι λοιμώξεις κυρίως και τα αγγειακά νοσήματα κατεγράφησαν ως οι συχνότερες αιτίες νοσηλείας στην πλειοψηφία των υπερηλίκων ασθενών γεγονός το οποίο καθιστά αναγκαία την ενημέρωση των ιατρών στα αντίστοιχα επιστημονικά αντικείμενα.

245. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

246. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΆ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ο. Τσαχουρίδου[1], Σ. Τσοτουλίδης[1], Κ. Γρίβου[1], Σ. Σιδηροπούλου[1], Α. Μποτσκαρίοβα[1], Α. Ψαρρά[2], Τ. Χαριανοπούλου-Μαρισέσκου[2], Δ. Καραγιαννίδου[2], Ε. Χριστοφορίδου[1], Γ. Πετρίδης[2]

[1]Κέντρο Υγείας Κασσανδρείας, [2]ΓΝ Πολυγύρου

ΣΚΟΠΟΣ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας με ποικίλες δευτεροπαθείς επιπλοκές και επιβαρυντικούς παράγοντες. Σημαντική είναι η έγκαιρη διάγνωση και η πρόληψη των επιπλοκών αυτών.
ΥΛΙΚΟ: Το σύνολο των ασθενών που εντάχθηκε σε τακτική παρακολούθηση στο Διαβητολογικό Ιατρείο του Κ. Υ. Κασσανδρείας κατά την 5ετία 2009-2014.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν συνολικά 434 ασθενείς. Σ' αυτούς καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία κατά την ένταξή τους στο ιατρείο, συστηματική κλινική εξέταση, καταγραφή των συνοδών παθήσεων, ενώ έγινε καταγραφή των μικροαγγειακών επιπλοκών των ασθενών (διαβητική νευροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια). Στους ασθενείς έγινε περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος (βυθοσκόπηση, έλεγχος νευροπάθειας κάτω άκρων, καρδιολογικός έλεγχος) και προσπάθεια βέλτιστης ρύθμισης της υπεργλυκαιμίας και των παραγόντων κινδύνου (παχυσαρκίας, αρτηριακής υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας, καπνιστική συνήθεια). Οι ασθενείς παρακολουθούνται με τουλάχιστον μία επίσκεψη ετησίως.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των ασθενών 217 ήταν άνδρες (50%). Το 58.2% ήταν μη καπνιστές, 27.6% είναι καπνιστές και 14% διέκοψαν το κάπνισμα με τη διάγνωση της νόσου ή την προηγούμενη 5ετία. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών ήταν υπέρβαροι (68%), ενώ 21% ήταν παχύσαρκοι κατά την πρώτη επίσκεψη. Ταυτόχρονα οι περισσότεροι παρουσίαζαν αρτηριακή υπέρταση (75.5%), και δυσλιπιδαιμία (68%) κατά τη διάγνωση, ενώ 347 ασθενείς (79.9%) είχαν κακή ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη (HbA1c>7). Θετικό οικογενειακό ιστορικό για σακχαρώδη διαβήτη είχε το 66.3% των ασθενών (τουλάχιστον ένας συγγενής πρώτου βαθμού). Σημαντικό ποσοστό ασθενών εμφάνιζε ήδη διαβητική νευροπάθεια (38%) κατά την ένταξή τους στη μελέτη, ενώ βλάβες στον αμφιβληστροειδή είχε το 31% αυτών.

247. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Σ. Σολωμού, Α. Κοντορίγα, Σ. Γ. Αμανετοπούλου, Α. Καπάταης, Μ. Κουτσουράκη, Γ. Ερωτοκρίτου

Α΄ Παθολογική Κλινική ΓΝ Νίκαιας

ΣΚΟΠΟΣ: Η συννοσηρότητα παχυσαρκίας σε ασθενείς με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ και αρτηριακής υπέρτασης οι οποίοι νοσηλεύθηκαν σε παθολογικό τμήμα τριτοβάθμιου νοσοκομείου.
ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ: Επί συνόλου 1071 νοσηλευθέντων ασθενών για διάστημα 6 μηνών μελετήσαμε 408 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ και υπέρταση (252 γυναίκες και 156 άνδρες) μέσης ηλικίας 62,5 έτη. Οι ασθενείς με βάση το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) διακρίθηκαν σε παχύσαρκους (ΔΜΣ> 29,5) και μη παχύσαρκους (ΔΜΣ<29,5).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Με βάση το ΔΜΣ διαπιστώθηκε ότι παχύσαρκοι ήταν το 65% των γυναικών (152 αθενείς) και το 40% των ανδρών (63 ασθενείς), ενώ οι λοιποί ασθενείς διατηρούσαν φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παχυσαρκία, η αρτηριακή υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν μείζονες παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της αθηροσκλήρυνσης με τις δραματικές επιπλοκές της. Ο έλεγχος του σωματικού βάρους και η αλλαγή του τρόπου ζωής αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στη ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης και του σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ και τροποποίηση της εξέλιξης βλάβης σε όργανα στόχους.

248. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΝΗΣ

Ι. Μπινάκας[1], Ν. Γκιούλος[1], Α. Σπανού[2], Ε. Παντιώρα[1]

[1]Κέντρο Υγείας Αγίου Νικολάου Μάνης, [2]Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπιδίων, λόγω έλλειψης ινσουλίνης, και εκφράζεται με αύξηση της γλυκόζης στο αίμα. Υπάρχουν καταστάσεις οι οποίες δεν θεωρούνται μεν «νόσος», συνδυάζονται όμως με αυξημένο κίνδυνο εξέλιξης προς ΣΔ, πιθανόν δε και εμφάνισης καρδιοαγγειακών βλαβών. Με βάση την τιμή γλυκόζης νηστείας προσδιορίζεται η ενδιάμεση κατάσταση της Διαταραγμένης Γλυκόζης Νηστείας (Impaired Fasting Glucose - IFG, Γλυκόζη νηστείας 100 - 125), και με βάση την τιμή γλυκόζης δύο ωρών κατά την OGTT, προσδιορίζεται η ενδιάμεση κατάσταση της Διαταραγμένης Ανοχής στη Γλυκόζη (Impaired Glucose Tolerance - IGT, Γλυκόζη μετά 2 ώρες 140 - 199). Οι δύο αυτές κατηγορίες (IFG και IGT) χαρακτηρίζονται, ως Προδιαβήτης ή ως Διαταραγμένη Ομοιοστασία της Γλυκόζης και μπορεί να συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο και σχετίζονται με εμφάνιση διαβήτη και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.
ΣΚΟΠΟΣ: εκτίμηση της επίπτωσης του ΣΔ τύπου 2 και προδιαβήτη στον πληθυσμό της Δυτικής Μάνης.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: με τη χρήση ειδικού ερωτηματολογίου το οποίο περιελάμβανε παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του ΣΔ, όπως η ηλικία, ο δείκτης μάζας σώματος, η περιφέρεια μέσης, οι διατροφικές συνήθειες, η Αρτηριακή Υπέρταση και το οικογενειακό ιστορικό ΣΔ, πραγματοποιήθηκε σταδιοποίηση του πληθυσμού σε κατηγορίες κινδύνου και εν συνεχεία έγινε η από του στόματος Δοκιμασία Ανοχής στη Γλυκόζη (Oral Glucose Tolerance Test - OGTT) για να διαπιστώσουμε πόσοι είχαν αυξημένη γλυκόζη νηστείας ή αυξημένα μεταγευματικά σάκχαρα. Η OGTT έγινε σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (η εξέταση έγινε το πρωί, μετά από δεκάωρη νηστεία και τριήμερη φόρτιση με 150 γρ υδατανθράκων ημερησίως για τρεις ημέρες).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν 181 άτομα με παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ΣΔτ2, εκ των οποίων το 51% άνδρες και το 49% γυναίκες. Στο 15% του δείγματος η OGTT ήταν φυσιολογική, το 17% παρουσίασε IFG, το 16% IFG και IGT ταυτόχρονα, το 19% IGT και το υπόλοιπο 33% παρουσίασε ΣΔ. Το 85% του δείγματος εμφάνισε ΣΔτ2 και προδιαβήτη. Η στατιστική ανάλυση που έγινε με το πρόγραμμα SPSS μας έδειξε ότι ο ΣΔ και οι διάφορες μορφές προδιαβήτη σχετίζονται με υψηλές τιμές BMI, με την κοιλιακή παχυσαρκία, με διατροφή πλούσια σε λιπαρά και φτωχή σε φυτικές ίνες. Δε συσχετίζονται με την υπέρταση, την ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι σημαντικό να γίνεται έλεγχος σε άτομα με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ΣΔτ2 ή Προδιαβήτη, ειδικά σε άτομα υπέρβαρα, παχύσαρκα και με διατροφικές συνήθειες πλούσιες σε λιπαρά, με σκοπό την έγκαιρη αντιμετώπιση και πρόληψη των επιπλοκών της νόσου.

249. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ FINDRISK

Α. Παπαζαφειροπούλου[1], Α. Κοκολάκη[2], Δ. Γουγουρέλας[3], Μ. Καρδάρα[1], Π. Κόλλιας[1]

[1]Κέντρο Υγείας Ερυμάνθειας, Αχαΐα, [2]ΠΙ Καλλιανών, Κέντρο Υγείας Κιάτου, Κορινθία, [3]Κέντρο Υγείας Γκούρα, Κορινθία

ΣΚΟΠΟΣ: Είναι γνωστό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2) λαμβάνει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας. Επιδημιολογικά δεδομένα στη χώρα μας επιβεβαιώνουν την αύξηση του ΣΔ. Ωστόσο, τα υπάρχοντα δεδομένα σχετικά με τις ομάδες αυξημένου κινδύνου εμφάνισης ΣΔ είναι περιορισμένα. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης ΣΔ2 με βάση το ερωτηματολόγιο FINDRISK σε αγροτικό πληθυσμό.
ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη συμμετείχαν 197 άτομα (100 γυναίκες/97 άνδρες) μέσης ηλικίας 66,1± 12,0 ετών που προσήλθαν στα Κ.Υ. Κιάτου, Ερυμάνθειας και Γκούρα. Η εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης ΣΔ2 έγινε με το ερωτηματολόγιο FINDRISK.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 40,2% των ατόμων της μελέτης εμφάνισε ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ2 και το 35,0% μέτρια αυξημένο κίνδυνο, ακολουθούμενα από ποσοστό της τάξης του 10,3% που εμφάνισε υψηλό κίνδυνο και 11,1% με χαμηλό κίνδυνο. Πολύ υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ2 παρουσίασε το 3,4% του πληθυσμού της μελέτης. Όσον αφορά τους επιμέρους παράγοντες κινδύνου, το 38,5% είχε ΔΜΣ 2, το 42,7% 25-30 Kg/m^2 και το 18,8% >30 Kg/m^2. Μόνο το 29,9% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι ασχολείται με σωματική δραστηριότητα επί 30 λεπτά την ημέρα, ενώ παρόμοιο ποσοστό (27,4%) ανέφερε ότι καταναλώνει καθημερινά λαχανικά και φρούτα. Ποσοστό 66,7% έπασχε από αρτηριακή υπέρταση, 15,4% είχε υψηλά επίπεδα γλυκόζης αίματος σε μία τουλάχιστον εξέταση και 30,8% ανέφερε οικογενειακό ιστορικό ΣΔ2.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σημαντικό ποσοστό ατόμων που προέρχονται από αγροτικό πληθυσμό παρουσιάζει είτε υψηλό είτε μέτρια αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ2. Ένα άλλο εύρημα της παρούσας εργασίας ήταν ότι το ποσοστό των ατόμων που αναφέρει σωματική δραστηριότητα 30 λεπτά/ημέρα και καταναλώνει καθημερινά λαχανικά και φρούτα είναι μικρό. Συνεπώς, παρεμβάσεις με στόχους τους δύο αυτούς τομείς, ενδεχομένως, να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στην πρόληψη του ΣΔ.

250. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

251. ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ Β12

Ι. Μπινάκας[1], Ν. Γκιούλος[1], Ε. Παντιώρα[1], Α. Σπανού[2]

[1]Κέντρο Υγείας Αγίου Νικολάου Μάνης, [2]Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας

Η μετφορμίνη είναι ένα φάρμακο της κατηγορίας των διγουανιδίων και βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της θεραπείας του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Ο μηχανισμός δράσης της στηρίζεται στην αναστολή της γλυκονεογέννεσης, δηλαδή την παραγωγή γλυκόζης από το ήπαρ. Επίσης αυξάνει την ευαισθησία των ιστών στη δράση της ινσουλίνης και την περιφερειακή πρόσληψη γλυκόζης, χωρίς να αυξάνει την έκκριση της τελευταίας από τα παγκρεατικά κύτταρα. Μια ανεπιθύμητη δράση της μετφορμίνης που αποτελεί και το αντικείμενο της μελέτης μας, είναι η μείωση των επιπέδων της βιταμίνης Β12. Η έλλειψη της Β12 οδηγεί σε αναιμία (τυπικά με μακροκυττάρωση) με συμπτωματολογία κόπωσης, αδυναμίας, ταχυκαρδίας, ωχρότητας και στομαχικών διαταραχών. Σε πιο προχωρημένα στάδια, εμφανίζονται νευρολογικές διαταραχές οι οποίες περιλαμβάνουν αισθητηριακές διαταραχές των δακτύλων άνω και κάτω άκρων, αδυναμία βάδισης, διαταραχές της διάθεσης, κατάθλιψη, διαταραχές μνήμης, αποπροσανατολισμό και σε σοβαρές περιπτώσεις ακόμα και άνοια. Εάν η έλλειψη αυτή παραμείνει αθεράπευτη για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών επέρχεται μόνιμη βλάβη του νευρικού ιστού.
ΣΚΟΠΟΣ: Εκτίμηση της μείωσης της Β12 σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 που λαμβάνουν μετφορμίνη τουλάχιστον για 5 χρόνια.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν 212 άτομα με ΣΔ τ2 υπό αγωγή με μετφορμίνη, 117 άνδρες και 95 γυναίκες. Πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις της Β12 στο πλάσμα και ανάλυση των δεδομένων για να δούμε αν τα χαμηλά επίπεδα της Β12 (<200) σχετίζονται με τη δόση της μετφορμίνης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Β12 παρατηρήθηκαν στο 43% του δείγματος. Στους άνδρες η ανεπάρκεια της βιταμίνης Β12 αφορούσε το 38% ενώ στις γυναίκες το αντίστοιχο ποσοστό έφτανε το 48%. Έγινε στατιστική ανάλυση με το πρόγραμμα SPSS και βρέθηκε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση των χαμηλών επιπέδων της βιταμίνης Β12 με τη χορήγηση της μετφορμίνης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μακροχρόνια αγωγή με μετφορμίνη φαίνεται ότι δε σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Β12, παρόλα αυτά προτείνεται η τακτική μέτρηση της σε ασθενείς που έχουν λάβει μακροχρόνια μετφορμίνη και όπου κριθεί αναγκαίο να αντιμετωπίζεται με από του στόματος συμπληρώματα ή ενδομυϊκές ενέσεις ανάλογα με τον τύπο και τη σοβαρότητα της ανεπάρκειας.

252. ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Α. Παπαζαφειροπούλου[1], Α. Κουτσοβασίλης[2], Μ. Μπαμπούρδα[2], Π. Βεργίδου[2], Α. Μελιδώνης[1], Σ. Παππάς[2], Σ. Μπούσμπουλας[2]

[1]Α΄ Παθολογικό Τμήμα-Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», [2]Γ΄ Παθολογικό Τμήμα-Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Σύμφωνα με τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα η μεταβλητότητα της συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ) αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακών συμβαμάτων τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της επίδρασης της μεταβλητότητας της ΣΑΠ στις διαβητικές επιπλοκές και τα κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών με ΣΔ2.
ΥΛΙΚΟ: Μετρήθηκε η ΣΑΠ και η διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ) σε 206 διαβητικά άτομα σε κάθε επίσκεψη που πραγματοποίησαν στο διαβητολογικό κέντρο της κλινικής το 2013 και υπολογίσθηκε ο συντελεστής μεταβλητότητας τους [(τυπική απόκλιση [standard deviation, SD] προς μέση συστολική αρτηριακή πίεση)].
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμμετείχαν 206 άτομα [92 άνδρες/114 γυναίκες, μέσης ηλικίας (±SD): 70,2±9,6 έτη, μέσης διάρκειας ΣΔ: 16,8±8,1 έτη, HbA1c: 7,1±1,5%, δείκτη μάζας-σώματος (BMI): 31,1±6,6 Kg/m^2]. Η μέση τιμή της ΣΑΠ και ΔΑΠ (±SD) ήταν 140,1±18,6 mmHg και 73,8±2,9 mmHg, αντίστοιχα. Ο συντελεστής μεταβλητότητας της ΣΑΠ και ΔΑΠ (±SD) ήταν 10,7±4,0% και 4,2±1,3%, αντίστοιχα. Η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής εξάρτησης, μετά από διόρθωση για το φύλο, την ηλικία, το BMI, τη HbA1c, τη χρήση αντιδιαβητικών δισκίων και ινσουλίνης, την παρουσία υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου και μικροαλβουμινουρίας έδειξε ότι ο συντελεστής μεταβλητότητας της ΣΑΠ σχετιζόταν θετικά μόνο με το κάπνισμα (beta=2,93, P=0,05). Αντίθετα, δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ του συντελεστή μεταβλητότητας της ΔΑΠ και των υπό εξέταση μεταβλητών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε άτομα με ΣΔ2 ο συντελεστής μεταβλητότητας της ΣΑΠ σχετίζεται θετικά μόνο με το κάπνισμα. Το παρόν εύρημα τονίζει την αναγκαιότητα πολυπαραγοντικής προσέγγισης των διαβητικών ατόμων.

253. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου[1], Α. Τζαναβάρη[2], Ι. Παπαπαναγιώτου[3], Θ. Μπαντή[2], Χ. Κατσαβούνη[2], Ν. Καλαιτσέβα[2], Π. Αθανασίου[2]

[1]Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, [2]Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», [3]Ιατρός

Στη ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ) ο μεταβολισμός της γλυκόζης μπορεί να επηρεάζεται είτε από τη φλεγμονώδη διεργασία της νόσου αυτής καθαυτής είτε από τη θεραπευτική αγωγή που ακολουθείται για την αντιμετώπισή της. Το μεταβολικό σύνδρομο φαίνεται ότι μπορεί να συνοδεύει τη ΡΑ σε αρκετούς ασθενείς.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη του επιπολασμού του σακχαρώδους διαβήτου τύπου 2 και μεταβολικών παραγόντων που οδηγούν στην εμφάνιση αθηροσκλήρωσης σε ομάδα ασθενών με ΡΑ που παρακολουθούνται σε μια οργανωμένη ρευματολογική κλινική.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε ομάδα 204 ασθενών με ΡΑ, ηλικίας 29-88 (μέση τιμή±SEM) 62.87±08.86 ετών μελετήθηκε ο επιπολασμός του σακχαρώδους διαβήτου τύπου 2 και μεταβολικών παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση αθηροσκλήρωσης. Στην ομάδα των ασθενών με ΡΑ η ΤΚΕ ήταν 37.12±1.57 mm/h, η CRP 1.56±0.15 mg/dl και ο δείκτης ενεργότητας της νόσου DAS28 3.80±0.13. Στην ομάδα των ασθενών με ΡΑ 49% είχαν θετικό ρευματοειδή παράγοντα και 23% είχαν θετικά αντι-CCP αντισώματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα των 204 ασθενών με ΡΑ 45 ασθενείς (22.06%) βρέθηκε να έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Μεταξύ των πασχόντων από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ασθενών με ΡΑ 5 ήταν υπό αγωγή με συνδυασμό ινσουλίνης και αντιδιαβητικών δισκίων, 10 υπό θεραπεία με αντιδιαβητικά δισκία και οι υπόλοιποι υπό αγωγή με δίαιτα. Στην ομάδα των ασθενών με ΡΑ η γλυκόζη αίματος νήστεος ήταν 110±2.6 mg/dl (μέση τιμή±SEM), η χοληστερόλη 200.3±2.98 mg/dl, η HDL χοληστερόλη 55.64±1.18 mg/dl, η LDL χοληστερόλη 123.19±2.41 mg/dl και τα τριγλυκερίδια 125.4±3.7 mg/dl. Στην ομάδα των ασθενών με ΡΑ που μελετήθηκε 33 είχαν υπερλιπιδαιμία που απαιτούσε τη χορήγηση υπολιπιδαιμικής αγωγής, κυρίως στατίνης και σε 2 περιπτώσεις συνδυασμό στατίνης και φαινοφιμπράτης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 φαίνεται να επιπολάζει στους ασθενείς με ΡΑ, όπως επίσης και η υπερλιπιδαιμία. Η νόσος καθεαυτή, που σχετίζεται με αυτοάνοση φλεγμονώδη διεργασία και τα φάρμακα που απαιτούνται για την αντιμετώπισή της φαίνεται ότι μπορεί να επηρεάζουν δυσμενώς το μεταβολισμό της γλυκόζης.

254. ΣΧΕΣΗ ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΩΝ ΤΥΠΟΥ ΚΟΛΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΥΠΝΟΥ, ΣΕ ΑΤΟΜΑ 35-45 ΕΤΩΝ

Σ. Αγγελάκου-Βαΐτση[1], Ν. Βαΐτσης[1], Ε. Αναστασοπούλου[2]

[1]Ιδιωτικό Ιατρείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Φάρσαλα, [2]Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην κατανάλωση αναψυκτικών τύπου κόλα και στις διαταραχές ύπνου, σε άτομα 35-45 ετών.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: στη μελέτη έλαβαν μέρος 100 άνδρες και 100 γυναίκες, που απάντησαν σε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου απαντήσεων. Διαβαθμίσαμε τη διαταραχή ύπνου σε δύο κατηγορίες, βάσει της βαθμολογίας της κλίμακας AIS-5 (Athens Insomnia Scale 5). Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν με τη στατιστική δοκιμασία x^2 με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p<0,01$) ανάμεσα στα άτομα που καταναλώνουν αναψυκτικά τύπου κόλα και σε αυτά που δεν καταναλώνουν, σε σχέση με την παρουσία διαταραχών στον ύπνο. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: φαίνεται πως η κατανάλωση αναψυκτικών τύπου κόλα σχετίζεται με την ποιότητα του νυκτερινού ύπνου, σε άτομα ηλικίας 35-45 ετών.

255. ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (ΥΔΡΙΑ*)

Ε. Βαλάνου[1], Ε. Πέππα[1], Δ. Καποθανάση[1], Φ. Ορφανός[1,2], Μ. Δαριβάκης[1], Γ. Βενετής[1], Α. Νάσκα[1,2], Α. Τριχοπούλου[1,2]

[1]Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας, Αθήνα, [2]Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή της μεθόδου συλλογής διατροφικών δεδομένων και παρουσίαση των διατροφικών προσλήψεων αντιπροσωπευτικού δείγματος του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα, το οποίο συμμετείχε στην εθνική μελέτη ΥΔΡΙΑ (**Υ**γεία, **Δ**ιατ**Ρ**οφή, **ΙΑ**τρική).

ΜΕΘΟΔΟΙ: Η συλλογή των διατροφικών δεδομένων περιλαμβάνει τη συμπλήρωση με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης:

- δύο μνημονικών ανακλήσεων διατροφικής πρόσληψης 24ώρου ανά συμμετέχοντα, μέσω του *HHFNutritionTool.* Πρόκειται για πρόγραμμα Η/Υ το οποίο επιτρέπει την ανοικτή (open-ended) και λεπτομερή καταγραφή όλων των τροφίμων κα ποτών τα οποία το άτομο κατανάλωσε το προηγούμενο 24ώρο, όπως και τη λήψη συμπληρωμάτων διατροφής. Το πρόγραμμα *HHFNutritionTool* αναπτύχθηκε στο Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας.
- ενός μη-ποσοτικού ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων (food propensity questionnaire) και
- ενός ερωτηματολογίου καταγραφής συνηθειών και τάσεων κατά την εκτός σπιτιού σίτιση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ#: Το 56% της ημερήσιας διατροφικής πρόσληψης του πληθυσμού στην Ελλάδα προέρχεται από τρόφιμα φυτικής προελεύσεως και ελαιόλαδο. Τα ζωικά τρόφιμα συνεισφέρουν περίπου το 28% της ημερήσιας πρόσληψης και 16% προέρχεται από αλκοολούχα ποτά και αναψυκτικά. Τα δημητριακά και τα προϊόντα τους αποτελούν την πρώτη πηγή πρωτεϊνών φυτικής προέλευσης και τα λαχανικά βιταμινών και μετάλλων. Τα 2/3 της ημερήσιας κατανάλωσης ζωικών τροφίμων προέρχονται από την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων, ενώ η κατανάλωση λευκού κρέατος, ψαριών και θαλασσινών υπολείπεται σημαντικά (7% και στις δύο περιπτώσεις). Το κρασί και η μπύρα συνεισφέρουν σχεδόν εξίσου στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η διατροφή του πληθυσμού στην Ελλάδα εξακολουθεί να βασίζεται στην κατανάλωση τροφίμων φυτικής προέλευσης και ειδικότερα δημητριακών και λαχανικών. Ταυτόχρονα, όμως, οι ημερήσια προσλαμβανόμενες ποσότητες των φυτικών τροφίμων που συνθέτουν το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής έχουν μειωθεί συγκριτικά με προηγούμενα έτη.

* Το Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας (Ε.Ι.Υ.), σε συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων του Υπουργείου Υγείας πραγματοποίησε την Εθνική Μελέτη Υγείας και Διατροφής (ΥΔΡΙΑ), Το πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και εθνικούς πόρους.

Τα αποτελέσματα αναφέρονται σε 3874 άτομα και είναι προκαταρκτικά. Η συλλογή των δεδομένων έχει ολοκληρωθεί. Εκκρεμεί η ολοκλήρωση της στατιστικής ανάλυσης, η οποία έχει προγραμματιστεί για τα τέλη Φεβρουαρίου.

256. ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Π. Γεωργακόπουλος[1], Α. Πανταζοπούλου[1], Α. Χάβιαρη[1], Ε. Πέππας[1], Α. Βελουδάκη[1], Α. Λινού[1,2]

[1]Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντολογικής και Εργασιακής Ιατρικής, Prolepsis, [2]Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Διασφάλιση της ποιότητας και της υγιεινής των μικρογευμάτων που διανέμονται στα πλαίσια του προγράμματος ΔΙΑΤΡΟΦΗ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Προκειμένου να διασφαλιστεί η υγιεινή και η ποιότητα όλων των γευμάτων που διανέμονται στα σχολεία προς κατανάλωση από τους μαθητές, έχουν τεθεί αυστηρές τεχνικές προδιαγραφές και προϋποθέσεις στους προμηθευτές ως προς την τήρηση των Συστημάτων Υγιεινής και Ποιότητας. Εξουσιοδοτημένα μέλη του Ινστιτούτου πραγματοποίησαν προγραμματισμένες και απροειδοποίητες επισκέψεις στις εγκαταστάσεις των προμηθευτών, προκειμένου να διαπιστωθεί εμπράκτως η επακριβής τήρηση των Συστημάτων Υγιεινής/Ποιότητας κατά την παραγωγική διαδικασία, καθώς και δειγματισμό των παραγόμενων ειδών (οργανοληπτικός, μακροσκοπικός και ποιοτικός έλεγχος με παράλληλο έλεγχο αναγραφής και των στοιχείων επί της ετικέτας).

Ταυτόχρονα, αντιπροσωπευτικά δείγματα λαμβάνονταν είτε από τα σχολεία, είτε απευθείας από τους προμηθευτές για τέλεση αντιπροσωπευτικών εργαστηριακών αναλύσεων σε Συνεργαζόμενα Διαπιστευμένα Εργαστήρια Ανάλυσης Τροφίμων. Οι κύριες αναλύσεις αφορούσαν την τήρηση της κείμενης Ευρωπαϊκής και Εθνικής νομοθεσίας (ως προς υπολείμματα φυτοφαρμάκων, αλλοιογόνα/παθογόνα μικρόβια, αφλατοξίνες) και των αυστηρών προδιαγραφών του Προγράμματος (χρήση καθαρού ελαιόλαδου ως μοναδική λιπαρή ύλη, συμμετοχή αλεύρου ολικής άλεσης στο ≥60% επί του συνολικού αλεύρου σε αρτοσκευάσματα, πλήρη απουσία συντηρητικών κλπ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι επισκέψεις κατέδειξαν εν γένει τήρηση των απαιτήσεων της ισχύουσας υγειονομικής νομοθεσίας. Μεμονωμένες αποκλίσεις (π.χ. «ακάλυπτα τεμάχια» πρώτων υλών, δυσοσμία από φρεάτια, ανεπαρκής προστατευτικός ιματισμός εργαζομένων) επιλύθηκαν μέσω έγγραφων παρατηρήσεων και συστάσεων προς συμμόρφωση και λήψη διορθωτικών ενεργειών. Οι εργαστηριακές αναλύσεις κατέδειξαν επακριβή τήρηση των θεσπισμένων ορίων της νομοθεσίας, αφού σε κανένα δείγμα από τα συνολικά 300 προς ανάλυση δεν παρατηρήθηκε υπέρβαση των ορίων της νομοθεσίας στους αντίστοιχους χημικούς και μικροβιακούς κινδύνους, ενώ εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό αναλύσεων έδωσε «δείκτες μειωμένης ποιότητας». Ως προς τις προδιαγραφές, δεν διαπιστώθηκαν αποκλίσεις με ελάχιστες εξαιρέσεις που αφορούσαν κυρίως μη χρήση καθαρού ελαιόλαδου.

257. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ Ή ΔΙΦΑΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ

Α. Μπακαλάκος, Β. Βασιλείου

Παθολογική Κλινική, ΓΠΝ Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια»

Η Ηπατίτιδα Α (ΗΑ) είναι συνήθως αυτοιώμενη και υποχωρεί μετά από λίγες εβδομάδες. Διφασική πορεία της νόσου ή υποτροπή είναι σπάνια και πρέπει να αποκλειστεί η αυτοάνοση ηπατίτιδα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με διφασική πορεία ή υποτροπιάζουσα ηπατίτιδα Α που συνοδεύτηκε από περικαρδιακή συλλογή και ραβδομυόλυση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας ηλικίας 47 ετών εισήχθη στην κλινική μας με χαμηλό πυρετό, ίκτερο, ναυτία, έμετο και εύκολη κόπωση. Ο ασθενής ανέφερε αρνητικό ατομικό αναμνηστικό προηγούμενης νοσηλείας, ασθένειας, λήψης φαρμάκων ή χρήσης αλκοόλ. Κλινικά είχε, επίσης, ηπατομεγαλία, ενώ στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αυξημένες τρανσαμινάσες, αυξημένη γαλακτική αφυδρογονάση και αυξημένη ολική και άμεση χολερυθρίνη. Η διάγνωση της ηπατίτιδας Α επιβεβαιώθηκε με τον αυξημένο τίτλο IgM αντισωματών έναντι του ιού της ηπατίτιδας Α (αντι-HAV). Την τρίτη ημέρα νοσηλείας, ο ασθενής παρουσίασε θωρακική δυσφορία χωρίς να έχει αλλαγές στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και τα εργαστηριακά ευρήματα δεν έδειχναν καρδιακή προέλευση του συμπτώματος. Η τροπονίνη-Ι ήταν αρνητική και το ισοένζυμο ΜΒ της κρεατινικής φωσφοκινάσης (CPK) ήταν μικρότερο από 6% του ολικού. Στο ηχοκαρδιογράφημα παρατηρήθηκε μικρή ποσότητα περικαρδιακής συλλογής, ενώ, την ημέρα εκείνη, τα ηπατικά ένζυμα ορού είχαν τη μέγιστη τιμή τους, ενώ αυξημένο στο 100% ήταν και το ΜΜ ισοένζυμο της CPK. Ο ασθενής δεν είχε σημεία προσβολής του νεφρού, μυικής αδυναμίας ή ατροφίας και δεν ανέφερε ιστορικό υπερβολικής κόπωσης ή ενδομυικής ένεσης. Υπεβλήθη σε συμπτωματική θεραπεία με προοδευτική βελτίωση των συμπτωμάτων και των βιοχημικών παραμέτρων που επανήλθαν στα φυσιολογικά σε 4 εβδομάδες. Τρεις μήνες μετά, ο ασθενής παραπονέθηκε για κόπωση και μυική αδυναμία. Τα ηπατικά ένζυμα και η CPK ήταν πάλι αυξημένα όπως και τα αντι-HAV IgM (μικρή αύξηση) και IgG (σημαντική αύξηση). Τότε τα αντιπυρηνικά (ANA) και αντιμιτοχονδριακά αντισώματα (AMA) ήταν αρνητικά όπως και τα αντισώματα έναντι των λέιων μυικών ινών (ASMA), ενώ δεν παρατηρήθηκε περικαρδιακή συλλογή. Με τα δεδομένα αυτά ετέθη η διάγνωση της διφασικής πορείας ή υποτροπιάζουσας ΗΑ, ενώ η συμπτωματική θεραπεία βελτίωσε πάλι τις κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους. Ένα χρόνο μετά, ο ασθενής ήταν ασυμπτωματικός χωρίς εργαστηριακούς δείκτες ενεργού ηπατίτιδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η διφασική ή υποτροπιάζουσα πορεία και οι εξωηπατικές εκδηλώσεις όπως η περικαρδιακή συλλογή και η ραβδομυόλυση είναι σπάνιες επιπλοκές της ηπατίτιδας Α.

258. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

259. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

260. ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΗΠΑΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΘΕΝΤΑ ΕΠΙΤΥΧΩΣ ΜΕ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ε. Λουκά[1], Μ. Σιαμπλή[1], Ε. Ρούλια[1], Α. Μακίνα[1], Σ. Αραποστάθη[2], Α. Μιχαλοπούλου[2], Ζ. Αλεξίου[1]

[1]Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο», [2]Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με πολλαπλά αποστήματα ήπατος που είχε καλή έκβαση μόνο με τη χορήγηση ενδοφλέβιας αντιβιοτικής θεραπείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Γυναίκα 30 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω εμπύρετου έως θ: 39,5 °C, καταβολής, διαρροϊκών κενώσεων και άλγους δεξιού υποχόνδριου από δεκαημέρου. Από το ιστορικό της είχε υποθυρεοειδισμό υπό αγωγή με θυροξίνη. Κατά την κλινική εξέταση εμφάνιζε μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στον κάτω λοβό του δεξιού πνεύμονα, ψηλαφητό ήπαρ (2 cm σε βαθιά εισπνοή), ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο. Ζωτικά σημεία ΑΠ: 90/50 mmHg, σφύξεις: 80/min, spO2: 99%, θ: 36,9 °C. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση (WBC: 21.100/μL,83,7% NE), ήπια αύξηση των χολοστατικών ενζύμων (γ-GT: 42 IU/l, ALP: 120 IU/l), PT-aPPT-INR κφ, ινωδογόνο: 756 mg/dl, CRP: 140 mg/dl, ΤΚΕ: 70 mm, Hct: 33,4%, Hb: 10,3 g/dL. Από τον απεικονιστικό έλεγχο (ακτινογραφία θώρακος, υπερηχογράφημα και CT άνω και κάτω κοιλίας με ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού) παρατηρήθηκαν πολλαπλές διάχυτες ποικίλου μεγέθους (0.5-2 cm) υπόπυκνες στρογγύλες βλάβες με δακτυλιοειδή ήπια σκιαγραφική ενίσχυση στο ήπαρ, χωρίς στοιχεία φλεγμονής της χοληδόχου κύστης και χωρίς διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων, μικρή περικαρδιακή και δεξιά υπεζωκοτική συλλογή. Μαγνητική τομογραφία κοιλίας και MRCP δεν ανέδειξαν κάποια άλλα παθολογικά ευρήματα. Νεοδείκτες, ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών, ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων κφ, δοκιμασία Wright αρνητική. Πλήρης ιολογικός και ορολογικός έλεγχος για αμοιβάδωση, εχινοκοκκίαση και υερσίνια αρνητικός. Mantoux και Quantiferon αρνητικά. Πολλαπλές καλλιέργειες αίματος, ούρων, κοπράνων χωρίς απομονωθέν παθογόνο μικρόβιο. Υπέρηχος καρδιάς, έλεγχος στοματικής κοιλότητας, πλήρης γυναικολογικός έλεγχος, κολονοσκόπηση χωρίς παθολογικά ευρήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής ετέθη σε ενδοφλέβια αγωγή με κολιστίνη, λινεζολίδη, μετρονιδαζόλη. Την 9η ημέρα απυρέτησε πλήρως, με ανάλογη κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Εξήλθε από το Νοσοκομείο τη 40η ημέρα συνεχίζοντας από του στόματος αγωγή με σιπροφλοξασίνη και μετρονιδαζόλη για 6 βδομάδες (παραμένοντας υπό τακτική παρακολούθηση). Με το πέρας των 6 βδομάδων, ο απεικονιστικός επανέλεγχος επιβεβαίωσε την εξάλειψη των αποστηματικών κοιλοτήτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με πολλαπλά αποστήματα ήπατος μικρής διαμέτρου (<5 cm) μόνη επιλογή αποτελεί η συντηρητική αντιμικροβιακή θεραπεία, χωρίς δυνατότητα περαιτέρω χειρουργικών χειρισμών, με υψηλά ωστόσο ποσοστά θνητότητας.

261. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Χ. Βούλγαρη[1], Χ. Μπαλτάς[2], Δ. Καρακύκλας[2], Α. Κανέλλου[1], Σ. Χίνη[1], Σ. Παγώνη[1]

[1]Γ΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», [2]Κέντρο Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η οξεία πυελονεφρίτιδα (ΟΠΦ) είναι μια δυνητικά επικίνδυνη για τη ζωή λοίμωξη και μπορεί να επιπλακεί με πολυοργανική ανεπάρκεια. Είναι πιο συχνή στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Η Escherichia coli είναι το παθογόνο μικρόβιο που ενοχοποιείται στο 80% των λοιμώξεων ουροποιητικού της κοινότητας και στο 50% των ενδονοσοκομειακών.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 30 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό προσήλθε αρχικά στα ΤΕΠ Χειρουργικά λόγω εμπύρετου από 24ώρου (έως 41,5º) και κοιλιακού άλγους εντοπιζόμενου στη δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα με συνοδό ευαισθησία στην ψηλάφηση. Λοιπά συστήματα κατά φύση. Εργαστηριακά η ασθενής παρουσίαζε αναιμία (Hct 33,3%), ήπια λευκοκυττάρωση (14*10^3/μL) και CRP 44 mg/L. Υποβλήθηκε σε αξονική κοιλίας που έδειξε μόλις υποσημαινόμενες περιοχές ανομοιογένειας εμπλουτισμού στο δεξιό νεφρό με συνοδό θολερότητα περινεφρικού λίπους. Υπερηχογραφικά ο δεξιός νεφρός απεικονίστηκε με ομαλό περίγραμμα, φυσιολογικό μέγεθος και πάχος νεφρικού φλοιού και ήπια αυξημένη ηχογένεια. Εκ της γενικής ούρων παρατηρήθηκαν 15-20 πυοσφαίρια κατά οπτικό πεδίο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έγινε εισαγωγή και ετέθη σε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών, αμπικιλλίνης-σουλμπακτάμης και αμικασίνης. Το τρίτο 24-ωρο της νοσηλείας της λόγω ανόδου των δεικτών φλεγμονής (CRP 267 mg/L), επιδείνωσης της αναπνευστικής λειτουργίας και κοιλιακού άλγους, η αντιβιοτική αγωγή τροποποιήθηκε σε ταζομπακτάμη/πιπερακιλλίνη, αμικασίνη και αζιθρομυκίνη. Οι αιμοκαλλιέργειες, ο ανοσολογικός και ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικά. Υποβλήθηκε σε νέα αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας που έδειξε επιδείνωση των απεικονιστικών ευρημάτων με μεγαλύτερη ανομοιογένεια εμπλουτισμού στο δεξιό νεφρό που καταλάμβανε μυελώδη-φλοιώδη μοίρα. Επίσης, εκτεταμένο περιπυλαίο οίδημα ήπατος, συλλογές ικανού βαθμού στην κοιλία με θολερότητα μεσεντερίου λίπους. Παρατηρήθηκαν συρρέοντα κυψελιδικά στοιχεία με περιοχές θαμβής υάλου στα κάτω πνευμονικά πεδία άμφω. Η ασθενής επανεκτιμήθηκε από ουρολόγους, χειρουργούς και λοιμωξιολόγους. Έγινε σύσταση για συνέχιση της συντηρητικής αγωγής με αποτέλεσμα την προοδευτική απυρεξία, την κλινική, εργαστηριακή και αερομετρική βελτίωση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έγκαιρη διάγνωση και αντιβιοτική κάλυψη είναι σημαντικοί παράγοντες για τη μη χειρουργική αντιμετώπιση του νεφρικού και περινεφρικού φλέγμονα και την έκβασή του.

262. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ LADA ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΤΥΠΟΥ MONCKEBERG ΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

Χ. Βούλγαρη[1], Χ. Μπαλτάς, Π. Λαμπροπούλου, Σ. Βογιάκη[1], Σ. Παγώνη[1]

[1]Γ΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», [2]Κέντρο Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», [3]Κέντρο Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αγγειίτιδα τύπου Monckeberg χαρακτηρίζεται από την επασβέστωση του μέσου χιτώνα των αρτηριών με αποτέλεσμα την πάχυνση και την απώλεια της ελαστικότητας του αρτηριακού τοιχώματος. Προσβάλλει άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια κα αγγειακή άνοια. Συχνά αποτελεί τυχαίο κλινικό ή ακτινογραφικό εύρημα. Σχετίζεται με αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 51 ετών με γνωστό ιστορικό ΣΔ τύπου LADA, δηλαδή Όψιμου Αυτοάνοσου Διαβήτη Ενηλίκων και υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω εμπύρετου (έως 40º) με ρίγος και εμέτων. Η κλινική εικόνα της ασθενούς ήταν ως επί πυελονεφρίτιδας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: Hct 38,6%, WBC 12,6*10^3/μL, σάκχαρο νηστείας 377 mg/dL, HbA1c 15%, κρεατινίνη 0,5 mg/dL, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη 319 mg/L, ινωδογόνο 1202,39 mg/dL. Το υπερηχογράφημα άνω-κάτω κοιλίας ανέδειξε νεφρούς αυξημένων διαστάσεων με ομαλό περίγραμμα, φυσιολογικό πάχος νεφρικού φλοιού και διάταση αμφότερων των πυελοκαλυκικών συστημάτων. Η αξονική τομογραφία έδειξε οιδηματώδη απεικόνιση των νεφρών και θολερότητα του πέριξ λίπους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έγινε εισαγωγή και έναρξη αντιβιοτικής αγωγής, αρχικά κινολόνη και εν συνεχεία μεροπενέμη. Η ασθενής απυρέτησε τρείς ημέρες μετά την έναρξη της μεροπενέμης. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της έγινε έλεγχος των επιπλοκών του ΣΔ και συγκεκριμένα βυθοσκόπηση που έδειξε αρχόμενη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και μέτρηση λευκώματος ούρων 24-ώρου (1,68 g/24-ωρο). Έγινε επίσης έγχρωμο Doppler υπερηχογράφημα νεφρικών, σπονδυλοβασικών αρτηριών και καρωτίδων που έδειξε αρχόμενες αθηρωματικές αλλοιώσεις του τύπου της κατά τόπου πάχυνσης του ενδοθηλίου χωρίς μείζονες διαταραχές της ροής. Στη φασματική ανάλυση αναδείχθηκαν ευρήματα συμβατά με αιμοδυναμικά σημαντική στένωση. Έγινε αγγειοχειρουργική εκτίμηση και έναρξη αντιαιμοπεταλιακής αγωγής. Η ασθενής εξήλθε με οδηγίες για παρακολούθηση σε διαβητολογικό ιατρείο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αρτηριοσκλήρυνση τύπου Monckeberg προδιαθέτει σε χρόνια πυελονεφρίτιδα και νεφρική ανεπάρκεια. Η συχνότητά της είναι <1% και προσβάλλει τις νεφρικές αρτηρίες σε ποσοστό 11%. Σε άτομα με ΣΔ και συχνές ουρολοιμώξεις, η διενέργεια Doppler υπερηχογραφήματος νεφρικών αρτηριών συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή της.

263. ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Χ. Φυτιλή[1], Δ. Μπασούλης[1], Δ. Τσιλιγγίρης[1], Σ. Καλαντζή[1], Π. Λάμπρου[2]

[1]Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», [2]Πνευμονολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Λαϊκό»

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 32 ετών με γνωστή νεφρολιθίαση (σύστασης οξαλικού ασβεστίου) και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (GFR 43 ml/min) από διετίας, προσήλθε λόγω υπερασβεστιαιμίας (ιονισμένο ασβέστιο: 13 mg/dL) με χαμηλά επίπεδα παραθορμόνης και 25 (OH) D. Κλινικά διαπιστώθηκε οριακή σπληνομεγαλία, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ήπια ορθόχρωμη αναιμία, λευκοπενία με φυσιολογικά πολυμορφοπύρηνα και λεμφοπενία, αυξημένο ασβέστιο ούρων, φυσιολογικό φωσφόρο ορού, ήπια υπεργαμμασφαιριναιμία, και φυσιολογική γενική ούρων. Στην απεικόνιση θώρακος και κοιλίας με αξονική τομογραφία διαπιστώθηκαν μη ειδικές ινωδοατελεκτατικές αλλοιώσεις στους πνεύμονες άμφω, μικροί λεμφαδένες <1 εκ. στην κοιλιακή χώρα και ήπια σπληνομεγαλία.
Για τον αποκλεισμό υποκείμενης κακοήθειας έγινε σπινθηρογράφημα οστών το οποίο ήταν αρνητικό, και οστεομυελική βιοψία, ενώ κατά τη διερεύνηση προέκυψε αυξημένο SACE ορού και αυξημένη 1,25 $(OH)_2$ D3, ευρήματα συμβατά με σαρκοείδωση ή κάποιο λεμφοϋπερπλαστικό νόσημα, με αυξημένη παραγωγή 1α-υδροξυλάσης, η οποία οδηγεί σε αυτόνομη αύξηση της διυδροξυβιταμίνης D, μη καταστελλόμενης από την υπερασβεστιαιμία. Στην οστεομυελική βιοψία αναδείχθηκε μη τυροειδοποιούμενο κοκκίωμα, και ο ανοσοφαινότυπος μυελού μία σχετική μείωση των CD4, μεταβολή συχνά απαντώμενη στη σαρκοείδωση. Ακολούθησε βρογχοσκόπηση, με ανάδειξη CD4:CD8 3,2: 1, εύρημα επίσης συμβατό με σαρκοείδωση. Μετά την έναρξη κορτικοειδών, το ασβέστιο ορού είναι φυσιολογικό και η νεφρική λειτουργία έχει βελτιωθεί σημαντικά (Cr 1.3 mg/dL).
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η σαρκοείδωση ενίοτε προσβάλλει τους νεφρούς, με συχνή πρόκληση λιθίασης και υπερασβεστιαιμίας. Η βιοψία νεφρού μπορεί να αναδείξει μη τυροειδοποιούμενη κοκκιωματώδη διάμεση νεφρίτιδα, διάμεση νεφρίτιδα άνευ κοκκιωμάτων, νεφρασβέστωση ή και IgA νεφροπάθεια, ωστόσο δεν είναι πάντοτε διαγνωστική.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η σαρκοείδωση είναι πολυσυστηματική νόσος, και η διάγνωσή της γίνεται εξ αποκλεισμού. Η ανεύρεση κοκκιώματος σε άλλο ιστό, όπως ο μυελός των οστών, αλλά και η ανταπόκριση στη θεραπεία, ενισχύουν τη διάγνωση σε αμφίβολες περιπτώσεις.

264. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΗΛΙΚΙΑΣ >75 ΕΤΩΝ

Α. Βενετσάνου[1], Α. Κατράνης[2], Ι. Παπαδόπουλος[2], Ρ. Κατσαρού[2], Λ. Νικολοπούλου[2], Α. Κάλλης[2], Ν. Τσούκαλης[2], Π. Κωτσιοπούλου[2], Σ. Τζερεφός[3], Δ. Χρυσός[2]

[1]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Μονάδα Εμφραγμάτων, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, [2]Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, [3]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΣΚΟΠΟΣ: Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Με την αύξηση του μέσου όρου επιβίωσης όλο και περισσότεροι ασθενείς (Α) μεγάλης ηλικίας διαγιγνώσκονται με ΟΕΜ. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να καταγράψουμε την επίπτωση και την ενδονοσοκομειακή θνητότητα του ΟΕΜ σε περιφερειακό νοσοκομείο σε ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 75 ετών.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν όλοι οι Α ηλικίας μεγαλύτερης των 75 ετών, που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ με τη διάγνωση του ΟΕΜ την περίοδο από 1-1-2003 έως και 31-12-2013. Ταξινομήθηκαν με βάση το φύλο, τον τύπο του ΟΕΜ και τη θνητότητα κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ. Η θνητότητα υπολογίστηκε στην οξεία φάση (ενδονοσοκομειακή) του ΟΕΜ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο διάστημα αυτό νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εμφραγμάτων 1062 Α με ΟΕΜ, εκ των οποίων οι 348 Α (32.8%) ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 75 ετών. Από τους Α αυτούς, οι 252 (72.4%) ήταν άνδρες και οι 96 (27.1%) γυναίκες. Από τους 348 Α, οι 235 (67.5%) είχαν STEMI και οι 113 (32.5%) NSTEMI. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ 57 Α (16.4%) απεβίωσαν, από τους οποίους οι 38 Α (67%) κατέληξαν τις 3 πρώτες ημέρες ης νοσηλείας των.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επίπτωση του ΟΕΜ είναι σημαντικά αυξημένη στις ηλικίες άνω των 75 ετών καθώς ο 1 στους 3 Α με ΟΕΜ προέρχεται από αυτές τις ηλικίες. Οι άνδρες εμφανίζουν συχνότερα ΟΕΜ συγκριτικά με τις γυναίκες και στις μεγάλες ηλικίες. Παρατηρήθηκε υπεροχή των STEMI έναντι των NSTEMI. Στην ομάδα αυτών των ασθενών η θνητότητα στην οξεία φάση του εμφράγματος είναι μεγάλη καθώς 1 στους 6 Α αποβιώνει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στη Μ.Ε.Θ. Αυτό τεκμηριώνεται από το γεγονός ότι όλοι οι Α που απεβίωσαν κατέληξαν εντός των 3 πρώτων ημερών από την εισαγωγή τους κατά τη διάρκεια της παραμονής των στη ΜΕΘ.

265. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

266. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

267. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

268. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

269. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

270. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

271. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

272. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ HDL-ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ, 55-65 ΕΤΩΝ, ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΡΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΘΗΤΙΚΕΣ ΚΑΠΝΙΣΤΡΙΕΣ

Σ. Αγγελάκου-Βαΐτση[1], Ν. Βαΐτσης[1], Ε. Αναστασοπούλου[2]

[1]Ιδιωτικό Ιατρείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Φάρσαλα, [2]Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Πολλές πρόσφατες μελέτες επιβεβαίωσαν τους σοβαρούς κινδύνους για την υγεία και τη ζωή που συνδέονται με το παθητικό κάπνισμα. Έχει αποδειχθεί ότι η χρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα είναι η αιτία πολλών από τις ασθένειες που προκαλεί και το ενεργητικό κάπνισμα, συμπεριλαμβανομένων του καρκίνου του πνεύμονα, καρδιαγγειακών παθήσεων και παιδικών ασθενειών.

ΣΚΟΠΟΣ: αναζήτηση της σχέσης του παθητικού καπνίσματος με την HDL-χοληστερόλη.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: το υλικό μας αποτέλεσαν 60 γυναίκες, ηλικίας 55-65 ετών, μη καπνίστριες, με ελεύθερο παθολογικό ιστορικό και δείκτη μάζας σώματος <30. Τα άτομα χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην Α ομάδα (30 άτομα) τοποθετήθηκαν οι γυναίκες που δεν τυγχάνουν παθητικές καπνίστριες και στην ομάδα Β (30 άτομα) όσες είναι παθητικές καπνίστριες. Ως παθητικές καπνίστριες ορίσαμε όσες γυναίκες διαμένουν μαζί με τουλάχιστον έναν καπνιστή ή/και εκτίθενται στο καπνό τσιγάρου στον εργασιακό τους χώρο. Σε όλες έγινε μέτρηση της HDL-χοληστερόλης. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη στατιστική δοκιμασία t-Student.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: στην ομάδα Β (παθητικές καπνίστριες) παρατηρήθηκε, στατιστικά σημαντική ($p<0.01$), μειωμένη μέση τιμή της HDL σε σχέση με τα αποτελέσματα της ομάδας Α (μη παθητικές καπνίστριες). Πιο συγκεκριμένα οι μέσοι όροι των μετρήσεων για τις δύο ομάδες είναι HDL (A)=67,1 (SD=4,1) και HDL (B)=51,4 ng/ml (SD=4,6).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: από τα στοιχεία του δείγματός μας φαίνεται ότι το παθητικό κάπνισμα επηρεάζει, δυσμενώς, τις τιμές της HDL-χοληστερόλης σε γυναίκες 55-65 ετών, με ότι αυτό συνεπάγεται για την υγεία του ατόμου.

273. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ EXTENSIVELY DRUG-RESISTANT ACINETOBACTER BAUMANNII

Δ. Κουτετέ, Δ. Μαρκοπούλου, Β. Πολυδέρα, Ε. Σάλλα,
Φ. Καλογερόπουλος, Δ. Χρόνη, Σ. Στρατούλη, Ι. Αλαμάνος

Β΄ ΜΕΘ, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μηνιγγίτιδα από Acinetobacter baumannii μετά από νευροχειρουργικές επεμβάσεις αποτελεί μια αναδυόμενη υποκατηγορία των βακτηριακών νοσοκομειακών μηνιγγιτίδων. Το A. baumannii αποτελεί συχνό gram-αρνητικό αίτιο στους νευροχειρουργικούς ασθενείς. Η συχνότητα κυμαίνεται από 3.6-11.2%, ενώ η θνητότητα κυμαίνεται από 15-70%.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 18 ετών με ατομικό αναμνηστικό οζώδους σκλήρυνσης, για την οποία ετέθη V-P shunt προ 2 ετίας, προσήλθε λόγω κεφαλαλγίας, ζάλης, αστάθειας βάδισης και εμέτων. Κατά την αντικειμενική εξέταση ο ασθενής ήταν υπνηλικός, απύρετος, αυχενική δυσκαμψία (-), ΑΠ 120/70 mmHg, HR 60/min. Υπεβλήθη σε MRI ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ που ανέδειξε διάταση του κοιλιακού συστήματος και παρουσία χωροκατακτητικής εξεργασίας στην περιοχή της 3 ης κοιλίας. Ακολούθησε χειρουργική αφαίρεση του όγκου, τοποθέτηση εξωτερικής παροχέτευσης ΕΝΥ και ο ασθενής μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ. Την 5η ημέρα νοσηλείας παρουσίασε εμπύρετο έως 39 ºC και ετέθη σε αγωγή με μεροπενέμη 2gr q8h και βανκομυκίνη 1gr q12h. Λόγω καταστολής δεν ήταν δυνατόν να εκτιμηθεί το επίπεδο συνείδησης, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο διεπιστώθη λευκοκυτπάρωση (WBC: 26000/μL, NEU: 92%), αύξηση των δεικτών φλεγμονής (CRP: 24mg/L), και η γενική ΕΝΥ ανέδειξε WBC: 3800 mm^3 με Π: 90%, Pr: 226 mg/dl, Glu: 25 mg/dl, Gram χρώση: Gram (-) βακτηρίδιο, καλλιέργεια ΕΝΥ: Acinetobacter baumannii, ευαίσθητο μόνο στην κολιστίνη. Με το αποτέλεσμα των καλλιεργειών έγινε διακοπή της βανκομυκίνης και προστέθηκε κολιστίνη 9MU φόρτιση, κατόπιν 4.5MU q12h. Την 4η ημέρα, ο ασθενής συνεχίζει να πυρέσσει και παρουσιάζει θετικές καλλιέργειες ΕΝΥ. Η επόμενη ενέργεια ήταν η ενδοκοιλιακή χορήγηση κολιστίνης 250000 IU φόρτιση και στη συνέχεια 125000 IU q24h. Την 12η ημέρα ΙΥΤ αγωγής, ο ασθενής παρουσίασε υποτροπή του εμπυρέτου έως 39.5 ºC. Έγινε αλλαγή της εξωτερικής παροχέτευσης, ενώ η γενική ΕΝΥ ανέδειξε WBC: 1170 mm^3, Π: 45%, Λ: 55%, Pr: 106 mg/dl, Glu: 30 mg/dl, Gram χρώση και καλλιέργεια ΕΝΥ: αρνητική. Το εμπύρετο αποδώθηκε σε χημική μηνιγγίτιδα, έγινε διακοπή ΙΥΤ έγχυσης για 2 ημέρες και συνέχιση αγωγής ανά 48 ώρες, για αποφυγή μηνιγγικού ερεθισμού. Ο ασθενής απυρέτησε μετά από 4 ημέρες με στείρες καλλιέργειες ΕΝΥ. Συνολικά έλαβε 15 ημέρες ΙΥΤ και 21 ημέρες ΙΥ αγωγή με colistin, τοποθετήθηκε V-P shunt 21 ημέρες αργότερα και αφού είχε επανειλλημένα στείρες καλλιέργειες ΕΝΥ, ενώ παρέμεινε απύρετος χωρίς υποτροπή μηνιγγίτιδας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αντιμετώπιση της νοσοκομειακής μηνιγγίτιδας από A. baumannii αποτελεί θεραπευτική πρόκληση, λόγω της επικράτησης πολυανθεκτικών στο χώρο της ΜΕΘ και της ικανότητα του Acinetobacter να αναπτύσσει πολλούς μηχανισμούς αντοχής. Μοναδική θεραπευτική προσέγγιση αποτελεί η ενδοκοιλιακή ή η ενδοραχιαία έγχυση colistin. Συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες αποτελούν η χημική μηνιγγίτιδα / κοιλίτιδα, οι επιληπτικές κρίσεις και το σύνδρομο ιπποουρίδας.

274. ΕΠΙΜΟΛΥΝΣΗ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Χ. Φυτιλή, Χ. Λιάσκος, Μ. Κουβελέτσου, Γ. Καραΐσκος, Α. Τόσκας

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό»

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 72 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και χολοκυστεκτομής διακομίστηκε από επαρχιακό νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου από 40ημέρου, με πυρετικά κύματα απογευματινά έως 39˚C, υφιέμενα με αντιπυρετικά, με συνοδό άλγος μηρών κατά τη διάρκειά τους και χωρίς άλλη συμπτωματολογία. Από την κλινική εξέταση δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναιμία, υψηλούς δείκτες φλεγμονής και ήπια τρανσαμινασαιμία. Κατά την προηγούμενη νοσηλεία του δεν είχε λάβει αντιβιοτικά, ενώ είχε υποβληθεί σε ενδελεχή έλεγχο με καλλιέργειες αίματος και ούρων οι οποίες ήταν αρνητικές. Η αντίδραση Wright ήταν αρνητική και το υπερηχογράφημα καρδιάς χωρίς παθολογικά ευρήματα. Είχε υποβληθεί σε γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση χωρίς ανάδειξη παθολογικών ευρημάτων, καθώς και σε αξονικές τομογραφίες θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας οι οποίες δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα πλην μιας αποτιτανωμένης παρασιτικής κύστης στο ήπαρ. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην κλινική μας προς περαιτέρω διερεύνηση. Ο ορολογικός έλεγχος για Coxiella burnetti, CMV και Toxoplasma ήταν αρνητικός. Η δερμοαντίδραση Mantoux επίσης απέβη αρνητική. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία κροταφικής αρτηρίας, οστεομυελική βιοψία και βιοψία ήπατος. Εν αναμονή των πορισμάτων της ιστοπαθολογικής εξέτασης, έγινε έναρξη αντιβιοτικών ως επί επιμολυσμένης εχινοκόκκου κύστεως, με αποτέλεσμα τη σύντομη απυρεξία του ασθενή και την αποκατάσταση των δεικτών φλεγμονής. Τα αντιεχινοκοκκικά αντισώματα ήταν αρνητικά. Μετά την ολοκλήρωση της ενδοφλέβιας θεραπείας με αμπικιλλίνη-σουλμπακτάμη και κλινδαμυκίνη επί 3 εβδομάδες, ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική εκτομή της κύστης με σύγχρονη χορήγηση αλβενδαζόλης με άριστα αποτελέσματα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η επιμόλυνση αποτιτανωμένης εχινοκόκκου κύστεως και η κλινική συμπεριφορά της ως ηπατικό απόστημα, αποτελεί ένα σπάνιο αίτιο παρατεινόμενου εμπυρέτου για τη διάγνωση του οποίου απαιτείται υψηλή κλινική υποψία.

275. ΕΛΟΝΟΣΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Χ. Βέρρα, Α. Θεοδωρακόπουλος, Ε. Μενδρινού, Γ. Κακούρης,
Β. Διαμαντή, Α. Τσιμπουξή, Ε. Οικονομοπούλου

Τμήμα Ιατρικής Βιοπαθολογίας, ΓΝ Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση περιστατικού με ελονοσία που διεγνώσθη στο τμήμα μας και αντιμετωπίστηκε στο Νοσοκομείο μας. Η ελονοσία είναι λοιμώδες νόσημα που προκαλείται από το παράσιτο «πλασμώδιο» και μεταδίδεται μέσω δήγματος μολυσμένου ανωφελούς κουνουπιού (Anopheles). Η ελονοσία ενδημεί σε χώρες της υποσαχάριας Αφρικής και Ασίας.
ΥΛΙΚΟ: Το υλικό μας αποτελείται από έναν ασθενή 25 ετών, αλλοδαπό άρρεν με ιστορικό πρόσφατου ταξιδιού στην Ασία. Ο ασθενής λόγω κακουχίας και ρίγους προσήλθε στο Νοσοκομείο. Διαπιστώθηκε εμπύρετο (41,1 ºC), ενώ ο ίδιος αναφέρει εμπύρετο από 7 ημέρου. Αναφέρει επίσης εμέτους και οσφυαλγία. Φυσική εξέταση: ικτερική χροιά επιπεφυκότων, τρίζοντες στο δεξιό ημιθωράκιο, ευαισθησία στην ψηλάφηση της κοιλίας, ψηλαφητός σπλήνας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ο ασθενής είχε WBC=4200 (π=81%), RBC= 2.68, Hb=8 g/dl, plt=73000/μλ. Το υπερηχογράφημα κοιλίας έδειξε σπληνομεγαλία (11.8 cm). HbsAg (-), anti-HBc (+), anti-HBs (+), αντισώματα IgG CMV (+). Στο επίχρισμα περιφερικού αίματος ανευρέθησαν οι χαρακτηριστικές δακτυλιοειδείς μορφές - τροφοζωίτες plasmodium falciparum καθώς και τα χαρακτηριστικά ημισεληνοειδή γαμετοκύτταρα. Ο παρασιτισμός των ερυθρών ήταν πολλαπλός (2-3 δακτύλιοι ανά ερυθρό), ενώ το ποσοστό παρασιτισμού των ερυθρών έφτανε το 20%.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής νοσηλεύτηκε επί 8ημέρου όπου έλαβε Tavanic, Malarone και Vibramycin. Η οριστική διάγνωση της ελονοσίας έγινε εργαστηριακά με μικροσκοπική εξέταση χρωματισμένων με Giemsa παρασκευασμάτων λεπτής στιβάδας και «παχείας σταγόνας». Ο ασθενής εξήλθε με βελτιωμένα εργαστηριακά και απύρετος.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΚΕΕΛΠΝΟ, πριν το 2009 καταγραφόταν μονοψήφιος αριθμός κρουσμάτων, ενώ τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των κρουσμάτων αυξάνεται θεαματικά. Αυτό μπορεί να αποδοθεί είτε στις κλιματολογικές αλλαγές είτε στην άφιξη μεγάλου αριθμού μεταναστών από χώρες που ενδημεί η ελονοσία. Ο ρόλος του μικροβιολόγου είναι πολύ σημαντικός αφού η οριστική διάγνωση είναι εργαστηριακή.

276. ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS

Δ. Μπασούλης, Κ. Πολύζος, Χ. Λιάσκος, Μ. Κουβελέτσου, Σ. Λιάτης

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λεϊσμανίαση είναι μια ειδική λοίμωξη που απαντάται σχετικά συχνά στον ελλαδικό χώρο και εκδηλώνεται με πυρετό, παγκυτταροπενία και ηπατοσπληνομεγαλία. Σπανιότερα έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία η εκδήλωση αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου στα πλαίσια της λοίμωξης. Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο είναι μια δυνητικά θανατηφόρος αιματολογική νόσος κατά την οποία μακροφάγα και λεμφοκύτταρα πολλαπλασιάζονται και παράγουν έναν καταρράκτη κυτταροκινών που οδηγεί σε εντονότατη φλεγμονή. Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας ασθενούς που εξεδήλωσε αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο στα πλαίσια λεϊσμανίασης επί εδάφους ανοσοκαταστολής λόγω αγωγής για μυασθένεια gravis.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 71 ετών με ατομικό αναμνηστικό μυελοδυσπλαστικού συνδρόμου (ΜΔΣ) και μυασθένειας gravis υπό αγωγή με κορτικοστεροειδή και αζαθειοπρίνη, παραπέμφθηκε από επαρχιακό νοσοκομείο για διερεύνηση και αντιμετώπιση παρατεινόμενου εμπύρετου με συνοδό παγκυτταροπενία. Η ασθενής υπεβλήθη σε εκτενή έλεγχο για διερεύνηση παρατεινόμενου εμπύρετου συμπεριλαμβανομένης οστεομυελικής βιοψίας που ανέδειξε μόνο βλάβες συμβατές με το υποκείμενο ΜΔΣ. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε σταδιακή αύξηση της τιμής φερριτίνης έως >100.000 mg/dl και ετέθη η διάγνωση αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου. Έλαβε αγωγή με αυξημένες δόσεις κορτικοστεροειδών, ανοσοσφαιρίνη και ετοποσίδη με μερική ανταπόκριση. Στα πλαίσια του ελέγχου για δευτεροπαθή αίτια αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου, τα αντιλεϊσμανιακά αντισώματα ήταν αρνητικά. Υπεβλήθη σε δύο ακόμη οστεομυελικές βιοψίες και την τρίτη μόνο φορά ανευρέθησαν σωμάτια Leishmania donovani. Η ασθενής ετέθη σε αμφοτερικίνη Β με θεαματική βελτίωση της κλινικής και εργαστηριακής της εικόνας. Μοριακός έλεγχος σε δείγμα μυελού από την πρώτη οστεομυελική βιοψία ήταν θετικός για γενετικό υλικό του μικροοργανισμού.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η διάγνωση της λεϊσμανίασης βασίζεται σε κλινικά, εργαστηριακά και παθολογοανατομικά ευρήματα. Ο αρχικός ορολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός ενδεχομένως λόγω της αγωγής με κορτικοστεροειδή. Η οστεομυελική βιοψία έχει ευαισθησία 60-85%. Οι μοριακές μέθοδοι διάγνωσης έχουν πολύ μεγαλύτερη ευαισθησία άλλα δεν έχουν περάσει ακόμη στην καθημερινή κλινική πράξη. Στη διεθνή βιβλιογραφία το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο εφόσον οφείλεται σε λοίμωξη πρέπει να αντιμετωπίζεται θεραπεύοντας την υποκείμενη νόσο, γεγονός που και στη δική μας περίπτωση είχε αποτέλεσμα.

277. ΕΝΔΟΓΕΝΗΣ ΕΝΔΟΦΘΑΛΜΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΓΑΓΓΡΑΙΝΩΔΕΣ ΕΚΘΥΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Α. Δημητρίου, Θ. Γκαραβέλα, Ν. Αναγνωστόπουλος, Π. Παναγοπούλα, Α. Βασσιάς, Κ. Συρίγος, Α. Καζιάνη

Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή μιας ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς με ενδογενή ενδοφθαλμίτιδα και γαγγραινώδες έκθυμα ως εκδηλώσεις μικροβιαιμίας από ψευδομονάδα.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Pseudomonas aeruginosa είναι ένα gram αρνητικό αερόβιο βακτήριο, που ευθύνεται για σοβαρές λοιμώξεις, ειδικά σε ανοσοκατασταλμένους ξενιστές. Αποτελεί γνωστό αίτιο σοβαρής μετατραυματικής ή μετεγχειρητικής ενδοφθαλμίτιδας, σπανίως όμως απαντάται ως αίτιο αιματογενούς οφθαλμικής λοίμωξης. Το γαγγραινώδες έκθυμα, συνιστά χαρακτηριστική πλην όμως ασυνήθιστη δερματική εκδήλωση της μικροβιαιμίας από ψευδομονάδα.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού που νοσηλεύθηκε στην κλινική μας. Γυναίκα ηλικίας 66 ετών με πρόσφατα διαγνωσθέν μικροκυτταρικό καρκίνωμα πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία με σισπλατίνη και ετοποσίδη, διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας σε κατάσταση σηπτικής καταπληξίας και πολυοργανικής ανεπάρκειας, με συμπτωματολογία λοίμωξης αναπνευστικού. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε διάσπαρτο μικροφλυκταινώδες εξάνθημα δέρματος και οίδημα αριστερού βλεφάρου, ενώ ο αριστερός οφθαλμός εμφάνιζε εικόνα οιδήματος του κερατοειδούς και υπόπυο. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία σπλαχνικού κρανίου ανέδειξε εικόνα συμβατή με ενδοφθαλμίτιδα, χωρίς απεικονιστικά ευρήματα κυπαρίπιδας του σύστοιχου οφθαλμικού κόγχου, ενώ από το λοιπό απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε πύκνωση του δεξιού κάτω λοβού του πνεύμονα. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενυδάτωση, χορήγηση νοραδρεναλίνης και ενδοφλέβιας εμπειρικής αντιμικροβιακής αγωγής. Οι καλλιέργειες αίματος, οφθαλμικού εκκρίματος και δέρματος ανέδειξαν το ίδιο στέλεχος Pseudomonas aeruginosa, οπότε η ασθενής ετέθη σε στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη. Ωστόσο, παρά τον επιτυχή έλεγχο της σηπτικής συνδρομής με επίτευξη αιμοδυναμικής σταθεροποίησης και αποκατάσταση των οργανικών δυσλειτουργιών, η κεραυνοβόλος πορεία της λοίμωξης του οφθαλμού κατέληξε ταχύτατα σε διάτρηση του βολβού και οριστική απώλεια αυτού.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η ενδοφθαλμίτιδα είναι συνήθως εξωγενής λοίμωξη που προκύπτει από μικροβιακό ενοφθαλμισμό συνεπεία χειρουργικής επέμβασης ή τραύματος. Η ενδογενής βακτηριακή ενδοφθαλμίτιδα απαντάται πολύ σπανιότερα (2-15%) και είναι συνέπεια αιματογενούς διασποράς (1). Παρά την επιθετική τοπική και συστηματική θεραπεία συχνά καταλήγει σε μερική ή ολική απώλεια της όρασης. Η υποψία της διάγνωσης τίθεται με τη διαπίστωση της συμβατής κλινικής εικόνας και θετικών καλλιεργειών αίματος και υαλοειδούς σώματος ή υδατοειδούς υγρού σε ασθενείς χωρίς ιστορικό πρόσφατου τραυματισμού ή χειρουργικής επέμβασης του οφθαλμού. Οι αιμοκαλλιέργειες είναι θετικές στο 75% των ασθενών όπως και οι καλλιέργειες από το υαλοειδές σώμα.(2). Οι στρεπτόκοκκοι είναι υπεύθυνοι για το 30-50% των περιπτώσεων, ο S. aureus για το 25% και τα gram-αρνητικά βακτήρια για το 30% (2,3). Η ψευδομονάδα αποτελεί σπάνιο αίτιο ενδογενούς ενδοφθαλμίτιδας. Η θεραπεία της περιλαμβάνει ενδοϋαλοειδική και συστηματική χορήγηση αντιψευδομοναδικής αντιμικροβιακής αγωγής (4). Ως γαγγραινώδες έκθυμα αναφέρεται η χαρακτηριστική δερματική εκδήλωση της βακτηριαιμίας από Pseudomonas aeruginosa, αν και έχει περιγραφεί και σε βακτηριαιμία από άλλα είδη ψευδομονάδας, καθώς και από Klebsiella pneumoniae. Παρατηρείται κυρίως σε βαρέως πάσχοντες και ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς και είναι σχεδόν πάντα κλινικό σημείο σήψης. Οι χαρακτηριστικές βλάβες συνίστανται σε αιμορραγικές φυσαλίδες ή φλύκταινες που εξελίσσονται σε νεκρωτικά έλκη που περιβάλλονται από ερυθηματώδη άλω (5). Περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Barker το 1897, οι οποίοι ανασκόπησαν βακτηριολογικά ευρήματα σε 800 διαδοχικές αυτοψίες στο Johns Hopkins Hospital και αργότερα πήρε το όνομα «ecthyma gangrenosum» από τους Hitschmann και Kreibich (6,7).

278. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ HAEMOPHILUS INFLUENZAE ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 67 ΕΤΩΝ

Χ. Βέρρα[1], Γ. Κακούρης[1], Α. Θεοδωρακόπουλος[1], Α. Τσιμπουξή[1], Π. Λουκοπούλου[2], Ε. Οικονομοπούλου[1]

[1]Τμήμα Ιατρικής Βιοπαθολογίας, ΓΝ Πατρών, [2]Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού βακτηριακής μηνιγγίτιδας από Haemophilus influenzae σε ασθενή 67 ετών. Στους ενήλικες το σύνηθες βακτήριο είναι ο Πνευμονιόκοκκος ακολουθούμενος από το Μηνιγγιτιδόκοκκο και τη Λιστέρια. Ο Haemophilus influenzae αποτελεί κύριο αίτιο μηνιγγίτιδας σε παιδιά, στους ενήλικες ευθύνεται μόνο για το 0,6%-3% των κρουσμάτων.
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της εργασίας αποτέλεσε ασθενής 67 ετών με ιστορικό ιογενούς μηνιγγίτιδας προ 6ετίας, συμπτωματολογία παραμελημένης ωτίτιδας από 10ημέρου και εμπύρετο από 24ώρου (40°C).
Η καλλιέργεια του ΕΝΥ πραγματοποιήθηκε σε αιματούχο/σοκολατόχρωμο άγαρ στους 37 °C και CO_2 5%.
Η ταυτοποίηση του Haemophilus influenzae έγινε με τη μέθοδο API NH (Biomerieux).
Ο έλεγχος ευαισθησίας έγινε με τη μέθοδο Kirby-Bauer.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής στην κλινική εξέταση ήταν συγχυτικός και λόγω αυχενικής δυσκαμψίας ετέθη υποψία μηνιγγίτιδας. Έτσι πραγματοποιήθηκε ΟΝΠ και εξέταση του ΕΝΥ: Κύτταρα=4800/ml (π=92%), Γλυκόζη ΕΝΥ=92 mg/dl, Πρωτείνες ΕΝΥ=235 mg/dl. Τα παθολογικά ευρήματα του εργαστηριακού ελέγχου ήταν: WBC=18900 K/μl (π=90%), CPK=4154 IU/L, Γλυκόζη ορού=280 mg/dl. Άμεσα έγινε έναρξη αγωγής με Vancomycin, Ceftriaxone, Ampicillin/Sulbactam. Η Gram χρώση από το άμεσο παρασκεύασμα του ΕΝΥ έδειξε Gram (-) βακτηρίδιο που εμφάνιζε έντονο πολυμορφισμό (κοκκοβακτηρίδια, επιμήκεις και νηματοειδείς μορφές). Στο σοκολοτόχρωμο άγαρ απομονώθηκαν μικρές, μη αιμολυτικές αποικίες, καταλάση (+), οξειδάση (-), και κατά τη μικροσκοπική εξέταση παρατηρήθηκε Gram (-) βακτηρίδιο με πολυμορφισμό.
Ο έλεγχος ευαισθησίας ανέδειξε ευαίσθητα τα χημειοθεραπευτικά: Ampicillin, Ampicillin/Sulbactam, Ciprofloxacin, Cefotaxime, Ceftriaxone).
3 μέρες μετά την έναρξη της θεραπείας παρουσίασε ύφεση του πυρετού, βελτίωση του επιπέδου συνείδησης, και σταδιακά οδηγήθηκε σε πλήρη ίαση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μετά την κλινική εξέταση και την υποψία μηνιγγίτιδας η ΟΝΠ και η άμεση εργαστηριακή μελέτη αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στη διάγνωση και στη στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή που εμπειρικά πρέπει να αρχίζει προς κάθε κατεύθυνση και να μην βασίζεται μόνο στην κλινική εικόνα/ιστορικό/ηλικία του ασθενούς.

279. ROSE-BENGAL ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΕΝΖΥΜΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Μ. Μάτσας, Μ. Παπαδημητρίου, Α. Δουδουλακάκης, Α. Δοξαρά, Ε. Λεμπέση, Ε. Παρασκάκη

Μικροβιολογικό Τμήμα, Ορολογικό Εργαστήριο, Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

ΣΚΟΠΟΣ: Η βρουκέλλωση είναι ζωοανθρωπονόσος με υψηλή επίπτωση στη χώρα μας. Η λοίμωξη στερείται παθογνωμονικών συμπτωμάτων και σημείων, γι' αυτό η εργαστηριακή επιβεβαίωση θεωρείται απαραίτητη. Επειδή η καλλιέργεια αίματος και άλλων βιολογικών υγρών είναι χρονοβόρα, η διάγνωση της νόσου βασίζεται κυρίως σε ορολογικές αντιδράσεις. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της διαγνωστικής αξίας της δοκιμής Rose-Bengal (RB) και της ανοσοενζυμικής μεθόδου (Elisa) στην οξεία βρουκέλλωση των παιδιών.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά τη διάρκεια 11 ετών (2003 - 2014) ελέχθησαν 1685 οροί παιδιών με ύποπτο ιστορικό για βρουκέλλωση. Ο αρχικός έλεγχος έγινε με τη δοκιμή RB, ενώ σε 783 περιπτώσεις προσδιορίστηκαν και τα ειδικά IgM/IgA/IgG αντισώματα έναντι της *Brucella melitensis* με Elisa.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οξεία βρουκέλλωση διαγνώστηκε σε 32 παιδιά. Ανίχνευση αντισωμάτων έναντι της *Brucella spp με* τη δοκιμή RB διαπιστώθηκε σε 31/32 πάσχοντες (96,9%). Στον ασθενή με οξεία λοίμωξη και αρνητική RB η νόσος επιβεβαιώθηκε με τη θετική Elisa και τις θετικές καλλιέργειες αίματος. Στο σύνολο των 1653 ασθενών χωρίς βρουκέλλωση η RB ήταν αρνητική, με εξαίρεση ένα παιδί με παλαιά νόσο [1652/1653 (99,9%)]. Ειδικά αντισώματα έναντι της *B. melitensis* με Elisa ανευρέθηκαν σε 31/32 παιδιά (96,9%). Θετικά IgM ανιχνεύτηκαν σε ποσοστό 96,9% (31/32), θετικά IgA σε 93,8% (30/32) και θετικά IgG σε 87,5% (28/32). Στον ασθενή με την αρνητική Elisa, η διάγνωση βασίστηκε στη θετική RB και, επίσης, τις θετικές καλλιέργειες αίματος. Από τα 751 παιδιά χωρίς τη νόσο που ελέγχθηκαν με Elisa, αρνητικά αντισώματα παρατηρήθηκαν σε 737 περιπτώσεις (98,1%) και ψευδώς θετικά σε 14 (IgM σε 10, IgA σε 2, IgG σε 3 περιπτώσεις).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η δοκιμή RB αποτελεί απλή, φτηνή, ευαίσθητη και ειδική μέθοδο για τη διάγνωση της οξείας βρουκέλλωσης στα παιδιά. Ωστόσο, για την τεκμηρίωση της λοίμωξης προτείνεται η εφαρμογή και των δύο ορολογικών μεθόδων σε συνδυασμό, ειδικότερα στην περίπτωση αρνητικής RB σε ασθενείς με ύποπτο ιστορικό.

280. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

281. ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Η. Τάσση, Μ. Μάστορα, Ν. Βαρσάμης, Ε. Αρβανίτη, Γ. Δήμος, Θ. Τζίμας, Γ. Αραβανής, Α. Πέτσιου, Η. Λιάππης

Παθολογική κλινική Γ.Π.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

Η *λεϊσμανίαση* είναι μια παρασιτική νόσος οφειλόμενη σε πρωτόζωο του γένους leishmania, εκδηλώνεται με τρεις κλινικές μορφές (δερματική, βλεννοδερματική και σπλαχνική) και μεταδίδεται στον άνθρωπο από δήγμα φλεβοτόμων που έχουν μολυνθεί από ζώα ή ανθρώπους. Απαντάται σε όλο τον κόσμο εκτός Αυστραλίας και νήσων Ειρηνικού. Αναφέρονται 500.000 κρούσματα σπλαχνικής λεϊσμανίασης κατ' έτος παγκοσμίως. Η Ελλάδα είναι ενδημική χώρα για τη νόσο με περίπου 47 κρούσματα κατ' έτος, τα περισσότερα εκ των οποίων (90%) είναι σπλαχνική. Η νόσος εμφανίζει υψηλή θνησιμότητα αν ο ασθενής δε λάβει την προσήκουσα αγωγή.

ΣΚΟΠΟΣ: της εργασίας είναι αφενός η περιγραφή της κλινικοεργαστηριακής έκφρασης σε δύο ασθενείς που προσβλήθηκαν από τη νόσο και νοσηλεύτηκαν στην παθολογική κλινική τα τελευταία 2 χρόνια και αφετέρου η ευαισθητοποίηση γύρω από τη νόσο με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό μας αποτέλεσαν 2 ασθενείς, άνδρες, 27 και 73 ετών αντίστοιχα που προσήλθαν τα τελευταία 2 έτη στην κλινική με εικόνα σπλαχνικής λεϊσμανίασης. Πριν την εισαγωγή τους διέμεναν και εργάζονταν στην ύπαιθρο, όπου και ήλθαν σε επαφή με σκύλους. Μελετήθηκαν αναδρομικά τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα των ασθενών. Η εργαστηριακή διάγνωση βασίστηκε στην ανίχνευση ειδικών για τη νόσο IgG.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:
Και οι δύο ετέθησαν σε λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β σε δόση 1,5 mg/kg ανα 24ωρο iv για 21 ημέρες. Η ανταπόκριση ήταν καλή και δεν παρατηρήθηκαν παρενέργειες σε αυτή τη δόση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:
- Η σπλαχνική λεϊσμανίαση είναι νόσος υπαρκτή στην Ελλάδα.
- Η ιδιαίτερη κλινικοεργαστηριακή έκφραση και οι προσιτοί τρόποι ανίχνευσης συμβάλλουν στην έγκαιρη διάγνωση.
- Η θεραπεία με λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β αποδείχθηκε αποτελεσματική.

Κλινικές Εκδηλώσεις	Αρ. Ασθ.	Εργαστηριακά Ευρήματα	Αρ. Ασθ.
Εμπύρετο έως 40 °C	2	Hct (αναιμία)	2
Εφιδρώσεις	1	WBC (λευκοπενία)	2
Κακουχία	1	PTL (θρομβοπενία)	2
Ωχρότητα	2	TRP (↑)	2
Απώλεια βάρους	1	Η/Φ (υπεργαμμασφαιριναιμία)	2
Ήπαρ	1	CRP (↑)	2
Σπλήνας	2	RF	2
Λεμφαδενοπάθεια	1	AST/ALT (↑)	2
Στοματικά Έλκη	0	Πρωτεϊνουρία	0
Διάρροια	0	Αιματουρία	0
Βήχας	1	ΕΒ ούρων (↓)	2
Ταχυκαρδία	1	Τίτλος αντισωμάτων (+)	2
Οιδήματα	0		

282. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΙΤΙΔΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΝΥΓΜΟ ΒΕΛΟΝΑΣ

Χ. Βούλγαρη[1], Ε. Αλεξάκη[1], Π. Λαμπροπούλου, Ε. Γκαμάτση[3], Σ. Χίνη[1], Σ. Παγώνη[1]

[1]Γ΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», [2]Κέντρο Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων ΓΝΑ«Γ. Γεννηματάς», [3]Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η νεκρωτική απονευρωσίτιδα είναι μια πολύ επιθετική λοίμωξη των μαλακών μορίων και είναι συχνή σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, περιφερική αγγειοπάθεια ή ανοσοκαταστολή μετά από τραυματισμό. Οι κύριοι παθογόνοι μικροοργανισμοί είναι οι β-αιμολυτικοί στρεπτόκοκκοι, ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος και αναερόβια μικρόβια όπως οι πεπτοστρεπτόκοκκοι και τα κλωστρίδια.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 68 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ Παθολογικά σε κατάσταση σηπτικής καταπληξίας. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται καρδιακή ανεπάρκεια, κολπική μαρμαρυγή, ρευματοειδής αρθρίτιδα και ινσουλινοθεραπευόμενος στεροειδής διαβήτης. Από την αντικειμενική εκτίμηση βρέθηκε πυρετός (40°), ταχυκαρδία, οίδημα, ερυθρότητα και φλεγμονή αριστερού άνω άκρου με συνοδό επιδερμόλυση, φυσαλίδες αέρα και λεμφαγγειίτιδα. Τα σημεία και τα συμπτώματα αυτά εμφανίστηκαν μετά από νυγμό βελόνας. Από τα εργαστηριακά ευρήματα διαπιστώθηκε σοβαρή υπονατριαιμία (110 mEq/L), λευκοκυττάρωση (WBC 20*10^3/μL), αναιμία (Hgb 10 g/dL), κρεατινίνη 1,7 mg/dL, σάκχαρο 93 mg/dL και τριψήφια C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (265 mg/L). Ο δείκτης LRINEC ήταν 11, δηλαδή διαγνωστικός για νεκρωτική απονευρωσίτιδα. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε έντονη θολερότητα και ρυπαρότητα υποδόριου λίπους σε όλο το μήκος του άνω άκρου, συλλογές στο υποδόριο και ασυνέχεια δέρματος στην έσω επιφάνεια, χωρίς αλλοιώσεις από τα οστά ή παρουσία αέρα. Έγινε επείγουσα αγγειοχειρουργική εκτίμηση με triplex φλεβών άνω άκρου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής εισήχθη στην κλινική και ετέθη σε ενδοφλέβια εμπειρική αντιβιοτική κάλυψη με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη, δαπτομυκίνη και κλινδαμυκίνη. Έγινε πλαστική χειρουργική εκτίμηση και καθαρισμός. Γίνονταν επαναλαμβανόμενες χειρουργικές αλλαγές με τοπική εφαρμογή αντιβιοτικών γαζών και αντισηπτικών. Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της κλινικής εικόνας, με υποχώρηση του εμπύρετου, διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και της νεφρικής δυσλειτουργίας. Εξήλθε σαφώς βελτιωμένος και με οδηγίες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η νεκρωτική απονευρωσίτιδα είναι επείγουσα κατάσταση στο σακχαρώδη διαβήτη, η οποία απαιτεί άμεση χειρουργική παρέμβαση και στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή. Η καλή γλυκαιμική ρύθμιση είναι σημαντική για την επιτυχή έκβασή της. Οι ενδελεχείς καθημερινοί χειρουργικοί καθαρισμοί είναι επίσης μείζονας σημασίας για τη θετική έκβαση των περιστατικών αυτών.

283. ΓΕΡΣΙΝΙΩΣΗ ΠΕΠΤΙΚΟΥ: ΕΥΡΥ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ ΑΠΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΨΕΥΔΟΣΚΟΛΙΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ ΕΩΣ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΟ

Α. Σκουλάξενου, Χ. Ζαμάνης, Φ. Κυριάκου, Σ. Γιοβάνης, Π. Αρμύρος, Γ. Ερωτοκρίτου

Α΄ Παθολογικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Από μελέτη δύο πασχόντων ενηλίκων, να αναδείξει ότι η yersinia προκαλεί ήπια «γαστρεντερίτιδα» που μπορεί να μιμείται κλινικώς τη σκωληκοειδίτιδα, να συγχέεται ενδοσκοπικά με τη νόσο Crohn και μόνο μετά από βιοψία εντέρου και ορολογικό έλεγχο μπορεί να διαφοροδιαγνωσθεί από τις άλλες οντότητες.

ΥΛΙΚΟ: α) Ασθενής 29 ετών με ιστορικό σκωληκοειδεκτομής παρουσίαζε υπομφάλιο κοιλιακό άλγος από 10ημέρου χωρίς διάρροιες ή πυρετό. Είχε ευαισθησία στην ψηλάφηση του δεξιού λαγονίου βόθρου (ΔΛΒ) και CRP 21, ΤΚΕ 95, Λ 8200. Η CT κοιλίας ανέδειξε πάχυνση του τελικού ειλεού και διογκωμένους επιχώριους λεμφαδένες. Η κολονοσκόπηση ήταν φυσιολογική, ενώ τυφλές βιοψίες ειλεού έδειξαν χρόνια μη ειδική φλεγμονή. Από τον ορολογικό έλεγχο τα αντισώματα για yersinia enterocolitica ήταν θετικά [IgG (+), IgA (+)]. Έλαβε σιπροφλοξασίνη για 10 ημέρες με ύφεση των συμπτωμάτων.
β) Ασθενής 27 ετών νοσηλεύτηκε με πυρετό έως 38,5°C, περιομαφλικό κοιλιακό άλγος και μια πολτώδη κένωση την ημέρα από 3ημέρου. Είχε ευαισθησία στην ψηλάφηση του ΔΛΒ και παρουσίαζε CRP 259, Λ 24600 με αρνητικές αιμοκαλλιέργειες. Η CT κοιλίας ανέδειξε ηπατομεγαλία και πάχυνση του ειλεού με διογκωμένους επιχώριους λεμφαδένες. Η κολονοσκόπηση κατέδειξε έλκη ειλεού. Η βιοψία εντέρου έδειξε χρόνια φλεγμονώδη στοιχεία. Από τον ορολογικό έλεγχο τα αντισώματα για yersinia enterocolitica ήταν θετικά [IgG (+), IgA (+)]. Έλαβε σιπροφλοξασίνη και μετρονιδαζόλη για 10 ημέρες.
Και τα δύο περιστατικά εμφάνισαν μεταλοιμώδη αντιδραστική αρθρίτιδα με χαμηλή οσφυαλγία και φυσιολογικό ακτινολογικό έλεγχο, που αυτοπεριορίστηκε σε 2-3 μήνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σε ασθενείς με κοιλιακό άλγος και εικόνα ειλεΐτιδας με παθολογικούς επιχώριους λεμφαδένες, πρέπει να υποψιαζόμαστε -πλην της νόσου Crohn- και τη yersinia και να στέλνουμε τα αντίστοιχα αντισώματα και τις κατάλληλες καλλιέργειες κοπράνων ή αίματος, όταν μπορούν να γίνουν.

284. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΣΗΨΑΙΜΙΑ ΑΠΟ CORYNOBACTERIUM PROPINQUUM

Β. Βιτώρος, Α. Μακίνα, Α. Ιωάννου, Ε. Λιακοπούλου, Μ. Κωνσταντώνη, Σ. Συμπάρδη

Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΣΚΟΠΟΣ: Γενικά τα κορυνοβακτηρίδια και ειδικά τοCorynobacterium propinquum έχουν αναγνωριστεί ως μικροοργανισμοί που προκαλούν ευκαιριακές λοιμώξεις ωςαποτέλεσμα της αύξησης των ανοσοκατασταλμένων ασθενών και της χρήσης ξένων σωμάτων στην καθ' ημέρα ιατρική πράξη.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 69 ετών, γυναίκα, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό πλην θυρεοειδεκτομής (υπό θυρορμόνη), εισήχθη στην κλινική μας λόγω εμπύρετου έως 40 °C με ρίγος από 5ημέρου, συνοδευμένο από ερυθρό εξάνθημα κορμού (εξαφανιζόταν με την πίεση). Τη δεύτερη μέρα της νοσηλείας παρουσίασε επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας με βαριά υποξυγοναιμία και κλινικοεργαστηριακή εικόνα ARDS.
Αντικειμενική εξέταση: ΑΠ=140/70 mmHg, Σφ.90/min, Θ=39.5°C, SatO2 = 96%, αναπνευστικό ψιθύρισμα: λεπτοί τρίζοντες ΔΚΛ, S1, S2: ρυθμικοί, χωρίς επιπρόσθετους ήχους, κοιλιά χωρίς παθολογικά ευρήματα, ερυθηματώδες εξάνθημα κορμού. Εργαστηριακό έλεγχο: WBC=5600, πολυμορφοπύρηνα=85.2%, Hct=38.9%, Plt=94000, CRP=171 mg/l, ουρία=24 mg/dl, κρεατινίνη=0.9 mg/dl, SGOT=85 IU/l, SGPT=59 IU/l, γενική και καλλιέργεια ούρων: κφ. CT Θώρακος: ασαφών ορίων περιοχή θαμβής υάλου στον ΑΑΛ (αρχόμενη λοίμωξη), ινώδη, ουλορικνωτικά, πυκνοατελεκτατικά στοιχεία πνευμονικών βάσεων. Η ασθενής έλαβε από την 1η μέρα νοσηλείας πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη, βανκομυκινη. Λόγω επιδείνωσης της αναπνευστικής λειτουργίας και εκδήλωσης οξείας αναπνευστικής ανεπάρκεια έγινε αλλαγή της βανκομυκίνης με λινεζολίδη για 14 μέρες. Στην αιμοκαλλιέργεια της πρώτης μέρας απομονώθηκε Corynobacterium propinquum. Στο ιστορικό της ανέφερε αγροτικές εργασίες και τραυματισμό στη δεξιά κνήμη πριν 15 μέρες. U/S καρδιάς

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Τα Corynobacterium spp - που προκαλούν συχνά μικροβιαιμία σε ανοσοανεπαρκής ασθενείς με κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες για πρώιμη ενδοκαρδίτιδα σε προσθετικές και για ενδοκαρδίτιδα σε φυσικές βαλβίδες κ.α. όλο και συχνότερα ανευρίσκονται και σε ευκαιριακές λοιμώξεις σε ανοσοεπαρκείς. Η σωστή λήψη του ιστορικού βοηθάει τη διάγνωση και την αντιμετώπιση.

285. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΤΙΔΑ, ΜΙΑ ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗΣ

Ν. Βαρσάμης, Θ. Τζίμας, Α. Σιάδου, Μ. Μάστορα, Η. Λιάππης

Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

ΣΚΟΠΟΣ: Η λεπτοσπείρωση αποτελεί μια σημαντική ζωονόσο στις αγροτικές περιοχές της χώρας μας. Η μόλυνση με τη σπειροχαίτη της λεπτόσπειρας συμβαίνει κατά τη διάρκεια της επαφής με μολυσμένα ζώα ή με τα ούρα τους. Η κλινική πορεία της λεπτοσπείρωσης κυμαίνεται από μια ήπια εμπύρετη νόσο έως μια απειλητική για τη ζωή νόσο, τη νόσο του Weil, η οποία αποτελείται από την τριάδα ίκτερος, οξεία νεφρική ανεπάρκεια, και αιμορραγία. Σκοπός μας είναι να επισημανθεί η λεπτοσπείρωση ως ένα σημαντικό αιτίο αιμορραγικής πνευμονίτιδας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το περιστατικό αφορά άνδρα 63 ετών, ο οποίος μεταφέρθηκε από άλλο νοσοκομείο στην κλινική μας για διερεύνηση εμπυρέτου από δεκαημέρου, με ρίγος και μυαλγίες ιδιαίτερα των μυών της γαστροκνημίας. Εμφάνιζε ένεση των επιπεφυκότων, ίκτερο, αιμόφυρτα πτύελα και δύσπνοια. Από το ιστορικό του ανέφερε την παρουσία ποντικών στην οικία του και τους γύρω χώρους.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ: WBC 13.000 / mcL, με επικράτηση των ουδετερόφιλων, PLT 40.000/ mcL, Htc 32.5%. URE 89 mg/dl, Cre 2,06 mg/dl, K+ 3 mmol/L CK 1835 IU/L TBL 10.5 mg/dl DBL 8.61 mg/dl AST/ALT 128/93 IU/L ALP/ γGT 166/162 UI/L CRP 7.97 mg/dl. Από τη γενική ούρων είχε αιματουρία 30-50 RBCs και λεύκωμα (989 mg/24h).

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ: Στην απλή ακτινογραφία θώρακα εμφάνιζε δικτυοζώδες πρότυπο αμφοτερόπλευρα σε όλο το πνευμονικό παρέγχυμα και στην αξονική τομογραφία θώρακα διάχυτα κυψελιδικά διηθήματα που δεδομένης της κλινικής εικόνας ήταν συμβατά με αιμορραγική πνευμονίτιδα. Ο ασθενής τέθηκε σε κεφτριαξόνη 2 gr/24h με την κλινική διάγνωση της λεπτοσπείρωσης. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με την ανεύρεση αυξημένου τίτλου ειδικών αντισωμάτων έναντι λεπτόσπειρας, IgG 40 IU/ml (>9 θετικό) και IgM >100 IU/ml (θετικό >20).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής απυρέτησε το τρίτο 24ωρο, και σταδιακά τις επόμενες 10 ημέρες αποκαταστάθηκε ο ίκτερος, η αναπνευστική και νεφρική λειτουργία. Έλαβε εξιτήριο απύρετος και χωρίς την ανάγκη χορήγησης οξυγόνου κατ' οίκον. Η παρουσίαση του περιστατικού αυτού αναδεικνύει την ύπαρξη λεπτοσπείρωσης στη χώρα μας τονίζοντας την ανάγκη να μπαίνει στη διαφορική διάγνωση των περιστατικών με την παραπάνω κλινική και εργαστηριακή εικόνα. Η εμφάνιση αιμορραγικής πνευμονίτιδας είναι σημαντικός παράγοντας θνητότητας σε αυτούς τους ασθενείς και η έναρξη θεραπείας νωρίς καθορίζει την πορεία νόσου.

ΣΚΟΠΟΣ: Η λεπτοσπείρωση αποτελεί μια σημαντική ζωονόσο στις αγροτικές περιοχές της χώρας μας. Η μόλυνση με τη σπειροχαίτη της λεπτόσπειρας συμβαίνει κατά τη διάρκεια της επαφής με μολυσμένα ζώα ή με τα ούρα τους. Η κλινική πορεία της λεπτοσπείρωσης κυμαίνεται από μια ήπια εμπύρετη νόσο έως μια απειλητική για τη ζωή νόσο, τη νόσο του Weil, η οποία αποτελείται από την τριάδα ίκτερος, οξεία νεφρική ανεπάρκεια, και αιμορραγία. Σκοπός μας είναι να επισημανθεί η λεπτοσπείρωση ως ένα σημαντικό αιτίο αιμορραγικής πνευμονίτιδας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το περιστατικό αφορά άνδρα 63 ετών, ο οποίος μεταφέρθηκε από άλλο νοσοκομείο στην κλινική μας για διερεύνηση εμπυρέτου από δεκαημέρου, με ρίγος και μυαλγίες ιδιαίτερα των μυών της γαστροκνημίας. Εμφάνιζε ένεση των επιπεφυκότων, ίκτερο, αιμόφυρτα πτύελα και δύσπνοια. Από το ιστορικό του ανέφερε την παρουσία ποντικών στην οικία του και τους γύρω χώρους. Εργαστηριακά ευρήματα: WBC 13.000 / mcL, με επικράτηση των ουδετερόφιλων, PLT 40.000/ mcL, Htc 32.5%. URE 89 mg/dl, Cre 2,06 mg/dl, K+ 3 mmol/L CK 1835 IU/L TBL 10.5 mg/ dl DBL 8.61 mg/dl AST/ALT 128/93 IU/L ALP/γGT 166/162 UI/L CRP 7.97 mg/dl. Από τη γενική ούρων είχε αιματουρία 30-50 RBCs και λεύκωμα (989 mg/24h) Απεικονιστικά ευρήματα: Στην απλή ακτινογραφία θώρακα εμφάνιζε δικτυοζώδες πρότυπο αμφοτερόπλευρα σε όλο το πνευμονικό παρέγχυμα και στην αξονική τομογραφία θώρακα διάχυτα κυψελιδικά διηθήματα που δεδομένης της κλινικής εικόνας ήταν συμβατά με αιμορραγική πνευμονίτιδα. Ο ασθενής τέθηκε σε κεφτριαξόνη 2gr/24h με την κλινική διάγνωση της λεπτοσπείρωσης. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με την ανεύρεση αυξημένου τίτλου ειδικών αντισωμάτων έναντι λεπτόσπειρας, IgG 40 IU/ml (>9 θετικό) και IgM >100 IU/ml (θετικό >20).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής απυρέτησε το τρίτο 24ωρο, και σταδιακά τις επόμενες 10 ημέρες αποκαταστάθηκε ο ίκτερος, η αναπνευστική και νεφρική λειτουργία. Έλαβε εξιτήριο απύρετος και χωρίς την ανάγκη χορήγησης οξυγόνου κατ' οίκον. Η παρουσίαση του περιστατικού αυτού αναδεικνύει την ύπαρξη λεπτοσπείρωσης στη χώρα μας τονίζοντας την ανάγκη να μπαίνει στη διαφορική διάγνωση των περιστατικών με την παραπάνω κλινική και εργαστηριακή εικόνα. Η εμφάνιση αιμορραγικής πνευμονίτιδας είναι σημαντικός παράγοντας θνητότητας σε αυτούς τους ασθενείς και η έναρξη θεραπείας νωρίς καθορίζει την πορεία νόσου.

286. ΛΙΣΤΕΡΙΩΣΗ ΕΚΔΗΛΩΝΕΤΑΙ ΩΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΚΡΟΤΑΦΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑΣ

Μ. Μυλωνά, Π. Τόσκας, Γ. Πεντάζος, Χ. Λιάσκος, Ι. Ρήγας, Κ. Πολύζος, Γ. Καραμανάκος, Μ. Πολυζώης, Α. Τόσκας

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η λιστερίωση συνιστά ζωονόσο, η οποία προκαλείται από την κατανάλωση τροφίμων μολυσμένων από το βακτηρίδιο *Listeria monocytogenes* και προκαλεί σοβαρή κλινική εικόνα σε νεογνά και σε ανοσοκατασταλμένους ενήλικες. Σκοπός της παρουσίασης είναι να αναδειχθεί ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς, με γνωστό ιστορικό κροταφικής αρτηρίτιδας, η οποία διεγνώσθη με σηψαιμία και μηνιγγίτιδα από*Listeriamonocytogenes.*

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής, θήλυ, 66 ετών, με πρόσφατη διάγνωση κροταφικής αρτηρίτιδας υπό κορτιζονοθεραπεία και τύφλωση ήδη του δεξιού οφθαλμού, εισήχθη στην κλινική μας λόγω εμπυρέτου ως 38.5 °C από τριημέρου με συνοδό θόλωση όρασης από τον αριστερό οφθαλμό, διάχυτες μυαλγίες, βραδυψυχισμό, τραυλισμό και απορρύθμιση τιμών σακχάρου αίματος. Ουδέν το αξιοσημείωτο ανεδείχθη από την κλινική της εξέταση, ενώ εργαστηριακά διαπιστώθηκαν υψηλοί δείκτες φλεγμονής (ΤΚΕ 110 mm/h, CRP 202 mg/l ΦΤ ως 5 mg/l). Λόγω της συμπτωματολογίας της, τέθηκε σε 3ήμερη ώση με 1gr μεθυλπρεδνιζολόνης IV/ημέρα, ενώ εκτιμήθηκε οφθαλμολογικά με ανάδειξη οπτικής οξύτητας 8/10 στον ΑΡ οφθαλμό και λέπτυνση αρτηριολίων συστοίχως. Από το 2ο 24ωρο νοσηλείας της απομονώθηκε σε δύο αιμοκαλλιέργειές της *Listeria monocytogenes* και η ασθενής τέθηκε σε αμπικιλλίνη 2 gr x6 IV και γενταμικίνη 240 mg x1 IV με άμεση απυρεξία. Μετά οσφυονωτιαία παρακέντηση αναδείχθηκε εικόνα μηνιγγίτιδος με PCR εγκεφαλονωτιαίου υγρού θετική για *Listeria monocytogenes.* Κλινικοεργαστηριακά βελτιωμένη εξήλθε μετά συμπλήρωση θεραπείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η λιστερίωση θα πρέπει να εντάσσεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με ανοσοκαταστολή λόγω ρευματολογικής νόσου και της συνοδού θεραπείας της, οι οποίοι ενδέχεται να παρουσιαστούν με συμπτωματολογία συμβατή με υποτροπή του βασικού τους νοσήματος.

287. Η ΒΡΟΥΚΕΛΛΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ

Χ. Φυτιλή, Δ. Μπασούλης, Π. Παπαϊωάννου, Μ. Ψυχογυιού

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής 79 ετών, κάτοικος Αττικής, με πρόσφατη διάγνωση μυελοδυσπλαστικού συνδρόμου, λεμφώματος Β-NHL χαμηλής κακοήθειας και αυτοάνοσης αιμολυτικής αναιμίας, υπό κορτικοειδή και κυκλοσπορίνη, προσήλθε λόγω παρατεινόμενου εμπυρέτου. Εκτός από ανάδειξη πνευμονίας στον απεικονιστικό έλεγχο, στον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε θετική αντίδραση Wright (1: 10240). Παρότι η ασθενής κατανάλωνε αυστηρά παστεριωμένα προϊόντα, και η μόνη πιθανή οδός μετάδοσης ήταν η μετάγγιση, η οποία αναφέρεται σπανιότατα, η πιθανότητα οξείας βρουκέλλωσης δεν μπορούσε να αποκλειστεί. Τέθηκε σε αγωγή με δοξυκυκλίνη και γενταμυκίνη για έξι εβδομάδες, ενώ παράλληλα διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση για τη διερεύνηση της λοίμωξης αναπνευστικού. Στο BAL ανιχνεύτηκαν 4.375 αντίγραφα του ιού CMV/mL, χωρίς ταυτόχρονη ανίχνευση στο αίμα, και με τη διάγνωση της CMV πνευμονίας, στην αγωγή προστέθηκε γανκυκλοβίρη. Παρότι δεν αναπτύχθηκε Brucella melitensis στις καλλιέργειες αίματος και μυελού, ο τίτλος της Wright προοδευτικά μειώθηκε, και αρνητικοποιήθηκε στο τέλος της θεραπείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η ετήσια επίπτωση της βρουκέλλωσης σε γυναίκες >65 ετών υπολογίζεται σε 2.05 ανά 100.000 κατοίκους, ενώ η αντίστοιχη επίπτωση στην Αττική υπολογίζεται σε 0.5 ανά 100.000 κατοίκους την περίοδο 2005- 2011. Σπάνια η νόσος αναφέρεται σε ασθενείς με αιματολογικές αλλά και συμπαγείς κακοήθειες, είτε στα πλαίσια εμπυρέτου ουδετεροπενίας είτε σε ταυτόχρονη διάγνωση με την υποκείμενη κακοήθεια. Ειδικά στις αιματολογικές κακοήθειες, η καταστολή της Τ- κυτταρικής ανοσίας, απότοκος τόσο της νόσου όσο και της θεραπείας αυτής, ενέχεται στην παθογένεια της λοίμωξης. Εκτός από την οροαντίδραση Wright, η διάγνωση γίνεται με ορολογικό έλεγχο αλλά και με καλλιέργεια μυελού, η οποία δεν επηρεάζεται τόσο όσο οι καλλιέργειες αίματος από τη λήψη αντιβιοτικών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Κατά τη διερεύνηση ασθενών με ανοσοκαταστολή και/ ή πανκυτταροπενία, οι συχνές λοιμώξεις του Ελλαδικού χώρου όπως η βρουκέλλωση, οφείλουν να λαμβάνονται εξίσου υπόψιν όσο και οι ευκαιριακές λοιμώξεις.

288. ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΣΕ ΜΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΘΗΚΕ ΜΕ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ

Β. Χριστοπούλου[1], Χ. Ζάρπας[1], Ε. Λάζου[1], Σ. Αργέντος[2], Ι. Παναγιωτίδης[3], Σ. Τσιόδρας[4]

[1]Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας ΠΓΝ «Αττικόν», [3]Β΄ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής ΠΓΝ «Αττικόν», [4]Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η φυματιώδης περιτονίτιδα είναι εκδήλωση εξωπνευμονικής φυματίωσης και αποτελεί το 1-3% των κλινικών εκδηλώσεων της φυματίωσης. Σκοπός είναι η παρουσίαση ασθενούς με φυματιώδη περιτονίτιδα που διαγνώσθηκε κατόπιν λαπαροσκοπικής βιοψίας του περιτοναίου.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Πρόκειται για ασθενή 22 ετών από την Αλβανία η οποία εισήχθη στην κλινική λόγω πυρέτου έως 40 ^{o}C από 5ημέρου. Ανάφερε δε ότι προ τριμήνου είχε παρουσιάσει πυρετό και άλγος υπογαστρίου για το οποίο είχε επισκεφθεί Νοσοκομείο στην Αλβανία και έκτοτε παρουσίαζε αδυναμία, απώλεια βάρους, ανορεξία. Ατομικό αναμνηστικό: ελεύθερο. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ΑΠ: 110/70 mmHg, Σφύξεις: 95/min, SO_2: 97%, αναιμία, Ht: 27%, Λευκά: 7.330, Π: 58, Λ: 30, Μ: 9, αύξηση δεικτών φλεγμονής CRP: 198, ΤΚΕ: 100, χωρίς ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα από την εξέταση κατά συστήματα. Εντός ολίγων ωρών μετά τη νοσηλεία της η ασθενής παρουσίασε εικόνα οξείας κοιλίας και υποβλήθηκε σε u/s κοιλίας και ακολούθως σε CT θώρακος και κοιλίας, η οποία ανέδειξε ασκιτική συλλογή και παχύνσεις του περιτοναίου με συνοδό θολερότητα του μεσεντερίου λίπους. Η ασθενής αντιμετωπίσθηκε με χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής σιπροφλοξασίνης και μετρονιδαλόλης με αποτέλεσμα ύφεση του πυρετού, πτώση των δεικτών φλεγμονής και άνοδο του Ht. Οι αιμοκαλλιέργειες, ο κολλαγονικός έλεγχος, ο έλεγχος για λοιμώξεις ήταν: (-) και οι καρκινικοί δείκτες: (-) εκτός του CA125: 549 που παρουσίαζε αύξηση, Mantoux: (-), QuantiFERON: (-). Παρακέντηση ασκιτικού υγρού: εξίδρωμα, κυτταρολογική εξέταση ασκιτικού: (-), άμεση χρώση για β-Koch και καλλιέργεια Lowenstein: (-). Έγινε 2η αξονική κοιλίας η οποία ανέδειξε υποχώρηση του ασκίτη χωρίς υποχώρηση των περιτοναίων παχύνσεων. Ακολούθως η ασθενής υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροσκόπηση και βιοψία περιτοναίου, η οποία ανέδειξε εικόνα περιτοναϊκής φυματίωσης, βιοψία: κοκκιωματώδης φλεγμονή/τυροειδούς τύπου κεντρική νέκρωση κοκκιωμάτων και ο μοριακός έλεγχος ήταν θετικός για Mycobacterium tuberculosis. Η ασθενής έλαβε αγωγή με ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, πυραζιναμίδη, εθαμβουτόλη, βιταμίνη B_6. Ακολούθησε ομαλή πορεία και ίαση της ασθενούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ: Η διάγνωση της φυματίωσης του περιτοναίου είναι δύσκολη και πολλές φορές οδηγεί σε μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα. Οι γυναίκες προσβάλλονται σε διπλάσιο ποσοστό συγκριτικά με τους άντρες. Μπορεί να εκδηλωθεί ως οξεία χειρουργική κοιλία, ενώ μπορεί να μιμηθεί κακοήθειες, φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου και άλλες μολυσματικές ασθένειες. Οι διαγνωστικές μέθοδοι όπως ακτινογραφία θώρακος, δερμοαντίδραση φυματίωσης, άμεσες χρώσεις και καλλιέργεια του ασκιτικού, ADA, CA125 δεν φαίνεται να συμβάλλουν ιδιαίτερα στη διάγνωση και η λαπαροσκοπική βιοψία του περιτοναίου κρίνεται αναγκαία για την τελική διάγνωση της φυματιώδους περιτονίτιδας.

289. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΚΗΛΙΔΩΔΗ ΠΥΡΕΤΟ

Γ. Βαρβαρούση, Ε. Κατσιούλα, Μ. Γεωργιάδου, Ε. Παπανδρέου, Γ. Σαρρής, Μ. Εφορακοπούλου, Η. Παύλου

ΜΕΘ Α΄ ΓΝ Αττικής ΚΑΤ-ΕΚΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αγγειίτιδα από ρικέτσια conorii είναι υπεύθυνη για τις κλινικές εκδηλώσεις του Μεσογειακού Κηλιδώδη Πυρετού (ΜΚΠ). Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζεται περιστατικό με σηπτική και αιμορραγική καταπληξία λόγω ΜΚΠ.
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 65 ετών, με ιστορικό παχυσαρκίας και αρτηριακής υπέρτασης, εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω κυματοειδούς πυρετού (39 ˚C), ρίγους, σύγχυσης και εσχάρας ενοφθαλμισμού στο δεξιό μηρό από τριημέρου. Κλινική εξέταση: κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα στα άκρα επεκτεινόμενο κεντρικά. Εργαστηριακός έλεγχος: λευκοπενία, χαμηλά αιμοπετάλια, και αύξηση σε ουρία, κρεατινίνη, τρανσαμινάσες, CRP (22 mg/dL) και D-dimers (19 μg/dl). Παρακλινικός έλεγχος φυσιολογικός. Ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες και χορηγήθηκε αμπικιλλίνη-σουλμπακτάμη, κλινδαμυκίνη και δοξυκυκλίνη λόγω υποψίας ρικετσίωσης. Η καλλιέργεια της εσχάρας ήταν αρνητική για κοινά μικρόβια. Ο ορολογικός έλεγχος για λεπτοσπείρωση και κοξιέλλα ήταν αρνητικός, ενώ για ρικέτσια conorii εκκρεμεί. Την τρίτη ημέρα από την εισαγωγή της λόγω σηπτικής καταπληξίας και ανουρίας διασωληνώθηκε και τέθηκε σε μηχανικό αερισμό και φλεβοφλεβική αιμοδιαδιήθηση. Οι καλλιέργειες αίματος, βρογχικών εκκρίσεων και ούρων ήταν αρνητικές. Διεκόπη η χορήγηση κλινδαμυκίνης και αμπικιλλίνης/σουλμπακτάμης και χορηγήθηκε πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και λινεζολίδη. Η χορήγηση δοξυκυκλίνης συνεχίστηκε. Η άρρωστη βελτιώθηκε και εξήλθε από τη ΜΕΘ τη δέκατη ημέρα νοσηλείας. Την ίδια ημέρα παρουσίασε αιφνιδίως καταπληξία και διασωληνώθηκε. CTscan κοιλίας: αιμάτωμα 18 cm στο χώρο του Regius. Αγγειογραφία: Διαπιστώθηκαν 3 στικτές εστίες εξαγγειώσεως σε κλάδους της δεξιάς θυροειδούς αρτηρίας. Ακολούθησε εμβολισμός του πρόσθιου στελέχους της δεξιάς έσω λαγονίου αρτηρίας. Η άρρωστη σταθεροποιήθηκε και την 15 ημέρα εξήλθε από τη ΜΕΘ.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αιμορραγική καταπληξία λόγω ρήξης μεγάλου αγγείου από νεκρωτική αγγειίτιδα είναι σπάνια επιπλοκή του ΜΚΠ. Η νόσος έχει σημασία να αναγνωρίζεται άμεσα, καθώς η επιβίωση του ασθενούς εξαρτάται εν πολλοίς από την έγκαιρη έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής.

290. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΑΠΟ NOCARDIA spp. ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ

Μ. Μυλωνά, Π. Τόσκας, Μ. Κουβελέτσου, Ι. Θεοδοσόπουλος, Α. Τόσκας, Σ. Λιάτης

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η νοκαρδίωση συνιστά ασυνήθη λοίμωξη από τον αερόβιο ακτινομύκητα του γένους *Nocardia*, η οποία δύναται να προκαλεί εντοπισμένη ή συστηματική νόσο σε ανθρώπους - ιδίως επί ανοσοκατασταλμένων- και ζώα. Χαρακτηρίζεται ως ευκαιριακή λοίμωξη, ενώ φιλεί ιδιαιτέρως το κεντρικό νευρικό σύστημα. Σκοπός της παρουσίασης είναι να αναδειχθεί ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς, με γνωστό ιστορικό συστηματικού ερυθηματώδους λύκου (ΣΕΛ) υπό αγωγή, η οποία διεγνώσθη με πνευμονία ΔΕ βάσης από νοκάρδια και απόστημα ΔΕ μετωπιαίου λοβού.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής, θήλυ, 44 ετών, με ιστορικό ΣΕΛ με νεφρική προσβολή και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια υπό μεθυλπρεδνιζολόνη 8 mgx1 και μυκοφαινολάτη μοφετίλ 500 mg 1x2 και μεταλλικές βαλβίδες (μιτροειδής και αορτική), εισήχθη στην κλινική μας λόγω εμπυρέτου ως 39.5ºC με ρίγος και ήπιο παραγωγικό βήχα από 48ώρου συνοδευόμενα από έντονη καταβολή δυνάμεων και μυαλγίες. Από την κλινικοεργαστηριακή της εξέταση αναδείχθηκαν ρεγχάζοντες ΔΕ βάσης, ενώ εργαστηριακά διαπιστώθηκαν λευκοκυττάρωση, λεμφοπενία, θρομβοπενία, μετρίως αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και επηρεασμένη νεφρική λειτουργία. Η ασθενής καλύφθηκε αρχικά με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη 2.25 gr x3 IV και κλαριθρομυκίνη 500 mg x1 IV, ενώ υποστηρίχθηκε με οξυγονοθεραπεία και βρογχοδιαστολή. Στη μικροσκοπική εξέταση δύο δειγμάτων πτυέλων, απομονώθηκε*Nocardiasp p < /em>. Επιπλέον, στην CT απεικόνιση θώρακα βρέθηκε πύκνωση ΔΕ κάτω λοβού με αρχόμενη κοιλοποίηση, ενώ στη διενεργηθείσα CT εγκεφάλου απόστημα ΔΕ μετωπιαία. Βάσει αυτού του ευρήματος και της ανοσοκαταστολής της ασθενούς, η ασθενής καλύφθηκε με μεροπενέμη 0.5 gr x1 IV και συλφομεθοξαζόλη/τριμεθοπρίμη 2x1 IV με σταδιακή βελτίωση. Εξήλθε μετά από συμπλήρωση θεραπείας και νέο απεικονιστικό έλεγχο, όπου διαπιστώθηκε σημαντική βελτίωση των παθολογικών ευρημάτων.*
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η νοκαρδίωση- αν και ασυνήθης νόσος- θα πρέπει να εντάσσεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με ανοσοκαταστολή.

