40 ΧΡΟΝΙΑ ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1835

mednethellas
the greek medical network
Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες
Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

179
ΧΡΟΝΙΑ
ΙΕΑ

40ο ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

14-17 ΜΑΪΟΥ 2014

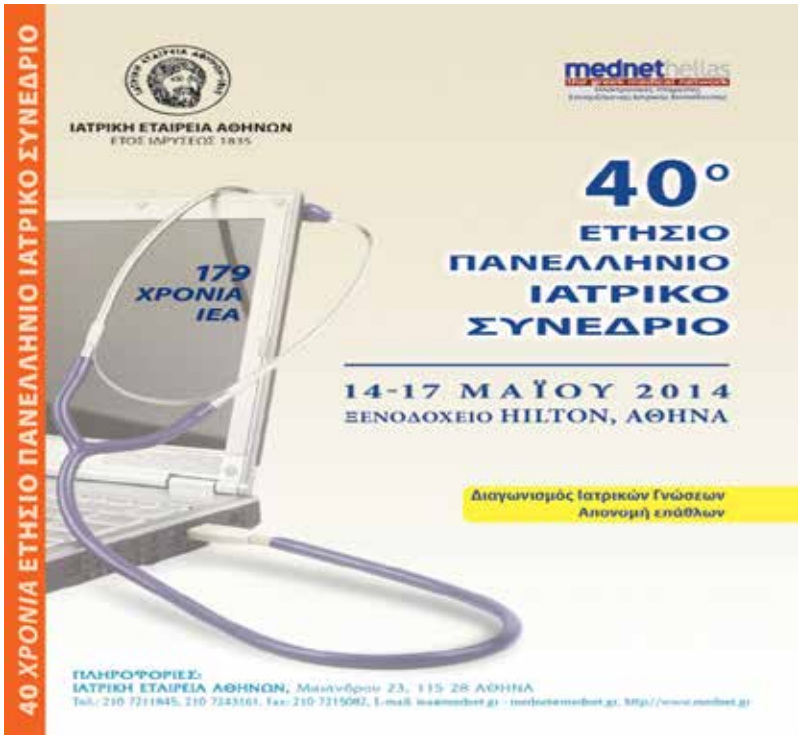
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ HILTON, ΑΘΗΝΑ

Διαγωνισμός Ιατρικών Γνώσεων
Απονομή επάθλων

Θα χορηγηθούν 24 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (C.M.E. CREDITS)

ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ



σε συνεργασία

ΜΕ 30 ΕΙΔΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ

ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Οι περιλήψεις από τον αριθμό 1-329 θα ανακοινωθούν προφορικά και από 330-461 θα αναρτηθούν.
Οι εργασίες 86 και 85 πήραν το Α΄ και Β΄ βραβείο αντίστοιχα και οι 32 και 16 τους Επαίνους στην ενότητα των εργασιών, **βασικής έρευνας.**
Οι εργασίες 103 και 262 πήραν το Α΄ και Β΄ βραβείο αντίστοιχα και η 204 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
14-17 Μαΐου 2014

Διοικητικο Συμβουλιο
Ιατρικης Εταιρειας Αθηνων
και
Οργανωτικη Επιτροπη
40ου Ετησιου Πανελληνιου Ιατρικου Συνεδριου

Πρόεδρος	Α. Σκουτελης
Αντιπρόεδρος	Ν. Μαγκινα
Γεν. Γραμματέας	Ε. Θηραιος
Ειδ. Γραμματέας	Σ. Παπαγεωργιου
Ταμίας	Λ. Ραλλιδης
Μέλη	Ε. Βογιατζακης
	Θ. Βραχλιωτης
	Γ. Κουρακλης
	Μ. Σαμαρκος

Επιτροπη Προγραμματος

Κ. Αθανασακης
Α. Αναγνωσταρα
Χ. Αρβανιτη
Ε. Αρχοντακης
Κ. Βαγιανος
Β. Βανταλη
Α. Βοζικης
Μ. Βουλγαρελης
Γ. Βρυωνη
Ε. Γιαννιτσιωτη
Σ. Γουλας
Κ. Γουργουλιανης
Γ. Δαϊκος
Δ. Δημητρουλης
Ε. Διαμαντη-Καναδαρακη
Σ. Ευσταθιου
Ε. Ζουριδακη
Γ. Ζωγραφος
Μ. Θεοδωρακοπουλου
Μ. Καλοειδας
Σ. Καραμπελα
Χ. Καρανικας
Α. Καροτσης
Β. Καψιμαλη
Κ. Κοντου-Φιλη
Χ. Κουτσια
Α. Κωδουνης
Γ. Κωστοπαναγιωτου
Σ. Λουκιδης
Θ. Μακρης
Ι. Μακρυνιωτου
Δ. Μαντας
Δ. Μαντζουρατος
Σ. Μανωλακοπουλος
Π. Μαργος
Α. Μεγαλακακη
Α. Μιχος
Σ. Μουταφης
Α. Μπερλερ
Α. Μπετροσιαν
Α. Μπιμπας
Κ. Μποκη
Ι. Μπολετης
Σ. Ντουρακης
Α. Παπαδοπουλος
Α. Παπαζαφειροπουλου
Β. Παπασταμοπουλος
Ι. Παπατριανταφυλλου
Π. Παρασκευοπουλου
Α. Παυλοπουλου
Α. Πεφανης
Γ. Πιαδιτης
Ε. Πλατσουκα
Ν. Πολυζος
Α. Πρωτοπαππας
Χ. Ραπιδη
Κ. Σουλιωτης
Μ. Τεκτονιδου
Ν. Τεντολουρης
Ε. Τεστεμπαση
Π. Τομος
Γ. Τσουρουφλης
Ε. Φραγκουλης
Σ. Χατζηιωαννου
Χ. Χριστοδουλου

ΤΑ ΕΠΟΜΕΝΑ ΕΠΙΣ

41ο ΕΠΙΣ 6-9 ΜΑΪΟΥ 2015

Η στοιχειοθεσία του τόμου των περιλήψεων έγινε με εισαγωγή των στοιχείων από τις περιλήψεις που υπέβαλαν οι συμμετέχοντες στη Γραμματεία του 40ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ.

1. ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΤΥΠΟΥ ΝΥΚΤΕΡΙΝΗΣ ΠΑΡΟΞΥΝΤΙΚΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΡΙΝΟΥΡΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΥΕΛΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ

Ι. Ασημακόπουλος[1], Ε. Τέρπος[2], Λ. Παπαγεωργίου[1], Α. Γιακουμής[3], Ο. Καμπουροπούλου[3], Δ. Χρίστουλας[2], Γ. Βαϊόπουλος[3], Μ. Σαμάρκος[3], Μ. Αγγελοπούλου[1], Θ. Βασιλακόπουλος[1], Κ. Κωνσταντόπουλος[1], Γ. Μελέτης[1]

[1]Αιματολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, ΓΝΑ «Λαϊκό», [2]Θεραπευτική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», [3]Α΄ Παθολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, ΓΝΑ «Λαϊκό»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο ρόλος των CD55 (DAF) και CD59 (MIRL), ρυθμιστικών πρωτεϊνών του συμπληρώματος, στην παθοφυσιολογία των ρευματολογικών νοσημάτων, παραμένει αδιευκρίνιστος. Η παθοφυσιολογική συνέπεια της έλλειψής τους παρατηρήθηκε πρώτη φορά στην νυκτερινή παροξυντική αιμοσφαιρινουρία (ΝΠΑ). Πρόκειται για σπάνια επίκτητη κλωνική διαταραχή του αρχέγονου αιμοποιητικού κυττάρου, λόγω μιας μετάλλαξης του γονιδίου PIG-A, ενώ χαρακτηρίζεται κυρίως από χρόνια ενδαγγειακή αιμόλυση, θρομβωτικές διαταραχές και μυελική ανεπάρκεια.
Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνήσει την παρουσία «τύπου ΝΠΑ» ερυθροκυτταρικών πληθυσμών στο περιφερικό αίμα ασθενών με ρευματολογικά νοσήματα και πιθανή συσχέτιση με κλινικές ή εργαστηριακές παραμέτρους.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Η μέθοδος μικροτυποποίησης με γέλη sephacryl χρησιμοποιηθήκε για την εκτίμηση της ερυθροκυτταρικής έλλειψης του CD55 και/ή του CD59 σε 113 ρευματολογικούς ασθενείς, 121 φυσιολογικούς αιμοδότες και 10 ΝΠΑ ασθενείς. Επί «αρνητικών» πληθυσμών, οι δοκιμασίες Ham και σουκρόζης εφαρμόσθηκαν επίσης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκατόν-τέσσερις (104) ρευματολογικοί (92%) και 10 (100%) ΝΠΑ ασθενείς παρουσίασαν «τύπου ΝΠΑ» ερυθροκύτταρα, ενώ μόλις 5 (4%) φυσιολογικοί αιμοδότες. Η ερυθροκυτταρική έλλειψη του CD55 επηρέασε σημαντικά τη διακύμανση της αιμοσφαιρίνης στους ρευματολογικούς ασθενείς ($F=6,092$, $p=0,015$), ενώ συσχετίσθηκε παράλληλα με την συγκέντρωσή της ($r_s=-0.205$, $p=0.0296$). Θετικές δοκιμασίες Ham και σουκρόζης εμφάνισαν μόνο οι ΝΠΑ ασθενείς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ρευματολογικοί ασθενείς παρουσιάζουν ερυθροκυτταρικούς πληθυσμούς «τύπου ΝΠΑ». Μάλιστα, η ερυθροκυτταρική έλλειψη του CD55 πιθανόν να αντικατοπτρίζει την επίδραση της αυτοανοσίας στην ερυθροποίηση, μέσω της επαγωγής, ποικίλλου βαθμού, μυελικής ανεπάρκειας ανοσολογικής αρχής.

2. ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ATIII ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟ

Μ. Τσαουσίδου, Σ. Θυμιανού, Ζ. Μοσχίδης, Α. Χανός, Μ. Γαβαλάκη, Ο. Κατσαρού, Π. Κώτση

Τμήμα Αιμόστασης, Αιμοδοσία, ΓΝ Αθηνών «Λαϊκό»

ΣΚΟΠΟΣ: Η Αντιθρομβίνη ΙΙΙ (ATIII) αποτελεί κύριο αναστολέα της θρομβίνης και η έλλειψή της αποτελεί μείζονα θρομβοφιλικό παράγοντα. Η έλλειψη ATIII κληρονομείται με επικρατή αυτοσωματικό χαρακτήρα. Μεταλλάξεις του γονιδίου προκαλούν ποσοτικές ή ποιοτικές μεταβολές της ATIII (τύπου I και II αντίστοιχα). Στην μελέτη αυτή παρουσιάζονται μεταλλάξεις σε ασθενείς με θρομβοεμβολική νόσο.
ΥΛΙΚΟ: Σε 45 ασθενείς με θρομβοεμβολική νόσο και έλλειψη ATIII, απομονώθηκε DNA από ολικό αίμα και τα εξόνια της ATIII ενισχύθηκαν είτε μεμονωμένα (PCR) είτε ταυτόχρονα (multiplex PCR). Τα προϊόντα PCR αποδιατάχθηκαν και υπεβλήθησαν σε dHPLC (WAVE/Transgenomic). Τα ετεροδίκλωνα μόρια που προέκυψαν από την ανάλυση, υπεβλήθησαν σε sequencing. Ασθενείς χωρίς ενδείξεις μεταλλάξεων από την dHPLC ελέγχθηκαν για δομικά ελλείμματα με multiplex PCR.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 17 ασθενείς βρέθηκαν: **Εξόνιο 2:** 5 ασθενείς ετεροζυγώτες για τη μετάλλαξη Budapest III και 1 ομοζυγώτης για τη μετάλλαξη αυτή. 3 ασθενείς (μέλη της ίδιας οικογενείας) με έλλειμμα 5 βάσεων και μετατόπιση πλαισίου ανάγνωσης (frameshift) που δημιουργεί κωδικόνιο λήξης.**Εξόνιο 4:** 2 αδελφές που φέρουν την γνωστή μετάλλαξη W189. **Εξόνιο 5:** 1 φέρει τη μετάλλαξη Q334Χπου προκαλεί απαλοιφή μέρους του εξονίου 5 και των εξονίων 6 και 7 (θέσεις δέσμευσης της θρομβίνης) και 1 φέρει τη μετάλλαξη D342. **Εξόνιο 6:** 1 φέρει τη μετάλλαξη R359X και 1 συνώνυμη μετάλλαξη που μέχρι σήμερα δεν έχει αναφερθεί στη βάση μεταλλάξεων της ATIII και 3 συγγενείς 1ου βαθμού φέρουν στο ιντρόνιο 6, τον πολυμορφισμό G > A που οδηγεί σε εναλλακτικό μάτισμα (cryptic splicing site) και απώλεια των εξονίων 6 και 7.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση μεταλλάξεων θα μπορούσε να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με θρομβοεμβολική νόσο και έλλειψη αντιθρομβίνης.

3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΪΣΤΟΧΗΜΙΚΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΤΩΝ ΜΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΝ, ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΠΛΑΣΜΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΠΟΛΛΑΠΛΑΣΙΑΣΜΟΥ Ki-67 ΣΤΟ ΜΥΕΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ

Μ. Δεβετζόγλου[1], Γ. Τσιράκης[1], Μ. Κοκονοζάκη[2], Ρ. Βιζουκάκη[2], Α. Ξεκάλου[3], Μ. Αλεξανδράκης[1]

[1]Αιματολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείου Ηρακλείου, [2]Αιματολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείου Ηρακλείου,[3]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

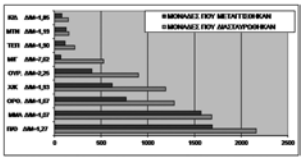
ΣΚΟΠΟΣ: Στο πολλαπλό μυέλωμα (ΠΜ) τα νεοπλασματικά πλασματοκύτταρα αλληλεπιδρούν με το φλεγμονώδες μικροπεριβάλλον του μυελού των οστών, δημιουργώντας ευνοϊκές συνθήκες για την ανάπτυξη και επέκτασή τους. Τα μαστοκύτταρα συμμετέχουν σε αυτή τη φλεγμονώδη διαδικασία και σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της συμμετοχής τους στην πολλαπλασιαστική δυναμική των πλασματοκυττάρων.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 58 ασθενείς κατά τη διάγνωση του ΠΜ (31 άντρες, μέσης ηλικίας 67±10 ετών) προ έναρξης οποιασδήποτε αντιμυελωματικής θεραπείας. Με βάση το διεθνές σύστημα σταδιοποίησης, οι 16 ήταν σταδίου I, οι 20 σταδίου II και οι 22 σταδίου III. Στα δείγματα οστικού κυλίνδρου εκτιμήθηκαν ανοσοϊστοχημικά η πλασματοκυτταρική διήθηση (CD38), ο δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού των πλασματοκυττάρων Ki-67, η μικροαγγειακή πυκνότητα του μυελού (microvascular density, MVD), εκτιμώντας τα αγγεία του μυελού (CD31), και η μαστοκυτταρική πυκνότητα (mast cell density, MCD), εκτιμώντας την παρουσία τους (τρυπτάση). Επίσης μελετήθηκαν και 22 υγιείς μάρτυρες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλες οι τιμές ήταν αυξημένες στους ασθενείς, σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό ($p<0,001$ για όλες τις περιπτώσεις). Επίσης όλες οι τιμές αυξάνονταν με την εξέλιξη του σταδίου της νόσου ($p<0,003$ για τη διήθηση και $p<0,001$ για τις υπόλοιπες περιπτώσεις). Τέλος βρέθηκαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις της MCD με τη διήθηση ($r=0.431$ $p<0.004$), τη MVD ($r=0.360$ $p<0.02$) και το Ki-67 ($r=0.537$ $p<0.0001$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Φαίνεται ότι τα μαστοκύτταρα συμμετέχουν ενεργά στην εξέλιξη του ΠΜ, επηρεάζοντας τόσο την αγγειογένεση όσο και τον άμεσο πολλαπλασιασμό των πλασματοκυττάρων.

4. Η ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΕΙ ΤΗΝ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΙ ΝΑ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΕΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΑ

Ι. Κοντόνης[1], Η. Κωνσταντίνου[2], Ε. Στρατιγάκος[2], Α. Γαλατά[1], Γ. Κουτουφάρης[2], Μ. Καλκάνη[1]

[1]Αιμοδοσία, ΓΝ Λακωνίας, [2]Παθολογική Κλινική, ΓΝ Λακωνίας

Διάφορες επιστημονικές εταιρίες ή ομάδες, όπως η British Committee for Standards in Haematology (BCSH), η American Society of Clinical Oncology (ASCO), η American Society of Anesthesiologists, η American Association of Blood Banks (AABB) και άλλες, καθώς και η Ελληνική Αιματολογική Εταιρία (ΕΑΕ), έχουν δημοσιεύσει κατευθυντήριες οδηγίες για την μετάγγιση αίματος και μια λίστα χειρουργικών επεμβάσεων με τις αντίστοιχες μονάδες αίματος που χρειάζονται να διασταυρωθούν για κάθε ασθενή προεγχειρητικά (Maximum Surgical Blood Order Schedules, MSBOS).
ΣΚΟΠΟΣ: Να εξετασθεί η διαχείριση αίματος ανά κλινική του Νοσοκομείου μας σε χρονικό διάστημα δύο ετών, χωρίς να έχει γίνει καμιά επιτήρηση για την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών μετάγγισης αίματος και του MSBOS.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγράφησαν οι αιτήσεις για διασταύρωση αίματος από κάθε κλινική του Νοσοκομείου μας εντός δύο ετών (Ιανουάριος του 2012 – Δεκέμβριος του 2013) και οι μονάδες αίματος που τελικά μεταγγίσθηκαν σε κάθε κλινική τα έτη 2012 και 2013. Υπολογίσθηκε ο λόγος: μονάδες που διασταυρώθηκαν (Δ) προς μονάδες που μεταγγίσθηκαν (Μ) και θεωρήθηκε αποδεκτός λόγος $Δ/M<1,5$ ενώ λόγος $Δ/M>1,5$ καταδεικνύει υπέρ του δέοντος ζήτηση για διασταυρωμένο αίμα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο διάγραμμα φαίνεται η εκτίμηση των κλινικών για διασταυρωμένες μονάδες αίματος και η τελική χρήση των μονάδων αυτών. Καταγράφεται σαφής υπεροχή των αιτήσεων για διασταύρωση (εκτιμούμενες μονάδες προς μετάγγιση) σε σχέση με τις μονάδες που τελικά μεταγγίσθηκαν.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση των κλινικών για τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες μετάγγισης αίματος και τη λίστα MSBOS και η επιτήρηση για την εφαρμογή αυτών, θα οδηγήσει σε ορθολογική χρήση του αίματος με απώτερο αποτέλεσμα την εξασφάλιση της επάρκειάς του, την εξοικονόμηση εργασιακού χρόνου και την μείωση δαπανών για την αγορά αντιδραστηρίων.



5. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΛΛΟΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΜΕΜΒΡΑΝΗΣ ΜΕ ΤΗ ΔΟΣΗ ΕΞΩΓΕΝΟΥΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Δ. Σταμόπουλος[1], Β. Δημητράτου[1], Ν. Μπακιρτζή[2,3]

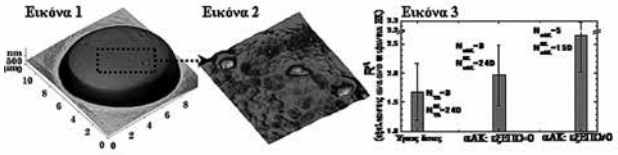
[1]Ινστιτούτο Προηγμένων Υλικών, Φυσικοχημικών Διεργασιών, Νανοτεχνολογίας και Μικροσυστημάτων, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», [2]Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Γ.Γεννηματάς», [3]Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Νεφροϊατρική»

ΣΚΟΠΟΣ: Συνήθως, οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (ΑΚ) δεν έχουν επαρκή παραγωγή ενδογενούς Ερυθροποιητίνης (ενΕΠΟ). Έτσι, παρουσιάζουν αναιμία η οποία διορθώνεται με χορήγηση εξωγενούς ΕΠΟ (εξΕΠΟ). Τα τελευταία χρόνια έχουν διατυπωθεί προβληματισμοί σχετικά με την ασφάλεια της εξΕΠΟ, αλλά μέχρι σήμερα δεν έχουν μελετηθεί σε συγκριτική βάση ερυθροκύτταρα (ΕΚ) που παράγονται από ενΕΠΟ και εξΕΠΟ, σχετικά με τα μορφολογικά/δομικά τους χαρακτηριστικά. Για τη διερεύνηση αυτών των θεμάτων, η παρούσα εργασία μελετά ΕΚ υγιών δοτών (ΥΔ) και ασθενών υπό ΑΚ (αΑΚ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Άθικτα ΕΚ ΥΔ ($N_{ΥΔ}$=8/$N_{ΥΔ}^{ΕΚ}$=240) και δύο ομάδων αΑΚ που δε λαμβάνουν ($N_{αΑΚ}$=8/$N_{αΑΚ}^{ΕΚ}$=240) και λαμβάνουν ($N_{αΑΚ}$=5/$N_{αΑΚ}^{ΕΚ}$=150 και $[εξΕΠΟ]_{αΑΚ}$=438±43 IU/Kg/week) δόση εξΕΠΟ μελετήθηκαν με προηγμένα μικροσκόπια (Μικροσκόπιο Ατομικής Δύναμης-ΜΑΔ και Μικροσκόπιο Ηλεκτρονικής Σάρωσης-ΜΗΣ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μικροσκοπική εξέταση με ΜΑΔ και ΜΗΣ έδειξε ότι και στις τρεις ομάδες η μεμβράνη των ΕΚ παρουσιάζει *εξελκώσεις*, (Εικόνες 1-2) πιθανά σχετιζόμενων με τη διαδικασία γήρανσής τους. Ποσοτικά, υπάρχει διαφοροποίηση στο μέσο αριθμό *εξελκώσεων* που καταγράφονται στη μεμβράνη των ΕΚ των τριών ομάδων: $R_{ΥΔ}^{εξ}$=1.68±0.49, $R_{αΑΚ:εξΕΠΟ=0}^{εξ}$=1.97±0.52 και $R_{αΑΚ:εξΕΠΟ≠0}^{εξ}$=2.66±0.63 στους ΥΔ και στους αΑΚ που δεν λαμβάνουν και που λαμβάνουν εξΕΠΟ, αντίστοιχα (Εικόνα 3). Οι διαφορές αυτές είναι στατιστικά σημαντικές (p<0.05) μεταξύ της πρώτης-τρίτης ομάδας και (οριακά, p=0.056) μεταξύ της δεύτερης-τρίτης ομάδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αυτά τα εισαγωγικά δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση στη δόση εξΕΠΟ και στην αλλοίωση της ΕΚ μεμβράνης. Το αν η εξΕΠΟ παράγει δομικά ασταθή ΕΚ ή η αποσταθεροποίηση των ΕΚ από άλλη αιτία οδηγεί στην ανάγκη αυξημένης δόσης εξΕΠΟ είναι ένα καίριο ερώτημα το οποίο θα μελετηθεί σε μελλοντικά πειράματα.



6. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΡΟΥ ΤΟΥ FAS-LIGAND ΜΕ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΜΥΕΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μ. Δεβετζόγλου[1], Γ. Τσιράκης[1], Ρ. Βυζουκάκη[2], Μ. Κοκονοζάκη[2], Α. Παπαδοπούλου[2], Α. Ξεκάλου[3], Κ. Παππά[2], Μ. Αλεξανδράκης[1]

[1]Αιματολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, [2]Αιματολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου,[3]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΣΚΟΠΟΣ: Ο Fas-ligand (Fas-L), συνδεόμενος με τον υποδοχέα του Fas, μεταφέρει σήμα απόπτωσης. Στο πολλαπλό μυέλωμα (ΠΜ), τα νεοπλασματικά πλασματοκύτταρα φαίνεται ότι εκφράζουν το Fas-L,καταστέλλοντας έτσι τα στρεφόμενα εναντίον τους ενεργοποιημένα Τ-λεμφοκύτταρα. Με αυτό τον τρόπο μπορούν να ξεφύγουν από την ανοσολογική απάντηση του ξενιστή, προάγοντας έτσι την ανάπτυξη και επέκτασή τους. Σκοπός της μελέτης είναι η συσχέτιση των επιπέδων ορού του Fas-L με δείκτες δραστηριότητας και πρόγνωσης στο ΠΜ.

ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 57 ασθενείς με ΠΜ [28 άντρες, μέσης ηλικίας 66±11 ετών, 13 σταδίου I, 21 II και 23 III (διεθνές σύστημα σταδιοποίησης), 30 με IgG, 21 με IgA και 6 με παραπρωτεΐνη ελαφρών αλύσων] και 20 υγιείς μάρτυρες, αντίστοιχης ηλικίας και φύλου. Στον ορό μετρήθηκαν με ELISAτα επίπεδα του Fas-Lκαι της ιντερλευκίνης-6 (IL-6)καθώς και με συνήθεις τεχνικές των Β2-μικροσφαιρίνης (Β2Μ),LDH καιCRP. Στους μυελούς εκτιμήθηκε ανοσοϊστοχημικά η πλασματοκυτταρική διήθηση (CD38).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλες οι τιμές ήταν αυξημένες στους ασθενείς, σε σχέση με τους μάρτυρες (p<0,001 για όλες τις περιπτώσεις),παράλληλα με την εξέλιξη του σταδίου νόσου (p<0,001 για όλες τις περιπτώσεις). Βρέθηκαν θετικές συσχετίσεις του Fas-L με τηLDH (r=0,271 p=0.042), την IL-6 (r=0,460 p<0.0001) και την πλασματοκυτταρική διήθηση (r=0,490 p<0,0001), ενώ δε συσχετίσθηκε με τη Β2Μ και τη CRP.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συσχέτιση του Fas-L με την πλασματοκυτταρική διήθηση δικαιολογείται από την πλασματοκυτταρική παραγωγή του, ενώ η μη σταθερή συσχέτισή του με έμμεσους δείκτες δραστηριότητας και πρόγνωσης επιβεβαιώνει τη σύνθετη συμμετοχή του στη μυελωματική παθοφυσιολογία.

7. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ IN VIVO ΚΑΙ IN VITRO ΠΕΙΡΑΜΑΤΩΝ ΜΕ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ

Δ. Σταμόπουλος[1], Ν. Μπακιρτζή[2,3], Δ. Μπαρμπαρούση[4], Χ. Ματσούκα[4], Ε. Γράψα[5]

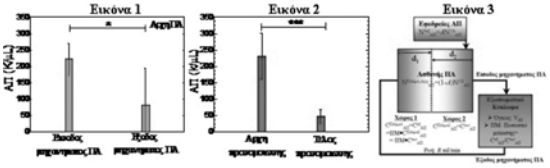
[1]Ινστιτούτο Προηγμένων Υλικών, Φυσικοχημικών Διεργασιών, Νανοτεχνολογίας και Μικροσυστημάτων, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», [2]Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», [3]Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Νεφροιατρική», [4]Αιματολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», [5]Νεφρολογικό Τμήμα, ΠΓΝΑ «Αρεταίειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Στην πλασμαφαίρεση (ΠΑ) έχουμε πιθανές παρενέργειες στα έμμορφα στοιχεία του αίματος λόγω (α) μηχανικής καταπόνησης (φυγοκέντρηση), (β) βιοχημικής καταπληξίας (μέσο υποκατάστασης) και (γ) ακούσιας απόρριψης στο αποβαλλόμενο πλάσμα. Εστιάζοντας στα Αιμοπετάλια (ΑΠ), διερευνήσαμε την επίδραση της ΠΑ πραγματοποιώντας *in-vivo* και *in-vitro* πειράματα, με μαθηματική προτυποποίηση της διαδικασίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:[1] Στα *in-vivo* πειράματα ΠΑ (5 ασθενείς) μελετήθηκαν δείγματα στην *είσοδο* και *έξοδο* του μηχανήματος. Στα *in-vitro* πειράματα (5 υγιείς δότες) έγινε προσομοίωση με ολικό αίμα υποβαλλόμενο σε διαδοχικούς κύκλους φυγοκέντρησης-έκπλυσης. Ποσοτικά/ποιοτικά αποτελέσματα λήφθηκαν με κυτταρομετρία ροής και προηγμένα μικροσκόπια (Ηλεκτρονικής Σάρωσης (ΜΗΣ) και Ατομικής Δύναμης (ΜΑΔ)).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: *In-vivo* πειράματα ΠΑ (Εικόνα 1): τα ΑΠ παρουσίασαν *σημαντική μείωση* (p<0.05) μεταξύ *εισόδου* και *εξόδου* του μηχανήματος ΠΑ καθ' όλη τη συνεδρία (*αρχή:* $[ΑΠ_{είσοδο}]$=221.8±49.1x10^3/μL και $[ΑΠ_{έξοδο}]$=80.6±114.0x10^3/μL, *τέλος:* $[ΑΠ_{είσοδο}]$=199.6±29.3x10^3/μL και $[ΑΠ_{έξοδο}]$=44.8±41.5x10^3/μL). Παράδοξα, στο *τέλος* της συνεδρίας η συγκέντρωση των ΑΠ στο περιφερικό αίμα του ασθενούς είναι αμετάβλητη σε σχέση με την *αρχή* ($[ΑΠ_{αρχή}]$=221.8±49.1x10^3/μL και $[ΑΠ_{τέλος}]$=199.6±29.3x10^3/μL). *In-vitro* πειράματα προσομοίωσης (Εικόνα 2): τα ΑΠ παρουσίασαν*σημαντική μείωση* (p<0.05) από $[ΑΠ_{αρχή}]$=230.8±70.6x10^3/μL σε $[ΑΠ_{τέλος}]$=47.4±21.4x10^3/μL. Οι τεχνικές ΜΗΣ/ΜΑΔ έδειξαν αποκοκκίωση των ΑΠ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην ΠΑ παρατηρείται προσωρινή *σημαντική μείωση* των ΑΠ κατά τη διέλευσή τους από το μηχάνημα, χωρίς όμως να καταγράφεται μείωσή τους στο περιφερικό αίμα του ασθενούς, πιθανά λόγω της αντισταθμιστικής απελευθέρωσης ΑΠ από εφεδρικές πηγές (σπλήνας, ενδοθήλιο κτλ). Η μαθηματική προτυποποίηση της διαδικασίας, Εικόνα 3, δείχνει ότι κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ΠΑ οι εφεδρείες ΑΠ μειώνονται σημαντικά. Ιδιαίτερη μέριμνα λοιπόν απαιτείται σε ασθενείς με θρομβοπενία υποβαλλόμενους σε ΠΑ.



8. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΡΥΠΤΙΚΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΠΑΡΕΛΘΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΑΤΩΝ ΑΙΜΟΛΗΨΙΩΝ

Μ. Μπέλλια, Α. Κουρουκτσίδου, Κ. Παναγιωτοπούλου, Ε. Νομικού, Β. Τσεβρένης, Α. Αποστολοπούλου, Γ. Θεοδοσιάδης

1ο Περιφερειακό Κέντρο Αιμοδοσίας, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η κρυπτική λοίμωξη της ηπατίτιδας Β (ΟΒΙ) αποτελεί υπαρκτό κίνδυνο για την μεταγγισιοθεραπεία διότι σχετίζεται με μετάδοση της ηπατίτιδας Β απουσία του HBsAg.Τα επίπεδα του ιού HBVDNA είναι χαμηλά <200 UI/ml και τα αντισώματα αντι-core και αντι-S μπορεί να είναι θετικά ή αρνητικά.Το 43% των αιμοδοτών με ΟΒΙ έχουν αντι-core και είναι μολυσματικοί αν τουλάχιστον 100 copies του ιού υπάρχουν στο μεταγγιζόμενο προϊόν. Η εφαρμογή μοριακού ελέγχου NAT αυξάνει την ανίχνευση του ιού στους αιμοδότες με ΟΒΙ και βοηθά στην βελτίωση της ασφάλειας του μεταγγίσεων. Στην χώρα μας εκτιμήθηκε η συχνότητα ΟΒΙ σε1/8000(n=0,0125%). Έτσι στην Αιμοδοσία μας ελέγχθηκαν οι αιμοληψίες των ετών 2009 και 2013 και αναζητήθηκαν αιμοδότες με ΟΒΙ.

ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΙ: Οι αιμοληψίες ελέγχονται με χημειοφωταύγεια με το αντιδραστήριο HbSAg-Architect (Abbott) για τον ιό της ηπατίτιδας Β ενώ ταυτόχρονα ελέγχονται τα δείγματα των αιμοδοτών με real time PCR TMA (Trancription mediated amplification) με το μηχάνημα COBAS -Roche σε μοναδιαίο δείγμα.Το όριο ανίχνευσης του HBVDNA είναι 4UI /ml.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βρέθηκαν 5 δείγματα αιμοδοτών (1 γυναίκας και 4 ανδρών) με ΟΒΙ το έτος 2009 επί συνόλου 24768 αιμοληψιών (n=0.02018%). Κατά το έτος 2013 και επί συνόλου 17680 αιμοληψιών βρέθηκαν 7 δείγματα, 1 γυναίκας και 6 ανδρών (n=0.0395%).

Εκ των 12 δειγμάτων ένα δείγμα είχε αρνητικούς δείκτες ηπατίτιδας Β, ενδεικτικό πιθανής πρωτολοίμωξης και 10 είχαν θετικό αντι- core.Τέσσερα δείγματα είχαν θετικό αντί-S.Το 50% (6/12) των αιμοδοτών που ανευρέθηκαν με ΟΒΙ ήταν αλλοδαποί μετανάστες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αυξανόμενη συχνότητα ΟΒΙ μεταξύ αιμοδοτών θέτει σε κίνδυνο την μεταγγισιοθεραπεία και αποδεικνύει την αναγκαιότητα μοριακού ελέγχου των μεταγγιζομένων μονάδων αίματος, ιδιαίτερα σε χώρες με υψηλό επιπολασμό της ηπατίτιδας Β όπως στην χώρα μας.

9. Η 18F-FDG-PET/CT ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ HODGKIN (HD) ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΥΤΟΛΟΓΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Α. Νικάκη[1], Β. Φιλιππή[1], Φ. Βλάχου[1], Δ. Σαββίδου[1], Θ. Βασιλακόπουλος[2], Μ. Αγγελοπούλου[2], Μ. Μοσχογιάννη[3], Ρ. Ευθυμιάδου[1], Β. Πρασσόπουλος[1]

[1]Τμήμα PET/CT ΔΘΚΑ Υγεία, Αθήνα, [2]Αιματολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα, [3]Αιματολογική Κλινική, Απολλώνιο Νοσοκομείο, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η εφαρμογή των κριτηρίωνDeauville για τη συσχέτιση της προ- μεταμόσχευσηςμε τη μετά μεταμόσχευση PET/CT και την έκβαση της νόσου.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Συνολικά 27 ασθενείς με HD που είχαν PET/CT εξέταση πριν (1η)και μετά (2η) την αυτόλογη μεταμόσχευση και τουλάχιστον 15μηνη παρακολούθηση συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Συνυπολογίστηκε η συμπληρωματική χημειο/ακτινοθεραπεία μεταξύ των 2 εξετάσεων. Έγινε οπτική και ημιποσοτική ανάλυση των δεδομένων και οι εξετάσεις κρίθηκαν θετικές, οριακά θετικές και αρνητικές σύμφωνα με τα κριτήρια Deauville.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 19 εξεταζόμενοι είχαν θετική 1η PET/CT. 58% εξ αυτών (6 ασθενείς έλαβαν επιπλέον θεραπεία) είχαν αρνητική 2η PET και 7 εξ αυτών (64%) παραμένουν σε πλήρη ύφεση κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, 2 (18%) υποτροπίασαν νωρίς μετά τη 2η PET/CT (και οι 2 δεν είχαν λάβει επιπλέον θεραπεία), ένας (9%) υποτροπίασε 18 μήνες μετά και ένας διαγνώστηκε με 2ο πρωτοπαθές.
2 είχαν οριακά θετική 1η PET και αρνητική 2η: 1 υποτροπίασε 12 μήνες μετά και ένας παραμένει σε πλήρη ύφεση.
6 είχαν αρνητική 1η και 2η PET/CT εξέταση, κανείς δεν έλαβε επιπλέον θεραπεία και το 67% αυτών παραμένουν σε πλήρη ύφεση, ενώ 33% μετά την πάροδο 2.5 και 4 ετών αντίστοιχα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αν και δεν υπάρχει πλήρης διασάφηση των κριτηρίων χαρακτηρισμού μιας PET εξέτασης μετά από αυτόλογη μεταμόσχευση ως θετική ή αρνητική, χρησιμοποιώντας τα κριτήρια Deauville, η αρνητική συμφωνία μεταξύ των PET πριν και μετά την αυτόλογη μεταμόσχευση είναι 67%. Ασθενείς με θετική 1η ή 2η PET είναι πιο πιθανό να έχουν παρατεταμένη πορεία νόσου.

10. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΕΡΧΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

Γ. Αθανασόπουλος[1], Μ. Παπακωνσταντίνου[2], Σ. Δρόσου[2], Δ. Γεωργουλάκη[2], Λ. Φουντουλάκη-Παπαρίζου[2]

[1]Ιατρός, μεταπτυχιακός φοιτητής «Εφαρμογές της Βιολογίας στην Ιατρική», [2]Ν.Υ. Αιμοδοσίας, ΓΝΝ.Π. «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή και ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των προσερχόμενων για προληπτικό έλεγχο αιμοσφαιρινοπαθειών στη Μονάδα Πρόληψης Μεσογειακής Αναιμίας (ΜΠΜΑ) του ΓΝΝΠ, για να διαπιστώσουμε την αναγκαιότητα ή όχι λήψης μέτρων.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 628 άτομα που προσήλθαν για έλεγχο κατά τα έτη 2011-2012 στη ΜΠΜΑ. Έγινε καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών φύλο, καταγωγή, ηλικία, εβδομάδα κύησης και πραγματοποιήθηκε ο ειδικός εργαστηριακός έλεγχος (Γενική Αίματος, ΔΕΚ, αναλυτής Coulter HMX-AL, μορφολογία ερυθρών, σίδηρος-φερριτίνη ορού, μέτρηση αιμοσφαιρινικών κλασμάτων με υγρή χρωματογραφία, HPLC- Variant I ή II και ηλεκτροφόρηση σε γέλη αγαρόζης).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματά μας απεικονίζονται στον πίνακα.

	Ελλάδα	Αλβανία	Λοιπά	Σύνολο
Άνδρες	171	42	29	242
Γυναίκες	272	59	55	386
Σύνολο	**443**	**101**	**84**	**628**
Μη έγκυες	111 (28,76%)	1 (0,26%)	5 (1,3%)	117 (30,31%)
Έγκυες	161 (41,71%)	58 (15,03%)	50 (12,95%)	269 (69,69%)
Σύνολο	**272 (70,47%)**	**59 (15,28%)**	**55 (14,25%)**	**386**
Μέση ηλικία γυναικών	29,10 (15-62)	26,34 (17-40)	27,84 (17-37)	28,49 (15-62)
Διάμεση εβδομάδα κύησης	10 (4-32)	12 (6-32)	12 (4-32)	10 (4-32)
≤24η εβδομάδα κύησης	154 (57,25%)	55 (20,45%)	45 (16,73%)	254 (94,42%)
>24η εβδομάδα κύησης	7 (2,6%)	3 (1,12%)	5 (1,86%)	15 (5,58%)

Στις εγκύους που προσήλθαν μετά την 24η εβδομάδα κύησης δεν ανιχνεύθηκε παθολογικό αιμοσφαιρινικό κλάσμα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1) Οι Ελληνίδες προσέρχονται για προληπτικό έλεγχο ανεξάρτητα από την εγκυμοσύνη σε εξαιρετικά στατιστικά σημαντικό βαθμό σε σχέση με τις Αλβανίδες και τις λοιπές αλλοδαπές (P=0,000 X^2). 2) Οι Ελληνίδες εξετάζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό σε μεγαλύτερη ηλικία από τις Αλβανίδες (P=0,001 t-test). 3) Σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (P<0,001 t-test) η εξέταση των εγκύων γίνεται εγκαίρως (≤24η εβδομάδα κύησης). 4) Οι Ελληνίδες προσέρχονται σε μικρότερη ηλικία κύησης σε στατιστικά σημαντικό βαθμό από τις Αλβανίδες (P=0,001) και τις λοιπές αλλοδαπές (P=0,004 Mann-Whitney).

11. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΙΜΟΛΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΔΡΟΞΥΟΥΡΙΑ Η ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΥΔΡΟΞΥΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΑΦΑΙΜΑΞΟΜΕΤΑΓΓΙΣΕΙΣ

Σ. Ντελίκου [1], Α. Βλαχοπούλου[2], Μ. Κοζανίτου[2], Μ. Τσεκούρα[2], Κ. Μαραγκός [1], Ζ. Παλλαντζά[2]

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παρουσία ενδαγγειακής αιμόλυσης σε ασθενείς με χρόνια αιμολυτική αναιμία όπως η δρεπανοκυτταρική νόσος είναι συχνή και ηπίου βαθμού και υποκλινικής μορφής.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: μελετήθηκε μια μικρή ομάδα ασθενών με Δ.Ν 16 ατόμων που λαμβάνουν συστηματικά Αγωγή με υδροξυουρία(11) ή υδροξυουρία και αφαιμαξομεταγγίσεις (5).
Μελετήθηκαν οι ακόλουθες παράμετροι με την βοήθεια αυτόματων αναλυτών: από την γενική αίματος η αιμοσφαιρίνη (Hb), ο MCV, τα ΔΕΚ, και η παρουσία δρεπανοκυττάρων στο περιφερικό επίχρισμα. Μετρήθηκαν επίσης οι απτοσφαιρίνες και η LDH, και τέλος αξιολογήθηκε η συνολική κλινική εικόνα των ασθενών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με μονοθεραπεία με υδροξυουρία εμφάνισαν μέση Hb:9,6g/dl ενώ οι ασθενείς με συνδυαστική αγωγή:9,9 g/dl. Η μέση τιμή ΔΕΚ των ασθενών που λαμβάνουν μονοθεραπεία ήταν στην ομάδα της μονοθεραπείας 6,2 ενώ στην ομάδα των αφαιμαξομεταγγίσεων 6,6, η παρουσία όμως δρεπανοκυττάρων στο περιφερικό επίχρισμα ήταν της τάξης των 15-20/100 ερυθρά στους ασθενείς με μονοθεραπεία,ενώ στους ασθενείς που υποβάλλονται και σε ΑΦΜ ήταν 5-10 /100 ερυθρά. Οι απτοσφαιρίνες και στις δύο ομάδες ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Η μέση τιμή LDH στην ομάδα της μονοθεραπείας ήταν: 319 ενώ στην ομάδα των αφαιμαξομεταγγίσεων ήταν: 268 (φ.τ:120-230).
Η συχνότητα των επώδυνων κρίσεων ή των συμβαμμάτων της νόσου κατά την διάρκεια 1 έτους ήταν στους 11 ασθενείς με μονοθεραπεία 1 νοσηλεύτηκε με οξύ θωρακικό σύνδρομο,ενώ οι υπόλοιποι αναφέρουν 1-2 ήπιες επώδυνες κρίσεις αντιμετωπίσιμες κατ'οίκον. Στην ομάδα με την συνδυαστική θεραπεία κανένας ασθενής δεν παρουσίασε κάποιο σύμβαμμα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο συνδυασμός υδροξυουρίας με αφαιμαξομεταγγίσεις φαίνεται πως αποτελεί μια ιδανική λύση για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των δρεπανοκυτταρικών ασθενών. Η υδροξυουρία από μόνη της βελτιώνει αισθητά την αιματολογική εικόνα των ασθενών και την ένταση της χρόνιας αιμόλυσης.

12. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΥΔΡΟΞΥΟΥΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ.

Σ. Ντελίκου[1], Χ. Κονταξή[1], Α. Βλαχοπούλου[2], Ζ. Παλλαντζά[2], Κ. Μαραγκός[1]

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υδροξυουρία είναι ένας κυτταροστατικός, μυελοκατασταλτικός παράγοντας που χρησιμοποιείται τα τελευταία χρόνια στην αντιμετώπιση ασθενών με σοβαρή δρεπανοκυτταρική νόσο (ΔΝ) (>3 αγγειοαποφρακτικές κρίσεις ετησίως ή εμφάνιση οξέως θωρακικού συνδρόμου ή επίμονης συμπτωματικής σοβαρής αναιμίας) και σχετίζεται με βελτίωση τόσο των αιματολογικών τους παραμέτρων όσο και της κλινικής τους εικόνας.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 14 ασθενείς στην διάρκεια 5ετιας που λάμβανουν συστηματικά υδροξυουρία σε δόση 15-20 mg/kg. Οι παράμετροι που αξιολογήθηκαν ήταν: το επίπεδο της αιμοσφαιρίνης Hb και ο ο MCV στην έναρξη της αγωγής και στην 5ετία, τα επίπεδα της HbS και HbF στην έναρξη της αγωγής και στην 5ετία, η LDH και η κλινική ανταπόκριση των ασθενών. Από τους 14 ασθενείς προ της έναρξης αγωγής με υδροξυουρία 8 ήταν σε πρόγραμμα συστηματικών αφαιμαξομεταγγίσεων, ενώ 9/14 εμφάνιζαν >3 αγγειοαποφρακτικές κρίσεις ετησίως που απαιτούσαν νοσοκομειακή φροντίδα,1/14 εμφάνιζε πνευμονική υπέρταση και 4/14 εμφάνιζαν ήπιες αγγειοαποφρακτικές κρίσεις αντιμετωπίσιμες κατ'οικον.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση αιμοσφαιρίνη των ασθενών δεν παρουσίασε ιδιαίτερες διακυμάνσεις από την έναρξη της αγωγής και κατά την διάρκεια της 5 ετίας. Ο MCV ως δείκτης ανταπόκρισης αυξήθηκε από 82, 7 σε 92,1fl. Τα κλάσματα HbS παρουσίασαν μείωση κατά 12,8%, ενώ η HbF παρουσίασε αύξηση κατά 9,35%. Η LDH παρουσίασε μέτρια βελτίωση χωρίς να φτάσει σε φυσιολογικά επίπεδα. Από τους ασθενείς που ήταν σε πρόγραμμα αφαιμαξομεταγγίσεων συνέχισαν 2/14 ενώ εντάχθηκαν 3/14. Οι σοβαρές αγγειοαποφρακτικές κρίσεις που απαιτούσαν νοσοκομειακή περίθαλψη μειώθηκαν σε 2/14 ενώ οι ήπιες αγγειοαποφρακτικές κρίσεις σε 1/14. Αξίζει να σημειωθεί πως οι ασθενείς που βρίσκονται σε συνδυασμό υδροξυουρίας και αφαιμαξομεταγγίσεων παρέμειναν ελεύθεροι αγγειοαποφρακτικών κρίσεων και συμβαμμάτων για διάστημα μεγαλύτερο των 2 ετών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χορήγηση υδροξυουρίας προάγει την παραγωγή αιμοσφαιρίνης F και μειώνει την ανάγκη των μεταγγίσεων αλλά και τη συχνότητα των επώδυνων κρίσεων. Βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών με μείωση των σοβαρών επώδυνων αγγειοαποφρακτικών κρίσεων, ενώ σε συνδυασμό με αφαιμαξομεταγγίσεις φαίνεται πως αποτελεί μια ιδανική λύση για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των δρεπανοκυτταρικών ασθενών.

13. ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ NK-92 ΜΕ ΥΠΕΡΚΕΙΜΕΝΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ

Σ. Φόρτης, Π. Σαμαρά, Π. Γείτονα, Ι. Βουτσάς, Ο. Τσιτσιλώνη

Τομέας Φυσιολογίας Ζώων και Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Τα ενεργοποιημένα φυσικά φονικά (NK) κύτταρα εκδηλώνουν έντονη αντινεοπλασματική δραστικότητα, ενισχύοντας τις αντικαρκινικές ανοσοαπαντήσεις. Τα NK-92 κύτταρα εκπτύσσονται ικανοποιητικά *in vitro* και έχουν χορηγηθεί σε καρκινοπαθείς, σε πρωτόκολλα παθητικής μεταφοράς ενεργοποιημένων κυττάρων. Σκοπός μας ήταν η ενίσχυση και *in vivo* διατήρηση της κυτταροτοξικότητας των NK-92 κυττάρων με πλούσια σε κυτταροκίνες λεμφοκυτταρικά υπερκείμενα.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ενεργοποιήσαμε *in vitro* μονοπύρηνα περιφερικού αίματος με αντι-CD3 αντίσωμα για 3 ημέρες και με τα υπερκείμενα των καλλιεργειών (ACD3S) επωάσαμε NK-92 κύτταρα για 24 ώρες. Η ενίσχυση της κυτταροτοξικότητας των NK-92 κυττάρων ελέγχθηκε με τη δοκιμασία απελευθέρωσης ^{51}Cr έναντι των καρκινικών κυττάρων-στόχων K562, FM-3 και MCF-7 και με κυτταρομετρία ροής για την παραγωγή περφορίνης. ACD3S-ενεργοποιημένα NK-92 κύτταρα χορηγήθηκαν σε ποντίκια SCID που είχαν ενοφθαλμιστεί με FM-3 ή MCF-7. Καταγράψαμε την ανάπτυξη των όγκων και τη συνολική επιβίωση των πειραματόζωων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ACD3S-ενεργοποιημένα NK-92 κύτταρα έδειξαν στατιστικά σημαντική ενίσχυση της κυτταροτοξικότητάς τους έναντι των στόχων K562, FM-3 και MCF-7 και παρήγαγαν ενδοκυτταρικά αυξημένα επίπεδα περφορίνης. Τα ποντίκια στα οποία ανοσοθεραπευτικά χορηγήθηκαν τρεις δόσεις ACD3S-ενεργοποιημένων NK-92 εμφάνισαν στατιστικά σημαντική μείωση του ρυθμού ανάπτυξης των όγκων τους και η συνολική επιβίωσή τους παρατάθηκε κατά 8-12 ημέρες σε σχέση με τα ζώα-μάρτυρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα NK-92 κύτταρα ενεργοποιούνται, σε σύντομο χρονικό διάστημα, με μείγμα κυτταροκινών που παράγεται από ενεργοποιημένα λεμφοκύτταρα και εκδηλώνουν *in vitro* έντονη λυτική ικανότητα έναντι καρκινικών κυττάρων. Η κυτταροτοξικότητα αυτή διατηρείται και μετά την *in vivo* χορήγησή τους σε ποντίκια. Η αποτελεσματικότητα, το χαμηλό κόστος και η ευκολία παραγωγής παρόμοια ενεργοποιημένων NK κυττάρων, προτείνουν τη μελλοντική χρήση τους σε πρωτόκολλα παθητικής κυτταρικής ανοσοθεραπείας και στον άνθρωπο.

***Χρηματοδότηση**: FP7 REGPOT-CT-2011-284460,INsPiRE*

14. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΠΕΠΤΙΔΙΩΝ ΤΟΥ ΘΥΜΟΥ ΑΔΕΝΑ ΣΤΟΝ ΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΥΚΛΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΠΤΩΣΗ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Θ. Γκραίκου, Π. Βίτσος, Π. Σαμαρά, Ο. Τσιτσιλώνη, Ι. Βουτσάς

Τομέας Φυσιολογίας Ζώων και Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογίας

ΣΚΟΠΟΣ: Το πολυπεπτίδιο προθυμοσίνη α (προΤα) και το καρβοξυτελικό της δεκαπεπτίδιο προΤα(100-109) δρουν ανοσοενισχυτικά, επάγοντας τις λειτουργίες και την αντικαρκινική δραστικότητα των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος. Σκοπός μας ήταν η μελέτη της κυτταροστατικής ή/και κυτταροτοξικής δράσης της προΤα και του προΤα(100-109) σε λευκοκυτταρικούς υποπληθυσμούς.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μονοπύρηνα, μονοκύτταρα, Τ λεμφοκύτταρα και ουδετερόφιλα απομονώθηκαν από περιφερικό αίμα ανθρώπου και καλλιεργήθηκαν για διάφορα χρονικά διαστήματα με διαφορετικές συγκεντρώσεις προΤα, προΤα(100-109) και δοξορουβικίνης (θετικός μάρτυρας). Με κυτταρομετρία ροής, χρησιμοποιώντας κατάλληλους φθορίζοντες δείκτες (Vybrant® DyeCycle™ Violet Stain και αννεξίνη V/ιωδιούχο προπίδιο), καταγράφηκαν οι μεταβολές της κατανομής των κυττάρων στις φάσεις του κυτταρικού κύκλου και τα ποσοστά εμφάνισης πρώιμων και όψιμων αποπτωτικών και νεκρωτικών κυττάρων, αντίστοιχα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η καλλιέργεια μονοπύρηνων, μονοκυττάρων, Τ λεμφοκυττάρων και ουδετερόφιλων με προΤα ή προΤα(100-109) για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα και με ιδιαίτερα υψηλές συγκεντρώσεις των πεπτιδίων, δε φάνηκε να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την κατανομή των κυτταρικών πληθυσμών μεταξύ των φάσεων G1, S και G2/M, σε αντίθεση με τη δοξορουβικίνη που, ακόμα και σε χαμηλές συγκεντρώσεις, προκάλεσε κυτταρική στάση στη φάση G1. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή των ποσοστών των ίδιων κυτταρικών πληθυσμών που προωθούνται προς τα στάδια της πρώιμης και όψιμης απόπτωσης, αλλά και νέκρωσης, ενώ η δοξορουβικίνη προάγει τον κυτταρικό θάνατο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προΤα και το ανοσοδραστικό της δεκαπεπτίδιο προΤα(100-109) δεν προκαλούν κυτταροστατικά φαινόμενα και δεν επάγουν την απόπτωση κανενός κυτταρικού υποπληθυσμού από αυτούς που ελέγχθηκαν. Το γεγονός αυτό αποτελεί μια πρώτη ένδειξη για την ασφαλή χρήση των παραπάνω πεπτιδίων ως ανοσοενισχυτικών, σε κλινικά πρωτόκολλα ανοσοθεραπείας του καρκίνου.

**Ισότιμη συμμετοχή*

***Χρηματοδότηση**: FP7 REGPOT-CT-2011-284460, INsPiRE*

15. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΕΙΣΡΟΗ ΙΟΝΤΩΝ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΣΕ ΚΥΤΤΑΡΑ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΠΕΠΤΙΔΙΑ ΤΟΥ ΘΥΜΟΥ ΑΔΕΝΑ

Ν. Παπαϊωάννου, Δ. Τούκλη, Ο. Τσιτσιλώνη, Ι. Βουτσάς

Τομέας Φυσιολογίας Ζώων και Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η μεταβολή των επιπέδων του κυτταροπλασματικού ασβεστίου διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο σε σηματοδοτικά μονοπάτια που έπονται της κυτταρικής ενεργοποίησης. Στόχος μας ήταν η ανίχνευση των μεταβολών αυτών σε αντιγονοπαρουσιαστικά κύτταρα (APC) και λεμφοκύτταρα μετά από ενεργοποίησή τους με τα ανοσοδραστικά πεπτίδια του θύμου αδένα, προθυμοσίνη α (προΤα), προΤα(100-109) και θυμοσίνη α1 (Τα1).

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Από μονοπύρηνα περιφερικού αίματος ανθρώπου απομονώσαμε μονοκύτταρα, τα οποία διαφοροποιήσαμε *in vitro* σε μακροφάγα και δενδριτικά κύτταρα. Παράλληλα, δημιουργήσαμε αντιγονοειδικές Τ λεμφοκυτταρικές σειρές μετά από διαδοχικές *in vitro* ενεργοποιήσεις Τ λεμφοκυττάρων με αυτόλογα APC. Οι μεταβολές στην εισροή ιόντων ασβεστίου μετά την επίδραση προΤα, προΤα(100-109) και Τα1 καταγράφηκαν με κυτταρομετρία ροής χρησιμοποιώντας τη χρωστική Fluo-4. Ως θετικοί μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν το ιονοφόρο A23187 και ο LPS, ως πρότυπος συνδέτης του TLR-4.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρατηρήσαμε άμεση και σημαντική αύξηση των επιπέδων κυτταροπλασματικού ασβεστίου, τόσο στα APC όσο και στις Τ λεμφοκυτταρικές σειρές, μετά από επίδραση με το ιονοφόρο. Η εισροή ιόντων ασβεστίου μετά από ενεργοποίηση των ίδιων κυττάρων με LPS, προΤα ή προΤα(100-109) παρουσία αντιγόνου ήταν ηπιότερη και πιο παρατεταμένης χρονικής διάρκειας, και συμφωνεί με παλαιότερα αποτελέσματά μας που υποδεικνύουν την TLR-4-μεσολαβούμενη σηματοδότηση από τα δύο πεπτίδια. Αντίθετα, η Τα1 δεν προκάλεσε αντίστοιχη αύξηση του ενδοκυτταρικού ασβεστίου, αφού τα επίπεδα εισροής του ήταν ανάλογα με των ήρεμων κυττάρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προΤα και το δεκαπεπτίδιό της προΤα(100-109) προκαλούν την αυξημένη εισροή ιόντων ασβεστίου σε APC και αντιγονοειδικά Τ λεμφοκύτταρα, υποδεικνύοντας έναν επιπλέον μηχανισμό επαγωγής της *in vitro* ενεργοποίησης των κυττάρων αυτών από τα ανοσοδραστικά πεπτίδια του θύμου αδένα.

***Χρηματοδότηση**: FP7 REGPOT-CT-2011-284460, INsPiRE*

16. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΟΣΟΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΔΕΚΑΠΕΠΤΙΔΙΟΥ ΠΡΟΘΥΜΟΣΙΝΗ α(100-109) ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Π. Σαμαρά[1], Σ. Νίκου*[1], Ε. Κλάγκου*[1], Ι. Βουτσάς[1], Ε. Τσιτσάμη[2], Μ. Κατσιάρη[3], Α. Κουνουγέρη[3], H. Kalbacher[4], W. Voelter[4], Ν. Μαγκίνα[3], Α. Γερμενής[5], Ο. Τσιτσιλώνη[1]

[1]Τομέας Φυσιολογίας Ζώων και Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, [2]Μονάδα Παιδιατρικής Ρευματολογίας, Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [3]ΜΕΘ, «Κωνσταντοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας, Αθήνα, [4]Interfakultäres Institut für Biochemie, Universität Tübingen, Germany,[5]Εργαστήριο Ανοσολογίας και Ιστοσυμβατότητας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΣΚΟΠΟΣ: Η θραυσματοποίηση της προθυμοσίνης α (προΤα) και η εξωκυτταρική απελευθέρωση του δεκαπεπτίδιου της, προΤα(100-109), είναι ένα πρώιμο αποπτωτικό γεγονός. Αξιολογήσαμε την κλινική σημασία της μέτρησης του προΤα(100-109) στον ορό ασθενών με εργαστηριακά ταυτοποιημένες λοιμώξεις από παθογόνα βακτήρια που προκαλούν μαζική απόπτωση σε ανοσοκύτταρα.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Με την αναπτυχθείσα στο εργαστήριό μας ειδική και ευαίσθητη ELISA για το προΤα(100-109), ποσοτικοποιήσαμε το δεκαπεπτίδιο σε ορούς από παιδιατρικούς ασθενείς με αυτοφλεγμονώδη νοσήματα (n=27) και με λοιμώξεις (n=15). Επίσης, συλλέχθηκαν σειριακά δείγματα ορού από ενήλικες νοσηλευόμενους στη ΜΕΘ (n=30) και τα επίπεδα του προΤα(100-109) συσχετίστηκαν με την πορεία νοσηλείας τους, την αύξηση των επιπέδων γνωστών δεικτών φλεγμονής και την εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων σηψαιμίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα του προΤα(100-109) στον ορό παιδιών με λοιμώξεις ήταν κατά 4 φορές υψηλότερα σε σχέση με των παιδιών με αυτοφλεγμονώδη νοσήματα, ανεξάρτητα της τιμής της CRP. Στους ασθενείς της ΜΕΘ, η αύξηση των επιπέδων του προΤα(100-109) στον ορό φάνηκε να προηγείται της αύξησης καθιερωμένων δεικτών φλεγμονής (CRP, προκαλσιτονίνη), να συσχετίζεται με την ταυτοποίηση παθογόνων βακτηρίων στα βιολογικά τους υγρά και να συμβαδίζει με την κλινική εικόνα εμφάνισης σήψης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μέτρηση του προΤα(100-109) στον ορό μπορεί να συμβάλλει διαγνωστικά στην έγκαιρη διαφοροδιάγνωση μεταξύ λοιμώδους/σηπτικής και μη λοιμώδους/άσηπτης φλεγμονής και, σε συνδυασμό και με άλλους δείκτες φλεγμονής, αποτελεί έναν υποσχόμενο νέο βιοδείκτη παρακολούθησης της κλινικής πορείας δυνητικά σηπτικών ασθενών.

**Ισότιμη συμμετοχή*

***Χρηματοδότηση:** FP7 REGPOT-CT-2011-284460, INsPiRE; NATO SfP 982838; Ίδρυμα Λάτση*

17. Η ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ: ΕΙΔΙΚΑ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ε. Τσιγώνη[1], Α. Τσιρογιάννη[1], Κ. Σουφλερός[1], Σ. Πομώνη[1], Ν. Πούλιου[1], Ε. Πρωτοπαπαδάκης[1], Ν. Κυριάκος[2], Γ. Μάντζαρης[2]

[1]Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, [2]Α΄ Γαστρεντερολογική Κλινική2, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Η ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ, ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΑΡΧΗΣ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ, ΕΜΦΑΝΙΖΕΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΑΤΥΠΗ ΣΥΝΗΘΩΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ, ΑΠΑΙΤΕΙ ΔΕ, ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΤΗΝ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΔΙΑΙΤΑ ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΓΛΟΥΤΕΝΗΣ (ΔΕΓ).

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη και αξιολόγηση των αυτοαντισωμάτων έναντι ενδομυίου (EmA) και ιστικής τρανσγλουταμινάσης IgA (tTG-A) στη διάγνωση, παρακολούθηση και πρόγνωση της κοιλιοκάκης σε ενήλικες.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε δείγματα ορών 1) 70 πρωτοδιαγνωσθέντων ασθενών με κοιλιοκάκη των οποίων η παρακολούθηση έγινε τη στιγμή της διάγνωσης, στους 6, 12, 24 και 36 μήνες μετά 2) 47 ατόμων, πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με κοιλιοκάκη και 3) 70 ατόμων (30 με φλεγμονώδη ή μη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και 40 αιμοδότες), ομάδα σύγκρισης, προσδιορίσθηκαν τα αντισώματα έναντι: α) EmA, με έμμεσο ανοσοφθορισμό και β) tTG-A, με ELISA. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση και αξιολόγηση των ευρημάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 1) τα EmA έχουν υψηλότερη διακριτική ικανότητα στη διάγνωση της κοιλιοκάκης σε σύγκριση με τα tTG-A (p 0.043), 2) τα επίπεδα των αντισωμάτων μειώνονται στο χρόνο, ιδιαίτερα σε αυτούς που ακολουθούν αυστηρά τη δίαιτα. Στατιστικά σημαντική διαφορά από το πρώτο εξάμηνο, ανάλογα με την τήρηση της δίαιτας, παρατηρείται μόνο στα EmA, ενώ κατά την διάρκεια της παρακολούθησης και τα δύο αντισώματα εμφανίζουν ισάξια προγνωστική ικανότητα και 3) σε 2 άτομα (4,2%) συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με κοιλιοκάκη ανιχνεύθηκαν EmA αντισώματα. Στα άτομα αυτά η διάγνωση της κοιλιοκάκης επιβεβαιώθηκε και με βιοψία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα EmA και τα tTG-A, αποτελούν ειδικούς δείκτες στη διαγνωστική προσέγγιση της κοιλιοκάκης (στα άτομα με κλινική υποψία της νόσου και στους συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με κοιλιοκάκη), αλλά και στην παρακολούθηση της ΔΕΓ (τα EmA από το πρώτο κιόλας εξάμηνο). Η αναζήτηση και αξιολόγησή τους εξαρτάται όμως από τις δυνατότητες και την εξειδίκευση του ανοσολογικού εργαστηρίου.

18. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ CD5 ΣΤΑ Τ ΚΑΙ Β ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Γ. Τσέκα[1], Γ. Γερασιμάτος[2], Γ. Βαρθολομάτος[2], Ν. Κολαΐτης[2], Β. Γιάπρος[3], Σ. Ανδρονίκου[3]

[1]Παιδιατρική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων, [2]Αιματολογικό Εργαστήριο, ΠΓΝ Ιωαννίνων, [3]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών/Νεογνολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Το CD5 είναι μια γλυκοπρωτεΐνη κυτταρικής επιφανείας που εκφράζεται στο σύνολο των ώριμων Τ-κυττάρων και σε μια υποομάδα των Β-κυττάρων, τα Β1-κύτταρα. Πρόσφατες μελέτες αποκάλυψαν ότι το σηματοδοτικό μονοπάτι CD5-CK2 (Casein Kinase 2) έχει ένα μοναδικό ρόλο στην προώθηση της διαφοροποίησης των κυττάρων σε Th2 και Th17, αλλά όχι σε Th1. Αναφέρεται, ότι ο έλεγχος του μονοπατιού σηματοδότησης CD5-CK2 θα μπορούσε να είναι χρήσιμος για τη βελτίωση των ανοσολογικών αποκρίσεων προς εμβόλια, ή αντιστρόφως προς την απορύθμιση των Τ-κύτταρων στην αυτοανοσία. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η μελέτη της ποσοτικής έκφρασης του CD5 σε μονο-κυτταρικό επίπεδο (single cell proteomics) με την κυτταρομετρία ροής, ώστε να προκύψουν ασφαλή συμπεράσματα για το ανοσιακό προφίλ των εξεταζόμενων.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε 30 νεογνά, βρέφη και παιδιά ποσοτικοποιήθηκε η έκφραση του CD5 στα Τ και Β-λεμφοκύτταρα του περιφερικού αίματος. Η ποσοτικοποίηση των CD5FITC molecules/cell έγινε σε πρότυπη καμπύλη αναφοράς χρησιμοποιούντες το Geometric Mean.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στα Β-λεμφοκύτταρα η έκφραση του CD5 είναι μεγαλύτερη σε παιδιά ηλικίας >ενός έτους vs παιδιά ηλικίας <12μηνών, στατιστικά σημαντική (t=2,5 και p<0,05),ενώ στα Τ-λεμφοκύτταρα δεν παρουσιάζει διαφορά σε παιδιά >ενός έτους vs παιδιά <12μηνών, στατιστικά μη σημαντική (t=-1,2 και p>0,05). Η έκφραση του CD5 στα Β και Τ-λεμφοκύτταρα δεν σχετίζεται με το φύλο (p>0,05). Η έκφραση CD5 στα Β-λεμφοκύτταρα είναι αυξημένη στα παιδιά με επηρεασμένη κλινική εικόνα vs των Τ-λεμφοκυττάρων που παρουσιάζεται αυξημένη στα υγιή παιδιά. Η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική (t=1,3 και p>0,05).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα αποτελέσματα της μελέτης καταδεικνύεται ότι οι διαφορετικές εκφράσεις του CD5 μαζί με τα δεδομένα των ποσοστιαίων και αριθμητικών προσδιορισμών των υποπληθυσμών των λεμφοκυττάρων (δεν αναφέρονται στη παρούσα ανακοίνωση) θα δώσουν σημαντικές πληροφορίες για το ανοσιακό προφίλ.

19. ΤΑ ΜΕΓΑΛΑ ΚΟΚΚΙΩΔΗ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ

Π. Μπολάνης[1], Ε. Μπάρλα[2], Π. Βέργου[3]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΕΟΠΥΥ Ν. Ιωνίας, [2]Μικροβιολογικό Εργαστήριο Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου, [3]Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝ Χαλκίδας

ΣΚΟΠΟΣ: Τα Μεγάλα Κοκκιώδη Λεμφοκύτταρα (ΜΚΛ) θεωρούνται ως ενδεικτικά ιώσεων, γενικώς όταν υπερβαίνουν το φυσιολογικό ποσοστό του 10% των ολικών λεμφοκυττάρων. Θελήσαμε να εξετάσουμε τις συσχετίσεις των αυξήσεων των ΜΚΛ σε οξεία φάση.

ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΙ: Οι αιματολογικές παράμετροι μετρήθηκαν σε 476 ασθενείς, με ένα αιματολογικό αναλυτή SYSMEX, ενώ από το περιφερικό πλακάκι εκτιμήθηκε η παρουσία αυξημένων ΜΚΛ (σε ποσοστό >10% των λεμφοκυττάρων) ή η απουσία τους (<=10% των λεμφοκυττάρων). Η ένταση της οξύτητας εκτιμήθηκε από τον λόγο ραβδοπυρήνων/λεμφοκυττάρων (Acuity Ratio, AR). Στατιστική επεξεργασία έγινε με ανάλυση γραμμικής συσχέτισης και με παραμετρικές και μη παραμετρικές συγκρίσεις (t-test και Mann Whitney)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ΜΚΛ συσχετίσθηκαν αρνητικά με τη θερμοκρασία σώματος (r=-0,28*) και ασθενώς θετικά με τον αιματοκρίτη, την αιμοσφαιρίνη και τα ερυθρά.. Τα ηωσινόφιλα, τα λεμφοκύτταρα και τα μονοπύρηνα βρέθηκαν λιγότερα επί απουσίας αύξησης των ΜΚΛ. Ο δείκτης AR βρέθηκε λιγότερος επί αυξημένων ΜΚΛ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το ποσοστό των ΜΚΛ ελαττώνεται κατά την οξεία φάση. Είναι ιδαίτερα δύσκολο να εκτιμηθεί το ποσοστό τους μικροσκοπικά, σε περίπτωση ελάττωσης των λεμφοκυττάρων, σε αυξημένη οξύτητα (τιμές AR >2). Ετσι, ενώ είναι εύκολο να γίνει η εκτίμηση της αύξησης του ποσοστού τους, είναι ιδιαίτερα δύσκολο να διαφοροποιηθεί μια πραγματική ελάττωση τους από τη φυσιολογική τους χαμηλή παρουσία, που εγγίζει περίπου το 10% των συνολικών λεμφοκυττάρων. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση ότι τα ΜΚΛ, που θεωρούνται ισοδύναμα με τα ΝΚ, συσχετιζονται με τον αιματοκρίτη και τα ερυθρά, που πιθανότατα εξηγείται από το ότι η λειτουργική ακεραιότητα του μυελού των οστών είναι προυπόθεση για την παραγωγή ΝΚ.

20. ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΩΝ ΒΑΚΤΗΡΙΩΝ ΑΠΟ ΟΥΡΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Α. Τζάνος[1], Δ. Μενεγάτου[2], Ν. Γκρούμας[1], Κ. Παπαευσταθίου[2]

[1]Α΄Κλινική ΦΙΑΠ, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, [2]Μικροβιολογικό Τμήμα, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της συχνότητας και αντιμικροβιακής ευαισθησίας των απομονωθέντων μικροοοργανισμών από καλλιέργειες ούρων ασθενών της Α΄ Κλινικής ΦΙΑΠ του Ε.Κ.Α κατά τη διάρκεια ενός έτους (2012).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Οι καλλιέργειες (και μικροσκοπική εξέταση ιζήματος) εκτελούνταν για έλεγχο αποικισμού κατά την εισαγωγή και περιοδικά κατά την νοσηλεία για επανέλεγχο φορείας, καθώς και επί κλινικής υποψίας ουρολοίμωξης. Σε καθετηριασμένους ασθενείς (χωρίς κλινικά συμπτώματα) η ανάπτυξη ενός βακτηριακού είδους >/103cfu/ml θεωρούνταν (ασυμπτωματική) βακτηριουρία. Εξετάστηκαν 467 στελέχη μικροβίων. Η ταυτοποίηση των απομονωθέντων στελεχών έγινε με καθιερωμένες μεθόδους και το σύστημα MicroScan. Ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με τη μέθοδο Kirby-Bauer, MicroScan και E-test. Ο έλεγχος παραγωγής β-λακταμασών έγινε με φαινοτυπικές δοκιμασίες (ESBL DDST, EDTA/imipemem, boronic acid/meropenem) και ενίοτε με μοριακές μεθόδους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στις περιπτώσεις ασυμπτωματικής βακτηριουρίας απομονώθηκαν κατά σειρά συχνότητας *E. coli* 32,1%, *K. pneumoniae* 19,1%, *P. aeruginosa* 16,9%, *Proteus mirabilis* 11,6%, *Acinetobacterbaumannii* 5,1%, *Enterococcusspp* 4,9%, *Staphylococcusaureus* 2,2%, *Providenciastuartii* 2,2% κ.α. Εκ των στελεχών *P. aeruginosa* 62% εμφάνιζαν αντοχή στις καρβαπενέμες και 33% εκδήλωναν VIM φαινότυπο. Σε ποσοστό 24,7% τα στελέχη *K. pneumoniae* εκδήλωναν KPC φαινότυπο. Στις περιπτώσεις ουρολοιμώξεων απομονώθηκαν *E. coli* 41%, *K. pneumoniae* 31,8%, *P.aeruginosa* 13,6%, *P. mirabilis* 9,1%, *A. baumannii* 4,5%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: *E. coli*, *K. pneumoniae* απομονώθηκαν συχνότερα σε ουρολοιμώξεις σε σχέση με ασυμπτωματική μικροβιουρία. P. aeruginosa απομονώθηκε συχνότερα επί ασυμπτωματικής βακτηριουρίας. Υψηλά ήταν τα ποσοστά αντοχής στις καρβαπενέμες των στελεχών *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*. Επί αποικισμένων ασθενών ήταν συνήθης η μεταβολή των απομονούμενων στελεχών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Ασυμπτωματική βακτηριουρία και πυουρία είναι συνήθεις στους νοσηλευόμενους κλινικής Αποκατάστασης ανεξάρτητα της μεθόδου διαχείρισης της ούρησης (εσωτερικός καθετήρας, διαλείπων καθετηριασμός, εξωτερικός περιπεικός καθετήρας, υπερηβικός). Η αξιολόγηση στους ασθενείς αυτούς ως κριτήριο για διάγνωση ουρολοίμωξης μόνον της πυουρίας και/ή βακτηριουρίας χωρίς κλινικά κριτήρια οδηγεί στην ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών, αύξηση νοσηρότητας και σε αδικαιολόγητα κόστη.

21. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

22. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Α. Τζάνος, Μ. Παπαστεφάνου, Ε. Στέφας, Α. Πατρέλης, Κ. Τζιώτζου, Ν. Γκρούμας

Α΄ Τμήμα ΦΙΑΠ, ΕΚΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η διαπίστωση εάν η οικονομική κρίση έχει επιπτώσεις στον τομέα της αποκατάστασης

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μεταξύ Ιανουαρίου 2011 - Αυγούστου 2013 στο τμήμα μας νοσηλεύτηκαν 518 ασθενείς (299 εγκεφαλικά επεισόδια, 102 παραπληγίες και τετραπληγίες, 24 ακρωτηριασμοί, 93 άλλες παθολογικές καταστάσεις). Αντίστοιχα εξετάστηκαν 3940 εξωτερικοί ασθενείς με παρόμοια προβλήματα. Οι ασθενείς καταγράφηκαν κατά περιπτωση αναφορικά με το αν α) έχρηζαν ορθώσεων ή προθέσεων β) απαιτείτο η συνέχιση της αποκατάστασης μετά από νοσηλεία ή φυσιοθεραπεία για εξωτερικούς ασθενείς γ) είχαν πρόβλημα με χορήγηση εξειδικευμένης φαρμακευτικής αγωγής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 30% από τους 899 ασθενείς, νοσηλευόμενους και εξωτερικούς, με εγκεφαλικό επεισόδιο που χρειάζονταν ορθώσεις (κνημοποδικούς – μηροκνημοποδικούς κηδεμόνες) δεν είχαν την οικονομική επάρκεια για να τα αγοράσουν. 20% εκείνων που χρειάζονταν προθέσεις λόγω ακρωτηριασμού δεν μπορούσαν να τις προμηθευτούν για οικονομικούς λόγους. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 100% για εκείνους που δεν έχουν υγειονομική ασφάλιση. Επίσης, το 40% των ασθενών που χρειάζονται ειδική χορήγηση του φαρμάκου για την σπαστικότητα (αλλαντική τοξίνη) ή αντλία βακλοφαίνης δεν μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε αυτά, λόγω της περίπλοκης και δύσκολης διαδικασίας. Όσον αφορά σε εξωτερικούς ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα που χρειάζονται φυσιοθεραπεία ή νοσηλευόμενους ασθενείς που χρειάζονται να συνεχίσουν το πρόγραμμα αποκατάστασης τους μετά από νοσηλεία, το 20% από αυτούς δε δύναντο να ανταπεξέλθουν οικονομικά και 30-50% δεν κατάφερε να ολοκληρώσει τη διαδικασία της θεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι οικονομικές δυσκολίες κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχουν σημαντική επίπτωση στην πλήρη μακροπρόθεσμη αποκατάσταση των ασθενών.

23. Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΕΙΚΟΝΙΚΟΥ ΚΑΘΡΕΦΤΗ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΙΔΙΚΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΟΥ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΠΑΙΧΝΙΔΙΟΥ-ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Ε. Μπάκα[1], Σ. Μπακάτση[2], Ι. Αλτάνης[1], Σ. Σιβετίδου[3], Ε. Μπάκας[3]

[1]Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, [2]Τμήμα Εργοθεραπείας, ΓΝΑ ΚΑΤ-ΕΚΑ, [3]Κλινική Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ-ΕΚΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάπτυξη συστήματος αισθητικής και οπτικής επαναπληροφόρησης (biofeedback) με τη βοήθεια ειδικής κάμερας, που προβάλλει το αποτέλεσμα της λήψης, έτσι ώστε να δημιουργείται η αίσθηση εικονικού καθρέφτη. Με τον τρόπο αυτόν μπορούμε να εκπαιδεύσουμε τον ασθενή με διαταραχή του κινητικού ελέγχου, για την απόκτηση νέου κινητικού προτύπου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναπτύχθηκε ειδικό λογισμικό, σε συνεργασία με σηματοδοτούμενα σημεία του άνω άκρου (συνολικά 6 σημεία), τα οποία ορίζονται και ανιχνεύονται από την ειδική κάμερα. Αυτά προβάλλονται σε οθόνη που έχει σχεδιαστεί εξ αρχής ώστε να προσομοιάζει με ηλεκτρονικό παιχνίδι και να προσφέρει ανάλογο κίνητρο στον ασθενή. Με βάση το ειδικό λογισμικό που αναπτύχθηκε, έγινε επιλογή των διαφόρων παραμέτρων κίνησης των προεπιλεγμένων σημείων, ώστε το ΄΄παιχνίδι΄΄ να αποκτά διαφόρων βαθμών δυσκολίας, επαναληψιμότητας, και οριοθέτησης επιτυχίας μέσα από την καταγραφή του αποτελέσματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Χρησιμοποιώντας τη δυνατότητα εκούσιου ελέγχου της κίνησης μέσω του εικονικού καθρέφτη, σε άτομα στα οποία έχει διαταραχθεί ο έλεγχος κίνησης (ασθενείς με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ή/και άλλη εγκεφαλική βλάβη), μας δίνεται μία μεγάλη ευκαιρία να συνειδητοποιήσουμε και να βεβαιώσουμε αντικειμενικά: α) τη δυνατότητα ενεργητικής κίνησης, β) τη βελτίωσή της μετά από πολλαπλές επαναλήψεις, γ) την καταγραφή των τιμών επιτυχίας των προσπαθειών για τον έλεγχο του αποτελέσματος και δ) την εφαρμογή της βελτιωμένης πλέον κίνησης σε προγράμματα εκπαίδευσης των άνω άκρων σε καθημερινές δραστηριότητες. Όλα τα παραπάνω αποτελούν βασικά στοιχεία προσαρμογής της διαταραγμένης κίνησης, μέσω της νευροπλαστικότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάπτυξη του εικονικού καθρέφτη, θεωρούμε ότι αποτελεί ένα καινοτόμο μέσο εκπαίδευσης της νευροπλαστικότητας.

24. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΕΝΤΕΡΟΒΑΚΤΗΡΙΑΚΩΝ ESBL (+) ΑΠΟ ΟΥΡΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Α. Τζάνος[2], Δ. Μενεγάτος[1], Μ. Παπαστεφάνου[2], Ε. Στέφας[2], Α. Πατρέλης[2], Ν. Γκρούμας[2], Κ. Παπαευσταθίου[1]

[1]Μικροβιολογικό Τμήμα, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, [2]Α Κλινική ΦΙΑΠ, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της συχνότητας και αντιμικροβιακής ευαισθησίας των ESBL (+) απομονωθέντων στελεχών εντεροβακτηριακών από καλλιέργειες ούρων ασθενών της Α΄Κλινικής ΦΙΑΠ του Ε.Κ.Α κατά το 2012.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Η ταυτοποίηση των απομονωθέντων στελεχών έγινε με καθιερωμένες μεθόδους και το σύστημα MicroScan. Ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με τη μέθοδο Kirby-Bauer και ο καθορισμός MIC με MicroScan και E-test. Ο έλεγχος παραγωγής ESBL (Extended-spectrum beta-lactemases) έγινε με φαινοτυπικές δοκιμασίες ESBL screening test DDST (double-disk synergy test) και επιβεβαιώθηκε με δοκιμασία συνδυασμένων δίσκων Ceftazidime, Cefotaxime με clavulanate σύμφωνα με τις οδηγίες CLSI.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ησυχνότητα απομόνωσης στελεχών *E. coli* θετικών για παραγωγή ESBL(+) ήταν 27,1%, στελεχών *K. pneumoniae* 21,3% και P. mirabilis 16,7% αντίστοιχα. Τα ποσοστά αντοχής των ESBL(+) στελεχών *E. coli* ήταν στις κινολόνες 94.7%, στη nitrofurantoin 15.8%, gentamicin 63.2%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά αντοχής για στελέχη *E. coli* αρνητικά για παραγωγή ESBL 30.6%, 7.1% και 13.4%. Ως προς τα στελέχη *K.pneumoniae* ESBL (+) η αντοχή στη ciprofloxacin ήταν 70.6%, 82.4% στη trimethoprime/co-trimoxazole, 35.3% στη gentamicin. Τα ESBL αρνητικά στελέχη K. pneumoniae εμφάνιζαν ποσοστά αντοχής στη trimethoprime/co-trimoxazole 31.3%, στη gentamicin 8.3% και στη ciprofloxacin 25%. Τα ποσοαστά αντοχής των στελεχών *P. mirabilis*ESBL(+) ήταν στις κινολόνες 100%, στη sulfamethoxazole/trimethoprime 100%, στη gentamicin 57%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Υψηλά ποσοστά αντοχής σε πολλαπλές τάξεις αντιβιοτικών παρατηρήθηκαν στα στελέχη εντεροβακτηριακών που παρήγαγαν ESBL. Υψηλότερα ποσοστά αντοχής των στελεχών αυτών σε σχέση με στελέχη μη παράγοντα ESBL, καταγράφηκαν στις fluoroquinolones, co-trimoxazole και αμινογλυκοσίδες. Εμπειρική χορήγηση sulfamethoxazole/trimethoprime, ciprofloxacin και gentamicin θα πρέπει να αποφεύγεται επί απομόνωσης ESBL (+) στελεχών. Η nitrofurantoin δεν εμφανίζει υψηλά ποσοστά αντοχής στα στελέχη *E. coli* που παράγουν ESBL.

25. ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ: ΕΝΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΚΥΡΙΟΥΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Β. Τραγουλιάς, Ν. Ανανίδης, Α. Ανδρεάδη, Δ. Ψυλλάκη, Μ. Παπαστεφάνου, Ε. Στέφας, Α. Πατρέλης, Α. Τζάνος, Κ. Τζιώτζου, Ν. Γκρούμας

Α΄ Τμήμα ΦΙΑΠ, ΕΚΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση του καθεστώτος απασχόλησης των παραπληγικών και τετραπληγικών (χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων) δύο και πλέον χρόνια μετά την κάκωση.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά την τελευταία δεκαετία νοσηλεύτηκαν στο τμήμα 791 ασθενείς με κάκωση νωτιαίου μυελού, 495 Θ6 ή χαμηλότερα, 95 Θ1-Θ6 και 301 Α6-Α7, ηλικίας 18 -72. Αποκλείσαμε 47 Θ6 ή χαμηλότερα, 4 Θ1-Θ6 και 13 Α6-Α7 επειδή ήταν ήδη συνταξιούχοι. Το πρωτόκολλο μας αφορούσε το εκπαιδευτικό και εργασιακό καθεστώς δύο χρόνια πριν και μετά, το επίπεδο της βλάβης, την ηλικία, το φύλο και το επίπεδο της βλάβης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μόνο το 15% των ανδρών και 10% των γυναικών στο μελετημένο πληθυσμό είχε εργασία δύο χρόνια μετά τον τραυματισμό. 23% των ανδρών και 17% των γυναικών θα μπορούσε να έχει απασχόληση, αν είχαν την κατάλληλη προσβασιμότητα.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Εκτός από άλλους παράγοντες που παρεμποδίζουν την απασχόληση, η κακή προσβασιμότητα είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που επιδεινώνουν την ανεργία σε χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων με Κάκωση Νωτιαίου Μυελού.

26. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΥΡΜΑΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΒΑΚΤΗΡΙΩΝ: ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ IN VITRO ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κ. Πουλάς[1], Μ. Καμπούρης[1], Ι. Λάββα[1], Ε. Κούγια[2], Γ. Λαγουμιντζής[1], Α. Βανταράκης[2]

[1]Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας και Ανοσολογίας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, [2]Μονάδα Περιβαλλοντικής Μικροβιολογίας, Εργαστήριο Υγιεινής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η Ασύρματη Ηλεκτροδιέγερση (ΑΗ) είναι μια καινοτόμος τεχνολογία που χρησιμοποιείται ιδιαίτερα αποτελεσματικά για τη θεραπεία δυσίατων ελκών και τραυμάτων. Η επίδρασή της στη μικροβιακή ανάπτυξη πρέπει να αποδειχθεί, καθώς μπορεί να ευνοεί ή να ανταγωνίζεται τη θεραπευτική/επουλωτική δράση της. Η διαπίστωση της ηλεκτροδυναμικής της στα μικρόβια θα οδηγήσει σε βελτιωμένα, μικτά σχήματα αγωγής και φροντίδας.
ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήθηκε η συσκευή Wetling-200 σε καλλιέργειες βακτηριακού κλινικού δείγματος, μη ταυτοποιημένου και αγνώστου καθαρότητας (δις τυφλό). Τροποποιημένα τρυβλία επιστρώθηκαν με τιτλοδοτημένο βακτηριακό εναιώρημα και υποβλήθηκαν σε διαφορετικές εντάσεις (0,5-4 μΑ) για διαφορετικούς χρόνους (1, 10, 30, 60min), ταυτόχρονα με πανομοιότυπα τρυβλία-μάρτυρες. Ακολουθούσε επώαση στους 37° C, με καταμέτρηση αποικιών στις 24 και στις 48 ώρες Παράλληλα, από δύο ασθενείς (χωρίς λήψη αντιβιοτικών) ελήφθη επίχρισμα από τα τραύματα προ και μετά την αγωγή ΑΗ (1,5 μΑ για 60min/ συνεδρία) που εναιωρείτο, καλλιεργείτο με επίστρωση και καταμετρούνταν αποικίες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επιχρίσματα των ασθενών παρουσίασαν σαφή, σταδιακή μείωση του μικροβιακού φόρτου κατά την πρόοδο της αγωγής. Μετά από μικρό αριθμό συνεδριών τα τραύματα ήταν πρακτικά στείρα. Αντίθετα, τα τρυβλία που υποβλήθηκαν σε ΑΗ εμφάνισαν αποικίες μεγαλύτερης διαμέτρου, σε σχέση με τα αντίστοιχα τυφλά, με τη διαφορά συναρτημένη με την ένταση και το χρόνο ΑΗ. Επίσης, εμφανίστηκε αυξημένη ποικιλομορφία αποικιών, ενώ δεν παρατηρήθηκε στάθμιση στις διαφορές του αριθμού των αποικιών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ΑΗ μειώνει έως μηδενισμού τον ρυθμό ανάπτυξης των βακτηρίων *in vivo*. Αντίθετα, φαίνεται να τον ευνοεί σε συνθήκες καλλιέργειας, και επάγει την εμφάνιση φαινοτυπικών διαφοροποιήσεων. Τα αποτελέσματα είναι οι πρώτες ενδείξεις επίδρασης της ΑΗ στο μικροβιακό φορτίο.

27. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Α. Τζάνος, Δ. Ψυλλάκη, Β. Τραγουλιάς, Α. Πατρέλης, Ε. Στέφας, Ν. Γκρούμας

Α΄ Τμήμα ΦΙΑΠ, ΕΚΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σκοπός μας ήταν να μελετηθούν τα επιδημιολογικά δεδομένα της διάρκειας παραμονής των ασθενών με ΑΕΕ (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας και να συσχετιστούν με προβλήματα που προέκυψαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Καταγράφηκαν 311 ασθενείς με ΑΕΕ (197 άνδρες και 114 γυναίκες), 26-82 ετών (μέση ηλικία 54) - 163 με δεξιά ημιπληγία και 148 με αριστερή ημιπληγία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς έχουν παραπεμφθεί από νευρολογικές και παθολογικές κλινικές. Η καθυστέρηση μέχρι την παραπομπή τους κυμαινόταν από δύο εβδομάδες έως τρεις μήνες. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας σε αυτούς τους ασθενείς συσχετίστηκε με τη σοβαρότητα του ΑΕΕ, τις επιπλοκές, την ύπαρξη προϋπαρχουσών παθολογικών κατάστασεων και την υποστήριξη εκ των συγγενών. Ο μέσος χρόνος αποκατάστασης για τους ασθενείς χωρίς επιπλοκές και με καλή υποστήριξη συγγενων, χωρίς προϋπάρχοντα παθολογικά προβλήματα, ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο ήταν 10 εβδομάδες. Με επιπλοκές αυξάνεται σε 14-18 εβδομάδες. Με προϋπάρχουσα παθολογική κατάσταση, αυτό εξαρτάται από τη σοβαρότητα της. Χωρίς υποστήριξη από τους συγγενείς, ανεξάρτητα από όλους τους άλλους παράγοντες υπάρχει καθυστέρηση 2-9 μηνών.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Σε γενικές γραμμές, εκτός των διεθνών προτύπων διάρκειας παραμονής σε μια κλινική αποκατάστασης ένας από τους κύριους λόγους για την καθυστέρηση του χρόνου νοσηλείας φαίνεται να είναι το περιβάλλον των συγγενών.

28. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΙΣΘΗΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΕΥΡΥΜΑΤΩΝ

Α. Ανδρεάδη, Δ. Ψυλλάκη, Ν. Ανανίδης, Β. Τραγουλιάς, Μ. Παπαστεφάνου, Ε. Στέφας, Α. Πατρέλης, Α. Τζάνος, Κ. Τζιώτζου, Ν. Γκρούμας

Α΄ Τμήμα ΦΙΑΠ, ΕΚΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η διαπίστωση κατά πόσο η συσχέτιση των συμπτωμάτων του πόνου και των αισθητικών ελλειμμάτων με το ΣΚΣ (σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα) τεκμηριώνεται εκ των ΗΜΓ (ηλεκτρομυογραφικών) ευρημάτων.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 203 ασθενείς με πόνο στο άνω άκρο και αισθητικά ελλείμματα στο χέρι μελετήθηκαν στο ΗΜΓ εργαστήριό μας κατά το παρελθόν έτος. Η μελέτη διεξήχθη με τη χρήση της ΗΜΓ συσκευής Medelec και περιλάμβανε μετρήσεις κινητικού και αισθητικού λανθάνοντα χρόνου για το μέσο νεύρο και στα δύο χέρια. Διεξήχθη επίσης ΗΜΓ έλεγχος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από 203 ασθενείς μόνο 101 είχαν ΗΜΓ ευρήματα για ΣΚΣ Στο ένα χέρι (κυρίαρχο χέρι 94) και 13 και στα δύο χέρια. Οι άλλοι 89 ασθενείς ήταν αρνητικοί για ΣΚΣ (57,6%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ΗΜΓ μελέτη είναι απαραίτητη σε ασθενείς με συμπτώματα αιμωδίας και και πόνου στο άνω άκρο, διότι πολλές παθολογικές καταστάσεις έχουν παρόμοια συμπτώματα με το ΣΚΣ.

29. ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤ΄ ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Μ. Καραρρήγα, Α. Στογιάννη, Σ. Χαρίση, Ε. Μαγαλιός, Σ. Παπακώστα

Κέντρο Αποκατάστασης «Αρωγή Θεσσαλίας» Λάρισας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στην κατ' οίκον φροντίδα παρέχονται υπηρεσίες υγείας σε άτομα και οικογένειες στον τόπο διαμονής τους, με σκοπό την προώθηση, διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας, τη μεγιστοποίηση του επιπέδου λειτουργικής αυτονομίας και τον περιορισμό των συνεπειών της ανικανότητας και της νόσου.
ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση συμβολής της Επισκέπτριας Υγείας στην αποκατάσταση στο σπίτι.
ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα ηλικίας 33 ετών, ελληνικής καταγωγής με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζει λειτουργική τετραπληγία. Χρήζει βοήθειας ετέρου ατόμου για φροντίδα και επιβίωση. Παρουσιάζει επίμονη σπαστικότητα που αντιμετωπίζεται με φάρμακα, αντλία βακλοφαίνης, εγχύσεις αλλαντικής τοξίνης. Φέρει πολυανθεκτικά μικρόβια και πολλαπλές λοιμώξεις από ουροποιητικό και αναπνευστικό σύστημα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η επισκέπτρια υγείας σε συνεργασία με την ομάδα υγείας μέσω της κατ' οίκον επίσκεψης ανιχνεύει τις οικογενειακές συνθήκες για τη δυνατότητα και τον προγραμματισμό παροχής φροντίδας και εκπαιδεύει το φροντιστή στην εκμάθηση των παρακάτω δεξιοτήτων:
Αλλαγή θέσεων ασθενούς επί κλίνης για πρόληψη ακεραιότητας δέρματος.
Λόγω νευρογενούς κύστης παρακολουθεί καταμέτρηση ούρων με διαλείποντες καθετηριασμούς και ορθή σωματική υγιεινή προς αποφυγή ουρολοιμώξεων.
Παρέχει συμβουλευτική για υγιεινή - διατροφική αγωγή, επαρκή ενυδάτωση και σίτιση, οδηγίες για υποκλυσμό λόγω νευρογενούς εντέρου.
Συστήνει καθιστή θέση για καλύτερη έκπτυξη αναπνευστικού.
Η ασθενής φέρει νάρθηκα ηρεμίας αριστερής πηχεοκαρπικής άρθρωσης. Επισημαίνεται ελέγχος μετά την αφαίρεση αυτού προς αποφυγή ερυθρότητας περιοχής.
Διαμεσολαβεί για προγραμματισμό επαναπλήρωσης αντλίας βακλοφαίνη και επαναληπτική έγχυση αλλαντικής τοξίνης.
Διερευνά ορθή τήρηση φαρμακευτικής αγωγής.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η φροντίδα και η εκπαίδευση στο σπίτι ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας και των φροντιστών αποτελεί πολυσήμαντη, βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση για καλύτερη έκβαση νόσου και βελτίωση ποιότητας ζωής του.

30. ΑΤΥΠΗ ΕΙΚΟΝΑ ΔΥΣΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Π. Καραγκούνης, Α. Κοτρώνη, Κ. Ζωνίου, Α. Καπλάς, Β. Τογκελίδης, Ε. Μπάκας

Κλινική Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ-ΕΚΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η δυσαυτονομία του συμπαθητικού συστήματος (δυσρεφλέξια) αποτελεί μία ξεχωριστή κλινική οντότητα, η οποία εκδηλώνεται στο 30% έως και 90% των ασθενών με υψηλή παραπληγία και τετραπληγία με υπέρταση, εφίδρωση, κεφαλαλγία και βραδυκαρδία, που μπορεί να απειλήσει τη ζωή των ασθενών. Σκοπός της παρούσας μελέτης περίπτωσης είναι η παρουσίαση περιστατικού με άτυπη κλινική εικόνα δυσρεφλέξιας, όσον αφορά στις τιμές της αρτηριακής πίεσης.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα ασθενής 42 ετών, με κάταγμα-εξάρθρημα Α4-Α5 (συνεπεία τροχαίου ατυχήματος), υποβλήθηκε σε οπίσθια σπονδυλοδεσία Α3-Α6. Η κλινική της εικόνα ήταν πλήρης τετραπληγία επιπέδου Α4. Η ασθενής νοσηλεύθηκε στην κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης του Νοσοκομείου ΚΑΤ, προκειμένου να ακολουθήσει λειτουργικό πρόγραμμα αποκατάστασης. Όσον αφορά στις τιμές της αρτηριακής πίεσης εμφάνιζε μ.ο. τιμών αναφοράς τα 70 και 50 mmHg σε συστολική και διαστολική πίεση, αντίστοιχα. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της έφερε μόνιμο ενδοκυστικό καθετήρα τύπου Foley.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής παρουσίαζε επεισόδια κεφαλαλγίας, ερυθρότητας προσώπου, βραδυκαρδίας και αύξηση αρτηριακής πίεσης σε επίπεδα έως και 110/70 mmHg, παθογνωμονικά σημεία της δυσρεφλέξιας. Ως εκλυτικός παράγοντας πρόκλησης της δυσρεφλέξιας εντοπιζόταν η περιστασιακή απόφραξη του ουροκαθετήρα. Η απελευθέρωση της ροής των ούρων είχε ως αποτέλεσμα την άφθονη εκροή τους, με ποσότητα έως και 1700 ml, με συνέπεια τη λύση της συμπτωματολογίας της ασθενούς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι τιμές αρτηριακής πίεσης, σε περίπτωση δυσρεφλέξιας, μπορούν να εμφανίζονται σε φυσιολογικά επίπεδα. Η αύξησή τους, σε σχέση με τις τιμές αναφοράς και η λοιπή συμπτωματολογία πρέπει να κινητοποιήσουν άμεσα το ιατρικό προσωπικό. Η αλλαγή θέσης σώματος, η ανεύρεση του εκλυτικού παράγοντα και η χορήγηση αντιυπερτασικής αγωγής, αποτελούν τα βασικά συστατικά αντιμετώπισης της διαταραχής.

31. ΕΠΑΛΗΘΕΥΣΗ ΤΑΧΕΙΑΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΟΥ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ

Δ. Παπασβέντσης, Π. Ιωαννίδης, Β. Δένδια, Ι. Μαρίνου, Σ. Καράμπελα, Ε. Κωνσταντινίδου, Α. Σκούρογλου, Π. Σωτάκης, Χ. Κενούτης, Ε. Βογιατζάκης

Μικροβιολογικό Εργαστήριο & Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της μεθόδου real-time PCR COBAS TaqMan MTB (Roche Diagnostics, Basel, Switzerland) για την ταχεία ανίχνευση του Mycobacterium tuberculosis complex (MTBC) σε κλινικά δείγματα.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στο πλαίσιο του συστήματος διαχείρισης ποιότητας του εργαστηρίου κατά EN ISO 15189:2007, κάθε νέα ποιοτική μέθοδος CE/IVD που εισάγεται προς κλινική χρήση πρέπει να επαληθεύεται κλινικά. Η μοριακή μέθοδος εκτελέστηκε σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή και τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με την κλασική καλλιέργεια σε υλικό Löwenstein-Jensen (LJ) και στο αυτοματοποιημένο σύστημα BACTECTM MGIT 960 system (Becton Dickinson, USA). Υπολογίστηκε στατιστικά η ακρίβεια της μοριακής μεθόδου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, εξετάστηκαν 88 δείγματα. Εβδομήντα-τρία (83%) ήταν πνευμονικά και 15 (17%) εξωπνευμονικά (λεμφαδένες, πλευριτικά /περικαρδιακά/ασκιτικά υγρά, δείγματα πύου κλπ). Ο εσωτερικός έλεγχος ποιότητας της μεθόδου ήταν επιτυχής σε όλες τις περιπτώσεις. Το ποσοστό απροσδιορίστων αποτελεσμάτων ήταν 3.5%. Συνολικά βρέθηκαν 15 θετικά δείγματα (9 μικροσκοπικά θετικά και 79 μικροσκοπικά αρνητικά). Η μοριακή μέθοδος είχε ευαισθησία και ειδικότητα 100% (τόσο σε μικροσκοπικά θετικά όσο και σε αρνητικά δείγματα). Η θετική και αρνητική προγνωστική αξία ήταν άριστη. Δεν κατεγράφη διαφορά στις θετικές και αρνητικές προγνωστικές αξίες μεταξύ πνευμονικών/εξωπνευμονικών και μικροσκοπικά θετικών/αρνητικών δειγμάτων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επαλήθευση της μεθόδου COBAS TaqMan MTB απέδειξε ότι παρουσιάζει υψηλότατη ακρίβεια για την άμεση ανίχνευση του MTBC ακόμη και σε εξωπνευμονικά ή μικροσκοπικά αρνητικά κλινικά δείγματα. Επιπλέον, η μέθοδος είναι αυτοματοποιημένη, εύκολη στην εφαρμογή της και παρέχει σημαντικά ταχύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με τις κλασικές μεθόδους υβριδισμού νουκλεϊκών οξέων. Τα προκαταρκτικά μας αποτελέσματα θα πρέπει να επιβεβαιωθούν περαιτέρω.

32. ΝΑΝΟΣΩΜΑΤΙΔΙΑ ΧΡΥΣΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ STARHYLOCOCCUS AUREUS ΚΑΙ LISTERIA MONO CYTOGENES

Δ. Χουχούλα[1], Ι. Παπαπαρασκευάς[2], Σ. Κοντελές[1], Σ. Κουσίσης[1], Κ. Κωνσταντόπολος[3], Α. Τσακρής[2], Α. Χαρβάλου[4]

[1]Τμήμα Τεχνολογίας Τροφίμων, ΤΕΙ Αθήνας, [2]Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημιού Αθηνών, [3]Αιματολογική Κλινική Πανεπιστημιου Αθηνών, ΓΝΑ «Λαϊκό», [4]Μαιευτήριο «Ιασώ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάπτυξη ενός νέου πρωτοκόλλου βασισμένου σε νανοσωματίδια χρυσού συνδεδεμένα με ολιγονουκλεοτίδια για την ανίχνευση του DNA των παθογόνων *S. aureus* και *L. monocytogenes*.
ΥΛΙΚΟ: Νανοσωματίδια χρυσού συνδέθηκαν με ολιγονουκλεοτίδια ειδικά για τα γονίδια ***femA*** (ανίχνευση είδους *S. aureus*), ***mecA*** *(ανίχνευση αντοχής στην μεθικιλλίνη* - MRSA) και ***hly*** (ανίχνευση είδους *L. monocytogenes*. Ελήφθησαν 20 μl DNA από καλλιέργειες *S. aureus* και *L. monocytogenes*.Πραγματοποιήθηκε αποδιάταξη στους 95º C για 5 min. Προστέθηκε 15 μl του διαλύματος των νανοσωματιδίων-ολιγονουκλεοτιδίων και ακολούθησε επώαση στους 58º C για 15 min. Η παρουσία στο δείγμα συμπληρωματικού DNA στόχου οδηγεί σε υβριδισμό και τα AuNPs σταθεροποιούνται. Η προσθήκη 0.1M HCl στο δείγμα οδηγεί στην κατακρήμνιση των ελεύθερων νανοσωματιδίων με αποτέλεσμα αν το δείγμα είναι θετικό παραμένει κόκκινο ενώ αν είναι αρνητικό γίνεται ιώδες. Έγινε σύγκριση με τη συμβατική PCR.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:. Το όριο της αναλυτικής ευαισθησίας της μεθόδου ήταν 0.5 ng/μL DNA, ενώ συγκριτικά το όριο της αναλυτικής ευαισθησίας της PCR ήταν 0,05 ng/μL DNA. Η ειδικότητα και η επαναληψιμότητα της μεθόδου ήταν 100%.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προτεινόμενη διαδικασία θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική μέθοδος στην ανίχνευση του DNA και ταυτοποίηση των ειδών *S. aureus* και *L. monocytogenes* σε περιπτώσεις έλλειψης τεχνικών μοριακής διαγνωστικής. Η άμεση ανίχνευση *S. aureus* και *L. monocytogenes*με την νέα ταχεία μέθοδο, θα μπορούσε να αποτελέσει μία ταχεία και ευαίσθητη μέθοδο σε νοσοκομειακούς ασθενείς όπου ο χρόνος για την ζωή του ασθενούς αλλά και την πρόληψη διασποράς πολυανθεκτικών στελεχών είναι υψίστης σημασίας. Η αξιολόγηση της μεθόδου σε κλινικά δείγματα και τρόφιμα βρίσκεται σε εξέλιξη

33. ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ ΑΠΟ GARDNERELLA VAGINALIS

Ε. Μπελεσιωτου, Χ. Μπαρκα, Ζ. Παπαρρίζου, Α. Μαντζαβίνη, Α. Καλαντζή, Ε. Συμεωνίδου, Ζ. Ψαρουδάκη, Μ. Νέπκα, Ε. Περιβολιώτη, Α. Αργυροπύλου

Μικροβιολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Gardnerellavaginalis (GV) μπορεί να βρίσκεται στην κολπική χλωρίδα των φυσιολογικών γυναικών (50-75% είναι ασυμπτωματικές) αλλά αποτελεί και το αίτιο μη ειδικής βακτηριακής κολπίτιδας (Bacterial vaginosis BV). Η BV χαρακτηρίζεται από ελάττωση της συγκέντρωσης των γαλακτοβακίλλων και αύξηση μικροοργανισμών που αποτελούν φυσιολογική ουρηθρική ή εντερική χλωρίδα και κυρίως των αναεροβίων (GV, Prevotellaspp. (P. disiens), Porphyromonas spp., Bacteroides spp., Peptostreptococcus spp., Mobiluncus spp., Fusobacterium spp., Atopobium vaginae). HGV παράγει μεταβολικές ουσίες που χρησιμεύουν ως τροφή στα άλλα αναερόβια.
ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των GV κολπίτιδων σε γυναίκες που προσέρχονταν στο εξωτερικό ιατρείο τεταρτοβάθμιου νοσοκομείου.
ΥΛΙΚΟ: Η GV διάγνωση στο κολπικό έκκριμα έγινε σύμφωνα με τα 3 από τα 4 κριτήρια Amsel: λεπτό γκριζόασπρο έκκριμα, αύξηση PH κόλπου >4.5 που διευκολύνει την προσκόλληση GV στα επιθηλιακά κύτταρα, οσμή «ψαρίλας» έπειτα από προσθήκη KOH 10% λόγω παραγωγής πτητικών αμινών (Whiff test) και ανίχνευση clue cells στο άμεσο παρασκεύασμα και στην χρώση κατά Gram. Η αναερόβια καλλιέργεια έγινε σε GV Agarμε δίσκο 50 μg μετρονιδαζόλης (Oxoid).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την διάρκεια των 2 τελευταίων ετών σε 1140 δείγματα κολπικού εκκρίματος ανιχνεύθηκαν 79 (6.9%) GV. Σε 16/79 (20,2%) εξ αυτών συνυπήρχε Candidaspp., σε 7 (8.9%) Mobiluncusspp., σε 2 (2,5%) Streptococcus agalactiae, σε 4 (5%) Staphylococcus aureus, σε 1 (1,2%) Streptococcus agalactiae και Staphylococcus aureus και σε 2 (2.5%) Candida albicans και Staphylococcus aureus. Υποτροπή παρουσίασαν 7(8,9%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι πολύ σημαντικήη διάγνωση και θεραπεία της GV σε συμπτωματικές γυναίκες διότι μπορεί να προκαλέσει ακόμη και τραχηλίτιδα, πρόωρο τοκετό, χοριοαμνιονίτιδα, ουρολοιμώξεις, λοιμώξεις νεογνών και έχει σπουδαίο ρόλο στην BV. Οι κύριοι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η σεξουαλική δραστηριότητα, οι συνθήκες υγιεινής, το κάπνισμα αλλά ίσως ενέχονται και γενετικοί παράγοντες. Για τις υποτροπές πιθανότατα ευθύνεται ο σχηματισμός βιομεμβράνης. Πρέπει οπωσδήποτε να αναζητούνται και άλλα παθογόνα αν συνυπάρχουν οσμή και άλλα έντονα συμπτώματα δυσουρίας, δυσπαρεύνιας, καύσου, κνησμού, ερυθήματος και οιδήματος.

34. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΝΟΠΑΘΕΙΩΝ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΕΚΑ ΕΤΩΝ

Κ. Λιασκώνης, Π. Τσιούτσιας, Β. Λυγγουνού, Δ. Κανδοπούλου, Ε. Ψωμάς, Α. Λιασκώνη, Α. Παπανικολάου, Ι. Μάρκου

Κέντρο Ελέγχου Μεσογειακής Αναιμίας & Αιμοσφαιρινοπαθειών, 401 ΓΣΝΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανίχνευση και η καταγραφή της συχνότητας των διαφόρων αιμοσφαιρινοπαθειών που ανευρέθηκαν στο νοσοκομείο μας κατά την διάρκεια δέκα ετών. Οι αιμοσφαιρινοπάθειες αποτελούν τα συχνότερα γενετικά νοσήματα που απασχολούν τα σύγχρονα ζευγάρια και τη δημόσια υγεία.
ΥΛΙΚΟ: Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς του νοσοκομείου μας και άτομα που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία. Εξετάσθηκαν 7591 δείγματα ασθενών που προσήλθαν στο Κέντρο Έλεγχου Μεσογειακής Αναιμίας και Αιμοσφαιρινοπαθειών του 401 ΓΣΝΑ κατά την διάρκεια δέκα ετών. Ο έλεγχος στο εργαστήριο μας περιλαμβάνει τη γενική αίματος με προσδιορισμό των ΔΕΚ, μορφολογία ερυθρών από επίχρισμα περιφερικού αίματος, την ωσμωτική αντίσταση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, τη δοκιμασία δρεπανώσεως καθώς και τη μέτρηση φερριτίνης, φυλλικού οξέος και B12 με ανοσοενζυμική μέθοδο. Η ανάλυση των κλασμάτων της αιμοσφαιρίνης και ο ποσοτικός προσδιορισμός τους έγινε σε αυτόματο αναλυτή με χρωματογραφία υψηλής πιέσεως (HPLC)
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 7591 ασθενείς που εξετάσαμε οι 1156 ήταν θετικοί σε κάποιο είδος αιμοσφαιρινοπάθειας (ποσοστό 15,23%). Από τα θετικά δείγματα τα 911 (78,81%) ήταν άνδρες και τα 244(21,19%) ήταν γυναίκες.

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Ετερόζυγη β ΜΑ	771	202	973 (84,17%)
Ετερόζυγη α ΜΑ	36	13	49 (4,24%)
Ετερόζυγη δβ-ΜΑ	30	9	39 (3,37%)
Ετ.Δρεπανοκυτταρική	58	17	75 (6,49%)
Lepore	6	0	6 (0,52%)
G-Philadelphia	0	1	1 (0,09%)
Μικροδρεπανοκυτταρική	6	1	7 (0,61%)
Αιμοσφαιρινοπάθεια Η	1	1	2 (0,17%)
Hasharon	2	0	2 (0,17%)
Ετερόζυγη HbF	1	0	1 (0,09%)
Ομόζυγη β ΜΑ	0	1	1 (0,09%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι παθολογικές αιμοσφαιρινοπάθειες σε ένα ποσοστό 15,23% το οποίο είναι υψηλό θα εξακολουθούν να απασχολούν τα ζευγάρια παρά την προοδευτική μείωση λόγω της εφαρμογής του προγεννητικού ελέγχου. Πιο συχνή είναι η ετερόζυγη Β μεσογειακή αναιμία (84,17%) με σημαντική διαφορά από την δεύτερη που είναι η ετερόζυγη δρεπανοκυτταρική αναιμία (6,49%) και την τρίτη που είναι η ετερόζυγη α ΜΑ (4,24%). Οι Υγειονομικές Υπηρεσίες του Κράτους καθώς και όλος ο υγειονομικός κόσμος θα πρέπει να συνεχίσουν με ποιο εντατικούς ρυθμούς να ενημερώνουν όλο τον πληθυσμό ώστε ο προγεννητικός έλεγχος να γίνεται υποχρεωτικά σε όλους και πριν να αρχίσει η κύηση ώστε να ελαττωθεί το ποσοστό των παθολογικών αιμοσφαιρινοπαθειών.

35. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Σ. Διαμαντάτου[1], Γ. Βρυώνη[2], Α. Τσακρής[2], Θ. Παλάσκας[1]

[1]Τμήμα Οικονομικής και Περιφερειακής Ανάπτυξης, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα, [2]Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι τελευταίες αλλαγές στην τεχνολογία και το νέο management συνιστούν τεράστια πρόκληση προσαρμογής των Κλινικών Εργαστηρίων στις σύγχρονες ιατρικές πρακτικές και πολιτικές Υγείας.
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση και ανάλυση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην αποδοτικότητα των Κλινικών Εργαστηρίων των Δημόσιων Νοσοκομείων και η εξέταση της υπόθεσης αν και σε ποιό βαθμό αυτή η επίδραση είναι ομοιογενής στα κλινικά εργαστήρια, ανεξαρτήτως κατηγορίας Νοσοκομείου και στην υπό εξέταση περίοδο:2010-2011-2012.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη βασίζεται στην ανάλυση δευτερογενών δεδομένων του Υπουργείου Υγείας-ηλεκτρονική πλατφόρμα “esynet” για 130 νοσοκομεία.
Τα δεδομένα, που αφορούν στις μεταβλητές: κατηγορία νοσοκομείου, σύνολο εργαστηριακών εξετάσεων και αγορών αντιδραστηρίων-υλικών ετησίως, κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν στατιστικά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα, χρήσιμα για τους σχεδιαστές πολιτικών, δείχνουν ότι, τόσο το σύνολο των εργαστηριακών εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν, όσο και των αγορών αντιδραστηρίων και λοιπού υλικού που χρησιμοποιείται για τη διεξαγωγή τους, δεν διαφέρουν την τριετία 2010-2011-2012 (p=0.0541&0.194 αντίστοιχα>0.05). Επιπλέον, η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) στη μεταβλητή-λόγος: σύνολο εργαστηριακών εξετάσεων/ετήσιες αγορές σε αντιδραστήρια υλικά εργαστηρίων-,που εκφράζει την αποδοτικότητα των υπό έρευνα εργαστηρίων, έδειξε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, τόσο μεταξύ των κλινικών εργαστηρίων των διαφόρων κατηγοριών νοσοκομείων, όσο και μεταξύ των ετών 2010-2011-2012 (F(3,126)=7.23,p=0.001, F(3,122)=3.14,p=0.028, F(3,119)=11.85,p=0.001). Ειδικότερα, τα κλινικά εργαστήρια των ΓΝ-ΚΥ είναι αποδοτικότερα από τα πανεπιστημιακά και εξειδικευμένα. Αξιοσημείωτο ότι, ο συγκεκριμένος λόγος βελτιώνεται εντός της τριετίας,2010-2012, σε όλες τις κατηγορίες νοσοκομείων. Ισοσταθμίζοντας κριτικά τα παραπάνω, θα λέγαμε ότι αν και η οικονομική κρίση επηρέασε στον ίδιο βαθμό τα κλινικά εργαστήρια των Δημόσιων Νοσοκομείων την συγκεκριμένη τριετία, όλα τα κλινικά εργαστήρια όλων των κατηγοριών των νοσοκομείων φαίνεται να άρχισαν να χρησιμοποιούν αποδοτικότερα τους πόρους τους.

36. ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ACINETOBACTER BAUMANNII

Ε. Κόκκαλη, Μ. Νέπκα, Ε. Περιβολιώτη, Ε. Μπελεσιώτου, Χ. Μπάρκα, Α. Μαντζαβίνη, Γ. Καζής, Ζ. Παπαρρίζου, Κ. Εμμανουήλ, Ζ. Ψαρουδάκη, Α. Αργυροπούλου, Κ. Φουντούλης

Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το *Acinetobacter baumannii* είναι ένα gram αρνητικό αερόβιο βακτηρίδιο του φυσικού περιβάλλοντος που αποικίζει τους βλεννογόνους των νοσηλευόμενων ασθενών παροδικά ή μόνιμα και αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα αίτια ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.
ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη περιστατικών βακτηριαιμίας από πολυανθεκτικά στελέχη *A. baumannii*,σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας κατά την περίοδο Ιανουάριος - Αύγουστος 2013.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά τους οκτώ αυτούς μήνες βρέθηκαν 71 ασθενείς με βακτηριαιμία, στις αιμοκαλλιέργειες των οποίων απομονώθηκαν ισάριθμα στελέχη *A. baumannii.* Καταγράφηκαν και μελετήθηκαν: η ηλικία των ασθενών, τα υποκείμενα νοσήματά τους, η κλινική στην οποία νοσηλεύτηκαν, η αιτία εισόδου, η πύλη εισόδου του μικροοργανισμού, η ύπαρξη κεντρικού φλεβικού καθετήρα (ΚΦΚ), η λήψη αντιμικροβιακής θεραπείας και η έκβαση της λοίμωξης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς χωρίστηκαν ηλικιακά στις παρακάτω κατηγορίες: 10 ασθενείς ήταν από 20-40ετών, 26 από 40-70 ετών και 35 άνω των 70. Οι 41 από αυτούς, νοσηλεύτηκαν στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), οι 20 σε κλινικές παθολογικού τομέα και οι 10 σε κλινικές χειρουργικού τομέα. Οι αιτίες εισόδου κατά σειρά συχνότητας ήταν: λοίμωξη αναπνευστικού (σε 20 ασθενείς), χειρουργικά αίτια (σε 10), σήψη (σε 9), πολυτραυματίες (σε 8), αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (σε 7), καρδιολογικά νοσήματα (σε 6), κακοήθειες (σε 4) και άλλα σπανιότερα αίτια (σε 7). Η πύλη εισόδου ήταν: αναπνευστικό (σε 36 ασθενείς), τραύματα (σε 10), κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες ΚΦΚ (σε 9) και ουροποιητικό (σε 7), ενώ σε 9 ασθενείς δεν ανεβρέθηκε πρωτοπαθής εστία λοίμωξης. Σε 29 ασθενείς δεν βρέθηκαν υποκείμενα νοσήματα, ενώ οι 19 είχαν κακοήθεια, 7 σακχαρώδη διαβήτη, 4 έπασχαν από ΧΑΠ, 4 είχαν χρόνια καρδιολογικά νοσήματα, 2 είχαν ΧΝΑ, και οι υπόλοιποι 6 άλλα σπανιότερα υποκείμενα νοσήματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών έφερε ΚΦΚ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (οι 64 από τους 71), ενώ όλοι λάμβαναν αντιμικροβική θεραπεία. Τελικά, μόλις 21 από αυτούς ανάρρωσαν, ενώ οι 50 απεβίωσαν.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην πλειοψηφία των ασθενών με βακτηριαιμία από *A. baumannii* υπήρξε νοσηλεία στην ΜΕΘ, έφεραν ΚΦΚ και η πύλη εισόδου του μικροοργανισμού ήταν το αναπνευστικό. Όλοι ελάμβαναν αντιμικροβιακή θεραπεία, ενώ 50 από τους 71 κατέληξαν.

37. RDW ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Ε. Αλαφάκη, Α. Αναστασόπουλος, Β. Δημητρίου, Μ. Μπακάλη, Κ. Γυφτοπούλου, Τ. Δασκάλου, Ρ. Χατζηκυριάκου

Αιματολογικό Τμήμα Εργαστηριακός Τομέας, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Το RDW (εύρος κατανομής του όγκου των ερυθρών αιμοσφαιρίων) είναι ένας αριθμητικός δείκτης που προσδιορίζεται από τους αυτόματους αναλυτές,εκφράζει τον βαθμό της ανισοκυττάρωσης και αποτελεί μια σημαντική αιματολογική παράμετρο.Σύμφωνα με μελέτες έχει βρεθεί συσχέτιση ανάμεσα στο RDW και στα καρδιολογικά νοσήματα. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της διακύμανσης του RDW σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο που εισάγονται σε μονάδα εμφραγμάτων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάσθηκαν αναδρομικά οι γενικές αίματος 50 ασθενών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου κατά την εισαγωγή τους στην μονάδα εμφραγμάτων του ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ. Στούς ασθενείς αυτούς μετρήθηκε το RDW κατά την εισαγωγή τους(φ.τ:11-16fl) και συγκρίθηκε με το RDW 50 ατόμων με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό που προσήλθαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία για εργαστηριακό έλεγχο και ορίστηκαν ως ομάδα ελέγχου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο που εισήχθησαν στην μονάδα εμφραγμάτων είχαν κατά μέσο όρο υψηλότερη τιμή RDW(17,14fl) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (11,38fl).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι το RDW παρουσιάζεται αυξημένο σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο που εισάγονται για οποιοδήποτε λόγο στην μονάδα εμφραγμάτων.Οι αυξημένες αυτές τιμές του RDW μπορεί να αντικατοπτρίζουν μια υποκείμενη φλεγμονώδη κατάσταση που συνήθως συνοδεύει αυτούς τους ασθενείς και που οδηγεί σε επιταχυνόμενη καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων,μειωμένη ωρίμανσή τους και κατά συνέπεια αναποτελεσματική ερυθροποίηση.Παρ`όλα αυτά περισσότερες μελέτες απαιτούνται για την ακριβή εξήγηση του μηχανισμού ρύθμισης του RDW αλλά και για την δυνατότητα χρησιμοποίησης του ως διαγνωστικό εργαλείο.

38. ΕΙΔΙΚΑ ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΑ ΑΝΑ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

Κ. Λιασκώνης[1], Α. Τσόλκας[1], Β. Λυγγουνού[1], Ν. Κραββαρίτης[1], Δ. Κανδοπούλου[1], Α. Παπανικολάου[1], Κ. Τσιντιρής[2], Ι. Παρασκευόπουλος[3], Δ. Βασσάλος[4]

[1]Βιοπαθολογικό Εργαστήριο 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, [2]Πνευμονολογική Κλινική 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών,[3]Αλλεργιολογικό Τμήμα 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, [4]ΤΕΙ Αθήνας Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας

ΣΚΟΠΟΣ: Η συχνότητα των αλλεργικών νοσημάτων του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος τα τελευταία δέκα χρόνια τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς αυξάνει συνεχώς και έχει σχεδόν τριπλασιασθεί. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης των πιο συχνών ειδικών αλλεργιογόνων ανά εποχή του χρόνου σε διάστημα δύο ετών.

ΥΛΙΚΟ: Από 1/12/2009 έως 30/11/2011 εξετάσθηκαν 1008 ασθενείς που νοσηλεύθη-καν στο 401 ΓΣΝΑ και είχαν εκδηλώσει αλλεργικό νόσημα και άτομα που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία και ανέφεραν κάποια αλλεργία. Οι οροί ελέγχθηκαν στα κάτωθι ειδικά αλλεργιογόνα (RAST Specific IgE):1) στο επιθήλιο της γάτας (E1), 2) στο επιθήλιο του σκύλου (E2),3) στο μείγμα της πρασινάδας(GX1),4) στη γύρη των δημητριακών (GX5), 5) στο άκαρι (Dermatophag. pteron.) (D1), 6) στο άκαρι (Dermatophag. farina) (D2), 7) στον Cladosporium herbarum (M2), 8) στον Aspergillus fumigates (M3), 9) στην Alternaria tenuis (M6), 10) στην ελιά (T9),11) στον πλάτανο (T11),12) στην παριετάρια (περδικούλι) (W19), 13) στην παριετάρια (περδικούλι) (W21) και 14) στο μείγμα από αγριόχορτα (WX3) με ανο-σοενζυμική μέθοδο σε αυτόματο αναλυτή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα των μετρήσεων στα ανωτέρω αλλεργιογόνα ταξινο-μήθηκαν ανά εποχή του χρόνου και φαίνονται σε ποσοστό % στο κάτωθι πίνακα

ΜΗΝΕΣ	E1	E2	GX1	GX5	D1	D2	M2	M3	M6	T9	T11	W19	W21	WX3
12-1-2	3,97	0,5	0,4	0,3	2,78	3,08	0,1	0,1	0,79	3,17	0,1	2,98	0,3	0,2
3-4-5	5,65	0,79	0,79	10,02	7,14	6,35	0	0,2	3,08	11,61	0,3	12	0,69	0,3
6-7-8	1,69	0,4	0,5	4,37	2,28	2,18	0,1	0,3	0,99	3,47	0,2	3,87	0,5	0,1
9-10-11	4,07	0,89	0,5	5,16	3,67	3,87	0	0,2	3,67	7,44	0,4	6,05	0,2	0,5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Την άνοιξη και το φθινόπωρο εμφανίζονται τα υψηλότερα ποσοστά στα αλλεργιογόνα. Την άνοιξη πιο συχνά είναι 1) η παριετάρια (W19) (12%), 2) η ελιά (T9) (11,61%), 3) η γύρη των δημητριακών (GX5) (10,02%), 4) το άκαρι (Dermatophag. pteron.) (D1) (7,14%), 5) το άκαρι (Dermatophag. farina) (D2) (6,35%), 6) το επιθήλιο της γάτας (E1) (5,65%) και 7) η Alternaria tenuis (M6) (3,08%). Το φθινόπωρο πιο συχνά είναι 1) η ελιά (T9) (7,44%), 2) η παριετάρια (W19) (6,05%), 3) η γύρη των δημητριακών (GX5) (5,16%), 4) το επιθήλιο της γάτας (E1) (4,07%), 5) το άκαρι (Dermatophag. farina) (D2) (3,87%),6) το άκαρι (Dermatophag. pteron.) (D1) (3,67%) και 7) η Alternaria tenuis (M6) (3,67%).

Υπάρχει διαφοροποίηση όπως φαίνεται μεταξύ άνοιξης και φθινοπώρου και ως προς τη εμφάνιση των αλλεργιογόνων αλλά και ως προς το ύψος του ποσοστού τους.

Τα τελευταία χρόνια ένα στα πέντε άτομα παρουσιάζουν αλλεργικά νοσήματα. Η έγκαιρη διάγνωση είναι πολύ σημαντικό στοιχείο για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της αλλεργίας

39. ΕΜΠΥΗΜΑ ΥΠΕΖΩΚΟΤΟΣ ΑΠΟ LACTOCOCCUS SPP

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

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα είδη του γένους *Lactococcus* είναι σπάνια ευκαιριακά παθογόνα. Λοίμωξη μπορεί να παρουσιάσουν ανοσοκατασταλμένοι ή ασθενείς με ιστούς που έχουν υποστεί βλάβη ή να εμφανιστεί σαν νοσοκομειακή λοίμωξη επί παρατεταμένης νοσηλείας, λήψης αντιβιοτικών και παρουσίας προθέσεων. Είναι κόκκοι θετικοί κατά Gram που ομοιάζουν με στρεπτοκόκκους (παλαιότερη ταξινόμηση: *StreptococcusGroupN)*.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση δύο περιπτώσεων ασθενών με λοίμωξη από *Lactococcus.*

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ: Αφορούν δύο άνδρες ηλικίας 36 και 60 ετών, πολυτραυματίες, με κατάγματα πλευρών, αιμοθώρακα και παροχετεύσεις billow που εμφάνισαν πυρετό παρά την αντιμικροβιακή αγωγή (Ciprofloxacin, Imipenem), που ελάμβαναν. Εστάλη δείγμα πλευριτικού υγρού για γενική και καλλιέργεια. Η γενική εξέταση έδειξε λευκοκυττάρωση (32.000 και 18.000 κύτταρα/mm^3 αντίστοιχα στους δύο ασθενείς), με πολυμορφοπυρηνικό τύπο κυττάρων. Η χρώση Gram ανέδειξε την παρουσία Gram(+) κόκκων. Η καλλιέργεια έγινε στα κατάλληλα θρεπτικά υλικά που επωάστηκαν στους 35oC σε συνθήκες αερόβιες, αναερόβιες και ατμόσφαιρας CO2. Μετά από 48 ώρες και στις δύο περιπτώσεις αναπτύχθηκαν μικροοργανισμοί με μορφολογία Gram(+) κόκκου, καταλάση(-) που ταυτοποιήθηκαν ως L. raffinolactis και L. lactis αντίστοιχα με το σύστημα Vitek 2(Bio Merieux). Επιβεβαιώθηκε με RapID STR(Remel) και API 20STREP(Bio Merieux). Ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με το Vitek 2 και με ταινίες E test (AB Biodisk). Οι μικροοργανισμοί είχαν ευαισθησία σε: Vancomycin, Clindamycin, Erythromycin, Linezolid και Gentamycin. Ανιχνεύθηκε αντοχή σε: Penicillin, Ciprofloxacin, Imipenem και Trimethoprim/Sulfamethoxazole. Η θεραπευτική αγωγή τροποποιήθηκε, χορηγήθηκε Vancomycin και οι ασθενείς βελτιώθηκαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε νοσηλευόμενους ασθενείς με παρατεινόμενο εμπύρετο παρά τη χορηγούμενη αγωγή θα πρέπει να αναζητούνται και να αξιολογούνται ευκαιριακά παθογόνοι μικροοργανισμοί. Η επιτυχής έκβαση των λοιμώξεων από Lactococcuseξαρτάται από την έγκαιρη και ορθή διάγνωση της λοίμωξης με σκοπό την έναρξη της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής σε συνδυασμό με την αντιμετώπιση των υποκείμενων νοημάτων και άλλων παραγόντων κινδύνου.

40. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ (MDR) GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΗΦΙΣΙΑΣ « ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ » ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 24 ΜΗΝΩΝ

Θ. Μπινιάρη, Ζ. Στάμος, Δ. Κουμπούλη, Μ. Ντίμα, Σ. Γολεγού, Σ. Καραχάλιος

Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αυξανόμενη συχνότητα μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά, οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και τα ενδημικά επεισόδια, που οφείλονται σε πολυανθεκτικά Gram αρνητικά βακτηρίδια, έχουν ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της πορείας της νόσου και την αύξηση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των MDR Gram αρνητικών βακτηριδίων σε αιμοκαλλιέργειες ασθενών του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι » για χρονικό διάστημα 24 μηνών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά χρονική περίοδο από 1/2/2011 έως 31/1/2013 ελέγχθηκαν 1676 αιμοκαλλιέργειες. Η επώαση έγινε στο αυτόματο σύστημα Bactec 9050 της εταιρίας Becton Dickinson για 6 ημέρες. Η ταυτοποίηση των μικροβίων και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με το σύστημα MicroScan autoSCAN 4 της εταιρίας Siemens.

Θετικές αιμοκαλλιέργειες με Gram αρνητικά βακτηρίδια	199 (11,87%)
Θετικές αιμοκαλλιέργειες με MDR Gram αρνητικά βακτηρίδια	47 (23,61%)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε 199 αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκαν Gram αρνητικά βακτηρίδια ποσοστό (11,87%), εκ των οποίων οι 47 ποσοστό (23,61%) ήταν θετικές σε πολυανθεκτικά (MDR) Gram αρνητικά βακτηρίδια. Τα μικροβιακά αυτά στελέχη εγκαθίστανται εύκολα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, παρουσιάζουν έντονη λοιμογόνο δράση και εύκολα προκαλούν λοιμώξεις σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Κατά συνέπεια είναι απαραίτητη η ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών με εφαρμογή των βασικών αρχών (προφύλαξη, εμπειρική αγωγή, πρώιμη αγωγή, θεραπεία 1ης και 2ης γραμμής) σύμφωνα με το εθνικό σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση των λοιμώξεων.

41. ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΩΝ IGG, IGM, IGA, K ΚΑΙ Λ ΟΛΙΚΩΝ ΕΛΑΦΡΩΝ ΑΛΥΣΙΔΩΝ ΚΑΙ Β2 ΜΙΚΡΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ

Ε. Παπαγρηγορίου[1], Μ. Πουγιούκα[1], Α. Πετροχείλου[1], Κ. Κοτούλα[1], Γ. Θεοδοσιάδης[2], Μ. Τούτουζα[1]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [2]Κέντρο Αιμοδοσίας, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των επιπέδων των ανοσοσφαιρινών, των ολικών ελαφριών αλυσίδων και της β2 μικροσφαιρίνης σε αυτόχθονες υγιείς ενήλικες.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μετρήθηκαν τα επίπεδα των ανοσοσφαιρινών IgG, IgA, IgM, οι ολικές ελαφριές αλυσίδες κ και λ καθώς και η β2 μικροσφαιρίνη με τη μέθοδο της κινητικής νεφελομετρίας σε αυτόματο νεφελομετρικό αναλυτή BNII της SIEMENS στους ορούς 79 φαινομενικά υγειών αιμοδοτών, 18 γυναικών και 61 ανδρών ελληνικής καταγωγής, ηλικίας 25-62 ετών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα των ανοσοσφαιρινών κυμάνθηκαν για τις IgG από 533-1790 mg/dl με μέσο όρο 1025 mg/dl για τους άνδρες και 971 mg/dl για τις γυναίκες, για τις IgM από 23-250 mg/dl με μέσο όρο 82,1 mg/dl για τους άνδρες και 107,37 mg/dl για τις γυναίκες, για τις IgA από 57-442 mg/dl με μέσο όρο 208,9 mg/dl για τους άνδρες και 129,4 mg/dl για τις γυναίκες. Οι ολικές ελαφριές αλυσίδες μετρήθηκαν σε 72 άτομα και οι τιμές τους κυμάνθηκαν από 129-427 mg/dl για τις κ με μέση τιμή 247,26 mg/dl για τους άνδρες και 231,1 mg/dl για τις γυναίκες και από 50-206 mg/dl για τις λ και με μέση τιμή 124,3 mg/dl για τους άνδρες και 122,9 mg/dl για τις γυναίκες. Η β2 μικροσφαιρίνη μετρήθηκε σε 31 δείγματα με τιμές από 0,69-2,65 mg/dl και μέση τιμή 1,50 mg/dl (Πίνακας 1).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της μελέτης συμπίπτουν με τις φυσιολογικές τιμές τις οποίες καθορίζει η παρασκευάστρια εταιρεία των χρησιμοποιηθέντων αντιδραστηρίων. Η στατιστική ανάλυση των μέσων όρων με το στατιστικό κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων για τις ανοσοσφαιρίνες IgA και IgM, όχι όμως για τις IgG και τις ολικές ελαφρές αλυσίδες κ και λ. Η β2 μικροσφαιρίνη μετρήθηκε μόνο σε 31 δείγματα ανδρών. Το δείγμα των γυναικών ήταν μικρό για να βγάλουμε συμπεράσματα για το σύνολο (Πίνακας 2).

Group Statistics

					Std. Error
	gender	N	Mean	Std. Deviation	Mean
ICG	man	62	1025,9516	311,46731	39,55639
	female	17	971,000	230,91124	56,00420
IGA	man	58	208,9138	97,38750	12,78761
	female	16	129,4375	40,11146	10,02786
IGM	man	58	82,1034	41,64077	5,46770
	female	16	107,3750	69,56328	17,39082
B2	man	31	1,5068	44167	07933
	female	(0)a	-	-	-
KLIGHT	man	57	247,2632	69,66515	9,22737
	female	15	231,1333	53,99982	13,94269
LLIGHT	man	57	124,2982	36,68834	4,85949
	female	15	122,8667	26,29467	6,78925

a t cannot be computed because at least one of the group is empty.

42. ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΟΓΚΟΥ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΣΕ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΧΑΠ

Α. Αναστασόπουλος[1], Ε. Αλαφάκη[2], Τ. Δασκάλου[2], Κ. Γυφτοπούλου[2], Μ. Τουμπής[1], Ρ. Χατζηκυριάκου[2]

[1]6η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝ.Θ.Α. «Η Σωτηρία», [2]Αιματολογικό Τμήμα Εργαστηριακός Τομέας, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

ΣΚΟΠΟΣ:Ο MPV (μέσος όγκος αιμοπεταλίων) αποτελεί έναν αδρό δείκτη ενεργότητας και ρυθμού παραγωγής αιμοπεταλίων.Έχει συσχετιστεί με τη φλεγμονώδη διαδικασία που συνοδεύει διάφορες παθολογικές καταστάσεις.Σκοπός της μελέτης αποτελεί η επίδραση της φλεγμονώδους διεργασίας στην μεταβολή του επιπέδου του MPV σε ασθενείς με ρευματολογικό νόσημα και σε ασθενείς με παρόξυνση ΧΑΠ.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:Εξετάσθηκαν αναδρομικά οι γενικές αίματος 50 ασθενών με ρευματολογική νόσο που εισήχθησαν σε ρευματολογική κλινική του ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ τα έτη 2012-2013 και 50 ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε πνευμονολογική κλινική του ΓΝΝΘΑ Η ΣΩΤΗΡΙΑ το έτος 2013 λόγω παρόξυνσης ΧΑΠ(με κλινικά χαρακτηριστικά την επιδείνωση της δύσπνοιας και την παρουσία πυώδους απόχρεμψης),λόγω λοίμωξης αναπνευστικού.Στούς ασθενείς αυτούς μετρήθηκε ο MPV κατά την εισαγωγή τους(φτ:6-9 fl)και συγκρίθηκε με τον MPV 50 ατόμων με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό που προσήλθαν στα τακτικά ιατρεία για εργαστηριακό έλεγχο και ορίστηκαν ως ομάδα ελέγχου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:Οι ασθενείς που εισήχθησαν στην ρευματολογική κλινική είχαν κατά μέσο όρο χαμηλότερη τιμή MPV(9,42fl) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου(11,37fl).Οι ασθενείς με παρόξυνση ΧΑΠ εμφάνιζαν κατά μέσο όρο χαμηλότερο MPV(6,73fl)συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι ο MPV εμφανίζει μείωση σε ασθενείς με ενεργό ρευματολογική νόσο και παρόξυνση ΧΑΠ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα παραπάνω νοσήματα οδηγούν σε διαταραχή της θρομβοποίησης μέσω υπερπαραγωγής προφλεγμονωδών κυτοκίνων και πρωτεινών οξείας φάσης.Παρ`όλα αυτά περισσότερες μελέτες απαιτούνται για την ακριβή εξήγηση του μηχανισμού ρύθμισης του MPV.

43. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΖΥΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΤΗΣ CANDIDA SPP ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑ -ΣΤΑΛΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Β. Παπαεμμανουήλ, Μ. Δημητρίου, Γ. Κακλαμάνης, Ε. Λάμπρου, Ε. Κακλαμάνη, Ι. Καψιώτης

Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΕΑΝ Πειραιά «Μεταξά»

Η εξωκυτταρική παραγωγή υδρολυτικών ενζύμων από τα διάφορα είδη Candida θεωρείται παράγοντας με ιδιαίτερη λοιμογόνο δύναμη. Η ύπαρξη όμως παθογόνων (λοιμογόνων) μηχανισμών επιτρέπουν στην Candida spp. να επιβιώσει στην επιφάνεια αλλά και να εισβάλει σε ιστούς και όργανα ανοσοκατασταλμένων ατόμων.
ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός τεσσάρων παραγόντων με ιδιαίτερη λοιμογόνο δύναμη,της οξεικής πρωτεινάσης,της φωσφολιπάσης,της αιμολυτικής δραστικότητας και της εστεράσης μεταξύ στελεχών *Candida albicans (C. albicans*) και *Candida non albicans.*
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν συνολικά 144 στελέχη *C.albicans και 88 στελέχη Non candida albicans (ήτοι 33 στελέχη C. Tropicalis, 35 C. Parapsilosis, 14 C, glabrata και 6 C. Krusei)* που απομονώθηκαν από αίμα ανοσοκατασταλμένων ασθενών.Τα μελετηθέντα στελέχη της Candida ταυτοποιήθηκαν με παραδοσιακές μεθόδους χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες δοκιμασίες: μικρομορφολογία, δοκιμασία εκβλαστήσεως του σωλήνα.Επίσης ταυτοποιήθηκαν στο εργαστήριό μας ως προς το είδος με συμβατικές μεθόδους όπως API 20AUX και ID 32C της Biomerieux. Η ενζυματική δραστικότητα που αφορούσε την παραγωγή οξεικής πρωτε ινάσης,της φωσφολιπάσης,της αιμολυτικής δραστηριότητας και της εστεράσης προσδιορίστηκε στα διάφορα στελέχη Candida με την παρασκευή αντίστοιχων θρεπτικών υλικών σε τρυβλία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα στελέχη της C. albicans παρήγαγαν πρωτειναση σε ποσοστό 83,7% (135),φωσφολιπαση 66,6% (96),εστέραση 100% (38) και αιμολυτική δραστικότητα σε ποσοστό 31,25% (45). Για την C Tropicalis η πρωτεινάση βρεθηκε σε ποσοστό 27,2% (9)στελέχη, φωσφολιπαση σε ποσοστό 24,24% (8), εστέραση 84,8%(28) και αιμολυτική δραστικότητα 83% (27). Η C parapsilosis παρουσιασε πρωτεινάση 17,14% (6) φω- σφατάση 37,1% (13), εστέραση 85,7% (31) αιμολυτική δραστικότητα σε 0%.Η c glabrata παρουσιασε, πρωτεινάση15,15%(4), φωσφολιπαση 0%, εστέραση 0%, αιμολυτική δρα- στικότητα 0% Η C krusei δεν παρήγαγε καθόλου φωσφολιπάση και εστεράση αλλά παρή- γαγε πρωτεινάση σε ποσοστό 33,3% (2) Και αιμολυτική δραστικότητα σεποσοστό50% (3).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα περισσότερα στελέχη της *C. albicans αλλά και non Candida albicans* έδειξαν ηυξημένα ποσοστά παραγωγής εστέρασης Η ενζυμική δραστηριότητα της οξικής πρωτεϊνάσης και φωσφολιπάσης βρεθηκε σε μεγαλύτερα ποσοστά για την C.parapsilosis, και C albicans Λόγω της αυξημένης επίπτωσης των εν τώ βάθει καντινιάσεων υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον στους παράγοντες παθογονικότητας (εξωκυτταρια υδρολυτικά ένζύμα),και μάλιστα στην ενζυμική δραστικότητα φωσφολιπάσης και της οξικής πρωτεϊνάσης, προκειμένου να καθοριστούν στρατηγικές για τον έλεγχο της καντινταιμίας αλλά και για την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

44. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΛΛΟ- Β ΛΑΚΤΑΜΑΣΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΣΤΕΛΕΧΗ P. AERUGINOSA ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΑ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Β. Παπαεμμανουήλ[1], Γ. Κακλαμάνης[1], Ι. Λιντζέρης[2], Μ. Δημητρίου[1], Ε. Κακλαμάνη[1], Ι. Καψιώτης[1], Ν. Περράκης[2], Ι. Νομικός[2]

[1]Μικροβιολογικό εργαστήριο ΕΑΝ Πειραιά «Μεταξά», [2]Β΄ Χειρουργική Κλινική ΕΑΝ Πειραιά «Μεταξά»

Η εμφανιση της βακτηριακής αντοχής στα β-λακταμικά αντιβιοτικά χρήζει σημαντικής προσοχής καθώς εγκαινιάζει μια εποχή στην οποία υπάρχει απουσία ή περιορισμός των αντιβιοτικών για αποτελεσματική θεραπεία. Η P. aeruginosa είναι ένα σημαντικό παθογόνο βατήριο το οποίο είναι ικανό να προκαλέσει σοβαρές λοιμώξεις σε βαριά ασθενείς και ανοσοκατασταλμένους. Η αυξανόμενη αντοχή στις καρβαπενέμες δια μεσου των μεταλλο–β–λακταμασες (MBL) και άλλων μηχανισμών είναι αιτία ανησυχίας επειδή επηρεάζει τα κλινικά δεδομένα και αυξάνει το κόστος θεραπείας. Η γρηγορη εξάπλωση των MBL μεταξύ των σπουδαιοτέρων gram αρνητικών παθογόνων και ιδιαίτερα της P.aeruginosa και η υψηλή ανθεκτικότητάτους στο αντιβιογραμμα είναι επείγουσα απειλή και θέμα ανησυχίας για τις θεραπευτικές επιλλογές της αντιμικροβιακής θεραπείας.
ΣΚΟΠΟΣ αυτής της μελέτης είναι να κατανοήσουμε την επίπτωση των στελεχών P aeruginosa που παραγουν MBL και να μελετήσουμε την in vitro αποτελεσματικότητα των αντιβιοτικών εναντι των στελεχών αυτών από κλινικά δείγματα μιας χειρουργικής κλινικής αντικαρκινικού νοσοκομείου.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό απετέλεσαν τα κλινικά δείγματα που προέρχοντο από καλλιέργειες αιματος, βρογχικών εκκρίσεων τραυμάτων πυ προερχονταν από τη Β΄ Χειρουργική κλινική του νοσοκομείου μας. Απομονώθηκαν συνολικά 48 στε- λέχη P aeruginosa σε μια περιοδο 3 χρόνων.Η ταυτοποίηση των P aeruginosa εγι -νε χρησιμοποιώντας τη μορφολογια των αποικιών χαρακτηριστική gram χρώση και δοκιμασία οξειδάσης. Η ταυτοποίηση σε επίπεδο στελεχών εγινε με τη χρήση του API 20NE (BIOMERIEUX). Τα στελέχη που είχαν αντοχή στο Imipenem Meropenem επιλέχθηκαν για την ανίχνευση παραγωγής MBL με α)Hodge test Και β) test συνεργειας με δυο δισκους χρησιμοποιώντας δισκους imipenem και EDTA ή δίσκους ceftazidime και EDTA Ηδοκιμασία ευαισθησίας στα αντιβιοτικά της P aeruginosa προσδιορίστηκε με την μεθοδο Kirby Bauer όπως ακριβώς συ -στήνεται από το CLS I.Προσδιορισμός της (MIC) ελαχιστη ανασταλτική πυκνότης στα αντιβιοτικά: collistin, Amikacin, Imipenem, Meropenem, Plymixine, Piperacillin -Tazobactam έγινε με χρηση ταινιών E-test (AB BIODISK) για κάθε απομονωθεν στέλεχος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά απότα 48 στελεχη P aeruginosa βράθηκαν ανθεκτικά στις καρβαπενεμες (Imipenem Meropenem) τα 15,ποσοστό 31.25% τα οποία επίσης βρεθηκαν να παράγουν και MBL. Σε στελέχη που παρήγαγαν MBL, με την μεθοδο MIC ηταν ευαισθητα collistin 89%,pollimyxin B 26%, Amikacin 20% Piperaccillin - tazobactam 68,7%.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματά μας εδειξαν ότι υπάρχει ανάγκη για παρακολού- θηση της P aeruginosa ώστε να ανιχνεύσουμε την παραγωγή MBL, για να γίνεται σωστή η χρήση των καρβαπενεμών, για να προλάβουμε την εξάπλωση της αντοχής και σωστή χρηση αποτελεσματικών αντιβιοτικών μετά από test ευαισθησίας για την κάθε θεραπεια.

45. ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ (HbA1c) ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΥΟ ΕΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Κ. Λιασκώνης[1], Ι. Μέγας[2], Π. Τσιούτσιας[1], Β. Λυγγουνού[1], Α. Παπανικολάου[1]

[1]Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, 401 ΓΣΝΑ, [2]Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, 401 ΓΣΝΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA_{1c} επιτρέπει στους γιατρούς να εντοπίζουν περιστατικά μη διαγνωσθέντος διαβήτη και τους βοηθά να βρίσκουν την καλύτερη δυνατή θεραπεία προτού να εμφανιστούν προβλήματα εξαιτίας των επιπλοκών του σακχαρώδους διαβήτη. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή του ποσοστού της HbA_{1C} σε ασθενείς που εξετάσθηκαν στο εργαστήριο κατά την διάρκεια δύο ετών
ΥΛΙΚΟ: Είναι 3469 ασθενείς που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία του 401 ΓΣΝΑ καθώς επίσης και νοσηλευόμενοι ασθενείς τα έτη 2011 και 2012. Η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης έγινε με τη μέθοδο αναφοράς HPLC.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 3469 ασθενείς οι 2167 είναι άνδρες (62,47%) και οι 1302 είναι γυναίκες (37,53%).

Ποσοστό (%)τηςHbA_{1c}	ΑΝΔΡΕΣ [n=2167 (62,47%)]	ΓΥΝΑΙΚΕΣ [n=1302 (37,53%)]	ΣΥΝΟΛΟ (3469)
< 6.0	943 (43,52%)	660 (50,69%)	1603 (46,21%)
6.0-6.5	405 (18,69%)	269 (20,66%)	674 (19,43%)
6.5-7.0	235 (10,84%)	139 (10,68%)	374 (10,78%)
>7.0	252 (11,63%)	128 (9,83%)	380 (10,95%)
>8.0	148 (6,83%)	48 (3,69%)	196 (5,65%)
>9.0	67 (3,09%)	29 (2,23%)	96 (2,77%)
>10.0	117 (5,4%)	29 (2,23%)	146 (4,21%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τους 3469 ασθενείς οι 818 (23,58%) είχαν HbA_{1C} >7.0%. Εάν σε αυτούς προσθέσουμε και τους 374 ασθενείς που είχαν HbA_{1C}6.5-7.0% το ποσοστό ανεβαίνει στο 34,36% (1192 ασθενείς), το οποίο είναι σημαντικά υψηλό. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη αποτελεί μια πρόκληση για όλη την ανθρωπότητα επειδή η συχνότητα του αυξάνεται ταχύτατα και ακολουθεί την αύξηση της παχυσαρκίας η οποία έχει επίσης αυξητική τάση. Ο έλεγχος της HbA_{1C} αποτελεί θεμελιώδες διαγνωστικό εργαλείο για τη θεραπεία των ασθενών με διαβήτη και είναι επίσης χρήσιμη για την διάγνωση πιθανού προδιαβητικού σταδίου σε οριακές τιμές. Διατηρώντας τα επίπεδα της HbA_{1C} όσο το δυνατόνχαμηλότερα και πλησιέστερα στα φυσιολογικά όρια μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών μακροπρόθεσμα που οδηγούν σε αυξανόμενη ανικανότητα, μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης και τεράστιες δαπάνες για την υγεία ουσιαστικά σε κάθε κοινωνία.

46. ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Ε. Μπελεσιώτου [1], Α. Γρηγοράτου[2], Ε. Περιβολιώτη [1], Ζ. Ψαρουδάκη[1], Μ. Νέπκα[1], Μ. Πρατικάκη [2], Α. Μελπίδου [2], Ζ. Παπαρρίζου[1], Δ. Κόκκινου[1], Α. Αργυροπούλου[1], Θ. Πιτταράς[3], Σ. Ιωαννίδου[2]

[1]Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Βιοχημικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [3]Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Είναι πολύ σημαντική η ανίχνευση μικροβιακής λοίμωξης (ΜΛ) σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού (ΜΝ) διότι έχει μη ειδικά σημεία, αμβληχρή κλινική εικόνα και οδηγεί σε άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις με κίνδυνο απόρριψης του μοσχεύματος ή θάνατο.
ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή ασθενών με ΜΝ και ΜΛ κατά το πρώτο έτος μετά ΜΝ, σε σχέση με την ανοσοκατασταλτική αγωγή (ΑΑ): αναστολείς της καλσινευρίνης CNIs (Cyclosporine ή Tacrolimus)και αναστολείς του m-TOR (Everolimus: certican), οι οποίοι καταστέλλουν την παραγωγή της IL-2, των Τ-λεμφοκυττάρων και την κυτταρική ανοσία.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά την διάρκεια 2 ετών σε 18 ασθενείς με ΜΝ και πυρετό ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες και ουροκαλλιέργειες. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με Vitek 2 και E test και η μέτρηση των επιπέδων της ΑΑ στον ορό με τη μέθοδο του πολωμένου ανοσοφθορισμού (FPIA,AxSYM) και Architect (Abott).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αυξημένοι δείκτες φλεγμονής ανιχνεύθηκαν σε 6(33,3%) ασθενείς και 2/18 (11.1%) εξ αυτών οδηγήθηκαν σε σηπτικό shock. Όλοι οι ασθενείς είχαν υψηλά επίπεδα CNIs και m-TOR. 2 (11,1%) ασθενείς είχαν μόνο μικροβιαιμία (από κόκκους θετικούς κατά Gram), ενώ σε 16 (18,9%) ασθενείς συνυπήρχε ουρολοίμωξη με τον ίδιο μικροοργανισμό. Απομονώθηκαν *E. coli* 5 (27,8%), *K. pneumoniae* 4 (22,2%), A. baumanii 3 (16,7%), *P. aeruginosa* 2 (11,1%), *S. epidermidis* 2 (11,1%), *E. faecalis* 1(5,6%). Κατά το πρώτο τρίμηνο μετά την μεταμόσχευση παρουσιάστηκαν τα περισσότερα επεισόδια λοίμωξης 15/18(83,3%). Απεβίωσαν 2(11,1%) ασθενείς κατά την διάρκεια της λοίμωξης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Δεν είχαν όλοι οι ασθενείς αρχική σοβαρή κλινική εικόνα, επικρατούν τα αρνητικά κατά Gram βακτηρίδια, σε μικρό ποσοστό υπήρχε μόνο μικροβιαιμία από κόκκους θετικούς κατά Gram και πολύ μικρό ποσοστό ασθενών απεβίωσε κατά την διάρκεια της λοίμωξης. Πρέπει να γίνεται συχνός έλεγχος επιπέδων ΑΑ και προφύλαξη έναντι ΜΛ.

47. ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΟΓΚΟΥ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΣΕ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κ. Γυφτοπούλου, Ε. Αλαφάκη, Μ. Μπακάλη, Τ. Δασκάλου, Β. Δημητρίου, Ρ. Χατζηκυριάκου

Αιματολογικό Τμήμα Εργαστηριακός Τομέας, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο MPV (μέσος όγκος αιμοπεταλίων) αποτελεί έναν αδρό δείκτη ενεργότητας και ρυθμού παραγωγής αιμοπεταλίων και έχει συσχετιστεί με τη φλεγμονώδη διεργασία που συνοδεύει διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Σκοπός της μελέτης αποτελεί η επίδραση της φλεγμονώδους διεργασίας στην μεταβολή του επιπέδου του MPV σε ασθενείς με ρευματολογικό νόσημα.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάσθηκαν αναδρομικά οι γενικές αίματος 50 ασθενών με ρευματολογική νόσο που εισήχθησαν σε ρευματολογική κλινική του ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ τα έτη 2012-2013.Στούς ασθενείς αυτούς μετρήθηκε ο MPV κατά την εισαγωγή τους(φτ:6-9 fl)και συγκρίθηκε με τον MPV 50 ατόμων με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό που προσήλθαν στα τακτικά ιατρεία για εργαστηριακό έλεγχο και ορίστηκαν ως ομάδα ελέγχου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς που εισήχθησαν στην ρευματολογική κλινική είχαν κατά μέσο όρο χαμηλότερη τιμή MPV(9,42fl) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου(11,37fl).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι ο MPV εμφανίζει μείωση σε ασθενείς με ενεργό ρευματολογική νόσο συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα ρευματολογικά νοσήματα με τις φλεγμονώδεις διαταραχές που τα συνοδεύουν και μέσω της υπερπαραγωγής κυτοκινών και αυξητικών παραγόντων μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχές της θρομβοποίησης.Παρ`όλα αυτά περισσότερες μελέτες απαιτούνται για την ακριβή εξήγηση του μηχανισμού ρύθμισης του MPV στα ρευματολογικά νοσήματα.

48. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΚΟΑΓΚΟΥΛΑΣΗΣ (CoNS) ΣΕ ΘΕΤΙΚΕΣ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 12 ΜΗΝΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ « ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

Θ. Μπινιάρη, Δ. Κουμπούλη, Ζ. Στάμος, Ζ. Γεωργιοπούλου, Μ. Ντίμα, Σ. Γολεγού, Α. Μπελή, Σ. Καραχάλιος

Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η προοδευτικά αυξανόμενη συχνότητα καταγραφής θετικών αιμοκαλλιεργειών σε CoNS έχει σαν αποτέλεσμα, αφενός την αύξηση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών, και αφετέρου ανακύπτουν ερωτήματα σχετικά με το εάν πρόκειται για πραγματική βακτηριαιμία ή για επιμόλυνση.
ΣΚΟΠΟΣ: Η αναδρομική καταγραφή των CoNS που απομονώθηκαν σε αιμοκαλλιέργειες του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι » για χρονικό διάστημα 12 μηνών.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά τη χρονική περίοδο από 1/1/2013 έως 30/12/2013 ελέγχθηκαν 1254 αιμοκαλλιέργειες ασθενών του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι ». Η επώαση έγινε στο αυτόματο σύστημα Bactec 9050 της εταιρίας Becton Dickinson για 6 ημέρες. Η ταυτοποίηση των μικροβίων και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με το σύστημα MicroScan autoSCAN 4 της εταιρίας Siemens.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε 176 θετικές αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκαν 77 στελέχη CoNS (ποσοστό 43,75%).

Σύνολο θετικών αιμοκαλλιεργειών	176
Θετικές αιμοκαλλιέργειες σε CoNS	77 (43,75%)

Παρατηρείται ένα σημαντικό ποσοστό απομόνωσης CoNS σε σχέση με το σύνολο των θετικών αιμοκαλλιεργειών. Επειδή οι CoNS είναι μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας του δέρματος, τίθεται το ερώτημα εάν πρόκειται για αληθή βακτηριαιμία ή για πιθανή επιμόλυνση. Η παρουσία αγγειακών καθετήρων (πιθανός αποικισμός), η κλινική εικόνα του ασθενούς και η απομόνωση σε περισσότερα από ένα ζεύγη αιμοκαλλιεργειών και από περιφερική φλέβα του ιδίου στελέχους με ταυτόσημο αντιβιόγραμμα, είναι στοιχεία που θα βοηθήσουν στην επίλυση του εν λόγω προβλήματος αλλά και στην διαφορική διάγνωση αρχόμενου φλεγμονώδους συνδρόμου, βακτηριαιμίας ή απλής επιμολύνσεως.

49. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ) ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ)

Π. Μπάρα[1], Α. Γαλανοπούλου[2], Π. Κατσαούνη[2], Ι. Ζερβακάκου[1], Ε. Κατσουλιέρη[1], Μ. Παπανικολάου[1], Μ. Καπαρέλου[1], Κ. Μπουλέκος[1], Α. Μπούνταλης[1]

[1]Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας, [2]ΓΝ Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων»- ΓΝ Δυτικής Αττικής «Η Αγ. Βαρβάρα»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ΧΑΠ αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας προσβάλλοντας το 8,4% του ελληνικού πληθυσμού άνω των 35 ετών. Είναι εξελικτική νόσος με μεγάλη επίδραση στην ποιότητα ζωής.
ΣΚΟΠΟΣ: ήταν να εκτιμηθούν τέσσερις παράμετροι ποιότητας ζωής (δύσπνοια, κόπωση, συναισθηματική και νοητική λειτουργία) ασθενών με ΧΑΠ σταδίου ΙΙ, Ι-ΙΙ, IV στην ΠΦΥ.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 117 ασθενείς που προσήλθαν στο Ιατρείο Χρόνιων Παθήσεων του Κέντρου Υγείας Σαλαμίνας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του κλινικού ερωτηματολογίου COPD Assessment Test (CAT) και έγινε σταδιοποίηση κατά GOLD με βάση τη σπιρομετρική τους απόδοση (FEV1 και FEV1/FVC).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκ του συνόλου των ασθενών 62,4%(n=73) ήταν άνδρες και 37,6%(n=44) γυναίκες, μέσης ηλικίας 60-80 ετών 58,1%(n=68). Αξιολογώντας τα αποτελέσματα του CAT προέκυψε ότι το 22,2%(n=26) είχε χαμηλή βαθμολογία, το 36,7% (n=43) μέτρια, το 25,6%(n=30) υψηλή και το 15,5% (n=18) πολύ υψηλή. Επιπρόσθετα, το 36,75%(n=43) ήταν σταδίου ΙΙ, το 29,05% (n= 34)σταδίου ΙΙΙ και το 19,65%(n=23) σταδίου IV. Οι ασθενείς με ΧΑΠ σταδίου Ι είχαν φυσιολογική ανταπόκριση στην άσκηση, στους ασθενείς σταδίου ΙΙ σημειώθηκε μειωμένη ικανότητα άσκησης και αυξημένη κόπωση, ενώ οι ασθενείς σταδίου ΙΙΙ και IV επέδειξαν πολύ μεγαλύτερη μείωση της ικανότητας άσκησης που ξεπέρασε το 80%.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη επιβεβαίωσε ότι η αύξηση του βαθμού βαρύτητας της ΧΑΠ, συνοδεύεται από αντίστοιχη επιβάρυνση των παραμέτρων ποιοτικού βίου. Επιπλέον, επισημάνθηκε η χρησιμότητα του CAT, στα πλαίσια ΠΦΥ, ως ενός προτυποποιημένου εργαλείου αξιολόγησης της νόσου, συμπληρωματικού στη σπιρομέτρηση. Ωστόσο, κρίνεται σημαντική η εφαρμογή προγραμμάτων πνευμονικής αποκατάστασης με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητα ζωής των ασθενών.

50. ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ)

Π. Χέρας, Β. Νάτσης, Κ. Γρηγορίου, Τ. Σιρμπιλάντζε, Χ. Λαμπρόπουλος

Ελληνική Ιατρική Εταιρία Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

ΣΚΟΠΟΣ: Να διερευνηθεί η αυτοαποτελεσματικότητα και το άγχος σε ασθενείς με ΑΕΕ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος 78 ασθενείς (35 άντρες και 43 γυναίκες) με ΑΕΕ. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν α) το ερωτηματολόγιο αυτοαποτελεσματικότητας και β) το ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger. Το ερωτηματολόγιο της αυτοαποτελεσματικότητας εκτιμάει το βαθμό που αυξήθηκε η προσδοκία αυτοεπάρκειας και την ικανότητα του ατόμου να χειριστεί νέα και δύσκολα θέματα. Αποτελείται από 10 ερωτήσεις με βαθμολόγηση από το 1 (καθόλου αληθές) έως το 4 (πολύ αληθές). Το ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger περιλαμβάνει 2 φύλλα αξιολόγησης 20 φράσεων το καθένα, η βαθμολόγηση των οποίων κυμαίνεται από το 1 (καθόλου) ως το 4 (πάρα πολύ). Το ένα φύλλο αξιολογεί το άγχος ως κατάσταση που βιώνει το άτομο τη δεδομένη χρονική στιγμή (state anxiety) και το άλλο αξιολογεί το άγχος ως χαρακτηριστικό (trait anxiety) της προσωπικότητας του ατόμου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών με τους παράγοντες φύλο (p=0.042), γενική κλινική κατάσταση (p=0.001) και τέλος με τις υποκατηγορίες συναισθηματικότητα (r= -0.305, p=0.002), ευελιξία με ανησυχία (r=-0.465, p<0.005) και αυτοαποδοκιμασίας (r= -0.645, p<0.005). Η πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή στην αυτοαποτελεσματικότητα έδειξε ότι η ηλικία (B=-0.12, p=0.005), η γενική κατάσταση (B=-2.88, p=0.005) και το φύλο (B=-2.192, p=0.077), η ευελιξία με ανησυχία (B=-0.35, p=0.0005) και η αυτοαποδοκιμασία (B=-0.31, p=0.002) είναι οι συχνότεροι παράγοντες επίδρασης στην αυτοαποτελεσματικότητα ασθενών με ΑΕΕ.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα αυτά είναι ουσιώδη για τη σύσταση κλινικών στρατηγικών στην αξιολόγηση αλλά και στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με ΑΕΕ και στην αναγνώριση του πιθανού συνδέσμου μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας και των επιπέδων άγχους.

51. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΣΘΗΜΑ ΠΑΛΜΩΝ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ

Α. Γαλανοπούλου[1], Μ. Καπαρέλου[2], Π. Κατσαούνη[1], Ε. Κατσουλιέρη[2], Ι. Ζερβακάκου[2], Λ. Μπούζας[2], Θ. Βελιούρης[2], Κ. Παπαϊωάννου[1], Α. Μπούνταλης[2], Π. Μπάφα[2]

[1]ΠΓΝ Δυτικής Αττικής «Αγ. Παντελεήμων-Αγ. Βαρβάρα», [2]Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι διαταραχές καρδιακού ρυθμού και αγωγιμότητας συχνά είναι διαλείπουσες, δυσχεραίνοντας τη διαγνωστική προσέγγιση, ενώ επιβαρύνουν την καρδιακή λειτουργία.
ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση και αντιμετώπιση υπερκοιλιακών αρρυθμιών από το σύνολο ασθενών με αναφερόμενο αίσθημα παλμών.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Από τον Ιανουάριο μέχρι τον Οκτώβριο 2013 προσήλθαν 610 ασθενείς με αίσθημα παλμών. Το 52,05% ήταν άνδρες, ηλικίας 60-80 ετών (61,64%). Καταγράφηκαν 73 (11,97%) με υπερκοιλιακή ταχυκαρδία. Στους υπόλοιπους ανεδείχθη φλεβοκομβική ταχυκαρδία λόγω θυρεοειδοπάθειας, στρες ή διαταραχής πανικού.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταμετρήθηκαν 49,31% παροξυσμικές υπερκοιλιακές αρρυθμίες (PAT) και 41,09% παροξυσμικές κολπικές μαρμαρυγές (PAF). Στο 9,6% εκτιμήθηκε AF αγνώστου ενάρξεως. Από αυτούς, το 20% προσήλθε με κλινική εικόνα αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Συνοδά νοσήματα: αρτηριακή υπέρταση (42,1%), στεφανιαία νόσος (26,95%), σακχαρώδης διαβήτης (19,65%), δυσλιπιδαιμία (11,3%). Από τις υποτροπιάζουσες PAF, 17,8% ελάμβανε αντιπηκτική αγωγή. Φάρμακο εκλογής για ανάταξη των PAT ήταν η αδενοσίνη και επί αποτυχίας η βεραπαμίλη. Σε δύο περιστατικά με σύνδρομο Wolff-Parkinson-White χορηγήθηκε αμιοδαρόνη. Ανατάχθηκε το 80,02% των αρρυθμιών PAT. Στις AF αγνώστου ενάρξεως, έγινε έλεγχος συχνότητας με β-αποκλειστές, αντιπηκτική αγωγή και συνεστήθη έλεγχος. Από το 70% των PAF όπου έγινε φόρτιση με αμιοδαρόνη, ανετάχθη το 47%, ενώ 23% έλαβε δόση συντήρησης και διακομίστηκε. Στο 23% των PAF, δόθηκαν β-αποκλειστές. Στο 7% ασθενών που προσήλθαν έχοντας λάβει υδροχλωρική προπαφενόνη, συνεχίστηκε η χορήγηση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το Κέντρο Υγείας, ως μόνος δημόσιος υγειονομικός σταθμός, δέχεται όλα τα περιστατικά και φιλτράρει τις πραγματικές αρρυθμίες. Η εξοικείωση ή μη των Γενικών Ιατρών με σύνθετα καρδιολογικά προβλήματα καθορίζει την αντιμετώπιση τους. Με μόνη βοήθεια το μόνιτορ, επιτυγχάνονται μεγάλα ποσοστά ανάταξης υπερκοιλιακών αρρυθμιών και στοχευμένη καθοδήγηση των ασθενών.

52. ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ) ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ (ΧΑΠ)

Π. Κατσαούνη[1], Α. Γαλανοπούλου[1], Μ. Καπαρέλου[2], Ε. Κατσουλιέρη[2], Ι. Ζερβακάκου[2], Λ. Μπούζας[2], Ι. Τσακανίκας[2], Σ. Ζησοπούλου[2], Ε. Λούντζη[2], Ε. Σέρφα[2], Α. Μπούνταλης[2], Π. Μπάφα[2]

[1]ΠΓΝ Δυτικής Αττικής «Αγ. Παντελεήμων-Αγ. Βαρβάρα», [2]Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ΧΑΠ αποτελεί την 4η αιτία θανάτου παγκοσμίως. Για την ανάδειξη και αξιολόγησή της εκτιμάται η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, ο αριθμός των παροξύνσεων/έτος, η τιμή της FEV1 και η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου.
ΣΚΟΠΟΣ: Η πρώιμη ανίχνευση ήπιας ΧΑΠ σε ασυμπτωματικούς ενήλικες, η διερεύνησή της σε ασθενείς που προσήλθαν με παρόξυνση ΧΑΠ και η εκτίμηση της φαρμακευτικής αγωγής που ελάμβαναν για τη σταθεροποίηση της νόσου.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 88 άτομα που προσήλθαν στο χρονικό διάστημα μιας εβδομάδας στο Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας και υποβλήθηκαν σε σπιρομετρικό έλεγχο. Το 51% ήταν γυναίκες (n=45), ηλικίας ≥40 ετών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 54,24% (n=32) του δείγματος παρουσίασε φυσιολογικές τιμές. Στο 38,64% (n=34) ανεδείχθη ήπια ΧΑΠ, στο 22,73% (n=20) μέτρια και στο 5,56% (n=2) βαριά. Ιστορικό καπνίσματος ανέφερε το 47,73% (n=42), με package/year≥60 στο 45,23% (n=19). Το 67,05% (n=59) παρουσίαζε ήδη συμπτώματα και είχε τουλάχιστον μία παρόξυνση/έτος. Εξ αυτών το 44,32% (n=39) ελάμβανε αγωγή με: τιοτρόπιο [38,46% (n=15)], ινδακατερόλη [33,33% (n=13)] και συνδυασμό φλουτικαζόνης με σαλμετερόλη [28,21% (n=11)]. Το 47,73% (n=42) ήταν παχύσαρκοι, εκ των οποίων το 30% (n=13) παραπέμφθηκε για μελέτη υπνικής άπνοιας λόγω επηρεασμένης τιμής FEV1. Πλην της φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενα παθολογικά ευρήματα, δόθηκαν οδηγίες για διακοπή καπνίσματος, σωστή διατροφή και φυσική δραστηριότητα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κρίνεται σημαντική η συμβολή της ΠΦΥ στην εντόπιση της ΧΑΠ πρώιμου σταδίου. Η χρήση σπιρομέτρησης απεδείχθη καθοριστική, τόσο για τους πρωτοδιαγνωσθέντες ασθενείς, όσο και για τον επανέλεγχο ήδη πασχόντων. Η μελέτη παραμένει σε εξέλιξη, αφού στόχος είναι η σταθεροποίηση των ασθενών και η επίτευξη βέλτιστης ποιότητας ζωής.

53. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

54. ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙ-ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ. ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ι. Ζερβακάκου[1], Ε. Κατσουλιέρη[1], Α. Γαλανοπούλου[2], Π. Παπαδημητρίου[1], Θ. Βελιούρης[1], Ε. Τσόκα[1], Ν. Τάσης[3], Χ. Μπεγνής[3], Π. Μπάφα[1], Α. Μπούνταλης[1]

[1]Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας, [2]ΠΓΝ Δυτικής Αττικής «Αγ. Παντελεήμων-Αγ. Βαρβάρα»- Νίκαια Πειραιάς, [3]Στρατιωτική Σχολή Αξιωματικών Σωμάτων (ΣΣΑΣ), Τμήμα Ιατρικό, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας 1,6 εκατομμύρια άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο από πνευμονιοκοκκική νόσο και 500.000 λόγω εποχικής γρίπης και των επιπλοκών. Ο εμβολιασμός αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα μέσα προάσπισης της Δημόσιας Υγείας.
ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίασητων αποτελεσμάτων του προγράμματος ευαισθητοποίησης για τον αντιγριπικό και αντι-πνευμονιοκοκκικό εμβολιασμό στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων Δήμου Σαλαμίνας.
ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε Οκτώβριο 2012 – Δεκέμβριο 2013. Μελετήθηκαν 143 άτομα ηλικίας ≥50 ετών. Για την ενημέρωσή τους πραγματοποιήθηκαν εκπαιδευτικές ομιλίες. Ακολούθησε συλλογή δεδομένων με τη χρήση ερωτηματολογίου και εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα συνοδά νοσήματα που αναφέρθηκαν ήταν: αρτηριακή υπέρταση 58,74% (n=84), δυσλιπιδαιμία 42,66% (n=61), χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια 20,98% (n=30), σακχαρώδης διαβήτης 25,17% (n=36), καρδιαγγειακά νοσήματα 31,47% (n=45). Το 2012 έλαβαν μέρος 77 άτομα. Το 53,25% (n=41) ήταν άνδρες και το 41,75% (n=36) γυναίκες. Το 70,13% (n=54) είχε εμβολιαστεί στο παρελθόν με αντιγριπικό εμβόλιο και 15,58% (n=12) με πολυσακχαριδικό αντι-πνευμονιοκοκκικό. Μετά την ενημέρωση, το 89,61% (n=69) προέβη σε αντιγριπικό και το 76,62% (n=59) σε αντι-πνευμονιοκοκκικό εμβολιασμό. Το 2013 οι συμμετέχοντες ήταν 66. Το 51,52% (n=34) ήταν άνδρες και το 48,48% (n=32) γυναίκες. Κατά τη δράση, το 96,97% (n=64) εμβολιάστηκε με αντιγριπικό και το 34,85% (n=23) με αντι-πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Έπειτα από την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού υπήρξε αύξηση του ποσοστού που εμβολιάστηκε για την εποχική γρίπη αλλά και συμμόρφωση ως προς τον αντι-πνευμονιοκοκκικό εμβολιασμό. Τονίζεται η σημασία της ενημέρωσης και πρόληψης στα πλαίσια πρωτοβάθμιας φροντίδας με σκοπό τη μείωση της επίπτωσης των νοσημάτων αλλά και των επιπλοκών τους.

55. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ.

Γ. Λώλη[1], Ε. Ματσίγκος[2], Σ. Αμπραχίμ[3], Ε. Σταματοπούλου[4], Χ. Αναγνωστόπουλος[5]

[1]Κ. Υ. Βασιλικής, Λευκάδα, [2]Cardiff University, Cardiff, UK, [3]Γ. Ν. Αττικής "ΚΑΤ", Αθήνα, [4]ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, Αθήνα, [5]Π.Π.Ι Βλυχού, Λευκαδα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι αφενός να μελετηθεί κατά πόσο οι ασθενείς που πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) είναι σωστά ενημερωμένοι για αυτή και αφετέρου αν είναι σωστά ρυθμισμένη.
ΥΛΙΚΟ: Για την έρευνα αυτή, 540 ασθενείς όλων των ηλικιών, κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγιο βασισμένο στα διεθνή πρότυπα και μεταφρασμένο στην Ελληνική γλώσσα. Οι ασθενείς αυτοί επιλέχτηκαν με τυχαίο τρόπο από περιφερικά ιατρεία και κέντρα υγείας των Ιονίων νήσων που προσέρχονταν είτε ως ασθενείς είτε για συνταγογράφηση φαρμάκων για διάφορες ασθένειες. Οι ερωτήσεις αφορούσαν κυρίως το ιστορικό τους, την ενημέρωση τους και την άποψη τους γύρω από την ΑΥ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ενήμερη για την ΑΥ, αλλά όχι επαρκώς. Η μη επαρκής ενημέρωση τους ήταν η αιτία που δεν αναζητούσαν έγκαιρα ιατρική βοήθεια όπου ήταν απαραίτητο. Πηγή πληροφόρησης των ατόμων για την ΑΥ ήταν είτε ο γιατρός ή τα συγγενικά πρόσωπα των ατόμων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αν και είναι μια πάθηση αρκετά διαδεδομένη, είναι εμφανής η ανάγκη για περισσότερη προσπάθεια από το ιατρικό προσωπικό για τη σωστή ενημέρωση των ασθενών. Η ελλιπής ενημέρωση είναι η κυριότερη αιτία που οδηγεί τους ασθενείς σε μη έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στην ενημέρωση για τα φυσιολογικά όρια της ΑΥ, τις επιπτώσεις της στην υγεία καθώς και στον σωστό τρόπο τόσο για την πρόληψη όσο και για την αντιμετώπιση της.

56. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ (ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΤΥΠΟΥ BELL) ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Σ. Τσούτσος[1], Ά. Μαυρίκη [1], Γ. Συρίγος[1], Χ. Πέγκος[1], Α. Σουκαράς[1], Γ. Κατσούλας[2], Α. Κωμαντζιά[1], Α. Κορακίδου [1], Χ. Κυρλίδου[1]

[1]Κέντρο Υγείας Μεγάρων, [2]ΓΝ Ελευσίνας Θριάσιο

Η παράλυση του προσωπικού νεύρου αποτελεί μια συχνή κλινική οντότητα που απαντάται στην κλινική πρακτική, ενώ αφορά ένα ευρύ φάσμα ιατρικών ειδικοτήτων τόσο της πρωτοβάθμιας όσο και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα αίτια της παράλυσης του προσωπικού νεύρου ποικίλλουν. Η ιδιοπαθούς αιτιολογίας παράλυση του προσωπικού νεύρου είναι η συχνότερη (παράλυση τύπου Bell) και αντιστοιχεί σε ποσοστό 49-51% των περιπτώσεων με εκτιμώμενη ετήσια επίπτωση 20-32,7 ανά 100.000 άτομα με υψηλότερη επίπτωση στις ηλικίες 15-45 ετών και ακόμη πιο υψηλή σε ηλικιωμένα άτομα >70 ετών. Εμφανίζεται εξίσου στα δύο φύλα. Λοιπά αίτια της παράλυσης του προσωπικού νεύρου μπορούν να ταξινομηθούν αδρά σε τραυματικά, λοιμώδη και νεοπλασματικά, ή προερχόμενα από υποκείμενα νοσήματα όπως Σακχαρώδης Διαβήτης, Υπερθυρεοειδισμός, Υπέρταση, αυτοάνοσα νοσήματα όπως η Σαρκοείδωση και η Κοκκιωμάτωση Wegener, νευρολογικές παθήσεις όπως Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Μυασθένεια Gravis, και το Σύνδρομο Gullain-Barre.
Η περιγραφή του περιστατικού αφορά άρρενα ετών 50, ο οποίος παρακολουθείτο από ιατρούς του ΚΥ Μεγάρων, όπου και τηρείτο ιατρικός φάκελος και ιστορικό κατά τα τελευταία 5 έτη. Ο ασθενής προσήλθε με αιφνίδια πάρεση των μυών της μιας πλευράς (δεξιάς) του πρόσωπου του, •αδυναμία σύγκλισης δεξιά άνω βλεφάρου, •αδυναμία σύγκλισηςστόματος, •αδυναμία γέλιου ή άλλων μιμήσεων και εμφυσης αέρα, •ήπια σιελόρροια, •ήπια πτώση της γωνίας του στόματος δεξιά, •ήπια αδυναμία λήψης κυρίως υγρών.
Το πρόσωπο του ήταν ασύμμετρο και οι εκούσιες κινήσεις αφορούσαν κυρίως τη υγιή περιοχή. Από τη λήψη του ατομικού ιστορικού του ασθενούς προηγήθηκε αναφερόμενη Ξηροστομία και έντονη Κεφαλαλγία και Υπερακουσία με Διαταραχή της γεύσης τρεις περίπου ημέρες πριν την αιφνίδια εμφάνιση της Πάρεσης του προσωπικού νεύρου. Στο ατομικό του ιστορικό υπήρχε μια Θυρεοειδίτιδα Hashimoto προ 4ετιας. Στον ατομικό του φάκελο δεν αναφέρετο κάποια παθολογική εξέταση, κλινική ή παρακλινική. Έγινε αδρή εκτίμηση της λειτουργίας του προσωπικού νεύρου με τον έλεγχο της σύγκλισηςτων βλεφάρων, της κίνησης της οφρύος και του στόματος καθώς και της εμφάνισης των πτυχών και ρυτιδώσεων του προσώπου και την απουσία παθολογίας του κεντρικού νευρικού συστήματος, της γεφυροπαρεγκεφαλιδικης γωνίας και του μέσου ωτός. Συνυπολογίστηκαν η απουσία εξανθήματος στη παρακείμενη περιοχή, η απουσία πυρετού και η κατά φύση κλινική εξέταση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο - γενική αίματος ΤΚΕ και CRP ηπατικά ένζυμα και νεφρική λειτουργία - δεν προέκυψαν παθολογικές τιμές η αξιοσημείωτα ευρήματα. Στην κλινική εξέταση επισημαίνεται ο αγχώδης ψυχισμός. Ο ασθενής ετέθη άμεσα σε φαρμακευτή αγωγή με πρεδνιζολονη per os, αλλά και ιοστατικά φάρμακα, για το ενδεχόμενο προσβολής του νεύρου από τον ιό του Έρπητα HSV-1, την αντιμετώπιση της έκθεσης του κερατοειδούς και για την επίτευξη κίνησης των μυών του προσώπου. Ο ασθενής επανήλθε στην πρότερη κανονική κατάσταση εντός 14 ημερών. Η αντιμετώπιση του ασθενούς στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ωφέλησε τον ασθενή χάρις στην άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση της πάθησης του αλλά και την ηρεμία που του παρείχε η συνεχής παρακολούθηση του από τον προσωπικό του οικογενειακό ιατρό στον οποίο είχε πρόσβαση δίχως να απαιτείται μακροχρόνιος προγραμματισμός επίσκεψης. Προέκυψε παράλληλα εξοικονόμηση πόρων δεδομένου ότι δεν απαιτήθηκαν πολλαπλές διαγνωστικές εξετάσεις από προσωπικό διάφορων ειδικοτήτων, το οποίο πιθανότατα δεν θα είχε πρόσβαση στον τηρούμενο στο ΚΥ ιατρικό φάκελο του ασθενούς. Αποφεύχθηκε επίσης περεταίρω συμφόρηση των ΤΕΠ του οικείου νοσοκομείου.

57. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΜΑΘΗΤΩΝ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Γ. Μερεκούλιας, Π. Δεληγιάννης, Γ. Ζάρλας, Έ. Κατσαντώνη, Δ. Τσάγγου, Π. Στουραίτης, Δ. Τσουκαλάς, Δ. Λιάνας

Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝ Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών σε δείγμα μαθητών στην πόλη της Πάτρας, και η διερεύνηση συσχετίσεων με παχυσαρκία και υπέρταση.
ΥΛΙΚΟ: Συνολικά εξετάστηκαν 70 μαθητές(7-14 ετών) (αγόρια 51.4%) σε σχολείο ξένων γλωσσών της Πάτρας, που επιλέχτηκε τυχαία, μετά από πρόσκληση και ενυπόγραφη συγκατάθεση των γονέων. Αναζητήθηκε ο επιπολασμός της παχυσαρκίας σύμφωνα με τα κριτήρια της διεθνούς ομάδας εργασίας για την παχυσαρκία. Υπέρταση θεωρήθηκε η πίεση πάνω από τη 95η εκατοστιαία θέση για την ηλικία, το φύλο και το ύψος, σύμφωνα με την ελληνική εταιρεία υπέρτασης. Χορηγήθηκε αναλυτικό ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας ήταν 8.3%. Ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν 15.3%. Πρωινό ελάμβανε το 86%των μαθητών, ενώ το γάλα συμπεριλαμβανόταν στο 85%των περιπτώσεων. Η κατανάλωση τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για τα διάφορα προϊόντα είχε ως εξής: κρέας 49%, κοτόπουλο 46%, ψάρι 17%, ζυμαρικά 60%, όσπρια 60% και σαλάτα 80%, φρούτα 91% και λαχανικά 71%, γλυκά 38%, αναψυκτικά 32% και «fast-food» 66%των μαθητών. Η τηλεθέαση και η χρήση βιντεοπαιχνιδιών πάνω από 2 φορές την εβδομάδα αφορούσε το 99% και 51% των μαθητών. Η υπέρταση συσχετίστηκε με την κατανάλωση γλυκών ($p<0.05$), ενώ το αυξημένο BMI δεν συσχετίστηκε με κάποια διατροφική συνήθεια. Η στοματική υγιεινή συσχετίστηκε αρνητικά με τη τηλεθέαση ($p<0.05$) και τη χρήση βιντεοπαιχνιδιών ($p<0.01$) και θετικά με τη βρώση φρούτων ($p<0.05$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός της παιδικής υπέρτασης και παχυσαρκίας είναι υψηλός σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες. Η μελέτη αυτή είναι ενδεικτική του ρόλου που μπορεί να παίζει ο τρόπος ζωής στο φυσικό προφίλ των μαθητών, και χρειάζονται ακόμα μεγαλύτερα δείγματα, για να αναδειχτούν οι παρεμβάσεις που χρειάζονται να γίνουν στις διατροφικές συνήθειες των μαθητών.

58. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔτ2

Φ. Μπακομήτρου[1], Α. Κουτσοβασίλης[1], Π. Βεργίδου[1], Α. Γκρόζου[1], Α. Παπαζαφειροπούλου[1], Γ. Λυράκος[2], Β. Σπινάρης[2], Ι. Σπυρόπουλος[2], Λ. Κατσαβός[2], Μ. Μπαμπουρδά[1], Η. Ταμβάκος[1], Σ. Παππάς[1], Σ. Μπούσμπουλας[1]

[1]Γ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, [2]Ψυχιατρική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της επίδρασης της Ομαδικής Εκπαίδευσης στη βελτίωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και της ποιότητας ζωής των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2)
ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη εντάχθηκαν 20 ασθενείς με ΣΔτ2 οι οποίοι προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του νοσοκομείου. Οι ασθενείς ακολούθησαν ένα πρόγραμμα Ομαδικής Εκπαίδευσης για το διαβήτη το οποίο διεξήχθη σε πέντε εβδομαδιαίες συναντήσεις και μια συνάντηση επανελέγχου που έλαβε χώρα τρεις μήνες μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Έγινε καταγραφή σωματομετρικών δεικτών, γλυκόζης τριχοειδικού αίματος και HbA1c, ενώ συμπλήρωσαν μια σειρά ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης από τη θεραπεία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης παρουσίασαν σημαντική μείωση της HbA1c μετά την παρέμβαση (8.80±2.12 % έναντι 7.29±1.59, $p=0.007$). Διαπιστώθηκε βελτίωση της ποιότητας ζωής μετά την παρέμβαση (-2.26 έναντι -1.20, $p=0.080$) και βελτίωση και κατά το στάδιο του επανελέγχου (-2.26 έναντι -1.28, $p=0.013$). Στατιστικά σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε και ως προς την ικανοποίηση από τη θεραπεία μετά την παρέμβαση (4.65 έναντι 9.00, $p=0.046$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η Ομαδική Εκπαίδευση παρουσιάζει θετική επίδραση τόσο στη ρύθμιση των ατόμων με ΣΔτ2 όσο και στην βελτίωση δεικτών οι οποίοι σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση από τη θεραπεία.

59. ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ?