291. ΠΥΡΕΤΟΣ Q: ΕΝΑ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΥΧΝΟ ΑΙΤΙΟ ΜΕΤΑΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ

Ι. Γαληνός, Μ. Σαργιάνου, Κ. Κωνσταντίνου, Γ. Καραγιώργης, Δ. Ρηγόπουλος, Γ. Αλοΐζος

401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη ενός λιγότερο συχνού αιτίου σπειραματονεφρίτιδας.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής ετών 53 νοσηλεύτηκε για διερεύνηση εμπυρέτου έως 38.5°C από 9μήνου, χωρίς σαφείς χαρακτήρες, με συνοδό αδυναμία-καταβολή. Από το ιστορικό αναφέρεται προηγούμενη νοσηλεία στη Νεφρολογική Κλινική λόγω σταδιακά επιδεινούμενης λευκωματουρίας νεφρωσικού τύπου (περίπου 4gr/24ωρο), όπου πραγματοποιήθηκε βιοψία νεφρού. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται τοποθέτηση προσθετικής βαλβίδας και εκτροφή-ενασχόληση με παραγωγικά ζώα (κυρίως με αιγοπρόβατα).
ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο έγινε ορολογικός έλεγχος για *Brucella* spp., *Bartonella* spp., *Leptospira* spp. και *Coxiella Burnetti* και ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες. Έγινε βρογχοσκόπηση λόγω παθολογικών ευρημάτων στην αξονική τομογραφία θώρακος και εστάλη βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα για καλλιέργεια για κοινά μικρόβια και μυκοβακτηρίδιο. Τέλος, έγινε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς προς αποκλεισμό λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η βιοψία έδειξε εικόνα συμβατή με οξεία μεταλοιμώδη σπειραματονεφρίτιδα μη στρεπτοκοκκικής αιτιολογίας και στοιχεία οξείας διάμεσης νεφρίτιδας. Από τον έλεγχο προέκυψε αναιμία χρονίας νόσου με αυξημένους δείκτες φλεγμονής και θετικά αντισώματα IgG (>= 1: 2048) φάσης I και II για *C. Burnetti*, ενώ ο λοιπός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Με αυτό το εύρημα, επαναλήφθηκε το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα και έγινε σπινθηρογράφημα οστών με φυσιολογικά αποτελέσματα. Τέθηκε, έτσι, η διάγνωση της χρόνιας λοίμωξης από *C. Burnetti* και χορηγήθηκε αγωγή με δοξυκυκλίνη και υδροξυχλωροκίνη· 3 μήνες μετά την έναρξη της αγωγής ο ασθενής ήταν απύρετος και διαπιστώθηκε άνοδος του αιματοκρίτη, πτώση των δεικτών φλεγμονής και σημαντική ύφεση της λευκωματουρίας.
Το ατομικό αναμνηστικό και οι συνήθειες του ασθενούς πρέπει να καθοδηγούν τη διαφορική διαγνωστική του κλινικού γιατρού προκειμένου να τεθεί έγκαιρα η διάγνωση, ειδικά σε ασθενείς με εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας, όπου η ανάδειξη της αιτίας είναι συνήθως δυσχερής.

292. ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ Coxiella burnetti ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑΣ

Ι. Γαληνός, Μ. Σαργιάνου, Γ. Καραγιώργης, Π. Μπουφίδης, Α. Καλόγηρος, Γ. Αλοΐζος

401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη ενός λιγότερο συχνού αίτιου μηνιγγοεγκεφαλίτιδας. Έχει αναφερθεί ότι <1% των οξέων λοιμώξεων από *C. burnetti* εντοπίζονται στο ΚΝΣ.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 22 ετών νοσηλεύτηκε λόγω εμπυρέτου έως 38°C από διημέρου με συνοδό οπισθοβοβλική κεφαλαλγία και ήπια σημεία μηνιγγικού ερεθισμού, χωρίς σαφή εστιακή νευρολογική σημειολογία. Από το ατομικό αναμνηστικό ο ασθενής αναφέρει κατασκήνωση σε υπαίθριο χώρο σε περιοχή με πληθώρα αιγοπροβάτων στο οπτικό του πεδίο και δήγμα κρότωνος 15 ημέρες πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων. Το λοιπό αναμνηστικό ήταν ελεύθερο.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος. Έγινε οσφυονωτιαία παρακέντηση και ανάλυση και καλλιέργεια του ΕΝΥ. Έγινε ορολογικός έλεγχος στον ορό για *Coxiellaburnetti* και *Brucella* spp.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε ότι τα λευκά αιμοσφαίρια ήταν στο κατώτερο φυσιολογικό όριο, ενώ παρατηρήθηκε ήπια ορθόχρωμη-ορθοκυτταρική αναιμία, θρομβοπενία και αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Από την ανάλυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού φάνηκε αύξηση του λευκώματος, φυσιολογική γλυκόζη και 250 κύτταρα με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, ενώ η καλλιέργεια του ΕΝΥ ήταν αρνητική. Αρχικά, ο ορολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Ο ασθενής τέθηκε σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με κεφτριαξόνη, βανκομυκίνη, δοξυκυκλίνη και ακυκλοβίρη, οπότε ο ασθενής απυρέτησε και η κλινική του εικόνα βελτιώθηκε 3 μέρες μετά την έναρξη της αγωγής. Λόγω της ισχυρής κλινικής υποψίας, επαναλήφθηκε ο ορολογικός έλεγχος 10 μέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων, οπότε φάνηκε αυξημένος τίτλος IgM αντισωμάτων φάσης II για C. burnetti (1: 56). Με τα παραπάνω στοιχεία τέθηκε η διάγνωση της οξείας λοίμωξης ΚΝΣ από *C. Burnetti.*
Συμπερασματικά, ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει στη διαφορική διάγνωση αιτιών λοιμώξεων ΚΝΣ την *C. burnetti* όταν υπάρχει συμβατό ιστορικό έκθεσης σε αιγοπρόβατα ή νύγμα κρότωνος (λιγότερο συχνός τρόπος μετάδοσης).

293. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

294. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΩΝ ΕΝΔΟ-ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Α. Χρηστάκου, Π. Καραγιάννη, Π. Σαλμάς, Α. Κωνσταντάτου

ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αυτο-αναφερόμενη ποιότητα ζωής υγείας παρέχει την εκτίμηση του ασθενούς σχετικά με την εμπειρία του με την πάθηση και τη συμπτωματολογία της (λχ., πόνος, λειτουργικότητα) και της λειτουργίας του στο κοινωνικό, ψυχολογικό και συναισθηματικό τομέα Ο μετεγχειρητικός ενδο-νοσοκομειακός ασθενής πιθανά να αντιμετωπίζει δυσχέρεια στην αναπνευστική λειτουργία του, στη φυσική εκτέλεση σωματικών δραστηριοτήτων και στην ψυχολογική κατάστασή του. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εξέταση της επίδρασης φυσικοθεραπευτικού προγράμματος στην ποιότητα ζωής χειρουργηθέντων ενδο-νοσοκομειακών ασθενών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: 60 χειρουργηθέντες ασθενείς (36 άνδρες, 24 γυναίκες) (ηλικίας 63.80±13.74 έτη, διάρκεια παραμονής στην κλινική 38.06±27.06 ημέρες, διάρκεια φυσικοθεραπείας 22.87±14.91 ημέρες) προερχόμενοι από τον ίδιο νοσοκομειακό χώρο με καλή επικοινωνιακή-διανοητική κατάσταση συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα. Τριάντα ασθενείς από το προαναφερόμενο σύνολο ασθενών εκτέλεσαν παρόμοιο φυσικοθεραπευτικό πρόγραμμα ίδιας χρονικής διάρκειας που περιλάμβανε αναπνευστική φυσικοθεραπεία και κινησιοθεραπεία άνω, κάτω άκρων, κορμού κατόπιν παραπομπής τους από το θεράποντα ιατρό. Οι υπόλοιποι 30 ασθενείς που δεν παραπέμφθηκαν για φυσικοθεραπεία αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου. Όλοι οι ασθενείς συμπλήρωσαν τρία ψυχομετρικά αποδεκτά ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια: (α) την Κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας της Επισκόπησης Υγείας SF-36 (Short SURVEY SF-36), (β) τη σύντομη μορφή του McGill Pain Questionnaire (Short Form-McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ), (γ) την Οπτική Αναλογική Κλίμακα Πόνου (Visual Analogue Scale, VAS), (δ) την Κλίμακα Τωρινού Πόνου (Present Pain Index Scale-PPIS), και (ε) το Ερωτηματολόγιο Άγχους Κατάστασης (State-Trait Inventory, STAI). Η πειραματική ομάδα συμπλήρωσε τα προαναφερόμενα ερωτηματολόγια πριν την έναρξη και μετά τη λήξη της φυσικοθεραπευτικού προγράμματος αποκατάστασης. Paired t-tests πραγματοποιήθηκαν για να ελεγχθούν διαφορές μεταξύ των δύο μετρήσεων στις δύο ομάδες και t-tests μεταξύ των δύο ομάδων της έρευνας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στατιστικώς σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των δύο μετρήσεων σε όλες τις μεταβλητές στην πειραματική ομάδα: (α) σωματική λειτουργικότητα (t=-4.70, p=.000), (β) σύντομη μορφή του McGill Pain Questionnaire (t=10.05 p=.000), (γ) Οπτική Αναλογική Κλίμακα Πόνου (t=11.91, p=.000), (δ) Κλίμακα Τωρινού Πόνου (t=6.87, p=.000), και το Ερωτηματολόγιο Άγχους Κατάστασης (t=-2.13, p=.05). Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο μετρήσεων στην ομάδα ελέγχου. Επίσης, στατιστικώς σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των δύο ομάδων μετά τη λήξη του φυσικοθεραπευτικού προγράμματος στις μεταβλητές: (α) σωματική λειτουργικότητα (t=5.95, p=.000), (β) σύντομη μορφή του McGill Pain Questionnaire (t=-13.37, p=.000), (γ) Οπτική Αναλογική Κλίμακα Πόνου (t=-7,63, p=.000), και (δ) Κλίμακα Τωρινού Πόνου (t=-6.51, p=.000).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή φυσικοθεραπευτικών προγραμμάτων αποκατάστασης πιθανά συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής χειρουργηθέντων ενδο-νοσοκομειακών ασθενών. Απαιτείται περαιτέρω μελέτη με μεγαλύτερο δείγμα και χρήσης περισσότερων οργάνων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής με στόχο την επιβεβαίωση της θεωρητικής και κλινικής χρησιμότητας των φυσικοθεραπευτικών προγραμμάτων σε ενδο-νοσοκομειακούς ασθενείς.

295. Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕΝΤΟΡΩΝ ΓΙΑ ΝΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΟΥΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΕΣ ΚΑΙ ΔΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΕΣ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Α. Σαρρή[1], Σ. Σιβετίδου[2], Θ. Λοϊζίδης[3], Ε. Μπάκας[2]

[1]Καθηγήτρια Τμήματος Βαλκανικών, Σλαβικών και Ανατολικών Σπουδών, Σχολή Οικονομικών και Περιφερειακών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Θεσσαλονίκη, [2]Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Νοσοκομείο ΚΑΤ Αθήνα, [3]Διευθυντής Κέντρου Αποκατάστασης Euromedica Αρωγή, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Κάνουμε μία πρόταση που αφορά την εκπαίδευση μεντόρων ώστε να βοηθήσουμε έμπειρους επιχειρηματίες να λειτουργήσουν σαν μέντορες με σκοπό να διευκολύνουν άτομα με σοβαρές κινητικές αναπηρίες να αναλάβουν επιχειρηματική δραστηριότητα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σχεδιάσαμε ένα πρόγραμμα κατάρτισης όπου μέντορες θα πρέπει να εκπαιδευτούν για: α) το ρόλο του μέντορα, β) την ανάπτυξη των απαιτούμενων δεξιοτήτων μέντορα, γ) τα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των καθοδηγούμενων, δ) τη σχέση μέντορα-καθοδηγούμενου, ε) τη διαδικασία καθοδήγησης, στ) τις ειδικές ανάγκες των ατόμων με αναπηρία. Σε όλα τα παραπάνω ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στην αντιμετώπιση των ιδιαίτερων αναγκών των ατόμων με αναπηρία που είναι σε θέση να ακολουθήσουν το πρόγραμμα, προκειμένου να τους δώσει κίνητρο και ενδιαφέρον για τη ζωή, κυρίως όμως για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Το πρόγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνει: α) την εκπαίδευση σχετικά με την καθοδήγηση στον τομέα της επιχειρηματικότητας, β) πληροφορίες σχετικά με τα ειδικά προβλήματα των ατόμων με αναπηρία, γ) να δώσει κίνητρο και το ενδιαφέρον για τις πρόσθετες ευκαιρίες υπό το φως της επιχειρηματικότητας, δ) χρησιμοποιώντας την κατά πρόσωπο προσέγγιση για την επίτευξη όλων των παραπάνω στόχων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι μέντορες είναι έμπειροι επιχειρηματίες ή επαγγελματίες που επιθυμούν να στηρίξουν και να συμβουλεύσουν άπειρους ή εν δυνάμει νέους επιχειρηματίες που βρίσκονται στη φάση εκκίνησης. Καλούνται να έχουν μια σειρά από τυπικά χαρακτηριστικά όπως αξιοπιστία, ακεραιότητα, σοφία καθώς και τη δυνατότητα να μοιραστούν τις γνώσεις τους. Για να είναι ένας μέντορας απαιτείται διάκριση μεταξύ των διαφορετικών ρόλων, με τους μέντορές μερικές φορές να δρουν ως ηγέτες, πρότυπα και εκπαιδευτές, ενώ άλλες φορές ως δάσκαλοι, σύμβουλοι και «φίλοι». Επιπλέον, συνδέουν την εμπειρία τους στην επιχειρηματικότητα, μοιράζονται τις απόψεις και τις γνώμες στα τρέχοντα ζητήματα και τάσεις, συμβουλεύουν τους καθοδηγούμενούς τους στις επιχειρηματικές αποφάσεις και προσφέρουν μια προοπτική γνώση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η πρότασή μας βασίζεται στην κεντρική ιδέα της φιλοσοφίας της καθοδήγησης και έχει ως στόχο να βοηθήσει τα άτομα με σοβαρή κινητική αναπηρία να ξεκινήσουν τη δική τους επιχείρηση, προκειμένου να τους δοθεί η δυνατότητα να δράσουν πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά για την επίλυση προβλημάτων καθημερινότητας και τελικά να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους.

296. ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΟΡΟΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

Ζ. Συμεωνίδου, Σ. Σιβετίδου, Β. Τογγελίδης, Μ. Παπακυρίτση, Σ. Φερφέλη, Σ. Πάγκαλης, Ε. Μπάκας

Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Παρουσιάζουμε περιστατικό ασθενούς πολυτραυματία με παραπληγία που νοσηλεύτηκε στην κλινική μας με συνεχιζόμενο πυρετό αγνώστου αιτιολογίας.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρας ασθενής, 42 ετών, με ιστορικό οροαρνητικής σπονδυλοαρθρίτιδας (υπό αγωγή με infliximab) νοσηλεύτηκε λόγω παραπληγίας (ASIA A, νευρολογικό επίπεδο Θ3, οπίσθια σπονδυλοδεσία), κατάγματα πλευρών-αιμοπνευμοθώρακα. Εμφάνισε πυρετό διάρκειας δύο μηνών, μια εβδομάδα μετά την εισαγωγή στην κλινική μας. Αρχικά, εμφάνισε θετική καλλιέργεια αίματος και ούρων και έλαβε θεραπεία βάσει αντιβιογράμματος (μεροπενέμη+βανκομυκίνη). Λόγω ύπαρξης έλκους πίεσης 4ου βαθμού στην περιοχή του ιερού οστού υπεβλήθη σε αξονική και μαγνητική απεικόνιση με σκοπό τον αποκλεισμό οστεομυελίτιδας. Ο συνεχιζόμενος πυρετός σε συνδυασμό με νέα αρνητική καλλιέργεια αίματος και ούρων οδήγησε σε αλλαγή της αντιβιοτικής αγωγής, στοχεύοντας σε Gram (+) και Gram (-) βακτήρια. Επιπλέον, ο ασθενής υπεβλήθη σε απεικονιστικό έλεγχο με σκοπό την αξιολόγηση της σπονδυλοδεσίας της ΘΜΣΣ, ενώ αποκλείστηκαν η πνευμονική εμβολή και η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. Έγινε πλήρης ανοσολογικός έλεγχος, ενώ το τεστ quantiferon TB ήταν θετικό, απαιτώντας περαιτέρω επιβεβαίωση. Η αντιβιοτική αγωγή διεκόπη και αντικαταστάθηκε με αντιφυματική αγωγή ((Ethambutol - Rifampicin - Pyrazinamide). Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ο ασθενής παρουσίασε δερματικό ερύθημα στα άνω άκρα καθώς και ιριδοκυκλίτιδα, τα οποία υποχώρησαν μετά από ενδοφλέβια δοκιμαστική χορήγηση κορτιζόνης. Έτσι, αποφασίστηκε καθημερινή θεραπεία με από του στόματος χορήγηση κορτιζόνης μετά την ολοκλήρωση της αντιφυματικής αγωγής. Ο ασθενής παρουσίασε απόσυρση, άρνηση συμμετοχής στο πρόγραμμα αποκατάστασης, μεταπτώσεις διάθεσης, ευερεθιστότητα και χρειάστηκε η καθημερινή συνδρομή του ψυχολόγου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η σοβαρή καθυστέρηση έναρξης προγράμματος αποκατάστασης και ο παρατεταμένος κλινοστατισμός είχε σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση πολλών ψυχολογικών θεμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαχείριση παραπληγικού ασθενούς με ρευματολογική νόσο και συνύπαρξη λοιμώξεων αποτελεί μια πρόκληση και απαιτεί τη συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του στη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης.

297. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

298. ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΩΣ ΜΕΣΟ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Ε. Μιχαηλίδου[1], Σ. Μπακατσή[1], Α. Κοτρώνη[2], Σ. Σιβετίδου[2], Π. Βορνιωτάκης[2], Ε. Μπάκας[2]

[1]Τμήμα Εργοθεραπείας, Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ «ΚΑΤ», [2]Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Ρευματοειδή Αρθρίτιδα επηρεάζει σχεδόν όλους τους τομείς της λειτουργικότητας. Η Εργοθεραπευτική παρέμβαση σκοπό έχει να εντοπίσει τους περιορισμούς που επιβάλλει η νόσος και τις επιπτώσεις της σε όλους τους τομείς της ανεξάρτητης διαβίωσης. Ο στόχος της παρέμβασης είναι να προτείνει εναλλακτικούς τρόπους ικανοποίησης των αναγκών του πάσχοντα από Ρευματοειδή Αρθρίτιδα άτομο.
ΣΚΟΠΟΣ: Ανάδειξη με κλινικά παραδείγματα της χρησιμότητας των βοηθημάτων καθημερινής χρήσης για αύξηση λειτουργικότητας ατόμων με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.
ΥΛΙΚΟ: Εξωτερικοί ασθενείς τμήματος εργοθεραπείας. Πέντε γυναίκες από 45 έως 60 ετών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα με μειωμένη ισχύ στα άνω άκρα υπό φαρμακευτική αγωγή.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι ασθενείς εκτιμήθηκαν με Functional Independence measure and Functional Assessment Measure. Η εργοθεραπευτική παρέμβαση περιελάμβανε πρόταση, εφαρμογή και χρήση κατάλληλων βοηθημάτων για τη διευκόλυνση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής. Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε για τρείς μήνες από δυο συνεδρίες την εβδομάδα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος παρατηρήθηκε αύξηση της ανεξαρτησίας σε Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής, της αντοχής και της κοινωνικοποίησης επίσης σημειώθηκε μείωση του πόνου στις αρθρώσεις. Η επαναξιολόγηση αποσκοπούσε στην εκτίμηση της κατανόησης του οφέλους από την εφαρμογή των βοηθημάτων και επανέλεγχο της διατήρησης του επιπέδου λειτουργικότητας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η Εργοθεραπευτική Παρέμβαση στοχευμένη στην επιλογή των κατάλληλων βοηθημάτων για τα άτομα με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα φαίνεται να βελτιώνει το επίπεδο λειτουργικής ενασχόλησης στην καθημερινότητα.

299. ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΛΟΓΩ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Π. Βορνιωτάκης[1], Α. Κοτρώνη[1], Ε. Κοίλιαρη[2], Χ. Χατζηαθανασίου[1], Β. Τογγελίδης[1], Σ. Πάγκαλης[1], Ε. Μπάκας[1]

[1]Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ «ΚΑΤ», [2]Μικροβιολογικό Ανοσολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διερεύνηση της συχνότητας των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων λόγω πολυανθεκτικότητας των βακτηριδίωνστην κλινική μας τα τελευταία δύο χρόνια.
ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ελέγξαμε όλους τους φακέλους των ασθενών και καταγράψαμε αυτούς που είχαν προσβληθεί από *Klebsiellapneumoniae, Acinetobacterbaumannii, Pseudomonasaeruginosa*. Συλλέχθηκαν δείγματα υλικού για καλλιέργειες από το ορθό σε 11 ασθενείς και στάλθηκαν στο μικροβιολογικό εργαστήριο. Τα δείγματα καλλιεργήθηκαν με το κατάλληλο υλικό και τοποθετήθηκαν δίσκοι μεροπενέμης με σκοπό να ελεγχθεί η αντίσταση των βακτηριδίων. Η απομόνωση και ο έλεγχος της ευαισθησίας έγινε μέσω του αυτόματου συστήματος Vitek 2 (Biomerienx, France).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 2014 από σύνολο 94 ασθενών στάλθηκαν 9 δείγματα και ένας άντρας ασθενής είχε θετικό αποτέλεσμα με *Pseudomonasaeruginosa*. Το 2013 από σύνολο 120 ασθενών στάλθηκαν 2 δείγματα και μια γυναίκα ασθενής είχε θετικό αποτέλεσμα με *Klebsiellapneumoniae*. Πάρθηκαν αυστηρά μέτρα για τον έλεγχο της λοίμωξης, οι ασθενείς απομονώθηκαν και το νοσηλευτικό προσωπικό ενημερώθηκε όπως και το γραφείο νοσοκομειακών λοιμώξεων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι γνωστό ότι οι νοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει ένας κλινικός ιατρός, Έχουν σαν αποτέλεσμα την παράταση νοσηλείας η οποία αυξάνει το οικονομικό κόστος του νοσοκομείου και επιβαρύνει ψυχολογικά τον ασθενή.

300. ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΜΥΟΠΑΘΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη[2], Β. Τσιτσής[1], Ν. Καθοπούλης[1], Κ. Καλλιόδης[1], Ι. Κομιώτης[1], Σ. Αλ Αχμάρ[1], Μ. Κούλη[3], Θ. Δημήτρουλα[3], Γ. Καραχάλιος[3], Ν. Σιδηρόπουλος[1], Ν. Βλάχος[3], Α. Ζήκα[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, ΓΝ Αργολίδας, [3]Καρδιολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα, ΓΝ Ηλείας

ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης είναι η παρουσίαση θήλεος ασθενούς ετών 33 Ελληνοαραβικής καταγωγής η οποία παρουσίασε δύσπνοια, καρδιογενές shock, με διάγνωση ιδιοπαθούς διατατικής καρδιομυοπάθειας της λοχείας μετά από 14 μέρες από το τοκετό με καισαρική τομή στη Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική του Νοσοκομείου Πύργου.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ήταν Ελληνοαραβικής καταγωγής γυναίκα 33 ετών IV τόκου, με προδρομικό πλακούντα, η οποία από την 32 εβδομάδα της κύησης παρουσίασε πρόωρες συσπάσεις και κολπική αιμόρροια. Ιστορικό υποθυρεοειδισμού. Νοσηλεύθηκε με τοκολυτική αγωγή υδροχλωρική ριτοδρίνη και βεραπαμίλη για περισσότερο από ένα μήνα. Έγινε καισαρική τομή λόγω επιπωματικού πλακούντα. Μετά από 14 μέρες στη λοχεία προσήλθε αιτούμενη στα ΤΕΠ με αγχώδη διαταραχή, αίσθημα παλμών, οιδήματα κάτω άκρων, δύσπνοια, ωχρότητα. Έγινε ψυχιατρική εκτίμηση και παραπέμφθηκε στην Καρδιολογική Μονάδα με δύσπνοια προοδευτικά επιδεινούμενη, καρδιακή κάμψη, πνευμονικό οίδημα, καρδιογενές shock. Οιδήματα κάτω άκρων, ακρόαση καρδιάς S1, S2 ρυθμικά χωρίς φυσήματα και πρόσθετους ήχους, ακρόαση πνευμόνων: μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα άμφω, φυσήματα μηριαίων και καρωτίδων όχι, σφαγίτηδες ++/++++, περιφερικές σφύξεις ψηλαφητές. Ετέθη μάσκα venturi 60%.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής νοσηλεύτηκε στην καρδιολογική Μονάδα με καρδιογενές shock, ζωτικά σημεία: θ 36 C, ΑΠ 50/40 mmHg, σφύξεις 120/min, ΗΚΓ V4-V6 αρνητικά Τ, αέρια αρτηριακού αίματος Ph 7,43, pCO2 21 mmHg, pO2 71 mmHg, sO2 95%, D-dimer 4632.19 ng/ml Troponin I 0.07 μg//L, Εργαστηριακός απεικονιστικός έλεγχος, Ro θώρακος επί κλίνης: καρδιοθωρακικός δείκτης φυσιολογικός διάταση μεσοθωρακίου, ασαφοποίηση πλευροδιαφραγματικών γωνιών. u/s καρδιάς: αορτική βαλβίδα και ρίζας κατά φύση, ΑΡ κόλπος οριακός (3.69 cm), Αρ κοιλία διατεταμένη (5.81 cm) ΔΕ κοιλότητες οριακές, διάχυτη υποκινησία και λέπτυνση τοιχωμάτων, χωρίς περικαρδιακό υγρό, πίεση πνευμονικής 40 mmHg, Doppler A=E, MR+ 2/4, TR+ 2/4, κλάσμα εξώθησης 20%. Υπό αγωγή με ινοτρόπα, Α ΜΕΑ, διουρητικά, κλασική Ηπαρίνη. Αναλη διαιτα και περιορισμός υγρών. Μετά διημέρου διεκομίσθη στην Καρδιολογική μονάδα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών. Διεκομίσθηκε στο Καρδιολογικό Κέντρο του Ωνασείου. Μετά από 60 μέρες το κλάσμα εξώθησης 35%. Παρά τη βελτίωση παραμένει στη λίστα των Μεταμοσχεύσεων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η σοβαρότητα της κλινικής σημασίας της ιδιοπαθούς διατατικής καρδιομυοπάθειας της τελειόμηνης κύησης ή της λοχείας μιας σπάνιας πάθησης της κύησης 1/15000 που πιο συχνά συναντιέται σε μελαψές και θηησιμότητα 25-50% συνήθως επιβάλλεται μεταμόσχευση καρδιάς.

301. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

302. ΤΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΕΓΧΥΣΗ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΗΠΑΤΙΚΩΝ, ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΠΛΗΝΙΚΩΝ ΕΜΦΡΑΚΤΩΝ. ΓΡΗΓΟΡΟ, ΕΥΚΟΛΟ ΚΑΙ ΦΘΗΝΟ!

Α. Κλεάνθους[1], Δ. Κόκκινος[1], Κ. Ιωσηφίδης[1], Σ. Γεωργακόπουλος[1], Ε. Μπλάνα[1], Ε. Αντύπα[1], Π. Τσερωτάς[1], Μ. Σκυλακάκη[1], Σ. Μπενάκης[2], Π. Πιπερόπουλος[1]

[1]Ακτινολογικό Τμήμα-Θεραπευτήριον «Ο Ευαγγελισμός», [2]Τμήμα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου, Θεραπευτήριον «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η εξέταση της χρησιμότητος του υπερηχογραφήματος με έγχυση σκιαγραφικού για τη διάγνωση εμφράκτων ήπατος, νεφρών και σπληνός.
ΥΛΙΚΟ: Ανασκόπηση των κυριοτέρων παθολογικών οντοτήτων που προκαλούν έμφρακτα ήπατος, νεφρών και σπληνός. Περιγραφή των βασικών βημάτων για την εκτέλεση υπερηχογραφήματος με σκιαγραφικό για αυτές τις ενδείξεις. Επεξήγηση της φυσιολογικής αιμοδυναμικής συμπεριφοράς των οργάνων υπό εξέταση μετά από την έγχυση του ενισχυτού.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Επεξήγηση των απεικονιστικών ευρημάτων των εμφράκτων στο υπερηχογράφημα πριν και μετά από την έγχυση ενδοφλεβίου σκιαγραφικού. Παράθεση κλινικών περιπτώσεων εμφράκτων ήπατος, νεφρών και σπληνός, με απεικονιστικά ευρήματα στο υπερηχογράφημα χωρίς και με έγχυση ενδοφλεβίου ενισχυτού ηχογενείας. Σύγκριση εικόνων πριν και μετά από την έγχυση για διαπίστωση της διαγνωστικής αξίας της μεθόδου. Σύγκριση του υπερηχογραφήματος με αξονική ή μαγνητική τομογραφία όποτε αυτές πραγματοποιήθηκαν.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το υπερηχογράφημα με έγχυση ενισχυτού ηχογενείας έχει πολύ καλά αποτελέσματα στη διάγνωση εμφράκτων ήπατος, νεφρών και σπληνός.

303. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ.

Σ. Γεωργακόπουλος[1], Δ. Κόκκινος[1], Κ. Ιωσηφίδης[1], Σ. Πασχάλης[1], Α. Κλεάνθους[1], Α. Σταύρου[1], Ε. Αντύπα[1], Σ. Τσολάκη[1], Δ. Έξαρχος[2], Π. Πιπερόπουλος[1]

[1]Ακτινολογικό Τμήμα-Θεραπευτήριον «Ο Ευαγγελισμός», [2]Τμήμα Αξονικής-Μαγνητικής Τομογραφίας, Θεραπευτήριον «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των ενδείξεων και των περιορισμών στη διενέργεια υπερηχογραφήματος με έγχυση σκιαγραφικού για τη μελέτη της παγκρεατικής παθολογίας.
ΥΛΙΚΟ: Αναδρομική μελέτη ασθενών με φλεγμονώδη ή νεοπλαστική παθολογία από το πάγκρεας που υπεβλήθησαν σε υπερηχογράφημα με έγχυση ενδοφλεβίου σκιαγραφικού.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Περιγραφή των ενδείξεων, αντενδείξεων, περιορισμών και σφαλμάτων του υπερηχογραφήματος με σκιαγραφικό στο πάγκρεας. Ανασκόπηση των συχνότερων κλινικών οντοτήτων του παγκρέατος με απεικονιστικά παραδείγματα σε υπερηχογράφημα πριν και μετά από την έγχυση ενδοφλεβίου σκιαγραφικού, σε σύγκριση με αξονική και μαγνητική τομογραφία όποτε αυτές διενεργήθηκαν. Επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας σχετικά με την ικανότητα της μεθόδου να διευκολύνει την ανίχνευση και το χαρακτηρισμό των παγκρεατικών αλλοιώσεων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το υπερηχογράφημα με έγχυση ενισχυτού ηχογενείας έχει μεγάλη χρησιμότητα για τη μελέτη της παγκρεατικής παθολογίας.

304. ΟΙ ΤΥΠΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΤΥΠΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΣΤΙΑΚΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΣΤΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΕΓΧΥΣΗ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟΥ

Χ. Σιέρρου[1], Δ. Κόκκινος[1], Κ. Ιωσηφίδης[1], Σ. Γεωργακόπουλος[1], Ε. Μπλάνα[1], Ε. Αντύπα[1], Π. Τσερωτάς[1], Σ. Τσολάκη[1], Α. Ταβερναράκη[2], Π. Πιπερόπουλος[1]

[1]Ακτινολογικό Τμήμα-Θεραπευτήριον «Ο Ευαγγελισμός», [2]Τμήμα Αξονικής-Μαγνητικής Τομογραφίας, Θεραπευτήριον «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η εξέταση των τυπικών και ατύπων αιμοδυναμικών συμπεριφορών των εστιακών αλλοιώσεων ήπατος κατά τη διενέργεια υπερηχογραφήματος με έγχυση σκιαγραφικού.
ΥΛΙΚΟ: Αναδρομική μελέτη ασθενών με μία ή περισσότερες καλοήθεις ή κακοήθεις εστιακές ηπατικές αλλοιώσεις που υπεβλήθησαν σε υπερηχογράφημα με έγχυση ενδοφλεβίου σκιαγραφικού.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσίαση των τυπικών χαρακτηριστικών ενισχύσεως των διαφόρων ιστολογικών τύπων εστιακών ηπατικών αλλοιώσεων με έγχυση ενισχυτού ηχογενείας. Επεξήγηση των τυπικών και ατύπων προτύπων ενισχύσεως. Ανασκόπηση της θέσεως του υπερηχογραφήματος με σκιαγραφικό στο διαγνωστικό αλγόριθμο της ανάδειξης και του χαρακτηρισμού των εστιακών ηπατικών αλλοιώσεων. Επεξήγηση των αιμοδυναμικών χαρακτηριστικών των αλλοιώσεων σε 3 διαφορετικές φάσεις με βάση τη διπλή ηπατική αιμάτωση από την πυλαία φλέβα και την ηπατική αρτηρία. Παράθεση κλινικών περιπτώσεων με διαφορετικές εστιακές ηπατικές αλλοιώσεις, με απεικονιστικά ευρήματα στο υπερηχογράφημα με έγχυση ενδοφλεβίου ενισχυτού ηχογενείας. Σύγκριση του υπερηχογραφήματος με αξονική ή μαγνητική τομογραφία όποτε αυτές πραγματοποιήθηκαν.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το υπερηχογράφημα με έγχυση ενισχυτού ηχογενείας έχει πολύ καλά αποτελέσματα στην ανίχνευση και στο χαρακτηρισμό των εστιακών ηπατικών αλλοιώσεων. Οι Ακτινολόγοι πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τις τυπικές εικόνες του αλλά και τις άτυπες εξαιρέσεις.

305. A D V A N C E: ALZHEIMER DISEASE eVALUATION IN CLINICAL PRACTICE - Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΟΝΕΠΕΖΙΛΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Ε. Κατίρτζογλου, Α. Πολίτης

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της δονεπεζίλης (Dementis®) στο πλαίσιο της καθιερωμένης κλινικής πρακτικής.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Σχεδιάστηκε μία ανοικτή, μη παρεμβατική, πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης, διάρκειας 7 μηνών (real world study: Clinicaltrials. gov identifier NCT01772095). Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του φαρμάκου χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες MMSE (Mini Mental State Examination), IADL (International Activities of Daily Living) και η 5-βαθμη CDT (Clock Drawing Test). Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το λογισμικό SPSS 21.0
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εντάχθηκαν 412 ασθενείς (247 γυναίκες) ηλικίας 75,6±12,3 ετών, εκ των οποίων ο ένας στους τρεις είχε σχετικό ιστορικό. Στη βασική επίσκεψη-έναρξη της μελέτης 349 ασθενείς ελάμβαναν 5 mg και 63 ελάμβαναν 10 mg δονεπεζίλης ημερησίως. Οι ασθενείς οι οποίοι ελάμβαναν δόση 5 mg κατά την ένταξή τους στη μελέτη εμφάνισαν βελτίωση σύμφωνα με τις μεταβολές που παρατηρήθηκαν στις κλίμακες αξιολόγησης κατά τη διάρκεια της εξαμηνιαίας παρακολούθησης τους (MMSE: p=0,016, IADL: p=0,031, CDT: p < 0,001), ενώ οι ασθενείς που ελάμβαναν δόση 10 mg παρέμειναν σταθεροποιημένοι (MMSE: p=0,492, IADL: p=0,555) εμφανίζοντας όμως στατιστικά σημαντική βελτίωση στην κλίμακα CDT (p=0,014). Δώδεκα ασθενείς (2,9%) ανέφεραν αναστρέψιμες μη συσχετιζόμενες με το φάρμακο της μελέτης ανεπιθύμητες ενέργειες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση της δονεπεζίλης σε ασθενείς με ν. Alzheimer είναι αποτελεσματική και ασφαλής όταν χορηγείται σύμφωνα με τις κατευθυντήριες θεραπευτικές οδηγίες στη νόσο Alzheimer.

306. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

307. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

308. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Ε. Πουλημένου[1], Μ. Ξιφαράς[1], Κ. Κοντόκωστας[1], Α. Κωστούρου[2], Α. Πασιώτη[1], Ε. Κερεζούδη[1]

[1]Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝ Παμμακάριστος, [2]Αιματολογικό Τμήμα, ΓΝ Παμμακάριστος

ΣΚΟΠΟΣ: Οι αιματολογικές διαταραχές συνδέονται συχνά με εκδηλώσεις από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα όπως κεφαλαλγία, αμαύρωση, παροδικό ή εγκατεστημένο εγκεφαλικό επεισόδιο κ.α. Η ιδιοπαθής θρομβοκυττάρωση, ένα σπάνιο μυελοϋπερπλαστικό νόσημα συχνότητας 2-3 περιπτώσεων/100000/έτος, μπορεί να εκδηλώσει θρομβωτικά (συνήθως εγκεφαλοαγγειακά) ή αιμορραγικά συμβάματα. Επίσης η χρήση νέων παραγόντων στη θεραπεία της ιδιοπαθούς θρομβοπενικής πορφύρας είναι δυνατόν να προκαλέσει ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο ως επιπλοκή.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Περιγράφονται οι περιπτώσεις δύο ανδρών ασθενών ηλικίας 49 και 65 ετών, χωρίς ιστορικό προδιαθεσικών παραγόντων, που εισήχθησαν λόγω αριστερής ημιπάρεσης συνεπεία οξέων ισχαιμικών εμφράκτων στο κατώτερο τμήμα του αριστερού προμήκους και κροταφοβρεγματικά δεξιά, αντίστοιχα. Ο λοιπός απεικονιστικός κα καρδιολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός. Ο αυξημένος αριθμός αιμοπεταλίων (> 450000 για τον 49χρονο και > 600000 για τον 65χρονο) οδήγησε στη διερεύνηση υποκείμενου αιματολογικού νοσήματος. Από την εξέταση του μυελού των οστών και τον ιστολογικό και μοριακό έλεγχό του, ετέθη η διάγνωση της ιδιοπαθούς θρομβοκυττάρωσης. Η τρίτη περίπτωση αφορά γυναίκα 48 ετών η οποία παρουσίασε αφασία εκπομπής και δεξιά ημιπάρεση. Ελάμβανε χρονίως αγωγή με eltrombopag για τη θεραπευτική αντιμετώπιση ιδιοπαθούς θρομβοπενικής πορφύρας. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε οξεία και εκτεταμένη εμφρακτική βλάβη στην περιοχή αιμάτωσης της αριστερής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Η ενδελεχής αναζήτηση πιθανής ύπαρξης παραγόντων πρόκλησης εγκεφαλικού επεισοδίου ήταν αρνητική και το επεισόδιο θεωρήθηκε ως ασυνήθης επιπλοκή της αγωγής.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι αιματολογικές διαταραχές συνοδεύονται με σημεία και συμπτώματα από το ΚΝΣ. Η συστηματική διερεύνηση και ανάδειξη των πιθανών αιτίων για την εμφάνιση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, κυρίως σε άτομα μέσης ηλικίας και η καταγραφή του ατομικού ιστορικού τους, βοηθά στην τεκμηρίωση νοσημάτων ή παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους αλλά επιδέχονται αντιμετώπισης.

309. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΙΝΙΑΚΗΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ: RCVS Η΄ aSAH;

Ι. Μυλωνάκης[1], Γ. Ψιλοβασιλόπουλος[1], Α. Δρύλλη[2], Χ. Κελέσης[1], Β. Βάρσος[1]

[1]Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ε.Ε.Σ. «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο», [2]ΩΡΛ Κλινική, ΓΝ Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»

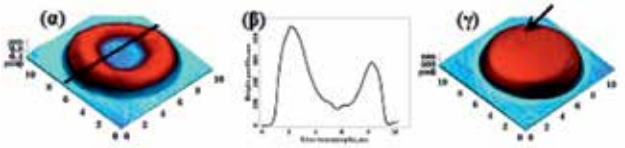
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ινιακή κεφαλαλγία αποτελεί κλινικό σύμπτωμα τόσο της RCVS όσο και της aSAH. Η κεφαλαλγία εγκαθίσταται κεραυνοβόλα, με ήπια ή σοβαρή νευρολογική συνδρομή και με συχνή κύρια εντόπιση την ινιακή χώρα.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Γυναίκα, 51 ετών, προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του ΓΝΑ ΕΕΣ αιτιώμενη εμμένουσα ινιακή κεφαλαλγία, μετά από αιφνίδια έναρξη, από εβδομάδας. Το ατομικό της αναμνηστικό περιλαμβάνει λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής από 6 μήνες και κάπνισμα -1 πακέτο ανά ημέρα- από 30 έτη. Κατά τη νευρολογική εξέταση δεν παρατηρείται εστιακό έλλειμμα. Η ασθενής υποβάλλεται σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου όπου αναγνωρίζεται υπέρπυκνη απεικόνιση σκηνιδίου και δρεπάνου. Μετά την εισαγωγή της στη Νευροχειρουργική Κλινική πραγματοποιείται ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία εγκεφάλου όπου αναδεικνύεται αρτηριακό ανεύρυσμα της δεξιάς σπονδυλικής αρτηρίας αμέσως πριν την έκφυση της οπίσθιας κάτω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας καθώς και μεγάλου βαθμού αγγειόσπασμος σε πρόσθια και οπίσθια κυκλοφορία. Η ασθενής παρουσιάζει σύγχυση, διέγερση και σύνδρομο Terson δεξιού οφθαλμού. Υπό γενική αναισθησία εμβολίζεται το διαχωριστικό ανεύρυσμα της δεξιάς σπονδυλικής αρτηρίας μετά από έλεγχο της παράπλευρης κυκλοφορίας μέσω της αντίπλευρης σπονδυλικής αρτηρίας. Η ασθενής προοδευτικά βελτιώνεται κλινικά και νευρολογικά και εξέρχεται από την κλινική.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία εγκεφάλου αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την αποκάλυψη της θέσης και έκτασης του εγκεφαλικού αγγειόσπασμου και απαντά στο διαγνωστικό δίλημμα RCVS ή aSAH. Το RCVS περιγράφεται κυρίως σε γυναίκες ηλικίας 20-50 ετών, σχετίζεται με λήψη φαρμακευτικής αγωγής-SSRI-, λύεται αυτόματα και απεικονίζεται τυπικά με αγγειόσπασμο στον αγγειακό κύκλο του Willis. Η aSAH μετά από διαχωρισμό της σπονδυλικής αρτηρίας εκδηλώνεται συχνά με δευτεροπαθή καθυστερημένη εγκεφαλική ισχαιμία-DCI- στο 30% των πασχόντων, οφειλόμενη σε εγκεφαλικό αγγειόσπασμο των εγγύς εγκεφαλικών αγγείων που χαρτογραφείται στο 70% των ασθενών.

310. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ GUILLAIN-BARRE: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΒΙΟΨΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΕ ΠΡΟΗΓΜΕΝΑ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΑ

Ν. Παπαχρήστος[1], Γ. Βασίλας[1], Γ. Πλάκας[2], Κ. Στεφανίδης[2], Δ. Σταμόπουλος[1]

[1]Ινστιτούτο Νανοεπιστήμης και Νανοτεχνολογίας, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», [2]Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Το σύνδρομο Guillain-Barré (ΣGB) είναι μια οξεία κατάσταση που σχετίζεται με φλεγμονώδη διαταραχή των περιφερικών νεύρων και χαρακτηρίζεται από εμφάνιση αδυναμίας και συχνά παράλυσης των κάτω και άνω άκρων, των αναπνευστικών μυών κ.α. Αναφορές σχετικά με την πιθανή συμμετοχή των κυττάρων περιφερικού αίματος στο ΣGB δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Δείγμα περιφερικού αίματος συλλέχθηκε, στην οξεία φάση, από ασθενή με ΣGB η οποία νοσηλεύθηκε και υποβλήθηκε σε χορήγηση ανοσοσφαιρινών. Άθικτα ερυθροκύτταρα (αΕΚ) και άθικτα Αιμοπετάλια (αΑΠ) απομονώθηκαν με την ηπιότερη δυνατή φυγοκέντρηση (120 xg, 5 min) και επιστρώθηκαν σε μονοστρωματικά υμένια σε γυάλινα πλακίδια μικροσκοπίου με χρήση φυγοκεντρικής διάταξης. Από το υπερκείμενο πλάσμα συλλέχθηκαν εναπομένοντα ΕΚ (ενΕΚ) και ΑΠ (ενΑΠ), μικρότερης πυκνότητας, με εντονότερη φυγοκέντρηση (1200xg, 5-10 min). Τα υμένια αΕΚ/αΑΠ και ενΕΚ/ενΑΠ μελετήθηκαν με τρία Μικροσκόπια: εισαγωγικά με το συμβατικό οπτικό μικροσκόπιο (διακριτική ικανότητα: 1 μm=10^{-6}m) και αναλυτικά με δύο προηγμένα Μικροσκόπια, το Ατομικής Δύναμης (ΜΑΔ) και το Ηλεκτρονικής Σάρωσης (ΜΗΣ) (διακριτική ικανότητα: 1nm=10^{-9}m).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μικροσκοπική εξέταση με τα ΜΑΔ και ΜΗΣ έδειξε ότι: (α) μεγάλος πληθυσμός τόσο των αΕΚ (17/72=23.6%) όσο και των ενΕΚ (65/139=46.8%) έχουν χάσει σημαντικό ποσοστό του κυτταροπλάσματος (Εικόνες 1 (α)-1 (β)) και (β) σημαντικός πληθυσμός των ενΕΚ (13/139=9.4%) παρουσιάζει εξελκώσεις στη μεμβράνη του, οι οποίες είναι κυκλικής μορφολογίας με διάμετρο μεγαλύτερη από 1 μm (Εικόνα 1(γ)). Τα ευρήματα αυτά δεν καταγράφονται σε υγιείς δότες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αυτά τα πειράματα μικροσκόπησης περιφερικού αίματος με τα προηγμένα ΜΑΔ και ΜΗΣ αποκάλυψαν ότι, ίσως, το ΣGB συνοδεύεται από μεταβολή των μορφολογικών χαρακτηριστικών των ΕΚ και αξιοσημείωτη αποδόμηση της μεμβράνης τους.



Εικόνα 1. (α) Εικόνα ΜΑΔ ενΕΚ που έχει χάσει το μεγαλύτερο ποσοστό του κυτταροπλάσματος. (β) Τομογραφία κατά μήκος της μαύρης γραμμής της εικόνας (α). (γ) Εικόνα ΜΑΔ ενΕΚ που παρουσιάζει εξέλκωση διαμέτρου μεγαλύτερης από 1μm στη μεμβράνη του (μαύρο βέλος).

311. ΥΠΟΞΕΙΑ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΣΠΑΣΜΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΣΗΡΑΓΓΩΔΗ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΑ

Ο. Τσίκα, Κ. Κοντόκωστας, Ε. Πουλημένου, Ε. Κερεζούδη

Νευρολογική Κλινική Νοσοκομείου Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος»

ΣΚΟΠΟΣ/ΥΛΙΚΟ: Τα σηραγγώδη αιμαγγειώματα συνιστούν ασυνήθεις αγγειακές δυσπλασίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος με συχνότητα εμφάνισης 0,5-0,7% και εκδηλώνονται είτε με επιληπτικές κρίσεις είτε με εστιακά ελλείμματα ως αποτέλεσμα της αιμορραγίας αυτών ή της χωροκατακτητικής τους δράσης. Η διάγνωσή τους γίνεται μέσω της Μαγνητικής Τομογραφίας Εγκεφάλου διά αποκλεισμού. Παρουσιάζεται η περίπτωση άνδρα 47 ετών, δεξιόχειρα, Καυκάσιας φυλής ο οποίος προσήλθε στο Τμήμα μας λόγω πολλαπλών εστιακών επιληπτικών κρίσεων με συνοδό λόξιγκα.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο εν λόγω ασθενής παρουσίαζε κατά το τελευταίο εξάμηνο διαταραχές συμπεριφοράς του τύπου της άρσης αναστολών που είχαν επιτεθεί κατά τον τελευταίο μήνα καθώς και στοιχεία ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής σχετιζόμενης με καθαριότητα και τάξη. Στο παρελθόν αναφέρεται επεισόδιο απώλειας συνείδησης με συνοδό απώλεια ούρων για το οποίο δεν διερευνήθηκε περαιτέρω. Το λοιπό ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται ελεύθερο, ενώ από το οικογενειακό ιστορικό αναφέρεται ότι η μητέρα έπασχε από κάποιο νευρολογικό χρόνιο νόσημα από το οποίο και κατέληξε. Η νευρολογική εξέταση δεν ανέδειξε άλλη εστιακή σημειολογία. Ο ασθενής υπεβλήθη σε έλεγχο με MRI εγκεφάλου αναδεικνύουσα πολλαπλές εστίες στο εγκεφαλικό παρέγχυμα σε υποξεία και χρόνια φάση. Οι ως άνω εστίες θα μπορούσαν να αποδοθούν σε πολλαπλά σηραγγώδη αιμαγγειώματα (διάγνωση εξ αποκλεισμού) καθώς και σε άλλα αγγειακά ή τραυματικά συμβάματα, λοιμώδη και νεοπλασματικά αίτια. Ως εκ τούτου ο ασθενής υπεβλήθη σε DSA η οποία ήταν αρνητική, σε ΟΝΠ και εστάλη πλήρης παρασιτολογικός έλεγχος ο οποίος απέβη αρνητικός, ενώ υπεβλήθη και σε διερεύνηση για πιθανή νεοπλασματική νόσο με αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας και θώρακος καθώς και βιοψία ενός ύποπτου για μελάνωμα σπίλου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ανωτέρω έλεγχος απέβη εκ νέου αρνητικός και οι εστίες αποδόθηκαν ως εκ τούτου σε πολλαπλά σηραγγώδη αιμαγγειώματα. Ο ασθενής παραπέμφθηκε και παρακολουθείται σε Νευροχειρουργικό Τμήμα.

312. ΟΣΦΥΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΩΣΗ-ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΧΩΛΟΤΗΤΑ

Δ. Ράδος, Λ. Βοϊδονικόλας, Ι. Τοπαλίδης

Νέον Αθήναιον

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της νευρογενούς διαλείπουσας χωλότητας και η έκβαση των ασθενών που υποβλήθηκαν σε επέμβαση οσφυικής αποσυμπίεσης την τελευταία πενταετία.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 68 ασθενείς με συμπτωματολογία νευρογενούς διαλείπουσας χωλότητος 42 ανδρες και 26 γυναίκες ηλικίας από 64 έτη ως 85 έτη. Όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα οσφυικής στένωσης - σπονδύλωσης σε ένα ή περισσότερα επίπεδα.
Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση οσφυικής αποσυμπίεσης με μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη διαμεσοτόξια θυριδοποίηση ή ημιπεταλεκτομή όπου αυτό κρίθηκε απαραίτητο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βραχυπρόθεσμα από τους 68 ασθενείς όλοι παρουσίασαν σημαντική βελτίωση συμπτωματολογίας. Μετά από δύο έτη 53 ασθενείς εξακολουθούσαν να παρουσιάζουν τη βελτιωμένη τους κλινική εικόνα, ενώ οι υπόλοιποι 15 παρουσίασαν επανεμφάνιση συμπτωμάτων. Οι ημέρες νοσηλείας ήταν κατά μέσο όρο δύο. Σε τρείς ασθενείς είχαμε διάνοιξη της σκληράς μήνιγγας και χρειάσθηκε επιπλέον παραμονή από μία έως και δύο ημέρες. Σε έναν ασθενή είχαμε άμμεσα μετεγχειρητική επιδείνωση της κλινική εικόνας λόγω διάνοιξης μήνιγγος και εμφάνιση ατελούς ιπποουριδικής συνδρομής η οποία υποχώρησε μετά παρέλευση εξαμήνου.
Η χειρουργική θεραπεία της νευρογενούς διαλείπουσας χωλότητας παραμένει στην επικαιρότητα λόγω της απλότητας της μεθόδου αλλά και πλέον ως αποτελεσματική θεραπεία.

313. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΟΥ Κ.Ν.Σ. - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Δ. Παπουτσάκης, Α. Ρόβλιας, Μ. Σιακαβέλλα, Κ. Γκουλιοπούλου

Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Το πρωτοπαθές μελάνωμα του ΚΝΣ είναι ένας σπάνιος και επιθετικός όγκος, και αντιπροσωπεύει περί το 1% περίπου όλων των μελανωμάτων. Στην εργασία αυτή παρουσιάζουμε τη σπάνια περίπτωση ενός πρωτοπαθούς κακοήθους μελανώματος του εγκεφάλου χωρίς συνοδό εξωκρανιακή εντόπιση και με μετεγχειρητική επιβίωση πέραν των δύο ετών.
ΥΛΙΚΟ: Άνδρας, ηλικίας 76 ετών, προσήλθε στη Νευροχειρουργική Κλινική τον Αύγουστο του 2012 λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης κεφαλαλγίας και εμέτων από 20ημέρου. Ο ασθενής είχε καλό επίπεδο συνειδήσεως, χωρίς να πλαγιώνει κινητικά, με φυσιολογική οπτική οξύτητα, αλλά με δεξιά ομώνυμη ημιανοψία. Η Υπολογιστική και η Μαγνητική Τομογραφία του εγκεφάλου ανέδειξαν ετερογενή χωροεξεργασία αριστερά κροταφοϊνιακώς με σκιαγραφική ενίσχυση και περιεστιακό οίδημα.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε χειρουργικά και με τη βοήθεια του χειρουργικού μικροσκοπίου εκκενώθηκε το κυστικό του τμήμα και συναφαιρέθηκε το συμπαγές τμήμα του όγκου. Ιστολογικά, κατεδείχθη ότι επρόκειτο περί κακοήθους μελανώματος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και η διενέργεια μετεγχειρητικής Αξονικής Τομογραφίας εγκεφάλου δεν ανέδειξε υπολειμματική βλάβη. Ο ενδελεχής κλινικός και ακτινολογικός έλεγχος για εξωκρανιακή εντόπιση στο σώμα απέβη αρνητικός. Η δερματολογική και οφθαλμοσκοπική εξέταση ήταν επίσης αρνητικές. Εντός του επόμενου μηνός, ο ασθενής υποβλήθηκε σε συμβατική ακτινοθεραπεία (5000 cGy) και έκτοτε παρακολουθείται περιοδικά στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής. Ο ασθενής, πλέον των δύο ετών μετεγχειρητικά, συνεχίζει να επιβιώνει χωρίς υποτροπή της νόσου.

314. Ο ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΣ ΔΙΑΚΡΑΝΙΑΚΟΣ ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ

Ε. Στέφας, Ε. Κανδυλάκης, Τ. Γεωργιάδης, Β. Γουγλίδης, Α. Υάκινθος

Κέντρο Αποκατάστασης «Ευεξία»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο ηλεκτρικός διακρανιακός ερεθισμός (t-DCS) είναι μια μη επεμβατική μέθοδος αποκατάστασης που εφαρμόζεται στο κρανίο και προκαλεί διέγερση του εγκεφάλου σε ασθενείς μετά από ΑΕΕ προωθώντας τη νευροπλαστικότητα για τη βελτίωση των κινητικών και των γνωσιακών ελλειμμάτων. Πραγματοποιήθηκε μελέτη στο τμήμα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων με σκοπό να διερευνηθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του ηλεκτρικού διακρανιακού ερεθισμού σε ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ που βρίσκονταν σε υποξύ ή χρόνιο στάδιο της νόσου.
ΥΛΙΚΟ: 18 ασθενείς (n=18, 10 άνδρες και 8 γυναίκες) με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε υποξύ ή χρόνιο στάδιο.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Στους 18 ασθενείς τοποθετήθηκε το ανοδικό ηλεκτρόδιο στο πάσχων ημισφαίριο στην περιοχή M1 για 20 λεπτά και ακολούθησαν πρόγραμμα αποκατάστασης για την επόμενη ώρα μετά το πέρας της συνεδρίας. Κάθε ασθενής υποβλήθηκε σε 15 συνεδρίες. Η κινητική ικανότητα και τα γνωσιακά αξιολογήθηκαν με τις κλίμακες FIM, Motricity index και την MMSE.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πλειονότητα των ασθενών είχε βελτίωση της κλινικής τους έκβασης τόσο των κινητικών όσο και των γνωσιακών ελλειμμάτων. Οι ασθενείς που ακολούθησαν τη διαδικασία μείωσαν τις ημέρες νοσηλείας τους στο κέντρο αποκατάστασης (p <0,01). Δεν διαπιστώθηκαν παρενέργειες κατά τη διάρκεια της μεθόδου του ηλεκτρικού διακρανιακού ερεθισμού (t-DCS).

315. ΣΥΝΟΒΙΑΚΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΣΦΥΪΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Κ. Μποβιάτσης, Σ. Κορφιάς, Α. Καλύβας, Κ. Θεμιστοκλής, Ε. Βλαχάκης, Ν. Μπούτος, Δ. Σακάς

Νευροχειρουργική κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση δύο περιστατικών με συνοβιακές κύστεις που εντοπίστηκαν στην αυχενική και οσφυική μοίρα της σπονδυλικής στήλης.
ΥΛΙΚΟ: (1) Ασθενής, θήλυ, 55 ετών παρουσίασε από ετών σταδιακά επιδεινούμενη δεξιά οσφυοιχιαλγία. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκε δυσχέρεια βάδισης λόγω άλγους και παραισθησία στην κατανομή της δεξιάς Ο5 ρίζας. Υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία της οσφυϊκής μοίρας η οποία κατέδειξε χωροκατακτητική βλάβη με κυστικά χαρακτηριστικά στο επίπεδο Ο4-Ο5 σε επαφή με την άρθρωση, με πιεστικά φαινόμενα επί της δεξιάς Ο5 ρίζας. (2) Ασθενής, άρρεν, 56 ετών παρουσίασε από 8μηνου άλγος της αριστερής ωμοπλατιαίας χώρας και αιμωδίες δακτύλων της αριστερής άκρας χειρός. Η νευρολογική εξέταση ανέδειξε μείωση της μυϊκής ισχύος κατά την απαγωγή του αριστερού άνω άκρου. Ο έλεγχος με μαγνητική τομογραφία της αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης κατέδειξε κυστική χωροκατακτητική εξεργασία στο επίπεδο Α7-Θ1 με πίεση του νωτιαίου μυελού.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Και στα δύο περιστατικά ήταν εφικτή η μικροχειρουργική ολική εξαίρεση των βλαβών. Στην πρώτη περίπτωση διενεργήθηκε οπίσθια προσπέλαση και θυριδοποίηση στο διάστημα Ο4-Ο5 δεξιά, ενώ στη δεύτερη περίπτωση διενεργήθηκε οπίσθια προσπέλαση με ημιπεταλεκτομή του Α7 σπονδύλου αριστερά. Οι ασθενείς άμεσα μετεγχειρητικά κινητοποιήθηκαν και παρουσίασαν ύφεση των συμπτωμάτων τους. Οι επεμβάσεις ήταν ανεπίπλεκτες. Ο παθολογοανατομικός έλεγχος ανέδειξε χαρακτηριστικά συμβατά με συνοβιακή κύστη.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι συνοβιακές κύστεις σπάνια εντοπίζονται ιδιαίτερα στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Αν και η εμφάνισή τους μπορεί να συνοδεύεται με συμπτώματα, η ολική μικροχειρουργική εξαίρεσή τους οδηγεί σε πλήρη ίαση.