Ε. Κότσαλου[1], Α. Κότσαλος[2], Ν. Ζακόπουλος[3], Ν. Δημακόπουλος[1], Μ. Δημόπουλος[3]

[1]Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μ.Τ.Σ., [2]Καρδιοαγγειοχειρουργική Κλινική, Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μ.Τ.Σ., [3]Θεραπευτική Κλινική, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

ΣΚΟΠΟΣ: Η σιωπηρή στεφανιαία νόσος λόγω δυσλειτουργίας του αυτονόμου νευρικού συστήματος συχνά διαλάθει της προσοχής στους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη. Σκοπός της μελέτης αυτής, είναι η συμβολή στην διαστρωμάτωση του καρδιαγγειακού κινδύνου των ασθενών αυτών σε ασυμπτωματικό σταδιο και η επιλογή τους βάσει κλινικών κριτηρίων.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε αυτή την αναδρομική μελέτη, μελετήθηκαν 78 ασθενείς (άνδρες και γυναίκες), πάσχοντες από Σακχαρώδη Διαβήτη διάρκειας 1-15 έτη (64% Ομάδα 1) και 16-25 έτη (36 Ομάδα 2). Οι 22 (28%- Group A) διαβητικοί ασθενείς αιτούνταν στηθαγχικά ενοχλήματα, οι 23 (29%- Group B) παραπέμφθηκαν λόγω άτυπων στηθαγικών ενοχλημάτων, ενώ οι 33 (43%- Group C) ήταν ασυμπτωματικοί. Από την εργασία αποκλείστηκαν οι ασθενείς με γνωστή Στεφανιαία Νόσο και οι εξεταζόμενοι υποβλήθηκαν σε σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου SPECT με Tc-99m tetrofosmin, σε κόπωση (n=65:Bruce, n=13:αδενοσίνη). Παράλληλα, έγινε στατιστική ανάλυση των λοιπών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου των ασθενών αυτών, όπως το κάπνισμα, η υπερλιπιδαιμία, η υπέρταση, το οικογενειακό ιστορικό Σ.Ν., η παρουσία περιφερικής αγγειακής νόσου, η παχυσαρκία και η διάρκεια του ΣΔ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Χρησιμοποιώντας το μοντέλο SPECT ανάλυσης 20- τμημάτων, βρέθηκε ότι 77% των μελετών της Ομάδας Α είχαν ευρήματα ενδεικτικά στεφανιαίας νόσου, (ουλή και/ή ισχαιμία), ενώ για τις Ομάδες Β και Γ τα ποσοστά ήταν 48% και 73% αντίστοιχα. Αντίθετα δεν υπήρξε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην επίπτωση της ισχαιμίας μεταξύ των ομάδων 1 και 2.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου είναι μια ευαίσθητη μέθοδος για την επιλογή και παρακολούθηση της ύπαρξης στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Είναι δόκιμο ο οικογενειακός ιατρός να είναι σε επαγρύπνιση για την ύπαρξη της σιωπηρής υποκλινικής Στεφανιαίας Νόσου των διαβητικών για τη σωστή θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών αυτών.

60. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

61. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

62. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

63. ΤΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΤΗΣ ΖΑΛΗΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΩΡΛ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

Ι. Μπαρδάνης

ΩΡΛ Τμήμα ΓΝ-ΚΥ Ικαρίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Το σύμπτωμα της ζάλης αποτελεί συνηθέστατη αιτία παραπομπής ασθενών σε εξωτερικό ΩΡΛ ιατρείο από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, κυρίως γενικών ιατρών και παθολόγων. Η εργασία αυτή αποσκοπεί στη διευκρίνιση της υφής της ζάλης, καθώς και στην παρουσίαση των συνήθων κλινικών δοκιμασιών που εφαρμόζονται σε αυτούς τους ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η εργασία αυτή είναι μια αναδρομική μελέτη των βιβλίων μητρώου του ΩΡΛ εξωτερικού ιατρείου του ΓΝ-ΚΥ Ικαρίας από 1-1-2011 ως σήμερα. Περιλαμβάνει 442 ασθενείς ηλικίας 8 ως 94 ετών. Η αντιμετώπισή τους στηρίχθηκε στη λήψη λεπτομερούς ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, πλήρους κλινικής εξέτασης και επιλεκτικά μόνον στον εργαστηριακό έλεγχο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η «ζάλη» αφορούσε 174 περιπτώσεις περιστροφικού ιλίγγου, 142 προσυγκοπικής ζάλης, 57 αστάθειας, 23 καρηβαρίας, 21 ναυτίας, 11 θάμβους οράσεως και άλλες λιγότερο συχνές. Από την κλινική εξέταση η συχνότερα ανευρισκόμενη θετική δοκιμασία ήταν αυτή του Unterberger (26 ασθενείς), δεύτερη η του Romberg (22), τρίτη η των Dix – Hallpike (21), τέταρτη η ανεύρεση αυτόματου νυσταγμού (18). Σπανιότερα ήταν θετική η δοκιμασία Halmagyi (3 ασθενείς).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ιλιγγικοί ασθενείς ζαλίζονται. Όσοι ασθενείς ζαλίζονται δεν έχουν υποχρεωτικά ίλιγγο. Ο ρόλος του κλινικού ιατρού είναι να διευκρινίσει την υφή της ζάλης του ασθενούς και να τον κατευθύνει ορθολογικά, έτσι ώστε να αποφευχθούν άσκοπες δαπανηρές εργαστηριακές εξετάσεις που αυξάνουν το κόστος και το άγχος των ασθενών.

64. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

65. Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Χ. Ληξουριώτης[1], Ι. Τσούτσας[1], Σ. Κυριακόπουλος[2], Μ. Τρομπούκη[1], Μ. Μπατσιάκου[3]

[1]Κέντρο Υγείας Διστόμου, [2]Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς, [3]Ιατρός

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναιμία είναι το πιο συχνό τυχαίο εύρημα σε ασθενείς ή υγιείς πολίτες τρίτης ηλικίας. Σκοπός μας είναι η μελέτη της συχνότητας εμφάνισης αναιμίας σε ανθρώπους 3ης ηλικίας που προσήλθαν σε Κέντρα υγείας για εξετάσεις ρουτίνας ή Follow-up
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκε η γενική αίματος 100 ατόμων >65 ετών που προσήλθαν για εξετάσεις ρουτίνας ή follow-up. Τα κριτήρια ήταν: για άνδρες: Hct <41%, Hb <13,5g/dl, για γυναίκες Hct <37%, Hb <12 g/dl
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρουσίασαν αναιμία 68 άτομα. Η κυριότερη αιτία ήταν η έλλειψη σιδήρου. Άλλες αιτίες ήταν οι λοιμώξεις, η νεφρική ανεπάρκεια ενώ υπήρχαν περιστατικά όπου δεν είναι δυνατή η εύρεση αιτίου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αναιμία μπορεί να προέρχεται από μηχανισμούς που είτε μειώνουν την παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων είτε αυξάνουν τον ρυθμό καταστροφής τους. Είναι πολύ συχνό πρόβλημα συνήθως ασυμπτωματικό της 3ης ηλικίας. Ο αιματολογικός έλεγχος που γίνεται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο είναι ένα καλό στοιχείο ελέγχου που βοηθάει τον γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας ν'αντιμετωπίσει αιτιολογικά την αναιμία βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

66. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Χ. Ληξουριώτης[1], Ι. Τσούτσας[1], Σ. Κυριακόπουλος[2], Π. Ληξουριώτη[3], Γ. Σιούλας[3], Μ. Μπατσιάκου[4], Β. Περιτογιάννης[4], Β. Στούμπος[5]

[1]Κέντρο Υγείας Διστόμου, [2]Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς, [3]Εκπαιδευτικός, [4]Ιατρός, [5]Κέντρο Υγείας Θέρμου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το οικογενειακό περιβάλλον παίζει μεγάλο ρόλο στην διαμόρφωση της προσωπικότητας των νέων. Ερευνήσαμε 60 μαθητές αγροτικής περιοχής της Κεντρικής Ελλάδας ως προς τις απόψεις τους για το κάπνισμα και κατά συνέπεια τις καπνιστικές τους συνήθειες ως συνάρτηση του οικογενειακού του περιβάλλοντος.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: 60 μαθητές γυμνασίου (30 αγόρια – 30 κορίτσια) ρωτήθηκαν αν και κατά πόσο καπνίζουν και πόσο επηρεάστηκαν από την οικογένεια τους σε αυτό (καπνιστική συνήθεια πατέρα, μητέρας ή αδελφών)
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 9 αγόρια (30%) και 10 κορίτσια (33%) καπνίζουν. Στα αγόρια ήτανν καταλυτική η πατρική επιροή στο κάπνισμα (100% των καπνιστών είχαν καπνιστές πατέρες). Στα κορίτσια μεγάλη επιροή είχε η μητέρα. Ενώ μεγάλο ρόλο ακόμη και στα παιδιά που δεν κάπνιζαν είχαν τα μεγαλύτερα αδέρφια οπυ κάπνιζαν. Σε μεγάλο ποσοστό οι κακές οικογενειακές σχέσεις συνηγορούν υπέρ της καπνιστικής συνήθειας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μεγάλα ποσοστά νέων καπνιστών παρατηρούνται στην Κεντρική Ελλάδα. Η οικογενένεια παραμένει ένας βασικός αν όχι ο βασικότερος παράγοντας έναρξης καπνίσματος. Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν ενθαρυντικά σημεία δτην διακοπή καπνίσματος, παρ' όλα αυτά χρειάζεται επαγρύπνιση της οικογένειας μιας και διαμορφώνει σε μεγάλο βαθμό την προσωπικότητα των εφήβων.

67. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΛΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΑΠΟ ΠΟΛΥΔΥΜΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1996-2010)

Ζ. Ηλιοδρομίτη[1], Ν. Βλαχάδης[1], Κ. Νταφόπουλος[2], Ε. Μανιατέλλη[1], Α. Γληνού [3], Ν. Βραχνής[1]

[1]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αρεταίειο, [2]Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας,[3]Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΠΓΝ Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι πολύδυμες κυήσεις έχουν αυξημένο κίνδυνο προώρου τοκετού (<37 εβδομάδες κύησης). Τα τελευταία χρόνια καταγράφεται στην Ελλάδα ραγδαία αύξηση των προώρων γεννήσεων και των γεννήσεων από πολύδυμες κυήσεις. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση της συμβολής των γεννήσεων από πολύδυμες κυήσεις στις γεννήσεις προώρων νεογνών.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το σύνολο των γεννήσεων ζώντων που συμπλήρωσαν 20 εβδομάδες κύησης κατά την 15ετία 1996-2010, σε όλη την επικράτεια (Σύνολο:1.606.000 γεννήσεις ζώντων).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το 1996 ως το 2010, ο δείκτης πρόωρων γεννήσεων στην Ελλάδα (Preterm Birth Rate, PBR), οριζόμενος ως ο αριθμός των γεννήσεων ζώντων <37 εβδομάδες ανά 100 γεννήσεις ζώντων, αυξήθηκε από 3,68 σε 11,18, την υψηλότερη τιμή ιστορικά. Κατά την ίδια περίοδο, ο δείκτης γεννήσεων από πολύδυμες κυήσεις (Multiple Birth Rate, MBR), οριζόμενος ως ο αριθμός των γεννήσεων ζώντων από πολύδυμες κυήσεις ανά 100 γεννήσεις ζώντων, αυξήθηκε από 3,16 σε 5,26, την μέγιστη τιμή όλων των εποχών. Η αύξηση των προώρων γεννήσεων συσχετίζεται σχεδόν πλήρως με την αύξηση των γεννήσεων από πολύδυμες κυήσεις (συντελεστής Spearman ρ=0,971). Ο PBR αυξήθηκε περισσότερο στις γεννήσεις από πολύδυμες κυήσεις (αύξηση 3,2 φορές, από 21,3% σε 68,6%, Ptrend<0,001), σε σύγκριση με τις γεννήσεις από μονήρεις κυήσεις (αύξηση 2,6 φορές, από 3,11 σε 7,99, Ptrend<0,001). Το (%)ποσοστό των γεννήσεων από πολύδυμες κυήσεις μεταξύ των προώρων γεννήσεων αυξήθηκε κατά 77%, από 18,2% σε 32,3% (Ptrend<0,001). Ο σχετικός κίνδυνος (Relative Risk, RR) γέννησης προώρου στις πολύδυμες κυήσεις σε σύγκριση με τις μονήρεις κυήσεις αυξήθηκε κατά 25%, από 6,85 σε 8,58 (Ptrend=0,036). Ο αποδιδόμενος στις πολύδυμες κυήσεις κίνδυνος γέννησης προώρου στον πληθυσμό (Population Attributable Risk, PAR%) αυξήθηκε κατά 83%, από 15,6% σε 28,5% (Ptrend<0,001).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση χρονικής περιόδου, η αύξηση των γεννήσεων από πολύδυμες κυήσεις και του σχετικού κινδύνου γέννησης προώρου στις πολύδυμες σε σύγκριση με τις μονήρεις κυήσεις, οδήγησε σε σχεδόν διπλασιασμό του αποδιδόμενου στις πολύδυμες κυήσεις κινδύνου στον πληθυσμό για γέννηση προώρου νεογνού.

68. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΠΡΟΩΡΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΤΗΣ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ (1991-2010)

Ν. Βλαχάδης[1], Ζ. Ηλιοδρομίτη[1], Π. Αναστασόπουλος[1], Μ. Μπουρουτζόγλου[2], Π. Κωνσταντινίδου[3], Ν. Βραχνής[1]

[1]Β Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αρεταίειο Νοσοκομείο., [2]Τμήμα Μαιευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, [3]Παράρτημα Προστασίας του Παιδιού Αττικής «Η Μητέρα»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση της εξέλιξης των πρόωρων γεννήσεων στην Ελλάδα ως προς το βαθμό της προωρότητας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ) για το σύνολο των γεννήσεων ζώντων που συμπλήρωσαν 20 εβδομάδες κύησης κατά την 20ετία 1991-2010 σε όλη την επικράτεια (Σύνολο:2.119.749 γεννήσεις ζώντων).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 1991, ο δείκτης πρόωρων γεννήσεων στην Ελλάδα (Preterm Birth Rate, PBR), οριζόμενος ως ο αριθμός των γεννήσεων ζώντων πριν τη συμπλήρωση 37 εβδομάδων κύησης, ήταν 2,77, φτάνοντας στο χαμηλότερο επίπεδο από το 1980. Από το 1991, ο PBR 4πλασιάστηκε, αυξανόμενος εκθετικά (συντελεστής προσδιορισμού R2=0,984) φτάνοντας το 11,18 το 2010. Οι γεννήσεις στις 20-28 εβδομάδες (extremely preterm births) αυξήθηκαν 2,5 φορές, από 0,14 σε 0,34 (Ptrend<0,001), στις 28-31 εβδομάδες (very preterm births) αυξήθηκαν κατά 44%, από 0,66 σε 0,95 (Ptrend=0,002) και οι γεννήσεις στις 32-33 εβδομάδες (moderately preterm births) αυξήθηκαν εκθετικά (R2=0,950) κατά 4 φορές, από 0,32 σε 1,27 (Ptrend<0,001). Η μεγαλύτερη αύξηση αφορά στην ηπιότερη προωρότητα (late preterm births, 34-36 εβδομάδες) όπου οι γεννήσεις αυξήθηκαν εκθετικά (R2=0,963, Ptrend<0,001) κατά 11,3 φορές, από 0,77 σε 8,63, με μέσο ετήσιο (%)ποσοστό αύξησης 13,6% και χρόνο διπλασιασμού 5,1 έτη. Στην ανάλυση κατά συμπληρωμένη εβδομάδα κύησης, η μεγαλύτερη εκατοστιαία αύξηση καταγράφεται την 33η και την 35η εβδομάδα, όπου οι γεννήσεις προώρων αυξήθηκαν εκθετικά (R2=0,945, Ptrend<0,001 και R2=0,983, Ptrend<0,001) κατά 6,5 φορές. Το (%)ποσοστό των late preterm births επί του συνόλου των προώρων αυξήθηκε κατά 2,8 φορές, από 27,8% το 1991 σε 77,2% το 2010 (Ptrend<0,001). Το 85% της συνολικής αύξησης των προώρων γεννήσεων κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση περιόδου οφείλεται στην αύξηση των late preterm births (34-36 εβδομάδες), ενώ σχεδόν το μισό της συνολικής αύξησης (47%) αποδίδεται στην αύξηση των γεννήσεων την 36η εβδομάδα κύησης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά την 20ετία 1991-2010, καταγράφεται αύξηση των γεννήσεων σε όλο το χρονικό φάσμα της προωρότητας, με την μεγαλύτερη αύξηση να αφορά στην ήπια προωρότητα (late preterm births).

69. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ (STILLBIRTHS) ΚΑΤΑ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1980-2012)

Ν. Βλαχάδης[1], Ζ. Ηλιοδρομίτη[1], Ν. Μπαλακίτσας[1], Ά. Γληνού[2], Μ. Μπουρουτζόγλου[3], Ν. Βραχνής[1]

[1]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, [2]Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΠΓΝ Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου»,[3]Τμήμα Μαιευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση της εξέλιξης της επίπτωσης των εμβρυϊκών θανάτων (stillbirths) ως προς τη διάρκεια της κύησης.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το σύνολο των γεννήσεων ζώντων και νεκρών που συμπλήρωσαν 20 εβδομάδες κύησης, κατά τη διάρκεια 33 ετών (1980-2012) σε όλη την επικράτεια (σύνολο:22.947 γεννήσεις νεκρών και 3.658.332 γεννήσεις ζώντων). Ο δείκτης γέννησης νεκρών (Stillbirth Rate, SBR) για κάθε υπο-ομάδα υπολογίστηκε με την προοπτική μέθοδο, όπως προτείνεται από το CDC (Center for Disease Control and Prevention), δηλαδή ως ο αριθμός των ενδομητρίων θανάτων σε καθεμιά περίοδο της κύησης ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων αυτής της ηλικίας κύησης και πάνω.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση χρονικής περιόδου, συνολικά ο SBR μειώθηκε 2,8 φορές, από 9,23 το 1980 στη χαμηλότερη ιστορικά τιμή 3,31 το 2008 (Ptrend<0,001). Η μεγαλύτερη μείωση καταγράφεται στους θανάτους εμβρύων σε τελειόμηνες κυήσεις (≥37 εβδομάδες) στις οποίες ο SBR μειώθηκε κατά 4,4 φορές, από 4,30 σε 0,97 (Ptrend<0,001), και η μικρότερη στις 32-36 εβδομάδες, στις οποίες ο SBR μειώθηκε κατά 40%, από 1,66 σε 0,99 (Ptrend<0,001). Η μείωση του SBR στα έμβρυα <28 και 28-31 εβδομάδων ήταν 48%, από 1,21 σε 0,63 (Ptrend=0,009), και 2,8 φορές, από 2,29 σε 0,82 (Ptrend<0,001), αντίστοιχα.
Την τετραετία 2009-2012, σε σύγκριση με την τετραετία 2005-2008, ο SBR αυξήθηκε συνολικά κατά 18,7% (p<0,001). Η σχετική αύξηση ήταν μεγαλύτερη για τους πιο πρόωρους εμβρυϊκούς θανάτους: <28:44,7%, p<0,001, 28-31:18,8%, p=0,012, 32-36:14,7%, p=0,023, ενώ στατιστικά μη σημαντική αύξηση καταγράφεται στις γεννήσεις νεκρών ≥37 εβδομάδες (10,0%, p=0,16).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση χρονικής περιόδου, η μεγαλύτερη μείωση εμβρυϊκών θανάτων αφορά στις τελειόμηνες κυήσεις λόγω βελτίωσης της μαιευτικής παρακολούθησης στο τέλος της κύησης και της φροντίδας περί τον τοκετό.

70. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ (STILLBIRTHS) ΚΑΤΑ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1980-2012)

Ν. Βλαχάδης[1], Ζ. Ηλιοδρομίτη[1], Π. Αναστασόπουλος[1], Μ. Μπουρουτζόγλου[2], Χ. Συριστατίδης[3], Ν. Βραχνής[1]

[1]Β Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, [2]Τμήμα Μαιευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, [3]Γ Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αττικό Νοσοκομείο

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση της εξέλιξης της επίπτωσης των εμβρυϊκών θανάτων (stillbirths) κατά βάρος του εμβρύου.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το σύνολο των γεννήσεων ζώντων και νεκρών που συμπλήρωσαν 20 εβδομάδες κύησης, κατά τη διάρκεια 33 ετών (1980-2012) σε όλη την επικράτεια (σύνολο:22.947 γεννήσεις νεκρών και 3.658.301 γεννήσεις ζώντων). Ο δείκτης γέννησης νεκρών (Stillbirth Rate, SBR) ως προς το βάρος των εμβρύων ορίζεται ως ο αριθμός των νεκρών εμβρύων ορισμένου βάρους ανά 1.000 ζώντα και νεκρά έμβρυα με το δεδομένο βάρος γέννησης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το 1980 ως το 2008, συνολικά ο SBR μειώθηκε 2,8 φορές, από 9,23 στη χαμηλότερη ιστορικά τιμή 3,31 (Ptrend<0,001). Κατά την περίοδο αυτή, η πτωτική τάση ήταν στατιστικά σημαντική για όλες τις υπο-ομάδες βάρους γέννησης (Ptrend<0,001). Για τα έμβρυα με βάρος γέννησης ≤4.000 γραμμάρια, ο SBR μειώθηκε περισσότερο για τα μεγαλύτερα βάρη, με την μεγαλύτερη μείωση να καταγράφεται στα έμβρυα βάρους 3.501-4.000 γραμμάρια (μείωση 5,4 φορές, από 2,41 σε 0,45). Για τα έμβρυα ≤3.500 γραμμάρια η μείωση ήταν:≤1.000:44% (από 417,8 σε 235,3), 1.001-1.500:2,9 φορές (από 256,9 σε 87,8), 1.501-2.000:3,3 φορές (από 87,7 σε 26,9), 2.001-2.500:4,2 φορές (από 25,8 σε 6,1), 2.501-3.000:3,9 φορές (από 7,3 σε 1,9) και 3.001-3.500:4,4 φορές (από 3,32 σε 0,75). Τέλος, στα μακροσωμικά έμβρυα (>4.000 γραμμάρια) ο SBR μειώθηκε 3,0 φορές, από 2,64 σε 0,87. Την τετραετία 2009-2012, σε σύγκριση με την τετραετία 2005-2008, ο SBR αυξήθηκε συνολικά κατά 18,7% (p<0,001). Η σχετική μεταβολή ήταν στατιστικά μη σημαντική για τα έμβρυα ≤3.500 γραμμάρια: ≤1.500:+8%, p=0,12, 1.501-2.500:+3%, p=0,70, και 2.501-3.500:-6%, p=0,44. Αντίθετα, ο SBR διπλασιάστηκε για τα έμβρυα >3.500 γραμμάρια (p<0,001), με την μεγαλύτερη σχετική αύξηση να καταγράφεται στα έμβρυα >4.500 γραμμάρια (αύξηση 5,4 φορές, p=0,007).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά την περίοδο 1980-2008 η μεγαλύτερη μείωση των εμβρυϊκών θανάτων αφορά στα έμβρυα με μεγαλύτερο βάρος εντός φυσιολογικών ορίων (≤4.000 γραμμάρια). Κατά την τετραετία της οικονομικής κρίσης (2009-2012) η τεράστια αύξηση του SBR στα έμβρυα >3.500 γραμμάρια και ειδικά σε αυτά >4.500 γραμμάρια, υποδηλώνει πιθανότατα αύξηση των γυναικών με ανεπαρκή μαιευτική φροντίδα στο τέλος της κύησης.

71. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ (STILLBIRTHS) ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Ν. Βλαχάδης[1], Σ. Σηφάκης[2], Ά. Δανιηλίδης[3], Ζ. Ηλιοδρομίτη[1], Δ. Ζυγούρης[1], Ν. Βραχνής[1]

[1]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αρεταίειο, [2]Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, [3]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση της επίπτωσης των εμβρυϊκών θανάτων (stillbirths) στη διάρκεια της κύησης.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το σύνολο των γεννήσεων ζώντων και νεκρών που συμπλήρωσαν 20 εβδομάδες κύησης, κατά τη διάρκεια 10 ετών (2003-2012) σε όλη την επικράτεια (σύνολο:4.535 γεννήσεις νεκρών και 1.140.839 γεννήσεις ζώντων). Ο δείκτης γέννησης νεκρών (Stillbirth Rate, SBR) υπολογίστηκε για τις περιόδους κύησης (20-27, 28-31, 32-36, 37-39 και ≥40 εβδομάδες κύησης) με την προοπτική μέθοδο, όπως προτείνεται από το CDC (Center for Disease Control and Prevention), δηλαδή ως ο αριθμός των ενδομητρίων θανάτων σε κάθε περίοδο της κύησης ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων και νεκρών αυτής της ηλικίας κύησης και πάνω (population at risk).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η επίπτωση των εμβρυϊκών θανάτων κατά βάρος του εμβρύου ακολουθεί θετικώς λοξή κατανομή. Η μεγαλύτερη τιμή SBR καταγράφεται στις 32-36 εβδομάδες (0,75), και μειώνεται προς τις μικρότερες ηλικίες κύησης:28-31 εβδομάδες:0,96, 20-27 εβδομάδες:0,75, και τις μεγαλύτερες ηλικίες κύησης: 37-39 εβδομάδες:0,97, ≥40 εβδομάδες: 0,83. Αντίστοιχη είναι και η κατανομή του σχετικού κινδύνου γέννησης νεκρού κατά διάρκεια κύησης. Λαμβάνοντας ως επίπεδο αναφοράς τα έμβρυα <28 εβδομάδων που έχουν την μικρότερη τιμή SBR, ο σχετικός κίνδυνος εμβρυϊκού θανάτου είναι: 28-31 εβδομάδες:1,28 (1,16-1,40), 32-36 εβδομάδες:1,69 (1,55-1,84), και 37-39 εβδομάδες:1,29 (1,18-1,42), ενώ δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση των εμβρυϊκών θανάτων μεταξύ ≥40 και <28 εβδομάδων: RR=1,10 (0,95-1,28).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στη βιβλιογραφία, ο προοπτικός SBR ακολουθεί δικόρυφη κατανομή, με τα δύο μέγιστα να αντιστοιχούν στις 20-24 και στις ≥40 εβδομάδες, που αντιστοιχούν σε διαφορές στην αιτιολογία των εμβρυϊκών θανάτων. Εν τούτοις, η ανάλυσή μας αναδεικνύει μια θετικώς λοξή μονοκόρυφη κατανομή του SBR στη διάρκεια της κύησης για τον Ελληνικό πληθυσμο, με τις μικρότερες τιμές στις 20-27 και ≥40 εβδομάδες. Η χαμηλή επίπτωση των ενδομητρίων θανάτων <28 εβδομάδες στην Ελλάδα προφανώς οφείλεται σε υποδήλωση, ενώ αυτή μετά τη συμπλήρωση 40 εβδομάδων πιθανώς αποδίδεται στο μικρό ποσοστό των παρατασιακών κυήσεων.

72. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΔΥΜΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ (STILLBIRTH)

Ν. Βλαχάδης[1], Ά. Δανιηλίδης[2], Δ. Ζυγούρης[1], Σ. Σηφάκης[3], Ζ. Ηλιοδρομίτη[1], Ν. Βραχνής[1]

[1]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αρεταίειο, [2]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΘ. «Ιπποκράτειο», [3]Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των πολυδύμων κυήσεων ως παράγοντα κινδύνου ενδομητρίου θανάτου του εμβρύου (Stillbirth).
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το σύνολο των γεννήσεων ζώντων και νεκρών μετά από τη συμπλήρωση 20 εβδομάδων κύησης της περιόδου 2005-2012 σε όλη την επικράτεια (σύνολο:3.505 γεννήσεις νεκρών και 889.313 γεννήσεις ζώντων).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την 8ετία 2005-2012, ο συνολικός δείκτης γέννησης νεκρών (Stillbirth rate, SBR) ήταν 3,94 ενδομήτριοι θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων. Εξ αυτών, οι 682 (19,5%) ήταν από πολύδυμες κυήσεις. Το (%) ποσοστό των ενδομητρίων θανάτων από πολύδυμες κυήσεις επί του συνόλου των ενδομητρίων θανάτων αυξάνει συνεχώς με την αύξηση της ηλικίας της μητέρας, από 4,1% στις μητέρες ηλικίας < 20 ετών, ως 30,7% στις μητέρες ηλικίας ≥40 ετών. Στις πολύδυμες κυήσεις, ο SBR ήταν 15,84 ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων, ενώ στις μονήρεις κυήσεις, ο SBR ήταν 3,34 ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων. Ο σχετικός κίνδυνος ενδομητρίου θανάτου στις πολύδυμες κυήσεις ήταν 4,75 φορές μεγαλύτερος, σε σύγκριση με τις μονήρεις (RR=4,75, 95%CI:4,36-5,17, p<0,001). Ο (%) κίνδυνος ενδομητρίου θανάτου του πληθυσμού που αποδίδεται στις πολύδυμες κυήσεις (Population Attributable Risk, PAR%) είναι 15,3%. Ο PAR% αυξάνει συνεχώς με την αύξηση της ηλικίας της μητέρας: < 20: 2,8%, 20-24: 9,3%, 25-29: 10,6%, 30-34: 17,1%, 35-39: 19,9%, και ≥ 40: 21,0%.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην παρούσα μελέτη, από την ανάλυση των δεδομένων του συνόλου των γεννήσεων στην Ελλάδα την περίοδο 2005-2012, αναδεικνύεται και ποσοτικοποιείται η σημασία των πολυδύμων κυήσεων ως μείζονος παράγοντα κινδύνου ενδομητρίου θανάτου, ιδιαίτερα για τις μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας.

73. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ (STILLBIRTHS) ΚΑΤΑ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1980-2012)

Ν. Βλαχάδης[1], Ζ. Ηλιοδρομίτη[1], Α. Αναστασιάδης[1], Π. Τσίκουρας[2], Π. Κωνσταντινίδου [3], Ν. Βραχνής[1]

[1]Β Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αρεταίειο Νοσοκομείο, [2]Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Ιατρικό τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, [3]Παράρτημα Προστασίας του Παιδιού Αττικής «Η Μητέρα»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση της εξέλιξης της κατανομής των εμβρυϊκών θανάτων (stillbirths) ως προς το βάρος του νεκρού εμβρύου.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ) για το σύνολο των γεννήσεων νεκρών που συμπλήρωσαν 20 εβδομάδες κύησης, κατά τη διάρκεια 33 ετών (1980-2012) σε όλη την επικράτεια (σύνολο: 22.947 γεννήσεις νεκρών).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση χρονικής περιόδου, καταγράφονται αυξητικές τάσεις στο (%) ποσοστό των νεκρών εμβρύων βάρους ≤1.500 γραμμάρια. Συγκεκριμένα, για τα έμβρυα βάρους ≤1.000 γραμμάρια καταγράφεται αύξηση 51%, από 20,6% σε 31,2% (Ptrend<0,001), και για τα έμβρυα βάρους 1.001-1.500 γραμμάρια καταγράφεται αύξηση 22%, από 16,4% σε 20,0% (Ptrend=0,015). Για τα έμβρυα βάρους 1.501-2.500 γραμμάρια η τάση είναι στατιστικά μη σημαντική (από 25,0% σε 26,2%, Ptrend=0,68). Για τα έμβρυα βάρους >2.500 γραμμάρια οι τάσεις είναι πτωτικές, με την μεγαλύτερη μείωση στο (%)ποσοστό των εμβρύων βάρους 3.501-4.000 γραμμάρια, τα οποία μειώθηκαν 3,0 φορές, από 7,4% σε 2,5% (Ptrend<0,001). Για τα έμβρυα βάρους 2.501-3.000 γραμμάρια και 3.001-3.500 γραμμάρια καταγράφεται μείωση 15%, από 13,7% σε 11,7% (Ptrend=0,002) και 48%, από 14,8% σε 7,6% (Ptrend<0,001), αντίστοιχα, ενώ το (%)ποσοστό των μακροσωμικών εμβρύων (>4.000 γραμμάρια) μειώθηκε 2,4 φορές, από 2,4% σε 0,9% (Ptrend<0,001). Το 2012, περισσότερα από τα μισά έμβρυα που γεννήθηκαν νεκρά (51,1%) είχαν βάρος ≤1.500 γραμμάρια.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την ανάλυση των βαρών των νεκρών εμβρύων κατά την περίοδο 1980-2012 αναδεικνύεται αυξητική τάση στα έμβρυα βάρους ≤1.500 γραμμάρια και πτωτική τάση στα έμβρυα βάρους >2.500 γραμμάρια.

74. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ (STILLBIRTHS) ΚΑΤΑ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1980-2012)

Ν. Βραχνής[1], Ν. Βλαχάδης[1], Ζ. Ηλιοδρομίτη[1], Ν. Μπαλακίτσας[1], Α. Γληνού[2], Γ. Μαστοράκος[1]

[1]Β Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, [2]Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Μαιευτήριο «Έλενα»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση της εξέλιξης της κατανομής των εμβρυϊκών θανάτων (stillbirths) ως προς τη διάρκεια της κύησης.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το σύνολο των γεννήσεων νεκρών που συμπλήρωσαν 20 εβδομάδες κύησης, κατά τη διάρκεια 33 ετών (1980-2012) σε όλη την επικράτεια (σύνολο: 22.947 γεννήσεις νεκρών).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση χρονικής περιόδου, αναδεικνύεται η αναλογική μείωση κατά 2,1 φορές των εμβρυϊκών θανάτων σε τελειόμηνες κυήσεις (≥37 εβδομάδες) (Ptrend<0,001) που ενώ αποτελούσαν το μεγαλύτερο ποσοστό το 1980 (44,4%), το 2012 αποτελούσαν το μικρότερο ποσοστό (21,3%). Το (%)ποσοστό των γεννήσεων νεκρών στις 32-36 εβδομάδες αυξήθηκε κατά 78%, από 17,8% σε 31,6% (Ptrend<0,001), ενώ το (%) ποσοστό των εμβρυϊκών θανάτων στις 28-31 εβδομάδες παρουσίασε στατιστικά μη σημαντική τάση (Ptrend=0,095), από 24,8% το 1980 σε 25,3% το 2012. Κατά την περίοδο 1980-1989, το (%)ποσοστό των εμβρυϊκών θανάτων < 28 εβδομάδων επί του συνόλου των εμβρυϊκών θανάτων μειώθηκε 2,3 φορές, από 13,1% σε 5,7% (Ptrend=0,02), αλλά στη συνέχεια αυξήθηκε κατά 3,8 φορές, φτάνοντας το 21,8% το 2012 (Ptrend<0,001).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά την περίοδο 1980-2012 η μεγαλύτερη αναλογική μείωση των γεννήσεων νεκρών αφορά στις τελειόμηνες κυήσεις (≥37 εβδομάδες κύησης) και θα πρέπει να αποδοθεί στη βελτίωση της προγεννητικής παρακολούθησης στο τέλος της κύησης και της φροντίδας περί τον τοκετό. Η ραγδαία αύξηση των εμβρυϊκών θανάτων πριν τις 28 εβδομάδες κύησης μετά το 1989 πιθανώς οφείλεται σε αυξημένη δήλωση των θανάτων αυτών, καθώς και στην αύξηση των διακοπών κύησης των πασχόντων εμβρύων λόγω της ευρείας εφαρμογής του προγεννητικού απεικονιστικού screening.

75. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΑΠΟ ΠΟΛΥΔΥΜΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΩΡΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΚΑΤΑ ΒΑΘΜΟ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1996-2010)

Ν. Βλαχάδης[1], Ζ. Ηλιοδρομίτη[1], Κ. Νταφόπουλος[2], Ε. Μανιατέλλη[1], Μ. Μπουρουτζόγλου[3], Ν. Βραχνής[1]

[1]Β Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αρεταίειο Νοσοκομείο, [2]Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ιατρικό τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, [3]Τμήμα Μαιευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Οι πολύδυμες κυήσεις έχουν αυξημένο κίνδυνο προώρου τοκετού (<37 εβδομάδες κύησης). Τα τελευταία χρόνια καταγράφεται στην Ελλάδα ραγδαία αύξηση των προώρων γεννήσεων και των γεννήσεων από πολύδυμες κυήσεις. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση της συμβολής της αύξησης των γεννήσεων από πολύδυμες κυήσεις στην αύξηση των προώρων γεννήσεων, κατά βαθμό προωρότητας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το σύνολο των γεννήσεων ζώντων που συμπλήρωσαν 20 εβδομάδες κύησης κατά την 15ετία 1996-2010, σε όλη την επικράτεια (Σύνολο:1.606.000 γεννήσεις ζώντων). Το (%)ποσοστό της αύξησης των προώρων γεννήσεων που αποδίδεται στην αύξηση των πολύδυμων κυήσεων κατά βαθμό προωρότητας υπολογίστηκε μετά από προτύπωση των επιμέρους δεικτών πρόωρων γεννήσεων των ετών 1997-2010 στην κατανομή των γεννήσεων του 1996.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το 1996 ως το 2010, ο δείκτης πρόωρων γεννήσεων στην Ελλάδα (Preterm Birth Rate, PBR), οριζόμενος ως ο αριθμός των γεννήσεων ζώντων πριν τη συμπλήρωση 37 εβδομάδων κύησης ανά 100 γεννήσεις ζώντων, τριπλασιάστηκε, αυξανόμενος εκθετικά (συντελεστής προσδιορισμού R2=0,970) από 3,68 σε 11,18, την υψηλότερη τιμή ιστορικά. Κατά την ίδια περίοδο ο δείκτης γεννήσεων από πολύδυμες κυήσεις (Multiple Birth Rate, MBR), οριζόμενος ως ο αριθμός των γεννήσεων ζώντων από πολύδυμες κυήσεις ανά 100 γεννήσεις ζώντων, αυξήθηκε 1,7 φορές, από 3,16 σε 5,26, την μέγιστη τιμή όλων των εποχών. Συνολικά, από το 1996 ως το 2010, το 17,1% της αύξησης των προώρων γεννήσεων (<37 εβδομάδες) αποδίδεται στην αύξηση των γεννήσεων από πολύδυμες κυήσεις. Τα αντίστοιχα ποσοστά ανάλογα με το βαθμό της προωρότητας υπολογίστηκαν ως εξής: <28 εβδομάδες (extremely preterm births):35,4%, 28-31 εβδομάδες (very preterm births):43,5%, <32 εβδομάδες:41,3%, 32-33 εβδομάδες (moderately preterm births):30,2%, και 34-36 εβδομάδες (late preterm births):13,6%. Η συμβολή της αύξησης των γεννήσεων από πολύδυμες κυήσεις αυξάνει με την αύξηση του βαθμού προωρότητας και είναι τριπλάσια στις γεννήσεις <32 εβδομάδες, σε σύγκριση με τις late preterm (34-36 εβδομάδες).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάλυσή μας καταδεικνύει την μεγάλη συμβολή της αύξησης των γεννήσεων από πολύδυμες κυήσεις στην αύξηση των προώρων γεννήσεων, ιδιαίτερα για την πιο σοβαρή προωρότητα.

76. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ (STILLBIRTHS) ΚΑΤΑ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Ν. Βραχνής[1], Ν. Βλαχάδης[1], Α. Αναστασιάδης[1], Ζ. Ηλιοδρομίτη[1], Π. Τσίκουρας[2], Χ. Συριστατίδης[3]

[1]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, [2]Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, [3]Γ΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΑ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση της επίπτωσης των εμβρυϊκών θανάτων (stillbirths) κατά βάρος του εμβρύου.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το σύνολο των γεννήσεων ζώντων και νεκρών που συμπλήρωσαν 20 εβδομάδες κύησης, κατά τη διάρκεια 10 ετών (2003-2012) σε όλη την επικράτεια (σύνολο:4.535 γεννήσεις νεκρών και 1.140.839 γεννήσεις ζώντων). Ο δείκτης γέννησης νεκρών (Stillbirth Rate, SBR) ως προς το βάρος των εμβρύων ορίζεται ως ο αριθμός των νεκρών εμβρύων ορισμένου βάρους ανά 1.000 ζώντα και νεκρά έμβρυα με το δεδομένο βάρος γέννησης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η επίπτωση των εμβρυϊκών θανάτων κατά βάρος του εμβρύου ακολουθεί καμπύλη τύπου J. Η μικρότερη επίπτωση ενδομητρίου θανάτου καταγράφεται στα έμβρυα βάρους 3.501-4.000 γραμμάρια (SBR=0,69). Ο SBR αυξάνει συνεχώς προς τα μικρότερα βάρη γέννησης (μακρό σκέλος της καμπύλης) και μεγιστοποιείται στα έμβρυα ≤1.000 γραμμάρια (269,5):3.001-3.500:0,85, 2.501-3.000:1,92, 2.001-2.500:7,92, 1.501-2.000:32,41, και 1.001-1.500:95,4. Ο SBR αυξάνει εκ νέου στα μακροσωμικά έμβρυα (βραχύ σκέλος της καμπύλης): 4.001-4.500:0,85, 4.501-5.000:3,03, και >5.000:16,17.
Αντίστοιχη είναι και η κατανομή του σχετικού κινδύνου γέννησης νεκρού κατά βάρος του εμβρύου. Λαμβάνοντας ως επίπεδο αναφοράς τα έμβρυα 3.501-4.000 γραμμάρια που έχουν την μικρότερη τιμή SBR, ο σχετικός κίνδυνος εμβρυϊκού θανάτου αυξάνει συνεχώς προς τα χαμηλά βάρη, από 1,24 (1,02-1,50) για τα έμβρυα 3.001-3.500 γραμμάρια, σε 392,3 (331,9-464,2) για τα έμβρυα ≤1.000 γραμμάρια. Ο σχετικός κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για τα μακροσωμικά έμβρυα (>4.000 γραμμάρια) συνολικά (RR=1,72, 1,23-2,40). Ενώ ο κίνδυνος εμβρυϊκού θανάτου δε διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό για τα έμβρυα 4.001-4.500:RR=1,23, (0,83-1,83), αυξάνει σημαντικά για τις υπο-ομάδες 4.501-5.000:RR=4,42, (2,20-8,60), και >5.000:RR=23,54, (10,15-51,30).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το βάρος του εμβρύου αποτελεί καθοριστικό παράγοντα του κινδύνου ενδομητρίου θανάτου. Ο μικρότερος κίνδυνος αφορά στα έμβρυα με το μεγαλύτερο βάρος εντός φυσιολογικών ορίων, και ο μεγαλύτερος στα έμβρυα ≤1.000 γραμμάρια.

77. Ο ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΗΣ ΕΜΒΡΥΟΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ (IVF-ET FAILURE) ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΕΤΕΡΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΩΝ ΓΛΥΚΟΠΡΩΤΕΪΝΙΚΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ Ia ΚΑΙ IIIa

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

Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αρεταίειο Νοσοκομείο

ΣΚΟΠΟΣ: Η θρομβοφιλία (γενετική και επίκτητη) έχει συσχετιστεί με την αποτυχία επίτευξης ή συνέχισης της κύησης μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση και εμβρυομεταφορά (In vitro Fertilization and Embryo Transfer Failure, IVF-ET failure). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση του συνδυαστικού κινδύνου αποτυχίας IVF-ET της γενετικής ετερογένειας του γονιδίου της γλυκοπρωτεΐνης Ia (GpIa-C807T) και IIIa (GpIIIa-PIA1PIA2) των αιμοπεταλίων.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για μελέτη ασθενών-μαρτύρων (case-control study). Στην ομάδα των ασθενών περιλήφθησαν 60 άτοκες γυναίκες με ιστορικό τουλάχιστον μιας ανεξήγητης αποτυχίας μετά από IVF-ET (μέση τιμή: 3,2±2,4), αφού είχαν υποβληθεί σε πλήρη έλεγχο για τον αποκλεισμό άλλων πιθανών παραγόντων που συσχετίζονται με τις αποτυχίες IVF-ET. Η ομάδα των μαρτύρων αποτελείται από 60 υγιείς γυναίκες που ολοκλήρωσαν επιτυχώς τον αναπαραγωγικό τους βίο με τουλάχιστον μία ανεπίπλεκτη τελειόμηνο κύηση και χωρίς ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό αγγειακής θρόμβωσης. Στις 120 γυναίκες διερευνήθηκε η παρουσία γενετικής ετερογένειας του γονιδίου GpIa-C807T και GpIIIa-PIA1PIA2 με ανάλυση πυροαλληλούχισης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι γυναίκες φορείς της ετεροζυγωτικής ετερογένειας του γονιδίου GpIa και GpIIIa, σε σύγκριση με εκείνες που δεν φέρουν γενετική ετερογένεια (γονότυπος:CC/PIA1PIA1), έχουν αυξημένο κίνδυνο αποτυχίας IVF-ET (OR=8,80, 95%CI:2,49-31,11, p<0,001). Ο κίνδυνος αποτυχίας IVF-ET είναι μεγαλύτερος για τις γυναίκες που είναι ομόζυγες για το αλληλόμορφο GpIa-807T και ετερόζυγες για το αλληλόμορφο GpIIIa-PIA2 (φορείς 3 αλληλόμορφων κινδύνου, γονότυπος:TT/PIA1PIA2) (OR=10,36, 95%CI:1,10-97,27, p=0,027) ενώ αυτές που είναι διπλά ετεροζυγώτες (γονότυπος:CT/PIA1PIA2) έχουν OR=8,29 (95%CI: 2,01-34,17, p=0,001) (p for trend=0,001). Ο κίνδυνος γίνεται μέγιστος για τις γυναίκες φορείς των αλληλόμορφων GpIa-807T και GpIIIa-PIA2 ηλικίας ≤33 ετών (OR=43,50, 95%CI:4,10-461,21, p<0,001) ενώ αυτές ηλικίας >33 ετών έχουν OR=6,13 (95%CI:1,64-22,92, p=0,004) (p for trend<0,001).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματά μας δίνουν τη δυνατότητα εξατομίκευσης του κινδύνου αποτυχίας IVF-ET ανάλογα με το γονότυπο και την ηλικία.

78. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΓΝ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

Α. Φανουργιάκης, Λ. Ζούκας, Π. Ντάνου, Κ. Μπράβου, Δ. Φιλιππεδίου, Ν. Καμπάς

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΓΝ Κορίνθου

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει την εφαρμοζόμενη μέθοδο ανίχνευσης και διάγνωσης του Σακχαρώδους Διαβήτη της Κύησης (ΣΔΚ) καθώς και τη συχνότητά του στον πληθυσμό των εγκύων που παρακολουθείται από τη Μαιευτική Κλινική του ΓΝ Κορίνθου.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη σε 885 εγκυμονούσες με μονήρη κύηση, οι οποίες είχαν τακτική παρακολούθηση στη Μαιευτική Κλινική κατά την τριετία 2010-12 και στις οποίες έγινε έλεγχος γλυκόζης νηστείας και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA_1c) στο 1ο τρίμηνο κύησης (ανώτερες φ.τ. 125 mg/dl και 6.4% αντίστοιχα). Αποκλείστηκαν από το δείγμα 19 γυναίκες με έστω και μία παθολογική δοκιμασία στο 1ο τρίμηνο. Στις υπόλοιπες 863 εφαρμόστηκε το πρωτόκολλο διάγνωσης ενός βήματος (one step) κατά τις οδηγίες της Διεθνούς Ένωσης Ομάδων Μελέτης Κύησης και Διαβήτη (IADPSG), σύμφωνα με το οποίο προτείνεται η καμπύλη με 75 g γλυκόζης στις 24-28 εβδομάδες κύησης και μέτρηση σακχάρου στα 0, 60 και 120 min με ανώτερα επιτρεπτά όρια τα 92, 180 και 153 mg/dl αντίστοιχα. Επιπλέον, επί παραγόντων αυξημένου κινδύνου, όπως: ιστορικού ΣΔ ή ΣΔΚ, υπέρτασης/προεκλαμψίας, παχυσαρκίας, πολυτοκίας, γέννησης νεογνού με Σ.Β. >4000 g, δυσλιπιδαιμίας, πολυκυστικών ωοθηκών, έγινε η ίδια καμπύλη και στις 16-18 εβδομάδες. Η εξέταση θεωρείται φυσιολογική όταν όλες οι τιμές είναι εντός των φυσιολογικών ορίων. Οι εγκυμονούσες χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: την ομάδα υψηλού κινδύνου (Ο1) με 281 γυναίκες, και την ομάδα χαμηλού κινδύνου (Ο2) με 582 γυναίκες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις 281 εγκύους της Ο1 16 γυναίκες, ποσοστό 5.69% ανέπτυξαν τιμές διαγνωστικές ΣΔΚ στην καμπύλη που έγινε στις 16-18 εβδομάδες, και άλλες 58 (20.64%) διαγνώστηκαν με ΣΔΚ κατά την επανάληψή της στις 24-28 εβδομάδες. Συνολικά 74 γυναίκες της Ο1 (26.33%) ανέπτυξαν ΣΔΚ, ενώ 4 (1.42%) δεν κατάφεραν να ολοκληρώσουν τον έλεγχο. Από τις εγκύους της Ο2, οι οποίες υπεβλήθησαν στην καμπύλη μόνο κατά την 24η-28η εβδομάδα, 43 (7.39%) παρουσίασαν τιμές ενδεικτικές ΣΔΚ, ενώ 5 (0.86%) δεν ολοκλήρωσαν τον έλεγχο. Επί συνόλου 863 εγκύων, 117 γυναίκες, ποσοστό 13.55%, ανέπτυξαν ΣΔΚ και μόλις 9 (1.04%) δεν κατόρθωσε να ολοκληρώσει τον έλεγχο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επίπτωση του ΣΔΚ ανήλθε σε ποσοστό 13.55% επί του συνόλου των εγκύων με τακτική παρακολούθηση στη Μαιευτική Κλινική του ΓΝ Κορίνθου, ενώ στις υποομάδες υψηλού και χαμηλού κινδύνου ήταν 26.33και 7.39% αντίστοιχα. Η ανίχνευση του ΣΔΚ με το πρωτόκολλο του ενός βήματος κατά την IADPSG, αξιολογείται με βάση την εμπειρία μας ως μέθοδος εύχρηστη από το Μαιευτήρα και με υψηλό ποσοστό συμμόρφωσης από τις εγκυμονούσες.

79. ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ

Π. Ντάνου, Λ. Ζούκας, Α. Φανουργιάκης, Κ. Μπράβου, Δ. Φιλιππεδίου, Ν. Καμπάς

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΓΝ Κορίνθου

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Να ερευνήσουμε κατά πόσο η βακτηριακή κολπίτιδα επηρεάζει την έκβαση της κύησης όσον αφορά την πιθανότητα να επέλθει πρόωρος τοκετός, μιας και η γέννηση του εμβρύου πριν την 34η ή ακόμη και την 37η εβδομάδα αποτελεί μείζον πρόβλημα για τη δημόσια υγεία με μεγάλη μακροπρόθεσμη οικονομική επιβάρυνση.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: 250 πρωτοτόκες στις οποίες κατά την πρώτη επίσκεψη στη Μαιευτική Κλινική διαπιστώθηκε ενδομήτριος σάκος κύησης με θετική καρδιακή λειτουργία. Στα πλαίσια των αρχικών εξετάσεων εδόθησαν και καλλιέργειες κολπικών υγρών οι οποίες και επαναλήφτηκαν την 22η -24η εβδ. κύησης. Αποκλείστηκαν οι εγκυμονούσες που παρουσίασαν κολπική αιμόρροια, πρόωρες συσπάσεις, όσες είχαν αυτόματη αποβολή στο α΄ ή β΄ τρίμηνο κύησης, αυτές με μήκος τραχήλου < 2,5 cm (U/S β΄ επιπέδου), γυναίκες που έπασχαν από θρομβοφιλία, Σ.Ε.Λ., Σ.Δ., Α.Υ. και τέλος εξαιρέθηκαν 20 πρωτοτόκες που δεν μπήκαν σε τακτική παρακολούθηση κύησης. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 180 πρωτοτόκες εκ των οποίων οι 105 είχαν διαταραγμένη κολπική χλωρίδα. Με βάση την παρουσία ή όχι κολπικής λοίμωξης από Gardnerella vaginalis (GV) οι πρωτοτόκες χωρίστηκαν σε δύο Ομάδες. Η Ομάδα Α΄ αποτελείται από 58 πρωτοτόκες που είχαν GV και η Ομάδα Β΄ από τις υπόλοιπες 47 με θετικές καλλιέργειες συν 75 με φυσιολογική κολπική χλωρίδα, δηλαδή 122 γυναίκες. Έγινε καταγραφή των επιτόκων που γέννησαν πρόωρα με βάση την εβδ. κύησης που εξελίχθηκε ο τοκετός, χαρακτηριζόμενος ως όψιμος πρόωρος, όταν επέρχεται πριν την 37η εβδ., συγκεκριμένα μεταξύ 34^{+0} έως και 36^{+6} και ως αμιγώς πρόωρος τοκετός όταν η γέννηση του εμβρύου συμβαίνει πριν την 34η εβδ. κύησης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στις πρωτοτόκες που βρέθηκε βακτηριακή κολπίτιδα καταγράφηκαν σαφώς αυξημένα ποσοστά πρόωρων γεννήσεων νεογνών μιας και 7 γυναίκες της Ομάδας Α΄, ποσοστό 12.06% εξελίχθηκαν σε αυτόματο πρόωρο τοκετό πριν την 37η εβδ. κύησης έναντι ποσοστού 6.55% (8 γυναίκες) της Ομάδας Β΄. Ειδικότερα από την Ομάδα Α΄, 2 γυναίκες, ποσοστό 3.44% είχαν αμιγώς πρόωρο τοκετό έναντι ποσοστού 1.63% (2 γυναίκες) της Ομάδας Β΄ με αυτόματο τοκετό πριν την 34η εβδ. κύησης. Ομοίως και στην κατηγορία του όψιμου πρόωρου τοκετού είχαμε αντίστοιχα αποτελέσματα, ήτοι 5 γυναίκες, ποσοστό 8.62% της Ομάδας Α΄ έναντι ποσοστού 4.91% (6 γυναίκες) της Ομάδας Β΄ που ο τοκετός εξελίχθηκε μεταξύ 34^{+0} έως και 36^{+6} εβδ. κύησης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η βακτηριακή κολπίτιδα αυξάνει τα ποσοστά των πρόωρων τοκετών. Κρίνεται απαραίτητη η έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση της GV ακόμη και προγεννητικά λόγω της δυσκολίας εκρίζωσης του μικροβίου κατά την κύηση. Με τον παραπάνω τρόπο θα επιτευχθεί η μείωση των πρόωρων γεννήσεων νεογνών συνεπώς κι όλων των δυσμενών επιπτώσεών τους τόσο στην οικονομία όσο και στην κοινωνία.

80. ΤΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΤΟΥ ΠΡΩΤΕΩΜΙΚΟΥ ΕΚΚΡΙΤΩΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΣΕΙΡΩΝ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Γ. Κοντοστάθη[1,2], Ι. Ζωϊδάκης[1], Α. Βλάχου[1], Θ. Αγοραστός[3], Ν. Ανάγνου[2,4], Κ. Παππά[4,5]

[1]Εργαστήριο Βιοτεχνολογίας, Κέντρο Βασικών Ερευνών, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), [2]Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, [3]Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,[4]Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, Κέντρο Βασικής Ερευνας ΙΙ, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), [5]Α΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (CxCa) αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή κακοήθεια στις γυναίκες σε όλο τον κόσμο, και αποδίδεται σε μόλυνση από τους τύπους HPV υψηλού κινδύνου 16 και 18. Η εμμένουσα ιϊκή μόλυνση, σε συνδυασμό με την έκφραση των ιϊκών ογκοπρωτεινών E6 και E7, θεωρείται μείζον επαγωγικό βήμα για την κακοήθη εξαλλαγή. Ωστόσο, τα βήματα τα οποία οδηγούν στον καρκίνο, δεν έχουν ακόμη διευκρινιστεί. Το εκκρίτωμα (secretome) των κυττάρων, αντιπροσωπεύει το σύνολο των μακρομορίων που εκκρίνονται από ένα κύτταρο, και είναι ζωτικής σημασίας για την επικοινωνία μεταξύ των κυττάρων. Κατά τη διάρκεια της καρκινογένεσης, τα εκκριτώματα των κυττάρων υφίστανται δραματικές αλλαγές που αντικατοπτρίζουν την απόκτηση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων του συγκεκριμένου καρκίνου και πιθανόν συμβάλλουν στα διάφορα στάδια της καρκινογένεσης. Στην παρούσα μελέτη, επικεντρωθήκαμε στην συστηματική αξιολόγηση των εκκριτωμάτων τεσσάρων κυτταρικών σειρών, ήτοι της HCK1T, προερχόμενη από φυσιολογικό τραχηλικό επιθήλιο και των κυτταρικών σειρών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας HeLa HPV18 (+), SiHa HPV16 (+), και C-33A, HPV(-), τα οποία αναλύθηκαν με ηλεκτροφόρηση γέλης δυο διαστάσεων (2D) και φασματομετρία μάζας MALDI-TOF.
Τα πρότυπα (patterns) των εκκριτωμάτων των κυττάρων SiHa και HeLa, διέφεραν σημαντικά από εκείνα των αντίστοιχων συνολικών κυτταρικών εκχυλισμάτων. Ειδικώτερα, στο εκκρίτωμα της κυτταρικής σειράς SiHa, ανιχνεύσαμε την καθεψίνη D, μία εκκρινόμενη λυσοσωματική πρωτεΐνη η οποία φαίνεται να υπερ-εκφράζεται στη SiHa σε σύγκριση με τις άλλες κυτταρικές σειρές. Το αποτέλεσμα αυτό ελέγχθηκε και τεκμηριώθηκε περαιτέρω με ανοσοϊστοχημεία.
Τα νέα αυτά δεδομένα, προσδιορίζουν για πρώτη φορά το πρότυπο των εκκριτωμάτων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και αναδεικνύουν δυνητικούς βιοδείκτες, όπως η καθεψίνη D για περαιτέρω κλινική αξιολόγηση.
*Επιχορηγείται απο το Πρόγραμμα Θαλής ΙΙ Grant No. 70-4-11830 (Ευρωπαϊκή Ένωση και ΕΣΠΑ).

81. ΠΡΩΤΕΩΜΙΚΕΣ ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ ΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΣΕΙΡΩΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Β. Λυγηρού[1,2], Ι. Ζωϊδάκης[1], Α. Βλάχου[1], Θ. Αγοραστός[3], Ν. Ανάγνου[2,4], Κ. Παππά[4,5]

[1]Εργαστήριο Βιοτεχνολογίας, Κέντρο Βασικών Ερευνών, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), [2]Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, [3]Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,[4]Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, Κέντρο Βασικής Ερευνας ΙΙ, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), [5]Α΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (CxCa) είναι ο δεύτερος πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες με τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) να αποτελεί τον αιτιολογικό παράγοντα. Μέχρι σήμερα, παρά την εξέλιξη στις διαγνωστικές δοκιμασίες για την έγκαιρη διάγνωση του CxCa, υπάρχει ακόμη η ανάγκη για την ανάδειξη ευαίσθητων βιοδεικτών οι οποίοι θα βοηθήσουν στην ανίχνευση της νόσου στο στάδιο της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας. Η εξαλλαγή του πλακώδους επιθηλίου σε καρκινικό, συνοδεύεται από ποιοτικές και ποσοτικές αλλαγές πρωτεϊνών που εκφράζονται από τα HPV-μολυσμένα κυττάρα. Σκοπός της παρούσας μελέτης, υπήρξε η συστηματική ανάλυση με ηλεκτροφόρηση γέλης 2 διαστάσεων (2D) και φασματοσκοπία μάζας MALDI-TOF, τεσσάρων κυτταρικών σειρών που αφορούν φυσιολογικά και καρκινικά κύτταρα του τραχήλου της μήτρας, για την ανάδειξη των διάκριτων μοριακών και φαινοτυπικών τους χαρακτηριστικών. Μελετήθηκαν οι κυτταρικές σειρές HCK1T από φυσιολογικό τραχηλικό επιθήλιο και τρείς κυτταρικές σειρές CxCa: HeLa HPV18 (+), SiHa HPV16 (+), και C-33A, HPV(-). Αναδείξαμε 169 διαφορικά εκφραζόμενες πρωτεΐνες (92 υπερ-εκφραζόμενες και 77 υπο-εκφραζόμενες), μεταξύ HCK1T και των σειρών HeLa, SiHa, και C-33A. Η πιο σημαντική ομάδα πρωτεϊνών, αφορούσε εκείνη η οποία συμμετέχει στην αναδιάταξη (remodeling) του κυτταροσκλετού. Από την ομάδα αυτή, μελετήσαμε περαιτέρω την Cofilin-1 (κοφιλίνη-1), χρησιμοποιώντας ανάλυση Western blot. Τόσο στην ηλεκτροφόρηση 2D, όσο και στην ανάλυση κατά Western blot, η Cofilin-1 έδειξε να υπερ-εκφράζεται σημαντικά στις σειρές HeLa και C-33A σε σχέση με τη φυσιολογική κυτταρική σειρά. Η Cofilin-1 διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της μετανάστευσης των κυττάρων, την απόπτωση την επαγόμενη από οξείδωση, ενώ υπερ-εκφράζεται σε πολλές κυτταρικές σειρές διηθητικών καρκίνων. Συμπερασματικά, τα ανωτέρω δεδομένα, επιτρέπουν την περαιτέρω διερεύνηση της Cofilin-1 ως ένα νέο δυνητικό βιοδείκτη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

*Επιχορηγείται απο το Πρόγραμμα Θαλής ΙΙ Grant No. 70-4-11830 (Ευρωπαϊκή Ένωση και ΕΣΠΑ).

82. ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΙΚΟΝΩΝ ΔΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗΣ (2D) ΗΛΕΚΤΡΟΦΟΡΗΣΗΣ

Ε. Ζαχαρία[1], Ε. Κωστοπούλου[1], Δ. Μαρούλης[1], Ι. Ζωϊδάκης[2], Ν. Ανάγνου[3,4], Κ. Παππά[3,5]

[1]Τμήμα Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών, ΕΚΠΑ, [2]Εργαστήριο Βιοτεχνολογίας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ),[3]Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), [4]Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [5]Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η δισδιάστατη (2D) ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών είναι μια ισχυρή, καθιερωμένη μέθοδος για τον διαχωρισμό χιλιάδων πρωτεϊνών μέσα σε ένα βιολογικό δείγμα. Αποτέλεσμα της δισδιάστατης ηλεκτροφόρησης, είναι μια ψηφιακή εικόνα, η οποία περιέχει πρωτεϊνικές κηλίδες υψηλής φωτεινότητας, διάσπαρτα τοποθετημένες σε ανομοιογενές υπόβαθρο χαμηλής φωτεινότητας. Η κατάτμηση των εικόνων πρωτεωμικής, επιτρέπει την ανάδειξη τυχόν διαφοροποιήσεων στην έκφραση των πρωτεϊνών, η οποία μπορεί να σχετίζεται άμεσα με μια ασθένεια την οποία έχει ή πρόκειται να εκδηλώσει ο υπό εξέταση οργανισμός. Η κατάτμηση όμως παραμένει ακόμα και σήμερα επίπονη και χρονοβόρα διαδικασία λόγω της προαναφερθείσας φύσης των εικόνων. Οι υπάρχουσες τεχνικές και τα διαθέσιμα λογισμικά αδυνατούν να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τα ανωτέρω προβλήματα.

ΥΛΙΚΟ: Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε την αναπτυχθείσα από την ερευνητική μας ομάδα αυτόματη μέθοδο κατάτμησης εικόνων πρωτεωμικής, η οποία ακολουθεί τα ακόλουθα τρία στάδια: 1) εντοπισμός περιοχών που περιέχουν κυρίως κηλίδες, βάσει δισδιάστατων ιστογραμμάτων, 2) εντοπισμός των κέντρων των κηλίδων, και 3) κατάτμηση κηλίδων και εύρεση του ακριβούς τους περιγράμματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέθοδος εφαρμόστηκε σε εικόνες πρωτεωμικής οι οποίες περιείχαν πολλές επικαλυπτόμενες κηλίδες ποικίλων φωτεινοτήτων, μεγεθών και σχημάτων, με ανομοιογενές και θορυβώδες υπόβαθρο. Η συγκριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων της μεθόδου μας, έδειξε ότι εμφανίζει σημαντικά καλύτερη απόδοση από τα δεδομένα τα οποία προκύπτουν από τη χρήση του λογισμικου πακέτου Melanie, όπως αποδεικνύεται από σειρά συγκριτικών αναλύσεων εικόνων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ποσοτική και ποιοτική ανάλυση των εικόνων πηκτώματος δισδιάστατης (2D) ηλεκτροφόρησης, απαιτεί την χρήση αποτελεσματικών μεθόδων επεξεργασίας εικόνας, ώστε να εντοπιστούν και να διαχωρισθούν με ακρίβεια οι πρωτεϊνικές κηλίδες οι οποίες υπάρχουν σε αυτές. Στην παρούσα εργασία τεκμηριώθηκε η άριστη απόδοση της αναπτυχθείσας από την ομάδα μας πρωτότυπης μεθόδου σε σύγκριση με τις υπάρχουσες μεθοδολογίες, η οποία επιτρέπει την αποτελεσματική και αξιόπιστη ανάλυση εικόνων δισδιάστατης (2D) ηλεκτροφόρησης.

*Επιχορηγείται απο το Πρόγραμμα Θαλής ΙΙ, Grant No. 70-4-11830 (Ευρωπαϊκή Ένωση και ΕΣΠΑ).

83. ΚΥΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 57 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ν. Ευαγγελινάκης, Ι. Γραμματικάκης, Χ. Παρθένης, Κ. Μίγκλη, Ι. Παπαπαναγιώτου, Π. Σκάρπας

Γ΄ Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η κύηση κατά την εφηβεία συσχετίζεται με σημαντικές αλλαγές στην κοινωνική ζωή της μητέρας (διακοπή από το σχολείο, απόλυτη εξάρτηση από το σύζυγο κλπ), ενώ αναφέρεται συσχέτιση με αυξημένο κίνδυνο μαιευτικών επιπλοκών και κατά συνέπεια κακού περιγεννητικού αποτελέσματος. Σκοπός της παρούσας αναδρομικής μελέτης είναι να καταγραφούν τα σχετικά επιδημιολογικά στοιχεία της Κλινικής και να μελετηθεί το περιγεννητικό αποτέλεσμα.

ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν όλες οι γυναίκες που εισήχθησαν στην αίθουσα τοκετών της Γ΄ Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών με ηλικία κάτω των 18 ετών στην περίοδο Ιούνιος 2011 έως Αύγουστος 2013. Η ομάδα ελέγχου περιελάμβανε διπλάσιο αριθμό γυναικών, τυχαιοποιημένο και προσαρμοσμένο στον τόκο και το BMI των εφήβων μητέρων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 57 επίτοκες. Από αυτές, οι 51 (89,5%) χαρακτηρίζονταν από χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, οι 42 (73,7%) είχαν αποσυρθεί από το σχολείο προτού συλλάβουν και οι 40 (70,2%) ανέφεραν μόνιμο σύντροφο ο οποίος ήταν παρών κατά τον τοκετό. Οι 55 (96,5%) δε διέθεταν επαρκείς γνώσεις περί αντισύλληψης, αλλά το εντυπωσιακό είναι ότι οι 38 (66,6%) δεν ενδιαφέρονταν να χρησιμοποιήσουν κάποια μέθοδο αντισύλληψης στο μέλλον. Από τις κοπέλες αυτές φυσιολογικά γέννησαν οι 46 (80,7%), με καισαρική οι υπόλοιπες 11 (19,3%), η μέση ηλικία κύησης ήταν 37^{+3} εβδομάδες, η βαθμολογία κατά Apgar ήταν ο λεπτό σε 1 νεογνό (1,8%) και 5 (8,78%) νεογνά εισήχθησαν στη μονάδα εντατικής νεογνών. Από αυτά τα δεδομένα προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις έφηβες εγκύους και την ομάδα ελέγχου μόνο όσον αφορά την εισαγωγή στη μονάδα εντατικής νεογνών ($p < 0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη δεν κατέδειξε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των κυήσεων εφήβων και ενηλίκων γυναικών ως προς το περιγεννητικό αποτέλεσμα. Ο λόγος για αυτό οφείλεται πιθανότατα στο μικρό πληθυσμό που μελετήθηκε. Διαφορά διαπιστώθηκε μόνο όσον αφορά την εισαγωγή στη μονάδα εντατικής νεογνών.

84. ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.

Ι. Γραμματικάκης, Κ. Μίγκλη, Ν. Ευαγγελινάκης, Ι. Παπαπαναγιώτου, Χ. Χρέλιας, Δ. Κασσάνος

Γ΄ Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο αυξημένος Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) φέρεται να συσχετίζεται με αυξημένα ποσοστά περιγεννητικών επιπλοκών. Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι ο προσδιορισμός της συχνότητας και των επιπτώσεων του αυξημένου Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) στη μητρική και εμβρυϊκή νοσηρότητα σε χαμηλού κινδύνου πληθυσμό πρωτοτόκων.

ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη περιπτώσεων κατά την περίοδο Ιούνιος 2011 έως το 2013, στην οποία συμπεριελήφθησαν πρωτοτόκες χαμηλού κινδύνου, οι οποίες γέννησαν στη Γ΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο «Αττικόν». Ο ΔΜΣ υπολογίζεται χρησιμοποιώντας τον τύπο βάρους/ύψους στο τετράγωνο. Οι συμμετέχουσες χωρίστηκαν σε πέντε κατηγορίες: «λιποβαρής» (ΔΜΣ <20 kg/m^2), «κανονική» (ΔΜΣ 20,01 έως 25 kg/m^2), «υπέρβαρη» (ΔΜΣ 25,01 έως 30 kg/m^2), «παχύσαρκη» (ΔΜΣ 30,01-40 kg/m^2), και «νοσηρά παχύσαρκη» (ΔΜΣ >40 kg/m^2). Τα μητρικά αποτελέσματα αξιολογήθηκαν με βάση την ηλικία κύησης κατά τον τοκετό, την έναρξη του τοκετού (αυτόματη / πρόκληση / εκλεκτική καισαρική τομή), τη διάρκεια του τοκετού, τη χρήση της ωκυτοκίνης και επισκληριδίου, τον τρόπο τοκετού, και την εκτιμώμενη απώλεια αίματος. Τα νεογνικά αποτελέσματα αξιολογήθηκαν με βάση το σωματικό βάρος των νεογνών (kg) και την εκατοστιαία θέση, την ηλικία κύησης, το Apgar score <7 στα 5 λεπτά, το pH ομφαλικής φλέβας <7.2, την παρουσία κεχρωσμένου μηκωνίου κατά τον τοκετό, την ανάνηψη νεογνού που απαιτήθηκε, την είσοδο στην μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών (MENN) και τη διάρκεια της διαμονής τους σε αυτήν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 1127 γυναίκες συμμετείχαν στη μελέτη. Πλήρη στοιχεία συλλέχθηκαν από 923 γυναίκες (81,9%). Παρατηρήθηκε μια σημαντικά θετική συσχέτιση μεταξύ των ποσοστών καισαρικών τομών σε σύγκριση με την αύξηση του ΔΜΣ, ακόμη και όταν η ηλικία κύησης ήταν εντός των επιτρεπτών ορίων (p=0,002). Ομοίως, παρατηρήθηκε ότι τα νεογνά των γυναικών που ανήκαν στην ομάδα με φυσιολογικό ΔΜΣ είχαν μικρότερο ποσοστό εισαγωγής στην MENN σε σύγκριση με τα νεογνά των παχύσαρκων γυναικών (2,9% έναντι 10,2% P=0.01). Σε σύγκριση με τις γυναίκες με φυσιολογικό ΔΜΣ, τα αποτελέσματα τα οποία παρατηρήθηκαν συχνότερα σε υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες ήταν υπέρταση της κυήσεως (p=0.04), προεκλαμψία (p<0,001), πρόωρος τοκετός (p <0,001), πρόοδος τοκετού (p=0,03), καισαρική τομή (p<0,001), ενδομήτριος θάνατος (p<0,001), πρώιμοι νεογνικοί θάνατοι (p=0,02), βαθμολογία Apgar <7 στα 5 λεπτά (p<0,05) και την εισαγωγή προς MENN (p<0,001). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων όσον αφορά στην υπογλυκαιμία, υπερχολερυθριναιμία και αναπνευστική δυσχέρεια των νεογνών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο υψηλός ΔΜΣ σχετίζεται με παράταση κυήσεων, υψηλότερα ποσοστά καισαρικής τομής, και αυξημένο ποσοστό νοσηλείας νεογνών στην μονάδα εντατικής θεραπείας. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε διαταραγμένη μεταβολική κατάσταση στην παχυσαρκία

85. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΠΡΟΓΟΝΙΚΩΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ, ΑΣΥΜΜΕΤΡΗΣ ΔΙΜΕΘΥΛΑΡΓΙΝΙΝΗΣ, ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΙ ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΜΕ ΤΟΝ 1ΟΕΤΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ

Α. Αγγελίδη[1], Ι. Πρωτοψάλτης[1], Σ. Βρακάς[1], Ά. Γκριτζάπης[2], Σ. Ματσάγγος[3], Θ. Οικονομόπουλος[4], Ε. Μπουτάτη[4], Γ. Δημητριάδης[4], Σ. Ράπτης[4,5], Α. Μελιδώνης[1]

[1]Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ «Τζάνειο», Πειραιά., [2]Locus Medicus, Αθήνα., [3]Ν.Υ. Αιμοδοσίας, ΓΝΠ «Τζάνειο», Πειραιά., [4]Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, «Αττικόν», Αθήνα., [5]Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης Θεραπείας Σακχαρώδη Διαβήτη και Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ.), Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Τα μειωμένα επίπεδα προγονικών ενδοθηλιακών κυττάρων (EPCs), τα αυξημένα επίπεδα ασύμμετρης διμεθυλαργινίνης (ADMA) καθώς και η αρτηριακή σκλήρυνση θεωρούνται δυνητικοί δείκτες καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της μελέτης αποτελεί η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ παραγόντων κινδύνου, EPCs, ADMA και αρτηριοσκλήρυνσης με το πρόσφατο μοντέλο εκτίμησης 10ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου (ASCVD) σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες των ACC/AHA του 2013.
ΥΛΙΚΟ: 59 άτομα με νεοδιαγνωσθέντα προδιαβήτη δίχως καρδιαγγειακή, νεφρική ή αιματολογική νόσο. Σε κάθε συμμετέχοντα πραγματοποιήθηκε λήψη πλήρους ιστορικού, καταγραφή ανθρωπομετρικών, συμπεριλαμβανομένου υπερηχοτομογραφικά καθορισμένου σπλαγχνικού λίπους (VF), και καρδιομεταβολικών παραμέτρων, προσδιορισμός ινσουλινοαντίστασης (HOMA-IR) και της υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (hsCRP). Τα επίπεδα ADMA υπολογίστηκαν με ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA, τα EPCs με κυτταρομετρία ροής χρησιμοποιώντας μονοκλωνικά αντισωμάτα (CD34-FITC, VEGF-PE) και η αρτηριοσκλήρυνση με pulse wave velocity (PWV).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι μονομεταβλητές αναλύσεις ανέδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ASCVD και των ακόλουθων παραμέτρων (αποκλειόμενων αυτών που συμπεριλαμβάνονται στο μοντέλο): LDL-χοληστερόλη (p=0.011), PWV (p=0.001), VF (p=0.005), εμμηνόπαυση (p=0.007). Στην πολυμεταβλητή ανάλυση στατιστική και ανεξάρτητη συσχέτιση διατήρησαν: VF (Coefficient=1.59, 95%CI:0.84-2.34, p<0.0001, R^2=0.59) και PWV (Coefficient=1.89, 95%CI:0.56-3.22, p=0.007, R^2=0.59).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αρτηριοσκλήρυνση και η σπλαγχνική παχυσαρκία συνδέονται με αυξημένο 10ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο σε άτομα με προδιαβήτη δίνοντας έμφαση στη ρύθμιση παραμέτρων που συνδέονται με αυτές τις δύο καταστάσεις όπως η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και η υιοθέτηση ενός υγιεινοδιαιτητικού τρόπου ζωής.

86. Η ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΘΕΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΔΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΥΨΗΛΗ ΓΛΥΚΟΖΗ ΜΕΙΟΡΥΘΜΙΖΕΙ ΤΟ ΣΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΟ ΜΟΝΟΠΑΤΙ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Η. Κατσουλιέρης[1], Ε. Κοτσοπούλου[1], Δ. Βλαχάκος[2], Γ. Δροσσοπούλου[1], Έ. Τσιλιμπάρη[1]

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

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρόνια υπεργλυκαιμία, όπως απαντάται στον Σακχαρώδη Διαβήτη, προκαλεί επιπλοκές, όπως νεφροπάθεια, όπου εμφανίζονται μορφολογικές και λειτουργικές αλλοιώσεις των ποδοκυττάρων. Σκοπός της παρούσης *in vitro* μελέτης είναι ο προσδιορισμός των επιπτώσεων της υψηλής γλυκόζης στο σηματοδοτικό μονοπάτι της ινσουλίνης και στην βιωσιμότητα αθανατοποιημένων ανθρώπινων ποδοκύτταρων.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα επίπεδα κυτταροτοξικότητας προσδιορίστηκαν με μετρήσεις αναγωγής του MTT. Για τον προσδιορισμό της απόπτωσης χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι χρώσης DNA (Hoechst/ propidium iodide) και ανοσοαποτύπωσης για ανίχνευση των p-Foxo, και PARP. 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 PI3K, Akt, p-Akt.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αυξημένες συγκεντρώσεις γλυκόζης προκαλούν μειορύθμιση της νεφρίνης και καθιστούν τα ποδοκύτταρα επιρρεπή στην απόπτωση. Επιπλέον, τα χρονίως καλλιεργημένα σε υψηλή γλυκόζη ποδοκύτταρα παρουσιάζουν μειορύθμιση όλων των παραμέτρων σηματοδότησης της ινσουλίνης. Οι γλυκο-επαγόμενες μειώσεις των επιπέδων των p-IR και p-Akt ήταν μερικώς αναστρέψιμες όταν η συγκέντρωση γλυκόζης επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα (5 mM) για 2 έως 30 ημέρες. Τέλος, η αντι-αποπτωτική δράση της ινσουλίνης με επαγωγή των p-Akt και καταστολή του p-Foxo ήταν δόσο- και χρόνο-εξαρτώμενη, καθώς και εξαρτώμενη από την PI3K.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ανωτέρω αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η γλυκο-επαγόμενη μειορύθμιση της νεφρίνης καθιστά τα ανθρώπινα ποδοκύτταρα επιρρεπή στην απόπτωση πιθανόν λόγω μείωσης της απόκρισής τους στην αντι-αποπτωτική σηματοδότηση διά μέσου ινσουλίνης. Η μελέτη υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα περαιτέρω έρευνας σε προστατευτικούς μηχανισμούς κατά της απόπτωσης και της αλλοίωσης του νεφρικού διαφράγματος.

87. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΗΧΑΝΩΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Α. Αγγελίδη, Ε. Φουστέρης, Σ. Βρακάς, Α. Δημητριάδου, Χ. Σαγια, Ν. Μελάς, Ε. Σεβδαλής, Β. Λιόση, Κ. Μπότσιος, Α. Μελιδώνης

Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο συγκριτικός έλεγχος της διακριτικής ικανότητας (discrimination) και βαθμονόμησης (calibration) 4 καθιερωμένων μηχανών εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου (MEKK): UKPDS Risk Engine®, Framingham Risk Score®, Euro-HeartScore® (Systematic Coronary Risk Evaluation) και το πρόσφατο μοντέλο εκτίμησης 10ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου (ASCVD) βασισμένο στις κατευθυντήριες οδηγίες των ACC/AHA του 2013, σε Έλληνες διαβητικούς ασθενείς.
ΥΛΙΚΟ: Προοπτική μελέτη παρατήρησης 1084 ασθενών με ΣΔ (1998-2001). Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για 10 έτη σε 2 καταληκτικά σημεία: θανατηφόρο έμφραγμα μυοκαρδίου και θανατηφόρο ΑΕΕ. Τα δεδομένα εισαγωγής στη μελέτη τοποθετήθηκαν αναδρομικά στις 4 MEKK. Το ποσοστό εκτίμησης κινδύνου κάθε MEKK συγκρίθηκε με την πραγματική έκβαση. Η διακριτική ικανότητα των MEKK θεωρήθηκε εξαιρετική: AUC>0.80, πολύ καλή: AUC>0.75, καλή: AUC>0.70 & πτωχή: AUC<0.70. Για τη βαθμονόμηση των MEKK χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία Hosmer–Lemeshow goodness-of fit, οπότε θεωρήθηκε καλή όταν p>0.05.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην UKPDS Risk Engine® βρέθηκε εξαιρετική διακριτική ικανότητα συνολικά για τον πληθυσμό (AUC=0.826), για άνδρες (AUC=0.807), και γυναίκες (AUC:0.856) και καλή βαθμονόμηση. Στο Euro-HeartScore® βρέθηκε καλή διακριτική ικανότητα για όλο τον πληθυσμό (AUC=0.775) και στις γυναίκες (AUC=0.728) ενώ για τους άνδρες εξαιρετική (AUC=0.815) με κακή όμως βαθμονόμηση. Για το Framingham Risk Score® βρέθηκε πτωχή διακριτική ικανότητα (συνολικά:AUC=0.692, άνδρες:0.646 και γυναίκες:0.754) με κακή βαθμονόμηση. Τέλος, με το νεότερο μοντέλο ASCVD διαπιστώθηκε εξαιρετική διακριτική ικανότητα (AUC=0.81) για όλο τον πληθυσμό, καλή στους άνδρες (AUC=0.719) και στις γυναίκες (AUC=0.70) με κακή βαθμονόμηση στο σύνολο του πληθυσμού (p<0.05)
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μεταξύ των 4 MEKK που μελετήθηκαν, η UKPDS εμφάνισε την καλύτερη διακριτική ικανότητα και βαθμονόμηση. Επισημαίνεται, η εξαιρετική διακριτική ικανότητα για ASCVD και η καλή διακριτική ικανότητα & κακή βαθμονόμηση που διαπιστώθηκε με Euro-HeartScore® στον υπό μελέτη πληθυσμό.

88. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ 3872AG ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ (CRP) ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Σ. Παπαοικονόμου[1], Ν. Τεντολούρης[1], Δ. Τούσουλης[2], Δ. Παπαδογιάννης[3], Α. Μήλιου[2], Ν. Παπαγεωργίου[2], Γ. Χατζής[2], Ν. Κατσιλάμπρος[1], Χ. Στεφανάδης[2]

[1]Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, ΓΝΑ «Λαϊκό», [2]Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»,[3]Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η αρτηριακή υπέρταση στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο και επιταχύνει την πορεία των αγγειακών επιπλοκών. Η C- αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) συνεισφέρει στην παθογένεση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Ωστόσο, η επίδραση κοινών πολυμορφισμών φλεγμονωδών γονιδίων στην επικράτηση της υπέρτασης σε ΣΔ2 ασθενείς είναι ακόμη άγνωστη. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εξέταση της επίδρασης του 3872AG πολυμορφισμού του γονιδίου της CRP στον κίνδυνο υπέρτασης σε ασθενείς με ΣΔ2.
ΥΛΙΚΟ: Ο πολυμορφισμός μελέτης αποτελείτο από 431 ΣΔ2 ασθενείς, μέσης ηλικίας 66.55±9.95, (n%) άνδρες:218(50.6). Ο CRP-3872AG πολυμορφισμός αποκαλύφθηκε με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης και κατάλληλα περιοριστικά ένζυμα πέψης (HpyCH4III). Η υψηλής ευαισθησίας CRP (hs-CRP) (mg/l) εκτιμήθηκε με μοριακά αυξανόμενη ανοσονεφελομετρία. Η παρουσία συστηματικής υπέρτασης καθορίστηκε με βάση το ιστορικό υπέρτασης ή τη λαμβανόμενη αντιυπερτασική αγωγή.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η γονιδιακή κατανομή ήταν 52% GG, 27.2% GC, 20.8% CC με σημαντική διαφορά ως προς το φύλο, άνδρες (%), GG:46.4% vs AA:61.8%, (p=0.01).Ο λογάριθμος της hs-CRP ήταν υψηλότερος στους GG ομοζυγώτες (GG:0.61±0.28) σε σχέση με τους φορείς του «A» αλληλίου, (AG+AA:0.56±0.18), (p=0.02) Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς την επικράτηση n(%) της υπέρτασης, στους υπό μελέτη γονοτύπους, GG:168(75.7), AG:89(76.7), AA:69(77.5), (p=0.94), μια σχέση που παρέμεινε μετά από προσαρμογή σε παράγοντες κινδύνου όπως το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια του διαβήτη, το δείκτης μάζας σώματος, το κάπνισμα, τα λιπίδια, τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και το ρυθμό σπειραματικής διήθησης, (p=NS για όλα).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο CRP-3872AG πολυμορφισμός δε σχετίζεται με την αρτηριακή υπέρταση σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

89. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ 174GC ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ-6 (IL6) ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Σ. Παπαοικονόμου[1], Δ. Τούσουλης[2], Ν. Τεντολούρης[1], Δ. Παπαδογιάννης[1], Α. Μήλιου[2], Γ. Χατζής[2], Ν. Παπαγεωργίου[2], Ν. Κατσιλάμπρος[1], Χ. Στεφανάδης[2]

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

ΣΚΟΠΟΣ: Η αρτηριακή υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν χρόνιες καταστάσεις που συχνά συνυπάρχουν. Οι χρόνιες φλεγμονώδεις διεργασίες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των αγγειακών επιπλοκών του διαβήτη. Τα γονίδια που κωδικοποιούν φλεγμονώδεις κυτοκίνες είναι υποψήφιοι παράγοντες προαγωγής του κινδύνου της αθηροσκλήρωσης. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εξέταση της επίδρασης του 174GC πολυμορφισμού του γονιδίου της ιντερλευκίνης-6 (IL6) στον κίνδυνο υπέρτασης σε ασθενείς με ΣΔ2.
ΥΛΙΚΟ: Ο πολυμορφισμός μελέτης αποτελείτο από 431 ΣΔ2 ασθενείς, μέσης ηλικίας 66.55±9.95, (n%) άνδρες:218(50.6). Ο IL6-174GC πολυμορφισμός αποκαλύφθηκε με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης και κατάλληλα περιοριστικά ένζυμα πέψης (SfaNI). Η υψηλής ευαισθησίας CRP (hs-CRP) (mg/l) εκτιμήθηκε με μοριακά αυξανόμενη ανοσονεφελομετρία. Η παρουσία συστηματικής υπέρτασης καθορίστηκε με βάση το ιστορικό υπέρτασης ή τη λαμβανόμενη αντιυπερτασική αγωγή.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η γονιδιακή κατανομή ήταν 49.1% GG, 26.8% GC, 24.1% CC χωρίς σημαντική διαφορά ως προς το φύλο. Οι υπό μελέτη γονότυποι είχαν σημαντική διαφορά ως προς τη διάρκεια του διαβήτη (έτη), GG:11(5.0-18.5) vs GC:15(8.0-21.0), (p=0.01) και τα επίπεδα αλβουμίνης ούρων 24ώρου (mg/24h), GG:9.6(5.15-31.95) vs GC:21.95(9.1-53.35) vs CC:8.9(4.0-20.9), (p=0.01), αλλά όχι ως προς τα επίπεδα hs-CRP (mg/l). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς την επικράτηση n(%) της υπέρτασης, στους υπό μελέτη γονοτύπους, GG:153(75.7), GC:87(79.1), CC:78(78.8), (p=0.74), μια σχέση που παρέμεινε μετά από προσαρμογή σε παράγοντες κινδύνου όπως το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια του διαβήτη, το δείκτης μάζας σώματος, το κάπνισμα, τα λιπίδια, τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και το ρυθμό σπειραματικής διήθησης, (p=NS για όλα).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο IL6-174GC πολυμορφισμός δε σχετίζεται με την αρτηριακή υπέρταση σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

90. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

91. ΤΟ ΝΕΟ ASCVD RISK SCORE ΤΩΝ ACC/AHA ΠΡΟΒΛΕΠΕΙ ΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΤΥΠΟΥ 2 ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΊΣ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Ε. Φουστέρης[1], Σ. Βρακάς[2], Τ. Μουσιαμά[3], Α. Αγγελίδη[1], Χ. Βέρρας[1], Α. Θεοδόσης-Γεωργιλάς[3], Α. Δεστούνης[3], Σ. Χαντανής[3], Σ. Φούσσας[3], Α. Μελιδώνης[1]

[1]Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ. Τζάνειο, [2]Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΠ. Τζάνειο, [3]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΠ. Τζάνειο

ΣΚΟΠΟΣ: Οι διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν συχνά διαστολική δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας (ΔΔΑΚ), κατάσταση που επί απουσίας άλλων προδιαθεσικών παραγόντων χαρακτηρίζεται ως διαβητική μυοκαρδιοπάθεια. Με τη μελέτη αυτή διερευνήσαμε την προγνωστικότητα του νέου ASCVD RISK SCORE που ανακοινώθηκε στις 12/11/2013 παράλληλα με την αντίστοιχη έκδοση των κατευθυντηρίων οδηγιών για την αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας των ACC/AHA - στην πρωτοεμφάνιση ΔΔΑΚ σε τύπου 2 διαβητικούς ασθενείς με φυσιολογική συστολική και διαστολική λειτουργία.
ΥΛΙΚΟ: Το δείγμα μας αποτελείται από 48 τύπου 2 διαβητικούς ασθενείς (54% άνδρες) του διαβητολογικού μας κέντρου μέσης ηλικίας 55.45±10.13 ετών. Πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος καθώς επίσης εκτενής υπερηχοκαρδιολογικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε τόσο στην ένταξη στη μελέτη όσο και 24 μήνες μετά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 48 συμμετέχοντες οι 26 (54.16%) εμφάνισαν ΔΔΑΚ κατά τον 24μηνο επανέλεγχο. Από τον αναδρομικό υπολογισμό του ASCVD RISK SCORE κατά την έναρξη της μελέτης προέκυψε ότι αύξηση του score κατά μία μονάδα αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης ΔΔΑΚ κατά 6% (OddsRatio=1.06 με Διάστημα Εμπιστοσύνης 1.01-1.12, p=0.027). Κατά τη μονοπαραγοντική ανάλυση στατιστικά σημαντική συσχέτιση του score βρέθηκε μόνο με 6 από τις 9 παραμέτρους του (ηλικία, φύλο, υπέρταση, κάπνισμα, ολική χοληστερόλη, HDL ενώ δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με την αρτηριακή πίεση. Ανάλυση για φυλή και ύπαρξη διαβήτη δεν έγινε, εφόσον όλος ο πληθυσμός μας ήταν καυκάσιοι διαβητικοί ασθενείς). Επιπροσθέτως βρέθηκε θετική συσχέτιση με την LDL χοληστερόλη, τριγλυκερίδια και ουρικό οξύ. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση αναδείχθηκαν η ηλικία (p<0.001), το φύλο (p<0.001), το ατομικό αναμνηστικό υπέρτασης (p<0.001), το κάπνισμα (p=0.001), η LDL (p=0.007) και η HDL (p<0.001) ως ανεξάρτητοι παράγοντες που συσχετίζονται με το ASCVD RISK SCORE. Η χρήση του ASCVDRISKSCORE ως διχοτομούμενη μεταβλητή (χρησιμοποιώντας ως κριτήριο πάνω ή κάτω του 7.5%) δεν απέκτησε στατιστικη σημαντικότητα στην πρόβλεψη εγκατάστασης ΔΔΑΚ.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το νέο ASCVD RISK SCORE ως συνεχή μεταβλητη μπορεί να προβλέψει την πρωτοεμφάνιση ΔΔΑΚ σε τύπου 2 διαβητικούς ασθενείς. Η τιμή του φαίνεται να επηρρεάζεται ισχυρά και ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, το ατομικό αναμνηστικό υπέρτασης, το κάπνισμα, την LDL και την HDL-χοληστερόλη.

92. Η ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΒΑΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Α. Αγγελίδη, Σ. Βρακάς, Χ. Βέρρας, Α. Δημητριάδου, Γ. Χριστοφιλίδης, Α. Γανωτοπούλου, Β. Λιόση, Γ. Ριζοδήμος, Β. Κατσούρη, Σ. Ηρακλειανού, Α. Μελιδώνης

Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ «Τζάνειο», Πειραιά

ΣΚΟΠΟΣ: Η κατάθλιψη αποτελεί μια σοβαρή ψυχική νόσο αρκετά διαδεδομένη. Έρευνες έχουν καταδείξει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και σακχαρώδη διαβήτη(ΣΔ). Σκοπός της μελέτης αποτελεί η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και μεταβολικών παραμέτρων με την παρουσία και σοβαρότητα της κατάθλιψης σε άτομα με ΣΔ τύπου 2 (ΣΔτ2).
ΥΛΙΚΟ: 142 ασθενείς 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, τον γλυκαιμικό τους έλεγχο, την αντιδιαβητική τους αγωγή και την παρουσία επιπλοκών της νόσου. Το ερωτηματολόγιο της κλίμακας BDI-II είναι ευρέως χρησιμοποιούμενο για την κατάθλιψη και αποτελείται από 21ερωτήσεις λαμβάνοντας υπόψη τη διάθεση του ασθενούς τις τελευταίες 2εβδομάδες. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 63 με τις μεγαλύτερες βαθμολογίες να αντιστοιχούν σε σοβαρού βαθμού κατάθλιψη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο βαθμός σοβαρότητας της κατάθλιψης εμφάνισε στατιστικά σημαντική σχέση με τις ακόλουθες παραμέτρους: ηλικία (p=0.01), εκπαιδευτική βαθμίδα (p=0.04), σωματικό βάρος (p=0.005), δείκτη μάζας σώματος (p=0.004), φυσική δραστηριότητα (p=0.016) και την παρουσία μεταβολικού συνδρόμου κατά NCEP/ATPIII (p=0.047) ή εμμηνόπαυσης (γυναίκες:p=0.016). Από την πολυπαραγοντική ανάλυση σημαντική και ανεξάρτητη θετική συσχέτιση με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης εμφάνισε το σωματικό βάρος (Coefficient=0.33, 95%CI:0.15–0.51, p=0.003, R^2=0.80) ενώ προστατευτική επίδραση παρουσίασε η φυσική δραστηριότητα (Coefficient=-26.17, 95%CI:-38.76 με -13.58, p=0.002).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παχυσαρκία φαίνεται πως δρα δυσμενώς στην παρουσία-σοβαρότητα της κατάθλιψης. Επιπροσθέτως, η ευεργετική επίδραση της άσκησης που φαίνεται να έχει αναφορικά με την κατάθλιψη θα πρέπει να επισημαίνεται ιδιαιτέρως σε συνδυασμό με έναν υγιεινοδιαιτητικό τρόπο ζωής και συνοδό διατήρηση ή απώλεια σωματικού βάρους στα άτομα με ΣΔτ2.

93. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ GFR ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Α. Παπαζαφειροπούλου, Α. Κοκολάκη, Μ. Καρδάρα, Π. Βεργίδου, Μ. Μπαμπούρδα, Δ. Γουγουρέλας, Α. Κουτσοβασίλης, Σ. Μπούσμπουλας, Σ. Παππάς

Γ΄ Παθολογικό Τμήμα – Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΝίκαιας – Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Το ποσοστό των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2) που πάσχει από χρόνια νεφρική νόσο είναι σημαντικό. Η αντιδιαβητική αγωγή χρειάζεται τροποποίηση της δοσολογίας σύμφωνα τα επίπεδα του GFR (glomerular filtration rate). Σκοπός, συνεπώς, της παρούσας εργασίας ήταν η εκτίμηση της συχνότητας χορήγησης των αντιδιαβητικών φαρμάκων με βάση τα επίπεδα του GFR.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 255 άτομα με ΣΔΤ2 που προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο της Γ΄ Παθολογικής Κλινικής μεταξύ Σεπτεμβρίου-Δεκεμβρίου 2013 (135 άνδρες / 120 γυναίκες, μέσης ηλικίας: 68,7±10,1 έτη, διάρκεια διαβήτη: 14,2±7,9 έτη και HbA1c: 7,3±1,1%). Σε όλα τα άτομα της μελέτης καταγράφηκε η τιμή της κρεατινίνης πλάσματος στον πιο πρόσφατο εργαστηριακό έλεγχο. Έγινε κατάταξη του GFR σε 4 κατηγορίες σύμφωνα με το επίπεδο του (1 = ≥90, 2 = 60-89, 3 = 30-59, και 4 = 2).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα 1 (n=123) η συχνότητα λήψης της αντιδιαβητικής αγωγής είχε ως εξής n(%): ινσουλίνη 36 (29,3%), σουλφονυλουρίες 25 (20,3%), μετφορμίνη 98 (79,7%), πιογλιταζόνη 1 (0,8%), μεγλιτινίδες 1 (0,8%), αναστολείς DPP-4 43 (35%) και ανάλογα GLP-1 8 (6,5%). Στην ομάδα 2(n=86) η συχνότητα λήψης της αντιδιαβητικής αγωγής είχε ως εξής: ινσουλίνη 37 (43%), σουλφονυλουρίες 22 (25,6%), μετφορμίνη 64 (74,4%), πιογλιταζόνη 2 (2,3%), μεγλιτινίδες 4 (4,7%), αναστολείς DPP-4 28 (32,6%) και ανάλογα GLP-1 2 (2,3%). Στην ομάδα 3(n=37) η συχνότητα λήψης της αντιδιαβητικής αγωγής είχε ως εξής: ινσουλίνη 16 (43,2%), σουλφονυλουρίες 4 (10,8%), μετφορμίνη 20 (54,1%), πιογλιταζόνη 3 (8,1%), μεγλιτινίδες 1 (2,7%) και αναστολείς DPP-4 16 (43,2%). Στην ομάδα 4(n=2) η συχνότητα λήψης της αντιδιαβητικής αγωγής είχε ως εξής: ινσουλίνη 1 (50%), μετφορμίνη 1 (50%) και αναστολείς DPP-4 1 (50%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η τιμή του GFR, που αποτελεί αξιόπιστο δείκτη της νεφρικής λειτουργίας, λαμβάνεται υπόψη κατά την επιλογή της αντιδιαβητικής αγωγής η οποία και τροποποιείται αναλόγως. Η μόνη διαφορά από το παραπάνω παρατηρήθηκε στην ομάδα 3 (GFR=30-59 mL/min/1.73 m2) και αφορούσε τη χορήγηση των αναστολέων DPP-4.

94. Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔΤ2

Φ. Μπακομήτρου[1], Α. Κουτσοβασίλης[1], Α. Παπαζαφειροπούλου[1], Β. Σπινάρης[2], Π. Βεργίδου[1], Α. Γκρόζου[1], Α. Σωτηρόπουλος[1], Σ. Παππάς[1], Σ. Μπούσμπουλας[1]

[1]Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, [2]Ψυχιατρική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι σύνθετες και καθημερινές απαιτήσεις για τη φροντίδα του ΣΔτ2 είναι πιθανόν να δημιουργούν ποικίλες γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις στα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της συνεισφοράς της Ομαδικής Εκπαίδευσης στην Αυτοφροντίδα και στην Αντίληψη της Ασθένειας σε ασθενείς με ΣΔτ2.
ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη εντάχθηκαν 20 ασθενείς με ΣΔτ2 οι οποίοι προσέρχονταν τακτικά στο Διαβητολογικό Κέντρο. Οι ασθενείς ακολούθησαν ένα πρόγραμμα Ομαδικής Εκπαίδευσης για το διαβήτη το οποίο διεξήχθη σε πέντε εβδομαδιαίες συναντήσεις διάρκειας τριών ωρών και μια συνάντηση επανελέγχου που έλαβε χώρα τρεις μήνες μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Έγινε καταγραφή σωματομετρικών δεικτών, γλυκόζης τριχοειδικού αίματος και HbA1c. Επιπλέον όλοι οι ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια εκτίμησης την αυτό-φροντίδας και της Αντίληψης της Ασθένειας σε τρεις φάσεις: πριν την παρέμβαση, μετά την παρέμβαση και κατά τον επανέλεγχο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς παρουσίασαν στατιστικά σημαντική βελτίωση κατά την εκτίμηση των εμποδίων στη διατροφή του διαβήτη μετά την παρέμβαση (22.00±8.32 έναντι 15.35±6.46, p=0.010). Στατιστικά οριακή σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε και για τα εμπόδια στη Φαρμακευτική Αγωγή μετά την παρέμβαση (16.75 ±15.18 έναντι 9.50±3.35, p=0.067) και κατά τον επανέλεγχο (16.75 ±15.18 έναντι 10.30±6.10, p=0.072), καθώς και στα συνολικά εμπόδια στο διαβήτη κατά τον επανέλεγχο (73.10 ±19.73 έναντι 66.84 ±26.41, p=0.072). Παράλληλα, αναφορικά με την εκτίμηση του παράγοντα Αντίληψη της Ασθένειας σημειώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στη μεταβλητή της συνοχής της ασθένειας τόσο μετά το τέλος της παρέμβασης όσο και στον επανέλεγχο (17.25 ±5.05 έναντι 19.35±2.45) και κατά τον επανέλεγχο (17.25 ±5.05 έναντι 19.59±3.00, p=0.037). Τέλος, και η μεταβλητή των Συναισθηματικών Αναπαραστάσεων της Ασθένειας παρουσίασε σημαντική μείωση κατά τον επανέλεγχο (20.25 ±5.77 έναντι 16.30 ±4.26, p=0.013).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αυτοφροντίδα και η Αντίληψη της Ασθένειας αποτελούν παράγοντες πολύ σημαντικούς για την πορεία των ατόμων με ΣΔτ2. Η Ομαδική Εκπαίδευση είναι μία μέθοδος συμπληρωματική στην κλασική θεραπεία του ΣΔτ2, η οποία επιδρά θετικά τόσο στην ενίσχυση της Αυτοφροντίδας όσο και στη βελτίωση της Αντίληψης της Ασθένειας, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής και τη ρύθμιση των ατόμων με ΣΔτ2.

95. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔΤ2

Φ. Μπακομήτρου[1], Α. Κουτσοβασίλης[1], Α. Παπαζαφειροπούλου[1], Π. Βεργίδου[1], Α. Γκρόζου[1], Α. Σωτηρόπουλος[1], Β. Σπινάρης[2], Ι. Σπυρόπουλος[2], Δ. Γουγουρέλας[1], Σ. Παππάς[1], Σ. Μπούσμπουλας[1]

[1]Γ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, [2]Ψυχιατρική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της επίδρασης της Ομαδικής Εκπαίδευσης στη μεταβολή Ψυχοκοινωνικών Μεταβλητών σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).
ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη εντάχθηκαν 20 ασθενείς με ΣΔτ2 οι οποίοι προσέρχονταν τακτικά στο Διαβητολογικό Κέντρο. Οι ασθενείς ακολούθησαν ένα πρόγραμμα Ομαδικής Εκπαίδευσης για το διαβήτη το οποίο διεξήχθη σε πέντε εβδομαδιαίες συναντήσεις διάρκειας τριών ωρών και μια συνάντηση επανελέγχου που έλαβε χώρα τρεις μήνες μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Έγινε καταγραφή σωματομετρικών δεικτών, γλυκόζης τριχοειδικού αίματος και HbA1c. Επιπλέον όλοι οι ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια εκτίμησης την αυτό-φροντίδας και της Αντίληψης της Ασθένειας σε τρεις φάσεις: πριν την παρέμβαση, μετά την παρέμβαση και κατά τον επανέλεγχο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά μετά το τέλος της παρέμβασης στη μεταβλητή Ευαλωτότητα (7.75±2.31 έναντι 6.30±2.45, p=0.009), ενώ σημαντική βελτίωση σημειώθηκε και στη μεταβλητή Υπερεμπλοκή κατά τον επανέλεγχο (6.65±3.25 έναντι 5.20±2.12, p=0.061). Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι δεν παρατηρήθηκε βελτίωση της μεταβλητής Ελαττωματικότητα F(2,38)=0.688, p=0.512, η=0.035) και Δυσπιστία F(2,38)=0.499, p=0.611, η=0.026) μετά την παρέμβαση, καθώς επίσης δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά και για τη μεταβλητή Θετικές Συμπεριφορές από την Οικογένεια F(2,38)=0.282, p=0.756, η=0.15).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η Ομαδική Εκπαίδευση αποτελεί ένα σύγχρονο τρόπο αποτελεσματικής προσέγγισης και βελτίωσης σημαντικών ψυχοκοινωνικών μεταβλητών των ατόμων με ΣΔτ2, καθώς συμβάλλει στη βελτίωση δεικτών όπως η Υπερεμπλοκή και η Ευαλωτότητα που επηρεάζουν άμεσα τον τρόπο με τον οποίον το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και διαχειρίζεται τη χρόνια ασθένεια που αντιμετωπίζει.

96. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

97. ΒΙΤΑΜΙΝΗ D ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ

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

[1]Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών Κοργιαλένειο-Μπενάκειο ΕΕΣ, [2]Τμήμα Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Η βιταμίνη D είναι ορμόνη που σχετίζεται με την ομοιοστασία του ασβεστίου και την ομαλή λειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος. Πρόσφατα, οι εξωσκελετικές δράσεις της βιταμίνης D και ιδιαίτερα η αντικαρκινική της δράση είναι στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος. Θεωρείται ότι η ορμόνη έχει αντικαρκινική δράση και η δράση της εκφράζεται ιδιαίτερα στον καρκίνο του προστάτου. Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της επίδρασης της βιταμίνης D σε καρκινικά κύτταρα προστάτου in vitro.
Μελετήθηκε η επίδραση της $1,25(OH)_2D_3$, της $25(OH)D_3$, της $1\alpha(OH)D_3$ και της παρικαλσιτόλης σε αρχικές συγκεντρώσεις 200 nM, 40 nM, 20 nM και 20 nM, αντίστοιχα σε PC3 καρκινικά κύτταρα προστάτου in vitro. Τα PC3 κύτταρα επωάσθηκαν επί 48 h σε 37^0C με προοδευτικά ελαττούμενες συγκεντρώσεις $1,25(OH)_2D_3$, $25(OH)D_3$, $1\alpha(OH)D_3$ και της παρικαλσιτόλης. Τα PC3 κύτταρα επωάσθηκαν επίσης με 25(OH)2D3 200 nM σε ελαττούμενη συγκέντρωση και του αντιμιτωτικού παράγοντα docetaxel 50 nM.
Ο πολλαπλασιασμός των καρκινικών κυττάρων προστάτου PC3 δεν επηρεάσθηκε από την επίδραση της $1,25(OH)_2D_3$, $25(OH)D_3$, της $1\alpha(OH)D_3$ και της παρικαλσιτόλης αλλά ανεστάλη από την επίδραση του συνδυασμού $1,25(OH)_2D_3$ και docetaxel.
Συμπερασματικά, δεν παρατηρήθηκε επίδραση της $1,25(OH)_2D_3$ και των αναλόγων της βιταμίνης D, όπως και της προορμόνης $25(OH)D_3$ στον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων του προστάτου PC3, ενώ ο παράγων docetaxel είχε σαφή ανασταλτική επίδραση στον πολλαπλασιασμό τους. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με την απουσία έκφρασης του υποδοχέα της βιταμίνης D VDR στα καρκινικά αυτά κύτταρα και αντικρούουν σύγχρονα πειραματικά δεδομένα που αναφέρουν ανασταλτική επίδραση της $1,25(OH)_2D_3$ στα PC3 καρκινικά κύτταρα προστάτου.

98. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ ΩΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

99. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΓΛΟΥΤΑΜΙΝΗΣ ΣΤΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΤΗΣ HSP90a ΜΕ LPS Η΄ΘΕΡΜΙΚΟ ΣΟΚ ΣΕ ΜΟΝΟΠΗΡΥΝΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΣΗΨΗ

Ε. Μπριασούλη[1], Μ. Τζανουδάκη[2], Γ. Δαΐκος[1], Κ. Βάρδας[3], Μ. Κανάριου[2], Χ. Ρούτση[3], Σ. Ναναζ[3], Γ. Μπριασούλης[4]

[1]Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Αθήνα, [2]Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Νοσοκομείο Παίδων «η Αγία Σοφία», Αθήνα, [3]ΚΕΘ1, Α΄ΠΠΚ4,Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα, [4]ΜΕΘ Παίδων, Ιατρική Σχολή Κρήτης, Ηράκλειο

ΣΚΟΠΟΣ: Να εξετάσουμε τη διέγερση της 90-kDa-heat-shock-protein (HSP90α) μέσω επώασης με heat-shock (HS) ή LPS καλλιεργημένων μονοπύρηνων κυττάρων περιφερικού αίματος (PBMCs) σοβαρά σηπτικών (SS), ασθενών με SIRS ή υγιών μαρτύρων (H) και να μελετήσουμε την πιθανότητα παρέμβασης με γλουταμίνη.
ΜΕΘΟΔΟΣ: PBMCs από 11/H, 5/SS, 4/SIRS επωάστηκαν για 4 ώρες είτε με 1 μg/ml LPS είτε διεγέρθηκαν στους 43oHS, είτε έμειναν χωρίς διέγερση. Σε κάθε ένα από τα 3 πειράματα προστέθηκε στο καλλιέργημα L-Ala-Gln10mM είτε μια ώρα πριν (Gln-b) είτε μια ώρα μετά (Gln-a) την διέγερση, είτε καθόλου (640 μετρήσεις). Τα επίπεδα της μέσης ενδοκυττάριας έντασης φθορισμού (MFI) μετρήθηκαν στα μονοκύτταρα (mHSP90α) και στα λεμφοκύτταρα (lHSP90α),και μετρήθηκαν με την κυτταρομετρία ροής.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα PBMCs των σηπτικών χωρίς διέγερση εκφράζουν περισσότερο την mHSP90α (147±34 vs. 111±21MFI p<0.04) και την lHSP90α (75± 15 vs. 44±7MFI, p<0.05) συγκριτικά με τους υγιείς. Στα SS-PBMCs η διέγερση των lHSP90α με LPS (87±41 vs. 75±15MFI, p<0.02) ή HS (86±12 vs. 75± 15MFI, p<0.05) μειώθηκε μετά από επώαση με Gln-a ή Gln-b (78±11MFI, p<0.05). Σε υγιή PBMCs το HS διέγειρε την lHSP90 (HS 59±11 vs. LPS 48±10MFI, p<0.04), η LPS διέγειρε την mHSP90α (LPS 142±22 vs. HS 122±19MFI, p<0.03) ενώ η Gln δεν επηρέασε τις διαφορές αυτές.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα PBMCs σοβαρά σηπτικών εκφράζουν υψηλότερη mHSP90α και lHSP90α, η οποία έκφραση αυξάνεται όταν διεγερθούν με LPS ή HS. Η προ-θεραπεία με Gln μπορεί να μειώσει την έκφραση της HSP90α μόνο στα PBMCs σοβαρά σηπτικών ασθενών.
Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) – Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: ΘΑΛΗΣ.

100. Η ΠΡΩΤΕΪΝΗ ΘΕΡΜΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑΣ (HSP72) ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΗΠΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΔΙΕΓΕΙΡΕΤΑΙ ΜΕ ΘΕΡΜΙΚΟ ΣΟΚ ΑΛΛΑ ΚΑΤΑΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΜΕ ΓΛΟΥΤΑΜΙΝΗ

Ε. Μπριασούλη[1], Μ. Τζανουδάκη[2], Γ. Δαΐκος[1], Κ. Βάρδας[3], Μ. Κανάριου[2], Χ. Ρούτση[3], Σ. Ναναζ[3], Γ. Μπριασούλης[4]

[1]Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Αθήνα, [2]Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Νοσοκομείο Παίδων «η Αγία Σοφία», Αθήνα, [3]ΚΕΘ1, Α΄ΠΠΚ4, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα, [4]ΜΕΘ Παίδων, Ιατρική Σχολή Κρήτης, Ηράκλειο

ΣΚΟΠΟΣ: Εξετάσαμε την έκκριση της heat-shock-protein-72 (HSP72) σε καλλιεργημένα μονοπύρηνα κύτταρα περιφερικού αίματος (PBMCs) σοβαρά σηπτικών (SS) ή ασθενών με SIRS σε αντίθεση με υγιείς μάρτυρες (H) και ελέγξαμε μια πιθανή τροποποιητική δράση επώασης με γλουταμίνη.
ΜΕΘΟΔΟΣ: PBMCs από 11/H, 5/SS, 4/SIRS επωάστηκαν για 4 ώρες είτε με 1μg/ml LPS είτε διεγέρθηκαν σε 43oHS, είτε έμειναν χωρίς διέγερση. Σε κάθε ένα από τα 3 πειράματα προστέθηκε στο καλλιέργημα L-Ala-Gln10mM είτε μια ώρα πριν (Gln-b) είτε μια ώρα μετά (Gln-a) την διέγερση, είτε καθόλου (640 μετρήσεις). Τα επίπεδα της ενδοκυττάριας μέσης έντασης φθορισμού (MFI) μετρήθηκαν στα μονοκύτταρα (mHSP90α) και λεμφοκύτταρα (lHSP90α) με την κυτταρομετρία ροής.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην σήψη το LPS αύξησε την mHSP72 (SS/132±8 vs. SIRS/84±26 vs. H/57±28MFI, p<0.030), και ελαττώθηκε με την Gln-b (107±44, p<0.05). Η διέγερση της έκφρασης της mHSP72 (447±205 vs. baseline-SS/89±27MFI, p<0.05) με το HS μετριάσθηκε μετά από επώαση με Gln-b (362±182MFI, p<0.05) ή GLn-a (366±165MFI, p<0.05). Η καταστολή της lHSP72 σε SS (LPS/32±19, HS/32±13 vs. baseline-SS/95±192MFI, p<0.04) ανεστάλη με Gln-b (65±70MFI, p<0.05) στην περίπτωση της διέγερσης με HS αλλά όχι με LPS (Gln-a/15±20 vs. baseline-SS/95±192, p<0.05). Στους υγιείς, ανεξάρτητα από Gln, μόνο το HS διέγειρε τις mHSP72 (482±260 vs. 62±22, p<0.004) και lHSP72 (35±23 vs. 4±1MFI, p<0.001). Η διέγερση των HSPs στο SIRS ήταν μη στατιστικά σημαντική.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το θερμικό σοκ διεγείρει την HSP72 σε σηπτικά μονοκύτταρα και αντίθετα το LPS σε υγιή μονοκύτταρα και λεμφοκύτταρα. Η γλουταμίνη περιορίζει την μέσω LSP ή HS διέγερση της HSP72 στους σηπτικούς αλλά όχι στους ασθενείς με SIRS ή σε υγιείς. Η καταστολή της ενδοκυττάριας lHSP72 των σηπτικών δεν είναι προβλέψιμη.
Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) – Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: ΘΑΛΗΣ

101. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΡΩΙΝΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΓΕΝΕΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ «ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ – ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ». (ΕΣΠΑ MIS301205)

Ι. Μανιός[1], Ε. Βλαχοπαπαδοπούλου[2], Θ. Ψαλτοπούλου[3], Φ. Καραχάλιου[2], Δ. Κουτσούκη[4], Γ. Μπογδάνης[4], Β. Καραγιάννη[5], Ά. Χατζάκης[6], Σ. Μιχαλάκος[2]

[1]Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [2]Ενδοκρινολογικό Τμήμα Νοσοκ. Παίδων, Π.& Α. Κυριακού, [3]Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [4]ΤΕΦΑΑ, ΕΚΠΑ, [5]ΤΕΙ Αθήνας, [6]Τμ. Κοιν. Παιδιατρικής, Νοσοκ. Παιδων Π.& Α. Κυριακού

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση του ρόλου του πρωινού γεύματος στη γένεση της παιδικής παχυσαρκίας
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το δείγμα επελέγη με στρωματοποιημένη δειγματοληψία επί του πανελληνίου πληθυσμού των μαθητών δημοτικών σχολείων. Οι γονείς συμπλήρωσαν προ-κωδικοποιημένο ερωτηματολόγιο που αφορούσε κοινωνικοδημογραφικές παραμέτρους, διατροφικές συνήθειες, φυσική δραστηριότητα κλπ. Ελέγχθηκε η σχετική εγκυρότητα και επαναληψιμότητα των ερωτηματολογίων. Η ταξινόμηση των μαθητών σε υπέρβαρους και παχύσαρκους διεξήχθη με βάση τα όρια ανά φύλο και ηλικία της IOTF. Τελέστηκε πολυμεταβλητή λογαριθμιστική παλινδρόμηση (logistic regression) με προσαρμογή (adjustment) για ηλικία και φύλο (STATA 11.1.).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ανάλυση περιελήφθησαν 11.850 μαθητές εκ των οποίων 36,17% ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (25,80% υπέρβαροι, 10,37% παχύσαρκοι). Η καθημερινή λήψη πρωινού αντιστοιχούσε στο 67.3% του δείγματος) και προστάτευε από την υπέρβαρη κατάσταση/παχυσαρκία (adjusted OR=0,85, 95%CI: 0,78-0,92), ενώ είναι ενδιαφέρον ότι η προστατευτική επίδραση αφορούσε σε πληθώρα τροφίμων. Τα ημιαποβουτυρωμένα/άπαχα προϊόντα καταναλώνονταν συχνότερα από υπέρβαρα / παχύσαρκα παιδιά.
Η καθημερινή λήψη πρωινού συσχετιζόταν αρνητικά με τις ώρες εργασίας τόσο της μητέρας (adjusted OR=0,95, 95%CI: 0,93-0,97) όσο και του πατέρα (adjusted OR=0,97, 95%CI: 0,95-0,99). Η κατανάλωση πρωινού από το παιδί ήταν συχνότερη όταν οι γονείς λάμβαναν εν γένει πρωινό στο σπίτι (καθημερινές, σαββατοκύριακα), αλλά και όταν λάμβαναν πρωινό μαζί με το παιδί.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λήψη πρωινού αναδεικνύεται ως σημαντικός παράγων στην πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας, ενώ η εφαρμογή της συνήθειας αυτής από τους γονείς παράλληλα με τα παιδιά φαίνεται να ισχυροποιεί το αποτέλεσμα.

102. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

103. ΠΡΩΤΕΙΝΕΣ ΘΕΡΜΙΚΟΥ ΣΟΚ ΚΑΙ ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΤΟΥ ΑΞΟΝΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΣΗΨΗ

Κ. Βάρδας[1], Κ. Αποστόλου[1], Κ. Ψαρρά[2], Ε. Μπότουλα[3], Σ. Τσαγκαράκης[3], Ε. Μάγειρα[1], Χ. Ρούτση[1], Ε. Μπριασούλη[4], Δ. Γούκος[4], Σ. Νανάς[1], Γ. Μπριασούλης[5]

[1]ΚΕΘ, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα, [2]Τμήμα Ανοσολογίας, «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, [3]Τμήμα Ενδοκρινολογίας, «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, [4]Α΄ΠΠΚ,Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα, [5]ΜΕΘ Παίδων, Ιατρική Σχολή Κρήτης, Ηράκλειο

ΣΚΟΠΟΣ: Συγκριτική μελέτη της διέγερσης των ορμονών κορτιζόλης, προλακτίνης και ACTH στην πρώϊμη φάση (πρώτες 48 ώρες) ασθενών ΜΕΘ με σοβαρή σήψη/σηπτικό σοκ (SS) ή με SIRS και σε υγιείς ενήλικες (C) και η συσχέτιση της έκφρασής τους με τις πρωτεΐνες θερμικού σοκ (HSPs), τις ιντερλευκίνες (ILs) και κλινικούς δείκτες βαρύτητας νόσου και έκβασης.
ΥΛΙΚΟ: Τριάντα διαδοχικά ασθενείς με SS, 22 με SIRS και 15 C συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Οι ενδοκυττάριες HSPs (iHSPs) στα μονοκύτταρα καθορίστηκαν μετά από σήμανση με τα επιφανειακά αντιγόνα CD33- PE/Cy5 και CD45 PE/Cy7 ακολουθούμενα από σήμανση με HSP72-FITC ή HSP90a-PE(κυτταρομετρία ροής). ELISA χρησιμοποιήθηκε για μέτρηση των εξωκυττάριων επιπέδων των HSPs (e HSPs) και των IL-6 και IL-10.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα προλακτίνης ($p<0.034$), κορτιζόλης ($p<0.0001$) και ACTH ($p<0.02$) διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Η προλακτίνη, κορτιζόλη, IL6, and eHSP90 ήταν υψηλότερες στην ομάδα SS συγκρινόμενα με τις ομάδες C ($p<0.03$) και SIRS ($p<0.04$). Οι iHSP72 και 90 ήταν υψηλότερες στην ομάδα SIRS συγκρινόμενη με την SS ($p<0.05$; $p<0.05$) ή την C (iHSP72, $p<0.02$). Τα επίπεδα κορτιζόλης συσχετίζοταν με τις eHSP90 ($r=0.45$, $p<0.02$), το γαλακτικό ($r=0.33$, $p<0.02$) και τα διττανθρακικά ($r=-0.45$, $p<0.03$). Η προλακτίνη με το SAPS III ($r=0.34$, $p<0.02$), αλλά όχι με τη θνητότητα ή τις ημέρες νοσηλείας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η προλακτίνη φαίνεται να σχετίζεται με την σοβαρότητα της νόσου και αυξάνει παράλληλα με τις HSP90 και IL6 στην ομάδα SS. Στην ίδια ομάδα, η κορτιζόλη σχετίζεται με το γαλακτικό και τις eHSP90.
Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) – Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: ΘΑΛΗΣ

104. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΘ

Α. Κουβαράκος, Β. Γεροβασίλη, Ε. Πατσάκη, Γ. Σιδηράς, Γ. Μήτσιου, Ε. Πολυμέρου, Ε. Παπαδόπουλος, Γ. Καντή, Ε. Κόσυφα, Β. Μαρκάκη, Σ. Νανάς

Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας συνέβαλε στην αύξηση του ποσοστού επιβίωσης των βαρέως πασχόντων ασθενών και ειδικότερα των πιο επιβαρημένων. Το ενδιαφέρον της ιατρική κοινότητας έχει στραφεί στις ψυχολογικές επιπτώσεις της νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η αξιολόγηση για κατάθλιψη και διαταραχή μετατραυματικού άγχους (ΔΜΑ) των ασθενών που επιβίωσαν της κρίσιμης νόσου κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο και 3 μήνες μετά απ' αυτή.
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: 330 βαρέως πάσχοντες ασθενείς αξιολογήθηκαν κατά την έξοδο από τη ΜΕΘ και 50 ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη (υπό μηχανικό αερισμό> 72hours, νοητικό επίπεδο επαρκές για αξιολόγηση). Η ΔΜΑ αξιολογήθηκε από το ερωτηματολόγιο Impact Event Scale-Revised (IES-r), που περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις και έχει 3 υποενότητες: Διείσδυση, Αποφυγή, Υπερ-διέγερση. Η κατάθλιψη αξιολογήθηκε από το Beck Depression Inventory (BDI-II), εργαλείο 21 ερωτήσεων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς 3 μήνες μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο παρουσίασαν σημαντική μείωση στη βαθμολογία της υποενότητας αποφυγής του IES-r (mean±SD: 14.8±11.2 vs 7.5±7.4, $p<0.01$) σε σύγκριση με αυτής της εξόδου από το Νοσοκομείο. Κατά την ίδια χρονική περίοδο, η συνολική βαθμολογία του IES-r μειώθηκε σημαντικά (mean±SD: 35.3±23.8 vs 23.4±17.5, $p<0.01$). Η κατάθλιψη αξιολογήθηκε από το BDI-II και βρέθηκε σημαντικά μειωμένη για την ίδια χρονική περίοδο (mean±SD: 18.3±10.1 vs 12.4±10.5, $p<0.01$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι επιβιώσαντες της κρίσιμης νόσου παρουσίασαν σημαντική μείωση της ΔΜΑ και της κατάθλιψης 3 μήνες μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο. Απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση ώστε να αξιολογηθεί και η σχέση της φυσικής αποκατάστασης με αυτές τις ψυχολογικές νοσηρότητες.

105. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΥΝΕΥΡΟΜΥΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ε. Πολυμέρου, Β. Γεροβασίλη, Γ. Σιδηράς, Γ. Μήτσιου, Ε. Πατσάκη, Α. Κουβαράκος, Α. Καρδαρά, Ά. Χρηστάκου, Κ. Βάρδας, Β. Μαρκάκη, Χ. Ρούτση, Σ. Νανάς

Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η πολυνευρομυοπάθεια στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς (Intensive Care Unit Acquired Weakness- ICUAW) ακολουθεί αυξανόμενη τάση τα τελευταία χρόνια και επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Σκοπός της μελέτης είναι η μακροχρόνια επίπτωση της ICUAW στην ποιότητα ζωής των βαρέως πασχόντων ασθενών της ΜΕΘ.
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: 691 διαδοχικοί ασθενείς αξιολογήθηκαν μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ και 103 από αυτούς πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη (τουλάχιστον 72h σε μηχανικό αερισμό και επαρκές επίπεδο επικοινωνίας). Εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής αποτέλεσαν τα ερωτηματολόγια Nottingham Health Profile και SF-36 κατά την έξοδο από τη ΜΕΘ και μετά από 3 και 6 μήνες από την έξοδο από το νοσοκομείο. Η διάγνωση της ICUAW έγινε κλινικά μέσω της κλίμακας MRC-μυϊκής ισχύος (<48/60).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ποιότητα ζωής στους ασθενείς με ICUAW ήταν σημαντικά επηρεασμένη στους 3 μήνες μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο NHP, στους τομείς της κινητικότητας (mean± SD:40±38 vs 13±24, p<0.005) και της κοινωνικής απομόνωσης (mean± SD:27±31vs 9±19, p<0.05). Ενώ επηρεασμένη είναι τόσο η σωματική υγεία (υποενότητα του φυσικού ρόλου του SF36, (mean± SD: 32±47 vs61±48,p<0.05) όσο και η ψυχική υγεία (υποενότητα συναισθηματικού ρόλου, mean± SD:50±48 vs 80±38, p<0.01) τους σε σχέση με τους ασθενείς που δεν παρουσίασαν CIPNM. Στους 6 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο οι τομείς της κινητικότητας (mean± SD:30±33 vs 8±22, p<0.05) των ασθενών με ICUAW εξακολουθεί να παρουσιάζει σημαντικά ελλείμματα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ICUAW φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών για αρκετό χρονικό διάστημα μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Είναι αναγκαίο να μελετηθούν οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την ICUAW και να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα παρεμβατικών μεθόδων στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών.

106. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ IV ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΟΥΡΟΣΕΜΙΔΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑΣ ΣΕ ΒΑΡΙΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΘ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΗΡΕΑΣΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Ε. Παππά, Μ. Εφορακοπούλου, Π. Σαραφίδου, Ν. Κουζανίδης, Η. Παύλου

ΜΕΘ Α΄, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ-ΕΚΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Να διερευνήσουμε το διουρητικό αποτέλεσμα της διαλείπουσας χορήγησης φουροσεμίδης σε σύγκριση με την IV συνεχή έγχυσή της σε βαριά πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ με φυσιολογική και επηρεασμένη νεφρική λειτουργία.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 40 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, 20 με κρεατινίνη ορού <1.2mg/dl (ομάδα Α) και 20 με κρεατινίνη ορού 1.2-2mg/dl (ομάδα Β). Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως 20mg φουροσεμίδης ανά οκτάωρο για μία ημέρα, ενώ στο επόμενο 24ωρο χορηγήθηκαν 60 mg φουροσεμίδης συνεχώς στάγδην ενδοφλεβίως μέσω αντλίας χορήγησης ενδοφλεβίων διαλυμάτων. Στην ομάδα Β επαναλάβαμε την συνεχή ενδοφλέβια χορήγηση με αυξημένη δόση φουροσεμίδης 100 mg το 24ωρο. Καταγράφηκαν ο μέσος όρος της ωριαίας αποβολής ούρων καθώς και το συνολικό ποσό των αποβαλλομένων ούρων ανά 24ωρο. Η στατιστική ανάλυση έγινε με student t test.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ωριαία διούρηση καθώς και το συνολικό ποσό των ούρων ήταν σημαντικά μεγαλύτερα κατά την συνεχή ενδοφλέβια χορήγηση φουροσεμίδης σε σύγκριση με την διαλείπουσα χορήγηση της ($p < 0.0002$ για την ομάδα Α, $p < 0.0005$ για την ομάδα Β). Στους ασθενείς με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία η συνεχής αυξημένης δοσης φουροσεμίδης είχε σημαντικά μεγαλύτερο διουρητικό αποτέλεσμα ($p < 0.01$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η συνεχής IV χορήγηση φουροσεμίδης υπερέχει της διαλείπουσας χορήγησης στους βαριά πάσχοντες ασθενείς τόσο σε φυσιολογική όσο και σε επηρεασμένη νεφρική λειτουργία.

107. Η ΕΚΤΟΠΗ ΟΣΤΕΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ά. Χρηστάκου, Ε. Πατσάκη, Μ. Παπαδόπουλος, Α. Κουβαράκος, Μ. Αλυματήρη, Γ. Σταματάκης, Δ. Καρακίτσιος, Σ. Νανάς

Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η Έκτοπη Οστεοποίηση (ΕΟ) αποτελεί μια συχνή παθολογική κατάσταση σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Η μελέτη της συμβάλλει στην πρόληψη για την έγκαιρη διάγνωση και στην αντιμετώπισή της. Σκοπός της εργασίας είναι ο έλεγχος των διαφορών μεταξύ των ασθενών που εμφάνισαν ΕΟ με το υπόλοιπο δείγμα σε μια ομάδα χαρακτηριστικών.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: 197 διαδοχικοί ασθενείς αξιολογήθηκαν μέχρι την έξοδο τους από τη ΜΕΘ και 123 ασθενείς δεν αποκλείστηκαν από την έρευνα. Η ΕΟ επιβεβαιώθηκε σε 9 ασθενείς (6 άντρες, 3 γυναίκες) με υπέρηχο ή/και ακτινογραφία (7.31%) (ηλικία 40.9±14.5 έτη, παραμονή στη ΜΕΘ 55±31.73, μηχανικός αερισμός 44.55±37.05, APACHE 20.4±8.67, SOFA 10±4). Οι 114 ασθενείς (69 άντρες, 45 γυναίκες, APACHE σκορ 16.54±5.93, SOFA σκορ 7±2, SAPS III σκορ 55.79±10.59) είχαν ηλικία 53.8±14.7, παραμονή στη ΜΕΘ 25.6±20.28 ημέρες με μηχανικό αερισμό 20.04±17.11. Μια ομάδα από παράγοντες ελέχθησαν με t-tests, Mann-Whitney U και x^2 αναλύσεις μεταξύ της ομάδας που εμφάνισε ΕΟ και αυτής που δεν εμφάνισε.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στατιστικώς σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των δύο ομάδων ως προς: (α) ηλικία (t=2.54, p=.024), (β) παραμονή στη ΜΕΘ (t=-4.00, p=.024), (β) κλίμακα Γλασκώβης εισαγωγής (t=2.17, p=.004), (γ) διάρκεια σε ημέρες σε μάσκα Venturi (t=1.75, p=.000), (δ) διάρκεια σε ημέρες σε μάσκα τραχειοστομίας (U=140.50, p=.000), (δ) διάρκεια αλκάλωσης (t=-3.84, p=.043), (ε) επίκτητη εγκεφαλική βλάβη (χ^2=10.73, df=2, p=.005), (στ) τραυματική βλάβη (χ^2=14.26, df=3, p=.003), (ζ) μη τραυματική βλάβη (χ^2=12.40, df=5, p=.030), (η) καθετήρα ενδοκράνιας πίεσης (χ^2=5.66, df=1, p=.017), και (θ) αυτόματη συμπαθητική δραστηριότητα (χ^2=21.33, df=1, p=.000).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ΕΟ αποτελεί μια συχνή επιπλοκή σε μια πολυδύναμη ΜΕΘ. Απαιτείται περαιτέρω μελέτη της παθολογικής αυτής κατάστασης σε μεγαλύτερο ομοιογενές δείγμα ασθενών σε ΜΕΘ για την καλύτερη πρόληψη και αντιμετώπισή της.

108. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΝΕΟΣΤΙΓΜΙΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΛΥΜΑ ΡΟΠΙΒΑΚΑΪΝΗΣ ΚΑΙ ΦΑΙΝΤΑΝΥΛΗΣ

Μ. Αγγελίδη[1], Α. Αγγελίδη[1], Χ. Τσαγκαρουσιάνος[2], Μ. Τσουκαλάς[2], Μ. Δεναξά[1], Ε. Πάλλη[1], Δ. Κοντοσταυλάκη[1], Π. Καψαμπέλης[2]

[1]Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ Ζακύνθου, [2]Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Ζακύνθου

ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης αποτελεί η αξιολόγηση δύο διαφορετικών σχημάτων επισκληριδίου αναισθησίας αναφορικά με τις αιμοδυναμικές μεταβολές, τον έλεγχο του αισθητικού και κινητικού αποκλεισμού, τη διάρκεια δράσης καθώς και την επάρκεια της μετεγχειρητικής αναλγησίας σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης.
ΥΛΙΚΟ: Συμπεριλήφθηκαν 29ασθενείς ASA:I-II, ηλικίας:23-62 ετών, βάρους:78.5±8.5kg οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες:ομάδα Α (n=15) όπου έλαβαν επισκληριδίως διάλυμα ροπιβακαΐνης 0,75% 12ml, 100γ φαιντανύλης και ομάδα Β (n=14) όπου έλαβαν επιπρόσθετα 2,5mg νεοστιγμίνης. Κάθε 5min γινόταν καταγραφή των ζωτικών σημείων. Ο έλεγχος του αισθητικού αποκλεισμού γινόταν με χρήση θερμού-ψυχρού και του κινητικού με την κλίμακα Bromage (0-3),στα δέκα πρώτα λεπτά μετά την έγχυση του φαρμάκου και ανά 15min στη ΜΜΑΦ. Στον 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, της διάρκειας επέμβασης, του αισθητικού και κινητικού αποκλεισμού μεταξύ των δύο ομάδων ήταν στατιστικά μη σημαντικές διεγχειρητικά και στη ΜΜΑΦ. Ωστόσο, η ομάδα Β εμφάνισε μη στατιστικά σημαντική υπεροχή ως προς το επίπεδο αισθητικού και κινητικού αποκλεισμού. Στον θάλαμο η ομάδα Β παρουσίασε ικανοποιητικότερο επίπεδο αναλγησίας την $3^η$ (2.21±1.25 vs 4.73±1.44) και $6^η$ (0.96±1.34 vs 1.92±1.83) μετεγχειρητική ώρα ($p<0.05$). Η ομάδα Α εμφάνισε αυξημένες ανάγκες επιπρόσθετης χορήγησης αναλγησίας την $3^η$, $6^η$ και $12^η$ μετεγχειρητική ώρα συγκριτικά με την ομάδα Β ($p<0.05$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επισκληριδίως συγχορηγούμενη νεοστιγμίνη φαίνεται να υπερέχει ως προς το επίπεδο αισθητικού και κινητικού αποκλεισμού και εμφανίζει αυξημένη επάρκεια σε μετεγχειρητική αναλγησία.

109. Η ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ SOFA ΚΑΙ Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ ΕΙΝΑΙ ΙΣΧΥΡΟΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΠΤΩΧΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΕΠΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Δ. Αγιασωτέλλη, Α. Αλεξοπούλου, Λ. Βασιλίεβα, Ε. Ελντέικ, Χ. Πάπη, Γ. Καλπάκου, Ν. Κίττου, Σ. Ντουράκης

Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, «Ιπποκράτειο» ΠΓΝ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η Οξεία-επί-Χρονίας-Ηπατική-Ανεπάρκεια (OEXHA) αποτελεί οξεία επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας με υψηλή θνησιμότητα σε ασθενείς με κίρρωση. Πρόσφατα μελετήθηκαν οι προγνωστικοί παράγοντες που καθορίζουν την έκβαση των ασθενών με αντιρροπούμενη κίρρωση που αναπτύσσουν OEXHA. Σκοπός της μελέτης ήταν ο έλεγχος της επίδρασης των παραμέτρων βαρύτητας αφενός της ηπατικής νόσου, όπως το Model-for-End-Stage-Liver-Disease-Na (MELD-Na), αφετέρου της πολυοργανικής ανεπάρκειας, όπως το Sequential-Organ-Failure-Assessment (SOFA), επιδημιολογικών και εργαστηριακών δεδομένων στην πρόβλεψη της θνησιμότητας, σε ασθενείς με διαγνωσμένη μη-Αντιρροπούμενη-Κίρρωση (ΜΑΚ) που ανέπτυξαν OEXHA.

ΥΛΙΚΟ: Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη 106 ασθενών με ιστορικό ΜΑΚ. Η διάγνωση OEXHA τέθηκε με βάση το ορισμό των EASL–AASLD(Hepatology 2011;54:1864-1872). Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν επί 6 μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: OEXHA διαγνώστηκε στο 55.6% των ασθενών. Οι ασθενείς με OEXHA σε σύγκριση με τους υπόλοιπους είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές MELD-Na (*P*=0.001) και SOFA (*P*<0.001), υψηλότερο αριθμό ουδετερόφιλων (*P*=0.018), C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) (*P*=0.002) και βραχύτερη επιβίωση (log-rank *P*=0.001) (Εικόνα). Η θνησιμότητα στον πρώτο ή τον τρίτο μήνα ήταν 35.6% ή 56% και 6.4% ή 27.6% σε ασθενείς με και χωρίς OEXHA, αντίστοιχα. Πολυπαραγοντική ανάλυση σε ασθενείς με OEXHA έδειξε ότι η βαθμολογία SOFA (OR=1.311,[95%CI:1.084-1.584],*P*=0.005) και ο αριθμός των ουδετερόφιλων (OR=1.059,[95%CI:1.004-1.117],*P*=0.036), αλλά όχι το MELD-Na και η CRP αποτελούσαν προγνωστικούς δείκτες θνησιμότητας στον πρώτο μήνα. Ειδικότερα, η βαθμολογία SOFA και ο αριθμός των ουδετερόφιλων σχετίζονται στενά με θνησιμότητα τον πρώτο μήνα (AUROC/c-statistic 0.757 και 0.739, αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στους ασθενείς με γνωστή ΜΑΚ που αναπτύσσουν OEXHA, η πρόγνωση καθορίζεται από το βαθμό της πολυοργανικής ανεπάρκειας και όχι από τη σοβαρότητα της ηπατικής νόσου.

110. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΡΤΙΖΟΛΗΣ ΣΙΕΛΟΥ (SC) ΚΑΙ ΟΛΙΚΗΣ ΚΟΡΤΙΖΟΛΗΣ ΟΡΟΥ (STC)

Ε. Χολόγκιτας, Π. Χαλέβας, Ι. Γουλής, Γ. Κοκκώνης, Μ. Ιωαννίδου, Χ. Μάμμου, Μ. Αλευρούδης, Σ. Σουλαϊδόπουλος, Φ. Κυριακοπούλου, Κ. Κουτούζη, Θ. Οικονόμου, Ε. Ακριβιάδης

Δ Παθολογική κλινική ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:Ο επιπολασμός της ανεπάρκειας των επινεφριδίων (ΑΕ) σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση (DeCi) εξαρτάται από τη μέθοδο που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της ΑΕ. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα που σχετίζονται με την παρουσία της ΑΕ σε αυτή την ομάδα ασθενών είναι περιορισμένη.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της σιελικής κορτιζόλης (SC) και της ολικής κορτιζόλης ορού (STC) και των παραγόντων που σχετίζονται με την παρουσία ΑΕ σε ασθενείς με σταθερή DeCi.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Όλοι οι ασθενείς με σταθερή DeCi μεταξύ 9/2010 και 9/2012 συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Σε κάθε ασθενή, καταγράφηκαν κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα, συμπεριλαμβανομένου του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR) (χρησιμοποιώντας ^{51}Cr - EDTA). Η SC και STC εκτιμήθηκαν πριν (T0) και 1 ώρα (T60) μετά από χορήγηση κορτικοτροπίνης (250μg).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αξιολογήθηκαν 89 ασθενείς (63 άνδρες, ηλικίας 56 ± 10 έτη). Στο T0 και T60, η SC ήταν 6,7 ± 5ng/ml και 17 ± 10 ngIml, αντίστοιχα, και η STC ήταν 12 ± 6μg/dl και 25 ± 8μg/dl, αντιστοίχως. Οι συσχετίσεις μεταξύ της SC και STC ήταν σημαντικές για T0 (Spearman r: 0,49, p < 0,001) και T60 (Spearman r: 0,55, p < 0,001), αλλά μόνο για λευκωματίνη ορού > 2,5 mg/dL. Ο επιπολασμός της ΑΕ ήταν μεγαλύτερος όσον αφορά την STC σε σύγκριση με την SC (55% έναντι 37%, αντιστοίχως). Οι ασθενείς με ασυμφωνία μεταξύ SC- βασιζόμενη και STC- βασιζόμενη διάγνωση ΑΕ, σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν ασυμφωνία, είχαν σημαντικά χαμηλότερη συγκέντρωση τριγλυκεριδίων πλάσματος (56 ± 11mg/dL vs 81 ± 25mg/dL, p = 0,017). Οι ασθενείς με SC - βασιζόμενη ΑΕ (n = 33 - ομάς 1), σε σύγκριση με εκείνους χωρίς SC – βασιζόμενη ΑΕ (n = 56 - ομάς 2), ήταν πιο συχνά οι γυναίκες (46% έναντι 20%, ρ = 0,01) και είχαν σημαντικά χαμηλότερη κρεατινίνη ορού (0,9 ± 1,2 vs 0.2mg/dL ± 0.5mg/dL, p = 0,038), ολικές πρωτεΐνες του ορού (6.6 ± 7.1 vs 0.1mg/dL ± 0.9mg/dL, p = 0,039) και απέκκριση του καλίου σε δείγμα ούρων (UK: 32 ± 18 vs 41 ± 22 mmol / L, p = 0,042), ενώ είχαν υψηλότερη τιμή GFR (74 ± 15ml/min vs 60 ± 25mL/min, p = 0.04). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, το κάλιο ούρων (OR: 0,93, 95% CI: 0,87 έως 1,0, p = 0,05) ήταν ο μόνος ανεξάρτητος παράγοντας που συσχετίστηκε με την παρουσία της SC - βασιζόμενης ΑΕ. Το όριο του καλίου ούρων 40 mmol / L έδωσε μια ευαισθησία 81%, ειδικότητα 46% και NPV 80% για την παρουσία της SC – βασιζόμενης ΑΕ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επίπτωση της ΑΕ ήταν μεγαλύτερη σύμφωνα με την STC σε σχέση με την SC σε ασθενείς με DeCi. Το κάλιο ούρων θα μπορούσε να είναι ένας χρήσιμος δείκτης για την παρουσία της SC – βασιζόμενης ΑΕ.

111. ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΟΥ ΕΥΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΟΥ ΝΟΣΟΥΝΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ-ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΕΠΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Δ. Αγιασωτέλλη, Λ. Βασίλιεβα, Α. Αλεξοπούλου, Ε. Ελντέικ, Χ. Παπή, Ν. Κίττου, Σ. Ντουράκης

Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, «Ιπποκράτειο» ΠΓΝ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Παρόλο που συνήθως οι ασθενείς με ηπατική νόσο είναι κλινικά ευθυρεοειδικοί, οι διαταραχές των τιμών των θυρεοειδικών ορμονών στην κίρρωση είναι γνωστές ως Σύνδρομο-μη-Θυρεοειδικής-Νόσου ή Σύνδρομο-του-Ευθυρεοειδικού-Νοσούντος (Sick-Euthyroid-Syndrome). Δεν αναφέρεται όμως, αν οι εξετάσεις του θυρεοειδούς επιδεινώνονται όταν μη-Αντιρροπούμενη-Κίρρωση (ΜΑΚ) επιπλέκεται με Οξεία-επι-Χρονίας-Ηπατική-Ανεπάρκεια (OEXHA). Σκοπός της μελέτης ήταν ο έλεγχος της συσχέτισης της βαρύτητας της ηπατικής νόσου [αναλόγως με την βαθμολογία του Model-for-End-Stage-Liver-Disease-Na (MELD-Na)] με τις τιμές της ελεύθερης τριιωδοθυρονίνης (Free-Triiodothyronine, FT3), ελεύθερης θυροξίνης (Free-Thyroxine, FT4) και θυρεοτροπίνης (Thyroid-Stimulating-Hormone, TSH) και η αξιολόγηση των τιμών των ορμονών όταν η ΜΑΚ επιπλέκεται με OEXHA.

ΥΛΙΚΟ: Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη 98 (69 άνδρες) ασθενών με ιστορικό ΜΑΚ, από τους οποίους 47 είχαν OEXHA. Κανένας ασθενής δεν είχε συμπτώματα ή σημεία νόσου του θυρεοειδούς. Καταγράφηκαν οι διάμεσες τιμές και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος των FT3, FT4 και TSH. Επίσης, υπολογίστηκε το MELD-Na.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι τιμές των ορμονών ήταν: FT3 [1.85(1.37-2.28)], FT4[1.05(0.95-1.25)], TSH[1.48(0.85-2.51)] και το MELD-Na υπολογίσθηκε σε 23(18-28). Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των FT3 και MELD-Na(r=-0.402, *P*<0.001)(Εικόνα) ενώ δεν ανευρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ FT4 ή TSH και MELD-Na. Οι ασθενείς με OEXHA σε σύγκριση με τους υπόλοιπους είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές FT3[1.61(1.15-1.91) έναντι 2.13(1.60-2.60), *P*<0.001] και υψηλότερες τιμές TSH[1.290(0.62-1.72) έναντι 1.020(1.66-2.78), αντίστοιχα,(*P*=0.024)], ενώ δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην FT4(*P*=0.507).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Επιβεβαιώθηκε ότι όσο βαρύτερη είναι η ηπατική νόσος τόσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα της FT3 ενώ παράλληλα διαπιστώθηκε ότι στους ασθενείς με γνωστή ΜΑΚ, που αναπτύσσουν OEXHA, μειώνονται ακόμα πιο πολύ οι τιμές της FT3 και παράλληλα αυξάνει η TSH ενώ οι ασθενείς παραμένουν ευθυρεοειδικοί.

112. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΝΑΤΡΙΟΥΡΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΣΚΙΤΗ

Ε. Χολόγκιτας[1], Ε. Παγκουρέλας[2], Ι. Γουλής[1], Π. Χαλέβας[1], Μ. Ιωαννίδου[1], Χ. Μπρίτσιου[1], Χ. Μάμμου[1], Μ. Αλευρούδης[1], Σ. Σουλαϊδόπουλος[1], Κ. Κουτούζη[1], Φ. Κυριακοπούλου[1], Β. Βασιλικός[2], Ε. Ακριβιάδης[1]

[1]Δ΄Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ. «Ιπποκράτειο», [2]Γ΄΄Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ. «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Παρόλο που διάφοροι παράγοντες έχουν συσχετιστεί με την παθογένεια της διαστολικής δυσλειτουργίας (DD) σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, η σχέση της DD με το βαθμό της ηπατικής και νεφρικής δυσλειτουργίας δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση των παραγόντων που συσχετίζονται με την παρουσία της DD σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση οι οποίοι εισήχθησαν στην κλινική μας και έφεραν πλήρη κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα, συμπεριλαμβανομένου του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR) υπολογιζόμενου με ^{51}Cr-EDTA. Αξιολογήθηκαν οι ανεξάρτητοι παράγοντες που σχετίζονται με την παρουσία της DD, ενώ η διακριτική ικανότητα αξιολογήθηκε από την καμπύλη AUC. Η διάγνωση της DD βασίστηκε σε Doppler υπερηχοκαρδιογράφημα και ταξινομήθηκε σε τρεις κατηγορίες σύμφωνα με τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αξιολογήσαμε 100 ασθενείς (70 άνδρες, μέσης ηλικίας 54±11 έτη, μέσης συστολικής αρτηριακής πίεσης 112±13mmHg) με μη αντιρροπούμενη κίρρωση και ασκίτη. Εξήντα εννέα ασθενείς (69%-ομάδα 1) είχαν DD (44 ασθενείς βαθμού I, 13 ασθενείς βαθμού II, 12 ασθενείς με βαθμό III), και 31 (31%-ομάδα 2) δεν παρουσίαζαν DD. Οι ασθενείς της ομάδας 1, σε σύγκριση με την ομάδα 2, ήταν μεγαλύτερης ηλικίας (55 ± 12 έναντι 47 ± 14 έτη, p = 0,005), με μεγαλύτερο σωματικό βάρος (76±14Kg έναντι 69±10Kg, p = 0,021), υψηλότερο καρδιακό ρυθμό (68/min έναντι 64/min, p = 0,033) ενώ εμφάνιζαν και υψηλότερο Child-Pugh score (10±4 έναντι 7±3, p = 0.03). Επιπρόσθετα, οι ασθενείς της ομάδας 1, συγκριτικά με την ομάδα 2, είχαν σημαντικά χαμηλότερη λευκωματίνη ορού (2,9±0,6 έναντι 3,2±0.5g/dL, p=0,04) καθώς και 24ωρη απέκκριση νατρίου ούρων [24UNa: 52 (εύρος: 2-408) έναντι 83 (εύρος: 3-247) mmol/ημέρα, p=0,031]. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η 24ωρη απέκκριση νατρίου [24UNa (OR: 0,98, 95% CI:0.97-0.99, p = 0,007)] και ο καρδιακός ρυθμός (OR: 1,2, 95% CI:1,1-1.3, p = 0,02) ήταν οι μοναδικοί παράγοντες που συσχετίστηκαν σημαντικά με την ύπαρξη της DD. Επίσης, οι δύο αυτοί ανεξάρτητοι παράγοντες είχαν καλή διακριτική ικανότητα (AUC: 0,72 και 0,70, αντίστοιχα) για την παρουσία της DD. Οι ασθενείς της ομάδας 1, σε σύγκριση με την ομάδα 2, εμφάνιζαν παρόμοιο GFR (73±22mL/min έναντι 7 ±23mL/min, p = 0.38). Στο τέλος του follow up ελέγχου [9 μήνες (εύρος:6-26)], η επιβίωση ήταν παρόμοια μεταξύ των 2 ομάδων ασθενών (85% έναντι 90%, p = 0.51).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στη δική μας μελέτη κοόρτης από ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση και ασκίτη, η DD δεν είχε καμία αρνητική επίδραση στη μεσοπρόθεσμη έκβαση και συσχετίστηκε ανεξάρτητα με χαμηλότερη νατριούρηση.

113. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΘΕΤΙΚΗΣ ΑΜΕΣΗΣ COOMBS ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΤΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Α. Τσιάκαλος[1], Α. Ψαρρής[1], Θ. Βούμβας[2], Π. Ζιάκας[2], Χ. Οικονόμου[3], Ι. Κετίκογλου[4], Γ. Χατζής[1], Ν. Σύψας[1]

[1]3η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Τμήμα Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [3]Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [4]Μικροβιολογικό Τμήμα, Ερυθρός Σταυρός ΓΝΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της κλινικής σημασίας και των αιτιών της θετικής άμεση αντίδρασης coombs σε ασθενείς με ηπατίτιδα c.
ΥΛΙΚΟ: Η μελέτη περιελάμβανε 93 (62 άνδρες/ 31 γυναίκες) διαδοχικούς ασθενείς με λοίμωξη από HCV. Η μέση ηλικία κατά την είσοδο στη μελέτη ήταν 51.1 έτη (24.2-82 έτη). Από το σύνολο των ασθενών 19 (20.4%) ήταν κιρρωτικοί κατά τη συλλογή των δειγμάτων. Τα αντισώματα που χρησιμοποιήθηκαν για την ανίχνευση της αντίδρασης coombs ήταν ειδικά για την βαριά άλυσο IgG, προερχόμενα από κουνέλι και μονόκλωνα C3bC3d από επίμυ. Διάφορες αιματολογικές παράμετροι του πληθυσμού μελετήθηκαν, ενώ έγινε ποσοτικός προσδιορισμός του HCV-RNA και γονοτύπηση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των ασθενών 34 (36.5%) είχε θετική άμεση αντίδραση coombs και όλοι πλην μίας περίπτωσης ήταν IgG θετικοί. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ θετικής άμεσης coombs και κάποιου συγκεκριμένου αιμολυτικού προφίλ πέρα από μια οριακή συσχέτιση με χαμηλότερες τιμές επιπέδων απτοσφαιρίνης. Επιπλέον, η θετική DAT συσχετίστηκε με την παρουσία αντιπυρηνικών αντισωμάτων (ANA) (65% στους DAT θετικούς vs 32% στους DAT αρνητικούς, p=0.002). Ογδόντα δύο (82) ασθενείς ελέγχθηκαν για την παρουσία κρυοσφαιριναιμίας και απ' αυτούς 26% είχαν τύπου II κρυοσφαιριναιμία. Η θετική DAT συσχετίστηκε με την παρουσία κρυοσφαιριναιμίας (54% στους DAT θετικούς vs 13% στους DAT αρνητικούς, p<0.001). Τριάντα εννέα (39) ασθενείς παρουσίασαν αναιμία (41.9%) και η παρουσία θετικής άμεσης Coombs ήταν στατιστικά σημαντικά συχνότερη στον πληθυσμό με αναιμία (59% vs 20.4%, p<0.001). Σε αναδρομική κατά στάδια ανάλυση η θετικότητα της DAT συσχετίστηκε ανεξάρτητα με την αναιμία.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στους ασθενείς με DAT θετική παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές αιμοσφαιρίνης ενώ η θετική DAT συσχετίστηκε με την παρουσία ANA και κρυοσφαιριναιμίας. Από αυτά τα δεδομένα προκύπτει ισχυρή πιθανότητα η αναιμία στους ασθενείς, που πάσχουν από HCV λοίμωξη, να συσχετίζεται με την παρουσία αυτοαντισωμάτων έναντι των ερυθρών αιμοσφαιρίων όταν δεν υπάρχει εμφανής αιμόλυση.

114. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΜΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Α. Τσιάκαλος[1], Α. Ψαρρής [1], Θ. Βούμβας[2], Π. Ζιάκας[2], Χ. Οικονόμου[3], Ι. Κετίκογλου[4], Γ. Χατζής[1], Ν. Σύψας[1]

[1]3η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, [2]Τμήμα Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, [3]Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Αθήνα, Ελλάδα,[4]Μικροβιολογικό Τμήμα, Ερυθρός Σταυρός ΓΝΑ, Αθήνα, Ελλάδα

ΣΚΟΠΟΣ: Αυτοαντισώματα έναντι της ερυθροποιητίνης (anti-Epo) έχουν ανιχνευθεί στον ορό ατόμων που πάσχουν από ασθένειες με σοβαρό ανοσολογικό υπόβαθρο όπως ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ) και ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV-1). Στην περίπτωση της χρόνιας λοίμωξης από ηπατίτιδα C (HCV), η αναιμία αποτελεί μια συνηθισμένη επιπλοκή, που συνήθως αποδίδεται σε διαταραχές θρέψης, αιμορραγίες, αναιμία χρονίας νόσου και τοξικότητα από τη συνδυασμένη θεραπεία ιντερφερόνης-ριμπαβιρίνης. Πέρα από την αναιμία, η ηπατίτιδα C έχει συσχετιστεί με πλειάδα αυτοάνοσων φαινομένων. Μέχρι σήμερα η παθογένεση της αναιμίας στην λοίμωξη από HCV δεν έχει συσχετιστεί με τα αυτοάνοσα φαινόμενα που προκαλούνται από την ηπατίτιδα C. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ύπαρξης anti-Epo στον ορό ασθενών με HCV και η πιθανή συσχέτισή τους με την ύπαρξη αναιμίας.
ΥΛΙΚΟ: Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 93 διαδοχικούς, ανεπίλεκτους ασθενείς με ηπατίτιδα C (62 άνδρες/ 31 γυναίκες) με μέση ηλικία 51.1 έτη. Η ανίχνευση των anti-Epo έγινε με μέθοδο ELISA και η ποσοτικοποίηση της ερυθροποιητίνης έγινε με ραδιοανοσοπροσδιορισμό. Επιπροσθέτως έγινε προσδιορισμός του ιικού φορτίου του HCV και γονοτύπηση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η παρουσία των anti-Epo ανιχνεύθηκε σε 10 (10.8%) ασθενείς και συσχετίστηκε με χαμηλότερη μέση τιμή συγκέντρωσης ερυθροποιητίνης (16.35mU/mL vs 30.65 mU/mL, p=0.005) καθώς και με υψηλότερη συχνότητα αναιμίας (70% vs 36.9%,p< 0.005) και υψηλότερο ιικό φορτίο (μέση τιμή 891.5x10^3 IU/L για τους anti-Epo θετικούς ασθενείς vs. 367.5 x10^3 IU/L για τους anti-Epo αρνητικούς ασθενείς, p=0.02). Στην αναδρομική κατά στάδια ανάλυση η παρουσία των anti-Epo ήταν ανεξάρτητος παράγοντας πρόκλησης αναιμίας (προσαρμοσμένο OR 6.03, 95% CI 1.00-36.58).
ΕΙΚΟΝΑ
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα anti-Epo εντοπίστηκαν σε ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με ηπατίτιδα C και η παρουσία τους είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την αναιμία. Από αυτά τα δεδομένα προκύπτει πως η αυτοανοσία μπορεί να διαδραματίζει κομβικό ρόλο στην παθογένεση της σχετιζόμενης ηπατίτιδα C αναιμίας.

115. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

116. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΚΑΙ Δ ΣΕ ΠΕΡΙΟΧΗ ΥΨΗΛΗΣ ΕΝΔΗΜΙΚΟΤΗΤΑΣ

Β. Παπαστεργίου, Δ. Μαγκαφάκης, Γ. Ντέτσκας, Χ. Παπαναστασοπούλου, Λ. Μητρογιάννη, Γ. Γιαννίας, Γ. Καλλιγάς, Λ. Σκορδά, Μ. Κλαδάς, Ι. Φαμηλιάς, Μ. Σταμπόρη, Κ. Προδρομίδου, Σ. Καραταπάνης

Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επίπτωση της ηπατίτιδας Β στη χώρα μας έχει μειωθεί σημαντικά μετά την υποχρεωτική εφαρμογή του καθολικού εμβολιασμού όλων των βρεφών από το 1997. Η ύπαρξη στο παρελθόν περιοχών της χώρας μας με υψηλή επίπτωση της ηπατίτιδας Β προσφέρονται για καλύτερη μελέτη της διαχρονικής εξέλιξης της επίπτωσης της.
ΣΚΟΠΟΣ: να μελετηθεί η διαχρονική εξέλιξη της επίπτωσης της ηπατίτιδας Β σε περιοχή της χώρας με υψηλή ενδημικότητα της ηπατίτιδας Β αλλά και της ηπατίτιδας δ.
ΑΣΘΕΝΕΙΣ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη περιλαμβάνει δυο ομάδες ασθενών που ελέχθησαν με διαφορά 14 ετών. Ο πρώτος έλεγχος έγινε το 1997 και περιελάμβανε 1938 άτομα (Α/Γ=900/1038, παιδιά=571) (ομάδα Α) από την ενδημική περιοχή και ο δεύτερος το 2011 και περιλαμβάνει δείγμα 1076 ατόμων (Α/Γ=505/571, παιδιά=225) (ομάδα Β) από την ίδια περιοχή. Όλοι ελέχθησαν για HBsAg, anti-HBc, anti-HBs, HBeAg, anti-HBc και όσοι διέθεταν θετικό HBsAg ελέγχοντο για αντισώματα έναντι της ηπατίτιδας δ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα Α είχαν διαπιστωθεί 223/1938 (11.5%) άτομα με HBsAg(+) και από αυτούς οι 27/223 (12.1%) διέθεταν θετικά αντι-δ αντισώματα. Στα παιδιά διαπιστώθησαν 5/571 (0.9%) άτομα με HBsAg(+), χωρίς καμία περίπτωση δ. Στην ομάδα Β διαπιστώθηκαν 35/1076 (3.76%) άτομα με HBsAg(+) και από αυτούς οι 7/35 (20%) διέθεταν θετικά αντισώματα για την δ. Σε κανένα από τα παιδιά της ομάδας Β δεν διαπιστώθηκε θετικό HBsAg.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή του καθολικού εμβολιασμού στη χώρα έχει οδηγήσει στη σημαντική μείωση της επίπτωσης της ηπατίτιδας Β στη χώρα μας, γεγονός που φαίνεται ανάγλυφα και στη ενδημική περιοχή που μελετήσαμε.

117. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α,Β,C ΚΑΙ D ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΤΡΙΕΤΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Β. Καράμπαση, Μ. Πουγιούκα, Κ. Αχιλλέως, Ι. Νταρούις, Α. Νίτσα, Κ. Πατίδης, Μ. Τούτουζα

Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο ορολογικός έλεγχος των δεικτών και ο προσδιορισμός του επιπολασμού της ηπατίτιδας Α,Β,C και D στους ασθενείς του νοσοκομείου μας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων χρόνων από 1/7/2010 έως 30/6/2013 εξετάστηκαν συνολικά 15790 ασθενείς:13090 νοσηλευόμενοι (ν.α.) και 2700 εξωτερικοί ασθενείς (ε.α.) οι οποίοι χωρίστηκαν σε 5 ομάδες. Ομάδα Α:5065 ασθενείς (3745ν.α., 1320 ε.α.) οι οποίοι ελέγχθηκαν για HBsAg, ομάδα Β:10725 ασθενείς (9345ν.α.,1380ε.α.) στους οποίους προσδιορίστηκαν όλοι οι δείκτες της ηπατίτιδας Β: HBsAg, HBeAg, antiHBe, antiHBc, antiHBs, ομάδα Γ:11160 ασθενείς (9600ν.α., 1560 ε.α.) οι οποίοι ελέγχθηκαν ταυτόχρονα για αντισώματα έναντι HCV, ομάδα Δ: 1610 ασθενείς (1230 ν.α., 380ε.α.)που εξετάστηκαν για αντισώματα IgG και IgM έναντι HAV, ομάδα Ε: 355 ασθενείς με θετικό HBsAg (310 ν.α.,45 ε.α.) οι οποίοι ελέγθηκαν για ολικά αντισώματα έναντι HDV. Οι προσδιορισμοί των ορολογικών δεικτών της ηπατίτιδας Α, Β και C έγιναν με τη μέθοδο της χημειοφωταύγειας (Architect- Abbott) και η ανίχνευση των ολικών αντισωμάτων έναντι της ηπατίτιδας D έγινε με την ανοσοενζυμική μέθοδο total anti-HD EIA Diasorin.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα Α είχαν θετικό HBsAg 75 ν.α.(2%) και 41 ε.α.(3,1%). Στην ομάδα Β ο ορολογικός έλεγχος των νοσηλευόμενων και των εξωτερικών ασθενών έδωσε αντίστοιχα τα εξής αποτελέσματα: 4364(46,7%) και 610(44,2%) ήταν οροαρνητικοί για όλους τους δείκτες HBV, 607(6,5%) και 172(12,5%) είχαν θετικό HBsAg, 1476(15,8%) και 87(6,3%) είχαν θετικό antiHBs λόγω εμβολιασμού, 2897(31%) και 510(37%) είχαν αρνητικό HBsAg και θετικούς τους άλλους δείκτες HBV. Στην ομάδα Γ αντισώματα έναντι HCV ανιχνεύθηκαν σε 221ν.α.(2,3%) και σε 94ε.α.(6%) ενώ 2% από αυτούς είχαν ταυτόχρονα θετικό HBsAg. Στην ομάδα Δ είχαν θετικά IgG αντισώματα έναντι HAV 652ν.α.(53%) και 194ε.α.(51%) ενώ IgM Ab έναντι HAV είχαν 25 ν.α.(2%) και 5 ε.α.(1,3%). Στην ομάδα Ε είχαν θετικά ολικά Ab έναντι HDV 32 ν.α.(10,3%) και 5ε.α.(11,1%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Από τη μελέτη μας φαίνεται ότι ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Α, Β, C και D είναι σημαντικά υψηλός. Η προσπάθεια για πρόληψη πρέπει να είναι συνεχής με διαρκή ενημέρωση του πληθυσμού και με συστηματικό έλεγχο και εμβολιασμό κατά του ιού της ηπατίτιδας Α και Β ιδιαίτερα των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

118. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΝΟΥΚΛΕΟΣ(Τ)ΙΔΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Β. Παπαστεργίου[1], Ι. Κετίκογλου[2], Δ. Δημητρουλόπουλος[3], Λ. Σκορδά[4], Γ. Ντέτσκας[1], Μ. Σταμπόρη[1], Γ. Γιαννιάς[1], Χ. Ψέλλας[1], Λ. Παπακωνσταντίνου[1], Θ. Πλακομύτη[1], Μ. Κλαδάς[1], Ι. Στρικλογιάννης[1], Κ. Προδρομίδου[1], Σ. Καραταπάνης[1]

[1]Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου, [2]Κρατική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [3]Γαστρεντερολογική Κλινική Νοσοκομείο «Αγ. Σάββας» Αθηνών, [4]Παθολογική Κλινική, Ν.Ε.Ε.Σ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η θεραπεία ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β (αντι-HBe+) επιτελείται σήμερα κυρίως με τη μακροχρόνια χορήγηση νουκλεοσ(τ)ιδικών παραγόντων. Σήμερα προτιμούνται τα φάρμακα με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα που εμφανίζουν ισχυρό γενετικό φραγμό και συνεπώς μικρή πιθανότητα ανάπτυξης αντοχής.
ΣΚΟΠΟΣ: Να εκτιμηθεί η ασφάλεια και αποτελεσματικότητα από τη μακροχρόνια χορήγηση των νεοτέρων νουκλεοσιδικών αναλόγων στην αντιμετώπιση της ΧΗΒ.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε 167 ασθενείς (Α/Γ=105/61, μέσης ηλικίας 55,3) με ΧΗΒ (e-) που ελάμβαναν θεραπεία με τα φάρμακα (Τενοφοβίρη, εντεκαβίρη ή τελμπιβουντίνη) τουλάχιστον για 12 μήνες. Στους ασθενείς εγίνετο τακτικός έλεγχος της νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας, καθώς επίσης και έλεγχος του HBV-DNA τουλάχιστον ετησίως μετά από επιτυχή συμπλήρωση του 1ου έτους θεραπείας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών ήταν 36,5 μήνες (εύρος 13-74 μήνες). Πριν από τη θεραπεία η μέση τιμή της ALT 111 IU/ml ουρίας ήταν 32.5mg%, η μέση τιμή της κρεατινίνης 0.86 mg%. Από τους 167 ασθενείς της μελέτης οι 78 ελάμβαναν εντεκαβίρη, οι 62 τενοφοβίρη και 27 τελμπιβουντίνη. Πριν από τη θεραπεία τα δημογραφικά και βιοχημικά ευρήματα δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων φαρμάκων. Στο τέλος της παρακολούθησης η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών εμφάνιζε ομαλοποίηση των τρανσαμινασών, διέθετε αρνητικό HBV-DNA ενώ η νεφρική λειτουργία δεν εμφάνισε σημαντική επιβάρυνση σε καμιά από τις 3 ομάδες σε σχέση με τα προ θεραπείας επίπεδα. Σε ένα μόνον ασθενή εμφανίστηκε σημαντική υποφωσφαταιμία (1.77mg%), 17 μήνες μετά τη λήψη τενοφοβίρης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα νεότερα φάρμακα για την αντιμετώπιση της ΧΗΒ συνδυάζονται με μεγάλη αποτελεσματικότητα και ικανοποιητικό προφίλ ασφαλείας, τουλάχιστον στο διάστημα της παρακολούθησης τους στη μελέτη μας.

119. ΣΥΝΔΡΟΜΟ LÖFGREN ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ Α (pegIFN-a) ΚΑΙ ΡΙΜΠΑΒΙΡΙΝΗ (RBV) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΚΑΙ Β. ΣΥΝΕΧΙΣΗ Ή ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ?

Π. Κωνσταντινίδης, Ε. Γιαννακουλοπούλου, Σ. Ντουράκης

Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζουμε περιστατικό με σύνδρομο Löfgren κατά τη διάρκεια θεραπείας με pegIFN-a/RBV. Το σύνδρομο Löfgren αποτελεί σπάνια μορφή οξείας σαρκοείδωσης, που χαρακτηρίζεται από την τριάδα: οζώδες ερύθημα (ΟΕ), αμφοτερόπλευρη πυλαία λεμφαδενοπάθεια (BHL) και/ή πολυαρθρίτιδα/πολυαρθραλγία. Θεωρείται νόσος καλοήθης, αυτοπεριοριζόμενη και σπάνια απαιτεί τη χορήγηση κορτικοστεροειδών. Η αναφορά του συνδρόμου ως ανεπιθύμητη ενέργεια της χορήγησης ιντερφερόνης είναι σπάνια.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα καυκάσια 33 ετών διεγνώσθη με συλλοίμωξη ηπατίτιδας Β και C (γονότυπος Ib). Ο ποσοτικός προσδιορισμός με PCR ανέδειξε επικρατούσα HCV λοίμωξη (HCV RNA: 2,75x10^{7}IU/ml και HBV DNA: 15 IU/ml). Έλαβε συνδυασμό pegIFN-a (180μg/εβδομάδα) και RBV (800mg/ημέρα). Ένα μήνα μετά την έναρξη της θεραπείας το HCV RNA ήταν
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το σύνδρομο Löfgren μπορεί να παρατηρηθεί κατά τη χορήγηση pegIFN-a. Ακόμη και με συνέχιση της αντιϊικής θεραπείας έχει καλή πρόγνωση και υφίεται αυτόματα μετά το τέλος της θεραπείας.

120. ΠΟΛΥΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΤΥΠΟΥ 1

Σ. Κόκκορης[1], Σ. Μαρκάκης[2], Γ. Κατσουρίνης[1], Χ. Καράμπαμπα[1], Χ. Χαμπάκης[1], Μ. Τζουβαλά[3], Ν. Τσόγκας[1], Ε. Χρήστου[1], Χ. Καλιούλη[4], Μ. Καραγιάννη[5], Χ. Μπιλίνης[1], Χ. Δρακούλης[1]

[1]Β Παθολογικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων», [2]Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων», [3]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων», [4]Ανοσολογικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων», [5]Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παρουσία κοιλιοκάκης σχετίζεται τόσο με την αυτοάνοση ηπατίτιδα όσο και με την περιφερική πολυνευρίτιδα.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 54 ετών εισήχθηκε στην κλινική μας για διερεύνηση μυικής αδυναμίας και απώλειας βάρους. Το ιστορικό του ασθενούς ήταν ελεύθερο, χωρίς να αναφέρει διάρροιες το τελευταίο διάστημα. Η αντικειμενική εξέταση ανέδειξε πολυνευροπάθεια. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, υπήρχε επίμονη αύξηση της γGT, ANA 1:320, ASMA 1:160, pANCA 1:20, αντι-γλοιανδινικά αντισώματα (+) και αντισώματα έναντι τρανσγλουταμινάσης (+). Τα επίπεδα της IgG ανοσοσφαιρίνης ήταν αυξημένα (1770 mg/dL). Ο έλεγχος των θυρεοειδικών ορμονών ήταν φυσιολογικός και ο έλεγχος για ηπατίτιδες αρνητικός. Τα επίπεδα των βιταμινών Ε, B_1 και B_6 ήταν φυσιολογικά. Η βιοψία του ήπατος ανέδειξε διαταραχή της λοβιακής αρχιτεκτονικής και λίγες περιοχές ίνωσης. Η εφαρμογή του simplified score για τη διάγνωση της αυτοάνοσης ηπατίτιδας έδωσε την αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου 1 ως πιθανή διάγνωση. Επίσης, η απουσία διάρροιας σε συνδυασμό με την παρουσία αντισωμάτων έναντι ενδομυΐου θέτει ως πιθανή τη διάγνωση της λανθάνουσας κοιλιοκάκης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ακόμα και η άτυπη μορφή της κοιλιοκάκης μπορεί να σχετίζεται με την εμφάνιση πολυνευροπάθειας και αυτοάνοσης ηπατίτιδας.

121. ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ, ΑΝΩΝΥΜΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΛΟΓΙΟΥ

Ν. Βαΐτσης, Σ. Βαΐτση

Ιδιωτικό Ιατρείο ΠΦΥ, Φάρσαλα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ιατρική στατιστική είναι η εφαρμογή των στατιστικών μεθόδων στην ιατρική. Επειδή οι ερευνητικές υποθέσεις και σενάρια στην ιατρική επιστήμη είναι ποικίλες, η ιατρική στατιστική συμπεριλαμβάνει γενικότερα κάθε ποσοτική, και όχι μόνο στατιστική, προσέγγιση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να απαντήσει σε ερευνητικά ερωτήματα ή να ελέγξει την ορθότητα επιστημονικών θεωριών, υποθέσεων και σεναρίων.
ΣΚΟΠΟΣ: διερεύνηση της σχέσης των ιατρών με την στατιστική, μέσω περιγραφικής μελέτης στατιστικών δεδομένων ενός ελληνικού, ανώνυμου, ιστολογίου με θεματολογία την ιατρική στατιστική.
ΜΕΘΟΔΟΣ: συλλέξαμε και καταγράψαμε τα στατιστικά δεδομένα, μέσω ενός δωρεάν μετρητή (counter), από ένα ιστολόγιό μας ιατρικής στατιστικήςγια χρονική περίοδο 1 έτους (Ιούλιος 2012 έως και Ιούνιος 2013). Το συγκεκριμένο ιστολόγιο ήταν ανώνυμο, αποκλειστικά στην ελληνική γλώσσα, το δημιουργήσαμε το 2012 και το διαδώσαμε μέσω ιστοσελίδων και φόρουμ του, καθαρά, ιατρικού χώρου. Περιείχε όλο το φάσμα της ιατρικής στατιστικής και η παρουσίαση των θεμάτων γινότανε μέσω απλού κειμένου (αποκλειστικά με εξειδικευμένα ιατρικά παραδείγματα, για προσέλκυση μόνο ιατρών) και, «μη καταχωρισμένων» (προς αποφυγή επισκεψιμότητας από άλλες πηγές), βίντεο στο YouTube. Τα δεδομένα της επισκεψιμότητας τα μελετήσαμε ως προς την γεωγραφική κατανομή, την χρονική περίοδο και διάρκεια παραμονής, την θεματολογία και την μέθοδο παρουσίασης. Επίσης, μέσω των εργαλείων στατιστικής ανάλυσης των προβολών των βίντεο μας στο YouTube, μελετήσαμε και την ακριβή προτίμηση των επισκεπτών, όχι μόνο «ανά» θέμα αλλά και «μέσα» στο ίδιο θέμα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Η περιγραφική μελέτη των δεδομένων μας, δείχνει μία εικόνα της σχέσης του ιατρικού κόσμου με την ιατρική στατιστική. Παρουσιάζονται τα αγαπημένα θέματα και γίνεται προσπάθεια αναζήτησης των μελανών σημείων αυτής της σχέσης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: η γενικότερη σχέση των ιατρών με την στατιστική ιατρική είναι, μάλλον, απογοητευτική και σε πολύ χαμηλό επίπεδο. Είναι επιτακτική ανάγκη να υπάρξει αναδιοργάνωση, στον ακαδημαϊκό χώρο, έτσι ώστε τα μαθηματικά να λάβουν στην ιατρική εκπαίδευση τον ρόλο που πρέπει να κατέχουν.

122. Η ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΩΣ ΘΕΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΦΑΣΗ ΔΕΥΤΕΡΗ, ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ.

Ε. Πολίτη, Κ. Σουλιώτης

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Κόρινθος

ΣΚΟΠΟΣ: Η εργασία αυτή παρουσιάζει προβληματισμούς σχετικά με τις ανάγκες βελτίωσης της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επαγγελματικής ανάπτυξης των ιατρών στην Ελλάδα και των τρόπων που μπορεί αυτό να γίνει. Αποτελεί μέρος διδακτορικής έρευνας του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, στην επιστημονική περιοχή των Θεσμών και Πολιτικών Υγείας. Η εν λόγω διατριβή έχει ως απώτερο στόχο την πρόταση μεταρρυθμίσεων στο Ελληνικό σύστημα συνεχιζόμενης επαγγελματικής ανάπτυξης.
ΥΛΙΚΟ: Η πρώτη Φάση της διατριβής περιελάμβανε έρευνα ανάδειξης των αναγκών, βάσει ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν σε ένα δείγμα 100 ιατρών. Μέρος των αποτελεσμάτων ανακοινώθηκαν στο 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας με τίτλο «Η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση στην Ελλάδα ως Θεσμός και Πολιτική Δημόσιας Υγείας: Φάση Πρώτη, Ανάδειξη των Αναγκών». Στη δεύτερη, παρούσα Φάση της διατριβής έχουν ανασκοπηθεί προβληματισμοί που προκύπτουν τόσο σε τοπικό, όσο και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο και έχει ολοκληρωθεί δημοσίευση στο διεθνές peer-reviewed περιοδικό «Problems of Education in the 21st Century» με τίτλο «Understanding the weaknesses and the threats of continuous medical education in the 21st century».
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην παρούσα ανακοίνωση αναλύονται οι προβληματισμοί που στοιχειοθετούν το σκελετό των προτάσεών μας για μια αναγκαία βελτίωση στο εγχώριο σύστημα. Αναλύονται κυρίως ο υποχρεωτικός χαρακτήρας της δια βίου ιατρικής εκπαίδευσης, η δια βίου αξιολόγηση και επαναδειοδότηση, ο προσδιορισμός των αναγκών και η δημιουργία προοπτικού πλάνου εκπαίδευσης, ο έλεγχος ποιότητας και η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών δράσεων, η οικονομική αρωγή των ιατρών για εκπαίδευση και ο κεντρικός συντονισμός των διαθέσιμων δράσεων εκπαίδευσης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι προτάσεις μας αφορούν σε μια ολιστική συνεργασία τριών αξόνων: τις ευθύνες της πολιτείας, τις ευθύνες των παροχών εκπαίδευσης και τις ευθύνες των εκπαιδευομένων.

123. ΟΙ ΧΗΜΙΚΕΣ ΠΟΛΕΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΟΔΟΜΕΣ

Λ. Παλαιοδήμος, Α. Σχοινάς, Ι. Γαλατάς, Σ. Κίντζιος

Ειδικός Διακλαδικός Λόχος ΠΒΧ (Πυρηνικής-Βιολογικής-Χημικής) Άμυνας ΓΕΕΘΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της σημασίας που έχει η παρουσία υποδομών και κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού για την αντιμετώπιση κρουσμάτων από χρήση χημικών όπλων στην παρούσα εύθραυστη συγκυρία.
ΥΛΙΚΟ: Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογράφιας
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι καταστρεπτικές συνέπειες από τη χρήση χημικών πολεμικών ουσιών είναι γνωστές από τις αρχές του 20ου αιώνα. Η πρόσφατη χρήση αερίων νέυρων στη Συρία και το χτύπημα στο μετρό του Τόκυο τη δεκαετία του ‘90 υπενθύμισε τη φονικότητα που μπορεί να έχουν ουσίες που παράγονται με σχετικά χαμηλό κόστος σε ένα εργαστήριο. Η μεγάλη μερίδα των επαγγελματιών υγείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν έχει ιδιαίτερη γνώση για τον τρόπο χειρισμού τέτοιων κρίσεων. Πολλά μπορούν να γίνουν σε επίπεδο εκπαίδευσης ώστε να εξοικειωθεί το προσωπικό των υγειονομικών υποδομών με διαδικασίες διαλογής, παροχής πρώτων βοηθειών, χρήσης αντιδότων και απολύμανσης, όσο και προστασίας του ιδίου από τον τοξικό παράγοντα. Η εμπειρία από τις προσομοιώσεις επεισοδίων σε ελληνικό έδαφος, από περιστατικά χρήσης χημικών ουσιών για πολεμικούς-τρομοκρατικούς σκοπούς σε διεθνές επίπεδο και ακούσιας έκθεσης του πληθυσμού μετά από βιομηχανικά ατύχηματα δείχνουν ότι απαιτείται συνεχής εκπαίδευση και εγρήγορση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι χημικές πολεμικές ουσίες και η χρήση τους για πολεμικό-τρομοκρατικό σκοπό ή η ακούσια διαρροή τους μετά από ένα βιομηχανικό ατύχημα αποτελούν μία διαρκή πρόκληση για κάθε σύστημα υγείας. Η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού και η ετοιμότητα των υγειονομικών υποδομών μπορεί να σώσουν ζωές.

124. ΟΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΤΙΣ ΕΓΧΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΒΑΣΕΙΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Α. Παπαταξιάρχου, Α. Αθανασίου

Τμήμα Κλινικών Μελετών, ELPEN Pharmaceutical Co Inc, Πικέρμι, Αττική

ΣΚΟΠΟΣ: Οι κλινικές μελέτες σχεδιάζονται και διεξάγονται για την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας ενός θεραπευτικού παράγοντα για ανθρώπινη χρήση. Η διεξαγωγή τους διέπεται από αρχές ηθικής, δεοντολογίας, μεθοδολογίας και επιστημονικής τεκμηρίωσης κατά ICH/GCP (International Conference of Harmonization-Good Clinical Practice).
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Η φαρμακοβιομηχανία (EFPIA: Σύνδεσμος Φαρμακοβιομηχανίας στην Ευρώπη, PhARMA: στις ΗΠΑ) έχει αποδεχτεί για τις μελέτες Φάσης ΙΙ – IV την προδημοσίευση του σχεδιασμού και της υλοποίησης των μελετών σε διεθνείς και ανά χώρα ηλεκτρονικές πλατφόρμες καθώς και οικονομικών παραμέτρων των ερευνητών-συγγραφέων, όπως διατυπώθηκαν από την Διεθνή Επιτροπή Εκδοτών Ιατρικών Περιοδικών (ICMJE).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κυριότερη βάση δεδομένων κλινικών μελετών είναι η www.clinicaltrials.gov(FDA). Το Σεπτέμβριο 2004 τα μέλη της Διεθνούς Επιτροπής Ιατρικών Περιοδικώνδήλωσαν ότι θα αξιολογούν προς δημοσίευση μόνον μελέτες που έχουν καταχωρήσει το σχεδιασμό και το χρονοδιάγραμμά τους σε αυτή την ιστσελίδα. Η Ευρωπαϊκή βάση (European Clinical Trials Database) γνωστή ως Eudract-https://eudract.ema.europa.eu/ είναι μια νέα βάση όπου ο χορηγός εισάγει στοιχεία και λαμβάνει έναν μοναδικό αριθμό αναγνώρισης της μελέτης. Η Eudravigilance-http://eudravigilance.ema.europa.eu/highres.htm επιτρέπει την ηλεκτρονική αναφορά όλων των Ύποπτων Σοβαρών Απροσδόκητων Ανεπιθύμητων ενεργειών (SUSAR) που συμβαίνουν στην κλινική μελέτη. Άλλες διεθνείς βάσεις είναι η EU clinical trias register *https://www.clinicaltrialsregister.eu/*,η*www.who.int/trialsearch/*η Current Controlled Trials. ISRCTN numbering-*www.controlled-**trials**.com/* και η NIH *Clinical*Center Search the Studieshttp://clinicalstudies.info.nih.gov/. Στην Ελλάδα αφ ενός οικονομικά δεδομένα κλινικών μελετών αναρτώνται στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ http://et.diavgeia.gov.gr/ αφ ετέρου ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ) αναπτύσσει και υλοποιεί την ηλεκτρονιική πλατφόρμα ΔΗΛΟΝ-http://meletes.channeldoubler-testing.com/ με εξελισσόμενη πρόσβαση επαγγελματιών και ευρέος κοινού.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καταχώριση των κλινικών μελετών σε βάσεις δεδομένων παρέχει έγκαιρη ενημέρωση, διαφάνεια σε όλες τις παραμέτρους της κλινικής έρευνας, υποβολή συνοπτικών αποτελεσμάτων, και καθιστά την πληροφόρηση στη διάθεση της επιστημονικής κοινότητας και του κοινού προς όφελος όλων.

125. ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΕΝΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ: ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ

Σ. Τουλουμάκος, Α. Τσίγκας

Τμήμα Κλινικών Μελετών, ELPEN Pharmaceutical Co Inc, Πικέρμι, Αττική

ΣΚΟΠΟΣ: Η νέα Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΚΥΑ), ΦΕΚ 390 τ.Β΄ 21-2-2013 για τις κλινικές μελέτεςθεσπίστηκε για ενιαία εφαρμογή των διαδικασιών σε πανελλαδική εμβέλεια, εξάλειψη χρονικών καθυστερήσεων και εναρμόνιση Ακαδημαϊκού φορέα (ερευνητικός φορέας ΕΛΚΕ) και Εθνικού Συστήματος Υγείας (ερευνητικός φορέας ΕΛΚΕΑ). Κατά την εφαρμογή της εμφανίσθηκαν πολυποίκιλα προβλήματα τα οποία χρήζουν ανάλυσης και αντιμετώπισης.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η φαρμακοβιομηχανία στο ρόλο του χορηγού κατά Good Clinical Practice (GCP) είναι ο άμεσα επηρεαζόμενος φορέας. Η παρατήρηση και η έως τώρα εμπειρία κατέγραψαν δυσκολίες στις διαδικασίες και ανομοιογένεια εγγράφων στην υλοποίηση εγκρίσεων της Κλινικής Μελέτης καθώς και ελλιπή συμμόρφωση των χρονικών ορίων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι φάσης I-III Παρεμβατικές Κλινικές Μελέτες (ΠΚΜ) εγκρίνονται μετά από υποβολή συγκεκριμένων συνοδών εγγράφων χρονικά και ιεραρχικά από τα Επιστημονικά Συμβούλια (ΕΣ) των νοσοκομείων, τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και την Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας (ΕΕΔ). Οι φάσης IV μετεγκριτικές Μη Παρεμβατικές Κλινικές Μελέτες (ΜΠΚΜ) εγκρίνονται μόνο από τα ΕΣ. Σε ειδικές περιπτώσεις η διεξαγωή ΜΠΚΜ καθορίζεται και επιβάλλεται απο τον ΕΟΦ οπότε αυτός είναι και τελικός φορέας εγκρίσεώς τους. Αυτές είναι οι μετεγκριτικές μελέτες ασφάλειας και αποτελεσματικότητας Post Authorization Safety Studies (PASS) και Post Authorization Efficacy Studies (PAES). Η νέα ΚΥΑ. εναρμόνισε τις διαδικασίες, ορίζοντας συγκεκριμένα συνοδά έγγραφα για όλους τους τύπους μελετών. Τα προβλήματα προέκυψαν από μεμονωμένες ερμηνείες της κυρίως από τα ΕΣ αλλά και από ΕΛΚΕ, ΕΛΚΕΑ των φορέων διαχείρισης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι κλινικές μελέτες αποτελούν πηγή εσόδων για την χώρα και πηγή χρηματοδότησης των φορέων διεξαγωγής τους άρα οικονομική ενίσχυση του κράτους. Οποιοδήποτε νέο νομοθετικό πλαίσιο βελτίωσης της διεξαγωγής τους πρέπει να τηρείται απρόσκοπτα ώστε να επιτυγχάνονται οι σκοποί συντάξής του. Απαιτείται πιθανώς δημιουργία ελεγκτικών μηχανισμών για την απρόσκοπτη εφαρμογή και υλοποίησή του.

126. ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΓΓΛΟΚΡΑΤΙΑΣ (1878-1960)

Μ. Ταβλαντά[1], Ε. Παναγιώτου[1], J. Joanidhi[2], Α. Σαλίχου[2], Ν. Παράσχου[2], Μ. Γαρυφάλλου[2], Α. Μακρυγιάννη[2], Δ. Καβάκος[2], Μ. Ορφανού[2], Π. Ταβλαντάς[2]

[1]Επιστημονικός συνεργάτης, [2]Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

Η Αμμόχωστος ήταν από τις πιο όμορφες πόλεις της Κύπρου από τα αρχαία χρόνια. Γεμάτη πάντα πολιτισμό και Ελληνισμό. Τρίτο σε μέγεθος λιμάνι της Μεσογείου. Πραγματικό σταυροδρόμι στην Ανατολική Μεσόγειο. Κατά τη τουρκοκρατία ήταν εγκαταλειμμένη και ο κόσμος βασανισμένος από τη πολύχρονη σκλαβιά. Η Αγγλοκρατία διήρκεσε από το 1878-1960.
ΣΚΟΠΟΣ: της έρευνάς μας η καταγραφή της νοσοκομειακής περίθαλψης στη Αμμόχωστο κατά τη αγγλοκρατία, η οποία διαδέχθηκε την τουρκοκρατία. Επίσης, να καταγράψουμε και τη πραγματική κατάσταση που επικρατούσε τότε και να σκεφτούμε ότι εδώ και 40 χρόνια είναι ξανά μια έρημη πόλη, από το ίδιο κατακτητή, που τη είχε για 300 χρόνια.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από τη βιβλιογραφία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Dr W. McNamara, ο πρώτος στρατιωτικός γιατρός που διορίστηκε Επαρχιακός Ιατρικός Λειτουργός στην Αμμόχωστο, περιγράφει με μελανά χρώματα τις άθλιες υγειονομικές συνθήκες στην πόλη και τον περίγυρο της. Έκθεση του το 1878 αναφέρει τα εξής: *«περιπτώματα βρίσκονται σκορπισμένα παντού, άλλες ακαθαρσίες και πολλές άλλες ουσίες που είναι πεταγμένες χάμω στο μέσο ή στην άκρη των δρόμων, υγειονομικές συνθήκες είναι απλώς ανύπαρκτες, ο κόσμος είναι υποσιτισμένος, φτωχός, ακάθαρτος και τα παιδιά σχεδόν παντού είναι πολύ καχεκτικά και άρρωστα.. η μαλάρια αποδεκατίζει τον πληθυσμό»*. Νοσοκομεία ή Νοσηλευτήρια δεν υπήρχαν στην Αμμόχωστο κατά την Τουρκοκρατία παρά μόνο μερικοί πρακτικοί γιατροί, πολλοί γητευτές, μάγοι καικομπογιαννίτες. Η Αγγλική Διοίκηση ίδρυσε το 1878 Φαρμακείο - Εξωτερικό (Dispensary) στην Αμμόχωστο και διόρισε το στρατιωτικό γιατρό W. McNamara, Επαρχιακό Ιατρικό Λειτουργό. Στις 8 Φεβρουαρίου 1883, άρχισε τη λειτουργία του το Νοσοκομείο.Το 1897 αποφασίσθηκε η δημιουργία νέου νοσοκομείου το οποίο αποπερατώθηκε το 1900 και λειτούργησε άμεσα, γιατί το πρώτο αποδείχτηκε ανεπαρκές για τις ανάγκες του κόσμου. Άνηκε στο Δήμο της πόλης και είχε επιχορήγηση από την κυβέρνηση. Είχε χώρους ώστε να περιθάλψει 30 ασθενείς, επιπρόσθετα είχε φαρμακείο, εξωτερικά ιατρεία και διοικητικές υπηρεσίες. Τη διοίκηση είχε το «Αδελφάτο του νοσοκομείου» και είχε μέλη από τη αγγλική διοίκηση και επιφανείς πολίτες της πόλης. Το 1955, αποπερατώθηκε η οικοδόμηση του νέου νοσοκομείου, που διέθετε 60 κλίνες και είχε δυνατότητα για επέκταση και εξυπηρέτηση 100 εσωτερικών ασθενών. Προκειμένου να αποκτήσει κανείς μια σαφή εικόνα των υγειονομικών συνθηκών που επικρατούσαν προς το τέλος της Τουρκοκρατίας και στις αρχές της Αγγλοκρατίας στην Αμμόχωστο, είναι αναγκαίο να αναδιφήσει στα ημερολόγια, τα οδοιπορικά, τα χρονικά και τα βιβλία των ελάχιστων ταξιδιωτών που επισκέφτηκαν την πόλη σε αυτή την περίοδο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αγγλική διοίκηση μετά τις επιτακτικές και άμεσες ανάγκες που είχε ο κόσμος, αλλά και για να εξασφαλίσει και τα συμφέροντα της στη ευρύτερη περιοχή, ίδρυσε νοσοκομείο, ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες στη πόλη και τη επαρχία Αμμοχώστου. Αυτό ήταν μια ανάσα- παρηγοριά για το δοκιμαζόμενο επί αιώνες λαό της. Όμως στη πόλη και επαρχία Αμμοχώστου σταμάτησε ο χρόνος το Αύγουστο του 1974, με χιλιάδες πρόσφυγες και εκατοντάδες σκοτωμένους και μια περιοχή που έσφυζε από ζωή έμεινε φάντασμα αλλά ποτέ ξεχασμένη.

127. ΘΑΝΑΤΟΙ ΕΛΛΗΝΩΝ ΑΘΛΗΤΩΝ ΕΙΣ ΑΡΧΑΙΟΥΣ ΑΓΩΝΑΣ ΕΛΛΗΝΩΝ

Α. Πάσχος

Μέτσοβον

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι η διαπίστωσις και παρουσίασις του θανάτου Ελλήνων αγωνιζομένων εις αθλητικούς αρχαίων Ελλήνων αγώνας.
ΥΛΙΚΟΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: η Ελλήνων προσητή αρχαία Γραμματεία, επιγραφαί αθλητικών αγώνων μετά ενδελεχούς μελέτης αμφοτέρων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι θάνατοι εξ τον αριθμόν αγωνιζομένων Ελλήνων εις την Πυγμαχίας, Πάλην, Παγκράτιον προερχομένων εξ όλης των Ελλήνων επικρατείας αναφέρονται εντός του αγωνιστικού χωροχρόνου. Το έτος 564 π.Χ. εις Ολυμπιακούς Αγώνας ο Αρραχίων εκ Φυγαλείας Αρκαδίας Πελοποννήσου Ελλάδος αγωνιζόμενος εις το Παγκράτιον περισφύγγεται υπό του αντιπάλου, αλλά επιτυγχάνει να προκαλέση κάταγμα εις τον δάκτυλον του ποδός και ο αντίπαλος ανυψώνει εκ του φοβερού άλγους την χείρα αναγνωρίζων την ήτταν και συνεχίζει να περισφύγγη τον Αρραχίωνα, ο οποίος τελικώς θνήσκει εκ πνυγμού, αλλά ανακηρύσσεται νικητής καίτοι νεκρός (Φιλάστρατος Γυμν 2Ι). Τον 5ον αιώνα εις επιγραφήν Ολυμπίας αναγράφεται «Έπαινος εις Πυγμάχον Έλλην εξ Αλεξανδρείας Αγαθόν Δαίμονα ετών 35 θνήσκοντα κατά την Πυγμαχίαν Αγώνων Νεμέας. Το έτος 484π.Χ. ο Κλεομίδης εξ Αστυπαλείας Πυγμάχος εις Ολυμπίαν φονεύει τον συναθλητήν «Ικκον εξ Επιδαύρου και τιμωρείται υπό των Ελλαδικών αρνουμένων το προσφέρουν τον Κότινον (Παυσανίας 6,9). Το έτος 400π.Χ. εις Αθλητικούς Αγώνας Νεμέας ο Κρεύγας εξ Επιδάμνου Ηπείρου, σήμερον Δυρράχιον, πυγμαχεί μετά του εκ Συρακουσών Μεγάλης Ελλάδος Δαμόξενον ολόκληρον την ημέραν και το εσπέρας οι Κριταί αποφασίζουν έκαστος Πυγμάχος να δόση ένα κτύπημα. Ο Δαμόξενος λέγει εις τον Κρεύγα να ανασηκώση την χείρα και τον κτυπά με τόσην δύναμιν και οι όνυχες της χειρός του, ώστε να προκαλέση εκσπλάχνωσιν εις τον Κρεύγα, ο οποίος ακαριαίως θνήσκει (Παυσανίας 8,40,3-8) και άμεσα αποβάλλεται εκ των Αγώνων. Επιγραφή εις Ολυμπίαν αναγράφει ο Τηλέμαχος Πυγμάχος εκ Φαρσάλων Θεσσαλίας τον αντίπαλον του φονεύει και λυπείται σφόδρα, διά τον ακούσιον θάνατον του συμπυγμάχου εις Ολυμπιακούς Αγώνας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:Τα 6 θανατηφόρα ατυχήματα αγωνιζομένων Ελλήνων Αθλητών εις Ολυμπιακούς Αγώνας και δύο εις Αγώνας Νεμέας Πυγμαχίας, Πάλης, Παγκρατίου οφείλονται εις επικινδύνους λαβάς, κτυπήματα εκούσια ή ακούσια κατά την διάρκειαν του Αγώνος.

128. "ΘΕΡΑΠΕΙΑ", ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΚΟΙΝΟΣ ΟΡΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΓΛΩΣΣΟΛΟΓΙΟΥ

Ε. ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΚΗΣ

Παιδοχειρουργός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Ανάδειξη της λέξεως "θεραπεία", ως παγκόσμιος γλωσσολογικός κωδικός ίασης.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Γλωσσολογική ανάλυση και ερμηνεία του όρου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η λέξη άκεσις σημαίνει κατά πρώτο λόγο ιάτρευση, ίαση, "θεραπεία". Η λέξη "θεραπεία" τανάπαλιν που κατά πρώτο λόγο σημαίνει περιποίηση, επιμέλεια, μέριμνα, φροντίδα, στην εννοιολογική της εξέλιξη καθιερώθη διεθνώς γλωσσικά, ως έννοια της ιάσεως. Η λέξη και τα παράγωγά της αποτελούν θεμελιακούς όρους κατά τη διδασκαλία της ιατρικής ορολογίας διεθνώς. Ο όρος "θεράπων" (βοηθός, συνοδός), που από τον Θουκυδίδη και μετά σημαίνει τον ιατήρα ή τον προσφέροντα περίθαλψη, στην ποιητική εκδοχή των επιγραμμάτων φέρεται ως "θέραψ" (από το χεταϊκό tarpaššа), που και εδώ είναι ταυτόσημος με την ομηρική σημασία, βοηθός. Από την ινδοευρωπαϊκή ρίζα dh-ere (όπου dh=θ), προκύπτει ο όρος dh-armas (θάρμας)=στήριγμα (ιατρική βοήθεια, "θεραπεία"), αντίστοιχη της σανσκριτικής gh-armas (θάρμας)=θερμότης, όπου και εδώ gh=θ. Διαπιστώνομε δηλαδή εξ αυτών ότι ο "θερ-απευθείς" διαθέτει μια σωματική "θερ-μότητα" υγείας. Αυτό επαληθεύεται και από το γεγονός ότι ο όρος "θερ-άπων" είναι ομόρριζος του "θέρ-ομαι"=θερμαίνομαι και που επιβεβαιώνει τον Ιπποκράτη λέγοντος: Υγιής (ή και "θεραπευθείς") είναι ο υπάρχων και ζων μετά των υγρών του και έχων "θερ-μότητα". Το λατινο-ιταλικό δάνειο "θεράπων" φέρεται ως therapeuta, ενώ οι λέξεις terapia, terapeutico, therapeutica (η Θεραπευτική) παρέμειναν εκ μεταφοράς άθικτες. Αλλά και η Γερμανική γλώσσα ακριβολογεί στα δικά της ελληνικά δάνεια. Έτσι με το φθόγγο th=θ, έχουμε και εδώ Therapie=θεραπεία, therapeutisch=θεραπευτικός-η-ο/ώς, ως επίθετο και ως επίρρημα, Therapeutika=τα θεραπευτικά (φάρμακα), Therapeutik=η Θεραπευτική, αλλά και τα ομόρριζα όπως τα ανωτέρω εκ της ελληνικής Ther-men=οι θερμές πηγές, τα θερμά λουτρά · ως επίσης Ther-mometer, Ther-mophor κ.α.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ελληνική λέξη "θεραπεία" εκφράζει γλωσσικά διεθνώς τον ίδιο διακαή πόθο των ανθρώπων προς ίαση και αποκατάσταση της υγείας τους.

129. ΑΓΝΩΣΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΟΙΜΙΕΣ ΤΗΣ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑΣ

Ε. Σταυρουλάκης

Παιδοχειρουργός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της αρχαίας ιατρικής παροιμίας ως αλληγορικό απόφθεγμα για την υγεία.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Proverb. ex Cod. Boldeian./Coislin./Zenob. epit. in paroem. Grec., Ox.MDCCCXXXVI.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η παροιμία ως βραχύ απόφθεγμα λαϊκής σοφίας παραινετικού και αλληγορικού περιεχομένου, διαφέρει από τον αίνο που αποτελεί λόγο μυθικό και εκφέρεται δια στόματος ζώων και φυτών προς παραίνεσιν των ανθρώπων, όπως οι αισώπιοι μύθοι.Οι παροιμίες παρά+οίμος(=δρόμος), ήταν μικρά κειμενάκια που αναρτούσαν οι άνθρωποι κατά μήκος των δρόμων κοινωφελούς και ψυχοφελούς περιεχομένου, όπως οι ιατρικές παροιμίες προς όφελος των διερχομένων αναγνωστών.Άλλοι μετέφεραν εκεί τα κείμενα προφορικά ως "παρ-όδιον λόγον" ή "παρ-οδίαν",άλλοι υπό μορφήν άσματος,αφού ο όρος οίμη=το τραγούδι του δρόμου.Κατά μίαν άλλην εκδοχή ο όρος παροιμία προέρχεται από τη λέξη "όμοιον",αφού αυτό που δηλώνει αναφέρεται έμμεσα σε κάτι παρεμφερές και όμοιο του καθημερινού βίου.Οι ιατρικές παροιμίες διέθεταν μία ευχετική, προτρεπτική, συμβουλευτική και ενίοτε σκωπτική διάθεση.Η παροιμία "Ακεσίας ιάσατο",αναφέρεται σε ασθενείς που η υγεία τους χειροτέρευε μετά την επίσκεψή τους σε αδαή ιατρό, όπως οι ασθενείς του ιατρού Ακέσια στην Αρχαιότητα. Οι παροιμίες,"το Ησιόδειον γήρας" ή "το Τιθωνού γήρας" αναφέρονται σε ανθρώπους βαθέως γήρατος που χαίρουν πνευματικής και σωματικής υγείας όπως ο δίς ζήσας και δίς αποθανών Ησίοδος ή ο σε βαθύ γήρας αλλά αθάνατος Τιθωνός.Ο "Σαρδώνειος γέλως" αναφερόμενος σε μοχθηρώς και κακοήθως γελώντες,ανάγεται στο φυτό sardonia herba της Σαρδηνίας που προκαλούσε σπασμό στους ομώνυμους γελαστήριους μύες.Η παροιμία "εις ασθενούντας ασθενών ελήλυθας"(όταν πηγαίνεις με τους αρρώστους,θα γυρίσης άρρωστος) αναφέρεται σε αυτούς που παθαίνουν τα ίδια με κάποιους άλλους.Η ρήση "Ηράκλειος ψώρα" απευθύνεται σε ασθενείς με δυσθεράπευτον ασθένεια,ενώ το "υγιέστερος κρότωνος" είναι παροιμία με σκωπτική διάθεση και χαρακτηρίζει τους υπέρ το δέον υγιείς σε σύγκριση με το υγιέστατο τσιμπούρι που έχει κατά τον Μένανδρο σώμα λείον,άνευ αμυχής και βλάβης.Το "χειρώνιον έλκος" απευθύνεται προς τα ανίατα τραύματα,όπως αυτό στο πόδι του Κενταύρου Χείρωνα, που προκλήθηκε από το βέλος του Ηρακλέους.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι αρχαίες ιατρικές παροιμίες εξέφραζαν θετικό λόγο υπενθύμισης και αρωγής στα περί υγείας θέματα.

130. Ο ΙΟΣ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ Α Η1Ν1 ΚΑΙ Ο ΙΟΣ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ (STRAIN NEA SANTA GREECE), ΜΙΑ ΜΑΤΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΕΝΤΥΠΟ ΤΥΠΟ

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

[1]Ιστορία της Ιατρικής, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ΓΝ Λάρισας, [3]Ιστορία της Ιατρικής, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας., [4]Εργαστήριο Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Ο καθημερινός έντυπος τύπος ασχολήθηκε εκτενώς την τελευταία πενταετία με 2 επικίνδυνους ιούς, τον ιό της γρίπης Α Η1Ν1 και τον ιό του Δυτικού Νείλου.
ΣΚΟΠΟΣ: Η έρευνα έχει σκοπό την καταγραφή του συνόλου των άρθρων, την ταξινόμηση αυτών και την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τη στάση των καθημερινών εφημερίδων απέναντι στους ιούς.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Έγινε η αποδελτίωση των αρχείων των έντυπων εφημερίδων για τη χρονική περίοδο 01/10/2009 έως και 31/12/2013.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πίνακας 1-Ιός γρίπης Α Η1Ν1
Πίνακας 2-Ιός Δυτικού Νείλου
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα μικρά ποσοστά άρθρων από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, τα μικρά ποσοστά άρθρων εφησυχασμού του γενικού πληθυσμού σε συνδυασμό με τα μεγάλα ποσοστά άρθρων τρομολαγνείας φανερώνουν την διάθεση κινδυνολογίας του έντυπου τύπου, ώστε να αυξήσει τις πωλήσεις και το αναγνωστικό κοινό, διαμέσου μίας «σύγχρονης» τεχνικής προσέγγισης του θέματος.

	Πληροφοριακά άρθρα	Άρθρα Τρομολαγνείας	Άρθρα σχετικά με εμβολιασμό	Οικονομικά Σκάνδαλα σχετικά με τη γρίπτη	Ιατρική προσέγγιση	Άρθρα σχετικά με κρούσματα και θύματα	Εφησυχαστικά άρθρα	Σύνολο
Ελευθεροτυπία	221	108	103	20	16	305	17	790
Το Βήμα	94	59	45	7	21	129	13	368
Τα Νέα	95	55	36	2	11	126	9	334
Καθημερινή	59	28	16	5	6	30	13	157
Έθνος	25	20	6	5	1	36	2	95

	Πληροφοριακά άρθρα	Άρθρα Τρομολαγνείας	Άρθρα σχετικά με ψεκασμό	Οικονομικά Σκάνδαλα σχετικά με τη γρίπτη	Ιατρική προσέγγιση	Άρθρα σχετικά με κρούσματα και θύματα	Εφησυχαστικά άρθρα	Σύνολο
Ελευθεροτυπία	14	12	4	2	1	29	1	63
Το Βήμα	3	4	2	1	1	34	1	46
Τα Νέα	6	5	3	-	4	16	-	34
Καθημερινή	4	7	1	-	8	6	1	27
Έθνος	12	20	3	1	8	35	1	80

131. Ο ΕΛΛΗΝΩΝ ΓΗΓΕΝΩΝ ΠΟΥΣ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΩΣ

Α. Πάσχος

Μέτσοβον

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι η αναφορά και ανάδειξις διαχρονκώς του Ελληνικού ποδός.
ΥΛΙΚΟΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η προσητή Ελλήνων Γραμματεία και η συστηματική μελέτη ιδίως του ποδός των Ελλήνων γενενών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Ελλήνων γηγενών πούς αρχαιόθεν είναι μετρικόν ιατρικόν και γλυπτικής τέχνης σύστημα. Εις την ιατρικήν σήμερον καλείται morton's toe και εις την γλυπτικήν ονομάζεται Πούς Ελλήνων. Πρόκειται περί προεξοχής του δευτέρου δακτύλου μετά τον μέγα δάκτυλον του ποδός και σημαίνει διαφοροποίησις έναντι του Αιγυπτιακού ποδός, πού οι δάκτυλοι του ποδός φέρονται επί ευθείας γραμμής οριζοντίως. Ο Ελλήνων Πούς χαρακτηρίζει τους Έλληνας γηγενείς διαχρονικώς και είναι κληρονομικός και γονιδιακός. Ανευρίσκεται και εις την Ιρλανδίαν, τους Ουαλλούς και Κέλτας προφανώς λόγω αποικίσεως υπό των Ελλήνων Δαναών εις τας χώρας αυτών, υπάρχει δε και μύθος σχετικώς με τους Δαναούς Tuatha de Danaon. Ελλήνων Πούς αρχαιόθεν απεικονίζεται από τους Έλληνας γλύπτας άχρι της Αναγεννήσεως.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο Ελλήνων Πους των Ελλήνων γηγενών ανευρίσκεται διαχρονικώς, κληρονομείται και συνδέεται γονιδιακώς, θεωρείται δε οστεΐνη δυσμορφία και είναι ιδιαίτερον στοιχείον και χαρακτηριστικόν των Ελλήνων γηγενών και πρότυπον της Τέχνης των Ελλήνων γλυπτών, από τους οποίους οι Ρωμαίοι παρέλαβον και έτεροι οι οποίοι εμφανίζουν εις τα έργα Τέχνης.

132. ΠΑΙΔΕΙΑ, ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΕΛΛΗΝΟΡΘΟΔΟΞΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑΣ ΤΣΟΛΑΚΙΔΟΥ-ΑΚΡΟΒΟΠΟΥΛΟΥ

Α. Πάσχος

Μέτσοβον

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης το καθήκον αναφοράς παιδείας, προσφοράς της Ελληνορθοδόξου ιατρού Χαρίκλειας Τσολακίδου-Ακριβοπούλου.
ΥΛΙΚΟΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η προσητή βιογραφία, βιβλιογραφία
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η Χαρίκλεια Τσολακίδου-Ακριβοπούλου Ελληνορθόδοξη γηγενής χωρίου Εξαστέρου Ανατολικής Θράκης σπουδάζει Διδασκάλισσα και διδάσκει εις Σχολεία της πατρώας Θράκης. Με την ανταλλαγήν των πληθυσμών μελετά εισέρχεται εις την Ιατρικής Σχολήν του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και αποφοιτά με Άριστα το 1920. ως ειδική Ελονοσιολόγος υπηρετεί την δεκαετίας 1940-50 εις Κιλκίς, Νιγρίταν, Κυνουρίαν προσφέρουσα πολυτίμους ιατρικάς, κοινωνικάς, πολιτιστικάς υπηρεσίας με αυταπάρνησιν ακόμη και εις τα πεδία των μαχών και επιχειρήσεων του Ελληνικού Στρατού και οργανώνουσα υγειονομικάς υπηρεσίας και περιθάλψεως του πληθυσμού και των τραυματιών ενθαρρύνουσα τας Αδελφάς και εθελοντρίας νοσοκόμας. Υπηρετεί εις την Θεσσαλονίκην ως Επιθεωρητής Ελονοσίας. Διετέλεσε Πρόεδρος, Αντιπρόεδρος, Σύμβουλος Σωματείων, Συνδέσμων, Ορφανοτροφείων, αρθρογράφος εις τον Τύπον και τα περιοδικά, λογοτέχνης ιατρικού, λαογραφικού περιεχομένου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ιατρός Χαρίκλιεα Τσοκαλίδου-Ακριβοπούλου λειτουργός της Ιπποκρατικής Τέχνης, ευπατρίδης, κοινωνικός λειτουργός και προστάτης της καθολικής υγείας του πλησίον είναι πρότυπον προσώπου Ελληνορθοδόξου ιατρού. Πόσοι σύγχρονοι ιατροί την μιμούνται;

133. ΤΟ ΓΕΝΕΑΛΟΓΙΚΟ ΔΕΝΔΡΟ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ

Ε. Σταυρουλάκης

Παιδοχειρουργός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη του γενεαλογικού δένδρου του Ιπποκράτους, σ' ένα χρόνο-χώρο είκοσι και πλέον ασκληπιάδειων γενεών.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αρχειακή τεκμηρίωση και ανάλυση πρωτολείων πηγών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασκληπιάδες κατά Τζέτζη από τον Αέτιο αποκαλούνται "..κατά κυρίαν λέξιν όσοι γονήν εσχήκασιν Ασκληπιού σπερμάτων νυν δε κατά κατάχρησιν τους ιατρούς ειρήκειν…".Ο Ιπποκράτης ήταν Ηρακλείδης εκ μητρός και Ασκληπιάδης εκ πατρός, έχοντας πρόγονο τον υιό του Ασκληπιού(=Ασκληπιάδης) χειρουργό Ποδαλείριο της πρώτης γενεάς των Ασκληπιαδών.Ο Ποδαλείριος και η σύζυγός του Σύρνη, κόρη του Δάμεθου εγέννησαν τον Ιππόλοχο της δευτέρας γενεάς των Ασκληπιαδών, κατά γενεαλογική δε συνέχεια των ασκληπιάδειων γενεών από την τρίτη έως την δεκάτη πέμπτη γενεά έχουμε τα κάτωθι ονόματα: 3η γενεά Σώστρατος ο 1ος, 4η Δάρδανος, 5η Κρίσαμις ο 1ος, 6η Κλεομυττάδης ο 1ος, 7η Θεόδωρος ο 1ος, 8ηΣώστρατος ο 2ος, 9η Κρίσαμις ο 2ος, 10η Κλεομυττάδης ο 2ος, 11η Θεόδωρος ο 2ος, 12η Σώστρατος ο 3ος, 13η Νέβρος, 14η Γνωσίδικος και 15ηΙπποκράτης ο 1ος. Ο πρώτος αυτός ιατρός Ιπποκράτης(ca.500π.Χ.),σύγχρονος του Θεμιστοκλή και του Μιλτιάδη, εγέννησε τον ιατρό Ηρακλείδα της 16ηςασκληπιαδείου γενεάς, ο οποίος ενυμφεύθη την Φαιναρέτη με μακρινή καταγωγή από τον Ηρακλή. Το ζεύγος απέκτησε δύο υιούς της 17ης γενεάς · τον Μέγα Ιπποκράτη και τον Σώσανδρο. Ο Μέγας Ιπποκράτης (ο 2ος Ιπποκράτης), που το όνομα της συζύγου του δεν έγινε ποτέ γνωστό, δημιούργησε την 18ηγενεά με μία κόρη που έλαβε σύζυγο τον ιατρό Πόλυβο και δύο ακόμη ασκληπιάδες υιούς, τον Δράκοντα τον 1ο και τον Θεσσαλό, από τον οποίο προέρχονται οι Ασκληπιάδες της 19ης γενεάς Ιπποκράτης ο 3ος, Γοργίας και Δράκων ο 2ος.Εκ του τελευταίου έχουμε τον Ιπποκράτη τον 4ο της 20ης γενεάς και εξ αυτού τον Δράκοντα τον 3ο της 21ης. Από την ίδια οικογένεια ωστόσο έχουμε τα δύο αδέλφια Ιπποκράτες 5ος και 6ος,υιούς του Θυμβραίου και τον Ιπποκράτη τον 7ο υιό του Πραξιάνακτος.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η γενεαλογία της μεγάλης οικογένειας του Ιπποκράτους ανέδειξε στην ιστορία ιατρούς με σπουδαίο ιατρικό και συγγραφικό έργο.

134. Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΣΥΦΙΛΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΞΕΝΗ ΛΟΓΟΤΕΧΝΙΑ

Μ. Καραμάνου[1], Ε. Πουλάκου-Ρεμπελάκου[1], Γ. Τσουκαλάς[1], Γ. Σκάρπας[1], Κ. Κυριάκης[2], Γ. Ανδρούτσος[1]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Δερματολογικό τμήμα, ΓΝ Δυτικής Αττικής «Αγ. Βαρβαρά»

Στη λογοτεχνία, η σύφιλη αποτέλεσε κεντρικό θέμα και επηρέασε έμμεσα ή άμεσα ολόκληρα λογοτεχνικά κινήματα και χρονικές περιόδους. Από απλή αναφορά στα έργα *Measureformeasure* (Με το ίδιο μέτρο) του William Shakespeare και *Candide*του Βολταίρου, η σύφιλη εισέρχεται στη λογοτεχνία του 19ου αιώνα, περίοδο που οι άνθρωποι ξεκίνησαν να μιλούν χωρίς περιστροφές για τη νόσο, αποτυπώνοντας τους κύριους φόβους της εποχής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα γράμματα του συγγραφέα Gustave Flaubert στο φίλο του, ποιητή Louis Bouilhet όπου αναφέρεται στη σύφιλη και στην ψυχική και σωματική κατάπτωση που του επέφερε η νόσος. Η κληρονομικότητα της σύφιλης αντανακλάται στο έργο του ιατρού και μυθιστοριογράφου André Couvreur *Les Mancenilles* που εξιστορεί την πορεία ενός δημόσιου υπάλληλου που απέκτησε συφιλιδικό τέκνο. Σε παρόμοιο ύφος κινείται την ίδια περίοδο και ο Νορβηγός Henrik Ibsen στο έργο του *Genganger* (Βρικόλακες) ενώ ο Ιρλανδός ποιητής και συγγραφέας James Joyce, που έπασχε από συγγενή σύφιλη, χρησιμοποιεί το νόσημα στο έργο του *Ulysses* ως μεταφορά για την ηθική ασθένεια που συνάντησε στην Ιρλανδία. Καλύτερο παράδειγμα λογοτεχνικής μεταφοράς, την περίοδο του συμβολισμού, δεν θα μπορούσε να υπάρχει από το έργο *Nana* του Émile Zola, όπου η κεντρική ηρωίδα πεθαίνει νέα από σύφιλη (grosse vérole). Στην Ελλάδα, ο συφιλιδικός Κώστας Καρυωτάκης στο ποίημα του *Ωχρά Σπειροχαίτη* μιλά για την ύπουλη μετάδοση μέσω της πορνείας δίνοντας μια ποιητική εικόνα της ασθένειάς του. Ο Γεώργιος Βιζυηνός έγκλειστος στο Δρομοκαΐτειο συνεπεία νευροσύφιλης αποτυπώνει την ψυχική του κατάσταση και τον πλατωνικό του έρωτα για τη μαθήτριά του Μπετίνα Φραβασίλη. Το 1931, η Γαλάτεια Καζαντζάκη στο ποίημά της *Το Αμαρτωλό,* συνδέει την πορνεία με τη σύφιλη. Στις αρχές του 20ου αιώνα η σύφιλη από επονείδιστη καθίσταται πλέον λαμπρή ασθένεια, όπως στην περίπτωση του Μιχάλη Μητσάκη, που αποκαλεί τη νόσο «παράσημο». Για τους λογοτέχνες, η σύφιλη αποτέλεσε το παράθυρο προς μια εσωτερική εικόνα, όπου προβάλλονται όνειρα, εφιάλτες και φαντασιώσεις.

135. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

136. Η ΖΩΗ ΚΑΙ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΔΙΑΠΡΕΠΗ ΕΛΛΗΝΑ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΖΑΜΠΑΚΟΥ Η΄ ΖΑΜΠΑΚΟ ΠΑΣΑ (1831-1913)

Μ. Καραμάνου[1], Κ. Τρομπούκης[2], Γ. Τσουκαλάς[1], Ι. Γραμματικάκης[3], Γ. Σκάρπας[1], Γ. Ανδρούτσος[1]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, [3]3η Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αττικό» Νοσοκομείο

Ο Δημήτριος Ζαμπακός γεννήθηκε το 1831 στο Νεοχώρι της Κωνσταντινούπολης. Μετά την ολοκλήρωση των εγκύκλιων σπουδών του ενεγράφη στην Ιατρική Σχολή της Κωνσταντινούπολης και λίγο αργότερα μετέβη στο Παρίσι για να συνεχίσει τις σπουδές του. Εξειδικεύεται στα δερματικά και αφροδίσια νοσήματα στο πλευρό του διαπρεπή αφροδισιολόγου Philippe Ricord (1800-1899). Εν τω μεταξύ λαμβάνει την γαλλική υπηκοότητα, εξασκεί την ιατρική στο Παρίσι και νυμφεύεται την ζωγράφο Μαρία-Τερψιθέα Κασσαβέτη (1843-1914). Το 1872 και έπειτα από πρόσκληση του Οθωμανού Πρέσβη των Παρισίων επιστρέφει στην Κωνσταντινούπολη για να αναλάβει την αναδιοργάνωση της Ιατρικής Σχολής και των νοσοκομείων. Εντούτοις η απαίτηση των Οθωμανών ιατρών για την διδασκαλία των μαθημάτων στα οθωμανικά καθώς και οι υποσχέσεις που δεν τηρήθηκαν, λειτούργησαν ανασταλτικά στην συνέχιση του έργου του. Στην Κωνσταντινούπολη ο Ζαμπακός χαίρει μεγάλης εκτίμησης. Χρίζεται προσωπικός ιατρός του Σουλτάνου Αμπντούλ Χαμίτ Β΄, προσωπικός ιατρός του χεδίβη της Αιγύπτου και λαμβάνει τον τιμητικό τίτλο του πασά για τις υπηρεσίες του. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το επιστημονικό έργο του Ζαμπακού που αποτελείται από 50 περίπου εργασίες γραμμένες στα γαλλικά με ποικίλη θεματολογία: χολέρα, γάγγραινα, σύφιλη, νευρικές διαταραχές. Ωστόσο η μελέτη του επικεντρώνεται στη λέπρα. Το 1897 δημοσιεύει το μνημειώδες σύγγραμμα του*Leslépreuxambulantsde Constantinople* (Οι περιπατητικοί λεπροί της Κωνσταντινούπολης). Το έργο του τυγχάνει μεγάλης αποδοχής από την ιατρική κοινότητα. Ωστόσο ο Ζαμπακός εμμένει στην λανθάνουσα αντίληψη της εποχής ότι η νόσος είναι κληρονομική. Για το σπουδαίο λεπρολογικό του έργο αλλά και για την εξέχουσα προσωπικότητά του λαμβάνει το 1900 το παράσημο της Λεγεώνας της Τιμής. Το 1914, ένα χρόνο μετά τον θάνατό του, εκδίδεται το εξίσου σπουδαίο έργο του *Lalèpre à traverslessièclesetlescontrées* (η λέπρα διαμέσου τον αιώνων και των χωρών).

137. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΣΥΦΙΛΗΣ

Μ. Καραμάνου[1], Γ. Τσουκαλάς[1], Α. Τσαρακλής[2], Σ. Γιάτσιου[3], Κ. Λάιος[1], Γ. Ανδρούτσος[1]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, [3]Τμήμα Γενικής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι οι πρώτες αναφορές στη νευροσύφιλη χρονολογούνται από το 1635, όταν ο γερμανός ιατρός Daniel Sennert (1572-1637) την ανέφερε για πρώτη φορά. Εκατό χρόνια αργότερα, το 1738, στην πραγματεία του με τίτλο *Demorbisvenereis*, ο Jean Astruc (1684-1766) αναφέρεται στη σύφιλη του νευρικού συστήματος ενώ το 1798 εμφανίζεται η πρώτη κλινική περιγραφή της νωτιαίας φθίσης και της προϊούσας γενικής παράλυσης, πρώτα από τον John Haslam (1764-1844) και στη συνέχεια από τους Gaspard-Laurent Bayle (1774-1816) και Jean-Étienne-Dominique *Esquirol* (1772-1840). Ο όρος *νωτιαία φθίση* δόθηκε από τον γερμανό ιατρό Moritz-Heinrich Romberg (1795-1873), το 1840, ενώ ο γάλλος νευρολόγος Guillaume Duchenne de Boulogne (1806-1875), το 1861, πρότεινε την ονομασία *προϊούσα κινητική αταξία*. Η κλινική εικόνα της προϊούσας γενικής παράλυσης περιγράφτηκε από τον Bayle το 1822 ενώ ένα έτος αργότερα έγραψε μια δεύτερη μελέτη για τη φρενίτιδα (οξύ εμπύρετο παραλήρημα λόγω εγκεφαλίτιδας) συμβάλλοντας στην διάγνωση της συνυπάρχουσας φρενίτιδας και γενικής παράλυσης. Θέμα ιδιαίτερα δημοφιλές στην ιατρική κοινότητα της εποχής, η νευροσύφιλη φαίνεται πως απασχόλησε ακόμη και τον άγγλο συγγραφέα των περιπετειών του Sherlock Holmes, Sir Arthur Conan Doyle (1859-1930), που το 1885 ολοκλήρωσε τη διδακτορική του διατριβή με θέμα την νωτιαία φθίση. Τη νόσο μελέτησαν διεξοδικά ο θεμελιωτής της νευρολογίας Jean-Martin Charcot (1825-1893) και ο μαθητής του Edouard Brissaud (1852-1902) που το 1879 δημοσίευσε με τον Καθηγητή Δερματολογίας Alfred Fournier (1832-1914) την κλασική μονογραφία για τη νευροσύφιλη με τίτλο *Lasyphilisducerveau* (Η σύφιλη του εγκεφάλου). Το ίδιο έτος, ο Fournier πρώτος κατέδειξε την αιτιολογία της νόσου συσχετίζονταςτην προϊούσα γενική παράλυση και τη νωτιαία φθίση με τη σύφιλη. Τέλος, ο γερμανός νευροψυχίατρος Carl-Friedrich-Otto Westphal (1833-1890) συνέβαλλε στη διάγνωση της νόσου με την ανακάλυψη του σημείου της κατάργησης του αντανακλαστικού της επιγονατίδος, το οποίο και φέρει το όνομά του.

138. Ο ΕΛΛΗΝΑΣ ΙΑΤΡΟΣ ΜΑΡΚΕΛΛΟΣ ΣΙΔΗΤΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ (ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ 1ου-2οςαι.μ.Χ.)

Ε. Σταυρουλάκης

Παιδοχειρουργός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη του αρχαίου Έλληνα ιατρού και του έργου του.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανάλυση και μελέτη των λειψάνων του έργου του.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο αρχαίος Έλληνας ιατρός Μάρκελλος Σιδήτης γεννήθηκε το τέλος του 1ουαι.μ.Χ. στη Σίδη (=Ροδιά) Παμφυλίας της Μ.Ασίας και ήκμασε επί αυτοκρατοριών Αδριανού και του υιού του Αντωνίνου Πίου(117-161μ.Χ.). Έγραψε στην Ελληνική ένα ογκώδες ιατρικό έργο σαράντα δύο βιβλίων σε ποιητικούς εξάμετρους στίχους, από το οποίο δυστυχώς διεσώθηκαν δύο λείψανα: "Περί λυκανθρωπίας" και "Ιατρικά περί ιχθύων". Λείψανα του πρώτου ανευρέθησαν σε μορφή πεζού κειμένου προερχομένων από συγκεχυμένο αριθμό στίχων, στον Αέτιο, Ορειβάσιο, Παύλο Αιγινίτη, αλλά και στον Πλούταρχο και Οππιανό. Στη συμπτωματολογία του λυκανθρώπου ανήκουν, ως αναφέρει, οι αδρανείς, ξηροί, κοίλοι και μη δακρύοντες οφθαλμοί, η ξηρή γλώσσα, η έντονη δίψα και οι εξελκωμένες κνήμες από τα δήγματα των σκύλων. Θεραπευτικά ο Μάρκελλος προτείνει φλεβοτομία, δίαιτα ευχύμων τροφών, λουτρά, ορρό γάλακτος, θηριακή έχιδνας και τη νύκτα υγρά επιθέματα επί της κεφαλής, ένσταξη οπίου στους ρώθωνες και κάποια υπναγωγά βοηθήματα. Στα λείψανα, "Ιατρικά περί ιχθύων" κατονομάζονται ιχθύες και οι ουσίες των ως θεραπευτικά ακέσματα, όπως στις περιπτώσεις "Περί τρίγλης επί άνθρακος" και "Περί τρυγώνος και άλλων επί πληγής θαλασσίου δράκοντος".
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το έργο του διασήμου Έλληνα ιατρού Μαρκέλλου Σιδήτη ήταν τόσο σπουδαίο, που απετέλεσε θεμελιώδη πηγή ιατρικής γνώσης των Ρωμαϊκών Δημοσίων Βιβλιοθηκών

139. Ο ΗΠΕΙΡΩΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ ΦΙΛΑΓΡΙΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ (3ος αι. μ.Χ.)

Ε. Σταυρουλάκης

Παιδοχειρουργός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη του Ηπειρώτη ιατρού και του έργου του.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελέτη πρωτολείων πηγών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Φιλάγριος γεννήθηκε στην Ήπειρο, έζησε μετά τον Γαληνό και πριν τον Ορειβάσιο, πιθανότατα κατά τον 3ο αι. μ.Χ. Ο Ευγενάτωρ τον προσδιορίζει στην Μάκρη της Λυκίας. Υπήρξε μαθητής του ιατρού Ναυμαχίου και εξήσκησε την ιατρική του πρωτίστως στην Θεσσαλονίκη. Ο Θεόφιλος τον ονόμαζε περιοδευτή, δηλαδή ιατρό που περιόδευε εξασκώντας την ιατρική του. Εθεωρείτο πολύ γνωστός στους Άραβες ιατρικούς συγγραφείς, οι οποίοι τον εμνημόνευαν συχνά, μάλιστα με το παραφθαρέν στη λατινική τους μετάφραση όνομα ως Filogorius, Filogoriseus, Faneligoris και είχαν διατηρήσει πολλούς τίτλους από το έργο του, όπως τα: "Περί λοιμώξεων", "Περί των ούλων και οδόντων συμβαινόντων", "Περί νόσων συμπτωμάτων", "Περί της νόσου της αρθρίτιδος", "Περί νεφρών ή κύστεως ασβεστώσεως", "Περί της νόσου του ήπατος", "Περί της νόσου του κολικού", "Περί ικτερικής νόσου", "Περί της νόσου του καρκίνου", "Περί δήγματος κυνός". Συνέταξε περί τα πενήντα μονόβιβλα ιατρικά βιβλία, πολλά συντάγματα και ένα υπομνηματικόν εις Ιπποκράτην, εκ των οποίων πλέον ανευρίσκονται λείψανα. Ο Κύριλλος τον κατατάσσει στους πλέον επιφανείς ιατρούς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο Ηπειρώτης ιατρός του 3ου μ.Χ. αιώνα Φιλάγριος, εργάστηκε στην Θεσσαλονίκη, αλλά και σε πολλά άλλα μέρη περιοδεύων, έγραψε ένα τεράστιο ιατρικό έργο και ανεγνωρήσθη ως ένας από τους πλέον διαπρεπείς ιατρούς της αρχαιότητας

140. JOSEPH_MARIE DUBREUIL (1790-1852), Ο ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΚΑΛΥΨΕ ΤΟ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΦΥΣΗΜΑ ΠΟΥ ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΔΕΙΚΝΥΕΙ ΤΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΤΗΣ ΚΑΤΙΟΥΣΑΣ ΑΟΡΤΗΣ

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

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ο Joseph Marie Dubreuil γεννήθηκε στο Landerneau της Γαλλίας, για να γίνει το νεαρότερο μέλος μιας οικογένειας με μεγάλη κληρονομιά στην ναυτική πολεμική ιατρική. Ο Joseph, παρακινούμενος από υπερηφάνεια εντάχθηκε στο πολεμικό ναυτικό σε νεαρή ηλικία. Αρχικά συμμετείχε στην εκστρατεία «Ολλανδία» όπου υπηρέτησε ως επικεφαλής ναυτικός χειρουργός-ιατρός στο νησί Texel του Frisian. Το ίδιο έτος, 1813, παρουσίασε τη διατριβή του στην Ιατρική Σχολή του Παρισιού. Άσκησε την ιατρική για τρία χρόνια στην ηπειρωτική Γαλλία, πριν αποφασίσει να επιβιβαστεί στη φρεγάτα «Ευρυδίκη», ταξιδεύοντας για δύο χρόνια μελετώντας την επιδημία του «κίτρινου πυρετού», η οποία ήταν σε άνοδο εκείνη την εποχή στο Αρχιπέλαγος των Αντιλλών. Επιστρέφοντας στη Γαλλία, κατά τη διάρκεια του 1818, διορίστηκε ως καθηγητής της ανατομίας στο σχολείο του Rochefort και αργότερα στη σχολή της Toulon. Η φήμη του ως λαμπρού χειρουργού και ανατόμου οδήγησε την Ιατρική Σχολή του Montpellier να χωρίσει για πρώτη φορά την έδρα της ανατομίας από αυτή της φυσιολογίας, διορίζοντας τον Dubreuil ως τον πρώτο καθηγητή της ανατομίας το 1824. Το έντονο ενδιαφέρον του ως προς την ανατομία τον οδήγησε προς την παλαιοντολογία και στη συμμετοχή του σε διάφορες ανασκαφές στις σπηλιές του Lunel. Υπό την ηγεσία του το Εργαστήριο Ανατομίας προχώρησε σε μεταρρυθμίσεις, αναπτύσσοντας την ανατομία και φέρνοντας την πιο κοντά στη χειρουργική. Ο Dubreuil ήταν ένας εξαιρετικός γενικός χειρουργός, ενώ είχε ολοκληρώσει μια πληθώρα δύσκολων για την εποχή καρδιολογικών και οφθαλμολογικών επεμβάσεων, καθώς και αυτοψιών και νεκροψιών. Στο αριστούργημα του «Observations et réflexions sur les anévrysmes de la portion ascendante et de la crosse de l' aorte», το οποίο συνέγραψε το 1841, περιέγραψε λεπτομερώς όλες τις γνώσεις που ήταν διαθέσιμες εκείνη την εποχή περί ανευρυσμάτων της κατιούσας αορτής. Ο Dubreuil, μετά από ενδελεχή ακρόαση και σχολαστική παρατήρηση της κυκλοφορίας της κατιούσας αορτής σε ασθενείς κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων, αλλά και νεκροψιών, ήταν ο πρώτος χειρούργος που αντιλήφθηκε και περιέγραψε συστηματικά το χαρακτηριστικό συνεχές φύσημα της κατιούσας αορτής, που πιθανότατα οδηγεί στη διάγνωση ανευρύσματος. Το 1832 έγινε πρύτανης του Πανεπιστημίου του Montpellier. Το 1852 πεθαίνει, ενώ ακόμα διατηρεί την έδρα του καθηγητής της ανατομίας της Ιατρικής Σχολής του Montpellier.

141. ΤΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΤΗΣ ΛΕΒΗΝΟΣ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ

Ε. Σταυρουλάκης

Παιδοχειρουργός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη ενός εκ των σπουδαιοτέρων Ασκληπιείων της αρχαιότητος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανάλυση και μελέτη αρχειακών και πρωτολείων αναφορών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αρχαία Λεβήν, ο σημερινός Λέ(ο)ντας, οφείλει το όνομά του στο δυτικό ομώνυμο ακρωτήριο του κόλπου,σχήματος αναπαυομένου λέοντος,που κατά τη μυθολογία έσυρε το άρμα της θεάς Ρέας.Η θεά από οίκτο απολίθωσε στη θέση αυτή τον τραυματισμένο λέοντα, κατά μίαν άλλην εκδοχή για να μην φανερώσει στον Κρόνο τη γέννηση και προστασία του Δία στο Ιδαίον Άντρον.Κατοικήθηκε ήδη από τη νεολιθική εποχή,ενώ ανεσκάφησαν στην περιοχή πρωτομινωϊκοί(2600-2000π.Χ.) θολωτοί τάφοι, με κτερίσματα και πολλά πήλινα,λίθινα και μαρμάρινα διακοσμημένα αγγεία,περιδέραια κ.α.(Αρχ.Μουσ.Ηρακλείου).Τέλος του 5ουαρχές του 4ουπ.Χ.αι.,οι Γορτύνιοι δημιούργησαν στη Λεβήνα(το επίνειό τους),ένα από τα σπουδαιότερα Ασκληπιεία,το οποίο κατά το τέλος του 4ου,αρχές του 5ουμ.Χ. αι.,με την επικράτηση του χριστιανισμού ανέστειλε για πάντα τη λειτουργία του,καταγράφοντας μια ιστορία χιλίων περίπου ετών.Το Ασκληπιείο επεσημάνθη από τον Άγγλο περιηγητή Thomas Pratt,κατά τα μέσα του 19ουαι.και ανεσκάφη κατά πρώτον από την Ιταλική Αρχαιολογική Σχολή των F.Halbherr και L.Pernier τα έτη 1900,1910,1912-13,όπου ανεδείχθη ο Ναός του Ασκληπιού,δύο Στοές,εκ των οποίων η μία έφερε και το χώρο του Θησαυρού,ενώ η άλλη αποτελούσε το Άβατον.Η Κρίνη παρείχε το ποιοτικότερο ίσως νερό των αρχαίων Ασκληπιείων με θεραπευτικές ιδιότητες(θεραπευτική υδρωποσία). Το Ασκληπιείο διέθετε ακόμη χώρο εξαγνιστικού καθαρμού πριν την εγκοίμηση,Ξενώνα και Δεξαμενές συλλογής θεραπευτικού ύδατος.Οι ανασκαφείσες επιγραφές ανέδειξαν ονόματα θεραπευμένων ασθενών δι' εγκοιμήσεως,συνταγές και θεραπείες.Ο Δήμανδρος από την Γόρτυνα επί παραδείγματι,με έντονες ισχιαλγίες,εδέχθη τη χειρουργική παρέμβαση του Ασκληπιού,ενώ στην περίπτωση της συζύγου του Φαλάρεως από τη Λεβήνα,τοποθετώντας ειδικές βεντούζες στη κοιλιά,εθεράπευσε τη στειρότητά της.Επί Ρωμαϊκής Εποχής,ο χρόνιος ασθενής Πόπλιος Γράνιος Ρούφος με αιμοπτυτικό βήχα και αρθραλγίες ώμου,δέχθηκε μία σύνθετη αγωγή του Ασκληπιού,αποτελούμενη από μέλι, οίνον, ρητίνη, κυδώνια, σύκα και στάχτη από το βωμό του θεού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το Ασκηπιείο της Λεβήνος Κρήτης στις ακτές του Λιβυκού Πελάγους,με το εξαίσιο κλίμα και το ιαματικό του νερό,θεωρείται από τα σπουδαιότερα της αρχαιότητας, διαγράφοντας μια ιστορική πορεία χιλίων περίπου ετών.

142. Ο ΕΛΛΗΝΑΣ ΙΑΤΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΩΝ ΕΚΛΕΚΤΙΚΩΝ ΑΡΧΙΓΕΝΗΣ Ο ΑΠΑΜΕΥΣ (100-163μ.Χ.)

Ε. Σταυρουλάκης

Παιδοχειρουργός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη του Έλληνα ιατρού Αρχιγένη και του συγγραφικού του έργου ως εκπροσώπου της Ιατρικής Σχολής των Εκλεκτικών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανάλυση και τεκμηρίωση πρωτολείων πηγών και αρχειακών κειμένων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ιατρός Αρχιγένης από την Απάμεια της Συρίας(100-163μ.Χ.), υιός του Φιλίππου και μαθητής του Αγαθίνου, εργάστηκε στη Ρώμη επί αυτοκράτορος Τραϊανού και έχαιρε εκτιμήσεως για την ιατρική του δραστηριότητα. Κατά συνέχεια της Σχολής των Μεθοδικών και Εμπειρικών, δημιουργήθηκε στη Ρώμη από Έλληνες ιατρούς η Σχολή των Εκλεκτικών, της οποίας θεωρείται εκπρόσωπος. Υπήρξε δηλαδή τολμηρός στην ιατρική του σκέψη, χρησιμοποιώντας νέους και ενίοτε ασαφείς όρους και ιατρικά κείμενα διαλεκτικής μορφής, απόψεις που δεν έγιναν πάντοτε αποδεκτές. Υπήρξε πολυγραφότατος, με "αξιόλογα συγγράμματα" κατά τον Γαληνό, όπως τα: "Περί ελλεβόρου χρήσεως", "Βιβλία επιστολικά ένδεκα τον αριθμόν", "Περί καστορίου χρήσεως βιβλίον", "Βιβλίον διδασκαλίας ανακτήσεως μνήμης βεβλημένης", "Εν τω πρώτω των χρονίων παθογνωμονικών", "Περί πεπονθότων τόπων", "Περί της των πυρετών σημειώσεως", "Περί εννοίας του πυρετού", "Μέγα βιβλίον περί σφυγμών", "Βιβλία περί μυών", "Βιβλία περί κανόνων", "Περί των κατά γένος φαρμάκων βιβλία δύο". Στις θεραπείες του αναφέρεται σε ικτερικούς, σε νόσους νεφρών, σπληνός, στομάχου κ.α. Χορηγεί φαρμακευτική αγωγή, σε γενική του οργανισμού προσβολή υπό των νόσων, σε φλεγμονώδεις παθήσεις όπως της σταφυλής και ανασταλτικά στην ουρήσεως καταστολή. Ο Γαληνός που επανειλημμένως μνημονεύει τον Αρχιγένη, έχει γράψει και "Υπομνήματα οις εξηγήται τε άμα και κρίνει το Περί σφυγμών Αρχιγένους βιβλίον". Πολλοί υπήρξαν και οι αμφισβητίες του στις περιπτώσεις π.χ. περί σφυγμών και πυρετού, όπου η υπέρλεπτη ενασχόλησή του σε ασαφείς λεπτομέρειες εμπειρείχε απόψεις προσωπικής προκατάληψης και όχι σημειολογία αληθών παρατηρήσεων. Ο Αρχιγένης και οι μαθητές του ωστόσο, για πολλά χρόνια προήγαγαν και καθιέρωσαν με επιτυχία τις ιατρικές απόψεις της Σχολής των Εκλεκτικών που εκπροσωπούσαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο Έλληνας ιατρός Αρχιγένης ο Απαμεύς, με νέες μεθόδους ιατρικής διαλεκτικής έκφρασης και πρακτικής, θεωρείται επάξια ο εκπρόσωπος της Ιατρικής Σχολής των Εκλεκτικών.

143. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

144. ΤΟ ΚΙΝΗΜΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ (1890-1940) ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Μ. Καραμάνου[1], Γ. Τσουκαλάς[1], Κ. Λάιος[1], Ε. Πουλάκου-Ρεμπελάκου[1], Κ. Κυριάκης[2], Γ. Ανδρούτσος[1]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Δερματολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Αγ. Βαρβαρά»

Στα τέλη του 19ου αιώνα, η κοινωνία χαρακτηριζόταν από πολλές σεξουαλικές φοβίες. Για παράδειγμα, θεωρείτο ότι η «σεξουαλική κατάχρηση» ήταν επικίνδυνη για το χαρακτήρα της πολιτισμένης κοινωνίας, καθώς και για τη σωματική υγεία των ατόμων. Οι περισσότεροι ιατροί συνιστούσαν κάποιου είδους εγκράτεια ενώ ήταν αντίθετοι στη χρήση αντισυλληπτικών μέσων μιας και πίστευαν ότι η μετάδοση πληροφοριών σχετικά με τις αντισυλληπτικές μεθόδους θα ενθάρρυνε την πορνεία και θα οδηγούσε σε λιγότερους γάμους και περισσότερα αφροδίσια νοσήματα. Ωστόσο, εκείνη την περίοδο, οι υπεύθυνοι σε θέματα δημόσιας υγείας, ιατροί και πολιτικοί των ευρωπαϊκών κρατών και των Η.Π.Α., συνειδητοποίησαν ότι ο περιορισμός της πορνείας δεν θα επιβράδυνε την εξάπλωση του αφροδίσιου νοσήματος και προχώρησαν στην ίδρυση του *Κινήματος Κοινωνικής Υγιεινής*. Το *Κίνημα* συμπεριλάμβανε ιατρούς και εργαζόμενους στον τομέα δημόσιας υγείας και πρόνοιας, αλλά και υπέρμαχους των γυναικείων δικαιωμάτων που αναζητούσαν όχι μόνο καλύτερη αντιμετώπιση των γυναικών που έπασχαν από σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ), αλλά, επίσης, πρόσβαση σε πληροφορίες για την αντισύλληψη. Το *Κίνημα* υποστήριζε το θεσμό του εντοπισμού περιστατικών, τις διαδικασίες υποβολής εκθέσεων για τα αφροδίσια νοσήματα, και το τέλος στο ιατρικό απόρρητο, που απαγόρευε στους ιατρούς να ενημερώνουν τις συζύγους των ασθενών με ΣΜΝ για τη φύση της ασθένειας των συζύγων τους. Πέραν την επιμόρφωσης, οι μεταρρυθμιστές υποστήριξαν μια σειρά νομοθετικών αλλαγών όπως ο νόμος του Mann, που ψηφίστηκε το 1910 στις Η.Π.Α. και απαγόρευε το εμπόριο λευκής σαρκός και τη μεταφορά των γυναικών με σκοπό την πορνεία. Το *Κίνημα Κοινωνικής Υγιεινής* αποτέλεσε ένα σημαντικό σταθμό στην ιστορία της ιατρικής και της κοινωνικής στάσης προς τα ΣΜΝ και τους προσβεβλημένους από αυτά.

145. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗ ΚΥΠΡΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΓΓΛΙΚΗΣ ΚΑΤΟΧΗΣ

Μ. Ταβλαντά[1], Ε. Παναγιώτου[1], J. Joanidhi[2], Α. Σαλίχου[2], Ν. Παράσχου[2], Μ. Γαρυφάλλου[2], Α. Μακρυγιάννη[2], Δ. Καβάκος[2], Μ. Ορφανού[2], Π. Ταβλαντάς[2]

[1]Επιστημονικός συνεργάτης, [2]Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

Την τουρκική κατοχή που κράτησε 300 χρόνια, τη διαδέχθηκε η Αγγλική από το 1878-1960. Για τρεις αιώνες ο κόσμος του νησιού έζησε κάτω από ένα καθεστώς, που το χαρακτήριζε η απάθεια, η κακοδιοίκηση, η απολυταρχία και ο Θεοκρατικός ισλαμισμός.

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας μας είναι η καταγραφή των ιατρικών υπηρεσιών στο νησί και η αναδιοργάνωσή τους επί Αγγλοκρατίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από την βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο πρώτος Κυβερνήτης της Κύπρου, ο Sir Carnet, διερωτάται, πως είναι δυνατόν ο κόσμος που έχει ανάγκη να ζει κάτω από άθλιες συνθήκες. Ακόμα, ο επαρχιακός Ιατρικός λειτουργός Αμμοχώστου, ιατρός Macnamara, περιγράφει τις ανύπαρκτες υγειονομικές συνθήκες και την αξιοθρήνητη κατάσταση. Από το 1878 ο υπεύθυνος της ιατρικής υπηρεσίας ονομαζόταν Αρχίατρος. Άμεσα συστήθηκε ο θεσμός του Φαρμακείου – Εξωτερικού ιατρείου, άρχισε η οικοδόμηση και η στελέχωση νοσοκομείων σε όλες τις επαρχίες και στη συνέχεια η δημιουργία Αγροτικών Ιατρείων. Το 1890 περίπου άρχισαν να διορίζονται ιατρικοί λειτουργοί στις κωμοπόλεις και σε άλλα μεγάλα αγροτικά κέντρα. Το 1899-1900 υπήρχαν μόνο **έξι αγροτικά ιατρικά κέντρα**, ενώ το 1909-1910 υπήρχαν **12**: Βατυλή, Ακανθού, **Γιαλούσα (Καρπασίας)**, Λεύκαρα, Μόρφου, Λεύκα, Πόλη Χρυσοχούς, Κοιλάνι, Άχνα, Κελλάκι, Κελοκέδαρα και στον Αγρό. Το 1925 ο αριθμός τους έφθασε τα 17. Το 1920 κτίστηκε το νέο Λεπροκομείο. Σανατόρια: Το 1926 ιδρύθηκε και λειτούργησε το Σανατόριο Αθαλάσσας και το 1942 το Σανατόριο Κυπερούντας για τη θεραπεία ατόμων πασχόντων από φυματίωση, μια από τις πιο συχνές ενδημικές ασθένειες στα πρώτα χρόνια της αγγλοκρατίας. Το 1928 για πρώτη φορά διορίστηκαν στο Ιατρικό Τμήμα, ένας βακτηριολόγος, ένας Χημικός, μία επιθεωρήτρια για τις μαίες, ένας περιπατητικός οφθαλμίατρος, μία αδελφή νοσοκόμος στη Έπαυλη των Λεπρών, μία αδελφή νοσηλεύτρια στο Σανατόριο και 21 βοηθοί υγειονομικοί επόπτες. Ο αριθμός των κλινικών για αφροδίσια νοσήματα αυξήθηκε σε τέσσερις. Στο Σανατόριο ανεγέρθηκαν νέοι θάλαμοι. Μαίες διορίστηκαν στα νοσοκομεία Λευκωσίας, Λάρνακας, Λεμεσού και Αμμοχώστου. Στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας ανεγέρθηκε μαιευτική πτέρυγα και εξωτερικά ιατρεία. Το 1929 δημιουργείται Τμήμα Υγείας και διορίζεται Διευθυντής Υγείας. Το Τμήμα Υγείας περιελάμβανε τον Κλάδο Υγιεινής με λειτουργούς: τον Ιατρικό Λειτουργό Υγείας, τον πρώτο Υγειονομικό Επιθεωρητή, έξι Επαρχιακούς Υγειονομικούς Επιθεωρητές και 26 Υγειονομικούς Επιθεωρητές. Επίσης, περιελάμβανε τον κλάδο Νοσοκομείων με τις διάφορες ιατρικές ειδικότητες και τους διάφορους ιατρικούς λειτουργούς, τον κλάδο της Φαρμακευτικής Υπηρεσίας και τον κλάδο της Νοσηλευτικής. Από το 1931 άρχισε η δημιουργία των μονάδων Υγείας. Το έργο των Μονάδων Υγείας εκτός από τη παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης και θεραπείας, περιείχε την πρωτοβάθμια φροντίδα και τις υπηρεσίες πρόληψης, όπως την επιθεώρηση τροφίμων, τον έλεγχο της υδατοπρομήθειας, την εξέταση των μαθητών των σχολείων, τη διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα υγείας και τη δημιουργία Κέντρων Ευημερίας για βρέφη. Άλλα μέτρα που ελήφθησαν, συμπεριελάμβαναν την ταφή των νεκρών σε κοιμητήρια έξω από τα χωρία και τις πόλεις και όχι στις αυλές των εκκλησιών, την παροχή υγιεινού ποσίμου νερού, την αναβάθμιση αποχετευτικού, τη διάθεση σκυβάλων σε ειδικούς χώρους και την ανέγερση αποχωτηρίων στα αγροτικά σπίτια και στις πόλεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παροχή Ιατρικών υπηρεσιών κατά τη διάρκεια της Αγγλικής κατοχής άρχισε συστηματικά και μεθοδικά να παρέχεται στο λαό του νησιού. Η Αγγλική διοίκηση έβαλε τη τεχνογνωσία και τη θέληση για καλύτερες συνθήκες και οι φόροι που πλήρωνε ο κόσμος έπιαναν τόπο.

146. ΟΙ ΑΓΝΩΣΤΟΙ ΑΡΧΑΙΟΙ ΙΑΤΡΟΙ, ΑΚΡΩΝ ΑΚΡΑΓΑΝΤΙΝΟΣ, ΑΡΙΣΤΟΓΕΝΗΣ ΘΑΣΙΟΣ, ΑΡΙΣΤΟΓΕΝΗΣ ΚΝΙΔΙΟΣ, ΑΨΥΡΤΟΣ ΠΡΟΥΣΑΕΥΣ Ή ΝΙΚΟΜΗΔΕΥΣ, ΒΩΛΟΣ ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟΣ

Ε. Σταυρουλάκης

Παιδοχειρουργός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη αγνώστων αρχαίων Ελλήνων ιατρών, μέσα από το ιατρικό και συγγραφικό τους έργο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανάλυση και μελέτη των ιστορικών πηγών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Άκρων από τον Ακράγαντα της Σικελίας(5ος αι.π.Χ.), ήταν υιός του Ξένωνος και σπούδασε στην Αθήνα φιλοσοφία και ρητορική μαζί με τον συμπατριώτη του Εμπεδοκλή · έπειτα δε ιατρική, πραγματοποιώντας πολλά ταξίδια σε Αίγυπτο και Ασία προς συγκομιδή ιατρικών γνώσεων και εμπειριών. Κατά την περίοδο του λοιμού στην Αθήνα (430 π.Χ.), άναψε φωτιές προς απολύμανση του αέρα με επιτυχία, βοηθώντας έτσι τους Αθηναίους, κατά τον Πλούταρχο. Πρεσβύτερος του Ιπποκράτους έγραψε σε δωρική διάλεκτο τα, "Περί τροφής υγιεινών", "Περί ιατρικής", ενώ ο Οράτιος αναφέρεται στο έργο του με λεπτομερή σχόλια(Scholia Horatiana Acronis).

ΟΑριστογένης ο Θάσιος(4ος αι.π.Χ.), επί βασιλείας Αντιγόνου του Μονόφθαλμου της Μακεδονίας υπήρξε ιατρός με σπουδαίο συγγραφικό έργο είκοσι τεσσάρων βιβλίων(κατά το Νικόλαο Ιθακήσιο τριάντα εννέα βιβλία), όπως τα, "Περί διαίτης", "Περί δυνάμεως", "Περί δακέτων"(δηγμάτων θηρίων και ερπετών), "Περί σπέρματος", "Υγιεινόν", "Επιστολικά", "Επιτομή φυσικών βοηθημάτων προς Αντίγονον".

Ο Αριστογένης ο Κνίδιος(3ος αι.π.Χ.), υπήρξε μαθητής του ιατροφιλοσόφου Χρυσίππου και ιατρός του βασιλέα της Μακεδονίας Αντιγόνου Γονατά, δίπλα στον οποίο απέκτησε μεγάλη δόξα. Οι συνταγές του μνημονεύονται από τον Κορνήλιο Κέλσο και τον Πλίνιο.

Ο Άψυρτος ο Προυσαεύς ή Νικομηδεύς(7ος αι.μ.Χ.),ήτανστρατιώτης και ιππίατρος του αυτοκράτορος Κωνσταντίνου Πωγωνάτου κατά την εν Σκυθία στον Ίστρον εκστρατεία του (671μ.Χ.). Θεωρείται ο σπουδαιότερος ιππίατρος της αρχαιότητος με τον Ιεροκλή. Έγραψε δύο σπουδαία ιππιατρικά έργα: "Των ιππιατρικών βιβλία δύο" και, "Φυσικόν περί των αυτών αλόγων"(βιβλία τέσσερα).

Ο Βώλος ο Δημοκρίτειος(2ος αι.π.Χ.), φιλόσοφος και ιατρός με γραπτό έργο, Φυσικής και Ιατρικής, από πολλούς ταυτίζεται με τον Βώλο Μενδήσιο τον Πυθαγόρειο στην Αίγυπτο, που έγραψε πολλά έργα ιατρικού, γεωργικού και φιλοσοφικού περιεχομένου. Το σπουδαιότερο, ονόματι, "Φυσικά και Μυστικά", άσκησε μεγάλη επίδραση στους αλχημιστές του Μεσαίωνα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο Άκρων, οι Αριστογένες Θάσιος και Κνίδιος, ο Άψυρτος και ο Βώλος, υπήρξαν ιατροί της αρχαιότητας σημαντικού ιατρικού και συγγραφικού έργου.

147. Η ΜΥΘΟΛΟΓΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΚΟΙΤΙΔΑΣ

Γ. Τσουκαλάς[1], Ι. Τσουκαλάς[2]

[1]Νευρολογική Κλινική Άγιος Γεώργιος, Αλυκές Βόλου, [2]Ιδιώτης ιατρός, Χανιά

Διαβάζοντας κανείς την Ελληνική Μυθολογία αναγιγνώσκει μία σειρά αναφορών σε περιπτώσεις μεταφοράς νεογνών από τον τόπο γέννησης τους προς άλλο «για νοσηλεία-ανατροφή», όπου το νεογνό θα παραμείνει μέχρις ότου αναπτυχθεί. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η μεταφορά του Δία. Η μυθολογική περιγραφή της «θερμοκοιτίδας-σπηλιάς», παραδόξως, φαίνεται να τηρεί τις σημερινές προδιαγραφές. Μπροστά στην σπηλιά φυτεύονται πεύκα και έτσι η είσοδο της διαθέτει ένα είδος φίλτρου για τον αέρα. Ένα είδος διπλού τοιχώματος, το οποίο αναπτυσσόταν ανάμεσα στην οροφή και τα κλαδιά ήταν αυτό ενός παρθένου αμπελιού με κάλυψη από ένα πυκνόφυλλο κισσό για προστασία του θεού από τα ρεύματα του αέρα. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλιζόταν η συντήρηση ενός περιβάλλοντος γλυκού, ζεστού και ελαφρά υγρού, δηλαδή ενός θερμικώς ουδέτερου περιβάλλοντος. Σ' αυτή τη θερμοκοιτίδα, με τον αυλό του Πάνα να τον νανουρίζει και με τη φροντίδα του «τμήματος νεογνών», των Υάδων, των Μαινάδων, των Σατύρων και των Σειληνών, έμεινε ο μικρός θεός έως ότου αποκτήσει το κανονικό του βάρος και μεγαλώσει. Δεν είναι δυνατόν να εξακριβωθεί αν όλα αυτά τα μυθικά γεγονότα στηρίχθηκαν σε πρακτικές της εποχής ή αποτελούν συλλήψεις κάποιου τολμηρού μυαλού. Το πιθανότερο πάντως είναι πως μέσα από τις πρακτικές και τις γνώσεις της εποχής έχουμε την πρώτη εικόνα μίας πρωτόγονης αλλά και πρωτοπόρου θερμοκοιτίδας, που εμφανίζετε χιλιάδες χρόνια πριν τη σύγχρονη ανακάλυψή της.

148. ΙΣΤΟΡΙΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

Λ. Κουρκούτα[1], Κ. Βαρσαμίδης[2], Ε. Φραδέλος[3], Σ. Αμπραχίμ[4]

[1]Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, [2]Τμήμα Φυσικοθεραπείας ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, [3]Μεταπτυχιακός Φοιτητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, [4]ΓΝ Αττικής ΚΑΤ Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα ιστορική μελέτη παρέχεται το ιστορικό της εξωσωματικής γονιμοποίησης, η οποία αυξάνει την πιθανότητα απόκτησης παιδιών στα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε εμπεριστατωμένη καταγραφή και μελέτη των σχετικών βιβλιογραφικών αναφορών σε βάσεις δεδομένων (ΙΑΤΡΟΤΕΚ) και στη μηχανή αναζήτησης Google Scholar,με λέξεις-κλειδιά: ιστορία, εξωσωματική γονιμοποίηση, υπογονιμότητα και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πρόοδος που σημειώθηκε στο χώρο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στηρίζεται στις γνώσεις που αποκτήθηκαν από τον περασμένο αιώνα. Το 1932 το μυθιστόρημα επιστημονικής φαντασίας "Brave new world" δημοσιεύθηκε από τον A. Huxley, ο οποίος περιέγραψε ρεαλιστικά την τεχνική του IVF όπως την γνωρίζουμε. Το 1945 ο βιολόγος J.Rostand διαπίστωσε τη δυνατότητα καταψύξεως και διατηρήσεως των σπερματοζωαρίων για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το 1953 πραγματοποιήθηκε με σπερματέγχυση η πρώτη γονιμοποίηση με κατεψυγμένο σπέρμα, ενώ στο τέλος της δεκαετίας του 1950 οι Ch. Thibault στη Γαλλία και M.C.Chang στις Η.Π.Α. πραγματοποίησαν για πρώτη φορά γονιμοποίηση in vitro στα θηλαστικά. Από τη δεκαετία του 1960 και μετά, άρχισαν να χρησιμοποιούνται διάφορα φάρμακα για τη διέγερση των ωοθηκών για να επιτευχθεί η ανάπτυξη και ωρίμανση πολλαπλών ωαρίων με στόχο την in vitro γονιμοποίηση των ωαρίων. Ο συνδυασμός αυτών των θεραπευτικών μεθόδων σε συνδυασμό με την ενδομήτρια μεταφορά εμβρύων, οδήγησε στην καθιέρωση της εξωσωματικής γονιμοποίησης ως μεθόδου αντιμετώπισης της στειρότητας και υπογονιμότητας ζευγαριών. Εμφανής παράδειγμα είναι η γέννηση της Louise Brown στις 25 Ιουλίου του 1978, του πρώτου παιδιού στον κόσμο μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση και εμβρυομεταφορά, του πρώτου 'test-tube baby' «παιδί του σωλήνα', όπως έμεινε κοινά γνωστό από τους P. Steptoe και R.Edwards, στο Όλνταμ της Αγγλίας. Ένα ορόσημο που αποτέλεσε τον καταλύτη για μια σειρά νέων μεθόδων και τεχνικών που ραγδαία επακολούθησαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η Ιατρική ασχολήθηκε και συνεχίζει να ασχολείται με τα προβλήματα υπογονιμότητας του ανθρώπινου είδους παρέχοντας λύσεις και νέες τεχνικές όπως την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, η οποία έχει συμβάλει τα μέγιστα στη ζωή του σύγχρονου ανθρώπου.

149. Ο LOUIS VAQUEZ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ε. Σινιοράκης, Σ. Αρβανιτάκης, Ν. Γιαννακόπουλος, Σ. Παμούκη, Β. Δερβένη, Σ. Καλογήρου, Γ. Μπόκος, Σ. Λυμπέρη

Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ. «Σωτηρία»

Ο Louis Vaquez (1860-1936) υπήρξε διάσημος Γάλλος καρδιολόγος, η φήμη του οποίου εδραιώθηκε μετά την έρευνά του επί του συνδρόμου της ιδιοπαθούς πολυκυτταραιμίας και των επιπτώσεών της επί του καρδιοκυκλοφορικού συστήματος. Το σύνδρομο αυτό έκτοτε περιγράφεται ως πολυκυτταραιμία vera ή νόσος Vaquez.

Ο Vaquez συνδέθηκε με την Ελλάδα όταν ανέλαβε την παρακολούθηση του Ελευθερίου Βενιζέλου, μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο που ο τελευταίος υπέστη το 1924. Λίγα χρόνια μετά, το 1930 στην Γαλλία, ο Vaquez πρωτοστάτησε στην ίδρυση της οργάνωσης «Βοήθεια προς τους καρδιοπαθείς». Σκοπός της οργάνωσης ήταν η περίθαλψη καρδιοπαθών, ιδιαίτερα παιδιών σχολικής ηλικίας, τόσο στην Γαλλία, όσο και σε άλλες χώρες, εφ'όσον όμως αυτές διέθεταν ανεξάρτητη ειδικότητα Καρδιολογίας. Στην Ευρώπη, άμεση ανταπόκριση υπήρξε εκ μέρους της Ρουμανίας και της Τσεχοσλοβακίας. Η Ελλάδα δεν μπόρεσε να επωφεληθεί από την πρωτοβουλία αυτή, ως μη διαθέτουσα αντίστοιχη ειδικότητα.

Ο Vaquez επιθυμώντας να εντάξει την χώρα μας στο παραπάνω πρόγραμμα προέβη σε επανειλημμένα διαβήματα προς τον πρωθυπουργό Ελευθέριο Βενιζέλο και τον υπουργό Υγιεινής, προβάλλοντας μέσω αλληλογραφίας την ανάγκη δημιουργίας ανεξάρτητης ειδικότητας Καρδιολογίας. Η επιστολογραφία αυτή διασώζεται στα αρχεία της χώρας και εντυπωσιάζει για την επιχειρηματολογία της. Δυστυχώς, οι κοινωνικές αναταραχές, ο σχεδόν σύγχρονος θάνατος των Vaquez και Βενιζέλου, και η έκρηξη του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου, ξεθώριασαν την φιλόδοξη ιδέα. Στην Ελλάδα η Καρδιολογία καθιερώθηκε ως ανεξάρτητη ειδικότητα μόλις το 1954, 24 χρόνια μετά την πρωτοβουλία Vaquez.

150. Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΡΟΥΦΟΥ ΤΟΥ ΕΦΕΣΙΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΟΝΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

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

[1]Ιστορία της Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας., [2]Τμήμα Γενικής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας., [3]Εργαστήριο Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Μία από τις βασικές απαιτήσεις της ανατομίας είναι η σαφής διάκριση μεταξύ των τμημάτων του σώματος. Τα πρώτα κείμενα με ανατομική ορολογία ξεκίνησαν βασισμένα στις ανατομές ζώων. Ο Ρούφος ο Εφέσιος ανήκει σε εκείνους τους συγγραφείς που ακολούθησε το ρεαλιστική στόχο, να συνθέσει ένα ονοματολογικό ανατομικό λεξικό για τους μαθητές του. Είναι ένας εμπειρογνώμων ανατόμος, έχοντας εκτελέσει πάμπολλες νεκροτομές. Το γεγονός ότι ο Ρούφος θεώρησε τη γνώση της ανατομίας ως σημαντικό συστατικό γνώσης παρουσιάζεται στο έργο του για τους αρχάριους ιατρούς «Περὶ ὀνομασίας τῶν τοῦ ἀνθρώπου μορίων», ή εν συντομία «Ονομαστικόν». Το έργο αυτό της προ-Γαληνικής εποχής αποτέλεσε ένα πρότυπο λεξικό της ανατομικής νομενκλατούρας. Στο μνημειώδες έργο του, εκτός από τον πίθηκο χρησιμοποιεί και ένα σκλάβο για την ακριβή περιγραφή των εξωτερικών και των εσωτερικών οργάνων, «τα επιφανή και τα ένδον». Δεν αρκείται μόνο στη συγγραφή του λεξικού του, αλλά προχωρά και στην αναλυτική επεξήγηση της λειτουργίας των οργάνων, ενώ σχολιάζει και τις απόψεις προηγούμενων συγγραφέων, ανάμεσα στους οποίους και του Ιπποκράτη, συγγράφοντας στην πραγματικότητα μία εγκυκλοπαίδεια ανατομίας. Διαχωρίζει τα νεύρα από τους χόνδρους, κατατάσσει τα εσωτερικά όργανα σε «μυώδη, σαρκώδη, αδενοειδή, διαπίμελα ή, υποπίμελα και ψαθυρά». Εισαγάγει τον όρο «ώτα της καρδιάς». Αντικαθιστά τους όρους που χρησιμοποιούσε ο Ιπποκράτης «δελφύς και γόνη» με τους όρους «μήτρα και υστέρα». Διαχωρίζει ανατομικά τον ουρητήρα, την ουρήθρα και τον ουρητικό πόρο. Ο Γαληνός αν και μερικές δεκαετίες νεότερος σπάνια τον αναφέρει, όταν όμως το κάνει, η προσφώνηση του είναι η εξής, «Ο Ρούφος είναι ένας καταπληκτικός ιατρός με βαθιά γνώση της τέχνης της ιατρικής». Ο Ορειβάσιος τον ονομάζει «Ο Μέγας». Ο Ρούφος ο Εφέσιος επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την ιατρική της αρχαιότητας, τόσο τη Βυζαντινή όσο και την Αραβική. Έγραψε πάνω από 100 ιατρικά έργα, από τα οποία σώζονται 4 και ορισμένα χωρία άλλων, σκορπισμένα στα κείμενα της αρχαιότητας. Αποτέλεσε ένα φάρο γνώσης που συνετέλεσε στην καθιέρωση διεθνώς της ανατομικής ονοματολογίας με Ελληνικούς ιατρικούς όρους.

151. EDITH LOUISE POTTER (1901-1993)

Π. Ιαβάτσο, Χ. Ιαβάτσο, Φ. Ντζιώρα

Royal Surrey County Hospital, Guildford, UK

Το όνομά της συνδέθηκε με τα χαρακτηριστικά του προσώπου βρεφών με αμφοτερόπλευρη νεφρική αγενεσία καθώς και με τη σύγχρονη υποειδικότητα της περιγεννητικής παθολογίας.

Γεννήθηκε στο Κλίντον της Αιόβα και σπούδασε ιατρική στο πανεπιστήμιο της Μινεσότα το 1925. Μετά από πέντε χρόνια εργασίας στον ιδιωτικό τομέα και περαιτέρω σπουδών στη Βιέννη έλαβε την ειδικότητά της στην Παθολογία και το 1934 παρουσίασε τη διδακτορική της διατριβή. Στη συνέχεια εργάστηκε στο τμήμα μαιευτικής και γυναικολογίας του πανεπιστημίου του Σικάγο και το 1956 έγινε καθηγήτρια παθολογίας στο Chicago Lying-in Hospital. Διατήρησε αυτή τη θέση μέχρι και τη συνταξιοδότησή της το 1967.

Ο επικεφαλής του τμήματος υγείας του Σικάγο Herman Bundeson είχε πειστεί ότι η υγεία μιας πόλης αντανακλάται στη βρεφική θνησιμότητα. Για να ανακαλύψει την αιτία των βρεφικών θανάτων δεν έδινε εύκολα άδεια ταφής σε βρέφος αν προηγουμένως δεν είχε πραγματοποιηθεί νεκροψία. Αυτό επέτρεψε στην Edith Potter να αποκτήσει τεράστια εμπειρία στην περιγεννητική εξέταση μετά θάνατο και να δείξει ότι οι δύο κύριες αιτίες θανάτου μεταξύ των τελειόμηνων βρεφών στη δεκαετία του 1930 ήταν η ενδοκρανιακή αιμορραγία και η υποξία που σχετιζόταν με τους πολύωρους και τραυματικούς τοκετούς της εποχής.

Η κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται ως σύνδρομο Potter αναγνωρίστηκε σε 17 αρσενικά και 3 θήλεα νεογνά σε μία σειρά από 5000 εμβρυικές και νεογνικές νεκροψίες. Η έρευνα της Potter επικεντρώθηκε μόνο στην πλήρη νεφρική αγενεσία, όμως έκτοτε το όνομα έχει επεκταθεί σε οποιαδήποτε κατάσταση στην οποία οι νεφροί αδυνατούν να αναπτυχθούν πλήρως.

Ο όρος σύνδρομο Potter χρησιμοποιείται για να περιγράψει την παντελή απουσία ή δυσπλασία των νεφρών του βρέφους σε συνδυασμό με άλλες συγγενείς ανωμαλίες. Εκδηλώνεται ως πνευμονική υποπλασία (συχνά σοβαρή και ασύμβατη με τη ζωή), περιορισμό αύξησης (IUGR), προσωπείο Potter (χαμηλή πρόσφυση αυτιών, πεπλατυσμένη μύτη, ρυτιδωμένο δέρμα, επίκανθος, μικρογναθία, αυξημένο διάστημα ανάμεσα στα μάτια) και μυοσκελετικές ανωμαλίες.

Το ολιγουδράμνιο (ανεπάρκεια της ποσότητας του αμνιακού υγρού) είναι η αιτία της αποτυχίας της ανάπτυξης των πνευμόνων και της συμπίεσης των άκρων στο έμβρυο. Η πρόγνωση του συνδρόμου είναι κακή με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας. Τα αρσενικά έμβρυα επηρεάζονται συχνότερα από τα θηλυκά. Τα προσβεβλημένα νεογνά γεννιούνται συνήθως νεκρά ή πεθαίνουν σύντομα μετά τη γέννηση. Πολλοί συγγραφείς διαφωνούν κατά πόσο η κληρονομικότητα είναι αυτοσωμική επικρατής ή υπολειπόμενη.

Η Potter είχε την πρωτότυπη - για τα δεδομένα της εποχής της - αντίληψη ότι τερατογόνα σύνδρομα μπορεί να επηρεάσουν άσχετα μεταξύ τους όργανα ή ιστούς, τα οποία βρίσκονται σε ευπαθή κατάσταση της εμβρυικής τους ανάπτυξης κατά τη στιγμή που ενεργεί το τερατογόνο. Πίστευε πως η περιγραφή του σώματος ενός νεκρού βρέφους δεν έχει καμία αξία ως ένα απομονωμένο κομμάτι πληροφοριών, αλλά όταν συνδέεται με τις διάφορες μορφές κληρονομικότητας, τη σύλληψη, την ανάπτυξη, το ενδομήτριο και το εξωμήτριο περιβάλλον.

152. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙ ΚΛΑΔΟΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΓΑΛΗΝΟ ΤΗΣ ΠΕΡΓΑΜΟΥ

Ι. Κουτρούμπα[1], Δ. Κουτρούμπας[2]

[1]Ειδικευόμενη Μαιευτικής Γυναικολογίας, Α΄ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, ΓΝ Αλεξάνδρα, [2]Ιστορικός των επιστημών, Διδάσκων Ιστορίας της Οδοντιατρικής, Μεταδιδακτορικός Ερευνητής Τμήμα Οδοντιατρικής Ε.Κ.Π.Α.

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας είναι να παρουσιασθούν η Ιατρική και οι βασικοί κλάδοι της κατά τη ρωμαϊκή αυτοκρατορική περίοδο όπως περιγράφεται στην πραγματεία του Γαληνού Τέχνη Ἰατρική.

ΥΛΙΚΟ: Ως πρωτογενής πηγή χρησιμοποιήθηκε η συνολική έκδοση του Corpus Galenicum από τον Carl Gottlob Kühn, Claudi Galeni Opera Omnia [Medicorum Graecorum opera omnia quae exstant, I-XX] Lipsiae 1821-1833.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκαν οι τεχνικές της ιστορικής έρευνας για την συλλογή, ανάλυση, επεξεργασία και ερμηνεία του πρωτογενούς και δευτερογενούς βιβλιογραφικού υλικού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο Γαληνός της Περγάμου αποτελεί τη σημαντικότερη ιατρική φυσιογνωμία της ρωμαϊκής αυτοκρατορικής περιόδου, έχοντας σπουδάσει ιατρική περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο ιατρό της αρχαιότητας.

Στο έργο του Τέχνη Ἰατρική παρουσιάζει συνοπτικά την ιατρικής τέχνη και τους τομείς από τους οποίους αποτελείται με ταυτόχρονη παρουσίαση των διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων της. Πρόκειται για μια ιατρική πραγματεία που έχαιρε εξαιρετικής δημοτικότητας από την ύστερη αρχαιότητα ως και την Αναγέννηση ως ένα εισαγωγικό εγχειρίδιο, για τη διδασκαλία της Ιατρικής.

Στη σκέψη του η ιατρική ως επιστημονικός κλάδος είναι «η επιστήμη των υγιεινών, των νοσωδών και των ουδετέρων» (I, 307, K). Κάθε ένα από τα τρία αυτά συστατικά της ιατρικής αναφέρονται τόσο στο ανθρώπινο σώμα όσο στα αίτια και τα γνωρίσματα αυτών. Σε επόμενο επίπεδο, χρησιμοποιώντας την μέθοδο των διαιρέσεων σε είδη, διακρίνει ως επιμέρους κλάδους της ιατρικής: τη φυσιολογία, τη στοιχειολογία, την ανατομία, τη διαγνωστική, τη θεραπευτική, την προγνωστική, την υγιεινή, την αναληπτική και τέλος την προληπτική ιατρική.

153. ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗ ΚΥΠΡΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΜΕΣΑΙΩΝΑ

Μ. Ταβλαντά[1], Ε. Παναγιώτου[1], J. Joanidhi[2], Α. Σαλίχου[2], Ν. Παράσχου[2], Μ. Γαρυφάλλου[2], Α. Μακρυγιάννη[2], Δ. Καβάκος[2], Μ. Ορφανού[2], Π. Ταβλαντάς[2]

[1]Επιστημονικός συνεργάτης, [2]Παιδαιτρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

Η Ελληνική Κύπρος από τα αρχαία χρόνια είχε αναπτυγμένη τη εξάσκηση της Ιατρικής επιστήμης. Δια μέσου των αιώνων είχε άρρηκτους δεσμούς με την Ελλάδα σε όλα τα επίπεδα και αυτό τη κράτησε ζωντανή, παρά τις κακουχίες και δουλείες που πέρασε ο κόσμος της.

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης μας η καταγραφή της ιατρικής στη Κύπρο κατά την διάρκεια του 13ου και 14ου μΧ αιώνα. Τότε ήταν υπόδουλη στους Φράγκους και τους Ενετούς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από τη βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έλληνες γιατροί δεν αναφέρονται σε αυτό το χρονικό διάστημα. Υπάρχουν όμως αναφορές σε γιατρούς δυτικής προέλευσης που ήταν εγκατεστημένοι στην Κύπρο, κυρίως στη Λευκωσία και την Αμμόχωστο. 1: Fisicus περιγράφει αυτούς που ασχολούνταν με την γενική ιατρική. Αυτοί, μάθαιναν το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, έπαιρναν το σφυγμό του, προέβαιναν σε εξέταση των ούρων του και στη συνέχεια πρότειναν αλλαγές στο διαιτολόγιο, στα φάρμακα ή την αφαίμαξη, σύμφωνα με την κρίση τους. Αρκετοί από αυτούς μπορούσαν να κάνουν χειρουργικές επεμβάσεις και να θεραπεύουν ανοικτές πληγές. Αρκετοί από αυτούς ήταν ιερωμένοι. 2. Ο όρος cirurgus, αντιστοιχεί στον σημερινό χειρουργό. χρησιμοποιείτο για τους γιατρούς με υψηλού επιπέδου γνώσεις στους τομείς της φυσικής επιστήμης και της φαρμακευτικής και με παιδεία στις ανθρωπιστικές σπουδές σε δυτικά πανεπιστήμια, ιδίως σε αυτό της Μπολόνιας της Ιταλίας. Υπήρχε κοινή αντίληψη πως οι χειρουργοί είχαν λιγότερη μόρφωση από τους fisici, ορισμένοι εκ των οποίων περιφρονούσαν το χειρουργικό επάγγελμα θεωρώντας το χειρωνακτική εργασία. Στο τέλος του 13ου και τον 14ο αιώνα αρκετοί χειρουργοί εγκατεστημένοι στην Κύπρο έφεραν και αυτοί τον τίτλο του μάγιστρου και, μεταξύ άλλων, έβαζαν επιδέσμους σε πληγές, ανέτασσαν κατάγματα και έκαναν χειρουργικές επεμβάσεις με τη χρήση εξειδικευμένων ιατρικών εργαλείων. Άλλες δύο κατηγορίες ιατρών αναφέρονται οι 3. Οι barberi *που* είχαν περιορισμένη μόρφωση, μάθαιναν την τέχνη τους ως μαθητευόμενοι και μπορούσαν να προβούν σε αφαιμάξεις και κάποιες εύκολες χειρουργικές επεμβάσεις και οι 4. αποθηκάριοι που ετοίμαζαν φάρμακα, σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών, τα πουλούσαν και σε ασθενείς που τους τα ζητούσαν. Υπήρχε ολοκληρωμένο νομικό πλαίσιο στο οποίο περιγράφονται οι διάφορες ασθένειες και ιατρικές πρακτικές που εφαρμοζόταν τότε καθώς επίσης κα τις σχετικές ποινές αλλά και τη διαδικασία που θα έπρεπε ένας αλλοδαπός ιατρός να ακολουθήσει αν επιθυμούσε να ασκήσει το ιατρικό επάγγελμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αναφορά σε διάφορες κατηγορίες ιατρών, μαρτυρεί ότι υπήρχε ειδίκευση τότε στον τομέα της ιατρικής στη Κύπρο. Οινομικές πηγές αυτής της εποχής, συγκεκριμένα οι Ασσίζες και οι κανόνες της λατινικής εκκλησίας της Κύπρου, παρέχουν ενδιαφέροντα στοιχεία για το νομικό πλαίσιο μέσα στο οποίο δρούσαν οι γιατροί.

154. Ο ΝΑΟΣ ΑΛΕΑΣ ΑΘΗΝΑΣ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ

Σ. Κολιαντζάκη[1], Σ. Δημητρακόπουλος[2], Κ. Σώρρας[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [3]ΓΝ Πατρών «Αγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Η Ο ναός της Αλέας Αθηνάς χτίστηκε τον 4ο π.Χ. αιώνα. με την ύπαρξη αγάλματος του Ασκληπιού και της Υγείας ο ναός πρέπει να λειτουργούσε και ως θεραπευτήριο

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Αρχαία Ελληνική Βιβλιογραφία

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ναός της Αλέας Αθηνάς είναι ο δεύτερος σε μέγεθος της Πελοποννήσου μετά το ναό του Ολυμπίου Διός στην Ολυμπία. Αλέα ονομαζόταν η Θεά Αθηνά, στην Αρκαδίο, όπου σύμφωνα με την μυθολογία έλαβε μέρος στους πολέμους της Αλέας, της Μαντινείας και τηςΤεγέας. Αρχικά η Αλέα ήταν ιδιαίτερη θεότητα, που όμως αργότερα σχετίστηκε με την Αθηνά. Το ιερό χτίστηκε τον 4ο π.Χ. αιώνα,. και καταστράφηκε από σεισμό τον 6ο αιώνα μ.Χ. και τους βυζαντινούς αυτοκράτορες Μεγάλο Θεοδόσιο (379-395μ.χ.) και Θεοδόσιο Μικρό (408-450μ.χ.) και από τις επιδρομές των βάρβαρων Γότθων. Έτσι κατεστραμμένος παρέμεινε για 16 αιώνες, ώσπου τον έφερε στο φως ο G.Mendel, το 1901-2. αλλά υπήρχε σπουδαίο μυκηναϊκό ιερό, πάλι αφιερωμένο στη θεότητα που καταστράφηκε από πυρκαγιά το 395 π.Χ. Ο ναός είναι έργο του μεγάλου παριανού γλύπτη Σκόπα. Για την κατασκευή του χρησιμοποιήθηκε μάρμαρο από τα Δολιανά και για τη θεμελίωση ντόπιος αμυγδαλόλιθος. Συνδύασε τους τρεις μεγάλους ρυθμούς της αρχαιότητας, Δωρικό, Κορινθιακό και Ιωνικό. Ο ναός υπήρξε μέγα άβατο, απροσπέλαστο στους αμύητους και προστατευόταν από ιερό άλσος. Είναι από τους ναούς που εγκολπώνουν τα καινούρια θρησκευτικά ήθη. Έτσι ο βωμός των αιματηρών αρχέγονων θυσιών βρίσκεται απόμακρα ενώ το αναίμακτο θυσιαστήριο δεσπόζει. Ο ναός ήταν καταστόλιστος με σπουδαία αγάλματα της Αθηνάς, του Ασκληπιού και της Υγείας καθώς και πολλών άλλων θεών και ηρώων. Επίσης φυλασσόταν στο ιερό του το δέρμα και τα δόντια του μυθικού καλυδώνιου κάπρου. Ο Παυσανίας μας παραδίδει πως στη θέα αυτών των λειψάνων ο προσκυνητής καταλαμβανόταν από ανεξήγητους σπασμούς. Αυτή η παράδοση μαζί με την ύπαρξη αγάλματος του Ασκληπιού και της Υγείας μας οδηγεί στο ότι ο ναός πρέπει να λειτουργούσε και ως θεραπευτήριο Εκεί λατρευόταν η θεά Αθηνά στα μυκηναϊκά χρόνια και η λατρεία της συνεχίστηκε στη γεωμετρική εποχή (1100-800 π.Χ.), Ο Παυσανίας (8.45.4-8.47.4) μάς πληροφορεί, ότι μυθικός ιδρυτής του ιερού της Αλέας Αθηνάς υπήρξε ο Άλεος γιος του Αφείδα απόγονο του Αρκάδα, που βασίλεψε στην Τεγέα και καθιέρωσε εκεί τη λατρεία της θεάς Αθηνάς και εκφράζει το θαυμασμό του για το ναό και το γλυπτό του διάκοσμο «μέγαν τε και θέας άξιον»,.. Προς τιμή της είχαν θεσπιστεί τα Αλεαία και τα Αλώτια που διεξάγονταν στο στάδιο της Τεγέας που βρισκόταν ανατολικά του ιερού της Αλέας, προς την κατεύθυνση του χωριού Αχούρια που μετονομάστηκε σε Στάδιο. (Παυσ. VIII, 47, 2-4) Πρόκειται για περίπτερο δωρικό ναό, αμφιπρόστυλο εν παραστάσι, με σαφείς τις επιδράσεις από το ναό της Φιγάλειας και τα Προπύλαια της Ακρόπολης των Αθηνών. Ο σηκός περιβαλλόταν από δωρικό πτερό 6 x 14 κιόνων (διαστάσεις στυλοβάτη 47,55 x 19,19 μ.). Εσωτερικά, κατά μήκος του βόρειου και νότιου τοίχου του σηκού, ο ναός κοσμείτο με επτά κορινθιακούς ημικίονες. Η κύρια είσοδός του ήταν στα ανατολικά με επικλινές επίπεδο, ενώ μικρότερη είσοδος υπήρχε στη μέση της βόρειας πλευράς του σηκού, με αντίστοιχο επίσης επικλινές επίπεδο στη βόρεια πλευρά του κρηπιδώματος. Είχε έξι (6) κίονες στις όψεις και δεκατέσσερις (14) στις μακρινές πλευρές, μακρύ σηκό, πρόναο και οπισθόδομο εν παραστάσει. Το έξω περιστύλιο ήταν ρυθμού Ιωνικού, το έσω περιστύλιο κάτω Δωρικού και άνω Κορινθιακού ρυθμού. Εναέτιες συνθέσεις εγκωμιάζεται το ηρωικό κατόρθωμα της Αταλάντης, η οποία είχε ανατραφεί στα αρκαδικά βουνά ήταν το κυνήγι του Καλυδώνιου κάπρου στην μπροστινή ανατολική πλευρά και ο αγώνας του Τήλεφου, γιου του Ηρακλή και της Αύγης,(κόρης του Αλέα) ενάντια στον Αχιλλέα των Ελλήνων που εισέβαλαν στο κράτος της μικρασιατικής Μυσίας στο πίσω δυτικό αέτωμα. Μπροστά στο ναό βρέθηκαν τα θεμέλια του Μεγάλου Βωμού της θεάς (11μ. Χ 23μ.) έργο του Σάτυρου - βοηθού του Σκόπα. Το άγαλμα της θεάς ήταν δημιούργημα του Ενδοίου κατασκευασμένο από ελεφαντόδοντο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο ναός,θεραπευτήριο βρισκόταν ΝΔ της αρχαίας πόλης Τεγέας, πόλης της Αρκαδίας, 9 χμ. νότια της Τρίπολης, σήμερα στο ομώνυμο χωριό Αλέα.

155. Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΔΑΜ, ΟΤΑΝ Ο ΝΟΥΣ ΣΥΝΑΝΤΑ ΤΟ ΘΕΙΟ

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

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Ιστορία της Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.,[3]Εργαστήριο Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Ο Μικελάντζελο Μπουοναρότι (1475-1564) εικονογραφεί στο θόλο του παρεκκλησίου Καπέλα Σιξτίνα μία τοιχογραφία, τη «Δημιουργία του Αδάμ». Μελετώντας προσεκτικά τις λεπτομέρειες διαπιστώνουμε την πιθανή απεικόνιση ενός ανθρωπίνου εγκεφάλου και σημαντικές ομοιότητες με νευροανατομικά σχήματα. Τα πρώτα στοιχεία που έρχονται στο φως, είναι οι αύλακες και οι σχισμές του εγκεφάλου. Η υπερμεσολόβια αύλακα εκτείνεται από το ισχίο του αγγέλου μπροστά από το θεό, προχωρά στους ώμους του Θεού, στο μέτωπο της Ήβης και καταλήγει στο αριστερό χέρι του Θεού. Ο πράσινος μανδύας αναπαριστά την ανοδική πορεία της σπονδυλικής αρτηρίας, την κάμψη της και την επαφή της με την πρόσθια επιφάνεια της γέφυρας. Η πλάτη του αγγέλου κάτω από το Θεό αναπαριστά την πρόσθια επιφάνεια της γέφυρας που συνέχεται με το αριστερό κάτω άκρο του αγγέλου και αντιστοιχεί με τον προμήκη μυελό και την αρχή του νωτιαίου μυελού που αποτελούν την προέκταση την γέφυρας προς τα κάτω. Τα κάτω άκρα του Θεού αλλά και του Αδάμ απολήγουν σε πέντε δάκτυλά ενώ εκείνο του αγγέλου που βρίσκεται μπροστά εμφανίζει δισχιδή απόληξη. Το δεξί κάτω άκρο του ίδιου αγγέλου βρίσκεται σε κάμψη στο επίπεδο του ισχίου και του γόνατος, προσομοιάζοντας στο μηρό το οπτικό νεύρο, στο γόνατο το οπτικό χίασμα σε διατομή, και στην κνήμη την οπτική ταινία. Η υπόφυση αναπαριστάται από το δισχιδές κάτω άκρο του ιδίου αγγέλου. Ο θλιμμένος άγγελος επάνω και μπροστά από το Θεό συμπίπτει πιθανόν με το κέντρο θλίψης. Ο Θεός επικαλύπτει το μεταιχμιακό σύστημα, το κέντρο των αισθήσεων, που ενδεχομένως ταυτίζεται με το ανατομικό ομόλογο της ψυχής. Το χέρι του Θεού εκτείνεται από το μετωπιαίο λοβό, τη δημιουργική δηλαδή περιοχή του εγκεφάλου. Η σύναψη με το χέρι του Αδάμ εντέλει δεν προσφέρει τη ζωή καθώς ο Αδάμ έχει ήδη ανοικτά τα μάτια, αλλά τη διάνοια, έτσι ώστε ο άνθρωπος να σχεδιάσει το υψηλότερο και να δοκιμάσει όλα τα πράγματα που λαμβάνει, προσπαθώντας να φτάσει στο καθ' εικόνα και καθ' ομοίωση.

156. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

157. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

158. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

159. ΟΙ ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ ΑΠΟΣΥΖΕΥΞΗΣ ΩΣ ΚΥΤΤΑΡΟΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΣΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Ά. Τσίπης[1], Α. Αθανασιάδου[1], Ε. Πέτρου[2], Π. Αθανασιάδου[1], Π. Νικολοπούλου-Σταμάτη[1]

[1]Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Καρδιολογικός Τομέας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα μιτοχόνδρια είναι ρυθμιστές της απόπτωσης μέσω της παραγωγής των ενεργών οξειδωτικών ριζών (ROS) καθώς και από την ενεργοποίηση των μελών της οικογένειας των bcl πρωτεϊνών. Οι πρωτεΐνες αποσύζευξης (UCP) είναι διαβιβαστές της εσωτερικής μεμβράνης των μιτοχονδρίων που εμπλέκονται στη διατήρηση του θεμελιώδους μεταβολικού ρυθμού. Αυξημένα επίπεδα UCP προστατεύουν τα κύτταρα από οξειδωτικό stress, οδηγούν σε μείωση των ROS και οπότε σε αυξημένη αντίσταση στον κυτταρικό θάνατο. Οι ισχαιμικές αλλοιώσεις του μυοκαρδίου χαρακτηρίζονται από διαταραχές του ενεργειακού μεταβολισμού και από επιδείνωση του οξειδωτικού stress, οπότε πιθανολογείται ότι οι πρωτεΐνες αποσύζευξης κατέχουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της νόσου.
ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της έκφρασης των πρωτεϊνών αποσύζευξης και των αποπτωτικών παραγόντων σε περιπτώσεις ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν 50 περιπτώσεις νεκροτομικού υλικού μυοκαρδίου με αλλοιώσεις προσφάτου εμφράγματος, 50 περιπτώσεις με αλλοιώσεις παλαιού εμφράγματος και 10 περιπτώσεις όπου είχε αποκλεισθεί η ύπαρξη καρδιακής νόσου. Όλες οι περιπτώσεις εξετάσθηκαν με συμβατική παθολογοανατομική μέθοδο σε τομές παραφίνης και με χρώση αιματοξυλίνης – ηωσίνης. Επιπλέον εφαρμόσθηκε ανοσοϊστοχημική μέθοδος για τον καθορισμό της έκφρασης της πρωτεΐνης αποσύζευξης 2, 3 και των αποπτωτικών παραγόντων bax, bak και bcl-2.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στις περιπτώσεις οξέος εμφράγματος παρατηρήθηκε έντονη ανοσοέκφραση των πρωτεϊνών αποσύζευξης και των αντιαποπτωτικών παραγόντων στις ζώνες υψηλού κινδύνου που περιβάλλουν την εμφραγματική περιοχή, ενώ ήταν ήπια στις απομακρυσμένες περιοχές. Σε περιπτώσεις παλαιού εμφράγματος παρατηρήθηκε χαμηλή έκφραση τους στα υγιή μυοκύτταρα, ενώ στους μάρτυρες η έκφραση ήταν ήπια ή αρνητική. Οι προαποπτωτικοί παράγοντες παρουσίασαν χαμηλή έκφραση στη ζώνη κινδύνου που περιβάλλει την εμφραγματική περιοχή σε περιπτώσεις οξέος εμφράγματος.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θετική έκφραση του μιτοχονδριακού παράγοντα UCP σε συνδυασμό με την αυξημένη έκφραση του αντιαποπτωτικού δείκτη, έχει άμεση σχέση με τους οξειδωτικούς μηχανισμούς σε επίπεδο μιτοχονδρίων στα κύτταρα και αποτελεί μηχανισμό άμυνας των μυοκαρδιακών κυττάρων, αφού στις περιοχές υψηλού κινδύνου ισχαιμίας μειώνουν το οξειδωτικό φορτίο και παρεμποδίζουν τον αποπτωτικό μηχανισμό.

160. ΜΠΟΡΕΙ ΤΟ ΝΕΟ ASCVD RISK SCORE ΤΩΝ ACC/AHA ΝΑ ΠΡΟΒΛΕΨΕΙ ΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ;

Ε. Φουστέρης[1], Σ. Βρακάς[2], Τ. Μουσιαμά[3], Χ. Βέρρας[1], Α. Θεοδόσης-Γεωργιλάς[3], Α. Αγγελίδη[1], Α. Γανωτοπούλου[1], Α. Δεστούνης[3], Σ. Χαντανής[3], Σ. Φούσσας[3], Α. Μελιδώνης[1]

[1]Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ Τζάνειο, [2]Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΠ Τζάνειο, [3]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΠ Τζάνειο

ΣΚΟΠΟΣ: Θελήσαμε να διερευνήσουμε την προγνωστικότητα του νέου ASCVD RISK SCORE που ανακοινώθηκε στις 12/11/2013 παράλληλα με την αντίστοιχη έκδοση των κατευθυντηρίων οδηγιών για την αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας των ACC/AHA στην εγκατάσταση διαστολικής δυσλειτουργίας αροστερής κοιλίας (ΔΔΑΚ) σε υγιή πληθυσμό.
ΥΛΙΚΟ: Εφαρμόσαμε αναδρομικά τα δεδομένα 42 εθελοντών (38% άνδρες), που παρακολουθήσαμε επί 24μηνο ως προς την πρωτοεμφάνιση ΔΔΑΚ, στο ανωτέρω μοντέλο εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου. Οι εθελοντές ανευρέθησαν από τους συνοδούς των ασθενών του διαβητολογικού κέντρου μας και ελήφθη από όλους γραπτή συγκατάθεση. Πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος καθώς επίσης εκτενής υπερηχοκαρδιολογικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε κατά την ένταξη στη μελέτη αλλά και 24 μήνες μετά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 42 συμμετέχοντες οι 20 (47%) εμφάνισαν ΔΔΑΚ κατά τον 24μηνο επανέλεγχο. Από τον αναδρομικό υπολογισμό του ASCVD RISK SCORE κατά την ένταξη στη μελέτη προέκυψε ότι αύξηση του score κατά μία μονάδα αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης ΔΔΑΚ κατά 27% (OddsRatio=1.27 με Διάστημα Εμπιστοσύνης 1.06-1.53, p=0.008). Όσοι δε από τους εθελοντές είχαν εξαρχής ASCVD RISK SCORE ≥ 7.5%, αυτοί είχαν 7πλάσια πιθανότητα ανάπτυξης ΔΔΑΚ στην προσεχή διετία σε σχέση με τους υπόλοιπους με ASCVD RISK SCORE < 7.5% (OddsRatio=7.0 με Διάστημα Εμπιστοσύνης 1.73-28.33, p=0.006). Κατά τη μονοπαραγοντική ανάλυση βρέθηκε θετική συσχέτιση του score με την ηλικία και το ατομικό αναμνηστικό υπέρτασης (και όχι με τις υπόλοιπες 7 παραμέτρους του score) και επιπρόσθετη συσχέτιση με το σάκχαρο νηστείας, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και τον εκτιμώμενο GFR (Cockroft-Gault). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση αναδείχθηκαν η ηλικία (p<0.001) και το ατομικό αναμνηστικό υπέρτασης (p=0.002) ως ανεξάρτητοι παράγοντες που συσχετίζονται με το ASCVD RISK SCORE.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το νέο ASCVD RISK SCORE μπορεί να προβλέψει την εμφάνιση ΔΔΑΚ σε ασυμπτωματικό υγιή πληθυσμό είτε ως συνεχή είτε ως διχοτομούμενη μεταβλητή. Η τιμή του φαίνεται να επηρρεάζεται ισχυρά και ανεξάρτητα από την ηλικία και το ατομικό αναμνηστικό υπέρτασης στον υπό εξέταση πληθυσμό.

161. ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

Π. Καφαράκης, Θ. Δερμιτζάκη, Ν. Σπυριδάκης, Ι. Αναστασίου, Σ. Χατζάκης, Ε. Ρογδάκης, Μ. Μακρογιαννάκης, Ε. Φουκαράκης, Α. Δερμιτζάκης

Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΗ. Βενιζέλειο, Ηράκλειο Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Το οξύ πνευμονικό οίδημα (ΟΠΟ) συχνά εκδηλώνεται σε έδαφος επηρεασμένης συσταλτικότητας αρ κοιλίας. Η διαστολική δυσλειτουργία της αρ κοιλίας επίσης ευθύνεται για την εκδήλωση ΟΠΟ σε υπερτασικούς και μεγάλης ηλικίας ασθενείς με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης. Διερευνάται η συχνότητα της ύπαρξης διαστολικής δυσλειτουργίας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης ή συστολικής δυσλειτουργίας στην εμφάνιση ΟΠΟ.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 56 συνεχόμενοι ασθενείς με κλινική εικόνα ΟΠΟ καρδιακής αιτιολογίας (27 άνδρες μο ηλικίας 72,4±8,2 έτη και 29 γυναίκες μο ηλικίας 73,6±11,7 έτη). Από τη μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή και ασθενείς με οξεία ισχαιμία. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε δύο ομάδες μα βάση την ηλικία (Ομάδα Α με ηλικία < 75 ετών με 30 ασθενείς και ομάδα Β με 26 ασθενείς ηλικίας ≥75 ετών). Μετά παρέλευση ολίγων ημερών και μετά την κλινική βελτίωση των ασθενών, αυτοί υπεβλήθηκαν σε πλήρη ηχοκαρδιογράφική και Doppler μελέτη. Καταγράφηκε το κλάσμα εξωθήσεως με τη μέθοδο simpson με κριτήριο συστολικής δυσλειτουργίας ΚΕ<45% και με το ιστικό και παλμικό Doppler ο δείκτης Ε/Εα, όπου τιμές >15 διέκριναν τη διαστολική δυσλειτουργία. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη μέθοδο Fischer exact test.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Επί του συνόλου των ασθενών 25 (44,6%) ασθενείς είχαν διατηρημένο κλάσμα εξώθησης με διαστολική δυσλειτουργία και 31(55,4%) συστολική δυσλειτουργία. Ασθενείς με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης βρέθηκαν 9 (30%) στην ομάδα Α και 16 (61,5%) στην ομάδα Β, ενώ στους ασθενείς με επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης 21 ασθενείς (70%) ανήκαν στην ομάδα Α και 10 (38,5%) στην ομάδα Β, αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικό ως προς τη συσχέτιση της ηλικιακής κατηγορίας και του είδους της μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας για την εμφάνιση ΟΠΟ (p=0,03).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι σημαντικό ότι το ποσοστό των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια η οποία εκδηλώνεται με ΟΠΟ σε έδαφος διαστολικής δυσλειτουργίας. Οι ασθενείς με διαστολική δυσλειτουργία είναι σε σημαντικό ποσοστό μεγαλύτεροι των 75 ετών, σε αντίθεση με αυτούς με συστολική δυσλειτουργία.

162. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ Ι, ΤΗΣ ΑΣΠΑΡΤΙΚΗΣ ΑΜΙΝΟΤΡΑΝΣΦΕΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Κ. Πουλάκης[1], Μ. Χουζούρης[1], Α. Κωνσταντόπουλος[1], Κ. Δασκαλοπούλου[2]

[1]Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης Παν. Πειραιώς, [2]Τμήμα Μικροβιολογίας ΓΝΑ «Η Ελπίς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη μας αποσκοπεί στην ικανότητα πρόβλεψης της πορείας του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ). Γίνεται προσπάθεια δημιουργίας επαρκών στατιστικών μοντέλων για τους τρεις (3) δείκτες CRP, TnI, AST καθώς επίσης και πιθανών συσχετίσεων ή διαφοροποιήσεων που υπάρχουν ανά φύλο.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Συνολικά συμπεριελήφθησαν στην μελέτη μας 268 άτομα, 152 (56,72%) γυναίκες και 116 (43,28%) άνδρες, ηλικίας 65 ± 15 ετών. Εξαιρέθηκαν ασθενείς που έπασχαν από διαβήτη, ηπατικές νόσους, χρόνια νοσήματα και νοσήματα των νεφρών (ο λόγος της εξαίρεσης είναι ότι οι παραπάνω νόσοι επηρεάζουν τους υπό εξέταση δείκτες ακόμα και σε ασθενείς που δεν παρουσιάζουν ενδείξεις καρδιοπάθειας). Οι ασθενείς μετρήθηκαν κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο (1η μέτρηση) και ξανά ύστερα από 24 ώρες (2η μέτρηση). Οι μετρήσεις περιλαμβάνουν τις τιμές των παρακάτω δεικτών: C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), Τροπονίνη Ι (TnI), Ασπαρτική Αμινοτρανσφεράση (AST, SGOT). Οι έλεγχοι έγιναν σε ε.σ. 5% και χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο «IBM SPSS Statistics 20».
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατανομή του φύλου στους δείκτες, CRP (p=0,604), AST (p=0,099), TnI (p=0,540) κατά την πρώτη(1η) μέτρηση τους, αλλά ούτε και κατά την δεύτερη τους, CRP(p=0,230), AST (p=0,248), TnI (p=0,074). Ακόμα δεν παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή στην κατανομή της διαφοράς των δύο μετρήσεων ανά φύλο. Αντιθέτως παρατηρήσαμε, διαφορές μεταξύ της πρώτης (1η) και δεύτερης (2η) μέτρησης και στους τρεις δείκτες CRP (p≤0,001), AST (p≤0,001) και TnI (p=0,008). Έγινε προσπάθεια εύρεσης μοντέλου πρόβλεψης της δεύτερης μέτρησης μέσω της πρώτης για τον δείκτη TnI.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υπολογίστηκε μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης για την Τροπονίνη Ι. Το μοντέλο κρίθηκε ικανοποιητικό (R-square=0.767). Οι άλλοι δύο δείκτες δεν παρουσίασαν γραμμική σχέση μεταξύ 1ης και 2ης μέτρησης.

163. ΣΧΕΣΗ ΑΠΟΛΥΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΑΣΒΕΣΤΩΣΗΣ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ

Π. Καραφάκης, Θ. Δερμιτζάκη, Ν. Σπυριδάκης, Α. Ταβλαδάκη, Π. Δολαψάκης, Α. Πιταροκοίλης, Μ. Πιταροκοίλης, Ε. Φουκαράκης, Α. Δερμιτζάκης

Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΗ. Βενιζέλειο, Ηράκλειο Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Η αθηρωμάτωση των αγγείων σχετίζεται με την ηλικία και τους λοιπούς βασικούς παράγοντες κινδύνου όπως το φύλο, το κάπνισμα, το σακχαρώδη διαβήτη, την υπερλιπιδαιμία και την υπέρταση. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η διερεύνηση της σχέσης του απόλυτου καρδιαγγειακού κινδύνου (ΑΚΚ)με την ασβέστωση του αορτικού τόξου όπως αυτή απεικονίζεται στην απλή ακτινογραφία θώρακος.
ΥΛΙΚΟ: Το υλικό αποτέλεσαν 79 συνεχόμενοι ασθενείς (ηλικίας 62,3±11,7) της κλινικής μας στους οποίους έγινε διαστρωμάτωση του ΑΚΚ σε χαμηλό, μέτριο και υψηλό σύμφωνα με τα κριτήρια της μελέτης του Framingham. Ταυτόχρονα σε όλους μελετήθηκε από την ακτινογραφία θώρακα η ύπαρξη ή μη ασβέστωσης του αορτικού τόξου. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη μέθοδο Chi-square και Fischer exact test.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Χαμηλό ΑΚΚ είχαν 19 ασθενείς και από αυτούς 3 (ποσοστό 16%) είχαν ασβέστωση αορτικού τόξου. Αντίστοιχα 30 ασθενείς είχαν μέτριο ΑΚΚ με 10 από αυτούς με ασβέστωση αορτικού τόξου (ποσοστό 33%), ενώ στους 30 ασθενείς με υψηλό ΑΚΚ ασβέστωση είχαν οι 15 (ποσοστό 50%). Υπήρξε οριακά στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου του ΑΚΚ και της ασβέστωσης αορτικού τόξου (p=0,049). Στη σύγκριση της ομάδας χαμηλού και μετρίου κινδύνου δεν διαπιστώθηκε διαφορά στην συχνότητα εμφάνισης ασβέστωσης (p=0,2). Στη σύγκριση της ομάδας ήπιου και υψηλού κινδύνου διαπιστώθηκε διαφορά στην συχνότητα εμφάνισης ασβέστωσης (p=0,01). Τέλος στην σύγκριση μεταξύ των ομάδων του μετρίου και υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου δεν διαπιστώθηκε διαφορά (0,29).

	Ασβέστωση αορτής	Χωρίς ασβέστωση	Σύνολο
Ήπιος ΚΑΚ	3	16	19
Μέτριος ΚΑΚ	10	20	30
Υψηλός ΚΑΚ	15	15	30

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Βρέθηκε οριακά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του σταδίου του ΑΚΚ και της ασβέστωσης του αορτικού τόξου στην ακτινογραφία θώρακος σε νοσηλευόμενους καρδιοπαθείς, κύρια σε ότι αφορά αυτούς με τον υψηλότερο ΑΚΚ σε σχέση με αυτούς με τον χαμηλότερο ΑΚΚ.

164. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ– ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Ε. Κότσαλου[1], Χ. Κότσαλος[2], Α. Κότσαλος[2], Ι. Καρύδας[2], Ν. Δημακόπουλος[2]

[1]Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσηλευτικό Ίδρυμα ΜΤΣ, [2]Καρδιοαγγειοχειρουργική Κλινική, Νοσηλευτικό Ίδρυμα ΜΤΣ

ΣΚΟΠΟΣ: Η φαρμακευτική δοκιμασία κόπωσης στα πλαίσια της σπινθηρογραφικής μελέτης αιμάτωσης μυοκαρδίου είναι μια από τις διεθνώς εφαρμοζόμενες φαρμακευτικές δοκιμασίες κόπωσης σε ασθενείς με αντένδειξη κόπωσης σε τάπητα (χωλότητα, LBBB, στένωση αορτής, συμφορητική καρδιοπάθεια, πρόσφατο ΟΕΜ). Κατά τη διάρκεια της χορήγησης της διπυριδαμόλης ή της αδενοσίνης συχνά παρατηρούνται ΗΚΓ μεταβολές ή/και συμπτώματα, που η συσχέτισή τους με την συνυπάρχουσα Στεφανιαία Νόσο αποτελεί αντικείμενο ενδιαφέροντος.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε αναδρομικά 215 διαγνωστικές σπινθηρογραφικές μελέτες αιματώσεως μυοκαρδίου υπό φαρμακευτική κόπωση, εκ των οποίων 101 με διπυριδαμόλη και 114 μελέτες με αδενοσίνη.Οι μελέτεςχωρίστηκαν σε τέσσερις υπο-ομάδες με κριτήριο την εμφάνιση προκάρδιου άλγους (Ομάδα Α: n= 21), άλλου συμπτώματος (Ομάδα Β: n= 72), ΗΚΓ διαταραχής (Ομάδα Γ: n= 55) ή όχι (Ομάδα Δ: n= 67) κατά τη διάρκεια της φαρμακευτικής δοκιμασίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την εφαρμογή δοκιμασίας συσχέτισης των ΗΚΓκώς θετικών φαρμακευτικών δοκιμασιών κοπώσεως με τα σπινθ/κα ευρήματα, προέκυψε μια ασθενώς θετική συσχέτιση (r:1,2 και *p < /em> 0,10), κάτι που αποδείχθηκε και στις περιπτώσεις με τυπικό προκάρδιο άλγος (p < /em>:0.03). Αντιθέτως, διαπιστώθηκε απουσία συσχέτισης μεταξύ σπινθ/κων ευρημάτων και μη τυπικών στηθαγχικών ενοχλημάτων (κεφαλαλγία, γαστρική δυσφορία, ζάλη, βήχας) (p < /em>:0.81), συνεπώς τα τελευταία αποδόθηκαν σε παρενέργειες από την περιφερική δράση της διπυριδαμόλης. Στην περίπτωση της αδενοσίνης η συσχέτιση ακομα και με τα άτυπα στηθαγχικά ενοχλήματα ήταν πιο ισχυρή (p < /em>:0.21)*
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε στην κλινική πράξη την υψηλή θετική προγνωστική αξία της ΗΚΓ θετικής φαρμακευτικής δοκιμασίας κόπωσης σε συσχέτιση με τα σπινθηρογραφικά ευρήματα. Από την άλλη πλευρά η άτυπη συμπτωματολογία στις δοκιμασίες αυτές δεν σχετίζεται με ασφάλεια με την ύπαρξη στεφανιαίας νόσου.

165. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΣΗΣ ΑΝΙΟΥΣΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Γ. Γαρίδας, Θ. Δερμιτζάκη, Ν. Σπυριδάκης, Ε. Κούναλης, Μ. Καραβελάκης, Μ. Κουτεντάκη, Ε. Φουκαράκης, Ε. Λαμπρογιαννάκης, Α. Δερμιτζάκης

Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΗ. Βενιζέλειο, Ηράκλειο Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Είναι γνωστό ότι η αρτηριακή υπέρτασης αποτελεί ένα από τα αίτια διάτασης της ανιούσης αορτής και των επιπλοκών αυτής. Στη παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η σχέση αρτηριακής υπέρτασης και διάτασης ανιούσης μέσα από τα κλινικά δεδομένα της κλινικής μας.
ΥΛΙΚΟ: Εξετάσθηκαν ηχοκαρδιογραφικά συνολικά 261 ασθενείς της κλινικής μας. Εξαιρέθηκαν ασθενείς είτε με στένωση είτε με ανεπάρκεια αορτικής. Την ομάδα Α αποτέλεσαν 177 χρόνιοι υπερτασικοί (γνωστή υπέρταση άνω του έτους) άσχετα με το επίπεδο της ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης και την ομάδα ελέγχου Β αποτέλεσαν 84 νορμοτασικοί επιλεχθέντες ώστε να υπάρχει παρόμοια αναλογία φύλου και ηλικίας. Με την ηχοκαρδιογραφική μελέτη 2D 3εκ άνωθεν της αορτικής ρίζας υπολογίσαμε το εύρος της ανιούσης αορτής. Όσοι είχαν διάμετρο μεγαλύτερη των 40mm θεωρήθηκαν ότι είχαν διάταση της ανιούσης αορτής. Η σύγκριση των διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων έγινε με τη μέθοδο x^2.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα Α ευρέθησαν 75 ασθενείς με διάταση της αορτής, ενώ στην ομάδα Β 14 ασθενείς. Η σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων Α και Β έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά σε ότι αφορά την εμφάνιση διάταση της ανιούσης αορτής υπέρ της ομάδας των χρόνιων υπερτασικών (p=0,000).

	Διάταση αορτής	Φυσιολογικοί	Σύνολο
Ομάδα Α	75	102	177
Ομάδα Β	14	70	84

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα της μελέτης μας συνηγορούν στο ότι η χρόνια αρτηριακή υπέρταση σε καρδιολογικούς ασθενείς διατείνει σημαντικά τη διάμετρο της ανιούσας αορτής σε σχέση με τους νορμοτασικούς καρδιολογικούς ασθενείς.

166. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΙΕΡΟΛΑΓΟΝΙΩΝ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΜΕ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΗ: ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μ. Κοσμαδάκη[1], Ε. Ζαφειρίου[2], Α. Βαρνά[3], Κ. Βάσιου[4], Λ. Σακκάς[3], Ι. Φεζουλίδης[4], Χ. Αντωνίου[1], Μ. Βλυχού[4]

[1]Δερματολογική Κλινική, Παν.Νοσοκομείο «Α.Συγγρός», ΕΚΠΑ, Αθήνα, [2]Δερματολογική Κλινική, ΠΓΝ Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα,[3]Ρευματολογική Κλινική, ΠΓΝ Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, [4]Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

ΣΚΟΠΟΣ: Η προσβολή των ιερολαγονίων αρθρώσεων σε ασθενείς με ψωρίαση αποτελεί εκδήλωση συμμετοχής του αξονικού σκελετού ως πρώιμος δείκτης ψωριασικής αρθρίτιδας. Η απεικόνιση με μαγνητική τομογραφία μπορεί να αναδείξει μη ακτινογραφική προσβολή των ιερολαγονίων αρθρώσεων σε ασθενείς με ψωρίαση, η οποία να σχετίζεται με πολύ ήπια κλινικά συμπτώματα και που μπορεί να εξελιχθεί σε ακτινογραφικά τεκμηριωμένη ιερολαγονίτιδα.
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: η ομάδα μελέτης περιέλαβε 24 ασθενείς με ψωρίαση από τα εξωτερικά ιατρεία της δερματολογικής κλινικής (10 άνδρες, 14 γυναίκες, μέση ηλικία 41 έτη), οι οποίοι έπασχαν από ψωρίαση τουλάχιστον 2 έτη. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κλινική εξέταση, απλή ακτινογραφία καθώς και μαγνητική τομογραφία ιερολαγονίων αρθρώσεων (3.0Tesla MRI) με το ίδιο απεικονιστικό πρωτόκολλο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλες οι ακτινογραφίες στην ομάδα των ασθενών ήταν αρνητικές για ευρήματα ιερολαγονίτιδας. Από τις μαγνητικές τομογραφίες, 3/24 (12.5%) ασθενείς με ψωρίαση εμφάνισαν οστικό οίδημα στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις, εύρημα ενδεικτικό ιερολαγονίτιδας. Όλες οι ιερολαγονίτιδες ήταν ετερόπλευρες. Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της έκτασης της δερματικής προσβολής, της διάρκειας της νόσου ή της παρουσίας ψωριασικής ονυχίας με την ανάδειξη ιερολαγονίτιδας σε μαγνητική τομογραφία.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματά μας υποδηλώνουν ότι σε πληθυσμούς ασθενών με ψωρίαση, είναι δυνατή η προσβολή των ιερολαγονίων αρθρώσεων πιο συχνά από όσο αναμένεται και νωρίτερα από την ανάδειξή της σε απλή ακτινογραφία. Η μελέτη συνεχίζεται ώστε να συμπεριληφθεί μεγαλύτερο δείγμα ασθενών και να υποστηριχθούν πληρέστερα οι ανωτέρω παρατηρήσεις.
Η παραπάνω μελέτη χρηματοδοτήθηκε από το πρόγραμμα των μεταδιδακτορικών ερευνητών και υπάγεται στο ΕΣΠΑ 2007-2013

167. ΜΑΓΝΗΤΙΚΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΑ: ΕΝΑΣ ΒΙΟΣΥΜΒΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Δ. Σταμόπουλος, Α. Παπανικολόπουλος, Ν. Παπαχρήστος

Ινστιτούτο Προηγμένων Υλικών, Φυσικοχημικών Διεργασιών, Νανοτεχνολογίας και Μικροσυστημάτων, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος»

ΣΚΟΠΟΣ: Σήμερα, πολλές διαγνωστικές και θεραπευτικές κλινικές εφαρμογές, όπως η απεικόνιση με μαγνητική τομογραφία και η αντιμετώπιση της σιδηροπενικής αναιμίας, βασίζονται σε νανοσωματίδια οξειδίων του σιδήρου (ΝΟΣ), Fe_2O_3/Fe_3O_4. Μελλοντικές εφαρμογές των ΝΟΣ αφορούν σε*επιλεκτικές* διαδικασίες τόσο απεικόνισης όσο και επίδοσης ραδιο/χημειο-θεραπευτικών φαρμάκων σε όργανα στόχους. Εντούτοις, η έλλειψη βιοσυμβατότητας και η γρήγορη κινητική των ΝΟΣ (γρήγορη φαγοκυττάρωσή/αποβολή τους από το δικτυοενδοθηλιακό/ουροποιητικό σύστημα) είναι μειονεκτήματα που περιορίζουν το φάσμα εφαρμογών τους. Αντικείμενο αυτής της μελέτης είναι η ενδοκυττάρωση ΝΟΣ σε ερυθροκύτταρα (ΕΚ) για τη δημιουργία μαγνητικά τροποποιημένων ΕΚ (μτ-ΕΚ) για μελλοντική χρήση τους σε σχετικές διαγνωστικές και θεραπευτικές εφαρμογές.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: ΕΚ περιφερικού αίματος (3 υγιείς δότες) ωρίμασαν σε ισοτονικό διάλυμα (0.9% NaCl) για την σταθεροποίηση του κυτταροσκελετού-μεμβράνης, δημιουργώντας σταθεροποιημένα ΕΚ (σ-ΕΚ). Τα σ-ΕΚ υποβλήθηκαν σε μερική λύση με χρήση προτυποποιημένων υποτονικών διαλυμάτων (0.0-0.4% NaCl) για την απομάκρυνση μέρους του κυτταροπλάσματος, δημιουργώντας μερικά λυμένα ΕΚ (μλ-ΕΚ). Ωρίμανση των μλ-ΕΚ με ΝΟΣ, Fe_2O_3/Fe_3O_4 οδήγησαν σε ικανοποιητική ενδοκυττάρωση/πρόσδεσή τους. Τέλος, με χρήση διαλύματος αλβουμίνης ή/και αυτόλογου πλάσματος επιδιώχθηκε η αναδόμηση των μτ-ΕΚ. Το αποτέλεσμα κάθε σταδίου αξιολογήθηκε με προηγμένα μικροσκόπια (Μικροσκόπιο Ατομικής Δύναμης (ΜΑΔ) και Μικροσκόπιο Ηλεκτρονικής Σάρωσης (ΜΗΣ)).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα ΜΑΔ/ΜΗΣ έδειξαν ότι όλα τα στάδια [σταθεροποίηση (σ-ΕΚ), μερική λύση (μλ-ΕΚ: Εικόνες 1 και 2), ενδοκυττάρωση/πρόσδεση των ΝΟΣ και αναδόμηση (μτ-ΕΚ: Εικόνα 3)] ήταν επαρκώς επιτυχή.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η δημιουργία μτ-ΕΚ με σχετικά απλές και γρήγορες εργαστηριακές τεχνικές είναι εφικτή. Τα μτ-ΕΚ μπορούν να αποτελέσουν έναν πολυδύναμο φορέα για πολλές διαγνωστικές και θεραπευτικές εφαρμογές λόγω της βιοσυμβατότητάς τους που εγγυάται την αύξηση του χρόνου κυκλοφορίας των ενδοκυτταρομένων ΝΟΣ στο καρδιαγγειακό του λήπτη.

168. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΙΚΡΩΝ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΣΕ ΧΕΡΙΑ ΚΑΙ ΠΟΔΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΜΕ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ 3TESLA

Μ. Κοσμαδάκη[1], Ι. Αλεξίου[2], Α. Βαρνά[2], Κ. Βάσιου[3], Λ. Σακκάς[2], Ι. Φεζουλίδης[3], Χ. Αντωνίου[1], Μ. Βλυχού[3]

[1]Δερματολογική Κλινική, Παν.Νοσοκομείο «Α.Συγγρός», ΕΚΠΑ, Αθήνα, [2]Ρευματολογική Κλινική, ΠΓΝ Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα,[3]Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

ΣΚΟΠΟΣ: Η χαρτογράφηση των αλλοιώσεων με Μαγνητική Τομογραφία 3Tesla στις μικρές αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών, καθώς και η αναλυτική καταγραφή της προσβολής αρθρικών επιφανειών, οστικού οιδήματος, υμενίτιδας και τενοντοελυτρίτιδας σε ασθενείς με διαγνωσμένη ψωριασική αρθρίτιδα καθώς και η αξιολόγηση της ενεργότητας της νόσου με τη χρήση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού μέσου.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 36 ασθενείς (21 γυναίκες και 15 άνδρες, μέση ηλικία 41.7 έτη) με διαγνωσμένη ψωριασική αρθρίτιδα. Όλοι οι ασθενείς είχαν λάβει για κάποιο διάστημα ή λάμβαναν συστηματική θεραπεία αλλά όχι βιολογικούς παράγοντες. Από αυτούς τους ασθενείς απεικονίσθηκαν 18 χέρια και 18 πόδια με μαγνητική τομογραφία 3Tesla και καθορισμένο πρωτόκολλο πριν και μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού μέσου. Το ιστορικό κάθε ασθενούς ήταν διαθέσιμο από τον ατομικό του φάκελο. Η απεικονιστική αξιολόγηση έγινε από δύο ανεξάρτητους ακτινολόγους και περιέλαβε τις μετακαρποφαλαγγικές και μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις των χεριών καθώς και τις μεταταρσοφαλαγγικές και μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις των ποδιών αντίστοιχα και κατέγραψε την παρουσία διαβρώσεων, οστικού οιδήματος, υμενίτιδας, τενοντοελυτρίτιδας καθώς και την πρόσληψη σκιαγραφικού από τις περιοχές ενδιαφέροντος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση διάρκεια της νόσησης για τον πληθυσμό των ασθενών της μελέτης ήταν 39.9 μήνες. Από τις μικρές αρθρώσεις των χεριών, διαβρώσεις αναδείχθηκαν σε 8/18 (44.4%) χέρια και 11/18 (61.1%) πόδια και οστικό οίδημα σε 6/18 (33.3%) χέρια και 9/18 (50%) πόδια, με χαρακτηριστικό την ασύμμετρη κατανομή. Υμενίτιδα αναδείχθηκε στην πλειοψηφία των ασθενών, σε 16/18 (88.8%) χέρια και 18/18 (100%) πόδια, αλλά η ενεργότητα ήταν πιο περιορισμένη αφού δεν παρατηρήθηκε σε όλους σκιαγραφική πρόσληψη μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού. Εικόνα συμμετοχής από τα μαλακά μόρια στα πλαίσια δακτυλίτιδας απεικονίσθηκε σε 3/18 (16.6%) χέρια και σε 6/18 (33.3%) πόδια. Τενοντοελυτρίτιδα παρατηρήθηκε επίσης στα χέρια σε 9/18 (50%) ασθενείς στα χέρια και σε 15/18 (83.3%) ασθενείς στα πόδια. Σε όλους τους παραπάνω ασθενείς εκτός από έναν, ο αδρός απεικονιστικός έλεγχος του παρακείμενου καρπού ή ταρσού είχε επίσης ευρήματα, κυρίως με την μορφή τενοντοελυτρίτιδας. Ο συντελεστής συμφωνίας μεταξύ των αξιολογητών για τα απεικονιστικά ευρήματα ήταν K=0.88.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η απεικόνιση με Μαγνητική Τομογραφία 3Tesla των μικρών αρθρώσεων στα χέρια και τα πόδια σε ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα προσφέρει τη δυνατότητα της λεπτομερούς καταγραφής των παθολογικών ευρημάτων σε οστά και μαλακά μόρια που προσβάλλονται από τη νόσο, καθώς και εκτίμηση της ενεργότητας της νόσου. Τα απεικονιστικά ευρήματα μπορούν να συνεκτιμηθούν μαζί με εκείνα από την κλινική εξέταση και να επηρεάσουν τη θεραπεία και την παρακολούθηση ασθενών με ψωριασική αρθρίτιδα.
Η παραπάνω μελέτη χρηματοδοτήθηκε από το πρόγραμμα των μεταδιδακτορικών ερευνητών και υπάγεται στο ΕΣΠΑ 2007-2013

169. ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Α. Κότσαλος[1], Ι. Αγγελάκας[1], Β. Τσιλιγκίδης[1], Χ. Κότσαλος[1], Ε. Κότσαλου[2]

[1]Καρδιοαγγειοχειρουργική Κλινική, Νοσηλευτικό Ίδρυμα ΜΤΣ [2]Πυρηνικός Ιατρός, Νοσηλευτικό Ίδρυμα ΜΤΣ

ΣΚΟΠΟΣ: Η Ενδοαυλική διόρθωση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής με τοποθέτηση προθέματος έχει σε μεγάλο βαθμό κερδίσει έδαφος έναντι της ανοικτής χειρουργικής αντιμετώπισης. Εκτός από πιο οικονομική σαν μέθοδος, σχετίζεται και με καλύτερη και πιο γρήγορη κλινική αποκατάσταση του ασθενούς. Ταυτόχρονα ευνοεί την σύγχρονη αποκατάσταση συνυπάρχουσας αθηρωματικής νόσου στις νεφρικές.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Διενεργήθηκαν 23 ανοικτές και 14 ενδοαυλικέςεπεμβάσεις αποκατάστασης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Σε 32% των περιπτώσεων συνυπήρχε και ανεύρυσμα μέρους θωρακικής αορτής και σε 23% επιπλέον διαπιστώθηκε στένωση νεφρικών αρτηριών. Αμφότερες αποκαταστάθηκαν στον ίδιο χρόνο με την αντιμετώπιση του ανευρύσματος κοιλιακής αορτής.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το αγγειογραφικό αποτέλεσμα μετά την αποκατάσταση του ανευρύσματος κοιλιακής αορτής ήταν αρκετά επιτυχημένο (p 0,99). Σε όλους τους ασθενείς έγινε ταυτόχρονη αποκατάσταση του θωρακοκοιλιακοπύ ανευρύσματος και της στένωσης των νεφρικών. Στην τελευταία περίπτωση τοποθετήθηκε stent με το ανώτερο άκρο υπερθεν των νεφρικών και ταυτόχρονος καθετηριασμός και διάνοιξη της πάσχουσας νεφρικής αρτηρίας με απόλυτη επιτυχία.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε την αξία της ενδοαυλικής αντιμετώπισης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής και συνυπάρχουσας νεφραγγειακής νόσου.

170. ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΕΥΑΛΩΤΗ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΠΛΑΚΑ ΣΤΗΝ ΚΑΡΩΤΙΔΑ ΑΠΟ ΕΙΚΟΝΕΣ ΥΠΕΡΗΧΩΝ: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΑΥΧΕΝΑ ΤΗΣ ΠΛΑΚΑΣ

Σ. Γολεμάτη[1], Σ. Λεχαρέας[1], Ν. Τσιαπάρας[2], Α. Χατζηιωάννου[1], Κ. Νικήτα[2], Δ. Περρέα[1]

[1]Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο

ΣΚΟΠΟΣ: Η αποτελεσματική διαχείριση της ασυμπτωματικής αθηρωματικής νόσου στην καρωτίδα παραμένει ένα κρίσιμο ζήτημα στην κλινική πράξη, επειδή ο βαθμός στένωσης, που αποτελεί το κατεξοχήν κριτήριο για τη θεραπευτική αντιμετώπιση, έχει αποδειχθεί ανεπαρκής. Σε αυτή τη μελέτη, διερευνήσαμε χαρακτηριστικά υφής (μορφολογίας) της αθηρωματικής πλάκας, του γειτονικού αυτής αρτηριακού τοιχώματος, και του αυχένα της, σε ένα δείγμα ασυμπτωματικών ενήλικων ανδρών.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 25 αρτηρίες, 11 με χαμηλό (50-69%), και 14 με υψηλό βαθμό στένωσης (70-100%). Οι δύο ομάδες είχαν όμοιες ηλικίες. Τα χαρακτηριστικά υφής περιλαμβάνουν 4 στατιστικές παραμέτρους 2ης τάξης (αντίθεση, συσχέτιση, ενέργεια και ομοιογένεια), η κάθε μία από τις οποίες υπολογίστηκε για 4 διαφορετικές κατευθύνσεις της εικόνας (0^0, 45^0, 90^0, 135^0).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μεταξύ των ομάδων υψηλής και χαμηλής στένωσης, 8 από τα 16 χαρακτηριστικά υφής ήταν στατιστικά διαφορετικά για τον αυχένα της πλάκας στη συστολή και 6 στη διαστολή. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων για κανένα χαρακτηριστικό υφής ούτε στην ίδια την πλάκα, ούτε στο γειτονικό τοίχωμα. Οι διαφορές στη μορφολογία κατά μήκος του τοιχώματος (τοίχωμα – αυχένας – πλάκα) ήταν εντονότερες στις περιπτώσεις υψηλής στένωσης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπεραίνουμε ότι (α) ο αυχένας της πλάκας είναι μία ιδιαίτερη περιοχή, που απαιτεί περισσότερη διερεύνηση για την καλύτερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας της αθηρωμάτωσης, (β) η φάση του καρδιακού κύκλου είναι σημαντική στην ανάλυση υφής, και (γ) η μεταβλητότητα της μορφολογίας κατά μήκος του αρτηριακού τοιχώματος, που υποδεικνύει περιοχές ασυνέχειας του ιστού, άρα πιο ευάλωτες σε ρήξη, μπορεί να περιγραφεί ποσοτικά με δείκτες υφής, συμβάλλοντας σε βελτιωμένη αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου.
Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε μερικώς από το Κοινωφελές Ίδρυμα Ιωάννη Σ. Λάτση.

Εικόνα. *Παραδείγματα υπερηχογραφικών εικόνων (α) της αθηρωματικής αλλοίωσης της καρωτίδας, (β) του αυχένα και (γ) του υγιούς τοιχώματος παραπλεύρως αυτής. (δ) Κατευθύνσεις στις οποίες υπολογίστηκαν τα χαρακτηριστικά υφής.*

171. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΝΟΣΟΥ PAGET

Ι. Καλογερόπουλος, Δ. Κρικέτου, Σ. Πασχάλης, Χ. Καμπάκη, G. Kushi, Κ. Σγώρα, Α. Μαντζώρου, Π. Πιπερόπουλος

Ακτινολογικό τμήμα- Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Ανάδειξη του ακτινολογικού φάσματος της απεικόνισης της νόσου Paget, μιας βραδέως εξελισσόμενης ιογενούς λοίμωξης των οστεοκλαστών σε ένα γενετικά προδιαθετειμένο άτομο κατόπιν περιβαλλοντικών επιδράσεων. Σε ποσοστό 95% η νόσος είναι ασυμπτωματική και αποτελεί τυχαίο ακτινολογικό εύρημα.
ΥΛΙΚΟ: Μελέτη 17 ασθενών (10 άνδρες και 7 γυναίκες) σε διάστημα 2 ετών που σε τυχαίο έλεγχο εμφάνισαν παθολογικά ευρήματα σε απλές ακτινογραφίες, οι οποίες ανέδειξαν πολυμορφία στην εντόπιση και στο στάδιο προσβολής από τη νόσο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Η νόσος Paget διακρίνεται σε τρια στάδια: οστεολυτική, μικτή και σκληρυντική φάση. Ακτινολογικά απεικονίζεται η καταστροφή του φλοιού, η επιθετική λυτική αλλοίωση του οστού, συνδυασμός οστεολύσεων και οστεοπαραγωγής και οστεοσκλήρυνσης. Συνήθως προσβάλονται ασύμμετρα δυο ή περισσότερα οστά ενώ σε λίγες περιπτώσεις (3) παρατηρήθηκε προσβολή μόνο ενός οστού. Οι αλλοιώσεις αφορούν κυρίως τα οστά της λεκάνης, τις κνήμες, το μηριαίο, το κρανίο καθώς και την σπονδυλική στήλη αλλά έχουμε και ασυνήθιστες εντοπίσεις όπως για παράδειγμα την ωμοπλάτη. Τα μακρά οστά μπορούν να παρουσιάσουν κάμψη ή και κατάγματα ενώ σε μια περίπτωση παρατηρήθηκε και οστεοσάρκωμα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Για την αναγνώριση της νόσου Paget πρωτεύοντα ρόλο έχουν οι ακτινογραφίες οστών, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις τα ευρήματα αυτά μπορεί να είναι και παθογνωμονικά. Σε προχωρημένη νόσο Paget παρατηρούνται νευρολογικές επιπλοκές από συμπίεση νευρικού ιστού ή λόγω ισχαιμίας, προσβολή του ακουστικού νεύρου, εγκολεασμός εγκεφαλικού στελέχους, καρδιαγγειακές επιπλοκές, μεταβολικές διαταραχές και νεοπλασματικές εξεργασίες.

172. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΟΥΣ ΑΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ.

Δ. Τομαής, Θ. Κρατημένος, Δ. Κόκκινος, Δ. Κρυκέτου, Σ. Παπαδάκης, Ι. Ματσίρας, Δ. Φαρσάρης

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Να αξιολογηθεί η χρήση της ψηφιακής αγγειογραφίας των ενδοκρανίων αγγείων και τα ευρήματα αυτής, σε ασθενείς που προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π.) του Νοσοκομείου μας και στους οποίους ο έλεγχος με αξονική τομογραφία ανέδειξε υπαραχνοειδή αιμορραγία.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε χρονικό διάστημα 12 μηνών (Ιανουάριο, Δεκέμβριο 2013) προσήλθαν στην Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας του Νοσοκομείου μας συνολικά 30 ασθενείς με εικόνα υπαραχνοειδούς αιμορραγίας. Στην αξονική τομογραφία εγκεφάλου στην οποία υπεβλήθησαν δεν ανεδείχθη εμφανή εικόνα ανευρύσματος ή άλλης αγγειακής δυσπλασίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η επείγουσα ψηφιακή αγγειογραφία εγκεφάλου (D.S.A.) ανέδειξε
Σε 18 ασθενείς (60%)δεν αναγνωρίστηκε κάποια σαφή παθολογία των ενδοκράνιων αγγείων του εγκεφάλου.
Σε 4 ασθενείς (13%) αναγνωρίστηκε εικόνα ανευρύσματος κατά την πορεία των ενδοκρανίων αγγείων του εγκεφάλου.
Σε 5 ασθενείς (17%) αναγνωρίστηκε εικόνα αγγειακής δυσπλασίας.
Σε 3 ασθενείς (10%) αναδείχθηκε συνδυασμός αγγειακής δυσπλασίας και ανευρύσματός.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ψηφιακή αγγειογραφία των ενδοκρανίων αγγείων του εγκεφάλου αποτελεί, μέθοδο υψηλής διαγνωστικής αξίας για την ανάδειξη δυσπλασιών των ενδοεγκεφαλικών αγγείων.

173. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

174. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

175. Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΟ ΑΓΧΟΣ, ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ (Κ.Μ.)

Π. Χέρας, Β. Νάτσης, Κ. Γρηγορίου

Ελληνική Ιατρική Εταιρία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

ΣΚΟΠΟΣ: Τα συμπτώματα που σχετίζονται με τον καρκίνο μαστού (Κ.Μ.) μπορεί να αυξάνουν το ψυχολογικό και σωματικό υποφέρειν και να μεταβάλλουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η παρούσα προοπτική μελέτη αξιολογεί τα συμπτώματα, τη γενική αυτοαποτελεσματικότητα, το άγχος και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με Κ.Μ. Επίσης, εξετάζει τη σχέση της γενικής αυτοαποτελεσματικότητας με τις άλλες παραμέτρους στην αρχική μέτρηση και την απόλυτη μεταβολή 6 μήνες μετά τη διάγνωση.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Το δείγμα αποτελείται από 90 ασθενείς με Κ.Μ. Η γενική αυτοαποτελεσματικότητα μελετήθηκε με τη την κλίμακα «General Perceived Self-Efficacy scale» (GSE). Η ποιότητα ζωής με την «Linear Analoque Scale Assessment» (LASA). Το άγχος με την κλίμακα άγχους από τη «Hospital Anxiety and Depression» (HAD), ενώ η επιδείνωση και παρέμβαση των συμπτωμάτων μετρήθηκαν με το ερωτηματολόγιο «MD Anderson Symptom Inventory» (MDASI). Οι κλίμακες συμπληρώθηκαν πρώτη φορά κατά τη διάγνωση της νόσου και δεύτερη 6 μήνες αργότερα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: ΟΙ μετρήσεις 6 μήνες μετά τη διάγνωση έδειξαν ότι η γενική αυτοαποτελεσματικότητα μειώθηκε (28.86± 6.42), το άγχος αυξήθηκε(9.56± 4.42), η ποιότητα ζωής επιδεινώθηκε (6.74± 1.81) καθώς και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων (3.24± 2.62). Η απόλυτη αλλαγή μεταξύ της διάγνωσης Κ.Μ. και 6 μήνες αργότερα αναδεικνύουν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ της γενικής αυτοαποτελεσματικότητας και του άγχους ($p<0.0005$). Μέτριες αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ γενικής αυτοαποτελεσματικότητας και των συμπτωμάτων (MDASI σοβαρότητας συμπτωμάτων: $p=0.003$, παρέμβαση συμπτωμάτων $p=0.002$), ενώ χαμηλή θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της γενικής αυτοαποτελεσματικότητας και της υποκλίμακας «Ενέργεια» της κλίμακας LASA ($p=0.048$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το αίσθημα της γενικής αυτοαποτελεσματικότητας, το άγχος, τα σωματικά συμπτώματα και η ενέργεια των ασθενών είναι σημαντικοί παράγοντες για τους ασθενείς με καρκίνο μαστού και ως εκ τούτου οι λειτουργοί υγείας θα πρέπει να λάβουν υπόψιν αυτές τις ψυχολογικές και σωματικές διαστάσεις.

176. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Π. Χέρας, Β. Νάτσης, Σ. Μπογιατζή, Α. Παπαδόπουλος, Α. Χατζόπουλος

Ελληνική Ιατρική Εταιρία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εκτιμηθεί ο βαθμός της αντίληψης της διάγνωσης σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Προς τούτο χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με 11 τμήματα σε 65 ασθενείς διαδοχικά. 26 απ αυτούς ήταν άνδρες και 39 γυναίκες, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 59,2 χρόνια. 30 ασθενείς είχαν προχωρημένη ασθένεια, 35 ήταν ελεύθεροι νόσου. Οι ασθενείς που γνώριζαν την κακοήθεια ορίστηκαν ως «καλά πληροφορημένοι». Κλινικά και κοινωνικοπολιτιστικά χαρακτηριστικά κατεγράφησαν στους « καλά» και στους «μη καλά» πληροφορημένους ασθενείς.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: «Καλά πληροφορημένοι» ασθενείς ήταν 27 και «μη πληροφορημένοι» 38. Εκ των «καλά πληροφορημένων» 21 ήταν γυναίκες και 6 άνδρες. Εκ των « μη πληροφορημένων» 20 ήταν άνδρες και 18 γυναίκες ($p<0.001$). Εκ των «καλά πληροφορημένων» ασθενών 14 είχαν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, 6 μέσο και 7 υψηλό. Εκ των «μη πληροφορημένων» ασθενών 32 είχαν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, 5 μέσο και 1 υψηλό ($p<0.001$). Τα στοιχεία μας επιβεβαίωσαν μια μη ικανοποιητική αντίληψη της διάγνωσης τους στους ασθενείς μας. Παρ όλα αυτά 50 ασθενείς δήλωσαν ότι σε περίπτωση νεοπλασίας θα ήθελαν να είναι πλήρως πληροφορημένοι. Στη μελέτη μας η αντίληψη της διάγνωσης δεν επηρεάζεται απ το στάδιο της ασθένειας ($p=ns$). Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν περιγράφουν μια ιδιαίτερη υποομάδα «καλά πληροφορημένων» ασθενών. Αυτός ο ασθενής είναι συνήθως γυναίκα 50 ετών που έχει ένα καλό μορφωτικό επίπεδο. Ο βαθμός της αντίληψης της διάγνωσης στους ασθενείς μας είναι χαμηλότερος σε σχέση με άλλες αναφορές από τις αγγλοσαξονικές χώρες. Ο λόγος μπορεί να αναζητηθεί σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως η ζωή σε αγροτικές περιοχές- απ όπου προέρχονται συνήθως οι ασθενείς μας- καθώς και ένα χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ λοιπόν, προκειμένου να βελτιώσουμε την πληροφόρηση των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου και να καλυτερεύσουμε την κλινική μας πρακτική, κρίνεται αναγκαίο το ιατρικό και νοσηλευτικό μας προσωπικό να βρει διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης για τις διάφορες υποομάδες ασθενών.

177. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΣΕ ΣΧΟΛΙΚΑ ΚΥΛΙΚΕΙΑ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ

Θ. Καφετζή[1], Δ. Κωστοπούλου[1], Ε. Μέντζιου[2], Κ. Ντελέζος[1], Γ. Μπόσκου[2]

[1]Τμήμα Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Υγείας, [2]Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας ήταν η διερεύνηση των υγειονομικών συνθηκών στα σχολικά κυλικεία της Αττικής. Επιχειρήθηκε η μελέτη των χαρακτηριστικών των κυλικείων σε σχέση με την τήρηση κανόνων υγιεινής και ασφαλείας που προβλέπονται από τη νομοθεσία.
ΤΟ ΥΛΙΚΟ/ ΜΕΘΟΔΟΣ που χρησιμοποιήθηκε ήταν η πρωτογενής έρευνα με χρήση ερωτηματολογίων κλειστού τύπου τα οποία διανεμήθηκαν στους υπεύθυνους των σχολικών κυλικείων στο Νομό Αττικής. Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε σε 33 σχολεία την περίοδο Οκτωβρίου-Νοεμβρίου 2012.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με την έρευνα μόλις το 9,7% διαθέτει σύστημα πιστοποίησης HACCP ενώ το 90,3% δεν έχει. Επίσης τα περισσότερα κυλικεία της έρευνας δεν διαθέτουν παρασκευαστήριο σε ποσοστό 69,7%,ενώ διαθέτουν το 30,3%.Το 10,5% των κυλικείων που συμμετείχαν στην έρευνα δεν διαθέτουν σύστημα πυρασφάλειας, το 31,6% διαθέτει πιστοποιητικό παρακολούθησης σχετικά με τον χειρισμό των τροφίμων, το 10,5% δήλωσε ότι ο χώρος του κυλικείου είναι πολύ μικρός, το 21,1% δεν διαθέτει άδεια λειτουργίας, στο 10,5% των κυλικείων το προσωπικό ασχολείται και με την καθαριότητα του χώρου, το 5,3% έχει λάβει βεβαίωση λειτουργίας από τον ΕΦΕΤ, στο ίδιο ποσοστό ο υπεύθυνος του κυλικείου έχει πτυχίο τεχνολόγου τροφίμων. Το προσωπικό των κυλικείων έχει εκπαιδευτεί πλήρως σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας τροφίμων σε ποσοστό 48,5%,ενώ μερικώς σε ποσοστό 24,2%.Τέλος το 42,4% εφαρμόζει μερικώς πρόγραμμα καθαριότητας ενώ το 54,5% δεν εφαρμόζει.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μια σειρά απο μέτρα απαιτείται για την αποτελεσματικότερη λειτουργία των σχολικών κυλικείων σε σχέση με τα ζητήματα ασφάλειας και υγιεινής. Κυρίως βελτιώσεις σχετικές με την ανάθεση των κυλικείων καθώς και οι συνεχείς και οι τακτικοί έλεγχοι από τις αρμόδιες αρχές μπορούν να επιφέρουν σημαντικά αποτελέσματα.

178. ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (Ρ.Α.)

Π. Χέρας, Β. Νάτσης, Κ. Γρηγορίου, Χ. Λαμπρόπουλος

Ελληνική Ιατρική Εταιρία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της πιθανής συμμετοχής ενδογενών καθώς και ψυχολογικών παραγόντων όπως γεγονότα ζωής, νευρωτική προσωπικότητα και ψυχοπαθολογία (συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης) στην Ρ.Α.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην έρευνα συγκρίναμε μια ομάδα 50 ασθενών πασχόντων από Ρ.Α. με μια ομάδα ελέγχου 46 υγιών ατόμων. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη ήταν το ερωτηματολόγιο γεγονότων ζωής των Holmes και Rahe, το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck, το ερωτηματολόγιο κατάστασης απογραφής προδιάθεσης άγχους Spielberger και η κλίμακα κατάθλιψης του Zung, όλα σταθμισμένα στα Ελληνικά δεδομένα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με Ρ.Α. βαθμολογήθηκαν υψηλότερα με στατιστικά σημαντικό τρόπο στα στρεσσογόνα γεγονότα ζωής ($p<0.02$), στο νευρωτισμό ($p<0.002$), στην κατάσταση άγχους ($p<0.001$), στην προδιάθεση άγχους ($p<0.001$) και στην καταθλιπτική συμπτωματολογία ($p<0.001$) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά το μικρό αριθμό ασθενών της μελέτης μας από τα αποτελέσματά μας προκύπτει ότι στρεσσογόνα γεγονότα ζωής και ψυχοπαθολογία δυνητικά συσχετίζονται στην παθογένεση της Ρ.Α.

179. Η ΦΟΙΤΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥΣ (ΤΑ ΠΡΩΤΑΚΙΑ)

Μ. Ταβλαντά[1], Ε. Παναγιώτου[1], J. Joanidhi[2], Α. Σαλίχου[2], Ν. Κουτρουμάνη[2], Ν. Παράσχου[2], Μ. Γαρυφάλλου[2], Α. Μακρυγιάννη[2], Δ. Καβάκος[2], Μ. Ορφανού[2], Π. Ταβλαντάς[2]

[1]Επιστημονικός συνεργάτης, [2]Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

Το σχολείο στα παιδιά είναι κάτι νέο-καινούργιο για τη ζωή τους. Η ένταξη και η προσαρμογή τους σε αυτό γίνεται τις περισσότερες φορές με δυσκολίες, γιατί αφήνουν την οικογένεια που τους παρείχε την ασφάλεια και γνωρίζουν κάτι νέο, απότομα η ζωή τους αλλάζει.
ΣΚΟΠΟΣ της έρευνας μας είναι να μελετήσουμε το πρόβλημα της σχολικής φοβίας, να καταγραφεί το μέγεθος της, τα αίτια που την προκαλούν και οι επιπτώσεις της στη διαμόρφωση του χαρακτήρα και της συμπεριφοράς των παιδιών και αν αυτή επηρεάζει τη σχολική επίδοση.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η εργασία μας έγινε κατά τη διάρκεια του 2013. Σε σχετικό ερωτηματολόγιο απάντησαν 200 γονείς παιδιών 5-14 χρονών. Οι ερωτήσεις περιλάμβαναν: αν αρέσει στο παιδί τους το σχολείο, η απόσταση της κατοικίας από αυτό, με τι μέσο μετακινείται, ο αριθμός μελών της οικογένειας, αν προτιμά να μένει σπίτι του παρά να πηγαίνει σχολείο, αν θέλει να βλέπει τους γονείς στα διαλείμματα ή έξω από την τάξη κατά τη διάρκεια του μαθήματος, αν το βράδυ κοιμάται μόνο του και τι κάνει όταν φεύγει η μητέρα του, αν φοβάται κάτι και τι κάνει συνήθως όταν φοβάται, αν παραπονιέται συχνά για συμπτώματα (πονοκεφάλους, διάρροιες, εμετούς, ταχυπαλμίες) και αν αυτά επιδεινώνονται καθώς πλησιάζει η ώρα του σχολείου, αν οι γονείς σαν μαθητές είχαν συμπτώματα σχολικής φοβίας και τέλος, αν έχουν επισκεφθεί ειδικό ή το έχουν συζητήσει με τους δασκάλους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ποσοστό 88% των γονέων πιστεύουν πως στο παιδί τους αρέσει το σχολείο, ενώ 12% αμφιβάλλουν. Από το ερωτηματολόγιο προκύπτει πως ποσοστό 8% παρουσίαζαν συμπτώματα σχολικής φοβίας, κυρίως στην 1η και 2η τάξη, οι γονείς απαντούν πως τα παιδιά αρνούνταν να μπουν στο σχολείο, ενώ στις μεγαλύτερες τάξεις ποσοστό 66% αυτών παρουσιάζουν σωματικά συμπτώματα, κυρίως κεφαλαλγίες. Τα παιδιά με σχολική φοβία προτιμούν να μένουν σπίτι τους με τη μητέρα τους ή τα μικρότερά τους αδέλφια (ποσοστό 65%), κοιμούνται με αναμμένο φως (ποσοστό 15%) ή με κάποιον άλλον παρέα (ποσοστό 20%). Όταν απουσιάζει η μητέρα τους νιώθουν ανασφάλεια και προφασίζονται τρόπους να την κρατούν κοντά τους. Συμπτωματολογία φοβίας παρουσιάζουν σε ποσοστό 33% τα μικρότερα παιδιά της οικογένειας και σε ποσοστό 67% τα πρωτότοκα. Οι γονείς των παιδιών με φοβία, σχεδόν στο σύνολό τους (ποσοστό 77%) είχαν και αυτοί το ίδιο πρόβλημα. Όλοι οι γονείς συμφωνούν πως οι απουσίες, αλλά και η συμπτωματολογία που παρουσιάζουν έχουν αντίκτυπο στη σχολική τους επίδοση. Τα πιο πολλά από τα παιδιά με φοβία είναι κορίτσια. Ποσοστό 89% των γονέων έχουν επισκεφθεί ειδικό ή και το συζήτησαν και με τους δασκάλους. Το επάγγελμα και η μόρφωση των γονέων σχετίζεται με την εκδήλωση ή όχι της σχολικής φοβίας. Η καλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας είναι κακός παράγοντας στην εκδήλωσή της.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σήμερα η σχολική φοβία είναι σε μικρό ποσοστό, δεν παύει όμως να αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για το παιδί, αλλά και την οικογένεια. Στο δημοτικό σχολείο η συμπτωματολογία ελαττώνεται, γιατί τα περισσότερα παιδιά έχουν περάσει από παιδικούς σταθμούς και νηπιαγωγεία και έχουν σχετικά προσαρμοσθεί. Είναι αποδεκτό ότι ο φόβος του παιδιού δεν είναι το σχολείο, αλλά ο φόβος να φύγει από το σπίτι, «το άγχος του αποχωρισμού». Θετική και αναγκαία είναι η συνεργασία γονέων - σχολείου - ειδικών.

180. ΘΑΝΑΤΟΙ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ: 1999-2010

Π. Πανούση[1], Α. Λογιοπούλου[1], Δ. Τζαβάρας[2], Σ. Σαρηβαλάσης[3], Δ. Βλαχοδημητρόπουλος[1], Ν. Γούτας[1], Ε. Σακελλιάδης[1], Χ. Σπηλιοπούλου[1]

[1]Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας, ΕΚΠΑ, [2]Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία»,[3]Παιδοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η ταυτοποίηση του προφίλ των κρατουμένων εκείνων που αποβιώνουν κατά τη διάρκεια της κράτησής τους, εντός των καταστημάτων κράτησης στην Ελλάδα, καθώς και η η διερεύνηση του επιπέδου παροχής φροντίδας υγείας σε αυτούς.
ΥΛΙΚΟ: Η μελέτη συνίσταται σε εξέταση των αρχείων σωφρονιστικών δομών για την περίοδο 1999-2010. Η πρόσβαση σε αυτά τα εμπιστευτικά αρχεία έγινε κατόπιν αδείας του Υπουργείου Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Τα στοιχεία αφορούσαν στο κοινωνικό, ποινικό και ιατρικό ιστορικό, καθώς και στην ιατροδικα στική εκτίμηση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 77.6% των περιστατικών ήταν Ελληνικής καταγωγής, ενώ η προέλευση εξ Ανατολικής Ευρώπης, ήτο η δεύτερη σε συχνότητα εμφάνισης καταγωγή. Το 65,9% των περιστατικών είχε επάγγελμα πριν τη φυλάκιση, ενώ το 43,9% ήταν έγγαμοι με το 55,3% να έχει και τέκνα. Η πλειονότητα των περιστατικών του δείγματος δεν είχε συμπληρώσει καν την υποχρεωτική εκπαίδευση (40,5%). Το 33,8% των περιστατικών καταδικάσθηκε για εγκλήματα σχετιζόμενα με ναρκωτικά. Το 19,9% των περιστατικών του δείγματος είχε ελεύθερο ιατρικό ιστορικό. Το 36,6% των περιστατικών είχε διεγνωσμένη ψυχιατρική νόσο. Ιστορικό χρήσης τοξικών ουσιών εμφανίζεται στο 18,4%. νεοπλασία εντοπίσθηκε στο 30,1% των περιστατικών, ενώ το 15,4% είχε στεφανιαία νόσο, και ομοίως 15,4% είχε χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Το 34,8% των περιστατικών επισκέφθηκε ιατρό σε χρονικό διάστημα 1 ως 14 ημερών προ του θανάτου, ενώ το 22,1% δεν επισκέφθηκε καθόλου ιατρό. Προκύπτει ότι ένα 8,1% των περιστατικών φυσικών θανάτων δεν είχε επισκεφθεί καθόλου ιατρό προ του θανάτου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι κρατούμενοι, ως ιδιαίτερη ομάδα πληθυσμού, εμφανίζουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, σε ότι τουλάχιστον αφορά το ιατρικό ιστορικό. Εξαίρεση σίγουρα είναι η αυξημένη επίπτωση που εμφανίζουν τόσο οι ψυχιατρικές παθήσεις όσο και η λοίμωξη HIV, καθώς επίσης και το θετικό ιστορικό χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών. Επιπροσθέτως προκύπτει ότι οι κρατούμενοι δε λαμβάνουν επαρκώς την ιδιαίτερη φροντίδα υγείας της οποίας χρήζουν, ως ευαίσθητη ομάδα πληθυσμού.

181. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ: 1999-2010

Α. Λογιοπούλου[1], Π. Πανούση[1], Δ. Τζαβάρας[2], Σ. Σαρηβαλάσης[3], Δ. Βλαχοδημητρόπουλος[1], Ν. Γούτας[1], Ε. Σακελλιάδης[1], Χ. Σπηλιοπούλου[1]

[1]Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας, ΕΚΠΑ, [2]Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία»,[3]Παιδοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης

ΣΚΟΠΟΣ: Τα ποσοστά αυτοκτονίας στα σωφρονιστικά ιδρύματα έχουν παρουσιάσει αύξηση τις τελευταίες δεκαετίες. Οι αιτίες της αύξησης αυτής παραμένουν ασαφείς. Στην Ελλάδα η κατάσταση δεν έχει περιγραφεί λεπτομερώς, τουλάχιστον τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με το νόμο, κάθε θάνατος κρατουμένου υπόκειται σε ιατροδικαστική εκτίμηση.
ΥΛΙΚΟ: Η μελέτη συνίσταται σε εξέταση των αρχείων σωφρονιστικών δομών για την περίοδο 1999-2010. Η πρόσβαση σε αυτά τα εμπιστευτικά αρχεία έγινε κατόπιν αδείας του Υπουργείου Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Τα στοιχεία αφορούσαν στο κοινωνικό, ποινικό και ιατρικό ιστορικό, καθώς και στην ιατροδικαστική εκτίμηση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά συγκεντρώθηκαν 339 περιπτώσεις, από τις οποίες υπήρχαν πλήρη διαθέσιμα αρχεία για τις 259. Από τις 259 περιπτώσεις, για τις οποίες υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία, βρέθηκαν 70 περιπτώσεις αυτοκτονίας. Προκύπτει ότι αυτοκτονούν συχνότερα οι Ευρωπαίοι (p=0,004), οι άνεργοι (p=0,003), οι άγαμοι (p<0,0001), οι μη έχοντες τέκνα (p=0,008), οι τοξικομανείς (p=0,042), οι μη λαμβάνοντες φαρμακευτική αγωγή (p<0,0001). Προκύπτει επίσης ότι όσοι αυτοκτονούν είναι μικρότερης ηλικίας, φυλακίζονται σε μικρότερη ηλικία και τέλος έχουν μικρότερο χρόνο παραμονής εντός των καταστημάτων κράτησης. Δεν προκύπτει εμφανής συσχέτιση μεταξύ αυτοκτονιών και συγκεκριμένης ημέρας της εβδομάδος, ούτε καν μηνός του έτους. Το 35,7% των περιστατικών είχε ως τόπο θανάτου το κελί, ενώ το 25,7% το Ψυχιατρείο Κρατουμένων. Εμφανίζεται ότι το 85,7% των περιπτώσεων αυτοκτονίας μεταφέρθηκαν στο Νοσοκομείο Φυλακών (p<0.0001). Η συχνότερη σε εμφάνιση αιτία θανάτου είναι ο απαγχονισμός (45,7%), ακολουθούμενος από τη δηλητηρίαση από ψυχοδραστικές ουσίες (24,3%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα θύματα αυτοκτονίας στα Ελληνικά σωφρονιστικά καταστήματα προκύπτει να έχουν ένα ιδιαίτερο κοινωνικό προφίλ, σε σχέση με τα αναμενόμενα ενώ εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι η ψυχιατρική πάθηση δε φαίνεται να αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για την αυτοκτονία. Ο απαγχονισμός αποτέλεσε τον κύριο τρόπο αυτοκτονίας, με δεύτερο τη δηλητηρίαση με ψυχοδραστικές ουσίες στους κρατουμένους των σωφρονιστικών καταστημάτων που μελετήθηκαν.

182. ΑΥΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Ε. Σίμου

Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να παρουσιάσει το βαθμό στον οποίο ο γενικός πληθυσμός χρησιμοποιεί πληροφορίες που λαμβάνει από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης με σκοπό την αυτοδιάγνωση συμπτωμάτων.
ΥΛΙΚΟ: Στην έρευνα συμμετείχαν 1.227 άτομα. Το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό, άνδρες και γυναίκες, 18 ετών με αντιπροσωπευτική κατανομή στις 13 διοικητικές περιφέρειες της χώρας. Το δείγμα επιλέχθηκε βάσει της απογραφής του 2001 της ΕΛΣΤΑΤ με πολυσταδιακή δειγματοληψία με χρήση quota ως προς τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού, το φύλο και την ηλικία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ποσοστό 61.6% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι έκανε πολύ και αρκετά συχνά, αυτοδιάγνωση συμπτωμάτων με βάση πληροφορίες που διάβασε στο διαδίκτυο, 35.2% με βάση κάτι που είδε στην τηλεόραση και 38.7% με βάση κάτι που διάβασε σε κάποιο περιοδικό. Επιπλέον το 34.2% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι εμπιστεύεται πολύ και αρκετά συχνά διαγνωστικές μεθόδους που βρίσκει διαθέσιμες στο διαδίκτυο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τις τελευταίες δεκαετίες τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) έχουν αναχθεί σε θεμελιώδη παράγοντα μαζικής ενημέρωσης και επικοινωνίας. Τα τελευταία χρόνια η διαδικασία της πληροφοριακής παγκοσμιοποίησης επισπεύστηκε από τη χρήση των ψηφιακών ΜΜΕ, και των αλληλεπιδραστικών τεχνολογιών του διαδικτύου. Η αναζήτηση πληροφοριών υγείας συνάδει με την έμφυτη ανάγκη του ανθρώπου να διατηρήσει και να βελτιώσει την υγεία του και που θα μπορούσε να καλυφθεί άμεσα και χωρίς κόστος από τις μεγάλες δυνατότητες που προσφέρουν τα ψηφιακά μέσα ενημέρωσης, ιδιαίτερα υπό το πρίσμα των οικονομικών δυσχερειών που υπαγορεύει η παρατεταμένη δημοσιονομική οικονομική κρίση. Η χρήση πληροφοριών θα πρέπει να γίνεται λαμβάνοντας υπόψη το βαθμό εγκυρότητας της πληροφορίας που διοχετεύεται από πολλά μέσα ενημέρωσης και με γνώμονα ότι μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά- ενημερωτικά και σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να υποκαταστήσει το ρόλο του γιατρού και της διαπροσωπικής και εξατομικευμένης γνωμάτευσης των συμπτωμάτων.

183. ΔΟΜΗ ΑΓΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Χ. Κοντού[1], Κ. Ζιώγος[2]

[1]Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Business Financial Analysis, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Αναλύεται το πλαίσιο λειτουργίας των Ιδιωτικών Γενικών Θεραπευτηρίων, των Μαιευτικών Κλινικών και των Διαγνωστικών Κέντρων της Ελλάδας, ώστε να διερευνηθεί το σύνολο των Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας της χώρας.
ΥΛΙΚΟ: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Σεπτέμβριο του 2011 έως τον Ιανουάριο του 2012 και η αγορά παρουσιάζεται μέσω της Ανάλυσης των Πέντε Δυνάμεων του Porter και της Ανάλυσης SWOT. Δίνονται τα Μερίδια Αγοράς με ανάλυση των Κύκλων Εργασιών των επιχειρήσεων, ενώ προσεγγίζεται η Κερδοφορία του κλάδου μέσω των Περιθωρίων Μικτού Κέρδους, Καθαρού Κέρδους και Καθαρού Κέρδους EBITDA.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η Ελλάδα έχει ένα ιδιαίτερα ανεπτυγμένο τομέα Ιδιωτικής Υγείας, με παρουσία Ιδιωτικών Θεραπευτηρίων κυρίως στους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης. Σε επίπεδο Ομίλων, το ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑ ΑΕ καταλαμβάνει την πρώτη θέση με μερίδιο αγοράς 24,9% και ακολουθεί ο όμιλος ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ ΕΑΕ με μερίδιο 19,4%. Ο όμιλος ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ ΑΕ, με εξέχουσα θέση στο τομέα των διαγνωστικών κέντρων, καταλαμβάνει μερίδιο 23%. Σε επίπεδο ιδιωτικών γενικών κλινικών και θεραπευτηρίων, η κλινική ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ ΕΑΕ λαμβάνει την πρώτη θέση με μερίδιο 20,3%, ενώ στις μαιευτικές κλινικές πρώτο έρχεται το ΙΑΣΩ ΑΕ με μερίδιο 37,7%.
Αναφορικά με την Κερδοφορία του κλάδου, τα Μαιευτήρια βρέθηκαν αρκετά προσοδοφόρα με το Μέσο Όρο του Περιθωρίου Καθαρού Κέρδους να αγγίζει το 20%. Ιδιαίτερα προσοδοφόρα παρουσιάζονται και τα Διαγνωστικά Κέντρα, με το Περιθώριο Καθαρού Κέρδους EBITDA της ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΕ να ξεπερνά το 30%. Ιδιάζουσες περιπτώσεις είναι οι Ιδιωτικές Κλινικές, όπου παρουσιάζουν υψηλό Μικτό Περιθώριο Κέρδους, αλλά στην πλειοψηφία τους αρνητικό Περιθώριο Καθαρού Κέρδους.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:Επιβεβαιώνεται, μέσα από την ανάλυση, η παρουσία των Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας σε όλη τη διάθρωση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος, δείχνοντας τη σημαντική θέση τους στην αγορά υπηρεσιών υγείας της Ελλάδας.

184. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΡΑΓΔΑΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2009-2012)

Ν. Βραχνής[1], Ν. Βλαχάδη[1], Ζ. Ηλιοδρομίτη[1], Μ. Βλαχάδη[2], Γ. Κρεατσάς[1]

[1]Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αρεταίειο, [2]Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδειχθεί η επίπτωση της οικονομικής κρίσης της τελευταίας τετραετίας (2009-2012) στην μείωση της γεννητικότητας στην Ελλάδα.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση και στατιστική επεξεργασία δεδομένων της Ελληνικής στατιστικής αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ) της περιόδου 2008-2012 σε όλη την επικράτεια.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το 2008 ως το 2012 ο αριθμός των γεννήσεων μειώθηκε κατά 15,2%, από 118.302 σε 100.371 ο ολικός δείκτης γονιμότητας (Total Fetility Rate, TFR) μειώθηκε κατά 8,8%, από 1,49 σε 1,34, ενώ ο πληθυσμός των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας (15-44 ετών) μειώθηκε κατά 6,1%.
Μελετώντας την εξέλιξη του γενικού δείκτη γονιμότητας (General Fertility Rate, GFR) κατά την περίοδο 2008-2012 προσαρμοσμένου στον αριθμό των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας του 2008,διαπιστώνεται ότι περίπου οι μισές από τις "χαμένες" γεννήσεις της τετραετίας οφείλονται στην μείωση του πληθυσμού των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας, δηλαδή θα συνέβαιναν ούτως ή άλλως ανεξαρτήτως της μεταβολής του οικονομικού περιβάλλοντος, ενώ το υπόλοιπο ~50% αποδίδεται στην πραγματική μείωση της γονιμότητας.
Το 2012, σε σύγκριση με το 2008, καταγράφεται μείωση των γεννήσεων από μητέρες <40 ετών, που είναι μεγαλύτερη στις νεότερες γυναίκες. Στις μητέρες ηλικίας <25, 25-29, 30-34 ετών ο αριθμός των γεννήσεων μειώθηκε κατά 31,8%, 23,2% και 10,6% και οι ειδικοί κατά ηλικία δείκτες γονιμότητας κατά 25,3%, 8,7% και 7,3%, αντίστοιχα. Στις μητέρες 35-39 ετών, οι γεννήσεις μειώθηκαν 2,5% αλλά ο δείκτης γονιμότητας αυξήθηκε κατά 1,8%. Αντίθετα, σημειώνεται αύξηση των γεννήσεων από μητέρες ηλικίας ≥40 ετών. Ο αριθμός των γεννήσεων και ο δείκτης γονιμότητας αυξήθηκε στις γυναίκες 40-44 ετών κατά 17,1% and 8,7% και σε αυτές ≥45 καταγράφεται εντυπωσιακή αύξηση κατά 36,1% and 34,8%, αντίστοιχα.
Την τετραετία 2008-2012, η μείωση του αριθμού των γεννήσεων από αλλοδαπές μητέρες ήταν 2,5 φορές μεγαλύτερη, σε σύγκριση με τις Ελληνίδες (29,4% έναντι 11,9%, αντίστοιχα).
Από το 2008 ως το 2010, οι γεννήσεις εντός γάμου μειώθηκαν κατά 4,4%, ενώ οι γεννήσεις από άγαμες μητέρες αυξήθηκαν κατά 18,9%. Κατά τη δεύτερη διετία (2010-2012) οι γεννήσεις εκτός γάμου μειώθηκαν κατά 8,5%, λιγότερο σε σύγκριση με την αντίστοιχη μείωση των γεννήσεων εντός γάμου (-12,9%).
Το 2012, σε σύγκριση με το 2008, η σχετική μείωση των γεννήσεων ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο: 17,8%, 28,1% και 33,6% στις μητέρες με <9, 9-11 και 12 συμπληρωμένα έτη εκπαίδευσης, αντίστοιχα. Αντίθετα, καταγράφεται αύξηση κατά 4,8% στις γεννήσεις από μητέρες αποφοίτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
Τέλος, την περίοδο 2008-2012, η μείωση των γεννήσεων ήταν μεγαλύτερη στις μητέρες που κατοικούν σε μη αστικές (23,0%), σε σύγκριση με αυτές που κατοικούν σε αστικές περιοχές (11,3%), και στις τριτοτόκες και άνω (27,2%), σε σύγκριση με τις δευτεροτόκες (18,9%) και τις πρωτοτόκες (8,4%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η δραματική μείωση του αριθμού των γεννήσεων την τετραετία 2008-2012 είναι το σύνθετο αποτέλεσμα της επίδρασης της οικονομικής λιτότητας στο πρόβλημα της δημογραφικής γήρανσης της Ελλάδας. Η μείωση των γεννήσεων ήταν μεγαλύτερη στις ομάδες γυναικών που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση:

185. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΕΚΤΟΣ ΓΑΜΟΥ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1980-2012)

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

[1]Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, [2]Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση της εξέλιξης της κατανομής των γεννήσεων εκτός γάμου στην Ελλάδα κατά ηλικία της μητέρας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το σύνολο των γεννήσεων ζώντων που συμπλήρωσαν 20 εβδομάδες κύησης, κατά τη διάρκεια 33 ετών (1980-2012) σε όλη την επικράτεια (σύνολο:3.657.642 γεννήσεις ζώντων).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το 1980 ως το 2012, το (%)ποσοστό των γεννήσεων εκτός γάμου επί του συνόλου των γεννήσεων αυξήθηκε 5,2 φορές εκθετικά (συντελεστής προσδιορισμού R2=0,994, Ptrend<0,001), από 1,45% σε 7,61%.
Κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση χρονικής περιόδου, το (%)ποσοστό των γεννήσεων εκτός γάμου αυξήθηκε σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (Ptrend<0,001). Η ηλικιακή ομάδα 30-34 ετών, που κατέχει σταθερά το μικρότερο (%)ποσοστό γεννήσεων εκτός γάμου, κατέγραψε την μικρότερη σχετική αύξηση (2,7 φορές), από 1,39% σε 3,72%. Στις ηλικιακές ομάδες <30 ετών, η σχετική αύξηση ήταν μεγαλύτερη στις νεότερες ηλικίες:25-29:αύξηση 5,4 φορές, εκθετική, R2=0,955, από 1,10% σε 5,89%. 20-24:αύξηση 14,4 φορές, εκθετική, R2=0,980, από 1,23% σε 17,73%, <20:αύξηση 22,7 φορές, εκθετική, R2=0,985, από 2,66% σε 60,45%. Στις μητέρες ≥35 ετών, η σχετική αύξηση ήταν μεγαλύτερη στις μεγαλύτερες ηλικίες:35-39:2,9 φορές, από 1,79% σε 5,14%, 40-44:3,2 φορές, από 2,62% σε 8,45%, ≥45:3,8 φορές, από 4,18% σε 15,72%.
Περισσότερο από τα 2/3 της συνολικής αύξησης του (%)ποσοστού των γεννήσεων εκτός γάμου οφείλεται στην αύξηση των γεννήσεων από άγαμες μητέρες <30 ετών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γεννήσεις από άγαμες μητέρες στην Ελλάδα κυμαίνονται παραδοσιακά σε χαμηλά επίπεδα (η Ελλάδα συγκρινόμενη με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες έχει το μικρότερο%ποσοστό γεννήσεων εκτός γάμου) αλλά καταγράφουν συνεχή εκθετική άνοδο από το 1980 ως το 2012 λόγω της αλλαγής των παραδοσιακών αντιλήψεων και της εισόδου στη χώρα μεγάλου αριθμού μεταναστών. Η άνοδος αυτή αφορά σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με την μεγαλύτερη σχετική αύξηση να καταγράφεται στις νεότερες μητέρες (<30 ετών).

186. ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΕΝΩΠΙΟΝ ΤΗΣ ΤΡΕΧΟΥΣΑΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Χ. Χουρπιλιάδης[1], Α. Κουταβά[1], Β.Χ. Μυστακίδη[1], Κ.Α. Πασσάδη[1], Α. Νιφόρου[1], Ε. Αντιόχου[1], Μ. Νιζάμη[1], Μ.Ι. Γαβαλά[1], Κ. Παναγούλη[1], Ε. Φερδιανάκη[1], ΝΑ. Παναγιωτοπούλου[1], Κ. Θεοδωρολέα[1], Ε. Μαντά[1], Ρ. Τριανταφύλλου[2], Ο. Αβραμοπούλου[1], Χ. Γώγος[3], Χ. Φλωρδέλλης[3]

[1]Φοιτητής Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών, [2]Φοιτητής Τμήματος Βιολογίας Πανεπιστημίου Πατρών, [3]Μέλη ΔΕΠ Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Η τρέχουσα Βιοηθική αποτελεί κυρίαρχη πλατφόρμα συζήτησης και διαχείρισης των ζητημάτων από τις εφαρμογές της Βιολογίας. Σκοπός της μελέτης ήταν να αποτυπωθούν οι απόψεις και οι τάσεις μεταξύ των νέων ιατρών πάνω σε κομβικά ζητήματα της τρέχουσας Ιατρικής Ηθικής, όπως η ευθανασία, η «εικαζόμενη συναίνεση» και η επιλογή φύλου, αλλά και να αποτιμηθεί η συνολική αποτελεσματικότητα και η επάρκεια του τρέχοντος Παραδείγματος Βιοηθικής.
ΥΛΙΚΟ: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε την περίοδο Νοέμβριος -Δεκέμβριος 2013. Το υλικό της μελέτης ήταν 940 ερωτηματολόγια με πέντε ερωτήματα, που συμπληρώθηκαν ανώνυμα από 764 φοιτητές σε διάφορα έτη σπουδών Ιατρικής και Βιολογίας του Πανεπιστημίου Πατρών και 176 ειδικευόμενους στο ΠΓΝΠ, το Καραμανδάνειο Παιδιατρικό Νοσοκομείο και το ΓΝ «Άγιος Ανδρέας» Πατρών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταγράφεται σαφής απόκλιση μεταξύ της άποψης των φοιτητών, που θεωρούν ότι γίνεται κάποια μορφή ευθανασίας στην υπαρκτή ιατρική πρακτική και εκείνης των ειδικευομένων, που θεωρούν πως όχι. Απεναντίας υπάρχει σύγκλιση απόψεων στη διάκριση δικαιωμάτων (λ.χ. αυτονομίας και υπό όρους ανώδυνου θανάτου), που πρέπει να γίνονται σεβαστά και προτιμήσεων κοινωνικού χαρακτήρα (λ.χ. επιλογή φύλου) για τα οποία υπάρχει επιφύλαξη. Σύγκλιση τάσεων υπάρχει και στην ανάγκη αναθεώρησης μικρού βαθμού (φοιτητές) έως ριζική (ειδικευόμενοι) του υπάρχοντος πλαισίου Βιοηθικής. Αναλυτικά τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στα επισυναπτόμενα ιστογράμματα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα σπουδή αποτελεί την πρώτη τεκμηριωμένη καταγραφή των τάσεων των νέων ιατρών απέναντι στα καινοφανή ζητήματα, που έχουν προκύψει από την πρόοδο των βιοϊατρικών επιστημών. Ιδιαίτερα, πρέπει να γίνει αντικείμενο εις βάθος διερεύνησης η πεποίθηση των νέων ιατρών για την αναντιστοιχία πτυχών της υπαρκτής ιατρικής πρακτικής με τις αντίστοιχες νομικές και δεοντολογικές θεσπίσεις. Όπως και το αδιαπραγμάτευτο αίτημα για ένα νέο πλαίσιο βιοηθικών θεωρήσεων, που θα περιλάβει τη νέα δυναμική της σύγχρονης βιολογίας. Πιστεύουμε ότι η παρούσα εργασία θα αποτελέσει κεκτημένο και κίνητρο για πιο εμπεριστατωμένες και εκτενέστερες αναλύσεις στο πεδίο.

187. IN VITRO ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗ ΛΙΝΕΖΟΛΙΔΗΣ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΜΟΣΧΕΥΜΑ ΣΠΟΓΓΩΔΟΥΣ ΟΣΤΟΥ

Α. Πιστίκη[1], Π. Νίκου[1], Μ. Γεωργίτση[1], Β. Σοράνογλου[2], Ε. Γαλάνη[1], Η. Γαλανόπουλος[3], Ε. Γιαμαρέλλος-Μπουρμπούλης[1], Κ. Κανελλακοπούλου[1], Ε. Γιαννιτσιώτη[1]

[1]Δ΄ Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Β΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», [3]Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η οστεομυελίτιδα είναι μια θεραπευτική πρόκληση ειδικά στην εποχή της μικροβιακής αντοχής. Τα τοπικά συστήματα αποδέσμευσης αντιβιοτικών αναπτύχθηκαν ακριβώς για να ενισχύσουν τη θεραπευτική αντιμετώπιση της οστεομυελίτιδας.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:Τμήματα αλλομοσχευμάτων σπογγώδους οστού που αφαιρέθηκαν από ασθενείς κατά τη διάρκεια προγραμματισμένων επεμβάσεων αρθροπλαστικής ισχίου, ομογενοποιήθηκαν με μηχανική θραύση και στη συνέχεια αποστειρώθηκαν και τοποθετήθηκαν μέσα σε μεταλλικούς κυλίνδρους οι οποίοι προηγουμένως είχαν εμβαπτισθεί σε διάλυμα λινεζολίδης 3mg/ml για 1, 24 και 48 ώρες. Στη συνέχεια, όλοι οι εμβαπτισμένοι στη λινεζολίδη κύλινδροι που περιέχουν το θρυματισμένο οστούν επωάσθησαν σε ζωμό muller-hinton για 24 ώρες. Τα υπερκείμενα φυλάχθησαν στους -70°C. Η ανωτέρω διαδικασία επαναλήφθηκε κάθε 24 ώρες επί 5 διαδοχικές ημέρες. Με μέθοδο HPLC μετρήθηκαν τα επίπεδα λινεζολίδης σε όλα τα υπερκείμενα δείγματα. Κάθε πείραμα επαναλήφθηκε εις διπλούν.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον γράφημα αναπαρίστανταοι συγκεντρώσεις λινεζολίδης που απελευθερώθηκαν μετά από επώαση 24ωρών κυλίνδρων με οστούν εμβαπτισμένων στο διάλυμα λινεζολίδης για 1, 24 και 48 ωρες.. Η μέγιστη συγκέντρωση λινεζολίδης ανιχνεύθηκε την 1^{η} ημέρα ενώ μετά την -5^{η}ημέρα καμία αποδέσμευση δεν καταγράφηκε.
Εικόνα 1. Αποδέσμευση λινεζολίδης (μg/ml) από σύστημα αποδέσμευσης σπογγώδους οστού εμβαπτισμένου σε 3mg/dl λινεζολίδης για 1 (-IH), 24 (-24H), 48 (-48H) ώρες. -CTRL= control D1, D2, D3, D4, D5 = ημέρα 1, 2, 3, 4, 5 αντίστοιχα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μέγιστες συγκεντρώσεις λινεζολίδης παρατηρήθηκαν την 1^{η} ημέρα αποδέσμευσης και ήταν πολλαπλάσιες των ελαχίστων ανασταλτικών πυκνοτήτων προτύπων Gram θετικών μικροβίων (MRSA, MSSA, MRSE, Enterococci). Τα αποτελέσματα αυτά είναι ενθαρρυντικά για τη χρήση της λινεζολίδης σε τοπικά συστήματα αποδέσμευσης στην χημειοπροφύλαξη από Gram θετικά βακτήρια σε προγραμματισμένες επεμβάσεις αρθροπλαστικής ισχίου.

188. ΠΑΝ-ΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ΕΝΤΕΡΟΒΑΚΤΗΡΙΑΚΩΝ. ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΑΝΤΟΧΗΣ?

Ε. Γαλάνη[1], Λ. Μωραΐτου[2], Κ. Ορλάνδου[1], Μ. Δρογκάρη-Άπειρανθείτου[1], Ε. Βογιατζάκης[2], Γ. Πετρίκκος[1], Μ. Σουλή[1]

[1]Ερευνητικό Εργαστήριο Λοιμώξεων και Αντιμικροβιακής Θεραπείας, Δ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, [2]Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Να διερευνηθούν οι υποκείμενοι μηχανισμοί αντοχής στα παν-ανθεκτικά εντεροβακτηριακά στελέχη που εμφανίζονται όλο και συχνότερα στα Ελληνικά νοσοκομεία.
ΜΕΘΟΛΟΓΙΑ: 28 στελέχη *Klebsiella pneumoniae,* 18 *Providencia stuartii* και 2 *Proteus mirabilis* που είχαν απομονωθεί κατά τα έτη 2008-2012 στο Ερευνητικό Εργαστήριο Λοιμώξεων και Αντιμικροβιακής Θεραπείας της Δ΄ Παθολογικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών καθώς και 6 στελέχη *K.pneumoniae* από το μικροβιολογικό του ΓΝΝΘ Σωτηρία, ανθεκτικά σε όλα τα αντιβιοτικά, ελέγχθηκαν για τους υποκείμενους μηχανισμούς αντοχής. Η παρουσία ESBL, καρβαπενεμασών, 16S rRNA μεθυλασών (*armA, rmtB, rmtC, rmtA, rmtD* και *npmA*) και *qnr (qnrA, qnrB, qnrS, qnrC* και *qnrD)* γονιδίων έγινε με PCR. Έλεγχος της κλωνικότητας έγινε με REP-PCR.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλα τα στελέχη ήταν θετικά για το *rmtB,* και παρήγαγαν VEB, OXA-10 και TEM-τύπου β-λακταμάσες. Επίσης όλα τα στελέχη *P.stuartii* και *P. mirabilis* παρήγαγαν VIM-καρβαπενεμάση, ενώ τα *P. stuartii* παρήγαγαν και SHV-τύπου ESBL. Η πλειονότητα των στελεχών *K.pneumoniae*παρήγαγαν την KPC (28/33) ενώ 4 στελέχη παρήγαγαν VIM-τύπου καρβαπενεμάση. Όλα τα VIM-θετικά στελέχη *K.pneumoniae* παρήγαγαν και SHV-τύπου ESBL, ενώ το 27.6% των KPC -θετικών στελεχών παρήγαγαν και SHV-τύπου ESBL. Παράλληλα όλα τα στελέχη *K.pneumoniae* έφεραν και το*qnrS*. Όλα, πλην ενός, τα στελέχη *P.stuartii* καθώς και τα 2 στελέχη *P. mirabilis* ανήκαν στον ίδιο κλώνο. Τα 4 VIM-θετικά στελέχη *K.pneumoniae* δεν σχετίζονταν κλωνικά. Αντίθετα τα KPC -θετικά στελέχη ανήκαν σε 4 κλώνους με το 57% να ανήκει στον Α, 25% στον Β, 11% στον Γ και 7% στον Δ. Πειράματα σύζευξης με επιλεγμένα στελέχη έδειξαν την μεταφορά πλασμιδίου που στην περίπτωση των *P. stuartii* και *P. mirabilis* φέρει όλα τα προαναφερόμενα γονίδια (bla_{VIM}, bla_{SHV}, bla_{VEB}, bla_{OXA-10}, bla_{TEM} και *rmtB*) ενώ στην περίπτωση των *K.pneumoniae* το πλασμίδιο φέρει επιπρόσθετα και το *qnrS* με ή χωρίς το bla_{SHV}.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εμφάνιση βακτηρίων που δεν είναι ευαίσθητα σε κανένα διαθέσιμο αντιβιοτικό είναι σίγουρα ανησυχητική. Το γεγονός όμως της ύπαρξης σε ένα μόνο συζευκτικό πλασμίδιο πολλαπλών γονιδίων που προσδίδουν αντοχή σε διάφορες ομάδες αντιβιοτικών (πλην της κολιστίνης) είναι τρομακτική. Αυστηρά μέτρα περιορισμού των λοιμώξεων είναι η μόνη προς το παρόν λύση.

189. ΦΑΡΜΑΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΤΗΣ ΚΟΛΙΣΤΙΝΗΣ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΟΣΗΣ ΦΟΡΤΙΣΗΣ 9 MU ΣΟΥΛΦΟΜΕΘΥΛΙΚΗΣ ΚΟΛΙΣΤΙΝΗΣ (CMS) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ

Η. Καραΐσκος[1], L. Friberg[2], Κ. Ποντίκης[3], Β. Τσαγκάρη[3], Λ. Γαλανή[1], Φ. Μπαζιάκα[1], Α. Κουτσούκου[3], Ε. Γιαμαρέλλου[1]

[1]6η Παθολογική Κλινική ΔΘΚΑ Υγεία, [2]Department of Pharmaceutical Bioscience, Uppsala University, Sweden, [3]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Α΄ Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής ΝΝΘΑ «Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Στην εποχή των XDR gram αρνητικών λοιμώξεων, η κολιστίνη έχει αναβιώσει ως η τελευταία θεραπευτική επιλογή στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Πρόσφατες μελέτες με επίκεντρο την ανάδειξη της βέλτιστης δοσολογίας κατέδειξαν την ανάγκη χορήγησης δόσης φόρτισης κατά την έναρξη της θεραπείας.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη εντάχθηκαν ασθενείς με νοσοκομειακή λοίμωξη από πολυανθεκτικά gram αρνητικά βακτήρια που λάμβαναν κολιστίνη. Χορηγήθηκε δόση εφόδου 9 MU CMS ακολουθούμενη από δόση συντήρησης 4.5 MU CMS κάθε 12 ώρες και η έγχυση δόθηκε επί 30 λεπτά ή 1 ώρα. Δείγματα αίματος συλλέχθηκαν αμέσως πριν και σε διάφορα χρονικά διαστήματα μετά δόσης φόρτισης και την 5η ή 6η δόση. Οι συγκεντρώσεις CMS και C προσδιορίστηκαν με τη μέθοδο LC-MS/MS. Πραγματοποιήθηκε πληθυσμιακή φαρμακοκινητική ανάλυση με το πρόγραμμα NONMEM. Η νεφροτοξικότητα αξιολογήθηκε με βάση τα κριτήρια RIFLE.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 19 ασθενείς (11 άνδρες). Η μέση ηλικία ήταν 56 έτη (εύρος 18 - 86), η μέση τιμή APACHE II ήταν 18,4 και η μέση κάθαρση κρεατινίνης (CrCL) ήταν 87 ml / min (εύρος 29-180). Η μέση τιμή (SD) της μέγιστης συγκέντρωσης (Cmax) της CMS ήταν 16,4 (5,9) mg / L και της κολιστίνης ήταν 2,5 (1,4) mg / L μετά της δόσης φόρτισης. Δεν διαπιστώθηκε διαφορά στη φαρμακοκινητική του CMS και κολιστίνης μεταξύ της έγχυσης 30 λεπτών και της μιας ώρας. Αναστρέψιμη νεφροτοξικότητα αναφέρθηκε στο 20% των ασθενών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χορήγηση δόση εφόδου των 9 MU CMS συνεπάγεται συγκεντρώσεις κολιστίνης πλάσματος υπεράνω του 2 mg / L εντός 4 ωρών στην πλειοψηφία των ασθενών.

190. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ PNEUMOCYSTIS JIROVENCI PCP ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ 14 ΕΤΩΝ

Ν. Σκληρός, Μ. Αναγνωστοπούλου, Κ. Φουντούλης, Ε. Γρίσπου, Κ. Λιτσάκης, Ε. Σκορδά, Χ. Βαδάλα, Β. Παπασταμόπουλος, Α. Σκουτέλης

ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» -Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική

Η πνευμονία από PCP είναι η συχνότερη ευκαιριακή λοίμωξη μεταξύ HIV θετικών ασθενών. Το γεγονός αυτό επισκιάζει τη μεγάλη συχνότητα της Pneumocystis ως παθογόνου μεταξύ άλλων κατηγοριών ανοσοκατεσταλμένων ασθενών: πάσχοντες από κακοήθειες, λαμβάνοντες ανοσοκατασταλτικά (κορτικοειδή ή άλλα κυπαροτοξικά φάρμακα).
ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των περιστατικών PCP σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο χωρητικότητας 950 κλινών.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν 2417 δείγματα ασθενών που είχαν σταλεί στο Μικροβιολογικό εργαστήριο κατά τη διάρκεια δεκατεσσάρων ετών από το Σεπτέμβριο του 2000 έως και το 2013. Η εργαστηριακή μέθοδος διάγνωσης της PCP ήταν ο έμμεσος ανοσοφθορισμός.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα δείγματα θετικά ήταν τα 106 εκ των οποίων 74 (69,81%) ήταν BAL, 24 (22,64%) πτύελα, και 8 (7,55%) βρογχικές εκκρίσεις. Από αυτά 20 ανήκαν σε HIV θετικούς ασθενείς της Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων (Μ.Ε.Λ.), ενώ 86 σε non-HIV ασθενείς από τα παρακάτω τμήματα:

Πνευμονολογική	Νεφρολογική	Αιματολογική	Γαστρεντερολογική	Καρδιοχειρουργική
12	7	5	1	1
Μ.Ε.Θ. / Μ.Α.Φ.	Παθολογικές	Ογκολογική	Εξωτερικοί	
14	14	7	25	

Η κατανομή των HIV / non-HIV ασθενών με PCP στη διάρκεια των ετών, ήταν:

Έτος	HIV / non-HIV	Έτος	HIV / non-HIV
2000	0/1	2007	2/10
2001	1/6	2008	4/2
2002	0/8	2009	1/6
2003	2/4	2010	1/5
2004	0/16	2011	2/6
2005	0/11	2012	4/4
2006	0/4	2013	3/3

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο αριθμός των non-HIV ασθενών που νόσησε από PCP αποδεικνύεται τετραπλάσιος των HIV θετικών, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι η Pneumonocystis αποτελεί σημαντικό αίτιο νοσηρότητας και θνησιμότητας ακόμη και μεταξύ των ασθενών της πρώτης κατηγορίας. Ο κλινικός πρέπει να θέτει την υποψία της λοίμωξης εγκαίρως και σε non-HIV ασθενείς που έχουν παράγοντες κινδύνου και συμβατή κλινική εικόνα ώστε να ζητούνται εγκαίρως οι κατάλληλες εξετάσεις για τη διάγνωσή της. Μέχρι την εργαστηριακή επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων δικαιολογείται η έναρξη εμπειρικής αγωγής καθώς έτσι βελτιώνεται η έκβαση της νόσου.

191. Ο ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘ ΑΠΟ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ GRAM- ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΟΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ

Ε. Παππά, Ε. Παπανδρέου, Ε. Κατσιούλα, Μ. Σταυροπούλου, Η. Παύλου, Μ. Εφορακοπούλου

Α΄ ΜΕΘ ΓΝΑ ΚΑΤ-ΕΚΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετήσουμε τους παράγοντες που σχετίζονται με τον αποικισμό του αναπνευστικού συστήματος των βαρέως πασχόντων ασθενών ΜΕΘ από πολυανθεκτικά Gram- βακτηρίδια.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήσαμε αναδρομικά όλους τους ασθενείς, που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ, από την 1.01.2011 μέχρι τις 31.12.2012 για περισσότερο από πέντε ημέρες υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και το αναπνευστικό τους σύστημα αποικίστηκε από πολυανθεκτικά Gram- βακτηρίδια. Καταγράψαμε την ηλικία, το φύλο, την αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο, την βαρύτητα της κάκωσης (Injury Severity Score ISS), τις ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ και την έκβαση. Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες T-student test, x2 test και Cox regression.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 181 ασθενείς (128 άνδρες, 53 γυναίκες) πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη. Από αυτούς 77(42.5%) ήταν πολυτραυματίες και 101(57.5%) ήσαν παθολογικοί και χειρουργικοί ασθενείς. Τα πολυανθεκτικά Gram- βακτηρίδια που καλλιεργήθηκαν από τις βρογχικές τους εκκρίσεις ήσαν pseudomonas aeroginosa, acinetobacter baumannii και klebsiella pneumoniae. Ο αποικισμός των βρογχικών εκκρίσεων ήταν λιγότερο συχνός στους πολυτραυματίες παρά στους παθολογικούς και χειρουργικούς ασθενείς ($p<0.001$). Η ηλικία, το ISS score και η έκβαση δεν είχαν σημαντική συσχέτιση με τον αποικισμό, ενώ οι άνδρες αποικίστηκαν πιο συχνά σε σύγκριση με τις γυναίκες (odds ratio=2, $p<0.004$). Επίσης οι ημέρες παραμονής στη ΜΕΘ είχαν σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση αποικισμού (odds ratio=1.02 για κάθε επιπλέον ημέρα, $p<0.017$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το φύλο και η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ είναι παράγοντες που προάγουν σημαντικά τον αποικισμό του αναπνευστικού συστήματος των υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής ασθενών από πολυανθεκτικά Gram- βακτηρίδια.

192. ΟΡΟΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

Ι. Κοντόνης[1], Ε. Στρατηγάκης[2], Η. Κωνσταντίνου[2], Ε. Μπασκουρέλου[1], Α. Ασπιώτη[1], Μ. Καλκάνη[1]

[1]Αιμοδοσία, ΓΝ Λακωνίας, [2]Παθολογική Κλινική, ΓΝ Λακωνίας

Η ηπατίτιδα Β είναι από τα λοιμώδη νοσήματα που απασχολούν τις υγειονομικές υπηρεσίες διεθνώς. Παρά τη χρήση τεχνικών NAT/PCR σε συνδυασμό με μεθόδους ορολογικού ελέγχου ELISA-CMIA, η «περίοδος παραθύρου» του ιού της ηπατίτιδας Β παραμένει υψηλή (40 ημέρες), κατά συνέπεια και ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού με μετάγγιση αίματος παραμένει υψηλός συγκριτικά με τους ιούς HIV και HCV οι οποίοι έχουν 11 και 12 ημέρες αντίστοιχα «περίοδο παραθύρου».
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι ο οροεπιδημιολογικός έλεγχος της ηπατίτιδας Β κατά το χρονικό διάστημα πέντε ετών (2008 – 2013) σε κατοίκους του Νομού Λακωνίας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ελέχθησαν 15.858 δείγματα στο Σταθμό Αιμοδοσίας του ΓΝ Σπάρτης (13.057 Έλληνες και 2.801 Αλλοδαποί). Ο έλεγχος περιλάμβανε τον προσδιορισμό του Αυστραλιανού Αντιγόνου (HBsAg) και των αντισωμάτων anti-HBs και anti-HBcore. Μελετήθηκε το ποσοστό εμβολιασμού, της φυσικής ανοσίας των ατόμων που μολύνθηκαν, καθώς και οι φορείς του ιού (HBsAg +). Ο προσδιορισμός του Αυστραλιανού Αντιγόνου και των Αντισωμάτων έγινε με τη μέθοδο της Χημειοφωταύγειας (Architect – ABBOTT).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 9,95% των Ελλήνων και το 2,09% των Αλλοδαπών είχαν εμβολιασθεί έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β. Το 5,63% των Ελλήνων και το 13,34% των Αλλοδαπών είχαν έρθει σε επαφή με τον ιό εκ των οποίων το 4,39% των Ελλήνων ανάπτυξε φυσική ανοσία και το 1,24% ήταν HBsAg (+) έναντι του 5,22% των αλλοδαπών με φυσική ανοσία και του 8,12% με HBsAg (+) αντίστοιχα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά τον προληπτικό εμβολιασμό, το ποσοστό των ατόμων που δεν έχουν εμβολιασθεί και αυτών που έχουν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας Β, είναι σχετικά υψηλό, ιδίως στον Αλλοδαπό πληθυσμό. Πρέπει να συνεχιστεί η ενημέρωση για τον ιό και τα οφέλη του εμβολιασμού σε όλες τις ηλικιακές ομάδες του μεικτού πληθυσμού μας προς όφελος όλων μας.

193. ΝΟΣΟΣ KIKUCHI ΣΕ ΝΕΟ ΑΣΘΕΝΗ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

Ε. Κοτίνα[1], Ν. Αλεξίου[1], Β. Βιτώρος[1], Α. Οικονόμου[2], Α. Καλλίτσης[2], Γ. Λιάππη[3], Σ. Συμπάρδη[4]

[1]Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΕ. Θριάσιο, [2]ΩΡΛ Κλινική, ΓΝΕ. Θριάσιο, [3]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο ΓΝΕ. Θριάσιο, [4]Α΄ Παθολογική Κλινική ΓΝΕ. Θριάσιο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νόσος Kikuchi -Fujimoto.ορίζεται ως ιστιοκυτταρική νεκρωτική λεμφαδενίτιδα, αποδιδόμενη σε λοίμωξη από τον ερπητοϊό HSV_6. Πρόκειται για σπάνιο, γενικά αυτοπεριοριζόμενο αίτιο λεμφαδενίτιδας.Περιγράφηκε πρώτη φορά στην Ιαπωνία το 1972.Η πιο κοινή εκδήλωση είναι η τραχηλική λεμφαδενοπάθεια με ή χωρίς συστηματικά σημεία και συμπτώματα. Κλινικά και ιστοπαθολογοανατομικά η νόσος μπορεί να διαφοροδιαγνωστεί από το λέμφωμα ή το Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο. **Η νόσος** διανύει καλοήθη πορεία,υφίεται σε διάστημα 1-6 μηνών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή ασθενούς με υποτροπιάζον εμπύρετο και τραχηλική λεμφαδενοπάθεια, με ιστολογική λεμφαδένα συμβατή με ιστιοκυτταρική νεκρωτική λεμφαδενίτιδα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής 22 ετών ελληνικής καταγωγής, με ελεύθερο ιστορικό, νοσηλεύτηκε στην Κλινική μας για διερεύνηση ανώδυνης τραχηλικής λεμφαδενοπάθειας από ημερών.Η κλινική εξέταση αρνητική πέραν της τραχηλικής λεμφαδενοπάθειας. Εργαστηριακός έλεγχος φυσιολογικός με δείκτες λοίμωξης χαμηλούς (ΤΚΕ:28mm 1ηώρα, CRP:4,2 (<5), Ινωδογόνο: 429 (200-400). Έλεγχος θυρεοειδούς με ορμόνες και u/s θυρεοειδούς αδένα χωρίς παθολογία. Καλλιέργειες αίματος-ούρων στείρες. Ιολογικός έλεγχος (HAV-HBV---HIV1/2-EBV-CMV-CoxsackieA,B-Parvo-Echo) αρνητικός. Έλεγχος για *Borrelia burgdorferi, Toxoplasma gondii, Leishmania, Leptospira, Bartonella* αρνητικός. Η Mantoux αρνητική και οι νεοδείκτες φυσιολογικοί. Ολοσωματικός έλεγχος με CT χωρίς παθολογία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία τραχηλικού λεμφαδένα με ιστολογική εικόνα: 1)περιοχές άσηπτης νέκρωσης με απουσία πολυμορφοπύρηνων λευκοκυττάρων, καρρυορηξίας των λεμφοκυττάρων και υπολείμματα πυρηνικής σκόνης 2)απουσία αφορισμού Β και Τ ζώνης (αξιόλογη ελάττωση λεμφοζιδίων) έτσι ώστε ο Β και Τ κυτταρικός πληθυσμός να απαντούν μαζί με διάχυτη κατανομή 3)ιστιοκυτταρική παρουσία στις περιοχές νέκρωσης αλλά και στην περιφέρεια μεταξύ των λεμφοκυττάρων.Η ιστολογική εικόνα έχει χαρακτήρες λεμφαδενίτιδας Kikuchi. Θεραπεία αρχικά με ΜΣΑΦ και στη συνέχεια κορτικοειδή με σταδιακή ύφεση της τραχηλικής λεμφαδενοπάθειας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ: 1) Η νόσος αποτελεί σπάνιο αίτιο λεμφαδενοπάθειας που θα πρέπει να εκτιμάται όταν αποκλείονται τα συνήθη αίτια (ΤΒ,Λεμφώματα). 2)Η αιτιολογία άγνωστη, ενοχοποιούνται ανοσολογικοί μηχανισμοί.Η λεμφαδενίτιδα σχετίζεται με απόπτωση νεκρών κυττάρων που προάγεται από τα κυτταροτοξικά Τ-λεμφοκύτταρα. Η αυξημένη συχνότητα αντιγόνων HLA-II υποδηλώνει γενετική προδιάθεση. 3) Πιθανή συσχέτιση με το Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο αποτελεί αντικείμενο έρευνας. 4) Η επανεμφάνιση είναι σπάνια(3%), η νόσος θεωρείται αυτοπεριοριζόμενη και η πρόγνωση καλή.

194. ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ ΕΡΥΣΙΠΕΛΑΣ ΣΕ ΣΑΚΧΑΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Α. Μπαρμπαγιάννη[1], Ε. Γαλανίδη[1], Π. Σφακιανάκη[1], Σ. Κατσούλη[1], Γ. Αναστασιάδης[2], Χ. Βαδάλα[1], Α. Σκουτέλης[1]

[1]Ε΄Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Δερματολογικό τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Το ερυσίπελας αποτελεί επιπολής μορφή δερματικής κυτταρίτιδας και οφείλεται συνήθως σε προσβολή από β΄ αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ομάδας Α. Το πομφολυγώδες ερυσίπελας είναι μια βαρύτερη επιπλεγμένη μορφή της νόσου.

ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 78 ετών, παχύσαρκη, εισήχθη λόγω εμπυρέτου από πενθημέρου και φλεγμονής μαλακών μορίων αριστερού κάτω άκρου. Ατομικό αναμνηστικό: Σακχαρώδης διαβήτης (Hba1c:10,5), αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσος. Κλινική εξέταση: εικόνα ερυσιπέλατος αριστερού κάτω άκρου με μεγάλες πομφόλυγες, δρυφάδες δεξιού κάτω άκρου και μυκητίαση ονύχων δακτύλων κάτω άκρων άμφω. Παρακλινικός έλεγχος:triplex αγγείων ΑΡ κάτω άκρου: φλεβική ανεπάρκεια επιπολής δικτύου, TSH κφ, αιμοκαλλιέργειες αρνητικές.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Τέθηκε σε κλινδαμυκίνη χωρίς κλινική βελτίωση. Ακολούθησε παρακέντηση των πομφόλυγων, απ' όπου απομονώθηκε MRSE σε 2 διαφορετικές θέσεις. Λόγω της πτωχής ανταπόκρισης στο προηγούμενο σχήμα (διατήρηση δεκατικής πυρετικής κίνησης, επινέμηση και του ΔΕ κάτω άκρου με παρόμοιες δερματικές βλάβες), έγινε αλλαγή αντιμικροβιακής αγωγής σε δαπτομυκίνη. Ακολούθησε απυρεξία και υποχώρηση της ερυθρότητας, του άλγους και των πομφόλυγων από τις περιοχές έκθυσης, αλλά ταυτόχρονη εμφάνιση φλεγμονής και πομφόλυγων σε παρακείμενες περιοχές. Κατόπιν δερματολογικής εκτίμησης, τέθηκε η διάγνωση του πομφολυγώδους ερυσιπέλατος. Μετά από 2 εβδομάδες αντιμικροβιακής αγωγής, προστέθηκε πρεδνιζολόνη (0,5 mg/Kgr/ημέρα) για μια εβδομάδα, με αποτέλεσμα γρήγορη κλινική ανταπόκριση, η οποία παρέμεινε και μετά τη διακοπή της. Η συνολική διάρκεια της αντιμικροβιακής αγωγής ήταν ένας μήνας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το πομφολυγώδες ερυσίπελας χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη κλινική πορεία. Στη παθογένειά του εμπλέκεται ο S. aureus είτε ως το κατεξοχήν παθογόνο μικρόβιο είτε σε συνύπαρξη με β΄ αιμολυτικό στρεπτόκοκκο. Ως εκ τούτου, τα β λακταμικά αντιβιοτικά είναι συχνά ανεπαρκής αγωγή για τη μορφή αυτή του ερυσιπέλατος. Η συστηματική χορήγηση κορτικοειδών για μικρό χρονικό διάστημα φαίνεται ότι βοηθά στις εμμένουσες μορφές της νόσου.

195. ΕΛΟΝΟΣΙΑ. ΜΙΑ ΞΕΧΑΣΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΖΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;

Π. Παναγόπουλος, Ε. Τερζή, Δ. Παπάζογλου, Ν. Παπάνας, Χ. Αντώνογλου, Α. Γανίτης, Κ. Καββαδίας, Ν. Νάσσος, Ε. Μαλτέζος

Β΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝ Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Παρουσίαση δύο αυτόχθονων περιστατικών ελονοσίας από Plasmodium vivax πού εμφανίστηκαν τον Οκτώβριο του 2013. στην περιοχή Φέρες του νομού Έβρου.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: Η πρώτη περίπτωση αφορά σε γυναίκα 40 ετών που προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω εμμένοντος εμπυρέτου (τριταίου). Κλινικοεργαστηριακά διαπιστώθηκαν θρομβοπενία, αιμόλυση και σπληνομεγαλία. Μικροσκοπικώς ανευρέθη Plasmodium vivax. Το δεύτερο περιστατικό αφορά σε άντρα 43 ετών, κυνηγό, με παρατεταμένο εμπύρετο (αμφημερινό), χωρίς άλλη συνοδό συμπτωματολογία, αλλά με αυξημένη έκθεσή του σε δήγματα κωνώπων. Μικροσκοπικώς επιβεβαιώθηκε λοίμωξη από Plasmodium vivax. Κανείς από τους δύο αρρώστους δεν ανέφερε μετάγγιση αίματος ή ταξίδι σε ενδημικές για ελονοσία χώρες. Και οι δύο παρουσίαζαν αρχικά σπληνομεγαλία (περίπου 16.5 εκ), ίκτερο (χολ. 2.3mg/dl), βαριά αναιμία (Hb 7.2 g/dl), θρομβοπενία (54.000) και ήπια αζωθαιμία (ουρία 45mg/dl). Έλαβαν αγωγή με χλωροκίνη (συνολικά 2,5gr άλατος φωσφορικής χλωροκίνης σε 3 ημέρες) και πριμακίνη 30mg ημερησίως για 14 ημέρες. Ο πυρετός υποχώρησε την 3η ημέρα, ενώ εργαστηριακή βελτίωση εμφανίστηκε από την 5η ημέρα. Η διάρκεια νοσηλείας τους ήταν 10 ημέρες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Μετά από σοβαρή προσπάθεια αποξήρανσης των ελών και καταπολέμησης των κουνουπιών, η Ελλάδα ανακηρύχτηκε το 1974 ελεύθερη ελονοσίας.

Έκτοτε και μέχρι το 2008 καταγράφηκαν συνολικά σύμφωνα με τα στοιχεία του ΚΕΕΛΠΝΟ 1320 περιστατικά ελονοσίας στη χώρα μας, η πλειονότητα των οποίων ήταν εισαγόμενα, ενώ από το 2009 άρχισε η επανεμφάνιση σημαντικού αριθμού κρουσμάτων αυτόχθονης ελονοσίας, με κορύφωση τα έτη 2011 και 2012. Το 2013 εμφανίστηκαν στο Ν. Έβρου για πρώτη φορά μετά από 20 περίπου χρόνια 2 αυτόχθονα κρούσματα ελονοσίας από P. vivax. Τα περιστατικά αυτά εκδηλώθηκαν με αρκετά σοβαρή συμπτωματολογία, σπληνομεγαλία και βαριά αναιμία ή θρομβοπενία. Επίσης παρουσίαζαν ήπια αύξηση ουρίας και κρεατινίνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ελονοσία πρέπει να περιλαμβάνεται σήμερα στη διαφορική διάγνωση όλων των ασθενών που προσέρχονται με εμπύρετο στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Ελληνικών Νοσοκομείων, ακόμη και τους φθινοπωρινούς μήνες.

196. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΝΤΟΧΗΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ HELICOBACTER PYLORI ΜΕ PCR

Σ. Λυκούση[1], Ν. Μαθού[2], Ε. Μανωλίδου[1], Α. Ευγενίδου[2], Φ. Αρτεμάκη[2], Ι. Καραγιάννης[2], Ε. Πλατσούκα[1]

[1]Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝΝ. Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων, [2]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝΝ. Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων

ΣΚΟΠΟΣ: Η διάγνωση και η θεραπεία της λοίμωξης από Helicobacter pylori (HP) απασχολεί τον κλινικό ιατρό με ποσοστά αντοχής στην κλαρυθρομυκίνη στην Ελλάδα να ανέρχονται πάνω από 25%. Στη μελέτη αυτή έγινε χρήση μοριακής τεχνικής (PCR) για την διάγνωση και την διερεύνηση της αντοχής στην κλαρυθρομυκίνη και στην φθοριοκινολόνη της λοίμωξης από HP.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε 55 ασθενείς με συμπτώματα στο ανώτερο γαστρεντερικό σύστημα έγινε λήψη ιστού κατά την γαστροσκόπηση. Πραγματοποιήθηκε **ταχεία δοκιμασία ανίχνευσης** HP **με αντίδραση ουρεάσης**(CLO-test) ή/και ιστολογική εξέταση δείγματος από το άνδρο και το σώμα του στομάχου. Η απομόνωση DNA έγινε στα ληφθέντα δείγματα ιστού και ακολούθησε multiplex PCR-υβριδισμός, με στόχους τα γονίδια *23S* και *gyrA*(GenoType-Helico-DR test).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπήρξε συμφωνία θετικού αποτελέσματος ανίχνευσης HP με μία τουλάχιστον από τις δύο μεθόδους (CLO-test και ιστολογική εξέταση) και την PCR για το σύνολο των δειγμάτων (100%). Ανιχνεύθηκαν 27 ασθενείς θετικοί για HP (27/55, 49,1%). Σε 4 ασθενείς η δοκιμασία CLO ήταν θετική, ενώ το αποτέλεσμα της PCR ήταν αρνητικό (συμφωνία 85,2%, 23/27). Αντοχή σε κλαριθρομυκίνη εντοπίστηκε στο 29,6% (8/27) ασθενείς. Μόνο σε 1/27 (3,7%) ασθενή βρέθηκε αντοχή στην φθοριοκινολόνη. Επιτυχής εκρίζωση του HP στο 100% των ασθενών επιβεβαιώθηκε με δοκιμή αναπνοής, ένα μήνα μετά την αρχική εξέταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μοριακή μέθοδος ταυτοποίησης του HP και ανίχνευσης των μεταλλαγών που σχετίζονται με αντοχή στα αντιβιοτικά κλαρυθρομυκίνη και φθοριοκινολόνη είναι εύκολα εφαρμόσιμη και ιδιαίτερα ευαίσθητη. Η έγκαιρη ανίχνευση της αντοχής βοηθά στην ορθή επιλογή του κατάλληλου αντιβιοτικού πριν την έναρξη της θεραπείας εκρίζωσης του HP.

197. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΚΑΡΔΙΩΣΗΣ ΜΕ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ ΑΝΑΠΛΑΣΤΙΚΟ ΑΣΤΡΟΚΥΤΤΩΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Β. Χριστοπουλου[1], Ε. Λάζου[1], Δ. Κατσινέλος[1], Γ. Αντωνάτος[1], Ε. Βασιλάτου[1], Χ. Κοντοπούλου[2], Σ. Τσιόδρας[3]

[1]Β΄Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Β΄Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «Αττικόν», [3]Δ΄Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση ασθενούς με συστηματική νοκαρδίωση και προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος, ο οποίος έπασχε από αναπλαστικό αστροκύττωμα εγκεφάλου και ελάμβανε αγωγή με κορτικοειδή.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας ετών 34 εισήχθη στην κλινική λόγω λοίμωξης αναπνευστικού. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται: αναπλαστικό αστροκύττωμα εγκεφάλου, χειρουργηθέν προ 14 μηνών υπό αγωγή με κορτικοειδή, τεμοζολομίδη και ΑΚΘ. Νευροϊνομάτωση τύπου 1 και σπονδυλοδεσία λόγω σκολίωσης το 1993. Ο κλινι- κοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αύξηση δεικτών φλεγμονής CRP: 300, ΤΚΕ: 100, διόγκωση θυρεοειδούς, και πνευμονία (ΑΡ). Η CT θώρακος, ανέδειξε νεκρωτική πνευ- μονία (ΑΡ), διάσπαρτα οζίδια, ορισμένα κοιλοποιημένα, διόγκωση του θυρεοειδούς ιδία (ΑΡ) λοβού με παρουσία αποστημάτων. Ο ασθενής παρουσίασε φαρυγγαλγία, δυσκατα- ποσία, βράγχος φωνής και παράλυση (ΑΡ) φωνητικής χορδής. Από καλλιέργεια πτυέλων απομονώθηκε νοκάρδια. Η CT εγκέφαλου ανέδειξε μετεγχειρητική κοιλότητα (αρ) κροταφικά και την ύπαρξη βλαβών συμβατών με νοκαρδιώση του ΚΝΣ, γι'αυτό στον ασθενή χορηγήθηκε αγωγή με μεροπενέμη και σουλφαμεθοξαζόλη + τριμεθοπρίμη (TMP-SMX). Η MRI εγκεφάλου ανέδειξε πολλαπλά αποστήματα με πρόσθετες διάσπαρτες μικροοζώδεις φλεγμονώδεις εστίες στα ημισφαίρια, στο στέλεχος και στην παρεγκεφαλίδα, καθώς και οζώδη εστία πρόσληψης στο έσω, πρόσθιο και άνω όριο του χειρουργικού πεδίου εικόνα ύποπτη για υποτροπή. Σε σύγκριση με προηγουμένη MRI εγκεφάλου, βλάβες που εξελιχθήκαν σε αποστήματα υπήρχαν πριν ο ασθενής λάβει την τελευταία ΧΜΘ και ΑΚΘ για την υποτροπή της νόσου. Ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής του εικόνας και εξήλθε με αγωγή TMP-SMX και λεβοθυροξίνη λόγω υποθυρεοειδισμού που παρουσίασε στα πλαίσια της συστηματικής νοκαρδίωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ: Οι λοιμώξεις από νοκάρδια αυξήθηκαν την τελευταία 30ετία, λόγω αύξησης των ανοσοκατασταλμένων ασθενών. Η νοκαρδίωση παρου- σιάζεται σαν εντοπισμένη ή συστηματική λοίμωξη, με πύλη εισόδου κυρίως το αναπνευστικό σύστημα ή το δέρμα. Το ΚΝΣ προσβάλλεται περίπου στο 45% των περιπτώσεων συστηματικής νοκαρδίωσης. Η νοκαρδίωση του ΚΝΣ συνήθως εξελίσσεται με χρονιότητα μηνών, ακόμη και ετών. Εκδηλώνεται με συμπτώματα χωροκατακτητικής επεξεργασίας, λόγω της δημιουργίας κοκκιωμάτων και αποστημάτων του ΚΝΣ, η δε διαφοροδιάγνωση με νεοπλασία του ΚΝΣ πολλές φορές είναι δύσκολη, όπως έγινε και στην δική μας περίπτωση. Ο θυρεοειδής αδένας δύσκολα προσβάλλεται από νοκάρδια. Ο ασθενής παρουσίασε συστηματική νοκαρδίωση με προσβολή ΚΝΣ, θυρεοειδούς και πνεύμονος λόγω ανοσοκατατολής στα πλαίσια λήψης κορτικοειδών.

198. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

199. ΜΙΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ Bacillus licheniformis ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ

Ε. Παπαγεωργίου, Ά. Μακίνα, Ε. Λιακοπούλου, Μ. Χρυσανθακοπούλου,. Πανταζή, Κ. Ηλιοπούλου, Ε. Ρούλια, Δ. Καλφούντζος, Τ. Χασμπάν, Ζ. Αλεξίου

Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:Οι λοιμώξεις από άλλα είδη βακίλλων εκτός του άνθρακα είναι πολύ σπάνιες, εκτός των λοιμώξεων απο τον Bacillus cereus. Οι βάκιλλοι υπάρχουν συχνά στο περιβάλλον, η απομόνωση τους δεν υποδηλώνει υποχρεωτικά λοίμωξη.

ΣΚΟΠΟΣ-ΥΛΙΚΟ: Περιγράφεται περιστατικό μικροβιαιμίας απο Bacillus licheniformis ως αίτιο εμπυρέτου σε ασθενή γεωργό με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ: Ασθενής 54 ετών με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υπό αντιδιαβητικά δισκία,γεωργός, με επαγγελματική έκθεση σε ζώα. εισάχθηκε στην κλινική μας, λόγω εμπυρέτου εως 39°C απο 15 θημέρου. Ανέφερε εντονη καταβολή, εφιδρώσεις τις τελευταιες μέρες και δύσπνοια, κυρίως κόπωσης. Από την κλινική εξέταση ΑΠ 140/89 mmHg,Σφ.112/λεπτο,Sat.=92% ακρόαση πνευμόνων:μουσικοί ρόγχοι άμφω,καρδιά:S1,S2 ρυθμικοί χωρίς επιπρόσθετοι ήχοι. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: WBC=16.700, πολυ 88%,Hct=36% ουρία=59, κρ. 1.5mg/dl,SGOT:38IU/L, SGPT:42IU/LNa=132mmol/L, K=4mmol/L. Η Α/α θώρακος χωρίς σημαντικά παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής υποβλύθηκε σε CT- κοιλίας (-), CT θώρακος: λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου, εικόνα θαμβής υάλου αμφώ, μικρές υπεζωκοτικές συλλογές άμφω. Mantoux (-), Καλλιέργειες πτυέλων για B.Koch (-). Από αιμοκαλλιέργεια απομονώθηκε Bacillus licheniformis. Ο ασθενής ελάμβανε β-λακτάμη (πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη) εμπειρικά και με βάση το αντιβιόγραμμα η αγωγή τροποποιήθηκε σε penicillini G και Levofloxacini. Ο ασθενής απυρέτησε την 7η μέρα της νοσηλείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι λοιμώξεις από βάκιλλους είναι συχνές σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Προδιαθεσικοί παράγοντες αναφέρονται η τοξικομανία, τα κακοήθη νοσήματα, ουδετεροπενία, ύπαρξη ξένων σωμάτων και η θεραπεία με κορτικοειδή. Στο περιστατικό μας η έκθεση σε γεωργικές εργασίες, η τακτική ενασχόληση με ζώα και πιθανος η ύπαρξη σακχαρώδου διαβήτη συμμετείχαν ως προδιαθεσικοί παράγοντες.

200. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

201. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΘΡΑΚΗΣ

Γ. Κάζδαγλης[1], Δ. Παπαβέντσης[2], Μ. Πανοπούλου[1], Π. Ιωαννίδης[2], Ν. Μαλισιόβας[1], Ε. Βογιατζάκης[2], J. Dominguez[3], B. Molina-Moya[3], Κ. Μανίκα[1], Γ. Γκιούλα[1]

[1]Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [2]Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Φυματίωσης, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [3]Institut d'Investigacio Germans Trias I Pujol, CIBERES, Barcelona, Spain

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στο να προσδιορίσει τους επικρατέστερους φαινοτύπους αντοχής και γονοτύπους στελεχών που απομονώθηκαν από την περιοχή της Μακεδονίας και της Θράκης στα πρωτεύοντα αντιφυματικά.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη νέων επιβεβαιωμένων περιπτώσεων φυματίωσης σε ενήλικες ασθενείς. Συνολικά 50 στελέχη απομονώθηκαν κατά την περίοδο Σεπτέμβριος 2011 έως Φεβρουάριος 2012. Έγινε γονοτύπιση με τη μέθοδο spoligotyping. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε σύγκριση με τη σχετική διεθνή βάση δεδομένων «SPOLDB4 Database». Έλεγχος αντοχής ήταν διαθέσιμος για 34 από 38 στελέχη. Έλεγχος HIV I/II έγινε σε όλους τους ασθενείς.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ελήφθησαν 38 έγκυρα spoligotypes. 4 διαφορετικές οικογένειες (clusters), που αποτελούνταν από 2 - 4 στελέχη η καθεμία, ελήφθησαν από τα 26 διαφορετικά spoligotype patterns που προέκυψαν. Το στελέχη που ταυτοποιήθηκαν ανήκαν στο Haarlem, στο Ghana,στο Beijing, στο Uganda, στο Cameroon, στο Ural, στο LAM, στο S και στο EAI lineage. Ορισμένα δεν ταυτοποιήθηκαν με τη μέθοδο. Κατά τον έλεγχο αντοχής 2 από τα 32 στελέχη ήταν MDR-TB, δηλαδή ανθεκτικά σε ισονιαζίδη και ριφαμπικίνη.Και τα 2 ήτανBeijing lineage. Επιπλέον 4 στελέχη ήταν ανθεκτικά στην ισονιαζίδη. Τα 2 από αυτά ανήκαν στο ίδιο cluster με ένα ευαίσθητο στέλεχος, ενώ τα άλλα 2 σε διαφορετικά clusters με ευαίσθητα στελέχη. Όλοι οι ασθενείς ήταν αρνητικοί στην εξέταση HIV I/II.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η φυματίωση στη Βόρεια Ελλάδα δεν προέρχεται από κάποιο επικρατές γενεαλογικά στέλεχος (lineage). Τα πιο κοινά spoligotype patterns είναι τα: Haarlem, Ghana και Beijing. Οι τύποι των στελεχών δεν σχετίζονται με αντοχή στα αντιφυματικά φάρμακα ισονιαζίδη και ριφαμπικίνη. Τα αποτελέσματα μας είναι προκαταρκτικά και αναμένεται να επιβεβαιωθούν με την ολοκλήρωση της μελέτης.

202. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΙΝΟΚΥΚΛΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ GRAM ΘΕΤΙΚΟΥΣ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΣΙΠΡΟΦΛΟΞΑΣΙΝΗ. ΜΙΑ ΠΡΟΟΤΙΚΗ, ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ, ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Κ. Σταματίου[1], Δ. Ζαβραδινός[1], Ε. Γερόπαπας[1], Κ. Φωκάς[1], Σ. Ζυγογιάννης[1], Γ. Χριστόπουλος[2]

[1]Ουρολογικό Τμήμα, ΓΝΠ «Τζάνειο», [2]Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μινοκυκλίνη είναι ένα φθηνό φάρμακο που χρησιμοποιείται εδώ και δεκαετίες στην αντιμετώπιση της ακμής. Σε αντίθεση με τις τετρακυκλίνη και οξυτετρακυκλίνη απορροφάται πλήρως από το γαστρεντερικό και εμφανίζει το πλεονέκτημα του μεγάλου χρόνου ημιζωής. Είναι αποτελεσματική στη εκρίζωση των ενδοκυτταρικών οργανισμών και εμφανίζει αντιφλεγμονώδη και ανοσορυθμιστική δράση. Οι κινολόνες αποτελούν την σύγχρονη θεραπεία της χρόνιας βακτηριακής προστατίτιδας με ποσοστό ιάσεως από 55% έως και 100%. Στις περισσότερες μελέτες τα χαμηλά ποσοστά ιάσεως οφείλονται στην επαναλοίμωξη από gram θετικούς κόκκους ή ψευδομονάδα.
ΣΚΟΠΟΣ: Να διερευνηθεί το ενδεχόμενο θεραπευτικό όφελος της μινοκυκλίνης σε ασθενείς χρόνια βακτηριακή προστατίτιδα από gram θετικούς μικροργανισμούς.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Η εν λόγω μελέτη συνέκρινε την επίδραση της μινοκυκλίνης σε σύγκριση με την σιπροφλοξασίνη. Συνολικά 75 ασθενείς με πιστοποιημένη χρόνια βακτηριακή προστατίτιδα από gram θετικούς μικροργανισμούς τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ανοικτές ομάδες (ομάδα 1: μινοκυκλίνη, ομάδα: 2σιπροφλοξασίνη). Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε θεραπεία επί 2 εβδομάδες και στη συνέχεια παρακολουθήθηκαν για 8 εβδομάδες. Αξιολογήθηκαν οι μεταβολές στο συνολικό αποτέλεσμα του Δείκτη Συμπτωμάτων Χρόνιας Προστατίτιδας (NIH-CPSI) από την έναρξη της μελέτης έως 8 εβδομάδες μετά τη λήξη της θεραπείας καθώς και το ποσοστό μικροβιακής εκρίζωσης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι μεταβολές στο συνολικό αποτέλεσμα του NIH - CPSI βρέθηκαν σε παρόμοιο βαθμό στις δύο ομάδες (αρχική τελική βαθμολογία 20,3 και 10,0, αντίστοιχα, στην ομάδα 1 και 23.6 και 14.3, αντίστοιχα, στην ομάδα 2) (p>0,05). Τα δυο σκέλη θεραπείας δεν διέφεραν σημαντικά σε σχέση με την αποτελεσματικότητα της αγωγής (μικροβιακή εκρίζωση). Σε σύγκριση με τους ασθενείς της ομάδας 1 εκείνοι της ομάδας 2 εμφάνισαν ελαφρώς μικρότερο αριθμό παρενεργειών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μινοκυκλίνη παρουσιάζει παρόμοια ή ευνοϊκά αποτε- λέσματα στη χρόνια βακτηριακή προστατίτιδα από gram θετικούς μικροργανισμούς σε σύγκριση με την σιπροφλοξασίνη και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως ένας εναλλακτικός θεραπευτικός παράγοντας στην επαναλοίμωξη από gram θετικούς κόκκους.

203. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΥ ΧΑΛΚΟΥ ΣΤΙΣ ΜΕΘ, ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ε. Κουσκούνη[1], Π. Ευσταθίου[2], Σ. Παπανικολάου[2], Κ. Καραγεώργου[2], Ζ. Μανωλίδου[2], Μ. Τσερώνη[2], Α. Ευσταθίου[1]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο Αρεταίειου Νοσοκομείου Πανεπιστημίου Αθηνών, [2]Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας, Υπουργείο Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσης ανακοίνωσης, είναι η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας, της εφαρμογής αντιμικροβιακών κραμάτων χαλκού σε ΜΕΘ, επικεντρώνοντας στη μείωση της μικροβιακής χλωρίδας και στις οικονομικές επιπτώσεις λειτουργίας των ΜΕΘ.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε ΜΕΘ Γενικού (μεικτού) τύπου, καταγράφηκαν και αναλύθηκαν τα ιατρικά και οικονομικά δεδομένα σε δύο περιόδους, πριν και μετά την επιχάλκωση με αντιμικροβιακό χαλκό Cu 63% - Zn 37% (*Low Lead*).
ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΟΠΩΣ:
- βαρύτητας περιστατικών κατά την είσοδο *APACHE II*(*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation)*,και SAPS (*Simplified Acute Physiology Score*),
- εκτίμηση αντιμικροβιακής χλωρίδας της ΜΕΘ πριν και μετά την εφαρμογή του αντιμικροβιακού χαλκού καθώς και·
- επιπτώσεις σε επιδημιολογικούς και οικονομικούς παραμέτρους καταγράφηκαν και συνεκτιμήθηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά το χρονικό διάστημα του Ιανουαρίου 2011- Σεπτεμβρίου 2011 και Ιανουαρίου 2012 - Σεπτεμβρίου 2012, τα συγκριτικά αποτελέσματα κατέδειξαν:
- στατιστικά σημαντική μείωση της μικροβιακής χλωρίδας (κατά 95%), (***p=0,035<0,05*** $^{SPSS\ 18}$***)***
- στατιστικά σημαντική μείωση της χρήσης αντιμικροβιακών φαρμάκων κατά 32% ***(p<0,000<0,005***$^{SPSS\ 18}$***)***
- ·και βελτίωση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών
- ·και της οικονομικής δαπάνης κόστους νοσηλείας των περιστατικών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή του αντιμικροβιακού χαλκού στις ΜΕΘ φαίνεται να καταδεικνύει:
- σημαντική μείωση της μικροβιακής χλωρίδας και
- μείωση της χρήσης αντιμικροβιακών φαρμάκων

με αποδεικνυόμενο τελικό αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών και του κόστους λειτουργίας της ΜΕΘ. Υπό τις παρούσες συνθήκες οικονομικής κρίσης τα αποτελέσματα της έρευνας έχουν ιδιαίτερη σημασία και αξία.

204. ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟ ΨΗΦΙΑΚΟ ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΟ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ: ΜΙΑ ΝΕΑ ΣΥΣΚΕΥΗ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΥΡΟΥΜΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Π. Ευσταθίου[1], Ε. Κουσκούνη[2], Ζ. Μανωλίδου[1], Κ. Καραγεώργου[1], Μ. Τσερώνη[1], Α. Ευσταθίου[2]

[1]Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας-Υπουργείο Υγείας, [2]Μικροβιολογικό Εργαστήριο Αρεταίειου Νοσοκομείου Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας προοπτικής συγκριτικής μελέτης ήταν η αξιολόγηση της μείωσης της μικροβιακής χλωρίδας στην επιφάνεια ενός ψηφιακού θερμομέτρου μασχάλης από αντιμικροβιακό χαλκού σε σχέση με ένα κοινό ψηφιακό θερμόμετρο.
ΜΕΘΟΔΟΣ: ΥΛΙΚΟ: Κατασκευάστηκε νέο ψηφιακό ηλεκτρονικό θερμόμετρο με κάλυψη από αντιμικροβιακό χαλκό (Cu 70% – Nic 30%, Low Lead) στην κορυφή και την βάση του θερμομέτρου (Αριθμός Παγκόσμιας Ευρεσιτεχνίας **WO2013064847** και Πιστοποίηση από Ελληνικό Ινστιτούτο Ανάπτυξης Χαλκού: Αριθμός Πιστοποίησης **No 11/2012**) και πραγματοποιήθηκε συγκριτική μελέτη με κοινό ψηφιακό ηλεκτρονικό θερμόμετρο σε 18 ασθενείς Μ.Ε.Θ. σε τρία διαφορετικά νοσοκομεία. Οι θερμομετρήσεις πραγματοποιήθηκαν βάσει των διεθνών προβλεπόμενων Νοσηλευτικών Πρωτόκολλων. Ελήφθησαν 216 μικροβιολογικά δείγματα από τις μασχαλιαίες κοιλότητες των ασθενών και από τα δύο προς έρευνα θερμόμετρα. Μελετήθηκε συγχρόνως το φαινόμενο «Στεφάνης» στα μη επιχαλκωμένα σημεία του αντιμικροβιακού ψηφιακού ηλεκτρονικού θερμομέτρου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε όλα τα δείγματα που ελήφθησαν από την επιφάνεια του αντιμικροβιακού ψηφιακού ηλεκτρονικού θερμομέτρου, η μείωση της μικροβιακής χλωρίδας (*Klebsiella spp, Staphylococcus Aureus, Staphylococcus epidermitis, Candida spp, Pneudomonas spp*) ήταν σταδιακά μειούμενη έως 99% σε δύο ώρες μετά την θερμομέτρηση. Η παραπάνω χλωρίδα που ανευρέθη στη μασχαλιαία κοιλότητα παρέμεινε η ίδια στο κοινό θερμόμετρο. Η στατιστική ανάλυση (SPSS 21) έδειξε στατιστικώς σημαντική τη μείωση του μικροβιακού φορτίου ($N = 216$, $p < 0.05$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις έχουν συνδεθεί με τη μεταφορά παθογόνων μικροβίων, λόγω πολλαπλής χρήσης ιατρικών συσκευών, από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους ασθενείς, όπως τα θερμόμετρα μασχαλιαίας κοιλότητας. Η χρήση του αντιμικροβιακού ψηφιακού ηλεκτρονικού θερμομέτρου περιορίζει στο ελάχιστο τη μεταφορά μικροβιακών στελεχών μεταξύ των ασθενών και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έχοντας συγχρόνως όλες τις προϋποθέσεις της αξιοπιστίας, της ορθής λειτουργίας, της ασφάλειας, της εύκολης χρήσης και του μειωμένου κόστους

205. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΜΕ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ ΒΗΤΑ: Η ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ «RESPOND»

Ν. Βλαϊκίδης [1], Ε. Κούτλας[2], Ε. Κουτσουράκη[3], Δ. Μητσικώστας[4], Π. Παπαθανασόπουλος[5], Α. Ταβερναράκης[6], Π. Κούντρα[7], Α. Κωδούνης[8], Ν. Φάκας[9], Ι. Μυλωνάς[10], Χ. Βαρούνης[11], Γ. Βλάχος[11], Μ. Βικελής[11]

[1]Γ΄ Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ. «Γ. Παπανικολάου», [2]Νευρολογική Κλινική, ΓΝΘ. «Παπαγεωργίου», [3]Β΄ Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΠΓΝΘ. ΑΧΕΠΑ, [4]Νευρολογική Κλινική ΝΝΑ, [5]Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, [6]Νευρολογική Κλινική, Θεραπευτήριο «Ευαγγελισμός»,[7]Νευρολογική Κλινική, ΓΝ Βόλου, [8]Νευρολογική Κλινική, 251 ΓΝΑ, [9]Νευρολογική Κλινική, 401 ΓΣΝΑ, [10]Νευρολογική Κλινική, Διαβαλκανικό Ιατρικό Κέντρο, [11]Ιατρικό Τμήμα, Novartis (Ελλάς). ΑΕΒΕ

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Οι νοσοτροποποιητικές θεραπείες αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση της διαλείπουσας υποτροπιάζουσας πολλαπλής σκλήρυνσης (RRMS). Παράγοντες όπως οι ανεπιθύμητες ενέργειες και η ευκολία λήψης αυτών των θεραπειών επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα ζωής των ασθενών και την ικανοποίησή τους με τη θεραπεία.
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Η παρούσα πολυκεντρική, συγχρονική, επιδημιολογική μελέτη διεξήχθη στην Ελλάδα μεταξύ Φεβρουαρίου και Δεκεμβρίου 2012, υπό συνθήκες συνήθους καθημερινής πρακτικής με στόχο να αποτυπώσει την ικανοποίηση με την θεραπεία και την ποιότητα ζωής ασθενών με RRMS υπό θεραπεία με εγκεκριμένες νοσοτροποποιητικές θεραπείες πρώτης γραμμής για τουλάχιστον ένα έτος προ ένταξης στη μελέτη, μέσω της χρήσης των ερωτηματολογίων TSQM v1.4 (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication) και EQ-5D-3L, αντίστοιχα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 178 ασθενείς (μέση ηλικία 39,7± σταθερή απόκλιση 5,6 έτη, 70,2% γυναίκες) με διάρκεια νόσου 7,4±6,6 έτη και ιστορικό 3,0±3,0 υποτροπών κατά το τελευταίο έτος εντάχθηκαν στη μελέτη από 14 ερευνητές. Το 59,6% λάμβανε θεραπεία με ιντερφερόνη βήτα 1a (IFNβ-1a) ενώ το 40,4% με IFNβ-1b. Η μέση βαθμολογία TSQM (μέγιστη βαθμολογία=100) ήταν 62,9 για τη «συνολική ικανοποίηση», και 62,5, 61,9 και 61,1 για την «αποτελεσματικότητα», τις «ανεπιθύμητες ενέργειες» και την «ευκολία στη χρήση», αντίστοιχα. Αναφορικά με την ποιότητα ζωής, 71,9% και 53,9% των ασθενών ανέφεραν μέτριο/υπερβολικό «άγχος/θλίψη» και «πόνο/δυσφορία», αντίστοιχα, ενώ 70,8% ανέφεραν προβλήματα σχετικά με την «κινητικότητα» και 56,7% με τις «συνήθεις δραστηριότητες».
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς ήταν γενικά ικανοποιημένοι από τη θεραπεία τους με τη χαμηλότερη ικανοποίηση να καταγράφεται σχετικά με την ευκολία χρήσης της θεραπείας. Εντούτοις, φαίνεται να υπάρχει περιθώριο βελτίωσης της ικανοποίησης από τη θεραπεία καθώς και της ποιότητας ζωής πασχόντων από RRMS.

206. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΟΓΩ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Ε. Χολόγκιτας, Π. Χαλέβας, Χ. Μπίρτσιου, Χ. Μάμμου, Μ. Ιωαννίδου, Μ. Αλευρούδης, Σ. Σουλαϊδόπουλος, Α. Γαρύφαλλος

Δ΄Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ. «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μελέτη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών με ισχαιμικό ΑΕΕ που εισήχθησαν στην κλινική μας, καθώς και η παρουσία συνοδών νοσημάτων.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμμετείχαν όλοι οι ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ που νοσηλεύτηκαν στην Δ΄ Παθολογική κλινική στη διάρκεια του 2011. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με μεθόδους περιγραφικής στατιστικής με τη βοήθεια του PASW Statistics 18.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν συνολικά 41 ασθενείς εκ των οποίων οι 18 (44%) ήταν άντρες και οι 22 (56%) γυναίκες, με μέση ηλικία τα 77 έτη. Σε ποσοστό 44% ήταν υπέρβαροι (BMI 25-29: 44%), αλλά οι περισσότεροι ασθενείς δεν ήταν καπνιστές (56%) ούτε κατανάλωναν αλκοόλ (90,2%). Το 32% των ασθενών είχαν υποστεί τουλάχιστον ένα ισχαιμικό ΑΕΕ κατά το παρελθόν. Η πλειοψηφία των ασθενών είχαν αρτηριακή υπέρταση (78%) και σχεδόν οι μισοί (47%) είχαν δυσλιπιδαιμία. Επίσης, πολλοί ασθενείς (39%) έπασχαν από γνωστή στεφανιαία νόσο, ενώ παρόμοιο ποσοστό ασθενών έπασχε από Σακχαρώδη Διαβήτη (38%). Αρκετά συχνή (32%) ήταν η παρουσία κολπικής μαρμαρυγής και μάλιστα στο 10% των ασθενών επρόκειτο για πρωτοεμφανιζόμενη κολπική μαρμαρυγή. Οι άντρες ασθενείς, σε σχέση με τις γυναίκες, ήταν συχνότερα ενεργείς καπνιστές (23% έναντι 9%, p=0.015) και ελάμβαναν συχνότερα β-αναστολείς ως αντιυπερτασική αγωγή (60% έναντι 30%, p=0.024). Τέλος, 39% των ασθενών υπέστησαν ΑΕΕ παρά το γεγονός ότι ελάμβαναν ήδη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (ακετυλοσαλυκιλικό οξύ ή κλοπιδογρέλη).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία των ΑΕΕ αναπτύσσονται σε έδαφος γνωστών παραγόντων κινδύνου. Η εμφάνιση ΑΕΕ παρά την αντι-αιμοπεταλιακή αγωγή χρήζει περαιτέρω διερεύνηση.

207. ΜΥΞΩΜΑ ΚΟΛΠΟΥ: ΜΗ ΣΥΧΝΗ ΑΙΤΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Μ. Ξιφαράς[1], Π. Ηλιόπουλος[1], Κ. Κοντόκωστας[1], Α. Αναστασόπουλος[2], Ε. Κερεζούδη[1]

[1]Νευρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος», [2]Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος»

Τα οξέα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια σε ασθενείς μικρότερους των 45 ετών, είναι σπάνια. Το μύξωμα του κόλπου είναι μία ασυνήθης αιτία αγγειακού εγκεφαλικού συμβάματος, συχνότητας 1% περίπου του συνόλου των οξέων εγκεφαλοαγγειακών επεισοδίων. Το μύξωμα είναι ένας πρωτοπαθής συχνός καλοήθης όγκος της καρδιάς, που ανευρίσκεται στο 75% των περιπτώσεων στον αριστερό κόλπο και ενοχοποιείται ως εμβολογόνος εστία για το κεντρικό νευρικό σύστημα. Παρουσιάζεται η περίπτωση γυναίκας 41 ετών που εισήχθη στο Τμήμα μας λόγω αιφνίδιας εγκατάστασης δεξιάς ημιπάρεσης. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε πολλαπλές πρόσφατες ισχαιμικού τύπου βλάβες κυρίως στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο. Το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό για την ύπαρξη παραγόντων που προδιαθέτουν σε ισχαιμικά επεισόδια, ήταν αρνητικό. Η διερεύνηση για την παρουσία πιθανής θρομβοφιλικής διάθεσης ή υποκείμενου αυτοάνοσου νοσήματος, απέβη αρνητική. Το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα και η μαγνητική τομογραφία καρδιάς κατέγραψαν την παρουσία μυξώματος στον αριστερό κόλπο.
Τα οξέα εγκεφαλοαγγειακά συμβάματα είναι δυνατόν να είναι η πρώτη εκδήλωση καρδιακού μυξώματος στο 25% των περιπτώσεων, αφού είναι μία σημαντική πηγή παραγωγής εμβόλων προς το κεντρικό νευρικό σύστημα. Απαραίτητος θεωρείται ο έλεγχος για την ύπαρξη μυξώματος σε ασθενείς μικρής ηλικίας με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Το μύξωμα είναι μία σπάνια αλλά θεραπεύσιμη αιτία καρδιογενούς ισχαιμικού επεισοδίου στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

208. ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Γ. Λιμπιτάκη, Χ. Αργυροπούλου, Π. Ηλιόπουλος, Μ. Ξιφαράς, Ε. Κερεζούδη

Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος»

Η συσχέτιση οξέων νευρολογικών νοσημάτων με καρδιαγγειακά συμβάματα έχει πλέον αποδειχτεί και ευρέως μελετηθεί. Ένα μεγάλο εύρος ΗΚΓ διαταραχών έχουν παρατηρηθεί στην υπαραχνοειδή αιμορραγία, στο οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα και στην ΚΕΚ, ενώ η κολπική μαρμαρυγή έχει ενοχοποιηθεί για εμβολικά ΑΕΕ.
ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσης μελέτης είναι διερεύνηση, διαφορική διάγνωση και η πιθανή συσχέτιση αρρυθμίας με πρωτοδιαγνωσθείσα απομυελινωτική νόσο.
ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα, 53 ετών, προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω θάμβους όρασης αριστερού οφθαλμού από εβδομάδος, προοδευτικά βελτιούμενο και χωρίς έτερη εστιακή νευρολογική σημειολογία. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρει παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή χωρίς όμως να λαμβάνει αντιπηκτική αγωγή.**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από το ιστορικό της ασθενούς (αρρυθμία) την ηλικία και την πορεία της παρούσης νόσου (αιφνίδια) η πιθανότητα του εμβολικού ΑΕΕ θεωρήθηκε ως η επικρατέστερη διάγνωση. Υποβλήθηκε σε MRI εγκέφαλου στην οποία όμως απεικονίστηκαν εστίες παθολογικού σήματος στη λευκή ουσία αμφότερων των ημισφαίριων με περικοιλιακή κυρίως εντόπιση και δυο στο αριστερό παρεγκεφαλιδικό ημισφαίριο, ομοιάζουσες περισσότερο με εστίες απομυελίνωσης παρά με μικροισχαιμικές αλλοιώσεις. Προκειμένου να διερευνηθεί η φύση των παραπάνω εστιών, έγινε πλήρης καρδιολογικός έλεγχος ο οποίος επιβεβαίωσε την παρουσία παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής ενώ παράλληλα ο ανοσολογικός έλεγχος, έλεγχος θρομβοφιλίας, και θυρεοειδή ήταν αρνητικός. Δεν προέκυψαν επίσης παθολογικά ευρήματα από το triplex καρωτίδων, MRA αγγείων εγκεφάλου και MRI ΑΜΣΣ καθώς και από τον βιοχημικό έλεγχο. Όμως η οσφυονωτιαία παρακέντηση και η εξέταση του ΕΝΥ για ολιγοκλωνικές δέσμες απέβη θετική.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Αν και η διάγνωση της ΣΚΠ θεωρείται ως η περισσότερο πιθανή στην ασθενή μετά από τα αποτελέσματα του κλινικοεργαστηριακού ελέγχου τίθεται τόσο το ερώτημα του αν η αιτία της αρρυθμίας συσχετίζεται με την υποκείμενη νόσο και την παρουσία απομυελινωτικών εστιών όσο και της αναγκαιότητας περαιτέρω προφύλαξης της από την φυσική πορεία της νόσου αλλά και από τον ενδεχόμενο κίνδυνο για ΑΕΕ.

209. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ SOD1 ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΤΗΣ ALS

Κ. Αμπραχίμ[1], Σ. Αμπραχίμ[2]

[1]Τομέας Γενετικής, Ανάπτυξης και Μοριακής Βιολογίας, Τμήμα Βιολογίας, ΑΠΘ, [2]Γενικό Νοσοκομείο Αττικής, ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση του τρόπου δράσης της υπεροξειδικής δισμουτάσης (SOD1) στην πλάγια μυατροφική σκλήρυνση (ALS) θα συμβάλλει στην αποσαφήνιση του μηχανισμού δράσης και εξάπλωσης της νόσου αυτής.
ΥΛΙΚΟ: Μετά από ενδελεχής βιβλιογραφική αναζήτηση μέσω των μηχανών αναζήτησης Pubmed με τις λέξεις-κλειδιά πλάγια μυατροφική σκλήρυνση, υπεροξειδική δισμουτάση, στερεοδιαμόρφωση, μη σωστή αναδίπλωση πρωτεϊνών και μεταγωγή σήματος συγκεντρώθηκαν τα δεδομένα της παρούσας εργασίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η SOD1, μια μικρή, διαλυτή πρωτεΐνη 153 αμινοξέων, ασκεί τη φυσιολογική της δράση συμμετέχοντας άμεσα στην οξειδωτική προστασία του κυττάρου και έμμεσα στη μεταγωγή σήματος με τη μορφή διμερούς. Με την επίδραση όμως γενετικών μεταλλάξεων, οξείδωσης και μετα-μεταφραστικών τροποποιήσεων το εξαιρετικά σταθερό διμερές SOD1 διασπάται. Παράγονται μη σωστά αναδιπλωμένα, ενδιάμεσα προϊόντα τα οποία ενσωματώνονται σε ολιγομερείς δομές. Στον εγκέφαλο και στον νωτιαίο μυελό ασθενών με ALS έχουν εντοπιστεί μη σωστά αναδιπλωμένα πρωτεϊνικά έγκλειστα SOD1 μετά το θάνατο τους. Ένας πιθανός μηχανισμός δράσης της τοξικής επίδρασης της SOD1 στην ALS δεν οφείλεται σε απώλεια της λειτουργικότητας της πρωτεΐνης αυτής αλλά σε αλλαγή της στερεοδιαμόρφωσης της. Συγκεκριμένα, η μη σωστά αναδιπλωμένη SOD1 σχετίζεται με το στρες του ενδοπλασματικού δικτύου και τη μιτοχονδριακή καταστροφή στους νευρώνες όπως επίσης και με αναστολή της αξονικής μεταφοράς στους νευράξονες. Αλλά και τα μικρογλοιακά κύτταρα επηρεάζονται με την αύξηση της δραστικότητας της συνθετάσης του νιτρικού οξειδίου και την έκκριση υπεροξειδικών ανιόντων και προφλεγμονωδών κυτοκινών. Η αλληλουχία των γεγονότων αυτών οδηγούν σε διατάραξη της ακεραιότητας του κινητικού νευρώνα, συμβάλλοντας πιθανόν στην παθογένεση της ALS.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μη σωστά αναδιπλωμένη πρωτεΐνη SOD1 αποτελεί τον κυριότερο υποψήφιο ως τον πιο κοινό μοριακό καθοριστή για όλες τις μορφές της ALS (σποραδική και οικογενής) και πιθανόν διαδραματίζει ένα ρόλο κλειδί στην παθογένεση της νόσου.

210. ΗΛΕΚΤΡΟΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ – ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Π. Ζωγόπουλος[1], Π. Κόκκαλης[1], Ν. Παπαγεωργίου[1], Γ. Τσάνης[1], Ε. Χρονά[2]

[1]Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», [2]Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζουμε τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με την αποτελεσματικότητα του ηλεκτροβελονισμού στην επιτάχυνση και βελτίωση της ποιότητας της μετεγχειρητικής ανάνηψης ασθενών που υποβάλλονται σε κρανιοτομία.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κρανιοτομία για εξαίρεση εξεργασίας εγκεφάλου. 176 ασθενείς σε ομάδες γενικής αναισθησίας (ενδοφλέβια/εισπνεόμενα) σε συνδυασμό με ηλεκτροβελονισμό και 146 ασθενείς σε ομάδες ελέγχου (μόνο γενική αναισθησία). Εφαρμόστηκε ηλεκτροβελονισμός δύο φάσεων (2 Hz/100 Hz) από 20-30 λεπτά πριν την εισαγωγή στην αναισθησία έως και το πέρας της επέμβασης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο διφασματικός δείκτης (bispectral index–BIS) διετηρείτο μεταξύ 40–50 και στις δύο ομάδες, αντικατοπτρίζοντας έτσι το βάθος της αναισθησίας. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, οι δόσεις του χορηγούμενου αναισθητικού στους ασθενείς της ομάδας ηλεκτροβελονισμού ήταν σημαντικά μειωμένες ($P < 0.05$) και ο χρόνος ανάνηψης και ο συνολικός χρόνος ενδοτραχειακής διασωλήνωσης σημαντικά βραχύτεροι ($P < 0.05$). Συγκεκριμένα, στην ομάδα του ηλεκτροβελονισμού, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση (σε σχέση με την ομάδα ελέγχου - $P<0.05$) στον χρόνο έως την αυτόνομη αναπνοή, την αφαίρεση του τραχειοσωλήνα, το άνοιγμα των οφθαλμών, την εκτέλεση εκούσιας κίνησης και τον προσανατολισμό, καθώς επίσης και στον χρόνο εξόδου από την χειρουργική αίθουσα. Τα επίπεδα εγκεφαλίνης ορού ήταν αυξημένα στην ομάδα του ηλεκτροβελονισμού, εν συγκρίσει με την ομάδα ελέγχου. Η εμφάνιση δυσφορίας, ναυτίας και εμέτου ήταν λιγότερο συχνή στην ομάδα του ηλεκτροβελονισμού.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ηλεκτροβελονισμός σε συνδυασμό με ελεγχόμενη χορήγηση ενδοφλέβιου ή εισπνεόμενου αναισθητικού, μπορεί να μειώσει τη δόση του χορηγούμενου αναισθητικού και να βραχύνει έτσι τον χρόνο ανάνηψης και συνολικής ενδοτραχειακής διασωλήνωσης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε κρανιοτομία. Μειώνει επίσης τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αναισθητικών βελτιώνοντας έτσι και την ποιότητα της ανάνηψης.

211. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ & ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΑΠΟ NOKARΔΙΑ ASTEROIDES – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Α. Ρόβλιας[1], Π. Ποταμούση[2], Σ. Θεοδωρόπουλος[1], Δ. Παπουτσάκης[1], Μ. Σιακαβέλλα[1]

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

ΣΚΟΠΟΣ: Με την εργασία αυτή θέλουμε να παρουσιάσουμε μία εξαιρετικά ασυνήθιστη περίπτωση ευκαιριακής λοίμωξης του ΚΝΣ σε έναν ανοσοκατασταλμένο ασθενή που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς χάρη στη στενή συνεργασία των κλινικών του Νοσοκομείου Ασκληπιείο Βούλας.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής ηλικίας 63 ετών προσήλθε λόγω προϊούσας δεξιάς πυραμιδικής συνδρομής από 15ημέρου, κεφαλαλγίας και έντονης αστάθειας βάδισης. Η νευρολογική εξέταση ανέδειξε ΔΕ ημιπάρεση, ημιϋπαισθησία, και ατελές σύνδρομο Gerstmann. Ο νευροακτινολογικός έλεγχος με CT και MRI εγκεφάλου αποκάλυψε ευμεγέθη, δίλοβη με κάψα, εξεργασία του ΑΡ βρεγματικού λοβού με έντονο περιεστιακό οίδημα και δακτυλιοειδή πρόσληψη σκιαγραφικού. Ο ασθενής έπασχε από μεμβρανώδη σπειραματονεφρίτιδα για την οποία και ελάμβανε ανοσοκατασταλτικά από πολλών ετών. Ο τυπικός αρχικός ακτινολογικός έλεγχος του θώρακος ήταν φυσιολογικός. Με βάση το ιστορικό και τα ακτινολογικά χαρακτηριστικά της εξεργασίας τέθηκε η υποψία εγκεφαλικού αποστήματος. Κατά την διάρκεια της προεγχειρητικής του προετοιμασίας παρουσίασε επίμονο ξηρό βήχα και ακροαστικά, ενώ η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε διάχυτες οζώδεις σκιάσεις άμφω ενδεικτικές βρογχοπνευμονίας. Ο ασθενής παρέμεινε απύρετος και οι επανειλημμένες καλλιέργειες αίματος και πτυέλων απέβησαν αρνητικές.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξαιτίας της κλινικής εικόνας και του ιστορικού, και σε στενή συνεργασία με την Παθολογική Κλινική, ετέθη σε αντιβιοτικό σχήμα ευρέος φάσματος καθώς και σε ειδική αγωγή για πιθανή νοκαρδίωση. Σταδιακά παρατηρήθηκε ύφεση της πνευμονικής λοίμωξης, χωρίς όμως ιδιαίτερη νευρολογική βελτίωση. Κατόπιν πλήρους εκτίμησης της κλινικής του κατάστασης, ο ασθενής υποβλήθηκε σε κρανιοτομία και ολική εξαίρεση ενός εξαιρετικά παχυτοιχωματικού αποστήματος πλήρους πυώδους υλικού. Επανειλημμένες ανακαλλιέργειες του διεγχειρητικού υλικού επιβεβαίωσαν λοίμωξη από Nocardia Asteroides. Σταδιακά ο ασθενής εμφάνισε πλήρη νευρολογική και αναπνευστική αποκατάσταση και συνέχισε αντιβιοτική χημειοπροφύλαξη για δώδεκα μήνες. Ο τακτικός μετεγχειρητικός επανέλεγχος με CT εγκεφάλου και θώρακος έδειξε πλήρη αποδρομή των απεικονιστικών ευρημάτων ενώ οι δείκτες φλεγμονής παραμένουν αρνητικοί και ο ασθενής ελεύθερος σημειολογίας.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ & ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνύπαρξη πνευμονικής και εγκεφαλικής λοίμωξης σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς πρέπει να θέτει την υπόνοια νοκαρδίωσης, καθώς στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται λίαν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Συνίσταται θεραπεία υψηλών δόσεων κοτριμοξαζόλης και χημειοπροφύλαξη για 6 ως 12 μήνες, ιδίως όταν συνυπάρχει και λοίμωξη του ΚΝΣ. Η αντιμετώπιση του εγκεφαλικού αποστήματος και οι χειρουργικές ενδείξεις ακολουθούν τις γενικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση των εγκεφαλικών αποστημάτων. Συνήθως, η λοίμωξη από νοκάρδια προκαλεί πνευμονική λοίμωξη και δευτερογενώς προσβολή του ΚΝΣ μέσω αιματογενούς διασποράς. Παραδόξως, στην περίπτωση που παρουσιάζουμε, ο ασθενής εκδήλωσε πρώτα συμπτωματολογία εκ του νευρικού συστήματος και η πνευμονική λοίμωξη αναδείχθηκε σε δεύτερο χρόνο.

212. ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΜΥΕΛΟΠΑΘΕΙΑΣ

Π. Κόκκαλης, Π. Ζωγόπουλος, Ι. Υδραίος, Γ. Σταματόπουλος, Π. Παπανικολάου, Ε. Χατζιδάκης

Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός του χρόνου που απαιτείται από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας για την διάγνωση της αυχενικής μυελοπάθειας, δεδομένου ότι η έγκαιρη διάγνωση και χειρουργική θεραπεία βελτιώνουν την νευρολογική έκβαση των ασθενών αυτών.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη των ιατρικών αρχείων 19 ασθενών (12 άντρες και 7 γυναίκες) που χειρουργήθηκαν στο νοσοκομείο μας με αυχενική μυελοπάθεια τα τελευταία δυο χρόνια και αξιολόγηση των δημογραφικών δεδομένων, των συμπτωμάτων, του χρόνου για την διάγνωση, του αριθμού των ιατρικών επισκέψεων και της νευρολογικής κατάστασης πριν την επέμβαση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση χρονική διάρκεια από την έναρξη των συμπτωμάτων έως την διάγνωση ήταν 8 μήνες (εύρος 2,5 μήνες έως 1,5 έτη) με τους ασθενείς να έχουν κατά μέσο όρο 5 επισκέψεις σε επαγγελματίες υγείας. Η πρώτη επίσκεψη σε ιατρό αφορούσε σε ποσοστό 70,5% οικογενειακό-γενικό γιατρό ή παθολόγο. Πιο συχνές διαγνώσεις ήταν αυτές της αυχεναλγίας λόγω κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου και του συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα (75.6%).Εκδηλώσεις της νόσου όπως αδυναμία κάτω άκρων και αστάθεια βαδίσεως αποπροσανατολίζουν συχνά και τους πλέουν ειδικούς, νευρολόγους, νευροχειρουργούς και ορθοπεδικούς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάγνωση της αυχενικής μυελοπάθειας συχνά καθυστερεί, με αποτέλεσμα την καθυστερημένη παραπομπή των ασθενών για χειρουργική επέμβαση και την παρουσία μη αναστρέψιμων νευρολογικών ελλειμμάτων. Ένας υψηλός δείκτης υποψίας απαιτείται από τους επαγγελματίες υγείας και κυρίως από τους οικογενειακούς ιατρούς.

213. ΧΡΗΣΗ ΙΝΩΔΟΥΣ ΑΙΜΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΤΗ ΣΥΓΚΛΙΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ – ΚΡΑΝΙΟΤΟΜΙΑ

Ι. Σπανός[1,2], Α. Μητροπούλος[2], Α. Ρόβλιας[1]

[1]ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας, [2]Metropolitan Ιδιωτικό Νοσοκομείο

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μιας σειράς ασθενών που υπεβλήθησαν σε κρανιοτομία, στους οποίους κατά τη σύγκλιση του χειρουργικού τραύματος χρησιμοποιήθηκε ινώδες αιμοστατικό (Tachosil™), συγκριτικά με σειρά ασθενών στους οποίους χρησιμοποιήθηκαν τα κλασικά αιμοστατικά.
ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε μια σειρά 123 ασθενών που υπεβλήθησαν σε κρανιοτομία, στους οποίους κατά τη σύγκλιση του χειρουργικού τραύματος χρησιμοποιήθηκαν κλασικά αιμοστατικά. Κατόπιν επιμελούς αιμόστασης 13 εξ αυτών εμφάνισαν πρώιμα η όψιμα επισκληρίδια συλλογή (Ε.Ν.Υ – αιμορραγικά στοιχεία) και 9 εξ αυτών χρειάστηκε να χειρουργηθούν εκ νέου. Σε σειρά 97 ασθενών στους οποίους κατά τη σύγκλιση του χειρουργικού τραύματος χρησιμοποιήθηκε ινώδες αιμοστατικό (Tachosil™), 3 εμφάνισαν, πρώιμα ή όψιμα, μόλις υποσημειωμένη επισκληρίδια συλλογή, οι οποίοι και αντιμετωπίσθηκαν συντηρητικά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρατηρήθηκε σαφής διαφοροποίηση στη μετεγχειρητική πορεία, όσον αφορά την άμεση στεγανοποίηση του τραύματος και κατ` επέκταση την εμφάνιση επισκληριδίων συλλογών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στα περιστατικά της Νευροχειρουργικής, που εμφανίζουν ούτως η άλλως αυξημένη βαρύτητα, είναι σημαντικό να αξιολογούμε μικρές λεπτομέρειες που μπορούν να επηρεάσουν την μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς.

214. ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ ΜΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΠΟΛΥ ΠΛΑΓΙΑΣ ΚΗΛΗΣ ΜΕΣΟΣΠΟΝΔΥΛΙΟΥ ΔΙΣΚΟΥ ΟΜΣΣ (FAR LATERAL DISC). ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ι. Σπανός[1,2], Α. Μητρόπουλος[2]

[1]Ασκληπιείο Βούλας, [2]Metropolitan Hospital

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης ισχιαλγίας με νευρολογική συνδρομή σε ασθενή με MRI ΟΜΣΣ χωρίς «ιδιαίτερα» παθολογικά ευρήματα.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε την περίπτωση γυναίκας 47 ετών με ισχιαλγία κατανομής αριστερής Ο4 ρίζας και αδυναμία στη ραχιαία κάμψη αριστερού άκρου ποδός. Η ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη κλινικό, απεικονιστικό και νευροφυσιολογικό έλεγχο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η MRI ΟΜΣΣ ανέδειξε ως μόνο παθολογικό εύρημα την ύπαρξη αριστερής πολύ πλάγιας (εξωτρηματικής) κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου Ο4-Ο5. Οι δυναμικές ακτινογραφίες ΟΜΣΣ δεν έδωσαν στοιχεία αστάθειας, ενώ η CT ΟΜΣΣ ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Το ηλεκτρομυογράφημα έδωσε στοιχεία νευρογενούς βλάβης Ο4, Ο5 αριστερά (πρόσθιος κνημιαίος).
Λόγω αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής η ασθενής υποβλήθηκε σε μικροδισκεκτομή με πολύ πλάγια προσπέλαση. Κατά την επέμβαση αναγνωρίστηκε η αριστερή Ο4 ρίζα οιδηματώδης και φλεγμαίνουσα, κάτω από την πίεση του δίσκου ο οποίος συμπεφυόταν με αυτή. Η άρθρωση διατηρήθηκε.
Η ασθενής άμεσα μετεγχειρητικά απαλλάχτηκε από την ισχιαλγία ενώ εμφάνισε και σαφή βελτίωση της νευρολογικής λειτουργίας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1) Η πολύ πλάγια κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου αποτελεί μια σχετικά σπάνια οντότητα (3% του συνόλου) που θα πρέπει να αναζητάται σε κάθε ασθενή με ισχιαλγία και «φυσιολογική», σε πρώτη ματιά, μαγνητική τομογραφία.
2) Είναι ιδιαίτερης σημασίας η συσχέτιση των απεικονιστικών ευρημάτων με την κλινική εικόνα.
3) Στις περιπτώσεις αυτές, επί αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής ή/και ύπαρξης νευρολογικής συνδρομής, η μικροδισκεκτομή με πολύ πλάγια προσπέλαση, εφόσον δεν συνυπάρχει αστάθεια και παρά τον υψηλό βαθμό χειρουργικής δυσκολίας, αποτελεί την καλύτερη δυνατή λύση για τον ασθενή.

215. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΗΛΕΚΤΡΟΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΑΣ & ΕΜΕΤΟΥ – ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Π. Ζωγόπουλος[1], Π. Κόκκαλης[1], Γ. Τσάνης[1], Ν. Παπαγεωργίου[1], Ε. Χρονά[2], Ά. Λεβέντης[1]

[1]Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», [2]Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μετεγχειρητική ναυτία και ο έμετος είναι συχνές επιπλοκές μετά από επεμβάσεις κρανιοτομίας. Οι τρέχουσες φαρμακευτικές θεραπείες, ωστόσο, είναι συχνά αναποτελεσματικές. Παρουσιάζουμε τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με την εφαρμογή του ηλεκτροβελονισμού για την πρόληψη αυτών των επιπλοκών.
ΥΛΙΚΟ: Ανασκοπήσαμε 33 τυχαιοποιημένες, προοπτικές, ελεγχόμενες μελέτες από τις βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane, EBSCO, Ovid, CNKI και Wanfangdata σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε κρανιοτομία (υποσκηνίδια/υπερσκηνίδια). Συνολικά, 1496 ασθενείς σε ομάδες παρέμβασης (ηλεκτροβελονισμός & συνήθης αντιεμετική φαρμακευτική αγωγή – ondansetron και μετοκλοπραμίδη) και 1415 ασθενείς σε ομάδες ελέγχου (μόνο συνήθης αντιεμετική φαρμακευτική αγωγή). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν γενική αναισθησία και υπεβλήθησαν σε διεγχειρητικο ή/και μετεγχειρητικό ηλεκτροβελονισμό στο σημείο P6 (σημείο βελονισμού στην έσω επιφάνεια του αντιβραχίου).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανασκόπηση κατέδειξε ότι ο ηλεκτροβελονισμός στο σημείο P6 (σε συνδυασμό με την κλασσική αντιεμετική φαρμακευτική αγωγή) μείωσε την επίπτωση της μετεγχειρητικής ναυτίας ($P<0.05$) και του εμέτου ($P<0.05$) (0-24 ώρες MTX), σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου (χορήγηση μόνο της κλασσικής αντιεμετικής φαρμακευτικής αγωγής).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο περιεγχειρητικός ηλεκτροβελονισμός στο σημείο P6 είναι ένα αποτελεσματικό πρόσθετο μέτρο στην κλασσική αντιεμετική, φαρμακευτική αγωγή για την πρόληψη της μετεγχειρητικής ναυτίας και του εμέτου μετά από επεμβάσεις κρανιοτομίας και μάλιστα ο προεγχειρητικός ηλεκτροβελονισμός είναι πιο αποτελεσματικός από τον μετεγχειρητικό.

216. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΑΝΕΥΡΙΣΚΟΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΟΥΡΑ: ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ

Δ. Σταμόπουλος[1], Π. Μαραβέλια[1], Ν. Παπαχρήστος[1], Π. Καρκαλούσος[2], Ν. Μπακιρτζή[3,4]

[1]Ινστιτούτο Προηγμένων Υλικών, Φυσικοχημικών Διεργασιών, Νανοτεχνολογίας και Μικροσυστημάτων, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», [2]Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, ΤΕΙ Αθήνας, [3]Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», [4]Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Νεφροϊατρική»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσία ερυθροκυττάρων (ΕΚ) στα ούρα, αιματουρία, μπορεί να είναι αποτέλεσμα διαφόρων νόσων του ανώτερου (νεφρούς-ουρητήρων) και κατώτερου (κύστη-ουρήθρα) ουροποιητικού συστήματος. Σήμερα δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με την αξιολόγηση της μορφής των ΕΚ (ισόμορφα ή δύσμορφα) ως αξιόπιστου δείκτη της προέλευσης της αιματουρίας. Η παρούσα εργασία προτείνει νέα πρωτόκολλα μελέτης της προέλευσης της αιματουρίας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: ΕΚ ούρων (ΕΚο) συλλογής-24ώρου/τυχαίας-λήψης μελετήθηκαν συγκριτικά με ΕΚ περιφερικού αίματος (ΕΚπα) [2 ασθενείς με σπειραματονεφρίτιδα (ΑΣΝ) και 2 υγιείς δότες (ΥΔ)] για την εύρεση του μηχανισμού που προκαλεί/αναιρεί τη δυσμορφία σύμφωνα με τα εξής πρωτόκολλα: (Ι) ΕΚο και ΕΚπα σε άθικτη μορφή (δείγματα αναφοράς), (ΙΙ) ΕΚπα μετά από ωρίμανση σε αυτόλογα ούρα (τεχνητό περιβάλλον κύστης) για τη διερεύνηση της πρόκλησης δυσμορφίας από βιοχημικούς/οσμωτικούς μηχανισμούς και (ΙΙΙ) ΕΚο μετά από ωρίμανση σε αυτόλογο πλάσμα (τεχνητό περιβάλλον καρδιαγγειακού) για τη διερεύνηση της αναίρεσης της δυσμορφίας. Τα δείγματα μελετήθηκαν με τρία Μικροσκόπια (Οπτικό-Ατομικής Δύναμης-Ηλεκτρονικής Σάρωσης).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μικροσκοπική εξέταση έδειξε ότι: (α) τα ΕΚο των 2 ΑΣΝ δεν ήταν κατ΄ ανάγκη δύσμορφα, (β) τα ΕΚπα που ωρίμασαν σε αυτόλογα ούρα: στους 2 ΑΣΝ παρουσίασαν έντονη συγκόλληση και απώλεια κυτταροπλάσματος (Εικόνα 1), ενώ στους 2 ΥΔ παρουσίασαν ήπια συγκόλληση και οριακή σφαιροκυττάρωση χωρίς όμως απώλεια κυτταροπλάσματος (Εικόνα 2) και (γ) τα ΕΚο που ωρίμασαν σε αυτόλογο πλάσμα δεν παρουσίασαν μεταβολή.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αυτά τα εισαγωγικά πειράματα, βασισμένα σε εξειδικευμέ να, πλην όμως απλά, πρωτόκολλα παρουσίασαν ενδιαφέροντα αποτελέσματα που διαφοροποιούνται στους ΑΣΝ και στους ΥΔ. Πιστεύουμε ότι τα προτεινόμενα πρωτόκολλα μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμα εργαλεία για τη διερεύνηση της αιματουρίας στην κλινική πράξη.

217. IgG4 ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γ. Ντέτσκας[1], Φ. Λαμπριανού[2], Β. Παπαστεργίου[2], Μ. Κλαδάς[2], Ε. Ασμανίδης[2], Χ. Παλιούρας[1], Μ. Σταμπόρη[2], Κ. Προδρομίδου[2], Σ. Καραταπάνης[2]

[1]Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου, [2]Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι παθήσεις που συνδέονται με την IgG4 ανοσοσφαιρίνη αποτελούν ένα ολόενα και συχνότερα αναγνωριζόμενο σύνδρομο με ποικιλία διαταραχών που διαθέτουν κοινές ιστολογικές, ορολογικές και κλινικές εκδηλώσεις. Η IgG4 νεφροπάθεια αποτελεί μια σπανία εκδήλωση του συνδρόμου αυτού και χαρακτηρίζεται από λεμφοπλασματοκυτταρική διήθηση του ενδιάμεσου νεφρικού ιστού, με παρουσία IgG4(+) πλασματοκυττάρων και ίνωση.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για άνδρα ασθενή ηλικίας 64 ετών που προσήλθε για έλεγχο λόγω διαταραχής της ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής εμφάνιζε από μηνών διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας (αύξηση των τρανσαμινασών), ενώ τον τελευταίο μήνα παρουσίασε και αιφνίδια άνοδο της κρεατινίνης ορού. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη ορολογικό έλεγχο για ιογενείς ηπατίτιδες (HBV, HCV) και HIV, σε έλεγχο παθήσεων κολλαγόνου, σε έλεγχο κρυοσφαιριναιμίας και σε αποκλεισμό πολλαπλού μυελώματος ή άλλου μυελουπερπλαστικού νοσήματος. Ο ανωτέρω έλεγχος απέβη αρνητικός εκτός από την ανεύρεση αυξημένων τιμών IgG και χαμηλών τιμών συμπληρώματος. Η πρόσφατη επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας οδήγησε σε βιοψία νεφρού που απεκάλυψε εικόνα διάμεσης νεφρίτιδας συμβατής με νεφροπάθεια IgG4. Η ανεύρεση αυξημένων IgG4 στον ορό επιβεβαίωσε την διάγνωση. Ο ασθενής λαμβάνει θεραπεία με κορτικοειδή με θεαματική βελτίωση της κλινικής του εικόνας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η IgG4 νεφροπάθεια μολονότι αποτελεί μια σχετικά σπανία οντότητα πρέπει να αναζητείται σε κάθε ασθενή με αδιευκρίνιστη διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας δεδομένου ότι η χορήγηση κορτικοειδών αποτελεί την μόνη και αποτελεσματική θεραπευτική διέξοδο.

218. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΛΟΓΩ ΕΚΤΟΠΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ DTPA ΚΑΙ DMSA ΣΤΟ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΝΕΦΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ FSGS

Χ. Παλιούρας[1], Μ. Εμμανουήλ[2], Α. Σακελλαρίδου[2], Ν. Χριστοδούλου[3], Γ. Ντέτσκας[1], Κ. Ρούφας[1], Φ. Λαμπριανού[1], Ν. Καρβουνιάρης[1], Τ. Παπαβασιλείου[3], Π. Αληβάνης[1]

[1]Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝ Ρόδου, [2]Βιοδιάγνωση Ροδου, [3]Α Χειρουργική Κλινική ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού οπισθοπεριτοναϊκού όγκου μαλακών μορίων, το οποίο διαγνώστηκε μετά από απεικόνιση σε σπινθηρογράφημα νεφρών με Tc-99m DTPA και Tc-99m DMSA.
ΥΛΙΚΟ: Άνδρας ασθενής, 71 ετών, με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και ΧΝΑ αγνώστου αιτιολογίας εισήχθη στο Νεφρολογικό Τμήμα για διερεύνηση της νεφρικής ανεπάρκειας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ορθόχρωμη αναιμία (Ht 31.6%, Hb 9.2g/dl) και ΧΝΑ σταδίου 3b (ουρία 95mg/dl, κρεατινίνη 3.3 mg/dl, κάθαρση κρεατινίνης 37 ml/min) με συνοδό λευκωματουρία (2 gr/24ωρο). Στο πλαίσιο του απεικονιστικού ελέγχου, λόγω υποψίας αποφρακτικής ουροπάθειας, διενεργήθηκε σπινθηρογράφημα νεφρών. Στην εξέταση με Tc-99m DTPA παρατηρήθηκε μη αναμενόμενη, ευμεγέθης ανομοιογενής πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου στην περιοχή του αριστερού νεφρού που εμπόδιζε την απεικόνισή του, εύρημα το οποίο επαναλήφθηκε μετά από χορήγηση Tc-99mDMSA. Ακολούθησε η διενέργεια αξονικής τομογραφίας στην οποία απεικονίσθηκε στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο ευμεγέθης χωροκατακτητική εξεργασία (15x13cm), πολυλοβωτής μορφολογίας, κυστικού τύπου, που παρεκτόπιζε τον αριστερό νεφρό σε πρόσθια κοιλιακή θέση. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στη Χειρουργική κλινική όπου υποβλήθηκε σε εκτομή του όγκου, ενώ διεγχειρητικά διενεργήθηκε βιοψία νεφρού. Η ιστολογική εξέταση του όγκου ανέδειξε την παρουσία αποδιαφοροποιημένου λιποσαρκώματος grade 2, ενώ η μικροσκοπική εξέταση του νεφρικού ιστού την ύπαρξη δευτεροπαθούς FSGS. Ο ασθενής εξήλθε μετά από νοσηλεία 11 ημερών με σταθερή νεφρική λειτουργία (ουρία 97 mg/dl, κρεατινίνη 2.86 mg/dl).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πρόσληψη DTPA και DMSA στο σπινθηρογράφημα νεφρών σε θέσεις εκτός του ουροποιητικού συστήματος είναι εξαιρετικά σπάνια και θα πρέπει να εγείρει την υποψία παρουσίας κάποιου αγγειοβριθούς ιστού, συνήθως νεοπλασματικής αιτιολογίας, όπως το λιποσάρκωμα.

219. ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Κ. Μαμμάς[1], Γ. Κωστοπαναγιώτου[1], Δ. Λυμπερόπουλος[2], Χ. Λεμονίδου[3], Β. Σμυρνιώτης[1]

[1]Πειραματικό Χειρουργείο Κ.Τούντας, [2]Τμήμα Ασύρματης Τεχνολογίας και Τηλεπικοινωνιών Πανεπιστημίου Πατρών, [3]Τμήμα Κλινικών Εφαρμογών Νοσηλευτικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη εξετάζει τη στάση των Ελλήνων Συντονιστών Μεταμόσχευσης Οργάνων (ΜΟ) στη χρήση του ηλεκτρονικού περιβάλλοντος εργασίας (Η-ΠΕ) των συστημάτων τηλεϊατρικής (ΣΤ).
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σαράντα συμμετέχοντες (n = 40) κατανεμήθηκαν σε δύο ομάδες: τους ειδικούς και τους μη ειδικούς. Μετά από μία συνεδρία διδασκαλίας, και οι δύο ομάδες συμμετείχαν σε μια προοπτική, τυχαιοποιημένη, πειραματική μελέτη προσομοίωσης επί ενός σεναρίου συντονισμού (ΜΟ). Ο πειραματισμός προσομοίωσε την τρέχουσα μεθοδολογία συντονισμού με Τηλέφωνο/Fax και την εξεταζόμενη επί του (ΗΠΕ) του ΣΤ. Οι προσομοιώσεις έλαβαν χώρα σε ένα τοπικό δίκτυο, ανάμεσα σε τρεις αίθουσες συνεδριάσεων στο εργαστήριο κλινικών εφαρμογών του Πανεπιστημίου Αθηνών: Στο τέλος ένα δομημένο ερωτηματολόγιο μοιράστηκε στους συμμετέχοντες με σκοπό την ανάλυση της χρήσης του ηλεκτρονικού περιβάλλοντος εργασίας και της στάσης των δύο ομάδων σε 10 πεδία ευθύνης του συντονισμού της (ΜΟ).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 1. Το 92,5% είχε Η/Υ και τον χρησιμοποιούσαν για on-line σύνδεση. Μόνον το 22,5% είχε κινητό για on-line σύνδεση. **2**. Μόνον το 40,0% έχει πρόσβαση στο διαδίκτυο στο σπίτι και στη δουλεία. Το 74,4% χρησιμοποιεί το διαδίκτυο με μεγάλη αυτοπεποίθηση. Το 51,3% έχει λάβει κάποια εκπαίδευση μέσω διαδικτύου. **3**.Το 76,9% θεωρεί ότι η χρήση του διαδικτύου είναι ασφαλής για τη διατήρηση προσωπικών δεδομένων υπό προϋποθέσεις. **4.** Οι ειδικοί θεωρούν στατιστικώς σημαντικά το (ΗΠΕ) πιο αξιόπιστο στην τήρηση των ιατρονομικών προϋποθέσεων της ΜΟ (p<.007). **5**.Το 62,5% συμφωνεί με την άποψη ότι στο (ΗΠΕ) των ΣΤ είναι δυνατόν να εκπαιδευτούν τα μέλη της κοινωνίας περί της δωρεάς οργάνων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι Ελληνες Συντονιστές ΜΟ φαίνεται να έχουν οικειότητα με το (ΗΠΕ) επί των Η/Υ και θεωρούν το συντονισμό επ' αυτού εφικτό, και αξιόπιστο. Η δυνατότητα μετάδοσης πληροφοριών στο (ΗΠΕ) των ΣΤ σε σύγκριση με το τρέχον φαξ/τηλέφωνο εμπλουτίζει σημαντικά τον ιατρικό φάκελο και επιτρέπει την τηλεδιάσκεψη, την υποστήριξη λήψης αποφάσεων, τον προ-εγχειρητικό σχεδιασμό και την προαγωγή της δωρεάς οργάνων.

220. LDL-ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ ΚΑΙ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑ ΠΡΩΤΕΪΝΗ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΤΑΔΙΟΥ 3-4

Ε. Χελιώτη[1], Μ. Σωτηράκη[1], Ε. Ευθυμίου[1], Α. Παπαλεξανδρου[1], Ε. Λιναρδούτσου[2], Ι. Γκαιταρτζάκης[2], Ε. Γκαλίτσιου[1], Ι. Φακα[2], Μ. Τσιλιβίγκου[1]

[1]Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», [2]Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Φλεγμονή διαπιστώνεται σε ποσοστό >50% στους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) και αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό στα πιο προχωρημένα στάδια της νόσου. Είναι γνωστό ότι η C- αντιδρώσα πρωτεΐνη (hs-CRP) ανιχνεύεται σε υψηλά επίπεδα στους ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση και εκφράζει χρόνια φλεγμονή. Η δυσλιπιδαιμία αποτελεί βασική μεταβολική διαταραχή στην ΧΝΝ και παραδοσιακά, συγκαταλέγεται στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου.
ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη ερευνά τις διακυμάνσεις των επιπέδων της λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας χοληστερόλης (LDL-C) και της hs-CRP σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις της hs-CRP και της LDL-C σε συνολικά 95 ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο σταδίου 3-4. Όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν στατίνη (μέση δόση 20±10mg). Το στάδιο της νεφρικής νόσου προσδιορίστηκε χρησιμοποιώντας την εξίσωση CKD-EPI.Η στατιστική ανάλυση βασίστηκε στην ποσοστιαία εκτίμηση (αξιολόγηση) και στο t-test.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά συμμετείχαν 95 ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (49 άνδρες και 46 γυναίκες, μέσης ηλικίας 69±11 έτη και με μέσο εκτιμούμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης, eGFR29±12ml/min/1,73m²). Το ποσοστό των ασθενών που παρουσίαζαν hs-CRP>3mg/lt και LDL-C>100mg/dl ήταν 39% (n=37) ενώ hs-CRP>3 mg/lt και LDL-C<100mg/dl είχε το 23% (n=22). Επίσης, το 20% (n=19)των ασθενών παρουσίαζε LDL-C<100mg/dl με hs-CRP <3mg/lt και το 18% (n=17) είχε LDL-C>100mg/dl με hs-CRP<3mg/lt. Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της hs-CRP και LDL-C.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματά μας ανέδειξαν ότι στους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο σταδίου 3-4, τα επίπεδα hs-CRP στον ορό δεν συσχετίζεται με τις διαταραχές των επιπέδων της LDL-χοληστερόλης.

221. ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΟ ΝΕΦΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ

Ε. Κότσαλου[1], Χ. Κότσαλος[2], Α. Κότσαλος[2], Ν. Δημακόπουλος[1], Ι. Αγγελάκας[2]

[1]Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσηλευτικό Ίδρυμα ΜΤΣ, [2]Καρδιοαγγειοχειρουργική Κλινική, Νοσηλευτικό Ίδρυμα ΜΤΣ

ΣΚΟΠΟΣ: Η κριτική στένωση των νεφρικών αρτηριών ευθύνεται για την εμφάνιση ανθεκτικής υπέρτασης νεφραγγειακής αιτιολογίας, με την τελευταία να αποτελεί περίπου το 1-3% των αιτιών υπέρτασης. Μη έγκαιρη αντιμετώπισή της μπορεί να οδηγήσει και σε σοβαρή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και νεφρική ανεπάρκεια.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 21 περιπτώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική νεφρικών αρτηριών κατόπιν παθολογικού διαγνωστικού δυναμικού σπινθηρογραφήματος νεφρών με 99m-Tc DTPA. Μετά 6μήνες από την ενδοαυλική αντιμετώπιση της στένωσης όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν εκ νέου σε σπινθηρογραφικό έλεγχο προκειμένου να αξιολογηθούν και λειτουργικά τα αποτελέσματα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συγκρίνοντας τη φάση της αιματικής ροής προ και μετά την αγγειοπλαστική παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική αύξηση της αιματικής ροής στις πάσχουσες νεφρικές αρτηρίες (mean 257 counts/pixel vs 546 counts/pixel). Η σχετική συμμετοχή στην υπάρχουσα νεφρική λειτουργία του πάσχοντος νεφρού παρουσίασε στατιστικώς ενδεικτική βελτίωση κατά 14% (*p < /em>:0.10) στο 63% των περιπτώσεων, πιθανώς ενδεικτική της σταδιακής και κατά περίπτωση αποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.*
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε την ανάγκη άμεσης αποκατάστασης της στένωσης της νεφρικής αρτηρίας προς αποφυγή μόνιμης νεφραγγειακής βλάβης, καθώς και την αξία του ραδιενεργού νεφρογράματος για τον λειτουργικό έλεγχο του επεμβατικού αποτελέσματος.

222. ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΑΝ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ

Χ. Παλιούρας[1], Ε. Σπανού[2], Φ. Λαμπριανού[1], Γ. Ντέτσκας[1], Κ. Ρούφας[1], Ν. Καρβουνιάρης[1], Π. Αληβάνης[1]

[1]Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝ Ρόδου, [2]Αιματολογικό Τμήμα ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού πρωτοπαθούς πλασματοκυτταρικής λευχαιμίας με οξεία νεφρική ανεπάρκεια ως πρώτη κλινική εκδήλωση.
ΥΛΙΚΟ: Άρρεν ασθενής, 52ετών, μαύρης φυλής, προσήλθε στο ΤΕΠ αιτιώμενος απώλεια βάρους τους τελευταίους 3 μήνες, εμέτους από εβδομάδος με συνοδό ελάττωση της διούρησης, γενικευμένη αδυναμία και βυθιότητα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (ουρία 156 mg/dl, κρεατινίνη 4,32 mg/dl), υπερασβεστιαιμία (11,8 mg/dl) και ήπια λευκωματουρία (892,5 mg/24 h). Επιπλέον ο ασθενής εμφάνιζε μακροκυτταρική αναιμία (Hct 30.1%, Hb 10.2 gr/dL, MCV 98.4 fl), θρομβοπενία (PLT 58.000/mm^3) και λευκοκυττάρωση (WBC 13.640/mm^{3}K/μL,Lymph 7210/mm3).Το επίχρισμα περιφερικού αίματος ανέδειξε αυξημένο αριθμό πλασματοκυττάρων (31%) και ο ποσοτικός προσδιορισμός των ανοσοσφαιρινών αυξημένες ανοσοσφαιρίνες ορού IgG (6182 mg/dL) με συνοδό ανοσοπάρεση. Στην ανοσοκαθήλωση λευκωμάτων ορού ανιχνεύθηκε παραπρωτεΐνη IgGλ (IgG 7732 mg/dL, λ-αλύσεις 3770 mg/dl). Η ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων ούρων ήταν θετική για παραπρωτεΐνη Bence-Jones, ενώ αυξημένες λ-ελαφρές αλύσεις (11,4 mg/dl) παρατηρήθηκαν στην ανοσοκαθήλωση. Η διάγνωση της πρωτοπαθούς πλασματοκυτταρικής λευχαιμίας επιβεβαιώθηκε με τη διενέργεια μυελογράμματος και οστεομυελικής βιοψίας όπου διαπιστώθηκε διήθηση του μυελού σε ποσοστό 99% από πλασματοκύτταρα ώριμου και ασύγχρονου τύπου. Ο καρυότυπος του μυελού των οστών έδειξε την παρουσία κλώνου με μετάθεση t (9;22). Στον ασθενή χορηγήθηκε βορτεζομίμπη (1,3 mg/m^2, ημέρες 1, 4, 8, 11, κύκλος διάρκειας 21 ημερών) και υψηλές δόσεις δεξαμεθαζόνης (ημέρες 1, 4, 8, 11, 15, 19). Η νεφρική λειτουργία παρουσίασε σταδιακή βελτίωση και ο ασθενής εξήλθε την 25η ημέρα της νοσηλείας με φυσιολογική νεφρική λειτουργία σε σταθερή κλινική κατάσταση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ΟΝΑ μπορεί να αποτελέσει την πρώτη κλινική εκδήλωση πρωτοπαθούς πλασματοκυτταρικής λευχαιμίας. Η χορήγηση βορτεζομίμπης σε συνδυασμό με κορτιζόνη και επαρκή ενυδάτωση δύναται να βελτιώσουν τη νεφρική λειτουργία.

223. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Ε. Χελιώτη[1], Α. Παπαλεξάνδρου[1], Μ. Σωτηράκη[1], Ε. Ευθυμίου[1], Ε. Λιναρδούτσου[2], Ι. Γκαιταρτζάκης[2], Ε. Γκαλίτσιου[1], Μ. Τσιλιβίγκου[1]

[1]Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», [2]Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) είναι ένας βιοδείκτης φλεγμονής που συχνά συνδέεται με την διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ). Ο γλυκαιμικός έλεγχος, όπως εκφράζεται με τα επίπεδα της HbA1c, η ήπια πρωτεϊνουρία και η παρουσία χαμηλού βαθμού φλεγμονή σε διαβητικούς ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) είναι θέματα που παρουσιάζουν ενδιαφέρον όσον αφορά την ανάπτυξη και την εξέλιξη της ΔΑ.
ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης ήταν να εξετάσει την επίπτωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας σε ασθενείς με ΧΝΝ και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2), όταν HbA1c <6,5% ή >6,5%, πρωτεϊνουρία <1 g/24h ή >1 g/24h και C - αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) <3 mg/lt ή >3 mg/lt.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη συμπεριέλαβε 69 ασθενείς με ΣΔ2 και ΧΝΝ (33 άνδρες/36 γυναίκες, μέσης ηλικίας 69±4 ετών, μέσο εκτιμούμενο GFR 28±21 ml/min, μέση διάρκεια ΣΔ2 16±9 έτη). Αναλύσαμε τις ακόλουθες παραμέτρους: την παρουσία ΔΑ, πρωτεϊνουρία, HbA1c και CRP.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από 69 ασθενείς με ΣΔ2, το 71% είχαν πρωτεϊνουρία <1 g/24h, 74% είχαν HbA1c < 6,5% και 45% είχαν CRP < 3 mg/l. Στο σύνολο των ασθενών, οι 29 (42%) είχαν ΔΑ και 40 (58%) δεν είχαν ΔΑ. Στους ασθενείς με ΔΑ παρατηρήθηκε: πρωτεϊνουρία > 1 g/24h σε ποσοστό 52%, HbA1c <6,5% σε ποσοστό 76% και η CRP >3 mg/lt σε ποσοστό 72%. Οι ασθενείς χωρίς ΔΑ είχαν: μόνο 12,5% πρωτεϊνουρία >1 g/24h, 72% HbA1c <6,5% και 42,5% CRP >3 mg/lt.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο καλός γλυκαιμικός έλεγχος δεν μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης και εξέλιξης της ΔΑ. Αντίθετα, η ανάπτυξη ΔΑ σχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα πρωτεϊνουρίας. Τέλος, η χαμηλού βαθμού φλεγμονή στους διαβητικούς ασθενείς με ΧΝΝ φαίνεται να διαδραματίζει καίριο ρόλο στην εμφάνιση ΔΑ.

224. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ-BURNOUT ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Κ. Τρίγκα, Μ. Καζά, Κ. Χουχουλής, Χ. Πιπιλή, Π. Δουζδαμπάνης

Κυανούς Σταυρός Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Ο αριθμός αιμοκαθαιρόμενων ασθενών αυξάνεται, έτσι, η ψυχολογική πίεση που υποβάλλεται το προσωπικό και οι συγγενείς, είναι αυξανόμενης σημασίας. Σκοπός η διερεύνηση φόρτου εργασίας προσωπικού αιμοκάθαρσης, επιβάρυνση συγγενών που φροντίζουν αιμοκαθαιρόμενους και πιθανές συσχετίσεις με συν-νοσηρότητα και κατάθλιψη.
ΥΛΙΚΟ: Εφαρμόστηκαν ερωτηματολόγια για εξουθένωση-burnout, στο προσωπικό μονάδας αιμοκάθαρσης και στους συγγενείς των αιμοκαθαιρόμενων. 47 φροντιστές ανταποκρίθηκαν, που αντιστοιχούσαν σε 44 ασθενείς από συνολικά 97 ασθενείς. Τέλος, αξιολογήθηκαν επίπεδα κατάθλιψης ασθενών και ο δείκτης συν-νοσηρότητας Charlson Co-morbidity Index(CCI).
ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη χωρίστηκε σε 3 φάσεις: 1) χορηγήθηκε ProQOL ερωτηματολόγιο στο προσωπικό 2) ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης επαγγελματικής εξουθένωσης στους συγγενείς 3) Beck Depression Inventory-(BDI) στους ασθενείς για συσχετισμό με κατάθλιψη, κλινικοεργαστηριακές παραμέτρους και δείκτη CCI.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία ανέφερε χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Δύο κατηγορίες στρεσογόνων παραγόντων προέκυψαν: διάρκεια επαγγέλματος και αυξημένη ηλικία εργαζομένων, χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ ιατρ0-νοσηλευτικού προσωπικού. Φύλο, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός τέκνων δεν σχετίζονταν στατιστικά με burnout. Σημειώθηκε στατιστικά μη-σημαντική διαφορά μεταξύ ηλικίας συγγενών και στρες. 70.2% συγγενών ηλικίας 58, αναφέρουν μετρίου βαθμού στρες, ενώ 29.8% ηλικίας 64, υψηλόβαθμο στρες. Χωρίς συσχέτιση με δείκτη συν-νοσηρότητας, κατάθλιψη-BDI, κλινικο-εργαστηριακές παραμέτρους αναιμίας, νεφρικής οστεοδυστροφίας, αλβουμίνη, χοληστερόλη, αύξηση σωματικού βάρους μεταξύ συνεδριών, αρτηριακή υπέρταση, ΑΕΕ, καρδιακές παθήσεις, σακχαρώδη διαβήτη, είδος αιμοκάθαρσης, πρωτοπαθή αίτια νεφρικής ανεπάρκειας, βάρδια αιμοκάθαρσης, αριθμό ημερήσιων χορηγούμενων ή ψυχιατρικών σκευασμάτων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Εργαζόμενοι σε μονάδα-αιμοκάθαρσης δεν εκτίθενται σε ιδιαίτερη πίεση. Προσωπικό με μεγαλύτερη επαγγελματική προϋπηρεσία και ηλικία εμφανίζει υψηλότερη εξουθένωση. Μεγαλύτεροι ηλικιακά συγγενείς που φροντίζουν αιμοκαθαιρόμενους, αναφέρουν περισσότερο στρες. Δεν αποκαλύφθηκε σχέση μεταξύ burnout συγγενών και καταθλιπτικής συνδρομής ή συν-νοσηρότητας.

225. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΕΞΙΣΩΣΕΙΣ COCKCROFT-GAULT, MDRD ΚΑΙ CKD-EPI ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ε. Χελιώτη, Ε. Ευθυμίου, Α. Παπαλεξάνδρου, Μ. Σωτηράκη, Ε. Δημητριάδη, Ι. Γκαιταρτζάκης, Μ. Τσιλιβίγκου

Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μείωση της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου2(ΣΔΤ2) μεταφράζεται σε υψηλής συχνότητας εμφάνιση της διαβητικής νεφροπάθειας (ΔΝ). Στην κλινική πράξη, χρησιμοποιούνται έμμεσες μέθοδοι για την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες εξισώσεις είναι η MDRD, η Cockcroft-Gault (CG) και η νέα εξίσωση CKD-EPI.
ΣΚΟΠΟΣ: Να εκτιμηθεί η ακρίβεια και η αξιοπιστία των εξισώσεων αυτών στην εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΣΔΤ2.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη συμπεριέλαβε 66 ηλικιωμένους ασθενείς (48% άνδρες, μέσης ηλικίας 70±11 έτη) με ΣΔτ2 και κρεατινίνη ορού πάνω από το φυσιολογικό εύρος, το 1ο 6μήνο του 2012. Η ΔΝ ταξινομείται σε 5 στάδια: στάδιο 1 (S1): >90, στάδιο 2 (S2): 60-89, στάδιο 3 (S3): 30-59, στάδιο 4 (S4): 15-29 και το στάδιο 5 (S5): <15 ml/min/1.73 m^2. Η νεφρική λειτουργία εκτιμήθηκε με τις εξισώσεις MDRD, CG και CKD-EPI. Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες, χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία Pearson r.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με την εξίσωση CG, η κατανομή των ασθενών στα 5 στάδια ήταν: 4,5%S1, 7,6%S2, 15,2%S3, 31,8%S4 και 40,9%S5. Χρησιμοποιώντας τις εξισώσεις MDRD και CKD-EPI, τα ποσοστά των ασθενών δεν διέφεραν μεταξύ των 5 σταδίων και ήταν: 1,5%, 3%, 12,1%, 31,8% και 51,5% αντίστοιχα. Κατά την σύγκριση μεταξύ CG, CKD-EPI και MDRD εξισώσεων, διαπιστώθηκε ένα υψηλότερο ποσοστό (10,6%) ασθενών στο στάδιο 5 χρησιμοποιώντας τις CKD - EPI και MDRD ενώ με την CG υπήρξε ένα υψηλότερο ποσοστό ασθενών στα στάδια 1, 2 και 3 (3%, 4,6% και 3,1% αντίστοιχα). Η συσχέτιση μεταξύ CG και CKD - EPI και CG και MDRD ήταν στατιστικά σημαντική (r=0,884, p=0,001 και r=0,854, p=0,001 αντίστοιχα).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η CG εξίσωση υπερεκτιμά τη νεφρική λειτουργία των ηλικιωμένων διαβητικών ασθενών στα 3 πρώτα στάδια της ΔΝ. Από την άλλη πλευρά, CKD-EPI και MDRD φαίνεται να είναι περισσότερο ακριβείς στην εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας των ηλικιωμένων με ΣΔΤ2 στα διάφορα στάδια της ΔΝ και ιδιαίτερα στο στάδιο 5, σε σύγκριση με την εξίσωση CG.

226. ΣΥΝΔΡΟΜΟ EKBOM - ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΣΙΤΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Κ. Τρίγκα, Π. Δουζδαμπάνης, Κ. Φουρτούνας

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Κυανούς Σταυρός Πατρών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο κνησμός αποτελεί συχνή επιπλοκή σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, αλλά η παθογένεια παραμένει ασαφής. Σοβαρός κνησμός μπορεί επίσης να συνοδεύει την εκδήλωση μιας σπάνιας υποκείμενης διαταραχής, εκτός της εξωνεφρικής κάθαρσης.
ΣΚΟΠΟΣ: Να εστιάσουμε την προσοχή σε μια σπάνια ψυχιατρική διαταραχή, το σύνδρομο Ekbom ή παραληρηματική παρασίτωση, και να αξιολογήσουμε τον επιπολασμό της και την πιθανή συσχέτισή του με την κατάθλιψη και το άγχος.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 262 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς. Από αυτούς απομονώθηκαν δύο περιστατικά ηλικιωμένων ασθενών ηλικίας 81 και 87 ετών, με μέσον όρο παραμονής στην μέθοδο 37 μήνες, που ανέφεραν συμπτώματα υποχονδριακής παρασίτωσης και διαγνώσθηκαν με σύνδρομο Ekbom.
ΜΕΘΟΔΟΣ & ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι παραληρητικές πεποιθήσεις του πρώτου ασθενή υιοθετήθηκαν, κάποια χρονική στιγμή, από τον δεύτερο που υποβαλόταν σε συνεδρία στο ίδιο κρεβάτι και μηχάνημα αιμοκάθαρσης. Αντιμετωπίστηκαν με αντιψυχωσικά φάρμακα, με ακόλουθη βελτίωση του υποκειμενικού αισθήματος. Επιπρόσθετα, εφαρμόστηκαν το Beck Depression invetory (BDI) που αφορά στην κατάθλιψη και το Hospital anxiety and depression scale (HADS) ερωτηματολόγιο που αφορά στην κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή. Προσπαθήσαμε να βρούμε πιθανούς συσχετισμούς με την παραληρητική παρασίτωση.Η μέση βαθμολογία για την αγχώδη διαταραχή για τους ασθενείς με σύνδρομο Ekbom ήταν υψηλότερη σε σύγκριση με τις μέσες τιμές HADS των ασθενών συνολικά. Επιπρόσθετα, η βαθμολογία που αφορά στην κατάθλιψη σύμφωνα με το HADS, ήταν υψηλότερη. Παραδόξως, η μέση βαθμολογία BDI ήταν χαμηλότερη σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το σύνδρομο Ekbom, αποτελεί σπάνια νόσο που θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση του κνησμού σε ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο. Η αγχώδης διαταραχή ίσως είναι επιβαρυντικός παράγοντας, ενώ η κατάθλιψη αποτελεί αντικρουόμενο ενδεχόμενο, που πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη στην θεραπεία.

227. ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΛΟΓΩ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΥΠΟΚΛΟΠΗΣ ΕΣΩ ΜΑΣΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

Κ. Κιντζογλανάκης[1], Ε. Κατσίπη[2], Ν. Παπανικολάου[2], Ε. Καρδούλη[2], Κ. Χαμπίπης[1], Μ. Γενναδίου-Σπαντίδου[2]

[1]Κέντρο Υγείας Αλιάρτου, [2]Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Λιβαδειάς

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση άνδρα 68 ετών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) υπό τεχνητό νεφρό που παρουσίασε επανειλημμένα επεισόδια εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας (ΕΚΤ) κατά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης, οφειλόμενα σε σύνδρομο υποκλοπής της έσω μαστικής αρτηρίας.
ΥΛΙΚΟ: Ο ασθενής το 2004 εντάχθηκε σε αιμοκάθαρση λόγω ΧΝΑ άγνωστης αιτιολογίας με αγγειακή προσπέλαση αρτηριοφλεβική fistula (ΑΦF) στο αριστερό αντιβράχιο. Το 2007 έκανε αορτοστεφανιαία παράκαμψη λόγω στεφανιαίας νόσου με αναστόμωση της αριστερής έσω μαστικής αρτηρίας (ΑΕΜΑ) με τον πρόσθιο κατιόντα κλάδο της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πρόσφατα κατά τις συνεδρίες αιμοκάθαρσης και κατά το μέσο αυτών, παρουσίασε τρία επεισόδια ΕΚΤ με ισχαιμία στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, στηθαγχικό πόνο και συγκοπτικό επεισόδιο. Διακομίστηκε επειγόντως και τις τρεις φορές σε τριτοβάθμιο καρδιολογικό κέντρο. Η διερεύνηση ανέδειξε βατή την ΑΕΜΑ, όμως σοβαρή στένωση στην αριστερή υποκλείδια αρτηρία (ΑΥΑ) πριν την έκφυση της ΑΕΜΑ. Η πρόοδος της αιμοκάθαρσης, με την προοδευτική πτώση της αρτηριακής πίεσης και την αυξημένη ροή στην ΑΦF, προκαλούσε υποκλοπή της ΑΕΜΑ και λόγω της σοβαρής στένωσης της ΑΥΑ πριν την έκφυση της ΑΕΜΑ. Το αποτέλεσμα ήταν ισχαιμία του μυοκαρδίου και ΕΚΤ. Αντιμετωπίστηκε με αγγειοπλαστική (stenting) της ΑΥΑ και με την παρουσίαση, έπειτα από αρκετούς μήνες, του τέταρτου επεισοδίου ΕΚΤ στην αιμοκάθαρση, ηπιότερου αυτή τη φορά, με απολίνωση της αριστερής ΑΦF και δημιουργίας αρτηριοφλεβικού μοσχεύματος στο δεξιό αντιβράχιο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Επιβεβαιώνεται η προβληματική φύση της ΑΦF αριστερά σε ασθενείς με ΧΝΑ σε αιμοκάθαρση που ταυτόχρονα έχουν υποβληθεί σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη με χρήση της ΑΕΜΑ, λόγω της δυνητικής υποκλοπής αίματος της ΑΦF από την ΑΕΜΑ, που στην προκειμένη περίπτωση σίγουρα επιδεινώθηκε από την στένωση της ΑΥΑ.

228. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΝΤΟΡΤΡΟΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΩΓΗ ΑΠΟΠΤΩΣΗΣ ΣΕ ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΑΣΤΟΥ

Ι. Μαρίνου[1], Ν. Γούτας[2], Δ. Βλαχοδημητρόπουλος[2], Δ. Στραβοπόδης[3], Δ. Κουδούμας[4], Β. Αλεπόρου, Σ. Χαβάκη[1], Ε. Μαρίνος[1], Μ. Κουλούκουσα[1]

[1]Εργαστήριο Ιστολογίας και Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, Παν/μιο Αθηνών, [2]Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή, Παν/μιο Αθηνών, [3]Τομέας Βιολογίας Κυττάρου και Βιοφυσικής, Τμήμα Βιολογίας, Παν/μιο Αθηνών, [4]Εργαστήριο Γενικής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή, Παν/μιο Αθηνών, [5]Τομέας Γενετικής και Βιοτεχνολογίας, Τμήμα Βιολογίας, Παν/μιο Αθηνών

Οι ιντεγκρίνες είναι διαμεμβρανικοί ετεροδιμερείς υποδοχείς που προσδένονται σε συστατικά της εξωκυττάριας θεμέλιας ουσίας, όπως η βιτρονεκτίνη και η φιμπρονεκτίνη, αναγνωρίζοντας την αλληλουχία Arg-Gly-Asp (RGD), ενώ λειτουργούν και ως αισθητήρες κατά την κυτταρική μετανάστευση. Η δισιντεγκρίνη κοντορτροστατίνη, απομονώνεται από το δηλητήριο του φιδιού *Agkistrodoncontortrix* και περιλαμβάνει το αναγνωρίσιμο από τις ιντεγκρίνες τριπεπτίδιο RGD. Η κοντορτροστατίνη προσδένεται με μεγάλη συγγένεια στην ιντεγκρίνη $\alpha_v\beta_3$ εμποδίζοντας την διαβίβαση εξωτερικών σημάτων.
ΣΚΟΠΟΣ: Αναπτύχθηκαν πρωτογενείς καλλιέργειες καρκινικών κυττάρων μαστού με σκοπό την επαγωγή απόπτωσης από τη δράση της κοντορτροστατίνης.
ΥΛΙΚΟ: Κυτταρικές μονοστιβάδες επωάσθηκαν με το δηλητήριο. Κατόπιν, έγινε μορφολογική μελέτη τους στο σαρωτικό ηλεκτρονικό μικροσκόπιο (SEM), με τεχνικές ανοσοφθορισμού και χρήση αποπτωτικών δεικτών όπως η κασπάση-8, καθώς και μελέτη της κυτταρικής προσκόλλησης μέσω εντοπισμού της ιντεγκρίνης $\alpha_v\beta_3$ και της ταλίνης. Ως μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν μονοστιβάδες χωρίς επίδραση δηλητηρίου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η επώαση των κυττάρων με το δηλητήριο προκαλεί σταδιακή επαγωγή απόπτωσης. Συγκριτικά με τους μάρτυρες, τα κύτταρα που επωάστηκαν με το δηλητήριο παρουσιάζουν, αρχικά, άτυπες κυταρικές προσεκβολές, ανακατανομή της ιντεγκρίνης $\alpha_v\beta_3$ και ενδοκυττάρια ανακατανομή της κασπάσης-8, ενώ κύτταρα σε προχωρημένο στάδιο απόπτωσης καθίστανται υποστρόγγυλα ενώ διαταράσσεται η προσκόλληση τους στο υπόστρωμα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το δηλητήριο του *A. contortrixmokason* επάγει την απόπτωση σε πρωτογενείς καλλιέργειες καρκινικών κυττάρων μαστού και φαίνεται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί μελλοντικά σε κλινικοεργαστηριακές έρευνες για τη μελέτη των μεταστάσεων.

229. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΤΟΠΙΚΟΠΕΡΙΟΧΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ Η ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ (ΜΜΚΠ)

Μ. Βασλαματζής[1], Ν. Αλεβιζόπουλος[1], Κ. Αθανασιάδη[2], Χ. Μάγκου[3], Σ. Μπούλια[4], Χ. Ζούμπλιος[1], Θ. Κάππου[1], Θ. Τέγος[1], Α. Λασκαράκης[1], Χ. Σταθόπουλος[1]

[1]Ογκολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Τμήμα Καρδιάς, Θώρακα & Αγγείων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [3]Τμήμα Παθολογοανατομικό, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [4]Τμήμα Πνευμονολογικό, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Περίπου 40% των νεοδιαγιγνωσκόμενων ασθενών με ΜΜΚΠ είναι ≥70 ετών, με συννοσηρότητες, συνηθέστατα εμποδίζουσες την χορήγηση ιδεατής θεραπευτικής αγωγής.
ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης ήταν η εκτίμηση επιδημιολογικών, κλινικών και προγνωστικών χαρακτηριστικών, σε ασθενείς με ΜΜΚΠ ≥70 ετών, σταδίου ≥IIIA.
Εκτιμήθηκαν δεδομένα 132 ασθενών(άνδρες/γυναίκες=86/46), διάμεσης ηλικίας 75(70-86)ετών, που νοσηλεύθηκαν συνεχόμενα στο Ο.Τ.,μεταξύ 1/2007–12/2013. Οι 73(55%, 70-74ετών, ομάδα Α),χαρακτηρίζονται «νέοι-γέροι» και οι 59(45%, 75-86ετών, ομάδα Β),«γέροι-γέροι». Ενεργητικοί καπνιστές ≥60 p/years: 128(97%), παθητικοί: 4(3%). Πρώτο σύμπτωμα: αιμόπτυση, βήχας, δύσπνοια/συριγμός, θωρακαλγία, πυρετός±κόπωση, ΣΑΚΦ, σύνδρομο Pancoast, άποιος διαβήτης, υπερασβεστιαιμία σε: 44 (33%), 35 (27%), 20 (15%), 10 (8%), 9 (6.5%), 9 (6.5%), 3 (2%), 1 (1%), 1(1%) ασθενείς, αντιστοίχως. Ιστολογικοί υπότυποι: αδενοκαρκίνωμα, πλακώδες/αδενοπλακώδες, εκ μεγάλων κυττάρων ± νευροενδοκρινικό 78 (59%), 44 (33%), 10 (8%) αντιστοίχως.Οι 84 (64%) είχαν μεταστάσεις σε ήπαρ, οστά, επινεφρίδια, εγκέφαλο, πνεύμονα: 60 (71%), 58 (69%), 36 (43%), 23 (27%), 22 (26%)αντιστοίχως. Παρανεοπλασματική οστεοαρθροπάθεια, υπερασβεστιαιμία, SiADH τεκμηριώθηκε σε 48 (36%), 22 (17%), 5 (4%).
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΩΝ Α/Β: Α.Υ., Χ.Α.Π., Σ.Δ..,ισχαιμική καρδιοπάθεια, υπερλιπιδαιμία, οστεοπενία, υποθυρεοειδισμός, Parkinson σε: 112 (85%)**:** 53 (73%)/59 (100%), 96 (73%)**:** 47 (64%)/49 (83%), 92 (70%)**:** 47 (73%)/45 (82%), 65 (49%)**:** 34 (47%)/31 (56%), 63 (48%)**:** 32 (44%)/31 (56%), 61 (46%)**:** 26 (36%)/35 (64%), 61 (46%)**:** 32 (44%)/29 (53%), 14 (11%): 7 (10%)/7 (13%). Αυξημένη LDH είχαν 92 (70%). Διάμεση τιμή κρεατινίνης: (1.2-1.9) mg/dl.
Έξι ασθενείς σταδίου IV, με μεταλλαγμένο EGFR έλαβαν 1ης γραμμής Tarceva ή Iressa. Είναι χωρίς πρόοδο νόσου(ΠΝ) για 5,10,14,14,20,38μήνες αντιστοίχως. Από τους υπολοίπους, 120(95%): Α/Β=69/51 μπόρεσαν να ολοκληρώσουν 3 κύκλους Paclitaxel - Carboplatin ± bevacizumab ± ΑΚΤΘ με G-CSF προφύλαξη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μερική Ύφεση,Στάσιμη Νόσος, ΠΝ: 75 (62.5%), 15 (12.5%), 30 (25%). Για Α/Β: Διάμεσο διάστημα ελεύθερο ΠΝ: 8+ (3+-42+)/9 (4+-34+) μήνες, διάμεση επιβίωση 14.5 (1-42+)/12.5 (1-22) μήνες. Τοξικότητα ήπια, εκτός αναιμίας grade ≥3-συχνότερη στην υποομάδα Β (P=0.02).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ, σε ηλικιωμένους με ΜΜΚΠ:
1. Η κλασική θεραπεία μπορεί να χορηγείται αποτελεσματικά. 2. Μεταλλάξεις του EGFR και συννοσηρότητες πρέπει οπωσδήποτε να ελέγχονται. 3. Προφύλαξη με G-CSF (+EPO?) είναι σκόπιμη.

230. Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΟΡΟΥ CA19.9 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ(ΜΜΚΠ)

Μ. Βασλαματζής[1], Α. Λασκαράκης[1], Ν. Αλεβιζόπουλος[1], Λ. Κυρίου[2], Θ. Αργυράκος[3], Χ. Μάργαρη[1], Θ. Κάπου[1], Ε. Πατήλα[1], Γ. Καραγκούνης[3], Σ. Ιωαννίδου[1]

[1]Ογκολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Βιοχημικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [3]Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το αντιγόνο CA 19.9 είναι γλυκοπρωτεΐνη που συντίθεται σε επιθήλια και τυπικά αυξάνει στον ορό ασθενών με παγκρεατικά καρκινώματα. Το αντιγόνο βρίσκεται στα αδένια βρόγχων και βρογχιολίων, ώστε αναμένεται αύξηση του δείκτου σε καρκινώματα πνεύμονα.
ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης ήταν η εκτίμηση της συχνότητας και σημαντικότητας παθολογικών τιμών CA 19.9 στον ορό ασθενών με ΜΜΚΠ.
ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Τιμές CA 19.9, μετρήθηκαν σε 516 ασθενείς με ΜΜΚΠ, που νοσηλεύτηκαν συνεχόμενα στο Ο.Τ., μεταξύ 12/2005-4/2013, πριν οποιαδήποτε θεραπεία, με την χρήση chemiluminescent microparticle immunoassay, i2000SR Architect Abbott, analyzer.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τιμές CA19.9 >70 U/ml βρέθηκαν σε 37 (7%) ασθενείς, 25 (68%) άνδρες, 12 (32%) γυναίκες, διάμεσης ηλικίας 63 (44-82) ετών, ECOG 1 (0-2) και σταδίου IIIb/IV 28 (76%). Επτά (22%), είχαν CA19.9 >1000 U/ml. Σε όλους τους ασθενείς απεκλείσθη η πιθανότητα νοσήματος του ΓΕΣ, μετά ενδελεχή έλεγχο. Οστικές και ηπατικές μεταστάσεις είχαν 10/37 (27%) και 3/37 (8%). Αδενοκαρκίνωμα, πλακώδες και αδενοπλακώδες καρκίνωμα είχαν 27/37 (73%), 6/37 (16%) και 4/37 (11%) αντιστοίχως. Ανοσοϊστοχημική χρώση για CA19.9 έγινε στον ιστό 18/37(49%)ασθενών και ήταν θετική ++/+++ σε όλους στο 70-100% του συνόλου των κυττάρων. Σε 30/37 (81%)ασθενείς, παρατηρήθηκε παράλληλα αύξηση των καρκινικών δεικτών CEA, CA-125,
NSE σε 19(51%), 26 (70%) και 5 (14%) ασθενείς, αντιστοίχως, ενώ 7 (19%) ασθενείς είχαν, μόνον, αυξημένο το CA19.9. Είκοσι οκτώ (76%) επανεκτιμήθηκαν μετά τουλάχιστον 3 κύκλους χημειοθεραπείας. Πλήρης και μερική ύφεση τεκμηριώθηκε σε 4 (14%), και 11 (39%) αντιστοίχως και 10 (67%) εξ αυτών εμφάνισαν μείωση του CA 19.9, >50% των αρχικών τιμών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1. Σε ασθενείς μας με ΜΜΚΠ, αυξημένες τιμές CA19.9 ορού δεν ήταν σπάνιο γεγονός 2. Υπήρχε συσχέτιση υψηλών τιμών CA19.9 και εκτάσεως νόσου. 3. Πρέπει να γίνεται χρώση ιστών για CA19.9, σε ασθενείς με υψηλές τιμές δείκτη στον ορό.

231. ΔΕΡΜΑΤΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Α. Παλλαντζάς, Π. Κουράκος, Γ. Ρέμπελος, Ν. Σταμπολίδης, Ο. Καστανά

Τμήμα Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Η χαρτογράφηση των σπίλων (mole mapping) έχει χρησιμοποιηθεί ποικιλοτρόπως. Αφορά συνήθως το πρόγραμμα παρακολούθησης ατόμων με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κακοήθειας δέρματος και περιλαμβάνει, την κλινική εξέταση(δια «γυμνού οφθαλμού» και τηδερματοσκόπηση(αναλογική/ψηφιακή). Συνήθως πραγματοποιείται σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μελανώματος, κατά το πρωτόκολλο παρακολούθησης μελανοπαθών ασθενών, σε ασθενείς με σύνδρομο άτυπων σπίλων (*totalbodyphotography*), σε ασθενείς με μεγάλο αριθμό σπίλων και κατά την παρακολούθηση συγγενών σπίλων.
Η έγκαιρη διάγνωση του μελανώματος καθώς και η άμεση χειρουργική του αντιμετώπιση αυξάνουν κατά πολύ το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με μελάνωμα. Συχνά όμως ο όγκος αυτός είναι δυνατόν να μιμείται κλινικά μια σειρά από καλοήθεις και καοήθεις όγκους του δέρματος που παρουσιάζουν επικάλυψη με χαρακτηριστικά που δεν επιτρέπουν την ακριβή διαφοροποίηση.
Η δερματοσκόπηση είναι ένα μη επεμβατικό διαγνωστικό εργαλείο που επιτρέπει την αξιολόγηση συγκεκριμένων μορφολογικών δομών που είναι χρήσιμες στη διάγνωση του μελανώματος από άλλους μελανοκυτταρικούς ή μη μελανοκυτταρικούς όγκους του δέρματος.
Κατά τα τελευταία χρόνια στη διεθνή βιβλιογραφία, 3 μετα-αναλύσεις και 2 τυχαιοποιημένες μελέτες έχουν αποδείξει ότι σίγουρα η δερματοσκόπηση επιτρέπει τη βελτίωση της ευαισθησίας της διάγνωσης του μελανώματος σε σύγκριση με την δια γυμνού οφθαλμού εξέταση. Η διάγνωση πρέπει να βασίζεται σε μια καλή αντιστοιχία μεταξύ της επισκόπησης και των δερματοσκοπικών ευρημάτων.
Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται η χρήση της χαρτογράφησης στο Ιατρείο Μελανώματος του Τμήματος και η συμβολή της στην έγκαιρη διάγνωση του Μελανώματος.

232. ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Α. Παλλαντζάς[1], Ν. Σταμπολίδης[1], Π. Κουράκος[1], Γ. Καραγκούνης[2], Θ. Αργυράκος[2], Β. Κουλουλίας[3], Ο. Καστανά[1]

[1]Τμήμα Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»,[3]Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα, ΠΓΝ «Αττικόν»

Τα ακανθοκυτταρικά καρκινώματα (SCC) αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 20% των καρκίνων του δέρματος και είναι ο δεύτερος πιο συχνός τύπος καρκίνου του δέρματος μετά τα βασικοκυτταρικά καρκινώματα (BCC).Υπολογίζεται ότι το 9%-14% των ανδρών και το 4%-9% των γυναικών της Καυκάσιας φυλής αναπτύσσουν ακανθοκυτταρικά καρκινώματα κατά τη διάρκεια της ζωής τους.
Η επίπτωση των ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων αυξάνει με τη πάροδο της ηλικίας με την υψηλότερη επίπτωση να εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 85 ετών. Ανοιχτό χρώμα δέρματος, εκτεταμένη έκθεση σε UV ακτινοβολία, παρουσία ακτινικής καράτωσης και ιστορικό προηγούμενων μη μελανοκυτταρικών όγκων του δέρματος αποτελούν ισχυρούς επιβαρυντικούς παράγοντες για την μελλοντική ανάπτυξη ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Επιπρόσθετοι προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται η ανοσοκαταστολή, η μεταμόσχευση οργάνων και η ιονίζουσα ακτινοβολία.
Η αντιμετώπιση των ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων βασίζεται στα κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά του όγκου. Παρ' όλες τις συντηρητικές θεραπείες που αναφέρονται βιβλιογραφικά, η χειρουργική εκτομή του όγκου αποτελεί το χρυσό κανόνα στην αντιμετώπιση των ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων. Ο ιστολογικός τύπος του όγκου είναι εκείνος που θα επιδείξει την αναγκαιότητα ή όχι επιπρόσθετης χρήσης ακτινοθεραπείας ως συμπληρωματική αγωγή.
Παρουσιάζονται ασθενείς του Τμήματος με ακανθοκυτταρικά καρκινώματα ποικίλης μορφολογίας και εντόπισης καθώς και η χειρουργική και μετεγχειρητική τους αντιμετώπιση.

233. ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ-ΕΞΩΗΠΑΤΙΚΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ (ΧΚΕΧ). ΚΛΙΝΙΚΑ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Χ. Σταθόπουλος[1], Ν. Αλεβιζόπουλος[1], Θ. Αργυράκος[2], Χ. Ζούμπλιος[1], Α. Λασκαράκης[1], Θ. Κάπου[1], Γ. Γκούμας[1], Ε. Τεστέμπαση[3], Ε. Αντύπα[4], Μ. Βασλαματζής[1]

[1]Ογκολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [3]Τμήμα Αξονικού Τομογράφου, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [4]Τμήμα Υπερήχων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα καρκινώματα ΧΚΕΧ, είναι τα δεύτερα συχνότερα πρωτοπαθή καρκινώματα του ήπατος. Η ριζική εγχείρηση αποτελεί την μόνη απολύτως αποτελεσματική θεραπεία, αλλά η διάγνωση της νόσου γίνεται συνήθως σε προχωρημένο στάδιο, ώστε δυνατότητα ριζικής εκτομής να είναι πολύ περιορισμένη.
ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας ήταν η παρουσίαση της κλινικής εμπειρίας του Ο.Τ.
ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Ανασκοπήθηκαν και αξιολογήθηκαν τα δεδομένα 25 ασθενών, 19(76%) ανδρών, 6(24%) γυναικών, διάμεσης ηλικίας 65(39-77)ετών και ECOG 1 (0-2). που νοσηλεύθηκαν συνεχόμενα στο Ο.Τ., με ΧΚΕΧ σταδίου νόσου ≥ T2N1 ή ≥ T3NO, μεταξύ 4/2007-9/2013. Έξη(24%) είχαν ηπατικές μεταστάσεις στην διάγνωση. Κύριο σύμπτωμα κατά την διάγνωση: πόνος Δ.Υ., απώλεια βάρους, ανώδυνος ίκτερος, οσφυαλγία, επιμένων πυρετός ±χολαγγειακή κρίση σε 11(44%), 5(20%), 4(16%), 3(12%) και 2(8%), ασθενείς, αντίστοιχα. Υπέρχρωση ούρων ή/και αποχρωματισμό κοπράνων είχαν 3(12%) ασθενείς.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πρωτοπαθής εντόπιση της νόσου ήταν: εξωηπατικά χοληφόρα, χοληδόχος κύστη/πόρος, λήκυθος του Vater σε 13, 6 και 6 ασθενείς, αντιστοίχως. Παθολογικές βιοχημικές εξετάσεις: αποφρακτικής λειτουργίας ήπατος (άμεση υπερχολερυθριναιμία±αυξημένη αλκαλική φωσφατάση ±αυξημένη γGT) ορού), ηπατοκυτταρικής λειτουργίας (πήξεως±διαταραχή λευκωμάτων ορού) είχαν 22(88%) και 12(48%) ασθενείς, αντιστοίχως. Διάμεση τιμή CEA 24 (0.4-1907)ng/ml και CA 19.9, σε 23 ασθενείς με Lewis Ag (+),3000 (4 - > 60000) U/ml.
Παθολογικές απεικονιστικές εξετάσεις στην σταδιεκτίμηση: CT/MRI: 25/25, MRCP/ERCP: 9/9, PET: 6/6.
Η διάγνωση ετέθη με: εγχείρηση Whipple, ανοικτή χολοκυστεκτομή, σφηνοειδή εκτομή ήπατος, FNA παθολογικού ιστού υπό έλεγχο με CT ή υπερηχογράφημα σε 5(20%), 4(16%), 1(4%) και 15(60%) ασθενείς αντιστοίχως.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ: Το ΧΕΧΚ, εμφανίζεται με ποικιλία συμπτωμάτων. Οι εξετάσεις διαγνώσεώς του έχουν υψηλή ακρίβεια και πρέπει να επιλέγονται προσεκτικά.

234. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

235. Η ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Π. Χέρας, Β. Νάτσης, Σ. Μπογιατζή, Α. Χατζόπουλος

Ελληνική Ιατρική Εταιρία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσης μελέτης ήταν να βελτιώσουμε την ποιότητα της φροντίδας, πληροφόρησης και υποστήριξης που λαμβάνουν οι ασθενείς με καρκίνο μαστού. Μελετήθηκε το πόσο ικανοποιημένοι είναι από τη φροντίδα που λαμβάνουν από το σύστηνα υγείας και την Παθολογική Κλινική που νοσηλεύονται.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: 66 ασθενείς συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο με 36 ερωτήσεις το Μάρτιο του 2013.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 73% είχαν επιβεβαιώσει τη διάγνωση του καρκίνου μέσα σε ένα μήνα από την πρώτη ιατρική εξέταση, 49% θεώρησαν ότι ο χρόνος αυτός ήταν πάρα πολύ μεγάλος Από τους 18 που εξέφρασαν γνώμη για το ποιος είναι ο λογικός χρόνος αναμονής για τη διάγνωση, το 56% θεώρησε την 1ηεβδομάδα, μόνο δε το 2% ήταν πρόθυμοι να περιμένουν έως ένα μήνα. Ο ιατρός ανακοίνωσε τη διάγνωση ιδιαιτέρως στο 56% Άλλα πρόσωπα ή ασθενείς ήταν παρόντες στην ανακοίνωση στο 23% των ασθενών. Οι υπόλοιποι πληροφορήθηκαν με επιστολή ή από το τηλέφωνο. Μόνο το 16% των ασθενών δεν ικανοποιήθηκε από τον τρόπο που το έμαθαν. ΤΟ 68% δεν ενημερώθηκε για το πώς να λάβει επιπρόσθετες πληροφορίες. Το 74% των ασθενών έλαβε την πληροφορία από ιατρό το 42% από νοσηλεύτρια. Το 23% ένιωσε μια πρωτόγνωρη ανάγκη για βοήθεια πριν από τη θεραπεία στην Παθολογική Κλινική. Το 80% ήταν ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες των ιατρών και το 77% από τους νοσηλευτές της Παθολογικής Κλινικής. Οι συχνότερα αναφερόμενοι λόγοι ικανοποίησης ήταν η ποιότητα της περίθαλψης, η θετική στάση και ο χρόνος που αφιέρωνε το προσωπικό στους ασθενείς. Το κοινωνικό επίπεδο των ασθενών δε σχετίζεται με καμία από τις μεταβλητές.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά τις συμβουλές για πληροφόρηση των ασθενών με καρκίνο μαστού σχετικά με τη διάγνωση σε ήρεμο κλίμα και ιδιαιτέρως, αυτό συνέβη στο μισό των περιπτώσεων. Γενικά μόνο το 23% των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες της Παθολογικής Κλινικής.

236. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΒΑΘΜΟΥ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΟΡΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ N+P (ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑΣ ΠΥΡΗΝΑ ΣΥΝ ΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΠΟΛΛΑΠΛΑΣΙΑΣΜΟΥ)

Μ. Παπαδημητρίου[1], Σ. Καπτανής[2], Ε. Πολυμερόπουλος[3], Ν. Μαλάμος[4], Δ. Στογιάννης[5], Χ. Καρώνη[6], Γ. Μητσόπουλος[7], Γ. Βαϊόπουλος[8], Ι. Παναγιωτίδης[9], Π. Καρακίτσος[10]

[1]Λαϊκό Νοσοκομείο, Α΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Barts Cancer Institute, Queen Mary, University of London, [3]Νοσοκομείο «Ερυθρός Σταυρός», [4]Ογκολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Έλενα», [5]Department of Epidemiology & Public Health, University College London, [6]Τμήμα Μαθηματικών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, [7]Department of Pathology, Ealing Hospital London, [8]Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [9]2ο Παθολογοανατομικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικό», [10]Παθολογοανατομικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικό»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός του βαθμού κακοήθειας (Grade) του διηθητικού πορογενούς καρκινώματος του μαστού γίνεται ιστολογικά σύμφωνα με το Σύστημα Βαθμολογίας Νόττινγχαμ (NGS). Τόσο από μόνος του όσο και σε συνδυασμό με άλλες παραμέτρους (ως προγνωστικός δείκτης πχ Δείκτης Πρόγνωσης Νόττινγχαμ – NPI) χρησιμοποιείται για να καθοδηγήσει τις κλινικές θεραπευτικές αποφάσεις. Εντούτοις, ο προσδιορισμός του βαθμού κακοήθειας έχει κάποια στοιχεία υποκειμενικότητας. Γι' αυτό το λόγο προτάθηκε ένα νέο σύστημα (N+P) που αντικαθιστά τα δυο υποκειμενικά στοιχεία του NGS (αριθμό μιτώσεων και σωληνώδη διάταξη) με ένα δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού που υπολογίζεται με το ποσοστό θετικότητας του ανοσοϊστοχημικού δείκτη Ki-67.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 322 γυναίκες με διηθητικό πορογενές καρκίνωμα. Η διάμεση παρακολούθηση ήταν 65 μήνες.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα ιστολογικά παρασκεάσματα μαστεκτομών και ογκεκτομών μονιμοποιήθηκαν σε διάλυμα φορμόλης 10% και μετά την τοποθέτησή τους σε παραφίνη λήφθηκαν τομές, η χρώση των οποίων έγινε με αιματοξυλίνη-ηωσίνη και ανοσοϊστοχημικούς δείκτες (ER, PR, HER2, Ki-67. Υπολογίστηκε ο Δείκτης Πρόγνωσης Νόττινγχαμ – NPI τόσο για το σύστημα NGS όσο και για το N+P. Η στατιστική ανάλυση επιβίωσης έγινε με παλινδρόμηση Cox στο SPSS 21.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο δείκτης πρόγνωσης βασισμένος στο N+P έθεσε τις ασθενείς σε κατηγορίες καλύτερης πρόγνωσης σε σχέση με το βασισμένο στο NGS (καλή: 12.5% έναντι 1.9%, κακή: 19.4% έναντι 29%), καθώς περισσότεροι όγκοι θεωρήθηκαν Grade I (47.9% έναντι 4.5%) και λιγότεροι Grade II (32% έναντι 51.5%) και Grade III (20.1% έναντι 44%). Το NPI που υπολογίστηκε βάσει του N+P έδειξε αντίστοιχη συσχέτιση με την επιβίωση ($p<0.001$, OR 1.729) με το NPI που υπολογίστηκε βάσει του NGS ($p<0.001$, OR 1.668). Το σύστημα N+P φαίνεται ισοδύναμο του NGS, και παράλληλα απλούστερο και πιο αντικειμενικό στον υπολογισμό.

237. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ AFP, CA19-9 ΚΑΙ CEA ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΥ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΜΕ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Δ. Φαγκρέζος[1], Σ. Λυκούση[2], Ε. Γκουμαλάτσου[2], Π. Μανιάτης[1], Χ. Μπερτζελέτος[2], Α. Κεραμίδα[1], Α. Βασιλάκης[1], Ζ. Παλλαντζά[3], Ε. Πλατσούκα[2], Ι. Παπαηλιού[1]

[1]Τμήμα Αξονικής Τομογραφίας και Επεμβατικής Ακτινολογίας ΓΝ Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»- Πατησίων, [2]Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝ Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»-Πατησίων, [3]Αιματολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των διαδερμικών θερμοκαυτηριασμών με ραδιοσυχνότητες (RF ablation) των νεοπλασιών του ήπατος πέραν των ευρημάτων της αξονικής τομογραφίας και με τη μέτρηση των αριθμητικών τιμών των καρκινικών δεικτών AFP-Ca 19-9, για τα ηπατώματα και CEA-Ca19-9, για τις ηπατικές μεταστάσεις.
ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Την τελευταία οκταετία στο Τμήμα αξονικής τομογραφίας του νοσοκομείου μας 80 ασθενείς (64 άνδρες και 16 γυναίκες) υπεβλήθησαν σε διαδερμικό θερμοκαυτηριασμό όγκων ήπατος με ραδιοσυχνότητες και επανεκτιμήθηκαν τουλάχιστον μια φορά ένα μήνα μετά τον θερμοκαυτηριασμό με αξονική τομογραφία άνω κοιλίας.
Αντιμετώπιστηκαν 52 ασθενείς με μεταστάσεις και 28 με ηπατώματα. Η αξιολόγηση των AFP, Ca19-9, CEA έγινε την ημέρα που πραγματοποιήθηκε ο θερμοκαυτηριασμός καθώς και ένα μήνα μετά, όπου έγινε η επαναληπτική αξονική τομογραφία για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του θερμοκαυτηριασμού. Η μέτρηση των καρκινικών δεικτών έγινε κυρίως στον αναλυτή Cobas e411(Roche), με τη μέθοδο της ηλεκτροχημειοφωταύγειας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υποχώρηση των τιμών AFP-Ca19.9 για τα ηπατώματα ένα μήνα μετά τον θερμοκαυτηριασμό παρατηρήθηκε σε 24 περιπτώσεις (85,7%) ενώ μειωμένη υποχώρηση του δείκτη AFP σε 18 (64,3%). Υποχώρηση των CEA–Ca 19-9 για τις ηπατικές μεταστάσεις παρατηρήθηκε σε 42 περιπτώσεις (80,8%) ενώ μεμονωμένη υποχώρηση του δείκτη CEA είχαμε σε 30 (57,7%)
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι μετρήσεις των καρκινικών δεικτών ανά ζεύγη θέτουν νέα δεδομένα για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μετά διαδερμική θεραπεία με ραδιοσυχνότητες (RFA). Παρατηρήθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας όταν οι καρκινικοί δείκτες εκτιμήθηκαν κατά ζεύγη, αντί της αξιολόγησης μεμονωμένα του καρκινικού δείκτη AFP για τα ηπατώματα και του δείκτη CEA για τις ηπατικές μεταστάσεις.

238. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Α. Παλλαντζάς, Π. Κουράκος, Χ. Ψαχούλια, Θ. Αργυράκος, Ν. Σταμπολίδης, Φ. Ροντογιάννη, Ο. Καστανά

Τμήμα Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Το μελάνωμα αποτελεί τον κακοηθέστερο όγκο που εντοπίζεται στο δέρμα και τους βλεννογόνους. Έχει παράδοξη συμπεριφορά: μπορεί να υποτροπιάσει και να δώσει μεταστάσεις και μετά από πολλά χρόνια. Αποτελεί περίπου το 3-4% του συνόλου των καρκίνων του δέρματος αλλά προκαλεί περισσότερο από το 80% των θανάτων που οφείλονται σε καρκίνο του δέρματος.
Τα ακριβή αίτια ανάπτυξης του μελανώματος δεν είναι γνωστά. Έχουν παρατηρηθεί όμως διάφοροι ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης μελανώματος, όπως ο μεγάλος αριθμός μελαχρωματικών σπίλων άτυπων ή όχι, το χρώμα (ο φωτότυπος)του δέρματος, το φύλο και η φυλή, η ανοσοκαταστολή, η διακοπτόμενη έκθεση στον ήλιο, η ανάπτυξη ηλιακών εγκαυμάτων κατά την παιδική ηλικία, το τεχνητό μαύρισμα(Solarium), κα.
Η έγκαιρη και ριζική χειρουργική θεραπεία αποτελεί τη μέθοδο εκλογής στην αντιμετώπιση των μελανωμάτων.
Πρέπει να διέπεται από τις κάτωθι αρχές:
Απαγορεύεται η απόξεση και η τμηματική εξαίρεση βλαβών που μπορεί να θεωρηθούν ύποπτες για μελάνωμα
Δεν επιτρέπεται η καταστροφή μελαχρωστικών αλλοιώσεων με Laser
Ύποπτες βλάβες για Μελάνωμα πρέπει να εξαιρούνται με εμφανώς υγιή όρια και σε βάθος που να περιλαμβάνει και τμήμα του υποδορίου λίπους
Σε ασθ με πάχος Μελανώματος>4mm δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη μεγάλη και στη μικρή ευρεία εκτομή
Για τη σταδιοποίηση της νόσου απαραίτητη είναι η βιοψία του λεμφαδένα φρουρού μετά από λεμφοσπινθηρογράφημα
Η περαιτέρω παρακολούθηση και θεραπεία των ασθενών γίνεται βάσει της σταδιοποίησης της νόσου
Η πρόγνωση εξαρτάται από το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση αυτής.
Παρουσιάζονται ασθενείς του Τμήματος και η διάγνωση, η πορεία η θεραπεία και η παρακολούθηση αυτών.

239. ΚΛΙΝΙΚΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΜΟΡΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΡΙΠΛΑ ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Μ. Βασλαματζής[1], Θ. Κάππου[1], Ν. Αλεβιζόπουλος[1], Ε. Πατήλα[1], Χ. Μάγγου[2], Α. Ματζώρου[3], Α. Λασκαράκης[1], Κ. Ντελάκη[1], Χ. Ζούμπλιος[1], Σ. Καπίρης[4]

[1]Ογκολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [3]Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [4]Γ΄ Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το τριπλά αρνητικό καρκίνωμα μαστού(ΤΑΚΜ), ορίζεται από έλλειψη εκφράσεως υποδοχέων των στεροειδικών ορμονών και τουHER-2. Εμφανίζει ιδιαιτερότητες σε μοριακό, ιστολογικό και κλινικό επίπεδο, με παράλληλη έλλειψη σημαντικού οφέλους από τρέχουσες θεραπείες για καρκίνωμα μαστού.
ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης ήταν η καταγραφή των ιδιαιτεροτήτων σε επίπεδο κλινικό, ιστολογικό, θεραπευτικής αντιμετωπίσεως και εκβάσεως, ασθενών με ΤΑΚΜ.
ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Μεταξύ 186 ασθενών που εισήχθησαν στο Ο.Τ., μεταξύ 7/2010-12/2013, υπήρχαν 21(11%), με ΤΑΚΜ, με τα εξής διάμεσα χαρακτηριστικά: **Ηλικία**: 57 (30-87)ετών, Grade: 3(2-3), Διάμετρος όγκου: 3.5(1.2-4.9)cm, Ki67: 60%(10-70%). In situ neoplasia είχαν 10 (48%), ενώ μη ασβεστοποιημένες, διακριτές. βλάβες στην μαστογραφία ή/και υποηχογενείς/μικτής υφής βλάβες με ανώμαλο περίγραμμα στο υπερηχογράφημα μαστών, όλες οι ασθενείς. Σε 17(81%)γυναίκες, τα καρκινώματα ψηλαφώντο, ενώ επιβαρυμένο οικογενές ιστορικό είχαν 14 (67%). Ριζική μαστεκτομή ή τμηματεκτομή με καθαρισμό μασχάλης, έγινε σε 14 (67%) και 7 (33%),αντιστοίχως. Στάδιο νόσου/ασθενείς, μετά πλήρη σταδιεκτίμηση: T1N0M0:1, T2N0M0:4, T2N1M0:7, T3N1M0:4, T2N2M0:2, T3N2M0:2, T4N2M1 (πνευμονικές μεταστάσεις):1. Όλες οι ασθενείς έλαβαν 1ης γραμμής taxane-cyclophospamide-anthracyclin-οι 12 (57%) συγχρόνως με ακτινοθεραπεία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μη ύπαρξη νόσου μετά 8 κύκλους, είχαν 18/20(90%)ασθενείς με διάμεσο διάστημα ελεύθερο προόδου νόσου(ΔΔΕΠΝ) 9(2+-29+)μήνες. Σε 190 κύκλους χημειοθεραπείας, παρατηρήθηκαν: Ουδετεροπενία, εμπύρετη ουδετεροπενία, θρομβοπενία σε 33(17%), 16(8%), 9(5%)κύκλους, σε 5(24%), 5(24%) και 3(14%)ασθενείς, αντιστοίχως. Νευροτοξικότητα grade 3 είχαν 2(10%). Σε διάμεση παρακολούθηση 16(2+-29+)μήνες, προϊούσα νόσο εμφάνισαν 12. Έλαβαν 2ης γραμμής Cisplatinum+Gemcitabine και 2 παρουσίασαν μερική ύφεση 8 και 11 μήνες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ΤΑΚΜ: Εμφανίζεται σε νεαρές ηλικίες, με σχετικά μεγάλους όγκους, υψηλό grade, δείκτη πολλαπλασιασμού και συχνή προσβολή μασχαλιαίων αδένων.
Συνδέεται με οικογενές ιστορικό, βραχύ ΔΔΕΠΝ και πτωχή ανταπόκριση σε 2ης γραμμής χημειοθεραπεία.

240. ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Έ. Σίμου, Π. Πλιάτσικα, Ε. Κουτσογεώργου

Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η περιγραφή της διαδικασίας σχεδιασμού και ανάπτυξης ενός συνόλου δεικτών ποιότητας για τα δημόσια νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι δείκτες αυτοί αναπτύχθηκαν στο έργο του Υγειονομικού Χάρτη με σκοπό την αξιολόγηση της ποιότητας του των πόρων του δημόσιου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.
ΥΛΙΚΟ: Αρχικά διενεργήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση για την εύρεση δημοσιεύσεων από το 1980 έως το 2010 που αναφέρονταν σε διεθνή και εθνικά συστήματα αξιολόγησης της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης. Από τα έργα που επιλέχθηκαν έγινε εξαγωγή των στοιχείων (items) που θεωρήθηκαν καταλληλότερα να εφαρμοστούν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το αρχικό σύνολο δεικτών τέθηκε σε ψηφοφορία από πάνελ συναίνεσης (consensus panel) 40 επιστημόνων του ευρύτερου τομέα υγείας οι οποίοι ψήφισαν και το τελικό σύνολο δεικτών που συμπεριλήφθηκε στο τελικό πληροφοριακό σύστημα συλλογής δεδομένων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Είκοσι σχετικά έργα και 1.698 δείκτες επιλέχθηκαν αρχικά μέσω της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Από το πάνελ συναίνεσης επιλέχθηκαν 67 δείκτες άμεσης προτεραιότητας ώστε να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση των δημόσιων νοσοκομείων. Οι δείκτες αυτοί χωρίστηκαν σε έξι κατηγορίες: Ποιότητα, Ανταπόκριση, Αποδοτικότητα, Αξιοποίηση, Επικαιρότητα, και Πηγές & Χωρητικότητα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν προσέφεραν ένα καινοτόμο σύστημα αξιολόγησης και παρακολούθησης δεδομένων υγειονομικής περίθαλψης το οποίο μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς να λάβουν τις απαραίτητες για εκείνους πληροφορίες, με μακροπρόθεσμο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

241. ΤΕΣΣΕΡΑ ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ «ΓΑΛΙΛΑΙΑΣ»

Ε. Πέττα, Σ. Κατσαραγάκης, Α. Τσιατσούλη, Ι. Λιακόπουλος, Ε. Αυγετίδου, Η. Ραϋμόνδου, Σ. Αμοιρίδου, Α. Χάμου, Σ. Τσοτάκος, Χ. Οικονόμου, Ο. Μπαγιάου, Β. Μπαλτσιώτη, Α. Τσερκέζογλου, Ε. Πατηράκη

Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», Ιερά Μητρόπολη Μεσογαίας και Λαυρεωτικής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» δραστηριοποιείται στην περιοχή της Μεσογαίας και Λαυρεωτικής από τον Μάρτιο του 2010.
ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή λειτουργίας και κλινικές εκβάσεις από την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας κατ' οίκον σε ασθενείς με καρκίνο απ' τη Μονάδα «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» στα τέσσερα πρώτα χρόνια λειτουργίας της.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική συλλογή δημογραφικών και κλινικών στοιχείων από τους φακέλους 254 ασθενών που έλαβαν κατ' οίκον ανακουφιστική φροντίδα από τον Μάρτιο του 2010 έως τον Δεκέμβριο του 2013. Χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον οι αυτοεκτιμήσεις της έντασης συμπτωμάτων με το εργαλείο ESAS-r (Edmonton Symptom Assessment System - Revised) και το εργαλείο εκτίμησης της λειτουργικότητας PPS (Personal Performance Score).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι 254 ασθενείς που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα της «ΓΑΛΙΛΑΙΑΣ» παραπέμπονταν στη Μονάδα κατά κύριο λόγο από μη επαγγελματίες υγείας, είχαν μέση ηλικία 68 έτη, παρουσίαζαν στην πλειοψηφία τους μειωμένη λειτουργικότητα και οι μισοί περίπου δε λάμβαναν καμία αντινεοπλασματική θεραπεία κατά το χρόνο ένταξής τους. Κατά την παρακολούθησή τους (μέσος χρόνος = 2 μήνες) δέχθηκαν κατά μέσο όρο 15 κατ' οίκον επισκέψεις απ' τους επαγγελματίες της Μονάδας και σε ποσοστό 56% δε χρειάστηκαν καμία εισαγωγή σε νοσοκομείο. Η πλειοψηφία των ασθενών απεβίωσαν (70,8%) και το 62,6% εξ αυτών στο σπίτι. Τα περισσότερα από τα συμπτώματα των ασθενών βελτιώθηκαν, αλλά μόνο η κατάθλιψη και το άγχος σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συμβολή της κατ' οίκον ανακουφιστικής φροντίδας είναι σημαντική για την πραγματοποίηση της επιθυμίας των ασθενών με καρκίνο και των οικογενειών τους να παραμείνουν στο σπίτι έως το τέλος της ζωής τους, βελτιώνοντας παράλληλα σημαντικές παραμέτρους της ψυχικής τους υγείας.

242. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ

Έ. Σίμου, Ε. Κουτσογεώργου

Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία στοχεύει στην παρουσίαση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα, όπως αυτές καταγράφηκαν στην πρόσφατη επιστημονική βιβλιογραφία.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Διενεργήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση για τον εντοπισμό επιστημονικών άρθρων τα οποία δημοσιεύτηκαν από τον Ιανουάριο 2009 έως το Μάρτιο 2013 και αναφέρονταν ρητά στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία ή/και την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Για την εξαγωγή και τη σύνθεση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της θεματικής ανάλυσης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τριάντα-εννέα επιστημονικά άρθρα επιλέχθηκαν για την παρούσα μελέτη. Ποικίλες επιπτώσεις εντοπίστηκαν, όπως μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες υγείας και αλλαγές στη φαρμακευτική αγορά και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, καταγράφηκε ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός εισαγωγών στο δημόσιο σύστημα υγείας. Ιδιαίτερη έμφαση έχει καταγραφεί σε ζητήματα αποδοτικότητας και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Τέλος, αποτυπώνονται επιπτώσεις και στην υγεία των Ελλήνων με αυξανόμενο αριθμό προβλημάτων ψυχικής υγείας, αυτοκτονιών, και επιδημιών, καθώς και επιδείνωσης της αυτο-αναφερόμενης υγείας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με την επιστημονική βιβλιογραφία, οι πρόσφατες προσπάθειες για μεταρρυθμίσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας εστιάζονται κυρίως σε βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις στοχεύοντας στη μείωση των δημοσίων δαπανών στον τομέα της υγείας, ενώ τα μέτρα που έχουν εφαρμοστεί – στην περίοδο της παρούσας έρευνας – φαίνεται να έχουν αμφίβολες συνέπειες για την Ελληνική δημόσια υγεία και το σύστημα περίθαλψης μακροχρόνια.

243. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ 3ης ΥΠΕ

Ι. Σκαλκίδης[1], Γ. Σανίδα[2], Α. Μουμτζόγλου[3], Δ. Ανδριόπουλος[2], Π. Νάνος[2]

[1]Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας, [3]ΓΝΑ Παίδων «Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού»

ΣΚΟΠΟΣ: Η διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί παγιωμένη μεθοδολογία στους οργανισμούς υγείας, διεθνώς. Σήμερα, υλοποιούνται προγράμματα του ΠΟΥ, ΟΟΣΑ και ΕΕ, με στόχο την αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών. Στο πλαίσιο του ερευνητικού προγράμματος του ΚΕΣΥ με τίτλο: «Σύστημα αποτίμησης λειτουργικότητας νοσοκομείων» χρησιμοποιήθηκε το σύστημα PATH, που εφαρμόζεται σε νοσοκομεία της 3ηςΥΠΕ για να διερευνηθεί η δυνατότητα χρήσης αξιολογητικών δεικτών στην Ελλάδα.
ΥΛΙΚΟ: Χρησιμοποιούνται 13 αξιολογητικοί δείκτες που αφορούν την κλινική αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, οργάνωση και διαχείριση του προσωπικού, ανταπόκριση στις ανάγκες υγείας της κοινότητας, και την ασφάλεια του ασθενή. Οι δείκτες παρέχουν μια ποσοτική αποτίμηση και βοηθούν τους υπεύθυνους στην αξιολόγηση της προόδου των εφαρμοζόμενων βελτιωτικών παρεμβάσεων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εμπειρία από τα 7 νοσοκομεία της 3ης ΥΠΕ που συμμετέχουν στο PATH και η καταγραφή ορισμένων δεικτών κατέδειξε κατ' αρχήν ότι η εφαρμογή παρόμοιων συστημάτων ενισχύει το πνεύμα συνεργασίας και τη συμμετοχικότητα των λειτουργών υγείας. Επιπλέον, τα αποτελέσματα των μετρήσεων per se ανέδειξαν σημαντικές δυνατότητες βελτίωσης με απλές, εφικτές δράσεις. Σειρά μετρήσιμων στοιχείων της λειτουργίας του νοσοκομείου όπως, απόδοση χειρουργικής αίθουσας (57,1 - 74,4%), αποκλειστικός θηλασμός (35,4-75,1% - best practice 90%), ασθενείς μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου στους οποίους χορηγείται ασπιρίνη κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο (100%), ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας ασθενών σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (28,2%) και χρήση παραγώγων αίματος (C=10,33 -όταν C>2,5 η ποσότητα αίματος που μεταγγίζεται είναι <40% της ποσότητας που διασταυρώνεται) ανέδειξαν ελλείψεις στην τρέχουσα κλινική πρακτική.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Εν κατακλείδι, τα αποτελέσματα που συγκεντρώθηκαν, παρέχουν τη δυνατότητα στους διοικούντες τα νοσοκομεία για αξιόπιστο και τεκμηριωμένο έλεγχο καθώς και αυτοβελτίωση του οργανισμού.

244. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΩΡΛ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΓΝ-ΚΥ ΙΚΑΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 1999 ΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

Ι. Μπαρδάνης

ΩΡΛ Τμήμα ΓΝ- ΚΥ Ικαρίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Πολλά γράφονται και ακόμη περισσότερα λέγονται σήμερα σχετικά με την αποδοτικότητα των τμημάτων των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Η εργασία αυτή αποσκοπεί στη μελέτη των μεταβολών του αριθμού των προσερχόμενων στο εξωτερικό ΩΡΛ ιατρείο ασθενών, του αριθμού των νοσηλευομένων, των ημερών νοσηλείας, του αριθμού των επεμβάσεων και ακοολογικών ελέγχων που πραγματοποιούνται ετησίως στο ΩΡΛ τμήμα του ΓΝ-ΚΥ Ικαρίας τα τελευταία 15 έτη. Υλικό – Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη των βιβλίων μητρώου εξωτερικού ιατρείου, βιβλίου κλινικής, βιβλίου χειρουργείου και ακοολογικού του τμήματος από το 1999 ως και το 2013, ακολουθούμενη από καταγραφή, ετήσια κατανομή και σύγκριση των στοιχείων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο αριθμός των εξετασθέντων ασθενών στο εξωτερικό ιατρείο από το 1999 στο 2013 έχει υπερδιπλασιαστεί. Ο αριθμός των νοσηλευθέντων έχει αυξηθεί κατά 10%. Ο αριθμός των επεμβάσεων έχει σχεδόν τριπλασιαστεί. Ο αριθμός των ακοολογικών εξετάσεων έχει υπερπενταπλασιαστεί. Ο αριθμός των ημερών νοσηλείας έχει υποδιπλασιαστεί, με αύξηση των ημερήσιων νοσηλειών. Συμπέρασμα: Ενώ η προσέλευση ασθενών στο ΕΣΥ – τουλάχιστον στο εν λόγω τμήμα – έχει αυξηθεί, με ταυτόχρονη αύξηση επεμβάσεων και εξετάσεων, με τις κατάλληλες παρεμβάσεις έχει ελαττωθεί η νοσηλεία ασθενών, με ότι αυτό συνεπάγεται στο κόστος υγείας, δεδομένου ότι ένας νοσηλευόμενος ασθενής κοστίζει σε οποιοδήποτε σύστημα υγείας και κατά συνέπεια στην κοινωνία πολλαπλάσια από έναν εξωτερικό ασθενή.

245. ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Έ. Σίμου, Π. Πλιάτσικα, Ε. Κουτσογεώργου

Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Έρευνες αποδεικνύουν ότι οι χώρες με ένα ισχυρό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) είναι πιθανότερο να έχουν αποδοτικότερα συστήματα υγείας και καλύτερα αποτελέσματα πληθυσμιακής υγείας σε σχέση με χώρες που εστιάζουν ιδιαιτέρως σε νοσοκομειακές υπηρεσίες. Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η συστηματική ανασκόπηση έργων ποιότητας που έχουν εφαρμοστεί σε άλλες χώρες για την αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Διενεργήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση για την εύρεση διεθνών και εθνικών έργων αξιολόγησης που είχαν δημοσιευθεί μεταξύ 1990 και 2010. Τα έργα συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα μελέτη με κριτήριο εάν είχαν εφαρμοστεί, είχαν ολιστική προσέγγιση, και ανέφεραν λεπτομέρειες για τους δείκτες ποιότητας που χρησιμοποίησαν.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεκαέξι δημοσιεύσεις λήφθηκαν υπόψη για περαιτέρω ανάλυση, οι οποίες αναφέρονταν σε δέκα διαφορετικά έργα και συνολικά 556 δείκτες. Ο αριθμός και το περιεχόμενο/ορισμός των δεικτών και οι κατηγορίες τους ποίκιλαν μεταξύ των έργων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σχετικά με τα μη-επεξεργασμένα δεδομένα, η έλλειψη προτυποποίησης των εργαλείων συλλογής δεδομένων μεταξύ των έργων μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες συγκρίσεις. Σε όλες τις περιοχές που λειτουργούν διεθνή έργα παράλληλα με εθνικές πρωτοβουλίες, εντοπίζονται προβλήματα σχετικά με τις δαπάνες και το φορτίο της συλλογής των δεδομένων, παράγοντες που μπορεί να δημιουργήσουν συγκρουόμενα συμφέροντα και χαμηλής ποιότητας πληροφορίες. Περαιτέρω προσπάθειες πρέπει να γίνουν για την τυποποίηση του συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας στην ΠΦΥ ώστε να είναι εφικτή η σύγκριση των δεδομένων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

246. ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ & ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Α. Κουτούπης[1], Δ. Αντώνογλου[2], Π. Κουφοπούλου[3]

[1]Ορκωτός & πιστοποιημένος Εσωτερικός Ελεγκτής, Λέκτορας Πανεπιστημίου Αιγαίου, [2]Οικονομολόγος Υγείας, [3]τ. Πρόεδρος Δ.Σ. Κ.Ε.ΚΥΚ.Α.ΜΕΑ. Κυκλάδων

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η μελέτη του Πλαισίου Εταιρικής Διακυβέρνησης και των Συστημάτων Εσωτερικού Ελέγχου στις σύγχρονες μονάδες υγείας στην Ελλάδα. Ο όρος «*Σύστημα Εταιρικής Διακυβέρνησης*» αναφέρεται στους θεσμοθετημένους ή μη κανόνες, βάσει των οποίων εξασκείται η διακυβέρνηση μιας Μονάδας Υγείας. Η επιτυχής έκβαση της εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο την ασκούν τα όργανα της (π.χ. Διοικητικό Συμβούλιο, Επιτροπές κλπ.) και τις επιπτώσεις του στα αποτελέσματα αυτής.
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Για την επίτευξη του σκοπού μελετήθηκε ενδελεχώς η ισχύουσα νομοθεσία βασισμένη στο αρ. 25, του Ν. 4025/2011, σχετικές εγκύκλιοι του Υπουργείου Υγείας, Οδηγίες των 7 Υγιειονομικών Περιφερειών για τα συστήματα εσωτερικού ελέγχου των μονάδων υγείας, σε συνδυασμό με ελληνόγλωσση, ξενόγλωσση βιβλιογραφία, ελληνικές και ξενόγλωσσες ιστοσελίδες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διαπιστώνεται η αναγκαιότητα εφαρμογής ενός επαρκούς πλαισίου εταιρικής διακυβέρνησης στις σύγχρονες μονάδες υγείας. Εντούτοις, αρκετά συχνά παρατηρείται η ελάχιστη συμμόρφωση με τους κανόνες αυτής με απόρροια να μην αποτρέπονται απάτες, παραπτώματα ή και φαινόμενα κακοδιαχείρισης στα δημόσια νοσοκομεία.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά την βελτίωση στα Συστήματα Εσωτερικού Ελέγχου των Δημοσίων Μονάδων Υγείας, ο εσωτερικός έλεγχος στα δημόσια νοσοκομεία αποτελεί περισσότερο εργαλείο συμμόρφωσης με το νομοθετικό πλαίσιο παρά δραστηριότητα που προσθέτει αξία στην πλειοψηφία των Μονάδων Υγείας στην Ελλάδα. Η λειτουργία Συστημάτων και Υπηρεσιών Εσωτερικού Ελέγχου, εξ αφορμής του Ν. 4025/2011, στα δημόσια νοσοκομεία, κρίνεται ως επιτακτική. Ο εσωτερικός ελεγκτής πρέπει να συμβάλλει ουσιαστικά στην επίλυση των προβλημάτων των νοσοκομείων, με ελέγχους στο σύνολο των λειτουργιών των νοσοκομείων και όχι μόνο στις λογιστικο – οικονομικές λειτουργίες αρκεί να διασφαλιστεί μια ομαλή συνεργασία με τα όργανα της διοίκησης τους.

247. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

248. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΑΜΗΛΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΜΕ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ

Χ. Ματζάρογλου[1], Β. Μουσαφείρης[1], Κ. Πανταζής[1], Η. Ηλιόπουλος[1], Ε. Τατάνη[1], K. Kafchitsas[2], P. Diaremes[2], Η. Παναγιωτόπουλος[1]

[1]Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, [2]Department of Orthopaedic Surgery and Muscoloskeletal Disorders, University of Mainz, Germany

ΣΚΟΠΟΣ: Η νευροτομή με ραδιοσυχνότητες (RF), για το σύνδρομο των οπίσθιων σπονδυλικών αρθρώσεων (Facet syndrome), αποτελεί βιβλιογραφικά μια αποτελεσματική διαχείριση της αντιμετώπισης του πόνου. Ωστόσο, ο πόνος μπορεί να επανεμφανιστεί μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να καθοριστεί το ποσοστό επιτυχίας και της διάρκεια της επιτυχίας αυτής (άν υφίσταται).
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μια αναδρομική ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων έγινε σε 65 ασθενείς, από το Σεπτέμβριο του 2011 έως τον Ιούνιο του 2013. Όλοι είχαν υποβληθεί σε νευροτομή με RF, με C-arm ακτινοσκοπική καθοδήγηση, για την ανακούφιση από τον πόνο.Υπήρχαν στο πρωτόκολλο 44 γυναίκες και 21 άνδρες. Η μέση ηλικία ήταν 67,8 χρόνια (εύρος 54 - 87).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η RF έσω «νευροτομή» έγινε αμφοτερόπλευρα σε 59 ασθενείς και ετερόπλευρα σε 6 ασθενείς. Η μέση διάρκεια της επιτυχημένης ανακούφισης από τον πόνο ήταν 15,3 μήνες, (εύρος 8 - 19) σε ποσοστό (95,5%). Δύο ασθενείς είχαν επιτυχή διαδικασία, η οποία διήρκησε κάτω των 6 μηνών. Δεν υπήρχε κανενός είδους επιπλοκή από τις καθοδηγούμενες απο το C-arm διαδικασίες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής δείχνουν ότι η συχνότητα της επιτυχίας και της διάρκειας της απαλλαγής από πόνο μετά από RF διαδικασία, παρέχει επιτυχή ανακούφιση από τον πόνο για περίπου 15 μήνες σε πάνω από το 90% των ασθενών.

249. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

250. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

251. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ Η ΟΧΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Γ. Τσιμπούρης, Δ. Πάλλης, Δ. Γεωργίου, Ν. Μαρίνος, Γ. Κοτζαμπάσης, Κ. Μπομποτάς

Β΄ Ορθοπεδική Κλινική ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ελαχιστοποίηση της ανάγκης χορήγησης αίματος σε ολικές αρθροπλαστικές γόνατος με τη χρήση ή όχι ειδικής μετεγχειρητικής αγωγής
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Συγκριτική αναδρομική μελέτη 196 ασθενών κατά διάρκεια των δύο τελευταίων ετών 2012 - 2013. Οι ασθενείς χωρίσθηκαν σε δύο ομάδες 98 ατόμων, όπου η καθεμία αποτελούνταν από 32 άνδρες και 66 γυναίκες με Μ.Ο. ηλικίας 68,1 και 69,5 έτη αντίστοιχα. Στην πρώτη ομάδα εφαρμόσθηκε η μέθοδος της τετραπλής βαμβακοελαστικής περίδεσης, όπου μετά το χειρουργείο τοποθετούνται τέσσερα στρώματα βαμβακοελαστικής περίδεσης, με το τελευταίο στρώμα να είναι αυξημένης πίεσης σε όλο το μήκος του, από τον άκρο πόδα έως την περιοχή της ίσχαιμου περίδεσης. Το τέταρτο και τελευταίο στρώμα αφαιρείται το βράδυ της χειρουργικής επέμβασης. Στη δεύτερη ομάδα τοποθετήθηκε απλή περίδεση. Στις δύο ομάδες χρησιμοποιήθηκε ο ίδιος τύπος παροχέτευσης αρνητικής πίεσης, με τη διαφορά ότι στην πρώτη ομάδα παρέμεινε κλειστή για τις πρώτες 6 ώρες
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην πρώτη ομάδα που χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της τετραπλής βαμβακοελαστικής περίδεσης και η παροχέτευση παρέμεινε κλειστή τις πρώτες 6 ώρες, μεταγγίσθηκαν 10 ασθενείς με συνολικά 13 φιάλες αίματος, Μ.Ο. 0,13 φιάλες ανά ασθενή. Στη δεύτερη ομάδα μεταγγίσθηκαν όλοι οι ασθενείς με 117 φιάλες αίματος συνολικά και Μ.Ο. 1,19 φιάλες αίματος ανά ασθενή. Ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη μετάγγιση και τη μετεγχειρητική πορεία, όπως αλλεργική αντίδραση, ΠΕ, εμπύρετο, φλεβοθρόμβωση δεν παρατηρήθηκαν σε καμία από τις δύο ομάδες. Φλύκταινες υποξαιμίας δεν παρατηρήθηκαν στην ομάδα που εφαρμόσθηκε η τετραπλή βαμβακοελαστική περίδεση
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μέθοδος της τετραπλής βαμβακοελαστικής περίδεσης και του κλεισίματος της παροχέτευσης τις πρώτες 6 ώρες, είναι οικονομική με μηδενικό περίπου κόστος και συμβάλλει στην ελαχιστοποίηση της ανάγκης χορήγησης αίματος και στον κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών

252. ΤΟ ΔΙΛΗΜΜΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΣΕ ΥΠΟΚΕΦΑΛΙΚΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΙΣΧΙΟΥ

Δ. Πάλλης, Δ. Γεωργίου, Γ. Τσιμπούρης, Χ. Ζαφείρης, Α. Μητσοκάλης, Ι. Μπάμπαλης

Β΄ Ορθοπεδική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: Τα υποκεφαλικά κατάγματα ισχίου αποτελούν ακόμη δίλημμα ως προς τη χειρουργική αντιμετώπιση τους. Η εσωτερική οστεοσύνθεση με αυλοφόρους κοχλίες στα τύπου Garden I και II είναι η ενδεδειγμένη μέθοδος αντιμετώπισης, ενώ στα τύπου Garden III και IV η επιλογή διατήρησης της μηριαίας κεφαλής εξαρτάται τόσο από την ηλικία όσο και από τα συνοδά νοσήματα του ασθενούς
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα 52 ετών με ιστορικό επιληψίας υφίσταται υποκεφαλικό κάταγμα ισχίου τύπου Garden IV απότοκος πτώσης από ποδήλατο και υποβάλλεται εντός 48ώρου σε κλειστή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση με αυλοφόρους κοχλίες. Τέσσερα χρόνια αργότερα η ασθενής επανέρχεται αιτιώμενη άλγος στο χειρουργημένο ισχίο, περιορισμό της λειτουργικότητας του, μείωση εύρους κίνησης, υποτροπιάζοντα επεισόδια θυλακίτιδας της περιοχής του τροχαντήρα και με ακτινολογική εικόνα συμβατή με αρχόμενη οστεονέκρωση τύπου Steinberg II. Αποφασίζεται η αφαίρεση των κοχλίων με απώτερο σκοπό να εξαντληθούν οι πιθανότητες βιωσιμότητας της μηριαίας κεφαλής. Η ασθενής αντιμετωπίζει εξελισσόμενη συμπτωματολογία οστεονέκρωσης – οστεοαρθρίτιδας του ισχίου και πέντε χρόνια μετά υποβάλλεται επί εδάφους οστεονέκρωσης Steinberg V, σε ολική αρθροπλαστική ισχίου. Δύο μήνες αργότερα η ασθενής υφίσταται περιπροθετικό κάταγμα Vancouver B2 απότοκος πτώσης εξ΄ιδίου ύψους, που αντιμετωπίζεται με πλάκα – βίδες και cerclage, αφού διαπιστώθηκε διεγχειρητικά η σταθερότητα της μηριαίας πρόθεσης
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η λήψη της ενδεδειγμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης σε κάθε χρονική στιγμή της ιστορίας του υποκεφαλικού κατάγματος, διατήρησε τη μηριαία κεφαλή της ασθενούς και καθυστέρησε την ολική αρθροπλαστική του ισχίου για μία δεκαετία περίπου
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρότι η βιβλιογραφία αναφέρει ποσοστό οστεονέκρωσης από 22 εώς 45% στα υποκεφαλικά κατάγματα τύπου Garden IV, θεωρούμε ότι στη συγκεκριμένη ασθενή η επιλογή της αρχικής επέμβασης με εσωτερική οστεοσύνθεση με αυλοφόρους κοχλίες έναντι της αρθροπλαστικής, υπερέχει καθώς καθυστέρησε την ολική αρθροπλαστική κατά 9 χρόνια

253. ΚΥΣΤΗ ΑΡΘΡΙΚΟΥ ΥΜΕΝΑ (SYNOVIAL CYST) ΣΤΟΝ ΑΓΚΩΝΙΑΙΟ ΒΟΘΡΟ ΠΟΥ ΜΙΜΕΙΤΑΙ ΨΕΥΔΟΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γ. Γαλύφος[1], Α. Λαρεντζάκης[1], Ε. Καρανικόλα[1], Κ. Ζαρμακούπης[1], Α. Σιάνου[2], Κ. Φίλης[1]

[1]Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΠΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα, [2]Τμήμα Μικροβιολογίας, ΓΠΝΑ Αρεταίειο, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Τα ψευδοανευρύσματα της βραχιονίου αρτηρίας είναι συνήθη μετά από διαδερμικούς καθετηριασμούς της καρδιάς και των στεφανιαίων αγγείων. Οι κύστεις του αρθρικού υμένα αποτελούν επίσης μία συχνά εντοπιζόμενη οντότητα σε ασθενείς με ρευματικά νοσήματα. Παρουσιάζουμε μία σπάνια περίπτωση κύστεως αρθρικού υμένα στον αγκώνα που εμφανίστηκε με την εικόνα ενός ιατρογενούς ψευδοανευρύσματος βραχιονίου αρτηρίας.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής γυναικείου φύλου, 51 ετών, εμφανίστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω μίας σφύζουσας και επώδυνης μάζας στο δεξιό αγκωνιαίο βόθρο, χωρίς σημεία ισχαιμίας του άκρου. Το ιατρικό ιστορικό της απεκάλυψε πρόσφατο καθετηριασμό της σύστοιχης βραχιονίου αρτηρίας για διαγνωστικό σκοπό, καθώς και ρευματοειδή αρθρίτιδα υπό αγωγή από το στόμα. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος της περιοχής απεκάλυψε μία βλάβη διαμέτρου περίπου 3 cm, χωρίς όμως διαταραχές στην αρτηριακή ροή (Εικ. 1). Ακολούθησε αξονική τομογραφία, η οποία δεν ήταν δυνατόν να διακρίνει τη μάζα από ένα θρομβωμένο ψευδοανεύρυσμα (Εικ. 2). Τέλος, η μαγνητική τομογραφία ανέδειξε μία κυστική βλάβη με χαρακτηριστικά κύστεως αρθρικού υμένα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Λόγω της υποψίας ενός ψευδοανευρύσματος, ετέθη η ένδειξη για διερευνητική χειρουργική επέμβαση. Διεγχειρητικά αφαιρέθη μία κυστική μάζα μαλθακής σύστασης, ενώ τα αγγεία ελέγχθηκαν για τη βατότητά τους χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η παθολογοανατομική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση μίας εκφυλιστικής κύστεως αρθρικού υμένα, με δευτεροπαθή σημεία μηχανικής βλάβης και λεμφοπλασματοκυτταρική διήθηση λόγω της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Εικ. 3). Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το υπερηχοτομογράφημα και η αξονική τομογραφία είναι πολύτιμες μέθοδοι στην καθημερινή κλινική πράξη, αλλά δε δύνανται να αποκλείσουν πάντα ένα ιατρογενές ψευδοανεύρυσμα, ιδιαίτερα όταν το ιστορικό θέτει την υποψία. Η χειρουργική εξαίρεση αποτελεί την κατάλληλη θεραπεία και η παθολογοανατομική εξέταση θέτει την τελική διάγνωση.