316. ΑΤΥΠΗ ΠΟΛΥΕΠΙΠΕΔΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΣ ΘΜΣΣ

Α. Ρόβλιας, Δ. Παπουτσάκης, Μ. Σιακαβέλλα, Κ. Γκουλιοπούλου

Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Η οστεομυελίτις της ΣΣ είναι συχνά ύπουλη πάθηση, εμφανιζόμενη με μη ειδικά συμπτώματα κάνοντας τη διάγνωσή της δύσκολη. Παρουσιάζουμε την περίπτωση μίας άτυπης πολυεπίπεδης φλεγμονής της ΘΜΣΣ χωρίς συνοδό συμμετοχή των μεσοσπονδυλίων δίσκων και των τελικών σπονδυλικών πλακών.
ΥΛΙΚΟ: Άνδρας, ηλικίας 27 ετών, προσήλθε με ιστορικό ανώτερης δεξιάς μεσοπλευρίου νευραλγίας από 4μήνου. Υπήρχε ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και απουσία οιασδήποτε πρόσφατης λοίμωξης. Ο εργαστηριακός και απλούς ακτινολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικοί. Η Μαγνητική Τομογραφία της ΘΜΣΣ ανέδειξε βλάβες χαμηλής εντάσεως στην Τ1 ακολουθία και υψηλής εντάσεως σήματος στην Τ2 ακολουθία προσβάλλουσες ολόκληρο το σώμα του Θ3 και τα ημίσεα των σωμάτων των παρακειμένων Θ2 και Θ4 σπονδύλων, ως επίσης και μία παρασπονδυλική μάζα μαλακού ιστού στο Θ3 - Θ4 μεσοσπονδύλιο τρήμα συμπιέζουσα τη σύστοιχη ρίζα. Οι βλάβες ενισχύονταν με την παραμαγνητική ουσία, αλλά δεν υπήρχε απολύτως καμία συμμετοχή των μεσοσπονδύλιων δίσκων ούτε των τελικών πλακών των σπονδύλων.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Λόγω της απουσίας παθολογικών σημείων από τη νευρολογική εξέταση, διενεργήθηκε υπό αξονοτομογραφική καθοδήγηση διαδερμική παρακέντηση της παρασπονδυλικής μάζας. Αν και η ιστολογική εξέταση αποκάλυψε μη ειδικές χρόνιες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις, οι μικροβιολογικές εξετάσεις απέβησαν θετικές για Staphylococcus Aureus.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής έλαβε τεϊκοπλανίνη και ριφαμπικίνη ενδοφλεβίως για 4 εβδομάδες, και στη συνέχεια ριφαμπικίνη per os για άλλους τρείς μήνες, και εμφάνισε πλήρη εξάλειψη των αρχικών συμπτωμάτων. Η ύφεση της φλεγμονής επιβεβαιώθηκε με επανάληψη της Μαγνητικής Τομογραφίας τρείς μήνες αργότερα. Η λίαν άτυπη ακτινολογική απεικόνιση αυτής της εκτεταμένης φλεγμονώδους εξεργασίας στη ΣΣ ενός νεαρής ηλικίας ασθενούς χωρίς επιβαρυντικούς παράγοντες ή ανοσοκαταστολή, καταδεικνύει την ανάγκη του κλινικού ιατρού να υποπτεύεται μία ύπουλη φλεγμονή και να την προσεγγίζει κατάλληλα, διαγνωστικά και θεραπευτικά, παρά την απουσία θορυβώδους σημειολογίας ή τυπικών ακτινολογικών ευρημάτων.

317. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΜΙΣΠΑΣΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΜΕΣΩ ΟΣΤΙΚΗΣ ΑΠΟΣΥΜΠΙΕΣΗΣ ΤΟΥ ΕΣΩ ΑΚΟΥΣΤΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ

Α. Καλύβας, Σ. Κορφιάς, Κ. Θεμιστοκλής, Κ. Μποβιάτσης, Ν. Μπούτος, Ε. Βλαχάκης, Δ. Σακάς

Νευροχειρουργική κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος κλινικού περιστατικού και η συζήτηση της αντιμετώπισης του.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 61 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας το Νοέμβριο του 2014 αιτιώμενη σπασμούς του αριστερού ημίσεως του προσώπου της απο επταετίας, επιδεινούμενους κατα τη διάρκεια περιόδων stress. Οι σπασμοί ήταν ακούσιοι, ανώδυνοι, παροξυσμικοί, κλωνικοί, εντοπισμένοι κυρίως στο σφιγκτήρα μύ του βλεφάρου αλλά και επεκτεινόμενοι στους υπόλοιπους μύες του ημιπροσώπου. Ο απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου έδειξε γειτνίαση του προσωπικού νεύρου με δυσπλαστική δολιχοεκτατική σπονδυλική αρτηρία αλλά και μια ασυνήθιστη υπερτροφική μορφολογία του έσω ακουστικού πόρου που προκαλούσε γωνίωση της VII/VIII συζυγίας κατα την εισοδό της στο κανάλι. Η ασθενής είχε ήδη λάβει την ενδεδειγμένη συντηρητική θεραπεία και είχε υποβληθεί δις σε κρανιοτομία για μικρο-νευραγγειακή αποσυμπίεση αλλαχού χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής υποβλήθηκε σε αριστερή οπισθοσιγμοειδική κρανιοτομία. Αφού αναγνώριστηκε η VII/VIII κρανιακή συζυγία και η σπονδυλική αρτηρία κάτωθεν αυτής, έγινε λύση της αραχνοειδούς μήνιγγας του νευραγγειακού συμπλέγματος και λύση των συμφύσεων που υπήρχαν λόγω περιοχικών χειρισμών σε προηγούμενο χειρουργείο. Στη συνέχεια αναγνωρίστηκε οστική υπερτροφική προεξοχή του οπίσθιου τοιχώματος του έσω ακουστικού πόρου που προκαλούσε γωνίωση και εμφανές εντύπωμα στο προσωπικό νεύρο. Πραγματοποιήθηκε εξομάλυνση αυτής και αποκατάσταση της πορείας του συμπλέγματος VII/VIII συζυγίας με αποτέλεσμα τη σημαντική αποσυμπίεση και κινητοποίηση του.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πιο συνήθης αιτία σπασμού ημιπροσώπου χρήζουσα νευροχειρουργικής αντιμετώπισης είναι η συμπίεση του προσωπικού νεύρου απο αγγειακούς κλάδους της οπίσθιας κυκλοφορίας. Στο συγκεκριμένο περιστατικό η συμπίεση από τη δυσπλαστική αρτηρία σε συνδυασμό με τον υπερτροφικό έσω ακουστικό πόρο προκαλούσε τη συμπτωματολογία της ασθενούς. Η προσεκτική μελέτη της απεικόνισης της περιοχικής ανατομίας μπορεί να αποκαλύψει σπάνιες ανατομικές παραλλαγές-ιδιαιτερότητες, όπως στην ανωτέρω περίπτωση, που προκαλούν το κλινικό σύνδρομο.

318. ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΣΦΥΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΕΣΙΑ

Α. Ρόβλιας[1], Δ. Παπουτσάκης[1], Π. Ποταμούση[2], Μ. Σιακαβέλλα[1], Γ. Φραγκάκης[1]

[1]Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας, [2]Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Η πρώτη περιγραφή σπονδυλοδισκίτιδας έγινε το 1953 από τον Turnbull. Η σπονδυλοδισκίτιδα αφορά τη φλεγμονή του μεσοσπονδυλίου δίσκου, η οποία δευτερογενώς επεκτείνεται στις τελικές πλάκες των παρακείμενων σπονδυλικών σωμάτων. Στις περισότερες περιπτώσεις η αιτιολογία είναι μικροβιακή. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε έναν νεαρό άνδρα με εμμένουσα μετεγχειρητική σπονδυλοδισκίτιδα ασαφούς αιτιολογίας.
ΥΛΙΚΟ: Άνδρας ηλικίας 36 ετών, χωρίς προηγούμενο ιατρικό ιστορικό ή παράγοντες κινδύνου, διακομίσθηκε στη Νευροχειρουργική Κλινική λόγω ασταθούς εκρηκτικού κατάγματος O_3, κατόπιν πτώσεως εξ' ύψους. Ο ασθενής δεν παρουσίαζε εστιακή νευρολογική σημειολογία και δεν είχε συνοδές κακώσεις. Πραγματοποιήθηκε πεταλεκτομή O_3 και σπονδυλοδεσία με διαυχενικές βίδες και ράβδους O_2 - O_4. Ο ασθενής έλαβε προφυλακτική αγωγή με αντιβιοτικά για 5 ημέρες.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μετεγχειρητική πορεία υπήρξε ομαλή έως την εμφάνιση ενός συριγγίου στο σημείο της χειρουργικής τομής περίπου 3 έτη μετά την επέμβαση. Αν και ο ασθενής ήταν απύρετος, απεικονιστικά διεπιστώθη αραίωση του οστίτη ιστού στις ακτινογραφίες της ΟΜΣΣ πέριξ των διαυχενικών βιδών στα σώματα των σπονδύλων. Πραγματοποιήθηκε χειρουργικός καθαρισμός των μαλακών μορίων και ο ασθενής έλαβε θεραπεία με φουσιδικό οξύ, η οποία διεκόπη όταν ελήφθησαν αρνητικά αποτελέσματα από τις καλλιέργειες αίματος και υγρού από το συρίγγιο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δύο χρόνια αργότερα, ο ασθενής επανήλθε με υποτροπή του συριγγίου και πραγματοποιήθηκε, πέραν ενός νέου χειρουργικού καθαρισμού και αφαίρεση των υλικών σπονδυλοδεσίας. Μετεγχειρητικά χορηγήθηκε αντιβίωση ριφαμπικίνη και εφαρμόσθηκε εξωτερική ακινητοποίηση με ειδικό θωρακο - οσφυικό κηδεμόνα. Τα αποτελέσματα των καλλιεργειών ήταν και πάλι αρνητικά. Παρά την αφαίρεση των υλικών παρατηρήθηκε εκ νέου υποτροπή του συριγγίου ένα έτος αργότερα και ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε ότι η σπονδυλο-δισκίτιδα επέμενε. Πραγματοποιήθηκε νέος καθαρισμός του συριγγίου και είσοδος δύο καθετήρων από σιλικόνη στην οστική κοιλότητα. Έγινε αναρρόφηση πυώδους υλικού και έκπλυση της εναπομείνουσας κοιλότητας. Οι καθετήρες παρέμειναν ενδοσπονδυλικά, στερεώθηκαν, και εξωτερικεύθηκαν με σκοπό τη συνεχή έκπλυση της κοιλότητας με αντιβιοτικά. Χρησιμοποιήθηκε έγχυση με ενδοφλέβιο διάλυμα λινεζολίδης 600 mg ημερησίως και κατόπιν ριφαμπικίνης 600 mg ημερησίως για συνολικά 12 ημέρες. Οι καλλιέργειες από τό αναρροφηθέν υλικό ήταν και πάλι αρνητικές. Οι τελευταίες ακτινογραφίες του ασθενούς έδειξαν μείωση του μεγέθους της οστεολυτικής βλάβης. Ο ασθενής παραμένει πλέον άνευ συμπτωμάτων, εργάζεται κανονικά, και παρακολουθείται ανά τακτά διαστήματα.

319. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

320. ΔΙΑΧΥΤΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΥΠΕΡΟΣΤΩΣΗ. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΗ ΕΙΝΑΙ;

Δ. Πάλλης[1], Δ. Γεωργίου[1], Χ. Ζαφείρης[1], Κ. Ρόζης[2], Σ. Μόσχος[1], Κ. Μπομποτάς[2]

[1]Τμήμα Σκολίωσης και Σπονδυλικής Στήλης ΓΝΑ «ΚΑΤ», [2]Β΄ Ορθοπαιδική ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση της νόσου και η επίπτωση της στον παγκόσμιο πλυθησμό.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Έρευνα της διεθνούς βιβλιογραφίας για τη νόσο, την επίπτωση της, την αιτιοπαθογένεια, την κλινική εικόνα, τη διάγνωση, τη διαφοροδιάγνωση και τα θεραπευτικά σχήματα που έχουν χρησιμοποιηθεί. Ιστορική αναδρομή από την πρώτη περιγραφή της νόσου μέχρι σήμερα και νεότερα ερευνητικά δεδομένα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η διάχυτη ιδιοπαθή σκελετική υπερόστωση ή νόσος του Forestier, είναι μία αρκετά συχνή διαταραχή αγνώστου αιτιολογίας που χαρακτηρίζεται από οσφυαλγία και δυσκαμψία της σπονδυλικής στήλης. Παρατηρείται συχνότερα σε άντρες ηλικίας άνω των 50 ετών, ενώ είναι εξαιρετικά ασυνήθης σε ηλικίας κάτω των 40 ετών. Πρόκειται για μία κατάσταση που συνοδεύεται από ασβεστοποίηση και οστεοποίηση των σπονδυλικών συνδέσμων. Προσβάλλει τον αξονικό σκελετό και ιδιαίτερα τη θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης, αλλά και τις περιφερικές αρθρώσεις, εξού και ο όρος διάχυτη σκελετική υπερόστωση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε αντίθεση με άλλες παθήσεις η εμφάνιση και η εξέλιξη της DISH δεν μπορεί να προληφθεί. Η άγνωστη αιτιολογία της νόσου, όπως και ο ασυμπτωματικός χαρακτήρας της, θέτουν εμπόδια στην εύρεση μέτρων και ειδικών προληπτικών ελέγχων προκειμένου να διαγνωστεί σε αρχικό στάδιο η νόσος και να εμποδιστεί η εξέλιξη της. Πολλές φορές η διάγνωση της νόσου γίνεται τυχαία σε έναν ακτινολογικό έλεγχο ή μετά τη διερεύνηση μιας επιπλοκής της νόσου όπως η δυσφαγία.

321. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

322. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

323. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ. ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΟΥΣ

Δ. Γεωργίου, Δ. Πάλλης, Ν. Μπαξεβάνος, Κ. Ρόζης, Γ. Τσιμπούρης, Κ. Μπόμποτας

Β΄ Ορθοπαιδική Κλινική ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των συστηματικών και κυρίως των τοπικών επιπλοκών της οστεοσύνθεσης των διατροχαντηρίων καταγμάτων, εστιάζοντας στις ελλείψεις της τεχνικής και σε μια λογική προσέγγιση για την αποφυγή τους

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Έρευνα της βάσης δεδομένων «Pubmed» χρησιμοποιώντας τις εξής λέξεις κλειδιά: Pertrochanteric fractures - failure modes - Dynamic Hip Screw (DHS) - Intramedullary Hip Screw (IMHS) - Biomechanics. Επιλέχθηκαν τα άρθρα που παρείχαν πληροφορίες (σύμφωνα με την άποψη των συγγραφέων) σχετικά με την εμβιομηχανική ανάλυση των αιτίων αστοχίας της οστεοσύνθεσης, καθώς και διατύπωναν χειρουργικές τεχνικές για την αποφυγή τους

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συστηματική προσέγγιση των διατροχαντηρίων καταγμάτων ξεκινά με την ανάλυση της μορφολογίας τους, την ταξινόμηση τους και την κατανόηση του εύρους της σταθερότητάς τους. Η τελευταία θα οδηγήσει στη σωστή ένδειξη επιλογής υλικού οστεοσύνθεσης για το συγκεκριμένο κάταγμα, δηλαδή DHS για τα σταθερά και IMHS για τα ασταθή. Αυτός ο καταμερισμός προκύπτει από την εμβιομηχανική συμπεριφορά καθώς και τα πρότυπα αστοχίας των δύο αυτών μεθόδων οστεοσύνθεσης. Τέλος γίνεται ανάλυση των διεγχειρητικών επιπλοκών σε κάθε βήμα της επέμβασης καθώς και αναφορά σε μεθόδους και συμβουλές για την αποφυγή τεχνικών λαθών

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα διατροχαντήρια κατάγματα αποτελούν μείζον κοινωνικό-οικονομικό πρόβλημα, το οποίο θα μεγιστοποιηθεί στα προσεχή έτη λόγω της παγκόσμιας γήρανσης του πλυθησμού. Η μείωση των επιπλοκών της οστεοσύνθεσής τους μπορεί να επιτευχθεί με την κατανόηση της σταθερότητάς τους, την κατανόηση των ενδείξεων χρήσης των διαθέσιμων υλικών καθως και με την τήρηση καλής χειρουργικής τεχνικής

324. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

325. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

326. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

327. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

328. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ SPARC, SLIT-2 ΚΑΙ SURVIVIN ΣΕ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΟΥΡΩΝ ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Β. Λυγηρού[1], Δ. Χατζηχαραλάμπους[1], Ι. Ζωιδάκης[1], Κ. Στραβοδήμος[2], Α. Βλάχου[1]

[1]Εργαστήριο Βιοτεχνολογίας, Κέντρο Βασικής Έρευνας Ι, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), Αθήνα, Ελλάδα, [2]Α΄ Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η ανάδειξη βιοδεικτών για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστεως στα ούρα.
ΥΛΙΚΟ: Χρησιμοποιήθηκαν δείγματα ούρων από ομάδα ελέγχου (benign controls) και ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης από τρία στάδια (Ta, T1, T2$^+$) τα οποία συλλέχθηκαν στην Α΄ Ουρολογική Κλινική του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών. Για τη μέτρηση της συγκέντρωσης των πρωτεϊνών υπό εξέταση χρησιμοποιήθηκε η τεχνική ELISA (Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πραγματοποιήθηκε μέτρηση των επιπέδων των πρωτεϊνών SPARC, SLIT-2 και SURVIVIN σε φυσιολογικά και καρκινικά δείγματα ούρων με τη μέθοδο ELISA. Ακόμη, για την SPARC, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση των αναλυτικών παραμέτρων της μεθόδου ELISA. Η πλειοψηφία των δειγμάτων από τις ομάδες benign, Ta και T1 βρέθηκαν αρνητικά για τη SPARC, ενώ η πλειοψηφία των T2+ δειγμάτων ήταν θετικά, παρουσιάζοντας, μάλιστα, στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες. Για τη SLIT-2, η πλειοψηφία των δειγμάτων ήταν θετικά, ενώ τα T2+ δείγματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στη συγκέντρωση της SLIT-2 σε σύγκριση με τα benign και Ta δείγματα. Στην περίπτωση της SURVIVIN, η πλειοψηφία των δειγμάτων από τις ομάδες benign, Ta και T1 βρέθηκαν αρνητικά, ενώ η πλειοψηφία των T2+ δειγμάτων ήταν θετικά, χωρίς όμως να παρουσιάζεται καμία στατιστικά σημαντική διαφορά.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η SPARC φαίνεται να είναι η πιο υποσχόμενη από τις πρωτεΐνες που δοκιμάστηκαν, ως βιοδείκτης για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Η μέτρηση της SPARC στα ούρα έχει ικανοποιητική ευαισθησία και χαμηλή τυπική απόκλιση (standard deviation).

329. ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΚΟ/ΕΠΙΠΛΟΪΚΟ ΜΥΞΟΕΙΔΕΣ ΑΜΑΡΤΩΜΑ. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ 16 ΜΗΝΩΝ

Δ. Φραγγίδη, Α. Δημοπούλου, Ε. Ιακωμίδης, Α. Ψαρρής, Σ. Βλατάκης, Γ. Καμπούρογλου, Ν. Γαβαλάκης, Ν. Χριστόπουλος, Κ. Νίκας, Σ. Αντύπας

Α΄ Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το μεσεντερικό/επιπλοϊκό μυξοειδές αμάρτωμα (ΜΕΜΑ) είναι σπάνιο, αφού έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία δέκα ακόμα περιστατικά. Η γρήγορη ανάπτυξή του, τα κλινικά και απεικονιστικά χαρακτηριστικά του προσομοιάζουν με αυτά κακοήθους όγκου, ενώ τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του το εντάσσουν στην κατηγορία του φλεγμονώδους μυοϊνοβλαστικού όγκου. Φαίνεται όμως πως πρόκειται για μια ξεχωριστή καλοήθη κλινική οντότητα με άριστη πρόγνωση, αν εκταμεί πλήρως.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Θήλυ 16 μηνών με πολλαπλά επεισόδια εμέτου και υψηλή πυρετική κίνηση από εβδομάδας, ύστερα από σύσταση εξωτερικού παιδιάτρου, υποβλήθηκε σε υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας, το οποίο ανέδειξε ευμεγέθη εξεργασία στην περιοχή μεταξύ του αριστερού λοβού του ήπατος και προσθίως της κεφαλής του παγκρέατος, διαστάσεων 7×6×6 εκ, σαφών ορίων και μικτής ηχοδομής με παρουσία πολλαπλών κυστικού τύπου αλλοιώσεων. Η ασθενής παραπέμφθηκε στην κλινική μας για περαιτέρω αντιμετώπιση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία κατά την οποία ανευρέθηκε συμπαγές μόρφωμα διαστάσεων 7×6×5 εκ., εν μέσω των εντερικών ελίκων με πολλάκις συνεστραμμένο μίσχο, ο οποίος εξορμούσε από το θόλο του στομάχου αντίστοιχα με την εκεί έκφυση του μείζονος επιπλόου. Αφού λύθηκαν οι συμφύσεις του με τις εντερικές έλικες, το μόρφωμα αφαιρέθηκε ριζικά με το μίσχο του κοντά στην έκφυσή του και απεστάλη για παθολογοανατομική εξέταση, η οποία ανέδειξε ΜΕΜΑ.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Παρόλη τη σπανιότητα του ΜΕΜΑ, η μέχρι τώρα εμπειρία έχει δείξει ότι πρόκειται για καλοήθη όγκο, ο οποίος μετά την πλήρη εκτομή του, η οποία αποτελεί και την ενδεδειγμένη θεραπεία, δεν παρουσιάζει υποτροπές.

330. ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΜΙΑ ΑΣΦΑΛΗΣ ΜΕΘΟΔΟΣ: ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΕΚΑΕΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Δ. Βελεχέρης[1], Α. Αδάμ[2], Θ. Πιπέρος[2], Ο. Λεωνιδάκου[2], Κ. Βλάσσης[3], Μ. Σγάντζος[4], Θ. Κατσούλας[5], Ε. Κωνσταντίνου[5], Θ. Μαριόλης-Σαψάκος[1,2]

[1]Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι», [2]Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Νοσηλευτική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [3]Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [4]Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [5]Μονάδα Αγγειακής Προσπέλασης Ελάχιστης Επεμβατικότητας, Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση, η ανάλυση και η εξέλιξη της τεχνικής τοποθέτησης αλλά και της διαχείρισης καθετήρων νεφρικής κάθαρσης μακράς διάρκειας όπως αυτή βελτιώθηκε μέσα από δεκαετή εμπειρία τοποθετήσεων.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αφορά αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς στους οποίους τοποθετήθηκαν καθετήρες μακράς διάρκειας τα τελευταία δέκα χρόνια.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ: Χρησιμοποιούνται καθετήρες διπλού αυλού μακράς διάρκειας (longterm). Η τεχνική γίνεται με παρακέντηση της έσω/έξω σφαγίτιδας, της μηριαίας, της κάτω κοίλης ή της υποκλειδίου φλέβας, τοποθέτηση οδηγού σύρματος και διεμβολή του καθετήρα, μεγέθους 14,5 F (French) δια του σύρματος. Έπειτα, μέσω μιας τομής στο δέρμα δημιουργείται ένα υποδόριο κανάλι (tunnel) με σκοπό τον ενταφιασμό του καθετήρα. Ελέγχεται η βατότητα και στη συνέχεια μέσω ακτινογραφίας θώρακος ταυτοποιείται η θέση του καθετήρα. Αυτοί οι καθετήρες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τρία χρόνια. Η περιποίησή τους γίνεται από έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό ανά δυο ημέρες ανάλογα με τη χρήση στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού. Οι βελτιώσεις που επιτεύχθηκαν με την πάροδο του χρόνου αφορούν στη δημιουργία του καναλιού (tunnel), στην ασηψία της περιοχής και τις προκαλούμενες επιπλοκές. Η μείωση των επιπλοκών, τόσο των άμεσων όσο και των έμμεσων, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του χρόνου ζωής των καθετήρων, γεγονός στο οποίο συμβάλλει και η καλύτερη ποιότητα του υλικού τους το οποίο εξελίσσεται.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι καθετήρες νεφρικής κάθαρσης μακράς διάρκειας αποτελούν πλέον συνήθη και ασφαλή πρακτική για τους αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς. Όταν τοποθετούνται διαδερμικά γίνεται χρήση υπερήχου, με αποτέλεσμα την αποφυγή άμεσων επιπλοκών όπως ο λανθασμένος καθετηριασμός της σύστοιχης αρτηρίας και προσφέρουν άμεση πρόσβαση για αρκετά χρόνια. Απαιτείται η τοποθέτηση να πραγματοποιείται από έμπειρο χειρουργό, υπό άσηπτες συνθήκες, ενώ η συχνή περιποίηση έχει στόχο την αποφυγή επιπλοκών.

331. ΠΡΩΙΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Θ. Πίπερος[1,2], Μ. Ζουλάμογλου[1,2], Κ. Θεοδούλου[3], Β. Παπανικολάου[1], Α. Μπάρι[1], Κ. Άσημος[1], Θ. Αγραφιώτης[1], Ε. Κωνσταντίνου[4], Θ. Μαριόλης-Σαψάκος[1,2]

[1]Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Νοσηλευτική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Ευγενίδειο Θεραπευτήριο, Χειρουργικός Τομέας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [3]Νοσοκομείο Μητέρα, Χειρουργικός Τομέας, Μονάδα Μαστού, [4]Τομέας Αναισθησιολογίας, Νοσηλευτική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση και η συγκριτική ανάλυση των μαστογραφικών ευρημάτων ύποπτων αλλοιώσεων με τα παθολογοανατομικά αποτελέσματα σε ψηλαφητά αγκίδια του μαστού.
ΥΛΙΚΟ: Η μελέτη είναι αναδρομική και αφορά τη δεκαετία 2006 - 2014. Αφορά σε 250 γυναίκες ασθενείς, ηλικίας από 23 - 89 ετών με μέσο όρο ηλικίας τα 57,8 έτη, με ψηλαφητό αγκίδιο μαστού και μαστογραφικά ευρήματα BIRADS IV και V.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλες οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε μαστογραφικό έλεγχο λόγω παρουσίας ψηλαφητού μορφώματος. 183 (73.2%) ασθενείς είχαν απαντήσεις BIRADS IV και 67 (26.8%) ασθενείς είχαν BIRADS V. Η κλινική εξέταση ανέδειξε ισχυρή υποψία για κακοήθεια (σκληρία, συμπαγές μόρφωμα, καθήλωση στο θωρακικό τοίχωμα) σε 161 (64.4%) ασθενείς, ενώ σε 89 (35.6%) ασθενείς η κλινική εξέταση δεν συμφωνούσε με την απεικονιστική διάγνωση. Όλες οι ασθενείς είχαν μορφώματα μικρότερα από 2 εκατοστά. Όλες υποβλήθηκαν σε βιοψία του όγκου και ταχεία βιοψία. Σε 206/250 (82.4%) η βιοψία ήταν θετική για κακοήθεια και ακολούθησε ογκεκτομή στις 178 (86.4%) και μαστεκτομή στις 28 (13.6%). Στις ασθενείς με θετική βιοψία ακολούθησε βιοψία φρουρού λεμφαδένα. Οι ασθενείς με αρνητική βιοψία είχαν όλες αρνητική κλινική εξέταση. Η οριστική παθολογοανατομική έκθεση επιβεβαίωσε τα ευρήματα των ταχέων βιοψιών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ψηλαφητές βλάβες του μαστού αξιολογούνται πάντοτε με το συνδυασμό κλινικής εξέτασης και μαστογραφικού ελέγχου. Η κλινική εξέταση αποκτά ιδιαίτερη αξία ακόμα και σε βλάβες BIRADS Vόπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της μελέτης μας. Η ταχεία βιοψία της βλάβης αποτελεί χρυσό κανόνα για τις περαιτέρω θεραπευτικές επιλογές.

332. ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΕΣ - ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΕΣ: ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

Θ. Πίπερος[1,2], Β. Καλλές[1,2], Ε. Κωνσταντίνου[3], Α. Τσαπασβίλι[1], Σ. Τζοβάρας[1], Ι. Τασούλας[1], Η. Κοντογιάννη[1], Θ. Μαριόλης-Σαψάκος[1,2]

[1]Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Νοσηλευτική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Ευγενίδειο Θεραπευτήριο, Χειρουργικός Τομέας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [3]Τομέας Αναισθησιολογίας, Νοσηλευτική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση και ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα των στομιών καθώς και η ανάδειξη της βέλτιστης θέσης κατασκευής.
ΥΛΙΚΟ: Η μελέτη είναι αναδρομική και αφορά τη δεκαετία 2006-2014 κατά την οποία αντιμετωπίστηκαν 80 ασθενείς που χρειάστηκαν την κατασκευή στομίας. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας από 32 - 90 ετών με μέσο όρο τα 54.8 έτη. Από αυτούς 54 (67.5%) παρουσίαζαν ορθοκολικό καρκίνο, 18 (22.5%) είχαν ρήξη εκκολπώματος και 8 (10%) φλεγμονώδη νόσο εντέρου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη δεκαετία 2006 - 2014 αντιμετωπίστηκαν 80 ασθενείς οι οποίοι χρειάστηκαν κατασκευή στομίας. Σε 46 (57.5%) ασθενείς έγινε κολοστομία, ενώ σε 34 (42.5%) ειλεοστομία. Από αυτούς με κολοστομία οι 27 (58.7%) είχαν τελική μόνιμη κολοστομία, ενώ οι 19 (41.3%) προσωρινή. Από τους 34 ασθενείς με ειλεοστομία, οι 22 (64.7%) είχαν προσωρινή ειλεοστομία αγκύλης (loop) και οι 12 (35.3%) μόνιμη ειλεοστομία. Σε όλους επιλέχθηκε ως θέση της στομίας περιοχή επί τα εκτός του ορθού κοιλιακού μυός. Παρατηρήθηκαν μόνο 2 (2.5%) περιπτώσεις παραστομιακής κήλης. Όσον αφορά τη λειτουργικότητα, παρατηρήθηκε δυσλειτουργία κυρίως σε ασθενείς με αγγειοπάθεια, σακχαρώδη διαβήτη και κορτιζονοθεραπεία, ενώ όσοι δεν είχαν κανένα από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου είχαν άριστη λειτουργικότητα. Ανακατασκευή-διόρθωση της στομίας χρειάστηκε σε 3 (3.7%) ασθενείς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θέση κατασκευής μιας στομίας αποτελεί κύριο παράγοντα όσον αφορά την πρόληψη παραστομιακής κήλης. Η ενδεδειγμένη θέση βρίσκεται πέραν του ορθού κοιλιακού μυός. Πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη οι παράγοντες που επηρεάζουν την αιμάτωση των ιστών και επομένως τη λειτουργικότητα των στομιών για τη βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με κολοστομία ή ειλεοστομία.

333. ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΚΥΣΤΙΚΟ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΩΜΑ ΤΟΥ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙ 5 ΕΤΩΝ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Α. Δημοπούλου, Α. Ψαρρής, Δ. Φραγγίδη, Ε. Ιακωμίδης, Σ. Βλατάκης, Γ. Καμπούρογλου, Ν. Χριστόπουλος, Ν. Γαβαλάκης, Κ. Νίκας, Σ. Αντύπας

Α΄ Χειρουργική Παίδων Κλινική, ΓΝ Παίδων «Η Αγία Σοφία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα κυστικά λεμφαγγειώματα είναι σπάνιοι συγγενείς καλοήθεις όγκοι της παιδικής ηλικίας, οι οποίοι οφείλονται σε ανώμαλη ανάπτυξη του λεμφικού συστήματος και συνήθως εμφανίζονται στην κεφαλή, στον τράχηλο και στη μασχαλιαία χώρα. Τα κυστικά λεμφαγγειώματα του μεσεντερίου του λεπτού εντέρου είναι εξαιρετικά σπάνια και αποτελούν περίπου το 1% του συνόλου όλων των τύπων των λεμφαγγειωμάτων. Συχνά παρουσιάζονται με μη ειδικά συμπτώματα και σημεία, προκαλώντας διαγνωστικά διλήμματα.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Αγόρι 5 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω εμπυρέτου, οξέος κοιλιακού άλγους, μετεωρισμού κοιλίας και εμέτων. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής, ενώ το υπερηχογράφημα και η αξονική τομογραφία κοιλίας περιέγραψαν ευμέγεθες κυστικό λεμφαγγείωμα μεσεντερίου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το παιδί υποβλήθηκε σε λαπαροτομία. Διεγχειρητικά, ανευρέθηκε μία ευμεγέθης κυστική μάζα του μεσεντερίου και του περιεντερικού λίπους, διαστάσεων 14×10×5 εκατοστών, συνεχόμενη με το τοίχωμα τμήματος νήστιδας μήκους 5 εκατοστών και εγκλωβισμένη εντός αυτού, καθώς και συστροφή του μεσεντερίου. Η εκρίζωση του όγκου και η εκτομή του εμπλεκόμενου τμήματος του λεπτού εντέρου ήταν αναγκαία. Η παθολογοανατομική εξέταση του όγκου επιβεβαίωσε τη διάγνωση του κυστικού λεμφαγγειώματος του μεσεντερίου. Η μετεγχειρητική πορεία του παιδιού ήταν ομαλή και εξήλθε μετά από 7 ημέρες νοσηλείας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρόλο που τα κυστικά λεμφαγγειώματα είναι σπάνια, πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση του οξέος κοιλιακού άλγους. Η πλήρης χειρουργική εκτομή τους αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο για την αντιμετώπισή τους και την αποφυγή δυνητικών επιπλοκών. Η πρόγνωση μετά τη χειρουργική αφαίρεση είναι εξαιρετική.

334. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ.

335. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

336. ΠΡΩΙΜΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΕΙΛΕΟΥ ΛΟΓΩ ΣΥΜΦΥΣΕΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ

Γ. Ζάχαρης[1], Ν. Κίκας[1], Ν. Ζάχαρη[2], Χ. Πότσιος[3], Π. Ξαπλαντέρη[4,5]

[1]Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Πατρών, [2]Ειδικός Παθολόγος, Πάτρα, [3]Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ανατολικής Αχαΐας, [4]Α.Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδος, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πάτρα, [5]Ιδιωτικό Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Πάτρα

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας ασθενής 69 ετών με ελεύθερο ιστορικό εγχειρήσεων στην κοιλιακή χώρα προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιτιώμενος σταθερό κοιλιακό άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου με συνοδά ναυτία και έμετο.
Η κλινική εξέταση αποκάλυψε θετικό σημείο McBurney, αναπηδώσα ευαισθησία με αντιδραστική σύσπαση των μυών. Από τον εργαστηριακό έλεγχο λευκοκύτταρα 15900/μL με ουδετεροφιλία. Η διάγνωση τέθηκε με τη διενέργεια υπερήχου κοιλίας και CT scanning. Στον ασθενή χορηγήθηκαν ευρέως φάσματος αντιβιοτικά (ciprofloxacin, mertonidazole) και υπεβλήθη σε ανοικτή σκωληκοειδεκτομή. Αφαιρέθηκε γαγγραινώδης σκωληκοειδής απόφυση και ο ασθενής έδειχνε να αναρρώνει καλά μετά το χειρουργείο.
Παρόλα αυτά κατά την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής εμφάνισε άλγος κοιλίας. Διενεργήθηκε CT scan που αποκάλυψε διάταση του ειλεού λόγω συμφύσεων. Ο ασθενής δεν ανταποκρίθηκε στη συντηρητική θεραπεία (χορήγηση neostigmine, gastrografin, metoclopramide και ondansetron) και υπεβλήθη σε ανοικτή συμφυσιόλυση.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Οι πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές μετά από ανοικτή σκωληκοειδεκτομή είναι η περιτονίτιδα και η επιμόλυνση της χειρουργικής τομής.
Η πρώιμη απόφραξη του λεπτού εντέρου λόγω συμφύσεων είναι σπάνια επιπλοκή. Περιγράφεται με συχνότητα 1- 1.5% στη διεθνή βιβλιογραφία, ιδίως σε ασθενείς με πολλά χειρουργεία στην κοιλιακή χώρα και με υποκείμενα νοσήματα, όπως ελκώδη κολίτιδα, κακοήθειες, νόσο Crohn's.
Επιπλέον, η απόφραξη λεπτού εντέρου μετά από σκωληκοειδεκτομή συνήθως εμφανίζεται μετά από 24 εβδομάδες ως 14 χρόνια από το χειρουργείο. Στην περίπτωσή μας ο ασθενής εμφάνισε απόφραξη ειλεού την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα.
Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν μεγαλύτερο ρίσκο απόφραξης λεπτού εντέρου, αλλά δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία, καθώς η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι σπάνια στις μεγάλες ηλικίες.

337. Η ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΚΟΞΙΜΠΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Μ. Αγγελίδη[1], Α. Αγγελίδη[1], Η. Καρανίκα[2], Μ. Καρακασίδου[2], Ι. Θανόπουλος[2], Ε. Πάλλη[1], Δ. Κοντοσταυλάκη[1], Α. Ρένεσης[2]

[1]Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ Ζακύνθου, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, ΓΝ Ζακύνθου

ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης αποτελεί η αξιολόγηση δύο διαφορετικών αναλγητικών σχημάτων αναισθησίας για την αντιμετώπιση και την επάρκεια της μετεγχειρητικής αναλγησίας σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε διαγνωστικές αποξέσεις.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: στη μελέτη μας συμπεριλήφθηκαν 147 ασθενείς ASA: I-II, ηλικίας: 33-67 ετών, βάρους: 73.5±7.5 kg οι οποίες τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες: ομάδα Α (n=72) όπου έλαβαν 30 λεπτά πριν την έναρξη της επέμβασης 500 mg παρακεταμόλη i. v και μετεγχειρητικά 500 mg/8ωρο παρακεταμόλη p.o. και την ομάδα Β (n=75) όπου έλαβαν 30 λεπτά πριν την επέμβαση παρεκοξίμπη 40 mg i.v και μετεγχειρητικά 500 mg/8ωρο παρακεταμόλη p.o. Όλες οι ασθενείς ακολούθησαν το ίδιο πλάνο αναισθησίας, κάθε 5 min γινόταν καταγραφή των ζωτικών σημείων. Στο θάλαμο καταγράφηκε το επίπεδο αναλγησίας με την κλίμακα VAS (0-10) και η αναγκαιότητα κατανάλωσης αναλγητικών (για VAS≥5) στις 3, 6, 12, 24 ώρες μετεγχειρητικά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Οι διαφορές μεταξύ των ζωτικών σημείων και της διάρκειας επέμβασης μεταξύ των δύο ομάδων ήταν στατιστικά μη σημαντικές. Η καταγραφή του άλγους και η αναγκαιότητα χορήγησης επιπλέον αναλγητικών πραγματοποιήθηκε στο θάλαμο κατά την 3η, 6η, 12η και 24η μετεγχειρητική ώρα. Στο θάλαμο η ομάδα Β παρουσίασε μη στατιστικά σημαντική υπεροχή ως προς το επίπεδο αναλγησίας την 3η (4.29±2.34 vs 5.01±2.23, p=0.07), 6η (3.42±2.03 vs 4.05±2.03, p=0.08), 12η (2.39±2.15 vs 2.49±2.01, p<0.05) και 24η (1.17±1.32 vs 1.45±1.40, p<0.05) μετεγχειρητική ώρα. Η ομάδα Α εμφάνισε αυξημένες ανάγκες επιπρόσθετης χορήγησης αναλγησίας την 3η και 6η μετεγχειρητική ώρα συγκριτικά με την ομάδα Β (p>0.05).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Και τα δύο προαναφερόμενα σχήματα φαίνεται ότι παρέχουν αξιόλογο επίπεδο μετεγχειρητικής αναλγησίας σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε διαγνωστικές αποξέσεις με μία μικρή, μη σημαντική όμως, υπεροχή του σχήματος παρεκοξίμπης και παρακεταμόλης.

338. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

339. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

340. ΑΚΟΥΣΤΙΚΟ ΝΕΥΡΙΝΩΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 16 ΕΤΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑΣ

Μ. Χρόνη, Ν. Λόντος, Γ. Κατσούλη, Η. Κοκκέβη

ΩΡΛ Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: το ακουστικό νευρίνωμα είναι καλοήθης όγκος με αργή ανάπτυξη που αναπτύσσεται στη γεφυροπαρεγκεφαλισική γωνία, προκαλώντας πιεστικά φαινόμενα στις γειτονικές δομές.
ΣΚΟΠΟΣ: της εργασίας μας είναι η παρουσίαση των ιδιαίτερων κλινικών ευρημάτων ενός περιστατικού ευμεγέθους ακουστικού νευρινώματος. Τα συνήθη συμπτώματα του ακουστικού νευρινώματος περιλαμβάνουν προοδευτική βαρηκοΐα, εμβοές διαταραχές ισορροπίας. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η κλινική σημειολογία ήταν σπάνια καθώς εκτός από τη σοβαρού βαθμού νευροαισθητήριο βαρηκοία, συνηπήρχε σημαντικού βαθμού αστάθεια και «rebound» νυσταγμός. Σε περιπτώσεις όπως αυτή, η δυνατότητα διάκρισης των διαφόρων μορφών νυσταγμού επιτρέπει την έγκαιρη διάγνωση και τη στοχευμένη χρήση της MRI σε περιστατικά με αστάθεια και ζάλη.

341. ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΟΣ ΙΛΙΓΓΟΣ ΘΕΣΕΩΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΛΙΓΓΟΥ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ ΕΠΑΝΑΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ

Μ. Χρόνη, Α. Αρβανίτη, Ι. Χατζηδάκης, Η. Κοκκέβη

ΩΡΛ Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: ο καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος θέσεως είναι η πιο συχνή αιτιολογία ιλίγγου περιφερικής αιτιολογίας και μπορεί να θεραπευτεί αποτελεσματικά με απλούς χειρισμούς.
ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της αποτελεσματικότητας των χειρισμών επανατοποθέτησης στον καλοήθη παροξυσμικό ίλιγγο θέσεως στα πλαίσια λειτουργίας του ιατρείου ιλίγγου.
ΥΛΙΚΟ: 288 ασθενείς με καλοήθη παροξυσμικό ίλιγγο θέσεως αντιμετωπίσθηκαν στο ιατρείο ιλίγγου. Από τους ασθενείς αυτούς οι 267 διαγνώσθηκαν με καλοήθη παροξυσμικό ίλιγγο θέσεως του οπίσθιου ημικύκλιου σωλήνα, 20 ασθενείς με ΚΠΙΘ του οριζόντιου ημικύκλιου σωλήνα και ένας ασθενής με ΚΠΙΘ του πρόσθιου ημικύκλιου σωλήνα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο χειρισμός Epley ήταν επιτυχής με τον πρώτο χειρισμό σε ποσοστό 70% των ασθενών με ΚΠΙΘ οπίσθιου ημικύκλιου σωλήνα,19% χρειάσθηκαν δύο χειρισμούς, ενώ 10% περισσότερους από δύο.

342. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΑΙΘΟΥΣΑΙΑΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΙΘΟΥΣΑΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Δ. Κικίδης, Χ. Νικήτας, Τ. Κυροδήμιος, Χ. Τσάμη, Α. Μπίμπας

Α΄ Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της αποτελεσματικότητας των ασκήσεων αιθουσαίας αποκατάστασης σε ασθενείς με χρόνια αστάθεια στα πλαίσια νοσημάτων του αιθουσαίου συστήματος
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν ασθενείς με παθήσεις αιθουσαίου συστήματος (αιθουσαία νευρωνίτιδα, νόσος Meniere, ίλιγγος θέσης και αιθουσαία ημικρανία) με συμπτώματα χρόνιας αστάθειας ζάλης. Στους ασθενείς αυτούς εφαρμόστηκε πρόγραμμα εξατομικευμένων ασκήσεων διάρκειας 6-8 εβδομάδων, υπό την επίβλεψη εξειδικευμένου φυσικοθεραπευτή. Για την αποτίμηση της πορείας της ισορροπίας χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια καθιερωμένα στη διεθνή βιβλιογραφία, το Dizziness Handicap Inventory και το Activities Specific Balance Confidence. Επίσης, διενεργήθηκε ισορροπομετρία με χρήση της πλατφόρμας Neurocom στην αρχή και στο τέλος της θεραπείας και συγκεκριμένα της συνολικής βαθμολογίας που υπολογίζεται αυτόματα από το λογισμικό της πλατφόρμας. Για τις συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία paired t test.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον Ιανουάριο του 2013 έως το Νοέμβριο του 2014, 32 ασθενείς τέθηκαν σε πρόγραμμα αιθουσαίας αποκατάστασης, από τους οποίους το ολοκλήρωσαν οι 29. Η πλειοψηφία των ασθενών είχε ιστορικό ιλίγγου θέσης (43%), ενώ ακολουύθησαν οι ασθενείς με αιθουσαία νευρωνίτιδα (25%), νόσο Meniere και αιθουσαία ημικρανία (5% αντίσοιχα). Σχετική ή πλήρης βελτίωση διαπιστώθηκε σε 25 από τους ασθενείς (86,27). Η διαφορά στα σκορ των ερωτηματολογίων Dizziness Handicap Inventory και το Activities Specific Balance Confidence ήταν στατιστικά σημαντική. Αντίστοιχα, στατιστικά σημαντική και η επίδοση στην ισορροπομετρία προ και μετά τη θεραπεία (54,2 έναντι 64,3 αντίστοιχα).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι ασκήσεις αιθουσαίας αποκατάστασης αποτελούν μία αποτελεσματική και ασφαλή συμπληρωματική θεραπεία σε επιλεγμένους ασθενείς με διαταραχές του αιθουσαίου συστήματος, οι οποίοι πάσχουν από χρόνια αστάθεια στα μεσοδιαστήματα των παροξύνσεων ιλίγγου.

343. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΡΙΝΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ

Β. Μέγας[1], Λ. Μέγας[1], Ν. Ζώταλης[1], Π. Αρεταίου[2]

[1]Ιδιωτικό ιατρείο, [2]Κλινική Άκρας Χειρός-Μικροχειρουργική, ΓΝ Αττικής «ΚΑΤ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι τραυματικές κακώσεις της μύτης είναι πάρα πολύ συχνές επειδή αυτή είναι το πλέον προέχον ανατομικό όργανο του προσώπου. Τα κατάγματα μύτης είναι τα τρίτα σε συχνότητα κατάγματα στο ανθρώπινο σώμα μετά τα κατάγματα της κλείδας και του καρπού. Στο πρόσωπο λαμβάνουν την πρώτη θέση, αποτελώντας το 50% των καταγμάτων, με δεύτερα τα κατάγματα του ζυγωματικού με ποσοστό 22%.
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η κατάδειξη των πλεονεκτημάτων που προσφέρει η άμεση αντιμετώπιση των καταγμάτων της μύτης μέσα στο γενικό πλάνο αντιμετώπισης των καταγμάτων του προσώπου.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά την τελευταία 15ετία αντιμετωπίστηκαν 30 κατάγματα ρινικών οστών που συνυπήρχαν με 183 κατάγματα άνω γνάθου και μετώπου όπως και 10 μονήρη ρινικά κατάγματα. Στο 1/5 αυτών των καταγμάτων εφαρμόσθηκε οστεοσύνθεση με μικροπλάκες και κοχλίες τιτανίου για τη σταθεροποίηση των οστικών θραυσμάτων μεταξύ των και προς τις γειτνιάζουσες οστικές δομές.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα μισά ρινικά κατάγματα αντιμετωπίσθηκαν άμεσα, ενώ τα υπόλοιπα αντιμετωπίσθηκαν καθυστερημένα μετά από 7 έως 28 ημέρες, λόγω και άλλων προβλημάτων των ασθενών (πολυτραυματίες, ασθενείς ΜΕΘ, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις). Η σταθερή οστεοσύνθεση εφαρμόσθηκε σε κατάγματα ρινοηθμοειδικά, μετωπορινικά, LeFort II και LeFort III.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα καλύτερα λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα παρατηρήθηκαν στα κατάγματα της μύτης που ανατάχθηκαν άμεσα, όταν η γενική κατάσταση και τα συνυπάρχοντα προβλήματα των ασθενών το επέτρεπε.

344. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΗΨΗΣ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΕΘ

Ε. Παππά, Η. Παύλου, Μ. Εφορακοπούλου

ΜΕΘ Α΄ ΓΝ Αττικής ΚΑΤ-ΕΚΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η έκβαση των πολυτραυματιών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ εξαρτάται από μια σειρά διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Η πιο συχνή επιπλοκή είναι η εμφάνιση σήψης, η οποία οδηγεί σε κακή πρόγνωση. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση σήψης και με την έκβαση των ασθενών αυτών.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε αναδρομικά όλους τους πολυτραυματίες που νοσηλεύτηκαν για περισσότερο από 5 ημέρες στην Α΄ ΜΕΘ του νοσοκομείου ΚΑΤ κατά τα τελευταία τρία χρόνια. Καταγράψαμε την ηλικία, το φύλο, τον τύπο και τη βαρύτητα της κάκωσης (Injury Severity Score), τη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ, την εμφάνιση σήψης, τις συνυπάρχουσες νόσους, την έκβαση και την αιτία θανάτου. Οι δοκιμασίες Logistic regression και Chi-square χρησιμοποιήθηκαν για τη στατιστική ανάλυση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 106 πολυτραυματίες, 85 άνδρες και 21 γυναίκες, πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη. Ανάλογα με την ηλικία τους, οι ασθενείς διαιρέθηκαν σε δύο ομάδες α) <60 ετών β)>60 ετών. Και στις δύο ομάδες το φύλο, ο τύπος και η βαρύτητα των κακώσεων και η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ δεν συσχετίστηκαν με την έκβαση. Η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ συσχετίστηκε με την εμφάνιση σήψης και με τη συνοσηρότητα ($p<0.01$) και στις δύο ομάδες. Η θνησιμότητα ήταν ίδια και στις δύο ομάδες και είχε σημαντική συσχέτιση με την ύπαρξη μιας τουλάχιστον συνυπάρχουσας νόσου ($p<0.007$). Η σήψη ήταν σημαντική αιτία θανάτου στους >60 ετών πολυτραυματίες ($p<0.05$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στους πολυτραυματίες α) Η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ και η συνοσηρότητα αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης βαριάς σήψης. β) Η ύπαρξη συνοσηρότητας αυξάνει τη θνησιμότητα γ) Η σήψη είναι η κύρια αιτία θανάτου στους >60 ετών πολυτραυματίες.

345. ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ

Ε. Παππά, Η. Παύλου, Μ. Εφορακοπούλου

ΜΕΘ Α΄ ΓΝ Αττικής ΚΑΤ-ΕΚΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Ο αριθμός των ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ έχει αυξηθεί κατά τα τελευταία χρόνια. Η έκβαση τους επηρεάζεται από διάφορους φυσιολογικούς και κλινικούς παράγοντες. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνήσει τα κλινικά χαρακτηριστικά που συσχετίζονται με την έκβαση των ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ υπό μηχανικό αερισμό.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε αναδρομικά 74 ασθενείς ηλικίας >65 ετών, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ και υποβλήθηκαν σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Καταγράψαμε την ηλικία, το φύλο, την αιτία εισαγωγής στη ΜΕΘ, τη συνοσηρότητα (Charlson comorbidity index), τη διάρκεια μηχανικού αερισμού, τη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ, τις επιπλοκές και την έκβαση. Επίσης καταγράψαμε τα λευκώματα, το σίδηρο και τη χοληστερόλη ορού κατά την εισαγωγή. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες t-student και chi-square.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς που μελετήθηκαν ήταν 43 άνδρες και 31 γυναίκες, με μέση ηλικία 79±6.4 έτη. Η αιτία εισαγωγής τους στη ΜΕΘ ήταν τραύμα (26%), χειρουργικά αίτια (18%) και παθολογικά αίτια (57%). Η θνητότητα στη ΜΕΘ ήταν 57% και δεν συσχετίστηκε με την αιτία εισαγωγής. Οι ασθενείς που επιβίωσαν είχαν σημαντικά μικρότερο δείκτη συνοσηρότητας ($p<0.05$) και μικρότερη διάρκεια μηχανικού αερισμού ($p<0.01$). Η πνευμονία, η σήψη και η νεφρική ανεπάρκεια ήταν οι επιπλοκές που συσχετίστηκαν με τη θνητότητα ($p<0.05$). Επίσης τα επίπεδα του σιδήρου και της χοληστερόλης του ορού ήταν σημαντικά χαμηλότερα στους ασθενείς που απεβίωσαν ($p<0.01$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θνητότητα των ηλικιωμένων ασθενών στη ΜΕΘ είναι μεγάλη. Η πνευμονία, η σήψη και η νεφρική ανεπάρκεια είναι συχνές επιπλοκές σε αυτούς που αποβιώνουν. Η προϋπάρχουσα συνοσηρότητα αυξάνει σημαντικά τη θνητότητα.

346. ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΟ ΣΕ ΟΥΡΙΚΗ ΠΟΛΥΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Π. Τόσκας, Μ. Μυλωνά, Γ. Πεντάζος, Μ. Πολυζώης, Γ. Καραμανάκος, Α. Τόσκας

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η πολυαρθρική μορφή ουρικής αρθρίτιδας συνιστά ασυνήθη οντότητα και αφορά 10-20% των περιπτώσεων. Σε αντίθεση με τη μονοαρθρική, οι ασθενείς εμφανίζουν βαρύτερη κλινική εικόνα και εμπύρετο. Σκοπός της παρουσίασης να αναδειχθεί ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς, ο οποίος διαγνώστηκε με πολυαρθρική προσβολή ουρικής αρθρίτιδας στο πλαίσιο διερεύνησης παρατεινόμενου εμπυρέτου.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής, άρρεν, 79 ετών, με ιστορικό μεταλλικής αορτικής βαλβίδας, βηματοδότη, χρόνιας νεφρικής νόσου και αρθροπλαστικής ΑΡ κατά γόνυ άρθρωσης προ 4μήνου, διεκομίσθη από έτερο νοσοκομείο της επαρχίας προς διερεύνηση εμπυρέτου ως 38.5°C από 7ημέρου και μεταναστευτικής πολυαρθρίτιδας αποδιδόμενων σε πιθανή ενδοκαρδίτιδα και έναρξη αντιβιοτικής αγωγής. Ο ασθενής εισήχθη στην κλινική μας, υποβλήθηκε σε διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς χωρίς ανάδειξη εκβλάστησης, ενώ σε πολλαπλές αιμοκαλλιέργειες και καλλιέργεια ούρων δεν απομονώθηκε παθογόνο. Παρουσίαζε υψηλούς δείκτες φλεγμονής, ενώ ο ανοσολογικός και ορολογικός του έλεγχος απέβη αρνητικός. Στη νοσηλεία του εμφάνισε αρθρίτιδα στις μέσες και άπω φάλαγγες των δακτύλων άκρων χειρών του αμφοτερόπλευρα, ενώ στη συνέχεια παρατηρήθηκε έντονη αρθρίτιδα αρχικά στο ΔΕ και έπειτα στον ΑΡ αγκώνα του. Μετά παρακέντηση αρθρικού υγρού από το ΔΕ αγκώνα, αναδείχθηκε εικόνα άφθονων φαγοκυτταρωμένων κρυστάλλων ουρικού μονονατρίου και ο ασθενής τέθηκε σε μεθυλπρεδνιζολόνη 25 mg 1x2 IV με άμεση σημαντική υποχώρηση της συμπτωματολογίας του ασθενούς. Λόγω ωστόσο εμφάνισης ψυχωσικού επεισοδίου αποδιδόμενου -μετά ψυχιατρική εκτίμηση- στην υψηλή δόση κορτιζόνης, έγινε σταδιακή μείωση της δοσολογίας της. Εξήλθε απύρετος και κλινικοεργαστηριακά σημαντικά βελτιωμένος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πολυαρθρική μορφή της ουρικής αρθρίτιδας συνιστά ασυνήθη κλινική οντότητα με βαρύτερη εικόνα και παρουσία εμπυρέτου συνήθως σε ασθενείς με προυπάρχουσα νόσο, χρόνιο αιθυλισμό και μη καλή συμμόρφωση στη λαμβανόμενη αγωγή. Η εξέταση του αρθρικού υγρού συνιστά την εξέταση εκλογής με ανάδειξη της τυπικής εικόνας και επιβεβαιώνει τη διάγνωση σε ασθενείς με εμπύρετο και πολυαρθρίτιδα, στους οποίους έχει γίνει ενδελεχής έλεγχος και αποκλεισμός λοιμώδους νοσήματος.

347. ΑΠΟΛΥΤΗ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΑ ΚΑΙ ΑΚΟΚΙΟΚΥΤΤΑΡΑΙΜΙΑ ΛΟΓΩ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΚΛΟΖΑΠΙΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΨΥΧΩΣΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ: ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ, ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ

Χ. Βούλγαρη[1], Ρ. Γιαννάς[1], Γ. Πατεράκης[2], Β. Γιαννοπούλου[3], Ν. Αναγνωστόπουλος[3], Σ. Παγώνη[1]

[1]Γ΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», [2]Εργαστήριο Κυτταρομετρίας Ροής, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», [3]Αιματολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η κλοζαπίνη είναι ένα δεύτερης γενεάς αντιψυχωσικό της ομάδας των βενζοδιαζεπινών που ενδείκνυται για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, της ψυχωτικής και διπολικής διαταραχής. Η θεραπείας με κλοζαπίνη περιορίζει σημαντικά την ατομική και κοινωνική νοσηρότητα της χρόνιας ψύχωσης. Παρόλα αυτά επιπλέκεται συχνά με σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 33 ετών με ιστορικό ψυχωτικής μανίας από 25-ετίας και 2 χρόνια υπό αγωγή με κλοζαπίνη. Προσήλθε στα ΤΕΠ Παθολογικά για οίδημα δεξιού κάτω άκρου από 4ημέρου και συνεχή πυρετό με παραγωγικό βήχα από εβδομάδας. Για τα συμπτώματα αυτά ελάμβανε κλαριθρομυκίνη και παρακεταμόλη. Αντικειμενικά ήταν προσανατολισμένη, με άλγος, ερυθρότητα και οίδημα δεξιού κάτω άκρου και δυσκολία στη βάδιση. Επίσης παρουσίαζε συνεχές, πετεχειώδες πορφυρικό εξάνθημα άκρων. Από τον εργαστηριακό έλεγχο είχε απόλυτη λευκοπενία (WBC 0,8*10^3/μL) και 0% ουδετερόφιλα (<500), αναιμία (Hct 33,40%), LDH 318IU/L, CRP 307,5 mg/L, TKE 93 mm/h, D-Dimers 10,29 mg/dL. Έγινε Doppler υπερηχογράφημα που έδειξε εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση με απουσία αιματικής ροής της λαγονίου, μηριαίας και ιγνυακής φλέβας. Έγινε αξονική θώρακος που ανέδειξε πύκνωση με αεροβρογχόγραμμα στο δεξιό άνω πνευμονικό πεδίο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έγινε εισαγωγή, διακοπή της κλοζαπίνης, έναρξη αντιβιοτικής κάλυψης με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη, αζιθρομυκίνη και φλουκοναζόλη. Από τις καλλιέργειες αίματος και ούρων απομονώθηκε streptococcus pneumonia. Από τον ορολογικό έλεγχο τα pANCA και MPO-ANCA αντισώματα ήταν θετικά ως επί αγγειίτιδας. Έγινε αγγειοχειρουργική και αιματολογική εκτίμηση με έναρξη ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους και αυξητικού παράγοντα των λευκών αιμοσφαιρίων. Το μυελόγραμμα έδειξε απουσία κοκκιώδους σειράς και 73% διήθηση μυελού από παθολογικό λεμφοκυτταρικό πληθυσμό. Η κυτταρομετρία ροής έδειξε ακοκκιοκυτταραιμία, λεμφοπενία, ηωσινοπενία, μονοπενία, πολυκλωνικά Β λεμφοκύτταρα και απουσία βλαστών κοκκιώδους σειράς. Η διακοπή της κλοζαπίνης αρνητικοποίησε τα παθολογικά αντισώματα. Έγινε ψυχιατρική εκτίμηση και έναρξη ολανζαπίνης τη 17η ημέρα νοσηλείας με σταθερά αποτελέσματα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έγκαιρη διάγνωση της ουδετεροπενίας και η άμεση διακοπή της κλοζαπίνης επέτρεψε την αποτελεσματική θεραπεία δύο εκ των πιο σπάνιων και σοβαρών επιπλοκών της.

348. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΥΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ ΛΟΓΩ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΛΑΡΥΓΓΑ

Φ. Μαρινέλη[1], Ε. Κουτσοστάθης[2], Π. Πετρίκκος[1], Ν. Συμεωνίδης[1]

[1]Β΄ Παθολογική Κλινική, 251 ΓΝ Αεροπορίας, [2]Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με βαρύ υποθυρεοειδισμό μετά από ακτινοθεραπεία στην περιοχή του τραχήλου λόγω κακοήθους νεοπλάσματος στο λάρυγγα.
ΥΛΙΚΟ: Άρρεν ασθενής 68 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αναφερόμενη αδυναμία, μυϊκές κράμπες και απότομη πρόσληψη βάρους σε μικρό χρονικό διάστημα. Από το ατομικό του ιστορικό παρουσίαζε αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο και είχε υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία στην περιοχή του τραχήλου προ πέντε μηνών λόγω κακοήθους νεοπλάσματος στις φωνητικές χορδές.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Η αντικειμενική εξέταση ανέδειξε ήπια νωθρότητα, οιδηματώδες προσωπείο, ήπια πτώση αριστερού βλεφάρου, διατεταμένη κοιλία με μειωμένους εντερικούς ήχους και οιδηματώδη άνω και κάτω άκρα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένα μυϊκά ένζυμα (CPK: 2.026, CK-MB: 15,8 και μυοσφαιρίνη: 330). Η συνεκτίμηση των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων έθεσε την υποψία της μυοπάθειας λόγω υποθυρεοειδισμού στα πλαίσια ατροφίας του θυρεοειδούς αδένα μετά την ακτινοθεραπεία στον τράχηλο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έγινε θυρεοειδικός έλεγχος με μέτρηση της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH), της τριιωδοθυρονίνης (T3) και της θυροξίνης (T4). Τα αποτελέσματα ήταν ενδεικτικά υποθυρεοειδισμού. Ο ασθενής μετά από χορήγηση θυροξίνης άρχισε να παρουσιάζει εμφανή κλινική βελτίωση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο βαρύς υποθυρεοειδισμός μπορεί να οδηγήσει σε μυοπάθεια τα συμπτώματα της οποίας οδηγούν πολλές φορές τον ασθενή στο γιατρό. Η σωστή λήψη του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς και η συνεκτίμηση του με την κλινική εικόνα θέτουν τη διάγνωση σε πρώιμο στάδιο και κυρίως πριν εμφανιστούν σοβαρότερες επιπλοκές.

349. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΥΡΕΤΟ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Ε. Ευστρατιάδη, Α. Παπαζαφειροπούλου, Α. Μπίλης, Α. Αγγελίδη, Γ. Καψαλάκης, Θ. Τέλιος, Α. Μελιδώνης

Α΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Το πρωτοπαθές λέμφωμα του εγκεφάλου ανήκει στην κατηγορία των εξωλεμφαδενικών non-Hodgkin λεμφωμάτων. Σπάνια προσβάλλει ανοσοεπαρκή άτομα, ενώ είναι συχνό στα ανοσοκατασταλμένα άτομα. Στον παρόν κλινικό περιστατικό περιγράφεται η ασυνήθης διάγνωση πρωτοπαθούς λεμφώματος εγκεφάλου σε ανοσοεπαρκή ασθενή με παρατεινόμενο εμπύρετο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενής 44 ετών προσήλθε λόγω εμπύρετου έως 38,8 ^{o}C και αδυναμίας-καταβολής από 20ημέρου για το οποίο έλαβε λεβοφλοξασίνη για 5 ημέρες. Από το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς αναφέρεται θρόμβωση στο δεξιό οφθαλμό προ 6ετίας. Κατά την εισαγωγή της παρουσίαζε πυρετό 38,9 ^{o}C, ενώ ο κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Η ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο και ετέθη σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με μοξιφλοξασίνη και αμπικιλλίνη - σουλμπακτάμη χωρίς, ωστόσο, ύφεση του πυρετού. Ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες οι οποίες ήταν αρνητικές και πλήρης ιολογικός έλεγχος που έδειξε παρελθούσα λοίμωξη με EBV και CMV, ενώ ήταν αρνητικός για τον ιό HIV.
Καθώς την πρώτη ημέρα της νοσηλείας της η ασθενής παρουσίασε λιποθυμικό επεισόδιο προχωρήσαμε σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου η οποία ανέδειξε πολλαπλές υπόπυκνες βλάβες με περιφερική ενίσχυση και έντονο περιεστιακό οίδημα στο δεξιό θάλαμο και περικοιλιακά. Η νευρολογική εξέταση ανέδειξε ήπια αριστερή πυραμιδική συνδρομή καθώς και απώλεια της πρόσφατης μνήμης. Στη συνέχεια προχωρήσαμε σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου η οποία ανέδειξε εκτεταμένη ανομοιογενούς υφής αλλοίωση εντός της οποίας αναγνωρίστηκαν εστιακές αλλοιώσεις με μεγάλο περιεστιακό οίδημα και έντονα πιεστικά φαινόμενα επί της δεξιάς κοιλίας και του κροταφικού και ινιακού κέρατος και επί της τρίτης κοιλίας με συνοδό ελαφρά μετατόπιση της μέσης γραμμής αριστερά.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Λαμβανομένου υπόψη των μορφολογικών χαρακτήρων και της εντόπισης τέθηκε η διάγνωση πρωτοπαθούς λεμφώματος εγκεφάλου απεικονιστικά.

350. ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΞΗ ΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ε. Αραβαντινού-Φατώρου

Γ΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο - Μπενάκειο», Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των ασθενών που εισήχθησαν λόγω υπονατριαιμίας από το Σεπτέμβριο του 2013 μέχρι και το Δεκέμβριο του 2014. Μελετήθηκε η αιτία της υπονατριαιμίας, οι παράγοντες κινδύνου, η συμπτωματολογία που εμφάνισαν καθώς και η έκβαση της νοσηλείας τους.
ΥΛΙΚΟ: Σε διάστημα 16 μηνών καταγράφηκαν οι ασθενείς που εισήχθησαν σε παθολογική κλινική με υπονατριαιμία. Σημειώθηκαν το φύλο, η ηλικία, οι ήμερες νοσηλείας, η λήψη αντιδιουρητικών και η συμπτωματολογία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε αυτό το διάστημα εισήχθησαν 45 ασθενείς λόγω υπονατριαιμίας. Αναλυτικότερα: εισαγωγές γυναίκες: άνδρες 64.4%: 35.6% (p=0.018). Μέση ηλικία αυτών 76.7 έτη (εύρος 34-100 έτη). Η μέση τιμή νατρίου ορού 120 mmol/L (εύρος 98-130 mmol/L). Οι περισσότεροι ασθενείς δεν εμφάνισαν συμπτωματολογία, ενώ το 46.7% (21 ασθενείς) παρουσίασαν καταβολή, 33,3% (15 ασθενείς) σύγχυση, 8.9% (4 ασθενείς οιδήματα) και 31% (14 ασθενείς) είχαν επίπεδο επικοινωνίας σύμφωνα με την κλίμακα Γλασκώβης
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την ανάλυση των παραπάνω αποτελεσμάτων προκύπτει ότι η υπονατριαιμία ήταν συχνότερη στις γυναίκες. Η καταβολή συσχετίστηκε σημαντικά με περισσότερες ημέρες νοσηλείας

351. ΟΞΕΙΑ ΜΕΤΑΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μ. Χρυσανθακοπούλου, Π. Βρέκος, Ν. Νάνι, Α. Πανταζή, Ε. Παπαγεωργίου, Κ. Ηλιοπούλου, Ζ. Αλεξίου

Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Παρουσίαση περιστατικού με μεταστρεπτοκοκκική σπειραματονεφρίτιδα.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Άρρεν, 25 ετών, προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω αναφερόμενης ολιγουρίας και σκουρόχρωμων ούρων από 2ημέρου.
Από το ιστορικό αναφέρει εμπύρετο (39 ^{o}C) προ πενθημέρου της προελεύσεως στα ΤΕΠ, διαρκείας μίας εβδομάδος, για το οποίο ελάμβανε αυτοβούλως αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό οξύ.
Ο πυρετός συνοδευόταν από φαρυγγαλγία, αδυναμία και ανορεξία.
Ατομικό Ιστορικό: Σκωλικοειδεκτομή σε παιδική ηλικία.
Κλινική Εξέταση: απύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός, εξέρυθρα παρίσθμια και μικρός ψηλαφητός επώδυνος οπισθοωτιαίος λεμφαδένας (ΑΡ).
Εργαστηριακός έλεγχος: WBC: 10.400 (Poly: 80%, Lymp: 7.2%, Mono: 12%), RBC: 6.09, PLT: 229, Hct: 40.2%, Hb: 12.4 g/dl, TKE: 23 mm, **CRP: 130 mg/l, ASTO: 455 IU/ml, C3: 20 mg/dl,**
Ur: 60, Cr: 1.5, SGOT/SGPT: 14/18, γGT: 21, ALP: 87, Na: 136, K: 3.9.
Λοιμώδη-ιολογικός έλεγχος-ανοσολογικός έλεγχος: ουδέν παθολογικό.
Φαρυγγικό επίχρισμα: φυσιολογική χλωρίδα.
Καλλιέργειες αίματος/ούρων: στείρες.
Γενική Ούρων: πυοσφαίρια: 2-3 κοπ, **ερυθρά:>100**, **PROT**: **3+,** pH: 8.5, SG: 1015.
Όγκος Ούρων 24h: 2300 mL, Ολικά λευκώματα (δείγμα): 23 mg/dl,
Ολικά λευκώματα 24h: 575 mg/24h.
US άνω κοιλίας: κατά φυσίν.
US ΝΟΚ: κατά φυσίν.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που περιγράφονται, αποδόθηκαν σε οξεία μεταστρεπτοκοκκική σπειραματονεφρίτιδα.
Ο ασθενής, μετά από νεφρολογική εκτίμηση, τέθηκε σε αυστηρό ισοζύγιο ύδατος και άναλο δίαιτα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μεταστρεπτοκοκκική σπειραματονεφρίτιδα εμφανίζεται συνήθως 10-15 μέρες μετά από λοίμωξη από στελέχη του β-αιμολυτικού στρεπτοκόκκου της ομάδος Α. Το κλινικό εύρος της νόσου ποικίλει από ασυμπτωματική μικροσκοπική αιματουρία ως την εμφάνιση οξέος νεφριτιδικού συνδρόμου. Η σωστή λήψη ιστορικού και η έγκαιρη διάγνωση της νόσου αποτρέπουν την εγκατάσταση χρόνιας νεφρικής νόσου και άλλων σοβαρών εξωνεφρικών επιπλοκών.

352. ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΚΟΙΝΟ ΘΑΛΑΜΟ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΜΕΤΑΦΕΡΘΗΚΑΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΜΕΘ)- ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΠΟΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗΣ

Π. Αρμύρος, Φ. Κυριακού, Σ. Γιοβάνης, Π. Λαμπρόπουλος, Ι. Τσάμης, Ε. Σιδέρη, Ν. Τσάκαλης, Γ. Ερωτοκρίτου

Α΄ Παθολογικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Συγκριτική μελέτη της πορείας νόσου και έκβασης διασωληνωμένων ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε κοινό θάλαμο και ασθενών που διακομίστηκαν και συνέχισαν τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ εντός 24 ωρών.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 20 ασθενείς οι οποίοι εισήχθησαν και διασωληνώθηκαν στην Α΄ Παθολογική Κλινική του ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά για την περίοδο Ιανουαρίου-Δεκεμβρίου 2014. Οι 13 συνέχισαν τη νοσηλεία τους σε ΜΕΘ όπου διακομίσθηκαν εντός 24 ωρών από τη στιγμή της διασωλήνωσης (ομάδα Α). Οι 7 συνέχισαν τη νοσηλεία τους σε κοινό θάλαμο ή διακομίστηκαν σε ΜΕΘ πέραν των 24 ωρών (ομάδα Β). Καταγράφηκαν η ηλικία, το φύλο, τα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα, υπολογίστηκε το Apache II score (πρώτο 24ωρο νοσηλείας) και για τις δύο ομάδες ασθενών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 13 ασθενείς της ομάδας Α το ποσοστό επιβίωσης ήταν (11/13, 84,6%) έναντι του αντίστοιχου ποσοστού της ομάδας Β (2/7, 28,57%). Η ηλικία των ασθενών που επιβίωσαν ήταν κατά μέσο όρο 65 για την ομάδα Α και 75 για την ομάδα Β. Το Apache II score (πρώτο 24ωρο νοσηλείας) ήταν 13,76 για την ομάδα Α και 15 για την ομάδα Β.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Καταγραφή υψηλότερου ποσοστού επιβίωσης στους ασθενείς που εγκαίρως (εντός 24 ωρών) διακομίστηκαν σε ΜΕΘ και συνέχισαν τη νοσηλεία τους εκεί ακόμη και με μικρή διαφορά στο Apache II score. Δεν προέκυψε διαφορά όσον αφορά στους προγνωστικούς παράγοντες (πλην της ηλικίας).

353. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

354. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

355. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

356. ΕΛΟΝΟΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΤΑΞΙΔΙ ΣΤΟ ΚΑΜΕΡΟΥΝ

Ε. Κουτσοστάθης[1], Φ. Μαρινέλη[2], Α. Καμπόλη[1], Α. Παπαδόπουλος[1]

[1]Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα, [2]Β΄ Παθολογική Κλινική, 251 ΓΝ Αεροπορίας, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού ελονοσίας σε νεαρό ασθενή μετά από πρόσφατο ταξίδι στο Καμερούν. Η ελονοσία είναι λοιμώδης ασθένεια που προκαλείται από παρασιτικά πρωτόζωα του γένους plasmodium. Η ασθένεια είναι διαδεδομένη σε τροπικές και υποτροπικές περιοχές που βρίσκονται σε μια ευρεία ζώνη γύρω από τον Ισημερινό. Προκαλεί συμπτώματα που συνήθως περιλαμβάνουν πυρετό με συνοδό κόπωση, εμέτους και κεφαλαλγία. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει ίκτερο, επιληπτικές κρίσεις, κώμα και θάνατο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενής 18 ετών διακομίστηκε από περιφερικό νοσοκομείο, όπου νοσηλευόταν λόγω εμπύρετου και συνοδού διαρροϊκής συνδρομής. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αναιμία και θρομβοπενία. Ο ασθενής ανέφερε πρόσφατο ταξίδι και διαμονή στο Καμερούν για 3 μήνες. Εκεί έλαβε προφυλακτική αγωγή με μεφλοκίνη, ενώ νοσηλεύτηκε σε νοσοκομείο του Καμερούν με συμπτώματα ελονοσίας και έλαβε αγωγή με artemether lumefantine. Έγινε εξέταση με rapid test (ανίχνευση με ανοσοχρωματογραφία ειδικών αντιγόνων που ξεχωρίζουν το plasmodium falciparum, από τα μη plasmodium falciparum), το οποίο έθεσε τη διάγνωση της ελονοσίας από p. falciparum, ενώ διαπιστώθηκε ποσοστό παρασιταιμίας 0,3%

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής τέθηκε αρχικά σε αγωγή με ατοβακόνη προγουανίλη ως επί μη επιπλεγμένης ελονοσίας για 3 ημέρες και εν συνεχεία αρτεσονικό οξύ και δοξυκυκλίνη, με αποτέλεσμα την κλινική και εργαστηριακή βελτίωση του ασθενούς και την εξάλειψη της παρασιταιμίας. Παρατηρήθηκε αποδρομή του εμπυρέτου, των εμέτων, της καταβολής και εμφανής βελτίωση των εργαστηριακών του τιμών, ενώ ο ασθενής εξήλθε βελτιωμένος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ελονοσία από p. falciparum μπορεί να είναι επιπλεγμένη ή μη επιπλεγμένη. Η άμεση έναρξη θεραπείας είναι αναγκαία ιδιαίτερα στην επιπλεγμένη μορφή ελονοσίας για την αποφυγή επιπλοκών όπως οξύ πνευμονικό οίδημα, shock και οξεία νεφρική ανεπάρκεια με οξεοβασικές διαταραχές.

357. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

358. ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΒΟΥΒΩΝΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ

Ι. Γαληνός, Κ. Σπανός, Μ. Σαργιάννου, Β. Ασμανίδης, Π. Μπουφίδης, Ε. Τυφοξύλου, Γ. Αλοΐζος

401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθήνας

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη ενός σπάνιου αιτίου ετερόπλευρης λεμφαδενικής διόγκωσης.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 80 ετών με ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής, αρτηριακής υπέρτασης και σακχαρώδη διαβήτη νοσηλεύτηκε στην Παθολογική Κλινική λόγω ανώδυνης διόγκωσης βουβωνικού λεμφαδένα δεξιά από ενός έτους περίπου, σταδιακά αυξανομένη σε μέγεθος, σύμφωνα με απεικονιστικές εξετάσεις (αξονικές τομογραφίες κοιλίας) που προσκόμισε η ασθενής. Κατά την εισαγωγή η ασθενής ήταν απύρετη, περιπατητική, προσανατολισμένη, αιμοδυναμικά σταθερή, με καλή θρέψη και ο διογκωμένος λεμφαδένας είχε χαρακτήρες μη φλεγμονώδους αιτιολογίας: μεγάλος, ανώδυνος, σκληρός, ακίνητος, συμφυόμενος με τους υποκείμενους ιστούς.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη διερεύνηση έγινε πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος. Έγινε ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος και έγινε Mantoux. Απεικονιστικά έγινε υπερηχογραφικός έλεγχος της περιοχής και αξονική τομογραφία θώρακος και άνω - κάτω κοιλίας. Παρακεντήθηκε η βλάβη με λεπτή βελόνα αρχικά, αλλά λόγω μη διαγνωστικού αποτελέσματος έγινε ανοιχτή βιοψία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στις εξετάσεις αίματος διαπιστώθηκε υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία με Hb 11.3 και Ht 36, ΤΚΕ 45, από τον ιολογικό έλεγχο αποδείχθηκε λοίμωξη από τον HCV και η Mantoux ήταν αρνητική. Στο υπερηχογράφημα δεξιάς βουβωνικής χώρας απεικονίστηκε διογκωμένος βουβωνικός λεμφαδένας διαστάσεων 7.63 x 4.23 x 3.62 εκ. με μικρές περιοχές αρχόμενης τήξης και κατά τόπους φλοιώδη υπερτροφία, εσωτερικές ηχωανακλάσεις και άναρχο τύπο αγγείωσης. Από την αξονική τομογραφία θώρακος ευρέθησαν πολλαπλά διάσπαρτα μικρά οζίδια, διαμέτρου μερικών χιλιοστών σε αμφότερους τους πνεύμονες. Στην αξονική άνω και κάτω κοιλίας απεικονίστηκε μάζα μαλακών μορίων στη δεξιά βουβωνική χώρα με ανομοιογενή σκιαγραφική ενίσχυση και κεντρικά σημεία τήξης, ολιγάριθμοι μικροί και οριακοί δεξιοί έξω λαγόνιοι λεμφαδένες και ορισμένοι οριακά διογκωμένοι λεμφαδένες στην περιοχή του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου. Στην κυτταρολογική εξέταση υλικού της βλάβης διαπιστώθηκε νευροενδοκρινές καρκίνωμα συμβατό με καρκίνο κυττάρων Merkel. Με την παραπάνω διάγνωση η ασθενής παραπέμφθηκε σε Ογκολογική Κλινική, όπου της χορηγήθηκε σχήμα χημειοθεραπευτικών με σισπλατίνη και ετοποσίδη. Έξι μήνες μετά, ο επανέλεγχος με απεικονιστικές μεθόδους έδειξε περιορισμό της νόσου τοπικά.

359. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΔΕΝΩΜΑ BRUNNER ΚΑΙ ΠΑΡΕΣΗ ΠΕΡΟΝΙΑΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ

Ε. Κατσούλη[1], Χ. Τότσικας[1], Δ. Δόβας[1], Λ. Ζήκου[2], Σ. Καπίρης[3], Χ. Βαδάλα[1], Α. Σκουτέλης[1]

[1]Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Νευρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [3]Γ΄ Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση ασθενούς με ένα σπάνιο καλοήθες νεόπλασμα δωδεκαδακτύλου, το αδένωμα του Brunner, το οποίο μιμείται απεικονιστικά και επισκοπικά κακοήθεια παγκρέατος ή δωδεκαδακτύλου και ταυτόχρονη εμφάνιση πάρεσης δεξιού περονιαίου νεύρου στον ίδιο ασθενή.
ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για έναν ασθενή 49 ετών που προσέρχεται με εμετούς και μεγάλη απώλεια βάρους από πενταμήνου, οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ) και πτώση δεξιού άκρου ποδός από τετραμήνου περίπου. Η ΟΝΑ αποδόθηκε σε προνεφρικά αίτια και βελτιώθηκε με ενυδάτωση. Για τη διερεύνηση των εμετών έγινε γαστροσκόπηση, όπου διαπιστώθηκε προβάλλουσα μάζα βολβού δωδεκαδακτύλου που φράζει τον αυλό και καθιστά αδύνατη τη δίοδο του ενδοσκοπίου. Ο αρχικός απεικονιστικός έλεγχος αναδεικνύει έντονη πάχυνση και οιδηματώδη απεικόνιση δεύτερης μοίρας δωδεκαδεκαδακτύλου, ανομοιογένεια κεφαλής παγκρέατος, αυξημένες διαστάσεις στομάχου και διάταση ενδοηπατικών, χοληδόχου και κοινού παγκρεατικού πόρου, ενώ ο περαιτέρω μόρφωμα κεφαλής παγκρέατος χωρίς διήθηση αγγείων. Προχωρήσαμε σε χειρουργική επέμβαση Whipple. Όσον αφορά την πτώση δεξιού άκρου ποδός, διενεργήθηκε ηλεκτρομυογράφημα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ηλεκτρομυογράφημα αναδεικνύει μεταγαγγλιακή μονονευρίτιδα του περονιαίου κλάδου του ισχιακού νεύρου. Πραγματοποιήθηκε επέμβαση Whipple με καλή μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς και πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων. Στη βιοψία διαπιστώνεται υπερπλασία αδενίων Brunner στα πλαίσια αδενώματος.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το αδένωμα Brunner προέρχεται από τους αδένες Brunner του βλεννογόνου του δωδεκαδακτύλου. Συνήθως είναι ασυμπτωματικό και ανευρίσκεται τυχαία, ενώ οι συμπτωματικές περιπτώσεις κυρίως εμφανίζονται με απόφραξη ή αιμορραγία του γαστρεντερικού συστήματος. Αφορά καλοήθη νεοπλασία με δύσκολη αντιμετώπιση επειδή μπορεί να μιμείται κακοήθεια. Η πάρεση περονιαίου νεύρου έχει φανεί από μελέτες να σχετίζεται με απότομη απώλεια βάρους μέσω μείωσης υποδόριου λίπους κνήμης και συμπίεσης του επιφανειακού περονιαίου νεύρου στην κεφαλή του οστού. Είναι η πρώτη φορά στη βιβλιογραφία που αναφέρεται πάρεση περονιαίου νεύρου σε αδένωμα Brunner.

360. ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ PASTEURELLA SPECIES ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ε. Λιακοπούλου, Μ. Σιαμπλή, Κ. Πανταζή, Ε. Λουκά, Ν. Γιάνναινας, Χ. Νοδάρας, Μ. Χρυσανθακοπούλου, Ε. Παπαγεωργίου, Μ. Βόσσου, Ν. Κουτσουμπός, Ν. Νάνι, Κ. Ηλιοπούλου, Δ. Καλφούντζος, Ε. Ρούλια, Ζ. Αλεξίου

ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση ασθενούς με μικροβιαιμία από Pasteurella και λοίμωξη αναπνευστικού, η οποία έπασχε από καρδιακή ανεπάρκεια και ορθόχρωμη αναιμία. Η Pasteurella είναι Gram (-) κοκκιοβακτηρίδιο, που αποικίζει το ανώτερο αναπνευστικό και γαστρεντερικό σύστημα πολλών ζώων και το συχνότερα απομονωμένο παθογόνο από δαγκώματα σκύλων και γάτας.
ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 87 ετών εισήχθη στην κλινική μας λόγω αναιμίας (Hct=19,4%, MCV=92, Hgb=6,6 gr/dl). Από το ατομικό αναμνηστικό της αναφέρεται: αρτηριακή υπέρταση και χρόνια κολπική μαρμαρυγή. Η ασθενής μεταγγίστηκε συνολικά με 4 ΜΣΕ και έλαβε αγωγή με σίδηρο ενδοφλέβια. Το δεύτερο 24ωρο νοσηλείας της παρουσίασε εμπύρετο έως 38°C και από αιμοκαλλιέργεια απομονώθηκε Pasteurella species (από το συγγενικό περιβάλλον επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη κατοικίδιας γάτας, ενώ δεν βρέθηκαν αμυχές ή δαγκώματα στην ασθενή) και ετέθη σε σιπροφλοξασίνη. Εργαστηριακός έλεγχος: αιματινικοί δείκτες=κφ, καρκινικοί δείκτες (CA 125=175,5 U/ml, β2-μικροσφαιρίνη=0,38 μmg/dl), CT θώρακος (πλευριτικές συλλογές άμφω με συνοδές πυκνοατελεκτασίες με πάχυνση των μεσολοβίων διαφραγματίων, αύξηση καρδιακών κοιλοτήτων, πολλαπλούς λεμφαδένες μεσοθωρακίου έως 1 cm), CT άνω και κάτω κοιλίας (ηπατομεγαλία ως επί καρδιακού ήπατος), υπέρηχο έσω γεννητικών οργάνων και μαστών άμφω=κφ. Την 12η και 13η ημέρα παρουσίασε επιδείνωση και τέθηκε σε πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη, για 5 ημέρες με βελτίωση της κλινικής εικόνας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η Pasteurella συνήθως αφορά λοιμώξεις δέρματος-μαλακών μορίων-οστού από δήγματα ή αμυχές ζώων. Στις ακραίες ηλικίες όμως και σε πάσχοντες από σοβαρές νόσους (όπως καρδιακή ανεπάρκεια και αναιμία), μπορεί να βρει πύλη εισόδου ευκολότερα από το αναπνευστικό και να προκαλέσει βακτηριαιμία με ποικίλες συστηματικές εκδηλώσεις (όπως πνευμονία, μηνιγγίτιδα, ενδοκαρδίτιδα).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παραμένει πολύ σημαντική η λήψη αιμοκαλλιεργειών σε κάθε εμπύρετο εντός του νοσοκομείου και η ερμηνεία τους, προκειμένου να χορηγηθεί η κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή. Επίσης θα πρέπει να συνδυάζονται, με ένα λεπτομερές ατομικό ιστορικό τους ασθενούς και προσεκτική κλινική εξέταση.

361. ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΕ ΥΠΟΜΑΓΝΗΣΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ

Π. Τόσκας, Μ. Μυλωνά, Γ. Θεοδοσόπουλος, Μ. Κουβελέτσου, Α. Τόσκας

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η υπομαγνησιαιμία συνιστά ηλεκτρολυτική διαταραχή με ποικίλη κλινική εικόνα ανάλογα με τη σοβαρότητά της. Οφείλεται κυρίως σε απώλειες από το γαστρεντερικό και τους νεφρούς, ενώ σχετίζεται και με λήψη συγκεκριμένων ουσιών όπως οι αμινογλυκοσίδες ή οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων (Proton Pump Inhibitors =PPI). Σκοπός της παρουσίασης είναι να αναδειχθεί ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς, ο οποίος διαγνώστηκε με υπομαγνησιαιμία στο πλαίσιο διερεύνησης εμέτων, ανορεξίας και καταθλιπτικής συνδρομής.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής, άρρεν, 73 ετών, με ιστορικό στεφανιαίας νόσου και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, εισήχθη προς διερεύνηση και αντιμετώπιση απώλειας βάρους (10 kg σε 1 μήνα) με ανορεξία, ιλίγγων και εμέτων από 3 εβδομάδων σταδιακώς επιδεινούμενων. Ο ασθενής παρέμενε κατακεκλιμένος το τελευταίο διάστημα με πτωχό επίπεδο επικοινωνίας, εικόνα αποδιδόμενη σε καταθλιπτική συνδρομή με έναρξη αντικαταθλιπτικής αγωγής. Λόγω επηρεασμένης νευρολογικής εικόνας (τρόμος άκρων χειρών ηρεμίας, δεσμιδώσεις, βραδυψυχισμός, καταθλιπτική συνδρομή), εκτιμήθηκε νευρολογικά χωρίς ανάδειξη εστιακής νευρολογικής σημειολογίας, ενώ υποβλήθηκε σε CT εγκεφάλου με ανάδειξη μικροαγγειοπάθειας. Υποβλήθηκε σε ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού με διαπίστωση υπεραιμίας και υπερτροφίας των πτυχών του βλεννογόνου του στομάχου με ιστολογική εξέταση βιοψίας συμβατή με χρόνια λήψη PPI. Από CT απεικόνιση κοιλίας αποκλείστηκε η νεοπλασία. Από το λοιπό εργαστηριακό του έλεγχο αναδείχθηκε σχεδόν μηδενική τιμή μαγνησίου, διεκόπη η χορήγηση PPI και με την IV αναπλήρωσή του, ο ασθενής βελτιώθηκε θεαματικά με υποχώρηση σχεδόν πλήρως της νευρολογικής του σημειολογίας, επανεμφάνιση της όρεξής του με αναστολή των επεισοδίων εμέτων και κινητοποίησή του. Εστάλη πλήρης έλεγχος προς αναζήτηση της αιτίας της υπομαγνησιαιμίας του ασθενούς με απόδοση τελικώς αυτής στη χρόνια λήψη PPI.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η υπομαγνησιαιμία ενδέχεται να εκδηλώνεται με ποικίλη νευρολογική σημειολογία και να καθυστερεί σημαντικά η διάγνωσή της. Θα πρέπει ωστόσο να εγείρεται η υποψία της σε ασθενείς με λήψη συγκεκριμένων φαρμακευτικών ουσιών, αφού αποκλεισθούν τα συνηθέστερα αίτια.

362. ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΑ ΔΙΗΘΗΜΑΤΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ

Λ. Παλαιοδήμου, Μ. Σαργιάνου, Δ. Δαϊκίδου, Ε. Σαββοπούλου, Α. Καλόγηρος, Σ. Κοτρώτσιος, Γ. Αλοΐζος

401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη ενός λιγότερου συχνού αιτίου αμφοτερόπλευρων κυψελιδικών διηθημάτων σε περιπτώσεις όπου υποσημειώνεται ταυτόχρονα από τον εργαστηριακό έλεγχο νεφρική βλάβη. Σε αυτές τις περιπτώσεις, θα πρέπει εγκαίρως να εγείρεται η υποψία της ANCA θετικής αγγειίτιδας.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 20 ετών με αναφερόμενη δεκατική πυρετική κίνηση, βήχα και αίσθημα αδυναμίας και καταβολής από 15ημέρου, που αναφέρει από το ιστορικό του προηγούμενη νοσηλεία σε περιφερειακό νοσοκομείο προ 10ημέρου λόγω εμπυρέτου με συνοδό βήχα. Εκεί αντιμετωπίστηκε ως πνευμονία της κοινότητας με διπλή αντιβιοτική αγωγή για 9 ημέρες, καθώς η ακτινογραφική απεικόνιση του θώρακα ήταν συμβατή με πύκνωση μέσου λοβού. Παρά την ολοκλήρωση της αντιβιοτικής αγωγής, ο ασθενής δεν είχε σαφή βελτίωση, αλλά αντιθέτως συνέχισε να πυρέσσει και ως εκ τούτου εισήχθη στην Παθολογική κλινική, έχοντας όψη πάσχοντος, αυξημένες περιφερικές σφύξεις, χαμηλό αιματοκρίτη και ενεργό ίζημα στα ούρα.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην εισαγωγή του έγινε εκ νέου ακτινογραφία θώρακος, η οποία ανέδειξε κυψελιδικού τύπου πνευμονικά διηθήματα, τα αέρια αίματος ήταν διαταραγμένα με σχετική υποξυγοναιμία και στη γενική αίματος διαπιστώθηκε σημαντική πτώση του αιματοκρίτη, ενώ τα λευκοκύτταρα ήταν στα ανώτερα φυσιολογικά όρια. Στη μικροσκοπική εξέταση ούρων αποκαλύφθηκε ενεργό ίζημα, με αυξημένη αιμοσφαιρίνη, λεύκωμα, υαλοκκοκώδεις, κοκκώδεις και επιθηλιακούς κυλίνδρους, καθώς και δύσμορφα ερυθρά. Με αυτά τα στοιχεία, τέθηκε η διάγνωση του οξέος πνευμονοφερικού συνδρόμου. Κατά τη διερεύνηση πιθανών αιτιών αυτού, έγινε CT θώρακος, βρογχοσκόπηση με λήψη BAL για κυτταρολογική εξέταση και βιοχημική ανάλυση ούρων 24ώρου. Λόγω παρουσίας περίπου 1 gr λευκώματος στα ούρα 24ώρου, προγραμματίστηκε βιοψία νεφρού και εστάλη ανοσολογικός έλεγχος (ANA, ANCA, RF, C3, C4, anti-GBM) στον ορό. Τέλος, λόγω αυξημένων δεικτών φλεγμονής και παρατεταμένου εμπυρέτου, θεωρήθηκε σκόπιμος ο αποκλεισμός λοιμωδών αιτίων, οπότε ζητήθηκε ορολογικός έλεγχος για διάφορους μικροοργανισμούς σε ορό και BAL και έγινε Mantoux.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη βρογχοσκόπηση επιβεβαιώθηκε ενεργή κυψελιδική αιμορραγία, ενώ από τη μικροσκοπική εξέταση ούρων διαπιστώθηκε ενεργό ίζημα, ενδεικτικό σπειραματονεφρίτιδας. Ο έλεγχος για τα λοιμώδη αίτια και η Mantoux ήταν αρνητικά, ενώ από τον ανοσολογικό έλεγχο χαρακτηριστικά ήταν τα θετικά c-ANCA αντισώματα (PR3) με τίτλο>100 U/ml. Θεωρήθηκε έτσι πιο πιθανή η διάγνωση της κοκκιωματώσης Wegener και, σε αναμονή των αποτελεσμάτων της βιοψίας νεφρού, χορηγήθηκε στον ασθενή εγκαίρως ενδοφλέβια αγωγή με κορτιζόνη, ο οποίος ανταποκρίθηκε άμεσα σημειώνοντας σαφή βελτίωση της κλινικής, εργαστηριακής και ακτινογραφικής του εικόνας.

363. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΑΡΟΔΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΛΕΥΚΟΠΕΝΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Σ. Κατσούλη, Δ. Δόβας, Π. Αυγερινός, Α. Σκουτέλης

Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός - Οφθαλμιατρείο - Πολυκλινική»

Η εμφάνιση παροδικής πενίας κυρίως των αιμοπεταλίων, και σε μικρότερο βαθμό των λευκοκυττάρων, μετά την ενδοφλέβια υποκατάσταση του σιδήρου σε ασθενείς με βαριά σιδηροπενική αναιμία είναι ένα τεκμηριωμένο μεν, αλλά σχετικά άγνωστο, φαινόμενο. Ο μηχανισμός αποδίδεται σε φαινόμενο υποκλοπής, στην αρχική δηλαδή εκτροπή του αρχέγονου αιμοποιητικού κυττάρου προς την παραγωγή ερυθρών εις βάρος των υπολοίπων εμμόρφων στοιχείων του αίματος, μόλις αποκατασταθεί η έλλειψη σιδήρου. Παρουσιάζουμε εδώ μια ασθενή όπου παρατηρήσαμε το φαινόμενο αυτό.
ΣΚΟΠΟΣ: Ανάδειξη μίας σχετικά άγνωστης αιτίας παγκυτταροπενίας.
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ: Πρόκειται για οικιακή βοηθό 27 ετών από την Τανζανία που νοσηλεύτηκε στην Κλινική μας από 21-27/11/2014 με δυσανεξία στην κόπωση και κακές διατροφικές συνήθειες (βασικό μενού: Ψωμί με τσάι). Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε ωχρότητα επιπεφυκότων, οίδημα προσώπου και σφυρών. Ο αιματοκρίτης εισαγωγής ήταν 13.9% με έντονη υποχρωμία & μικροκυττάρωση, αυξημένη κατανομή εύρους ερυθρών (RDWcv) και φερριτίνη 2.8 ng/mL. Τόσο η γαστροσκόπηση όσο και η παρασιτολογική κοπράνων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στις 21/11 έλαβε δύο μονάδες ερυθρών, ενώ στις 25/11/2014 έλαβε ένα γραμμάριο σιδήρου ενδοφλεβίως.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Λόγω της υψηλής περιεκτικότητας του μεταγγιζόμενου αίματος σε σίδηρο θεωρούμε ότι πλην της πρώτης (21/11) οι επόμενες γενικές αίματος (πίνακας) εκφράζουν τις προαναφερθείσες πενίες που προκαλεί ο σίδηρος. Μετά την πτώση παρατηρήθηκε αντιρροπιστική αύξηση των αιμοπεταλίων.

	21/11	23/11	25/11	27/11	2/12	09/12	16/12	23/12
WBC	4240	2610	3580	2920	7770	8650	6330	3690
Ht%	13.9	20.8	22.6%	21.9%	22.5	32.1	38.0	40.7
PLT	323,000	204,000	142,000	77,000	55,000	570,000	694,000	233,000
RET	0.21	0.22	0.62	0.87	1.92	4.51		

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η παρούσα ανακοίνωση επισημαίνει το τεκμηριωμένο μεν, αλλά σχετικά άγνωστο, φαινόμενο της εμφάνισης πενιών αμέσως μετά την αποκατάσταση του σιδήρου σε ασθενείς με βαριά σιδηροπενική αναιμία.

364. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

365. ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ NON- HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Χ. Τότσικας[1], Χ. Βαδάλα[1], Σ. Κατσούλη[1], Α. Ευαγγέλου[1], Μ. Μπακίρη[2], Γ. Κυρατζής[3], Δ. Μαλοβρούβας[4], Δ. Ροντογιάννη[5], Ι. Κουτσουβέλης[1], Α. Σκουτέλης[1]

[1]Ε΄ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Αιματολογική και Λεμφωμάτων Κλινική- Μ.Μ.Μ.Ο.-ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [3]Β΄ Χειρουργική Κλινική ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [4]Ουρολογική Κλινική ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [5]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η συνύπαρξη non- Hodgkin λεμφωμάτων (NHL) και κακοήθων νεοπλασμάτων του νεφρού στους ίδιους ασθενείς, έχει διαπιστωθεί σε επιδημιολογικές μελέτες. Αφορά κυρίως μετάχρονη παρουσία τους με πιθανότερο αίτιο την προηγηθείσα θεραπεία. Παρουσιάζουμε την ταυτόχρονη διάγνωση NHL και νεφροκυτταρικού καρκινώματος (RCC) κατά τη διάρκεια ελέγχου ασθενούς.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 42 ετών, καυκάσιας φυλής, καπνίστρια με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε λόγω ασυμπτωματικής λεμφαδενικής διόγκωσης στον αριστερό υπερκλείδιο βόθρο από πενταμήνου. Η αντικειμενική εξέταση απεκάλυψε ανώδυνη, ευκίνητη διόγκωσης στην αριστερά υπερκλείδια χώρα. Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία τραχήλου η οποία ανέδειξε ευμεγέθη λεμφαδένα διαμέτρου 2 Χ 3 cm η βιοψία του οποίου ήταν συμβατή με B-NHL, οζώδους τύπου- κατά WHO. Η οστεομυελική βιοψία απεκάλυψε συμμετοχή του αιμοποιητικού μυελού. Ακολούθησε σταδιοποίηση με αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας η οποία απεικόνισε στο φλοιό του αριστερού νεφρού συμπαγή αλλοίωση μεγίστης διαμέτρου 3,5 cm. Πραγματοποιήθηκε αφαίρεση της μάζας με μερική νεφρεκτομή. Η ιστολογική της εξέταση ανέδειξε διαυγοκυτταρικού τύπου RCC, όπως επίσης και διήθηση του παρακείμενου νεφρικού παρεγχύματος από το προαναφερθέν B-NHL. Στη συνέχεια χορηγήθηκε ανοσοχημειοθεραπεία. Η ασθενής ένα έτος μετά παραμένει ελεύθερη νόσων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στη διεθνή βιβλιογραφία η συνύπαρξη RCC και NHL ξεπερνά το ποσοστό της τυχαίως ανευρισκόμενης στο γενικό πληθυσμό. Για την αιτιολόγηση της έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες: γενετική προδιάθεση, έκθεση σε κοινούς αιτιοπαθογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες, διαταραχές του ανοσολογικού συστήματος καθώς και προηγηθείσα χημειοθεραπεία.
Η παρουσία νεφρικών μαζών σε ασθενείς με NHL αποτελεί διαγνωστική πρόκληση και χρήζει ιστολογικής τεκμηρίωσης για την επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας.

366. ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΜΕΤΑ ΒΡΩΣΗ ΟΡΤΥΚΙΩΝ

Π. Τόσκας, Μ. Μυλωνά, Κ. Πολύζος, Ι. Θεοδοσόπουλος, Μ. Κουβελέτσου, Σ. Λιάτης

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η δηλητηρίαση από ορτύκια παρουσιάζεται ως ένα οξύ μυοσφαιρινουρικό σύνδρομο, το οποίο εμφανίζεται άμεσα ή λίγες ώρες μετά από βρώση ορτυκιών. Ο ασθενής παρουσιάζει εικόνα μυοπάθειας με ραβδομυόλυση, ιδίως μετά κόπωση. Παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα κρεατινοφωσφοκινάσης (CPK), αλδολάσης, οξαλοξεικής τρανσαμινάσης (SGOT), γαλακτικής δεϋδρογενάσης (LDH) και σε βαριές περιπτώσεις οξεία νεφρική βλάβη. Σκοπός της παρουσίασης είναι να αναδειχθεί ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς, η οποία διαγνώστηκε με ραβδομυόλυση μετά βρώση ορτυκιών.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής, 78 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, διεκομίσθη στην κλινική μας λόγω αιφνίδιας έναρξης έντονης ραχιαλγίας με συνοδό αιμωδία κάτω άκρων. Έγινε επείγον CT απεικονιστικός έλεγχος θώρακος και κοιλίας, που ανέδειξε φυσιολογική απεικόνιση αορτής. Εκτιμήθηκε καρδιολογικά με ΗΚΓ και echo καρδιάς, τα οποία δεν εμφάνισαν παθολογικά ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε υψηλή τιμή CPK (6652 U/L/φτ 45- 171 U/L) χωρίς αύξηση των μυοκαρδιακών ενζύμων, ενώ στη γενική ούρων της αναδείχθηκε άφθονη αιμοσφαιρίνη (αδυναμία προσδιορισμού μυοσφαιρίνης). Η ασθενής τέθηκε σε εντατική ενυδάτωση με προσθήκη διττανθρακικών, η ραχιαλγία της υποχώρησε μετά 6 ώρες και εξήλθε σύντομα σημαντικά κλινικοεργαστηριακά βελτιωμένη. Η ενδελεχής αναζήτηση εκλυτικών παραγόντων από το ιστορικό της ανέδειξε ότι η συμπτωματολογία της ασθενούς άρχισε 3 ώρες μετά βρώση ορτυκιών και ότι είχε προηγηθεί σημαντική μυική καταπόνηση σε κατ' οίκον εργασίες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η επαγόμενη από τη βρώση ορτυκιών ραβδομυόλυση συνιστά ασυνήθη κλινική οντότητα, θα πρέπει ωστόσο να αναζητείται σε ενδημικές περιοχές, όπως ο ελλαδικός χώρος. Η αιτιολογία του συνδρόμου παραμένει αδιευκρίνιστη, ωστόσο αποδίδεται στο γεγονός ότι τα ορτύκια κατά την αποδήμησή τους στην Αφρική καταναλώνουν σπόρους του φυτού Commium maculatum, που περιέχουν κώνειο και σε κληρονομική ανεπάρκεια μυικών ενζύμων, που καθιστά τα άτομα πιο ευάλωτα στη ραβδομυόλυση.

367. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΜΕ 1350 IU ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Κ. Παπαδοσπυριδάκη, Μ. Καβουσανάκη, Κ. Μηλάκη, Ν. Βασιλάκη, Μ. Μπαχλιτζανάκη, Α. Κουφόγιαννη, Ε. Τραχανατζή, Ε. Τζαγκαράκης

Β΄ Παθολογική Κλινική, «Βενιζέλειο» Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού φαρμακευτικής δηλητηρίασης με ασυνήθιστα μεγάλη δόση ινσουλίνης.
ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για νέα γυναίκα, 32 ετών, με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδη διαβήτη κύησης, IV τόκος, με προ 8μήνου τοκετό, η οποία διεκομίσθη ληθαργική, με υπογλυκαιμία (γλυκόζη ορού 40 mg/dL), μετά από εκούσια φαρμακευτική δηλητηρίαση, με υποδόρια χορήγηση 1350 περίπου μονάδων μίγματος μέσης διάρκειας δράσης και διφασικής ανθρώπινης ινσουλίνης.
Η ασθενής τέθηκε σε συστηματική εντατική χορήγηση υπεροσμωτικών διαλυμάτων 35% γλυκόζης. Η ασθενής εμφάνισε υπογλυκαιμίες έως και το τρίτο 24ωρο νοσηλείας. Δεν εμφάνισε διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας, παρά μόνο υποκαλιαιμία η οποία αντιμετωπίστηκε με την προσθήκη KCl στα ενδοφλέβια χορηγούμενα διαλύματα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η φαρμακευτική δηλητηρίαση (από λάθος ή σαν απόπειρα αυτοκαταστροφής) αναφέρεται στη βιβλιογραφία σαν σπάνιο περιστατικό προσέλευσης στο ΤΕΠ. Η θεραπεία με διαλύματα αυξημένης συγκέντρωσης γλυκόζης πρέπει να γίνεται για παρατεταμένη χρονική περίοδο σε βαθμό ανάλογο του ποσού της δόσης της ινσουλίνης που αυτοχορηγήθηκε (βιβλιογραφικά περιγράφεται γραμμική συσχέτιση της υπερδοσολογίας ινσουλίνης και ημερών θεραπείας) για την αποτελεσματική αντιμετώπιση συμπτωματικών και μη υπογλυκαιμιών.

368. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Γ. Ψιλοβασιλόπουλος[1], Ι. Μυλωνάκης[1], Α. Δρύλλη[2], Χ. Κελέσης[1], Β. Βάρσος[1]

[1]Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ε.Ε.Σ. «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο», [2]ΩΡΛ Κλινική, Γ. Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υπονατριαιμία ορίζεται κλινικά με νάτριο ορού <130 mmol/l και διακρίνεται σε μέτριου τύπου με νάτριο ορού 125-129 mmol/l και σε σοβαρού τύπου με νάτριο ορού <125 mmol/l.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Γυναίκα, 83 ετών, εισάγεται στη Νευροχειρουργική Κλινική του ΓΝΑ ΕΕΣ συγχυτική, ισοκορική, χωρίς εστιακή σημειολογία, μετά από αναφερόμενη επιληπτική κρίση που ακολούθησε πτώση εξ ιδίου ύψους και κάκωση κεφαλής προ 2ημέρου. Το ατομικό της αναμνηστικό περιλαμβάνει αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή υπό αντιπηκτική αγωγή-ασενοκουμαρόλη- από 1,5 έτος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προκύπτει σοβαρή υπονατριαιμία-νάτριο ορού 106 mmol/l- και διαταραχή χρόνου πήξεως-INR 3,84-. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε μικρό υποσκληρίδιο αιμάτωμα βρεγματοϊνιακά αριστερά, μικροϊσχαιμικές αλλοιώσεις περικοιλιακής ουσίας άμφω, εγκεφαλική και παρεγκεφαλιδική ατροφία. Η ασθενής ετέθη σε φαρμακευτική αντιεπιληπτική αγωγή καθώς και σε αγωγή διόρθωσης της υπονατριαιμίας και αναστροφής της παράτασης του χρόνου πήξεως. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της η ασθενής παρουσίασε εστιακή επιληπτική κρίση με δευτεροπαθή γενίκευση ανθεκτική στη λαμβάνουσα φαρμακευτική αγωγή και εγκατέστησε κώμα, διασωληνώθηκε και υποβλήθηκε σε νέα αξονική εγκεφαλική απεικόνιση. Η αύξηση του μεγέθους του υποσκληριδίου αιματώματος με μετωποβρεγματική επέκταση, η υποσκληρίδια συλλογή στο σκηνίδιο συστοίχως, το οιδηματώδες ημισφαίριο και η μετατόπιση των δομών της μέσης γραμμής δεξιά οδήγησαν την ασθενή σε μετωποβρεγματοκροταφική κρανιεκτομή αριστερά και αφαίρεση του αιματώματος. Μετεγχειρητικά η νέα αξονική τομογραφία εγκεφάλου αποκάλυψε αφαίρεση του αιματώματος με υπόλειμμα ινιακά και οίδημα αριστερού ημισφαιρίου με ήπια πιεστικά φαινόμενα. Η ασθενής διασωληνωμένη και αιμοδυναμικά σταθερή μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ για περαιτέρω νοσηλεία.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η σοβαρή υπονατριαιμία αποτελεί μια κοινή ηλεκτρολυτική διαταραχή στην οξεία εγκεφαλική βλάβη. Η αναγνώριση και η αναστροφή της είναι σημαντική καθώς εκδηλώνεται με ζάλη, ανησυχία, κώμα, επιληπτικές κρίσεις και τελικά καρδιοαναπνευστική ανακοπή.

369. ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΑ ΠΟΛΥΠΛΟΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Α. Μεγρέμη

Ιατροκοινωνικό Κέντρο Ιλίου-ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η συστημική θεώρηση μπορεί να συμβάλλει στην κατανόηση του αυτισμού.
ΥΛΙΚΟ: Βασικές αρχές της θεωρίας συστημάτων και κλινικά χαρακτηριστικά του αυτισμού.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η *ετερογένεια* είναι μείζον χαρακτηριστικό του αυτισμού. Μηγραμμικές, δυναμικές συσχετίσεις διέπουν τη διαταραχή, καθώς πλήθος παραγόντων ενέχονται στην αιτιοπαθογένεια, φαινοτυπική έκφραση και πρόγνωσή της.
Στη συστημική ο άνθρωπος είναι ένα ανοιχτό σύστημα όπου τα επιμέρους στοιχεία του αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον. Το αυτιστικό άτομο παρουσιάζει μείζονα *διαταραχή στην επικοινωνία,* δεν ανταλλάσσει επαρκή/αποτελεσματική πληροφορία με το περιβάλλον και δεν αποτελεί πλέον ανοιχτό σύστημα. Η διαταραχή στην επικοινωνία αφορά και το μικροσκοπικό επίπεδο, καθώς παρατηρούνται ανωμαλίες στους νευροδιαβιβαστές αλλά και στην επικοινωνία του νευρικού συστήματος με επιμέρους συστήματα του οργανισμού (πρβ γαστρεντερικά προβλήματα των αυτιστικών).
Αυτιστικά παιδιά παρουσιάζουν πρώιμα *αυξημένο όγκο εγκεφάλου,* που ακολουθείται από στασιμότητα αργότερα. Μήπως ο αυτισμός συνιστά μια αναβολική διαταραχή όπου η πρώιμη υπερανάπτυξη καταλήγει στην εξάντληση των μηχανισμών παλίνδρομης ρύθμισης (feedback loops) και τελικά στη μειωμένη λειτουργικότητας του συστήματος αργότερα;
Οι *στερεοτυπίες* διέπουν συχνά την αυτιστική διαταραχή. Πρόκειται για απώλεια της πολυπλοκότητας και ποικιλίας του οργανισμού. Το αυτιστικό άτομο μέσω της στερεότυπης συμπεριφοράς και σκέψης δείχνει πως έχει απωλέσει την ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον και συμπεριφέρεται γραμμικά, ομοιόμορφα, προβλέψιμα.
Συχνά τα αυτιστικά παιδιά παρουσιάζουν λιγότερους *πυρετούς* σε σχέση με τα φυσιολογικά, ενώ ορισμένα βελτιώνονται κατά τη διάρκεια του εμπυρέτου. Δεδομένου ότι ο πυρετός είναι ένας ενεργοβόρος αμυντικός μηχανισμός, τα αυτιστικά που δεν αναπτύσσουν εμπύρετα ενδεχομένως εξοικονομούν ενέργεια μειώνοντας την ποικιλία αλληλεπίδρασής τους με το περιβάλλον, με τελικό στόχο την προσαρμογή και επιβίωσή τους. Τέλος, η ίδια η καταστολή του πυρετού με αντιπυρετικά έχει ενοχοποιηθεί στον αυτισμό.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συστημική θεώρηση της αυτιστικής διαταραχής μπορεί να συμβάλλει στην κατανόηση της νόσου και στην ανίχνευση προληπτικών/θεραπευτικών παραγόντων (αποφυγή άσκοπης χρήσης αντιπυρετικών, έμφαση σε συμπεριφορικά προγράμματα ώστε το αυτιστικό παιδί να μη μεγαλώνει σε στατικό περιβάλλον, κ.ά).

370. ΗΠΑΤΟΣΠΛΗΝΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΣΕ ΝΟΣΟ ΕΞ ΟΝΥΧΩΝ ΓΑΛΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Μ. Μάτσας, Μ. Παπαδημητρίου, Ε. Βετούλη, Κ. Κουρής, Π. Δημάκου, Ε. Παρασκάκη

Μικροβιολογικό Τμήμα, Ορολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

ΣΚΟΠΟΣ: Η νόσος εξ ονύχων γαλής (ΝΟΓ) στα παιδιά είναι συνήθως ήπια λοίμωξη και οφείλεται κατά κύριο λόγο στη *Bartonella henselae*. Η νόσος εκδηλώνεται τυπικά σαν παρατεινόμενο εμπύρετο με επιχώρια λεμφαδενίτιδα. Ωστόσο σε πολλούς ασθενείς έχει περιγραφεί η εμφάνιση άτυπων εκδηλώσεων. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η καταγραφή περιπτώσεων ΝΟΓ σε παιδιά με ηπατοσπληνική συμμετοχή, η οποία τεκμηριώθηκε απεικονιστικά.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2003-Ιούλιος 2014 διαγνώστηκαν 135 περιπτώσεις ΝΟΓ σε παιδιά. Σε 36 από αυτά έγινε υπερηχογράφημα κοιλίας στα πλαίσια της διαγνωστικής διερεύνησης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 17 ασθενείς (47,2%) παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα στο ήπαρ (3), σπλήνα (9) ή και τα δύο σπλάγχνα (5). Από το ήπαρ το συχνότερο εύρημα ήταν η μικρή αύξηση του μεγέθους χωρίς παρεγχυματικές βλάβες (6 περιπτώσεις). Παρατηρήθηκαν επίσης σε ένα ασθενή δύο υπόηχες εστίες με χαρακτηριστικά αποστηματίων, διαμέτρου 1,3 cm και 2,2 cm εκάστη, και σε δεύτερο ασθενή διόγκωση πυλαίων ηπατικών λεμφαδένων. Από το σπλήνα παρατηρήθηκε μικρή αύξηση των ορίων με φυσιολογικό παρέγχυμα σε 7 περιπτώσεις, ενώ σε 7 άλλους ασθενείς διαπιστώθηκε η παρουσία υπόηχων εστιών συμβατών επίσης με αποστημάτια. Οι εστιακές αλλοιώσεις του σπλήνα ήταν ολιγάριθμες (1-4 σε αριθμό) διαμέτρου 0.37.-7 cm σε 5 ασθενείς και πολλαπλές, διαμέτρου λίγων χιλιοστών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάδειξη απεικονιστικά ηπατοσπληνικών αλλοιώσεων και ιδιαίτερα η ανεύρεση μορφωμάτων που προσομοιάζουν με αποστημάτια στο σπληνικό ή/και το ηπατικό παρέγχυμα μπορεί να αποτελέσουν χρήσιμο στοιχείο για να τεθεί η υποψία της ΝΟΓ στα παιδιά.

371. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

372. ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ

Μ. Γαγγάδη[1], Β. Παναγούλιας[2], Η. Γιάλαφος[3], Κ. Λιβάνειος[1], Η. Καίνης[1]

[1]10η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΘΑ «Η Σωτηρία», [2]Πνευμονολογικό Τμήμα, Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τριπόλεως, [3]Καρδιολόγος, επιστημονικός συνεργάτης, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σαρκοείδωση είναι μια χρόνια πολυοργανική φλεγμονώδης νόσος αγνώστου αιτιολογίας η οποία ιστολογικά χαρακτηρίζεται από σχηματισμό μη τυροειδοποιημένου κοκκιώματος εξ' επιθηλιοειδών κυττάρων και τη συσσώρευση Τ-λεμφοκυττάρων και μονοπύρηνων. Σήμερα θεωρείται ότι η νόσος είναι αποτέλεσμα εκθέσεως γενετικώς προδιατεθειμένων ατόμων σε ειδικά αντιγόνα τα οποία ενεργοποιούν την ανοσολογική αντίδραση των Th1 λεμφοκυττάρων με αποτέλεσμα το σχηματισμό κοκκκιώματος.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής γυναίκα 75 ετών, μη καπνίστρια, με ατομικό αναμνηστικό δυσλιπιδαιμίας, οστεοπόρωσης, με αρρυθμίες υπό αγωγή.
Σε αξονική θώρακος και κοιλίας που έγινε λόγω κοιλιακού άλγους ανευρέθη λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου, πυκνωτικό διήθημα ΑΡ άνω λοβού και διογκωμένοι κοιλιακοί λεμφαδένες. Αρχικά υποβλήθηκε σε βρογχοσκόπηση με EBUS. Έγινε TBNA υποτροπιδικών λεμφαδένων όπου έδειξε κυτταρολογική εικόνα κοκκιωματώδους φλεγμονής. Το BAL είχε υπεροχή λεμφοκυττάρων, με CD4/CD8 =2,2 και ήταν αρνητικό για κακοήθη κύτταρα. Επίσης σε PCR από το βρογχικό έκπλυμα ανιχνεύθηκε DNA Myc TB Complex αλλά αρνητικό άμεσο για β-Koch. Το PET CT SCAN ανέδειξε παθολογική πρόσληψη 18 FDG (SUV max 3,7) σε υπερκλείδιο ΔΕ, προ και παρατραχειακούς, αορτικού τόξου, αορτοπνευμονικού παραθύρου, προτροπιδικούς, υποτροπιδικούς, παραοισοφαγικούς, πνευμονικών πυλών άμφω, πύλης ήπατος, οπισθοπαγκρεατικούς, οπισθοκοιλιαίους, παραααορτικούς ΔΕ. Από τη λοιπή κλινικο-εργαστηριακή εικόνα στην ακρόαση θώρακος παρουσίαζε λεπτούς MMP σε κάτω πνευμονικά πεδία άμφω. SO2 σε ηρεμία: 96% μετά από 6 MWT 88%. Οφθαλμολογική εκτίμηση: κ.φ. Ca++ ούρων /24h και αίματος: ε.φ.ο. SACE: 85 IU/L. Mantoux=12 mm. Σπιρομέτρηση ε.φ.ο και DLCO=54%. Εκ νέου βρογχοσκόπηση με TBB έδειξε φυσιολογικό κυψελιδικό ιστό. Κατόπιν παραπέμπθηκε για μεσοθωρακοσκόπηση με βιοψία παρατραχειακών λεμφαδένων η οποία ανέδειξε: «ιστολογικά ευρήματα υπέρ χρόνιας κοκκιωματώδους μη νεκρωτικής νόσου, τύπου σαρκοείδωσης». Άμεσο και καλλιέργεια λεμφαδένων για β-koch αρνητικά. Στον καρδιολογικό έλεγχο: HOLTER ΡΥΘΜΟΥ/24h με κοιλιακές και υπερκοιλιακές αρρυθμίες, ενώ το triplex καρδιάς έδειξε μείωση της διατασιμότητας της αριστερής κοιλίας. EF=65%.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ασθενή αυτή υπάρχουν οι εξής προβληματισμοί: α) αν θα πρέπει να λάβει ειδική θεραπεία για τη σαρκοείδωση και β) πως θα πρέπει να διαχειριστεί το γεγονός της θετικής φυματινοαντίδρασης. Όσον αφορά το πρώτο, με τα ως τώρα δεδομένα η ασθενής δεν έχει κριτήρια που να συνηγορούν την έναρξη θεραπείας εκτός εάν αποδειχθεί μυοκαρδιακή προσβολή. Ενώ για το δεύτερο λόγω της θετικής φυματινοαντίδρασης και την ανεύρεση γενετικού υλικού για το Myc TBC αποφασίστηκε η έναρξη πλήρους αντιφυματικής αγωγής. Η ασθενής μετά από ένα έτος παρακολούθησης έχει βελτιωμένη κλινικο-ακτινολογική εικόνα.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Αν και υπάρχουν πολλές μελέτες για τις διαγνωστικές μεθόδους της σαρκοείδωσης η διάγνωση της δεν είναι ποτέ σίγουρη. Η διάγνωση τίθεται όταν η στατιστική πιθανότητα μιας άλλης διάγνωσης είναι πολλή μικρή ώστε να χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Η παρουσία και μόνο μη νεκρωτικού κοκκιώματος είναι ανεπαρκής για τη διάγνωση της. Χρειάζεται για να τεκμηριωθεί η συνύπαρξη κλινικο-ακτινολογικών ευρημάτων και να αποκλειστούν άλλα νοσήματα που δημιουργούν μη νεκρωτικά κοκκκιώματα.
Η συσχέτιση φυματίωσης με σαρκοείδωση έχει προβληματίσει την ιατρική κοινότητα από πολύ παλιά. Από τότε που πρωτο-περιγράφηκε η σαρκοείδωση υπήρξε πάντα η πεποίθηση ότι με κάποιον τρόπο συσχετίζεται με τη φυματίωση. Όχι μόνο η σαρκοείδωση μιμείται πολύ κλινικά τη φυματίωση και η διαφοροδιάγνωση μεταξύ τους ειδικά σε χώρες με υψηλό επιπολασμό είναι πολύ δύσκολη αλλά και η ίδια η φυματίωση μπορεί να είναι το αιτιοπαθογόνο αίτιο της σαρκοείδωσης. Έχουν περιγραφεί περιστατικά με φυματίωση που, ενώ ο ασθενής ελάμβανε τη φαρμακευτική του αγωγή επιδεινώθηκε από μετάγχρονη σαρκοείδωση αλλά πιο συχνά, περιστατικά που ο ασθενής ελάμβανε κορτικοειδή λόγω σαρκοείδωσης και επιδεινώθηκε λόγω φυματιώσης. Μια μετα-ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει επιπολασμός κατά 25% του DNA του μυκοβακτηριδίου σε ασθενείς με σαρκοείδωση με OR= 9,67. Αυτό το δεδομένο μας δείχνει ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ φυματίωσης και σαρκοείδωσης που ονομάστηκε ως «φυματιώδης σαρκοείδωση».

373. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ QUANTIFERON ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

Α. Αναστασόπουλος, Π. Πετράς, Μ. Ράλλη, Χ. Χρυσώτης

6η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανίχνευση της λανθάνουσας φυματίωσης και η εκτίμηση της χρησιμότητας του QUANTIFERON test στη διάγνωση της σε άτομα που είχαν έρθει σε στενή επαφή με πάσχοντες από φυματίωση.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν προοπτικά 50 ανοσοεπαρκή άτομα που είχαν έρθει σε στενή επαφή με πάσχοντες από φυματίωση επιβεβαιωμένη με θετική καλλιέργεια πτυέλων. Στους ασθενείς αυτούς διενεργήθηκε δερματική δοκιμασία φυματίνης (mantoux) και μέθοδος ανίχνευσης της απελευθέρωσης της ιντερφερόνης-γ (συγκεκριμένα QUANTIFERON test).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 50 ασθενείς οι 38 (76%) είχαν θετική mantoux (>5 mm) και οι 12 (24%) αρνητική (<5 mm), ενώ το QUANTIFERON ήταν θετικό σε 27 (54%) και αρνητικό σε 23 (46%). Από τους 38 που είχαν θετική mantoux, οι 27 (71%) είχαν θετικό QUANTIFERON, ενώ οι υπόλοιποι 11 (29%) είχαν αρνητικό QUANTIFERON. Οι 12 που είχαν αρνητική mantoux είχαν και αρνητικό QUANTIFERON. Οι 11 από τους 38 που είχαν αρνητικό QUANTIFERON, ενώ είχαν θετική mantoux είχαν εμβολιαστεί στο παρελθόν με BCG. Η mantoux με όριο τα 5 mm έχει μεγάλη αρνητική προγνωστική αξία που βοηθά στον αποκλεισμό της λανθάνουσας φυματίωσης, όμως έχει και χαμηλή ειδικότητα γιατί το αποτελεσμά της επηρρεάζεται από το ιστορικό εμβολιασμού με BCG όπως προκύπτει και από τα παραπάνω αποτελέσματα. Με τη χρήση του QUANTIFERON test μπορεί να μειωθούν σε μεγάλο ποσοστό οι περιπτώσεις λανθάνουσας φυματίωσης που ανιχνεύονται στον πληθυσμό που ήρθε σε στενή επαφή με πάσχοντες από ενεργό φυματίωση.

374. ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΜΑΖΙΚΗΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Π. Στυλιαρά, Κ. Λιβάνιος, Ε. Φιλιού, Σ. Κόττας, Α. Σωτηρίου, Σ. Καράμπη, Η. Καΐνης

10η Πνευμονολογική Κλινική, Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Θα παρουσιαστεί περιστατικό φυματιώδους πλευρίτιδας που εκδηλώνεται με μαζική υπεζωκοτική συλλογή.
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Ασθενής, 22 ετών, από το Μπαγκλαντές, μη καπνιστής, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, νοσηλεύθηκε λόγω θωρακαλγίας αριστερά, παραγωγικού βήχα, εμπύρετου έως 38°C και δύσπνοιας. Από την κλινική εξέταση και την ακτινογραφία θώρακος προέκυψε εικόνα συμβατή με μεγάλη πλευριτική συλλογή αριστερά. Οι δείκτες φλεγμονής ήταν αρνητικοί.
Το πλευριτικό υγρό είχε χαρακτήρες λεμφοκυτταρικού εξιδρώματος (92% λεμφοκύτταρα, σπάνια μεσοθηλιακά κύτταρα) με φυσιολογικό pH, γλυκόζη και αυξημένη τιμή ADA (ADA=45.16 U/L). Η άμεση χρώση για β-Koch στο πλευριτικό υγρό και τα πτύελα ήταν αρνητική και οι κυτταρολογικές πλευριτικού υγρού ήταν αρνητικές για κακοήθεια. Το υπερηχογράφημα κοιλίας ήταν φυσιολογικό. Η δερμοαντίδραση φυματίνης ήταν 7 χιλιοστά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Λόγω του ιστορικού, της κλινικής εικόνας και των χαρακτηριστικών του υγρού πραγματοποιήθηκε κλειστή βιοψία υπεζωκότα για τη διάγνωση της φυματιώδους πλευρίτιδος. Από την ιστολογική εξέταση σημειώνεται παρουσία επιθηλιοειδών νεκρωτικών κοκκιωμάτων με συνύπαρξη πολυπύρηνων γιγαντοκυττάρων (φυματιώδους αρχής). Έγινε έναρξη τετραπλής αντιφυματικής αγωγής με ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, πυραζιναμίδη και εθαμβουτόλη. Η υπεζωκοτική συλλογή παροχετεύθηκε με θωρακικό σωλήνα μικρής διαμέτρου με πλήρη επανέκπτυξη του πνεύμονα χωρίς να αναδειχθούν παρεγχυματικές βλάβες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η φυματιώδης πλευρίτιδα συνήθως εκδηλώνεται ως οξεία νόσος σε νέους ασθενείς με εμπύρετο, πλευριτικού τύπου θωρακικό άλγος, βήχα και θεωρείται αντίδραση υπερευαισθησίας. Η συλλογή είναι εξιδρωματική με λεμφοκυτταρικό τύπο και συνήθως μικρής έκτασης. Η άμεσος χρώση για β-Koch του πλευριτικού υγρού είναι σχεδόν πάντα αρνητική και οι καλλιέργειες είναι θετικές σε λιγότερο από 40% των περιπτώσεων. Η δερμονατίδραση Mantoux είναι συνήθως αρνητική. Οι τιμές της ADA του υγρού είναι πάνω από 40 IU/L. Όταν υπάρχει διαγνωστική αμφιβολία, μπορεί να πραγματοποιηθεί βιοψία υπεζωκότα, όπου αναδεικνύονται νεκρωτικά κοκκιώματα ή αναπτύσσεται ο μικροοργανισμός σε καλλιέργεια του ιστού.

375. ΟΡΓΑΝΟΥΜΕΝΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

Ε. Φιλιού, Κ. Λιβάνιος, Π. Στυλιαρά, Β. Βασίλα, Α. Σωτηρίου, Ε. Καράμπη, Η. Καΐνης

10η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Σωτηρία», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού όπου η εικόνα της οργανούμενης πνευμονίας (ΟΡ) ήταν η πρώτη κλινική εκδήλωση ρευματοειδούς αρθρίτιδας (RA).
ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για γυναίκα 55 ετών, μη καπνίστρια, με ιστορικό θυρεοειδοπάθειας υπό αγωγή. Προσήλθε λόγω εμπύρετου και βήχα, ενώ ο απεικονιστικός έλεγχος (ακτινογραφία, αξονική θώρακος) παρουσίαζε κυψελιδικά διηθήματα άμφω. Αντιμετωπίστηκε ως πνευμονία, έλαβε πολλαπλά αντιμικροβιακά σχήματα, χωρίς ύφεση της συμπτωματολογίας και με ταυτόχρονη ακτινολογική επιδείνωση. Αφού αποκλείστηκαν οι γνωστοί λοιμογόνοι παράγοντες (κοινά βακτήρια και μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης), η ασθενής υποβλήθηκε σε ανοιχτή βιοψία πνεύμονα όπου αναδείχθηκαν παθολογοανατομικές αλλοιώσεις συμβατές με ΟΡ. Στο πλαίσιο διερεύνησης της ΟΡ, ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε τριψήφια ταχύτητα καθίζησης, θετικό ρευματοειδή παράγοντα και ασθενώς θετικά αντι-κιτρουλλινικά αντισώματα. Η κλινική εξέταση ανέδειξε μη συμπτωματική αρθρίτιδα των μεταταρσοφαλαγγικών αρθρώσεων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τέθηκε η διάγνωση της RA, με βάση τα κριτήρια του 2010 ACR/EULAR (score 6/10), και της δευτεροπαθούς ΟΡ σε έδαφος RA. Τέθηκε αγωγή με κορτικοστεροειδή (0,75 mg/kg/ημέρα πρεδνιζολόνης) και η ασθενής παρουσίασε τόσο κλινική βελτίωση, με ύφεση του εμπυρέτου εντός 48ώρου, όσο και απεικονιστική ένα μήνα μετά. Έλαβε επί εξαμήνου πρεδνιζολόνη per os, σε μειούμενη δόση, οπότε και διακόπηκε. Ωστόσο, η εμφάνιση αρθραλγιών σε μεγάλες αρθρώσεις αμφοτερόπλευρα, οδήγησε σε επανέναρξη της αντιφλεγμονώδους αγωγής.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα νοσήματα του συνδετικού ιστού (CTD) και ειδικότερα η RA, είναι μία από τις κυριότερες αιτίες των δευτεροπαθών διάμεσων πνευμονοπαθειών, όπου εντάσσεται και η ΟΡ. Συνήθως, η διάμεση πνευμονοπάθεια έπεται χρονικά της διάγνωσης της RA και της συμπτωματολογίας από τις αρθρώσεις. Στη συγκεκριμένη ασθενή, και σε ποσοστό ≈10%, η ΟΡ αποτελεί την πρώτη κλινική εκδήλωση της RA. Είναι σημαντικό λοιπόν, σε περιπτώσεις διάγνωσης ΟΡ να γίνεται εκτεταμένος έλεγχος για CTD, παρά την απουσία ανάλογης συμπτωματολογίας.

376. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Β. Παναγούλιας[1], Μ. Γαγγάδη[2], Α. Ουζουνίδης[1]

[1]Πνευμονολογικό Τμήμα Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης, [2]Πνευμονολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Λαϊκό

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σπιρομέτρηση ως διαγνωστικό εργαλείο αλλά και ως μέσο παρακολούθησης είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διάγνωση των αποφρακτικών νοσημάτων. Αποτελεί καθοριστική εξέταση σύμφωνα με τις διεθνείς ομοφωνίες για τη διάγνωση, σταδιοποίηση και παρακολούθηση της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας και του βρογχικού άσθματος.
ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της αναπνευστικής λειτουργίας σε μη καπνιστές, καπνιστές και πρώην καπνιστές, κατοίκους της ορεινής Αρκαδίας, με σκοπό την ευαισθητοποίησή τους όσον αφορά τα αποφρακτικά πνευμονικά νοσήματα και ιδίως τη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στα πλαίσια της ενημέρωσης του πληθυσμού για τη ΧΑΠ πραγματοποιήθηκε ημερίδα σε Κέντρο Υγείας της Αρκαδίας καθώς και διενέργεια 52 συνολικά σπιρομετρήσεων. Συμμετείχαν άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 34 έως 87 ετών καπνιστές, μη καπνιστές και πρώην καπνιστές οι οποίοι ποτέ στο παρελθόν δεν είχαν επισκεφθεί πνευμονολόγο και δεν είχαν υποβληθεί σε σπιρομέτρηση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξετάσθηκαν συνολικά 52 άτομα, 22 άνδρες και 30 γυναίκες ηλικίας από 34 έως 87 ετών. Όσον αφορά στους άνδρες 6 ήταν νυν καπνιστές, 8 μη καπνιστές, και 8 πρώην καπνιστές. Όσον αφορά στις γυναίκες 3 ήταν καπνίστριες, 25 μη καπνίστριες και 2 πρώην καπνίστριες. Αποφρακτικού τύπου διαταραχή στη σπιρομέτρηση με λόγο FEV1/FVC
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό των ασθενών με αποφρακτικά νοσήματα στην περιοχή που εξετάσθηκε θεωρείται σημαντικό. Σημαντική επίσης θεωρείται η ενημέρωση και η έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα ενεργητικό και παθητικό και κυρίως της ΧΑΠ. Η έγκαιρη και σωστή θεραπευτική παρέμβαση είναι ζωτικής σημασίας ιδίως σε κατοίκους απομονωμένων περιοχών της χώρας μας με δύσκολη πρόσβαση σε νοσοκομεία με οργανωμένα πνευμονολογικά τμήματα. Οι γιατροί οφείλουν να ενημερώνουν επαρκώς για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος σε πολλά νοσήματα αλλά και στη ΧΑΠ που αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου παγκοσμίως.

377. ΜΑΖΑ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ ΩΣ ΜΟΝΗΡΗΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ

Μ. Γαγγάδη[1], Π. Λάμπρου[1], Π. Τόμος[2], Χ. Βεργαδής[3], Α. Γκάγκα[1], Β. Πασχαλίδου[1], Ε. Τακτικού[1]

[1]Πνευμονολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Λαϊκό», [2]Β΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», [3]Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Λαϊκό»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι απομακρυσμένες μεταστάσεις είναι συνήθεις στον καρκίνο του νεφρού και περίπου το 25% των ασθενών έχουν μεταστατική νόσο στην αρχική διάγνωση, ενώ περίπου το 50% αναπτύσσουν μετάσταση ή πρόοδο νόσου κατά την παρακολούθηση. Ένα μικρό ποσοστό των μεταστάσεων είναι μονήρης. Η υποτροπή της κακοήθειας μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε χρονική στιγμή μετά τη νεφρεκτομή και συνήθως δίνει μεταστάσεις μέσω του φλεβικού και λεμφαγγειακού δικτύου.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Θα περιγράψουμε μια περίπτωση άνδρα ασθενή, 57 ετών, καπνιστή 20π/ε με ατομικό αναμνηστικό νεφρεκτομής λόγω νεφρικού καρκινώματος εκ διαυγών κυττάρων προ οκταετίας. Κατά την παρουσίαση ανέφερε μόνο άτυπη σωματική κόπωση στην προσπάθεια. Στον εργαστηριακό έλεγχο που έγινε τα παθολογικά ευρήματα ήταν θρομβοκυττάρωση και αναιμία (υπόχρωμη, μικροκυτταρική). Στον απεικονιστικό έλεγχο με ακτινογραφία θώρακος φάνηκε μια ευμεγέθης συμπαγόμορφη σκίαση που καταλάμβανε όλο το οπίσθιο κατώτερο μεσοθωράκιο η οποία επιβεβαιώθηκε με αξονική θώρακος. Οι διαστάσεις της ήταν 11*10*10 cm με συμμετοχή του πνευμονικού παρεγχύματος στο δεξιό κάτω λοβό ανομοιογενούς συστάσεως, με νεοαγγείωση και συμπαγούς μορφής καθώς και λεμφαδένες μεσοθωρακίου μέχρι 1 cm. Έγινε βρογχοσκόπηση όπου φάνηκε μία στιλπνή και λευκόχρωη ενδοβρογχική νεοεξεργασία η οποία απέφρασε πλήρως τον πρόσθιο και πλάγιο υποτμηματικό του δεξιού κάτω λοβού. Ελήφθησαν βιοψίες οι οποίες έδειξαν «κύτταρα με επιμέρους μορφολογικά και ανοσοφαινοτυπικά χαρακτηριστικά που συνηγορούσαν υπέρ μονοιστοκυτταρικής αρχής» ενώ σε καλλιέργεια του βρογχικού εκπλύματος ανεπτύχθη Aspergillus Niger. Λόγω αυτών των αποτελεσμάτων και επειδή περιγράφονται περιστατικά στη βιβλιογραφία με ογκόμορφες εξεργασίες μυκητιασιακών λοιμώξεων ο ασθενής υποβλήθηκε και σε PET CT SCAN όπου η μάζα προσλάμβανε σημαντικά και ανομοιογενώς το ραδιοφάρμακο κυρίως περιφερικά (SUVmax=7,5), ενώ παρουσίαζε κεντρική φωτοπενία πιθανόν λόγω νέκρωσης. Τα ανωτέρω ευρήματα θεωρήθηκαν συμβατά με μεταβολικά ενεργό νεοεξέργασία. Ο ασθενής τέλος υποβλήθηκε και σε διαδερμική βιοψία πνεύμονος το αποτέλεσμα της οποίας ήταν: «διήθηση από κακόηθες νεόπλασμα με νέκρωση και ιστοχημικά ανοσοφαινοτυπικά χαρακτηριστικά (πανκερατίνη+, PAX8+, TTF-, napsin-, WT1-, καλρετίνη-, CD34-, CD20-,CD3-) συμβατά με μεταστατικό καρκίνωμα νεφρού. Ο ασθενής υποβάλλεται σε ανοσοθεραπεία για αρχική μείωση του όγκου, για να μπορέσει να υποβληθεί σε δεύτερο χρόνο σε μεταστεκτομή.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Ο πνεύμονας είναι από τα συχνότερα όργανα που μεθίσταται το νεφρικό καρκίνωμα (50-60%). Ακόμη και αν η διάγνωση του νεοπλάσματος γίνει στα αρχικά στάδια της νόσου, όψιμες μεταστάσεις εμφανίζονται μετά την ολική αφαίρεση του όγκου μετά από πολλά χρόνια από τη χειρουργική αφαίρεση. Η μέση επιβίωση μεταστατικού καρκίνου νεφρού είναι περίπου 4 μήνες, ενώ η χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ορμονική θεραπεία σύμφωνα με μελέτες είναι αναποτελεσματικές. Καλύτερα αποτελέσματα έχει η ανοσοθεραπεία. Υπάρχει ένα μικρό ποσοστό ασθενών με μονήρεις μεταστάσεις πνεύμονος είτε στην αρχική παρουσίαση του όγκου είτε κατά το follow-up μετά τη νεφρεκτομή με πολύ καλύτερη πρόγνωση εφόσον υποβληθούν σε χειρουργική αφαίρεση της μετάστασης. Θετικοί προγνωστικοί παράγοντες για την επιβίωση των ασθενών είναι: η περίοδος ελεύθερη νόσου μετά το χειρουργείο πάνω από ένα χρόνο πριν την ανάπτυξη της μονήρους μετάστασης, η διάγνωση σε αρχικά στάδια κατά την παρουσίαση της νόσου, ο μικρός αριθμός πνευμονικών μεταστάσεων και η απουσία λεμφαδενοπάθειας μεσοθωρακίου. Κατόπιν αφαίρεσης της μονήρους πνευμονικής μετάστασης η πενταετής επιβίωση είναι από 20-60%. Ο ασθενής που περιγράφηκε παρουσιάζει καλούς προγνωστικούς παράγοντες αλλά είναι δύσκολη η χειρουργική εξαίρεση λόγω των διαστάσεων και της θέσης του όγκου. Πρόκειται για σπάνια περίπτωση μονήρους μετάστασης από νεοπλασία νεφρού με τόσο μεγάλες διαστάσεις και τόσο μεγάλη έκταση στο μεσοθωράκιο.

378. ΑΙΤΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Α. Αναστασόπουλος, Π. Πετράς, Ι. Αυγερινού, Γ. Ζάρμπης, Α. Λιάπικου

6η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πιο συχνή κακοήθεια όσον αφορά στην επίπτωση και τη θνησιμότητα. Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα κατά τη διάρκεια της νόσου τους, που σε αρκετές περιπτώσεις οδηγούν στην εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, για περαιτέρω νοσηλεία και αντιμετώπιση. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη των κυριότερων αιτίων νοσηλείας ασθενών με διεγνωσμένο μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα σε πνευμονολογικές κλινικές μέσα από μια προοπτική μελέτη καταγραφής.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν προοπτικά 50 ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα που νοσηλεύτηκαν σε πνευμονολογικές κλινικές του ΓΝΝΘΑ Η ΣΩΤΗΡΙΑ τη χρονική περίοδο από Ιούλιο 2013 έως Δεκέμβριο 2014. Εξετάσθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών αυτών και συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά τους, η πορεία και η περαιτέρω έκβασή τους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 50 ασθενείς οι 44 ήταν άνδρες και οι 6 γυναίκες, με μέση ηλικία τα 62,2 έτη. Συχνότερη αιτία εισαγωγής ήταν η λοίμωξη αναπνευστικού (30%) και έπονται σε συχνότητα η αιμόπτυση (13%), η πλευριτική συλλογή (10%) και οι επιπλοκές της χημειοθεραπείας, όπως η εμπύρετος ουδετεροπενία (15%), αναιμία (10%), οξεία νεφρική ανεπάρκεια (4%), υπονατριαιμία (4%), διάρροια (2%) και έμετοί (2%). 8 από τους 50 ασθενείς κατέληξαν. Οι ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα εμφανίζουν κατά την πορεία της νόσου διάφορα προβλήματα που συχνά οδηγούν στην εισαγωγή τους σε νοσοκομείο. Οι αιτίες της νοσηλείας μπορεί να οφείλονται σε δυσκολία αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ίδιας της νόσου ή των μεταστάσεων, στην επιδείνωση προυπάρχοντων παθήσεων ή στις επιπλοκές της αντινεοπλασματικής αγωγής.

379. SPECT/LOW DOSE CT ΜΕΛΕΤΗ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΑΕΡΙΣΜΟΥ/ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Θ. Πιπίκος, Φ. Βλάχου, Α. Νικάκη, Κ. Γώγος, Κ. Νταλιάνης, Β. Πρασόπουλος

Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η σπινθηρογραφική μελέτη αερισμού/αιμάτωσης πνευμόνων αποτελεί αξιόπιστη μέθοδο στην εκτίμηση πνευμονικής εμβολής (ΠΕ) ιδιαίτερα με την προσθήκη τομογραφίας (SPECT). Η μελέτη αερισμού μπορεί να είναι ιδιαίτερα απαιτητική ιδίως σε ασθενείς με σοβαρή δύσπνοια και γενικότερα μικρή δυνατότητα συνεργασίας. Τα υβριδικά συστήματα γ-camera με ακτινοσκοπική τεχνική χαμηλής δόσης προσφέρουν τη δυνατότητα διενέργειας SPECT και χαμηλής δόσης αξονική τομογραφία (SPECT/low-dose CT). Στη μελέτη αυτή αξιολογήσαμε την SPECT/low-dose CT στην εκτίμηση ΠΕ.
ΥΛΙΚΟ: 50 ασθενείς υποβλήθηκαν α) σε επίπεδη και τομογραφική σπινθηρογραφική μελέτη αερισμού/αιμάτωσης πνευμόνων (V/Q), και β) μελέτη αιμάτωσης πνευμόνων SPECT/low-dose CT (SPECT/CT) για τη διερεύνηση ΠΕ. Κριτήρια θετικής V/Q μελέτης: ύπαρξη ενός τμηματικού ή 2 υποτμηματικών mismatch ελλειμμάτων που αντιστοιχούν στην ανατομία του πνευμονικού αγγειακού δικτύου. Αρνητική V/Q: φυσιολογική μελέτη, match έλλειμμα, μεγαλύτερο έλλειμμα στον αερισμό συγκριτικά με την αιμάτωση. Μη-διαγνωστικά/αμφίβολα: λοιπά απεικονιστικά πρότυπα. Κριτήρια θετικής SPECT/CT μελέτης: ένα τμηματικό ή δύο υποτμηματικά ελλείμματα αιμάτωσης χωρίς την παρουσία πνευμονικών παρεγχυματικών αλλοιώσεων στη low-dose CT.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: V/Q μελέτη: 12 ασθενείς διαγνώστηκαν με ΠΕ, 1 με αμφίβολα αποτελέσματα, 37 χωρίς ΠΕ. SPECT/CT μελέτη αιμάτωσης: 14 ασθενείς με ΠΕ, 35 χωρίς και 1 με αμφίβολα αποτελέσματα. Συνολικά η SPECT/CT υπήρξε ικανοποιητική μέθοδος στην εκτίμηση της ΠΕ, με δύο ψευδώς θετικά αποτελέσματα, ένα σε ασθενή με κεντρικό καρκίνο πνεύμονα που προκαλούσε διαταραχή της αιμάτωσης και πίεση των βρόγχων. Επιπλέον η SPECT/CT μελέτη έδινε το πλεονέκτημα ανεύρεσης της αιτίας των απεικονιζόμενων ελλειμμάτων (εμφύσημα, πλευριτική συλλογή, ατελεκτασία κλπ).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η SPECT/low dose CT μελέτη φαίνεται να αποτελεί ικανοποιητική μέθοδο για την εκτίμηση της ΠΕ. Αν και έχει ελαφρώς μικρότερη διαγνωστική ακρίβεια από την V/Q, σε περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η διενέργεια σπινθηρογραφήματος αερισμού, μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα χρήσιμη.

380. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Α. Μαθιουδάκης[1,2,3], Ι. Μάστορης[1,4], Π. Καναβίδης[1], Β. Χατζημαυρίδου-Γρηγοριάδου[1,3], Ε. Ευαγγελοπούλου[1,5], D. Singh[6], Γ. Μαθιουδάκης[1,3]

[1]Ομάδα Πνευμονολογίας, Ελληνική Εταιρεία για την Προώθηση της Βιοϊατρικής Έρευνας, Αθήνα, [2]Chest Centre, Aintree University Hospital, Liverpool, UK, [3]Πνευμονολογικό Κέντρο Αθηνών, [4]The Zena and Michael A. Wiener Cardiovascular Institute, the Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA., [5]Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νικαίας «Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς, [6]Medicines Evaluation Unit, University Hospital of South Manchester, University of Manchester, UK

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χαμηλής εντάσεως χρόνια συστηματική φλεγμονή είναι προδιαθεσικός παράγοντας αλλά και συνέπεια, τόσο της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) όσο και του Μεταβολικού Συνδρόμου (ΜΣ). Υποθέσαμε ότι τα σύνδρομα αυτά επικαλύπτονται, τουλάχιστον εν μέρει, ως κρίσιμα συστατικά του συνοσηρώματος (comorbidome). Σκοπός της μετα-ανάλυσης αυτής ήταν η εκτίμηση της συχνότητας του ΜΣ, μεταξύ ασθενών με ΧΑΠ.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Δύο ανεξάρτητοι ερευνητές της ομάδας μας ανασκόπησαν συστηματικά τη βιβλιογραφία, προκειμένου να συγκεντρώσουν μελέτες παρατήρησης ασθενών με ΧΑΠ-αντίστοιχων υγιών μαρτύρων, στις οποίες ερευνήθηκε η συνύπαρξη μεταβολικού συνδρόμου. Αξιολογήθηκε η ετερογένεια και ο κίνδυνος σφάλματος, συμπεριλαμβανομένου του σφάλματος δημοσίευσης, και διενεργήθηκε μετα-ανάλυση με το μοντέλο σταθερών επιδράσεων, καθώς τα δεδομένα που συμπεριελήφθησαν ήταν ομοιογενή. Ο σχετικός κίνδυνος σταθμίστηκε ως προς το φύλο, την ηλικία, το δείκτη μάζας σώματος, το καπνιστικό ιστορικό, την κατανάλωση αλκοόλ, και το στάδιο βαρύτητας της ΧΑΠ κατά GOLD.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μετα-ανάλυση αυτή συμπεριελήφθησαν 16,279 ασθενείς, από πέντε μελέτες παρατήρησης. Τα δεδομένα βρέθηκαν ομοιογενή ($\chi2=2.72$, $p=0.605$). Δεν αναγνωρίστηκε σημαντικό σφάλμα. Το ΜΣ βρέθηκε σημαντικά συχνότερο μεταξύ ασθενών με ΧΑΠ, συγκριτικά με τους υγιής μάρτυρες, με σταθμισμένο σχετικό δείκτη κινδύνου 1.43 (95% διάστημα αξιοπιστίας 1.213-1.681).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Από τη μετα-ανάλυσή μας προκύπτει ότι το ΜΣ είναι 43% συχνότερο μεταξύ ασθενών με ΧΑΠ, ανεξαρτήτως των προαναφερομένων συγχυτικών παραγόντων. Η συχνότητα της ΧΑΠ μεταξύ ασθενών με ΜΣ είναι ο επόμενος στόχος της μελέτης μας.

381. ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ: ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ, ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Α. Γιαννοπούλου[1], Φ. Ζερβού-Βάλβη[2], Ν. Κορρές[3]

[1]Παράρτημα Αποθεραπείας Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία Βούλας, [2]Οδοντιατρικό Τμήμα και Ειδική Μονάδα ΑμεΑ ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας», [3]Α΄ Ορθοπαιδική, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση των πιθανών επιδράσεων της οστεοπόρωσης στο στοματογναθικό σύστημα καθώς και των υποκείμενων βιολογικών μηχανισμών. Η παρουσίαση των κινδύνων για τη στοματική υγεία ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία κατά της απορρόφησης οστού και οι στρατηγικές για τη διαχείριση αυτών.
ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές πηγές και βάσεις δεδομένων. Συμπεριλήφθηκαν πληροφορίες σχετικά με τη συστημική οστεοπόρωση και μελέτες αναφερόμενες σε πιθανές συσχετίσεις μεταξύ οστεοπόρωσης και εκδηλώσεων στο στοματογναθικό σύστημα. Η κριτική μελέτη εστιάστηκε: Στην αξιολόγηση της οστικής πυκνότητας και ποιότητας οστού. Σε μεθόδους αξιολόγησης οστεοπόρωσης που σχετίζονται με μεταβολές στο στοματογναθικό σύστημα. Σε δυνητικούς μηχανισμούς σύνδεσης των δύο νόσων σε βιολογικό επίπεδο. Σε μεταβολές στο στοματογναθικό σύστημα ταυτόχρονα με την οστεοπόρωση. Σε επιπτώσεις στη στοματική υγεία της θεραπείας για την οστεοπόρωση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ποικίλες εκδηλώσεις στο στοματογναθικό σύστημα έχουν συσχετισθεί με την οστεοπόρωση αυτή κάθε αυτή ή τη φαρμακευτική θεραπεία της, ωστόσο για πολλές από αυτές παρέχονται μόνο ενδείξεις. Μελέτες δείχνουν ότι τα ευρήματα πανοραμικών και ενδοστοματικών ακτινογραφιών μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την ανίχνευση ατόμων με χαμηλή οστική πυκνότητα. Οστεοπορωτικοί ασθενείς υπό φαρμακευτική αγωγή αποτελούν ιδιαίτερη ομάδα οδοντιατρικών ασθενών, όμως υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις δεν αντενδείκνυται το μεγαλύτερο μέρος οδοντιατρικών πράξεων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την πλήρη διαλεύκανση της σχέσης μεταξύ οστεοπόρωσης και εκδηλώσεων στο στοματογναθικό σύστημα καθώς και της συμβολής του οδοντιάτρου στην πρώιμη διάγνωση της νόσου.

382. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

383. ΣΧΕΣΗ ΠΡΟΫΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΣΥΣΤΟΛΩΝ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ Β-ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ

Γ. Παπασπυροπούλου[1], Δ. Βαρβαρούσης[2], Β. Λάμπρου[1], Κ. Τόλη[2]

[1]Παθολογική Κλινική, ΓΝ Χαλκίδας, [2]Καρδιολογικό Τμήμα, ΓΝ Χαλκίδας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Οι υπερκοιλιακές εκτακτοσυστολές (ΥΕΣ) είναι γνωστό ότι σε νέα άτομα σπανίως συσχετίζονται με κάποιο παθολογικό υπόστρωμα, ενώ αρκετές φορές παρατηρείται στο νέο αυτό πληθυσμό προϋπέρταση. Σκοπό της μελέτης αποτέλεσε η μελέτη της σχέσης προϋπέρτασης και καρδιακών ΥΕΣ ως προς την αντιαρρυθμική αγωγή με β-αναστολείς. Συγκεκριμένα, αν υπάρχει διαφορά στην αντιμετώπιση των συμπτωματικών ΥΕΣ με αγωγή με β-αναστολείς σε νέους ασθενείς με ή χωρίς προϋπέρταση.
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 30 φαινομενικά υγιείς νέοι (25±5 ετών) που προσήλθαν στο νοσοκομείο μας με μοναδικό σύμπτωμα το αίσθημα παλμών. Όλοι τους είχαν παρόμοιο λιπιδαιμικό προφίλ, ήταν ευθυρεοειδικοί και στην 24ωρη καταγραφή (HOLTER) ρυθμού είχαν ΥΕΣ > 5% των συνολικών συστολών στο 24ωρο. Χωρίστηκαν σε 2 ομάδες ανάλογα με την αρτηριακή πίεση (ΑΠ) τους (3 συνεχόμενες καταγραφές σε διάρκεια 3 ημερών). Η ομάδα Α αποτελείτο από 12 άτομα (40%) με μέση τιμή συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) = 132±6 mmHg και διαστολική ΑΠ (ΔΑΠ) = 85±4 mmHg (ομάδα προϋπέρτασης). Την ομάδα Β αποτέλεσαν 18 άτομα (60%) με αντίστοιχες μέσες τιμές ΣΑΠ = 11 Ο±8 mmHg και ΔΑΠ = 76±4 mmHg (ομάδα φυσιολογικής ΑΠ). Είναι γνωστό ότι τα όρια προϋπέρτασης ή υψηλής φυσιολογικής ΑΠ είναι 120-139/80-89. Και στις 2 ομάδες χορηγήθηκε προπρανολόλη 40 mg δις ημερησίως, για πρόληψη του αισθήματος παλμών. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν επί 3 μήνες ως προς την ΑΠ, το αίσθημα παλμών (ερωτηματολόγιο συχνότητας) και με HOLTER ρυθμού (καταγραφές έπειτα από 1 και 3 μήνες).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ομάδα προϋπέρτασης (Α) ανέφερε συχνότερα επεισόδια αισθήματος παλμών σε σχέση με την ομάδα φυσιολογικής ΑΠ (Β). Δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή στη μέση τιμή ΑΠ στην ομάδα Α, ενώ στην ομάδα Β παρατηρήθηκε μια τάση ελάττωσής της (κυρίως της ΣΑΠ). Η ελάττωση του απόλυτου αριθμού ΥΕΣ ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα Β από την Α.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο μικρό αυτό δείγμα ασθενών φαίνεται ότι τα άτομα που βρίσκονται σε στάδιο προϋπέρτασης και θεραπεύονται με β-αναστολείς λόγω συμπτωματικών επίμονων ΥΕΣ, ενδεχομένως να έχουν ανάγκη αύξησης της δοσολογίας, συγκριτικά με παρόμοια άτομα με φυσιολογικές τιμές ΑΠ. Μεγαλύτερο δείγμα ασθενών ενδεχομένως να μας έδινε περισσότερες πληροφορίες για τη συσχέτιση προϋπέρτασης και καρδιακών αρρυθμιών.

384. ΣΧΕΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ ΙΙ ΜΕ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Γ. Παπασπυροπούλου[1], Δ. Βαρβαρούσης[2], Β. Λάμπρου[1], Κ. Τόλη[2]

[1]Παθολογική Κλινική, ΓΝ Χαλκίδας, [2]Καρδιολογικό Τμήμα, ΓΝ Χαλκίδας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Τα αυξημένα επίπεδα ουρικού οξέος (UA) αίματος έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση και σχετίζονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Οι αναστολείς της αγγειοτενσίνης ΙΙ φαίνεται να ασκούν ευεργετική επίδραση στη μείωση του ουρικού οξέος, ενώ πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι ειδικά η λοσαρτάνη αναστέλλει την επαναπορρόφηση ουρικού οξέος στο εγγύς σωληνάριο. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της λοσαρτάνης στα επίπεδα του ουρικού οξέος αίματος σε υπερτασικά άτομα με υπερουριχαιμία.
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 25 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση σταδίου Ι-ΙΙ και υπερουριχαιμία [μέσης ηλικίας 50 ετών, με συστολική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) ιατρείου 148±12 mmHg, διαστολική ΑΠ ιατρείου 95±7 mmHg και μέση τιμή UA αίματος 7.8±0.6 mg/dl] χορηγήθηκε λοσαρτάνη 100 mg μια φορά ημερησίως. Έγινε παρακολούθηση των ασθενών με επανεκτίμηση της ΑΠ ιατρείου και των επιπέδων UA αίματος σε προγραμματισμένες επισκέψεις 3 εβδομάδες και 3 μήνες μετά την έναρξη αγωγής με λοσαρτάνη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την πρώτη επανεκτίμηση των ασθενών (3 εβδομάδες) σημειώθηκε μείωση της συστολικής ΑΠ κατά 10±7.0 mmHg και της διαστολικής ΑΠ κατά 5±4.2 mmHg ($p < 0.05$), ενώ τα επίπεδα UA αίματος παρουσίασαν τάση μείωσης κατά 0.35 mg/dl σε βαθμό μη στατιστικά σημαντικό ($p=0.06$). Κατά τη δεύτερη επανεκτίμηση των ασθενών (3 μήνες μετά τη χορήγηση λοσαρτάνης) οι τιμές UA αίματος μειώθηκαν κατά 1.3 mg/dl σε βαθμό στατιστικά σημαντικό ($p < 0.01$), ενώ σημειώθηκε περαιτέρω μείωση των τιμών της αρτηριακής πίεσης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χορήγηση λοσαρτάνης σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση και υπερουριχαιμία συνοδεύεται από μείωση των επιπέδων UA αίματος. Ο ακριβής υποκείμενος παθοφυσιολογικός μηχανισμός είναι μέχρι στιγμής άγνωστος.

385. ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΜΥΕΛΟΫΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Μ. Τριανταφύλλου[1], Χ. Νίκα[1], Ό. Καμπουροπούλου[1], Σ. Λόντου[1], Β. Θεοφάνης[1], Α. Ζώη[2], Μ. Μαντζουράνη[1]

[1]Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Ιατροβιολογικό Τμήμα Ακαδημίας Αθηνών

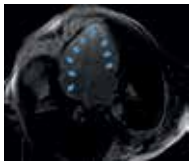
ΣΚΟΠΟΣ: Ανάδειξη της συσχέτισης μεταξύ θρομβοεμβολικών συμβαμάτων σε εν τω βάθει σπλαγχνικές φλέβες (ηπατική, πυλαία, μεσεντέρια ή σπληνική) και στην εμφάνιση μυελοϋπερπλαστικών διαταραχών, σε ασθενείς με τη μετάλλαξη V617F του γονιδίου της τυροσινικής κινάσης JAK 2. Η συγκεκριμένη μετάλλαξη έχει συσχετιστεί με θρομβοεμβολικά συμβάματα σε έδαφος μυελοϋπερπλαστικών νοσημάτων.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν δύο ασθενείς που νοσηλεύθηκαν λόγω εμφάνισης διάχυτου κοιλιακού άλγους από ημερών, προοδευτικώς επιδεινούμενο. Ο απεικονιστικός έλεγχος (triplex σπληνοπυλαίου άξονα, MRI άνω/κάτω κοιλίας), ανέδειξε θρόμβωση του σπληνοπυλαίου άξονα (θρόμβωση σπληνικής, άνω μεσεντέριας και πυλαίας φλέβας).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος των ασθενών δεν ανέδειξε νεοπλασματική εστία. Κανένας από τους ασθενείς δεν έφερε θετικό οικογενειακό ιστορικό πρώιμων θρομβοεμβολικών συμβαμάτων. Ο ένας ασθενής είχε ιστορικό θρόμβωσης φλεβωδών κόλπων προ 4 ετών, ενώ ο δεύτερος είχε ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό. Στα πλαίσια της διερεύνησης της θρομβοφιλίας έγινε ανοσολογικός και μοριακός έλεγχος των γονιδίων της προθρομβίνης, του παράγοντα FVa Leiden, της αντιθρομβίνης III (ATIII) και MTHFR χωρίς την ανάδειξη παθολογικών ευρημάτων. Ο έλεγχος για ανίχνευση της μετάλλαξης V617F στο γονίδιο JAK2 ανέδειξε ετεροζυγωτία. Στην οστεομυελική βιοψία που υποβλήθηκαν και οι δύο ασθενείς παρατηρήθηκε ήπια μεγακαρυωτική υπερπλασία. Τα παραπάνω ευρήματα δεν στοιχειοθετούν την παρουσία μυελοϋπερπλαστικής νόσου, αλλά θέτουν ισχυρή υποψία σταδιακής εξελικτικής πορείας. Οι ασθενείς παραμένουν σε παρακολούθηση, με τακτικό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:
1. Η παρουσία JAK2 V617F σε ασθενείς με θρομβοεμβολικό επεισόδιο χωρίς τυπικό μυελοϋπερπλαστικό νόσημα μπορεί να είναι αιτιολογικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση θρόμβωσης.
2. Συνιστάται συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση των ασθενών λόγω αυξημένης πιθανότητας ανάπτυξης μυελοϋπερπλαστικού νοσήματος
3. Ο έλεγχος της JAK2 V617F πρέπει να περιλαμβάνεται συστηματικά σε ασθενείς με θρομβοεμβολικά επεισόδια.

386. «ΜΑΤΙΑ ΡΑΚΟΥΝ» ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ

Δ. Μπασούλης[1], Π. Τόσκας[1], Π. Πέτσα[1], Σ. Μαυρογένη[2], Π. Παναγιωτίδης[1]

[1]Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Εθνικό Καποδιστρικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Καρδιολογικός Τομέας, «Ωνάσειο» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα «μάτια ρακούν» αναφέρονται σε αμφοτερόπλευρες περιοφθαλμικές εκχυμώσεις. Το σημείο αυτό έχει συσχετιστεί κλασικά με κατάγματα της βάσης του κρανίου και σπανιότερα με μεταστατικό νευροβλάστωμα, ιδίως σε παιδιατρικούς πληθυσμούς και συστηματική αμυλοείδωση. Παραθέτουμε μια ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς που εξεδήλωσε αυτό το σπάνιο μεν, χαρακτηριστικό δε σημείο της αμυλοειδώσεως.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 43 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσέρχεται στο παθολογικό ιατρείο αναφέροντας προοδευτική δύσπνοια, μη παραγωγικό βήχα και εύκολη κόπωση. Δεν αναφέρει πυρετό ή πόνο στο στήθος. Παρατηρήθηκαν αμφοτερόπλευρες εκχυμώσεις γύρω από τα μάτια, που θύμιζαν την εικόνα των ματιών του ρακούν (εικόνα 1).
Η ασθενής ανέφερε ότι οι εκχυμώσεις εμφανίστηκαν μέσα στη νύχτα μερικές ημέρες πριν και η ίδια τις είχε αποδώσει στο βήχα της. Στην απλή ακτινογραφία θώρακος ανεδείχθησαν αμφοτερόπλευρες πλευριτικές συλλογές. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανεδείχθη υπεργαμμασφαιριναιμία και στην ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών αποκαλύφθηκε μια μονοκλωνική ζώνη που ταυτοποιήθηκε με ανοσοκαθήλωση ως IgGλ μονοκλωνική σφαιρίνη. Η ασθενής υπεβλήθη σε οστεομυελική βιοψία, που έδειξε 70% διήθηση από πλασματοκύτταρα, ενώ η χρώση με ερυθρό του Κονγκό ήταν θετική για AL αμυλοειδές. Από το υπερηχοκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε καρδιακή ανεπάρκεια με κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας 40% και η ασθενής υπεβλήθη σε μαγνητική τομογραφία που απεκάλυψε διάχυτη υπενδοκάρδια εναπόθεση αμυλοειδούς (εικόνα 2). Η ασθενής ετέθη σε αγωγή με bortezomib, κυκλοφωσφαμίδη και δεξαμεθαζόνη με τη διάγνωση συστηματικής αμυλοείδωσης στα πλαίσια πολλαπλού μυελώματος.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η συστηματική αμυλοείδωση μπορεί να είναι πρωτοπαθής, συνδεόμενη με πολλαπλούν μυέλωμα ή δευτεροπαθής, συνδεόμενη με χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα και χρονίζουσες λοιμώξεις. Μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε όργανο, προκαλώντας διήθηση από αμυλοειδές και διαταράσσοντας τη λειτουργία του. Η διάγνωση τίθεται με βιοψία, όπου το αμυλοειδές αναδεικνύεται με τη βοήθεια της χρώσης ερυθρό του Κονγκό. Η παθογένεια των «ματιών ρακούν» δεν είναι πλήρως κατανοητή, αλλά πιθανολογείται ότι σχετίζεται με διαταραχές πηκτικότητας και διήθηση των αγγείων από αμυλοειδές, προκαλώντας ρήξη αυτών.



387. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΕΠΙ ΤΟΥ CA15.3 ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΕ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΙΜΟΣΙΔΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ. ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΙΜΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ;

Σ. Ντελίκου[1], Α. Ξυδάκη[1], Θ. Κανελλοπούλου[2], Ν. Κοτσάτος [1], Μ. Μπέλλια [2], Κ. Μαραγκός [1], Ζ. Παλλαντζά[3]

[1]Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [2]Αιμοδοσία, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [3]Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Ca15.3 αποτελεί έναν καρκινικό δείκτη που εκφράζεται από τα επιθηλιακά κύτταρα του μαστού, ανευρίσκεται αυξημένο σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού και χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση και ανταπόκριση στην αγωγή της νόσου. Το Ca15.3 έχει ανευρεθεί αυξημένο και σε ασθενείς με άλλους συμπαγείς όγκους και αιματολογικές κακοήθειες.
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Στα πλαίσια της τακτικής παρακολούθησης των ασθενών με αιμοσφαιρινοπάθειες παρατηρήσαμε σε μια σειρά μετρήσεων ανα 6μηνο περίπου πως η τιμή του καρκινικού δείκτη Ca15.3 ήταν αυξημένη εως και το 3πλάσιο της φυσιολογικής τιμής. Την παρατήρηση αυτή ακολούθησε η συσχέτιση των τιμών αυτών με την ηπατική αιμοχρωμάτωση.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 57 ασθενείς (ανδρές: 17/γυναίκες 40), πολυμεταγγιζόμενοι (2 μεταγγίσεις/ μήνα) με θαλασσαιμία (50 ασθενείς) και δρεπανοκυτταρική νόσο (7 ασθενείς). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 46,4 έτη (32-72). Οι τιμές του καρκινικού δείκτη Ca15.3 αξιολογήθηκαν ως φυσιολογικές (0-30 u/ml), μετρίως αυξημένες επι διπλασιασμού (30-60 u/l) και πολύ αυξημένες >60 u/l. Παράλληλα συγκρίθηκαν οι τιμές φερριτίνης εως από 100-1000 και >1000 ng/ml, η ύπαρξη HCV λοίμωξης, και οι τιμές LIC (Liver Iron Concentration) με ποσοτική MRI με τεχνικές πολλαπλών ήχων και με τη χρήση της εξίσωσης του John Wood που υπολογίζει mg Fe/gr ξηρού ηπατικού ιστού.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των ασθενών φυσιολογικές τιμές είχαν 12/57 (21%), μέτρια αύξηση 25/57 (43,8%) και μεγάλη αύξηση 20/57 (35%). Η συσχέτιση με τη φερριτίνη, και το LIC δίνονται στον ακόλουθο πίνακα:

Ca15.3	φυσιολογικό	Μέτρια αύξηση	Μεγάλη αύξηση
HCV (+)	1 (8,3%)	12 (48%)	6 (30%)
HCV (-)	11 (91,6%)	13 (52%)	14 (70%)
Φερριτίνη<1000	8 (66.6%)	18 (72%)	13 (65%)
Φερριτίνη>1000	4 (33,3%)	7 (28%)	7 (35%)
LIC <1,5 mg/gr			
LIC 1,5-2,9 επιτυχής			
LIC 3-6,9 ήπια		3 (12%)	17 (85%)
LIC 7-14 μέτρια	1 (8,3%)	20 (80%)	2 (10%)
LIC>14 βαρειά	11 (91,6%)	2 (8%)	1 (5)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο καρκινικός δείκτης Ca15.3 φαίνεται πως έχει ανάλογη αύξηση με τον ηπατικό σίδηρο χωρίς να επηρεάζεται από τις τιμές της φερριτίνης ή την ύπαρξη HCV λοίμωξης, αλλά αντικατοπτρίζει τη συγκέντρωση του σιδήρου στο ήπαρ των πολυμεταγγιζόμενων ασθενών με αιμοσφαιρινοπάθειες, και θα μπορούσε να αποτελέσει έναν αδρό δείκτη εκτίμησης του.

388. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΤΙΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Π. Αρμύρος[1], Σ. Γιοβάνης[1], Μ. Πολίτου[2], Λ. Φουντουλάκη-Παπαρίζου[3], Γ. Ερωτόκριτου[1]

[1]Α΄ Παθολογικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων», [2]Ν.Υ. Αιμοδοσίας, Αρεταίειο Νοσοκομείο, [3]Ν.Υ. Αιμοδοσίας, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η εκτίμηση της συχνότητας και ειδικότητας των αλλοαντισωμάτων που αναπτύχθηκαν σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Παθολογική κλινική στην Ελλάδα και η μελέτη των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνισή τους.
ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 1462 ασθενείς μεταξύ Ιανουαρίου 2011 και Δεκεμβρίου 2013, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν και μεταγγίστηκαν στην Α΄ Παθολογική κλινική του Νοσοκομείου Νίκαιας-Πειραιά. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία και το ιστορικό των ασθενών. Προσδιορίστηκαν η ΑΒΟ ομάδα αίματος, το σύστημα Rhesus D, C, c, E, e. Η ανίχνευση των αλλοαντισωμάτων με έμμεση Coombs έγινε με πλήρως αυτοματοποιημένη μέθοδο INNOVA Ortho Clinical Diagnostics. Η ταυτοποίηση έγινε με panel ερυθρών γνωστής αντιγονικής σύστασης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό ανίχνευσης αντιερυθροκυτταρικών αντισωμάτων είναι 0,67% στο σύνολο των νοσηλευομένων της παθολογικής κλινικής για τα έτη 2011-2013 (40/5890). Η συχνότητα της αλλοανοσοποίησης ήταν (37/1382, 2,67%) στους Έλληνες, (3/80, 3,75%) στους αλλοδαπούς, (24/988, 2,42%) στο άρρεν φύλο, (16/474, 3,37%) στο θήλυ φύλο και συνολικά (40/1462, 2,73%). Στο σύνολο των ασθενών με θετική IAT συχνότερα αναδείχτηκαν εκείνα του συστήματος Rhesus με ποσοστά 9/16 (56,25%) για τις γυναίκες και 12/24 (50%) για τους άνδρες. Μεταξύ των 15 ασθενών που ανέπτυξαν πολλαπλά αντισώματα πιο συχνοί αναδεικνύονται οι συνδυασμοί αντισωμάτων του συστήματος Rhesus (6/15, 40%) με συχνότερο το anti-E. Οι 6 ήταν πολυμεταγγιζόμενοι (6/40, 15%), αναπτύχθηκαν στους 5 αντισώματα της ομάδος Rhesus (5/6, 83,33%) με συχνότερο το αντι-D.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο των ασθενών με θετική IAT συχνότερα αναδείχτηκαν εκείνα του συστήματος Rhesus, εκ των οποίων το πιο συχνό το anti-E (27,5%). Μεταξύ των ασθενών που ανέπτυξαν πολλαπλά αντισώματα πιο συχνοί αναδεικνύονται οι συνδυασμοί μεταξύ των αντισωμάτων του συστήματος Rhesus. Συγκρίνοντας τα δύο φύλα, τα ποσοστά ανίχνευσης των αντισωμάτων, ακόμη έναντι του συστήματος Rhesus δε διαφοροποιούνται σημαντικά και τούτο αποδίδεται στο ιστορικό αυτών των ασθενών (χρόνια νοσήματα, παλαιότερες μεταγγίσεις). Ο αριθμός των μεταγγίσεων φάνηκε ισχυρός ανεξάρτητος παράγοντας που επηρεάζει την ειδικότητα των αντισωμάτων που ανιχνεύονται. Για τους πολυμεταγγιζόμενους συχνότερο αναδείχθηκε το anti-D (50%).

389. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΕΩΝ ΦΡΕΣΚΟΥ ΚΑΤΑΨΥΓΜΕΝΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ (ΦΚΠ) ΜΕΤΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Α. Αργυρού[1], Α. Φραγκουλοπούλου[2], Σ. Νικολοπούλου[1], Χ. Παναγιωτοπούλου[1], Α. Χαραλάμπους[1], Χ. Μαράκη[1], Γ. Σπανού[2], Α. Γάφου[1]

[1]ΝΥ Αιμοδοσίας ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα, [2]Αιματολογικό Εργαστήριο ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Μετάγγιση ΦΚΠ ενδείκνυται σε κλινικές καταστάσεις με συνδυασμένη έλλειψη παραγόντων πήξης. Το ποσοστό μη ενδεδειγμένης μετάγγισης ΦΚΠ φθάνει διεθνώς το 10%-73% (*Blood Transfus 2008; 6: 18-24)*. Το αντίστοιχο ποσοστό στο Νοσοκομείο μας (καταγραφή 2011), ήταν 61%.

ΣΚΟΠΟΣ: Εκ νέου καταγραφή των πρακτικών μετάγγισης ΦΚΠ στο νοσοκομείο μας και διερεύνηση του βαθμού συμμόρφωσης των ιατρών μετά συνεχή, επανειλημμένη ενημέρωση περί ενδείξεων μετάγγισης ΦΚΠ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγραφή επεισοδίων μετάγγισης ΦΚΠ ανά ασθενή και κλινική, συνδυαστικά με χρόνους πήξης, στο διάστημα 1/6/2013- 31/5/2014 (στατιστική επεξεργασία Spss Statistics 21, X^2 test, t-test). Η μελέτη αφορά σε Νοσοκομείο 300 κλινών, με περιστατικά ογκολογίας και γενικής ιατρικής.

Τα επεισόδια μετάγγισης χαρακτηρίσθηκαν «ενδεδειγμένα» εφόσον ίσχυε τουλάχιστο μία από τις συνθήκες: PT, aPTT >1,5 φορά χρόνων μάρτυρα, Ινωδογόνο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 70 ασθενείς [39 άνδρες (55.6%), 31 γυναίκες (44.4%)] έλαβαν 244 μονάδες ΦΚΠ, σε 99 επεισόδια μετάγγισης, με 2,26 (±1,097, εύρος 1-6) μονάδες/επεισόδιο. 5/70, 4/70 και 5/70 ασθενείς ενεπλάκησαν σε 2, 3 και 5 επεισόδια μετάγγισης αντιστοίχως. Κανένα επεισόδιο δεν αφορούσε σε μαζική αιμορραγία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1) 50% περίπου των επεισοδίων μετάγγισης (49/99), που αφορά στο 57% των χορηγούμενων μονάδων (140/244) μεταγγίζονται σε ασθενείς της ΜΕΘ.

2) Αν και μεταξύ των δύο εξεταζόμενων περιόδων οι κλίνες του Νοσοκομείου αυξήθηκαν κατά 70% (από 175 σε 300), καταγράφεται ελάττωση επεισοδίων μετάγγισης και χορηγούμενων μονάδων ΦΚΠ. Ωστόσο, η αύξηση των χορηγούμενων μονάδων ΦΚΠ/επεισόδιο, η ελάττωση επεισοδίων αδικαιολόγητης χρήσης και η αύξηση συχνότητας διενέργειας αιμορραγικού ελέγχου δε φθάνουν σε στατιστικά σημαντικά επίπεδα.

3) Η συχνή, επαναλαμβανόμενη ενημέρωση των ιατρών περί ενδείξεων μετάγγισης αίματος/παραγώγων, συμβάλλει σε αιτιολογημένη χορήγησή τους και αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών από μη ενδεδειγμένη μετάγγιση.

390. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

391. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

392. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

393. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΘΕΤΙΚΟΥ ΤΙΤΛΟΥ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ

Σ. Χαϊκάλης, Γ. Παγανίτσα, Η. Γέρου, Π. Καραγκούνης, Γ. Παρβουλέσκου, Σ. Χρυσού

Μικροβιολογικό-Βιοχημικό Εργαστήριο ΓΝΑ «Η Ελπίς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (Helicobacter pylori), αρχικά γνωστό ως Campylobacter Pyloridis, είναι ένα Gram (-) αρνητικό μικροαερόφιλο βακτήριο που εντοπίζεται στο στόμαχο και ταυτοποιήθηκε το 1982 από τον Μπάρι Μάρσαλ (Barry Marshall) και τον Ρόμπιν Ουόρεν (Robin Warren). Πιστεύεται ότι ευθύνεται για τη χρόνια γαστρίτιδα τύπου Β, για το δωδεκαδακτυλικό και γαστρικό έλκος, το γαστρικό λέμφωμα MALT και για την ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου.
Ο επιπολασμός της λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού αυξάνεται γραμμικά με την ηλικία. Στο 40-60% των ασυμπτωματικών ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών ανιχνεύεται ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.
ΣΚΟΠΟΣ: η αξιολόγηση της παρουσίας θετικών αντισωμάτων του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού σε άτομα με συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα.
Η εξέταση των αντισωμάτων εμφανίζει εξαιρετική ευαισθησία (96%) και ειδικότητα (94%) με μέθοδο ανοσοενζυμική (ELISA). Επί αρνητικού αποτελέσματος, λόγω της υψηλής αρνητικής προγνωστικής αξίας (95%) δεν ενδείκνυται γαστροσκόπηση για τη διάγνωση της λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, ενδείκνυται όμως σε περιπτώσεις επιμονής συμπτωμάτων μετά τη θεραπεία ορροθετικών ασθενών.
Τα θετικά αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι ο ασθενής έχει αντισώματα IgG έναντι του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. Η παρουσία των αντισωμάτων δεν διακρίνει πρόσφατη από παλαιά λοίμωξη και τα αποτελέσματα πρέπει να αξιολογούνται σε συνδυασμό με τα κλινικά σημεία και συμπτώματα του ασθενούς. Ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα μπορεί να παρατηρηθούν όταν το δείγμα λαμβάνεται στα αρχικά στάδια της λοίμωξης προτού σχηματιστούν τα αντισώματα, σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς και σε υπερήλικα άτομα. Ο τίτλος των αντισωμάτων ελαττώνεται με αργό ρυθμό σε διάστημα 6-12 μήνες μετά την εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου και δεν παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ του τίτλου των αντισωμάτων και τη βαρύτητα της λοίμωξης. Παρουσία μητρικών αντισωμάτων σε βρέφη ηλικίας κάτω του έτους μπορεί να δώσει ψευδώς θετικά αποτελέσματα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Εκ των ανωτέρω συμπεραίνουμε ότι τα αντισώματα έναντι του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού αποτελούν μια δοκιμασία διαλογής (screening test) για τη διάγνωση λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού σε άτομα με συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα.

394. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΩΤΙΚΟΥ ΕΚΚΡΙΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 2ΕΤΙΑ 2013-2014

Χ. Βέρρα, Γ. Κακούρης, Α. Θεοδωρακόπουλος, Α. Τσιμπουξή, Β. Διαμαντή, Ε. Οικονομοπούλου

Τμήμα Ιατρικής Βιοπαθολογίας, ΓΝ Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των μικροοργανισμών που απομονώνονται από ωτικές λοιμώξεις καθώς και η ευαισθησία των συχνότερα απομονούμενων μικροοργανισμών στα αντιβιοτικά.
ΥΛΙΚΟ: Υλικό της μελέτης μας αποτέλεσαν 441 δείγματα ωτικού εκκρίματος ισάριθμων ασθενών που εξετάστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας κατά τα έτη 2013 και 2014. Η καλλιέργεια έγινε σε αιματούχο άγαρ, Mac Conkey άγαρ και Sabouraud άγαρ. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος της αντοχής των μικροοργανισμών έγινε με το σύστημα VITEK 2 (Biomerieux).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Θετική καλλιέργεια ανέπτυξε το 65% (287/441) των δειγμάτων. Σε όλα τα θετικά δείγματα αναπτύχθηκε ένας μόνο μικροοργανισμός. Οι μικροοργανισμοί που αναπτύχθηκαν κατά σειρά συχνότητας ήταν: Pseudomonas aeruginosa 28% (122/441), Aspergillus niger 12% (51/441), S. aureus 11% (48/441), Εντεροβακτηριοειδή 7% (30/441), Μύκητες (Candida spp) 5% (23/441) και S. Pneumoniae 1% (6/441). Αναλυτικότερα τα εντεροβακτηριοειδή ήταν: 7 στελέχη Klebsiella spp, 4 στελέχη E. Coli, 9 στελέχη Proteus spp και 10 στελέχη Enterobacter cloacae.
Ενδεικτικά αναφέρουμε την ευαισθησία των στελεχών Pseudomonas aeruginosa: Piperacillin/Tazobactam 112/122 (92%), Colistin 112/122 (92%), Ciprofloxacin 111/122 (91%), Imipenem 111/122 (91%), Amikacin 110/122 (90%), Tobramycin 108/122 (89%), Gentamicin 105/122 (86%), Piperacilin 106/122 (87%), Aztreonam 106/122 (87%), Meropenem 103/122 (85%), Ceftazidime 93/122 (77%), Ticarcillin/Clavulanic acid 65/122 (53%) και Ticarcillin 48/122 (39%). Τα στελέχη S. aureus ήταν ευαίσθητα στην Vancomycin, Linezolid και Rifampicin στο 100%, ενώ στην Teicoplanin 98%, στο Levofloxacin 90% και στην Oxacillin 51%.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1) Η Pseudomonas aeruginosa αποτέλεσε το συχνότερο αίτιο ωτίτιδας ακολουθούμενη από τον Aspergillus niger, S. aureus και τα Εντεροβακτηριοειδή.
2) Το υψηλό ποσοστό απομόνωσης του Aspergillus niger και των Μυκήτων καθώς και τα ποσοστά ευαισθησίας της Pseudomonas και του S. aureus επιβάλλουν την πραγματοποίηση καλλιέργειας ωτικού εκκρίματος σε όλες τις περιπτώσεις ωτικών λοιμώξεων.

395. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΓΕΝΙΚΗΣ ΟΥΡΩΝ (ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΗΣΗ -ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΜΒΑΠΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΤΑΙΝΙΩΝ)

Ε. Ισμυρλή

Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝ Νάουσας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η γενική ούρων αποτελεί μία ταχεία μέθοδο ανεύρεσης της ουρολοίμωξης, η μέθοδος των εμβαπτιζόμενων ταινιών επιτρέπει μια αδρή, ενώ η μικροσκόπηση μια πιο λεπτομερή εκτίμηση της.
ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης είναι η αντιστοιχία των δυο εξετάσεων, σε περιστατικά ουρολοίμωξης.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν συνολικά 195 εξωτερικοί ασθενείς, για τους οποίους είχε ζητηθεί γενική ούρων και καλλιέργεια. Για τη γενική ούρων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των εμβαπτιζόμενων ταινιών (strips) Urinalysis, της εταιρείας Intermedical, και η μικροσκόπηση, ενώ η επίστρωση των ούρων για τις καλλιέργειες διενεργήθηκε στα θρεπτικά υλικά McConkey και αιματούχο άγαρ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα παραπάνω περιστατικά τα 149 (76,4%) δεν παρουσίασαν ευρήματα ουρολοίμωξης στη μικροσκόπηση της γενικής ούρων, ενώ τα υπόλοιπα 46 (23,5%) παρουσίασαν. Από τα παραπάνω τα 41 (89,1%) παρουσίασαν θετικό τεστ για νιτρώδη, ενώ 5 (10,8%) δείγματα παρουσίασαν βακτηρίδια στη μικροσκόπηση με αρνητικό τεστ για νιτρώδη, και μόνο 3 δείγματα παρουσίασαν θετικό τεστ για νιτρώδη με απουσία ουρολοίμωξης. Από τα παραπάνω περιστατικά εξαιρέθηκαν 16 ασυμπτωματικής βακτηριουρίας, με ύπαρξη λευκών αιμοσφαιρίων, αλλά απουσία μικροοργανισμών, στη μικροσκόπηση ούρων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συγκεκριμένη μέθοδος εμβαπτιζόμενων ταινιών αποτελεί αδρό δείκτη ουρολοίμωξης με πολύ όμως καλή ευαισθησία και ειδικότητα, ενώ το υψηλό ποσοστό των αρνητικών αποτελεσμάτων υποδηλώνει την κατάχρηση της συγκεκριμένης εξέτασης.

396. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

397. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

398. ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΑΖΥΜΩΤΙΚΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μ. Κουτσογιάννου[1], Θ. Σακελλαροπούλου[1], Π. Κουτσογιάννου[2], Λ. Γαλανοπούλου[1]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝ Ηλείας, [2]Κέντρο Υγείας Ακράτας ΓΝ Ανατολικής Αχαΐας

ΣΚΟΠΟΣ: Επιδημιολογική μελέτη και έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά στελεχών gram- αζυμωτικών βακτηρίων θετικών αιμοκαλλιεργειών. Τα αζυμωτικά gram- βακτήρια ανήκουν στα σαπρόφυτα του νοσοκομειακού περιβάλλοντος και αποτελούν αίτια νοσοκομειακών λοιμώξεων.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του ΓΝ Ηλείας πραγματοποιήθηκαν 4.542 αιμοκαλλιέργειες την πενταετία 2010-2014. Χρησιμοποιήθηκαν τα αυτοματοποιημένα συστήματα αιμοκαλλιεργειών BACTEC (BD) και BacT/Alert (BioMérieux). Μελετήθηκαν τα αζυμωτικά gram- βακτήρια που απομονώθηκαν από τις θετικές αιμοκαλλιέργειες. Η ταυτοποίηση των βακτηρίων και ο έλεγχος της ευαισθησίας τους στα αντιβιοτικά (CLSI) έγινε με MicroScan Panels (Siemens) και VITEK 2 (BioMérieux).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Θετικοποιήθηκαν 723 αιμοκαλλιέργειες. Τα αζυμωτικά gram- βακτήρια που ταυτοποιήθηκαν σχετίστηκαν με το 12,7% θετικών αιμοκαλλιεργειών και απομονώθηκαν τρίτα σε σειρά συχνότητας μετά τους CNS (51%) και τα εντεροβακτηριοειδή (19%). Ταυτοποιήθηκαν στελέχη *Acinetobacter baumannii* (6,1%), *Pseudomonas aeruginosa* (5,5%), *Burkholderia cepacia* (0,8%) και *Acinetobacter lwoffii* (0,3%). Όλα τα στελέχη *B. cepacia* και υψηλό ποσοστό στελεχών *A. baumannii* (89%) και *P. aeruginosa* (85%) ήταν πολυανθεκτικά (MDR) και απομονώθηκαν σε δείγματα της ΜΕΘ ($p<0,05$). Τα στελέχη *A. lwoffii* ήταν ευαίσθητα σε όλα τα αντιβιοτικά που μελετήθηκαν και προέρχονταν από την Παθολογική κλινική. Η αντοχή των στελεχών στα αντιβιοτικά φαίνεται στον πίνακα:

Αντιβιοτικά	A. baumannii	P. aeruginosa	B. cepacia
Τικαρκιλλίνη	97,7%		
Πιπερακιλλίνη	97,7%	67,5%	
Αμπικιλλίνη/ Σουλμπακτάμη	95,5%		
Πιπερακιλλίνη/ Ταζομπακτάμη	97,7%	47,5%	
Τικαρκιλλίνη/ Κλαβουλανικό οξύ	97,7%		100%
Κεφταζιντίμη	97,7%	72,5%	0%
Κεφεπίμη	97,7%	75%	
Ιμιπενέμη	97,7%	82,5%	
Μεροπενέμη	97,7%	75%	100%
Αζτρεονάμη		92,5%	
Γενταμυκίνη	97,7%	82,5%	
Τομπραμυκίνη	90,9%	85%	
Αμικασίνη	97,7%	85%	
Σιπροφλοξασίνη	97,7%	92,5%	
Λεβοφλοξασίνη	97,7%		66,7%
Τριμεθοπρίμη/ Σουλφαμεθοξαζόλη	70,5%		100%
Τετρακυκλίνη	97,7%		
Κολιστίνη	6,8%	0%	
Τιγεκυκλίνη	84,1%		

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σημαντικό ποσοστό μικροβιαιμιών από MDR στελέχη gram- αζυμωτικών βακτηρίων παρατηρήθηκε στη ΜΕΘ του ΓΝ Ηλείας, καθιστώντας απαραίτητη την εφαρμογή στοχευμένων μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων.

399. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

400. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

401. ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΡΥΠΤΟΣΠΟΡΙΔΙΩΝ ΣΕ ΜΗ ΔΙΑΡΡΟΪΚΑ ΚΟΠΡΑΝΑ

Β. Παπαβασιλόπουλος[1], Α. Μπίμπα[1], Π. Καράνης[2]

[1]Τομέας Παρασιτολογίας, Εντολογίας και Τροπικών Νόσων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, [2]The Medical School of Qinghai University, Xining, China

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της μόλυνσης από κρυπτοσπορίδιο σε άτομα χωρίς διάρροιες
ΥΛΙΚΟ: Εξετάσθηκαν 142 εφάπαξ δείγματα από άτομα που προσήλθαν για παρασιτολογική εξέταση κοπράνων στο Εργαστήριο του Τομέα. Οι 83/142 (58,4%) ήταν άνδρες και οι 59/142 (41,6%) γυναίκες. Οι 109 /142 (76,8%) ανέφεραν κάποιο σύμπτωμα από το γαστρεντερικό, ενώ οι 33/142 (23,2%) ήρθαν να εξετασθούν για έκδοση βιβλιαρίου εργασίας. Οι 90/142 (63,4%) ήταν μόνιμοι κάτοικοι Αθηνών, οι 52/152 (36,6%) ήταν μετανάστες ή είχαν ταξιδέψει πρόσφατα στο εξωτερικό. Τα δείγματα μετά τον εμπλουτισμό εξετάσθηκαν μικροσκοπικά και για κρυπτοσπορίδια μετά από χρώση με τροποποιημένη Zielh-Nielsen.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλα τα δείγματα ευρέθησαν αρνητικά για κρυπτοσπορίδια κατά την εξέταση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι δύσκολο να ανευρεθεί κρυπτοσπορίδιο σε άτομα χωρίς διάρροια, και μάλιστα εφόσον δεν συντρέχει κάποιο ανοσολογικό έλλειμμα. Επιπλέον η πλειοψηφία ήταν μόνιμοι κάτοικοι μιας περιοχής με κατά τεκμήριο ασφαλές δίκτυο πόσιμου νερού. Παρολαυτά το κρυπτοσπορίδιο έχει ανιχνευθεί και σε κόπρανα ατόμων με ελαφρά, άτυπα ή και καθόλου συμπτώματα από το γαστρεντερικό, κυρίως σε παιδιά και σε χώρες με χαμηλό επίπεδο υγιεινής. Δεδομένου ότι: α) υπάρχει μια συνεχής ροή ατόμων προερχομένων από ενδημικές για κρυπτοσπορίδιο περιοχές και ότι β) και στην Ελλάδα έχουν βρεθεί σε υποδομές ποσίμου νερού κρυπτοσπορίδια, θα ήταν σκόπιμο η εξέταση για κρυπτοσπορίδια να αποτελέσει τμήμα της παρασιτολογικής εξέτασης κοπράνων. Αυτό ήδη γίνεται σε χώρες της Ευρώπης, όπου μάλιστα το κόστος της εξέτασης για κρυπτοσπορίδια με ανοσοφθορισμό καλύπτεται από τους ασφαλιστικούς φορείς.

402. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

403. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΣΕ ΒΡΟΓΧΙΚΕΣ ΕΚΚΡΙΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΓΝ ΗΛΕΙΑΣ

Μ. Κουτσογιάννου[1], Θ. Σακελλαροπούλου[1], Π. Κουτσογιάννου[2], Λ. Γαλανοπούλου[1]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝ Ηλείας, [2]Κέντρο Υγείας Ακράτας ΓΝ Ανατολικής Αχαΐας

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της συχνότητας και της ευαισθησίας των παθογόνων που απομονώθηκαν σε βρογχικές εκκρίσεις ασθενών της Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) του ΓΝ Ηλείας κατά το χρονικό διάστημα 2010-2014.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Ελέγθηκαν 376 στελέχη βακτηρίων και μυκήτων που απομονώθηκαν σε δείγματα βρογχικών εκκρίσεων ασθενών της ΜΕΘ. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά (CLSI) έγινε με MicroScan Panels (Siemens) και το VITEK 2 (BioMérieux).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα στελέχη που απομονώθηκαν κατά σειρά συχνότητας ήταν: *K. pneumoniae* 26%, *P. aeruginosa* 25%, *A. baumannii* 24%, *Candidaspp* 14%, *S. maltophilia* 3%, *S. aureus* 2%, *P. mirabilis* 1%, *Enterobacter spp* 1%, *E. faecium* 1%, *E. faecalis* 1%, *E. coli* 1% και*Citrobacter spp* 1%. Παρατηρήθηκε υψηλό ποσοστό πολυανθεκτικών στελεχών (MDR) των επικρατούντων βακτηρίων: *A. baumannii* 98%, *K. pneumoniae* 96% και *P. aeruginosa* 85%. Τα ποσοστά αντοχής των κύριων παθογόνων στα αντιβιοτικά φαίνονται στον πίνακα:
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στις καλλιέργειες βρογχικών εκκρίσεων ασθενών της ΜΕΘ του ΓΝ Ηλείας ανευρίσκονται κυρίως πολυανθεκτικά στελέχη *K. pneumoniae, P. aeruginosa* και *A. baumannii.* Καθίσταται απαραίτητη η συνεχής επιτήρηση της αντιμικροβιακής αντοχής των νοσοκομειακών παθογόνων και η εφαρμογή στοχευμένων μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων.

Αντιβιοτικά	A. baumannii	K. pneumoniae	P. aeruginosa
Τικαρκιλλίνη	97,8%		
Πιπερακιλλίνη	97,8%		69,4%
Αμπικιλλίνη/ Σουλμπακτάμη	95,5%		
Πιπερακιλλίνη/ Ταζομπακτάμη	97,8%	95,9%	57,4%
Τικαρκιλλίνη/ Κλαβουλανικό οξύ	97,8%		
Κεφταζιντίμη	97,8%	94,8%	68,1%
Κεφεπίμη	97,8%	94,8%	80,2%
Ιμιπενέμη	97,8%	93,8%	82,4%
Μεροπενέμη	97,8%	93,8%	79,0%
Αζτρεονάμη		95,9%	87,9%
Γενταμυκίνη	95,5%	20,6%	82,4%
Τομπραμυκίνη	89,9%	95,9%	80,2%
Αμικασίνη	97,8%	87,6%	82,4%
Σιπροφλοξασίνη	97,8%	96,9%	87,9%
Λεβοφλοξασίνη	97,8%	96,9%	
Τριμεθοπρίμη/ Σουλφαμεθοξαζόλη	75,3%		
Τετρακυκλίνη	96,6%	25,8%	
Κολιστίνη	12,4%	13,4%	0%
Τιγεκυκλίνη	86,5%	20,6%	

404. ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ STAPHYLOCOCCUS AUREUS ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ, ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ε. Ισμυρλή, Λ. Σκούρα, Χ. Ανταχόπουλος, Α. Καρυώτη, Ε. Ροηλίδης

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ. «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Πρόκειται γιαναδρομική μελέτη ασθενών και μαρτύρων, κατά την οποία καταγράφηκαν συνολικά 183 στελέχη *S. aureus*, εκ των οποίων 76 (41,5%) μεθικιλίνη ανθεκτικά- MRSA, κατά τη διάρκεια 5 ετών.
ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης μας είναι να διερευνηθεί η αντοχή των στελεχών *S. aureus*, κατά τη διάρκεια 5 ετών, στο Τριτοβάθμιο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δείγματα των 183 αιμοκαλλιεργειών, μετά την επώαση τους στον BactAlert (Biomerieux), επεξεργάστηκαν στον αυτοματοποιημένο αναλυτή VITEK II (Biomerieux), με τον οποίο πραγματοποιήθηκε η ταυτοποίηση των στελεχών, καθώς και ο προσδιορισμός των ελάχιστων ανασταλτικών συγκεντρώσεων (MIC). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS21.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το 2009 έως και το 2014 καταγράφηκαν συνολικά 183 στελέχη, εκ των οποίων τα 76 ήταν MRSA (41.5%). Πίνακας
Από όλα τα στελέχη τα 105 (57.3%) με 43 MRSA, παρουσίασαν MIC_{VAN} 0.5 μg/ml, τα 73 (39.8%) εκ των οποίων 32 MRSA MIC_{VAN} 1 μg/ml, και 5 στελέχη (2.7%) με 3 MRSA MIC_{VAN} 2 μg/ml. Από τα στελέχη του δείγματος τα 34 (56.6%) με 15 MRSA, παρουσίασαν MIC_{VAN} 0.5 μg/ml, τα 25 (41.6%) εκ των οποίων 7 MRSA MIC_{VAN} 1 μg/ml, και ένα 1 στέλεχος MSSA (1.6%) MIC_{VAN} 2 μg/ml.
Όλα τα στελέχη (100%) παρουσίασαν ευαισθησία στην τιγεκυκλίνη, λινεζολίδη, βανκομυκίνη, τεϊκοπλανίνη και δαπτομυκίνη.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μετά από μία ύφεση στα περιστατικά βακτηριαιμίας από *S. aureus* (S.A.B.) το 2010, ο επιπολασμός της λοίμωξης διατήρησε μια σταθερά ανοδική πορεία τα επόμενα έτη με μια μικρή μείωση το 2013. Το ίδιο αποτέλεσμα ισχύει και για την αναλογία των MRSA. Από τα αποτελέσματα όλων των ασθενών κατά τη διάρκεια των 5 ετών, αποδείχθηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ MRSAB και MIC της βανκομυκίνης. Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι όταν η MIC για τη βανκομυκίνη είναι 2 μg/ml, υπάρχει έντονη συσχέτιση με την ύπαρξη MRSA λοίμωξης,, γεγονός το οποίο μπορεί να έχει μεγάλη σημασία, στην αντιμετώπιση λοιμώξεων MRSA, με οριακή ευαισθησία στη βανκομυκίνη καθώς και στην αποτυχία της αντιμικροβιακής αγωγής.

Πίνακας 1. Έτη και απομονωμένα στελέχη στις αιμοκαλλιέργειες.
Συνολικός αριθμός στελεχών MRSA/S. aureus απονωμένα από αιμοκαλλιέργειες κατά τη διάρκεια 51/2 ετών

Έτη	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ασθενείς (N)	13/39	8/23	13/32	19/40	16/34	7/15

405. ΣΑΡΚΩΜΑ EWING ΑΜΥΓΔΑΛΗΣ

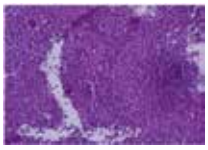
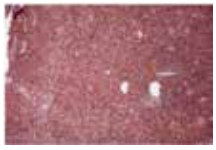
Μ. Βασλαματζής[1], Ε. Πατήλα[1], Θ. Τέγος[1], Ν. Αλεβιζόπουλος[1], Χ. Σταθόπουλος[1], Α. Δημητριάδου[1], Χ. Βάμβουκα[2], Μ. Αλαμανή[3], Δ. Χατζηαναστασίου[3], Θ. Κάπου[1], Δ. Παπασπύρου[4]

[1]Ογκολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Παθολογοανατομικό Τμήμα ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [3]Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [4]Βιοχημικό Τμήμα «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μιας εξαιρετικά σπάνιας περίπτωσης εξωσκελετικού σαρκώματος Ewing της αμυγδαλής.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας, 69 ετών, εισήχθη στο τμήμα μας για επώδυνη δυσκαταποσία από 14 ημερών. Ατομικό και κληρονομικό ιατρικό ιστορικό ελεύθερο. Ο ασθενής χειρουργήθηκε (02/2011) στο τμήμα κεφαλής-τραχήλου του νοσοκομείου μας και αφαιρέθηκε μάζα αριστερής αμυγδαλής με block σύστοιχων λεμφαδένων. Ο όγκος της αμυγδαλής είχε μέγεθος 8,5 x 6 x 3,5 cm και το block λεμφαδένων μέγεθος 10 x 4 x 2,5 cm. Ιστολογικά, διαπιστώθηκε μικρο-στρογγυλο-κυτταρικός όγκος αμυγδαλής με διήθηση των τοπικών λεμφαδένων. Χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης φαίνεται στην εικ. 1. Ανοσοιστοχημικές χρώσεις: CD99+, Syn+, Chr+, CD34+, AE1/AE3-, EMA+, CK7- CK19-, Vim-, LCA-, CD3,4,20,8,56,30,31,23-, TdT-, SMA-, MPO-, Desmin-, S100-HMB45-. Ειδικότερα, η χρώση για CD99 (MIC2 πρωτεΐνη)-χαρακτηριστική του σαρκώματος Ewing-φαίνεται στην εικ. 2. Κατά τον FISH έλεγχο διαπιστώθηκε χαρακτηριστική κυτταρογενετική μετάθεση του EWRS1 γονιδίου (t; 22), με Vysis Break apart probe (εικ. 3). Πλήρης σταδιοποίηση περιλαμβανομένου και ολόσωμου PET scan ήταν αρνητική για υπολειμματική νόσο. Μετεγχειρητικά, ο ασθενης υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία (69 Gy) και σε 6 κύκλους χημειοθεραπείας (VAC/IE). Ο ασθενής παρέμεινε σε πλήρη ύφεση μέχρι 06/2012, οπότε και εμφάνισε τοπική λεμφαδενική υποτροπή που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με Cyber Knife (3-9/07/2012). Ακολούθως ο ασθενής ήταν σε πλήρη ύφεση μέχρι 10/2013, οπότε και απεβίωσε μετά εμφανισθείσα βαριά πνευμονική λοίμωξη.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Το εξωσκελετικό σάρκωμα Ewing προέρχεται από μεσεγχυματικό κύτταρο με νευροεξωδερμικό φαινότυπο. Η νόσος είναι επιθετική και θεωρείται συστηματική ακόμη και εν απουσία εμφανών μεταστάσεων. Η παρουσιαζόμενη περίπτωση αντιπροσωπεύει τη δεύτερη ανακοινωθείσα διεθνώς περίπτωση σαρκώματος Ewing με εντόπιση στην αμυγδαλή. Η συνδυασμένη ιστολογική, ανοσοιστοχημική και μοριακή έρευνα επέτρεψε την τυποποίηση και διαφοροδιάγνωση της νόσου. Εξατομικευμένη, συνδυαστική θεραπευτική αντιμετώπιση του σαρκώματος Ewing συνήθως συνδυάζεται με καλή αρχική απάντηση. Όμως, η νόσος συχνά υποτροπιάζει.

406. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

407. ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ

Ν. Μπαλταγιάνης[1], Ε. Γρυσμπολάκη[1], Δ. Παπαγιαννοπούλου[2], Α. Κεμπάπης[1], Ε. Νικολαΐδης[1], Χ. Βαλαβάνης[2], Ν. Μπολάνος[1], Δ. Αναγνωστόπουλος[1], Α. Χατζημιχάλης[1]

[1]Θωρακοχειρουργική Κλινική ΕΑΝ Πειραιά «Μεταξά», [2]Παθολογοανατομικό Τμήμα ΕΑΝ Πειραιά «Μεταξά»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο όρος «**καρκίνος του πνεύμονα**» ή «βρογχογενής καρκίνος» αποτελεί την τρίτη - μετά τον καρκίνο του μαστού και του προστάτη - συχνότερη μορφή καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο, πρώτη σε αριθμό κρουσμάτων στον ανδρικό πληθυσμό, με ιδιαίτερα αυξητικές τάσεις σε παγκόσμιο επίπεδο. Παράλληλα, αποτελεί μακράν την πλέον θανατηφόρα μορφή καρκίνου, με ποσοστά θνησιμότητας που αγγίζουν σχεδόν το 30%. Στή χώρα μας θρηνούμε 6.000 θύματα ετησίως. Η υπονατριαιμία είναι η πλέον συχνή ηλεκτρολυτική διαταραχή που παρατηρείται στο 15-30% των ασθενών που νοσηλεύονται και ειδικότερα σε εκείνους των μονάδων εντατικής θεραπείας. Η υπονατριαιμία αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα θανάτου με τη νοσοκομειακή θνητότητα των βαρέως πασχόντων να προσεγγίζει το 40%. Τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα, οφείλονται σε ετερότοπη έκκριση πολυπεπτιδικών ορμονών. Το SIADH (Σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης της αντιδιουρητικής ορμόνης) το οποίο συναντάται σπάνια, σε ποσοστό περίπου 10% στους ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα οφείλεται σε υπερέκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης ADH (ή ουσιών που δρουν όπως η ADH) για την οποία όμως δεν ευθύνεται κανένα από τα γνωστά ωσμωτικά ή μη ωσμωτικά ερεθίσματα. Στη παρούσα εργασία περιγράφουμε περίπτωση μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονος επί υπονατριαιμικού ασθενούς.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής ηλικίας 65 ετών προσέρχεται στη Θωρακοχειρουργική κλινική του ΕΑΝ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΜΕΤΑΞΑ» λόγω αιμόπτυσης-ατελεκτασίας του αριστερού κάτω λοβού του πνεύμονος. Η υπολογιστική τομογραφία ανέδειξε συμπαγόμορφη αλλοίωση της αριστερής πύλης του πνεύμονος και διογκωμένους λεμφαδένες δεξιά παρατραχειακά, αορτοπνευμονικού «παραθύρου» και κάτωθεν της τρόπιδος. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη κλινικο-εργαστηριακό έλεγχο ο οποίος αποκάλυψε αναιμία (Hb: 11 g/dl), αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, (12.350/μl -81,6%), Τ.Κ.Ε: 91 mm, χαμηλή τιμή σιδήρου, (Fe: 20 mg/dl) και αλβουμίνης: 2,20 g/dl, αύξηση του δείκτου Ca 15.3: 48,70 U/ml και βαρύτατη υπονατριαιμία (Na^+ =107 meq/lit). Αμέσως ο ασθενής ετέθη σε περιορισμό των υγρών και εδόθη NaCl 3% με ρυθμό 0,5-1,0 ml/kg βάρους/h με στόχο την αύξηση του νατρίου του ορού κατά 0,4-0,5 mEq/l/h. Χορηγήθηκαν επίσης αντιμικροβιακά φάρμακα και συμπληρωματική αγωγή βρογχοδιαστολής (Atrovent Neb 1X3). Δύο ημέρες μετά η τιμή του Na^+ ήταν 114 meq/lit και δύο 24ωρα αργότερα 118 meq/lit. Η βρογχοσκόπηση ανέδειξε υπεραιμία, οίδημα και νεοπλασματικό ιστό στο στόμιο του αριστερού κάτω λοβού του πνεύμονος από όπου ελήφθησαν βιοψίες. Η ιστολογική εξέταση τεκμηρίωσε τη διάγνωση του μικροκυτταρικού καρκινώματος του πνεύμονος η οποία επιβεβαιώθηκε από την ανοσολογική διερεύνηση: συναπτοφυσίνη (+), χρωμογρανίνη (+), TTFI (+), ki -67: (+). Εν συνεχεία υποβλήθηκε σε συστηματική χημειοθεραπεία με συνδυασμό carboplatin -etoposide με ταχύτατη βελτίωση των τιμών του Na^+ =134 meq/lit.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Νεοπλάσματα που συνδυάζονται με SIADH συνήθως είναι ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (στο 75% των περιπτώσεων), ο Καρκίνος παγκρέατος, 12δακτύλου, το Λέμφωμα (Hodgkin, non-Hodgkin), το Λεμφοσάρκωμα, σάρκωμα Ewing., το Θύμωμα και το μεσοθηλίωμα. Η διάγνωση του συνδρόμου τίθεται μόνο όταν αποκλειστούν τα άλλα αίτια υπονατριαιμίας και εφ' όσον πληρούνται τα παρακάτω διαγνωστικά κριτήρια: δηλαδή υπονατριαιμία (Να+ < 130 mmol/L), χαμηλή ωσμωτικότητα πλάσματος (Posm < 280 mOsm/kg), Νάτριο ούρων > 20 mEq/L, Ωσμωτική πίεση ούρων > 100 mOsm/kg, φυσιολογικός εξωκυττάριος όγκος υγρών, φυσιολογική καρδιακή, ηπατική, επινεφριδιακή, υποφυσιακή και θυρεοειδική λειτουργία, χαμηλή τιμή ουρικού οξέος και αυξημένες τιμές ADH.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η υπονατριαιμία συνυπάρχει με μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονος σε ποσοστό που εγγίζει το 10% και οφείλουμε εγρήγορση και κλινική υποψία.

408. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΤΡΩΜΑΤΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΟΣΤΙΚΟΥ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΙΝΩΔΟΥΣ ΟΓΚΟΥ

Β. Χριστοπούλου[1], Δ. Οικονόμου[1], Σ. Αργέντος[2], Α. Ψυρρή[1]

[1]Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς πάσχοντος από στρωματικό όγκο του γαστρεντερικού (GIST) με εντόπιση στον οισοφάγο που εκδηλώθηκε με ενδοκοιλιακή αιμορραγία και εκτεταμένες μεταστάσεις, ενώ η βιοψία που έγινε σε σπονδυλική βλάβη έδειξε συνύπαρξη και μονήρους ινώδους όγκου.

ΠΕΡΙΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής ετών 67 διακομίστηκε στο Νοσοκομείο «Αττικόν» για να συνεχίσει τη νοσηλεία του και να αντιμετωπισθεί περαιτέρω από επαρχιακό Νοσοκομείο όπου είχε νοσηλευτεί για οξεία ενδοκοιλιακή αιμορραγία. Ατομικό αναμνηστικό: Αναφέρονται ισχαιμικά αγγειακά επεισόδια λόγω διαχωρισμού καρωτίδων και ελάμβανε θεραπεία με ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη, αρτηριακή υπέρταση, εχινόκοκκος κύστης χειρουργηθείσα 2 φορές προ 50 και 30 ετών. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ΑΠ: 132/70 mmHg, σφύξεις 76/min, SO_2: 96%, Θ: 36,4 ^oC, Ht: 36%, Λευκά: 5.460. Αιμοπετάλια: 415.000, CRP: 20, καρκινικοί δείκτες: (-). Ο ασθενής προσκόμισε αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας όπου αναδεικνύονται υποκάψιο αιμάτωμα ήπατος, ενδοπαραρεγχυματικό αιμάτωμα (δε) λοβού ήπατος, δευτεροπαθείς εντοπίσεις ήπατος, ανομοιογένεια σπληνός με πολλαπλές υπόπυκνες αλλοιώσεις, οστεολυτική εστία O_4 σπονδύλου και δευτεροπαθείς εντοπίσεις θωρακικών σπονδύλων. Έγινε σπινθηρογράφημα οστών: Δευτεροπαθείς εντοπίσεις στο $Θ_7$ σπόνδυλο και 10 πλευρά (δε), πιθανή οστεόλυση O_4 σπονδύλου. Η βιοψία του σπονδύλου O_4 ανέδειξε μορφολογικούς και ανοσοϊστοχημικούς χαρακτήρες συμβατούς με μονήρη ινώδη όγκο (Solitary Fibrous Fumor). Γαστροσκόπηση: μάζα οισοφάγου της οποίας η βιοψία ανέδειξε μορφολογικούς και ανοσοϊστοχημικούς χαρακτήρες συμβατούς με ατρακτοκυτταρικό στρωματικό όγκο (GIST). Ο ασθενής έλαβε αγωγή με ιματινίμπη και ζολενδρονικό οξύ και 17 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας παρουσιάζει ύφεση της νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ: Οι στρωματικοί όγκοι του γαστρεντερικού είναι σπάνιοι εντοπίζονται στο στομάχι, στο λεπτό έντερο, στο παχύ έντερο και σε μικρότερο ποσοστό στον οισοφάγο 1-4%. Όταν δεν εμφανίζουν γρήγορα συμπτώματα εντοπίζονται αφού έχουν δώσει μεταστάσεις. Οι στρωματικοί όγκοι του γαστρεντερικού που έχουν δώσει μεταστάσεις φαίνεται να ανταποκρίνονται στη θεραπεία με αναστολείς της πρωτεϊνικής τυροσινικής κινάσης (ιματινίμπη, σουμιτινίμπη). Ο ασθενής μας έλαβε αγωγή με ιματινίμπη που σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα φαίνεται να έχει δράση και στους ινώδεις μονήρεις όγκους που παρουσίαζε ο ασθενής με αποτέλεσμα να ανταποκριθεί στη θεραπεία έναντι και των δύο διαφορετικών όγκων που παρουσίαζε.

409. ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΛΑΝΡΕΟΤΙΔΗΣ ΣΕ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΥΣ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ

Μ. Βασλαματζής[1], Θ. Τέγος[1], Χ. Σταθόπουλος[1], Ν. Αλεβιζόπουλος[1], Θ. Αργυράκος[2], Ε. Πατήλα[1], Δ. Ροντογιάννη[2], Γ. Γκουμάς[1], Ε. Βλόντζου[2], Σ. Ιωαννίδου[3]

[1]Ογκολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Παθολογοανατομικό Τμήμα ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [3]Βιοχημικό Τμήμα ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναδρομική παρουσίαση της κλινικής πορείας δύο ασθενών με παγκρεατικούς νευροενδοκρινείς όγκους (Π.Ν.Ο.), χαμηλής κακοήθειας, που αντιμετωπίσθηκαν θεραπευτικά με 1ης γραμμής sc λανρεοτίδη 120 mg ανά 28 ημέρες.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ: Στο διάστημα 1/2011 - 10/2014, νοσηλεύθηκαν στο Ογκολογικό Τμήμα του ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» 8 ασθενείς με ανεγχείρητα Π.Ν.Ο., έχοντες Ki-67 ≤ 3%, οι 3 εκ των οποίων με συμπτωματολογία νευροενδοκρινικού συνδρόμου στην πρωτοεκδήλωση της νόσου.
ΑΣΘΕΝΗΣ 1: Άνδρας 78 ετών εισήλθε στο Νοσοκομείο τον 5ο/2013, για διερεύνηση απώλειας σωματικού βάρους (6 Kg), διαρροιών (8-10 ημερησίως) και εμφάνισης εξανθημάτων στον κορμό κατά το τελευταίο 3μηνο. ECOG/PS: 3. Από τον έλεγχο διαπιστώθηκαν: χρωμογρανίνη 433 mmol/l, 5-HIAA 903 mg/24h, NSE 27 ng/ml, VIP 7 pmol/l, γαστρίνη 15 pg/ml. Το Octreoscan ανέδειξε εστιακή βλάβη στο σώμα του παγκρέατος, πολλαπλές ηπατικές εντοπίσεις (η μεγαλύτερη 10 cm), μονήρεις οστικές βλάβες στη Θ.Μ.Σ.Σ., στο άνω τριτημόριο του αριστερού μηριαίου και στη δεξιά τραχηλική χώρα. Η γαστροσκόπηση κατέδειξε διαβρωτική γαστρίτιδα και εξέλκωση της 2ης μοίρας του 12/λου. Βιοψία εκείθεν: αρνητική για κακοήθεια. Η ηπατική βιοψία έδειξε μετάσταση από Π.Ν.Ο., grade 1, Ki-67 < 1%, με απουσία μιτώσεων, Syn (+), Chr (+), CD56 (+), TTF1 (-), NSCHSA (-). Ο ασθενής ξεκίνησε στις 9/7/2013, θεραπεία με μόνο λανρεοτίδη 120 mg/28 ημέρες και εμφάνισε συνεχιζόμενη ανταπόκριση που αφορούσε τη μείωση των καθημερινών διαρροιών (2-3), εξαφάνιση του δερματικού εξανθήματος και ανάκτηση του σωματικού βάρους. ECOG/PS: 1-2. Από τον εργαστηριακό έλεγχο (3ος/2014) σημειώνονται: χρωμογρανίνη 168 mmol/l, 5-HIAA 104 mg/24h, NSE 12 ng/ml, Στο υπερηχογράφημα ήπατος η μεγαλύτερη εστία ήταν 6.3 cm. Παρενέργειες grade≥ 3: καμμία. PFS: 10 μήνες. Στον ασθενή τεκμηριώθηκε κλινική και εργαστηριακή πρόοδος νόσου το Μάιο 2014. Χάθηκε από την παρακολούθηση (λόγω μετοίκισης σε συγγενείς του στο εξωτερικό) τον 8ο/2014.
ΑΣΘΕΝΗΣ 2: Γυναίκα 43 ετών, εισήχθη στο Νοσοκομείο τον 12ο/2010, λόγω επιγαστραλγίας και απώλειας σωματικού βάρους (4 Kg). Στο σταδιεκτιμητικό έλεγχο υπήρχαν: μάζα στην ουρά του παγκρέατος και πολλαπλές ηπατικές μεταστάσεις. Βιοψία ήπατος: μετάσταση από Π.Ν.Ο., grade 1, Ki-67 3%, μιτώσεις 1-2/κ.ο.π, Syn (+), Chr (+), CD56 (+), CK 19 (+), Som (+) TTF1 (-), Ins (-), gastrin (-), Glu (+), Ser (-). ECOG/PS: 1-2. Octreoscan: Καθήλωση στην ουρά του παγκρέατος και πολλαπλές ηπατικές μεταστάσεις (η μεγαλύτερη 8.2 x 3 cm). Από τον εργαστηριακό έλεγχο: χρωμογρανίνη 17 mmol/l, 5-HIAA 7 mg/24h, NSE 15 ng/ml, γαστρίνη: 98 pg/ml. Η ασθενής ξεκίνησε στις 8/2/2011, θεραπεία με μόνο λανρεοτίδη 120 mg/28 ημέρες και εμφάνισε μείωση του μεγέθους των ηπατικών μεταστάσεων (17/5/2011). Παρενέργειες grade ≥ 3: καμμία. Στην ασθενή τεκμηριώθηκε κλινική εξέλιξη της νόσου στις 17/8/2011 με αύξηση των ηπατικών εντοπίσεων κατά τη μαγνητική κοιλίας. Η ασθενής βρίσκεται σε θεραπεία 3ης γραμμής με Temodal/Xeloda, έχει στάσιμη νόσο και ECOG/PS: 1.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ: Η χορήγηση λανρεοτίδης 120 mg/ 28 ημέρες σε δύο ασθενείς μας με μη εγχειρήσιμο Π.Ν.Ο., grade 1,(Ki-67 < 1% και 3%) αποδείχθηκε χρήσιμη και αποδοτική αντινεοπλασματική θεραπεία, που χρήζει μεγαλύτερης προσοχής.

410. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ 32 ΕΤΩΝ

Ι. Βαλασοπούλου[1], Μ. Γιαννάκου[2], Γ. Ζακυνθινός[2], Δ. Κουρής[2], Ε. Τσελεπατιώτης[2]

[1]Ειδική Παθολόγος-Ιδιώτης, [2]Β΄ Ογκολογική Παθολογική Κλινική ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

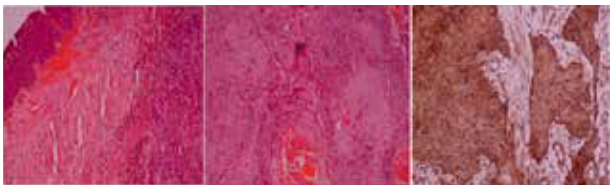
ΣΚΟΠΟΣ: «Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού πρωτοπαθούς κακοήθους νεοπλάσματος του λιπώδους ιστού στην καρδιά «
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Άρρεν 32 ετών προσήλθε στο ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι» για έναρξη ενδοφλέβιας χημειοθεραπείας. Ο ασθενής προερχόταν από το ΓΝΝ Νίκαιας στο όποιο προσήλθε στο καρδιολογικό ΤΕΠ στις 12/5/2013 εξαιτίας θωρακαλγίας, αδυναμίας, δύσπνοιας και εισήχθη στη μονάδα εμφραγμάτων με τη διάγνωση της μεγάλης καρδιακής συλλογής και του αρχόμενου καρδιακού επιπτωματισμού, ακολούθησε εκκενωτική παρακέντηση αφαιρέθηκαν 500 ml. Στον απεικονιστικό έλεγχο με MRI Καρδίας διαπιστώθηκε συμπαγής μάζα διαστάσεων 5 cmx6 cm που διηθεί το μυοκάρδιο της δεξιάς και της αριστερής κοιλίας. Ο ασθενής διακομίσθηκε στη Β΄ Καρδιοχειρουργική Κλινική του ΓΝΝ «Ευαγγελισμός» όπου ακολούθησε ογκομειωτική επέμβαση εξαιτίας αδυναμίας εξαίρεσης του όγκου λόγω της θέσης του, διάνοιξη του περικαρδίου στα ημιθωράκια και λήψη βιοψιών. Σύμφωνα με το μετεγχειρητικό PET/CT, MRI δεν υπήρχε άλλη μεταστατική εντόπιση. Από την ιστολογική εξέταση της 28/5/2013 ετέθη η διάγνωση του κακοήθους νεοπλάσματος με χαρακτηριστικά σαρκώματος του τύπου του μυξοειδούς λιποσαρκώματος με επικρατούσα στρογγυλοκυτταρική συνιστώσα. Ο ασθενής ετέθει αρχικά σε χημειοθεραπεία 1ης γραμμής με ανθρακυκλίνη-Doxorubicin και στην πορεία σε ifosfamide-Holoxane και mesna-Uromitexan και αργότερα τραβεκτιδίνη-Yondelis, ενώ αργότερα πραγματοποιήθηκε επικουρική ακτινοθεραπεία εξαιτίας τοπικής υπότροπης στα οστά του κρανίου και της σπονδυλικής στήλης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι πρωτοπαθείς όγκοι της καρδιάς είναι ασυνήθιστοι και συνήθως καλοήθεις. Κατά σειρά συχνότερης εμφάνισης είναι τα μυξώματα, οι όγκοι του ινώδους ιστού, τα λιπώματα, τα ινοελαστώματα, τα ραβδομυώματα και τα αγγειοσαρκώματα και είναι όλοι μεσεγχυματικής προέλευσης και αποτελούν σπάνιους όγκους του μεσοθωρακίου. Τα πρωτοπαθή λιποσαρκώματα του μεσοθωρακίου αποτελούν το 1% των όγκων του μεσοθωρακίου με 40 ετών. Η ολική χειρουργική εκτομή είναι η μόνη θεραπεία, ενώ παρουσιάζουν την τάση να δίνουν τοπικές αλλά και απομακρυσμένες μεταστάσεις, απαραίτητο λοιπόν είναι το τακτικό follow up, ενώ λόγω της ετερογένειας και της σπανιότητας απαραίτητη είναι η πολυπαραγοντική αντιμετώπιση σε εξειδικευμένα κέντρα με συστηματική χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και εξατομικευμένη στοχευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο ασθενής είναι εν ζωή 21 μήνες μετά τη διάγνωση.

411. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΕΙΡΑΣ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Γ. Χριστόπουλος[1], Π. Μιστύλης[1], Κ. Σταματίου[2]

[1]Β΄ Παθολογική Κλινική ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», [2]Ουρολογική Κλινική ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Μαλπιγγιανό ή ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα της ουροδόχου κύστης είναι μια σχετικά σπάνια μορφή καρκίνου. Αν και λιγότερο από το 4% των περιπτώσεων διατρέχουν κίνδυνο μετάστασης και συνεπώς είναι απειλητικές για τη ζωή, το νεόπλασμα αυτό συνήθως διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο και οι περισσότεροι ασθενείς πεθαίνουν μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα από τη στιγμή της διάγνωσης. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό γιατί το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα επιδεικνύει μία πολύ επιθετική συμπεριφορά.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο η φυσική ιστορία του Μαλπιγγιανού καρκινώματος συνδέεται με τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του (πλακώδες στοιχείο) αξιολογήσαμε τα ιστολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά 4 διαδοχικών περιπτώσεων αυτού του σπάνιου όγκου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τρεις ασθενείς ήταν άνδρες και μια γυναίκα. Η μέση ηλικία ήταν 70,1 χρόνια (εύρος: 62-74 ετών). Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε διουρηθρική εκτομή του όγκου της ουροδόχου κύστης. Σε όλες τις περιπτώσεις, η διάγνωση καθορίστηκε με την ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος διουρηθρικής εκτομής. Τρεις από αυτούς τους τέσσερις ασθενείς βρέθηκαν με όγκους στους οποίους το πλακώδες στοιχείο είτε ήταν το μοναδικό χαρακτηριστικό τού όγκου είτε υπερτερούσε του συνυπάρχοντος ουροθηλιακού στοιχείου. Σε μία περίπτωση παρατηρήθηκε πλακώδης διαφοροποίηση ουροθηλιακού καρκινώματος σε ποσοστό μικρότερο από 50%του όγκου. Οι τρεις πρώτοι ασθενείς πέθαναν εντός 22 μηνών από τη διάγνωση, ενώ ο τέταρτος είναι ζωντανός και ελεύθερος νόσου δύο χρόνια μετά την αρχική διάγνωση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το πλακώδες στοιχείο μπορεί να συνδέεται με την επιθετική φύση αυτών των όγκων. Ριζική θεραπεία όποτε είναι δυνατόν είναι απαραίτητη για την επιβίωση των ασθενών, δεδομένου ότι επικουρική θεραπεία φαίνεται να έχει μικρή επίδραση. Εικόνα.



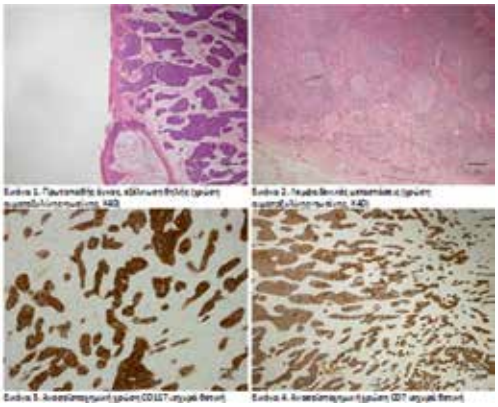
Εικόνα 1 **Εικόνα 2** **Εικόνα 3**

412. ΑΔΕΝΟΚΥΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ: ΣΥΜΠΑΓΗΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗ ΜΕ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Σ. Καπτανής[1], Γ. Μητσόπουλος[2], Κ. Χαλκιάς[3]

[1]Barts Cancer Institute, Queen Mary, University of London, UK, [2]Ealing Hospital, London, UK, [3]Queen's Hospital Romford, UK

ΣΚΟΠΟΣ: Το αδενοκυστικό καρκίνωμα μαστού είναι σπάνιος τύπος τριπλά αρνητικού διηθητικού καρκινώματος με συνήθως καλή πρόγνωση. Ακόμη πιο σπάνια είναι η συμπαγής παραλλαγή με χαρακτήρες καρκινώματος βασικού τύπου και λεμφαδενικές μεταστάσεις, η οποία θεωρείται ότι έχει κακή πρόγνωση.
ΥΛΙΚΟ: Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό γυναίκας 52 ετών με πρωτοπαθή όγκο 55 mm και περιγράφουμε τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του όγκου και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής υπεβλήθη σε μαστεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό όπου αναγνωρίστηκε όγκος 60 x 60 x 40 mm με δερματικό έλκος (pT4), αρνητικός για οιστρογονικούς, προγεστερονικούς και HER2 υποδοχείς, θετικός για CK7 και CD117 και αρνητικός για CK 20, CD 56, χρωμογρανίνη, συναπτοφυσίνη και p63. Υπήρχε εστιακή ανοσοαντίδραση SMA και περινευρική διήθηση. 2 εκ των 18 λεμφαδένων ήταν θετικοί με εστιακή εξωκάψια επέκταση. Μετά δυο έτη παρακολούθησης είναι ελεύθερη μεταστάσεων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το αδενοκυστικό καρκίνωμα μαστού αποτελεί σπάνια οντότητα (λιγότερο από 0.1% των καρκίνων μαστού), ενώ η παρουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων απαντάται σε 0-2% των περιστατικών και η περινευρική διήθηση σε 0-8%. Παρά τα χαρακτηριστικά επιθετικού όγκου, αντιμετωπίζεται επιτυχώς με χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Εικόνα.



413. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΑΛΑΚΟΠΛΑΚΙΑΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Γ. Χριστόπουλος[1], Π. Μαρκόπουλος[1], Κ. Σταματίου[2]

[1]Β΄ Παθολογική Κλινική ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», [2]Ουρολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Η μαλακοπλακία είναι μια φλεγμονώδης κατάσταση που σπάνια εμφανίζεται στον ουρογεννητικό σύστημα. Συχνότερα προσβαλλόμενο όργανο είναι η ουροδόχος κύστη, ενώ είναι εξαιρετικά σπάνια η εμπλοκή του όρχι. Η πάθηση έχει τα χαρακτηριστικά μιας κοκκιωματώδους φλεγμονής. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό μαλακοπλακίας της ουροδόχου κύστης συνδεόμενης με προχωρημένη αποφρακτική ουροπάθεια.
ΥΛΙΚΟ/ ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας ηλικίας 72 ετών προσέρχεται στο ΤΕΠ με αναφερόμενη αδυναμία ούρησης και πυρετό. Αναφέρει αδυναμία, εξάντληση και ερεθιστικά ενοχλήματα ούρησης από μηνός περίπου. Από το υπόλοιπο ιστορικό αναφέρει σακχαρώδη διαβήτη και αγγειοπάθεια. Εκτός από υπόταση τα λοιπά ζωτικά σημεία του ήταν καλά. Στο πλαίσιο της διερεύνησης διαπιστώνεται αποφρακτική ουροπάθεια με αμφοτερόπλευρη υδρονέφρωση και συνοδό νεφρική ανεπάρκεια (κρεατινίνη ορου: 21 mg/dl) και αναιμία (Hct: 19%). Το σάκχαρο του ορού βρέθηκε στα 300 mg/dl, ενώ δεν διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση. Η γενική εξέταση των ούρων ανέδειξε αιματουρία, πυουρία και μικροβιουρία. Από τον υπόλοιπο απεικονιστικό έλεγχο βρέθηκε ανώμαλη πάχυνση του αυλού της ουροδόχου κύστης με παρουσία μορφώματος, μικρή χωρητικότητα και απουσία υπολείμματος ούρων. Στην κλινική εξέταση ο προστάτης αδένας ήταν ομαλός και μικρός. Από το ιστορικό, σημαντικότερα στοιχεία ήταν η διακυστική προστατεκτομή προ 3ετίας λόγω ερεθιστικής ούρησης και υποτροπιαζουσων ουρολοιμώξεων και η προηγηθείσα βιοψία της ουροδόχου κύστης εξαιτίας ανώμαλης διαμόρφωσης του κυστικού βλεννογόνου (η οποία διέγνωσε μη ειδική φλεγμονή).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής υποβλήθηκε σε συνεδρίες τεχνητού νεφρού λόγω της συνυπάρχουσας υπερκαλιαιμίας. Με την τοποθέτηση νεφροστομιών η νεφρική λειτουργία σταθεροποιήθηκε και ο ασθενής αφού έλαβε αντιμικροβιακή υποβλήθηκε σε κυστεοσκόπηση η οποία ανέδειξε άτυπες πολυποειδείς βλάβες του βλεννογόνου και διάσπαρτα ερυθρο-κίτρινα οζίδια μεγέθους 2 έως 3,5 εκατοστών στην περιοχή του τριγώνου, στο αριστερό πλάγιο και οπίσθιο τοίχωμα. Ακολούθησε διουρηθρική εκτομή των βλαβών. Η ιστολογική εξέταση διέγνωσε μαλακοπλακία της ουροδόχου κύστης. Παρά την παρατεταμένη αντιμικροβιακή αγωγή ο ασθενής εξακολούθησε να υποφέρει από υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, ενώ παρέμεινε με χρόνια υδρονέφρωση, νεφρική ανεπάρκεια και μόνιμο καθετήρα κύστεως. Ο ασθενής απεβίωσε 8 μήνες αργότερα μετά από μια νέα επιδείνωση της νεφρικής ανεπάρκειας και επιπλοκές από το καρδιοαγγειακό σύστημα. Συμπερασματικά, η μαλακοπλακία της ουροδόχου κύστης θα πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά σε ασθενείς με επίμονες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και παρουσία όγκου στην κυστεοσκόπηση. Η έγκαιρη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπεία με αντιβιοτικά μπορεί να είναι χρήσιμη για την πρόληψη της ανάπτυξης πιθανών επιπλοκών. Ασθενείς όπως αυτός στην περίπτωση που αναφέρουμε θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

(Οι αριθμοί αντιστοιχούν στον αριθμό εργασίας του Τόμου)

ANTONA M 199
COSSET F-L 1
FRIBERG L 119
FUKUMA R 130
HIRATA M 130
IBARZ-PAVON A 163
KAMITANI Y 130
KATO R 130
KISHIMA H 130
SAITOH Y 130
SEKI T 130
SINGH D 380
SUGATA H 130
VERHOEYEN E 1
VILLANUEVA C 189
YANAGISAWA T 130
YOKOI H 130
YOSHIMINE T 130

A

ΑΓΑΘΟΣ Μ 150
ΑΓΓΕΛΑΚΟΥ-ΒΑΪΤΣΗ Σ 174, 190. 254, 272
ΑΓΓΕΛΙΔΗ Α 37, 38, 41, 155, 194, 337, 349
ΑΓΓΕΛΙΔΗ Μ 194, 337
ΑΓΙΑΣΩΤΕΛΛΗ Δ 55, 59
ΑΓΙΟΜΑΜΙΤΗΣ Γ 40
ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ Θ 331
ΑΔΑΜ Α 184, 330
ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Κ 29, 244
ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ Θ 6
ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ Κ 151
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Π 253
ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Γ 172
ΑΚΡΙΒΙΑΔΗΣ Ε 56, 57, 60
ΑΛ ΑΧΜΑΡ Σ-Ν 300
ΑΛΑΜΑΝΗ Μ 405
ΑΛΑΜΑΝΟΣ Ι 273
ΑΛ-ΑΧΜΑΡ Σ-Ν 71, 211
ΑΛΕΒΙΖΟΠΟΥΛΟΣ Ν 135, 405, 409,
ΑΛΕΞΑΚΗ Ε 282
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ Α 181
ΑΛΕΞΙΟΥ Ι 27
ΑΛΕΞΙΟΥ Ζ 260, 351, 360
ΑΛΕΞΙΟΥ Θ 27
ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ Α 55, 58, 59
ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ Χ 121
ΑΛΗΓΕΩΡΓΑΣ Κ 232
ΑΛΛΑΓΙΑΝΝΗΣ Γ 212
ΑΛΟΪΖΟΣ Γ 158, 291, 292, 358, 362
ΑΛΤΖΕΡΙΝΑΚΟΥ Μ 42
ΑΛΦΑΝΤΕΛ Κ 184
ΑΜΑΝΕΤΟΠΟΥΛΟΥ Γ.Σ. 247
ΑΜΠΡΑΧΙΜ Σ-Ε 227
ΑΝΑΓΝΟΥ Ν 1, 31, 32, 33
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Δ 407
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Ν 277, 347
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε 237
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Ε 20
ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Α 166, 373, 378
ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε 174, 190, 254, 272
ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Μ 272
ΑΝΔΡΙΑΝΑΚΗ Α 121
ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΣ Α 9
ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Π 48, 63
ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ Α 172
ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΣ Γ . 65, 67, 68, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96
ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΣ Γ 214
ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΥ Μ 162
ΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ Γ 124
ΑΝΤΑΡΑΚΗΣ Γ 116
ΑΝΤΑΧΟΠΟΥΛΟΣ Χ 404
ΑΝΤΥΠΑ Ε 302, 303, 304
ΑΝΤΥΠΑΣ Σ 329, 333
ΑΝΤΥΠΑΣ Τ 239
ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΣ Σ 126
ΑΝΥΦΑΝΤΗΣ Λ 116
ΑΠΟΛΛΩΝΑΤΟΥ Β 162
ΑΡΑΒΑΝΗΣ Γ 281
ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΥ-ΦΑΤΩΡΟΥ Ε 350
ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗ Σ 260
ΑΡΒΑΝΙΤΗ Α 341
ΑΡΒΑΝΙΤΗ Ε 281
ΑΡΓΕΝΤΟΣ Σ. 288, 408
ΑΡΓΥΡΑΚΟΣ Θ 409

ΑΡΓΥΡΙΟΥ Μ 103
ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Α 120
ΑΡΓΥΡΟΥ Α 3, 389
ΑΡΕΤΑΙΟΥ Π 343
ΑΡΜΑΓΑΝΙΔΗΣ Α 121
ΑΡΜΑΚΟΛΑΣ Α 137, 139
ΑΡΜΥΡΟΣ Π 283, 352, 388
ΑΡΤΕΜΙΑΔΗΣ Α 173, 175
ΑΡΦΑΡΑΣ-ΜΕΛΑΙΝΗΣ Α 121, 124, 149
ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Σ 176
ΑΣΗΜΟΣ Κ 331
ΑΣΜΑΝΙΔΗΣ Β 358
ΑΣΩΝΙΤΗΣ Ε 20, 61
ΑΤΣΑΛΗ Χ 120
ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ Π 151, 152, 363
ΑΥΓΕΡΙΝΟΥ Ι 378
ΑΥΓΟΥΛΕΑ Κ 155

Β

ΒΑΓΙΑΚΟΥ Ε 16
ΒΑΔΑΛΑ Χ 120, 154, 359, 365
ΒΑΪΤΣΗΣ Ν 174, 190, 254, 272
ΒΑΚΟΣ ΦΙΛΙΩ 3
ΒΑΛΑΒΑΝΗΣ Χ 407
ΒΑΛΑΝΟΥ Ε 255
ΒΑΛΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Ι 410
ΒΑΜΒΟΥΚΑ Χ 405
ΒΑΡΒΑΡΟΥΣΗ Γ 289
ΒΑΡΒΑΡΟΥΣΗΣ Δ 383, 384
ΒΑΡΒΟΓΛΗ Λ 173, 175
ΒΑΡΣΑΜΗΣ Ν 281
ΒΑΡΣΑΜΗΣ Ν 285
ΒΑΡΣΟΣ Β 309, 368
ΒΑΣΔΕΚΗΣ Σ 173, 175, 180
ΒΑΣΙΛΑ Β 375
ΒΑΣΙΛΑΚΗ Ν 153, 367
ΒΑΣΙΛΑΣ Γ 15, 310
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ Ε 27
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ Μ 129
ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Β 159, 257
ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Ν 188, 195
ΒΑΣΙΛΙΕΒΑ Λ 55, 59
ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε 173, 175
ΒΑΣΛΑΜΑΤΖΗΣ Μ 135, 405 409
ΒΑΣΣΙΑΣ Α 277
ΒΑΤΟΠΟΥΛΟΣ Α 45
ΒΕΛΕΧΕΡΗΣ Δ 330
ΒΕΛΟΥΔΑΚΗ Α 43, 44, 256
ΒΕΝΕΤΗΣ Γ 172, 255
ΒΕΝΕΤΣΑΝΟΥ Α 264
ΒΕΡΓΑΔΗΣ Χ 377
ΒΕΡΓΙΔΟΥ Π 252
ΒΕΡΔΗ Μ 53, 187, 191, 192
ΒΕΡΡΑ Χ 275, 278, 394
ΒΕΡΡΑΣ Χ 37, 40, 41
ΒΕΣΚΟΒΙ Α 116
ΒΕΤΟΥΛΗ Ε 370
ΒΗΣΣΑΡΑΚΗΣ Γ 9
ΒΙΔΑΛΗΣ Π 116
ΒΙΤΩΡΑΤΟΣ Ν 30
ΒΙΤΩΡΟΣ Β 284
ΒΛΑΣΣΗΣ Κ 330
ΒΛΑΤΑΚΗΣ Σ 329, 333
ΒΛΑΧΑΔΗ Μ 47, 49, 111, 112, 115, 168, 222, 225, 226
ΒΛΑΧΑΔΗΣ Ν 30, 47, 49, 62, 111, 112, 115, 168, 197, 222, 225, 226
ΒΛΑΧΑΚΗΣ Ε 133, 315, 317
ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΥ Α 2
ΒΛΑΧΟΣ Ν 300
ΒΛΑΧΟΣ Κ 102
ΒΛΑΧΟΥ Α 31, 32, 33, 328
ΒΛΑΧΟΥ Τ 98
ΒΛΑΧΟΥ Φ 379
ΒΛΟΝΤΖΟΥ Ε 409
ΒΟΓΙΑΚΗ Σ 262
ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗΣ Ε 163
ΒΟΪΔΟΝΙΚΟΛΑΣ Λ 312
ΒΟΝΤΑΣ Α 52
ΒΟΡΝΙΩΤΑΚΗΣ Π 8, 298, 299
ΒΟΣΚΑΡΙΔΟΥ Ε 1
ΒΟΣΣΟΥ Μ 360
ΒΟΥΓΙΟΥΚΛΑΚΗ Χ 152
ΒΟΥΔΟΥΡΗ Ν 239
ΒΟΥΚΕΛΑΤΟΥ Π 167, 169
ΒΟΥΛΓΑΡΗ Χ 234, 261, 262, 282, 347
ΒΟΥΛΓΑΡΙΔΗΣ Α 162
ΒΟΥΤΣΙΝΑΣ Α 13, 13
ΒΡΑΚΑΣ Σ 37, 38, 41
ΒΡΑΧΝΗΣ Ν 30, 47, 49, 111, 112, 115, 168, 197, 222, 225, 226
ΒΡΕΚΟΣ Π 351
ΒΡΕΤΤΟΣ Ι 167, 169
ΒΡΥΩΝΗ Γ 122