254. Η ΧΑΜΗΛΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ;

Χ. Ματζάρογλου[1], Β. Μουσαφείρης[1], Κ. Πανταζής[1], Π. Πούλιος[1], Ι. Σεφερλής[1], Η. Τσέπης[2], Ε. Μπίλλης[2], Κ. Φουσέκης[2], B. Habermann[3], E. Christodoulou[3], P. Diaremes[3], K. Kafchitsas[3]

[1]Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, [2]Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδος, [3]Department of Orthopaedic Surgery and Muscoloskeletal Disorders, University of Mainz, Germany

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμηθεί ο επιπολασμός του άγχους και των καταθλιπτικών διαταραχών σε έναν πληθυσμό με χαμηλή οσφυαλγία.
ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη βασίστηκε σε μια προσωπική συνέντευξη (facetoface) με ένα σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από 14 σημεία για το άγχος και την κατάθλιψη. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, παράγοντες συννοσηρότητα, και το ιατρικό ιστορικό των ασθενών επίσης συλλέχθηκαν. Το άγχος και η κατάθλιψη με τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Αξιολόγησης (HADS), η οποία αποτελείτο από επτά στοιχεία για το άγχος (HADS-A) και επτά για την κατάθλιψη (HADS-D), χρησιμοποιήθηκε. Οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται έχουν την οριακή βαθμολογία ≥ 8 για τον εντοπισμό στους ερωτηθέντες για την πιθανή παρουσία άγχους ή κατάθλιψης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους ασθενείς που συμμετείχαν (356), απο τον Μάιο του 2009 έως τον Οκτώβριο του 2012, 47,8% ήταν άνδρες και το 52,2% ήταν γυναίκες. Οι μέσες HADS-A βαθμολογίες συμπτωμάτων άγχους ήταν 4,5 ± 3,8 για τους άνδρες και 5,2 ± 3,9 για τις γυναίκες (p = 0,034) και με συχνότητα 16,6% στους άνδρες και 28,4% στις γυναίκες (p = 0,013). Οι μέσες HADS-D βαθμολογίες συμπτωμάτων κατάθλιψης ήταν 8,0 ± 6,3 για τους άνδρες και 10,8 ± 7,5 για τις γυναίκες (p = 0,033) και με συχνότητα 20,4% στους άνδρες και 39,8% στις γυναίκες (p = 0,3). οι γυναίκες με χαμηλή οσφυαλγία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή σε σύγκριση με τους άνδρες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι οι γυναίκες με χαμηλή οσφυαλγία ήταν πιθανότερο από τους άνδρες να έχουν κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές. Οι ομάδες υψηλού κινδύνου κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής ήταν το γυναικείο φύλο, παντρεμένες, μέσης ηλικίας και υψηλού μορφωτικού επιπέδου.

255. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΟΔΙΚΗ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Δ. Πάλλης, Γ. Τσιμπούρης, Δ. Γεωργίου, Χ. Ζαφείρης, Ν. Μπαξεβάνος, Ι. Μπάμπαλης

Β΄ Ορθοπεδική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καθορισμός του αλγόριθμου διαγνωστικής προσέγγισης και θεραπευτικής αντιμετώπισης ασθενών με παροδική οστεοπόρωση του ισχίου
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Άντρας ασθενής ηλικίας 40 ετών προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής, με άλγος στην περιοχή του αριστερού ισχίου αρχόμενο από 5ημέρου και με περιορισμό του εύρους κίνησης. Ο ασθενής αναφέρει πως η έναρξη του άλγους ήταν αιφνίδια και ότι ακίνητος δεν πονούσε. Το επάγγελμα του ήταν τραπεζικός υπάλληλος και ως ενασχόληση ερασιτεχνικά συμμετείχε σε αγώνες ημιμαραθωνίου. Ο πλήρης αιματολογικός έλεγχος, ο ακτινολογικός έλεγχος και η μέτρηση της οστικής πυκνότητας, ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Αποφασίσθηκε η πλήρη αποφόρτιση του πάσχοντος σκέλους και διενεργήθηκε MRI αριστερού ισχίου με ευρήματα συμβατά με οστικό οίδημα. Δύο μήνες μετά υπάρχει σαφής κλινική βελτίωση και σημεία αποδρομής στη μαγνητική τομογραφία, με το δυσάρεστο για τον ασθενή τη μετανάστευση των κλινικών συμπτωμάτων στο δεξιό ισχίο. Αποφασίσθηκε η ίδια θεραπευτική αντιμετώπιση με επιτυχή αποτελέσματα
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανάρρωση του ασθενούς επιτεύχθηκε με αποφόρτιση του πάσχοντος σκέλους και χωρίς να λάβει φαρμακευτική αγωγή. Η μαγνητική τομογραφία συνέβαλε στην πρώιμη διάγνωση, στην παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενούς και στη λήψη αποφάσεων για την περαιτέρω αντιμετώπιση. Χαρακτηριστικό της εξέλιξης της πάθησης του ασθενούς ήταν η μετανάστευση της από το αριστερό ισχίο στην αμφοτερόπλευρη δεξία άρθρωση του ισχίου, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην αποκατάσταση
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παροδική οστεοπόρωση είναι μια αυτοπεριοριζόμενη νόσος και η θεραπεία εκλογής είναι η αποφόρτιση του πάσχοντος σκέλους σε συνδυασμό με ήπια αναλγητικά. Η πρώιμη διάγνωση της αποτελεί πρόκληση και θα πρέπει να βρίσκεται στη διαγνωστική φαρέτρα του ιατρού. Ο μεταναστευτικός χαρακτήρας και η άγνωστη αιτιοπαθογένεια της πάθησης αποτελούν περαιτέρω προκλήσεις και χώρο για έρευνα και διερεύνηση για την καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση

256. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΚΡΥΣΤΑΛΛΟΥΡΙΑΣ ΜΕ ΠΡΟΗΓΜΕΝΑ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΑ

Δ. Σταμόπουλος[1], Μ. Τζελίλη[1], Μ. Νταή[1], Ν. Παπαχρήστος[1], Π. Καρκαλούσος[2], Ν. Μπακιρτζή[3,4]

[1]Ινστιτούτο Προηγμένων Υλικών, Φυσικοχημικών Διεργασιών, Νανοτεχνολογίας και Μικροσυστημάτων, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», [2]Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, ΤΕΙ Αθήνας, [3]Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», [4]Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Νεφροιατρική»

ΣΚΟΠΟΣ: Η κρυσταλλουρία μπορεί να είναι αποτέλεσμα απλών ηλεκτρολυτικών διαταραχών αλλά και σοβαρών νόσων των νεφρών. Στην παρούσα εργασία μελετάμε την προέλευση της κρυσταλλουρίας με προηγμένα μικροσκόπια για τη μελέτη της συσχέτισης των ειδικών μορφολογικών/γεωμετρικών χαρακτηριστικών των κρυστάλλων με την ακριβή στοιχειακή τους σύσταση.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κρύσταλλοι ούρων συλλογής-24ώρου/τυχαίας-λήψης [2 ασθενείς με νεφρωσικό σύνδρομο (ΑΝΣ) και σπειραματονεφρίτιδα (ΑΣΝ) και 2 υγιείς δότες (ΥΔ)] απομονώθηκαν με φυγοκέντρηση (1200-2400xg, 5-20 min), επιστρώθηκαν σε μορφή υμενίου και μελετήθηκαν με τρία Μικροσκόπια: Οπτικό Μικροσκόπιο (ΟΜ), Μικροσκόπιο Ατομικής Δύναμης (ΜΑΔ) και Μικροσκόπιο Ηλεκτρονικής Σάρωσης (ΜΗΣ) σε συνδυασμό με Φασματοσκοπία Ενεργειακής Διασποράς Ακτίνων-Χ (ΦΕΔΑ-Χ). Όλα τα μικροσκόπια μπορούν να δώσουν πληροφορία για τα μορφολογικά/γεωμετρικά χαρακτηριστικά από την κλίμακα του μικρόμετρου, 1μm=10^{-6}m (ΟΜ) έως την κλίμακα του νανόμετρου, 1nm=10^{-9}m (ΜΑΔ και ΜΗΣ). Πληροφορίες για την στοιχειακή σύσταση λήφθηκαν με ΦΕΔΑ-Χ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συγκριτική μικροσκοπική και στοιχειακή εξέταση έδειξε ότι: (α) στον ΑΝΣ δεν παρατηρήθηκαν κρύσταλλοι αλλά άμορφα στοιχεία πρωτεϊνικής σύστασης, (β) στον ΑΣΝ παρατηρήθηκαν κρύσταλλοι μορφής κύβου οι οποίοι αποτελούνταν σχεδόν αποκλειστικά από Cl και K και (γ) στους ΥΔ παρατηρήθηκαν κρύσταλλοι μορφής: τρισδιάστατης πολυγωνικής πυραμίδας, Εικόνα 1 (μεγέθους:1-10 μm, στοιχειακής σύστασης:Cl και Na) και δυσδιάστατης ορθογώνιας πλάκας ή σταυρού, Εικόνα 2 (μεγέθους:5-40 μm, στοιχειακής σύστασης:Cl και K), γεγονός που αποδόθηκε στην κακή ενυδάτωση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αυτά τα εισαγωγικά πειράματα έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μορφολογικών/γεωμετρικών χαρακτηριστικών των κρυστάλλων και της στοιχειακής τους σύστασης. Πιστεύουμε ότι η προτεινόμενη προσέγγιση μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διερεύνηση της κρυσταλλουρίας τόσο σε συμπτωματικές όσο και ασυμπτωματικές παθολογικές καταστάσεις.

257. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΙΛΔΕΝΑΦΙΛΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΟΡΧΕΩΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΡΟΥΡΑΙΟΥΣ

Ν. Ζάβρας, Ι. Κωστάκης, Σ. Σακελλαρίου, Χ. Δαμάσκος, Ε. Ρουπακάς, Ε. Τσαγκάρη, Ε. Σπάρταλης, Κ. Βελαώρας, Ι. Δοντά, Θ. Καρατζάς

Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας «ΝΣ Χρηστέας», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Οι ιστικές αλλοιώσεις κατά τη συστροφή όρχεως δεν οφείλονται μόνο από στην ισχαιμία, αλλά και στη βλάβη κατά την επαναιμάτωση. Η ερυθροποιητίνη και η σιλδεναφίλη έχει βρεθεί ότι προστατεύουν από τις βλάβες της ισχαιμίας και της επαναιμάτωσης. Στόχος μας είναι να μελετήσουμε και να συγκρίνουμε τις δράσεις τους στη συστροφή όρχεως.
ΥΛΙΚΟ: 22 ενήλικες αρουραίοι χωρίστηκαν σε 4 ομάδες. Οι αρουραίοι της ομάδας Α (n=5) χρησίμευσαν ως μάρτυρες, ενώ οι αρουραίοι των ομάδων Β (n=5), Γ (n=6) και Δ (n=6) υποβλήθηκαν σε συστροφή του δεξιού όρχεως, η οποία αποκαταστάθηκε μετά 90 min. Στην ομάδα Β δεν χορηγήθηκε καμία ουσία, ενώ στις ομάδες Γ και Δ χορηγήθηκαν ερυθροποιητίνη (1000 IU/kg) και σιλδεναφίλη (0,7 mg/kg), αντιστοίχως, ενδοπεριτοναϊκά 60 min μετά τη συστροφή. Όλα τα ζώα θυσιάστηκαν 24 ώρες μετά και αφαιρέθηκε ο δεξιός όρχις τους, ο οποίος τοποθετήθηκε σε διάλυμα φορμόλης 10% και στάλθηκε για ιστολογική εξέταση. Οι ιστολογικές αλλοιώσεις των όρχεων βαθμονομήθηκαν βάσει του συστήματος των Cosentino και συν.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλα τα ζώα της ομάδας Α είχαν όρχεις με φυσιολογική αρχιτεκτονική (grade 1). Η ομάδα Β είχε ένα μέσο όρο (grade) 3,81. Οι ομάδες Γ (μέσος όρος (grade): 3,24) και Δ (μέσος όρος (grade): 2,69) είχαν καλύτερα αποτελέσματα (χαμηλότερες τιμές) από την ομάδα Β. Επίσης, η ομάδα Δ είχε καλύτερα αποτελέσματα (χαμηλότερες τιμές) από την ομάδα Γ.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενδοπεριτοναϊκή χορήγηση ερυθροποιητίνης και σιλδεναφίλης προστατεύει από τη βλάβη ισχαιμίας και επαναιμάτωσης κατά τη συστροφή όρχεως. Επίσης, η σιλδεναφίλη πιθανώς έχει ισχυρότερη δράση από την ερυθροποιητίνη.

258. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑΣ ΜΕ ΣΚΙΑΣΤΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ. ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Κ. Σταματίου, Κ. Φωκάς, Ε. Γερόπαπας, Γ. Χριστόπυλος

ΓΝΠ. «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου του CEUS στην διενέργεια στοχευμένων βιοψιών για την διάγνωση του καρκίνου του προστάτη.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το χρονικό διάστημα μεταξύ Ιανουαρίου 2010 και Απριλίου 2013 61 ασθενείς με ένδειξη για βιοψία προστάτη (PSA>4, PSA Ratio<0.25) τυχαιοποιήθηκαν προκειμένου να υποβληθούν σε διορθικήβιοψία προστάτη με χορήγηση σκιαστικής ουσίας. (ομάδα Α) ή χωρίς χορήγηση σκιαστικής ουσίας (ομάδα Β). Η εξέταση έγινε από την ίδια ομάδα χειριστών με την ίδια συσκευή υπερήχων (GE Logic 3). Το σκιαστικό μέσο που χρησιμοποιήθηκε είναι το SonoVue (Bracco).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τελικά συμμετείχαν 26 άτομα στην ομάδα Α και 35 στην ομάδα Β. Στην ομάδα Α βρέθηκαν 9 άτομα με καρκίνο του προστάτη ενώ στην ομάδα Β 8. Η διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων είναι στατιστικά σημαντική. Εκτός από αδενοκαρκίνωμα οι επιπλέον βιοψίες της ομάδας Α διέγνωσαν ατυπία, low PIN, high PIN και έντονη χρόνια προστατίτιδα. Οι επιπλέον βιοψίες της ομάδας Α αντιστοιχούν σε μεγαλύτερο ποσοστόδιάγνωσης καρκίνου σε σχέση με τις συμβατικές βιοψίες της ίδιας ομάδας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χορήγηση σκιαστικής ουσίας βελτιώνει την προσέγγιση του καρκίνου του προστάτη και μπορεί να διευκολύνει τη λήψη στοχοθετημένων βιοψιών.

259. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΚΤΡΟΠΙΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕΣ ΚΥΣΤΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μ. Πλατανάς, Ρ. Καλαϊτζίδου, Β. Σείτου, Ι. Σωλήνης

Ουρολογικό Τμήμα, ΓΝ Διδυμότειχου

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης του εκτρόπιου ουρήθρας στις γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη και επαναλαμβανόμενες κυστίτιδες μετά την εμμηνόπαυση
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Εξετάσθηκαν 110 ασθενείς σε αυτή την μελέτη ηλικίας 58-70 ετών σε χρονικό διάστημα 2 ετών και 30 από αυτές βρέθηκαν πάσχουσες από εκτρόπιο ουρήθρας και συχνά επεισόδια κυστίτιδων μετά από κλινική εξέταση. Τα περιστατικά χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: 15 Ασθενείς με κυστίτιδες, εκτρόπιο ουρήθρας και σακχαρώδη διαβήτη (πρώτη ομάδα) και 15 ασθενείς με κυστίτιδες, εκτρόπιο ουρήθρας, χωρίς σακχαρώδη διαβήτη (δεύτερη ομάδα). Εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος έγινε για τον αποκλεισμό άλλης πάθησης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα μετά από έλεγχο και στις δυο ομάδες έδειξαν μεγαλύτερη ευπάθεια στις κυστίτιδες σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη υπό φαρμακευτική αγωγή με ινσουλίνη (65%). Το ποσοστό εμφάνισης κυστίτιδας στην δεύτερη ομάδα ήταν μικρότερο από την πρώτη ομάδα (10%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει επίδραση του εκτρόπιου ουρήθρας στην εμφάνιση κυστίτιδων και ότι πρέπει να δοθεί προσοχή στην ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη. Η θεραπεία σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η χειρουργική αφαίρεση του και ο ιστολογικός έλεγχος του εκτρόπιου για αποκλεισμό κακοήθειας.

260. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΤΙΜΗ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΥΣΟΥΡΙΚΑ ΑΝΟΧΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕΣ ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΕΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Μ. Πλατανάς, Ι. Σωλήνης, Ρ. Καλαϊτζίδου, Α. Μπιμπισίδου

Ουρολογικό Τμήμα, ΓΝ Διδυμότειχου

ΣΚΟΠΟΣ: Η μέτρηση του PSA είναι μία αξιόπιστη εξέταση για την έγκαιρη διάγνωση των ασθενών με καρκίνο του προστάτη. Αξιολογήσαμε την επίδραση των αντιβιοτικών στα επίπεδα του PSA σε ασθενείς με δυσουρικά συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος και αυξημένα επίπεδα του PSA.
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε χρονικό διάστημα 3 ετών εξετάστηκαν 150 ασθενείς με ελεύθερο ατομικό ιστορικό. Ογδόντα από αυτούς τους ασθενείς είχαν PSA μεταξύ 4 και 44 ng / ml. Μετρήθηκε το ολικό PSA και το free PSA σε ορισμένες περιπτώσεις (ολικό PSA= 4 – 10). Ογδόντα ασθενείς ακολούθησαν φαρμακευτική αγωγή με λεβοφλοξασίνη για 4 εβδομάδες και ακολούθησε ένας νέος προσδιορισμός του προστατικού αντιγόνου. Υπερηχογραφική εξέταση του προστάτη έγινε σε όλες τις περιπτώσεις, μετρήθηκε ο όγκος προστάτη και διενεργήθηκε βιοψία επί μη υποχώρησης της τιμής του PSA.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 50(40%) ασθενείς ετέθη η διάγνωση της ΚΥΠ, σε 20(16%) διαγνώστηκε προστατίτιδα ενώ 10 (8%)διαπιστώθηκε ότι είχαν καρκίνο του προστάτη. Σημαντικές αλλαγές βρέθηκαν στο PSA και στο ποσοστό ελεύθερου PSA σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία. Αυτές οι αλλαγές ήταν σημαντικές σε ασθενείς με ΚΥΠ, στους ασθενείς με προστατίτιδα, αλλά όχι σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σχεδόν στους μισούς από τους ασθενείς με LUTS, φυσιολογική DRE και αυξημένο PSA θα υποχωρήσει το PSA τους μετά από αντιβίωση,με αποτέλεσμα την αποφυγή της βιοψίας του προστάτη. Αυτό μπορεί να γίνει με προσεκτική παρακολούθηση των ασθενών που υποχωρεί το PSA και ειδικά εκείνων που δεν υποχωρεί σε φυσιολογικά επίπεδα, οπότε πρέπει να γίνει μέτρηση ολικού PSA και free PSA.

261. Η ΦΩΣΦΟΜΥΚΙΝΗ ΩΣ ΠΙΘΑΝΗ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΧΡΟΝΙΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ GRAM-ΑΡΝΗΤΙΚΟΥΣ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ

Γ. Χριστόπουλος[1], Δ. Ζαβραδινός[2], Ε. Γερόπαπας[2], Κ. Φωκάς[2], Σ. Ζυγογιάννης[2], Κ. Σταματίου[2]

[1]Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΠ.«Τζάνειο», [2]Ουρολογικό Τμήμα, ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι χρόνιες λοιμώξεις του προστάτη από πολυανθεκτικά gram- αρνητικά βακτήρια είναι σχετικά σπάνιες αλλά αποτελούν ένα δυσεπίλυτο ιατρικό πρόβλημα. Μεταξύ των αιτίων ανάπτυξης πολυανθεκτικών gram-αρνητικών βακτηρίων θεωρείται η αλόγιστη και παρατεταμένη χρήση των αντιβιωτικών. Η φωσφομυκίνη είναι ένα βακτηριοκτόνο αντιβιοτικό που χρησιμοποιείται σε ανεπίπλεκτες οξείες λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος. Αν και στο παρελθόν η διείσδυση της στον προστάτη αδένα ήταν αβέβαιο και έτσι δεν συνιστάται για την προφύλαξη ή την αγωγή της προστατίτιδας, νεώτερες μελέτες απέδειξαν ικανές ενδοπροστατικές συγκεντρώσεις μετά από μία εφάπαξ δόση 3 g από του στόματος.

ΣΚΟΠΟΣ: Να αναδειχθεί η δυνατότητα της φωσφομυκίνης ως πιθανή εναλλακτική θεραπεία για την πολυανθεκτική χρόνια βακτηριακή προστατίτιδα από gram-αρνητικούς μικροοργανισμούς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Από μια σειρά 252 ασθενών με αποδεδειγμένη χρόνια βακτηριακή προστατίτιδα, βρέθηκαν 8 ασθενείς με αποτυχία της συμβατικής 15μερης αγωγής με κινολόνη που ανέπτυξαν σταδιακά πολυανθεκτικους gram – αρνητικούς μικροοργανισμούς στο follow up. Τους χορηγήθηκε φωσφομυκίνη από του στόματος σε δόση 3 g για 5-7 ημέρες. 5-10 μέρες μετά την λήξη της αγωγής οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε καλλιέργεια κατά Stamey Meyers και καλλιέργεια σπέρματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 4 ασθενείς επετεύχθη βακτηριακή εκρίζωση, σε 2 αναπτύχθηκαν άλλοι μη πολυανθεκτικοί μικροργανισμοί, σε έναν η καλλιέργεια ήταν μη διαγνωστική και σε έναν διαπιστώθηκε βακτηριακή εμμονή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η φωσφομυκίνη φαίνεται οτι μπορεί να αποτελέσει μια πιθανή εναλλακτική θεραπεία για την πολυανθεκτική χρόνια βακτηριακή προστατίτιδα από gram –αρνητικούς μικροοργανισμούς. Μεγάλες, τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες απαιτούνται για να τεκμηριώσουν το παραπάνω εύρημα.

262. ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΗΣ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΩΝ ESC/EAS ΚΑΙ ACC/AHA ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Φ. Μπάρκας, Χ. Μηλιώνης, Ε. Λυμπερόπουλος, Μ. Κωσταπάνος, Μ. Ελισάφ

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

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της επίτευξης των στόχων της υπολιπιδαιμικής αγωγής σε ένα εξειδικευμένο ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων.

ΜΕΘΟΔΟΙΙ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη ενήλικων ασθενών που παρακολουθούνται σε ένα εξειδικευμένο εξωτερικό ιατρείο Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου με διάρκεια παρακολούθησης ≥3 ετών. Προσδιορίστηκαν τα ποσοστά επίτευξης των στόχων της LDL-χοληστερόλης (LDL-C) με βάση τις ισχύουσες ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες (ESC/EAS), καθώς και τα ποσοστά χορήγησης της κατάλληλης υπολιπιδαιμικής αγωγής σύμφωνα με τις πρόσφατες αμερικανικές οδηγίες (ACC/AHA).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν συνολικά 1000 ασθενείς. Σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές οδηγίες το 48%, 41% και 11% των ασθενών είχαν «πολύ υψηλό», «υψηλό» και «μέτριο» καρδιαγγειακό κίνδυνο, αντίστοιχα. Τα αντίστοιχα ποσοστά επίτευξης του στόχου όσον αφορά την LDL-C ήταν 25%, 42% και 57%.

Σύμφωνα με τις αμερικανικές οδηγίες, το 21% των ασθενών έπασχε από αθηρωματική καρδιαγγειακή νόσο (ASCVD). Το ποσοστό χορήγησης «ισχυρής» δόσης στατίνης στους νεότερους (≤75 ετών) ασθενείς αυτής της ομάδας ήταν 55%, ενώ το 61% και το 32% των ηλικιωμένων ασθενών έπαιρνε «μέτρια» και «ισχυρή» δόση στατίνης, αντίστοιχα.

Από τους ασθενείς χωρίς ASCVD με αρχικά επίπεδα LDL-C ≥190 mg/dL (n=268), το 46% έπαιρνε «ισχυρή» στατίνη.

Από τους ασθενείς με διαβήτη τύπου ΙΙ ηλικίας 40-75 ετών (n=73), το 59% είχε SCORE ≥2.5% (που αντιστοιχεί στο 10ετή ASCVD κίνδυνο ≥7.5%). Το 26% αυτών των ασθενών έπαιρνε «ισχυρή» δόση στατίνης.

Τέλος από τους ασθενείς με LDL-C 70-189 mg/dL και SCORE ≥2.5% (n=175), το 17% και το 71% έπαιρνε «ισχυρή» και «μέτρια» δόση στατίνης, αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ένα εξειδικευμένο ιατρείο λιπιδίων το 25% των ασθενών «πολύ υψηλού» κινδύνου και περίπου το 50% των ασθενών «υψηλού» και «μέτριου» καρδιαγγειακού κινδύνου επιτυγχάνουν τους στόχους της υπολιπιδαιμικής αγωγής σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες. Αντίθετα, αγνοώντας το στόχο όσον αφορά την LDL-C, τα ποσοστά χορήγησης της κατάλληλης αγωγής με στατίνη σύμφωνα με τις πρόσφατες αμερικανικές οδηγίες είναι σχετικά υψηλά σε όλες τις κατηγορίες ασθενών.

263. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΚΟΥΣΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1997 - 2013

Χ. Λούπα, Α. Παπαδάκη, Ν. Σουλιώτης, Β. Δασκαλόπουλος, Γ. Μητράκης, Κ. Τζίφας, Ε. Σαρρής, Μ. Λελέκης, Κ. Χριστόπουλος

Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΜ «Α. Φλέμιγκ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση ενδεχόμενων διαχρονικών τάσεων στην επίπτωση της εκούσιας φαρμακευτικής δηλητηρίασης (ΕΦΔ) κατά την 17ετή περίοδο 1997-2013.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Προοπτική μελέτη καταγραφής όλων των περιστατικών ΕΦΔ που αντιμετωπίστηκαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και νοσηλεύθηκαν στην Β΄ Παθολογική Κλινική για 18 μήνες και σύγκριση με αναδρομικά επιδημιολογικά στοιχεία (στατιστική ανάλυση: SPSS v.20).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Α) Την περίοδο 7/2012 - 12/2013 υπήρξαν 40 περιστατικά ΕΦΔ, 14 άνδρες / 26 γυναίκες, ηλικίας 16-84 ετών (διάμεση 38 έτη). Η επίπτωση ήταν 36 περιπτώσεις/1000 εισαγωγές. Οι ασθενείς ήσαν 90% ελληνικής καταγωγής. Το 60% είχε ψυχιατρικό υπόστρωμα (διαγνωσμένο ή πρωτοδιαγνωζόμενο), ενώ 35% ανέφεραν προηγούμενες απόπειρες δηλητηριάσεως. Οι ασθενείς ανέφεραν τη λήψη 59 συνολικά φαρμακευτικών ουσιών. Από αυτές, 30 (51%) ήταν αγχολυτικά/ψυχοτρόπα. Συχνότερα φάρμακα: παρακεταμόλη και λοραζεπάμη (7 και 6 ασθενείς αντίστοιχα). Η έκβαση όλων ήταν καλή.

Β) Σε αντίστοιχη παλαιότερη μελέτη της κλινικής (9/2009-12/2011), η επίπτωση των ΕΦΔ ήταν 19/1000 εισαγωγές, με 14 άνδρες / 30 γυναίκες και διάμεση ηλικία 33 έτη. Το 45% των ληφθέντων φαρμάκων ήταν αγχολυτικά/ψυχοτρόπα (συχνότερη: αλπραζολάμη) και το 35% αναλγητικά/αντιφλεγμονώδη (συχνότερη παρακεταμόλη).

Γ) Στην περίοδο 1997-2007, η μέση επίπτωση των φαρμακευτικών δηλητηριάσεων ήταν 23/1000 εισαγωγές, με πτωτική τάση από το 1997 μέχρι το 2006 {επίπτωση 28, 39, 31, 24, 20, 20, 19, 17, 13, 16/1000 εισαγωγές αντίστοιχα (r=-0,7, p=0,001), και 20/1000 γιά το 2007}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1) Η επίπτωση της ΕΦΔ παρουσίαζε τάση μείωσης από το 1997 μέχρι το 2006, σταθεροποιήθηκε μέχρι το 2011, γιά να διπλασιαστεί σχεδόν στη συνέχεια μέχρι τα τέλη του 2013 (p=0.001), δηλαδή στην κορύφωση της οικονομικής κρίσης. 2) Η αναλογία γυναικών παραμένει διπλάσια. 3) Η διάμεση ηλικία έχει αυξηθεί (χρειάζεται μεγαλύτερο δείγμα γιά να τεκμηριωθεί στατιστικά). 4) Προτιμώμενα φάρμακα παραμένουν τα αγχολυτικά/ψυχοτρόπα.

264. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ ΑΛΚΑΛΕΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΜΕΓΑΛΗΣ ΠΟΣΟΤΗΤΑΣ ΓΑΛΑΚΤΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ

Β. Χριστοπούλου, Χ. Ζάρπας, Γ. Μπέτση, Μ. Πέππα

Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ασθενούς με συνδρόμο γάλακτος αλκάλεος, ο οποίος λόγω κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας γάλακτος παρουσίαζε υπερασβεστιαιμία και σύνδρομο γάλακτος αλκάλεος.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας ετών 40 προσήλθε σε ημέρα γενικής εφημερίας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Νοσοκομείου λόγω αναφερομένων εμέτων από 24ώρου, λιποθυμικού επεισοδίου και μυϊκής αδυναμίας. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται χολεκυστεκτομή προ 5ετίας, αμυγδαλεκτομή και νοσηλεία προ 2μηνου λόγω εμέτων από 12ωρου οξείας νεφρικής ανεπάρκειας (ΟΝΑ), έλκος βολβού 12/δακτύλου, γαστρίτιδας, οισοφαγίτιδας και είχε λάβει αγωγή εκκρίζωσης του H. Pylori. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ΑΠ: 120/80 mm Hg, σφύξεις: 96/min, θερμοκρασία: 36,5º C, υπερασβεστιαμία Ca: 11,7 mg/dL, (ΦΤ: 8,4-10,1), νεφρική ανεπάρκεια, κρεατινίνη: 2,2 mg/dL, ουρία: 102 mg/dL, Na: 135 mmol/L, K: 3,5 mmol/L, P: 6,3 mg/dL και μεταβολική αλκάλωση pH: 7,55, pCO_2: 48 mm Hg, HCO_3: 30 mmol/L. Ο ασθενής αντιμετωπίσθηκε με την χορήγηση φυσιολογικού ορού και δίαιτα χαμηλού ασβεστίου με επακόλουθη βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής του εικόνας. Από την λεπτομερή λήψη του ιστορικού για την εξήγηση της υπερασβεστιαιμίας ο ασθενής ανέφερε ότι εσιτίζετο μόνο με την λήψη γάλακτος έως και πάνω από 2L ημερησίως και γιαουρτιού, αυτή ήταν η διατροφή του, τους τελευταίους μήνες, αφού η λήψη γάλακτος τον ανακούφιζε από τα συμπτώματα της επιγαστραλγίας. Ακολούθησε εργαστηριακός έλεγχος για την διερεύνηση της υπερασβεστιαιμίας με καρκινικούς δείκτες:(-), TSH: ΚΦ, παραθορμόνη: 29,1 pg/mL (ΦΤ: 15-65), 25 υδροξυ-βιταμίνη D3: 8,17 ng/mL (ΦΤ: 16-746).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ: Η συνύπαρξη υπερασβεστιαιμίας, αλκάλωσης και νεφρικής ανεπάρκειας ήταν συχνή στις αρχές του 20ου αιώνα ως σύνδρομο γάλακτος αλκάλεος που παρουσίαζαν οι ασθενείς με γαστρο/12δακτυλικό έλκος οι οποίοι ελάμβαναν θεραπεία με συγχορήγηση μεγάλων ποσοτήτων γάλακτος και σκευασμάτων αλκαλικών αντιόξινων. Επανεμφάνιση του συνδρόμου γάλακτος αλκάλεος αποτέλεσε η λήψη ανθρακικού ασβεστίου και βιταμίνης D για την πρόληψη και την θεραπεία της οστεοπόρωσης. Το σύνδρομο γάλακτος αλκάλεως έχει περιγραφεί και σε ασθενείς που ελάμβαναν <2 g στοιχειακού ασβεστίου ημερησίως. Αποτελεί την τρίτη αιτία υπερασβεστιαιμίας. Η παθοφυσιολογία του συνδρόμου είναι πολύπλοκη. Η υπερασβεστιαιμία προκαλεί σειρά διαταραχών της νεφρικής λειτουργίας, που οδηγούν σε υποογκαιμία και προνεφρική οξεία νεφρική ανεπάρκεια, αύξησης απορρόφησης των διττανθρακικών που οδηγεί σε αλκάλωση. Ο ασθενής εσιτίζετο μόνο λαμβάνοντας υπέρμετρες ποσότητες γάλακτος, καθώς επίσης αναφέρει και την κατανάλωση γιαουρτιού με αποτέλεσμα να λαμβάνει πάνω από 2.5 gr ασβεστίου ημερησίως και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του ασβεστίου αίματος και την εκδήλωση του συνδρόμου γάλακτος αλκάλεος.

265. ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ PDGF ΚΑΙ ΤΟΥ PDGFR ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Α. Πολονύφη, Γ. Καππέλος, Δ. Φαρμάκης, Α. Αίσωπος, Α. Πολύζος, Μ. Μαντζουράνη

Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό»

Στην ανάπτυξη πνευμονικής υπέρτασης (ΠΥ) σε ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες εμπλέκονται αυξητικοί παράγοντες όπως οι PDGF (platelet-derived growth factor) και TGF-β (transforming growth factor) καθώς και διαφοροποίηση των οδών σήμανσης των.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη έκφρασης σε περιφερικό αίμα των γονίδιων PDGFA και B,PDGFRA και B και TGF-β σε ασθένειες με αιμοσφαιρινοπάθειες με ή χωρίς ΠΥ σε σύγκριση με φυσιολογικούς.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Ελέγχθηκαν 55 ασθενείς: 33 με Μεσογειακή [11 με μείζονα (ΜΜΑ) και 22 (16 με ΠΥ) με ενδιάμεση (ΕΜΑ)], 12 με δρεπανοκυτταρική και 16 υγιείς αιμοδότες. Η ΠΥ τεκμηριώθηκε με Triplex καρδιάς μετά πλήρη καρδιολογικό έλεγχο (κλίση πίεση στη τριγλώχινα >30 mm Hg). Ποσοτικοποίηση της έκφρασης του mRNA των *PDGF-A*, *PDGF-B*, *PDGFR-A*, *PDGFR-B* και *TGF-β* έγινε με qPCR με χρήση SYBR green και οπτικού κυκλοποιητή (CFX96, Biorad). Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν σε σύγκριση με φυσιολογικούς υγιείς μάρτυρες μετά στατιστικής αξιολόγησης με t-test εκφράζονται ως **ενδιάμεση τιμή± λάθος** με p<0,05 **(meanvalue±S**tandard**E**rror**M**ean**):**

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με ΜΜΑ σημειώθηκε αύξηση της έκφρασης των *PDGFR-A* (1,2±0,1 vs 0,07±0,004), *PDGFRB* (0,3±0,03 vs 0,23±0,01),*PDGFb* (10,3±1,3 vs 7,5±0,5) και*TGFβ* (62,6±15,3 vs 34,4±3,1). Σε ασθενείς με δρεπανοκυτταρική παρατηρήθηκε αύξηση του *PDGFR-A* (1,85±3^{E}-5 vs 0,07±0,004) και *PDGFb* (15,6±2,2 vs 7,5±0,5) και σημαντική μείωση της έκφρασης του *PDGFR-B* (0,08±0,007 vs 0,23±0,01). Σημαντική μείωση της έκφρασης των γονιδίων *PDGFR-A,B* (0,0003±2,4E-5;0,03±0,002 vs0,07±0,004; 0,24±0,01), *PDGFA* (0,3±0,002 vs 0,4±0,002) και*TGF β* (7,9±0,8 vs 34,4±3,1) σε ασθενείς με ΕΜΑ και ΠΥ. Μείωση της έκφρασης του *PDGFR-A* (0,0003±2,4E-5 vs 1,9±0,02) και του*TGF β* (7,9±0,8 vs 85,4±2,3) σε πάσχοντες ΠΥ και μη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα μελετημένα γονίδια στο περιφερικό αίμα δεν αναδείχτηκαν κατάλληλοι μοριακοί δείκτες ΠΥ.

266. ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΗΡΙΟΣ ΒΑΡΗΚΟΪΑ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΟΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΗ ΣΥΝΗΘΟΥΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗΣ ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΕΩΣ

Γ. Λαμπρινούδης, Κ. Τσιλίμη, Χ. Λιάκου, Μ. Παπαδοπούλου, Α. Ζαχαράκη, Α. Τουλιάτου

Β΄ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η βρουκέλλωση είναι ζωοανθρωπονόσος, προκαλούμενη από βακτηρίδια του γένους Brucella, Gram (-) κοκκοβακτηρίδια με μεγάλη ικανότητα επιβίωσης εντός των φαγοκυττάρων. Μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε σύστημα. Προσβολή του ΚΝΣ (νευροβρουκέλλωση) συμβαίνει σε λιγότερο από 5% των περιπτώσεων, με κλινική εικόνα που μπορεί να εκτείνεται από μη ειδικά νευρολογικά συμπτώματα μέχρι βαρειά μηνιγγοεγκεφαλίτιδα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή μιας περίπτωσης νευροβρουκέλλωσης, στην οποία ένα από τα κύρια συμπτώματα ήταν βαρηκοΐα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ: Γυναίκα ασθενής 47 ετών εισήχθη λόγω εμπυρέτου έως 39°C από διμήνου συνοδευόμενο από κεφαλαλγία, αρθραλγίες και μυαλγίες. Από την κλινική εξέταση δεν προέκυψαν ιδιαίτερα ευρήματα. Κατά τη νοσηλεία της ανέφερε μείωση της ακουστικής οξύτητας η οποία επιβεβαιώθηκε με ακοόγραμμα (νευροαισθητήριος βαρηκοΐα αγωγιμότητας). Εργαστηριακά ευρήματα: 3 θετικές καλλιέργειες αίματος για Brucella Melitensis, θετικά IgG και αμφίβολα IgM αντισώματα για Brucella με ανοσοενζυμική μέθοδο, Wright: 1/3200. Διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση (ΟΝΠ). Γενική ΕΝΥ: όψη θολερή, 57 λευκοκύτταρα/μl (πολυμορφοπύρηνα 18%, λεμφοκύτταρα 82%). Γλυκόζη:52mg/dl (αίματος:155 mg/dl). Λεύκωμα: 38 mg/dl. Καλλιέργεια ΕΝΥ και PCR για Brucella: αρνητικές. Μαγνητική Τομογραφία (MRI) εγκεφάλου και σπονδυλικής στήλης: παθολογική πάχυνση της σκληράς μήνιγγας του εγκεφάλου και παθολογική πρόσληψη μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού, παθολογική πρόσληψη των λεπτομηνίγγων στον οπίσθιο κρανιακό βόθρο, καθώς και φλεγμονώδεις διηθήσεις των Θ9 και Θ10 σπονδύλων. Η ασθενής ετέθη σε τριπλό θεραπευτικό σχήμα με δοξυκυκλίνη, ριφαμπικίνη και κοτριμοξαζόλη για διάστημα πέντε μηνών. Δύο μήνες από της ενάρξεως της θεραπείας διενεργήθηκε 2^{η} ΟΝΠ: 18 λευκοκύτταρα/μl, αντι-Brucella IgG 8 U/ml. Νέες MRI προ της διακοπής της θεραπείας δεν ανέδειξαν καμία παθολογία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η προσβολή της 8^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας με συνοδό νευροαισθητήριο βαρηκοΐα αγωγιμότητας είναι μία σπάνια επιπλοκή της νευροβρουκέλλωσεως. Εκτός από τους Παθολόγους, θα πρέπει επίσης οι Ωτορινολαρυγγολόγοι και οι Νευρολόγοι να είναι ευαισθητοποιημένοι ως προς αυτό το σύμπτωμα, σαν μία πιθανή κλινική εκδήλωση βρουκέλλωσεως.

267. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

268. ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ (CMV) ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Ε. Τσεκρέκος, Δ. Δόβας, Ε. Γαλανίδη, Ν. Σκληρός, Α. Τραγουστή, Χ. Βαδάλα, Σ. Γκολφινοπούλου, Α. Σκουτέλης

Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λοίμωξη από CMV είναι συχνή σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς αλλά συνήθως υποκλινικά ή με ήπια γενική συμπτωματολογία και αυτοπεριοριζόμενη. Συμπτωματική κολίτιδα παρουσιάζεται συνήθως σε ανοσοκατασταλμένους.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Παρουσιάζεται άνδρας 59 ετών ο οποίος προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου, διαρρροϊκών κενώσεων, ναυτίας και κοιλιακού άλγους από 12ημέρου. Ατομικό αναμνηστικό: Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου προ εξαμήνου, αορτοστεφανιαία παράκαμψη προ πενταμήνου, σύνδρομο Dressler μετά από περικαρδιοτομή υπό ινδομεθακίνη και κολχικίνη που διεκόπησαν προ 15ημέρου, διαπύηση στερνοτομής προ τριμήνου για την οποία έλαβε αντιμικροβιακή αγωγή επί 6 εβδομάδες. Από τον παρακλινικό έλεγχο βρέθηκαν αναιμία και αύξηση των δεικτών φλεγμονής, νεφρική ανεπάρκεια προνεφρικής αιτιολογίας, ενώ από τις εξετάσεις των των κοπράνων δεν αναδείχθηκαν παθογόνα. Στη συνέχεια οι κενώσεις έγιναν αιμορραγικές και ακολούθησε ορθοσκόπηση που ανέδειξε πολλαπλές εξελκώσεις με ιστολογική εικόνα μικροαποστηματίων στις κρύπτες των βλεννογόνων του εντέρου εικόνα συμβατή με λοιμώδη κολίτιδα. Χορηγήθηκε σιπροφλοξασίνη και μετρονιδαζόλη με βελτίωση της κλινικής και εργαστηριακής εικόνας. Μετά τη διακοπή της αγωγής παρατηρήθηκε υποτροπή του πυρετού και νέα άνοδος των δεικτών φλεγμονής. Έγινε αξονική τομογραφία κοιλίας που ανέδειξε πάχυνση του τοιχώματος του δεξιού κόλου και θολερότητα του πέριξ κυτταρολιπώδους ιστού. Ακολούθησε κολονοσκόπηση που αποκάλυψε βελτίωση της εικόνας του ορθού αλλά παρουσία πολλαπλών εξελκώσεων στο υπόλοιπο παχύ έντερο και κυρίως στο τυφλό και ανιόν ενώ η παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε απουσία κρυπτίτιδας και ενδοπυρηνικά κυτταρικά έγκλειστα συμβατά με λοίμωξη από CMV. Η κλινικοεργαστηρική εικόνα βελτιώθηκε πριν από τη χορήγηση ειδικής αγωγής και ο ασθενής αυτοϊάθηκε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η CMV κολίτις είναι σπάνια αλλά πιθανή διάγνωση σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς, ιδιαίτερα παρουσία άλλων συνοσηροτήτων. Επομένως είναι σκόπιμο να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της κολίτιδας ακόμη και σ΄αυτή την κατηγορία των ασθενών.

269. ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ-ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΟΚΛΑΣΤΙΚΗ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΟΝΟΥ ΣΥΦΙΛΗΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Β. Βιτώρος[1], Ν. Αλεξίου[1], Α. Ιωάννου[1], Ε. Κοτίνα[1], Π. Κουρούτου[1], Α. Αξιώτη[1], Α. Μάκινα[1], Ε. Σκούρα[1], Μ. Κουπετώρη[1], Γ. Λιάπη[2], Σ. Πάλλα[3], Ε. Πολίτης[3], Σ. Συμπάρδη[1]

[1]Α΄Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Θριάσιο», [2]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο ΓΝ «Θριάσιο», [3]Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σύφιλη είναι σημαντική νόσος γιατί έχει παγκόσμια κατανομή και παρουσιάζει αυξητική τάση (αναφέρονται 10-12 εκατομμύρια νέες λοιμώξεις ανά έτος), διευκολύνει δε σημαντικά τη μετάδοση του HIV. *Η συγγενής σύφιλη παραμένει σημαντικό αίτιο νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως.* Οι κλινικές εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης αφορούν κυρίως εξάνθημα 2-8 εβδομάδες μετά το έλκος και σπάνια αναφέρονται εκδηλώσεις από τους νεφρούς.
ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ασθενούς με λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα, ολιγοαρθρίτιδα και λευκωματουρία εξελιχθείσα σε νεφρωσικό σύνδρομο, οφειλόμενα σε δευτερογόνο σύφιλη.
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής 60 ετών, ελληνικής καταγωγής, νοσηλεύτηκε λόγω διάχυτης ψηλαφητής πορφύρας, αρθρίτιδας δεξιάς ποδοκνημικής, μικροσκοπικής αιματουρίας και λευκωματουρίας, συμπτωματολογία που ξεκίνησε λίγες ημέρες πριν από την εισαγωγή στο Νοσοκομείο. Είχε προηγηθεί λήψη αντιβίωσης για θεραπεία λοίμωξης αναπνευστικού. Ατομικό αναμνηστικό: ετεροζυγωτία β-μεσογειακής αναιμίας, δυσανεξία στην ασπιρίνη, επεισόδιο προστατίτιδας και θεραπεία στο παρελθόν με κινολόνη. Αντικειμενική εξέταση: ψηλαφητή πορφύρα κορμού-άκρων, αρθρίτιδα δεξιάς ποδοκνημικής.Εργαστηριακός έλεγχος:αναιμία υπόχρωμη μικροκυτταρική (Hb:9,9gr/dl),WBC:12.800/μL, PLT: 177000/μL, INR: 0.99, δείκτες λοίμωξης χαμηλοί, νεφρική λειτουργία καλή, Ra-Test αρνητικό, C3: 115 mg/dl, C4: 24,3 mg/dl, IgG: 717 mg/dl (800-1700), IgA: 352 mg/dl (70-400), IgM: 57,5 mg/dl (40-235), IgE: 673 IU/ml (<100), Ολικά λευκώματα: 6,02 g/dl, Αλβουμίνες: 3,94 g/dl, Σφαιρίνες: 2,08 g/dl, Chol: 199 mg/dl, Tg: 242 mg/dl, HDL-Chol: 41 mg/dl, LDL-Chol: 110 mg/dl. Η γενική ούρων: SG: 1.007, λεύκωμα: +2, σπάνια πυοσφαίρια, λίγα ερυθρά. Λεύκωμα ούρων 24ώρου: 9,2 g/24h που επαληθεύθηκε και σε επόμενες μετρήσεις. Ορολογικός έλεγχος για HAV-HBV-HCV-HIV1/2 καθώς και έλεγχος για κρυοσφαιρίνες αρνητικός. Ιολογικός έλεγχος (Coxsackie A,B-Echo) και έλεγχος για Legionella, Mycoplasma αρνητικός. Ανοσολογικός έλεγχος (ANA,ANTI-ds DNA, P-ANCA, C-ANCA) αρνητικός. Η βιοψία δέρματος-μυός-αγγείου χωρίς ουσιώδεις μικροσκοπικές αλλοιώσεις. Οφθαλμολογική εξέταση και απεικονιστικός έλεγχος με ολόσωμη αξονική χωρίς παθολογία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η περαιτέρω διερεύνηση της πορφύρας ανέδειξε θετική(+)RPR, αντισώματα Trep.Pall: θετικό 29,69 (T<1) και θετικό επιβεβαιωτικό έλεγχο για δευτερογόνο σύφιλη: V.D.R.L.(++) ασθενώς θετική, Tr. Pallidum EIA (IgG): θετική, Tr. Pallidum EIA (IgM): θετική, T.P.P.A.: θετική, T.P.P.A.: dil: 1/1280. Ως θεραπεία για δευτερογόνο σύφιλη επιλέξαμε να χορηγήσουμε Δοξυκυκλίνη 100 mgx2 για 14 ημέρες (αποφεύγοντας να δώσουμε λακταμικό αντιμικροβιακό). Για την αντιμετώπιση του νεφρωσικού συνδρόμου χορηγήθηκαν κορτικοειδή με ύφεση της λευκωματουρίας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ–ΣΥΖΗΤΗΣΗ: 1) Εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης από τους νεφρούς είναι εξαιρετικά σπάνιες. 2) Το μεγάλο εύρος κλινικών εκδηλώσεων της όψιμης σύφιλης σημαίνει ότι θα πρέπει στη διαφορική διάγνωση να μπαίνει συχνότερα από ότι γίνεται συνήθως.

270. ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΟΥΡΑΧΟΥ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΟΜΦΑΛΙΤΙΔΑΣ

Ε. Μπεναρδής, Μ. Τσεπέλη, Χ. Βουγιουκλάκη, Μ. Μοσχολάκη, Π. Σφακιανάκη, Χ. Βαδάλα, Α. Σκουτέλης

Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ουραχός αποτελεί τον εμβρυϊκό πόρο που συνδέει την ουροδόχο κύστη με το ομφαλό. Στο δεύτερο τρίμηνο κύησης υποστρέφει και μετατρέπεται στο μέσο ομφαλοκυστικό σύνδεσμο. Ατελής υποστροφή οδηγεί σε πληθώρα νοσηρών καταστάσεων, από ασυμπτωματικές καλοήθειες, έως κακοήθειες. Το καρκίνωμα ουραχού είναι σπάνιο νόσημα, με επιθετικό χαρακτήρα και άτυπα κλινικά χαρακτηριστικά.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 62 ετών με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδους διαβήτου ΙΙ και βαλβιδοφόρο μόσχευμα ανιούσης αορτής, προσήλθε λόγω εμπυρέτου και κοιλιακής διάτασης από πενθημέρου.
Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε εικόνα φλεγμονής ομφαλού και ασκιτική συλλογή, με χαμηλό gradient αλβουμίνης και κυτταρολογική εξέταση αρνητική για κακοήθεια. Λόγω μη ανεύρεσης άλλης εστίας πυρετού, ο ασθενής αντιμετωπίσθηκε με χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής, ως επί ομφαλίτιδας.
Εξαιτίας εμμονής συμπτωματολογίας και επαπειλούμενης περίσφιξης, ακολούθησε χειρουργική αποκατάσταση της ομφαλοκήλης. Η ιστολογική εξέταση του αφαιρεθέντος υλικού κατέδειξε διήθηση από βλεννοπαραγωγό αδενοκαρκίνωμα, με πιθανή προέλευση το γαστρεντερικό σωλήνα ή τον ουραχό.
Προς αναζήτηση πρωτοπαθούς εστίας διενεργήθησαν: ενδοσκοπικός έλεγχος πετικού (αρνητικός), CT θώρακος/κοιλίας και PET-CT. Η τελευταία εντόπισε νεοπλασματικές περιτοναϊκές εμφυτεύσεις.
Λόγω μη εύρεσης πρωτοπαθούς εστίας στο πεπτικό, ετέθη η διάγνωση πρωτοπαθούς βλεννοπαραγωγού αδενοκαρκινώματος του ουραχού με περιτοναικές εμφυτεύσεις. Κατόπιν αυτού, παραπέμφθηκε σε ογκολογική κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η παρουσία εμμένουσας, παρά την αγωγή, ομφαλίτιδας πρέπει να θέτει στη διαφοροδιαγνωστική σκέψη το ενδεχόμενο υποκείμενου καρκινώματος ουραχού, το οποίο μπορεί να παρουσιασθεί με παρόμοια κλινική εικόνα. Είναι σημαντική η έγκαιρη διάγνωση της νόσου, ώστε η αντιμετώπιση να είναι αποτελεσματική.

271. ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Α. Ξυδάκη, Ι. Δούμας, Α. Παπαδάκη, Γ. Μητράκης, Ε. Σαρρής, Ε. Παππά, Α. Λαΐνά, Χ. Λούπα, Κ. Χριστόπουλος

ΓΝ Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ»

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτη των διαχρονικών τάσεων του επιπολασμού της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ) και της χορήγησης προφυλακτικής αντιθρομβωτικής αγωγής σε πληθυσμό παθολογικών ασθενών.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάσθηκαν αναδρομικά οι ψηφιακοί φάκελοι 767 διαδοχικών εισαγωγών (διάμεση ηλικία 77έτη, άρρενες:θήλεις=1:1,10) σε Παθολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου της Αττικής το έτος 2011 και μελετήθηκαν οι περιπτώσεις με γνωστή (μόνιμη, εμμένουσα ή παροξυσμική) ή νεοδιαγνωσθείσα ΚΜ. Τα επιδημιολογικά και θεραπευτικά δεδομένα συγκρίθηκαν με τα αντίστοιχα των νοσηλευθέντων στο ίδιο τμήμα την περίοδο 1997-2002 (5761 ασθενείς, διάμεση ηλικία 71 έτη, άρρενες:θήλεις=1:1,15). Ο έλεγχος της σημαντικότητας των διαφορών έγινε με Fisher's exact test.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα κύρια ευρήματα συνοψίζονται στον πίνακα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό των νοσηλευομένων παθολογικών ασθενών με ΚΜ έχει υπερδιπλασιασθεί την τελευταία δεκαετία. Αυτό μπορεί, τουλάχιστον εν μέρει, να αντανακλά αύξηση του επιπολασμού της ΚΜ στον γηράσκοντα πληθυσμό. Η συχνότητα χορήγησης προφυλακτικής αντιθρομβωτικής αγωγής και ιδιαίτερα κουμαρινικών αντιπηκτικών έχει επίσης αυξηθεί θεαματικά, χωρίς όμως να συνδυάζεται με ικανοποιητικά ποσοστά επίτευξης των θεραπευτικών στόχων INR.

272. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΕΡΠΗΣ ΖΩΣΤΗΡΑΣ ΜΕ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΙΕΡΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΡΡΩΣΤΟ

Μ. Καβουσανάκη, Ε. Θαλασσινός, Ε. Παπαδοκωστάκη, Μ. Φραγκάκη, Κ. Παπαδοσπυριδάκη, Κ. Μηλάκη, Ν. Λυδατάκη

ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλειο Πανάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο έρπης ζωστήρας αποτελεί μία οξεία, επώδυνη, φυσαλιδώδη δερματική βλάβη, με κατανομή δερμοτομίου, που οφείλεται σε αναζωπύρωση του ιού που προκαλεί και την ανευμευλογιά (Varicella Zoster virus). Συνήθης εντόπιση αποτελεί ο θώρακας/η οσφύ (50-60%) και η κεφαλή (10-20%), και συνηθέστερα προσβάλλονται ηλικιωμένα άτομα και ανοσοκατεσταλμένοι. Σπανιότερη εντόπιση αποτελεί το περίνεο, με επινέμεση των ιερών δερμοτομίων (5%). Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή σπάνιας περίπτωσης λοίμωξης από έρπητα ζωστήρα, κατανομής ιερού πλέγματος (I2-I3), με επίσχεση ούρων και γενικευμένη εκδήλωση φυσαλιδώδους εξανθήματος, σε ανοσοκατεσταλμένο άρρωστο.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 53 ετών, με ατομικό αναμνηστικό πολλαπλού μυελώματος, με προηγούμενη χημειοθεραπεία και αυτόλογη μεταμόσχευση πριν ένα χρόνο, υπό δισκία λεναλιδομίδης προσήλθε περιγράφοντας άλγος υπερηβικά, περιπρωκτικά και αδυναμία ούρησης. Διαπιστώθηκε υψηλός πυρετός και φυσαλιδώδες εξάνθημα περινεϊκά, στη μεσογλουτιαία σχισμή αριστερά, με ετερόπλευρη κατανομή ιερού πλέγματος (I2-I3), καθώς και επίσχεση ούρων. Κατά τη νοσηλεία της εμφάνισε διάσπαρτες, φυσαλιδώδεις δερματικές βλάβες στον κορμό και στο πρόσωπο. Αντιμετωπίστηκε ως συστηματική λοίμωξη από έρπητα ζωστήρα, σε ανοσοκατεσταλμένο ασθενή και έλαβε ενδοφλέβια ακυκλοβίρη. Από τον ορολογικό έλεγχο επιβεβαιώθηκε η αναζωπύρωση του ιού της ανεμευλογιάς, με θετικά τόσο IgG όσο και IgM αντισώματα. Η κυτταρολογική εξέταση (Tzanck smear) επιχρίσματος από την δερματική βλάβη ήταν επίσης θετική.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η επινέμεση ιερών δερμοτομίων είναι ασυνήθης (5%) αλλά συχνά (έως και 20%) ενέχει την συμπτωματολογία από το ουροποιητικό. Έχουν περιγραφεί περίπου 300 περιπτώσεις επιπλοκών από το ουροποιητικό σε ασθενείς με έρπητα ζωστήρα του περινέου. Η επίσχεση αποδίδεται σε απώλεια των αντανακλαστικών του εξωστήρα μυός της ουροδόχου κύστης και είναι παροδική (4-8 εβδομάδες).

273. ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ 9 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΑΠΟ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑ ΣΕ ΜΟΝΗΡΗ ΙΝΩΔΗ ΌΓΚΟ (ΜΙΟ) ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΗΠΑΡ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΝΕΦΡΟ

Ε. Κουκάκη[1], Δ. Λάλου[1], Α. Δημητρακοπούλου[2], Π. Αυγερινός[2]

[1]Φοιτήτρια ιατρικής ΕΚΠΑ, [2]Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ΜΙΟ είναι ένας σπάνιος όγκος ατρακτοειδών κυττάρων μεσεγχυματικής προέλευσης με μεταστατικό δυναμικό και συχνές υποτροπές. Η μηνιγγική του εντόπιση (μηνιγγικό αιμαγγειοπερικύττωμα) αποτελεί <2% των όγκων, σε αντίθεση με το κατά πολύ συχνότερο μηνιγγγίωμα. Παρουσιάζουμε εδώ έναν άνδρα 54 ετών διεγνωσμένο από 9ετίας με υποτροπιάζοντα μηνιγγιώματα, ο οποίος εμφάνισε όγκους σε νεφρό και ήπαρ με ιστολογική εικόνα που συνηγορεί υπέρ ΜΙΟ.
ΣΚΟΠΟΣ: Να καταδειχθεί ότι η κλινική εξέλιξη μιας χωροκατακτικής εξεργασίας μπορεί να οδηγήσει σε τροποποίηση της διάγνωσης δεδομένης της υπερκάλυψης που υπάρχει μεταξύ των ιστολογικών χαρακτηριστικών μηνιγγιώματος - ΜΙΟ.
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ: Πρόκειται για άνδρα 54 ετών που εισήχθη για την διερεύνηση όγκου του ήπατος διαμέτρου 7 εκατοστών. Στο ατομικό αναμνηστικό του περιλαμβάνει πολλαπλά υποτροπιάζοντα μηνιγγιώματα από 9ετίας για τα οποία υπεβλήθη σε νευροχειρουργικές επεμβάσεις. Το 2012 ανευρέθη και αφαιρέθηκε οπισθοπεριτοναϊκός όγκος παρά τον κάτω πόλο του αριστερού νεφρού. Παθολογοανατομικά συζητήθηκε το ενδεχόμενο μηνιγγικού αιμαγγειοπερικυττώματος (ΜΙΟ) πλην λόγω του ιστορικού η τελική διάγνωση ήταν μεταστατικό μηνιγγίωμα. Η Ιστολογική εξέταση της βιοψίας ήπατος και η επανεκτίμηση της βιοψίας νεφρού ήταν συνηγορητική υπέρ. Βάσει αυτών των δεδομένων τέθηκε υπό αμφισβήτηση η αρχική διάγνωση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πιθανή διάγνωση ΜΙΟ υποστηρίζεται από τα εξής: 1) Επαναλαμβανόμενες υποτροπές του ενδοκρανιακού όγκου και την παρουσία εξωκρανιακών μεταστάσεων. 2) Την σπανιότητα των εξωκρανιακών μεταστάσεων από μηνιγγίωμα 3) Την ανάπτυξη μετεγχειρητικού αιματώματος μετά την πρώτη νευροχειρουργική επέμβαση 4) Τη συνηγορητική έκθεση των βιοψιών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το περιστατικό αυτό καταδεικνύει τον συμπληρωματικό ρόλο που έχει η κλινική εξέλιξη μιας νεοπλασίας στον χρυσό κανόνα της διάγνωσης που είναι η ιστολογική εξέταση.

274. ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ν. Σκληρός[1,3], Ε. Μπεναρδής[1,3], Ε. Γαλανίδη[1,3], Δ. Δόβας[1,3], Χ. Βαδάλα[1,3], Δ. Λοβέρδος[1,3], Α. Σκουτέλης[1,3]

[1]ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Πολυκλινική, [3]Οφθαλμιατρείο

Ο πυρετός σε αιμοκαθαιρόμενους είναι κυρίως λοιμώδους αιτιολογίας ενώ σπανιότερα οφείλεται σε αλλεργικές αντιδράσεις στα υλικά της αιμοκάθαρσης καθώς και σε λεμφώματα ή άλλες κακοήθειες.
ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ασυνήθιστης περίπτωσης FUO σε αιμοκαθαιρόμενη ηλικιωμένη ασθενή που οφείλεται σε νεοδιαγνωσθέντα Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής 71 ετών, αιμοκαθαιρόμενη από διετίας λόγω πολυκυστικής νόσου νεφρών, εισήχθη στο Νοσοκομείο λόγω καθημερινού πυρετού έως 38,5ºC, από διμήνου τουλάχιστον χωρίς ιδιαίτερα συνοδά ενοχλήματα. Προ διετίας περιγράφονταν νοσηλεία δύο μηνών λόγω εμπυρέτου αδιευκρίνιστης αιτιολογίας που υποχώρησε αφ' εαυτού. Κλινικά παρατηρήθηκε εικόνα φλεγμονής αριστερού άνω άκρου κοντά σε fistula αιμοκάθαρσης με παρουσία αποστήματος. Παρακλινικός έλεγχος: χαμηλά λευκά (4.500/μL) και CRP (2-9mg/dl), αρνητικές αιμοκαλλιέργιες και φυσιολογικά διαθωρακικά και διοισοφάγεια υπερηχογραφήματα καρδιάς.
Χορηγήθηκε αγωγή για κοινά μικρόβια με υποχώρηση του αποστήματος, αλλά παραμονή του πυρετού. Ακολούθησε ορολογικός έλεγχος για λοιμώξεις, αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλιάς, σπινθηρογράφημα με γάλιο, PET scan, Mantoux, που ήταν αρνητικά καθώς και έλεγχος για ΤΒ από γαστρικό, πτύελα και ούρα: άμεσα παρασκευάσματα αρνητικά.
Στη διάρκεια της νοσηλείας της, ανέπτυξε επίσης παγκυτταροπενία και ακολούθησε οστεομυελική βιοψία: δυσπλαστικού / τοξικού τύπου αλλοιώσεις. Παρουσίασε επίσης ενεργό οίζημα ούρων και επώδυνα υποδόρια οζίδια αριστεράς γαστροκνημίας και αιμορραγικού τύπου εξανθήματα κάτω άκρων. Βιοψία δέρματος: εικόνα αποδραμούσας αγγειΐτιδας ή εν τω βάθει Σ.Ε.Λ. Έγινε επανάληψη CT θώρακος (25 ημέρες μετά την πρώτη): πλευριτικές και περικαρδιακές συλλογές που δεν προϋπήρχαν, απουσία ουραιμιάς, ANA > 1:640.
Με τα δεδομένα αυτά τέθηκε η διάγνωση συστηματικού ερυθηματώδους λύκους όψιμης έναρξης και χορηγήθηκε πρεδνιζολόνη 30mg/μέρα με ακόλουθη πτώση του εμπυρέτου, υποχώρηση της πολυορογονίτιδας και αποκατάσταση της αιματολογικής της εικόνας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Παρ΄ ότι ο πυρετός σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς οφείλεται συνήθως σε λοιμώξη αίτια, ο έλεγχος θα πρέπει να επεκτείνεται και σε άλλα νοσήματα, εφ΄όσον η διάγνωση και η ανταπόκριση στην εμπειρική θεραπεία δεν ικανοποιούν.

275. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΓΚΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΨΕΥΔΟΟΓΚΟΣ

Χ. Τότσικας[1], Μ. Μοσχολάκη[1], Π. Σφακιανάκη[1], Α. Ταβερναράκη[2], Χ. Ζήσης[3], Χ. Βουρλάκου[4], Χ. Βαδάλα[1], Π. Αυγερινός[1], Α. Σκουτέλης[1]

[1]Ε΄Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [3]Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός, [4]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι φλεγμονώδεις ψευδοόγκοι του πνεύμονα αποτελούν σπάνια νοσολογική οντότητα αδιευκρίστης αιτιολογίας. Αποτελεί αντικείμενο διχογνωμιών το αν εκπροσωπούν φλεγμονώδη βλάβη που χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτο κυτταρικό πολλαπλασιασμό ή πραγματικά νεοπλάσματα.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Παρουσιάζουμε άνδρα 42 ετών, καυκάσιας φυλής, μη καπνιστή, ο οποίος προσήλθε λόγω εμπυρέτου και κεφαλαλγίας από δύο εβδομάδων. Τα συμπτώματα παρέμειναν παρά τη λήψη εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρονται υποτροπιάζοντα επεισόδια παραρρινοκολπίτιδας. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στη δεξιά πνευμονική βάση. Εργαστηριακά ανεδείχθει λευκοκυττάρωση, με αυξημένους δείκτες φλεγμονής (CRP, ΤΚΕ) και συνοδό αύξηση των χολοστατικών ενζύμων. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε συμπαγή χωροκατακτητική εξεργασία (ΧΚΕ), διαστάσεων 6 Χ 5 cm στο δεξιό κάτω λοβό με κατά τόπους νεκρώσεις η οποία έδινε την εντύπωση ότι διηθούσε το τοίχωμα της κάτω κοίλης φλέβας. Οριακά διογκωμένοι λεμφαδένες παρατηρήθηκαν παραοισοφαγικά και υποτροπιδικά. Από τον λοιπό απεικονιστικό έλεγχο δεν ανευρέθηκαν μεταστατικές εστίες. Διενεργήθη βρογχοσκόπιση η οποία δεν ανέδειξε ενδοβρογχική βλάβη.
Ο ασθενής υπεβλήθη σε λοβεκτομή του δεξιού κατώτερου λοβού η ιστολογική εξέταση του οποίου ανέδειξε φλεγμονώδη στοιχεία, συμβατά με τη διάγνωση του φλεγμονώδους ψευδοόγκου.
Ο ασθενής άμεσα μετεγχειρητικά παρουσίασε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση με ύφεση του πυρετού και πτώση των δεικτών φλεγμονής.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι φλεγμονώδεις ψευδοόγκοι του πνεύμονα αποτελούν διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση. Παρά τη χαμηλή τους συχνότητα θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση ΧΚΕ του πνεύμονα και μάλιστα όταν συνοδεύονται από πυρετό αγνώστου αιτιολογίας. Η πλήρης εξαίρεσή τους θέτει τη διάγνωση, αποτελεί θεραπευτική μέθοδο εκλογής κι εμποδίζει τις υποτροπές.

276. ΣΗΠΤΙΚΗ ΠΥΛΑΙΟΦΛΕΒΙΤΙΣ ΕΠΙ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑΣ ΑΠΟ FUSOBACTERIUM NUCLEATUM

Κ. Τσιλίμη, Γ. Λαμπρινούδης, Α. Ελαφρός, Λ. Μούργος, Α. Τουλιάτου

Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ.Γεννηματάς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σηπτική θρόμβωση της πυλαίας φλέβας είναι συνήθως απότοκος ενδοκοιλιακής φλεγμονής, εντοπισμένης σε περιοχή παροχετευόμενη από την πυλαία κυκλοφορία, όπως σκωληκοειδίτιδος, εκκολπωματίτιδος, λοιμώξεων χοληφόρων. Ενίοτε, πρωτοπαθής εστία φλεγμονής δεν ανευρίσκεται. Υπάρχουν πολλές βιβλιογραφικές αναφορές περιπτώσεων σηπτικής θρόμβωσης της πυλαίας σχετιζόμενες με μικροβιαιμία από *Bacteroides fragilis* και*Fusobacterium necrophorum*. Η θρομβογόνος ικανότητα του τελευταίου είναι γνωστή από το 1936, όταν ο Lemierre περιέγραψε την πρώτη περίπτωση σηπτικής θρομβοφλεβίτιδος της έσω σφαγίτιδος σε ασθενή με στοματοφαρυγγική λοίμωξη.
ΣΚΟΠΟΣ η περιγραφή περίπτωσης σηπτικής πυλαιοφλεβίτιδος επί μικροβιαιμίας από *Fusobacterium nucleatum*.
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ: Ασθενής, άρρεν 68 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου εισήχθη λόγω εμπυρέτου με ρίγος έως 39ºC, από εβδομάδος. Από την κλινική εξέταση προέκυψε ευαισθησία κατά την ψηλάφηση δεξιού υποχονδρίου. Εργαστηριακά ευρήματα: Αυξημένες τιμές δεικτών φλεγμονής, 2 θετικές καλλιέργειες αίματος για *Fusobacterium nucleatum*, χωρίς να ανευρεθεί πύλη εισόδου. Απεικονιστικός έλεγχος: θρόμβωση δεξιού κλάδου πυλαίας φλέβας. Έλεγχος θρομβοφιλίας διενεργηθείς προ της ενάρξεως αντιπηκτικής αγωγής: αρνητικός. Ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με μεροπενέμη και μετρονιδαζόλη για 3 εβδομάδες και ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους σε θεραπευτική δόση, με κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Λόγω αναφερομένων κενώσεων με πρόσμειξη αίματος πραγματοποιήθηκε κολονοσκόπηση, όπου διαπιστώθηκαν πολύποδες κατιόντος και ορθού, από τις βιοψίες των οποίων δεν ανευρέθησαν στοιχεία κακοήθειας. Επανέλεγχος με Doppler του σπληνοπυλαίου άξονα 6 μήνες μετά, έδειξε επαναστραγγοποίηση της πυλαίας και η αντιπηκτική αγωγή διεκόπη.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σε περιπτώσεις μικροβιαιμίας από *Fusobacterium nucleatum* θα πρέπει να γίνεται έλεγχος με Doppler της πυλαίας φλέβας, ώστε σε περίπτωση ανάδειξης θρομβώσεως να τίθεται εγκαίρως αντιπηκτική αγωγή προς μείωση της πιθανότητας ανάπτυξης προηπατικής πυλαίας υπέρτασης.
ΣΧΟΛΙΟ: Υπάρχουν μεμονωμένες αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία ανεύρεσης *F.nucleatum* σε βιοψιακό υλικό από καρκίνο παχέος εντέρου. Ωστόσο δεν έχει αποδειχθεί αν πρόκειται για ευκαιριακή λοίμωξη ή εάν το συγκεκριμένο βακτηρίδιο εκτός από θρομβογόνο έχει και ογκογόνο δραστηριότητα.

277. ΣΥΝΔΡΟΜΟ MOLLARET: ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΑΣΗΠΤΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Παπαδοκωστάκη, Ε. Θαλασσινός, Μ. Καβουσανάκη, Κ. Μηλάκη, Κ. Παπαδοσπυριδάκη, Μ. Φραγκάκη, Ν. Λυδατάκη

Β΄ Παθολογική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο- Πανάνειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μηνιγγίτιδα Mollaret αποτελεί μια σπάνια μορφή μηνιγγίτιδας η οποία χαρακτηρίζεται από ήπια, αυτοπεριοριζόμενα υποτροπιάζοντα επεισόδια άσηπτης μηνιγγίτιδας. Η αιτιολογία της παρέμενε άγνωστη για πολλά χρόνια από τότε που περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Mollaret το 1944. Σήμερα με τη δυνατότητα ανίχνευσης ιών με PCR στο ΕΝΥ, έχει διαπιστωθεί ότι ο συχνότερος αιτιολογικός παράγοντας της μηνιγγίτιδας Mollaret είναι ο ιός του απλού έρπητα τύπου 2 (HSV 2).
ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περίπτωσης συνδρόμου Mollaret σε μια γυναίκα που νοσηλεύτηκε για το 12ο επεισόδιο άσηπτης μηνιγγίτιδας σε μια χρονική περίοδο 13 ετών.
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 39 ετών προσήλθε λόγω κεφαλαλγίας και φωτοφοβίας από ωρών. Από το ιστορικό της ανέφερε 11 επεισόδια άσηπτης μηνιγγίτιδας σε διάστημα 13 ετών τα οποία σχετίζονταν με προηγηθείσα έκθυση έρπητα γεννητικών οργάνων και που όλα χρειάστηκαν νοσοκομειακή νοσηλεία. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε αυχενική δυσκαμψία και θετικά σημεία Kerning και Brudzinski. Η ασθενής παρουσίαζε άριστο επίπεδο συνείδησης, χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία. Η CT εγκεφάλου ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Έγινε ΟΝΠ που ανέδειξε 195 κύτταρα /κκχ, 42% λεμφοκύτταρα, γλυκόζη 46 mg/dl, ολικές πρωτεΐνες 105 mg/dl. Η χρώση gram ήταν αρνητική και η καλλιέργεια του ΕΝΥ στείρα. Στο ΕΝΥ ανιχνεύτηκε DNA του ιού HSV2 με PCR. Η ασθενής έλαβε θεραπευτικά ακυκλοβίρη για συνολικά 14 μέρες με πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων της.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η μηνιγγίτιδα Mollaret αποτελεί σπάνια μορφή μηνιγγίτιδας. Ωστόσο θα πρέπει να τίθεται υποψία σε κάθε ασθενή με υποτροπιάζοντα επεισόδια άσηπτης μηνιγγίτιδας.

278. ΣΟΒΑΡΗ ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗΣ ΕΠΙ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ: ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Δ. Λεμπιδάκης, Ε. Θαλασσινός, Μ. Βασιλάκη, Α. Κουφόγιαννη, Ν. Βασιλάκη, Ν. Γρύλλου, Μ. Μπαχλιτζανάκη, Ε. Κυριακάκης

ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλειο-Πανάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η μετφορμίνη αποτελεί το συχνότερα χρησιμοποιούμενο φάρμακο στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η γαλακτική οξέωση που είναι η σοβαρότερη ανεπιθύμητη ενέργεια σπανίως εκδηλώνεται. Ωστόσο, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, παρά τη βαρύτητα της οξέωσης η έκβαση είναι γενικά καλύτερη συγκριτικά με γαλακτικές οξεώσεις άλλης αιτίας. Παρουσιάζεται κλινικό περιστατικό ασθενούς υπό αγωγή με μετφορμίνη, ο οποίος εμφάνισε σοβαρή γαλακτική οξέωση σε έδαφος οξείας νεφρικής βλάβης.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 70 ετών προσήλθε λόγω δύσπνοιας, ταχύπνοιας και εμέτων από ωρών. Από το ιστορικό του αναφέρονται αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 υπό μετφορμίνη, δυσλιπιδαιμία, χειρουργηθέντα θηλώματα ουροδόχου κύστεως. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ταχύπνοια και εικόνα επίσχεσης ούρων (περιεχόμενο 1700 κ.εκ). Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκαν Cre: 5.23 mg/dl, Urea: 165 mg/dl, K+: 6.8 mmol/l, pH: 6.90, pO_2: 116 mm Hg, pCO_2: 20 mm Hg, HCO3: 3.8, Lac:17.3 mmol/l. Σύντομα ο ασθενής εμφάνισε αιμοδυναμική αστάθεια, παρά την χορήγηση κρυσταλλοειδών και υποστηρίχτηκε με αγγειοσυσπαστικά. Παράλληλα χορηγήθηκαν διττανθρακικά και εμπειρική αντιβιοτική αγωγή. Η οξέωση αποκαταστάθηκε εντός εικοσιτετραώρου, ενώ επετεύχθη και απογαλακτισμός από τα αγγειοσυσπαστικά. Ο ασθενής εξήλθε την τέταρτη ημέρα με φυσιολογική νεφρική λειτουργία, φέροντας ουροκαθετήρα με προγραμματισμό για ουρολογικής επανεκτίμησης. Τα αντιδιαβητικά δισκία αντικαταστάθηκαν με ινσουλίνη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η γαλακτική οξέωση από μετφορμίνη αποτελεί μια σοβαρή, δυνητικά απειλητική για τη ζωή διαταραχή. Η στενή συσχέτιση της εμφάνισης της με οξεία νεφρική βλάβη κάνει απαραίτητη την αξιολόγηση από τον κλινικό ιατρό της πιθανότητας εμφάνισης αυτής στους διαβητικούς ασθενείς.

279. ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΕΡΥΘΗΜΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΟ ΑΠΟ ΜΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ

Μ. Σμιάρη[1], Χ. Λυρτζής[2]

[1]Δερματολόγος, Κιλκίς, [2]Ορθοπαιδικός, Κιλκίς

ΣΚΟΠΟΣ: Το πολύμορφο ερύθημα είναι μία οξεία δερματοπάθεια η οποία μπορεί να παρατηρηθεί σε ασθενείς όλων των ηλικιών, αλλά είναι συχνότερη στους έφηβους και στους νεαρούς ενήλικες. Έχει θεωρηθεί σαν μία μορφή αντίδρασης σε διάφορους παράγοντες. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης πολύμορφου ερυθήματος με πολλαπλές εντοπίσεις μετά από λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονώδων.
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα 35 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, ξαφνικά εμφάνιζε δερματικές βλάβες, εμμένουσες ερυθρές βλατίδες και μικρές πλάκες με τη μορφή στόχου, οι οποίες ήταν κνησμώδεις το τελευταίο εξάμηνο, μετά από επεισόδια άλγους. Εμφανιζόταν συγχρόνως στις παλάμες, στο κάτω χείλος και στην πλάγια θωρακική χώρα. Το μέγεθός τους δεν ξεπερνούσε τα 2 εκατοστά. Ο γεννητικός βλεννογόνος εμφάνιζε εξάνθημα τη δεύτερη ημέρα. Οι βλάβες ήταν σαφώς περιγεγραμμένες και τα όρια τους ήταν ερυθηματώδη σε σύγκριση με το κέντρο της. Η ασθενής ήταν απύρετη και βρέθηκαν φυσιολογικά ευρήματα στον εργαστηριακό και ακτινολογικό έλεγχο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού, αποκαλύφθηκε η λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών για την αντιμετώπιση επεισοδίων άλγους πριν την εμφάνιση του εξανθήματος. Το εξάνθημα εξαφανίστηκε σταδιακά, καθώς διεκόπη η λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών. Η ασθενής δεν έλαβε καμία θεραπεία. Τα τελευταία τρία χρόνια η ασθενής είναι ελεύθερη συμπτωμάτων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το πολύμορφο ερύθημα είναι ένα αυτοπεριοριζόμενο εξάνθημα δίκην στόχου το οποίο έχει συνδυαστεί με πολλούς παράγοντες ή είναι ιδιοπαθές. Η λήψη των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών και η άμεση εμφάνιση του πολύμορφου ερυθήματος, καθώς και η μη εμφάνιση του μετά από τη διακοπή τους, αποδεικνύει ότι είναι ένας επαγωγικός παράγοντας του πολύμορφου ερυθήματος.

280. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΥΡΟΣΙΝΙΚΗΣ ΚΙΝΑΣΗΣ ΣΕ ΝΕΥΡΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΑ

Κ. Χατζηαγαπίου[1], Μ. Μπραουδάκη[1], Γ. Λάμπρου[1], Φ. Τσορτέκη[2], Φ. Τζωρτζάτου-Σταθοπούλου[1], Κ. Μπεθάνης[2], Β. Γέμου-Engesaeth[1]

[1]Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Μονάδα Αιματολογίας/Ογκολογίας, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», [2]Εργαστήριο Φυσικής, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ:Η παρούσα μελέτη έχει στόχο τη διερεύνηση της δραστικότητας του Gefitinib (αναστολέας τυροσινικής κινάσης) σε κυτταρικές σειρές νευροβλαστώματος.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν κυτταρικές σειρές νευροβλαστώματος [SH-SY5Y, BE(2)M17] που υπερεκφράζουν τον υποδοχέα του επιδερμιδικού αυξητικού παράγοντα (EGFR). Η κυτταροτοξικότητα σε διαφορετικές συγκεντρώσεις Gefitinib εκτιμήθηκε με τη χρωματομετρική μέθοδο κυανούν alamar, όπου η ρεσαζουρίνη, το ενεργό συστατικό του κυανούν alamar, στο ενδοκυττάριο περιβάλλον ανάγεται σε ρεσορουφίνη, αποτελώντας ποσοτικό δείκτη μεταβολικά ενεργών κυττάρων. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν με τη χρωματομετρική μέθοδο MTT, σύμφωνα με την ελάττωση του άλατος MTT σε κρυστάλλους φορμαζάνης. Η μετατροπή πραγματοποιείται στα μιτοχόνδρια, παρουσία της NAD(P)H-οξειρεδουκτάσης, αντανακλώντας τα ζώντα κύτταρα. Η φωσφορυλίωση του EGFR εκτιμήθηκε με την ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA. Το Gefitinib προσετέθη σε υδατικό διάλυμα κυκλοδεξτρινών (DIMEB-TRIMEB) μέχρι το σχηματισμό κρυστάλλων και η τρισδιάστατη δομή τους προσδιορίσθηκε με περιθλασίμετρο ακτίνων Χ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αύξηση της συγκέντρωσης του Gefitinib οδήγησε σε προοδευτική ελάττωση αναγωγής της ρεσαζουρίνης σε ρεσορουφίνη, εξαιτίας μείωσης των ζώντων κυττάρων. Τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν με τη μέθοδο MTT. Με την ELISA παρατηρήθηκε προοδευτική μείωση της αυτοφωσφορυλίωσης στην τυροσίνη Y1068 του EGFR, καθώς αυξανόταν η συγκέντρωση του Gefitinib. Η κρυσταλλογραφική μελέτη επιβεβαίωσε το σχηματισμό συμπλόκου DIMEB-TRIMEB/Gefitinib, με την ανάδειξη βελονοειδών και ραβδόμορφων/πρισματικών κρυστάλλων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το Gefitinib ενδεχομένως να έχει κυτταροτοξική δράση σε νευροβλαστώματα, καθώς η αναστολή της αυτοφωσφορυλίωσης και επομένως της ενεργοποίησης του EGFR συνέπιπταν με την αναστολή του κυτταρικού πολλαπλασιασμού. Ο σχηματισμός συμπλόκων DIMEB/TRIMEB/Gefitinib, βελτίωσε την υδατοδιαλυτότητα και βιοδιαθεσιμότητα του φαρμάκου, ενισχύοντας την κυτταροτοξική του δράση σε χαμηλότερες συγκεντρώσεις. Συνεπώς, το Gefitinib αποτελεί δυνητική εξατομικευμένη θεραπευτική επιλογή με υψηλότερη αποτελεσματικότητα και λιγότερες παρενέργειες στα νευροβλαστώματα.

281. ΑΠΟΥΣΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΟΓΚΟΥ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Ι. Κωστάκης[1], Α. Καμπούρη[2], Μ. Αγγελίδου[2], Σ. Γαρδίκης[2], Γ. Βάος[2]

[1]Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα, [2]Παιδοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Ιατρική Σχολή, Αλεξανδρούπολη

ΣΚΟΠΟΣ: Μεταβολές στο μέσο όγκο των αιμοπεταλίων έχουν παρατηρηθεί σε διάφορες φλεγμονώδεις παθήσεις. Στόχος μας είναι η διερεύνηση της πιθανής μεταβολής τους και στην οξεία σκωληκοειδίτιδα των παιδιών.
ΥΛΙΚΟ: Συλλέξαμε αναδρομικά τα δεδομένα από τη γενική εξέταση αίματος 171 παιδιών (109 αγόρια και 62 κορίτσια) με ιστολογικά τεκμηριωμένη οξεία σκωληκοειδίτιδα, εκ των οποίων τα 89 είχαν επιπλεγμένη σκωληκοειδίτιδα (πυώδη ή γαγραινώδη), κατά την προσέλευσή τους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης στο διάστημα μεταξύ Φεβρουαρίου 2006 και Νοεμβρίου 2013. Παράλληλα, συλλέξαμε τα δεδομένα από τη γενική αίματος 30 υγιών παιδιών (16 αγόρια και 14 κορίτσια). Συγκρίναμε τις τιμές του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων, του αριθμού και του ποσοστού των ουδετεροφίλων, του αριθμού των αιμοπεταλίων και του μέσου όγκου τους μεταξύ ασθενών και υγιών, συνολικά και για κάθε φύλο ξεχωριστά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με οξεία σκωληκοειδίτιδα είχαν υψηλότερες τιμές αριθμού λευκών αιμοσφαιρίων και αριθμού και ποσοστού ουδετεροφίλων συγκριτικά με τους υγιείς, ενώ δεν διέφεραν όσο αφορά τον αριθμό των αιμοπεταλίων και το μέσο όγκο τους. Επίσης, οι περιπτώσεις με επιπλεγμένη σκωληκοειδίτιδα δεν διέφεραν σημαντικά από τις υπόλοιπες όσο αφορά τον αριθμό των αιμοπεταλίων και το μέσο όγκο τους. Τα ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν όταν μελετήσαμε τα αγόρια και τα κορίτσια ξεχωριστά.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο μέσος όγκος των αιμοπεταλίων δεν φαίνεται να χρησιμεύει ως διαγνωστικός δείκτης της οξείας σκωληκοειδίτιδας στα παιδιά.

282. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΒΡΕΦΙΚΩΝ ΚΟΛΙΚΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Ε. Καϊάφα, Γ. Καφαλίδης, Α. Κάραλη, Δ. Καρακαϊδός, Θ. Ξενοπούλου, Σ. Γεωργά, Θ. Βλάχου

Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

Οι βρεφικοί κολικοί πρώτου τριμήνου είναι μια διαδεδομένη και οδυνηρή κατάσταση. Η συχνότητα εμφάνισης τους είναι 5-20%.
ΣΚΟΠΟΣ: Ο στόχος μας ήταν να αξιολογηθεί η συχνότητα και η σοβαρότητα των βρεφικών κολικών στα θηλάζοντα βρέφη και τα βρέφη που πίνουν ξένο γάλα, αν έλαβαν υποστηρικτική αγωγή και τέλος το ποσοστό που χρειάστηκε για κάποιο λόγο να πάρει ειδικό γάλα.
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 138 παιδιά. Καταγράφθηκαν τα παιδιά που θήλαζαν, η διάρκεια θηλασμού, αν παρουσίασαν βρεφικούς κολικούς, οι ένταση των συμπτωμάτων, αν έλαβαν αγωγή και τέλος αν χρειάστηκε να πιούν ειδικό γάλα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Η 58 (36,7%) μητέρες αναφέρουν κολικούς στα παιδιά τους, η 21 (36,2%) τις χαρακτηρίζουν έντονους, 21 (36,2%) μέτριους και 16 (27,6%) ήπιους. Αποκλειστικό μητρικό θηλασμό >2 μήνες είχαν 14 (24,1%), η 28 (48,3%) γέννησαν με Κ.Τ. και 30 (51,7%) με Φ.Τ. Από της 80 μητέρες που δεν αναφέρουν κολικούς στα παιδιά τους, τα 36 (45%) θήλασαν αποκλειστικά > 2 μήνες, τα 35 (43,8%) γεννήθηκαν με Κ.Τ. ενώ οι 45 (56,2%) με Φ.Τ.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι ο μητρικός θηλασμός έχει επίδραση στη μείωση των βρεφικών κολικών. Φαίνεται ότι έχει συσχέτιση και το είδος του τοκετού.

283. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΟΡΦΥΡΑΣ HENOCH SCHÖNLEIN ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Β. Ζούβελου, Γ. Καφαλίδης, Δ. Καρακαϊδος, Π. Ζώση, Θ. Ξενοπούλου, Θ. Βλάχου, Λ. Κανάρης

Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Νήπιο θήλυ 4 ετών, παρουσιάστηκε στα εξωτερικά ιατρεία με παροξυσμικό, μη παραγωγικό βήχα από δύο εβδομάδων και συνοδό εμπύρετο από 48 h χωρίς συνοδό ρίγος. Η μέγιστη θερμοκρασία που καταγράφηκε ήταν 39,9^{0}C. Μετά το πέρας της κλινικής εξέτασης και του εργαστηριακού έλεγχου τέθηκε η διάγνωση της λοβώδους πνευμονίας και η ασθενής αντιμετωπίστηκε με την ενδεδειγμένη ενδοφλέβια εμπειρική αγωγή για την ηλικία της (i.v πενικιλλίνη 100.000 IU/Kg). Κατά το τρίτο εικοσιτετράωρο νοσηλείας και ενώ η ασθενής παρέμενε σε εμπύρετο κατάσταση εμφάνισε κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα στην αριστερή πηχεοκαρπική άρθρωση, μη κνησμώδες, το οποίο ταχέως επεκτάθηκε σε όλη την επιφάνεια του σώματος με κύρια εντόπιση στη γλουτιαία χώρα. Ταυτόχρονα παρουσίασε διάχυτο κωλικοειδές κοιλιακό άλγος συνοδευόμενο με θετική Mayer κοπράνων και παρουσία λευκώματος στη γενική ούρων. Καθόσον συμπλήρωνε τα κριτήρια της (EULAR)και της (PReS) του 2006, τέθηκε η διάγνωση της πορφύρας Henoch Schönlein. Κατά την προσπάθεια προσδιορισμού του αιτίου, πέραν ενός δείγματος εντόμου στην αριστερή προωτιαία χώρα (προ εβδομάδας), δεν έγινε εφικτό να ταυτοποιηθεί με ανοσολογικό έλεγχο κάποιος από τους συνήθεις μικροβιολογικούς παράγοντες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το παραπάνω περιστατικό παρουσιάζει κλινικό ενδιαφέρον εξαιτίας της σχεδόν σύγχρονης εμφάνισης και των δυο κλινικών οντοτήτων.

284. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΣΤΟ ΓΝ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΤΟ ΕΤΟΣ 2013

J. Joanidhi, Α. Σαλίχου, Ν. Παράσχου, Μ. Γαρυφάλλου, Α. Μακρυγιάννη, Δ. Καβάκος, Π. Ταβλαντάς

Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο τοκετός με καισαρική τομή άρχισε να εφαρμόζεται σε ζωντανή γυναίκα το 17^{ο} αιώνα. Η πρώτη καισαρική τομή στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε στο θεραπευτήριο «Κυριακίδου» το 1893 από τον Χατζηγιάννη και δημοσιεύτηκε την ίδια χρονιά στο περιοδικό «Γαληνός».
ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης μας η καταγραφή των τοκετών με καισαρική τομή που πραγματοποιήθησαν το έτος 2013 στο ΓΝΚ. Η σύγκρισή τους με άλλα στατιστικά στοιχεία διεθνή και ελληνικά και η πιθανή σχέση τους με τις διακομιδές σε ποσοστό των νεογέννητων.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από το μητρώο νεογνών της παιδιατρικής κλινικής. Καταγράψαμε τους τοκετούς, την καταγωγή των μητέρων, το φύλο και την αιτία των διακομιδών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά το έτος 2013 πραγματοποιήθηκαν 317 τοκετοί εκ των οποίων 107 ήταν φυσιολογικοί (33,75%) και 210 καισαρικές τομές (66,25%), πολύ περισσότερες από τα διεθνή δεδομένα. Πραγματοποιήθηκαν 32 διακομιδές. Οι αιτίες διακομιδών φαίνονται στον πίνακα 1. Η πιο συχνή αιτία διακομιδής είναι η αναπνευστική δυσχέρεια (35,4%). Στον πίνακα 2 παρατίθονται οι αιτίες πραγματοποίησης καισαρικών τομών, εκ των οποίων η συχνότερη είναι η προηγηθείσα καισαρική τομή (30%). Περισσότερες καισαρικές τομές παρατηρούνται τους μήνες Ιούλιο και Δεκέμβριο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό των τοκετών με καισαρική τομή στο νοσοκομείο μας είναι πολύ μεγαλύτερο από τα διεθνή δεδομένα και συνδέεται με το ποσοστό των διακομιδών. Σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των παιδιών που γεννήθησαν με καισαρική τομή διακομίστησαν σε μονάδα νεογνών. Στην Ελλάδα αναφέρεται ότι κάθε 100.000 γεννήσεις οι 40.000 γίνονται με καισαρική τομή. Ο ΠΟΥ αναφέρει αναγκαιότητα καισαρικών τομών στο 15% των γεννήσεων και στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα 25% των γεννήσεων.

Πίνακας 1. Αίτια διακομιδών

2013	Αναπνευστική δυσχέρεια	Προωρότητα	Ίκτερος	Πιθανή Λοίμωξη	Καρδιολογικά σημεία	Άπνοιες	Αιμορραγία ΟΛ
Ιανουάριος Φεβρουάριος	1	1	1				
Μάρτιος Απρίλιος Μάϊος	1 2	1 	 1	1 	 2		
Ιούνιος Ιούλιος Αύγουστος	 2 	 1	 1 	 1 			 1
Σεπτέμβριος Οκτώβριος Νοέμβριος	 3 1	2 2 	1 				
Δεκέμβριος	1	2		1		1	
Σύνολο	11	9	4	4	2	1	1
Συχνότητες	34,38%	28,13%	12,50%	12,50%	6,25%	3,13%	3,13%

285. Η ΑΠΛΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΚΑΙ Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Καναβούρα, Γ. Καφαλίδης, Π. Ζώση, Δ. Καρακαϊδός, Σ. Γεωργα, Λ. Κανάρης, Θ. Βλάχου

Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Αγόρι ηλικίας 11 ετών παραπέμπεται στα εξωτερικά ιατρεία της Παιδιατρικής Κλινικής του ΓΝ Νίκαιας από τον ιατρό της κατασκήνωσης λόγω επίμονου βήχα και εμέτων μετά από αυτόν. Η παρούσα νόσος αρχίζει περίπου 10 ημέρες πριν την εισαγωγή με παραγωγικό βήχα χωρίς εμπύρετο.
Κατά την προσέλευσή του το παιδί ήταν σε καλή γενική κατάσταση, χωρίς σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας και από την ακρόαση των πνευμόνων διαπιστώθηκε καλή είσοδος αέρα άμφω και ήπιος εκπνευστικός συριγμός στα άνω πνευμονικά πεδία. Επιπλέον, διαπιστώθηκε εμπύρετο θ: 39° C.
Έγινε ακτινογραφία θώρακος και διαπιστώθηκε μεγάλη διεύρυνση μεσοθωρακίου (εκσεσημασμένη διόγκωση άνω και μέσω μεσοθωρακίου με κατάληψη οπισθοστερνικού χώρου).
Έγινε CT μεσοθωρακίου που έδειξε μεγάλους λεμφαδένες κυρίως αριστερά που περιβρογχίζουν το στελεχιαίο βρόγχο και αγγεία χωρίς σημεία απόφραξης.
Με την πιθανή διάγνωση του λεμφώματος διεκομίσθη στο νοσοκομείο Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού» όπου και επιβεβαιώθηκε η διάγνωση του Non Hodgkin λεμφώματος.
Το λέμφωμα είναι ο τύπος του καρκίνου που ξεκινάει από τα λεμφοκύτταρα και είναι ο 3^{ος} πιο συχνός καρκίνος στα παιδιά, περίπου 8% επί του συνόλου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα νοσήματα του μεσοθωρακίου είναι δύσκολο να διαγνωστούν στην απλή ακτινογραφία θώρακος παρ' όλα αυτά είναι χρήσιμη και απαραίτητη στα παιδιά με επίμονη συμπτωματολογία από το αναπνευστικό.

286. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

287. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΚΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΝΗΜΗΣ

Α. Καρονίδης, Γ. Παπανικολάου, Γ. Κεχαγιάς, Α. Μάρρα, Α. Κριθάρης, Π. Γεράρδος, Κ. Σπηλιόπουλος, Δ. Τσούτσος

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Κέντρο Εγκαυμάτων, Μικροχειρουργικής και Άκρας Χείρας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αποκατάσταση ελλειμμάτων δέρματος και μαλακών μορίων που συνυπάρχουν με ανοικτά κατάγματα κνήμης, απαιτεί συνδυασμένη αντιμετώπιση από Πλαστικούς και Ορθοπεδικούς χειρουργούς. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός αλγόριθμου αντιμετώπισης αυτών των περιστατικών από την Κλινική της Πλαστικής Χειρουργικής.
ΥΛΙΚΟ: Από το 2011 έως το 2013, 8 ασθενείς με ανοικτά κατάγματα κνήμης και ελλείμματα δέρματος και μαλακών μορίων με έκθεση οστού υποβλήθηκαν αρχικά σε χειρουργικό καθαρισμό και ακινητοποίηση του κατάγματος της κνήμης με εξωτερική οστεοσύνθεση. Ακολούθησε η πλαστική χειρουργική αποκατάσταση που σχεδιάσθηκε ανάλογα με την εντόπιση του ελλείμματος. 2 περιστατικά αφορούσαν το άνω τριτημόριο της κνήμης και αντιμετωπίσθηκαν με γαστροκνήμιο μυϊκό κρημνό. 2 περιστατικά το μέσο τριτημόριο της κνήμης και αντιμετωπίσθηκαν με υποκνημίδιο μυϊκό κρημνό. 5 περιστατικά αφορούσαν το κάτω τριτημόριο της κνήμης και η αποκατάσταση πραγματοποιήθηκε με ελεύθερους κρημνούς όπως τον Προσθιοπλάγιο κρημνό του μηρού (ALT) και τον κρημνό του πλατύ ραχιαίου μυός.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι κρημνοί επιβίωσαν προσφέροντας αποκατάσταση του ελλείμματος σε ένα χρόνο, ενώ η νοσηρότητα της δότριας χώρας ήταν ελάχιστη και χωρίς να επηρεάζει την καθημερινή δραστηριότητα των ασθενών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλαστική χειρουργική αποκατάσταση των ελλειμμάτων δέρματος και μαλακών μορίων που συνυπάρχουν με ανοικτά κατάγματα κνήμης, σχεδιάζεται ανάλογα με την εντόπισή τους. Τα ελλείμματα του άνω τριτημορίου της κνήμης αντιμετωπίζονται με γαστροκνήμιο μυικό κρημνό, του μέσου τριτημορίου της κνήμης αντιμετωπίζονται με υποκνημίδιο μυικό κρημν, του κάτω τριτημόριο της κνήμης, λόγω της ανεπαρκούς διαθεσιμότητας τοπικών και περιοχικών ιστών, η αποκατάσταση πραγματοποιείται με
ελεύθερους κρημνούς. Μικρότερου μεγέθους ελλείμματα είναι δυνατό να αποκατασταθούν και με περιοχικούς κρημνούς τύπου 'propeller", εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση των ιστών αυτών.

288. Η ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΦΡΟΥΡΟΥ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΠΑΧΟΣ BRESLOW ≤1.0 MM

Γ. Κεχαγιάς, Α. Μάρρα, Α. Καρονίδης, Κ. Σπηλιόπουλος, Δ. Τσούτσος

Κλινική Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής, Κέντρο Εγκαυμάτων, Μικροχειρουργικής και Άκρας Χείρας, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η επέμβαση της βιοψίας του λεμφαδένα φρουρού (Sentinel Lymph Node Biopsy SLNB) για τη χειρουργική αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς μελανώματος, πραγματοποιείται για τη σταδιοποίηση της νόσου σύμφωνα με την Αμερικανική Κοινή Επιτροπή για τον Καρκίνο (American Joint Committee of Cancer AJCC) και το Εθνικό Γενικό Αντικαρκινικό Δίκτυο (National Comprehensive Cancer Network NCCN). Τα κριτήρια για την επέμβαση του λεμφαδένα φρουρού σε μελανώματα πάχους Breslow ≤1.0mm λαμβάνουν υπ'οψιν την εξέλκωση, τις μιτώσεις, τις μικροδορυφόρες εστίες, δυσμενή χαρακτηριστικά (adverse features) (NCCN 2011) ή "high risk features» (NCCN 2013 και 2014) Σκοπός της εργασίας είναι να εξετάσει το ρόλο του SLNB στα μελανώματα με πάχος BRESLOW ≤1.0 mm.
ΥΛΙΚΟ: Από το 2010 μέχρι το 2013, 78 ασθενείς διεγνωσμένοι με πρώιμο μελάνωμα Σταδίου (AJCC), IA (TIa, N0, M0 με παρουσία δυσμενών χαρακτηριστικών) και IB (TIb, N0, M0) αντιμετωπίσθηκαν στην Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και περιλαμβάνονται στη μελέτη. Οι ασθενείς αυτοί είχαν υποβληθεί σε εκτομή της πρωτοπαθούς εστίας και σε συμπληρωματική ευρεία εκτομή και SLNB.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 78 επεμβάσεις ευρείας εκτομής και SLNB, 2 ασθενείς εμφάνισαν θετικό λεμφαδένα φρουρό. Οι ασθενείς αυτοί υποβλήθηκαν σε συμπληρωματικό λεμφαδενικό καθαρισμό του αντίστοιχου λεμφαδενικού σταθμού και παραπομπή σε ογκολόγο για περαιτέρω αντιμετώση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επέμβαση βιοψίας του λεμφαδένα φρουρού στα πρώιμα μελανώματα συμβάλλει στη σταδιοποίηση, και την ανάλογη θεραπευτική προσέγγιση, την περαιτέρω διενέργεια συμπληρωματικού λεμφαδενικού καθαρισμού όπου χρειάζεται και την έγκαιρη ογκολογική αντιμετώπιση, με τάσεις επέκτασης πραγματοποίησής της σε όλο και περισσότερα στάδια. Τα ευρήματα αυτά δικαιολογούν την πραγματοποίηση της επέμβασης λεμφαδένα φρουρού ακόμη και στα πρώιμα μελανώματα.

289. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΓΑΓΓΡΑΙΝΩΔΟΥΣ ΠΥΟΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ν. Σταμπολίδης, Α. Παλλαντζάς, Π. Κουράκος, Α. Ζώτου, Χ. Φαφλιά, Ο. Καστανά

Τμήμα Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Το γαγγραινώδες πυόδερμα αποτελεί σπάνια νοσολογική οντότητα, που πρωτοπεριγράφτηκε το 1930. Συνήθως προσβάλει άτομα μέσης ηλικίας, με συχνότερη εντόπιση τα κάτω άκρα. Χαρακτηριστική κλινική εικόνα αποτελούν νεκρωτικές αλλοιώσεις δέρματος και μαλακών μορίων καταλείποντας επώδυνα έλκη.
Η αιτιολογία της νόσου δεν είναι πλήρως κατανοητή, και αποδίδεται σε δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Χαρακτηριστικά παρατηρείται στο ήμισυ περίπου των πασχόντων με γαγγραινώδες πυόδερμα συστηματικό ανοσολογικό νόσημα, όπως ρευματοειδής αρθρίτιδα, Crohn κολίτιδα, πολλαπλούν μυέλωμα, συστηματική αγγειΐτιδα.
Θεραπευτικά χρησιμοποιείται ανοσοτροποποιητική θεραπεία με από του στόματος χορήγηση κορτικοειδών ή κυκλοσπορίνης και συμπληρωματικά τοπική εφαρμογή αντισηπτικών, αντιμικροβιακών και κορτικοειδών αλοιφών.
Παρουσιάζεται η εμπειρία της κλινικής σε ασθενή με γαγγραινώδες πυόδερμα, το οποίο υποτροπίασε εντός μιας πενταετίας, αφενός στη διάγνωση και αφετέρου στη θεραπεία της νόσου.

290. Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΧΟΡΙΑΚΩΝ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΑΥΜΑΤΟΣ

Α. Παλλαντζάς, Π. Κουράκος, Ν. Σταμπολίδης, Ι. Στασινόπουλος, Α. Ζώτου, Α. Ψευδή, Ο. Καστανά

Τμήμα Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Τα εγκαύματα αποτελούν ένα από το πιο κοινά προβλήματα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο και συνδέονται με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αποτελούν επίσης μία από τις κυριότερες αιτίες τραύματος παγκοσμίως. Η φροντίδα των εγκαυματικών ασθενών τόσο κατά την οξεία φάση όσο και κατά τη μετέπειτα πορεία τους αποτελεί κύριο μέλημα της Πλαστικής Χειρουργικής. Η σημερινή τάση της αντιμετώπισης του εγκαυματικού τραύματος έχει μετατοπιστεί σε πιο ολιστική προσέγγιση της βελτίωσης της μακροπρόθεσμης μορφής και λειτουργίας των επουλωθέντων εγκαυμάτων και της ποιότητα ζωής των εγκαυματικών ασθενών.
Η ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας έχει οδηγήσει στην παραγωγή χοριακών υποκατάστατων δέρματος, τα οποία έχει καταδειχθεί ότι βελτιώνουν τόσο τα λειτουργικά όσο και τα αισθητικά αποτελέσματα της αποκατάστασης μετεγκαυματικών και μετατραυματικών ιστικών ελλειμμάτων.
Κατά τη χειρουργική αποκατάσταση εγκαυμάτων μεγάλης έκτασης γίνεται ευρεία χρησιμοποίηση χοριακών υποκαταστάτων λόγω της μη ύπαρξης δοτριών επιφανειών αυτόλογων δερματικών μοσχευμάτων, της βεβαρυμμένης γενικής κατάστασης των ασθενών και χάριν της οικονομίας των αυτόλογων ιστών. Επίσης τα χοριακά υποκατάστατα δέρματος χρησιμοποιούνται στην οξεία φάση της αντιμετώπισης των εγκαυματιών για την κάλυψη καμπτικών επιφανειών με σκοπό την αύξηση της ελαστικότητας των περιοχών αυτών κατά την τελική επούλωση.
Παρουσιάζεται η χρήση των χοριακών υποκατάστατων δέρματος κατά την οξεία φάση του εγκαύματος σε εγκαυματίες ασθενείς του Τμήματος, η κλινική πορεία των ασθενών αυτών και τα τελικά αποτελέσματα.

291. ΔΕΡΜΑΤΟΛΙΠΕΚΤΟΜΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Π. Κουράκος[1], Δ. Λαπατσάνης[2], Ν. Σταμπολίδης[1], Α. Παλλαντζάς[1], Ν. Κόχυλας[2], Μ. Μις[3], Ο. Καστανά[1]

[1]Τμήμα Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Τμήμα ΓενικήςΧειρουργικής, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [3]ΑναισθησιολογικόΤμήμα ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Η παχυσαρκία έχει χαρακτηριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σαν «παγκόσμια επιδημία». Η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται σαν μια χρόνια πάθηση, που σχετίζεται με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες καθώς και με τον τρόπο ζωής. Αποτελεί μια σύνθετη νόσο στην εκδήλωση της οποίας συμβάλλουν η κληρονομικότητα, το περιβάλλον και ψυχολογικοί παράγοντες. Το ποσοστό των ατόμων με παχυσαρκία στην Ευρώπη κυμαίνεται στο 38 – 48%. Ο Ελληνικός πληθυσμός ζώντας, πλέον, σύμφωνα με ευρωπαϊκά μοντέλα εμφανίζει ολοένα και μεγαλύτερο πρόβλημα παχυσαρκίας. Ο αριθμός βαριαρικών επεμβάσεων έχει αυξηθεί σημαντικά και στη χώρα μας, δεδομένου ότι αποτελούν το πιο αποτελεσματικό μέσον με άμεσα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της Νοσογόνου παχυσαρκίας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ασθενών με εκσεσημασμένη απώλεια βάρους.
Η μεγάλη απώλεια βάρους συνεπάγεται ένα χαλαρό, πτωτικό δέρμα και περίεργου σχήματος με αφύσικες προεξοχές. Η περίσσεια δέρματος δημιουργεί μείζον πρόβλημα σε ασθενείς που έχουν χάσει μέχρι και το 50% του αρχικού τους βάρους μετά από μια βαριατρική επέμβαση και μπορεί να διορθωθεί μόνο με χειρουργική επέμβαση πλαστικής χειρουργικής αποκατάστασης. Κατάλληλοι υποψήφιοι είναι όσοι έχουν φτάσει και σταθεροποιηθεί κοντά στο φυσιολογικό τους βάρος για τουλάχιστον 1 χρόνο μετά την επέμβαση.
Παρουσιάζονται ασθενείς που χειρουργήθηκαν για αποκατάσταση της χαλάρωσης του δέρματος σε διάφορα σημεία του σώματος, με συνηθέστερη εντόπιση στην κοιλιά.
Τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα της κρίνονται ικανοποιητικά τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους ιατρούς.
Η αισθητική αποκατάσταση του υπέρβαρου ατόμου, το οποίο ύστερα από χειρουργική θεραπεία έχει απολέσει σημαντική ποσότητα λίπους και έχει αποκτήσει μεγάλη περίσσεια δέρματος, είναι αναγκαία για την ψυχική, οικογενειακή και κοινωνική του προσαρμογή.

292. ΟΙ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΧΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Π. Κουράκος, Ν. Σταμπολίδης, Α. Παλλαντζάς, Α. Ζώτου, Γ. Ρέμπελος, Ι. Στασινόπουλος, Ο. Καστανά

Τμήμα Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Η εφαρμογή τοπικής αρνητικής πίεσης χρησιμοποιείται ευρέως τα τελευταία 20 περίπου έτη για την ταχύτερη κοκκίωση των τραυμάτων, με αποτέλεσμα την αποφυγή μειζόνων επεμβάσεων για την σύγκλειση ιστικών ελλειμμάτων και τη μείωση του χρόνου νοσηλείας.
Το σύστημα αρνητικής πίεσης αποτελεί μία μη-φαρμακευτική θεραπεία για τα οξέα και χρόνια τραύματα, συμπεριλαμβανομένων των οξέων τραυμάτων, των ελκών από πίεση, των διαβητικών και αγγειακών ελκών, των τραυμάτων του κοιλιακού τοιχώματος και των μετεγχειρητικών ιστικών ελλειμμάτων.
Το σύστημα αρνητικής πίεσης μειώνει το οίδημα, προκαλεί ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού και μειώνει τις διαστάσεις του τραύματος, όποτε το προετοιμάζει για την ασφαλή τοποθέτηση αυτομοσχευμάτων δέρματος ή κάλυψη με κρημνό.
Η θεραπεία αυτή, που προτάθηκε από τους Argenta και Morykwas το 1977, βασίζεται στα αποτελέσματα αρνητικής πίεσης στο τραύμα. Η χειρουργική αφαίρεση των μη βιώσιμων ιστών αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή της θεραπείας. Η εφαρμογή της πρέπει να περιορίζεται σε 3-5 συνεδρίες. Το μεσοδιάστημα μεταξύ των συνεδριών είναι 1-3 ημέρες, ανάλογα με την παραγωγικότητα του τραύματος.
Παρουσιάζονται ασθενείς του τμήματος με οξέα και χρόνια ιστικά ελλείμματα ποικίλης αιτιολογίας όπου η εφαρμογή της τοπικής αρνητικής πίεσης συνέβαλε ριζικά στην τελική πλαστική χειρουργική αποκατάσταση.

293. Η 18F-FDG-PET/CT ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΗΡΩΝ ΟΖΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΑ (ΜΠΟ). Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ.

Φ. Βλάχου[1], Β. Φιλιππή[1], Α. Νικακή[1], Δ. Σαββιδου[1], Θ. Πιπίκος[1], Δ. Κεχαγιάς[1], Κ. Ηλιάδης[2], Σ. Μερίσογλου[1], Β. Παπουτσής[1], Ρ. Ευθυμιάδου[1], Β. Πρασόπουλος[1]

[1]Τμήμα PET/CT ΔΘΚΑ Υγεία, Αθήνα, [2]Κλινική Χειρουργικής Θώρακα, ΔΘΚΑ Υγεία, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η διάκριση μεταξύ καλοήθων και κακοήθων ΜΠΟ με τη χρήση της F18 FDG/PET στηρίζεται στο όριο πρόσληψης (SUVmax) 2,5. Μια επιπλέον δυνατότητα είναι η καθυστερημένη απεικόνιση PET/CT, πάνω στη βάση ότι τα καρκινικά κύτταρα συνήθως εμφανίζουν αυξανόμενη πρόσληψη του F18-FDG με το χρόνο. Σκοπός μας η εκτίμηση της αξίας στο χαρακτηρισμό ΜΠΟ των καθυστερημένων λήψεων F18-FDG-PET.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: 60 min (καθιερωμένη λήψη) και 120 min (καθυστερημένη λήψη) μετά την ενδοφλέβια χορήγηση ~374 MBq F18-FDG, 32 εξεταζόμενοι υποβλήθηκαν σε PET/CT. Μετρήθηκε το SUVmax στα 60 και 120 min. Για όλους τους εξεταζόμενους υπήρχε ιστολογική διάγνωση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 23/32 ΜΠΟ ήταν κακοήθεις. Χρησιμοποιώντας SUVmax cut-off την τιμή 2,5 αναγνωρίστηκαν ορθά 13/23(56%). Η μέθοδος απεικόνισης σε δύο φάσεις ανίχνευσε μεγαλύτερο ποσοστό κακοήθων βλαβών, 19/23 (82%). Από τις 10 μάλιστα περιπτώσεις με SUVmax <2,5 που αποδείχθηκαν κακοήθεις βλάβες, με τη μέθοδο της διπλής φάσης αναγνωρίστηκαν 8 από αυτές. Τα δύο ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα ήταν αδενοκαρκίνώματα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καθυστερημένη απεικόνιση εμφανίζεται ιδιαιτέρως χρήσιμη, καθώς σε πολλές περιπτώσεις κακοήθεις ΜΠΟ διαφεύγουν του καθιερωμένου κριτηρίου του SUVmax 2,5. Κακοήθεις βλάβες που θα χαρακτηρίζονταν λανθασμένα με την καθιερωμένη μέθοδο μπορούν να αναγνωριστούν με την προσθήκη καθυστερημένων λήψεων.

294. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ/ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΣΥΝΗΘΕΙΑΣ (ΚΣ)

Ι. Βρυώνη, Η. Τσαντήλας, Π. Χατζηπαρασκευά, Α. Πανδή, Α. Χανιώτου

Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΜ. «Α. Φλέμιγκ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι θετικές επιδράσεις της διακοπής του καπνίσματος είναι πολλές και γνωστές από τη βιβλιογραφία.
ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι η διερεύνηση διαφόρων παραγόντων μεταξύ των ασθενών που πιθανόν οδηγούν στην επιτυχή διακοπή του καπνίσματος ή στην παλινδρόμηση στην ΚΣ.
ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ:Μελετήθηκαν ασθενείς που προσήλθαν στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος του ΓΝΜ "Αμαλία Φλέμιγκ" τη διετία 2012-2013. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν φαρμακευτική αγωγή παράλληλα με συμβουλευτική υποστήριξη. Ως υποτροπή θεωρήθηκε η παλινδρόμηση στην ΚΣ μέσα σε ένα έτος. Μελετήθηκαν 182 ασθενείς, εκ των οποίων 93 άνδρες και 89 γυναίκες μέσης ηλικίας 48,5±12,2 έτη, με -κατά μέσο όρο- 51,8±18,4 πακετοέτη. Ποσοστό 48,4% των ασθενών ήταν απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης, 35,1% ανώτερης και 16,5% δημοτικής εκπαίδευσης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την ΚΣ διέκοψαν 130(71,4%), ενώ 52(28,6%) παλινδρόμησαν. Εκτιμήθηκε η επίδραση των εξής παραγόντων στη διακοπή της ΚΣ: τα συμπτώματα υγείας, η προτροπή από το οικογενειακό περιβάλλον (οικείοι, γιατρός κλπ.), η διαφήμιση (αντικαπνιστική), τα ψυχολογικά προβλήματα (κατάθλιψη), τα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα(ανεργία, οικονομική κρίση).

Λόγοι διακοπής/ παλινδρόμησης	Διέκοψαν (Σύνολο: 130/182)	Παλινδρόμησαν (Σύνολο: 52/182)
Συμπτώματα υγείας	**45 (24,7%)***	5 (2,7%)
Προτροπή από οικογένεια-γιατρό	**31 (17,0%)***	2 (1,0%)
Διαφήμιση	25 (13,7%)	10 (5,5%)
Ψυχολογικά προβλήματα	6 (3,2%)	**15 (8,2%)***
Κοινωνικά προβλήματα	18 (9,6%)	**17 (9,3%)***
Άλλο γεγονός	5 (2,7%)	3 (1,6%)

*p<0,001
Οι διαφορές φύλου, εκπαίδευσης, πακετοετών μεταξύ των ασθενών δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχετικά με τη διακοπή ή μη της ΚΣ.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Όπως προκύπτει από τη μελέτη της ομάδας ασθενών του συγκεκριμένου ιατρείου, βασικό ρόλο στη διακοπή της ΚΣ διαδραμάτισαν τα συμπτώματα υγείας και η προτροπή απο το οικογενειακό περιβάλλον ή από γιατρό, ενώ τα ψυχολογικά και κοινωνικά-οικονομικά προβλήματα ευνόησαν την παλινδρόμηση.

295. ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

Δ. Αμπαζής, Η. Τσαντήλας, Χ. Γιαννακοπούλου, Ι. Βρυώνη, Α. Χανιώτου

Πνευμονολογική κλινική, ΓΟΝΚ «Άγιοι Ανάργυροι»

Μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών. Σύμφωνα με έρευνα του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής το έτος 2006, το 40% των Ελλήνων, είναι καπνιστές.
ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι η διερεύνηση της καπνιστικής συνήθειας στο προσωπικό ενός γενικού νοσοκομείου και η στάση απέναντι στο ενδεχόμενο της διακοπής.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Δόθηκε ερωτηματολόγιο στους καπνιστές και καταγράφηκε το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνεται καθημερινά, η επιθυμία και ο λόγος για διακοπή του καπνίσματος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ρωτήθηκαν 86 καπνιστές (50 άνδρες και 36 γυναίκες), από τους οποίους το 26,0% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ), το 26% τεχνολογικής (ΤΕ), και το 48% διετούς φοίτησης (ΔΕ).
Η ηλικιακή κατανομή ήταν:

20-29 έτη	7%
30-39	30%
40-49	34%
50-59	23%
60 και άνω	6%

Η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων είχε ως εξής:

Αριθμός κατανάλωσης τσιγάρων /ημερησίως

0-10 τσιγάρα	11-20 τσιγάρα	21-30 τσιγάρα	30 και άνω
13%	55%	23%	7.0%

Το 69,7% των ερωτηθέντων επιθυμούσε να διακόψει το κάπνισμα.
Από αυτούς το 72,7% ήταν ΠΕ, το 53,6% ΤΕ και 52,3% ΔΕ. Το 67,0% ήθελε να διακόψει για λόγους υγείας, το 27,0% για οικονομικούς λόγους και 6,0% για οικογενειακούς και άλλους λόγους. Το μεγαλύτερο ποσοστό όσων επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα παρατηρήθηκε στις ηλικίες 20-29ετών (90%), και ακολούθως με μικρή διαφορά στις ηλικιακές ομάδες 30-39ετών (84%) και 40-49ετών με ποσοστό 80%. Στις υπόλοιπες ομάδες τα ποσοστά ήταν μικρότερα (ανέρχονταν στο 50%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η διερεύνηση της στάσης απέναντι στο ενδεχόμενο της διακοπής φανερώνει πως δύο στους τρεις καπνιστές (69,7%) σκοπεύουν ή σκέπτονται να κόψουν το κάπνισμα, με το μεγαλύτερο ποσοστό να παρατηρείται στις πιο νεαρές ηλικίες.
Το ιατρείο διακοπής καπνίσματος μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα παρότρυνσης και βοήθειας σε αυτή την κατεύθυνση.

296. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΚΥΤΤΑΡΟΤΟΞΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΝΙΤΡΟΦΟΥΡΑΝΤΟΪΝΗΣ ΣΤΟΝ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Π. Σιάκουλη, Α. Καββαδά, Ε. Κόκκοτου, Ό. Κουνιάκη, Α. Μπάστας, Γ. Τσουκαλάς

4η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η νιτροφουραντοϊνη, αντιμικροβιακός παράγοντας που χρησιμοποιείται στη θεραπεία των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος, μπορεί να προκαλέσει οξείες και χρόνιες πνευμονικές βλάβες. Η παρατεταμένη χρήση της μπορεί να προκαλέσει διάμεση πνευμονοπάθεια και πνευμονική ίνωση, ενώ η χρήση της για μικρό χρονικό διάστημα μπορεί να παρουσιάσει βήχα, δύσπνοια και πυρετό,με κυψελιδικά και διάμεσου τύπου διηθήματα ως ακτινολογικά ευρήματα.
ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα ασθενής 81 ετών, με ατομικό ιστορικό Ca παχέος εντέρου χειρουργηθέν προ 6ετίας, συχνές υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις για τις οποίες λάμβανε νιτροφουραντοϊνη, προσήλθε στα ΤΕΠ αιτιώμενη δύσπνοια, εμπύρετο έως 38°C,βήχα ξηρό και καταβολή. Κατά την ακρόαση ανευρέθηκαν τρίζοντες τύπου Velcro στα μέσα και κάτω πνευμονικά πεδία. Στα αέρια αίματος παρουσίαζε υποξυγοναιμία και στην ακτινογραφία θώρακος διηθήματα άμφω. Η CT θώρακος (εικόνα1) ανέδειξε περιφερικές πυκνώσεις άμφω με αεροβρογχόγραμμα, μικρές υπεζωκοτικές συλλογές άμφω και εικόνα θολής υάλου άμφω.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη νοσηλεία της ασθενούς έγινε διακοπή της νιτροφουραντοϊνης. Η ασθενής βρογχοσκοπήθηκε, έγινε βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα(BAL) και τέθηκε σε αγωγή με κορτικοστεροειδή. Το BAL ανέδειξε μεγάλο αριθμό κυττάρων 24.75x10^4ml (φ.τ <13x10^4 ml) από τα οποία λεμφοκύτταρα 35.8% (φ.τ <13%) με 97% T-cell και ηωσινόφιλα 1.7% (φ.τ <0.5%). Δύο μήνες μετά την διακοπή του φαρμάκου και της θεραπείας με κορτικοστεροειδή η ασθενής παρουσίασε βελτίωση της ακτινολογικής (εικόνα 2) και κλινικής της εικόνας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η έγκαιρη διάγνωση είναι απαραίτητη,καθώς η διακοπή της νιτροφουραντοϊνης συνήθως αντιστρέφει τη τοξικότητα και δεν οδηγεί σε ARDS που μπορεί να αποβεί θανατηφόρο. Η διάγνωση τίθεται συνήθως από τα ακτινολογικά ευρήματα και από το BAL.Για την αντιμετώπιση της νόσου είναι απαραίτητη η διακοπή χορήγησης του φαρμάκου και η χορήγηση κορτικοστεροειδών, που οδηγεί σε υποχώρηση των συμπτωμάτων και σε βελτίωση αλλά όχι πλήρη αποκατάσταση της απεικονιστικής εικόνας.
ΕΙΚΟΝΑ1
ΕΙΚΟΝΑ 2

297. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΑΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΥ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΣΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Η. Τσαντήλας, Α. Χανιώτου, Α. Λιβέρεζα, Δ. Καραγιώργος, Α. Πανδή, Ι. Βρυώνη

Πνευμονολογική κλινική ΓΝΜ. «Α. Φλέμιγκ»

Η πνευμονία της κοινότητας παρουσιάζει σημαντική θνητότητα και θνησιμότητα στους ασθενείς με αυξημένο δείκτη βαρύτητας της νόσου (Pneumonia Severity Index) που απαιτούν νοσηλεία.

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι να ερευνηθεί η θνησιμότητα σε ασθενείς ηλικιωμένους που είχαν ανάγκη εισαγωγής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για αναδρομική επιδημιολογική μελέτη ασθενών με πνευμονία της κοινότητας οι οποίοι εισήχθησαν στην Πνευμονολογική κλινική σε διάστημα ενός έτους (01-08-2012 έως 01-08-2013).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εισήχθησαν 302 ασθενείς με πνευμονία της κοινότητας (180 άνδρες, 122 γυναίκες). 81 ασθενείς ήταν κάτω των 70 ετών και 221(129 άνδρες, 92 γυναίκες) άνω των 70. Στην ομάδα ασθενών κάτω των 70 ετών το ποσοστό θανάτων ανερχόταν σε 1.23% ενώ στην ομάδα άνω των 70 ετών σε 16,28%, γεγονός που συσχετίσθηκε και με τον αυξημένο δείκτη βαρύτητας (PSI >90), που παρουσίαζε η ομάδα αυτή. Το συνολικό ποσοστό θανάτων (37/302) ανερχόταν στο 12,25%, ποσοστό που συμφωνεί με τα διεθνή δεδομένα. (Θνησιμότητα 5-14% νοσηλευόμενοι, έως 30% στις ΜΕΘ).

Ένα στοιχείο που μας εντυπωσίασε αλλά θεωρήθηκε τυχαίο γεγονός, ήταν η διαφορά στο ποσοστό θανάτων μεταξύ ανδρών και γυναικών της ίδιας ηλικιακής ομάδας. Οι γυναίκες παρουσίασαν αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας 10,85% (23/221), ενώ οι άνδρες 5,88% (13/221).

Ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας ήταν 8,33 ημέρες στην ομάδα κάτω των 70 ετών και 8,0 ημέρες στην ομάδα άνω των 70, και δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι ηλικιακές ομάδες που παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από πνευμονία της κοινότητας είναι οι άνω των 70 ετών. Χρειάζεται εγρήγορση από τους ίδιους και τους οικείους τους ώστε με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων νόσου από το αναπνευστικό να συμβουλεύονται ιατρό για να αντιμετωπίζεται η πνευμονία της κοινότητας έγκαιρα και πιθανόν αποτελεσματικότερα.

298. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ CEA, CA19-9, CA125, NSE ΚΑΙ CYFRA21-1 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΠ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΙΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Ν. Μπαρούχος[1], Α. Παπαζαφειροπούλου[2], Ε. Αρμενιάκου[1], Α. Μαθιουδάκης[3], Σ. Κολτσίδα[4], Ε. Ευαγγελοπουλου[3]

[1]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΝίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», [2]Γ΄ Παθολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΝίκαιας – Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», [3]Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», [4]Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Είναι γνωστό ότι τα επίπεδα του CEA διαφέρουν με βάση τις καπνιστικές συνήθειες των ασθενών. Συγκεκριμένα, οι καπνιστές έχουν υψηλότερες συγκεντρώσεις του CEA στον ορό, έναντι των μη καπνιστών. Αντίστοιχα δεδομένα δεν υπάρχουν στη βιβλιογραφία για τους υπόλοιπους καρκινικούς δείκτες. Συνεπώς, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση των επιπέδων των καρκινικών δεικτών CEA, CA19-9, CA125, NSE και CYFRA21-1 σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και σύγκριση τους, με βάση τις καπνιστικές τους συνήθειες των ασθενών.

ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη συμμετείχαν 52 ασθενείς (35 άνδρες/17 γυναίκες, μέσης ηλικίας 68,3±6,4 ετών) με ΧΑΠ οι οποίοι ταξινομήθηκαν με βάση τις καπνιστικές τους συνήθειες σε καπνιστές (n=19) και μη ή πρώην καπνιστές (n=33).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδατων υπό μελέτη καρκινικών δεικτών μεταξύ των καπνιστών έναντι των μη ή πρώην καπνιστών ασθενών με ΧΑΠ ήταν: CEA (3,8±0,6 έναντι 4,6±0,5 ng/ml, P=NS), CA19-9 (15,1±5,2 έναντι 17,2±3,5 IU/ml, P=NS), CA125 (50,9±8,6 έναντι 44,1±7,4 IU/ml, P=NS), NSE (13,5±5,9 έναντι 8,9±4,1 ng/ml, P=NS) και CYFRA21-1 (2,4±1,7 έναντι 2,2±1,5 ng/ml, P=NS).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι δεν υπάρχει διαφορά στα επίπεδατων καρκινικών δεικτών CA19-9, CA125, CEA, NSE και CYFRA21-1 μεταξύ καπνιστών έναντι των μη καπνιστών ασθενών με ΧΑΠ. Έτσι τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έρχονται σε αντίθεση με τις προηγούμενες μελέτες που αναφέρουν ότι οι καπνιστές έχουν υψηλότερες συγκεντρώσεις CEA στον ορό σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.

299. ΚΡΟΥΣΜΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΗ 3ΗΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ

Λ. Τίνα[1], Μ. Λαμπράκου[1], Ε. Ηλιοπούλου[1], Ε. Αλειφέρης[1], Μ. Φωτόπουλος[1], Π. Ανδριόπουλος[2]

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

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενός κρούσματος φυματίωσης σε γηγενή μαθητή 3ης Λυκείου και η παρουσίαση της επιδημιολογικής διερεύνησης που ακολούθησε, στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον από το πνευμονολογικό ιατρείο.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Μαθητής 18 ετών παρουσιάστηκε στα επείγοντα περιστατικά του νοσοκομείου Σπάρτης με εικόνα λοίμωξης αναπνευστικού από μηνός, για την οποία είχε λάβει αντιβιοτική θεραπεία και κορτικοειδή pos από θεράποντα ιατρό. Στον απεικονιστικό έλεγχο αναδείχθηκε σπήλαιο παρασπονδυλικά στον αριστερό κάτω λοβό, ενώ η άμεση χρώση πτυέλων ήταν θετική για οξεάντοχους βακίλους. Ο μαθητής διακομίσθηκε στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Σωτηρία για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Άμεσα με την διάγνωση ελέγχθηκε το στενό οικογενειακό περιβάλλον του μαθητή. Η μητέρα, ο πατριός, τα 19 ετών και 17 ετών αδέλφια είχαν θετική mantoux και αρνητικό απεικονιστικό έλεγχο και συνεστήθη χημειοπροφύλαξη, ενώ το 2 ετών μικρότερο παιδί είχε θετική mantoux και παραπέμφθηκε στο νοσοκομείο Παίδων Αγλαΐα Κυριακού όπου ετέθη διάγνωση της νόσου και ξεκίνησε αγωγή. Το υπόλοιπο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού ήταν αρνητικό. Μετά από σχετική ενημέρωση των υπηρεσιών υγείας, έγινε έλεγχος στην όλη την 3η τάξη του Λυκείου του μαθητή, τους καθηγητές και τους λοιπούς εργαζόμενους του σχολείου. Από τους 95 μαθητές θετική mantoux είχαν οι 52, από τους 33 καθηγητές θετική mantoux οι 17 ενώ οι εργαζόμενοι ήταν αρνητικοί. Στα άτομα με αρνητική δοκιμασία προγραμματίσθηκε επανέλεγχος σε δύο μήνες, ενώ στους υπόλοιπους έγινε ακτινολογικός έλεγχος. Σε 28 μαθητές και 12 καθηγητές συνεστήθη προφύλαξη με ισονιαζίδη, ενώ σε 29 μαθητές και 2 καθηγητές συνεστήθη έλεγχος με test Igra στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Σωτηρία. Δεν έχει εντοπισθεί μέχρι στιγμής άλλο κρούσμα ενεργού φυματίωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ύπαρξη ενός περιστατικού φυματίωσης σε ένα γηγενή μαθητή χωρίς προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, οφείλει αφενός να προβληματίσει για την επανεμφάνιση της νόσουκαι αφετέρου να επιτείνει την υποψία στους κλινικούς ιατρούς.

300. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΣΤΗ ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2011-2013

Β. Απολλωνάτου, Ν. Μπαραμπάτης, Δ. Λυκούρας, Μ. Τσιαμήτα, Α. Βουλγαρίδης, Κ. Καρκούλιας, Κ. Σπυρόπουλος

Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝ Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Στη παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε τα μικροβιολογικά αποτελέσματα ασθενών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε βρογχοσκόπηση. Σκοπός της μελέτης είναι η ανάδειξη των μικροβιολογικών παραγόντων που ανευρέθηκαν στις καλλιέργειες από βρογχικό έκπλυμα κατά τα έτη 2011-2013.

ΥΛΙΚΟ: Συνολικά συλλέχθηκαν 969 δείγματα από τις καλλιέργειες βρογχικού εκπλύματος από ασθενείς που υποβλήθηκαν σε βρογχοσκόπηση, εκ των οποίων 598 ήταν αρνητικές ενώ τα 371 βρέθηκαν θετικές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πίνακας 1. Ανάδειξη μικροβιολογικών αποτελεσμάτων βρογχικού εκπλύματος τη διετία 2011-2013.

ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Streptococci viridans	132	35.58%
Pseudomonas aeruginosa	87	23.45%
Moraxella catarrhalis	40	10.78%
Candida albicans	24	6.47%
TBC	14	3.77%
Staphylococcus aureus	12	3.23%
Syntrophomonas	10	2.69%
Streptococcus pneumoniae	7	1.88%
Βλαστομύκητες	7	1.88%
Staphylococcus epidermidis	6	1.62%
Klebsiella pneumoniae	6	1.62%
Proteus mirabilis	5	1.34%
Serratia marcescens	4	1.08%
Acinetobacter baumannii	4	1.08%
Enterobacter cloacae	3	0.81%
Escherichia coli	3	0.81%
Citrobacter sp p < /em>	2	0.54%
Enterococcus faecalis	2	0.54%
Streptococcus salivarius	1	0.27%
Aspergillus	1	0.27%
Nocardia	1	0.27%
	ΣΥΝΟΛΟ: 371	**ΣΥΝΟΛΟ: 100%**

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τις 969 βρογχοσκοπήσεις που πραγματοποιήθηκαν στη χρονική περίοδο 2011-2013 το 38,3%(n=371) ανέδειξε θετική καλλιέργεια βρογχικού εκπλύματος. Ο μικροοργανισμός που ανευρέθηκε πιο συχνά ήταν *streptococcus viridians* με 35,58%, ενώ σε ποσοστό 23,45% αναδείχθηκε *pseudomonas aeruginosa*. Τέλος, διάφοροι άλλοι μικροοργανισμοί βρέθηκαν στις καλλιέργειες όμως σε χαμηλότερα ποσοστά.

301. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ CA19-9, CA125, NSE ΚΑΙ CYFRA21-1 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΠ ΣΕ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ

Ν. Μπαρούχος[1], Α. Παπαζαφειροπούλου[2], Ε. Αρμενιάκου[1], Ε. Χριστοπούλου[3], Ε. Ευαγγελοπουλου[3]

[1]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΓΝΝίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», [2]Γ΄ Παθολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΝίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», [3]Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτες έδειξαν ότι οι καρκινικοί δείκτες CA19-9 και CA125 αυξάνονται με την σοβαρότητα της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ). Η μέση τιμή της NSE και του CYFRA21-1, στον ορό των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα δεν διέφερε από εκείνη των ασθενών με μη νεοπλασματικά νοσήματα του πνεύμονα, μεταξύ αυτών και η ΧΑΠ. Σκοπός μας είναι η εκτίμηση των επιπέδων των παραπάνω καρκινικών δεικτών σε ασθενείς με ΧΑΠ σε παρόξυνση.
ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη συμμετείχαν 52 ασθενείς (35 άνδρες & 17 γυναίκες, μέσης ηλικίας 68,3±6,4 ετών) με ΧΑΠ σε παρόξυνση, οι οποίοι κατατάχτηκαν στις ομάδες βαρύτητας, C (n=27) και D (n=25) με βάση, την σπιρομετρική ταξινόμηση, τον αριθμό των παροξύνσεων το προηγούμενο έτος και την εκτίμηση των συμπτωμάτων κατά GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα του CA125 (53,8±4,6 έναντι 14,1±5,4IU/ml, p=0.01) και του CA19-9 (21,8±5,4 έναντι 11,5±2,5IU/ml, p=0.01) ήταν υψηλότερα στην ομάδα D σε σχέση με την ομάδα C. Αντίθετα δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στις δύο ομάδες, όσον αφορά τους δείκτες NSE και CYFRA21-1. Οι ασθενείς της ομάδας D είχαν μεγαλύτερη διάρκεια νόσου έναντι των ασθενών της ομάδας C (8,9±0,7 έναντι 5,1±0,5 έτη, p<0,001). Αντίθετα, όπως αναμενόταν, είχαν χαμηλότερες τιμές pO_2 (53,7±9,7 έναντι 61,4±9,2mmHg, p=0,005) και $SatO_2$ (83,2±9,5 έναντι 88,1±7,1%, p=0,04) ενώ δεν παρατηρήθηκε διαφορά στα επίπεδα της pCO_2 και του pH.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς της ομάδας D παρουσίαζαν υψηλότερες τιμές CA19-9 και CA125 έναντι των ασθενών της ομάδας C. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στους δείκτες NSE και CYFRA21-1. Συνεπώς, τα επίπεδα ορισμένων καρκινικών δεικτών παρουσιάζουν αύξηση σε ασθενείς με ΧΑΠ σε παρόξυνση ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου.

302. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Α. Αναστασόπουλος[1], Ε. Αλαφάκη[2], Σ. Κωνσταντοπούλου[2], Κ. Γυφτοπούλου[2], Ά. Μπούσμπουλα[2], Ρ. Χατζηκυριάκου[2]

[1]6η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝ.Θ.Α. «Η Σωτηρία», [2]Αιματολογικό Τμήμα, Εργαστηριακός Τομέας, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

ΣΚΟΠΟΣ:Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα κατά την διάρκεια της νόσου τους. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη της σημασίας των αιματολογικών διαταραχών σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν προοπτικά 100 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που νοσηλεύτηκαν σε πνευμονολογικές κλινικές του ΓΝΝΘΑ Η ΣΩΤΗΡΙΑ τη χρονική περίοδο από Ιούλιο 2012 έως Ιούλιο 2013. Εξετάσθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών αυτών και συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά τους, η πορεία και η περαιτέρω έκβασή τους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 100 ασθενείς οι 84 ήταν άνδρες και οι 16 γυναίκες, με μέση ηλικία τα 67.23 έτη (SD=9.24).Οι 22 είχαν μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα, οι 33 πλακώδες και οι 45 αδενοκαρκίνωμα.Από τους 100 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν 48 είχαν εμφανίσει διάφορες επιπλοκές κατά την διάρκεια της νόσου τους(από την διάγνωση εώς την ημέρα της νοσηλείας τους)με συχνότερες την λευκοπενία (WBC <4.000/μl) σε 14 ασθενείς (32%) και την αναιμία (Hct <30%, Hb <10 g/dl) σε 10 ασθενείς (23%), ενώ σε μικρότερο ποσοστό ακολουθούσαν οι υπόλοιπες(πνευμονική εμβολή,εμετοί,νεφρική ανεπάρκεια).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα εμφανίζουν διάφορες επιπλοκές κατά την πορεία της νόσου τους.Συχνότερες είναι οι αιματολογικές διαταραχές(λευκοπενία,αναιμία)που μπορούν να είναι αποτέλεσμα είτε της ίδιας της νόσου είτε των αντινεοπλασματικών θεραπειών που χρησιμοποιούνται(χημειοθεραπεία,ακτινοθεραπεία).Έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση αυτών των αιματολογικών διαταραχών μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

303. ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΕ ΝΕΟ ΑΤΟΜΟ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Π. Σιάκουλη, Α. Μπάστας, Ε. Κόκκοτου, Ε. Τσέλιου, Α. Καββαδά, Γ. Τσουκαλάς

4η Πνευμονολογική Κλινική ΝΝΘΑ «Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζεται η περίπτωση πνευμονικής εμβολής σε άνδρα 44 ετών, χωρίς εμφανείς προδιαθεσικούς παράγοντες για πνευμονική εμβολή. Σε περιπτώσεις ιδιοπαθούς πνευμονικής εμβολής απαιτείται έλεγχος του ασθενούς για πιθανή κακοήθεια αν επαναληφθεί.
ΥΛΙΚΟ: Άνδρας 44 ετών, καπνιστής, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, αναφέρει εμπύρετο, δύσπνοια και μικρή ποσότητα αιμόφυρτων πτυέλων αποβαλλόμενα με το βήχα. Αρχικά εκτιμήθηκε ως λοίμωξη αναπνευστικού και του χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή και βρογχοδιασταλτικά. Στα πλαίσια ελέγχου των αιμόφυρτων πτυέλων συνεστήθη σε δεύτερο χρόνο CT θώρακος που πραγματοποιήθηκε 20 μέρες αργότερα και διαπιστώθηκε εικόνα συμβατή με πνευμονική εμβολή άμφω.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς υποξυγοναιμία ή ταχυκαρδία ή ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις και χωρίς ακροαστικά ευρήματα. Κατά τη νοσηλεία του παρέμεινε σε σταθερή αιμοδυναμική κατάσταση,τέθηκε αρχικά σε αγωγή με υποδόρια έγχυση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους (ΗΧΜΒ) και συγχορήγηση από του στόματος ασενοκουμαρόλης, με συχνούς προσδιορισμούς του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης μέχρι την επίτευξη θεραπευτικών χρόνων INR 2.5-3. Μετά από δύο 24ωρα με θεραπευτικούς χρόνους διακόπηκε η ΗΧΜΒ. Διενεργήθηκε triplex φλεβών κάτω άκρων χωρίς να αναδείξει στοιχεία θρομβώσεως. Σύμφωνα με την κλίμακα Well's ο ασθενής ήταν ενδιάμεσης πιθανότητας για πνευμονική εμβολή.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής εξήλθε μετά από 15 ημέρες, με οδηγίες για συνέχιση της αντιπηκτικής αγωγής με ασενοκουμαρόλη για 6 μήνες. Λόγω μη εμφανών προδιαθεσικών παραγόντων του ασθενούς για πνευμονική εμβολή,έγινε σύσταση για έλεγχο θρομβοφιλίας μετά πάροδο 6μήνου και διακοπής της αντιπηκτικής αγωγής. Η πνευμονική εμβολή διαγιγνώσκεται συχνά σε ασθενείς με προδιαθεσικούς παράγοντες όπως μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, σε νοσογόνο παχυσαρκία, σε λήψη ορμονικών σκευασμάτων, νεοπλασίες, εν τω βάθει θρομβώσεων κάτω άκρων, αεροπορικά ταξίδια μεγάλης διάρκειας, θρομβοφιλία. Σε 20% των ασθενών με πνευμονική εμβολή δεν υπάρχουν προδιαθεσικοί παράγοντες, ενώ σε περίπτωση δεύτερου επεισοδίου κρίνεται απαραίτητος ο έλεγχος για πιθανή κακοήθεια. Η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή βελτιώνει τη πρόγνωση στη πλειονότητα των περιπτώσεων.

304. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΗΛΙΑΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Μ. Σαρίδη[1], Α. Τόσκα[1], Μ. Ρεκλείτη[1], Κ. Σουλιώτης[2]

[1]ΓΝ Κορίνθου, [2]Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος παρέμβασης για την αντηλιακή προστασία.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Η τυχαιοποιημένη μελέτη δύο σταδίων με δείγμα 4133 παιδιών ηλικίας 8-12 ετών από 14 δημοτικά σχολεία πραγματοποιήθηκε με διερεύνηση της γνώσης, της συμπεριφοράς και της στάσης των συμμετεχόντων, απέναντι στην ηλιακή ακτινοβολία, πριν και μετά το παρεμβατικό πρόγραμμα, το οποίο σχεδιάστηκε από την ερευνητική ομάδα, με τη συμπλήρωση δομημένου ερωτηματολογίου. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17 και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο p≤0.05. Το πρωτόκολλο εγκρίθηκε από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο του Υπουργείου Παιδείας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το επίπεδο της συνολικής γνώσης ήταν αρκετά ικανοποιητικό 3,0 (±0,9), ωστόσο χαμηλό ποσοστό, 27,1%, εμφανίζει γνώση του σωστού δείκτη αντηλιακής προστασίας. Το επίπεδο των γνώσεων των μαθητών αυξήθηκε σημαντικά μετά το παρεμβατικό πρόγραμμα, με σημαντικότερη αύξηση να παρουσιάζεται στη γνώση του σωστού δείκτη αντηλιακής προστασίας (27,1% vs 56,6%). Γενικά, δεν παρουσιάστηκε σημαντική αλλαγή στη στάση και στη συμπεριφορά των συμμετεχόντων πριν και μετά την παρέμβαση, ωστόσο, σε συγκεκριμένες συμπεριφορές όπως η χρήση του σωστού αντηλιακού καταγράφηκε σημαντική θετική αλλαγή (29,7% vs 54,8%). Καλύτερη στάση παρουσίασαν τα παιδιά που διέμεναν σε παραθαλάσσια περιοχή, οι Έλληνες μαθητές και τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια. Η επίπτωση του ηλιακού εγκαύματος φάνηκε ότι σχετίζεται άμεσα με τη συχνότητα χρήσης των μέτρων αντηλιακής προστασίας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι εκπαιδευτικές προσεγγίσεις για την αντηλιακή προστασία μέσω στοχευμένων προγραμμάτων στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση μπορεί να αυξήσει τις γνώσεις και μελλοντικά με παράλληλη ενεργοποίηση όλων των δομών της κοινωνίας και τη συνέχιση τέτοιων δράσεων αγωγής υγείας να συντελέσει στην υιοθέτηση ορθών συμπεριφορών υγείας.

305. ΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΦΗΒΩΝ ΑΣΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Μ. Ταβλαντά[1], Ε. Παναγιώτου[1], J. Joanidhi[2], Α. Σαλίχου[2], Ν. Κουτρουμάνη[2], Ν. Παράσχου[2], Μ. Γαρυφάλλου[2], Α. Μακρυγιάννη[2], Δ. Καβάκος[2], Μ. Ορφανού[2], Π. Ταβλαντάς[2]

[1]Επιστημονικός Συνεργάτης, [2]Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

Η εφηβεία είναι η πιο κρίσιμη περίοδος της ζωής. Μετεφηβικά, με τα εφόδια που θα έχει αποκτήσει ο έφηβος, συνεχίζει πλέον τη ζωή του.
ΣΚΟΠΟΣ της έρευνάς μας είναι η καταγραφή των απόψεων των εφήβων για τους παράγοντες που συντελούν στην προστασία της υγείας τους (εμβόλια, διατροφή, ψυχαγωγία, κάπνισμα, λοιμώξεις, ναρκωτικά) καθώς και η μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς τους.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Απάντησαν σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο 200 έφηβοι, 14-18 χρονών, 100 αγόρια και 100 κορίτσια.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ποσοστό 43% τρώνε μόνο πρωινό, ποσοστό 17% δεν πίνουν ποτέ γάλα, ενώ ποσοστό 60% μένουν σχεδόν νηστικοί μέχρι να γυρίσουν σπίτι, πίνοντας καφέ, κυρίως φίλτρου ή τυρόπιττα. Έτοιμα φαγητά (πίτσες, κρουασάν, τυρόπιτες, σάντουιτς) τρώνε πάνω από 6 φορές την εβδομάδα σε ποσοστό 88% και σε ποσοστό 11% παίρνουν συμπληρώματα διατροφής. Δυστυχώς, μόνον 17% γνωρίζουν τη μεσογειακή διατροφή, συμφωνούν ότι είναι υγιεινή, αλλά δεν τη εφαρμόζουν.
Ποσοστό 76% αγνοούν για ποιά νοσήματα πρέπει να κάνουν εμβόλια και ποσοστό 91% δεν γνωρίζουν τα συμπτώματα της μηνιγγίτιδας και τον τρόπο μετάδοσής της. Ποσοστό 18% δεν γνωρίζουν πώς μεταδίδεται η ηπατίτιδα Β και το AIDS.
Ποσοστό 95% γνωρίζει ότι το κάπνισμα προκαλεί βρογχίτιδες και καρκίνο, αλλά 21% πιστεύουν ότι είναι ένα μέσο κοινωνικής καταξίωσης και 5% πιστεύουν ότι τα ναρκωτικά είναι μέσο επικοινωνίας.
Ποσοστό 56% διασκεδάζουν έξω από το σπίτι μία με δύο φορές την εβδομάδα και ποσοστό 31% αναφέρουν ότι δεν έχουν περιορισμούς στο ωράριο εξόδου. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην καταγραφή απόψεων αγοριών και κοριτσιών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι διατροφικές τους συνήθειες είναι τελείως ακατάλληλες για την ηλικία τους. Επίσης διαπιστώσαμε μεγάλη άγνοια στον τρόπο μετάδοσης ορισμένων νοσημάτων, παρόλο που τα ΜΜΕ τα προβάλλουν συνεχώς. Η πλειοψηφεία τους δε γνωρίζει τα είδη εμβολίων και γιατί τα έκαναν, παρόλο που είχαν προσωπικό παιδίατρο και είχαν εμβολιαστεί. Γνωρίζουν τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και των ναρκωτικών, δε σταματούν όμως να καπνίζουν.

306. ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ «ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ» (ΕΣΠΑ MIS301205)

Δ. Κουτσούκη[1], Γ. Μπογδάνης[1], Ε. Βλαχοπαπαδοπούλου[2], Φ. Καραχάλιου[2], Θ. Ψαλτοπούλου[3], Ι. Μανιός[4], Β. Καραγιάννη[5], Α. Χατζάκης[3], Σ. Μιχαλάκος[2]

[1]ΤΕΦΑΑ, ΕΚΠΑ, [2]Ενδοκρινολογικό Τμήμα Νοσοκ. Π & Α Κυριακού, [3]Εργαστ. Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ,,[4]Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [5]ΤΕΙ Αθήνας

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην εξέταση της συσχέτισης ανάμεσα στη φυσική δραστηριότητα και την παιδική παχυσαρκία, με βάση το «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία – Αποτύπωση, Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Παιδικής Παχυσαρκίας».
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το δείγμα επελέγη με στρωματοποιημένη δειγματοληψία και εφαρμογή PPS επί του πανελληνίου πληθυσμού των μαθητών δημοτικών σχολείων. Οι γονείς απάντησαν σε προ-κωδικοποιημένο ερωτηματολόγιο που εμπεριείχε πλήθος στοιχείων αναφορικά με τη φυσική δραστηριότητα, διατροφικές συνήθειες, κοινωνικοδημογραφικές παραμέτρους, κλπ. Έγινε έλεγχος της σχετικής εγκυρότητας και επαναληψιμότητας των ερωτηματολογίων. Οι μαθητές ταξινομήθηκαν σε υπέρβαρους και παχύσαρκους με βάση τα όρια ανά φύλο και ηλικία της International Obesity Task Force, ενώ ο δείκτης μάζας σώματος προσδιορίστηκε βάσει μετρήσεων στους μαθητές από ειδικούς επαγγελματίες υγείας. Τελέστηκε πολυμεταβλητή λογαριθμιστική παλινδρόμηση (logistic regression) με προσαρμογή (adjustment) για ηλικία και φύλο (STATA 11.1.).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ανάλυση περιελήφθησαν 11.850 μαθητές όλων των τάξεων δημοτικού (εκ των οποίων 36,17% ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι). Η συμμετοχή του παιδιού σε οργανωμένη σωματική άσκηση (σε αθλητικό σύλλογο, γυμναστήριο, προγράμματα του Δήμου) προστάτευε το παιδί από την υπέρβαρη κατάσταση/παχυσαρκία (adjusted OR=0,85, 95%CI: 0,76-0,97, συμμετέχοντες vs. μη συμμετέχοντες στις οργανωμένες δραστηριότητες). Επιπρόσθετα, το περπάτημα/ποδήλατο εμφάνισε προστατευτική επίδραση ως προς την παχυσαρκία/υπέρβαρη κατάσταση (adjusted OR=0,95, 95%CI: 0,92-0,99 ανά 30 λεπτά περπατήματος/ποδηλάτου).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει τον ευεργετικό ρόλο της φυσικής δραστηριότητας στην πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας, τόσο σε επίπεδο οργανωμένων δραστηριοτήτων, όσο και ενασχόλησης με το περπάτημα ή το ποδήλατο.

307. ΕΠΙΠΕΔΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ: «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΓΚΑΡΔΙΑ»

Θ. Ψαλτοπούλου, Π. Σάββαρη, Μ. Κανακάρη, Θ. Σεργεντάνης, Ε. Δουλιανάκη, Δ. Τούσουλης

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος του χρηματοδοτούμενου από το ΕΣΠΑ προγράμματος είναι η μείωση της ανισότητας στην υγεία, μέσω της βελτιστοποίησης της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ευάλωτους πληθυσμούς σε περίοδο οικονομικής κρίσης.
ΥΛΙΚΟ: Το δείγμα αποτέλεσαν 248 άτομα (56,5% άνδρες και 43,5% γυναίκες), κάτοικοι Αττικής, οι οποίοι προσήλθαν για εξετάσεις στα ιατρεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών στα πλαίσια του προγράμματος και απάντησαν σε ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου απαντήσεις κατά την περίοδο Μαΐου-Ιουνίου 2013. Εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική και ο έλεγχος Spearman, με χρήση του προγράμματος SPSS v.21.0.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 59 (+/- 9,7) έτη και το 83% των ατόμων δηλώνουν σε ανεργία. Το 81,6% του δείγματος ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (32,2% και 49,4%, αντίστοιχα). 18% του συνόλου ανέφεραν ατομικό ιστορικό κατάθλιψης, ενώ οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης κατά Beck έδειξαν ότι 128 άτομα (52%) εμφανίζουν οριακή, μέτρια, σοβαρή ή ακραία κατάθλιψη, με τις τελευταίες κατηγορίες να αντιπροσωπεύουν το 11,0% και 3,6% του συνόλου, αντίστοιχα. Το 87% του δείγματος δήλωσε ότι έχει επηρεαστεί πάρα πολύ από την οικονομική κρίση, το 84% έχουν προχωρήσει σε μείωση των δαπανών στα απολύτως απαραίτητα, το 67% σε μείωση των εξόδων για διατροφή, εκπαίδευση και υγεία. Η μείωση των αγορών σε είδη ρουχισμού (Spearman's rho=+0,157, p=0,015), των εξόδων για διατροφή, εκπαίδευση και υγεία μελών της οικογένειας (rho=+0,251, p < 0,001), η κατάργηση των καλοκαιρινών διακοπών (rho=+0,161, p=0,013) και η δήλωση ότι ο συνεντευξιαζόμενος έχει προσωπικά επηρεαστεί από την κρίση (rho=+0,214, p < 0,001) συσχετίζονται θετικά με το επίπεδο κατάθλιψης. Στο 82% του δείγματος έγιναν συστάσεις αλλαγής τρόπου ζωής (υγιεινοδιαιτητικές, δραστηριότητα, τακτικές ιατρικές εξετάσεις) ή παραπομπή σε οργανωμένο ιατρικό κέντρο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η οικονομική κρίση σχετίζεται με την εμφάνιση υψηλού ποσοστού σοβαρής ή ακραίας κατάθλιψης σε ενήλικα πληθυσμό στην Αττική.

308. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΥΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ, ΣΕ ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΝΑΤΡΙΟΥ, ΕΜΦΙΑΛΩΜΕΝΩΝ ΝΕΡΩΝ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 23 ΥΓΙΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 40-50 ΕΤΩΝ

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

[1]Ιδιωτικό Ιατρείο ΠΦΥ, Φάρσαλα, [2]ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Εμφιαλωμένο νερό που έχει νάτριο περισσότερο από 10 mg/L δεν είναι μια καλή επιλογή για τους ανθρώπους που πάσχουν από υπέρταση. Σε κάθε φυσικό μεταλλικό νερό με περιεκτικότητα νατρίου μικρότερη από 10 mg/l επιτρέπεται να αναγράφεται στην ετικέτα ότι «είναι κατάλληλο για δίαιτα χαμηλή σε νάτριο».
ΣΚΟΠΟΣ: συγκριτική μελέτη επίδρασης 2 διαφορετικών, σε περιεκτικότητα νατρίου, εμφιαλωμένων νερών, στην αρτηριακή πίεση υγιών ατόμων, ηλικιακού φάσματος 40-50 ετών.
ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: στη μελέτη μας συμμετείχαν, εθελοντικά, και κατόπιν τυχαίας επιλογής 23 άτομα (12 άνδρες και 11 γυναίκες) ελεύθερα παθολογικού ιστορικού, όλα τους καθολικοί χρήστες, τουλάχιστον επί διετίας, εμφιαλωμένου νερού με περιεκτικότητα νατρίου μεγαλύτερη των 10mg/L. Έγινε μέτρηση και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων και τους ζητήθηκε να καταναλώνουν αποκλειστικά, επί ένα τρίμηνο, έτερο εμφιαλωμένο νερό με περιεκτικότητα νατρίου μικρότερη των 10mg/L. Μετά το πέρας του τριμήνου έγινε επαναληπτική μέτρηση και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων. Έγινε στατιστική ανάλυση των δεδομένων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες βρέθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης, ανάμεσα στις δύο μετρήσεις. Σχετικά με την διαστολική, η μείωση μπορεί να μην ήταν στατιστικά σημαντική αλλά ήταν, επίσης, αρκετή. Οι σφύξεις των γυναικών μειώθηκαν, αλλά όχι στατιστικώς σημαντικά, σε αντίθεση με των ανδρών που παρατηρήθηκε σημαντική μείωση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: η επιλογή του εμφιαλωμένου νερού είναι σημαντική για την υγεία μας. Πρέπει να ελέγχουμε όχι μόνο πόσο νερό πίνουμε καθημερινά αλλά και τι νερό πίνουμε.

309. PARENT ΚΟΙΝΗ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΔΡΑΣΗ: ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΑΡΧΕΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Χ. Καρανίκας[1], Ι. Σκαλκίδης[1], M. Meglič[2]

[1]Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας της Δημοκρατίας της Σλοβενίας

ΣΚΟΠΟΣ: PARENT Joint Action, αποσκοπεί στην υποστήριξη των κρατών μελών της ΕΕ ώστε να αναπτύξουν συγκρίσιμα και συνεκτικά αρχεία ασθενών σε τομείς όπου η ανάγκη αυτή έχει σαφώς αναγνωριστεί (π.χ. χρόνιες παθήσεις, ιατρική τεχνολογία). Απώτερος στόχος είναι η διασυνοριακή χρήση των αρχείων ασθενών και συνακόλουθα η βελτίωση της περίθαλψης.
ΥΛΙΚΟ: Προϋπόθεση για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη αποτελεί η τυποποίηση των δεδομένων, μεθόδων και εργαλείων που χρησιμοποιούνται σε διαφορετικές χώρες, καθώς και η συλλογή και διάδοση των δεδομένων ασθενών. Σήμερα, υπάρχουν πολλά διαφορετικά αρχεία ασθενών στα κράτη μέλη.. Λόγω μη εναρμόνισης των αρχείων αυτών, ο πλούτος των διαθέσιμων στοιχείων δεν οδηγεί σε πλήρη αξιοποίηση τους για τη στήριξη των κοινών στόχων της ΕΕ και την παροχή καλύτερης υγειονομικής περίθαλψης για τους πολίτες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το PARENT παρέχει στα κράτη μέλη της ΕΕ ένα σύνολο κατευθυντήριων οδηγιών, συστάσεων και εργαλείων για να υποστηρίξει τη δημιουργία και τη διαχείριση αρχείων ασθενών, τα οποία διαλειτουργούν σε διασυνοριακό επίπεδο. Στα πλαίσια του PARENT αναπτύχθηκε το «Αρχείο των Αρχείων Ασθενών» (Registry of Registries). Είναι μια διαδικτυακή υπηρεσία που παρέχει προστιθέμενη αξία στα αρχεία ασθενών σε όλη την ΕΕ προκειμένου να βοηθήσει τους ενδιαφερόμενους να αποκτήσουν ακριβείς, αξιόπιστες και ενημερωμένες πληροφορίες σχετικά με τα μεταδεδομένα των υφιστάμενων αρχείων ασθενών σε ενιαία μορφή για όλα τα ευρωπαϊκά αρχεία ασθενών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Προκειμένου να επιτευχθεί η διαλειτουργικότητα των δεδομένων υγείας, είναι καίριας σημασίας όχι μόνο να καθορίσουμε τα δεδομένα καταχώρησης και τη δομή των αρχείων του ασθενούς, αλλά και να αναπτύξουμε την κατάλληλη αρχιτεκτονική και τις διαδικασίες που θα χρησιμοποιούν τα παραπάνω δεδομένα ώστε να παρέχονται ως ολοκληρωμένη υπηρεσία και να επιτυγχάνεται η βέλτιστη διασυνοριακή περίθαλψη αλλά και να προάγεται η κλινική έρευνα.

310. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ ΚΑΤΑ ROUX-en-Y ΩΣ ΑΡΧΙΚΗ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ Η ΩΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ

B. Jangam[1], K. O'Hara[1], B. Bernstein[1], R. Chhatrala[1], Ι. Ραυτόπουλος[1,2]

[1]Bariatric Center at Saint Francis Hospital and Medical Center, Hartford, CT, USA, [2]Metropolitan Νοσοκομείο

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της εργασίας είναι η σύγκριση των αποτελεσμάτων της λαπαροσκοπικής γαστρικής παράκαμψης κατά Roux-en-Y (ΛΓΠ) ας αρχική εγχείρηση (ΑΕ) ή ως εγχείρηση μετατροπής (ΕΜ).
ΥΛΙΚΟ: Δεδομένα από 545 συνεχέμενους ασθενείς που έκαναν ΛΓΠ ως ΑΕ (N=481, 88.3%) ή ΕΜ (N=64, 11.7%) συγκρίθηκαν. Στις ΕΜ συμπεριλαμβάνονται 1) μετατροπές από νηστιδο-ιλιακή παρακάμψη (N=2), γαστρικό δακτύλιο (N=22), επιμήκης γαστρεκτομή (N=1), εγκάρσια γαστροπλαστική (N=8), θολοπλαστική Nissen (N=4), 2) διόρθωση της γαστρο-νηστιδοστομίας (N=10), 3) επιμήκυνση του τμήματος Roux (N=6), 4) εκτομή του τυφλού τμήματος του Roux (N=4), μερική εκτομή του γαστρικού θύλακου (N=2) ή συνδιασμοί (N=8). Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση covariance και πολυνωμιακή λογιστική παλινδρόμηση λαμβάνοντας υπόψη τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), ηλικία και φύλο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ ΑΕ και ΕΜ όσον αφορά τον ΔΜΣ (47.2 με 38.6 kg/m^2, *p < /em><.001), αλλά όχι την ηλικία (42.3 με 45.2 ετών, p < /em>=.137). Οι ΕΜ είχαν σημαντικά μεγαλύτερους χειρουργικούς χρόνους (337.6 με 224.0 λεπτά, p < /em> <0.001), χρόνο νοσηλείας (3.9 με 2.0 ημέρες, p < /em> <0.001) και πιθανότητα μετατροπής σε ανοιχτή επέμβαση (18.2% με 0.4%, p < /em> < 0.001). Παρόλο που η 30ήμερη μείζονα νοσηρότητα ήταν μεγαλύτερη στις ΕΜ (26.9% με 4.7%, p=.002), η μακροχρόνια μείζονα νοσηρότητα ήταν παρεμφερής μεταξύ ΑΕ και ΕΜ. Το 95.2% των ασθενών ΕΜ ανέφεραν βελτίωση των παρενεργειών από την ΑΕ στους 12 μήνες μετεγχειρητικά. Η % απώλεια του επιπλέον βάρους ήταν μεγαλύτερη για τις ΑΕ (57% με 44.3%, p < /em> <0.001).*
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρόλο που οι ΕΜ συσχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα μετατροπής σε ανοιχτή επέμβαση, η λαπαροσκοπική προσπέλαση είναι δυνατή. Η απώλεια βάρους είναι μειωμένη έπειτα από ΕΜ, αλλά βελτίωση των παρενεργειών από την ΑΕ είναι πολύ πιθανή.

311. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

312. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΧΗΜΙΚΑ ΠΡΟΚΛΗΘΕΙΣΑΣ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗΣ ΕΝΤΕΡΟΚΟΛΙΤΙΔΑΣ, ΜΕ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΕΓΧΥΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΜΒΡΥΟΝΙΚΩΝ ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΝ

Α. Καγιά[1], Δ. Καγιάς[2], Α. Καραγιαννίδη[3], Ι. Βαρελά[3], Ε. Μιχαλόπουλος[4], Α. Δημοπούλου[5], Σ. Κουνέλη[5], Μ. Τζέτη[6], Δ. Περρέα[7], Ε. Καναβάκης[6], Ε. Γουσέτης[3]

[1]Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΓΝ «Κωνσταντοπούλειο», Αθήνα, [2]Παιδοχειρουργικό Τμήμα ΓΝΜ «Ε.Βενιζέλου», Αθήνα, [3]Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού ΓΝ Παίδων «Αγία Σοφία», Αθήνα, [4]Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, [5]Παθολογοανατομικό Τμήμα ΓΝΜ. «Ε.Βενιζέλου», Αθήνα, [6]Εργαστήριο Γενετικής Πανεπιστημίου Αθηνών, [7]Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής - Χειρουργικής Ερευνας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας χορήγησης πληθυσμών βλαστοκυττάρων, στην αποκατάσταση χημικά προκληθείσας αιμορραγικής εντεροκολίτιδας, σε μύες.
ΥΛΙΚΟ: 1) Νεαροι μύες εκτροφής, φυλής C57BL/6, άρρενες και θήλεις (Ινστιτούτο Pasteur). 2) Διάλυμα DSS (άλας μακρομοριακής Dextrane Sulfate Sodium, 40.000 dt. 3) Μεσεγχυματικά βλαστοκύτταρα μυελού οστών (ΜΒΜΟ) 4) Μεσεγχυματικά βλαστοκύτταρα ομφαλίου λώρου (ΜΒΟΛ) 5) Εμβρυονικά βλαστοκύτταρα (ΕΒ).
ΜΕΘΟΔΟΣ: Χορηγήθηκε πόσιμο διάλυμα DSS διαφορετικών συγκεντρώσεων, ad libitum. Αξιολογήθηκαν οι αιμορραγικές κενώσεις, η απώλεια βάρους, η κλινική, συμπεριφορά και τα ιστολογικά παρασκευάσματα. Διάλυμα 5% προκαλούσε οξεία, 4% υποξεία ενώ διάλυμα 3% χρονία νόσο. Επιλέχθηκε διάλυμα 5% διότι προκαλούσε οξεία νόσο όμοια με την ερευνούμενη κλινική οντότητα (μαζικοί θάνατοι την 4η ημέρα χορήγησής DSS 5%).Οι πληθυσμοί βλαστοκυττάρων, χορηγήθηκαν ενδοπεριτοναϊκά σε δόση 10^6 κύτταρα/ 1ml/ πειραματόζωο. Χρησιμοποιήθηκε μια 5άδα μυών ανά πληθυσμό. Τα κύτταρα χορηγήθηκαν μετά τις 48h χορήγησης DSS και μέχρι τις 96h (ολοκλήρωση μαζικών θανάτων στην ομάδα ελέγχου).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Επιβίωση των μυών που έλαβαν βλαστοκύτταρα ~ 80% μετά τις 96h. Καλύτερα αποτελέσματα στην ομάδα των ΜΒΟΛ,ακολούθως των ΜΒΜΟ και έπεται των ΕΒ. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε τη σχεδόν πλήρη αναγέννηση του εντερικού επιθηλίου. Η χρήση βλαστοκυττάρων δύναται να αποδειχθεί πολύτιμη μέθοδος θεραπείας (αρχικής/ ενισχυτικής) σε σοβαρές παθήσεις παιδοχειρουργικού, νεογνολογικού και όχι μόνο ενδιαφέροντος (νεκρωτική εντεροκολίτιδα, ελκώδης κολίτιδα, v.Crohn)

313. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

314. ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ-Η ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΜΟΝΟΔΡΟΜΟ

Θ. Κώτσης, Ε. Παππάς, Γ. Γκιόκας, Α. Μελεμένη, Χ. Στάικου, Κ. Θεοδωράκη, Α. Αργυρά, Β. Αράπογλου, Κ. Κατσένης

Αγγειοχειρουργική Μονάδα, Β΄Χειρουργική Κλινική, Α΄Αναισθησιολογική Κλινική, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αποφρακτική νόσος της εξωκράνιας μοίρας των καρωτίδων εκτός εξαιρέσεων (λ.χ. ακτινοβολία τραχήλου, τραύμα, διαχωρισμός) προκαλείται από έξαρση αθηροσκληρυντικής νόσου (προϊούσα στένωση) ή λόγω θρομβωτικής εξεργασίας επί αθηροσκληρυντικού υποστρώματος. Παρουσιάζονται χαρακτηριστικές περιπτώσεις καρωτιδικής νόσου που απαίτησαν κλασικές ή πιο εξειδικευμένες τεχνικές λόγω βαρύτητος της αθηροσκληρυντικής νόσου ή επί συνύπαρξης αιματολογικών διαταραχών όπως θαλασσαιμίας, θρομβοφιλίας ή συνδρόμου HIT.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε όλες τις περιπτώσεις η αποκατάσταση της καρωτιδικής νόσου έγινε με ανοικτή χειρουργική.Σε μία περίπτωση ασθενούς με β-ομόζυγη θαλασσαιμία (άνδρας, 36 ετών) παρατηρήθηκε επιτάχυνση της στενωτικής εξεργασίας με επαναλαμβανόμενα παροδικάισχαιμικά επεισόδια (ΠΙΕ) ενώ σε δύο περιπτώσεις προηγηθείσης ενδαρτηρεκτομής αλλαχού -επί θρομβοφιλίας και συνδρόμου HIT- απαιτήθηκε ανοικτή επανεπέμβαση επίσης λόγω ΠΙΕ.Σε 12 περιπτώσεις υπήρχε κεντρική απόφραξη της κοινής καρωτίδος και απαιτήθηκε καρωτιδουποκλείδια παράκαψη (σε μία περίπτωση έγινε άμεση αναστόμωση της αρ. κοινής καρωτίδος επί της υποκλειδίου αρτηρίας και σε μία ακόμη περίπτωση πραγματοποιήθηκε ημίκλειστη ενδαρτηρεκτομή της κοινής καρωτίδος) και σε 11 περιπτώσεις γωνίωσης (άλλοτε άλλου βαθμού) εκτελέσθηκε ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή με κεντρικότερη καθήλωση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε όλες τις περιπτώσεις η θνητότητα ήταν μηδενική. Σε μία περίπτωση με αμφοτερόπλευρη νόσο και αιμοδυναμική αστάθεια, η ασθενής μετά την αποκατάσταση της δεξιάς καρωτίδος ανέπτυξε άμεσα μετεγχειρητικά αναστρέψιμη βλάβη στο ημισφαίριο της μη χειρουργημένης καρωτίδος (αριστερά) και χειρουργήθηκε εντός δύο ημερών (ενδαρτηρεκτομή στην αριστερά έσω καρωτίδα) από την ανάπτυξη του επεισοδίου, το οποίο και υπεχώρησε μετά επταήμερον.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η αγγειοεγκεφαλική νόσος αποτελεί μία έκφραση της γενικότερης συστηματικής επιβάρυνσης του οργανισμού από την ίδια αθηροσκλήρυνση ή σε συνδυασμό της με άλλη νόσο. Οι άξονες αντιμετώπισης βασίζονται στην συστηματική αναχαίτιση της όποιας νόσου και στην αποκατάσταση μιας συγκεκριμένης πάσχουσας αγγειακής κοίτης, εν προκειμένω της καρωτιδικής. Η ενδελεχής μελέτη όλων των αρτηριών παροχής σε σημαντικά όργανα (λ.χ. καρδιά, νεφροί, σπλάγνα) αποτελεί το πρωταρχικό βήμα, που ακολουθείται από την τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου και την επιλεκτική παρέμβαση.

315. ΔΕΚΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΙΤΙΔΑΣ

Ε. Μισιακός[1], Γ. Μπάγιας[2], Ν. Δανιάς[3], Ι. Παπαδόπουλος[3], Κ. Πετρόπουλος[1], Π. Πατάπης[1], Γ. Μαρτίκος[1], Ν. Αρκαδόπουλος[3], Β. Σμυρνιώτης[3], Α. Μαχαίρας[1]

[1]Γ΄ Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [3]Δ΄ Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η νεκρωτική απονευρωσίτιδα είναι μια σπάνια, αλλά επικίνδυνη για την ζωή, νεκρωτική φλεγμονή του δέρματος και του υποδορίου ιστού, πολυμικροβιακής αιτιολογίας που εκτείνεται δια των απονευρώσεων. Προσβάλλει τα κάτω άκρα, την περιοχή του περινέου (Γάγγραινα Fournier), τον κορμό, αλλά και τα άνω άκρα. Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιασθεί η χειρουργική αντιμετώπιση και η έκβαση των ασθενών με νεκρωτική απονευρωσίτιδα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά την δεκαετία 2003-2013 στη Γ΄ και Δ΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική του Αττικού Νοσοκομείου, καταγράφηκαν 30 ασθενείς (22 άνδρες, 8 γυναίκες) που χειρουργήθηκαν για νεκρωτική απονευρωσίτιδα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς είχαν νεκρώσεις υποδορίου ιστού και απονευρώσεων στις περιοχές του περινέου, του όσχεου, των μηροβουβωνικών περιοχών, του βραχίονα, του ώμου και της μασχαλιαίας περιοχής. Πυώδεις συλλογές μεταξύ των νεκρωμάτων εντοπίστηκαν στην πλειονότητα των περιπτώσεων και παροχετεύτηκαν. Σε όλους τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε εκτομή των νεκρωμένων ιστών και εκτεταμένος χειρουργικός καθαρισμός μέχρις υγιών ορίων. Σε 6 ασθενείς έγινε προστατευτική κολοστομία με σκοπό την εκτροπή των κοπράνων. Σε 4 ασθενείς κρίθηκε απαραίτητος ο ακρωτηριασμός κάτω άκρου, ενώ σε έναν έγινε ακρωτηριασμός άνω άκρου. Σε όλους τους ασθενής τοποθετήθηκαν σωλήνες παροχέτευσης και ακολούθησε κάλυψη του χειρουργικού τραύματος, ενώ σε 3 πρόσφατες περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε συσκευή αναρρόφησης αρνητικής πίεσης (VAC). Σε 9 ασθενείς κρίθηκε αναγκαία η επανεπέμβαση. Τελικά 25 ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση της γενικής τους κατάστασης, ενώ 5 ασθενείς κατέληξαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η νεκρωτική απονευρωσίτιδα απαιτεί άμεση διάγνωση και χειρουργική αντιμετώπιση, προκειμένου να μειωθεί η υψηλή νοσηρότητα και η θνητότητα αυτής. Επίσης σημειώνεται η αναγκαιότητα επανάληψης των χειρουργικών καθαρισμών, που συχνά αποτελεί την μόνη ελπίδα σωτηρίας.

316. ΕΠΙΜΟΛΥΝΘΕΙΣ ΦΑΙΟΣ ΟΓΚΟΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ ΩΣ ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ε. Βαϊρακτάρης[1], Β. Παπακώστα[1], Ν. Λεφαντζής[1], Σ. Βασιλείου[1], Ε. Βασιλάτου[2], Ι. Παναγιωτίδης[3]

[1]Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Β΄Προπαιδευτική Παθολογική, [3]Β΄Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο φαιός όγκος αποτελεί συνήθως όψιμη οστική βλάβη στα πλαίσια υπερπαραθυρεοειδισμού και η μονήρης προσβολή των οστών του σπλαγχνικού κρανίου είναι σπάνια, με συνηθέστερη εντόπιση στην κάτω γνάθο. Αναφέρεται η σπάνια περίπτωση ασθενούς με φαιό όγκο της άνω γνάθου ως αρχική κλινική εκδήλωση της νόσου.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Γυναίκα ετών 33 προσήλθε στην Κλινική μας με διόγκωση στην άνω γνάθο δεξιά, που έδιδε αρχικά την εικόνα οδοντοφατνιακού αποστήματος. Η πανοραμική ακτινογραφία έδειχνε ακροριζικές αλλοιώσεις των οδόντων 11-13 και ακτινοσκιερή περιοχή που καταλάμβανε την άνω γνάθο με επέκταση προς το ιγμόρειο. Άμεσα έγινε σχάση-παροχέτευση, ελήφθη καλλιέργεια και δόθηκε κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή. Η ασθενής εμφάνισε σαφή βελτίωση του οιδήματος. Συστήθηκε dental scan άνω γνάθου, το οποίο έδειξε οστεόλυση της δεξιάς άνω γνάθου και πλήρη κατάληψη του σύστοιχου ιγμορείου από εξεργασία, καθώς επίσης οδοντιατρική αντιμετώπιση των ακροριζικών αλλοιώσεων. Ακολούθως, η ασθενής υποβλήθηκε σε ανοικτή βιοψία της βλάβης. Διαπιστώθηκε γιγαντοκυτταρικός οστικός όγκος και η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε το επανορθωτικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα, το φαιό όγκο του υπερπαραθυρεοειδισμού ή τον αληθή γιγαντοκυτταρικό όγκο. Σε συνεργασία με τους Ενδοκρινολόγους έγιναν εξετάσεις αιματολογικές, ούρων, μέτρηση οστικής πυκνότητας, απεικονιστικός έλεγχος του υπόλοιπου σκελετού και σπινθηρογράφημα παραθυρεοειδών, με τα οποία τέθηκε η διάγνωση του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού. Η ασθενής παραπέμφθηκε για χειρουργική αντιμετώπιση του υπερπαραθυρεοειδισμού, ενώ συστήθηκε τακτική παρακολούθηση τόσο από τους γναθοπροσωπικούς χειρουργούς όσο και από τους ενδοκρινολόγους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι μεταβολικές οστικές νόσοι θα πρέπει πάντα να περιλαμβάνονται στη διαφοροδιάγνωση των οστεολυτικών βλαβών των γνάθων. Απαιτείται ακριβής διάγνωση με συστηματική κλινική, απεικονιστική και βιοχημική εκτίμηση που επιτρέπει τη σωστή αντιμετώπιση, αποφεύγοντας την ταλαιπωρία του ασθενή.

317. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΚΑΙ ΚΕΦΑΛΗΣ

Ε. Βαϊρακτάρης[1], Σ. Βασιλείου[1], Β. Παπακώστα[1], Ν. Λεφαντζής[1], Α. Κατούλης[2], Δ. Ρηγόπουλος[2]

[1]Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Β΄ Κλινική Αφροδίσιων και Δερματικών Νόσων, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Τα βασικοκυτταρικά καρκινώματα αποτελούν τη συχνότερη μορφή καρκίνου του δέρματος του προσώπου και της κεφαλής. Μικρής επιφάνειας βλάβες έχουν συνήθως ήπια πορεία. Παρόλα αυτά, ακόμη και μια μικρή αλλοίωση, όταν γειτνιάζει σε ευγενή όργανα, μπορεί να επεκταθεί σε αυτά και η ριζική αφαίρεσή της να απαιτήσει συναφαίρεση του οφθαλμού, της ρινός κ.λ.π. Τα προαναφερόμενα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα σε υποτροπές. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη των προβληματισμών, των βασικών αρχών και των τεχνικών εκτομής και αποκατάστασης των βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων προσώπου και κεφαλής, με στόχο την αποφυγή υποτροπών και το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αφορά ασθενείς που προσήλθαν στο Δερματο-ογκολογικό Ιατρείο προς εξέταση για ογκόμορφες βλάβες με εντόπιση στο πρόσωπο και την κεφαλή. Οι ασθενείς εξεταζόντουσαν κλινικά και δερματοσκοπικά από τους Δερματολόγους, ετίθετο η κλινική διάγνωση βασικοκυτταρικού καρκινώματος και παραπεμπόντουσαν στην Κλινική μας για περαιτέρω αντιμετώπιση. Ακολουθούσε από εμάς βιοψία για επιβεβαίωση της διάγνωσης και μετά το αποτέλεσμα γινόταν χειρουργική αφαίρεση των καρκινωμάτων με έλεγχο των ορίων με ταχείες βιοψίες και αποκατάσταση των ελλειμμάτων υπό τοπική ή γενική αναισθησία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Περιγράφεται το είδος και η έκταση της εκτομής ανάλογα με την ακριβή εντόπιση της βλάβης (μύτη, χείλος, παρειά, μέτωπο, αυτί, τριχωτό κεφαλής) και τα αποτελέσματα των ταχέων βιοψιών, οι δυνατότητες αποκατάστασης με ελεύθερα δερματικά μοσχεύματα ή τοπικοπεριοχικούς κρημνούς, επίσης ανά περιοχή, και οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του κρημνού και την απόφαση για άμεση ή απώτερη αποκατάσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η εκτομή και αποκατάσταση των βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων προσώπου και κεφαλής αποτελούν αφ' ενός πρόκληση για το Χειρουργό του Προσώπου, αφ' ετέρου χρήζουν ιδιαίτερου σχεδιασμού και δυνατοτήτων λόγω των ανατομικών και αισθητικών ιδιαιτεροτήτων της περιοχής.

318. ΑΝΟΣΟΪΣΤΟΧΗΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΥΡΜΑΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΛΚΩΝ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ

Γ. Λαγουμιντζής[1], Μ. Καμπούρης[1], Θ. Αργυράκος[2], Γ. Καραγκούνης[2], Α. Βουτσινάς[1], Α. Βουτσινάς[3], Κ. Πουλάς[1]

[1]Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας και Ανοσολογίας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, [2]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [3]Χειρουργός Ορθοπαιδικός, Ιδιώτης Ιατρός, Πάτρα

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η Ασύρματη Ηλεκτροδιέγερση (Α.Η.) χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ελκών και τραυμάτων που παρουσιάζουν δυσκολία επούλωσης. Στην παρούσα μελέτη, χρησιμοποιώντας δυο κλινικά περιστατικά, μελετάμε το μηχανισμό δράσης της, διερευνώντας την ενεργοποίηση διαφόρων μοριακών και/ή κυτταρικών παραγόντων που είναι γνωστό ότι συμμετέχουν στην επούλωση των ιστών.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήθηκε η συσκευή Wetling-200, Denmark σε δύο ασθενείς: Ο πρώτος, έπασχε από νόσο Dupuytren με προσβολή της παλαμιαίας απονεύρωσης στο μέσο και παράμεσο δάκτυλο και παραμορφωτική αρθρίτιδα δείκτου και μέσου δακτύλου δεξιάς χειρός. Ο δεύτερος, υπέστη τραυματισμό (εργατικό ατύχημα) στο αριστερό χέρι με έλλειμμα δέρματος στο παράμεσο δάκτυλο. Η θεραπεία που εφαρμόστηκε ήταν ωριαίας διάρκειας καθημερινά (ένταση 1,5 μΑ). Πραγματοποιήθηκε ανοσοϊστοχημική μελέτη σε βιοψίες των 2 ασθενών για α) δημιουργία ινών κολλαγόνου, β) παρουσία σιτευτικών κυττάρων και γ) ενεργοποίηση μυοϊνοβλαστών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο πρώτος ασθενής παρουσίασε σαφή βελτίωση, μείωση των εκκρίσεων και αποστείρωση του τραύματος από τη 4η μετεγχειρητική μέρα και πλήρη επούλωση του τραύματος σε 14 ημέρες. Ο δεύτερος παρουσίασε θεαματική επούλωση στο έλλειμμα δέρματος από τη δεύτερη θεραπεία. Σε 14 ημέρες αποκαταστάθηκαν πλήρως τα τραύματα και αφαιρέθηκαν τα ράμματα. Ανοσοϊστοχημικά παρατηρήθηκε -συναρτήσει του αριθμού των θεραπειών- αύξηση της δημιουργίας ινών κολλαγόνου, αύξηση του πολλαπλασιασμού των μυοϊνοβλαστών και μείωση της συγκέντρωσης των φλεγμονωδών κυττάρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η Ασύρματη Ηλεκτροδιέγερση δρα αποτελεσματικά στη θεραπεία των ελκών, και ελαττώνει το χρόνο επούλωσης επάγοντας τη δημιουργία νέων ινών κολλαγόνου αλλά και μυοϊνοβλαστών, ενώ παράλληλα μειώνει τη φλεγμονή και την κοκκιωματώδη μάζα.

319. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΛΙΠΟΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΡΑΧΗ ΑΝΔΡΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ ΛΙΠΩΜΑΤΟΣ ΠΡΟ 18 ΕΤΩΝ. ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γ. Ζάχαρης[1], Ν. Ζάχαρη[2], Β. Δαμάσκου[1], Ζ. Στάμου[1], Χ. Πότσιος[3], Π. Ξαπλαντέρη[4]

[1]ΓΝ Πατρών, [2]Ειδικός Παθολόγος, Πάτρα, [3]ΓΝ Ανατολικής Αχαΐας, [4]ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος, Πάτρα

ΣΚΟΠΟΣ: Η διαγνωστική προσπέλαση μορφώματος ράχης σε άνδρα 61 ετών. Από το ιστορικό του ασθενούς στην ίδια περιοχή είχε εξαιρεθεί προ 18 ετών λίπωμα.

ΥΛΙΚΟ: Από τη ράχη του ασθενούς αφαιρέθηκε μόρφωμα διαστάσεων 8x7,5x2,3 εκατοστά κιτρινωπής και κατά θέσεις υπόλευκης χροιάς και μαλθακής σύστασης. Ταυτόχρονα αφαιρέθηκαν δύο ινολιπώδη ιστοτεμάχια συνολικών διαστάσεων 3,5 x 1,2 εκατοστά και μέγιστης διαμέτρου έκαστο 3,5 εκατοστά. Τα ως άνω απεστάλησαν για παθολογοανατομική εκτίμηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ιστολογικά το μόρφωμα αντιστοιχεί σε λιπογενές νεόπλασμα με σχετική ποικιλομορφία των λιποκυττάρων χωρίς σαφή παρουσία λιποβλάστης και ικανή ποσότητα κυτταροβριθούς συνδετικού υποστρώματος με μυξοειδή εκφύλιση εντός του οποίου παρατηρούνται άτυπα ατρακτοειδή κύτταρα και μαστοκύτταρα χωρίς γιγαντοκύτταρα τύπου floret. Ευρήματα ισχυρώς ύποπτα για καλά διαφοροποιημένο λιποσάρκωμα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Το 60% των σαρκωμάτων των μαλακών μορίων εμφανίζονται στα άκρα, 30% στον κορμό και το οπισθοπεριτόναιο, και το υπόλοιπο 10% στην κεφαλή και τον τράχηλο.

Τα λιποσαρκώματα είναι από τα πιο κοινά σαρκώματα των ενηλίκων και εμφανίζονται στις ηλικίες 40-60, ενώ είναι ασυνήθιστα στα παιδιά.

Αιτίες ανάπτυξης σαρκώματος αναφέρεται η ακτινοθεραπεία και πολύ σπάνια χημικά και θερμικά εγκαύματα, τραύμα ή ανάπτυξη σε ουλώδη ιστό από προηγούμενη επέμβαση.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση ο ασθενής είχε υποβληθεί σε αφαίρεση λιπώματος στην περιοχή της ράχης. Μετά από 18 έτη εμφάνισε στην ίδια περιοχή λιποσάρκωμα, γεγονός που σπάνια περιγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία. Η κακοήθης εξαλλαγή λιπώματος σε λιποσάρκωμα επίσης είναι εξαιρετικά σπάνια. Το περιστατικό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης με κυτταρογενετικό έλεγχο / FISH.

320. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΕΚ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Ν. Χρύσανθος, Ε. Αναγνωστοπούλου, Σ. Πατσαβέλα

ΓΝ Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επείγουσα ορθοσιγμοειδοσκόπηση είναι μια γρήγορη, ανώδυνη και συχνά η πρώτη και τελική διαγνωστική εξέταση του ασθενή με απώλεια αιματηρού περιεχομένου απο το ορθό. Δεν απαιτεί εντερική προετοιμασία και μπορεί να διενεργηθεί άμεσα σε όλους τους ασθενείς με μακροσκοπική απώλεια αίματος απο το ορθό.

ΣΚΟΠΟΣ: Η συχνότητα ανεύρεσης αποφρακτικής ή μή νεοπλασματικής νόσου του παχέος εντέρου κατά την επείγουσα ορθοσιγμοειδοσκόπηση.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη κατά το χρονικό διάστημα Ιουνίου 2012 - Ιούνιου 2013. Ως επείγουσα ορθοσιγμοειδοσκόπηση ορίστηκε η εξέταση που έγινε εντός του πρώτου 12ωρου από την εισαγωγή του ασθενή. Συμπεριλήφθηκαν 79 ασθενείς με απώλεια αίματος απο το ορθό (39 (49.4%) άντρες / 40 (50.6%) γυναίκες) μέσης ηλικίας των 48.7 έτων οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επείγουσα ορθοσιγμοειδοσκόπηση. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με το πρόγραμμα SPSS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 79 ασθενείς της μελέτης οι 13 (16.5%, P=0.39) εξ αυτών διεγνώσθησαν με πρωτοεμφανιζόμενο νεόπλασμα ορθού και σιγμοειδούς (8 και 5 νεοπλάσματα αντιστοίχως) ενώ σε 2 περιπτώσεις προκαλούσαν απόφραξη του εντερικού αυλού. Σε 5 ασθενείς παρατηρήθηκε ενεργός διιδρώσα αιμορραγία απο τον όγκο κατα την ενδοσκόπηση. Η μέση ηλικία των ασθενών που εμφάνισαν νεόπλασμα ήταν τα 67.6 έτη, P1cm, 6/79 (7.6%) αιμορραγούντα εκκολπώματα και τέλος 2 ασθενείς διεγνώσθηκαν με μονήρη έλκη στο ορθό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επίπτωση νεοπλάσματος του παχέος εντέρου σε ασθενή με αίμα εκ του ορθού είναι υψηλή σχετίζεται με την ηλικία και είναι εύκολο να εντοπιστεί κατά την επείγουσα ορθοσιγμοειδοσκόπηση η οποία είναι η εξέταση εκλογής.

321. ΡΗΞΗ ΕΓΚΑΡΣΙΟΥ ΚΟΛΟΥ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ BARDET-BIEDL

Χ. Παλιούρας[1], Α. Τσεπελάκη[2], Φ. Λαμπριανού[1], Γ. Ντέτσκας[1], Κ. Στρατάκης[2], Κ. Ρούφας[1], Ν. Καρβουνιάρης[1], Π. Αληβάνης[1]

[1]Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝ Ρόδου, [2]Β΄ Χειρουργική Κλινική ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού περιτονίτιδας μετά από ρήξη του εγκαρσίου κόλου σε χρόνια αιμοκαθαιρόμενο ασθενή με σύνδρομο Bardet-Biedl.
ΥΛΙΚΟ: Άρρεν ασθενής, 19ετών, πάσχων από το σύνδρομο Bardet–Biedl και με ιστορικό ΧΝΑ τελικού σταδίου σε χρόνια αιμοκάθαρση από τετραετίας, προσήλθε στο ΤΕΠ αιτιώμενος διάχυτο κοιλιακό άλγος και πολλαπλά επεισόδια εμέτων αιφνίδιας έναρξης από 24ώρου. Είχαν προηγηθεί τους προηγούμενους μήνες επισκέψεις στο ΤΕΠ αιτιώμενος επεισόδια δυσκοιλιότητας και κοιλιακού άλγους τα οποία αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την εισαγωγή του ο ασθενής εμφάνιζε κλινική εικόνα σηπτικής καταπληξίας με αιμοδυναμική αστάθεια (ΑΠ 65/40 mmHg, 120 σφύξεις/min) και πυρετό (38,2^{o}C), ενώ η κλινική εξέταση ήταν τυπική οξείας χειρουργικής κοιλίας. Από τον αιματολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε αύξηση των δεικτών φλεγμονής (WBC 16.380/mm^3, PMNn 82,2%,CRP20,71 mg/dL). Η ακτινογραφία κοιλίας έθεσε τη διάγνωση της διάτρησης κοίλου σπλάχνου. Ακολούθησε επείγουσα ερευνητική λαπαροτομή όπου διαπιστώθηκε ρήξη στη μεσότητα του εγκαρσίου κόλου χωρίς την ανεύρεση σαφούς αιτιολογίας (ξένο σώμα, όγκος). Πραγματοποιήθηκε εκτομή του τμήματος που έφερε τη ρήξη και εκστόμωση του εντέρου κεντρικά και περιφερικά. Η μικροσκοπική εξέταση του αφαιρεθέντος εντερικού ιστού ανέδειξε την παρουσία διατοιχωματικής ισχαιμικής νέκρωσης και αλλοιώσεις οξείας ορογονίτιδας με συνοδό λιπονέκρωση. Την 14^{η} ημέρα της νοσηλείας ο ασθενής υποβλήθηκε σε δεξιά κολεκτομή και εκστόμωση του ειλεού ως τελική στομία λόγω ρήξης πλησίον της προηγούμενης στομίας καθώς και νέας ρήξης στο τυφλό. Ο ασθενής απεβίωσε μετά από 21 ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάτρηση τμήματος του παχέος εντέρου αποτελεί σπάνια αλλά βαρύτατη επιπλοκή σε ασθενείς πάσχοντες από το σύνδρομο Bardet–Biedl. Σε περίπτωση εμφάνισης γαστρεντερικών συμπτωμάτων στο εν λόγω σύνδρομο πρέπει να τίθεται και η υποψία της ανωτέρω επιπλοκής.

322. ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΥΠΟΔΟΡΙΑΣ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

Β. Παπακώστα[1], Ν. Λεφαντζής[1], Σ. Βασιλείου[1], Ι. Παναγιωτίδης[2], Γ. Σκαραντάβος[3], Α. Αντωνιάδου[4], Ε. Βαϊρακτάρης[1]

[1]Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Β΄Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, ΠΓΝ «Αττικόν», [3]Ρευματολογικό Τμήμα, ΠΓΝ «Αττικόν», [4]Δ΄Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η υποδόρια σαρκοείδωση αποτελεί άτυπη δερματική εκδήλωση σαρκοείδωσης, με συχνότερη εντόπιση στα άκρα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή σπάνιας περίπτωσης υποδόριας σαρκοείδωσης στο πρόσωπο, ως πρώτη εκδήλωση της συστηματικής νόσου.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Γυναίκα 52 ετών προσήλθε στην Κλινική μας με αμφοτερόπλευρη διόγκωση στην περιοχή του ριζορινίου από μηνός, χωρίς άλλα συμπτώματα. Έγινε πλήρης απεικονιστικός έλεγχος (ακτινογραφίες κόλπων προσώπου και ρινικών οστών, αξονική και μαγνητική τομογραφία σπλαγχνικού κρανίου) και μόνο η Μαγνητική έδειξε συμπαγή στοιχεία μαλακού ιστού εκατέρωθεν των έξω σκελών των χόνδρων της περιοχής του ριζορινίου. Στις πρώτες εργαστηριακές εξετάσεις παρατηρήθηκε αυξημένη τιμή της ταχύτητας καθιζήσεως ερυθρών και της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης και θετικά αντιπυρηνικά αντισώματα. Ακολούθησε βιοψία των οζιδίων, η οποία αποκάλυψε σαρκοειδικού τύπου κοκκιώματα. Σε συνεργασία με το Ρευματολογικό και Λοιμωξιολογικό Τμήμα έγιναν περαιτέρω αιματολογικές και απεικονιστικές εξετάσεις. Αποκλείστηκαν άλλες κοκκιωματώδεις λοιμώξεις, ενώ τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν υποδηλωτικά, και όχι διαγνωστικά, για σαρκοείδωση. Συστήθηκε παρακολούθηση χωρίς αγωγή. Μετά από 4 μήνες η ασθενής εμφανίστηκε με υποδόρια διόγκωση στο αριστερό αντιβράχιο, της οποίας η βιοψία έδειξε κοκκιώματα όμοια με εκείνα των βλαβών του ριζορινίου. Τέθηκε η διάγνωση της σαρκοείδωσης εξ αποκλεισμού και συστήθηκε θεραπεία με κορτικοστεροειδή και υδροξυχλωροκίνη. Οι βλάβες στο ριζορίνιο και το αντιβράχιο υποχώρησαν και η ασθενής παρακολουθείται τακτικά για τον έλεγχο της πορείας της νόσου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η σαρκοείδωση σπάνια προσβάλλει το πρόσωπο και αποτελεί διαγνωστική πρόκληση για τον κάθε Ιατρό που ασχολείται με τη Νοσολογία βλαβών του προσώπου. Τα σημεία της νόσου σε αυτή την περιοχή δεν είναι ειδικά. Σε υποψία σαρκοείδωσης θα πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες εκτιμήσεις και συνεργασίες με άλλους ειδικούς.

323. Η ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΗΛΩΝ ΤΗΣ ΒΟΥΒΩΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

Β. Καλλές[1], Δ. Μανατάκης[1], Γ. Μπουτσίκος[1], Ι. Τσακίρης[1], Α. Γιοσδέκος[1], Ι. Παπαπαναγιώτου[2], Η. Χατζημιχάλης[1], Ν. Γεωργόπουλος[1]

[1]Β΄ Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, [2]Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ:Η εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση (TotallyExtraperitoneal, TEP) είναι μια σύγχρονη τεχνική που χρησιμοποιείται στην αποκατάσταση των κηλών της βουβωνικής χώρας. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε την εμπειρία μας με τη χρήση της TEP, ενώ διερευνούμε τις συσχετίσεις των παραλλαγών της τεχνικής με τα χειρουργικά αποτελέσματα.
ΥΛΙΚΟ:412 ασθενείς (383 άνδρες/29 γυναίκες) μέσης ηλικίας 45,08 ετών υπεβλήθησαν σε αποκατάσταση βουβωνοκήλης ή μηροκήλης με τη χρήση της TEP. 88 ασθενείς είχαν αμφοτερόπλευρη βουβωνοκήλη ενώ σε 36 περιπτώσεις η επέμβαση έγινε για υποτροπή. Καταγράφηκαν και αναλύθηκαν η τεχνική της επέμβασης, ο μετεγχειρητικός πόνος στις 12/24 ώρες, και οι διεγχειρητικές, άμεσες και απώτερες επιπλοκές.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 56 λεπτά (εύρος 35-240). Εκτός από τις αμφοτερόπλευρες αποκαταστάσεις, δεν υπήρχε διαφορά στο χειρουργικό χρόνο για την τους διάφορους τύπους κήλης (ευθεία vs. Λοξή vs. μηροκήλη, πρωτοπαθής vs. υποτροπή). Υπήρξε μια περίπτωση διεγχειρητικής τρώσης κάτω επιγάστριων αγγείων ενώ δεν υπήρξε περίπτωση μετατροπής σε ανοικτή. Μετεγχιερητικές επιπλοκές παρατηρήθηκαν στο 6,8% των περιπτώσεων, με το εμφύσημα οσχέου να είναι η πιο συχνή (4,4%). Ο μέσος μετεγχειρητικός πόνος ήταν 4,1 και 3,7 στις 12 και 24 ώρες αντίστοιχα (κλίμακα VAS, 0-10). Η στερέωση του πλέγματος με ράμματα ή ήλους σχετιζόταν με αυξημένο πόνο στις 12/24 ώρες ($p<0,05$) και με αυξημένο χειρουργικό χρόνο ($p<0,05$). Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 1,47 ημέρες. Υπήρξαν δυο υποτροπές κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής παρακολούθησης (32,1 μήνες).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η TEP αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική τεχνική για την αποκατάσταση των κηλών της βουβωνικής χώρας, με χαμηλά ποσοστά επιπλοκών και υποτροπών. Η καθήλωση του πλέγματος δεν προσφέρει μείωση των υποτροπών, ενώ αυξάνει το χειρουργικό χρόνο και το μετεγχειρητικό πόνο.

324. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Α. Δελίδης, Η. Γεωργαντής, Ι. Γεραμάς, Π. Πανοπούλου, Ά. Κόμης, Ι. Πλιούτας

Β΄ Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Ένα μεγάλο ποσοστό των νευροεκφυλιστικών νοσημάτων του κεντρικού νευρικού συστήματος εκδηλώνονται με διαταραχή του μηχανισμού κατάποσης. Αποτελεί δε, κύρια αιτία νοσηρότητας και επιδείνωσης της ποιότητας ζωής τους με την ανάπτυξη πνευμονίας εξ εισροφήσεως και τελικά θνητότητα. Η ωτορινολαρυγγολογική συμμετοχή στην ομάδα αντιμετώπισης των ασθενών αυτών, με τις διαγνωστικές δυνατότητες που προσφέρει η δοκιμασία κατάποσης αυξάνεται τα τελευταία χρόνια διεθνώς. Η ινοπτική ενδοσκοπική δοκιμασία κατάποσης (ΙΕΔΚ) αποτελεί την εξέταση εκλογής για τη διάγνωση της εισρόφησης. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου της ΙΕΔΚ στην διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος της δυσφαγίας των ασθενών με νευροεκφυλιστικά νοσήματα.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Με τη χρήση ινοπτικού εύκαμπτου ρινοφαρυγγολαρυγγικού ενδοσκοπίου υπεβλήθησαν σε ΙΕΔΚ 35 ασθενείς διεγνωσμένοι με νευροεκφυλιστική νόσο τη διετία 2012-13. Συνηθέστερα νοσήματα αποτέλεσαν η νόσος του Parkinson, οι άνοιες και η νόσος του κινητικού νευρώνα. Χορηγήθηκε και εξετάστηκε ο μηχανισμός κατάποσης σε τροφές σε όλων των συστάσεων (γάλα, πολτώδης, στερεά τροφή) και εκτιμήθηκε ο δείκτης διείσδυσης- εισρόφησης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε διείσδυση τροφών στην αεροφόρο οδό σε ποσοστό 25% και διάφορου βαθμού εισρόφηση 15%. Συνεστήθη γαστροστομία σε ένα ασθενή (2,8%). Ειδικές ασκήσεις κατάποσης με χρήση πηκτικών μέσων δόθηκαν σε 14 ασθενείς (40%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η συμμετοχή του ωτορινολαρυγγολόγου μέσα από τη χρήση της ΙΕΔΚ στη διαχείριση των ασθενών με νευροεκφυλιστικά νοσήματα είναι σημαντική γιατί μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών, να απαντήσει στο ερώτημα της παρουσίας ή όχι εισρόφησης και πότε αυτή εμφανίζεται, ώστε δυνητικά να καθυστερήσει τη διενέργεια γαστροστομίας ή την εκδήλωση πνευμονίας από εισρόφηση. Απαιτείται τακτική παρακολούθηση των ασθενών προκειμένου να αποδεχθεί ο θεραπευτικός ρόλος της μεθόδου και η βελτίωση της νοσηρότητας που πιθανόν προκύπτει από την εφαρμογή της.

325. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Η. Γεωργαντής, Φ. Δοκιανάκη, Γ. Χριστόπουλος, Γ. Κορρές, Ν. Τσίλης, Α. Δελίδης

Β΄ Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η ανάδειξη της ασφάλειας της δοκιμασίας κατάποσης στους παιδιατρικούς ασθενείς.
Η ινοπτική ενδοσκοπική δοκιμασία κατάποσης (ΙΕΔΚ) είναι μια εξέταση εκτίμησης του καταποτικού μηχανισμού κατά τη διάρκεια ινοπτικής φαρυγγολαρυγγοσκόπησης. Η εξέταση αποσκοπεί στην διαπίστωση οργανικών ή και λειτουργικών διαταραχών της στοματικής και φαρυγγικής φάσης της κατάποσης καθώς επίσης και στην εκτίμηση εισόδου τροφής στην κατώτερη αεροφόρο οδό.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Με τη χρήση ινοπτικού εύκαμπτου παιδιατρικού (2,4mm) ενδοσκοπίου υπεβλήθησαν σε ΙΕΔΚ 30 παιδιά ηλικίας από 4 μηνών έως 14 ετών τη διετία 2012-13. Η εξέταση έγινε χωρίς τη χρήση τοπικού αναισθητικού, στο ιατρείο διαταραχών κατάποσης της κλινικής σε καθιστική θέση με ή χωρίς καθήλωση των ασθενών από τη μητέρα. Χορηγήθηκε τροφή ανάλογα με την ηλικία του παιδιού (γάλα, πολτώδης τροφή, στερεά τροφή). Εκτιμήθηκε η κινητική επάρκεια του λάρυγγα, η αισθητικότητά του, η αντίδραση της παρουσίας του ενδοσκοπίου, ο χειρισμός φαρυγγικής σύσπασης, ο δείκτης διείσδυσης- εισρόφησης και η παρουσία οργανικής βλάβης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς πλην ενός (3,3%) ανέχθηκαν την εξέταση χωρίς να απαιτηθεί η διακοπή της. Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε μείζονες πρώιμες επιπλοκές όπως λαρυγγόσπασμο, σοβαρή εισρόφηση, κυάνωση, ή τραυματισμό της ανώτερης αεροπεπτικής οδού. Δεν αναφέρθηκαν όψιμες επιπλοκές όπως πνευμονία από εισρόφηση ή επιληπτική κρίση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ΙΕΔΚ αποτελεί μια ασφαλή εξεταστική μέθοδο εκτίμησης του μηχανισμού της κατάποσης. Η συνεργασία, παρ' ότι κατά κανόνα επαρκής στους ενήλικες δεν αποτέλεσε ούτε στα παιδιά παράγοντας διακοπής της. Επέδειξαν ικανοποιητική ανοχή με υψηλότατο ποσοστό ολοκλήρωσης της εξέτασης χωρίς επιπλοκές.

326. ΜΟΝΤΕΛΟΠΟΙΗΣΗ ΚΟΧΛΙΑ: ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΠΑΛΗΘΕΥΣΗΣ

Δ. Κικίδης[1], Χ. Μπέλος[2], Δ. Φωτιάδης[2], Δ. Κουτσούρης[2], Α. Σισμάνης[1], Α. Μπίμπας[1]

[1]Α΄ Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [2]Εθνικό Μετσόβειο Πολυτεχνείο, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάγκη για τη μοντελοποίηση του κοχλία έχει προκύψει λόγω της δυσκολίας στη μελέτη της φυσιολογίας και της παθοφυσιολογίας του κοχλία, δεδομένης της αδυναμίας διενέργειας απεικονιστικών εξετάσεων και λήψης βιοψίας σε ζώντες. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση των μοντέλων του κοχλία και κυρίως της διαδικασίας επαλήθευσής τους, καθώς και η παρουσίαση του σχεδιασμού της επαλήθευσης του μοντέλου του κοχλία με στα πλαίσια του ευρωπαϊκού ερευνητικού προγράμματος SIFEM (http://sifem.ubitech.eu/).
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Συμπεριελήφθησαν μελέτες που αφορούν σε ανάπτυξη μαθηματικών μοντέλων αναπαραγωγής της λειτουργίας του κοχλία, εφόσον περιέγραφαν διαδικασίες επαλήθευσης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συχνότερα χρησιμοποιούμενη μέθοδος επαλήθευσης των αποτελεσμάτων των μοντέλων του κοχλία είναι η σύγκρισή τους με βιβλιογραφικά δεδομένα από μετρήσεις που έχουν γίνει σε κροταφικά οστά. Ειδικότερα, συγκρίνεται η κίνηση της βασικής μεμβράνης. Η μέτρηση αυτή όμως δεν είναι ικανή να επιβεβαιώσει το βαθμό αναπαραγωγής των μη γραμμικών τμημάτων της λειτουργίας του κοχλία. Επίσης, έχουν χρησιμοποιηθεί μετρήσεις σε ζωικά μοντέλα (συνήθως ποντίκια), καθώς και μετρήσεις με τη χρήση laser Doppler ταλαντομετρητή. Είναι χαρακτηριστικό ότι στη βιβλιογραφία δεν έχει καταγραφεί κλινική επαλήθευση της λειτουργίας των μοντέλων, όπως θα επιχειρηθεί στο μοντέλο που έχει προκύψει από το ερευνητικό πρόγραμμα, είτε με τη χρήση ωτοακουστικών εκπομπών, είτε με τη μέθοδο της ψυχοακουστικής.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:Σκοπός του συγκεκριμένου ερευνητικού προγράμματος είναι εκτός από την κατασκευή ενός χρήσιμου μαθηματικού μοντέλου για την κατανόηση της λειτουργίας του κοχλία και η δημιουργία μίας ανοιχτής πρόσβασης σημασιολογικής καθολικής βάσης δεδομένων για τον κοχλία.Η επιχειρούμενη κλινική επαλήθευση θα προσδώσει αυξημένη αξιοπιστία και πιθανή χρηστικότητα.

327. ΔΕΡΜΟΕΙΔΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΑ ΤΗΣ ΡΑΧΗΣ ΤΗΣ ΡΙΝΟΣ

Δ. Σπυρούλια, Ε. Βαζαίου, Λ. Μαριόλης, Π. Λεωτσάκος, Κ. Παρπούνας

ΩΡΛ Κλινική, ΓΝΑ Παίδων «Η Αγία Σοφία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ: Οι δερμοειδείς κύστεις και τα συρίγγια της ράχης της ρινός είναι σπάνιες συγγενείς ανωμαλίες της μέσης γραμμής του προσώπου που εμφανίζονται με την γέννηση η εκδηλώνονται στην πρώτη παιδική ηλικία. Οι ανωμαλίες αυτές πρέπει να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν άμεσα διότι όταν εντοπίζονται στο άνω 1/3μόριο της ρινός υπάρχει πιθανότητα ενδοκρανιακής επέκτασής τους και κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών (τοπική φλεγμονή, οστεομυελίτιδα, ρινική παραμόρφωση, παρεμπόδιση αεραγωγού, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλικό απόστημα, θρόμβωση σηραγγώδους κόλπου). Στη διαφορική τους διάγνωση περιλαμβάνονται τα γλοιώματα και οι εγκεφαλοκήλες. Οι διάγνωση στηρίζεται στην κλινική εικόνα ενώ απαραίτητος είναι ο καθετηριασμός του συριγγίου. Ο απεικονιστικός έλεγχος γίνεται όταν κρίνεται αναγκαίος. Η θεραπεία είναι χειρουργική με πλήρη αφαίρεση του συριγγίου και της κύστης. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την ιστολογική εξέταση.
ΥΛΙΚΟ: Η εργασία μας αναφέρεται σε 11 περιστατικά ηλικίας 1 μέχρι 6 χρόνων. Από αυτά τα 7 ήταν μόνο συρίγγια και τα 4 συνδυασμός κύστης και συριγγίου. Δεν αντιμετωπίσαμε ενδοκρανιακή επέκταση στα περιστατικά μας. Σε 5 παιδιά είχαμε επιμόλυνση ή διαπύηση της ανωμαλίας. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη αφαίρεση των κύστεων μαζί με τα συρίγγια στις περιπτώσεις όπου υπήρχαν.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αντιμετώπιση ήταν επιτυχής σε 10 παιδιά χωρίς επιπλοκές με καλό αισθητικό αποτέλεσμα έξι μήνες μετά το χειρουργείο.. Εμφανίστηκε 1 τοπική υποτροπή που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά, ριζικότερα.
ΣΥΜΠΕΡΑΜΑΤΑ: Η έγκαιρη διάγνωση, η διερεύνηση και η αντιμετώπιση των δερμοειδών κύστεων και συριγγίων είναι επιτακτική λόγω των αισθητικών αλλοιώσεων που μπορεί δημιουργήσουν στο δέρμα της ρινός και των απειλούμενων επιπλοκών.

328. ΠΛΑΓΙΟΦΑΡΥΓΓΙΚΑ ΚΑΙ ΟΠΙΣΘΟΦΑΡΥΓΓΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Δ. Σπυρούλια, Ε. Βαζαίου, Α. Τάκη, Λ. Μαριόλης, Π. Λεωτσάκος, Κ. Παρπούνας

ΩΡΛ Κλινική, ΓΝΑ Παίδων «Η Αγία Σοφία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Τα εν τω βάθει τραχηλικά αποστήματα αποτελούν μια ταχύτατα εξελισσόμενη πάθηση που μπορεί να καταστεί απειλητική για τη ζωή του ασθενούς (σηψαιμία, απόφραξη αεραγωγού, πνιγμονή από εισρόφηση λόγω αυτόματης ρήξης κ.α). Η κλινική εικόνα των παιδιών αυτών περιλαμβάνει υπερπυρεξία, ραιβόκρανο ή δυσκολία στην κίνηση της κεφαλής, δυσκαταποσία, κακουχία, σιελόρροια και δύσπνοια με εμφάνιση συριγμού. Ο εργαστηριακός έλεγχος αναδεικνύει λευκοκυττάρωση με αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Η απλή πλάγια ακτινογραφία τραχήλου παρουσιάζει πάχυνση στο οπισθοφαρυγγικό και προσπονδυλικό χώρο και ευθειασμό της ΑΜΣΣ. Όμως η αξονική τομογραφία θεωρείται η απεικονιστική μέθοδος εκλογής λόγω ανάδειξης του μεγέθους του αποστήματος, τη σχέση του με τα μεγάλα αγγεία του τραχήλου και τις γειτονικές ανατομικές δομές. Η θεραπεία είναι είτε συντηρητική ενδοφλέβια αντιμικροβιακή αγωγή και κορτιζόνη, είτε συνδυασμός χειρουργικής διάνοιξης και παροχέτευσης του αποστήματος με μετεγχειρητική ενδοφλέβια αντιμικροβιακή θεραπεία.
ΥΛΙΚΟ: Η παρούσα εργασία αναφέρεται σε 38 περιστατικά ηλικίας 5-12 ετών. Τα 34 ήταν πλαγιοφαρυγγικά από τα οποία τα 12 αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά ενώ τα 22 χειρουργικά. Τα 4 ήταν οπισθοφαρυγγικά απόστηματα που αντιμετωπίσθηκαν χειρουργικά. Όλα τα παιδιά έλαβαν ενδοφλέβια αντιμικροβιακή θεραπεία διπλό σχήμα κλινδαμυκίνης, κεφαλοσπορίνη γ΄γενιας και κορτιζόνη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα 35 περιστατικά αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς και μετά από οχτώ ημέρες κατά μέσο όρο ενδονοσοκομειακής αγωγής έλαβαν εξιτήριο. Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές. Σε 3 περιστατικά λόγω επιμονής των συμπτωμάτων κρίθηκε απαραίτητη εκ νέου διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος μετά από 3 ημέρες από την πρώτη χειρουργική επέμβαση.
ΣΥΜΠΕΡΑΜΑΤΑ: Η έγκαιρη διάγνωση και κατ΄ επέκταση αντιμετώπιση των εν τω βάθει τραχηλικών αποστημάτων κρίνεται επιτακτική. Η επιλογή της χειρουργικής θεραπείας εξαρτάται από τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας και τα ευρήματα της υπολογιστικής τομογραφίας.

329. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

329A. ΑΠΟΚΑΤΆΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ ΜΕΤΆ ΑΠΟ ΕΚΤΟΜΗ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ

Ν. Παπαδογεωργάκης, Β. Πετσίνης, Λ. Γκουτζάνης, Η. Χρονάς, Ι. Παπαδιόχος

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΣΗ: Η αντιμετώπιση του καρκίνου της γλώσσας απαιτεί συχνά μια ιδιαίτερα απαιτητική χειρουργική τεχνική καθώς εκτός της αντιμετώπισης της νόσου, πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα και για την λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση του ασθενούς. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση ελλειμμάτων της γλώσσας, τα οποία προέκυψαν μετά από ευρεία χειρουργική αντιμετώπιση κακοήθων όγκων.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 43 ασθενείς πάσχοντες από ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα της γλώσσας, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Για κάθε ασθενή συγκεντρώθηκαν πλήρη στοιχεία, πληροφορίες για το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του όγκου, την παρουσία θετικών τραχηλικών λεμφαδένων και απομακρυσμένων μεταστάσεων, οι ιστοπαθολογικές εκθέσεις, και οι καταγραφές της μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Το χειρουργικό έλλειμμα αποκαταστάθηκε με κρημνό βλενογοννοπεριοστέου σε 22 περιπτώσεις, μυοπεριτονιακό κροταφικό κρημνό σε 2 περιπτώσεις, ξενομοσχεύματα (Permacol) χρησιμοποιήθηκαν σε 14 περιπτώσεις και ελεύθερα αιματούμενα δερματοπεριτονιακά μοσχεύματα από το αντιβράχιο σε 5 περιπτώσεις.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση με την χρήση όλων των μεθόδων ήταν πολύ ικανοποιητική. Η λειτουργική αποκατάσταση αφορούσε την ομιλία και την κατάποση των ασθενών οι οποίες βελτιώθηκαν πολύ γρήγορα μετεγχειρητικά με την βοήθεια και της λογοθεραπείας σε κάποιες περιπτώσεις.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η αντιμετώπιση των ασθενών με κακοήθεις βλάβες της γλώσσας αποτελούν εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας, το οποίο θα πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο την ευρεία εκτομή του όγκου επί υγιών ορίων, με ή χωρίς σύστοιχο τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό, αλλά και την αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση του ελλείμματος που προκύπτει, με στόχο την όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η επιλογή της κατάλληλης χειρουργικής τεχνικής σε κάθε περίπτωση, εξασφαλίζει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

329B. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΩΤΊΔΑΣ

Ν. Παπαδογεωργάκης, Η. Χρονάς, Λ. Γκουτζάνης, Β. Πετσίνης, Δ. Αυγουστίδης

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός», Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι κακοήθεις όγκοι της παρωτίδας αποτελούν ιδιαίτερη πρόκληση για τον χειρουργό, καθώς η εμπλοκή του προσωπικού νεύρου στο εγχειρητικό πεδίο επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην αντιμετώπιση των κακοήθων όγκων της παρωτίδας σε ασθενείς που χειρουργήθηκαν στο νοσοκομείο μας σε μια περίοδο 17 ετών (1996-2013), καθώς και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 38 ασθενείς (24 άνδρες, 14 γυναίκες) με κακοήθεις όγκους της παρωτίδας, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Για κάθε ασθενή συγκεντρώθηκαν πλήρη δημογραφικά στοιχεία, καθώς και πληροφορίες για το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του όγκου, την παρουσία θετικών λεμφαδένων και απομακρυσμένων μεταστάσεων, οι ιστοπαθολογικές εκθέσεις, και οι καταγραφές της μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Από τους ασθενείς αυτούς οι 13 υποβλήθηκαν σε μερική επιπολής παρωτιδεκτομή, 18 σε επιπολής παρωτιδεκτομή και 7 σε ολική ή ριζική παρωτιδεκτομή.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος χρόνος μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ασθενών ήταν 72 μήνες, με διακύμανση από 8 μέχρι 144 μήνες. Κατά την περίοδο αυτή 9 ασθενείς παρουσίασαν υποτροπή και 7 απεβίωσαν. Το συνολικό ποσοστό 5ετούς και 10ετούς επιβίωσης ήταν 76.8% και 71.2% αντίστοιχα. Το συνολικό ποσοστό 5ετούς και 10ετούς επιβίωσης ελεύθερης νόσου ήταν 68.7% και 64.1% αντίστοιχα.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Στους ασθενείς με κακοήθεις όγκους της παρωτίδας η αντιμετώπιση πρέπει να εξατομικεύεται με βάση τα ευρήματα του προεγχειρητικού ελέγχου. Όσον αφορά τη χειρουργική μέθοδο που θα επιλεγεί, θα πρέπει να εστιάζει στην ορθή αντιμετώπιση της νόσου αλλά χρειάζεται ιδιαίτερη και μέριμνα για την προστασία και διατήρηση του προσωπικού νεύρου όταν αυτό είναι εφικτό, ώστε να διασφαλιστεί καλύτερη ποιότητα ζωής στον ασθενή.

330. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

331. ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

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

[1]Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», [2]Τμήμα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, ΕΟΠΥΥ, Πειραιά

Ως πόνος ορίζεται η δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με εγκατεστημένη ή επαπειλούμενη δυνητική ιστική βλάβη και εκφράζεται με όρους που υποδηλώνουν το χαρακτήρα και την ένταση της βλαβης. Ο πόνος στον καρκινοπαθή εξαντλεί τον πάσχοντα και τον κάνει ανίκανο να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις προς την εργασία, την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον και τον οδηγεί σε κακή ποιότητα ζωής. Δημιουργεί δε τις προυποθέσεις για την εμφάνιση ενός πλέγματος σωματικών και κοινωνικών αλλαγών όπως ακινησία και συνακόλουθη εξασθένιση μυών και συνδέσμων, καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος και αυξημένη ευαισθησία σε ασθένειες καθώς και διαταραχές του ύπνου, ανορεξία, καχεξία, υπερβολική εξάρτηση από την οικογένεια, εσωστρέφεια, άγχος, φόβο, θυμό, κατάθλιψη.

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσουμε πως η φυσιοθεραπευτική αποκατάσταση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του καρκινικού πόνου μέσα στα πλαίσια της πολυδιάστατης αντιμετώπισης αυτού. Κύριοι στόχοι της φυσιοθεραπείας είναι να ανακουφίσει τον πόνο (όπου είναι δυνατόν) και να βελτιώσει τη λειτουργία και την ποιότητα ζωής.

ΥΛΙΚΟ: Με βαση την ελληνικη και ξένη βιβλιογαφία εξετάζεται πως η φυσιοθε- ραπευτική αποκατάσταση μπορεί να ανακουφίσει τον καρκινικό πόνο.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η φυσιοθεραπευτική αποκατάσταση των καρκινοπαθών ασθενών που υποφέρουν από πόνο, πρέπει να γίνει μέσα στα πλαίσια της διαχείρισης- αντιμετώπισης του πόνου με επίκεντρο τον ασθενή και φυσικά τη σύμπραξη και καθοδήγηση του θεράποντα ιατρού. Η αξιολόγηση θα πρέπει να εστιάσει στη λειτουργική ικανότητα του ασθενούς. Υπάρχουν τρεις συνιστώσες αξιολόγησης που πρέπει να εξετασθούν σε όλους τους ασθενείς: α) περιγραφή του πόνου, συ- μπεριλαμβανομένης της τοποθεσίας, β) η σοβαρότητα, γ) η ευερεθιστικότητα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά την αξιολόγηση του καρκινοπαθούς ασθενούς είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός ενός εξατομικευμένου προγραμματος για τον κάθε ασθενή. 1) καρδιοαναπνευστική φυσιοθεραπεία, Σκοπός είναι η ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος, καλύτερος αερισμός πνευμόνων, αποβολή των εκκρίσεων. 2) Διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός (TENS). Τα TENS είναι μια μη ε -πεμβατική μορφή ηλεκτρικής διέγερσης, από ένα μικρό μηχανημα που χαρακτη- ρίζεται από την εφαρμογή ηλεκτρικών παλμών οι οποιοι μέσω του δέρματος επε- νεργούν στα νεύρα με στόχο την αναστολή του πόνου. 3) Το θερμό και το ψυχρό. Η εφαρμογή της θερμότητας μπορεί να επιτευχθεί μέσω απλών μεθόδων (ένα θερμό λουτρό, θερμαινόμενη πισίνα) για να βοηθήσει στην αύξηση της κυκλοφορίας, την αναλγησία και τη μυοχάλαση.Πρέπει να εφαρ- μόζεται προσεκτικά γιατί μπορεί να έχει αρνητικό αποτέλεσμα. Η κρυοθεραπεία συμβάλλει στην ανακούφιση του ασθενή απο τους πόνους,συγκεκριμένα η παγο- θεραπεία βοηθάει στη χαλάρωση συσπασμένων μυών και αναισθητοποιεί τις νευρικές απολήξεις. Η χρήση της έγκειται στην ιδιοσυγκρασία των ασθενών. 4) Υδροθεραπεία. Αποτελεί μέθοδο θερμοθεραπείας όταν εφαρμόζεται σε θερ -μαινόμενη πισίνα. Αλλοι παράγοντες που επηρεάζουν είναι η θερμοκρασία του νερού και η υδροστατική πίεση. Σκοπός της είναι η αναλγησία και η χαλάρωση. 5) Θεραπευτική άσκηση. Η άσκηση στον καρκινικο πόνο δεν χρειάζεται να είναι έντονη. Απλές ασκήσεις ή ακόμη και το περπάτημα μπορεί να βοηθήσουν στη διαχείριση του καρκινικού πόνου. Η κινησιοθεραπεία μειώνει την κόπωση και ενισχύει τους μύες ιδιαίτερα αν υπάρχει απώλεια μυικής μάζας. 6) Θεραπευτικές ασκησεις και νευρομυική επανεκπαίδευση για την ενίσχυση των κάτω άκρων, τη μείωση του πόνου και τη βελτίωση της αντοχής και της ισορροπίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι μη φαρμακολογικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη φυσιοθεραπευτική αποκατάσταση του καρκινικού πόνου, αποτελούν θεραπείες που μπορούν να εφαρμοστούν απο τους φυσιοθεραπευτές ως ανεξάρτητες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η πλειονότητα αυτών φαίνεται να έχει πολύ καλό και σταθερό αναλγητικό αποτέλεσμα χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες.

332. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Σ. Σιβετίδου, Β. Σακελλαρίου, Δ. Τσιαμασφίρου, Μ. Παπακυρίτση, Σ. Φερφελή, Ε. Μπάκας

Κλινική Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ-ΕΚΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) αποτελεί ένα κοινό πρόβλημα, το οποίο προκαλεί σειρά νευρολογικών συμπτωμάτων που επηρεάζουν τη διαδικασία της κατάποσης. Η εμφάνιση διαταραχών κατάποσης (δυσφαγία) σε ασθενείς με ΑΕΕ σύμφωνα με τις έρευνες φτάνει μέχρι και το 70%. Η καθιέρωση και η χρήση ενός πρωτοκόλλου διαχείρισης των ατόμων με ΑΕΕ και δυσφαγία είναι πολύ σημαντική.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η προκαταρκτική αξιολόγηση (screening test) συνήθως πραγματοποιείται από το ιατρικό προσωπικό (ιατρός Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ή νοσηλευτικό προσωπικό). Στόχος της είναι να αναγνωρίσει τους ασθενείς που θα πρέπει να παραπεμφθούν για πλήρη κλινική αξιολόγηση από τον Λογοθεραπευτή. Αν θεωρηθεί ασφαλές, στη συνέχεια πραγματοποιείται το water swallow test και παρατηρούνται: η έναρξη της λειτουργίας της κατάποσης, η εμφάνιση βήχα και η αλλαγή στην ποιότητα της φωνής. Αν παρατηρηθεί οποιαδήποτε διαταραχή, γίνεται παραπομπή στον λογοθεραπευτή.

Η κλινική αξιολόγηση από τον Λογοθεραπευτή έχει στόχο την αξιολόγηση της λειτουργίας της κατάποσης, την αναγνώριση της ανάγκης για περαιτέρω αξιολόγηση και τον σχεδιασμό της θεραπείας.

Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει διαιτολογικές τροποποιήσεις, αντισταθμιστικές τεχνικές και ασκήσεις για την βελτίωση της λειτουργίας της κατάποσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βάσει της κλινικής πολυετούς μας εμπειρίας, τα προτεινόμενα βήματα αξιολόγησης και θεραπείας ασθενών με δυσφαγία, συνεπεία ΑΕΕ, είναι τα ακόλουθα: α) προκαταρκτική αξιολόγηση όλων των ασθενών με ΑΕΕ, β) κλινική και εργαστηριακή αξιολόγηση από τον Λογοθεραπευτή και γ) σχεδιασμός θεραπείας, με σκοπό την αποκατάσταση της λειτουργίας της κατάποσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι πολύ σημαντικό για την διαχείρηση ατόμων με δυσφαγία μετά από ΑΕΕ να υπάρχει συνεργασία μεταξύ όλων των σχετικών με την αποκατάσταση ειδικοτήτων και να γίνεται χρήση του πρωτόκολλου αξιολόγησης και θεραπείας.

333. ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ, ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΦΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ "ΑΡΩΓΗ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ" ΛΑΡΙΣΑΣ

Σ. Παπακώστα, Δ. Γαλλιόπουλος, Σ. Χαρίση, Ε. Μαγάλιος, Α. Τσιβγουλής, Μ. Γούτου

Κέντρο Αποκατάστασης «Αρωγή Θεσσαλίας» Λάρισας

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση ποιότητας ζωής (QoL) ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) λαμβάνει υπόψη τις προσδοκίες των ασθενών.

ΥΛΙΚΟ: Συμμετείχαν 64 ασθενείς (35 άντρες, 29 γυναίκες) με ΑΕΕ (ηλικίας median range 72,6, εύρος 54-82). Από αυτούς: 35 ασθενείς με αριστερή πυραμιδική συνδρομή (ΑΠΣ) (22 κατά το πρώτο τρίμηνο, 13 μετά παρέλευση τριμήνου από ΑΕΕ). Από αυτούς 29 είχαν διαταραχές εν τω βάθει αισθητικότητας και όλοι αφασία μικτού τύπου. 29 ασθενείς με δεξιά πυραμιδική συνδρομή (ΔΠΣ) (18 κατά το πρώτο τρίμηνο, 11 μετά παρέλευση τριμήνου από ΑΕΕ). Από αυτούς 2 είχαν διαταραχές εν τω βάθει αισθητικότητας και ένας αφασία μικτού τύπου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Χρησιμοποιήθηκαν: stroke specific quality of life scale (SS-QOL), Mann- Whitney U-test και t-test. Αναδεικνύεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών με ΔΠΣ και ΑΠΣ (p=0.002). Στο σύνολο ασθενών και σε ασθενείς με ΑΠΣ δεν υπάρχει στατιστικά σημαντικά διαφορά μεταξύ πρώτου τριμήνου και μετά (p=0.326, t-test και p=0.472, αντίστοιχα). Σε ασθενείς με ΔΠΣ υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών πρώτου τριμήνου και μετά (p=0.003, t-test). Στατιστικά σημαντική διαφορά αναδεικνύεται μεταξύ αφασίας και QoL (p=0,004) και όχι μεταξύ αισθητικότητας και QoL (p=0,117).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με ΑΠΣ έχουν χειρότερη κινητικά πρόγνωση (εν τω βάθει αισθητικότητα), αλλά καλύτερη QoL. Οι αφασικές διαταραχές και άρα οι δυνατότητες έκφρασης των ασθενών επιδρούν αρνητικά. Η μείωση μετά το τρίμηνο QoL ασθενών με ΔΠΣ ίσως συσχετίζεται με προσδοκίες που υπάρχουν στον άμεσο χρόνο μετά ΑΕΕ και την απογοήτευση που επέρχεται κατά την αποδοχή του ελλείμματος.

334. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΒΟΗΘΗΜΑΤΩΝ ΑΝΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΨΗΛΗ ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗ ΤΩΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

Σ. Σιβετίδου[1], Ε. Μιχαηλίδου[2], Σ. Μπακατσή[2], Χ. Χατζηαθανασίου[1], Ζ. Συμεωνίδου[1], Ε. Μπάκας[1]

[1]Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Νοσοκομείο ΚΑΤ, [2]Τμήμα Εργοθεραπείας, Νοσοκομείο ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης περίπτωσης είναι να αναδείξει την χρησιμότητα της εφαρμογής βοηθημάτων και της εκπαίδευσης του ασθενή στη χρήση τους, προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η δυνατότητα συμμετοχής του σε καθημερινές δραστηριότητες. Σημαντικός στόχος είναι η δημιουργία συνθηκών που θα επιτρέψουν στον ασθενή με υψηλή τετραπληγία και περιορισμένες κινητικές ικανότητες τη συμμετοχή του σε δραστηριότητες αυτοϋπηρέτησης, ψυχαγωγίας και παραγωγικότητας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην παρούσα μελέτη περίπτωσης παρουσιάζεται η χρήση βοηθημάτων σε άρρενα ασθενή 33 ετών, ο οποίος παρουσίαζε κλινική εικόνα πλήρους τετραπληγίας νευρολογικού επιπέδου Α5, συνεπεία τροχαίου ατυχήματος. Τα βοηθήματα κατασκευάστηκαν στο Τμήμα Εργοθεραπείας από θερμοπλαστικό υλικό, με έμφαση σε δραστηριότητες όπως σίτιση, χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή, γραφή και περιποίηση προσώπου (ξύρισμα-βούρτσισμα οδόντων).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή βοηθημάτων δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή με υψηλή τετραπληγία να συμμετέχει σε απλές καθημερινές δραστηριότητες, κάτι που αποτελεί κίνητρο για συμμετοχή, απόκτηση ενδιαφερόντων, διατήρηση ρόλων και ανάκτηση νέων, με στόχο την ικανοποίηση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Η συμμετοχή του τετραπληγικού ασθενή στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων συμβάλλει επίσης, στη διατήρηση της καλής φυσικής κατάστασης, στην ενδυνάμωση του μυϊκού συστήματος, στη βελτίωση της ισορροπίας και του συντονισμού των κινήσεων και στη δυνατότητα κοινωνικοποίησης και αποφυγής της κατάθλιψης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή βοηθημάτων αποτελεί σημαντικό μέσο επανένταξης του τετραπληγικού ασθενή σε τομείς λειτουργικής ενασχόλησης της καθημερινής ζωής του. Αποτελεί κίνητρο για περαιτέρω βελτίωση και αναζήτηση νέων βοηθημάτων για τη συμμετοχή του σε πιο σύνθετες δραστηριότητες.

335. ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΩΝ ΠΑΙΧΝΙΔΙΩΝ

Α. Κοτρώνη[1], Σ. Μπακάτση[2], Ε. Μιχαηλίδου[2], Σ. Πάγκαλης[1], Ε. Μπάκα[3], Ε. Μπάκας[1]

[1]Κλινική Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ-ΕΚΑ, [2]Τμήμα Εργοθεραπείας, ΓΝΑ ΚΑΤ-ΕΚΑ, [3]Εθνικό Μετσόβειο Πολυτεχνείο

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να περιγράψει τους τρόπους με τους οποίους οι ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη μπορούν να συμμετέχουν στο παιχνίδι ως ένα αποτελεσματικό μέσο άσκησης και επανεκπαίδευσης του κινητικού ελέγχου και πως αυτό συμβάλλει στη βελτίωση της λειτουργικότητας του άνω άκρου. Επίσης, η ανάδειξη της σημαντικότητας της βελτίωσης των αισθητικών δεξιοτήτων, η οποία αποτελεί προϋπόθεση για επαρκή κινητική αποκατάσταση.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην παρούσα μελέτη, συμμετείχαν 12 ασθενείς (10 άρρενες και 2 γυναίκες) με εγκεφαλική βλάβη και συνοδή κλινική εικόνα ημιπάρεσης. Για τη βελτίωση της χρήσης του ημίπληκτου άνω άκρου, χρησιμοποιήθηκαν επιτραπέζια παιχνίδια, τα οποία περιείχαν μικρούς κύβους (διαστάσεων 4 cm * 2 cm) και κυλίνδρους. Η συχνότητα εφαρμογής των συνεδριών θεραπείας ήταν 5 φορές/εβδομάδα, με διάρκεια 45 λεπτών. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας πραγματοποιούταν επίβλεψη και διορθωτικές παρεμβάσεις από τον υπεύθυνο εργοθεραπευτή.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συμμετοχή των ασθενών στο παιχνίδι συμβάλλει στη βελτίωση των αισθητικών και κινητικών δεξιοτήτων για την εμπλοκή τους σε απλές καθημερινές δραστηριότητες. Επίσης, επιτυγχάνεται η μείωση της αμέλειας του άνω άκρου, καθώς και η αυθόρμητη χρήση του άνω άκρου με ασφάλεια στην εκτέλεση ποικίλων έργων στην καθημερινότητα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το παιχνίδι αποτελεί σημαντικό εργαλείο στην επανεκπαίδευση της αισθητικής και κινητικής λειτουργίας του άνω άκρου σε ασθενή με εγκεφαλική βλάβη για τη συμμετοχή του σε δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης και σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Ενισχύει τη συμμετοχή στην αυτοπηρέτηση, στην ψυχαγωγία και στην παραγωγική διαδικασία.

336. ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΑΛΛΙΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΩΝ ΤΡΙΧΟΘΥΛΑΚΙΩΝ. ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ

Α. Βεκρής[1], Α. Τσιατούρα[2], Κ. Μίχος[3], Δ. Ζαφειράτου[4], Α. Ανδριοπούλου[5]

[1]Advanced Hair Clinics, Αθήνα, [2]Cosmetic Derma Medicine, Αθήνα, [3]Πλαστικός Χειρουργός, [4]Ειδικευόμενη Ιατρός Δερματολογίας, [5]Εξειδικευμένη Νοσηλεύτρια στη Μεταμόσχευση Μαλλιών

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ: Ο βασικός στόχος αυτής της τεχνικής είναι το ελάχιστο δυνατό τραύμα στη δότρια και τη λήπτρια περιοχή κατά τη διάρκεια της μεταμόσχευσης μαλλιών και η μέγιστη δυνατή βιωσιμότητα των τριχοθυλακίων καθ' όλη τη διαδικασία. Ο απώτερος στόχος, μετά τη συνεδρία μεταμόσχευσης μαλλιών, είναι η πραγμάτωση φυσικού αποτελέσματος χωρίς εμφανείς ουλές ή σημάδια στο κεφάλι.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Η διαδικασία που ακολουθεί η μέθοδος Advanced FUE είναι συνέπεια μιας νέας προσέγγισης να ξεπεραστούν οι αρνητικοί παράγοντες της τεχνικής που εφαρμόζει τη λήψη λωρίδας δέρματος όπως: 1) Δημιουργία ουλών και νευρωμάτων, 2) Φόβος του ασθενούς για χειρουργική επέμβαση, 3) Κάκωση των τριχοθυλακίων της δότριας ζώνης κατά τη διαδικασία λήψης του strip 4) Ανεξέλεγκτη και άναρχη διαδικασία τοποθέτησης των τριχοθυλακίων. Υποψήφιοι για την αποκατάσταση του τριχωτού με τη χρήση της διαδικασίας Advanced FUE θεωρούνται άντρες και γυναίκες με ανδρογενετική αλωπεκία ή άλλους τύπους αλωπεκίας. Επιπλέον, η FUE είναι η μέθοδος εκλογής για περιπτώσεις όπως η αποκατάσταση και πύκνωση τριχών προσώπου, γενίου, φρυδιών, κτλ. Με την τεχνική FUE, τα τριχοθυλάκια εξάγονται υπό τοπική αναισθησία με τη χρήση ενός ειδικού εργαλείου, διαμέτρου από 0.8 mm - 1.0 mm. Δεν απαιτείται τοποθέτηση ραμμάτων σε κανένα στάδιο της διαδικασίας. Τα τριχοθυλάκια επανατοποθετούνται άμεσα, χωρίς την αναγκαιότητα πρότερης δημι ουργίας υποδοχών στη λήπτρια περιοχή, με ειδικό εργαλείο το οποίο ονομάζεται εμφυτευτής.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Περισσότεροι από 5000 άνθρωποι από όλο τον κόσμο στους οποίους έχει πραγματοποιηθεί αυτή η διαδικασία εμφανίζουν 100% φυσικό αποτέλεσμα και πλήρη φύτρωση των μαλλιών τους. Το συνολικό ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών κυμαίνεται στο επίπεδο του 97%. Φωτογραφίες πριν και μετά τις συνεδρίες και φωτογραφίες πυκνομέτρησης αρχειοθετούνται σε βάση δεδομένων και είναι διαθέσιμες για την εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εξέλιξη της τεχνικής εμφύτευσης σε ένα-βήμα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας μεταμόσχευσης μαλλιών Advanced FUE, παρέχει μία αξιόπιστη, ασφαλή και ελάχιστα επεμβατική εναλλακτική μέθοδο, διαθέσιμη σε όλους τους ασθενείς που πάσχουν από μόνιμες μορφές αλωπεκίας. Το μεγάλο όφελος αυτής της τεχνικής είναι ότι εκμηδενίζει την πιθανότητα του τραύματος της δότριας χώρας του ασθενούς και προσφέρει φυσικό τελικό αποτέλεσμα και υψηλά ποσοστά φύτρωσης.

337. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

338. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

339. ΕΞΑΡΣΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΩΝ ΑΘΙΓΓΑΝΩΝ, 2013. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΛΗΨΗΣ ΜΕΤΡΩΝ ΚΑΙ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Κ. Μέλλου[1], Θ. Σιδερόγλου[1], Χ. Σιλβέστρος[2], Ά. Κατσιαφλάκα[3], Ε. Τριανταφύλλου[1], Σ. Πούφτα[1], Θ. Γεωργακοπούλου[1], Χ. Χατζηχριστοδούλου[1,3]

[1]Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, [2]European Programme in Intervention Epidemiology Training (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), [3]Περιφερειακό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας Θεσσαλίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν α) η περιγραφή της έξαρσης κρουσμάτων ηπατίτιδας Α στον πληθυσμό των αθίγγανων το 2013 και β) η ανάδειξη της σημασίας διενέργειας προγραμμάτων εμβολιαστικής κάλυψης του εν λόγω πληθυσμού.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζονται τα δεδομένα του συστήματος υποχρεωτικής δήλωσης και τα αποτελέσματα της επιδημιολογικής, εργαστηριακής και περιβαλλοντικής διερεύνησης των επιδημιών που αναγνωρίστηκαν το 2013.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 2013, δηλώθηκαν 164 κρούσματα ηπατίτιδας Α; 101 (61,6%) από αυτά ήταν αθίγγανοι, 55 αφορούσαν τον γενικό πληθυσμό (33,5%), ενώ οκτώ (5,0%) σχετίζονταν με πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό. Τον Ιανουάριο-Φεβρουάριο σημειώθηκε επιδημία με 16 κρούσματα σε καταυλισμό της Κορίνθου και διάμεση ηλικία κρουσμάτων 6,6 έτη; (ενδοτεταρτημοριακό εύρος (ΕΕΥ): 3-8). Τα περιγραφικά δεδομένα υποδήλωναν μετάδοση από άτομο σε άτομο. Τον Ιούλιο-Δεκέμβριο σημειώθηκαν εννέα κρούσματα σε καταυλισμό στην Ηλιόπετρα Ξάνθης με διάμεση ηλικία 19 έτη (ΕΕΥ:17-26).
Μια τρίτη μεγαλύτερη σε έκταση επιδημία, αναγνωρίστηκε τον Ιούλιο-Σεπτέμβριο στον καταυλισμό Δροσερό, επίσης, στην Ξάνθη. Καταγράφηκαν 35 κρούσματα με διάμεση ηλικία 6,2 έτη (ΕΕΥ: 4-20), ενώ δεν αναγνωρίστηκαν κρούσματα στο γενικό πληθυσμό της περιοχής. Σε δείγματα κοπράνων από τρεις ασθενείς αναγνωρίστηκε ο γονότυπος ΙΑ του ιού. Η περιβαλλοντική διερεύνηση έδειξε ελλιπή πρόσβαση σε ασφαλές πόσιμο νερό. Το 97% των κρουσμάτων ήταν ανεμβολίαστα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρότι, η δηλωθείσα επίπτωση είναι χαμηλή εξακολουθούν να σημειώνονται επιδημίες ηπατίτιδας Α στον πληθυσμό των αθίγγανων. Απαιτούνται κατάλληλα σχεδιασμένα προγράμματα δημόσιας υγείας στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

340. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΠΝΙΓΜΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡ'ΟΛΙΓΟΝ ΠΝΙΓΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΙΝΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Μ. Αγγελίδη[1], Ν. Κορώνης[2], Α. Αγγελίδη[1], Χ. Τσαγκαρουσιάνος[3], Δ. Στήθος[3], Ν. Κοσμαδάκης[3]

[1]Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ Ζακύνθου, [2]ΕΚΑΒ Ζακύνθου, [3]Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Ζακύνθου

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή, η αξιολόγηση των αιτιών πνιγμού καθώς και η έκβαση περιστατικών παρ'ολίγον πνιγμού σε νησί του Ιονίου κατά τη θερινή περίοδο.
ΥΛΙΚΟ: Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης παρατήρησης πραγματοποιήθηκε σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο κατά τις χρονικές περιόδους: Μαΐου-Οκτωβρίου 2012 και 2013.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταγράφηκαν 32 περιστατικά παρ'ολίγον πνιγμού (άνδρες/γυναίκες:17/15) και 17 πνιγμού (άνδρες/γυναίκες:8/9). Από τα 32 περιστατικά παρ'ολίγον πνιγμού, 27 χρειάσθηκαν μόνο νοσηλεία ενώ 5 διεκομίσθηκαν σε ΜΕΘ (άνδρες/γυναίκες:4/1) εκ των οποίων 2 απεβίωσαν. Από τα περιστατικά πνιγμού 13 προσκομίσθηκαν νεκροί (άνδρες/γυναίκες:6/7) εκ των οποίων 4 παιδιά, ενώ 4 διεκομίσθηκαν σε ΜΕΘ οι οποίοι απεβίωσαν εντός του πρώτου 24ώρου. Από τα διαπιστωθέντα αίτια πνιγμού ή παρ'ολίγον πνιγμού αναφέρονται αντίστοιχα: η συνύπαρξη διαφόρων παθήσεων όπως καρδιαγγειακή νόσος (7/14 άτομα), κατανάλωση αλκοόλ (3/7 άτομα), προηγηθείσα λήψη τροφής (1/5 άτομα), έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης κολύμβησης ή μη επαρκής παρακολούθηση από ενήλικες (4/4 άτομα), τραυματισμοί κεφαλής ή αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης μετά από βουτιά σε αβαθή νερά ή βραχώδεις παραλίες (2/2 άτομα). Από τα 32 περιστατικά παρ'ολίγον πνιγμού τα 23 έλαβαν χώρα στη θάλασσα και 9 σε πισίνα. Ενώ από τα 17 περιστατικά πνιγμού 13 έλαβαν χώρα στη θάλασσα και 4 σε πισίνα. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ως προς τα αίτια ή την έκβαση αναλογικά με το φύλο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κύρια αιτία πνιγμού ή παρ'ολίγον πνιγμού ήταν οι συνυπάρχουσες παθήσεις (δη καρδιαγγειακή νόσος). Επισημαίνεται η ελλιπής εκπαίδευση κολύμβησης και παρακολούθησης αναφορικά με τα επεισόδια πνιγμού που αφορούσαν τον παιδικό πληθυσμό. Η τήρηση των κανόνων ασφαλείας, η σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση για τους ενδεχόμενους κινδύνους δη σε ευπαθείς πληθυσμούς κρίνεται απαραίτητη και αναγκαία.

341. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΝΟΜΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

Λ. Τίνα[1], Ν. Γιώτη[2], Μ. Λαμπράκου[1], Δ. Φλώρος[2], Μ. Ρίφουνα[3], Ν. Κώνστας[2], Α. Μαριόλης[3], Π. Ανδριόπουλος[2]

[1]ΓΝ Σπάρτης, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, [3]ΚΥ Αρεόπολης

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανίχνευση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε τυχαίο δείγμα του πληθυσμού Λακωνίας.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε πληθυσμό που επισκέφθηκε σε τακτική βάση υπηρεσίες υγείας του νομού Λακωνίας (εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου Σπάρτης, περιφερικά ιατρεία, Κέντρο Υγείας Αρεόπολης) τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν την κλίμακα αυτοαξιολόγησης Zung με ταυτόχρονη λήψη ενός συνοπτικού ιατρικού ιστορικού.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 553 άτομα (305 (60.5%) άνδρες 248 γυναίκες) απάντησαν έγκυρα στα ερωτηματολόγια. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε σε 3 ομάδες έως 40 ετών 109 άτομα (19,7% 60 άνδρες, 42 γυναίκες), από 41-65 220 άτομα (39.7% 126-94) και άνω των 65 224 άτομα (40.6% 119-105). 43% των ατόμων είχε αρτηριακή υπέρταση, το 12.8% στεφανιαία νόσο, 5.2% καρδιακή ανεπάρκεια, 12% ΧΑΠ, 5% ΑΕΕ, 3.6% Parkinson, 9% οστεοαρθρίτιδα, 20% σακχαρώδη διαβήτη, ενώ 14.1% ελάμβαναν κάποια αντικαταθλιπτική αγωγή. Τα άτομα κάτω των 40 ετών εμφάνιζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία διάφορης βαρύτητας σε ποσοστό 29.5% (17.4 ήπια, 9.1 μέτρια και 1.8 σοβαρή), ενώ στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας η συχνότητα ήταν μεγαλύτερη: 38.2% (20.1%, 13.1%, 4%) για τα άτομα 41-65 και 74.3% (37.5%, 22.3%, 4.5%) άνω των 65. (διορθωμένα κατά ηλικία, φύλο και τα προαναφερθέντα χρόνια νοσήματα). Στα διορθωμένα αποτελέσματα φάνηκε πως οι άνδρες της δεύτερης ηλικιακής ομάδας με ΧΑΠ και οστεοαρθρίτιδα είχαν καταθλιπτική συμπτωματολογία διάφορης βαρύτητας σε σχέση με τα άτομα ίδιου φίλου και ηλικίας χωρίς νόσο ($p < 0.01$ και $p < 0.02$ αντίστοιχα). Οι ασθενείς που ελάμβαναν αντικαταθλιπτική αγωγή είχαν σε όλες τις περιπτώσεις σοβαρότερη συμπτωματολογία ($p < 0.005$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε σχέση με παλαιότερες έρευνες προ του 2010 που έχουν χρησιμοποιήσει την ίδια κλίμακα αυτοαξιολόγησης, ο επιπολασμός καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αυξάνεται στις μέρες μας ανεξάρτητα από νοσήματα γενικής παθολογίας και φαίνεται να παίρνει δραματικές διαστάσεις στα άτομα τρίτης ηλικίας.

342. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ-ΥΠΕΡΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ ΜΑΘΗΤΩΝ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΓΥΜΝΑΣΙΩΝ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ «ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ» (ΕΣΠΑ MIS301205)

Ε. Βλαχοπαπαδοπουλου[1], Φ. Καραχάλιου[1], Θ. Ψαλτοπούλου[2], Δ. Κουτσούκη[3], Ι. Μανιός[4], Γ. Μπογδάνης[3], Ι. Παναγιωτόπουλος[1], Β. Καραγιάννη[5], Α. Παπαδοπούλου[6], Α. Χατζάκης[2], Σ. Μιχαλάκος[1]

[1]Ενδοκρινολογικό Τμ. Νοσοκ. Παίδων, Π & Α Κυριακού, [2]Εργαστ. Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [3]ΤΕΦΑΑ ΕΚΠΑ, [4]Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [5]ΤΕΙ Αθήνας, [6]Τμ. Κοιν. Παιδιατρικής, Νοσοκ. Παιδων Π & Α Κυριακού

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή του επιπολασμού της παιδικής παχυσαρκίας ανά ηλικιακή ομάδα και περιφέρεια της επικράτειας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το δείγμα επελέγη με στρωματοποίηση των μαθητών και εφαρμογή PPS στον πανελληνίου πληθυσμού των μαθητών Πρωτο-και-Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Περιελάμβανε 260 δημοτικά/ 93 Γυμνάσια με 40.000 μαθητές, συνολικά. Καταγράφηκαν 25.195 μαθητές, μετά έγγραφη συγκατάθεση. Οι μετρήσεις έγιναν από ειδικούς επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να αποφευχθούν συστηματικά σφάλματα αναφοράς (reporting bias) και αφορούσαν τα: ανάστημα, βάρος, περίμετρο μέσης, περίμετρο λαιμού και αρτηριακή πίεση. Στατιστικά ελέγχθηκε η συμφωνία ανά εξεταστή και μεταξύ εξεταστών (intraclass correlation coefficient). Η ταξινόμηση των μαθητών σε υπέρβαρους και παχύσαρκους διεξήχθη με βάση τα δεδομένα της International Obesity Task Force.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση του επιπολασμού της παχυσαρκίας-υπερβαρότητας έδειξε ότι το ποσοστό στην επικράτεια ήταν 34,4%, με μικρή διαφοροποίηση ανάλογα με το φύλο (αγόρια 35,7%, κορίτσια 33,1%). Σε όλες τις περιφέρειες υψηλότερο ποσοστό είχαν τα αγόρια. Το ποσοστό βαρύτητας παχυσαρκίας είναι: παχύσαρκα 9,4%, υπέρβαρα 25%. Τα ποσοστά παχύσαρκων-υπέρβαρων ανά ηλικία ήταν: Α-Γ Δημοτικού 35,1%; Δ-ΣΤ Δημοτικού 36,5%; Α-Γ Γυμνασίου 31%.
Σε όλες τις περιφέρειες το ποσοστό παχυσαρκίας-υπερβαρότητας ήταν υψηλότερο στην ομάδα Δ-ΣΤ Δημοτικού. Το υψηλότερο ποσοστό (40%) διαπιστώθηκε στις περιφέρειες Μακεδονίας και Ιονίων Νήσων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός υπερβαρότητας-παχυσαρκίας είναι υψηλός σε όλες τις γεωγραφικές περιφέρειες και σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με το ποσοστό να μειώνεται στους γυμνασιόπαιδες συγκριτικά με τους μαθητές δημοτικού.

343. ΕΛΛΗΝΙΚΟ, ΑΝΩΝΥΜΟ, ΙΣΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΔΥΟ ΕΤΩΝ

Ν. Βαΐτσης, Σ. Αγγελάκου-Βαΐτση

Ιδιωτικό Ιατρείο ΠΦΥ, Φάρσαλα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ιστολόγιο, γνωστό συχνά με την άκλιτη ονομασία μπλογκ(blog), είναι μορφή ιστοχώρου. Το περιεχόμενο των καταχωρήσεων μπορεί είναι οτιδήποτε.Ο κοινός χρήστης του Διαδικτύου μπορεί εύκολα και δωρεάν να ξεκινήσει το δικό του ιστολόγιο. Το 1998 υπήρχαν ελάχιστες ιστοσελίδες τύπου blog. Τον Ιούλιο του 1999 εμφανίστηκε το πρώτο εργαλείο για να μπορεί ο καθένας να δημιουργεί το δικό του blog και τον Αύγουστο παρουσιάστηκε το Blogger. Από εκείνη τη στιγμή άρχισε η έκρηξη των blogs, τα οποία πολλαπλασιάζονταν με γεωμετρική πρόοδο. Έτσι, ενώ το 1999 υπολογίζονταν κάτω από 50, στο τέλος του 2000 είχαν γίνει χιλιάδες και σήμερα μερικές εκατοντάδες εκατομμύρια.
ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφική μελέτη στατιστικών δεδομένων ενός ελληνικού, ανώνυμου, ιστολογίου με θεματολογία την προληπτική ιατρική.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Συλλέξαμε και καταγράψαμε τα στατιστικά δεδομένα, μέσω ενός δωρεάν μετρητή (counter), από ένα ιστολόγιό μας προληπτικής ιατρικήςγια χρονική περίοδο δύο ετών (Ιούλιος 2011 έως και Ιούνιος 2013). Το συγκεκριμένο ιστολόγιο είναι ανώνυμο, αποκλειστικά στην ελληνική γλώσσα και το δημιουργήσαμε το 2006. Τα δεδομένα της επισκεψιμότητας τα μελετήσαμε ως προς την γεωγραφική κατανομή, την χρονική περίοδο και διάρκεια παραμονής, την θεματολογία και την μέθοδο παρουσίασης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Η περιγραφική μελέτη των δεδομένων μας, ανέδειξε νέες μεθόδους επικοινωνιακής προσέγγισης του πολίτη και ενίσχυσε την διεισδυτικότητα παλαιότερων, σχετικά με την προληπτική ιατρική.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το διαδίκτυο μας δίνει την δυνατότητα να ενημερώσουμε τον κοινό πολίτη, σε θέματα υγείας και πρόληψης, με μηδενικό κόστος, ταχύτατα και με αρκετά υψηλή απόδοση.

344. «Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΕ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ EUROSTAT ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2000-2013»

Μ. Αποστολιδου, Α. Τερζιδης, Ε. Κακαλου,. Ροζενμπεργκ

Ms Διαχειριση Κρισεων Υγειας και Διεθνης Ιατρικη, Ιατρικη Σχολη Αθηνων

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της εξέλιξης του δείκτη της νοσηρότητας είναι ιδιαίτερα σημαντική την τρέχουσα περίοδο, στην χώρας μας αφού συνδράμει στον σχεδιασμό και υλοποίηση στοχευόμενων παρεμβάσεων δημόσιας υγείας και στην ανάδειξη προτεραιοτήτων.
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελέτη του δείκτη «Εξελθόντες ασθενείς (hospital discharges)» της EUROSTAT και σύγκριση με την εξέλιξη του ΑΕΠ, της δημόσιας δαπάνης για την υγεία και της ασφαλιστικής δαπάνης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο δείκτης νοσηρότητας ο οποίος μέχρι πρότινος συγκαταλέγονταν ανάμεσα στους χαμηλότερους της Ευρώπης, την τελευταία τριετία επιδεινώνονται συνεχώς (ιδιαίτερα στα καρδιαγγειακά νοσήματα και τις νεοπλασίες, οι οποίες παρουσιάζουν σταθερά ανοδική πορεία). Προκύπτει λοιπόν έκδηλη η ανάγκη υιοθέτησης αμέσων μέτρων προαγωγής υγείας, ενίσχυσης των δομών υγείας και υποστήριξης της πρόσβασης σε αυτές για όλες τις κοινωνικές ομάδες καθώς και επαναπροσδιορισμού και επικαιροποίησης του Εθνικού σχεδίου δράσης για την Υγεία.

345. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΙΔΩΝ-ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΜΙΛΙΑ-ΕΚΦΟΡΑ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

Σ. Σφήκας[1], Χ. Τζάνη[2], Δ. Λεμπέση[3], Π. Καρατζέας[1], Ε. Βαντή[1]

[1]ΝΜΥ ΕΟΠΥΥ Καλαμάτας, [2]ΠΓΝΠ «Παναγιά η Βοήθεια», [3]Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας είναι η επιδημιολογική μελέτη παιδιών-εφήβων με προβλήματα στην ομιλία που χρειάστηκαν λογοθεραπευτική αντιμετώπιση για το έτος 2013 στην περιοχή της Καλαμάτας και της ευρύτερης περιοχής της Μεσσηνίας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε αναδρομική μελέτη των περιστατικών. Βάσει της ιατρικής γνωμάτευσης που προσκόμιζαν οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ, κατά κανόνα γονείς, από Ειδικά Κέντρα, Ειδικά Τμήματα Παιδιατρικών Νοσοκομείων και Παιδιατρικές Κλινικές από τον Ιανουάριο του 2013 μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2013. Το Ελεγκτικό Τμήμα της Μονάδος Υγείας είναι το αρμόδιο τμήμα που εγκρίνει τη δαπάνη για τη λογοθεραπεία των παιδιών-εφήβων προκειμένου να αποζημιωθούν οι ασφαλισμένοι από τον Ασφαλιστικό τους Οργανισμό (ΕΟΠΥΥ), καθώς αποτελεί και το μοναδικό σημείο όπου λαμβάνουν χώρα οι εγκρίσεις τέτοιων περιστατικών τόσο στην Καλαμάτα όσο και στην ευρύτερη περιοχή της Μεσσηνίας. Οι διαταραχές του λόγου περιλαμβάνουν όλο το εύρος της λογοπαθολογίας (Δυσαρθρίες, αφασίες, γλωσσολογικές διαταραχές, τραυλισμός κ.ά.)
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ελέγχθηκαν συνολικά 238 περιπτώσεις λογοθεραπευτικής αντιμετώπισης και διαπιστώθηκαν το εξής αποτελέσματα.

ΕΤΟΣ 2013	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΠΑΙΔΙΑ 2-12	ΕΦΗΒΟΙ 13-18	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	14	6	15	5	20
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	15	6	21	0	21
ΜΑΡΤΙΟΣ	15	5	20	0	20
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	6	1	6	1	7
ΜΑΙΟΣ	11	4	12	3	15
ΙΟΥΝΙΟΣ	9	5	13	1	14
ΙΟΥΛΙΟΣ	17	7	22	2	24
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	2	0	2	0	2
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	14	6	17	3	20
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	20	13	29	4	33
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	16	11	26	1	27
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	27	8	29	6	35
ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΝΟΛΑ	**166**	**72**	**212**	**26**	**238**

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τη στατιστική επεξεργασία των περιστατικών διαπιστώνουμε α) τη μεγαλύτερη επίπτωση των διαταραχών της ομιλίας στα αγόρια που προσεγγίζει σχεδόν το 70% των περιστατικών και τη μειωμένη επίπτωση στα κορίτσια με 30% που ίσως μπορεί να αποδοθεί στην πιο πρώιμη ωρίμανση των κοριτσιών στην εκφορά του λόγου. β) Η αναλογία παιδιών προς εφήβων είναι σχεδόν 8:1 και αντανακλά το γεγονός ότι και στην εφηβεία υπάρχει ένα σημαντικός αριθμός ατόμων που αντιμετωπίζει προβλήματα στην ομιλία με μειωμένη όμως επίπτωση που αγγίζει το 11% των περιστατικών.

346. Η ΛΙΠΩΔΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

Α. Πελεκάνου, Π. Λαμπρόπουλος, Ν. Νικολάου

Α΄ Ηπατολογικό Ιατρείο, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η υπενθύμιση ότι η λιπώδης διήθηση του ήπατος αποτελεί αιτία αυξημένης φερριτίνης πλάσματος.
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας 49 ετών, πρώην καπνιστής, ετεροζυγώτης β-μεσογειακής αναιμίας, με ατομικό αναμνηστικό κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης, αρτηριακής υπέρτασης υπό αμιλορίδη/υδροχλωροθειαζίδη, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υπό μετφορμίνη και δυσλιπιδαιμίας υπό ατορβαστατίνη, προσήλθε για διερεύνηση ήπιας αύξησης τρανσαμινασών (AST: 55, ALT:67). Αντικειμενικώς, διαπιστώθηκε ψηλαφητό ήπαρ μαλακής σύστασης με ομαλά όρια. Εργαστηριακώς, ανευρέθηκε αυξημένη τιμή φερριτίνης πλάσματος (847ng/ml, φυσιολογικές τιμές 20-300ng/ml). Η θυρεοειδική λειτουργία ήταν φυσιολογική και ο έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες αρνητικός. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε αυξημένο μέγεθος και έντονη λιπώδη διήθηση του ήπατος.
Σύμφωνα με τις συστάσεις της αμερικανικής εταιρείας μελέτης των ηπατικών παθήσεων, οι ασθενείς με διαταραχή ηπατικής βιοχημείας πρέπει να εκτιμώνται για την πιθανότητα αιμοχρωμάτωσης. Όσοι έχουν τιμές φερριτίνης >150 ng/ml (γυναίκες) ή >200 ng/ml (άνδρες) πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο ανίχνευσης των μεταλλάξεων C282Y και H63D του γονιδίου HFE της κληρονομικής αιμοχρωμάτωσης. Στον ασθενή μας ο γονιδιακός έλεγχος ήταν αρνητικός. Επιπλέον, αποκλείστηκαν άλλα αίτια αυξημένης φερριτίνης, όπως λοιμώξεις και νεοπλάσματα. Κατόπιν τούτων, η αυξημένη φερριτίνη αποδόθηκε στη λιπώδη διήθηση του ήπατος εξαιτίας της κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης αλλά και της αντίστασης στην ινσουλίνη στα πλαίσια του συνυπάρχοντος σακχαρώδους διαβήτη. Η υπόθεση αυτή ενισχύθηκε από το γεγονός ότι μετά από αποχή από το αλκοόλ και απώλεια βάρους η ηπατική λειτουργία του ασθενούς επανήλθε στο φυσιολογικό και η τιμή της φερριτίνης μειώθηκε αισθητά (340ng/ml).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η λιπώδης διήθηση του ήπατος τόσο αλκοολικής όσο και μη αλκοολικής αιτιολογίας αποτελεί ένα αίτιο αυξημένης φερριτίνης πλάσματος που δεν πρέπει να διαλάθει της προσοχής. Η μοριακή βιολογία μπορεί να υποκαταστήσει με αξιοπιστία τη βιοψία ήπατος για τη διάγνωση ή τον αποκλεισμό της αιμοχρωμάτωσης.

347. ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΤΙΙΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ HCV ΛΟΙΜΩΞΗ

Ε. Χολόγκιτας, Θ. Νακούτη, Π. Χαλέβας, Μ. Ιωαννίδου, Χ. Μπίρτσιου, Φ. Κυριακοπούλου, Κ. Κουτούζη, Θ. Οικονόμου, Ε. Ακριβιάδης

Δ΄Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ. «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λοίμωξη του περιτοναίου από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης αποτελεί σπάνια θέση εμφάνισης εξωπνευμονικής φυματίωσης (ΤΒ). Αντιπροσωπεύει το 25-60% της κοιλιακής ΤΒ, αλλά το ποσοστό είναι μεγαλύτερο στις αναπτυγμένες χώρες λόγω μετανάστευσης και χρήσης ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. Υψηλά ποσοστά εμφανίζονται σε ασθενείς με κίρρωση (κυρίως λόγω κατάχρησης αλκοόλ), με ΧΝΑ υπό περιτοναϊκή διάλυση και με HIV λοίμωξη. Η συνύπαρξη της σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση καθιστά δύσκολη τη διαφοροδιάγνωση με αποτέλεσμα καθυστερημένη έναρξη κατάλληλης θεραπείας και υψηλότερη θνητότητα.
ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή για πρώτη φορά ΤΒ περιτοναίου σε ασθενή με HCV λοίμωξη μετά από αντιιιική αγωγή.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άντρας 71 ετών εισήχθη στην κλινική μας λόγω αστάθειας βάδισης, ασκίτη και οιδημάτων κάτω άκρων. Αναφορά απώλειας 25 κιλών σε 3 μήνες. Ατομικό αναμνηστικό: HCV κίρρωση, για την οποία έλαβε αντιική θεραπεία (ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη) προ 6μήνου και η οποία διεκόπη λόγω ουδετεροπενίας προ 3μήνου. Διαπιστώθηκε εγκεφαλικό έμφρακτο. Η ασκιτική συλλογή αποδόθηκε στην HCV κίρρωση (απουσία λοίμωξης, θρόμβωσης ή κακοήθειας). Εξήλθε βελτιωμένος, αλλά επανεισήλθε ένα μήνα μετά λόγω επιδείνωσης ασκίτη και δεκατικής πυρετικής κίνησης. Διαπιστώθηκε αύξηση κυττάρων του ασκιτικού υγρού που αρχικά αποδόθηκε σε αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα. Έλαβε αντιβιοτική αγωγή χωρίς βελτίωση. Στη διαφορική διάγνωση τέθηκε η υποψία ΤΒ περιτοναίου, η οποία επιβεβαιώθηκε με GenProbe ασκιτικού υγρού συνεπεία της προηγηθείσας αντιϊκής αγωγής. Αντιμετωπίστηκε με τριπλή αντιφυματική αγωγή και βελτιώθηκε.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η αντιιιική αγωγή σε ασθενείς με HCV λοίμωξη μπορεί να ενεργοποιήσει λανθάνουσες λοιμώξεις λόγω της ουδετεροπενίας που προκαλεί.

348. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

349. ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ HCV ΚΙΡΡΩΣΗ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

Π. Χαλέβας, Ε. Χολόγκιτας, Ε. Μανδαλά, Μ. Ιωαννίδου, Χ. Μάμμου, Ε. Ακριβιάδης

Δ΄Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ. «Ιπποκράτειο»

Η αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία (ΑΑΑ) μπορεί να εμφανιστεί σπάνια στα πλαίσια συμπαγών κακοήθων όγκων. Στην συγκεκριμένη αναφορά ο ασθενής εμφάνισε ΑΑΑ μετά από την διάγνωση ηπατοκυτταρικού καρκίνου (ΗΚΚ).
ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση ασθενούς με HCV μη αντιρροπουμένη κίρρωση που εμφάνισε τύπου IgG ΑΑΑ μετά από την διάγνωση ΗΚΚ.
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής 46 ετών με ατομικό αναμνηστικό μη αντιρροπούμένης HCV κίρρωσης προσήλθε στο νοσοκομείο προς περαιτέρω διερεύνηση. Από τον απεικονιστικό έλεγχο διαγνώστηκε ΗΚΚ, για τον οποίο προγραμματίστηκε χημειοεμβολισμός.
ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: HCT 23.05%, Hb 7.96 g/dl, PLT 84.100/μL, MCV 107.3 fl, MCH 37.05 pg, WBC 8.81/μL INR 2.07, LDH 408 UI/L, TBIL 11,8 mg/dl, DBIL 3,12 mg/dl. Μετά τη διενέργεια του χημειοεμβολισμού ο ασθενής παρουσίασε πτώση της τιμής του αιματοκρίτη χωρίς στοιχεία ενεργού αιμορραγίας και πυρετό έως 38,5^{o} C. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: HCT 20.79%, Hb 7.00 g/dl, PLT 77.800/μL, MCV 103.7 fl, MCH 34.91 pg, WBC 16.99/μL INR 1.97, PT sec 22.5, LDH 472 UI/L, TBIL 10,6 mg/dl, DBIL 2,34. Από το επίχρισμα περιφερικού αίματος: ευρήματα συμβατά με αιμόλυση, με άμεση Coombs (έλεγχος με μονοκλωνικό ορό IgG ++) θετική. Αρχικά μετά τον χημειοεμβολισμό αντιμετωπίστηκε με ενυδάτωση, ενδοφλέβια αντιβίωση και αντιεμετική αγωγή και στη συνέχεια με την επιβεβαίωση της ΑΑΑ προστέθηκε ενδοφλέβια πρεδνιζολόνη (Prezolon 25 mg x 3) με σταδιακή μείωση της δοσολογίας μέχρι να απυρετήσει και αποκατασταθεί η τιμή του αιματοκρίτη.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Πρόκειται για σπάνια περίπτωση εμφάνισης ΑΑΑ σχετιζόμενη με ΗΚΚ, και η οποία επιδεινώθηκε μετά τη διενέργεια χημειοεμβολισμού.

350. ΛΕΥΧΑΙΜΟΕΙΔΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (ΗΚΚ)-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γ. Ντέτσκας, Β. Παπαστεργίου, Λ. Σκορδά, Μ. Κλαδάς, Φ. Λαμπριανού, Ε. Σπανού, Μ. Σταμπόρη, Λ. Μητρογιάννη, Σ. Αναστασίου, Σ. Καραταπάνης

Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ως λευχαιμοειδής αντίδραση ορίζεται η παρουσία λευκοκυττάρων στο περιφερικό αίμα που υπερβαίνει τις 50.000/κ/χιλ και δεν οφείλεται σε λευχαιμία. Η ανάπτυξη λευχαιμοειδούς αντίδρασης μπορεί να αποτελεί σπανία παρανεοπλασματική συνήθως μεγάλου μεγέθους όγκων ή σε ασθενείς με προχωρημένη μεταστατική νόσο. Η ανάπτυξη λευχαιμοειδούς αντίδρασης σε ασθενή με ΗΚΚ αποτελεί ιδιαίτερα σπάνιο φαινόμενο.
ΑΣΘΕΝΕΙΣ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για άνδρα ηλικίας 67 ετών που προσήλθε στο νοσοκομείο μας για διερεύνηση σημαντικής καταβολής δυνάμεων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω σημαντικής καταβολής δυνάμεων και ανορεξίας από μηνός. Στο ατομικό του αναμνηστικό περιλαμβανόταν σακχαρώδης διαβήτης που ερυθμίζετο με αντιδιαβητικά δισκία. Στον αρχικό έλεγχο διαπιστώθηκε σημαντική λευκοκυττάρωση (Λευκά= 45.000/κ.χιλ) με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, και ήπια διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας. Στη διάρκεια της νοσηλείας του ο αριθμός των λευκών υπερέβη της 50.000/κ.χιλ. Ο ασθενής υπεβλήθη σε πλήρη έλεγχο για αποκλεισμό λοίμωξης ή άλλου αιτίου της λευκοκυττάρωσης που απέβη αρνητικός. Στον έλεγχο περιλαμβανόταν στερνική παρακέντηση. Έγινε επίσης ιολογικός και ορολογικός έλεγχος για την διαταραγμένη ηπατική λειτουργία που απέβη επίσης αρνητικός. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία κοιλίας που αποκάλυψε χωροκατακτητική εξεργασία στο ήπαρ (δ=5εκ.) που εμφάνιζε επίσης κιρρωτική μορφολογία. Για τον αποκλεισμό άλλης πρωτοπαθούς εστίας ο ασθενής υποβλήθηκε σε εκτενή έλεγχο που απέβη αρνητικός. Επειδή η aFP ήταν φυσιολογική ο ασθενής υπεβλήθη σε βιοψία ήπατος που αποκάλυψε τη παρουσία πρωτοπαθούς ΗΚΚ.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λευχαιμοειδής αντίδραση μπορεί να αποτελεί σπανία εκδήλωση πρωτοπαθούς ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (ΗΚΚ) και πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ανάλογων περιπτώσεων.

351. ΤΡΙΑΝΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΣΕ ΣΥΝΕΧΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Κ. Τρίγκα, Π. Τρίγκας, Σ. Ζιώγα, Α. Μπιμπή, Μ. Καζά, Κ. Χουχουλής, Χ. Πιπιλή, Π. Δουζδαμπάνης

Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Κυανούς Σταυρός Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός μας ήταν να επισήσουμε την προσοχή στους εξαιρετικά μακρόβιους ασθενείς σε αιμοκάθαρση, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και η συζήτηση των τα κλινικών χαρακτηριστικών και οι επιπλοκές των ασθενών αυτών.
ΥΛΙΚΟ: Παρουσιάζουμε μία ασθενή σε συνεχή αιμοκάθαρση για 30 χρόνια.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής παρουσίασε καλή πορεία για το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα παραμονής στην μέθοδο, παρά τα μακροχρόνια ζητήματα που προέκυψαν.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αιμοκάθαρση είναι μια ευρέως πραγματοποιούμενη και ασφαλής διαδικασία, με αποτέλεσμα ο αριθμός των μακροχρόνιων ασθενών στην θεραπεία αποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με αιμοκάθαρση να έχει αυξηθεί.

352. CKD-EPI, MDRD, COCKCROFT-GAULT: ΕΞΙΣΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Ε. Χελιώτη[1], Ε. Ευθυμίου[1], Μ. Σωτηράκη[1], Α. Παπαλεξανδρου[1], Ε. Λιναρδούτσου[2], Γ. Στρατιώτης[2], Ε. Γκαλίτσιου[1], Μ. Τσιλιβίγκου[1]

[1]Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», [2]Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας είναι απαραίτητη στη σταδιοποίηση της χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ). Η Cockcroft-Gault (CG), Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) και CKD-Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) είναι εξισώσεις που χρησιμοποιούνται ευρέως για την εκτίμηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης(eGFR).
ΣΚΟΠΟΣ: Εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με ΧΝΝ χρησιμοποιώντας τις εξισώσεις CG, MDRD και CKD-EPI.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη συμπεριέλαβε 98 νέους ασθενείς με ΧΝΝ από το Τακτικό Νεφρολογικό Ιατρείο κατά τη διάρκεια ενός έτους. Η ΧΝΝ ταξινομήθηκε σε 5 στάδια: στάδιο 1 (S1): >90, στάδιο 2 (S2): 60-89, στάδιο 3 (S3): 30-59, στάδιο 4 (S4):15-29 και το στάδιο 5 (S5):
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 98 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν (53% άνδρες, μέσης ηλικίας 69±11 έτη). Σύμφωνα με την εξίσωση CG, το ποσοστό των ασθενών που ταξινομήθηκε στα 5 στάδια ήταν: 4% S1, 6% S2, 19,4% S3, 32,7% S4 και 37,8% S5. Χρησιμοποιώντας τις MDRD και CKD - EPI εξισώσεις, τα ποσοστά των ασθενών δεν διέφεραν μεταξύ των 5 σταδίων και ήταν 1%, 3%, 16,3%, 29,6% και 50% αντίστοιχα. Συγκρίνοντας τις εξισώσεις CKD-EPI και MDRD με την CG, παρατηρήθηκε μια μετακίνηση ασθενών της τάξεως του 12,2% από το στάδιο 4 στο στάδιο 5. Η συσχέτιση μεταξύ CG με CKD-EPI (r=0,888, p=0,001) και CG με MDRD (r=0,867, p=0,001) ήταν στατιστικά σημαντική.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Και οι τρεις εξισώσεις παρέχουν μια λογική εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι CKD-EPI και MDRD εξισώσεις παρέχουν πιο ακριβείς εκτιμήσεις από την CG κυρίως στο στάδιο 5.

353. ΕΛΑΧΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ

Γ. Κοτζαμπάσης, Δ. Πάλλης, Δ. Γεωργίου, Γ. Τσιμπούρης, Ν. Μαρίνος, Κ. Μπομποτάς

Β΄ Ορθοπεδική Κλινική ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ελαχιστοποίηση ανάγκης χορήγησης αίματος σε ολική αρθροπλαστική γόνατος με τη χρήση ειδικής μετεγχειρητικής αγωγής
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη διάρκειας δύο ετών 2012 – 2013, όπου μελετήθηκαν 98 ασθενείς με ολική αρθροπλαστική γόνατος, 32 άνδρες και 66 γυναίκες με Μ.Ο. ηλικίας 68,1 έτη. Παράγοντες που μελετήθηκαν ήταν ο προεγχειρητικός και μετεγχειρητικός αιματοκρίτης και αιμοσφαιρίνη, η ποσότητα αίματος που απαιτήθηκε να χορηγηθεί συνολικά και οι πιθανές επιπλοκές κατά τη μετάγγιση και τη μετεγχειρητική πορεία
Μετά την τοποθέτηση της παροχέτευσης και της συρραφής του τραύματος, εφαρμόζονται στο χειρουργημένο άκρο τέσσερα αλλεπάλληλα στρώματα βαμβακοελαστικής περίδεσης, με τα τρία πρώτα στρώματα να εκτείνονται από τον άκρο πόδα μέχρι το άνω πέρας του τραύματος και την έξοδο της παροχέτευσης. Το τέταρτο και τελευταίο στρώμα εφαρμόζεται από το περιφερικό άκρο του τραύματος έως και την περιοχή της ίσχαιμου περίδεσης, η οποία σε αυτό το στάδιο αφαιρείται. Η παροχέτευση που χρησιμοποιήθηκε ήταν αρνητικής πίεσης και παρέμεινε κλειστή τις πρώτες 6 ώρες. Το τελευταίο στρώμα της περίδεσης αφαιρείται το βράδυ της χειρουργικής επέμβασης
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μόνο σε 10 ασθενείς από τους 98 έγινε χορήγηση αίματος, όπου χορηγήθηκαν 13 φιάλες αίματος, Μ.Ο. 1,3 φιάλες στους μεταγγιζόμενους ασθενείς και 0,13% συνολικά. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με προγενέστερη μελέτη μας την τριετία 2001 – 2003, όπου 10% των ασθενών χρειάσθηκαν μετάγγιση. Σε σύγκριση με την προηγούμενη μελέτη μας, δεν παρατηρήθηκαν φλύκταινες υποξαιμίας. Ανεπιθύμητες ενέργειες όπως αλλεργική αντίδραση, ΠΕ, εμπύρετο δεν παρατηρήθηκαν
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μέθοδος της τετραπλής βαμβακοελαστικής περίδεσης και της παροχέτευσης που παραμένει κλειστή τις πρώτες 6 ώρες, εκτός ότι είναι οικονομική με μηδενικό περίπου κόστος, περιορίζει σημαντικά την περαιτέρω μετεγχειρητική μετάγγιση αίματος στις ολικές αρθροπλαστικές γόνατος και συμβάλλει στη μείωση των επιπλοκών μετεγχειρητικά

354. ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΟΠΕΝΙΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΝΟΞΑΠΑΡΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ

Δ. Γεωργίου, Δ. Πάλλης, Α. Μητσοκάλης, Γ. Τσιμπούρης, Γ. Κοτζαμπάσης, Κ. Μπομποτάς

Β΄ Ορθοπεδική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: Ο έλεγχος του αριθμού αιμοπεταλίων σε ασθενείς με διατροχαντήριο κάταγμα ισχίου, για την αποφυγή του συνδρόμου θρομβοκυττοπενίας από χορήγηση ενοξαπαρίνης για θρομβοπροφύλαξη.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Τη διετία 15.11.11 εώς 15.11.13 στην κλινική μας χειρουργήθηκαν 217 ασθενείς (Μ.Ο. 81,5 έτη) με διατροχαντήριο κάταγμα ισχίου, με ενδομυελική ήλωση. Από τους 217 ασθενείς, 142 ήταν γυναίκες και 75 άνδρες. Όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν ενοξαπαρίνη ως αντιπηκτική αγωγή και ο έλεγχος αριθμού των αιμοπεταλίων γινότανε την 1η, 3η, 5η, 7η και 10η ημέρα. Κάθε ημέρα στην κλινική εξέταση περιλαμβανότανε η ανεύρεση κλινικών σημείων για φλεμβοθρόμβωση και πνευμονική εμβολή.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε όλους τους ασθενείς παρατηρήθηκε μείωση του αριθμού των αιμοπεταλίων κατά 20,76%, σε σχέση με την τιμή τους κατά την εισαγωγή. Η μείωση του αριθμού των αιμοπεταλίων παρατηρήθηκε 4,2 ημέρες μετά την έναρξη χορήγησης ενοξαπαρίνης. Η επάνοδος του αριθμού των αιμοπεταλίων στα επίπεδα της τιμής τους κατά την εισαγωγή, επανήλθε αυτόματα σε 6,7 ημέρες συνολικά. Εν τω βάθει φλεμβοθρόμβωση και πνευμονική εμβολή δεν παρατηρήθηκε σε κανένα ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χορήγηση ενοξαπαρίνης αποτελεί ασφαλή αντιπηκτική αγωγή με τη μείωση του αριθμού των αιμοπεταλίων να είναι παροδική και να διορθώνεται αυτόματα χωρίς καμμία ιατρική παρέμβαση. Ωστόσο απαιτείται υψηλός δείκτης εγρήγορσης για την πρόληψη του συνδρόμου θρομβοκυττοπενίας από χορήγηση ηπαρίνης (HIT), το οποίο θα πρέπει να αντιμετωπίζεται εγκαίρως

355. ΣΗΠΤΙΚΗ ΤΕΝΟΝΤΟΕΛΥΤΡΙΤΙΔΑ ΔΑΚΤΥΛΟΥ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Σ. Κυριακόπουλος[1], Χ. Ληξουριώτης[2], Ι. Τσούτσας[1], Κ. Βαρβαρούσης[1], Ι. Κουγιουμτζής[1], Ι. Σοφιανός[1]

[1]Ορθοπαιδική Κλινική, Νοσοκομείου Λιβαδειάς, [2]ΚΥ Διστόμου

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μιας περίπτωσης με σηπτική τενοντοελυτρίτιδα μέσου δακτύλου σε ασθενή με Ρευματοειδή αρθρίτιδα και αβληχρή συμπτωματολογία.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για γυναίκα 65 ετών με διαγνωσμένη Ρευματοειδή αρθρίτιδα υπό Μεθοτρεξάτη. Μία εβδομάδα πριν προσέλθει στα επείγοντα του νοσοκομείου, έλαβε αγωγή με πρεζολόνη 5mg λόγω έξαρσης της νόσου. Προσήλθε, με διογκωμένη την εγγύς φ/φ άρθρωση του μέσου δακτύλου, ήπιο ερύθημα κατά μήκος της καμπτικής επιφάνειας και έντονο άλγος στην παθητική έκταση του δακτύλου. Τα Λευκά αιμοσφαίρια ήταν φυσιολογικά, CRP 7,1(έως 0,5), ΤΚΕ 101. Άμεσα τέθηκε η διαγνωση αρχόμενης τενοντοελυτρίτιδας και η απουσία των τυπικών κλινικών χαρακτηριστικών του Kanavel αποδόθηκε στην χορήγηση της κορτιζόνης. Έγινε παρακέντηση της φ/φ άρθρωσης για να αποκλειστεί η σηπτική αρθρίτιδα, (η άρθρωση χωρίς παρουσία υγρού). Δόθηκε ενδοφλέβια αντιβίωση με κεφαλοσπορίνη β γενεάς και κλυδαμυκίνη, ενώ το χέρι ακινητοποιήθηκε με βαμβακόμορφη περίδεση- Boxing glove. Σε δύο μέρες η κλινική εικόνα ήταν η ίδια ενώ η CRP είχε πολύ μικρή πτώση. Αποφασίσθηκε η χειρουργική διάνοιξη. Έγινε τομή τύπου Z επί της καμπτικής επιφάνειας του δακτύλου, κλειστές πλύσεις με μικρό καθετήρα και τμήματα των A1 και A2 Pulley εστάλησαν για καλλιέργεια στις οποίες αναπτύχθηκε Staphylococcus aureus. Το τραύμα παρέμεινε ανοικτό, αφού τοποθετήθηκαν δυο συμπλησιαστικά ράμματα. Ακολούθησαν καθημερινά δινόλουτρα. Έγινε δευτερογενής σύγκλειση όλου του τραύματος σε 7 μέρες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η φλεγμονή ελέγχτηκε πλήρως και δεν υπήρξαν προβλήματα επούλωσης. Παρέμεινε μικρή δυσκαμψία στην φ/φ άρθρωση, χωρίς ωστόσο να επιβεβαιώνονται μεταγενέστερα ακτινολογικά σημεία σηπτικής αρθρίτιδας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τενοντοελυτρίτιδα μπορεί να προέλθει ύστερα από επιπόλαιο τραύμα ή από επέκταση φλεγμονής από γειτονικό μεσοδακτυλικό απόστημα. Τα τυπικά χαρακτηριστικά του Kanavel είναι οίδημα δακτύλου, σύγκαμψη, πόνος στην παθητική έκταση, και ευαισθησία κατά μήκος του ελύτρου. Χρήζει άμεσης αντιμετώπισης με ενδοφλέβια αντιβίωση και σε μη ανταπόκρισης σε 24 ώρες, χειρουργική παρέμβαση με κλειστή ή ανοικτή έκπλυση.

356. ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ

Χ. Λυρτζής[1], Α. Καναρίδου[2]

[1]Ορθοπαιδικός, Κιλκίς, [2]Διαιτολόγος, Κιλκίς

ΣΚΟΠΟΣ: Η παχυσαρκία αποτελεί μια από τις αιτίες της οστεοαρθριτιδας των γονάτων. Σε αυτούς τους ασθενείς προτείνεται η απώλεια βαρους για την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Αξιολογήσαμε τη συμμόρφωση σε ένα πρόγραμμα υγιεινής διατροφής ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων και το βαθμό της οστεοαρθρίτιδας.
ΥΛΙΚΟ: Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 40 ασθενείς γυναίκες με συμπτωματική οστεοαρθρίτιδα γόνατος, ηλικία άνω των 50 ετών και δείκτη μάζας σώματος ≥ 30 kg/m.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν με ακτινολογικά κριτήρια και με το επίπεδο του άλγους. Επίσης μετρήθηκε το εύρος του στενότερου μεσαρθρίου. Καταγράφηκε επίσης σε κλίμακα τύπου likert η άποψη τους για ενδεχόμενη χειρουργική αποκατάσταση. Οι ασθενείς συμμετείχαν σε πρόγραμμα υγιεινής διατροφής 3 μηνών για την απώλεια βάρους με τακτική παρακολούθηση από διαιτολόγο. Εκτιμήθηκε η συμμόρφωση στο παραπάνω πρόγραμμα και η συσχέτιση με την αποψη τους για χειρουργική αποκατάσταση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όπως ήταν αναμενόμενο δεν υπήρξε διαφορά στο kellgren-lawrence scale, αλλά ούτε και στο εύρος του μεσαρθρίου. Βρέθηκε σημαντική βελτίωση στα επίπεδα του άλγους ($p<0,05$). Οι ασθενείς με βαριά οστεοαρθρίτιδα, οι οποίοι ήταν αρνητικοί σε ενδεχόμενη χειρουργική επέμβαση, συμμορφώθηκαν περισσότερο στο πρόγραμμα υγιεινής διατροφής, καθώς αναζητούσαν εναλλακτική μέθοδο αντιμετώπισης των συμπτωμάτων.

Μεταβλητή	*ΧΑΠ (N=84), %*	*ΟΧΙ-ΧΑΠ (N=157), %*	*p-value*
Πνευμονικές Επιπλοκές	16 (20)	32 (22)	0.83
Θεραπεία με Κορτικοειδή	28 (35)	33 (22)	0.03
Ημέρες Νοσηλείας	10.7 ± 5.5	10,17 ± 8	0.629
Θνητότητα	4 (4,8)	9 (5,8)	0.14

357. ΕΚΠΛΗΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΚΑΙ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ν. Μαρκέας, Γ. Κατζουράκη, Ε. Αβραμίδης, Γ. Μπέκας, Β. Ηγουμένου, Η. Μπάμπαλη

Β΄ Ορθοπαιδική κλινική Νοσοκομείου Παίδων Αθηνών «Παν.& Αγλαΐα Κυριακού»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι λοιμώξεις των οστών και αρθρώσεων στα παιδιά κρύβουν εκπλήξεις, παρά την αντιμετώπισή τους σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Η συμβολή της αντιμικροβιακής αγωγής, σε συνδυασμό με τη χειρουργική επέμβαση όταν χρειάζεται, είναι το κλειδί που προοιωνίζει την καλή έκβαση. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να επισημάνουμε αυτές τις εκπλήξεις και να στοιχειοθετήσουμε κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψή τους.
ΥΛΙΚΟ: Στο διάστημα 2003 - 2012, νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας 22 παιδιά (14 αγόρια, 8 κορίτσια) ηλικίας 8,8 ετών με οστεομυελίτιδα και 32 παιδιά (17 αγόρια, 15 κορίτσια) ηλικίας 5,9 ετών με σηπτική αρθρίτιδα. Η τελική διάγνωση τέθηκε 7-8 ημέρες μετά την έναρξη των ενοχλημάτων, ενώ 16 ασθενείς είχαν ήδη λάβει άστοχη αντιβίωση. Πόνος και δυσκαμψία ήταν τα κυρίαρχα κλινικά σημεία. Πυρετός εμφανίσθηκε σε λιγότερους από τους μισούς ασθενείς. Καλλιέργειες αίματος και πύου ήταν θετικές στο 54,5% των οστικών λοιμώξεων και στο 31,2% των περιπτώσεων με σηπτική αρθρίτιδα. Υπεύθυνος μικροοργανισμός ήταν συχνά ο *staphylococcus MRSA* αλλά απομονώθηκαν επίσης *salmonella nontyphi, streptococcus pyogenes,pseudomonas aeruginosa κλπ.*
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διάνοιξη περιοστέου και τρυπανισμός οστού πραγματοποιήθηκαν σε 14 ασθενείς, απλή αρθροκέντηση σε 6 και ανοικτή αρθροτομή σε 10. Η αντιμικροβιακή αγωγή διήρκησε 4-6 εβδομάδες και τροποποιήθηκε ανάλογα με το υπάρχον αντιβιόγραμμα και τους δείκτες λοίμωξης. Από τις οστικές λοιμώξεις σημειώθηκαν χρονιότητα (5), πανδιαφυσίτιδα (2), παθολογικό κάταγμα (2) και ανισοσκελία (1), ενώ από τις σηπτικές αρθρίτιδες είχαμε ίσχαιμη νέκρωση μηριαίας κεφαλής σε μια περίπτωση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καθυστέρηση στη διάγνωση και η αλόγιστη χρήση των αντιβιοτικών αποτελούν δυσοίωνους παράγοντες. Η άμεση χειρουργική παρέμβαση αποτελεί τον κορμό αντιμετώπισης στη σηπτική αρθρίτιδα. Απαιτείται μεθοδικότητα, συντονισμός και επίγνωση των κινδύνων που απειλούν την ακεραιότητα του αναπτυσσόμενου σκελετού.

358. Η ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ TRIAGE ΣΤΙΣ ΜΑΖΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ

Δ. Γεωργίου, Δ. Πάλλης, Γ. Τσιμπούρης, Χ. Ζαφείρης, Ν. Μπαξεβάνος

Β΄ Ορθοπεδική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: Η κατάδειξη της σημαντικότητας της γνώσης του συστήματος Triage σε καταστάσεις μαζικών καταστροφών, με στόχο την όσο καλύτερη δυνατή φροντίδα σε μεγαλύτερο αριθμό θυμάτων, σε σχέση με τις τρέχουσες δυνατότητες του προνοσοκομειακού και νοσοκομειακού συστήματος
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Το σύστημα διαλογής και ο όρος Triage άρχεται από το 17ο αιώνα και το χώρο της πολεμικής ιατρικής. Η διαλογή είναι δυναμική διαδικασία που ξεκινάει από τη ζώνη κινδύνου, με στόχο την κατηγοριοποίηση των θυμάτων αναλόγως της βαρύτητας των κακώσεων που φέρουν και τον προσδιορισμό του τρόπου αντιμετώπισης
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο υγειονομικός σχηματισμός συγκροτεί υγειονομικές ζώνες με γνώμονα την ασφάλεια του προσωπικού και σκοπό τη διάσωση του μέγιστου αριθμού τραυματιών. Οριοθετούνται τρεις ζώνες, η ζώνη κινδύνου, η ζώνη διαλογής – ελέγχου και η ζώνη διακομιδής - μεταφοράς προς τους υγειονομικούς σχηματισμούς υποδοχής. Στη ζώνη διαλογής – ελέγχου τοποθετείται χρωματικό σύστημα διαλογής. Με κόκκινο χρώμα χαρακτηρίζονται οι πάσχοντες από καταστάσεις που θέτουν άμεσα σε κίνδυνο τη ζωή. Με κίτρινο χρώμα το θύμα είναι σε προσωρινή σταθερή κατάσταση και μπορεί να περιμένει. Με πράσινο χρώμα επισημαίνονται τα περιστατικά που μπορούν να περιμένουν και ο ασθενής μπορεί ακόμη και να περπατήσει, ενώ με μαύρο χρώμα είναι οι τραυματίες με μη αναστρέψιμες κακώσεις ή οι νεκροί. Ο πιο αδύναμος κρίκος στους υγειονομικούς σχηματισμούς αφορά το κομμάτι των επικοινωνιών μεταξύ του προσωπικού, που πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή επαφή, λόγω της διαρκούς μεταβολής των δεδομένων
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πρόληψη εκ μέρους της πολιτείας είναι ο βασικός παράγοντας αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών. Το υγειονομικό και μη προσωπικό έχει να αντιμετωπίσει πολλές προκλήσεις και έχει πολλά καθήκοντα, ιατρονοσηλευτικά και διοικητικά. Η γνώση, η εμπειρία και ο υψηλός βαθμός εγρήγορσης μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση γεγονότων με πολλά θύματα

359. ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΗΣ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟΥ ΚΑΙ ΥΨΗΛΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

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

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

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των τιμών των λιπιδαιμικών παραμέτρων και της επίτευξης των στόχων της υπολιπιδαιμικής αγωγής σε ασθενείς «πολύ υψηλού» και «υψηλού» καρδιαγγειακού κινδύνου σε ένα εξειδικευμένο ιατρείο.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε ενήλικα άτομα που παρακολουθούνται στο εξωτερικό Ιατρείο Διαταραχών του Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Παχυσαρκίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Κριτήριο εισαγωγής στη μελέτη ήταν διάρκεια παρακολούθησης ≥3 έτη. Καταγράφηκε το λιπιδαιμικό προφίλ κατά την τελευταία επίσκεψη στο ιατρείο και εκτιμήθηκαν τα ποσοστά επίτευξης των στόχων της χοληστερόλης των χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL-C).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν συνολικά 1000 ασθενείς (63 ± 13 ετών, 45% άνδρες, 15% καπνιστές). Τα ποσοστά επίτευξης του στόχου όσον αφορά την LDL-C για τους ασθενείς «πολύ υψηλού» (n=483) και «υψηλού» (n=391) καρδιαγγειακού κινδύνου σύμφωνα με τις παλαιότερες κατευθυντήριες οδηγίες (<100 mg/dL και <130 mg/dL) ήταν 66% και 86%, αντίστοιχα. Τα αντίστοιχα ποσοστά επίτευξης του στόχου όσον αφορά την non-HDL-C (<130 mg/dLκαι <160 mg/dL) ήταν 71% και 87%. Σύμφωνα με τις νεώτερες κατευθυντήριες οδηγίες, 477 (48%) και 408 (41%) ασθενείς είχαν «πολύ υψηλό» και «υψηλό» καρδιαγγειακό κίνδυνο. Τα ποσοστά επίτευξης του στόχου όσον αφορά την LDL-C (<70 mg/dL και <100 mg/dL, αντίστοιχα) ήταν σαφώς μικρότερα για τις 2 ομάδες ασθενών (25% και 42%, αντίστοιχα). Το 34% των ασθενών «πολύ υψηλού» καρδιαγγειακού κινδύνου είχε non-HDL-C<100 mg/dL και το 53% των ασθενών «υψηλού» καρδιαγγειακού κινδύνου <130 mg/dL. Η μέση τιμή της LDL-C ήταν 90 ± 30 mg/dL και 109 ± 33mg/dL και της non-HDL-C 115 ± 34 mg/dL και 133 ± 36 mg/dL για τους ασθενείς «πολύ υψηλού» και «υψηλού» καρδιαγγειακού κινδύνου, αντίστοιχα. Το 92% των ασθενών ελάμβανε μία στατίνη. Από αυτούς τους ασθενείς το 67% ελάμβανε στατίνη ως μονοθεραπεία, ενώ το 33% στατίνη σε συνδυασμό με άλλο φάρμακο (εζετιμίμπη 25%, ω-3 λιπαρά οξέα 5%, φαινοφιμπράτη 4% και κολεβεσελάμη 2%). Από το σύνολο των ασθενών που ελάμβανε στατίνη, το 43% έπαιρνε ατορβαστατίνη (μέση δόση 26 mg/ημέρα), το 32% ροσουβαστατίνη (22 mg), το 21% σιμβαστατίνη (30 mg) και το 3% φλουβαστατίνη (80 mg). Από τους ασθενείς που δεν ελάμβαναν στατίνη, το 29% ελάμβανε φιμπράτη, το 10% εζετιμίμπη και το 5% ω-3 λιπαρά οξέα ως μονοθεραπεία.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ένα εξειδικευμένο ιατρείο λιπιδίων 1 στους 4 ασθενείς «πολύ υψηλού» και 2 στους 5 ασθενείς «υψηλού» καρδιαγγειακού κινδύνου πετυχαίνουν τους στόχους της υπολιπιδαιμικής αγωγής σύμφωνα με τις νεώτερες κατευθυντήριες οδηγίες. Η χορήγηση υψηλότερων δόσεων των αποτελεσματικότερων στατινών και η συχνότερη χορήγηση συνδυασμού υπολιπιδαιμικών φαρμάκων θα μπορούσαν να συμβάλουν στην επίτευξη αυτών των στόχων.

360. ΚΙΡΡΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ

Ε. Αρμένη, Ν. Οικονόμου, Κ. Κοννάρη, Ε. Δημητρέλλος

Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Σισμανόγλειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ασθενής ετών 87 προσήλθε λόγω οιδημάτων στα κάτω άκρα και μετεωρισμό, σε έδαφος πρωτοδιαγνωσθείσας ασκιτικής συλλογής. Το ατομικό ιστορικό περιλάμβανε μόνο υποθυρεοειδισμό.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Κατά την προσέλευση της ασθενούς, η κλινική εξέταση ανέδειξε κοιλιά μετωρισμένη, ανώδυνη, με μετακινούμενη αμβλύτητα και εντερικούς ήχους παρόντες. Παράλληλα, διαπιστώθηκαν εκσεσημασμένα οιδήματα κνημών και σφυρών άμφω. Η παρακέντηση της ασκιτικής συλλογής ανέδειξε πυλαία υπέρταση (κλίση αλβουμίνης = 1.9) και ολικές πρωτείνες 1,98g/dL. Η λευκωματίνη ορού ήταν 2,9g/dL, ο χρόνος προθρομβίνης 1,34, ενώ τα αποφρακτικά ένζυμα του ήπατος ήταν σχετικά αυξημένα. Οι καλλιέργειες και οι κυτταρολογικές του ασκιτικού υγρού ήταν αρνητικές. Πραγματοποιήθηκε γαστροσκόπηση που ανέδειξε κιρσούς στο κατώτερο τριτημόριο του οισοφάγου (II-III βαθμού). Η ασθενής ετέθη σε διούρηση με σπιρονολακτόνη και φουροσεμίδη, στην οποία ανταποκρίθηκε ικανοποιητικά. Η αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας ανέδειξε εκτεταμένη ασκιτική συλλογή, διάταση ενδοηπατικών χοληφόρων, λιθίαση χοληδόχου κύστης με διάταση αυτής, χολιδοχολιθίαση καθώς και οιδήματα ανά σάρκα. Ο υπέρηχος καρδιάς και το triplex σπληνοπυλαίου άξονα ήταν φυσιολογικά. Τα αντιπυρηνικά, αντιμιτοχονδριακά και αντιουδετεροφιλικά αντισώματα, οι καρκινικοί δείκτες καθώς και οι δείκτες ηπατίτιδας ήταν αρνητικά. Την 20η ημέρα νοσηλείας, η ασθενής παρουσίασε κλινικά ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο, ενώ τα αποφρακτικά ένζυμα παρουσίασαν σημαντική αύξηση. Η υπερηχογραφική απεικόνιση του δεξιού υποχονδρίου ανέδειξε διατεταμένη χοληδόχο κύστη, με παρουσία ιζήματος και χολολίθων, καθώς επίσης διατεταμένο χοληδόχο πόρο (1.4εκ περίπου) σε όλο το μήκος του. Η απεικόνιση της άνω-κάτω κοιλίας με MRI – MRCP ανέδειξε ύδρωπα χοληδόχου κύστης, χοληδοχολιθίαση και εικόνα πολυλοβωτής παρυφής του ήπατος. Τελικά πραγματοποιήθηκε ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειογραφία για αποσυμφόρηση του χοληδόχου πόρου, και η ασθενής εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η χρόνια χολόσταση αποτελεί σπάνια αλλά καλοήθης αιτία κίρρωσης που συχνά παραγνωρίζεται στην κλινική πράξη.

361. ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΑΣΗ INR

Π. Βρέκος, Μ. Χρυσανθακοπούλου, Κ. Ηλιοπούλου, Ε. Ρούλια, Ζ. Αλεξίου

ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή ασθενούς με πρωτοδιαγνωσθέντα υπερθυρεοειδισμό και παράταση του INR.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής ετών 33 προσήθλε στα ΤΕΠ με αναφερόμενο τρόμο άνω και κάτω άκρων από μηνός.
ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: σκωλικοειδεκτομή προ 17 ετίας.
ΚΛΙΝΙΚΑ: Αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος, ψηλαφήτος σπλήν, λοιπά κατά φύσιν.
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Hct: 45%, Hb: 15.7%, RBC: 5.06, PLT: 130000, WBC: 6300 (Poly: 54%, Lymp: 31%, Mono: 12%), PT: 47 sec, APTT: 60, **INR: 4.70,** Glu: 88, Ur: 25, Cr: 0.5, SGOT: 62, SGPT: 73, γGT: 100, Tbil: 0.76, LDH: 217, Na: 142, K: 4.7, Ca: 9,13.
Θυρεοειδικοί δείκτες: **TSH: 0.051 μIU/mL, T3: 6,04 nmol/L, T4: 209 nmol/L, fT3: 23,96 pmol/L, fT4: 33,45 pmol/L, antiTPO: >1000.00 IU/mL, antiTg: 563.27 IU/mL.**
Αιματινικοί-νεοπλασματικοί δείκτες-λοιμώδη-ανοσολογικός έλεγχος:κφ U/S κοιλίας:ήπια ανομοιογένεια του ηπατικού παρεγχύματος, ήπια αύξηση των ορίων του σπλήνος. Λοιπά όργανα:κφ. CT κοιλίας: ήπια ηπατομεγαλία -σπληνομεγαλία, ελάχιστοι μικροί μεσεντέριοι λεμφαδένες.
U/S θυρεοειδούς αδένα: αύξηση του μεγέθους του αδένα, με ανομοιογένεια του παρεγχύματος και αυξημένη αγγείωση.
Ο ασθενής έλαβε 2 FFP και ξεκίνησε θεραπεία με Προπυλοθειουρακίλη (50 mg 1x3 για 1 μήνα).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η παράταση του INR αποδόθηκε στον πρωτοδιαγνωσθέντα υπερθυρεοειδισμό.
Ο μηχανισμός πρόκλησης αφορά την επιβράδυνση του μεταβολικού ρυθμού των κυττάρων των παραγόντων πήξης και τον αυξημένο καταβολισμό της βιταμίνης Κ.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά την σπανιότητα της παράτασης του INR σε ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό- χωρίς καρδιολογικό ιστορικό ή λήψη φαρμάκων που προκαλούν παράταση- θα μπορούσε να περιληφθεί στα εργαστηριακα ευρήματα της νόσου.

362. ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ CORYNEBACTERIUM STRIATUM ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ

Ε. Αρμένη, Ν. Οικονόμου, Κ. Κοννάρη, Γ. Καπέλλος, Μ. Αλμυρούδη, Ε. Δημητρέλλος

Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Σισμανόγλειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ασθενής ετών 59 προσήλθε λόγω εμπυρέτου ύστερα από συνεδρία αιμοκάθαρσης, σε έδαφος διαβητικού ποδιού. Το ατομικό αναμνηστικό περιλάμβανε ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια καθώς και ακρωτηριασμό της δεξιάς κνήμης και των τριών μικρότερων δακτύλων του αριστερού άκρου ποδός.
ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ: Η κλινική εξέταση ανέδειξε μόνο παρουσία μικρού, αβαθούς έλκους στο σημείο της τομής των δακτύλων, ενώ ο ασθενής ήταν εμπύρετος με ρίγος. Η γενική ούρων και η ακτινογραφία θώρακος ήταν αρνητικές. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος κεντρικής και περιφερικής γραμμής καθώς και καλλιέργειες πύου, και ακολούθησε εμπειρική χορήγηση σιπροφλοξασίνης και κλινδαμυκίνης. Ωστόσο, το σχήμα αυτό δεν συνοδεύτηκε από κλινικο-εργαστηριακή ανταπόκριση, οπότε η αγωγή τροποποιήθηκε σε βανκομυκίνη, πιπερακιλλίνη/ταζοβακτάμη και κλινδαμυκίνη, υπό την οποία ο ασθενής παρουσίασε άμεση βελτίωση. Η ακτινογραφία άκρου ποδός ανέδειξε οστεομυελίτιδα μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων, ενώ η αξονική τομογραφία άκρου ποδός επαλήθευσε τα ευρήματα, αναδεικνύοντας επιπρόσθετα φλεγμονή μαλακών ιστών πέριξ της κεφαλής του 1ου και 2ου μεταταρσίου καθώς και των φαλάγγων των δακτύλων. Η καλλιέργεια αίματος από την κεντρική γραμμή ανέδειξε Corynebacterium striatum ανθεκτικό σε κλαρυθρομυκίνη και ερυθρομυκίνη. Η καλλιέργεια πύου απομόνωσε E. Coli, Proteus mirabilis, Prevotella intermedia, Bacteroides fragilis, Peptostreptococcus spp. Επίσης πραγματοποιήθηκε αγγειογραφία που ανέδειξε αθηρωμάτωση όλων των κύριων κνημιαίων αρτηριακών κλάδων, με πλέον έντονες αλλοιώσεις στην πρόσθια και περονιαία αρτηρία. Η χειρουργική και αγγειοχειρουργική εκτίμηση συνέστησαν συντηρητική αγωγή, και ο ασθενής εξήλθε απύρετος και αιμοδυναμικά σταθερός ύστερα από 16 ημέρες νοσηλείας.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Το Corynebacterium striatum αναφέρεται να αποικίζει καθετήρες ουδετεροπενικών και ανοσοκατεσταλμένων ασθενών, ενώ έχει συσχετιστεί με την εκδήλωση λοιμώξεων του αναπνευστικού, ενδοκαρδίτιδα και περιτονίτιδα. Αν και ανήκει στη φυσιολογική χλωρίδα του δέρματος, μπορεί να αποτελέσει δυνητικά ευκαιριακό παθογόνο προκαλώντας λοιμώξεις μεγαλύτερης βαρύτητας.

363. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

364. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΤΕΘΗΚΑΝ ΣΕ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 45 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ

Χ. Παπαδόπουλος, Δ. Στεφανή, Ν. Ατζουλάτος, Δ. Καλλιοντζή, Λ. Βελλόπουλος-Φαρμακίδης, Α. Μουσούλη, Κ. Σγούρος, Μ. Λελέκης

ΓΝΑ ΚΑΤ-ΕΚΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Να παρουσιαστούν τα χαρακτηριστικά των ασθενών Παθολογικού Τμήματος (ΠΘΤ) μεγάλου νοσοκομείου που τέθηκαν σε μηχανικό αερισμό και να εξεταστεί η έκβασή τους σε διάστημα 4 εβδομάδων από τη διασωλήνωση.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν αναδρομικά όλοι οι ασθενείς του ΠΘΤ του ΓΝΑ «ΚΑΤ» που τέθηκαν σε μηχανικό αερισμό από 1/1/13 - 15/11/13. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, η διάγνωση εισόδου-νοσηλείας, η αιτία της διασωλήνωσης και τελικά η κατάστασή τους 4 εβδομάδες μετά από αυτήν.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στις πρώτες 45 εβδομάδες του 2013 διασωληνώθηκαν 41 ασθενείς (22 άνδρες, 19 γυναίκες) ηλικίας 32-89 ετών, με μέση ηλικία 67,4 έτη για τους άνδρες και 70,3 έτη για τις γυναίκες. Οι 18 ήταν ήδη νοσηλευόμενοι, ενώ οι 23 διασωληνώθηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών κατά την εισαγωγή τους. Συνηθέστερη διάγνωση εισαγωγής ήταν το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και ακολούθως η λοίμωξη του αναπνευστικού. Συνηθέστερο αίτιο διασωλήνωσης η αναπνευστική δυσχέρεια, ακολουθούμενη από την σημαντική έκπτωση του επιπέδου συνείδησης και την καρδιακή ανακοπή. Στις 4 εβδομάδες από τη διασωλήνωση 26 ασθενείς είχαν καταλήξει (14 εντός των πρώτων 72 ωρών), 2 παρέμεναν σε ΜΕΘ και 13 επανήλθαν στο ΠΘΤ με αυτόματη αναπνοή, για συνέχιση της αγωγής τους. Από αυτούς 3 χρειάστηκε να τεθούν εκ νέου σε μηχανικό αερισμό. Η θνητότητα στις 4 εβδομάδες ήταν 70% στην ομάδα άνω των 60 ετών και 50% στην ομάδα
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς διασωληνώθηκαν κατά την εισαγωγή. Στις 4 εβδομάδες σχεδόν τα 2/3 από αυτούς είχαν ήδη καταλήξει, με τους μισούς θανάτους να καταγράφονται πρώιμα μετά τη διασωλήνωση, ενώ η θνητότητα ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στα άτομα άνω των 60 ετών.

365. ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ «ΑΣΤΙΚΟΙ ΜΥΘΟΙ» ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ.

Λ. Χρυσικός, Π. Κατσαούνη, Β. Ντόβα, Π. Χαλμούκη, Ν. Αραβανής, Π. Κατσάνου

Παθολογική Κλινική, ΓΝ Αγρινίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) ως συχνή νόσος του γενικού πληθυσμού διακατέχεται από πολλούς «αστικούς μύθους», που αφορούν τόσο τη διατροφή (πχ κατανάλωση σκόρδου θεραπευτικά) όσο και τις τιμές της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) που θεωρούνται επικίνδυνες κι αποτελούν αιτία άμεσης προσέλευσης σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).
ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση των αστικών αυτων μύθων σε πληθυσμό υπερτασικών ασθενών που προσέρχονται στο Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου (ΓΝΑ)
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε τυχαίο δείγμα ασθενών με ΑΥ που επισκέφτηκαν το ΤΕΠ του ΓΝΑ για οποιοδήποτε λόγο το δίμηνο Σεπτεμβρίου-Οκτωβρίου ζητήθηκε να απαντήσουν γύρω από τη θέση τους για την κατανάλωση σκόρδου για θεραπευτικούς λόγους κάθως και την ενημέρωσή τους για τις φυσιολογικές κι επικίνδυνες τιμές ΑΠ. Καταγράφησαν σωματομέτρικά χαρακτηριστικά, μορφωτικό επίπεδο, ο τόπος διαμονής τους καθώς και η πιθανή δίαιτα ή άσκηση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά μετείχαν 72 ασθενείς, 38 άνδρες και 34 γυναίκες. Το 43,1% του πληθυσμού χρησιμοποιούσαν το σκόρδο για την αντιμετώπιση της ΑΥ, άσχετα από το φύλο ή το επίπεδο μόρφωσης. Σημαντικός παράγοντας φαίνεται να είναι ο τόπος διαμονής σε απομακρυσμένα χωρία (p=0,010) και ο αυξημένος Δείκτης Μάζας Σώματος (p=0,05). Μόλις 2 εξ αυτών προτίθενται να ανταλλάξουν τη φαρμακευτική αγωγή με καθημερινή βρώση σκόρδου. Επικίνδυνη τιμή συστολικής πίεσης κι επομένως αιτία για προσέλευση στο ΓΝΑ 90 mm Hg αναγνώρισαν 24 ασθενείς, με στατιστικά σημαντικό παράγοντα τη μικρή συχνότητα επισκεψης σε ιατρό και μέτρησης της αρτηριακής πίεσης κατ΄οίκον (p=0,010).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συχνότητα των αστικών μύθών γύρω από την ΑΥ τονίζουν την αναγκαιότητα ενήμερωσης του πληθυσμού και την εγρήγορση των ιατρών.

366. ΨΕΥΔΟΟΓΚΟΣ ΣΠΛΗΝΟΣ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γ. Ντέτσκας, Β. Παπαστεργίου, Λ. Σκορδά, Μ. Κλαδάς, Φ. Λαμπριανού, Ε. Σπανού, Μ. Σταμπόρη, Λ. Μητρογιάννη, Σ. Καραταπάνης

Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ψευδοόγκος σπληνός αποτελεί μια ιδιαίτερα σπανία κλινική οντότητα που εμφανίζει άτυπη κλινική εκδήλωση. Η συνύπαρξη πυρετού δημιουργεί πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης από πρωτοπαθές λέμφωμα σπληνός, όπου η σπληνεκτομή είναι απαραίτητη. Η διάγνωση της νόσου χωρίς ιστολογική επιβεβαίωση είναι δυσχερής.
ΑΣΘΕΝΕΙΣ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για γυναίκα 23 ετών που προσήλθε για έλεγχο παρατεινόμενου εμπυρέτου από 20 ημερών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής εμφάνισε υψηλή πυρετική κίνηση από δύο εβδομάδων με καταβολή δυνάμεων και εφιδρώσεις. Η ασθενής υπεβλήθη σε εκτεταμένο εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο για διερεύνηση του πυρετού. Ο εργαστηριακός έλεγχος απέβη αρνητικός για λοίμωξη, παθήσεις κολλαγόνου και νεοπλάσματα συμπαγών οργάνων. Στο υπερηχογράφημα και στην αξονική τομογραφία κοιλίας διαπιστώθηκε υπο-ηχωγενης εστία στο σπλήνα (δ=5 cm). Με την σοβαρή υπόνοια πρωτοπαθούς λεμφώματος σπληνός η ασθενής υπεβλήθη σε πληνεκτομή. Η ιστολογική εξέταση του σπληνός απεκάλυψε την παρουσία φλεγονώδους ψευδοόγκου. Η κλινική εικόνα της ασθενούς βελτιώθηκε σημαντικά μετά την σπληνεκτομή.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ψευδοόγκος σπληνός αποτελεί σπάνια κλινικο-παθολογική οντότητα που μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα διαφορικής διάγνωσης με άλλες καταστάσεις. Η παρουσία πυρετού επιβάλλει τον αποκλεισμό πρωτοπαθούς λεμφώματος σπληνός.

367. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΒΛΑΒΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ. ΠΟΣΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ;

Π. Κατσαούνη, Β. Ντόβα, Ν. Αραβανής, Λ. Χρυσικός, Π. Χαλμούκη, Π. Κατσάνου

Παθολογική Κλινική, ΓΝ Αγρινίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) είναι ένα συχνό νόσημα του γενικού πληθυσμού με πολλές και σοβαρές βλάβες σε όργανα-στόχους. Στόχος του ιατρού είναι, εκτός από τη ρύθμιση των τιμών της αρτηριακής πίεσης και η ενημέρωση των ασθενών του για τις πιθανές αυτές βλάβες.
ΣΤΟΧΟΣ: Η διερεύνηση του αν και κατα πόσο είναι ενημερωμένοι οι ασθενείς με ΑΥ σχετικά με τις επιπλοκές της νόσου.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε τυχαίο δείγμα ασθενών με ΑΥ που επισκέφτηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Γενικού Νοσοκομείου Αγρινίου ζητήθηκε να απαντήσουν γύρω από την ενημέρωση τους για τις πιθανές βλάβες σε όργανα-στόχους. Οι απαντήσεις αφορούσαν επίσης τη μορφωτική τους κατάσταση, τη διάρκεια νόσου, πιθανά συνοδά νοσήματα και τον τρόπο ενημέρωσης τους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατεγράφησαν 72 συνολικά ασθενείς με ΑΥ που επισκέφθηκαν το ΤΕΠ του νοσοκομείου, 38 άνδρες και 34 γυναίκες. Το 66.7% των ερωτηθέντων ήταν ενήμεροι για την υπερτασική καρδιοπάθεια, μετά από συχνή επαφή με το θεράποντα καρδιολόγο τους (p=0,05) και σε υψηλή συσχέτιση με τη μακρά διάρκεια νόσου (p=0,001). Την επιπλοκή του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου (ΑΕΕ) γνώριζαν το 58,3% των ερωτηθέντων, με ιδιαίτερη ευαισθητοποίηση εκείνων που είχαν ήδη ΑΕΕ στο ιστορικό τους (p=0,05). Μόλις το 9,7% των ασθενών είχαν ενημερωθεί γύρω από τη νεφροπάθεια, χωρίς να έχουν ωστόσο ποτέ υποβληθεί στον απαραίτητο έλεγχο. Τέλος, 3 άτομα γνώριζαν την αμφιβληστροειδοπάθεια (4,2%). Σημειώνεται ότι η μορφωτική κατάσταση και ο τόπος διαμονής (αστικό κέντρο ή χωριό) ήταν παράγοντες που δε σχετίζονταν με το επίπεδο ενημέρωσης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Φαίνεται ότι η ενημέρωση σχετικά με τις βλάβες οργάνων-στόχων στους ασθενείς με ΑΥ είναι ελλιπής, λαμβάνοντας υπόψη τον πολυσχιδή χαρακτήρα του υπερτασικού πληθυσμού. Χρειάζεται περισσότερη εγρήγορση από τους ιατρούς στον τομέα αυτό.

368. ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΣΟΥΝΙΤΙΝΙΜΠΗ (SUNITINIB) ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ (PNETS)

Μ. Καλτσάτου, Μ. Χρυσοχόου, Κ. Αλεξανδράκη, J. Karnezis, Ε. Χατζέλλης, Μ. Τσώλη, Γ. Μπούτζιος, Γ. Καλτσάς

Μονάδα Ενδοκρινικής Ογκολογίας, Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σουνιτινίμπη (sunitinib), είναι πολλαπλός αναστολέας των τυροσινικών κινασών των RET, VEGFR, PDGFR, c-KIT. Έχει αναφερθεί να συνοδεύεται από υπασβεστιαιμία σε ποσοστό 35%, χωρίς να έχει μελετηθεί στους ασθενείς με παγκρεατικούς νευροενδοκρινείς όγκους (pNETS).
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: παρουσιάζουμε 3 από 12 (25%) ασθενείς με pNETS, που έλαβαν αγωγή με sunitinib και εμφάνισαν υπασβεστιαιμία 1ου, 2ου και 4ουβαθμού, βάσει των κριτηρίων Common Terminology Criteria for Adverse Effects v3.0 (CTCAE).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Άντρας ασθενής 51 ετών με σταδίου IV, grade 1 pNET εμφάνισε πρόοδο νόσου, υπό αγωγή με ανάλογα σωματοστατίνης (SA). Εννέα μήνες μετά την έναρξη αγωγής με sunitinib εμφάνισε σταδίου 2 υπασβεστιαιμία (7,2mg/dl), με διακοπή της θεραπείας και χορήγηση ασβεστίου. Άντρας ασθενής 53 ετών με σύνδρομο MEN-1 και pNET σταδίου IV, grade 1, υπό αγωγή με sunitib εννέα μήνες αργότερα εμφάνισε υπασβεστιαμία σταδίου 1 (8,2mg/dl), η οποία βελτιώθηκε με ελάττωση της δόσης. Άντρας ασθενής 58 ετών με pNET σταδίου IV, grade 2 έλαβε πολλαπλές θεραπείες. Στην πορεία της νόσου ανέπτυξε σοβαρή υπερασβεστιαιμία λόγω έκκρισης από τον όγκο PTHrP. Μετά την εμφάνιση προόδου νόσου έγινε έναρξη sunitinib και ένα μήνα μετά ανέπτυξε υπασβεστιαιμία σταδίου 4 (<6mg/dl). Με την επανέναρξη της θεραπείας η προηγούμενα σοβαρή υπερασβεστιαιμία ελέγχθηκε εύκολα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η υπασβεστιαιμία που προκαλείται από sunitinib κατά τη διάρκεια θεραπείας των pNETS μπορεί να εμφανίζεται σχετικά συχνά με διαφορετική βαρύτητα, και πιθανώς να απαιτεί τροποποίηση της αγωγής του ασθενούς. Ωστόσο, αυτή η πιθανή ανεπιθύμητη ενέργεια μπορεί να είναι σημαντική για τη θεραπεία ασθενών με σοβαρή υπερασβεστιαιμία.

369. ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΚΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΜΕΘΥΛΕΝΟΔΙΟΞΥΠΥΡΟΒΑΛΕΡΟΝΗΣ

Ε. Αρμένη, Δ. Μελά, Γ. Καπέλλος, Κ. Σταθογιάννης, Κ. Μάντης, Μ. Αλμυρούδη, Κ. Σερέτη, Φ. Σπανάκη, Α. Τάτση, Κ. Κόνναρη, Γ. Καρλής, Μ. Λαδά

Β΄Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ασθενής ετών 42 προσήλθε λόγω εκούσιας λήψης τριών πακέτων μεθυλενοδιοξυπυροβαλερόνης (MDPV). Το ατομικό αναμνηστικό του ασθενούς ήταν ελεύθερο, ενώ περιλάμβανε μόνο περιστασιακή χρήση ψυχοδιεγερτικών ουσιών.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Κατά την προσέλευση του ασθενούς πραγματοποιήθηκαν πλύσεις στομάχου και χορηγήθηκε ενεργός άνθρακας. Η κλινική εξέταση δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα, ενώ εργαστηριακά παρουσίασε ήπια επηρεασμένους δείκτες νεφρικής λειτουργίας (ουρία=52mg/dL, κρεατινίνη=1.2mg/dL), αύξηση των επιπέδων των μυϊκών ενζύμων (κινάση κρεατινίνης, CPK=8707 U/L; γαλακτική αφυδρογονάση, LDH=643U/L). Τη 2ηημέρα νοσηλείας ωστόσο, ο ασθενής εκδήλωσε οξύτατη ψυχοκινητική διέγερση με στοιχεία σύγχυσης, αποπροσανατολισμό και αλλοίωση του επιπέδου συνείδησης ως επί οργανικού ψυχοσυνδρόμου, σύμφωνα με την εκτίμηση των ψυχιάτρων. Παράλληλα, κατά την 3η ημέρα της νοσηλείας, παρατηρήθηκε σοβαρή επιδείνωση των τιμών των μυϊκών ενζύμων (CPK=551 U/L, CK-MB >5000 U/L, LDH=7.246 U/L) καθώς και των δεικτών νεφρικής λειτουργίας (ουρία=72 mg/dL, κρεατινίνη =2.5 mg/dL), ενώ ο ασθενής κατέστη ανουρικός και παρέμενε συγχυτικός. Στα πλαίσια αυτά έλαβε χώρα συνεδρία αιμοκάθαρσης. Την 4η ημέρα της νοσηλείας του ασθενούς παρατηρήθηκαν ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές, με χαρακτήρα αριστερού πρόσθιου ημισκελικού αποκλεισμού και διαταραχές επαναπόλωσης του ST. Η νεφρική λειτουργία συνέχισε να επιδεινώνεται μέχρι την 6η ημέρα νοσηλείας (ουρίας=93 mg/dL, κρεατινίνη=8.2 mg/dL) ενώ τα μυϊκά ένζυμα άρχισαν να υποχωρούν άμεσα μετά την πρώτη συνεδρία αιμοκάθαρσης. Τελικά η νεφρική λειτουργία αποκαταστάθηκε μετά από 8 συνεδρίες αιμοκάθαρσης και ο ασθενής εξήλθε με σαφώς βελτιωμένη νεφρική λειτουργία (ουρία 58mg/dL, κρεατινίνη 1.6 mg/dL) και σε άριστη γενική κατάσταση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Εύκολα προσβάσιμο από το διαδίκτυο, το MDPV αποτελεί μια συνθετική καθινόνη που σχετίζεται με σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, που μπορεί να αποβούν επικίνδυνες για τη ζωή.

370. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΑΖΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΔΑΜΠΙΓΚΑΤΡΑΝΗΣ

Α. Αγγελίδη, Α. Καζιάνη, Θ. Τέλιος, Γ. Καψαλάκης, Ν. Κανέλλιας, Α. Μπίλης, Γ. Ρούσκας, Γ. Κρανιδιώτης, Α. Μελιδώνης

Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ «Τζάνειο», Πειραιά.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού μαζικής αιμορραγίας σε ασθενή που ελάμβανε δαμπιγκατράνη (dabigatran) έναν δραστικό, ανταγωνιστικό, αναστρέψιμο άμεσο αναστολέα της θρομβίνης.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 82 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω εντερορραγίας από ωρών. Η ασθενής εμφάνιζε έντονη αιμορραγική διάθεση και διαταραχή των χρόνων πήξεως (INR>9, aPTT:μη μετρήσιμο). Αναφέρεται πρόσφατη έναρξη (1½ μήνα) δαμπιγκατράνης (110mg,1x2) ενώ δεν ελάμβανε ταυτόχρονα άλλα αντιπηκτικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, αμιωδαρόνη ή βεραπαμίλη. Από το ατομικό αναμνηστικό υπογραμμίζονται: κολπική μαρμαρυγή, έλκος δωδεκαδακτύλου (αιμορραγικό επεισόδιο:1992), βηματοδότης και πολυπεκτομή ενώ δεν αναφέρεται νεφρική νόσος. Επισημαίνεται μικρή ωτορραγία 10ημέρες μετά την έναρξη δαμπιγκατράνης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της παρουσίασε σοβαρή μαζική αιμορραγία πεπτικού, ανώτερου αναπνευστικού (συγκεκριμένα ρινορραγία) και αιματουρία. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει διαθέσιμο αντίδοτο η ασθενής υπεβλήθη σε πολλαπλές μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων και παραγόντων πήξεως, ενώ επιπροσθέτως χορηγήθηκε τρανεξαμικό οξύ. Κατά τη νοσηλεία της παρατηρήθηκε σταδιακή βελτίωση των χρόνων πήξεως (INR, aPTT), ενώ από την ένατη μέρα νοσηλείας, η ασθενής εμφάνισε κλινική βελτίωση και ύφεση της αιμορραγικής διάθεσης. Από τον ενδοσκοπικό έλεγχο δεν ανευρέθηκε σαφής εστία αιμορραγίας. Ο απεικονιστικός έλεγχος με υπερηχοτομογραφική μελέτη δεν ανέδειξε συλλογή ελεύθερου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η ασθενής κατά τη νοσηλεία της εμφάνισε οξεία νεφρική ανεπάρκεια η οποία σταδιακά αποκαταστάθηκε μέχρι την έξοδο της.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Επειδή η κλινική εμπειρία είναι περιορισμένη οποιαδήποτε αιμορραγική εκδήλωση σε ασθενή μετά την έναρξη δαμπιγκατράνης θα πρέπει να μας καθιστά ιδιαιτέρως επιφυλακτικούς, ενώ θα πρέπει να εξετασθεί και το ενδεχόμενο ανάγκης εκτίμησης των χρόνων πήξεως μετά την έναρξη του φαρμάκου.

371. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΥ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ, ΣΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΟ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ι. Γραμματικάκης, Ν. Ευαγγελινάκης, Χ. Παρθένης, Κ. Μίγκλη, Π. Σκάρπας, Δ. Κασσάνος

Γ΄ Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να μελετηθεί το κατά πόσο περιπτώσεις επιπλεγμένης περιγεννητικής έκβασης, μπορεί να αποδοθεί στην επισκληρίδιο αναλγησία αυτή καθεαυτή ή στην αυξημένη επίπτωση του επεμβατικού τοκετού.
ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη της σχέσης της επισκληριδίου αναλγησίας με τη διάρκεια του τοκετού και το περιγεννητικό αποτέλεσμα. Περιελήφθησαν 220 τελειόμηνες γυναίκες που υπεβλήθησαν σε επισκληρίδιο αναλγησία (Ομάδα Α), ενώ η ομάδα ελέγχου (Ομάδα Β) περιελάμβανε 800 τελειόμηνες γυναίκες χωρίς επισκληρίδιο αναλγησία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τόσο η αναρροφητική εμβρυουλκία (6,8 έναντι 3.1%) όσο και η καισαρική τομή (35.6 έναντι 21.2%) ήταν πιο συχνές στην ομάδα Α σε σχέση με την ομάδα Β ($p<0,001$). Με βάση τις καμπύλες Kaplan-Meyer που προέκυψαν διαπιστώθηκε ότι η διάρκεια τόσο του πρώτου όσο και του δεύτερου σταδίου του τοκετού ήταν μαγαλύτερη στην ομάδα Α, σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Μετά από προσαρμογή με Cox ανάλυση όσον αφορά τον τόκο η διαφορά αυτή παρέμενε. Το περιγεννητικό αποτέλεσμα όταν ταξινομούνταν με βάση το είδος του τοκετού δε διέφερε σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες, εκτός από το ελάχιστα μικρότερο αρτηριακό pH στην ομάδα Α με φυσιολογικό τοκετό. Ωστόσο, τόσο η βαθμολογία κατά Apgar όσο και το αρτηριακό pH ήταν χαμηλότερα σε βαθμό στατιστικά σημαντικό στα νεογνά που γεννήθηκαν με αναρροφητική εμβρυουλκία σε σχέση με αυτά που γεννήθηκαν φυσιολογικά ή με καισαρική τομή, ανεξάρτητα από το εάν πραγματοποιήθηκε επισκληρίδιοα αναλγησία.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επισκληρίδιος αναλγησία φαίνεται ότι επιβραδύνει την εξέλιξη του τοκετού με αποτέλεσμα να αυξάνει την επίπτωση των επεμβατικών τοκετών. Οι επεμβατικοί τοκετοί που πραγματοποιούνται φαίνεται ότι σχετίζονται ισχυρά με το κακό περιγεννητικό αποτέλεσμα, ενώ η επισκληρίδιος αναλγησία αυτή καθεαυτή δε φαίνεται να επιδρά στον ίδιοι βαθμό στο περιγεννητικό αποτέλεσμα.

372. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΜΕ ΤΗ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΠΡΩΙΜΟ ΚΑΙ ΟΨΙΜΟ ΠΡΟΩΡΟ ΤΟΚΕΤΟ

Ι. Γραμματικάκης, Ν. Ευαγγελινάκης, Κ. Μίγκλη, Ι. Παπαπαναγιώτου, Ε. Τρακάκης, Δ. Κάσσανος

Γ΄ Μαιευτική- Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της ηλικίας κύησης στη νεογνική νοσηρότητα στα όψιμα πρόωρα (34η – 36η εβδομάδα κύησης) και στα πρώιμα (37η – 38η εβδομάδα) νεογνά, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (τελειόμηνα νεογνά, 39η – 41η εβδομάδα).
ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη κοόρτης. Το δείγμα μας περιελάμβανε μονήρεις κυήσεις χωρίς μείζονες συγγενείς ανωμαλίες που γέννησαν από την 34η έως την 41η εβδομάδα στη Γ΄ Μ/Γ κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών από το 2009 έως το 2013. Όσον αφορά τα πολυπαραγοντικά μοντέλα χρησιμοποιήθηκε η προσαρμογή κατά Poisson, ώστε να υπολογιστεί απευθείας ο προσαρμοσμένος σχετικός κίνδυνος (aRR). Ο ρόλος του πρόωρου τοκετού και των βιολογικών παραμέτρων του πρόωρου τοκετού μελετήθηκαν με αναλύσεις της μέσης και της διάμεσης τιμής.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα νεογνά τα οποία γεννήθηκαν είτε όψιμα πρόωρα είτε πρώιμα διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο εισαγωγής στη μονάδα εντατικής νεογνών (όψιμα πρόωρα: aRR=5.87, διάστημα εμπιστοσύνης (CI) 95%: 5.36, 6.56, πρώιμα: aRR=1.44, 95% CI: 1.12, 1.76)και πνευμονική νοσηρότητας (όψιμα πρόωρα: aRR=6.74, 95% (CI): 5.32, 7.11, πρώιμα: aRR=1.49, 95% CI: 1.45, 1.59). Η επίδραση της ηλικίας κύησης εξηγούνταν εν μέρει από τις βιολογικές παραμέτρους που συνόδευαν και οδηγούσαν στον πρόωρο τοκετό. Επίσης, η ισχαιμία του πλακούντα όπως και κάθε αίτιο υποξίας επέτεινε την επίδραση της προωρότητας στο κακό περιγεννητικό αποτέλεσμα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το κακό περιγεννητικό αποτέλεσμα των όψιμων πρόωρων και των πρώιμων νεογνών δεν οφείλονται αποκλειστικά στην ανωριμότητά τους, αλλά και στις βιολογικές παραμέτρους που οδήγησαν στον πρόωρο τοκετό.

373. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΑΝΩΜΑΛΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΡΑ

Λ. Ζούκας, Π. Ντάνου, Α. Φανουργιάκης, Κ. Μπράβου, Ν. Καμπάς

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΓΝ Κορίνθου

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Περίπου 10% των γυναικών που προσέρχεται στα εξωτερικά γυναικολογικά ιατρεία αιτιάται την εμφάνιση ανώμαλης αιμορραγίας από τη μήτρα ως πολυμηνόρροια ή αιμορραγία εκτός του μηνιαίου κύκλου. Λόγω της μεγάλης συχνότητάς της, η αναζήτηση των αιτιών με σκοπό την αξιολόγηση της παθολογίας του ενδομητρίου είναι ιδιαίτερης σημασίας σε γυναίκες κατά την κλιμακτήριο.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Μετά τη λήψη του ιστορικού, τη γυναικολογική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις, τα αίτια της μητρορραγίας αποδόθηκαν σε ορμονικές ανωμαλίες σχετιζόμενες με την ηλικία (δυσλειτουργία ωορρηξίας), σε επιπλοκές εγκυμοσύνης (έκτοπη κύηση, αυτόματη ή τεχνική έκτρωση), σε λήψη φαρμάκων (ορμονικά, αντιπηκτικά), σε διαταραχές πηκτικότητας, σε φλεγμονές πυέλου και σε άλλες μη γυναικολογικές αιτίες στις 202 από 552 συνολικά γυναίκες που εμφάνισαν διαφόρου βαθμού κολπική αιμόρροια. Οι υπόλοιπες 350 γυναίκες, μεταξύ 45 έως 55 ετών αποτέλεσαν το υλικό για την διερεύνηση των αιτιών εμφάνισης της ανώμαλης αιμορραγίας από την πλευρά του ενδομητρίου. Η αρχική προσέγγιση, έγινε με το διακολπικό υπερηχογράφημα και ακολούθησε κατά περίπτωση η διαγνωστική απόξεση (Δ.Α.) και η ιστολογική εξέταση των ξεσμάτων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το διακολπικό υπερηχογράφημα μας βοήθησε στη διάγνωση σε περισσότερο από το 60% των περιπτώσεων. Τα ευρήματα όσον αφορά την παθολογία του ενδομητρίου ήταν: αδενομύωση σε 56 γυναίκες, ποσοστό 16%, υποβλεννογόνια ινομυώματα σε 40, 11.43%, αυξημένο πάχος ενδομητρίου (υπερπλασία) σε 95, 27.14%, πολύποδας ενδομητρίου σε 34 γυναίκες, ποσοστό 9.71% που διαπιστώθηκε και με ιστολογική εξέταση μετά από Δ.Α. Οι υπόλοιπες γυναίκες μαζί με ένα ποσοστό των ανωτέρω (υπερπλασίες, πολύποδες ενδομητρίου) υποβλήθηκαν σε Δ.Α. (220 γυναίκες) για να διερευνηθεί και να αξιολογηθεί περαιτέρω η παθολογία του ενδομητρίου. Η ιστολογική εξέταση έδειξε απλή ή σύνθετη υπερπλασία ενδομητρίου χωρίς ατυπία σε 57 γυναίκες, ποσοστό 16.29%, απλή ή σύνθετη άτυπη υπερπλασία ενδομητρίου σε 28, ποσοστό 8%, ενώ σε 10 γυναίκες, ποσοστό 2.86% διαγνώσθηκε καρκίνος του ενδομητρίου. Επίσης σε ικανό αριθμό γυναικών (40, ποσοστό 11%) βρέθηκε μη ειδική φλεγμονή του ενδομητρίου ως αλλοιώσεις χρόνιας ενδομητρίτιδας που επιβεβαιώθηκε και με ανοσοϊστοχημικές μεθόδους.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ιστολογική εξέταση αποτελεί την οριστική διάγνωση σε όλες τις γυναίκες με ανώμαλη κολπική αιμορραγία που δεν ανταποκρίνεται στην ιατρική ή ορμονική θεραπεία και οι βιοψίες του ενδομητρίου πρέπει να πραγματοποιούνται προκειμένου να αποκλειστεί ο καρκίνος του ενδομητρίου, ειδικά σε γυναίκες με κληρονομικό ιστορικό καρκίνου ενδομητρίου, ωοθηκών ή μαστού, παχύσαρκες, με Σ.Δ., όπως και σε εκείνες με πάχος ενδομητρίου >12 mm.

374. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

375. ΥΠΕΡΟΧΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΡΑΦΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗΣ ΣΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΠΡΩΤΟΤΟΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ ΠΕΡΙΝΕΟΤΟΜΗ

Λ. Ζούκας, Α. Φανουργιάκης, Π. Ντάνου, Κ. Μπράβου, Ν. Καμπάς

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΓΝ Κορίνθου

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Να διερευνήσουμε τις διαφορές ανάμεσα στη συνεχή και τη διακεκομμένη ραφή για τη σύγκλειση των τραυματικών επιφανειών του κόλπου, των μυών του περινέου και του δέρματος ώστε να εξάγουμε συμπεράσματα σχετικά με τη μείωση του άλγους στην περιοχή της περινεοτομής σε πρωτοτόκες γυναίκες.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Τη διετία 2011-12 προσήλθαν στη Μαιευτική Κλινική του ΓΝ Κορίνθου 878 επίτοκες. Σε 410 γυναίκες έγινε Καισαρική Τομή ενώ οι υπόλοιπες 468 γέννησαν με Φυσιολογικό Τοκετό εκ των οποίων οι 278 ήταν πρωτοτόκες. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 208 από τις πρωτοτόκες στις οποίες εφαρμόστηκε εκλεκτική περινεοτομή στην 5η ώρα και οι οποίες χωρίστηκαν σε δύο ισομερείς Ομάδες, από 104 γυναίκες έκαστη. Στην Α΄ Ομάδα εφαρμόστηκε συνεχής ραφή για τη σύγκλειση του κολπικού βλεννογόνου, των μυών και του δέρματος, ενώ στη Β΄ Ομάδα η σύγκλειση και των τριών στρωμάτων έγινε με διακεκομμένα ράμματα. Χρησιμοποιήθηκε και στις δύο Ομάδες απορροφήσιμο ράμμα Vicryl n.00 και n.01. Αξιολογήθηκε και στις δύο Ομάδες η παρουσία περινεϊκού άλγους, την 3η ημέρα κατά την έξοδο της λεχωίδας από την Κλινική και την 10η ημέρα μετά τον τοκετό έγινε επιπλέον αξιολόγηση, με βαθμολόγηση στο μέγεθος του πόνου σε κλίμακα από το 1 έως το 10 με βάση την αναφορά των γυναικών κατά τη διάρκεια διαφορετικών δραστηριοτήτων. Επίσης στην εξέταση ρουτίνας της λεχωίδας στους 2 μήνες μετά τον τοκετό αξιολογήθηκε αν υπήρχε δυσπαρεύνια (πόνος κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την 3η ημέρα μετά τον τοκετό, 83 γυναίκες, ποσοστό 79.81%, στις οποίες εφαρμόστηκαν διακεκομμένα ράμματα παραπονέθηκαν για έντονο περινεϊκό άλγος έναντι 58 γυναικών, ποσοστού 55.77%, στις οποίες έγινε συνεχόμενη ραφή. Ομοίως κατά την 10η ημέρα μετά τον τοκετό, παρατηρήθηκε ότι στην ομάδα των γυναικών που εφαρμόσαμε διακεκομμένα ράμματα οι γυναίκες που απάντησαν θετικά για παρουσία περινεϊκού πόνου ήταν εμφανώς περισσότερες (56 γυναίκες, ποσοστό 53.84%) και η έντασή του μεγαλύτερη με μέσο όρο βαθμολογίας από τις γυναίκες τα 5.85 στην κλίμακα 1/10, ενώ στη δεύτερη ομάδα όπου εφαρμόσθηκε συνεχής ραφή, λιγότερες γυναίκες (35, 33.65%) παραπονέθηκαν για άλγος στην περινεϊκή περιοχή και η ένταση του πόνου ήταν σαφώς μικρότερη κατά τη διάρκεια των διαφόρων καθημερινών δραστηριοτήτων (μ.ο. 3.5 στην κλίμακα 1/10). Τέλος δεν σημειώθηκε κάποια αξιόλογη διαφορά ανάμεσα στις δύο Ομάδες όσον αφορά την εμφάνιση δυσπαρεύνιας στους 2 μήνες μετά τον τοκετό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σαφής υπεροχή της συνεχούς ραφής έναντι των μεμονωμένων ραμμάτων, για αποκατάσταση περινεοτομής με 2ου βαθμού ρήξη περινέου, όσον αφορά την αίσθηση του πόνου κατά την έξοδο της λεχωίδας από την Κλινική αλλά και στο 10ήμερο μετά τον τοκετό στο σπίτι κατά την καθημερινή δραστηριότητα της γυναίκας.

376. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

377. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ ΚΑΙ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ι. Παπανικολάου

Υπ. Διδάκτωρ Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Master of Science (MSc) Ρομποτικής Χειρουργικής, Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής και Τηλεχειρουργικής. Αριστούχος & Υπότροφος Ιατρικής.

ΣΚΟΠΟΣ: Σήμερα η συνεχής εξέλιξη της Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής, απαιτεί διαρκή ενημέρωση και εκπαίδευση του σύγχρονου Χειρουργού. Η ραγδαία ανάπτυξη και εξέλιξη των ρομποτικών συστημάτων λαπαροσκοπικής τηλεχειρουργικής και η γρήγορη εξάπλωσή τους σε Ευρώπη και Αμερική ανοίγει νέους δρόμους σε πολλές χειρουργικές ειδικότητες. Ειδικά στη Γυναικολογική Ογκολογία τα πλεονεκτήματα της ρομποτικής χειρουργικής είναι σαφή και καταδεικνύονται από τις υπάρχουσες δημοσιευμένες μελέτες.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Βιβλιογραφική αξιολόγηση και επιλογή στο σύνδεσμο pubmed ξενόγλωσσων άρθρων στην αγγλική γλώσσα συναφή με το θέμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Με το ρομποτικό σύστημα Da Vinci στη χειρουργική του καρκίνου του ενδομητρίου μπορεί να επιτευχθεί τόσο η ολική υστερεκτομία μετά των εξαρτημάτων όσο και η χειρουργική σταδιοποίηση της νόσου. Η απώλεια αίματος φαίνεται μικρότερη σε σχέση με την κλασσική ανοιχτή υστερεκτομή, το κοσμητικό αποτέλεσμα είναι άριστο και η ανάγκη για χρήση αναλγητικών μετεγχειρητικά είναι μηδαμινή. Ενδεχομένως η ρομποτική προσπέλαση να πλεονεκτεί όπως φαίνεται από κάποιες μελέτες στην αντιμετώπιση παχύσαρκων ασθενών στις οποίες η εκτέλεση λεμφαδενεκτομίας με λαπαροτομία είναι συχνά ιδιαίτερα δυσχερής. Η πιθανότητα υποτροπής και επιβίωσης των ασθενών, από τα μέχρι σήμερα δεδομένα μικρού αριθμού τυχαιοποιημένων μελετών με σχετικά βραχύ διάστημα παρακολούθησης, υποστηρίζουν ότι η ρομποτική χειρουργική και η λαπαροτομία έχουν συγκρίσιμα αποτελέσματα στον αρχόμενο καρκίνο του ενδομητρίου. Είναι όμως ταυτόχρονα γεγονός ότι η ρομποτική προσπέλαση απαιτεί μεγαλύτερη καμπύλη εκμάθησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ρομποτικό σύστημα Da Vinci είναι πραγματικά ευεργετικό εργαλείο για τον ασθενή και τους χειρουργούς όταν αυτό χρησιμοποιείται από έμπειρη, εξειδικευμένη και κατάλληλα εκπαιδευμένη χειρουργική ομάδα. Προσφέρει πραγματικά οφέλη στη γυναικολογική ογκολογία στη χειρουργική διαχείρηση του καρκίνου του ενδομητρίου.

378. ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ζ. Μπιτσώρη[1], Γ. Λαμπρογεώργου[2]

[1]ΜΕΘ, ΓΝΑ «Η Ελπίς», [2]Α΄ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ «Η Ελπίς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια μεταβολική νόσος, που οφείλεται σε ανεπαρκή έκκριση ινσουλίνης ή αυξημένη αντίσταση των ιστών στη δράση της και έχει σαν αποτέλεσμα τις διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης. Εκτιμάται ότι 200 εκατομμύρια περίπου, νοσούν παγκοσμίως από Σ.Δ.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι μέσα από αναφορές από την διεθνή βιβλιογραφία να τονιστούν οι τρόποι και οι μέθοδοι φροντίδας του διαβητικού ποδιού.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και στην διεθνή βιβλιογραφία καθώς και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πιο αποτελεσματική παρέμβαση για την πρόληψη ελκών και φροντίδα του διαβητικού ποδιού είναι η εκπαίδευση των ασθενών, η οποία πρέπει κυρίως να επικεντρώνεται στην πρώιμη αναγνώριση συμπτωμάτων του διαβητικού ποδιού, στην καθημερινή φροντίδα, στη χρήση κατάλληλων υποδημάτων, στην αλλαγή του τρόπου ζωής και στη συμμόρφωση των συμμετεχόντων προς τις οδηγίες του θεραπευτικού προγράμματος. Σκοπός κάθε εκπαιδευτικής παρέμβασης είναι η μείωση της συχνότητας εμφάνισης ελκών και ακρωτηριασμού διαμέσου της διεύρυνσης της γνώσης των ασθενών για πρόληψη και αυτοφροντίδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαχείριση της φροντίδας του διαβητικού ποδιού, απαιτεί ως επιτακτική ανάγκη την παρουσία εξειδικευμένου νοσηλευτή. Ο βασικός ρόλος του νοσηλευτή είναι να αξιολογεί και να προσφέρει εξειδικευμένη φροντίδα στα διαβητικά έλκη, η οποία περιλαμβάνει επούλωση των ελκών, χρήση κατάλληλων επιθεμάτων και αποφόρτιση των ευαίσθητων περιοχών των άκρων τους. Επίσης είναι υπεύθυνος για την γενικότερη φροντίδα και την κατάλληλη εκπαίδευση του ιδίου του ασθενούς, αλλά και του περιβάλλοντός του. Συμπερασματικά η εκπαίδευση της αυτοφροντίδας του ποδιού, είναι απολύτως αναγκαίο να ενσωματώνεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη.

379. ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ, ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΛΙΠΙΔΙΑ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΤΑΚΤΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Α. Παπαζαφειροπούλου, Π. Βεργίδου, Μ. Καρδάρα, Α. Κουτσοβασίλης, Δ. Γουγουρέλας, Γ. Λυράκος, Φ. Μπακομήτρου, Σ. Μπούσμπουλας, Σ. Παππάς

Γ΄ Παθολογικό Τμήμα – Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΝίκαιας – Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2) δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην εξατομίκευση της φαρμακευτικής αγωγής. Το ερώτημα που γεννάτε, ωστόσο, είναι αν οι ασθενείς με ΣΔΤ2 γνωρίζουν τους θεραπευτικούς στόχους γεγονός που θα τους βοηθούσε στην ενεργό συμμετοχή τους στην επιλογή της θεραπεία τους. Σκοπός, συνεπώς, της παρούσας εργασίας ήταν η εκτίμηση της γνώσης των θεραπευτικών στόχων για το ΣΔΤ2, την αρτηριακή πίεση και τα λιπίδια πλάσματος από ασθενείς που παρακολουθούνται σε τακτικό διαβητολογικό ιατρείο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 87 άτομα με ΣΔΤ2 (38 άνδρες / 48 γυναίκες, μέσης ηλικίας: 65,3±10,3 έτη) με διάρκεια διαβήτη 13,1±9,7 έτη και HbA1c 7,4±1,3%. Από αρτηριακή υπέρταση έπασχε το 64,4% των ατόμων της μελέτης, από δυσλιπιδαιμία το 71,3%, από στεφανιαία νόσο το 24,1%, από χρόνια νεφρική νόσο το 6,9% και από αμφιβληστροειδοπάθεια το 8,0%. Όλα τα άτομα της μελέτης ρωτήθηκαν σχετικά με τους στόχους της HbA1c (φ.τ.: 7%), της γλυκόζης πλάσματος νηστείας (φ.τ.: 100-130 mg/dl), της μεταγευματικής γλυκόζης (φ.τ.: 140-180 mg/dl), της συστολικής αρτηριακής πίεσης (φ.τ.:<140 mmHg), της διαστολικής αρτηριακής πίεσης (φ.τ.:<80 mmHg), της LDL-χοληστερόλης (φ.τ.:<100 mg/dl) και των τριγλυκεριδίων πλάσματος (φ.τ.:<150 mg/dl).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η γνώση των ατόμων της μελέτης όσον αφορά τους θεραπευτικούς στόχους διαμορφώθηκε ως εξής [n(%) των ατόμων που έδωσαν τη σωστή απάντηση]: HbA1c: 20 (23%), γλυκόζη πλάσματος νηστείας: 67 (77%), μεταγευματική γλυκόζη: 50 (57,5%), συστολική αρτηριακή πίεση: 85 (97,7%),διαστολική αρτηριακή πίεση: 24 (27,6%), LDL-χοληστερόλη: 14 (16,1%) και τριγλυκερίδια πλάσματος: 26 (29,9%). Σωστά απάντησε για τους τρεις θεραπευτικούς στόχους για το ΣΔΤ2 το 10,3% (n=9) των ατόμων της μελέτης, για δυο θεραπευτικούς στόχους το 48,3% (n=42), για ένα θεραπευτικό στόχο το 29,9% (n=26) και για κανένα το 11,5% (n=10).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα άτομα με ΣΔΤ2 που παρακολουθούνται σε τακτικόδιαβητολογικό ιατρείο στην πλειοψηφία τους απάντησαν σωστά για τους θεραπευτικούς στόχους που αφορούν τη γλυκόζη πλάσματος νηστείας, τη μεταγευματική γλυκόζη και τη συστολική αρτηριακή πίεση. Μόνο το 10% των ατόμων της μελέτης απάντησε σωστά και για τους τρεις θεραπευτικούς στόχους για το ΣΔΤ2.

380. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΠΛΟΥΣΙΑ ΣΕ ΑΣΒΕΣΤΙΟ ΚΑΙ ΟΣΤΙΚΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ

Ε. Κότσαλου, Α. Ζουμπουλίδης, Ν. Δημακόπουλος

Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μ.Τ.Σ.

ΣΚΟΠΟΣ: Διεθνώς η παθογένεση της οστεοπόρωσης σχετίζεται κυρίως με ορμονολογικούς παράγοντες, ωστόσο ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον έχει η επαρκής πρόσληψη ασβεστίου κατά την παιδική και ενήλικη ζωή καθώς φαίνεται να δρά προληπτικά στη βαρύτητα της αναμενόμενης απώλειας οστικής μάζας,. Στην παρούσα μελέτη αξιολογείται ο ρόλος της κατανάλωσης γαλακτοκομικών στην επίσχεση της μείωσης της οστικής πυκνότητας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε την οστική πυκνότητα 96 ανδρών και 253 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών της λευκής φυλής, μέσης ηλικίας 64,4± 8,7έτη με τη μέθοδοDEXA. Συνολικά, 139 εξεταζόμενοι κατανάλωναν πολλά γαλακτοκομικά (Ομάδα Α), ενώ 210 κατανάλωναν λίγα έως καθόλου (Ομάδα Β). Στην Ομάδα Α περιλαμβάνονται 21άνδρες και 119 γυναίκες, ενώ στην ομάδα Β υπήρχαν 75 άνδρες και 135γυναίκες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση τιμή της οστικής πυκνότητας διέφερε στατιστικώς σημαντικά (*p < /em><0,001) μεταξύ ανδρών που κατανάλωναν πολλά γαλακτοκομικά mean T-value: -0,43) και εκείνων που δε λάμβαναν επαρκή ποσά ασβεστίου με την τροφή (mean T-value: -1,99). Η επίπτωση της οστεοπόρωσης και οστεοπενίας στους άνδρες ήταν: α) υπο-ομάδα Α1: 9,5% και 23,8% αντίστοιχα, β) υπο-ομάδα Β1: 23,6% και 50% με υπερδιπλάσιο σχετικό κίνδυνο (RR=2,5%). Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες ήταν: α) υπο-ομάδα Α2 28,8%(n:34) και 43,2% (n:58), β) υπο-ομάδα Β2 29,6% (40) και 50% (68) αντιστοίχως.*

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υψηλή επίπτωση της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αποδίδεται σε ορμονικούς παράγοντες (επίπεδα οιστρογόνων), ηλικία της εμμηνόπαυσης και την οστική ηλικία κατά την δεδομένη χρονική στιγμή, τις διαιτητικές συνήθειες, τη λήψη φαρμάκων κλπ. Η μελέτης μας κατέληξε στον σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο οστεοπόρωσης για τους άνδρες που δεν κατανάλωναν καθόλου γαλακτοκομικά, σε σχέση με εκείνους που ακολουθούσαν τις οδηγίες του WHO, σχέση που αν και ισχύει και στις γυναίκες δεν είναι εξίσου ισχυρή, πιθανώς επιβεβαιώνοντας τον κυριαρχικό ρόλο των οιστρογόνων στην οστική μάζα του γυναικείου πληθυσμού.

381. ΣΧΕΣΗ ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΚΟΚΚΙΝΟΥ ΚΡΕΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΥΠΝΟΥ, ΣΕ ΑΤΟΜΑ 35-45 ΕΤΩΝ

Σ. Αγγελάκου-Βαΐτση[1], Ν. Βαΐτσης[1], Β. Παπαδόπουλος[2], Ε. Αναστασοπούλου[3]

[1]Ιδιωτικό Ιατρείο ΠΦΥ, Φάρσαλα, [2]Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο, Ξάνθη, [3]ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην υπερκατανάλωση κόκκινου και στις διαταραχές ύπνου, σε άτομα 35-45 ετών.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: στην μελέτη έλαβαν μέρος 90 άνδρες και 90 γυναίκες, που απάντησαν σε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου απαντήσεων. Διαβαθμίσαμε την διαταραχή ύπνου σε δύο κατηγορίες, βάσει της βαθμολογίας της κλίμακας AIS-5 (Athens Insomnia Scale 5). Επίσης, η κατανάλωση κόκκινου κρέατος διαβαθμίστηκε σε δύο κατηγορίες, βάσει της μέσης εβδομαδιαίας ποσότητας που καταναλώνεται. Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν με την στατιστική δοκιμασία χ^2 με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: στις γυναίκες βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p<0,01$) ανάμεσα στα άτομα που υπερκαταναλώνουν κόκκινο κρέας και σε αυτά που δεν υπερκαταναλώνουν, σε σχέση με την παρουσία διαταραχών στον ύπνο. Αντίστοιχα, στους άνδρες, δεν βρέθηκε σημαντική στατιστική διαφορά ($p=0,086$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: φαίνεται πως η υπερκατανάλωση κόκκινου κρέατος σχετίζεται με την ποιότητα του ύπνου, σε γυναίκες ηλικίας 35-45 ετών. Αντίθετα, δεν φαίνεται να υπάρχει παρόμοια σχέση στους άνδρες, ίδιου ηλικιακού φάσματος, αν και το επίπεδο απόρριψης είναι μικρό.

381Α. 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]Τμήμα Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου 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.

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

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 37^0C με προοδευτικά ελαττούμενες συγκεντρώσεις μελατονίνης.

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

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 φωτός σκότους βιορρυθμούς και εκθέτουν τον ανθρώπινο οργανισμό απρόσφορα στο φως κατά τη νύκτα μπορεί να συμβάλλουν στην καρκινογένεση.

382. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Γ. Παπαγεωργίου[1], Α. Τόσκα[2], Μ. Σαρίδη[3]

[1]ΓΝ Κορίνθου, [2]Προϊστάμενη Χειρουργείου, ΓΝ Κορίνθου, [3]Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ΓΝ Κορίνθου

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας, σχετικά με τις συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες.
ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 145 νοσηλευτές (75.5%) και 47 γιατροί (24.5%) οι οποίοι εργάζονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Για την καταγραφή των γνώσεων και των αντιλήψεων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι πιο γνωστές θεραπείες σύμφωνα με τους ερωτώμενους ήταν η ομοιοπαθητική (88%) και ο βελονισμός (87%). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (57,8%), είχε ελάχιστη γνώση σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπείες, ενώ το 80,2% θα επιθυμούσε την απόκτηση περισσοτέρων γνώσεων πάνω στον τομέα αυτό. Όσοι είχαν καλή γνώση, ήταν πιο πιθανό να συστήσουν κάποια από τις θεραπείες αυτές σε οικογένεια και ασθενείς (p=<0,001). Το 88,0% θεωρούσε από μερικώς έως πάρα πολύ σημαντική την απόκτηση γνώσεων σχετικά με τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, ενώ το 75,5% θα ήθελε να γνωρίζει τον τρόπο δράσης τους. Σύμφωνα με το 86,5% οι συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν επωφελώς παράλληλα με την συμβατική ιατρική, ενώ το 71,1% των συμμετεχόντων θεωρούσε σημαντικότερη τη χρήση τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αν και το επίπεδο γνώσεων σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπείες είναι αρκετά χαμηλό, παρόλα αυτά, οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται τις θεραπείες αυτές ως σημαντικές στην βελτίωση της υγείας των ασθενών και επιθυμούν την απόκτηση περαιτέρω γνώσεων σε αυτόν τον τομέα.

383. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Π. Χέρας, Β. Νάτσης, Σ. Μπογιατζή, Α. Χατζόπουλος

Ελληνική Ιατρική Εταιρία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

ΣΚΟΠΟΣ: Η θεραπεία και η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με χρήζουν ιδιαίτερης μέριμνας από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και την οικογένεια των ασθενών. Το υπερβολικό σωματικό άγχος για τον ασθενή και η δύσκολη θεραπευτική κατάσταση οδηγεί σε απογοήτευση ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και μπορεί να είναι αίτιο του συχνά παρατηρούμενου συνδρόμου υπερκόπωσης. Η μελέτη έγινε για να βελτιώσει αυτήν την κατάσταση.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η έρευνα αποτελείται από τρία μέρη: α) ποιοτική ανάλυση του προβλήματος με ειδικούς όρους της ογκολογίας, β) ποσοτική ανάλυση μέσα από έρευνα με ερωτηματολόγιο με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, γ) παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους ενδιαφερόμενους ιατρούς και νοσηλευτές/τριες. 93 ιατροί και 60 νοσηλευτές απάντησαν τα ερωτηματολόγια.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 78% των ιατρών και 82% των νοσηλευτών δήλωσαν άγνοια σχετικά με τις δυνατότητες ψυχολογικής υποστήριξης. Το 63% των ιατρών και το 72% των νοσηλευτών είχαν τη γνώμη ότι τα παράπονα κατά τη θεραπεία προκαλούνται συχνά από την έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τον ασθενή. Ιατροί οι οποίοι ερωτήθηκαν αναφορικά με την πιο σημαντική πρόοδο στη θεραπεία του καρκίνου κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων υπέδειξαν πρώτα απ όλα τα προφυλακτικά μέτρα για την αντιμετώπιση της ναυτίας κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας (69%)
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το 80% των ιατρών και το 89% των νοσηλευτών είναι της γνώμης ότι επιπλέον εκπαίδευση στην ψυχολογική και λοιπή υποστηρικτική θεραπεία των ασθενών με καρκίνο μαστού και παχέος εντέρου θα είναι πάρα πολύ χρήσιμη. Ειδικές ημερίδες παρακολούθησαν 18 ιατροί και 16 νοσηλευτές. Η εκτίμηση των ημερίδων ήταν εξαιρετικά θετική.

384. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΣΗΜΕΡΙΝΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥΣ

Μ. Ταβλαντά[1], Ε. Παναγιώτου[1], J. Joanidhi[2], Α. Σαλίχου[2], Ν. Κουτρουμάνη[2], Ν. Παράσχου[2], Μ. Γαρυφάλλου[2], Α. Μακρυγιάννη[2], Δ. Καβάκος[2], Π. Ταβλαντάς[2]

[1]Επιστημονικός συνεργάτης, [2]Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

Σε κρίσιμες περιόδους γενικευμένης ανασφάλειας, όπως η εποχή μας, οι απόψεις, οι σκέψεις και οι προτάσεις των εφήβων, έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα γιατί αποτελούν το ζωντανό κορμό της σημερινής και αυριανής κοινωνίας. Για τους περισσότερους, το εισιτήριο για το πανεπιστήμιο ή την επαγγελματική τους αποκατάσταση, σε περιόδους γενικευμένης επαγγελματικής ανασφάλειας, αφήνει μικρά περιθώρια για καλές επαγγελματικές προοπτικές. Διεκδικούν κάτι ουσιαστικό όπως να έχουν όνειρα για τη ζωή τους.
ΣΚΟΠΟΣ: της έρευνάς μας είναι η καταγραφή των ανησυχιών εφήβων, για τη μελλοντική τους επαγγελματική αποκατάσταση, μέσα από τις πραγματικά αντίξοες συνθήκες που περνά σήμερα η πατρίδα μας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: καταγράψαμε τις σκέψεις και τις απόψεις εφήβων από 15-18 χρονών, που αφορούν τις ανησυχίες για το μέλλον τους. Απάντησαν 200 έφηβοι, 100 αγόρια και 100 κορίτσια. Προσπαθήσαμε να καταγράψουμε τις απόψεις τους, θετικές ή αρνητικές και τους προβληματισμούς τους που αφορούν άμεσα το μέλλον τους. Το ερωτηματολόγιο ήταν το εξής: 1. Που κατά τη γνώμη τους οφείλεται η κρίση που περνά η πατρίδα μας. 2. Αν πραγματικά έχουν δυσκολίες οι ίδιοι και οι οικογένειες τους στη σημερινή εποχή της οικονομικής κρίσης. 3. Πως βλέπουν το μέλλον τους. 4. Αν σήμερα οι επαγγελματικές προοπτικές είναι συνάρτηση κοινωνικών και προσωπικών παραγόντων και όχι αποκλειστικά του πτυχίου. 5. Αν οι επιλογές σπουδών και επαγγέλματος πρέπει να κατατάσσονται,ανάλογα με την προσωπικότητα του εφήβου, σε μια αγοραία αντίληψη ή να καθορίζεται από αλλά κριτήρια. 6. Αν η αξία του κάθε πτυχίου στην αγορά εργασίας δίνει σήμερα προοπτικές εργασίας. 7. Αν αισθάνονται ασφαλείς στη πατρίδα τους ή θα εργασθούν στο εξωτερικό.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η δύσκολη οικονομική κατάσταση είναι μεγάλη, όμως το βασικό αίτιο της μεγάλης κρίσης που περνά η πατρίδα, είναι ουσιαστικό και έχει τις ρίζες του στην έλλειψη παιδείας και κουλτούρας, απάντησαν σε ποσοστό 99%. Σε ποσοστό 89% απάντησαν ότι έχουν σημαντικές οικονομικές δυσκολίες και σε ποσοστό 77% ότι οι δυσκολίες είναι τόσο μεγάλες ώστε επηρεάζουν άμεσα τη ζωή της οικογένειας. Αυτό έχει μεγάλο αντίκτυπο και στους ίδιους σε βαθμό που σχεδόν είναι δύσκολο να αποκτήσουν τα βασικά αγαθά. Σε ποσοστό 95% απενίζουν το μέλλον με αβεβαιότητα, αλλά δε βλέπουν, από πουθενά κάποια ελπίδα βελτίωσης της κατάστασης. Σήμερα θεωρούν τη μοναδική λύση για επαγγελματική αποκατάσταση τη ξενιτιά. Είναι σίγουροι σε ποσοστό 86%, ότι οι επαγγελματικές τους αυριανές επιτυχίες δεν εξαρτώνται μόνο από το πτυχίο, αλλά είναι συνάρτηση παραμέτρων κοινωνικών και οικονομικών. Οι επιλογές σπουδών και επαγγέλματος πρέπει να επηρεάζονται πρωτίστως από την προσωπικότητα του εφήβου σε ποσοστό 97% και όχι από την αγοραία αντίληψη. Οι απαντήσεις μεταξύ των δύο φύλων δεν είχαν σημαντικές διαφορές.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι απαντήσεις των εφήβων αντικατοπτρίζουν τη τραγική σημερινή πραγματικότητα που υπάρχει στη πατρίδα μας, που τη χαρακτηρίζει η οικονομική κρίση με όλες τις συνέπειες της και καθορίζουν ακριβώς το βασικό αίτιο, την ολική καταστροφή της παιδείας και της κουλτούρα μας, που τους παραδώσαμε εμείς οι μεγάλοι. Οι νέοι μας αναγκάζονται με το πιο βάρβαρο τρόπο να μη έχουν όνειρα, ελπίδες, σιγουριά, αλλά αβεβαιότητα. Όπως είδαμε στη μελέτη μας, είναι ώριμοι αλλά προδομένοι και με αγωνία αναζητούν και συζητούν λύσεις και διεξόδους, σε μια σημερινή κοινωνία καταθλιπτική, χωρίς όνειρα για το μέλλον τους!!

385. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΠΟΨΕΩΝ ΓΟΝΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΟΝΑΧΟΠΑΙΔΙΩΝ

Μ. Ταβλαντά[1], Ε. Παναγιώτου[1], J. Joahidhi[2], Α. Σαλίχου[2], Ν. Κουτρουμάνη[2], Ν. Παράσχου[2], Μ. Γαρυφάλλου[2], Α. Μακρυγιάννη[2], Δ. Καβάκος[2], Μ. Ορφανού[2], Π. Ταβλαντάς[2]

[1]Επιστημονικός συνεργάτης, [2]Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

Ο συνδυασμός της οικογένειας και της επαγγελματικής σταδιοδρομίας με την ιδιότητα του γονέα, έχουν σαν αποτέλεσμα πάρα πολλές οικογένειες να έχουν ένα παιδί. Οι πραγματικά σημερινές δύσκολες συνθήκες διαβίωσης έχουν σαν αποτέλεσμα η δημιουργία οικογένειας να μην υπάρχει σχεδόν στη σκέψη των νέων.
ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης μας είναι να καταγράψουμε τις απόψεις των γονεών όσον αφορά την προσωπικότητά τους, αλλά και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στη ζωή τους τα μοναχοπαίδια.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η έρευνά μας έγινε κατά τη διάρκεια του 2013. Με ειδικό ερωτηματολόγιο καταγράψαμε τις απόψεις γονεών μοναχοπαιδιών, ηλικίας 25-70 ετών. Απάντησαν 200 άτομα, 100 άνδρες και 100 γυναίκες. Οι ερωτήσεις περιλάμβαναν τα εξής: Πως αισθάνεστε που έχετε μοναχοπαίδι; Αν τα ενθαρρύνουν να είναι τελειομανή; Αν είναι εξαρτώμενα άτομα; Αν λαμβάνουν πρωτοβουλίες; Αν δέχονται εύκολα κριτική; Αν έχουν καλή σχολική επίδοση; Αν οι ίδιοι είναι καλοί γονείς;
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μεγάλο ποσοστό των γονέων θα προτιμούσαν μεγαλύτερη οικογένεια. Το σύνολο των γονέων προσδοκούν από τα μοναχοπαίδια να είναι τέλεια με αποτέλεσμα να ωριμάζουν γρήγορα. Σε ποσοστό 75% αναφέρονται ως περισσότερο εξαρτώμενα άτομα, χωρίς ιδιαίτερες πρωτοβουλίες. Σε ποσοστό 81% έχουν τάσεις τελειομανίας, που αποτελούν τρόπο αποφυγής της παρέμβασης των ενηλίκων, παρά πηγή αυτοϊκανοποίησης. Ποσοστό 52% αυτών δυσανασχετούν στην κριτική. Σε ποσοστό 69% έχουν πολύ καλές σχολικές επιδόσεις. Κυρίως την ευθύνη αναθρέμματος έχει η μητέρα σε ποσοστό 71%. Η συμπεριφορά των γονιών απέναντί του, όσον αφορά στην αφιέρωση του χρόνου και της προσοχής τους, εκ των πραγμάτων είναι πολύ μεγάλη και πολλές φορές καταπιεστική.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στις οικογένειες, αυτά είναι ο μοναδικός αποδέκτης όλων των αγαθών, ψυχολογικών και υλικών. Οι γονείς που έχουν ένα παιδί είναι συνήθως μεγαλύτεροι σε ηλικία. Γενικά τα μοναχοπαίδια προσδοκούν πολλά από τη ζωή. Πρέπει να ενθαρρύνονται, να παίρνουν πρωτοβουλίες, να μαθαίνουν ότι είναι απόλυτα φυσιολογικά, να κάνουν λάθη και να μην είναι τέλεια. Η διαμόρφωση του χαρακτήρα τους πρέπει να είναι τέτοια που να μη θυμίζει τα λόγια του Stanley Hall: «Το να είσαι μοναχοπαίδι είναι σαν μια ασθένεια».

386. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΚΕΨΕΩΝ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥΣ, ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ, ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΔΥΣΚΟΛΕΣ ΜΕΡΕΣ ΠΟΥ ΠΕΡΝΑ Η ΠΑΤΡΙΔΑ ΜΑΣ

Μ. Ταβλαντά[1], Ε. Παναγιώτου[1], J. Joanidhi[2], Α. Σαλίχου[2], Ν. Κουτρουμάνη[2], Ν. Παράσχου[2], Μ. Γαρυφάλλου[2], Α. Μακρυγιάννη[2], Δ. Καβάκος[2], Μ. Ορφανού[2], Π. Ταβλαντάς[2]

[1]Επιστημονικός συνεργάτης, [2]Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εφηβεία είναι η πιο κρίσιμη περίοδος στη ζωή. Στις μέρες μας, με την σοβαρή οικονομική κρίση που μαστίζει τη Ελληνική κοινωνία, οι διαφοροποιήσεις στις σχέσεις των εφήβων με την κοινωνία, την οικογένεια και τους άλλους κοινωνικούς παράγοντες, είναι ουσιαστικές και σημαντικά διαφορετικές από τα προηγούμενα χρόνια.

ΣΚΟΠΟΣ: της έρευνάς μας είναι η καταγραφή των σχέσεων των εφήβων με την κοινωνία, την οικογένεια, καθώς και η αποτύπωση των προβληματισμών τους για τον εαυτό τους και το μέλλον.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε ανώνυμο ειδικό ερωτηματολόγιο, που καταρτίσαμε, καταγράψαμε τις απόψεις 200 παιδιών αστικής περιοχής, 100 αγοριών και 100 κοριτσιών, ηλικίας από 14 -18 ετών. Η έρευνά μας πραγματοποιήθηκε το 2013.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 96% των παιδιών θα ήθελαν να αλλάξουν κάποια πράγματα στην οικογένεια (οικονομικά 95%, σχέσεις με τους γονείς–αδέλφια, 37%). Τη σχέση με τους γονείς τους την χαρακτηρίζουν πολύ καλή σε ποσοστό 83%.

Σχεδόν στο σύνολό τους αναφέρουν ότι υπάρχει ένταση και άγχος στο οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο αποδίδουν όμως στη σημερινή άσχημη οικονομική κατάσταση, ζώντας καθημερινά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει η οικογένειά τους. Σε μεγάλη πλειοψηφία σκέφτονται και προγραμματίζουν το μέλλον τους, 88% στα αγόρια και 92% στα κορίτσια. Μπορεί να αλλάξει κάτι στο προγραμματισμό τους σε ποσοστό 78% στα αγόρια και 72% στα κορίτσια, το οποίο επίσης αποδίδουν στις σημερινές κακές συνθήκες που αφορούν γενικότερα τον ιστό της Ελληνικής κοινωνίας. Σε πολύ μεγάλο ποσοστό (98%) και τα δύο φύλα επιρρίπτουν τις ευθύνες στις Κυβερνήσεις, που αποφασίζουν πάντα χωρίς αυτούς, τους στερούν τη συμμετοχή και το δικαίωμά τους να προγραμματίζουν με αισιοδοξία το μέλλον τους. Αρνητική άποψη έχουν για τον εαυτό τους 17% τα αγόρια και 13% τα κορίτσια. Κάνουν παρέα, έχουν φίλους σε ποσοστό 87% τα αγόρια και 91% τα κορίτσια. Πιστεύουν και κρίνουν αρνητικά το περιβάλλον, λόγω της κατάστασης που βιώνουν, σε ποσοστό 12% τα αγόρια και 8% τα κορίτσια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι έφηβοι παρόλο που βιώνουν τη τραγική κατάσταση της ζωής, γενικά είναι αισιόδοξοι, θετικοί, και δυναμικοί για το μέλλον. Έχουν καλή σχέση και είναι συμπαραστάτες στη προσπάθεια της οικογένειας για επιβίωση, δημιουργούν φιλίες μεταξύ τους και κάνουν όνειρα για τη ζωή τους. Έχουν βασικά, αξιόλογα και χρήσιμα εφόδια, που θα τους χρησιμεύσουν για την κρίσιμη περίοδο της εφηβείας με τις σημερινές δύσκολες συνθήκες. Όμως δεν είναι καθόλου ευχαριστημένοι από τους κυβερνόντες γιατί θεωρούν ότι τους στέρησαν το αύριο, τα όνειρα τους

387. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΣΤΙΑΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Χ. Μπίτσης[1], Ε. Μέντζιου[2], Κ. Ντελέζος[1], Γ. Μπόσκου[2]

[1]Τμήμα Δημόσιας Υγείας & Κοινοτικής Υγείας Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας, [2]Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η αξιολόγηση των γνώσεων και στάσεων του προσωπικού εστίασης νοσοκομείων αναφορικά με την υγιεινή και ασφάλεια των τροφίμων. Επιμέρους σκοπός είναι η δημιουργία οδηγιών ορθής υγιεινής πρακτικής των τροφίμων για τους εργαζομένους εστίασης των νοσοκομείων με βάση τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την συγκεκριμένη μελέτη.

ΥΛΙΚΟ: Η ερευνά πραγματοποιήθηκε με την χρήση ερωτηματολογίων σε 7 νοσοκομεία της Αττικής (Άγιος Σάββας, Ασκληπιείο Βούλας, Αττικό, Γενικό Λαϊκό, Γ. Γεννηματάς, Ευαγγελισμός, Μεταξά) κατά το χρονικό διάστημα Σεπτεμβρίου-Δεκεμβρίου 2012. Συμμετείχαν 31 εργαζόμενοι από το προσωπικό εστίασης των νοσοκομείων, άνδρες και γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα στα ερωτηματολόγια απάντησαν ένας μάγειρας, ένας βοηθός μάγειρα και μία τραπεζοκόμος από το κάθε νοσοκομείο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι εργαζόμενοι φροντίζουν την ατομική τους υγιεινή σε ποσοστό 96,8%, επίσης το 96,8% είναι διατεθειμένο να τηρεί τους κανόνες ασφαλούς διαχείρισης των τροφίμων. Παρόλα αυτά ορισμένοι παρουσιάζουν ελλιπείς γνώσεις και λανθασμένες συμπεριφορές, το 9,7% δεν θεώρει απαραίτητο την χρήση διαφορετικών σκευών μεταξύ ωμών και μαγειρεμένων τροφίμων. Τέλος το 38,7% πιστεύει ότι είναι πιθανό ασθενείς του νοσοκομείου που εργάζονται να νοσήσουν τουλάχιστον μια φορά από τροφική δηλητηρίαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Βασιζόμενοι στα υπάρχοντα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν διαθέτει το προσωπικό το αναμενόμενο επίπεδο γνώσεων αναφορικά με την υγιεινή των τροφίμων. Η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη πόρων και εξοπλισμού, η κακή συνεργασία με την διοίκηση και φυσικά η έλλειψη γνώσεων είναι προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν προκειμένου να προστατεύεται η υγεία των ασθενών. Το θετικό είναι ότι οι εργαζόμενοι είναι διατεθειμένοι να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις του προϊσταμένου τους, να υιοθετήσουν νέες πρακτικές και να αλλάξουν λάθος συμπεριφορές προκειμένου να εξασφαλίσουν την ασφάλεια των τροφίμων.

388. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ: Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ

Έ. Σίμου

Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να αναδείξει τον τρόπο, με τον οποίο αντιλαμβάνεται ο γενικός πληθυσμός την κάλυψη – αναμετάδοση των επιδημιολογικών κινδύνων από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και να συγκρίνει διαφορές σε επίπεδο εγκυρότητας και αξιοπιστίας μεταξύ ΜΜΕ και επιστημόνων.

ΥΛΙΚΟ: Στην έρευνα συμμετείχαν 1.227 άτομα. Το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό, άνδρες γυναίκες, 18 ετών με αντιπροσωπευτική κατανομή στις 13 διοικητικές περιφέρειες της χώρας. Το δείγμα επιλέχθηκε βάσει της απογραφής του 2001 της ΕΛΣΤΑΤ με πολυσταδιακή δειγματοληψία με χρήση quota ως προς τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού, το φύλο και την ηλικία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ποσοστό 47,7% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι ειδικοί δεν παρουσιάζουν με έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο τους κινδύνους που απειλούν την υγεία. Ως προς το ρόλο των ΜΜΕ, στην παρουσίαση κινδύνων που απειλούν την υγεία, 87,3% θεωρεί ότι εξυπηρετεί συμφέροντα, 86,3% ότι έχει δόσεις υπερβολής, 38,6% ότι συμβάλει στην ενημέρωση και την προάσπιση της δημόσιας υγείας και μόνο 33,3% θεωρεί ότι γίνεται με έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Από πολλούς ερευνητές έχει επισημανθεί η διαστρεβλωτική επίδραση των ΜΜΕ στην πρόσληψη του κινδύνου για την υγεία. Στην ερμηνεία του τρόπου παρουσίασης θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη δύο διαστάσεις. Αφενός η παραγωγή των ειδήσεων είναι μια επιχείρηση, η οποία για να συνεχίσει να υπάρχει θα πρέπει να είναι κερδοφόρα αφετέρου η ίδια η φύση της επιστημονικής μεθόδου, είναι εξ ορισμού αντιφατική, είναι πολύπλοκη και σπανίως προσφέρει την ευκαιρία για απόλυτες και σαφείς απαντήσεις. Η κάλυψη των κινδύνων που απειλούν την ανθρώπινη υγεία από τα ΜΜΕ μπορεί να τροποποιήσει την ανθρώπινη συμπεριφορά σε καταλυτικό βαθμό, ακόμα και όταν τα υπάρχοντα δεδομένα είναι προϊόντα υποθέσεων και όχι αποδείξεων και για αυτό το λόγο τόσο και οι επιστήμονες όσο και οι δημοσιογράφοι θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη κανόνες και αρχές εγκυρότητας, διαφάνειας και αξιοπιστίας.

389. ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΣΕ ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Μ. Ταβλαντά[1], Ε. Παναγιώτου[1], J. Joanidhi[2], Α. Σαλίχου[2], Ν. Κουτρουμάνη[2], Ν. Παράσχου[2], Μ. Γαρυφάλλου[2], Α. Μακρυγιάννη[2], Δ. Καβάκος[2], Μ. Ορφανού[2], Π. Ταβλαντάς[2]

[1]Επιστημονικός συνεργάτης, [2]Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

Το διαδίκτυο εξακολουθεί να αποτελεί ένα μεγάλο μυστήριο, κυρίως για τους γονείς, γιατί εξακολουθούν να αγνοούν τους βασικούς κανόνες ασφαλείας προκειμένου να προστατεύσουν τα παιδιά τους από τους κινδύνους που ελλοχεύουν.

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης μας είναι η καταγραφή των απόψεων γονιών αστικής περιοχής, όσον αφορά την χρήση του διαδικτύου από τα παιδιά τους και η διαπίστωση των κινδύνων που ελλοχεύουν.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Γονείς 200 παιδιών ηλικίας 8-18 χρονών, απάντησαν σε ερωτηματολόγιο που αφορούσε τη χρήση του διαδικτύου από τα παιδιά τους. Απάντησαν 100 άνδρες και 100 γυναίκες, ηλικίας από 30-70 χρονών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 76% των παιδιών έχουν Η/Υ και το 51% από αυτά έχουν σύνδεση με το διαδίκτυο. Σε ποσοστό 44% έχουν facebook. Σε ποσοστό 17% ασχολούνται 2-3 ωρες την ημέρα, ενώ ποσοστό 37% 3-4 ώρες ημερησίως. Το 47% των γονιών προσπαθεί να θέτει όρους χρήσης του διδυκτιου. Σε ποσοστό 11% κάνει χρήση φίλτρων στο σπίτι για να μπλοκάρει κάποιες ιστοσελίδες που δεν θα ήθελε να δουν τα παιδιά του. Ποσοστό 42% δεν επιτρέπουν στα παιδιά τους να πηγαίνουν σε δωμάτιο ανοικτής επικοινωνίας και να δίνουν τα προσωπικά τους στοιχεία. Άλλοι σε ποσοστό 66% πιστεύουν ότι τα παιδιά τους θα έχουν συναντήσει επιβλαβές περιεχόμενο στο διαδύκτιο. Γονείς σε ποσοστό 51%, απαντούν ότι δεν γνωρίζουν που να αναφέρουν το παράνομο περιεχόμενο, ενώ σχεδόν το ίδιο ποσοστό ξέρει ότι τα παιδιά του μπορούν να αντιμετωπίσουν άβολες καταστάσεις στο διαδύκτιο. Δηλώνουν σε μεγάλο ποσοστό 82% ότι είναι ανάγκη να πάρουν περισσότερες πληροφορίες γύρω από τους τρόπους που μπορούν να προστατέψουν τα παιδιά του. Παρόλα αυτά, σαν επιδημία τώρα τελευταία, από τη πρώτη Γυμνασίου, σχεδόν όλα τα παιδιά έχουν facebook. Σε ποσοστό 74% δεν επιτηρούν τα παιδιά τους όταν σερφάρουν στο διαδύκτιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση του διαδικτύου μπήκε για τα καλά στη ζωή των παιδιών και εφήβων στη αστική περιοχή που ερευνήσαμε. Όμως πρέπει να γίνεται με προσοχή, γιατί πρόκειται για ευάλωτες ηλικίες με κάποτε καταστροφικά αποτελέσματα. Η πορεία στο άγνωστο ελλοχεύει κινδύνους, οι οποίοι πρέπει απαραιτήτως να ελέγχονται και να απομακρύνονται.

390. ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Α. Καρακούτη, Δ. Κουτεντάκης, Δ. Αρβανιτάκης

Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

ΣΚΟΠΟΣ:Περιγράφουμε μια περίπτωση διαγνωσμένου αποστήματος εγκεφάλου με απουσία μολυσματικού παράγοντα κατά τη λεπτομερή και πλήρη διερεύνηση του ασθενούς.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:Άνδρας 56 χρονών με εμπύρετο (38,9oC) και εντοπισμένη κεφαλαλγία μετωπιαία προσήλθε σε διεγερτικο - συγχυτική κατάσταση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Κατά την νευρολογική εκτίμηση παρατηρήθηκε αυχενική δυσκαμψία (+), αστάθεια κατά τη βάδιση, GCS (βαθμολογία σύμφωνα με την κλίμακα Γλασκώβης):14/15. Οι εργαστηριακές τιμές παρουσίασαν μικρή αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων (WBC:10.800*1000/μl), με διατήρηση ωστόσο των υπόλοιπων ενδείξεων σε κανονικά επίπεδα, όπως C-αντιδρώσα πρωτεΐνη CRP (0,26 mg/dl).Διενεργήθηκε επείγουσα CT (αξονική τομογραφία) εγκεφάλου όπου ανευρέθηκε απόστημα στον αριστερό ινιακό λοβό το οποίο ασκεί ήπια πίεση στο ινιακό κέρας της αριστερής πλάγιας κοιλίας. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου που ακολούθησε, επιβεβαίωσε τα ευρήματα της CT και έδειξε επίσης την ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ της αποστηματικής κοιλότητας και του ινιακού κέρατος της αριστερής πλάγιας κοιλίας με το φαινόμενο της παρουσίας ενεργούς ροής της αποστηματικής κοιλότητας στην κοιλία που καθιστά αδύνατη τη Νευροχειρουργική παρέμβαση.
Ο ασθενής εισήχθη στην Παθολογική κλινική όπου εστάλη το πρώτο δείγμα CSF (εγκεφαλονωτιαίου υγρού) προ της χορήγησης φαρμάκου και στη συνέχεια έγινε έναρξη συντηρητικής αγωγής με τριπλό θεραπευτικό αντιβιοτικό σχήμα.Μέσα στις επόμενες μέρες εστάλησαν κι άλλες καλλιέργειες ΕΝΥ, αίματος, ούρων, πτυέλων και έγινε επίσης καρδιολογική, πνευμονολογική (ακτινολογικές εξετάσεις και αξονική θώρακα: χωρίς ευρήματα) και οδοντιατρική διερεύνηση για τη δυνατότητα εξεύρεσης της πρωτοπαθούς εστίας λοίμωξης (σημείωση: ο ασθενής είχε ιστορικό χρόνιας περιοδοντίτιδας). Αναλόγως ο ασθενής έπασχε από λοίμωξη του κεντρικού νευρικού συστήματος η οποία προσομοίαζε με εκείνη της βαρύτητας της κοιλιίτιδας - εγκεφαλίτιδας.
Μετά την πάροδο 10ημέρου καταγράφηκε μικρή πυρετική κίνηση (37,5°C) και μια κλινική βελτίωση του ασθενούς, ενώ έλαβε χώρα μια νέα CT απεικόνιση εγκεφάλου όπου παρατηρήθηκε εκ νέου επιδείνωση με παρουσία πύου στην αριστερή κοιλία. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην νευροχειρουργική κλινική και υποβλήθηκε σε τοποθέτηση κοιλιοστομίας, προκειμένου να εκτελεστούν πλύσεις με διάλυμα φυσιολογικού ορού και να γίνει έγχυση υγρού αντιβιοτικού. Ελήφθησαν δύο νέες καλλιέργειες εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ενώ παρέμεινε σε αυστηρά συντηρητική αγωγή κάτω από τριπλή αντιβιοτική κάλυψη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:Τα αποτελέσματα όλων των καλλιεργειών, των εργαστηριακών δοκιμασιών για HIV, το τεστ Mantoux (0 mm), η καρδιολογική, η πνευμονολογική, η οδοντιατρική αξιολόγηση (για τη πιθανότητα μιας οξείας λοίμωξης) και οι δείκτες φλεγμονής επέβησαν αρνητικά.
Ακολούθως ο ασθενής πήρε εξιτήριο μετά από 20 ημέρες νοσηλείας, με κλινική και απεικονιστική βελτίωση και με ελάχιστα ευρήματα τα οποία επιτυχώς αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:Παρά τη δύσκολη ανατομική θέση του αποστήματος και της επικοινωνίας του με την κοιλία, ο ασθενής είχε συμπτώματα ήσσονος σχετικά βαρύτητας όπως αναμενόταν, με ελάχιστα εργαστηριακά ευρήματα. Το περιστατικό αποτελεί ασυνήθιστο φαινόμενο για το νησί της Κρήτης.

391. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Α. Αναστασόπουλος[1], Κ. Γυφτοπούλου[2], Π. Πετράς[1], Μ. Βολονάκης[3]

[1]6η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝ.Θ.Α. «Η Σωτηρία», [2]Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ Σισμανόγλειο, [3]Ιατρος πνευμονολόγος

ΣΚΟΠΟΣ:Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η μελέτη αιτιών νοσηλείας ασθενών με καρκίνο πνεύμονα σε πνευμονολογική κλινική και η ετήσια κατανομή τους.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:Εξετάσθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι ασθενών με πρωτοπαθείς ή μεταστατικούς όγκους των πνευμόνων που εισήχθησαν για νοσηλεία στην κλινική το έτος 2012.Επίσης έγινε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών στις βάσεις δεδομένων Pubmed,Medline,Medscape.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:Τα συχνότερα προβλήματα και παθολογικές καταστάσεις των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα που συχνότερα απαιτούν νοσηλεία είναι κατά σειρά συχνότητας, η δύσπνοια, η αιμόπτυση, η πλευριτική συλλογή, οι λοιμώξεις αναπνευστικού, η εμπύρετος ουδετεροπενία και τα επείγοντα ογκολογικά προβλήματα (σύνδρομο ανω κοίλης φλέβας, συμπίεση νωτιαίου μυελού, καρδιακός επιπωματισμός)
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να οφείλονται στην ίδια τη νόσο, στην επιδείνωση προυπάρχουσων παθήσεων και στις επιπλοκές της αντινεοπλασματικής αγωγής που χρησιμοποιείται σε αυτούς τους ασθενείς ενώ πολλές φορές εμφανίζονται και ως επείγοντα ογκολογικά προβλήματα.Σε κάθε περίπτωση οδηγούν σε νοσηλεία αυτών των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα για άμεση αντιμετώπιση και θεραπεία κατά την πορεία της νόσου τους.

392. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΑΠΟ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ν. Μπαλταγιάννης[1], Ε. Νικολαΐδης[1], Α. Κεμπάπης[1], Ε. Γρυσμπολάκη[1], Τ. Παπαδοπούλου[2], Ε. Παλιούρη[3], Α. Παγουλάτου[2], Ε. Τριχιά [3], Δ. Αναγνωστόπουλος[1], Ν. Μπολάνος[1], Α. Χατζημιχάλης[1]

[1]Θωρακοχειρουργική Κλινική ΕΑΝΠ΄΄Μεταξά΄΄, [2]Αναισθησιολογικό Τμήμα ΕΑΝΠ΄΄Μεταξά΄΄, [3]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο ΕΑΝΠ΄΄Μεταξά΄΄

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η δερματική μετάσταση αναφέρεται στην ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων στο δέρμα που προέρχονται από καρκίνο των εσωτερικών οργάνων.Στις περισσότερες περιπτώσεις, η δερματική μετάσταση αναπτύσσεται μετά την αρχική διάγνωση της πρωτογενούς εσωτερικής κακοήθειας και αργότερ α στην πορεία της νόσου. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, η μετάσταση του δέρματος μπορεί να συμβεί ταυτόχρονα ή να ανακαλυφθεί πρίν από την πρωτοπαθή εστία. Μετάσταση του δέρματος μπορεί επίσης να προκύψει από ένα καρκίνο του δέρματος, συνήθως από μελάνωμα. Οι δερματικές μεταστάσεις από τον πνεύμονα είναι σπάνιες. Όλοι οι ιστολογικών τύποι του καρκίνου του πνεύμονα μπορεί να δώσουν μεταστάσεις στο δέρμα. Το ποσοστό των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα που αναπτύσσουν δερματικές μεταστάσεις κυμαίνεται από 1 έως 12%. Σε ποσοστό 20-60% των περιπτώσεων οι δερματικές αλλοιώσεις προηγούνται ή αναπτύσονται συγχρόνως με τη διάγνωση του πρωτοπαθούς όγκου. Η βλάβη του δέρματος συχνά περιγράφεται ως οζώδης, κινητή ή σταθερή, σκληρή ή εύπίεστη, μονήρης ή πολλαπλή και συνήθως ανώδυνη.
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής ηλικίας 54 ετών προσήλθε με βράγχος φωνής και θωρακικό άλγος. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε μονήρη δερματική οζώδη βλάβη στη κροταφική περιοχή. Η ακτινογραφία του θώρακος ανέδειξε ανύψωση του ημιδιαφράγματος και εκτεταμένη μάζα στη πύλη του αριστερού πνεύμονος. Η υπολογιστική τομογραφία του θώρακος απεικόνισε όγκο μεγάλων διαστάσεων με διηθητικά χαρακτηριστικά επί των μεγάλων αγγείων του μεσοθωρακίου και σημαντική ανύψωση του διαφράγματος. Η ιστολογική εξέταση του δερματικού όζου διέγνωσε αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονος.Ο ασθενής παρεπέμφθη προς ογκολογική εκτίμηση και αντιμετώπιση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι δερματικές μεταστάσεις από πρωτοπαθή καρκίνο του πνεύμονος είναι ασυνήθιστες.Ωστόσο ύποπτες βλάβες του δέρματος, ιδιαίτερα σε καπνιστές ασθενείς ή σε εκείνους με ιστορικό καρκίνου του πνεύμονος πρέπει να αξιολογούνται με προσοχή. Οι μεταστάσεις είναι συνήθως μετρίως διαφοροποιημένα αδενοκαρκινώματα, καρκινώματα εκ πλακωδών κυττάρων, μικροκυτταρικά καρκινώματα, ή καρκινώματα εκ μεγάλων κυττάρων. Η διάγνωση συχνά τίθεται με βιοψία της δερματικής βλάβης. Δυστυχώς, δερματικές μεταστάσεις από τον πνεύμονα υπαγορεύουν πολύ κακή πρόγνωση.

393. ΣΥΝΟΒΙΑΚΟ ΣΑΡΚΩΜΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ. ΜΙΑ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΑ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΣ

Ν. Μπαλταγιάννης[1], Α. Κεμπάπης[1], Ε. Γρυσμπολάκη[1], Ε. Νικολαΐδης[1], Τ. Παπαδοπούλου[2], Ε. Παλιούρη [3], Ε. Τσόπελα[2], Τ. Βεκκίνι[3], Δ. Αναγνωστόπουλος[1], Ν. Μπολάνος[1], Α. Χατζημιχάλης[1]

[1]Θωρακοχειρουργική Κλινική ΕΑΝΠ΄΄Μεταξά΄΄, [2]Αναισθησιολογικό Τμήμα ΕΑΝΠ΄΄Μεταξά΄΄, [3]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο ΕΑΝΠ΄΄Μεταξά΄΄

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα πρωτοπαθή σαρκώματα του θώρακος είναι σπάνια. Προσβάλλουν κυρίως τους πνεύμονες, το μεσοθωράκιο, τον υπεζωκότα και το θωρακικό τοίχωμα. Το αγγειοσάρκωμα, το λειομυοσάρκωμα, το ραβδομυοσάρκομα και η σαρκωματοειδής μορφή του κακοήθους μεσοθηλιώματος είναι τα συχνότερα πρωτοπαθή ενδοθωρακικά σαρκώματα.Τα σαρκώματα του πνεύμονος είναι ασυνήθιστα και τα περισσότερα κακοήθη μεσεγχυματικά νεοπλάσματα των πνευμόνων συνιστούν μεταστάσεις από ένα πρωτοπαθή όγκο που εντοπίζεται αλλαχού.Το πρωτοπαθές σάρκωμα του πνεύμονος αποτελεί μόλις το 0,5% των κακοήθων όγκων αυτού. Το λειομυοσάρκωμα, το ινοσάρκωμα και το αιμαγγειοπερικύττωμα είναι οι συχνότερες μορφές πρωτοπαθούς σαρκώματος του πνεύμονος.Το συνοβιακό σάρκωμα είναι ένα καλώς περιορισμένο νεόπλασμα που παρατηρείται κυρίως στο μαλακά μόρια. Αριθμεί μόλις το 10% εξ όλων των σαρκωμάτων των μαλακών μορίων.Το πρωτοπαθές συνοβιακό σάρκωμα που προσβάλλει ταυτόχρονα το θωρακικό τοίχωμα και το πνευμονικό παρέγχυμα είναι μιά εξαιρετικά σπάνια νοσολογική οντότης.
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής ηλικίας 72 ετών προσήλθε με ακτινογραφία θώρακος που απεικόνιζε μάζα του θωρακικού τοιχώματος. Ο πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε όγκο θωρακικού τοιχώματος 7X 8cm με συνοδό πάχυνση του υπεζωκότος ο οποίος εντοπίζετο στο δεξιό ημιθωράκιο. Η FNB ήταν διαγνωστική γιά οργονιοσάρκωμα –συνοβιακό σάρκωμα. Ο ασθενής αφού υποθλήθηκε σε προεγχειρητικό έλεγχο που περιελάμβανε και εργοσπιρομετρία οδηγήθηκε στο χειρουργείο, αφαιρέθηκε ο όγκος και το θωρακικό τοίχωμα αποκαταστάθηκε με marlex mesh. marlex mesh. Ωστόσο ταχείες βιοψίες απο τον τοιχωματικό και τον σπλαγχνικό υπεζωκότα, το πνευμονικό παρέγχυμα και τον υπεζωκότα του μεσοθωρακίου αποκάλυψαν εκτεταμένη διήθηση απο τη νόσο.Η τελική ιστολογική εξέταση απέδειξε διήθηση της πλευράς ενώ το νεόπλασμα καταλάμβανε και τη μυελώδη μοίρα του οστού.Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ανεπίπλεκτη.Ακολούθως παρεπέμφθη για περαιτέρω ογκολογική αντιμετώπιση.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Το συνοβιακό σάρκωμα (από άωρα στοιχεία του μεσεγχύματος) εντοπίζεται κυρίως σε παρα-αρθρικές θέσεις ιδίως σε νέους ασθενείς σε ποσοστό 90%. Άλλες εντοπίσεις που έχουν αναφερθεί είναι το οπίσθιο περιτόναιο, η καρδιά, το μεσοθωράκιο και το κοιλιακό τοίχωμα. Οι παράγοντες που σηματοδοτούν χειρότερη τη πρόγνωση είναι:το μέγεθος του όγκου >5cm,το ανδρικό φύλο,ηλικία πάνω από 20 ετών,η εκτεταμένη νέκρωση του όγκου,η μεγάλη μιτωτική δραστηριότητα (>10/10 h-p fields),η νευραγγειακή διήθηση και η παραλλαγή *SYT-SSX*2.Ο σπουδαιότερος προγνωστικός παράγων είναι η πλήρης εκτομή της νόσου. Η χειρουργική εξαίρεση της νόσου ακολουθείται συνήθως από συμπληρωματική ακτινοθεραπεία/ή και χημειοθεραπεία.Τα συνοβιακά σαρκώματα είναι χημειο-ευαίσθητα στην ισοσφωσφαμίδη και την δοξορουβικίνη, με συνολική ανταπόκριση που προσεγγίζει το 25%.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το πρωτοπαθές ταυτόχρονο συνοβιακό σάρκωμα του πνεύμονος και του θωρακικού τοιχώματος είναι σπάνιο και επιθετικό νεόπλασμα. Περίπου 60 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί έως τώρα στη βιβλιογραφία. Συνήθως οι ασθενείς προσέρχονται λόγω θωρακικού άλγους, ξηρού βήχα, δύσπνοιας, απώλειας βάρους ή αιμόπτυσης.Η πρόγνωση των ασθενών με συνοβιακό σάρκωμα του πνεύμονος είναι πτωχή, με μια συνολική 5-ετή επιβίωση 50%.

394. ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΑΙΜΑΓΓΕΙΟΠΕΡΙΚΥΤΩΜΑΤΟΣ ΡΑΧΕΩΣ ΚΑΙ ΣΗΡΑΓΓΩΔΟΥΣ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Ν. Μπαλταγιάννης[1], Ε. Γρυσμπολάκη[1], Α. Κεμπάπης[1], Ε. Νικολαΐδης[1], Α. Ιερωνυμάκη[2], Τ. Παπαδοπούλου[3], Ο. Τζάϊδα[2], Κ. Καστρινάκη[3], Ν. Μπολάνος[1], Δ. Αναγνωστόπουλος[1], Α. Χατζημιχάλης [1]

[1]Θωρακοχειρουργική Κλινική, ΕΑΝΠ «Μεταξά», [2]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΕΑΝΠ «Μεταξά», [3]Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΕΑΝΠ «Μεταξά»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το αιμαγγειοπερικύτωμα είναι σπάνιος όγκος των μαλακών μορίων που περιεγράφη για πρώτη φορά το 1942, από τους Stout και Murray και προέρχεται από το περικύτταρο, ένα συγκεκριμένο τύπο κυττάρου που περιβάλλει τα τριχοειδή αγγεία. Περίπου το ένα τρίτο όλων των αιμαγγειοπερικυτωμάτων παρουσιάζονται στον εγκέφαλο και τον τράχηλο. Τα αιμαγγειοπερικυτώματα ταξινομούνται ως καλοήθη, οριακά, και κακοήθη, ανάλογα με την ιστοπαθολογοανατομική τους μελέτη(μιτωτική δραστηριότητα, κυτταροβρίθεια και πυρηνική ατυπία) και τα κλινικά χαρακτηριστικά (νέκρωση και το μέγεθος του όγκου). Ωστόσο,η ιστολογική διάκριση μεταξύ καλοήθων και κακοήθων αιμαγγειοπερικυτωμάτων διόλου εύκολη είναι. Τα αιμαγγειώματα είναι καλοήθεις όγκοι των αιμοφόρων αγγείων. Εντοπίζονται συνήθως στο δέρμα με τη μορφή επίπεδου ή επηρμένου πορφυροκόκκινου σπίλου που προκαλείται από ανώμαλη κατανομή των αιμοφόρων αγγείων. Σπάνια μπορούν να αναπτυχθούν στα σπλάχνα, στο κεντρικό νευρικό σύστημα και στα οστά. Τα περισσότερα δημιουργούνται ήδη στη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής. Ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: τριχοειδή, σηραγγώδη και τολυπώδη. Τα σηραγγώδη αιμαγγειώματα αναπτύσσονται στο δέρμα, στα χείλη και συνηθέστατα στο ήπαρ με τη μορφή πολλαπλών οζιδίων. Ιστολογικά αποτελούνται από συγκοινωνούντες αγγειακούς κόλπους, μεταξύ των οποίων υπάρχουν διαφράγματα συνδετικού ιστού. Η ταυτόχρονη συνύπαρξη πρωτοπαθούς κακοήθους αιμαγγειοπερικυτώματος της ράχεως και σηραγγώδους αιμαγγειώματος της κοιλίας είναι εξαιρετικά σπάνια. Αυτή τη περίπτωση περιγράφουμε στην εργασία μας και ανασκοπούμε τη βιβλιογραφία.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Γυναίκα ηλικίας 75 ετών προσήλθε στο εξωτερικό θωρακοχειρουργικό ιατρείο για την αφαίρεση ανώδυνου ογκιδίου ράχεως. Η ιστολογική εξέταση αποκάλυψε ότι επρόκειτο για κακόηθες μεσεγχυματοειδές νεόπλασμα – αιμαγγειοπερικύττωμα με θετική απάντηση σε Vimantin, CD34,CD99,P53,BCL2 και αρνητική απάντηση σε CKAE1-AE3, Actin, Desmin, CD31, EMA και με έντονη μιτωτική δραστηριότητα >10/10 μ.ο.π έως και 20 μιτώσεις/10 μ.ο.π. Η ασθενής εισήχθη στη ΘΧ κλινική όπου ο πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε μάζα μεγίστης διαμέτρου 4,7 σε επαφή με το έλασσον τόξο του στομάχου ασκούσα μη αξιόλογα πιεστικά φαινόμενα επί του αριστερού λοβού του ήπατος. Υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαρατομία και αφαίρεση του μορφώματος. Η ιστολογική εξέταση διέγνωσε ότι επρόκειτο περί σηραγγώδους αιμαγγειώματος χωρίς στοιχεία κακοήθειας

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η τυχαία ανακάλυψη πρωτοπαθούς κακοήθους αιμαγγειοπερικυτώματος απαιτεί διερεύνηση για τυχόν συνυπάρχουσες μεταστάσεις. Η ταυτόχρονη συνύπαρξη σηραγγώδους αιμαγγειώματος της κοιλίας και πρωτοπαθούς κακοήθους αιμαγγειοπερικυτώματος της ράχεως δεν έχει προηγούμενο όπως εύκολα διαπιστώνει η λεπτομερής αναδίφηση της βιβλιογραφίας. Η θεραπεία εκλογής του πρωτοπαθούς κακοήθους αιμαγγειοπερικυτώματος είναι η ριζική εκτομή. Η παρακολούθηση συνίσταται σε κλινική αξιολόγηση κάθε 6 μήνες και ακολούθως σε ετήσια βάση για τουλάχιστον 3 χρόνια.

395. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Α. Αναστασόπουλος[1], Κ. Γυφτοπούλου[2], Π. Πετράς[3], Μ. Βολονάκης[4]

[1]6η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία, [2]Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ Σισμανόγλειο, [3]6η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [4]Ιατρός πνευμονολόγος

ΣΚΟΠΟΣ:Η ανάδειξη της συχνότητας των εγκεφαλικών μεταστάσεων σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα ιδιαίτερα την στιγμή της διάγνωσης αλλά και αργότερα κατά την πορεία της νόσου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:Εξετάσθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι 22 ασθενών με εγκεφαλικές μεταστάσεις και καρκίνο πνεύμονα που νοσηλεύτηκαν σε πνευμονολογικές κλινικές του ΓΝΝΘΑ Η ΣΩΤΗΡΙΑ το 2013 για οποιοδήποτε λόγο(διαγνωστικό ή θεραπευτικό).Στούς ασθενείς αυτούς είτε ήδη υπήρχε διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα είτε ετέθη κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:Από τους 22 ασθενείς οι 18 ήταν άνδρες και οι 4 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 62,86 έτη.Οι 14 είχαν αδενοκαρκίνωμα,οι 4 πλακώδες και οι 4 μικροκυτταρικό ως ιστολογικό τύπο.Σε 15 ασθενείς(68,2%) εκ των οποίων 12 άνδρες και 3 γυναίκες διαπιστώθηκαν εγκεφαλικές μεταστάσεις κατά την στιγμή της διάγνωσης, ενώ σε 7(31,8%) 6 άνδρες-1 γυναίκα διαπιστώθηκαν εγκεφαλικές μεταστάσεις αρκετούς μήνες μετά τη διάγνωση ως πρόοδο νόσου και αφού είχαν λάβει πρίν χημειοθεραπεία.Η πλειοψηφία των ασθενών που εμφάνισαν εγκεφαλικές μεταστάσεις κατά την πορεία της νόσου, αφορούσε κυρίως αδενοκαρκίνωμα(5 από τους 7 σε ποσοστό 71,4%),ενώ από τους 15 ασθενείς που υπήρχαν ήδη εγκεφαλικές μεταστάσεις κατά την στιγμή της διάγνωσης, οι 9 είχαν αδενοκαρκίνωμα,οι 3 πλακώδες και οι 3 μικροκυτταρικό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:Η συχνότητα των εγκεφαλικών μεταστάσεων σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα αυξάνεται διαρκώς τα τελευταία έτη ενώ πολύ συχνά απ΄ότι φαίνεται από τα παραπάνω αποτελέσματα εμφανίζονται πρωτού τεθεί η διάγνωση της νόσου.Από την στιγμή που θα αναπτυχθούν εγκεφαλικές μεταστάσεις η επιβίωση είναι συνήθως πτωχή,ωστόσο η πρώιμη ανίχνευση και η επιθετική θεραπεία μπορούν να ανακουφίσουν από τα συμπτώματα και να αυξήσουν τόσο τη διάρκεια όσο και την ποιότητα της επιβίωσης.

396. ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟΣ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΝΕΑ ΓΥΝΑΙΚΑ

Χ. Φεβράνογλου, Α. Τσαρουχά, Γ. Κωνσταντοπούλου, Ε. Μουστάκα, Μ. Μελαχροινίδου, Ί. Καραχάλιου, Μ. Γκάγκα

7η Πνευμονολογική Κλινική, Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Γυναίκα 43 ετών εισήχθη στην κλινική λόγω δύσπνοιας προσπαθείας από μηνός. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση, επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αφυδάτωση, αναπνευστική ανεπάρκεια και άμφω υπεζωκοτικές συλλογές για τις οποίες τέθηκαν σωλήνες παροχέτευσης. Η ασθενής κλινικά εμφάνιζε ταχύπνοια, ταχυκαρδία & χαμηλή ΑΠ. Η κλινική εξέταση ανέδειξε σκληρούς, ανώδυνους μαστούς & παραμελημένες εκτεταμένες ελκωτικές αλλοιώσεις κνημών.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ: Χορηγήθηκε αντιβίωση για το αναπνευστικό & τα κάτω άκρα (σε κ/α πύου: Proteus & Pseudomonas). Η FNA μαστών επιβεβαίωσε την ύπαρξη αδενοκαρκινώματος μαστού άμφω με (+) κυτταρολογική πλευριτικού υγρού. Η CT θώρακος αποκάλυψε πνευμονική εμβολή άμφω και το triplex κάτω άκρων εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση δεξιά. Έγινε έναρξη ορμονοθεραπείας & αντιπηκτικής αγωγής και 2 εβδομάδες μετά, η ασθενής υποβλήθηκε σε ΧΜΘ διάσωσης με δοσεταξέλη. Απεβίωσε 9 ημέρες αργότερα λόγω σηπτικής καταπληξίας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Ο καρκίνος μαστού (ΚΜ) αποτελεί τη συχνότερη κακοήθεια στις γυναίκες παγκοσμίως και την πλέον συζητημένη στο ευρύ κοινό. Ο αμφοτερόπλευρος ΚΜ είναι μια σπάνια κατάσταση & διακρίνεται σε ταυτόχρονο, σύγχρονο & μετάχρονο. Η νέα γυναίκα του περιστατικού ήταν ένα άτομο με ελαφρά νοητική υστέρηση, η οποία μεγάλωσε σε απομονωμένο περιβάλλον & τα τελευταία χρόνια διέμενε με τη μητέρα της σε συνθήκες πτωχής υγιεινής με αποτέλεσμα την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας όταν η νόσος ήταν εξαιρετικά προχωρημένη. Φαίνεται πως ακόμα & σε ανεπτυγμένες χώρες ανευρίσκονται περιπτώσεις νεαρών γυναικών με παραμελημένο ΚΜ. Διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες παίζουν μεγάλο ρόλο & η αξία της εκπαίδευσης στην αυτοεξέταση είναι ανεκτίμητη. Είναι δύσκολο να καταπολεμηθούν προκαταλήψεις & εσφαλμένες πεποιθήσεις, ακόμα & το 2013. Είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός προγραμμάτων ενημέρωσης του κοινού & εκπαίδευσης στην αυτοεξέταση, τα οποία θα απευθύνονται σε όλες τις ηλικίες & τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

397. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Α. Αναστασόπουλος[1], Κ. Γυφτοπούλου[2], Π. Πετράς[1], Μ. Βολονάκης[3]

[1]6η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝ.Θ.Α. «Η Σωτηρία», [2]Αιματολογικό εργαστήριο, ΓΝΑ Σισμανόγλειο, [3]Ιατρός πνευμονολόγος

ΣΚΟΠΟΣ:Η ανάδειξη των λοιμώξεων αναπνευστικού ως την κυριότερη αιτία νοσηλείας ασθενών με διεγνωσμένο καρκίνο πνεύμονα σε πνευμονολογικές κλινικές μέσα από μια προοπτική μελέτη καταγραφής.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:Μελετήθηκαν προοπτικά 100 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που νοσηλεύτηκαν σε πνευμονολογικές κλινικές του ΓΝΝΘΑ Η ΣΩΤΗΡΙΑ τη χρονική περίοδο από Ιούλιο 2012 έως Ιούλιο 2013. Εξετάσθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών αυτών και συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά τους, η πορεία και η περαιτέρω έκβασή τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:Από τους 100 ασθενείς οι 84 ήταν άνδρες και οι16 γυναίκες, με μέση ηλικία τα 67.23 έτη.Οι 22 είχαν μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα, οι 33 πλακώδες και οι 45 αδενοκαρκίνωμα.Συχνότερη αιτία εισαγωγής στην κλινική είναι η λοίμωξη αναπνευστικού (33%) και έπονται σε συχνότητα η αιμόπτυση(12%), η πλευριτική συλλογή (10%) και οι επιπλοκές της χημειοθεραπείας, όπως η εμπύρετος ουδετεροπενία (13%), αναιμία (7%), οξεία νεφρική ανεπάρκεια (4%), υπονατριαιμία (4%), διάρροια (2%), έμετοί(2%), κοιλιακό άλγος(2%) και αιμορραγία ανώτερου πεπτικού (1%).Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού που αποτελούσαν και την συχνότερη αιτία εισαγωγής,διεγνώσθηκαν βάση της κλινικής εικόνας των ασθενών (εμπύρετο,πυώδη απόχρεμψη) και του εργαστηριακού έλεγχου(λευκοκυττάρωση,αυξημένοι δείκτες φλεγμονής).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα εμφανίζουν συχνά λοιμώξεις κατά την πορεία της νόσου τους.Οι σημαντικότεροι παράγοντες που προδιαθέτουν σε λοιμώξεις του αναπνευστικού τους ασθενείς αυτούς είναι η ανοσοκαταστολή,οι αντινεοπλασματικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται και η απόφραξη του πνευμονικού παρεγχύματος που συχνά προκαλεί η νόσος.Έτσι η πρώιμη ανίχνευση και ο έλεγχος των λοιμώξεων του αναπνευστικού στους ασθενείς αυτούς μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την επιβίωση τους.

398. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ ΣΤΟ 39ο

399. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΟΞΕΟΣ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

Β. Ανδρεάνος[1], Κ. Ανδρεάνος[2]

[1]Ν.Μ. Σπάρτης, [2]Παν. Κλινική Οφθαλμολογίας, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

Η κρίση οξέος γλαυκώματος σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα αποτελεί το πιο ενδιαφέρον από τα επείγοντα περιστατικά που αντιμετωπίζουμε στην οφθαλμολογική πρακτική και χρίζει ιδιαίτερης φροντίδας και θεραπευτικής αγωγής.
Η έντονη συμπτωματολογία της βαρύτατης αυτής κατάστασης του οφθαλμού περιγράφεται λεπτομερώς στην παρούσα διάλεξη καθώς και ο παθογενετικός μηχανισμός και η θερπευτική αντιμετώπισή της.

400. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΟΥΣ ΤΟΥ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΟΦΘΑΛΜΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΟΝΙΑΣ

Β. Ανδρεάνος[1], Δ. Παπακωνσταντίνου[2], Σ. Δάβου[3], Κ. Ανδρεάνος[4]

[1]Ν.Μ. Σπάρτης, [2]Τμήμα Γλαυκώματος, Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική Αθηνών, [3]Οφθαλμίατρος, [4]Ιατρός, Α΄ Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική

Η μελέτη περιλαμβάνει 54 οφθαλμούς (41 ασθενείς) με οφθαλμική υπερτονία που στην 5ετία 2008-2013 εξελίχθηκε σε χρόνιο γλαύκωμα. Η μέτρηση του πάχους του κεντρικού κερατοειδή (φυσιολ. τιμή 520μ μέχρι 550μ με μέση τιμή 535μ) σε 39 οφθαλμούς ήταν 482μ μέχρι 504μ δηλαδή σαφώς κάτω από την κατώτερη φυσιολογική τιμή και σε 15 οφθαλμούς ήταν από 506μ και 516μ δηλαδή πλησίον της κατώτερης φυσιολογικής τιμής.
Μετά τα ανωτέρω συμπερασματικά αναφέρομε ότι το πάχος του κερατοειδή αποτελεί μείζονος σημασίας παράγοντα επικινδυνότητας που συμβάλει σημαντικά στην εξέλιξη της οφθαλμικής υπερτονίας, σε συνδυασμό βέβαια με άλλους παράγοντες επικινδυνότητας.

400Α. ΟΦΘΑΛΜΙΚΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Φ. Ψινάκης[1], Δ. Μπρούζας[1], Χ. Κουτσανδρέα[1], Δ. Παπακωνσταντίνου[1], Ε. Γεωργοπούλου[1], Ε. Γκέλης[2], Κ. Φραγκιά[2]

[1]Α Οφθαλμολογική Κλινική Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, [2]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο HistoBio Diagnosis

Στα πλαίσια ερευνητικής μελέτης του οφθαλμικού μελανώματος, καταγράφηκαν τα παθολογοανατομικά δεδομένα εκατόν οκτώ (108) οφθαλμικών μελανωμάτων Ελλήνων ασθενών, χειρουργικά εξαιρεθέντων την τελευταία τριακονταετία. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν το 65ο έτος και το ηλικιακό εύρος μεγάλο (29-94 ετών). Δεν διαπιστώθηκε διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης του όγκου μεταξύ γυναικών και ανδρών.
Δεν βρέθηκε ουσιώδης διαφορά στην κατανομή του νεοπλάσματος στο δεξιό και στον αριστερό οφθαλμό. Επρόκειτο για μελανώματα αναπτυγμένα κυρίως στον οπίσθιο θάλαμο και στο χοριοειδή χιτώνα. Οι περισσότεροι όγκοι (n=82) είχαν πολυπώδη διαμόρφωση, ενώ ο διάχυτος / επίπεδος τύπος ανάπτυξης παρατηρήθηκε σε λίγες περιπτώσεις (n=4). Η διάμετρος του όγκου κυμαίνετο από 2mm έως 32 mm και το ύψος από 1 mm έως 25 mm. Η απόσπαση ή και εκφύλιση του αμφιβληστροειδούς ήταν συχνό συνοδό εύρημα.
Επικρατέστερος κυτταρικός πληθυσμός ήταν ο μικτός κατά ταξινόμηση Callender: επιθηλιοειδής και ατρακτοκυτταρικός. Οι μιτώσεις ήταν κατά κανόνα 1-6/mm^2. Προϋπάρχουσα αλλοίωση τύπου σπίλου ή μελάνωσης, παρατηρήθηκε σε σπάνιες περιπτώσεις. Νέκρωση βρέθηκε σε μικρό ποσοστό των μελανωμάτων [n=9]. Λεμφοκυτταρική αντίδραση του υποστρώματος ήταν σπάνια εμφανής.
Διήθηση του σκληρού χιτώνα βρέθηκε σε 83 περιπτώσεις, σε μικρό αριθμό εκτεταμένη ή και με επέκταση μελανοκυττάρων στους περιοφθαλμικούς ιστούς. Το ακτινωτό σώμα διηθείτο από το νεόπλασμα σε 41 όγκους και το οπτικό νεύρο σε 11, ενώ η διήθηση περιδίνητων φλεβών τεκμηριώθηκε σε λίγες περιπτώσεις.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα οφθαλμικά μελανώματα Ελλήνων ασθενών σε μορφολογικό επίπεδο έχουν χαρακτηριστικά ανάλογα εκείνων που περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Η έγκλειση σε κύβους παραφίνης του συνόλου του εξαιρεθέντος οφθαλμού είναι απαραίτητη για τον ακριβή καθορισμό των ιστολογικών χαρακτηριστικών του όγκου και τη μικροσταδιοποίησή του.

401. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΑΥΤΩΝ ΣΤΟ ΓΝ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΤΟ ΕΤΟΣ 2013

J. Joanidhi, Α. Σαλίχου, Ν. Παράσχου, Μ. Γαρυφάλλου, Α. Μακρυγιάννη, Δ. Καβάκος, Π. Ταβλαντάς

Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο τοκετός αποτελεί το τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης. Είναι η διαδικασία κατά την οποία το βιώσιμο έμβρυο απομακρύνεται από το σώμα της μητέρας.
ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης μας είναι η καταγραφή των τοκετών στο ΓΝΚορίνθου το έτος 2013 και μέσα αυτών να αποτυπώσουμε τις παραμέτρους που αφορούν το νεογέννητο και την μητέρα.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από το μητρώο νεογνών της παιδιατρικής κλινικής. Χωρίσαμε τους τοκετούς ανάλογα με το είδος τους και καταγράψαμε την καταγωγή της μητέρας, το φύλο του νεογνού και τις διακομιδές που χρειάστηκαν τα νεογνά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά το έτος 2013 πραγματοποιήθηκαν 317 τοκετοί εκ των οποίων 107 ήταν φυσιολογικοί (33,75%) και 210 καισαρικές τομές (66,25%). Γεννήθηκαν 159 αγόρια (50%) και 158 κορίτσια (50%). Οι Ελληνίδες ήταν 98 (30,91%), οι αλλοδαπές 128 (40,37%) και οι ρομά 87 (27,4%). Πραγματοποιήθηκαν 32 διακομιδές. Τα αποτελέσματα φαίνονται στους πίνακες 1 και 2.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Όπως φαίνεται από τα στοιχεία που καταγράψαμε, σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο ο αριθμός των τοκετών είναι ικανοποιητικός. Θα ήταν μεγαλύτερος αν γεννούσαν στα δημόσια νοσοκομεία περισσότερες ελληνίδες. Παρατηρείται μεγάλος αριθμός καισαρικών τομών (66%), ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από εκείνα που καταγράφει ο ΠΟΥ, η Ευρωπαϊκή Κοινότητα και άλλα νοσοκομεία στην Ελλάδα. Στο μεγάλο ποσοστό των καισαρικών τομών οφείλονται και οι περισσότερες διακομιδές νεογνών.

Πίνακας 1. Τοκετοί και διακομιδές

2013	Τοκετοί	Φυσιολογικοί τοκετοί	Καισαρικές Τομές	Διακομιδές
Ιανουάριος	26	10	16	2
Φεβρουάριος	25	12	13	1
Μάρτιος	20	4	16	3
Απρίλιος	12	2	10	0
Μάϊος	21	4	17	5
Ιούνιος	21	7	14	1
Ιούλιος	41	12	29	4
Αύγουστος	26	8	18	2
Σεπτέμβριος	30	14	16	3
Οκτώβριος	33	15	18	5
Νοέμβριος	24	7	17	1
Δεκέμβριος	38	12	2	5
Σύνολο	317	107	210	32
Συχνότητες		33,75%	66,25%	10,09%

402. Η ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΧΝΙΔΙΟΥ

Α. Ραρρά[1], Λ. Κουρκούτα[2], Ε. Φραδέλος[3], Μ. Τσιλιγγίρη[4], Σ-Ε Αμπραχίμ[5]

[1]9ο Δημοτικό Σχολείο Αθηνών, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, [3]Μεταπτυχιακός Φοιτητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, [4]Παιδίατρος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Φυσικοθεραπείας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, [5]Νοσηλεύτρια, Νοσοκομείο ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα ανασκοπική μελέτη επισημαίνεται η συμβολή του παιχνιδιού στην ψυχοσωματική ανάπτυξη των παιδιών και στην αυτοέκφραση της προσωπικότητάς τους.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Διενεργήθηκε εκτενής καταγραφή και μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Medline, Google scholar)και επιστημονικά περιοδικά, με τις εξής λέξεις-κλειδιά: παιδί, παιχνίδι και εναλλακτικές μορφές θεραπείας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:Το παιχνίδι αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του παιδιών και ασκεί καθοριστική επιρροή στη συγκρότηση της προσωπικότητάς τους. Το παιχνίδι είναι μια διαδικασία αγωγής, μια αναγκαία αυτοεκπαίδευση και γι' αυτό χρησιμοποιείται πολύ στο σχολείο και ως παιδευτικό μέσο. Με το παιχνίδι καλλιεργείται η πνευματική ανάπτυξητου παιδιού, διότι πειθαρχείται το πνεύμα, συγκεντρώνεται η προσοχή του, αναπτύσσεται η κρίση, ο συλλογισμός, η φαντασία και η μνήμη. Παράλληλα το παιχνίδι συμβάλλει στην συναισθηματική ανάπτυξητων παιδιών,προκαλώντας ευχάριστες συναισθηματικές καταστάσεις που συμβάλλουν στην πνευματική τους ευφορία. Τέλος, με το παιχνίδι το παιδί έχει το δικαίωμα να ανιχνεύει ένα μέλλον που ονειρεύεται.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το παιχνίδι είναι μια ουσιαστική δραστηριότητα στη ζωή του κάθε παιδιού, γιατί συμβάλλει στη συγκρότηση της προσωπικότητάς τους. Χάρη στην παιγνική ορμή και διάθεση το παιδί εκδηλώνει ενδιαφέροντα, ρίχνει άγκιστρα και πιάνεται με ενδιαφέρον από τη ζωή.

403. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΑΣ

Ε. Καϊάφα, Γ. Καφαλίδης, Α. Κάραλη, Π. Ζώση, Δ. Καρακαϊδός, Θ. Ξενοπούλου, Λ. Κανάρης

Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμονας»

Η οξεία ιογενής βρογχιολίτιδα είναι μια κοινή αναπνευστική μόλυνση κατά τον πρώτο χρόνο ζωής. Πιστεύετε ότι το μητρικό γάλα, λόγω των ανοσολογικών του χαρακτηριστικών, θα μπορούσε να συμβάλει σημαντικά στην πρόληψη ή στην μείωση των κρουσμάτων της βρογχιολίτιδας.
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι να μελετήσει το χρονικό διάστημα που θήλασαν τα παιδιά και το ποσοστό αυτών που παρουσίασαν βρογχιολίτιδα κατά το πρώτο έτος της ζωής τους.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 138 παιδιά, τα περισσότερα από αυτά νοσηλεύτηκαν στην παιδιατρική κλινική ή εξετάστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Νίκαιας. Καταγράφθηκαν τα παιδιά που θήλασαν, η διάρκεια θηλασμού, τα συμπτώματα των παιδιών που παρουσίασαν βρογχιολίτιδα κατά την βρεφική ηλικία, η βαρύτητα της νόσου και η θεραπεία που έλαβαν.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα παιδία που θήλασαν αποκλειστικά ήταν 58 (42%) και για διάστημα 8,5 μήνες μέσο όρο (± 7,7), νόησαν με βρογχιολίτιδα τα 20 (34,5%) και τα 11 (19%) χρειάστηκαν νοσηλεία στο νοσοκομείο. Τα 70 παιδιά σιτίστηκαν με τροποποιημένο γάλα αγελάδας για βρέφη, τα 47 (67,1%) νόησαν με βρογχιολίτιδα και τα 33 (47,1%) χρειάστηκαν νοσηλεία στο νοσοκομείο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Από τα αποτελέσματα μας σαφώς φαίνεται ότι ο μητρικός θηλασμός έχει ευεργετική δράση στην πρόληψη της βρογχιολίτιδας.

404. ΣΧΕΣΗ ΥΠΑΡΞΗΣ ΤΗΛΕΟΠΤΙΚΟΥ ΔΕΚΤΗ ΣΤΟ ΥΠΝΟΔΩΜΑΤΙΟ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΥΠΝΟΥ, ΣΕ ΑΤΟΜΑ 35-45 ΕΤΩΝ

Σ. Αγγελάκου-Βαΐτση[1], Ν. Βαΐτσης[1], Β. Παπαδόπουλος[2], Ε. Αναστασοπούλου[3]

[1]Ιδιωτικό Ιατρείο ΠΦΥ, Φάρσαλα, [2]Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο, Ξάνθη, [3]ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ύπαρξη τηλεοπτικού δέκτη στο υπνοδωμάτιο και στις διαταραχές ύπνου, σε άτομα 35-45 ετών.
ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: στην μελέτη έλαβαν μέρος 80 άνδρες και 80 γυναίκες, που απάντησαν σε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου απαντήσεων. Διαβαθμίσαμε την διαταραχή ύπνου σε δύο κατηγορίες, βάσει της βαθμολογίας της κλίμακας AIS-5(Athens Insomnia Scale 5). Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν με την στατιστική δοκιμασία χ^2 με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: στις γυναίκες βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p<0,01$) ανάμεσα στα άτομα που έχουν συσκευή τηλεόρασης στο υπνοδωμάτιό τους και σε αυτά που δεν έχουν, σε σχέση με την παρουσία διαταραχών στον ύπνο. Αντίστοιχα, στους άνδρες, δεν βρέθηκε στατιστική διαφορά.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: φαίνεται πως η ύπαρξη τηλεοπτικού δέκτη σχετίζεται με την ποιότητα του ύπνου, σε γυναίκες ηλικίας 35-45 ετών. Αντίθετα, δεν φαίνεται να υπάρχει παρόμοια σχέση στους άνδρες, ίδιου ηλικιακού φάσματος.

405. ΑΝΘΡΟΠΟΜΕΤΡΙΚΕΣ, ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ, ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΕΝΘΗΜΕΡΗΣ ΞΗΡΑΣΙΑΣ

Ι. Παπαγιαννοπουλος[1], Β. Σιδερης[2], M. Boschmann[1], Ο. Κουτσωνη[2], Ε. Ντοτσικα[2]

[1]Charite-University Berlin, [2]Ινστιτούτο Παστέρ Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Διερεύνηση της επίδρασης της ξηρασίας (ασιτίας και αποσίας) στις ζωτικές παραμέτρους και στις σωματικές περιμέτρους.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά τη διάρκεια πενθήμερης ξηρασίας 10 υγιών εθελοντών εξετάσθηκαν καθημερινά οι εξής παράμετροι. K, Na, Cl, ουρία, κρεατινίνη, κάθαρση κρεατινίνης, serum, osmolality, γλυκόζη ορού, όγκος ούρων 24ώρου, συστ. και διαστ. Πίεση, γοφών, θώρακος (στο επίπεδο της μασχάλης), θώρακος (στο επίπεδο των μαστών), λοξή περίμετρος γοφών (από μηρογλουτιαία πτυχή προς ομφαλό), WHtR, και WHR. Για κάθε περίμετρο υπολογίστηκε το πηλίκον της μέσης ημερήσιας μείωσης της διά της μέσης ημερήσιας μείωσης του βάρους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι τιμές των ζωτικών παραμέτρων παρέμειναν όλες ασφαλείς για όλες τις 5 μέρες της ξηρασίας. Η κάθαρση κρεατινίνης αυξήθηκε μέχρι 167%. Η μείωση του βάρους (1390γρ/ημέρα) δείχνει την ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα της ξηρασίας στην απώλεια βάρους. Η μέση ημερήσια μείωση των περιμέτρων και οι τιμές των αντίστοιχων πηλίκων καταδεικνύουν την σημαντική απώλεια όγκου όλων των μετρηθέντων περιοχών του σώματος τόσο ανά ημέρα ξηρασίας όσο και ανά κιλό απωλεσθέντος βάρους.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η πενθήμερη ξηρασία 10 υγιών εθελοντών εδείχθη ασφαλής, εμείωσε σημαντικά το βάρος και όλες τις μετρηθείσες περιμέτρους και ηυξησε κατά 67% την νεφρική λειτουργία.

406. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

407. ΣΧΕΣΗ ΛΗΨΗΣ ΠΡΩΙΝΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ, ΣΕ ΑΤΟΜΑ 60-75 ΕΤΩΝ

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

[1]Ιδιωτικό Ιατρείο ΠΦΥ, Φάρσαλα, [2]ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην συνήθεια λήψης ή μη πρωινού γεύματος και στον δείκτη μάζας σώματος(ΔΜΣ), σε άτομα 60-75 ετών.
ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: στην μελέτη έλαβαν μέρος 50 άνδρες και 50 γυναίκες, που απάντησαν σε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου απαντήσεων. Διαβαθμίσαμε τον δείκτη μάζας σώματος σε δύο κατηγορίες, μικρότερο ή μεγαλύτερο ίσο του 25. Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν με την στατιστική δοκιμασία χ^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 λαμβάνουν πρωινό γεύμα και σε αυτά που δεν λαμβάνουν, σε σχέση με τον δείκτη μάζας σώματος.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: φαίνεται πως η συνήθεια λήψης πρωινού γεύματος σχετίζεται με βελτιωμένο δείκτη μάζας σώματος, με ότι αυτό συνεπάγεται για την σωματική και ψυχική υγεία.

408. ΣΧΕΣΗ ΥΠΑΡΞΗΣ ΤΗΛΕΟΠΤΙΚΟΥ ΔΕΚΤΗ ΣΤΟ ΥΠΝΟΔΩΜΑΤΙΟ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ, ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ 20-30 ΕΤΩΝ

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

[1]Ιδιωτικό Ιατρείο ΠΦΥ, Φάρσαλα, [2]ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ύπαρξη τηλεοπτικού δέκτη στο υπνοδωμάτιο και στον δείκτη μάζας σώματος(ΔΜΣ), σε γυναίκες 20-30 ετών.
ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: στην μελέτη έλαβαν μέρος 100 γυναίκες, που απάντησαν σε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου απαντήσεων. Διαβαθμίσαμε τον δείκτη μάζας σώματος σε δύο κατηγορίες, μικρότερο ή μεγαλύτερο ίσο του 25. Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν με την στατιστική δοκιμασία χ^2 με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p<0,01$) ανάμεσα στα άτομα που έχουν συσκευή τηλεόρασης στο υπνοδωμάτιό τους και σε αυτά που δεν έχουν, σε σχέση με τον δείκτη μάζας σώματος.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: φαίνεται πως η ύπαρξη τηλεοπτικού δέκτη στο υπνοδωμάτιο σχετίζεται συνδέεται με αύξηση του δείκτη μάζας σώματος, σε γυναίκες ηλικίας 20-30 ετών.

409. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

410. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

411. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Χ. Ληξουριώτης[1], Ι. Τσούτσας[1], Σ. Κυριακόπουλος[2], Μ. Μπατσιάκου[3], Β. Περιτογιάννης[3], Β. Στούμπος[4]

[1]Κέντρο Υγείας Διστόμου, [2]Γενικό Νοσοκομείου Λειβαδιάς, [3]Ιατρός, [4]Κέντρο Υγείας Θέρμου

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των χειρουργικών πράξεων που καλείται να κάνει ο ιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν τα περιστατικά που χρειάστηκαν κάποιου είδους χειρουργικής παρέμβασης στο Κέντρο Υγείας Διστόμου κατά το έτος 2013
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Προσήλθαν 244 ασθενείς εκ των οποίων 112 έχρηζαν συρραφής θλαστικών τραυμάτων από διατιτραίνον όργανο, τέμνον και νήσσον όργανο, πτώση και άλλα. 28 υπεβλήθησαν σε μικροεπεμβάσεις αφαίρεσης κυστών, λιπωμάτων και άλλων μορφωμάτων. 37 υπεβλήθησαν σε μερική ή ολική ονυχεκτομή με στελεχιαία και τοπική αναισθησία. 40 υπεβλήθησαν σε διάνοιξη και καθαρισμό αποστημάτων ενώ σε 27 κόπηκαν τα ράμματα από χειρουργική επέμβαση (χολοκυστεκτομή, εντεροκτομές, κήλη κ.τ.λ)
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καλείται καθημερινά να αντιμετωπίσει πληθώρα περιστατικών που χρήζουν χειρουργικής παρέμβασης. Η αναδρομική μελέτη αυτή τονίζει την χρησιμότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας στο πεδίο παροχής υπηρεσιών υγείας και στον χειρουργικό τομέα.

412. ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΛΟΓΩ ΟΞΕΙΑΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κ. Μαμμάς, Σ. Δασκαλάκη, Χ. Αντωνίου, Α. Ζουρίδη, Γ. Αλευράκη, Ε. Παπαδομανωλάκη, Κ. Οικονόμου

Β΄ Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων-Τμήμα Βιοπαθολογίας Γ.Ν. Χανίων

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή της κλινικής αντιμετώπισης περίπτωσης οξείας σκωληκοειδίτιδας (ΟΣ) με ρήξη και περιτονίτιδα σε παχύσαρκο ασθενή και η ανάλυση της σύγχρονης βιβλιογραφίας σχετικά με την επίπτωση της παχυσαρκίας στην οξεία επιπλεγμένη σκωληκοειδίτιδα (ΟΕΣ).
ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 36 ετών με κλινική εικόνα ΟΣ με ρήξη και περιτονίτιδα αντιμετωπίσθηκε με άμεση ανοιχτή σκωληκοειδεκτομή (ΑΣ). Περιγράφονται η προεγχειρητική κατάσταση, τα δι-εγχειρητικά ευρήματα και η χειρουργική τεχνική. Ακολούθως περιγράφονται η μετεγχειρητική αγωγή και η άμεση και απώτερη μετεγχειρητική πορεία. Με βάση τη θετική έκβαση, τις δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν έγινε συγκριτική μελέτη της σύγχρονης βιβλιογραφίας. Μελετήθηκαν 25 έγκυρες εργασίες που αφορούσαν σε 2753 ενήλικες και 440 παιδιατρικούς ασθενείς που έπασχαν από ανεπίπλεκτη ή ΟΕΣ εκ των οποίων 145 ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ενήλικες και 57 ήταν παχύσαρκοι παιδιατρικοί ασθενείς.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 1. Οι μελέτες που αφορούν στην εφαρμογή της συντηρητικής αγωγής στην ανεπίπλεκτη ή ΟΕΣ είναι μεταναλύσεις ή αναδρομικές που δεν προσμετρούν την επίπτωση του BMI,2. Οι ασθενείς με ΟΕΣ είχαν κατά μέσο όρο μεγαλύτερο βάρος από τους ασθενείς με ανεπίπλεκτη, 3. Οι ασθενείς με ΟΕΣ είχαν κατά μέσο όρο μεγαλύτερο χρόνο παραμονής των συμπτωμάτων σε σύγκριση με τους ασθενείς με ανεπίπλεκτη, 4. Η περιτονίτιδα έχει μεγαλύτερη επίπτωση σε παιδιατρικούς ασθενείς με παχυσαρκία, 5. Η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή (ΛΣ) έχει μεγαλύτερη συχνότητα μετατροπής σε παχύσαρκους ασθενείς, 6. Η ΛΣ στους ενήλικες με παχυσαρκία έχει χειρότερη έκβαση από την ανοιχτή σε περίπτωση μετατροπής σε ανοιχτή, 7. Η ΛΣ σε παχύσαρκους παιδιατρικούς ασθενείς με ΟΕΣ έχει χειρότερη έκβαση σε σύγκριση με την ανοιχτή.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1. Ο υψηλός επιπολασμός της παχυσαρκίας απαιτεί νέες μελέτες σχετικά με τη συντηρητική, προγραμματισμένη ή άμεση χειρουργική αντιμετώπιση (ΑΣ ή ΛΣ) της ανεπίπλεκτης ή ΟΕΣ, 2. Η επίπτωση της παχυσαρκίας στη συχνότητα των επιπλοκών της ΟΣ και στην έκβαση της χειρουργικής θεραπείας της ΟΕΣ είναι υψηλή, τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά.

413. ΕΠΙΘΕΤΙΚΟ ΨΕΥΔΟΜΥΞΩΜΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΑΣΥΝΗΘΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Γ. Γαλύφος[1], Γ. Καραντζίκος[1], Ν. Κάβουρας[1], Α. Σιάνου[2], Ζ. Τουλούμης[1], Λ. Λαβάντ[1]

[1]Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Χαλκίδος, Χαλκίδα, [2]Τμήμα Μικροβιολογίας, ΓΠΝΑ Αρεταίειο, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Το ψευδομύξωμα περιτοναίου αποτελεί μία ασυνήθη, αλλά καλά καταγεγραμμένη χειρουργική οντότητα στη βιβλιογραφία. Παρατηρείται συνηθέστερα σε γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 53 έτη. Η συνηθέστερη πρωτοπαθής εστία είναι η σκωληκοειδής απόφυση στους άνδρες και οι ωοθήκες στις γυναίκες. Παρουσιάζουμε μία περίπτωση επιθετικής νόσου με σπάνια κλινική εικόνα.
ΥΛΙΚΟ: Άνδρας, 71 ετών, παρουσιάστηκε στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας αιτιώμενος διαλείποντα διαρροϊκά επεισόδια και απώλεια όρεξης κατά τους τελευταίους δύο μήνες, χωρίς κλασικά συμπτώματα της νόσου. Η κλινική εξέταση ήταν δυσχερής λόγω συνοδού παχυσαρκίας του ασθενούς. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος απεκάλυψε μεγάλη ποσότητα ασκίτη ενδοκοιλιακά, ενώ ο έλεγχος με αξονική τομογραφία ανέδειξε πιθανή βλεννοκήλη της σκωληκοειδούς απόφυσης. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε υψηλές τιμές καρκινικών δεικτών (Ca 19-9 = 204.4 IU/mL και CEA = 83.5 ng/mL), υποδηλώνοντας επιθετικότητα της νόσου. Η κυτταρολογική εξέταση του ασκιτικού υγρού, που συλλέχτηκε με παρακέντηση, απεκάλυψε μόνο μεγάλη ποσότητα βλέννης με μικρό αριθμό λεμφοκυττάρων. Δεν εντοπίστηκαν κακοήθη κύτταρα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής υπεβλήθη σε ερευνητική λαπαροτομία για οριστική διάγνωση. Εντοπίστηκε μεγάλη ποσότητα ζελατινώδους ασκίτη, με διάχυτες εμφυτεύσεις του περιτοναίου, πολυάριθμες συμφύσεις και μία μεγάλη βλεννοκήλη της σκωληκοειδούς. Ακολούθησε ογκομειωτική επέμβαση. Οι βιοψίες και ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος επιβεβαίωσαν τη διάγνωση μίας επιθετικής και εκτεταμένης περιτοναϊκής βλεννώδους καρκινωμάτωσης (ΠΒΚ). Ο ασθενής προγραμματίστηκε για επικουρική συστηματική χημειοθεραπεία, η οποία δεν ολοκληρώθηκε λόγω εξέλιξης της νόσου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το προχωρημένο και επιθετικό ψευδομύξωμα περιτοναίου μπορεί να παρουσιαστεί με μη ειδικά συμπτώματα που αποπροσανατολίζουν τη διάγνωση. Η ογκομειωτική χειρουργική σε συνδυασμό με συστηματική χημειοθεραπεία θα μπορούσε να αποτελεί κατάλληλη θεραπεία για την επιθετική ΠΒΚ, ακόμα και με μη ευνοϊκή πρόγνωση.

414. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟ ΠΕΡΙΑΜΥΓΔΑΛΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ.ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ VS ΔΙΑΝΟΙΞΗ

Σ. Παναγιωτίδου, Π. Βέργου, Δ. Μυλωνά, Α. Τσάγκοβιτς, Μ. Φιλίππου

ΓΝ Παμμακάριστος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το περιαμυγδαλικό απόστημα αποτελεί το 30% των αποστημάτων μαλακών μορίων κεφαλής & τραχήλου. Εμφανίζεται συχνότερα ως επιπλοκή της οξείας αμυγδαλίτιδας ενώ σπανιότερα αποτελεί ανεξάρτητη νοσολογική οντότητα χωρίς να συνυπάρχει αμυγδαλίτιδα. Παρατηρείται σε ενήλικες και σπάνια σε παιδιά. Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει δυσκαταποσία, φαρυγγοδυνία, πυρετό, τρισμό, ένρινη ομιλία (hot potato voice), σιαλόρροια και επώδυνη διόγκωση τραχηλικών λεμφαδένων. Η διάγνωση τίθεται από το ιστορικό και την κλινική εξέταση ενώ συνεπικουρείται από τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο. Η θεραπεία είναι συνδυασμός συντηρητικής και χειρουργικής αντιμετώπισης.
ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη δύο θεραπευτικών επιλογών για την αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών με περιαμυγδαλικό απόστημα και η ανάδειξη της πιο δραστικής θεραπείας για την ύφεση της δυσκαταποσίας.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 60 ασθενείς με περιαμυγδαλικό απόστημα που εξετάστηκαν και αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας κατά το χρονικό διάστημα 2009-2013.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: η 1η ομάδα υποβλήθηκε σε παρακέντηση και αναρρόφηση, και η 2η ομάδα υποβλήθηκε σε διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης των ασθενών έγινε αξιολόγηση του πόνου δίνοντας στους ασθενείς να πιουν υγρά σε τακτά διαστήματα για να εξακριβωθεί το σημείο που η κατάποση έγινε ανώδυνη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τη μελέτη των ασθενών προέκυψαν τα εξής: 15 λεπτά μετά την αρχική θεραπεία το 35% της 1ης ομάδας εμφάνισε βελτίωση στην κατάποση ενώ από την 2η ομάδα το 100% των ασθενών. Η βελτίωση της κατάποσης αξιολογήθηκε επίσης 2 ώρες αργότερα διαπιστώνοντας ότι μόνο το 5% των ασθενών από τη 1η ομάδα μπορούσε να πιει νερό ενώ από την 2η ομάδα το 90%.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θεραπεία του περιαμυγδαλικού αποστήματος είναι συνδυασμός συντηρητικής και χειρουργικής θεραπείας. Ωστόσο, η διάνοιξη-παροχέτευση υπερέχει έναντι της παρακέντησης-αναρρόφησης για την αντιμετώπιση της επώδυνης κατάποσης σ' αυτούς τους ασθενείς.

413A. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Ι. Κωστάκης, Ν. Μαχαίρας, Χ. Δαμάσκος, Χ. Δούλα, Π. Τσαπάρας, Π. Χαραλαμπούδης, Ε. Σπάρταλης, Γ. Σωτηρόπουλος, Γ. Κουράκλης

Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Μεταβολές σε διάφορες παραμέτρους των αιμοπεταλίων, όπως ο μέσος όγκος τους, το εύρος κατανομής τους και ο αιμοπεταλιοκρίτης, έχουν παρατηρηθεί σε διάφορες φλεγμονώδεις παθήσεις. Στόχος μας είναι η διερεύνηση της πιθανής μεταβολής τους και στην οξεία σκωληκοειδίτιδα των ενηλίκων.
ΥΛΙΚΟ: Συλλέξαμε αναδρομικά τα δεδομένα από τη γενική εξέταση αίματος 155 ενηλίκων ασθενών (72 άνδρες και 83 γυναίκες) με ιστολογικά τεκμηριωμένη οξεία σκωληκοειδίτιδα κατά την προσέλευσή τους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας στο διάστημα μεταξύ Αυγούστου 2008 και Νοεμβρίου 2013. Παράλληλα, συλλέξαμε τα δεδομένα από τη γενική αίματος 50 ενηλίκων υγιών εθελοντών (20 άνδρες και 30 γυναίκες). Συγκρίναμε τις τιμές του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων, του αριθμού και του ποσοστού των ουδετεροφίλων, του αριθμού των αιμοπεταλίων, του μέσου όγκου τους, του εύρους κατανομής τους και του αιμοπεταλιοκρίτη μεταξύ ασθενών και υγιών, συνολικά και για κάθε φύλο ξεχωριστά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με οξεία σκωληκοειδίτιδα είχαν υψηλότερες τιμές αριθμού λευκών αιμοσφαιρίων και αριθμού και ποσοστού ουδετεροφίλων, καθώς και χαμηλότερες τιμές αιμοπεταλιοκρίτη συγκριτικά με τους υγιείς, ενώ δεν διέφεραν όσο αφορά τον αριθμό των αιμοπεταλίων, το μέσο όγκο τους και το εύρος κατανομής τους. Τα ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν όταν μελετήσαμε τις γυναίκες ξεχωριστά, ενώ τα ίδια ισχύουν και για τους άνδρες με την εξαίρεση ότι δεν διαπιστώθηκαν διαφορές όσο αφορά τον αιμοπεταλιοκρίτη.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γυναίκες με οξεία σκωληκοειδίτιδα έχουν χαμηλότερο αιμοπεταλιοκρίτη σε σχέση με τις υγιείς, ενώ δεν ισχύει κάτι ανάλογο για τους άνδρες. Συνεπώς, ο αιμοπεταλιοκρίτης θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως επιπλέον διαγνωστικός δείκτης σε περιπτώσεις οξείας σκωληκοειδίτιδας σε γυναίκες.

415. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΛΗΨΗ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΓΝΑΘΙΑΙΑ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ

Δ. Μυλωνά, Σ. Παναγιωτίδου, Π. Βέργου, Α. Τσάγκοβιτς, Μ. Φιλίππου

ΩΡΛ Κλινική, Ν.Θ.Π. «Η Παμμακάριστος»

ΣΚΟΠΟΣ: Συχνά κατά τη διερεύνηση εμπυρέτου αγνώστου αιτιολογίας διαπιστώνονται ευρήματα στην ακτινογραφία παραρρινίων κόλπων, ενώ τα δηλωτικά ως προς την ρινοκολπίτιδα συμπτώματα όπως αναφέρονται από τον ασθενή ή όπως διαπιστώνονται κατά την κλινική εξέταση, μπορεί να ποικίλουν από άτυπα έως βαριά. Στους ασθενείς αυτούς, η λήψη καλλιέργειας μέσω του κυνικού βοθρίου για την ανάδειξη ή όχι παθογόνων μικροοργανισμών, παίζει καθοριστικό ρόλο στην διερεύνηση και αντιμετώπιση του εμπυρέτου.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήσαμε 24 περιστατικά εμπυρέτου αγνώστου αιτιολογίας, με ευρήματα από τις ακτινογραφίες παραρρινίων κόλπων. Η καλλιέργεια με το ενδοσκόπιο έγινε μέσω του κυνικού βοθρίου και όχι ενδορρινικά, προς αποφυγήν επιμόλυνσης του δείγματος με μικροοργανισμούς της ρινικής χλωρίδας. Τα αποτελέσματα των καλλιεργειών για αερόβια και αναερόβια αναλύθηκαν, σε αντιπαραβολή με την κλινική εικόνα κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης του ιγμόρειου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους ασθενείς με συμπτώματα παραρρινοκολπίτιδας, 80% είχαν θετικές καλλιέργειες, ενώ μόνο 8,5% αυτών χωρίς κλινικά συμπτώματα παραρρινοκολπίτιδας είχαν θετικές καλλιέργειες. Οι 18 ασθενείς ανέπτυξαν αναερόβια και οι 6 αερόβια παθογόνα. Οι συνηθέστεροι αναερόβιοι οργανισμοί ήταν οι Bacteroides, Fussobacterium και Peptostreptococcus, ενώ από αερόβια οι Str. Pneumoniae, Haem. Influenza και Moraxella Catarrhalis.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη αποδεικνύει ότι τα συμπτώματα και η κλινική εικόνα της παραρρινοκολπίτιδας και όχι η ακτινολογική εικόνα, είναι εκείνα που παίζουν τον καθοριστικό ρόλο στην κατάδειξη του κέρδους της διερεύνησης του ιγμόρειου.

416. ΜΥΟΚΛΩΝΙΚΟΣ ΣΠΑΣΜΟΣ ΥΠΕΡΩΑΣ, ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δ. Μυλωνά, Σ. Παναγιωτίδου, Α. Τσάγκοβιτς, Μ. Φιλίππου

ΩΡΛ Κλινική, ΝΠΘ «Η Παμμακάριστος»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο υπερώιος μυοκλωνικός σπασμός είναι μια σπάνια νοσολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από ακούσιες ρυθμικές κινήσεις της μαλθακής υπερώας, συχνότητας 1- 2 Hz, και, ενίοτε, των προσωπικών μυών, του φάρυγγα, του λάρυγγα και των οφθαλμών. Διακρίνεται σε συμπτωματικό και ιδιοπαθή, με διάφορες στην αιτιολογία, κλινική εκδήλωση, πρόγνωση και θεραπεία ανάμεσα στους δυο υποτύπους.
ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 34 ετών προσέρχεται με ακούσιο σπασμό της μαλθακής υπερώας και του φάρυγγα, εμβοές ωτών και ένα θόρυβο (κλικ) που αντιλαμβάνεται και ο εξεταστής. Ο σπασμός αναιρείται στη διάρκεια της μάσησης, κατάποσης, φώνησης και στον υπνο. Έχει προηγηθεί λοίμωξη του ανωτέρου αναπνευστικού (προ μιας εβδομάδος) ενώ εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος (T1 MRI) δεν ανέδειξαν παθολογία. Η κατάσταση αυτοπεριορίστηκε μετά από μερικές εβδομάδες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ιδιοπαθής μυοκλωνικός σπασμός υπερώας είναι καλύτερης πρόγνωσης από το συμπτωματικό καθώς μπορεί και να μην περιλαμβάνει εμφανές έλλειμμα στην μαγνητική απεικόνιση και μπορεί να αντιμετωπισθεί θεραπευτικά. Μπορεί να τροποποιείται από πρόθεση του ασθενούς, από τη θέση της κεφαλής ή τη διάνοιξη του στόματος.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λήψη ιστορικού, ο έλεγχος με μαγνητική ακτινογραφία, η έμμεση λαρυγγοσκόπηση και η βιντεοστροβοσκόπηση, είναι απαραίτητες εξετάσεις για τη διαφοροδιάγνωση μεταξύ ιδιοπαθούς και συμπτωματικής μορφής της νόσου. Σε περίπτωση ανάδειξης ελλειμμάτων στη μαγνητική, απαιτείται έλεγχος για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κατά πλάκας σκλήρυνσης, τραυματισμού σε εγκέφαλο, στέλεχος ή παρεγκεφαλίδα, όγκο, εγκεφαλίτιδα και εκφυλιστικής νόσου. Η διάκριση ανάμεσα στους δυο τύπους υποδεικνύει την αντιμετώπιση και την πρόγνωση της νόσου.

417. ΒΡΑΓΧΙΟ-ΩΤΟ-ΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Δ. Σπυρούλια[1], Ε. Βαζαίου[1], Χ. Λιάος[1], Ι. ΑθανΑσόπουλος[1], Ν. Στεργίου[2], Κ. Παρπούνας[1]

[1]ΩΡΛ Κλινική, ΓΝΑ Παίδων «Η Αγία Σοφία», [2]Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Παίδων «Η Αγία Σοφία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Το βράχιο-ώτο-νεφρικό σύνδρομο (ή σύνδρομο Melnick Fraser) αποτελεί μια σπάνια νόσο γονιδιακής αιτιολογίας κληρονομούμενη κατά το αυτοσωμικό επικρατούντα χαρακτήρα με ποσοστό 1/40.000. Αυτό περιλαμβάνει ανωμαλίες τραχήλου από την βραγχιακή συσκευή, ώτων, και νεφρών. Πιο συγκεκριμένα στον τράχηλο παρατηρούνται κύστεις ή συρίγγια της β΄ βραγχιακης σχισμής (τυφλά ή επικοινωνούντα με το δέρμα του τραχήλου ή/και τον αμυγδαλικό βόθρο). Στους νεφρούς εντοπίζονται ανατομικές και λειτουργικές ανωμαλίες, απλασία – υποπλασία που μπορεί να οδηγήσει μέχρι και νεφρική ανεπάρκεια. Όσον αφορά τα ώτα παρατηρούνται διάφορες ανωμαλίες του έξω ωτός όπως επικουρικά ωτία, προωτιαία συρίγγια, ανωμαλίες του μέσου ωτός και του έσω ωτός. Μπορεί να εμφανίζεται βαρηκοΐα αγωγής νευροαισθητήριος ή μεικτή. Η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει.
ΥΛΙΚΟ: Η παρούσα εργασία αναφέρεται αγόρι 7 χρονών, που παρακολουθείται από νεογνό από την κλινική μας, με συρίγγια β΄ βραγχιακής σχισμής σε αμφότερες πλαγιές τραχηλικές χώρες, προωτιαία συρίγγια και υποπλαστικούς νεφρούς - χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ). Ο ακουολογικός έλεγχος ανέδειξε φυσιολογική ακοή.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αντιμετώπιση των συριγγίων ήταν η χειρουργική εξαίρεσή τους και δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές ή υποτροπές. Το παιδί παρακολουθείται στενά από το νεφρολογικό τμήμα του νοσοκομείου μας και λαμβάνει ειδική δίαιτα και κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.
ΣΥΜΠΕΡΑΜΑΤΑ: Είναι απαραίτητο σε ασθενείς που διαγιγνώσκονται με κύστεις ή συρίγγια της β΄ βραγχιακής σχισμής να διενεργείται άμεσα έλεγχος της ακοής και της νεφρικής λειτουργίας.

418. ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ – ΚΑΤΑΔΥΟΜΕΝΟ ΒΑΤΡΑΧΙΟ

Ε. Βαζαίου, Δ. Σπυρούλια, Λ. Μαριόλης, Ι. Βαγής, Κ. Παρπούνας

ΩΡΛ Κλινική, ΓΝΑ Παίδων «Η Αγία Σοφία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη των προβλημάτων που παρατηρούνται από την παρουσία αυτής της σπάνιας παθολογίας του ευμεγέθους βατραχίου που επεκτείνεται στην υπογλώσσια και υπογενείδιο χώρα και μπορεί να φτάσει στο οπίσθιο έδαφος του στόματος. Το βατράχιο είναι κύστη που δημιουργείται από την απόφραξη του υπογλώσσιου σιαλογόνου αδένα ή από τους ελάσσονες σιαλογόνους αδένες της περιοχής. Το γιγαντιαίο – καταδυόμενο βατράχιο είναι ευμέγεθος βατράχιο της υπογλώσσιας χώρας που ρήγνυται προς τα πίσω και βυθίζεται στην υπογενείδια – υπογνάθια χώρα μέσω του γενειοϋοειδούς μυός και μετατρέπεται σε τεράστια ψευδοκύστη. Συνήθως παρατηρείται και εξωτερική διόγκωση στην υπογενείδιο – υπογνάθια χώρα. Κλινικά χαρακτηρίζεται από τις μεγάλες διαστάσεις που λαμβάνει, τον περιορισμό στην κινητικότητα της γλώσσας με αποτέλεσμα δυσκολία στην αναπνοή, στο λόγο και στην κατάποση. Δύναται να επιμολυνθεί. Η διάγνωση τίθεται κλινικά, με υπέρηχο και με αξονική τομογραφία.
ΥΛΙΚΟ: Η εμπειρία της κλινικής σε τρία περιστατικά όσον αφορά τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την ιδιομορφία της.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική αφαίρεση. Έγινε ενδοστοματικά ολική αφαίρεση σε δύο περιστατικά και μαρσιποποίηση σε ένα περιστατικό. Προηγήθηκε ενδοστοματική παρακέντηση των κύστεων για ταυτοποίηση του περιεχομένου τους και για την ελάττωση του μεγέθους τους. Οι κίνδυνοι επιπλοκών είναι ο τραυματισμός του υπογλώσσιου νεύρου, ο τραυματισμός ή απολίνωση του εκφορητικού πόρου του υπογναθίου σιαλογόνου αδένα και το τραυματικό οίδημα της γλώσσας. Δεν είχαμε κακώσεις των ευγενών μορίων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το γιγαντιαίο βατράχιο είναι καλοήθης κυστική βλάβη η οποία λόγω των διαστάσεών της χρήζει διαφοροδιάγνωσης από ευρεία ομάδα παθήσεων όπως λεμφαγγείωμα, αδενοφλέγμονας της υπογναθίου χώρας, Λουδοβίκειο κυνάγχη, κύστη της 2ης βραγχιακής σχισμής κ.α., της οποίας η χειρουργική αντιμετώπιση δύναται να είναι πολύπλοκη. Οι υποτροπές δεν είναι σπάνιες, στα δικά μας περιστατικά είχαμε μία υποτροπή που υποβλήθηκε σε νέα χειρουργική επέμβαση.

419. Η ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΜΕ ΣΙΔΗΡΟ ΠΑΡΑ ΜΕ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗ.

Π. Μπολάνης[1], Ε. Μπάρλα[2], Ε. Ανδριτσάκη[1], Π. Βέργου[3]

[1]Μικροβιολογικό, ΕΟΠΥΥ Ν. Ιωνίας, [2]Μικροβιολογικό, Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου, [3]Μικροβιολογικό, ΓΝ Χαλκίδας

ΣΚΟΠΟΣ: Να διερευνηθεί ο βαθμός της συσχέτισης της αιμοσφαιρίνης με τον σιδηρο ορού και την φερριτίνη, και ο τύπος της εξίσωσης που συνδέει αυτούς τους δείκτες αναιμίας, σε δείγμα που να περιλαμβάνει αληθείς σιδηροπενικές αναιμίες. Παράλληλα να βρεθεί η συσχέτιση της φερριτίνης με την ηλικία
ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε ένα δείγμα 320 ατομων, εξετασθέντων προληπτικώς στα πλαίσια πρωτοβάθμιας φροντίδας, μετρήθηκαν η αιμοσφαιρίνη, τα ερυθρά, ο αιματοκρίτης και η Μέση Πυκνότης Αιμοσφαιρίνης, παράλληλα με το σίδηρο ορού και τη φερριτίνη. Το δείγμα διαιρέθηκε σε 2 υποοομάδες ανάλογα με τον αριθμό ερυρθών, για να απομονωθούν κατά το δυνατόν οι φορείς στίγματος. Ετσι το δείγμα περιορίσθηκε σε περιστατικά με αριθμό ερυθρών κάτω των 5.3 εκατομμυρίων ερυθρών για τους άνδρες και κάτω των 5,2 για τις γυναίκες. Η στατιστικη δοκιμασία περιλάμβανε ανάλυση γραμμικής συσχέτισης όπως και διερεύνηση κατάλληλης καμπύλης (curve fit).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συσχέτιση μεταξύ σιδήρου και αιμοσφαιρίνης βρέθηκε σχετικά ισχυρή στο σύνολο, στους άνδρες (r=0,48**) και στις γυναίκες (r=0,38**). Στο δείγμα ανδρών και στο αντίστοιχο των γυναικών η φερριτίνη δεν συσχετίσθηκε με την αιμοσφαιρίνη. Στις γυναίκες η ηλικία σχετίσθηκε ασθενώς θετικά με την φερριτίνη (r=0.31, p<0,001), ενώ στους άνδρες δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση. Ως καταλληλότερη καμπύλη μεταξύ σιδήρου και αιμοσφαιρίνης στους άνδρες αναδείχθηκε η σιγμοειδής, ενώ στις γυναίκες η κυβική. Ως καταλληλότερη καμπύλη φερριτίνης και ηλικίας στις γυναίκες αναδείχθηκε η εκθετική-αυξητική.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η φερριτίνη δεν συσχετιζεται γραμμικά με αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνη, αλλά με ηλικία, στις γυναίκες. Η χρήση της φερριτίνης ως δείκτη σιδηροπενίας υστερεί ως προς τη χρήση του σιδήρου ορού.

420. ΣΥΝΔΡΟΜΟ MOSCOWITZ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ- ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γ. Ντέτσκας[1], Ε. Σπανού[2], Μ. Κλαδάς[1], Φ. Λαμπριανού[1], Λ. Μητρογιάννη[1], Μ. Σταμπόρη[1], Κ. Προδρομίδου[1], Β. Παπαστεργίου[1], Ε. Αναστασίου[1], Γ. Γιαννιάς[1], Χ. Ψέλλας[1], Σ. Καραταπάνης[1]

[1]Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου, [2]Αιματολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εμφάνιση μικροαγγειακής αιμολυτικής αναιμίας αποτελεί σπανία εκδήλωση σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο που όμως μπορεί να φθάσει το 6% σε ασθενείς με εκτεταμένη κακοήθεια. Η διαφορική διάγνωση από την θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα (ΘΘΠ) ή σύνδρομο Moscowitz είναι σημαντική δεδομένου ότι η ΘΘΠ απαντά ικανοποιητικά σε πλασμαφαίρεση.
ΑΣΘΕΝΕΙΣ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για ασθενή άνδρα ηλικίας 47 ετών που προσήλθε με σύγχυση και δυσχέρεια στην ομιλία από 3 ημερών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω εικόνας σύγχυσης και δυσαρθρίας από 3μέρου, ενώ στον εργαστηριακό έλεγχο κατά την εισαγωγή διαπιστώθηκε σημαντική θρομβοπενία και ήπια διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας (cr=1.88mg%). Ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου που αποκάλυψε την παρουσία πιθανά πρωτοπαθούς νεοπλασματικής εστίας. Στο περιφερικό αίμα υπήρχε εικόνα μικροαγγειακής αιμολυτικής αναιμίας με σημαντική θρομβοπενία, ενώ από τον υπόλοιπο έλεγχο διαπιστώθηκαν σημαντικά αυξημένες τιμές LDH και φερριτίνης, ήπιος ίκτερος (με αρνητική Coombs) και αυξημένη τιμή IgE. Ο έλεγχος για πρωτοπαθή νεοπλασματική εστια εκτός εγκεφάλου απέβη αρνητικός. Ο ασθενής απάντησε θεαματικά σε θεραπεία με πλασμαφαίρεση και υπεβλήθη σε επέμβαση για αφαίρεση του όγκου του εγκεφάλου. Η ιστολογική εξέταση του αφαιρεθέντος όγκου απεκάλυψε την παρουσία την παρουσία πρωτοπαθούς κακοήθους νεοπλάσματος εγκεφάλου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εμφάνιση δευτεροπαθούς συνδρόμου Moscowitz μπορεί σπανίως να έχει ως υποκείμενο αίτιο πρωτοπαθή κακοήθη εξεργασία εγκεφάλου. Η απάντηση στη πλασμαφαίρεση είναι πολύ αποτελεσματική.

421. ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΑΡΩΣΗΣ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

Ε. Ζεγγίνη[1], Γ. Αλεξιάδης[2], Β. Μαμάκου[1]

[1]Ψ.Ν.Α. Δρομοκαΐτειο, [2]ΓΝΑ ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: Οι γενετικές μελέτες είναι αναμφισβήτητα το παρόν και το μέλλον στην εξέλιξη των μεθόδων διάγνωσης, πρόληψης και θεραπείας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη της συμβολής και η επικύρωση της αναγκαιότητας των πλέον σύγχρονων γενετικών μεθόδων στην κατανόηση των μηχανισμών πρόκλησης των πολυπαραγοντικών νόσων και στη χρήση αυτών των δεδομένων στην ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας.
ΥΛΙΚΟ: Διενεργήθηκε εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση σε διεθνείς βάσεις δεδομένων (pubmed, NHGRI, ensemble) και μελετήθηκε συστηματικά η πιο πρόσφατη βιβλιογραφία με λέξεις κλειδιά όπως: “Human Molecular Genetics, GWAS, SNP, Whole genome sequencing, genome”. Άλλες πηγές που χρησιμοποιήθηκαν είναι έντυπα επιστημονικά διεθνή περιοδικά, καθώς και οι πιο πρόσφατες εκδόσεις αντίστοιχων βιβλίων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα τελευταία χρόνια οι μελέτες σάρωσης γονιδιώματος (genome wide association studies- GWAS) έχουν εντοπίσει πολυμορφισμούς συνυπεύθυνους για παρουσία χαρακτηριστικών και εμφάνιση ασθενειών. Οι πολυμορφισμοί αυτοί είναι συχνοί, σπάνιοι και με τη νεότερη γενιά τεχνολογίας γονοτύπησης της ακολουθίας του DNA δύναται να εντοπίζονται πολυμορφισμοί από όλο το φάσμα συχνότητας εμφάνισης (allele frequency). Πρόσφατες GWAS σε Ελληνικούς πληθυσμούς δημοσίευσαν εξαιρετικά αποτελέσματα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα αυτών των ερευνών βοηθούν στην ευρύτερη κατανόηση της γενετικής δομής και της βιοπαθολογίας των πολυπαραγοντικών νόσων και μπορεί να οδηγήσουν στην πρόληψη, την πρώιμη ταυτοποίηση ατόμων με αυξημένο ρίσκο νοσηρότητας, τη διάγνωση, την καλύτερη πρόγνωση, την εξατομίκευση της θεραπείας (φαρμακογενετική) και την ανταπόκριση σε αυτή.

422. ΤΑ ΕΡΥΘΡΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΑ ΟΥΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Π. Μπολάνης[1], Ε. Ανδριτσάκη[1], Π. Βέργου[2]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΕΟΠΥΥ Ν. Ιωνίας, [2]Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝ Χαλκίδας

ΣΚΟΠΟΣ: Από παλιότερες εργασίες μας σε πληθυσμό εξεταζομένων σε ογκολογικό νοσοκομείο έχουμε συμπεράνει ότι σε ένα ποσοστό 14% των μικροσκοπικών εξετάσεων ούρων διαπιστώνεται η παρουσία ερυθροφαγοκυττάρων (ΕΦ). Παρά τις αναφορές για σημαντικές κλινικές χρήσεις του ευρήματος αυτού στη διάγνωση της σπειραματικής αιτιολογίας αιματουρίας, δεν βρήκαμε σχετικά επιβεβαιωτικά στοιχεία. Στη παρούσα εργασία αναζητούμε σε δείγμα εξετασθέντων σε έλεγχο ρουτίνας την επιβεβαίωση του προαναφερθέντος ποσοστού, καθώς και τις διαφοροποιήσεις σε βασικά εργαστηριακά ευρήματα της μικροσκοπικής ούρων, μεταξύ εμφανιζόντων και μη εμφανιζόντων το εύρημα των ΕΦ.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε 560 εξετασθέντες ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ έγινε μικροσκοπική εξέταση ούρων στα πλαίσια προληπτικών ελέγχων ρουτίνας. Από το δείγμα των θετικών για ΕΦ απομονώθηκαν 28 περιστατικά που περιείχαν πλήρη στοιχεία και επιλέχθηκαν 14 τυχαίοι μάρτυρες από το δείγμα των αρνητικών για ΕΦ. Καταγράφηκε ο αριθμός των πυοσφαιρίων, των ερυθρών και της βλέννης σε 5 βαθμίδες ημιποσοτικής κλίμακας. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με τι-τεστ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από 550 εξετασθέντες το 13,8% των δειγμάτων ούρων ήσαν θετικά για ΕΦ. Οι θετικοί για ΕΦ είχαν κατά 80% μεγαλύτερο βαθμό μικροσκοπικής αιματουρίας, σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, από τους αρνητικούς, ενώ επίσης εκδήλωσαν πυουρία και βλεννουρία περισσότερη κατά 37% και 25% αντίστοιχα, αλλά η στατιστική σημαντικότητα δεν επιβεβαιώθηκε.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Δείγμα πληθυσμού εξεταζομένων προληπτικώς παρουσιάζει ίδιο ποσοστό θετικών ούρων για ΕΦ με πληθυσμό ασθενών εξετασθέντων σε ογκολογικό νοσοκομείο. Το εύρημα αυτό είναι συνοδευτικό φυσιολογικών ή παθολογικών καταστάσεων, όπως η αιματουρία, η πυουρία και η βλεννουρία. Γενικά στην αιματουρία φαίνεται πιο εκσημασμένη η απέκκριση ΕΦ και αυτό πολλαπλασιάζει τη πιθανότητα τα ΕΦ να αποτελούν ανασχετικό παράγοντα της απώλειας σιδήρου.

423. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΦΥΣΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΟΥΡΩΝ ΜΕ ΛΙΑΝ ΕΠΙΜΗΚΕΙΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΟΛΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ

Π. Μπολάνης[1], Π. Βέργου[2]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΕΟΠΥΥ Ν. Ιωνίας, [2]Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝ Χαλκίδας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Αλλαγές στη μορφολογία βακτηρίων μπορούν να προκληθούν από αδιευκρίνιστο αριθμό επιδράσεων. Διερευνήσαμε την επίδραση φυσικών ουσιών στις λίαν επιμήκεις μορφές (ΕΜ) που παρατηρούνται σε ορισμένα δείγματα. Οι ΕΜ θεωρούνται ενδείξεις βιοκοινοτήτων (βιοφιλμ). Το ερώτημα ήταν αν οι ΕΜ μπορεί να αλλάξουν συμπεριφορά κατά την επίδραση συγκεκριμένων φυσικών ουσιών.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Δείγμα θετικό για βακτηριουρία κολοβακτηριδίου, με λίαν επιμήκεις μορφές, της τάξης των 200 μικρών, τέθηκε υπό την επίδραση, ανεξαρτήτως, 5 φυσικών ουσιών, ακάι, γκραβιόλα, χλωροφυκών, ασκορβικού ασβεστίου(ΑΑ) και μεξικανικού γιαμ(ΜΓ). Η επίδραση εξετάσθηκε μετά από 1 ημέρα μικροσκοπικώς και με καλλιέργεια, μετά από 7 ημέρες μικροσκοπικώς και μετά από 17 μέρες με καλλιέργεια.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μικροσκοπικώς παρατηρήθηκε διατήρηση ΕΜ από το ΑΑ και στο μάρτυρα, ενώ το ΜΓ, το ακάι, η γκραβιόλα και τα χλωροφύκη μετέτρεψαν το κολοβακτηρίδιο σε μικρή μορφή, άλλοτε άλλης ποσότητας (το ακάι διατήρησε αρκετές ΕΜ), μετά από το πρώτο 24ωρο, και την 7η μέρα παρατηρήθηκαν ΕΜ στο ΑΑ, στο μάρτυρα και εν μέρει στο ακάι, ενώ οι λοιπές ουσίες κατήργησαν τις ΕΜ, δημιουργώντας στη θέση τους άλλοτε άλλο αριθμό μικρού μεγέθους βακτηρίων. Οι διαδοχικές καλλιέργειες απέδωσαν κολοβακτηρίδιο στο μίγμα ΑΑ, προοδευτικά μειούμενο, στο ΜΓ αρχικά κολοβακτηρίδιο αλλά μετά Λευκάζον Ωίδιο, το χλωρόφυκες παρήγαγε κολοβακτηρίδιο σε πολλαπλάσια ποσότητα και τα λοιπά κολοβακτηρίδιο σε παρόμοια προς το μάρτυρα ποσότητα
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι ΕΜ επηρεάζονται διαφορετικώς από μερικές φυσικές ουσίες. Το απόσταγμα χλωροφυκών προκαλεί τη κατάργηση των επιμήκων μορφών και ευνοεί τις μικρές μορφές. Το μεγάλο μέγεθος στα βακτήρια προφανώς ευνοεί την οικονομία των οργανιδίων. Οι ΕΜ ίσως είναι μορφές τελικής συμβίωσης πολλών μικροοργανισμών, όπου μοιράζονται οργανίδια σε συνθήκες ένδειας.

424. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΥΟ ΜΟΡΦΩΝ ΑΣΚΟΡΒΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΟΛΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ

Π. Μπολάνης[1], Π. Βέργου[2], Ε. Μπάρλα[3]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΕΟΠΥΥ Ν. Ιωνίας, [2]Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝ Χαλκίδας, [3]Μικροβιολογικό Εργαστήριο Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Εχουμε ενδείξεις ότι το ασκορβικό οξύ αρχικά αυξάνει, αλλά τελικά εξουδετερώνει τη κινητικότητα βακτηρίων. Ο σκοπός μας είναι να ελέγξουμε αν και άλλες μορφές του ασκορβικού (όπως τα άλατα του) μπορούν να πετύχουν αυτό το αποτέλεσμα.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Από δείγμα ούρων με λίαν κινητικό κολοβακτηρίδιο, φτιάξαμε δύο μίγματα, το μέν πρώτο με κρυσταλλικό ασκορβικό οξύ (ΑΟ) σε 1,5 κυβικό εκατοστό ούρο, το δε δεύτερο με ισόποσο κρυσταλλικό ασκορβικό ασβέστιο (ΑΑ) σε 1,5 κεκ ούρο. Αναζητήθηκε άμεσα μικροσκοπικώς τυχόν μεταβολή της κινητικότητας, και στρώθηκαν 10 μικρόλιτρα από τα μίγματα και το μάρτυρα σε ΜακΚόνκεη άγαρ. Μετά από 20ωρη επώαση εξετάσθηκε η ανάπτυξη. Ταυτόχρονα εξετάσθηκαν ξανά τα μίγματα και ο μάρτυρας ως προς τη μικροβιακή κινητικότητα. Η διαδικασία της καλλιέργειας επαναλήφθηκε την 7η και τη 15η μέρα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μικροσκόπηση, αμέσως μετά την ανάμιξη, έδειξε πλήρη κατάργηση κινητικότητας στο μιγμα ΑΟ και διατήρηση της στο ΑΑ. Την επόμενη ημέρα έδειξε πλήρη κατάργηση κινητικότητας στο μίγμα ΑΟ, ενώ στο μίγμα ΑΑ η παραμένουσα κινητικότητα, της τάξης 1% των μικροοργανισμών, ήταν ασθενής. Η καλλιέργεια του μάρτυρα παρήγαγε βακτήριο ακίνητο, ενώ το ΑΟ δεν αναπτύχθηκε σε αντίθεση με το ΑΑ που αναπτύχθηκε στο 100% του μάρτυρα. Μετά 7 ημέρες καλλιεργήθηκαν τα μίγματα και ο μάρτυς. Παρατηρήθηκε άφθονη ανάπτυξη στο μίγμα ΑΑ και ουδεμία ανάπτυξη στο μίγμα ΑΟ. Το αυτό επαναλήφθη την 15η μέρα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το ασκορβικό φέρεται διαφορετικά σαν οξύ, και διαφορετικά σαν άλας ασβεστίου, στη κινητικότητα του κολοβακτηριδίου. Φαίνεται ότι η αυξημένη οξύτητα είναι αυτή που καταργεί τη κινητικότητα και αναστέλλει την ανάπτυξη. Η κινητικότητα βακτηρίων επηρεάζεται από περιβαλλοντικές επιδράσεις.

425. ΠΟΛΥΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ

Ε. Μπελεσιώτου, Χ. Μπάρκα, Π. Τσιάρα, Α. Μαντζαβίνη, Δ. Κόκκινου, Γ. Καζης, Ζ. Ψαρουδάκη, Ε. Περιβολιώτη, Μ. Νέπκα, Α. Αργυροπούλου

Μικροβιολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ουρηθρίτιδα είναι φλεγμονή της ουρήθρας που προκαλείται από σεξουαλικώς ή μη-σεξουαλικώς μεταδιδόμενους μικροοργανισμούς, γονοκοκκική και μη γονοκοκκική ανάλογα με τον υπεύθυνο αιτιολογικό παράγοντα. Στους άνδρες εμφανίζεται με πυώδες έκκριμα και άφθονα πυοσφαίρια.
ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή ασθενών με πολυμικροβιακή ουρηθρίτιδα.
ΥΛΙΚΟ: Η συλλογή του ουρηθρικού εκκρίματος γίνεται με προσοχή, μετά από καθαρισμό με αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό. Μετά από άμεσο παρασκεύασμα με φυσιολογικό ορό (αναζήτηση μικροοργανισμών, πυοσφαιρίων, τριχομονάδων, μυκήτων, clue cells) και χρώση κατά Gram έγινε ανίχνευση πολυμορφοπυρήνων με ενδοκυττάριους αρνητικούς κατά Gram διπλόκοκκους που είναι χαρακτηριστικό λοίμωξης με *Neisseria Gonorrhoeae* σε συμπτωματικούς ασθενείς ή άλλων μικροοργανισμών ή clue cells. Η καλλιέργεια έγινε σε αιματούχο, Mc concey, Sabouraud, chapman, Gardnerella vaginalis agar και σε τροποποιημένο Thayer-Martin αγαρ με βανκομυκίνη, κολιστίνη και νυστατίνη και τα τρυβλία επωάζονται σε αερόβιες, μικροαρόφιλες και αναερόβιες συνθήκες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε δύο άνδρες αλλοδαπούς ασθενείς με έντονα συμπτώματα καύσους, κνησμού και πυώδους εκκρίματος απομονώθηκαν πολλά είδη μικροοργανισμών. Στον πρώτο ασθενή, 30 ετών, απομονώθηκε *Gardnerella vaginalis, Candida albicans, Staphylococcus aureus, Streptococcus agalactiae* και *Neisseria Gonorrhoeae ενώ*αναφέρει κονδυλώματα και προηγούμενη λοίμωξη της συζύγου του με τριχομονάδες. Στον δεύτερο ασθενή 25 ετών απομονώθηκε *Gardnerella vaginalis και NeisseriaGonorrhoeae.*
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αν και είναι σπάνια η πολυμικροβιακή λοίμωξη της ουρήθρας, σε κάθε ουρηθρικό δείγμα πρέπει να αναζητούνται όλοι οι πιθανοί μικροοργανισμοί που θα μπορούσαν να βρεθούν σε αυτήν την περιοχή. Η αρνητική χρώση κατά Gram δεν είναι αρκετή για να αποκλείσουμε λοίμωξη. Υπάρχει χρόνος επώασης από τη στιγμή της μόλυνσης μέχρι την έναρξη των συμπτωμάτων. Οι γονόκοκκοι δεν μπορούν να καλλιεργηθούν από την ουρήθρα για περίπου 40 ώρες, μέχρι που αρχίζει το έκκριμα αν και το ουρηθρικό επιθήλιο αποτελεί προστατευτικό περιβάλλον όπου επιβιώνουν και πολλαπλασιάζονται. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδεται στην χρώση κατά Gram και στην καλλιέργεια διότι σε ένα μικρό ποσοστό ανδρών, η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα μπορεί να είναι ασυμπτωματική.

426. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ ΣΤΟΝ S.C.HAHNEMANN

Σ. Δημητρακόπουλος, Σ. Κολιαντζάκη[2], Κ. Σώρρας[3]

[1] Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, [3]ΓΝ Πατρών «Αγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ιστορία της Ομοιοπαθητικής Ιατρικής στην αρχαία Ελλαδα από τον Ιπποκράτη στον S.Hahnemann θεμελιωτής.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η έρευνα μας επιτελέσθηκε μέσα από μελέτη Ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Είναι «... αδύνατον να κατανοήσουμε τη φύση του σώματος χωρίς να κατανοήσουμε τη φύση του όλου» και «...και αύ το την κεφαλήν οίεσθαι αν ποτέ θεραπεύσαι αυτήν εφ'εαυτής άνευ όλου του σώματος πολλήν άνοιαν είναι» αναφέρει ο Πλάτων στον «Φαίδωνα» και στον «Χαρμίδη» αντίστοιχα, καταδεικνύοντας την Ιπποκρατική ιατρική αντίληψη της εποχής του. Αλλά και ο ίδιος ο Ιπποκρατικός συγγραφέας στο «Προγνωστικόν» δεν επικεντρώνεται στα επιμέρους άρρωστα όργανα ή σημεία αλλά στο πως αντιδρά ολόκληρος ο οργανισμός σαν σύνολο: «...ου γαρ του όλου σώματος σημείον, αλλ' αυτής καθ'εωυτήν...». Από τη φύση αντλεί και δημιουργεί το θεραπευτικό της οπλοστάσιο. «Φυσις νούσων ιητρός» (Ιπποκράτης). Ο S.Hahnemann γεννήθηκε το 1755 στη Meissen της Σαξονίας.
Διδάσκε την Αρχαίας Ελληνικής γλώσσας! Εντρύφησε στη χημεία με συγγράμματα πρωτοποριακά. Η γερμανική αυτοκρατορία τον διάλεξε να τυποποιήσει την Γερμανική Φαρμακοποιία και αργότερα εκλέγεται μέλος της Ακαδημίας Επιστημών της Μαγεντίας, ενώ το 1779, σε ηλικία 24 ετών, παίρνει και το δίπλωμα της Ιατρικής από το Πανεπιστήμιο της Erlangen της Βαυαρίας. Η «νέα» «θεωρία» του Ομοιοπαθητική (όμοιο πάθος). και ανατρέπει τα καθιερωμένα.
ΕγκαταλείΠει την εφαρμογή της συμβατικής ιατρικής, πειραματίζεται στον εαυτό του με ουσίες που ήδη χρησιμοποιούντο στην τότε ιατρική πρακτική (κινίνο, μπελαντόνα κλπ). Το 1810 εκδίδει το «Οργανον της Θεραπευτικής Τέχνης» όπου το Ιπποκρατικό του πνεύμα διαφαίνεται με το «... ύψιστο ιδανικό της θεραπείας είναι η ταχεία, ήπια και μόνιμη αποκατάσταση της υγείας σε όλη της την έκταση, με το συντομότερο, ασφαλέστερο και αβλαβέστερο τρόπο...» και η θεραπεία γίνεται με τη χορήγηση των ομοίων: «similia similibus curendur» (τα όμοια θεραπεύονται με τα όμοια) και που αποτελεί την λεκτική έκφραση του Νόμου των Ομοίων. «Χορηγώντας μια φυσική ουσία σε υπερβολή σε έναν υγιή οργανισμό, δηλητηριάζεται. Δημιουργείται έτσι μια παθολογική ψυχοσωματική εικόνα. Η ίδια φυσική ουσία αν χορηγηθεί σε ελαχιστότατη δόση σε έναν ασθενή με την ίδια παθολογική ψυχοσωματική εικόνα, θα τον θεραπεύσει». Αυτό δεν είναι εικασία, θεωρία, αξίωμα ή δόγμα. Είναι Απόδειξη, Νόμος της Φύσης, όσο οι άλλοι φυσικοί νόμοι όπως της Βαρύτητας, της Δράσης - Αντίδρασης κλπ. Αυτοί οι πειραματισμοί - αποδείξεις ουσιών - φαρμάκων έγιναν πρώτα από τον Hahnemann. Ένα ομοιοπαθητικό φάρμακο είναι περισσότερο δραστικό, όσο το δυνατόν ελάχιστη ουσία περιέχει. Γι' αυτό το λόγο, τα ομοιοπαθητικά φάρμακα είναι φυσικές ουσίες υπεραραιωμένες και δυναμοποιημένες (υπόκεινται σε διαδοχικές αραιώσεις και κρούσεις. Φυσικά, ασφαλή, χωρίς παρενέργειες, αποτελεσματικά.
Ένα άλλο σημείο σχέσης της Ιπποκρατικής σκέψης και της Ομοιοπαθητικής είναι η γνωστή κατάταξη των βασικών-πρωτογενών τύπων των ανθρώπων. Κατά τον Ιπποκράτη ανάλογα της ιδιοσυστασίας, των χυμών του, σε: αιματώδη, φλεγματικό, χολερικό (μαύρη και κίτρινη χολή). Κατά τον Hahnemann ελληνικός όρος «μίασμα» ανάλογα μιας βασικής, αρχέτυπης, βαθιάς ιδιοσυγκρασίας-μιάσματος, σε: ψωρικό, συκωτικό και συφιλιδικό (αργότερα προστέθηκε από άλλους ομοιοπαθητικούς και ο φυματινικός τύπος μίασμα).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι Ιπποκρατικές αναφορές περί ολιστικής αντιμετώπισης και ομοιοπαθητικής θεραπείας θα πάρουν τώρα σάρκα και οστά με την μορφή και την ισχύ του Νόμου των Ομοίων.

427. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΧΑΙΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Α. Τυράκη[1], Δ. Κουτρούμπας[2], Α. Πατσούμη[1]

[1]Εκπαιδευτικός, Εκπαιδευτήρια Νέα Γενιά Ζηρίδη, [2]Ιστορικός των Επιστημών, Διδάσκων Ιστορίας της Οδοντιατρικής, Μεταδιδακτορικός Ερευνητής Τμήμα Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η σχέση σχολείου και ιστορίας των επιστημών εμφανίζει τα τελευταία χρόνια μια ενδιαφέρουσα σύγκλιση αφενός γιατί το σχολείο αναζητά καινοτόμους τρόπους μάθησης με στόχο την οικοδόμηση της γνώσης από τα παιδιά και αφετέρου γιατί οι ιστορικοί των επιστημών επιδιώκουν ένα άνοιγμα στο παιδικό κοινό με ποικίλες προσφερόμενες δραστηριότητες. Σκοπός της εργασίας είναι η γνωριμία των μαθητών της Δ΄ Δημοτικού με την αρχαία Ελληνική Ιατρική, η ανάπτυξη ιστορικής συνείδησης, η κριτική προσέγγιση πρωτογενών και δευτερογενών πηγών και η εξοικείωση με θεμελιώδεις έννοιες της ίασης και της αρρώστιας.
ΥΛΙΚΟ: Χρησιμοποιήθηκε εκπαιδευτικό οπτικοακουστικό υλικό από το Μουσείο Ιστορίας της Οδοντιατρικής αλλά και αναφορές του βιβλίου Ιστορίας της Δ΄ Δημοτικού όπως ο λοιμός των Αθηνών και το Ασκληπιείο της Περγάμου κατά τα Ελληνιστικά χρόνια.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στα πλαίσια του προγράμματος τα παιδιά εργάστηκαν ομαδοσυνεργατικά πάνω σε εικόνες και ιστορικά κείμενα με στόχο να κατανοήσουν την ίαση και την αντιμετώπιση της ασθένειας από τους αρχαίους Έλληνες, την έννοια και λειτουργία των Ασκληπιείων και να τις συσχετίσουν με ανάλογες προσλαμβάνουσες της σύγχρονης ζωής. Ακολουθώντας τις μεθόδους της μαιευτικής και της ανακαλυπτικής μάθησης προτρέψαμε τα παιδιά να παρατηρήσουν, να φανταστούν, να προβληματιστούν, και αξιοποιώντας τις δικές τους εμπειρίες και γνώσεις να δώσουν τις προσωπικές τους ερμηνείες και τέλος να δημιουργήσουν σε ένα σχέδιο εργασίας (project) με θέμα την Ιστορία της Ιατρικής, τα αποτελέσματα του οποίου ήταν άκρως εντυπωσιακά.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μέσα από το παραπάνω εκπαιδευτικό πρόγραμμα δόθηκε η ευκαιρία στους μαθητές να καταλάβουν με βιωματικό τρόπο ότι το παρελθόν δεν υπάρχει κάπου εκεί έξω περιμένοντας να το διδάξουμε αλλά η κατανόησή του είναι μία διαδικασία που θα κατανοήσουμε μόνο εάν εμπλακούμε ενεργητικά.

428. ΔΕΣΜΟΙ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΑΡΧΑΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Μ. Ταβλαντά[1], Ε. Παναγιώτου[1], J. Joanidhi[2], Α. Σαλίχου[2], Ν. Παράσχου[2], Μ. Γαρυφάλλου[2], Α. Μακρυγιάννη[2], Δ. Καβάκος[2], Μ. Ορφανού[2], Π. Ταβλαντάς[2]

[1]Επιστημονικός συνεργάτης, [2]Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

Ο σημαντικός ρόλος που διαδραμάτισε η Κύπρος στον τομέα της αρχαίας Ιατρικής οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στους δεσμούς που είχε από τότε με τη Ελλάδα, αλλά επίσης στον φυτικό και τον ορυκτό της πλούτο.

ΣΚΟΠΟΣ: της εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης που είχε η αρχαία ιατρική της Κύπρου με την Ελληνική και μέσα από αυτή να διαφανεί η Ελληνικότητα της και οι δεσμοί που υπήρχαν και τότε με την Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από τη βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Ασκληπιός λατρευόταν και στη Κύπρο σε ειδικά ιερά-θεραπευτήρια, τα Ασκληπιεία. Το κτίριο που βρέθηκε σε ανασκαφές στη Πάφο το 1970, καταγράφεται ως Ασκληπιείο. Διάφορες επιγραφές μαρτυρούν την ύπαρξη κι άλλων τέτοιων ιερών στην Κύπρο. Σε βάση αγάλματος που βρέθηκε στο Ιερό της Αφροδίτης, στην Παλαίπαφο, και η οποία χρονολογείται στο τέλος του 2ου αιώνα π.Χ., αναφερόταν ότι ο Νικίας Νικία Κουριεύς ήταν αρχιερέας του Ασκληπιού και της Υγείας σε όλο το νησί. Η Υγεία, κόρη του Ασκληπιού συχνά λατρευόταν μαζί του και ήταν η προσωποποίηση της ευεξίας του σώματος, του πνεύματος και της ψυχής. Τις θεραπευτικές αξίες των ορυκτών και βοτάνων της Κύπρου τις αναφέρουν Φιλόσοφοι όπως: ο Αριστοτέλης, ο Στράβων και ο Ευστάθιος της Θεσσαλονίκης. Η χρήση των ουσιών αυτών ήταν γνωστή και στον Διοσκουρίδη, ο οποίος στο *Περί ύλης ιατρικής,* κάνει πολλές αναφορές στις φαρμακευτικές ύλες της Κύπρου. Ο Γαληνός, επισκέφθηκε το νησί το 166 μ.Χ.. **Ο Απολλώνιος ο Κιτιεύς** έζησε τον 1ο αιώνα π.Χ. Ήταν διατρεπής χειρουργός, πολυγραφότατος συγγραφέας και μια από τις σημαντικότερες προσωπικότητες της αρχαίας Κύπρου. Σπούδασε στην Αλεξάνδρεια κοντά στον Ζώπυρο. Εξάσκησε το επάγγελμα του στην Κύπρο. Από τα συγγράμματα του σώζεται η *Περί άρθρων πραγματεία* σε τρία βιβλία. **Ο Ζήνων ο Κύπριος**ήταν γιατρός, ιατρικός συγγραφέας και δάσκαλος της ιατρικής που έζησε τον 4ο αιώνα μ.Χ.. Στην Αλεξάνδρεια, όπου έδρασε, κατείχε το αξίωμα του αρχίατρου και ίδρυσε μία φημισμένη ιατρική σχολή από την οποίαν απεφοίτησαν τρεις διάσημοι γιατροί της αρχαιότητας: ο Μάγνος της Αντιόχειας, ο Ορειβασίας της Περγάμου και ο Ιωνικός των Σάρδεων. Ο Διοσκουρίδης και ο Ορειβάσιος αναφέρουν, τ**ον Διαγόρα τον Κύπριο**, που έζησε τον 3οπ.Χ. αιώνα και ήταν γιατρός και ερμηνευτικός σχολιαστής του Ιπποκράτη. Έγραψε σχόλια για διάφορες φαρμακευτικές ουσίες και μελέτησε παθήσεις των αυτιών και των οφθαλμών. Επίσης, ο Αριστοτέλης αναφέρει το Κύπριο γιατρό, **Συνέσιο**, τον οποίον αναφέρει και ο Κυπριανός στην «Ιστορία Χρονολογική της Νήσου Κύπρου του 1788». Η μοναδική πληροφορία που έχουμε για αυτόν είναι το απόσπασμα έργου που αφορά τις «*παχείες φλέβες*», που παραθέτει ο Αριστοτέλης.

Σε επιτύμβιες στήλες βρέθηκαν ονόματα άλλων Κύπριων γιατρών όπως οι: Λεωνίδας, Αριστοκράτης, Αρτεμίδωρος, Οκταούιος, Αυρήλιος, Αρίστων, Ονάσιλος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αρχαία χρόνια στη Κύπρο υπήρχε ιατρική συνδεδεμένη με τους αρχαίους Έλληνες ιατρούς και φιλόσοφους. Χαρακτηριστική είναι η αναφορά του Παυσανία τον 2ο αιώνα μ.Χ., σε έναν άνδρα Κύπριο που ήξερε να χρησιμοποιεί τα φυτά για να θεραπεύει ανθρώπους: *πόας ες ανθρώπων ίασιν ειδότος*.

429. ΙΑΤΡΟΙ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΗΣΑΝ ΣΤΗ ΚΑΡΠΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΚΥΠΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΑΓΓΛΙΚΗΣ ΚΑΤΟΧΗΣ (1878-1960)

Μ. Ταβλαντά[1], Ε. Παναγιώτου[1], J. Joanidhi[2], Α. Σαλίχου[2], Ν. Παράσχου[2], Μ. Γαρυφάλλου[2], Α. Μακρυγιάννη[2], Δ. Καβάκος[2], Μ. Ορφανού[2], Π. Ταβλαντάς[2]

[1]Επιστημονικός συνεργάτης, [2]Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

Η επαρχία Αμμοχώστου είναι ανατολικά και η Χερσόνησος της Καρπασίας στη βορειοανατολική μεριά της Κύπρου. Το χώμα της είναι ποτισμένο με αίμα, δάκρυα και ιδρώτα Αγίων, Μαρτύρων και Ηρώων, που αγωνίσθηκαν, διαμέσου των αιώνων, για το Ελληνισμό και το Χριστιανισμό. Η ιστορία την καταγράφει «Γη των Αχαιών» και οι πραγματικά πανέμορφες παραλίες της ονομάζονται, Αχαιών ακτές.

ΣΚΟΠΟΣ: της έρευνάς μας αποτελεί η καταγραφή των ιατρικών υπηρεσιών και των ιατρών που κατάγονται κυρίως από τη επαρχία Αμμοχώστου και προσέφεραν τις υπηρεσίες τους στο δοκιμαζόμενο λαό της περιοχής μας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από τη βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την διάρκεια της Αγγλικής κατοχής (1878-1960) υπηρέτησαν αρκετοί ιατροί στη επαρχία Αμμοχώστου. Ο κόσμος τότε ήταν εγκαταλελλημένος και προσέφευγε σε μάντεις, γητευτές και γιατροσόφια. Ουσιαστική και σωστή περίθαλψη άρχισε να προσφέρεται με την έναρξη της αγγλικής κατοχής το 1878, οπότε διορίστηκαν οι πρώτοι κυβερνητικοί ιατροί και κτίστηκαν τα πρώτα νοσοκομεία και Αγροτικά ιατρεία-Κέντρα Υγείας. Ενδεικτικά αναφέρουμε τους πρώτους ιατρικούς λειτουργούς: Έτος 1878-1880 Dr W. H. MacNamara, Επαρχιακός Ιατρικός Λειτουργός. Δρ Α. Κυριακίδης, Επαρχιακός Ιατρικός Λειτουργός από 12 Μαΐου 1879. Dr Amin Moghaghbab, Επαρχιακός, από 22 Ιούνη 1882. Ο Ονούφριος Παυλίδης (1865 - 1933) πτυχιούχος του Πανεπιστημίου Παρισιού, διορίζεται από τα τέλη του 1905, θέση την οποία διατηρεί μέχρι το 1925. Ο Ονούφριος Παυλίδης ήταν ο πρώτος διορισθείς Αγροτικός Γιατρός. Υπηρέτησε με έδρα τη Γιαλούσα το 1899. Αφυπηρέτησε το 1925. Παλιοί γιατροί που υπηρέτησαν στις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, ειδικά στην ύπαιθρο ως αγροτικοί γιατροί είναι οι ακόλουθοι: Γεώργιος Γεννηματάς, από την Ελλάδα, ο οποίος κατά περιόδους από το 1890 διορίστηκε στην Αμμόχωστο και ο οποίος εργάστηκε αργότερα ως Αγροτικός Ιατρικός Λειτουργός σε μεγάλα αγροτικά κέντρα της Καρπασίας, όπως το Τρίκωμο, τη Γιαλούσα. Ενεγράφη στο Μητρώο των γιατρών στις 28 Αυγούστου 1890. Ο Χρήστος Τερεζόπτουλος, από το Δερβένιον Κορίνθου, ενεγράφηκε στο Μητρώο το 1909 και υπηρέτησε ως Επαρχιακός γιατρός σε διάφορες πόλεις της Κύπρου. Ήλθε στην Κύπρο το 1899. Ο Δημήτριος Σολομωνίδης, ήταν ιδιώτης γιατρός από το 1910, αλλά κατά περιόδους διοριζόταν προσωρινά ως αναπληρωτής των εκάστοτε Επαρχιακών γιατρών. Ο Κυριάκος Χατζημιχαήλ, από την Ακανθού διορίστηκε Αγροτικός Ιατρικός Λειτουργός από το 1910. Ο Μίκης και Σέργης Χατζημιχαήλ από την Ακανθού. Ο Φίλιππος Ιακωβίδης (1883 - 1943) από το Τρίκωμο, ενεγράφηκε στο Μητρώο των γιατρών το 1910 και υπηρέτησε για χρόνια μέχρι το 1930 ως Αγροτικός Ιατρικός Λειτουργός, αλλά και ως ιδιώτης όπως οι περισσότεροι Αγροτικοί Ιατρικοί Λειτουργοί. Ο Νικόλαος Γιαννόπουλος,από τη Ελλάδα, ενεγράφηκε στο Μητρώο το 1899 και υπηρέτησε από 1910 - 1930 ως Αγροτικός Ιατρικός Λειτουργός, κυρίως στη Γιαλούσα. Ο Μιλτιάδης Λαζαρίδης, υπηρέτησε από το 1905 στην Καρπασία. Ο Γεώργιος Νικίας απόφοιτος του Πανεπιστημίου Αθηνών, υπηρέτησε στη γενέτειρα του στο Ριζοκάρπασο το 1916. Ο Halil Fikri υπηρέτησε στη Βατυλή στη δεκαετία του 1920. Στη δεκαετία του 1930 υπηρέτησαν ως Αγροτικοί Ιατρικοί Λειτουργοί πολλοί άλλοι γιατροί, όπως: Κ. Ζαχαριάδης (Γιαλούσα), Μ. Λιασίδης (Βατυλή), Αλέξανδρος Παυλίδης (Τρίκωμο), Χρ. Σ. από το 1956 Λαγούδης (Γιαλούσα), Ανδρέας Χατζηγαβριήλ από το 1939 (Γιαλούσα) υπηρέτησε για πολλά χρόνια ευσυνείδητα και αφιλοκερδώς τους κατοίκους της Γιαλούσας και των περιχώρων. Ο Παλλήκαρος Γεώργιος, καταγόταν από το Ριζοκάρπασο, σπούδασε Ιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και προσέφερε στη γενέτειρά του τις υπηρεσίες του, από το 1932 μέχρι το 1974.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παροχή Ιατρικής φροντίδας στο δοκιμαζόμενο κόσμο της Καρπασίας την περίοδο αυτή ήταν ουσιαστική. Ο κόσμος σταμάτησε να αναζητά λύσεις στα προβλήματα υγείας του, στους γητευτές, στους μάγους και τα γιατροσόφια. Σε αυτό βοήθησαν και οι ιατροί που σπούδασαν στο εξωτερικό και επέστρεφαν στο τόπο τους να προσφέρουν. Δυστυχώς, εδώ σταμάτησε ο χρόνος το 1974, χάθηκαν και ερήμωσαν τα πάντα και η περιοχή είναι ξανά υπόδουλη. Η μελέτη μας είναι φόρος τιμής σε εκείνους τους συναδέλφους που εργάσθηκαν τότε, για σωστή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε έναν λαό στερημένο και τραπεζωμένο από τη πολύχρονη σκλαβιά, αλλά υπερήφανο για τους αγώνες του για Ελληνισμό και Χριστιανισμό, δια μέσου των αιώνων. Έχοντας στη ψυχή μας τους στίχους:

Καρπασία και αν είσαι τώρα ρημαγμένη, απρόσιτη, ερημική, είσαι πατρίδα ελληνική, Όπως η Κρήτη, η Αττική, Το μαρτυρούν οι κάμποι σου και όλα τα ακρογιάλια, Όπου είχαν αράξει οι Αχαιοί με ελληνικά καράβια.

430. ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΗΣΑΝ ΣΤΗ ΕΠΑΡΧΙΑ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΚΥΠΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΑΓΓΛΙΚΗΣ ΚΑΤΟΧΗΣ (1878-1960)

Μ. Ταβλαντά[1], Ε. Παναγιώτου[1], J. Joanidhi[2], Α. Σαλίχου[2], Ν. Παράσχου[2], Μ. Γαρυφάλλου[2], Α. Μακρυγιάννη[2], Δ. Καβάκος[2], Μ. Ορφανού[2], Π. Ταβλαντάς[2]

[1]Επιστημονικός Συνεργάτης, [2]Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

ΣΚΟΠΟΣ: της έρευνάς μας αποτελεί η καταγραφή των ιατρικών υπηρεσιών και των ιατρών που κατάγονται κυρίως από τη επαρχία Αμμοχώστου και προσέφεραν τις υπηρεσίες τους στο δοκιμαζόμενο λαό της περιοχής μας, κατά τη διάρκεια της αγγλικής κατοχής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από τη βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ουσιαστική και σωστή περίθαλψη, άρχισε να προσφέρεται με την έναρξη της αγγλικής κατοχής το 1878, οπότε διορίστηκαν οι πρώτοι κυβερνητικοί ιατροί και κτίστηκαν τα πρώτα νοσοκομεία και Αγροτικά ιατρεία- Κέντρα Υγείας. Ενδεικτικά αναφέρουμε τους πρώτους ιατρικούς λειτουργούς: Dr W. H. MacNamara, Επαρχιακός Ιατρικός Λειτουργός από το 1880. Δρ Α. Κυριακίδης, Επαρχιακός Ιατρικός Λειτουργός από το 1879. Ο Ονούφριος Παυλίδης, πτυχιούχος του Πανεπιστημίου Παρισιών, ήταν ο πρώτος διορισθείς Αγροτικός Γιατρός. Υπηρέτησε με έδρα τη Γιαλούσα το 1899. Γιατροί που υπηρέτησαν στις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας τότε ήταν: Γεώργιος Γεννηματάς, από την Ελλάδα, ο οποίος κατά περιόδους από το 1890 διορίστηκε στην Αμμόχωστο και εργάστηκε αργότερα ως Αγροτικός Ιατρικός Λειτουργός σε μεγάλα αγροτικά κέντρα της Καρπασίας, όπως το Τρίκωμο και τη Γιαλούσα. Ο Σεργίδης Ευρυπίδης, στη δεκαετία 1910 - 1920 στην Αμμόχωστο. Ο Χρήστος Τερεζόπουλος, από το Δερβένιον Κορίνθου, υπηρέτησε ως Επαρχιακός γιατρός και στην Αμμόχωστο από το 1899. Ο Κυριάκος Χατζήμιχαήλ, από την Ακανθού, διορίστηκε Αγροτικός Ιατρικός Λειτουργός, από το 1910. Ο Μίκης και Σέργης Χατζημιχαήλ από την Ακανθού. Ο Φίλιππος Ιακωβίδης από το Τρίκωμο, υπηρέτησε μέχρι το 1930 ως Αγροτικός Ιατρικός Λειτουργός, αλλά και ως ιδιώτης, όπως οι περισσότεροι Αγροτικοί Ιατρικοί Λειτουργοί. Ο Νικόλαος Γιαννόπουλος ενεγράφηκε στο Μητρώο το 1899 και υπηρέτησε από το 1910 - 1930 ως Αγροτικός Ιατρικός Λειτουργός, κυρίως στη Γιαλούσα. Ο Μιλτιάδης Λαζαρίδης, υπηρέτησε από το 1905 στην Καρπασία και στη δεκαετία 1910 - 1920 στην Άχνα. Ο Halil Fikri, υπηρέτησε στη Βατυλή στη δεκαετία του 1920. Στη δεκαετία του 1930 υπηρέτησαν ως Αγροτικοί Ιατρικοί Λειτουργοί πολλοί άλλοι γιατροί, όπως: Π. Κούμας (Αμμόχωστος), Α. Ιωσηφάκης (Αμμόχωστος, Τρίκωμο), Κ. Ζαχαριάδης (Γιαλούσα), Μ. Λιασίδης (Βατυλή), Αλέξανδρος Παυλίδης (Τρίκωμο), Σ. Παστίδης (Λευκόνοικο), Π. Χατζηευτυχίου (Λύση), Παύλος Χατζηβαρνάβας (Τρίκωμο), από 1949, Χρ. Σ. Λαγούδης (Γιαλούσα) από 1956, Α.Κ.Καραγεώργης οδοντίατρος (Βαρώσι) από 1947, Π.Ε. Δημητριάδης Υγειονομικός γιατρός (1936), Ν. Σαββίδης επίτιμος οδοντίατρος (Αμμόχωστος) από το 1936, Ανδρέας Χατζηγαβριήλ (Γιαλούσα) από το 1939 υπηρέτησε για πολλά χρόνια ευσυνείδητα και αφιλοκερδώς τους κατοίκους της Γιαλούσας και των περιχώρων. Ο Μιχαλόπουλος Γ. Χρήστος γεννήθηκε στην Περιστερωνοπηγή, σπούδασε Ιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και αργότερα μετεκπαιδεύτηκε στο Παρίσι και στο Λονδίνο. Διορίστηκε το 1941 Επίτιμος Ιατρός (Honorary Surgeon) στο Λευκόνοικο, θέση που διατήρησε μέχρι το 1943. Ο Ατρείδης Γεώργιος γεννήθηκε στο χωριό Γύψου, Αμμοχώστου, σπούδασε ιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και ενεγράφη στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου το 1912. Πρωτοδιόρισε ως Αγροτικός γιατρός το 1915 και εργάστηκε το 1931 μέχρι το 1935 στο Λευκόνοικο. Ο Δημητριάδης Ε. Πολύκαρπος σπούδασε ιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και μετεκπαιδεύθηκε στην Υγειονολογία. Πρωτοδιόρισε στις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας το 1927. Υπηρέτησε στην Αμμόχωστο κατά τη διάρκεια του Β Παγκοσμίου πολέμου μέχρι τα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1950.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι Ιατρικές υπηρεσίες στη επαρχία Αμμοχώστου, στη περίοδο αυτή αναβαθμίσθηκαν με το διορισμό κυβερνητικών ιατρών στις πόλεις και τα χωριά και τη δημιουργία Αγροτικών ιατρείων. Ο κόσμος πραγματικά ανάσανε μετά από 300 χρόνια σκλαβιάς και μηδενικής προσφοράς στο χώρο των υπηρεσιών υγείας. Ο χρόνος σταμάτησε για την επαρχία μας το Αύγουστο του 1974, με χιλιάδες εκτοπισμένους από τις πατρογονικές τους εστίες και εκατοντάδες νεκρούς και σήμερα αποτελεί μελανό σημείο για τον Ελληνισμό και την ανθρωπότητα, που άμεσα και διαρκώς επικαιροποιούν τους στίχους του ποιητή:

Γη της πικραμένης Παναγιάς, Γη του λίβα, του άδικου χαμού

431. ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΜΑΥΡΟΓΕΝΗΣ (1792-1906)

Χ. Ιαβάτσο, Π. Ιαβάτσο, Φ. Ντζιώρα, Μ. Παπακυρίτσης

Royal Surrey County Hospital, Guildford, UK

Ο Απόστολος Μαυρογένης γεννήθηκε στη Πάρο από οικονομικά εύρωστη οικογένεια που κατείχε υψηλά ιστάμενες θέσεις. Η απώτερη καταγωγή του ήταν από την Κρήτη. Σε παιδική ηλικία η οικογένεά του εγκατέλειψε την Κρήτη λόγω των τουρκικών διωγμών και εγκαταστάθηκε στη Μυτιλήνη. Για λόγους ασφαλείας τον έστειλαν να ζήσει στο θείο του και πρέσβη της Τουρκίας στη Βιέννη.

Ο Μαυρογένης ήταν γλωσσομαθής καθώς μιλούσε γαλλικά, ιταλικά, αραβικά και τουρκικά. Ολοκλήρωσε τις ιατρικές του σπουδές το 1821 και με τον ενθουσιασμό της επανάστασης μαζί με 7 ιταλούς φίλους του ήρθε να συνδράμει στον Αγώνα. Γνωρίστηκε με το Θεόδωρο Κολοκοτρώνη, τον Παπαφλέσσα και το Νικηταρά και συμμετείχε στις μάχες στα Δερβενάκια και στη Δραμπάλα όπου αντιμετώπισε τον Ιμπραήμ Πασά. Παράλληλα υπηρετούσε ως ένας από τους ελάχιστους Έλληνες εκπαιδευμένους στρατιωτικούς ιατρούς προσφέροντας τη φροντίδα του στους σοβαρά τραυματίες.

Με την απελευθέρωση ο Καποδίστριας αναγνώρισε τις πολύτιμες υπηρεσίες και γνώσεις του και τον διόρισε ως τον πρώτο επίσημα αναγνωρισμένο στρατιωτικό ιατρό με μισθό 70 φοίνικες στο νοσοκομείο της Σαλαμίνας. Επίσης, ο Όθωνας του χορήγησε τιμητική σύνταξη, ενώ παρασημοφορήθηκε από το Γεώργιο τον Α΄.

Διατήρησε την πνευματική του διαύγεια ως τα βαθιά του γεράματα όπως φανερώνει η συνέντευξή του στο Ζαχαρία Παπαντωνίου για την εφημερίδα Script του 1904. Απεβίωσε στην Αθήνα σε ηλικία 114 ετών.

432. ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ

Χ. Ιαβάτσο, Π. Ιαβάτσο, Φ. Ντζιώρα, Μ. Παπακυρίτσης

Royal Surrey County Hospital, Guildford, UK

Βυζαντινός ιατρός του 15ου αιώνα. Μαθητής του Ιωάννη Αργυρόπουλου στον ξενώνα του Κράλλη στην Κωνσταντινούπολη. Γεννήθηκε στην Κορώνη της Μεσσηνίας ή κατά μία άλλη εκδοχή στην Κέρκυρα. Είχε δύο αδερφούς τον Ανδρέα και τον Εμμανουήλ, οι οποίοι ήταν και αυτοί μαθητές του Ιωάννη Αργυρόπουλου. Ταξίδεψε στην Ιταλία για να ολοκληρώσει τις ιατρικές σπουδές του και τελικά αποφάσισε να μονάσει στη Μονή Βατοπεδίου στον Άθω. Ο Πυρόπουλος δώρισε στη Μονή αντίτυπα του βιβλίου "Φυσική Ακρόασις του Αριστοτέλη" με την ιδιόχειρη αφιέρωση "τούτο το βιβλίον η Φυσική Ακρόασις του Αριστοτέλους υπάρχει εμού του αδιαδόχου και ευσεβείς και αμαρτωλοί και αφιερώθη εις τη Μονήν Βατοπεδίου". Έργα του βρέθηκαν σε κώδικα της Μονής Ιβήρων και στον ελληνικό ιατρικό κώδικα 27 της Εθνικής Βιβλιοθήκης της Βιέννης.
Σύμφωνα με τον Foerstec, στο βιβλίο του "De antiquitatius of libris manuscriptis constantinopolitalis" (1817) αναφέρεται ότι συνέγραψε το "Ιατροσόφιον του σοφού Πυρόπουλου", το οποίο αποτέλεσε την πηγή όλων των μεταγενέστερων ιατροσόφιων που χρησιμοποιούσαν οι εμπειρικοί θεραπευτές εώς και το 19ο αιώνα. Επίσης συνέγραψε το σημείωμα «Περί μέτρων και σταθμών» όπου αναλύει τα χρησιμοποιούμενα μέτρα και σταθμά στη φαρμακευτική της εποχής του.

433. ΟΙ ΠΕΡΙ ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΟΥ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΣΤΕΡΗ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ

Γ. Τσουκαλάς[1], Μ. Καραμάνου[1], Σ. Γιάτσιου[2], Κ. Λάιος[1], Ι. Τσουκαλάς[3], Γ. Ανδρούτσος[1]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Τμήμα Γενικής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, [3]Ιδιώτης Ιατρός, Χανιά

Οι απόψεις των παλαιών ιατρών συγγραφέων δεν διαφέρουν εν πολλοίς από τις σημερινές. Η σύγχρονη εξωτερική παροχέτευσή του Ε.Ν.Υ. ομοιάζει με αυτή της αρχαιότητας. Ο ιατρός Λεωνίδης ο Αλεξανδρινός συγγράφει κεφάλαιο «Περί υδροκεφάλων» όπου περιγράφει το «πάθος» και προτείνει την αντιμετώπισή του συντηρητικά και χειρουργικά, όπως επιμαρτυρεί ο Αέτιος ο Αμιδηνός. Οι Σωρανός, Φιλούμενος και Παύλος ο Αιγινήτης γνωρίζουν ότι ο συγγενής υδροκέφαλος μπορεί να προκαλέσει δυστοκία και συνιστούν θεραπευτικά, «Τέμνουμε την κεφαλή … έτσι ώστε να αποβληθεί το υδατώδες υγρό και να συρρικνωθεί…». Ο Γαληνός και ο Αρεταίος ο Καππαδόκης αναφέρονται στον υδροκέφαλο ακόμη και τον μεθαιμορραγικό, στα είδη του, καθώς και στον τρόπο κενώσεώς του. Σχετικά χωρία με τον υδροκέφαλο συγγράφουν οι Ηλιόδωρος και Αρχιγένης ο Απαμεύς. Ο Άντυλλος, όπως αναφέρει ο Ορειβάσιος, έγραψε ειδικό κεφάλαιο «Περί υδροκεφάλων». Ο Παύλος Αιγινήτης καταγράφει, «συμβαίνει στα νεογνά την ώρα του τοκετού, ακριβώς, όταν χωρίς προσοχή οι μαίες πιέσουν την κεφαλή, είτε από άγνωστη αιτία είτε εξαιτίας ρήξης αγγείου ή αγγείων, καθώς το χυμένο αίμα μεταβάλλεται σε ουσία ανενεργό… όσα την υποστούν παρουσιάζουν μεγάλη κεφαλή, με υπέρμετρη αύξηση του όγκου της, που δημιουργεί μεγάλη δυσμορφία. Τρεις είναι οι περιπτώσεις της υδροκεφαλίας, παρεμβάλλεται υγρό μεταξύ δέρματος και περικρανίου ή μεταξύ περικρανίου και οστού ή μεταξύ οστού και μήνιγγος». Ακολούθως περιγράφει τα συμπτώματα και τη θεραπεία, η οποία μπορεί να είναι είτε συντηρητική ανάλογα με την εντόπιση του υγρού, με τη χορήγηση κάπαρη, είτε χειρουργική αντιμετώπιση με την εξωτερική παροχέτευση του Ε.Ν.Υ., όπως ακριβώς γίνεται και σήμερα. Η παροχέτευση αφορά τόσο στο συγγενή όσο και στο μεθαιμορραγικό υδροκέφαλο. Οι ιατροί της αρχαιότητας δε συνιστούν τη χειρουργική επέμβαση στην περίπτωση των πολύ μεγάλων υδροκεφάλων, δηλαδή όταν όλες οι ραφές διίστανται, το μέτωπο προέχει πάρα πολύ και ο ασθενής έχει ατενές βλέμμα και δακρύζει συχνότερα από το συνηθισμένο.

434. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΓΑΛΕΙΟΘΗΚΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Σ. Κολιαντζάκη[1], Σ. Δημητρακόπουλος[2], Κ. Σώρρας[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [3]ΓΝ Πατρών Άγιος Ανδρέας

ΣΚΟΠΟΣ: Η άμεση αντιμετώπιση των ασθενειών προέβλεπε πλήθος χειρουργικών επεμβάσεων με ειδικά εργαλεία. Έτσι θέλουμε να παρουσιάσουμε τα εργαλεία που χρησιμοποιούσαν οι αρχαίοι Έλληνες ιατροί.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ως πηγές μας χρησιμοποιήθηκαν συγγράμματα της Ελληνικής και Ξένης βιβλιογραφίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:Οι ιατροί ήταν εφοδιασμένοι στα ιατρεία και στις επισκέψεις με σειρά εργαλείων και φάρμακα τα οποία μετέφεραν σε ειδική θήκη. Τέτοιες έχουν σωθεί από τους Ρωμαϊκούς χρόνους και εικονίζονται ανοιχτές σε μνημεία ιατρών και σαρκοφάγους. Πρώτη φορά βρέθηκαν σε έναν τάφο του 15ου αιώνα π.Χ. στη Ναυπλία. Υπήρχαν πολλά είδη μαχαιριών (το φλεβοτόμον, το αγκυλοτόμον, το σταφυλοτόμο, ο όνυξ, γαστρωτά με καμπύλη κόψη, άλλα με ελαφριά κοίλη κόψη κ.λ.π.), ψαλίδια, πριόνια, σμίλες, τρυπάνια για κρανιοανατρήσεις, καθετήρες από χαλκό ή μόλυβδο, μήλες, χειρουργικά άγκιστρα,, μοχλοί οστών, σπάτουλες, βελόνες συρραφής τραυμάτων, διάφορες λαβίδες και τανάλιες, ενδοσκόπια-διαστολείς, σικύες. Πολλά από αυτά παρουσιάζουν ιδιαίτερο πλούτο και λεπτή διακόσμηση, πράγμα που υπογραμμίζει τον πλούτο των κατόχων τους.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαφαίνεται λοιπόν ότι πολλά από τα εργαλεία της εποχής εκείνης στάθηκαν οι πρόγονοι των σημερινών χειρουργικών εργαλείων. Σημειωτέον δε ότι πολλά εξ αυτών μοιάζουν καταπληκτικά με αυτά που κυκλοφορούν σήμερα.

435. ΑΡΧΑΙΑ ΒΕΔΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Α. Χανιώτου[1], Ι. Μανώλης[2]

[1]ΓΟΝΚ [2]Κωνσταντοπούλειο ΓΝ Ν. Ιωνίας «ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ»

ΣΚΟΠΟΣ: να αναζητηθούν ιατρικές πληροφορίες για την ιατρική στην αρχαία Ινδία.
ΜΕΘΟΔΟΣ: αναζήτηση πληροφοριών στη βιβλιογραφία και το διαδίκτυο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ιστορία της αρχαίας βεδικής ιατρικής ξεκινά πολύ προ της χριστιανικής περιόδου και για πολλούς αιώνες ήταν εξ ολοκλήρου στα χέρια των βραχμάνων οι οποίοι είχαν κτίσειακόμη και νοσοκομεία για την περίθαλψη των ασθενών.
Ιατρικές πληροφορίες για τη βουδιστική περίοδο χρονολογούνται από τον 5ο π.χ. αιώνα. Η αγιουρβέδα (βέδα =γνώση, της μακροζωίας) περιέχει τις παραδόσεις που μεταβιβάσθηκαν από τον Βράχμα και πραγματεύεται τους διάφορους κλάδους της ιατρικής σε οκτώ μέρη.
Εσωτερική ιατρική
Χειρουργική
Τοξικολογία
Θεραπεία ασθενειών κεφαλής και λαιμού
Αντιμετώπιση της κατάληψης από κακά πνεύματα και άλλων διανοητικών διαταραχών
Παιδιατρική
Γηριατρική περιλαμβανομένης της θεραπείας αναζωογόνησης
Επιστήμη των αφροδισιακών
Η βραχμανική ιατρική βασίζονταν στο πρότυπο των «χυμών» αναγνωρίζοντας την ύπαρξη πέντε βασικών αρχών (γη, νερό, φωτιά, αέρας, ουρανός), δύο ποιοτήτων (θερμό, ψυχρό), τριών υγρών (χολής, φλέγματος, «αέρος»), έξι σωματικών στοιχείων (χυλός, αίμα, σάρκα, οστά, μεδούλι, σπέρμα), καθώς και την επονομαζόμενη ζωτική δύναμη. Η ισορροπία των υγρών αποτελούσε την πεμπτουσία της υγείας. Αυτές είναι οι ζωτικές αρχές, επί των οποίων οι τροφές τα φάρμακα, τα γιατρικά ασκούσαν μια επίδραση καθοριζόμενη από το γενικό τους αποτέλεσμα, από τη χημική τους σύνθεση και από τη φυσιολογική τους δράση. Η νόσος προερχόταν από τις ανώμαλες σχέσεις μεταξύ των στοιχείων αυτών. Σημαντικές φαρμακευτικές πληροφορίες παρέχονται από τα ιερά βιβλία Βέδες (αρχαιότερο 2000 π.Χ.). Η χρήση των φαρμάκων συνοδευόταν από επικλήσεις προς τις θεότητες.
Οι Ινδοί γνώριζαν και χρησιμοποιούσαν φαρμακευτικά φυτά σαν εκτρωτικά, αφροδισιακά. Παρασκεύαζαν αρώματα για να καλύψουν την οσμή ή να βελτιώσουν την γεύση των φαρμάκων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ινδική ιατρική του 5ου αιώνα π.χ φαίνεται τελείως συστηματοποιημένη και χαρακτηριστική της φιλοσοφίας και του πολιτισμού τους.

436. ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ, ΠΥΡΕΤΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ

Γ. Τσουκαλάς[1], Σ. Γιάτσιου[2], Ι. Τσουκαλάς[3]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Τμήμα Γενικής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, [3]Ιδιώτης Ιατρός, Χανιά

Ο Ιπποκράτης θεωρείται ως ο ιδρυτής της Ιατρικής και ως μέγιστος παθολόγος της εποχής του. Η αποδελτίωση των έργων του Πατέρα της Ιατρικής και σπουδαίου ιατρού και φιλοσόφου, συγκεντρώνει μία πλειάδα απόψεων σχετικές με τους πυρετικούς σπασμούς στην παιδιατρική. Καταγράφεται για τους σπασμούς των παίδων, «Τα παιδιά προσβάλλονται από σπασμούς όταν ο πυρετός είναι υψηλός, (καθώς) δεν ενεργούνται ή βασανίζονται από αϋπνία και τρόμους ή κλαίνε ή το χρώμα τους είναι παθολογικό και το πρόσωπό τους ή μελανιασμένο ή κόκκινο. Τα φαινόμενα αυτά παρατηρούνται συχνότερα σε μικρά παιδιά μέχρι της ηλικίας των επτά ετών», «Άτομα που έχουν υπερβεί το έβδομο έτος της ηλικίας τους δεν κυριεύονται από σπασμούς κατά το διάστημα του πυρετού, σε διαφορετική περίπτωση είναι ολέθριο τούτο». Πιθανότατα χρησιμοποιεί τον όρο «ολέθριο» για να κάνει την πρόγνωση της λοίμωξης του ΚΝΣ. Πιστεύει ότι σπασμοί μπορεί να παρουσιαστούν στα παιδιά κι όταν αυτά αισθάνονται βάρος στο κεφάλι, έχουν πόνους στην καρδία και κάνουν εμετούς χολώδεις και βλεννώδεις. Θεραπευτικά συνιστά, «Τους σπασμούς θα θεραπεύετε με τον ακόλουθο τρόπο, να ανάψετε φωτιά και από τις δύο πλευρές του κρεβατιού, θα δώσετε ποτό από μανδραγόρα σε μικρή δόση ώστε να μην προκαλέσει παραλήρημα και θα τοποθετήσετε στους τένοντες προς το πίσω μέρος μικρούς ζεστούς ασκούς». Στην περίπτωση νεαρού ασθενούς «Χρησιμοποιήθηκαν θερμαντικά μέσα με ασκούς κι επιθέματα από ρόβια (ετήσιο φυτό ervum ervillia), σε όλο το σώμα, έγιναν επίσης υποκλυσμοί σ' αυτόν (τον άρρωστο)». Πολλές από τις απόψεις του Ιπποκράτη ισχύουν μέχρι σήμερα και συντέλεσαν πάρα πολύ στη συστηματοποίηση και την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης.

437. ΤΑ ΚΕΙΜΕΝΑ «ΠΟΛΙΤΕΙΑ» και «ΝΟΜΟΙ» ΤΟΥ ΠΛΑΤΩΝΟΣ ΑΝΑΔΕΙΚΝΥΟΥΝ ΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

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

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [2] Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, [3]ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Η έρευνά μας αποσκοπεί στην μελέτη των έργων του Πλάτωνα με στόχο την καταγραφή των απόψεων του σχετικά με έλεγχο των γεννήσεων της εποχής εκείνης.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ως πηγή χρησιμοποιήθηκαν τα κείμενα του Πλάτωνος «ΠΟΛΙΤΕΙΑ» και «ΝΟΜΟΙ». Από τις βιβλιογραφικές πηγές αντλήθηκαν στοιχεία που αναφέρονται στο έλεγχο του πληθυσμού της εποχής.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην κείμενά του ο Πλάτωνας παρουσιάζει τα πρώτα σπέρματα του οικογενειακού προγραμματισμού, του «ελεγχόμενου πληθυσμού». Μιλά για τη σκοπιμότητα νομοθετικής ρύθμισης του πληθυσμιακού δυναμικού με πρόβλεψη το ανθρώπινο πλεόνασμα δια του αποικισμού να αποστέλλεται εκτός των ορίων του κράτους προς αναζήτηση της τύχης του ή με το πρόσχημα του ευγονισμού. Από εδώ και στο εξής όλοι σχεδόν οι φιλόσοφοι προτείνουν απροκάλυπτα τα υπάρχοντα μέσα όπως η άμβλωση, η έκθεση και η βρεφοκτονία. Ο Πλάτων προτείνει ως προληπτικό της τεκνογονίας τον αριθμητικό έλεγχο των γάμων, την νουθεσία προς τους νιόπαντρους και την στέρηση τιμών σε όσους επιμένουν στην πολυτεκνία. Προσδιορίζει ως επαρκή αριθμό τέκνων 1 αγόρι και 1 κορίτσι ανά οικογένεια.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα αναγραφόμενα στα Πλατωνικά κείμενα διαφαίνεται ότι και τότε απασχολούσε την Πολιτεία ο έλεγχος των γεννήσεων. Έχουμε λοιπόν την προβολή του οικογενειακού προγραμματισμού, θέση ιδιαίτερα σύγχρονη αλλά συνάμα και τόσο παλιά. Οι απόψεις του Πλάτωνα απετέλεσαν την απαρχή της ιδέας του οικογενειακού προγραμματισμού του σήμερα.

438. ΔΗΜΟΚΗΔΗΣ Ο ΚΡΟΤΩΝΙΑΤΗΣ. Ο ΕΛΛΗΝΑΣ ΙΑΤΡΟΣ ΣΤΗΝ ΑΥΛΗ ΤΟΥ ΔΑΡΕΙΟΥ

Σ. Κολιαντζάκη[1], Σ. Δημητρακόπουλος[2], Κ. Σώρρας[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [3]ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Η έρευνά μας αποσκοπεί στη παρουσίαση του ιατρού Δημοκήδη από τον Κρότωνα στην Περσική Αυλή.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκοπήθηκαν έργα επιφανών Ελλήνων, ξένων ιστορικών της Ιατρικής καθώς και των κειμένων του Ηροδότου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ήταν γιος του Ασκληπιάδη γιατρού Καλλιφώντα. Εξ αιτίας του οργίλου χαρακτήρα του πατέρα του μετανάστευσε από τον Κρότωνα στην Αίγινα στερούμενος τα στοιχειώδη μέσα για την άσκηση της ιατρικής. Κατόρθωσε όμως να διαπρέψει. Από το 2ο έτος της παραμονής του στην Αίγινα του έδιναν μισθό ένα τάλαντο για τις υπηρεσίες του, το 3ο έτος οι Αθηναίοι 100 μνες και το 4ο ο Πολυκράτης, ο τύραννος Σάμου με 2 τάλαντα. Με δόλο τον καλεί στη Μαγνησία ο Πέρσης σατράπης Ορσίτης και τον κρατά αιχμάλωτο. Μετά από πτώση του Δαρείου και τραυματισμού του στο πόδι (διάστρεμμα) αναζητείται λόγω της φήμης του και σιδηροδέσμιος οδηγείται για να τον θεραπεύσει. Αρχικά αρνείται τις ιατρικές του γνώσεις, αλλά κατόπιν βασανιστηρίων ομολογεί και θεραπεύει τον Πέρση βασιλιά ενώ έχουν αποτύχει οι Αιγύπτιοι γιατροί του. Ως χάρη ζητά τη διατήρηση της ζωής των συναδέλφων του. Στην συνέχεια θεραπεύει τη γυναίκα του Δαρείου Άτοσσα από «φύμα» στο μαστό. Ως αντάλλαγμα ζητά από την Άτοσσα να μεσολαβήσει στον Δαρείο και να ορισθεί ως επικεφαλής των Περσών κατασκόπων που πηγαίνουν στην Ελλάδα πριν τους Περσικούς πολέμους. Φτάνοντας στον Τάραντα καταφέρνει να διαφύγει από τους Πέρσες και εγκαθίσταται στον Κρότωνα. όπου και ζει την υπόλοιπη ζωή του και διδάσκει στην Κροτωνιάδα ιατρική σχολή.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στη μορφή αποτυπώνεται η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού-ασθενούς (Άτοσσα-Δημοκήδης), η αποχή από σεξουαλικές πράξεις με γυναίκες ασθενείς – Ιπποκράτειος όρκος-, η προφύλαξη ιατρών που έσφαλλαν από άλλους ομότεχνούς τους και η έξοχη κλινική ικανότητα και εμπειρία στη χειρουργική της Ελληνικής Δυτικής Ιατρικής. Ήταν τιμή για την αρχαία Ελληνική ιατρική η ύπαρξη ενός ιατρού αυτού του διαμετρήματος στη Περσική αυλή.

439. ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ ΠΕΡΙ ΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΔΥΣΕΝΤΕΡΙΑΣ-ΛΕΙΕΝΤΕΡΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Γ. Τσουκαλάς[1], Κ. Λάιος[1], Μ. Καραμάνου[1], Σ. Γιάτσιου[2], Ι. Τσουκαλάς[3]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Τμήμα Γενικής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, [3]Ιδιώτης Ιατρός, Χανιά

Ο Ιπποκράτης αναγνώρισε το σοβαρό κίνδυνο κατά την έξαρση των συμπτωμάτων παιδικής εντερίτιδας και κυρίως στα βρέφη, στα μικρά παιδιά, αλλά και στα έμβρυα. Στην Ιπποκρατική Συλλογή γίνεται λόγος περί των εντεριτίδων και δυσεντεριών που εμφανίζονται το καλοκαίρι και το φθινόπωρο, περιγράφοντας χαρακτηριστικά τους εμέτους, τις αναγωγές, τις κενώσεις και τη «στραγγουρία» (στάγδην έκκριση ούρων), δηλαδή τη δυσουρία που δεν προκαλείται από πάθηση των νεφρών. Στις περιγραφές αναφέρεται, «Ανάμεσα στα άτομα που έχασαν τη ζωή τους (από γαστρεντερικές διαταραχές), τα περισσότερα ήταν παιδιά, βρέφη σχεδόν». Ο Ιπποκράτης επιμένει πως το μόνο αγαθό σύμπτωμα, που έσωσε πολλούς αρρώστους από μεγάλους κινδύνους, αφορούσε στις περιπτώσεις που είχε «εμφανισθεί η στραγγουρία». Οι έμετοι είναι κλινική εκδήλωση νόσου του πεπτικού συστήματος των παίδων και η σύστασή τους έχει μεγάλη διαγνωστική και προγνωστική αξία. Είναι σαφέστατος ο διαχωρισμός των εμέτων από τον Ιπποκράτη σε χρήσιμους και σε παθολογικούς. Οι δύσοσμοι έμετοι έχουν κακή πρόγνωση, γιατί προμηνύουν ότι οι άρρωστοι θα καταλήξουν. Θεραπευτικά συνιστά, «Για να σταματήσετε τον εμετό: χυμός ωκύμου (βασιλικός, ocinum) μέσα σε άσπρο κρασί. Άλλο: νερό όπου θα έχει βράσει αλεύρι από ανοιξιάτικο σιτάρι, ή χυμός από γλυκά και ξινά ρόδια και ανακατωμένος έπειτα με μέλι». Ο Ιπποκράτης περιγράφει με σαφήνεια την αφυδάτωση που προκαλείται σε περιπτώσεις παρατεινόμενου διαρροϊκού συνδρόμου, «Οι συνεχείς και μακροχρόνιες λειεντερίες, που βρίσκονται σε ταραχή κάθε ώρα, θορυβώδεις ή μη... και έχουν κενώσεις πολύ ωμές ή μελανές ή λείες και δύσοσμες, είναι όλες κακής μορφής. Γιατί προκαλούν δίψα, πραγματικά, και δεν κατευθύνουν τα υγρά στην κύστη, ώστε να υπάρχει διούρηση, εξελκώνουν το στόμα, προκαλούν στο πρόσωπο ερύθημα με έπαρση του δέρματος και εφελκίδες με χρώματα όλων των ειδών προκαλούν ζυμώσεις στην κοιλία, την καθιστούν ρυπαρή και τη γεμίζουν με ρυτίδες (ελάττωση της σπαργής του δέρματος). Η νόσος αυτή έχει ανάγκη από θεραπεία έως ότου τα ούρα αρχίσουν να τρέχουν (αποκατάσταση διούρησης) ανάλογα με τα υγρά που λαμβάνει ο ασθενής, το σώμα αρχίσει να τρέφεται από τροφή που παίρνει και το κακό χρώμα να εξαφανισθεί. Η έδρα (το ορθό) μετατοπίζεται (προπίπτει) στα παιδιά που έχουν λίθους και υποφέρουν από μακροχρόνιες και γνήσιες δυσεντερίες (ινώδης κυστική νόσος του παγκρέατος;)».

440. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Α. Χανιώτου[1],. Μανώλης[2]

[1]ΓΟΝΚ [2]Κωνσταντοπούλειο ΓΝ Ν. Ιωνίας «Αγία Όλγα»

ΣΚΟΠΟΣ: Να ερευνηθεί η σημασία της νοσηλευτικής επιστήμης και η παρουσία της στην αρχαία Ελλάδα.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ερευνήθηκε η βιβλιογραφία και αναζητήθηκαν πληροφορίες από το διαδίκτυο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η νοσηλευτική στην αρχαιότητα δεν είχε την ίδια σημασία που έχει σήμερα. Δεν ήταν επάγγελμα αλλά περισσότερο αναφερόταν στη φροντίδα στα στενά οικογενειακά πλαίσια.
Ο συνήθης χώρος νοσηλείας ήταν το σπίτι του ασθενούς, παρά το ότι υπήρχαν και τα Ασκληπιεία, χώροι παροχής νοσηλευτικών αλλά και θρησκευτικών υπηρεσιών με σκοπό την ίαση.
Η σύζυγος Ηπιόνη και η κόρη Ιασώ του Ασκληπιού ήταν νοσηλεύτριες.
Από τα αρχαία χρόνια όπως και σε άλλους λαούς έτσι και στην Ελλάδα λόγω των συχνών πολέμων παρουσιάστηκε η ανάγκη για νοσηλεία των τραυματιών. Ο Σόλων των Αθηνών και ο Λυκούργος της Σπάρτης θέσπισαν κανόνες για την περίθαλψη των τραυματιών των πολέμων.
Η Εκαμήδη του Νέστορος αναφέρεται ως η πρώτη Ελληνίδα νοσηλεύτρια στον Τρωικό πόλεμο. Ο Όμηρος αναφέρει ότι οι ήρωες περιέθαλπαν τα τραύματα των συντρόφων τους μετά τη μάχη, ενεργούντες ως ιατροί και νοσηλευτές, παρά το ότι αναφέρεται ο Μαχάων σαν επαγγελματίας ιατρός και η Εκαμήδη σαν επαγγελματίας νοσηλεύτρια.
Επίσης, ο Ιπποκράτης στα συγγράμματά του εκτός από Ιατρική, διδάσκει με λεπτομέρειες την τέχνη του νοσηλεύειν και θέτει τις βάσεις για την ολιστική θεώρηση του ασθενούς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η αρχαία Ελλάδα κληροδότησε στη Νοσηλευτική υψηλές αξίες. Η θεώρηση του ασθενούς ως όλου προσώπου κατά τη νοσηλεία και η αντιμετώπισή του ως ενιαίου ψυχοσωματικού όντος, αποτελούν τις κυριαρχούσες ιδέες της Νοσηλευτικής. Οι σύγχρονες απόψεις περί ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης και ανθρωπιστικής νοσηλευτικής φροντίδας, πηγάζουν από τη Νοσηλευτική της Αρχαίας Ελλάδας.

441. Ο ΣΩΡΡΑΝΟΣ Ο ΕΦΕΣΣΙΟΣ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ. ΤΟ ΑΛΑΤΙΣΜΑ ΩΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

Σ. Κολιαντζάκη, Σ. Δημητρακόπουλος[2], Κ. Σώρρας[3]

[1] Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [3]ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Η σύγκριση των απόψεων Σωρρανού του Εφέσσιου και εμπειρικών σχετικά με την υγειονομική συνήθεια του αλατίσματος του νεογνού.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η έρευνα μας επιτελέσθηκε μέσα από μελέτη και ανάλυση των Γυναικείων Α –Β του Σωρρανού του Εφέσσιου, καθώς συγχρόνων αναλυτών της λαϊκής μας παράδοσης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέθοδος του αλατίσματος ως μια από τις πρώτες φροντίδες στο νεογνό είναι μια πανάρχαια συνήθεια, εφαρμοζόμενη από Σκυθές και Έλληνες. Το πασπάλισμα του νεογνού με αλάτι ακολουθούσε την περίδεση του ομφάλιου λώρου και γινόταν προκειμένου να σφίξει το δέρμα του νεογνού και γιατί το αλάτι έχει αντισηπτικές ιδιότητες κατάλληλες για τις λοιμώδεις δερματοπάθειες που απειλούσαν το νεογνό. Ιδιαίτερα με το θέμα αυτό ασχολήθηκε ο Σωρρανός ο Εφέσσιος. Θεωρούσε απαραίτητο στη φροντίδα του βρέφους το αλάτισμα για να διαλυθεί η κρούστα που σχηματίζεται από το γλοιώδες του αίματος στο σώμα του νεογέννητου, να δυναμώσει το δέρμα του και να είναι δυσπρόσβλητο στη δημιουργία των εξανθημάτων. Συνιστούσε λεπτόκοκκο αλάτι (άχνη), αλάτισμα όλου του σώματος πλην ματιών και στόματος. Προτείνει την πρόσθεση μελιού ή λαδιού ή κριθαρόνερου ή μολόχας για τον περιορισμό της καυστικότητας του άλατος. Μετά το πρώτο αλάτισμα προτείνει τη πλύση του νεογνού με νερό και την εφαρμογή του αλατίσματος για δεύτερη φορά. Αναφορά για το αλάτισμα έχουμε και στον Ορειβάσιο. Το αλάτισμα το συναντάμε στον Ελλαδικό χώρο στην εμπειρική ιατρική και διατηρήθηκε μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα. Μετά τον τοκετό η μαμή αλατίζει το μωρό και το παραδίδει στους γονείς. Πραγματοποιείτο για τους ίδιους λόγους που ήδη έχουν προαναφερθεί αλλά και όπως αναφέρει ο λαός για να μην είναι «άνοστο», όταν μεγαλώσει. Η λαϊκή παράδοση συσχετίζει το επίθετο «Ξανάλατος» από τη Δωρίδα με την συνήθεια του αλατίσματος.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Προκύπτει ότι η συνήθεια αυτή όχι μόνο διατηρήθηκε αλλά και επηρέασε τη λαϊκή μας ιατρική και έφτασε σχεδόν ως και τις μέρες μας.

442. ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΚΟΙΤΙΔΑΣ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη[2], Α. Σαλταμαύρος[3], Κ. Σώρρας[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, [3]ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Να γνωστοποιηθεί πως ένας μύθος οδήγησε στην πραγμάτωση του μέσου για την επιβίωσης προώρων νεογνών καθώς και η λήψη πληροφοριών για τις γνώσεις της ιατρικής και του εξοπλισμού στο πέρασμα του χρόνου.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα στοιχεία μας αντλήθηκαν από την Ελληνική και Διεθνή βιβλιογραφία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η γνώση για την ύπαρξη της πρώτης θερμοκοιτίδας μας έρχεται από την Ελληνική μυθολογία με την γέννηση του Διονύσου. Ο Διόνυσος γεννήθηκε πρόωρα ως εξαμηνίτικο βρέφος. Για να επιβιώσει και να συμπληρωθεί ο υπόλοιπος χρόνος εγκυμοσύνης τον παρέλαβε ο Δίας, ο οποίος τον έκλεισε στον μηρό του και όταν ολοκληρώθηκε ο χρόνος τον έβγαλε από τον μηρό του (ονομάστηκε μηροτραφής). Από το μύθο περνούμε στη πραγματικότητα το 1844 όταν ο διάσημος Γερμανός μαιευτήρας-γυναικολόγος επινόησε κιβώτιο (πρόγονο της σημερινής θερμοκοιτίδας) για τη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος σε ασθενικά και πρόωρα νεογνά. Στη συνέχεια ο επιφανέστατος Γάλλος μαιευτήρας-γυναικολόγος Tarnier γύρω στο 1870 επινόησε το ομώνυμο κιβώτιο (incubateur), για πρόωρα νεογνά που περιείχε ελεγχόμενο θερμομετρικά νερό. Η επινόηση της θερμοκοιτίδας του Tarnier, βελτιώθηκε διασφαλίζοντας τις απαραίτητες συνθήκες επιβίωσης των προώρων και λιποβαρών σήμερα νεογνών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Διαφαίνεται λοιπόν ότι η σκέψη της θερμοκοιτίδας είναι πολύ παλιά και με Ελληνική προέλευση (γέννηση Διονύσου). Η πραγμάτωση του μύθου όμως έρχεται αρκετούς χρόνους αργότερα μέσα από την επινόηση των επιφανέστατων ιατρών δίνοντας τη δυνατότητα επιβίωσης στα καταδικασθέντα σε θάνατο πρόωρα νεογνά.

443. ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ. ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ ΣΤΟΝ HOLMES ΚΑΙ SEMMELWEISS

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη[2], Α. Σαλταμαύρος[3], Β. Τσιτσής[1], Κ. Σώρρας[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα, ΓΝ Πύργου, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης,[3]ΓΝ Πατρών Άγιος Ανδρέας

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη μας αποσκοπεί στη συγκριτική θεώρηση του επιλόχειου πυρετού κατά τον Ιπποκράτη και στους νεότερους 1809-1894 κατά Holmes και Semmelweiss.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ως πηγές μας χρησιμοποιήθηκαν συγγράμματα Ελληνικής και Ξένης βιβλιογραφίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Ιπποκράτης είχε τονίσει ότι κατά τον τοκετό στο σώμα της επιτόκου μπαίνουν «δαιμόνια», που πολλές φορές οδηγούν στο θάνατο, και ότι τα δαιμόνια αυτά τα μεταφέρει από επίτοκο σε επίτοκο, ο γιατρός ή η μαία αν δεν έχουν πλύνει τα χέρια τους. Ο Holmes (Αμερικανός μαιευτήρ) τόνιζε ότι όσοι ασχολούνται με τοκετούς δεν πρέπει να συμμετέχουν σε νεκροψίες γυναικών αποθανόντων από επιλόχειο πυρετό. Αν ο γιατρός παρευρεθεί σε τέτοια νεκροψία οφείλει να αλλάξει ενδυμασία, να πλυθεί σχολαστικά και να μεσολαβήσει ένα 24ωρο πριν αναλάβει τον επόμενο τοκετό. Ο γιατρός που θεράπευε επιλόχειο πυρετό πρέπει να θεωρεί τον εαυτό του φορέα και να λάβει αυστηρά προφυλακτικά μέτρα (ακόμα και αποχή από τοκετούς). Αν είχε περισσότερα από ένα σχετικά περιστατικά οφείλει να απέχει από την εργασία του τουλάχιστον για ένα μήνα. Θεωρεί εγκληματική την μολυσματικότητα του ιατρού και την ανεπαρκή λήψη προφυλακτικών μέτρων υγιεινής. Ο Semmelweiss ταυτόχρονα στην Βιέννη επειδή ο επιλόχειος πυρετός θέριζε τις επίτοκες ασχολήθηκε με τη διερεύνηση των αιτιών και κατέληξε στο συμπέρασμα ακριβώς στα ίδια συμπεράσματα με τον Holmes. Ο Semmelweiss προς αντιμετώπιση της νόσου εφάρμοσε την αντισηψία πριν την ανακάλυψή της συντελώντας στην εφαρμογή και της ασηψίας. Οι ιδέες του δεν έγιναν αποδεκτές παρά μόνο μετά τον θάνατό του οπότε χαρακτηρίστηκε και ως «Σωτήρας των Μητέρων».
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαφαίνεται λοιπόν ταύτιση των απόψεων του Ιπποκράτη με τους νεώτερους ιατρούς. Η συνεισφορά τόσο των Ιπποκράτειων θεωριών όσο και των νεότερων στην ιατρική επιστήμη είναι αναμφισβήτητα τεράστια

444. Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ

Σ. Στυλιανίδου

Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, ΓΝΘ Παπαγεωργίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση είναι μια συστηματική εκπαιδευτική προσπάθεια που έχει ως στόχο να διευκολύνει τη μεταβολή της ιατρικής πρακτικής. Η άσκηση της ιατρικής έχει αλλάξει ριζικά τα τελευταία χρόνια. Οι αλλαγές συνεχίζουν αφού οι ανάγκες τροποποιούνται συνεχώς.
ΣΚΟΠΟΣ: Οι πολλές και μεγάλες αλλαγές που έχουν ήδη συντελεσθεί στο χώρο της υγείας δικαιολογούν την ανάγκη για συνεχή, δια βίου, εκπαίδευση.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ενώ το πρότυπο της νοσηρότητας του πληθυσμού δε φαίνεται να έχει μεταβληθεί σημαντικά, η αύξηση του μέσου όρου ζωής, στις ανεπτυγμένες τουλάχιστον χώρες, έχει τροποποιήσει τη δομή των υπηρεσιών υγείας, αφού υπολογίζεται ότι περίπου το 50% των κονδυλίων για την υγεία δαπανάται για τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Η ανάγκη επομένως για ενίσχυση της πρόληψης, αλλά και για κατ' οίκον φροντίδα των ηλικιωμένων είναι προφανής. Απαιτούνται αλλαγές που να εγγίζουν τα όρια της μεταβολής του περιβάλλοντος των ασθενών, αλλά και της γενικότερης δομής της κοινωνίας καθώς και αύξηση των δαπανών.
Επίσης, η πρόοδος στην τεχνολογία είχε μείζονες επιπτώσεις στην ανάπτυξη διαγνωστικών αλλά και επεμβατικών τεχνικών, στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων και γενικά στην ιατρική πρακτική. Στην ακτινοθεραπευτική ογκολογία για παράδειγμα η θεραπεία με το κοβάλτιο, εξελίχθηκε σε θεραπεία με γραμμικό επιταχυντή, με IMRT, TomoTherapy, στερεοτακτική ακτινοθεραπεία Cyberknife και Gammaknife. Η υιοθέτηση νέων τεχνολογιών φέρει δυσκολίες και προβληματισμό κυρίως σε ότι αφορά την βελτίωση παροχής υπηρεσιών του προσωπικού υγείας. Επίσης, έχει ήδη αρχίσει η μετακίνηση της παροχής υπηρεσιών από τα νοσοκομεία προς τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας, προς εξειδικευμένες μονάδες παροχής υπηρεσιών, αλλά και προς την κατ' οίκον περίθαλψη. Ενισχύεται η τάση για δημιουργία μονάδων ημερήσιας νοσηλείας, αλλά και ξενώνων.
Η άλλη μεγάλη αλλαγή που έχει συντελεσθεί είναι η δυνατότητα όλο και μεγαλύτερου αριθμού πολιτών να καταφεύγουν σε πηγές πληροφοριών, όπως π.χ. το Internet και να ενημερώνονται για τη φύση της νόσου, τις δυνατότητες θεραπείας, την πρόγνωση αλλά και τα εξειδικευμένα κέντρα παροχής υπηρεσιών. Η ανάγκη για νέους τρόπους επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς προβάλλει επιτακτική.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μία τόσο μακρά και πολύπλευρη εκπαίδευση όπως είναι η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση δεν μπορεί εύκολα να ενταχθεί σε απλούς εκπαιδευτικούς κανόνες. Παρά την ευρύτατη υιοθέτηση της ανάγκης για Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση και παρά τις ποικίλες σε δομή και περιεχόμενο απόπειρες εφαρμογής, η εντελώς πρόσφατη βιβλιογραφία γέμει αναφορών για θεωρητικά και πρακτικά προβλήματα, που αφορούν αυτό το είδος εκπαίδευσης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το συνεχώς μεταβαλλόμενο πρότυπο άσκησης της ιατρικής απαιτεί και αντίστοιχες αλλαγές στο ρόλο του ιατρού και κάνει επιτακτική την ανάγκη για Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση. Αυτή, οφείλει να έχει ένα σαφώς πρακτικό ρόλο, αφού ο επαγγελματίας έχει ως ισχυρό κίνητρο την επίλυση των προβλημάτων της καθημερινής του πρακτικής και όχι την ενίσχυση της θεωρητικής του κατάρτισης. Η πρακτική εφαρμογή της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης συναντά δυσκολίες, η υπερνίκηση των οποίων δεν έχει γενικούς κανόνες. Το να βιώνει κανένας την ανάγκη για αλλαγές της επαγγελματικής συμπεριφοράς αποτελεί καθ' εαυτό, ένα πολύ ισχυρό κίνητρο για τη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση.

445. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΤΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΑΡΧΙΑΤΡΟΥ ΣΟΛΩΝΑ ΧΩΜΑΤΙΑΝΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΧΕΡΣΑΙΩΝ ΚΑΙ ΘΑΛΑΣΣΙΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΒΑΛΚΑΝΙΚΟΥΣ ΠΟΛΕΜΟΥΣ 1912-13

Κ. Μαμμάς, Α. Διαμαντής

Γραφείο Ιστορίας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η εργασία αναλύει τις προδιαγραφές, την οργάνωση και τα πεπραγμένα της υγειονομικής υπηρεσίας του Ελληνικού Στρατού υπό τον Διευθυντή Υγειονομικού Αρχίατρο Σόλωνα Χωματιανό στην περίοδο των Βαλκανικών πολέμων (1912-13).
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναλύθηκαν κατά την περίοδο των Βαλκανικών πολέμων (1912-13): 1. Η Ιστορία της Στρατιωτικής Ιατρικής στην Ελλάδα, από την Επιστημονική Ενωση Υγειονομικών Ενόπλων Δυνάμεων, 2. Οι «Αναμνήσεις» του Καθηγητού Μ. Γερουλάνου, και χρησιμοποιήθηκε 3. Οπτικό υλικό του αρχείου του πολεμικού μουσείου με βάση: 1. Την αναδιοργάνωση της υγειονομικής υπηρεσίας στρατού από τη Γαλλική Στρατιωτική Αποστολή, το 1912, 2. Το έμψυχο και άψυχο υλικό που χρησιμοποιήθηκε, 3. Τις λεπτομέρειες της οργάνωσης νοσοκομείων και χειρουργείων καθώς και της εφαρμογής των μέτρων πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας των απωλειών υγείας κατά: α. Τον Ελληνο-Τουρκικό Πόλεμο, β. Το μεσοδιάστημα μεταξύ των δύο πολέμων, γ. Τον Ελληνο-Βουλγαρικό πόλεμο, 5. Τη συστράτευση των υγειονομικών δυνάμεων του έθνους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η Διεύθυνση του Ελληνα Αρχιάτρου Σόλωνα Χωματιανού σε συνεργασία με τον Διευθυντή του Υπουργείου Στρατιωτικών Γάλλο Αρχίατρο Odillon Arnaux, ήταν καθοριστική όχι μόνο για την υγειονομική υποστήριξη των χερσαίων και θαλασσίων επιχειρήσεων του Ελληνικού Στρατού, αλλά για τη νικηφόρα έκβαση των Βαλκανικών Πολέμων (1912-13). Η θνητότητα των τραυμάτων στον Ελληνο-Τουρκικό πόλεμο ήταν 0.9% και στον Ελληνο-Βουλγαρικό 1.04%.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η δράση του Ελληνα Αρχιάτρου Σόλωνα Χωματιανού, στον εκσυγχρονισμό, την αναδιοργάνωση και εκτέλεση των επιχειρήσεων υγειονομικής υποστήριξης των χερσαίων και θαλασσίων επιχειρήσεων του Ελληνικού Στρατού, κατά τους Βαλκανικούς Πολέμους 1912-13, ήταν όχι μόνο ουσιαστική και αποτελεσματική, αλλά ξεπέρασε σε επίπεδο πολυπλοκότητας, οργάνωσης και απόδοσης άλλες, μεγαλύτερης έκτασης εκστρατειών ευρωπαϊκού επιπέδου.

446. Ο ΑΣΚΛΗΠΙΑΔΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΤΡΑ

Χ. Ιαβάτσο, Π. Ιαβάτσο, Φ. Ντζιώρα, Μ. Παπακυρίτσης

Royal Surrey County Hospital, Guildford, UK

Έζησε το 1ο αιώνα π.Χ. Σπούδασε φιλοσοφία και ιατρική στην Αλεξάνδρεια και στη συνέχεια εγκαταστάθηκε στη Ρώμη. Ήταν ο προσωπικός ιατρός του Κικέρωνα, του Πομπήιου, του Μάρκου Αντώνιου και του αυτοκράτορα Κλαυδίου. Ο βασιλιάς Μιθριδάτης του πρόσφερε μυθικά ανταλλάγματα για να γίνει προσωπικός του ιατρός, κάτι που δεν αποδέχτηκε γιατί δεν είχε ανάγκη τα χρήματα ή τη δόξα, λόγω της φήμης του στη Ρώμη. Ως ένδειξη καλής θέλησης, έστειλε στο Μιθριδάτη αντίγραφα των είκοσι συγγραμμάτων του.
Κατέταξε πρώτος τις νόσους σε οξείες και χρόνιες, διέκρινε τους επιληπτικούς σπασμούς και αναγνώριζε τον πυρετό ως σύμπτωμα και όχι ως νόσο. Γνώριζε το αίτιο της πλευρίτιδας και επιτελούσε τραχειοστομίες. Πίστευε ακράδαντα ότι στο αίμα κυκλοφορούν αόρατα σωματίδια. Ήταν αντίθετος στην πολυφαρμακία και συνιστούσε την απλή δίαιτα, την κινησιοθεραπεία και τη λουτροθεραπεία με ψυχρά λουτρά, γι'αυτό και έφερε το προσωνύμιο "ψυχρολούτης". Συνιστούσε συχνές αφαιμάξεις και καθαρτικά.
Έζησε ως τα βαθιά γεράματα με διαύγεια πνεύματος και απεβίωσε λόγω πτώσης από κάποια σκάλα.