Γ

ΓΑΒΑΛΑΚΗΣ Ν 333
ΓΑΒΑΛΑΚΗΣ Ν 329
ΓΑΓΓΑΔΗ Μ 372, 376, 377
ΓΑΛΑΝΑΚΗΣ Ι 147, 148
ΓΑΛΑΝΗ Λ 119
ΓΑΛΑΝΙΔΗ Ε 154
ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Α 129
ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Λ 398, 403
ΓΑΛΗΝΟΣ Ι 158, 291, 292, 358
ΓΑΝΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Α 37
ΓΑΣΤΟΥΝΙΩΤΗ Α 200
ΓΑΦΟΥ Α 3, 389
ΓΕΡΑΚΑΡΗ Σ 127
ΓΕΡΑΚΗΣ Θ 163
ΓΕΡΟΝΤΗΣ Α 150
ΓΕΡΟΥ Η 393
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Π 43, 256
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Σ 302, 303, 304
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Θ 163
ΓΕΩΡΓΑΝΤΖΑ Κ 52
ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Τ 314
ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ Μ 46, 289
ΓΕΩΡΓΙΟΥ Δ 145, 320, 323
ΓΕΩΡΓΟΜΑΝΩΛΗ Μ 1
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Η 26, 101, 113, 241, 243
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Σ 100, 102, 104
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Μ 3
ΓΙΑΓΤΖΟΓΛΟΥ Ι 127
ΓΙΑΚΚΟΥΠΗ Π 45
ΓΙΑΛΑΦΟΣ Η 372
ΓΙΑΜΑΡΕΛΛΟΥ Ε 119, 121, 124
ΓΙΑΝΝΑΙΝΑΣ Ν 360
ΓΙΑΝΝΑΚΗ Κ 13
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥ Μ 410
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΑΣ Γ 57
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΙΑ Μ 43, 44
ΓΙΑΝΝΑΣ Ρ 347
ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Α 114, 381
ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Β 347
ΓΙΑΟΥΖΑΚΗ Α 199
ΓΙΑΤΣΙΟΥ Σ 64, 79
ΓΙΟΒΑΝΗ Μ 87
ΓΙΟΒΑΝΗΣ Σ 388, 23, 283, 352
ΓΙΟΥΡΕΛΗΣ Β 27
ΓΙΟΥΤΛΑΚΗΣ Α 24
ΓΙΩΤΑΚΗ Μ 172
ΓΚΑΓΚΑ Α 377
ΓΚΑΖΑ Α 335
ΓΚΑΜΑΤΣΗ Ε 282
ΓΚΑΝΤΕΡΗΣ Γ 16
ΓΚΑΡΑΒΕΛΑ Θ 277
ΓΚΙΖΑΣ Ν 150
ΓΚΙΖΛΗΣ Β 41
ΓΚΙΚΑΣ Α 240, 242
ΓΚΙΚΟΠΟΥΛΟΣ Ν 159
ΓΚΙΝΗ Μ 242
ΓΚΙΟΥΛΑ Γ 14
ΓΚΙΟΥΛΟΣ Ν 128, 250, 251, 248
ΓΚΟΓΚΑ Ε 138
ΓΚΟΥΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Κ 132, 313, 316
ΓΚΟΥΜΑΣ Γ 409, 135
ΓΚΡΑΙΚΟΥ Θ 4
ΓΚΡΙΤΖΑΛΗΣ Κ 65, 68, 73, 74, 77, 82, 86, 88, 95
ΓΟΛΕΓΟΥ Σ 17
ΓΟΛΕΜΑΤΗ Σ 200
ΓΟΥΓΛΙΔΗΣ Β 314
ΓΟΥΓΟΥΡΕΛΑΣ Δ 249
ΓΟΥΙΛΛΙΑΜΣ Ε 4
ΓΟΥΛΗΣ Ι 57, 60, 56
ΓΡΑΜΟΥΣΤΙΑΝΟΥ Ε 52
ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ Κ 101
ΓΡΙΒΟΥ Κ 246
ΓΡΥΛΟΥ Ν 153
ΓΡΥΣΜΠΟΛΑΚΗ Ε 407
ΓΩΓΟΣ Κ 379

Δ

ΔΑΪΚΙΔΟΥ Δ 362
ΔΑΛΜΑ Α 43
ΔΑΛΜΑ Α 44
ΔΑΡΒΙΡΗ Χ 173, 175
ΔΑΡΙΒΑΚΗΣ Μ 255
ΔΕΔΕΗΛΙΑΣ Π 103
ΔΕΛΗΓΕΩΡΟΓΛΟΥ Ε 197
ΔΕΝΔΡΙΝΟΥ Κ 116
ΔΗΜΑΚΟΥ Π 370
ΔΗΜΗΤΡΑΚΗΣ Ν 143
ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Σ 11, 71, 97, 202, 208, 210, 211, 212, 213, 217, 300,
ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΣ Ν 194
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ Α 405
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Α 194, 277
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ 18

ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΑ Θ 300
ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΗΣ Ι 166
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Γ 124, 149
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ Α 333, 329
ΔΗΜΟΣ Γ 281
ΔΙΑΚΑΚΗΣ Π 194
ΔΙΑΜΑΝΤΗ Β 275, 394
ΔΙΑΜΑΝΤΙΔΗΣ Ε 7
ΔΟΒΑΣ Δ 359, 363
ΔΟΞΑΡΑ Α 279
ΔΟΥΔΟΥΛΑΚΑΚΗΣ Α 279
ΔΟΥΚΑ Ε 121
ΔΟΥΚΑΡΕΛΗ Χ 242
ΔΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε 1
ΔΡΙΤΣΑ Π 159
ΔΡΟΣΣΟΠΟΥΛΟΥ Γ 34
ΔΡΥΛΛΗ Α 309, 368
ΔΩΡΗ Γ 184

Ε

ΕΛΙΣΑΦ Μ 117, 118
ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Α 157
ΕΞΑΡΧΟΣ Δ 303
ΕΞΗΝΤΑΡΗ Μ 14
ΕΡΩΤΟΚΡΙΤΟΥ Γ 236, 247, 283, 352, 388
ΕΥΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε 165, 380
ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Α 365, 40
ΕΥΣΤΡΑΤΙΑΔΗ Ε 349
ΕΦΟΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ 46, 289, 344, 345
ΕΦΡΑΙΜΙΔΗΣ Μ 100, 104

Ζ

ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ Γ 410
ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ Ε 121
ΖΑΜΑΝΗΣ Χ 283
ΖΑΜΠΟΥΚΑΣ Χ 178
ΖΑΠΑΝΙΩΤΗΣ Ν 161
ΖΑΡΜΠΗΣ Γ 378
ΖΑΡΟΚΩΣΤΑ Μ 178
ΖΑΡΠΑΣ Χ 288
ΖΑΦΕΙΡΗΣ Χ 145, 320
ΖΑΧΑΡΗ Ν 336
ΖΑΧΑΡΗΣ Γ 336
ΖΕΡΒΟΥ-ΒΑΛΒΗ ΦΙΛΙΩ 381
ΖΗΚΑ Α 300
ΖΗΚΟΥ Λ 359
ΖΙΑΡΑ Γ 116
ΖΟΜΠΟΛΟΣ Ζ 188, 195
ΖΟΜΠΟΛΟΣ Σ. 54, 187, 191, 53, 192,193
ΖΟΥΛΑΜΟΓΛΟΥ Μ 178, 179, 331
ΖΟΥΜΠΛΙΟΣ Χ 135
ΖΥΓΑ Σ 48
ΖΩΓΟΠΟΥΛΟΣ Π 130
ΖΩΗ Α 138, 385
ΖΩΙΔΑΚΗΣ Ι 31, 32, 33, 328
ΖΩΤΑ Κ 43, 44
ΖΩΤΑΛΗΣ Ν 343

Η

ΗΛΙΑΔΗ Ε 140
ΗΛΙΟΔΡΟΜΙΤΗ Ζ 111, 112, 115, 197
ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Κ 351, 360
ΗΡΑΚΛΕΙΑΝΟΥ Σ 38

Θ

ΘΑΛΑΣΣΙΝΟΣ Ε 153
ΘΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Ι 337
ΘΕΜΕΛΗ-ΔΙΓΑΛΑΚΗ Κ 155
ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗΣ Κ 133, 315, 317
ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΣ Γ 361
ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΣ Ι 290, 366
ΘΕΟΔΟΥΛΟΥ Κ 178, 331
ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Α 275, 278, 394
ΘΕΟΔΩΡΟΥ Ε 150
ΘΕΟΦΑΝΗΣ Β 138, 385
ΘΗΡΑΙΟΣ Ε 141
ΘΩΜΟΠΟΥΛΟΣ Β 150

Ι

ΙΑΚΩΜΙΔΗΣ Ε 333, 329
ΙΣΜΥΡΛΗ Ε 395, 404
ΙΣΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Σ 107
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Ι 28, 29
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Κ 119
ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Σ. 409
ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Μ 56, 57, 60
ΙΩΑΝΝΟΥ Α 284, 121
ΙΩΣΗΦΙΔΗΣ Κ 302, 303, 304
ΚΑΒΒΑΔΙΑΣ Σ 110
ΚΑΒΒΟΥΡΑΣ Χ 102, 104
ΚΑΒΟΥΣΑΝΑΚΗ Μ 153

ΚΑΒΟΥΣΑΝΑΚΗ Μ 367
ΚΑΓΙΑΣ Δ 80, 94
ΚΑΓΙΟΥΛΗ Δ 7
ΚΑΖΑΖΗΣ Δ 158
ΚΑΖΑΚΙΔΗΣ Π 107
ΚΑΖΙΑΝΗ Α 277
ΚΑΘΟΠΟΥΛΗΣ Ν 300
ΚΑΙΝΗΣ Η 372, 375, 374
ΚΑΚΑΡΟΥΝΑ Χ 165
ΚΑΚΟΥΡΗΣ Γ 275, 278, 394
ΚΑΛΑΙΤΣΕΒΑ Ν 253
ΚΑΛΑΜΠΟΚΗΣ Α 145
ΚΑΛΑΝΤΖΗ Σ 263
ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ Ε 157
ΚΑΛΚΟΥΝΗ Ρ 163
ΚΑΛΛΕΣ Β 146, 332
ΚΑΛΛΗ Ε 53, 187, 191
ΚΑΛΛΗΣ Α 264
ΚΑΛΛΙΑΚΜΑΝΗΣ Α 13, 167, 169
ΚΑΛΛΙΟΔΗΣ Κ 300
ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ι 108
ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Φ 273
ΚΑΛΟΓΗΡΟΣ Α 292, 362
ΚΑΛΟΦΩΝΟΣ Χ 176
ΚΑΛΠΑΚΟΥ Γ 59
ΚΑΛΠΟΔΗΜΟΥ Χ 5
ΚΑΛΥΒΑΣ Α 133, 315, 317
ΚΑΛΦΟΥΝΤΖΟΣ Δ 360
ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ Α 38
ΚΑΜΙΤΑΚΗ Κ 3
ΚΑΜΠΑΝΗΣ Ν 199
ΚΑΜΠΕΡΟΓΙΑΝΝΗ Μ 16
ΚΑΜΠΟΛΗ Α 149
ΚΑΜΠΟΛΗ Α 356
ΚΑΜΠΟΥΡΙΔΗΣ Σ 170
ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ Γ 333, 329
ΚΑΜΠΟΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Ο 385
ΚΑΝΑΒΙΔΗΣ Π 380
ΚΑΝΑΚΑΡΗ Μ 170
ΚΑΝΑΚΗ Α 224
ΚΑΝΔΥΛΑΚΗΣ Ε 314
ΚΑΝΕΛΛΙΑΣ Ν 155
ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ Θ 58, 387
ΚΑΝΕΛΛΟΥ Α 234, 261
ΚΑΠΑΤΑΗΣ Α 247
ΚΑΠΕΛΟΣ Γ 138
ΚΑΠΙΡΗΣ Σ. 359
ΚΑΠΟΘΑΝΑΣΗ Δ 172, 255
ΚΑΠΟΥ Θ 135, 405
ΚΑΠΤΑΝΗΣ Σ 412
ΚΑΡΑΒΑΤΟΣ Α 63
ΚΑΡΑΒΙΑΣ Δ 176
ΚΑΡΑΒΙΑΣ Δ 176
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΑΚΗΣ Η 7
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Π 294
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΙΔΟΥ Δ 246
ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΑ Χ 16
ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΗ Ι 20, 235
ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΗΣ Γ 158, 291, 292
ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗ Ν 127
ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗΣ Π 9, 393
ΚΑΡΑΪΣΚΟΣ Γ 274
ΚΑΡΑΪΣΚΟΣ Η 119,121
ΚΑΡΑΚΑΣΙΔΟΥ Μ 337
ΚΑΡΑΚΥΚΛΑΣ Δ 261
ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ Α 236
ΚΑΡΑΜΑΝΑΚΟΣ Γ 286, 346
ΚΑΡΑΜΑΝΟΥ Μ 90, 64, 65, 68, 73, 74, 77, 82, 83, 84, 86, 88, 92, 93, 95, 96
ΚΑΡΑΜΙΧΑΛΑΚΗΣ Ν 104
ΚΑΡΑΜΠΕΛΑΣ Ι 240
ΚΑΡΑΜΠΗ Ε 375
ΚΑΡΑΜΠΗ Σ 124, 374
ΚΑΡΑΝΗΣ Π 401
ΚΑΡΑΝΙΚΑ Η 337
ΚΑΡΑΝΙΚΑΣ Χ 141
ΚΑΡΑΝΤΖΗ Ε 173
ΚΑΡΑΠΑΝΟΣ Δ 121
ΚΑΡΑΤΑΠΑΝΗΣ Σ 20, 61
ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ Γ 300
ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ Σ 17
ΚΑΡΒΕΛΗ Ε 5
ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ Χ 57
ΚΑΡΒΟΥΝΙΑΡΗΣ Μ 124
ΚΑΡΔΑΜΑΚΗΣ Δ 176
ΚΑΡΔΑΡΑ Μ 249
ΚΑΡΕΛΙΩΤΗΣ Β 100, 102
ΚΑΡΙΩΡΗ Μ 157
ΚΑΡΚΑΛΟΥΣΟΣ Π 15
ΚΑΡΚΟΥΛΙΑΣ Κ 162
ΚΑΡΝΑΚΗ Π 43
ΚΑΡΟΥΚΗ Μ 180
ΚΑΡΡΑ Α 196
ΚΑΡΥΩΤΗ Α 404
ΚΑΣΛΟΓΕΡΑΚΟΥ Α 48
ΚΑΣΤΟΡΙΝΗ Χ 43

ΚΑΣΤΟΡΙΝΗ Χ 44
ΚΑΤΙΡΤΖΟΓΛΟΥ Ε 305
ΚΑΤΡΑΝΗΣ Α 264
ΚΑΤΣΑΒΟΥΝΗ Χ 253
ΚΑΤΣΑΡΑ Κ 28, 244
ΚΑΤΣΑΡΟΛΗΣ Ι 124
ΚΑΤΣΑΡΟΥ Ρ 264
ΚΑΤΣΕΝΟΣ Χ 124
ΚΑΤΣΙΑΡΗ Μ 45
ΚΑΤΣΙΑΡΗ Μ 124
ΚΑΤΣΙΚΕΡΟΥ Β 41
ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ Ν 22, 23
ΚΑΤΣΙΜΗΤΡΟΥ Α 335
ΚΑΤΣΙΟΥΛΑ Ε 289
ΚΑΤΣΟΥΛΑΣ Θ 330
ΚΑΤΣΟΥΛΗ Σ 365
ΚΑΤΣΟΥΛΗ Γ 340
ΚΑΤΣΟΥΛΗ Ε 359
ΚΑΤΣΟΥΛΗ Σ. 363
ΚΑΤΣΟΥΛΙΕΡΗΣ Η 34
ΚΑΤΣΟΥΡΗ Β 37
ΚΑΤΣΩΧΗ Δ 232
ΚΑΨΑΛΑΚΗΣ Γ 349
ΚΑΨΙΜΑΛΗ Β 122
ΚΑΨΟΥΔΑΣ Δ 127
ΚΕΛΕΣΗΣ Χ 309, 368
ΚΕΜΠΑΠΗΣ Α 407
ΚΕΝΤΟΝ Θ 110
ΚΕΡΕΖΟΥΔΗ Ε 308, 129, 311
ΚΙΚΑΣ Ν 336
ΚΙΚΙΔΗΣ Δ 342
ΚΙΟΡΤΣΗΣ Δ 40
ΚΙΣΣΑ Ε 56, 60
ΚΙΤΑΝΙ Ρ-Α 179
ΚΙΤΝΑ Α 236
ΚΙΤΣΙΟΥ Β 6
ΚΙΤΤΟΥ Ν 59
ΚΛΑΔΑΚΗΣ Κ 18
ΚΛΑΠΑ Μ 24
ΚΛΕΑΝΘΟΥΣ Α 108, 302, 303
ΚΛΕΙΣΙΑΡΗΣ Χ 227
ΚΛΙΝΑΚΗ Ε 172
ΚΛΟΥΒΑ-ΜΟΛΥΒΔΑ Φ 121
ΚΛΟΥΡΑΣ Ε 117, 118
ΚΛΩΚΑ Μ 239
ΚΛΩΝΑΡΗΣ Χ 181
ΚΟΓΕΒΙΝΑΣ Μ 189
ΚΟΓΙΑΣ Γ 54
ΚΟΓΙΑΣ Γ 187, 188, 191, 195, 53, 192, 193
ΚΟΙΛΙΑΡΗ Ε 299
ΚΟΚΚΕΒΗ Η 340, 341
ΚΟΚΚΙΝΟΣ Α 39
ΚΟΚΚΙΝΟΣ Δ 108, 302, 303, 304
ΚΟΚΚΙΝΟΥ Μ 3
ΚΟΚΟΛΑΚΗ Α 249
ΚΟΛΙΑΝΤΖΑΚΗ Σ 71, 97, 202, 208, 210, 211, 212, 213, 217, 300
ΚΟΛΛΙΑ Σ 169
ΚΟΛΛΙΑΣ Π 249
ΚΟΜΙΤΟΠΟΥΛΟΣ Ν 28, 29, 244
ΚΟΜΙΩΤΗΣ Ι 300
ΚΟΜΠΟΤΗ Μ 124
ΚΟΝΙΤΣΙΩΤΗΣ Σ 40
ΚΟΝΤΑΞΗ Σ 62
ΚΟΝΤΕΛΛΗ-ΜΠΑΧΝΑ Ε 212
ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ Η 332
ΚΟΝΤΟΚΩΣΤΑΣ Κ 308,129, 311
ΚΟΝΤΟΠΙΔΟΥ Φ 58
ΚΟΝΤΟΡΙΓΑ Α 247
ΚΟΝΤΟΣΤΑΘΗ Γ 31
ΚΟΝΤΟΣΤΑΥΛΑΚΗ Δ 337
ΚΟΝΤΟΥ Ε 5, 124
ΚΟΡΑΚΑΚΗΣ Γ 28, 29, 244
ΚΟΡΔΑΝΟΥΛΗ Ο 45, 123, 125
ΚΟΡΔΩΣΗ Α 51
ΚΟΡΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Π 237
ΚΟΡΝΑΡΟΥ Ε 47, 49, 111, 112, 115, 168, 197, 222 225, 226
ΚΟΡΡΕΣ Ν 114, 381
ΚΟΡΦΙΑΣ Σ 133, 315, 317
ΚΟΡΩΝΗΣ Ν 194
ΚΟΤΡΩΝΗ Α 8, 11, 12, 298, 299
ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΣ Σ 362
ΚΟΤΣΑΤΟΣ Ν 2, 387
ΚΟΤΣΙΡΗΣ Δ 148, 147
ΚΟΤΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε 34
ΚΟΤΤΑΣ Σ 374
ΚΟΤΤΟΥ Σ. 106
ΚΟΥΒΑΡΗ Μ 54, 187, 188, 191, 195
ΚΟΥΒΕΛΕΤΣΟΥ Μ 274, 276, 290, 361, 366
ΚΟΥΚΗ Κ 127
ΚΟΥΛΗ Γ 54, 193
ΚΟΥΛΗ Μ 300
ΚΟΥΜΠΟΣ Β 234
ΚΟΥΝΙΑΚΗ Δ 6
ΚΟΥΡΗΣ Δ 410

ΚΟΥΡΗΣ Κ 370
ΚΟΥΡΚΟΥΛΟΥ Ε 179
ΚΟΥΡΚΟΥΤΑ Λ 227
ΚΟΥΡΟΥΠΗ Σ. 54, 193
ΚΟΥΣΚΟΥΝΗ Ε 30
ΚΟΥΣΟΥΛΑΚΟΥ Α 155
ΚΟΥΤΕΤΕ Δ 273
ΚΟΥΤΣΑΓΓΕΛΗ Κ 165
ΚΟΥΤΣΑΝΤΩΝΗ Ε 167, 169
ΚΟΥΤΣΙΑΝΑΣ Κ 126
ΚΟΥΤΣΙΛΙΕΡΗΣ Μ 137, 139
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α 252
ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΟΥ Μ 398, 403
ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΟΥ Π 398, 403
ΚΟΥΤΣΟΣΤΑΘΗΣ Ε 83, 85, 92, 93, 96, 348,356
ΚΟΥΤΣΟΥΒΕΛΗΣ Ι 365, 154
ΚΟΥΤΣΟΥΚΟΥ Α 124
ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΟΣ Ν 360
ΚΟΥΤΣΟΥΡΑΚΗ Μ 247
ΚΟΥΦΟΓΙΑΝΝΗ Α 153, 367
ΚΟΦΤΕΡΙΔΗΣ Δ 124
ΚΟΧΙΑΔΑΚΗΣ Γ 199
ΚΡΑΝΙΩΤΑΚΗ Ε 120
ΚΡΑΝΙΩΤΟΥ Χ 173, 175
ΚΡΑΤΗΜΕΝΟΣ Θ 151
ΚΡΗΤΙΚΟΥ Μ 172
ΚΡΙΚΕΛΗΣ Β 52
ΚΤΕΝΑΣ Ε ... 47, 49, 111, 112, 115, 168, 197, 222, 225, 226
ΚΥΡΑΤΖΗΣ Γ 365
ΚΥΡΙΑΖΗΣ Ι 127
ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Χ 3
ΚΥΡΙΑΚΟΥ Β 27
ΚΥΡΙΑΚΟΥ Τ 352, 283
ΚΥΡΙΑΚΟΥΛΗ Ι 184
ΚΥΡΟΔΗΜΙΟΣ Τ 342
ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΤΟΥ Α 294
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Π 58
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ε 331, 332, 330
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Κ 291
ΚΩΝΣΤΑΝΤΩΝΗ Μ 284
ΚΩΣΤΟΓΛΟΥ-ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Ι 137, 139, 253
ΚΩΣΤΟΥΡΟΥ Α 308
ΚΩΤΣΙΟΠΟΥΛΟΥ Π 264

Λ

ΛΑΓΙΟΥ Ο 162
ΛΑΓΟΥΜΙΝΤΖΗΣ Γ 13
ΛΑΔΙΑΣ Κ 19
ΛΑΖΑΡΗΣ Α 180
ΛΑΖΟΥ Ε 288
ΛΑΪΟΣ Κ 65, 66, 68, 73, 74, 84, 77, 85, 92, 96
ΛΑΜΠΡΙΑΝΟΥ Φ 20, 61
ΛΑΜΠΡΙΔΟΥ Σ 184
ΛΑΜΠΡΟΝΙΚΟΥ Μ 52
ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Π 352
ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ Π 262, 282
ΛΑΜΠΡΟΥ Β 383, 384
ΛΑΜΠΡΟΥ Ε 18
ΛΑΜΠΡΟΥ Π 263, 377
ΛΕΚΑΤΣΑΣ Π 142
ΛΕΛΕΚΗΣ Μ 157
ΛΕΜΠΕΣΗ Ε 279
ΛΕΝΤΖΑΡΗ Λ 335
ΛΕΟΤΣΙΝΙΔΗΣ Μ 189
ΛΕΤΣΑΣ Κ 100
ΛΕΤΣΑΣ Κ 102
ΛΕΩΝΙΔΑΚΟΥ Ο 184, 330
ΛΕΩΝΙΔΟΥ Λ 121
ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε 284, 360
ΛΙΑΜΗΣ Γ 117
ΛΙΑΝΟΣ Η 34
ΛΙΑΠΗΣ Β 19
ΛΙΑΠΙΚΟΥ Α 166, 378
ΛΙΑΠΠΗΣ Η 150, 281, 285
ΛΙΑΣΚΟΣ Χ 274, 276, 286
ΛΙΑΣΚΩΝΗ Α 19
ΛΙΑΣΚΩΝΗΣ Κ 19
ΛΙΑΤΗΣ Σ 276, 290, 366
ΛΙΒΑΝΕΙΟΣ Κ 372
ΛΙΒΑΝΙΟΣ Κ 374, 375
ΛΙΝΑΡΔΑΚΗ Γ 126
ΛΙΝΑΡΔΑΤΟΥ Κ 175
ΛΙΝΟΥ Α 43, 44, 256
ΛΙΝΡΔΑΤΟΥ Α 173
ΛΙΟΝΤΟΣ Α 118
ΛΙΟΣΗ Β 38
ΛΙΩΝΗ Λ 100, 104
ΛΟΪΖΙΔΗΣ Θ 11, 295
ΛΟΪΖΟΣ Γ 155
ΛΟΝΤΟΣ Ν 340
ΛΟΝΤΟΥ Σ 138, 385
ΛΟΥΗΣ Κ 223
ΛΟΥΚΑ Ε 260, 360
ΛΟΥΚΟΠΟΥΛΟΥ Π 278
ΛΥΓΗΡΟΥ Β 31

ΛΥΓΗΡΟΥ Β 32
ΛΥΓΗΡΟΥ Β 33, 328
ΛΥΔΑΚΗΣ Χ 153
ΛΥΚΟΥ Α 43
ΛΥΚΟΥΡΑΣ Δ 162
ΛΥΚΟΥΡΑΣ Μ 162
ΛΥΚΟΥΣΗ Σ 45, 123, 125
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε 117, 118
ΛΥΡΙΤΗΣ Γ 62

Μ

ΜΑΓΚΙΝΑ Α 121
ΜΑΓΚΙΝΑ Ν 45
ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗΣ Α 165, 380
ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗΣ Γ 380
ΜΑΚΙΝΑ Α 260, 284
ΜΑΚΡΥΔΑΚΗΣ Μ 31, 32
ΜΑΛΑΜΑΚΗΣ Ι 335
ΜΑΛΙΣΙΟΒΑΣ Ν 14
ΜΑΛΟΒΡΟΥΒΑΣ Δ 365
ΜΑΛΤΕΖΗΣ Κ 189
ΜΑΝΔΡΑΓΟΣ Κ 121
ΜΑΝΕΤΑΣ Γ 212
ΜΑΝΟΥΡΑΣ Α 52
ΜΑΝΟΥΣΟΣ Τ 157
ΜΑΝΤΑ Α 3
ΜΑΝΤΑΣ Γ 54, 187, 188, 191, 195, 53, 192, 193
ΜΑΝΤΖΟΥΡΑΝΗ Μ 138, 385
ΜΑΝΤΗΣ Χ 167
ΜΑΝΩΛΑΤΟΣ Δ 102
ΜΑΝΩΛΗΣ Ι 205, 215, 219
ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΥ Π 124
ΜΑΝΩΛΟΥΔΑΚΗ Κ 126
ΜΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ Κ 240
ΜΑΡΑΓΚΟΣ Κ 2, 387
ΜΑΡΑΚΗ Χ 389
ΜΑΡΓΑΡΗ Χ 135
ΜΑΡΕΝΤΗΣ Λ 149
ΜΑΡΙΝΕΛΗ Φ ... 68, 82, 83, 85, 88, 92, 93, 95, 96, 348, 356
ΜΑΡΙΝΕΛΗΣ Α 83, 85, 92, 93
ΜΑΡΙΟΛΗΣ- ΣΑΨΑΚΟΣ Θ 330, 142, 143, 146, 178, 179, 331, 332, 184
ΜΑΡΚΟΖΑΝΝΕΣ Γ 50
ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ Π 126, 413
ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ Δ 273
ΜΑΡΚΟΥΛΑΤΟΣ Π 52
ΜΑΡΟΥΛΗΣ Ι 176
ΜΑΣΤΟΡΑ Μ 150, 281, 285
ΜΑΣΤΟΡΑΚΗ Σ 180
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΣ Γ 112, 197
ΜΑΣΤΟΡΗΣ Ι 380
ΜΑΤΣΑΓΓΟΣ Σ 40
ΜΑΤΣΑΣ Μ 160, 161, 206, 209, 279, 370
ΜΑΤΣΟΥΚΑΣ Ι 162
ΜΑΥΡΙΚΟΣ Σ 147, 148
ΜΑΥΡΟΓΕΝΗ Σ 386
ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ Ι 239
ΜΑΥΡΟΕΙΔΗ Α 45, 123, 125
ΜΑΥΡΟΕΙΔΟΠΟΥΛΟΥ Β 21
ΜΑΥΡΟΥΛΗ Μ 122
ΜΑΥΡΟΥΛΗΣ Σ. 122
ΜΕΓΑΣ Β 343
ΜΕΓΑΣ Λ 343
ΜΕΓΡΕΜΗ Α 369
ΜΕΛΑ Μ 151
ΜΕΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ Χ 134
ΜΕΛΙΔΟΥ Α 14
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α 40, 252, 37, 38, 41, 155, 349
ΜΕΛΛΙΟΣ Α 237
ΜΕΝΔΡΙΝΟΥ Ε 275
ΜΕΡΜΕΛΕΚΑΣ Γ 32
ΜΕΤΑΞΑΣ Γ 163
ΜΕΤΣΙΚΑΣ Ν 150
ΜΗΚΑ Α 110
ΜΗΛΑΚΗ Κ 153, 367
ΜΗΝΑΣ Α 52
ΜΗΤΡΑΚΑ Κ 43
ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ 243
ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Γ 412
ΜΙΣΤΥΛΗΣ Π 411
ΜΙΤΖΕΛΟΣ Β 127
ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ Ε 12, 298
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ Α 260
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ Μ 188, 192, 195
ΜΙΧΟΥ Μ 173, 175
ΜΟΛΛΑΚΗ Β 21
ΜΟΛΦΕΤΑΣ Μ 106
ΜΟΣΧΟΒΗΣ Δ 236
ΜΟΣΧΟΝΑΣ Ν 24
ΜΟΣΧΟΣ Σ 145, 320
ΜΟΥΖΑΚΗ Α 189
ΜΟΥΣΣΑΣ Ν 121, 124
ΜΟΥΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Π 178
ΜΠΑΖΙΑΚΑ Φ 119, 124
ΜΠΑΪΚΟΥΣΗΣ Ν 103

ΜΠΑΚΑΛΑΚΟΣ Α 257
ΜΠΑΚΑΛΗΣ Ι 38
ΜΠΑΚΑΣ Ε 8, 10, 11, 12, 295, 296, 298, 299
ΜΠΑΚΑΤΣΗ Σ 12, 298
ΜΠΑΚΙΡΗ Μ 365
ΜΠΑΛΑΛΗΣ Δ 184, 179
ΜΠΑΛΤΑΓΙΑΝΗΣ Ν 407
ΜΠΑΛΤΑΣ Χ 261, 262
ΜΠΑΜΙΑ Χ 42, 50
ΜΠΑΜΠΛΕΚΗ Α 239
ΜΠΑΜΠΟΥΡΔΑ Μ 252
ΜΠΑΜΡΠΟΥΤΗ Ε 121
ΜΠΑΝΤΕΡ Α 7
ΜΠΑΝΤΗ Θ 253
ΜΠΑΞΕΒΑΝΟΣ Ν 323
ΜΠΑΡΙ Α 331
ΜΠΑΡΚΑ Χ 6
ΜΠΑΡΚΑΣ Φ 117, 118
ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΑΚΗΣ Ν 142, 143, 146
ΜΠΑΡΜΠΟΥΤΗ Ε 119, 124
ΜΠΑΡΟΥΧΟΣ Ν 165
ΜΠΑΣΟΥΛΗΣ Δ 39, 276, 181, 263, 287, 386
ΜΠΑΧΛΙΤΖΑΝΑΚΗ Μ 153, 367
ΜΠΕΛΕΣΙΩΤΟΥ Ε 120
ΜΠΕΛΛΙΑ Μ 2, 387
ΜΠΕΛΟΓΙΑΝΝΗ Κ 43
ΜΠΕΝΑΚΗΣ Σ 106, 302
ΜΠΕΝΑΡΔΗΣ Β 154
ΜΠΙΛΗΣ Α 349
ΜΠΙΛΛΗΡΗΣ Α 141
ΜΠΙΜΠΑ Α 401
ΜΠΙΜΠΑΣ Α 342
ΜΠΙΝΑΚΑΣ Ι 128, 248, 250, 251
ΜΠΙΝΙΑΡΗ Θ 17
ΜΠΙΤΖΑΝΗ Μ 121
ΜΠΙΦΣΑ Ε 179
ΜΠΛΑΝΑ Ε 108, 302, 304
ΜΠΟΒΙΑΤΣΗΣ Κ 133, 315, 317
ΜΠΟΖΑΒΟΥΤΟΓΛΟΥ Ε 161
ΜΠΟΛΑΝΟΣ Ν 407
ΜΠΟΛΕΤΗΣ Ι 134
ΜΠΟΜΠΟΤΑΣ Κ 320, 323
ΜΠΟΤΣΚΑΡΙΟΒΑ Α 246
ΜΠΟΥΖΑΣ Ν 110
ΜΠΟΥΜΠΑΣ Δ 149
ΜΠΟΥΝΤΗΣ Α 145
ΜΠΟΥΣΜΠΟΥΛΑΣ Σ 252
ΜΠΟΥΤΟΣ Ν 133
ΜΠΟΥΤΟΣ Ν 315, 317
ΜΠΟΥΦΙΔΗΣ Π 292, 358
ΜΠΟΥΧΑΓΙΕΡ Κ 176
ΜΠΟΥΧΡΑ Κ 107
ΜΠΡΟΥΝΤΖΟΣ Η 180
ΜΥΛΩΝΑ Μ 156, 286, 290, 346, 361, 366
ΜΥΛΩΝΑΚΗΣ Ι 309
ΜΥΛΩΝΑΚΗΣ Ι 368
ΜΩΡΕΤΗ Ε 242

Ν

ΝΑΝΙ Ν 351, 360
ΝΑΣΚΑ Α 255
ΝΑΣΟΘΥΜΙΟΥ Ε 173, 175
ΝΕΛΛΑ Α 7
ΝΕΠΚΑ Μ 120
ΝΕΡΑΝΤΖΗ Ε 175
ΝΙΑΚΑΣ. Δ 169
ΝΙΚΑ Ε 150
ΝΙΚΑ Χ 385
ΝΙΚΑΚΗ Α 98, 379
ΝΙΚΑΣ Δ 179
ΝΙΚΑΣ Κ 329, 333
ΝΙΚΗΤΑ Κ 200
ΝΙΚΗΤΑΚΟΣ Γ 37
ΝΙΚΗΤΑΣ Χ 342
ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ Ε 407
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Α 41
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Π 13
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Α 28, 29
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ 389
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Λ 264
ΝΟΔΑΡΑΣ Χ 360
ΝΟΤΑΡΑ Β 5, 54, 187, 188, 191, 192, 193, 195
ΝΟΤΑΣ Γ 199
ΝΟΤΟΠΟΥΛΟΣ Α 60
ΝΟΥΛΑΣ Α 52
ΝΤΑΛΑΠΕΡΑ Β 135
ΝΤΑΛΙΑΝΗΣ Κ 98, 379
ΝΤΕΛΑΚΗ Α 135
ΝΤΕΛΗΣ Β 234
ΝΤΕΛΙΚΟΥ Σ 2, 387
ΝΤΕΜΣΙΑ Σ 171
ΝΤΕΤΣΚΑΣ Γ 20, 61
ΝΤΕΧΑΡΑ Μ 172
ΝΤΙΜΑ Μ 17
ΝΤΟΥΝΗΣ Χ 110

ΝΤΟΥΡΑΚΗΣ Σ 55, 59

Ξ

ΞΑΠΛΑΝΤΕΡΗ Π 336
ΞΕΡΑ Ε 21
ΞΙΦΑΡΑΣ Μ 308, 129
ΞΥΔΑΚΗ Α 2, 387
ΞΥΔΩΝΑΣ Σ 100, 102, 104

Ο

ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ Ε 275, 278, 394
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Δ 408
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ε 30
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Θ 57
ΟΡΦΑΝΙΔΟΥ Μ 16
ΟΡΦΑΝΟΣ Φ 255
ΟΥΖΟΥΝΙΔΗΣ Α 376

Π

ΠΑΓΑΝΙΤΣΑ Γ 393
ΠΑΓΚΑΛΗΣ Σ 8, 11, 296, 299
ΠΑΓΟΥΛΑΤΟΣ Ε 144
ΠΑΓΩΝΗ Σ 234, 261, 262, 282, 347
ΠΑΛΑΙΟΔΗΜΟΥ Λ 362
ΠΑΛΛΑ Ε 45, 123, 125
ΠΑΛΛΑΝΤΖΑ Ζ 2, 387
ΠΑΛΛΗ Ε 337
ΠΑΛΛΗΣ Δ 145, 320, 323
ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Γ 162
ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΣ Δ 53, 54, 187, 188, 191, 192, 193, 195
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ Ι 288
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ Π 386
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Χ 389
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Θ 118
ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΑ Π 277
ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ Α 147, 148
ΠΑΝΑΓΟΥΛΙΑΣ Β 372, 376
ΠΑΝΤΑΖΗ Α 351
ΠΑΝΤΑΖΗ Κ 360
ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΥ Α 43, 256
ΠΑΝΤΙΩΡΑ Ε 128, 251, 248
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ Β 401
ΠΑΠΑΒΕΝΤΣΗΣ Δ 163
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε 351, 360, 171, 137, 139
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Δ 407
ΠΑΠΑΔΑΚΗ Σ 55, 59
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Δ 217
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ε 43
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ 160, 161, 279, 370
ΠΑΠΑΔΟΚΩΣΤΑΚΗ Ε 153
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α 169, 26, 356
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ι 264
ΠΑΠΑΔΟΣΠΥΡΙΔΑΚΗ Κ 153, 367
ΠΑΠΑΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Β 18
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α 40, 41, 249, 252, 165, 349
ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Γ 11
ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Ι 227
ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ Γ 58
ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ Γ 236
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Ν 4
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Π 287
ΠΑΠΑΚΥΡΙΤΣΗ Μ 296
ΠΑΠΑΝΑΓΝΟΥ Γ 54, 187, 188, 191, 195, 53, 192, 193
ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ Ε 46, 289
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Β 331
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ε 1
ΠΑΠΑΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Σ 22, 23
ΠΑΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Ι 146, 184, 253
ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Θ 129
ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Γ 383, 384
ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ Δ 405
ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Β 120
ΠΑΠΑΣΤΕΡΓΙΟΥ Β 20, 61
ΠΑΠΑΤΑΞΙΑΡΧΗΣ Ε 192, 193
ΠΑΠΑΤΕΣΤΑ Ε 116
ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΣ Ν 15, 310
ΠΑΠΟΥΤΣΑΚΗΣ Δ 131, 132, 313, 316, 318
ΠΑΠΠΑ Ε 46, 344, 345
ΠΑΠΠΑ Κ 32, 31, 33
ΠΑΠΠΑΣ Σ 252
ΠΑΡΑΣΚΑΚΗ Ε 160, 161, 279, 370
ΠΑΡΒΟΥΛΕΣΚΟΥ Γ 393
ΠΑΣΙΩΤΗ Α 308
ΠΑΣΚΑΛΗΣ Χ 119
ΠΑΣΠΑΛΑ Α 180
ΠΑΣΧΑΛΗΣ Σ 108, 303
ΠΑΣΧΑΛΙΔΟΥ Β 377
ΠΑΣΧΟΣ Α 75, 78, 81, 214
ΠΑΤΕΛΗΣ Ν 181
ΠΑΤΕΡΑΚΗΣ Γ 347
ΠΑΤΕΡΑΚΗΣ Κ 126
ΠΑΤΗΛΑ Ε 135, 405, 409
ΠΑΤΟΥΝΑ Α 160

ΠΑΤΡΟΥΔΑΚΗ Ε 178
ΠΑΤΣΑΒΕΛΑ Σ. 237
ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ Κ 18
ΠΑΥΛΟΥ Η 46, 289, 344, 345
ΠΕΝΤΑΖΟΣ Γ 286,346
ΠΕΠΠΑ Ε 255
ΠΕΠΠΑΣ Ε 256
ΠΕΡΙΒΟΛΙΩΤΗ Ε 120
ΠΕΡΛΟΡΕΝΤΖΟΥ Σ 18
ΠΕΤΕΙΝΑΚΗ Ε 52
ΠΕΤΡΑΚΗ Κ 153
ΠΕΤΡΑΛΙΑΣ Α 43, 44
ΠΕΤΡΑΣ Π 166, 373, 378
ΠΕΤΡΙΔΗΣ Γ 246
ΠΕΤΡΙΚΚΟΣ Π 348
ΠΕΤΣΑ Π 386
ΠΕΤΣΙΜΕΡΗ Β 244
ΠΕΤΣΙΟΥ Α 281
ΠΕΦΑΝΗΣ Α 163
ΠΙΠΕΡΙΔΟΥ Α 56, 60
ΠΙΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Π 108, 302, 303, 304
ΠΙΠΕΡΟΣ Θ 146, 184, 330, 143, 178, 179, 331, 332
ΠΙΠΗ Ε 5
ΠΙΠΙΚΟΣ Θ 98, 379
ΠΙΤΣΑΒΟΣ Χ 53, 54, 187, 188, 191, 195, 192, 193
ΠΙΤΣΙΟΣ Θ 62
ΠΛΑΚΑΣ Γ 15, 310
ΠΛΑΚΟΚΕΦΑΛΟΣ Η 52
ΠΛΑΤΗ Π 227
ΠΛΑΤΣΟΥΚΑ Ε 45, 123, 125
ΠΛΟΥΣΣΑ Β 19
ΠΟΔΑΡΑΣ Α 3
ΠΟΛΙΤΗΣ Α 305
ΠΟΛΙΤΟΥ Μ 388
ΠΟΛΟΝΥΦΗ Α 138
ΠΟΛΥΔΕΡΑ Β 273
ΠΟΛΥΔΩΡΑΣ Ν 10, 12
ΠΟΛΥΖΟΣ Α 140, 138
ΠΟΛΥΖΟΣ Κ 134, 286, 366, 276
ΠΟΛΥΖΟΥ Α 244
ΠΟΛΥΖΩΗΣ Μ 156, 286, 346
ΠΟΜΩΝΗ Σ 5
ΠΟΤΑΜΟΥΣΗ Π 131, 318, 127
ΠΟΤΣΙΟΣ Χ 336
ΠΟΥΛΑΚΟΥ Γ 121, 124, 149
ΠΟΥΛΑΚΟΥ ΡΕΜΠΕΛΑΚΟΥ Ε 67
ΠΟΥΛΑΣ Κ 13
ΠΟΥΛΗΜΕΝΟΥ Ε 308
ΠΟΥΛΗΜΕΝΟΥ Ε 311
ΠΟΥΡΙΚΗ Σ. 55
ΠΡΑΠΑ Ε 103
ΠΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Β 98, 379
ΠΡΩΤΟΓΕΡΟΥ Α 173, 175
ΠΡΩΤΟΠΑΠΑ Α 62

Ρ

ΡΑΔΟΣ Δ 312
ΡΑΪΚΟΥ Β 134
ΡΑΛΛΗ Μ 166, 373
ΡΑΠΙΔΗ Χ 7
ΡΕΜΠΕΛΟΥ Δ 48
ΡΕΝΕΣΗΣ Α 337
ΡΗΓΑΣ Ι 286
ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Δ 291
ΡΙΖΑ Ε 43
ΡΙΖΙΚΑΡΗ Μ 165
ΡΙΖΟΣ Ε 117
ΡΟΒΛΙΑΣ Α 131, 132, 313, 316, 318
ΡΟΔΙΤΗΣ Κ 180, 223
ΡΟΖΗΣ Κ 320, 323
ΡΟΗΛΙΔΗΣ Ε 404
ΡΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ Δ 365, 409
ΡΟΥΛΙΑ Ε 260, 360
ΡΟΥΣΣΟΥ Ζ 45, 123, 125
ΡΟΥΣΣΟΥ Κ 171
ΡΟΥΤΣΗ Χ 121, 124
ΡΟΥΦΑΣ Κ 61
ΡΟΧΑΣ ΧΙΛΛ Α 48

Σ

ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΥ Ε 362
ΣΑΓΙΑ Χ 37
ΣΑΖΑΚΛΗ Ε 189
ΣΑΚΑΣ Δ 133, 315, 317
ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Θ 398, 403
ΣΑΛΛΑ Ε 273
ΣΑΛΜΑΣ Π 294
ΣΑΜΑΡΑ Ε 223
ΣΑΜΑΡΑ Π 4
ΣΑΜΑΡΑΣ Χ 127
ΣΑΜΑΡΚΟΣ Μ 140
ΣΑΜΨΩΝΑΣ Φ 162
ΣΑΡΑΝΤΑΡΙΔΟΥ Γ 17
ΣΑΡΓΙΑΝΝΟΥ Μ 358

ΣΑΡΓΙΑΝΟΥ Μ 158, 291, 292, 362
ΣΑΡΔΕΛΗ Ι 110
ΣΑΡΙΔΗ Μ 51, 196
ΣΑΡΡΗ Α 295
ΣΑΡΡΗΣ Γ 289
ΣΑΡΡΟΥ Σ 52
ΣΓΑΝΤΖΟΣ Μ 86, 64, 66, 84, 330
ΣΓΟΥΡΟΣ Κ 157
ΣΕΡΑΦΕΙΜ Π 113
ΣΕΡΓΕΝΤΑΝΗΣ Θ 170
ΣΕΡΕΤΗ Α 38
ΣΕΡΕΤΗΣ Κ 180
ΣΙΑΔΟΥ Α 285
ΣΙΑΚΑΒΕΛΛΑ Μ 131, 132, 313, 316, 318
ΣΙΑΜΠΛΗ Μ 260, 360
ΣΙΑΣΙΟΣ Π 14
ΣΙΒΕΤΙΔΟΥ Σ 10, 12, 295, 296, 298
ΣΙΔΕΡΗ Ε 352
ΣΙΔΕΡΗΣ Α 100, 102, 104
ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Ν 300
ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Σ 246
ΣΙΕΡΡΟΥ Χ 108, 304
ΣΙΡΑΝΙΔΟΥ Κ 55, 59
ΣΙΩΡΑΣ Η 100, 102, 104
ΣΚΑΡΠΑΣ Γ 142, 143, 146
ΣΚΛΕΙΔΗ Α 17
ΣΚΟΠΑ Χ 176
ΣΚΟΡΔΑ Λ 61
ΣΚΟΥΛΑΞΕΝΟΥ Α 283
ΣΚΟΥΝΤΖΟΣ Γ 110
ΣΚΟΥΡΑ Λ 404
ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ Α 365, 154, 359, 363, 120, 151, 152
ΣΚΥΛΑΚΑΚΗ Μ 302
ΣΜΑΡΔΑ Μ 107
ΣΟΛΔΑΤΟΣ Π 173, 175
ΣΟΛΩΜΟΥ Σ. 236, 247
ΣΟΥΛΑΪΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ 56
ΣΟΥΛΑΪΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ 57
ΣΟΥΛΑΪΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ 60
ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ 51, 196
ΣΟΥΦΛΕΡΟΣ Κ 5
ΣΠΑΛΑ Γ 163
ΣΠΑΝΟΣ Κ 358
ΣΠΑΝΟΥ Γ 389
ΣΠΑΝΟΥ Α 128, 250, 251, 248
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Κ 16
ΣΠΥΡΑΚΟΣ Σ 87
ΣΠΥΡΙΔΗΣ Ι 43
ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε 147, 148
ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ 162
ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Ο 127
ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Π 40
ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Χ 135, 405, 409
ΣΤΑΜΑΤΙΟΥ Κ 413, 411
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΣ Θ 56, 60
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε 26, 241, 231, 233, 230
ΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Δ 15, 310
ΣΤΑΜΟΣ Ζ 17
ΣΤΑΜΟΥΛΗ Ε 110
ΣΤΑΜΠΟΡΗ Μ 20, 61
ΣΤΑΥΡΟΥ Α 108, 303
ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΚΗΣ Ε 80, 87, 90, 91, 94, 67, 76, 89, 75, 70
ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ Χ 22, 23
ΣΤΕΦΑΝΗ Δ 157
ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ Κ 15, 310
ΣΤΕΦΑΣ Ε 314
ΣΤΗΘΟΣ Δ 194
ΣΤΟΥΚΑΣ Β 239
ΣΤΡΑΒΟΔΗΜΟΣ Κ 328
ΣΤΡΑΒΟΠΟΔΗΣ Π 54, 187, 188, 191, 195, 53, 192, 193
ΣΤΡΑΤΟΥΛΗ Σ 273
ΣΤΡΙΓΓΛΟΓΙΑΝΝΗΣ Ι 20
ΣΤΡΙΚΟΥ Α 127
ΣΤΥΛΙΑΡΑ Π 374, 375
ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ Ν 348
ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ Ζ 10, 296
ΣΥΜΠΑΡΔΗ Σ 284
ΣΥΡΙΓΟΣ Κ 277
ΣΦΕΝΔΟΥΡΑΚΗ Ε 167, 169
ΣΩΡΡΑΣ Κ 71, 211, 97, 202, 208, 210, 212, 213, 217
ΣΩΤΗΡΙΟΥ Α 374, 375
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Α 170

Τ

ΤΑΒΕΡΝΑΡΑΚΗ Α 304
ΤΑΚΤΙΚΟΥ Ε 377
ΤΑΡΑΣΗ Α 6
ΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Δ 212
ΤΑΣΟΥΛΑΣ Ι 332
ΤΑΣΣΗ Η 281
ΤΕΓΟΣ Θ 135, 405, 409
ΤΕΛΙΟΣ Θ 155, 349
ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν 22, 23, 39, 134
ΤΖΑΓΚΑΡΑΚΗΣ Ε 367
ΤΖΑΝΑΒΑΡΗ Α 253

ΤΖΑΝΟΓΛΟΥ Δ 54, 188, 195
ΤΖΕΛΕΠΗ Β 176
ΤΖΕΡΕΜΕ Α 16
ΤΖΕΡΕΦΟΣ Σ 264
ΤΖΙΜΑΣ Θ 281, 285
ΤΖΟΒΑΡΑΣ Σ 332
ΤΖΟΥΒΑΛΑ Μ 236
ΤΗΝΙΑΚΟΥ Κ 62
ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑ Ε 335
ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ Χ 335
ΤΟΓΓΕΛΙΔΗΣ Β 8, 296, 299
ΤΟΛΗ Κ 383, 384
ΤΟΜΟΣ Π 377
ΤΟΠΑΛΙΔΗΣ Ι 312
ΤΟΣΚΑΣ Α 156, 274, 286, 290, 346, 361
ΤΟΣΚΑΣ Π 286, 290, 346, 361, 366, 386
ΤΟΤΣΙΚΑΣ Χ 359, 151, 365
ΤΟΥΚΛΗ Δ 4
ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ Δ 22, 23, 170
ΤΟΥΤΟΥΖΑ Μ 55
ΤΡΑΧΑΝΑΤΖΗ Ε 367
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΟΥ Σ 171
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Μ 138, 385
ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α 42, 50, 116, 172, 255
ΤΣΑΓΚΑΡΗ Β 121, 124
ΤΣΑΓΚΑΡΟΥΣΙΑΝΟΣ Χ 194
ΤΣΑΪΛΑΣ Π 144
ΤΣΑΚΑΛΗΣ Ν 352
ΤΣΑΚΙΡΗΣ Σ 167
ΤΣΑΚΟΥ Α 56, 60
ΤΣΑΚΟΥΝΤΑΚΗΣ Ν 240
ΤΣΑΚΡΗΣ Α 122
ΤΣΑΛΤΑ Δ 28, 29, 244
ΤΣΑΜΑΔΙΑΣ Β 30
ΤΣΑΜΑΝΤΑΣ Α 176
ΤΣΑΜΗ Χ 342
ΤΣΑΜΗΣ Ι 352
ΤΣΑΝΑΚΤΣΗΣ Δ 100, 102, 104
ΤΣΑΟΥΣΗ Σ 157
ΤΣΑΠΑΣΒΙΛΙ Α 332
ΤΣΑΡΕ Ε 24
ΤΣΑΦΑΝΤΑΚΗΣ Ε 145
ΤΣΑΧΟΥΡΙΔΟΥ Ο 246
ΤΣΕΚΡΕΚΟΣ Ε 154, 152
ΤΣΕΛΕΠΑΤΙΩΤΗΣ Ε 410
ΤΣΕΛΙΟΣ Θ 162
ΤΣΕΠΕΛΗ Μ 154
ΤΣΕΡΩΤΑΣ Π 302, 304
ΤΣΙΑΜΑΣΦΙΡΟΥ Δ 8, 10
ΤΣΙΑΜΗΣ Κ 122
ΤΣΙΑΜΗΤΑ Μ 162
ΤΣΙΑΟΥΣΗΣ Ι 184
ΤΣΙΒΓΟΥΛΗΣ Γ 180
ΤΣΙΚΑ Ο 311
ΤΣΙΛΙΓΓΙΡΗΣ Δ 156, 181, 263
ΤΣΙΛΙΜΠΑΡΗ Ε 34
ΤΣΙΜΠΛΗΣ Χ 100, 104
ΤΣΙΜΠΟΥΞΗ Α 275, 278, 394
ΤΣΙΜΠΟΥΡΗΣ Γ 323
ΤΣΙΟΔΡΑΣ Σ. 288, 149
ΤΣΙΡΙΓΓΑ Α 55
ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ Α 5, 6
ΤΣΙΡΟΖΟΓΛΟΥ Κ 65, 68, 74
ΤΣΙΡΩΝΗ Μ 48
ΤΣΙΤΣΗΣ Β 300
ΤΣΙΤΣΙΛΩΝΗ Ο 4
ΤΣΟΛΑΚΗ Σ 108, 303, 304
ΤΣΟΜΠΑΝΑΚΗ Ε 53, 187, 191
ΤΣΟΝΟΠΟΥΛΟΣ Η 161
ΤΣΟΤΟΥΛΙΔΗΣ Σ 246
ΤΣΟΥΚΑΛΑ Μ 125
ΤΣΟΥΚΑΛΑΣ Γ 85, 92, 96, 64, 65, 66, 68, 73, 79, 82, 84, 86
ΤΣΟΥΚΑΛΑΣ Ι 79
ΤΣΟΥΚΑΛΗΣ Ν 264
ΤΣΟΥΜΑΝΗ Ν 199
ΤΣΟΥΜΗ Γ 140
ΤΣΟΥΝΗ Μ 150
ΤΣΟΥΤΣΟΣ Δ 16
ΤΥΦΟΞΥΛΟΥ Ε 358

Υ

ΥΑΚΙΝΘΟΣ Α 314
ΥΦΑΝΤΗΣ Ν 107

Φ

ΦΑΚΟΥ Α 107
ΦΑΜΗΛΙΑΣ Ι 20
ΦΑΡΣΑΡΗΣ Δ 151
ΦΑΣΙΑΝΟΣ Μ 158
ΦΕΡΦΕΛΗ Σ 10, 296
ΦΙΛΙΟΥ Ε 374, 375
ΦΛΩΡΟΣ Α 159
ΦΛΩΡΟΥ Ζ 52
ΦΟΡΤΗΣ Α 159

ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗ-ΠΑΠΑΡΙΖΟΥ Λ 388
ΦΟΥΣΤΕΡΗΣ Ε 40, 3, 41
ΦΟΥΤΡΗΣ Α 37, 41
ΦΡΑΓΓΙΔΗ Δ 333, 329
ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ Γ 131, 318
ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗ Κ 39
ΦΡΑΓΚΟΣ Π 19
ΦΡΑΓΚΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ Α 389
ΦΡΑΔΕΛΟΣ Ε 227
ΦΥΛΛΑΣ Η 167
ΦΥΤΙΛΗ Χ 39, 156, 263, 274, 287
ΦΩΤΑΚΗ Σ 7

Χ

ΧΑΒΙΑΡΗ Α 256
ΧΑΪΚΑΛΗΣ Σ 393
ΧΑΛΑΡΗΣ Ν 240
ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Ι 19
ΧΑΛΕΒΑΣ Π 57, 60
ΧΑΛΚΙΑΣ Κ 412
ΧΑΝΙΩΤΟΥ Α 215, 201, 205, 216, 219, 203
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Α 389
ΧΑΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΑΡΙΣΕΣΚΟΥ Τ 246
ΧΑΡΙΤΟΣ Χ 103
ΧΑΡΤΩΝΑΣ Γ 144
ΧΑΣΑΠΗ Χ 101, 113
ΧΑΤΖΑΚΗ Δ 160
ΧΑΤΖΗΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Χ 8, 10, 299, 405
ΧΑΤΖΗΔΑΚΗΣ Ι 341
ΧΑΤΖΗΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Χ 242
ΧΑΤΖΗΜΑΥΡΙΔΟΥ-ΓΡΗΓΟΡΙΑΔΟΥ Β 380
ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΛΗΣ Α 407
ΧΑΤΖΗΠΑΣΧΑΛΗ Ε 230, 231, 233
ΧΑΤΖΗΠΛΗΣ Ε 147, 148
ΧΑΤΖΗΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Δ 328
ΧΑΤΖΟΓΛΟΥ Β 106
ΧΑΧΑΔΑΚΗΣ Ν 142
ΧΕΡΑΣ Π 26, 101, 113, 241, 243
ΧΙΝΗ Σ 234, 261, 282
ΧΟΛΕΒΑΣ Π 56
ΧΟΛΗΣ Α 151
ΧΟΛΟΓΚΙΤΑΣ Ε 56, 57, 60
ΧΡΗΣΤΑΚΟΥ Α 294
ΧΡΗΣΤΟΥ Π 32
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗΣ Α 141
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ 413, 411
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Ν 333, 329
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Β 288, 408
ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΙΔΗΣ Γ 37
ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΟΥ Ε 246
ΧΡΟΝΗ Δ 273
ΧΡΟΝΗ Μ 341, 340
ΧΡΟΥΣΟΣ Γ 173, 175
ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ 351, 360
ΧΡΥΣΑΝΘΟΣ Ν 237
ΧΡΥΣΟΣ Δ 264
ΧΡΥΣΟΣ Γ 126
ΧΡΥΣΟΥ Σ 393
ΧΡΥΣΩΤΗΣ Χ 373
ΧΩΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Σ 239

Ψ

ΨΑΛΤΟΠΟΥΛΟΥ Θ 170
ΨΑΡΟΥΔΑΚΗ Ζ 120
ΨΑΡΡΑ Α 246
ΨΑΡΡΗΣ Α 329, 333
ΨΕΛΛΑΣ Χ 61, 20
ΨΗΝΑ Α 160
ΨΙΛΟΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ Γ 309, 368
ΨΥΡΡΗ Α 408
ΨΥΧΟΓΥΙΟΥ Μ 287