447. ΣΕΡΛΟΚ ΧΟΛΜΣ ΚΑΙ ΔΟΚΤΩΡ ΓΟΥΑΤΣΟΝ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ε. Σινιοράκης, Σ. Αρβανιτάκης, Σ. Καλογήρου, Σ. Παμούκη, Β. Δερβένη, Ν. Γιαννακόπουλος, Σ. Λυμπέρη

Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Σωτηρία»

Ο Άρθουρ Κόναν Ντόϊλ (1859-1930), Άγγλος ιατρός και συγγραφέας αστυνομικών διηγημάτων, έπλασε δύο χαρακτήρες που έγιναν δημοφιλείς λόγω των ιδιοτήτων τους. Ο Σέρλοκ Χόλμς, ακατανίκητος ντετέκτιβ με εντυπωσιακή παρατηρητικότητα, και ο αχώριστος φίλος του γιατρός Γουάτσον με τις ιατρικές του γνώσεις, εκτός από το αστυνομικό δαιμόνιό τους, αποτελούν πρότυπο και για κάθε κλινικό ιατρό.
Συχνά ο Ντόϊλ περιγράφει σκηνές με ιατρικό ενδιαφέρον και παραθέτει λεπτομέρειες που οδηγούν σε αποφασιστικές διαγνώσεις. Στην εργασία αυτή παραθέτουμε ένα χαρακτηριστικό σενάριο, όπως αυτό περιγράφεται στο βιβλίο «Σπουδή στο κόκκινο» (A Study in Scarlet), όπου πρωταγωνιστούν ο Χόλμς και ο Γουάτσον.
Στο Λονδίνο του 1887, τα δύο λαγωνικά συλλαμβάνουν τον ένοχο δύο δολοφονιών και του ανακοινώνουν την σκληρή ποινή που τον περιμένει. Ο δολοφόνος τους ακούει αδιάφορα και προλέγει ότι επίκειται ο θάνατός του πριν δικαστεί. Ταυτόχρονα προκαλεί τον δόκτορα Γουάτσον να τον εξετάσει. Πράγματι, ο Γουάτσον επιστρατεύει την επισκόπηση, την ψηλάφηση και την ακρόαση (με γυμνό αυτί) και περιγράφει: «Ο σφυγμός του δολοφόνου σφυροκοπούσε στους κροτάφους. Έβαλα το χέρι μου στο στήθος του και αντιλήφθηκα ότι οι παλμοί της καρδιάς ήταν τρομερά έντονοι και ακανόνιστοι. Ο θώρακάς του επάλλετο και έτρεμε σαν ένα αδύναμο κτήριο που λειτουργεί μέσα του μία ισχυρή μηχανή. Μέσα στην ησυχία του δωματίου άκουγα ένα μουντό βουητό να βγαίνει από την ίδια πηγή. Έχεις αορτικό ανεύρυσμα, φώναξα» Η διάγνωση είναι ακριβής, και ο δολοφόνος πεθαίνει την επομένη από ρήξη αορτής.
Η φυσική εξέταση των ασθενών, τείνει στις μέρες μας να θεωρηθεί αναχρονιστική και περιττή. Αποτελεί όμως το κλειδί της κλινικής διάγνωσης, ενώ είναι ταχύτερη και οικονομικότερη από σωρεία παρακλινικών και απεικονιστικών εξετάσεων.

448. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΔΡΟΜΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΔΙΑ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΑΙΩΝΩΝ

Σ. Δημητρακόπουλος, Σ. Κολιαντζάκη[2]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη αποσκοπεί στην αφήγηση της ιστορίας της διακοπής της κύησης στο πέρασμα των αιώνων.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό μας προήλθε από την ενασχόληση και την μελέτη της Αρχαίας Ελληνικής γραμματείας και ιστορικών πηγών από την Ελληνική και Διεθνή βιβλιογραφία
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι πρώτοι γιατροί που την πραγματοποίησαν προέρχονται από την Μεσοποταμία. Οι Πέρσες αναφέρεται ότι τιμωρούσαν αυστηρά τους αμβλωτές, τις δε αυτόματες εκτρώσεις θεράπευαν με ούρα αγελάδας που χορηγούσαν από το στόμα. Αναφορά της γνώσης των αμβλώσεων έχουμε και στους Εβραίους. Οι Αιγύπτιοι τιμωρούσαν τους αμβλωτές, ενώ επέτρεπαν τις αμβλώσεις μόνο σε ασθενείς έγκυες κατόπιν έγκρισης της μαίας. Στον πάπυρο Ebers (1500π.χ) αναφέρεται ότι για την πρόκληση άμβλωσης χρησιμοποιείται βύσμα από βαμβάκι, μέλι και κρεμμύδια. Οι Κρήτες χρησιμοποιούν το δίκταμο (βότανο) για πρόκληση της άμβλωσης. Ο Ιπποκράτης αναφέρει την άμβλωση ήδη με τον Ιπποκράτειο όρκο, «..ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω». Στα έργα του «Αφορισμοί» και στο «περί επιδημιών» αναφέρεται στην αυτόματη έκτρωση και στα αίτια της. Πίστευε ότι η αυτόματη έκτρωση οφειλόταν στις καιρικές συνθήκες, σε συγκινήσεις, σε βίαιες κινήσεις, τραύματα και διαιτητικές παρεκτροπές. Αναφέρει ότι μερικά γυναικολογικά νοσήματα είναι αποτέλεσμα προηγηθείσας άμβλωσης. Αναφέρει στο «Περί φύσιος παιδίου» περίπτωση γυναίκας η οποία με την μέθοδο αναπηδήσεως προκάλεσε άμβλωση κατόπιν ιατρικής συμβουλής. Οι Πυθαγόριοι φιλόσοφοι ήταν αντίθετοι με την άμβλωση διότι πίστευαν ότι στο έμβρυο υπάρχει ζωή ήδη από τη στιγμή της σύλληψής του. Στην κλασσική εποχή δεν υπάρχει ένδειξη που να υπονοεί ότι κάποιος Ελληνικός νόμος περιείχε απαγόρευση των αμβλώσεων. Στην Αθήνα εμφανίζονται μόνο μερικοί νομικοί περιορισμοί π.χ (η γυναίκα για να πραγματοποιήσει την άμβλωση πρέπει να έχει την συναίνεση του συζύγου της). Ο Αριστοτέλης αναφέρει την «έκρυση» (διακοπή κύησης την πρώτη εβδομάδα) και τον «εκτρωσμό» (διακοπή κύησης μετά από την 40η ημέρα). Εγκρίνει την άμβλωση πριν το έμβρυο λάβει ζωή και συναίσθηση και την προτείνει ως μέτρο για να περιορισθεί η παιδοποιία. Την διακοπή της κύησης μετά τον τέταρτο μήνα την θεωρεί επικίνδυνη. Ο Πλάτων τη θεωρεί ως μέθοδο τακτοποίησης αποτελεσμάτων των ερωτικών σχέσεων. Κατά τους Ελληνορωμαϊκούς χρόνους αναφορά στις εκτρώσεις γίνονται από τον Αρεταίο τον Καπαδόκη. Ο Σωρρανός ο Εφέσσιος καταδικάζει τις εκτρώσεις με μηχανικά μέσα, συστήνει περιπάτους και γυμναστική και αναφέρεται σε άμβλωση μέσω αναπηδήσεων. Αναφέρουν τιμωρία για τους αμβλωτές και αυτούς που χορηγούν εκτρωτικά φάρμακα. Στην εποχή του Αλεξάνδρου Σεβήρου οι αμβλωτές γιατροί τιμωρούνται αυστηρά καθώς επίσης επί Ουαλεντινιανού Α΄. Κατά τους Μεσαιωνικούς χρόνους η Ιατρική Σχολή του Salerno επέβαλλε τον «Δωδεκάλογο κανόνων ιατρικής», ο οποίος αναφέρεται σε εκτρωτικά και αντισυλληπτικά φάρμακα. Το 1910 ο Jaenning κάνει ταξινόμηση των μέσων που προκαλούν διακοπή της κύησης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με την ιστορική αυτή περιήγηση διαπιστώνουμε ότι η επέμβαση έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων. Αναδεικνύεται ότι η εξέλιξη της επεμβάσεως οφείλεται στις ιατρικές γνώσεις του παρελθόντος, αν και τα ηθικά διλήμματα τόσο στο παρελθόν όσο και σήμερα εξακολουθούν να παραμένουν.

449. Ο ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ ΚΑΙ Ο ΘΕΟΦΡΑΣΤΟΣ ΙΔΡΥΤΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΤΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ

Σ. Κολιαντζάκη[1], Σ. Δημητρακόπουλος[2], Κ. Σώρρας[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου Γενικό Νοσοκομείο Ηλείας, [3]ΓΝ Πατρών Άγιος Ανδρέας

ΣΚΟΠΟΣ: Ο Αριστοτέλης και ο Θεόφραστος είναι ιδρυτές της επιστήμης της βιολογίας.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αρχαία Ελληνική Βιβλιογραφία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στα ιερά βιβλία των Βαβυλώνιων, των Αιγύπτιων, υπάρχουν πολλές πληροφορίες για ζώα και φυτά.. Αλκαίων Κροτωνιάτης (500 π.Χ.) έκανε τις πρώτες ανατομικές έρευνες σε ζώα. Ιπποκράτης (500 π.Χ.), προσπάθησε να ταξινομήσει το λίπος. Τον 4ο π.Χ. αιώνα, Αριστοτέλης και Θεόφραστος πρώτη φορά συστηματοποιήσαν.
Μεγαλύτεροι νεότεροι Βιολόγοι και Ζωολόγοι εξύμνησαν το έργο του Αριστοτέλη. Ο Δαρβίνος, πατέρας της Βιολογικής εξέλιξης, στο βιβλίο του «Αυτοβιογραφία και επιστολές» εξυμνεί Αριστοτέλη στο έργο «Περί ζώων μορίων». Ο Αριστοτέλης έκανε παρατηρήσεις πάνω στην αστρονομία, τη μετεωρολογία, τη χημεία, τη φυσική, την ψυχολογία και ιστορικές μελέτες. Ερευνητής της Ζωολογίας και της Βιολογίας. Ίδρυσε μια εκτεταμένη περιγραφική Ζωολογία, Ανατομία και Εμβρυολογία. Σώμα ανθρώπου, ιερό, αλλά από τις περιγραφές του εύκολα μπορούμε να καταλάβουμε ότι έκανε ανατομία σε άνθρωπο έμβρυο.
Στα δύο μεγάλα Βιολογικά του έργα, «Περί τα ζώα ιστορία» και «Περί ζώων γενέσεως», περιγράφει όργανα του σώματος των ζώων, τα στοιχεία που αποτελούν, όπως αίμα, οστά, τρίχες, τους διαφορετικούς τρόπους αναπαραγωγής, τροφικές συνήθειες, οικοσυστήματα και συμπεριφορές.
Παρόλα αυτά ο Αριστοτέλης, αντί ν` αρχίζει από τα ζώα, άρχισε από τον άνθρωπο, που ήταν γνωστός. Έτσι αρχίζει να περιγράφει τα πάντα με τάξη και λεπτομέρεια.
Μας παρέχει επίσης πλήρη περιγραφή των τεσσάρων θαλάμων του στομάχου των μηρυκαστικών. Περιγράφει, στο «Περί τα ζώα ιστορία», κεφ. 2, την εξέλιξη του νεοσσού και σημειώνει την εμφάνιση της καρδιάς του κατά την τέταρτη ημέρα. Γνωρίζει ότι τα κήτη πρέπει να καταταχθούν στα θηλαστικά..
Στο βιβλίο VIII, κεφ. 12, στην «Ιστορία των ζώων», αναφέρεται στις αποδημίες των ζώων και των πουλιών και τη νάρκη των ζώων κατά το χειμώνα. Χώριζε τα ζώα σε δύο μεγάλες κατηγορίες, στα άναιμα (χωρίς αίμα) και στα έναιμα (με αίμα).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Βοτανικές εργασίες Αριστοτέλη χάθηκαν, ευτυχώς όμως σώθηκε Βοτανικό έργο του μαθητή Θεόφραστου.

450. ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΑΓΓΛΙΚΗΣ ΚΑΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΚΥΠΡΟ(1878-1960

Μ. Ταβλαντά[1], Ε. Παναγιώτου[1], J. Joanidhi[2], Α. Σαλίχου[2], Ν. Παράσχου[2], Μ. Γαρυφάλλου[2], Α. Μακρυγιάννη[2], Δ. Καβάκος[2], Μ. Ορφανού[2], Π. Ταβλαντάς[2]

[1]Επιστημονικός συνεργάτης, [2]Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

Οι συνθήκες παροχής υγείας που άφησε πίσω της η 300χρονη τουρκοκρατία ήταν ανύπαρκτες και άθλιες. Αυτό το μαρτυρούν και εκθέσεις ειδικών. Δεν υπήρχε καμία κρατική μέριμνα ούτε υποδομή για αυτό.
ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας μας είναι να καταγράψουμε τα μέτρα που πήρε η αγγλική διοίκηση, δεδομένης της τραγικής κατάστασης που επικρατούσε, για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών στο λαό του νησιού, ώστε παράλληλα να προστατέψει και τα συμφέροντα της στον ευρύτερο χώρο της Μέσης Ανατολής και της Ασίας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από την βιβλιογραφία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αμέσως μετά την κατάκτηση της Κύπρου από τους Άγγλους το 1878 η Αγγλική Διοίκηση εγκαινίασε τις πρώτες υποδομές και πήρε τα πρώτα μέτρα για την προστασία των στρατιωτικών που ήλθαν στην Κύπρο. Διορίστηκαν γιατροί στην κρατική υπηρεσία και λειτούργησαν νοσοκομεία. Συστήθηκε το Υγειονομείο στη Λευκωσία και διορίστηκαν Αρχίατρος, Διευθυντής και ακόμη πέντε στρατιωτικοί γιατροί, ένας για κάθε επαρχία (1878).Τη ίδια χρονιά ιδρύθηκαν τα πρώτα Φαρμακεία-Εξωτερικά ιατρεία για την εξέταση ασθενών και χορήγηση φαρμάκων και έτσι, στη Λευκωσία, ιδρύθηκε το πρώτο εξωτερικό ιατρείο - φαρμακείο. Επίσης, παράλληλα λειτουργούν φαρμακεία - εξωτερικά ιατρεία στη Λεμεσό, Λάρνακα, Αμμόχωστο, Κυρήνεια και Πάφο, με ισάριθμους φαρμακοποιούς. Τοποθετήθηκε Αρχιφαρμακοποιός, ο οποίος είχε την έδρα του στη Λευκωσία, ήταν υπεύθυνος και είχε την εποπτεία της αποθήκης φαρμάκων, αλλά ήταν και προϊστάμενος του φαρμακευτικού εργαστηρίου, στο οποίο ένας χημικός διεξήγαγε όλες τις χημικές και μικροβιολογικές αναλύσεις. Το 1887 - 1888 μεταξύ των 6 Επαρχιακών Ιατρικών Λειτουργών, τέσσερις **είναι Έλληνες**, ο Ιωάννης Καραγεωργιάδης, ο Ηλίας Μαλλιώτης, ο Αντώνης Τσέπης και ο Μιχαήλ Δημάκης. Το 1878 άρχισε η οικοδόμηση του Γενικού ΝοσοκομείουΛευκωσίας, το οποίο περατώθηκε και λειτούργησε τον Ιούλιο του 1880. Αρχική του δύναμη 49 κρεβάτια. Ήταν διώροφο κτίριο με 5 θαλάμους στον πρώτο και 2 θαλάμους στο δεύτερο όροφο. Διέθετε χειρουργείοκαι τμήμα ΠρώτωνΒοηθειών. Το Νοσοκομείο Λευκωσίας διέθετε και ειδική οφθαλμολογική πτέρυγακαι συντηρούσε η τότε Αγγλική Κυβέρνηση. Στην περίοδο 1878 - 1883 ιδρύονται και λειτουργούν νοσοκομεία στις άλλες πόλεις: το Νοσοκομείο Λεμεσού (1880), το Νοσοκομείο Λάρνακας (1878), το Νοσοκομείο Αμμοχώστου (1883), το Νοσοκομείο Κυρήνειας (1898) και το Νοσοκομείο Πάφου (1881). Τα Νοσοκομεία αυτά στην αρχή συντηρούνταν από τα Δημαρχεία, και από εθελοντικές συνεισφορές και κυβερνητικές επιχορηγήσεις. Στα επόμενα χρόνια η συντήρηση τους αναλήφθηκε πλήρως από την Κυβέρνηση. Στους άπορους παραχωρείτο δωρεάν ιατρική περίθαλψη και φάρμακα. Από το 1946 ιδρύθηκε η Νοσηλευτική Σχολή Κύπρου και παρείχε εκπαίδευση στη Γενική Νοσηλευτική για Βοηθούς Νοσοκόμους και από το 1954 η Σχολή αναβαθμίστηκε προσφέροντας εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την εκπαίδευση Νοσοκόμων (τριετής φοίτηση).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με την έναρξη της Αγγλικής κατοχής της Κύπρου, άρχισε ένα γρήγορο πρόγραμμα εκσυγχρονισμού των Υπηρεσιών Υγείας στο υπόδουλο Νησί, γιατί τίποτα δεν έγινε στα 300 χρόνια της τουρκοκρατίας. Η αγγλική διοίκηση, σαν σταυροδρόμι που ήταν το νησί, ήθελε πρωτίστως να εξασφαλίσει και συμφέροντα της. Η συνεισφορά του κόσμου από την φορολογία ήταν μεγάλη, όμως για πρώτη φορά ο κόσμος είχε σωστές βάσεις για Ιατρική Φροντίδα.

451. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΒΥΖΑΝΤΙΝΗ ΑΥΤΟΚΡΑΤΟΡΙΑ

Χ. Ιαβάτσο, Π. Ιαβάτσο, Φ. Ντζιώρα, Μ. Παπακυρίτσης

Royal Surrey County Hospital, Guildford, UK

Η ιατρική άνθισε στις μεγάλες πόλεις της Βυζαντινής αυτοκρατορίας χρησιμοποιώντας ως βάση τις γνώσεις του Ιπποκράτη και του Γαληνού. Παράλληλα, δημιουργήθηκαν τα πρώτα νοσοκομεία υπό τον έλεγχο της εκκλησίας, τα οποία ονομάζονταν καταγώγια ή ξενώνες όπως π.χ. του αγίου Σαμψών και του Ευβούλου. Πρώτος βυζαντινός ιατρός θεωρείται ο Ορειβάσιος (325-403) με καταγωγή από την Πέργαμο, ο οποίος σπούδασε στην Αλεξάνδρεια και ήταν συμμαθητής του Μεγάλου Βασιλείου, του Γρηγορίου του Θεολόγου και του Ιουλιανού του Παραβάτη. Έγραψε την εγκυκλοπαίδεια "Ιατρικαί Συναγωγαί" ή "Εβδομηκοντάβιβλος", καθώς και μία περίληψη αυτών " Σύνοψις προς υιόν Ευστάθιον". Άλλα έργα του ήταν το "Περί παθών", "Προς τους απορούντας των ιατρών" και τα "Ευπόριστα". Επινόησε ειδικά ράμματα για την απολίνωση αρτηριών και μεθόδους αντισηψίας, ενώ εφάρμοζε και τη σαφηνεκτομή.
Ο Μέγας Βασίλειος σπούδασε και αυτός ιατρική και ίδρυσε στην Καππαδοκία το περίφημο νοσοκομείο και άσυλο, τη "Βασιλειάδα". Κατά την περίοδο του αυτοκράτορα Ιουστινιανού αναπτύχθηκε το πανεπιστήμιο της Κωνσταντινούπολης ("Πανδιδακτήριον"). Εκεί οι σπουδαστές αποκτούσαν τόσο θεωρητικές, όσο και πρακτικές γνώσεις, καθώς η ιατρική σχολή λειτουργούσε εντός του νοσοκομείου. Σπουδαίες ιατρικές προσωπικότητες αυτής της εποχής ήταν ο Αλέξανδρος ο Τραλλειανός (αδερφός του αρχιτέκτονα της Αγίας Σοφίας, Ανθέμιου) και ο Αέτιος από την Αμίδα που αποτέλεσε τον Αρχίατρο της Αυλής του Ιουστινιανού. Αργότερα, στην εποχή του αυτοκράτορα Ηράκλειτου δεσπόζει ο Παύλος ο Αιγινήτης που συνέγραψε το "Υπόμνημα" βασισμένο στις γνώσεις του Γαληνού, του Διοσκουρίδη και του Ορειβάσιου. Αυτό το έργο αποτέλεσε τη βάση της αραβικής ιατρικής. Γνώριζε την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης, την τραχειοστομία και τις αρχές της επέμβασης του καταρράκτη.

452. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΦΙΛΤΡΟΥ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ

Θ. Κρατημένος, Δ. Τομαής, Δ. Κόκκινος, Σ. Παπαδάκης, Δ. Κρυκέτου, Ι. Ματσίρας, Δ. Φαρσάρης

Ακτινολογικό Τμήμα, Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του φίλτρου κάτω κοίλης φλέβας σε περιπτώσεις ασθενών με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση στις οποίες η αντιπηκτική αγωγή αντενδεικνύεται ή είναι ανεπιτυχής.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά την διάρκεια του 2013 τοποθετήθηκαν στην μονάδα επεμβατικής ακτινολογίας του νοσοκομείου μας φίλτρα κάτω κοίλης φλέβας τύπου ομπρέλας, δυνητικά αφαιρέσημα. Η προσπέλαση για την τοποθέτηση τους ήταν διαμέσου της μηριαίας φλέβας και πάντα από το άκρο που δεν παρουσίαζε εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. Επιθυμητός στόχος στην τοποθέτηση των φίλτρων κάτω κοίλης φλέβας είναι η εναπόθεση τους μεταξύ των λαγονίων και της εκβολής των νεφρικών φλεβών με καλύτερη θέση μερικά εκατοστά κάτωθεν της εκβολής των νεφρικών φλεβών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλα τα φίλτρα κάτω κοίλης φλέβας τοποθετήθηκαν με απόλυτη επιτυχία στην σωστή θέση και χωρίς επακόλουθες επιπλοκές. Οι ασθενείς είχαν ικανοποιητική κλινική πορεία και δεν παρουσίασαν πνευμονική εμβολή.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η χρησιμοποίηση του φίλτρου κάτω κοίλης φλέβας είναι μία αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση για την πρόληψη της πνευμονικής εμβολής σε ασθενής με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση στους οποίους αντενδείκνυται ή δεν έχει την επιθυμητή επιτυχία η αντιπηκτική αγωγή (θεραπεία) και έχουν υψηλό κίνδυνο για πνευμονική εμβολή.

453. ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΟΔΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Β. Κόμνας, Γ. Καππές, Α. Μπουσάκη, Μ. Μουσελίμη

Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Φιλιατών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού διαπύησης -αποστηματοποίησης εστιών εχινόκοκκου κύστης στο ήπαρ σε παραμελημένη περίπτωση ηλικιωμένου ασθενή, συνεπεία αναζωπύρωσης της υποκείμενης νόσου μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα (60 έτη) από την αρχική προσβολή.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:: Ασθενής 80 ετών, άρρεν, προσήλθε στο Τ.Ε.Π. Αιτιώμενος κοιλιακό άλγος με εντόπιση στο δεξιό υποχόνδριο, προοδευτικά επιδεινούμενο. Η φυσική εξέταση ανέδειξε κλυδάζον ψηλαφητό μόρφωμα στην περιοχή. Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, αυξημένη CRP, αυξημένη ΤΚΕ και αύξηση ηπατικών ενζύμων. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε CT άνω-κάτω κοιλίας, οπισθοπεριτοναϊκού χώρου προ και μετά την ε.φ έγχυση σκιαγραφικής ουσίας. Τέθηκε καθετήρας παροχέτευσης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε η παρουσία ευμεγέθους, πολύχωρου, κυστικού μορφώματος στο δεξιό λοβό του ήπατος διαμέτρου 18 εκ., με παρουσία αέρα εντός αυτού. Συνοδά ευρήματα: έντονη διάταση των ενδοηπατικών χολαγγείων (λόγω πίεσης από το μόρφωμα), ρήξη της κύστεως προς τα ενδοηπατικά χολαγγεία και προς την περιτοναϊκή κοιλότητα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: η υπολογιστική τομογραφία αποτελεί μέθοδο εκλογής, έγκαιρης, αξιόπιστης και ειδικής συμβολής για την ανάδειξη της αναζωπύρωσης και των επιπλοκών της εχινοκοκκίασης ήπατος.

454. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

455. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΤΙΚΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΤΥΠΟΥ Β ΚΑΙ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Μ. Σμαρδά, Ν. Υφαντής, Α. Φάκου, Μ. Καραγιάννη, Π. Καζακίδης

Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας – Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της συμβολής της αξονικής τομογραφίας (C/T) στη διάγνωση σπάνιας περίπτωσης δυσφαγίας οφειλόμενης σε ανώμαλη πορεία κλάδου του αορτικού τόξου, σε ασθενή με πρωτοδιαγνωσθέν διαχωριστικό ανεύρυσμα κατιούσης θωρακικής αορτής.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 66 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και χρόνιας δυσφαγίας, προσήλθε στο τμήμα αξονικού τομογράφου του νοσοκομείου μας με οξύ θωρακικό άλγος. Ακολούθησε C/T θώρακος, η οποία ανέδειξε ανεύρυσμα κατιούσης θωρακικής αορτής με τοιχωματικό θρόμβο, και ιστό πυκνότητας μαλακών μορίων με σαφή όρια στο δεξιό πλάγιο τοίχωμα της τραχείας και του οισοφάγου, πιθανής αγγειακής αιτιολογίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατόπιν χορήγησης ενδοφλεβίου σκιαγραφικού μέσου απεικονίστηκε ευμέγεθες διαχωριστικό ανεύρυσμα κατιούσης θωρακικής αορτής (τύπου Β κατά Stanford) που αφορούσε τα 2 άνω τριτημόρια αυτής και παρουσία έλκους εντός του θρόμβου στο πρόσθιο τμήμα του αορτικού τόξου. Αναδείχθηκε επίσης, πέραν της ανώμαλης πορείας του αορτικού τόξου, αυξημένη διάμετρος (ως 2,2εκ) και ανώμαλη δακτυλιοειδής πορεία της ανωνύμου αρτηρίας πέριξ του δεξιού πλαγίου τοιχώματος της τραχείας και του οισοφάγου, η οποία, αφού πορευόταν οπισθοοισοφαγικά, κατέληγε στο έσω τοίχωμα της κατιούσης θωρακικής αορτής (αληθής αυλός του διαχωριστικού ανευρύσματος).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προαναφερθείσα ανώμαλη πορεία της ανωνύμου αρτηρίας αποδόθηκε είτε σε εξαιρετικά σπάνια ανατομική παραλλαγή του κλάδου αυτού του αορτικού τόξου, είτε σε προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση (ασαφές ιστορικό) και θεωρήθηκε το αίτιο της χρόνιας δυσφαγίας του ασθενούς, καθώς λόγω της οπισθοοισοφαγικής πορείας της εκτόπιζε προς τα εμπρός και συμπίεζε τον οισοφάγο και την τραχεία. Όσον αφορά στο διαχωριστικό ανεύρυσμα τύπου Β, ο ασθενής αντιμετωπίστηκε ως είθισται συντηρητικά με ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, ενώ ως θεραπευτική αντιμετώπιση της χρόνιας δυσφαγίας προτάθηκε χειρουργική μετάθεση του ανώμαλα εκφυόμενου αγγειακού κλάδου.

456. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΣΥΣΤΡΟΦΗΣ ΕΛΙΚΑΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟ ΕΙΛΕΟ ΑΠΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΚΗΛΗ: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΟΙΛΙΑΣ

Μ. Σμαρδά, Ν. Υφαντής, Α. Φάκου, Μ. Καραγιάννη, Π. Καζακίδης

Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας – Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μιας ενδιαφέρουσας περίπτωσης αποφρακτικού ειλεού λεπτού εντέρου τύπου κλειστής έλικας και η σημασία της έγκαιρης απεικονιστικής διάγνωσής της με αξονική τομογραφία (C/T) κοιλίας.
ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 80 ετών προσήλθε στα επείγοντα του νοσοκομείου μας με έντονο διάχυτο κοιλιακό άλγος και εμέτους από 12ώρου. Η ασθενής είχε υποβληθεί σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή προ 3ετίας και δεξιά ημικολεκτομή προ 2μήνου για αφαίρεση ευμεγέθους αδενωματώδους πολύποδα δεξιάς κολικής καμπής. Εργαστηριακά υπήρχε εκσεσημασμένη λευκοκυττάρωση και υπεραμυλασαιμία, ενώ η ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια θέση ανέδειξε πολλαπλά υδραερικά επίπεδα λεπτού εντέρου. Ζητήθηκε C/T κοιλίας, η οποία αποκάλυψε εικόνα αποφρακτικού ειλεού λεπτού εντέρου πιθανά στα πλαίσια συμφύσεων ή εσωτερικής κήλης, αλλά και οιδηματώδη απεικόνιση του τοιχώματος έλικας τελικού ειλεού, που αποδόθηκε σε ισχαιμία από συστροφή (κλειστή εντερική έλικα). Αρκετό ελεύθερο υγρό παρατηρήθηκε περιηπατικά και περισπληνικά, κατά μήκος των παρακολικών αυλάκων και στην περιοχή του Δουγλασείου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής υποβλήθηκε εσπευσμένα σε χειρουργική επέμβαση κατά τη διάρκεια της οποίας επιβεβαιώθηκαν τα ευρήματα της C/T (ειλεός-ενδοπεριτοναϊκή συλλογή-συστροφή), καθώς και η παρουσία εσωτερικής κήλης. Διενεργήθηκε αποσυστροφή της έλικας, ενώ εκτομή αποφεύχθηκε καθώς το έντερο κρίθηκε βιώσιμο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συστροφή λεπτού εντέρου είναι μια σπάνια, σοβαρή μορφή μηχανικής εντερικής απόφραξης ποικίλης αιτιολογίας, με σημαντικά ποσοστά θνητότητας επί μη αναστρέψιμης ισχαιμίας. Δεδομένου ότι η διάγνωση είναι δυσχερής, καθώς η συμπτωματολογία και τα εργαστηριακά ευρήματα είναι μη ειδικά, η C/T κοιλίας συνιστά την εξέταση εκλογής και επί απεικονιστικών ευρημάτων ο ασθενής χρήζει άμεσης λαπαροτομίας.

457. Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΕΓΧΡΩΜΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ DOPPLER ΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Γ. Κυριακοπούλου, Α. Βασιλάκης, Κ. Βιτζηλαίος, Α. Τζιβελοπούλου, Δ. Παπάβδης, Π. Βλάχου, Ρ. Γεωργακοπούλου, Π. Σακαρέλλος, Χ. Τριαντοπούλου

Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, Αθήνα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της χρησιμότητας του έγχρωμου υπερηχογραφήματος Doppler (triplex) αγγείων στη μελέτη της αιματικής ροής των περιφερικών αρτηριών σε ασθενείς με οξύ διαχωρισμό της αορτής.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής ηλικίας 60 ετών προσήλθε αιτιώμενη διαξιφιστικό άλγος στη ράχη και το δεξιό κάτω άκρο. Διενεργήθηκε υπολογιστική τομογραφία θώρακος, άνω και κάτω κοιλίας, και κατόπιν triplex κοιλιακής αορτής, λαγονίων αγγείων και αρτηριών κάτω άκρων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η υπολογιστική τομογραφία ανέδειξε διαχωρισμό της αορτής (τύπος Β κατά Stanford) μέχρι το διχασμό, με τη δεξιά κοινή λαγόνιο αρτηρία να αιματώνεται από τον αληθή αυλό, ενώ η αριστερή λαμβάνει αίμα από τον ψευδή αυλό, ευρήματα τα οποία δε συνάδουν με την κλινική εικόνα. Το triplex αγγείων επίσης ανέδειξε το διαχωρισμό της κοιλιακής αορτής και επιπλέον η φασματική ανάλυση του σήματος Doppler ανέδειξε υψηλές συστολικές ταχύτητες στη δεξιά κοινή λαγόνιο αρτηρία (οφειλόμενες στην πίεση του ψευδούς αυλού επί του αληθούς στο περιφερικό τμήμα της κοιλιακής αορτής και το αρχικό της δεξιάς κοινής λαγονίου αρτηρίας) και χαμηλές ροές στο περιφερικό αρτηριακό δίκτυο σύστοιχα. Το αριστερό σκέλος είχε ικανοποιητική ροή μέχρι την περιφέρεια.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το έγχρωμο υπερηχογράφημα αγγείων αποτελεί αξιόπιστη συμπληρωματική μέθοδο για τη μελέτη ασθενών με διαχωρισμό της αορτής, οι οποίοι παρουσιάζουν συμπτωματολογία από το περιφερικό αρτηριακό δίκτυο.

458. ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΑ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΣΕ ΑΝΔΡΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ HPV

Μ. Μπαχλιτζανάκη, Ε. Θαλασσινός, Ν. Γρύλλου, Ν. Βασιλάκη, Α. Κουφόγιαννη, Μ. Βασιλάκη, Δ. Λεμπιδάκης, Ε. Κυριακάκης

Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) αποτελεί ένα σεξουαλικώς μεταδιδόμενο και δυνητικά καρκινογόνο DNA-ιό που προσβάλλει τον άνθρωπο προκαλώντας ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις ανάλογα με το γένος και τον τύπο του. Κλινικά εκδηλώνεται με εμφάνιση ανώδυνων κονδυλωμάτων μεγέθους μερικών χιλιοστών που με την πάροδο του χρόνου μπορεί να μεγενθύνονται, να αποκτούν μίσχο ή να συνενώνονται μεταξύ τους. Οι HPV-λοιμώξεις συνήθως υποστρέφουν ή εξελίσσονται μετά από μακρά περίοδο λανθάνουσας μόλυνσης. Σήμερα, οι γνώσεις για το συγκεκριμένο ιό επιτρέπουν τη σωστή πρόληψη και αντιμετώπισή του. Σκοπός είναι η παρουσίαση ασθενούς με γιγαντιαία κονδυλώματα μετά από λοίμωξη με HPV.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας ασθενής 61 ετών προσέρχεται εξαιτίας έντονων οιδημάτων κάτω άκρων σταδιακώς επιδεινούμενων από μηνός που προκάλεσαν αδυναμία βάδισης.Πρόκειται για καπνιστή με αναφερόμενη κατάχρηση αλκοόλ χωρίς γνωστά προβλήματα υγείας. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε ευμεγέθεις ανθοκραμβοειδείς μάζες στις μηροβουβωνικές περιοχές άμφω χρώματος ρόδινου έως καφεοειδούς, δύσοσμες με πυόρροια αριστερά. Δερματικά ογκίδια ρόδινου χρώματος παρατηρήθηκαν και στην πόσθη του πέους. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αύξηση των δεικτών φλεγμονής και υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία. Η βιοψία δέρματος της περιοχής ανέδειξε HPV-λοίμωξη, ενώ η αξονική τομογραφία ευμεγέθεις αγγειοβρίθεις εξεργασίες καταδυόμενες σε επιπολή και εν τω βάθει λιπώδη ιστό έως το λίπος του περινέου με εκτεταμένη παράπλευρη κυκλοφορία.Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής κατά το αντιβιόγραμμα της καλλιέργειας πύου, εξήλθε ηπίως βελτιωμένος με ύφεση της λοίμωξης ενώ προγραμματίστηκε η χειρουργική αφαίρεση των μαζών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η HPV-λοίμωξη συγκαταλέγεται στα συχνότερα αφροδίσια νοσήματα και παρά την ευρεία ενημέρωση για πρόληψη και αντιμετώπιση εξακολουθούν ακόμα και σήμερα να υπάρχουν ασθενείς με ακραία κλινική εικόνα.

459. ΙΕΡΟΛΑΓΟΝΙΤΙΔΑ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

Χ. Τότσικας[1], Δ. Τουμπανάκης[1], Μ. Τσεπέλη[1], Α. Μπαρμπαγιάννη[1], Γ. Αδάμος[1], Α. Παυλοπούλου[2], Χ. Βαδάλα[1], Δ. Λοβέρδος[1], Α. Σκουτέλης[1]

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι μεταστατικές λοιμώξεις των οστών και των αρθρώσεων αποτελούν ασυνήθιστες επιπλοκές ενδοκαρδίτιδας σε ασθενείς οι οποίοι δεν είναι χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Παρουσιάζουμε άνδρα 45 ετών, καυκάσιας φυλής, ο οποίος προσήλθε λόγω πυρετού από τριών εβδομάδων, παροδικά υποχωρούντος με λήψη εμπειρικών σχημάτων αντιβιοτικής αγωγής. Δέκα ημέρες προ της εισαγωγής του παρουσίασε έντονο άλγος κατά την αριστερή γλουτιαία χώρα.
ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ: πρόπτωση μιτροειδούς. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε ολοσυστολικό φύσημα μιτροειδούς και έντονη ευαισθησία κατά την αριστερή ιερολαγόνιο άρθρωση.
Εργαστηριακά ανεδείχθει ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναιμία και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (CRP, TKE).
Σε τρεις αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκε Str. Mitis/ oralis ενώ το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα της καρδίας ανέδειξε εκβλάστηση στην πρόσθια γλωχίνα της μιτροειδούς, τεκμηριώνοντας τη διάγνωση της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας.
Για τη διερεύνηση του αλγους της αριστερής γλουτιαίας χώρας, έγινε εκτεταμένος απεικονιστικός έλεγχος (CT, σπινθηρογράφημα οστών, MRI) που ανέδειξε ιερολαγονίτιδα αριστερά. Η όψιμη εμφάνιση των συμπτωμάτων, η ετερόπλευρη εντόπιση, η μη ανεύρεση του HLA- B27, η έλλειψη άλλων ανοσολογικού τύπου εκδηλώσεων, τα φυσιολογικά επίπεδα του συμπληρώματος και η τελική έκβαση τεκμηριώνουν τη διάγνωση της σηπτικής ιερολαγονίτιδας. Ο ασθενής απυρέτησε με λήψη έξι εβδομάδων αντιμικροβιακής αγωγής ενώ οι δείκτες φλεγμονής υπέστρεψαν σε φυσιολογικά επίπεδα και η συμπτωματολογία της αρθρίτιδας υπεχώρησε.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η προσβολή της ιερολαγονίου αρθρώσεως στα πλαίσια λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα που υποδιαγιγνώσκεται λόγω της αμβληχρής συμπτωματολογίας της. Είναι ως εκ τούτου σημαντικό να είμαστε ευαισθητοποιημένοι και να την αναζητούμε σε περίπτωση ύπαρξης άτυπων ενοχλημάτων ακόμη και σε ασθενείς χωρίς την ύπαρξη προδιαθεσικών παραγόντων.

460. ACINETOBACTER BAUMANNII ΣΤΗΝ ΜΕΘ ΠΡΟΛΗΨΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ

Ζ. Μπιτσώρη[1], Γ. Λαμπρογεώργου [2], Χ. Λαμπρογεώργος[3]

[1]ΜΕΘ ΓΝΑ «Η Ελπίς», [2]Α΄ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ «Η Ελπίς», [3]ΕΚΑΒ Θήβας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Acinetobacter Baumannii ανήκει στη μεγάλη οικογένεια των Acinetobacter και προέρχεται από την ελληνική λέξη ακίνητος γι΄αυτό και ονομάζεται ακινητοβακτηρίδιο.
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας για το γένος Acinetobacter Baumannii στην ΜΕΘ και τα μέτρα πρόληψης, για την αποφυγή των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Για την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία έγινε χειροδιαλογή βιβλίων, άρθρων και μελετών από βιβλιοθήκες, με την βοήθεια λέξεων-κλειδιών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ακινητοβακτηρίδιο, τις τελευταίες τρείς δεκαετίες περίπου, αυξάνει το ενδιαφέρον της ιατρικής κοινότητας, από το γεγονός ότι όλο και περισσότερες λοιμώξεις, στην πλειονότητα ενδονοσοκομειακές, προκαλούνται από αυτό το βακτηρίδιο, αλλά και διότι οι μικροοργανισμοί αυτοί παρουσιάζουν πολυαντοχή και η αντιμετώπισή τους είναι δύσκολη. Οι λοιμώξεις αυτές είναι συχνά πολύ σοβαρές με μεγάλο χρόνο νοσηλείας, υψηλό κόστος θεραπείας, ακόμη και το θάνατο. Υπάρχουν αναφορές για επιδημίες στα διάφορα νοσοκομεία, τόσο της Ελλάδας όσο και του εξωτερικού. Οι επιδημίες αυτές αφορούν ασθενείς των ΜΕΘ, και αυτό ίσως συνδέεται, τουλάχιστον εν μέρει, με τις όλο και περισσότερο παρεμβατικές διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στις ΜΕΘ τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Οι κυριότερες λοιμώξεις που προκαλούν είναι οι ουρολοιμώξεις, οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, η βακτηριαιμία, και η μηνιγγίτιδα και παρατηρούνται κυρίως σε ασθενείς των ΜΕΘ. Σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας είναι η προηγηθείσα αντιβιοτική θεραπεία.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι καρβαπενέμες θεωρούνται το αντιμικροβιακό φάρμακο επιλογής για την καταπολέμηση αυτών των λοιμώξεων. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ανθεκτικών στις καρβαπενέμες ακινητοβακτηριδίων. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθεκτικών στις καρβαπενέμες ακινητοβακτηριδίων που εμπλέκονται στις νοσοκομειακές λοιμώξεις ανήκουν στο είδος Acinetobacter Baumannii. Συμπερασματικά η μοριακή επιδημιολογία των στελεχών είναι άκρως απαραίτητη διότι δίνει χρήσιμα στοιχεία όσο αναφορά τη διασπορά των στελεχών στους χώρους του Νοσοκομείου και την ταχεία ανίχνευση νέων στελεχών, ώστε να ληφθούν έγκαιρα τα απαραίτητα μέτρα.

461. ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σ. Νταή[1], Ε. Ζαμπέλη[2], Ζ. Αντωνίου[1], Κ. Αργυρίου[2], Β. Ξουραφάς[2], Σ. Παπακώστας[1], Α. Χαλαζωνίτης[1], Σ. Μιχόπουλος[2]

[1]Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, [2]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Αλεξάνδρα

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού φυματιώδους περιτονίτιδας και η περιγραφή της διαγνωστικής και θεραπευτικής της προσέγγισης. Η φυματιώδης περιτονίτιδα είναι μια ασυνήθης εξωπνευμονική εντόπιση τηςλοίμωξης από M. Tuberculosis. Αποτελεί το 0.1-4% των κλινικών εκδηλώσεων της φυματίωσης και συνήθωςεμφανίζεται παράλληλα με άλλες μορφές φυματίωσης του γαστρεντερικού σωλήνα.
ΥΛΙΚΟ: Άρρεν ασθενής 21 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου μας μετά από επεισόδιο αιματέμεσης. Ανέφερε επιγαστραλγία από μηνός, αδυναμία, ανορεξία και εμπύρετο. Η αντικειμενική εξέταση ανέδειξε μεγάλου βαθμού κοιλιακή διάταση και ο εργαστηριακός έλεγχος ορθόχρωμη αναιμία (Hct 28%), αύξηση της ΤΚΕ και της CRP. Διενεργήθηκε δερμοαντίδραση Mantoux που θετικοποιήθηκε ταχέως.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πραγματοποιήθηκε ενδοσκοπικός έλεγχος κατά τον οποίο παρατηρήθηκε ευμέγεθες έλκος στη μεσότητα του οισοφάγου. Η ιστολογική εξέταση δεν ανέδειξε ειδικά ευρήματα. Ακολούθησε διαγνωστική παρακέντηση της ασκιτικής συλλογής που ανέδειξε εξιδρωματικό ασκίτη με 95% λεμφοκυτταρικό τύπο. Στην αξονική τομογραφία που ακολούθησε αναγνωρίστηκε μεγάλη ποσότητα ασκιτικήςσυλλογής, με συνοδό εικόνα κατά τόπους ενίσχυσης των πετάλων του περιτοναίου και παρουσία μικρών οζόμορφων ενισχυόμενων σχηματισμών στην επιφάνειά του. Στη ρίζα τουμεσεντερίου εντοπίστηκαν πολλαπλοί συρρέοντες λεμφαδένες με δακτυλιοειδή ενίσχυση και υπόπυκνο κέντρο. Τέθηκεη ισχυρή υποψία φυματιώδους περιτονίτιδας και παρότι δεν απομονώθηκε ο βάκιλλος αποφασίστηκε η έναρξη αντιφυματικής αγωγής. Η ανταπόκριση του ασθενούς ήταν ταχύτατη και σε λίγες μέρες ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η φυματιώδης περιτονίτιδαποτελεί σπάνια κλινική οντότητα που η διάγνωσή τηςείναι δύσκολη οδηγώντας σε υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας. Η διαφορική διάγνωσηπεριλαμβάνει την περιτοναϊκή καρκινωμάτωση και το μεσοθηλίωμα του περιτοναίου.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

(Οι αριθμοί αντιστοιχούν στον αριθμό εργασίας του Τόμου)

BERNSTEI B. 310
BOSCHMAN M. 405
CHHATRALA R. 310
CHOCKALINGAM N. 90
CHRISTODOULOU E. 254
DIAREMES P. 254
DIAREMES P. 248
DOMINGUEZ J. 201
FRIBERG L. 189
HABERMAN B. 254
JANGAM B. 310
JOAHIDHI J. 126, 145, 153, 179, 284, 305,384, 385, 386, 389, 401, 428, 429, 430, 450
KAFCHITSAS KOSTANTINOS 254, 248
KALBACHER H. 16
KARNEZIS J. 368
KUSHI G. 171
MEGLIČ M. 309
MOLINA-MOYA B. 201
NAEMI R. 90
O'HARA K. 310
SUNDAR L. 90
VOELTER W. 16

A

ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ ΕΜ. 357
ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΥ Ο. 186
ΑΓΓΕΛΑΚΑΣ Ι. 169, 221, 406
ΑΓΓΕΛΑΚΟΥ-ΒΑΪΤΣΗ Σ. 64, 308, 343, 381, 404, 407, 408
ΑΓΓΕΛΙΔΗ Α. 85, 87, 91, 92, 108, 160, 340, 370
ΑΓΓΕΛΙΔΗ Μ. 108, 340
ΑΓΓΕΛΙΔΟΥ Μ. 281
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Β. 21
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Μ. 9
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Μ. Κ. 1
ΑΓΙΑΣΩΤΕΛΛΗ Δ. 109, 111
ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ Θ. 80, 81
ΑΔΑΜΟΣ Γ. 459
ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ Κ. 229
ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ Α.-Μ. 159
ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ Π. 159
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Α. 124
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Ε. 374, 376
ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Γ. 10
ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Ι.. 417
ΑΙΣΩΠΟΣ Α. 265
ΑΚΡΙΒΙΑΔΗΣ Ε. 110, 112, 347, 349
ΑΛΑΦΑΚΗ Ε. 37, 42, 47, 302
ΑΛΕΒΙΖΟΠΟΥΛΟΣ Ν. 229, 230, 233, 239
ΑΛΕΙΦΕΡΗΣ Ε. 299
ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΚΗ Κ. 368
ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΚΗΣ Μ. 3, 6
ΑΛΕΞΙΑΔΗΣ Γ. 421
ΑΛΕΞΙΟΥ Ζ. 199, 361
ΑΛΕΞΙΟΥ Θ. 331
ΑΛΕΞΙΟΥ Ι. 168, 331
ΑΛΕΞΙΟΥ Ν. 193, 269
ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ Α. 109, 111
ΑΛΕΠΟΡΟΥ Β. 228
ΑΛΕΥΡΟΥΔΗΣ Μ. 110, 112, 206
ΑΛΗΒΑΝΗΣ Π. 218, 222, 321
ΑΛΜΥΡΟΥΔΗ Μ.-Π. 362, 369
ΑΛΤΑΝΗΣ Ι. 23
ΑΛΥΜΑΤΗΡΗ Μ. 107
ΑΜΟΙΡΙΔΟΥ Σ. 241
ΑΜΠΑΖΗΣ Δ. 295
ΑΜΠΡΑΧΙΜ Κ. 209
ΑΜΠΡΑΧΙΜ Σ. 55, 148, 209
ΑΝΑΓΝΟΥ Ν.Π. 80, 81, 82
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 392, 393, 394
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Χ. 55
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 320
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Μ. 190
ΑΝΑΝΙΔΗΣ Ν. 25, 28
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ Α. 73, 76
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ Γ. 194
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Ε. 420
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Ι. 161
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Σ. 350
ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Α. 42, 207, 302, 391, 395, 397
ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Π. 68, 70
ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 64, 308, 381, 404, 407, 408
ΑΝΔΡΕΑΔΗ Α. 25, 28
ΑΝΔΡΕΑΝΟΣ Β. 398, 399, 400
ΑΝΔΡΕΑΝΟΣ Κ. 398, 399, 400

ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 243
ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Π. 299, 341
ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΥ Α. 336
ΑΝΔΡΙΤΣΑΚΗ Ε. 419, 422
ΑΝΔΡΟΝΙΚΟΥ Σ. 18
ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗ Ζ. 21
ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΣ Γ. 134, 136, 137, 140, 144, 155, 433
ΑΝΤΙΟΧΟΥ Ε. 186
ΑΝΤΥΠΑ Ε. 233
ΑΝΤΩΝΑΤΟΣ Γ. 197
ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ Α. 322
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Ζ. 461
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Χ. 166, 168, 412
ΑΝΤΩΝΟΓΛΟΥ Δ. 246
ΑΝΤΩΝΟΓΛΟΥ Χ. 195
ΑΞΙΩΤΗ Α. 269
ΑΠΟΛΛΩΝΑΤΟΥ Β. 300
ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΟΥ Μ. 344
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Α. 8
ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ Γ. 236
ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ Κ. 103
ΑΡΑΒΑΝΗΣ Ν. 365, 367
ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΥ Α. 53
ΑΡΑΠΟΓΛΟΥ Β. 314
ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗΣ Δ. 390
ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗΣ Σ. 149, 447
ΑΡΓΥΡΑ Α. 314
ΑΡΓΥΡΑΚΟΣ Θ. 230, 232, 233, 238, 318
ΑΡΓΥΡΙΟΥ Κ. 410, 461
ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Α. 33, 36, 39, 46, 425
ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Χ. 208
ΑΡΚΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ν. 315
ΑΡΜΑΚΟΛΑΣ Α. 97, 98
ΑΡΜΕΝΗ Ε. 360, 362, 369
ΑΡΜΕΝΙΑΚΟΥ Ε. 298, 301
ΑΡΤΕΜΑΚΗ Φ. 196
ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι.Β. 1
ΑΣΜΑΝΙΔΗΣ Ε. 217
ΑΣΠΙΩΤΗ Α. 192
ΑΤΖΟΥΛΑΤΟΣ Ν. 364
ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ Π. 273, 275
ΑΥΓΕΤΙΔΟΥ Ε. 241
ΑΥΛΩΝΙΤΗΣ Σ. 311, 313
ΑΧΙΛΛΕΩΣ Κ. 117

Β

ΒΑΓΗΣ Ι. 418
ΒΑΔΑΛΑ Χ. 270
ΒΑΔΑΛΑ ΧΑΡΑ 39
ΒΑΔΑΛΑ Χ. 190, 194, 268, 274, 275, 459
ΒΑΖΑΙΟΥ Ε. 327, 328, 417, 418
ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ Γ. 1, 236
ΒΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ Ε. 316, 317, 322
ΒΑΪΤΣΗ Σ. 121
ΒΑΪΤΣΗΣ Ν. 64, 121, 308, 343, 381, 404, 407, 408
ΒΑΝΤΑΡΑΚΗΣ Α. 26
ΒΑΝΤΗ Ε. 345
ΒΑΟΣ Γ. 281
ΒΑΡΒΑΡΟΥΣΗΣ Κ. 247, 249, 250, 355
ΒΑΡΔΑΣ Κ. 99, 100, 103, 105
ΒΑΡΕΛΑ Ι. 312
ΒΑΡΘΟΛΟΜΑΤΟΣ Γ. 18
ΒΑΡΝΑ Α. 166, 168
ΒΑΡΟΥΝΗΣ Χ. 205
ΒΑΡΣΑΜΙΔΗΣ Κ. 148
ΒΑΣΙΛΑΚΗ Μ. 278, 458
ΒΑΣΙΛΑΚΗ Ν. 278, 458
ΒΑΣΙΛΑΚΗΣ Α. 237, 457
ΒΑΣΙΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Θ. 1, 9
ΒΑΣΙΛΑΤΟΥ Ε. 197, 316
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ Ε. 331
ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Π. 454
ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Σ. 316, 317, 322
ΒΑΣΙΛΙΕΒΑ Λ. 109, 111
ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ Β. 112
ΒΑΣΙΟΥ Κ. 166, 168
ΒΑΣΛΑΜΑΤΖΗΣ Μ. 229, 230, 233, 239
ΒΑΣΣΑΛΟΣ Δ. 38
ΒΑΣΣΗ Ι. 143
ΒΑΦΕΙΑΔΟΥ Μ. 409
ΒΕΚΚΙΝΙ Τ. 393
ΒΕΚΡΗΣ Α. 336
ΒΕΛΑΩΡΑΣ Κ. 257
ΒΕΛΙΟΥΡΗΣ Θ. 51, 54
ΒΕΛΛΟΠΟΥΛΟΣ-ΦΑΡΜΑΚΙΔΗΣ Λ. 364
ΒΕΡΓΙΔΟΥ Π. 58, 93, 94, 95, 379
ΒΕΡΓΟΥ Π. 19, 329, 414, 415, 419, 422, 423, 424
ΒΕΡΡΑΣ Χ. 91, 92, 160
ΒΙΖΟΥΚΑΚΗ Ρ. 3
ΒΙΚΕΛΗΣ Μ. 205
ΒΙΤΖΗΛΑΙΟΣ Κ. 457
ΒΙΤΣΟΣ Π. 14
ΒΙΤΩΡΑΤΟΣ Π. 454
ΒΙΤΩΡΟΣ Β. 193, 269
ΒΛΑΪΚΙΔΗΣ Ν. 205

ΒΛΑΧΑΔΗ Μ. 184, 185
ΒΛΑΧΑΔΗΣ Ν. ...67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,184,185
ΒΛΑΧΑΚΟΣ Δ. 86
ΒΛΑΧΟΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 189, 181, 228
ΒΛΑΧΟΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 101, 306, 342
ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΥ Α. 11, 12
ΒΛΑΧΟΣ Γ. 205
ΒΛΑΧΟΥ Α. 80, 81
ΒΛΑΧΟΥ Θ. 282, 283, 285
ΒΛΑΧΟΥ Π. 457
ΒΛΑΧΟΥ Φ. 9, 293
ΒΛΥΧΟΥ Μ. 166, 168
ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗΣ Ε. 31, 188, 201
ΒΟΛΑΚΑΚΗΣ Ε 21
ΒΟΛΟΝΑΚΗΣ Μ. 391, 395, 397
ΒΟΥΓΙΟΥΚΛΑΚΗ Χ. 270
ΒΟΥΛΓΑΡΙΔΗΣ Α. 300
ΒΟΥΜΒΑΣ Θ. 113, 114
ΒΟΥΡΛΑΚΟΥ Χ. 275
ΒΟΥΤΣΑΣ Ι. 13, 14, 15, 16
ΒΟΥΤΣΙΝΑΣ ΑΓΓ 318
ΒΟΥΤΣΙΝΑΣ ΑΛ 318
ΒΡΑΚΑΣ Σ. 85, 87, 91, 92, 160
ΒΡΑΧΝΗΣ Ν. .67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 184
ΒΡΕΚΟΣ Π. 361
ΒΡΙΖΗΔΟΥ Σ. 174
ΒΡΥΩΝΗ Γ. 35
ΒΡΥΩΝΗ Ι. 294, 295, 297
ΒΥΖΟΥΚΑΚΗ Ρ. 6

Γ

ΓΑΒΑΛΑ Μ. 186
ΓΑΒΑΛΑΚΗ Μ. 2
ΓΑΒΡΙΗΛΙΔΗΣ Ι. 173
ΓΑΛΑΝΗ ΕΙ. 187, 188
ΓΑΛΑΝΗ Λ. 189
ΓΑΛΑΝΙΔΗ Ε. 194, 268, 274
ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Η. 187
ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Α. 49, 51, 52, 54, 60, 62
ΓΑΛΑΝΟΣ Α. 234
ΓΑΛΑΤΑ Α. 4
ΓΑΛΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 333
ΓΑΛΥΦΟΣ Γ. 253, 413
ΓΑΝΙΤΗΣ Α. 195
ΓΑΝΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Α. 92, 160
ΓΑΡΔΙΚΗΣ Σ. 281
ΓΑΡΙΔΑΣ Γ. 165
ΓΑΡΥΦΑΛΛΟΣ Α. 206
ΓΑΡΥΦΑΛΛΟΥ Μ 126, 145, 153, 179, 384, 385, 386, 389, 428, 429, 430, 450
ΓΑΡΥΦΑΛΛΟΥ Μ. 284, 305, 401
ΓΑΤΣΟΣ Γ. 286
ΓΕΙΤΟΝΑ Π. 13
ΓΕΜΟΥ-ENGESAETH Β. 280
ΓΕΝΝΑΔΙΟΥ-ΣΠΑΝΤΙΔΟΥ Μ. 227
ΓΕΡΑΜΑΣ Ι. 324
ΓΕΡΑΡΔΟΣ Π. 102, 200, 287
ΓΕΡΑΣΙΜΑΤΟΣ Γ. 18
ΓΕΡΜΕΝΗΣ Α. 16
ΓΕΡΟΒΑΣΙΛΗ Β. 104, 105
ΓΕΡΟΠΑΠΑΣ Ε. 202, 261
ΓΕΡΟΠΑΠΑΣ Ε. 258
ΓΕΡΟΥΚΑΛΗΣ Α. 311, 313
ΓΕΩΡΓΑ Σ. 282, 285
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Θ. 339
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ρ. 457
ΓΕΩΡΓΑΝΤΗΣ Η. 324, 325
ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΥ Ζ. 48
ΓΕΩΡΓΙΟΥ Δ. 251, 252, 255, 353, 354, 358
ΓΕΩΡΓΙΤΣΗ Μ. 187
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 21
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Ν 323
ΓΕΩΡΓΟΥΛΑΚΗ Δ. 10
ΓΙΑΚΟΥΜΑΚΗΣ Τ. 115
ΓΙΑΚΟΥΜΗΣ Α. 1
ΓΙΑΜΑΡΕΛΛΟΣ-ΜΠΟΥΡΜΠΟΥΛΗΣ Ε. 187
ΓΙΑΜΑΡΕΛΛΟΥ Ε. 189
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΛΟΣ Γ. 61
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ν. 149, 447
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Χ. 295
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 119
ΓΙΑΝΝΙΑΣ Γ. 116, 118, 420
ΓΙΑΝΝΙΡΗ Μ. 409
ΓΙΑΝΝΙΤΣΙΩΤΗ Ε. 187
ΓΙΑΠΡΟΣ Β. 18
ΓΙΑΤΣΙΟΥ Σ. 130, 137, 150, 433, 436, 439
ΓΙΟΣΔΕΚΟΣ Α. 323
ΓΙΩΡΓΑΝΤΑΣ Π. 53
ΓΙΩΤΗ Ν. 341
ΓΚΑΓΚΑ Μ. 396
ΓΚΑΪΤΑΡΤΖΑΚΗΣ Ι. 220, 223, 225
ΓΚΑΛΙΤΣΙΟΥ Ε. 220, 223, 352
ΓΚΙΟΚΑΣ Γ. 314
ΓΚΙΟΥΛΑ Γ. 201
ΓΚΟΛΦΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Σ. 268

ΓΚΟΥΜΑΛΑΤΣΟΥ Ε. 237
ΓΚΟΥΜΑΣ Γ. 233
ΓΚΡΑΙΚΟΥ Θ. 14
ΓΚΡΙΤΖΑΠΗΣ Α. 85
ΓΚΡΟΖΟΥ Α. 58, 94, 95
ΓΚΡΟΥΜΑΣ Ν. 20, 22, 24, 25, 27, 28
ΓΛΗΝΟΥ Α. 67, 69, 74
ΓΟΛΕΓΟΥ Σ. 40, 48
ΓΟΛΕΜΑΤΗ Σ. 170
ΓΟΥΓΟΥΡΕΛΑΣ Δ. 93, 95, 379
ΓΟΥΚΟΣ Δ. 103
ΓΟΥΛΗΣ Ι. 110, 112
ΓΟΥΣΕΤΗΣ Ε. 312
ΓΟΥΤΑΣ Ν. 180, 181, 228
ΓΟΥΤΟΥ Μ. 333
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΚΗΣ Ι. 83, 84, 136, 156, 157, 158, 371, 372
ΓΡΑΨΑ Ε. 7
ΓΡΗΓΟΡΑΤΟΥ Α. 46
ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ Κ. 50, 175, 178
ΓΡΙΣΠΟΥ Ε. 190
ΓΡΥΛΛΟΥ Ν. 278, 458
ΓΡΥΣΜΠΟΛΑΚΗ Ε. 392, 393, 394
ΓΥΦΤΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ. 37,42,47,302,391,395,397
ΓΩΓΟΣ Χ 186

Δ

ΔΑΒΟΥ Σ. 398, 400
ΔΑΪΚΟΣ ΓΕΩΡΓΟΣ Λ. 99, 100
ΔΑΜΑΣΚΟΣ Χ. 257
ΔΑΜΑΣΚΟΥ Β. 319
ΔΑΝΙΑΣ Ν. 315
ΔΑΝΙΗΛΙΔΗΣ Α. 71, 72
ΔΑΣΚΑΛΑΚΗ Σ. 412
ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Β. 263
ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ Κ. 162
ΔΑΣΚΑΛΟΥ Τ. 42, 47
ΔΕΒΕΤΖΟΓΛΟΥ Μ. 3, 6
ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ Π. 57
ΔΕΛΙΔΗΣ Α. 324, 325
ΔΕΝΑΞΑ Μ. 108
ΔΕΝΔΙΑ Β. 31
ΔΕΡΒΕΝΗ Β. 149, 447
ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗ Θ. 161, 163, 165
ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗΣ Α. 161, 163, 165
ΔΕΣΤΟΥΝΗΣ Α. 91, 160
ΔΗΜΑΚΑΚΟΣ Ε. 156
ΔΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ν. 59, 164, 221, 380
ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Σ. 154, 426, 434, 437, 438, 441, 442, 443, 448, 449
ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Α. 273
ΔΗΜΗΤΡΑΤΟΥ Β-Μ. 5
ΔΗΜΗΤΡΕΛΛΟΣ Ε. 360, 362
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ Ε. 225
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Γ. 85
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ Α. 87, 92
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Β. 37, 47
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ 43, 44
ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 118
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Μ. 59
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ Α. 312
ΔΙΑΜΑΝΤΑΤΟΥ Σ-Δ. 35
ΔΙΑΜΑΝΤΗΣ Α. 445
ΔΟΒΑΣ Δ. 268, 274
ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ Φ. 325
ΔΟΛΑΨΑΚΗΣ Π. 163
ΔΟΝΤΑ Ι. 257
ΔΟΥΖΔΑΜΠΑΝΗΣ Π. 224, 226, 351
ΔΟΥΛΙΑΝΑΚΗ Ε. 307
ΔΟΥΜΑΣ Ι. 271
ΔΡΑΚΟΥΛΗΣ Χ. 120
ΔΡΙΚΟΣ Ι. 143
ΔΡΟΓΚΑΡΗ-ΑΠΕΙΡΑΝΘΕΙΤΟΥ Μ. 188
ΔΡΟΣΟΥ Σ. 10
ΔΡΟΣΣΟΠΟΥΛΟΥ Γ. 86

Ε

ΕΛΑΦΡΟΣ Α. 276
ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΗΣ Σ. 376
ΕΛΙΣΑΦ Μ. 262, 359
ΕΛΝΤΕΪΚ Ε. 109, 111
ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Κ. 36
ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Μ. 218
ΕΥΑΓΓΕΛΙΝΑΚΗ Μ. 158
ΕΥΑΓΓΕΛΙΝΑΚΗΣ Ν. 83, 84, 158, 371, 372
ΕΥΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 298, 301
ΕΥΓΕΝΙΔΟΥ Α. 196
ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ Ρ. 9, 293
ΕΥΘΥΜΙΟΥ Ε. 220, 223, 225, 352
ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ Α. 203, 204
ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ Π. 203, 204
ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Χ. 157
ΕΦΟΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ. 106, 191

Ζ

ΖΑΒΡΑΔΙΝΟΣ Δ. 202, 261
ΖΑΒΡΑΣ Ν. 257
ΖΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ν. 59, 406
ΖΑΜΠΕΛΗ Ε. 410, 461
ΖΑΡΛΑΣ Γ. 57
ΖΑΡΜΑΚΟΥΠΗΣ Κ. 253
ΖΑΡΠΑΣ Χ. 264
ΖΑΦΕΙΡΑΤΟΥ Δ. 336
ΖΑΦΕΙΡΗΣ Χ. 252, 255, 358
ΖΑΦΕΙΡΙΟΥ Ε. 166
ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. 61
ΖΑΧΑΡΑΚΗ Α. 266
ΖΑΧΑΡΗ Ν. 319
ΖΑΧΑΡΗΣ Γ. 319
ΖΑΧΑΡΙΑ Ε. 82
ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Γ. 21
ΖΕΓΓΙΝΗ ΕΛΕΝΗ 421
ΖΕΡΒΑΚΑΚΟΥ ΙΩΑΝΝΑ-ΣΟΦΙΑ....49, 51, 52, 54, 60, 62
ΖΗΣΗΣ Χ. 275
ΖΗΣΟΠΟΥΛΟΥ Σ. 52
ΖΙΑΚΑΣ Π. Δ. 113, 114
ΖΙΩΓΑ Σ. 351
ΖΙΩΓΟΣ Κ. 183
ΖΟΥΒΕΛΟΥ Β. 283
ΖΟΥΚΑΣ Λ. 78, 79, 373, 375
ΖΟΥΜΠΛΙΟΣ Χ. 229, 233, 239
ΖΟΥΜΠΟΥΛΗ Χ. 348
ΖΟΥΜΠΟΥΛΙΔΗΣ Α. 380
ΖΟΥΡΛΑ ΑΝ. 410
ΖΥΓΟΓΙΑΝΝΗΣ Σ. 202, 261
ΖΥΓΟΥΡΗΣ Δ. 71, 72
ΖΩΓΟΠΟΥΛΟΣ Π. 210, 212, 215
ΖΩΪΔΑΚΗΣ Ι. 80, 81, 82
ΖΩΝΙΟΥ Κ. 30
ΖΩΣΗ Π. 283, 285, 403
ΖΩΤΟΥ Α. 289, 290, 292

Η

ΗΓΟΥΜΕΝΟΥ Β. 357
ΗΛΙΑΔΗΣ Κ. 293
ΗΛΙΟΔΡΟΜΙΤΗ Ζ. 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 184
ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Η. 248
ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Π. 207, 208
ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 299
ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Κ. 199, 361
ΗΡΑΚΛΕΙΑΝΟΥ Σ. 92

Θ

ΘΑΛΑΣΣΙΝΟΣ Ε. 198, 272, 277, 278, 458
ΘΕΟΔΟΣΗΣ-ΓΕΩΡΓΙΛΑΣ Α. 91, 160
ΘΕΟΔΟΣΙΑΔΗΣ Γ. 8,41
ΘΕΟΔΩΡΑΚΗ Κ. 314
ΘΕΟΔΩΡΟΛΕΑ Κ. 186
ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ Σ. 211
ΘΥΜΙΑΝΟΥ Σ. 2

Ι

ΙΑΒΑΤΣΟ Π.-Ε. 151, 431, 432, 446, 451
ΙΑΒΑΤΣΟ Χ. 151, 431, 432, 446, 451
ΙΕΡΩΝΥΜΑΚΗ Α. 394
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Π. 31, 201
ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Μ 110, 112, 206, 347, 349
ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Σ. 46, 230
ΙΩΑΝΝΟΥ Α. 269

Κ

ΚΑΒΑΚΟΣ Δ.....126, 145, 153, 179, 384, 385, 386, 389, 428, 429, 430, 450
ΚΑΒΑΚΟΣ Δ. 284, 305, 401
ΚΑΒΒΑΔΑ Α. 296, 303
ΚΑΒΒΑΔΙΑΣ Κ. 195
ΚΑΒΟΥΡΑΣ Ν. 413
ΚΑΒΟΥΣΑΝΑΚΗ Μ. 272, 277
ΚΑΓΙΑ Α. 312
ΚΑΓΙΑΣ Δ. 312
ΚΑΖΑ Μ. 224, 351
ΚΑΖΑΚΙΔΗΣ Π. 455, 456
ΚΑΖΔΑΓΛΗΣ Γ. 201
ΚΑΖΗΣ Γ. 36, 425
ΚΑΖΙΑΝΗ Α. 370
ΚΑΪΑΦΑ Ε. 282, 403
ΚΑΚΑΛΟΥ Ε. 344
ΚΑΚΛΑΜΑΝΗ Ε. 43, 44
ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ Γ. 43, 44
ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΟΥ Ρ. 259, 260
ΚΑΛΑΝΤΖΗ Α. 33
ΚΑΛΙΟΥΛΗ Χ. 120
ΚΑΛΚΑΝΗ Μ. 4, 192
ΚΑΛΛΕΣ Β. 323
ΚΑΛΛΙΓΑΣ Γ. 116

ΚΑΛΛΙΟΝΤΖΗ Δ. 364
ΚΑΛΛΙΤΣΗΣ Α. 193
ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ι. 171
ΚΑΛΟΓΗΡΟΥ Σ. 149, 447
ΚΑΛΤΣΑΣ Γ. 368
ΚΑΛΤΣΑΤΟΥ Μ. 368
ΚΑΛΦΟΥΝΤΖΟΣ Δ. 199
ΚΑΜΠΑΚΗ Χ. 171
ΚΑΜΠΑΣ Ν. 78, 79, 373, 375
ΚΑΜΠΟΥΡΗ Α. 281
ΚΑΜΠΟΥΡΗΣ Μ. 26, 318
ΚΑΜΠΟΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Ο. 1
ΚΑΝΑΒΑΚΗΣ Ε. 312
ΚΑΝΑΒΟΥΡΑ Ε. 285
ΚΑΝΑΚΑΡΗ Μ. 307
ΚΑΝΑΡΗΣ Λ. 283, 285, 403
ΚΑΝΑΡΙΔΟΥ Α. 356
ΚΑΝΑΡΙΟΥ Μ. 99, 100
ΚΑΝΔΟΠΟΥΛΟΥ Δ 34, 38
ΚΑΝΕΛΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Κ. 187
ΚΑΝΕΛΛΙΑΣ Ν. 370
ΚΑΝΤΗ Γ. 104
ΚΑΠΑΡΕΛΟΥ Μ. 49, 51, 52, 60, 62
ΚΑΠΕΛΛΟΣ Γ. 362, 369
ΚΑΠΙΡΗΣ Σ. 239
ΚΑΠΛΑΣ Α. 30
ΚΑΠΟΥ Θ. 230, 233
ΚΑΠΠΕΛΟΣ Γ. 265
ΚΑΠΠΕΣ Γ. 453
ΚΑΠΠΟΥ Θ. 229, 239
ΚΑΠΤΑΝΗΣ Σ. 236
ΚΑΡΑΒΕΛΑΚΗΣ Μ. 165
ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΥ Κ. 203, 204
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Β. 101, 306, 342
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Μ. 120, 455, 456
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ Α. 409
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ Ι. 196
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΙΔΗ Α. 312
ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΟΣ Δ. 297
ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗΣ Γ. 230, 232, 318
ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗΣ Π. 30
ΚΑΡΑΪΣΚΟΣ Η. 189
ΚΑΡΑΚΑΪΔΟΣ Δ. 282, 283, 285, 403
ΚΑΡΑΚΙΤΣΙΟΣ Δ. 107
ΚΑΡΑΚΙΤΣΟΣ Π. 236
ΚΑΡΑΚΟΥΤΗ Α. 390
ΚΑΡΑΛΗ Α. 282, 403
ΚΑΡΑΜΑΝΟΥ Μ.. 134,136,137,140,144,155,156,286,433,439
ΚΑΡΑΜΠΑΜΠΑ Χ. 120
ΚΑΡΑΜΠΑΣΗ Β. 117
ΚΑΡΑΜΠΕΛΑ Σ. 31
ΚΑΡΑΝΙΚΑΣ Χ. 309
ΚΑΡΑΝΙΚΟΛΑ Ε. 253
ΚΑΡΑΝΤΖΙΚΟΣ Γ. 413
ΚΑΡΑΡΡΗΓΑ Μ.-Ε. 29
ΚΑΡΑΤΑΠΑΝΗΣ Σ. 115, 116, 118, 217, 350, 366, 420
ΚΑΡΑΤΑΡΑΚΗΣ Ν. 330
ΚΑΡΑΤΖΑΣ Θ. 257
ΚΑΡΑΤΖΕΑΣ Π. 345
ΚΑΡΑΦΑΚΗΣ Π. 163
ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ Σ. 40, 48
ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΥ Ι. 396
ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΥ Φ-Ε. 101, 306, 342
ΚΑΡΒΟΥΝΙΑΡΗΣ Ν. 218, 222, 321
ΚΑΡΔΑΡΑ Α. 105
ΚΑΡΔΑΡΑ Μ. 93, 379
ΚΑΡΔΟΥΛΗ Ε. 227
ΚΑΡΚΑΛΟΥΣΟΣ Π. 216, 256
ΚΑΡΚΟΥΛΙΑΣ Κ. 300
ΚΑΡΛΗΣ Γ. 369
ΚΑΡΟΝΙΔΗΣ Α. 102, 200, 287, 288
ΚΑΡΥΔΑΣ Ι. 164
ΚΑΡΩΝΗ Χ. 236
ΚΑΣΚΑΡΕΛΗΣ Ι. 173, 174. 454
ΚΑΣΣΑΝΟΣ Δ 84, 156, 371, 372
ΚΑΣΣΟΣ Η. 454
ΚΑΣΤΑΝΑ Ο. 231, 232, 238, 289, 290, 291, 292
ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ Κ. 394
ΚΑΤΖΟΥΡΑΚΗ Γ. 357
ΚΑΤΟΥΛΗΣ Α. 317
ΚΑΤΣΑΒΟΣ Λ. 58
ΚΑΤΣΑΝΟΥ Π. 365, 367
ΚΑΤΣΑΝΤΩΝΗ Ε. 57
ΚΑΤΣΑΟΥΝΗ Π. 49, 51, 52, 60, 62, 365, 367
ΚΑΤΣΑΡΑΓΑΚΗΣ Σ. 241
ΚΑΤΣΑΡΟΥ ΟΛΓΑ....2
ΚΑΤΣΕΝΗΣ Κ 314
ΚΑΤΣΙΑΡΗ Μ. 16
ΚΑΤΣΙΑΦΛΑΚΑ Α. 339
ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ Ν. 88, 89
ΚΑΤΣΙΝΕΛΟΣ Δ. 197
ΚΑΤΣΙΟΥΛΑ Ε. 191
ΚΑΤΣΙΠΗ Ε. 227
ΚΑΤΣΟΥΛΑΣ Γ. 56
ΚΑΤΣΟΥΛΗ Σ. 194
ΚΑΤΣΟΥΛΙΕΡΗ Ε. 49, 51, 52, 54, 60, 62

ΚΑΤΣΟΥΛΙΕΡΗΣ Η. 86
ΚΑΤΣΟΥΡΗ Β. 92
ΚΑΤΣΟΥΡΙΝΗΣ Γ. 120
ΚΑΤΩΠΟΔΗ Α. 311, 313
ΚΑΦΑΛΙΔΗΣ Γ. 282, 283, 285, 403
ΚΑΦΑΡΑΚΗΣ Π. 161
ΚΑΦΕΤΖΗ Θ. 177
ΚΑΦΙΡΗ Γ. 348
ΚΑΨΑΛΑΚΗΣ Γ. 370
ΚΑΨΑΜΠΕΛΗΣ Π. 108
ΚΑΨΙΩΤΗΣ Ι. 43, 44
ΚΕΜΠΑΠΗΣ Α. 392, 393, 394
ΚΕΝΟΥΤΗΣ Χ. 31
ΚΕΡΑΜΙΔΑ Α. 237
ΚΕΡΕΖΟΥΔΗ Ε. 207, 208
ΚΕΤΙΚΟΓΛΟΥ Ι. 113, 114, 118, 348
ΚΕΧΑΓΙΑΣ Γ. 102, 287, 288
ΚΕΧΑΓΙΑΣ Δ. 293
ΚΙΚΙΔΗΣ Δ. 326
ΚΙΝΤΖΟΓΛΑΝΑΚΗΣ Κ. 227
ΚΙΟΥΛΠΑΛΗΣ Α. 21
ΚΙΤΤΟΥ Ν. 109, 111
ΚΛΑΓΚΟΥ* Ε. 16
ΚΛΑΔΑΣ Μ. 115, 116, 118, 217, 350, 366, 420
ΚΛΟΥΡΑΣ Ε. 359
ΚΟΖΑΔΙΝΟΣ Ι. 311, 313
ΚΟΖΑΝΙΤΟΥ Μ. 11
ΚΟΚΚΑΛΗ Ε. 36
ΚΟΚΚΑΛΗΣ Π. 210, 212, 215
ΚΟΚΚΙΝΟΣ Δ. 172, 452
ΚΟΚΚΙΝΟΥ Δ. 46, 425
ΚΟΚΚΟΡΗΣ Σ. 120
ΚΟΚΚΟΤΟΥ Ε. 296, 303
ΚΟΚΚΩΝΗΣ Γ. 110
ΚΟΚΟΛΑΚΗ Α. 93
ΚΟΚΟΛΑΚΗ Μ. 409
ΚΟΚΟΝΟΖΑΚΗ Μ. 3, 6
ΚΟΛΑΪΤΗ Φ. 174
ΚΟΛΑΪΤΗΣ Ν. 18
ΚΟΛΙΑΝΤΖΑΚΗ Σ. .. 154, 426, 434, 437, 438, 441, 442, 443, 448, 449
ΚΟΛΤΣΙΔΑ Ε. 374, 376
ΚΟΛΤΣΙΔΑ Σ. 298
ΚΟΜΗΣ Α. 324
ΚΟΜΝΑΣ Β. 453
ΚΟΝΝΑΡΗ Κ. 360, 362, 369
ΚΟΝΤΑΞΗ Χ. 12
ΚΟΝΤΕΛΕΣ Σ. 32
ΚΟΝΤΟΚΩΣΤΑΣ Κ. 207
ΚΟΝΤΟΝΗΣ Ι. 4, 53, 192
ΚΟΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Χ. 197
ΚΟΝΤΟΣΤΑΘΗ Γ. 80
ΚΟΝΤΟΣΤΑΥΛΑΚΗ Δ. 108
ΚΟΝΤΟΥ Χ. 183
ΚΟΡΑΚΙΔΟΥ Α. 56
ΚΟΡΝΑΡΟΥ Ε. 185
ΚΟΡΡΕΣ Γ.-Φ. 325
ΚΟΡΩΝΑΙΟΣ Γ. 174
ΚΟΡΩΝΑΙΟΣ Θ. 454
ΚΟΡΩΝΗΣ Ν. 340
ΚΟΣΜΑΔΑΚΗ Μ. 166, 168
ΚΟΣΜΑΔΑΚΗΣ Ν. 340
ΚΟΣΥΦΑ Ε. 104
ΚΟΤΖΑΜΠΑΣΗΣ Γ. 251, 353, 354
ΚΟΤΙΝΑ Ε. 193, 269
ΚΟΤΟΥΛΑ Κ. 41
ΚΟΤΡΩΝΗ Α. 30, 335
ΚΟΤΣΑΛΟΣ Α. 59, 164, 169, 221, 406
ΚΟΤΣΑΛΟΣ Χ. 164, 169, 221, 406
ΚΟΤΣΑΛΟΥ Ε. 59, 164, 169, 221, 380, 406
ΚΟΤΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 86
ΚΟΥΒΑΡΑΚΟΣ Α. 104, 105, 107
ΚΟΥΓΙΑ Ε. 26
ΚΟΥΓΙΟΥΜΤΖΗΣ Ι. 247, 249, 250, 355
ΚΟΥΔΟΥΜΑΣ Δ. 228
ΚΟΥΖΑΝΙΔΗΣ Ν. 106
ΚΟΥΚΑΚΗ Ε. 273
ΚΟΥΚΟΥ Α. 61
ΚΟΥΛΕΝΤΗ Μ. 53
ΚΟΥΛΟΥΚΟΥΣΑ Μ. 228
ΚΟΥΛΟΥΛΙΑΣ Β. 232
ΚΟΥΛΟΥΡΗ Μ. 60
ΚΟΥΜΠΟΥΛΗ Δ. 40, 48
ΚΟΥΝΑΛΗΣ Ε. 165
ΚΟΥΝΕΛΗ Σ. 312
ΚΟΥΝΙΑΚΗ Ο. 296
ΚΟΥΝΟΥΓΕΡΗ Α. 16
ΚΟΥΝΤΡΑ Π. 205
ΚΟΥΠΕΤΩΡΗ Μ. 269
ΚΟΥΡΑΚΟΣ Π. 231, 232, 238, 289, 290, 291, 292
ΚΟΥΡΚΟΥΛΗΣ Π. 53
ΚΟΥΡΚΟΥΤΑ Λ. 148, 402
ΚΟΥΡΚΟΥΤΑΣ Η. 410
ΚΟΥΡΟΥΚΤΣΙΔΟΥ Α. 8
ΚΟΥΡΟΥΤΟΥ Π. 269
ΚΟΥΣΙΣΗΣ Σ. 32

ΚΟΥΣΚΟΥΝΗ Ε. 203, 204
ΚΟΥΤΑΒΑ Α. 186
ΚΟΥΤΕΝΤΑΚΗ Μ. 165
ΚΟΥΤΕΝΤΑΚΗΣ Δ. 390
ΚΟΥΤΛΑΣ Ε. 205
ΚΟΥΤΟΥΖΗ Κ. 110, 112, 347
ΚΟΥΤΟΥΠΗΣ Α. 246
ΚΟΥΤΟΥΦΑΡΗΣ Γ. 4, 53
ΚΟΥΤΡΟΥΜΑΝΗ Ν. 179, 305, 384, 385, 386, 389
ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΑ Ι. 152
ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΑΣ Δ. 152, 427
ΚΟΥΤΣΙΛΙΕΡΗΣ Μ. 97, 98
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α. 58, 93, 94, 95, 379
ΚΟΥΤΣΟΓΕΩΡΓΟΥ Ε. 240, 242, 245
ΚΟΥΤΣΟΥΚΗ Δ. 101, 306, 342
ΚΟΥΤΣΟΥΚΟΥ Α. 189
ΚΟΥΤΣΟΥΡΑΚΗ Ε. 205
ΚΟΥΤΣΟΥΡΗΣ Δ. 326
ΚΟΥΤΣΩΝΗ Ο. 405
ΚΟΥΦΟΓΙΑΝΝΗ Α. 278, 458
ΚΟΥΦΟΠΟΥΛΟΥ Π. 246
ΚΟΧΥΛΑΣ Ν. 291
ΚΡΑΒΒΑΡΙΤΗΣ Ν. 38
ΚΡΑΝΙΔΙΩΤΗΣ Γ. 370
ΚΡΑΝΙΩΤΑΚΗ Ε. 39
ΚΡΑΤΗΜΕΝΟΣ Θ. 172, 452
ΚΡΕΑΤΣΑΣ Γ. 184
ΚΡΙΘΑΡΗΣ Α. 287
ΚΡΙΚΕΤΟΥ Δ. 171
ΚΡΙΤΣΩΤΑΚΗΣ Γ. 21
ΚΡΥΚΕΤΟΥ Δ. 172, 452
ΚΥΡΙΑΚΑΚΗΣ Ε. 278, 458
ΚΥΡΙΑΚΗΣ Κ. 134, 144
ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Σ. . 65,66,247,249,250,330,337,338,363,411
ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Σ. 355
ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Γ. 457
ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Φ 110, 112, 347
ΚΥΡΙΑΚΟΣ Ν. 17
ΚΥΡΙΑΚΟΥ Β. 331
ΚΥΡΙΟΥ Λ. 230
ΚΥΡΛΙΔΟΥ Χ. 56
ΚΩΔΟΥΝΗΣ Α. 205
ΚΩΜΑΝΤΖΙΑ Α. 56
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Π. 119
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Ε. 31
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Π. 68, 73
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Η. 4, 53, 192
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Α. 162
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Γ. 396
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Κ. 1, 32
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Σ. 302
ΚΩΝΣΤΑΣ Ν. 341
ΚΩΣΤΑΚΗΣ Ι. 257, 281
ΚΩΣΤΑΠΑΝΟΣ Μ. 262, 359
ΚΩΣΤΟΓΛΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Ι....97, 98
ΚΩΣΤΟΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Γ. 219
ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Δ. 177
ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 82
ΚΩΤΣΗ Π. 2
ΚΩΤΣΗΣ Θ. 314

Λ

ΛΑΒΑΝΤ Λ. 413
ΛΑΒΔΑ Ι. 26
ΛΑΓΟΥΜΙΝΤΖΗΣ Γ. 26, 318
ΛΑΔΑ Μ. 369
ΛΑΖΟΥ Ε. 197
ΛΑΪΝΑ Α. 271
ΛΑΪΟΣ Κ. 137, 140, 144, 433, 439
ΛΑΛΟΥ Δ-Α. 273
ΛΑΜΠΡΑΚΟΥ Μ. 299, 341
ΛΑΜΠΡΙΑΝΟΥ Φ. 115, 217, 218, 222, 321, 350, 366, 420
ΛΑΜΠΡΙΝΟΥΔΗΣ Γ. 266, 276
ΛΑΜΠΡΟΓΕΩΡΓΟΣ Χ. 460
ΛΑΜΠΡΟΓΕΩΡΓΟΥ Γ. 378, 460
ΛΑΜΠΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗΣ Ε. 165
ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. 346
ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Χ. 50, 178
ΛΑΜΠΡΟΥ Γ. 280
ΛΑΜΠΡΟΥ Ε. 43
ΛΑΠΑΤΣΑΝΗΣ Δ. 291
ΛΑΡΕΝΤΖΑΚΗΣ Α. 253
ΛΑΣΚΑΡΑΚΗΣ Α. 229, 230, 233, 239
ΛΕΒΕΝΤΗΣ Α. 215
ΛΕΛΕΚΗΣ Μ. 263, 364
ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ ΧΡ. 219
ΛΕΜΠΕΣΗ Δ. 345
ΛΕΜΠΙΔΑΚΗΣ Δ. 278, 458
ΛΕΦΑΝΤΖΗΣ Ν. 316, 317, 322
ΛΕΧΑΡΕΑΣ Σ. 170
ΛΕΩΤΣΑΚΟΣ Π. 327, 328
ΛΗΞΟΥΡΙΩΤΗ Π. 66
ΛΗΞΟΥΡΙΩΤΗΣ Χ. 65, 66, 247, 249, 250, 267, 330, 337, 338, 355, 363, 411
ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι. 241

ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 199
ΛΙΑΚΟΥ Χ. 266
ΛΙΑΜΗΣ Γ. 359
ΛΙΑΝΑΣ Δ. 57
ΛΙΑΟΣ Χ. 417
ΛΙΑΠΗ Γ. 193, 269
ΛΙΑΣΚΩΝΗ Α. 34
ΛΙΑΣΚΩΝΗΣ Κ. 34, 38, 45
ΛΙΒΕΡΕΖΑ Α. 297
ΛΙΜΠΙΤΑΚΗ Γ. 208
ΛΙΝΑΡΔΟΥΤΣΟΥ Ε. 220, 223, 352
ΛΙΝΤΖΕΡΗΣ Ι. 44
ΛΙΟΣΗ Β. 87, 92
ΛΙΤΣΑΚΗΣ Κ. 190
ΛΟΒΕΡΔΟΣ Δ. 274, 459
ΛΟΓΙΟΠΟΥΛΟΥ Α-Π. 180, 181
ΛΟΥΝΤΖΗ Ε. 52
ΛΟΥΠΑ Χ. 263, 271
ΛΥΒΑΤΑΚΗ Ν. 198
ΛΥΓΓΟΥΝΟΥ Β. 34, 38, 45
ΛΥΓΗΡΟΥ Β. 81
ΛΥΔΑΤΑΚΗ Ν. 272, 277
ΛΥΚΟΥΡΑΣ Δ. 300
ΛΥΚΟΥΣΗ Σ. 196, 237
ΛΥΜΠΕΡΗ Σ. 149, 447
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 219
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε. 262, 359
ΛΥΡΑΚΟΣ Γ. 58, 379
ΛΥΡΤΖΗΣ Χ. 279, 356
ΛΩΛΗ Γ. 55

Μ

ΜΑΓΑΛΙΟΣ Ε. 29, 333
ΜΑΓΓΟΥ Χ. 239
ΜΑΓΕΙΡΑ Ε. 103
ΜΑΓΚΑΦΑΚΗΣ Δ. 116
ΜΑΓΚΙΝΑ Ν. 16
ΜΑΓΚΟΥ Χ. 229
ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗΣ Α. 298
ΜΑΘΟΥ Ν. 196
ΜΑΚΙΝΑ Α. 199, 269
ΜΑΚΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗΣ Μ. 161
ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗ Α. .. 126, 145, 153, 179, 284, 305, 384, 385, 386, 389, 401, 428, 429, 430, 450
ΜΑΛΑΜΟΣ Ν. 236
ΜΑΛΙΣΙΟΒΑΣ Ν. 201
ΜΑΛΤΕΖΟΣ Ε. 195
ΜΑΜΑΚΟΥ Β. 421
ΜΑΜΜΑΣ Κ. 219, 412, 445
ΜΑΜΜΟΥ Χ. 110, 112, 206, 349
ΜΑΝΑΤΑΚΗΣ Δ. 323
ΜΑΝΔΑΛΑ Ε. 349
ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ Ε. 67, 75
ΜΑΝΙΑΤΗΣ Π. 237
ΜΑΝΙΚΑ Κ. 201
ΜΑΝΙΟΣ Ι. 101, 306, 342
ΜΑΝΤΑ Ε. 186
ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΗ Α. 33, 36, 425
ΜΑΝΤΖΑΡΗΣ Γ. 17
ΜΑΝΤΖΟΥΡΑΝΗ Μ. 265
ΜΑΝΤΖΩΡΟΥ Α. 171
ΜΑΝΤΗΣ Κ. 369
ΜΑΝΩΛΗΣ Ι. 435, 440
ΜΑΝΩΛΙΔΟΥ Ε. 196
ΜΑΝΩΛΙΔΟΥ Ζ. 203, 204
ΜΑΡΑΒΕΛΙΑ Π. 216
ΜΑΡΑΓΚΑΚΗΣ Ι. 21
ΜΑΡΑΓΚΟΣ Κ. 11, 12
ΜΑΡΓΑΡΗ Χ. 230
ΜΑΡΙΝΟΣ Ε. 228
ΜΑΡΙΝΟΣ Ν. 251, 353
ΜΑΡΙΝΟΥ Ι. 31, 228
ΜΑΡΙΟΛΗΣ Α. 341
ΜΑΡΙΟΛΗΣ Λ. 327, 328, 418
ΜΑΡΚΑΚΗ Β. 104, 105
ΜΑΡΚΑΚΗΣ Σ. 120
ΜΑΡΚΑΚΗΣ Χ. 21
ΜΑΡΚΕΑΣ Ν. 357
ΜΑΡΚΟΥ Ι. 34
ΜΑΡΟΥΛΗΣ Δ. 82
ΜΑΡΡΑ Α. 102, 200, 287, 288
ΜΑΡΤΙΚΟΣ Γ. 315
ΜΑΣΟΥΝΤ Χ. 21
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΣ Γ. 74
ΜΑΤΖΑΡΟΓΛΟΥ Χ. 248, 254
ΜΑΤΖΩΡΟΥ Α. 239
ΜΑΤΣΑΓΓΟΣ Σ. 85
ΜΑΤΣΙΓΚΟΣ Ε. 55
ΜΑΤΣΙΡΑΣ Ι. 172, 452
ΜΑΤΣΟΥΚΑ Χ. 7
ΜΑΥΡΙΚΗ Α. 56
ΜΑΧΑΙΡΑΣ Α. 315
ΜΕΓΑΣ Ι. 45
ΜΕΛΑ Δ. 369
ΜΕΛΑΣ Ν. 87

ΜΕΛΑΧΡΟΙΝΙΔΟΥ Μ. 396
ΜΕΛΕΜΕΝΗ Α. 314
ΜΕΛΕΤΗΣ Γ. ΧΡ. 1
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α. 85, 87, 91, 92, 160, 370
ΜΕΛΛΟΥ Κ. 339
ΜΕΛΠΙΔΟΥ Α. 46
ΜΕΝΕΓΑΤΟΥ Δ. 20, 24
ΜΕΝΤΖΙΟΥ Ε. 177, 387
ΜΕΡΕΚΟΥΛΙΑΣ Γ. 57
ΜΕΡΙΣΟΓΛΟΥ Σ. 293
ΜΗΛΑΚΗ Κ. 198, 272, 277
ΜΗΛΙΟΥ Α. 88, 89
ΜΗΛΙΩΝΗΣ Χ. 262
ΜΗΤΡΑΚΗΣ Γ. 263, 271
ΜΗΤΡΟΓΙΑΝΝΗ Λ. 116, 350, 366, 420
ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. 213, 214
ΜΗΤΣΙΚΩΣΤΑΣ Δ-Δ. 205
ΜΗΤΣΙΟΥ Γ. 104, 105
ΜΗΤΣΟΚΑΛΗΣ Α. 252, 354
ΜΙΓΚΛΗ Κ. 83, 84, 157, 371, 372
ΜΙΣ Μ. 291
ΜΙΣΙΑΚΟΣ Ε. 315
ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ Ε. 334, 335
ΜΙΧΑΛΑΚΟΣ Σ. 101, 306, 342
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Ε. 312
ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Σ. 410, 461
ΜΙΧΟΣ Κ. 336
ΜΟΣΧΙΔΗΣ Ζ. 2
ΜΟΣΧΟΓΙΑΝΝΗ Μ. 9
ΜΟΣΧΟΛΑΚΗ Μ. 270, 275
ΜΟΥΜΤΖΟΓΛΟΥ Α. 243
ΜΟΥΡΓΟΣ Λ. 276
ΜΟΥΣΑΦΕΙΡΗΣ Β. 248, 254
ΜΟΥΣΕΛΙΜΗ Μ. 453
ΜΟΥΣΙΑΜΑ Τ. 91, 160
ΜΟΥΣΟΥΛΗ Α. 364
ΜΟΥΣΤΑΚΑ Ε. 396
ΜΟΥΧΤΟΥΡΗΣ Π. 53
ΜΠΑΓΙΑΖΙΔΟΥ Ε. 174
ΜΠΑΓΙΑΟΥ Ο. 241
ΜΠΑΓΙΑΣ Γ. 315
ΜΠΑΖΙΑΚΑ Φ. 189
ΜΠΑΖΙΩΤΗΣ Ν. 234
ΜΠΑΚΑ Ε. 23, 335
ΜΠΑΚΑΛΗ Μ. 37, 47
ΜΠΑΚΑΣ Ε. 23, 30, 332, 334, 335
ΜΠΑΚΑΤΣΗ Σ. 23, 334, 335
ΜΠΑΚΙΡΤΖΗ Ν. 5, 7, 216, 256
ΜΠΑΚΟΜΗΤΡΟΥ Φ. 58, 94, 95, 379
ΜΠΑΛΑΚΙΤΣΑΣ Ν. 69, 74
ΜΠΑΛΙΤΣΑΡΗΣ Ε. 200
ΜΠΑΛΤΑΓΙΑΝΝΗΣ Ν. 392, 393, 394
ΜΠΑΛΤΣΙΩΤΗ Β. 241
ΜΠΑΜΠΑΛΗ Η. 357
ΜΠΑΜΠΑΛΗΣ Ι. 252, 255
ΜΠΑΜΠΟΥΡΔΑ Μ. 58, 93
ΜΠΑΞΕΒΑΝΟΣ Ν. 255, 358
ΜΠΑΡΑ Π. 49
ΜΠΑΡΑΜΠΑΤΗΣ Ν. 300
ΜΠΑΡΔΑΝΗΣ Ι. 63, 244
ΜΠΑΡΚΑ Χ. 33, 36, 39, 425
ΜΠΑΡΚΑΣ Φ. 262, 359
ΜΠΑΡΛΑ Ε. 19, 419, 424
ΜΠΑΡΜΠΑΓΙΑΝΝΗ Α. 194, 459
ΜΠΑΡΜΠΑΡΟΥΣΗ Δ. 7
ΜΠΑΡΟΥΧΟΣ Ν. 298, 301
ΜΠΑΣΚΟΥΡΕΛΟΥ Ε. 192
ΜΠΑΣΤΑΣ Α. 296, 303
ΜΠΑΤΣΙΑΚΟΥ Μ. 65, 66, 338, 411
ΜΠΑΦΑ Π. 51, 52, 54, 60, 62
ΜΠΑΧΛΙΤΖΑΝΑΚΗ Μ. 278, 458
ΜΠΕΓΝΗΣ Χ. 54
ΜΠΕΘΑΝΗΣ Κ. 280
ΜΠΕΚΑΣ Γ. 357
ΜΠΕΛΕΣΙΩΤΟΥ Ε. 33, 36, 39, 46, 425
ΜΠΕΛΗ Α. 48
ΜΠΕΛΛΙΑ Μ. 8
ΜΠΕΛΟΣ Χ. 326
ΜΠΕΝΑΡΔΗΣ Ε. 270, 274
ΜΠΕΡΕΔΑΚΗ Μ. 409
ΜΠΕΡΤΖΕΛΕΤΟΣ Χ. 237
ΜΠΕΤΣΗ Γ. 264
ΜΠΙΛΗΣ Α. 370
ΜΠΙΛΙΝΗΣ Χ. 120
ΜΠΙΛΛΗΣ Ε. 254
ΜΠΙΜΠΑΣ Α. 326
ΜΠΙΜΠΗ Α. 351
ΜΠΙΜΠΙΣΙΔΟΥ Α. 260
ΜΠΙΝΙΑΡΗ Θ. 40, 48
ΜΠΙΡΤΣΙΟΥ Χ. 206, 347
ΜΠΙΤΣΗΣ Χ. 387
ΜΠΙΤΣΩΡΗ Ζ. 378, 460
ΜΠΟΓΔΑΝΗΣ Γ. 101, 306
ΜΠΟΓΙΑΤΖΗ Σ. 176, 235, 383
ΜΠΟΚΟΣ Γ. 149
ΜΠΟΛΑΝΗΣ Π. 19, 419, 422, 423, 424

ΜΠΟΛΑΝΟΣ Ν. 392, 393, 394
ΜΠΟΜΠΟΤΑΣ Κ. 251, 353, 354
ΜΠΟΣΚΟΥ Γ. 177, 387
ΜΠΟΤΟΥΛΑ Ε. 103
ΜΠΟΤΣΙΟΣ Κ. 87
ΜΠΟΥΖΑΣ Λ. 51, 52, 62
ΜΠΟΥΛΕΚΟΣ Κ. 49
ΜΠΟΥΛΙΑ Σ. 229
ΜΠΟΥΝΤΑΛΗΣ Α. 49, 51, 52, 54, 60, 62
ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ Μ. 68, 69, 70, 75
ΜΠΟΥΣΑΚΗ Α. 453
ΜΠΟΥΣΜΠΟΥΛΑ Α. 302
ΜΠΟΥΣΜΠΟΥΛΑΣ Σ. 58, 93, 94, 95, 379
ΜΠΟΥΤΑΤΗ Ε. 85
ΜΠΟΥΤΖΙΟΣ Γ. 368
ΜΠΟΥΤΣΙΚΟΣ Γ. 323
ΜΠΡΑΒΟΥ Κ. 78, 79, 373, 375
ΜΠΡΑΟΥΔΑΚΗ Μ. 280
ΜΠΡΙΑΣΟΥΛΗ Ε. 99, 100, 103
ΜΠΡΙΑΣΟΥΛΗΣ Γ. 99, 100, 103
ΜΠΡΙΤΣΙΟΥ Χ. 112
ΜΥΛΩΝΑ Δ. 329, 414, 415, 416
ΜΥΛΩΝΑΣ Ι. 205
ΜΥΣΤΑΚΙΔΗ Β. 186
ΜΥΣΤΑΚΙΔΟΥ Κ. 234
ΜΩΡΑΪΤΟΥ Λ. 188

Ν

ΝΑΚΟΥΤΗ Θ. 347
ΝΑΝΑΣ Σ. 99, 100, 103, 104, 105, 107
ΝΑΝΟΣ Π. 243
ΝΑΣΣΟΣ Ν. 195
ΝΑΤΣΗΣ Β. 50, 175, 176, 178, 235, 383
ΝΕΠΚΑ Μ. 33, 36, 39, 46, 425
ΝΙΖΑΜΗ Μ. 186
ΝΙΚΑΚΗ Α. 9, 293
ΝΙΚΗΤΑ Κ. 170
ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ Ε. 392, 393, 394
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν. 346
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΣΤΑΜΑΤΗ Π. 159
ΝΙΚΟΥ Π. 187
ΝΙΚΟΥ Σ. 16
ΝΙΤΣΑ Α. 117
ΝΙΦΟΡΟΥ Α. 186
ΝΟΜΙΚΟΣ Ι 44
ΝΟΜΙΚΟΥ Ε. 8
ΝΤΑΗ Μ. 256
ΝΤΑΗ Σ. 410,461
ΝΤΑΝΟΥ Π. 78, 79, 373, 375
ΝΤΑΡΟΥΪΣ Ι. 117
ΝΤΑΦΟΠΟΥΛΟΣ Κ. 67, 75
ΝΤΕΛΑΚΗ Κ. 239
ΝΤΕΛΕΖΟΣ Κ. 177, 387
ΝΤΕΛΙΚΟΥ Σ. 11,12
ΝΤΕΤΣΚΑΣ Γ. 115, 116, 118, 217, 350, 000, 000
ΝΤΕΤΣΚΑΣ Γ. 218, 222, 321
ΝΤΖΙΛΕΠΗ Π 21
ΝΤΖΙΩΡΑ Φ. 151, 431, 432, 446, 451
ΝΤΙΜΑ Μ. 40,48
ΝΤΟΒΑ Β. 365, 367
ΝΤΟΤΣΙΚΑ Ε. 405
ΝΤΟΥΡΑΚΗΣ Σ. 109, 111, 119

Ξ

ΞΑΠΛΑΝΤΕΡΗ Π. 319
ΞΕΚΑΛΟΥ Α. 3,6
ΞΕΝΟΠΟΥΛΟΥ Θ. 282, 283, 403
ΞΙΦΑΡΑΣ Μ. 207, 208
ΞΟΥΡΑΦΑΣ Β. 461
ΞΥΔΑΚΗ Α. 271

Ο

ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΣ Θ. 85
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Α. 193
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ε. 77
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Θ. 110, 347
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Κ. 412
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ν. 360, 362
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. 113,114, 241
ΟΡΛΑΝΔΟΥ Κ. 188
ΟΡΦΑΝΟΥ Μ. 126, 145, 153, 179, 305, 385

Π

ΠΑΓΚΑΛΗΣ Σ. 335
ΠΑΓΚΟΥΡΕΛΑΣ Ε. 112
ΠΑΓΟΥΛΑΤΟΥ Α. 392
ΠΑΛΑΙΟΔΗΜΟΣ Λ. 123
ΠΑΛΑΣΚΑΣ Θ. 35
ΠΑΛΙΟΥΡΑΣ Χ. 218, 321
ΠΑΛΙΟΥΡΑΣ Χ. 217, 222
ΠΑΛΙΟΥΡΗ Ε. 392, 393

ΠΑΛΛΑ Σ. 269
ΠΑΛΛΑΝΤΖΑ Ζ. 11, 12, 237
ΠΑΛΛΑΝΤΖΑΣ Α.....231, 232, 238, 289, 290, 000, 000
ΠΑΛΛΗ Ε. 108
ΠΑΛΛΗΣ Δ. 251, 252, 255, 353, 354, 000
ΠΑΜΟΥΚΗ Σ. 149, 447
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ Ι. 236, 316, 322
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΟΥ Σ. 329, 414, 415, 416
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Η. 248
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. 342
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Κ. 8
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Ν. 186
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Ε. 61, 126, 145, 153, 179, 300, 305
ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ Π. 195
ΠΑΝΑΓΟΥΛΗ Κ 186
ΠΑΝΔΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ....294, 297
ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Μ. 201
ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Π.-Σ. 324
ΠΑΝΟΥΣΗ Π. 180, 181
ΠΑΝΤΑΖΗ Α. 199
ΠΑΝΤΑΖΗΣ Κ. 248, 254
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Τ. 218
ΠΑΠΑΒΔΗΣ Δ. 457
ΠΑΠΑΒΕΝΤΣΗΣ Δ. 201
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ. 382
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε. 97, 199, 381Α
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Λ. 1
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ν. 88, 89, 210, 215
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Ι. 405
ΠΑΠΑΓΡΗΓΟΡΙΟΥ Ε. 41
ΠΑΠΑΔΑΚΑΚΗ Μ. 21
ΠΑΠΑΔΑΚΗ Α. 263, 271
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Σ. 172, 452
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ. 236
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Π. 54,62
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Β. 348
ΠΑΠΑΔΟΓΙΑΝΝΗΣ Δ. 88,89
ΠΑΠΑΔΟΚΩΣΤΑΚΗ Ε. 198, 272, 277
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α. 176
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Β. 381, 404
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ε. 104
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ι. 315
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Μ. 107
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Χ. 364
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Α. 6, 342
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Δ. 173
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Ε 61
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Μ. 266
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Τ. 392, 393, 394
ΠΑΠΑΔΟΣΠΥΡΙΔΑΚΗ Κ. 198, 272, 277
ΠΑΠΑΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Β. 43, 44
ΠΑΠΑΕΥΣΤΑΘΙΟΥ Κ. 20, 24
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α. 58, 93, 94, 95, 298, 301, 379
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Δ. 195
ΠΑΠΑΗΛΙΟΥ Ι. 237
ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Π. 205
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Κ. 51
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Ν. 15
ΠΑΠΑΚΥΡΙΤΣΗ Μ. 332
ΠΑΠΑΚΥΡΙΤΣΗΣ Μ. 431,432,446,451
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Δ. 398,400
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Λ. 118
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Μ. 10
ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ Β. 316, 317, 322
ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ Σ. 29, 333
ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Σ. 461
ΠΑΠΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ Α. 220, 223, 225, 352
ΠΑΠΑΝΑΣ Ν. 195
ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Χ. 116
ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ Ε. 191
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α. 34, 38, 45
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Γ. 102, 287
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ι. 377
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Μ. 49
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν....227
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Π. 212
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Σ....203
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Α. 167
ΠΑΠΑΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Σ. 88, 89
ΠΑΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Ι....83, 84, 157, 323, 372
ΠΑΠΑΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ Ι. 32
ΠΑΠΑΡΡΙΖΟΥ Ζ. 33,36,46
ΠΑΠΑΣΒΕΝΤΣΗΣ Δ. 31
ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Β. 39,190
ΠΑΠΑΣΤΕΡΓΙΟΥ Β. 115, 116, 118, 217, 350, 000, 000
ΠΑΠΑΣΤΕΦΑΝΟΥ Μ. 22, 24, 25, 28
ΠΑΠΑΤΑΞΙΑΡΧΟΥ Α. 124
ΠΑΠΑΤΣΩΡΗΣ Α. 409
ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΣ Ν. 167, 216, 256
ΠΑΠΗ Χ. 109, 111, 348
ΠΑΠΟΥΤΣΑΚΗΣ Δ. 211
ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Β. 293
ΠΑΠΠΑ Ε. 106, 191, 271
ΠΑΠΠΑ Κ. 80, 81
ΠΑΠΠΑ Κ. 6, 82
ΠΑΠΠΑΣ Ε 314

ΠΑΠΠΑΣ Σ. 58, 93, 94, 95, 379
ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ Ι 38
ΠΑΡΑΣΧΟΥ Ν. 126, 145, 153, 179, 284, 401, 305, 384,
ΠΑΡΘΕΝΗΣ Χ. 83, 157, 371
ΠΑΡΠΟΥΝΑΣ Κ. 327, 328, 417, 418
ΠΑΣΣΑΔΗ Κ. 186
ΠΑΣΧΑΛΗΣ Σ. 171
ΠΑΣΧΟΣ Α. 127,131,132
ΠΑΤΑΠΗΣ Π. 315
ΠΑΤΕΛΑΡΟΥ Α. 21
ΠΑΤΗΛΑ Ε. 230, 239
ΠΑΤΗΡΑΚΗ Ε. 241
ΠΑΤΙΔΗΣ Κ. 117
ΠΑΤΡΕΛΗΣ Α. 22, 24, 25, 27, 28
ΠΑΤΣΑΒΕΛΑ Σ. 320
ΠΑΤΣΑΚΗ Ε. 104, 105, 107
ΠΑΤΣΟΥΜΗ Α. 427
ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΥ Α. 459
ΠΑΥΛΟΥ Η. 106, 191
ΠΕΓΚΟΣ Χ. 56
ΠΕΛΕΚΑΝΟΥ Α. 346
ΠΕΠΠΑ Μ. 264
ΠΕΡΒΟΛΑΡΑΚΗ Μ. 21
ΠΕΡΓΑΝΤΑΣ Ν. 286
ΠΕΡΙΒΟΛΙΩΤΗ Ε. 33, 36, 39, 46, 425
ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β. 66, 338, 411
ΠΕΡΡΑΚΗΣ Ν. 44
ΠΕΡΡΕΑ Δ. 170, 312
ΠΕΤΡΑΣ Π. 391, 395, 397
ΠΕΤΡΙΚΚΟΣ Γ. 188
ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ. 315
ΠΕΤΡΟΥ Ε. 159
ΠΕΤΡΟΧΕΙΛΟΥ Α. 41
ΠΕΤΤΑ Ε. 241
ΠΙΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. 171
ΠΙΠΙΚΟΣ Θ. 293
ΠΙΠΙΛΗ Χ. 224, 351
ΠΙΣΤΙΚΗ Α. 187
ΠΙΤΑΡΟΚΟΙΛΗΣ Α. 163
ΠΙΤΑΡΟΚΟΙΛΗΣ Μ. 163
ΠΙΤΤΑΡΑΣ Θ. 46
ΠΛΑΚΟΜΥΤΗ Θ. 118
ΠΛΑΤΑΝΑΣ Μ. 259, 260
ΠΛΑΤΣΟΥΚΑ Ε. 196, 237
ΠΛΙΑΤΣΙΚΑ Π. 240, 245
ΠΛΙΟΥΤΑΣ Ι. 324
ΠΟΛΙΤΗ Ε. 122
ΠΟΛΙΤΗΣ Ε. 269
ΠΟΛΟΝΥΦΗ Α. 265
ΠΟΛΥΖΟΣ Α. 265
ΠΟΛΥΜΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε. 236
ΠΟΛΥΜΕΡΟΥ Ε. 104, 105
ΠΟΜΩΝΗ Σ. 17
ΠΟΝΤΙΚΗΣ Κ. 189
ΠΟΤΑΜΟΥΣΗ Π. 211
ΠΟΤΣΙΟΣ Χ. 319
ΠΟΥΓΙΟΥΚΑ Μ. 41, 117
ΠΟΥΛΑΚΗΣ Κ. 162
ΠΟΥΛΑΚΟΥ-ΡΕΜΠΕΛΑΚΟΥ Ε. 134, 144
ΠΟΥΛΑΣ Κ. 26, 318
ΠΟΥΛΙΟΣ Π. 254
ΠΟΥΛΙΟΥ Ν. 17
ΠΟΥΦΤΑ Σ. 339
ΠΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Β. 9, 293
ΠΡΑΤΙΚΑΚΗ Μ. 46
ΠΡΟΔΡΟΜΙΔΟΥ Κ. 115, 116, 118, 217, 420
ΠΡΩΤΟΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Ε. 17
ΠΡΩΤΟΨΑΛΤΗΣ Ι. 85

Ρ

ΡΑΠΤΗΣ Σ. 85
ΡΑΡΡΑ Α. 402
ΡΑΫΜΟΝΔΟΥ Η. 241
ΡΑΥΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. 310
ΡΕΚΛΕΙΤΗ Μ. 304
ΡΕΜΠΕΛΟΣ Γ. 231, 292
ΡΗΓΑΚΗ Κ. 53
ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 317
ΡΙΖΟΔΗΜΟΣ Γ. 92
ΡΙΦΟΥΝΑ Μ. 341
ΡΟΒΛΙΑΣ Α. 211, 213
ΡΟΓΔΑΚΗΣ Ε. 161
ΡΟΖΕΝΜΠΕΡΓΚ Θ. 344
ΡΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ Φ. 238
ΡΟΥΛΙΑ Ε. 199, 361
ΡΟΥΜΠΗΣ Κ. 173, 174, 454
ΡΟΥΠΑΚΑΣ Ε. 257
ΡΟΥΣΚΑΣ Γ. 370
ΡΟΥΤΣΗ Χ. 99, 100, 103, 105
ΡΟΥΦΑΣ Κ. 218, 222, 321

Σ

ΣΑΒΒΑΡΗ Π. 307
ΣΑΒΒΙΔΟΥ Δ. 9, 293

ΣΑΓΙΑ Χ. 87
ΣΑΚΑΛΙΔΟΥ Μ. 173, 174
ΣΑΚΑΡΕΛΛΟΣ Π. 457
ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΔΟΥ Α. 218
ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Β. 332
ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Σ. 257
ΣΑΚΕΛΛΙΑΔΗΣ Ε. 180, 181
ΣΑΚΚΑΣ Λ. 166, 168
ΣΑΛΑΜΑΛΕΚΗΣ Γ. 156
ΣΑΛΙΧΟΥ Α. 126, 145, 153, 179, 284, 305, 384, 385, 401
ΣΑΛΤΑΜΑΥΡΟΣ Α. 437, 442, 443
ΣΑΜΑΡΑ Π. 13, 14, 16
ΣΑΜΑΡΚΟΣ Μ. 1
ΣΑΜΟΥΡΗΣ Γ. 200
ΣΑΝΙΔΑ Γ. 243
ΣΑΡΑΦΙΑΝΟΥ Ε. 234, 286
ΣΑΡΑΦΙΔΟΥ Π. 106
ΣΑΡΗΒΑΛΑΣΗΣ Σ. 180, 181
ΣΑΡΙΔΗ Μ. 304, 382
ΣΑΡΡΗΣ Ε. 263, 271
ΣΓΑΝΤΖΟΣ Μ. 130, 150, 155
ΣΓΟΥΡΟΣ Κ. 364
ΣΓΩΡΑ Κ. 171
ΣΕΒΔΑΛΗΣ Ε. 87
ΣΕΙΤΟΥ Β. 259
ΣΕΡΓΕΝΤΑΝΗΣ Θ. 307
ΣΕΡΕΤΗ Κ. 369
ΣΕΡΦΑ Ε. 52
ΣΕΦΕΡΛΗΣ Ι. 254
ΣΗΦΑΚΗΣ Σ. 71, 72
ΣΙΑΚΑΒΕΛΛΑ Μ. 211
ΣΙΑΚΟΥΛΗ Π. 296, 303
ΣΙΑΝΟΥ Α. 253, 413
ΣΙΒΕΤΙΔΟΥ Σ. 23, 332, 334
ΣΙΔΕΡΗΣ Β. 405
ΣΙΔΕΡΟΓΛΟΥ Θ. 339
ΣΙΔΗΡΑΣ Γ. 104,105
ΣΙΛΒΕΣΤΡΟΣ Χ. 339
ΣΙΜΟΥ Ε. 182, 240, 242, 245, 388
ΣΙΝΙΟΡΑΚΗΣ Ε. 149, 447
ΣΙΟΥΛΑΣ Γ. 66
ΣΙΡΜΠΙΛΑΝΤΖΕ Τ. 50
ΣΙΣΜΑΝΗΣ Α. 326
ΣΚΑΛΚΙΔΗΣ Ι. 243, 309
ΣΚΑΡΑΝΤΑΒΟΣ Γ. 322
ΣΚΑΡΠΑΣ Γ. 134, 136
ΣΚΑΡΠΑΣ Π 83, 371
ΣΚΛΗΡΟΣ Ν. 190, 268, 274
ΣΚΟΡΔΑ Ε. 190
ΣΚΟΡΔΑ Λ. 115, 116, 118, 350, 366
ΣΚΟΥΡΑ Ε. 269
ΣΚΟΥΡΟΓΛΟΥ Α. 31
ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ Α. 270
ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ Α. 39, 190, 194, 200, 268, 270, 274
ΣΜΑΡΔΑ Μ. 455, 456
ΣΜΙΑΡΗ Μ. 279
ΣΜΥΡΝΙΩΤΗΣ Β. 219, 315
ΣΟΛΩΜΟΥ Ε. 53
ΣΟΡΑΝΟΓΛΟΥ Β. 187
ΣΟΥΚΑΡΑΣ Α. 56
ΣΟΥΛΑΪΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ. 110, 112, 206
ΣΟΥΛΗ Μ. 188
ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. 122, 304
ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Ν. 263
ΣΟΥΦΛΕΡΟΣ Κ. 17
ΣΟΦΙΑΝΟΣ Ι. 247, 249, 250, 330, 355
ΣΠΑΝΑΚΗ Φ. 369
ΣΠΑΝΙΔΟΥ Α 61
ΣΠΑΝΟΣ Ι. 213, 214
ΣΠΑΝΟΥ Ε. 222, 350, 366, 420
ΣΠΑΡΤΑΛΗΣ Ε. 257
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Κ. 102, 200, 287, 288
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Χ. 180, 181
ΣΠΙΝΑΡΗΣ Β. 58, 94
ΣΠΙΝΙΑΡΗΣ Β. 95
ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ Ν. 161, 163, 165
ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Ι. 58, 95
ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ. 300
ΣΠΥΡΟΥΛΙΑ Δ. 327, 328, 417, 418
ΣΤΑΘΟΓΙΑΝΝΗΣ Κ. 369
ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Χ. 229, 233
ΣΤΑΪΚΟΥ Χ. 314
ΣΤΑΜΑΤΑΚΗΣ Γ. 107
ΣΤΑΜΑΤΙΟΥ Κ. 202, 258, 261
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. 212
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 55
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Σ. 286
ΣΤΑΜΕΛΟΣ Κ. 410
ΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 5, 7, 167, 216, 256
ΣΤΑΜΟΣ Ζ. 40, 48, 319
ΣΤΑΜΠΟΛΙΔΗΣ Ν. 231, 232, 238, 289, 290, 000, 000
ΣΤΑΜΠΟΡΗ Μ. 115, 116, 118, 217, 350, 000, 000
ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Ι. 290, 292
ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ. 191
ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΚΗΣ Ε. 128, 129, 133, 138, 139, 146
ΣΤΕΡΓΙΟΥ Ν. 417

ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ Χ. 88, 89
ΣΤΕΦΑΝΗ Δ. 364
ΣΤΕΦΑΣ Ε. 22, 24, 25, 27, 28
ΣΤΗΘΟΣ Δ. 340
ΣΤΟΓΙΑΝΝΗ Α. 29
ΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Δ. 236
ΣΤΟΥΜΠΟΣ Β. 66, 411
ΣΤΟΥΡΑΪΤΗΣ Π. 57
ΣΤΡΑΒΟΠΟΔΗΣ Δ. 228
ΣΤΡΑΤΑΚΗΣ Κ. 321
ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗΣ Ε. 192
ΣΤΡΑΤΙΓΑΚΟΣ Ε. 4
ΣΤΡΑΤΙΩΤΗΣ Γ. 352
ΣΤΡΙΚΛΟΓΙΑΝΝΗΣ Ι. 115, 118
ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΟΥ Σ. 135, 444
ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ Ε. 33
ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ Ζ. 334
ΣΥΜΠΑΡΔΗ Σ. 193, 269
ΣΥΡΙΓΟΣ Γ. 56
ΣΥΡΙΣΤΑΤΙΔΗΣ Χ. 70, 76
ΣΥΨΑΣ Ν. Β. 113, 114
ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗ Π. 194, 270, 275
ΣΦΗΚΑΣ Σ. 345
ΣΧΟΙΝΑΣ Α. 123
ΣΩΛΗΝΗΣ Ι. 259, 260
ΣΩΡΡΑΣ Κ. 154, 426, 434, 437, 438, 000, 000, 000, 000
ΣΩΤΑΚΗΣ Π. 31
ΣΩΤΗΡΑΚΗ Μ. 220, 223, 225, 352
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. 94, 95

Τ

ΤΑΒΕΡΝΑΡΑΚΗ Α. 275
ΤΑΒΕΡΝΑΡΑΚΗΣ Α. 205
ΤΑΒΛΑΔΑΚΗ Α. 163
ΤΑΒΛΑΝΤΑ Μ 61, 126, 145, 153, 179, 300, 305
ΤΑΒΛΑΝΤΑΣ Π. 61, 126, 145, 153, 179, 284, 300, 305, 401
ΤΑΚΗ Α. 328
ΤΑΜΠΑΚΟΣ Η. 58
ΤΑΣΗΣ Ν. 54
ΤΑΤΑΝΗ Ε. 248
ΤΑΤΣΗ Α. 369
ΤΕΓΟΣ Θ. 229
ΤΕΛΙΟΣ Θ. 370
ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν. 88, 89, 96
ΤΕΡΖΗ Ε. 195
ΤΕΡΖΙΔΗΣ Α. 344
ΤΕΡΠΟΣ Ε. 1
ΤΕΣΤΕΜΠΑΣΗ Ε. 233
ΤΖΑΒΑΡΑΣ Δ. 180, 181
ΤΖΑΪΔΑ Ο. 394
ΤΖΑΜΑΛΟΥΚΑ Γ. 21
ΤΖΑΝΗ Χ. 345
ΤΖΑΝΟΣ Α. 20, 22, 24, 25, 27, 28
ΤΖΑΝΟΥΔΑΚΗ Μ. 99, 100
ΤΖΕΛΙΛΗ ΜΑΡΙΕΤΑ 256
ΤΖΕΤΗ ΜΑΡΙΑ 312
ΤΖΙΒΕΛΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ 457
ΤΖΙΦΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ 263
ΤΖΙΦΗΣ Α. 173
ΤΖΙΩΤΖΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ 22, 25, 28
ΤΖΟΥΒΑΛΑ ΜΑΡΙΑ 120
ΤΖΩΡΤΖΑΤΟΥ-ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ Φ. 280
ΤΙΝΑ Λ. 299, 341
ΤΟΓΚΕΛΙΔΗΣ Β. 30
ΤΟΓΚΟΝΙΤΖΕ Μ. 173
ΤΟΜΑΗΣ Δ. 172, 452
ΤΟΣΚΑ Α. 304, 382
ΤΟΣΟΝΙΔΟΥ Δ. 173, 174, 454
ΤΟΤΣΙΚΑΣ Χ. 275, 459
ΤΟΥΚΛΗ Δ. 15
ΤΟΥΛΙΑΤΟΥ Α. 266, 276
ΤΟΥΛΟΥΜΑΚΟΣ Σ. 125
ΤΟΥΛΟΥΜΗΣ Ζ. 413
ΤΟΥΜΠΑΝΑΚΗΣ Δ. 459
ΤΟΥΜΠΗΣ Μ. 42
ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ Δ. 88, 89, 307
ΤΟΥΤΟΥΖΑ Μ. 41, 117
ΤΡΑΓΟΥΛΙΑΣ Β. 25, 27, 28
ΤΡΑΓΟΥΣΤΗ Α. 268
ΤΡΑΚΑΚΗΣ Ε. 372
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΟΥ Ι. 454
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Ε. 339
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Ρ. 186
ΤΡΙΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Χ. 457
ΤΡΙΓΚΑ Κ. 224, 226, 351
ΤΡΙΓΚΑΣ Π. 351
ΤΡΙΧΙΑ Ε. 392
ΤΡΟΜΠΟΥΚΗ Μ. 65, 267, 337, 338, 363
ΤΡΟΜΠΟΥΚΗ Π. 158
ΤΡΟΜΠΟΥΚΗΣ Κ. 136
ΤΣΑΓΓΟΥ Δ. 57
ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗΣ Σ. 103
ΤΣΑΓΚΑΡΗ Β. 189
ΤΣΑΓΚΑΡΗ Ε. 257
ΤΣΑΓΚΑΡΟΥΣΙΑΝΟΣ Χ. 108, 340

ΤΣΑΓΚΟΒΙΤΣ Α. 329, 414, 415, 416
ΤΣΑΚΑΝΙΚΑΣ Ι. 52
ΤΣΑΚΙΡΗΣ Ι. 323
ΤΣΑΚΡΗΣ Α. 32, 35
ΤΣΑΜΑΔΙΑΣ Β. 77
ΤΣΑΝΗΣ Γ. 210, 215
ΤΣΑΝΤΗΛΑΣ Η. 294, 295, 297
ΤΣΑΟΥΣΙΔΟΥ Μ. 2
ΤΣΑΡΑΚΛΗΣ Α. 137
ΤΣΑΡΟΥΧΑ Α. 396
ΤΣΕΒΡΕΝΗΣ Β. 8
ΤΣΕΚΑ Γ. 18
ΤΣΕΚΟΥΡΑ Μ. 11
ΤΣΕΚΡΕΚΟΣ Ε. 268
ΤΣΕΛΕΠΗ Μ. 459
ΤΣΕΛΙΟΥ Ε. 303
ΤΣΕΠΕΛΑΚΗ Α. 321
ΤΣΕΠΕΛΗ Μ. 270
ΤΣΕΠΗΣ Η. 254
ΤΣΕΡΚΕΖΟΓΛΟΥ Α. 241
ΤΣΕΡΩΝΗ Μ. 203, 204
ΤΣΙΑΚΑΛΟΣ Α. 113, 114
ΤΣΙΑΜΑΣΦΙΡΟΥ Δ. 332
ΤΣΙΑΜΗΤΑ Μ. 300
ΤΣΙΑΠΑΡΑΣ Ν. 170
ΤΣΙΑΡΑ Π. 425
ΤΣΙΑΤΟΥΡΑ Α. 336
ΤΣΙΑΤΣΟΥΛΗ Α. 241
ΤΣΙΒΓΟΥΛΗΣ Α. 333
ΤΣΙΓΚΑΣ Α. 125
ΤΣΙΓΩΝΗ Ε. 17
ΤΣΙΚΟΥΡΑΣ Π. 73, 76
ΤΣΙΛΗΣ Ν. 325
ΤΣΙΛΙΒΙΓΚΟΥ Μ. 220, 223, 225, 352
ΤΣΙΛΙΓΚΙΔΗΣ Β. 169
ΤΣΙΛΙΜΗ Κ. 266, 276
ΤΣΙΛΙΜΠΑΡΗ Ε. 86
ΤΣΙΜΠΟΥΡΗΣ Γ. 251, 252, 255, 353, 354, 000
ΤΣΙΝΤΙΡΗΣ Κ. 38
ΤΣΙΟΔΡΑΣ Σ. 197
ΤΣΙΟΥΤΣΙΑΣ Π. 34, 45
ΤΣΙΠΗΣ Α. 159
ΤΣΙΡΑΚΗΣ Γ. 3,6
ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ Α. 17
ΤΣΙΤΣΑΜΗ Ε. 16
ΤΣΙΤΣΗΣ Β. 443
ΤΣΙΤΣΙΛΩΝΗ Ο. 13,14,15,16
ΤΣΟΓΚΑΣ Ν. 120
ΤΣΟΚΑ Ε. 54,60
ΤΣΟΛΚΑΣ Α. 38
ΤΣΟΠΕΛΑ Ε. 393
ΤΣΟΡΤΕΚΗ Φ. 280
ΤΣΟΤΑΚΟΣ Σ. 241
ΤΣΟΥΚΑΛΑΣ Γ. 130, 134, 136, 137, 140, 296, 303
ΤΣΟΥΚΑΛΑΣ Δ. 57
ΤΣΟΥΚΑΛΑΣ Ι. 147, 433, 436, 439
ΤΣΟΥΚΑΛΑΣ Μ. 108
ΤΣΟΥΤΣΑΣ Ι. 65, 66, 247, 249, 250, 267, 330, 337, 338, 355, 363, 411
ΤΣΟΥΤΣΟΣ Δ. 102, 200, 287, 288
ΤΣΟΥΤΣΟΣ Σ. 56
ΤΣΩΛΗ Μ. 368
ΤΥΡΑΚΗ Α. 427

Υ

ΥΔΡΑΙΟΣ Ι. 212
ΥΦΑΝΤΗΣ Ν. 455, 456

Φ

ΦΑΓΚΡΕΖΟΣ Δ. 237
ΦΑΚΑ Ι. 220
ΦΑΚΑΣ Ν. 205
ΦΑΚΟΥ Α. 455, 456
ΦΑΜΗΛΙΑΣ Ι. 115, 116
ΦΑΝΟΥΡΓΙΑΚΗΣ Α. 78, 79, 373, 375
ΦΑΡΜΑΚΗΣ Δ. 265
ΦΑΡΣΑΡΗΣ Δ. 172, 452
ΦΑΦΛΙΑ Χ. 289
ΦΕΒΡΑΝΟΓΛΟΥ Χ. 396
ΦΕΖΟΥΛΙΔΗΣ Ι. 166, 168
ΦΕΡΔΙΑΝΑΚΗ Ε. 186
ΦΕΡΦΕΛΗ Σ. 332
ΦΙΛΗΣ Κ. 253
ΦΙΛΙΠΠΕΔΙΟΥ Δ. 78, 79
ΦΙΛΙΠΠΗ Β. 9, 293
ΦΙΛΙΠΠΟΥ Μ. 329, 414, 415, 416
ΦΛΩΡΔΕΛΛΗΣ Χ. 186
ΦΛΩΡΟΣ Δ. 341
ΦΟΡΤΗΣ Σ. 13
ΦΟΥΚΑΡΑΚΗΣ Ε. 161, 163, 165
ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗ-ΠΑΠΑΡΙΖΟΥ Λ. 10
ΦΟΥΝΤΟΥΛΗΣ Κ. 36, 39, 190
ΦΟΥΡΤΟΥΝΑΣ Κ. 226
ΦΟΥΣΕΚΗΣ Κ. 254

ΦΟΥΣΣΑΣ Σ. 91, 160
ΦΟΥΣΤΕΡΗΣ Ε. 87, 91, 160
ΦΡΑΓΚΑΚΗ Μ. 198, 272, 277
ΦΡΑΔΕΛΟΣ Ε. 148, 402
ΦΩΚΑΣ Κ. 202, 258, 261
ΦΩΤΙΑΔΗΣ Δ. 326
ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Μ. 299

Χ

ΧΑΒΑΚΗ Σ. 228
ΧΑΛΑΖΩΝΙΤΗΣ ΑΘ. 410, 461
ΧΑΛΕΒΑΣ Π. 110, 112, 206, 347, 349
ΧΑΛΜΟΥΚΗ Π. 365, 367
ΧΑΜΟΥ Α. 241
ΧΑΜΠΑΚΗΣ Χ. 120
ΧΑΜΠΙΠΗΣ Κ. 227
ΧΑΝΙΩΤΟΥ Α. 294, 295, 297, 435, 440
ΧΑΝΟΣ Α. 2
ΧΑΝΤΑΝΗΣ Σ. 91, 160
ΧΑΡΒΑΛΟΥ Α. 32
ΧΑΡΙΣΗ Σ. 29, 333
ΧΑΣΜΠΑΝ Τ. 199
ΧΑΤΖΑΚΗΣ Α. 101, 306, 342
ΧΑΤΖΑΚΗΣ Σ. 161
ΧΑΤΖΕΛΛΗΣ Ε. 368
ΧΑΤΖΗΑΓΑΠΙΟΥ Κ. 280
ΧΑΤΖΗΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Χ. 334
ΧΑΤΖΗΙΩΑΝΝΟΥ Α. 170
ΧΑΤΖΗΚΥΡΙΑΚΟΥ Ρ. 37, 42, 47, 302
ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΛΗΣ Α. 392, 393, 394
ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΛΗΣ Η. 323
ΧΑΤΖΗΠΑΡΑΣΚΕΥΑ Π. 294
ΧΑΤΖΗΣ Γ. 88, 89, 113, 114
ΧΑΤΖΗΣΤΕΡΓΟΣ Π. 90
ΧΑΤΖΗΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Χ. 339
ΧΑΤΖΙΔΑΚΗΣ Ε. 212
ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ Α. 176, 235, 383
ΧΕΛΙΩΤΗ Ε. 220, 223, 225, 352
ΧΕΡΑΣ Π. 50, 175, 176, 178, 235, 300
ΧΛΙΑΟΥΤΑΚΗΣ Ι 21
ΧΟΛΟΓΚΙΤΑΣ Ε 110, 112, 206, 347, 349
ΧΟΥΖΟΥΡΗΣ Μ. 162
ΧΟΥΡΠΙΛΙΑΔΗΣ Χ. 186
ΧΟΥΧΟΥΛΑ Δ. 32
ΧΟΥΧΟΥΛΗΣ Κ. 224, 351
ΧΡΕΛΙΑΣ Χ. 84
ΧΡΗΣΤΑΚΟΥ Α. 105, 107
ΧΡΗΣΤΟΥ Ε. 120
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Ν. 218
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. 202, 258, 261, 325
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Κ. 263, 271
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Β. 197, 264
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 301
ΧΡΙΣΤΟΥΛΑΣ Δ. 1
ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΙΔΗΣ Γ. 92
ΧΡΟΝΑ Ε. 210, 215
ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ. 199, 361
ΧΡΥΣΑΝΘΟΣ Ν. 320
ΧΡΥΣΙΚΟΣ Λ. 365, 367
ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ Μ. 368

Ψ

ΨΑΛΤΟΠΟΥΛΟΥ Θ. 101, 306, 307, 342
ΨΑΡΟΥΔΑΚΗ Ζ. 33, 36, 39, 46, 425
ΨΑΡΡΑ Κ. 103
ΨΑΡΡΗΣ Α. 113, 114
ΨΑΧΟΥΛΙΑ Χ. 238
ΨΕΛΛΑΣ Χ. 115, 118, 420
ΨΕΥΔΗ Α. 290
ΨΥΛΛΑΚΗ Δ. 25, 27, 28
ΨΩΜΑΣ Ε. 34

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΘΕΜΑΤΩΝ

(Οι αριθμοί αντιστοιχούν σε αριθμούς εργασιών)

(Bacterial vaginosis BV). 33
16S rRNA methylotransferase 188
ACC/AHA 262
ACD3S 13
Acinetobacter baumannii 36
AIDS 190
ANOVA 35
Anxiety 254
Architect (Abott) 46
Bone elution 187
Burnout 224
C-αντιδρώσα πρωτεΐνη 88, 162
CA 19-9 230
Cancer pain 331
Candida albicans 425
Candida spp 43
Carbapenemase 188
CD5 18
CD55 (DAF) 1
CD59 (MIRL) 1
Clue cells 33
CMV 268
CoNS 48
Coombs 113
Corynebacterium spp 362
DAT 113
Depression 254
Edith Louise Potter 151
ELISA 16
EmA 17
Enterobacteriaceae 188
Enzymatic activity 43
ESBL 24
ESC/EAS 262
Esterases 43
Facet syndrome 248
FAR LATERAL DISC 214
Fas-ligand 6
Filogorius 139
FUO 274
Fusobacterium nucleatum 276
Garden 252
Gardnerella vaginalis 33, 79 425
Gefitinib 280
Genome 421
Genome Wide Association Studies 421
Good Clinical Practice 124
GpIa 77
GpIIIa 77
Hbs Ap 8
HBV 118
HCV 113, 114, 347
HD 9
Helicobacter pylori 196
Hemolysin 43
Henoch - Schönlein 283
HIV 190
HPV 458
Hsp 70 99, 100
Hsp90 99
HSV-2 277
Human Molecular Genetics 421
IADPSG 78
IgG4 217
in vitro 187
Ki-67 236
Kikuchi λεμφαδενοπάθεια 193
Κολπιτιδα 33
LDL-C 262
Listeria monocytogenes 32
Llinezolid 187
Low back pain 248, 254
LPS 100
Management 35
Mantoux 299
Melld-Na score 109
Model for End Stage Liver Disease Na 109
MRI ΟΜΣΣ 214
Mycobacterium tuberculosis 201
Neisseria gonorrhoeae 425

Nissen ... 313
NK-92 ... 13
non Hodgkin λέμφωμα ... 285
Nottingham prognostic index ... 236
Osteomyelitis ... 187
P. aeruginosa ... 44
Paget ... 171
Path ... 243
PCP ... 190
PCR ... 196, 277
PDR ... 188
PET/CT ... 9
PET/CT μονήρης ... 293
Phospholipases ... 43
Physiotherapy ... 331
Pneumocystis carinii ... 190
Pneumocystis jirovenci ... 190
Proteinases ... 43
PSA ... 260
PSI pneu ... 297
Pulse wave velocity ... 85
QNR ... 188
qPCR ... 265
Radiofrequency ablation ... 248
Real-time pcr ... 31
Rehabilitation ... 331
SCID ... 13
Semantics ... 326
Sequential Organ Failure Assessment SOFA score ... 109
Single Nucleotide Polymorphysm ... 421
SPN ... 293
Spoligotyping ... 201
Staphylococcus aureus ... 32, 425
Stenotrophomonas maltophilia ... 200
Streptococcus agalactiae ... 425
Streptococcus Group N ... 39
Τ λεμφοκύτταρα ... 15
Tachosil ... 213
Therapeutik ... 128
Triage ... 358
Triplex ... 457
TSQM ... 205
tTG-A ... 17
Vac ... 330
Wetling ... 26, 318
Whiff test ... 33
Whole Genome sequencing ... 421
«Πολιτεία» ... 437

A

Αγγειακά εγκεφαλικά ... 206
Αγγειακό ... 50, 333
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ... 207, 332
Αγγειίτιδα ... 1, 269
Αγγειοδυσπλασία ... 172
Αγγειοπλαστική ... 60, 221
Αγγλική κατοχή ... 145, 429, 430, 450
Αγγλοκρατίας ... 126
Άγιοι προστάτες ... 156
Αγιουρβέδα ... 435
Αγκυλοτόμον ... 434
Άγχος ... 50, 175, 241, 254
Αδάμ ... 155
Αδενοκαρκίνωμα ... 270
ΑΕΕ ... 27
Αέρια νεύρων ... 123
Αθίγγανοι ... 339
Αιμαγγειοπερικύτωμα ... 394
Αιματολογικός έλεγχος ... 65
Αιματουρία ... 216
Αιμοδότες ... 8
Αιμοθώρακας ... 39
Αιμοκαθαιρόμενο ... 274
Αιμοκάθαρση ... 226, 227, 351
Αιμοκαλλιέργειες ... 48
Αιμοληψίες ... 8
Αιμόλυση ... 113
Αιμοπετάλια ... 7, 281
Αιμοπεταλιακοί γλυκοπρωτεϊνικοί υποδοχείς ... 77
Αιμορραγική διάθεση ... 370
Αιμοσφαιρίνη ... 419
Αιμοσφαιρινοπάθειες ... 10, 34
Αίσθημα παλμών ... 51
Αισθητικά ελλείμματα ... 28
Αισθητική επαναπληροφόρηση ... 23
Αισθητική επανεκπαίδευση ... 335
Ακάι ... 423
Ακανθοκυτταρικά καρκινώματα ... 232
Ακεσίας-Ιασάτο ... 129
Ασκληπιείο ... 141
Ακοή ... 326
Άκρων Ακραγαντινος ... 146
Ακτινοβόληση ... 173
Ακτινογραφία ... 454
Ακτινογραφία θώρακος ... 285
Ακυκλοβίρη ... 272, 277

Αλατίσμα ... 441
Αλκαλοειδή ερυσιβώδη ολύρα ... 143
Αλκάλωση ... 264
Αμμόχωστος ... 126, 429, 430
Αμφιβληστροειδοπάθεια χαμηλού βαθμού φλεγμονή ... 223
Αμφοτερόπλευρος ... 396
Αναζωπύρωση ... 272
Αναιμία ... 65, 113, 114, 302
Αναισθησία ... 210
Ανακουφιστική φροντίδα ... 241
Ανάλυση ... 35
Ανάλυση SWOT ... 183
Ανάλυση εικόνας ... 170
Ανάλυση συσχέτισης ... 90
Ανάνηψη ... 210
Ανάπτυξη καλλιέργειας ... 424
Ανασκόπηση ... 210, 215
Ανοσοκαταστολή ... 190
Αναστολείς της καλσινευρίνης ... 46
Αναστολείς του m-TOR ... 46
Ανατομία ... 150
Ανατομική παραλλαγή ... 455
Ανεπάρκεια επινεφριδίων ... 110
Ανεργία ... 25, 307
Ανεύρυσμα ... 140, 169, 455
Ανεύρυσμα αορτής ... 447
Ανίχνευση ... 32
Ανοικτό κάταγμα ... 287
Ανοιχτή σκωληκοειδεκτομή ... 412
Ανοσοανεπάρκεια ... 190
Ανοσοεπάρκεια ... 268
Ανοσοεπαρκείς ... 199
Ανοσοθεραπεία καρκίνου ... 13
Ανοσοϊστοχημεία ... 236
Ανοσοκατασταλτική αγωγή ... 46
Ανοσοκατασταλμένοι ... 39
Ανοσοκαταστολή ... 272
Ανοσοποίηση ... 54
Ανοσοσφαιρίνες ... 41
Ανοσοφθορισμός ... 228
Ανταπόκριση θεραπείας ... 12
Αντηλιακή προστασία ... 304
Αντιαιμοπεταλιακά ... 271
Αντιβίωση ... 357
Αντιγονοπαρουσιαστικά κύτταρα ... 15
Αντιγριπικός εμβολιασμός αντιπνευμονιοκοκκικός εμβολιασμός ... 54
Αντιγριπικό ... 267
Αντιθρομβίνη ... 2
Αντίληψη ... 176
Αντιλιπιδαιμικά ... 363
Αντιμετώπιση ... 337
Αντιμικροβιακή βλάβη ... 204
Αντιμικροβιακή ευαισθησία ... 24
Αντιμικροβιακό θερμόμετρο ... 204
Αντιμικροβιακός χαλκός ... 203
Αντιπηκτική αγωγή ... 271, 354
Αντιπνευμονιοκοκκικός ... 192α
Αντισηπτικές ιδιότητες Ορειβάσιο «Ξανάλατος» ... 441
Αντοχή ... 20, 196
Αντοχή πνευμονιοκόκκου στα αντιβιοτικά ... 192β
Άνω γνάθος ... 316
Ανώμαλη αιμορραγία ... 373
Ανωμαλίες νεφρών ... 417
Ανωμαλίες ώτων ... 417
Αξιολόγηση ... 240, 243
Αξιολόγηση μεθόδων ... 31
Αξιολόγηση προγράμματος ... 304
Αξονική αγγειογραφία ... 455
Αξονική τομογραφία ... 456
Αορτικός διαχωρισμός ... 457
Απάμεια ... 142
Αποδοτικότητα ... 35
Αποικισμός αναπνευστικού συστήματος ... 191
Αποκατάσταση ... 21, 22, 29, 317, 333
Απόπτωση ... 14, 86, 159
Απόστημα ... 390
Αποτίμηση ... 243
Αποτυχία IVF-ET ... 77
Αποφρακτική νόσος ... 314
Απόφραξη ... 456
Απώλεια βάρους ... 291
Αρθρίτιδα ... 178
Αριστερά κοιλία ... 160
Αριστογένης Κνίδιος ... 146
Αριστογένης-Θάσιος ... 146
Αριστοτέλης ... 449
Αρουραίοι ... 257
Αρτηριακή πίεση ... 55
Αρτηριακή σκλήρυνση ... 85
Αρτηριακή υπέρταση ... 165, 308
Αρτηριοφλεβική Fistula ... 227
Αρχάγγελος ... 116
Αρχαία Ελλάδα ... 434
Αρχαία Ελληνική Ιατρική ... 427
Αρχαία Ιατρική ... 428

Αρχαία Ινδία ... 435
Αρχεία ασθενών, Διασυνοριακή περίθαλψη ... 309
Διαλειτουργικότητα των δεδομένων υγείας ... 309
Αρχιγένης ... 142
Ασβέστιο ... 15, 380
Ασβέστωση αορτικού τόξου ... 163
Άσηπτη μηνιγγίτιδα ... 277
Ασθένεια ... 427
Ασθενείς ... 365
Άσκηση ... 92, 306
Ασκίτης ... 115, 360, 461
Ασκληπιάδης ... 133
Ασκληπιεία ... 427
Ασκληπιός ... 141, 440
Ασκληπιού Γλύπτη Σκόπα ... 154
Ασκορβικό ασβέστιο ... 423, 424
Ασκορβικό οξύ ... 424
Ασπαρτική αμινοτρανσφεράση ... 162
Αστική περιοχή ... 389
Αστικής περιοχής ... 305
Αστροκύτωμα εγκεφάλου ... 197
Ασύμμετρη διμεθυλαργινίνη ... 85
Ασύρματη ηλεκτροδιέγερση ... 26, 318
Άτοσσα ... 438
Αύξηση pH κόλπου >4.5 ... 33
Αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία ... 349
Αυτοάνοση ηπατίτιδα ... 120
Αυτοαντισώματα ... 114
Αυτοαποτελεσματικότητα ... 50, 175
Αυτοδιάγνωση ... 182
Αυτοκτονία ... 181
Αυτόλογη ... 9
Αυτονομία ... 186
Αυτοϋπηρέτηση ... 334
Αυτόχθονο κρούσμα ... 195
Αφροδίσιο ... 458
Άψυρτος ... 146

Β

Β2 μικροσφαιρίνη ... 41
Βαθμολόγηση του πόνου ... 375
Βαθμονόμηση ... 87
Βάκιλλοι ... 199
Βακτήρια ... 26
Βακτηριαιμία ... 36, 48
Βακτηριακές λοιμώξεις ... 16
Βακτηριακή κολπίτιδα έκβαση κύησης ... 79
Βακτηριακή προστατίτιδα ... 202, 261
Βαλκανικοί Πόλεμοι 1912-13 ... 445
Βαμβακοελαστική περίδεση ... 251, 353
Βαρέως πάσχοντες ... 104, 105
Βαριατρική Χειρουργική ... 291, 310
Βάρος γέννησης ... 70, 73, 76
Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα Α ... 317
Βεδική ιατρική ... 435
Βελονισμός ... 210, 215, 382
Βελτίωση ... 35
Βελτίωση ποιότητας ζωής ... 11
Βιοδείκτης ... 16
Βιοηθική ... 186
Βιοϊατρική τεχνολογία ... 445
Βιολογίας ... 449
Βιολογικοί παράμετροι ... 372
Βιομηχανικό στύχημα ... 123
Βιοστατιστική ... 121
Βιοψία ήπατος ... 348
Βιταμίνη D ... 97
Βλαστοκύτταρα ... 312
Βλεννοκήλη σκωληκοειδούς απόφυσης ... 413
Β-Νατριουρητικό πεπτίδιο ... 115
Βοηθήματα ... 334
Βορτεζομίμπη ... 222
Βουβωνική περιοχή ... 323
Βουβωνοκήλη ... 108
Βραγχιακή κύστη ... 417
Βραχμάνοι ... 435
Βρεφικοί κολικοί μητρικός θηλασμός τοκετός ... 282
Βρογχικό έκπλυμα ... 300
Βρογχοδιαστολή ... 62
Βρογχοσκόπηση ... 300
Βρογχοσπασμός ... 337
Βυζάντιο ... 158
Βύσμα από βαμβάκι μέλι και κρεμμύδια ... 448
Βώλος ... 146

Γ

Γάγγραινα Fournier ... 315
Γαγγραινώδες πυόδερμα ... 289
Γαλακτική οξέωση ... 278
Γαληνός ... 152
Γαστρικό Μπάι-πας ... 310
Γαστροστομία ... 324
Γαστρωτά με καμπύλη κόψη ... 434
Γεγονότα ... 178

Γενεαλογία ... 133
Γεννήσεις ... 184, 185
Γεννήσεις νεκρών ... 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76
Γηριατρική ... 341
Γιος του Ασκληπιάδη γιατρού Καλλιφώντα ... 438
Γκραβιόλα ... 423
Γλαύκωμα ... 398, 399, 400
Γλουταμίνη ... 99, 100
Γλυκόζη νηστείας ... 78
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ... 45, 78
Γνώσεις ... 365
Γονότυπος ... 201
Γόρτυνα ... 141
Γρίππη ... 267
Γυναίκα ... 84
Γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας ... 184

Δ

«Δαιμόνια» ... 443
Δακτύλων ... 249
Δαμπιγκατράνη ... 370
Δαρείου ... 438
Δείκτης βαρύτητας ... 297
Δείκτες ... 8, 35, 230, 243
Δείκτες ποιότητας ... 240, 245
Δείκτες φλεγμονής ... 390
Δείκτης συμφωνίας ... 64
Δεοντολογία ... 186
Δερματική μετάσταση ... 392
Δερματολιπεκτομές ... 291
Δερματολογία ... 136, 286
Δερματοσκόπηση ... 231
Δερμοειδής κύστη ρινός ... 327
Δεσμοί ... 428
Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας ... 240
Δήγμα όφεος ... 337
Δηλητηρίαση ... 263
Δηλητήριο ... 337
Δηλητήριο φιδιών ... 228
Δημοκήδης ο Κροτωνιάτης ... 438
Δημόσια Νοσοκομεία και έλεγχος ... 246
Δημόσια υγεία ... 122, 182, 242, 344, 388
Διαβήτης ... 58, 86, 87, 91, 92, 93,94, 95, 379
Διαβητικό πόδι ... 90, 96, 378
Διάγνωση ... 31, 176, 196, 232, 238, 289, 395
Διάγνωση μελανώματος ... 231
Διαγνωστική απόξεση ... 373
Διαδερμικός καυτηριασμός ... 237
Διαδίκτυο ... 389
Δίαιτα ... 356
Διακεκομμένα ράμματα ... 375
Διακολπικό υπερηχογράφημα ... 373
Διακομιδή ... 284, 401
Διακοπή καπνίσματος ... 294, 295
Διακριτική ικανότητα ... 87
Διακύμανση ... 47
Διαλείπουσα υποτροπιάζουσα πολλαπλή σκλήρυνση ... 205
Διάμεση νεφρίτιδα ... 217
Διάνοιξη ... 414
Διάνοιξη - παροχέτευση αποστήματος ... 328
Διάρκεια αγωγής ... 12
Διάρκεια νοσηλείας ... 27
Δίας ... 442
Διαστολική δυσλειτουργία ... 112, 160
Διαστολική δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας ... 91
Διαταραχές αγωγιμότητας ... 51
Διαταραχή μετατραυματικού άγχους ... 104
Διαταραχή της γεύσης. Διάγνωση και Αντιμετώπιση από γιατρούς Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης ... 56
Διαταραχή ύπνου ... 381, 404
Διάταση αορτής ... 165
Διατροφή ... 177, 380, 387
Διατροφικές συνήθειες ... 57
Διατροχαντήρια κατάγματα ... 354
Διαφήμιση ... 294
Διαφραγματοκήλη ... 313
Διαχρονικές τάσεις ... 68
Διαχρονικός πους ... 131
Διαχωρισμός ... 455
Διείσδυση ... 324
Διόγκωση προσώπου ... 322
Διόνυσος θερμοκοιτίδας του Tarnier ... 442
Διορθικό υπέρηχο ... 258
Διοσκουρίδης ... 157
Δισδιάστατη ... 82
Δισιντεγκρίνες ... 228
Δρεπανοκυτταρική αναιμία ... 34
Δρεπανοκυτταρική νόσος ... 11, 12
Δυσλιπιδαιμία ... 262, 363
Δυσρεφλεξία ... 30
Δυσφαγία ... 332, 324, 455
Δωρικού ρυθμού ... 154

Ε

EQ-5D ... 205
Εβδομάδες κύησης ... 10
Έγκαυμα ... 290
Εγκεφαλικές μεταστάσεις ... 395
Εγκεφαλική βλάβη ... 335
Εγκεφαλικό ... 50, 333
Εγκεφαλικό απόστημα ... 211
Εγκέφαλος ... 390
Έγκυος ... 173
Ειδική μετεγχειρητική αγωγή ... 251, 353
Ειλεός ... 456
Εισρόφηση ... 324, 325
Εκβάσεις ... 241
Εκλεκτική περινεοτομή ... 375
Εκλεκτική σχολή ... 142
Εκπαίδευση ... 95, 123,177,387
Εκσυγχρονιστικά μέτρα ... 450
Εκτίμηση νεφρικής λειτουργίας ... 352
Εκτίμηση νεφρικής λειτουργίας ... 225
Εκτομή ... 317
Έκτοπη οστεοποίηση Εντατική Θεραπεία ... 107
Εκτρόπιο ουρήθρας ... 259
Ελάχιστα Επεμβατική Χειρουργική ... 377
Ελεγκτικές διαδικασίες νοσοκομείων ... 246
Έλεγχος ποιότητας των οργάνων ... 219
Έλεγχος των γεννήσεων ... 437
Ελευσίνια Μυστήρια LSD ... 143
Έλκη ... 286
Ελλάδα ... 180, 181, 428
Έλλειμμα μαλακών μορίων ... 287
Έλληνες αθλητές ... 127
Ελληνική μυθολογία μηροτραφής ... 442
Ελληνορθόδοξη ιατρός ... 132
Ελλήνων αγώνες ... 127
Ελλήνων γηγενών ... 131
Ελονοσία ... 195
Εμβιομηχανική ... 90
Εμβολιασμός ... 192α, 267, 339
Έμετος ... 215
Εμπειρικοί ... 142
Εμπύημα υπεζωκότος ... 39
Εμπύρετο ... 366
Εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας ... 274
Εμφιαλωμένο νερό ... 308
Εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση ... 452
Εναλλακτικές θεραπείες ... 382
Ενδαγγειακή αιμόλυσης ... 11
Ενδιαφέρουσα έκβαση ... 198
Ενδοαυλικά ... 169
Ενδοκαρδίτιδα ... 459
Ενδοκρανιακή επέκταση ... 327
Ενδομήτριοι θάνατοι ... 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76
Ενδονοσοκομειακή λοιμωξη ... 36
Ενδοσκοπική ανάταξη ... 410
Ενδοστοματική παρακέντηση ... 418
Ενήλικες ... 17
Ενημέρωση ... 367
Ενοξαπαρίνη ... 354
Εντεκαβίρη ... 118
Εντερική διατροφή ... 102
Εντερορραγία ... 370
Έντερο ... 176, 383
Έντυπος τύπος ... 130
Εξισώσεις ... 225, 352
Εξουθένωση ... 224
Εξωνεφρική πρόσληψη DTPA και DMSA ... 218
Εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση ... 323
Εξωσωματική γονιμοποίηση ... 148
Εξωτερική οστεοσύνθεση ... 249
ΕΟΠΥΥ ... 345
Επαγωγή απόπτωσης ... 228
Επανεπέμβαση ... 310
Επεισόδιο ... 50
Επεμβατικές τεχνικές ... 336
Επείγουσα χειρουργική ... 315
Επιδημία ... 299, 339
Επιδημιολογία ... 233, 307, 345, 359
Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά ... 229
Επιθηλιακό μεμβρανικό αντιγόνο ... 348
Επιλογή φύλου ... 186
Επιλόχειου πυρετού Ιπποκράτη Semmelweiss ... 443
Επιμήκεις μορφές βακτηρίων ... 423
Επιμόλυνση ... 48, 327
Επιπλοκές ... 351, 391, 397
Επιπλοκές εχινοκοκκίασης ... 453
Επιπλοκές σακχαρώδη διαβήτη ... 45
Επιπολασμός ... 342
Επισκέπτρια ... 29
Επισκληρίδια αποστήματα ... 198
Επισκληρίδια συλλογή ... 213
Επισκληρίδιος αναισθησία ... 108
Επισκληρίδιος αναλγησία ... 371
Επίσχεση ... 272
Επούλωση ... 330

Εργαλείο αξιολόγησης ... 49
Εργαστήρια ... 35
Έρπης ζωστήρας ... 272
Ερυθρά αιμοσφαίρια ... 1, 37
Ερυθροκύτταρα ... 5, 167
Ερυθροποιητίνη ... 5, 114, 257
Ερυθροφαγοκύτταρα ... 422
Ερυσίπελας ... 194
Ερωτηματολόγιο ... 49
Έσω μαστική αρτηρία ... 227
Εσωτερική κήλη ... 456
Εσωτερικός έλεγχος ... 246
Ευθανασία ... 186
Εύρος κατανομής ... 37
Εφαρμογές ... 292
Εφαρμοσμένη ... 35
Εφηβεία ... 83
Έφηβοι ... 305, 384, 386
Εχινοκοκκίαση ήπατος ... 453

Ζ

Ζάλη ... 63
Ζώνη διαλογής ... 358
Ζώνη κινδύνου ... 358
Ζώνη μεταφοράς ... 358

Η

H1N1 ... 267
Holmes ... 443
HIT ... 354
Ηλεκτροβελονισμός ... 210, 215
Ηλεκτρολύτες ... 405
Ηλεκτρονική βάση δεδομένων ... 124
Ηλεκτροφόρηση ... 82
Ηλικία ... 10
Ηλικιωμένοι ... 225
Ήπαρ ... 273
Ηπατικές μεταστάσεις ... 237
Ηπατίτιδα ... 8, 113, 114
Ηπατίτιδα Α ... 117, 339
Ηπατίτιδα Β ... 116, 117, 119
Ηπατίτιδα C ... 117, 119
Ηπατίτιδα D ... 116, 117
Ηπατοκυτταρικός καρκίνος ... 349
Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα ... 350
Ηπάτωμα ... 237
Ήπειρος ... 139
Ησιόδειον γήρας ... 129

Θ

Θάνατοι ... 180, 181
Θάνατοι αθλητών ... 127
Θαρμάς ... 128
Θεόφραστος ... 449
Θεραπεία ... 128, 289, 232, 262, 337, 383
Θεραπευτήριο ... 154
Θεράπων ... 128
Θεσμοί και πολιτικές υγείας ... 122
Θεσσαλονίκη ... 139
Θλαστικά ... 411
Θνησιμότητα ... 297
Θολοπλαστική ... 313
Θρομβοκυτοπενία ... 354
Θρομβοπενία ... 7
Θρομβοπροφύλαξη ... 354
Θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα ... 420
Θρομβόλυση ... 60
Θρομβοφιλία ... 2, 77
Θρόνος Μάρκελλου ... 138
Θωρακαλγία ... 60
Θώρακας ... 454

Ι

Ίαση ... 427
Ιατρείο διακοπής καπνίσματος ... 295
Ιατρικές ειδικότητες ... 149
Ιατρικές υπηρεσίες ... 145
Ιατρική εργαλειοθήκη ... 434
Ιδιοπαθής ... 303
Ιδιοπαθής πολυκυτταραιμία ... 149
Ιδιωτική Υγεία ... 183
Ιδρυτές της επιστήμης ... 449
Ιερό πλέγμα ... 272
Ιερολαγόνιες αρθρώσεις ... 166
Ιερολαγονίτιδα ... 459
Ικανοποίηση με τη θεραπεία ... 205
ΙΚΠΙ ... 295
Ίλιγγος ... 63
Ινδακατερόλη ... 52
Ινιακός λοβός ... 390
Ινσουλίνη ... 86
Ιντεργκρίνες ... 228

Ιντερλευκίνη 6 ... 89
Ιντερφερόνη ... 119
Ιντερφερόνη βήτα ... 205
Ινώδες αιμοστατικό ... 213
Ιπποκράτης ... 133, 426, 436, 439, 440
Ιπποκράτειος όρκος ... 448
Ιστολογική εξέταση ... 373
Ιστολόγιο ... 121, 343
Ιστορία υπογονιμότητα υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ... 148
Ιστορική αναδρομή ... 135
Ισχαιμία εντέρου ... 456
Ισχαιμία-επαναιμάτωση ... 257
Ισχίο ... 252, 255

Κ

κ λ ολικές ελαφρές αλυσίδες ... 41
Κάθαρση κρεατινίνης ... 405
Καθετηριασμός βραχιονίου αρτηρίας ... 253
Καθολική παιδεία ... 132
Καισαρικές τομές ... 284, 401
Κάκωση νωτιαίου μυελού ... 25
Καλλιέργειες τραύματος ... 200
Καμπύλη 75 γρ. γλυκόζης ... 78
Κάπνισμα ... 66, 96, 298
Καπνιστική συνήθεια ... 295
Καρδιαγγειακή νόσος ... 60, 262
Καρδιαγγειακό σύστημα ... 409
Καρδιαγγειακός κίνδυνος ... 85, 87, 91, 160, 163, 262, 406
Καρδιακή ανεπάρκεια ... 115, 161
Καρδιολογία ... 55, 149
Καρκινικά κύτταρα ... 98, 228
Καρκινικοί δείκτες ... 230, 237, 298, 301
Καρκίνος. 80, 81, 175, 176, 235, 241, 302, 383, 391, 395, 396
Καρκίνος ενδομητρίου ... 373, 377
Καρκίνος μαστού ... 228, 236
Καρκίνος πνεύμονος ... 135, 229, 230, 392, 397
Καρκίνος προστάτη ... 97, 258
Καρκίνωμα μαστού ... 239
Καρκίνωμα χοληφόρων ... 233
Καρπασία ... 429
Καρωτίδα ... 170
Καρωτίδες ... 314
Κασπάσες ... 228
Κατ' οίκον φροντίδα ... 29, 241
Κάταγμα ... 247, 249
Καταδυόμενο βατράχιο ... 418
Κατθλιψη ... 92, 104, 241, 254, 307, 341
Κατακλίσεις ... 330
Κατανάλωση ... 61
Κατανάλωση αντιβιοτικών ... 192α
Κατάποση ... 324, 325
Κάτω κοίλη φλέβα ... 452
Κειμένων του Ηροδότου ... 438
Κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες ... 36
Κέντρο αποκατάστασης ... 20, 24
Κερδοφορία ... 183
Κερκίδας ... 247
Κεφαλαλγία ... 277
Κήλες ... 323
Κιβώτιο ... 442
Κίνδυνος ... 388
Κινητική επανεκπαίδευση ... 23, 335
Κινητικός έλεγχος ... 23
Κινητικότητα βακτηρίων ... 424
Κίρρωση ... 109, 360
Κίρρωση ήπατος ... 111, 115
Κλειδούμενες πλάκες, άκρος πους ... 250
Κληρονομούμενος γονιδιακώς ... 131
Κλίμακα Beck ... 307
Κλινική μελέτη ... 124, 125
Κλινικού περιστατικού ... 198
Κοιλιακή αορτή ... 169
Κοιλιακό σύστημα ... 390
Κοιλιοκάκη ... 17, 120
Κοιλιοστομία ... 390
Κοινωνική μέριμνα ... 149
Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ... 307
Κολιστίνη ... 189
Κολίτιδα ... 268
Κολοβακτηρίδιο ... 424
Κολπική μαρμαρυγή ... 208, 271, 370
Κονδυλώματα ... 458
Κοντορτροστατίνη ... 228
Κόρινθος ... 284, 401
Κορτικοστεροειδή ... 194, 217
Κόστος υγείας ... 244
Κουμαρινικά ... 271
Κοχλίας ... 326
Κοχλίωση ... 252
Κρανιοτομία ... 213
Κρατούμενοι ... 180, 181
Κρεατοφαγία ... 381
Κρημνοί ... 287, 317
Κρήτες δίκταμο ... 448
Κρήτη ... 141

Κρίση ... 35
Κριτήρια Amsel ... 33
Κροτωνιάδα ιατρική σχολή ... 438
Κρυσταλλουρία ... 256
Κυβερνητικοί ιατροί ... 430
Κύηση ... 10, 69, 70, 71, 74, 83
Κυκλοδεξτρίνες ... 280
Κυλικείο ... 177
Κύπρος ... 145, 153, 428, 430, 450
Κύστη αρθρικού υμένα ... 253
Κυτταρικός κύκλος ... 14
Κυτταρομεγαλοϊό ... 268
Κυτταρομετρία ροής ... 14, 15, 18, 99
Κυτταροτοξική δράση ... 296
Κυτταροτοξικότητα ... 13
Κυψελιδικά διηθήματα ... 296

Λ

Λαϊκή μας Ιατρική Εμπειρική Ιατρική ... 441
Λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή ... 412
Λε(ο)ντας ... 141
Λεβήν ... 141
Λειτουργικότητα ... 241
Λεμφαγγείωμα ... 418
Λεμφαδένας ... 288
Λεμφαδένες μεσεντερίου ... 461
Λευκοκυτταροκλαστική ... 269
Λευκοπενία επιπλοκές ... 302
Λευχαιμοειδής αντίδραση ... 350
Λιποπρωτεΐνες ... 220
Λιποσάρκωμα ... 218, 319
Λιπώδης διήθηση ήπατος ... 346
Λίπωμα ... 319
Λογοθεραπεία ... 345
Λογοπαθολογία ... 345
Λοιμώξεις ... 46. 192α, 357
Λοιμώξεις αναπνευστικού ... 192α, 192β, 397
Λυκανθρωπία ... 138

Μ

Μαγνητικά ερυθροκύτταρα ... 167
Μαγνητική τομογραφία ... 166, 167, 168, 390
Μαζικές καταστροφές ... 358
Μαθηματικά μοντέλα ... 326
Μαθητές ... 57
Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Tarnier ... 442
Μακροχρόνιοι ασθενείς ... 351
Μάρκελλος ... 138
Μαρσιποποίηση ... 418
Μαστοκύτταρα ... 3
Μαστός ... 175, 235, 383, 396
Μεγάλα κοκκιώδη λεμφοκύτταρα ... 19
ΜΕΘ ... 106, 203
Μ.Ε.Θ. ενδονοσοκομειακή λοίμωξη ... 460
Μεθοδικοί ... 142
Μείωση βάρους ... 405
Μελάνωμα ... 238, 288
Μελατονίνη ... 98
Μέλλον ... 384, 386
Μεμβράνη ερυθροκύτταρου ... 5
Μερίδιο αγοράς ... 183
Μεσαίωνας ... 153
Μεσογειακή αναιμία ... 10, 34, 265
Μεσοθωράκιο ... 285
Μεσοποταμία. Ιατρική Σχολή του Salerno επέβαλε τον «Δωδεκάλογο κανόνων ιατρικής» Πέρσες ... 448
Μέσος όγκος αιμοπεταλίων ... 42, 47, 281
Μεσοσιγμοειδές ... 410
Μεταβολικές οστικές νόσοι ... 316
Μεταβολικό σύνδρομο ... 338
Μεταβολισμός ... 93, 379
Μετάγγιση ... 251, 353
Μεταλλάξεις ... 2
Μεταλλο-β-λακταμάσες carvapenem resistant ... 44
Μεταμοσχεύσεις οργάνων ... 219
Μεταμόσχευση μαλλιών ... 336
Μεταμόσχευση νεφρού ... 46
Μεταναστευτική οστεοπόρωση ... 255
Μεταρρυθμίσεις στην υγεία ... 242
Μεταστατικό μηνιγγίωμα ... 348
Μετεγχειρητική ... 215
Μετφορμίνη ... 278
Μη αντιρροπούμενη κίρρωση ... 110,112
Μη ειδικής βακτηριακής κολπίτιδας ... 33
Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ... 279
Μηνιγγίτιδα Mollaret ... 277
Μηνιγγίωμα ... 273, 348
Μηριαία κεφαλή ... 252
Μηρό ... 442
Μητρικός θηλασμός βρογχιολίτιδα ... 403
Μηχανή κενού ... 330
Μηχανική συμπεριφορά ... 90
Μηχανικός αερισμός ... 191, 364
Μικροαγγειακή αιμολυτική αναιμία ... 420

Μικροβιαιμία ... 276, 362
Μικροβιακή αύξηση ... 26
Μικροβιολογική εξέταση ... 300
Μικροσκοπική εξέταση ... 216
Μικροσκοπική εξέταση ούρων ... 256
Μικροσκόπιο ατομικής δύναμης ... 5, 216
Μικροσκόπιο ηλεκτρονικής σάρωσης ... 5, 216, 256
MINI ... 249
MME ... 182, 388
Μονάδα Εγκαυμάτων ... 102, 200
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ... 21, 36, 105
Μοναχοπαίδια ... 385
Μονήρης ινώδης όγκος ... 273
Μοντελοποίηση ... 326
Μοριακές τεχνικές ... 31
Μοριακοί δείκτες ... 265
Μορφολογία ... 170
Μορφώματα ... 411
Μύξωμα ... 207
Μυοκάρδιο ... 159

Ν

Ναός της Αλέας Αθηνάς ιωνικού ρυθμού ... 154
Ναυτία ... 215
Νεκρωτική απονευρωσίτιδα ... 315
Νεκρωτική εντεροκολίτιδα ... 312
Νεοαγγειογένεση ... 3
Νεογνική νοσηρότητα ... 372
Νεογνά ... 284, 401
Νεογνό ... 441
Νεοπλασία ... 311
Νεόπλασμα ... 368
Νεόπλασμα εγκεφάλου ... 420
Νεόπλασμα παχέος εντέρου ... 320
Νεοστιγμίνη ... 108
Νευροαισθητήριος βαρηκοΐα αγωγιμότητας ... 266
Νευροβλάστωμα ... 280
Νευροβρουκέλλωση ... 266
Νευροεκφυλιστικά νοσήματα ... 324
Νευροενδοκρινικό ... 368
Νευροτομή με ραδιοσυχνότητες ... 248
Νευροχειρουργική ... 210
Νεφρικές αρτηρίες ... 221
Νεφρίνη ... 86
Νεφρόγραμμα ... 221
Νεφροπάθεια ... 86
Νεφρός ... 273
Νεφρωσικό ... 269
Νηστειοθεραπεία ... 405
Νιτροφουραντοΐνη ... 296
Νοκάρδια ... 211
Νοκαρδίωση ... 197
Νομοθεσία ... 125
Νόμοι ... 437
Νοσηλεία ... 391
Νοσηλευτική ... 383
Νοσηλευτική και Αρχαία Ελλάδα ... 440
Νοσηρότητα ... 344
Νοσοκομείο ... 387
Νόσος Dupuytren επούλωση ελκών ... 318
Νουκλεοσιδικά ανάλογα ... 118
Νυκτερινή παροξυντική αιμοσφαιρινουρία ... 1

Ξ

Ξηρασία ... 405
Ξηροστομία Κεφαλαλγία Υπερακουσία ... 56

Ο

Ο Παυσανίας Κορινθιακού ρυθμού ... 154
Ο Σωρρανός ο Εφέσσιος ... 441
Όγκοι ... 454
Όγκοι μαλακών μορίων ... 319
ΟΕΧΗΑ ... 111
Οζίδια περιτοναίου ... 461
Οι Πυθαγόριοι φιλόσοφοι ... 448
Οίδημα βλεννογόνου ... 410
Οικογένεια ... 66
Οικογενειακού προγραμματισμού ... 437
Οικονομική επιβάρυνση ... 21
Οικονομική κρίση ... 22, 184, 242, 307, 341, 344
Οίμος ... 129
Ολική αρθροπλαστική γόνατος ... 251, 353
Ολική αρθροπλαστική ισχίου ... 252
Ολιστική ιατρική ... 382
Ομάδα ελέγχου ... 37
Ομοιογένεια ... 35
Ομοιοπαθητική ... 382
Ομοιοπαθητική Ιατρική ... 426
Ομφαλίτιδα ... 270
Οξέα στεφανιαία συμβάντα ... 60
Οξεία επί Χρονίας Ηπατική Ανεπάρκεια ... 109, 111
Οξεία νεφρική ανεπάρκεια ... 222 278
Οξεία σαρκοείδωση ... 119

Οξεία σκωληκοειδίτιδα ... 281
Οξεία φάση ... 19
Οξειδωτικό φορτίο ... 159
Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου ... 162
Οπισθοφαρυγγικό απόστημα ... 328
Όργανα-στόχοι ... 367
Οργανικό ψυχοσύνδρομο ... 369
Ορθόδοξη Εκκλησία ... 156
Ορθοσιγμοειδοσκόπηση ... 320
Οστεοαρθρίτιδα ... 356
Οστεολυτικές βλάβες των γνάθων ... 316
Οστεομυελίτιδα ... 357, 362
Οστεονέκρωση ... 252
Οστεοσάρκωμα ... 171
Οστική πυκνότητα ... 380
Οστικό οίδημα ... 255
Ουδετερόφιλα ... 109
Ουραχός ... 270
Ουροκαλλιέργειας ... 20
Ουροποιητικό ... 272

Π

Πάγκρεας ... 368
Παγκρεατεκτομή ... 311
Παθογόνα ... 32
Παθολογία ενδομητρίου ... 373
Παθολογικό Τμήμα ... 364
Παιδαγωγική ... 402
Παιδιά ... 101, 281, 306, 325, 342, 357,389
Παιδιατρικές ... 192α
Παιδιατρική ... 147
Παιχνίδι ... 402
Παλινδρόμηση καπνιστικής συνήθειας ... 294
Πάπυρο Ebers (1500 π.Χ) «Αφορισμοί» ... 448
Παρ' ολίγον πνιγμός ... 340
Παράγοντες κινδύνου ... 191
Παρακέντηση ... 414
Παραληρηματική παρασίτωση ... 226
Παραπληγία ... 30
Παράταση του INR ... 361
Παρέμβαση ... 411
Παροδική οστεοπόρωση ... 255
Παροιμία ... 129
Παρόξυνση ... 42, 62
Παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή ... 51
Παρουσίαση ... 198
Πασπάλισμα του νεογνού με αλάτι ... 441
Πατρίδα ... 386
Παχέος ... 176, 383
Παχυσαρκία.... 57, 96, 101, 306, 307, 342, 356, 407, 408, 412
Πέος κάταγμα ... 174
«Περί επιδημιών» ... 448
«Περί ιχθυών» ... 138
Περιαμυγδαλικό απόστημα ... 414
Περιγεννητική φροντίδα ... 158
Περίδεση ομφάλιου λώρου ... 441
Περιθώρια κέρδους ... 183
Περίμετροι σώματος ... 405
Περινεϊκό άλγος ... 375
Περιοδεύτης ... 139
Περιπροθετικό κάταγμα ... 252
Περιτονίτιδα ... 412
Περιφέρεια ... 367
Περιφερική Παράλυση Προσωπικού Νεύρου (Παράλυση τύπου Bell) ... 56
Πλάγια κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου ... 214
Πλάγια μυατροφική σκλήρυνση ... 209
Πλαγιοφαρυγγικό ... 328
Πλασμαφαίρεση ... 7
Πλάτων ... 426, 437
Πλευρές ... 454
Πληροφόρηση υποστήριξη ... 235
Πληροφοριακά συστήματα υγείας ... 245
Πνεύμονας ... 275, 296, 302, 391
Πνευμονία ... 190, 199, 283
Πνευμονία εξ εισροφήσεως ... 325
Πνευμονία της κοινότητας ... 192β, 297
Πνευμονική αποκατάσταση ... 49
Πνευμονική εμβολή ... 303
Πνευμονική υπέρταση ... 265
Πνευμονικό οίδημα ... 161
Πνευμονιόκοκκος ... 192β
Πνεύμων ... 229
Πνιγμός ... 340
Ποδαλείριος ... 133
Ποιότητα ... 243
Ποιότητα ζωής ... 49, 58, 92, 105, 205, 333
Ποιότητα ζωής υδροξυουρία ... 12
Πολλαπλούν μυέλωμα ... 3, 6
Πολυανθεκτικά ... 201
Πολυανθεκτικά Gram- ... 191
Πολυανθεκτικά GRAM αρνητικά ... 189
Πολυανθεκτικός πνευμονιόκκοκος ... 192β
Πολυανθεκτικά στελέχη ... 36
Πολύδυμες κυήσεις ... 67, 72, 75

Πολυμικροβιακή ουρηθρίτιδα 425
Πολυμορφισμός..... 88, 89
Πολύμορφο ερύθημα 279
Πολυνευρομυοπάθεια 105
Πολυνευροπάθεια 120
Πολωμένου ανοσοφθορισμού (FPIA AxSYM 46
Πομφολυγώδες 194
Πόνος 28
Πόνος στο φάρυγγα 414
Πορφύρα 283
Προβλήματα 383
Προγονικά ενδοθηλιακά κύτταρα 85
Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας..... 304
Πρόγραμμα ευαισθητοποίησης..... 54
Προδιαθεσικοί παράγοντες 303
Προεμφυτευτική διάγνωση..... 186
Προθυμοσίνη α..... 14, 15, 16
Προλακτίνη 103
Προληπτική ιατρική 307
Πρόληψη 10, 299, 343
Πρόληψη ενδονοσοκομειακής λοίμωξης 460
Πρόληψη και αντιμετώπιση καρδιαγγειακής νόσου..... 359
Προσβασιμότητα 25
Προστάτης..... 260
Προστατικό αντιγόνο 260
Προσυμπτωματικός έλεγχος 59
Προσφορά..... 132
Προσωπικό αιμοκάθαρσης 224
Προσωπικότητα..... 385
Πρόσωπο 317, 322
ΠροΤα(100-109)..... 14, 15, 16
Προτροπή για διακοπή καπνίσματος..... 294
Προχωρημένη ηλικία 229
Πρόωρα νεογνά 67, 68, 75
Πρόωρος τοκετός..... 79, 372
Πρωινό 101
Πρωινό γεύμα..... 407
Πρωτάκια..... 179
Πρωτεΐνες αποσύζευξης 159
Πρωτεΐνες θερμικού σοκ 103
Πρωτεϊνουρία 223
Πρωτοβάθμια 411
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση..... 427
Πρωτοβάθμια Υγεία..... 123
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....52, 54, 62, 245, 341
Πρωτοπαθής πλασματοκυτταρική λευχαιμία 222
Πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός..... 316
Πρωτοτόκες..... 79, 375
Πτέρνα..... 90
Πυολοσίτιδα από MSSA..... 198

Ρ

Ραβδομυόλυση..... 369
Ρευματοειδής..... 178
Ρευματοειδής αρθρίτιδα 1, 355
Ρευματολογία 47
Ρευματολογία 42
Ρήξη αορτής..... 447
Ρήξη εγκάρσιου κόλου 321
Ρήξη τένοντα 247
Ριζική νεφρεκτομή 409
Ρινογαστρικός καθετήρας 102
Ρινολογία..... 329, 415, 416
Ρόδος 116
Ρομποτική 311, 313
Ρομποτική Χειρουργική..... 377
Ροπιβακαΐνη 108
Ρωμαϊκοί χρόνοι.....434

Σ

Σακχαρώδης διαβήτης ..45, 59, 88, 89, 96, 199, 223, 378, 406
Σακχαρώδης Διαβήτης της Κύησης 78
Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 225
Σαμάριο 234
Σηπτική αρθρίτιδα 357
Σηπτική πυλαιοφλεβίτις..... 276
Σηραγγώδες αιμαγγείωμα..... 394
Σήψη..... 99, 103
Σίδη 138
Σίδηρος ορού 419
Σιλδεναφίλη 257
Σκιαγραφικός παράγοντας..... 167
Σκληρόδερμα 1
Σκλήρυνση 29
Σκλήρυνση κατά πλάκας..... 208
ΣΚΣ..... 28
Σκωληκοειδίτιδα 412
Σουνιτινίμπη 368
Σπάνια ευκαιριακά παθογόνα 39
Σπειραματικά ερυθρά 216
Σπειραματονεφρίτιδα..... 216
Σπήλαιο 299
Σπινθηρογράφημα 164

Σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου 59, 406
Σπινθηρογράφημα νεφρών..... 218
Σπιρομέτρηση 52
Σπλαγχνικό λίπος..... 85
Σπλήνας 366
Σπονδυλίτιδα 198
Στάδια 352
Στατιστικά υγείας 244
Σταφυλοτόμο.....434
Στεγανοποίηση..... 213
Στένωση 227
Στεφανιαία νόσος 59, 164
Στεφανιαία νόσος 37
Στοιχειακή ανάλυση κρυστάλλων..... 256
Στόχος 262
Στρεσσογόνα..... 178
Συγγενείς αιμοκαθαιρομένων..... 224
Συμμόρφωση 356
Συμπλήρωμα..... 1
Συμπληρωματικές 382
Συμπτώματα..... 164, 241
Σύνδρομο Bardet-Biedl 321
Σύνδρομο Ekbom..... 226
Σύνδρομο Lofgren.....119
Σύνδρομο Sjögren..... 1
Σύνδρομο γάλακτος αλκάλεος 264
Σύνδρομο οπισθίων σπονδυλικών αρθρώσεων 248
Σύνδρομο του ευθυρεοειδικού νοσούντος.....111
Σύνδρομο υποκλοπής..... 227
Συνεχής ραφή 375
Συνεχής χορήγηση..... 106
Συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση 122, 444
Συνοβιακό σάρκωμα πνεύμονος 393
Συρίγγιο ράχης ρινός 327
Συσκευή VAC 315
Συσκευή μέτρησης θερμοκρασίας 204
Σύστημα διαλογής..... 358
Συστηματική νοκαρδίωση 197
Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος..... 1, 274
Συστροφή όρχεος..... 257
Συστροφή σιγμοειδούς..... 410
Σύφιλη 134, 137, 269
Συχνότητα..... 395
Σχολείο 177, 179
Σωματική επιβάρυνση..... 21
Σωματικό βάρος 84, 92

Τ

Ταλίνη 228
Ταυτόχρονη παρουσία 198
Τάφο του 15ου αιώνα π.Χ. ο όνυξ 434
Ταχυπαλμία 64
Τελμπιβουντίνη.....118
Τενοντοελυτρίτιδα..... 355
Τενοφοβίρη.....118
Τετραπληγία 30, 334
Τέχνη ιατρικής 152
Τηλεθέαση 57
Τηλεϊατρική συντονισμός της μεταμόσχευσης 219
Τηλεόραση..... 404, 408
Τιμές 365
Τιμολόγηση..... 183
Τοκετός 284, 371, 401
Τοπική αρνητική πίεση 292
Τραύματα 26, 330, 411
Τραυματισμός 21
Τραχηλίτιδα 33
Τράχηλος της μήτρας..... 80, 81
Τριπλά αρνητικός 239
Τρισμός 414
Τριταίος πυρετός..... 195
Τρίτη ηλικία..... 65
Τρομοκρατία..... 123
Τροπονίνη Ι 162
Τροποποιημένα ερυθροκύτταρα..... 167
Τρόφιμα..... 365
Τροχαία σύγκρουση 21
Τρωϊκός Πόλεμος..... 440

Υ

Υγεία..... 29, 180, 411
Υγείας Σάτυρου 154
Υγειονομική περίθαλψη..... 242
Υγειονομική υποστήριξη..... 445
Υγειονομικοί σχηματισμοί..... 358
Υγιεινή 144, 177
Υγιέστερος-Κρότωνος 129
Υδροκέφαλος 433
Υδροξυουρία 11
Υπαραχνοειδής αιμορραγία 172
Υπασβεστιαιμία 368
ΥΠΕ 243
Υπεζωκότος κόκκοι θετικοί κατά Gram Lactococcus spp. 39

Υπεραραιωμένες και δυναμοποιημένες φυσικές ουσίες..... 426
Ομοιοπαθητική (όμοιο πάθος) 426
«Προγνωστικόν» 426
Υπερασβεστιαιμία 264
Υπέρηχος 90, 170, 174
Υπερηχοτομογραφία 457
Υπερθυρεοειδισμός..... 361
Υπερκοιλιακές αρρυθμίες..... 51
Υπερπλασία ενδομητρίου 373
Υπεροξειδική δισμουτάση 209
Υπέρταση 55, 57, 88, 89, 365, 367
Υπερχοληστεριναιμία 363
Υποδόρια σαρκοείδωση..... 322
Υποκεφαλικό κάταγμα..... 252
Υποκλείδια αρτηρία 227
Υπολογιστική τομογραφία 172
Υπόταση..... 337
Υποτροπές 418

Φ

Φαιντανύλη..... 108
Φαιός όγκος 316
"Φαίδωνα" 426
Φαρμακευτική..... 263
Φαρμακευτική δηλητηρίαση 369
Φαρμακευτική κόπωση 164
Φαρμακοκινητική δόση φόρτισης..... 189
Φερριτίνη 346, 419
Φιλάγριος 139
Φίλτρο 452
Φλεβοθρόμβωση 2
Φλεβοτόμον..... 434
Φλεγμονή 47, 220
Φλεγμονή 42
Φλεγμονώδης..... 275
Φλουτικαζόνη 52
Φουροσεμίδη..... 106
Φροντίδα 180, 383, 411
Φρουρός..... 288
Φυλακές 180, 181
Φυματιώδης περιτονίτιδα 347, 461
Φυματίωση 31, 201, 299
Φυσικά φονικά κύτταρα..... 13
Φυσική εξέταση 447
Φυσιολογικοί τοκετοί 284, 401
Φωσφομυκίνη 261

Χ

Χαμηλή οσφυαλγία..... 248, 254
ΧΑΠ 42, 341
Χαρακτηριστικά 364
Χαρίκλεια Τσολακίδου-Ακριβοπούλου 132
"Χαρμίδη" 426
Χειρουργικές πράξεις 411
Χειρουργική 411
Χειρουργική αντιμετώπιση 317
Χειρουργική επέμβαση..... 357
Χειρουργική θεραπεία 238
Χειρουργικό strees 409
Χειρουργικός καθορισμός 315
Χημειοθεραπεία..... 167, 229, 233, 239, 413
Χημειοθεραπευτικός παράγοντας..... 167
Χημικός πόλεμος..... 123
Χλωροφύκη 423
Χολαγγειοκαρκίνωμα..... 233
Χοληστερίνη 363
Χοριακά υποκατάστατα 290
Χρόνια αιμοκάθαρση..... 321
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια..... 52, 49, 62, 298, 301
Χρόνια νεφρική νόσος..... 220, 223, 352
Χρόνια προστατίτιδα 202, 261
Χρόνια χολόσταση..... 360
Χρυσά νανοσωματίδια 32
Χρωματικό σύστημα..... 358

Ψ

Ψευδοανεύρυσμα..... 253
Ψευδομύξωμα περιτοναίου..... 413
Ψευδοόγκος 275, 366
Ψηφιακή αγγειογραφία..... 172
Ψυχιατρικές παθήσεις 226
Ψυχιατρική 307
Ψυχική υγεία 241, 307
Ψυχοκοινωνικά προβλήματα 294
Ψυχολογική επιβάρυνση 21
Ψυχοπαθολογία 178
Ψυχοτρόπες ουσίες..... 143
Ψωρίαση 166
Ψωριασική αρθρίτιδα 168